



موضوع: افسردگی تحصیلی و راهکارهای مقابله با آن

Academic depression and coping strategies

نویسندگان:

فاطمه شکاری شاهرود

المه نادى

چکیده

غم نوعی احساس طبیعی است که در واکنش به شرایط ناخوشایند و ناملايمات ، مثل وقایع ناراحت کننده و از دست دادن عزیزان پدید می آید. این حالت معمولاً با اضطراب ، کاهش انرژی ، کسالت عمومی و خواب کم ، همراه است. تقریباً همه افراد ، تغییرات در خلق و خو و روحیه خود را به نوعی تجربه کرده اند. گاهی اوقات، احساس نگرانی و سردرگمی یا افسردگی ، واکنشهای طبیعی در برابر برخی رویدادها است، معمولاً حوادث و رویدادها تغییر می کنند، مشکلات حل می شوند و این تغییرات خلق و خویی برطرف می شود. تداوم احساس غم و یاس به افسردگی و ناامیدی می انجامد که از آن گریزی نیست .جوانان از هوشمند ترین و مستعد ترین اقشار هر جامعه بوده و آینده سازان هر کشور هستند و سلامت روانی آنان از اهمیت ویژه ای برخوردار است. در این تحقیق سعی بر آن است که افسردگی و راه های مقابله با آن را در بین دانشجویان بررسی کند.

کلید واژه : افسردگی ، ناامیدی، اضطراب

افسردگی یکی از شایع ترین اختلال روانی است که علائم کاهش انرژی و علاقه، احساس گناه، بی اشتها، بی وفکار مرگ و خودکشی در شخص همراه است که از علائم شاخص افسردگی کاهش انرژی، بی حوصلگی و عدم تمرکز می باشد که در افرادی که دارای فعالیت های فکری هستند بخصوص دانشجویان منجر به بروز اختلال در امور تحصیلی و شغلی، اشکال در تکمیل تکلیف و کاهش انگیزه برای انجام طرح های تازه می گردد. میزان افسردگی دانشجویان می تواند به عنوان شاخص اساسی سلامت روانی آنان به شمار می آید، بنابراین دانشجوی مبتلا به افسردگی ممکن است علاقه به امور درسی و آموزشی را از دست بدهد و احساس پوچی و بی ارزشی و بی اهمیتی به وی دست دهد. در چنین شرایطی نمی توان تلاش ذهنی هدفمند و جهت دار و در عین حال خلاق را از آنها انتظار داشت. پژوهشهای متعدد نشان داده اند که اختلالات روان پزشکی با فراوانی بالایی در دانشجویان و دانشجویان ایرانی مشاهده می شود.

افسردگی (Depression): نوعی بیماری که شخص احساس ناراحتی و نگرانی میکند و علایم فیزیکی آن بی خوابی و غیره است. (آکسفورد)

انتهای ناشادی مفرط خلق به تنهایی افسردگی اساسی نامیده می شود که نشانه اصلی آن احساس غم و اندوه زیاد است. (آسیب شناسی روانی ، غلامحسین جوانمرد)

در زبان روزمره اصطلاح افسرده برای اشاره به یک حالت احساس واکنشی به یک موقعیت و سبک رفتار مختص به فرد بکار می رود. احساس افسردگی معمولا به عنوان (افزوه) شناخته میشود و می تواند به دنبال هر

رویداد ناخوشایندی حاصل شود. غم ناشی از مرگ عزیزان و پایان یک رابطه‌ی محبت آمیز منجر به نوعی افسردگی می‌شود که داغ‌دیدگی یا واکنش سوگ نام دارد. (غلامحسین جوانمرد ۱۳۸۲)

همچنین اختلال افسردگی بوسیله‌ی اطمینان بخشی و نصایح مفید دوستان و خانواده تسکین پیدا نمی‌کند. (ساراسون و ساراسون، ترجمه نجاریان و همکاران ۱۳۸۳)

افسردگی بالینی خیلی کمتر شایع است و نسبت به اندوه موقتی که هر یک از ما زمانی آن را تجربه کرده ایم مشکلات جدی تری به وجود می‌آورد. ویژگی اختصاصی افسردگی عبارتند از خلق ناشاد، غم و غصه اندوه، ناامیدی، ناراحتی یا نگرانی و فقدان علاقه و لذت تقریباً در همه‌ی فعالیتهای عادی و سرگرمی‌های فرد. افراد افسرده غالباً عزت نفس ضعیفی داشته و احساس می‌کنند آینده بیشتر از گذشته امیدوار کننده نیست چنین ناامیدی پیش‌بینی کننده‌ی خوبی برای خودکشی نهایی به شمار می‌رود. (بک و همکاران ۱۹۸۵ به نقل از ساراسون و ساراسون ۱۹۸۷، ترجمه بخاران و همکاران ۱۳۸۳)

افسردگی به عنوان یکی از اختلالات خلقی طبقه بندی می‌شود. افسردگی علایم مختلفی دارد که می‌توانند تحت چهار عنوان مهم طبقه بندی شوند: هیجانی، شناختی، انگیزشی و جسمی. احساس غمگینی و بدبختی از علایم هیجانی و وجود افکاری شامل عزت نفس پایین و حساسیت از ناامیدی یا درماندگی از علایم شناختی افسردگی محسوب می‌شود. همچنین سستی و کندی روانی - حرکتی از علایم انگیزشی و علایمی مثل آشفتگی خواب، از دست دادن اشتها، مشکلات جنسی، ضعف عضلانی و انواع مختلفی از دردها، علایم جسمی آن هستند. افسردگی با داشتن چنین علایمی بیماری‌ای قلمداد می‌گردد که در آن فرد فاقد کنترل بر روی خویشتن بوده، کارکرد مؤثر خود را از دست می‌دهد و تعاملش با جهان خارج مختل می‌شود. (روان‌شناسی

فیزیولوژیک غلامحسین جوانمرد) محققان می‌گویند که سه گونه اختلالات افسردگی و پریشان‌خاطری وجود دارد که عبارتند از افسردگی پیشرفته، اختلال روانی به صورت افسردگی و افسردگی شیدایی. اینگونه اختلالات روانی در مقیاس‌های شدت و طول مدت نشانه‌هایشان، با یکدیگر متفاوت هستند. محققان علوم رفتاری می‌گویند که افسردگی‌های پیشرفته دارای نشانه‌ها و علایمی هستند که می‌توانند فعالیت‌های روزمره، مطالعات، خواب، خوردن و شرکت در فعالیت‌های خوشایند و سرگرم‌کننده را تحت تاثیر قرار دهد. چنین حالتی ممکنست برای دفعات گوناگون در طول زندگی آدمی روی دهد. محققان معتقدند که نوع دیگری از افسردگی با درجه شدت پایین‌تر، اختلال روانی به صورت افسردگیست که در واقع دارای نشانه‌هایی طولانی مدت است که بر اساس آن شخص از انجام مناسب فعالیت‌های روزانه و یا برخورداری از احساساتی خوب و دلپذیر محروم می‌شود. بسیاری از مردم که مبتلا به این گونه از افسردگی هستند، همواره دوره‌های پریشان‌خاطری قابل توجهی را در برخی از برهه‌های زندگی خود طی می‌کنند. محققان همچنین با اشاره به نوع سوم افسردگی و پریشان‌خاطری می‌گویند، نوع سوم افسردگی که در واقع یک اختلال روحی شیداگونه است، نام بیماری افسردگی دو قطبی را نیز به خود گرفته است. این نوع از افسردگی، البته نه به اندازه دو نوع قبلی ذکر شده، موجب ایجاد تغییراتی در خلق و خوی آدمی می‌شوند. در پاره‌ای از مواقع، احساسات و خلق و خوی آدمی، دارای جوش و خروش‌هایی شده، با این حال در بیشتر مواقع این احساسات رنگ رخوت و سستی به خود می‌گیرند. هنگامی که یک شخص مبتلا به این نوع از افسردگی دوران بیماری خود را طی کند، می‌توان گفت که شخص تمامی نشانه‌های مربوط به این بیماری را از خود بروز می‌دهد. این نوع از ابتلا به افسردگی و پریشان‌خاطری، در بیشتر مواقع، تفکر و حتی رفتارهای اجتماعی را تحت تاثیر قرار می‌دهد که در نتیجه به بروز مشکلات جدی برای شخص و اطرافیان منجر می‌شود. محققان می‌گویند که هنوز درمان دقیقی برای اینگونه از

افسردگی دریافت نشده است. مشهورترین حالت افسردگی احساس دلتنگی و دل‌گرفتگی و یا قرار داشتن در حالت خلقی بد است. این احساس‌ها معمولا کوتاه بوده و تاثیرات کم و جزئی بر روی فعالیت‌های معمول روزانه دارند. (جوانمرد، ۱۳۸۲)

