

اختلال افسردگی

دکتر احمدعلی نوربالا

یکی از ابعاد روان آدمی، خلق (Mood) نامیده می شود. در فارسی واژه «خلق» به معانی زیادی از قبیل خوی، عادت، طبع، نهاد، سرشت، خصلت، مزاج، طبیعت، مشرب، سیرت و اخلاق به کار می رود (۱). کاربرد مورد توجه آن در روانپزشکی عبارت است از حالات هیجانی غالب و حاکم بر انسان که زندگی او را رنگ می بخشد و به تظاهر خارجی و جنبه‌های فیزیولوژیک حالت های هیجانی نیز، عاطفه (Affect) گفته می شود. در اکثر افراد معمولی، حالت های هیجانی و یا وضعیت خلقی، بسته به تغییرات محیطی، نوسان‌های ملایمی در جهت غمگینی و یا شادابی مشاهده می شود ولی در عده‌ای این تغییرات خلقی وسیع است و به تبع این تغییرات خلقی، سایر ابعاد روانی از قبیل تفکر، شناخت، گفتار و رفتار نیز تغییر می کند. چنین افرادی مبتلا به اختلالات خلقی می باشند. چنانچه این تغییر خلقی به صورت مستمر در جهت غمگینی به نسبت شدید باشد، در حقیقت فرد به اختلال افسردگی مبتلا شده است.

بنابراین افسردگی، اختلالی است که ویژگی اولیه و عمده آن تغییر خلق است و شامل یک احساس غمگینی و اندوه شدید است که از یک نومیادی خفیف تا احساس یأس زیاد ممکن است نوسان داشته باشد. این تغییر خلق به نسبت ثابت و برای روزها، هفته‌ها، ماه‌ها یا سال‌ها ادامه دارد. همراه این تغییر خلق، تغییری مشخص در رفتار، نگرش، تفکر، کارائی و اعمال فیزیولوژیک نیز وجود دارد. افسردگی به عنوان یک نشانه در بسیاری از اختلالات روانی و یا بیماری‌های جسمی ممکن است مشاهده شود و یک بخش فرعی یا ثانوی از تابلوی بالینی را تشکیل دهد. همچنین، افسردگی می تواند یک احساس طبیعی باشد که مشخصه حالت ماتم و سوگواری است (۲).

اهمیت بهداشتی

افسردگی شایع‌ترین اختلال روانپزشکی می باشد و یکی از شایع‌ترین مسائلی است که در پزشکی امروز دیده می شود. از نظر میزان شیوع حدود ۴۰ - ۳۵ درصد تمام اختلالات روانپزشکی را که به مداخله پزشک می انجامد، افسردگی‌ها تشکیل می دهند.

اختلال افسردگی تک قطبی^۱ به تنهایی مسوول بیش از یک‌سال از هر ده سال عمری است که در جهان با ناتوانی سپری می شود. براساس گزارش سازمان جهانی بهداشت در سال ۲۰۰۱، اختلال افسردگی تک قطبی چهارمین علت مهم DALYs^۲ (مجموع سال‌هایی که فرد در اثر مرگ یا نوع ناتوانی، از داشتن یک زندگی سالم محروم

^۱ Unipolar depressive disorder

^۲ Disability adjusted life years

می‌شود = بار بیماری) و نیز نخستین علت مهم «سال‌هایی که به نوعی با ناتوانی سپری می‌شود»^۱ محسوب می‌گردد. بر اساس پیش‌بینی پژوهشگران سازمان جهانی بهداشت، دانشکده بهداشت دانشگاه هاروارد و بانک جهانی، بار جهانی اختلال افسردگی تک قطبی براساس معیار DALYS از رتبه چهارم در سال ۱۹۹۰ به رتبه دوم در سال ۲۰۲۰ ارتقاء می‌یابد که بیانگر اهمیت و تأثیر این اختلال در زندگی و سلامت همه جوامع بشری در آینده می‌باشد (۳). از طرف دیگر، براساس پژوهش دو سازمان بین‌المللی (WHO, WONKA)، رتبه بار بیماری‌ها برای اختلال افسردگی از سال ۲۰۰۲ که رتبه چهارم می‌باشد در سال ۲۰۳۰ میلادی به رتبه بالاتر یعنی رتبه دو ارتقاء می‌یابد. رتبه یک در کشورهای توسعه یافته و در کشورهای در حال توسعه بعد از ایدز، رتبه دوم را افسردگی به خود اختصاص می‌دهد (۴).

