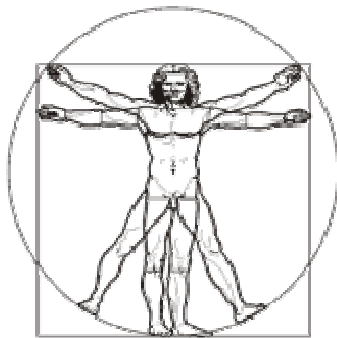


# اختلالات عاطفی افسردگی و تشیدایی



دکتر محمد راهرخشان

## فهرست

۳	..... مقدمه
۳	..... اختلال افسردگی چیست؟
۴	..... نشانگامها و یا علائم افسردگی
۷	..... افسردگی بسیار شایع است
۸	..... اختلال عاطفی دوقطبی
۹	..... علت شناسی اختلالات عاطفی
۱۰	..... نظریه‌های بیولوژیکی افسردگی
۱۱	..... نظریه‌های روانشناختی افسردگی
۱۱	..... نظریه کمبود تقویت کننده‌های مثبت
۱۱	..... درماندگی در برابر رویدادها و چیزها
۱۲	..... الگوهای ناکارآمد شناختی
۱۲	..... مهارت‌های ناکافی
۱۲	..... خصوصیات شخصیتی
۱۳	..... درمان اختلال افسردگی
۱۳	..... دارودرمانی
۱۴	..... روان‌درمانی
۱۷	..... جدول هفتگی افسردگی و شیدایی
۱۸	..... منابع

# اختلال عاطفی (افسردگی)

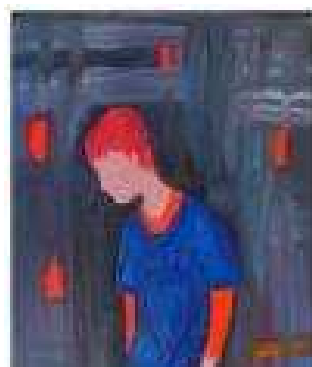
## مقدمه

تجربه کار بالینی در روان‌درمانی نشان می‌دهد که افراد افسرده معمولاً در مراحل بسیار پیشرفته افسردگی و یا زمانی که شدت افسردگی آنها به حد غیرقابل تحملی زیاد می‌شود به مطب روان‌درمانی مراجعه می‌کنند. اکثر افراد افسرده بخاطر بیماری‌های مختلفی (مثل مشکل بیخوابی، ناراحتی‌های روده و معده، دردهای عضلانی، کمردرد، مشکل تمرکز، بی‌رمقی، دلهره، مشکلات جنسی و غیره) سالها تحت درمان پزشکان مختلف قرار می‌گیرند و ابتدا پس از سالها که از اختلال افسردگی در عذاب بوده‌اند به روان‌درمانگر مراجعه می‌کنند. در تمام این سالها نه خود آنها و نه پزشکان معالج آنها با هوشیاری لازم به زمینه‌ساز بیماری‌های آنها نگاه نکرده‌اند. عمده‌ترین دلیل این موضوع یکی شناخت کم و غیر واقعی از اختلال افسردگی در بین عامه مردم است و دلیل دیگر جهت‌گیری حاکم بر سیستم طب است که هنوز هم تنها به از بین بردن علائم بیماری توجه می‌کند.

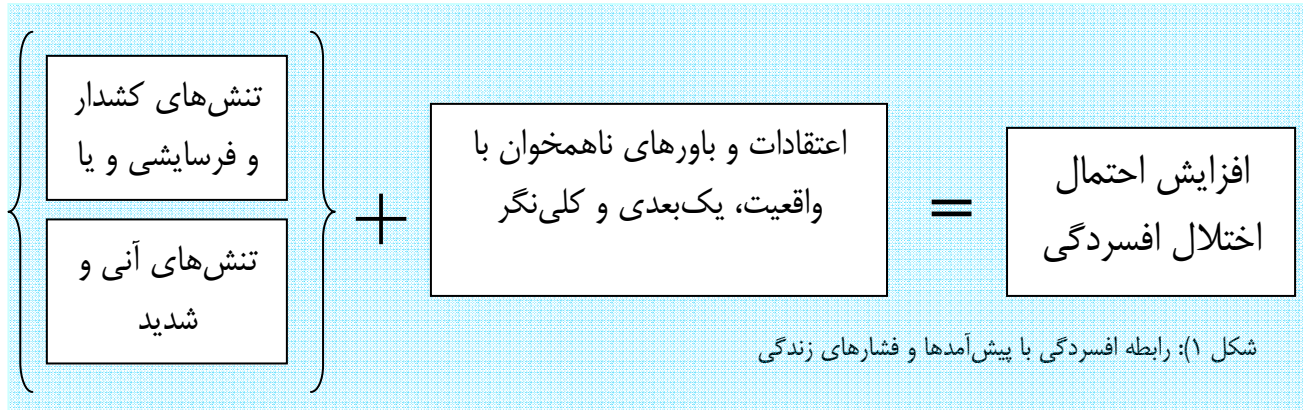
این راهنما یک شناخت پایه‌ای از افسردگی و راه‌های درمان آنرا بزبان عمومی بیان می‌کند.

## اختلال افسردگی چیست؟

هر آدمی، اگر در واقعیت زندگی کند، انتظار آنرا ندارد که همواره شاد و سرحال باشند. بدیهی است که هر آدمی در طول زندگی، غم و دلتنگی و اندوه را کم و یا زیاد تجربه کرده و همواره نیز تجربه خواهد کرد. **مشکلات زندگی و پیشامدهای ناخواسته تمامی ندارند.** غم و اندوه عکس‌العملی طبیعی هستند که بدن‌بال یک پیش‌آمد غم‌انگیز خود به خود شکل می‌گیرند، مانند زمانی که فردی یکی از نزدیکان خود را از دست می‌دهد، یا زمانی که دارایی و شغل خود را از دست می‌دهد و یا در جریان تغییراتی قرار می‌گیرد و سلامتی‌اش به‌خطر می‌افتد. بدن‌بال چنین پیش‌آمدهایی می‌تواند در رفتار و احساسات فرد بعضی از علائم (و یا نشانگاه‌های) اختلال افسردگی را دید. در صدر تمام این نشانگاه‌ها «خلق غمگین» قرار دارد، ولی هنوز نمی‌توان به بر این حالت اختلال افسردگی و یا افسردگی بالینی نام نهاد. معمولاً این نوع عکس‌العمل‌ها هر چقدر هم شدید باشند با از بین رفتن دلایل آنها رفته‌رفته برطرف می‌شوند و رفتار و احساسات فرد دوباره به حالات عادی خود بر می‌گردند. پس هر نوع غم و اندوه و دلمرده‌گی مساوی اختلال افسردگی نیست. افسردگی بعنوان یک اختلال روانی شامل مجموعه‌ای از نشانگاه‌هایی است که وقتی تعدادی از آنها به‌همراه هم و بیش از چند هفته ادامه داشته باشند نشان‌دهنده اختلال افسردگی هستند و نیاز به کمک تخصصی دارند.



افرادی در معرض خطر ابتلا به اختلال افسردگی قرار دارند که از **یک طرف** با تنش‌های (استرس‌های) کش‌داری روبرو هستند (مثلا بخاطر اختلافات شدید و پایان‌ناپذیر خانوادگی) و یا در معرض تنش‌های شدید و آنی قرار می‌گیرند (مثل از دست دادن یکی از عزیزان) و از **طرف دیگر** برای روبرو شدن با آن فشارها **نظام باورهای** آنها یا کلا از واقعیت بدور است و یا واقعیت را بشکل یک بعدی، عمومی، غیر واضح و سراسر منفی و تغییرناپذیر تلقی می‌کنند.



برای مثال فردی پس از رد شدن در یکی از ترم‌های دانشگاهی (تنش آنی) به یکباره شدیداً به افسردگی مبتلا می‌شود. وقتی در جریان مصاحبه باورهای وی شکافته می‌شود، متوجه می‌شوید که می‌گوید «رد شدن در آن ترم پشت من را زد زمین». ولی در حقیقت نه رد شدن در ترم بلکه داشتن این اعتقاد پشت وی را به زمین زده بود: «**ارزش** کسی که در یک رقابت شکست می‌خورد کمتر از **ارزش** آدمی است که در آن موفق می‌شود» و همچنین «**من حتماً باید** موفق می‌شدم ولی چون اینطور نشده‌است من آدم بدبختی هستم» (اعتقادات جزم و جفت و یک بعدی). به این معنا پیش‌آمدها و تنش‌های زندگی به تنهایی باعث شکل‌گیری افسردگی نمی‌شوند. اگر نظام باورهای فرد با واقعیت همخوانی داشته باشد مثلاً می‌گوید «در امتحان به این مهمی رد شدم و طبیعی است که این موضوع آزاردهنده است ولی دنیا به آخر نرسیده است و از همه مهمتر، **ارزش** آدم وابسته به موفقیت و شکست نیست».