براساس تعریف WHO سلامتی عبارت است از حالت رفاه کامل جسمانی و روانی و اجتماعی و فقط به نبود بیماری یا ناتوانی اطلاق نمی‌شود. مشکل این تعریف این است که حالت "رفاه کامل" یک وضعیت مشخص و تعریف شده نیست بنابراین قابل اندازه‌گیری نخواهد بود در هر صورت تعریف بیماری روانی کار آسانی نیست ولی میتوان گفت بیمار روانی کسی است که در یکی از عملکردهای او یا در کارایی کلی وی اختلال ایجاد شده باشد. سازمان بهداشت جهانی میزان بروز موارد جدید بیماری افسردگی را در جهان سالانه بالغ بر یکصد میلیون نفر تخمین زده است و احتمال افزایش آن را در آینده به خصوص در جهان سوم بسیار زیاد می‌داند. ۳۵ تا ۴۰ درصد از تمام بیماری‌های روانی را که به مداخله پزشک می‌انجامند افسردگی‌ها تشکیل می‌دهد و شیوع افسردگی‌ها در زنان دو برابر مردان است. (داوود شجاعی زاده، حمیدرضا رصافیانی) در طول زندگی احتمال بروز افسردگی یک قطبی برای مردان ۸ تا ۱۲ درصد و برای زنان ۲۰ تا ۲۶ است. (ساراسون و ساراسون، ترجمه غریان و همکاران ۱۳۸۱). شیوع افسردگی در جمعیت عمومی تا ۲۵ درصد و میزان عود آن بیش از ۵۰ درصد گزارش شده است. بیشترین شیوع بیماری در سنین ۲۵-۴۴ سالگی در افراد تنهای بدون هیچ ارتباط فردی نزدیک دیده میشود. (فصلنامه علمی، پژوهشی فیض). در حدود ۲۰ درصد دانشجویان مبتلا به یک اختلال روانی هستند، که شایع‌ترین آنها اختلالات تطابقی، اختلالات اضطرابی و اختلالات خلقی (افسردگی) هستند. شیوع افسردگی اساسی در جوانان حدود ۵ درصد است. (زهرا سیرمنش و همکاران). این بیماری در دوران جوانی

کمتر تشخیص داده شده و لذا تأثیرات عمیقی بر روی کارکرد تحصیلی و اجتماعی فرد مبتلا خواهد گذاشت. برای اقدام مناسب درمانی و مهم تر از آن پیشگیری، دانستن وضعیت شیوع و تاثیر عوامل مرتبط با آن در این سنین از اقدامات اولیه است.

جامعه برای توسعه و پیشرفت و رونق بهتر به افراد شاداب نیازمند است. چرا که با افراد افسرده و بیمار، نمی تواند به پیشرفت خود ادامه دهد. داشتن آمل و آرزو و امید، لازمه ی زندگی است. دانشجویان، سازنده آینده جامعه خود هستند. اگر آمل و آرزو و امیدی نداشته باشند پس آن جامعه رو به نا امیدی خواهد رفت. دانشجویان سازنده و اداره کننده آینده جامعه هستند و این افراد باید امیدوار و خوش بین باشند چرا که با افراد ناامید جامعه نمی تواند به جلو حرکت کند.

رفتارهای ضداجتماعی و بزهکاری میتواند در نتیجه ابتلا به افسردگی روی دهند، همچنین افسردگی باعث مشکلاتی برای دانشجویان می گردد، مثلاً باعث می شود کیفیت زندگی و تحصیل فرد پایین بیاید و ریسک خودکشی بالا برود.

برای کاستن از این اختلالات روحی، روانی و رفتاری خصوصاً درنسل آینده ساز، باید عوامل و علل را شناخت و باتدبیر و کمک از اهل فن و متخصصان در جهت رفع و پیشگیری این بیماری گامی مؤثر برداشته شود.

آسیب شناسی دانشجویان از جمله مباحثی است که امروزه در دانشگاهها مورد توجه محققان روانشناسی قرار گرفته است. به اعتقاد صاحب نظران شیوع برخی از اختلالات روانشناختی در دانشجویان می تواند زمینه ی بروز آسیب های اجتماعی و تحصیلی را فراهم سازد. (زهره سیرمنش و همکاران).

تاریخچه افسردگی

افسردگی از زمانهای بسیار دور در نوشته ها آمده، و توصیف هایی از آنچه ما امروزه اختلالات خلقی می خوانیم در بسیاری از مدارک طبّی قدیم وجود دارد. داستان «عهد عتیق» شاه سائول و داستان خودکشی آژاکس در ایلیاد هومر هر دو یک سندرم افسردگی را توصیف کرده اند. حدود ۴۵۰ سال قبل از میلاد، بقراط اصطلاح مانی و ملانکولی را برای توصیف اختلالات روانی بکار برد. در حدود ۱۰۰ سال قبل از میلاد، کورنلیوس سلسوس در کتاب خود افسردگی را ناشی از صفرای سیاه معرفی نمود. این اصطلاح را پزشکان دیگر از جمله ارسطو (۲۰-۱۸۰ بعد از میلاد) و جالینوس (۱۲۹-۱۹۹ بعد از میلاد) نیز به کار بردند. همینطور الکساندر ترالز در قرن ۶ در قرون وسطی، طبابت در ممالک اسلامی رونق داشت و رازی و ابن سینا ملانکولی را بیماری مشخص تلقی می نمودند. علائم و نشانه های عمده افسردگی مزمن مشتمل است بر: غمگینی، نارضایی، گریه، اشتغال ذهنی با فقدانها و رخدادهای ناخوشایند، بی ثباتی هیجانی، رفتار نمایشی، توجه طلبی بارز، پرتوقع بودن، بدبینی، وابستگی، تحریک پذیری، خشم و خود بیمار انگاری.

طبقه بندی افسردگی:

در مورد بهترین روش طبقه بندی اختلالات افسردگی توافق کلی وجود ندارد. سه روش مورد آزمایش قرار گرفته است. اولین روش، طبقه بندی بر اساس سبب شناسی، دومین بر مبنای علائم و سومی را بر پایه ی سیر بیماری قرار داده اند.

- طبقه بندی بر اساس سبب شناسی: این طبقه بندی سالیان درازی مورد حمایت بوده است. در اینجا اختلالات افسردگی به انواعی که بدون رابطه با عوامل محیطی ظاهر می گردند (درون زا) و انواعی که در آنها به نظر می رسد علائم واکنشی در مقابل یک عامل خارج استرس زا است (واکنشی) تقسیم می شود. در یک طرح دیگر که متکی بر سبب شناسی است افسردگی اولیه در مقابل افسردگی ثانویه مطرح شده است در اینجا هدف کنار گذاشتن افسردگی هایی است که ممکن است از اختلالی به اختلال دیگر ناشی شده باشند. برای این منظور «ثانوی» برای تمام مواردی اطلاق شد که سابقه بیماری روان پزشکی غیر خلقی نظیر اسکیزوفرنی یا نوروز اضطراب، یا الکلیسم و یا امراض جسمی وجود داشت. در نوع «اولیه» بیمار هیچ نوع اختلال روان پزشکی غیر از افسردگی نداشت.

- طبقه بندی بر اساس علائم: افسردگی های نوروتیک در مقابل پسیکوتیک قرار داده شده اند. در زمینه نتایج حاصل متناقض بوده است و تا حل شدن مشکل سندرم های مجزای نوروتیک و پسیکوتیک را در افسردگی باید ثابت نشده تلقی نمود.

- طبقه بندی بر اساس سیر بیماری: اختلالات یک قطبی و دوقطبی را مطرح ساخته است. در سال ۱۹۶۲ الئونارد و همکارانش تقسیم بندی به سه گروه را پیشنهاد کردند.

افسردگی

افسردگی عبارت است از احساس غمگینی، تنهایی، دل شکستگی یا ناامیدی یا اندوه از دست دادن شیء یا فرد موردعلاقه، ناکامی و ناشادی است و بعنوان احساس عمومی و همگانی می باشد. افسردگی اختلالی است که با کاهش انرژی و علاقه، احساس گناه، اشکال در تمرکز، بی اشتها، بی افکار مرگ و خودکشی مشخص می شود و با تغییر در سطح فعالیت، توانایی شناختی، تکلم، وضعیت خواب، اشتها و سایر ریتم های بیولوژیک همراه است.

افسردگی عامل ناراحتی های جسمانی متعددی است، از جمله می توان به خستگی، کم خوابی، کم شدن میل جنسی، اسهال، بیوست، لرزش اندام، کرخ شدن و خواب رفتگی بدن اشاره کرد. احتمال ابتلاء به افسردگی از سنین کودکی تا کهنسالی وجود دارد اما در اغلب اوقات شروع علائم در نوجوانی و اوایل جوانی است. با گسترش دانشگاهها و مراکز آموزشی تعداد قابل توجهی از دانشجویان را جوانان تشکیل می دهند.

ماهیت افسردگی:

افسردگی مرضی به قدری شایع است که سرماخوردگی روان پزشکی، لقب گرفته است (سلیگمن، ۱۹۷۵). در هر مقطع معینی از زمان، ۱۵-۲۰ درصد بزرگسالان، در سطح قابل توجهی، از نشانه های افسردگی رنج می برند. و حداقل ۱۲ درصد به میزانی از افسردگی که آنها را در مرحله ای از زندگی، به سمت درمان بکشاند، مبتلا هستند و حدس زده می شود که حدود ۷۵ درصد موارد بستر یدر بیمارستانهای روانی را موارد افسردگی تشکیل میدهند. به دلایلی که هنوز روشن نیست، در جوامع صنعتی غرب افسردگی در بین زنان تقریباً دو برابر این میزان در مردها ست (براون و هریس، ۱۹۷۸). بعید به نظر می رسد که یک عامل بتواند وقوع افسردگی را تبیین کند

بلکه افسردگی از تقابل چندین عامل مختلف حاصل می شود. نشان داده شده است که شروع وسیر آن به متغیر های مختلف زیست شناختی، سابقه بیماری، محیطی و روانی - اجتماعی مربوط می شود. از میان این متغیر ها میتوان به موارد زیر اشاره کرد: اختلال در کارکرد ناقلهای عصبی، سابقه افسردگی یا الکلیسم در خانواده، از دست دادن والدین در دوران کودکی و یا مورد بی توجهی آنان قرار گرفتند رویدادهای منفی اخیر در زندگی، داشتن همسر عیب جو و یا متخصص فقدان ارتباط نزدیک و اطمینان بخش، فقدان حمایت اجتماعی مناسب و فقدان دراز مدت احساس ارزشمندی.

