

به نام خدا

روان درمانی پویشی کوتاه مدت برای اختلال افسردگی

مولفان :

دکتر فرشاد صمدی

پرستو ساعی

سینا جانعلی زاده چناری

انتشارات ارسطو

(چاپ و نشر ایران)

۱۴۰۱

سرشناسه: صمدی، فرشاد، ۱۳۷۳-
 عنوان و نام پدیدآور: روان‌درمانی پویایی کوتاه‌مدت برای اختلال افسردگی / مولفان
 فرشاد صمدی، پرستو ساعی، سینا جانعلی‌زاده‌چناری.
 مشخصات نشر: ارسطو (سامانه اطلاع‌رسانی چاپ و نشر ایران)، ۱۴۰۲.
 مشخصات ظاهری: ۱۶۵ ص.
 شابک: ۹۷۸-۶۲۲-۳۳۹-۰۲۸-۹
 وضعیت فهرست نویسی: فیفا
 یادداشت: کتابنامه: ص. ۱۵۳ - ۱۶۵.
 موضوع: روان‌درمانی روان‌پویایی
 روان‌درمانی کوتاه‌مدت
 افسردگی -- درمان
 Psychodynamic psychotherapy
 Brief psychotherapy
 Depression, Mental-- Treatment
 شناسه افزوده: ساعی، پرستو، ۱۳۷۶-
 شناسه افزوده: جانعلی‌زاده‌چناری، سینا، ۱۳۷۴-
 رده‌بندی کنگره: RC۴۸۹
 رده‌بندی دیویی: ۶۱۶/۸۹۱۴
 شماره کتابشناسی ملی: ۹۱۸۴۹۱۱
 اطلاعات رکورد کتابشناسی: فیفا

نام کتاب: روان‌درمانی پویایی کوتاه‌مدت برای اختلال افسردگی
 مولفان: دکتر فرشاد صمدی - پرستو ساعی - سینا جانعلی‌زاده‌چناری
 ناشر: ارسطو (سامانه اطلاع‌رسانی چاپ و نشر ایران)
 صفحه‌آرایی، تنظیم و طرح جلد: پروانه مهاجر
 تیراژ: ۱۰۰۰ جلد
 نوبت چاپ: اول - ۱۴۰۱
 چاپ: مدیران
 قیمت: ۱۴۰۰۰۰ تومان
 فروش نسخه الکترونیکی - کتاب‌رسان:
<https://chaponashr.ir/ketabresan>
 شابک: ۹۷۸-۶۲۲-۳۳۹-۰۲۸-۹
 تلفن مرکز پخش: ۰۹۱۲۰۲۳۹۲۵۵
www.chaponashr.ir



فهرست مطالب

پیشگفتار.....	۸
فصل اول: پیش درآمدی بر اختلال افسردگی.....	۱۲
تاریخچه افسردگی.....	۱۳
اختلال افسردگی.....	۱۴
تعریف افسردگی.....	۲۰
ملاک‌های تشخیصی اختلال افسردگی.....	۲۲
ویژگی‌های افسردگی.....	۲۴
اختلال‌های همبود با افسردگی.....	۲۸
تشخیص افتراقی برای افسردگی.....	۳۱
منظور از افسردگی حاد یا گذرا چیست؟.....	۳۳
حملات افسردگی.....	۳۴
انواع افسردگی.....	۳۵
حالات افسردگی.....	۴۲
طبقه‌بندی افسردگی در DSM-IV.....	۴۷
شیوع افسردگی.....	۵۲
فصل دوم: علت‌شناسی اختلال افسردگی.....	۵۴
علل افسردگی.....	۵۵
دیدگاه زیست‌شناختی.....	۵۹
دیدگاه روان‌پویشی.....	۶۱

