

مروری بر افسردگی از علائم تا درمان

An Overview of Depression From Symptoms to Treatment

Masumeh Fakhari Chamachar

Graduated from Master's degree in clinical psychology, Khalkhal Branch, Islamic Azad University, Khalkhal, Iran.

Email: m.fallahi.psy@gmail.com

معصومه فلاحی چماچار*

دانش آموخته کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، واحد خلخال، دانشگاه آزاد اسلامی، خلخال، ایران.

Abstract

Background and purpose: Depression is a common but serious disorder and one of the low and long-term mood disorders related to mental health, which disrupts people's daily activities and can affect relationships and some physical states. Considering the importance of depression disorder, in this article, the search for symptoms and underlying factors as well as solutions with emphasis on its treatment has been discussed. **Materials and methods:** Based on the methodology of resource review, theoretical research literature in the field of depressive disorder was reviewed. Using search tools in electronic databases such as civilica, sid, ensani, sciencedirect, this research systematically reviewed the studies conducted in the field of depression. In total, 16 Persian articles and 36 Latina books and articles that were published between 1380 and 1402 in domestic and international scientific journals were studied and reviewed. **Findings:** According to the findings of the present study, considering the high prevalence of depression and the significant burden that this disease imposes on the individual, the health system, and the society, it is necessary to adopt appropriate methods to identify the factors, prevent, treat, and manage depression. it seems. **Conclusion:** based on the results it can be said that factors such as gender, marital status, social interactions have an effect on depression, and a person who experiences depression may experience severe mood swings or even He wants to withdraw from the usual daily activities and the outside world. If depression is not treated, it progresses and leads to physical, mental and

چکیده

زمینه و هدف: افسردگی یک اختلال شایع اما جدی و جزو اختلالات خلقی پایین و طولانی مدت مربوط به سلامت روان است که باعث مختل شدن فعالیت های روزمره ی افراد شده و می تواند بر روابط و برخی از حالت های جسمی تأثیر گذارد. با توجه به اهمیت اختلال افسردگی در مقاله حاضر به جستجوی علائم و عوامل زمینه ساز و همچنین راه کارهای با تأکید بر درمان آن پرداخته شده است. **مواد و روش ها:** براساس روش شناسی مرور منابع، ادبیات نظری پژوهشی در حیطه اختلال افسردگی بررسی شد. این پژوهش با استفاده از ابزارهای جستجو در پایگاه های الکترونیکی از قبیل Civilica, Sid, Ensani, Sciencedirect به بررسی نظام مند مطالعات انجام شده در زمینه افسردگی پرداخته است. در مجموع، ۱۶ مقاله فارسی و ۳۶ کتاب و مقاله لاتین که در فاصله سال های ۱۳۸۰ تا ۱۴۰۲ در مجلات معتبر علمی پژوهشی داخلی و بین المللی منتشر شده بود مورد مطالعه و مرور قرار گرفت. **یافته ها:** با توجه به یافته های مطالعه حاضر با توجه به شیوع بالای افسردگی و بار قابل توجه که این بیماری به فرد، نظام سلامت و جامعه تحمیل می کند، اتخاذ روش های مناسب جهت شناسایی عوامل، پیشگیری، درمان و مدیریت اختلال افسردگی ضروری به نظر می رسد. **نتیجه گیری:** براساس بررسی نتایج می توان گفت که عواملی چون جنس، وضعیت تأهل، تعاملات اجتماعی در بیماری افسردگی تأثیر دارد و فردی که افسردگی را تجربه می کند، ممکن است نوسانات شدیدی را در خلق خود تجربه کرده و یا حتی خواستار کناره گیری از فعالیت های معمول روزانه و دنیای بیرون را داشته باشد. افسردگی اگر درمان نشود پیشرفت کرده و منجر به مشکلات جسمی، روانی و

رفتاری شده و تمام جنبه‌های زندگی مبتلایان را تحت تأثیر قرار می‌دهد. behavioral problems and affects all aspects of sufferers' lives.

Keywords: Depression, Psychology, Disorder, Neurology, Clinical Psychology. واژه‌های کلیدی: افسردگی، روانشناسی، اختلال، اعصاب، روانشناسی بالینی.

پدیرش: شهریور ۱۴۰۲	دریافت: تیر ۱۴۰۲	نوع مقاله: پژوهشی
--------------------	------------------	-------------------

مقدمه

در جامعه امروز و با پیشرفت روز افزون علم و تکنولوژی به نظر می‌رسد بسیاری از افراد به دلیل داشتن افکار خودآیند بدبینانه و خود انتقادگری‌های دائمی، نسبت به آینده خود ناامید هستند و خطر ابتلا به بیماری‌های روانی نظیر اختلالات اضطرابی و افسردگی آن‌ها را تهدید می‌کند (نف و توث کیرالی^۱، ۲۰۲۰).

تمامی افراد بعضی از اوقات احساس گرفتگی یا ناراحتی می‌کنند. اما این احساسات معمولاً گذرا هستند و در خلال چند روز فراموش می‌شوند. ولی زمانی که شخص آشفتگی و بی‌نظمی افسرده‌کننده‌ای دارد این افسردگی در زندگی و فعالیت‌های معمولی وی تأثیر می‌گذارد. و با بی‌نظمی و اختلال باعث رنج و زحمت فرد و کسانی می‌شود که با او در ارتباط هستند. افسردگی معمول و عادی به نظر می‌رسد اما بیماری جدی و مهمی است و بیشتر کسانی که آن را تجربه می‌کنند برای بهبود یافتن به مداوا و درمان نیاز دارند. بسیاری از افراد که بیماری افسردگی دارند به دنبال راه درمان آن نمی‌گردند. در صورتی که اکثریت کسانی که حتی دارای شدیدترین افسردگی می‌باشند با معالجه و درمان بهبود می‌یابند (حسینی و مهدی زاده اشرفی، ۱۳۹۰). اختلالات افسردگی یکی از طبقه‌های اختلالات روانشناختی است که نرخ شیوع آن به حدی است که هر انسانی در طول عمر خود ممکن است به آن مبتلا شود که اهمیت توجه به آن را نشان می‌دهد؛ این اختلال ممکن است تحت تأثیر عوامل مختلفی همچون عوامل نوروبیولوژیک^۲، ژنتیک^۳، نوروشیمیایی^۴ و... به وجود آید و دو نوع رویداد فقدان و شکست می‌تواند در فعال شدن رگه‌های آن به شدت نقش داشته باشد. در تبیین و حتی بعد درمان آن نظریه‌های مختلفی از جمله نظریه‌های سایکودینامیک^۵، رفتارگرا، شناخت‌گرا و نظریه‌هایی براساس مدل پزشکی و نظریات جامعه‌شناختی وجود دارد. در واقع می‌توان ابراز داشت که افسردگی یک مسئله بین رشته‌ای است که علل آن هم می‌تواند در روان انسانی یافت شود، هم در محیط و اجتماع و هم در آناتومی^۶ و فیزیولوژی^۷ مغز و بدن انسان؛ بنابراین باید با دیدی همه‌جانبه مورد بررسی قرار گیرد و به آن توجه شود (باقری و همکاران، ۱۳۹۶).

نشانه‌های این اختلال در ابعاد رفتاری، شناختی، هیجانی و زیستی فرد است که می‌تواند او را دچار آسیب کند. از نشانه‌های شناختی، خود ملامت‌گری، تمرکز بر کاستی‌ها و نگاه منفی به زندگی را می‌توان نام برد. نشانه‌های جسمی و زیستی مانند خستگی، نیروی اندک، درد و آلام جسمانی هستند. این نشانه‌ها می‌توانند آنقدر شدید باشند که فرد مبتلا را دچار بیماری جسمی کنند. هرچند هیچ علت بدنی واضحی برایش وجود نداشته باشد. به جز نشانه‌های جسمانی و شناختی، ابتکار عمل نیز

¹ neff & tóth-király

² neurobiologic

³ genetic

⁴ neurochemical

⁵ psychodynamic

⁶ anatomy

⁷ physiology

ممکن است زایل شود. کناره‌گیری از دیگران نشانه‌ای رایج است و بسیاری از آن‌ها ترجیح می‌دهند گوشه نشینی اختیار کنند (دیویسون و همکاران، ۱۳۹۵).

