

اختلال افسردگی اساسی

اختلال افسردگی اساسی یکی از شایع‌ترین تشخیص‌های روانپزشکی است که مشخصه آن خلق افسرده و با احساس غمگینی، اعتماد به نفس پایین و بی‌علاقگی به هر نوع فعالیت و لذت روزمره مشخص می‌شود؛ چیزی که از آن به عنوان "سرماخوردگی روانی" یاد می‌شود. افسردگی مجموعه‌ای از حالات مختلف روحی و روانی است که از احساس خفیف ملال تا سکوت و دوری از فعالیت روزمره بروز می‌کند. افسردگی اساسی واژه‌ای است که توسط انجمن روانپزشکی آمریکا جهت مجموعه‌ای از علائم اختلال خلق برای DSM-III در سال ۱۹۸۰ به کار رفت و پس از آن عمومیت یافت. افسردگی اساسی منجر به از کار افتادگی قابل توجه فرد در قلمروهای زندگی فردی و اجتماعی و اشتغال می‌شود و عملکردهای روزمره فرد همچون خوردن و خوابیدن و سلامتی فرد را تحت تأثیر قرار می‌دهد.

علل بروز

علل زیست شناختی

ژنتیک: شیوع افسردگی در دوقلوهای تک‌تخمکی ۶۵ درصد و در سایر دوقلوها ۱۹-۱۴ درصد است که نقش عامل‌های ژنتیک را مشخص می‌کند. محققین چند ژن را که ممکن است با اختلالات دو قطبی مربوط باشند را مشخص کرده‌اند، آنان به دنبال ژن‌هایی می‌گردند که با سایر اشکال افسردگی مرتبط باشند. اما همه افرادی که سابقه فامیلی افسردگی را دارند به این اختلال دچار نمی‌شوند. (۲)

سروتونین و سایر نوروترانسمیترها: وجود اختلال نوروترانسمیتری در سطح سیناپس‌ها را در بیماران افسرده مشاهده کرده‌اند. علاوه بر سروتونین، نوراپی نفرین و دوپامین در بیماران افسرده اختلال دارند.

داروها: استفاده طولانی مدت از برخی داروها مانند داروهایی که جهت کنترل فشار خون استفاده می‌شوند، قرص‌های خواب یا قرص‌های پیشگیری از بارداری می‌توانند علائم افسردگی را در بعضی افراد ایجاد کنند. مصرف قرص‌های ضد بارداری تأثیر مستقیم در افسردگی زنان دارد

بیماری‌ها: ابتلا به یک بیماری مزمن، مثل بیماری قلبی، سکته مغزی، دیابت، سرطان و آلزایمر یا میگردن باعث می‌شود که فرد در خطر بیشتری برای افسردگی قرار بگیرد. مطالعات، یک ارتباط ثابت نشده بین افسردگی و بیماری قلبی را نشان می‌دهند [نیازمند منبع]. افسردگی در بسیاری افرادی که حمله قلبی داشته‌اند اتفاق می‌افتد. افسردگی درمان نشده می‌تواند شما را در خطر بیشتری برای مرگ در سال‌های اول پس از سکته قلبی قرار دهد. ابتلا به کم‌کاری تیروئید حتی اگر خفیف باشد هم می‌تواند باعث بروز افسردگی شود

علل روانی اجتماعی (psychosocial)

استرس: وقایع پراسترس زندگی، به ویژه از دست دادن یا تهدید به از دست دادن یک فرد محبوب یا شغل می‌تواند محرک افسردگی باشد.

عوامل اجتماعی: نارضایتی از جامعه و عوامل روانی مرتبط با اجتماع نیز می‌توانند نقش داشته باشند.

شخصیت: صفات شخصیتی خاصی مانند اعتماد به نفس پایین و وابستگی شدید، بدبینی و حساسیت در برابر استرسها می‌تواند فرد را مستعد افسردگی نماید. شخصیتی وسواسی، منظم و جدی، کمال‌گرا، یا شدیداً وابسته نیز احتمال ابتلا به افسردگی را افزایش می‌دهند.

شکست در زندگی: شکست در کار، ازدواج، یا روابط با دیگران می‌تواند باعث بروز افسردگی شود، مرگ یا فقدان یکی از عزیزان، از دست دادن یک چیز مهم (شغل، خانه، سرمایه)، تغییر شغل یا نقل مکان به یک جای جدید، انجام بعضی از اعمال جراحی مثل برداشتن پستان به علت سرطان، گذر از یک مرحله از زندگی به مرحله‌ای دیگر، مثلاً پائستگی یا بازنشستگی. (۴)

بیماری‌های روانی: اضطراب، عقب‌افتادگی ذهنی، فراموشی، اختلال خوردن و سوء مصرف مواد.