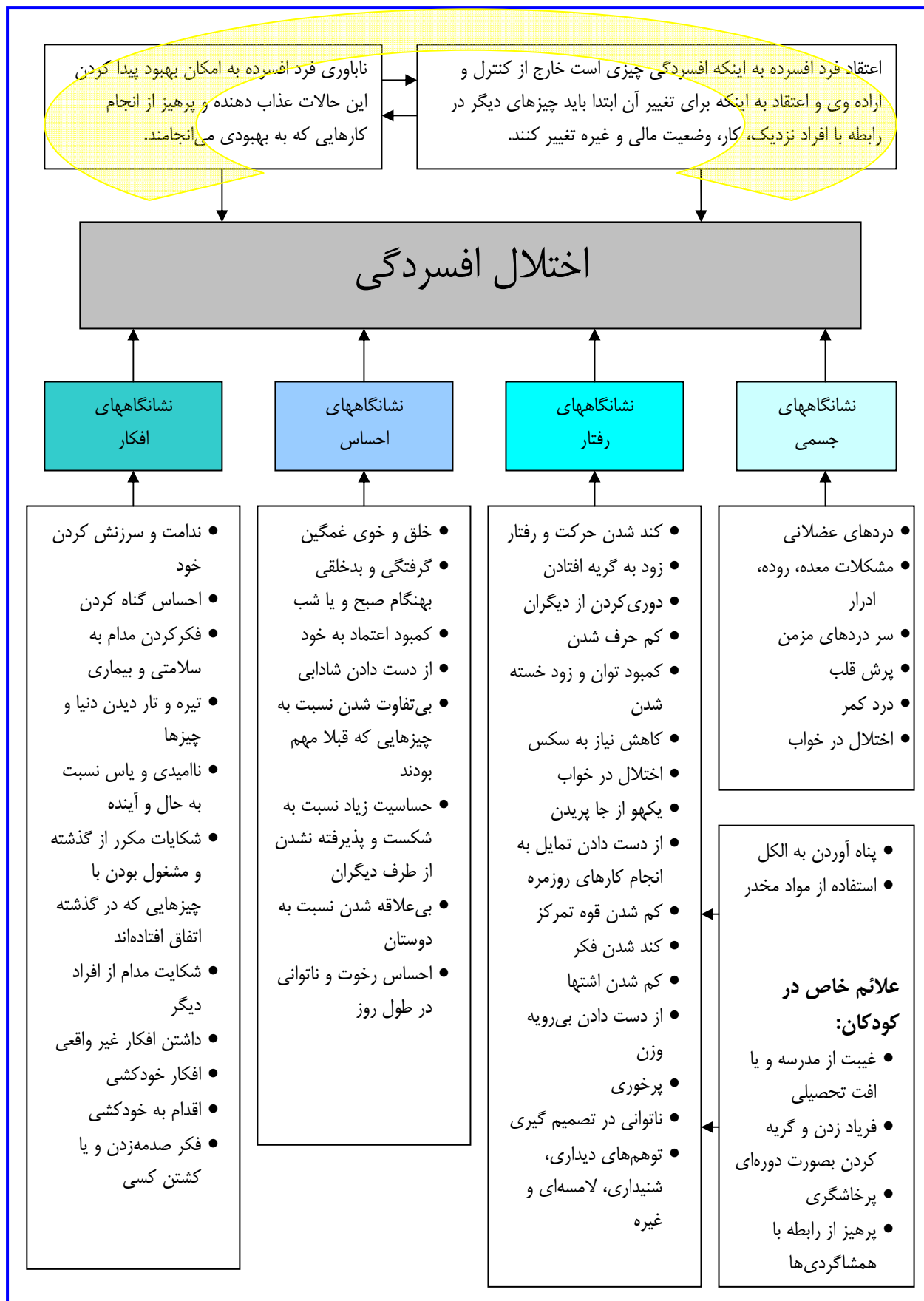
## نشانگاهها و یا علائم افسردگی

بیشتر اوقات فردی که دچار اختلال افسردگی می‌شود ابتدا متوجه احساس غمگینی خود می‌شود و اغلب نیز به گریه می‌افتد. در روابط و کارهای مختلف احساس گناه عذابش می‌دهد و معتقد است که در حق دیگران و یا در حق خودش کوتاهی کرده و یا می‌کند. یکی دیگر از نشانگاههای افسردگی این است که فرد افسرده بیش از حد معمول تحریک پذیر می‌شود و احساس اضطراب و تنش درونی می‌کند. در پی این حالت یا خودخور می‌شود و یا پرخاشگر. همچنین دچار مشکلاتی در رابطه با میزان و کیفیت خواب و خوراک و تمرکز هواس می‌شود. توان وانرژی‌اش کاهش می‌یابد و اکثراً احساس خستگی مفرط می‌کند. از انجام کارهای روزمره اصلاً لذت نمی‌برد و بسختی می‌تواند تصمیمی را که می‌خواهد بگیرد عملی کند. افکاری چون بیزاری از زندگی و ناامیدی نسبت به آینده در وی پیدا می‌شوند، آرزوی مرگ خود و یا افراد نزدیک خود را می‌کند و گاه افکار خودکشی به سرش می‌زند (تقریباً ۱۵٪ از افراد افسرده با اقدام به خودکشی جان خود را از دست می‌دهند). در برخی از افراد افسرده تغییرات شدید خلق و خوی که هفته‌ها ادامه می‌یابد و باعث پرخاشگری و تحریک‌پذیری و یا سر در لاک خود فرو بردن می‌شوند، بشدت نمایان است. در آنها موضعی شکل می‌گیرد به شکل این احساس که گویا همه با رفتار و نگاهشان وی را می‌آزارند.

علائم و یا نشانگاههای اختلال افسردگی به چند گروه تقسیم می‌شوند (شکل ۲): جسمی، رفتاری، احساسی و افکاری. از جایی که علائم هر گروه وابستگی شدیدی به علائم گروههای دیگر دارند پایدار ماندن افسردگی وابسته به شکل ارتباطی است که هر کدام این علائم در

طی زمان زیادی با یکدیگر برقرار کرده‌اند. به این معنا اولین اصل برای تشخیص اختلال افسردگی وجود تعداد مشخصی از این علائم در هر گروه و در طی زمانی بیش از چند هفته است.

نکته بسیار جالب توجهی که در بالای سر نشانگانه‌های افسردگی (شکل ۲) بشدت توجه را جلب می‌کند، قوی بودن باورها و اعتقادات فرد افسرده در باره وضعیت خود است که مانند چتر سایه خود را بر تمام این سیستم انداخته‌است. یعنی درحالی که فرد افسرده از حالات خود در رنج است و آرزوی تغییر این حالات را دارد، ولی با توان زیادی نیز اعتقاد به این دارد که افسردگی «از کنترل وی خارج است» و «تغییرپذیر نیست». از اینرو معتقد است که تغییر این علائم در اختیار و توان وی نیست و بیشتر اوقات به این فکر می‌کند که ابتدا باید چیزهای دیگر تغییر کنند (مثلا بی‌پولی، تنهایی و غیره) تا وی دیگر افسرده نباشند. هر چه این باورها در وی قوی تر می‌شوند به پابرجا ماندن افسردگی کمک می‌کنند.



نمودار ۲): پازل افسردگی: علائم رفتار، افکار، احساس و جسمی در تشخیص بالینی اختلال افسردگی

علائم افسردگی می‌توانند بصورت دوره‌ای ظاهر شوند. به اینصورت که این علائم پس از مدت کوتاهی خودبخود رفع شده و پس از زمان کوتاهی دوباره ظاهر شوند؛ که در این حال به این نوع افسردگی «اختلال افسردگی ادواری» می‌گوییم. این نوع افسردگی را می‌توان به خالی و پرشدن باتری‌های قابل شارژ تشبیه کرد.

