

## نقش عوامل محیطی در بیماری افسردگی\*

### مقدمه

باید گفت که از لحاظ علمی هنوز اشکالات زیادی راجع به ماهیت و طبقه بندی بیماری افسردگی وجود دارد. مشکل مهم اینست که آیا این گونه بیماریها خود دارای وظیفه زیست شناسی نبوده و نمیتوان آنها را بمنزله نوعی جدوجهد و کوشش موجود انسانی برای رهایی از قید فشار زندگی یا سازش با آن بحساب آورد؟ یا آنکه بیماریهای افسردگی را اصولاً باید در حکم عوارض روانی بدون اهمیت تلقی کرد؟

ایزنک (Eysenck) (۱۹۶۰) و ولپ (Wolpe) (۱۹۵۸) صریحاً متذکر شده اند که بنظر آنها علائم نوروتیک دارای معنای بخصوصی نبوده و نمونه هائی از اختلال قدرت سازش انسان میباشد و میتوان آنها را باتلقین و ازهم گسیختن حلقه شرطی عاداتی که از راه تکرار بوجود آمده اند و یا با درمان سلوک و رفتار از بین برد.

مایرگروس (Mayer - Gross) و اسلاتر (Slater) و روث (Roth) نیز دره ۱۹۵۵ بنویسه خود متذکر شده اند که بیماری افسردگی دارای وظیفه سازشی و انطباقی نمیشود.

با این حال در طب داخلی با وجودی که قوانین فیزیکی - شیمیائی معلولیت مکانیکی مهم شمرده میشود ولی بطور غیرمستقیم هنوز وجود یک منظور و وظیفه زیست شناسی هم در هر بیماری جسمی مورد قبول میباشد. مثلاً در ذات الریه گفته شده که علائم بالینی تنها معلول هجوم عوامل بیماری زا نبوده بلکه در حکم آثار دفاعی بدن در مقابل بیماری است و موضوع قابل توجه اینست که اگر بدن در مقابل عفونت دفاعی نکند در آنصورت علائمی بوجود نیامده و مسئله مراجعه بیمار به طبیب اصلاً پیش نمیآید و در نتیجه بیماری تشخیص داده نمیشود. فروید روانپزشک معروف برای اولین بار در سال ۱۹۱۷ به منظور زیست شناسی به بیماری

\* اصل این مقاله تحت عنوان Environmental Factors in Depressive illness

در مجله The British journal of psychiatry (۱۹۶۰) ۱۱۱ شماره ۴۷۲ بقلم

A. D. Forrest, R. H. Fraser, R. Priest چاپ شده است

افسردگی اشاره نمود و بعد لوئیس (Lewis) در ۱۹۳۴ همین نظریه را تأیید نموده و جزئیات آنرا شرح داده است.

نظریات مخالف عقیده فروید که بیماری افسردگی را برعکس درحکم شکست و درهم-ریختگی عمل سازشی بدن میدانند جماعی منکی به عقاید کوپلن میباشند (۱۹۱۳). کوپلن در میان انواع بیماریهای افسردگی، روان پریشانی دوره‌ای را از همه مهمتر شمرده و آنرا ارثی میدانست. اسلاتر (Slater) و کالمان (Kallmann) هم (۱۹۳۸ و ۱۹۵۰) اثر عوامل ارثی را در علت‌شناسی گروه بیماری مانیا کو-دپرسیو بیخوبی نشان داده‌اند در صورتیکه درواکنشهای افسردگی دیگر چه از نوع انولوسیون و چه از نوع راجعه‌ای هنوز موضوع عوامل ارثی ثابت نشده است. با این حال ما بر گروس و همکاران وی که منکر هدف زیست‌شناسی بیماری افسردگی میباشند معتقدند که بطور کلی بیماری عاطفی در وهله اول مربوط به ساختمان سرشتی بیمار است و در نتیجه با در نظر گرفتن موقعیت زندگی هر مریض میتوان پی به ماهیت افسردگی وی برد. مطالبی را که بستگان بیمار بعنوان علل بیماری افسردگی شرح میدهند اغلب جنبه علمی نداشته بلکه همان علائم شروع بیماری هستند.

از طرف دیگر هندرسون (Henderson) (۱۹۵۶) و جی لپسی (Gillepsie) بیماریهای عاطفی را بدو دسته مانیا کو-دپرسیو و افسردگی انولوسیون تقسیم کرده و سهم مهمی برای عوامل اجتماعی بعنوان علت بیماری قائل هستند.

مشکل ثانوی که در بیماریهای افسردگی و طبقه‌بندی آنها وجود دارد مربوط به اهمیت همین علل اجتماعی و حوادث محیطی است به عبارت دیگر آیا برای عوامل موجود در جریان زندگی که بیماران مرض خود را معلول آنها میدانند میتوان اهمیتی قائل شد و این عوامل تا چه اندازه می‌توانند در بروز بیماری مهم باشند؟

علت طرح این سؤال آنستکه بعضی بیماران افسرده کوچکترین خطای گذشته خود را مورد بررسی قرار داده و مانند آنستکه بخواهند از اینراه احساس گناهکاری خود را توجیه و خود را تبرئه نمایند. از طرف دیگر جماعی روانپزشکان خاطرات مربوط به مرگ و فقدان یا ترک عزیزان را مهم دانسته و تا اندازه‌ای آنها را علت بیماری افسردگی میدانند.

فروید (۱۹۱۷) و لیندمان (Lindemann) (۱۹۴۴) در پسیکوپاتولوژی اینگونه حالات بدقت بررسی کرده‌اند اما در اینجا سؤال دیگری پیش میآید: اگر بنا باشد برای حوادث شوم مهم جنبه علتی قائل شویم چطور میتوان نقش فشارها و حوادث خفیف‌تر را بکلی نادیده گرفت؟ شمار زیادی از دانشمندان وجود این قبیل عوامل خفیف را در بیماری افسردگی ثابت

کرده‌اند (فوکس Fox در ۱۹۴۲ و کوران Curan در ۱۹۳۷) و رنی (Rennie) در ۱۹۴۲ در ضمن آزمایشات خود باین نتیجه رسیده است که در سظالع ۰.۸ مورد افسردگی فقط در ۰.۲ مورد هیچگونه عوامل ناراحت کننده وجود نداشته است.

اگر بخواهیم نظریه فوقرا که متکی به عقاید آدولف مایر است قبول کنیم در آنصورت تحقیق درباره اهمیت تأثیر عوامل و فشار های محیطی در افسردگی بدو اشکال فنی زیر برخورد می کند:

۱- مشکلی است که قبلاً هم توضیح داده شده و آن اینکه آیا احساس فشار روانی و ناراحتی محیطی نتیجه بیماری است یا علت آن؟

در اینجا باید متذکر شد که از نقطه نظر عملی هم تعیین تاریخ شروع بیماری و جواب به مسئله فوق کار مشکلی است مثلاً در مورد بیماری که کار خود را از دست داده پاسخ به این سؤال که آیا از دست دادن کار علت بیماری است یا معلول آن امر دشواری است.

