

با فکر بنا کنید

طیبات همراه است،

همراه با سستی قلب و اندیشه



سرشناسه	محمدی بینا، زهرا، ۱۳۷۱ -
عنوان و نام پدیدآور	اختلالات خلقی و مدیریت آن‌ها: خلاصه درس به همراه مجموعه سوالات آزمون ارتقاء و مورد تخصصی تا سال ۱۴۰۴ با پاسخ تشریحی ویژه آزمون ارتقاء و مورد تخصصی ۱۴۰۵ / ترجمه و تلخیص: دکتر زهرا محمدی بینا - پاسخ دهی به سوالات ۱۴۰۴: دکتر صبا رضانیا تهران: کاردیا، ۱۴۰۵.
مشخصات نشر	۳۲۲ ص.
مشخصات ظاهری	ریال شابک: ۹-۳۷۱-۴۰۴-۶۲۲-۹۷۸ ج ۲
شابک	الهی شهادی
مدیر تولید و برنامه ریزی	فیبا
وضعیت فهرست نویسی	کتاب " Kaplan & Sadock's comprehensive textbook of psychiatry, 11 th.ed, 2024" تألیف بنجامین جیمز سادوک، ویرجینیا. ا سادوک، پدرو روئیز است.
یادداشت	اختلالات عاطفی
موضوع	Affective disorders - اختلالات عاطفی -- درمان Affective disorders - Treatment - افسردگی Depression, Mental - روان‌پریشی شدید Manic-depressive illness اختلالات عاطفی -- آزمون‌ها و تمرین‌ها، etc Affective disorders -- Examinations, questions, etc بولند، رابرت جوزف - Boland, Robert Joseph وردوئن، مارشا ال. - Verduin, Marcia L. روئیز، پدرو، ۱۹۳۶ - Ruiz, Pedro م. کاپلان، هرولد، ۱۹۲۷ - Kaplan, Harold M. سادوک، بنجامین جیمز، ۱۹۳۳ - Sadock, Benjamin J. M. سادوک، ویرجینیا ا. - Sadock, Virginia A. M. ۱۹۳۸ - . . چکیده روانپزشکی بالینی RC۵۳۷ ۸۵۲۲۰۰۸۲/۶۱۶ ۹۱۴۵۰۹۳ فیبا
شناسه افزوده	
شناسه افزوده	
شناسه افزوده	
شناسه افزوده	
شناسه افزوده	
شناسه افزوده	
رده بندی کنگره	
رده بندی دیویی	
شماره کتابشناسی ملی	
اطلاعات رکورد کتابشناسی	

عنوان کتاب: اختلالات خلقی و مدیریت آن‌ها - خلاصه درس به همراه مجموعه سوالات آزمون ارتقاء و مورد تخصصی تا سال ۱۴۰۴ با پاسخ تشریحی ویژه آزمون ارتقاء و مورد تخصصی ۱۴۰۵	چاپ و لیتوگرافی: رزیدنت یار
Kaplan & Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry. 11th, edition, 2024	نوبت چاپ: اول ۱۴۰۵
ترجمه و تلخیص: دکتر زهرا محمدی بینا پاسخ دهی به سوالات ۱۴۰۴: دکتر صبا رضانیا	تیراژ: ۱۰۰ جلد
ناشر: انتشارات کاردیا	شابک: ۹-۳۷۱-۴۰۴-۶۲۲-۹۷۸
حروفچینی و صفحه‌آرایی: رزیدنت یار - صبا درخشان فرد	بهاء: ریال
طراح و گرافیسیت: رزیدنت یار - مهرداد فیضی	

آدرس: تهران میدان انقلاب - کارگر جنوبی - خیابان روانمهر - بن بست دولتشاهی پلاک ۱ واحد ۱۸

شماره تماس: ۰۲۱-۶۶۴۱۹۵۲۰، ۰۲۱-۸۸۹۴۵۲۰۸، ۰۲۱-۸۸۹۴۵۲۱۶، شماره تماس ویژه: ۰۲۱-۹۱۰۹۵۹۶۷-۰۲۱

www.residenttyar.com

هر گونه کپی برداری از این اثر پیگرد قانونی دارد.

