





به نام خدا

# درمان شناختی رفتاری اختلال افسردگی

مولفان :

سیاوش عطایی

لیلا رحمتی نژاد

انتشارات ارسطو

(چاپ و نشر ایران)

۱۴۰۰

سرشناسه: عطایی، سیاوش، ۱۳۵۵-  
عنوان و نام پدیدآور: درمان شناختی رفتاری اختلال افسردگی / مولفان سیاوش  
عطایی- لیلا رحمتی نژاد.  
مشخصات نشر: ارسطو (سامانه اطلاع رسانی چاپ و نشر ایران)، ۱۴۰۰.  
مشخصات ظاهری: ۱۵۵ ص.  
شابک: ۹-۷۲۹-۴۳۲-۶۰۰-۹۷۸: ۴۷۰۰۰۰ ریال  
وضعیت فهرست نویسی: فیبا  
یادداشت: کتابنامه: ص ۱۵۵ - ۱۴۵.  
موضوع: اختلال افسردگی - درمان شناختی رفتاری  
شناسه افزوده: رحمتی نژاد، لیلا، ۱۳۵۸ -  
رده بندی کنگره: RC۴۸۸/۵  
رده بندی دیویی: ۶۱۶/۸۹۱۵۶  
شماره کتابشناسی ملی: ۷۶۴۶۱۱۹  
اطلاعات رکورد کتابشناسی: فیبا

نام کتاب: درمان شناختی رفتاری اختلال افسردگی  
مولفان: سیاوش عطایی - لیلا رحمتی نژاد  
ناشر: ارسطو (سامانه اطلاع رسانی چاپ و نشر ایران)  
تیراژ: ۱۰۰۰ جلد  
نوبت چاپ: اول - ۱۴۰۰  
چاپ: مدیران  
قیمت: ۴۷۰۰۰ تومان  
فروش نسخه الکترونیکی - کتاب رسان:  
<https://chaponashr.ir/ketabresan>  
شابک: ۹-۷۲۹-۴۳۲-۶۰۰-۹۷۸  
تلفن مرکز پخش: ۰۹۱۲۰۲۳۹۲۵۵  
[www.chaponashr.ir](http://www.chaponashr.ir)



انتشارات ارسطو



## فهرست مطالب

---

۸.....	پیشگفتار
۱۱.....	فصل اول: پیش درآمدی بر افسردگی
۱۲ .....	تاریخچه افسردگی
۱۴ .....	اختلال افسردگی
۲۰ .....	تعریف افسردگی
۲۳ .....	ملاک‌های تشخیصی اختلال افسردگی
۲۵ .....	ویژگی‌های افسردگی
۳۰ .....	اختلال‌های همبود با افسردگی
۳۲ .....	تشخیص افتراقی برای افسردگی
۳۵ .....	منظور از افسردگی حاد یا گذرا چیست؟
۳۶ .....	حملات افسردگی
۳۸ .....	انواع افسردگی
۴۵ .....	حالات افسردگی
۵۶ .....	شیوع افسردگی
۶۱.....	فصل دوم: دیدگاه‌های موجود در مورد افسردگی
۶۲ .....	دیدگاه زیست‌شناختی
۶۴ .....	دیدگاه روان‌پوشی
۷۱ .....	دیدگاه رفتاری

۷۳	دیدگاه شناختی
۷۸	درماندگی آموخته شده
۷۹	نظریه نومییدی
۸۰	نظریه نشخوار فکری
۸۰	نظریه اصالت وجودی - انسان‌گرایی
۸۱	کیفیت زندگی و افسردگی
۸۳	معنویت و افسردگی
۸۴	جنسیت و افسردگی
۸۷	تفاوت‌های فردی در افسردگی
۸۸	تأثیر افسردگی بر ابعاد زندگی
<b>۹۳</b>	<b>فصل سوم: سبب‌شناسی افسردگی</b>
۹۴	علل افسردگی
۹۴	عوامل ژنتیکی
۹۵	عوامل زیستی
۹۸	عوامل روانی - اجتماعی
<b>۱۰۱</b>	<b>فصل چهارم: درمان افسردگی</b>
۱۰۲	درمان افسردگی
۱۰۳	روان‌درمانی
۱۰۶	روان‌درمانی از دیدگاه‌های مختلف
۱۰۸	دارو درمانی
۱۱۰	تحریک مغزی