۲- در اغلب مواردی هم که مسائل شخصیتی و خودبیماری بطور مهمی درهم مخلوط میشوند تعیین تاریخ شروع بیماری کار آسانی نیست.

۳- اشکال سوم در درک ماهیت بیماری های افسردگی مربوط به تقسیم بندی آنها به اندوژن و واکنشی است که جنبه گمراه کننده ای پیدا میکند.

با آنکه تقسیم بندی افسردگی ها به آندوژن و واکنشی بعلت آنکه باشواهد بالینی ثابت نشده از طرف لويس (Lewis) (۱۹۳۴) و گارمانی (Garmanie) (۱۹۵۸) رد گردیده ولی هنوز طرفدارانی هم دارند مانند: هامیلتون (Hamilton) و وایت (White) (۱۹۵۹)، مایرگروس (۱۹۵۵)، گارساید (Garside) و کیلوه (Kiloch) (۱۹۶۳).

مثلاً مایرگروس و همکارانش معتقدند که در تشخیص افتراقی افسردگی آندوژن و واکنشی باید به تاریخچه فامیلی، ساختمان سرشتی بیمار و وقایع و عوامل مشخص موجود در زندگی بیمار و تابلوی علائم بالینی مخصوصاً قابلیت واکنش پذیری و پاسخ خلتی بیمار در مقابل انگیزه های خارجی، نوع بی خوابی و درجه شدت بطنی و کندی حرکتی روانی و وجود یا عدم وجود فشار و ناراحتی محیطی توجه داشته و آنها را مطالعه کرد.

دانشمندانی مانند کیلوه و گارساید و هامیلتون و وایت سعی کرده اند حتی از راه تحقیقات علمی دقیقی بین دونوع افسردگی مذکور تشخیص افتراقی بدهند. طریقه فنی کاوش نزد همه این دانشمندان مشابه است.

کیلوه و گارساید در ۹۲ بیمار ابتداء به تشخیص بالینی دونوع افسردگی پرداخته و سپس

از روش تحلیل عوامل (انالیزفاکتوریل - Analyse Factorielle) استفاده کرده و بانشان دادن سئوالنامه‌ای به بیمار که براساس سی و پنج موضوع تشکیل شده تشخیص قبلی خود را مورد بررسی قرار داده‌اند. مؤلفین ضمن این تحقیقات موفق شده‌اند که در همه موارد یک عامل دوقطبی پیدا کرده و یکمک آن بین دو نوع افسردگی مذکور تشخیص افتراقی بدهند. از طرف دیگر وایت و هامپلتون یک عامل تحلیلی پیدا کرده‌اند که بیشتر با افسردگیهای دیررس بستگی داشته و اگر بیماران را براساس این عامل به اندوژن و واکنشی تقسیم کنند در نتیجه‌ی سئوالات اختلافات فاحشی آشکار میشود ولی مؤلفین مقاله کنونی در تشخیص افتراقی افسردگی اندوژن و واکنشی بیشتر به تجربه روانپزشک و جنبه الهام بالینی وی اهمیت میدهند.

### علل انجام مطالعات کنونی

مؤلفین مقاله‌ای که از زیر نظر خوانندگان میگذرد عقاید لوئیس درباره عدم امکان تشخیص دو نوع افسردگی اندوژن و واکنشی را تنها از روی اختلافات بالینی و همچنین تحقیقات لیندیمان راجع به واکنش اشخاص در مقابل مرگ و ترک عزیزان را مهم میشمارند.

نویسندگان این مقاله ضمناً اهمیت تحقیقات بولبی و براون (Bowlby, J. Brown) (۱۹۶۱) را درباره متناسب بودن واکنش‌های افسردگی بزرگسالان با پاره‌ای استعدادها و آمادگی‌های دوره طفولیت تأیید مینمایند. طبق نظریه بولبی و براون اشخاصی که در بزرگسالی در برابر فقدان و یا ترک شخص عزیز و یا شیمی مورد نظر دچار واکنش افسردگی میشوند اغلب همان اشخاصی هستند که در ایام کودکی یاد نگرفته‌اند در برابر چنین اتفاقاتی پاسخ عاطفی مناسبی از خود نشان داده و هیجانان خود را ضبط و کنترل نمایند.

در حال با ذکر این مقدمات تنها راهی که بنظر مؤلفین مقاله مناسب برای پیدا کردن تشخیص صحیح و قابل قبول بیماری مانیا کو - دپرسیو است محدود نمودن این عنوان به مواردی است که تشخیص آنها صریح و واضح باشد یعنی به آن بیمارانی که فعلاً در یک مرحله افسردگی بسر میبرند ولی قبلاً بعلت داشتن تحریکات در بیمارستان بستری و تحت درمان بوده‌اند. حسن این طریقه در این است که این بیماران هم از لحاظ تشخیص و هم از حیث استعداد اثری گروه مشخص و متمایزی را در مقابل بیماران دیگر تشکیل میدهند.

راجع به مطالعه درباره سایر موارد یعنی واکنش‌های افسردگی، نویسندگان مقاله بطوری که ذکر شد عقیده دارند که پیدا شدن حالت افسردگی در این اشخاص بمنزله جدوجهدهای موجود انسانی (هر قدر هم که ناچیز و بی تأثیر باشد) بمنظور فرار از شرایط موقعیتها و روابط اجتماعی ناراحت کننده و یا برعکس مبارزه با آنها می باشد.

فرضیه تحقیقی ثانوی مؤلفین مقاله در واقع نتیجه سستقیم همین عقیده آنها است: بعبارت دیگر نقش عوامل محیطی و فشارهای زندگی در سوابق بیماران و واکنش افسردگی بایستی بیشتر از گروه شاهد باشد.

فرضیه تحقیقی سوم که در این مقاله مورد بحث قرار میگیرد اینستکه: در سوابق بیماران مبتلا به افسردگی های واکنشی موارد فقدان و مرگ عزیزان در دوران کودکی و عدم کنترل عاطفی و هیجانی بیش از بیماران گروه مانیا کو- دپرسیو و یا گروه شاهد میباشد بالاخره فرضیه تحقیقی چهارم یانهائی اینستکه: گرچه تشخیص افتراقی افسردگیهای اندوژن از افسردگیهای واکنشی تا حدی از روی علائم و شدت و عمق بیماری امکان پذیر است ولی عوامل دیگری که در این مقاله مورد مطالعه قرار گرفته اند در چنین تشخیصی نمیتوانند مؤثر باشند.

