

شناخت درمانی افسردگی
پایدار و مزمن

فهرست

۷	پیشگفتار
۱۳	مقدمه: چالش‌های افسردگی پایدار
۳۳	فصل ۱. الگوی شناختی افسردگی پایدار
۸۳	فصل ۲. سه رکن اساسی درمان: رابطه درمانی، سبک و ساختار درمان
۱۰۹	فصل ۳. ارزیابی اولیه و فرمول‌بندی
۱۵۳	فصل ۴. شروع درمان: آشناسازی و تعیین اهداف
۱۸۹	فصل ۵. استفاده از فنون استاندارد رفتاری
۲۲۱	فصل ۶. کار روی افکار خودآیند
۲۵۵	فصل ۷. شناسایی باورهای زیربنایی و پیامدهایشان
۲۸۵	فصل ۸. اصلاح باورهای زیربنایی
۳۲۱	فصل ۹. کار روی برخی از مضامین خاص افسردگی پایدار
۳۵۱	فصل ۱۰. فراتر از درمان: جلوگیری از عود و بهبودی بیشتر
۳۷۳	فصل ۱۱. برگزاری درمان
۳۸۷	فصل ۱۲. نتایج و فرآیندهای درمان
۴۰۵	پیوست ۱. آشنایی با بیماران
۴۱۵	پیوست ۲. کاربرگ‌هایی برای بیماران
۴۳۵	منابع
۴۴۵	درباره نویسندگان

پیشگفتار

وقتی شروع به نوشتن این کتاب کردیم، قصد داشتیم صراحتاً دربارهٔ درمان افسردگی مقاوم با رویکرد شناخت‌درمانی بنویسیم. به نظر می‌رسد کاربرد شناخت‌درمانی براساس الگوی شناختی برای بعضی از اختلال‌ها در موارد بسیاری، درمانی مؤثر باشد. برای مثال، در بسیاری از بیماران مبتلا به اختلال وحشت‌زدگی، پرداختن به عواملی که در الگوی شناختی مشخص شده‌اند، با استفاده از راهکارهای توصیه شده، منجر به درمان مشکل با کمترین احتمال عود و بازگشت می‌شود. چنین رویکردی به افسردگی مقاوم حقیقتاً بسیار مورد قبول واقع خواهد شد. با چنین احتمالاتی که در ذهن داریم، توصیف شناخت‌درمانی افسردگی مقاوم برای ما سخت خواهد بود. به نظر می‌رسد که شاید ما دقیقاً همان کاری را انجام می‌دهیم که بسیاری از بیماران مبتلا به افسردگی مقاوم انجام می‌دهند: ناامیدی ناشی از یک زندگی ناموفق به دلیل هدف نامحتمل، ما را به عقب رانده است. ما به رویکرد متفاوت دیگری نیاز داریم. بنابراین این کتاب، پاسخی برای "افسردگی مزمن" ارائه نمی‌دهد. بلکه مجموعه‌ای از نظرات و تجربیاتی را شرح می‌دهد که طی سال‌ها تلاش برای تکوین و به‌کار بستن درمان در بسیاری از بیماران، موفقیت‌آمیز و ثمربخش بوده‌اند. همچنین این کتاب شامل تعدادی از مداخلات مان است که نتیجه مطلوب یا مورد انتظار را به همراه نداشته است.

ما معتقدیم مشکلاتی که با آنها در طی این دوران روبرو شده‌ایم، اطلاعات مهمی را دربارهٔ ماهیت افسردگی مقاوم در اختیار ما قرار می‌دهند. کسب تجربهٔ بالینی در بسیاری از اختلال‌های حاد، متخصصان بالینی را قادر می‌سازد تا یک یا دو عاملی را مورد توجه و بررسی قرار دهند که در پرداختن به مشکلات بیماران، بسیار مهم هستند. به نظر می‌رسد که کار روی بیماران مبتلا به افسردگی مقاوم و افزایش تجربه، تأثیر معکوسی داشته باشد. همان‌گونه که متخصصان بالینی بیماران بیشتری را می‌بینند و افراد را بهتر می‌شناسند، متوجه عوامل متعددی می‌شوند که به نظر می‌رسد در بروز این مشکلات سهیم هستند. این عوامل، نه تنها شامل عوامل درون‌فردی، شناختی، رفتاری و هیجانی هستند، بلکه عوامل میان‌فردی،

ارتباطی، محیطی، زیستی، تاریخیچه‌ای و فرهنگی را نیز شامل می‌شوند. چنانچه این باور درست باشد، ناگزیر خواهیم پذیرفت که احتمالاً هیچ رویکرد واحدی برای درمان افسردگی مقاوم عموماً موفق نیست. در آرایه یک رویکرد شناختی جهت درمان، تلاش کرده‌ایم بین تمرکز بر شناخت با تأیید نقش سایر عوامل تعادل برقرار کنیم. از این رو، هدف این است که به بررسی نقش شناخت در میان عوامل بی‌شماری پردازیم که در افسردگی مقاوم نقش دارد و شرح دهیم چگونه می‌توانیم موانعی را که مانع تغییر شناختی می‌شوند به حداقل برسانیم و نشان دهیم چگونه تغییرات شناختی ممکن است به تغییرات وسیع‌تری بیانجامد. لذا، بر این عقیده هستیم که بیماران نیز ممکن است از عوامل زیستی، میان‌فردی و اجتماعی بهره‌مند شوند که در اینجا به آنها نمی‌پردازیم.

آرایه چنین رویکردی بدون بررسی ارزش‌هایی که براساس آن بنا شده است، نوعی بی‌توجهی به حساب می‌آید. در هنگام کار روی افراد مبتلا به افسردگی مقاوم، متخصصان بالینی مکرراً با این عقیده بیماران مواجه می‌شوند که درمان "کارساز" نیست. با توجه به اینکه درمان‌های قبلی این بیماران موفقیت کمی به همراه داشته است باید پیش از هر اقدامی بیماران را از اثربخشی درمان مطمئن ساخت. به‌طور کلی، اثبات تجربی اثربخشی درمان نقش مهمی در شکل‌دهی و موفقیت شناخت‌درمانی ایفا کرده است. رویکردی که ما توصیف می‌کنیم در چارچوب تعهد به اجرای مداخله‌هایی است که اثربخشی آنها ثابت شده است. این رویکرد برای استفاده در یک آزمایش تصادفی - کنترل‌شده شناخت‌درمانی برای بیماران مبتلا به نشانه‌های افسردگی مقاوم شکل گرفت که درمان دارویی را دنبال کرده بودند (مطالعه افسردگی کمبریج - نیوکسل، پیکل^۱ و همکاران، ۱۹۹۹ را ملاحظه کنید). در بسیاری از مثال‌هایی که در این کتاب آمده است علاوه بر کمک گرفتن از کارهای بالینی مان در NHS، از تجربیات مان که در طول درمان بیماران در آن مطالعه به دست آمده است، نیز استفاده کرده‌ایم. نتایج سودمند در این مطالعه (فصل ۱۲ را ملاحظه کنید) تا حدودی به ما اطمینان می‌دهد که روش‌های به کار رفته در آن درمان را آرایه دهیم. به‌هرحال، هنگامی که با بیماران مبتلا به افسردگی مقاوم کار می‌کنید، این احتمال وجود دارد که درمان برای حداقل برخی از بیماران منجر به سطح بهبودی قابل‌انتظار نشود. در نظر گرفتن اثربخشی درمان به‌عنوان تنها ارزش مهم آن می‌تواند هم بیمار و هم درمانگر را در موقعیت بسیار آسیب‌پذیری قرار دهد. اگر هر دو طرف نسبت به اثربخشی درمان ناامید باشند، این موضوع می‌تواند حتی نتیجه عکسی داشته باشد. بنابراین وسواس فکری صرف نسبت به نتیجه درمان، همان‌گونه که اغلب در درمان‌های دارویی اخیر مبتنی بر شواهد نیز دیده می‌شود، می‌تواند غیرسازنده باشد. مک‌کلگ^۲ (۲۰۰۰) در کارهای اولیه‌اش در زمینه افسردگی مزمن، بر اهمیت فرصت و مجال در درمان بیماران مبتلا به افسردگی

