

"تقسیم بندی جدید افسردگی ها و علائم آنها"

دکتر لقمان دانشمند

خلاصه

افسردگی به دو نوع روانی و فیزیولوژیک تقسیم شده است در نوع روانی آن رایج نوع واکنش طبیعی طولانی و شدید هیجانی شخص در مقابل ناراحتیها ناامیدیها و از دست دادن اقوام میدانند در نوع فیزیولوژیک خلق همیشه افسرده نیست و بیشتر تغییرات منفی در فعالیتهای بدنی و فکری دیده میشود و مهمترین و ثابت ترین علائم همان اختلال در خواب اشتها وزن و میل جنسی میباشد که تحت عنوان تغییر فونکسیونل افسردگی نام - گذاری شده است و این تغییرات نشان دهنده تغییرات فیزیولوژیک موقت در اعمال سیستم اعصاب مرکزی است. افسردگی نوع فیزیولوژیک در این مقاله علاوه بر دو نوع تیپیک و آتیپیک به انواع فرعی دیگری تقسیم شده است و در ضمن مکانیسم افسردگی فیزیولوژیک و بیوشیمی آن شرح داده شده است.

"تقسیم بندی جدید افسردگی ها و علائم آنها"

بیماری افسردگی

این بیماری اهمیت فراوانی در بیماریهای روانی دارد چون به وفور دیده میشود پیش آگهی در هر دوره بیماری خوبست چون بعد از بهبودی تغییری در شخصیت قلبی بیمار بوجود نمیآید در انواع شدید آن بعلت اقدام بیمار به خودکشی خطر مرگ موجود است.

شیوع

بطور کلی بین ۲-۴/۵ مردم در مدت زندگی مبتلا به بیماری افسردگی میشوند شیوع تحت تاثیر نژاد - فرهنگ - ژنتیک و حتی شاید عوامل جوی باشد بسیاری از بیماران با افسردگی

خفیف یا اشکال آتیپیک معمولا به پزشک مراجعه نمیکنند و WATLS در سال ۱۹۶۹ به این نتیجه رسیده است که ۱۵-۱۳٪ افراد در طول زندگی ممکن است از اشکال خفیف افسردگی (SUBCLINICAL) رنج ببرند.

تقسیم بندی

تقسیم بندیهای مختلفی وجود دارد و در تقسیم بندی که اکثر قبول کرده اند افسردگی را به دو نوع واکنشی Reactive سرشتی (Endogenous) تقسیم نموده اند در نوع افسردگی واکنشی (Reactive) عکس العمل در مقابل یک استرین شناخته شده است.

در افسردگی (Endogenous) بنظر میرسد که جنبه سرشتی دارد و بستگی به شخصیت بیمار سرشت و تغییر در سیستم اعصاب مرکزی آن دو کربنی داشته باشد. صفات مشخصه کلینیکی افسردگی نوع آن دو وزن که شامل اختلالات سیکوتیک و اختلال در خواب - اشتها و میل جنسی است معمولا بطور شایع در افسردگیهای خفیف و تغییر شکل یافته (MODIFIED) افسردگی واکنشی نیز دیده میشود. بعضی از اشکال کلینیکی و کلاسیک افسردگی آن وزن معمولا در دنباله استرسهایی است که بتازگی برای بیمار بوجود آمده مثل از دست دادن نزدیکان.

در بعضی موارد افسردگیهایی دیده میشود که علائم هر دو نوع افسردگی را نشان میدهد. موضوع مهمی که مورد بحث است اینست که عده ای معتقدند که افسردگی واکنشی و آن دو وزن بهم بستگی دارند و عده ای بر عکس عقیده دارند که این دو

رخ میدهد و در بعضی موارد این حملات بیماری در موقع معینی از سال بوجود میآید مثلا اغلب در زمستان ایجاد میشود و تا بهار بهبود مییابد. در گروهی دیگر افسردگی بطور غیر منظم ظاهر میشود. بهر حال در بیمارانی که افسردگی بطور خود بخود ظاهر میشود در فصول دیگر سال بیشتر دچار حملات مانیک Manic میشوند تا در آنها تیکه افسردگی بعلت بیماریهای جسمی یا استرسهای روانی بوجود آمده است.

تفاوت بین افسردگی روانی و فیزیولوژیک تنها در علت آنها نیست بلکه در علائم کلینیکی نیز هست.

جدا کردن این دو نوع افسردگی بستگی به تشخیص همان تغییرات فونکسیونل (Functional Shift) دارد. اگر این تغییر فونکسیونل موجود باشد افسردگی فیزیولوژیک در کار است.