### اوازم و روشهای تحقیق

در ظرف سه سال اخیر در بیمارستانی که مؤلفین مقاله در آنجا کار میکنند مطالعه ای در کار برد عده ای از داروهای ضد افسردگی منجمله نیالامید (Nialamid) و متیل بنزیل هیدرازین (Méthyl Benzyl Hydrazine) و نورتری پتیلین (Nortriptyline) انجام شده است. ضمن این مطالعه پرونده هائی در مورد عوامل محیطی و علائم بالینی صد و پنج بیمار افسرده گرد آورده شده و گذشته از آن راجع به وجود عوامل محیطی در سوابق ۵۳ بیمار دیگر که تحت درمان نبوده اند بررسی گردیده است. باید متذکر شد که بین این بیماران ۴۸ نفر آنها بطور سرپائنی و ۱۱ نفر دیگر در بیمارستان بستری و تحت مطالعه بوده اند.

جدول ۱ تقسیم بندی این بیماران را از لحاظ جنس و سن نشان میدهد.

(جدول ۱)

تعداد بیماران افسرده (۱۵۸) بر حسب سن و جنس

سن بحسب سال	مذکر	مؤنث	جمع
۲۰-۳۹	۵	۱۹	۲۴
۴۰-۵۹	۱۱	۵۳	۶۴
۶۰-۷۹	۱۱	۵۷	۶۸
۸۰ سال و بالاتر	۰	۲	۲
جمع	۲۷	۱۳۱	۱۵۸

۵۸- بیماری که بعنوان شاهد انتخاب شده‌اند در بیمارستان عمومی بعلمت عفونتهای میزه‌راه، اختلالات هاضمه و سل ریه و بایماریهای ریوی دیگر بستری و تحت درمان بوده‌اند و روش کارطوری بوده که پزشک معالج پیوسته سراقب حال بیماران بوده و در صورت بروز کوچکترین علائم روانی یا تشدید بیماری نام آنها را از گروه شاهد خارج می‌نموده است. تقسیم‌بندی بیماران شاهد در جدول ۲ نمایش داده شده است

(جدول ۲)

### عده بیماران گروه شاهد (۵۸) بر حسب سن و جنس

سن (بحسب سال)	مذکر	مؤنث	مجموع
۲۰-۳۹	۵	۵	۱۰
۴۰-۵۹	۸	۱۶	۲۴
۶۰-۷۹	۸	۱۴	۲۲
۸۰ سال و بالاتر	۱	۱	۲
جمع	۲۲	۳۶	۵۸

- برای بدست آوردن اطلاعاتی در مورد عوامل اجتماعی و پزشکی بیماران از سئوالنامه ضمیمه استفاده شده است (صفحه مقابل) چنانکه ملاحظه میشود در این سئوالنامه ابتدا سئوالاتی در مورد فقدان یا از دست دادن عزیزان مخصوصاً یکی از والدین یا هر دو در کودکی گنجانیده شده است. برای رعایت سهولت در محاسبه و ارزیابی جوابها چنین قرار شده که فقدان یا از دست دادن والدین تنها تحت عنوان فقدان مادر منظور گردد.

سئوال سوم نیز مربوط به فقدان بستگانی میباشد که از نظر قرابت در درجه اول اهمیت قرار داشته و بیماران آنها را در ظرف سه سال قبل از بستری شدن از دست داده است.

سئوال چهارم مربوط به فقدان (بعلمت مرگ یا جدائی) شخصی است که در نظر بیمار و روان پزشک مهم بوده است. بعنوان مثال یکی از بیماران، مرد ۸۰ ساله‌ای است که نه‌ماه قبل از بستری شدن، شخصی را که از سی سال قبل با وی دوست بوده و بر اثر ابتلاء بیک نوع سرطان فوت کرده از دست داده بود. بیمار مزبور بطور متفرق و غیر صریح فکر زیادی می‌کرده و مهمترین علامت بیماری وی هم ترس از سرطان بوده است.

سئوال پنجم مربوط به بیماریهایی است که تنها زندگی می‌کرده و از نظر روانپزشک فاقد روابط اجتماعی مناسب بوده‌اند.

۲	سن ازدست دادن مادر ..... در کمتر از ۱ سالگی	سن ازدست دادن پدر ..... در کمتر از ۱ سالگی	در بیشتر از ۱ سالگی	در بیشتر از ۱ سالگی
۳	تفکات (بستگان درجه اول ظرف سه سال قبل از بستری شدن)			
۴	از دست دادن یا جدا شدن از شخص مهم (ظرف سه سال اخیر)			
۵	دوری از اجتماع			
۶	از دست دادن نقش اجتماعی (بازنشسته شدن و یا تغییر پیدا کردن تشکیلات خانوادۀ ظرف سه سال اخیر)			
۷	عکس العمل در برابر موفقیت (اضطراب ترفیع رتبه ظرف سه سال اخیر)			
۸	ناسازگاری زناشویی دائمی (ظرف سه سال اخیر)			
۹	فشارهای مالی - شکست در کار - قرض و غیره (ظرف سه سال اخیر)			
۱۰	اعمال جراحی مهم (ظرف سه سال اخیر)			
۱۱	بیماریهای مهم طبی (ظرف سه سال اخیر)			
۱۲	اعتیادات دارویی (ظرف سه سال اخیر):	روزیتن - دکسدزین و غیره		
۱۳	عوامل اختصاصی (ظرف سه سال اخیر):	باشستگی - زایمان - الکلیسم و غیره		
۱۴	بستری شدن قبلی یا معالجه سوزا ئی برای بیماری افسردگی			
۱۵	بستری شدن قبلی یا معالجه سوزا ئی برای بیماری سانی			
۱۶	بستری شدن یا معالجه سوزا ئی برای بیماریهای قبلی دیگر			
۱۷	تاریخچه خانوادگی (بستگان درجه اول): خوردگسی نه/طبی مانی نه/طبی افسردگی نه/طبی الکلیسم نه/طبی اسکیزوفرنی نه/طبی بیماریهای دیگر روانی نه/طبی			
۱۸	تفصیه عقلی عضوی			
۱۹	وجود ضعف عقلانی (نقیب سازندگی عقلانی)			
۲۰	انحراف مهم شخصیتی (نوع آنرا شرح دهید)			

سؤال ششم مربوط به بیمارانی است که شغل یا نقش مهمی را که قبلاً در خانواده داشته اکنون از دست داده‌اند. مثلاً یک مورد آن خانم خانه‌داری است که بعلاّت بیماری جسمی، دیگر قدرت انجام وظایف خانه و ایفای نقش خویش را ندارد.

سؤال هشتم مربوط بوجود نفاق در زندگی زناشویی به عقیده بیمار است. اما این نفاق در صورتی از لحاظ آماری ارزش دارد که مداوم یا مکرر بوده و در ظرف سه سال قبل از بستری شدن وجود داشته باشد.

سؤال نهم اشکالات مالی است که البته آنهم مربوط به نحوه ارزیابی بیمار است. اگرچه تعداد زیادی از بیماران سالمند دارای درآمد نا کافی بودند ولی با آرزوگی و طرح نقشه میتوانند استند کمبود درآمد را جبران نمایند، در حالیکه بیماران زنی که جوانتر بوده و ازدواج کرده‌اند اقدام به ولخرجی و مخارج بیهوده نموده و بالنتیجه دچار ناراحتی شده و مجبور به پنهان کردن مخارج مزبور حتی از شوهرانشان میگردند.