در موارد دیگر علائم افسردگی می‌توانند بطور دائم وجود داشته باشند که البته در این صورت در اکثر مواقع شدت افسردگی به شکلی خفیف ادامه دارد و نتیجتاً کیفیت زندگی را مدام تحت شعاع خود قرار می‌دهد، بصورتی که فرد تصور می‌کند این علائم جزو ثابت شخصیت او هستند؛ در این حال آنرا بعنوان «اختلال افسردگی فراگیر» می‌شناسیم. طبیعی است که وجود این اختلال بر کیفیت زندگی و روابط فرد اثر دائمی می‌گذارد و این افراد بخصوص از زاویه روابط خود با دیگران بشدت در فشار و محدودیت قرار دارند، چون قادر به ادامه و پرورش تماس‌های اجتماعی خود نیستند، کمتر دوست دارند و روابط آنها با دیگران بسیار سطحی است. این افراد معمولاً از «کمبود مهارت‌های ارتباط بین فردی» بسیار رنج می‌برند و ممکن است توانایی ادامه کارهای روزانه و یا ادامه شغل و تحصیل را نیز از دست بدهند. بصورتی که اکثراً این افراد رمق تمرکز ندارند و توان یادگیری در آنها بشدت ضعیف است. یا اینکه در برخی موارد حتی توان رعایت بهداشت شخصی خود را نیز ندارند. به تفریح و پرداختن به کارهایی که می‌توانند برای آنها کمک بزرگی باشند علاقه نشان نمی‌دهند و کلاً منفی‌باف و بی‌حوصله می‌شوند.

در بعضی موارد ممکن است یک نوع بیماری جسمی زمینه‌ساز افسردگی باشد. در این نوع افسردگی‌ها برای مثال بدکاری غده تیروئید نقش مهمی را دارد. به این صورت که بخاطر کارکرد پایین غده تیروئید، بدن به اندازه کافی هورمون «تیروکسین» تولید نمی‌کند و در نتیجه کار سوخت و ساز مواد در بدن بدرستی صورت نمی‌گیرد. بدن‌بال این اختلال هورمونی نوعی احساس دل‌مردگی، غم و بی‌رمقی شکل می‌گیرد. اگر بدکاری تیروئید ادامه بیابد در درازمدت تولید «افسردگی هورمونی» می‌کند که تمیز دادن آن از افسردگی‌های دیگر بسیار سخت خواهد بود چرا که علائم آن کاملاً مانند اختلال افسردگی است. به این دلیل قبل از هر نوع روان‌درمانی ابتدا باید آزمایشات جسمی صورت بگیرد تا از وجود یا عدم وجود زمینه‌سازهای جسمی افسردگی کاملاً اطلاع حاصل شود.

در موارد دیگری بیماری‌های عفونی پشت سرهم نیز می‌توانند باعث افسردگی شوند، چرا که در اثر وجود مداوم بیماری‌های عفونی سیستم ایمنی بدن بسیار ضعیف می‌شود و احساس کوفتگی، بی‌رمقی و غم را بدن‌بال می‌آورد. اگر در پی این حالات، فرد از دست‌زدن به کارهای لازم زندگی پرهیز کند، خود را از روابط روزمره کنار بکشد در نتیجه پس‌خورندهای مثبت و ممکن زندگی را رفته رفته از دست می‌دهد و کم‌کم بدن‌بال این رفتارهای افسرده، افکار افسرده نیز به سراغش می‌آیند.

## افسردگی بسیار شایع است

تحقیقات سازمان بهداشت جهانی نشان می‌دهند که تقریباً ۵٪ از کل انسانهای کره زمین در طول عمر خود حداقل یک دوره افسردگی را تجربه می‌کنند. میزان مراجعه به مراکز درمانی و مطب‌های خصوصی بخاطر افسردگی رقمی حدود ۶۰ الی ۷۵٪ کل اختلالات روانی را تشکیل می‌دهد که در این میان آمار مراجعه‌کنندگان زن ۲۶٪ و مرد ۱۲٪ از کل مراجعین برآورد شده‌است. همچنین برآورد شده‌است که ۳-۲٪ از مردها و ۷-۴٪ از زن‌ها در کل جمعیت دنیا مبتلا به اختلال افسردگی هستند. در همین راستا آمارهای سازمان جهانی بهداشت نشان می‌دهند که از هر ده نفر بیماری که به پزشک عمومی مراجعه می‌کند حداقل ۲ نفر مبتلا به اختلال افسردگی هستند ولی متأسفانه بسیاری از پزشکان عمومی هنوز توان تشخیص به موقع افسردگی را در مراجعین خود ندارند و آنها را بسیار دیر و پس از سالها اقدامات دارویی بی‌اثر به روان‌درمانی تشویق می‌کنند. علیرغم آنکه در طی چند سال گذشته بخاطر وسایل ارتباط جمعی حساسیت اجتماعی برای قبول افسردگی بعنوان یک «بیماری» تقویت شده‌است ولی هنوز بسیاری از مردم بخاطر احساس شرم و برداشت نادرست از اختلالات روانی سالها با این اختلال می‌سازند و تنها با توداری و تحمل، فشار آنرا تحمل می‌کنند.

## اختلال عاطفی دو قطبی



در بعضی موارد برخی از انسانهایی که دچار افسردگی ادواری هستند بین یک دوره افسردگی تا دوره بعد که مدت آن در افراد متفاوت است، علائمی کاملاً خلاف افسردگی را نشان می‌دهند. شیدایی (مانیک) یکی دیگر از اختلالات عاطفی-هیجانی و روی دیگر سکه افسردگی است. بنابراین به اختلال افسردگی بدون شیدایی «**اختلال عاطفی تک قطبی**» می‌گوییم و زمانی که قبل و یا بعد از یک دوره افسردگی، یک دوره شیدایی نیز وجود داشته باشند به آن «**اختلال عاطفی دو قطبی**» می‌گوییم. در حقیقت شیدایی و افسردگی مانند یک الله کلنگ عمل می‌کند: چون در هر سمت آن کسی می‌نشیند و با کمک پاها و وزن بدن، خود را به پایین و بالا می‌برد، حرکت بالا و پایین الله کلنگ همانطور ادامه می‌یابد.

بطور کلی فرد در دوره شیدایی به رفتارهایی دست می‌زند که به شکل پر انرژی بودن، داشتن بشاشیت بیش‌ازحد و خودبزرگ‌بینی است. برای مثال در این دوره میل پرداختن به کار و فعالیت و یا معاشرت با دیگران و همچنین میل جنسی در این افراد بشدت زیاد می‌شود و احساس توانمندی بسیار زیادی می‌کنند؛ که بدنبال آن ممکن است دست به کارهایی بزند که خارج از نورم عادی قرار دارند، مانند خرید و پول خرج کردن بی‌مهابا، دست‌زدن به طرح‌های بسیار بزرگ و پر ریسک، قمار بازی، ارضاء جنسی به شکل‌های متعدد و حتی سوء استفاده جنسی.

دوره‌های شیدایی نیز مانند دوره‌های افسردگی می‌توانند بصورت خفیف، متوسط و یا شدید ظاهر شوند. در طول دوره شیدایی خفیف این خصوصیات در فرد بارز می‌شوند:

- پرحرف، بیش‌فعال و تکانشی می‌شوند (حرکات و تصمیم‌گیری‌های فی‌البداهه) ،
- از دید خود مثبت و مطمئن به خود هستند و حتی می‌توانند بخصوص در کارهای هنری و شغلی بسیار موفق باشند،
- معاشرتی می‌شوند و با بذله‌گویی‌های خود بشدت دیگران را جذب خود می‌کنند.
- اکثراً در رفتار و لباس‌پوشیدن سعی به جلب توجه جنس مخالف می‌کنند.
- خود را بسیار باز (اجتماعی) و مطمئن به خود وانمود می‌کنند و همواره در بدست آوردن تایید و تحسین دیگران تلاش می‌کنند.
- در عین حال یک نوع احساس خلاء حس می‌کنند و ترس از آن دارند که دوباره به حالات افسردگی گرفتار شوند (چون حالات خود را در دوره‌های افسردگی نیز تجربه کرده‌اند).
- در بعد اجتماعی بسیار زبانزد دیگران می‌شوند چون همواره پر جوش و پرکار هستند.