در غالب موارد، این اختلال با مداخله‌های درمانی بهبود می‌یابد. گو اینکه عود کسالت هم به نسبت، شایع‌می‌باشد و به همین جهت عده‌ای از اختلال افسردگی به عنوان «سرماخوردگی بهداشت روانی» نام می‌برند. اختلال افسردگی از کودکی تا ۵۰ سالگی و بالاتر یعنی دوره سالمندی می‌تواند شروع شود. بعضی از داده‌های همه‌گیری شناختی نشان می‌دهند که میزان بروز اختلال افسردگی اساسی در افراد زیر ۲۰ سال در حال فزونی است. شایان ذکر است که شیوع افسردگی در زنان به طور تقریبی دو برابر مردان گزارش شده است و متأسفانه ۱۵ درصد بیماران مبتلا به اختلال افسردگی ممکن است در اثر اقدام به خودکشی، جان خود را از دست بدهند (۵).

بیماران افسرده، ضمن تحمل رنج طاقت فرسای درونی، بر روی اطرافیان و محیط خود نیز اثر نامطلوب و قابل توجهی می‌گذارند و این تأثیرها منجر به کاهش عملکرد و کارائی خانوادگی و شغلی و نتایج سوء اقتصادی و اجتماعی می‌گردد و با کمال تأسف در برخی جوامع از جمله ایران، علائم افسردگی به غلط به عنوان واکنش‌های قابل انتظار در مقابل استرس، قرینه‌ای برای ضعف اراده و ایمان و یا تلاش آگاهانه برای کسب نفع ثانوی تعبیر می‌شود و گاهی در بعضی نقاط کشورما برای اصلاح کلی اختلال روانی، واژه ابتلا به افسردگی به کار برده می‌شود که این غلط مصطلح و سایر مقوله‌های فوق نه تنها انحراف در تشخیص و درمان را سبب می‌شود بلکه بر استضعاف و رنج درونی گرفتاران به افسردگی نیز می‌افزاید.

بنابراین، افسردگی در جایگاه تشخیصی، از جهت اینکه می‌تواند حالتی از تغییر و تحول‌های طبیعی خلق، نشانه‌های فرعی از بیماری‌های جسمی و روانی یا اختلال جدی افسردگی باشد و همچنین از جهت شیوع بالا، به ویژه بخصوص در بین زنان و جوانان، سیر بیماری و پیش‌آگهی آن، و نیز تأثیر جدی بر روی دیگر افراد محیط و تغییراتی که در شرایط اقتصادی خانواده و اجتماع می‌گذارد، نقش بسیار رفیع و مهمی در نظام بهداشتی، درمانی و تأمین سلامتی جامعه ایفا می‌نماید.

اتیولوژی

اختلال خلقی مانند بیشتر اختلالات روانپزشکی تک عاملی نیستند. این عوامل اتیولوژیک از طریق فرآیندهای

^۱Years lived with disability (YLDs)

زیستی، روان‌شناختی و اجتماعی که تا حدودی طی پژوهش‌ها شناخته شده‌اند، عمل می‌کنند. در مورد اختلالات افسردگی نسبت به اختلالات مانیا اطلاعات بیشتری در اختیار داریم. امروزه بخش زیادی از پژوهش‌ها درباره اتیولوژی و عوامل مستعد کننده بیماری و درمان‌های متناسب با آن صورت می‌گیرد. در ادامه‌ی همین گفتار به یافته‌های سبب‌شناسی (اتیولوژی) افسردگی اشاره خواهد شد.

ایدیولوژی توصیفی و رویداد بیماری

شیوع عمری

اختلال افسردگی اساسی^۱ اختلال شایعی است که میزان شیوع تمام طول عمر آن حدود ۲۰-۱۵ درصد است (۱۰ الی ۲۵ درصد در زنان و ۵ الی ۱۲ درصد در مردان). میزان شیوع تمام طول عمر برای اختلال افسرده‌خویی^۲ حدود ۶ درصد گزارش شده است. میزان شیوع عمری اختلال دوقطبی (دوره‌های مانیک یا حمله‌های مانیک دپرسیو) حدود یک درصد است که بخشی از این حمله‌ها با تابلوی افسردگی بروز می‌کنند (۲).