سؤال دهم مربوط به عملیات جراحی در سابقه بیماران میباشد در اینجا اعمالی مهم هستند که یا جزو عملیات جراحی بزرگ محسوب میشوند (مانند عملیات شکم - قفسه صدری - داخل جمجمه‌ای) و یا آنکه انجام این اعمال در حکم فشار روحی برای بیمار بوده است. ضمناً در این سؤال تمام عملیات جراحی زنان با استثنای کورتاژ منظور شده ولی شکستگی‌های ساده و مختصر عمداً از قلم افتاده است.

سؤال یازدهم مربوط بوجود بیماریهای داخلی در سوابق بیماران است. در اینجا هم از اصل سؤال دهم پیروی شده و بیماریهایی در این سؤال منظور گردیده است که یا از نظر روانپزشک در حکم فشار روانی برای بیمار بوده و یا «درموردی هم که ظاهراً این موضوع روشن نبوده» معذک زندگی بیمار را بخطر انداخته و یا وضع سلامت او را مختل نموده است. از جمله بیماریهایی مانند امراض قفسه صدری و قلبی و انواع سرطان، بیماریهای متابولیک مانند مرض قند و همچنین کم خونی پرئیسوز، زخم معده و تورم و زخم روده در سؤال یازدهم منظور گردیده است. گذشته از آن انواع بیماریهای دستگاه عصبی و همچنین رماتیسم مفصلی یا تورم امتخوانی - مفصلی پیشرفته نیز ذکر شده است در حالیکه امراضی مانند دیورتیکولیت و گاستریت الکلیک و کولون انقباضی حذف گردیده است. در بین بیماریهای پوستی تنها دوسر مرض شدید و صعب‌العلاج (درماتیت و پسوریازیس) منظور شده است که معمولاً وضع زندگی و شغل بیمار را مختل نمیشود.

مؤلفین مقاله راجع به این سؤال تذکر میدهند که البته تقسیم بندی مذکور چندان علمی نبوده بیشتر جنبه شخصی دارد ولی از آنجائیکه انتخاب بیماریها بر اساس خصوصیات

مانند خطرناک بودن آنها برای زندگی و ایجاد اختلال واقعی در سلامتی و وضع شغلی بیماران صورت گرفته تا حدی این نقص جبران شده است.

سؤال دوازدهم مربوط به سواردی است که در مصرف داروهای مسکن یا آرامبخش مانند آمفتامین، باربی‌توریکها و داروهای مسکن یا محرک دیگر جنبه اصراف یا اعتیاد و سوء استفاده وجود داشته است در این فهرست حتی در بیماری که مدت مدیدی بعث فشار خون تحت درمان با رزورین بوده منظور گردیده است.

سؤال سیزدهم مربوط به عوامل اختصاصی مانند یائسگی، دوران طفولیت، چاقی منفراط که با رژیم غذایی سخت و شدید تحت درمان قرار گرفته و الکلیسم میباشد.

سؤالهای دیگر این سئوالنامه که مربوط به سوابق بیماریهای عصبی و تاریخچه خانوادگی وغیره است احتیاج به توضیح بیشتری ندارد. علت گنجاندن تمامی این موضوعات در سئوالنامه آشنائی مؤلفین مقاله با این قبیل مسائل در پرونده‌های بیماران افسرده دیگر قبل از تحقیق فعلی بوده است. مؤلفین گرچه قبلاً می دانستند که این عوامل بطور یقین در پرونده‌ها هویدا خواهد گردید ولی برای دانستن شیوع آنها به تحقیق مجدد اقدام نموده‌اند. گرچه به عقیده نویسندگان مقاله طول مدت بیماری افسردگی در ۱۰۸ بیمار افسرده مورد مطالعه کمتر از نهمه ماه بود ولی چون مسئله تعیین صحیح تاریخ شروع بیماری افسردگی اغلب مشکل است لذا برای سهولت کار تاریخ مراجعه بعنوان شروع بیماری در نظر گرفته شده است و اثر عوامل محیطی واجتماعی در ظرف سه سال قبل از تاریخ مذکور بررسی گردیده است. با اینحال بنظر مؤلفین مقاله سه سال مدت زیادی محسوب نمیشود زیرا در دو مورد افسردگی که قبلاً تحت درمان آنها بوده علائم مشخص بیماری دوتا دو سال و نیم بعد از حادثه اسف‌انگیز فقدان عزیزان آنها پیدا شده است. بکمک برگهای تحقیقی دیگری با سم فهرست علامت و نشانه (Symptom - Sign) که حاوی هدفه عامل بوده نژده ۱۰ بیمار افسرده علاوه بر اطلاعات اجتماعی و پزشکی اطلاعاتی نیز راجع به علامت‌شناسی و عمق افسردگی آنها جمع‌آوری گردیده است و برای ارزیابی نتایج سئوالات درجاتی مانند: وجود دارد، وجود ندارد، شدیداً انتخاب شده است. ضمناً از این فهرست بعنوان پایه و اساس مصاحبه با بیماران استفاده شده و از نتایج آن ارزیابی دیگری از لحاظ شدت افسردگی بیماران بعمل آمده است. برای این ارزیابی علائم قراردادی دیگری به شرح زیر انتخاب شده است:

نمره ۱: افسردگی بدون علامت.

نمره ۲: افسردگی متوسط

نمره ۳: افسردگی عمیق

نویسندگان مقاله مذکور می‌شوند که چون سالها است از اینگونه برگها استفاده مینمایند دارای تجربه زیادی در اینخصوص میباشد [آفلک (Affleck) ۱۹۶۲، هورن (Horne) و فورست (Forrest) ۱۹۶۲].

برای ارزیابی فیزست حاوی هفده عامل به پنج عامل اهمیت بیشتری داده شده است که عبارتند از:

۱- بطنی و کندی روانی ۲- صبح زود از خواب برخاستن ۳- اختلال قدرت تمرکز فکر ۴- تغییرات روزانه خلق ۵- افکار اتهام بخود و تحقیر خویش

این پنج عامل از این لحاظ در نظر مصنفین مقاله مورد اهمیت است که جزو علائم اصلی افسردگی اندوژن میباشد (هامیلتون و وایت ۱۹۶۱ و کیلوه و گارساید ۱۹۶۳).

بطور کلی در بیماران که حداقل د رای چهار علامت از علائم مذکور بوده اند بیماری آنها بعنوان افسردگی اندوژن بحساب آمده در حالی که بقیه بیماران نوروتیک تلقی شده اند.