اما شیدایی متوسط و شدید به نوعی هستند که کاملاً خارج از نورم قرار دارند و از این روی یک اختلال جدی بالینی هستند. مشخصه اصلی دوره شیدایی شدید و متوسط در این است که رفتارهای فرد بسیار لجام گسیخته می‌شود. بطور مشخص:

- بیش‌ازحد پرحرفی و پراکنده‌گویی می‌کند و مدام از موضوعی به موضوع دیگر می‌پرد.
- در نظرش هیچ کاری مشکل نمی‌آید، هیچ هدفی دست نیافتنی نیست و وی خود را توانای انجام هر کاری می‌پندارد.
- اطمینان او به خود به شکل بزرگ‌نمایی زیاد است.
- بشدت حواس‌پرت است و در افکار و رفتارش لجام گسیختگی زیادی نشان می‌دهد.
- دست به کارهایی می‌زند که بخصوص در زمینه روابط بین فردی برایش مصیبت‌های زیادی به همراه می‌آوردند.
- مقدار خواب وی بشدت کم می‌شود ولی با این وجود در تمام طول روز احساس توان و انرژی زیادی می‌کند.
- نیاز وی به سکس بشدت افزایش می‌یابد و بی‌پروا در همه‌جا بدنبال ارضاء خود می‌گردد.
- آدمهای دیگر را بعنوان زیردستان خود تصور می‌کند و با رفتارهای خود بشدت دیگران را از خود می‌راند و حتی به آنها صدمه می‌زند (چرا که قادر به درک احساسات و افکار کسی نیست).



- مدام در حال برنامه‌ریزی است ولی هیچگاه طرحی را که می‌ریزد به سرانجام نمی‌رساند و دائم از شاخه‌ای به شاخه دیگر می‌پرد. (علت عملی نشدن طرح و برنامه خود را نه در غیرممکن بودن آنها بلکه در این می‌داند که شاید آن طرح و برنامه‌ها به اندازه کافی در شان وی نبوده‌است و از این‌روی نتیجه می‌گیرد که باید به کارهای بزرگتری دست بزند. طوری که گویا نیاز بلندمرتبه بودن و بلعیدن چیزها هیچ‌گاه در وی فروکش نمی‌کند و برای رسیدن به اهدا فاش حتی استفاده از خشونت را نیز حق خود و کاری عادی می‌داند).

## علت شناسی اختلالات عاطفی



امروزه فاکتورهایی که در بوجود آمدن افسردگی دخالت دارند تا حد بسیار زیادی شناخته شده‌اند و ما شناخت بسیار دقیقی از افسردگی و راههای برطرف کردن و تحت کنترل درآوردن آن داریم. از جمله می‌دانیم که در شکل‌گیری و سیر افسردگی نه یک چیز به تنهایی، بلکه چندین عامل مختلف در کنارهم سهیم هستند. تاکنون سهم عوامل ژنتیکی، زیست شناختی (بیولوژیکی)، ارتباط بین فردی و تنش‌ها و تکانه‌های روانی-اجتماعی (استرسها) بسیار مورد تحقیق قرار گرفته و بخوبی شناخته شده‌است.

**عوامل ژنتیکی** در شکل گرفتن افسردگی سهیم هستند ولی هیچگاه به تنهایی موجب افسردگی نیستند. یعنی افرادی که پدر و یا مادر آنها افسردگی داشته‌اند از یک زمینه برای ابتلا به افسردگی برخوردار هستند. ولی هر کسی که زمینه ژنتیکی افسردگی را داراست (پدر و یا مادر افسرده) اتوماتیک به افسردگی مبتلا نمی‌شود. اساسا باور داشتن به نقش فاکتور ژنتیک در افسردگی چیزی نیست که از طریق دست‌آوردهای خاص ژنتیکی بدست آمده باشد، یعنی ژنی که افسردگی را بوجود بیاورد به هیچ شکلی شناخته نشده‌است. بلکه این باور، از راه بررسی پیشینه خانوادگی افراد مبتلا به افسردگی بوجود آمده است. این مطالعات که عموماً بر روی دوقلوها صورت گرفته است میزان اختلالات عاطفی را در میان دوقلوهای همسان حدود ۶۰٪ و در میان دوقلوهای غیرهمسان حدود ۱۵٪ نشان می‌دهند؛ خواه آنها با یکدیگر یا اینکه جدای از هم بزرگ شده‌باشند، ولی بهر حال وجود استثنای زیادی نیز گزارش شده است. تحقیقات جدیدی که میزان دخالت عوامل ژنتیکی در شکل‌گیری اختلالات افسردگی (و بسیاری از اختلالات دیگر) را بررسی کرده‌اند به هیچ‌وجه تصورات تحقیقات قبلی را تایید نمی‌کنند بلکه تاثیر عامل ژنتیک را بسیار کمتر از مقداری می‌دانند که قبلاً فرض می‌شده‌است. مهمترین دستاوردی که در این راستا و در چند سال اخیر توجه متخصصین را به خود جلب کرده‌است این حقیقت است که ساختار مغز و حتی ژنهای انسان در تمام طول زندگی فرد ثابت نمی‌مانند و تحت تاثیر عوامل متعددی همواره تغییرپذیر هستند. هر انسانی با یک نوع ساختار مغزی بدنیا می‌آید ولی با همان مغزی که بدنیا آمده از دنیا نمی‌رود.

در رابطه با **عوامل زیست‌شناختی** می‌توان به مواردی اشاره کرد مانند اختلال در کارکرد واسطه‌های شیمیایی-عصبی (پیام آورهای عصبی مانند سروتونین و دوپامین و غیره) و بدکاری برخی از غدد ترشح هورمونی (مانند غده تیروئید). به همین دلیل قبل از شروع رواندرمانی این زمینه‌ها باید مورد بررسی قرار بگیرند تا سهم این چیزها در شکل‌گیری افسردگی فردی که کاندید رواندرمانی می‌شود سنجیده شود.

در رابطه با **تنش‌ها و تکانه‌های ارتباطی** می‌توان به مواردی از قبیل از دست دادن والدین در دوران کودکی و یا مورد بی توجهی آنان قرار گرفتن اشاره کرد و یا به عدم وجود ارتباط صمیمی و حمایت‌کننده؛ و بسیار تاثیرگذارتر از اینها می‌توان به تنش‌های شدید و ادامه دار ناشی از روابط ناسالم خانوادگی و نبود حمایت اجتماعی مناسب و وجود رویدادهای منفی در زندگی (مانند بیماری سخت و یا از دست دادن موقعیت شغلی، مالی و اجتماعی و غیره) توجه کرد. دستاوردهایی که در طول دهه گذشته در زمینه روانشناسی زیست‌شناختی بدست آمده‌اند نشان می‌دهند که استرسهای دائمی حتی جلوی ساخته شدن سلولهای عصبی جدید را در مغز می‌گیرند و رفته‌رفته بر توانایی‌های شناختی و عاطفی انسان تاثیر شگرفی بجای می‌گذارند.

از مهمترین فاکتورهای شخصیتی فرد که وجود آن در تحقیقات بسیار زیادی در تمام نقاط جهان و در مورد همه اقشار و نژادها ثابت شده‌است چیزی است که آنرا با عنوان **نظریات و باورهای فردی برای توضیح پدیده‌ها و علت چیزها** می‌شناسیم. این نظریات که یک سیستم بسیار پیچیده هستند و نظام باورهای افراد به آنها ارتباط دارد در طول عمر و از طریق یادگیری بدست می‌آیند. به محض آنکه این باورها یادگرفته و ثبت شدند از آن ببعد انسان مطابق آنها رفتار میکند و هر بار که آنها را تکرار کرده و بکار می‌گیرد آنها را به

نوعی درونی می‌کند. از این روی فرد در شرایط مختلف با پیروی از آنها نسبت به رویدادهای زندگی بطور اتوماتیک یک نوع عکس‌العمل خاص مطابق با آن باورها را نشان می‌دهد. جنس و شکل باورهایی که انسان در طول زندگی آنها را درونی می‌کند به فرهنگ، جامعه، تاریخ و چیزهای دیگر از این نوع بستگی دارد. ولی یادگیری انسانها مانند یادگیری روابط نیست که هر چیزی را که سر راهش قرار دهند یاد بگیرند. بلکه انسان چیزهایی را می‌آموزد که می‌تواند آنها را بطور بیاموزد و هنگام آموختن هم به آنها تغییر شکلی می‌دهد که بتواند آنها را به آنصورت بیاموزد. همانطور که انسان مواد غذایی را بصورتی تغییر می‌دهد که برای بدن انسان لازم است و مواد ذایدها را دفع می‌کند، مغز انسان نیز از مجموع چیزهایی که با آنها برخورد می‌کند (سائقه‌های محیط) تنها آن چیزهایی را جذب می‌کند که لازم دارد و چیزهای دیگر را یا فیلتر کرده یا اساساً بدون خود راه نمی‌دهد و یا آنها را طوری تغییر می‌دهد که آن چیزها بتوانند با باورهای موجود در وی پیوند برقرار کنند.

