

اختلالات افسردگی

(سبب شناسی و درمان)

Depressive Disorders

تهیه و تدوین: دکتر اصغر آقایی

نشانه های افسردگی

دو نوع رویداد مهم در افسردگی : فقدان – شکست

افسردگی بر جنبه های هیجانی، رفتاری، شناختی، و فیزیکی فرد تاثیر می گذارد.

نشانه های هیجانی و انگیزشی:

تجارب هیجانی مانند غمگینی، نومیدی و ...

بی انگیزگی، عدم علاقه به کارها و عدم لذت، کاهش میل جنسی و ...

نشانه های شناختی:

احساس بی فایده گی و تهی بودن و ناامیدی، باورهای بدبینانه، فکر کردن به خودکشی، ناتوانی تمرکز و تصمیم گیری، ...

نشانه های رفتاری:

آهستگی گفتار و رفتار، خستگی، کم تحرکی روانی / حرکتی در اکثر افراد و گاهی برعکس پر تحرکی روانی حرکتی، شلخته و کثیف بودن و اهمیت ندادن به بهداشت و ...

نشانه های فیزیولوژیکی:

کاهش یا افزایش اشتها و وزن، یبوست، اختلالات خواب که باعث کسلی می شود، کم خوابی یا پر خوابی، اختلال سیکل ماهیانه (افزایش دوره و عدم پریود شدن، کاهش حجم مایعات)، کاهش برانگیختگی جنسی

راه های تشخیص افسردگی در مصاحبه بالینی

الف . اظهارات خود بیمار در شکایت اصلی و در جریان مصاحبه

ب . براساس ملاک های تشخیصی DSM ۵ توسط روان درمانگر

ج. با کمک تست های سنجش افسردگی توسط روان سنج

تابلو بالینی بیماری افسردگی

وضعیت ظاهری

غمگینی، گریه بی دلیل، از دست دادن علاقه و ناتوانی از لذت بردن، بی حالی و خستگی، بی قراری، زودرنجی، مشکلات خواب (شامل دشواری در خوابیدن، خواب زیاد و ناراحت) زیاد مشاهده می شود.

کندی یا برعکس تحریک پذیری روانی حرکتی و بی توجهی به ظاهر شخصی بسیار شایع است. تکلم خودانگیخته کم یا به کلی غایب است. مکث های طولانی در کلام، استفاده از واژگان تک سیلابی و صدای آهسته و یکنواخت از ویژگی های گفتاری معمول است.

نظام حسی : حواس پرتی، دشواری در تمرکز، اختلال حافظه، گیجی و گاه اختلال در تفکر انتزاعی (به ویژه در سالمندان) شایع است.

محتوی تفکر: ۶۰ درصد بیماران افسرده فکر خودکشی دارند و ۱۵ درصدشان دست به خودکشی می زنند. حس نافذ نومیدی، احساس گناه به خاطر چیزهای کم اهمیت یا خیالی، احساس بی ارزشی و توهمات و هذیان های نیست انگارانه و نشخوار ذهنی و سواسی در بسیاری از آن ها آشکار است.

سوال های رایج مربوط به سنجش خلق

چه احساسی دارید؟

روحیه شما چطور است؟

آیا عادات خواب شما تغییر کرده است؟

آیا فکر می کنید زندگی ارزش زیستن ندارد یا قصد دارید به خودتان صدمه بزنید؟

آیا نقشه ای برای خاتمه زندگی خود دارید؟

آیا می خواهید بمیرید؟

، خلق به عنوان " هیجانان پایداری که بیمار تجربه می کند " تعریف می شود.

درباره خلق سوال هایی پرسید تا بیمار را وادار به پاسخ نماید.

مثلا : در اکثر روزها چه احساسی داری؟

پاسخ های کمک کننده مراجع ، شامل پاسخ هایی می شود که به طور خاص خلق بیمار را توصیف کند، مانند: «افسرده»، «مضطرب»، «خوب» و یا «خسته» .

پاسخ هایی که کمتر کمک کننده هستند، مانند: «ای» ، «بد نیستم» ، «نمی دانم»، «ناخوش» و غیره.

این پاسخ ها نیازمند سوالات بعدی از مراجع است تا وضعیت خلقی او را روشن تر کند .

به دست آوردن اطلاعات دقیق در مورد طول مدت یک خلق مشخص نیز مهم است ، این که آیا این خلقی که بیمار در حال حاضر دارد ، یک واکنش است به یک وضعیت خاص یا این خلق پایدار او بوده است ؟؟

تست های معتبر سنجش افسردگی

۱. تست افسردگی بک

۲. مقیاس افسردگی ویلیام زونگ

۳. خرده مقیاس افسردگی آزمون SCL ۹۰

۴. خرده مقیاس افسردگی آزمون MMPI

۵. تست افسردگی هامیلتون

۶. خرده مقیاس (DASS- ۲۱)

طبقه بندی اختلالات افسردگی

- ✓ اختلال بی نظمی خلق مخرب (اختلال گر) Disruptive Mood Dysregulation Disorder
- ✓ اختلال افسردگی اساسی Major Depressive Disorder
- ✓ اختلال افسردگی پایدار (مداوم) Persistent Depressive Disorder (Dysthymia)
- ✓ اختلال ملال پیش از قاعدگی Premenstrual Dysphoric Disorder
- ✓ اختلال افسردگی ناشی از مواد/دارو Substance/Medication-Induced Depressive Disorder
- ✓ اختلال افسردگی ناشی از دیگر بیماری های جسمی Condition Depressive Disorder Due to Another Medical
- ✓ اختلال افسردگی مشخص دیگر Other Specified Depressive Disorder
- ✓ اختلال افسردگی نامشخص Unspecified Depressive Disorder

نکته : حذف اختلال افسرده خویی و افسردگی مزمن در DSM-5 و اضافه شدن اختلال افسردگی پایدار .

- ۱) اختلال بی‌نظمی خلق مخرب (اختلال گر)
- ۲) اختلال افسردگی اساسی
- ۳) اختلال افسردگی پایدار (مداوم)
- ۴) اختلال ملال پیش از قاعدگی
- ۵) اختلال افسردگی ناشی از مواد/دارو
- ۶) اختلال افسردگی ناشی از دیگر بیماری‌های جسمی
- ۷) اختلال افسردگی مشخص دیگر
- ۸) اختلال افسردگی نامشخص

- ۱) Disruptive Mood Dysregulation Disorder
- ۲) Major Depressive Disorder
- ۳) Persistent Depressive Disorder (Dysthymia)
- ۴) Premenstrual Dysphoric Disorder
- ۵) Substance/Medication-Induced Depressive Disorder
- ۶) Depressive Disorder Due to Another Medical Condition
- ۷) Other Specified Depressive Disorder
- ۸) Unspecified Depressive Disorder

اختلال بی نظمی خلق مخرب (اختلال گر)

Disruptive Mood Dysregulation Disorder

(a) فوران های خشم مکرر شدید کلامی و یا رفتاری نامتناسب با

موقعیت موجود یا عامل محرک آن

(b) عدم هماهنگی فورانات خشم با سطح رشد و نمو فرد

(c) رخ دادن فوران ها حداقل سه بار در هفته

(d) خلق تحریک پذیر یا خشمگین بیمار در اکثر ساعات روز و تقریباً تمام روزها

(e) طول حداقل ۱۲ ماهه ملاک های Δ . عدم وجود هیچ دوره حداقل سه ماه

متوالی فاقد تمامی ملاک های Δ

(f) دیدن ملاک ها در حداقل در دو موقعیت (منزل ، مدرسه ، با همسالان) و شدید بودن در

حداقل یکی از این موقعیت ها

(g) عدم تشخیص گذاری برای بار نخست قبل از ۶ یا بعد از ۱۸ سالگی

(h) سن شروع ملاک ها قبل از ۱۰ سالگی

(i) نبود سابقه دوره مجزای خلقی طولانی تر از یک روز با تمام ملاک های تشخیصی دوره

مانیا یا هایپومانیا (جز ملاک مدت)

(j) عدم بروز در دوره اختلال افسردگی اساسی و عدم توجیه توسط یک اختلال روانی دیگر

- توجه : این اختلال نمی تواند همراه با اختلال لجبازی و نافرمانی (بی اعتنائی مقابله ای) و اختلال انفجاری متناوب و

اختلال دوقطبی وجود داشته باشد (این سه اختلال باید رد شوند).

