

درمان افسردگی

فراشناخت درمانی، درمان شناختی-رفتاری،

و درمان‌های موج سوم

فهرست مطالب

۷.....	مقدمه مترجم
۹.....	مشارکت‌کنندگان و همکاران
۱۱.....	پیشگفتار

بخش ۱: ارزیابی، شیوع و نتایج درمان

۱۶.....	ماهیت افسردگی	۱
۴۳.....	ارزیابی افسردگی	۲
۷۷.....	کارایی درمان شناختی-رفتاری برای افسردگی	۳
۱۱۴.....	فرآیندها و درمان‌های روان-زیست شناختی افسردگی	۴

بخش ۲: مدل‌های روان‌شناختی از افسردگی

۱۵۵.....	نظریه طرحواره افسردگی	۵
۱۸۷.....	نظریه فراشناختی: پیشینه نظری و مدل افسردگی	۶
۲۱۸.....	نظریه پذیرش و تعهد افسردگی	۷
۲۴۸.....	نظریه شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی	۸
۲۸۱.....	نظریه فعال‌سازی رفتاری	۹
۳۰۵.....	نقدی بر مدل‌های نظری افسردگی: ویژگی‌های مشترک و متمایز	۱۰

بخش ۳: درمان‌هایی برای افسردگی

۳۳۰.....	مقدمه‌ای بر بخش ۳: مطالعه موردی	
۳۳۴.....	درمان شناختی-رفتاری برای افسردگی	۱۱
۳۶۷.....	فراشناخت درمانی برای افسردگی	۱۲
۳۹۶.....	درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد: کاربرد در درمان افسردگی بالینی	۱۳
۴۲۹.....	درمان افسردگی حاد با درمان شناختی مبتنی بر ذهن‌آگاهی	۱۴
۴۶۱.....	درمان فعال‌سازی رفتاری برای افسردگی	۱۵
۴۹۳.....	نقد رویکردهای درمانی افسردگی: ویژگی‌ها و خصوصیات متمایز	۱۶
۵۱۹.....	خاتمه	
۵۲۱.....	واژه‌نامه انگلیسی به فارسی	
۵۲۵.....	واژه‌نامه فارسی به انگلیسی	

مقدمه مترجم

آنچه پیش رو دارید، خطوط کلی درمان شناختی-رفتاری و درمان های موج سوم برای اختلال افسردگی است. من قصد دارم در این بخش به طور خلاصه به تاریخچه موج اول، دوم و سوم بپردازم، امیدوارم آگاهی از این مطالب به فهم عمیق تر و دقیق تر کمک کند. در دهه ۱۹۶۰، روان‌درمانی با موج اول رفتاردرمانی به دنبال ادغام اصول علمی سخت‌گیرانه در نظریه و عمل بود. بنابراین رفتارگرایان در برابر برخی رویدادهای روان‌شناختی به دلیل مغایر بودن با اصول فلسفه علم هم‌چون مشاهده‌پذیری و اندازه‌گیری می‌ایستادند. موج اول رفتاردرمانی براساس نظریه‌های شرطی‌سازی کلاسیک پاولف، شرطی‌سازی عامل اسکینر و واتسون و برخی دیگر نظریه‌ها پا به عرصه درمان‌های روان‌شناختی گذاشت و در دو دهه به اوج خود رسید. موج اول بیشتر با درمان‌های مبتنی بر بررسی‌های آزمایشگاهی و حیوانی رفتار و یادگیری آغاز شد و با تاکید بر مدل S-R در تبیین اختلالات روانی پرداخت.

در کنار این رویکرد، دیدگاه‌های دیگری هم جریان داشت که مبتنی بر مدل S-O-R بود. مدل شناختی جعبه سیاه ذهن انسان را به‌طور عینی و تجربی و کمی‌پذیر مورد مطالعه و مداخله قرار داد و دیگر از انتقادهای دوران درون‌نگری روانشناسی خبری نبود. همگام با مطرح شدن متغیرهای شناختی در نظریه‌های روان‌درمانی هم‌چون نظریه منبع کنترل راتر، نظریه یادگیری مشاهده‌ای بندورا، نظریه سازه‌های شخصی جورج کلی و نظریه رفتاردرمانی عقلانی و هیجانی الیس، آرون بک در دهه ۱۹۷۰ با ترکیب تز رفتاری با آنتی‌تز شناختی در ایجاد موج دوم نقش اساسی ایفا کرد. دیری نپایید که درمان شناختی-رفتاری آن‌قدر رشد و تحول یافت که برای اکثر اختلالات روان‌شناختی به ارائه مدل‌های نظری و عملی پرداخت و یک‌ه‌تاز روان‌درمانی در اکثر کشورهای جهان شد. علی‌رغم اثربخشی مبتنی بر شواهد درمان شناختی-رفتاری این درمان با چالش‌های زیادی روبرو بود.