۶۷	دیدگاه رفتاری.....
۶۹	دیدگاه شناختی.....
۷۳	درماندگی آموخته شده.....
۷۴	نظریه نومییدی.....
۷۴	نظریه نشخوار فکری.....
۷۵	نظریه اصالت وجودی - انسان گرایی.....
۷۶	کیفیت زندگی و افسردگی.....
۷۷	معنویت و افسردگی.....
۷۸	جنسیت و افسردگی.....
۸۰	تفاوت های فردی در افسردگی.....
۸۱	تأثیر افسردگی بر ابعاد زندگی.....
۸۴	فصل سوم: کنترل و درمان افسردگی
۸۵	درمان افسردگی.....
۸۶	روان درمانی.....
۸۸	روان درمانی از دیدگاه های مختلف.....
۹۰	دارودرمانی.....
۹۲	تحریک مغزی.....
۹۳	درمان روان پویشی.....
۹۵	درمان رفتاری.....
۹۶	درمان شناختی.....
۹۷	درمان بین فردی.....

کیفیت زندگی درمانی و افسردگی.....	۹۹
معنویت درمانی و افسردگی.....	۱۰۰
درمان شناختی - رفتاری.....	۱۰۲
فصل چهارم: روان درمانی پویشی کوتاه مدت.....	۱۰۸
پیش درآمدی بر روان درمانی پویشی کوتاه مدت.....	۱۰۹
ملاک‌های خروج از درمان روان پویشی کوتاه مدت.....	۱۱۸
تفاوت روان پویشی و روانکاوی چیست؟.....	۱۱۸
اهمیت دلبستگی.....	۱۱۹
رابطه با درمانگر: انتقال.....	۱۲۰
احساسات.....	۱۲۰
اضطراب.....	۱۲۱
مکانیزم‌های دفاعی.....	۱۲۱
خلاصه فنون روان درمانی پویشی کوتاه مدت.....	۱۲۲
سردرگمی در روان درمانی پویشی کوتاه مدت.....	۱۲۴
واژه‌نامه روان درمانی پویشی فشرده و کوتاه مدت.....	۱۲۶
اصول درمان.....	۱۳۰
فرآیند درمان.....	۱۳۱
درمان آزمایشی.....	۱۳۲
توالی پویشی.....	۱۳۲
طیف آسیب‌شناسی روانی.....	۱۳۳
نحوه ورود بیمار به اتاق مصاحبه.....	۱۳۴

۱۳۴	سنجش پاسخ بیمار به مداخله
۱۳۵	روان‌سنجش
۱۳۶	روان‌سنجش مثلث تعارض
۱۳۷	روان‌سنجش اضطراب
۱۳۷	روان‌سنجش دفاع‌ها
۱۳۸	توان مشاهده دفاع‌ها و دست برداشتن از آن‌ها
۱۳۸	شفاف‌سازی تاوان دفاع
۱۳۹	ظرفیت تحمل احساسات
۱۳۹	چرخه روان‌سنجش
۱۴۳	ساختار جلسات
۱۵۲	منابع و مآخذ

پیشگفتار

اختلالات افسردگی به صورت احساس بی ارزش بودن و ناراحتی مداوم و فقدان انگیزه برای شرکت در فعالیت هایی که پیش تر برای فرد لذت بخش بوده اند، تعریف می شوند. افسردگی یک احساس غم گذرا که همه ممکن است هرازگاهی آن را تجربه کنند، نیست، بلکه یک بیماری جسمی/ذهنی پیچیده است که در عملکرد روزمره فرد اختلال ایجاد می کند. این بیماری نه تنها دیدگاه فرد را به زندگی تیره می کند، بلکه معمولاً همراه با مشکلات خواب و تغییر در سطوح انرژی و اشتها است. افسردگی ساختار و عملکرد سلول های عصبی را به گونه ای تغییر می دهد که پردازش اطلاعات و تفسیر تجربیات توسط مغز مختل می گردد. علی رغم احساسات ناامیدی و بی ارزش بودن، اختلالات افسردگی یک بیماری قابل درمان است. این بیماری می تواند توسط روان درمانی یا دارو یا ترکیبی از هر دو درمان شود.

