بسم الله الرحمن الرحيم

تشخیص و درمان افسردگی

مولف :

مهری جلالی ریگی

انتشارات ارسطو

(چاپ و نشر ایران)

۱۴۰۰

سرشناسه : جلالی ریگی، مهری، ۱۳۴۸-
عنوان و نام پدیدآور: تشخیص و درمان افسردگی / مولف مهری جلالی‌ریگی.
مشخصات نشر : ارسطو (سامانه اطلاع رسانی چاپ و نشر ایران) ، ۱۴۰۰.
مشخصات ظاهری : ۱۸۵ ص.
شابک : ۱-۵۵-۴۳۲۶-۶۰۰-۹۷۸
وضعیت فهرست نویسی : فیپا
موضوع : افسردگی
موضوع : Depression, Mental
موضوع : افسردگی -- تشخیص
موضوع : Depression, Mental -- Diagnosis
موضوع : افسردگی -- درمان
موضوع : Depression, Mental-- Treatment
رده بندی کنگره : RC۵۳۷
رده بندی دیویی : ۶۱۶/۸۵۲۷
شماره کتابشناسی ملی : ۷۶۳۷۶۳۱
وضعیت رکورد : فیپا

نام کتاب : تشخیص و درمان افسردگی
مولف : مهری جلالی ریگی
ناشر : ارسطو (سامانه اطلاع رسانی چاپ و نشر ایران)
تیراژ : ۱۰۰۰ جلد
نوبت چاپ : اول - ۱۴۰۰
چاپ : مدیران
قیمت : ۴۷۰۰۰ تومان
فروش نسخه الکترونیکی - کتاب‌رسان :
https://chaponashr.ir/ketabresan
شابک : ۱-۶۵۵-۴۳۲-۶۰۰-۹۷۸
تلفن مرکز پخش : ۰۹۱۲۰۲۳۹۲۵۵
www. chaponashr. ir

انتشارات ارسطو
چاپ و نشر ایران
Chaponashr.ir

فهرست مطالب

پیشگفتار **۸**

فصل اول: کلیات **۱۲**

تاریخچه افسردگی ۱۳

اختلال افسردگی ۱۵

تعریف افسردگی ۲۴

ملاک‌های تشخیصی اختلال افسردگی ۲۷

ویژگی‌های افسردگی ۲۹

اختلال‌های همبود با افسردگی ۳۶

تشخیص افتراقی برای افسردگی ۳۹

منظور از افسردگی حاد یا گذرا چیست؟ ۴۲

حملات افسردگی ۴۳

انواع افسردگی ۴۶

حالات افسردگی ۵۵

شیوع افسردگی ۶۹

فصل دوم: دیدگاه‌های موجود در مورد افسردگی **۷۳**

دیدگاه زیست شناختی ۷۴

دیدگاه روان پویشی ۷۷

دیدگاه رفتاری ۸۶

دیدگاه شناختی ۸۸

درماندگی آموخته شده..... ۹۴
نظریه نومیدی..... ۹۶
نظریه نشخوار فکری..... ۹۷
نظریهٔ اصالت وجودی – انسان‌گرایی..... ۹۸
کیفیت‌زندگی و افسردگی..... ۹۹
معنویت و افسردگی..... ۱۰۱
جنسیت و افسردگی..... ۱۰۳
تفاوت‌های فردی در افسردگی..... ۱۰۶
تأثیرافسردگی بر ابعاد زندگی..... ۱۰۷
فصل سوم: سبب شناسی افسردگی..... ۱۱۲
علل افسردگی..... ۱۱۳
عوامل ژنتیکی..... ۱۱۳
عوامل زیستی..... ۱۱۵
عوامل روانی – اجتماعی..... ۱۱۸
فصل چهارم: درمان افسردگی..... ۱۲۱
درمان افسردگی..... ۱۲۲
روان درمانی..... ۱۲۳
روان درمانی از دیدگاه‌های مختلف..... ۱۲۷
دارو درمانی..... ۱۳۰
تحریک مغزی..... ۱۳۲
درمان روان‌پویشی..... ۱۳۵

درمان رفتاری..... ۱۳۷
درمان شناختی..... ۱۳۸
درمان بین فردی..... ۱۴۰
کیفیت‌زندگی درمانی و افسردگی..... ۱۴۲
معنویت درمانی و افسردگی..... ۱۴۴
درمان شناختی- رفتاری..... ۱۴۷
فرایندهای درمان شناختی- رفتاری..... ۱۵۵
راهبردها و فنون رویکرد شناختی- رفتاری..... ۱۶۵
منابع و مآخذ..... ۱۷۶