" اتیدلوزی بیماری افسردگی "

عوامل مستعد کننده بیماری عبارتند از: سن - جنس - ارث - سرشت و شخصیت شیوع بیماری افسردگی از زمان بلوغ تا میان سالی بسرعت افزایش مییابد و بعد بتدریج کند تر میشود. بیماری در زنان بیشتر از مردها است و نسبت آن ۵/۱/۱ ۲/۱ است. از نظر سن در تمام سنین بیک نسبت دیده نمیشود و در سال ۱۹۶۶ نشان داده که در زنان در سنین باروری بیشتر است. بعد از سن ۵۰ سالگی اختلاف در زن و مرد کمتر میگردد.

ارث عامل مهمی است در اشکال مانیک دپرسیو Manic-depressive و دو نوع رجعتی آن شیوع در بچههای بیمار و برادران و خواهران او ۱۵٪ است ولی در اشکال غیر رجعتی مخصوصا آنهایی که در سنین میانسالی میآیند نسبت به شیوع در اقوام ۶٪ است و شیوع در جمع کل مردم ۱٪ است. از نظر ساختمان بدنی در اشخاص پیک نیک بیماری بیشتر است.

محمولات تمام مردم بدون در نظر گرفتن نوع شخصیت آنها ممکن است به درجات مختلف افسردگی مبتلا شوند ولی تیپهای معینی دچار اختلالات مانیک و پرسو میشوند و مثل آنهایی که شخصیت سیکلوتیمیک دارند. و یا اشخاصی که بدنیاال استرسهای شدید و طولانی روانی دچار افسردگیهای نوع فیزیولوژیک میشوند اغلب شخصیت وسواسی دارند.

افسردگی روانی

کاملا از هم متفاوتند مطالعات علمی جدید هنوز مسئله واکنشی بودن را حل نکرده است.

تقسیم بندی جدیدی اولین بار توسط POLLILT در سال ۱۹۶۵ پیشنهاد شد این تقسیم بندی بر روی اصول بیلوژ- یکی صورت گرفته است و بیماران افسرده را به دو گروه.

۱ - افسردگی روانی Psychological Depression

۲ - افسردگی فیزیولوژیک " Physiological

تقسیم نموده است.

افسردگی روانی

یک نوع واکنش طبیعی طولانی و شدید هیجانی Emotional شخص در مقابل ناراحتیها ناامیدیها و از دست دادن اقوام نزدیک است.

عدم و بیماری که ملاحظه روانی دارد و عبارتست از احساس غم و غصه - عدم خوشحالی حالت ناغدیدگی و گریه. عکس - العمل بیمار ممکن است طبیعی بنظر برسد ولی چنانچه شدید باشد در شخص ایجاد افکار خودکشی مینماید.

این نوع افسردگی معمولا خیلی نزدیک به نوعی است که بآن افسردگی واکنشی میگویند.

افسردگی فیزیولوژیک

این نوع افسردگی بیشتر گمراه کننده است زیرا همیشه خلق افسرده نیست و بیشتر تغییرات منفی در فعالیتهای بدنی و فکری دیده میشود.

مهمترین و ثابت ترین علائم تشخیص عبارتند از:

اختلال در خواب - اشتها - وزن و میل جنسی و کلیه این اختلالات تحت عنوان تغییر فونکسیونل افسردگی

ناگذاری شده است و این تغییرات نشان دهند تغییرات فیزیولوژیکی موقت در اعمال سیستم اعصاب مرکزی است همراه با تغییرات روحی معمولا اختلال در حافظه خود - ملامت کردن - احساس بی ارزشی - احساس حقارت و گناه وجود دارد که اگر بیمار در مان نشود ممکن است به هذیان تبدیل گردد

تغییرات محیط در این بیماری بی تاثیر میباشد این نوع افسردگی ممکن است بدنیاال داغدیدگی یا بدبختی پیش آید ولی استرسهای فیزیکی نظیر عفونتهای ویرال و اختلالات آندو- کرینی مهمترین عوامل تسریع کننده این نوع افسردگی میباشد. در بسیاری از بیماران افسردگیهای خود بخود و شبیه هم

استرس بحث شده بیمار آرامش خود را از دست میدهد و در اینجا است که معلوم میشود که بیمار در چه موردی احتیاج به کمک دارد.

بعضی از بیماران که مدتها بدون نتیجه سعی کرده اند که مشکلات خود را در اجتماع و یا خانواده حل کنند و موفق نشده اند بتدریج خون سردی عاطفه میگردند. APATHETIC اگر این نوع حوادث بطور دوره ای بوجود آیند نشانه آنست که بیمار با مشکلات تازه ای درگیر است چون هیچ بیمار افسرده روانی نگران مشکلات قدیمی حل شده نیست و همیشه یک ناراحتی جدید در کار است که محدودیت شخصیتی آنها مانع از حل خود بخود این مشکل میشود و یا در مورد اشخاصی که WELL ADJUST هستند نشانه استرس شدید و استثنائی است که بیمار قادر به حل آن نیست.

