

راههای تشخیص و درمان افسردگی

گروه هدف: بیماران تحت پوشش مرکز بهداشتی درمانی

آموزش دهنده: پزشک

اهداف آموزشی: انتظار می رود پس از مطالعه این فصل بتوانید:

- عوامل روانشناختی افسردگی را بدانید .
- علائم قطعی در تشخیص افسردگی را بدانید .
- با درمان افسردگی بیشتر آشنا شوید.
- با نحوه ی آموزش در افسردگی آشنا شوید .

مقدمه:

اختلال افسردگی یکی از شایعترین اختلالات روانی در قرن حاضر در دنیا می باشد. شناخت خصوصیات و علائم آن ، درمان صحیح و به موقع و عملکرد مناسب پزشکان در کاهش عوارض و بازتوانی بیماران نقش مهمی در کنترل این اختلال دارد. احساس اندوه و غم معمولا در موقعیت های ناراحت کننده برای هرکسی پیش می آید و از تجارب طبیعی بشر است، (همانطور که در سوگ دیده می شود) و باید از اختلال افسردگی افتراق داده شود ولی همین موضوع باعث تشخیص کمتر اختلال افسردگی و درمان آن نسبت به میزان واقعی ابتلاء می گردد. بطوری که طبق آمارهای موجود فقط نیمی از بیماران افسرده تحت درمان قرار می گیرند. افت کارایی و خساراتی که افسردگی به عنوان شایعترین بیماری قرن برای افراد ، خانواده ها و جامعه به بار می آورد در صورت محاسبه خسارات مستقیم و غیر مستقیم آن ارقام بسیار بالایی را نشان می دهد. عوارض ثانوی اختلال می تواند تاثیر عمیقی بر سبک و سطح زندگی و سرنوشت افراد بگذارد. بنابراین ضرورت دارد کلیه پزشکان بخصوص پزشکان عمومی که بیشترین مراجعات بیماران افسرده به آن ها می باشد ، با دید دقیق تر به مساله نگاه کنند و با فراگیری روش های علمی درمان و ارجاع به موقع به روانپزشک در کنترل این اختلال و جلوگیری از عوارض اجتماعی، خانوادگی و . . . آن نقش خود را ایفاء نمایند. این پروتکل راهنمای خلاصه ای است جهت این اهداف و هرگز جایگزین آموزش کامل و جامعی که در دوران تحصیل پزشکی فراگرفته شده نمی باشد.

میزان شیوع اختلال افسردگی در طول عمر ۱۵ درصد در مردان و ۲۵ درصد در زنان می باشد. حداقل ۱۰ درصد بیماران پزشکان عمومی و ۱۵ درصد بیماران متخصصان داخلی را بیماران افسرده تشکیل می دهند. دست کم در نیمی از این موارد علائم افسردگی غالبا به طور نامناسب به عنوان واکنش های قابل انتظار در مقابل استرس ، قرینه ای برای ضعف اراده یا تلاش برای کسب نفع ثانوی تعبیر میشود. میزان ابتلاء زنان دو برابر مردان و سن متوسط شروع اختلال حدود ۴۰ سالگی می باشد.

عوامل روانی - اجتماعی در بروز افسردگی

استرس:

مطالعات جدید نشان داده است که استرسهای شدید زندگی همراه با نخستین دوره افسردگی (و سایر اختلالات خلقی) باعث تغییرات دیرپا و پایا در حالات فونکسیونل سیناپس ها و نورو ترانسمیترها می شود که باعث می گردد درغیاب استرس نیز شخص در معرض دوره های بعدی اختلال باشد. استرس مزمن و غیر اختصاصی نیز میتواند دخیل باشد. به عقیده بعضی از متخصصان استرس نقش اساسی در ابتلاء به اختلال افسردگی دارد.

خانواده:

روشهای نامطلوب تربیت فرزند مثل سخت گیری بیش از حد و یا سایر سایکوپاتولوژی های خانواده در شروع ، دوام و عود اختلال موثرند. همچنین کسانی که یک یا دو والد خود را پیش از ۱۱ سالگی از دست داده اند، در صورت رویارویی با استرسهای زندگی در سنین بالاتر در معرض خطر بالاتر ابتلا به افسردگی قرار دارند.