۱۱۲.....	درمان روان‌پویشی .....
۱۱۳.....	درمان رفتاری .....
۱۱۵.....	درمان شناختی .....
۱۱۶.....	درمان بین فردی .....
۱۱۸.....	کیفیت‌زندگی درمانی و افسردگی .....
۱۱۹.....	معنویت درمانی و افسردگی .....
۱۲۱.....	درمان شناختی- رفتاری .....
۱۲۷.....	فرایندهای درمان شناختی- رفتاری .....
۱۳۶.....	راهبردها و فنون رویکرد شناختی- رفتاری .....
۱۴۵.....	منابع و مآخذ.....

# پیشگفتار

همه انسان‌ها در مقاطعی از زندگی خود احساس افسردگی می‌کنند و معمولاً می‌توانند علت این افسردگی را به رویدادهای مشخصی ربط دهند. در ایجاد افسردگی دو نوع رویداد اهمیت ویژه دارند: فقدان از دست‌دادن و شکست تجربه‌هایی مثل از دست‌دادن شغل یا فوت بستگان نزدیک می‌توانند باعث آغاز دوره‌ای از غم، خمودگی و تکرار بعضی افکار منفی شوند. همچنین، شکست‌ها، مثل رد شدن در امتحان یا عدم موفقیت در قانع کردن فرد مورد علاقه. برای ازدواج نیز می‌توانند به نومی‌دی 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 به خوبی 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).



خلق حال و هوای احساسی یا هیجان نافذ و پایدار است بر رفتار و درک فرد از جهان تأثیر می‌گذارد. عاطفه<sup>۱</sup> به تظاهر بیرونی خود اطلاق می‌شود. اختلالات خلقی (که گاهی اختلالات عاطفی نامیده می‌شوند) طبقه‌ی 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 می‌کند مانند ناامیدی. می‌تواند بی‌ثبات باشد و سریع بین قدرت‌های مخالف در نوسان باشد. دیگر نشانه‌ها و علائم اختلالات خلقی عبارت است از تغییراتی در سطح فعالیت، توانایی‌های شناختی و تکلم و کارکردهای نباتی از قبیل خواب، فعالیت‌های جنسی و سایر نظم‌های زیستی. این تغییرات تقریباً همیشه موجب مختل شدن کارکردهای اجتماعی و شغلی بیمار می‌شود.

اختلال افسردگی بدون سابقه‌ای از دوره‌های مانیا، مختلط یا هیپومانیا رخ می‌دهد. دوره افسردگی باید لااقل دو هفته طول بکشد. بیماری که دچار دوره افسردگی تشخیص داده می‌شود باید لااقل چهار علامت از فهرستی شامل تغییرات اشتها و وزن، تغییرات خواب و فقدان انرژی احساس گناه، مشکل در تفکر و تصمیم‌گیری و افکار عودکننده مرگ یا خودکشی را هم داشته باشد. در این کتاب به بررسی علایم و نشانه‌های تشخیصی افسردگی و درمان آن به روش شناختی رفتاری می‌پردازیم. امید است این کتاب گامی رو به جلو برای تشخیص بهنگام و درست افسردگی و راهکارهای درمانی آن برداشته باشد.

سخنی از مولفین

---

<sup>۱</sup>.Affect



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>۲</sup> و داستان خودکشی آژاکس در ایلیاد هومر، هر دو یک سندرم افسردگی را توصیف کرده‌اند. حدود ۴۰۰ سال قبل از میلاد، بقراط اصطلاحمانی و ملانکولی را برای توصیف اختلالات روانی به‌کار برد. در حدود سال ۳۰ میلادی، پزشک رومی، سلسوس<sup>۳</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>۴</sup> نامید. چنین بیماری‌هایی متناوباً حالات خلقی مانعی و افسردگی را تجربه می‌کنند. در سال ۱۸۸۲، کارل کاپام روانپزشک آلمانی، با استفاده از اصطلاح سایکوتایمی، مانعی و افسردگی را مراحل مختلف یک بیماری توصیف نمود. امیل کراپلین<sup>۵</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