افسردگی یکی از بیماری های شایع زندگی مدرن است. بر اساس اطلاعات مؤسسه ملی سلامت، همه ساله بیش از ۱۶ میلیون بزرگسال در ایالات متحده حداقل یک اپیزود افسردگی شدید را تجربه می کنند. احتمال ابتلای هر فرد به افسردگی در مقطعی از زندگی خود، تقریباً ۱۰ درصد است. اضطراب اجتماعی طولانی مدت و اختلالات عمده در روابط اجتماعی ریسک فاکتورهای شناخته شده برای ابتلای فرد به افسردگی هستند. اتفاقات منفی زندگی مانند ازدست دادن عزیزان یا ازدست دادن شغل نیز ریسک افسردگی را افزایش می دهند. نااملایمت های زودهنگام در زندگی، از قبیل جدایی والدین یا بی توجهی والدین یا مورد سوءاستفاده واقع شدن، ممکن است از طریق واداشتن سیستم عصبی به پاسخ دادن بیش از حد به استرس، باعث آسیب پذیری بعدی فرد نسبت به افسردگی شدید شوند.

یکی از درمان‌های مورد استفاده در اختلال افسردگی، روان‌درمانی پویشی کوتاه‌مدت است. روان‌درمانی پویشی کوتاه‌مدت، از آن‌جا روان‌درمانی پویشی نامیده می‌شود که همچون روان‌درمانی تحلیلی تجربه احساسات واقعی، غلبه بر مقاومت، و توجه دقیق به پدیده انتقال را مبنای خود قرار داده است. اما مفهوم‌سازی آن از ناهشیاری، عوامل مهیاساز آسیب‌شناختی و روش درمانگری به‌صورت رادیکال از دیگر مفهوم‌سازی‌های تحلیل روانی متمایز است. یکی از مهم‌ترین محورهای درمان روان پویشی کوتاه‌مدت، تأکید آن بر رابطه درمانی است. روان‌درمانی پویشی کوتاه‌مدت فشرده (ISTDP) یک نوع از درمان متمرکز بر هیجانات و تجربه‌محور است.

این درمان فشرده در نظر گرفته می‌شود زیرا بسیار متمرکز و یک درمان فعال است و به طور هم‌زمان ماهیتی تجربی دارد، به این صورت که فرد در طول جلسات درمانی با احساسات متناقض در ارتباط است. روان‌درمانی پویشی کوتاه‌مدت (ISTDP) توسط حبیب دوانلو، دکترای دانشگاه مک‌گیل ساخته شده است و در چندین کنفرانس بین‌المللی و برنامه آموزشی ارائه شده است.

نظریه‌های روان پویشی در سبب‌شناسی و تداوم نشانه‌های افسردگی، خشم معطوف به خود و ابعاد متعارض آن را مورد توجه قرار داده‌اند. از این‌حیث دوانلو برای بهبودی از نشانه و درمان مؤثر بیماران، تجربه خشم در رابطه انتقالی را حیاتی می‌داند.

در روان‌درمانی‌های روان پویشی، تعارض هیجانی ریشه اختلالات روانی فرض می‌شود. در این روش با استفاده از فنون تجسم هدایت شده و حساسیت‌زدایی تدریجی به طور ملایم و همدلانه موجب می‌شود تا بیمار با تعارضات ناشی از روابط گذشته، حال و در ارتباط با درمانگر رویارو شود و با بازشناسی و تجربه عواطف فعال‌ساز و بازدارنده، تعارضات هیجانی‌اش را حل و فصل کند. به این ترتیب در روان‌درمانی پویشی کوتاه‌مدت فشرده درک فرد از خود، رویارویی، چالش و درگیری مستقیم، روشن‌سازی، حس کفایت و مهارت‌های مسئله‌گشایی، کسب استقلال، مهارت‌های مقابله با موقعیت‌های خطرآفرین

و فشار روانی و بسیاری از مهارت‌ها برای بهبود وضعیت روانی مطلوب آموزش داده می‌شود. افراد بیمار با شرکت در این جلسات به شناخت احساسات و هیجان‌ها و افکار خود پرداخته و آزمونگر با تغییر افکار آن‌ها را به شناخت رسانده است و نیز آن‌ها را به سمت شیوه‌های مقابله منطقی و عاقلانه با هیجان در جهت کنترل استرس و اضطراب رهنمون نموده است؛ در واقع آن‌ها را به این باور رسانده که می‌توان در مواجهه با مسائل و رویدادهایی که باعث ناراحتی‌شان می‌شوند با به چالش کشیدن فکر خود خطرهای فکری، باورها و افکار غیرمنطقی و نامعقول خود را شناسایی و از بروز مسائل و مشکلات استرس و اضطراب، افسردگی و وسواس جلوگیری کنند.