(K) رد بیماری طبیی یا مرتبط با مصرف مواد

اختلال دوقطبی در کودکان بوده است. به عبارتی: ایجاد تمایز بین کودکان مبتلا به تحریک پذیری مداوم و مزمن از کودکان مبتلا به این الگوی علائم معمولاً در آینده در دوران نوجوانی و بزرگسالی دچار کودکان مبتلا به اختلال دوقطبی اختلال افسردگی یک قطبی یا اختلالات اضطرابی می شوند نه اختلال دوقطبی در هنگام وجود معیارهای کامل هر دو اختلال بی نظمی خلق مخرب و بی اعتنائی مقابله ای (نافرمانی و لجبازی)، صرفاً تشخیص اختلال بی نظمی خلق مخرب ثبت می شود.

شیوع و درمان

۲ تا ۵ درصد

در سنین دبستان بیش از دوره نوجوانی دیده می شود.

شیوع اختلال دوقطبی قبل از بلوغ کم است (کمتر از ۱ درصد) و با شیب

ثابتی تا اوایل بزرگسالی افزایش می یابد. (حدود ۱ تا ۲ درصد) ولی اختلال بی نظمی خلق مخرب قبل از بلوغ شایع تر است و هر چه از کودکی به طرف بزرگسالی سیر می کنیم از شیوع آن کاسته می شود.

درمان:

بسته به فرد شامل موارد زیر است:

روان درمانی انفرادی، کار با خانواده و مدرسه، دارودرمانی برای علائم خاص، دادن اطلاعات لازم به والدین

Major Depressive Disorder اختلال افسردگی اساسی

a) حداقل ۵ مورد از علائم زیر در یک دوره دوهفته ای و حداقل یکی از آنها

باید معیار یک یا دو باشد:

۱ - خلق افسرده

۲ - کاهش علائق یا لذات

۳ - کاهش یا افزایش چشمگیر وزن (مثلاً تغییر بیش از ۵٪ از وزن بدن

طی یک ماه)، یا کاهش یا افزایش اشتها

۴ - بی خوابی یا پر خوابی

۵ - سراسیمگی یا کندی روانی / حرکتی

۶ - خستگی و فقدان انرژی

۷ - احساس بی ارزشی یا احساس گناه مفرط یا نامتناسب

۸ - کاهش توانایی تفکر و تمرکز

۹ - افکار مکرر مربوط به مرگ

(b) دیسترس (ناراحتی) واضح بالینی یا افت عملکرد

(c) عدم ارتباط دوره بیماری با یک ماده یا بیماری طبی

(d) عدم توجه نشانه ها با یک اختلال سایکوتیک

(e) نبود سابقه دوره مانیا یا هایپومانیا

ثبت و کدگذاری

- منفرد یا راجعه بودن (قدیمی بودن ، بازگشتی ، سابقه داشتن)

- شدت (خفیف، متوسط و شدید)

- وجود خصایص سایکوتیک

فروکش نسبی یا کامل

توجه : اگر ملاک های کامل دوره افسردگی اساسی در مقطعی از دوره کنونی بیماری برآورده شده باشند ، باید تشخیص اختلال افسردگی اساسی داده شود ، در غیر این صورت ، تشخیص اختلال افسردگی مشخص دیگر یا اختلال افسردگی نامشخص موجه است

شیوع

در آمریکا شیوع افسردگی اساسی حدود ۷ درصد گزارش شده است ، که بسته به گروه سنی ، تفاوت های محسوسی وجود دارد . به طوری که میزان شیوع در افراد ۱۸ تا ۲۹ ساله سه برابر بیشتر از افراد ۶۰ ساله یا بالاتر است . زنان ۵/۱ تا ۳ برابر میزان بالاتری از مردان را تجربه می کنند که در اوایل نوجوانی شروع می شود .

مهرماه ۱۳۹۴؛ معاون بهداشت وزارت بهداشت ایران:

شایع ترین اختلال با ۷/۱۲ درصد مربوط به افسردگی است که شیوع آن در زنان ۴/۱۵ درصد و در مردان ۲/۱۰ درصد است

دکتر سیدحسن هاشمی وزیربهداشت (دی ۱۳۹۵):تعداد افسرده‌های جهان نزدیک به ۱۰ درصد و شیوع این اختلال در کشور ما حدود ۶/۱۲ درصد است که بخشی از آن نیز مربوط به افسردگی عمیق است.

توجه: این آمار مربوط به افسردگی به معنای عام آن است، نه فقط افسردگی اساسی

شاخص هایی برای اختلالات افسردگی اساسی

With anxious distress همراه با ناراحتی اضطراب آور

With mixed features همراه با ویژگی مختلط

With melancholic features همراه با ویژگی مالیخولیایی

With atypical features همراه با ویژگی نامتعارف

With psychotic features: همراه با ویژگی های روان پریشی

with mood-congruent psychotic features- همراه با ویژگی های روان پریشی همخوان با خلق

with mood-incongruent psychotic feature- همراه با ویژگی های روان پریشی ناهمخوان با خلق

۵. with catatonia همراه با کاتاتونی

۶. with peripartum onset همراه با شروع پیش از زایمان

۷. with seasonal pattern همراه با الگوی فصلی

۱. همراه با ناراحتی اضطراب آور With anxious distress

وجود دو مورد از علائم:

۱۱ احساس تنش و هیجان (احساس عصبی بودن)

۱۲ احساس بی قراری غیر عادی

۳- تمرکز ضعیف ناشی از نگرانی

۴- ترس از وقوع اتفاق ناخوشایند

۵- احساس از دست دادن کنترل

شدت فعلی بیماری :

-خفیف: دو نشانه

-متوسط: سه نشانه

-متوسط - شدید: چهار یا پنج نشانه

-شدید: چهار یا پنج نشانه همراه با سراسیمگی حرکتی

۲. همراه با ویژگی های مختلط With mixed features

حداقل ۳ مورد از علائم مانیا/ هایپو مانیا در تمامی روزهای دوره افسردگی اساسی باید وجود داشته باشد.

(۱) خلق بالا و گشاده

(۲) عزت نفس کاذب یا بزرگ منشی

(۳) پر حرف تر از معمول یا تحت فشار برای ادامه دادن به صحبت

(۴) پرش افکار یا تجربه ذهنی با افکار شتابان

(۵) افزایش انرژی یا فعالیت هدفمند (اجتماعی ، در محل کار یا مدرسه یا رفتار جنسی)

(۶) اشتغال زیاد یا افراطی در فعالیت هایی که پیامدهای ناراحت کننده دارند (ولخرجی ، بی احتیاطی جنسی ، سرمایه گذاری های احمقانه)

(۷) کاهش نیاز به خواب

۳. همراه با ویژگی های مالیخولیایی With melancholic features

A. یکی از موارد زیر باید در طول شدیدترین دوره کنونی وجود داشته باشد:

۱. فقدان لذت در تمام ، یا تقریباً تمام فعالیت ها

۲. فقدان واکنش پذیری به محرک هایی که معمولاً لذت بخش هستند (وقتی اتفاق خوبی روی می دهد،

به نظر نمی رسد که احساس کند خیلی بهتر است ، حتی به صورت موقتی)

B. وجود ۳ یا تعداد بیشتری از موارد زیر:

۱. ویژگی متمایز خلق افسرده که با اندوهگینی عمیق ، ناامیدی و / یا کج خلقی یا با به اصطلاح خلق پوچ مشخص می شود.

۲. وجود افسردگی که معمولاً هنگام صبح بدتر می شود.

۳. بیدار شدن صبح زود (یعنی: حداقل ۲ ساعت زودتر از وقت معمول بیدار شدن).

۴. اسراسیمگی یا کندی روانی / حرکتی محسوس.

۵. بی اشتها یا کاهش قابل ملاحظه وزن.

۶. احساس گناه بیش از حد یا نامناسب

توجه : شاخص همراه با « ویژگی های مالیخولیایی » در صورتی به کار می رود که این ویژگی ها در شدیدترین مرحله دوره وجود داشته باشند.

۴. همراه با ویژگی های نامتعارف With atypical features

این شاخص زمانی به کاربرده می شود که این ویژگی ها در اکثر روزهای دوره افسردگی اساسی یا اختلال افسردگی مداوم (پایدار) کنونی یا اخیر ، غالب باشند .

A. واکنش پذیری خلقی (یعنی ، خلق در پاسخ به وقایع واقعی مثبت ، مسرور می شود).

B. دویا تعداد بیشتری از موارد زیر :

۱. افزایش وزن یا افزایش اشتها قابل ملاحظه ۲. پر خوابی

۳. فلج سربی (یعنی: احساس سنگینی و احساس سربی در دست ها و پاها)

۴. الگوی بادوام حساسیت نسبت به طرد میان فردی (به دوره های اختلال خلقی محدود نمی شود) که باعث اختلال قابل ملاحظه اجتماعی یا شغلی شود.