اختلالات خلقی و مدیریت آن ها

خلاصه درس به همراه مجموعه سوالات آزمون ارتقاء و بورد تخصصی تا

سال ۱۴۰۴ با پاسخ تشریحی ویژه آزمون ارتقاء و بورد تخصصی ۱۴۰۵

Kaplan_&_Sadock's_Comprehensive TEXTBOOK of PSYCHIATRY 2024

ترجمه و تلخیص

دکتر زهرا محمدی بینا

ده درصد برتر بورد تخصصی ۱۴۰۲
هیأت علمی دانشگاه علوم پزشکی تبریز

پاسخدهی به سوالات ۱۴۰۴

دکتر صبا رضانیا

رتبه ۱۰ درصد بورد تخصصی ۱۴۰۴
هیأت علمی دانشگاه علوم پزشکی گلستان





سپاس و ستایش شایستهٔ پروردگاری که کرامتش ناممذود و رمتش بی‌پایان است. اوست که بشر را دانش بیاموخت و با قلم آشنا کرد. به انسان فرصت آن داد که علم را به خدمت گیرد و با قلم فود و رسم فطوط گویا آن را به دیگران نیز بیاموزد.

فدایا از شاگردان درگاهت و مقیقت‌جویان راهت قرارم ده و یاری‌ام کن تا در آموختن نلغزم و آن‌چه را آموختم، به شایستگی عرضه کنم.

رزیدنت‌یار، مامی و پیشرو در نظام کمک آموزشی پزشکی کشور به سبک نوین و مطابق با آفرین پیشرفت‌های آموزشی در میطه پزشکی با کادری مجرب و آشنا طی ۱۸ سال گذشته از منظر متخصصین همواره بهترین محصولات را ارائه و در دسترس مخاطبین فود قرار داده است.

اثر پیش رو با توجه به محتوی بسیار غنی در مبحث روانپزشکی گردآوری شده و با استفاده از مفهومی نمودن مباحث و روان‌سازی توسط مؤلف محترم از منابع و رفرنس بوده و در روال گذر از گروه کنترل کیفیت رزیدنت‌یار با جمعی از اساتید رتبه A را به فود افتصاص داده است، امید است با مطالعه تمام مباحث پیش رو با یاری خداوند متعال پیروز و پایدار باشید.

مدیرمسئول انتشارات

مرجان پور ندیم

فهرست مطالب



فصل ۱-۱۳- مروری بر تاریخچه و مفاهیم.....	۹
فصل ۲-۱۳- اپیدمیولوژی	۲۵
فصل ۳-۱۳- تظاهرات بالینی	۳۷
فصل ۴-۱۳- جنبه‌های روانی و بین فردی.....	۱۰۹
فصل ۵-۱۳- رفتار خودکشی	۱۱۵
فصل ۶-۱۳- دارودرمانی اختلالات افسردگی دوقطبی.....	۱۳۳
فصل ۷-۱۳- روان‌درمانی	۲۱۱
فصل ۸-۱۳- نوروبیولوژی.....	۲۲۳
سوالات و پاسخنامه فصل ۱۳ (کامپرهنسیو).....	۲۶۳

مروری بر تاریخچه و مفاهیم

* تعیین میزان بروز واقعی MDD پیچیده و وابسته به روش‌های مورد استفاده جمع‌آوری داده، تعریف اختلال و ابزارهای خاص استفاده شده است ← برای مثال مطالعاتی که از self-assessment استفاده کردند نسبت به مطالعاتی که ابزارهای نمره‌گذاری بالینگر را به کار برده‌اند، بروز بالاتری گزارش می‌کنند.

نقطه‌ای ← ۱۲/۹ درصد	* شیوع افسردگی
یک ساله ← ۷/۲ درصد	
مادام‌العمر ← ۱۰/۸ درصد	

مفاهیم اختلالات خلقی:

۱) لویس و همکاران او (مؤسسان مکتب ماورسلی) ← اختلالات عاطفی را در قالب یک طیف (یعنی اختلالات خلقی و اضطرابی) در نظر گرفتند که از اختلالات اضطرابی تا افسردگی‌های نوروتیک خفیف و افسردگی درون‌زاد شدید و سایکوز را شامل می‌شود.
۲) مکتب نیوکاسل به رهبری مارتین رات ← برای اختلالات فوق مرز قائل شد و همه را جزئی از یک طیف مشترک نمی‌دید.

در کشورهای آلمانی زبان، اختلالات خلقی بر مبنای قطبیت دوره طبقه‌بندی شدند:

۱. اختلالات تک قطبی ← فقط دوره‌های افسردگی در آنها دیده می‌شد.

۲. اختلالات دوقطبی ← افسردگی با مانیا / هیپومانیا / مختلط وجود داشت.

این مبنای بعداً پایه طبقه‌بندی در آمریکا و در نهایت طبقه‌بندی DSM5 و ICD10 شد.

هر چند همچنان بسیاری از محققین تداوم قابل توجهی بین اختلالات افسردگی عودکننده و اختلالات دوقطبی قائل هستند.

۳) الیزابت ولر و همکاران^{در} دانشگاه اوهایو ← اختلال دوقطبی اطفال را تعریف کردند.

