

فهرست مطالب

۷.....	در مورد نویسندگان.....
۹.....	پیشگفتار ویرایش اول.....
۱۰.....	پیشگفتار ویرایش دوم.....
۱۱.....	فصل ۱. طبقه‌بندی، علل و همه‌گیرشناسی.....
۱۱.....	انواع مختلف افسردگی.....
۲۰.....	علل افسردگی.....
۲۳.....	همه‌گیرشناسی و تاریخ طبیعی.....
۲۶.....	منابع.....
۲۹.....	فصل ۲. افسردگی در انواع مختلف بیماران.....
۲۹.....	افسردگی در کودکان.....
۳۲.....	افسردگی در سالمندان.....
۳۳.....	افسردگی در زنان.....
۳۴.....	بیماران مبتلا به بیماری‌های جسمی.....
۳۶.....	منابع.....
۳۹.....	فصل ۳. تشخیص.....
۳۹.....	علائم و نشانه‌های افسردگی.....
۴۱.....	تشخیص‌های افتراقی.....
۴۴.....	معاینه و مصاحبه از بیمار.....
۵۰.....	ارزیابی‌های آزمایشگاهی برای بیماری‌های همراه.....

منابع ۵۱

فصل ۴. اصول درمان ۵۳

اهداف درمان ۵۳

گزینه‌های درمانی ۵۹

انتخاب درمان ۶۱

اجرای درمان ۶۶

عوامل مؤثر بر پاسخ به درمان ۷۵

منابع ۷۷

فصل ۵. داروها ۷۹

بازدارنده‌های انتخابی بازجذب سروتونین ۸۱

بازدارنده‌های ترکیبی بازجذب سروتونین و کنش گیرنده‌های 5HT ۸۳

بازدارنده‌های بازجذب سروتونین و نوراپی نفرین ۸۷

داروهای فعال‌ساز گیرنده مونوآمین ۹۱

بازدارنده‌های بازجذب نوراپی نفرین ۹۳

بازدارنده‌های بازجذب دوپامین ۹۴

ضدافسردگی‌های سه حلقه‌ای ۹۵

بازدارنده‌های مونوآمین اکسیداز ۹۶

دیگر داروها ۱۰۰

عوارض جانبی خاص داروهای ضدافسردگی ۱۰۳

منابع ۱۰۵

فصل ۶. سایر درمان‌ها ۱۰۷

روان‌درمانی برای افسردگی ۱۰۷

ترکیب روان‌درمانی و دارودرمانی ۱۱۱

درمان‌های جسمی ۱۱۵

۱۲۴..... سبک زندگی و درمان‌های مکمل

۱۳۲..... منابع

فصل ۷. مدیریت عدم پاسخ به درمان ۱۳۷

۱۳۷..... ارزیابی و اصول مدیریت درمان

۱۴۰..... تعاریف: عدم پاسخ به درمان و افسردگی مقاوم به درمان

۱۴۱..... راهبردهای دارویی

۱۴۷..... راهبردهای درمان روان‌شناختی

۱۴۷..... راهبردهای درمان جسمی

۱۴۸..... منابع

فصل ۸. ادامه و حفظ درمان ۱۵۱

۱۵۱..... اهداف ادامه / حفظ درمان

۱۵۱..... مراحل درمان

۱۵۳..... داروها

۱۵۵..... درمان‌های روان‌شناختی

۱۵۶..... درمان‌های جسمی

۱۵۷..... عوامل خطر برای عود و بازگشت

۱۵۸..... اجرای درمان طولانی‌مدت

۱۵۹..... منابع

در مورد نویسندگان