سیر تاریخی شناخت افسردگی

در طول تاریخ باور رایج در مورد مفهومی که امروزه افسردگی می‌نامیم این بود که افرادی که نشانه‌های این اختلال را نشان می‌دهند توسط ارواح خبیثه و جن‌ها تسخیر شده‌اند و از این رو به جای دریافت درمان و حمایت اجتماعی، تحت بدرفتاری فیزیکی و شکنجه قرار می‌گرفتند و بنابراین تنها راه خروج اجنه و ارواح را شکنجه، ضرب و شتم یا گرسنگی دادن می‌دانستند تا با این کار ارواح از بدن آن‌ها خارج شوند (رینولد و ویلسون^۸، ۲۰۱۳). در سال‌های پیش از میلاد مسیح، علیرغم برخی باورها در رابطه با دلایل فیزیکی و مغزی افسردگی، هنوز این باور رایج حتی بین افراد تحصیل کرده وجود داشت که افسردگی و سایر بیماری‌های ذهنی توسط اجنه و خشم خدایان ایجاد می‌شود (هورویتز^۹ و همکاران، ۲۰۱۶).

این ایده که افسردگی توسط ارواح خبیثه ایجاد می‌شوند در بسیاری از فرهنگ‌ها از جمله یونان باستان، مصر، چین و بابل وجود داشت. در عین حال تعداد اندکی پزشک اهل روم و یونان باور داشتند که افسردگی یک بیماری روانشناختی است که ریشه‌های زیستی دارد و بنابراین روش‌های درمانی مانند ماساژ، رژیم، موزیک، حمام و تجویزهایی شامل عصاره خشخاش و شیر الاغ برای مریض‌هایشان داشتند (تیپتون^{۱۰}، ۲۰۱۴).

نشانه‌هایی که امروزه به عنوان افسردگی در نظر گرفته می‌شود، قدمتی طولانی در تاریخ دارد. در نوشته‌های اولیه بقراط، علاوه بر این که افسردگی را تا حدود زیادی مشابه ملاک‌هایی که امروزه برای افسردگی وجود دارد در نظر گرفته است، ناراحتی معمول را از اختلال افسردگی متمایز کرده است؛ به گونه‌ای که ناراحتی را به عنوان واکنش طبیعی به از دست دادن در نظر می‌گرفت و نشانه‌ها تنها زمانی به عنوان اختلال شناخته می‌شد که شدت و مدت زمان آن متناسب با محرک نبود (هورویتز و همکاران، ۲۰۱۶).

از زمان فروید وضعیت قدرت در زنان مورد بحث قرار گرفته و به عنوان یکی از مسبب‌های افسردگی آن‌ها شناسایی شده است. بسیاری از زنان حرمت خود پایین تری دارند که ممکن است تا حدی به دلیل عوامل فرهنگی باشد. زنانی که فرهنگ آن‌ها به ارزش‌های مردانه تمایل دارد و موقعیت‌های تحصیلی و شغلی را برای زنان محدود می‌کند اکثراً در معرض خطر ابتلا به افسردگی تشخیص داده نشده‌اند و بنابراین تحت درمان قرار نگرفته‌اند (وسترن^{۱۱}، ۲۰۱۳).

تعاریف و علائم افسردگی

افسردگی به مجموعه‌ای از مشکلات روانی اطلاق می‌شود که با از دست دادن علاقه و لذت بردن از تجربیات معمولی، خلق و خوی ضعیف و علائم عاطفی، شناختی، جسمی و رفتاری مرتبط مشخص می‌شود و از شایع‌ترین بیماری‌ها در سراسر جهان است. در طول زندگی، افسردگی از هر شش بزرگسال یک نفر را تحت تأثیر قرار می‌دهد و زنان دو برابر مردان مبتلا می‌شوند (پنینکس^{۱۲} و همکاران، ۲۰۱۳).

افسردگی وضعیت روانی مشخص با احساس غمگینی، تنهایی درماندگی، افت احترام به نفس، و خود ملامت‌گری، همراه با نشانه‌های کندی روانی - حرکتی یا گاهی بیقراری پس کشیدن از تماس بین فردی، علائم نباتی مثل بیخوابی و بی‌اشتهایی است.

⁸ reynolds & wilson

⁹ horwitz

¹⁰ tipton

¹¹ western

¹² Penninx

این اصطلاح به خلقی گفته می شود که به این گونه مشخص می شود یا به یک اختلال خلقی اطلاق می شود (صدوق و صدوق، ۲۰۰۷).

هر چند افسردگی به عنوان اختلالی واحد در هیجان و خلق شناخته می شود با این حال عملاً چهار مجموعه نشانه و علامت در آن وجود دارد. علاوه بر نشانه های هیجانی و خلقی، نشانه هایی در زمینه های شناختی، انگیزشی و جسمی و فیزیکی نیز در آن مطرح است. اما برای آن که تشخیص افسردگی برای کسی مطرح شود لزومی ندارد که همه چهار دسته نشانه در او وجود داشته باشد بلکه هر چه نشانه های بیشتری از این چهار دسته در شخص باشد، اطمینان بیشتری خواهد بود که گرفتار افسردگی شده است. غم و اندوه و شاد نبودن از جمله ناگوارترین نشانه های هیجانی افسردگی است. شخص نا امید و ناشاد است، غالباً به گریه می افتد و ممکن است به فکر خودکشی بیفتد. علاوه بر این، بی اشتها شدن یا نداشتن روزگار خوش و شادمانی در زندگی نیز گریبان گیر شخص می شود. به این معنا که کارهایی که موجب رضایت خشنودی شخص می شد و دیگر شادی و شغفی ندارد. کسی که افسرده می شود رفته رفته علاقه به سرگرمی ها و تفریحات و کارهای خانوادگی را از دست می دهد (هیلگارد^{۱۳}، ۲۰۰۹).

اگر افراد در بیشتر اوقات و تقریباً هر روز حداقل به مدت دو هفته برخی از علائم و نشانه های زیر را تجربه کنند ممکن است دچار افسردگی شده باشند:

-حالت مزمن غمگینی، اضطراب یا پوچی؛

-احساس ناامیدی یا بدبینی؛

-تحریک پذیری؛

-احساس گناه، بی ارزشی یا درماندگی؛

-از دست دادن علاقه یا لذت نسبت به سرگرمی ها و فعالیت ها؛

-کاهش انرژی یا خستگی؛

-آهسته تر حرکت یا صحبت کردن؛

-احساس بی قراری یا مشکل در یک جا نشستن؛

-مشکل در تمرکز، به خاطر سپردن یا تصمیم گیری؛

-مشکل در خواب، بیدار شدن صبح زود یا خواب بیش از حد؛

-تغییرات اشتها و یا وزن؛

-افکار مرگ یا خودکشی یا تلاش برای خودکشی؛

-درد، سردرد، گرفتگی یا مشکلات گوارشی بدون علت فیزیکی مشخص که حتی با درمان نیز تسکین نمی یابد (موسسه ملی بهداشت روان ایالات متحده آمریکا^{۱۴}، ۲۰۱۳).

عوامل روانشناختی افسردگی

عوامل روان شناختی افسردگی را می توان به دو دسته ی عمده ی عوامل شخصیت و عوامل شناختی تقسیم نمود که مهم ترین آنها شامل دیدگاه های روان رنجوری (نورزگرایی)، دیدگاه شناختی بک، دیدگاه ناامیدی و نشخوار ذهنی می باشد که به بررسی هر کدام می پردازیم.