درمان افسردگی روانی

درمان بستگی به شدت واکنش دارد ولی در تمام موارد عامل مهم دلسوزی اطرافیان نزدیک بیمار است ولی در مورد پزشک، پزشک باید قدرت بیمار را در اداره کردن خود و زندگی در مقابل ناراحتیها ارزیابی بنماید. اگر بیمار خیلی ناامید است و افکار خودکشی دارد و یا بمرحله EXHAUSTION رسیده است باید بیمار را در بیمارستان بستری نموده و خواب درمانی کرد CONTINUOUS SLEEP TREATMENT این عمل سبب کم شدن ناراحتی بیمار و سرعت بهبود او شده و بطور موقت او را در استرسهای خارج محافظت میکنیم. این نوع درمان در ناراحتیهای شدید ناشی از استرس جنگ یا فاجعه های دیگر اساسی است در مراحل حاد خفیف استراحت برای بیمار خیلی لازمست و باید هر چه زودتر او را بستری نموده و اطرافیان دلسوز بیمار میتوانند در خانه از او پرستاری کنند. در زمانهای قدیم مردم در برابر بلا ADVERSITY عکس العملهای شدیدی در خود نشان میدادند که بالاخره منجر به خستگی شدید EXHAUSTION و سپس خواب و در نتیجه بهبودی میشد. بوجود آوردن این حالت در اشخاصی که نمیتوانند واکنش شدید از خودشان دهند همانقدر اهمیت دارد که مصرف دارو مهم است.

یک خواب آور کوتاه در مدت بیماری که بمرحله خستگی شدید EXHAUSTION رسیده تنها درمان ضروری است.

این بیماری در جوانان بیشتر از پیران دیده میشود و علت آن معمولاً یک عامل مخالف خارجی است و واکنش هیجانی شخص در مقابل چنین موقعیتی کاملاً طبیعی است ولی در موارد نادری بشدت واکنش ممکن است بقدری باشد که شخص بفکر خودکشی بیفتد. افسردگی روانی شایع است و اکثراً براحتی قابل درمان میباشد.

اتیدلوژی

افسردگی روانی در نتیجه استرسهای خارجی و آسیب پذیری شخص بوجود میآید قدرت مقابله، استرسها بستگی به ارث و تربیت شخص UPBRINGING دارد. اشخاصی که در محیط آرام رشد کرده اند و در زندگی اجتماعی و کارشان موفقند و همچنین در محیط خانوادگی زندگی میکنند کمتر آسیب پذیرند تا اشخاصی که رشد کامل نکرده اند.

IMMATURE موقعیتهای کافی برای یاد گرفتن نداشته اند. اشخاصی که با اجتماع خوب تطبیق کرده اند WELL ADJUST فقط در تحت استرسهای خیلی شدید ممکن است از پا در آیند و برعکس در اشخاص ILL ADJUST کوچکترین استرسها آنها را از پا در میآورد. مقیاس پزشک نباید بر اساس عکس العمل بیمار به استرس باشد بلکه باید توجه اش را به شدت ناراحتی بیمار و تقویت و راحت نمودن او معطوف سازد.

استرسهایی که سبب افسردگی میشوند عبارتند از: ازدست دادن نزدیکان... اشکالات خانوادگی... مشکلات زندگی بخصوص زندگی در محیط پر جمعیت با درآمد کم.

علائم

علائم بستگی به شدت استرس - مدت آن و زمانی که از وقوع استرس گذشته دارد. در مراحل حاد علائم بستگی به شخصیت دارد مثلاً در شخصیت و سواسی علائم بصورت کرحی NUMBNESS تنهایی ISOLATION و بی پناهی BLEAKNESS است در صورتیکه در اشخاص هیستریکی علائم بصورت گریه - ناله و حتی فریاد ظاهر میشود و بعلاوه بیمار همیشه با حرکات - رفتار و با کلمات احتیاجش را بکمک نشان میدهد.

در مراحل بعدی

در ابتدای مصاحبه علائمی دیده نمیشود ولی وقتیکه موضوع

کننده باشند مستعدکننده و درک این موضوع برای ارزیابی نوع درمان و اداره بیمار مفید است.

افسردگی فیزیولوژیکی که فقط یکبار رخ میدهد SOLITARY و نوع رجعتی.

عوامل ژنتیک در اینجا مهمند چون در ۶٪ قوام نزدیک بیماران سابقه بیماری افسردگی در خود است.

شخصیت بیمار هم مهم است چون در اشخاص وسواسی امکان ابتلا به نوع شدید بیماری زیاد است.

شایعترین سن بیماری بین ۴۵-۵۵ سال در زنان و ۶۵-۵۵ سال در مردان است. شیوع آن در طبقات بالا و متوسط اجتماع بیشتر است.

همانطور که گفته شد بیماری ممکن است بعلت استرسهای روحی - جسمی و یا فیزیولوژیکی تسریع شود. عوامل روحی عبارتند از: از دست دادن نزدیکان - شغل - ناکامی مدام و خستگی مزمن بعلت زندگی در شرایط پر جمعیت و یا اقامه دعوی طولانی.

