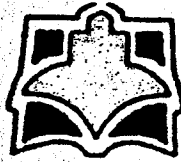


بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ
بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی استان مرکزی

دانشکده پزشکی

پایان نامه جهت اخذ درجه دکتری پزشکی

عنوان:

شیوع افسردگی در دانش آموزان شاهد دبیرستان های شاهد شهرستان اراک و بررسی

عوامل مرتبط با آن در سال تحصیلی ۱۳۸۲-۱۳۸۳

استاد راهنما:

دکتر بهمن صالحی (استادیار دانشگاه)

استاد مشاور:

دکتر منصور قناعت پیشه (دارای بورس تخصصی)

نگارنده:

حسن جعفری

سال تحصیلی ۱۳۸۲-۱۳۸۳

تعدادی

اطاعات ایران

مرکز اطلاعات و مدارک علمی ایران

۱۵۰۲۵۱

۳۳۸۹/۱۰/۲۲

با حمد سپاس به پیشگاه حضرت احدیت و با درود و تهیت به محضر
تمامی انبیاء الهی و اهل بیت و با عرض ارادت به همهٔ خادمان قرآن و
عترت خدا

خدایا بر من توفیق تلاش در شکست، صبر در ناامیدی، رستن بی همراه،
جهاد بی سلاح، کار بی پاداش، فداکاری در سکوت، دین بی دنیا، مذهب
بی عوام، عظمت بی نام، خدمت بی نان، ایمان بی ریا، خوبی بی نمود، گستاخی
بی خامی، قناعت بی غرور، عشق بی هوس، تنهایی در انبوه جمعیت، دوست
داشتن بی آنکه دوست بدانند، روزی کن.

تقدیم:

به خدمتگذاران و پویندگان راه علم و فضیلت که با خدمت خود به
این مرز و بوم از جایگاه والایی برخوردارند.

تقدیم به:

پدر بزرگوالم که پشتکار را از او آموختم و موفقیت زندگی ام را مرهون و
مدیون زحمات و محبت‌های و فداکاری‌های بی‌دریغش می‌دانم.

تقدیم به:

مادر مهربانم، آینهٔ عاطفه، پارسایی، ایثار و محبت که زندگی‌م برایش همه
رنج است و وجودش برایم همه مهر.

فهرست مطالب

عنوان

صفحه

فصل اول: کلیات

۱-۱- مقدمه	۲
۱-۲- بیان مسئله	۵
۱-۳- اهداف و فرضیات	۸
۱-۴- اصطلاحات و تعاریف	۹
۱-۵- تاریخچه	۱۲
۱-۶- تشخیص و نحوه برخورد با اختلالات خلقی	۱۳
۱-۶-۱- افسردگی	۱۳
۱-۶-۱-۱- اپیدمیولوژی	۱۹
۱-۶-۱-۲- اتیولوژی	۲۱
۱-۶-۱-۲-۱- عوامل ژنتیکی	۲۱
۱-۶-۱-۲-۲- عوامل زیست محیطی	۲۲
۱-۶-۱-۲-۳- عوامل اجتماعی	۲۳
۱-۶-۱-۳- سیر و پیش آگهی	۲۴
۱-۶-۱-۴- تشخیص های افتراقی	۲۴
۱-۶-۱-۵- درمان	۲۵

فصل دوم: مروری بر مطالعات قبلی

۲-۱- مطالعات انجام شده در ایران	۲۸
۲-۱-۱- میزان شیوع افسردگی در سه قریه از قراء استان فارس	۲۸
۲-۱-۲- میزان شیوع افسردگی در استان خوزستان	۲۸
۲-۱-۳- میزان شیوع افسردگی در شهرستان شیراز	۲۸