- در مفاهیم امروزی اختلالات خلقی را در بر گیرنده‌ی بسیاری از مفاهیمی می‌دانند که قبلاً اسکیزوفرنی، اختلالات شخصیت یا نوروز

تشخیص داده می‌شدند. در پروژه‌ی تشخیصی آمریکایی - بریتانیایی^{نشان داد} ← خیلی مواقع بیماران خلقی به غلط اسکیزوفرنی تشخیص داده می‌شدند.



مورتابلیتی و موربیدیتی:

- در مطالعات مارتین کلر و همکاران نشان داده شد که اختلالات خلقی بسیار کمتر از حد لازم تحت درمان قرار می‌گیرند.
- حدود ۵۰٪ موارد افسردگی (مثل دیابت بزرگسالی) تا سال‌ها بدون تشخیص و درمان می‌مانند.
- اختلالات خلقی ریسک فاکتور ۷۰-۵۰٪ موارد خودکشی هستند ← بیشترین خطر متوجه افراد سالمند و افسرده‌ای است که اغلب دچار بیماری‌های دیگر نیز هستند ← بیشترین ارزش پروفیلاکتیک برای این افراد مربوط به لیتیم است. پیشگیری از خودکشی در سطح ملی که به استفاده گسترده از SSRI ها و آموزش پزشکان عمومی نسبت داده شده است، در بسیاری از کشورهای اروپایی، ولی نه همگی آنها حاصل شده است / آمار خودکشی در ایالات متحده طی چند سال اخیر افزایش یافته است.

تعاریف:

- اختلال افسردگی ماژور (MDD) شایع‌ترین اختلال خلقی به حساب می‌آید که ممکن است تک دوره‌ای یا به صورت دوره‌های عودکننده دیده شود (۳ موارد عودکننده هستند).
- اختلال دوقطبی (با نام قبلی سایکوز مانیا - افسردگی) می‌بایست شامل یک دوره‌های پومانیا، مانیا یا مختلط باشد.
- درصد کمی از افراد با اختلال دوقطبی صرفاً مانیا را تجربه می‌کنند اما عمدتاً افراد دوره‌هایی از هر دو قطب را دارند.
- مانیا در مردان و دوره‌های افسردگی و مختلط در زنان غالب هستند.
- طیفی از بیماران با افسردگی سرپایی در مقاطعی دچار دوره‌های کوتاه و خفیف‌تر از هیپومانیا می‌شوند که اختلال دوقطبی II نامگذاری می‌شوند.

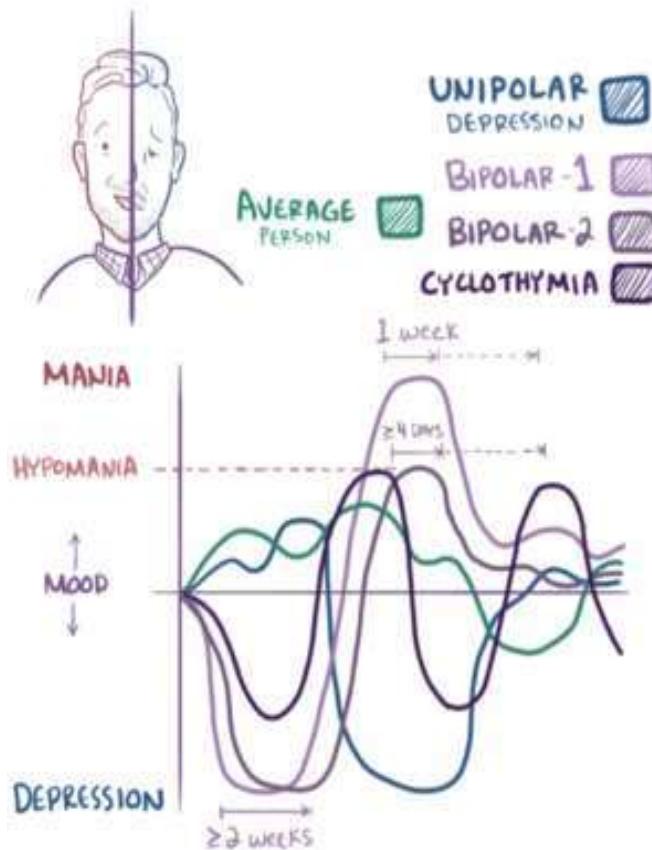


دیس تایمی و سیکلوتایمی:

- دیس تایمی در DSM V به نام Persistence Depressive disorder نامیده می‌شود ← به نظر می‌رسد دوره‌های افسردگی ماژور اغلب از یک افسردگی خفیف، متناوب و طول کشیده به نام اختلال دیس تایمی منشأ می‌گیرد. بسیاری از موارد اختلال دوقطبی (به ویژه