۵. همراه با ویژگی های روان پریشی With psychotic features:

در این حالت افسردگی همراه با هذیان ها و توهمات است

A-with mood-congruent psychotic features (الف) همراه با ویژگی های روان پریشی همخوان با خلق

محتوای همه توهمات و هذیان ها با موضوع های معمول افسردگی ، شامل : بی کفایتی شخصی ، احساس گناه ، بیماری ، مرگ ، پوچ انگاری ، یا سزاوارتنییه بودن و.... هماهنگ است

B-with mood-incongruent psychotic feature ب – همراه با ویژگی های روان پریشی ناهمخوان با خلق

محتوای هذیان ها و توهمات شامل موضوع های بی کفایتی شخصی ، احساس گناه ، بیماری ، پوچ انگاری ، یا سزاوارتنییه بودن نمی شود ، یا محتوای آنها آمیزه ای از موضوع های ناهمخوان با خلق یا همخوان با خلق است.

۶. همراه با کاتاتونی With catatonia

در صورتی که خصوصیات کاتاتونیک شامل (منفی گرایی ، بهت کاتاتونیک ، حرکات قالبی و تکراری ، شکلک درآوردن ، پژواک کلام و ...) در بخش عمده ای از دوره افسردگی وجود داشته باشد ، شاخص افسردگی همراه با کاتاتونی می تواند درباره این نوع افسردگی به کاربرده شود.

۷. همراه با شروع پیش از زایمان

این شاخص می تواند در مورد دوره کنونی اعمال شود ، یا اگر ملاک های کامل در حال حاضر برای دوره افسردگی اساسی برآورده نشده باشند ، (در صورتی که شروع نشانه های خلقی در مدت حاملگی یا ۴ هفته بعد از زایمان باشد) ، در مورد جدیدترین دوره افسردگی اساسی به کاربرده شوند.

توجه : دوره های خلقی می توانند در مدت حاملگی یا پس از زایمان شروع شوند . گرچه برآوردها مطابق با دوره پیگیری بعد از زایمان تفاوت دارند ، اما بین ۳ تا ۶ درصد زنان در مدت حاملگی یا در چند هفته یا چند ماه بعد از زایمان ، شروع دوره افسردگی اساسی را تجربه خواهند کرد. ۵۰ درصد دوره های افسردگی اساسی «پس از زایمان» عملاً قبل از زایمان شروع می شوند. بنابراین ، به این دوره ها ، جمعاً با عنوان دوره های پیش از زایمان اشاره می شود.

۸. همراه با الگوی فصلی (فقط دوره عودکننده)

A. بین شروع دوره های افسردگی اساسی در اختلال افسردگی اساسی و زمان خاصی از سال (مثلاً در پاییز یا زمستان) رابطه زمانی وجود داشته است

توجه : مواردی را که در آن ها تاثیر واضح عوامل استرس زای روانی / اجتماعی مرتبط با فصل وجود دارد را منظور نکنید (مثل بیکار بودن منظم در هر زمستان)

B. بهبودی کامل (یا تغییر از افسردگی اساسی به مانی یا هیپومانی) نیز در زمان به خصوصی از سال روی می دهند (مثلاً افسردگی در بهار ناپدید می شود)

C. در ۲ سال گذشته ، ۲ دوره افسردگی اساسی روی داده باشند که روابط زمانی فصلی را که قبلا شرح داده شد ، نشان داده اند و در طول همین دوره ، هیچ دوره افسردگی غیر فصلی روی نداده باشد.

D. تعداد دوره های افسردگی اساسی فصلی ، به طور قابل ملاحظه ای از دوره های افسردگی اساسی غیر فصلی که ممکن است در طول زندگی فرد روی داده باشد ، بیشتر است.

شروع معمولا در زمستان و بهبود در تابستان و بهار

نشانه های اصلی: غمگینی، بی رمقی، اشتها و هوس شدید به هیدرات های کربن، پر خوری، افزایش وزن

علت احتمالی: افزایش ترشح هورمون ملاتونین در دوره های تاریکی زمستان (ملاتونین باعث بی رمقی و خواب آلودگی می شود)

بهترین درمان: نوردرمانی

تشخیص افتراقی در افسردگی اساسی

۱. با اختلال های مرتبط با مواد

۲. با اختلال وحشت زدگی

۳. با اختلال وسواس فکری / عملی

۴. با بی اشتتهایی عصبی

۵. با پر خوری عصبی

۶. با اختلال شخصیت مرزی

Persistent Depressive Disorder (Dysthymia) اختلال افسردگی پایدار (مداوم)

این تشخیص ترکیبی از اختلال افسردگی اساسی مزمن و اختلال دیستایمی DSM IV است.

(a) خلق افسرده برای حداقل دو سال

(b) دو علامت از علائم زیر:

- کاهش یا افزایش اشتها

- کاهش یا افزایش خواب

- کاهش انرژی یا خستگی

- افت اعتماد به نفس

- تمرکز ضعیف یا قدرت تصمیم گیری پایین

- احساس ناامیدی

(c) در طی مدت دو سال بیمار فاقد نشانه های a و b برای بیش از دو ماه متوالی نباشد.

(d) ممکن است ملاکهای تشخیص اختلال افسردگی اساسی برای دو سال متوالی استمرار

داشته باشند.

(e) نبود هیچ دوره مانیا یا هایپومانیا و یا سیکلوتایمی

(f) عدم توجیه علائم با هیچ اختلال سایکوتیک

(g) عدم ارتباط دوره بیماری با یک ماده یا بیماری طبی

(h) دیسترس قابل توجه بالینی یا افت کارکرد

مشخص کنید اگر:

- شروع زودرس: قبل از ۲۱ سالگی

- شروع دیررس: ۲۱ سالگی و بالاتر

ویژگی اصلی این اختلال ، خلق افسرده در اکثر ساعات روز و در اکثر روزها به مدت ۲ سال و برای کودکان و نوجوانان ۱ سال است.

خلق ادواری یا سیکلوتایمی به لحاظ علایم، شکل خفیفی از اختلال دوقطبی نوع II است و مشخصه‌اش وجود دوره‌های هیپومانیا و دوره‌های خفیف افسردگی است.

اختلال دیس تایمی چیست ؟

دیس تایمی افسردگی مزمن با علایم عودکننده غم و اندوه و ناامیدی به مدت چند سال است. دیس تایمی در زنان شایع است و اعتقاد بر این است که ارثی است. اگر چه این یک افسردگی خفیف است، کج خلقی هنوز هم یک بیماری جدی است. علائم دیس تایمی شبیه به علائم افسردگی است. با این تفاوت که دیس تایمی مزمن است، و علائم اغلب روزها اتفاق می افتد حداقل به مدت دو سال طول می کشد

نوعی اختلال افسردگی که شدت آن از اختلال افسردگی اساسی کمتر است ولی مانند همان علائمی از جمله اختلال در خوردن، ضعف مزمن و خستگی وجود دارد . دوره این اختلال مزمن است و ممکن است سال ها بدون تشخیص باقی بماند.

اختلال ملال پیش از قاعدگی

Premenstrual Dysphoric Disorder

a) در اکثر دوره های قاعدگی حداقل ۵ نشانه در هفته آخر قبل از شروع

قاعدگی وجود داشته باشد، بهبودی پس از چند روز از شروع قاعدگی آغاز

شود و در عرض هفته بعد از قاعدگی قطع یا خیلی خفیف شود.

b) وجود حداقل یک مورد از علائم زیر:

۱- تغییرات سریع خلقی چشمگیر

۲- تحریک پذیری یا عصبانیت شدید یا افزایش در گریه‌های بین فردی

۳- خلق افسرده برجسته، احساس ناامیدی یا افکار خود سرزنشی

۱۴- اضطراب، تنش چشمگیر و یا احساس برافروختگی و بی تابی

(C) حداقل یک مورد از نشانه های زیر (مجموع نشانه های b و c ، ۵ مورد شود).

۱. کاهش علایق در اکثر فعالیت ها

۲. احساس ذهنی اشکال در تمرکز

۳. ضعف و خسته شدن سریع یا فقدان انرژی واضح

۴. تغییر بارز اشتها، پر خوری یا میل به غذاهای خاص

۵. پر خوابی یا بی خوابی

۶. احساس خارج از کنترل بودن

۷. نشانه های جسمی مانند درد مفاصل و عضلات و...

توجه: وجود نشانه های ملاک های a تا c در اکثر دوره های قاعدگی سال گذشته

(d) دیسترس (ناراحتی) واضح بالینی یا تداخل قابل توجه در عملکرد شخص

(e) اختلال موجود فقط تشدید علائم یک اختلال دیگر مانند افسردگی اساسی،

مانیک، دی ستایمی و یا اختلال شخصیت نیست.