برای ایجاد افسردگی فیزیولوژیکی یک عامل دیگری نیز وجود دارند مثلا اغلب عامل مهم خودداری بیمار از نشان دادن احساساتش در مقابل تلفات و ناکامیهاست.

بنابراین یک شخص میانسال و وسواسی با سابقه فامیلی افسردگی که همسرش را از دست میدهد و احساسات عمیق خود را نمیتواند بروز دهد بیشتر از شخصی که براحتی غم خود را بیرون میریزد دچار افسردگی میگردد. همینطور نشان دادن عصبانیت در شرایط ناکامیهای طولانی شخص را کمتر دچار افسردگی میکند.

عوامل جسمی PHYSICAL

بیماریهای تبزا مثل حصبه - عفونتهای ویرال (آنفلوآنزا) تغییرات هورمونی - کمبود Vit. B12 - کمبود پتاسیم - ضایعات داخل جمجمه‌ای ممکن است افسردگی را تسریع نمایند. داروهائی مثل رزپین و متیل دوپا ممکن است افسردگی واضحی بدهند تغییرات هورمونی که سبب افسردگی در اشخاص آسیب پذیر میشوند عبارتند از: تغییرات هورمونی در مرحله قبل از قاعدگی - بعد از زایمان - زمان یائسگی - بعد از برداشتن تخمدانها - در بیماریهای میکزدم و کوشینگ - مصرف کورتیکو استروئیدها. چون تغییرات هورمونی در زنان مخصوصا در

برای چند روز نیرازپام Nitazepam داده میشود تا خلق بیمار طبیعی گردد.

آرام بخشهای خفیف مانند کلردیازپوکساید Diazepam یا Chlordizepoxide برای کم کردن استرس در روز مفیدند.

در مراحل مزمن و خفیف عواملی که باید دقیقا بررسی شوند عبارتند از: شدت ادامهاسترس و قدرت ارثی بیمار در مقابله استرس بتنهائی یا بکمک دیگران.

اگر بیمار Well adjust بوده و در مقابل استرس شدید قرار گرفته است چنانچه او را از استرس دور کنیم و یا اشکال را برطرف نمائیم پیش آگهی او خوبست.

برای دور نمودن او از استرس باید بیمار را در بیمارستان و یا در منزل بستری نمود و برای حل عوامل استرسی ممکن است لازم شود که اطرافیان کمک مالی به بیمار نمایند. پزشک باید روحیه بیمار را تقویت کند و اطرافیان او را به تشویق به اینکار نمایند. کمک افراد مهمترین عامل جهت تطبیق بیمار به زندگی است و کمک اقوام نزدیک - دوستان - اجتماع - مقامات مذهبی روحیه بیمار را خیلی زودتر از هر داروئی تقویت مینماید بفران اغلب با احساس اینکه کسی نمیخواهد و یا نیست که به او کمک کند به پزشک مراجعه مینماید. کمک پزشک بطرق زیر میتواند مفید واقع شود.

۱ - ایجاد محیط مناسب برای بیمار مثلا کار منزل را سبک کند. مسئولیت بچه‌ها و پیرها را به کمک مقامات محلی از دوش او بردارد.

۲ - تشویق بیمار به معاشرت و ایجاد این احساس که او به جامعه تعلق دارد.

۳ - پسیکوتراپی برای بهبود بخشیدن قدرت بیمار در مقابله با مشکلات احتمالی یا موجود در زندگی.

دپرسیون فیزیولوژیکی

این نوع افسردگی شایعترین بیماری روانی است. در تمام سنین بلوغ تا زمان پیری و بخصوص در میانسالی دیده میشود.

اتیدولوژی

عوامل مسئول ایجاد این نوع افسردگی را بهتر است از نظر ارتباطشان با انواع شایع بیماری و عوامل تسریع کننده و مستعد کننده در نظر گرفت چون عامل مستعد کننده مثلا " یک عفونت ویرال ممکن است در یک بیمار دیگر عامل تسریع

میشود و ناگهان در بهار مشخص میگردد. در بعضی بیماران در تابستان مراحل دیده میشود و بنظر میرسد در این موارد هم همانطور که تغییرات نور و حرارت روی پرندگان مهاجر و حیوانات در حال خواب زمستانی تاثیر دارد موثر واقع میشود.

علائم

علائم مختلفی در نوع فیزیولوژیک دیده میشود. این بیماری خیلی شبیه بیماریهای جسمی و روحی است این علائم ممکن است در هر دو نوع منفرد و رجعتی دیده شود و اختلاف آنها بعدا ذکر خواهد شد.

همانطور که از نام بیماری پیداست تغییرات دائمی و مهم بیشتر در تنظیم خواب - اشتها - وزن - میل جنسی و تغییرات خلق روزانه دیده میشود. در میانسالان و پیرها نوع کلاسیکی که با سم افسردگی نوع آندوژن مینامند بیشتر دیده میشود. چون این شایعترین تغییراتی است که در بیماران افسرده دیده میشود به آن نوع (TYPICAL) میگویند.

