

مجموعه درمان‌های اثربخش

مقابله با بیماری‌های مزمن

رویکرد رفتاری درمانی شناختی
برای افسردگی و پیروی از درمان

راهنمای درمانگر

فهرست

پیشگفتار مترجمان.....	۹
مشاوران علمی.....	۱۱
دیباجه.....	۱۳
فصل ۱ - اطلاعات مقدماتی برای درمانگران.....	۱۷
فصل دوم - مروری کلی بر رفتار رعایت دستورات طبی در برخی بیماری‌های مزمن.....	۳۹
فصل سوم - جلسه یکم: آموزش روانشناختی درباره CBT و مصاحبه انگیزشی.....	۶۳
فصل چهارم - بخش دوم: آموزش رعایت دستورات درمان طبی (مراحل زندگی).....	۸۱
فصل پنجم - بخش سوم: برنامه‌ریزی فعالیت‌ها.....	۱۱۱
فصل ششم - جلسه چهارم: بازسازی شناختی (تفکر انطباقی).....	۱۲۱
فصل هفتم - بخش پنجم: حل مسئله.....	۱۴۷
فصل هشتم - بخش ششم: آموزش آرام سازی و تنفس دیافراگمی.....	۱۵۷
فصل نهم - بخش هفتم: مرور کلی، نگهداشت و پیشگیری از عود.....	۱۶۷
منابع.....	۱۷۷
واژه‌نامه انگلیسی به فارسی.....	۱۸۹
واژه‌نامه فارسی به انگلیسی.....	۱۹۵

فهرست جداول و فرم‌ها

فرم ارزیابی هفتگی رعایت توصیه‌های درمانی.....	۶۷
تمرین انگیزش: جوانب سود و زیان تغییر رفتار.....	۷۵
جدول خلاصه پیشرفت درمانجو.....	۷۸
جدول خلاصه پیشرفت درمانجو.....	۷۹
جدول امتیازبندی تکالیف منزل.....	۸۰
جدول ۱-۴؛ مراحل انجام مداخلات پایبندی.....	۸۲
کاربرگ اهداف مربوط به رعایت دستورات درمانی.....	۹۱
کاربرگ اهداف مربوط به رعایت دستورات طبی.....	۹۲
برنامه ارزیابی هفتگی رعایت دستورات طبی.....	۱۰۲
جدول ۱-۵. چک‌لیست فعالیت‌های لذت‌بخش.....	۱۱۷
جدول ۱-۵. چک‌لیست فعالیت‌های لذت‌بخش (ادامه).....	۱۱۸
جدول فهرست فعالیت.....	۱۱۹
جدول ثبت افکار.....	۱۳۳
جدول ثبت افکار.....	۱۴۵
کاربرگ حل مسئله.....	۱۵۲
کاربرگ حل مسئله.....	۱۵۳
جدول ۱-۹؛ جدول سودمندی و استراتژی‌های درمانی.....	۱۷۲
جدول ۲-۹ فرم مهارت‌ها و علائم.....	۱۷۶

پیشگفتار مترجمان

مطالعه این کتاب می‌تواند برای بسیاری از مردم سودمند باشد و در واقع مخاطبان این کتاب فراتر از کسانی است که خود را وقف علم‌آموزی، پژوهشگری و ارتقای سطح سلامت جامعه کرده‌اند؛ زیرا که فرایند مقابله با بیماری‌های مزمن، جستجوی شرایط آموزش برای بیماران و مراقبین و خانواده‌های ایشان را ضروری می‌کند.

آنهایی که با تاریخ علم روان‌شناسی آشنایی دارند به‌خوبی می‌دانند که در گذشته نه‌چندان دور، قلمروی روان‌درمانگری تحت سلطه مکاتب اصلی قرار داشته و اکثریت پیروان این مکاتب کوشش می‌کردند تا درمانگری خود را در چارچوب یک نظام بسته و بر اساس اصول تعیین‌شده انجام دهند و این روند به دور و تسلسل در یک مسیر همیشگی و فقدان درآمیختگی با سایر علوم مرتبط با سلامت انسان‌هاشده بود.