1. Paykel

2. McCullugh

مزمّن تأکید کرده است. او بر این باور است که بیماران باید به تدریج بتوانند با یک فرد حمایت‌گر و دلسوز رابطه برقرار کنند. معتقدیم که توجّه به موضوع مهرورزی هنگام کار با بیماران مبتلا به افسردگی مقاوم به همان اندازه مهم است که نگرانی درباره نتیجه درمان مهم می‌باشد. به‌هرحال، ما براین باوریم که پذیرفتن ارزش‌هایی چون احترام و توجّه به افراد مبتلا به افسردگی، در نتیجه مداخله یا اثربخشی آن اهمّیت بسزایی دارد. امیدواریم که ارایه این رویکرد موجب توجّه و احترام به بیماران مبتلا به افسردگی شود؛ نه اینکه منجر به شور و اشتیاق رقابتی شود که اغلب در مراکز سلامت دیده می‌شود.

حائزاهمّیت است، تأکید شود به‌نظر می‌رسد نوع مشکلاتی که در این کتاب به آنها پرداخته‌ایم بیشتر شامل مشکلاتی می‌باشد که در موقعیت‌های درمانی روان‌شناختی دیده می‌شود. بسیاری از متخصصان بالینی گزارش می‌کنند که آنها در کلینیک‌هایشان با مشکلات پیچیده و مزمّن هر روز مراجعان بیشتری را ملاقات می‌کنند. برای بسیاری از درمانگران روان‌شناختی، به‌نظر می‌رسد دیدن مراجعی مبتلا به افسردگی حاد همراه با شروع اخیر اختلال بعد از داشتن یک دوره طولانی مدت کنش خوب، نادر باشد. این مسأله ممکن است به دلیل ترکیبی از افزایش آگاهی عمومی از قابل‌درمان بودن افسردگی و اثربخشی داروی ضدافسردگی باشد که در مراقبت‌های اولیّه مراجعان مبتلا به افسردگی حاد تجویز می‌شود. در تلاش برای پرداختن به چنین مشکلاتی نظیر مزمّن‌شدگی افسردگی برخی پیچیدگی‌ها در زمینه تعریف و تشخیص را کنار گذاشته‌ایم. واژه‌هایی مثل افسردگی مزمّن، مقاوم و پایدار را تقریباً به یک معنا و به‌جای یکدیگر استفاده می‌کنیم. اساس مشکلاتی که به آنها می‌پردازیم عبارت‌اند از اینکه بیماران برخی نشانه‌های افسردگی را نشان می‌دهند که علی‌رغم درمان‌های مؤثر همچنان پایدار می‌مانند و موجب اختلال در عملکرد می‌شوند و کیفیت زندگی فرد را تحت تأثیر قرار می‌دهند.

یکی از دلایل عدم توجّه به تعریف این است که بیماران مبتلا به افسردگی مقاوم در نظر گرفته می‌شوند ممکن است تحت درمان‌های روان‌شناختی مختلفی قرار گرفته باشند. بعضی از بیماران ممکن است تحت درمان‌های بیولوژیکی قرار گرفته باشند، برخی دیگر ممکن است اشکال مختلف درمان روان‌شناختی را دریافت کرده باشند. اکثر آنها یک درمان شناختی مکفی را تجربه نکرده‌اند. با بررسی شواهد قطعی بک^۱ و همکاران (۱۹۷۹) درباره اثربخشی شناخت‌درمانی استاندارد برای افسردگی، بر آن هستیم که برای درمان مراجعان مبتلا به افسردگی مقاوم تأکید کنیم که رویکرد ایشان باید اساس و مبنا قرار گیرد. بنابراین بسیاری از موضوعاتی که ارایه می‌کنیم، کاربرد شناخت‌درمانی استاندارد را به‌ویژه درباره مراجعان مبتلا به افسردگی مقاوم توصیف می‌کند. بسیاری از پیشنهادهایمان - برای مثال، درباره انعطاف‌ناپذیری تفکر در افسردگی - از کارهای اولیّه بک و همکارانش نشأت می‌گیرند. ما براین باوریم

که تکرار و بیان مجدد بسیاری از جنبه‌های رویکرد اولیّه و تأکید بر اهمیّت آنها در این گروه از بیماران، سودمند است. در طول سال‌ها از زمانی‌که این رویکرد برای اولین بار توصیف شد، تلاش چشم‌گیری برای تکوین اجرای شناخت‌درمانی برای اختلال‌های مزمن‌تر صورت گرفته است. بسیاری از آنها به مداخله در سطح باورهای زیربنایی تأکید داشته‌اند. ما تلاش می‌کنیم تا نشان دهیم در هنگام کار با افسردگی مقاوم چگونه برخی از رویکردهای جدیدتر می‌توانند با شناخت‌درمانی استاندارد یکپارچه شوند. برای شرح چگونگی اصلاح و گسترش دادن شناخت‌درمانی استاندارد، خود رویکرد استاندارد را به تفصیل شرح نمی‌دهیم. خوانندگانی که با آن آشنا نیستند می‌توانند قبل از آغاز رویکردی که توصیف شد، بک و همکاران (۱۹۷۹)، بلک‌برن^۱ و دیویدسون^۲ (۱۹۹۰) یا شناخت‌درمانی جودی بک^۳: مقدمات و آنسوی آن^۴ (۱۹۹۵) را مطالعه کنند.

بنابراین هدف این نیست که در نظریه افسردگی مقاوم، تغییرات اساسی ایجاد کنیم یا از راهکارهای قبلی چشم‌پوشی کنیم، بلکه هدف این است از مطالعاتی که درباره بسیاری از مراجعان مبتلا به افسردگی مقاوم انجام شده، استفاده کنیم تا نشان دهیم چگونه وجود نظریه و راهکارهای بالینی موجود می‌توانند در درمان تکوین یافته و کاربردی شوند. تلاش کرده‌ایم تا حد امکان "طعم" تجربه کار با بیماران مبتلا به افسردگی مقاوم را به طور دقیق منتقل کنیم. همچنین تا حد امکان به طور تجربی نشان دهیم چگونه می‌توان به مشکلات آنها در شناخت‌درمانی پرداخت. بدین منظور، از مثال‌های بالینی که از بحث‌هایمان با بیماران واقعی داشته‌ایم، استفاده کرده‌ایم. اما به منظور حفظ رازداری و اطمینان از اینکه مثال‌ها قابل تعمیم هستند، فقط از مثال‌های موقعیت‌هایی استفاده کردیم که توسط بسیاری از بیماران توصیف می‌شدند. بیمارانی که توصیف می‌کنیم، متفاوت هستند. هرکدام برخی از نشانه‌های معمول یا شایعی را نشان می‌دهند که ما در نتایج مطالعات خود در کلینیک‌های NHS دیده‌ایم. بنابر ضرورت، جزئیات خاص‌تر فقط جنبه ساختگی دارد. مکالمه‌ها براساس مداخلات واقعی هستند که بنابر حفظ رازداری تغییراتی جزئی یافته‌اند و با حفظ اصالت گفتار ویرایش شده‌اند. به خاطر باید داشت که کار با بیماران اغلب نسبت به آنچه در این کتاب نشان داده شده است، کندتر پیش می‌رود و انحراف از موضوع بیشتر است. علی‌رغم این مسائل، باور داریم مکالمات، موقعیت‌ها و خصایص متضادی که توصیف کردیم، تصویری نوعی از بیماران مبتلا به افسردگی مقاوم می‌باشد که در بسیاری از کلینیک‌ها دیده شده است. امیدواریم درمانگرانی که این کتاب را می‌خوانند، مطالبی برای درمان بیماران‌شان در این کتاب بیابند و همچنین امیدواریم بیمارانی که این کتاب را می‌خوانند، مطالبی درباره خودشان پیدا کنند که به آنها

