

به نام خدا

درمان اختلالات خلقی

مولفان :

لیلا شاه نظری

فرزاد محمدی

سمیه فیضی

انتشارات ارسطو

(چاپ و نشر ایران)

۱۴۰۰

سرشناسه: شاه نظری، لیلا، ۱۳۷۴-
عنوان و نام پدیدآور: درمان اختلالات خلقی / مولفان لیلا شاه نظری، فرزاد محمدی،
سمیه فیضی .

مشخصات نشر: ارسطو (سامانه اطلاع رسانی چاپ و نشر ایران)، ۱۴۰۰.
مشخصات ظاهری: ۱۶۳ ص.

شابک: ۳-۸۱۷-۴۳۲-۶۰۰-۹۷۸-۶۵۰۰۰۰ ریال

وضعیت فهرست نویسی: فیبا

یادداشت: کتابنامه: ص ۱۶۳ - ۱۵۴.

موضوع: اختلالات خلقی - درمان

شناسه افزوده: محمدی، فرزاد، ۱۳۶۶

شناسه افزوده: فیضی، سمیه، ۱۳۶۱

رده بندی کنگره: RC۴۸۸/۵

رده بندی دیویی: ۶۱۶/۸۹۱۵۶

شماره کتابشناسی ملی: ۷۶۴۶۱۱۶

اطلاعات رکورد کتابشناسی: فیبا

نام کتاب: درمان اختلالات خلقی

مولفان: لیلا شاه نظری - فرزاد محمدی - سمیه فیضی

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

صفحه آرای، تنظیم و طرح جلد: پروانه مهاجر

تیراژ: ۱۰۰۰ جلد

نوبت چاپ: اول - ۱۴۰۰

چاپ: مدیران

قیمت: ۶۵۰۰۰ تومان

فروش نسخه الکترونیکی - کتاب رسان:

<https://chaponashr.ir/ketabresan>

شابک: ۳-۸۱۷-۴۳۲-۶۰۰-۹۷۸

تلفن مرکز پخش: ۰۹۱۲۰۲۳۹۲۵۵

www.chaponashr.ir



انتشارات ارسطو



فهرست مطالب

۷.....	پیشگفتار.....
۱۰.....	فصل اول: پیش درآمدی بر افسردگی.....
۱۱	تاریخچه افسردگی
۱۳	اختلال افسردگی
۱۹	تعریف افسردگی
۲۲	ملاک‌های تشخیصی اختلال افسردگی
۲۳	ویژگی‌های افسردگی
۲۹	اختلال‌های همبود با افسردگی
۳۱	تشخیص افتراقی برای افسردگی
۳۳	منظور از افسردگی حاد یا گذرا چیست؟
۳۵	حملات افسردگی
۳۷	انواع افسردگی
۴۴	حالات افسردگی
۵۵	شیوع افسردگی
۵۸.....	فصل دوم: دیدگاه‌های موجود در مورد افسردگی.....
۵۹	دیدگاه زیست‌شناختی
۶۱	دیدگاه روان‌پویشی
۶۸	دیدگاه رفتاری

۷۰	دیدگاه شناختی
۷۵	درماندگی آموخته شده
۷۶	نظریه نومیدی
۷۷	نظریه نشخوار فکری
۷۷	نظریهٔ اصالت وجودی - انسان‌گرایی
۷۸	کیفیت زندگی و افسردگی
۸۰	معنویت و افسردگی
۸۱	جنسیت و افسردگی
۸۳	تفاوت‌های فردی در افسردگی
۸۴	تأثیر افسردگی بر ابعاد زندگی

۸۸..... فصل سوم: سبب‌شناسی افسردگی

۸۹	علل افسردگی
۸۹	عوامل ژنتیکی
۹۰	عوامل زیستی
۹۳	عوامل روانی - اجتماعی

۹۶..... فصل چهارم: درمان افسردگی

۹۷	درمان افسردگی
۹۸	روان‌درمانی
۱۰۱	روان‌درمانی از دیدگاه‌های مختلف
۱۰۳	دارودرمانی
۱۰۵	تحریک مغزی