در بالغین جوان و اوایل بلوغ تغییرات برعکس پیران است و آنرا نوع (ATYPICAL) میگویند. باید از این نوع تغییرات که بستگی به سن دارند مطلع باشیم تا اولاً بیماری افسردگی را در اشخاص جوان تشخیص دهیم و ثانیاً درمان صحیح نمائیم.

علائم مختلفی که در جوانها و پیرها دیده میشود در زیر مشخص میگردد.

سن باروری زیادتر است بنابراین شیوع این نوع افسردگی هم در این سنین بیشتر است.

استرسهای فیزیولوژیک. که همراه با این نوع افسردگی هستند عبارتند از. تغییر برنامه خواب (مثل کار شیفتی) از دست دادن سریع وزن در اثر رژیم غذایی یا بیماری معمولاً چند عامل سبب تسریع بیماری میشوند.

انواع عودکننده افسردگی فیزیولوژیک و آنهایی که همراه با مراحل شادی (ELATION) هستند.

عوامل اتیدولوژیکی بیماری افسردگی رجعتی (Recurrent) (و انواعی که مراحل مانیک Mania دارد) از عواملی که سبب ایجاد یک حمله افسردگی میشود تفاوت دارد. اربث در نوع رجعتی نقش مهمی را بطوریکه ۵-۱۰٪ اقوام این بیماران از همین بیماری رنج میبرند و بعلاوه سابقه فامیلی تغییرات خلقی (MOOD SWING) را نشان میدهد شخصیت قبلی بیمار ممکن است نوع سیکلوتیمیک باشد که تغییرات جزئی افسردگی و شادی را نشان میدهد. ساختمان بدنی بیک نیک بیشتر همراه با این نوع افسردگی است تا نوع منفرد SOLITARY آن.

عوامل تسریع کننده حملات بیماری ناشناخته هستند و گرچه عفونتهای ویرال و سایر عوامل گاهگاهی ممکن است سبب تسریع بیماری گردند ولی اغلب ارتباطی بین استرس و بیماری نمیتوان یافت. در اغلب موارد حملات از نظر زمانی نامنظمند ولی در بعضی بیماران در فصول معینی ظاهر میشوند. در اینها افسردگی بطور پنهانی و آهسته در اواخر پاییز یا زمستان ظاهر

تغییرات	بالغین جوان Atypical Symptoms	میانسالان و پیرها Typical Symptoms
ریتم خواب	دیر بخواب میروند	صبح زود بیدار میشوند
اشتها	زیاد میشود	کم میشود
وزن	"	"
میل جنسی	"	"
تغییرات خلق	عصرها بدتر میشوند	صبحها بدتر میشوند

اختلالات خواب

در بیماران جوان بعلت نگرانی از حوادث روز و آینده و حالت TENSION به خواب رفتن مشکل است.

در بیماران مسن‌تر اغلب زودبخواب می‌روند ولی صبح زود بیدار میشوند و احساس افسردگی میکنند و دیگر قادر به خوابیدن نیستند. خواب آنها ممکن است نامنظم باشد یعنی یکساعت بعد از خواب بیدار شوند و دوباره بخوابند و این خواب و بیداری تا صبح ادامه یابد گاهی بیماری با کابوس بیدار میشوند و تمام حواس و فکرشان پر از افکار تیره GLOOMY و فاسد (مرض) MORBID میشود و در واقع به آینده نگراند و جنبه منفی موضوعات را در نظر می‌گیرند.

تغییرات اشتها و وزن

بیماران جوان اشتها و وزنشان زیاد میشود نوع خوراک آنها هم عوض میشود بیشتر علاقه دارند که بین دو وعده غذایات کربوهیدرات بخورند مخصوصاً شبها. افزایش وزن سبب ناراحتی بیمار میشود چون اندامش تغییر کرده است در اشخاص مسن‌تر اشتها کم میشود و قبل از اینکه تشخیص افسردگی در آنها داده شود گاهی تا ۲۰ کیلوگرم وزن از دست داده‌اند.

تغییرات میل جنسی

معمولاً میل جنسی کم میشود ولی در بیماران جوان گاهی افزایش می‌یابد که بعلت ناراحتی بیمار میشود. از بین رفتن میل جنسی اغلب بصورت از بین رفتن توجه و عدم تمایل است ولی گاهی بصورت ناتوانی جنسی مثل سرد مزاجی - ناتوانی کامل PRIMATURE EJACULATION درمی‌آید.