- انواعی که نیاز به بستری ندارند) بر یک زمینه‌ی سیکلوتایمی سوار شده‌اند که به صورت دوره‌های متناوب دو مرحله‌ای متعدد و کوتاه هیپومانیا و دوره‌های متعدد و کوتاه افسردگی شناخته می‌شوند.
- شرایط زیر آستانه‌ای اختلالات خلقی علت اصلی مشکلات بین فردی و شخصیت‌های پاتولوژیک هستند که در بسیاری از کشورها در نهایت تشخیص borderline personality disorder می‌گیرند.
- سیکلوتایمی و دیس‌تایمی بدون پیشرفت به سمت اختلالات خلقی تمام عیار می‌تواند دیده شود که به آن‌ها به ترتیب trait depressive و bipolar trait می‌گویند.
- اختلالات خلقی با اختلالات اضطرابی همپوشانی قابل توجهی دارند ← اختلالات اضطرابی می‌توانند در جریان یک دوره افسردگی رخ دهند و یا پیش از یک دوره افسردگی و یا با شیوع کمتر پس از اختلال خلقی پیش آمده دیده شوند.



- کوموربیدیته اختلال دوقطبی دو یا اختلالات پانیک - وسواسی جبری و حالات جامعه هراسی زیاد است.
- اختلالات افسردگی تأثیر منفی بر پیش‌آگهی بیماری‌های جسمی دارند. بر اساس برخی یافته‌ها، بیماری‌های مغزی و قلبی - عروقی در ایجاد افسردگی‌های سایکوتیک دیررس (involuntal melancholia) نقش دارند.



ملانکولیا:

- بقراط
 - نخستین فردی که اختلال مختلط افسردگی را شرح داد.
 - همچنین توصیف‌گر مالیخولیا (صفرای سیاه) بود ← دوره‌ای از علائم خلقی به صورت ناامیدی، ↓ اشتها، بی‌خوابی و بی‌قراری
- یونانی‌ها اولین کسانی بودند که بیوشیمی اختلالات روانی را بیان کردند ← باور آنها این بود که بیماری اغلب از مزاج ملانکولیای غمگین منشأ می‌گیرد و تحت تأثیر سیاره زحل، طحال را به ترشح صفرای سیاه وادار می‌کند که در نهایت باعث اختلال در خلق از طریق تأثیر بر مغز می‌شود.
- * در میان اخلاط چهارگانه، دموی (Sanguine) سالم‌ترین خلط به شمار می‌آید.

- اورلیانوس
 - عنوان کرد که در ملانکولیا و به دنبال آن خودکشی، خشونت نقش مهمی دارد.
 - توصیف‌کننده توهم در این اختلال هم بود.
- پاییز بیشترین فصلی که ملانکولیا در آن به وقوع می‌پیوندد.
- سایر ریسک فاکتورهای معرفی شده توسط طب باستان ← مصرف افراطی مشروب - اختلال در الگوی خواب - هیجان‌ات روحی.

مانیا:

- اورلینوس وقوع همزمان مانیا و مالیخولیا را در یک دوره‌ی واحد شرح داد.
- سرانوس اولین فردی بود که دوره‌های mixed episode را شرح داد، وی به حمله‌ای بودن بیماری که به دنبال آن فروکش بیماری وجود دارد، اذعان کرد.
- علائم مانیا را به شکل امروزی توصیف کرد. وی معتقد بود که بیماران در دوره مانیا علائم خود را به صورت پرخاشگری، افزایش خلق، افزایش خرید در کنار افکار سایکوتیک، بدبینی به اطرافیان نشان می‌دهند.
- آرتائوس
 - عنوان کرد دوره‌های تشدید مانیا اغلب در بهار رخ می‌دهند.

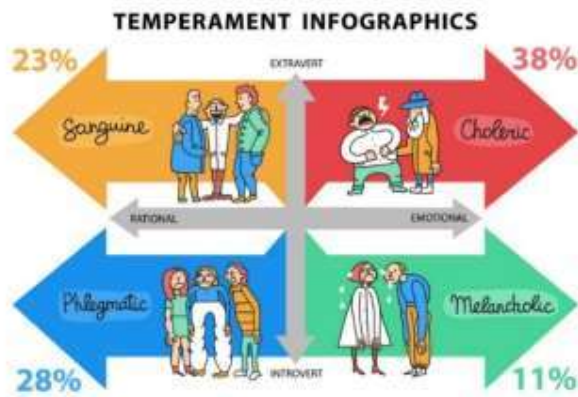
مزاج‌های عاطفی:

- معادل مزاج افسرده امروزه دیس‌تایمیا می‌باشد.
- خلاقیت را در دوران ارسطو مربوط به مزاج مالیخولیا می‌دانستند ← ^{مثل} شعر - هنر - فلسفه - سیاست.
- صفرای زرد (سودایی) افراد را hostile (پرخاشگر)، irritable (تحریک‌پذیر) و بلغم در افراد با تمپرامنت فلگماتیک، فرد indolent (تنبل)، timid (دچار تردید) می‌نماید.