سخنی از مؤلفین

فصل اول: پیش درآمدی بر

اختلال 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^۱ 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، سلسوس^۲ 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^۳ 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^۴ در سال ۱۸۹۹، بر اساس معلومات روان‌پزشکان فرانسوی و آلمانی مفهوم بیماری منیک - دپرسیو را شرح داد که شامل اکثر ملاک‌های تشخیص 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^۵ 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^۶ نیز، افسردگی را در ردیف چهارم فهرست حادترین مشکلات بهداشت

^۲King Saul

^۳Celsus

^۴Folie circulaire

^۵Emil Kraepelin

^۱Involuntal Melancholia

^۶WHO

در سراسر جهان قرار داده (کاپلان و سادوک، ۲۰۱۶)، 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، به‌قدری متداول است که گاهی به‌منزله سرماخوردگی معمولی در روان‌پزشکی مطرح می‌شود. اختلال افسردگی، اخیراً به‌شدت رو به افزایش گذاشته است. بدین 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، ۲۰۰۶؛ ترجمه سید محمدی، ۱۳۸۶).

طبق پیش‌بینی سازمان جهانی بهداشت، تا ۲۰ سال دیگر مردم بیش از هر بیماری دیگری به اختلالات روانی مبتلا خواهند شد که از این‌بین، 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

⁷ Blakbern

⁸ Rosenhan & Seligman

⁹ Sadock & Sadock

افسردگی صرف‌نظر از تنوع آن، نسبتاً شایع هستند. بدین معنی که حدود ۱۷٪ مردم در طول زندگی یک دوره افسردگی حاد پیدا می‌کنند (هیلگارد،^{۱۰} ۲۰۰۷؛ ترجمهٔ براهنی و همکاران، ۱۳۹۵). آنچه مورد توافق است اینکه افسردگی اساسی یکی از مهم‌ترین بیماری‌های ناتوان‌کننده است که امروزه تعداد زیادی از مردم جهان را درگیر کرده و توانایی آن‌ها را در عملکرد، تفکر و احساس تحت‌تأثیر قرار می‌دهد. از طرفی، شیوع افسردگی به‌گونه‌ای است که آن را به‌عنوان رایج‌ترین اختلال و سرماخوردگی بیماری‌های روانی مطرح کرده‌اند (روزنهان و سلیگمن، ۲۰۰۶). 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 لپسکی،^{۱۱} ۲۰۰۳).

به‌رغم شیوع این اختلال، ارائهٔ یک تعریف مشخص از افسردگی آسان نیست. اصطلاح افسردگی، برای افراد عادی حالتی مشخص با غمگینی، گرفتگی و بی‌حوصلگی و برای یک متخصص 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 گونه‌های مختلف با یکدیگر ترکیب شوند که این امر گاهی بازشناسی افسردگی را از بین این ترکیب‌ها بسیار مشکل می‌کند. اما به‌هرحال می‌توان این نکته را پذیرفت که افسردگی درعین‌حال با نشانه‌های روانی و جسمانی همراه است و نشانه‌های جسمانی گاهی چنان بر جدول بالینی سایه می‌افکنند که مانع بازشناسی افسردگی می‌شوند (دادستان، ۱۳۹۴).

واژهٔ افسردگی، هنگامی به یک حالت روحی نسبت داده می‌شود که معانی اصطلاحات عامیانه‌ای نظیر «دمغ و پکر بودن» را پیدا کند و با نشانه‌هایی از قبیل کسالت روان، کمبود انرژی، ازدست‌دادن چیزی، ناامیدی و احساس بی‌فایده بودن، سبب از دست‌دادن علاقه

^{۱۰}Hilgard

^{۱۱}Sharp & Lipsky

و بدبینی شود (بیابانگرد، ۱۳۹۰). البته، اکثر افراد گاهی وقت‌ها احساس غم و رخوت می‌کنند و به هیچ کار و فعالیتی حتی به فعالیت‌های لذت‌بخش 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 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 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، ۲۰۰۷؛ ترجمه براهنی، ۱۳۹۵).

