

اختلال افسردگی شدید

استاد سرکارخانم دکتر اسلامی

ارائه دهندگان

مرسده احمدپور

مهسا رحیمی



مقدمه

کلمه «افسردگی» را این روزها زیاد می‌شنویم، طبق آمار سازمان بهداشت جهانی ۳۵۰ میلیون نفر در دنیا از اختلال افسردگی رنج می‌برند.

مؤسسه ملی سلامت روان، افسردگی اساسی را “یکی از رایج‌ترین اختلالات روانی در ایالات متحده” می‌داند.

تقریباً ۱۶/۲ میلیون نفر بزرگسال حداقل با یک اپیزود افسردگی اساسی در سال ۲۰۱۶ دست و پنجه نرم کرده‌اند.

اما آیا هر غم و رنج و ناراحتی الزاماً افسردگی نامیده می‌شود؟
آیا این بیماری نگران‌کننده است و عواقب ناگواری دارد؟



اختلال افسردگی اساسی یا MAJOR DEPRESSIVE DISORDER چیست؟

شایع ترین نوع افسردگی، افسردگی ماژور یا اساسی است که متأسفانه تعداد افراد مبتلا به آن هر روز در حال افزایش می باشد که در هر سنی می تواند بروز پیدا کند

تخمین زده می شود که ۱۰ تا ۱۵ درصد از جمعیت در طول عمر افسردگی بالینی را تجربه می کنند. بر اساس آمار سازمان بهداشت جهانی ۵ درصد از مردان و ۹ درصد از زنان دچار اختلال افسردگی در طول زندگی می شوند.

متأسفانه افسردگی آثار بدی بر فرد و در نهایت اجتماع بر جای می گذارد. رفتار های فرد افسرده نا معقول و غیر عادی است و می تواند زمینه ساز بسیاری دیگر از بیماری های روحی و جسمی شود. متوسط ۱۲ درصد از مردم ایران دچار اختلال روانی از نوع افسردگی هستند.

- غمگین بودن طولانی مدت
- بی علاقه گی به اموری که قبلاً دوستشان داشتیم
- کاهش تمرکز
- خستگی بیش از حد

این بیماری، احساسات و افکار و رفتار ما را عوض می کند. اختلال افسردگی یک ضعف نیست که با چند روز مراقبت برطرف شود بلکه پیگیری و درمان طولانی مدت لازم دارد.

درجه بندی MDD

- با وجود اینکه حال فرد خوب نیست، اغلب قادر به اداره خود در امور روزانه می باشد.

خفیف

- اداره امور روزانه مشکل تر است اما فرد از عهده امور لازم بر می آید.

متوسط

- فرد بزحمت می تواند از بستر خود برخیزد. کارهای ساده ای مانند تلفن کردن را ممکن نیست از عهده انجام آن برآید
- هجوم آوردن افکاری مانند عدم علاقه به ادامه زندگی
- یقین پیدا کردن به این مسئله که رنج های خود پایانی ندارند
- و فکر به این مسئله که برای اطرافیان بهتر است فرد از بین برود

شدید

علائم بیماری MDD

اگر فرد در طی دو هفته به طور مداوم بیش از ۵ مورد از رفتار های زیر را داشته باشد، احتمالاً دارای اختلال افسردگی اساسی است:

۱. احساس غم، پوچی و ناامیدی
۲. از کوره در رفتن و رنجیدن از مسائل پیش پافتاده
۳. بی علاقه گی و بی میلی به کارهایی که قبلاً برایمان جالب بوده است
۴. اختلال خواب (کم خوابی یا زیاد خوابیدن)
۵. احساس خستگی یا کمبود انرژی حتی بدون انجام کار سنگین
۶. تغییرات شدید در اشتها و وزن (کم و زیاد شدن اشتها بدون دلیل و یا چاقی و لاغری ناگهانی)
۷. اضطراب و بی قراری
۸. عذاب وجدان یا احساس گناه برای کارهای کوچک گذشته
۹. کاهش تمرکز، کم شدن قدرت حل مساله

علائم اصلی افسردگی



احساس بیچارگی و بی ارزشی



تغییر در وزن



احساس گناه



فکر به خودکشی



انرژی کم



گوشه گیری



عصبانیت



کنار گذاشتن علاقه ها



اختلال در خواب



کم خوری یا پور خوری

۱۰. کاهش قدرت تصمیم گیری

۱۱. فکر کردن به مرگ و خودکشی

۱۲. دردهای جسمی بدون دلیل مشخص

چرا افسرده می شویم؟

مهم ترین عوامل افسردگی را می توانیم این طور بگوییم:

