

# اختلالات خلقی

# اختلالات خلقی

- خلق (mood)، حال و هوای احساسی و هیجانی نافذ و پایداری است که بر رفتار و درک فرد از جهان تاثیر می گذارد.
- عاطفه (affect) به تظاهر بیرونی خلق اطلاق می شود.
- خلق شامل افسرده غمگین ملانکولیک ناراحت تحریک پذیر بالا سرخوش مانیک و شاد می باشد.
- خلق می تواند بی ثبات باشد و بین قطب های مختلف در نوسان باشد.





- اختلالات افسردگی و اختلالات دوقطبی در DSM-IV مجموعاً اختلالات خلقی نامیده می شدند اما در DSM-5 این دو دسته جداگانه طبقه بندی شده اند:

- اختلالات افسردگی

- اختلالات دوقطبی و اختلالات مربوط

**اختلالات خلقی** که گاهی اختلالات عاطفی نامیده میشوند از اختلالات افسردگی و اختلال دوقطبی و اختلالات مرتبط با آنها تشکیل شده اند.

- **اختلالات افسردگی** شامل اختلال افسردگی اساسی اختلال افسردگی پایدار یا دائمی اختلال ملال پیش از قاعدگی اختلال بی نظمی خلق مخرب اختلال افسردگی ناشی از مواد/دارو اختلال افسردگی ناشی از دیگر بیماری های جسمی اختلال افسردگی مشخص دیگر یا نامشخص

- **اختلالات دوقطبی و اختلالات مرتبط با آنها** شامل اختلال دوقطبی I اختلال دوقطبی II اختلال سیکلوتایمیک اختلال دوقطبی ناشی از ماده/دارو اختلال دوقطبی ناشی از یک عارضه پزشکی دیگر اختلال دوقطبی مشخص دیگر یا نامشخص



## دو واژه مهم در اختلالات خلقی: دوره (اپیزود) خلقی      اختلال خلقی

- اپیزود خلقی به دوره زمانی که در آن فرد به طور غیرعادی احساس شادی یا غم می کند گفته می شود.
- اپیزودهای خلقی ستون هایی هستند که اختلالات خلقی روی آنها ساخته یا تعریف می شوند اکثر بیماران مبتلا به اختلالات خلقی و حداقل یکی از این سه اپیزود را خواهند داشت :
- اپیزود افسردگی اساسی
- اپیزود مانیک
- اپیزود هیپومانیک

## اپیزود افسردگی اساسی      اپیزود مانیک      اپیزود هیپومانیک

- **اپیزود افسردگی اساسی** به مدت حداقل دو هفته بیمار احساس می کند غمگین است یا نمی تواند از زندگی لذت ببرند در خوردن و خوابیدن مشکل دارد احساس گناه و تفسیر می کند و ...
- **اپیزود مانیک** به مدت حداقل یک هفته بیمار احساس می کند خیلی خوشحال است یا گاهی فقط تحریک پذیر است و ممکن است احساس خود بزرگ بینی کند پرحرف است بیش فعال است حواسش به آسانی پرت می شود و...
- **اپیزود هیپومانیک** تقریبا شبیه اپیزود مانیک است اما کوتاه تر است و شدت کمتری دارد این افراد به بستری شدن نیازی ندارند و هیچ ویژگی سایکوتیک در آن دیده نمی شود



## تعریف کلی انواع مهم اختلالات خلقی

- اگر بیمار فقط به دوره‌های افسردگی اساسی دچار شود گفته می‌شود اختلال افسردگی اساسی یا افسردگی یک قطبی مبتلاست.
- اگر به دوره افسردگی و مانیا دچار می‌شوند یا فقط دوره های مانیا را تجربه می‌کنند تشخیص اختلال دوقطبی مطرح می‌گردند.
- بیماران مبتلا به اختلال دوقطبی که هیچ دوره ای از افسردگی نداشته باشند گاهی با اصطلاحاتی مانند مانیای یک قطبی یا مانیای خالص توصیف می‌کنند.