در سال‌های اخیر با تغییر الگوی بیماری‌ها از عفونی به سمت بیماری‌های مزمن و همایندی این بیماری‌ها با طیف وسیعی از اختلالات روانی و من جمله برجسته‌ترین آنها یعنی، افسردگی و نیاز فزاینده این بیماران به مؤسسات مراقبت‌های روانی؛ متخصصان ارائه‌کننده خدمات بهداشت را به قلمروی مشترکی سوق داد و ادبیات پژوهشی نیز به دنبال القای ترکیب علوم و کاربرد درمانگری چندوجهی در متن این بیماری‌ها گسترش روزافزونی یافتند. بدین ترتیب تمرکز بر عللی که موجبات درد و رنج بیمار را فراهم می‌کنند جایگزین نگاه به انسان به‌عنوان موجودی تک‌وجهی شد و تغییرات بنیادی مزبور موجبات پیشرفت روان‌شناسی از حیطة بالینی به حیطة بالینی سلامت را فراهم آورد و روان‌درمانگران به این نتیجه رسیدند که میدان را بر گردآوری طرحی منسجم و فراسوی مرزهای روان‌درمانگری سنتی معطوف کنند و به سوی تدبیری برای مدیریت بیماری‌های قرن جدید که همان بیماری‌های مزمن است؛ گام بردارند.

اشاره به درهم‌آمیختگی تنگاتنگ روش‌های شناخت درمانگری با طیف وسیعی

از روش‌های تنش‌زدایی تا روش‌های چندبعدی تغییر تفکر و فنون مقابله‌ای در بیماری‌های طبی، چهره روش‌های درمانگری را تغییر داده است و ترکیب یکپارچه پزشکی و تنظیم رفتار را وحدت بخشیده است.

به‌منظور تحقق همین هدف و با استناد به مفاهیم نظری برخی از مؤلفان و پژوهشگران کوشش کرده‌اند تا با دقت و باریک‌بینی خاص، خوانندگان و جویندگان راه علم را با فنون منسجم و چندبعدی در غالب درمان‌های مبتنی بر شواهد آشنا کنند. در مجموع، ما بر این باور هستیم که مهارت‌های این مجموعه می‌تواند تفاوت‌های عمیقی ایجاد کند و از آن طریق موجب بهبود افسردگی و رعایت ضعیف دستورات طبی در بیماران شود.

اثر حاضر که یکی از آثار بی‌نظیر در تحقق ترکیب درمانگری چندبعدی است؛ به‌منظور گسترش دانش خوانندگان، دانشجویان، پژوهشگران و اساتید محترم حیطة سلامت ترجمه شده است و مترجمان کوشش کرده‌اند تا با رعایت کامل اخلاق‌مداری کوشش مؤلفان را به زبان فارسی ترجمه کنند، با این حال، تردیدی نیست که لغزش‌هایی در ترجمه وجود دارد و تنها مطالبی که هرگز به روی کاغذ نوشته نشده‌اند عاری از خطا هستند. انتظار می‌رود اساتید ارجمند، صاحب‌نظران و دانشجویان گرامی، کاستی‌های آن را به ما منعکس کنند. همچنین، در واژه‌گزینی‌ها سعی کرده‌ایم تا از واژه‌های متعارف و متداول استفاده کنیم و ناگزیر برخی واژه‌ها معادل فارسی رایجی نداشتند و ما هم بر آن اصراری نداریم و بر این باور هستیم که محتوا مهم‌تر از فرم است. در کل، امید است که نشر و طبع کتاب حاضر و کتاب کار درمانجو که در نسخه‌ای مجزا ترجمه شده است؛ راهگشای آنهایی باشند که هدفی به‌جز تسکین آلام انسانی ندارند و به‌خوبی می‌دانند که اجرای روش‌های درمانگری بدون طی کردن مراحل منسجم و تحت تأیید شواهد دقیق پژوهشی به دست متخصصان می‌تواند نتایج زیانباری در پی داشته باشد.

از زحمات آقای دکتر ارجمند که با مساعدت‌های خود زمینه طبع و نشر کتاب را فراهم ساختند، قدردانی می‌کنیم.

سارا نامجو
پژوهشگر و دکترای روان‌شناسی سلامت
namjoopsy@gmail.com

دکتر احمد برجعلی
دانشیار در رشته روان‌شناسی، دانشگاه علامه طباطبایی
borjali@atu.ac.ir