علائم و نشانه های افسردگی

تداوم نشانه های زیر بر اساس حضور پنج مورد، حداقل به مدت دو هفته:

۱. خلق افسرده و غمگینی

۲. از بین رفتن علاقه و فقدان لذت در تقریباً همه امور و فعالیت ها

۳. کاهش یا افزایش چشمگیر وزن، یا کاهش و یا افزایش اشتها

۴. بی قراری فیزیکی

۵. خستگی یا فقدان انرژی

۶. احساس بی ارزشی یا احساس گناه شدید

۷. کاهش توانایی برای تفکر، تمرکز یا دودلی

۸. بی خوابی یا پر خوابی در همه روزها

۹. افکار عودکننده مربوط به مرگ، داشتن افکار خودکشی یا اقدام به خودکشی

۱۰. مشکلات انگیزشی، فیزیولوژیکی و شناختی افراد افسرده

نشانه های شناختی افسردگی: از دیدگاه بک نشانه های شناختی افسردگی را می توان در سه حوزه دسته بندی کرد:

۱. نظر منفی نسبت به خود، شامل عزت نفس پایین، احساس شکست، حقارت و بی کفایتی، بدنبال این

سرزنش کردن خود و احساس گناه

۲. نظر منفی نسبت به آینده شامل اعتقادات بدبینانه و ناامیدانه نسبت به آینده

۳. نظر منفی نسبت به دیگران .

نشانه های انگیزشی افسردگی: به نظر می رسد افراد افسرده انگیزه ای برای عمل ندارند و یا اگر داشته باشند نمی توانند انگیزه هایشان را به عمل تبدیل نمایند. افراد افسرده ممکن است روزها پشت سرهم بی حرکت بنشینند. درحالت های شدیدتر به عدم شروع واکنش ازسوی فرد افسرده، فلج ارادی می گویند. در این حالت بیمار را باید به زور از رختخواب بیرون آورد، لباس برتنش پوشاند و تغذیه اش را داد. در فعالیت و گفتارشان کند هستند...

نشانه های فیزیولوژیکی افسردگی: در صورت شدت افسردگی، تمام لذات زیستی و روانی که زندگی را با ارزش می سازند از بین می روند. ازدست دادن اشتها در بین افراد افسرده رایج است. در افسردگی متوسط و شدید از دست دادن وزن رخ می دهد. ولی در افسردگی خفیف گاهی افزایش وزن دیده می شود. اختلال خواب نیز شایع است. افراد افسرده ممکن است مشکل به خواب رفتن داشته باشند، یا امکان دارد خیلی زود از خواب بیدار شوند و به سختی بتوانند دوباره به خواب بروند. فرد افسرده ممکن است میل جنسی را نیز از دست بدهد و مشکلات نعوظی در مردان و فقدان انگیزگی در زنان عوارض جانبی رایج افسردگی هستند. در افسردگی حاد ممکن است کندی روانی - حرکتی وجود داشته باشد که طی آن حرکات کند می شوند و بیمار بیش از اندازه آهسته راه می رود و آهسته صحبت می کند.

افسردگی درون زاد- افسردگی برون زاد

در DSM-IV برای اینکه تمایزی برای علل ایجاد کننده افسردگی صورت گیرد، تمایزی بین افسردگی درون زاد و افسردگی برون زاد گذاشته شده است. DSM-IV افسردگی درون زاد را همراه با مالیخولیا و افسردگی برون زاد را افسردگی بدون مالیخولیا مینامد. این اقدامی در جهت جدا کردن افسردگی مبتنی بر عوامل زیست شناختی از افسردگی مبتنی بر عوامل روان شناختی است. برای این دو نوع افسردگی دو دسته نشانه بسیار معتبر بافت شده است. افسرده های درون زاد به کندی روانی- حرکتی، عدم واکنش به تغییرات محیطی در مدت افسردگی، بی علاقهگی به زندگی، نشانه های بدنی و نشانه های شدیدتری مبتلا هستند. در مقابل افسرده های برون زاد تعداد کمتری از این ویژگی ها را تجربه می کنند. علاوه بر این، صبح زود بیدار شدن احساس گناه و رفتار خودکشی

،بیشتر با افسردگی درون زاد در ارتباط هستند تا افسردگی برون زاد .(مندلس وکوچران ،به نقل از روزن ترجمه سید محمدی ۱۳۸۳).

افسردگی مضاعف

نوعی از افسردگی است که در آن فرد علاوه بر اختلال افسرده خوئی ، دوره افسردگی اساسی را نیز تجربه می کند. کسانی که به افسردگی مضاعف مبتلا هستند نشانه های شدید تر و میزان بهبودی کمتری دارند.

چند نوع افسردگی وجود دارد؟

افسردگی فصلی یا اختلال عاطفی فصلی :این نوع افسردگی در فصل زمستان ظاهر میشود. ما احساس می کنیم که برای خواب زمستانی آماده شده اید. احساس خستگی زیادی می کنید و زیاد می خوابید. علاوه بر این تمایل زیادی به خوردن شیرینی پیدامی کنید که معمولا باعث افزایش وزن می شود. این نوع افسردگی رانه تنها با دارو بلکه با نور نیز می توان درمان کرد.

اختلال دوقطبی یا افسردگی شیدایی: این نوع از افسردگی دارای چرخه ها یافازهای مختلفی از خلق بالا (شیدا) تا خلق پایین (افسرده) است. فاز بالا نقطه مقابل افسردگی است. اختلال دوقطبی با دارو و نظم بخشیدن به زندگی درمان می شود.

افسردگی ناجور: این شکل افسردگی متداول است که در آن عملاً تا اندازه ای در واکنش به محیط اطراف خود احساس می کنند که خلق آنها تغییر کرده است. آنها ممکن است وقتی که مسائل ناراحت کننده ای پیش می آید احساس کنند که بیشتر افسرده شده اند. حساسیت بیش از اندازه به طرد، بخشی از این افسردگی است، افراد مبتلا به افسردگی معمولاً در هنگام غروب احساس ناراحتی زیادی میکنند. مصرف داروها برای درمان این نوع افسردگی مؤثر است، این نوع افسردگی همچنین به درمان های روان شناختی پاسخ می دهد.

افسردگی ملانکولی: این نوع افسردگی که کمتر شایع است شکل بسیار شدید افسردگی است، این افراد اشتهای کمی دارند، کاهش وزن پیدامی کنند، مشکلات زیادی در تمرکز دارند و دارای احساسهای گناه تحریکی هستند، در اوایل صبح احساس بدی دارند، صبح ها خیلی زود از خواب بیدار میشوند... افراد مبتلا کاملاً تحت تاثیر این افسردگی فلج می شوند و نمی توانند در مورد هر چیز دیگری فکر کنند. این نوع افسردگی به دارو جواب میدهد و به تنهایی با مشاوره و روان درمانی بهبود نمی یابد.

افسردگی از دیدگاه برنز

افسردگی مسئله شماره یک سلامتی در دنیا به قدری توسعه پیدا کرده که آنرا سرما خوردگی اختلالات نامیده اند. با این حال تفاوت ظریفی میان سرما خوردگی و افسردگی وجود دارد، افسردگی کشنده است. با توجه به تحقیقات به عمل آمده در سالهای اخیر آمار خود کشی حتی در میان کودکان و پیا به سن گذاشته ها رشد تکان دهنده ای داشته، این در شرایطی است که انواع داروهای آرام بخش و ضد افسردگی، در دهه های اخیر برای

درمان افسردگی تجویز شده است. از دیدگاه برنز هنگام افسردگی روحیه کسل و تصویر ذهنی خراب می شود
جسم از وظایف خویش باز می ماند، قدرت اراده تحلیل می رود و اعمال به گونه ای است که انسان را به جانب
شکست و ناکامی سوق می دهد به همین خاطر است انسان افسرده، بی روحیه است.