تغییرات روزانه خلق DIURNAL

خیلی از افراد سام تغییر محسوسی در حالات روحی خود در طی روز حس نمیکنند مثلاً یکی در ۷ صبح پر انرژی است در حالیکه همسایه‌اش تا قبل از ظهر غیرقابل تماس است. این تغییرات در اشخاص افسرده ممکن است بصورت حس درد ظاهر شود. بیماران جوان صبحها در موقع بیدار شدن ناراحتی ندارند ولی بتدریج ناراحتی‌ها پشان ظاهر میگردد بیماران مسن‌تر صبحها حالشان بدتر است و در طی روز بتدریج ناراحتیها کمتر میشود تا شب که تقریباً خوبند.

بندرت در اشخاص جوان علائم آتیبیک دیده میشود. اغلب مخلوطی از اشکال تیبیک و آتیبیک دیده میشود بخصوص

در حوالی سن ۳۰ سالگی.

در هر سنی معمولاً تغییرات دیگری بصورت خشکی دهان - پیوستگی موی سردیده میشود. تمام این علائم فیزیولوژیکی افسردگی فیزیولوژیک را از یک غم ساده (هر چقدر حادث باشد) مشخص مینماید و باید باین موضوع توجه داشت چون غم ساده اغلب همراه با شکایات روانی هم هستند.

شکایات بیمار عبارتند از: خستگی - نداشتن انرژی - قادر به مقابله با زندگی نبودن - فقدان کشش DRIVE اشکال در تمرکز کردن - تحریک پذیری - فقط بکار خود و مشکلات خود بودن و خیلی از علائم جسمی SOMATIC بیمار احساس ناامیدی و بدبختی میکند و چنانچه زود درمان نشود ممکن است بفکر خودکشی بیفتد. علاوه بر این شکایات سایر علائم روانی هم ظاهر خواهد شد. این علائم در اشخاص مسن‌تر شایعتر است مثل افکار بی‌لیاقتی - احساس بی‌ارزشی که سبب میشود بیمار بتدریج احساس گناه کند و این ممکن است به هذیان DELUSION ختم شود اینگونه بیماران معتقدند که در گذشته اعمال غیر قابل بخشش انجام داده‌اند و به گناهان ناچیز گذشته خود اعتراف میکنند و یا در موارد شدید به جنایتی که در روزنامه‌ها نوشته شده معترفند. سایر هذیانها از نوع هیپوکندریاک است و بیمار تصور میکند درد و رنجش مربوط به اختلالات جسمی مثلاً "سرطان روده است.

در نوع پیشرفته بیماری بیمار معتقد است که از نظر مالی و اجتماعی خانه خراب RUINED شده است.

افکار پارانیسه هم در بیماران دیده میشود. شخص اسکیز فرن معتقد است که بیگناه تحت تعقیب است در صورتیکه شخص افسرده اعتقاد دارد که بعلت جنایاتی که در گذشته انجام داده کاملاً بحق تحت تعقیب است و باید مجازات شود.

علائم سوماتیک خیلی شایعند و کاملاً شبیه علائم بیماریهای عضوی هستند و گرچه باید وجود بیماری را با آزمایشها و تحقیقات بررسی نمود و وجود علائم اختلال خواب و اشتها و غیره نشانه اینست که افسردگی هم در کار است و درمان را نباید تا نتیجه جواب آزمایشها به تاخیر انداخت.

انواع افسردگی فیزیولوژیک

علاوه بر دو نوع تیبیک و آتیبیک که ذکر شد، انواع دیگر

عبارتند از

۱- افسردگی نوع کند (RETARDED) بیشتر در بیماران مسن تر و آنهائی که وسواسی هستند، دیده میشود. کندی PSYCHO-MOTOR احساس بی ارزشی و گناه مهمترین علائم آن هستند.

۲- افسردگی نوع (AGITATED) علائم مشخص آن اضطراب و بی قراری است، در میانسالی و پیری دیده میشود. ۳- نوع پاراندیشه PARANOID علائم مهم آن افکار پاراندیشه و هذیان (DÉLUSION) است و بیمار معتقد است که تعقیب او متناسب با شدت تقصیرش است.

۴- حالات SEHIZO-AFFECTIVE گرچه تغییرات عملی FUNCTIONAL SHIFT (مانند تغییرات اشتها وزن - خواب و غیره) خیلی مشخصند ولی علائم برجسته بیماری اسکیزوفرنی مانند وقفه جریان فکر نیز دیده میشود. ۵- حالات مختلط افسردگی Mixed Depressive State در این نوع افسردگی که ندرتاً دیده میشود، علائم مانی Mania و افسردگی با هم وجود دارد.