- ۱۰۷..... درمان روان پویشی
- ۱۰۸..... درمان رفتاری
- ۱۱۰..... درمان شناختی
- ۱۱۱..... درمان بین فردی
- ۱۱۳..... کیفیت زندگی درمانی و افسردگی
- ۱۱۴..... معنویت درمانی و افسردگی
- ۱۱۶..... درمان شناختی - رفتاری
- ۱۲۲..... فرایندهای درمان شناختی - رفتاری
- ۱۳۱..... راهبردها و فنون رویکرد شناختی - رفتاری

۱۴۰..... فصل پنجم: اختلال دوقطبی

- ۱۴۱..... اختلال دوقطبی چیست؟
- ۱۴۱..... علائم بیماری دوقطبی در دوره مانیا
- ۱۴۳..... علائم بیماری دوقطبی در دوره افسردگی
- ۱۴۴..... انواع اختلال دوقطبی
- ۱۴۵..... علت اختلال دوقطبی چیست؟
- ۱۴۶..... عوامل خطر ساز
- ۱۴۶..... راه‌های تشخیص بیماری دوقطبی
- ۱۴۸..... عوامل تشدیدکننده اختلال دوقطبی
- ۱۴۹..... درمان اختلال دوقطبی
- ۱۴۹..... دارو برای بیماری دوقطبی
- ۱۵۲..... روان‌درمانی برای بیماری دوقطبی

۱۵۳..... شوک‌درمانی در بیماران دوقطبی

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 می‌کند 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 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).

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.

سخنی از مؤلفین

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^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. {از ریشه یونانی **Melan** (سیاه) و **Chole** (صفرا)} در سال ۱۸۵۴، ژول فالره حالتی را توصیف نموده و آن را جنون ادواری^۳ نامید. چنین بیمارانی متناوباً حالات خلقی‌مانی و افسردگی را تجربه می‌کنند. در سال ۱۸۸۲، کارل کاپام روانپزشک آلمانی، با استفاده از اصطلاح سایکوتایمی، مانی و افسردگی را مراحل مختلف یک بیماری توصیف نمود. امیل کراپلین^۴ در سال ۱۸۹۹، بر اساس معلومات روان‌پزشکان فرانسوی و آلمانی مفهوم بیماری منیک - دپرسیو را شرح داد که شامل اکثر ملاک‌های تشخیص است که امروزه روان‌پزشکان برای استفاده از اختلال قطبی I از آن‌ها استفاده می‌کنند. کراپلین نوع خاصی از افسردگی را نیز شرح داد که پس از یائسگی در زن‌ها و اواخر بزرگسالی در مردها شروع می‌شود و بعداً به

^۲King Saul

^۳Celsus

^۴Folie circulaire

^۵Emil Kraepelin

افسردگی رجعتی^۱ 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^۲ 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 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،^۳ ۲۰۰۱؛ ترجمه شمس، ۱۳۸۲). افسردگی، به‌قدری متداول است که گاهی به‌منزله سرماخوردگی معمولی در روان‌پزشکی مطرح می‌شود. اختلال افسردگی، اخیراً به‌شدت رو به افزایش گذاشته است. بدین معنی که اگر شما بعد از سال ۱۹۷۰ متولد شده باشید، ده برابر بیشتر از پدربزرگ و مادر بزرگتان احتمال دارد که به افسردگی مبتلا شوید (روزنهان و سیلگمن^۴، ۲۰۰۴؛ ترجمه 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

^۱ Involutional Melancholia

^۲ WHO

^۳ Blakbern

^۴ 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 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 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 لیپسکی، ۲۰۰۲).

¹ Sadock & Sadock

² Hilgard

³ Sharp & Lipsky

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 به‌هرحال 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).