# اختلالات افسردگی Depressive Disorders

- اختلال افسردگی اساسی
- اختلال افسردگی پایدار یا دائمی
- اختلال ملال پیش از قاعدگی
- اختلال بی نظمی خلق مخرب
- اختلال افسردگی ناشی از مواد/دارو
- اختلال افسردگی ناشی از دیگر بیماری های جسمی
- اختلال افسردگی مشخص دیگر
- اختلال افسردگی نامشخص





## چین وراگوت

## معیارهای اپیزود افسردگی اساسی بر اساس DSM-5

• A. پنج (یا تعداد بیشتری) از نشانه های زیر در طول مدت ۲ هفته وجود داشته اند و انحراف از عملکرد قبلی را نشان می دهند ؛ حداقل یکی از نشانه ها (۱) خلق افسرده و یا (۲) فقدان علاقه یا لذت است.

توجه : نشانه هایی را که آشکارا ناشی از بیماری جسمانی دیگر هستند، منظور نکنید.

۱. خلق افسرده در بخش عمده روز، تقریباً هرروز، به صورتی که توسط گزارش ذهنی (مثلاً احساس می کند غمگین، پوچ یا نا امید است) یا مشاهده دیگران (مثلاً بیمناک به نظر می رسد) به آن اشاره شده باشد.

(توجه: در کودکان و نوجوانان خلق می تواند تحریک پذیر باشد.

۲. کاهش محسوس علاقه در تمام، یا تقریباً تمام فعالیت ها در بخش عمده روز، تقریباً هرروز (که با مشاهده یا گزارش ذهنی به آن اشاره شده باشد)



## معیارهای اپیزود افسردگی اساسی بر اساس DSM-5

• ادامه A:.

۳. کاهش وزن قابل ملاحظه به هنگامی که رژیم گرفته نشده یا افزایش وزن (مثلاً تغییر بیشتر از ۵٪ وزن بدن در ماه)، یا کاهش یا افزایش اشتها تقریباً هرروز.

توجه: در کودکان، ناتوانی در کسب وزن مورد انتظار را در نظر بگیرید

• ۴. بی خوابی یا پر خوابی هرروز

• ۵. سراسیمگی یا کندی روانی حرکتی تقریباً هرروز (قابل مشاهده توسط دیگران، نه صرفاً احساس ذهنی بی قراری یا کند بودن

• ۶. خستگی یا فقدان انرژی تقریباً هرروز

• ۷. احساس بی ارزشی یا احساس گناه بیش از حد یا نامناسب (که ممکن است هذیانی باشد) تقریباً هرروز (نه فقط سرزنش کردن خود یا احساس گناه در مورد مریض بودن

## معیارهای اپیزود افسردگی اساسی بر اساس DSM-5

### ● ادامه معیار A:

- ۸. کاهش توانایی فکر یا تمرکز کردن، یا دو دلی، تقریباً هرروز ( خواه به وسیله گزارش ذهنی یا مشاهده دیگران
- ۹. افکار مکرر مرگ (نه فقط ترس از مردن)، اندیشه ورزی مکرر خودکشی بدون برنامه خاص، یا اقدام به خودکشی یا برنامه خاص برای دست زدن به خودکشی

B. نشانه ها ناراحتی یا اختلال قابل ملاحظه بالینی در عملکرد اجتماعی، شغلی یا زمینه های مهم دیگر عملکرد ایجاد می کنند.

C. این دوره ناشی از تاثیرات فیزیولوژیکی مواد یا بیماری جسمانی دیگر نیست



## معیارهای اختلال افسردگی اساسی بر اساس DSM-5

حضور یک اپیزود افسردگی عمده (معیارهای A تا C) به علاوه معیارهای D و E

**D.** وقوع دوره افسردگی اساسی با اختلال اسکیزوفرنی ، اختلال اسکیزوفرنی فرم، اختلال هذیانی ، یا طیف اسکیزوفرنی مشخص یا نامشخص دیگر بهتر توجیه نمی شود.

**E.** هرگز اپیزود (دوره) مانیک یا دوره هیپومانیک وجود نداشته است.

توجه : اگر تمام دوره های شبه مانیک یا شبه هیپومانیک در اثر مواد یا ناشی از تاثیرات فیزیولوژیکی بیماری جسمانی دیگر به وجود آمده اند، این استثنا کاربرد ندارد.