- ۲۸ ۲-۱-۴- میزان شیوع افسردگی در افراد بالای ۱۵ سال در شهرستان رودسر
- ۲۹ ۲-۱-۵- میزان شیوع افسردگی در شهر استهبان از استان فارس
- ۲۹ ۲-۱-۶- بررسی میزان شیوع افسردگی در استان یزد
- ۲۹ ۲-۱-۷- بررسی میزان شیوع افسردگی بین دختران و پسران در یزد
- ۳۰ ۲-۱-۸- بررسی میزان شیوع افسردگی و بررسی بعضی عوامل زمینه‌ای در یزد
- ۳۰ ۲-۱-۹- تعیین فراوانی و عوامل مؤثر در بروز افسردگی در بین دانش‌آموزان دبیرستانی شهر کاشان
- ۳۱ ۲-۱-۱۰- بررسی روش روانشناختی دانش‌آموزان شاهد و متغیرهای مرتبط با آن
- ۳۲ ۲-۲- مطالعات انجام شده در کشورهای خارجی
- ۳۲ ۲-۲-۱- مطالعه در دانشگاه **Gotenborg** سوئد در زمینه فاکتورهای خانوادگی اضطراب و افسردگی در کودکان و نوجوانان
- ۳۲ ۲-۲-۲- مطالعه در دانشگاه **Brigham** انگلیس در مورد افسردگی در بین نوجوانان
- ۳۲ ۲-۲-۳- مطالعه در دانشگاه شهر **Jinan** چین در مورد شیوع افسردگی در بین دانش‌آموزان ۱۳ تا ۲۲ ساله
- ۳۲ ۲-۲-۴- مطالعه در بیمارستان **Maudsly** در انگلیس در افراد قبل از دوره بلوغ در مورد افسردگی

فصل سوم: روش مطالعه و متدولوژی

- ۳۴ ۳-۱- نوع و روش تحقیق
- ۳۴ ۳-۲- جامعه مورد بررسی
- ۳۴ ۳-۳- روش نمونه‌گیری و تعیین حجم نمونه
- ۳۴ ۳-۴- خصوصیات افراد مورد مطالعه
- ۳۴ ۳-۵- زمان مطالعه
- ۳۴ ۳-۶- مکان مطالعه
- ۳۴ ۳-۷- روش و ابزار اخذ اطلاعات
- ۳۶ ۳-۸- جدول متغیرها و تعاریف

۳۷ ۳-۹- سؤالات پژوهشی

۳۸ ۳-۱۰- مشکلات اجرایی تحقیق

فصل چهارم: نتایج (اطلاعات آماری جداول و نمودارها)

۴۰ نتایج

۴-۱- میزان شیوع افسردگی در دانش‌آموزان پسر مقطع دبیرستانی شاهد شهرستان اراک (نمودار الف) .. ۴۷

۴-۲- میزان شیوع افسردگی در دانش‌آموزان دختر مقطع دبیرستانی شاهد شهرستان اراک (نمودار ب) ۴۸

۴-۳- میزان شیوع افسردگی در دانش‌آموزان پسر و دختر مقطع دبیرستان شاهد شهرستان اراک

(نمودار ج) ۴۹

۴-۴- توزیع فراوانی افسردگی بر اساس درآمد ماهیانه ۵۰

۴-۵- توزیع فراوانی افسردگی بر اساس سطح تحصیلات سرپرست ۵۱

۴-۶- توزیع فراوانی افسردگی بر اساس نوع شغل سرپرست ۵۲

۴-۷- توزیع فراوانی افسردگی بر اساس ازدواج سرپرست ۵۳

۴-۸- توزیع فراوانی ارتباط افسردگی با رسیدگی مشاور در حل مشکلات ۵۴

۴-۹- توزیع فراوانی ارتباط افسردگی با میزان علاقه به فعالیت‌های فوق‌برنامه ۵۵

۴-۱۰- توزیع فراوانی ارتباط افسردگی با وجود بیماری روحی روانی در خانواده ۵۶

فصل پنجم: بحث و نتیجه‌گیری

۵۷ ۵-۱-

فصل ششم: خلاصه مقاله فارسی و انگلیسی

۶۵ ۶-۱- خلاصه مقاله فارسی

۶۸ ۶-۲- خلاصه مقاله انگلیسی

۷۱ فصل هفتم: منابع، مأخذ و ضمائم

۷۵ پرسشنامه تحقیقاتی

فصل

اول

کلیات

مقدمه:

۱-۱ حدود ۲۵۰۰ سال است که اختلالات خلقی خصوصاً فرمهای افسردگی آنها زندگی بشر را متاثر ساخته است. تا آنجا که نه تنها در مدارک طبّی قدیم بلکه در آثار هنری همچون داستانها، افسانه ها و نقاشی های می توان ردی از آنها را بازیافت. به عنوان مثال داستان سائول و داستان خودکشی آژاکس در الباد هومر هر دو یک سندرم افسردگی را توصیف کرده اند.