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

دیباچه

در سال‌های اخیر، حوزه مراقبت‌های بهداشتی شاهد پیشرفت‌های چشمگیری بوده است؛ با این وجود، بسیاری از مداخلات و استراتژی‌های مورد قبول در حیطه سلامت روان و پزشکی رفتاری که از طریق شواهد تحقیقاتی به دست آمده‌اند، نه تنها مفید نیستند، بلکه ممکن است آسیب‌زننده نیز باشند. استراتژی‌های دیگر که اثربخشی آنها از طریق به‌روزترین شواهد پژوهشی استاندارد به اثبات رسیده است، امکان طرح توصیه‌های گسترده‌ای که در دسترس عموم مردم باشد را فراهم می‌کند. پیشرفت‌ها و تغییرات اخیر دلایل متعددی دارند. اول اینکه ما به درک عمیق‌تری از پاتولوژی در حیطه روان و جسم دست یافته‌ایم که منجر به توسعه مداخلات هدفمند جدیدتر و دقیق‌تر شد. دوم اینکه روش‌های تحقیق و پژوهش به‌طور گسترده‌ای ارتقا یافته است؛ برای مثال در پژوهش‌ها از میزان خطا و متغیرهای تهدیدکننده اعتبار درونی و بیرونی پژوهش کاسته شده است و نتایج با موقعیت‌های بالینی تناسب بیشتری یافته‌اند. سوم اینکه دولت‌های سراسر جهان، نظام‌های مراقبت‌های بهداشتی و سیاست‌مداران تصمیم به ارتقا دادن کیفیت مراقبت گرفته‌اند که این مسئله باید از طریق شواهد تجربی حمایت شود تا همگان از صحت ادعای مطروحه اطمینان حاصل کنند (بارلو، ۲۰۰۴؛ انستیتو پزشکی، ۲۰۰۱).

البته یک مانع بزرگ برای درمانگران در همه جا، دسترسی به مداخلات جدید روان‌شناسی مبتنی بر شواهد است. در این راستا کارگاه‌ها و کتاب‌ها تا حدی توانسته‌اند در آگاه‌سازی مسئولین و اولیای امور با جدیدترین دستاوردهای سلامت رفتاری و قابلیت اجرای آنها برای افراد مؤثر واقع شوند. کتاب حاضر در این مجموعه جدید نیز متخصصان بالینی را به‌عنوان خط مقدم درمان با این

مداخلات مرتبط می‌کند.

دستورالعمل‌ها و کتاب‌های کار در این مجموعه، شامل روش‌های دقیق گام‌به‌گام است که به ارزیابی، تشخیص و درمان یک مشکل خاص می‌پردازند. با این حال این مجموعه فراتر از یک کتاب و یا مجموعه‌ای از دستورالعمل‌ها است؛ زیرا به واسطه ارائه مطالب جانبی، فرایند نظارت بر کمک-درمانگران در اجرای این روش‌ها را هموار خواهد کرد.

در نظام نوپای مراقبت‌های بهداشتی ما، توافق عمومی روزافزونی بر این موضوع است که درمان‌های مبتنی بر شواهد معتبرترین مسیر عمل برای متخصصین سلامت روان هستند. همه پزشکان و متخصصان سلامت رفتاری به‌طور عمیقی خواستار ارائه بهترین مراقبت‌های ممکن به بیماران خود هستند. در این مجموعه، هدف ما کاستن از خلاء اطلاعات و انتشارات تا سرحد ممکن است.

کتابچه راهنمای درمانگر حاضر و کتاب کار همراه مراجعان، به توصیف درمان شناختی رفتاری پرداخته است؛ درمانی که افسردگی و پیروی از دستورات درمانی را در افرادی که با بیماری‌های مزمن زندگی می‌کنند و به افسردگی نیز مبتلا هستند نشانه گرفته است. افسردگی در بیماران مزمن یک اختلال رایج محسوب می‌شود و به طرز قابل توجهی سازگار شدن با بیماری و مدیریت آن را در این بیماران مختل می‌کند. افراد افسرده تمایل کم‌تری به رفتارهای خودمراقبتی دارند که می‌تواند مواردی مانند، فراموش کردن نظارت بر مصرف داروها (یا مصرف نکردن داروها به طور کلی)، از دست دادن قرار ملاقاتهای پزشکی، نادیده گرفتن تمرینات ورزشی و رژیم غذایی مربوطه را شامل شود. افزایش تعامل و درگیر شدن در این نوع فعالیت‌ها تمرکز برنامه مدولار مندرج در این کتاب است. این درمان بر پایه مداخلات استناداری شکل گرفته است که در آن درمان شناختی رفتاری به منظور درمان افسردگی به کار رفته است و با شرایط افراد مبتلا به بیماری‌های مزمن ترکیب و سازگار شده است و تاکید ویژه‌ای بر رفتارهای خودمراقبتی و رعایت دستورات طبی دارد. درمانجویان مهارت‌های اساسی مانند، حل مسئله و بازسازی شناختی را به‌منظور مراقبت بهینه از خودشان و همچنین آرام‌سازی و فنون تنفسی را برای مقابله با نشانه‌های بیماری و عوارض داروها خواهند آموخت. از طریق دستورالعمل‌های گام‌به‌گام، اجرای این مداخله منحصر به فرد را تکمیل کنید، بدین ترتیب این کتاب بی‌تردید برای متخصصین

سلامت روان و درمانجویان آنها که به بیماری‌های مزمن مبتلا هستند؛ به منبعی ارزشمند تبدیل خواهد شد.