## معیارهای اختلال افسردگی اساسی بر اساس DSM-5

توجه : پاسخ ها به صدمه ای مهم ( مثل داغدیدگی، ورشکستگی، صدمات ناشی از بلایای طبیعی، بیماری یا معلولیت جدی) ممکن است احساس غمگینی شدید، نشخوار ذهنی درباره صدمه، بی خوابی، اشتهای کم، یا کاهش وزن را که در ملاک A ذکر شدند در برداشته باشند که امکان دارد شبیه دوره افسردگی باشند.

گرچه این نشانه ها ممکن است قابل درک بوده یا متناسب با صدمه در نظر گرفته شده باشند، اما **وجود دوره افسردگی اساسی علاوه بر پاسخ طبیعی به صدمه** مهم نیز باید به دقت در نظر گرفته شود.

این تصمیم لزوما استفاده از قضاوت بالینی را بر اساس سابقه فرد و هنجارهای فرهنگی برای ابراز ناراحتی در زمینه صدمه، ایجاب می کند.



# تصریح کننده های اختلال افسردگی اساسی بر اساس DSM-5

- با دیسترس اضطرابی
- با ویژگی های آمیخته (مختلط)
- با ویژگی های ملانکولیک (مالیخولیایی)،
- با ویژگی های آتیپیک،
- با ویژگی های سایکوتیک همخوان با خلق،
- با ویژگی های سایکوتیک ناهمخوان با خلق،
- با کاتاتونیا،
- با آغاز پریپارتوم (پیرازایمانی)
- با الگوی فصلی

● بر پایه ی شدت: خفیف، متوسط یا شدید

● بر پایه ی بهبودی: در بهبود جزئی یا در بهبود کامل

# تصریح کننده های اختلال افسردگی اساسی بر اساس DSM-5

## ● با دیسترس اضطرابی

● این اصطلاح جدیداً یعنی به DSM-5 اضافه شده است که فقط در مورد اختلالات خلقی به کار می رود. برای اینکه اضطراب فرد از نوع دیسترس اضطرابی محسوب شود باید حضور حداقل **دو نشانه** از نشانگان اضطرابی زیر در طول دوره کنونی افسردگی قطعی شده باشد:

● تنش یا احساس عصبی بودن

● بی قراری در اکثر مواقع

● دلهره و نگرانی درباره وقوع یک رویداد بد

● ترس در مورد از دست دادن کنترل خود

● ناتوانی در تمرکز حواس به دلیل نگرانی



## تصریح کننده های اختلال افسردگی اساسی بر اساس DSM-5

- با خصایص غیرمتعارف (آتپیک)

- اساسا آتپیک عبارت است از پرخوری و پرخوابی علائم نباتی معکوس. به این الگوی علامت نیز گاهی «ملال هیستریوید» اطلاق می شود.
- سن شروع پایین تر است کندی روانی حرکتی شدیدتر است و اختلال جسمانی سازی نیز فراوان تر است .
- میزان بروز و شدت علائم اضطرابی در این بیماران بیشتر است ممکن است آنها را به غلط دچار اختلال اضطرابی تشخیص دهند نه اختلال خلقی.



## تصریح کننده های اختلال افسردگی اساسی بر اساس DSM-5

- با ویژگی های آمیخته (مختلط)

- اپیزودهای مانیک هیپومانیک یا افسردگی عمده ممکن است مخلوط هایی از

نشانه های مانیک و افسردگی داشته باشند

- مشخصه MDD عدم حضور اپیزود مانیک یا هیپومانیک است اما در صورت

حضور **بعضی از** علائم مانیک فرد مبتلا به MDD مختلط است.

# تصریح کننده های اختلال افسردگی اساسی بر اساس DSM-5

## ● با خصایص کاتاتونیک

- کاتاتونیک علامتی است که در انواع اختلالات روانی و از همه شایع تر در اسکیزوفرنی و خلقی دیده می شود.
- به ویژه اختلال دوقطبی نوع I علامتهای اصلی کاتاتونیک یعنی بهت زدگی حالت عاطفی کند انزوای مفرط منفی کاری و کندی واضح روانی-حرکتی می باشد.



