

مروری بر تعریف، توصیف و ملاک های تشخیصی اختلال افسردگی بر اساس ویرایش

پنجم راهنمای آماری و تشخیصی اختلال های روانی (DSM۵)

مطهره گلبرگ خُناچاه^۱، مهناز خسرو جاوید^۲، سید موسی کافی ماسوله^۳، ابراهیم میرزاجانی^۴، مرجان مهدوی روشن^۵

^۱ دانشجوی کارشناسی ارشد روانشناسی عمومی، دانشکده ادبیات و علوم انسانی، دانشگاه گیلان، رشت، ایران

^۲ گروه روانشناسی، دانشکده ادبیات و علوم انسانی، دانشگاه گیلان، رشت، ایران

^۳ گروه روانشناسی، دانشکده ادبیات و علوم انسانی، دانشگاه گیلان، رشت، ایران

^۴ مرکز تحقیقات سلولی و مولکولی، گروه بیوشیمی و بیوفیزیک، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی گیلان، رشت، ایران

^۵ مرکز تحقیقات قلب و عروق، گروه پزشکی اجتماعی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی گیلان، رشت، ایران

چکیده

هدف از این پژوهش، مروری بر تعریف، توصیف و ملاک های تشخیصی اختلال افسردگی بر اساس ویرایش پنجم راهنمای آماری و تشخیصی اختلال های روانی (DSM۵) می باشد. به همین منظور، ابتدا تعریف و توصیفی از افسردگی ارائه شده است. این راهنما دو نوع کلی اختلال های خلق را مشخص کرده است. اختلال هایی که فقط شامل علائم افسردگی اند و اختلال هایی که علائم شیدایی را نیز در بر می گیرند. اختلال های خلقی در این ویرایش شامل اختلال افسردگی اساسی، اختلال افسردگی مقاوم (افسرده خویی)، اختلال ملال پیش از قاعدگی، اختلال بی نظمی های خلقی آشفته ساز، اختلال دوقطبی I، اختلال دو قطبی II، ادواری خویی است. بطور کلی چهار دسته نشانه برای افسردگی در نظر گرفته می شود: نشانه های خلقی، شناختی، انگیزشی و جسمانی. ویژگی های افسردگی عبارتند از: روحیه ی افسرده، کاهش علاقه و لذت، تغییر در اشتها یا وزن، اختلال خواب، تغییرات روانی حرکتی، کاهش انرژی و خستگی، احساس بی ارزشی یا گناه، اختلال در تفکر و تمرکز، فکر مرگ و خودکشی، عدم توجه با وضعیت پزشکی. برای در نظر گرفتن تشخیص افسردگی وجود پنج یا تعداد بیشتری از نشانه ها در طول مدت دو هفته ضروری است، بطوری که موجب تغییر در عملکرد گذشته فرد شود. این نشانه ها باید شامل خلق افسرده یا نبود علاقه و لذت نیز باشد. نرخ شیوع ۱۲ ماهه افسردگی اساسی حدود ۷ درصد است. در ادامه مقاله نرخ شیوع افسردگی در ایران، همبودی، پیامدهای افسردگی، تفاوت های جنسیتی و تشخیص افتراقی نیز مورد بررسی قرار گرفته است.

واژه های کلیدی: تعریف و توصیف افسردگی، ملاک های تشخیصی افسردگی، DSM۵

مقدمه

طبق اعلام سازمان بهداشت جهانی در سال ۱۹۹۰ افسردگی چهارمین بیماری شایع به شمار می رفت؛ و پیش بینی می شد تا سال ۲۰۲۰ به دومین بیماری و عامل از کار افتادگی، بعد از بیماری های قلبی تبدیل شود [۱، ۲، ۳]؛ اما مراجعه به منابع جدیدتر بیانگر آن است که علی رغم تلاش های انجام شده در حال حاضر، افسردگی عامل اصلی ناتوانی در افراد ۱۲ تا ۴۴ ساله است [۴]؛ و بر طبق پیش بینی ها در سال ۲۰۳۰ عامل اصلی بار بیماری خواهد بود [۵]. افسردگی یکی از شایع ترین اختلال های روانشناختی است، به طوری که حدود ۱۵ تا ۲۰ درصد از افراد بزرگسال جامعه، عوارض و نشانه های مختلف افسردگی را از خود بروز می دهند [۶]. علاوه بر این، افسردگی پیامدهای جدی بسیاری دارد و همچنین اثرات مهمی بر نسل های آینده می گذارد؛ فرزندان که با مادران دچار افسردگی اساسی زیسته اند، بیشتر در معرض خطر افسردگی قرار دارند [۷]؛ خودکشی بدترین پیامد افسردگی است؛ مسأله خودکشی در افراد افسرده بر طبق گزارش سازمان بهداشت جهانی در سال ۲۰۱۸ به یک میلیون نفر رسید [۸]؛ در سال ۲۰۱۸ نیز دومین علت اصلی مرگ و میر افراد ۱۵ تا ۲۹ ساله خودکشی بوده است [۹]. با توجه به شیوع و اهمیت افسردگی پژوهش های زیادی درباره آن انجام شده است. هدف از این پژوهش مروری بر تعریف، توصیف و ملاک های تشخیصی اختلال افسردگی بر اساس ویرایش پنجم راهنمای آماری و تشخیصی اختلال های روانی (DSM۵) است.

تعریف و توصیف افسردگی

ویرایش پنجم راهنمای آماری و تشخیصی اختلال های روانی [۱۰] دو نوع کلی اختلال های خلق را مشخص کرده است. اختلال هایی که فقط شامل علائم افسردگی اند و اختلال هایی که علائم شیدایی را نیز در بر می گیرند (اختلال های دوقطبی^۱). اختلال های خلقی در این ویرایش شامل اختلال افسردگی اساسی، اختلال افسردگی مقاوم^۲ (افسرده خویی)، اختلال ملال پیش از قاعدگی^۳، اختلال بی نظمی های خلقی آشفته ساز^۴، اختلال دوقطبی^۵، اختلال دو قطبی II^۶، ادواری خویی است. که علائم اصلی اختلال های افسردگی غمگینی شدید و یا ناتوانی از تجربه کردن خوشی و لذت است. نشانه های افسردگی متنوع است؛ بطور کلی چهار دسته نشانه برای افسردگی در نظر گرفته می شود: نشانه های خلقی، شناختی، انگیزشی و جسمانی. نشانه های خلقی آن شامل غم، فقدان مسرت، از بین رفتن شادی در زندگی است؛ همچنین فعالیت هایی که قبلاً موجب خشنودی می شدند یکنواخت می شوند. مهم ترین نشانه شناختی افسردگی، افکار منفی فرد درباره خودش و آینده است؛ عزت نفس پایین، احساس گناه بدبینی و ناامیدی، از دیگر نشانه های شناختی افسردگی است. نشانه های انگیزشی افسردگی به مشکل افراد افسرده در تصمیم گیری اشاره دارد که در موارد شدید کندی روانی حرکتی^۷ نیز در فرد دیده می شود. مشکلات اشتها، تغییرات وزن، اختلال خواب، کاهش میل جنسی، از نشانه های جسمانی افسردگی است [۱۱، ۱۲].

^۱ Bipolar disorder^۲ Persistent depressive disorder^۳ Premenstrual dysphoric disorder^۴ Disruptive mood dysregulation disorder^۵ Bipolar I disorder^۶ Bipolar II disorder^۷ Psychomotor retardation

ملاک های تشخیصی اختلال افسردگی

بر اساس ویرایش پنجم راهنمای آماری و تشخیصی اختلال های روانی [۱۰] ملاک های تشخیصی اختلال افسردگی اساسی به صورت زیر است:

الف) پنج یا تعداد بیشتری از نشانه های زیر که در طول مدت دو هفته وجود داشته باشد و موجب تغییر در عملکرد گذشته فرد شود. این نشانه ها باید شامل خلق افسرده یا نبود علاقه و لذت نیز باشد.

