

آموزش حضور ذهن به عنوان یک مداخله بالینی: مروری مفهومی و تجربی

دکتر عبدالله امیدی

دکترای تخصصی روان شناسی بالینی، استادیار دانشگاه علوم پزشکی کاشان

دکتر پروانه محمدخانی

دکترای تخصصی روان شناسی، دانشیار دانشگاه علوم بهزیستی و توان بخشی

چکیده

مداخلات مبتنی بر آموزش مهارت‌های حضور ذهن به طور فزاینده‌ای در حال رشد و گسترش هستند. حضور ذهن عبارت است از توجه به طریقی خاص، معطوف به هدف در زمان حال و بدون داوری نسبت به تجربیات درونی و بیرونی. غالباً این حالت ذهنی از طریق شیوه‌های مختلف مراقبه آموخته می‌شود. این رویکرد در دهه ۱۹۷۰ پس از تأسیس کلینیک کاهش استرس در مرکز پزشکی ماساچوست توسط جان کبات - زین معرفی شده است. از آن زمان به بعد، بیماران بسیاری با مشکلاتی چون بیماری‌های قلبی، سرطان، مبتلایان به ایدز، درد مزمن، مشکلات معدی - روده‌ای وابسته به استرس، سردرد، فشار خون بالا، اختلالات خواب، افسردگی، اضطراب و وحشت‌زدگی از این روش بهره برده‌اند.

مهارت‌های حضور ذهن می‌توانند در تجارب روزمره مورد تمرین واقع شوند. به نظر می‌رسد که این روش با هدف پیشگیری از عود سازگار باشد، زیرا اساساً روشی است که بیماران می‌توانند، حتی در دورانی که افسرده نیستند، استفاده کنند. هم چنین، چون این مهارت‌ها در موقعیت‌های بالینی مختلفی به کار می‌روند، تنوعات بسیاری نیز با توجه به موقعیت‌های بالینی پیدا کرده‌اند. این مقاله به طور خلاصه چارچوب مفهومی و رویکردهای تجربی شیوه‌های حضور ذهن را مورد بررسی قرار می‌دهد.

کلید واژه: MBCT، عود، حضور ذهن.

مداخلات مبتنی بر آموزش حضور ذهن برای کاهش استرس

حضور ذهن چنانچه کبات زین می‌گوید به معنی توجه کردن به طریقی خاص، معطوف به هدف، در زمان حال و بدون داوری است. در حضور ذهن فرد می‌آموزد که در هر لحظه از حالت ذهنی خود آگاهی داشته و توجه خود را به شیوه‌های مختلف ذهنی خود متمرکز نماید. حضور ذهن ابتدا در دانشگاه ماساچوست توسط جان کبات زین به کار گرفته شد. وی در کلینیک کاهش استرس خود، به شرکت‌کنندگان تمرین آرامش ذهنی همراه با حضور ذهن می‌داد. این کوشش‌ها به شکل گرفتن مدل حضور ذهن مبتنی بر کاهش استرس انجامید.

در حال حاضر رایجترین روش، آموزش حضور ذهن مبتنی بر کاهش استرس (MBSR)^۱ می‌باشد، که سابق بر این تحت عنوان برنامه کاهش استرس و تن آرامی شناخته می‌شد (کبات - زین^۲، ۱۹۸۲، ۱۹۹۰). این روش در ساختار طبرفتاری و برای دامنه وسیعی از افراد مبتلا به اختلالات

مرتبط با استرس و درد مزمن طراحی شد. روش مذکور، به شکل یک برنامه ۸ تا ۱۰ هفته‌ای برای گروه‌هایی که بیش از ۳۰ شرکت‌کننده دارند، اجرا می‌شود. به علاوه، جلسات به طور هفتگی و هر جلسه حدود ۲۰-۲۵ ساعت برگزار می‌گردند. دستور جلسات شامل تمرین مهارت‌های مراقبه، بحث در مورد استرس، روش‌های مقابله‌ای و تکالیف خانگی می‌باشند. جلسات متراکم حضور ذهن نیز تشکیل می‌شوند که یک‌روزه هستند و حدود ۷-۸ ساعت طول می‌کشند و مهارت‌های مراقبه‌ای متعددی آموخته می‌شوند. برای مثال، واریسی بدنی تمرینی است که در آن شرکت‌کنندگان روی زمین دراز می‌کشند و با چشمان بسته حدود ۴۵ دقیقه، توجه خود را به طور متوالی روی نقاط مختلف بدن معطوف می‌سازند، و احساسات مربوط به هر ناحیه از بدن به دقت مشاهده می‌گردند. در مراقبه نشسته، شرکت‌کنندگان در یک حالت آرام و کاملاً بیدار با چشمان

1 . Mindfulness Based Stress Reduction

2 . Kabat-Zinn

یا حس‌ها اما بدون اینکه نسبت به خوبی یا بدی، حقیقی یا کاذب، سالم یا، ناسالم بودن، و مهم، یا بی‌اهمیت بودن آن‌ها، قضاوت و ارزیابی شود (کریستلر، ۱۹۹۹). بنابراین حضور ذهن عبارت است از مشاهدهٔ بدون داوری جریان سیال محرکات درونی و بیرونی.

از آنجائی که حضور ذهن ریشه در فرهنگ بودیسم مشرق زمین دارد، ممکن است برای افراد نامأنوس باشد، از این رو کبات زین (۲۰۰۰) پیشنهاد می‌دهد که بهتر است تمرینات آن منطبق با فرهنگ افراد باشد. به همین علت پژوهشگران و متخصصین بالینی‌ای که تمرینات حضور ذهن را در برنامه‌های خدمات بهداشت روانی قرار می‌دهند، معمولاً این مهارت‌ها را مستقل از مذهب و سنت‌های فرهنگی مبدأ آن آموزش می‌دهند (کبات - زین، ۱۹۸۲؛ لینهان، ۱۹۹۲). در متون تجربی معاصر، مداخلات بالینی مبتنی بر آموزش مهارت‌های حضور ذهن به سرعت در حال رشد است. بیش از ۲۴۰ بیمارستان و کلینیک در ایالات متحده برنامه‌های کاهش استرس مبتنی بر حضور ذهن را ارائه می‌دهند (سالمون، سانتورلی و کبات - زین؛ ۱۹۹۸). همچنین آموزش حضور ذهن، جزء محوری رفتار درمانی دیالکتیک است (لینهان، ۱۹۹۳)، رویکردی که در درمان اختلال شخصیت مرزی کاربرد فراوانی دارد. متون تجربی آموزش حضور ذهن مشکلات روش‌شناختی بسیاری دارد، اما بیانگر این است که این روش می‌تواند به کاهش انواع شرایط مشکل‌زا، از جمله، استرس، اضطراب، عود افسردگی، و اختلال خوردن بینجامد (کبات - زین، ۱۹۸۲؛ کریستلر و هالت، ۱۹۹۲؛ شاپیرو، شوارتز و بانر، ۱۹۹۴، تیزدل و همکاران، ۲۰۰۰).

