افسردگی



سازمان بهداشت و درمان صنعت نفت
روابط عمومی

تلفن: ۸۸۸۹۲۱۵۶ - ۰۲۱
نمابر: ۸۸۸۹۳۵۷۱۱ - ۰۲۱
سامانه پیامکی: ۳۰۰۰۳۹۹۲
ایمیل: info@piho.ir

WWW.PIHO.IR



افسردگی را بشناسید، آن را جدی بگیرید و از درمان آن نهراسید

اختلالات خلقی از جمله افسردگی از دیرباز شناخته شده است. از زمان آدم (ع) و خلقت عالم قابل پیگیری است. در منابع تاریخی، ادبی، اجتماعی، فرهنگی، دینی، فلسفی و طبی کشورهای مختلف با عناوین متفاوت و در زبان های گوناگون از آن نام برده شده است.

رد پای بیماری افسردگی در اختلافات خانوادگی، درگیری های محیط کار و جامعه، اختلال در مناسبات بین فردی، در محاکم حقوقی و مدنی، خودکشی ها با هر انگیزه ای، دیگرکشی ها با هر انگیزه ای، تجاوز به عنف، پرخاشگری های حمله ای و دوره ای، افت عملکرد اجتماعی و شغلی، فرار از مدرسه، افت عملکرد تحصیلی در مقاطع مختلف دبستانی، راهنمائی و دبیرستانی و دانشگاهی، در ناهنجاری های اجتماعی، گرایش به مواد مخدر، الکل و انواع بزهکاری، در کنار بیماری های جسمی و روانی دیگر به نوعی همواره مطرح است که گاهی به عنوان یک بیماری مستقل و گاهی همراه بیماری های دیگر بروز و ظهور پیدا می کند.

الف) - علائم و نشانه ها:

خلق و روحیه افسرده، کاهش علاقه به زندگی، ناامیدی و یاس، احساس بی یار و یاوری، افکار مرگ و خودکشی، کاهش لذت از فعالیت های مختلف، کاهش یا افزایش غیرعادی خواب، کاهش یا افزایش غیرعادی خوراک، کاهش یا افزایش فعالیت های جنسی، پرخاشگری یا کندی و گوشه گیری، افت عملکرد شغلی و تحصیلی، که می بایستی هرروز در یک دوره شناخته شده حداقل در پنج مورد فوق روی دهد تا تشخیص قطعی گردد.

ب) - علل و عوامل ایجاد کننده:

در مورد علت و عوامل احتمالی ایجاد این بیماری نظرات و تئوری های مختلفی بیان شده است. اما در کل می توان علل ایجاد آن را به چهار گروه عمده تقسیم کرد:

۱- عوامل بیولوژیک یا زیست شناختی:

بیماری به دلیل شروع تغییرات زیست شناختی در زیر ساخت های شیمیایی بدن انسان به وقوع می پیوندد. از قبیل تحولاتی در گیرنده های عصبی (Receptors) تغییرات در انتقال دهنده های عصبی (نوروترانسمیترها) تغییرات در کمیت و کیفیت غدد مترشحه داخلی (از جمله غدد تیروئید و ...) تغییرات در سطح سلول های عصبی، تغییرات در ساختار مغزی (بخصوص در سالمندان) دلیل واضح عوامل ارگانیکی موثر، مطالعات مربوط به ایجاد افسردگی در بیمارانی که مبتلا به اختلال عمل غده تیروئید یا ارتباط تنگاتنگ بیماری های ارگانیکی مثل پارکینسون با بیماری افسردگی و یا عارضه افسردگی در بیمارانی که داروهای خاصی مصرف می کنند، می باشد. اما به طور آشکار و اختصاصی نمی توان دقیقاً نوع تغییرات را قبل از درمان مشخص نمود.

۲-عوامل اجتماعی و جامعه شناسی:

انواع فشارها و استرس های شناخته شده و ناشناخته اجتماعی به نوعی که برای آحاد جامعه غیر قابل تحمل و شکننده باشد، از قبیل از دست دادن یکی از والدین قبل از یازده سالگی، مرگ همسر، فاکتور هایی همچون مجرد بودن یا مجرد ماندن، تنها بودن یا تنها شدن، طلاق، جدایی از همسر، بیوه بودن، بیماری مهم فرزند یا والدین، نامناسب بودن شیوه زندگی، عدم حضور کیفی والدین در منزل، غلط بودن روابط بین فردی، تعارض ها و تضاد های آشکار استرس ساز اجتماعی (منزل، محیط کار، جامعه) اعتیاد به مواد مخدر و گرایش به الکل (علت-معلول) ...

۳-عوامل سایکولوژیک یا روانشناختی:

اختلال در مسیر رشد و تکامل روانی، توقف روند تکامل روانی، حل نشدن مسائل مربوط به دوران کودکی و نوجوانی، آشفتگی روانی والدین و اثرات ناخواسته آن در روند رشد روانی و ...





۴- عوامل شناختی و دیدگاهی:

زاویه غلط در نگرش های فردی، خانوادگی و اجتماعی به مسائل پیرامون، سطحی نگری سنتی (حل نشدن تعارض سنت و مدرنیته در ذهن) جبری انگاری مطلق فلسفی، جایگزینی فلسفه توالی پدیده ها به جای نگاه علت و معلولی، (عقب ماندگی روند رشد منطق) تجزیه و تحلیل منفی نگرانه پدیده ها، کری و کوری در مثبت نگری، سیاه نمایی عادتی، عدم نگرش رنگین کمانی، برداشت منفی از خود، آفرینش و دیگران (گذشته ، حال و آینده) کناره گیری از جامعه (علت - معلول) مطلق نگری به جای نسبی اندیشی، ایده آلیست بودن، انتظارات فرامنطق از خود، دیگران و جامعه ...