## تصریح کننده های اختلال افسردگی اساسی بر اساس DSM-5

- با خصایص مالیخولیایی (ملانکولیک)

- نوعی افسردگی که مشخصات آن عبارتند از بی لذتی شدید سحرخیزی

کاهش وزن احساس گناه عمیق و افکار خودکشی.

- همچنین آن را افسردگی درون زاد نیز می نامند زیرا همراه تغییرات

عملکردهای اندوکرین و دستگاه عصبی خودکار است.



## تصریح کننده های اختلال افسردگی اساسی بر اساس DSM-5

- **با شروع پیرا زایمانی (peripartom)**

- اگر علائم اختلال خلقی در طول بارداری با در عرض ۴ هفته بعد از زایمان شروع شده باشند می توان آن را پیرا زایمانی دانست در اختلالات روانی پیرا زایمانی علائم روان پریشی شایع است.

- **با الگوی فصلی**

- بیمارانی که اختلال خلقی شان از الگوی فصلی پیروی می کند بیشتر در زمستان دچار دوره های افسردگی می شوند این الگو را اختلال عاطفی فصلی می نامیدند که در DSM5 با این نام دیگر به کار نرفته است.

## تصریح کننده های اختلال افسردگی اساسی بر اساس DSM-5

- به همراه ویژگی های سایکوتیک

- اپیزود مانیک و اپیزود افسردگی عمده چه خفیف چه شدید ممکن است به همراه هذیان و توهم بیایند این ویژگی های سایکوتیک می توانند همخوان با خلق یا ناهمخوان با خلق باشند.



## تصریح کننده های اختلال افسردگی اساسی بر اساس DSM-5

- اسپسیفایر بهبودی:
- در بهبود جزئی : اینها بیمارانی هستند که قبلاً همه معیارها را داشتند و اکنون یکی از این دو حالت در آنها صدق می کند:
  - ۱. تعداد نشانشان کمتر از تعداد لازم است .
  - ۲. نشانه ای نداشته اند اما مدت این دوره بی نشانه بودن **کمتر از دو ماه** است.
- در بهبود کامل:
- این افراد به مدت **حداقل دو ماه** هیچ کدام از نشانگان مهم دوره خلقی مورد نظر را نداشته اند



## تصریح کننده های سیر بالینی:

- اختلال افسردگی اساسی دوره منفرد
- فرد در طول زندگی خود فقط یک بار اپیزود افسردگی اساسی را تجربه می کند

## تصریح کننده های سیر بالینی:

- **اختلال افسردگی اساسی راجعه عودکننده**
- بیمارانی که لاقلاً دومین دوره افسردگی خود را دارند می گذرانند در دسته مبتلایان به نوع عود کننده اختلال افسردگی اساسی قرار می گیرند.
- برای اینکه مشخص نمود هر دوره را می توان پایان پذیرفته تلقی کرد دو متغیر در این مورد وجود دارد: میزان رفع علائم و مدت رفع علائم.
- طبق DSM5 اگر هر دوره افسردگی **لاقل دو ماه** با دوره های قبل یا بعدش فاصله داشته باشد و طی این دوره بیمار هیچ علامت چشمگیری از افسردگی نداشته باشد.



## همه گیرشناسی اختلال افسردگی اساسی

- اختلالات خلقی شایع هستند اختلال افسردگی اساسی در بین اختلالات روانپزشکی بالاترین شیوع طول عمر را داشته است.

- جنس:

- اختلال افسردگی اساسی در زنان دو برابر مردان است. دلایل تفاوت عبارتست از تفاوت های هورمونی، اثرات زایمان، تفاوت فشار های روانی و اجتماعی زنان و مردان، الگوهای رفتاری مربوط به درماندگی آموخته شده



## سن

متوسط سن شروع اختلال افسردگی اساسی چهل سالگی است اختلال افسردگی اساسی همچنین ممکن است در کودکی یا پیری شروع شود.