حضور ذهن مبتنی بر درمان شناختی

به نظر تیزدل، سگال و ویلیامز (۱۹۹۵) مهارت‌های کنترل توجه که در مراقبهٔ حضور ذهن آموخته می‌شوند می‌توانند در پیشگیری از عود دوره‌های افسردگی اساسی مفید واقع شوند. نظریهٔ پردازش اطلاعاتی آنها در مورد عود افسردگی نشانگر این است که افرادی که دوره‌های افسردگی اساسی را تجربه کرده‌اند، نسبت به حالت‌های ملایم خلق ملال‌انگیز آسیب‌پذیرند، و این حالت‌ها ممکن است، الگوهای تفکر افسرده را که مربوط به دوره یا دوره‌های قبلی افسردگی است، مجدداً فعال سازند. درمان شناختی حضور ذهن یا حضور ذهن مبتنی بر درمان شناختی (MBCT)^۶ توسط

بسته به حس‌های تنفس تمرکز می‌کنند. از ژست‌های یوگا، برای آموزش حضور ذهن از حس‌های بدنی نیز استفاده می‌شود. هم‌چنین، شرکت‌کنندگان، حضور ذهن داشتن را در طول فعالیت‌های روزمره نظیر پیاده‌روی، ایستادن، و خوردن به کار می‌گیرند.

شرکت‌کنندگان در MBSR جهت تمرین این مهارت‌ها خارج از جلسات گروهی، روزانه حداقل ۴۵ دقیقه، و شش روز در هفته آموزش می‌بینند. کاست‌های شنیداری در اوایل درمان به کار می‌روند، اما پس از چند هفته، شرکت‌کنندگان ترغیب می‌شوند تا، بدون کاست تمرین کنند. در کلیهٔ تمرینات حضور ذهن، شرکت‌کنندگان آموزش می‌بینند تا بر فعالیت‌های خود (نظیر تنفس یا پیاده‌روی) تمرکز کنند و در هر لحظه از احوال خود آگاه باشند و هرگاه هیجانات، حس‌ها یا شناخت‌ها پردازش می‌شوند، بدون قضاوت مشاهده کنند. زمانی که شرکت‌کنندگان در می‌یابند که ذهن در درون افکار، خاطرات یا خیالپردازی‌ها سرگردان شده، در صورت امکان و بدون توجه به محتوا و ماهیت آنها، توجه خود را به زمان حال باز می‌گردانند. بنابراین، شرکت‌کنندگان آموزش می‌بینند تا به افکار و احساساتشان توجه کنند، اما به محتوای آن نچسبند (کبات - زین، ۱۹۸۲). حتی به افکار قضاوتی خود (مثل «این یک ائتلاف وقت احمقانه است») بدون آن که درباره آن‌ها داوری کنند، توجه نمایند. یکی از پیامدهای تمرینات حضور ذهن این است که افراد در می‌یابند، اکثر حس‌ها، افکار و هیجانات دارای نوسان، یا زودگذرند و مانند امواج دریا عبور می‌کنند (لینهان، ۱۹۹۳). حضور ذهن شیوه‌ای است برای پرداختن توجه که از مراقبهٔ شرقی نشأت گرفته و به عنوان «توجه کامل به تجربیات زمان حال به شکل لحظه به لحظه» توصیف شده است (مارلات^۲ و کریستلر^۳، ۱۹۹۹). هم‌چنین به عنوان «پرداختن توجه به یک شیوه خاص در زمان حال، و بدون قضاوت (کبات - زین، ۱۹۹۴)، و توانایی معطوف ساختن توجه به گونه‌ای که بتوان از طریق تمرینات مراقبه آن را پرورش داد، این شیوه خاص تحت عنوان خود - تنظیمی توجه از یک لحظه به لحظه دیگر تعریف شده است» (کبات - زین، ۱۹۸۲). متون معاصر ذهن آگاهی تمرینات متنوعی را جهت فراگیری مهارت‌های مراقبه‌ای معرفی کرده است (کبات - زین، ۱۹۹۰). افراد ترغیب می‌شوند تا به تجربیات درونی خود در هر لحظه، هم‌چون حس‌های بدنی، افکار، و احساسات توجه کنند، هم‌چنین توجه کردن به جنبه‌های محیطی نظیر مناظر و صداها مورد ترغیب قرار می‌گیرد (کبات - زین، ۱۹۹۴؛ لینهان، ۱۹۹۳). توصیه می‌شود که حضور ذهن باید این نگرش را در افراد بوجود آورد که نسبت به امور، پذیرش بدون قضاوت داشته باشند. یعنی، ایجاد آگاهی در افراد نسبت به ادراکات، شناخت‌ها، هیجانات

1- Linehan
2- Marlatte
3- Kristeller
4- Shapiro
5- Bonner
6- Mindfulness Based cognitive Therapy

چنین این مهارت‌ها شامل اثرمندی در روابط بین فردی، تنظیم هیجانی، و تحمل فشار و ناراحتی می‌باشند. مراجعان در گروه، این مهارت‌ها را به همراه درمانگر خود تمرین می‌کنند تا اینکه بتوانند به زندگی روزمره تعمیم دهند.

لینهان (۱۹۹۴) خاطر نشان می‌سازد که افراد شدیداً آسیب دیده ممکن است نتوانند یا تمایل نداشته باشند که به طور گسترده مانند آنچه در برنامه‌های MBSR کبات - زین (۱۹۹۰) انجام می‌شود مبادرت به انجام تمرینات مراقبه نمایند. بنابراین در DBT فراوانی یا مدت خاصی برای تمرینات حضور ذهن در نظر گرفته نمی‌شود. در عوض، اهداف تمرین حضور ذهن به طور اختصاصی توسط درمانگر و مراجع تعیین می‌گردند. در DBT تمرینات بسیاری برای حضور ذهن به مراجعان آموزش داده می‌شود تا آن‌ها به انتخاب خود به این روش‌ها مبادرت کنند (هان، ۱۹۷۶). به طور مثال، مراجعان تصور می‌کنند که ذهن همانند «تسمه نقاله» عمل می‌کند. افکار، احساسات و حس‌ها که روی تسمه قرار می‌گیرند، مشاهده می‌شوند، برچسب می‌خورند، و مقوله‌بندی می‌شوند. در تمرین دیگر، ذهن همچون آسمان تلقی می‌شود، که در آن افکار، احساسات و حس‌ها، به مثابه ابرهایی نگریسته می‌شوند که عبور می‌کنند. روش‌های متعددی برای زیر نظر گرفتن تنفس آموخته می‌شوند، از جمله، تعقیب کردن دم و بازدم، شمارش نفس‌ها، همگام کردن تنفس با قدم‌ها هنگام راه رفتن و دنبال کردن تنفس هنگام گوش دادن به موسیقی. افزون بر این‌ها بعضی از تمرینات نظیر آگاهی کامل در حین انجام فعالیت‌های روزمره، از جمله نوشیدن چای، شستن ظروف یا لباس‌ها، و تمیز کردن منزل، یا دوش گرفتن در DBT مورد توجه است.

درمان پذیرش و تعهد^۳

درمان پذیرش و تعهد (ACT؛ هایز، استروسال، و ویلسون، ۱۹۹۹) از دیدگاه نظری مبتنی بر تحلیل رفتار زمان حال است (هایز و ویلسون، ۱۹۹۳). اگرچه در ACT روش‌های درمانی برحسب حضور ذهن یا مراقبه توصیف نمی‌شوند، اما راهبردهایی مطرح است که شامل رویکردهای حضور ذهن هستند.