شیوع لحظه‌ای و پژوهش‌های صورت گرفته در ایران

شیوع لحظه‌ای افسردگی اساسی در مردان ۴/۷ درصد و در زنان ۶ درصد گزارش شده است. در بسیاری از پژوهش‌ها بین ۸ تا ۲۰ درصد نمونه‌های جمعیتی سالم، علائم افسردگی بالاتر از حد نمره تعیین شده برای غربالگری «افسردگی اساسی» داشته‌اند، گو اینکه اکثر این افراد فاقد شاخص‌های افسردگی اساسی بودند، ولی با میزان بالاتری از ناتوانی، ضعف کارکرد اجتماعی و مرگ روبرو بوده‌اند (۵).

بر اساس گزارش سازمان جهانی بهداشت در سال ۲۰۰۱، شیوع افسردگی معمولی در پانزده شهر دنیا، براساس مراقبت‌های اولیه بهداشتی، حدود ۱۰/۴ درصد گزارش شده است که به شرح ذیل می‌باشد:

۱۱/۶ درصد در آنکارای ترکیه، ۶/۴ درصد در آتن یونان، ۹/۱ درصد در بنگلور هند، ۶/۱ درصد در برلین آلمان، ۱۵/۹ درصد در Gorningen هلند، ۱۶/۹ درصد در منچستر انگلستان، ۲/۶ درصد در ناکازاکی ژاپن، ۱۳/۷ درصد در پاریس فرانسه، ۱۵/۸ درصد در ریودوژانیرو برزیل، ۲۹/۵ درصد در سانتیاگو شیلی، ۶/۳ درصد در سیاتل آمریکا، ۴ درصد در شانگهای چین، ۴/۷ درصد در ورونا ایتالیا (۶). در اکثر این پژوهش‌ها شیوع افسردگی در زنان حدود ۲ برابر مردان گزارش شده است. در ایران پژوهش‌های متعددی برای شیوع افسردگی صورت گرفته است که به نتایج چند مورد مهم و معتبر آن اشاره می‌گردد. شیوع افسردگی در روستاهای شیراز حدود ۲/۶ درصد در سال ۱۳۴۲، در روستاهای خوزستان ۲ درصد در سال ۱۳۴۳ و در شهر شیراز ۳/۶۹ درصد در سال ۱۳۵۴ گزارش شده است. شیوع افسردگی در جمعیت ۱۵ ساله و بالاتر شهرستان رودسر در سال ۱۳۵۰ را حدود ۲۴/۳ درصد و در جمعیت ۱۵ ساله و بالاتر روستای دره زرشک یزد در سال ۱۳۵۷، ۴۶/۹ درصد گزارش نموده‌اند (۷).

¹ Major depressive disorder

² Dysthymic disorder

در چند مطالعه غربالگری، که بررسی شیوع علائم افسردگی در بین دانش‌آموزان دبیرستانی ایران در شهرستان‌های تهران، کرج، یزد و اردکان صورت گرفته، شیوع علائم افسردگی به ترتیب ۲۸/۷٪، ۲۷/۵٪، ۲۵٪ و ۲۲/۹٪ گزارش شده است و این شیوع با افت تحصیلی، رابطه معنی داری داشت (۸-۱۱).

در مطالعه ای با عنوان «بررسی وضعیت سلامت روان در جمعیت بزرگسال ایران» که با استفاده از پرسشنامه GHQ-28 در سال ۱۳۷۸ انجام شد، شیوع علائم افسردگی در ۲۱ درصد جمعیت ۱۵ ساله و بالاتر گزارش گردید (۱۲) که براساس نمره برش ۶ و بیشتر این شیوع برابر با ۳/۸ درصد (۴/۸ درصد زنان و ۲/۶ درصد مردان، ۳/۹ درصد در شهرها و ۳/۶ درصد در روستاها) مشخص شد که کمترین شیوع در استانهای اصفهان و بوشهر با میزان ۱/۴ درصد و بیشترین شیوع در استان کهگیلویه و بویراحمد با شیوع ۱۰/۵ درصد بنده است (۱۳). در ادامه پژوهش کشوری فوق، پژوهش تکمیلی با استفاده از چک لیست مصاحبه روانپزشکی براساس معیارهای DSM-17 روی افراد مشکوک، غربال شده با پرسشنامه GHQ-28 در جمعیت ۱۵ سال و بالاتر شهر تهران در سال ۱۳۷۸ صورت گرفت که براساس یافته‌های پژوهش ۴/۴ درصد افراد، اختلال افسردگی اساسی و ۳/۹ درصد، اختلال افسرده خویی و ۰/۸ درصد، اختلال افسردگی خفیف را نشان دادند (۱۴).

