

فهرست مطالب

تقدیر و تشکر.....	۷
سخن مترجم.....	۹
مشاوران علمی.....	۱۱
دربارهٔ درمان‌های اثربخش.....	۱۳
فصل ۱ اطلاعات مقدماتی برای درمانگران.....	۱۷
فصل ۲ تدارکات گروه.....	۳۱
فصل ۳ جلسه اول: معرفی به گروه.....	۳۷
فصل ۴ جلسه دوم: علایم، شیوع و علل اختلال عاطفی فصلی.....	۴۷
فصل ۵ جلسه سوم: نحوهٔ ارتباط فعالیت‌ها با خلق و افکار.....	۵۹
فصل ۶ جلسه چهارم: انجام فعالیت بیشتر برای احساسی بهتر.....	۶۹
فصل ۷ جلسه پنجم: فکر شما بر احساس شما تأثیر می‌گذارد.....	۸۱
فصل ۸ جلسه ششم: تحریفات شناختی.....	۹۱
فصل ۹ جلسه هفتم: ارزیابی افکار خودآیند.....	۱۰۱
فصل ۱۰ جلسه هشتم: پاسخ‌های منطقی.....	۱۰۷

فصل ۱۱	جلسه نهم: باورهای مرکزی	۱۱۷
فصل ۱۲	جلسه دهم: ارزیابی باورهای مرکزی	۱۲۵
فصل ۱۳	جلسه یازدهم: حفظ منافع فردی و پیشگیری از عود	۱۳۲
فصل ۱۴	جلسه دوازدهم: مرور و خداحافظی	۱۴۰
چک لیست‌های پایبندی		۱۴۶
منابع		۱۵۹
واژه‌نامه انگلیسی به فارسی		۱۶۳
واژه‌نامه فارسی به انگلیسی		۱۶۵
درباره نویسنده		۱۶۷

تقدیر و تشکر

در ابتدا، می‌خواهم از حضور همه شرکت‌کنندگان در برنامه درمان فصلی، که پیش‌تر در خدمات هماهنگ دانشگاه علوم بهداشتی و در حال حاضر در دانشگاه ورمونت اجرا می‌شود تشکر کنم. پیشرفت یک درمان شناختی- رفتاری برای اختلال عاطفی فصلی، بدون یک دهه تلاش قبلی توسط دیگران در زمینه نظریه و درمان شناختی افسردگی و مفهوم‌سازی رفتاری افسردگی و رفتار درمانی امکان‌پذیر نبوده است. بدین منظور، من از آرون تی. بک و همکارانش به ویژه جودیت اس. بک برای توسعه اصول نظری و درمان، بسیار قدردانی می‌کنم چرا که الهام‌بخش من در تعدیل شناخت درمانی برای اختلال عاطفی فصلی بودند، و همچنین تشکر می‌کنم از پیتر لویسون و همکارانش برای ایجاد و گسترش برنامه‌ریزی رویدادهای لذت‌بخش به‌عنوان یک راهبرد درمانی رفتاری، که برای اختلال عاطفی فصلی بسیار اثربخش و مفید می‌باشد. همچنین دوست دارم از آلن پترسون برای به اشتراک‌گذاری ایده‌های خود در زمینه آموزش روانی اولیه در مورد علایم افسردگی و پیشگیری از عود تشکر کنم. من از همکارانم دیوید ای. اف. هاگا و تئودور پوستولاک سپاس‌گذارم، همچنین از دانشجویان بالینی سابق خود و کمک درمانگران، که مهم‌ترین آنها کاترین ای. روکلین، کاترین تیرنی لیندزی، و برندان الیوت هستند تشکر می‌کنم. این دوستان در ابتدای راه که این برنامه مفهوم‌سازی شد و مورد آزمایش قرار گرفت، در زمینه محتوای آن بازخورد مفیدی ارائه دادند. همچنین از موسسه ملی بهداشت روان و خدمات هماهنگ دانشگاه علوم بهداشتی برای تأمین بودجه آزمایشات بالینی این برنامه درمانی بسیار سپاس‌گزارم.

سخن مترجم

آیا با نزدیک شدن زمستان احساس افسردگی کرده‌اید؟ آیا افسردگی زمستانی توانایی شما را برای انجام کارهای روزمره تحت تأثیر قرار داده است؟ آیا در طول فصل زمستان در فعالیت‌های روزانه خود فقدان لذت را تجربه کرده‌اید؟ آیا این خلق و خوی شما با آمدن بهار بهبود می‌یابد؟ اگر چنین است، شما به احتمال زیاد از اختلال عاطفی فصلی رنج می‌برید. اختلال عاطفی فصلی در تعداد قابل توجهی از افراد دیده می‌شود. حتی نوع خفیف‌تر آن یعنی "افسردگی زمستانی" درصد بیشتری از افراد را تحت تأثیر قرار می‌دهد. علائم اختلال عاطفی فصلی مثل سایر افسردگی‌ها می‌تواند شدید، متوسط یا خفیف باشد. خفیف‌ترین حالت اختلال عاطفی فصلی در انجام فعالیت‌های روزانه تأثیر نامحسوسی می‌گذارد ولی نوع شدید آن توانایی شخص در انجام امور روزمره را به شدت تحت تأثیر قرار می‌دهد. درمان شناختی-رفتاری به‌عنوان یک درمان اثربخش برای افسردگی به رسمیت شناخته شده است و شواهدی وجود دارد که این درمان می‌تواند برای افرادی که اختلال عاطفی فصلی دارند سودمند باشد. برنامه گروهی مشخص‌شده در این راهنمای درمانگر، درمان شناختی-رفتاری را برای افسردگی، به‌ویژه در جمعیت دچار اختلال عاطفی فصلی ارائه می‌کند. کتاب حاضر می‌تواند به شما کمک کند تکنیک‌هایی را برای غلبه بر افسردگی زمستانی در امسال و سال‌های پیش رو یاد بگیرید. این برنامه می‌تواند در غالب برنامه شناخت‌درمانی گروهی یا فردی و همچنین در ترکیب با نوردرومانی مورد استفاده قرار گیرد. به‌منظور کمک به درک بهتر شما از اختلال عاطفی فصلی، این کتاب علل احتمالی ایجاد اختلال و چگونگی پیشرفت علائم را توصیف می‌کند. هر فصل مربوط به یک جلسه درمان است، بنابراین شما به‌راحتی می‌توانید با این برنامه

همراه شوید. شما راهبردهای مؤثری را جهت کاهش علایم اختلال عاطفی فصلی و بهبود خلق و خوی خود یاد می‌گیرید. فرم‌های موجود در انتهای کتاب به شما کمک می‌کند این تکنیک‌ها را در عمل اجرا نمایید. با کسب آگاهی و مهارت‌های جدید شما می‌توانید علایم اختلال عاطفی فصلی را متوقف کنید و از بروز اختلال در آینده پیشگیری نمایید. لازم نیست مغلوب افسردگی زمستانی شوید و یا برای احساس بهتر منتظر بهار بمانید. با اجرای این برنامه، اکنون می‌توانید کنترل زندگی خود را دوباره به دست آورید و سلامت روانی خود را در زمستان افزایش دهید.