## وضعیت تاهل

اختلال افسردگی اساسی بیشتر در افرادی که هیچ ارتباط بین فردی نزدیکی ندارند یا طلاق گرفته یا متارکه کرده اند

## مسائل اقتصادی اجتماعی و فرهنگی

هیچ ارتباطی بین وضعیت اجتماعی اقتصادی افراد و اختلال افسردگی اساسی پیدا نشده است

## سبب شناسی اختلال افسردگی اساسی

- عوامل زیستی
- آمین های زیستی نوراپی نفرین و سروتونین بیشترین دخالت را در پاتوفیزیولوژی اختلالات خلقی دارند.
- دوپامین : فعالیت دوپامینی در افسردگی کاهش و در مانیا افزایش یافته است.
- سایر آشفتگی ترانسmitterها: آشفتگی هایی در استیل کولین ، گابا گلوتامات و گلیسین در افسردگی کاهش گابا در مغز افراد افسرده مشاهده شده است.
- عوامل ژنتیکی
- مطالعات متعدد خانوادگی فرزند خوانده ها و دوقلوها بودن اختلالات خلقی را اثبات کرده اند



## عوامل روانی اجتماعی

- وقایع زندگی و استرس محیط:
- وقایع زندگی که پیش از نخستین دوره های اختلالات خلقی اتفاق افتاده اند تاثیرات جدی تری نسبت به وقایع بعدی دارند. زیرا تاثیرات دیرپا در وضعیت زیستی مغز و نوروترانسمیترها و از بین رفتن نورون ها و سیناپس ها ایجاد میکنند لذا فرد را در معرض خطر بیشتری برای ابتلا به دوره های بعدی آن اختلال خلقی حتی در غیاب استرس خارجی قرار می دهد.
- برخی بالینگران معتقدند که وقایع زندگی نقش اصلی را در افسردگی فراهم می کنند. مرتبط ترین واقعه با پیدایش بعدی افسردگی از دست دادن یکی از والدین قبل از ۱۱ سالگی است. از استرس های محیطی نیز آن که بیشترین رابطه را با شروع دوره افسردگی دارد از دست دادن همسر است. عامل خطر ساز دیگر بیکاری است احساس گناه نیز ممکن است نقش داشته باشد



- هیچ صفات شخصیتی واحدی نیست که فردی را منحصرأً به افسردگی مستعد سازد.
- هر الگوی شخصیتی ممکن است در مواقعی دچار افسردگی شود اما افراد مبتلا به برخی اختلالات شخصیت مانند اختلال شخصیت وسواسی جبری نمایشی و مرزی ممکن است در معرض خطر بیشتری برای ابتلا به افسردگی باشند
- وقایع پراسترس اخیر قوی ترین پیش بینی کننده برای شروع دوره افسردگی است

## دیدگاه روان پویشی

- بالینگر همواره مترصد معنای عامل فشار است استرس هایی که از نظر بیمار بر اعتماد به نفس اثری منفی دارند بیشتر ممکن است ایجاد افسردگی کنند.
- عوامل روان پویشی در افسردگی روان پویشی ۴ رکن کلیدی را در بر می گیرد:
  ۱. آشفتگی ارتباط نوزاد مادر در خلال مرحله دهانی ۱۰ تا ۱۸ ماه ابتدای زندگی زمینه ساز آسیب پذیری به افسردگی است
  ۲. افسردگی را می توان با فقدان ابژه حقیقی یا خیالی مرتبط دانست
  ۳. درونی سازی های ابژه های از دست رفته مکانیسم دفاعی است که برای مقابله با رنج و ناراحتی همراه با فقدان ابژه به کار می رود.
  - ۴ از آنجا که عضو از دست رفته با دیدی آمیخته از عشق و نفرت نگریسته می شود احساسات خشم متوجه خود می گردد.