¹³ Hilgard

¹⁴ NIMH

-روان رنجوی (نورزگرایی): چند مطالعه طولی حاکی از آن است که نوروز گرایی، یک صفت شخصیت که گرایش به تجربه ی هیجان منفی فراوان و شدید را شامل می شود، شروع افسردگی را پیش بینی می کند. پژوهش بزرگی درباره دوقلوها حاکی از آن است که نورزگرایی، دست کم بخشی از آسیب پذیری ژنتیکی در برابر افسردگی را تبیین می نماید (کرینگ و همکاران، ۲۰۱۵).

-دیدگاه شناختی بک: در رویکرد شناختی افسردگی بر این نکته تأکید می شود که افراد افسرده در تعبیر کردن رویدادهای خاص زندگی سوگیری منفی دارند و همین به تحریف های شناختی آنان کمک می کند. از دید بک دو فرآیند موجب افسردگی می شود که اولی را سه گانه شناختی^{۱۵} و دومی را خطاهای منطقی می نامند (سلیگمن و والکر، ۱۹۸۹).

سه گانه شناختی در افراد افسرده شامل این موارد است: ۱. رویدادها به صورت منفی تعبیر می شوند، ۲. افراد افسرده خود را دوست ندارند، ۳. آینده بصورت منفی ارزیابی می شود. این مثلث شناختی موجب خودگویی های ناسازگارانه نیز می گردد (پروچاسکا و نوکراس، ۲۰۰۷).

بر طبق دیدگاه بک افرادی که مشکلات هیجانی دارند مرتکب خطاهایی در منطق می شوند که واقعیت عینی را به سمت خودخوارشماری متمایل می کند. درمان شناختی بک، مشکلات روانی را ناشی از فرآیندهایی همچون تفکر معیوب، استنباط های غلط بر پایه اطلاعات ناکافی یا نادرست و ناتوانی در متمایز کردن خیال از واقعیت می داند (کری، ۲۰۱۲).

-دیدگاه ناامیدی یا درماندگی آموخته شده: مهمترین آغازگر افسردگی، ناامیدی است که طبق تعریف عبارت است از این باور که نتایج دلخواه به دست نخواهد آمد و شخص چیزی در دسترس ندارد که با انجام آن، این موقعیت را تغییر دهد (کرینگ و همکاران، ۲۰۱۵).

طبق دیدگاه سلیگمن زمانی که فرد در موقعیت ناکامی های متعدد اجتماعی، فرهنگی و آموزشی قرارگیرد؛ احساس ناتوانی در کنترل بر شرایط محیط را تجربه نماید و بی تأثیر بودن فعالیت و پاسخ خود را احساس کند؛ دچار نوعی تزلزل و بی ثباتی خواهد شد و در موقعیت های بعدی نیز با وجود امکان موفقیت، پیشاپیش منتظر شکست است (فراهانی و همکاران، ۱۳۸۳).

-دیدگاه نشخوار فکری: دیدگاه سبک پاسخ برای توضیح رابطه میان نشخوار فکری و افسردگی پیشنهاد شده است (هوکسما^{۱۶} و همکاران، ۲۰۰۸). نشخوار فکری با خود اندیشی متفاوت است؛ خود اندیشی سازگارانه و با انگیزه جستجو و شناخت خود است؛ نتایج تحقیقات بیانگر آن است که خود اندیشی با کاهش نشانه های افسردگی، افزایش شادی ذهنی، شایستگی، خودشناسی و خودتنظیمی همراه است اما نشخوار فکری موجب افزایش افسردگی و کاهش حس شایستگی می شود. افرادی که سطوح بالایی از نشخوار فکری دارند، در شرایط بد و منفی، شرایط را تحلیل نمی کنند بلکه خود را سرزنش می کنند (موری و تانو^{۱۷}، ۲۰۱۵).

انواع افسردگی

برخی از انواع افسردگی کمی متفاوت هستند یا ممکن است تحت شرایط منحصر به فردی ایجاد شوند، مانند:

۱- اختلال افسردگی مداوم^{۱۸} که دیستیمیا نیز نامیده می شود، یک حالت افسردگی است که حداقل دو سال طول می کشد. ممکن است فردی که مبتلا به اختلال افسردگی مداوم تشخیص داده می شود دوره های افسردگی اساسی را همراه با دوره هایی با علائم کمتر داشته باشد، اما این علائم باید دو سال طول بکشد تا به عنوان اختلال افسردگی مداوم در نظر گرفته شود.

¹⁵ Cognitivetriad

¹⁶ Hoeksma

¹⁷ Mori & Tanno

¹⁸ Persistent depressive disorder

۲- افسردگی پس از زایمان^{۱۹} بسیار جدی‌تر از گرفتگی خلق پس از زایمان^{۲۰} (در این اختلال علائم افسردگی و اضطراب نسبتاً خفیف است و معمولاً طی دو هفته پس از زایمان برطرف می‌شود) است که بسیاری از زنان پس از زایمان تجربه می‌کنند. زنان مبتلا به افسردگی پس از زایمان در دوران بارداری یا پس از زایمان دچار افسردگی شدید می‌شوند. احساس غم و اندوه شدید، اضطراب و خستگی همراه با افسردگی پس از زایمان ممکن است این مادران تازه‌کار را برای انجام فعالیت‌های مراقبت روزانه از خود و نوزادان‌شان دچار مشکل کند.

۳- افسردگی روان‌پریشی^{۲۱} هنگامی رخ می‌دهد که فرد دچار افسردگی شدید به علاوه نوعی روان‌پریشی شود، مانند داشتن باورهای نادرست ثابت (هذیان) یا شنیدن یا دیدن چیزهای ناراحت‌کننده که دیگران نمی‌توانند بشنوند یا مشاهده کنند (توهم). علائم روان‌پریشی معمولاً دارای زمینه افسردگی هستند، مانند توهمات گناه، فقر یا بیماری.

۴- اختلال عاطفی فصلی^{۲۲} با شروع افسردگی در ماه‌های زمستان که نور طبیعی خورشید کمتر است، دیده می‌شود. این افسردگی معمولاً در بهار و تابستان برطرف می‌شود. افسردگی زمستانی که معمولاً با کناره‌گیری اجتماعی، افزایش خواب و افزایش وزن همراه است، هر سال به طور قابل پیش‌بینی برمی‌گردد.

۵- اختلال دوقطبی^{۲۳} که با افسردگی متفاوت است اما در این لیست گنجانده شده است. زیرا فردی که دارای اختلال دوقطبی است دوره‌هایی از خلق و خوبی را تجربه می‌کند که معیارهای افسردگی اساسی را دارا می‌باشد که افسردگی دوقطبی نامیده می‌شود. اما یک فرد مبتلا به اختلال دوقطبی دارای حالات شدید سرخوشی یا تحریک‌پذیری به نام شیدایی یا شکلی دیگر با شدت کمتر به نام شیدایی خفیف^{۲۴} است (موسسه ملی بهداشت روان ایالات متحده آمریکا، ۲۰۱۳).