مهرزاد فراهتی

زمستان ۹۶

سرپرستار

David H. Barlow, Ph

مشاوران علمی

Anne Marie Albano, PhD

Gillian Butler, PhD

David M. Clark, PhD

Edna B. Foa, PhD

Paul J. Frick, PhD

Jack M. Gorman, MD

Kirk Heilbrun, PhD

Robert J. McMahon, PhD

Peter E. Nathan, PhD

Christine Maguth Nezu, PhD

Matthew K. Nock, PhD

Paul Salkovskis, PhD

Bonnie Spring, PhD

Gail Steketee, PhD

John R. Weisz, PhD

G. Terence Wilson, PhD

دربارهٔ درمان‌های اثربخش

با وجود تحولات چشمگیری که در زمینهٔ مراقبت‌های بهداشتی در چند سال گذشته صورت گرفته است، بسیاری از راهبردها و مداخلات پذیرفته شده در حوزهٔ سلامت روان و علوم رفتاری توسط شواهد پژوهشی مورد تردید واقع شده‌اند؛ که گویا این راهبردها نه تنها سودمند نیستند، بلکه ممکن است آسیب‌زا هم باشند. از طرفی اثربخشی برخی از دیگر راهبردها با استفاده از بهترین شواهد استاندارد به اثبات رسیده و توصیه می‌شود این راهبردها برای عموم مورد استفاده قرار گیرند. برخی از تحولات اخیر حامی این جنبش بوده است. اول اینکه ما به درک عمیق‌تری از آسیب‌شناسی در هر دو بعد روانی و جسمانی رسیده‌ایم که منجر به پیشرفت مداخلات جدید و دقیق‌تر شده است. دوم اینکه، روش‌های پژوهشی ما به میزان قابل توجهی بهبود یافته‌اند، به نحوی که خطراتی که اعتبار درونی و بیرونی را تهدید می‌کنند را کاهش داده و نتایجی ایجاد کرده‌ایم که در موقعیت‌های بالینی کاربردی‌تر باشند. سوم اینکه، دولت‌ها، نظام‌های خدمات درمانی و سیاست‌گذاران در سراسر جهان تصمیم گرفتند که کیفیت مراقبت را ارتقاء بخشند، به طوری که این مراقبت‌ها باید مبتنی بر شواهد باشند و مردم نیز متقاعد شوند که این امر در جهت منافع عمومی است (بارلو، ۲۰۰۴؛ موسسه پزشکی، ۲۰۰۱).

البته، عمده‌ترین مانع برای درمان‌گران در هر جا، دسترسی به جدیدترین مداخلات روان‌شناختی مبتنی بر شواهد است. کارگاه‌های آموزشی و کتاب‌ها می‌توانند تنها در حد آشنا کردن متخصصان مسئول و وظیفه‌شناس با آخرین شیوه‌های درمانی و کاربرد آنها در مراجعین فردی نقش داشته باشند. این مجموعهٔ جدید درمان‌های اثربخش شامل مداخلات جدید و هیجان‌انگیز برای درمان‌گرانی است که در خط

مقدم درمان قرار دارند. کتاب راهنمای درمانگر و کتاب کار ارائه شده در این مجموعه، شامل فرایندهای دقیق گام به گام برای ارزیابی، تشخیص و درمان مشکلات خاص می‌باشد. همچنین این مجموعه با ارائه ابزارهای کمکی فرایند نظارت بالینی را برای متخصصان هموار کرده و فراتر از کتاب کار و راهنما عمل می‌کند.

در نظام بهداشت و درمان رو به رشد ما، این اتفاق نظر در حال افزایش است که روش مبتنی بر شواهد، معتبرترین شیوه را برای حرفه سلامت روان ارائه می‌دهد. همه متخصصان مراقبت‌های بهداشتی رفتاری، تمایل دارند بهترین مراقبت ممکن را به بیماران خود ارائه دهند. در مجموعه حاضر، هدف ما این است که فاصله بین علم و عمل را تا جایی که ممکن است کاهش دهیم.

این راهنمای درمانگر، یک درمان شناختی- رفتاری برای درمان افسردگی در اختلال عاطفی فصلی را معرفی می‌کند. شیوع نوع زمستانی اختلال عاطفی فصلی به‌ویژه در عرض‌های جغرافیایی بالاتر قابل توجه است، حتی رایج‌تر آن اختلال عاطفی فصلی نیمه سندر می یا خفیف‌تر آن، افسردگی زمستانی است. دکتر روهان درمان مورد نیاز برای اختلال عاطفی فصلی را در یک مجموعه کامل و در دسترس ارائه می‌کند. راهنمای درمانگر، یک برنامه گروهی ۱۲ جلسه‌ای را تشریح می‌کند که بیش از ۶ هفته در طول پاییز و زمستان انجام می‌شود. همچنین این روش ممکن است با مراجعان فردی و یا در ترکیب با نوردرمانی استفاده شود. شرکت‌کنندگان راهبردهای درمان شناختی- رفتاری مؤثر را یاد می‌گیرند و می‌توانند آنها را در این زمستان و پس از آن به کار گیرند. پروتکل درمان شامل آموزش روانی، فعال‌سازی رفتاری، بازسازی شناختی، و پیشگیری از عود می‌باشد. کتاب کار مربوط به آن، برنامه جلسه به جلسه را دنبال کرده و فرم‌ها را برای انجام تکالیف ارائه می‌کند. این برنامه به‌طور خاص برای استفاده افراد دچار اختلال عاطفی فصلی طراحی شده است، متخصصان این مجموعه را یک برنامه منحصر به فرد و مفید برای مراجعان خود خواهند یافت.

دیوید اچ. بارلو: سر ویراستار

مجموعه درمان‌های اثربخش

بوستون، ماساچوست

Barlow, D. H. (2004). Psychological treatments. *American Psychologist*, 59, 869-878.

Institute of Medicine (2001). *Crossing the quality chasm: A new health system for the 21st century*. Washington, DC: National Academy Press.