از نظر برنز تحریف های شناختی در افسردگی عبارتند از:

۱. تفکر هیچ یا هر چیز (همه امور را سیاه و سفید می بیند)

۲. تعمیم مبالغه آمیز (جزئی ترین حادثه منفی را به حساب شکست همیشگی می گذارد)

۳. فیلتر ذهنی (حوادث جزئی را به قدری بزرگ می کند که حقیقت در سایه اش محو می شود)

۴. بی توجهی به امور مثبت

۵. نتیجه گیری شتاب زده

۶. درشت بینی، ریز بینی

۷. استدلال احساس

۸. عبارت باید، بهتر است

۹. برچسب زدن

۱۰. شخصی سازی (خود را مسبب حوادثی می بیند که در اصل مسئول آن نبوده است)، همچنین فرد افسرده

خود را آدم بی ارزشی می بیند و در این میان افسردگی هر چه بیشتر باشد احساس بی ارزشی هم بیشتر می

شود. بر اساس پژوهشهای بک بیش از ۸۰ درصد بیماران افسرده خود را انسان بی ارزشی می دانند، به اعتقاد بک و برفاف، بیماران افسرده از اختلالات فکر رنج می برند و دائماً در فکر و خیال به سر می برند. (برنز، ترجمه قراچه داغی، ۱۳۷۴) مخرب ترین عوارض افسردگی کاهش میل به کار و فعالیت است و همچنین حالات مختلف افسردگی را ارائه کرده که می توان به انواع آن اشاره کرد. از جمله آنها ناامیدی، درماندگی، دست کم گرفتن خود، نتیجه گیری شتاب زده، بر چسب زدن، دست کم گرفتن موفقیت، کامل گرایی، ترس از شکست، جبر و فشار، کم طاقتی، سرزنش کردن خویش.

افسردگی از دیدگاه کلارنس

افسردگی یک هیجان عادی بشری است. افسردگی دو گونه است یکی خفیف که غالباً در موقعیتی که باعث بروز عکس العمل می شود بوجود می آید. افسردگی شدید به حدی است که فرد ممکن است رابطه خود را با واقعیت از دست بدهد و دست به کارهای مختلفی از جمله خودکشی بزند. از علائمش این است که شخص به بد خوابی و اختلال اشتها ویا واکنش های خفیف عصبی دچار می شود. افسردگی ممکن است از درون فرد باشد یا مربوط به حوادث زندگی باشد، عدم آرامش و راحتی، آشفتگی ذهنی و بی قراری حرکتی، کند شدن فعالیت ذهنی و جسمی، جدایی و فقدان نیز از عوامل دیگر افسردگی است. فرد افسرده دارای احساس غمگینی، تیره روزی، سرافکنندگی ناامیدی و دل سردی است و افراد افسرده از نظر کلامی بد گو، از نظر جنسی گستاخ و بی شرم، از نظر هیجانی پرخاشگر و تحریک پذیر هستند، افسردگی علامت بسیار شایعی است. بعضی ها تخمین می زنند که در حدود ۳۰ درصد از مردم در طول حیات خویش دچار افسردگی می شوند. افسردگی در زنان بیشتر

از مردان رخ می دهد، علاوه بر عوامل ژنتیکی، عوامل بیولوژیک، استرس محیطی، حوادث زندگی و عوامل اجتماعی در افسردگی نقش دارند.

دیدگاه های مختلف در مورد مفهوم افسردگی

نظریه های فیزیولوژیکی

عوامل ژنتیک: نظرات موافق و مخالف در مورد ژنتیکی بودن علت افسردگی زیاد است. ولی توافق روزافزونی وجود دارد که عوامل ژنتیکی خطر ابتلاء به افسردگی را افزایش می دهند برای مثال مک گافین و همکاران (۱۹۹۶) به این نتیجه رسیدند که دوقلوهای یک تخمکی ۴۶٪/۱ و در حالیکه دوقلوهای دو تخمکی ۲۰٪/۱ شانس ابتلاء به افسردگی را دارند. دوتاسه از مطالعه فرزند خواندگی یک جز ژنتیکی یک جز ژنتیکی قوی برای توارث اختلال افسردگی اساسی نشان دادند. مطالعات دوقلویی میزان ابتلاء توأم برای اختلال افسردگی اساسی در دو قلوهای یک تخمکی حدود ۵۰ درصد گزارش کرده اند (سادوک و سادوک^۱، ۲۰۰۳، ترجمه پور افکاری، ۱۳۸۵).

مکانیسم های زیست شناختی: انتقال دهنده های عصبی نوراپی نفرین و سروتونین از نظر زیست - شناختی در سبب شناختی افسردگی دخیل دانسته شده اند. در وهله نخست چنین تصور می شود که سطوح پایین هر کدام از انتقال دهنده های عصبی در خلق تأثیر دارند. هم اکنون این الگوی ساده در مورد اثر نوراپی نفرین و سروتونین

به وسیله داده های اخیر مورد انتقاد قرار گرفته است. به نظر می رسد که خلق حاصل تعامل های بیناین دو سیستم و سیستم های مغذی دیگر است.

برای مثال رامپلو^۱ و همکاران (۲۰۰۰) معتقدند که خلق پیامد عدم تعادل بین چندین انتقال دهنده هایی از جمله سروتونین، نوراپی نفرین، دوپامین و استیل کولین است. این احتمال وجود دارد که سروتین یک کنترل کلی برای انواعی از سیستم های مغذی گوناگون داشته باشد، و سطوح پایین سروتین موجب متوقف شدن فعالیت در درون این سیستم ها شود که منجر به افسردگی گردد. (به نقل از نبت، ۲۰۰۳). مهمترین ناحیه دخیل در افسردگی سیستم لیمبیک است. طبق یک الگوی روانی- زسیتی، این فرایندها بوسیله هر دوی عوامل اجتماعی و روان شناختی آغاز می گردد و عوامل ژنتیکی درجه فشار روانی لازم از هر کدام از حوزه ها را، قبل از اینکه دوره ای از افسردگی شروع شود، تحت تأثیر قرار می دهند.

نظریه فرهنگی - اجتماعی

نشان داده شده است که تعدادی از فشارهای اجتماعی خطر ابتلا به افسردگی را افزایش می دهند. شیوع میزان افسردگی در بین قشر پایین، اقلیت های قومی و آنانی که حمایت اجتماعی یا خانوادگی کمتری دارند، نسبتاً بالاتر است (جنکینز^۲ و همکاران، ۱۹۹۸). بسیاری از افراد، ترکیبی از عواملی را که آنان را مستعد افسردگی می سازند تجربه میکنند (نبت^۳، ۲۰۰۳). برای مثال باردن و هاریس (۱۹۷۸) به این نتیجه رسیدند که زنان طبقه کارگر که دارای سه یا بیشتر از سه کودک بودند، محرم رازی نداشتند، فاقد شغل خارج از خانه بودند، و آنانی که پدرشان را

Ramplow^۱.
Jenkins^۲.
Nebt^۳.

در کودکی از دست داده بودند، بیشتر مستعد ابتلاء به افسردگی بودند. افراد دارای محرومیت اقتصادی، تمایل تجربه رویدادهای منفی تری در زندگی دارند و ممکن است حمایت‌های اجتماعی و اقتصادی کمتری داشته باشند (هاوس همکاران، ۱۹۹۱). ممکن است بیشتر افراد گروه‌های قومی اقلیت‌ها ناسازگاری‌هایی اقتصادی زیاد تری مواجه شوند.

به نظر می‌رسد افسردگی غالباً بعد از برخی رخداد‌های تنش‌زا از قبیل ازدواج یا تولد فرزند واقع شود. بیشتر فشارهای زندگی حاد، نظیر طلاق یا جدایی ممکن است موجب شروع دوره‌هایی از افسردگی شوند. برعکس یک شبکه حمایت اجتماعی خوب می‌تواند محافظت‌کننده باشد (پایکل، ۱۹۹۴). زنان افسرده نسبت به مردان، علائم بیشتری دارند و علائمی مثل احساس بی‌ارزشی، فقدان علاقه، و اختلال اشتها را بیشتر از مردان ذکر می‌کنند. تبیین اینکه چرا زنان بیشتر از مردان افسردگی گزارش می‌کنند، متفاوت است. در وهله نخست شاید یک نوع نادیده‌انگاری به صورت یک سوگیری گزارشی

باشد. یعنی هیچ شواهدی که نشانگر تفاوت جنسی باشد موجود نباشد (ویچ و همکاران، ۱۹۹۸). تبیین اجتماعی از این پدیده نشان می‌دهد که هم‌اکنون زنان مسئولیت‌های زیادی بر عهده دارند. معمولاً زنان شغل‌های پایین‌تری را احراز می‌کنند و بین شغل و خانه‌داری سرگردان هستند. (بیروریکر، ۱۹۹۹)

یعنی آنان وقتی که کارهای شغلی روزانه فراغت یافتند، به احتمال بیشتری از مردان، در نقش منزل‌داری به کارهای خانگی ادامه می‌دهند. همچنین زنان ممکن است در معرض فشارهای فرهنگی باشند و این موجب افزایش فشار روانی آنان شود. یک تبیین روان‌شناختی‌تر می‌گوید که زنان به احتمال بیشتری از مردان

شکست‌هایشان را به ویژگی‌های شخصیتی نسبت می‌دهند، این امر موجب می‌شود که خود را بیشتر سرزنش کنند و عزت نفس آنها پایین تر باشد (نبت، ۲۰۰۳).