1. Blackburn

2. Davidson

3. Judy Beck

4. Basics and Beyond

کمک کند. برای کمک به خوانندگان به منظور ایجاد تصویر بیماری‌هایی که مکرراً در این کتاب به آنها اشاره داشته‌ایم، بیوگرافی کوتاهی از بیماران مهم تهیه کرده‌ایم. اسامی بیماری‌هایی که بیوگرافی آنها ذکر شده است در ابتدای هر بخش به صورت ایتالیک آمده است.

از این نمونه‌های بالینی در بخش اصلی کتاب در فصل ۱ تا ۱۰ به منظور تبیین الگوی شناخت درمانی و کاربرد بالینی آن برای بیماران مبتلا به افسردگی مقاوم استفاده شده است. فصول ۱ و ۲ الگوی شناخت و ارتباط درمانی، سبک و ساختار را پوشش می‌دهد و چارچوبی را تدارک می‌بیند که در طول دوره درمان ضروری است. در فصل ۳ تا ۱۰، ماهیت مداخلات انجام شده در هر مرحله اصلی در طول دوره درمان شرح داده می‌شود. به ترتیب، ارزیابی، مشارکت بیماران در درمان، تعیین اهداف، استفاده از راهکارهای رفتاری و شناختی استاندارد، کار روی باورهای زیربنایی را شامل می‌شود و به بیماران کمک می‌شود تا پس از پایان درمان همچنان آموخته‌هایشان را حفظ کنند. سپس، در فصل ۱۱، برخی از مسائل کاربردی و مرتبط با خدماتی را که درمانگران هنگام کار با این بیماران با آنها مواجه می‌شوند، مطرح می‌شود. سرانجام، فصل ۱۲، قبل از جمع‌بندی برخی مطالب و مضامین مهمی که در این کتاب آورده شده است، نتایج مطالعات و سازوکارهای رویکرد ما و سایر رویکردهای اخیر با مضامین شناختی نسبت به افسردگی را شرح می‌دهد.

قبل از ارائه رویکرد بالینی مان و قبل از پرداختن به تعریف، تشخیص و پیش‌بینی‌های نتایج و مداخلات درمانی نشانه‌های افسردگی مقاوم تأثیر افسردگی مقاوم در زندگی افرادی که به آن مبتلا هستند در مقدمه به‌طور کلی بیان می‌شود. با وجود اینکه این مقدمه موارد بالینی را شامل نمی‌شود، اما فکر می‌کنیم این اطلاعات برای درک چارچوب کاربرد درمان توصیف شده در فصول آتی مهم باشند؛ به دلیل اینکه مقدمه، شامل هیچ‌یک از مسائل بالینی نمی‌شود، ما آن گروه از متخصصان بالینی علاقه‌مندی را که نمی‌توانند جلوی خودشان را بگیرند و بدون مطالعه مقدمه به سراغ فصل ۱ می‌روند، می‌بخشیم. در نهایت امیدواریم شرح شناخت درمانی مان درباره این بیماران به درمانگران در حصول برخی شیوه‌های جدید در هنگام کار با افسردگی مزمن کمک کند و به بیمار کمک کند تا به درجه بالایی از رضایت‌مندی برسد.



مقدمه

چالش‌های افسردگی پایدار

در این مقدمه، اطلاعاتی دربارهٔ موضوعات زیر بیان می‌شود:

- نشانه‌ها و پیامدهای افسردگی پایدار
- مشکلات مربوط به تعریف و تشخیص افسردگی پایدار
- شیوع افسردگی پایدار
- عوامل پیش‌بینی‌کنندهٔ افسردگی پایدار
- راهکارهای دارویی برای درمان افسردگی پایدار
- دلایل استفاده از درمان‌های روان‌شناختی
- شواهد موجود دربارهٔ اثربشی شناخت‌درمانی افسردگی پایدار
- پیشرفت‌های اخیر شناخت‌درمانی که می‌تواند در انتصاب رویکردی استاندارد برای افسردگی سودمند باشد.

هنگامی که احساس لذت می‌کنید، زمان به سرعت سپری می‌شود. وقتی افسرده هستید؛ این لحظه‌های غم‌انگیز برای شما به‌آهستگی سپری می‌شوند و برای افراد مبتلا به افسردگی مزمن این لحظه‌های غم‌انگیز بی‌شمار هستند؛ با نگاهی به گذشته می‌بینند که این لحظه‌های غم‌انگیز کم نبوده‌اند. افرادی هم که شهامت آن را دارند تا به آینده بنگرند گویی هرگز آرامش را تجربه نخواهند کرد. افسردگی مزمن سایه‌ای سیاه بر تمام زندگی فرد می‌افکند.

در این کتاب، با شرح داستان‌هایی در مورد چند بیمار به پیشرفت‌هایی می‌پردازیم که رویکرد شناختی می‌تواند در درک و درمان افسردگی پایدار فراهم کند. همان‌گونه که روشن خواهد شد به همان اندازه که بیمار مبتلا به این اختلال وجود دارد، به همان اندازه نیز توصیف‌های گوناگون دقیقی دربارهٔ افسردگی پایدار وجود دارد. برای مثال کیت، شرح می‌دهد که با انواع مختلف هیجان‌های نامطلوب و شدید به هم می‌ریزد، درحالی‌که استان گرفتار یک خلق یکنواخت و غمبار دائمی بود. الیزابت، تلاش می‌کرد تا ملاک‌های استاندارد را که هرکسی از به‌دست آوردن‌شان احساس غرور می‌کند، حفظ کند؛ درحالی‌که پتر، فقط برای آنکه سرپا بماند تلاش می‌کرد. با وجود تمام این تفاوت‌ها، عامل مشترک همهٔ آنها، رنج ناشی از افسردگی پایدار است که فرد مبتلا به آن متحمل می‌شود. همان‌گونه که در بخش پایین توضیح خواهیم داد، افسردگی پایدار اثرات شدیدی نه تنها روی خلق افراد دارد، بلکه روی بهزیستی کلی روانی و جسمانی، عملکرد روزمره، ارتباطات میان‌فردی، زندگی شغلی و محیط اجتماعی‌شان نیز اثراتی به‌جای می‌گذارد.