(f) ملاک a توسط اندازه گیری روزانه در حداقل دو دوره قاعدگی تایید گردد.

(g) عدم ارتباط دوره بیماری با یک ماده یا بیماری طبی

یکی از مسایل روان تنی که با عملکرد تولیدمثل زنان رابطه دارد، اختلال سندرم پیش از قاعدگی است. این سندرم با تغییرات دوره ای در وضعیت جسمی، روانی و رفتاری زنان ظاهر می شود. شروع آن ۱۲-۶ روز پیش از خونریزی ماهانه و تداوم آن به مدت دو روز (حداکثر ۴ روز) بعد از شروع خونریزی است. در مجموع ۱۵۰ علامت و بیشتر به عنوان علایم قاعدگی شناسایی شده است که شامل دو دسته علایم بالینی است :

۱. علایم روانی شایع شامل: ضعف و خستگی، تحریک پذیری و تند مزاجی، خلق و خوی متغیر، افسردگی

۲. علایم فیزیکی شایع: نظیر نفخ شکم، درد کمر، حساسیت پستان ها و ...

بسته به شدت علایم، طیف وسیعی از بیماری از وضعیت خفیف تا شدید ایجاد می شود.

به طور کلی بیش از ۷۵٪ از زنانی که در سنین باروری هستند، برخی از علایم و تغییرات دوره‌ای ناشی از اختلال سندرم پیش از قاعدگی را تحمل می‌کنند.

میزان شیوع شدید آن که همان اختلال ملال پیش از قاعدگی است، بین ۳ تا ۱۰ درصد گزارش شده است.

بسیاری از زنان در این زمان دچار مشکلاتی از جمله عصبانیت، سردرد، بی‌خوابی، افسردگی، تحریک پذیری، اختلال در حافظه، نگرانی و اضطراب می‌شوند

Disorder اختلال افسردگی ناشی از مواد/دارو Substance/Medication-Induced Depressive

(a) خلق افسرده یا کاهش مشخص علایق یا لذات در تمام یا تقریباً تمام فعالیت‌ها

(b) با توجه به شرح حال، معاینات جسمی یا یافته‌های آزمایشگاهی شواهدی از

هر دو مورد یک و دو دیده می‌شود.

۱. نشانه‌های ملاک a در حین یا بلافاصله پس از مسمومیت یا محرومیت مواد و یا

مصرف دارو ایجاد شده است.

۲. ماده یا داروی مصرفی، توانایی و ظرفیت به وجود آوردن علائم ملاک a را

دارد.

(c) عدم توجه به‌تر علائم توسط اختلال افسردگی

(d) اختلال حاضر منحصراً در دوره دلیریوم اتفاق نیفتاده است.

(e) دیسترس بارز بالینی یا افت کارکرد

مشخص کنید اگر:

-با شروع حین مسمومیت

-با شروع حین محرومیت

روند ثبت: ذکر نام ماده در ابتدای عبارت تشخیصی

اختلال افسردگی ناشی از دیگر بیماری های جسمی

Depressive Disorder Due to Another Medical Condition

a خلق افسرده یا کاهش واضح علایق یا لذات

b شواهد به دست آمده از شرح حال، معاینات جسمی یا یافته های

آزمایشگاهی نشان می دهند که اختلال موجود ناشی از پیامدهای مستقیم

آسیب شناختی یک اختلال طبی دیگر است.

c عدم توجه بهتر علائم توسط یک اختلال روانی دیگر

d اختلال حاضر منحصر در دوره دلیریوم رخ نداده است.

e دیسترس بارز بالینی یا افت عملکرد و یا نیاز به بستری کردن بیمار و یا

وجود خصوصیات سایکوتیک

مشخص کنید اگر:

-همراه ویژگی های افسردگی

-همراه دوره شبه افسردگی اساسی

-همراه ویژگی های مختلط

کدگذاری: ذکر نام بیماری طبی همراه نام اختلال

Other Specified Depressive Disorder اختلال افسردگی مشخص دیگر

وجود علائم مشخصه اختلال افسردگی و اختلالات مرتبط و ایجاد دیسترس بالینی قابل توجه یا افت عملکرد ، بدون همه ملاک های تشخیصی هیچ یک از اختلالات طبقه تشخیصی افسردگی و مرتبط درمان گر، علت خاص این که چرا علائم موجود واجد ملاک های هیچ تشخیص افسردگی نیست، را مطرح می نماید. ذکر دلیل خاص مطرح شده (مانند مدت کوتاه دوره افسردگی)

Unspecified Depressive Disorder اختلال افسردگی نامشخص

علائم مشخص یک اختلال افسردگی وجه غالب نمای بالینی حاضر را تشکیل می دهد. وجود دیسترس بالینی یا افت قابل توجه عملکرد نداشتن تمام ملاک های تشخیصی هیچ نوع اختلال افسردگی این طبقه تشخیصی در مواقعی که درمان گر قصد ندارد دلیل خاصی را به عنوان علت برآورده نشدن همه ملاک های تشخیصی مطرح نماید ، به کار می رود و هم چنین شامل مواردی است که در آنها اطلاعات لازم برای ارائه یک تشخیصی مشخص کافی نیست (مثلا در بخش اورژانس)

سندرم خستگی مزمن (CFS) Chronic fatigue syndrome

نشانه ها:

خستگی شدید حداقل به مدت شش ماه که نتوان به بیماری دیگری مرتبط کرد.

و حداقل چهار نشانه از موارد زیر:

سر درد

مشکل در حافظه و تمرکز

ملتهب شدن گره های لنفاوی زیربغل و یا گردن

درد عضله

گلو درد

درد مفاصل بدون تورم یا قرمزی

خوابی که به نشاط منتهی نمی شود

خستگی بعد از فعالیت فیزیکی و ذهنی

بیش از یک میلیون از افراد مبتلا به سندرم خستگی مزمن هستند. زنان چهار برابر بیشتر از مردان احتمال دارد دچار این بیماری شوند. اگر چه افراد در هر سنی می توانند دچار CFS شوند، اما این بیماری اغلب در افراد بین سنین چهل تا پنجاه سال رخ می دهد. ممکن است یک مولفه ژنتیکی وجود داشته باشد، اما هیچ مدرکی وجود ندارد که نشان دهد سندرم خستگی مزمن مسری است.

هر کسی ممکن است اکنون یا زمان دیگری احساس تنبلی کند. اما تفاوت این خستگی با CFS این است که خستگی ناشی از CFS طاقت فرسا است و حداقل شش ماه طول می کشد. این بیماری ممکن است پس از فعالیت بدنی یا روانی بدتر شود، و بعد از خواب کامل شبانه هیچ آرامشی حاصل نمی شود. این خستگی اغلب با سایر نشانه های ناراحت کننده، مانند درد مزمن همراه است.

تفاوت سوگ و افسردگی

فردی که در سوگ به سر می برد ، ممکن است بسیاری از نشانه های افسردگی را نشان دهد حال آنکه سوگ برخلاف افسردگی به عنوان یکی از اختلالات روانی دسته بندی نمی شود. سوگ پاسخ طبیعی و سالم به یک مصیبت است و نه یک مریضی. سوگ گرچه دردناک است ولی هدف تطابقی دارد. انجمن روان پزشکان آمریکا به عنوان یک قاعده کلی اظهار می کند که فرد سوگوار در حالت عادی نیازی به مصرف دواهای ضد افسردگی ندارد. گرچه دارو ممکن است برخی علائم سوگ را موقتا تخفیف دهد ولی از آنجا که فرد را در مقابل درد کرخت (بی حسی) می کند ، مانع از آن می شود که او با احساسات و افکار خود رو به رو شود و فرآیند درمان را به تاخیر می اندازد.

وقتی سوگ برای مدتی طولانی به صورت مخرب و ناتوان کننده ادامه یابد. (به خصوص در افرادی که سابقه افسردگی داشته و فاقد حمایت های اجتماعی مطلوب باشند) ممکن است خطر بیماری افسردگی را تشدید کند که در این صورت دریافت کمک های تخصصی ضروری است.

عاطفه غالب در سوگ احساس تهی بودن و فقدان است، در حالی که در افسردگی عاطفه غالب خلق افسرده مداوم است و فرد نمی تواند انتظارشادی یا لذت داشته باشد.

شدت ملال ناشی از سوگ با گذشت روزها و هفته ها به تدریج رو به کاهش می گذارد و به صورت موجی بروز می کند(موج غم های آنی سوگ) . این موج ها معمولا در رابطه با فکر و خاطرات فرد فوت شده بروز می کند، خلق افسرده تداوم و ثبات بیشتری دارد و به افکار و مشغولیت خاصی مربوط نیست.

