



اختلالات افسردگی

تهیه و تنظیم:

مرجان توکلی شوشتری

با همکاری واحد آموزش

مرکز آموزشی، درمانی فرشچیان

آذر ماه ۱۳۹۱

افسردگی چیست؟

افسردگی زمانی است که خلق پایین است بیمار دچار علائمی مانند کاهش انرژی و علاقه، احساس گناه، اشکال در تمرکز، بی‌اشتهایی و افکار مرگ و خودکشی می‌باشد.

علل افسردگی:

۱. عوامل ژنتیکی: یکی از عوامل مهم در پیدایش اختلالات خلقی، وراثت است.

۲. عوامل زیستی: در افسردگی سروتونین، نوراپی نفرین و دو پامین کاهش پیدا می‌کند.

میزان شیوع:

امکان بروز این بیماری هم در زنان و هم در مردان وجود دارد اما بنا به دلایلی زنان ۲ برابر مردان به این بیماری مبتلا می‌شوند. شیوع افسردگی در مردان حدود ۱۵ درصد و در زنان حدود ۲۵ درصد می‌باشد.

علائم بالینی:

۱. خلق افسرده: با غمگینی معمولی و طبیعی متفاوت است.

بیمار با خلق افسرده حتی بعد از شنیدن خبرهای خوب نیز بهبود نمی‌یابد.

۲. فقدان علاقه و لذت: عدم اشتیاق برای فعالیت و سرگرمی‌هایی که قبلاً بیمار از آنها لذت می‌برده است به طوری که علائق قبلی دیگر موجب رضای بیمار نمی‌شود.

۳. ظاهر: بیمار ممکن است به لباس و آرایش خود توجهی نکند. حالت چهره نیز با پایین بودن گوشه‌های دهان و چروک شدن پیشانی و بالا آمدن ابروها مشخص می‌شود.

۴. کاهش انرژی: کاهش انرژی منجر به اختلال در کار آمدی بیمار می‌شود و انگیزه بیمار برای انجام طرح‌های تازه کاهش می‌یابد.

۵. کندی روانی و حرکتی: بیماران افسرده به کندی راه می‌روند و تکلم آنها نیز کند است و همچنین به سوالات دیر پاسخ می‌دهند.

۶. اختلال در خواب: حدود ۸۰ درصد از بیماران افسرده از اختلال خواب به خصوص زود بیدار شدن از خواب شکایت می‌کنند.

۷. افکار بدبینی: افکار بدبینی از علائم مهم افسردگی است. و به ۳ گروه تقسیم می‌شود. بیمار یا نسبت به زمان حال یا گذشته یا آینده بدبین است.

۸. اضطراب: از علائم شایع افسردگی است و حدود ۹۰ درصد بیماران گرفتار آن هستند.

۹. نشانه زیستی: کاهش وزن، کاهش اشتها، سردرد، بیبوست، کاهش میل جنسی و اختلال قاعدگی از نشانه های زیستی هستند که در افسردگی رایج اند.

معیارهای تشخیص:

۱. حداقل ۵ مورد از علائم بالینی افسردگی را به مدت ۲ هفته داشته باشد.

۲. علائم بالینی به دنبال سوگ و فقدان نباشد.

۳. علائم بالینی به دنبال اختلالات طبی نباشد.

۴. علائم بالینی به دنبال مصرف مواد مخدر نباشد.

۵. بیمار افسرده دچار افت عملکرد شود.

تشخیص افتراقی:

تفکیک اختلال افسردگی از غمگینی و داغداری بدون عارضه، بر حسب شدت و طول مدت علائم امکان پذیر است. غمگینی عمیق ناشی از یک فقدان بزرگ ممکن است با علائم افسردگی مانند عدم لذت، کناره گیری از اجتماع و علائم جسمی تظاهر نماید که با گذشت زمان بهبود می یابد و از افسردگی اساسی به علت فقدان افکار

خودکشی و احساس عمیق درماندگی و بی ارزشی تفکیک می شود.

سیر و پیش آگهی: یک دوره افسردگی بدون درمان ۶ تا ۱۳ ماه طول می کشد و با درمان در اکثر اوقات، حدود ۳ ماه طول میکشد. حداقل ۷۵ درصد بیماران افسرده یک دوره افسردگی بعدی نیز دارند که در ۶ ماهه اول بعد از دوره اولیه، امکان وقوع آن بیشتر است. در نهایت ۱۵ درصد بیماران افسرده خودکشی می کنند. ۵۰ درصد بهبود می یابند، ۳۰ درصد بهبود نسبی و ۲۰ درصد سیر مزمن دارند.

درمان: روان درمانی و دارو درمانی موثرترین درمان ها هستند.

دارو درمانی: داروهای موثر بر اختلالات افسردگی شامل ضد افسردگی های چند حلقه ای، مهارکننده های اختصاصی باز جذب سرو تونین و دارو های دیگری مانند ترازودون، آلپرازولام و سمپاتومیمتیک ها مانند آمفتامین می باشند.

شوک درمانی: درمان با الکتروشوک، در اختلالات افسردگی اساسی مقاوم و دوره های افسردگی اساسی با خصوصیات پسیکوتیک مفید می باشد.

درمانهای غیر دارویی مانند روان درمانی فردی، درمان حمایتی، گروه درمانی، شناخت درمانی، رفتار درمانی می باشد.

آموزش به خانواده بیمار:

۱. توصیه به برقرار نمودن یک ارتباط خوب با بیمار که یک روش خوب در پیشگیری از خودکشی است.

۲. تشویق بیمار به ابراز احساسات.

۳. ترتیب دادن برنامه هایی برای فعالیت بیمار به طوریکه وی در طول روز احساس بیکاری و بی حوصلگی نکند

۴. در نظر گرفتن فعالیت هایی که بیمار توانایی انجام آنها را داشته باشد.

۵. فراهم کردن شرایط طوریکه بیمار بتواند فعالیتها را با موفقیت به پایان برساند و تشویق شود.

۶. توصیه به خوردن نوشیدنی گرم و غیر محرک قبل از خواب.

۷. توصیه به خوردن غذاهای سبک و مختصر قبل از خواب.

۸. در صورت بی اشتها، بیمار توصیه به خوردن غذا در وعده های غذایی زیاد و با حجم کم.

۹. فراهم کردن محیط دلپذیر هنگام صرف غذا.