مدل شناختی افسردگی

در مدل شناختی بک (بک، ۱۹۷۶، ۱۹۶۷) نظر بر این است که تجربه‌ی افراد، به تشکیل فرض‌ها و یا طرحواره‌هایی درباره‌ی خویشتن و جهان می‌انجامد و این فرض‌ها یا طرحواره‌ها، خود در سازمان‌بندی ادراک و در کنترل و ارزیابی رفتار مورد استفاده قرار می‌گیرند. توانایی پیش‌بینی تجربه‌های فردی و معنی بخشیدن به آنها امری سودمند و در واقع ضروری برای کارکرد بهنجار است. اما برخی از فرض‌ها انعطاف‌ناپذیر، افراطی و مقام‌در برابر تغییرند و در نتیجه ناکارآمد یا ناباور هستند. این فرض‌ها به مسائلی مربوط می‌شوند درباره‌اینکه مثلا مردم برای پیدا کردن احساس خوشبختی چه کار باید بکنند (مانند این فرض که اگر کسی افکار خوبی درباره من نداشته باشد، من نمی‌توانم احساس خوشبختی بکنم). و اینکه برای بوجود آوردن احساس ارزشمندی در خویشتن چه کار باید بکنم. فرض‌های ناکارآمد به تنهایی نمی‌توانند پیدایش افسردگی مرضی را توجیه کنند. مسائل موقعی مطرح می‌شوند که اتفاقات مهمی بیافتند، اتفاقاتی که با نظام اعتقادی خود فرد سازگاری داشته باشند. بدین ترتیب این باورها که ارزش هرکسی منحصر به موقعیت بستگی دارد، در صورت شکست،

ممکن است به افسردگی منجر شود و این اعتقاد که برای خوشبختی فرد لازم است دیگران او را دوست داشته باشند در صورت طرد شدن، ممکن است افسردگی را دامن بزند. وقتی فرضهای ناکارآمد فعال شدند افکار «خودآیند منفی» را برمی انگیزند. این افکار ممکن است تفسیرهایی از تجارب جاری باشند یا پیش بینی هایی درباره رویدادهای آینده و یا یادآوری چیزهایی که در گذشته اتفاق افتاده اند و این افکار به نوبه خود، سایر نشانه های افسردگی را پدید می آورند: مانند نشانه های رفتاری (کاهش در سطوح فعالیت، کناره گیری (نشانه های انگیزشی (بی علافگی، رخوت) نشانه های هیجانی (اضطراب، احساس گناه) نشانه های شناختی (اشکال در تمرکز، عدم قدرت در تصمیم گیری) و نشانه های جسمی (بی اشتها، بی خوابی) با پیشرفت افسردگی افکار خودآیند منفی هرچه بیشتر زیاد و شدید می گردند و افکار منطقی تر هر چه بیشتر ناپدید می شوند، خود این فرآیند به گسترش فزاینده دامنه خلق افسرده منجر می شود و بدین ترتیب دورباطلی شکل می گیرد.

نوروز افسردگی

افسردگی طبیعی و متعادل در انسان، واکنشی است نسبت به عامل بیرونی که فرد از آن آگاه است و محرومیت آنرا آگاهانه درک می کند. در اختلال افسردگی نوروز نیز، غالباً عامل محروم کننده بیرونی مانند ازدست دادن یکی از نزدیکان، یا شکست در امور زندگی، شغلی و امثال آن دیده می شود. ولی این نوع واکنش، از دو نظر با عکس العمل طبیعی افسردگی متفاوت است، یکی اینکه حالت افسردگی در فرد نوروتیک از لحاظ شدت وحدت با محرک بیرونی متناسب است. و دیگر اینکه در افرادی دیده می شود که به علت خصوصیات خاص شخصیتی، آمادگی و

زمینه ابتلا به آنرا دارند. در افسردگی نوروتیک بیمار نسبت به امور زندگی، بی‌علاقگی شدیدی پیدا می‌کند، دچار احساس طرد شدگی، تنهایی و بیچارگی می‌شود، به آسانی می‌گریزد، ممکن است غذا خیلی کم و یا خیلی زیاد بخورد، البته شخص مبتلا به نوروز افسردگی مانند بیمار مبتلا به افسردگی پسیکوتیک، فردی کاملاً بی‌فایده و بی‌مصرف نیست. همچنین عقب ماندگی، بی‌قراری شدید، توهم، هذیان و دیگر ناهنجاریهایی که در جنون افسردگی دیده می‌شود، در او وجود ندارد. گاه ممکن است به فکر خودکشی بیافتد، اما احتمال انجام این عمل، نسبت به بیمار مبتلا به جنون افسردگی کمتر است. صفات بارز شخصیت افرادی که مبتلا به افسردگی می‌شوند عبارتند از: حساسیت زیاد، اتکای به دیگران، ناتوانی در نشان دادن خشم مستقیم نسبت به محیط، خود آزاری به جای سرزنش محیط، خود را ملامت کردن به دلیل شکست‌ها و ناکامی‌ها، خجالت و درون‌گرایی.

افسردگی متداول‌ترین نوع اختلالات نوروتیک است. بیش از ۵۰ درصد کل بیماران دچار مشکلات روانی، افسرده هستند. زن‌ها خیلی بیشتر از مردان دچار افسردگی می‌شوند. علت آن روشن نیست اما به نظر بسیاری از متخصصان، عوامل فرهنگی، و بویژه محرومیت‌ها و محدودیتهای اجتماعی زیاد در مورد زنان، یکی از علل اساسی است.

علائم افسردگی بر حسب LCD10 (سازمان بهداشت جهانی)

-**افسردگی خفیف:** در این درجه از افسردگی، خلق افسرده، فقدان علاقه و لذت افزایش خستگی پذیری، فرد تا حدی غمگین و مضطرب است و نسبت به مسائل زندگی بی‌علاقگی و بی‌تفاوتی مشهودی از خودشان نشان می‌دهد، همواره احساس گناه و بی‌حوصلگی می‌کند، حرفهایش یکنواخت و خسته کننده است و قوای شناختی او مانند هوش، حافظه و غیره دست نخورده است، علائم توهم و هذیان در او یافت می‌شود، این نوع افسردگی به مرور زمان با تغییر شرایط بهبود می‌یابد. (شاملو، ۱۳۶۸)

-**افسردگی متوسط:** علائم اساسی از خلق پایین، ناتوانی از کسب لذت و کاهش انرژی که همه آنها منجر به کاهش کارایی شخص می‌گردند. از نظر ظاهری شخص به لباس و وضع ظاهری خود توجهی نمی‌کند. حالت چهره بیمار با پایین افتادن گوشه‌های دهان مشخص می‌شود و کندی سایکوموتور شایع است. راه رفتن و حرکت آهسته است. کندی تفکر تکلم فرد ظاهری می‌شود، خلق بیمار پایین بوده و در موقعیتهایی که احساس غمگینی عادی اصولاً از بین می‌رود، اضطراب نیز شایع بوده ولی از اجزای دایمی آن شمرده نمی‌شود. حالت تهییج به صورت ناتوانی در آرام گرفتن ظاهری می‌شود. افکار بدبینانه از علائم مهم است به فرض بیمار در هر کاری که انجام می‌دهد، انتظار شکست را دارد و یا همیشه چهره ناشاد یک امر را می‌بیند و همیشه منتظر بدترین اتفاق است که ممکن است منجر به اقدام خودکشی شود. فرد اکثراً احساس گناه و ملامت از گذشته خود می‌کند و شکایت از ضعف‌های جسمانی هم شایع است.

-**افسردگی شدید:** افسردگی شدید تمام علائم مشروحه با شدت بیشتری ظاهری می‌گردد. علائم اضافی و همچنین هذیان و توهم هم وجود دارد. هذیان گناه و هذیان هیپوکندریایی، هذیان فقر در حالت افسردگی شدید از نوع سایکوتیک ملاحظه می‌شود. توهمات غالباً شنوایی بوده و به فرض بیمار صداهای نا- مشخص را می‌شنود که گاه بیمار را به سوی خودکشی هدایت می‌نمایند. فرد مبتلا به افسردگی شدید، قادر به ادامه فعالیت‌های

اجتماعی، کاری یا خانوادگی خود جز به تعداد محدود و جزئی می باشد این طبقه افسردگی شدید از نوع ملانکولیا (مبنای روانپزشکی پور افکاری).

-**افسردگی عمیق یا بهت زده:** این حالت شدیدترین درجه افسردگی است و فقط در تعداد معدودی از انسانها دیده می شود. بیمار افسرده بهت زده اگر درمان نشود مدتها بی حرکت وبدون هیچ گونه واکنش می ماند وحتی باید با وسایل پزشکی به او غذا داده شود. این نوع افسردگی به علت شیوع بسیار کم آن خیلی نادر است. اغلب در بحث های افسردگی عنوان نمی شود و بیشتر از سه طبقه قبلی البته به عناوین مختلفی چون خفیف، متوسط، وخیم شامل می شود. (خلاصه روان پزشکی، کاپلان وسادوک ج ۲ ترجمه پورافکاری)

جنسیت عاملی مخاطره آمیز برای افسردگی: در بسیاری از مطالعات انجام شده میزان افسردگی در زنان بیشتر از مردان بوده که از جمله موارد زیر اشاره نمود. معمولاً زنان بیش از مردان با سهولت بیشتری از افسردگی خود شکایت کرده و خواهان معالجه رفتارخویش هستند. ممکن است که این حالت ناشی از آن است که زنان به عنوان جنس ضعیف شناخته شده اند و یا آنرا به انعکاس جریان اجتماعی و کیفیت و چگونگی زندگی آنان نسبت داد. زیرا مواردی نظیر ازدواج در سنین جوانی، تحمیل نقش خانه داری ومادری همراه با مشکلات مالی وتربیت فرزند، فقدان همراهی وتکامل اجتماعی لازم، میزان آسیب پذیری زنان جوان را افزایش می دهد.