گاهی ناراحتی موجود در سوگ با هیجانات مثبت و شوخ طبعی همراه است که محتوای افکاری که در سوگ مشاهده می شود، اغلب مربوط به افکار و خاطرات فرد فوت شده است و سرزنش خود یا نشخوارهای ذهنی بدبینانه ای که در افسردگی دیده می شود، در سوگ وجود ندارد.

در سوگ عزت نفس عموماً حفظ می شود در حالی که در افسردگی احساس بی ارزشی و تنفر از خود شایع است. اگر افکار خود سرزنشی در سوگ دیده شود به طور معمول مربوط به احساس عدم رسیدگی کافی به فرد فوت شده (قبل از مرگ) است. (مانند عدم ملاقات وی به حد کافی یا عدم ابراز علاقه به وی).

اگر افکاری مربوط به مرگ و میر به ذهن فرد عزادار خطور می کند، معمولا درباره شخص فوت شده و یا پیوستن به اوست در حالی که در دوره افسردگی اساسی این گونه افکار به دلیل احساس بی ارزشی، نداشتن لیاقت زندگی یا ناتوانی در کنار آمدن با عذاب افسردگی تمرکز دارند.

سبب شناسی اختلال افسردگی

انسان گرایی و اصالت وجودی

نظریه های اصالت وجود در مورد افسردگی بر محور از دست دادن عزت نفس دور می زند. یک علت شایع افسردگی در مردان ازدست دادن شغل است و در زنان از دست دادن همسر.

در دیدگاه انسان گرایی، افسردگی ناشی از اختلاف میان خود آرمانی و خود واقعی به حد افراطی است

دیدگاه روان پویایی: تاکیدشان به از دست دادن شیء مورد علاقه یا فقدان شخص یا شیء یا موقعیت است. وجود یک وجدان تنبیه کننده قوی که ایجاد احساس گناه شدید می نماید نیز عامل افسردگی از نظر دیدگاه روانکاوی است.

آبراهام: علت افسردگی فقدان های اولیه در اوایل عمر است که در سطح درون روانی بر فرد تاثیر گذاشته است.

بالبی: افراد دارای سبک دلبستگی ناایمن بیشتر در معرض افسردگی هستند.

بمپورد: کودکان دلبسته ناایمن دل مشغول، نیازمند به دوست داشتنی بودن توسط دیگران هستند. با قطع روابط غرق در احساس بی کفایتی و فقدان می شوند.

از نظر روان کاوی دوره های مانیک پاسخ دفاعی علیه احساس بی کفایتی، فقدان و درماندگی است.

دیدگاه یادگیری: افسردگی و فقدان تقویت به هم مربوطند.

دیدگاه زیست شناختی: وراثت، انتقال توسط ژن ها، انتقال دهنده های عصبی مخصوصا کوله کولامین ها و ساختارهای عصبی.

دیدگاه شناختی

افسردگی ناشی از نوع تفکر منفی و تعبیر و تفسیرهای غلط از موقعیت و وضعیت است

افکار به هیجان ها منجر می شوند. افراد افسرده مدام به شکل منفی فکر می کنند که باعث حفظ هیجانات منفی می شود.

افکار در مثلث شناختی بک: نظر منفی درباره خود، دنیا و آینده

تحریف های شناختی افراد افسرده: تعمیم مغرط، انتزاع گزینشی، مسئولیت بیش از حد، فرض کردن علیت زمانی، ارجاع دادن مغرط به خود، فاجعه آمیز کردن، تفکر دومقوله ای

دیدگاه های اجتماعی فرهنگی

فرد در پاسخ به شرایط زندگی استرس زا دچار افسردگی می شود.

زنان بیشتر در معرض این وقایع هستند به همین دلیل افسردگی در آنها تشخیص بالاتری دارد.

عوامل استرس زای حاد و مزمن در آماده کردن فرد برای ابتلا به افسردگی نقش متفاوتی دارند:

استرس حاد مثل تصادف دوره افسردگی اساسی را تسریع می کند. اما فشارهای مزمن مثل مشکلات میان فردی در تعامل با زمینه ژنتیکی و شخصیت به احساس بادوام تر ناامیدی منجر می شود.

وقتی احساس افسردگی و ناامیدی فعال شده باشد خودش قرار گرفتن در معرض محیط استرس زا را تشدید می کند و باعث افزایش احساس فشار مزمن می شود

عقاید مذهبی قوی و حمایت اجتماعی باعث کاهش ابتلا به افسردگی می شود.

علل زیست شناختی

ژنتیک: شیوع افسردگی در دوقلوهای تک تخمکی ۶۵ درصد و در سایر دوقلوها ۱۴-۱۹ درصد است که نقش عامل‌های ژنتیک را مشخص می‌کند. محققین چند ژن را که ممکن است با اختلالات دو قطبی مربوط باشند را مشخص کرده‌اند، آنان به دنبال ژن‌هایی می‌گردند که با سایر اشکال افسردگی مرتبط باشند. اما همه افرادی که سابقه فامیلی افسردگی را دارند، به این اختلال دچار نمی‌شوند.

سروتونین و سایر نوروترانسمیترها: وجود اختلال نوروترانسمیتری در سطح سیناپس‌ها را در بیماران افسرده مشاهده کرده‌اند. علاوه بر سروتونین، نوراپی نفرین و دوپامین در بیماران افسرده اختلال دارند.

بیماران مبتلا به اختلال دوقطبی در توجه، حافظه و عملکرد اجرایی مشکلاتی دارند که با نابهنجاری در قشر بینایی اولیه، قطعه‌های پیشانی، گنجگاهی و قشر کمربندی مرتبط است.

داروها: استفاده طولانی مدت از برخی داروها مانند داروهایی که جهت کنترل فشار خون استفاده می‌شوند، قرص‌های خواب یا قرص‌های پیشگیری از بارداری می‌توانند علائم افسردگی را در بعضی افراد ایجاد کنند. مصرف قرص‌های ضد بارداری تأثیر مستقیم در افسردگی زنان دارد.

بیماری‌ها: ابتلاء به یک بیماری مزمن، مثل بیماری قلبی-عروقی، سکته مغزی، دیابت، سرطان و آلزایمر یا میگرن باعث می‌شود که فرد در خطر بیشتری برای افسردگی قرار بگیرد. مطالعات، یک ارتباط ثابت نشده بین افسردگی و بیماری قلبی را نشان می‌دهند. افسردگی در بسیاری افرادی که حمله قلبی داشته‌اند اتفاق می‌افتد. افسردگی درمان نشده می‌تواند فرد را در معرض خطر بیشتری برای مرگ در سال‌های اول پس از سکته قلبی قرار دهد. ابتلاء به کم‌کاری تیروئید حتی اگر خفیف باشد هم می‌تواند باعث بروز افسردگی شود.

علل روانی اجتماعی (psychosocial)

استرس: وقایع پراسترس زندگی، به ویژه از دست دادن یا تهدید به از دست دادن یک فرد محبوب یا شغل می‌تواند محرک افسردگی باشد.

عوامل اجتماعی: نارضایتی از جامعه و عوامل روانی مرتبط با اجتماع نیز می‌توانند نقش داشته باشند.

شخصیت: صفات شخصیتی خاصی مانند اعتماد به نفس پایین و وابستگی شدید، بدبینی و حساسیت در برابر استرس‌ها می‌تواند فرد را مستعد افسردگی نماید. شخصیت وسواسی، منظم و جدی، کمال‌گرا، یا شدیداً وابسته نیز احتمال ابتلاء به افسردگی را افزایش می‌دهند.

شکست در زندگی: شکست در کار، ازدواج، یا روابط با دیگران می‌تواند باعث بروز افسردگی شود، مرگ یا فقدان یکی از عزیزان، از دست دادن یک چیز مهم (شغل، خانه، سرمایه)، تغییر شغل یا نقل مکان به یک جای جدید، انجام بعضی از اعمال جراحی مثل برداشتن پستان به علت سرطان، گذر از یک مرحله از زندگی به مرحله‌ای دیگر، مثلاً یائسگی یا بازنشستگی .

بیماری‌های روانی: اضطراب، عقب‌افتادگی ذهنی، فراموشی، اختلال خوردن و سوء مصرف مواد.