فصل ۱

اطلاعات مقدماتی برای درمانگران

اطلاعات زمینه‌ای و هدف این برنامه

در این راهنما، درمان شناختی- رفتاری گروهی برای اختلال عاطفی فصلی ارائه شده است. این نوع درمان، مبتنی بر یک مدل شناختی- رفتاری جامع است و روش سنتی درمان شناختی- رفتاری افسردگی را جهت رفع نیازهای خاص مبتلایان به اختلال عاطفی فصلی تعدیل کرده است. درمان شناختی- رفتاری در یک چهارچوب فصلی قرار می‌گیرد و طی آن، نقش تغییرات محیطی و نیز شناخت‌ها و رفتارها شناسایی می‌شود.

طرح جلسه به جلسه برای اداره جلسات درمان شناختی- رفتاری ۱/۵ ساعته، دو بار در هفته طی ۶ هفته (مجموعاً ۱۲ جلسه) در این راهنما شرح داده شده است. به منظور اجرای اثربخش، این برنامه برای متخصصان بهداشت روانی (مانند روان‌شناسان، روان‌پزشکان و مددکاران اجتماعی) پیشنهاد می‌شود. برخی آموزش‌های قبلی در زمینه رویکردهای شناختی- رفتاری هم توصیه می‌شود زیرا این راهنما به خودی خود، نحوه انجام درمان شناختی- رفتاری را به درمانگران آموزش نمی‌دهد و مسلم پنداشته می‌شود که افراد استفاده‌کننده از آن، در انجام درمان شناختی مهارت دارند.

این درمان در قالب یک برنامه گروهی طراحی شده است و مخاطبان راهنمای حاضر، رهبران(ان) گروه‌ها هستند. جهت کسب اطلاعات بیشتر در خصوص پشتیبانی گروه به فصل ۲ مراجعه نمایید. علی‌رغم اینکه شیوه درمانی خود را توسط قالب درمان انفرادی مورد آزمون قرار نداده‌ایم اما بر این باور هستیم که محتوای راهنمای

حاضر می‌تواند به راحتی برای استفاده در درمان فردی منطبق شود.

اختلال عاطفی فصلی

اختلال عاطفی فصلی یکی از زیرگروه‌های افسردگی عودکننده است که مشتمل بر یک الگوی زمانی منظم است و دوره‌های افسردگی عمده در زمان‌های مشخصی از سال رخ می‌دهد. اکثریت قابل توجه موارد، نوع زمستانی اختلال عاطفی فصلی هستند، که در آن دوره‌های افسردگی عمده با الگویی منظم در ماه‌های پاییز یا زمستان شروع می‌شوند و در بهار بهبود می‌یابند. اقلیت موارد، اختلال عاطفی فصلی از نوع تابستانی می‌باشند که دوره‌های افسردگی عمده آن در تابستان عود می‌کنند. نوع زمستانی اختلال عاطفی فصلی، کانون توجه این راهنماست و از این پس اصطلاح *اختلال عاطفی فصلی* برای اشاره به اختلال عاطفی فصلی از نوع زمستانی استفاده خواهد شد. در نسخه تدریسی *راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی، ویراست چهارم*، اختلال عاطفی فصلی به عنوان یک افسردگی عمده با الگوی فصلی عودکننده تشخیص داده می‌شود (انجمن روان‌پزشکی آمریکا، ۲۰۰۰؛ برای ملاک‌های تشخیصی تعیین الگوی فصلی به جدول ۱.۱ نگاه کنید). نسخه تدریسی *راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی، ویراست چهارم* همچنین شامل یک تشخیص برای اختلال دوقطبی نوع یک یا دو با الگوی فصلی (یعنی اختلال عاطفی فصلی از نوع دوقطبی) می‌باشد که کانون توجه راهنمای حاضر نیست.

ملاک‌های دوره‌های افسردگی عمده در نسخه تدریسی *راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی، ویراست چهارم*، نشانگر طیف علایم اختلال عاطفی فصلی هستند. اکثریت بیماران مبتلا به اختلال عاطفی فصلی، علایمی نظیر خلق افسرده، کاهش علاقه یا میل به انجام فعالیت‌ها و خستگی مداوم را تأیید می‌کنند (مایناسون و پارتونز، ۲۰۰۵). در مقابل افسردگی عمده غیرفصلی، مبتلایان به اختلال عاطفی فصلی اغلب (الف) پرخوابی را در مقابل بی‌خوابی و (ب) افزایش اشتها، میل مفرط به مصرف کربوهیدرات یا افزایش وزن در برابر کاهش اشتها یا کاهش وزن را مورد تأیید قرار می‌دهند (مگناسون و پارتونز). سایر علایم افسردگی نابهنجار که در زمره معیارهای نسخه تدریسی *راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی، ویراست چهارم*، قرار ندارند اما در اختلال عاطفی فصلی رایج هستند عبارت‌اند از بدخلفی یا کاهش انرژی در بعد از ظهر یا شب و تغییر معکوس در طی روز (لام،

جدول ۱-۱. معیارهای تشخیصی تعیین الگوی فصلی

- یک رابطه زمانی منظم بین شروع دوره‌های افسردگی عمده و زمان مشخصی از سال وجود دارد.
- بهبودی کامل (یا تغییر به شیدایی یا شیدایی خفیف در مورد اختلال عاطفی فصلی از نوع دوقطبی) در زمان خاصی از سال رخ می‌دهد.
- در ۲ سال اخیر، دوره‌های افسردگی عمده که نشان‌دهنده این روابط زمانی فصلی هستند رخ داده‌اند.
- میزان دوره‌های افسردگی عمده فصلی در طول زندگی، به طور قابل توجهی بیشتر از دوره‌های افسردگی عمده غیر فصلی است.
- هیچ عامل تنش‌زای روانی - اجتماعی بارزی برای الگوی فصلی وجود ندارد.

تام، یاتام، شیاح و زیس، ۲۰۰۱؛ روزنتال و همکاران، ۱۹۸۴). شدت نوسانات فصلی، یعنی گرایش به تغییرات خلقی و رفتاری در طی فصول، در افراد مختلف متفاوت است، و علائم بالینی اختلال عاطفی فصلی کامل ظاهراً نشانگر یک منتهی الیه در پیوستار نوسانات فصلی هستند (کاسپر، وهر، بارکو، گست و روزنتال، ۱۰۸۹؛ روزن و همکاران، ۱۹۹۰).