شیوع

شیوع بیماری در زنان دوبرابر مردان است. در مردان میزان ابتلا ۵-۱۲ درصد و در زنان ۱۴-۱۹ درصد است. سن بروز بیماری در حدود ۳۰ سالگی است.

علائم

محتوی تفکر

۶۰ درصد بیماران افسرده فکر خودکشی دارند و ۱۵ درصدشان دست به خودکشی می‌زنند. حس ناپذیرندگی، احساس گناه به خاطر چیزهای کم‌اهمیت یا خیالی، احساس بی‌ارزشی و توهمات و هذیان‌های نیست‌انگارانه و نشخوار ذهنی و وسواسی در بسیاری از آن‌ها آشکار است.

نظام حسی

حواس پرتی، دشواری در تمرکز، اختلال حافظه، گیجی و گاه اختلال در تفکر انتزاعی (به‌ویژه در سالمندان) شایع است.

وضعیت ظاهری

غم‌گینی، گریه بی‌دلیل، از دست دادن علاقه و ناتوانی از لذت بردن، بی‌حالی و خستگی، بی‌قراری، زودرنجی، مشکلات خواب (شامل دشواری در خوابیدن، خواب زیاد و ناراحت) زیاد مشاهده می‌شود.

کندی یا برعکس تحریک پذیری روانی حرکتی و بی‌توجهی به ظاهر شخصی بسیار شایع است. تکلم خودانگیزه کم یا به کلی غایب است. مکث‌های طولانی در کلام، استفاده از واژگان تک‌سیلابی و صدای آهسته و یکنواخت از ویژگی‌های گفتاری معمول است. (2)

خصوصیات مرتبط با سن

افسردگی در سنین مختلف ممکن است خصوصیات متفاوتی داشته باشد. در دوران پیش از بلوغ شکایات جسمی، توهمات شنوایی (شنیدن صداهای ناموجود)، اضطراب و انواع فوبی‌ها بیشتر دیده می‌شود. در نوجوانی سوءمصرف مواد، رفتارهای ضداجتماعی، مسائل مربوط به مدرسه (فرار از مدرسه، مشکلات تحصیلی) و عدم رعایت بهداشت و در سالمندی فراموشی، حواس‌پرتی و نقص‌های شناختی (مانند اختلالات حافظه و گنجی) بیشتر مشاهده می‌شود.

خصوصیات پیوسته

ناراحتی‌های جسمانی نیز در بیماران بیشتر دیده می‌شود و ممکن است افسردگی را بپوشاند و بسیاری اوقات علل روانی دارد. سردرد، اختلالات گوارشی، پیوست، شکایات قلبی و ادراری-تناسلی از جمله آن‌ها هستند.

درمان

درمان‌های ضدافسردگی را می‌توان به دو دسته کلی دارویی و غیردارویی تقسیم کرد. اثربخشی هر دو این درمان‌ها در مطالعات فراوانی مشاهده شده است. در موارد شدید استفاده از داروهای ضد افسردگی بهترین گزینه است. این داروها در دهه‌های اخیر از نظر کمی و کیفی رشد فراوانی داشته‌اند به شکلی که امروزه دیگر فاقد عوارض شدید و ناتوان‌کننده هستند. روان‌درمانی‌های شناختی-رفتاری و در برخی موارد تحلیلی نیز در درمان افسردگی موثر هستند. در موارد خفیف‌تری که هنوز افسردگی در حد یک اختلال ظاهر نشده است، انجام کارهایی برای کاهش فشار و استرس از جمله خرد کردن کارهای بزرگ به کارهای کوچک، حق تقدم (برای) برخی (کارها) قرار دادن و انجام دادن هرآنچه که می‌توانید به همان اندازه که می‌توانید، ورزش معتدل (ملایم)، رفتن به یک سینما، شرکت کردن در یک (مراسم) مذهبی، اجتماعی، یا سایر فعالیت‌هایی که ممکن است به شما کمک کنند، صحبت و همنشینی با دوستان و خانواده، خودداری از مصرف الکل، برخورداری از رژیم غذایی متعادل و کم‌چرب، مثبت‌اندیشی، تماشای فیلم‌های خنده‌دار و شاد، رفتن به مسافرت، سهمیم شدن در فعالیت‌هایی که می‌تواند مفید باشد و احساس بهتری برای شما به وجود بیاورد. (۵) نوروفیدبک (neurofeedback) و تحریک مغناطیسی مغز از روش‌های جدید در درمان افسردگی است.^[۱۷]

منبع

هارولد کاپلان و بنیامین سادوک، چکیده روانپزشکی بالینی، نصرت‌الله پورافکاری،

•