

به نام خدا

گذر از افسردگی

مؤلف:

سارا دست پناه شهری ساز

انتشارات ارسطو

(چاپ و نشر ایران)

۱۴۰۰

سرشناسه : دست پناه شهری ساز، سارا، ۱۳۵۹-
عنوان و نام پدیدآور: گذر از افسردگی / مولف سارا دست پناه شهری ساز.
مشخصات نشر : ارسطو (سامانه اطلاع رسانی چاپ و نشر ایران) ، ۱۴۰۰.
مشخصات ظاهری : ۱۲۶ ص.
شابک : ۹-۷۸۷-۴۳۲-۶۰۰-۹۷۸-۳۸۰۰۰۰ ریال
وضعیت فهرست نویسی : فیپا
یادداشت : کتابنامه: ص ۱۲۶ - ۱۱۹.
موضوع : اختلال افسردگی
رده بندی کنگره : RC۴۸۸/۵
رده بندی دیویی : ۶۱۶/۸۹۱۵۶
شماره کتابشناسی ملی : ۷۶۴۶۱۱۸
اطلاعات رکورد کتابشناسی : فیپا

نام کتاب : گذر از افسردگی
مولف : سارا دست پناه شهری ساز
ناشر : ارسطو (سامانه اطلاع رسانی چاپ و نشر ایران)
صفحه آرایی، تنظیم و طرح جلد : پروانه مهاجر
تیراژ : ۱۰۰۰ جلد
نوبت چاپ : اول - ۱۴۰۰
چاپ : مدیران
قیمت : ۳۸۰۰۰ تومان
فروش نسخه الکترونیکی - کتاب رسان :
<https://chaponashr.ir/ketabresan>
شابک : ۹-۷۸۷-۴۳۲-۶۰۰-۹۷۸-۳۸۰۰۰۰
تلفن مرکز پخش : ۰۹۱۲۰۲۳۹۲۵۵
www.chaponashr.ir



انتشارات ارسطو



فهرست مطالب

۶.....	پیشگفتار.....
۸.....	فصل اول: پیش درآمدی بر افسردگی.....
۹.....	تاریخچه افسردگی.....
۱۰.....	اختلال افسردگی.....
۱۶.....	تعریف افسردگی.....
۱۸.....	ملاک‌های تشخیصی اختلال افسردگی.....
۱۹.....	ویژگی‌های افسردگی.....
۲۴.....	اختلال‌های همبود با افسردگی.....
۲۶.....	تشخیص افتراقی برای افسردگی.....
۲۸.....	منظور از افسردگی حاد یا گذرا چیست؟.....
۲۹.....	حملات افسردگی.....
۳۰.....	انواع افسردگی.....
۳۷.....	حالات افسردگی.....
۴۶.....	شیوع افسردگی.....
۴۸.....	فصل دوم: نظریه‌های افسردگی.....
۴۹.....	دیدگاه زیست‌شناختی.....
۵۱.....	دیدگاه روان‌پویشی.....
۵۷.....	دیدگاه رفتاری.....
۵۸.....	دیدگاه شناختی.....
۶۲.....	درماندگی آموخته شده.....

۶۳	نظریه نومیدی.....
۶۴	نظریه نشخوار فکری.....
۶۴	نظریه اصالت وجودی - انسان‌گرایی.....
۶۵	کیفیت زندگی و افسردگی.....
۶۷	معنویت و افسردگی.....
۶۸	جنسیت و افسردگی.....
۷۰	تفاوت‌های فردی در افسردگی.....
۷۰	تأثیر افسردگی بر ابعاد زندگی.....
۷۴	فصل سوم: علت‌شناسی افسردگی
۷۵	علل افسردگی.....
۷۵	عوامل ژنتیکی.....
۷۶	عوامل زیستی.....
۷۸	عوامل روانی - اجتماعی.....
۸۰	فصل چهارم: درمان افسردگی
۸۱	درمان افسردگی.....
۸۲	روان‌درمانی.....
۸۴	روان‌درمانی از دیدگاه‌های مختلف.....
۸۶	دارو درمانی.....
۸۸	تحریک مغزی.....
۸۹	درمان روان‌پویشی.....
۹۱	درمان رفتاری.....
۹۲	درمان شناختی.....
۹۳	درمان بین فردی.....
۹۴	کیفیت زندگی درمانی و افسردگی.....