نقش افسردگی در افراد مختلف

اختلالات روانی نه تنها سبب ناکارآمدی بیماران روانی می‌شوند، بلکه خانواده‌های آنها را نیز به شدت تحت تأثیر قرار داده و عملکرد آن‌ها را مختل می‌سازند. این تأثیرگذاری در ابعاد مختلفی همچون سلامت روان، عملکرد اجتماعی و اقتصادی قابل مشاهده بوده و به‌زیستی خانواده را کاهش می‌دهد (زمانی و حبیبی، ۲۰۱۴). در زیر به نمونه‌های از تأثیر و جنبه‌های افسردگی بر افراد مختلف اشاره می‌شود:

۱- افسردگی در بیماران دیابتی

اگر چه بیماری‌های مزمن با احتمال زیاد نتیجه تعامل پیچیده تأثیرات عوامل ژنتیکی، رفتاری و محیطی هستند ولی شواهد حاکی از آن هستند که تأثیرات رفتاری و محیطی نقش برجسته‌تری در مقایسه با تغییرات زیستی در پیدایش و تداوم بیماری‌های مزمن از جمله دیابت ایفا می‌نمایند. از جمله اختلالاتی که در بیماری دیابت بیشتر دیده می‌شود اضطراب و افسردگی است (سوسا^{۲۵} و همکاران، ۲۰۰۴) و همچنین باعث احساس عدم اطمینان و تغییر در تصویر ذهنی از جسم خویش و مشکلات عروقی است که می‌تواند آنقدر شدید باشد که سبب ساز افسردگی در بیماران دیابتی گردد. فعالیت‌های حرکتی کم در بیماران

¹⁹ Postpartum depression

²⁰ baby blues

²¹ Psychotic depression

²² Seasonal affective disorder

²³ Bipolar disorder

²⁴ hypomania

²⁵ Sousa

دیابتی باعث افزایش علائم اختلالات خلقی از جمله افسردگی و اضطراب و استرس می شود (بارتلمیو^{۲۶}، دومیت^{۲۷} و دان^{۲۸}، ۲۰۰۵).

دیابت ممکن است افراد مبتلا را منزوی کند، بر سازگاری اجتماعی آن ها اثر گذارد و فعالیت های اجتماعی آن ها را محدود کند تا جایی که ممکن است برخی بیماران از صحبت کردن با دیگران در خصوص بیماری و نگرانی هایشان اجتناب کنند. اغلب افراد مبتلا به دیابت در زمینه سلامت روان، افسردگی و دیسترس مربوط به دیابت را تجربه می کنند که هر دو مورد ریسک فرد مبتلا را برای خود مراقبتی ضعف بیماری، رشد عوارض بیماری، کیفیت زندگی پایین و در نتیجه مرگ و میر بیشتر می کنند (بادپر^{۲۹} و همکاران، ۲۰۲۰). بنابراین برای فرد مبتلا به دیابت قبول و پذیرش این موضوع که باید زندگی خود را براساس بیماری تغییر دهد همیشه مشکل خواهد بود. بیماران دیابتی که افسرده هستند تبعیت کمتری از رژیم غذایی و دارویی و همچنین کنترل ضعیفتری از قندخون خود دارند و باعث ضعیف شدن جسم و روان آنها می شود استرس و اضطراب در بسیاری از بیماران مبتلا به دیابت فرآیند کنترل قندخونشان را مختل می سازد و همچنین کنترل ضعیف دیابت و رویدادهای استرس آفرین زندگی، ارتباط معنی داری با یکدیگر دارند (مظلوم بفرولی و همکاران، ۱۳۹۳).

۲- افسردگی در زندگی زناشویی

برای بسیاری از مردم ازدواج مهمترین رابطه بالغ است که در طول زندگی خود به آن وارد می شوند. یک پیمان آشفته زناشویی سبب درد و رنج می شود در حالی که یک ازدواج شاد پیش بینی کننده بهزیستی و رفاه شخصی است (اسلاتچر^{۳۰}، ۲۰۱۶). در فرهنگ های غربی ازدواج یک اثر محافظتی برای مردان دارد، در حالی که برای زنان استرس زاست. خلاف کلیشه رایج، مطالعات نشان می دهد زنان متأهل نسبت به زنان مجرد افسرده ترند. انجمن بین المللی سلامت روان گزارش داد که افسردگی میان زنانی که تمام وقت در خانه در کنار فرزندان کم سن هستند نسبت به جمعیت عادی بیشتر است (کامپس^{۳۱} و همکاران، ۲۰۱۴). ناسازگاری زناشویی به معنای نارضایتی، عدم احساس خوشبختی، عدم توافق در تصمیم گیری ها و ارتباط نامناسب است. ناسازگاری زناشویی علاوه بر این که موجب سکون و رکود ارتباط زوجین می شود، باعث تخریب زندگی و اثرات زیان باری بر سلامت فیزیکی و روانی زوجین به جا می گذارد (گالینسکی و وایت^{۳۲}، ۲۰۱۴).

روانشناسان تأیید کرده اند که تحقیر شدن، فقدان و طرد شدن از سوی دیگران، رویدادهای پر استرس زندگی هستند که بیشترین امکان بالقوه برای منتهی شدن به افسردگی را دارند. موقعیت هایی که به نظر می رسد زوجین متعارض به فراوانی با آنها درگیر باشند (بارلو و دوراند^{۳۳}، ۲۰۱۷). زوجین مبتلا به افسردگی بر این باورند که رویدادهای ناگوار همیشگی هستند، به جنبه های منفی یکدیگر بیش از حد اهمیت داده و رفتارهای منفی طرف مقابل را سرزنش می کنند (ایزدی، ۲۰۰۷).

۳- افسردگی در دانشجویان

افسردگی در دوران دانشجویی می تواند بر آینده شغلی تأثیر منفی بگذارد و با موفقیت های دانشگاهی کمتر، عدم ثبات در ارتباطات، افکار و اعمال خودکشی و عملکرد کاری ضعیفتر در ارتباط باشد. همچنین دوره تحصیلی دانشگاهی به واسطه حضور

²⁶ Bartholomew

²⁷ Daumit

²⁸ Dunn

²⁹ Badpar

³⁰ Slatcher

³¹ Campos

³² Galinsky & Waite

³³ Barlow & Durand

عوامل متعدد دوره ای فشارزا است که می تواند موجب اعتیاد، اعتماد به نفس پائین و افت تحصیلی شود و به طور مستقیم و غیرمستقیم هزینه های هنگفتی را به جامعه تحمیل نماید. لذا برنامه ریزی های اجتماعی برای آنان از اهمیت زیادی برخوردار است زیرا به وجود آمدن هرگونه اختلال در زندگی آن ها، مانع رشد و بالندگی و عدم شکوفایی استعداد این گروه می گردد (زارعی و جوان اسمعیلی، ۱۴۰۰). بنابراین با توجه به شیوع بالای افسردگی در بین دانشجویان، که یکی از شایع ترین اختلالات روانشناختی در بین آن ها است که آثار منفی بر سلامت، کیفیت زندگی، عملکرد تحصیلی و نیز میزان آمادگی دانشجویان برای پذیرش نقش های حرفه ای خود در بین آنها بر جا می گذارد (ایبرت^{۳۴} و همکاران، ۲۰۱۹).

۴- افسردگی در بیماران تالاسمی

بیماری تالاسمی^{۳۵} به گروهی از اختلالات ژنتیکی خون اطلاق می شود که شیوع آن در جهان ۵/۱ درصد و در ایران ۴ درصد است. ایران رتبه نخست جهانی شیوع این بیماری را به خود اختصاص داده است (بیلگین^{۳۶} و همکاران، ۲۰۲۰). بتا تالاسمی ماژور کشنده ترین نوع بتا تالاسمی و ناشی از تولید نشدن زنجیره بتا هموگلوبین در بدن است که با اختلال در فرآیند خون سازی، موجب کم خونی شدیدی می شود که از بدو تولد تا هنگام مرگ ادامه می یابد و مبتلایان به آن برای حفظ بقا نیازمند تزریق منظم خون هستند (طاهری و همکاران، ۲۰۲۱). ماهیت مزمن بیماری بتا تالاسمی ماژور، عوارض متعدد آن مانند نارسایی قلبی، نارسایی کبدی، تغییرات استخوانی، تغییرات چهره و همچنین درمان های خسته کننده ناشی از آن، بیماران را با مشکلات ازدواج، تحصیلات عالی و یافتن شغل مناسب مواجه می کند. همچنین این بیماری مشکلات روانی متعددی از جمله اضطراب، افسردگی، کاهش اعتماد به نفس و غیره را در مبتلایان به همراه دارد (شهنوازی و همکاران، ۲۰۱۶). بیماران مبتلا به بتا تالاسمی ماژور از مشکلات روانشناختی زیادی از جمله افسردگی رنج می برند که موجب تضعیف اعتماد به نفس و خودپنداره در آن ها می شود (بابایی و همکاران، ۲۰۲۰). افسردگی که شایع ترین حالت خلقی در بیماران تالاسمی و ناتوان کننده عملکرد فردی در آنهاست، با علائم غمگینی، ناامیدی، بی ارزشی و خلق افسرده مشخص می شود و از آنجا که موجب تغییراتی در نحوه تفکر فرد می شود و احساس پوچی را به دنبال دارد و خطر خودکشی را در بیماران افزایش می دهد، توجه به آن اهمیت بسیاری دارد (کوتلکوس و هالیاسوس، ۲۰۱۳^{۳۷}).