رویکردهای درمانی موج سوم در پاسخ به چالش‌های درمان شناختی-رفتاری ایجاد

شد و بزرگترین نقادان موج دوم صاحب‌نظرانی بودند که در درمان شناختی-رفتاری تعلیم دیده بودند. یکی از مهم‌ترین نقدها به مولفه هیجان که کمتر در موج اول و دوم بررسی شده بود مربوط می‌شد. ما در درمان‌های موج سوم شاهد مورد تأکید قرار گرفتن مولفه هیجانی در مفهوم‌پردازی‌های آسیب‌شناختی و درمانی هستیم. مولفه پذیرش هم به معنای قبول تجارب هیجانی و رنج و هم به معنای پذیرش وجود مشکل که باید بدان پرداخت، به موضوع مورد علاقه درمانگرهای موج سوم تبدیل شد. تغییر دیدگاه از مدل محتوایی به فرآیندی آسیب‌شناسی شناختی و همچنین توجه به نقش معنا، گفتار، زبان، بافت، فراشناخت و ذهن‌آگاهی جایگاه ویژه‌ای در درمان‌های موج سوم دارد. ارزشمندی این رویکردها در این است که از سنت علمی-تجربی موج دوم فاصله نگرفته‌اند و درست است که زود است درباره آن قضاوت نکنیم ولی در همین اندک زمان شواهد قابل توجهی را ارائه داده‌اند.

کتاب حاضر که جامع‌ترین و جدیدترین اثر آدرین ولز و پیتر فیشر است، به چند دلیل منحصر به فرد است. اولاً، محتوای این کتاب، یک توصیف جامع و دقیق از ماهیت افسردگی و نظریه‌های موج سوم و فرآیندهای درمانی مختص اختلال ارائه می‌دهد. دوماً، سبک نگارش کتاب، کاملاً بالینی و کاربردی است و سعی شده است علم و عمل را پوشش بدهد. سوماً، ویراستاران، از چهره‌های معتبر درمان شناختی-رفتاری و درمان‌های موج سوم در سطح جهان هستند. هر فصل کتاب را متخصصی صاحب نام در رشته کاری خود به رشته تحریر درآورده است. فصل‌های کتاب سرشار از ایده‌ها، نکات و اشارات جالب برای تحقیق و بررسی است.

در پایان از جناب آقای دکتر ارجمند که همراه ما در ترجمه متن اصلی کتاب بودند، کمال تشکر را داریم. از زحمات همکاران تلاشگرمان در انتشارات ارجمند، صمیمانه سپاسگزاری می‌کنیم. اگرچه کاستی‌ها و نقص‌های کتاب بر عهده مترجمان است ولی بی‌تردید برای رفع ایرادات و اشتباهات بی‌صبرانه منتظر بازخوردها و اظهارنظرهای اساتید گرانقدر و دانشجویان گرامی هستیم.