درمان افسردگی

بهبودی در ۲ نفر از ۵ نفری که به افسردگی اساسی مبتلا هستند ، معمولاً ظرف ۳ ماه از شروع و در ۴ نفر از ۵ نفر ظرف ۱ سال آغاز می‌شود. تازگی شروع ، عامل تعیین کننده نیرومندی برای بهبود است و تعدادی از افرادی که فقط به مدت چند ماه افسرده بوده اند ، می‌توانند انتظار داشته باشند که خود به خود بهبود یابند. ویژگی مرتبط با میزان بهبود پایین تر، غیرازمدت دوره کنونی عبارتند از: داشتن ویژگی های سایکوتیک ، اضطراب برجسته ، اختلالات شخصیت و شدت نشانه ها.

روش های درمان افسردگی

الف . درمان های زیستی شامل :

(۱) دارو درمانی ، (۲) درمان با تشنج الکتریکی یا الکتروشوک درمانی) ، (۳) تحریک مغناطیسی از طریق مجسمه ، (۴) تحریک عمیق مغز ، (۵) درمان با نوردرخشان

ب. روان درمانی شامل :

۱. درمان شناختی – رفتاری
۲. درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی
۳. درمان فراشناختی
۴. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد
۵. درمان دیالکتیک
۶. درمان فعال سازی رفتار
۷. درمان میان فردی
۸. خانواده درمانی و زوج درمانی

درمان های زیستی افسردگی

۱. دارو درمانی
۲. درمان با تشنج الکتریکی یا الکتر شوک درمانی (ECT)
۳. تحریک مغناطیسی از طریق جمجمه (TMS)
۴. تحریک عمیق مغز
۵. درمان با نوردرخشان

۱. Electroconvulsive Therapy

۲. Transcranial Magnetic Stimulation

۱. داروهای ضد افسردگی

۱. داروهای ضد افسردگی

نام دارو	نام تجارتي دارو	گروه
امي-تريپتيلين Amitriptyline	تریپتیزول Tryptizol	تری سیکنیک
کلومیپرامین Clomipramin	آنا فرانیل Anafranil	تری سیکنیک
سیتالوپرام Citalopram	سیرامیل Cipramil	SSRI
دوسولپین Dosulpine	پروتیادن Prothiaden	تری سیکنیک
دوکسپین Doxepine	سینکوان Sinequan	تری سیکنیک
فلوکستین Fluoxetine	پروزاک Prozac	SSRI
ایمی پرامین Imipramine	توفرانیل Tofranil	تری سیکنیک
لوفپرامین Lofepamine	گامانیل Gamanil	ترسیکنیک
میرتازاپین Mirtazipne	زیسپین Zispin	NaSSA
موکلوبمید Moclobemide	مانریکس Manerix	MAOI
نورتیپیلین Nortriptyline	آلگرون Allegron	تری سیکنیک
پروگزتین Paroxetine	سروگزات Seroxat	SSRI
فنلزین Phenelzine	ناردیل Nardil	MAOI
رباگزتین Reboxetine	ادروناکس Edronax	SNRI
سرترالین Sertraline	لوسترال Lustral	SSRI
ترانیل سیپرومین Tranlycypromine	پارنات Parnate	MAOI
ترازودون Trazodone	مولیپاکسین Molipaxin	مرتبط با ترسیکنیک
ونلافاکسین Venlafaxine	افکسور Efxor	SNRI

2. درمان با تشنج الکتریکی یا الکتروشوک درمانی (ECT)



از این روش ، معمولا برای بیماران شدیداً افسرده (مخصوصاً سالخوردهگان) که ممکن است در معرض خطر جدی خودکشی باشند (مخصوصاً افسرده های مالیخولیایی یا روان پریش) ، یا بیمارانی که نمی توانند دارو مصرف کنند ، استفاده می شود

(داروهای ضد افسردگی ، معمولا 3 تا 4 هفته زمان لازم دارند ، تا بهبودی قابل توجهی فراهم نمایند)

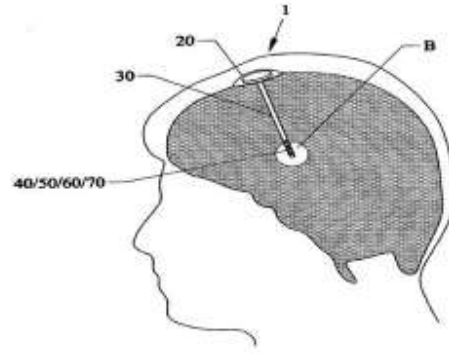
3. تحریک مغناطیسی از طریق جمجمه (TMS)



روشی غیرتهاجمی است که مغزیماران را درحالتی که بیدار هستند ، به صورت موضعی تحریک می کند. دراین تکنیک ، میدان های مغناطیسی جهنده کوتاه ، اما شدید که فعالیت الکتریکی را درقسمت های خاصی ازکرتکس ایجاد می کنند ، وارد می شوند . این روش بدون درد است ودرهرجلسه ، هزاران تحریک وارد کرتکس می شود . درمان هر هفته 5 روز به مدت 2 تا 6 هفته طول می کشد.

4. تحریک عمیق مغز

ازاین روش ، با کاشت الکتروود درمغز وتحریک آن مناطق با جریان برق ، برای بیماران افسرده ای که افسردگی مداوم وسرسخت دارند و به روش های دیگر درمانی پاسخ نداده اند ، استفاده می شود



5. درمان با نور درخشان



نور درمانی یک راه برای درمان درمان عاطفی فصلی یا همان افسردگی های فصلی (SAD) با قرار گرفتن در معرض نور ساختگی است. اختلال خلقی فصلی یک نوع افسردگی است که هر سال در یک زمان مشخص رخ می دهد که عموماً در پاییز و زمستان اتفاق می افتد.

در طول نور درمانی ، شما در نزدیک یک دستگاه که جعبه نور درمانی نامیده می شود قرار می گیرید. جعبه نور روشنی را انتشار می دهد که تقلید از نور طبیعی در فضای باز است.

تصور می شود که نور درمانی با تحت تاثیر قرار دادن بیوشیمی مغز به خلق و خوی مرتبط می شود و علائم افسردگی را کم می کند.

روش های روان شناختی درمان افسردگی

1. درمان شناختی - رفتاری ، 2. درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی ، 3. درمان فراشناختی
4. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد ، 5. درمان دیالکتیک ، 6. درمان فعال سازی رفتار ، 7.
- درمان میان فردی ، 8. خانواده درمانی و زوج درمانی

۱. درمان شناختی - رفتاری

تغییر فرایندهای فکری و بازسازی شناختی

اثر بخشی درمان شناختی رفتاری برای اختلال افسردگی تایید شده است و برای اختلال دوقطبی نیز موثر است.

در درمان اختلال دوقطبی ابتدا با درمان دارویی مداخله شروع می شود و برای به حداقل رساندن برگشت درمان روان شناختی ادغام می شود.

جنبه مهم درمان اختلال دوقطبی آموزش روانی است: آگاهی از ماهیت اختلال ، اهمیت کنترل داروها و تاثیر آنها برای افزایش تبعیت درمانی

۲. شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی

شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی عناصری از شناخت درمانی را به درمان می افزاید که در آن دیدگاه ، تمرکز زدایی ، افکار فرد را تسهیل می سازد .

این نوع رویکرد تمرکز زدا در مورد هیجانات و حس های بدنی هم به کار می رود. در این روش به افراد افسرده آموزش داده می شود که افکار و احساسات خود را بدون قضاوت ، مشاهده کنند و آنها را وقایع ذهنی ساده ای ببینند که می آیند و می روند ، به جای آنکه آنها را به عنوان قسمتی از خودشان یا انعکاسی از واقعیت در نظر بگیرند.

این نوع نگرش به شناخت های مرتبط با افسردگی ، مانع تشدید افکار منفی در الگوی نشخوار فکری می شود.(تیزدیل و همکاران ، ۲۰۰۰)

درمان شناختی مبتنی بر حضور ذهن ، یک برنامه کلاس محور می باشد که برای پیشگیری از عود افسردگی (در بیماران افسرده) طراحی شده است .

هدف آن آموزش شرکت کنندگان برای رهایی از پردازش های شناختی است که آنها را در برابر دوره های افسردگی آسیب پذیر می سازد و کمتر در دوره ی فعال افسردگی کاربرد دارد.

۳. درمان فراشناختی Metacognition

درمان فراشناختی اختلال افسردگی اساسی بیشتر بر درک علل نشخوار فکری و حذف این فرآیند ناسازگارانه تأکید می کند. چرا که نشخوار فکری، خصیصه ی اصلی سندرم شناختی- توجهی و یکی از راه کارهای کارکرد اجرایی خود نظم بخش است که برای کاهش ناهماهنگی شناختی در پاسخ به افکار منفی و احساس غمگینی فعال می شود و در واقع نوعی

سبک مقابله با خلق افسرده به شمار می‌آید (بارنهور و همکاران، ۲۰۰۹؛ روالوفس و همکاران، ۲۰۰۶). سندرم شناختی-توجهی شامل نشخوار فکری، پایش تهدید و رفتارهای مقابله‌ای ناسازگارانه است. این سندرم موجب تداوم غمگینی و باورهای منفی شده و به دوره‌های افسرده ساز منجر می‌شود (ولز، ۲۰۰۹).

