



وزارت علوم، تحقیقات و فن آوری

دانشگاه پیام نور

پایان نامه برای دریافت درجه کارشناسی

در رشته روانشناسی عمومی (تجميع)

عنوان:

**بررسی میزان اختلال افسردگی در بین دختران بی سرپرست
مراکز بهزیستی در مقایسه با دختران عادی**

چکیده تحقیق:

عنوان تحقیق: بررسی میزان اختلال افسردگی در بین دختران بی سرپرست مراکز بهزیستی در مقایسه با

دختران عادی

هدف این تحقیق بررسی و مقایسه میزان اختلال در بین دختران عادی بوده و به منظور بررسی این موضوع سه فرضیه طرح شد که به این قرار می باشد. در میزان شیوع افسردگی در بین دختران بی سرپرست و دختران عادی تفاوت وجود دارد. بین سرپرستی یا عدم سرپرستی والدین در بروز پدیده ی افسردگی بین دختران بی سرپرست و عادی رابطه وجود دارد. بین نگهداری دختران بی سرپرست در مراکز بهزیستی و شیوع افسردگی رابطه وجود دارد.

جامعه آماری برای آزمون فرضیه ها ۴۰ نفر در نقاط سنی مختلف انتخابگردید. ۲۰ نفر از این تعداد از دختران بی سرپرست و ۲۰ نفر دیگر جزء دختران عادی بودند. نمونه گیری به صورت تصادفی بود. اطلاعات مورد نیاز از طریق پرسشنامه ی افسردگی فرم کوتاه (۱۳ سوالی) جمع آوری گردید. هر سه فرضیه ای که برای تحقیق مورد نظر بودند تایید شدند. یعنی بین دختران عادی و بی سرپرست در میزان شیوع و بروز پدیده افسردگی تفاوت وجود دارد.

فصل اول

تحقیق

www.markazdanesh.ir

« خلق حاصل مجموعه واکنش های عاطفی در یک زمان معین است. به عبارت دیگر خلق یک استعداد عاطفی زیربنائی است که آکنده از گرایشهای هیجانی و غریزی بوده و به حاتهای روحی ما، جنبه ی مطبوع یا نامطبوع می دهد و بین دو قطب لذت و درد نوسان می کند».

خلق به طور طبیعی می تواند با شرایط محیط سازگار گردد. شاید بتوان به جرأت گفت که افسردگی شایع ترین بیماری قرن حاضر است. یکی از اختلالات روانی که در بیشتر کودکان بی سرپرست تحت حمایت دیده می شود افسردگی است. مدتها تصور می شد که دارو درمانی تنها راه مداوای این بیماری است. حال روش انقلابی وجدیدی در مداوای افسردگی به عموم مردم معرفی گردیده که اثرات آن از دارو درمانی و داروهای افسردگی فراتر می رود. این مداوای انقلاب شناخت درمانی نام گرفته است. (نصرت ا... پورافکاری، ۱۳۶۹)

به جرأت می توان گفت نیمی از افراد بالغ در دوره ای از عصر خود دچار این حالت بوده اند و متأسفانه اکثریت این توده از افسردگی خود آگاه نبوده و نیستند یکی از دلایلی که مردم از شناخت افسردگی خود عاجزند این است که اغلب آن را با غمگینی معمولی اشتباه می کنند. در زندگی هر کس موقعیتهایی پیش می آید که خواه، ناخواه او را آشفتگی واقعی روانی و تقلیل بینش معنوی مشخص همراه نیست. اما افسردگی حالتی است که بر کیفیت خلق شخص تاثیر عمیق گذاشته و نحوه ادراک او را از خویش و از محیطش دگرگون می سازد.

سازمان بهداشت جهانی « افسردگی» را در ردیف چهارم فهرست حادثترین مشکلات بهداشت عمومی در سراسر جهان قرار داده است. (کاپلان و سادوک، ۲۰۰۰).

پیش بینی می شود این اختلال از لحاظ فراوانی در سال ۲۰۲۰ در مرتبه ی دوم بیماری های وخیم قرار گیرد (سامپس، ۲۰۰۱).

در بیمارانی که خلق افسرده ای دارند، از دست دادن انرژی و علاقه، احساس گناه، دشوار شدن تمرکز از دست دادن اشتها و افکار مرگ یا خودکشی وجود دارد. این تغییرات تقریباً همیشه موجب مختل شدن کارکردهای بین فردی، اجتماعی و شغلی بیمار می شود. (کاپلان و سادوک، ترجمه رضایی).

بیان مسئله:

افسردگی محدود به زمان و مکان خاصی نیست بلکه واکنشی هست در مقابل استرس، حالتی است که در هر زمان و برای هر کس ممکن است روی دهد.

شایعترین وضعی که در مواردی افسردگی بیمار می آورد، واکنش به مرگ یک شخص مورد علاقه یا قطع رابطه ای است که در آن عشق عمیقی در کار بوده است. برخی حوادث مثل مرگ همسر، یا از دست دادن والدین که پشتوانه محکم و استواری برای فرزندان بشمار می روند از هم پاشیدن یک رابطه عشقی و ازدواج هم ممکن است بطور یکسان موجب بروز افسردگی شوند.

حال سوالی که در این تحقیق پیش آمده این است که آیا افرادی که تحت عنوان بی سرپرست معرفی می شوند یعنی افرادی که به هر دلیل والدین خود را از دست داده اند و تحت حمایت و سرپرستی سازمانها و افرادی قرار دارند، بیشتر از افراد دیگر که تحت حمایت و سرپرستی والدین خود می باشند در معرض ابتلا به اختلالات روانی از جمله افسردگی قرار دارند؟

و آیا میزان شیوع افسردگی در میان دختران بی سرپرست مراکز بهزیستی بیشتر از دختران تحت سرپرستی والدین است؟

در این مجموعه هدف پاسخگویی، اولاً به این سوال که دختران بی سرپرست از عوامل موثر در افسردگی، چه چیزی در ذهن خود دارند. ثانیاً تا چه اندازه از عوامل موثر افسردگی، رایج در مکان زندگی خود متاثر و

انتظاراتی که دارند است. ثالثاً با استفاده از پرسشنامه هایی که وسیله دختران بی سرپرست تکمیل شده ما به میزان شیوع افسردگی در آنها آگاه شده، در پایان این مجموعه با روشهایی که پیشنهاد می شود بتوان از بروز یا تشدید این پدیده در فرد جلوگیری بعمل آید.

ضرورت و اهمیت تحقیق

همانگونه که می دانیم افسردگی خسارات مالی و جانی فراوانی را برای جامعه به بار می آورد. لذا لازم است تا با اتخاذ شیوه های مناسب با آن مقابله شده، از بروز آن جلوگیری کرد. افسردگی موضوعی غیر قابل حل نیست. اما حل آن هم یکباره ناگهانی و با شیوه های نادرست آن میسر نیست برای مقابله با این پدیده به برنامه ریزی های دراز مدت و زیربنایی احتیاج است. برنامه هایی که بر اساس واقعیت های اجتماعی باشد.

افسردگی معمولاً پنهان می ماند چون اکثر مردم دوست دارند حتی الامکان اوقات خود را به خوشی گذرانده و افسردگی را که دردناک است به سادگی انکار کنند.

در جامعه متغیری نظیر جامعه ما، که تغییرات غیر منتظره بر خور روی می دهد. امکان شکست و از دست دادن زیاد است. روانپزشکان که درباره رشد فرهنگ بر حالات عاطفی مختلف مطالعه کرده اند، دریافته اند که افسردگی شدید در اجتماعی رخ می دهد که اساس محکم و فشرده ای داشته، سیستمهای ارزشی در آن واضح و قابل شناخت بوده و راه گریز و امتناع از افسردگی کم و محدود است. بعلاوه متوجه شده اند که در اجتماعات متحرک، شیوع افسردگی مخفی بعلت سردرگمی سیستم ارزشها شایعتر است، افسردگی مخفی می ماند. چون در چنین جامعه ای - که سست بنیاد است - غیر از افسردگی راههای متعدد برای واکنش در مقابل استرس وجود دارد، راههایی نظیر پناه بردن بر رفتار ضد اجتماعی، اعتیاد به مخدرات و بویژه معضل بزرگ جامعه ما که پیدایش و وارد شدن قرص های رنگارنگ اکس به بازار مصرف می باشد. قرص هایی که امروزه راحتتر از مواد مخدر در اختیار جوانان گذاشته می شود و متأسفانه کنترلی برای آن نیست. در این میان دختران و

پسرانی را فرض کنید که بنا به هر دلیلی دچار ناراحتی و افسردگی هستند برای یک لحظه فرار از این ناراحتی و استرس و اضطراب حاضرند به هر کاری دست بزنند.

به نظر می رسد ادعای اینکه اصولاً افسردگی جزئی ز زندگی بشر است. زیاد مشکل نباشد. (تورو) می گوید: اکثر مردم عمرشان را در افسردگی خاموش می گذرانند. وشو پنهور چنین نوشت: زندگی انسان بین ملال و اندوه در نوسان است.

مطالعات ثابت کرده است که اگر کسی در دوران رشد، مصیبت و غم بزرگی مثل مرگ یکی از والدین یا فرد مهمی از خانواده دیده باشد. نسبت به افسردگی حساسیت بیشتر دارد. (فلک، فردریک، ترجمه پورافکاری) ریشه های افسردگی را در نظر خود شخص نسبت به خودش یافته اند. خلق و عواطف در هیچ زمینه ای بقدر عشق تاثیرپذیر نیست.

در این تحقیق به مکانیزم های مقابله با افسردگی اشاره می شود. بیش از آن تذکر این نکته ضروری است که این شیوه ها تمام روشهای جلوگیری از افسردگی نیست. می توان شیوه های دیگر را نیز با توجه به وضعیتها و موقعیتهای خاص در نظر گرفت. مکانیزم های مقابله با افسردگی به صورت تقریباً درازمدت صورت می گیرد.

اهداف تحقیق:

هدف: مقایسه میزان افسردگی دختران بی سرپرست و دختران عادی

فرضیه:

- بین افسردگی دختران بی سرپرست و دختران عادی تفاوت معناداری وجود دارد.

- بین نگهداری دختران بی سرپرست در مراکز بهزیستی و شیوع افسردگی رابطه وجود دارد.

متغیرها و تعریف مفاهیم

در پژوهش مزبور متغیر مستقل تعیین میزان افسردگی می باشد.