دکتر ادوارد. اس. فریدمن، مدرک دکترای پزشکی خود را از دانشکده پزشکی دانشگاه پیتزبورگ پنسیلوانیای آمریکا اخذ کرده است. وی پس از فارغ التحصیلی، به هیئت علمی گروه روانپزشکی دانشکده پزشکی دانشگاه پیتزبورگ و مؤسسه و کلینیک روانپزشکی غربی مرکز پزشکی دانشگاه پیتزبورگ پیوست. فریدمن در مؤسسه و کلینیک روانپزشکی غربی مرکز پزشکی دانشگاه پیتزبورگ، مدیریت برنامه پژوهشی درمان اختلالات خلقی را بر عهده داشته است. پژوهش‌های او بر روان‌درمانی شناختی- رفتاری، دارودرمانی و درمان ترکیبی برای اختلال افسردگی اساسی و اختلال دوقطبی متمرکز است. او پیرامون این موضوعات چندین مقاله و کتاب منتشر کرده است. وی همچنین مدیریت برنامه شناخت‌درمانی ملی برای درمان‌های جایگزین تسکین‌دهنده افسردگی (STAR*D)^۱ را عهده‌دار بوده است. دکتر فریدمن به‌عنوان محقق اصلی مؤسسه پیتزبورگ برای شبکه درمان دوقطبی، در چندین مطالعه نقش داشته است. او در حال حاضر، دانشیار گروه روانپزشکی بالینی دانشکده پزشکی دانشگاه پیتزبورگ است. دکتر فریدمن و گروه روانپزشکی دانشکده، به شکل خصوصی هم در پیتزبورگ فعال‌اند.

پروفسور ایان. ام. اندرسون استاد روانپزشکی دانشگاه منچستر و مشاور افتخاری روانپزشکی در مرکز سلامت روانی و مراقبت اجتماعی اعتماد^۲ است. وی در دانشگاه کمبریج و بیمارستان دانشکده پزشکی دانشگاه کالج، پزشکی خوانده و پیش از سپری کردن آموزش روانپزشکی در آکسفورد، دوره‌های پزشکی عمومی و جراحی مغز و اعصاب را گذرانده است. پروفسور اندرسون مدت ۳ سال را به‌عنوان مشاور شورای

1. sequenced treatment alternatives to relieve depression (STAR*D)

2. manchester mental health and social care trust

تحقیقات پزشکی سپری کرده و رساله پزشکی خود را پیرامون بررسی نقش سروتونین در افسردگی و عملکرد داروهای ضدافسردگی با استفاده از آزمون‌های چالش‌نورواندوکرین^۱ به انجام رسانده است. وی تا سال ۲۰۱۱، مدیریت مرکز خدمات تخصصی برای اختلالات عاطفی در منچستر را که خود در سال ۲۰۰۱ به‌عنوان مرکزی میان‌رشته‌ای برای درمان افسردگی و اختلال دوقطبی مقاوم به درمان تأسیس کرده بود، بر عهده داشت. علائق پژوهشی فعلی او نقش سروتونین در علت و درمان اختلالات عاطفی و استفاده از تصویربرداری کارکردی مغز^۲ برای بررسی پردازش عاطفی و عملکرد عصب‌رسانه‌ها در افسردگی را شامل می‌شوند. وی نخستین مؤلفی است که راهنمای انجمن روان‌داروشناسی بریتانیا (BAP)^۳ برای درمان اختلالات افسردگی با داروهای ضدافسردگی را نگاشته است. او همچنین در نگارش راهنمای انجمن روان‌داروشناسی بریتانیا برای درمان اختلالات اضطرابی همکاری داشته است. پروفیسور اندرسون ریاست گروه توسعه راهنمای بالینی، باهدف به‌روزرسانی راهنمای درمانی موسسه ملی سلامت و مراقبت برتر (NICE)^۴ برای افسردگی را نیز بر عهده داشته است.

-
1. neuroendocrine challenge tests
 2. functional brain imaging
 3. british association for psychopharmacology
 4. the national institute for health and care excellence (NICE)