اخیراً اختلال افسردگی پایدار ابعاد وسیعی یافته است. در نیمهٔ دوم قرن بیستم، نسبت به درمان افسردگی خوش‌بین بودند، چراکه درمان‌های دارویی و روان‌شناختی مؤثری یافت شدند (هولون و همکاران، ۱۹۹۳). اما در ابتدا به اقلیت قابل توجهی از بیمارانی که از درمان سودی نمی‌بردند، توجه چندانی نمی‌شد. به تدریج رنج مداومی که یک‌سری از بیماران متحمل می‌شدند و تأثیر آن بر اجتماع، در تشخیص و درمان افسردگی پایدار منعکس شد. در سال ۱۹۸۷ اختلال افسردگی مزمن در سومین نسخهٔ تجدیدنظرشده تشخیصی و آماری انجمن روان‌پزشکی آمریکا (DSM-III-R) وارد شد. عدم اجماع بر سر تعریف و تشخیص، گردآوری اطلاعات منسجم دربارهٔ عوامل پیش‌بین و علت‌های احتمالی نشانه‌های افسردگی پایدار را با مشکل مواجه ساخته بود. در نتیجه، علی‌رغم وجود درمان‌های بسیار، اما شواهد به‌منظور انتخاب آگاهانهٔ درمان‌های سودمندتر اندک هستند.

بسیاری از بیماران به دلیل درماندگی حاصل از تداوم افسردگی‌شان احساس آشفتگی می‌کنند و در نگاهی اجمالی به اطلاعات موجود دربارهٔ علت‌ها و درمان‌ها، می‌توان ملاحظه کرد، متخصصان بالینی نیز زمانی که با درمان افسردگی پایدار روبه‌رو می‌شوند، احساس درماندگی می‌کنند. در زمینهٔ توصیف درمان افسردگی پایدار از طریق شناخت‌درمانی، هدف ما شرح برخی از اطلاعاتی است که هم‌اکنون در دسترس هستند. در این مقدمه، ابتدا ماهیت مشکل با تعریف نشانه‌های افسردگی پایدار و نیز برخی از اثرات روان‌شناختی و اجتماعی این اختلال به‌طور کلی شرح داده می‌شود، سپس برخی از مشکلات

اصلی در تعریف و تشخیص افسردگی پایدار و مزمن بحث خواهند شد. در ادامه به نقش عدم کفایت درمان‌هایی که بسیاری از بیماران دریافت می‌کنند، می‌پردازیم و تمایز میان مزمن بودن و مقاومت به درمان را مشخص می‌کنیم. سپس تعدادی از مهمترین یافته‌های پژوهشی درباره پیش‌بینی‌های افسردگی پایدار را مطرح می‌کنیم و برخی از دلایل استفاده از درمان‌های روان‌شناختی افسردگی مزمن را مطرح می‌کنیم. سپس شواهد موجود برای به کار بستن شناخت‌درمانی برای بیماران مبتلا به افسردگی پایدار مرور می‌شوند و تکوین‌های اخیر شناخت‌درمانی توصیف می‌شوند.

نشانه‌های افسردگی پایدار

اتفاق نظر قابل توجهی در نظام‌های تشخیصی گوناگون درباره نشانه‌هایی که در تشخیص اختلال‌های افسردگی مزمن یا غیرمزمن لازم هستند، وجود دارد. نشانه‌های الزامی برای تشخیص یک دوره افسردگی اساسی در DSM-5 (مجموعه تشخیصی و آماری انجمن روان‌پزشکی آمریکا) ویرایش چهارم)، انجمن روان‌پزشکی آمریکا، (۱۹۹۴)، در جدول ۱ آمده است. مجموعه نشانه‌های مشابهی نیز به منظور اختلال‌های افسردگی مزمن به کار می‌روند.

جدول ۱. نشانه‌های لازم DSM-5 در مورد دوره افسردگی اساسی

- A. پنج مورد (یا بیش‌تر) از علایم زیر در یک دوره دو هفته‌ای هم‌زمان وجود داشته و نشان‌دهنده به هم خوردن کارکرد قبلی فرد باشند، حداقل یکی از علایم باید یا (۱) خلق افسرده یا (۲) از دست رفتن علائق یا لذات باشد.
نکته: علایمی را که مشخصاً مربوط به یک بیماری طبی دیگر هستند محسوب نکنید.
۱. خلق افسرده در اکثر ساعات روز و تقریباً تمام روزها وجود دارد یا خود فرد به آن اذعان دارد (مثلاً احساس اندوه، ناامیدی یا پوچی) یا قابل رؤیت توسط دیگران است (مثلاً ظاهری گریان دارد) (توجه: در کودکان و نوجوانان می‌تواند به شکل خلق تحریک‌پذیر دیده شود).
۲. کاهش مشخص علائق یا لذات در تمام یا تقریباً تمام فعالیت‌های شبانه‌روزی و تقریباً تمام روزها (یا خود فرد به آن اذعان دارد یا دیگران مشاهده می‌کنند).
۳. کاهش وزن چشمگیر بدون گرفتن رژیم غذایی یا افزایش وزن (مثلاً تغییر بیش از ۵٪ وزن بدن طی یک ماه) یا کاهش یا افزایش اشتها در تقریباً همه روزها (توجه: در کودکان عدم دستیابی به وزن مورد انتظار).
۴. بی‌خوابی یا پرخوابی در تقریباً همه روزها.
۵. سرآسیمگی یا کندی روانی - حرکتی در تقریباً تمام روزها (باید توسط دیگران تأیید شود و تنها احساس ذهنی بی‌قراری یا کند شدن خود فرد کافی نیست).
۶. خستگی و فقدان انرژی در تقریباً همه روزها
۷. احساس بی‌ارزشی یا احساس گناه مفرط یا نامتناسب (که می‌تواند هذیانی باشد) در تقریباً تمام روزها (نه فقط احساس گناه یا سرزنش خود به خاطر بیمار بودن).
۸. کاهش توانایی تفکر و تمرکز در تقریباً تمام روزها (یا احساس ذهنی خود فرد یا مشاهده توسط دیگران).

۹. افکار مکرر مربوط به مرگ (نه فقط ترس از مرگ)، افکار راجعه خودکشی بدون هیچ نقشه خاص، یا داشتن یک نقشه ویژه برای اقدام به خودکشی یا یک بار اقدام به خودکشی.
- B. علایم فوق باید از نظر بالینی سبب ناراحتی چشم‌گیر یا افت کارکرد اجتماعی، شغل یا سایر جنبه‌های مهم کاری فرد گردد.
- C. دوره فوق ناشی از اثرات فیزیولوژیک یک ماده یا یک بیماری طبی دیگر نیست.
- نکته: ملاک A-C نشان‌دهنده یک دوره افسردگی اساسی هستند.
- نکته: واکنش‌هایی که در مقابل فقدان‌ها چشمگیر (مانند سوگواری عزیزان، ورشکستگی مالی، خسارات ناشی از بلایای طبیعی، بیماری‌های طبی یا کم‌توانی‌های جدی) به وجود می‌آید می‌تواند واجد احساس‌های شدید اندوه، نشخوار ذهنی مربوط به فقدان پیش‌آمده، بی‌خوابی، بی‌اشتهایی و کاهش وزنی که در ملاک A ذکر شده است، باشد و شبیه یک دوره افسردگی اساسی به نظر برسد. گرچه که معمولاً بروز این‌گونه علایم قابل درک و متناسب با شرایط پیش‌آمده در نظر گرفته می‌شود ولی همیشه احتمال بروز یک دوره افسردگی اساسی در کنار واکنش‌های طبیعی به یک فقدان با اهمیت به وجود آمده را در نظر داشته باشید. تصمیم‌گیری و تشخیص این موارد براساس قضاوت بالینی بالینگر و با توجه به شرح حال فردی بیماری و هنجارهای فرهنگی ابزار ناراحتی برای فقدان پیش‌آمده در جامعه وی صورت می‌گیرد.*
- D. دوره افسردگی اساسی حاضر توسط اختلال اسکیزوافکتیو، اسکیزوفرنیا، اختلال اسکیزوفرنی فرم، اختلال هذیانی یا سایر اختلالات معین و نامعین طیف اسکیزوفرنیا و سایر اختلالات روان‌پریشی بهتر توجیه نمی‌شود.
- E. هیچ‌گاه دوره مانیا یا هیپومانیا بروز نکرده است.
- نکته: اگر همه حملات مانیا یا هیپومانیا بروز کرده ناشی از اثرات مواد یا اثرات فیزیولوژیک یک بیماری طبی دیگر است ملاک E نقض نشده است.