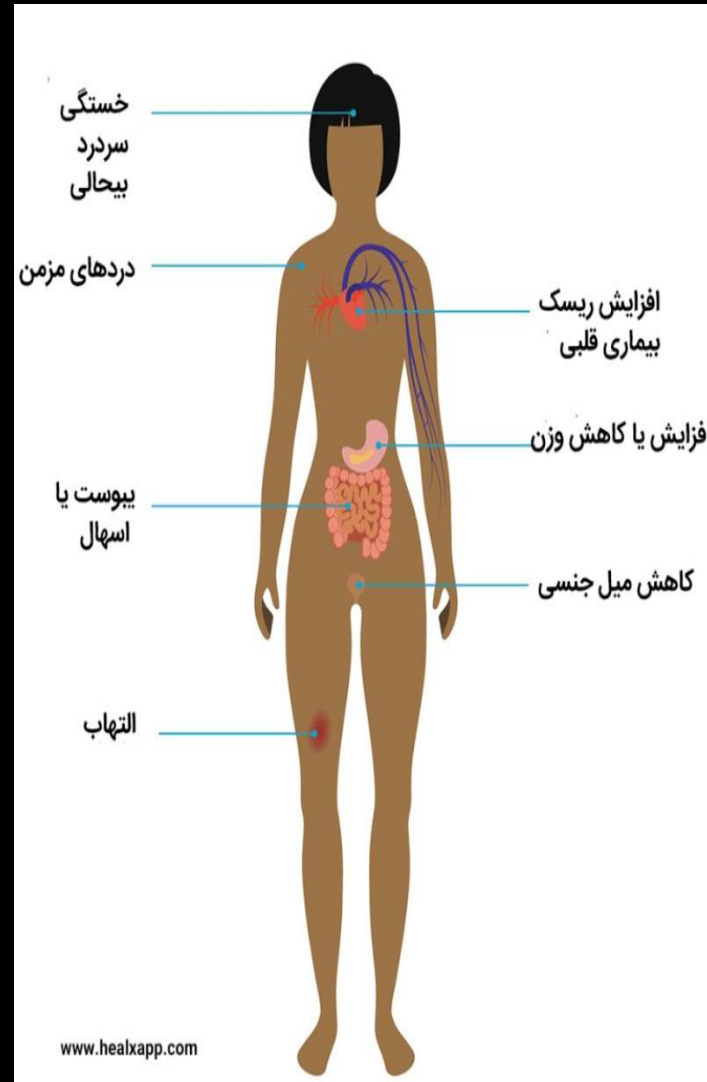
تغییر مواد شیمیایی در مغز: مواد خاصی در مغز روی خلق و خوی انسان تأثیر می گذارند. به هم خوردن تعادل این مواد شیمیایی در مغز از مهم ترین دلایل افسردگی است.

ژنتیک: افسردگی می تواند ارثی باشد. به عنوان مثال اگر یکی از دوقلوهای همسان دچار افسردگی شود به احتمال ۷۰ درصد دیگری هم مبتلا می شود.

شخصیت: کسانی که اعتماد به نفس پایینی دارند، کسانی که نمی دانند چگونه استرس را مدیریت کنند یا افرادی که کلاً بدبین هستند بیشتر در معرض افسردگی هستند.

عوامل محیطی: احتمال ابتلا به افسردگی در کسانی بیشتر است که در معرض خشونت، تبعیض، سوءاستفاده یا فقر هستند.





اثر افسردگی بر بدن

بررسی ژنتیک در MDD

مدارک و شواهد ژنتیکی اختلالات روانی مرهون مطالعات روی دوقلوها می باشد. اولین مطالعات در رابطه به نقش ژنتیک در اختلالات روانی بیش از ۷۰ سال پیش روی دوقلوها همسان و ناهمسان با اختلالات روانی انجام شد.

اگر چه در این مطالعات افسردگی دو قطبی و تک قطبی مورد تمایز قرار داده نشده بود. مطالعات اخیر روی دوقلوهای مبتلا به افسردگی تک قطبی نقش وراثت را ۳۷ درصد تخمین زده است. اگر چه این مطالعات نقش محیط را غیر قابل چشم پوشی دانسته است.

به دلیل وجود شواهد اپیدمیولوژیکی نقش ژنتیک در افسردگی تک قطبی، در ابتدا امید برای پیدا کردن ژن یا ژن های مسئول وجود داشت. در اولین تحقیق جامع برای پیدا کردن ریشه ژنتیکی این بیماری از روش linkage استفاده شد. این روش برای شناسایی ژن یا ژن ها در اختلالات مندلی نادر با موفقیت به اثبات رسیده است.