حسین فرخی

زمستان ۱۴۰۰

پیشگفتار

افسردگی اختلال روانی بسیار رایجی است که بیش از ۱۲۰ میلیون نفر در سراسر دنیا را تحت تأثیر قرار داده است. تقریباً ۱۵-۱۰٪ از کل جمعیت در طول زندگی‌شان مبتلا به افسردگی می‌شوند. بار فردی، اجتماعی و اقتصادی ناشی از افسردگی بسیار بالا است و افسردگی علت اصلی ناتوانی در دنیا می‌باشد. خوشبختانه روش‌های روان‌درمانی موثری برای افسردگی وجود دارد. یکی از مداخلاتی که بیش از بقیه تحت مطالعه قرار گرفته «درمان شناختی-رفتاری (CBT)» است که از راهبردهای شناختی و رفتاری تشکیل شده است. این دو مولفه درمان شناختی-رفتاری تحت عنوان درمان شناختی (CT) و فعال‌سازی رفتاری (BA)، هر دو به یک میزان موثر هستند. حجم بالای حمایت تجربی از این رویکردها باعث شده آنها در دستورالعمل‌های مراقبت بهداشتی به عنوان اولین روش روان‌درمانی برای افسردگی توصیه شوند. طی بیست سال گذشته، درمان‌های جدیدتری نیز در پی شناخت بیشتر محدودیت‌های درمان شناختی-رفتاری ظهور پیدا کردند. تقریباً نیمی از بیمارانی که تحت درمان شناختی-رفتاری و روش‌های رفتاری قرار گرفتند از لحاظ افسردگی درمان شدند، درحالی‌که نیم دیگر بیماران - که رقم قابل توجهی است - واکنش مختصری به این درمان نشان دادند یا اصلاً به این نوع درمان پاسخ ندادند. همچنین، در میان کسانی که بهبود پیدا می‌کنند، بیماری در تعداد قابل توجهی عود می‌کند که نمی‌توان آن را نادیده گرفت. فقط یک سوم از بیماران یک سال پس از تکمیل مداخلات روان‌درمانی علائم افسردگی را نشان نمی‌دهند.

شواهد نشان می‌دهد که باید از تعداد زیادی رویکردهای درمانی استفاده کنیم تا دامنه درمانی گسترده‌تری را به پزشکان و بیماران ارائه دهیم. علاوه بر آن، باید به دنبال درمان‌های کارآمدتر و فوری‌تر باشیم. خوشبختانه، این حیطه به لطف ایده‌ها و تکنولوژی‌های جدید همچنان رو به جلو است. این پیشرفت باعث توسعه درمان

فرانشناختی (MCT)، درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی (MBCT) و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) شده است. این رویکردها بر اساس مدل‌های نظری گوناگون درباره علل افسردگی و حفظ آن بوده‌اند. اما هنوز نمی‌دانیم که آیا این رویکردهای اضافی کارآمدتر از درمان شناختی-رفتاری یا فعال سازی رفتاری خواهند بود یا خیر، و نمی‌توانیم این مسئله را بفهمیم چون در مورد ویژگی‌های متمایز این رویکردها ابهاماتی وجود دارد.

متأسفانه، مرزها و یکپارچگی این رویکردهای جدید همیشه حفظ نمی‌شود. در محیط‌های بالینی، درمانگرها تمایل دارند از تکنیک‌ها و اصول درمان شناختی-رفتاری با ترکیب رویکردهای دیگر استفاده کنند که در این صورت برخی از اصول پایه‌ای هر یک از مدل‌ها را نقض می‌کنند. چرا باید به این مسئله توجه شود؟ دو دلیل عمده وجود دارد: اول اینکه، تکنیک‌های برگرفته از رویکردهای مختلف همیشه سازگار با یکدیگر عمل نمی‌کنند، ممکن است یکدیگر را باطل کنند، اثرات نامطلوبی بر مکانیزم‌های علت و معلولی بگذارند و کارایی را کاهش دهند. دوم اینکه، وقتی این تکنیک‌ها با یکدیگر ادغام می‌شوند دیگر نمی‌توانیم رویکرد حاصل را به درستی تحت یک ارزیابی کنترل شده قرار دهیم؛ این امر مانع از سنجش کارایی نسبی و مطلق درمان‌های جدیدتر می‌شود.

اگر درمان‌های روانشناختی افسردگی به شایستگی ارائه شوند و با سطح بالایی از وفاداری به درمان همراه باشند، متخصصان باید اختلافات بنیادی و ویژگی‌های متمایز هر رویکرد را تشخیص داده و درک کنند. هرچند، دشواری رسیدن به این سطح دانش اغلب دست‌کم گرفته می‌شود زیرا برخی از سازه‌های موجود در رویکردهای درمانی مشابه به نظر می‌رسند اما از لحاظ درجه تخصص و مفهوم با یکدیگر فرق دارند.