تفاوت‌هایی بین افسردگی حاد و مزمن در نشانه‌هایی که در جدول ۱ نشان داده شد، وجود دارد. از لحاظ روان‌شناختی، بیماران مبتلا به افسردگی پایدار همواره روحیه ضعیفی دارند و مأیوس هستند (تاسه، ۱۹۹۴). کمبود انگیزه و لذت در بسیاری از بیماران می‌تواند بیشتر از حالت‌های خلقی منفی حاد مسئله‌ساز باشد. بیماران معمولاً نشانه‌ها را به‌صورتی که کاملاً از کنترل‌شان خارج هستند، تجربه می‌کنند: آنها ممکن است، این احساس را داشته باشند که برای تغییر شرایط مداوم سطوح خلقی پایین، قدرت و توانایی ندارند و یا ممکن است هیجان‌های ناخوشایند ناگهانی مختلفی را "بدون هیچ دلیلی" تجربه کنند. این فقدان مهارگری اغلب باعث احساس درماندگی و عدم تحرک می‌شود. بنابراین بسیاری از بیماران از نقش‌ها یا کنش‌های مهم دوری کرده و یا چشم‌پوشی می‌کنند. علی‌رغم این فقدان مهارگری ادراک‌شده، بیماران اغلب خودشان را سرزنش می‌کنند و به‌دلیل افسردگی و سایر مشکلات بیرونی احساس گناه می‌کنند. بنابر شواهد، نشانه‌های نباتی نظیر اشتها و اختلال خواب در افسردگی مزمن به‌دفعات کمتری از افسردگی حاد رخ می‌دهند (کلر و همکاران، ۱۹۹۵). از لحاظ زیست‌شناختی، شکایت از کمبود انرژی و خستگی در آنها بیشتر معمول است و بیشتر از سایر نشانه‌ها آنها را ناتوان می‌سازد. این ترکیب از ناامیدی، خلق پایین غیرقابل‌کنترل، خستگی و عدم پاسخ به درمان قبلی اغلب کافی است تا مشتاق‌ترین درمانگران را نیز متزلزل کند. نشانه‌های افسردگی پایدار و ارزیابی‌های آنها با جزئیات بیشتری در فصل ۳ آمده است.

اثرات افسردگی پایدار

هزینه‌ای که افسردگی تحمیل می‌کند، نه تنها موجب از بین رفتن بهزیستی بیماران می‌شود، بلکه خانواده، جامعه، ارتباطات شغلی و سیستم مراقبت از سلامت را نیز در بر می‌گیرد. سطوح بالای ناتوانی ناشی از افسردگی توسط ولز و همکاران (۱۹۸۹) مستند شده است. سطوح ناتوانی در افسردگی حتی بدون در نظر گرفتن افسردگی مزمن از سایر بیماری‌های مزمن جسمانی به‌استثنای بیماری قلبی بیشتر بوده است. افسردگی پایدار حتی اثرات شدیدتری روی فرد و توانایی‌اش برای انجام نقش‌های اجتماعی می‌گذارد. در پژوهشی که دربارهٔ اثرات افسردگی انجام شده است، نشان داده شد که متمایز کردن پیش‌آیندهای افسردگی از اثرات آنها مشکل است. بسیاری از عوامل فردی (مانند عزت‌نفس پایین) و اجتماعی (مانند کمبود ارتباطات حمایت‌گر) ممکن است هم پیش‌آیندها و هم اثرات افسردگی پایدار باشند. در فصل بعد، توضیح خواهیم داد که چگونه الگوی شناختی می‌تواند اثرات متقابل این عوامل بر افسردگی و اثرات افسردگی بر این عوامل را یکپارچه کند.

اثرات روان‌شناختی

در سطح فردی، تضعیف روحیه و ناامیدی پایدار، اثرات بدیهی افسردگی پایدار هستند. با وجود اینکه ناامیدی، خود به تنهایی نشانهٔ معمول افسردگی حاد است، اما درمان‌های مؤثر با بهبود بخشیدن به سایر نشانه‌ها می‌توانند ناامیدی را کاهش دهند. اما، وقتی به بیمار گفته شود که این درمان‌ها اثربخش هستند و در عمل چنین نشود، بیمار به این باور می‌رسد که بیماری‌اش بهبود پیدا نمی‌کند. این موضوع به تثبیت حس ناامیدی در بیمار می‌انجامد. با وجود اینکه به‌طور معمول عزت‌نفس یک عامل پیش‌آیند یا آسیب‌پذیری برای افسردگی در نظر گرفته می‌شود، اما پایداری افسردگی می‌تواند اثرات مخربی بر عزت‌نفس فرد داشته باشد. بدین‌سان، چنین استدلال می‌شود که تجربهٔ افسردگی پایدار می‌تواند منجر به تغییراتی در شخصیت نظیر افزایش وابستگی و روان‌رنجورخویی شود (اکیسکال و همکاران، ۱۹۸۳).

اثرات اجتماعی

همان‌طور که افسردگی پایدار می‌ماند، نشانهٔ کناره‌گیری اجتماعی نیز غالباً شدیدتر می‌شود. این مسئله برای بیماران مبتلا به افسردگی مزمن می‌تواند باعث فروپاشی شدید توانایی‌شان برای حفظ نقش‌های اجتماعی مختلف‌شان شود. به‌دفعات دیده شده است که آنها در برقراری یا حفظ نقش‌های اجتماعی مختلف‌شان ناتوان هستند و این ناتوانی منجر به نقصان در سطح حمایت اجتماعی می‌شود. آسیب‌پذیری ناشی از ارتباطات ضعیف زناشویی و خانوادگی که اغلب با افسردگی پایدار همراه است ممکن است به‌ویژه در زنان واضح‌تر باشد (کورنستین و همکاران، ۲۰۰۰). در صورتی که بیمار قبل از

شروع افسردگی در یک خانواده باثبات زندگی می‌کرده است، اغلب سایر اعضای خانواده تلاش می‌کنند تجربیات ناخوشایند بیمار را جبران کنند. غیرمعمول نیست همسرانی را ببینید که خودشان با گرفتن زمام امور و مسئولیت‌ها بار اضافی زندگی را بردوش می‌کشند، و یا همسران دیگری را ببینید که زندگی اجتماعی خود را رها کرده‌اند؛ به جای اینکه تلاش کنند به تنهایی در جامعه مشارکت کنند. کودکان این بیماران نیز ممکن است مسئولیت کارهای خانه را بردوش بگیرند و یا از خواهرها و برادرهای کوچک‌ترشان مراقبت کنند.