اختلال عاطفی فصلی، مشخصه ۱۰ - ۲۰ درصد موارد افسردگی عودکننده است (بلازر و همکاران، ۱۹۹۸؛ مگناسون، ۲۰۰۰). در تحقیقات جمعیتی صورت گرفته بر روی بزرگسالان آمریکا، میزان شیوع اختلال عاطفی فصلی عموماً با توجه به عرض جغرافیایی افزایش می‌یابد و از ۱/۴ درصد در فلوریدا تا ۹/۹ درصد در آلاسکا متغیر است (بوکر و هلکسون، ۱۹۹۲؛ روزن و همکاران، ۱۹۹۰). اختلال عاطفی فصلی نیمه سندرمی (خرده‌علایمی) (S-SAD) که بواسطه تغییرات ملایم فصلی تعریف می‌شود و عموماً از آن تحت عنوان «افسردگی زمستانی» یاد می‌شود، حتی رایج‌تر از اختلال عاطفی فصلی بوده و به لحاظ میزان شیوع از ۲/۶ درصد در فلوریدا تا ۱۹ درصد در آلاسکا متغیر است.

داده‌های موجود حاکی از آن است که جریان طولانی مدت اختلال عاطفی فصلی متغیر می‌باشد. در طی بررسی چهار مطالعه پیگیرانه طولی بر روی مبتلایان به اختلال عاطفی فصلی، لام و همکاران (۲۰۰۱) بدین نتیجه رسیدند که ۲۸ تا ۴۴ درصد این بیماران بعدها یک الگوی غیر فصلی برای بازگشت افسردگی یا بهبودی ناقص در فصل تابستان نشان می‌دهند، ۱۴ تا ۳۸ درصد به جای اختلال عاطفی فصلی، دچار اختلال عاطفی فصلی نیمه سندرمی می‌شوند یا بهبود می‌یابند و ۲۲ تا ۴۲ درصد همواره دچار اختلال عاطفی فصلی «محض» (یعنی دوره‌های افسردگی زمستانی و

بهبودی کامل در طول تابستان) هستند.

علت اختلال عاطفی فصلی هنوز مشخص نشده، اما چندین فرضیه در این خصوص مطرح شده است: تغییر مرحله، واکنش نوری، شمارش فوتونی و سروتونین. به منظور ملاحظه چکیده‌ای از این فرضیات به جلسه شماره ۲ مراجعه کنید.

تدوین و توسعه این برنامه درمانی:

چالش اصلی بهداشت عمومی در مدیریت کلی اختلال عاطفی فصلی، پیشگیری از بازگشت دوره افسردگی طی فصول پاییز یا زمستان سال‌های بعد می‌باشد. لذا محرک اصلی برای تدوین این برنامه درمانی خاص، نیاز به یک درمان برای اختلال عاطفی فصلی با ویژگی‌های زیر است:

۱. درمان دارای محدوده زمانی (یعنی درمانی حاد که در یک برهه زمانی خاص انجام می‌شود، نه درمانی روزانه در پاییز یا زمستان هر سال به صورت نامحدود)؛

۲. درمانی که به گونه‌ای اثربخش، علایم حاد اختلال عاطفی فصلی را در ابتدای زمستان برطرف می‌کند؛

۳. درمانی که آثارش بعد از قطع درمان تداوم می‌یابند تا مانع از بازگشت افسردگی در زمستان‌های آینده شوند.

با وجود اینکه نوردرمانی، یعنی در دسترس‌ترین درمان رایج برای اختلال عاطفی فصلی حاد، از معیار ۲ برای کارآمدی سریع و دقیق برخوردارست (گلدن و همکاران، ۲۰۰؛ ترمان و همکاران، ۱۹۸۹)، اما از معیارهای ۱ یا ۳ برخوردار نمی‌باشد. به منظور مدیریت بحرانی و درازمدت اختلال عاطفی فصلی، در راهنماهای درمانی موجود، استفاده روزانه از نوردرمانی از زمان شروع نخستین نشانه گرفته تا بهبود خود به خودی در فصل بهار، در طول پاییز یا زمستان هر سال که عموماً ۳ تا ۶ ماه طول می‌کشد، توصیه می‌شود (لام و لویت، ۱۹۹۹). بنابراین نوردرمانی، طبق تعریف آن، یک درمان دارای محدوده زمانی نیست (از معیار شماره ۱ برخوردار نمی‌باشد) اما در عوض، درمانی موقت و تسکین‌دهنده است که مادامی که درمان جریان دارد، احتمالاً با علایم سرکوب‌گر عمل می‌کند و باید به‌طور منظم در پاییز یا زمستان هر

سال ادامه پیدا کند تا کارایی آن تداوم یابد (از معیار شماره ۳ برخوردار نمی‌باشد). درمان‌های فعلی جایگزین نوردرمانی نیز همان مشکلات را دارند (بخش "درمان‌های جایگزین" را ببینید)

اگر بیماران مبتلا به اختلال عاطفی فصلی استفاده از درمان‌های موقت مانند نوردرمانی را با تداومی مطلوب در طی زمستان سال‌های بعدی ادامه می‌دادند، نیازی به ایجاد یک روش درمانی با این سه ویژگی نبود. با وجود این، به نظر نمی‌رسد مسئله این باشد. طی یک بررسی پیگیرانه گذشته‌نگر بر روی مبتلایان به اختلال عاطفی فصلی که در مؤسسه ملی بهداشت روانی طی سال‌های ۱۹۸۱ و ۱۹۸۵ درمان شدند، معلوم شد که تنها ۴۱ درصد بیماران استفاده منظم از نوردرمانی را ادامه دادند. زمانی که از آنها درباره علت قطع استفاده از نوردرمانی سؤال شد، «عدم اثربخشی» و «عدم سهولت استفاده» دو دلیلی بود که اکثراً از آن نام بردند.

ما بر این باوریم درمان شناختی-رفتاری‌ای که مناسب اختلال عاطفی فصلی باشد، قابلیت تحقق بخشیدن به سه معیار فوق را دارد. درمان شناختی (ای. تی. بک، راش، شاو و امری، ۱۹۷۹) یک درمان دارای محدوده زمانی است که دقیقاً برای افسردگی غیرفصلی کارایی دارد و ظاهراً از فوایدی برخوردار است که فراتر از نقطه خاتمه درمان هستند (گلوآگن، کوتراکس، کوچرات و بلک برن، ۱۹۹۸؛ هولون، اسوارت و استرانک، ۲۰۰۶). چندین مطالعه دریافته‌اند که بیماران افسرده‌ای که نسبت به درمان شناختی، واکنشی بالینی نشان دادند در مقایسه با بیمارانی که از ابتدا به داروهای ضد افسردگی پاسخ دادند، کمتر در معرض خطر ابتلای مجدد به افسردگی هستند (بلک برن، انسون و بیشاپ، ۱۹۸۶؛ ایوانز و همکاران، ۱۹۹۲؛ هالون و همکاران، ۲۰۰۵؛ سیمونز، مورفی، لوین و وتزل، ۱۹۸۶). علاوه بر کاهش خطر عود بیماری، طی یکی از آزمایش‌های اخیر مشخص شده است بیمارانی که به وسیله دوره درمان شناختی به بهبودی کامل دست یافته‌اند، نسبت به بیمارانی که از طریق دارودرمانی بهبودی کامل یافته‌اند، کمتر در معرض خطر آغاز دوره جدید افسردگی (یعنی عود) هستند (هالون و همکاران، ۲۰۰۵).