۵- افسردگی در دوران بارداری

برای بسیاری از زنان دوران بارداری نمایانگر افزایش آسیب پذیری نسبت به بیماری های روان پزشکی است. شمار قابل توجهی از زنان شروع اولین اختلالات اضطرابی و خلقی را در طول بارداری و یا در چند ماه نخست بعد از زایمان تجربه می کنند و کسانی که دارای تاریخچه اختلال روان پزشکی هستند، در خطر فزاینده تکرار یا عود علائم قرار دارند (کالمباچ^{۳۸} و همکاران، ۲۰۲۰).

تغییرات الگوی خواب موجب ایجاد اختلال عملکرد روزانه، خستگی مادر، کاهش رفاه خانوادگی، افزایش حوادث و در نتیجه باعث کاهش کیفیت زندگی می گردد افزون بر آن در برخی موارد نیز موجب بروز افسردگی در بارداری و تاثیر منفی روی خانواده و به طور غیرمستقیم منجر به تحمیل بار اقتصادی به جامعه می شود (چانگ^{۳۹} و همکاران، ۲۰۱۰). مطالعات در خصوص

³⁴ Ebert

³⁵ Thalassemia

³⁶ Bilgin

³⁷ Koutelekos & Haliasos

³⁸ Kalmbach

³⁹ Chang

میزان شیوع افسردگی دوران بارداری حاکی از آن است که شیوع افسردگی در طول سه ماهه نخست بارداری ۱ درصد، سه ماهه دوم بارداری به ۹ درصد و سرانجام در سه ماهه سوم بارداری به ۱۲ درصد می رسد. از سویی ۵۴ درصد از زنانی که در طی بارداری افسرده هستند، دچار افسردگی بعد از زایمان نیز می شوند (کالمباچ و همکاران، ۲۰۲۰). همچنین، کودکان مادرانی که افسردگی دوران بارداری را تجربه کرده اند، با تأخیر در راه رفتن و تکلم، نقصان در حافظه و یادگیری، اختلالات خواب و هیجان پذیری، اختلالات حرکتی، افزایش واکنش های هیجانی، افت خلق و مشکلات عاطفی و رفتاری دست به گریبان هستند (گاتما^{۴۰} و همکاران، ۲۰۱۳). تاکنون مداخلات دارویی و غیر دارویی فراوانی در جهت بهبود وضعیت زنان باردار انجام شده است، که با توجه به این که روش های دارویی در بارداری با عوارض همراه است، توجه محققین بیشتر بر روش های غیر دارویی مانند، آموزش ذهن آگاهی، بهداشت خواب، انجام تمرینات تن آرامی، آموزش ایمن سازی در مقابل استرس، طب سوزنی و ماساژ درمانی متمرکز بوده است (اونگ^{۴۱} و همکاران، ۲۰۱۸).

۶- افسردگی و مادران دارای کودکان مبتلا به اوتیسم

اختلال اوتیسم موجب تخریب عملکرد فردی، اجتماعی، هیجانی و تحصیلی در کودکان می شود. فقدان برقراری ارتباط مناسب با دیگران، عدم ارتباط چشمی، ناتوانی در به کارگیری جملات و عبارات مناسب، مشکل در یادگیری، علائق و فعالیت های محدود، نقص توجه، پرخاشگری و خودزنی از مشکلات ناشی از این اختلال است. به همین دلیل کودکان مبتلا به اوتیسم در زندگی روزمره با چالش های زیادی روبرو هستند (زمانی و همکاران، ۱۴۰۰). براساس تحقیقات انجام شده والدین کودکان اوتیستیک در مقایسه با والدین کودکان عادی در بسیاری از جنبه های فرزند پروری، تنش های متعدد مادی و روانی زیادی متحمل می شوند. به گونه ای که وجود کودک اوتیستیک، والدین آنها به ویژه مادران را در معرض خطر اختلالات روانپزشکی همچون افسردگی و اضطراب قرار می دهد (دشامز و همکاران، ۲۰۲۰). شواهد حاکی از آن است که مادران کودکان مبتلا به اوتیسم نسبت به مادران سایر کودکان استثنایی دارای سطوح بالاتری از اضطراب و کیفیت زندگی پایین تری هستند. از این رو ناکامی و محرومیت ناشی از ناهنجاری کودک می تواند باعث گوشه گیری مادر، مایل نبودن به تعامل اجتماعی و احساس خود ناکارآمدی والدگری، بی ارزشی که پیامد آن افزایش اضطراب، پایین بودن عزت نفس، افسردگی و خطرات سلامت روان برای مادر است (ساکپوتا^{۴۲} و همکاران، ۲۰۱۷).

یکی از رویکردهایی که می تواند برای کاهش علائم افسردگی و اضطراب مادران دارای فرزند مبتلا به اوتیسم مفید واقع شود، روان درمانی پویشی کوتاه مدت فشرده است. دیدگاه روان پویشی کوتاه مدت فشرده از مدل روانکوی فروید سرچشمه می گیرد که توسط دانشمند ایرانی به نام دوانلو در دانشگاه مک گیل طراحی و توسعه یافت. تأکید روان درمانی پویشی کوتاه مدت فشرده بر کمک فوری به بیمار برای تجربه احساسات ناهشیار است که منجر به اضطراب ناهشیار، علائم اختلال و دفاع های مختلف شده است. مقوله های مهم این رویکرد عبارتند از: تجربه احساسات واقعی، مقاومت، اضطراب و مثلث تعارض و شخص، الگوهای مشترک بین رویکرد دوانلو و دیدگاه فروید در درمان است (دلاروزا^{۴۳}، ۲۰۱۶).

⁴⁰ Gaté MA

⁴¹ Ong

⁴² Sapkota

⁴³ Della-Rosa

۷- افسردگی و افراد مبتلا به سرطان

شیوع افسردگی در میان افراد مبتلا به سرطان بالاست؛ بالا بودن افسردگی مرتبط با برخی از سرطان ها گاهی بخاطر وجود خود سرطان است؛ بدین معنی که تأثیرات آسیب شناسی تومور موجب افسردگی فرد می گردد؛ به عنوان مثال در سرطان های سینه، پانکراس، بیضه یا سرطان ریه این تأثیرات مشاهده می شود. بعضی از دارو های سیتوتوکسیک^{۴۴} یا ضد سرطان و داروهای هورمونی که در فرآیند درمان سرطان مورد استفاده قرار می گیرند نیز می توانند موجب ابتلای فرد به افسردگی شوند اما گروه های تحقیقاتی معمولاً این اطلاعات را ارائه نمی کنند. درد، پایین آمدن وضعیت عملکرد و نیاز به درمان مداوم از دیگر عواملی هستند که میزان افسردگی در افراد مبتلا به سرطان را افزایش می دهند (ماسی^{۴۵} و همکاران، ۲۰۱۱).