الف) آیا میزان افسردگی در دختران بی سرپرست سازمان بهزیستی در مقایسه با دختران دارای سرپرست بیشتر است؟

ب) آیا میزان افسردگی در دختران که اولیای آنها کم سواد یا بی سواد هستند بیشتر است؟

در پژوهش مزبور متغیر وابسته دختران بی سرپرست و دختران تحت سرپرستی والدین می باشد.

افسردگی :

۱- تعریف مفهومی: در روان شناسی بالینی، منظور نوعی حالت مالیخولیایی، احساس ناامیدی و وضع روانی افسرده می باشد که اگر این حالت به طور مستمر ادامه داشته باشد از علایم بیماری روانی شدید است. (فرمان. ل. مان. به نقل از ساعتچی، ۱۳۶۴)

۲- تعریف عملیاتی: اختلال افسردگی نمره ای است که آزمودنی ها در پرسشنامه افسردگی بک می گیرند.

فصل دوم

پیشینه ی تحقیق

پیشگفتار

افسردگی یکی از رایج ترین انواع ناراحتی های روانی است که باعث مراجعه به روان پزشکان، روانشناسان و دیگر متخصصان بهداشت روانی می گردد. از این لحاظ افسردگی با سرماخوردگی در میان ناراحتی های جسمی قابل مقایسه است (زلیگمان ۱۹۷۵) در هر لحظه از زمان، ۱۵ تا ۲۰ درصد افراد بزرگسال جامعه ممکن است عوارض و نشانه های مختلف افسردگی شدید را از خود نشان دهند.

حداقل ۱۲ درصد از جمعیت کشورهای پیشرفته در طی عمر خود برای معالجه علایم افسردگی شدید به متخصصان روانی مراجعه می کنند و حدس زده می شود که ۷۵ درصد افرادی که در مؤسسات درمانی روانی بستری می شوند نسبت زنان به مردان افسرده در ممالک پیشرفته صنعتی تقریباً دو برابر است (براون و هریس، ۱۹۷۸)

مطالعاتی که در سالهای اخیر از طرف متخصصان سازمان جهانی بهداشت در کشور در حال توسعه ی آسیا و آفریقا انجام گرفته از افزایش دامنه ی شیوی افسردگی در میان ملل در حال رشد حکایت می کند (سازمان جهانی بهداشت ۱۹۷۳)

افسردگی درجات انواع مختلفی دارد و عوامل متعددی ممکن است ناشی گردد این عوامل شامل سرشت طبیعی وراثت، اختلال در فعالیت شیمیای و هورمون بدن، اختلال در ترکیب شیمیایی انتقال دهنده های مغز تجارب خانوادگی (بخصوص داشتن پدر، مادر افسرده یا الکلی) ، از دست دادن یکی از والدین (بخصوص مادر) یا هر دو در اوایل زندگی یا محرومیت از علاقه و محبت والدین، حوادث ناراحت کننده و منفی در سالهای اخیر زندگی، گرفتاری با زوج یا زوجه ای خشن و پرخاشگر. نداشتن روابط اجتماعی نزدیک با افراد قابل اعتماد، بر خوردار نبودن از حمایت اجتماعی کافی و بلاخره نداشتن یا از دست دادن حس احترام و اعتماد به خود می گردد.

برای درمان افسردگی نیز متخصصان روانی از روش های متنوعی استفاده می کنند که از روان کاوی عمیق و دراز مدت تا دارو درمانی و استفاده از شوک الکتریکی را ممکن است در بر می گیرد. در سالهای اخیر استفاده از روشهای درمان روانی و رفتاری کوتاه مدت برای درمان افسردگی مورد توجه قرار گرفته و ارزیابی دقیق این روش ها نتایج امید وار کننده ای را بدست داده است. از جمله این روشها موفق روش درمان شناختی است که توسط پرفسور آلن بک و شاگردان آن در دانشگاه پنسیلوانیا در آمریکا ایجاد شده است کارائی این روش در معالجه افسردگی بالینی در مطالعات متعددی که توسط پرفسور بک و نیز گروه محققان انستیتوی ملی بهداشت روانی (وابسته به دولت فدرال آمریکا) انجام گرفته به اثبات رسیده است.

تحقیقات جهانی افسردگی

افسردگی یکی از نخستین اختلال های روانی است که پزشکان به شرح آن پرداخته اند مفهوم افسردگی طی سالیان متمادی گسترش یافته و اینک سؤال عمده این است که این تعریف گسترده یک بیماری را شامل می شود و یا بر چند بیماری که شناخت علل هر یک از دیدگاه علوم زیست شناسی و روانشناسی با دیگری متفاوت است دلالت می کند گرد همایی سالانه ی انجمن آسیب شناسی روانی آمریکا، در سال ۱۹۸۱، در تاریخ این انجمن، با توجه به گرد همایی های سالهای ۱۹۵۴ و ۱۹۷۲، سومین گرد همایی برای بررسی افسردگی بود به رغم پیشرفتهای چشم گیری که طی دهه ی گذشته که در زمینه پژوهش در مورد افسردگی حاصل شده است هنوز سؤالهای قدیمی در این عرصه پاسخ های روشنی ندارد.

در اواسط دهه ۱۹۵۰، اعضای بخش روانپزشکی در دانشگاه واشنگتن (ای- رابینز- گوئزه) مفهوم افسردگی اولیه و ثانویه را عرضه کردند، آنها امیدوار بودند که در این تقسیم به نتایج هماهنگ تری در پژوهش منجر شود و درک افسردگی را روشنتر کند. در سال ۱۹۶۲، لئونلرد، طبقه بندی یک قطبی- دو قطبی افسردگی را ارائه کرد. این طبقه بندی در اصل، بر داده های بالینی و خانوادگی آن دسته از بیماران سر پای استوار بود که مانی و

افسردگی داشتند (دوقطبی) و خیشاوند انشان، در مقایسه با بیمارانی که فقط افسرده (یک قطبی) بیشتر در معرض ابتلای به پسکوز قرار داشتند.

« وینکور^۱ و دیگران، یک طبقه بندی فرعی را ارائه کرده اند با این طبقه بندی بر داده های بالینی و ژنتیکی ممکن است. بلاخره فهرست اسامی (DSM III)، اختلال عاطفی را بر حسب شدت دو طبقه بندی کرده است. اصطلاحهای مندرج در () ممکن است با تعریف پیشین از بیماران دو قطبی باقی بیماران یک قطبی منطبق نباشد و این بدان علت است که اختلال عاطفی شدید مندرج در «DSM III» تمایز اولیه- ثانویه را به صورتی مبهم در آورده است.»

« پاریش^۲ نشان داده است که در شش سال بین ۷۰-۱۹۶۵ در حدود ۴۳ درصد کلیه داروهائی که برای رفع اختلالات عصبی داده شده قرص خواب بوده است. در کلیه کشورهای غربی همه ساله مقدار بیشتر قرص خواب آور مصرف می شود. بین سال ۱۹۵۴-۱۹۵۹ فروش باربیتوارتها دو برابر شده بود سطح این ارقام در سالهای ۱۹۶۶ تا ۱۹۶۴ کمی پایین آمده، لکن در سال ۱۹۶۵ که داروهای خواب آور جدید به بازار آمد در باره ی آنها تبلیغ زیادی بعمل آمد و از بی خطر بودن و ایجاد خواب راحت آنها سخنها گفته شد و در نتیجه فروش اینگونه مواد زیاد شده در حالیکه مصرف باربیتوارها تا حدی کاهش یافت.

میلر در تحقیق درباره بیماری افسردگی در روزنامه پزشکی مدیکال جورنال در سال ۱۹۶۷ چنین نوشته است: « افسردگی مانند فقر همیشه با ماست در حقیقت من اغلب اوقات به این فکر کشیده می شوم که تعداد کمی از ما ممکن است عمر خود را بدون پیدایش حتی یک صحنه ی افسردگی طی کنیم. حال خود ما، یا پزشک ما طبیعت آن بتواند بشناسد یک امر جداگانه ای است» (دکتر واتز؛ افسردگی روانی، ترجمه: دکتر سیاوش آگاه)

^۱ - (پلاجی . کلاپتون- جیمزانی. بارت، درمان افسردگی با ترجمه: حسن سلطانی فر)
^۲ - Parish

افسردگی

افسردگی حالت عاطفی همراه با غم و اندوه که فرد احساس تقصیر یا گناه توأم با ترس و پوچی می نماید (حیدری ۱۳۸۱) خصوصیت اول و عمده افسردگی غمگینی است که از یک نومییدی خفیف تا احساس یاس و در ماندگی شدید ممکن است نوسان داشته باشد. این تغییر خلق نسبتاً ثابت است و برای روزها و هفته ها و ماهها یا سالها ادامه دارد. افسردگی به عنوان یک نشانه در بسیاری از بیماریهای روانی و جسمی و حالت ماتم و سوگواری ممکن است وجود داشته باشد اما تفاوت افسردگی بیمار گونه آن است که عامل آشکار ساز آن نا متناسب است و افسردگی خیلی شدید و دراز مدت می باشد. افسردگی در این نوع بیماران تمام جنبه های احساسات و تفکر و رفتار شخصیت و علائق فرد را تحت تأثیر قرار می دهد. همراه افسردگی جدای از اضطراب که همیشه وجود دارد که به صورت بی قراری حرکتی بیان می شود شکایت بیمار پیرامون ناراحتی های جسمی یا فقدان نیرو و اختلال در خواب و اشتها وجود دارد عکس العمل های افسردگی را هم می تواند به سه دسته عمده خفیف و حاد و بهت زدگی تقسیم کرد (همان منبع).

افسردگی خفیف:

در این حالت شخص به علت کندی فعالیت های روانی و حرکتی و احساسی قادر به ادامه وظایف خود نمی باشد غمگین و بی قرار است و خواب و خوراک او نامرتب شده و به شکل از دست دادن وزن و سوء هاضمه بروز می کند. بیمار ترجیح می دهد تنها باشد و به آینده بدین است و احساس در ماندگی و گناه به قدری شدید است که گاهی دست به خود کشی می زند.