<sup>۲</sup> King Saul

<sup>۳</sup> Celsus

<sup>۴</sup> Folie circulaire

<sup>۵</sup> Emil Kraepelin

افسردگی رجعتی<sup>۶</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>۷</sup> 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 فراوانی در سال ۲۰۲۰ در مرتبه‌ی 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 یک بار در زندگی خود به بیماری افسردگی گرفتار می‌شوند (بلاک برن<sup>۸</sup>، ۲۰۰۱؛ ترجمه شمس، ۱۳۸۲). افسردگی، به قدری متداول است که گاهی به منزله‌ی سرماخوردگی معمولی در روان‌پزشکی مطرح می‌شود. اختلال افسردگی، اخیراً به شدت رو به افزایش گذاشته است. بدین معنی که اگر شما بعد از سال ۱۹۷۰ متولد شده باشید، ده برابر بیشتر از پدربزرگ و مادر بزرگتان احتمال دارد که به افسردگی مبتلا شوید (روزنهان و سیلگمن<sup>۹</sup>، ۲۰۰۴؛ ترجمه‌ی 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

<sup>۱</sup>. Involuntal Melancholia

<sup>۷</sup>. WHO

<sup>۸</sup>. Blakbern

<sup>۹</sup>. Rosenhan & Seligman

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 مادام العمر افسردگی ۱۵ درصد است که در خانم‌ها میزان شیوع به ۲۵ درصد می‌رسد (سادوک و سادوک<sup>۱۰</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 افسردگی صرف نظر از تنوع آن، نسبتاً شایع هستند. بدین معنی که حدود ۱۷٪ مردم در طول زندگی یک دوره افسردگی حاد پیدا می‌کنند (هیلگارد<sup>۱۱</sup>، ۲۰۰۷؛ ترجمه‌ی 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 تحت تأثیر قرار می‌دهد. از طرفی، شیوع افسردگی به گونه‌ای است که آن را به عنوان 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 لیپسکی<sup>۱۲</sup>، ۲۰۰۲).

<sup>۱۰</sup>. Sadock & Sadock

<sup>۱۱</sup>. Hilgard

<sup>۱۲</sup>. Sharp & Lipsky

به رغم شیوع این اختلال، ارایه‌ی 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 به هر حال می‌توان این نکته را پذیرفت که افسردگی در عین 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).

واژه‌ی افسردگی، هنگامی به یک حالت روحی نسبت داده می‌شود که معانی اصطلاحات عامیانه‌ی نظیر «دمغ و پکر بودن» را پیدا کند و با نشانه‌هایی از قبیل کسالت روان، کمبود انرژی، از دست دادن چیزی، ناامیدی و احساس بی‌فایده‌بودن، سبب از دست‌دادن علاقه و بدبینی شود (بیابانگرد، ۱۳۷۱). البته، اکثر افراد گاهی وقت‌ها احساس غم و رخوت می‌کنند و به هیچ کار و فعالیتی حتی به فعالیت‌های لذت بخش رغبتی ندارند. این موارد، بروز نشانه‌های خفیف افسردگی و در واقع پاسخ طبیعی آدمی به نشانه‌هایی در زندگی است. عدم موفقیت، تحصیل یا کار، از 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<sup>۱۳</sup>، ۲۰۰۷؛ ترجمه‌ی براهنی، ۱۳۸۵).

بدیهی است که عدم درمان هریک از مشکلات مربوط به سلامت روان از جمله افسردگی، بر شدت آن می‌افزاید و به این ترتیب فرایند درمان را دشوارتر کرده و احتمال پیدایش مشکلات عمیق‌تر وجود خواهد داشت. در این راستا، امروزه برخی از روان‌درمانگران تأثیر باورها و تفکر فرد را در ایجاد انواع مسائل روان‌شناختی مهم می‌دانند. آن‌ها معتقدند که بیشتر اختلال‌ها از جمله افسردگی، برآمده از شناخت‌های معیوب هستند، به طوری که وقایع به خودی خود تعیین‌کننده احساسات ما نیستند. بلکه، معانی که ما به آن‌ها نسبت می‌دهیم، نقش تعیین‌کننده دارند. افسردگی، یکی از رایج‌ترین انواع ناراحتی‌های روانی است که می‌تواند برخاسته از شناخت‌های معیوب باشد. این اختلال، 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<sup>۱۴</sup>، ۱۹۹۹، ترجمه‌ی جمال‌زاده، ۱۳۸۹).