هدف کتاب حاضر پرداختن به این مسائل است. اول اینکه، قصد داشتیم رویکردهای مبتنی بر شواهد، کارآمد و نوظهور را برای درمان افسردگی بکار گیریم. این کتاب در واقع یک کتابچه راهنمای درمان برای درمانگران و محققان است. دوم اینکه، هدف ما ارائه ی یک ابزار برای نمایش اختلافات مفهومی و کاربردی مهم بین درمان‌های گوناگون است. سوم اینکه، قالبی را طراحی کردیم که انطباق بین نظریه

روانشناختی و اجرای رویکردهای مختلف را با دقت موشکافی می‌کند. در نتیجه، این کتاب به سه بخش تقسیم می‌شود. بخش اول شامل چهار فصل است که یک مرور کلی از ماهیت اختلال افسردگی اساسی، سنجش بالینی افسردگی، مروری بر اثربخشی درمان شناختی-رفتاری و گزارشی از فرآیندهای روانشناختی و روان-زیست شناختی افسردگی ارائه می‌دهد. بخش دوم مبانی نظری پنج مداخله روانی را مطرح می‌کند و با نقد پنج نظریه که به شباهت‌ها و تفاوت‌های بین مدل‌های هر درمان تأکید دارند به پایان می‌رسد. در بخش سوم، به طرفداران هر یک از رویکردها با یک مطالعه موردی فرضی می‌پردازیم (که مقدمه این بخش را تشکیل می‌دهد). در پاسخ، آنها یک کتابچه راهنمای مختصر را تهیه کرده‌اند که هر مرحله از درمان را به تصویر می‌کشد - ارزیابی، فرمول‌بندی موردی و روش‌های درمان - و به همان مطالعه موردی ارجاع داده می‌شود. این بخش با نقدی بر مولفه‌های متمایز هر درمان به پایان می‌رسد. درمان افسردگی بوسیله شرکت کنندگان گوناگون امکان‌پذیر بوده و بخاطر به اشتراک گذاشتن دانش و مهارت‌های‌شان از آنها کمال تشکر و قدردانی را داریم. بدون مشارکت قابل توجه آنها نمی‌توانستیم به فصول بپردازیم و درد و رنج انسان را تسکین دهیم.

دکتر آدرین ولز

دکتر پیتر ال. فیشر

بخش ۱

ارزیابی، شیوع و نتایج درمان

ماهیت افسردگی

مارتین کانر، آدرین ولز و پیتر ال. فیشر

مقدمه

غم و ناامیدی تجارب مشترک بسیاری از انسان‌ها هستند که به لحاظ تاریخی انعکاسی از بافت فرهنگی می‌باشند. پیشینه تاریخی حاکی از آن است که علت اختلال خلقی حاد به یک بیماری فیزیکی مربوط می‌شد که فرد بیمار هیچ‌گونه مسئولیتی در قبال آن نداشت. علائم اختلال خلقی حاد یا مالیخولیا عبارت‌اند از غم و اندوه شدید، ناتوانی در عملکرد و توهمات مکرر. چنین تصور می‌شد که علت مالیخولیا عدم تعادل «هورمون‌های بدن» می‌باشد. بالعکس، گزارشات مربوط به مشکلات خلقی شدید نشان می‌داد که بیمار در نهایت مسئول این مشکلات بود. در اوایل مسیحیت، تداخل عواطف و رفتارهای نامطلوب با وظایف مذهبی «گناه رخوت و سستی» نامیده می‌شد. این حالت به تبلی یا «عدم توجه» نسبت داده می‌شد و علائم آن بی تفاوتی، از دست دادن امید، خواب آلودگی و تمایل به فرار از صومعه بود. هرچند، رخوت و سستی معادل با غم و اندوه عادی نبود زیرا راهب قرن چهارم، جان کاسین، آن را «دشمن خطرناک» نامید که «شبهه غم و اندوه» بود. این شرح وقایع تاریخی از «نشانگان» مالیخولیا و رخوت و سستی با افسردگی اساسی که بر اساس نظام‌های تشخیصی مدرن تعریف می‌شد ارتباط چندانی ندارد. به این مسئله در بخش بعدی پرداخته خواهد شد.