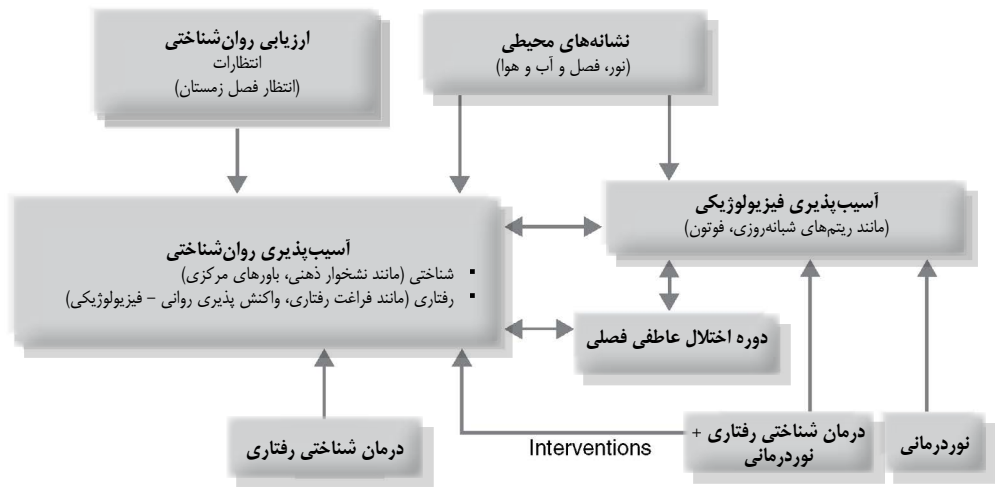
الگوی شناختی-رفتاری اختلال عاطفی فصلی

الگوی مفهومی ما که از آن تحت عنوان الگوی شناختی-رفتاری تلفیقی یاد

می‌شود، مبنای نظری این نوع درمان را فراهم می‌کند. در راستای بسط و توسعه الگوی آسیب‌پذیری دوگانه ام. ای. یونگ (۱۹۹۹)، الگوی پیشنهادی ما همواره بر آسیب‌پذیری دوگانه (یعنی فیزیولوژیکی و روان‌شناختی) برای اختلال عاطفی فصلی تأکید می‌کند، اما بواسطه تعیین نقشی برای عوامل شناختی و رفتاری دخیل در آسیب‌پذیری روانی بر عمق و وسعت آن می‌افزاید. طبق الگوی ما، دوره اختلال عاطفی فصلی زمانی آغاز می‌شود که تغییرات محیطی چرخه انعکاس‌دهنده‌ای بین آسیب‌پذیری‌های روان‌شناختی و فیزیولوژیکی را فعال می‌سازد یا وقتی که انتظار فصل زمستان، آسیب‌پذیری روان‌شناختی را فعال می‌کند، این موضوع به نوبه خود، آسیب‌پذیری فیزیولوژیکی را فعال می‌سازد. بنابراین عامل آسیب‌پذیری روان‌شناختی از تداوم برخوردارست و احتمالاً آغاز این دوره به لحاظ سبب‌شناسی، اهمیت دارد.

عنصر شناختی عامل آسیب‌پذیری روان‌شناختی شامل طرحواره‌ها و نگرش‌های ناسازگارانه و افکار خودآیندی است که مشخصه افسردگی غیر فصلی می‌باشد اما افکار خاص محیطی مرتبط با فصل زمستان، در دسترس بودن نور، نشانه‌های تغییرات فصلی و آب و هوا را نیز به موارد فوق می‌افزاید. الگوی ما به‌علاوه، یک عنصر شناختی دیگر، یعنی مقابله نشخواری (نولن هوکسما، ۱۹۸۷)، و نیز عوامل رفتاری نظیر میزان پایین تقویت مثبت وابسته به پاسخ (لویسنسون، ۱۹۷۴) و واکنش‌پذیری هیجانی و روانی - فیزیولوژیکی نسبت به کمبود نور و محرک‌های مرتبط با زمستان در محیط را لحاظ می‌کند. مطالعات ابتدایی، افکار خودآیند منفی (هاگز و مارکز، ۱۹۹۸؛ روهان، سیگمون و دورهوفر، ۲۰۰۳)، نگرش‌های مختل و ناکارآمد (هاگز و مارکز)، نشخوار ذهنی (روهان و همکاران، ۲۰۰۳؛ ام. ای. یونگ و آزام، ۲۰۰۳) سبک اسنادی منفی (لویتان، رکتور و باگبی، ۱۹۹۸)، و کاهش وقوع رویدادهای خوشایند و لذت (روهان و همکاران) را با اختلال عاطفی فصلی مرتبط دانسته‌اند. روش درمان شناختی- رفتاری ما، این شناخت‌ها و رفتارها را هدف قرار می‌دهد تا از این طریق علایم حاد اختلال عاطفی فصلی بهبود یابند و از بازگشت دوره افسردگی ممانعت شود.

در الگوی ما نشان داده می‌شود که شاید نوردرمانی برای برخی مبتلایان به اختلال عاطفی فصلی یک روش درمانی ناکارآمد باشد زیرا توضیحات کاملاً بیولوژیکی ناقص هستند. نوردرمانی روان‌شناختی عامل آسیب‌پذیری فیزیولوژیکی را هدف قرار می‌دهد، اما مستقیماً به آسیب‌پذیری روان‌شناختی نمی‌پردازد. درمان شناختی- رفتاری



شکل ۱-۱
الگوی شناختی-رفتاری تلفیقی

مستقیماً عناصر آسیب‌پذیری روان‌شناختی را هدف قرار می‌دهد. به علاوه، ترکیب درمان شناختی-رفتاری و نوردرمانی (CBT + LT) در هر دو سطح آسیب‌پذیری مداخله خواهد کرد.

