

به نام خدا

درمان پذیرش و تعهد و اختلالات روانی

مolfan :

زویا اسکندری

محمد عطشان

شیرین لشکری زوارم

معصومه حسنی نیک

انتشارات ارسطو

(سازمان چاپ و نشر ایران - ۱۴۰۲)

نسخه الکترونیکی این اثر در سایت سازمان چاپ و نشر ایران و اپلیکیشن کتاب رسان موجود می باشد

chaponashr.ir

عنوان و نام پدیدآور: درمان پذیرش و تعهد و اختلالات روانی / مولفان زویا اسکندری...
[و دیگران].

مشخصات نشر: ارسطو (سامانه اطلاع رسانی چاپ و نشر ایران)، ۱۴۰۲.

مشخصات ظاهری: ۱۹۸ص.

شابک: ۹۷۸-۶۲۲-۳۳۹-۱۵۰-۷

وضعیت فهرست نویسی: فیبا

یادداشت: مولفان زویا اسکندری، محمد عطشان، شیرین لشکری زوارم، معصومه حسینی نیک.

یادداشت: کتابنامه: ص. ۱۹۲ - ۱۹۸.

Depression, Mental

موضوع: افسردگی

Mental illness -- Diagnosis

بیماری‌های روانی -- تشخیص

Acceptance and commitment therapy

درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد

شناسه افزوده: اسکندری، زویا، ۱۳۶۵-

رده بندی کنگره: RC۵۳۷

رده بندی دیویی: ۶۱۶/۸۵۲۷

شماره کتابشناسی ملی: ۹۳۸۲۳۸۷

اطلاعات رکورد کتابشناسی: فیبا

نام کتاب: درمان پذیرش و تعهد و اختلالات روانی

مولفان: زویا اسکندری - محمد عطشان - شیرین لشکری زوارم - معصومه حسینی نیک

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

صفحه آرایی، تنظیم و طرح جلد: پروانه مهاجر

تیراژ: ۱۰۰۰ جلد

نوبت چاپ: اول - ۱۴۰۲

چاپ: زبرجد

قیمت: ۱۶۰۰۰۰ تومان

فروش نسخه الکترونیکی - کتاب‌رسان:

<https://chaponashr.ir/ketabresan>

شابک: ۹۷۸-۶۲۲-۳۳۹-۱۵۰-۷

تلفن مرکز پخش: ۰۹۱۲۰۲۳۹۲۵۵

www.chaponashr.ir



فهرست مطالب

۷	پیشگفتار
۱۰	فصل اول: اختلال افسردگی
۱۱	تاریخچه افسردگی
۱۲	اختلال افسردگی
۱۸	تعریف افسردگی
۲۰	ملاک‌های تشخیصی اختلال افسردگی
۲۱	ویژگی‌های افسردگی
۲۶	اختلال‌های همبود با افسردگی
۲۸	تشخیص افتراقی برای افسردگی
۳۰	منظور از افسردگی حاد یا گذرا چیست؟
۳۱	حملات افسردگی
۳۳	انواع افسردگی
۳۹	حالات افسردگی
۴۴	طبقه‌بندی افسردگی در DSM-IV
۴۸	شیوع افسردگی
۵۰	سبب‌شناسی افسردگی
۵۴	درمان افسردگی
۷۰	فصل دوم: اختلالات اضطرابی
۷۱	اختلالات اضطرابی
۷۴	تفاوت ترس و اضطراب
۷۵	اضطراب تهدیدی برای خود

۷۸	.....انواع اضطراب
۷۹	.....همه‌گیرشناسی اضطراب
۸۰	.....علت‌شناسی اختلالات اضطرابی
۹۱	.....آثار و عوارض اختلالات اضطرابی
۹۴	.....مؤلفه‌های اضطراب
۹۷	.....اضطراب کرونا
۹۹	..... فصل سوم: اختلال وسواس فکری عملی
۱۰۰	..... وسواس فکری عملی
۱۰۰	..... شناخت وسواس
۱۰۰	..... وسواس در لغت
۱۰۲	..... وسواس در اصطلاح
۱۰۷	..... انواع وسواس
۱۰۸	..... وسواس‌های فکری
۱۱۰	..... ویژگی‌های بارز افکار وسواسی
۱۱۲	..... راهبردهای ناکارآمد در برخورد با افکار وسواسی
۱۱۳	..... وسواس‌های عملی یا اجبارها
۱۱۴	..... ویژگی‌های بارز اعمال وسواسی
۱۱۶	..... گونه‌های وسواس عملی
۱۱۸	..... ویژگی‌ها و نشانه‌های آشکارسازی وسواس
۱۲۳	..... شیوع وسواس
۱۲۷	..... علل و ریشه‌های بروز وسواس
۱۳۹	..... فصل چهارم: درمان پذیرش و تعهد (ACT)
۱۴۰	..... پیش‌درآمدی بر درمان پذیرش و تعهد
۱۴۳	..... مبانی نظری درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد

- ۱۴۶ فرایندهای زیربنایی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد.
- ۱۶۸ درمان اضطراب با رویکرد پذیرش و تعهد.
- ۱۷۸ درمان استرس با رویکرد پذیرش و تعهد.
- ۱۸۴ درمان افسردگی با رویکرد پذیرش و تعهد.
- ۱۹۱ منابع و مآخذ.