تشخیص اختلال افسردگی اساسی

افسردگی اساسی یک اختلال شایع اما از لحاظ بالینی ناهمگون است که با بیماری‌های دیگری نیز همراه است. روش‌های تشخیصی فعلی ترکیبی از علائم روانی و رفتاری را از طریق مصاحبه‌های بالینی ساختاربندی شده شناسایی می‌کنند (برای کسب اطلاعات بیشتر در مورد مقیاس‌ها و روندهای ارزیابی به فصل دوم مراجعه کنید). اختلال افسردگی اساسی (MDD) بر اساس ویرایش فعلی (پنجم) کتابچه راهنمای آماری و تشخیصی اختلالات روانی انجمن روانپزشکی آمریکا (APA؛ DSM-V)؛ WHO؛ ICD-10)؛ یا طبقه‌بندی بین‌المللی بیماری‌ها سازمان بهداشت جهانی (۲۰۱۳) (۱۹۹۳) تشخیص داده می‌شود. از آنجایی که افسردگی اساسی یک اختلال به شدت راجعه است، هر دو مرجع یاد شده آن را در قالب شیوع یک «دوره افسردگی» تعریف می‌کنند، که این دوره در واقع «دوره افسردگی اساسی» (MDE) نیز نامیده می‌شود. معیارهای تشخیصی برای یک دوره افسردگی در هر دو منبع مشابه است. هم کتابچه DSM-V و هم ICD-10 افسردگی راجعه را بصورت شیوع دو یا چند دوره افسردگی با فاصله حداقل دو ماه بدون مشاهده معیارهای افسردگی تعریف می‌کنند. در کتابچه راهنمای DSM-V عبارت «اختلال افسردگی اساسی» (MDD) به شیوع یک یا چند دوره افسردگی اساسی اشاره دارد.

افسردگی اساسی اختلالی است که از لحاظ بالینی ناهمگون است. معیارهای تشخیصی به گونه‌ای طراحی شده‌اند که چنین ناهمگونی‌ای را نشان دهند؛ یعنی اشخاص افسرده با علائم مختلف در یک گروه تشخیصی یکسان قرار داده می‌شوند. مثلاً، دو نفری که یک دوره افسردگی اساسی در آنها تشخیص داده شود ممکن است هر دو دچار حالت افسرده و مشکلات تمرکز شوند. هرچند، یکی از آنها می‌تواند علائم کاهش وزن و بیخوابی را نیز نشان دهد، در حالی که دیگری دچار افزایش وزن شدید و پرخوابی شود. این اختلافات برای انتخاب درمان مناسب و پیش‌بینی بیماری حائز اهمیت هستند؛ بنابراین، کتابچه DSM-V مشخصات انواع افسردگی و شدت دوره آن را شرح می‌دهد.

معیارهای تشخیصی برای اختلال افسردگی اساسی

تشخیص یک دوره افسردگی اساسی مستلزم آن است که حداقل پنج علامت از علائم فهرست شده در جدول ۱.۱ برای یک دوره به مدت حداقل دو هفته در فرد مشاهده شود. مهم است که، یکی از علائم «خُلُق افسرده» یا «عدم لذت از فعالیت های روزمره» باشد. همچنین این علائم باید از لحاظ بالینی به سطح معناداری برسند که در این صورت معمولاً عملکرد شغلی و اجتماعی فرد را نیز به خطر می اندازند.

جدول ۱.۱. خلاصه ملاک های DSM-V برای یک دوره افسردگی اساسی.

ملاک های تشخیصی اختلال افسردگی اساسی (Major Depressive Disorder/ MDD)

ملاک A

پنج (یا تعداد بیشتر) از علائم زیر در طول مدت ۲ هفته وجود داشته باشند و انحراف از عملکرد قبلی را نشان می دهند؛ حداقل یکی از نشانه ها یا (۱) خُلُق افسرده و یا (۲) از دست رفتن علایق یا لذات هست.

نکته: نشانه هایی را که آشکارا ناشی از بیماری جسمانی دیگر هستند، منظور نکنید.