نشخوار فکری یک سبک پاسخ‌دهی به خلق افسرده است که با فکر مکرر در مورد نشانه‌های بیماری، علل و پیامدهای ممکن مشخص می‌شود (دی جونگ میر و همکاران، ۲۰۰۹). مطالعات انجام شده در زمینه‌ی فراشناخت نشان می‌دهند که نشخوار فکری با آسیب‌پذیری به خلق افسرده و سایر نشانه‌ها، شروع دوره‌های افسردگی، تشدید و طولانی شدن آن‌ها مرتبط است (دی جونگ میر و همکاران، ۲۰۰۹؛ روالوفس و همکاران، ۲۰۰۶).

بر اساس مدل فراشناختی افسردگی، یک عامل برانگیزاننده موجب فعال شدن سطح دوم سیستم فراشناختی یعنی سیستم کارکرد اجرایی وابسته به نظارت می‌شود. این سیستم با ارزیابی افکار درونی با توجه به اهداف فردی و محدودیت‌های اجتماعی، شیوه‌ی مقابله با خلق افسرده را مشخص می‌کند (ولز، ۲۰۰۹). باورهای فراشناختی مثبت در مورد نشخوار فکری در سطح سوم قرار دارند. این باورها نیاز به درگیر شدن در نشخوار فکری درباره‌ی معنی و علل رویداد را مطرح می‌کنند. این فرآیند موجب تشدید علائم افسرده ساز می‌شود. در نتیجه‌ی تداوم علائم و شکست در کاهش این تفاوت شناختی، باورهای فراشناختی منفی فعال می‌شود (روالوفس و همکاران، ۲۰۰۶).

باورهای فراشناختی منفی نقش مهمی در افسردگی دارند. این باورها در مورد غیرقابل کنترل بودن، زیان‌ها و پیامدهای فردی و اجتماعی نشخوار فکری هستند و ارزیابی منفی از افکار یا احساسات را در بر می‌گیرند، مانند این که افسردگی خطرناک است (پاپاجورجیو و ولز، ۲۰۰۱؛ کرکران و سگال، ۲۰۰۸).

در درمان فراشناختی از طریق آموزش توجه، به بیمار آموزش کمک می‌کند تا فرایند نشخوار فکری را قطع کند. سپس باورهای فراشناختی منفی و مثبت بیمار درباره نشخوار فکری را به چالش می‌کشد. این درمان به جای افکار خودآیند منفی، فرایند نشخوار فکری را هدف مداخله قرار می‌دهد و به این ترتیب احتمال ورود به دوره‌های افسردگی اساسی کاهش می‌یابد (ولز، ۲۰۰۹).

درمان فراشناختی بر نقش باورها در سبک پردازش، فرایندهای توجهی مانند سوگیری توجهی، کنترل شناخت و محدودیت‌های ناپایدار در پردازش تمرکز می‌کند و با کاهش نشخوار فکری، باورهای مثبت و منفی فراشناختی به درمان افسردگی منجر می‌شود (پاپاجورجیو و ولز، ۲۰۰۰؛ ۲۰۰۱؛ ۲۰۰۴).

۴. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد ACT

Acceptance and Commitment Therapy

پروتکل درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد برای افسردگی

*این پروتکل خلاصه ای از کتابچه راهبر افسردگی "راب زتل" می باشد. که جلسات درمانی آن را می بایست به شکل زیر دنبال کنید:

· بررسی خلق و به روز رسانی مختصر

· ارتباط دادن با جلسه قبلی

· تنظیم دستور جلسه

· نقد و بررسی تکلیف

· تمرینات حمایتی بالقوه

· خلاصه نهایی

· اختصاص تکلیف

· بازخورد

اطلاعات مربوط به جلسات: اهداف، راهبردهای ممکن، تکالیف و تمرین های پیشنهادی

توجه: درمانگر باید با تلاش و حرکتی متوالی، به طور مناسب از طریق انجام قسمت های چک لیست زیر به مشکلات درمانجو پردازد، ممکن است لازم باشد ترتیب دقیق اجزاء را تغییر، و یا عنوان آن را حذف و یا دوباره اجزای خاصی را اضافه کند. لذا انتظار می رود که برخی از این اجزاء در جلسات متعددی مورد بحث قرار گیرد.

۵. درمان دیالکتیک (DBT) Dialectical Behavior Therapy

رفتار درمانی دیالکتیکی نوع خاصی از روان درمانی شناختی- رفتاری است که توسط مارشا لینهان تدوین شد. (یکی از

روش های درمانی موج سوم)

اهداف درمانی

روش رفتار درمانی دیالکتیکی (DBT) عمدتاً روانی- آموزشی است و بر اکتساب مهارت های رفتاری تأکید دارد. گرچه این تکنیک، روش انتخابی اختلال شخصیت مرزی است، اما برای درمان افسردگی نیز موثر است. در جلسات اولیه، اهداف مورد نظر با بیمار در میان گذاشته می شود و درمان جو و درمان گر پیرامون آنها بحث می کنند. به منظور موفقیت درمانی، لازم است که درمانگر تعهدی از درمانجو بگیرد، مبنی بر این که در راستای نیل به اهداف درمانی حرکت کند. زمانی که بیمار و درمان گر در مرحله پیش از شروع درمان هستند و تمرکز اصلی درمانگر بر ارزیابی و آشنا

سازی بیمار با DBT است، از بیماران خواسته می شود در مورد سه موضوع عمده تعهد کتبی یا شفاهی بدهند:

- ۱) برای یک سال زنده بمانند (یعنی ، دست به خود کشی نزنند).
- ۲) بر روی رفتارهای که موجب تداخل درمان می شود، تمرکز کرده و با درمان گر همکاری کنند.
- ۳) برای یک بازه ی زمانی مشخص (معمولاً یک سال) DBT را ادامه بدهند.

کاهش رفتارهای تهدید کننده ی زندگی (رفتارهای خودکشی گرایانه)

کاهش رفتارهای مخل درمان

کاهش رفتارهای مخل کیفیت زندگی

افزایش مهارت های رفتاری

کاهش فشار روانی پس از سانحه

افزایش احترام به خویشتن

آموزش مهارت ها

درمان دیالکتیک (آموزش مهارت ها)

۱ .مهارت های ذهن آگاهی

۲ .مهارت کارآمدی بین فردی

۳ .مهارت تحمل پریشانی (رنج)

۴ .مهارت تنظیم هیجانی

رفتاردرمانی دیالکتیکی دو مؤلفه اصلی دارد

۱ .جلسات هفتگی روان درمانی فردی، که در آن بر رفتار حل مسئله برای مسائل و مشکلات هفته پیش تاکید می شود. خودزنی ها و رفتارهای خودکشی گرایانه اولویت دارند و بعد رفتارهایی مورد بررسی قرار می گیرند که در سیر درمان مداخله می کنند. مسائل مربوط به کیفیت زندگی به طور کلی مورد بحث قرار می گیرند. جلسات روان درمانی فردی

همچنین بر کاهش واکنش های مربوط به اختلال استرس پس از سانحه و مقابله با آن ها تمرکز می شود و به افراد کمک می شود تا میزان احترامی که به خود می گذارند و نیز کیفیت تصویری که از خود در ذهن دارند بهبود پیدا کند. همچنین در جلسات فردی درمانگر به مراجع کمک می کند تا بسیاری از مهارت های بنیادی اجتماعی خود را یاد بگیرد و بهبود ببخشد.

۲. جلسات گروه درمانی، که عموماً دو و نیم ساعته است و با راهنمایی یک درمانگر آموزش دیده اداره می شود. در این جلسات افراد مهارت هایی را در چهار حوزه یاد می گیرند: اثربخشی بین فردی، مهارت های تحمل پریشانی، پذیرش واقعیت، تنظیم هیجان و مهارت های توجه آگاهی (mindfulness).

۶. درمان فعال سازی رفتار

فعال سازی رفتاری نوعی رفتار درمانی موج سوم است که برای درمان افسردگی تدوین شده است. این درمان یکی از انواع درمان های تحلیلی کارکردی است که بر پایه الگوی روان شناختی مدنظر اسکینر درباره تغییر رفتار قرار دارد. این الگو عموماً تحلیل رفتار نامیده می شود. این حوزه هم چنین بخشی از آنچه است که تحلیل رفتار بالینی نام دارد و یکی از موثرترین شیوه ها در کاربرد حرفه ای تحلیل رفتار را بازنمایی می کند.