پیشگفتار ویرایش اول

آیا هنوز هم به کتابی دیگر در مورد افسردگی نیاز هست؟ این سؤال بود که خود ما در مرحله برنامه‌ریزی برای تألیف کتاب حاضر، از خود پرسیدیم. با توجه به این‌که شما اکنون در حال خواندن سطور این کتاب هستید، واضح است که پاسخ ما به این سؤال مثبت بوده است — اما چرا؟ تحولات و توسعه مطالعات افسردگی دارای سیری تکاملی‌اند و نه روندی انقلابی، باین‌همه درمان‌های تازه‌ای در دسترس‌اند، درمان‌های قدیمی و درمان‌های نوین، مورد ارزیابی مجدد قرار گرفته‌اند و بر روی انتخاب بیمار و ساختار ارائه درمان بیش‌ازپیش تأکید می‌شود. این بدین معنا است که کسانی که می‌خواهند دانشی به‌روز داشته باشند و آن را در عمل به‌کارگیرند، نیازمند خلاصه‌ای جامع و قابل‌دسترس خواهند بود. همان‌طور که از پیشینه ما از دو سوی اقیانوس اطلس برمی‌آید، تلاش کرده‌ایم هر دو وجه (ارائه دانشی به‌روز و عملی) را در نظر بگیریم. سعی کرده‌ایم تا حد امکان به شکلی مختصر بر زمینه‌هایی تأکید کنیم که معتقدیم مهم‌اند. ناگزیر بودیم تا پیچیدگی‌ها را برطرف سازیم، باین‌حال کوشیده‌ایم تا در دام سهل‌انگاری گرفتار نشویم و منابعی کلیدی برای مطالعات بیشتر فراهم آوریم. گرچه این کتاب به‌طور عمده کارورزان تازه‌کار و دانشجویان را مخاطب قرار می‌دهد امیدواریم برای درمانگران مجرب هم مروری مفید از موضوع موردبررسی فراهم آورده باشد.

پیشگفتار ویرایش دوم

به دنبال انتشار نسخه پنجم راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی (DSM-5)^۱ و لزوم به‌روزرسانی در بخش معیارهای تشخیصی، ویرایش دوم کتاب دستنامه افسردگی تألیف شد. همچنین فرصتی فراهم آمد تا اشتباهات ویراست نخست تصحیح و بخش‌هایی که لازم است به‌روز شوند، از جمله فصل مربوط به داروهای ضدافسردگی. امیدواریم که ویراست جدید، توانسته باشد چکیده‌ای متعادل و به‌روز از تفکر و دانش موجود در مورد افسردگی و درمان آن فراهم آورد.

1. diagnostic and statistical manual of mental disorders, 5th edition (DSM-5)

فصل ۱

طبقه‌بندی، علل و همه‌گیرشناسی

ادوارد. اس. فریدمن

انواع مختلف افسردگی

اختلالات افسردگی، گروه ناهمگونی از بیماری‌ها، با درجات گوناگونی از تغییرپذیری عاطفی، شناختی، تغییر در دستگاه اعصاب نباتی و روانی - حرکتی را در برمی‌گیرند. افسردگی در حال حاضر چهارمین بیماری ناتوان‌کننده در جهان است و پیش‌بینی می‌شود تا سال ۲۰۲۰، پس از بیماری قلبی ایسکمیک، به دومین بیماری ناتوان‌کننده دنیا بدل شود [۱،۲].

اختلالات افسردگی

طیف گسترده‌ای از اختلالات افسردگی با خصیصه‌های غم، احساس پوچی یا خلق تحریک‌پذیر و درجاتی از دیگر تغییرات جسمانی و شناختی وجود دارند [۳]. بر اساس نسخه پنجم راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی (DSM-5)، آشفتگی در خلق یکی از برجسته‌ترین نشانه‌های اختلالات خلقی است [۴]. انواع اختلالات افسردگی بر اساس DSM-5 عبارت‌اند از: اختلال افسردگی اساسی (MDD)^۱، اختلال بی‌نظمی خلق اخلاک‌گر (برای کودکان تا ۱۸ سال)^۲، اختلال افسردگی

1. major depressive disorder (MDD)
2. disruptive mood dysregulation disorder

مداوم^۱ (افسرده‌خویی، DD)^۲، اختلال ملال پیش از قاعدگی^۳، اختلال افسردگی ناشی از مواد^۴، اختلال افسردگی ناشی از شرایط دیگر پزشکی و همچنین اختلالات افسردگی که در جای دیگر مشخص نشده‌اند و معیارهای اختلال افسردگی اساسی یا اختلال افسردگی مداوم را برآورده نمی‌سازند. اختلال افسردگی اساسی با یک یا چند دورهٔ افسردگی اساسی (MDEs)^۵ شناخته می‌شود - دوره‌ای مجزا که طی آن تجربیات فردی به شکلی مشخص از نظر عاطفی و شناختی تغییر می‌کنند و عملکرد سیستم اعصاب نباتی به مدت ۲ هفته یا بیشتر به پایین‌تر از سطح عملکرد قبلی تقلیل می‌یابد (شکل ۱-۱ را ببینید) [۴، ۵].