علائم افسردگی :

وجود چهار علامت از علائم زیر برای حداقل دو هفته برای گذاشتن تشخیص لازمند:

۱. افکار انتحاری: تقریباً دوسوم بیماران افسرده به خودکشی می اندیشند و ۱۰ تا ۱۵ درصد آن ها اقدام به خودکشی می نمایند.
 ۲. تغییرات خواب: تقریباً ۸۰ درصد بیماران از اختلال خواب به خصوص سحرخیزی و بیداری های مکرر شبانه که ضمن آن به مرور ذهنی رویدادهای روز می پردازند رنج می برند (به استثناء کودکان و نوجوانان).
 ۳. تغییرات وزن و اشتها: بسیاری از بیماران دچار بی اشتهائی و کاهش وزن می شوند، معهذ بعضی افزایش اشتها و افزایش وزن و پرخوابی دارند. تغییرات گوناگون در مصرف غذا یا میزان استراحت ممکن است موجب وخامت بیماری های داخلی مثل دیابت، فشارخون و بیماری های قلب و ریه می شود.
 ۴. کاهش انرژی: تقریباً همه بیماران افسرده از کاهش انرژی که منجر به بروز اشکال در انجام تکالیف، اختلال در تحصیل، حرفه و کاهش انگیزه برای انجام طرحهای تازه میگردد، شکایت می کنند (انگار همه چیز به پایان رسیده و آخر دنیا است)
 ۵. احساس بی ارزشی و گناه: شناخت های ناکارآمد در مورد زمان حال، آینده و گذشته در افسردگی شایع است. بیمار اعتماد به نفس خود را از دست داده و همه چیز را شکست محسوب کرده یا منتظر بدترین اتفاق در آینده می باشد و بدبختی را جزء لاینفک سرنوشت خود می پندارد. او ممکن است احساس گناه و خودملامتگری در مورد گذشته داشته باشد و خاطرات بد را همراه با مبالغه در اثرات روحی و روانی آن ها مدام در ذهن خود مرور کند.
 ۶. کاهش انگیزه و علائق: افراد افسرده از خانواده و دوستان خود کناره گرفته و از فعالیت هایی که قبلاً مورد علاقه آن ها بوده دست می کشند.
 ۷. اختلال در تمرکز و دشواری تفکر: حواسپرتی یا فراموشکاری و افت تحصیلی از جمله مثالهای شایع آن هستند.
 ۸. کندی یا تحریک سایکوموتور: معمولاً به صورت کندی در حرکات یا به صورت تحریک پذیری و عصبانیت است.
- این علائم ناراحتی قابل ملاحظه بالینی یا تخریب در عملکرد اجتماعی، شغلی یا سایر زمینه های مهم به وجود می آورد.
- باید متذکر شد که علائم بالا نباید ناشی از تأثیر فیزیولوژیک مستقیم یک ماده (داروی نسخه شده یا مورد سوء مصرف) یا یک اختلال طبی عمومی (مثل کم کاری تیروئید) باشد و فرد هیچ وقت قبلاً معیارهای مانیا یا هیپومانیا و علائم مشخص آن را تجربه نکرده باشد.

برخی از بیماران افسرده به بیماری خود واقف نیستند و شکایتی از اختلال خود نمی کنند. سایر علائم نباتی شامل اختلال قاعدگی و کاهش میل و عملکرد جنسی که اغلب ناشناخته می مانند، نیز دیده می شود. اضطراب، سوء مصرف الکل و سایر مواد، شکایات جسمی که اغلب ناشناخته میمانند، نیز در افسردگی دیده می شود.

مطالعات نشان داده است که بیش از ۶۵ درصد بیماران افسرده که به پزشکان مراجعه می کنند نوعی درد دارند (دردهای پراکنده که ممکن است جابجا شوند، دردهای پشت گردن و بازوها و حتی سردرد و کمردرد که شدت و دوام آن متناسب با اختلال ارگانیک نیست). در افسردگی کم سواد درد بخصوص می تواند یکی از شکایات اولیه مهم بیماران افسرده باشد که معمولاً به تشخیص نادرست منجر می شود. نیمی از این بیماران تغییرات شبانه روزی در علائم را که اغلب صبح ها شدید تر از عصرها می باشد ذکر می کنند. ۹۴ درصد بیماران از اختلال تمرکز و ۶۷ درصد از دشواری در تفکر شاکمی هستند (این مورد در دانش آموزان و دانشجویان عواقب تحصیلی قابل ملاحظه ای ایجاد می کند).