رئوس مطالب درمان شناختی-رفتاری برای برنامه درمان اختلال عاطفی فصلی

در روش ما از عناصر سنتی درمان شناختی-رفتاری مانند فعال‌سازی رفتاری و بازسازی شناختی جهت ارتقای سطح مقابله با فصل زمستان استفاده می‌شود. برخی تمرینات بازسازی شناختی بر به چالش کشیدن افکار منفی مرتبط با فصل زمستان به‌طور کل، کمبود نور، نشانه‌های فصلی در محیط و آب و هوا تمرکز می‌کنند. به خاطر ماهیت قابل پیش‌بینی بازگشت اختلال عاطفی فصلی، پیشگیری از عود در اختلال عاطفی فصلی را می‌توان دقیق‌تر از سایر افسردگی‌های غیرفصلی هدف قرار داد. عنصر درمانی پیشگیری از عود بر شناسایی زود هنگام افکار منفی انتظاری درباره زمستان و تغییرات رفتاری مرتبط با اختلال عاطفی فصلی، استفاده از مهارت‌های فراگرفته شده در درمان شناختی-رفتاری جهت مقابله با زمستان سال‌های بعدی و تدوین یک برنامه پیشگیری از عود شخصی به‌منظور افزایش تداوم درمان تأکید می‌کند.

همان‌طور که قبلاً ذکر شد، این برنامه شامل جلسات ۱/۵ ساعته درمان شناختی- رفتاری گروهی برای دو بار در هفته به مدت ۶ هفته (مجموعاً ۱۲ جلسه) می‌باشد. به رغم اینکه درمان شناختی- رفتاری افسردگی معمولاً برای ۱۲ تا ۲۰ جلسه هفتگی انجام می‌شود، اختلال عاطفی فصلی مستلزم نسخه‌ای فشرده است. نظر به اینکه زمستان فقط ۳ ماه طول می‌کشد، چنانچه قرار بود درمان شناختی- رفتاری به‌طور هفتگی طی ۲۰ هفته انجام شود، بیماران مبتلا به اختلال عاطفی فصلی به‌طور خودانگیخته با فرا رسیدن فصل بهار دوباره به تدریج بهبود می‌یافتند. هر جلسه معمولاً با مرور جلسه قبل آغاز می‌شود. تکالیف خانگی بررسی می‌شود و با توضیحاتی درباره جلسه حاضر ادامه می‌یابد. مقدار زیادی خلاصه‌سازی جهت تقویت یادگیری وجود دارد و توصیه می‌شود که بررسی‌ها در قالب پرسش و پاسخ انجام شوند تا شکلی تعاملی داشته باشند.

روند کار (جدول ۱.۲ را ببینید) با آموزش روانی مقدماتی درباره اختلال عاطفی فصلی و افسردگی، از جمله مبنای استفاده از درمان شناختی- رفتاری برای اختلال عاطفی فصلی در هفته نخست (جلسات ۱ و ۲) شروع می‌شود. هفته دوم (جلسات ۳ و ۴) بر فعال‌سازی رفتاری با استفاده از برنامه‌ریزی زمانی به‌منظور انجام فعالیت‌های لذت‌بخش تمرکز دارد که به‌عنوان ابزاری برای خروج از «حالت خواب زمستانی» و ایجاد علایق زمستانی ارائه می‌شود. هفته‌های سوم تا پنجم (جلسات ۵ تا ۱۰) بر درمان شناختی متمرکز می‌شوند. این کار مشتمل بر آموزش درباره الگوی شناختی، استفاده از یادداشت‌های فکری برای ثبت افکار خودآیند منفی، پرسشگری سقراطی

جدول ۱-۲ خلاصه جلسات

هفته	جلسات	عنصر
۱	۱ و ۲	آموزش روانی
۲	۳ و ۴	فعال‌سازی رفتاری
۳	۵ و ۶	درمان شناختی
۴	۷ و ۸	
۵	۹ و ۱۰	
۶	۱۱ و ۱۲	پیشگیری از عود

به منظور ارزیابی افکار منفی، ایجاد پاسخ‌های منطقی و شناسایی باورهای مرکزی می‌باشد. هفته ششم (جلسات ۱۱ و ۱۲) بر حفظ و نگهداری منافع و پیشگیری از عود تمرکز دارد.

مبنای شواهد

داده‌های اولیه از دو آزمایش بالینی تصادفی در آزمایشگاه ما حاکی از آن است که درمان شناختی- رفتاری ما می‌تواند درمانی مؤثر برای اختلال عاطفی فصلی حاد باشد و این درمان ابتدایی به وسیله درمان شناختی- رفتاری در مقایسه با درمان ابتدایی از طریق نوردرمانی در زمستان سال بعد می‌تواند دارای نتایج برتری باشد. در آزمایش تصادفی امکان‌سنجی بر روی ۲۳ فرد بزرگسال جامعه که به مدت ۶ هفته تحت درمان مطالعاتی قرار گرفتند، درمان شناختی- رفتاری به تنهایی، نوردرمانی به تنهایی و ترکیب درمان شناختی- رفتاری و نوردرمانی همگی به طور معناداری باعث بهبود علائم و نشانه‌ها طی آزمایش ۶ هفته‌ای در دو مقیاس مختلف علائم افسردگی شدند (روهان، تیرنی لیندزی، روکلین و لیس، ۲۰۰۴).

بر اساس مطالعه امکان‌سنجی، نمی‌توانستیم این امکان را رد کنیم که اثرات ظاهری درمان، ناشی از گذشت زمان یا بازگشت به میانگین هستند. چون برای هم‌تاسازی یافته‌های اولیه مربوط به درمان شناختی- رفتاری برای اختلال عاطفی فصلی به یک نمونه بزرگ‌تر و گروه کنترل حقیقی نیاز بود، یک آزمایش بالینی تصادفی و کنترل شده را آغاز کردیم. این مطالعه ۶۱ فرد بزرگسال جامعه با اختلال عاطفی فصلی را به طور تصادفی در درمان شناختی- رفتاری، نوردرمانی، درمان ترکیبی یا لیست انتظار قرار داد (یعنی تماس جزئی/کنترل نوردرمانی با تأخیر؛ روهان و همکاران، ۲۰۰۷). آنهایی که تحت درمان شناختی- رفتاری، نوردرمانی و درمان ترکیبی قرار گرفتند نسبت به لیست انتظار (گروه کنترل)، به طور معناداری شدت افسردگی‌شان بهبود یافت. درمان شناختی- رفتاری ترکیب شده با نوردرمانی (۷۳ - ۷۹ درصد) نسبت به لیست انتظار (۲۰ - ۲۳ درصد) در پایان درمان میزان قابل توجه و بالاتری از بهبودی را نشان داد. این یافته‌ها حاکی از آن است که درمان شناختی- رفتاری، چه به تنهایی و چه در ترکیب با نوردرمانی، به عنوان یک درمان کارآمد برای اختلال عاطفی فصلی، روشی امیدبخش است و نیازمند مطالعه بیشتر می‌باشد.