پیشگفتار

درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد یا به اختصار (ACT) یکی از درمان‌های نسل سوم رفتاردرمانی است. این رویکرد در مقایسه با رفتاردرمانی شناختی تأکید بیشتری بر پذیرش و تمایل به تجربیات درونی دارد. هدف این رویکرد آن است که به درمان‌جویان بیاموزد چگونه عقیده سرکوب‌کردن پریشانی‌ها را ترک کنند و هیجانات ناخوشایند خود را بیشتر تحمل کنند. در واقع هدف اصلی و مهم ACT دستیابی به انعطاف‌پذیری روان‌شناختی می‌باشد طوری که نیازی به حذف یا از بین بردن احساسات ناراحت‌کننده نداشته باشید و با وجود این احساسات و افکار و خاطرات دردناک، رفتاری مبتنی بر ارزش از خود نشان دهید. در طی این درمان، مراجعان از طریق شش فرایند اساسی (پذیرش، همجوئی زدایی شناختی، آگاهی از لحظه حال، خود به‌عنوان زمینه، ارزش‌ها و اقدام متعهدانه) هدایت می‌شوند تا به گشودگی برسند و تمام تجربیات، یعنی انواع گوناگون افکار و احساسات، همان گونه که هستند، تجربه کنند.

درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (اکت) که در سال ۱۹۸۶ توسط پروفیسور استیون هیز معرفی شد و توسعه یافت، نخستین درمان «موج سومی» است که مطالعات تجربی بسیاری، اثربخشی و فایده آن را تأیید کرده‌اند. رفتاردرمانی‌های «موج اول» در دهه ۵۰ و ۶۰ میلادی بر تغییر رفتاری آشکار تمرکز داشتند و در آن‌ها از تکنیک‌های شرطی‌سازی عامل و کلاسیک استفاده می‌شد. «موج دوم» در دهه ۷۰ میلادی شامل مداخلات شناختی به‌عنوان راهبرد کلیدی بود و در نهایت، رفتاردرمانی شناختی (CBT) در موج دوم غالب گردید.

رویکرد مبتنی بر پذیرش و تعهد ارتباط بین افکار و احساسات مشکل‌زا را تغییر می‌دهد تا افراد آنان را به‌عنوان علائم مرضی درک ننموده و حتی یاد بگیرند که آن‌ها را بی‌ضرر

(حتی اگر ناراحت‌کننده و ناخوشایند باشند) درک کنند. در واقع در رویکرد مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) هدف این است که افراد بیاموزند وقایع درونی‌شان، مخصوصاً آن‌هایی را که ناخواسته‌اند، قضاوت نکنند و بپذیرند. رویکرد مبتنی بر پذیرش و تعهد فرد را یاری می‌کند تا حسی متعالی از خود کسب کند. هدف کاربرد رویکرد ACT آن است که به مراجع کمک کند تا ارزش‌های زندگی‌اش را مشخص کند و بر اساس آن‌ها اقدام به عمل کند. نتایج پژوهش‌ها نشان داده است که رویکرد مبتنی بر پذیرش و تعهد بر افزایش رضایتمندی زناشویی، کاهش اضطراب، افسردگی، استرس پس از سانحه، دردهای حاد و مزمن، سوء‌مصرف مواد و سایکوز مؤثر است.

سخنی از مؤلفین

فصل اول: 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 طبی 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، سلسیوس^۲ ملانکولی را ناشی از صفرای سیاه معرفی نمود. ژاز 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 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^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 حادث‌ترین مشکلات بهداشت در سراسر جهان قرار داده (کاپلان و سادوک، ۲۰۰۰)، و پیش‌بینی می‌شود این اختلال از لحاظ

¹⁹ King Saul

²⁰ Celsus

²¹ Folie circulaire

²² Emil Kraepelin

²³ Involutional Melancholia

⁶WHO

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 به‌منزلهٔ سرماخوردگی معمولی در روان‌پزشکی مطرح می‌شود. اختلال افسردگی، اخیراً به‌شدت روبه‌افزایش 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، 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 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 افسردگی صرف‌نظر از تنوع آن، نسبتاً شایع هستند. بدین معنی که حدود ۱۷٪ مردم در طول زندگی یک دوره افسردگی حاد پیدا می‌کنند (هیلگارد، ۲۰۰۷؛ ترجمهٔ براهنی و

⁷ Blakbern

⁸ Hilgard

فصل اول: اختلال افسردگی ۱۳

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، ۲۰۰۲).