۱. خلق افسرده در بخش عمده روز و تقریباً هر روز
۲. کاهش علاقه یا لذت در فعالیت ها در بخش عمده روز و تقریباً هر روز؛ اکثر فعالیت های فرد بطور چشمگیری کاسته شده است.
۳. کاهش یا افزایش وزن (تغییر بیش از ۵ درصد وزن در طول یک ماه) بدون آنکه فرد رژیم گرفته باشد یا کاهش یا افزایش اشتها تقریباً هر روز (در کودکان، عدم موفقیت در افزایش وزن مورد انتظار، در نظر گرفته می شود)
۴. بی خوابی یا پر خوابی تقریباً هر روز
۵. تحریک پذیری یا کندی روانی - حرکتی قابل مشاهده توسط دیگران، تقریباً هر روز
۶. خستگی یا فقدان انرژی تقریباً هر روز
۷. احساس بی ارزشی یا احساس گناه، بیش از حد یا نامناسب (که ممکن است توهم باشد) تقریباً هر روز (نه صرفاً سرزنش خود و احساس گناه در مورد بیمار بودن)
۸. کاهش توانایی تفکر یا تمرکز کردن
۹. افکار مکرر مرگ (نه فقط ترس از مردن)؛ اندیشه خودکشی مکرر بدون برنامه ریزی یا اقدام به خودکشی یا برنامه خاص برای دست زدن به خودکشی

ب) این نشانه ها باعث پریشانی یا اختلال قابل توجه بالینی در عملکرد اجتماعی، شغلی یا دیگر عملکرد های فرد می شوند.

پ) این دوره ناشی از تاثیرات جسمی یک ماده یا وضعیت پزشکی دیگری نیست.

ت) دوره افسردگی اساسی با اختلال های اسکیزوافکتیو، اسکیزوفرنی، اسکیزوفرنی فرم، اختلال هذیان، یا سایر طیف های اسکیزوفرنی یا سایر اختلال های روانی بهتر توضیح داده نمی شود.

ث) دوره های جنون یا شیدایی هرگز رخ نداده است.

ویژگی های افسردگی

ویرایش پنجم راهنمای آماری و تشخیصی اختلال های روانی [۱۰] تاکید می کند، که برای در نظر گرفتن تشخیص افسردگی، به جز تغییر وزن و فکر خودکشی، بقیه نشانه ها باید تقریباً هر روز وجود داشته باشد. روحیه افسرده علاوه بر حضور تقریباً در هر روز، باید بیشتر روزها نیز وجود داشته باشد. ویژگی مهم یک دوره افسردگی اساسی، مدت زمان حداقل ۲ هفته در طول زندگی است که تقریباً در تمام فعالیت ها، حالت خستگی و افسردگی وجود دارد و یا در فرد از دست دادن علاقه یا لذت مشاهده می شود. روحیه ی کودکان و نوجوانان مبتلا به افسردگی اساسی، ممکن است به جای غم انگیز بودن، تحریک پذیر باشد. همچنین فرد باید حداقل چهار نشانه دیگر را داشته باشد؛ که شامل تغییر در اشتها یا وزن، مشکلات خواب، کاهش انرژی، احساس بی ارزشی یا گناه، مشکل در فکر کردن، تمرکز کردن یا تصمیم گیری، افکار مکرر مرگ یا ایده های خودکشی یا برنامه های خودکشی یا اقدام به خودکشی.

نکته مهم دیگر در افسردگی اساسی این است که، نشانه ها به تازگی ایجاد شده است یا وضعیت فرد نسبت به گذشته به وضوح بدتر گردیده است. نشانه ها باید حداکثر روز، تقریباً هر روز، حداقل برای ۲ هفته متوالی ادامه یابد؛ همچنین دوره افسردگی اساسی با ناراحتی و اختلال بالینی قابل توجه از نظر اجتماعی، شغلی یا سایر زمینه های مهم عملکرد همراه است. در برخی از افراد دارای نشانه های خفیف تر ممکن است عملکرد عادی به نظر برسد، اما به تلاش چشمگیری نیاز دارد. در ادامه هر یک از

ویژگی های اختلال افسردگی اساسی بر اساس توضیحات ارائه شده در ویرایش پنجم راهنمای آماری و تشخیصی اختلال های روانی [۱۰] شرح داده می شود:

روحیه ی افسرده: افراد مبتلا به افسردگی اساسی خلق و خوی خود را این گونه توصیف می کنند که افسرده، غمناک، ناامید یا دلسرد هستند؛ در بعضی موارد، در ابتدا ممکن است غم و اندوه انکار شود اما در ادامه با مصاحبه از بین برود، مثلاً به نظر می رسد فرد قصد گریه دارد. در برخی از افراد که احساس اضطراب می کنند، وجود روحیه افسرده می تواند از صورت و رفتار فرد استنباط شود. برخی از افراد به جای گزارش دادن احساس غم و اندوه، بر شکایات جسمی (به عنوان مثال، دردهای جسمی) تأکید می کنند. بسیاری از افراد، نشانه های افسردگی اساسی را با تحریک پذیری نشان می دهند (به عنوان مثال، عصبانیت مداوم، تمایل به پاسخگویی به حوادث با عصبانیت شدید یا سرزنش دیگران، احساس اغراق آمیز ناامیدی نسبت به موارد جزئی). بویژه در کودکان و نوجوانان ممکن است، به جای روحیه غم انگیز، یک روحیه تحریک پذیر یا لجباز ایجاد شود.

کاهش علاقه و لذت: از دست دادن علاقه یا لذت تقریباً همیشه وجود دارد. افراد ممکن است احساس کنند که کمتر به سرگرمی علاقه دارند و به فعالیت هایی که قبلاً از آنها لذت می بردند اهمیتی نمی دهند. اعضای خانواده نیز متوجه کناره گیری اجتماعی یا غفلت از فعالیت های دلپذیر می شوند؛ به عنوان مثال، یک گلف باز مشتاق، دیگر بازی نمی کند، کودکی که قبلاً از فوتبال لذت می برد، بهانه می گیرد که تمرین نمی کند. در برخی از افراد، به میزان قابل توجهی از سطح قبلی علاقه یا تمایل جنسی کاهش می یابد.

تغییر در اشتها یا وزن: برخی از افراد مبتلا به افسردگی اساسی، گزارش دهند که میل به غذا ندارند و خود را مجبور به خوردن می کنند. برخی دیگر ممکن است بیشتر بخورند و ممکن است غذاهای خاصی را میل کنند، مثلاً شیرینی یا سایر کربوهیدرات ها. هنگامی که تغییرات اشتها شدید باشد، ممکن است از دست دادن یا افزایش قابل توجهی در وزن وجود داشته باشد، یا در کودکان، عدم موفقیت در افزایش وزن مورد انتظار ممکن است ذکر شود.

اختلال خواب: اختلال خواب ممکن است به صورت مشکل در خواب یا خواب زیاد باشد. هنگامی که بی خوابی وجود داشته باشد، به طور معمول به صورت بی خوابی میانی، به عنوان مثال، بیدار شدن از خواب در شب و سپس داشتن مشکل در بازگشت به خواب یا بی خوابی پایانی به عنوان مثال، خیلی زود بیدار شدن از خواب و عدم توانایی بازگشت به خواب ایجاد می شود. بی خوابی اولیه و مشکل در خوابیدن نیز ممکن است رخ دهد. افرادی که دچار خواب زیاد (بیش از حد) هستند ممکن است، خواب طولانی شب یا افزایش خواب در روز را تجربه کنند. گاهی اوقات دلیل اینکه فرد به دنبال معالجه است، خواب آشفته اوست.