بسیاری از آنچه را که امروزه در مورد اختلالات خلقی می دانیم توسط رومیان و یونانیان قدیم شرح داده شده است. اولین بار افلاطون ۴۵۰ سال قبل از میلاد اصطلاح ملانوکولی را برای توصیف اختلالات افسردگی و مانیا به کار برد. در سال ۱۹۴۵ میلادی ژول با یازه فرانسوی جنون و دو شکلی (Folie double form) را که در آن بیمار دچار افسردگی عمیق به حالت بهت زده می شود تعریف کرد. ایمل کریپلین در سال ۱۸۹۶ میلادی افسردگی پس از یائسگی و اواخر بزرگسالی را شرح داد که پس از یائسگی در زنان و کهولت در مردان شروع می شد، این حالت بعدها به افسردگی رجعتی معروف شد و از آن به بعد عنوان یکی از معادلهای اختلالات خلقی شمرده شد.

اختلالات خلقی شامل اختلالات افسردگی، اختلالات دو قطبی و افسردگی همراه با بیماریهای طبّی یا سوء استفاده از الکل و سایر مواد می باشد.

خلق آدمی ممکن است طبیعی، بالا یا پایین باشد افسردگی، فرو رفتن ممتد در خلق پایین است که با کاهش انرژی و علاقه، احساس گناه، اشکال در تمرکز، بی اشتهاپی و

افکار خود کشی نمایان می شود و محدود به زمانه مکان خاصی نیست و واکنشی در برابر استرس است.

اخیراً اختلالات خلقی در کودکان و نوجوانان بیشتر شناسایی و درمان می شوند. بچه های کوچک افسرده اغلب نشانهایی بروز می دهند که در سنین بالاتر شیوع کمتری دارد. این نشانه های عبارتند از: توهمات شنوایی هماهنگ با خلق، شکایات بدنی، ظاهر غمگین و کناره گیر و عزت نفس پایین، نشانه هایی هم هستند که بدون توجه به سن و وضعیت رشد بصورت یکسان در بیماران ظاهر می شوند و شامل: افکار خودکشی، خلق افسرده یا تحریک پذیر، بی خوابی و کاهش توانایی تمرکز می شود.

با این حال مسائل رشد بر تظاهر تمام نشانه های تاثیر می گذارد. برای مثال، بچه های کوچک غمگین که به طور مکرر افکار خودکشی را بروز می دهند، عموماً قادر به طرح نقشه ای واقعی برای خودکشی یا تبدیل افکار شان به عمل نیستند. خلق کودکان مخصوصاً در مقابل چندین عامل استرس زای اجتماعی نظیر اختلاف خانوادگی مزمن، سوء رفتار و مسامحه و شکستهای تحصیلی آسیب پذیر است. اکثر بچه های کوچک مبتلا به اختلال افسردگی عمده قبلاً قربانی سوء رفتار یا مسامحه بوده اند. کودکان دچار اختلالات افسردگی در محیط های مسموم ممکن است با کاهش استرس یا بیرون آمدن از آن محیط نشانه های افسردگیشان بهبود یابد. وقتی کودک عزیزی را از دست بدهد، داغدیدگی نیز حتی در غیاب اختلال افسردگی غالباً کانون درمان روانپزشکی قرار می گیرد. (۵)

این پژوهش سعی دارد فاکتورهای موثر بر میزان شیوع افسردگی را در سطح مدارس شاهد (دبیرستانهای شاهد شهرستان اراک) را مورد بررسی قرار دهد تا با ایجاد تغییرات مناسب بتوان زیربنای شخصیتی آینده سازان را به نحو مطلوبتری بنا نهاد.