افسردگی حاد:

در این حالت فعالیت های جسمانی به حداقل خود می رسد که کم غذایی و کم خوابی شدت پیدا می کند و صحبت کردن مشکل می گردد. ادراکات و توهمات غیر مادی که از احساس گناه سر چشمه می گیرد و بیمار

را رنج می دهد و آرزوی مرگ به قدری شدت می گیرد که با کوچکترین بیمار دست به خود کشی می زند)

حیدری (۱۳۸۱)

بهت زدگی:

شدید ترین حالت افسردگی است که در این حالت نه غذایی می خورد و نه صحبتی می کنند در یک بهت

زدگی بی حرکتی می ماند به هیچ سوالی جواب نمی دهد و گاهی کلماتی که احساس گناه و بی ارزشی و

نومید شدید او را نشان می دهد زمزمه می کند در این وضعیت سلامت او به شدت در معرض تهدید می

باشد(کالیا ۱۳۸۰)

افسردگی، یک تجربه:

حالات روحی در اثر انواع تجارب بوجود می آیند. تجربه ای که به طبق غیر قابل اجتناب با حالات افسردگی

همراه است، عبارت است از احساس بی ارزشی و از دست دادن این احساس که دیگران او را دوست دارند و

قدر او را می دانند. این احساس کمبود اغلب افسردگی خوانده می شود و در نهایت منجر به ایجاد حالت

افسردگی می شود (رواندوست ۱۳۷۳)

همانند احساس افسردگی، تجربه ای از دست دادن یک چیز با ارزش می تواند احساس سر خوردگی و رنجش

را به همراه خود بیاورد. وقتی که افسرده هستیم اغلب میل داریم به گوشه ای و در خود فرو رویم و وقتی

که سر خورده یا رنجیده می شویم می خواهیم به عامل سر خوردگی و رنجش حمله کنیم. ترکیبی از افسردگی

و نگرانی، سر خوردگی و رنجش، حالت روحی بسیار ناراحت کننده ای به نام بیقراری مزمن را بوجود می

آورد. این حالت آشکار شخص مبتلا و افراد ناظر را ناراحت می کند و مانند بسیاری از حالات افراطی، جنبه

های از این تجربه از نظر اجتماعی مسری هستند.

افسردگی یک بیماری:

حالات، تجارب و نقطه نظرهای می تواند برای همه عادی باشد. ممکن است این حالات مارا شاد لزوماً به معنای آن نیست که ما بیماریم، آنها تنها نشان می دهد که ما در یک زمان خاص چگونه ایم و چه حالی داریم. در حالیکه بیماری نشانه ی ناهمگنی و تغییر از سلامت به ناخوشی است، شخص در یک لحظه خوب و سر حال، با عملکردهایی رضایت بخش است. ناگهان بیمار می شود، تبدیل می شود به بیماری که احساس افسردگی می کند، کارایی خود را از دست می دهد و در عملکردهای جسمانی و روانی او اختلال به وجود می آورد، به قول معروف «دیگر خودش نیست».

از بین رفتن میل جنسی یکی از شایع ترین علائم افسردگی است. وقتی این رابطه بین میل جنسی و خلق از نظر دور بماند، خیلی از مردم هراسان می شوند که مبدا اختلالی مهم در قدرت جنسی آنها رخ داده است. علل زیادی برای کاهش میل و فعالیت های جنسی در شخص افسرده وجود دارد. افسرده به علت بدبینی، زود رنجی، نگرانی و ترس همه حواسش از میل جنسی منحرف می گردد. حساسیت شدید به احساس طرد، زخم پذیری به حس گناه، اشکال در رهائی از خشم درونی و عقده های جنسی همه با هم ترکیب و در میل جنسی شخص اختلال ایجاد می کند. معهذاً، همه ی افسرده ها میل جنسی خود را از دست نمی دهند. در مواقع مواردی است که افسردگی همراه با تشدید انرژی جنسی است که این حالت را «بیقراری جنسی» می خوانند.

بی قراری جنسی تحریک و کشش مستقیم و غیر قابل مقاومت میل جنسی است. این حالت کاملاً با فرضیه «جین کانوی»^۳ که معتقد است فعالیت جنسی افسردگی را بر طرف می کند، فرق دارد. بی قراری جنسی شاید نتیجه ی تغییرات هورمونی باشد، اما در عین حال امکان دارد ناشی از اضطراب و نگرانی مربوط به افسردگی نیز باشد، چون نگرانی خودش به تحریک و تشدید میل جنسی می گردد. با همه ی اینها، بطور کلی افسردگی همراه با کاهش میل جنسی می باشد. بعضی موارد این کاهش، انعکاس از حس خشونت ناخودآگاه که از طریق

^۳ - J. Kanoy

افسردگی تظاهر می کند. چون اشخاص مستعد افسردگی یا مبتلا به افسردگی مزمن، موقع خشم به جای ظاهر کردن آن میل به اختفای آن و کناره گیری از مردم دارند. کناره گیری از فعالیت جنسی برای این عده خود می تواند راهی برای ظاهر کردن خشم باشد. مبتلایان به افسردگی مزمن را می توان به دو دسته تقسیم کرد: در بعضی بیماران، افسردگی یک امر رنج آور و..... است که هیچگاه آثار بهبود از آن هویدا نیست و در نوع دیگر، بیمار از سلامت مختصری بر خوردار است و افسردگی نیز در بعضی مواقع ظاهر می شود و به نظر می رسد که او را تا حدی رضایت می بخشد. چون شخص مستعد افسردگی معمولاً احساس وابستگی و علاقه شدید به موضوع عشقی خود دارد. طرد شدن- از دست دادن عشق و علاقه جنس شخص مورد علاقه اش- به عنوان عاملی در تشدید و تحریک حس افسردگی عمل می نماید.

یک رابطه ی مهم دیگر بین میل جنسی و افسردگی، احساس گناهی است که ممکن است تجربه جنسی در تمامیت شخص بوجود آورد. طی قرون، ارزشهای فرهنگی آموزشهای جنسی را با احساس شدید گناه در آمیخته اند. این نوع احساس گناه در واقع به عنوان محافظی در منبع شخص از ارتکاب روابطی است که ممکن است اعتماد به نفس او را کاسته و منجر به افسردگی شود، عمل نماید. (فردریک فلک؛ افسردگی، ترجمه: دکتر نصرت اله پورافکاری)

افسردگی مسئله شماره یک سلامتی در دنیاست. به قدری توسعه پیدا کرده است که آن را سرماخوردگی اختلالات دفاعی نامیده اند. با این حال تفاوت ظریفی میان سرماخوردگی 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 پایه سن گذاشته ها رشد تکان دهنده ای داشته، و این در شرایطی است که انواع داروهای آرام بخش و ضد افسردگی که شمارش از میلیارد گذشته، در دهه ی جاری برای درمان افسردگی تجویز شده است. (دیوید برنز، به نقل از قراجه داغی، ۱۳۷۴)

بر اساس متون روانشناسی مرض کودک، حدود ۲۰٪ کل کودکان دچار حالات افسردگی بوده و نیازمند به خدمات تخصصی روان شناسی و روان پزشکی هستند. (لگکویتس^۵ و برتون^۶ به نقل از نجاریان ۱۳۷۳).

افسردگی چند نوع است:

- افسردگی واکنشی که در نتیجه ی پیدایش موقعیتهای نا مساعد ایجاد می گردد.
- افسردگی ثانویه بعضی بیماریهای جسمانی یا کمبود پاره ای از مواد.
- نوع سوم افسردگی با منشاء درونی در آن هیچ گونه علت آشکاری دیده نمی شود و درمان های فیزیکی جواب مساعد می دهد.
- به این سه نوع افسردگی می توان نوع چهار می را نیز اضافه کرد و آن بد بینی ها در زادی است که بیمار بطور تغییر ناپذیری همه چیز را در اطراف خود تیره و تار می بیند و همیشه منتظر حوادث و اتفاقات نا مساعد می باشد.
- با توجه به میزان شیوع قابل ملاحظه ی افسردگی در کودکان و نوجوانان ایرانی (گلزاری، ۱۳۶۹، به نقل از نجاریان، ۱۳۷۳) لازم است که تحقیقات دامنه داری در خصوص افسردگی آنان بعمل آید. احساس کمبود و از دست دادن منجر به ایجاد خلأ درونی می شود، احساس خشم و رنجش فرد به بیرون سر ریز می کند و یا متوجه شخص می شود. در این روند لازم تمام مردم «از دست دادن» مادرشان را تجربه می کنند ولی همه ی آنها افسرده نمی شوند. چرا چنین است؟ پاسخ به زمان و گستردگی موضوع بسته است. از دست دادن یک چیز محبوب در برخی مراحل بحرانی تکامل و رشد، به فرد آسیب بیشتری وارد می آورد. مثلاً رنه اسپیتز^۷ که یک محقق است، گروهی از کودکان محروم را مورد مطالعه قرار داد و کشف کرد و آنها بین شش تا هشت ماهگی

Lefkowitz-^۵
Burton-^۶
Rene Spitz -^۷

از مادر نشان جدا شده و در مواقع او را «از دست داده اند». و در نتیجه به افسردگی مبتلا شده اند. اگر این جدایی از سه ماه بیشتر طول کشیده بود افسردگی واضح تر و غیر قابل جریان تر بود. این کودکان نشانه های از این بی علاقه‌گی، دلمردگی و انزوا از خود نشان می دادند. این نوع افسردگی نتیجه ی مستقیم از دست دادن فرد مهمی است که یک کودک بر او تکیه داشته است.

در یک مرحله ی ابتدایی تر رشد یعنی در نخستین هفته های زندگی، این امر ثابت شده که اگر به نوزاد غذای فراوان داده شود ولی مادر او را لمس و بغل نکند، ممکن است رشد کودک متوقف شود و حتی بمیرد، لمس کردن و بغل کردند در روابط اولیه ی مادر و نوزاد اهمیتی حیاتی دارد و اگر جای آن خالی باشد باعث ایجاد کمبودی می شود که نه تنها ممکن است به افسردگی، بلکه به مرگ نیز منجر شود. بنابراین تنها میزان و کیفیت کمبود نیست که اهمیت دارد بلکه زمان آن نیز در بوجود آمدن فردی که ممکن است بعدها تبدیل به یک شخص افسرده شود دارای اهمیت است. فردی که در یک مرحله ی بحرانی رشد و تکامل، کمبود شدید را تجربه کرده است نه تنها در زندگی بعدی خود بیشتر آماده و افسردگی است، بلکه این خطر وجود دارد که شخصیت افسرده در وی شکل گیرد. (رواندوست. وحید، افسردگی ۱۳۶۷) تا دهه ی ۱۹۶۰ کمتر روانشناسی پیرامون افسردگی کودکان (و نوجوانان) به عنوان یک اختلال مستقل و مشخص و به طور جدی سخن می گفت یا مطلب می نوشت (لفکوتیس و بروتون ۱۹۷۸) ولی در دهه ی ۱۹۷۰ برخی از روان شناسان (مثل کانل^۸ ۱۹۷۳، و کواکس^۹ و بک^{۱۰} ۱۹۷۷) با معرفی علایمی به قرار ذیل، سندرم افسرده گی کودکان را مطرح کردند (لنگ^{۱۱}، تیشر^{۱۲}، ۱۹۸۳، کوی^{۱۳}، روت^{۱۴}، وو شاپیرو^{۱۵} ۱۹۸۳): گریه و زاری، احساس ناخشنودی، کناره جویی، تحریک پذیری، عزت نفس پایین، و شکایات جسمانی پایدار.