در ACT مراجعان می‌آموزند که چگونه یک «خود مشاهده‌گر» قادر است حس‌های بدنی، افکار و هیجانات را ببیند و ترغیب می‌شوند تا این پدیده‌ها را به عنوان

سگال، ویلیامز، و تیزدل (۲۰۰۲) برنامه‌ریزی شده و به صورت دستورالعمل ۸ هفته‌ای درآمد، که جلسات به طور گروهی برگزار می‌شوند و عمدتاً براساس برنامه MBSR کبات - زین (۱۹۹۰) می‌باشند. این برنامه‌ها عناصری از درمان شناختی را در بر می‌گیرند که باعث جدا شدن دیدگاه فرد از افکارش می‌گردند و عدم محوریت آن را موجب می‌گردند. مثلاً اظهاراتی چون «افکار واقعیت نیستند» و «من افکارم نیستم». این رویکرد تمرکززدایی، هم چنین برای هیجانات و حس‌های بدنی به کار می‌رود. MBCT برای کاهش عود افسردگی طراحی شده، بدین صورت که افراد در طی آن می‌آموزند تا افکار و احساسات خود را بدون قضاوت مشاهده کنند و آنها را به سادگی به عنوان رویدادهای ذهنی بنگرند که در حال رفت‌وآمد هستند، و جنبه‌هایی از خودشان و یا لزوماً نمایانگر واقعیت نیستند. در این رویکرد فرض بر این است که افراد می‌آموزند چگونه در دام الگوهای نشخوار فکری خود گیر نیفتند (تیزدل و همکاران، ۲۰۰۲، به نقل از محمدخانی و همکاران، ۱۳۸۴).

مداخلات دربرگیرنده آموزش ذهن آگاهی

رفتار درمانی دیالکتیک (DBT) یک رویکرد درمانی ویژه اختلال شخصیتی مرزی است، که جنبه‌های مختلفی را دربر می‌گیرد (لینهان، ۱۹۹۳). این رویکرد مبتنی بر دیدگاه دیالکتیک می‌باشد، و فرض می‌کند که واقعیت شامل نیروهای مختلفی است. ترکیب این نیروها واقعیت جدیدی را باعث می‌شود، که به نوبه خود نیروهای متضادی را به شکل پردازش مداوم تغییر در بر می‌گیرد. در DBT، محوری‌ترین دیالکتیک، رابطه بین پذیرش و تغییر است. مراجعین ترغیب می‌شوند که خود، تاریخچه و موقعیت فعلی خود را دقیقاً آن طور که هستند، بپذیرند، در ضمن اینکه، به طور متمرکز رفتارها و محیط خود را به منظور ساخت یک زندگی بهتر تغییر دهند. ترکیب اضداد هدف محوری DBT است.

DBT شامل دامنه وسیعی از شیوه‌های درمانی شناختی و رفتاری است و اکثراً برای تغییر افکار، هیجانات یا رفتارها طراحی شده‌اند. مهارت‌های حضور ذهن در DBT، در ساختار ترکیبی پذیرش و تغییر آموخته می‌شوند. اگرچه این مهارت‌ها به ویژه مهارت مشاهده بدون داوری افکار، هیجانات، حس‌ها و محرکات محیطی با مهارت‌های MBSR مشترک است ولی مقداری با آن‌ها تفاوت دارد. برای مثال، لینهان (۱۹۹۳) سه مهارت حضور ذهن را در قالب سؤال‌های «چه» و «چگونه» مطرح می‌سازد: (چه چیزهایی مشاهده، توصیف و مورد مشارکت قرار می‌گیرند و چگونه می‌توان حضور ذهن مؤثر بدون قضاوت و داوری داشت). در DBT مراجعان، مهارت‌های حضور ذهن را به شکل گروهی و هفتگی در طول یک سال یاد می‌گیرند، هم

- 1 . Hanh
- 2 . Conveyor belt
- 3 . Acceptance and Commitment therapy
- 4 . Hayes
- 5 . Wilson
- 6 . observing self

شخصی که آنها را در اختیار دارد، مجزا کنند. برای مثال، آنها یاد می‌گیرند که بگویند: «من این فکر را دارم که آدم بدی هستم» به جای گفتن «من آدم بدی هستم» (کولنبرگ^۱، هایز و تاسی، ۱۹۹۳). همچنین ترغیب می‌شوند که افکار و هیجانات را آن گونه که بروز می‌یابند تجربه کنند و سعی در قضاوت، ارزیابی، تغییر و یا اجتناب از آنها را نداشته باشند. هایز (۱۹۸۷) تمرینی را توصیف می‌کند که در آن مراجعان تصور می‌کنند که افکارشان بر تابلوهایی نوشته شده و توسط سربازان تشریفات حمل می‌شود. تکلیف مراجعان این است که عبور افکار را مشاهده کنند، بدون اینکه جذب آنها شوند. ACT صریحاً مراجعان را آموزش می‌دهد که کوشش جهت کنترل افکار و احساسات را کنار بگذارند، و در عوض سعی کنند بدون قضاوت آنها را زیر نظر بگیرند و آن طوری که هستند آنها را بپذیرند، ضمن اینکه رفتارشان را به شکل سازنده در جهت بهبود زندگی تغییر می‌دهند (هایز، ۱۹۹۴).

پیشگیری از عود مصرف مواد

پیشگیری از عود یک بسته درمانی رفتاری - شناختی است که برای پیشگیری از بازگشت مجدد افراد درمان شده در سوء مصرف مواد طراحی شده است (مارلات^۲ و گوردون^۳، ۱۹۸۵). مهارت‌های حضور ذهن به عنوان روش‌هایی در جهت مقابله با کشش‌های درگیر شدن در سوء مصرف مواد، در این بسته آمده است. مارلات (۱۹۹۴) خاطرنشان می‌سازد که حضور ذهن دربرگیرنده پذیرش مستمر تجربیات در حال تغییر زمان حال و پیگردی دائمی کنش‌هایی است که در اثر اعتیاد بروز می‌یابند. استعاره «موج سواری کشش‌ها» مراجعان را ترغیب می‌سازد تا تصور کنند کشش‌ها امواج اقیانوس هستند که بتدریج شکل می‌گیرند، اوج می‌یابند و سپس بتدریج محو می‌شوند. مراجعان سوار بر امواج کم‌کم یاد می‌گیرند که بدون افتادن و غوطه‌ور شدن، گذران آنها را ببینند. به هر حال، هم چنین مراجعان یاد می‌گیرند که کشش‌های جدید ظاهر خواهند شد و به سادگی نمی‌توان آنها را حذف نمود. در عوض باید پذیرفت که اینها در پاسخ به سرخ‌های موجود، پاسخ‌هایی طبیعی هستند. حضور ذهن افراد را قادر می‌سازد تا بتوانند کشش‌ها را آنگونه که پدید می‌آیند، مشاهده کنند، بدون قضاوت بپذیرند و با آنها به شیوه‌های سازنده مدارا کنند.