به‌رغم شیوع این اختلال، ارائه 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 درعین‌حال با نشانه‌های روانی و جسمانی همراه است و نشانه‌های جسمانی گاهی چنان بر جدول بالینی سایه می‌افکنند که مانع بازشناسی افسردگی می‌شوند (دادستان، ۱۳۸۰).

واژه 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 بی‌فایده‌بودن، سبب از دست‌دادن علاقه و بدبینی شود (بیابانگرد، ۱۳۹۱). 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 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؛ 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 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، ۲۰۱۹^۱، ترجمه جمالزاده، ۱۳۹۹). 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 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 به طور 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،

^۱Gilbert
[!]loneliness

بیش‌ازپیش مورد توجه 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 مجموعه‌های او را سوراخ کرده تا 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^{۱۲} 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 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، 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

فصل اول: اختلال افسردگی ۱۷

به نام پینل^۳ فرانسوی غل و زنجیر 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^۴ 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). بک^۵ (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^۶ 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 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،^۷ ۲۰۰۰).

^۳Pinel

^۴Frued

^۵Beck

^۶Major depressive disorder

^۷APA

تعریف افسردگی

کلمه افسردگی اولین بار توسط آدولف میپر^{۱۸} 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 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 خستگی‌پذیری مشخص می‌شود و در بیشتر مواقع با اضطرابی کم‌ویش شدید همراه است (اکبری، ۱۳۹۷). در یک جمع‌بندی کلی، مفهوم افسردگی به سه گونه متفاوت به کار رفته 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.
- ۳) برای مشخص کردن اختلال‌های افسرده‌وار 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 درعین حال با نشانه‌های روانی و جسمانی همراه است (دادستان، ۱۳۸۰). برای مثال، فلک^۹ (۱۹۹۰) افسردگی، حالتی است که بر کیفیت خلق

فصل اول: اختلال افسردگی ۱۹

شخص تأثیر عمیق دارد و نحوه ادراک او را از خویش و محیطش دگرگون می‌سازد (به نقل از پورافکاری، ۱۳۷۱). سیلیگمن (۱۹۹۹) نیز که افسردگی را به‌عنوان سرماخوردگی روانی می‌شناسد، نماد بارز آن را، کاهش عزت‌نفس فردی معرفی می‌کند.

از نظر گیلبرت (۲۰۱۹)، 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 چیزها، سطوح، انرژی، تمرکز حواس، خواب و حتی علایق جنسی ما تأثیر می‌گذارد (جمال فر، ۱۳۹۹).

بک (۲۰۱۶) افسردگی را چنین تعریف کرد: افسردگی اصطلاحی است که به مجموعه رفتارهایی اطلاق می‌شود که عناصر مشخص آن‌کندی در حرکت و کلام است. گریستن، غمگینی، فقدان پاسخ‌های فعال، فقدان علاقه، کم‌ارزشی، بی‌خوابی و بی‌اشتهائی از دیگر علائم آن است (هاشمی‌زاده، 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 خویش‌پنداری منفی، بدبینی و نظری‌نومیدانه در مورد محیط اطراف.

۳. **انگیزش منفی:** مشتمل بر فقدان یا از دست‌دادن 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).

ملاک‌های تشخیصی اختلال افسردگی

بر اساس ویرایش پنجم راهنمای آماری و تشخیصی اختلال‌های روانی ملاک‌های تشخیصی اختلال افسردگی اساسی به صورت زیر است:

الف) پنج یا تعداد بیشتری از نشانه‌های زیر که در طول مدت دوهفته وجود داشته باشد و موجب تغییر در عملکرد گذشته فرد شود. این نشانه‌ها باید شامل خلق افسرده یا نبود علاقه و لذت نیز باشد.

(۱) خلق افسرده در بخش عمده روز و تقریباً هر روز.

(۲) کاهش علاقه یا لذت در فعالیت‌ها در بخش عمده روز و تقریباً هر روز؛ اکثر فعالیت‌های فرد به طور چشمگیری کاسته شده است.

(۳) کاهش یا افزایش وزن (تغییر بیش از ۵ درصد وزن در طول یک ماه) بدون آنکه فرد رژیم گرفته باشد یا کاهش یا افزایش اشتها تقریباً هر روز در کودکان، عدم موفقیت در افزایش وزن مورد انتظار، در نظر گرفته می‌شود

(۴) بی‌خوابی یا پرخوابی تقریباً هر روز

(۵) تحریک‌پذیری یا کندی روانی - حرکتی قابل مشاهده توسط دیگران، تقریباً هر

روز