## نظریه شناختی

- افسردگی در نتیجه تحریف های شناختی خاصی به وجود می آید.
- مثلث بک برای افسردگی:
- ۱ دیدگاه های مربوط به خود: دید منفی نسبت به خود ۲. مربوط به محیط: تمایل به تجربه جهان به گونه ای متخاصم و پر توقع ۳. درباره آینده: انتظار رنج و ناکامی.
- درماندگی آموخته شده این نظریه پدیده های مربوط به افسردگی را به تجربه رویدادهای غیر قابل کنترل مربوط می داند. سگ هایی که در معرض شوک الکتریکی قرار داده که قادر به فرار از این وضعیت نبودند پس از مدتی هم دچار نقص انگیزش شناختی شده یعنی برای فرار تلاش نمی کنند و هم نقص هیجانی. در مورد انسان افسردگی متعاقب رویدادهای ناگوار خارجی به وجود می آید که سبب از بین رفتن عزت نفس می گردند برای درمان به بیمار باید احساس کنترل و غلبه بر محیط را بیاموزد.



## افسردگی در کودکان و نوجوانان

- کودکان: هراس از مدرسه و چسبیدن بیش از حد به والدین ممکن است علائمی از افسردگی در کودکان باشد.
- نوجوانان: ضعف عملکرد تحصیلی سوء مصرف مواد رفتار ضد اجتماعی و لنگاری جنسی فرار از مدرسه و ترک خانه ممکن است علائم افسردگی در نوجوانان باشد.
- سالخوردگان: افسردگی در افراد مسن شایع تر از کل جمعیت است افسردگی در سالخوردگان کمتر شناسایی شده زیرا در افراد مسن بیشتر از افسردگی در جوان ترها خود را با شکایت جسمی نشان می دهد

# تشخیص افتراقی اختلال افسردگی اساسی

- اختلالات طبی مانند بیماری های غده فوق کلیوی و تیروئید سوء مصرف مواد
- بیماری های عصبی مانند پارکینسون آلزایمر و سایر دمانس ها. همچنین تشنج و بیماری های عروقی مغز خود را به صورت علائم افسردگی نشان میدهند
- داروهایی مانند داروهای قلبی ضد پرفشاری خون ضد تشنج ضد روان پریشی ضد سرطان ضد پارکینسون ضد باکتری ضد درد ارتباط شایعی با علائم افسردگی دارند



# تشخیص افتراقی اختلال افسردگی اساسی دمانس کاذب

- دمانس کاذب مربوط به اختلال افسردگی اساسی است.

- علائم شناختی در اختلال افسردگی اساسی به طور ناگهانی شروع می شود و با سایر علائم اختلال افسردگی اساسی از قبیل ملامت همراه است.

- مشکلات شناختی بیمار افسرده ممکن است در طول روز تغییر کند که این امر در دمانس اولیه دیده نمی شود.

- افسردگی که مشکلات شناختی دارند اغلب کوششی برای پاسخ دادن به سوالات از خود نشان نمی دهند «نمی دانم» ولی بیماران دمانسی ممکن است افسانه سازی کنند.

- بیماران افسرده را در طول مصاحبه گاهی می توان با تشویق و ترغیب به یادآوری واداشت ولی چنین قابلیتی در بیماران دمانس به هیچ وجه وجود ندارد



# تشخیص افتراقی اختلال افسردگی اساسی

سایر اختلالات روانی که خصایص افسردگی در آنها شایع است

- اختلال سازگاری همراه با خلق افسرده
- اختلال مصرف الکل
- سایر اختلالات خلقی
- اختلالات خوردن
- اختلالات شبه جسمی
- اسکیزوفرنی و اسکیزوفرنی فرم
- داغدیدگی غیر عارضه دار

## داغدیدگی غیر عارضه دار

- یک سوم افرادی که همسر خود را از دست داده‌اند واجد ملاک های تشخیصی افسردگی اساسی می شوند.
- داغدیدگی غیر عارضه دار را اختلال روانی به حساب نمی آورند
- البته بیمارانی که دچار داغدیدگی غیرعارضه دار هستند نهایتاً دچار افسردگی اساسی خواهند شد این تشخیص را نمی توان گذاشت مگر آنکه سوگ رفع نشده باشد و افتراق میان این دو بر اساس **شدت و مدت** علائم امکان پذیر است.
- علائمی که به طور شایع در اختلال افسردگی اساسی حاصل داغدیدگی رفع نشده دیده می شود عبارت است از: اشتغال خاطر شدید به احساس بی ارزشی، فکر خودکشی، احساس اینکه فرد کاری کرده که باعث مرگ طرف شده، مومیایی گری متعلقات متوفی به شکلی کاملاً دست نخورده ، واکنش سالگرد بسیار شدیدی که گاه اقدام به خودکشی هم دیده می شود.
- در موارد شدید افسردگی داغدیدگی بیمار دق می کند و نمی تواند به زندگی بدون فرد متوفی ادامه دهد، عملکرد ایمنی آنها ضعیف می شود و وضعیت قلب و عروق آنها ناپایدار است.