⁸-Connell-
⁹-Kovacs-
¹⁰-Beck-
¹¹-Long-
¹²-Tisher-
¹³-Quay-
¹⁴-Routh-
¹⁵-Shapiro-

با توجه به این مشکلات افسردگی آنان به طور اعم به صورت علایم رفتاری و به طور اخص به صورت رفتارهای ایدایی (بویژه اختلال بیش فعالی و اختلال سلوک تظاهر می یابند، اصطلاح «افسردگی پنهان» برای اطلاق این قبیل مشکلات عاطفی در کودکان و نوجوانان برگزیده شد (کوی و همکاران ۱۹۸۳)

مساله ی نگهداری از کودکان یتیم و تمام کودکان در مؤسساتی نظیر مهد کودک، مدرسه، بیمارستان، و غیره باید مورد بررسی و تجدید نظر کامل قرار گیرد. کودکان نیاز به برداشتن تماسهای جسمانی و در آغوش گرفته شدن دارند، درست همانگونه که به پناهگاه و سه عده غذای روزانه دارند. متأسفانه این روزها توجه تنها به رفاه جسمانی کودک معطوف است و از رفاه روانی و عاطفی او غفلت می شود. تمام این پیشنهاد های عملی آنچه را که دو نالد روینی کات «مادری کردن شایسته» می نامد به وجود می آورند، یعنی آن مادر که واقع گرایانه و برای ارضای نیازهای کودک کافی است. بسیاری از کارهای تحلیل گرایانه ی اولیه این مساله را مطرح می کرد که کودک به محبت بی قید و شرایط نیازمند است، چیزی که ما ورای توانایی مادران- هر که باشد قرار دارد و یک مفهوم ایده و آل بشمار می آید. ما نمی توانیم از تجربه کردن کمبودها جلوگیری کنیم ولی می توانیم بکوشیم چنین حالتی در مراحل بحرانی رشد اجتناب کنیم و اگر موفق نشویم، باید حداقل بکوشیم اثرات آن را به حداقل برسانیم: این کار بدون شک و تردید از ما ساخته است. (روان دوست. افسردگی، ۱۳۶۷)

بارزترین علایم افسردگی پنهان در کودکان، رفتارهای از قبیل بزهکاری، خود بیمار انگاری، تحریک پذیری و بیش فعالی ما اختلالات کنش دفعی^{۱۶} و ترس و فرار از مدرسه و مشکلات تحصیلی گزارش شده اند (رنشا^{۱۷} ۱۹۷۴، کارلسون^{۱۸} و کانتول^{۱۹}، سارلسون ۱۹۸۳، سارلسون و سارلسون^{۲۰} ۱۹۸۷ به نقل از عالی ۱۳۸۷).

^{۱۶}-Functional elimination disorder-

^{۱۷}-Renshaw-

^{۱۸}-Carlson-

^{۱۹}-Cantwell-

^{۲۰}-Sarson and sarason-

حالات افسردگی:

از شایعترین اختلالات رفتاری و عاطفی که دامن گیر بسیاری از جوانان است اختلال افسردگی می باشد، این واژه برای افرادی به کار می رود که دارای حزن و اندوه شدید هستند و معمولاً احساس تنهایی و نومیدی شدید دارند و احترام و ارزش به خود را از دست داده و مرتب خود را سرزنش و تحقیر می کنند و هر روز صبح با حالت بی قراری و خستگی از خواب بر خاسته و کارهای روزانه ی خود را با کمبود انرژی انجام می دهند.

کلمه ی افسردگی هنگامی که به یک حالت روحی نسبت داده شود تمام معانی عامیانه ای را که گفته شده در خود دارد و نشانگر احساس کسالت روان، کمبود انرژی، از دست رفتگی، ناامیدی و بی فایده بودن است ولی بی علافگی و بدبینی نیز به همراه آن می آید. اصطلاحات عامیانه نظیر « پکر بودن» بیجز بودن، « دماغ بودن»، سر خورده بودن و غیره برای بیان افسردگی که کار می رود. حالت افسردگی اغلب پس و یا احساس از دست دادن چیزی بوجود می آید. ولی بسیاری از اوقات هم ظاهراً ناگهان..... ایجاد می شود. برخی از مردم بیشتر استعداد بروز چنین حالات ناگهانی را دارند و افراد دوره ای^{۲۱} نامیده می شوند. افسردگی می تواند به تنهایی پدید ولی اغلب همراه احساس تشویق و اضطراب است. این حالت احساس نا خوشایند پیش بینی بروز ناراحتی است. خود حالت افسردگی می تواند در افراد مستعد ایجاد نگرانی کند. در برخی دیگر افسردگی در پیوستگی با نگرانی بوجود می آید و یا توسط آن آغاز می شود. رواندوست، ۱۳۶۷)

افسردگی به طور کلی عبارتست از حالات ناشادی که تحمل آن برای فرد دشوار بوده و این افسردگی توأم با اضطراب می باشد. این دسته از شاگردان در کلاس حالت بی حالی، بی تفاوتی نسبت به عملکردها و جریان های کلاس از خود نشان می دهند، به طوریکه گاه دچار افت تحصیلی شده یا قطع ارتباط اجتماعی با دوستان و همکلاسان خود نشان می دهند. در کودکان افسرده، حالت تحریک پذیری در مقابل عوامل خارجی دیده می شود. به طوریکه با کوچکترین تحریک خارجی، کودک شروع به گریه کرده و خود را از اطرافیان دور می

^{۲۱} - Cyclothmic

کند و معمولاً تعداد زنها در این بیماری بیشتر از مردها دیده می شود و دو نوع افسردگی وجود دارد: « درون خیز» و «واکنش» که اولی خود به خودی و دومی در اثر عامل و رویدادهای خارجی به وقوع می پیوندد (دیرک راسل دیویس^{۲۲}، ۱۳۷۰، به نقل از پور افکاری، ۱۳۷۰)

بررسی های اجتماعی نشان می هد که ۶ تا ۱۹ درصد کسانی که برای حل مشکلاتشان کمک نمی خواهند، افسرده اند (فوریکس^{۲۳} و همکاران، ۱۹۸۱، و سیمن و همکاران، ۱۹۸۱، به نقل از نجاریان، ۱۳۷۱)

تعداد زنانی که افسرده تشخیص داده می شوند دو برابر تعداد مردان است. این اختلاف نه تنها در ایالات متحده و کانادا یا در اروپای غربی، بلکه در تمام دنیا یافت شده است. این یافته ها از بیماران تحت درمان یا برداشت متخصصین بالینی، بررسی های اجتماعی افراد خارج از جریان درمان، مطالعات خودکشی و تمایلات خودکشی، یا واکنش سوگ به دست آمده اند. (کلرمن^{۲۴} و سیمن^{۲۵}، ۱۹۸۰).

البته در دو مطالعه جدید که در آنها به آسیب اجتماعی بیشتر از وجود علایم خاص اعتبار تشخیص داده شده بود احتمال افسرده بودن زنان و مردان یک سان بود. (آنگست^{۲۶} و دوبرمیکلا^{۲۷}، ۱۹۸۴، آجلند^{۲۸} و هاشتر^{۲۹}، ۱۹۸۳، به نقل از نجاریان ۱۳۷۱).

Derek Russel Davis-^{۲۲}

Forix-^{۲۳}

Klerman-^{۲۴}

Weisman-^{۲۵}

Angest-^{۲۶}

Duber Mica-^{۲۷}

Ajland-^{۲۸}

Huster-^{۲۹}

آیا افسردگی می تواند طبیعی باشد؟

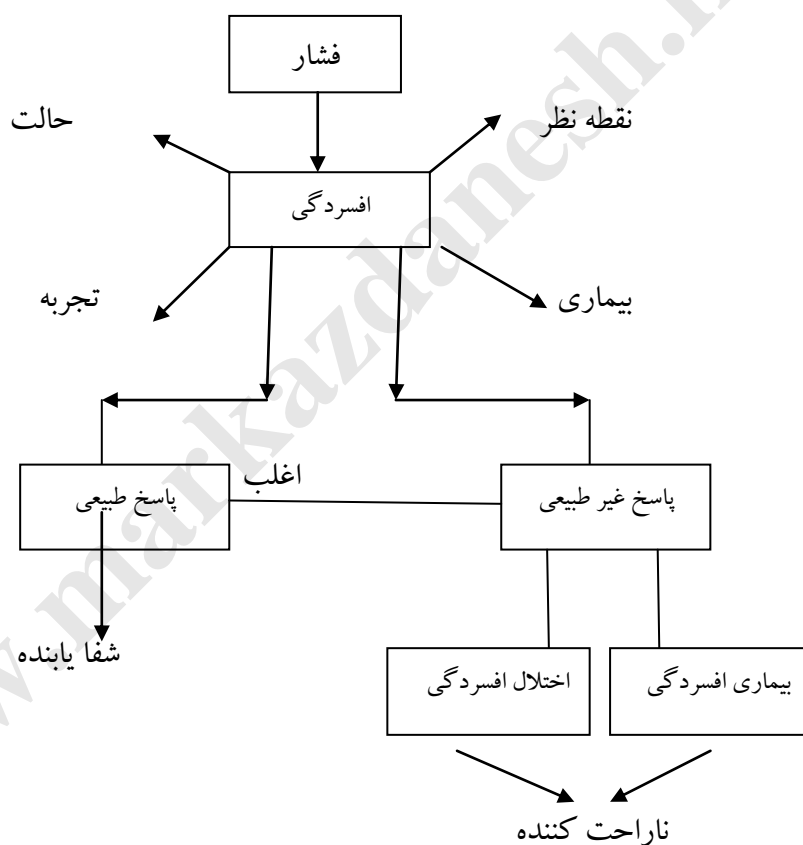
اگر نپذیریم که افسردگی یک تجربه مشترک انسانی است، این سوال مطرح می شود که آیا تجربه طبیعی است یا نه؟ پاسخ به این سوال، پیامدهای مهم عملی دارد. اگر افسردگی را غیر طبیعی بدانیم، این امر بدان معنا خواهد بود که پس باید کاری در این باب کرد. این که آیامی شود کاریکرد یا نه، باز سؤال دیگری است ولی حالاتغیر طبیعی از این قبیل نامطلوب بوجود می آورند. اگر افسردگی عادی تلقی شود، ممکن است اثراتی درمانی یا شفا دهنده داشته باشد که در این مورد نه تنها پیزی غیر عادی برای «درمان» وجود ندارد بلکه دخالت دیگران از طریق مقابله شدید افسردگی توسط دارو و یا سایر درمانهای جسمانی، فرد را از تجربه ای گرانبها محروم سازد.