مواجهه^۴

اولین مطالعه‌ای که اثرات MBSR (کبات - زین، ۱۹۸۲) را مورد توصیف قرار داد، کاربرد آن در درمان بیماران مبتلا به درد مزمن بود. MBSR تا حدی مبتنی بر تمرینات سنتی مراقبه است، و غالباً شامل دوره‌های وسیع نشستن بدون حرکت می‌باشد. اگرچه یک وضعیت نسبتاً آرامش‌یافته‌ای ایجاد می‌شود، اما عدم تحرک طولانی می‌تواند منجر به ایجاد درد در عضلات و مفاصل شود. در دستورالعمل‌هایی که به مراجعان در مراقبه داده می‌شود، تأکید می‌گردد که وضعیت خود را برای رهایی از درد تغییر ندهند، بلکه در عوض مستقیماً توجه دقیقی بر حس‌های درد داشته باشند و با نگرش بدون قضاوتی به این حس‌ها توجه کنند؛ همچنین شناخت‌ها (این غیرقابل تحمل است)، هیجانات (اضطراب، خشم) و کنش‌هایی (تغییر وضعیت) که غالباً با حس‌های درد همراه هستند را مورد توجه دقیق و پذیرش قرار دهند. اعتقاد بر این است که توانایی مشاهده بدون قضاوت، حس‌های درد و پریشانی همراه با درد را کاهش می‌دهد.

کبات - زین (۱۹۸۲) کنش‌های متعددی را در کاربرد این راهبرد مطرح می‌سازد، برای مثال، مواجهه طولانی با حس‌های درد، در غیاب پیامدهای فاجعه‌آمیز، می‌تواند منجر به حساسیت‌زدایی و کاهش پاسخ‌های هیجانی ناشی از درد گردد. بنابراین، تمرین مهارت‌های ذهن آگاهی می‌تواند منجر به ایجاد توانایی تجربه حس‌های درد بدون واکنش‌های هیجانی مفرط شود. نهایتاً در صورتی که حس‌های درد کاهش نیابند، پریشانی و رنج ناشی از آن ممکن است تسکین یابد.

کبات - زین (۱۹۹۲) مکانیسم مشابهی را برای اثرات بالقوه مهارت حضور ذهن بر اضطراب و هراس مطرح ساخته است. زیر نظر گرفتن دائم و بدون قضاوت حس‌های مربوط به اضطراب، بدون سعی در فرار یا اجتناب از آنها می‌تواند باعث کاهش واکنش‌های هیجانی گردد که معمولاً توسط نشانه‌های اضطراب برانگیخته می‌شوند. این رویکرد مشابه با راهبرد مواجهه آشنایی^۵ است که توسط بارلو^۶ و کراسک^۷ (۲۰۰۰) توصیف شده است. این درمانگران به بیماران مبتلا به هراس آموزش می‌دادند که به تمرینات هوازی و تنفس عمیق^۸ بپردازند، و تحمل این حس‌ها را

رویکردهای مفهومی: چگونه مهارت‌های حضور ذهن ممکن است کمک‌کننده باشد؟

مؤلفین راهبردهای مختلف درمانی، مکانیسم‌هایی را در نظر می‌گیرند که به تبیین چگونگی تأثیر مهارت‌های حضور ذهن در کاهش نشانه‌ها و تغییرات رفتاری می‌پردازند.

- 1- Kohlenberg
- 2- Marlatt
- 3- Gordon
- 4- exposure
- 5- interoceptive exposure
- 6- Barlow
- 7- Craske
- 8- Deep breathing

خاص بیماران افسرده است (نولن - هکسما، ۱۹۹۱). یعنی مهارت حضور ذهن، بیمارانی را که سابقه افسردگی دارند، متوجه افکار افسردگی‌زای خود می‌سازد، و مجدداً افکار آنها را به سایر جنبه‌های زمان حال، نظیر تنفس، راه رفتن همراه حضور ذهن یا صداهای محیطی، معطوف می‌سازد و از این طریق باعث کاهش نشخوار فکری می‌گردد. تیزدل این پدیده را «بینش فراشناختی»^۱ می‌نامد. تیزدل و همکاران (۱۹۹۵) هم چنین متذکر می‌شوند که مزیت عملی مهارت‌های حضور ذهن در ترغیب تغییرات شناختی این است که همیشه تمرینات حتی در دوره‌های بهبودی قابلیت انجام دارند. دوره‌هایی که افکار افسردگی‌زا ممکن است به ندرت رخ دهند کمتر می‌توان از تکنیک‌های سنتی شناخت درمانی نظیر چالش با افکار و تحریفات شناختی استفاده نمود. به عبارتی، دیدگاه مبتنی بر حضور ذهن در مورد کلیه افکار فرد می‌تواند کاربرد داشته باشد.

اداره - خود^۲

مؤلفین متعددی اظهار داشته‌اند که مشاهده - خود بهبود یافته ناشی از آموزش حضور ذهن می‌تواند استفاده از مهارت‌های مقابله‌ای را ارتقاء بخشد. برای مثال کبات - زین (۱۹۸۲) مطرح می‌سازد که آگاهی فزون‌یافته از حس‌های درد و پاسخ‌های استرس، افراد را قادر می‌سازد که در انواع پاسخ‌های مقابله‌ای درگیر شوند. کریستلر و هالت (۱۹۹۹) ادعا می‌کنند که توسعه مهارت‌های مشاهده - خود در طی آموزش‌های حضور ذهن باعث بهبود شناخت سرنخ‌های سیری در پرخورها می‌گردد، به همین ترتیب توانایی مشاهده کشش‌های مربوط به پرخوری را افزایش می‌دهد. مارلات (۱۹۹۴) اثرات مشابهی را در معطادان رو به بهبود بیان می‌کند. تیزدل و همکاران (۱۹۹۵) خاطر نشان ساختند که آموزش حضور ذهن باعث آگاهی از کلیه رویدادهای هیجانی و شناختی آن گونه که رخ می‌دهند، می‌گردد، به ویژه در کسانی که ممکن است نشانه‌های اولیه عود افسردگی را تجربه کنند. از این رو، آموزش حضور ذهن می‌تواند بازشناسی اولیه نشانه‌های یک مشکل را ارتقاء بخشد و کاربرد این مهارت‌ها به احتمال بسیار در پیشگیری از مشکل می‌تواند مؤثر باشد. لینهان (۱۹۹۳) مطرح می‌سازد که مشاهده بدون قضاوت، فرصت شناخت پیامدهای یک رفتار را ممکن می‌سازد (نظیر عصبانی کردن رئیس با تأخیرهای مکرر خود). این شناخت، تغییرات رفتاری مؤثرتری را به دنبال خواهد داشت. لینهان (۱۹۹۳) به ویژه کاهش تکانشوری و رفتارهای

تمرین کنند، تا بتوانند از نشانه‌های مربوط به آن رهایی یابند. در تمرینات حضور ذهن از بیمار خواسته نمی‌شود که نشانه‌های هراسی را در خود ایجاد کند، بلکه مشاهده بدون داوری حس‌ها که طبیعتاً بروز می‌یابند، مورد ترغیب قرار می‌گیرد.