تغییرات روانی حرکتی: این تغییرات شامل تحریک (مانند عدم توانایی در نشستن، قدم زدن، شستن دست، یا کشیدن یا ساییدن پوست، لباس یا اشیاء دیگر) یا کندی (به عنوان مثال، کند شدن گفتار، تفکر و حرکات بدن) و افزایش مکث قبل از پاسخ دادن است. گفتار از نظر حجم، میزان انعطاف پذیری، مقدار یا تنوع محتوا کاهش می یابد. تحریک یا کندی روانی باید آنقدر شدید باشد که توسط دیگران قابل مشاهده باشد و صرفاً احساسات ذهنی را نشان ندهد.

کاهش انرژی و خستگی: ویژگی رایجی است. فرد ممکن است خستگی پایدار و بدون فشار جسمی را گزارش کند. حتی کوچکترین وظایف به نظر می رسد نیاز به تلاش زیادی دارند. کارآیی فرد کاهش یابد. به عنوان مثال، یک فرد ممکن است شکایت کند که شستن لباس یا بیدار شدن هنگام صبح خسته کننده است و دو برابر بیشتر از حد معمول طول می کشد.

احساس بی ارزشی یا گناه: شامل ارزیابی های منفی غیر واقعی از ارزشمندی، گناه و نشخوار شکست های جزئی گذشته است. چنین افرادی اغلب حوادث روزمره بی ارتباط با خود یا بی اهمیت را به عنوان گواهی بر نقص شخصی تفسیر می کنند و احساس مسئولیت مبالغه آمیز در قبال حوادث غیرمترقبه دارند. احساس بی فایده بودن یا گناه ممکن است از تفکر خیالی فرد باشد به عنوان مثال فردی که اطمینان داشته باشد که مسئول فقر جهانی است. سرزنش کردن خود به دلیل بیمار بودن و عدم انجام وظایف شغلی یا فردی در نتیجه افسردگی بسیار رایج است.

اختلال در تفکر و تمرکز: افسردگی اساسی در بسیاری از افراد، توانایی تفکر، تمرکز یا حتی تصمیم گیری های جزئی را مختل می کند. آنها ممکن است به راحتی پریشان شوند و یا از مشکلات حافظه شکایت کنند. در کودکان، افت شدید نمرات ممکن است نشان دهنده تمرکز ضعیف باشد. در افراد مسن، شکایت اصلی، مشکلات حافظه است و ممکن است با نشانه های اولیه زوال عقل اشتباه شود. هنگامی که افسردگی اساسی با موفقیت درمان می شود، مشکلات حافظه اغلب بصورت کامل کاهش می یابد. اما در بعضی از افراد، به ویژه افراد سالخورده، این ویژگی افسردگی اساسی گاهی ممکن است نشانه ی یک زوال عقل غیر قابل برگشت باشد.

فکر مرگ و خودکشی: افکار مرگ، فکر خودکشی یا اقدام به خودکشی در این اختلال رایج است. آنها ممکن است از یک مشکل کوچک مانند دیر بیدار شدن صبح ها، به این نتیجه برسند که مردن بهتر است و به یک برنامه خودکشی خاص دامن بزنند. در افسردگی های شدید تر ممکن است آنها امور خود را نظم دهند، به عنوان مثال، وصیت نامه های به روز شده، بدهی های تسویه شده، مواد مورد نیاز (به عنوان مثال طناب یا اسلحه) را به دست آورده و مکان و زمان خود را برای انجام خودکشی انتخاب کنند. انگیزه های خودکشی ممکن است شامل تمایل به تسلیم در برابر موانع غیرقابل تحمل، یک آرزوی شدید برای پایان دادن به آنچه که به عنوان یک وضعیت عاطفی بی پایان و بد احساس می شود، عدم توانایی در پیش بینی هرگونه لذت در زندگی، باشد. حل چنین تفکری ممکن است معیار مهمی برای کاهش خطر باشد.

عدم توجه با وضعیت پزشکی: ارزیابی نشانه های افسردگی اساسی دارای اهمیت است؛ به ویژه هنگامی که فرد دارای یک وضعیت عمومی پزشکی مانند سرطان، سکته مغزی، دیابت و یا بارداری است، برخی از نشانه های افسردگی اساسی با مواردی که در شرایط عمومی پزشکی وجود دارد (مثلاً کاهش وزن با دیابت درمان نشده؛ خستگی با سرطان؛ افزایش خواب در اوایل بارداری؛ بی حسی بعد از بارداری یا زایمان) یکسان است. چنین نشانه هایی برای تشخیص افسردگی مهم است، مگر در مواردی که به وضوح و کاملاً به یک وضعیت پزشکی عمومی نسبت داده می شوند. نشانه های غیرتعارف سرفه، بیهوشی، گناه یا بی ارزشی، اختلال در تمرکز و افکار خودکشی باید در چنین مواردی با احتیاط خاص ارزیابی شود.

میزان شیوع اختلال افسردگی

ویرایش پنجم راهنمای آماری و تشخیصی اختلال های روانی [۱۰] نرخ شیوع ۱۲ ماهه افسردگی اساسی را حدود ۷ درصد اعلام نموده است. شیوع طول عمر و ۱۲ ماهه آن در ده کشور با درآمد بالا به ترتیب ۱۴/۶ و ۵/۵ درصد بوده و در هشت کشور با درآمد متوسط شیوع طول عمر ۱۱/۱ درصد و شیوع ۱۲ ماهه آن ۵/۹ درصد می باشد. میزان شیوع افسردگی در ایران از آمارهای گزارش شده در سطح جهانی بیشتر است. طوری که میزان شیوع افسردگی خفیف، متوسط و شدید را در میان جمعیت های خاص به ترتیب ۳۰/۱ درصد، ۲۵/۴ درصد و ۱۴/۸ درصد برآورد کرده اند که نسبت به آمار جهانی بالاتر است [۱۳]. نظری و همکاران [۱۴] نیز در سال ۱۳۸۰ میزان شیوع اختلال افسردگی را در شهر تهران بررسی کردند؛ نمونه آنها شامل ۱۱۹۱ نفر (۵۸۵ نفر زن، ۶۰۶ نفر مرد) از اهالی تهران بوده است که سن ۲۰ تا ۶۴ سال داشتند، نتایج بررسی آنان نشان داد که میزان شیوع اختلال افسردگی ۲۲،۵٪ بوده است. شیوع افسردگی در زنان ۲۹،۲٪ و در مردان ۱۶٪، که از نظر آماری تفاوت معنی دار بود. در ادامه در جدول ۱ برخی از پژوهش های انجام شده در ایران، پیرامون میزان شیوع افسردگی را مشاهده می فرمایید.

جدول ۱. برخی از پژوهش های انجام شده در ایران، پیرامون میزان شیوع افسردگی

ردیف	عنوان پژوهش	میزان شیوع افسردگی (درصد)	در مردان (درصد)	در زنان (درصد)	پژوهشگران و سال پژوهش
۱	بررسی شیوع افسردگی در بیماری	بین ۱/۱۳ تا	-----	-----	فیروزی فر و حسینی