منظور از افسردگی «طبیعی» در مفهوم توانایی بالقوه شفا یافتن چیست؟

افسردگی به عنوان یک تجربه می تواند دارای جنبه ی حفاظت کننده ای نیز باشد. این حالت می تواند به چهار طریق روی دهد: افسردگی می تواند قابلیت پاسخگویی را کاهش دهد به طوریکه فرد مبتلا به افسردگی به پریشانی و فشار اطراف خود پاسخی بیش از حدتند و شدید نمی دهند. با افزایش فشار، افسردگی که به دنبال آن می آید بمشابه یک لایه ی حفاظ دو، رویه عمل می کند. اگر فشار خارجی بیش از حد شود، افسردگی یک قطع کننده عمل می کند و فرد دیگر به محیط خارج پاسخی نمی دهد. این حالات زیانهای نیز دارد زیرا هر گونه پاسخ سازشیافته نیز متوقف می شود ولی ظاهراً قطع رابطه زمانی پیش می آید که بقای شخص در خطر است و سازش ممکن است بعداً روی دهد.

افسردگی به همراه اندوه و اشک های که جزء آن است از لحاظ روانی اثری پالایشی نیز دارد. عواطف سرکوب شده بیان می شود، با پدید آمدن امکانات، نمایش احساسات و عواطف، تطابق با محیط که قبلاً بخاطر احساسات بیان نشده امکان پذیر نبود، آغاز می شود. وبلاخره افسردگی را می توان دورانی دانست که طی آن

شخص در حالیکه با وقایع خارجی نوعی سازگاری نشان می دهد، تمام انرژی خود را متوجه درون وجودش می کند. او پلی را که بر روی خندق بسته شده و قلعه را بخارج مربوط سازد بالامی شکد، نه به خاطر دور نگه داشتن دشمن، بلکه برای آن که وقت داشته باشد راحتهای دفاعی خود را آماده سازد. فشاری که منجر به افسردگی می شود و خود را به شکل افسردگی غیر طبیعی (که قابلیت بالقوه ی ایجاد اختلال را دارد) نشان می دهد افسردگی غیر طبیعی به دو دسته تقسیم می شود: اختلال افسردگی و بیماری افسردگی. (رامن میچل، افسردگی، ترجمه: وحید رواندوست، ۱۳۶۷)



افسردگی در کودک

سابقاً تصور می شد که کودکان هرگز دچار افسردگی نمی شوند. زیرا آنان نشانه های دال بر افسردگی را که در بزرگسالان قابل تشخیص است از خود نشان نمی دهند، ولی برای درک افسردگی کودک باید دنیا را از دریچه ی چشم او دید. کودکان بندرت می گویند «احساس افسردگی می کنم، ولی خیلی از آنها می گویند» انگار فراموش کرده بودند که من هم آنجا هستم»، و یا «انگار فکر می کردند من آن قدر بزرگ نشده ام که بفهمم یا در این کار شرکت کنم». از دید کودک این تجربه، به معنای انکار ارزش شخص او است. چه چیزهای دیگری باعث بروز احساس افسردگی در کودک می شود؟ کودک افسرده ممکن است گریه نکند، در خود فرو برود، ساکت شود و یا بر عکس بیش از حد فعال و یا حتی خشن و وحشی شود و همه چیز را بشکند، درست همانطور که احساس می کند درونش «در هم شکسته» است. «رنه اسپتیز» و سایرین مطالعاتی در باره ی افسردگی در کودکان انجام داده اند. بیشتر موارد روگردانی از مدرسه ممکن است موجب افسردگی و نیز از جدایی مادر ناشی شود. مطالعاتی که روی خانواده ها انجام شده نشان داده است که از دست دادن یکی از والدین در مراحل احساس زندگی فرد را در مراحل بعدی در معرض ابتلا به افسردگی قرار می دهد (رواندوست، ۱۳۶۷)

افسردگی در نوجوانی

تا همین اواخر، بسیاری از پزشکان منکر این بودند که کودکان و نوجوانان هم ممکن است دچار افسردگی شوند، نوجوانان در اوایل دوران نوجوانی کمتر احساسات خود را ابراز می کنند و اگر انتقاد یا احساس منفی نیست به خود داشته باشند کمتر بروز می دهند. در آنان احساس غم و اندوه و در ماندگی که بزرگسالان افسرده از خود نشان می دهند دیده نمی شود. بسیاری از جوانان، افسردگی خود را به صورت فعالیت های جنسی، پرخاشگری و نیز رفتارهای بزهکاران بروز می کنند. با وجود این احساس افسردگی در میان نوجوانان نیز

بسیار معمول است. تحقیقات این را نشان می دهد که ۴۰ درصد نوجوانان هر چند موقتی احساس غمگینی، بی ارزشی، بد بینی نسبت به آینده داشته اند و حدود ۸ تا ۱۰ درصد آنها میل به خود کشی دارند.

این مرحله هپلی میان وابستگی دوران کودکی و استقلال نسبی دوران بزرگسالی است. نوجوان اصولاً دمودی مزاج، بد اخلاقی و افسرده و و نیز خیلی پر شور و غیر قابل کنترل هستند. در زمانی که آنها تصور تصویر کودکی خود را رها می کنند و برای خود یک هویت شخصی بزرگسالان به وجود می آورند، تعجب آور نیست که چنین زمانی برای آنان با افسردگی نیز همراه باشد. افسردگی ها که گاه آنقدر شدید است که خود کشی منجر می شود، تمام فشار های ناشی از رشد و تکامل احساسات جنسی، به همراه ایده آل گرایی رمانتیکی که لاجرم به سر خوردگی منجر خواهد شد، باعث بروز افسردگی بیشتری می شود. آنچه که در تخیلات فرد به عنوان یکی از بزرگترین تجارب زندگی جلوه گر شده بود، ممکن است در عالم واقعیت در سطحی بسیار نازلتر قرار گیرد و همراه آن رنجش، تردید، احساس گناه و نومیدی نیز ایجاد می شود و افسردگی نتیجه ی آن است.

افسردگی نوجوانان معمولاً دو حالت دارد: اول اینکه نوجوانان، احساس تهی بودن و بی احساس می کنند، گویی که در دوران کودکی سپری شده، بی آنکه بزرگسالان رشد یافته جای آن را بگیرد، این خلأ اضطراب زیادی را ایجاد میکند. نوع دوم افسردگی نوجوانان به دشواری از بین می رود و ریشه ی آن در تجربه ی شکست های مکرر در طی زمان طولانی است (هنری ماسن^{۳۰} و همکاران به نقل از یاسیایی، ۱۳۷۰). پیترس و همکاران، سه سطح از افسردگی نوجوانانی را تشخیص داده اند: اول، خلقیات. (افسردگی خفیف که هر فردی ممکن است در هر زمانی به آن دچار شود). دوم شانگان (که ترکیبی از رفتارها و احساسات افسردگی است) سوم، افسردگی بالینی (که یک اختلال خلقی است و شدید ترین نوع افسردگی و اختلال اندوهگینی به حساب می آید). افسردگی عمومی نوجوانان از نوع افسردگی بالینی یا شدید نیست، بلکه غالباً از نوع سطح اول و دوم است (لطف آبادی، ۱۳۷۹).

^{۳۰}-Hernru Mason

اضطراب و افسردگی

اضطراب واضح، متداولترین وسیله ی پوشانیدن افسردگی نهانی است و اگر کسی بخوبی مطالعه کند که چگونه بیماری پیشرفت می کند، دلیل آن را بطور آشکار خواهد شناخت. بعضی از افسردگی ها به هنگام شب می آیند و شروع آن معمولاً آهسته و مخفی است.

اولین نشانه آن کم شدن نیرو است که ممکن است تا حدی قابل توجه باشد. بیمار مدت کوتاهی به جر و بحث می پردازد، خسته است و دلیل آن را انجام کارهای زیادی می داند که در طی روز انجام داده است. او نسبت به حال خودش بسیار بیمناک و مضطرب می گردد و این اضطراب اولین افسردگی است که ممکن است مدتی قبل از بروز سایر نشانه ها آن ظاهر گردد.

درحقیقت فقط پس از آنکه مدتی مرحله اضطراب بطول انجامید «آستانه افسردگی»^{۳۱} سر می رسد. پس از آن بیمار غمگین و افسرده می گردد، خوابش دچار اختلال و آشفتگی شده و بیمار بطور وضوح بحال افسردگی می افتد. حمله این بیماری ممکن است در یکی از این مراحل تکامل به انتها برسد. حملات دوره ای اضطراب در بعضی مواقع امکان دارد یک رشته حملات افسردگی خفیف بوده باشد به آستانه افسردگی نرسد و در این صورت بوضع متناقضی می افتد بدین ترتیب که بیمار مبتلا به افسردگی است لیکن احساس افسردگی نمی کند. فقط به یک نسبت محدودی از موارد امکان دارد به حفیض افتاده و بیمار دچار پسیکوز (روان پریشی) گردد. اگر بیمار به اضطراب غیر قابل توجهی دچار گردیده باشد می توان به افسردگی مشکوک شده و اگر اضطراب شدید است تقریباً بطور محقق می باشد.