سردبیر، دیوید بارلو

مجموعه درمان‌های مبتنی بر شواهد علمی

بوستون، ماساچوست

منابع

1. Barlow DH. Psychological treatments. American psychologist. 2004;59(9):869.
2. Kohn L, Corrigan J, Donaldson M. Institute of Medicine (2001). Crossing the quality chasm: A new health system for the 21st century. Washington, DC: National Academy Press.

اطلاعات زمینه و هدف از این برنامه

کتابچه راهنمای درمانی حاضر و کتاب کار درمانجوی همراه آن، به توصیف نوعی از درمان شناختی- رفتاری می‌پردازد که افسردگی و پیروی از دستورات درمانی در افرادی که به صورت با یک بیماری مزمن و افسردگی زندگی می‌کنند را مورد هدف قرار می‌دهد. هدف از تألیف کتاب راهنمای حاضر، معرفی برنامه درمانی با عنوان CBT-AD (درمان شناختی رفتاری افسردگی و رعایت دستورات دارویی) است.

افسردگی در میان افراد مبتلا به بیماری‌های مزمن شایع است و می‌تواند توانایی افراد در مدیریت بیماری‌شان را به شدت مختل کند. بیمارانی که هم‌زمان با بیماری مزمن به افسردگی نیز مبتلا هستند نسبت به آن دسته از بیماران مزمن که افسرده نیستند، آشفتگی روانی بیشتر و نتایج وخیم‌تری (مانند مرگ‌ومیر) را تجربه می‌کنند. اگرچه برخی شواهد نشان می‌دهند که تغییرات زیست پزشکی مرتبط با افسردگی به طور مستقیم بیماری مزمن را تحت تأثیر قرار می‌دهد؛ یکی از دلایلی که به واسطه آن افراد افسرده نتایج درمانی مطلوبی به دست نمی‌آورند این است که افسردگی می‌تواند موجب رفتارهای خودمراقبتی ضعیف، از جمله «سرپیچی از دستورات پزشکی» شود.

افراد مبتلا به بیماری‌های مزمن توأم با افسردگی، در واقع یک جمعیت پیچیده و با نیازهای فردی ناهمگن را تشکیل می‌دهند. این کتابچه راهنما با قسمت‌های مختلف خود برای پرداختن به این نیازهای ناهمگن طراحی شده است. اساس هر یک از مباحث درمانی گردآمده در این کتاب، مداخلات شناختی رفتاری استاندارد در درمان افسردگی است که با نیازها و شرایط افراد مبتلا به بیماری‌های مزمن منطبق شده و

بر رفتارهای خودمراقبتی و رعایت دستورات طبی متمرکز است. ارتقای سطح رعایت دستورات طبی و هم‌زمان مدیریت یک بیماری مزمن هم‌بودشده با افسردگی، کاری بسیار پیچیده است و کلید موفقیت در این مسیر، انعطاف‌پذیری درمانگر است. به عنوان توضیح بیشتر، ممکن است لازم باشد در رابطه با ارائه بخش‌های خاص بر اساس نیازهای فردی، همچنین در مورد توالی بخش‌ها (اگرچه توصیه ما این است که پودمان آموزش روان‌شناسی در جلسات ابتدایی ارائه شود) انعطاف‌پذیر باشیم. به همین ترتیب با توجه به تظاهرات بالینی و نیازهای بیمار تعداد جلسات هر بخش متفاوت خواهد بود.

افراد مبتلا به بیماری مزمن و افسردگی اغلب چند استرسور پیچیده را در دوره بیماری خود تجربه می‌کنند و با توجه به لزوم فراهم آوردن حمایت‌های روانی اجتماعی برای درمانجویان به هنگام وقوع حوادث استرس‌زای زندگی و به منظور حفظ شدن تعادل بین لزوم تنظیم کردن جلسات بر اساس نیاز بیمار و درعین حال پایبند بودن به دستورکار هر جلسه که با هدف آموزش مهارت‌های مقابله‌ای در این کتابچه راهنما توصیف شده است؛ انعطاف‌پذیری درمانگر امری ضروری است.