طبیعت و مکانیسم افسردگی فیزیولوژیک

گرچه تغییرات فیزیولوژیکی علائم مشخصه این نوع افسردگی هستند ولی تغییرات روحی هم وجود دارد. در یک بیمار ممکن است کم شدن میل جنسی تنها شکایت مهم بیمار باشد، در صورتیکه در دیگری از بد شدن وضع مالی شکایت دارد. تغییرات فیزیولوژیکی همراه با تغییرات تنظیم کننده های مرکزی هستند و این تغییرات بعلت اختلال کار هیپوتالاموس بوجود می آید و شواهد کلینیکی و بیوشیمی هم موید آنست. تمام عوامل تسریع کننده جسمی (Physical) بیماری افسردگی در مراحل مختلف روی هیپوتالاموس اثر میگذارند. واضح ترین آن فشار بعلت یک ضایعه داخل جمجمه ای است. تمام تغییرات آندوکرینی تحت نفوذ هیپوتالاموس هستند. و بیماریهای تب زاد ویرال هم تغییراتی در عمل هیپوتالاموس بوجود می آورند.

داروهای ضد افسردگی و (ECT) هم ممکن است تغییراتی در عمل هیپوتالاموس ایجاد کنند.

تغییرات روحی که در افسردگی فیزیولوژیک دیده میشود، تغییراتی در عمل هیپوتالاموس میدهند، مثلا اگر شخص سالم

خاطره های خوش زندگی را بیاد بیاورد (جنبه مثبت) برعکس شخص افسرده جنبه های منفی زندگی را در نظر می آورد و این تغییر میتواند علائم احساس بی ارزشی و ناتوانی، احساس گناه و دو دلی و افکار خودکشی افراد افسرده را توجیه کند.

بیوشیمی بیماری افسردگی

یافته ها شامل سه اصل مهمند.

- ۱- نتایج تحقیق در مورد متابولیسم آمینها AMINS
 - ۲- اندازه گیری توزیع الکترولیتها
 - ۳- اندازه گیری فعالیت آدرنو کورتیکوئیدها
- شواهد زیادی دال بر ارتباط مستقیم بین منو آمینهای مغز و اختلالات خلقی وجود دارد. رزربین که منو آمینهای مغز را خالی میکند در بعضی از اشخاص سالم ایجاد سندرمی مینماید که کاملاً شبیه افسردگی فیزیولوژیک است.
- مهارکننده های منو آمین اکسیداز و تری سیکلیکها که دو دسته داروهای موثر در درمان افسردگیهای نوع فیزیولوژیکند سبب افزایش فعالیت منو آمینهای مغز میشوند.

پیشرو (PRECURSOR) منو آمینها ۴/۳ دی هیدروکسی فنیل آلانین ثابت نشده که اثر ضد افسردگی داشته باشد و یا اثر مهار کننده منو آمین اکسیداز را زیاد نماید ولی پیشرو ۵ هیدروکسی تیپتامین (تیپتوفان) چنانچه همزمان به بیمار افسرده داده شود، اثر مهار کننده منو آمین اکسیدازها را تقویت (POTENTIATE) مینماید. تغییراتی در نورآدرنالین هم دیده میشود که ترشح شدن تیپتامین و کم شدن سطح ۵ هیدورکسی ایندول در مابغ نخاعی در بیماریهای افسردگی نشانه اختلال در متابولیسم آمینها میباشد.

رل اساسی که منو آمینها در بیماری افسردگی دارند شناخته نشده است. بعضی از بیماران به مهار کننده های منو آمین اکسیداز بهتر جواب میدهند و بعضی به تری سیکلیکها و بعضی به هر دوی آنها با هم وعده زیادی هم فقط به E.C.T. جواب میدهند.

تغییرات مهم الکترولیتی در بیماریهای افسردگی توسط COPPEN در سال ۱۹۶۵ و (SHOW) در سال ۱۹۶۳ گزارش شده است.

در مطالعاتی که با ایزوتوپهای رادیواکتیو شده در بیماران افسرده سدیم باقیمانده (SIDUAL) ۵۰٪ افزایش یافته

و در بیماران مانیک به ۲۵۰٪ رسیده است .

کربنات لیتیوم (LITHIUM) که در درمان مانی (MANIA) و جلوگیری از عود افسردگی موثر است سدیم راجا بجا میکند و احتمالاً سطح سدیم باقیمانده را تقلیل میدهد . تغییرات مشخص آندوکرینی هم در افراد افسرده دیده میشود ، مثلاً تعداد کورتیزول پلازما در بعضی از بیماران زیاد شده و بعد از بهبودی به سطح طبیعی برگشته است . تعداد کورتیزول پلازما در ساعت ۸ صبح سه برابر تعداد آن در شب است و در طی روز هم تغییر میکند و همراه با افزایش علائم افسردگی در صبح است و بتدریج که شب نزدیک میشود ، شدت علائم کمتر میگردد (همانطور که در نوع تیپیک افسردگی فیزیولوژیک دیده میشود) .

معلوم نیست که تغییرات فوق در نتیجه بیماری افسردگی بوجود میآیند و یا اینکه ایجادکننده افسردگی هستند و ارتباط بین اثر داروهای ضد افسردگی و آمینهای مغزی از یک طرف و اثر لیتیوم و متابولیسیم سدیم از طرف دیگر از تحقیقات مهمی هستند که باید انجام گیرد .