۱. خُلُق افسرده در بخش عمده روز، تقریباً هرروز، به صورتی که توسط گزارش ذهنی (مثلاً احساس می کند غمگین، پوچ، یا ناامید است) یا مشاهده دیگران (مثلاً بیمناک به نظر می رسد) به آن اشاره شده باشد. (نکته: در کودکان و نوجوانان می تواند خُلُق تحریک پذیر باشد).
۲. کاهش محسوس علاقه یا لذت در تمام، یا تقریباً تمام فعالیت ها در بخش عمده روز، تقریباً هرروز (که با گزارش ذهنی یا مشاهده به آن اشاره شده باشد).
۳. کاهش وزن قابل ملاحظه به هنگامی که رژیم گرفته نشده است یا افزایش وزن (مثلاً تغییر بیشتر از ۵ درصد وزن بدن در ماه)، یا کاهش یا افزایش اشتها تقریباً هرروز. (توجه: در کودکان، ناتوانی در کسب وزن مورد انتظار).
۴. بی خوابی یا پرخوابی در تقریباً همه ی روزها.
۵. سراسیمگی یا کندی روانی - حرکتی تقریباً هرروز (باید توسط دیگران تأیید شود، نه صرفاً احساس ذهنی بی قراری یا کند بودن).
۶. خستگی یا فقدان انرژی تقریباً هرروز.
۷. احساس بی ارزشی یا احساس گناه بیش از حد یا نامتناسب (که ممکن است هذیانی باشد) تقریباً هرروز (نه فقط سرزنش کردن خود یا احساس گناه به خاطر بیمار بودن).
۸. کاهش توانایی فکر یا تمرکز کردن، یا دودلی، تقریباً هرروز (خواه به وسیله گزارش ذهنی یا

مشاهده دیگران).

۹. افکار مکرر مربوط به مرگ و نه فقط ترس از مردن، افکار مکرر خودکشی بدون برنامه خاص، یا اقدام به خودکشی یا برنامه خاص برای دست زدن به خودکشی.

ملاک B

نشانه‌ها ناراحتی یا اختلال چشمگیر بالینی در عملکرد اجتماعی، شغلی یا زمینه‌های مهم دیگر عملکرد ایجاد می‌کنند.

ملاک C

این دوره ناشی از تأثیرات فیزیولوژیکی مواد یا بیماری جسمانی دیگری نیست. نکته اول: ملاک‌های a و c بیانگر دوره افسردگی اساسی هستند.

نکته دوم: واکنش در مقابل صدمه‌ای مهم (مثل داغ‌دیدگی، ورشکستگی، صدمات ناشی از بلایای طبیعی، بیماری یا معلولیت جسمانی جدی) ممکن است احساس غمگینی شدید، تأمل کردن درباره صدمه، بی‌خوابی، اشتها کم، یا کاهش وزن را که در ملاک a ذکر شدند در برداشته باشند که امکان دارد شبیه دوره افسردگی باشند. گرچه این نشانه‌ها ممکن است قابل درک بوده یا متناسب با صدمه در نظر گرفته شده باشند، اما وجود افسردگی اساسی علاوه بر پاسخ طبیعی به صدمه مهم نیز باید به دقت در نظر گرفته شود. این تصمیم لزوماً استفاده از قضاوت بالینی را بر اساس سابقه فرد و هنجارهای فرهنگی برای ابراز ناراحتی در زمینه صدمه، ایجاب می‌کند.

ملاک D

وقوع دوره افسردگی اساسی با اختلال اسکیزوافکتیو، اسکیزوفرنی، اختلال اسکیزوفرنی فرم، اختلال هذیانی، یا طیف اسکیزوفرنی مشخص یا نامشخص دیگر و اختلالات روان‌پریشی دیگر بهتر توجیه نمی‌شود.

ملاک E

هرگز دوره مانیک یا دوره هیپومانیک وجود نداشته است.

بررسی دقیق تر ۹ علائم اصلی افسردگی در جدول ۱.۱ نشان می‌دهد افرادی که دارای معیارهای تشخیصی برای یک دوره افسردگی هستند ممکن است چند علائم را به طور مختصر دارا باشند. با وجود این، محققان و پزشکان مشاهده کرده‌اند که به نظر علائم مختلف افسردگی واکنش متفاوتی به درمان می‌دهند. در نتیجه، بازبینی‌های پی در پی کتابچه DSM از نسخه سوم شاخص‌هایی را درج کرده است که خصوصیات بالینی مهمی برای دوره‌های افسردگی به شمار می‌روند. این شاخص‌های دوره با شدت

علائم، وضعیت بهبودی، مزمن بودن بیماری و شاخص های علائم که انواع افسردگی را مشخص می کنند ارتباط دارند.