مشکل اصلی: افسردگی و سرپیچی از دستورات طبی در بیماری‌های مزمن

متخصصان سلامت روان که به درمان افسردگی می‌پردازند، بی‌شک به دفعات بسیار با افراد مبتلا به بیماری‌های طبی مزمن هم‌ایند مواجه می‌شوند. بر اساس برخی آمارهای اعلام‌شده در پژوهش‌ها بیش از ۳۰ درصد افراد مبتلا به بیماری‌های پزشکی، افسردگی را نیز تجربه می‌کنند و افسردگی رایج‌ترین اختلالی است که به همراه بیماری‌های طبی رخ می‌دهد. در پژوهش‌های مربوط به بیماری‌های مزمن، شامل، ایدز (برای مثال، دیو و همکاران، ۱۹۹۷؛ رابکین، ۱۹۹۶)، دیابت (اندرسون، فریدلند، کلوز و لوستمن، ۲۰۰۱؛ ایجد، ژنگ و سیمپسون، ۲۰۰۲)، بیماری‌های قلبی (مانند؛ جانیوزی، استرن، پاسترناک و دی سنتیز، ۲۰۰۰؛ فراشر-اسمیت، لسپرانس و تالاجیک، ۱۹۹۵ ب)، سرطان (برای مثال؛ اشپیگل وگیس-داویس، ۲۰۰۳؛ پرپل و رأس، ۱۹۹۹)، سکت (مانند؛ موریس، رابینسون، اندرسجاوسکی، ساموئل و پرایس، ۱۹۹۳) و در کل بیمارهای تهدیدکننده حیات (سیلور استون، ۱۹۹۰) نرخ بالاتری از افسردگی نسبت به جمعیت عمومی گزارش شده است. بدین ترتیب می‌توان ادعا کرد، نرخ ابتلا به

افسردگی در افراد مبتلا به بیماری‌های مزمن افزایش می‌یابد. نرخ ابتلا به افسردگی در افرادی که هم‌زمان به بیماری‌های طبی مبتلا هستند، افزایش می‌یابد؛ بدین ترتیب نرخ افسردگی در جمعیت عمومی دو تا پنج درصد و در افراد بستری در بخش مراقبت‌های اولیه، پنج تا ۱۰ درصد و در بیمارانی که هم‌زمان به بیماری مزمن مبتلا هستند شش تا ۱۴ درصد و یا بیشتر، گزارش شده است (کاتون و کیچانوسکی، ۲۰۰۲؛ ولز و همکاران، ۱۹۹۱؛ کاتون و سالیوان، ۱۹۹۰).

چرا بیماری‌های مزمن با افسردگی هم‌ایند هستند؟

دلایل بالقوه بسیاری برای همپوشانی افسردگی و بیماری‌های مزمن مطرح است. ابتلا به یک بیماری مزمن رویدادی استرس‌زا محسوب می‌شود که به‌خودی‌خود می‌تواند محدودیت‌هایی در انجام فعالیت‌های لذت‌بخش ایجاد کند. همچنین علائم جسمانی همراه با بیماری‌های مزمن، مانند خستگی از طریق کاهش توانایی حفظ و انجام فعالیت‌های معمول یک فرد منجر به ایجاد اختلال عملکردی در وی می‌شود. سازگار شدن با یک بیماری مزمن که علایمی پیش‌رونده و مضمحل‌کننده دارد می‌تواند بسیار آشفته‌کننده باشد. در آخر، اجزای شناختی منفی مانند، ادراک فقدان کنترل بر زندگی و دگرگون شدن اهداف، مطرح است که روی هم رفته این عوامل می‌تواند به افسردگی و در زندگی منجر شود.

در برخی موارد، رابطه بین افسردگی و بیماری مزمن به‌صورت یک دور باطل درمی‌آید. برای مثال، در دیابت، علائم افسردگی مانند کاهش انرژی، پایین بودن انگیزه و داشتن مشکلاتی در حیطه حل مسئله، به‌طور منفی درمان را تحت تأثیر قرار می‌دهند و می‌تواند به بالا رفتن قند خون منجر شود. از طرفی بالا بودن قند خون و عوارض ناشی از آن می‌تواند به ناامیدی، خودسرزنشگری و درماندگی بیانجامد. افسردگی در HIV به‌واسطه سرپیچی از درمان و کاهش احتمالی سطح هورمون کورتیزول به عملکرد نامتناسب‌تر سیستم ایمنی منجر می‌شود. هورمون کورتیزول توسط غدد فوق کلیوی ترشح می‌شود؛ به تنظیم فشار خون و عملکرد قلب و عروق کمک می‌کند و به سلول‌های بدن این امکان را می‌دهد که از پروتئین‌ها، کربوهیدرات‌ها و چربی‌ها استفاده کنند (آنتونی و همکاران، ۲۰۰۵). در صورت بدکارکردی دستگاه ایمنی فرد در معرض خطر عفونت‌های مختلف قرارگرفته و سپس علائم و نشانه‌های آسیب