تشخیص افسرده گی از اضطراب ممکن است به ویژه مشکل باشد بسیاری از بیماران افسرده، همزمان با افسردگی، اضطراب و حملات پانیک یاد هشت از خود نشان می دهند که با از بین رفتن تدریجی دوره افسردگی، آنها هم از بین می روند. بیماران دیگر بخصوص کسانی که به اختلالات اضطراب مزمن تری مبتلا

^{۳۱} - Depression Threshold

هستند، به نظر می رسد که از دوره های افسردگی بر اختلالات نواتیکی جاری خود رنج می برند. در مورد تعدادی از بیماران، مراحل اولیه ی یک دوره افسردگی به نظر می رسد تحت الشعاع احساس و تجربه ی اضطراب قرار گرفته و فقط بتدریج که بیماری سیر خود را طی میکند علایم افسردگی از ورای علایم اضطراب تجلی می کنند و هنگامی که دوره افسردگی به پایان خود نزدیک می شود بار دیگر علایم اضطراب به تصویر بالینی تسلط پیدا می کنند. (مهریار، ۱۳۷۳) طول مدت یک دوره ی افسردگی عادی به نظر می رسد ۳ تا ۶ ماه در بیماران سرپایی، و ۶ تا ۹ ماه بیماران بستری باشد (بک ۱۹۶۷، به نقل از مهریار، ۱۳۷۰).

انواع اختلالات افسردگی

۱- افسردگی اساسی (به نقل از عالی، ۱۳۷۸)

اختلال افسردگی شدید دوره ای، به افسردگی یک قطبی هم مشهور است. علائم حداقل باید دو هفته ادامه داشته و نشان دهنده ی تغییر از سطح عملکرد قبلی بوده باشد در زنها ۲ بار شایع تر از مردهاست. سابقه عوامل تسریع کننده، حداقل در ۲۵ درصد بیماران وجود دارد. تغییرات شبانه روزی و تشدید علائم در اوایل روز، کندی یا تحریک روانی - حرکتی وجود دارد. نشانه های نباتی هماهنگ با خلق، و توهمات ممکن است وجود داشته باشند. سن شروع متوسط، ۴۰ سالگی اما در هر سنی ممکن است شروع شود و عوامل ژنتیکی وجود دارد.

۲- افسردگی دو قطبی (نیکخو و دیگران، ۱۳۷۵)

این اختلال بر حسب دوه های مکرر (یعنی دست کم دو دوره) مشخص می شود که ضمن آن خلق و سطوح فعالیت بیمار به طور قابل ملاحظه ای آشفته می شود. این اختلال شامل برخی دوره های انبساط خلق و افزایش انرژی و فعالیت و برخی دوره های خلق پایین و کاهش انرژی و فعالیت است. معمولاً بین دوره ها بهبود کامل

وجود دارد، و بروز این اختلال در مقایسه با سایر اختلال های خلقی تقریباً در هر دو جنس یکسان است.

اصطلاح «اختلال یا روانپریشی منیک و دپرسیو»^{۳۲} اکنون به طور عمده به عنوان یک لفظ مترادف برای اختلال دو قطبی به کار گرفته می شود.

۳- افسرده خوییمزمن (دیس تایمیا^{۳۳}) افسردگی ملانم و مداوم است که فرد مبتلاً نوعاً کج خلق، درونگرا، دارای وجدانی قوی، و فاقد نیروی فراخ و شوخی است (اکسیل^{۳۴}، به نقل از عالی، ۱۳۷۸). علاوه بر آن، غالباً دارای انرژی کم عزت، نفس پایین، و اندیشه های خود کشی هستند. همچنین اختلالاتی در خوردن، خوابیدن، و فکر کردن دارند که در افسردگی شدید هم ملاحظه می شود. ولی این نشانه ها بدان حد شدید یا چندان متعدد نیستند. شیوع این اختلال تقریباً شبیه افسردگی شدید است و مانند آن اختلال در زنان دو برابر مردان است (میرز^{۳۵}، دیگران، ۱۹۸۴، به نقل از عالی ۱۳۷۸).

اختلال دیس تایمیا در متون قبلی روانشناسی، «نوروز افسردگی» نیز خوانده می شود. این اختلال، معمولاً در دهه های سوم و چهارم شروع می شود، البته در موارد نادری نیز، اواخر دهه ی دوم عصر نیز آغاز می گردد شایان ذکر است که این اختلال با اختلالاتی نظیر اختلال وسواسی - جبری - و یا برخی اختلالات شخصیت در اواخر روز و شدت بیشتر برخوردار است.

۴- افسردگی ادواری خویی (سیکلو تایمیا^{۳۶})

این اختلال شامل نا استواری پایدار خلق، یعنی دوره های متعددی از افسردگی و سرخوشی خفیف است. این نا استواری معمولاً در اوایل بزرگسالی شروع شده و یک سیر مزمن را در پیش می گیرد، گر چه گاهی اوقات ممکن است خلق در یک زمان به مدت چند ماه نا به هنجار و ثابت باشد. نوسان های خلق معمولاً از جانب فرد به عنوان پدیده هایی نا مربوط با حوادث زندگی پنداشته می شوند. بدون یک دوری مشاهده طولانی با یک

Manic – depressive psychosis-^{۳۲}

Dythymia-^{۳۳}

Aksil-^{۳۴}

myers-^{۳۵}

cyclothymia-^{۳۶}

شرح حال کامل در مورد رفتار گذشته ی فرد، تشخیص این اختلال دشوار است. اگر لازم باشد سن شروع را می توان به صورت زود رس (در اواخر جوانی یا بیست سالگی) یا دیر رس مشخص کرد.

۵- افسردگی جزئی

این ها بیمارانی هستند که علائم افسردگی در آنها به شدت علایم اختلال افسردگی اساسی نمی باشد ولی از نظر طول مدت با آن یکی است. میزان شیوع آن با اختلال افسردگی اساسی، یکسان و در حدود ۵ درصد است. در هر سنی ممکن است دیده شود و در زنان شایع تر از مردان است. درصدی از این بیماران در معرض ابتلا به دیگر اختلالات خلفی می باشند. با این بیماران به دارو های مهار کننده ی اختصاصی باز جذب سر، تونین و بوپروپیون به خوبی پاسخ می دهند. روان درمانی نیز در درمان این افراد مفید است.

۶- افسردگی بازگشت کننده کوتاه مدت

این افراد بیمارانی هستند که علایم افسردگی در آنها به شدت اختلال افسردگی می باشد ولی طول مدت بیماریشان کوتاه مدت (کمتر از دو هفته و سیر بیماری وعود کننده است. بیماری بیشتر در بالغین جوان دیده می شود میزان وقوع آن در یک سال ۵۰ درصد است این اختلال از نظر سبب شناسی و پاتوفیزیولوژی بسیار شبیه به اختلال افسردگی اساسی است، به طوری که اختلال در تست های مهارتی دگزامتازون و تحریکی TRH و کوتاه شدن دوره ی نهفتگی REM دیده می شود (میرزو دیگران، ۱۹۸۴، به نقل از عالی ۱۳۷۸).

حمله های بازگشت کننده ی افسردگی: یک پنجم تا یک چهارم مبتلایان به افسردگی فقط یک مرتبه دچار حمله ی این بیماری می شوند لیکن اکثر آنها دچار صحنه های بازگشت کننده می باشند. و تعداد خیلی از بیماران نگویند که هر سال دو الی سه بار دچار می شوند خوشبختانه با کمک درمانهای جدید می توان سرعت این حمله ها را سقط و یا مهار کرد. این موضوع حائز کمال اهمیت است که بیماران هر چه زود تر تن به معالجه می دهند و فرصتی برای پیشرفت بیماری باقی نگذارند. اغلب اوقات پس از رفع حمله ی افسردگی احساس شرمندگی به بیمار دست می دهد و سعی میکند که موضوع را فراموش کرده و آنچه گذشته است سخنی به میان

نیاید و موقعی که بیماری برای مرحله ی دوم بازگشت می کند سعی دارد که خود شخصاً آن را دفع کند حتی پس از حملات مکرری که بیمار بوسیله ی یک پزشک مهربان درمان شده باشد از تجدید خاطره وضع حال خود در موقع بیماری احساس شرم می کند. در مان بیماری، دوران درمانی به همراه دارو درمانی می باشد. (دکتر واتر، افسردگی روانی؛ ترجمه: دکتر سیاوش آگاه)

مراحل افسردگی

۱- مرحله ی پیشینی: به ندرت اتفاق می افتد که داغ دیده گی ناگهانی روی دهد مرگ واقعیت گریز ناپذیر هستی ما است «ما در جریان زندگی در معرض مرگ نیز قرار داریم» ما می توانیم در انتظار مرگ زندگی کنیم، اگر چه امکان دارد این انتظار کاملاً ناخود آگاه باشد و هنگامی که ناگهان با واقعیتی که در تخیلات خود پیش بینی آن را می کردیم مواجه شویم، شوکه شویم حتی اگر مرگ در پایان یک بیماری طولانی روی دهد، باز هم شوکه ناشی از واقعیت از دست دادن به جای خود باقی خواهد بود. اگر مرگ ناگهانی باشد، مثلاً به علت حادثه اتومبیل، شوکه باز هم شدید تر می شود.

۲- مرحله ی از دست دادن: وقتی که چیزی یا کسی اجباراً از میان بر داشته شود، احساس خلائی دست خواهد داد. اگر فرد از دست رفته محبوب باشد احساس کمبود، شدید خواهد بود و حتی اگر آن فردهم بوده باز احساس کمبود به جای خود باقی است، زیرا پذیرنه ی عواطفخشن ما بوده است.

۳- مرحله ی کنگی و بهت زدگی: این یک مرحله ی ابتدایی قطعی ارتباط با دنیا است. مرحله ی افسردگی شدید عملکردهای حیاتی و قطع رابطه مکانیکی است.

۴- مرحله ی خشم: اگر چیزی از ما گرفته شود ما خشمگین می شویم، شورش می کنیم می خواهیم آن را بزور به خود باز گردانی. ما رنجیده و آزرده می شویم و از خود می پرسیم چرا باید این اتفاق برای ما بیفتد؟

گرچه که سزواوار این مصیبت هستیم؟ احساس می کنیم که در حق ما ظلم شده و به دنبال کسی می گردیم که تقصیرها را بگردن او بیندازیم، کسی که بتوان او را مسئول این کمبود دانس. این دفاع در مقابل این درک دردناک است که شاید خود ما تا حدی در بروز این نصیبت مقصر بوده ایم.

۵- مرحله ی جستجو: ما می کوشیم در یابیم چه چیزی را از دست داده این. این به نوبه ی خود نوعی انکار این واقعیت است که چیز برای همیشه گم شده است. ما به جستجو ادامه می دهیم و همواره امیدواریم آن را بیابیم حتی اگر بدانیم که در نهایت آن چیز را پیدا نخواهیم کرد.