فروق کلینیکی بین اشکال منفرد و رجعتی افسردگی

پیش آگهی نوع منفرد آن (که شاید توسط یک بیماری ویرال و یا غم و غصه تسریع شده باشد) خوبست و احتمال عود آن خیلی کم است و از نوع مانیک دیرسید و افسردگی دوره‌ای (PERIODIC) متفاوت است .

نوع منفرد و رجعتی هر دو ممکن است با یک علائم شروع شوند در نتیجه تمیز آنها از هم خیلی مهم است تا پیش آگهی غلطی داده نشود .

گرچه تنها وسیله جدا کردن این دو نوع بیماری مطالعه در سابقه سالها قبل بیمار است ولی علائم کلینیکی معینسی ایجاد شبهه میکند که آیا بیماری بعدها عود خواهد کرد یا نه ؟ این علائم عبارتند از

۱ - در نوع رجعتی و یا دو قطبی (مانیک دیرسید) در سابقه فامیلی بیماران تنها بیماری افسردگی وجود دارد بلکه مانیک

دیرسید و شخصیت سیکلوتیمیک هم دیده میشود .

۲ - ساختمان بدنی پیک بیشتر در نوع عودکننده (رجعتی) دیده میشود ، تا نوع منفرد .

۳ - بوجود آمدن بیماری افسردگی در مراحل اولیه بلوغ بدون علت خاص بخصوص اگر نوع تیپیک باشد و کندی افکار و -

حرکات (RETARDATION) دیده شود برفع نوع رجعتی است .

۴ - به بیمار تا وقتی که دارو داده میشود ، حالش خوب است و بمحض قطع کردن دارو علائم دوباره ظاهر میگردد و بعدا خود بخود خوب میشوند .

۵ - تغییر در نحوه خواب بطوریکه بیمار خوابش سنگین شده و بیشتر از معمول میخوابد .

تشخیص افسردگی

این بیماری خیلی شایع است و علائم آن شبیه خیلی از بیماریهای سوماتیک میباشد . بیماری را باید در مراحل اولیه تشخیص داد تا بتوان ناراحتی بیمار را تسکین داد . در مراحل بعدی تشخیص آسانتر است چون علائم RETARDATION و DELUSION شدید بقراری - افکار خودکشی وجود دارد و امروزه افسردگی را نباید گذاشت به این مرحله برسد .

علائم نوروتیکی مثل اضطراب - وسواس - علائم هیستریک که برای اولین بار بعد از سن ۳۵ سالگی در شخص دیده میشود بدون اینکه شرایط محیطی او تغییر کند علامت بیماری افسردگی است و باید در جستجوی سایر علائم افسردگی بود .

اگر بیماری شکایت کند که شب از خواب بیدار میشود و بعلت افکار خوش آیند بیدار میماند (بدون اینکه ناراحتی جسمی مثلاً زخم اثنی عشر داشته باشد که بعلت درد بیدار شده) . باید این علامت را بحساب افسردگی گذاشت و بجای اینکه به بیمار ساداتیو یا باربیتوریک داده شود که افسردگی را ماسک کند و یا حتی بقدری آنرا شدت دهد که بیمار خود را بکشد بهتر است از همان ابتدا داروی ضد افسردگی را شروع نمود .

References

- 1- Sainsbury, P. (1955). Suicide in London, Monograph No. I.

- 2- Shaw, D.M. (1966). Mineral metabolism, mania and melancholia, *British Medical Journal*, ii, 262.
- 3- Stengel, E. & Cook, N.G. (1958). *Attempted Suicide. Its Social Significance and Effects.* Maudsley Monograph No. 4. London: Oxford University Press.
- 4- Watts, C.A. H. (1966). *Depressive Disorders in the Community*, Bristol Wright.
- 5- Dublin, L.I. *Suicide: A Sociological and statistical study.* Ronald Press, 1963.
- 6- Durkheim, E.: *Suicide.* Free Press of Glencoe, 1930.
- 7- Farberow, N.L. & E.S. Shneidman: *The Cry for Help.* McGraw - Hill, 1961.
- 8- Hendin, H.: *Suicide and Scandinavia.* Grune & Stratton, 1964.
- 9- Kalinowsky, L.B. & P.H. Hoch: *Shock Treatments, Psychosurgery and other somatic treatments in psychiatry.* Grune & Stratton, 1952.
- 10- Meerloo, J.A.M.: *Suicide and Mass Suicide.* Grune & Stratton, 1962.
- 11- Menninger, K.: *Man Against Himself.* Harcourt Brace, 1938.
- 12- Schneidman, E.S., & N.L. Farberow (editors): *Glues to suicide.* McGraw-Hill, 1957.
- 13- Shneidman, E.S. Farberow, N.L., & C.V. Leonard: *Some Facts About Suicide.* US Public - Health Service, 1961.