در کنار سیستم باورها چگونگی و نوع پاسخ فرد به تنش‌های زندگی نقش بسیار اساسی دارد. مثلاً فردی که در رودرویی با تنش‌های زندگی خانوادگی شیوه «دندان روی جگر گذاشتن» را یاد گرفته‌است و یا کسی که بجای راه‌جویی برای حل بحرانهای زندگی خانوادگی همه مشکلات را در یک ظرف می‌ریزد و انتظار دارد که طرف مقابل تغییر کند تا از عذاب رابطه‌اش کم شود، چنین فردی آمادگی زیادی برای رسیدن به اختلال افسردگی نشان می‌دهد.

در رابطه با عواملی که نام برده‌شد باید به یک نکته بسیار با اهمیت اشاره کرد که هیچ کدام از عواملی که نام برده شد به تنهایی فرد را به افسردگی نمی‌رسانند. در شکل‌گیری افسردگی همواره ترکیبی از آن عوامل وجود دارد که دست به دست هم داده و اختلال افسردگی را بوجود می‌آورند.

در عرض چهل سال گذشته نظریات بیولوژیکی و روانشناختی متعددی برای توضیح علل افسردگی شکل گرفته و تکامل پیدا کرده‌اند که هر کدام تا حد زیادی به درمان افسردگی کمک کرده‌اند. از آنجا که افسردگی اختلال یک پارچه و یک دستی نیست و اشکال متعددی دارد، هیچ نظریه‌ای نمی‌تواند به تنهایی تمام انواع افسردگی‌ها را توضیح دهد. بنابر همین موضوع در حال حاضر تلاشهای زیادی صورت می‌گیرد تا بتوان در غالب یک نظریه بسیار جامع که به نحوی متشکل از تمامی نظریات بارز تاکنونی است به شناخت جامعتری از علل شکل‌گیری اختلالهای مختلف افسردگی دست یافت.

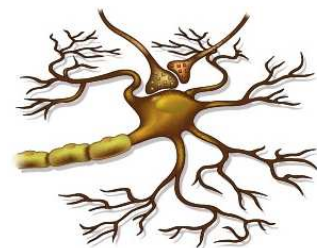
## نظریه‌های بیولوژیکی افسردگی

نظریه‌های «کاته‌خولامین» و «سروتونین» از شایع‌ترین نظریاتی هستند که مدتهای زیادی است برای توضیح کارکرد افسردگی و همچنین ساختن داروهای ضد افسردگی به آنها استناد می‌شود.

بر اساس این نظریه‌ها، افسردگی با کارکرد سیناپس‌ها (نقاط ارتباط دو عصب) و تحریک آنها توسط انتقال‌دهنده‌های عصبی مانند «سروتونین» و «نورآدرنالین» ارتباط دارد. نظریه کاته‌خولامین بیان می‌کند که افسردگی بخاطر کم‌ترشح شدن انتقال‌دهنده عصبی نورآدرنالین بوجود می‌آید چرا که کم‌ترشح شدن نورآدرنالین باعث اختلال در جذب و بازجذب

پیام‌آورهای (پیش و پس سیناپسی در سلولهای) عصبی می‌شود. نظریه سروتونین افسردگی را بعلاوه کمبود غلظت پیام‌آور عصبی سروتونین توضیح می‌دهد که مانند کمبود نورآدرنالین بر روی ارتباط سلولهای عصبی تاثیر می‌گذارد.

از طرف دیگر در تحقیقات بر روی افراد افسرده دیده شده‌است که تعداد جذب‌کننده‌های عصبی روی سیناپس‌ها که برای جذب «نوراپی‌نفرین» و «سروتونین» بکار می‌روند، در افراد افسرده زیاده‌تر از افراد غیر افسرده است. به این دلیل غلظت سروتونین در نقاط اتصال دو عصب با یکدیگر افزایش یافته و اینکار از ترشح بعدی آن ممانعت می‌کند. این پدیده را اینطور توضیح می‌دهند که وقتی در سیناپس‌ها انتقال‌دهنده‌های عصبی به مقدار کمتر از حد لازم آزاد می‌شوند باعث ترشح کمتر مواد انتقال‌دهنده مونوآمین شده و از این روی بر تعداد



جذب‌کننده‌های عصبی که مسئول بازجذب انتقال‌دهنده‌های عصبی هستند افزوده می‌شود. از این روی سلولهای عصبی برای کمتر کردن غلظت سروتونین در پایانه‌های پیش‌سیناپسی تعداد گیرنده‌های نورایی نفرین و سروتونین را افزایش می‌دهند. یک نظریه دیگر بنام «هیپوتالاموس - هیپوفیز - غده فوق کلیوی» به اختلال هورمونی در هنگام واکنش نسبت به تنیدگی (استرس) توجه کرده و توضیح می‌دهد که افزایش ترشح هورمون «کورتیکوتروپین هیپوتالامیک» از غده «هیپوتالاموس» در افراد افسرده سبب افزایش هورمون «آدرنوکورتیکوتروپیک» از غده «هیپوفیز» شده و در نتیجه ترشح «گلوکوکورتیکوئید» از غده «فوق کلیوی» را افزایش می‌دهد. این نظریه بدکاری سیستم هیپوتالاموس - هیپوفیز - غده فوق کلیوی را بوجود آورنده افسردگی می‌داند. این نکته هنوز مورد بحث و تحقیق قرار دارد.

نظریه تنیدگی ارثی بر احتمال به ارث بردن اختلال در سیستم «مونوآمین» و بدکاری سیستم «هیپوتالاموس - هیپوفیز - آدرنالین» تکیه می‌کند و بیان می‌کند که فرد از ابتدای زندگی با به ارث بردن عدم توانایی در مقابله با تنیدگی (استرس) در هنگام روبرو شدن با محرکهای تنش‌زا نسبت به آنها عکس‌العمل شدید نشان می‌دهد (مثلا با هر صدایی به گریه می‌افتد) و با اینکار نظام روبرو شدن وی با تنش‌ها دائما حساس است و از این روی در طول زندگی حتی نسبت به تنش‌های ملایم نیز واکنش شدید نشان می‌دهد.

## نظریه‌های روانشناختی افسردگی

در روانشناسی تاکنون نظریات روانشناختی متعددی برای توضیح افسردگی شکل گرفته‌اند. بخصوص کارهایی که در طی چهل سال گذشته صورت گرفته‌اند شناخت و امکان برطرف کردن افسردگی را بسیار گسترش داده‌اند. این نظریات که کارآیی هر کدام در بسیاری از تحقیقات علمی نشان داده شده‌است همگی بر منشاء روانی افسردگی تکیه می‌کنند. مطرح‌ترین این نظریات از این قرارند:



### نظریه کمبود تقویت‌کننده‌های مثبت

این نظریه به رابطه بین تقویت‌کننده‌های مثبت و منفی در طی زندگی یک فرد توجه می‌کند و علت افسردگی را از یک طرف در کمبود تقویت‌کننده‌های مثبت و از طرف دیگر در زیاد بودن تقویت‌کننده‌های منفی در زندگی و روابط فرد می‌داند. همانطوری که از نام آن بر می‌آید، تقویت‌کننده‌های منفی و یا مثبت پاسخ‌های بیرونی و یا درونی هستند که فرد در پی انجام کاری از طرف محیط و یا از طرف خود دریافت می‌کند. در کارهای بالینی نیز ثابت شده‌است که اولاً سهم تقویت‌کننده‌های مثبت زندگی افراد افسرده به نسبت تقویت‌کننده‌های منفی که دریافت می‌کنند بشدت کمتر است و از این بابت این افراد رنج زیادی در زندگی روزمره متحمل می‌شوند و دوماً نشان داده شده‌است که با زیاد شدن تقویت‌کننده‌های مثبت در جریان درمان حال این افراد رو به بهبود می‌گذارد. اساساً تقویت‌کننده‌ها در پی فعالیت شکل می‌گیرند و یکی از مشکلات افراد افسرده این است که رفته‌رفته فعالیت‌های زندگی خود را کنار گذاشته‌اند. در رابطه با این نظریه باید توجه کرد که برداشت هر فرد از تقویت‌کننده‌های مثبت و یا منفی متفاوت است و شاید تقویت‌کننده مثبت برای یکی، جایگاه خلاف آنرا برای دیگری داشته‌باشد. مثلاً ترفیع شغلی می‌تواند برای یک فرد به حکم یک تقویت‌کننده مثبت باشد و باعث تغییرات مثبت در زندگی فردی وی بشود ولی ممکن است برای دیگری اساساً یک نوع اضطراب را بدنبال بیاورد و یک تقویت‌کننده منفی باشد.