بدیهی است که عدم درمان هریک از مشکلات مربوط به سلامت روان از جمله افسردگی، بر شدت آن می‌افزاید و به‌این‌ترتیب 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، به‌طوری‌که وقایع به‌خودی‌خود 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، هیجان‌ها، افکار، و

عملکرد جسمانی را در 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،^{۱۳} ۱۹۹۹، ترجمه جمالفرد، ۱۳۸۹).

از دیدگاه رفتاری، یکی از بارزترین ویژگی‌های افراد افسرده، تجربه 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، ۲۰۰۶؛ ترجمه 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 همراه است (فریدونی و همکاران، ۱۳۹۱).

از طرفی، از یافته‌های پژوهشی برمی‌آید که خودکارآمدی پایین نیز با نشانه‌های افسردگی ارتباط دارد (پیربازاری، نوری و صرامی، 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 خویش و جهان می‌انجامد و طرح‌واره‌های فرضی بر سازمان‌بندی ادراکی و کنترل و ارزیابی رفتار تأثیر گذاشته و منجر به افسردگی می‌گردند (هاوتون و همکاران، ۲۰۱۹؛ ترجمه قاسم‌زاده، ۱۳۹۸). هرچند، اختلال افسردگی، از اولین اختلال‌هایی است که درمان شناختی - رفتاری به شیوه گروهی به طور رسمی برای درمان

^{۱۳}Gilbert

^{۱۴}loneliness

آن به کار برده شد. اما بر اساس 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، بیش‌ازپیش موردتوجه قرار گرفته است. از نظر تاریخی، اختلال افسردگی از قدیم‌الایام در نزد دانشمندان شناخته شده بود. هرچند، استرس‌های ناشی از زندگی پیچیده و ماشینی امروز بر میزان شیوع آن افزوده است. از بعد سبب‌شناسی، در زمان‌های دور اعتقاد بر این بود که در اختلال روانی، شیطان به درون فرد رسوخ کرده و باعث تغییر رفتار وی می‌شود؛ بنابراین، برای ازبین‌بردن اختلال، دستور می‌دادند که فرد را شلاق بزنند یا اینکه جمجمه‌های او را سوراخ کرده تا دیو و شیطان از جسم و روان آن‌ها خارج گردد (آزاده فر، ۱۳۹۶).

در مفهوم اختلال افسردگی، یونانی‌ها و رومیان باستان از اصطلاحات ملانکولیا و مانی^{۱۵} بهره گرفته و رابطه این دو را مورد تأکید قرار داده‌اند. ۴۵۰ میلیون سال قبل از میلاد، بقراط اصطلاحمانی و ملانکولی را برای توصیف اختلالات روانی بکار برد (کاپلان، سادوک، ۲۰۱۶). بقراط به موضوع اختلالات روانی و افسردگی نیز اشاره داشته و افسردگی را نتیجه سیلان ملانکولی (صفرا در مغز) دانسته است (اکبری، ۱۳۹۷). به مفهوم افسردگی در آیات قرآنی، زمانی که حضرت موسی (ع) در دوران نوزادی به دست فرعون می‌افتد و مادر او افسرده می‌شود، اشاره شده است (مستفیضی، ۱۳۹۷). در ایران ابن‌سینا در کتاب قانون، افسردگی را یک نوع بیماری روانی عنوان کرده که فرد را از مسیر مستقیم خارج کرده و مشکلات فراوانی برای وی و اطرافیان ایجاد می‌کند (ذاکر، ۱۳۹۸).