شیوع شناسی افسردگی اساسی

مطالعه شیوع اختلالات روانی از زمان جنگ جهانی دوم آغاز شده است. با این حال، برآوردهای شیوع این بیماری دامنه گسترده ای دارد زیرا از روش های متفاوتی استفاده شده است. برآورد اولیه شیوع اختلال افسردگی اساسی بر مبنای ابزار آزمایشی انجام شد که مطابق با هدف نبودند. دو مشکل اساسی وجود داشت: (۱) ابزار آزمایش حساسیت ضعیفی داشتند یا چندان تخصصی نبودند (یا هر دو)؛ این امر سبب شد از میزان اطمینان به برآوردهای شیوع بیماری کاسته شود؛ و (۲) استفاده از ابزار مختلف بین مطالعات مختلف مانع از تفسیر نتایج شد. این مشکل چندان مهم نبود زیرا سازمان بهداشت جهانی مصاحبه تشخیصی بین المللی ترکیبی (CIDI) را در دهه ۸۰ برگزار کرد تا نرخ شیوع روانی را بر اساس معیارهای استاندارد بین کشورها مقایسه کند. مصاحبه تشخیصی بین المللی ترکیبی بر اساس برنامه مصاحبه تشخیصی بود و به گونه ای طراحی شده بود که توسط مصاحبه کنندگان غیر متخصص برگزار می شد. این مصاحبه از تشخیص های روان پزشکی بر مبنای هر دو معیار DSM و ICD پشتیبانی می کرد. با این حال، نسخه اصلی CIDI به گونه ای طراحی نشده بود که داده های بالینی و جمعیت شناختی دقیق را شامل شود. این امر بدین معنا است که کشورها فقط از لحاظ مجموع نرخ شیوع با یکدیگر قابل مقایسه بودند.

مصاحبه تشخیصی بین المللی ترکیبی (نسخه سوم) برای برنامه ارزیابی بهداشت روانی جهانی (WMHS) طراحی شده بود تا اکتساب و مقایسه داده های شیوع شناسی روانی را در کشورهای شرکت کننده تسهیل بخشد. علاوه بر تعیین مقدار طول عمر و تشخیص های ۱۲ ماهه بر اساس معیارهای DSM-IV و ICD-10، همچنین شامل آیتم هایی بود که داده های مربوط به شدت، جمعیت شناسی، کیفیت زندگی و ناتوانی را ارزیابی می کردند. برخلاف نسخه های قبلی، مصاحبه تشخیصی بین المللی ترکیبی

(نسخه سوم) شامل پرسش‌هایی بود که قابلیت اطمینان یادآوری شرح حال خود بیمار را بالا می‌برد. سخت‌گیری در روش مصاحبه تفاسیر متفاوتی از مصاحبه تشخیصی بین‌المللی ترکیبی (نسخه سوم) ایجاد کرد که باعث شد «مبنای» مقایسه یافته‌های شیوع‌شناسی در کشورهای شرکت‌کننده برنامه ارزیابی بهداشت روانی جهانی شود. دو نظرسنجی بزرگ مقیاس در چهارچوب برنامه ارزیابی بهداشت روانی جهانی به طور ویژه شیوع‌شناسی اختلال افسردگی اساسی را بررسی کردند. این مصاحبه‌ها عبارت‌اند از «مطالعه اروپایی شیوع‌شناسی اختلالات روانی» (ESEMEd) و «مطالعه مکرر همبودی ملی در آمریکا» (NCS-R).