اختلال ملال پیش از قاعدگی، به دوره‌های خلقی اشاره دارد که در طول اکثر زمان‌های چرخهٔ قاعدگی در یک سال اخیر رخ داده باشند، این دوره‌ها یک هفته قبل از قاعدگی آغاز می‌شوند و در عرض چند روز بعد از شروع قاعدگی بهبود می‌یابند. زنان دچار این اختلال باید یک (یا بیش از یکی از) نشانه‌های زیر را نشان دهند:

- تغییرپذیری عاطفی مشخص، تحریک‌پذیری؛
- تحریک‌پذیری مشخص، خشم، یا افزایش اختلافات میان فردی؛
- خلق مشخص افسرده، احساس ناامیدی یا داشتن افکار خود-شکن؛
- اضطراب مشخص، تنش یا احساس نگرانی؛ و
- یکی (یا بیش از یکی از نشانه‌های زیر):

- بی‌لذتی^۶؛
- دشواری در تمرکز؛
- خستگی یا رخوت، فقدان انرژی؛

1. persistent depressive disorder
 2. dysthymia disorder (DD)
 3. premenstrual dysphoric disorder
 4. substance-induced depressive disorder
 5. major depressive episodes (MDEs)
 6. anhedonia



ویژگی‌های اختلال افسردگی اساسی	
طبقه‌بندی DSM-5	طبقه‌بندی ICD-10
<p>نشانه‌های معیار: حداقل ۲ هفته خلق پایین و یا افسرده*، بی‌لذتی*، تغییرات قابل توجه در اشتها، اختلال در الگوهای خواب، کندی یا بی‌قراری روانی- حرکتی، کاهش سطح انرژی، احساس گناه و بی‌ارزشی، کاهش تمرکز/ توان تصمیم‌گیری، عقاید یا اعمال آسیب‌رسان به خود یا خودکشی</p> <p>* نشانه‌های متعارف (ICD-10) یا مرکزی (DSM-5)</p>	<p>نشانه‌های معیار: حداقل ۲ هفته خلق پایین*، بی‌لذتی*، کمبود انرژی* کاهش تمرکز، آشفتگی خواب، کاهش اشتها، کاهش اعتمادبه‌نفس، احساس گناه و بی‌ارزشی، کندی یا بی‌قراری روانی- حرکتی، از دست دادن لیبیدو</p>
اختلال افسردگی عمده، تک دوره‌ای	دوره‌های افسردگی
<p>شدت خفیف: اگر فراتر از پنج نشانه هم وجود داشته باشد، میزانشان ناچیز است (از جمله حداقل یک نشانه مرکزی)؛ سطح خفیف ناتوانی یا ظرفیت عملکرد معمول اما با تلاش قابل توجه و غیرمعمول</p>	<p>خفیف: چهار نشانه، شامل حداقل دو نمونه از متعارف‌ترین نشانه‌ها و مشکلاتی در تداوم فعالیت‌های معمول</p>
<p>شدت متوسط: شدت و ناتوانی متوسط بین خفیف و شدید</p>	<p>متوسط: پنج یا شش نشانه، شامل حداقل دو نشانه متعارف؛ اغلب دشواری قابل توجه در تداوم فعالیت‌های معمول</p>
<p>شدید: نشانه‌هایی فراتر از پنج نشانه (شامل حداقل یک نشانه مرکزی)؛ همراه با ناتوانی واضح و قابل مشاهده</p>	<p>شدید: حداقل هفت نشانه، برخی از نشانه‌ها شدید، از جمله همه سه نشانه متعارف؛ به دلیل رنجی که فرد می‌برد احتمال پیگیری فعالیت‌های معمول از سوی او بسیار ناچیز است</p>
<p>شدید همراه با خصایص روان‌پریشانه: نشانه‌های مشابه با کد تشخیصی ۲۹۶/۲۳، همراه با نشانه‌های روان‌پریشی (مانند، هذیان‌ها یا توهمات)</p>	<p>شدید همراه با خصایص روان‌پریشانه: نشانه‌های مشابه با کد تشخیصی ۳۳۲/۲، همراه با نشانه‌های روان‌پریشی (مانند، هذیان‌ها، توهمات و حالت بُهت)</p>
<p>نامعین</p>	<p>سایر: شامل افسردگی آتیپیک (نامتعارف)</p>
۲۹۶/۲۰	۳۳۲/۸