در طول زندگی حداقل ۲۰ درصد بانوان حاقل یکبار تجربه افسردگی کوتاه مدت را داشته اند. اگرچه به نظر می رسد که افسردگی ارتباط تنگاتنگی با سن یائسگی دارد ولی در حقیقت این سنین باروری وسنین قبل از یائسگی هستند که بیشترین میزان آمار افسردگی در بانوان را تشکیل می دهند. از طرفی آنالیزهای آماری

افسردگی را در بانوان نشان می دهد که استرس های متفاوت، زایمان، تفاوت های هورمونی، نقش های اجتماعی و رفتارهای مورد انتظار از زنان بیشتر از مردان، آنها را به سمت بیماری افسردگی سوق می دهد.

- به چه دلیل احتمال ابتلای زنان به افسردگی بیشتر از مردان است؟

بررسی ها بیانگر آن است که زنان بیشتر از مردان دچار افسردگی می شوند و در واقع نسبت افسردگی در زنان دو برابر مردان است. تفاوت افسردگی در بین این دو جنس در سراسر جهان وجود دارد وقتی که از یک طبقه ای تشخیص نوعی اختلال جنسی ظاهر می گردد متخصصان میخواهند بدانند علت این امر چیست؟

مثلاً زنان بیشتر از مردان از تسهیلات دارویی استفاده کرده و بیشتر مردان برای نشانه های مرضی خفیف تر به پزشک مراجعه می کنند. بنابراین ممکن است بدین دلیل عده زنان افسرده بیشتر باشد که عده بیشتری از آنها برای معالجه مراجعه می کنند. به نظر میرسد که اختلاف در میزان وقوع افسردگی در بین زنان پدیده ای واقعی باشد نه ساختگی. آیا این موضوع مربوط به اختلاف زیست شناختی است لزوماً نه، هرچند تصور می رود که دست کم بعضی از انواع افسردگی های دوقطبی از طریق آنها مربوط به کروموزوم X به خود منتقل می شوند. اگر وابستگی مربوط به کروموزوم X هستند و بدین ترتیب بیشتر از مردان که یک کروموزوم X و یک کروموزوم Y دارند، تحت تأثیر قرار میگیرند. علت ژنتیکی دیگر ممکن است توارث ویژه ای داشته باشند که زمینه آنرا یک جنس فرد هم می شود و تحت تأثیر محیط ظاهر می شود. وجود آستانه پایین تر در زنان برای ابتلا به افسردگی ممکن است دلیل دیگری باشد.

میزان شیوع افسردگی

افسردگی یکی از رایجترین مشکلات روانی بزرگسالان محسوب میشود. تحقیقات انجام شده در صدد است تا میزان معنادار افسردگی را مشخص کند. این تحقیقات نشان میدهد که ۳ تا ۷ درصد جمعیت مردم به این نوع افسردگی مبتلا شده اند (پایکل، ۱۹۸۹) به طور تقریبی ۳ درصد جمعیت مردم با کمک پزشکان امراض عمومی به درمان افسردگی اقدام میکنند، اما روانشناسان اینچنین تصور میکنند که از کل افرادی که به عنوان فرد افسرده به پزشک عمومی مراجعه میکنند، نیمی از آنها به عنوان بیمار افسرده به رسمیت شناخته نمی شوند (گلدبرگ و هیوکسلی، ۱۹۹۲).

سالانه حدود یک نفر از هزار نفر، به دلیل مبتلا شدن به افسردگی در بیمارستان پذیرفته می شوند، در حالی که حدود ۳ نفر از هزار نفر به روانپزشک ارجاع داده می شوند. مطابق برآورد یک تحقیق اجتماعی که در داخل شهر لندن انجام شده، از هر ۱۰ نفر زن، ۷ نفر و از هر ۱۰ نفر مرد، ۴ نفر تا سن ۶۵ سالگی، سرانجام یکبار دوره افسردگی حاد بالینی را تجربه خواهند کرد (هیوری، تنانت، مک گیوفن، کاتز، ۱۹۸۹).

آخرین آمار برآورد شده گویای این مطلب است که میزان ابتلای زنان و مردان به بیماری متفاوت است. روی هم رفته احتمال ابتلا زنان به افسردگی دو برابر مردان است. هر چند که اخیراً مدارک و آماری ارائه شده است که ثابت می کند میزان ابتلا به افسردگی و خودکشی در میان مردان کم سال تر رو به افزایش نهاده است (هافمن، ۱۹۹۷). بیماری افسردگی در عین حال در میان افرادی که به طبقات اجتماعی پایین تر تعلق دارند

شیوع بیشتری دارد و در قیاس میان افراد متاهل با افراد مجرد، می توان گفت میان زنان و مردان مجرد بیشتر به چشم می خورد.

شخصیت افسرده

برخی از درمانگرها و پژوهشگرانی که بیش از حد با افراد افسرده سروکار دارند، به خوبی میدانند که بسیاری از این افراد از شخصیت ویژه ای برخوردارند. این نوع شخصیت را می توان همچون خاک حاصلخیزی در نظر گرفت که شرایط لازم برای رشد در آن فراهم شده و اختلال افسردگی را دانه ای تصور کرد که در این زمین مستعد احتمال رشد آن بیشتر است. دیدگاههای روان تحلیلی پا را فراتر گذاشته و به توصیف آن شخصیتی پرداخته اند که زمینه پذیرش افسردگی برخوردار است. این دیدگاه بر آن چیزی تاکید می کنند که ممکن است بر رشد و متحول شدن این آسیب پذیری از لحظه تولد تا مراحل بعدی نقش داشته است. آنتونی استور (۱۹۹۰) درباره شخصیت این افراد گزارشی کامل و مفید ارائه کرده است. ویژگی غالب شخصیت افسرده، فقدان حس اطمینان نسبت به خودارزش گذاری یا فقدان احساس درونی عزت نفس است. آنچه راکه ممکن است در بیشتر موارد نزد افراد افسرده مشاهده کنیم مطیع و سازش کار به نظر رسیدن این افراد و محتاط بودن آنها در بیان عقاید شان است. این افراد به دلیل فقدان حس درونی عزت نفس، آن را دایما از محیط بیرون کسب می کنند، و نیاز به کسب عزت نفس از محیط خارج به شکل اضطراب مفرط به منظور مورد پسند و مقبول واقع شدن، هماهنگ و منطبق بودن، کسب موفقیت و پیروزشدن ظاهر میشود. محبوبیت و کسب موفقیت، از نیازهای مبرم و حیاتی افراد افسرده به شمار می رود زیرا آنها تنها از این طریق میتوانند مورد تایید و تصدیق واقع

شوند. تصویری که از شخصیت افراد افسرده ارایه شد، بیان کننده آن نگرشی است که نوع غیر فعال این شخصیت را بیان می کند. با وجود این، بعضی از افراد همان فقدان اساسی عزت نفس می تواند به شکلی فراتر از غیرفعال بودن آشکار شود. این افراد در مرحله ای از رشد خود در می یابد که موفقیت میتواند احساس بی ارزشی و بی مصرف بودن آنها را تخفیف دهد و کم رنگ کند. بنابراین، غیرفعال بودن و کنش پذیری جای خود را به تلاش و چالش پایداری دهد. بسیاری از افراد توانمند با چنین تلاشی می توانند به موفقیت های چشمگیری دست پیدا کنند و از سوی اطرافیان مورد تحسین قرار بگیرند.

افسردگی در کمین دانشجویان ما

به دلیل ساختار انسانی، جوان خود، در کنار برخی عوامل استرس زای بیرونی و درونی، باهنجارهایی مواجه می شود که آسیبهای روحی و روانی دانشجویان از این جمله اند. در این بین عواملی چون دوگانگی محیط خانوادگی و تحصیل، نداشتن شناخت کافی از دانشگاه و تضادهای فرهنگی با سایر دانشجویان، مشکلات خانوادگی، اجتماعی و اخلاقی و مشکلات روحی، روانی و اجتماعی ناشی از تحصیل در دانشگاههای دور از محل زندگی نیز به ناهنجاری و آسیب های هر چه بیشتر در بین دانشجویان می انجامد در همین راستا بعضی ها معتقدند حفظ بهداشت روانی در دانشجویان اهمیت بسیاری دارد، چرا که از این طریق دانشجویان توانایی های خود را باز می شناسد و می تواند با استرس ها و فشارهای معمول زندگی شخصی یا دانشجویی اش کنار بیاید.

یافته ها نشان می دهند که افسردگی شایعترین نوع اختلال روانی در بین دانشجویان است، به طوری که میزان افسردگی در بیش از یک پنجم دانشجویان در سطحی بالاتر از متوسط قرار دارد.

به گفته رئیس مرکز مشاوره علوم پزشکی تهران، نبودن آگاهی در انتخاب رشته تحصیلی و محل تحصیل، نداشتن امنیت شغلی و آینده مبهم و کمبود امکانات رفاهی می تواند سبب مشکلات اعصاب و روان و حتی افسردگی در دانشجویان شود.

مشیری معتقد است که دانشجویان، به عنوان قشر فرهیخته جامعه، در آینده مسئولان کشور را تشکیل می دهند. لذا شیوع افسردگی در آنها واقعا اسفبار است. به اعتقاد وی تمام این مسائل به مشکلات و بحرانهای مادی در جامعه برمی گردد.