---

<sup>۱۳</sup>. Hilgard

<sup>۱۴</sup>. Gilbert



از دیدگاه رفتاری، یکی از بارزترین ویژگی‌های افراد افسرده، تجربه‌ی زندگی عاری از خوشنودی، 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<sup>۱۵</sup> همراه است (فریدونی و همکاران، ۱۳۹۱).

از طرفی، از یافته‌های پژوهشی برمی‌آید که خودکارآمدی پایین نیز با نشانه‌های افسردگی ارتباط دارد (پیربازاری و ملکی، ۱۳۹۰). به همین دلیل، فرایندهای درمان‌های شناختی- رفتاری با راهبردهای مرتبط با فعال‌سازی و احساس کارآمدی شروع می‌شود. مطابق مدل درمانگری شناختی- رفتاری تجارب افراد افسرده به تشکیل فرض‌ها یا طرحواره‌هایی درباره خویشتن و جهان می‌انجامد و طرحواره‌های فرضی بر سازمان‌بندی ادراکی و کنترل و ارزیابی رفتار تأثیر گذاشته و منجر به افسردگی می‌گردند (هاوتون و همکاران، ۱۹۸۹؛ ترجمه قاسم‌زاده، ۱۳۸۳). هرچند، اختلال افسردگی، از اولین اختلال‌هایی است که درمان شناختی- رفتاری به شیوه‌ی گروهی به طور رسمی برای درمان آن به کار برده شد. اما براساس این مطالعات، درمان افسردگی به بررسی‌های بیشتری نیاز دارد.

---

<sup>۱۵</sup>. Loneliness

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، بیش از پیش مورد توجه قرار گرفته است. از نظر تاریخی، اختلال افسردگی از قدیم الایام 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 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<sup>۱۶</sup> بهره گرفته و رابطه‌ی 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 نتیجه‌ی 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 ابن سینا 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 زمینه‌ی 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>۱۷</sup> فرانسوی غل و زنجیر را از دست و پای اینگونه افراد برداشت و بعد از آن به مانند یک بیمار با آن‌ها رفتار گردید (آزاده فر، ۱۳۷۶).

در اوایل قرن بیستم، زیگموند فروید<sup>۱۸</sup> در رساله‌ای به نام غم و ملانکولی که به سال ۱۹۱۷ چاپ شد، تئوری‌های سایکو دینامیک افسردگی را بیان کرد. فرضیه‌ی او این بود که افسردگی و غم واکنشی برای از دست دادن فرد یا شیئی دلخواه است، یعنی چیزی که اهمیت و ارزش فراوانی برای شخص داشته و در شرایط خاص آنرا از دست رفته می‌بیند (راشد، ۱۳۷۰).

بک<sup>۱۹</sup> (۱۹۷۶) نیز عنوان کرد که افسردگی بالینی را می‌توان نوعی اختلال مرضی تعریف کرد که شامل تغییراتی در پنج حوزه‌ی رفتاری عمده می‌باشد و علائم مرضی این تغییرات ممکن است همه یا هریک از تظاهرات مربوط به عواطف منفی، شناخت‌های منفی،

---

<sup>۱۷</sup>. Pinel

<sup>۱۸</sup>. Frued

<sup>۱۹</sup>. Beck

انگیزش منفی، تغییرات رفتاری و تغییرات نباتی (اشتها و جنسی) را دربرگیرد (مهريار، ۱۳۸۶).

افسردگی اساسی<sup>۲۰</sup>، 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)، به عنوان 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 دوره‌ی افسردگی، دست کم شامل دو هفته خلق افسرده یا از دست دادن 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>۲۱</sup>، ۲۰۰۰).

## تعریف افسردگی

کلمه‌ی افسردگی اولین بار توسط آدولف مپر<sup>۲۲</sup> بیان شد (مستفیضی، ۱۳۸۷). اما ارائه‌ی تعریف افسردگی و پیشنهاد طرحی که بتواند مورد پذیرش همه‌ی متخصصان و پژوهشگران قرار گیرد، مشکل به نظر می‌رسد. در معنای محدود پزشکی، افسردگی به منزله‌ی یک بیماری خلقی یا اختلال کنش خلق و خوی است. در سطح معمول بالینی،

---

<sup>۲۰</sup>. Major depressive disorder

<sup>۲۱</sup>. APA

<sup>۲۲</sup>. Maper