توارث، ژنتیک و بیماری افسردگی:

بیماری افسردگی اعم از نوع بدخلقی یا افسردگی اساسی و ... کمترین ارتباط با امر ژنتیک نسبت به دیگر بیماری های روانپزشکی دارد (افسردگی خالص) اما ابتلا هر دو نفر از والدین احتمال مبتلا شدن فرزندان را افزایش می دهد. فرضیه های کروموزومی و ژنتیکی مطروحه متفاوت هنوز کاملاً به اثبات نرسیده است.

افسردگی و فقر و نداری:

اساساً ارتباط افسردگی با فقر و نداری کاملاً ثابت نشده است. طیف های اقتصادی اجتماعی در جهان رابطه معناداری با افسردگی ندارند. اگر چه افسردگی را بیماری روانی فقرا می دانند، اما این اندیشه خیلی قدیمی است و سطح تطابق افراد با مجموعه شرایط اجتماعی -اقتصادی و رابطه آن با نگرش های فلسفی هر انسان آن را منتفی می داند. شاید بتوان روحیه افسردگی در فرد و جامعه را به نوعی یکی از علل عقب ماندگی جوامع دانست که از طریق مدیریت های خرد و کلان اجتماعی اعمال می شود.

نقش فرهنگ ها، خرده فرهنگ ها و مذاهب در افسردگی:

فرهنگ ها، خرده فرهنگ ها و مذاهب که ریشه دار بوده و پویایی لازم را دارند و کمتر اسیر خرافه و هذیان های دست ساخته بشری است، نه تنها روح اجتماعی افسرده ساز ندارند، بلکه منبع سرشار نیک اندیشی، منطق، انصاف، شادابی، تحرک، خلاقیت و رشد و تکامل آدمی است. ارتباط معنادار و غیر کاسبکارانه با خالق هستی راه نجات و رستگاری و شادابی است. فرهنگ و مذهب اصیل منطبق با فطرت بشری برای همه هیجانات انسانی اعم از شاد و غمگین، برنامه مدون و دستورات اصولی دارد. خدا باوری نهادینه شده در کودکان و نوجوانان فارغ از ریاکاری و تمنیات صرفاً مادی، قطعا پرورش دهنده روح و روان است. نگرش مثبت به خلق و خلایق شکننده موج نافذ افسردگی است. خداباوری نه برای زندگی در بهشت و نه برای گریز از جهنم، بلکه منبع زیست و تسلیم به شایستگی رب العالمین، قطعاً رهایی بخش است.

انواع درمان افسردگی:

۱- درمان شناختی: شامل تغییر نگرش به خود، دیگران و جامعه، جابجایی دریچه نگاه به مسائل، جایگزینی مثبت اندیشه به جای منفی اندیشی و ...

۲- درمان روابط بین فردی: تنظیم روابط بین انسان ها، پرهیز از ایجاد روابط ضدعاطفی و ضد تکاملی، دوری کردن از تلقینات منفی از جانب دیگران و ...

۳- مشاوره: جهت آگاه شدن از بیماری خود و علل احتمالی آن آگاه شدن از روش های درمانی، آگاه شدن از چگونگی تغییرات مرتبط به بیماری در زندگی روزمره، افزایش دانش در مورد بیماری و درمان آن و یافتن راه حل های ابتکاری و ...

۴- روان درمانی: یکی از روش های تخصصی درمان بیماری افسردگی است که از حوصله این متن خارج است.

۵- درمان داروئی: یکی از درمان های مهم و اساسی تجویز و مصرف دقیق دارو می باشد. خوشبختانه به مدد تلاش دانش پژوهان در نیم قرن اخیر، به خصوص در دو دهه اخیر تحولات قابل توجه و چشمگیری در درمان داروئی افسردگی بوجود آمده است. آنجا که تغییرات شیمیایی در بدن انسان هنوز عامل اصلی ایجاد افسردگی است (اولیه - ثانویه) و از آنجائیکه درمان منوط به ایجاد تغییرات بعدی با اصلاح تغییرات اولیه است، الزاماً می بایستی مبادرت به درمان دارویی نمود، تصور اینکه درمان دارویی موجب اعتیاد به دارو می شود کاملاً غلط و غیرعلمی است. از زمان شروع دارو با تجویز درست و اصولی با تشخیص دقیق تا شروع اثرات اولیه دارو حداقل ۴ الی ۶ هفته وقت لازم است. ظهور عوارض دارویی جزئی از قبیل خشکی دهان، یبوست، خواب آلودگی و ... مانع ادامه درمان نمی باشد. جالب اینکه افرادی که چنین عوارض دارویی نشان می دهند، شانس بهبودی آنها نسبت به دیگران بیشتر است. از درمان های دارویی پیشنهادی روانپزشکان هرگز نهراسید، طول درمان و مقدار داروی تجویزی را کاملاً رعایت و از کم کردن یا قطع ناگهانی مصرف دارو بدون مشورت با پزشک خود جداً پرهیز نمایید. درمان دارویی حداقل ۶ ماه و حداکثر ۲ سال به طول می انجامد و در مواردی ادامه درمان دارویی تا سال ها به مقدار کم می بایستی رعایت شود.

دکتر جمال اعتمادی - روانپزشک
عضو شورای تخصصی سلامت روان سازمان