شیوه های درمان افسردگی

در طول تاریخ سبب شناسی های مختلفی برای اختلال افسردگی مطرح شده است. متناسب با هر علتی که برای افسردگی ارائه می شد، انواع روش های درمانی نیز ظهور پیدا می کرد. در قرون وسطی که علت بسیاری از اختلال های روانی مانند افسردگی، جن زدگی و تسخیر توسط ارواح عنوان می شد، کشیش هایی که پزشکی نیز انجام می دادند، یا پزشک هایی که کشیش هم بودند از روش هایی مانند شکنجه، ضرب و شتم یا گرسنگی دادن استفاده می کردند؛ با این هدف که بدن فرد را به مکانی ناخوشایند تبدیل کنند تا ارواح و جن ها خودشان بدن فرد را ترک کنند؛ اما این کارها صرفاً باعث افزایش رنج و عذاب قربانی می شد (تیپتون، ۲۰۱۴).

روز به روز بیشتر محرز می شود که موفقیت در مصاحبه با بیمار افسرده، بیشتر به رابطه درمانگر و مراجع بستگی دارد تا به گرایش نظری درمانگر. صرف نظر از این که درمانگر از چه رویکردی در درمان استفاده کند، پیش شرط های اصلی یکسان هستند. هیچ درمانگری نمی تواند تجارب زندگی یک بیمار افسرده را از بین ببرد اما می تواند به آنان کمک کند با درونی ترین احساساتش تماس برقرار کند و احساسات پیچیده گذشته و حال خود را با دقت بررسی کنند. درمانگران با گرم بودن و پذیرش بیماران افسرده، به آنها می فهماند که با توجه به اتفاقاتی که در گذشته زندگی او رخ داده است، طبیعی است که این احساس یا رفتار را داشته باشد. البته این به مفهوم تأیید تمام احساس ها و رفتارهای مراجع نیست بلکه مفهومیست پاس خدعی همدلانه است. به گونه ای که درمانگر دنیا را از دریچه چشم مراجع می بیند و احساساتش را احساس می کند. موضع گیری بی رهنمود، باعث افزایش حس عاملیت و خودمختاری فرد افسرده در طی مصاحبه و در نتیجه تقویت اتحاد درمانی می شود (هویر^{۴۶} و همکاران، ۲۰۱۹).

تعدادی از بیماران افسرده نیز بدون درمان بهبود پیدا می کنند که به آن بهبودی خود به خود^{۴۷} گفته می شود. مطالعاتی که بر روی بررسی چگونگی بهبود این بیماران انجام شد نشان داد که این بهبودی از راه های مختلفی مانند ورزش کردن و تعامل با طبیعت می تواند صورت پذیرد (اکشتاین^{۴۸} و همکاران، ۲۰۲۰).

در مقابل این افراد، برخی از بیماران، از افسردگی شدید رنج می برند و مقاوم به درمان های دارویی یا روان درمانی هستند که این افراد می توانند از درمان با شوک الکتریکی بهره ببرند. در طی این درمان یک جریان الکتریکی ۷۰ تا ۱۳۰ ولتی از درون

⁴⁴ cytotoxic

⁴⁵ Massie

⁴⁶ Huber

⁴⁷ spontaneous improvement

⁴⁸ Eckshtain

سر بیمار در حدود نیم ساعت عبور می دهند. توصیه می شود که اگر فرد افسرده طی دو دوره درمانی با دارو یا روان درمانی به نتیجه نرسد، تحت درمان با شوک الکتریکی قرار بگیرد (رز ۴۹ و همکاران، ۲۰۱۸).

امروزه روش های مختلفی از روان درمانی در جهت بهبود شرایط بیماران استفاده می شوند که شامل روانکوی، رفتاردرمانی، شناخت درمانی، روش های انسان گرا و درمان های زیستی است؛ در کنار این شیوه ها می توان از روش هایی که متمرکز بر ایجاد آرامش و سلامت روانی بیشتر در بیماران است نیز بهره برد که از جمله آنها می توان به آرامش آموزی، مراقبه و هنردرمانی اشاره کرد. از سوی دیگر، می توان به عوامل تأثیرگذار محیطی بر سلامت انسان که در حیطه بینایی، شنوایی و بساواایی خلاصه می شوند توجه نمود و از آنها در بهبود رابطه دوسویه رفتارهای انسانی و محیط پیرامون بهره جست؛ همچنین، نقش مهم و مؤثر شکل گیری اتمسفر مکان ها و فضاهایی که احساسات بیماران را برمی انگیزند را بیان نمود (قنبریان و همکاران، ۱۳۹۹).

در طول زمان توصیف ها و علت های مختلفی برای این اختلال مطرح شده است. متناسب با هر علتی درمان های بخصوصی نیز ارائه می شد. تعدادی از درمان ها بر بیولوژی تکیه می کنند، مانند دارودرمانی و درمان با شوک الکتریکی که به عدم تعادل مواد نوروشیمیایی در افسردگی توجه دارند. تعداد زیادی روان درمانی نیز مانند درمان های تحلیلی، درمان رفتاری، درمان شناختی رفتاری و ... نیز وجود دارد که پژوهش های مختلف اثربخشی هر کدام از این درمان ها را نشان داده است (سمائی و بشارت، ۱۴۰۲).

تکنیک های شناختی از جمله درمان های موج سوم در روانشناسی محسوب می شوند که هدف آن شناسایی و چالش با تفکرات منفی، جستجوی کمک برای یافتن روش های جایگزین تفکر و تسهیل شناسایی علل افسردگی و روش هایی برای حفظ این تکنیک ها است. درمان شناختی، با ایجاد تغییر و دگرگونی در نظام شناختی فرد، موجب می شود که واکنش های او به وسیله کیفیات شناختی وی تغییر یافته و شخص بتواند به طور صحیح واقعیت ها را درک و تفسیر کند، اصل بنیادی درمان شناختی این است که رفتار و احساس فرد تا اندازه زیادی به چگونگی تفسیر او از جهان بستگی دارد (کهپیزی و همکاران، ۲۰۱۲).

نتیجه گیری

در دنیای روان پزشکی افسردگی قابل درمان ترین اختلال شناخته می شود. بسته به این که علت افسردگی چه چیزی است و از کجا آمده است، شیوه های درمانی مختلفی برایش وجود دارد. تشخیص و انتخاب نوع درمان افسردگی به عهده پزشک متخصص اعصاب و روان است. پس از مراجعه به روانپزشک و بیان مسئله، پزشک با شرح حال گیری و انجام یک سری آزمایش احتمال ابتلا به بیماری های گوناگون را بررسی می نماید. این امکان وجود دارد که ابتلا به این بیماری ناشی از ابتلا به بیماری هایی چون کمبود ویتامین، اختلال کارکرد تیروئید، ام اس یا بیماری های دیگر باشد. همچنین بررسی سابقه فرهنگی و خانوادگی، تکانه ها و رویدادهای بزرگ زندگی نیز می تواند در تشخیص و تجویز صحیح مؤثر باشد.

پس از تشخیص، فرد مبتلا به افسردگی می تواند به روش های مختلفی درمان شود. رایج ترین درمان ها دارو درمانی و روان درمانی است. بسیاری از مطالعات نشان می دهند که روان درمانی شناختی رفتاری، به تنهایی یا همراه با دارودرمانی بسیار مؤثر است. روان درمانی به الگوهای تفکری می پردازد که افسردگی را تسریع می کنند و مطالعات نشان می دهد که از عود آن جلوگیری می کند. دارودرمانی اغلب برای تسکین علائم، مانند اضطراب شدید، مفید است تا افراد بتوانند روان درمانی معناداری را انجام دهند.