[۱۵] (۱۳۹۷)			۴/۶۷	های مزمن جسمانی: مطالعه ی مروری در استان مازندران	
حیدری راد و همکاران [۱۶] (۱۳۹۷)	-----	-----	۵۰	بررسی میزان شیوع افسردگی و عوامل مرتبط با آن در بین زنان مبتلا به سرطان پستان مراجعه کننده به مرکز رادیوتراپی بیمارستان توحید سنندج در سال ۱۳۹۶	۲
نادی و همکاران (۱۳۹۷) [۱۷]	۴۴/۷	۵۵/۳	۶۶	بررسی میزان شیوع افسردگی در افراد مبتلا به بیماری انسدادی مزمن ریه در همدان طی سال ۱۳۹۷	۳
بهرامی و همکاران (۱۳۹۶) [۱۸]	-----	-----	۸۰	بررسی میزان شیوع افسردگی و برخی عوامل مؤثر بر آن در دانشجویان دانشکده بهداشت دانشگاه علوم پزشکی سمنان، سال ۱۳۹۵	۴
محمدی (۱۳۹۶) [۱۹]	-----	-----	۶۰/۳	شیوع افسردگی در بیماران مبتلا به آلوپسی در ایران: یک مطالعه ی مرور سیستماتیک و متاآنالیز	۵
ریاحی و همکاران (۱۳۹۶) [۲۰]	۶۵	-----	۶۵	شیوع افسردگی در دانش آموزان دختر دبیرستانی شهرستان کوهدشت	۶
سایه میری و همکاران (۱۳۹۵) [۲۱]	۶۰	۳۲/۲	۵۴/۸	شیوع افسردگی در بیماران مبتلا به دیابت نوع دو در ایران: مطالعه مرور سیستماتیک و متاآنالیز	۷
باقریان و همکاران (۱۳۸۹) [۲۲]	-----	-----	بیماران - مبتلا به فشار خون بالا: ۶۶ - افراد سالم: ۴۰	مقایسه شیوع علائم افسردگی در بیماران مبتلا به فشار خون بالا و افراد سالم (چکیده دهمین همایش پیایی سالیانه انجمن علمی روانپزشکان ایران)	۸
احمدی و یوسفی، (۱۳۸۷) [۲۳]	۱۸/۵	۱۴/۹	۲۹/۶	شیوع افسردگی و عوامل مرتبط با آن در عشایر ایل بختیاری ایران در سال ۱۳۸۵ (گزارش کوتاه)	۹
عبدالهیان و همکاران (۱۳۸۱) [۲۴]	۶/۷	۱/۱۳	۳/۱۰	میزان شیوع افسردگی در کودکان دبستانی شهر مشهد	۱۰

۱۱	شیوع افسردگی در شهر تهران	۲۲/۵	۱۶	۲۹/۲	نظری و همکاران (۱۳۸۰) [۱۴]
----	---------------------------	------	----	------	-------------------------------

شیوع افسردگی در فرهنگ های مختلف به طور قابل توجهی متفاوت است. تفاوت در نرخ شیوع در کشورهای مختلف فقط نشان دهنده نقش نیرومند فرهنگ نیست بلکه عوامل مهمی همچون فاصله از استوا، سرانه مصرف ماهی، عوامل فرهنگی و اقتصادی مانند نابرابری ثروت و انسجام خانوادگی در شیوع افسردگی نقش دارند [۷].

اختلال های همبود با افسردگی

ویسمن (۲۰۰۸) در کتاب «تطبیق درمان شناختی برای افسردگی: مدیریت پیچیدگی و همبودی» اختلال وحشت زدگی، اضطراب اجتماعی، اختلال اضطراب فراگیر، اختلال وسواسی - اجباری، اختلال استرس پس از حادثه، اختلال مصرف مواد، اختلال های شخصیت، اختلال شخصیت مرزی و خودکشی را به عنوان اختلال های همبود با افسردگی معرفی نموده است [۵۵]. اختلال های اضطرابی و افسردگی علاوه بر این که از شایع ترین اختلال های روانشناختی هستند، همبودی بالایی نیز دارند، میزان همبودی آنها از ۲۸ تا ۶۳ درصد متغیر است و زمانی که این دو دسته اختلال همراه باشند شدت بیش تری نیز دارند. علل احتمالی این همبودی ناشی از نشانه ها، ویژگی ها و عوامل نگهدارنده و همچنین فرایندهای زیستی و عصبی - شیمیایی مشترک آنها است [۲۶]. برای نمونه اضطراب اجتماعی و افسردگی نیز در موارد زیادی با یکدیگر همبود هستند. در سنین مختلف نوجوانی، جوانی و بزرگسالی اضطراب اجتماعی و افسردگی با عزت نفس پایین نیز همراه اند؛ بنابراین کاهش عزت نفس می تواند یک عامل میانجی بین این دو باشد. در بین پسران، نشانه های اضطراب اجتماعی منجر به کاهش عزت نفس می شود و در ادامه موجب ایجاد نشانه های افسردگی می شود. در بین دختران، نشانه های افسردگی منجر به کاهش عزت نفس می شود؛ از آنجا که کاهش عزت نفس یک عامل خطر برای نشانه های اضطراب اجتماعی است؛ فرد به اضطراب اجتماعی نیز مبتلا می شود [۲۷ و ۲۸].

اختلال وسواسی - اجباری با شماری از اختلال های خلقی و اختلال های اضطرابی میزان همبودی نسبتاً بالایی دارد که در این میان بیشترین میزان همبودی مربوط به افسردگی است. نتایج پژوهش کلفلدت و همکاران (۲۰۱۴) نشان داد که شیوع افسردگی در بین مبتلایان به اختلال وسواسی - اجباری، ۳۴/۶ می باشد [۲۹]. برخی از پژوهش ها بر نقش عوامل شناختی در همبودی بالای این دو اختلال تأکید کرده اند. نگرانی و نشخوار فکری متغیرهای شناختی هستند که در تبیین نشانه های این دو اختلال نقش مهمی را ایفا می کنند [۳۰].

همانگونه که بیان شد افسردگی با اختلال مصرف مواد نیز دارای همبودی است. بیش از ۷۰ درصد افراد وابسته به مواد علاوه بر مشکل مصرف مواد از اختلال هایی مانند اختلال ها شخصیت، جنسی، اضطرابی، افسردگی و اختلال های جسمی رنج می برند که در این میان وجود افسردگی بارزتر می باشد [۳۱]. یکی از دلایل این مساله این است که فقدان حمایت خانوادگی یا اجتماعی و محافل اجتماعی، عوامل خطر برای شروع مصرف مواد و افسردگی بویژه در نوجوانان هستند. علاوه بر این، افسردگی نیز، یک عامل خطر برای مصرف مواد است [۳۲]. همچنین تأثیرات ژنتیکی مشترک ممکن است زمینه ساز بروز هر دو اختلال شود. برای نمونه تغییر در ژن های سیستم انتقال دهنده عصبی گابا، فرد را در معرض درجات بالایی از همبودی افسردگی، اختلال مصرف مواد و اختلال استرس پس از حادثه قرار می دهد [۳۳].

یکی از مهم ترین تبیین هایی که برای میزان بالای شیوع افسردگی در طول عمر بیان می شود، همبودی اختلال افسردگی با اختلال های شخصیت است [۳۴]. ویرایش پنجم راهنمای آماری و تشخیصی اختلال های روانی [۱۰] اختلال های شخصیت را به سه گروه تقسیم نموده است. افراد مبتلا به اختلال های گروه آ معمولاً عجیب و نامتعارف به نظر می رسند، این گروه شامل اختلال های شخصیت پارانویید، اسکیزوئید و اسکیزوتایپال است. در گروه ب، مبتلایان معمولاً عاطفی، هیجانی، یا غیر قابل پیش بینی هستند و شامل اختلال های شخصیت ضد اجتماعی، مرزی، نمایشی و خودشیفته می باشد. شباهت اختلال های گروه ث در ترس و اضطراب است که شامل اختلال های شخصیت اجتنابی، وابسته و وسواسی - اجباری است [۳۵]. نتایج

برخی از پژوهش ها نشان داده است که اختلال های شخصیت گروه ب، پیش بینی کننده شدت و مدت زمان افسردگی هستند، و اختلال های گروه ث، افسردگی مزمن را پیش بینی می کنند [۳۶]. در پژوهشی که تمنایی فر و همکاران (۱۳۸۷) در ایران انجام داده اند در بین اختلال های شخصیت، اختلال شخصیت مرزی بیش ترین و اختلال شخصیت ضد اجتماعی کمترین همبودی را با افسردگی داشته است [۳۷].