اصطلاح linkage اشاره دارد به دو جایگاه ژنتیکی مختلف در نزدیکی یکدیگر روی یک کروموزوم که با هم به ارث می رسند. بنابراین گفته می شود که دو جایگاه ژنتیکی با هم لینک هستند. مفهوم کلی linkage این است که قطعات کروموزومی حاوی ژن های در ارتباط با یک بیماری خاص با هم به ارث می رسند.

اگر چه در برخی از مطالعات linkage روی افسردگی تک قطبی ارتباط مناطقی از ژنوم با بیماری دیده شده است، ولی تا کنون، ژن مسبب افسردگی شناخته نشده است. بنابراین نتایج اولیه نا امید کننده به نظر می رسد. این امر به دلیل این است که افسردگی یک اختلال پیچیده است و ژن های متعدد با اثرات کوچک به احتمال زیاد درگیر هستند و ژنتیکی حتی مشکل تر می شود وقتی فاکتور محیط هم درگیر باشد.

چندین گروه مختلف با استفاده از مطالعات linkage لکوس های روی کروموزوم های مختلف را در ارتباط با بیماری پیدا کرده اند:

بازوی بلند کروموزوم ۱۵، منطقه ۲

بازوی بلند کروموزوم ۱۲، منطقه ۲۳

بازوی کوتاه کروموزوم ۱، منطقه ۳۶

بازوی بلند کروموزوم ۱۳، منطقه ۳

همان طور که ذکر شد، این مطالعات داده های مختلفی دارند و همدیگر را تایید نمی کنند.

این مطالعات حتی مشکل تر می شود وقتی تنوع ژنتیکی در بیمار با سبک زندگی، عوامل و فاکتور های محیطی مخلوط می شود. با وجود این موانع، علم ژنتیک روانپزشکی به سرعت در حال رشد و پیشرفت است

این مهم است که به یاد داشته باشیم که داده های ژنتیکی فقط اطلاعات بیشتر در مورد بیماران با اختلال روانی فراهم می کند و مجموع عوامل داخلی و خارجی در علت این بیماری پیچیده دخیل هستند.

آخرین داده های موجود در سایت NCBI در ارتباط با MDD

Table 1

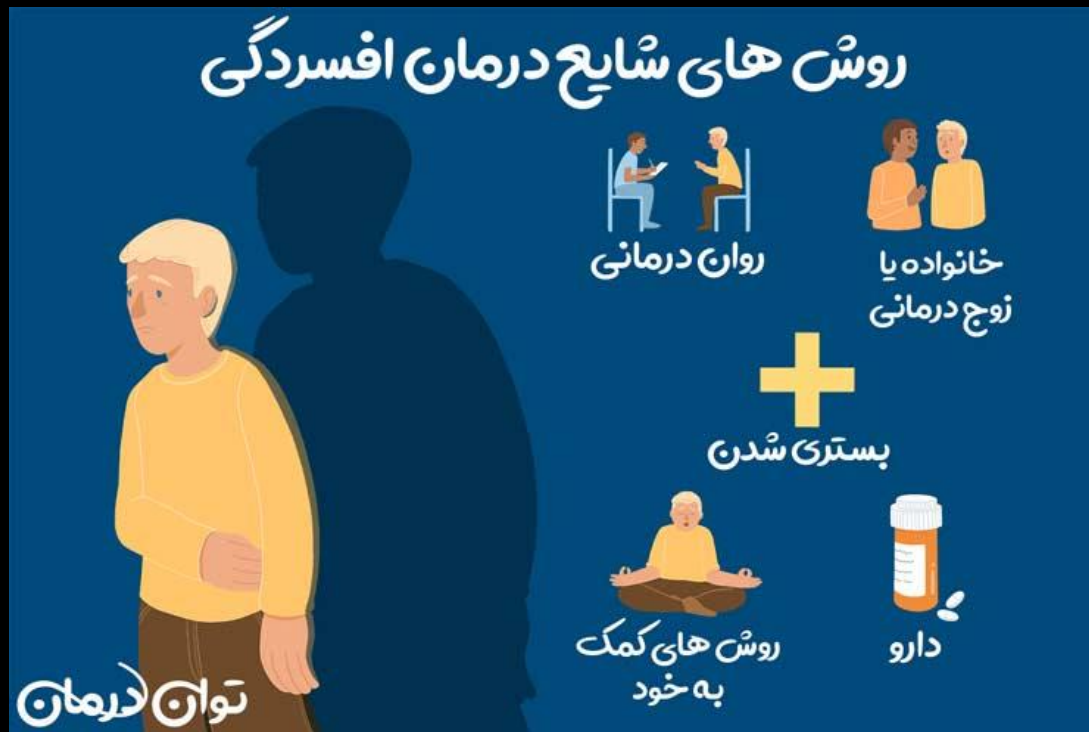
Associations shown in meta-analyses between DDs and polymorphic variants of the genes linked to the exchange of monoamine neuromediators*.