نوروزی نیز معتقد است، بیشتر آسیبهایی که در سطح دانشگاه وجود دارد و منجر به ناهنجاریهای روحی در بین دانشجویان میشود در زمینه ی، "هویت و سازگاری" است.

-در زمینه هویتی، دانشجو از لحاظ احساس انگیزه، امید و کارایی داشتن، دچار بحران می شود، یعنی نسبت به آینده، شغل، جامعه ناسالم و مسائل این چینی به شدت نگران می شود.

-در زمینه سازگاری نیز، شرایط مختلفی می بینیم، از جمله سازگاری با خوابگاه، سازگاری با اساتید، سازگاری با شرایط موجود درسی و سازگاری با همکلاسیها و دوستان. نتیجه این آسیبها، به وجود آوردن انواع اضطراب و فشارهای روانی در دانشجویان است که منجر به افت تحصیلی، درسی و ضعف خلاقیت ها و ابتکارات می شود.

با توجه به وجود این مشکلات و با یک نگاه به آمارهای ارائه شده در مورد افسردگی، ضرورت وجود مراکز مشاوره دانشجویی در دانشگاههای کشور لازم است. در زبان عامه، مشاوره عبارت است از برقراری هر نوع ارتباط میان افراد مختلف که در آن طرفین رابطه، برای درک و فهم بهتر یک مشکل و حل و فصل آن یا ارائه

راه حل به یکدیگر کمک می کنند. مشاوران به دلیل آموزش وسیعی که در روانشناسی و رفتاردرمانی دیده اند قطعا مشاوره های متفاوت با عامه مردم می دهند.

درمان و راهکار های مقابله با افسردگی

مداخلات زیست شناختی

الف) داروهای ضد افسردگی: هم اکنون سه دسته داروی ضد افسردگی به کار می رود: بازدارنده های مونوآمین اکسیداز (MAOI) برای درمان افسردگی به کار رفته اند. MAOI ها مثل فنلزین ترانیل سیپرومین، عمر انتقال دهنده های عصبی را افزایش می دهند. از نظر بالینی ۵۰ درصد افرادی که به آنان مونوآمین اکسیداز تجویز شده بود به تغییرات خلقی دست یافتند با وجود این، خطراتی که از مصرف آنها حاصل می آید، باعث شده است که کمتر از داروهای دیگر مورد استفاده قرار گیرند. هم اکنون دو داروی اصلی که برای درمان افسردگی به کار می روند سه حلقوی ها (ICA) و SSRI هستند. سه حلقوی ها از جذب زود هنگام آمین های بیوژنیک در نرون های پیش سیناپس جلوگیری می کند و بدین ترتیب تأثیرات تحریکی خود بر نرون های پس سیناپس افزایش می دهند. بازدارنده های جذب مجدد گزینش سروتین (SSRI) جایگزین رایجی برای داروهای سه حلقوی و باز دارنده های مونوآمین اکسیداز شده اند این داروها از جذب مجدد سروتین جلوگیری نموده و امکان موجود بودن

طولانی مدت این انتقال دهنده عصبی رادر محل های گیرنده رافراهم می کنند. اثرات هردو داروی سه حلقوی و SSRI در ۶۰ الی ۶۵ درصد مصرف کنندگان منجر به بهبودی گزارش شده است.

ب) الکتروشوک درمانی (EST): عبور کوتاه مدت یک جریان الکتریکی از مغز، برای ایجاد تشنج سریع گونه تحت کنترل، جهت دست یابی به بهبودی در یک حالت نابهنجار روانی است. استفاده از EST از دهه ۱۹۳۰ رواج یافت. استفاده از EST هموز هم توسط روانپزشکان برای درمان افسردگی هایی که در مقابل مداخلات دارودرمانی و روان درمانی مقاوم هستند. یا در مواردی که احتمال خودکشی بالا است توصیه می گردد. گرچه انتقاداتی هم به شیوه درمان با EST مطرح شده است.

ج) شناخت درمانی: درمان شناختی افسردگی به وسیله یک مطرح شد. علی رغم عنوان آن، درمان شناختی ریشه در درمان رفتاری افسردگی دارد. وهنوز هم عناصر رفتاری نیرومندی در خود داراست. شناخت درمانی افسردگی معمولاً شامل راهبردهایی به شرح زیر است:

- یک دوره آموزشی که در آن فرد رابطه بین شناخت ها، هیجانات و رفتارش را یاد می گیرد.
- فعال سازی رفتاری و فهرست بندی رخدادهای مطلوب برای افزایش کارکرد فیزیولوژیکی، و درگیر

شدن در فعالیتهای اجتماعی پاداش بخش

- مرور شناختی که طی آن فرد راهبردهای شناختی یارفتاری رشد داده و تمرین می کند تا به او در مواجهه با آزمون فرضیه های رفتاری یا دیگر موقعیت هایی که قبلاً مسئله ساز بوده اند کمک کنند.
- آزمون فرضیه های رفتاری که در آن فرد عمدتاً اعتبار فرض های منفی خودش را به امید رد آنها

به آزمون می گذارد.

علی رغم تأکید این نظریه بر علل شناختی افسردگی، معمولاً درمان دروهله اول مستلزم به کارگیری فنون رفتاری است، مثلاً افزایش فعالیتهای جسمانی. عوامل شناختی معمولاً بعد از اینکه در انرژی یا خلق مراجع بهبودهایی حاصل شد، مورد توجه قرار می گیرند.

معمول ترین راه های درمان افسردگی، داروهای افسردگی، روان درمانی ویا تلفیقی ازهردواست. دارویی به نام SSRIS معمول ترین داروهای تجویز شده برای درمان افسردگی به شمار می روند در درمان افسردگی شدید استفاده از داروهای ضد افسردگی بهترین گزینه است. درموارد خفیف افسردگی که افسردگی در حد یک اختلال ظاهر نشده است انجام کارهایی برای کاهش فشار واسترس از جمله

خرد کردن کارهای بزرگ به کوچک، حق تقدم برای برخی کارها، ورزش معتدل، رفتن به یک سینما شرکت کردن دریک مراسم مذهبی، اجتماعی، یا سایر فعالیت هایی که ممکن است به شما کمک کنند، صحبت کردن وهمنشینی با دوستان وخانواده، خودداری از مصرف الکل، برخورداری از رژیم غذایی متعادل وکم چرب، مثبت اندیشی، تماشای فیلم های خنده داروشاد، رفتن به مسافرت وسهیم شدن در فعالیتهایی که می تواند مفید باشد واحساس بهتری برای شما بوجود آورد.

مراحل درمان عبارتند از:

مرحله اول بین ۶ تا ۱۲ هفته به طول می‌انجامد که در این مدت فرد از دارو استفاده می‌کند. در طول این دوره، فرد معمولاً رو به بهبودی می‌رود اما هنوز بسیار ضروری است که بیمار به مصرف داروهای ضد افسردگی ادامه دهد زیرا ممکن است بیماری دوباره برگردد.

مرحله دوم ۶ تا ۹ ماه به طول می‌انجامد. فرد باید هنوز احساس کند که با معالجه مداوم بهتر شده است. معمولاً بیمار داروها را با همان مقدار قبلی مصرف می‌کند و بدون دستور پزشک، مصرف دارو نباید قطع شود.

مرحله سوم در درمان می‌تواند یک سال و یا حتی بیشتر ادامه پیدا کند. طول این دوره به بیمار، سابقه پزشکی و تشخیص پزشک بستگی دارد. همه بیماران نیاز دارند که در طول مرحله سوم درمان از دارو استفاده کنند.

کمک دوستان یا افراد خانواده:

مهمترین کاری که خانواده یا دوستان می‌توانند برای یک فرد افسرده انجام دهند این است که به آنها برای تشخیص صحیح و درمان مناسب کمک کنند. می‌توانند فرد را به پزشکی مناسب معرفی کرده و در طول دوره درمان مشوق او برای ادامه درمان باشند. همچنین بسیار مهم است که فرد از نظر احساسی به شیوه‌های زیر عمل کنند :

- تأیید کنید که فرد از این اوضاع رنج می‌برد.
- به او اظهار محبت و علاقه کنید، از جملات عاطفی استفاده کنید و از او تعریف کنید.
- به او نشان دهید که برای شما ارزشمند و قابل احترام است.
- به او کمک کنید که فعال و مشغول باشد. انتظار نداشته باشید که فرد افسرده یک دفعه بهبود

پیدا کند.

- از او انتقاد نکنید و مزاحمش نشوید و او را به خاطر رفتارش مقصر ندانید.
- چیزی نگویید یا کاری نکنید که باعث شود از خودش تصویر بدی پیدا کند.
- هیچ صحبتی را در مورد خودکشی نادیده نگیرید، یکی از اعضای خانواده یا یک پزشک فرد

افسرده را بدون وقفه در جریان بگذارید.

- ممکن است که فکر کنید مقابله با افسردگی یکی از مشکل ترین موقعیت هایی است که تا به حال با آن روبرو شده اید. اما کسانی که با موفقیت دوره های درمان را گذرانده اند، عنوان کرده اند که توانایی مقابله با افسردگی باعث شده که متوجه شوند چقدر قوی هستند و وقتی به درونشان بازگشته اند، زندگی راحت خیلی بیشتر ستوده اند.