بیشتری در او بروز می‌کنند و این به صورت یک سیکل معیوب بر افسردگی او می‌افزاید؛ بنابراین افرادی که هم‌زمان به بیماری‌های مزمن و افسردگی مبتلا هستند ممکن است در یک دور باطل بیافتند که در آن، افزایش افسردگی به تشدید بیماری و تشدید بیماری به افزایش افسردگی منجر می‌شود و در این صورت می‌توان اظهار کرد که احتمالاً مداخلات با هدف کاهش افسردگی و بهبود فعالیت‌های خودمراقبتی می‌تواند برای کمک به آنها و مدیریت بیماری‌شان مؤثر واقع شود.

همبودی افسردگی با بیماری‌های مزمن پرهزینه و مختل‌کننده است

افسردگی همراه با بیماری‌های طبی مزمن برای بیماران بسیار پرهزینه است. به عنوان مثال، مطابق با شواهد به دست آمده از پژوهش‌ها، در بیماران دیابتی افسرده نسبت به دیابتی‌های بدون افسردگی میزان استفاده از نسخه‌های پزشکی و مراقبت‌های سرپایی، حدود دو برابر بیشتر بود و درکل، زمان استفاده از خدمات و مراقبت‌های بهداشتی در آنها نسبت به بیمارانی که فاقد تشخیص افسردگی بودند $5/4$ برابر بیشتر بود (ایگد و همکاران، ۲۰۰۲). همچنین نرخ ناتوانی عملکردی در افرادی که هم‌زمان به دیابت و افسردگی مبتلا بودند (۷۷.۸٪) نسبت به کسانی که تنها به افسردگی مبتلا بودند (۵۱.۳٪) و بیمارانی که تنها به دیابت مبتلا بودند (۵۸.۱٪) و یا کسانی که نه افسردگی داشتند نه دیابت (۲۴.۵٪)، به طرز قابل توجهی بالاتر بود (ایگد، ۲۰۰۴). در یک نگاه کلی افسردگی در بیماران مبتلا به دیابت به تخریب عملکردی بیشتر، کاهش کیفیت زندگی و افزایش ناتوانی منجر می‌شود (بروک، داویس و داویس، ۲۰۰۵؛ گلدنی، فیلیپس، فیشر و ویلسون، ۲۰۰۴) و خطر مرگ‌ومیر را در این بیماران تا دو برابر افزایش می‌یابد (کاتون و همکاران، ۲۰۰۵).

افسردگی در متن بیماری‌های مزمن و همچنین در جمعیت عمومی با افزایش نرخ مرگ‌ومیر مرتبط است (به عنوان مثال، کویچیپرز و اسچواورز، ۲۰۰۴). در زمینه بیماری‌های مزمن، کاهش رعایت دستورات درمانی به عنوان یکی از مکانیسم‌های احتمالی تأثیر افسردگی بر میزان مرگ‌ومیر مطرح شده است.

تأثیر افسردگی بر رفتارهای خود مراقبتی و رعایت دستورات طبی

سرپیچی از درمان‌ها و توصیه‌های پزشکی در افراد مبتلا به افسردگی تا سه برابر

بیش از افراد غیر افسرده دیده می‌شود (دی متیو، لپر و کروگان، ۲۰۰۰). یک چارچوب مستحکم از شواهد از ارتباط بین افسردگی و سرپیچی از دستورات طبی در جمعیت بیماران مزمن از جمله، انفارکتوس میوکارد (زای اگلزتین و همکاران، ۲۰۰۰) و بیماران مبتلا به سرطان تحت شیمی‌درمانی (والنت، ساندرز و کوهن، ۱۹۹۴) حمایت می‌کنند. در مطالعه‌ای که ما بر گروهی از بیماران آلوده به ویروس HIV انجام دادیم (گونزالز و همکاران، ۲۰۰۴؛ سافرن و همکاران، ۲۰۰۱) و در مطالعات دیگر (برای مثال، سین و همکاران، ۱۹۹۶؛ سیمونی، فرایک، لوچهارد و لایوویتز، ۲۰۰۲) نتایج حاکی از آن بودند که سطوح بالاتر افسردگی با سرپیچی از مصرف داروها در این بیماران مرتبط بود. این نتایج نشان می‌دهند که رابطه محکمی بین افسردگی و رعایت ضعیف دستورات دارویی وجود دارد و این به سهم خود بر لزوم استفاده از مداخلات به‌منظور افزایش رعایت دستورات طبی در افرادی که هم‌زمان به افسردگی و بیماری‌های مزمن مبتلا هستند، تأکید می‌کند.