چون ما معتقدیم پیشگیری از بازگشت دوره اختلال عاطفی فصلی طی زمستان سال‌های بعد، پیامدی مهم‌تر از کارآمدی درمانی حاد در زمستان آغازین تحقیق می‌باشد، از داده‌های آزمایشی خود جهت بررسی نتایج و پیامدهای بلندمدت استفاده کردیم. در طول زمستان سال بعد (یعنی ژانویه یا فوریه زمستان سال جدید، تقریباً ۱ سال بعد از درمان حاد) با استفاده از کلیه ۷۲ شرکت‌کننده تصادفی‌ای که در دو مطالعه آزمایشی‌مان تحت درمان شناختی- رفتاری، نوردرمانی و درمان ترکیبی (۲۴ مورد درمان شناختی- رفتاری، ۲۵ مورد نوردرمانی و ۲۳ مورد ترکیب درمان شناختی- رفتاری با نوردرمانی) قرار گرفتند، یک تحلیل به قصد درمان و تحلیل نتایج و پیامدها انجام دادیم. ما از اسناد چندگانه به‌منظور برآورد پیامدها و نتایج زمستان سال بعد برای ۱۷ فردی که طی درمان انصراف دادند، از برنامه درمان خارج شدند یا پیگیری نداشتند، استفاده کردیم. گروه‌های درمان شناختی- رفتاری (۸/۵ درصد) و درمان ترکیبی (۲/۵ درصد) در مقیاسه با گروه نوردرمانی (۲/۳۹ درصد)، نسبت‌های بسیار کوچکتری از بازگشت افسردگی زمستانی داشتند. درمان شناختی- رفتاری، چه به تنهایی و چه در ترکیب با نوردرمانی، در مقایسه با نوردرمانی به تنهایی با کاهش بسیار زیاد میزان افسردگی ارزیابی شده توسط مصاحبه‌کنندگان و بیماران در یک سال ارتباط داشت. در میان آزمودنی‌هایی که داده‌های ۱ ساله را فراهم آوردند، بعد از انطباق برای درمان مداوم با نوردرمانی، داروهای ضد افسردگی و روان‌درمانی استمرار یافتند.

چندین جنبه از این مطالعات با عمل بالینی اختلاف دارند. در هر دوی این آزمایش‌های تصادفی، معیارهای ورود شرکت‌کنندگان عبارت بودند از (الف) سن ۱۸ سال یا بالاتر، (ب) معیارهای راهنمای تشهیمی و آماری اختلالات روانی، ویراست چهارم، برای افسردگی عمده بازگشت‌کننده با الگوی فصلی و (ج) دوره فعلی اختلال عاطفی فصلی. معیارهای حذف شرکت‌کنندگان عبارت بودند از (الف) درمان روان‌پزشکی فعلی (یعنی داروهای روان‌گردان، نوردرمانی یا روان‌درمانی)، (ب) دیگر اختلال محور ۱ فعلی و (ج) اختلال عاطفی فصلی از نوع دوقطبی. در هر دو مطالعه، محقق اصلی که یک روان‌شناس با تخصص در زمینه اختلال عاطفی فصلی و دارای تجربه در درمان شناختی- رفتاری بود به اتفاق یک دانشجوی کارشناسی ارشد بالینی به‌عنوان درمانگر هم‌کار، درمان مطالعاتی را انجام دادند. این مطالعات در منطقه شهری واشنگتن دی. سی. صورت گرفتند و اطلاعات جمعیت‌شناختی نمونه مطالعاتی بدین قرار

بودند: ۹۳٪ زن، میانگین سنی ۴۸ سال (انحراف معیار ۱۲/۶)، ۸۱٪ قفقازی، ۷۵٪ دانش آموخته کالج، ۷۹٪ شاغل و ۴۹٪ متأهل. لذا مشخص نیست که این یافته‌ها می‌توانند به بیماران مبتلا به اختلال عاطفی فصلی با تشخیص‌های مرضی مشترک یا اختلال عاطفی فصلی از نوع دوقطبی یا بیماران مبتلا به اختلال عاطفی فصلی‌ای که هم‌زمان در سایر درمان‌ها نیز شرکت داشتند تعمیم داده شوند، و آیا می‌توان آنها را به درمانگران متخصص به غیر از محقق اصلی و به نمونه‌های دارای ویژگی‌های جمعیت شناختی متفاوت تعمیم داد یا خیر.

خطرات و فواید برنامه درمانی حاضر

فواید این برنامه درمانی برای شرکت‌کنندگان عبارت‌اند از امکان بهبود در جریان درمان علایم حاد و امکان تداوم فواید درمان طی زمستان سال بعد و شاید فراتر از آن. ما بر این باور هستیم که خطرات مرتبط با این برنامه برای شرکت‌کنندگان، جزئی هستند. درمان شناختی- رفتاری هیچ‌گونه آثار جانبی منفی‌ای ندارد. با وجود این، ممکن است برخی اشخاص در طول جلسات گروهی درمان شناختی- رفتاری از بحث کردن درباره اطلاعات حساس شخصی یا فکر کردن به آن احساس ناراحتی کنند. عده‌ای درمان انفرادی را به درمان گروهی ترجیح می‌دهند. امکان دارد بعضی افراد از حضور در جلسات درمانی‌ای که دو بار در هفته طی جریان ۶ هفته‌ای این برنامه تشکیل می‌شوند و یا از انجام تکالیف خانگی (یعنی خودیاری) بین جلسات احساس ناراحتی کنند. شرکت‌کنندگانی که نمی‌توانند به‌طور منصفانه هیچ نقش ممکن‌ی را برای عوامل غیربیولوژیک در اختلال عاطفی فصلی و یا هیچ گزینه درمانی غیربیولوژیکی را مد نظر قرار دهند امکان دارد برای این برنامه مناسب نباشند.