فعالیت شغلی اغلب در افسردگی مزمن به شدت با معضل روبه‌رو می‌شود. در مردان در مقایسه با آسیب‌پذیری سازگاری زناشویی ممکن است آسیب‌پذیری عملکرد شغلی نسبتاً بیشتر باشد (کورنستین و همکاران، ۲۰۰۰). در صورت پایدار شدن افسردگی، غالباً بیماران از مرخصی طولانی‌مدت یا بازنشستگی پزشکی استفاده می‌کنند. در صورتی که بیکاری باعث شروع اولیه افسردگی شده باشد و پایداری نشانه‌ها می‌تواند به احتمال زیاد مانع از بازگشت به کار شود. بنابراین این موارد نه تنها برای بیمار و خانواده، بلکه برای سیستم اجتماعی نیز هزینه‌های مالی به همراه دارد.

این پیامدهای روان‌شناختی و اجتماعی افسردگی پایدار، پیامدهای دیگری نیز به همراه دارد: آنها به احتمال زیاد باعث پایدار ماندن افسردگی می‌شوند. در فصل بعد، الگوی شناختی دور باطل طولانی مدتی را شرح می‌دهد که موجب بروز اثرات منفی روان‌شناختی و اجتماعی و در نتیجه پایداری افسردگی می‌شود. از لحاظ زیستی فرآیندهای تقریباً مشابهی توصیف شده‌اند که به موجب آن، پایداری افسردگی فرآیندهای هموستاتیک به‌ویژه در محور هیپوتالاموس - هیپوفیز - قشر کلیوی را مختل می‌کند (گلد و همکاران، ۱۹۸۸). این مسئله می‌تواند منجر به تحریک افسردگی شود، بدین شکل که با هر دوره جدید، احتمال بروز دوره مزمن افزایش می‌یابد. اثرات این مسئله می‌تواند برای سیستم مراقبت از سلامت، جدی باشد. در صورتی که تلاش برای درمان مراجعان مبتلا به افسردگی خفیف و حاد با هدف صرفه‌جویی در منابع دنبال شود، حداقل تعداد کمی از این مراجعان به احتمال زیاد افسردگی مزمن را تجربه خواهند کرد و بنابراین نیازمندی به درمان‌های بیشتر، طولانی‌مدت‌تر و پرهزینه‌تر بیشتر می‌شود.

مشکلات تعریف افسردگی پایدار

دو رویکرد عمده برای تعریف اختلال‌هایی که با نشانه‌های افسردگی پایدار مشخص می‌شوند، وجود دارد. یکی از این رویکردها صراحتاً به مدتی که در خلال آن نشانه‌های افسردگی پایدار بروز می‌کنند، توجه دارد. در این رویکرد، اگر فردی نشانه‌های افسردگی را برای چندین ماه یا سال با شواهد کمی از بهبودی متحمل شود، به‌عنوان افسرده مزمن در نظر گرفته می‌شود. رویکرد بعدی به میزان تلاشی که در خلال آن درمان بی‌حاصل بوده است، توجه دارد. در این رویکرد، اگر نشانه‌های بیماری فرد بعد از یک

دوره درمان که انتظار می‌رود اثربخش باشد به اندازه کافی کاهش نیابد، فرد به‌عنوان بیمار مبتلا به افسردگی پایدار در نظر گرفته می‌شود.

مزمین شدگی در طول زمان

در سیستم DSM-IV، اشکال مختلفی از افسردگی پایدار براساس دوره اختلال تعریف شده است. در این ملاک‌های تشخیصی، یک دوره مزمین اختلال افسردگی اساسی هنگامی تشخیص داده می‌شود که نشانه‌ها به مدت دو سال یا بیشتر در سطحی که ملاک تشخیص افسردگی اساسی برآورنده شود، دوام یافته‌اند. تشخیص‌های دیگری که شامل نشانه‌های افسردگی پایدار هستند به وسیله دوره زمانی معین اختلال از یکدیگر متمایز می‌شوند. آنها شامل:

- دوره افسردگی اساسی، بهبودی جزئی
- اختلال افسردگی اساسی، بازگشت‌کننده، بدون بهبودی بین دوره‌های
- اختلال افسرده‌خویی
- اختلال افسرده‌خویی و اختلال افسردگی اساسی ("افسردگی مضاعف")

یک دوره افسردگی اساسی با بهبودی جزئی هنگامی تشخیص داده می‌شود که عمده نشانه‌های افسردگی باقی بمانند، اما در سطح ملاک‌های افسردگی اساسی نباشند. چنین دوره بهبودی جزئی می‌تواند اولین دوره یا آخرین دوره در دوره‌های افسردگی اساسی باشد. اگر دوره‌های گذشته نیز قبل از آغاز دوره بعدی به‌طور کامل بهبود نیابند، "اختلال افسردگی اساسی، عودکننده، بدون بهبودی بین دوره‌ای" تشخیص داده می‌شود. نمونه‌های بسیاری وجود دارد که نشانه‌های سطح پایین افسردگی با دوره‌های مختصری از بهبودی به مدت چندین سال باقی مانده‌اند. هنگامی که چنین نشانه‌هایی برای بیشتر روزها و به مدت حداقل دو سال قبل از وقوع یک دوره مطابق با ملاک‌های تشخیصی کامل افسردگی اساسی ادامه بیابند به‌عنوان اختلال افسرده‌خویی طبقه‌بندی می‌شوند. در برخی از بیماران، این نشانه‌های تراز پایین مداوم شرایطی را برای دوره‌های گهگاهی شدیدتر فراهم می‌کنند که ملاک‌های یک دوره کامل افسردگی اساسی را دارند. هنگامی که یک یا چند دوره افسردگی به اختلال افسرده‌خویی موجود از قبیل به‌طور مضاعف افزوده می‌شود، اصطلاح افسردگی مضاعف برای این نوع اختلال در نظر گرفته شده است (کلر و ساپیرو، ۱۹۸۲). حرکت بین سطوح بالاتر و پایین‌تر نشانه‌ها در بین بیماران مبتلا به نشانه‌های افسردگی پایدار معمول است: وجود نشانه‌های باقی مانده پس از بهبودی جزئی و یا افسرده‌خویی، خطر بالای بازگشت دوره افسردگی اساسی را ایجاد می‌کند (جاد و همکاران، ۱۹۹۸).

این رویکرد برای تعریف و تشخیص نشانه‌ها، درمان‌هایی را که ممکن است بیمار دریافت کرده

باشد، در نظر نمی‌گیرد. درحالی‌که در دنیای مدرن امروزی فقط تعداد انگشت شماری از بیماران مبتلا به افسردگی ممکن است درمان‌های دارویی و روان‌شناختی را دریافت نکرده باشند، این موضوع خودش منجر به بروز مشکل می‌شود. در بسیاری از بیماران، سیرزمانی نشانه‌ها را نمی‌توان مستقل از درمان‌هایی در نظر گرفت که در خلال این مدت دریافت شده‌اند. برای مثال ممکن است دو بیمار براساس ملاک‌های تشخیصی DSM-IV مبتلا به افسردگی مزمن تشخیص داده شوند. یکی از آنها ممکن است چندین ماه گذشته دوز دارویی نامناسبی را با یک پیگیری با فاصله‌زمانی کوتاه دریافت کرده باشد. دیگری ممکن است چندین دسته داروی ضدافسردگی با دوز بالا را به‌همراه لیتیوم زیاد تجربه کرده باشد. بدیهی است که سبب‌شناسی و پیش‌آگهی برای این دو بیمار بسیار متفاوت خواهد بود، چراکه بیمار دوم احتمالاً در درمان بعدی چالش‌های بیشتری نشان می‌دهد. مزمن‌شدگی نشانه‌ها خودش کمترین مشکل است، چراکه نشانه‌ها ممکن است به درمان استاندارد مناسب، پاسخ دهند. داوم نشانه‌های مهم حتی هنگامی‌که درمان‌های استاندارد به‌صورت مناسب اجرا شده‌اند، چالش بزرگ‌تری را ایجاد می‌کند.