مطالعه ای در سال ۱۳۷۹ براساس آزمون افسردگی بک (BDI) بر روی جمعیت ۶۵-۲۰ سال شهر تهران نشان داد که ۶/۸ درصد جمعیت دچار افسردگی اساسی، ۲/۳ درصد دچار افسردگی خفیف و ۲/۳ درصد دچار دیس تایمی هستند (۱۵). در مطالعه دیگری تحت عنوان «بررسی همه گیری شناسی اختلالات روانپزشکی در ایران (سال ۱۳۸۰) براساس پرسشنامه تغییر یافته اختلالات عاطفی واسکیزوفرنی (SADS) روی جمعیت ۱۸ سال و بالاتر ایران انجام گرفت، شیوع افسردگی اساسی ۲/۹۸ درصد (۴/۳۸ درصد در زنان و ۱/۵۹ درصد در مردان) و اختلال افسردگی خفیف ۰/۳۳ درصد و افسرده خویی ۰/۰۶ درصد گزارش گردیده است (۱۶).

در پژوهشی که تحت عنوان "پیمایش ملی شیوع ۱۲ ماهه اختلالات روانپزشکی در ایران" که روی جمعیت ۱۵ تا ۶۴ سال ایران با ابزار مصاحبه تشخیصی بالینی (CIDI) بر روی ۷۸۸۶ نفر در سال ۱۳۹۰ انجام داده اند شیوع اختلال افسردگی اساسی به عنوان مهمترین اختلال روانپزشکی به میزان ۱۲/۷ درصد گزارش شده است (۱۷).

سرانجام در دو طرح عدالت در سلامت شهر تهران که در سال‌های ۱۳۸۷ و ۱۳۹۰ در جمعیت بالای ۱۵ سال بر اساس ابزار GHQ-28 انجام گرفت، به ترتیب ۱۷/۴ درصد در سال ۱۳۸۷ و ۳۴/۶۹ درصد در سال ۱۳۹۰ نشانه‌های افسردگی را در مردم تهران مشاهده کرده‌اند (۱۸).

همان گونه که از مشاهده نتایج به دست می آید، گرچه اعداد گزارش شده در پژوهش‌های داخلی تا حدی متفاوت است که عمدتاً ناشی از سال پژوهش صورت گرفته و از همه مهمتر ابزار پژوهش (مصاحبه روانپزشکی، پرسشنامه GHQ-28 - آزمون بک، پرسشنامه SADS، CIDI)، نوع جمعیت مورد مطالعه (تمامی جمعیت، افراد بالای ۱۵ سال و یا بالای ۱۸ سال) و افرادی که پرسشنامه را تکمیل کرده و یا مصاحبه انجام داده اند و سایر عوامل دیگر می‌باشد. در مجموع نتایج این مطالعات نشان دهنده شیوع قابل توجه اختلال افسردگی در ایران است.

سیر طبیعی بیماری

از بیشترین پژوهش‌ها این نتیجه به دست می‌آید که بیماران افسرده در معرض عود بیماری قرار دارند و بیماری سیری طولانی دارد. حدود ۵۰ درصد بیماران در دوره نخست اختلال افسردگی قبل از مشخص شدن دوره، علائم قابل ملاحظه‌ای از افسردگی داشته‌اند. مفهوم ضمنی آن، این است که شناخت و درمان به موقع علائم ممکن است مانع پیدایش یک دوره کامل افسردگی شود، هرچند ممکن است علائم وجود داشته باشند. در ۵۰٪ بیماران، نخستین دوره افسردگی قبل از ۴۰ سالگی شروع می‌شود. شروع دیررس، با فقدان سابقه خانوادگی اختلال‌های خلقی، اختلال‌های شخصیت ضد اجتماعی و سوء مصرف الکل رابطه دارد. یک دوره افسردگی درمان نشده، ۶ تا ۱۳ ماه طول می‌کشد. در اکثر موارد طول مدت درمان سه ماه است. قطع داروهای ضد افسردگی قبل از سه ماه به تقریب همیشه به عود علائم می‌انجامد. با پیشرفت سیر بیماری، دوره‌ها طولانی‌تر و بیشتر می‌شوند. در یک دوره ۲۰ ساله تعداد متوسط دوره‌ها ۵ تا ۶ سال بوده است. اختلال افسردگی اساسی، میل به عود دارد. در بیمارانی که در دوره نخست اختلال افسردگی اساسی بستری می‌شوند، حدود ۵۰ درصد موارد، علائم بهبودی در سال اول را نشان می‌دهند. درصد بیمارانی که پس از بستری شدن بهبود می‌یابند، با گذشت زمان کاهش می‌یابد و در ۵ سال پس از بستری شدن هنوز ۱۰ تا ۱۵ درصد بیماران، بهبود نیافته باقی می‌مانند. بسیاری از بیماران بهبود نیافته، به اختلال افسرده خوبی مبتلا می‌شوند. عود اختلال افسردگی اساسی نیز شایع است. حدود ۲۵٪ بیماران در ۶ ماه نخست، ۳۰ تا ۵۰ درصد در دو سال اول و حدود ۵۰ تا ۷۰ درصد در پنج سال اول پس از ترخیص از بیمارستان دچار عود بیماری می‌گردند.