گذشته از درجه بندی فوق افسردگی کلیه ۵. ۱ بیمار از حیث عمق و شدت مورد بررسی مجدد قرار گرفته است به قسمی که قبلاً یعنی در موقع مطالعه داروهای مختلف ضد افسردگی بیمارانی

را که از حیث شدت و عمق افسردگی دارای نمرات یک و دو بوده اند بعلت کمی عمق افسردگی کنار گذاشته اند و لذا تماسی افراد گروه ۵. ۱ بیمار افسرده ای که مورد مطالعه مجدد قرار

گرفته اند در ردیف نمرات سه و چهار یا پنج قرار داشته اند. ضمناً افرادی که دارای نمرات چهار و پنج بودند جمعاً تحت عنوان «افسرده عمیق» بحساب آورده شده در حالیکه بیماران

دیگر که دارای نمره سه بوده اند بعنوان «افسرده خفیف» طبقه بندی شده اند. تحلیل و تفسیر نتایج بطرق زیر انجام شده است:

۱- مقایسه وفور و شیوع موارد فقدان و ترك عزیزان در ایام طفولیت بین اشخاص افسرده و گروه شاهد.

۲- بررسی وجود یک یا چند عامل طبی یا اجتماعی ناراحت کننده در سابقه بیماران و گروه شاهد.

۳- مقایسه بیماران با گروه شاهد از لحاظ شیوع و وفور عوامل محیطی (فقدان یا ازدست دادن اشخاص مهم - تجرد اجتماعی یا ازدست دادن نقش اجتماعی وغیره).

۴- مقایسه بیمارانی که در پرونده شان هیچ نوع عوامل ناراحت کننده وجود نداشته با سایر بیماران از لحاظ بیماریهای قبلی و تاریخچه خانوادگی وغیره.

۵- بالاخره مطالعه و مقایسه بیماران افسرده نوروتیک و اندوژن از لحاظ سن - شدت بیماری، وجود عوامل ناراحت کننده، وفور موارد فقدان یا ترك عزیزان در ایام طفولیت.

## نتایج جدولها

در جدول ۳ - شیوع موارد فقدان و ترک عزیزان در زمان کودکی در نزد بیماران افسرده و گروه شاهد نشان داده شده است.

(جدول ۳)

شیوع موارد فقدان در طفولیت در بیماران افسرده (۱۵۸) و گروه شاهد (۵۸)

مجموع	گروه بیماران افسرده	گروه شاهد	
$P < .05$ ۳۸	۳۴	۴	از دست دادن مادر قبل از ۱۰ سالگی
$P < .05$ ۶۶	۵۶	۱۰	از دست دادن یکی از والدین قبل از ۱۰ سالگی
۲۱۶	۱۵۸	۵۸	مجموع افراد در گروهها

بطوری که ملاحظه میشود ۵۶ نفر از بیماران قبل از پانزده سالگی دچار فقدان یا ترک یکی از والدین شده‌اند در حالیکه در گروه شاهد فقط ۱۰ (ده) نفر گرفتار این حالات گردیده‌اند و اختلاف مزبور از لحاظ آماری دارای اهمیت ۵٪ میباشد.

در جدول ۴ - وجود یک یا چند عامل محیطی در ظرف سه سال قبل از بستری شدن بین بیماران افسرده و شواهد و شیوع این عوامل نشان داده است.

(جدول ۴)

وجود یک یا چند عامل محیطی (اجتماعی و فیزیکی) در بیماران افسرده (۱۵۸) و گروه شاهد (۵۸)

عوامل موجود	گروه بیماران	گروه شاهد	مجموع
هیچ	۱۸	۱۶	۳۴ از لحاظ آماری ارزش ندارد
یکی	۵۱	۱۹	۷۰
دو یا بیشتر	۸۹	۲۳	۱۱۲
مجموع	۱۵۸	۵۸	۲۱۶

عدهٔ بیماران افسرده‌ای که فاقد این چنین عوامل محیطی بوده‌اند از دسته شاهد بیشتر است. همچنین بیمارانی که واجد چندعامل (از دو بالا) بوده‌اند نیز از گروه شاهد بسیار زیادتر است ولی این اختلافات از لحاظ آماری اهمیت ندارد.

در جدول ۵ اختلاف و فور بعضی از عوامل پزشکی واجتماعی که اتفاقات نامیده شده نزد بیماران و شواهد مطالعه شده است ولی در اینجا از نظر فقدان یا از دست دادن عزیزان و بستگان درجه اول و اشخاص مهم در ظرف سه سال قبل از بستری شدن اختلاف فاحشی بین بیماران افسرده و گروه شاهد مشاهده نمیشود.

(جدول ۵)

نسبت و فور پاره‌ای عوامل اجتماعی و طبی انتخابی در بیماران  
افسرده (۱۵۸) و گروه شاهد (۵۸)

مجموع	گروه شاهد	گروه بیماران افسرده	
	۱۷	۵۰	فقدان (از دست دادن شخص مهم یا بستگان نزدیک)
$P < .01$	۹۳	۸۳	عوامل اجتماعی (دور ماندن از اجتماع - از دست دادن نقش اجتماعی)
	۳۴	۹۶	عوامل طبی (اعمال جراحی - بیماریها - زایمان - اعتیاد بدارو یا الکل)
۲۹۴	۶۵	۲۲۹	مجموع

در مورد عوامل پزشکی سنجمله بعضی عملیات جراحی، بیماریهای داخلی، تولد بچه، اعتیاد بمواد مخدره یا الکل با آنکه و فور این عوامل در گروه شاهد نسبتاً بیشتر بوده است باز از لحاظ آماری اختلاف قابل توجهی بین بیماران و شواهد وجود ندارد در صورتیکه اختلاف بین بیماران و شواهد از نقطه نظر عوامل اجتماعی و از دست دادن مقام و نقش اجتماعی قابل توجه بوده و اهمیت آن از لحاظ آماری ۵٪ بوده است.

در جدول ۶ وضع ۱۸ بیمار افسرده‌ای که فاقد حوادث اجتماعی و پزشکی در ظرف سه سال قبل از بستری شدن بوده‌اند با وضع ۱۴ بیمار دیگر که واجد این عوامل بوده مقایسه شده

است. ضمناً در این جدول معلوم میشود که وفور بیماری مانیا کو- دپرسیو (بنابه تعریف قبلی بالینی یعنی داشتن مرحله مانیا قبلی) در بیمارانی که فاقد هرگونه عوامل محیطی بوده‌اند زیادتر است (۲۲/۲٪) درحالیکه در دسته مخالف (۵٪) بوده است و این اختلاف از لحاظ آماری دارای اهمیت ۵٪ میباشد.

(جدول ۶)

وفور مراحل مانیا یا افسردگی قبلی یا موارد تاریخچه فامیلی مثبت از نظر مانیا یا افسردگی در بیماران افسرده یا بدون عوامل محیطی

مجموع	بیماران افسرده		فشارهای روانی
	با عوامل محیطی	بدون عوامل محیطی	
P < .05 ۱۱	۷	۴	دوره مانیا قبلی
۸۶ از لحاظ آماری بدون ارزش	۷۴	۱۲	مرحله افسردگی قبلی
۳۷ از لحاظ آماری بدون ارزش	۳۰	۷	تاریخچه خانوادگی مثبت از نظر مانیا یا افسردگی
۱۵۸	۱۴۰	۱۸	عده بیماران در هر گروه

همچنین سوابق مانیا و خودکشی یا افسردگی در بستگان درجه اول نزد بیمارانی که فاقد عوامل اجتماعی بوده‌اند بسیار زیادتر از گروه دیگر است. (۳۸/۳٪ در مقابل ۲۱/۴٪) ولی بازم این اختلاف قابل ملاحظه نیست.