شکل ۱-۱. ویژگی‌های اختلال افسردگی اساسی

ویژگی‌های اختلال افسردگی اساسی (ادامه)	
طبقه‌بندی ICD-10	طبقه‌بندی DSM-5
دوره‌های افسردگی	اختلال افسردگی عمده، تک دوره‌ای
نامشخص	۲۹۶/۲۵
F۳۲/۹	با بهبود نسبی: برخی نشانه‌های دورهٔ افسردگی عمده وجود دارند، اما معیارها به‌طور کامل برآورده نمی‌شوند یا دیگر وجود ندارند. یا نشانه‌های مهم بیش از این وجود ندارند اما مدت‌زمان بهبود کمتر از ۲ ماه است
	۲۹۶/۲۶
	با بهبودی کامل: ≤ 2 ماه بدون هیچ نشانه‌ای
اختلال افسردگی بازگشتی (راجعہ)	اختلال افسردگی اساسی، بازگشتی (راجعہ)
خفیف: تجربهٔ حداقل یک دورهٔ افسردگی قبلی، افسردگی فعلی با معیارهای کد F۳۲/۰	۲۹۶/۳۱
F۳۳/۰	خفیف: تجربهٔ حداقل یک دورهٔ افسردگی قبلی، افسردگی فعلی با معیارهای کد ۲۹۶/۲۱
متوسط: تجربهٔ حداقل یک دورهٔ افسردگی قبلی، افسردگی فعلی با معیارهای کد F۳۲/۱	۲۹۶/۳۲
F۳۳/۱	متوسط: تجربهٔ حداقل یک دورهٔ افسردگی قبلی، افسردگی فعلی با معیارهای کد ۲۹۶/۲۲
شدید: تجربهٔ حداقل یک دورهٔ افسردگی قبلی، افسردگی فعلی با معیارهای کد F۳۲/۲	۲۹۶/۳۳
F۳۳/۲	شدید: تجربهٔ حداقل یک دورهٔ افسردگی قبلی، افسردگی فعلی با معیارهای کد ۲۹۶/۲۳
شدید همراه با خصایص روان‌پریشانه: تجربهٔ حداقل یک دورهٔ افسردگی قبلی، افسردگی فعلی با معیارهای کد F۳۲/۳	۲۹۶/۳۴
F۳۳/۳	شدید همراه با خصایص روان‌پریشانه: تجربهٔ حداقل یک دورهٔ افسردگی قبلی، افسردگی فعلی با معیارهای کد ۲۹۶/۲۴
سایر	۲۹۶/۳۰
F۳۳/۸	نامعین
نامشخص	۲۹۶/۳۵
F۳۳/۹	با بهبود نسبی: تجربهٔ حداقل یک دورهٔ افسردگی قبلی، افسردگی فعلی با معیارهای کد ۲۹۶/۲۵
بهبودی در حال حاضر: تجربهٔ حداقل دو دورهٔ افسردگی قبلی، اما برای چندین ماه بدون نشانه	۲۹۶/۳۶
F۳۳/۴	با بهبودی کامل: تجربهٔ حداقل یک دورهٔ افسردگی قبلی، افسردگی فعلی با معیارهای کد ۲۹۶/۲۶

شکل ۱-۱. ویژگی‌های اختلال افسردگی اساسی (ادامه). DSM-5: راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی، نسخهٔ پنجم؛ ICD-10: طبقه‌بندی بین‌المللی اختلالات روانی و رفتاری، تجدیدنظر دهم، منطبق شده از سوی انجمن روانپزشکی آمریکا [۴] و سازمان بهداشت جهانی [۵].

پرخوابی یا کم‌خوابی
 احساس به‌آسانی در هم شکستن یا از دست دادن کنترل
 حساسیت پستان، تورم، نفخ کردن، یا افزایش وزن.