احتمال پنهان بودن افسردگی در افراد مبتلا به بیماری‌های مزمن

افسردگی به نسبت، در نیمی از بیماران مزمنی که به آن مبتلا هستند، تشخیص داده نمی‌شود و بدین ترتیب این بیماران درمانی نیز در این زمینه دریافت نمی‌کند. برای مثال تنها ۴۳ درصد از بیماران مبتلا به دیابت که به‌وضوح افسرده بودند، یک یا چند داروی ضد افسردگی و کم‌تر از ۷ درصد از این بیماران در طول یک دوره ۱۲ ماهه حداقل چهار جلسه روان‌درمانی دریافت کردند (کاتن و همکاران، ۲۰۰۴).

رودین، نولان و کاتز (۲۰۰۵) در مورد افسردگی تشخیص داده نشده و درمان‌نشده در مجموعه پزشکی دلایل احتمالی ارائه دادند، که عبارت‌اند از: همپوشانی علائم افسردگی با علائم برخی بیماری‌ها و دشواری در تشخیص افتراقی افسردگی بالینی از واکنش طبیعی غم و اندوه در اثر ابتلا به یک بیماری مزمن. با این حال، افسردگی در متن یک بیماری طبی هم از طریق دارودرمانی و هم از طریق مداخلات شناختی-رفتاری، قابل درمان است. کتابچه راهنمای فعلی با استفاده از رویکرد شناختی رفتاری به درمان افسردگی و آموزش مهارت‌هایی برای بهبود رعایت دستورات طبی در افراد مبتلا به بیماری‌های مزمن می‌پردازد.

معرفی انواع افسردگی بر اساس معیارهای تشخیصی

ما فهرستی از معیارهای رایج‌ترین انواع افسردگی مندرج در کتابچه راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی را در جدول بعدی آورده‌ایم (DSM-IV-TR؛ انجمن روان‌پزشکی آمریکا، ۲۰۰۰) که شامل؛ افسردگی اساسی، افسرده خویی و افسردگی دوقطبی می‌شود، که دارای ویژگی‌های شیدایی و افسردگی است. کتابچه راهنمای درمانی حاضر اغلب برای افرادی طراحی شده است که به افسردگی تک‌قطبی مبتلا هستند. با این حال پژوهش اصلی ما شامل بیماران مبتلا به افسردگی اساسی و افسردگی دوقطبی بود که در زمان مطالعه در اپیزود افسردگی بودند و به‌تازگی اپیزود مانیا یا هیپومانیا را تجربه نکرده بودند. ما بر این باوریم که این راهنمای درمانی برای آن دسته از بیمارانی که به افسردگی دوقطبی مبتلا هستند ولی اپیزود اخیر ایشان افسردگی است، قابل استفاده است. حضور اپیزود مانیا لزوم کاربرد مداخلات دیگر را برای ایجاد ثبات خلق مطرح می‌کند که در کتابچه راهنمای فعلی به آن نپرداخته‌ایم. همچنین با وجود اینکه ما کتابچه راهنمای فعلی را برای بیمارانی که علائم افسردگی آنها در حد تشخیص بالینی است طراحی کرده‌ایم، ولی از آنجا که پژوهش‌ها نشان داده‌اند در افراد با سطوح پایین‌تر افسردگی (که تشخیص بالینی دریافت نمی‌کنند) نیز رفتارهای خودمراقبتی محدود و سرپیچی از درمان دیده می‌شود (برای مثال، گونزالز و همکاران)، در مورد افرادی که برخی از علائم افسردگی را نشان می‌دهند ولی علائم آنها به حد تشخیص نمی‌رسد نیز می‌توان راهبردهای مقابله‌ای که در راهنمای فعلی ارائه می‌شوند را به همراه اصلاحات جزئی به کار بست.

اختلال افسردگی اساسی

مشخصه اختلال افسردگی اساسی دوره‌های افسردگی منفرد و یا راجعه در غیاب علائم مانیا و هیپومانیا است. معیارهای تشخیصی این اختلال طبق DSM-IV-TR (انجمن روان‌پزشکی آمریکا، ۲۰۰۰، ص. ۳۵۶) عبارت‌اند از:

الف: فرد تنها یک دوره افسردگی اساسی (یک دوره حداقل دوهفته‌ای) را تجربه می‌کند:

۱. برای اپیزود افسردگی اساسی یک فرد باید حداقل پنج تا از نه علامت زیر را

در یک دوره دوهفته‌ای، در بیشتر اوقات و به‌طور تقریبی در همه روزها تجربه کند و هم‌زمان باید نشانه‌ای از تغییر در کارکرد قبلی او دیده شود. یکی از علائم باید (۱) خلق افسرده باشد، یا (۲) بی‌علاقگی و بی‌لذتی باشد.

