

به نام خدا

# اختلالات خلقی بزرگسالان

مؤلف:

مهین مظفری

انتشارات ارسطو

(چاپ و نشر ایران)

۱۴۰۲

سرشناسه : مظفری، مهین، ۱۳۵۳-

عنوان و نام پدیدآور : اختلالات خلقی بزرگسالان/مؤلف مهین مظفری.  
مشخصات نشر : ارسطو ( سامانه اطلاع رسانی چاپ و نشر ایران )، ۱۴۰۲.  
مشخصات ظاهری : ۱۶۳ ص.

شابک : ۹۷۸-۶۲۲-۳۳۹-۰۹۶-۸

وضعیت فهرست نویسی : فیپا

یادداشت : کتابنامه.

Personality disorders

Personality disorders -- Treatment

Depression, Mental

Manic-depressive illness

Suicide

موضوع : اختلالات شخصیتی

اختلالات شخصیتی -- درمان

افسردگی

روان پریشی شدید

خودکشی

رده بندی کنگره : RC۵۵۴

رده بندی دیویی : ۶۱۶/۸۵۸۱

شماره کتابشناسی ملی : ۹۳۴۲۳۹۴

اطلاعات رکورد کتابشناسی : فیپا

نام کتاب : اختلالات خلقی بزرگسالان

مؤلف : مهین مظفری

ناشر : ارسطو ( سامانه اطلاع رسانی چاپ و نشر ایران )

صفحه آرای، تنظیم و طرح جلد : پروانه مهاجر

تیراژ : ۱۰۰۰ جلد

نوبت چاپ : اول - ۱۴۰۲

چاپ : مدیران

قیمت : ۱۳۲۰۰۰ تومان

فروش نسخه الکترونیکی - کتاب رسان :

<https://chaponashr.ir/ketabresan>

شابک : ۹۷۸-۶۲۲-۳۳۹-۰۹۶-۸

تلفن مرکز پخش : ۰۹۱۲۰۲۳۹۲۵۵

[www.chaponashr.ir](http://www.chaponashr.ir)



انتشارات ارسطو



## فهرست مطالب

---

۷.....	پیشگفتار
۱۰.....	فصل اول: پیش درآمدی بر افسردگی
۱۱.....	تاریخچه افسردگی.....
۱۲.....	اختلال افسردگی.....
۱۸.....	تعریف افسردگی.....
۲۱.....	ملاک‌های تشخیصی اختلال افسردگی.....
۲۲.....	ویژگی‌های افسردگی.....
۲۷.....	اختلال‌های همبود با افسردگی.....
۳۰.....	تشخیص افتراقی برای افسردگی.....
۳۲.....	منظور از افسردگی حاد یا گذرا چیست؟.....
۳۳.....	حملات افسردگی.....
۳۴.....	انواع افسردگی.....
۴۱.....	حالات افسردگی.....
۵۱.....	شیوع افسردگی.....
۵۴.....	فصل دوم: دیدگاه‌های موجود در مورد افسردگی
۵۵.....	دیدگاه زیست‌شناختی.....
۵۷.....	دیدگاه روان‌پوشی.....
۶۴.....	دیدگاه رفتاری.....

۶۵	دیدگاه شناختی.....
۷۰	درماندگی آموخته شده.....
۷۱	نظریه نومییدی.....
۷۱	نظریه نشخوار فکری.....
۷۲	نظریهٔ اصالت وجودی - انسان گرایی.....
۷۳	کیفیت زندگی و افسردگی.....
۷۴	معنویت و افسردگی.....
۷۶	جنسیت و افسردگی.....
۷۸	تفاوت‌های فردی در افسردگی.....
۷۹	تأثیر افسردگی بر ابعاد زندگی.....
۸۲	<b>فصل سوم: سبب‌شناسی افسردگی.....</b>
۸۳	علل افسردگی.....
۸۳	عوامل ژنتیکی.....
۸۴	عوامل زیستی.....
۸۶	عوامل روانی - اجتماعی.....
۸۸	<b>فصل چهارم: درمان افسردگی.....</b>
۸۹	درمان افسردگی.....
۹۰	روان‌درمانی.....
۹۳	روان‌درمانی از دیدگاه‌های مختلف.....
۹۵	دارودرمانی.....
۹۷	تحریک مغزی.....