### درماندگی در برابر رویدادها و چیزها

تحقیقات بسیار دقیقی نشان داده‌اند که قرار گرفتن در معرض فشارها و چیزهای صدمه زننده در طی یک مدت طولانی از یک طرف و ناتوانی فرد برای تاثیر گذاردن و رفع آن چیزها، رفته‌رفته فرد را در حالتی قرار می‌دهد که به آن **درماندگی آموخته** شده می‌گویند. براساس این نظریه، افسردگی به دلیل رسیدن به نوعی درماندگی بوجود می‌آید، حالتی که فرد بدنبال تجربیاتی غیر قابل کنترل به آن می‌رسد و از آن بعد نیز در مقابل تمام رویدادهای مشابه به همان صورت با درماندگی عکس‌العمل نشان می‌دهد، یعنی بدون اعمال کنترل مثبت بر آنها همان تجربیات ناشی از درماندگی قبلی را تکرار می‌کند.

## الگوهای ناکارآمد شناختی

نتایج تحقیقات بسیار زیادی در سراسر دنیا نشان می‌دهند که الگوهای ناکارآمد شناختی در شکل‌گیری و پایدار نگه‌داشتن اختلال افسردگی نقش بسیار ویژه‌ای دارند. در این تحقیقات نشان داده شده‌است که افرادی که در روبرو شدن با چیزها باورهای ناکارآمدی دارند از آنجایی که این باورها همواره با آنها بوده و در روبرو شدن با فشارها و موضوعات زندگی آنها را به عکس‌العملها و رفتارهای غیر عقلانی و توأم با خطاهای فکری مختلف وادار می‌کنند، گرایش شدیدی به افسردگی پیدا می‌کنند. بر اساس این نظریات، افسردگی ناشی از بکارگیری مداوم افکار ناکارآمدی است که بصورت اتوماتیک با روبرو شدن با سائقه‌های درونی و بیرونی جاری می‌شوند و خود فرد نسبت به وجود و سهم آن افکار در بوجود آمدن فشارهایی که از سر می‌گذرانند هوشیار نیست. به همین دلیل اکثراً این افراد فکر می‌کنند که هیچ سهمی در بوجود آمدن این چیز و آن چیز ناگوار ندارند، همه پیش‌آمدها را به رفتار دیگران نسبت می‌دهند و از این روی هرگز به این فکر نمی‌افتند که با تغییر عکس‌العمل‌های خود در برابر آن چیزها به تغییر آنها بپردازند.

چون جنس و شکل افکار ناکارآمد به نوعی است که همه چیز را عمومیت می‌بخشد (همه چیز یا سیاه است یا سفید)، چون این افکار بر قضاوت‌های غیرواقعی استوارند و اساس غیر منطقی دارند، فرد در روبرو شدن با پیش‌آمدها و موضوعات زندگی‌اش به نحوی عکس‌العمل نشان می‌دهد که اثر منفی پیش‌آمدها تقویت می‌شوند، از آنها عذاب بیشتری می‌برد و رفته‌رفته سلامتی روانی‌اش را به خطر می‌اندازد. مثلاً فردی که باور دارد «من بسیار ضعیفتر از آن هستم که در برابر پیش‌آمدهای زندگی تاب و تحمل داشته باشم» و شعارش این است که «دو روز دنیا ارزش این همه مسائل را ندارد» و یا فردی که فکر می‌کند برای رسیدن به هر هدفی تنها «خواست رسیدن به هدف» باید وی را به آن هدف برساند و شعار می‌دهد «خواستن توانستن است» و یا فردی که باور دارد «آدم باید طوری باشد که همه آدمها وی را دوست بدارند» و می‌گوید «من بدون دیگران می‌میرم» همه این افراد بسرعت می‌توانند به افسردگی دچار شوند، چرا که زندگی واقعی نشان می‌دهد که همزیستی با دیگران تابع قوانینی است که بصورت مطلق نیستند و در این راه مثلاً هیچ کس نمی‌تواند طوری رفتار کند که هر کسی با هر شخصیت و جنسیت و هر سلیقه‌ای حتماً وی را دوست داشته‌باشد. همیشه نمی‌توان به هدفها رسید و هیچ‌کس نمی‌تواند پیش‌آمدهای زندگی‌اش را آنطوری که خود می‌خواهد سفارش دهد.

## مهارت‌های ناکافی

این نکته بسیار بارزی است که بسیاری از افراد افسرده مهارت‌های لازم برای روبرو شدن با موضوعات و رویدادهای زندگی را مطابق با سن خود کسب نکرده‌اند. نداشتن این مهارت‌ها آنها را از دست زدن به کارهای لازم برای برخورداری از تقویت‌کننده‌های مثبت باز می‌دارد و با اینکار احساس اعتماد به خود در آنها ضعیف می‌شود. از طرف دیگر عدم اعتماد به خود، دوباره آنها را از دست زدن به کارهایی که به کسب مهارت‌های لازم می‌انجامد دور می‌کند و این چرخه به همین صورت ادامه پیدا می‌کند. نتیجه این می‌شود که فرد رفته‌رفته در خود احساس سرشکستگی، ناشادی و ضعف می‌کند که این احساس رفته‌رفته تقویت شده و وی را به جایی می‌رساند که از انجام کارهایی نیز که در آن توانا هست و با اشتیاق آنها را انجام می‌داده سرباز می‌زند و رفته‌رفته به حالات افسردگی دچار می‌شود.

## خصوصیات شخصیتی

یک دسته از نظریات دیگر به بررسی رابطه بین افسردگی و خصوصیات شخصیتی افراد افسرده پرداخته‌اند. از جمله نشان داده شده‌است که بین افسردگی و خصوصیات شخصیتی مانند «توقع زیاد از خود»، «کمال‌طلبی»، «مقید و وابسته به افراد و چیزها بودن» و «حساسیت روانی» رابطه بسیار نزدیکی وجود دارد. به این شکل که هرچه گرایش فرد به چنین خصوصیات زیادت‌تر باشد میزان حساسیت روانی فرد زیادت‌تر و میزان گرایش وی به افسردگی نیز زیادت‌تر بوده است. کمال‌گرایی و نیاز به بزرگ و محبوب شدن در کنار نداشتن مهارت‌های لازم و یا فشارهایی که داشتن آن مهارت‌ها را ناممکن می‌سازند یکی از خصوصیات افراد مبتلا به افسردگی دو قطبی است که در این حال نیاز مطرح بودن در بین این افراد بقدری قوت می‌گیرد که برای رسیدن به آن دست به هر کاری می‌زنند و علیرغم عوارض شدید آن نیز دست از انجام آن کارها بر نمی‌دارند.

## درمان اختلال افسردگی



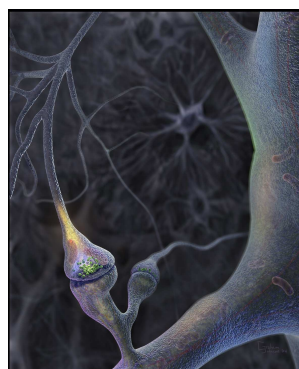
در کنار تمام نکاتی که تا کنون در باره افسردگی گفته شد توجه به این نکته در درمان افسردگی بسیار با اهمیت است که افسردگی یک ویروس، باکتری و یا چیزی نیست که از بیرون وارد بدن می‌شود. همچنین بجز در موارد بسیار نادری که اختلالات ارگانه‌های بدن زمینه‌ساز افسردگی

می‌شوند (مثل کم کاری تیروئید) بوجود آمدن افسردگی بعلت به اصطلاح خراب کارکردن مغز و اعصاب نیست. برعکس: **افسردگی شیوه پاسخ و رودررو شدن فرد با موضوعات و مسائل زندگی است** که تازه از این‌راه پاسخ افسرده با پیش‌آمدها درازمدت بر روی ارگانه‌های بدن نیز تاثیر گذاشته و موجب اختلال در کارکرد معمولی ارگانها می‌شود.