میزان عود در کسانی که مصرف داروی پیشگیری کننده را ادامه می‌دهند و سابقه یک یا دو دوره افسردگی دارند، پایین‌تر است. به طور کلی هرچه بیمار دوره‌های بیشتری از افسردگی را تجربه می‌کند، فاصله بین دوره‌ها، کمتر شده، شدت هر دوره بیشتر می‌گردد. از نظر پیش‌آگهی، ۵۰٪ بیماران بهبود و ۳۰٪ بهبود نسبی می‌یابند، بیماری ۲۰٪ مزمن می‌شود و با کمال تأسف از مجموع بیماران حدود ۱۵٪ سرانجام خودکشی می‌کنند.

دوره‌های خفیف علائم سایکوتیک و اقامت کوتاه‌تر در بیمارستان، دوستی‌های محکم دوران نوجوانی، عملکرد با ثبات خانواده و عملکرد اجتماعی خوب در پنج سال قبل از شروع بیماری، فقدان اختلال روانی و بیش از یک دوره نبودن سابقه بستری شدن در بیمارستان برای اختلال افسردگی اساسی و سن بالاتر در شروع اختلال، همگی جزء شاخص‌های پیش‌آگهی دهنده خوب بیماری هستند. اختلال افسرده خوبی توأم با بیماری، مصرف الکل و یا سایر مواد مسکر، علائم اختلال اضطرابی و سابقه بیش از یک دوره افسردگی قبلی، پیش‌آگهی را بدتر می‌کند. به طور کلی مردان بیش از زنان ممکن است سیر تخریبی مزمن داشته باشند (۲، ۴).

تأثیر جنس

در اکثر پژوهش‌ها و بررسی‌های جهانی بدون ارتباط با کشور تحت مطالعه، اختلال افسردگی در زنان حدود ۲ برابر بیش از مردان می‌باشد. در دو مطالعه کشوری صورت گرفته در ایران نیز شیوع آن در زنان ۲-۱/۵ برابر مردان

گزارش شده است (۲، ۶-۱۷) هرچند علل این اختلاف به طور دقیق معلوم نیست ولی احتمال می‌رود که این تفاوت ناشی از استرس‌های زایمان، درماندگی آموخته شده و آثار هورمونی در زنان باشد.

تأثیر سن

اختلال افسردگی اساسی ممکن است در کودکی یا سالمندی شروع شود. سن متوسط شروع این اختلال حدود ۴۰ سالگی است. در ۵۰٪ موارد، سن شروع بیماری بین ۲۰ تا ۵۰ سالگی می‌باشد. بعضی از داده‌های اپیدمیولوژیک جدید، میزان بروز اختلال افسردگی اساسی را در افراد زیر ۲۰ سال، در حال افزایش نشان داده‌اند، که در صورت معنی دار بودن این تغییر، مصرف الکل و سوء مصرف مواد و استرس‌های خاص این دوره زندگی از علل احتمالی آن است.^(۳) شیوع افسردگی اساسی در جمعیت ۱۸-۲۵ سال ۱/۶ درصد، ۴۰-۲۶ سال ۳/۴۲ درصد، ۵۵-۴۱ سال ۴/۳۴ درصد، ۶۵-۵۶ سال ۲/۶۹ درصد و در جمعیت بالای ۶۶ سال ۳/۰۷ درصد گزارش شده است (۱۶).