پیشگفتار

همه انسان ها در مقاطعی از زندگی خود احساس افسردگی می‌کنند و معمولاً می‌توانند علت این افسردگی را به رویدادهای مشخصی ربط دهند. در ایجاد افسردگی دو نوع رویداد اهمیت ویژه دارند: فقدان از دست‌دادن و شکست تجربه‌هایی مثل از دست‌دادن شغل یا فوت بستگان نزدیک می‌توانند باعث آغاز دوره‌ای از غم، خمودگی و تکرار بعضی افکار منفی شوند. همچنین، شکست‌ها، مثل رد شدن در امتحان یا عدم موفقیت در قانع کردن فرد مورد علاقه. برای ازدواج نیز می‌توانند به نومیدی و ایجاد احساسات و افکار منفی (مثل بدبینی و خود-تردیدی)، منجر شوند. اکثر مردم می‌توانند این احساس‌های منفی را در عرض چند روز یا چند هفته از بین ببرند و به زندگی عادی خود بازگردند. اما برای بعضی افراد، نشانه‌های افسردگی به مدت طولانی باقی می‌ماند و در همه جوانب زندگی آن‌ها نفوذ می‌کنند. همچنین، آن‌ها در جنبه‌های هیجانی، رفتاری، شناختی و فیزیکی افراد تأثیر می‌گذارند این تأثیر ممکن است به افسردگی بالینی منجر شود. افسردگی بالینی یعنی افسردگی پاتولوژیک با معیارهای رسمی DSM-5. افسردگی بالینی باعث می‌شود که فرد نتواند کارهای عادی زندگی روزمره خود را به خوبی انجام دهد. گاهی افسردگی بدون حضور رویدادهای منفی،

مثل از دست‌دادن‌ها یا شکست‌ها، روی می‌دهد و گاهی نیز بسیار بیشتر از آنچه انتظار می‌رود طول می‌کشد. در افسردگی، نشانه‌های هیجانی و انگیزشی، شناختی، رفتاری و فیزیولوژیک دیده می‌شود (گنجی، ۱۳۹۵).

خلق حال و هوای احساسی یا هیجان نافذ و پایدار است بر رفتار و درک فرد از جهان تأثیر می‌گذارد. عاطفه[1] به تظاهر بیرونی خود اطلاق می‌شود. اختلالات خلقی (که گاهی اختلالات عاطفی نامیده می‌شوند) طبقه‌ی مهمی از بیماری‌های روان‌پزشکی هستند. برای توصیف خلق انواعی از صفات به کار می‌روند: افسرده، غمگین، تهی، ناراحت تحریک‌پذیر سلول، سرخوشی، مانی شاد و بسیاری از صفات دیگر، همگی ماهیت توصیفی دارند. برخی از این‌ها قابل مشاهده توسط بالینگر سایر موارد را فقط خود بیمار احساس می‌کنند مانند ناامیدی. می‌تواند بی‌ثبات باشد و سریع بین قدرت‌های مخالف در نوسان باشد. دیگر نشانه‌ها و علائم اختلالات خلقی عبارت است از تغییراتی در سطح فعالیت، توانایی‌های شناختی و تکلم و کارکردهای نباتی از قبیل خواب، فعالیت‌های جنسی و سایر نظم‌های زیستی. این تغییرات تقریباً همیشه موجب مختل شدن کارکردهای اجتماعی و شغلی بیمار می‌شود.

اختلال افسردگی بدون سابقه‌ای از دوره‌های مانیا، مختلط یا هیپومانیا رخ می‌دهد. دوره افسردگی باید لااقل دو هفته طول بکشد. بیماری که دچار دوره افسردگی تشخیص داده

[1].Affect

می‌شود باید لااقل چهار علامت از فهرستی شامل تغییرات اشتها و وزن، تغییرات خواب و فقدان انرژی احساس گناه، مشکل در تفکر و تصمیم‌گیری و افکار عود کننده مرگ یا خودکشی را هم داشته باشد.

در این کتاب به بررسی علایم و نشانه‌های تشخیصی افسردگی و راه‌های درمان آن می‌پردازیم. امید است این کتاب گامی رو به جلو برای تشخیص بهنگام و درست افسردگی و راهکارهای درمانی آن برداشته باشد.