۶- مرحله ی انکار: وقتی آنچه را که دنبالش می گردیم پیدا نمی کنیم، ممکن است به خودمان هم نگوئیم که آن چیز را نخواهیم یافت. «همین گوشه کنارهاست» فرد آن را پیدا خواهیم کرد. حالا صبر کن، نه گم نشده است فقط گوشه ای پنهان شده «این یک بازی عجیب و نومیدانه است که با خود و دیگران انجام می دهیم».

۷- مرحله ی پذیرش: آتش خشم به تدریج سرد می شود شیئی پیدا نمی شود و جستجو کاهش می یابد، و آنکار در مقابل چهره ی گریزنا پذیر حقیقت از میان می رود.

۸- مرحله ی رها کردن (Letting-go): با آغاز پذیرش مرحله فعال ترک علاقه آغاز می شود، «رها کردن» شیئی گم شده و «دفن» آن در یک مفهوم روانشناختی، در پی از دست دادن یک شیئی، یک زندگی تازه باید آغاز شود باید شیئی را رها کرد و به سوی یک مرحله تازه در زندگی پیش رفت.

۹- مرحله ی رشد دوباره: این مرحله به زمان نیاز دارد، فرد اغلب به پشت سر خود می نگرد و حتی به برخی از مراحل قبلی باز می گردد. در نهایت اگر «اندوه کاری» انجام گرفته باشد رشد و مجدداً روی خواهد داد. در واقع این مراحل آن گونه دقیق که ذکر شده جدا از یکدیگر نیستند. آنان در یکدیگر می شوند و فاصله ها از میان می رود. زمان و طول مدت این مراحل بسته به شخص و چگونگی های اطراف او است (راس میچل،

افسردگی، ۱۳۶۷)

افسردگی و خود کشی

انسان یگانه مخلوقی است که در موقع افسردگی ممکن است خود را بکشد. افسردگی از لحاظ پزشکی یک نوع آزرده‌گی است که فعالیت و قابلیت حیاتی جسمانی و عقلانی را پایین می‌برد. موفقیت در خود کشی خود تنها و آخرین مرحله افسردگی است از هر ده تا بیست قصدخود کشی یک از آنان به موفقیت ختم می‌شود. خود کشی، مسموم کردن تنها خود و اعتیاد علایم اصلی و مهم نارضایتی و ناشادی جوانان است. علاوه بر این عده کثیری از افراد برای آنکه آسایش بیشتری احساس کنند به سوی داروهای آرامش بخش، مُسکن و خواب آور و به خصوص قرص های رنگارنگ اکس که این روزها زیاد در مورد آن حرفها می شنویم روی می آورند.

عمیق تر شدن افسردگی باعث می شود که کندی کار روانی حرکتی، اداره ی ذهن و سازمان بدن را تحلیل برد و خطر خود کشی نیز کاهش یابد. زیرا فرد بسیار افسرده قادر نیست اراده ی کافی را برای از میان بردن خود جمع و خیره کند. پس از آن، تحت معالجات، افسردگی کاهش می یابد و از کندی روانی- حرکتی (پیسکوموتور) نیز کاسته میگردد و ایندر حالتی است که احساس گناه (اغلب پوشیده) به قوت خود باقی است. در این حالت خطر بروز رفتار خود کشی نمایانه مجدداً افزایش می یابد. (رواندوست، ۱۳۶۷)

علل افسردگی به عنوان یک بیماری

علل بیماری برای سهولت کار به سه دسته ی اصلی تقسیم کرد: ارگانیک (جسمی) روانی و اجتماعی. ولی این تقسیم بندی در عین سهولت واقعی نیست. بیماری که در اصل ریشه جسمی دارد ممکن است عواقب روانی و اجتماعی داشته باشد و بالعکس.

۱- دلایل ارگانیک:

الف) ضربه ای : که به دنبال جراحات در سر و یا ضربه ی مغزی یا پس از عمل های جراحی بزرگ بخصوص در نقاط مهم و حساس بدون نظر سر، دست، چشم، گوش، اعضای تناسلی و غیره بوجود می آید.

ب) عفونی: بخصوص از آنفولانزا و نیز عفونتهایی نظیر آنسفالیت ها و التهاب کبدی.

ج) وریدی: پس از خونریزی های شدید یا لخته شدن خون که منجر به فلج شدن عضله و یا کم شدن قدرت گویایی می شود.

د) هورمونی: تغییرات بیوشیمی در بدن نظیر آنچه که پس از زایمان یا یائسگی روی می دهد، یا زمانی که برخی غدد و ترشحات مانند تیروئید دچار اختلال می شود (میکرودی).

هـ) صوعی: صدع همیشه باعث غش نمی شود ولی امکان دارد تغییراتی غیر قابل پیش بینی در حالت فرد و یا تغییراتی بسیار شدید و خشونت آمیز در رفتار او ایجاد کند.

و) استحالته ای: بالا رفتن سن، از کارایی مغز کاسته می شود. خود فرد ممکن است از این امر آگاه باشد و در نتیجه ی این آگاهی به افسردگی دچار شود.

ز) دارو شناختی: برخی داروهایی که برای معالجه مرض دیگری تجویز شده اند در بیماران حساس و آماده ممکن است ایجاد افسردگی کند و پزشک باید همراه مراقب چنین حالتی باشد.

۲- علل روانی

عوامل ارگانیك و روانی را نمی توان بسادگی از هم تفكيك كرد. اگر به دنبال تیپهای خاصی از افراد افسرده بگردیم، این افراد مستعد و آماده ممکن است در مراحل اولیه زندگی خود جدایی را تجربه کرده باشند. یا فرد بدنی آنها یکنوع خاص باشند.

۳- علل اجتماعی

فقر، وضع بد آب و هوا یا عضویت در اقلیت ها خود بتهای باعث بروز افسردگی نمی شود، باید عامل یا عوامل دیگری هم وجود داشته باشد. عامل اصلی در جدایی و کمبود در جدایی و کمبود است. اگر فقر به معنای از دست دادن موقعیت اجتماعی است، اگر هوای بد به معنای بر هم زدن یک برنامه مورد علاقه است، اگر تعلق به یک گروه اقلیت به معنای جدای کردن فرد از سایرین است و منجر به اذیت و آزار یا از دست دادن امتیاز ها می شود.

شناخت افسردگی

متأسفانه تشخیص افسردگی مانند تشخیص سیفیلیس یا سل به آسانی میسر نیست که بوسیله را دیوگرافی یا آزمایش خون بتوان آن را شناخت. مهمترین کمک به تشخیص، آن است که وجود افسردگی را همیشه بخاطر داشته باشیم. لزومی ندارد که بیمار تمامی علامات را در خود داشته باشد بلکه معمولاً سه الی چهار تای آن حتی در خفیف ترین نوع افسردگی دیده می شود.

۱- کاهش نیرو: یکی از اولین نشانه ها، کم شدن نیرو و توانایی است. هر گاه بیمار این کاهش نیرو را با روان پزشک در میان گذارد و بیمار با هوشی باشد و قبلاً نیز دچار حمله های افسردگی شده باشد و تشخیص آن بسیار آسان است.

۲- بهم خوردگی نظم خواب شبانه: در کتابها معمولاً بیداری صبح زود را یکی از علائم واقعی افسردگی با منشاء درونی وصف می کنند. ممکن است فرد بقدری مضطرب باشد که نتواند بخواب رود. یا آنکه به تناوب و بیداری بیفتد. امکان دارد زود به خواب رود و تمام ساعات شب را بخوابد لیکن صبح خسته از خواب بر خیزد، مانند آنکه اصلاً بخواب نرفته است، بی حالی و سنگینی صبحگاهی یکی از علائم افسردگی است. کلیه ی افرادی که دچار این عارضه اند گرفتار بعضی اختلالات در نظم خواب می باشند.

۳- نوسانات روحیه: شکل متداول آن بدین صورت است که بیمار صبحها بد و هولناک می شود و هر چه بطرف شب می رود حالت عادی بخود می گیرد. البته در این موضوع هر گونه تغییراتی ممکن است صورت گیرد. این نوسان تغییر روحیه، علامت مشخص افسردگی است و یکی از ابتلاات ناراحت کننده ای است که آدمی در تمام هفته در بیم و امید تغییر در روحیه بسر می برد.

۴- تغییر عادت: این رویه نیز یکی از علائم مشخص مبتلایان به افسردگی است. همیشه توصیه می شود اطرافیان فرد هر گونه تغییرات جزئی اخلاقی را که مشکوک به علامت بازگشت افسردگی باشد بایستی به پزشک معالج گزارش دهند.

۵- افسردگی: چنین تصمیم گرفته شده است که بیمار مبتلا به افسردگی به محض مراجعه به پزشک بایستی میزان عمق افسردگی او تعیین و اندازه گیری شود و این موضوع در باره ی بیمارانی که می توانند با پزشک خود بگفتگو پردازد خالی از هر گونه اشکال است. علاوه بر مواردی که ذکر شد بر افسردگی نشانه های دیگری نیز مترتب است که در زیر بدانها اشاره می گردد. (عالی، ۱۳۷۸؛ واتر، افسردگی روانه، ترجمه: شیاوش آگاه)

(a) اطلاعات بدست آمده از شرح حال

(b) ناتوانی احساس لذت

(c) کناره گیری ازدوستان و خانواده

(d) نشانه های بناتی

(e) فقدان میل جنسی

(f) بی اشتها و کاهش وزن

(g) پرخوری و افزایش وزن

(h) سطح انرژی پایین، خستگی پذیری

(i) اختلال قاعدگی

j) سحر خیزی (بی خوابی آخر شب)

k) تغییرات شبانه روزی

l) یبوست

m) خشکی دهال

n) سر درد

o) غمگینی و پشیمانی

p) بی توجهی به ظاهر شخصی

q) فقدان یا اندک بودن تکلم خود انگیزه

r) حواس پرتی و اشکال در تمرکز

s) شکایت از ضعف حافظه

t) عاطفه ی محدود یا قوی

روش های درمان افسردگی

ما بدون اینکه شیوه درمانی به کار گرفته شده را بشناسیم نمی توانیم رابطه تشخیصی و نتیجه درمان را نشان می

دهیم، شیوه های درمان افسردگی بسیار متفاوتند و روان درمانی، درمان دارویی، الکتروشوک و ترکیبی از چند

شیوه فوق را شامل می شوند. داروهایی که برای درمان افسردگی از آنها استفاده می شود عبارتند از:

محرکها، ضد افسردگی های سه حلقه ای، باز دارنده های مونو آمین اکسیداز، کربنات لیتوم دوزهای پایین

داروهای ضد پسیکوز و داروهای جدید از جمله ضد افسرده گی های غیر حلقه ای و آن دسته از سه حلقه هایی

که اخیراً وارد بازار شده اند. علاوه بر این، مجموعه ای از دارو ها هستند که در زمینه های تجربی، برای درمان

افسردگی از آنها استفاده شده است.