- معادل‌های امروزی

- مزاج سودایی ← اختلال شخصیت مرزی
- مزاج فلگماتیک ← اختلال شخصیت اسکیزوئید



طب مدرن:

- اولین کتابی که اختصاص به بیماری‌های عاطفی دارد ← آناتومی ملانکولیا ← نوشته‌ی «رابرٹ بورتون» است.
- بیماری‌های عاطفی را بورتون شامل اختلالات خلقی + سوماتوفرم (هیپوکندریاز) می‌دانست.
- از نگاه بورتون ۶ عامل غیرطبیعی فرد را مستعد مالیخولیا می‌کند ← رژیم غذایی - الکل - اختلال در ریتم‌های بیولوژیک و آشفتگی‌های ناشی از اتفاقات عاشقانه.

- در توصیفات بورتون از ملانکولیا

- این اختلال در مردان شایع‌تر است.
- در پاییز با بیشترین موارد ملانکولیا روبه‌رو هستیم.
- هیچ تبعیض سنی در آن وجود ندارد.
- تمپرمانت‌های ملانکولیا و sanguine می‌تواند باعث ملانکولیا شود.

- تا قبل از اسکیرول، ملانکولیا را جزئی از اختلال سایکوتیک در نظر می‌گرفتند.
- اسکیرول فرانسوی ← احتمالاً اولین روانپزشکی که نشان داد یک اختلال اولیه در خلق می‌تواند زمینه‌ساز بسیاری از اشکال افسردگی و سایکوز پارانوئید باشد.
- به کار بردن واژه‌ی hypermania یعنی مالیخولیا با اساس عاطفی.
- بنیامین راش بیانگر واژه‌ی tristimania ← ملانکولیایی که در آن غم، نمود بیشتری دارد.
- هنری مازلی ← بیانگر «اختلال عاطفی»



- کریپلین



ثبت بیماری «مانیا - افسردگی» به عنوان یک بیماری مستقل پاتولوژی اصلی در افسردگی، پایین آمدن خلق و کندی سایکوموتور است که در مانیا برعکس خلق بالا رفته و فعالیت سایکوموتور نیز افزایش می‌یابد.

جداسازی *involuntional melancholia* از اختلال «مانیا - افسردگی» (بیماری ۴۰ تا ۶۵ ساله، مضطرب، بی‌قرار، آشفته با توهمات مختلف)

معتقد به اثر وراثت در مانیا - افسردگی بود. هر چند یافته‌های پاتولوژیک خاصی در کالبدشکافی مغزی

پیدا نکرد ^{در نتیجه} آن را یک اختلال عملکردی به علت تغییرات فیزیولوژیک دانست.

از محدودیت‌های رویکرد کریپلین این است که به دلیل کوچک‌سازی بیولوژیک آن، به طور کامل نمی‌تواند نقش تعامل‌های جسم - ذهن را در ایجاد اختلالات روانی شرح دهد.

- دانشمندان دیگر - در مطالعات مختلف نشان دادند اختلالات تک قطبی افسردگی با شروع در میانسالی از افسردگی‌هایی که در سنین پایین شروع می‌شوند و با دوره‌های مانیا و هیپومانیا همراهند در ذات متمایز هستند. - تفاوت اصلی در پیشینه‌ی خانوادگی آن‌هاست.

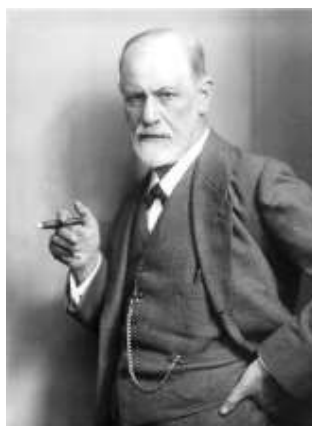
تعریف واژه‌ی «سایکوبیولوژی» - هم عوامل روانی و هم بیولوژیک می‌توانند به عنوان علل افسردگی و سایر اختلالات روانپزشکی مطرح شوند.

- آدولف مایر

تعریف واژه‌ی «افسردگی» به جای «ملانکولیا» - چون فاقد مفهوم بیولوژیک بود.