اختلال افسردگی مداوم (افسرده‌خویی) تشخیص افسردگی مزمن را تقویت می‌کند. این اختلالات با تداوم نشانه‌ها برای حداقل ۲ سال مشخص می‌شوند. نشانه‌ها بایستی شامل خلق افسرده برای اغلب اوقات روز، یا اغلب روزها و دو (یا بیش از دو) نشانه زیر باشند:

- اشتها کم یا پراشتهایی؛
- پرخوابی یا کم‌خوابی؛
- انرژی کم یا خستگی؛
- عزت‌نفس پایین، یا
- احساس ناامیدی

اختلال بی‌نظمی خلق اخلاک‌گر، نشانگانی از دوره‌های تحریک‌پذیری و عدم کنترل رفتاری در کودکان زیر ۱۸ سال است.^۱

سایر اختلالات افسردگی مشخص، طبقه‌ای‌اند که طی آن‌ها، دوره‌های افسردگی منجر به ناراحتی و یا اختلال در حوزه‌های اجتماعی، شغلی یا دیگر حوزه‌های مهم عملکرد می‌شوند که از لحاظ بالینی دارای اهمیت‌اند، با این حال معیارهای کامل برای تشخیص اختلال افسردگی دیگری را برآورده نمی‌سازند. نمونه‌هایی از چنین اختلالاتی عبارت‌اند از افسردگی بازگشتی گذرا^۲، دوره‌های کوتاه‌مدت افسردگی^۳ (۴ تا ۱۳ روزه) و دوره‌های افسردگی با نشانه‌های ناکافی^۴.

۱. در متن اصلی «زیر ۱۲ سال» قید شده است که به‌نظر اشتباه تایپی می‌آید، چراکه تشخیص اختلال بی‌نظمی خلق اخلاک‌گر در افراد بین ۶ تا ۱۸ سال مطرح است. - م.

2. recurrent brief depression
3. short-duration depressive episodes
4. depressive episode with insufficient symptoms

علاوه بر این، این نشانه‌ها را نمی‌توان به یک اختلال روانپزشکی یا پزشکی دیگر، اثر فیزیولوژیک مستقیم یک ماده، یا داغداری نسبت داد. در شرایطی که فرد، خلق اندوهگین و نقصی نشان می‌دهد که از لحاظ بالینی معنادار است، از اصطلاح «اختلال افسردگی که در جای دیگر مشخص نشده است» استفاده می‌شود.

تجدیدنظر دهم طبقه‌بندی بین‌المللی اختلالات روانی و رفتاری (ICD-10)، [۵] اختلال افسردگی بازگشتی (راجعاً)^۱ را دوره‌های افسردگی تکرارشونده‌ای بدون هیچ‌گونه سابقه‌ای از سرخوشی و بیش‌فعالی توصیف می‌کند. این طبقه‌بندی، دوره‌های افسردگی را بر اساس شدت و به ترتیب خفیف، (حداقل دو نشانه از متعارف‌ترین نشانه‌های افسردگی و به همراه دو نشانهٔ دیگر)، متوسط (حداقل دو مورد از سه نشانهٔ متعارف افسردگی به همراه سه یا چهار نشانهٔ دیگر) و یا شدید (هر سه نشانهٔ متعارف افسردگی، به همراه حداقل چهار نشانهٔ دیگر) تقسیم می‌کند (شکل ۱-۱). همچنین اگر نشانه‌ها کمتر از ۲ هفته به طول انجامند، ICD-10 هنوز تشخیص را می‌پذیرد، به شرطی که نشانه‌ها به شکلی غیرمعمول شدید بوده، یا آغازی سریع داشته باشند.

چندین نوع فرعی افسردگی به‌عنوان تصریح‌گر^۲ اختلالات افسردگی در DSM-5 توصیف شده‌اند. اصطلاح اختلال افسردگی با ناراحتی اضطرابی^۳ زمانی مورد استفاده قرار می‌گیرد که دو (یا بیش از دو) نشانهٔ زیر وجود داشته باشند:

- احساس نگرانی و تنش؛ بی‌قراری؛
- احساس بی‌قرار بودن؛
- دشواری در تمرکز به دلیل نگرانی؛
- ترس از اینکه اتفاقی وحشتناک رخ خواهد داد؛

1. recurrent depressive disorder

۲. تصریح‌گرها (specifiers) ، گستره‌ای از یک تشخیص‌اند که سیر، شدت و یا خصایص ویژهٔ یک اختلال یا بیماری را روشن می‌سازند- م.