روان پزشکان و روانشناسان همه بر این عقیده اند که افسردگی به راحتی قابل درمان و کنترل می باشد؛ مهم این است که در همان شروع بیماری به متخصص در این حوزه مراجعه کرده و درمان در اولین فرصت شروع شود. درمان را نباید به تأخیر انداخت چرا که تأخیر در درمان افسردگی باعث مزمن شدن و مقاوم شدن به دارو می شود. افسردگی، حتی در شدیدترین موارد هم قابل درمان است. بیماری افسردگی معمولاً با دارو، روان‌درمانی یا ترکیبی از این دو درمان می‌شود. اگر این درمان‌ها علائم را کاهش ندهند، درمان با الکتروشوک و سایر درمان‌هایی که مغز را تحریک می‌کنند ممکن است گزینه‌های درمانی دیگر باشند. با بکارگیری راه کارهای زیر تا حد زیادی می توان بر افسردگی بدون مصرف غلبه نمود:

-پرداختن به سرگرمی های مورد علاقه و از آن مهمتر انجام کار و تلاش، به جای اندوه و خودخوری و غلبه بر بی حوصلگی و معطوف داشتن ذهن به جنبه های مثبت زندگی؛

-سپری کردن اوقات با خانواده و دوستان قدیمی با لذت بردن از لحظه ی حال و انجام دادن کارهای مورد علاقه، ایجاد سرگرمی های لذت بخش برای خود؛

-تعیین اهداف قابل دسترس پذیرش مسئولیت به میزان معقول و در حد توان مدیریت زمان و جایگزین نمودن افکار مثبت به جای افکار منفی؛

-شرکت در فعالیت های جسمی که نویدبخش شادی اند و خستگی سالم را جایگزین در خود فروماندگی ناشی از افسردگی می سازند و انجام فعالیت های بدنی مثل شرکت در کلاس های ورزشی و پیاده روی تند.

-نقاشی کردن و نوشتن درباره ی هیجانانگیز و احساسات خود، اتفاقات روزمره، اهداف آینده ی دور و نزدیک، خواسته ها و نیازها -آگاهی از افسردگی و یافتن علت آن همراه با واقع بینی و کاهش مشغله زندگی روزمره، تغذیه درست و مناسب و کنترل آن و عدم پرخوری، داشتن خواب کافی، و کنترل استرس می تواند در کاهش علائم افسردگی موثر باشد

منابع

- [۱] باقری، اشکان، امیری، فاطمه، و همتی، مهتاب. (۱۳۹۶). تبیین کلی اختلالات افسردگی. دومین کنگره بین المللی علوم انسانی و مطالعات فرهنگی، تهران.
- [۲] پروچاسکا، جیمز و نوکراس، جان سی. (۲۰۰۷). نظریه های روان درمانی (نظام های روان درمانی). ترجمه یحیی سید محمدی (۱۳۹۳) تهران: نشر روان. هفتم.
- [۳] حسینی، سید مهدی و مهدی زاده اشرفی، علی. (۱۳۹۰). افسردگی و عوامل آن. (پژوهشگر) فصلنامه مدیریت، سال هشتم، ویژه نامه، بهار ۱۳۹۰، ۱۰۶-۱۱۵.
- [۴] دیویدسون. جرالده، کرینگ، آن، جانسون، شری و نیل، جان. (۱۳۹۵). آسیب شناسی روانی. مترجم: دهستانی، مهدی. تهران: نشر ویرایش.
- [۵] زارعی، سلمان و جوان اسمعیلی، علی. (۱۴۰۰). نقش واسطه ای خودبستگی در رابطه بین خود انتقادگری با نشانگان افسردگی دانشجویان. مجله روانشناسی و روانپزشکی شناخت، ۸(۲)، ۱۱۳-۱۲۴.
- [۶] زمانی، سیما، یوسف زاده، پیمان، و منوچهری، مهدی. (۱۴۰۰). اثربخشی خودشفقتی بر بهزیستی روانشناختی و تابآوری مادران دارای فرزند مبتلا به اختلال اوتیسم. فصلنامه ابن سینا، ۲۳(۴)، ۴۴-۵۳.
- [۷] سلیگمن، مارتین، روزنهان، دیوید و والکر، الاین. (۱۹۸۹). آسیب شناسی روانی. ترجمه رضا رستمی، سیامک طهماسبی، جمیله زارعی، سعیده زونزبان، بنفشه فرزین زاد (۱۳۹۰) تهران: ارجمند.
- [۸] سمائی، سپیده و بشارت، محمدعلی. (۱۴۰۲). تحولات تاریخی اختلال افسردگی مهداد: مقاله مروری روایتی. رویش روان شناسی، ۱۱(۱)، شماره پیاپی ۸۲، ۳۷-۵۰.
- [۹] فراهانی، محمد نقی، عبداللهی، محمد حسین، شگری، امید و غنایی، زیبا. (۱۳۸۳). اثر خستگی شناختی و هوش هیجانی بر حل مسایل شناختی. تازه های علوم شناختی، ۲۳ و ۲۴، ۶۳-۷۴.
- [۱۰] قنبریان، راحله، بامداد، علی و ایمانی، مهدی. (۱۳۹۹). تبیین مؤلفه های حس مکان با رویکرد روان درمانی افسردگی: تحلیل محتوا. فصلنامه پژوهشهای کاربردی روانشناختی، ۱۱ (۳)، ۲۴۳-۲۶۲.
- [۱۱] کری، جرالده. (۲۰۱۲). نظریه و کاربست مشاوره و روان درمانی. ترجمه یحیی سید محمدی (۱۳۹۷). تهران: نشر ارسباران. چاپ شانزدهم.
- [۱۲] کرینگ، آن، جانسون، شری، دیویسون، جرالده و نیل، جان. (۲۰۱۵). آسیب شناسی روانی: علم و درمان اختلال های روانشناختی (جلد اول) ویراست ۱۳. ترجمه حمید شمسی پور و سعید صباغی پور (۱۳۹۶). تهران: انتشارات ارجمند.
- [۱۳] مظلوم بفروئی، ناهید، دهقانی فیروزآبادی، طیبه و علیزاده، بتول. (۱۳۹۳) بررسی میزان شیوع افسردگی و اضطراب در بیماران دیابتی. فصلنامه پرستاری دیابت دانشکده پرستاری و مامایی زابل، ۲(۴)، ۶۰-۶۸.
- [۱۴] هیلگارد، ارنست، ریثا ال، اتکینسون، اسمیت، ادوارد ای، بم، داربل ج و هوکسما، سوزان نولن. (۱۳۹۶). زمینه روانشناسی هیلگارد. ترجمه براهنی، محمد نقی؛ بیرشک، بهروز؛ بیک، مهرداد؛ زمانی، رضا؛ شاملو، سعید؛ شعرآرای، مهرناز؛ کریمی، یوسف؛ گاهان، نیسان؛ محی الدین، مهدی و هاشمیان، کیانوش. تهران: انتشارات رشد.
- [15] Babaei K, Firouzkouhi M, Abdollahimohammad A. Effect of smartphone games on levels of anxiety, depression, and fatigue in patients with Thalassemia. *Journal of Mazandarran University of Medical Sciences*. 2020; 30(8):62-71 (Persian).
- [16] Badpar S, Bakhtiarpour S, Heidari A, Moradimanesh F. Structural Model of Diabetic Patients' Self-Care Based on Depression and Mindfulness: The Mediating Role of Health Based Lifestyle. *zbnmu-jdn*. 2020;8(1):1032-44.
- [17] Barlow D H, Durand VM. *Abnormal Psychology*, translated by: Mehrdad Firoozbakht. 2 nd. Tehran: Rasa Cultural Services Institute. 2017; 288- 333. [Persian]