مقاومت نسبت به درمان

رویکرد دیگر برای تعریف پایداری نشانه‌های افسردگی براساس مدت زمان یا مزمن بودن، صرفاً به مقاومت نسبت به درمان معطوف شده است (برای مرور جامع، امستردام و همکاران، ۲۰۰۱ را ببینید). به‌منظور ایجاد یک معیار تشخیصی استاندارد برای تعریف مقاومت نسبت به درمان افسردگی اجماع حداقلی وجود دارد. اما، بدیهی است که تعریف‌ها باید دو مسئله را پوشش دهند: کفایت درمان و میزان پاسخ‌گویی به درمان. تلاش‌ها برای تعریف کفایت درمان بیشتر بر داروهای ضدافسردگی معطوف شده است. اصطلاح مقاومت نسبت به درمان می‌تواند شامل عدم پاسخ قابل قبول به حداقل دوزهای استاندارد باشد (برای مثال ۱۵۰ میلی‌گرم در روز ایمی‌پرامین یا معادل آن) و یا اینکه، این اصطلاح می‌تواند تنها برای اختلال‌هایی مناسب باشد که علی‌رغم تلاش‌ها برای درمان حتی با دوزهای بالاتر دارویی، پایدار می‌مانند (برای مثال بیش از ۳۰۰ میلی‌گرم در روز ایمی‌پرامین یا معادل آن). به‌طور مشابه بر سر این موضوع که چه چیزی باعث عدم پاسخ قابل قبول به درمان می‌شود عدم توافق وجود دارد. مقاومت نسبت به درمان شامل افرادی می‌شود که تنها تا حدودی به درمان پاسخ می‌دهند و یا تنها برای آن دسته که اصلاً پاسخ نمی‌دهند. شکست در پاسخ به درمان براساس درجه بهبودی سطوح نشانه‌ها (برای مثال از ۵۰٪ کاهش نمره طبق مقیاس استاندارد نشانه‌های افسردگی) یا بالاتر باقی ماندن سطوح آنها از برخی ملاک‌های تشخیصی برطبق یک مقیاس نشانه‌ها (به‌طور معمول نمره ۷ در مقیاس میزان افسردگی هامیلتون، ۱۹۶۰) به‌صورت متفاوتی تعریف شده است.

برای جبران این فقدان اتفاق نظر، پیشنهاد شده است که سطوح یا مراحل مختلفی باید برای مقاومت نسبت به درمان تعریف شود. مراحل مختلف منعکس‌کننده تعداد و شدت درمان‌هایی هستند که

موفقیت‌آمیز نبوده‌اند. بنابراین در سیستم تاسه و راش (۱۹۹۵)، مرحله ۱ مقاومت، شکست نسبتاً مناسب داروی ضدافسردگی را منعکس می‌کند و مراحل بعدی، شکست در پاسخ به طیف گسترده‌ای از درمان‌های بعدی را منعکس می‌کنند. مراحل پنجم (V) مقاومت، شکست در پاسخ به انواع مختلف داروهای ضدافسردگی (شامل داروهای سه‌حلقه‌ای و مهارکننده‌های منوآمین اکسیداز) و یک دوره ECT را منعکس می‌کند. بنابراین در این سیستم، مراحل اساساً بر تعداد آزمایش داروهای مختلف مبتنی هستند. نبود پاسخ رضایت‌بخش به راهکارها نظیر مصرف دوزهای بسیار بالای یک داروی خاص یا ترکیب چنین دارویی با تثبیت‌کننده‌های خلق، شاخص‌های دیگری از میزان مقاومت برای بسیاری از بیماران هستند. در صورتی که اتفاق نظر مناسبی در زمینه اهمیت عدم پاسخ به این راهبردهای درمانی مختلف صورت گیرد، به نظر می‌رسد این نوع رویکرد بیشترین امید را برای شکل دادن به یک نوع استانداردسازی دربرخواهد داشت.

افسردگی پایدار

نشانه‌های افسردگی پایدار، خواه براساس مزمن‌شدگی موقتی یا براساس مقاومت نسبت به درمان تعریف شوند، خود یک مشکل هستند، چراکه بر بهزیستی و عملکرد افراد در رابطه‌های اجتماعی‌شان تأثیر مخربی می‌گذارند. مک‌کلوگ و همکاران (۲۰۰۰) با مقایسه زیرشاخه‌های تشخیصی مختلف افسردگی پایدار دریافتند که از لحاظ متغیرهای جمعیت‌شناختی و بالینی، تاریخچه خانوادگی و پاسخ به درمان، تفاوت اندکی بین آنها وجود دارد. وجود نشانه‌های باقی مانده بعد از درمان حتی در بیمارانی که تا حدودی به درمان پاسخ می‌دهند، پیش‌بینی‌کننده‌های نیرومند عود و بازگشت بعدی هستند (بیکل و همکاران، ۱۹۹۵). بنابراین نیازی نیست بیماران تمام ملاک‌های تشخیصی افسردگی اساسی مزمن را برای افسردگی‌شان داشته باشند تا یک دوره مزمن و عودکننده را به‌همراه تأثیر بسیار شدید بر زندگی خود و اطرافیان‌شان در پی داشته باشند.

در این کتاب، نگاه جامعی به اختلال‌های افسردگی پایدار خواهیم داشت. ما اساساً از اصطلاح افسردگی پایدار استفاده کرده‌ایم که دربرگیرنده هم مزمن‌شدگی موقتی و هم مقاومت نسبت به درمان است. هنگامی که واژه‌های افسردگی پایدار یا مزمن را به کار می‌بریم، به‌طور کلی هدف، نیرومند ساختن متن است و نه اینکه یک نوع مقوله را از دیگری متمایز کنیم. بر این فرض هستیم که رویکرد درمانی‌ای که شرح می‌دهیم با بیماران مبتلا به هریک از اختلالات فوق‌الذکر مطابق است. این رویکرد در یک مطالعه افسردگی کمبریج - نیوکاسل با بیمارانی آزمایش شده است که نشانه‌های باقی مانده افسردگی را بعد از درمان مکفی یک دوره افسردگی اساسی متحمل شده‌اند (فصل ۱۲ را برای جزئیات طرح و نتایج این مطالعه ببینید). این مطالعه شامل بیمارانی با دوره‌های گوناگون افسردگی قبلی و بیمارانی با افسرده‌خویی بنیادین بوده است.