3. anxious distress

□ ترس از دست دادن کنترل.

اگر ۲ نشانه وجود داشته باشد، اختلال خفیف است؛ همراهی ۳ نشانه، یعنی اختلال متوسط است؛ ۴ تا ۵ نشانه، به معنای اختلال شدید است و ۴ تا ۵ نشانه، به همراه سراسیمگی حرکتی^۱ نیز اختلال شدید را نمایندگی می‌کند.

اصطلاح افسردگی با خصایص آمیخته^۲، زمانی استفاده می‌شود که حداقل ۳ نشانه از دوره‌های شیدایی / شیدایی خفیف تقریباً هرروز در طول دوره‌های افسردگی اساسی وجود داشته باشند. این نشانه‌ها عبارت‌اند از:

□ خلق بالا / منبسط؛

□ عزت‌نفس بیش‌ازحد یا خودبزرگ‌بینی؛

□ فشار تکلم؛

□ پرش افکار؛ افکار مسابقه‌ای^۳؛

□ افزایش فعالیت معطوف به هدف؛

□ افزایش درگیری در فعالیت‌های پرخطر؛

□ کاهش نیاز به خواب.

توجه داشته باشید که خصایص آمیخته، عامل خطری برای ایجاد اختلال دوقطبی^۴ هستند. با استفاده از این تصریح‌گر، در صورت لزوم، می‌توان به درمانگر در برنامه‌ریزی درمانی و نظارت دارویی برای امکان استفاده از ضدافسردگی‌های تحریک‌کننده نوسان خلق کمک کرد.

اصطلاح افسردگی همراه با کاتاتونی^۵، می‌تواند به دوره‌های افسردگی اساسی

1. motor agitation

2. mixed features

۳. افکار مسابقه‌ای (racing thoughts): احساس ذهنی مبنی بر اینکه افکار باهم مسابقه می‌دهند - م.

4. bipolar disorder

5. catatonia

اطلاق شود که طی آن تصویر بالینی تحت تسلط سه (یا بیش از سه نشانه) قرار داشته باشد، این نشانه‌ها عبارت‌اند از: بهت، جمود عضلانی، انعطاف‌پذیری مومی‌شکل، لالی، منفی‌کاری، ژست‌گیری، اطوار قالبی، رفتار کلیشه‌ای، سراسیمگی، شکلک درآوردن، پژواک‌گویی و پژواک‌کرداری.

افسردگی با *خصایص مالیخولیایی*^۱ وضعیت بی‌لذتی بسیار شدیدی را توصیف می‌کند - تقریباً از دست دادن کامل علاقه و فقدان واکنش به فعالیت‌های بالقوه لذت‌بخش. علاوه بر این، سه یا بیش از سه خصیصه زیر باید در شدیدترین مرحله بیماری وجود داشته باشند:

کیفیت مشخصی از خلق افسرده که نوع متفاوتی از احساس فقدان را شامل می‌شود؛

نوعی افسردگی که در صبح بدتر است؛

بیداری صبح زود؛

سراسیمگی یا بی‌حرکی روانی - حرکتی مشخص

اشتهاى شدید و/یا از دست دادن وزن؛

احساس گناه بی‌مورد یا افراطی.

افسردگی با *خصایص نامتعارف*^۲، نشان‌دهنده وجود واکنش‌پذیری خلق است؛ (یعنی توانایی خلق فرد افسرده به بالا رفتن در پاسخ به رویدادهای بالقوه یا واقعاً مثبت)، همراه با دو یا چند نشانه زیر:

پرخوری؛

پرخوابی؛

فلج خشک^۳؛

1. melancholic features
2. atypical features

۳. فلج خشک (lead paralysis): احساس خشکی و سفتی در اندام حرکتی - م.

□ الگویی طولانی از حساسیت به طردشدگی میان فردی، که منجر به آسیب قابل توجه اجتماعی یا شغلی می‌شود (صفتی با آغاز زودرس که در تمام طول عمر ادامه می‌یابد).