مدل‌های روانکاوانه در افسردگی:

:Aggression-turned-inward Model (۱)



- فرضیه آبراهام و فروید - خشم به درون جهت تنبیه برای چیزی است که فرد به آن عشق می‌ورزد و اجازه نداده نیاز بیمار افسرده برای وابستگی و عشق تأمین شود - چون آن ابژه قبلاً توسط فرد *internalize* شده بود، در مرحله‌ی بعدی بیمار به یک هدف برای

تکانه‌های خشمگین خودش مبدل می‌شود ^{در نتیجه} - فرد افسرده دچار حس *internalize* شدن نسبت به ابژه‌ای می‌شود که به صورت یک



حس مایوس‌کننده درک شده بوده و پرخاش نسبت به آن با احساس گناه همراه است. در شدیدترین حالت، این دودلی و خشم در نهایت منجر به خودکشی می‌شود.

- خشونت در یک فرد افسرده به علت واکنش اغراق شده به ابژه‌ی مورد علاقه ناکام به علت انتساب آن به خود و یا نوعی بی‌قراری غیراختصاصی یک «ایگو» در اختلال عاطفی است.

۲) افسردگی و object loss:

- یعنی جدا شدن دردناک از اشیایی که نسبت به آن‌ها دلبستگی وجود داشته است. بر اساس تحقیقات زمانی فرد قادر خواهد بود تعامل مناسبی با محیط برقرار کند که دلبستگی ایمنی با افراد مهم زندگی خود برقرار کند. در صورت عدم ایجاد این دلبستگی نه تنها فرد در معرض افسردگی بلکه سایر بیماری‌های روانپزشکی قرار خواهد گرفت.

- جان بالبی حساسیت دوران کودکی به علت از دست دادن زودرس را یک استعداد شخصیتی جهت ابتلا به اختلالات سایکوپاتولوژیک در بزرگسالی در نظر گرفت.

- در مقایسه میان Aggression-turned-inward Model، از دست دادن شیء ارتباط مستقیم‌تری با افسردگی بالینی دارد. این مدل در ارائه یک فرضیه مناسب در ارتباط فرد با اطرافیان و محیط و در نظر گرفتن عواملی غیر از، از دست دادن ابژه مثل وراثت‌پذیری، شخصیت و سایر عوامل توانسته یک تعادل مناسب ایجاد کند.

۳) افسردگی و از دست دادن self-esteem:

- در این مدل اعتقاد بر آن است که منشأ افسردگی در ناتوانی «ایگو» برای دست برداشتن از هدف‌های فرد و ایده‌آل‌گرایی اوست که قابل تحقق نیستند.



- از دست رفتن اعتماد به نفس ممکن است سبب از دست رفتن نقش‌های قبلی بیمار، ارزش‌ها و حتی هویت و در نهایت به خطر افتادن بقای بیمار می‌شود. از این رو است که به اعتماد به نفس باید به عنوان بخشی از ساختار شخصیت نگاه کرد. برای مثال در افرادی که دچار شخصیت ملانکولیا هستند، در مواجهه با مشکلات زندگی به سرعت دچار ملانکولیا می‌شوند اما مشخص نیست چرا افراد به ظاهر با اعتماد به نفس بالا (مثل شخصیت‌های نارسیستیک و هیپومانیک) هم به آسانی به ملانکولیا مبتلا می‌شوند؟! در جواب این سؤال باید گفت، احتمالاً یک عدم پایداری در ساختار اعتماد به نفس این افراد وجود دارد که آن‌ها را مستعد افسردگی می‌کند.



- از طرفی هم در طی دوره‌های مانیا در افراد با سابقه‌ی صفاتی مثل خجالتی بودن، عدم احساس امنیت داخلی و دیس‌تایمیا، ممکن است فرد دچار اعتماد به نفس پایین باشد.

مدل شناختی:

بنا بر نظریه‌ی «آرون بک» ← حال مارک افسردگی فکر کردن به موضوعات منفی است (مثل حس بی‌ارزشی، useless, helpless) ← در مدل شناختی افراد افسرده با نسبت دادن‌های منفی و غلط رفتار و افکار به خود، دیگران و محیط پیرامون باعث تفاسیر غلط فرد در زندگی خواهد شد که در نهایت باعث بی‌انگیزگی و اختلال عملکرد می‌شود. هر چند به نظر نمی‌رسد این مدل شناختی منفی‌نگری باعث اختلالات و ژتاتیو مثل خواب، اشتها، عملکرد اوتونوم و سایکوموتور مثل افسردگی مالیخولیایی شده باشد.



مدل learned helplessness:

- تا حدی معادل مدل شناختی است. در این مدل، فرد افسرده دچار حوادث نامطلوبی در گذشته شده که در آن نتوانسته به آن حوادث خاتمه دهد و فرد به این باور رسیده که تلاشش برای برگرداندن شرایط نامطلوب بی‌ثمر است. پیشنهاد صفت درماندگی آموخته شده توسط مارتین سلیگمن داده شد.