## سیر و پیش آگهی اختلال افسردگی اساسی

- سیر
- شروع نخستین دوره افسردگی تقریباً در ۵۰ درصد از بیماران قبل از چهل سالگی روی میدهد
- مدت: دوره افسردگی بدون درمان ۶ تا ۱۳ ماه و با درمان حدود سه ماه طول می کشد.
- با پیشرفت سیراختلال عمدتاً دوره های بیشتر و طولانی تر به بیمار عارض خواهند شد.
- اختلال افسردگی اساسی اختلال خوش خیمی نیست عمدتاً مزمن است بیماران خیلی از اوقات دچار عود می شوند هر چه تعداد دوره های افسردگی بیمار بیشتر می شود فاصله زمانی بین دوره ها کمتر و شدت هر دوره بیشتر می شود.



## پیش آگهی اختلال افسردگی اساسی

- **پیش آگهی خوب :**
- نبود علائم روان پریشی
- سابقه روابط دوستانه محکم در دوران نوجوانی
- با ثبات بودن کارکرد خانواده
- کارکرد اجتماعی کلاً با ثبات فرد در عرض ۵ سال قبل از بیماری
- فقدان اختلال روانپزشکی دیگری هم زمان با اختلال افسردگی اساسی
- فقدان اختلال شخصیت
- کوتاه بودن مدت بستری
- سابقه حداکثر یک بار بستری به دلیل اختلال افسردگی اساسی
- و بالا بودن سن شروع
- **پیش آگهی بد :** وجود اختلال دیس تایمی به طور همزمان، سو مصرف الکل و سایر مواد، علائم اختلال اضطرابی سابقه بیش از یک دوره افسردگی، داشتن سابقه پیش مرضی بد از نظر سازگاری اجتماعی.

## درمان اختلال افسردگی اساسی

- در درمان بیماران دچار اختلالات خلقی چند هدف باید دنبال کرد:
- اولاً باید کاری که بیمار حتماً خطرناک نباشد
- ثانياً بیمار باید مورد ارزیابی کامل تشخیصی قرار گیرد
- ثالثاً برنامه‌ای را برای درمان شروع کرد که نه تنها به علائم فوری بپردازد بلکه سلامت و آسودگی وی را در آینده نیز در نظر داشته باشد.
- امروزه بر دارو درمانی و روان‌درمانی که مختص فرد بیمار طراحی شده باشد تاکید می‌شود.



## • درمان اختلال افسردگی اساسی

### بستری کردن

- ضرورت های بستری کردن عبارت است از:
- لزوم انجام درمان تشخیصی، خودکشی یا آدم کشی، کاهش توانایی بیمار در کسب غذا و داشتن سرپناه. داشتن سابقه پیشرفت سریع علائم و نظام حمایتی متلاشی شده.
- افسردگی خفیف و هیپومانیا را با آسودگی در مطب می توان درمان کرد به شرط آنکه پزشک بیمار را مرتب ارزیابی کند.
- بیماران دچار اختلالات خلقی اغلب تمایل به بستری شدن ندارند ممکن است لازم باشد بر خلاف میل شان اقدام شود.