پیامدهای افسردگی

بار افسردگی به سلامت روانی محدود نمی شود و به سلامت جسمانی نیز گسترش می یابد؛ نتایج مطالعات طولی نشان می دهد که اختلال افسردگی اساسی خطر ابتلا به بیماری های قلبی عروقی و مرگ و میر را تا حدود ۸۰٪ افزایش می دهد. تأثیر اختلال افسردگی اساسی در سلامت قلب و عروق تا حدودی می تواند به وسیله عوامل میانجیگری مانند شیوه ناسالم (سیگار کشیدن، مصرف بیش از حد الکل، عدم فعالیت فیزیکی، برنامه غذایی ناسالم، عدم رعایت درمان) و اختلال های نامطلوب (محور HPA، متابولیسم و ایمنی دچار اختلال های التهابی) ایجاد گردد [۳۸]. بدترین پیامد افسردگی خودکشی است، هر ساله تقریباً یک میلیون نفر مبتلا به افسردگی در سراسر جهان خودکشی می کنند [۸]. سازمان بهداشت جهانی (۲۰۱۸) نیز افسردگی را یک بیماری شایع در سراسر جهان اعلام نموده که بیش از ۳۰۰ میلیون نفر به آن مبتلا هستند؛ همچنین هر ساله نزدیک به ۸۰۰۰۰۰ نفر بر اثر خودکشی می میرند [۹]. گذشته از خطرات سلامتی، افسردگی با پیامدهای دیگری از جمله مشکلات مالی همراه است. یک مطالعه در آمریکا نشان داد که مشکلات مالی در افراد افسرده ۷۵ درصد بالاتر از میانگین ملی است؛ این مطالعه همچنین نشان داد که تنها نیمی از افراد شرکت کننده در این تحقیق از روابط زناشویی خود راضی بودند؛ همچنین وقتی فرد دچار افسردگی می شود، چشم انداز شغلی نیز تحت تأثیر قرار می گیرد. عملکرد در محل کار به طور جدی تحت تأثیر افسردگی است و ممکن است منجر به تخریب و از دست دادن شغل شود؛ البته از سوی دیگر در مطالعه ای در استرالیا مشخص شد که سطح درآمد و وضعیت اشتغال نیز بر میزان افسردگی در جامعه تأثیر دارد [۳۹].

تفاوت های جنسیتی در اختلال افسردگی

بررسی های بین المللی نشان می دهد که در بین انواع مختلف افسردگی، بیشترین تفاوت جنسیتی مربوط به افسردگی اساسی است اما این تفاوت تا زمان نوجوانی آشکار نمی شود، این نکته به این معنی است که میزان افسردگی در کودکان پسر و دختر تفاوت چشمگیری ندارد اما از سنین نوجوانی به بعد این تفاوت آشکار می شود [۴۰]؛ بر طبق ویرایش پنجم راهنمای آماری و تشخیصی اختلال های روانی، زنان ۱/۵ تا ۳ برابر بیشتر از مردان اختلال افسردگی اساسی را تجربه می کنند [۴۱ و ۱۰]؛ اگرچه تفاوت جنسیتی در افسردگی نشانگر نابرابری سلامتی، به ویژه در بزرگسالی است اما این تفاوت زیاد نباید موجب غفلت از افسردگی در مردان گردد [۴۰].

تحقیقات مختلفی برای مشخص نمودن مبانی زیستی تفاوت جنسیتی در اختلال افسردگی انجام شده است که هیچ یک ارتباط معنی داری بین حضور یک ژن غالب در کروموزوم X و شیوع بالای افسردگی در زنان مشاهده نکرده اند؛ همچنین تا کنون هیچ پژوهشی ارتباط مستقیمی میان جنسیت و میزان انتقال دهنده های عصبی گزارش نکرده است [۴۲]؛ اما یکی از مهم ترین تبیین های زیستی برای تفاوت جنسیتی در افسردگی مربوط به عوامل هورمونی است؛ دچر و همکاران (۲۰۰۸) شواهدی را مبنی بر تأثیر پذیری سیستم های انتقال دهنده عصبی از تغییر وضعیت هورمونی ارائه می دهند [۵۹]. زیرا زنان در مراحل مختلف زندگی مانند شروع بلوغ [۴۲]، قبل از عادت ماهیانه [۴۳، ۴۴ و ۴۵]، در طول بارداری [۴۶، ۴۷، ۴۸ و ۴۹] و پس از زایمان [۴۴، ۴۵، ۵۰، ۵۱ و ۵۲] و دوران یائسگی [۵۳، ۵۴ و ۵۵] دچار نوسانات هورمونی می شوند و این مسئله منجر به تغییرات خلقی در آنان نیز می شود.

یکی دیگر از تبیین های زیستی در این زمینه مربوط به دستگاه سروتونین است؛ احتمالاً تجزیه و ترکیب ۵-هیدروکسی تریپتامین در زنان نسبت به مردان کم تر است و در نتیجه کاهش خلق و خو در زنان بیش از مردان دیده می شود؛ به همین دلیل زنان نسبت به تغییرات دستگاه سروتونین آسیب پذیر ترند [۵۶].

پژوهش ها نشان می دهد که تفاوت جنسیت در افسردگی صرفاً موضوع زیستی نیست بلکه محصول نیروهای اجتماعی، فرآیندهای روان شناختی و زیست شناسی است. در دهه های اخیر تغییراتی در روند تقسیم کار و فعالیت اقتصادی خانواده ایجاد شده است؛ یک زن شاغل متأهل، هم مسئولیت شغلی و هم مسئولیت خانه و فرزندان را بر عهده دارد در حالی که مردان بیشتر مسئولیت شغلی دارند و در نتیجه مردان در مقایسه با زنان فرصتی بیشتری برای تفریح و مراقبت از خود خواهند داشت؛ تحقیقات نشان داده است عدم اوقات فراغت با افسردگی رابطه دارد [۴۲]. محسنی تبریزی و سیدان (۱۳۸۳) علاوه بر تقسیم کار، دستیابی نابرابر زنان به منابع ارزشمند در خانواده، نوع روابط قدرت در خانواده، همراه با وضعیت اجتماعی و اقتصادی را در افسردگی زنان موثر می دانند. از نگاه آنان فرایند جامعه پذیری زنان بر اساس صفات منتسب به نقش های جنسیتی زنانه مانند داشتن فشار روانی و فقدان خود اثربخشی در زنان، آنان را برای ابتلا به بیماری های روانی، به ویژه افسردگی، مستعدتر می سازد [۵۷]. در این راستا نتایج پژوهش ریاحی و محمود آبادی (۱۳۹۵) نیز نشان داده است که «نقش جنسیتی زنانه غالب» یا زن بودگی (و نه صرفاً زن بودن)، افراد را مستعد ابتلا به افسردگی می کند؛ در حالی که «نقش جنسیتی مردانه غالب» یا مرد بودگی (و نه صرفاً مرد بودن)، مانند سپری محافظ در مقابل افسردگی عمل می کند؛ این نتایج همسو با دیدگاه طرحواره ی جنسیتی است که تاکید می کند ساختار اجتماعی به دختران و پسران القا می کنند که نگرش های متفاوت و خاصی به خودشان و جنسیت شان داشته باشند [۵۸].

تشخیص افتراقی

وجه افتراق اختلال افسردگی با دیگر اختلال ها عبارت است از:

دوره های شیدایی با خلق تحریک پذیر یا دوره های مختلط: تشخیص افتراقی افسردگی اساسی از خلق و خوی تحریک پذیر ممکن است دشوار باشد؛ این تمایز مستلزم ارزیابی دقیق بالینی از وجود نشانه های شیدایی است.

اختلال خلقی به دلیل وضعیت پزشکی دیگر: زمانی اختلال افسردگی اساسی تشخیص مناسبی است که مشکل خلقی فرد، بر اساس بررسی تاریخچه فردی، معاینه جسمی و یافته های آزمایشگاهی، نتیجه مستقیم یک بیماری خاص پزشکی مانند تصلب چندانگانه، سکتة مغزی و کم کاری تیروئید نباشد.