درمان و آموزش افسردگی :

استفاده از درمان دارویی شانس بهبودی را در بیمار افسرده در یک ماه دو برابر می کند. آموزش کافی بیمار در رابطه با مصرف داروهای ضد افسردگی به میزان انتخاب مناسب ترین دارو، در موفقیت درمان اهمیت دارد.

آموزش بیمار افسرده از اهمیت وافری برخوردار است و شامل موارد زیر می باشد:

- آموزش در مورد نحوه مصرف صحیح دارو (صرفاً به اینکه داروساز نحوه مصرف را روی دارو خواهد نوشت اکتفا نکنید).
- بیان کلی اثرات بیماری روی فرد و اینکه پزشک تمام تلاش خود را برای بهبودی بکار خواهد بست.
- توضیح اثرات جانبی دارو بدون ترساندن بیمار و بیان اینکه بروز اثرات جانبی نشانه تاثیر داروست. بیمار را راهنمایی کنید که در صورت بروز این اثرات چه کاری باید انجام دهد.
- زمان نسبی طول درمان و اینکه به محض احساس بهبودی دارو را قطع نکند.
- سئوالاتی که بیمار دارد.

دقت کنید اغلب بیماران افسرده و نیز سالمندان اختلال تمرکز دارند و ممکن است اظهارات شما را درک نکنند. توصیه می شود حتماً بعد از بیان مطلب، گفته های خود را از بیمار بپرسید که مطمئن شوید دریافته است. در صورت لزوم بیمار با همراه باشد. در غیر این صورت نکات مهم را برای بیمار یادداشت نمایید و به او بدهید.

به بیمار در ارتباط با مصرف داروهای ضد افسردگی نکات زیر را یادآوری کنید.

- ۱- داروهای ضد افسردگی اعتیادآور نیستند، زیرا این داروها ایجاد لذت نمی کنند.
- ۲- در هنگام مصرف داروهای TCA سه حلقه ای اولین علائمی که در طی درمان بهبودی می یابند الگوی خواب و اشتهاست. آزیتاسیون، اضطراب، حملات افسردگی و احساس ناامیدی علائم بعدی هستند که به تدریج بهبودی نشان می دهند.
- ۳- برای ایجاد اثرات ضد افسردگی، نیاز به مدت زمانی برابر ۴-۳ هفته وجود دارد.
- ۴- می توان به بیمار گفت که بروز عوارض جانبی دارو نشان دهنده تأثیر آنهاست و عوارض جانبی به مرور با مصرف مرتب دارو از بین می روند.

در هنگام تجویز داروهای ضد افسردگی به نکات زیر توجه داشته باشید:

- ۱- ویزیت ماهانه بیماران افسرده تقریباً ضرورت دارد.
- ۲- برای ادامه درمان تا حصول علائم نسبی بهبودی دوز داروهای TCA (تا ۱۵۰ میلی‌گرم) و فلاکستین (تا ۴۰ میلی‌گرم) باید به تدریج افزایش یابد.
- ۳- به محض حصول علائم قابل قبول بهبودی (نه فقط کاهش آن یا حذف اضطراب) می‌توانید داروهای کمکی مثل بنزودیازپین‌ها یا بتابلوکرها و غیره را کم و قطع نمایند.
- ۴- مایعات فراوان (غیر از چای و قهوه) در کنترل تغییرات فشارخون وضعیتی و نیز خشکی آب دهان مفید است.
- ۵- در درمان بیماران افسرده‌ای که اختلال دوقطبی دارند و برخی از بیماران دچار اختلال افسردگی عمده که اختلال‌شان به وضوح دوره‌ای (پریودیک) است، لیتیوم داروی خط اول درمان است.
- ۶- در بیماران مبتلا به افسردگی سایکوتیک باید از ترکیب یک داروی ضد افسردگی و یک داروی آنتی سایکوتیک استفاده کرد.
- ۷- یکی از شایع‌ترین اشتباهات بالینی، مصرف دارو به مقدار و مدت ناکافی است. در صورتی مقاومت نسبت به درمان وجود دارد که دارو با مقدار توصیه شده و به مدت ۴ تا ۶ هفته مصرف شوند.
- ۸- درمان ضد افسردگی را حداقل به مدت ۶ ماه یا اگر دوره بیماری قبلی طولانی‌تر بوده، به اندازه طول مدت دوره قبلی باید ادامه داد.
- ۹- ضرورت ادامه درمان تا زمانی که توسط پزشک تجویز می‌شود و عدم قطع دارو به محض احساس بهبودی برای بیمار و خانواده اش توضیح داده شود.