از جمله عبارتند از: مواد اولیه آمینها مانند ال-دوپا و ال-تریئوفان و مواد دیگری مانند رو..... و کارمابامازپین.

ولی تا حال حاضر شناخت درمانی مؤثر ترین و مفید ترین متدهای می باشد. (سلطانی فر، درمان

افسردگی (۱۳۶۹) در سال ۱۹۳۵ یک روانپزشک در وین بنام «فن مدونا» تصمیم گرفت تشنج مصنوعی را بر روی افرادی که دچار افسردگی شدید هستند آزمایش کند. وی دریافت که این طریق معالجه به نحوی چشمگیر از پیشرفت بیماری مخرب و رام نشدنی افسردگی جلوگیری می کند، بیماری که اگر منجر به خودکشی بیماری نمی شد ممکن بود تا هیجده ماه بدون معالجه باقی بماند. دو فیزیولوژیست ایتالیایی بنام «سرلنتی و بینی» به او پیشنهاد کردند تشنجهای بطریقی آرامتر و دقیقتر از طریق و سایل برقی به بیمار منتقل شود. روشمدرن ان نوع معالجه اینک یک تکنیک بسیار پیشرفته است که اگر در وضع مناسب توسط پزشکان و پرستاران مجرب انجام شود نسبت به بسیاری دیگر از روندهای پزشکی کم خطر تر است. (همان منبع)

روش های علمی درمانگری و دیدگاههای نظری پیرامون افسردگی، از اواخر قرن گذشته، در این قلمرو مطرح شدند. دیدگاه روان پویشی یا «روان تحلیل گری» با بررسی های عمقی نظام روانیو جستوجوی علل ناهشیار اختلال ها از سایر دیدگاهها متمایز می شود (فنکیل، ۱۹۵۴)

متغیر های اجتماعی فرهنگی

بیماران مبتلا به افسردگی اولیه و ثانویه، از لحاظ اجتماعی فرهنگی با یک دیگر تفاوت دارند. در بررسی های مربوط به افسردگی اولیه، تعداد زنان، دست کم دو برابر مردان بود. یک توجه این است که همراه بودن الکلیسم با افسردگی ثانویه بیشتر در مردان دیده می شود. ویژگی شاخص در مبتلایان به افسردگی ثانویه تفاوت سنی در مصابحه است و بیشتر بررسیهای نشان می دهند که ثانویه به طور چشمگیر ، از سایر بیماران جوانترند.

ویسمن و دیگران در اوضاع و احوال اجتماعی اقتصادی افسرده های اولیه و ثانویه های که دارای زمینه اعتیاد به تریاک، الکلیسم یا بودند، تفاوت های را مشاهده کردند. این تفاوتها با تفاوت های موجود در جمعیت های که بیماران مزبور از آنها منشعب شده بود سازگار بودند. مبتلایان به افسردگی اولیه به جمعیت طبقه متوسط تعلق داشتند و حال آن که دیگران به طبقه ی پایین تری متعلق بودند. بیشتر بررسیها، به استثنای بررسی انجام شده توسط آندریاسن دونیو کور نشان دادند که سطح تحصیلی افسرده های ثانویه به طور معن داری، از سطح تحصیلی اولیه پایینتر بود.

خصیصه های شخصیت در افسردگی

خصیصه های شخصیت به طور کامل بررسی نشده است. دیو بدسون و دیگران در مقایسه افسرده های اولیه با ثانویه دارای زمینه اضطراب و حواس بیمار گونه گزارش داده اند که در افسرده های ثانویه وجود ویژگی های نوروتیک در دوران خرد سالی، نا خشنودی مستمر بزرگسالی و فقدان خانواده ی حمایت کننده (بر اساس قضاوت متخصص بالینی در ایام بستری بودن افسرده ها در بیمارستان) بطور معنی دار بیشتر است.

بزیم و دیگران از بیماران افسرده خواستند تا برای بررسی شخصیت افراد در افسدگی به تکمیل پرسشنامه های شخصیت با ملاحظه ی وضعیت عادی شان کامل کنند. (اینها عبارت بود از فهرست سوالهای مربوط به وابستگیین فردی، فهرست شخصیت لازاریکهمن آرمور، بررسی خلق گالفورد زیمران، نوروز گرای و بعد برون گرای فهرست شخصیت مودزلی، و مقایس فرعی مأخوذ از MMPT برای بازگشت به خود و کنترل خود) در این آزمون های شخصیت برای تشخیص افسردگی افسرده های ثانویه در نوروز گرای بالاتر و افسرده های اولیه در برون گرای پایین تر بودند.

افسرده های اولیه کمتر نوروتیک بودند. و به نظر می رسید که کم رو و دروغ گرانید. بنابراین داده های مقطعی شخصیت مربوط به بیماران افسرده محتملاً برای تأیید تشخیص مفید است.

فصل سوم

روش تحقیق

www.markazomesh.ir

در این فصل به بررسی جامعه آماری و نمونه آماری، ابزار اندازه گیری و چگونگی جمع آوری اطلاعات می پردازیم. برای اجرای هر نوع پژوهش، داده هایی جمع آوری می شود که برای جمع آوری آنها از روش ها و ابزارهای مختلفی استفاده می شود. این ابزارها باید دارای روایی و اعتبار بالایی باشد تا بتوان به یافته ی تحقیق اعتماد داشت.

جامعه آماری

جامعه آماری تحقیق حاضر روی پدیده افسردگی دختران بی سرپرست در مقایسه با دختران برخوردار سرپرستی والدین خود متمرکز بوده، جامعه آماری کلیه دخترانی را که تحت حمایت و سرپرستی سازمان بهزیستی قرار دارند و تعدادی از دخترانی که بنا به تحقیق و بررسی اینجانب از نعمت داشتن پدر و مادر برخوردارند دربر می گیرد.

نمونه آماری

تعداد نمونه آماری این تحقیق ۴۰ نفر بود که شامل ۲۰ دختر در رده های سنی مختلف تحت پوشش سازمان بهزیستی می باشد و ۲۰ دختر دیگر تحت سرپرستی والدین خود، که با توجه به اینکه دختران بی سرپرست در رده های سنی مختلف قرار داشتند بنابراین دختران عادی (برخوردار از والدین) نیز در رده های سنی مختلف انتخاب شدند.

روش نمونه گیری

روش نمونه گیری که در این پژوهش به کار برده شد به صورت تصادفی ساده بود. ولی چون در حین مراجعه به محل نگهداری دختران بی سرپرست معلوم شد که تعداد آنانی که از عهده پاسخگویی به سوالات بر می آیند در حدود ۲۰ نفر بود فلذا از نمونه گیری چشم پوشی شد. و از این تعداد، آزمون افسردگی بک به عمل آمد. روش نمونه گیری دختران عادی (برخوردار از سرپرستی والدین) به صورت تصادفی چند مرحله ای خوشه ای است که به دلیل وسعت جامعه دختران عادی روشی مناسب تشخیص داده شد. ابتدا لیستی تهیه شد سپس به شکل تصادفی از بین دختران ۲۰ نفر انتخاب شد.

ابزار پژوهش

در این پژوهش، ابزاری که برای سنجش میزان افسردگی به کار گرفته شد. فرم کوتاه آزمون افسردگی بک (۱۳ سوالی) بود. آزمون افسردگی بک (فرم کوتاه: ۱۳ سوالی)

مقیاس افسردگی بک به صورت یک پرسشنامه است. در این پرسشنامه چندین گروه سوال وجود دارد و هر سوال بیانگر حالتی در فرد است. آزمودنی باید سوالات هر گروه را به ترتیب و با دقت بخواند. سپس سوالی را که بهتر از همه، نوع احساس فعلی او را بیان می کند، انتخاب کند. به عبارت دیگر احساسی را که آزمودنی در حین پاسخگویی به سوالات دارد انتخاب کرده و سپس دور عدد مقابل آن سوال خط بکشد. این آزمون توسط براهنی در سال ۱۳۶۵ در ایران هنجاریابی شد، و از اعتبار بالایی برخوردار است و در مراکز مشاوره و کلینیک درمانی کاربرد فراوانی دارد.

چگونگی جمع آوری اطلاعات

پرسشنامه ها در اختیار یکی از کارکنانی که از دختران بی سرپرست نگهداری می کند قرار داده شد تا بین آنها توزیع گردد و از آنها خواسته شد تا هر یک از سوالات را به دقت بخوانند و با صداقت به سوالات پاسخ دهند. بعد از اتمام ، پرسشنامه ها و پاسخنامه ها جمع آوری گردید و جهت نمره گذاری و تجزیه و تحلیل اطلاعات مورد بررسی قرار گرفت.

روش اجرای تحقیق

ابتدا هدف از اجرای آزمون به آزمونگر ذکر شد و برخی از سوالاتی که مهم بود توسط آزمونگر توضیح داده شد. آزمون در یک جلسه اجرا شد این آزمون در هفته دوم آبان ماه اجرا شد. با توجه به اینکه در این تحقیق، پژوهشگر در پی یافتن جوابها و نظر دانش آموزان به هر یک از سوالات بود. فلذا تحقیق، توصیفی و از نوع همبستگی است.

روش تجزیه و تحلیل اطلاعات جمع آوری شده

در این تحقیق، از آمار توصیفی و استنباطی استفاده شده است. برای بررسی فرضیه پژوهش از آزمون t وابسته استفاده شده است.

روش اجرایی پژوهش

پس از آنکه آزمودنی، پرسشنامه مزبور را در اختیار گرفت پاسخگویی به سوالات را شروع خواهد کرد. برای محاسبه ی نتایج آزمونگر، باید نمراتی را که آزمودنی با کشیدن دایره مشخص کرده است (یعنی یک پاسخ از هر مقوله) با یکدیگر جمع کند. چنانچه آزمودنی در یک یا چند مقوله بیش از یک سوال را با دایره مشخص کرده باشد فقط یک سوال از آن مقوله و آن هم سوالی را که بالاترین نمره را دارد به حساب آورد. از آنجا که در هر مقوله بالاترین نمره، سه است بنابراین حداکثر نمره مقیاس مزبور، ۳۹ خواهد بود.