از آنجایی که مشکلات روحی و روانی آثار و جوانب مختلفی در عملکرد و پیشرفت افراد در زمینه های مختلف از جمله پیشرفت تحصیلی دارد و یکی از شایع ترین بیماری های روحی ، روانی ، افسردگی (حدود ۳۵٪) می باشد، لذا بایست مورد بررسی و کنکاش دقیق قرار بگیرد، فرزندان شاهد علل زمینه فراوانی جهت ابتلاء به این بیماری افسردگی دارند این قشر از افراد جامعه به دلیل خلأ وجودی یکی از والدین در زندگی (نداشتن حمایت روحی روانی و همچنین اقتصادی) که همچنین بسیاری از این عزیزان از لحاظ مسائل اقتصادی نیز داری مشکلاتی می باشند و با توجه به اینکه در اثر نداشتن پدر در بیشتر این خانواده ها سرپرست نیز توانائی تحصیلات عالی را نداشته این عامل باعث بروز پاره ای از مشکلات روحی و روانی در خانواده شده است که اینها همه می تواند علل افسردگی این عزیزان و خانواده آنها باشد.

عوامل و علل زمینه ای بیشتر عوامل نظیر نداشتن یکی از والدین عوامل اقتصادی، محل سکونت، تعداد افراد خانواده، ازدواج مجدد سرپرست، امکانات تفریحی و ورزشی و بیماری های روحی و روانی در خانواده و ... هستند.

۱-۲ بیان مسئله و اهمیت موضوع

امروزه، بهداشت روانی از اهم مسائل بهداشتی به شمار می آید. با پیشرفت علم پزشکی موفقیت های چشم گیری در زمینه حفظ سلامت بدن، کاهش میزان مرگ و میر و بالا رفتن حد متوسط عمر حاصل شده است. لیکن، بی توجهی نسبت به بهداشت روان، سبب گشته است تا مسائل روانی قد علم کنند و بر تعداد موارد اختلالات روانی به طرز بارزی افزوده شود.

در فرانسه و کشورهای دیگر اروپا و آمریکا مطالعات با ارزشی در مورد جوانان انجام گرفته است، متأسفانه در کشورهای در حال توسعه و ایران به نحو مطلوب در مورد کودکان و نوجوانان مطالعات علمی صورت نگرفته است. و از آنجا که شروع بسیاری از بیماریهای روانی در دوره کودکی و از جوانی می باشد توجه خاص به این گروه حائز اهمیت است. زیرا به صرف هزینه های نه چندان زیاد می توان در کوتاهترین مدت نتیجه مطلوب را به دست آورد.

از کار افتادگی و ناتوانی های که اختلالات روانی به خصوص افسردگی به دنبال دارند بسیار سخت، مداوم و مزاحم می باشند. در صورت عدم درمان موفقیت آمیز عوارض کوتاه مدت و بلند مدت را ایجاد می نماید، که عبارتند از: خودکشی، سوء مصرف مواد به عنوان خود درمانی، پیدایش اختلال رفتار اجتماعی، وقفه یا تاخیر در رشد الگوهای روانی - اجتماعی، عدم پیشرفت مناسب در تحصیل و ... به علاوه، در فهرست بیماریهایی که سبب ناتوانی می شوند، از ده بیماری عمده، چهار بیماری مربوط به اختلالات روانی است. این چهار بیماری عبارتند از: افسردگی (۱۰/۷٪)، اختلالات خلقی

دو قطبی (۳٪)، اسکیزوفرنی (۲/۶٪) و حالات وسواس (۲/۲٪). گفتنی است که افسردگی در راس فهرست ده بیماری قرار دارد.^(۱)

میزان شیوع افسردگی در در دانش آموزان دختر ۵۳/۵ و در در دانش آموزان پسر ۳۱/۴^(۱۲) گزارش شده است.