مهری جلالی ریگی

فصل اول: کلیات

تاریخچه افسردگی

مردم موارد افسردگی را از زمآن های بسیار دور ثبت کرده‌اند و توصیف‌هایی از آنچه ما امروزه اختلالات خلقی می‌خوانیم، در بسیاری از منابع طبی قدیم وجود دارد. داستان عهد عتیق شاه سائول[۲] و داستان خودکشی آژاکس در ایلیاد هومر، هر دو یک سندرم افسردگی را توصیف کرده‌اند. حدود ۴۰۰ سال قبل از میلاد، بقراط اصطلاحمانی و ملانکولی را برای توصیف اختلالات روانی به‌کار برد. در حدود سال ۳۰ میلادی، پزشک رومی، سلسوس[۳] ملانکولی را ناشی از صفرای سیاه معرفی نمود. {از ریشه یونانی Melan (سیاه) و Chole (صفرا)} در سال ۱۸۵۴، ژول فالره حالتی را توصیف نموده و آن را جنون ادواری[۴] نامید. چنین بیمارانی متناوباً حالات خلقی‌مانی و افسردگی را تجربه می‌کنند. در سال ۱۸۸۲، کارل کاپام روانپزشک آلمانی، با استفاده از اصطلاح سایکوتایمی، مانی و افسردگی را مراحل مختلف یک بیماری توصیف نمود. امیل کراپلین[۵] در سال ۱۸۹۹، بر اساس معلومات روان‌پزشکان فرانسوی و آلمانی مفهوم بیماری منیک-دپرسیو را شرح دادکه شامل اکثر ملاک‌های تشخیص است که امروزه روان‌پزشکان برای استفاده از اختلال قطبی I از آن‌ها

---

2. King Saul
3. Celsus
4. Folie circulaire
5. Emil Kraepelin

استفاده می‌کنند. کراپلین نوع خاصی از افسردگی را نیز شرح داد که پس از یائسگی در زن‌ها و اواخر بزرگسالی در مردها شروع می‌شود و بعداً به افسردگی رجعتی[۶] معروف شد، و از آن به بعد یکی از معادل‌های اختلالات خلقی، با شروع دیررس شمرده شد (کاپلان و سادوک، ۲۰۱۶؛ ترجمه رضاعی، ۱۳۹۴).

بدون تردید امروزه اختلال افسردگی یکی از شایع‌ترین اختلال روانپزشکی است. سازمان بهداشت جهانی[۷] نیز، افسردگی را در ردیف چهارم فهرست حادترین مشکلات بهداشت در سراسر جهان قرار داده (کاپلان و سادوک، ۲۰۰۰)، و پیش بینی می‌شود این اختلال از لحاظ فراوانی در سال ۲۰۲۰ در مرتبه‌ی دوم بیماری‌های وخیم قرار گیرد (سامپس، ۲۰۰۱). بسیاری از ما نیز در مواردی افسردگی را تجربه می‌کنیم. میزان شیوع افسردگی در زنان حداقل ۲ برابر مردان است و تقریباً ۲ نفر از هر صد مرد و ۴ نفر از هر صد زن، حداقل یک بار در زندگی خود به بیماری افسردگی گرفتار می‌شوند (بلاک برن[۸]،۲۰۰۱؛ ترجمه شمس، ۱۳۸۲). افسردگی، به قدری متداول است که گاهی به منزله‌ی سرماخوردگی معمولی در روان پزشکی مطرح می‌شود. اختلال افسردگی، اخیراً به شدت رو به افزایش گذاشته است. بدین

---

[1].Involutional Melancholia
[7]. WHO
[8]. Blakbern

معنی که اگر شما بعد از سال ۱۹۷۰ متولد شده باشید، ده برابر بیشتر از پدربزرگ و مادر بزرگتان احتمال دارد که به افسردگی مبتلا شوید (روزنهان و سیلگمن[۹]۲۰۰۴؛ ترجمه‌ی سید محمدی،۱۳۸۲).

طبق پیش‌بینی سازمان جهانی بهداشت، تا ۲۰ سال دیگر مردم بیش از هر بیماری دیگری به اختلالات روانی مبتلا خواهند شد که از این بین، افسردگی بزرگترین بار اقتصادی و اجتماعی برای جوامع مختلف در جهان خواهد بود. آمارهای موجود نیز حاکی از آن است که افسردگی بیشترین بار بیماری‌ها را در بین زنان و دومین بار بیماری را در بین مردان- پس از حوادث- به خود اختصاص می‌دهد. همچنین شیوع مادام العمر افسردگی ۱۵ درصد است که در خانم‌ها میزان شیوع به ۲۵ درصد می‌رسد (سادوک و سادوک[۱۰]، ۲۰۰۷).