- در مطالعات جدید در حیوانات نقش وراثت و ژنتیک در این مدل مشخص شده است.

افسردگی و تقویت depression and reinforcement.

سایر محققین از جمله پیترو لوینسون افسردگی را بر اساس نقایص در مکانیسم‌های تقویت توجیه کرده‌اند.

هر چند این مدل در نگاه جامعه‌شناسی بیشتر قابل درک است تا بالینی. در جایی دیگر دریافت جایزه به فردی که خود را مستحق آن نمی‌داند می‌تواند میزان اعتماد به نفس را پایین آورد.



عدم توازن در آمین‌های زیستی:

- عملکرد کنترل اتونوم
- تولید هورمون‌ها
- سیکل خواب و بیداری

✓ قشر لیمبیک در ارتباط با نفوکورتکس، مغز میانی و تحتانی می‌باشد.

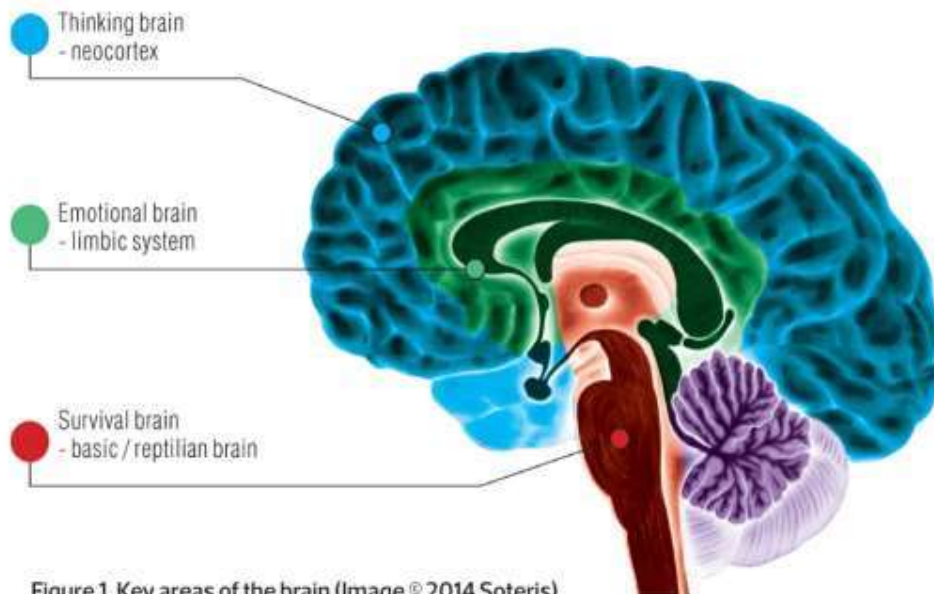
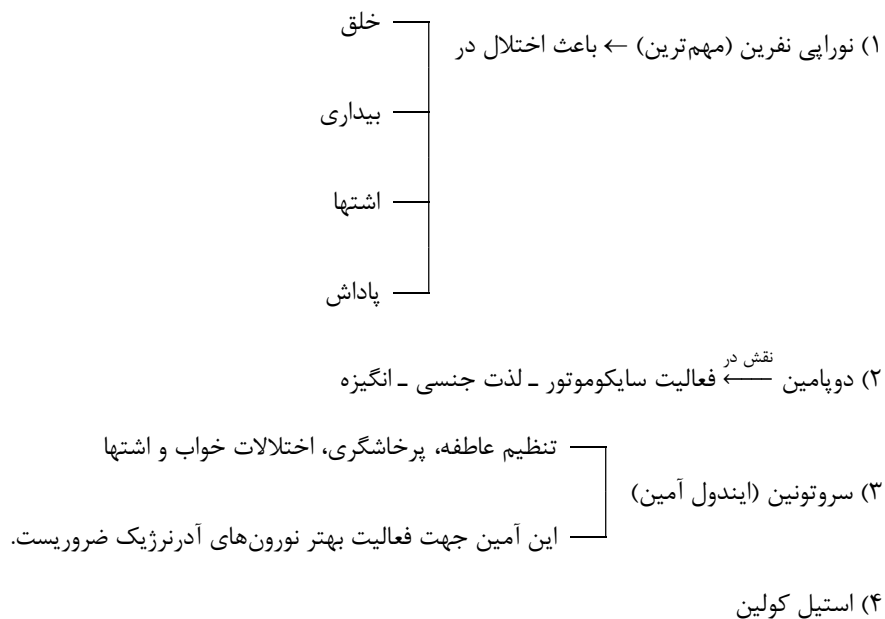


Figure 1. Key areas of the brain (Image © 2014 Soteris).