در جدول ۷ وفور موارد فقدان عزیزان در ایام طفولیت و عوامل محیطی و وجود مراحل افسردگی قبلی (البته این امر در گروه شاهد مطرح نیست) بین بیماران مانیا کو- دپرسیو (یعنی ۱۱ نفر) و بیمارانی که دارای واکنش‌های افسردگی بوده‌اند با گروه شاهد مقایسه شده است.

بطوری که ملاحظه میشود وضع گروه شاهد از لحاظ وفور موارد فقدان در کودکی و وجود عوامل محیطی بیشتر شبیه گروهی است که دارای واکنش‌های افسردگی بوده‌اند درحالیکه بیماران مانیا کو- دپرسیو به دلیل نداشتن موارد فقدان در کودکی و کم بودن قابل ملاحظه موارد عوامل محیطی در سوابق بیماران از دو گروه دیگر بطور واضح متمایزند (اختلاف بین سه گروه از لحاظ فقدان عزیزان از لحاظ آماری تا ۵٪ اهمیت دارد درحالیکه از لحاظ عوامل اجتماعی اختلاف آنها درخور توجه نمیشود) با در نظر گرفتن ۵٪ بیماری که

(جدول ۷)

وفور موارد فقدان در طفولیت، عوامل محیطی (طبی یا اجتماعی) و مراحل  
افسردگی قبلی نزد بیماران مانیا-کو-دپرسیو و بیماران افسرده  
واکنشی و گروه شاهد

گروه‌ها	فقدان در طفولیت	عوامل محیطی	مراحل افسردگی قبلی	مجموع کلی از حیث افراد گروه
بیماران مبتلا به روان پریشانی مانیا-کو-دپرسیو	۰	۵	۱۰	۱۱
بیماران مبتلا به افسردگی واکنشی	۵۶	۱۳۵	۷۶	۱۴۷
گروه شاهد	۱۰	۴۲	مطرح نیست	۵۸
جمع ستون‌ها	۶۶	۱۸۲	۸۶	

\* ملاک تشخیص داشتن یک مرحله مانی قبلی بوده است

بر اساس اختلاف علائم بالینی بدو دسته نوروتیک و اندوژن تقسیم شده و تحت مداوا قرار گرفته‌اند و با توجه به جدول ۸ معلوم میشود که شمار بیماران که دارای افسردگی خیلی عمیق بوده‌اند در گروه اندوژن به مراتب بیشتر است.

همچنین وفور موارد بیماری مانیا-کو-دپرسیو نزد بیماران نوروتیک و اندوژن بسیار مختلف است (این اختلاف از لحاظ آماری ۵٪ اهمیت دارد).

(جدول ۸)

درجات عمق و شدت بیماری افسردگی در گروه بیماران نوروتیک و اندوژن

مجموع	اندوژن	نوروتیک	
$P < .01$ ۵۲	۱۹	۳۳	افسردگی متوسط
$P < .01$ ۵۳	۴۳	۱۰	افسردگی شدید
۱۰۵	۶۲	۴۳	مجموع

در حالی که طبق جدول ۹ - معلوم میشود که از حیث وفور عواملی مانند سن (منظور

شصت سال ببالاست) وسوارد فقدان عزیزان در کودکی ویا داشتن عوامل محیطی ناراحت کننده در طرف سه سال قبل از بستری شدن بین دو گروه نوروتیک و اندوژن اختلاف قابل ملاحظه ای موجود نیست.

(جدول ۹)

تعداد بیماران ۶۰ ساله - موارد فقدان در طفولیت - موارد مثبت از حیث پاره ای عوامل اجتماعی (فقدان عزیزان - دورماندن از اجتماع - ازدست دادن نقش اجتماعی) در گروه های نوروتیک و اندوژن

عوامل	گروه بیماران نوروتیک	گروه بیماران اندوژن	مجموع
سن ۶۰ سال	۲۰	۳۰	۵۰
فقدان در طفولیت	۲۱	۲۳	۴۴
عوامل اجتماعی (فقدان - تجرد - وغیره)	۲۶	۴۰	۶۶
بیماری مانیا کو - دپرسیو	۰	۸	۸
جمع بیماران هر گروه	۴۳	۶۲	۱۰۵

### بحث در تمایز

نویسندگان مقاله تصور میکنند که نتایج حاصله کاملاً با فرضیه تحقیقی نخستین آنها مطابقت دارد. یعنی واکنشی افسردگی پدیده ای زیست شناسی است که منظور از آن جلب توجه اطرافیان و یا فرار بیمار ازشر موقعیت ناراحت کننده زندگی و یا مبارزه با آن موقعیت میباشد. درحالی که در بیماری مانیا کو - دپرسیو (طبق تعریف مؤلفین افسردگی است که نزد بیماران با مرحله قبلی مانی پیدا شده است) مسائل کاملاً متفاوتی مطرح است. با مطالعه جدول ۷ معلوم میشود که در گروه بیماران مانیا کو - دپرسیو (که عده آنها ۱۱ نفر در بین ۱۵۸ نفر بوده است) موارد فقدان عزیزان در طفولیت اصلاً وجود نداشته و فقط ۵ نفر از آنها دستخوش عوامل محیطی نامساعد بوده اند. ده نفر از آنها دارای مراحل افسردگی قبلی بوده و در خانواده نه نفر از آنها موارد خودکشی، مانی یا افسردگی در بستگان درجه اول وجود دارد. (موضوع اخیر در خط سوم جدول ۶ معلوم میشود).

از جدول ۹ چنین برمی آید که بیماران مانیا کو - دپرسیو از حیث علائم بالینی که ملاک

محسوب شدن آنها در گروه اندوژن است بسیار غنی میباشند. بهمین جهت نویسندگان مقاله تصور میکنند که موضوع هدف بیولوژیکی در بیماری مانیا کو - دپرسیو معنائی نداشته و این گروه احتیاج بان دارد که در آینده مخصوصاً مورد تحقیقات بیوشیمیکی قرار گیرد.

بعقیده مؤلفین فرضیه تحقیقی ثانوی آنها نیز کاملاً با این نتایج تأیید شده است بدین معنی که بیماران مبتلا به افسردگی واکنشی در ظرف سه سال قبل از بستری شدن بمراتب بیشتر از گروه شاهد دستخوش مبارزه با عوامل پزشکی و اجتماعی بوده اند (جدول ه). با اینحال از لحاظ آماری فقط در مورد عوامل اجتماعی (منظور انزوا و از دست دادن نقش اجتماعی است) اختلاف با گروه شاهد مهم ۰.۵٪ اهمیت دارد.