در دانش آموزان شاهد در این مقطع دبیرستان هیچ گونه تحقیق علمی دقیقی انجام نشده است فقط در دانش آموزان دوره راهنمایی در شهرستان شازند (۱۳) تحقیق انجام شده است که نشان می دهد دانش آموزان شاهد به مراتب افسردگی کمتری از دانش آموزان عادی را داشته اند در این تحقیق میانگین افسردگی در دانش آموزان عادی ۱۷/۹ درصد می باشد

میانگین افسردگی در دانش آموزان شاهد ۱۳/۶۸ درصد

میانگین افسردگی در دانش آموزان دختر شاهد ۱۶/۵۴ درصد

میانگین افسردگی در دانش آموزان پسر شاهد ۱۰/۶۸^(۱۳) درصد

همچنین در تحقیقاتی که انجام شده مقایسه بین دانش آموزان عادی و شاهد از نظر متغیرهای ضد اجتماعی، پارونوئیدی، هیجان پذیری، تمایل به افسردگی بوده است که دانش آموزان شاهد نمرات بالاتری را کسب نمودند و همچنین فقدان پدر روی وضعیت رفتاری دانش آموزان اثر منفی داشته است. (۱۴)

با توجه به مراتب فوق سازمان جهانی بهداشت اعلام داشته است که: «مسائل عصبی-روانی مسبب بخش عظیمی از ناتوانی ها و درد و محدوده بشر است».

بررسی حالات روانی کودکان، نوجوانان و جوانان کمک بسیاری در تشخیص هر چه سریعتر بیماری و پیش گیری از عواقب احتمالی ناشی از آن می نماید و مسئولین را در تدوین برنامه های زیر بنایی و اصول جهت ایجاد بستر مناسب، برای رشد استعدادها و سرمایه های جامعه، رفع تعارضات و کمک به داشتن جامعه سالم یاری می دهد.

«این تحقیق سعی داریم تا شیوع افسردگی را در دانش آموزان شاهد مقطع دبیرستان در دبیرستانهای شاهد شهرستان اراک بررسی نمائیم».

۳-۱ اهداف

الف: هدف اصلی

۱-۳-۱ تعیین میزان شیوع افسردگی در دانش آموزان مقطع دبیرستانی مدارس شاهد

شهرستان اراک سال تحصیلی ۸۳-۸۲.

۱-۳-۲ ب: اهداف ویژه

۱-۳-۲-۱ تعیین میزان شیوع افسردگی در جامعه مورد تحقیق در ارتباط با درآمد

ماهنامه خانوار

۱-۳-۲-۲ تعیین میزان شیوع افسردگی در جامعه مورد تحقیق در ارتباط با سطح

تحصیلات سرپرست

۱-۳-۲-۳ تعیین میزان شیوع افسردگی در جامعه مورد تحقیق در ارتباط با نوع شغل سرپرست

۱-۳-۲-۴ تعیین میزان شیوع افسردگی در جامعه مورد تحقیق در ارتباط با ازدواج سرپرست

۱-۳-۲-۵ تعیین میزان شیوع افسردگی در جامعه مورد تحقیق در ارتباط با رسیدگی

مشاوره در حل مشکلات

۱-۳-۲-۶ تعیین میزان شیوع افسردگی در جامعه مورد تحقیق در ارتباط با میزان

علاقه به فعالیتهای فوق برنامه

۱-۳-۲-۷ تعیین میزان شیوع افسردگی در جامعه مورد تحقیق در ارتباط با

بیماری‌های روحی و روانی در خانواده

۴-۱ اصلاحات و تعاریف

۴-۱-۱ افسردگی (Depression) به صورت خلق افسرده به طور روزمره به مدت

دو هفته توصیف می شود.^(۲)

الف) حداقل ۵ تا از علائم زیر در یک دوره دو هفته ای وجود داشته باشند، به طوری که تغییر در کارکرد قبلی فرد نماینگر وجود آنها باشد، حداقل یکی از این علائم (۱) خلق افسرده یا (۲) بی علاقگی یا بی لذتی باشد.

نکته: علائمی را که به وضوح مربوط به یک بیماری طبی عمومی هستند و هذیانها و توهمهای نامتناسب با خلق را نباید منظور کرد.