اختلال افسردگی

افسردگی پاسخ طبیعی آدمی به فشارهای زندگی است. عدم موفقیت در تحصیل یا کار، از دست دادن یکی از عزیزان و آگاهی از اینکه بیماری یا پیری توا ن ما را تحلیل می‌برد و غیره از جمله موقعیت‌هایی هستند که اغلب موجب بروز افسردگی می‌شوند. اختلال افسردگی

---

9. Rosenhan & Seligman
10. Sadock & Sadock

صرف نظر از تنوع آن، نسبتاً شایع هستند. بدین معنی که حدود ۱۷٪ مردم در طول زندگی یک دوره افسردگی حاد پیدا می‌کنند (هیلگارد[11]،۲۰۰۷؛ ترجمه‌ی براهنی و همکاران، ۱۳۸۵). آنچه مورد توافق است اینکه افسردگی اساسی یکی از مهم‌ترین بیماری‌های ناتوان کننده است که امروزه تعداد زیادی از مردم جهان را درگیر کرده و توانایی آن‌ها را در عملکرد، تفکر و احساس تحت تأثیر قرار می‌دهد. از طرفی، شیوع افسردگی به گونه‌ای است که آن را به عنوان رایج‌ترین اختلال و سرماخوردگی بیماری‌های روانی مطرح کرده‌اند (روزنهان و سلیگمن، ۱۹۹۵). از نظر تشخیصی نیز، افسردگی یکی از شایع‌ترین تشخیص‌ها در اختلال روانی است که تعداد زیادی از افراد با سوابق مختلف در جهان را شامل می‌شود (شارپ و لیپسکی[12]، ۲۰۰۲).

به رغم شیوع این اختلال، ارایه‌ی یک تعریف مشخص از افسردگی آسان نیست. اصطلاح افسردگی، برای افراد عادی حالتی مشخص با غمگینی، گرفتگی و بی حوصلگی و برای یک متخصّص و پزشک، گروه وسیعی از اختلالات خلقی با زیر شاخه‌های متعدد را تداعی می‌کند. تعریف‌های مختلف افسردگی به نشانه‌های بسیار متنوعی اشاره دارند که می‌توانند به

---

[11]. Hilgard
[12]. Sharp & Lipsky

گونه‌های مختلف با یکدیگر ترکیب شوند که این امر گاهی بازشناسی افسردگی را از بین این ترکیب‌ها بسیار مشکل می‌کند. اما به هر حال می‌توان این نکته را پذیرفت که افسردگی در عین حال با نشانه‌های روانی و جسمانی همراه است و نشانه‌های جسمانی گاهی چنان بر جدول بالینی سایه می‌افکنند که مانع بازشناسی افسردگی می‌شوند (دادستان، ۱۳۸۰).

واژه‌ی افسردگی، هنگامی به یک حالت روحی نسبت داده می‌شود که معانی اصطلاحات عامیآن های نظیر «دمغ و پکر بودن» را پیدا کند و با نشانه‌هایی از قبیل کسالت روان، کمبود انرژی، از دست دادن‌چیزی، ناامیدی و احساس بی‌فایده‌بودن، سبب از دست‌دادن علاقه و بدبینی شود (بیابانگرد،۱۳۷۱). البته، اکثر افراد گاهی وقت‌ها احساس غم و رخوت می‌کنند و به هیچ کار و فعالیتی حتی به فعالیت‌های لذت بخش رغبتی ندارند. این موارد، بروز نشانه‌های خفیف افسردگی و در واقع پاسخ طبیعی آدمی به نشانه‌هایی در زندگی است. عدم موفقیت، تحصیل یا کار، از دست‌دادن عزیز یا آگاهی از اینکه یک مشکل یا بیماری توان آدمی را تحلیل می‌برد؛ از جمله موقعیت‌هایی هستند که اغلب موجب بروز افسردگی می‌شوند. آنچه مسلّم است اینکه، افسردگی زمانی نابهنجار تلقی می‌شود که در عملکرد فرد اختلال ایجاد کند و هفته‌ها بدون وقفه ادامه یابد.

هرچند افسردگی یک اختلال خلقی دانسته می‌شود، اما درواقع، چهار علامت مختلف هیجانی، شناختی، انگیزشی و جسمانی را نیز دارا است. البته هرچه فرد بیشتر دچار این علائم شده باشد و هرچه شدت این علائم بیشتر باشد، با اطمینان بیشتری می‌توان در وجود افسردگی فرد نظر داد (هیلگارد، ۲۰۰۱، ترجمه رفیعی و همکاران، ص ۱۶۵). قابل توجه است که اختلال‌های افسردگی نسبتاً شایع هستند و حدود ۱۷٪ مردم در طول زندگی یک دوره افسردگی حاد پیدا می‌کنند (هیلگارد [۱۳]،۲۰۰۷؛ ترجمه‌ی براهنی، ۱۳۸۵).