لینهان (۱۹۹۳) افراد دارای اختلال شخصیت مرزی را به عنوان افراد مبتلا به فویبای هیجانی توصیف می‌کند. یعنی افرادی که از تجربه هیجانانگیز منفی شدید واهمه دارند. این ترس قابل فهم است، چرا که حالت‌های هیجانی منفی آنها معمولاً شدید است. به هر حال، کوشش آنها برای اجتناب از این حالت‌ها غالباً پیامدهای ناسازگارانه‌ای دارد. لینهان (۱۹۹۳) می‌گوید که مشاهده افکار و هیجانانگیزی، بدون سعی در اجتناب یا فرار از آنها، می‌تواند به عنوان نمونه‌ای از مواجهه تلقی شود، که به نوبه خود باعث خاموشی پاسخ‌های ترس و رفتارهای اجتنابی گردد که توسط محرک‌های ترس‌انگیز، تقویت شده‌اند. بنابراین، توانایی تحمل هیجان‌های منفی و توانایی مدارا با آنها اثرات مفیدی به همراه دارد.

تغییر شناختی

مؤلفین متعددی مطرح ساخته‌اند که تمرینات حضور ذهن می‌تواند باعث ایجاد تغییراتی در الگوهای فکری، یا نگرش‌های فرد در مورد افکارش شود. برای مثال کبات - زین (۱۹۹۰ و ۱۹۸۲) توصیه می‌کند که مشاهده بدون قضاوت درد و افکار مرتبط با اضطراب ممکن است منجر به فهم و درک این نکته گردد که اینها «فقط افکارند» و نمایانگر حقیقت یا واقعیت نیستند، و لزوماً نباید باعث فرار یا رفتار اجتنابی شوند. لینهان (۱۹۹۳) نیز خاطر نشان می‌سازد که مشاهده افکار و احساسات و به کار گرفتن برچسب‌های توصیفی برای آنها، این درک و فهم را به وجود می‌آورد که آنها همیشه نمایانگر صحیحی از واقعیت نیستند. برای مثال احساس ترس به این معنی نیست که خطر قریب‌الوقوع وجود دارد، و تفکر «من مقصرم» لزوماً واقعی نیست. کریستلر و هالت (۱۹۹۰، ۱۹۹۹)، در مطالعه‌ای با استفاده از تکنیک‌های MBSR در مورد بیماران مبتلا به پرخوری مرضی، نظریه هیترتون^۱ و بومیستر^۲ (۱۹۹۱) در خصوص این دسته از بیماران در نظر گرفتند، در این نظریه پرخوری به عنوان فرار از آگاهی از خود مطرح شده و آموزش حضور ذهن می‌تواند منجر به پذیرش بدون داوری شرایط ناخوشایندی گردد که باعث می‌شود این بیماران از آن فرار می‌کنند.

تیزدل^۳ (۱۹۹۹) و تیزدل و همکاران (۱۹۹۵) در بحث خود از MBCT ادعا نمودند که آموزش ذهن آگاهی باعث عدم محوریت ذهن فرد نسبت به الگوهای فکری تکراری و هم چنین کاهش نشخوار فکری می‌گردد. این نوع تفکر

- 1- just thoughts
- 2- Heatheron
- 3- Baumeister
- 4- Teasdale
- 5- Nelson- Haeksema
- 6- meta-cognitive insight
- 7- self-management

ناخوشایند هستند باید تحمل شوند، و نباید از آنها اجتناب نمود یا آن‌ها را خطرناک تلقی کرد.

کلیده برنامه‌های درمانی که تا اینجا ذکر شدند، عنصر پذیرش را در بردارند، از جمله پذیرش درد، افکار، احساسات، کشش‌ها، یا سایر پدیده‌های بدنی، شناختی و هیجانی، و در آنها کوششی برای تغییر، گریز، یا اجتناب وجود ندارد. کبات - زین (۱۹۹۰) پذیرش را به عنوان یکی از مبانی متعدد تمرینات حضور ذهن توصیف نمود. DBT در برنامه‌های درمانی خود، آموزش تکنیک‌هایی را تأکید می‌ورزد که پذیرش واقعیت را ارتقاء می‌دهند. از این رو، به نظر می‌رسد که آموزش حضور ذهن ممکن است برای تعلیم مهارت‌های پذیرش ضروری باشد.

رابطه بین آموزش حضور ذهن و رویکردهای رفتاری شناختی

این بحث بیان می‌دارد که آموزش حضور ذهن با شیوه‌های درمانی رفتاری - شناختی به شکل‌های مختلف وجود دارد. آموزش هدایت توجه توسط خود می‌تواند باعث مواجهه پایدار با حس‌ها، افکار، و هیجانات شود و حساسیت‌زدایی پاسخ‌های شرطی شده و کاهش رفتارهای اجتنابی را به دنبال داشته باشد.

به نظر می‌رسد که تغییرات شناختی، ناشی از این دیدگاه باشد که افکار پدیده‌هایی هستند که نباید درگیر ارزش یا معانی آنها شد و لزوماً بازتاب واقعیت، سلامت، سازگاری، یا ارزشمندی نیستند. تمرینات مراقبه هم چنین ممکن است باعث آرام سازی و بهبود اداره خود گردند.

به هر حال، آموزش حضور ذهن با درمان سنتی شناختی - رفتاری از جنبه‌های مهمی تفاوت دارد. برای مثال، آموزش حضور ذهن، شامل ارزیابی افکار تحت عنوان منطقی یا تحریف شده و یا کوشش‌های منظم برای تغییر افکار منطقی یا تحریف شده نمی‌باشد. در عوض، شرکت‌کنندگان می‌آموزند که افکارشان را مشاهده کنند، اهمیتشان را در نظر بگیرند و از ارزیابی آنها جلوگیری کنند. تفاوت مهم دیگر این است که شیوه‌های شناختی - رفتاری سنتی معمولاً یک هدف واضح و روشن، مثل تغییر یک الگوی فکری یا رفتاری دارند. برعکس در مراقبه حضور ذهن، نگرش متفاوتی وجود دارد که براساس آن از کشمکش پرهیز می‌شود. یعنی اگرچه یک تکلیف

ناسازگارانه هم چنین در خصوص داشتن «یک حضور ذهن» در زمان حال، بیان می‌کند که این مهارت باعث ایجاد کنترل توجه می‌گردد و مهارت مفیدی برای افرادی است که در تکمیل تکالیف مهم به علت حواس پرتی ناشی از نگرانی‌ها، خاطرات یا خلق‌های منفی مشکل دارند.

آرام‌سازی^۲

رابطه بین مراقبه و آرام‌سازی قدری پیچیده است. مؤلفین متعددی (گلدبرگ و همکاران، ۱۹۹۴؛ کبات زین و همکاران، ۱۹۹۸؛ کاپلان، گلدبرگ و گالوین - ناديو، ۱۹۹۳) مطرح ساخته‌اند که حضور ذهن مبتنی بر کاهش استرس ممکن است در اختلالات طبی وابسته به استرس از جمله پسوریازیس و فیبرومیالگیا کاربرد داشته باشند. این مؤلفین خاطر نشان می‌سازند که مراقبه غالباً آرامش بخش است و از این راه می‌تواند در اداره این اختلالات مؤثر باشد. ایجاد آرامش از طریق راهبردهای گوناگون مراقبه ثبت شده است (بنسون^۳، ۱۹۷۵؛ اورم - جانسون^۴، ۱۹۸۴؛ والاس، بنسون و ویلسون، ۱۹۸۴).