۹۹	درمان روان پویشی
۱۰۰	درمان رفتاری
۱۰۱	درمان شناختی
۱۰۳	درمان بین فردی
۱۰۴	کیفیت زندگی درمانی و افسردگی
۱۰۶	معنویت درمانی و افسردگی
۱۰۸	درمان شناختی - رفتاری
۱۱۴	فرایندهای درمان شناختی - رفتاری
۱۲۲	راهبردها و فنون رویکرد شناختی - رفتاری
۱۳۰	<b>فصل پنجم: اختلال دوقطبی</b>
۱۳۱	اختلال دوقطبی چیست؟
۱۳۱	علائم بیماری دوقطبی در دوره مانیا
۱۳۳	علائم بیماری دوقطبی در دوره افسردگی
۱۳۴	انواع اختلال دوقطبی
۱۳۵	علت اختلال دوقطبی چیست؟
۱۳۶	عوامل خطر ساز
۱۳۶	راههای تشخیص بیماری دوقطبی
۱۳۸	عوامل تشدید کننده اختلال دوقطبی
۱۳۹	درمان اختلال دوقطبی
۱۴۰	دارو برای بیماری دوقطبی
۱۴۲	روان درمانی برای بیماری دوقطبی

۱۴۳	..... شوک‌درمانی در بیماران دوقطبی.....
۱۴۴	..... فصل ششم: خودکشی.....
۱۴۵	..... تعریف خودکشی.....
۱۴۵	..... باورهای نادرست در مورد خودکشی.....
۱۴۸	..... علت خودکشی.....
۱۴۹	..... عوامل خطر خودکشی.....
۱۵۱	..... عوامل محافظت‌کننده در برابر خودکشی.....
۱۵۲	..... مدیریت خودکشی.....
۱۵۴	..... منابع و مآخذ.....

# پیشگفتار

اختلالات خلقی گروه وسیعی از اختلالاتی را شامل می‌شوند که خلق مرضی (پاتولوژیک) و آشفتگی‌های مرتبط با آن، نمای بالینی غالب آن‌ها را تشکیل می‌دهد. در بیمارانی که خلق بالایی دارند (در مانیا)، گشاده خویی، پرش افکار، کاهش خواب، افزایش اعتمادبه‌نفس و افکار خودبزرگ‌بینانه دیده می‌شود. در بیمارانی که خلق افسرده‌ای دارند، ازدست‌دادن انرژی و علاقه، احساس گناه، دشوار شدن تمرکز، ازدست‌دادن اشتها و افکار مرگ یا خودکشی وجود دارد. دیگر نشانه‌ها و علائم اختلالات خلقی عبارت است از تغییراتی در سطح فعالیت، توانایی‌های شناختی، تکلم و کارکردهای نباتی (از قبیل خواب، فعالیت جنسی و سایر نظم‌های زیستی). این تغییرات تقریباً همیشه موجب مختل شدن کارکردهای بین‌فردی، اجتماعی و شغلی بیمار می‌شود.

اختلالات عمده در این گروه عبارتند از: اختلال افسردگی عمده (ماژور)، اختلال خلقی دوقطبی، اختلال خلقی با سیکل‌های سریع، افسردگی‌های فصلی، اختلال ویس تایمیک (کج خلقی)، اختلال سیکلوتایمیک (خلق دوره‌ای). 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، 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.

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 نوامیدی 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-IV افسردگی بالینی باعث می‌شود که فرد نتواند کارهای عادی زندگی روزمره خود را به‌خوبی 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).

در این کتاب به بررسی علایم و نشانه‌های تشخیصی اختلالات خلقی و درمان آن‌ها می‌پردازیم. امید است این کتاب گامی روبه‌جلو برای تشخیص بهنگام و درست اختلالات خلقی و راهکارهای درمانی آن برداشته باشد.

**مهین مظفری**

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 طبی قدیم وجود دارد. داستان عهد عتیق شاه سائول<sup>۱</sup> 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<sup>۲</sup> 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<sup>۳</sup> نامید. چنین بیماری‌هایی متناوباً حالات خلقی مانی 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<sup>۴</sup> 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<sup>۵</sup> 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<sup>۶</sup> نیز، افسردگی را در ردیف چهارم فهرست حادث‌ترین مشکلات بهداشت در سراسر