اختلال افسردگی یا دو قطبی ناشی از مواد یا دارو. این اختلال با مصرف یک ماده خاص (به عنوان مثال، سوء مصرف مواد، دارو، سم) مرتبط است و با همین نکته از اختلال افسردگی اساسی متمایز می شود. به عنوان مثال، خلق و خوی افسرده که فقط در زمان خروج کوکائین از بدن رخ می دهد و به عنوان یک اختلال افسردگی ناشی از کوکائین شناخته می شود [۱۰].

بحث و نتیجه گیری:

بررسی آمار های منتشر شده از سوی سازمان های جهانی درباره اختلال افسردگی در طول ۳۰ سال اخیر نشان می دهد علی رغم تلاش های انجام شده، افسردگی از رتبه چهارم به رتبه اول علت از کارافتادگی انسان ها تبدیل شده است و پیش بینی ها بیانگر آن است که این وضعیت تا سال ۲۰۳۰ نیز ادامه خواهد داشت. با توجه به اهمیت این مساله هدف از این پژوهش مروری بر تعریف، توصیف و ملاک های تشخیصی اختلال افسردگی بر اساس ویرایش پنجم راهنمای آماری و تشخیصی اختلال های روانی (DSM-5) بوده است. این ویرایش اختلال های خلقی را شامل اختلال افسردگی اساسی، اختلال افسردگی مقاوم (افسرده خوبی)، اختلال ملال پیش از قاعدگی، اختلال بی نظمی های خلقی آشفته ساز، اختلال دو قطبی I، اختلال دو قطبی II و ادواری خوبی می داند و نشانه های آن را در چهار دسته نشانه های خلقی، شناختی، انگیزشی و جسمانی بیان نموده است. برای تشخیص افسردگی لازم است پنج یا تعداد بیشتری از نشانه های در طول مدت دو هفته وجود داشته باشد و موجب تغییر

در عملکرد گذشته فرد شود. این نشانه ها باید شامل خلق افسرده یا نبود علاقه و لذت نیز باشد. این نشانه ها باعث پریشانی یا اختلال قابل توجه بالینی در عملکرد اجتماعی، شغلی یا دیگر عملکرد های فرد می شوند اما این دوره ناشی از تاثیرات جسمی یک ماده یا وضعیت پزشکی دیگری نیست. ویژگی های افسردگی عبارتند از: روحیه ی افسرده، کاهش علاقه و لذت، تغییر *در اشتها یا وزن، اختلال خواب، تغییرات روانی حرکتی، کاهش انرژی و خستگی، احساس بی ارزشی یا گناه، اختلال در تفکر و تمرکز، فکر مرگ و خودکشی، عدم توجه با وضعیت پزشکی. این نشانه ها باید حداکثر روز، تقریباً هر روز، حداقل برای ۲ هفته متوالی ادامه یابد.

بر اساس آمار های موجود، افسردگی اختلال شایعی است که ویرایش پنجم راهنمای آماری و تشخیصی اختلال های روانی نرخ شیوع ۱۲ ماهه افسردگی اساسی را حدود ۷ درصد اعلام نموده است. سازمان بهداشت جهانی در سال ۲۰۱۸ نیز افسردگی را یک بیماری شایع در سراسر جهان اعلام نموده که بیش از ۳۰۰ میلیون نفر به آن مبتلا هستند؛ اما میزان شیوع در کشورهای مختلف متفاوت است؛ این تفاوت فقط نشان دهنده نقش نیرومند فرهنگ نیست بلکه عوامل مهمی همچون فاصله از استوا، سرانه مصرف ماهی، عوامل فرهنگی و اقتصادی مانند نابرابری ثروت و انسجام خانوادگی در شیوع افسردگی نقش دارند. میزان شیوع افسردگی در ایران از آمارهای گزارش شده در سطح جهانی اندکی بیشتر است. اختلال وحشت زدگی، اضطراب اجتماعی، اختلال اضطراب فراگیر، اختلال وسواسی - اجباری، اختلال استرس پس از حادثه، اختلال مصرف مواد، اختلال های شخصیت، اختلال شخصیت مرزی و خودکشی از مهم ترین اختلال های همبود با افسردگی هستند. اما پیامد های افسردگی به سلامت روانی محدود نمی شود، بیماری های قلب و عروق، مشکلات مالی، شغلی، تحصیلی و روابط زناشویی نیز از دیگر پیامد های مهم این اختلال است.

بر طبق ویرایش پنجم راهنمای آماری و تشخیصی اختلال های روانی، زنان ۱/۵ تا ۳ برابر بیشتر از مردان اختلال افسردگی اساسی را تجربه می کنند؛ تحقیقات مختلفی برای مشخص نمودن مبانی زیستی تفاوت جنسیتی در اختلال افسردگی انجام شده است؛ یکی از مهم ترین تبیین های زیستی برای تفاوت جنسیتی در افسردگی مربوط به عوامل هورمونی است؛ افسردگی صرفاً موضوع زیستی نیست بلکه محصول نیروهای اجتماعی، فرآیندهای روان شناختی و زیست شناسی است؛ از این رو روند تقسیم کار و فعالیت اقتصادی خانواده، اوقات فراغت، دستیابی نابرابر زنان به منابع ارزشمند در خانواده، نوع روابط قدرت در خانواده، همراه با وضعیت اجتماعی و اقتصادی نیز در تفاوت جنسیتی افسردگی موثر است. تشخیص افتراقی افسردگی مستلزم تمایز بالینی آن از دوره های شیدایی با خلق تحریک پذیر یا دوره های مختلط، اختلال خلقی به دلیل وضعیت پزشکی دیگر، اختلال افسردگی یا دو قطبی ناشی از مواد یا دارو است.

منابع

۱. چلبی، م؛ یاقوتی، ه. (۱۳۹۲). بررسی عوامل اجتماعی مؤثر بر افسردگی: بررسی تطبیقی میزان افسردگی و عوامل اجتماعی مؤثر بر آن در استان گیلان و تهران. بررسی مسائل اجتماعی ایران. ۱۴. ۱۸۷-۲۰۸.
۲. سیفی، م؛ اعتمادی، ا؛ شفیق آبادی، ع. (۱۳۹۱). تاثیر مداخله مبتنی بر خود معنوی و خود خانوادگی بر کاهش علائم افسردگی دانشجویان. روانشناسی و دین. ۱۹. ۱۱۷-۱۳۴.
۳. سلیگمن، م؛ روزنهان، دیوید؛ والکر، الاین. (۱۹۸۹). آسیب شناسی روانی. ترجمه رضا رستمی، سیامک طهماسبی، جمیله زارعی، سعیده نوزیان، بنفشه فرزین راد (۱۳۹۰). تهران: ارجمند. دوم.
۴. Liu, C.S., Adibfar, A., Herrmann, N., Gallagher, D., & Lancto[^]t, K.L. (۲۰۱۷). Evidence for Inflammation-Associated Depression. In *Inflammation-Associated Depression: Evidence, Mechanisms and Implications* (Vol.۳۱, pp. ۳-۳۰). New York: Springer International Publishing.