درمان اختلال افسردگی بنا به نوع و شدت آن چه به کمک دارودرمانی و چه به کمک رواندرمانی تاکنون موفقیت‌های چشمگیری را نشان داده‌است. مهمترین نکته اقدام به موقع است که در اینصورت حتی فرد را در مقابل فشارهای آینده نیز مقاوم‌تر می‌سازد. بنابراین افراد مبتلا به اختلال افسردگی نیازمند مراجعه به متخصصین روانی مانند روان‌درمانگر و روانپزشک می‌باشند.

معمولا در مورد افسردگی‌های شدید نیاز است که به همراه روان‌درمانی از دارو نیز استفاده شود. در این حال روان‌درمانی و دارو درمانی همدیگر را تکمیل می‌کنند ولی هیچ‌کدام آلترناتیو یکدیگر نیستند، چرا که هر کدام تاثیر خاصی دارند و برای منظور متفاوتی بکار می‌روند. در مورد افسردگی شدید تازه با استفاده از دارو فرد آمادگی قرار گرفتن در دوره‌های روان‌درمانی را بدست می‌آورد. در مورد افسردگی خفیف و متوسط مناسبترین راه روان‌درمانی است و موثرترین نوع آن «رفتاردرمانی شناخت‌شناسی» است که در این نوشته بیشتر به توضیح آن پرداخته شده‌است. برای بدست آوردن اطلاع عمومی از تاثیر و نقش دارو در اینجا توضیحات مختصری نیز در باره دارودرمانی داده شده‌است.

## دارودرمانی



از زمان کشف داروهای ضدافسردگی تاکنون، تغییرات زیادی در این داروها داده شده‌است. در حال حاضر حداقل ۳۵ نوع داروی مختلف افسردگی در بازارهای کشورهای مختلف وجود دارد که بنابر قوانین دارویی هر کشوری برخی از آنها رایج هستند و برخی خیر. اولین داروی ضد افسردگی در ۱۹۵۷ بنام «ایپرونیزاید» به بازار عرضه شد که به علت عوارض جانبی بسیار شدید (بالا بردن خطر حمله قلبی) از بازار دارویی جمع‌آوری شده و داروهایی که از آن

بعید وارد بازار شدند اساسا بسیار متفاوت از ایپرونیزایدها هستند. تجویز هر کدام از این داروها نیازمند معاینه و مصاحبه بسیار دقیقی است که در طی آن روانپزشک معالج با در نظر گرفتن فاکتورهای متعدد مناسبترین نوع دارو را بر می‌گزیند. بر طبق اصول باید از هر داروی تجویز شده حداقل سه هفته بطور منظم استفاده کرد و بعد از این مدت تاثیر آنرا سنجید. مراجعه مجدد به روانپزشک بعد از سه هفته اساسا الزامی است. بطور کلی می‌توان داروهایی را که در درمان اختلالات عاطفی بکار می‌روند به چهار دسته طبقه‌بندی کرد:

- ۱) «بازدارنده‌های اکسیداز تک آمین» (MAO). این سری داروها پس از جذب در بدن با بازداری کردن از فعالیت «اکسیداز تک آمین»، میزان هورمونهای «نوراپی نفرین» و «سروتونین» را افزایش می‌دهند که اینکار سبب کم شدن کوفتگی و دل‌تنگی می‌شود و کلا خلق افسرده را تغییر می‌دهند.
- ۲) «داروهای ضدافسردگی سه حلقه‌ای» به شکل جلوگیری از جذب مجدد «نوراپی نفرین» و «سروتونین» در گیرنده‌های سلولهای عصبی، میزان وجود آنها را در قشاء بین سلولهای عصبی افزایش می‌دهند و لذا موجب تغییر مثبت خلق در افراد مبتلا به افسردگی می‌گردند.
- ۳) «لیتیوم» در حقیقت یک نوع متوقف‌کننده شیمیایی است که در درمان اختلالات افسردگی دوقطبی بکار می‌رود و با تاثیرگذاری بر کارکرد هورمون «سروتونین» موجب آرام‌سازی فرد می‌شود. از تاثیر برابری که لیتیوم بر درمان افسردگی و شیدایی دارد به این نتیجه رسیده‌اند که کارکرد درونی این دو بیماری ارتباط مستقیمی با هم دارند.

۴) «بازدارنده‌های بازجذب/انتخابی تک آمین». این گروه شامل سری داروهایی (مانند پروزاک که در ۱۹۸۰ مصارف بالینی پیدا کرد) هستند که بصورت انتخابی از جذب مجدد «سروتونین» و «نوراپی نفرین» جلوگیری می‌کنند و سبب کاهش خلق افسرده می‌شوند. «پروزاک» علاوه بر خاصیت ضد افسردگی برای درمان تعداد زیادی از اختلالات روانی دیگر نیز بکار می‌رود: برای تاثیرگذاری بر عدم اعتماد به خود، زدودن حساسیت زیاد نسبت به انتقاد (زخم پذیری)، کسب توانایی در احساس شادی، مقابله با هراس از ناتوانی و شکست در کارها و دیگر موارد استفاده می‌شود.

روانپزشک معمولاً برای افسردگی خفیف و متوسط «بازدارنده‌های بازجذب سروتونین» و یا «عصاره یوهانس کراوت» را تجویز می‌کند و برای افسردگی شدید در ابتدا از «بازدارنده‌های بازجذب سروتونین» استفاده می‌کند و در صورت عدم پاسخ‌دهی از دسته دیگری از داروهایی که بافت مهمترین آنها عبارتند از:

Rezeptor-Antagonisten (NaSSA/DAS)  
Reversible selektiver Monoaminoxidase-Hemmer (RIMA)  
Selektiv Noradrenalin-Wiederaufnahmehemmer (SNRI)  
Selektiv Serotonin-Noradrenalin-Wiederaufnahmehemmer (SNaRI)  
Trizyklische Antidepressiva (TCA)  
Tetrazyklische Antidepressiva (TeCA)

## روان‌درمانی

در روان‌درمانی تخصص‌ها و شاخه‌های مختلفی وجود دارند و به همان نسبت اقدامات و شیوه‌های متفاوتی برای درمان افسردگی وجود دارد. از میان این شاخه‌ها اصلی‌ترین آنها به این قرارند: «رفتاردرمانی و رفتاردرمانی شناختی»، «روانکاوی»، «رواندرمانی عمقی نگر» و «گفتاردرمانی متکی بر مراجع محوری». شکل‌های دیگر روان‌درمانی مانند «گروه‌درمانی» و «خانواده درمانی» اگر بعنوان یک اقدام در چهاچوب برنامه درمانی بکار گرفته شوند در درمان افسردگی موثر هستند.



هر کدام از این شاخه‌های تخصصی دارای نظریات منسجمی هستند و هر کدام کم و بیش چگونگی شکل‌گیری، نحوه ادامه پیدا کردن و درمان افسردگی را توضیح می‌دهند. شیوه‌های کار در هر کدام از این شاخه‌ها متفاوت از یکدیگر است که این تفاوت از همان جلسه اول قابل تشخیص است (از شکل رابطه بیمار و درمانگر گرفته تا موضوعاتی که مرکز توجه قرار می‌گیرند و حتی از فرم نشستن آندو در مقابل یکدیگر و غیره). طول درمان و کارآمد بودن هر کدام از این شاخه‌ها نیز متفاوت از یکدیگر است. در این میان «رفتاردرمانی و رفتاردرمانی شناختی» بسیار بیشتر از دیگر شاخه‌های روان‌درمانی متکی بر نتایج تحقیقات در روانشناسی بوده و اثربندی و کارایی آن در تحقیقات بالینی بسیار زیادی تایید شده است.