<sup>2</sup>King Saul

<sup>3</sup>Celsus

<sup>4</sup>Folie circulaire

<sup>5</sup>Emil Kraepelin

<sup>1</sup>Involuntal Melancholia

<sup>6</sup>WHO

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،<sup>۱</sup> ۲۰۰۱؛ ترجمه شمس، ۱۳۸۲). افسردگی، به‌قدری متداول است که گاهی به‌منزلهٔ 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<sup>۲</sup> ۲۰۰۴؛ ترجمهٔ 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،<sup>۳</sup> 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 توان ما را تحلیل می‌برد و غیره از جمله موقعیت‌هایی هستند که اغلب موجب بروز افسردگی می‌شوند. اختلال

<sup>۱</sup> Blakbern

<sup>۲</sup> Rosenhan & Seligman

<sup>۳</sup> Sadock & Sadock

### فصل اول: پیش درآمدی بر افسردگی ۱۳

افسردگی صرف‌نظر از تنوع آن، نسبتاً شایع هستند. بدین معنی که حدود ۱۷٪ مردم در طول زندگی یک دوره افسردگی حاد پیدا می‌کنند (هیلگارد،<sup>۱</sup> ۲۰۰۷؛ ترجمهٔ براهنی و همکاران، ۱۳۸۵). 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، 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 لپسکی،<sup>۲</sup> ۲۰۰۲).

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 به‌رحال می‌توان این نکته را پذیرفت که افسردگی درعین 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). 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 و بدبینی شود (بیابانگرد، ۱۳۷۱). البته، اکثر افراد گاهی وقت‌ها

<sup>1</sup> Hilgard

<sup>2</sup> Sharp & Lipsky

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 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؛ ترجمه براهنی، ۱۳۸۵).

بدیهی است که عدم درمان هر یک 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

## فصل اول: پیش درآمدی بر افسردگی ۱۵

---

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، ۱۹۹۹، ترجمه جمال‌زاده، 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، 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 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

---

<sup>1</sup> Gilbert

<sup>2</sup> Loneliness

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 شیوه گروهی به‌طور رسمی برای درمان آن به کار برده شد. اما بر اساس این مطالعات، درمان افسردگی به بررسی‌های بیشتری نیاز دارد.

هرچند اختلال افسردگی از دیرباز به‌عنوان 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 از بین بردن اختلال، دستور می‌دادند که فرد را شلاق بزنند یا اینکه مجموعه‌های او را سوراخ کرده‌تا دیو و شیطان از جسم و روان آن‌ها خارج گردد (آزاده فر، ۱۳۷۶).

در مفهوم اختلال افسردگی، یونانی‌ها و رومیان باستان از اصطلاحات ملانکولیا و مانی<sup>۱</sup> 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، ۱۹۹۴، ترجمه پورافکاری، ۱۳۷۵). بقراط به موضوع اختلالات روانی و افسردگی نیز

## فصل اول: پیش درآمدی بر افسردگی ۱۷

اشاره داشته و افسردگی را نتیجه سیلان ملانکولی (صفر 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، ۱۳۸۷). 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<sup>۱</sup> فرانسوی غل‌وزنجیر را از دست‌وپای این‌گونه افراد برداشت و بعد از آن به‌مانند یک بیمار با آن‌ها رفتار گردید (آزاده فر، ۱۳۷۶).

در اوایل قرن بیستم، زیگموند فروید<sup>۲</sup> در رساله‌ای به نام غم و ملانکولی که به سال ۱۹۱۷ چاپ شد، تئوری‌های سایکو دینامیک افسردگی را بیان کرد. فرضیه او این بود که افسردگی و غم واکنشی برای ازدست‌دادن فرد یا شیء دلخواه است، یعنی چیزی که اهمیت و ارزش فراوانی برای شخص داشته و در شرایط خاص آن را ازدست‌رفته می‌بیند (راشد، ۱۳۷۰).

---

<sup>۱</sup> Pinel

<sup>۲</sup> Freud

بک<sup>۱</sup> (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<sup>۲</sup> که به افسردگی یک‌قطبی 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 اساسی به بیمارانی اطلاق می‌شود که فقط به دوره‌های افسردگی مبتلا هستند (کاپلان، ۱۹۹۴، ترجمه پورافکاری، ۱۳۷۵، ص ۲۱۵). البته در اختلال افسردگی اساسی، یک دوره افسردگی، دست‌کم شامل دو هفته 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<sup>۳</sup>، ۲۰۰۰).