بدیهی است که عدم درمان هریک از مشکلات مربوط به سلامت روان از جمله افسردگی، بر شدت آن می‌افزاید و به این ترتیب فرایند درمان را دشوارتر کرده و احتمال پیدایش مشکلات عمیق‌تر وجود خواهد داشت. در این راستا، امروزه برخی از روان درمانگران تأثیر باورها و تفکر فرد را در ایجاد انواع مسائل روان شناختی مهم می‌دانند. آن‌ها معتقدند که بیشتر اختلالها از جمله افسردگی، برآمده از شناختهای معیوب هستند، به طوری که وقایع به خودی خودتعیینکننده احساسات ما نیستند. بلکه، معانی که ما به آن‌ها نسبت می‌دهیم، نقش تعیین کننده دارند. افسردگی، یکی از رایج‌ترین انواع ناراحتیهای روانی است که می‌تواند برخاسته از شناختهای معیوب باشد. این اختلال، هیجآن ها، افکار، و عملکرد جسمانی را در

13. Hilgard

بر می‌گیرد و نوعی اغتشاش در خلق است که با درجات متفاوت غمگینی، یأس، تنهایی، ناامیدی، شک در مورد خویش و احساس گناه مشخص می‌شود (گیلبرت[۱۴]، ۱۹۹۹، ترجمه‌ی جمال زاده، ۱۳۸۹).

از دیدگاه رفتاری، یکی از بارزترین ویژگی‌های افراد افسرده، تجربه‌ی زندگی عاری از خشنودی، رضایت خاطر و احساس موفقیت است. در این دیدگاه، فرد افسرده در اثر فقدان تقویت ناشی از فعالیت معمول، از بسیاری از فعالیت‌ها کناره گیری می‌کند (بایلینگ و همکاران، ترجمه خدایاری فرد و عابدینی، ۱۳۸۹). چنین به نظر می‌رسد که این کناره گیری، در نهایت موجب احساس تنهایی و عدم کارآمدی در فرد افسرده شود. یافته‌های پژوهشی نیز بر این نکته تأکید دارند که اختلال افسردگی منشأ هیجانات، افکار، و عملکرد جسمانی متعددی است که با درجات متفاوتی از احساسات گوناگون از جمله احساس تنهایی[۱۵] همراه است (فریدونی و همکاران، ۱۳۹۱).

از طرفی، از یافته‌های پژوهشی برمی‌آید که خودکارآمدی پایین نیز با نشانه‌های افسردگی ارتباط دارد (پیربازاری و ملکی،۱۳۹۰). به همین دلیل، فرایندهای درمآن های شناختی-

---

[14]. Gilbert
[15]. loneliness

رفتاری با راهبردهای مرتبط با فعال سازی و احساس کارآمدی شروع می‌شود. مطابق مدل درمانگری شناختی– رفتاری تجارب افراد افسرده به تشکیل فرض‌ها یا طرحواره هایی درباره خویشتن و جهان می‌انجامد و طرحواره های فرضی بر سازمان بندی ادراکی و کنترل و ارزیابی رفتار تأثیر گذاشته و منجر به افسردگی می گردند (هاوتون و همکاران، ۱۹۸۹؛ ترجمه قاسم زاده، ۱۳۸۳). هرچند، اختلال افسردگی، از اولین اختلال‌هایی است که درمان شناختی– رفتاری به شیوه‌ی گروهی به طور رسمی برای درمان آن به کار برده شد. اما براساس این مطالعات، درمان افسردگی به بررسی‌های بیشتری نیاز دارد.

هرچند اختلال افسردگی از دیرباز به عنوان یکی از نابسامانی‌های روانی عمده شناخته شده است. اما، در دهه‌های اخیر اهمیت این بیماری هم از حیث رنجی که مبتلایان به آن تحمل می‌کنند و هم از لحاظ بار سنگینی که این ناراحتی بر منابع درمانی تحمیل می‌کند، بیش از پیش مورد توجه قرارگرفته است. از نظر تاریخی، اختلال افسردگی از قدیم الایام در نزد دانشمندان شناخته شده بود. هرچند، استرس‌های ناشی از زندگی پیچیده و ماشینی امروز بر میزان شیوع آن افزوده است. از بعد سبب شناسی، در زمآن های دور اعتقاد بر این بود که در اختلال روانی، شیطان به درون فرد رسوخ کرده و باعث تغییر رفتار وی می‌شود. بنابراین،