۵. Halaris, A. (۲۰۱۷). Inflammation-Associated Co-morbidity Between Depression and Cardiovascular Disease. In *Inflammation-Associated Depression: Evidence, Mechanisms and Implications* (Vol. ۳۱, pp. ۴۵-۷۲). New York: Springer International Publishing.
۶. نامجو، م؛ کافی، م؛ حکیم جوادی، م؛ غلامعلی لواسانی، م؛ آشکار، ر. (۱۳۹۱). رابطه کمال گرایی سبک های دفاعی و نشانه های افسردگی در دانشجویان. پژوهش های روانشناسی بالینی و مشاوره. ۳. ۵۳-۷۶.
۷. کرینگ، آ؛ جانسون، ش؛ دیویسون، ج؛ نیل، ج. (۲۰۱۵). آسیب شناسی روانی: علم و درمان اختلال های روانشناختی (جلد اول) (ویراست ۱۳). ترجمه حمید شمسی پور و سعید صباغی پور (۱۳۹۶). تهران: انتشارات ارجمند. اول.
۸. Waclawiková, B., El Aidy, S. (۲۰۱۸). Role of Microbiota and Tryptophan Metabolites in the Remote Effect of Intestinal Inflammation on Brain and Depression. *Pharmaceuticals*, ۱۱, ۶۳-۸۰.
۹. World Health Organization. (۲۰۱۸). Depression . <https://www.who.int/news-room/factsheets/detail/depression>.
۱۰. Association, A. P. (۲۰۱۳). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5®)*. American Psychiatric Pub.
۱۱. Smith, J. (۲۰۱۶). *Involuntary Symptoms: Grief and Depression*. IN *Psychotherapy* (۲۲۱-۲۳۶). Springer International Publishing: New York.
۱۲. Upchurch Sweeney, C. R., Turner, J. R., Turner, J. R., Barrett, C., Soto, A. V., Whang, W., ... Schroeder, B. (۲۰۱۳). Depression: Symptoms. IN *Encyclopedia of Behavioral Medicine* (PP ۵۶۷-۵۶۸). Springer Science + Business Media : Berlin/Heidelberg.
۱۳. رضایی، م؛ قدم پور، ع؛ رضایی، م؛ کاظمی، ر. (۱۳۹۴). اثربخشی طرحواره درمانی هیجانی (EST) بر اندیشناکی و شدت افسردگی بیماران مبتلا به افسردگی اساسی. روانشناسی بالینی. ۲۸. ۴۵-۵۸.
۱۴. نظری، ه؛ هرمزی، ک؛ مشایخی، ف؛ والی زاده، م؛ فلاحتی، ف. (۱۳۸۰). شیوع افسردگی در شهر تهران. یافته. ۱۱. ۲۳-۲۸.
۱۵. فیروزی فر، ا؛ سید حسینی، ح. (۱۳۹۷). بررسی شیوع افسردگی در بیماری های مزمن جسمانی: مطالعه ی مروری در استان مازندران. مجله دانشگاه علوم پزشکی مازندران. ۱۶۲. ۱۸۷-۲۰۱.
۱۶. حیدری راد، ف؛ یار احمدی، م؛ حیدری راد، ح؛ شفیعی، م. (۱۳۹۷). بررسی میزان شیوع افسردگی و عوامل مرتبط با آن در بین زنان مبتلا به سرطان پستان مراجعه کننده به مرکز رادیوتراپی بیمارستان توحید سنندج در سال ۱۳۹۶. پرستاری و مامایی و پیراپزشکی. ۲. ۳۹-۴۹.
۱۷. نادى، ف؛ احمد پناه، م؛ کریمی، ن؛ نادى، ا. (۱۳۹۷). بررسی میزان شیوع افسردگی در افراد مبتلا به بیماری انسدادی مزمن ریه در همدان طی سال ۱۳۹۷. مجله پزشکی بالینی ابن سینا (مجله دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی همدان). ۳. ۱۷۰-۱۷۶.
۱۸. بهرامی، م؛ دهدشتی، ع؛ کرمی، م. (۱۳۹۶). بررسی میزان شیوع افسردگی و برخی عوامل مؤثر بر آن در دانشجویان دانشکده بهداشت دانشگاه علوم پزشکی سمنان، سال ۱۳۹۵. علوم پزشکی زانکو. ۵۸. ۲۴-۳۲.
۱۹. محمدی، م. (۱۳۹۶). شیوع افسردگی در بیماران مبتلا به آلپسی در ایران: یک مطالعه ی مرور سیستماتیک و متآنالیز. پوست و زیبایی. ۳. ۱۵۶-۱۶۲.
۲۰. ریاحی، ف؛ ایزدی مزیدی، م؛ تشکری، ا؛ منصوری، م. (۱۳۹۶). شیوع افسردگی در دانش آموزان دختر دبیرستانی شهرستان کوهدشت. مجله علمی پزشکی جندی شاپور. ۴. ۴۳۳-۴۴۲.
۲۱. سایه میری، ک؛ شیخی، ع؛ ربیعی فخر، ف؛ یادگار آزادی، ع؛ اعظمی، م. (۱۳۹۵). شیوع افسردگی در بیماران مبتلا به دیابت نوع دو در ایران: مطالعه مرور سیستماتیک و متآنالیز. مجله دیابت و متابولیسم ایران (مجله دیابت و لیپید ایران). ۴. ۲۱۷-۲۲۴.

۲۲. باقریان، ر؛ باغبانیان، ع؛ خیر آبادی، غ؛ حیدری نژاد، د؛ مشکلانی، م. (۱۳۸۹). مقایسه شیوع علایم افسردگی در بیماران مبتلا به فشار خون بالا و افراد سالم (چکیده دهمین همایش پیاپی سالیانه انجمن علمی روانپزشکان ایران). مجله روانپزشکی و روانشناسی بالینی ایران (اندیشه و رفتار). ۳. ۲۷۹ - ۲۸۰.
۲۳. احمدی، ع؛ یوسفی، ق. (۱۳۹۶). شیوع افسردگی و عوامل مرتبط با آن در عشایر ایل بختیاری ایران در سال ۱۳۸۵ (گزارش کوتاه). مجله دانشگاه علوم پزشکی گرگان. ۲. ۶۵ - ۶۷.
۲۴. عبدالهیان، ا؛ یزدانی فارابی، ش؛ امیری مقدم، ر. (۱۳۸۱). میزان شیوع افسردگی در کودکان دبستانی شهر مشهد. مجله روانپزشکی و روانشناسی بالینی ایران (اندیشه و رفتار). ۴. ۴۲ - ۴۸.
۲۵. Whisman, M. A. (Ed.). (۲۰۰۸). *Adapting cognitive therapy for depression: Managing complexity and comorbidity*. New York: Guilford Press.
۲۶. عطارد، ن؛ میکائیلی، ن؛ مهاجری اول، ن؛ وجودی، ب. (۱۳۹۵). اثر درمان فراتشخیصی یکپارچه بر اختلالات اضطرابی و افسردگی همایند: طرح تک موردی. مجله دانشگاه علوم پزشکی تربت حیدریه (طنین سلامت). ۴. ۵۴ - ۶۲.
۲۷. قدم پور، ع؛ غلامرضایی، س؛ رادمهر، پ. (۱۳۹۴). اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر کاهش اضطراب اجتماعی و افسردگی در نوجوانان مبتلا به همبودی اضطراب اجتماعی و افسردگی با پیگیری ۶۰ روزه. مجله پزشکی دانشگاه علوم پزشکی ارومیه. ۱۲. ۱۰۲۸ - ۱۰۴۰.
۲۸. Väänänen, J.-M., Isomaa, R., Kaltiala-Heino, R., Fröjd, S., Helminen, M., & Marttunen, M. (۲۰۱۴). Decrease in self-esteem mediates the association between symptoms of social phobia and depression in middle adolescence in a sex-specific manner: a ۲-year follow-up of a prospective population cohort study. *BMC Psychiatry*, ۱۴(۱), ۱-۸.
۲۹. Klenfeldt, I. F., Karlsson, B., Sigström, R., Bäckman, K., Waern, M., Östling, S., ... Skoog, I. (۲۰۱۴). Prevalence of Obsessive-Compulsive Disorder in Relation to Depression and Cognition in an Elderly Population. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, ۲۲(۳), ۳۰۱-۳۰۸.
۳۰. سلمانی، ب؛ حسنی، ج. (۱۳۹۵). نقش عدم تحمل ابهام و باورهای فراشناختی مثبت در اختلال های وسواس فکری عملی و افسردگی اساسی. مجله علوم پزشکی رازی. ۱۴۲. ۶۵-۷۲.
۳۱. رسولی آزاد، م؛ قنبری هاشم آبادی، ب؛ طباطبایی، م. (۱۳۸۸). تاثیر گروه درمانی با رویکرد شناختی رفتاری بر مردان وابسته به مواد افیونی با همبودی اختلال افسردگی اساسی. اصول بهداشت روانی. ۴۳. ۱۹۵ - ۲۰۴.
۳۲. Espada Sánchez, J. P., González Maestre, M. T., & Orgilés, M. (۲۰۱۸). Substance use in Spanish adolescents: The relationship between depression and social support seeking. *Health and Addictions/Salud y Drogas*, ۱۸(۲), ۲۷-۳۳.
۳۳. Bountress, K., Wei, W., Sheerin, C., Chung, D., Amstadter, A., Mandel, H., & Wang, Z. (۲۰۱۷). Relationships between GAT¹ and PTSD, Depression, and Substance Use Disorder. *Brain Sciences*, ۷(۱۲), ۶-۱۸.
۳۴. Papakostas, G. I., & Fava, M. (۲۰۰۸). Predictors, moderators, and mediators (correlates) of treatment outcome in major depressive disorder. *Dialogues in clinical neuroscience*, ۱۰(۴), ۴۳۹-۴۵۱.
۳۵. شکیباء، ش؛ محمد خانی، پ؛ پورشهباز، ع؛ مشتاق بیدختی، ن. (۱۳۸۹). اثربخشی روان درمانی کوتاه مدت روابط موضوعی بر کاهش شدت افسردگی و مشکلات بین فردی زنان مبتلا به اختلال افسردگی اساسی با همبودی اختلال های شخصیت خوشه C. روان شناسی بالینی. ۴. ۲۹ - ۴۰.
۳۶. Iacoviello, B. M., Alloy, L. B., Abramson, L. Y., Whitehouse, W. G., & Hogan, M. E. (۲۰۰۷). The Role of Cluster B and C Personality Disturbance in the Course of Depression: A Prospective Study. *Journal of Personality Disorders*, ۲۱, ۳۷۱-۳۸۳.