افسردگی با خصایص روان‌پریشانه^۱: حضور یا عدم حضور چنین خصیصه‌هایی می‌تواند با پس‌زمینه افسردگی هماهنگ باشند یا نه. در این موارد اصطلاح «خصایص همخوان با خلق»، به عنوان متضاد اصطلاح ناهمخوان با خلق، که کمتر رایج است - هذیان‌های گزند و آسیب، تزییق فکر/ هذیان‌های ربایش فکر، انتشار فکر، یا هذیان‌های کنترل - به کار می‌رود.

افسردگی پس از زایمان^۲: دوره‌ای از افسردگی که طی دوران بارداری یا ۴ هفته پس از زایمان رخ می‌دهد.

افسردگی با خصایص فصلی^۳ دوره‌ای از بیماری افسردگی با شروع و بهبود نشانه‌های مرتبط با زمان مشخصی از سال را توصیف می‌کند. اغلب، علائم افسردگی در پاییز و یا زمستان پدیدار می‌شوند و در بهار یا تابستان خودبه‌خود بهبود می‌یابند. برای تعیین این تشخیص، باید طی ۲ سال گذشته دو دوره افسردگی اساسی وجود داشته باشد و تعداد دوره‌های افسردگی غیرفصلی در فرد مبتلا نباید بیش از دوره‌های افسردگی فصلی باشند.

افسردگی با بهبود نسبی^۴ زمانی تعیین می‌شود که نشانه‌های دوره‌های افسردگی اساسی حاضر باشند، اما معیارها را به‌طور کامل برآورده نکنند، یا پس از پایان دوره‌های افسردگی، دوره‌ای کمتر از دو ماه بدون نشانه‌های مهم وجود داشته باشد.

افسردگی با بهبود کامل^۵ زمانی تعیین می‌شود که طی دو ماه گذشته، هیچ نشانه یا علامت مهمی از دوره افسردگی اساسی وجود نداشته باشد.

-
1. psychotic features
 2. peripartum
 3. seasonal features
 4. partial remission
 5. full remission

پیامدهای متعددی ویژگی‌های سیر درمانی افراد را توصیف می‌کنند (شکل ۱-۸ را ببینید). جدی‌ترین پیامد افسردگی، افزایش خطر خودکشی است. برای مثال، بوستویک و پانکراتز [۶] بیماران با اختلالات عاطفی را مورد بررسی قرار دادند و شیوع مادام‌العمر خودکشی در بیماران بستری‌شده با افکار خودکشی و بیماران بستری‌شده بدون افکار خودکشی را به ترتیب ۸/۶ و ۴/۰ درصد برآورد کردند. شیوع مادام‌العمر در جمعیت مختلط بیماران بستری/ سرپایی ۲/۲ درصد و برای افراد بدون اختلالات عاطفی کمتر از ۰/۵ درصد بود. این داده‌ها نشان می‌دهند که با افزایش افکار خودکشی، خطر ارتکاب خودکشی افزایش می‌یابد و حاکی از این‌اند که خطر خودکشی با افزایش شدت اختلالات افسردگی بیشتر می‌شود.

علل افسردگی

امروزه نظریه‌های دوگانه‌انگارانه^۱ که ذهن و مغز را جدا می‌پندارند، جای خود را به الگوهای یکپارچه‌تری داده‌اند که عوامل زیست‌شناختی، روان‌شناختی و اجتماعی ایجادکننده افسردگی را مدنظر قرار می‌دهند. یافته کندانل پیرامون تعاملات ذهن-مغز مدلی برای درک ماهیت و علل احتمالی افسردگی فراهم می‌آورد [۷]، به‌ویژه اینکه:

- تمام فرایندهای ذهنی از مغز ناشی می‌شوند؛
- ژن‌ها و تولیدات پروتئینی آن‌ها تعیین‌کننده ارتباطات و عملکرد عصبی هستند؛
- تجربیات زندگی بر تجلی ژن‌ها تأثیر می‌گذارند و عوامل روان‌شناختی به مغز بازخورد می‌دهند؛
- تجلیات ژنتیکی تغییر یافته که باعث ایجاد تغییر در ارتباطات عصبی می‌شوند، موجبات حفظ اختلالات رفتاری را فراهم می‌آورند؛
- روان‌درمانی با تغییر تجلیات ژن‌ها، تغییرات رفتاری بلندمدت ایجاد می‌کند.