جدول ۴ مربوط به وجود یک یا چند عامل ناراحت کننده (اجتماعی یا فیزیکی) در سوابق بیماران افسرده و گروه شاهد و اختلافات آنها است.

معهد این اختلافات از لحاظ آماری چندان مهم نبوده و نتایج حاصله بطوری واضح و صریح است که تحقیقات لانگنر (Langner) (۱۹۶۱) را که راجع به جنبه های مختلف ساکنین قسمت های مرکزی شهر نیویورک مطالعه کرده تأیید می نماید.

از مطالعات لانگنر راجع به ارتباط فشار محیطی با بروز اختلالات روانی معلوم میشود که تأثیر این عوامل محیطی جنبه اضافی و ثانوی و غیر مستقیم دارد. همچنین مؤلف در جای دیگر (صفحه ۹) مقاله خود می نویسد: بنظر میرسد حوادث محیطی در زندگی هر کس بر رویهم انباشته میشوند ولی تاکنون حتی یک حادثه محیطی و اجتماعی پیدا نشده که بتواند بطور خود کارانه همه افراد را دچار اختلال روانی سازد.

عوامل اجتماعی مانند انزوا و از دست دادن مقام و نقش اجتماعی را که وفور آن در بیماران و گروه شاهد کاملاً متفاوت است میتوان بدون اشکال جزء علائم بیماری محسوب کرد. البته مانمی توانیم ثابت کنیم که این عوامل بیشتر جنبه علتی داشته اند تا معلولی، با این حال چون عوامل دیگر هم یک چنین جنبه ای را دارا میباشند از این جهت این نکته جالب است. از میان این عوامل مخصوصاً عامل فقدان یا از دست دادن اشخاص مهم ظرف سه سال قبل از بستری شدن را بایستی ذکر کرد که در گروه بیماران و شاهد چندان اختلافی ندارد (جدول ه) علت این امر شاید تساوی تقریبی سن در هر دو گروه باشد. ولی این موضوع در هر صورت این سؤال را پیش میآورد که چگونه بیماران در مقابل عامل فقدان چنین واکنشی از خود نشان میدهند به عقیده نویسندگان مقاله فرضیه پیشنهادی بولبی در ۱۹۶۱ مربوط به تأثیر موارد فقدان عزیزان در طفولیت و ایجاد آمادگی و استعداد واکنش های بیماری زا در بزرگسال در موقعیت های مشابه زندگی نمونه خوبی برای توجیه و توضیح علمی و مفید است.

براون (Brown) (۱۹۶۱) در تحقیقات خود راجع به بیماران افسرده نشان داد که در ۳۰٪/۲۰ بیماران وی موارد فقدان یک یا هر دو والدین قبل از ۱۰ سالگی وجود داشته است. اما در تحقیقی که اکنون از زیر نظر خوانندگان میگذرد موارد فقدان عزیزان قبل از ۱۰ سالگی در ۱۵۸ بیمار ۳۵٪/۱۰ و در گروه شاهد ۱۷٪/۲۰ میباشد. در اینجا باید متذکر شد که آمار براون مربوط به شمار حوادث فقدان است در صورتیکه آمار مقاله کنونی مربوط به افرادی است که در سوابق آنها موارد فقدان وجود داشته است. بعقیده نویسندگان مقاله علت زیاد بودن موارد فقدان عزیزان در سوابق بیماران افسرده در تحقیقات کنونی مربوط به نحوه انتخاب و نوع بیمارانی است که برای درمان نزد نویسندگان مقاله فرستاده شده اند باین ترتیب که در شهر ادینبورگ (Edinburg) پزشکان خانوادگی و اکتشهای افسردگی را خود معالجه میکنند و فقط بیماران افسرده ای را که دارای بیماری شدید و عمیق بوده و درمان نشده اند نزد پزشک متخصص هدایت میکنند. در آن موارد شدیدی هم که روان پزشک بایستی نظر به بستری کردن بیمار در بیمارستان روانی بدهد از این اقدام خودداری میکنند مگر آنکه حالت بیمار بسیار شدید بوده و مفر دیگری برای وی باقی نمانده باشد و ظاهراً بیمارانی که در تحقیقات کنونی تحت مطالعه قرار گرفته اند متعلق به این دسته اخیر از بیماران یعنی جزء شدیدترین و عمیق ترین بیماران افسرده بوده و احتمالاً شمار عوامل و مواقع اجتماعی و پزشکی هم در سوابق آنها از طبقات دیگر بیشتر و سنگین تر است. راجع به موضوع «استعداد و آمادگی» یعنی علت آنکه بعضی اشخاص در موارد فقدان عزیزان واکنش بیماری از خود نشان میدهند در حالیکه عده ای دیگر در موارد فقدانهای مشابه قادر نیستند جلوی واکنش های عاطفی و هیجانی خود را بگیرند مطالعات لیندمان (Lindemann) در سال ۱۹۴۴ بسیار با ارزش است.

لیندمان آن اشخاصی را که از آتش سوزی در کلوب شبانه ای جان بدر برده بودند و اغلب بستگان خود را طی این حادثه از دست داده و در حقیقت همگی دچار یک موقعیت خطرناک زندگی شده بودند مورد مطالعه قرار داده است لیندمان بیشتر دسته ای از این افراد را که بعداً دچار اختلالات روانی گردیدند در مدنظر داشته و باین ترتیب توانسته است بین واکنشهای فقدانی اغراق آمیز و واکنش های افسردگی خالص که بعداً عارض بیمار شده تمایزی قائل شود.

مطالعات لیندمان نظریات بولبی را (۱۹۶۱) تأیید میکند که: اشخاصی که در گذشته (مخصوصاً ایام طفولیت) از لحاظ روانی قادر به حفظ تعادل هیجانات خود در برابر فقدان عزیزان نبوده اند بعداً زودتر و بیشتر از دیگران در موقعیت های مشابه زندگی دچار افسردگی

میشوند. ضمناً مطالعات لیندمان نشان داده که در سوابق قبلی اشخاصی که بعداً دچار افسردگی شده‌اند اغلب چند عامل ناراحت کننده و همراه با فشار روانی وجود داشته است.