به هر حال، هدف آموزش حضور ذهن، ایجاد آرامش نیست، بلکه در عوض آموزش زیر نظر گرفتن بدون قضاوت شرایط فعلی است، شرایطی که ممکن است برانگیختگی دستگاه عصبی خودمختار، افکار رقابتی، تنش عضلانی، و سایر پدیده‌های ناسازگار با آرامش را باعث شوند. به علاوه، شواهد نشان می‌دهند که اثرات آرام‌سازی منحصر به مراقبه نیستند، بلکه در بسیاری از راهبردهای آرام‌سازی وجود دارند (شاپیرو^۵، ۱۹۸۲). از این رو، گرچه تمرینات حضور ذهن ممکن است منجر به آرام‌سازی شوند، اما این پیامد دلیل اولیه درگیری در مهارت‌های ذهن آگاهی نیستند.

پذیرش^۶

رابطه بین پذیرش و تغییر، یک مفهوم محوری در بحث‌های رایج روان درمانی است (هایز، جاکوبسن^۷، فولت^۸، و داگر، ۱۹۹۴). هایز (۱۹۹۴) مطرح ساخت که پذیرش شامل «تجربه رویدادها به طور کامل و عاری از دفاع، همان گونه که هستند» می‌باشد و ذکر نمود که متخصصین بالینی که تجربه مدار هستند، ممکن است که بر اهمیت تغییر کلیه نشانه‌های ناخوشایند، تأکید بیش از حدی داشته باشند و اهمیت پذیرش را مورد توجه قرار ندهند. برای مثال، فردی که حملات هراس را تجربه می‌کند، ممکن است در رفتارهای ناسازگارانه متعددی برای پیشگیری از حملات آتی هراس درگیر شود، از جمله سوء مصرف دارو و الکل، اجتناب از فعالیت‌های مهم، و گوش به زنگی مضطربانه و افراطی نسبت به حالت‌های بدنی. فرد بپذیرد که حملات هراس ممکن است گاه گاهی رخ دهند، زودگذرند و خطرناک نیستند، و اگرچه

1 - «one minel fally»

2 - Relaxation

3 . Benson

4 . Orme-Johnson

5 . Shapiro

6 . Acceptance

7 . Jacobsen

8 . Follette

تجویز می‌شود (نظیر نشستن بی حرکت، بستن چشم‌ها و پرداختن توجه) اما هیچ هدف خاصی اتخاذ نمی‌شود، شرکت‌کنندگان کوششی برای ایجاد آرامش، کاهش درد، یا تغییر افکار و هیجانات خود به عمل نمی‌آورند، گرچه ممکن است به همین دلایل جهت درمان مراجعه کرده باشند. آنها به سادگی آنچه را که در هر لحظه اتفاق می‌افتد، مشاهده می‌کنند. سرانجام، پژوهشگران حضور ذهن مطرح ساخته‌اند که آموزش مؤثر مهارت‌های حضور ذهن توسط متخصصین بهداشت روانی خود آنها را نیز درگیر فراگیری مهارت‌های حضور ذهن می‌سازد (سگال و همکاران، ۲۰۰۳).

نقش آموزش دهندگان MBCT در انجام مهارت‌ها و تکنیک‌ها

علاوه بر آموزش‌های مربوط به روان‌درمانی یا مشاوره یا آموزش‌های مربوط به حرفه بهداشت روانی که طی آن آموزش دهندگان باید درمان شناختی و نحوه اداره گروه را بیاموزند، ضرورت دارد تا آنها خود روش‌های MBCT را تمرین کنند. شبیه آموزش شنا که آموزش گیرندگان صرفاً از طریق کتابچه راهنمای شنا نمی‌تواند شنا را بیاموزند. مربی شنا کسی است که طرز شنا کردن را بداند. ارزیابی‌ها نشان می‌دهند که آشنایی با تمرینات حضور ذهن یکی از ضروریات است. به همین دلیل پیشنهاد می‌شود که متخصصین سلامت روان به عنوان یک آموزش دهنده تا حدودی به تمرین‌های MBCT مبادرت ورزند. زیرا بدون شک، برخی از شرکت‌کنندگان در حین تمرینات مشکلاتی خواهند داشت و مربی با «دانش ذهنی صرف» نمی‌تواند به آنها پاسخ دهد. علاوه بر آن از این طریق توانایی آموزش دهندگان برای تجسم طرز تلقی‌های فردی که ممکن است شرکت‌کنندگان در حین تمرینات داشته باشند، ارتقاء می‌یابد. عاقلانه به نظر نمی‌رسد که آموزش دهندگان بدون این قادر باشند تا مراجعان را آموزش دهند.

برنامه‌ریزی و آمادگی برای جلسات

در هر جلسه کارهای مشخصی باید انجام شود که شامل توزیع جزوات آموزشی مربوط به جلسه، نوارها و مطالب خواندنی، آماده‌سازی اتاق قبل از هر جلسه با چندین صندلی و احتمالاً مطالبی که به‌عنوان کلید واژه روی تخته سیاه نوشته می‌شود. به عبارت دیگر هر جلسه به برنامه‌ریزی نیاز دارد و تجارب آموزش‌دهندگانی که در این زمینه فعالیت داشته‌اند نشان داده جلساتی که آنها بدون برنامه‌ریزی قبلی اجرا می‌کردند با جلساتی که با آمادگی قبلی به اجرا در می‌آمد، کاملاً متفاوت بود. بنابراین توصیه می‌شود که خود را برای جلسه کاملاً آماده کنید. با این کار نه تنها برنامه‌های هر جلسه به ترتیب اجرا می‌شود بلکه تعادلی بین پذیرا بودن و جهت داشتن تجارب شرکت‌کنندگان به وجود می‌آید. هم چنین برنامه‌ریزی قبلی باعث انعطاف‌پذیری شما در کلاس می‌شود.

در صورتی که متخصصینی که از شیوه‌های سنتی رفتاری - شناختی استفاده می‌کنند، انتظار نمی‌رود که درگیر تمریناتی شوند که در حال آموزش دادن آنها هستند. اگرچه تمرین حضور ذهن معمولاً شامل پذیرش واقعیت زمان حال است، افرادی که این مهارت‌ها را تمرین می‌کنند، ممکن است کاهش در انواع نشانه‌ها را تجربه کنند.

در صورتی که متخصصینی که از شیوه‌های سنتی رفتاری - شناختی استفاده می‌کنند، انتظار نمی‌رود که درگیر تمریناتی شوند که در حال آموزش دادن آنها هستند. اگرچه تمرین حضور ذهن معمولاً شامل پذیرش واقعیت زمان حال است، افرادی که این مهارت‌ها را تمرین می‌کنند، ممکن است کاهش در انواع نشانه‌ها را تجربه کنند.

موضوعات اجرایی

در خصوص کار با افرادی که قبلاً دوره‌های شدید افسردگی را داشته‌اند، نکاتی وجود دارد که باید رعایت شود:

الف - افراد افسرده‌ای که با استفاده از دارو بهبود یافته‌اند، ممکن است تصور کنند که بیماری آنها جنبه زیستی دارد، لذا برای تغییر تصورات آنها نیاز به یک رویکرد روانی - اجتماعی داریم. با توجه به این اصل، در ارزیابی اولیه، زمانی را به صحبت در مورد چگونگی نقش دو عامل زیستی و روانی - اجتماعی در شروع، ادامه و عود افسردگی اختصاص می‌دهیم.