ا. خلق افسرده. در اطفال و نوجوانان می‌تواند به‌صورت خلق تحریک‌پذیر باشد.

ب. کاهش واضح علاقه‌مندی یا لذت بردن، به‌طور عمده از همه فعالیت‌ها.

ج. کاهش چشمگیر وزن بدون اجرای برنامه (رژیم) خاصی برای لاغری یا افزایش وزن (مانند تغییر وزن بدن بیش از پنج درصد در عرض یک ماه) یا کاهش یا افزایش اشتها. در کودکان نرسیدن به وزن قابل‌انتظار را باید در نظر گرفت.

د. مشکل در به خواب رفتن یا ادامه دادن خواب (کم‌خوابی) و یا خوابیدن بیش از حد معمول (پرخوابی).

ه. سراسیمگی یا کندی روانی حرکتی که برای دیگران مشهود باشد، نه اینکه فقط خود بیمار احساس ذهنی بی‌قراری یا کند شدن را گزارش کند.

و. احساس خستگی یا از دست دادن انرژی.

ز. احساس بی‌ارزشی یا احساس گناه مفرط یا نامتناسب (این احساس گناه و ملامت نفس به خاطر بیمار بودن نیست).

ح. کاهش قدرت تفکر یا تمرکز، یا احساس بلا تصمیمی.

ط. افکار عودکننده درباره مرگ (نه فقط ترس از مردن) و خودکشی (با یا بدون هیچ نقشه خاصی) یا اقدام به خودکشی.

۲. علائم فرد واجد ملاک‌های یک دوره مختلط نیست.

۳. علائم از نظر بالینی رنج و عذاب چشمگیری برای بیمار ایجاد کرده‌اند و یا کارکردهای او را در حوزه اجتماعی، شغلی و یا سایر حوزه‌های مهم زندگی مختل کرده‌اند.

۴. علائم فرد ناشی از مصرف مواد (مانند؛ الکل، ماده مخدر، دارو) یا یک بیماری طبی عمومی نیست.

۵. علائم فرد در نتیجه داغ‌دیدگی طبیعی و یا از دست دادن یکی از عزیزان نیست، یعنی به دنبال از دست رفتن فرد محبوب، علائم بیش از دو ماه طول

کشیده‌اند، یا علائم شامل مختل شدن واضح عملکردها، اشتغال ذهنی شدید با احساس بی‌ارزشی، افکار خودکشی، علائم روان‌پریشی یا رفتارهای کندشده (کندی روانی حرکتی) هستند.

ب: اختلال روانی دیگر نمی‌تواند توجیه بهتری برای اپیزود افسردگی اساسی باشد.
 پ: فرد هرگز دوره منیک یا هیپومانیک و یا دوره مختلطی را تجربه نکرده است (به‌جز دوره‌هایی که ناشی از اختلالات طبی و یا استفاده از مواد باشد).

افسرده خویی

مشخصه اختلال افسرده خویی، علائم افسردگی خفیف مداوم و مزمن در طی یک دوره زمانی طولانی مدت است. معیارهای تشخیصی این اختلال طبق DSM-IV-TR (انجمن روان‌پزشکی آمریکا، ۲۰۰۰، صص ۳۸۰-۳۸۱) در اینجا فهرست شده است:

الف: فرد در اغلب اوقات، تقریباً هرروز و برای مدت حداقل دو سال، خلقی افسرده دارد. در کودکان و نوجوانان خلق تحریک‌پذیر است و این چارچوب زمانی حداقل یک سال است.

ب: فرد هم‌زمان با افسردگی، حداقل دو مورد از نشانه‌های زیر را تجربه می‌کند:

۱. کم‌اشتهایی یا پرخوری

۲. بی‌خوابی یا پرخوابی

۳. کمبود انرژی یا خستگی

۴. کاهش اعتمادبه‌نفس

۵. ضعف در تمرکز یا دشواری در تصمیم‌گرفتن

۶. احساس نومییدی

پ: در طی این دوره دوساله فرد هرگز بیش از دو ماه فارغ از نشانه‌های ذکرشده در ملاک‌های الف و ب نبوده است.

ت: در طی این دوره دوساله (یک‌ساله در مورد کودکان و نوجوانان) هرگز دوره افسردگی اساسی وجود ندارد.