- [18] Bartholomew, J. B., Morrison, D., & Ciccolo, J. T. (2005). Effects of acute exercise on mood and well being in patients with major depressive disorder. *Medicine and Science in Sports Exercise*, 37, 2032-2037.
- [19] Bilgin BK, Yozgat AK, Isik P, Çulha V, Kacar D, Kara A, et al. The effect of deferasirox on endocrine complications in children with thalassemia. *Pediatric Hematology and Oncology*. 2020; 37(6):455-64.
- [20] Campos, R. C., Mesquita, I., Besser, A. & Blatt, S. J. (2014). Neediness and depression in women. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 16-33.
- [21] Chang JJ, Pien GW, Duntley SP, Macones GA. Sleep deprivation during pregnancy and maternal and fetal outcomes: is there a relationship? *Sleep medicine reviews*. 2010;14(2):107-14.
- [22] Daumit, G. L., Goldberg, R. W., Anthony, C., Dickerson, F., Brown, C. H., Kreyenbuhl, J., Wohlheiter, K., & Dixon, L. B. (2005). Physical activity patterns in adults with severe mental illness. *Journal of Nervous and Mental Diseases*, 193, 641-646.
- [23] Della-Rosa, E. (2016). An exploration of transference interventions in short-term psychoanalytic psychotherapy with adolescents suffering from depression. Doctoral dissertation, University of East London.
- [24] DesChamps, T. D., Ibañez, L. V., Edmunds, S. R., Dick, C. C., & Stone, W. L. (2020). Parenting stress in caregivers of young children with asd concerns prior to a formal diagnosis. *Autism Research*, 13(1): 82-92.
- [25] Dunn, A. L., Trivedi, M. H., & O'Neal, H. A. (2001). Physical activity dose response effects on outcomes of depression and anxiety. *Medicine and Science in Sports Exercise*, 33, 587-597
- [26] Ebert, D. D., Buntrock, C., Mortier, P., Auerbach, R., Weisel, K. K., Kessler, R. C., Cuijpers, P., Green, J. G., Kiekens, G., Nock, M. K., Demyttenaere, K., & Bruffaerts, R. (2019). Prediction of major depressive disorder onset in college students. *Depression and anxiety*, 36(4), 294–304
- [27] Eckshtain, D., Kuppens, S., Ugueto, A., Ng, M. Y., Vaughn-Coaxum, R., Corteselli, K., & Weisz, J. R. (2020). Meta-analysis: 13-year follow-up of psychotherapy effects on youth depression. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 59(1), 45-63. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2019.04.002>
- [28] Eizadi M. Wisdom in marriage and marriage. Esfahan: Neshat. 2007.
- [29] Galinsky AM, Waite LJ. Sexual activity and psychological health as mediators of the relationship between physical health and marital quality. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci*. 2014; 69(3): 482-92
- [30] Gaté MA, Watkins ER, Simmons JG, Byrne ML, Schwartz OS, Whittle S, et al. Maternal parenting behaviors and adolescent depression: The mediating role of rumination. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*. 2013;42(3):348-57.
- [31] Hoeksema, S. N., Wisco, B. E., Lyubomirsky, S. (2008). Rethinking Rumination. *Perspectives on Psychological Science*, 3, 400-424.
- [32] Horwitz, A. V., Wakefield, J. C., & Lorenzo-Luaces, L. (2016). History of depression. *The Oxford handbook of mood disorders*, 11-23.
- [33] Huber, J., Born, A. K., Claab, C., Ehrenthal, J. C., Nikendei, C., Schauenburg, H., & Dinger, U. (2019). Therapeutic agency, in-session behavior, and patient–therapist interaction. *Journal of clinical psychology*, 75(1), 66-78. <https://doi.org/10.1002/jclp.22700>
- [34] Kalmbach DA, Cheng P, Ong JC, Ciesla JA, Kingsberg SA, Sangha R, et al. Depression and suicidal ideation in pregnancy: exploring relationships with insomnia, short sleep, and nocturnal rumination. *Sleep medicine*. 2020;65:62-73.
- [35] Koutelekos J, Haliasos N. Depression and Thalassemia in children, adolescents and adults. *Health Science Journal*. 2013; 7(3):239.

- [36] Massie, M. J., Williams, M. L., Irving, G., Miller, K. (2011). The Prevalence of Depression in People with Cancer. In *Depression and Cancer* (pp. 5-76). Hoboken, New Jersey: Wiley.
- [37] Mori, M., Tanno, Y. (2015). Mediating Role of Decentering in the Associations between Self-Reflection, Self-Rumination, and Depressive Symptoms. *Psychology*, 6, 613-621.
- [38] National Institute of Mental Health (2013). Depression, Retrieved February 2018, from <https://www.nimh.nih.gov/health/topics/depression>
- [39] Neff, K. D., & Tóth-Király, I. (2020). Self-Compassion Scale (SCS).
- [40] Ong JC, Xia Y, Smith-Mason CE, Manber R. A randomized controlled trial of mindfulness meditation for chronic insomnia: Effects on daytime symptoms and cognitiveemotional arousal. *Mindfulness*. 2018;9(6):1702-12.
- [41] Penninx, B., Milaneschi, Y., Lamers, F., & Vogelzangs, N. (2013). Understanding the somatic consequences of depression: biological mechanisms and the role of depression symptom profile. *BMC Medicine*, 11, 1-14.
- [42] Reynolds, E. H., & Wilson, J. V. K. (2013). Depression and anxiety in Babylon. *Journal of the Royal Society of Medicine*, 106(12), 478-481. <https://doi.org/10.1177%2F0141076813486262>
- [43] Ross, E. L., Zivin, K., & Maixner, D. F. (2018). Cost-effectiveness of electroconvulsive therapy vs pharmacotherapy/psychotherapy for treatment-resistant depression in the United States. *JAMA psychiatry*, 75(7), 713- 722. <https://dx.doi.org/10.1001%2Fjamapsychiatry.2018.0768>
- [44] Saduk B., Saduk V. Summary of Psychiatry: Behavioral Sciences - Clinical Psychiatry. Trans. Pour afkari N. Tehran: Shahre ab – Ayandehsazan publication; 2007. [In Persian].
- [45] Sapkota, N., Pandey, A. K., Deo, B. K., & Shrivastava, M. K. (2017). Anxiety, depression and quality of life in mothers of intellectually disabled children. *Journal of Psychiatrists' Association of Nepal*, 6(2): 28-35.
- [46] Shahnavaizi A, Delshad A, Basiri Moghaddam M, Tavakolizadeh J. Effectiveness of eye movement desensitization and reprocessing on anxiety in children with Thalassemia. *Iranian Journal of Psychiatric Nursing*. 2016; 4(1):11-7 (Persian).
- [47] Slatcher RB. Protective Precesses Underlying the between Marital Quality and Physical Health. *Current Opinion in Pschology*. 2016; 56(4): 195-220
- [48] Sousa,v.D,zausznie wski,j.A,Musil,c,M,McDonald, Pe,&Milligan,S.E.(2004). Testing conceptual framework for Diabetes self- care Management Research and theory Nursing practice, volume 18.Number4,pp:293-316(24)
- [49] Taheri H, Doostkami M, Khayati R, Rigi A, Allahyari E. Evaluation of spiritual health in adolescents with Thalassemia major. *Journal of Zabol Medical School*. 2021; 4(1):14-8 (Persian).
- [50] Tipton, C. M. (2014). The history of “Exercise Is Medicine” in ancient civilizations. *Advances in physiology education*, 38(2), 109-117. <https://doi.org/10.1152/advan.00136.2013>
- [51] Western, D. (2013). Gender-based violence and depression in women. *SpringerBriefs in Social Work*, Author(s).
- [52] Zamani N, Habibi M. compare the influence of both dialectic and cognitive behavior therapies to maintain mothers’ mental health whose children with Special needs. *Accept in JRH* 2014.