افسردگی پایدار چقدر رایج است؟

با وجود اینکه، افسردگی اغلب یک عارضه قابل درمان در نظر گرفته می‌شود، اما در حال حاضر مشهود است که اقلیت قابل ملاحظه‌ای از بیماران، نشانه‌های افسردگی پایدار یا مزمن را متحمل می‌شوند. نبود اتفاق نظر بر سر تعریف‌های افسردگی پایدار باعث برآوردهای متفاوت از میزان شیوع آن شده است. در گسترده‌ترین روش‌شناسی به کار رفته، نمونه‌های بیماران دارای تشخیص افسردگی را در طول چندین سال پیگیری کرده‌اند. چنین مطالعاتی به ندرت روی درمانی که اجرا می‌شده است، کنترل داشته‌اند. بنابراین اطلاعات اندکی را درباره تعداد نسبی بیماران مبتلا به مراحل مختلف مقاومت نسبت به درمان در اختیار قرار می‌دهند. بنابر مرور پژوهشی توسط اسکات (۱۹۸۸) میزان عدم بهبودی بعد از دو سال پیگیری در تمام مطالعات از ۱٪ تا ۲۳٪ بود. اما تاریخ بسیاری از این مطالعات مربوط به قبل از درمان‌های امروزی بود. درحالی‌که مطالعات اخیر بیشتری به اتفاق نشان داده‌اند که نرخ وقوع افسردگی پایدار بعد از دو سال پیگیری علی‌رغم افزایش درمان‌های مؤثر قابل دسترس باز هم در حدود ۲۰٪ باقی می‌ماند (کلر و همکاران، ۱۹۸۴؛ پیکل، ۱۹۹۴ را برای مرور ببینید). مطالعات پیگیری طولانی مدت نیز شواهدی از وجود افسردگی پایدار قابل ملاحظه‌ای یافته‌اند. وینوکر و همکاران (۱۹۹۳) در بیش از ۱۰٪ از نمونه‌های مبتلا به افسردگی در طول پنج سال پیگیری، پیامد درمانی ضعیفی یافتند. دو مطالعه که نتایج درمانی بیش از ۱۵ سال بستری شدن در بیمارستان را پیگیری می‌کردند، میزان نشانه‌های افسردگی را ۲۵٪ (لی و موری، ۱۹۸۸) و ۱۱٪ (کیلو و همکاران، ۱۹۸۸) نشان داده‌اند. حتی هنگامی که بیماران بهبودی رضایت‌بخشی از دوره اولیه افسردگی کسب می‌کنند، باز هم میزان بازگشت و عود بالا است. میزان بازگشت در طی یک سال پس از بهبودی یک دوره افسردگی به طور معمول ۳۰٪ است (لاوری و همکاران، ۱۹۸۴). بین احتمال بازگشت و وجود نشانه‌های باقی مانده افسردگی بعد از درمان رابطه قوی وجود دارد (پیکل و همکاران، ۱۹۹۵). براساس شواهد تجدید یک دوره افسردگی خطر مزمن‌شدگی را افزایش می‌دهد (کاپفر و همکاران، ۱۹۸۹) که فرضیه برانگیختگی افسردگی پایدار نامیده می‌شود (پوست، ۱۹۹۲). برخی از بیماران با هر دوره متوالی پاسخ رضایت‌بخش پایین‌تری به درمان نشان می‌دهند (برای مثال مراجع ماریون را مشاهده کنید). عواملی که ممکن است در الگوی شناختی افزایش خطر مزمن‌شدگی نقش داشته باشند در فصل بعدی بحث می‌شوند.

نقش تشخیص نادرست و درمان ناکافی

برخی دیگر از عارضه‌های روانی (برای مثال شروع اختلال‌های روان‌پریشی) و عارضه‌های جسمانی (برای مثال بدکاری تیروئید) می‌توانند با نشانه‌های مشابه افسردگی ظاهر شوند. هنگامی که چنین عارضه‌هایی به عنوان افسردگی تشخیص داده شوند، کاهش نشانه‌ها با درمان‌های دارویی ضدافسردگی

به ندرت قابل انتظار است. ممکن است در چنین نمونه‌هایی از عدم پاسخ، تشخیص افسردگی پایدار یا مزمن نسبت به درمان داده شود. چنین تشخیص‌هایی احتمالاً منحرف‌کننده هستند، چراکه درمان عارضه اصلی می‌تواند منجر به کاهش نشانه‌های شبه‌افسردگی شود. بنابراین حائز اهمیت است که چنین عارضه‌هایی بررسی شوند و قبل از رسیدن به تشخیص اختلال افسردگی پایدار احتمال آنها رد شود.

علاوه بر چنین تشخیص‌های نادرست، نشانه‌های افسردگی مزمن ممکن است ناشی از درمان ناکافی باشد. بدیهی است که تأخیر در شروع یک درمان مؤثر باعث طولانی‌تر شدن مدت بیماری قبل از ارایه یک درمان دیگر خواهد شد. حتی در صورتی که درمان شروع شده باشد، درمان نامناسب دارویی ممکن است در برخی از بیماران علت نشانه‌های مقاوم باشد. مطالعات بیماران افسرده که به‌عنوان بیماران مقاوم نسبت به درمان تشخیص داده شده بودند پیوسته نشان داده‌اند که نسبت قابل ملاحظه‌ای از چنین بیمارانی در حقیقت درمان نامناسبی را دریافت کرده‌اند (برای مثال کویتکین، ۱۹۸۵). برای بسیاری از چنین بیمارانی دوزهای پایینی تجویز شده است. حتی هنگامی که تجویزها مناسب بودند، بسیاری از بیماران به سطوح پلاسمای کافی نرسیده بودند که احتمالاً نشانگر عدم تبعیت بوده است. تعجب‌آور نیست که نشانه‌های افسردگی پایدار را در بیمارانی پیدا کنید که درمان ناکافی دریافت کرده‌اند. این یافته‌ها نشان می‌دهد با وجود اینکه افسردگی ممکن است از لحاظ طول مدت مزمن شود، اما حداقل برخی از بیماران ممکن است به درمان مقاومت نشان ندهند. در بعضی از مراجعانی که در گذشته درمان نامناسبی دریافت کرده‌اند، تجویز قابل قبول و نظارت‌گری داروها ممکن است منتج به کاهش نشانه‌های افسردگی شود.

آنچه بیشتر نگران‌کننده است، وجود شواهدی حاکی از این است که تأخیر در شروع درمان و درمان نامناسب اولیه می‌تواند احتمال عدم پاسخ بعدی را حتی هنگامی که درمان مناسب ارایه می‌شود، افزایش دهد (اسکات، ۱۹۸۸؛ گوسکات و گروف، ۱۹۹۱). بنابراین وجود شکست در پاسخ به درمان نامناسب نباید خودش به‌عنوان نشانه مقاومت درمان در نظر گرفته شود. مقاومت درمانی دقیقاً می‌تواند از عدم درمان به موقع یا درمان مناسب ناشی شود امروزه چنین مشکلاتی به‌خاطر داروهای جدیدتر و اثرات جانبی کمتر و دستورات عمل‌های آسان‌تر، کمتر رایج هستند. بدیهی است که برای کاهش احتمال پایدار ماندن نشانه‌های افسردگی، دارودرمانی باید ارتقاء یابد و به‌صورت مناسب و دقیق بر آن نظارت شود.

پیش‌بینی‌های افسردگی پایدار

در مطالعات پیگیرانه درباره افسردگی، ارتباط طیف وسیعی از عوامل با بهبودی از افسردگی و به‌صورت معکوس، با مقاومت افسردگی بررسی شده است. علاوه بر ارتباط پیوسته‌ای که بین عوامل درمانی و مقاومت افسردگی وجود دارد که در بالا شرح داده شده است، تعدادی عوامل جمعیت‌شناختی - اجتماعی و عوامل مرتبط با بیمار نیز که حائز اهمیت هستند، ارایه شده‌اند.