نویسندگان مقاله سپس راجع به نتایج تحقیقات خود در گروه‌های بیماران اندوژن و نوروتیک بحث مینمایند. طی تحقیقات معلوم شد که بیمارانی که برپایه بعضی علائم جزء گروه اندوژن محسوب شده‌اند همان بیمارانی بوده‌اند که اغلب دچار شدیدترین نوع افسردگی بوده و بعنوان بیماران مانیا کو - دپرسیو شناخته شده بودند (جدول ۹) ، در صورتیکه از روی عواملی مانند وجود مراحل افسردگی قبلی و یا عوامل اجتماعی ناراحت کننده قبل از پذیرفته شدن در بیمارستان ، در سوابق بیماران نمیتوان تمایز و تفاوتی بین این دو گروه پیدا نمود (جدول ۹). مؤلفین برای نتایج حاصله از تحقیقات خود اهمیت قائل شده و معتقدند که این نتایج با گزارش مصنفین دیگر ( لویس ۱۹۳۴ ، کلران ۱۹۳۷ ، ویلسون و لایسون Lawson ۱۹۶۲ ) کاملاً مطابقت داشته و ضمناً با تجربیات بالینی نیز تناقضی ندارد. ولی بطوری که تجربه بالینی نویسندگان مقاله نشان داده نوع دیگری بیماری افسردگی وجود دارد که از لحاظ بالینی شدید و در اشخاص سن دیده میشود و همراه با احساس گناهکاری و بطنی و کندی روانی - حرکتی بوده و درمان با توفرانیل بخوبی پاسخ میدهد. عامل واکنش پذیری این بیماران در مقابل فشارهای محیطی بهیچوجه با آمادگی واکنشی بیماران دیگر که سن آنها از چهل و پنج سال کمتر و دارای مشکلات شخصیتی و یا علائم نوروتیک بوده و عمق افسردگی آنها هم زیاد نیست فرقی ندارد. طبق نظر مؤلفین مقاله این نوع افسردگی با بیماری که سارگان (Sargant) و دالی (Dally) (۱۹۶۲) بنام افسردگی اتی پیک شرح داده‌اند و تا اندازه‌ای با سندرم بلیات و آفات (Calamity Syndrom) که روث (Roth) قبلاً در سال ۱۹۶۰ گزارش داده مطابقت مینماید ولی نه بیماری افسردگی اتی پیک و نه سندرم بلیات و آفات هیچکدام به توفرانیل جواب مساعدی نمیدهند.

اختلاف حساسیت به توفرانیل را کیلوه و بال (Ball) (۱۹۶۱) هم گزارش داده و عملاً هم از لحاظ بالینی همانطور که مایرگروس (۱۹۵۵) و همکاران او پیشنهاد کرده‌اند میتوان افسردگی اتی پیک را از دیگر افسردگیها تشخیص داد.

به عقیده نویسندگان مقاله اهمیت تحقیقات ایشان در اینستکه از روی نتایج آنها معلوم میشود که بین گروههای مختلف بیماران نمیتوان از روی آمادگی واکنش افراد در مقابل حوادث و فشارهای محیط خارج تمیز داد ، در حالیکه شدت و عمق افسردگی و وجود مراحل قبلی بیماری مانیا کو - دپرسیو در پرونده بیماران این تمایز را ممکن میسازد.

وظیفه تحقیقات بعدی است که اهمیت نقش شخصیت‌های ناهنجار را در بروز سندرم

افسردگی واکنشی نشان دهند مثلاً علائم هیستریکی در افسردگی بعنوان پدیده های تخلیه ای شناخته شده است.

مؤلفین مقاله معتقدند که دروضع فرهنگی فعلی که سریعاً درحال تغییر و تحول است ممکن است روزی فرا رسد که افسردگی تنها سندرم بارزهیستری گردد.

### نتایج

بطور کلی نتایج تحقیقات مشروحه درمقاله مؤید پیشنهاد لويس در ۱۹۳۴ میباشد بدینمعنی که بیماری افسردگی بمنزله رهایی گذران وسوقتی شخص ازچنگ محیط ناسازگار وناراحت کننده بوده واین ترتیب به موجود انسانی اجازه ترسیم قواداده میشود. بدون شک شمار موارد عوامل اجتماعی وپزشکی ناراحت کننده قبل ازقبول دربخش درگروه بیماران بیشتر وشدیدتر ازگروه شاهد بوده است. ولی بنظر میرسد نظریه مبنی برهدف زیست شناسی بیماری افسردگی. در بیماران مانیا کو - دپرسیو که گروه کوچکی را تشکیل میدهند کمتر قابل استفاده باشد ودر باره این بیماران در آینده باید تحقیقات بیوشیمیکی انجام گیرد.

در تقسیم بندی بیماران بدو دسته اندوژن ونوروتیک براساس علائم بالینی معلوم گردید که درگروه اندوژن شدت افسردگی بیشتر بوده و جملگی بیماران مبتلا به روان پریشانی مانیا کو - دپرسیو میباشدند. شیوع موارد فقدان و ترک عزیزان در ایام طفولیت و موارد فشارهای اجتماعی در هر دو گروه اندوژن ونوروتیک بیک اندازه بوده است. در حقیقت ممکن است افراد گروه نوروتیک از دسته دیگر بیشتر نوروتیک باشند ولی در هر حال عکس العمل پذیری آنها از افراد گروه دیگر بیشتر نخواهد بود (این موضوع برای تأثیر عوامل اجتماعی و پزشکی نامساعد ضمن تحقیق قبلی ثابت شده است):

### خلاصه

۱- پرونده های ۱۵۸ بیمار افسرده و ۵۸ شاهد در بخش های پزشکی از لحاظ عوامل اجتماعی وطبی نامساعد در سه سال قبل از پذیرفته شدن به بیمارستان و موارد فقدان و ترک عزیزان در ایام طفولیت آنها بررسی گردید.

۲- در گروه بیماران شیوع موارد فقدان در طفولیت و سوابق عوامل اجتماعی نامساعد زیادتر بوده است (که هر دو از لحاظ آماری اهمیت دارد) و همچنین عوامل پزشکی و بیماریهای جسمانی در سه سال قبل از بستری شدن در این دسته زیادتر بوده است ( ولی از لحاظ آماری اهمیت ندارد).

۳- بوسیله یک برگه علامت - نشانه زده ۵۰۱ بیمار افسرده نتایجی در مورد علامت - شناسی بدست آمده است. بیمارانی که حداقل واجد چهار علامت از پنج علامت (بطئی و کندی -

تغییرات روزانه خلاق - سحرخیزی - اختلال در قدرت تمرکز فکری - افکار تقصیر کاری) بودند بنام گروه اندوزن و قیه نوروتیک نامیده شدند. این گروه هاسپس از لحاظ شدت و عمق بیماری، شیوع مواردی که سن بیمار از شصت سال بالاتر بوده است، عوامل پزشکی و اجتماعی ناراحت کننده و وجود مراحل بیماری مانیا کو - دپرسیو در سوابق بیماران بایکدیگر مقایسه شده‌اند. ضمن این مقایسه معلوم شد که اولاً گروه اندوزن شامل تماسی بیماران مانیا کو - دپرسیو بوده و قسمت اعظم از بیماران که افسردگی عمیق داشته‌اند نیز جزء این گروه بوده‌اند ثانیاً غیر از دو موضوع فوق عامل دیگری برای تمیز دو گروه اندوزن و نوروتیک وجود ندارد.

ع- با در نظر گرفتن فرضیه بیماری افسردگی بعنوان یک پدیده زیست‌شناسی به منظور دفاع از انسان و یا رهائی وی از شر یک موقعیت نامطلوب زندگی نتایج تحقیقات کنونی مورد بحث و مطالعه قرار گرفته است.