درمان‌های جایگزین

نوردرمانی، یعنی قرار گرفتن در معرض ۱۰۰۰۰ لوکس نور سرد- سفید یا طیف کامل فلورسنت با اشعه‌های ماوراءبنفش خارجی برای حداقل ۳۰ دقیقه به‌طور روزانه، به‌عنوان درمان اولیه اختلال عاطفی فصلی توصیه می‌شود (لام و لوبت، ۱۹۹۹). گزینه‌های درمانی موجود برای اختلال عاطفی فصلی عبارت‌اند از نوردرمانی و داروهای ضد افسردگی، که هر دوی این موارد مورد تأیید شواهد برگرفته از چندین

مطالعه هستند، و نیز درمان‌های جدیدتری که امیدبخش می‌باشند، نظیر شبیه‌سازی طلوع و یون‌های منفی (وسترین و لام، ۲۰۰۷). تمرینات ایروبیک (هوازی) نیز به‌عنوان درمان اختلال عاطفی فصلی حاد در تحقیقات اولیه نویدبخش بوده‌اند (پانچاسو، شورگاجا، گریسچین و پوتیلو، ۲۰۰۰). این درمان‌ها، درمان‌های موقت و مسکن هستند که احتمالاً مادامیکه درمان جریان دارد، علایم را فرو می‌نشانند. از این‌رو، الویت‌های بیمار و احتمال پیروی از یک رژیم درمانی روزانه طی ماه‌های دارای علایم مرضی در هر سال، نیازمند بررسی دقیق در انتخاب یک برنامه درمانی است.

نقش نوردرمانی و داروها

ما معتقدیم که جهت استفاده بالینی، می‌توان برنامه درمان شناختی- رفتاری را به گونه‌ای اثربخش با نوردرمانی ترکیب کرد تا بتوان کارایی درمان سریع را تا حد ممکن افزایش داد. این موضوع، مبتنی بر داده‌هایی است که نشان می‌دهد درمان شناختی- رفتاری ترکیب شده با نوردرمانی در آزمایش بالینی تصادفی ما از بالاترین میزان بهبودی پس از درمان برخوردار بودند (روهان و همکاران، ۲۰۰۷). در الگوی ما، مفهوم اختلال عاطفی فصلی، یک اختلال چندوجهی است که از هر دو گروه عوامل فیزیولوژیکی و شناختی- رفتاری دخیل در شروع و تداوم علایم برخوردار می‌باشد. این برنامه به‌منظور ایجاد بنیاد و پایه‌ای برای درمان شناختی- رفتاری طراحی شده است که نه تنها با مبنای نوردرمانی رقابت نمی‌کند بلکه آن را مورد تأیید نیز قرار می‌دهد. با وجود این، در مطالعات آزمایشی ما، فقط چهار شرکت‌کننده (که دو نفر از آنها با نوردرمانی صرف و دو نفر هم با درمان شناختی- رفتاری ترکیب شده با نوردرمانی درمان شدند) استفاده مداوم از نوردرمانی در فرایند پیگیری در زمستان سال بعد را گزارش کردند. اگر این یافته به عمل بالینی تعمیم داده شود، ممکن است اکثریت بیمارانی که با شیوه درمان ترکیبی درمان می‌شوند بعد از گذشت نخستین زمستان با استمرار نوردرمانی به تنهایی دوام نیاورند و، لذا، نیازمند دستورالعمل‌های صریح باشند تا برای مقابله با زمستان بعد، بر استفاده فعال از مهارت‌های درمان شناختی- رفتاری خود تکیه کنند و یا به درمانی بیشتر احتیاج داشته باشند تا بتوانند نوردرمانی در درازمدت را بپذیرند.

چون در آزمون درمان شناختی- رفتاری جدیدمان برای درمان اختلال عاطفی

فصلی، روایی درونی از بیشترین اهمیت برخوردار بود، افرادی که در حال حاضر از داروهای ضد افسردگی استفاده می‌کردند از نخستین آزمایش‌های بالینی ما حذف شدند. به‌منظور افزایش حجم نمونه، در نهایت به سه نفر از کسانی که مقدار ثابتی از داروهای ضد افسردگی را مصرف می‌کردند اجازه داد شد تا در بررسی امکان‌سنجی (مطالعه‌ای که برای هر یک از سه وضعیت درمانی تصادفی شده بود) شرکت نمایند. نتیجه‌گیری‌ها را نمی‌توان براساس این مقادیر کوچک و جزئی شکل داد و جهت روشن ساختن این مسئله که آیا می‌توان نتایج اولیه درمان شناختی- رفتاری برای اختلال عاطفی فصلی را به مصرف‌کنندگان دوزهای ثابت داروها تعمیم داد یا خیر به داده‌های بیشتری نیاز است. درمان شناختی- رفتاری برای اختلال عاطفی فصلی تا به امروز در مقایسه‌ای مستقیم با داروها مورد آزمون قرار نگرفته است.

سنجش

پیش از ورود شرکت‌کنندگان به این برنامه، توصیه می‌شود یک ارزیابی جامع و دقیق به‌عمل آید تا اطمینان حاصل شود که فرد دچار اختلال عاطفی فصلی است. هم‌گام با اصول درمان شناختی- رفتاری، انجام یک مقیاس عینی به صورت هفتگی یا جلسه به جلسه در طول برنامه درمان توصیه می‌شود. به‌علاوه، استفاده از راهنمای مصاحبه ساخت‌مند مقیاس ارزیابی افسردگی همیلتون - نسخه اختلال عاطفی فصلی^۱ (SIGH-SAD) (ویلیامز، لینک، روزنتال، آمیرا و ترمان، ۱۹۹۲) و یا پرسشنامه افسردگی بک، ویراست دوم،^۲ (BDI-II) (ای. تی. بک؛ استر و براون، ۱۹۹۶) جهت سنجش شدت علائم افسردگی را نیز توصیه می‌کنیم. پرسشنامه افسردگی بک، ویراست دوم، یک مقیاس ۲۱ گویه‌ای برای شدت علائم افسردگی است که دربرگیرنده بسیاری از علائم غیرمعمول افسردگی که در اختلال عاطفی فصلی رایج هستند، می‌باشد و می‌توان آن را به‌سرعت و به‌راحتی قبل از جلسات اجرا کرد. راهنمای مصاحبه ساخت‌مند مقیاس ارزیابی افسردگی همیلتون - نسخه اختلال عاطفی فصلی، یک مصاحبه نیمه ساخت‌مند است که مشتمل بر راهنمای مصاحبه ساخت‌مند ۲۱ گویه‌ای مقیاس افسردگی همیلتون و یک زیرمقیاس هشت گویه‌ای مکمل برای ارزیابی علائم غیرمعمول افسردگی مرتبط با اختلال عاطفی فصلی

1- Structured Interview Guide for the Hamilton-Seasonal Affective Disorder

2- Beck Depression Inventory-Second Edition