	Gene	Polymorphism	Total number of studies included in meta analyses	OR	Risk allele	
	<i>DRD4</i>	Dopamine receptor D4	48-bp VNTR	5	1.73	2-repeat
	<i>HTR1A</i>	5-hydroxytryptamine receptor 1A	rs6295 (C1019G)	9	0.82	<i>G</i> - allele
	<i>MAOA</i>	Monoamine oxidase A	VNTR polymorphism in promotor region	9	1.23	<i>L</i> - allele
	<i>PCLO</i>	Piccolo presynaptic cytomatrix protein	rs2522833	3	NR	<i>C</i> - allele
	<i>SLC6A3</i> or <i>DAT1</i>	Solute carrier family 6 member 3	40-bp VNTR	3	2.06	9/10 - genotype
	<i>SLC6A4</i> or <i>5-HTT</i>	Solute carrier family 6 member 4	44-bp Ins/Del (5-HTTLPR)	24	1.11–1.23*	<i>S</i> - allele
	<i>TPH2</i>	Tryptophan hydroxylase 2	rs4570625	6	0.77–0.83	<i>G</i> - allele
			rs11178997	4	0.75	<i>T</i> - allele
			rs17110747	5	0.79 - 0.84	<i>G</i> - allele

*According to Gatt and coauthors with modifications (36).

درمان MDD

برای درمان اختلال افسردگی اساسی یا عمده از **دارو درمانی** و **روان درمانی** بهره‌گیری می‌شود. این دو شیوه‌ی درمانی در کنار هم به درمان کامل فرد می‌انجامد پس دارو درمانی به تنهایی یا روان‌درمانی به تنهایی نمی‌تواند اختلال افسردگی عمده را درمان کند. نکته‌ی دیگری که باید به یاد سپرد این است که درمان اختلال افسردگی عمده فرآیندی چند روزه نیست پس نباید از فرآیند درمان دلسرد شد. با همکاری با روان‌شناس و روان‌پزشک می‌توان این اختلال روانی را درمان کرد.



حداقل مدت درمان ۶ ماه تا یک سال است که البته در صورت عودهای مکرر و بسته به بیمار ممکن است طول مدت درمان افزایش یابد و نیاز به درمان ادامه دهنده حتی تا چندین سال باشد. آنچه در مورد درمان مهم است این است که هیچ‌گاه نباید درمان بدون اطلاع پزشک معالج و خودسرانه قطع شود چون عمال باعث عود بیماری و عوارض خواهد شد و پاسخ به درمان را در مراحل بعدی مشکل‌تر خواهد کرد

دارو درمانی MDD

به هم خوردن تعادل مواد شیمیایی در مغز می تواند یکی از دلایل افسردگی باشد، در نتیجه برگرداندن غلظت این مواد شیمیایی به حد طبیعی، می تواند افسردگی را از بین ببرد. این تعادل با مصرف قرص های ضد افسردگی ایجاد می شود. قرص های ضد افسردگی برعکس باور عمومی، مسکن، خواب آور، تحریک کننده یا اعتیاد آور نیستند.

داروهای ضد افسردگی با نام های تجاری گوناگونی برای درمان اختلال افسردگی ساخته شده است. سه شاخه ی اصلی داروهای ضد افسردگی در زیر آمده است.

۱- داروهای سه حلقه ای یا Tricyclic Drugs مانند: ایمپرامین

۲- داروهای بازدارنده مونوآمین اکسیداز یا MAOI ها (Monoamine Oxidase Inhibitors) مانند: ترانیلپرومین

۳- داروهای بازدارنده های انتخابی جذب سر و تونین یا SSRI ها (Selective Serotonin Reuptake Inhibitors) مانند: پروزاک

در این میان SSRI ها بیش از دیگر داروها برای درمان افسردگی کاربرد دارند و احتمال اوردوز شدن با آن نیز کمتر است.