# درمان اختلال افسردگی اساسی

## درمان های روانی اجتماعی

- ترکیب روان درمانی و دارو درمانی موثر ترین درمان برای اختلال افسردگی اساسی است.
- درمان شناختی ، درمان بین فردی ، رفتار درمانی و درمان های روان پویایی برای افسردگی اساسی به کار می روند.
- وجود کژکاری اجتماعی دلالت بر پاسخ به درمان بین فردی دارد.
- وجود کژکاری شناختی دلالت بر پاسخ خوب به رفتار درمانی شناختی و دارو درمانی دارد.
- وجود کژکاری شدید شغلی پاسخ خوب به دارو درمانی دلالت دارد.
- بالا بودن شدت افسردگی حکایت از پاسخ خوب به ترکیب درمان بین فردی با دارو درمانی می کند

# درمان اختلال افسردگی اساسی

## ● تحریک عصب واگ

- شبیه ضربان سازهای قلبی در پوست کاشته می شود.
- عصب واگ به دستگاه عصبی روده ای می پیوندد و در صورت تحریک سبب آزاد شدن پپتیدهایی می شود که نقش عصب رسانه دارند.

## ● تحریک مغناطیسی تراجممه ای (TMS)

- برای درمان افسردگی به ویژه در بزرگسالانی که با درمان دارویی بهبود رضایت بخش نداشته اند نویدبخش بوده است. در این روش از تکانه های بسیار کوتاه انرژی مغناطیسی برای تحریک سلول های عصبی در مغز استفاده میشود. نیاز به بیهوشی یا تجویز رختزا ندارند و در طول مداخله بیدار و هوشیارند، تشنج ندارند، توسط روانپزشک در مطب به مدت ۴۰ دقیقه انجام می شود درمان معمولاً هر روز به مدت ۴ تا ۶ هفته انجام میشود.



# درمان اختلال افسردگی اساسی

## روش محرومیت خواب

- مشخصه اختلالات خلقی آشفتگی خواب است افسردگی ممکن است با پر خوابی و بی خوابی همراه باشد.
- در بیماران اختلال دوقطبی یک محرومیت از خواب می تواند سبب بروز مانیا شود
- محرومیت از خواب موقتاً افسردگی را تخفیف می دهد اما این اثر گذرا است
- برای پاسخ پایدارتر به محرومیت خواب بیمار را به طور متوالی تحت محرومیت خواب قرار می دهند.
- روش دیگر این است که بیمار هر شب با تاخیر فاز بخوابد که محرومیت نسبی خواب نام دارد (از ۲ بامداد تا ۱۰ شب بیدار بماند)
- سومین و موثرترین روش تلفیقی از محرومیت از خواب و درمان دارویی افسردگی است.



# درمان اختلال افسردگی اساسی

## نور درمانی

- نور درمانی برای درمان اختلال خلقی همراه با الگوی فصلی ارائه شد
- در این اختلال با کاهش طول روز در پاییز و زمستان بیمار دچار افسردگی می شود
- در نور درمانی بیمار در معرض نور قرار داده می شود
- بیمار روزانه یک تا دو ساعت قبل از غروب روبروی جعبه نور قرار می گیرد
- کاربرد عمده دیگر نور درمانی اختلالات خواب است
- نوردرمانی برای کاهش تحریک پذیری و افت عملکرد همراه با نوبت کاری به کار رفته است.

- دارو درمانی احتمال بهبود بیمار افسرده را ۲ برابر میکند
- ظهور اثرات درمانی چشمگیر تمام داروهای ضد افسردگی ۳ الی ۴ هفته طول می کشد
- داروی ضد افسردگی را حداقل به مدت ۶ ماه باید ادامه داد.
- دارو برای افسردگی بر اساس کمترین تداخل با وضعیت جسمانی، مزاج و سبک زندگی است.
- درمان پیشگیرانه با داروی ضد افسردگی در کاهش تعداد و شدت موارد عود موثر است
- ضدافسردگی ها را به تدریج و طی یک تا دو هفته باید قطع کرد
- مصرف نگهدارنده ضد افسردگی برای درمان افسردگی مزمن ظاهراً بی خطر و موثر است.
- هدف مرحله نگهدارنده درمان پیشگیری از بروز دوره های جدید خلقی (عود) است



# درمان اختلال افسردگی اساسی

## دارو درمانی

- دسته های مهم شامل:
- بازدارنده های مونو آمینو اکسیداز
- بازدارنده های بازجذب مجدد سروتونین
- ضد افسردگی های سه حلقه ای