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، از دست دادن چیزی، ناامیدی و احساس بی‌فایده بودن، سبب از دست دادن علاقه و بدبینی شود (بیابانگرد، ۱۳۷۱). البته، اکثر افراد گاهی وقت‌ها احساس غم و رخوت می‌کنند و به هیچ کار و فعالیت 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.

فصل اول: پیش درآمدی بر افسردگی ۱۵

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 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، ۱۹۹۹، ترجمه جمال‌زاده، ۱۳۸۹).

1. Hilgard

2. Gilbert

از دیدگاه رفتاری، یکی از بارزترین ویژگی‌های افراد افسرده، تجربه 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 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.

فصل اول: پیش درآمدی بر افسردگی ۱۷

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 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^۱ 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 به نام پینل^۱ 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^۲ 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^۳ (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،

^۱ Pinel

^۲ Freud

^۳ Beck

انگیزش منفی، تغییرات رفتاری و تغییرات نباتی (اشتها و جنسی) را در برگیرد (مهاریار، ۱۳۸۶).

افسردگی اساسی^۱ 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 می شود که فقط به دوره های افسردگی مبتلا هستند (کاپلان، ۱۹۹۴، ترجمه پورافکاری، ۱۳۷۵، ص ۲۱۵). البته در اختلال افسردگی اساسی، یک دوره افسردگی، دست کم شامل دو هفته خلق افسرده یا ازدست دادن علاقه، همراه با چهار مورد از نشانگان دیگر شامل تغییر در وزن یا اشتها، خواب نامنظم، بی قراری فیزیکی یا گوشه گیری، فقدان انرژی، احساس بی ارزشی یا احساس گناه شدید، مشکل در تمرکز یا تصمیم گیری و برنامه ریزی یا تلاش برای خودکشی است (انجمن روانپزشکی آمریکا،^۲ ۲۰۰۰).

تعریف افسردگی

کلمه افسردگی اولین بار توسط آدولف مپر^۳ بیان شد (مستفیضی، ۱۳۸۷). اما ارائه تعریف افسردگی و پیشنهاد طرحی که بتواند مورد پذیرش همه متخصصان و پژوهشگران قرار گیرد، مشکل به نظر می رسد. در معنای محدود پزشکی، افسردگی به منزله یک بیماری خلقی یا اختلال کنش خلق و خوی است. در سطح معمول بالینی، افسردگی نشانگانی است

^۱ Major depressive disorder

^۲ APA

^۳ Maper

که تحت سلطهٔ خلق افسرده است و بر اساس بیان لفظی یا غیر لفظی عواطف غمگین، اضطرابی و یا حالت‌های برانگیختگی نشان داده می‌شود. همچنین، افسردگی، حالت روانی ناخوش است که با دل‌زدگی، یأس و خستگی پذیری مشخص می‌شود و در بیشتر مواقع با اضطرابی کم‌وبیش شدید همراه است (اکبری، ۱۳۹۷). در یک جمع‌بندی کلی، مفهوم افسردگی به سه گونهٔ متفاوت به‌کاررفته است:

- ۱) به‌منظور مشخص کردن احساس‌های بهنجار غمگینی، یأس، ناامیدی و جزء آن و بروز آن‌ها به‌عنوان نشانهٔ 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 درعین حال با نشانه‌های روانی و جسمانی همراه است (دادستان، ۱۳۸۰). برای مثال، فلک^۱ (۱۹۹۰) افسردگی، حالتی است که بر کیفیت خلق شخص تأثیر عمیق دارد و نحوهٔ ادراک او را از خویش و محیطش دگرگون می‌سازد (به نقل از پورافکاری، ۱۳۷۱). سیلیگمن^۲ (۱۹۹۹) نیز که افسردگی را به‌عنوان سرماخوردگی روانی می‌شناسد، نماد بارز آن را، کاهش عزت‌نفس فردی معرفی می‌کند.

^۱ folck

^۲ Seligman