با وجود این، در قرون وسطی و قبل از قرن هجدهم میلادی به دلیل اطلاعات ناچیزی که در زمینه این بیماری و نیز عدم آگاهی از راه‌های مقابله و درمان آن وجود داشت، علت این نوع بیماری به شیطان، اجنه یا نیروهای جادویی نسبت داده می‌شد و به همین دلیل، از شیوه‌های خشن و نامناسبی مانند مجرم دانستن افراد افسرده، برای تزکیه و درمان آن‌ها به کار برده می‌شد. اولین بار در سال ۱۷۹۲ میلادی بود که دانشمندی به نام پینل^{۱۶} فرانسوی غل‌وزنجیر را از دست‌وپای این گونه افراد برداشت و بعد از آن به‌مانند یک بیمار با آن‌ها رفتار گردید (آزاده فر، ۱۳۹۶).

در اوایل قرن بیستم، زیگموند فروید^{۱۷} در رساله‌ای به نام غم و ملانکولی که به سال ۱۹۱۷ چاپ شد، تئوری‌های سایکودینامیک افسردگی را بیان کرد. فرضیه او این بود که افسردگی و غم واکنشی برای ازدست‌دادن فرد یا شیئی دلخواه است، یعنی چیزی که اهمیت و ارزش فراوانی برای شخص داشته و در شرایط خاص آن را ازدست‌رفته می‌بیند (سیف، ۱۳۹۸).

بک^{۱۸} (۱۹۷۶) نیز عنوان کرد که افسردگی بالینی را می‌توان نوعی اختلال مرضی تعریف کرد که شامل تغییراتی در پنج حوزه رفتاری عمده می‌باشد و علائم مرضی این تغییرات ممکن است همه یا هریک از تظاهرات مربوط به عواطف منفی، شناخت‌های منفی، انگیزش منفی، تغییرات رفتاری و تغییرات نباتی (اشتها و جنسی) را در برگیرد (مهریار، ۱۳۸۶).

افسردگی اساسی^{۱۹} که به افسردگی یک قطبی نیز مشهور است، یک نوع از اختلالات خلقی است که در چهارمین چاپ راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی (DSM-IV)، به‌عنوان یکی از دو اختلال خلقی عمده معرفی شده است. در این راهنما، افسردگی

^{۱۶}Pinel

^{۱۷}Frued

^{۱۸}Beck

^{۱۹}Major depressive disorder

اساسی به بیمارانی اطلاق می‌شود که فقط به دوره‌های افسردگی مبتلا هستند (کاپلان، ۲۰۱۶). البته در اختلال افسردگی اساسی، یک دوره افسردگی، دست‌کم شامل دوهفته خلق افسرده یا ازدست‌دادن علاقه، همراه با چهار مورد از نشانگان دیگر شامل تغییر در وزن یا اشتها، خواب نامنظم، بی‌قراری فیزیکی یا گوشه‌گیری، فقدان انرژی، احساس بی‌ارزشی یا احساس گناه شدید، مشکل در تمرکز یا تصمیم‌گیری و برنامه‌ریزی یا تلاش برای خودکشی است (انجمن روانپزشکی آمریکا، ۲۰۰۲).

تعریف افسردگی

کلمه افسردگی اولین بار توسط آدولف مپر^۱ بیان شد (مستفیضی، ۱۳۹۷). اما ارائه تعریف افسردگی و پیشنهاد طرحی که بتواند مورد پذیرش همه متخصصان و پژوهشگران قرار گیرد، مشکل به نظر می‌رسد. در معنای محدود پزشکی، افسردگی به منزله یک بیماری خلقی یا اختلال کنش خلق و خوی است. در سطح معمول بالینی، افسردگی نشانگانی است که تحت سلطه خلق افسرده است و بر اساس بیان لفظی یا غیر لفظی عواطف غمگین، اضطرابی و یا حالت‌های برانگیختگی نشان داده می‌شود. همچنین، افسردگی، حالت روانی ناخوش است که با دل‌زدگی، یأس و خستگی پذیری مشخص می‌شود و در بیشتر مواقع با اضطرابی کم‌وبیش شدید همراه است (اکبری، ۱۳۹۷). در یک جمع‌بندی کلی، مفهوم افسردگی به سه گونه متفاوت به کاررفته است:

(۱) به منظور مشخص کردن احساس‌های بهنجار غمگینی، یأس، ناامیدی و جزء آن و بروز آن‌ها به عنوان نشانه یک اختلال.

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

^{۲۰}APA

^{۲۱}Maper