بنیادهای نظری درمان فعال سازی رفتار

فعال سازی رفتاری از تحلیل مؤلفه رفتار درمانی شناختی پدیدار شد. این تحلیل دریافت که مؤلفه شناختی این درمان بخش کمی از پیامد درمانی افسردگی را تبیین می کند. مؤلفه رفتاری در کارهای اولیه پیتر لوینسون تنها بخش درمان بود و بنابراین گروهی از رفتارگرایی به این نتیجه رسیدند که اگر یک درمان رفتاری خالص را برای افسردگی به کار بگیرند مؤثرتر خواهد بود. این نظریه معتقد است: تقویت های محیطی کافی یا تنبیه های محیطی زیاد موجب افسردگی می شود. هدف مداخله آن است که تقویت های محیطی را افزایش و تنبیه های محیطی را کاهش دهد.

بنیادهای نظری فعال سازی رفتاری برای افسردگی تحلیل کارکردی است که چارلز فرستر درباره افسردگی انجام داده است. سه اتفاق باعث قوی تر شدن الگوی اصلی فارستر شد: اول توسعه بیشتر مطالعه اصول تقویتی که منجر به تدوین اصل جور شدن شد، دوم پیشرفت های نظری مداوم در کارکردهای احتمالی افسردگی و سوم نگاهی به تحلیل رفتار رشد کودک که به منظور تعیین الگوهای بلندمدت منجر به افسرده خویی انجام شد.

روش های انجام درمان در روش فعال سازی رفتار

یک فعال سازی رفتاری برای افسردگی این خواهد بود: از مشارکت کنندگان خواسته می‌شود تا سلسله مراتبی برای فعالیت‌های تقویت کننده ایجاد کنند که بعداً بر اساس سختی رتبه بندی خواهد شد؛ مشارکت کنندگان هدف‌هایشان را با بالین گرانی دنبال خواهند کرد که اقتصاد ژتونی را برای تقویت موفقیت‌های آن‌ها در پیشروی در سلسله مراتب فعالیت‌ها به کار می‌گیرند؛ مشارکت کنندگان قبل و بعد از این پیگیری هدف با پرسشنامه افسردگی بک مورد اندازه گیری واقع می‌شوند و تأثیر زیاد بر افسردگی آن‌ها نتیجه درمان خواهد بود.

نوع دیگری از فعال سازی رفتاری این گونه خواهد بود: از مراجعان خواسته می‌شود تا ازین نظر که اقدامات موجب هیجانات می‌شوند، رابطه بین اقدامات و هیجان‌اتشان را مورد توجه قرار دهند. یک نمودار ساعت به ساعت نظارت بر خود ایجاد می‌شود تا اقدامات و تأثیرشان بر خلق در طول یک هفته کامل پیگیری شود. نمره بندی ۱ تا ۱۰ برای هر تغییر خلق در یک ساعت استفاده می‌شود و هدف این است که چرخه های افسردگی شناخته شود. یک چرخه افسردگی زمانی شکل می‌گیرد که یک روش مقابله موقت افسردگی کلی را افزایش دهد، نظیر تسکین موقتی که از مصرف الکل یا دیگر داروها یا اجتناب یا فرار یا نشخوار ذهنی حاصل می‌شود.

وقتی الگوهای واکنش نا کارآمد یا چرخه‌ها مشخص شد، از واکنش‌های مقابله ای جایگزینی برای شکستن چرخه استفاده می‌شود. مراحل این روش این گونه است که فرایند برانگیزنده، پاسخ، الگوی اجتناب با فرایند برانگیزنده، پاسخ، پاسخ مقابله ای جایگزین جا به جا می‌شود. توجه خاصی به اندیشناکی می‌شود. اندیشناکی به عنوان رفتار اجتنابی به خصوصی دیده می‌شود که خلق را بدتر می‌کند. از مراجع خواسته می‌شود تا اندیشناکی را از این جهت که چه کارکردی دارد مورد ارزیابی قرار دهد، این اقدام باعث می‌شود تا مراجع شناخت بهتری از اندیشناکی و تأثیر هیجانی آن پیدا کند. مراجع تشویق می‌شود تا تجربه آنچه مورد اجتناب و اندیشناکی واقع می‌شود را به عنوان جایگزینی برای اندیشناکی و دیگر اقدامات بهبود دهنده و در عین حال مخرب خلق انتخاب کند.

روند کلی برنامه درمانی این گونه است: ارزیابی رفتار/خلق، انتخاب پاسخ جایگزین، انجام پاسخ‌های جایگزین، یکپارچه کردن این جایگزین‌ها، مشاهده نتایج و (آن وقت) ارزیابی کردن آن‌ها. هدف شناخت ارتباط بین اقدامات و پیامدهای هیجانی و همچنین جایگزینی نظام مند الگوهای رفتاری نا کارآمد با الگوهای رفتاری سازگارانه است. افزون بر این‌ها به کیفیت خواب و بهبود کارکرد اجتماعی توجه می‌شود.

۷. رویکردهای میان فردی

سه مرحله کلی:

ارزیابی اندازه و ماهیت افسردگی فرد با مقیاس های کمی، مصاحبه برای مشخص کردن عواملی که موجب دوره کنونی شده است، داروهای ضدافسردگی بسته به نوع نشانه ها

تدوین برنامه درمان با تمرکز بر مشکل اصلی (سوگ، اختلافات میان فردی، انتقال های نقش، مهارت های اجتماعی نامناسب) .

اجرای درمان بسته به ماهیت مشکل ، ترکیبی از روش های خودکاووش گری، تامین حمایت، آموزش درباره افسردگی، بازخورد دادن درباره مهارت های اجتماعی است .

این درمان به جای گذشته بر حال تمرکز دارد.

برای کسانی که نمی توانند دارو مصرف کنند درمان مناسبی است و توسط پرسنل غیرپزشکی یا خود درمان جویان قابل اجراست.

درمان میان فردی و ریتم اجتماعی

نوعی رویکرد زیستی روانی اجتماعی برای درمان اختلال دوقطبی

دراین دیدگاه ، علت برگشت اختلال ناشی از تجربه وقایع استرس زا، اختلال در ریتم های شبانه روزی و مشکلات بین فردی است.

هم چنین بروز دوره های خلقی ناشی از پیروی نکردن از دارو، وقایع استرس زا و اختلال در ریتم های اجتماعی است.

هدف این درمان ثبات دادن به ریتم های اجتماعی است.

آموزش پیروی از دارو، کاوش احساسات درباره اختلال، کسب بینش در مورد شیوه ای که این اختلال زندگی آنها را تغییر داده است، توجه دقیق به زندگی روزمره و وقایعی که فرد را تحریک می کند، درجه ای که وقایع مثبت و منفی بر روال روزانه تاثیر می گذارد.

کاهش استرس میان فردی به چند دلیل اهمیت دارد: وقایع استرس زا بر ریتم شبانه روزی تاثیر می گذارند، زیرا : دستگاه عصبی خودمختار برانگیخته می شود، وقایع زندگی (هم استرس زا هم غیراسترس زا) در روال روزانه تغییر ایجاد می کنند، عوامل استرس زا بر خلق فرد تاثیر می گذارند و ریتم های اجتماعی را تغییر می دهند.

قوی ترین حمایت در تحقیقات برای درمان اختلالات خلقی: درمان شناختی رفتاری – درمان رفتاری ، مخصوصا برای افسردگی نه چندان شدید یا مزمن

اختلالات افسردگی یا دوقطبی شدیدتر غیر از دارو از درمان شناختی رفتاری، رفتاری و میان فردی بهره مند می شوند.

۸. خانواده درمانی زوج درمانی

در این روش با تاکید بر این مساله که عوامل استرس زای روانی / اجتماعی هم عامل پیدایش وهم عامل تشدید بیماری های روانی از جمله افسردگی است ، با تکنیک های زوج درمانی و خانواده درمانی به بیماران افسرده کمک می شود تا در محیط خانواده روابط خود را بهبود بخشند . مثلا در خانواده درمانی به افزایش سطح آگاهی خانواده درمورد بیماری افسردگی و آموزش نحوه همکاری با بیمار و کنار آمدن با بیماری پرداخته می شود و در شیوه زوج درمانی به جای فقط تمرکز کردن بر افسردگی همسر ، بر اختلافات زناشویی متمرکز می شود.

تحقیقات نشان داده است که زوج درمانی در کاهش افسردگی همسر بیمار و افزایش رضایت زناشویی از درمان شناختی موثرتر بوده است (بیچ و جونز، ۲۰۰۲).