راه های مؤثری برای سبک نمودن میزان افسردگی وجود دارند:

- با منظم نمودن رفتارهای معمول، فشار را کاهش دهید. چرخه خواب و بیداریتان را منظم کنید، چرت های کوتاه را حذف کنید، بدین ترتیب منظم نمودن چرخه خواب آسان تر خواهد شد.
- نوشیدن قهوه ی صبحگاهی را کاهش دهید. قهوه ی شیرین اثری مضاف در افسرده نمودن دارد. شکر و قهوه می تواند در ایجاد افسردگی نقش شگفت انگیزی داشته باشد. بسیاری از افرادی که مصرف این دو را قطع کردند طی پنج روز تا یک هفته احساس متفاوتی دست یافته اند.

- نوشیدن الکل را ترک کنید. سعی کنید الکل را ترک کنید علی رغم اثر کوتاه مدت الکل در ایجاد بی خیالی ، الکل در واقع یک افسرده کننده قوی است.
- با ورزش افسردگی را از خود دور کنید. بسیاری از مردم به این نتیجه رسیدند که ورزش دارای اثر ضد افسردگی است.
- معلومات خود را افزایش دهید. کتابهای مناسبی درباره افسردگی بخوانید .
- تلویزیون را خاموش کنید. تماشای تلویزیون اغوا کننده است و رابطه نزدیکی با افسردگی دارد. یکی از علائم ابتدایی افسردگی بی حالی، کاهش رغبت و انرژی است. استفاده بیش از حد از تلویزیون رهایی از چنگال افسردگی را برای بیشتر افراد دشوارتر می کند .
- عادات نامناسب را ترک کنید. سیگار کشیدن یکی از عاداتی است که با افسردگی ارتباط دارد. البته اگر شما مبتلا به افسردگی شدیدتری باشید، ترک آن دشوارتر بوده، نیازمند اقدامات حرفه ای است.
- مقداری بر خود آسان بگیرید. از اتخاذ تصمیم های مهم در مواقعی که افسرده اید اجتناب کنید در مورد تغییر شغل، ازدواج، طلاق حتماً باید زمانی تصمیم جدی گرفت که افسردگی برطرف شده باشد.

- احساسات خود را با عطرها درمان کنید. تحقیقات نشان می دهد که رابطه مستقیم وقوی بین حس بویایی و بروز احساسات وجود دارد. حتی مقادیر اندک از عطرها موجب ایجاد تغییر در موج های مغزی می شوند بوی یاس سطح انرژی را در افراد افسرده افزایش می دهد.

هنگامی که افسردگی طولانی می شود:

- داروهای خود را بازبینی کنید .
- از مشاور استفاده کنید .
- شیمی بدن خود را تغییر دهید .

اضطراب

۱- اضطراب عموماً به منزله یک انتظار به ستوه آورنده است. به منزله چیزی است که ممکن است در یک تنش گسترده و موحش و غالباً بی نام اتفاق افتد. این حالت به شکل احساس و تجربه کنونی مانند هر اغتشاش هیجانی درد و سطح همبسته روانی و بدنی پدید می آید ممکن است به یک تهدید عینی «اضطراب آور» (تهدید مستقیم یا غیر مستقیم مرگ، مجازات ...) نیز وابسته است. (لافون)

۲- اضطراب عبارت است از واکنش فرد در مقابل یک موقعیت ضربه آمیز یعنی موقعیتی که تحت تاثیر بالا گرفتن تحریکات واقع شده است و فرد در مهار کردن آن ناتوان باشد (Choplin . J.P (چاپلن ۱۹۷۵).

۳- ناراحتی روانی در عین حال بدنی که بر اثر ابهام و احساس نا ایمنی و تیره روزی قریب الوقوع در فرد آدمی به وجود می آید (پیه رون).

۴- در چارچوب رفتارنگری تجربی، اضطراب به منزله یک کشاننده ثانوی است که پاسخی اجتنابی را در بر می گیرد مثلا در حضور یک محرک شرطی رفتارهای از حیوان سر میزند که در حکم نشانگان محرز اضطراب قلمداد می شود (چاپلن ۱۹۷۵).

در مجموع اضطراب مستلزم مفهوم تهدید یا ناامنی است که آزمودنی منبع آن را به وضوح درک نمی کند. اما احساس ترس در مقابل یک شیء خطرناک درک شده است (واقعی یا غیر واقعی) کاپلان ترس و اضطراب را اینگونه متمایز می سازد. (ترس، واکنش به تهدیدی معلوم، خارجی قطعی، و از نظر منشا بدون تعارض است ولی اضطراب واکنش به تهدیدی نا معلوم، دورنی، مبهم و از نظر منشا همراه با تعارض می باشد.)

سطوح اضطراب:

۱- سطحی عصبی - غددی

۲- سطح حرکتی - عضلانی - احشایی

۳- سطح هشیاری - آگاهانه

حرکت هیجان ها در این سه سطح خود حالتی پسخوراندی دارد یعنی وقتی سطح عصبی غددی، با هیجانی مثل اضطراب درگیر می شود، به دلیل واحد عمل کردن سیستم سمپاتیک، سطح حرکتی - عضلانی و احشایی نیز درگیر می شود، درگیری این سطح خود باعث افزایش سطح برانگیختگی سطح عصبی - غددی شده و آن نیز در بازگشت، سطح دوم را برانگیخته تر می کند، به همین ترتیب سطح هشیاری و شناختی فرد را نیز در بر می گیرد و به گفته جاکوبسن حرکتی حلزونی به خود می گیرد (هب ۱۹۷۲).

بنظر می رسد اختلالات اضطراب در کار طبابت خوب شناخته نمی شوند. بدون تردید عدم تشخیصی اضطراب تا حدودی مربوط به این واقعیت است که علائم جسمی اغلب بارزترین خصوصیات حالات اضطراب است علت دیگر این است که بیمار اغلب خود را مبتلا به یک اختلال جسمی تصور می کند و بیشتر به درمانگاه داخلی مراجعه می کند تا به مرکز بهداشت روانی در واقع برای ارزیابی اولیه این بیماران درمانگاه داخلی مناسبترین محل است زیرا با معاینه دقیق عده قابل ملاحظه ای از این بیماران اختلالاتی جسمی نشان می دهند که می تواند علت اضطراب آنها را روشن کند (ریچارد گلدبرگ).

فهرست منابع

- آزاد، حسین (۱۳۸۰) روان شناسی مرضی، انتشارات بعثت، تهران.
- احدی، حسن (۱۳۸۱)، روان شناسی نوجوانی و جوانی، انتشارات رشد.
- ایرانی خواه، نیره (۱۳۷۹)، پایان نامه جهت اخذ کارشناسی ارشد.
- براهنی، دکتر محمدنقی (۱۳۸۳)، زمینه روانشناسی هیلگارد، جلد دوم، انتشارات رشد.
- خداحیمی، سیامک (۱۳۷۴) مفهوم سلامت روان شناختی انتشارات جاودان تهران.
- داوودی، حسین (۱۳۸۶) جزوه بهداشت روان، دانشگاه آزاد اسلامی واحد خمین.
- دلاور، علی (۱۳۸۰) احتمالات و آمار کاربردی در روانشناسی و علوم تربیتی، انتشارات رشد.

- سالاری، اشرف (۱۳۸۶) مقایسه سلامت روان سالمندان شهر و روستای خمین، پایان نامه کارشناسی دانشگاه آزاد خمین.
- شاداب، فاطمه (۱۳۸۰) درمان طبیعی افسردگی چاپ شمشاد.
- ثعبدا... زاده، مریم (۱۳۷۷) مجله خانواده شماره ۱۳۰ سال هفتم.
- ذفرقانی رئیسی، شهلا (۱۳۷۰) شناخت مشکلات رفتاری در کودکان و نوجوان انتشارات آموزش و پرورش.
- فقیهی، دکتر علی نقی (۱۳۸۴) بهداشت و سلامت در آینه علم و دین انتشارات تهران.
- گنجی، حمزه (۱۳۸۴) بهداشت روانی چاپ ارسباران چاپ ششم.
- گیتی، شمس (۱۳۸۰) مقایسه با افسردگی و شیوه های درمان آن چاپ رشد.
- میلآخشی، (۱۳۷۵) بررسی رابطه میان رضایت از زندگی زناشویی و سلامت روان، کارشناسی ارشد رودهن.
- میلانی فر، بهروز (۱۳۸۲) بهداشت روانی، انتشارات قومی، تهران ۱۳۸۲.
- نوربالا، دکتر احمدعلی (۱۳۸۰) نگاهی بر سیمای سلامت روان در ایران، انتشارات مولف.

Academic depression and coping strategies

Abstract

Sadness is a natural emotion that arises in response to unpleasant situations and adversities, such as distressing events and the loss of loved ones. This condition is usually associated with anxiety, decreased energy, general fatigue and poor sleep.

Almost everyone has experienced changes in their mood and mood in some way. Sometimes, feelings of worry and confusion or depression are natural reactions to some events, usually events and events change, problems are resolved, and these mood swings are resolved. Continuation of the feeling of sadness and despair leads to depression and despair from which there is no escape. Young people are among the smartest and most capable sections of every society and they are the future builders of every country and their mental health is of special importance. In this research, an attempt is made to investigate depression and ways to deal with it among students.

Keywords: depression, hopelessness, anxiety