### تعریف افسردگی

کلمه افسردگی اولین بار توسط آدولف مپر<sup>۴</sup> بیان شد (مستفیضی، ۱۳۸۷). 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 به‌منزله یک بیماری

<sup>۱</sup> Beck

<sup>۲</sup> Major depressive disorder

<sup>۳</sup> APA

<sup>۴</sup> Maper

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 خستگی‌پذیری مشخص می‌شود و در بیشتر مواقع با اضطرابی کم‌وبیش شدید همراه است (اکبری، ۱۳۹۷). در یک جمع‌بندی کلی، مفهوم افسردگی به سه گونه متفاوت به‌کاررفته است:

- ۱) به‌منظور مشخص کردن احساس‌های بهنجار غمگینی، یأس، ناامیدی و جزء آن و بروز آن‌ها به‌عنوان نشانه یک اختلال.
- ۲) به‌منظور توصیف اختصاری یک نشانگان که شامل نشانه‌های عاطفی، شناختی، حرکتی، فیزیولوژیکی و غدد مترشحه است.
- ۳) برای مشخص کردن اختلال‌های افسرده وار در چهارچوب اختلال‌های روانی که دارای پاره‌ای از علل و گونه‌ای از تحول هستند و به پاره‌ای از درمانگری پاسخ می‌دهند

هرچند تعاریف مختلف افسردگی به نشانه‌های بسیار متنوعی اشاره دارند. اما می‌توان این نکته را پذیرفت که افسردگی درعین‌حال با نشانه‌های روانی و جسمانی همراه است (دادستان، ۱۳۸۰). برای مثال، فلک<sup>۱</sup> (۱۹۹۰) افسردگی، حالتی است که بر کیفیت خلق شخص تأثیر عمیق دارد و نحوه ادراک او را از خویش و محیطش دگرگون می‌سازد (به نقل از پورافکاری، ۱۳۷۱). سیلیگمن<sup>۲</sup> (۱۹۹۹) نیز که افسردگی را به‌عنوان سرماخوردگی روانی می‌شناسد، نماد بارز آن را، کاهش عزت‌نفس فردی معرفی می‌کند. از نظر گیلبرت (۱۹۹۹)، افسردگی صرفاً به معنای احساس دلتنگی و غمگینی نیست. بلکه، بسیار فراتر از آن است. در حقیقت افسردگی نه‌تنها بر چگونگی احساس ما بلکه بر نحوه تفکر ما درباره

<sup>۱</sup> folck

<sup>۲</sup> Seligman

چیزها، سطوح، انرژی، تمرکز حواس، خواب و حتی علائق جنسی ما تأثیر می‌گذارد (جمال فر، ۱۳۸۹).

بک<sup>۱</sup> (۲۰۱۶) افسردگی را چنین تعریف کرد: افسردگی اصطلاحی است که به مجموعه رفتارهایی اطلاق می‌شود که عناصر مشخص آن کندی در حرکت و کلام است. گریستن، غمگینی، فقدان پاسخ‌های فعال، فقدان علاقه، کم‌ارزشی، بی‌خوابی و بی‌اشتهایی از دیگر علائم آن است (هاشمی زاده، ۱۳۹۶). به عقیده بک (۲۰۱۶) افسردگی بالینی را می‌توان نوعی اختلال مرضی تعریف کرد که شامل تغییراتی در پنج حوزه رفتاری عمده می‌شود. علائم مرضی این تغییرات ممکن است همه یا هر یک از تظاهرات زیر را در برگیرد:

۱- **عواطف منفی:** معمولاً شامل غم، ناشادی، احساس گناه با فراوانی کمتر، حساسیت، بی‌حوصلگی و عواطف و احساسات منفی دیگر.

۲- **شناخت‌های منفی:** معمولاً شامل برداشت از خود یا خویشتن‌پنداری منفی، بدبینی و نظری نومیدانه در مورد محیط اطراف.

۳- **انگیزش منفی:** مشتمل بر فقدان یا ازدست‌دادن علاقه به فعالیت‌هایی که فرد معمولاً آن‌ها را ترجیح می‌داده و نیز افکار خودکشی.

۴- **تغییرات رفتاری:** که معمولاً شامل کاهش در نرخ انجام کارها و فعالیت‌های رفتاری عادی فرد است.

۵- **تغییرات نباتی:** که معمولاً شامل بی‌خوابی، کاهش اشتها و ازدست‌دادن علاقه به فعالیت‌های جنسی می‌باشد (مه‌ریار، ۱۳۹۶).