(۱) خلق افسرده در قسمت اعظم روز و تقریباً هر روز، طبق گزارش خود بیمار (مثلاً احساس اندوه یا پوچی کند) یا مشاهدات دیگران (مثلاً گریان به نظر برسد) نکته: در اطفال و نوجوانان می تواند به صورت خلق بر افروخته (irritable) باشد.

(۲) کاهش قابل ملاحظه در علاقه یا لذت، در تمام یا تفریحها و تمام فعالیتها، در قسمت اعظم روز و تقریباً هر روز (طبق گزارش خود بیمار یا مشاهدات دیگران)

(۳) کاهش قابل توجه در وزن بدن بی آنکه خود فرد رژیم غذایی گرفته باشد، یا افزایش وزن (مثلاً بیش از ۵٪ تغییر وزن در ماه) و یا کاهش یا افزایش اشتها تقریباً هر روز. نکته: در اطفال، نرسیدن به وزن قابل انتظار را باید در نظر گرفت.

(۴) بی خوابی یا پر خوابی، تقریباً هر روز.

(۵) سراسیمگی یا کندی روانی _ حرکتی، تقریباً هر روز (صرفاً احساس ذهنی

بی قراری یا کندی نباشد، بلکه باید برای دیگران قابل مشاهده باشد).

(۶) خستگی یا فقدان کارمایه (انرژی)، تقریباً هر روز.

(۷) احساس بی ارزشی یا احساس گناه شدید یا نا متناسب (که می تواند

هدیانی باشد) تقریباً هر روز (فرد صرفاً از بابت بیمار بودن احساس گنان نکند یا

خود را سرزنش نکند).

(۸) کاهش قدرت تفکر یا تمرکز، یا بلا تصمیمی، تقریباً هر روز (طبق

گزارش خود بیمار یا مشاهدات دیگران)

(۹) افکار عود کننده راجع به مرگ (نه صرفاً ترس از مردن)، افکار مکرر

خود کسی بدون داشتن نقشه ای خاص، اقدام به خودکشی، یا داشتن نقشه ای

خاص برای دست زدن به خودکشی.

(ب) علائم مزبور جزء معیارهای یک حمله مختلط نباشد.

(پ) این علائم، به لحاظ بالینی، محدوده و عذابی چشمگیر یا اختلالی قابل توجه در

کارکردهای اجتماعی، شغلی و سایر حوزه های مهم کارکرد ایجاد کرده باشند.

(ت) علائم، ناشی از اثرات فیزیولوژیک مستقیم یک ماده (مثلاً از مواد مورد سوء یا از

داروها) یا یک بیماری طبی عمومی (مثل کمکاری تیروئید) نباشند.

(ث) داغدیدگی (bereavement) توجیه بهتری برای علائم نباشد، یعنی به دنبال از

دست رفتن یک فرد مورد علاقه، علائم فرد بیش از دو ماه طول بکشند، یا اختلال قابل

توجهی در کارکرد، اشتغال به خاطر بیمار گونه ای با بی ارزشی، فکر خودکشی، علائم روانپزشانه، یا کندی روانی - حرکتی وجود داشته باشد. (۲)

و همچنین افسردگی عبارت است از نمره ای که هر شخص در تست تشخیص بک بدست می آورد و بنا به تعریف بک از افسردگی عبارت است از نمره ای که هر شخص در تست تشخیص در رابطه با خلق بد بینی، احساس شکست، نا رضایتی، احساس گناه، نیاز به مجازات، نفرت از خود و خود آزاری، زود محدودهی، گوشه گیری، بی نظمی، پندار شخص از بدن، سستی، کندی، خستگی، اختلال خواب، بی اشتها، کاهش وزن بدن، و کاهش میل جنسی بدست می آید. (۶)

۱-۴-۲ دانش آموز دبیرستانی: دانش آموزی که در یکی از مقاطع تحصیلی اول،

دوم، سوم دبیرستان مشغول به تحصیل می باشد اعم از دختر یا پسر (۱۲).