SSRIs	Citalopram, escitalopram, fluoxetine, fluvoxamine, paroxetine, sertraline, vilazodone*
SNRIs	Desvenlafaxine, duloxetine, venlafaxine
MAOIs	Isocaboxazid, phenelzine, selegiline, tranylcypromine
TCAs	Amitriptyline, desipramine, doxepin, imipramine, nortriptyline
Others	Bupropion, mirtazapine

*5-HT_{1A} partial agonist.

SSRIs: Selective serotonin reuptake inhibitors, SNRIs: Serotonin-norepinephrine reuptake inhibitors, MAOIs: Monoamine oxidase inhibitors, TCAs: Tricyclic antidepressants

نمونه ای از داروها

روان درمانی MDD

روان درمانی اختلال افسردگی عمده به شیوه‌های گوناگونی انجام می‌شود که تا اندازه‌ای به رویکرد روان شناس بستگی دارد. روانکاوی یکی از پر کاربردترین شیوه‌های درمانی برای اختلال افسردگی است. هم‌چنین روان درمانی شناختی- رفتاری یا CBT، شناخت درمانی، رفتار درمانی، شناخت درمانی بر پایه‌ی مایندفولنس (MBCT)، شوک درمانی و... برای درمان اختلال افسردگی عمده بهره‌گیری می‌شود.



نکات مهم در درمان

رژیم غذایی خاص برای این بیماران تعریف نشده است ولی طبق مطالعات استفاده از اسیدهای چرب امگا می تواند کمک کننده باشد. در کنار آن داشتن رژیم غذایی معتدل ، کم چرب ، خودداری از مصرف الکل و دخانیات توصیه می گردد.

تغذیه

اطلاعات کامل از علائم بیماری و آگاه بودن به نشانه های عود بیماری ، مصرف مرتب دارو ، عدم قطع خودسرانه دارو ، مراجعه مرتب پزشکی ، در روند بهبودی و جلوگیری از عودهای مکرر کمک کننده خواهد بود. فعالیت بدنی منظم در حد توان بیمار

خودمراقبتی

باید به بیمار کمک شود تا توانایی های خود را شناسایی کند و در طول روز کارهایی که برایش مشخص شده و توانایی دارد انجام دهد.

بازتوانی

افسردگی



در نهایت

فشارهای ناشی از سبک زندگی امروزی ممکن است هر کسی را به بیماری افسردگی مبتلا کند. افسردگی به راحتی خودش را پنهان می‌کند. شناختن آن نیاز به دقت بالا دارد. نسبت به حال خود و اطرافیان خود دقیق باشیم. اگر نشانه‌های افسردگی را در خودمان می‌بینیم به جای انکار یا پنهان کردن آن با ساختن عادت‌های ساده مثل ورزش، تغذیه سالم و مراجعه به روان‌پزشک و مصرف داروهای تجویز شده، افسردگی را شناسایی کنیم و شکست دهیم. حال خوب و زندگی شاد حق همه ما است.

تست افسردگی یک معتبرترین تست برای سنجش این بیماری است که به صورت رایگان در سایت های روانشناسی موجود است.

منابع

- <https://www.nature.com/articles/s41588-018-0090-3>
- Lohoff, F. W., Curr Psychiatry Rep. 2010 December ; 12(6): 539–546
- <https://www.uspharmacist.com/article/pharmacotherapy-of-major-depressive-disorder>
- Barlow DH. *Abnormal Psychology: An Integrative Approach*. 5th ed. Belmont, CA: Thomson Wadsworth; 2005:248-249.
- Kessler RC, Chiu WT, Demler O, et al. Prevalence, severity, and comorbidity of 12-month DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey replication. *Arch Gen Psychiatry*. 2005;62:617-627.
- The World Health Organization. Annex Table 3: Burden of disease in DALYs by cause, sex, and mortality stratum in WHO regions, estimates for 2002. In: *The World Health Report 2004: Changing History*. Geneva, Switzerland: WHO; 2004.
- Major depressive disorder. American Medical Network, Inc. www.health.am/psy/major-depressive-disorder/. Accessed October 5, 2011.
- Kessler RC, Berglund P, Demler O, et al; National Comorbidity Survey Replication. The epidemiology of major depressive disorder: results from the National Comorbidity Survey Replication (NCS-R). *JAMA*. 2003;289:3095-3105.
- Depression in boys and adolescent males. National Institute of Mental Health. www.nimh.nih.gov/health/publications/men-and-depression/depression-in-boys-
- <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6065213/>



سپاس از حسن توجه شما