نرخ‌های کلی شیوع اختلال

نظرسنجی‌های NCS-R و ESEMEd برآورد کردند که شیوع ۱۲ ماهه اختلال افسردگی اساسی بر اساس معیارهای DSM-IV برابر با ۶/۶ درصد در بزرگسالان آمریکایی و ۴/۱ درصد در بزرگسالان اروپایی است. به طور مطلق می‌توان گفت که این نتایج نشان می‌دهند حداقل ۱۳/۱ میلیون بزرگسال آمریکایی یک دوره افسردگی اساسی را در سال گذشته تجربه کرده‌اند. از لحاظ نرخ طول عمر، ۱۶/۲ درصد از آمریکایی‌ها و ۱۳/۴ درصد از اروپایی‌ها حداقل یک دوره افسردگی را تجربه می‌کنند. از لحاظ علائم‌شناسی DSM-IV، نتایج NCS-R برآورد کرد که ۱۰ درصد از افرادی که در چهارچوب زمانی شیوع ۱۲ ماهه و بر اساس پرسشنامه فوری علائم افسردگی (خود گزارش دهی) (QIDS-SR) به عنوان افرادی افسرده شناسایی شدند مبتلا به افسردگی خفیف، ۳۹ درصد افسردگی متوسط، ۳۸ درصد افسردگی حاد و ۱۳ درصد مبتلا به افسردگی خیلی حاد بودن. از این رو، ۵۱ درصد از افراد در نمونه NCS-R مبتلا به علائم بالینی حاد و خیلی حاد بودند که این امر بر اهمیت افسردگی اساسی به عنوان یک مشکل جدی برای سلامت عمومی تأکید دارد.

نرخ‌های شیوع اختلال بر اساس سن و کشور

مطالعه ESEMeD نشان داد که شیوع ۱۲ ماهه هرگونه اختلال روانی در گروه سنی ۱۸ تا ۲۴ سال در بالاترین میزان و در گروه سنی بالای ۶۵ سال در کمترین میزان قرار دارد. نتایج قابل مقایسه‌ای برای شیوع اختلال افسردگی اساسی در NCS-R یافت شد؛ در این نمونه، نرخ‌های شیوع ۱۲ ماهه و مادام‌العمر افسردگی در جوانترین گروه (۱۸ تا ۲۹ سال) به طور معناداری بالاتر از گروه بالای ۶۰ سال بود. با این حال، اختلافات بین گروه‌های سنی می‌توانند تابعی از قواعد حذف سلسله مراتبی افراد باشند؛ این قواعد در زمان همبودی جسمانی معمولاً مانع از تشخیص اختلال افسردگی اساسی می‌شوند. ممکن است نرخ شیوع ۱۲ ماهه کمتر برای گروه‌های مسن‌تر در NCS-R ساختگی باشد زیرا سطح بالاتر همبودی جسمانی در بزرگسالان مسن‌تر مانع از تشخیص یک دوره افسردگی می‌شود. به جهت بررسی این احتمال، کسلر و همکارانش (۲۰۱۰) داده‌های برنامه ارزیابی بهداشت روانی جهانی را با قواعد حذف جسمانی و سلسله مراتبی مجدداً تجزیه و تحلیل کردند؛ این کار باعث شد افسردگی همراه با اختلال جسمانی نیز درج شود. نتایج نشان داد که نرخ‌های بالاتر همبودی جسمانی مسئول نرخ‌های پایین‌تر افسردگی (که معمولاً در گروه‌های مسن‌تر در کشورهای توسعه یافته مشاهده می‌شود) نبوده است. تحلیل تمام کشورهای توسعه یافته در برنامه ارزیابی بهداشت روانی جهانی نشان داد که شیوع ۱۲ ماهه اختلال افسردگی اساسی برای گروه مسن‌تر به طور معناداری کمتر از گروه جوانتر بود. هرچند، مدت زمان دوره افسردگی با بالا رفتن سن افزایش می‌یابد. در کشورهای توسعه یافته، میانگین این دوره در جوانترین گروه به مدت ۲۵ هفته باقی ماند، در مقایسه، این دوره در مسن‌ترین گروه ۳۱ هفته ماندگار شد.

جنسیت و شیوع اختلال افسردگی اساسی

یکی از سازگارترین یافته‌های شیوع‌شناسی درباره اختلال افسردگی اساسی این است که نرخ شیوع این بیماری در زنان معمولاً دو برابر مردان است. مطالعه ESEMeD و NCS-R نتیجه گرفتند که نرخ شیوع ۱۲ ماهه و مادام‌العمر اختلال افسردگی اساسی برای زنان تقریباً دو برابر مردان است. شیوع بالاتر این بیماری در زنان در دوره