نوروترنسمیترهایی که در مالیخولیا دچار اختلال می‌شود:



افسردگی و فارماکولوژیک (فرضیه کاتکول آمین و ایندول آمین):

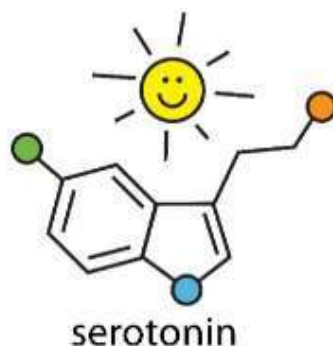
- (۱) رزروپین زمینه را برای ایجاد افسردگی فراهم می‌کند (داروی کاهنده فشار خون با اتمام ذخایر آمین‌های زیستی)
- (۲) کشف مکانیسم ایجاد افسردگی به دنبال مصرف رزروپین دریچه‌ای به سمت یافتن داروهای ضد افسردگی بود. داروهای ضدافسردگی برخلاف رزروپین ظرفیت آمین‌های زیستی را در مغز افزایش می‌دهند.
- حذف تریپتوفان از رژیم غذایی یک فرد سالم، باعث القای افسردگی در او می‌شود.

فرضیه خروج نورآدرنرژیک:

بر اساس آن افسردگی دوقطبی با خروج کم N.E در ارتباط است در حالی که بسیاری از اختلالات افسردگی ماژور و برخی اختلالات اضطرابی مرتبط با خروج زیاد N.E زیاد هستند. هر چند نقش نوراپی نفرین مرکزی در افسردگی به طور کامل تأیید یا رد نشده است ولی به نظر می‌رسد با افسردگی آتیپیک و دوقطبی و نیز مانیا در ارتباط است.



سروتونین:



- شواهدی از نقش سروتونین در اقدامات خودکشی خشن وجود دارد.

- سروتونین در بیماری‌های با اختلال در Impulse control نقش دارد مثل OCD - پنیک - پرخوری عصبی - بی‌خوابی - اعتیاد به الکل - شخصیت‌های تکانشی

«سندرم اجتماعی» در جوامعی پیشنهاد شد که تجربه فروپاشی اجتماعی، مهاجرت و بدرفتاری دارند و با اضطراب، افسردگی، استعداد به خشونت، تکانشگری و تمایل به خودکشی مشخص می‌شود. این یک اختلال را در نظام سروتونین نشان می‌دهد که پایه‌ای‌ترین ساختار مغزی دخیل در فرآیند اجتماعی شدن و بوم پایی انسان (territoriality) است و با استرس، خطر و بقا سروکار دارد.

BDNF (فاکتور نوروتروفیک مشتق از مغز) مسئول نگهداری مداوم نورون‌ها در مغز است و اختلال آن سبب کاهش تعداد و اندازه‌ی نورون‌ها می‌شود. در آزمایشات پس از مرگ متوفیان خودکشی، متوسط BDNF در کورتکس پره فرونتال و هیپوکامپ پایین‌تر از گروه کنترل بود. همچنین BDNF سرم در افراد مبتلا به افسردگی که به ضدافسردگی‌ها پاسخ داده‌اند، افزایش پیدا کرده است.

مفهوم پل فارماکولوژیک در واقع یعنی حوادث سایکولوژیک زمینه‌ساز افسردگی بالینی ممکن است عدم تعادل عصبی - شیمیایی را در افراد مستعد شروع یا تشدید کنند. به این ترتیب در افراد دارای استعداد ژنتیکی، عوامل استرس‌زای محیطی ممکن است به نحو آسان‌تری تعادل ناقل‌های عصبی لیمبیک - دیانسفال را بر هم زنند.

دانشمندان بعدها فهمیدند که ← غلظت فاکتور آزادکننده‌ی کورتیکوتروپین (CRF) در CSF مبتلایان به MDD افزایش می‌یابد.

- به نظر می‌رسد "CRF" در پاتوفیزیولوژی اختلالات اضطرابی نقش داشته باشد (مثل PTSD و پانیک).

- کاهش پاسخ هورمون رشد به کلونیدین (آگونیست گیرنده‌ی آلفا ۲ آدرنژیک است) یک شاخص نوروترنسمیتری نشانگر نقش اختلالات نورآدرنژیک است. ← هم در افسردگی و هم در اختلال اضطرابی شدید (مثل پانیک) این شاخص مثبت است.

- کاهش پاسخ TSH به تیروتروپین به طور شایعی در افسردگی دیده می‌شود؛ هر چند اختصاصی نیست.

- در CT-Scan بزرگی هیپوفیز و آدرنال نشانه‌ای در افسردگی است.