بطور کلی در جریان کار روان‌درمانی بندرت پیش می‌آید که نشانگانها و علائم افسردگی بصورت مستقیم و به تنهایی موضوع درمان قرار بگیرند. اصولاً روان‌درمانی بر خلاف دارودرمانی شاخه‌ای است که به کار بر روی زمینه‌سازها و چیزهایی که افسردگی را شکل داده‌است می‌پردازد. تصور کنید هنگام رانندگی یکدفعه متوجه می‌شوید که چراغ روغن اتومبیل شما روشن شده‌است. روشن شدن چراغ روغن علامت و یا نشانه آن است که روغن اتومبیل شما به یک دلیلی کم شده‌است. اگر یک تعمیرکار مکانیک بیاید و سیم آن چراغ را قطع کند تا آن چراغ دیگر روشن نشود، آن علامت و یا نشانه را از بین می‌برد، ولی آیا مشکل دیگری پیش نمی‌آید؟ در تمام شکل‌های مختلف افسردگی چیزهایی در سامانه زندگی فرد عمل می‌کنند که سرچشمه افسردگی هستند. هیچ دارویی برای از بین بردن زمینه‌سازهای افسردگی وجود ندارد و نمی‌تواند بوجود بیاید.

معمولاً چیزهایی که زمینه افسردگی را می‌سازند از نگاه هوشیار فرد پنهان هستند و یا حتی زمانی هم که فرد به وجود آنها هوشیار می‌شود با آنها به شکل چیزهایی برخورد می‌کند که هستند و غیرقابل تغییراند. بنابراین توپ و تشر زدن افراد خانواده به فرد افسرده برای اینکه

خودش را تغییر دهد نه تنها ثمره مثبتی ندارد بلکه اینکار وی را بیشتر افسرده می‌کند. شناخت واقعی پیدا کردن از این چیزها و آموختن و بکارگیری راههای مناسب تغییر آنها در جریان روان‌درمانی کاری درازمدت و با برنامه است. در این راه روان‌درمانی امکانی است که مانند یک نورافکن بر بالا و پایین و چپ و راست زندگی فرد افسرده می‌تابد تا فرد خود بتواند این چیزها را عمیقا لمس کند و بدنبال آن برنامه‌ای برای تغییر این زمینه‌سازها ریخته می‌شود که باز پیش‌برنده آن خود فرد است و روان‌درمانگر در این راه تنها وی را همراهی می‌کند.

از آنجاییکه افراد با یکدیگر فرق می‌کنند زمینه‌سازها و نوع افسردگی آنها نیز با یکدیگر متفاوت هستند؛ همچنین طول دوره درمان نیز در افراد مختلف متفاوت است. مجموع عوامل مختلفی به موفقیت‌آمیز بودن دوره روان‌درمانی کمک می‌کنند. در این باره تاکنون تحقیقات مختلف عوامل متعددی را شناسایی کرده‌اند. ولی دو عامل مهمی که جریان کار در روان‌درمانی را بهتر می‌کند، اول رابطه صمیمانه و توأم با اطمینان و اعتماد کامل بین مراجع‌کننده و روان‌درمانگر است و دومین عامل وجود قابلیت‌ها و آماده‌گی مراجع‌کننده و وجود حمایت‌های خانواده‌گی برای بکاربردن اقدامات درمانی است. از این روی افراد نزدیک فرد افسرده در بهبود وی نقش مهمی را دارند.





## جدول هفتگی افسردگی و شیدایی (برای کنترل حالات خود در طول یک هفته می‌توانید از جدول زیر استفاده کنید. هر روز شدت و ضعف حالات مختلف را ضربدر بزنید.)

	شنبه	یک‌شنبه	دوشنبه	سه‌شنبه	چهارشنبه	پنج‌شنبه	جمعه	
مانی (شیدایی)	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4	امروز خلق من بسیار بالا و پایین می‌شد
	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4	امروز بسیار تحریک‌پذیر بودم
	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4	امروز احساس توانایی و کشش زیادی داشتم
	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4	امروز احساس می‌کردم که آدم فوق‌العاده‌ای هستم
	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4	امروز احساس بی‌پروایی می‌کردم
	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4	امروز گاه و بیگاه احساس غم و گرفتگی داشتم
	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4	امروز فکرم بسیار سریع شده بود
	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4	امروز بسیار فعال شده بودم
	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4	امروز احساس می‌کردم که همه دنیا علیه من شده‌اند
	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4	امروز همش با دیگران درگیری و جنگ داشتم
0 1 2 3 4	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4	امروز مثل برق‌گرفته‌ها همش از جا می‌پریدم	
افسردگی	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4	امروز خلق من بشدت گرفته بود
	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4	امروز احساس خستگی زیادی می‌کردم
	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4	امروز توان انجام کارهای روزانه را نداشتم
	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4	امروز احساس ناامیدی و ترس از آینده داشتم
	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4	امروز احساس اعتماد به خودم بسیار کم شده بود
	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4	امروز احساس عذاب وجدان داشتم
	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4	امروز نمی‌توانستم راجع به انجام کاری تصمیم بگیرم
	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4	امروز بسیار بی‌رمق و گرفته بودم
	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4	امروز توان تمرکز بسیار کم شده بود
	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4	امروز فکرم بسیار کند شده بود

- Bader, K. H. (1994). Kognitive Verhaltenstherapie bei depressiven Patienten. Ein Gruppenkonzept für die stationäre Behandlung. In M. Hautzinger (Hrsg.), *Verhaltenstherapie bei Depressionen* .
- Beck, A. T. (1967). *Depression: Clinical, experimental and theoretical aspects* . New York: Harper and Rowe.
- Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F. & Emery, G. (1981). *Kognitive Therapie der Depression* . Weinheim: Psychologie Verlags Union.
- Benkert, O. & Hippus, H. (2000). Kompendium der Psychiatrischen Pharmakotherapie. (2. Auflage). Berlin: Springer.
- Dilling, H., Mombour, W. & Schmidt, M. H. (1991). *Internationale Klassifikation psychischer Störungen. ICD-10 Kapitel V (F)* . Bern: Huber.
- Ellis, A. (1962). *Reason and emotion in psychotherapy* . New York: Lyle Stuart.
- Gaebel, W. & Falkai, P. (2000). *Praxisleitlinien in Psychiatrie und Psychotherapie, Bd. 5: Behandlungleitlinie Affektive Erkrankungen* . Darmstadt: Steinkopff.
- Grawe, K., Donati, R. & Bernauer, F. (1994). *Psychotherapie im Wandel* . Von der Konfession zur Profession. Göttingen: Hogrefe.
- Hammen, C. (1999). *Depression. Erscheinungsform und Behandlung* . Bern: Huber.
- Hautzinger, M. (1997). *Kognitive Verhaltenstherapie bei Depressionen* . (4. Auflage). Weinheim: Psychologie Verlags Union.
- Hautzinger, M. & Bailer, M. (1993). *Allgemeine Depressionsskala (ADS)* . Göttingen: Hogrefe.
- Kanfer, F. H., Reinecker, H. & Schmelzer, D. (1991). *Selbstmanagementtherapie* . Berlin: Springer.
- Kosarz, P., Dehmlow, A., Ehrhardt, M., Graf, B. & Schliack, B. (1994). *Gruppenprogramm zur Behandlung depressiver Patienten. Manualbeschreibung* . Bad Dürkheim: Psychosomatische Fachklinik.
- Lewinsohn, P. M. (1974). A behavioral approach to depression. In R. J. Friedman & M.M. Katz (Eds.), *The psychology of depression: Contemporary theory and research*. Washington, DC: Winston: Wiley.
- Lewinsohn, P. M., Clarke, G. N. & Hautzinger, M. (1999). Psychologische Interventionen bei Depressionen im Jugendalter. *Verhaltenstherapie* , 3, 124-130.
- Margraf, J., Schneider, S. & Ehlers, A. (1994). *DIPS - Diagnostisches Interview bei psychischen Störungen* . Göttingen: Hogrefe.
- Sanderson, W., Beck, A. & Beck, J. (1990). Syndrome comorbidity in patients with major depression or dysthymia: Prevalence and temporal relationships. *American Journal of Psychiatry* , 147, 1025-1028.
- Saß, H., Wittchen, H.-U. & Zaudig, M. (1996). *Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen, DSM-IV* . Göttingen: Hogrefe.
- Seligman, M. E. P. (1975). *Helplessness* . San Francisco: Freeman.
- Sulz, S. K. D. (1985). *Verständnis und Therapie der Depression* . München: Reinhardt.
- Weidhaas, H.-J (2001). Profil und Aufgabenfelder der niedergelassenen Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten. *Psychotherapeutische Praxis* , 1, 25-30.