ب - دوم اینکه در کار با شرکت‌کنندگان بهبود یافته، باید توجه داشت که نشانگان افسردگی در سطح پائینی قرار دارند. درمان‌های قبلی روان‌شناختی با این فرض توسعه یافتند که شرکت‌کنندگان افسرده دارای نشانگان بارزی مثل خلق افسرده مستمر، افکار و مقادیر منفی، سوگیری‌های شدید در حافظه و قضاوت ناتوانی برای احساس لذت و داشتن فعالیت، افکار و تکانه‌های خودکشی هستند. هدف مهم رویکرد MBCT آموزش به شرکت‌کنندگان برای آگاهی بیشتر از تغییرات جزئی خلق است. از آن جایی که در دوره بهبودی، نشانگان برجسته نیستند به شرکت‌کنندگان آموزش داده می‌شود که به نجوای درون خود گوش دهند.

ج - سوم، مربوط به زمان عود بیماری است که به طور متوسط ۵۰٪ از بیماران تا یک سال پس از دوره افسردگی،

مستقیم با آن را انتخاب کنند و یا از طریق توجه به بخشی از بدن که در اثر احساسات منفی تنیده شده و آگاهی نسبت به آن از تنفس برای آرام کردن حس‌های بدنی استفاده کنند. یا از راهبردهایی استفاده کنند که در گذشته برای داشتن احساس راحتی یا تسلط به کار می‌بردند. نکته بسیار مهم در تمرین تنفس انعطاف‌پذیری آن است، زیرا در این تمرین، تنفس به طور وسیعی در بدن گسترش می‌یابد. شاید برای شرکت‌کنندگان بستن چشم‌ها به مدت سه دقیقه مشکل باشد، ولی این کار برای آن‌ها این امکان را فراهم می‌آورد تا در پذیرش برداشت‌های خودشان درنگ کنند. بنابراین قبل از توجه وسیع به رویکرد اینجا و اکنون، تمرکز بر تنفس به عنوان اولین گام مهم به‌شمار می‌رود.

در نهایت، شرکت‌کنندگان تشویق می‌شوند که از نشانگان هشدار دهنده افسردگی آگاهی یافته و زمانی که افسردگی رخ می‌دهد از راهبردهای عملی تری استفاده کنند. ما اعتقاد داریم که MBCT می‌بایست آمیزه‌ای از موضوعات اولیه رویکرد حضور ذهن به‌طور کلی و کمک به رویارویی با مسایل خاصی باشد که باعث افسردگی شده‌اند. اما در همه حال، موضوع اصلی تغییر ارتباط با آن چیزی است که مشکل‌ترین محسوب می‌شود (محمدخانی، تمنایی فر و جهانی تابش، ۱۳۸۴).

تاریخچه MBCT در ایران

MBCT در ایران برای نخستین بار در یک پروژه پژوهشی مشترک بین دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی و دانشگاه کلگری کانادا در سال ۱۳۸۲ معرفی گردید. در این پروژه اثربخشی MBCT در مقایسه با درمان رفتاری-شناختی نوین مبتنی بر پیشگیری از عود افسردگی و درمان متداول (که غالباً دارو می‌باشد) برای بیماران مبتلا به افسردگی اساسی در فاز بهبودی نسبی مورد آزمون قرار داده شد. به همین منظور کارگاه‌های آموزشی برای درمانگرانی که باید MBCT را به اجرا در می‌آوردند برگزار شد. در همین راستا کتاب درمان شناختی حضور ذهن با اقتباس از کتابی تحت این عنوان (تیزدل و همکاران، ۲۰۰۰) به رشته تحریر درآمد که در این کتاب اصول و مبانی درمان شناختی حضور ذهن و همین‌طور، ساختار جلسات همراه با جزوات مربوط به شرکت‌کنندگان ارائه شد (محمدخانی، تمنایی فر و جهانی تابش، ۱۳۸۴). با توجه به نتایج طرح مذکور، در حال حاضر کوشش‌هایی به منظور بررسی اثربخشی یک درمان ترکیبی (CBT + MBCT) در بیماران مبتلا به افسردگی در حال انجام است که انتظار می‌رود به انطباق فرهنگی MBCT بیانجامد و جدا از به کارگیری سنتی آن در پیشگیری از عود افسردگی به عنوان یک درمان در زمان تجربه افسردگی به آزمون درآید (امیدی و همکاران زیر چاپ).

نکته مهم قابل توجه این است که به شرکت‌کنندگان گفته شود در آغاز درمان ممکن است استرس بیشتری احساس کنند و چون روزانه باید ۴۵ دقیقه به نوار گوش دهند ممکن است به ایجاد تغییراتی در سبک زندگی خود نیاز داشته باشند. ممکن است از این روش درمانی فواید بسیاری را انتظار داشته باشند، که این انتظارات ذهنی و بیشتر فریبنده است، بنابراین تلاش کنند تا با حداکثر توان خود قضاوت را به تأخیر اندازند و به رویکرد تجربی تأکید داشته باشند. بنا به آنچه در نخستین تمرین منظم برنامه گفته شده «خیلی تلاش نکنید - هر چه پیش آمد بپذیرید»، این آن چیزی است که هم‌اکنون احساس می‌کنید.

دستورالعمل

در MBCT اولین گام یادگیری چگونگی توجه کردن هدفمند، در هر لحظه و بدون داوری است. روش توجه کردن در جلسات ۴-۱ آموزش داده می‌شود. در ابتدا شرکت‌کنندگان از این که معمولاً توجه کمی به زندگی روزانه دارند، آگاه می‌شوند. آن‌ها می‌آموزند که از تغییرات سریع ذهن از موضوعی به موضوع دیگر آگاه شوند. به دنبال آن یاد می‌گیرند که چطور ذهن سرگردان خود را به یک نقطه واحد متمرکز کنند. در ابتدا این کار از طریق توجه به قسمت‌های مختلف بدن و سپس با ارجاع به تنفس آموخته می‌شود. در گام بعدی شرکت‌کنندگان می‌آموزند که چطور ذهن سرگردان باعث ایجاد افکار و احساسات منفی می‌شود.

تنها وقتی که یک فرد از این جنبه‌ها آگاه شود می‌تواند از MBCT استفاده کند، تا از این طریق بتواند تغییرات خلقی خود را شناسایی نموده و در کوتاه مدت آن‌ها را اداره کند و یا در درازمدت با آن‌ها چالش نماید. این کار مستلزم فاز دوم MBCT و مربوط به جلسات ۸-۵ است. آموزش‌دهندگان باید به این نکته توجه داشته باشند که هرگاه افکار یا احساسات منفی در شرکت‌کنندگان ظاهر شده به آنها گوشزد کنند که قبل از پاسخ‌های مهارت‌آمیز به آنها، اجازه دهند که افکار به همان صورت در ذهنشان باقی بمانند. با این کار شرکت‌کنندگان یاد می‌گیرند که چگونه به طور کامل از تفکر یا احساسات آگاه شوند و یک تا دو دقیقه قبل از اینکه توجه خود را به کل بدن معطوف کنند به تنفس خود توجه نمایند. چنین کاری برای اداره مشکلات در همان لحظه و آگاهی نسبت به افکار یا احساسات ناخوشایند کفایت می‌کند. در هر بخش از تمرین، این اولین قدم اساسی رویارویی با افکار و احساسات منفی است. به دنبال این فرایند شرکت‌کنندگان می‌توانند بهترین پاسخ ممکن را انتخاب کنند. مثلاً ممکن است مشکل را فقط به عنوان یک فکر یا احساس در نظر گرفته و آن را گذرا ببینند و یا ممکن است در دراز مدت رویارویی

mainstreaming of using mindfulness based cognitive behavior therapy for emotional tolerance and mood relief.