۳۷. تمنایی فر، ش؛ محمدخانی، پ، پورشهباز، ع. (۱۳۸۷). رابطه همبودی اختلالات شخصیت کلاستر B و اختلال افسردگی اساسی با عود افسردگی. توانبخشی. ۱۳۰. ۱۱۶-۱۲۸.

۳۸. Penninx, B.W., (۲۰۱۷). Depression and cardiovascular disease: epidemiological evidence on their linking mechanisms. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, ۷۴, ۲۷۷-۲۸۶.
۳۹. Hecht, D. (۲۰۱۰). Depression and the hyperactive right-hemisphere. *Neuroscience Research*, ۶۸(۲), ۷۷-۸۷.
۴۰. Salk, R. H., Hyde, J. S., & Abramson, L. Y. (۲۰۱۷). Gender differences in depression in representative national samples: Meta-analyses of diagnoses and symptoms. *Psychological Bulletin*, ۱۴۳(۸), ۷۸۳-۸۲۲.
۴۱. Hartung, C. M., & Lefler, E. K. (۲۰۱۹). Sex and gender in psychopathology: DSM-۵ and beyond. *Psychological Bulletin*, ۱۴۵(۴), ۳۹۰-۴۰۹.
۴۲. Maji, S. (۲۰۱۸). Society and "good woman": A critical review of gender difference in depression. *International Journal of Social Psychiatry*, ۴۴(۴), ۳۹۶-۴۰۵.
۴۳. Moghtader, L. (۲۰۱۷). Comparison of the Effectiveness of Cognitive-Behavioral Group Therapy with Cognitive Hypnosis on Reducing Depression in Students with Premenstrual Syndrome. *MOJ Clinical & Medical Case Reports*, ۷(۶). ۳۲۷-۳۳۶.
۴۴. Stoner, R., Camilleri, V., Calleja-Agius, J., & Schembri-Wismayer, P. (۲۰۱۷). The cytokine-hormone axis – the link between premenstrual syndrome and postpartum depression. *Gynecological Endocrinology*, ۳۳(۸), ۵۸۸-۶۹۲.
۴۵. McEvoy, K., Osborne, L. M., Nanavati, J., & Payne, J. L. (۲۰۱۷). Reproductive Affective Disorders: a Review of the Genetic Evidence for Premenstrual Dysphoric Disorder and Postpartum Depression. *Current Psychiatry Reports*, ۱۹(۱۲).
۴۶. Azami, M., Badfar, G., Shohani, M., Mansouri, A., Soleymani, A., Beigom Bigdeli Shamloo, M., ... Parizad Nasirkandy, M. (۲۰۱۸). The Prevalence of Depression in Pregnant Iranian Women: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Iranian Journal of Psychiatry and Behavioral Sciences*, ۱۲(۳), ۱-۱۲.
۴۷. Learman, L. A. (۲۰۱۸). Screening for Depression in Pregnancy and the Postpartum Period. *Clinical Obstetrics and Gynecology*, ۶۱, ۵۵۵-۶۳۲.
۴۸. Miksic, S., Miskulin, M., Juranic, B., Rakosec, Z., ... Vcev, A. (۲۰۱۸). DEPRESSION AND SUICIDALITY DURING PREGNANCY. *Psychiatria Danubina*, ۳۰(۱), ۸۵-۹۰.
۴۹. Murphy, S., Breen, E., Cohn, B., Kringbaum, N., Cirillo, P., Perez, C., ... Ellman, L. (۲۰۱۸). F1۵۷. Infection and Increased Cortisol During Pregnancy and Risk for Adolescent Depression. *Biological Psychiatry*, ۸۳(۹), S۲۹۹.
۵۰. McKelvey, M. M., & Espelin, J. (۲۰۱۸). Postpartum depression. *Nursing Made Incredibly Easy*, ۱۶(۳), ۲۸-۳۵.
۵۱. GUINTIVANO, J., MANUCK, T., & MELTZER-BRODY, S. (۲۰۱۸). Predictors of Postpartum Depression. *Clinical Obstetrics and Gynecology*, ۶۱(۳): ۵۹۱-۶۰۳.
۲۲. Deshpande, S. (۲۰۱۸). Postpartum depression: Risk factors and their management. *Annals of Indian Psychiatry*, ۲(۱), ۴۱- ۴۲.
۵۳. Sohn, J. N. (۲۰۱۸). Factors Influencing Depression in Middle Aged Women: Focused on Quality of life on Menopause. *Journal of Health Informatics and Statistics*, ۴۳(۲), ۱۴۸-۱۵۷.
۵۴. Soares, C. N. (۲۰۱۷). Depression and Menopause. *Psychiatric Clinics of North America*, ۴۰(۲), ۲۳۹-۵۵۴.
۵۵. Khan, N. (۲۰۱۷). Depression among Women in Menopause. *Anatomy Physiology & Biochemistry International Journal*, ۲(۳), ۶۶-۴۷.

۵۶. Hulsken, S., Märtin, A., Mohajeri, M. H., & Homberg, J. R. (۲۰۱۳). Food-derived serotonergic modulators: effects on mood and cognition. *Nutrition Research Reviews*, ۲۶(۲), ۲۲۳-۲۳۴.
۵۷. محسنی تبریزی، ع؛ سیدان، ف. (۱۳۸۳). منشا اجتماعی بیماری افسردگی زنان. پژوهش زنان. ۲. ۸۹ - ۱۰۲.
۵۸. ریاحی، م؛ محمود آبادی، ز. (۱۳۹۵). تبیین جامعه شناختی تفاوت های جنسیتی در افسردگی با تاکید بر مفهوم خود خاموشی در نهاد خانواده (مطالعه موردی زنان و مردان ازدواج کرده ی شهر تهران). جامعه شناسی نهادهای اجتماعی، ۳ (۸). ۱۶۷ - ۲۰۱.
۵۹. Deecher, D., Andree, T. H., Sloan, D., & Schechter, L. E. (۲۰۰۸). From menarche to menopause: Exploring the underlying biology of depression in women experiencing hormonal changes. *Psychoneuroendocrinology*, ۳۳(۱), ۳-۱۷.