۱-۴-۳ شاهد به فرزندان شهید یا برادر، خواهر یا همسر شهید همچنین پدر و مادر

شهید ابلاغ می شود. (۱۳)

۵-۱ تاریخچه:

افسردگی از زمان‌های بسیار دور در نوشته‌ها آمده و توضیحاتی از آنچه ما امروز اختلال خلقی می‌خوانیم در بسیاری از مدارک طبّی قدیم وجود دارد. داستان عهد عتیق شاه سائول (King Saul) و داستان خودکشی آژاکس در ایلیاد هومر هر دو یک سندروم افسردگی را توصیف کرده‌اند.

حدود چهارصد و پنجاه سال قبل از میلاد بقراط اصطلاح مانی و ملانکولی را برای توصیف اختلالات روانی بکار برد حدود ۱۰۰ سال قبل از میلاد کورنلیوس سلسوس (Cornelius Selsus) در کتاب De medicine افسردگی را ناشی از صفرای سیاه معرفی می‌کند این اصطلاح را پزشکان دیگر از جمله ارسطو و جالینوس (۱۲۱ تا ۱۲۹ بعد از میلاد) و الکساندر ترانر در قرن ششم نیز بکار بردند در قرون وسطی طبابت در ممالک اسلامی رونق داشت و رازی، ابن سینا و پزشک یهودی میمونید (Maimonides) ملانکولی را برای بیماری مشخص تلقی می‌نمودند. امیل کرپلین در سال ۱۸۹۶ بر اساس معلومات روانپزشکان فرانسوی و آلمانی مفهوم Manic Depressive را شرح داد و نیز نوع خاص از افسردگی را شرح داد که پس از یائسگی در زنها و اواخر بزرگسالی در مردها شروع می‌شود و بعداً به افسردگی رجعتی معروف شد و از آن به بعد یکی از معادل‌های اختلال خلقی شمرده می‌شود.^(۵)

۶-۱ تشخیص و نحوه برخورد با اختلالات خلق

مشخصه اختلالات خلقی عبارت است از وجود اختلالات تنظیم خلق، رفتار و عاطفه. همانطور که گفته شد اختلالات خلقی تقسیم می شوند به: ۱- اختلالات افسردگی ۲- اختلالات یا فقدان علاقه و لذت.

۱-۶-۱ افسردگی (Depression)

افسردگی به صورت خلق افسرده به طور روزمره به مدت لااقل دو هفته توصیف می شود (جدول الف). مشخصه های یک اپیزود بیماری عبارتند از غمگینی (sadness)، بی تفاوتی یا بی احساسی (آپاتی)، یا بر افروختگی (irritability)، که معمولاً با تغییر در تعدادی از کارکردهای عصبی-نباتی همراه است از جمله الگوهای خوابیدن، اشتها، وزن، کندی یا سراسیمگی حرکتی، خستگی، اشکال در تمرکز و تصمیم گیری، احساس شرم یا گناه و افکار مرگ یا مردن، بیماران مبتلا به افسردگی درون زاد در تمام فعالیتهای لذت بخش عمیقاً احساس عدم لذت می کنند، سحر خیر هستند، احساس می کنند کیفیت حالت خلقی ملامت انگیزشان با غمگینی متفاوت است و اغلب متوجه تغییرات روزانه در خلق خود می شوند (صبحها بدتر است). در عین حال این خصایص شدید به طور متناقضی پیشگویی کننده پاسخ بهتر به درمان ضد افسردگی است. تقریباً ۱۵٪ از کل جمعیت زمانی در طول زندگی خود یک اپیزود افسردگی عمده را تجربه می کنند و ۸٪ - ۶٪ از تمام بیماران سرپایی درمانگاههای عمومی معیارهای تشخیصی این اختلال را دارند و معهدا، اغلب افسردگی تشخیص داده نمی شود و حتی در موارد بیشتری به طور مناسب درمان نمی شود اگر پزشکی به وجود حمله افسردگی شک کند، اولین وظیفه او تعیین این مسئله است که آیا افسردگی یک قطبی است یا دو قطبی، یا این که در زمره ۱۵٪ - ۱۰٪ از