۹۵معنویت درمانی و افسردگی
۹۷درمان شناختی - رفتاری
۱۰۳فرایندهای درمان شناختی - رفتاری
۱۱۰راهبردها و فنون رویکرد شناختی - رفتاری
۱۱۸منابع و مآخذ

پیشگفتار

همه انسان‌ها 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 موردعلاقه. برای ازدواج نیز می‌توانند به نوبدی 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 دست‌دادن 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 به تظاهر بیرونی خود اطلاق می‌شود. اختلالات خلقی (که گاهی اختلالات عاطفی نامیده می‌شوند) طبقه مهمی از بیماری‌های روان‌پزشکی هستند. برای توصیف خلق انواعی از صفات به کار می‌روند: افسرده، غمگین، تهی، ناراحت تحریک‌پذیر سلول،

¹.Affect

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 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 عودکننده 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 روبه‌جلو برای تشخیص بهنگام و درست افسردگی و راهکارهای درمانی آن برداشته باشد.

ساره دست پناه شهری ساز

فصل اول: پیش درآمدی بر افسردگی

تاریخچه افسردگی

مردم موارد افسردگی را از زمان‌های بسیار دور ثبت کرده‌اند و توصیف‌هایی از آنچه ما امروزه اختلالات خلقی می‌خوانیم، در بسیاری از منابع طبّی قدیم وجود دارد. داستان عهد عتیق شاه سائول^۲ و داستان خودکشی آژاکس در ایلید هومر، هر دو یک سندرم افسردگی را توصیف کرده‌اند. حدود ۴۰۰ سال قبل از میلاد، بقراط اصطلاحمانی و ملانکولی را برای توصیف اختلالات روانی به کاربرد. در حدود سال ۳۰ میلادی، پزشک رومی، سلسیوس^۳ ملانکولی را ناشی از صفرای سیاه معرفی نمود. {از ریشه یونانی Melan (سیاه) و Chole (صفر)} 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 داد که شامل اکثر ملاک‌های تشخیصی است که امروزه روان‌پزشکان برای استفاده از اختلال قطبی I از آن‌ها 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 حادث‌ترین مشکلات بهداشت در

^۲King Saul

^۳Celsus

^۴Folie circulaire

^۵Emil Kraepelin

^۶Involuntal Melancholia

^۷WHO

سراسر جهان قرار داده (کاپلان و سادوک، ۲۰۰۰)، و پیش‌بینی می‌شود این اختلال از لحاظ فراوانی در سال ۲۰۲۰ در مرتبه 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 یک‌بار در زندگی خود به بیماری افسردگی گرفتار می‌شوند (بلاک برن، ۲۰۰۱؛ ترجمه شمس، ۱۳۸۲). افسردگی، به قدری متداول است که گاهی به منزله سرماخوردگی معمولی در روان‌پزشکی مطرح می‌شود. اختلال افسردگی، اخیراً به شدت رو به افزایش گذاشته است. بدین معنی که اگر شما بعد از سال ۱۹۷۰ متولد شده باشید، ده برابر بیشتر از پدر بزرگ و مادر بزرگتان احتمال دارد که به افسردگی مبتلا شوید (روزنهان و سیلگمن، ۲۰۰۴؛ ترجمه 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 مادام‌العمر افسردگی ۱۵ درصد است که در خانم‌ها میزان شیوع به ۲۵ درصد می‌رسد (سادوک و سادوک، ۲۰۰۷).

اختلال افسردگی

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

⁸. Blakbern

⁹. Rosenhan & Seligman

¹. Sadock & Sadock

فصل اول: پیش درآمدی بر افسردگی ۱۱

صرف نظر از تنوع آن، نسبتاً شایع هستند. بدین معنی که حدود ۱۷٪ مردم در طول زندگی یک دوره افسردگی حاد پیدا می کنند (هیلگارد،^۱ ۲۰۰۷؛ ترجمه براهنی و همکاران، ۱۳۸۵). آنچه مورد توافق است اینکه افسردگی اساسی یکی از مهم ترین بیماری های ناتوان کننده است که امروزه تعداد زیادی از مردم جهان را درگیر کرده و توانایی آن ها را در عملکرد، تفکر و احساس تحت تأثیر قرار می دهد. از طرفی، شیوع افسردگی به گونه ای است که آن را به عنوان رایج ترین اختلال و سرماخوردگی بیماری های روانی مطرح کرده اند (روزنهان و سلیگمن، ۱۹۹۵). از نظر تشخیصی نیز، افسردگی یکی از شایع ترین تشخیص ها در اختلال روانی است که تعداد زیادی از افراد با سوابق مختلف در جهان را شامل می شود (شارپ و لیسکی،^۲ ۲۰۰۲).