-harma Practice in society. Ing. Watson & S. Batchelor (Eds.). **The psychology of awaking: Buddhism, science, and our day-to-day lives** (pp, 225-249). Nork Beach, ME:Weiser .

-Kristeller, J., & Hallet, C. B. (1997). An exploratory study of binge eating disorder. **Journal of Health Psychology**, 4, 357 – 363.

-Lau, M., Mc Main, S.F.(2005). Integrating Mindfulness Meditation with cognitive and Behavior therapies: The challenge of combining Acceptance- and chang-Linehan, M.M.(1993a). **Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder** . New York: Guilford Press.

-Linehan, M.M. (1993b). Skills training manual for treating borderline personality disorder. New York: Guilford Press.

e – Based strategies.

-Linehan, M.M. Tutec, D., Heard, H.L., &Armstrong, H.E. (1994). Interpersonal outcome of cognitive-behavioral treatment for chronically suicidal borderline patients. **American Journal of Psychiatry**, 1771-1776.

-Marlatt, G. A. (1994). Addiction, mindfulness , and acceptance . In S .C Hayes , N . S . Jacobson , V . M. Follete, & M.J.Dougher (Eds), **Acceptance and context in psychotherapy** (pp. 175-197). Reno , NV:context Press .

-Marlatt, G. A. & Kristeller, J. L. (1999). Mindfulness and meditation. In W. R. Miller (Ed), **Integrating spirituality into treatment** (pp.67-84). Washington <DC: American Psychological Association.

-Mason, O., Hargreaves. I.,(2001). A qualitative study of Mindfulness- based cognitive therapy for depression.

Omidi, A., Mohammadkhani. P., Poorshahbaz . A., Dolatshahi . B.(2008). A randomized , comparing a combination of CBT & MBCT with traditional CBT and TAU in patient with major depressive disorder .(in press)

-Parker, G. and et al., (2003). Cognitive Behavior Therapy for Depression? Choose Horses for Courses. **Am J Psychiatry**.

-Philippot, P. and et al., (2004). A qualitative study of Mindfulness – based cognitive therapy for depression.

-Philippot, P. and et al., (2004). MBCT training

شایان ذکر است که اثربخشی MBCT در کاهش افکار خود آیند منفی، نگرش ناکارآمد، افسردگی و اضطراب توسط کاویانی و همکاران (۱۳۸۴) نیز از مطالعاتی است که تاکنون در ایران انجام یافته است.



منابع:

- امیدی، ع.؛ محمدخانی، پ.؛ پورشهباز، ع.؛ دولتشاهی، ب. (۱۳۸۷). اثربخشی درمان ترکیبی MBCT&CBT در کاهش نشانه های همراه در اختلال افسردگی اساسی. زیر چاپ.

- کاویانی، ح.؛ جواهری، ف.؛ بحیرایی، ب. (۱۳۸۴). اثر بخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی (MBCT) در کاهش افکار خودآیند منفی و نگرش ناکارآمد و افسردگی و اضطراب پی گیری ۶۰ روزه . مجله تازه های علوم شناختی . ۷ و ۵۹-۴۹ .

-ویلیامز، م.، سی گال، ز. (۱۳۸۴). درمان شناختی مبتنی بر حضور ذهن برای افسردگی. ترجمه پروانه محمدخانی، شیما تمنایی فر، عذرا جهانی تابش. فرادید.

-Baer, R. A., (2003). **Mindfulness Training as a Clinical Intervention: A Conceptual and Empirical Review**. American Psychological Association.

Carson, J. W., Carson, M., Gil, K. M., Baucom, DH. (2004). Mindfulness based-Kabat-Zinn ,J. ,(1990). Full catastrophe living: Using the wisdom of your body and mind to face stress , pain , and illness. New York : Delacorte.

-Kabat-Zinn, J., & Chapman-Waldrop, A. (1988). Compliance with an outpatient stress reduction program: Rates and predictors of program completion. **Journal of Behavioral medicine**, 11,333-352.

-Kabat-Zinn ,J ., Massion , M . D., Kristeller, J., Peterson,L.G.,Fletcher. K. E ., Pbert, L., et al.(1992). Effectiveness of a meditation-based stress reduction program in the treatment of anxiety disorders. American Journal of Relationship Enhancement. Behavior therapy. Psychiatry , 19-

-Kabat-Zinn .J ., (1994) . Wherever you go , there you are :Mindfulness meditation in everyday life . New York :Hyperion .

-Kabat-Zinn.,Wheeler,E.,Light,T., Skilling, Z., Scharf , M.J.,Crpley, T.G.,et al . (1998). Influence of a mindfulness meditation – based stress reduction intervention on rates of skin clearing in patients with moderate to severe psoriasis undergoing phototherapy (UVB) and photo chemotherapy (PUVA). **Psychosomatic Medicine**, 50, 625-632.

-Kabat-Zinn .J. (2000). Indras net at work: The

improves Autobiography Memory and Mood in a healthy middle aged sample.

-Ramel, W, and et al., (2004). The Effects of mindfulness meditation on cognitive processes and Affect in patients with past Depression. *Cognitive therapy and research*.

-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 .**

-Stuart J.R. and et al., (2006). Cognitive Therapy for Depression American Family Physician.

-Surawy, C. and et al., (2005). The Effect of mindfulness training on Mood and Measures of fatigue, activity, and, quality of life in patients with chronic fatigue syndrome on a hospital waiting list. **Behavioral and cognitive psychotherapy.**

-Teasdale-Teasdale, John. D. (1983). change in cognition during depression psychopathological: discussion paper. **Journal of Royal society of medicine**. Colume 76, December 1983.

Segal, Z.V., Williams, J. Mark, G. Ridgeway, V. A., Soulsby, J.M., Lau, M.A. (2000). Prevention of Relapse/ Recurrence in Major Depression by Mindfulness Based cognitive therapy. **Journal of counseling and clinical psychology.**

-Teasdale, J.D., Segal, Z.V. Williams, J.M. (2004). Mindfulness training and problem formulation.

-Warren Rown, k. and Ryan, R.M. (2003). The Benefits of Being present: Mindfulness and its Role in psychological well-Being. **Journal of personality and social psychology.**

-Welssman, M. M., and Markowitz, J.C. (2003). The future of psychotherapies for mood disorders.

-Williams, J.M ., K., Kolar , M.M ., Reger, B. E., & Pearson , J.C.(2001). Evaluation of a wellness-based mindfulness stress reduction intervention:A controlled trial. **American Journal of Health promotion** , 15 , 422-432 .

-Williams, J.M., Teasdale, J.D. segal, Z., soulsby, J.(2000). Mindfulness- Based cognitive therapy Reduces overgeneral Autobiography Memory in formerly Depression Patients. **Journal of Abnormal psychology.**

-Zunkel, G. M. (2003). Depressive Disorders: Treatment with Nonpharmalogical Alternatives. **Complementary Health Practice Review.**