به رغم شیوع این اختلال، ارایه ی یک تعریف مشخص از افسردگی آسان نیست. اصطلاح افسردگی، برای افراد عادی حالتی مشخص با غمگینی، گرفتگی و بی حوصلگی و برای یک متخصص و پزشک، گروه وسیعی از اختلالات خلقی با زیر شاخه های متعدد را تداعی می کند. تعریف های مختلف افسردگی به نشانه های بسیار متنوعی اشاره دارند که می توانند به گونه های مختلف با یکدیگر ترکیب شوند که این امر گاهی بازشناسی افسردگی را از بین این ترکیب ها بسیار مشکل می کند. اما به هر حال می توان این نکته را پذیرفت که افسردگی در عین حال با نشانه های روانی و جسمانی همراه است و نشانه های جسمانی گاهی چنان بر جدول بالینی سایه می افکنند که مانع بازشناسی افسردگی می شوند (دادستان، ۱۳۸۰).

واژه ی افسردگی، هنگامی به یک حالت روحی نسبت داده می شود که معانی اصطلاحات عامیانه های نظیر «دماغ و پکر بودن» را پیدا کند و با نشانه هایی از قبیل کسالت روان، کمبود انرژی، از دست دادن چیزی، ناامیدی و احساس بی فایده بودن، سبب از دست دادن علاقه و بدبینی شود (بیابانگرد، ۱۳۷۱). البته، اکثر افراد گاهی وقت ها احساس غم و رخوت می کنند

^۱ . Hilgard

^۲ . Sharp & Lipsky

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 دست دادن 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 مسلم 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 در واقع، 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، 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 روان‌درمانگران تأثیر باورها و تفکر فرد را در ایجاد انواع مسائل روان‌شناختی مهم می‌دانند. آن‌ها معتقدند که بیشتر اختلال‌ها از جمله افسردگی، برآمده از شناخت‌های معیوب هستند، به طوری که وقایع به خودی خود تعیین‌کننده احساسات ما نیستند. بلکه، معانی که ما به آن‌ها نسبت می‌دهیم، نقش تعیین‌کننده دارند. افسردگی، یکی از رایج‌ترین انواع ناراحتی‌های روانی است که می‌تواند برخاسته از شناخت‌های معیوب باشد. این اختلال، هیجانات، افکار، و عملکرد جسمانی را در بر می‌گیرد و نوعی اغتشاش در خلق است که با درجات متفاوت غمگینی،

فصل اول: پیش درآمدی بر افسردگی ۱۳

یأس، تنهایی، ناامیدی، شک در مورد خویش و احساس گناه مشخص می‌شود (گیلبرت^۱، ۱۹۹۹، ترجمه‌ی جمال‌زاده، 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 کناره‌گیری می‌کند (بایلینگ و همکاران، ترجمه‌ی خدایاری فرد و عابدینی، ۱۳۸۹). چنین به نظر می‌رسد که این کناره‌گیری، 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^۵ 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 درمان‌های شناختی- رفتاری با راهبردهای مرتبط با فعال‌سازی و احساس کارآمدی شروع می‌شود. مطابق مدل درمانگری شناختی- رفتاری تجارب افراد افسرده به تشکیل فرض‌ها یا طرحواره‌هایی درباره خویشتن و جهان می‌انجامد و طرحواره‌های فرضی بر سازمان‌بندی ادراکی و کنترل و ارزیابی رفتار تأثیر گذاشته و منجر به افسردگی می‌گردند (هاوتون و همکاران، ۱۹۸۹؛ ترجمه قاسم‌زاده، 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.

^۱ . Gilbert

^۱ . Loneliness