تأثیر محیط

شیوع افسردگی اساسی در محیط‌های درمانی، بالاتر از حد معمول جامعه است. در اکثر پژوهش‌ها ۱۰ تا ۱۵ درصد افراد در محیط‌های درمانی و مراکز نگهداری طولانی مدت، شاخص‌های افسردگی اساسی را دارا بوده‌اند. به علاوه، ۲۰ تا ۳۰ درصد اشخاص در محیط‌های درمانی، علایم حاد یا خفیف افسردگی را گزارش نموده‌اند. از آن جا که شیوع افسردگی در زنان خانه‌دار، افراد بیکار و بازنشسته‌ها به طور قابل توجهی بیشتر است، تأثیر مثبت اشتغال و محیط کار مشخص می‌شود (۲، ۷، ۸، ۱۲).

تأثیر نژاد

تفاوت مشخصی بین شیوع اختلال در نژادهای مختلف دیده نشده است، ولی برخی از متخصصان علاقه دارند که اختلال خلقی و افسردگی را در افرادی که زمینه فرهنگی و نژادی متفاوتی دارند کمتر از معمول و اسکیزوفرنی را بیش از معمول تشخیص دهند.

تأثیر مذهب و معنویت

در سال‌های اخیر مطالعه‌های متعددی در رابطه با مذهب، معنویت و اهمیت آن در تأمین بهداشت روانی، در نقاط مختلف دنیا صورت گرفته است. در یک مطالعه در منطقه کارولینای شمالی آمریکا در مورد رابطه تعلق‌های مذهبی با افسردگی اساسی، در گروه‌های مختلف مذهبی بررسی شد و مشخص گردید که در گروهی از مسیحیان به نام پنتاکستال‌ها^۱ که به ظاهر رفتارهای انزواگرایانه اجتماعی دارند، شیوع افسردگی اساسی بیشتر از دیگر گروه‌ها و قشرهای جامعه است (۱۹). در مطالعه دیگری روی گروهی از زنان مسن مبتلا به شکستگی لگن مشخص گردید که شیوع افسردگی و شدت آن و عوارض روانی ناشی از شکستگی لگن در زنانی که دارای ایمان مذهبی بودند، به

^۱Pentacostals

مراتب کمتر بود و وضعیت حرکتی بهتری در این زنان دیده شد (۲۰). در مطالعه‌های غربالگری علایم افسردگی در دانش‌آموزان دبیرستانی شهرهای ایران نیز در افراد با درجه بالای عقاید مذهبی و مقید به انجام اعمال مذهبی، میزان افسردگی به صورت معنی داری کمتر بود که همگی حکایت از تأثیر مثبت و آرام‌بخش ایمان مذهبی متعادل، همراه با نگرش مثبت اجتماعی در تأمین سلامت روانی و به همراه آن کاهش افسردگی دارد (۸، ۹، ۱۰، ۱۱). شایان ذکر است که بعد معنوی که مقوله‌ای همگانی و شامل همه انسان‌ها اعم از دیندار و بی‌دین می‌شود، موضوعی متفاوت از موضوع مذهبی است و پژوهش‌های گسترده‌ای در رابطه با باورهای معنوی و بهبود سلامت روان از جمله سیر بهتر افسردگی نیز گزارش گردیده است. البته نباید فراموش کرد که آموزه‌های مذهبی تقویت‌کننده و پرورش‌دهنده بعد معنوی و نیز جنبه‌های آرامبخشی این بعد می‌باشد.

وضعیت تأهل

به طور کلی اختلال افسردگی اساسی در افرادی که فاقد رابطه بین فردی نزدیک هستند یا از همسر خود طلاق گرفته یا جدا شده اند بیشتر است (۱۱، ۱۲، ۱۵). در دو مطالعه کشوری انجام شده، شیوع افسردگی در افراد متأهل بیش از افراد مجرد در ایران گزارش شده است که علت آن استرس‌های اقتصادی و اجتماعی، مسؤلیت اداره خانواده و نگهداری کودک می‌تواند باشد.

سابقه خانوادگی

در بیشتر مطالعه‌های اپیدمیولوژی، سابقه خانوادگی مثبت اختلال خلقی به ویژه در بستگان درجه یک بیماران افسرده نسبت به افراد عادی بیشتر بوده است. همچنین سابقه خانوادگی خودکشی و الکلیسم در خانواده بیماران افسرده، بیش از جمعیت عادی است (۲).

ملاحظه‌های اجتماعی و فرهنگی

رابطه‌ای بین طبقه اجتماعی و شیوع افسردگی اساسی به صورت قطعی وجود ندارد. در دو مطالعه کشوری انجام شده، شیوع افسردگی در ایران، در شهرها بیش از روستاها گزارش شده است (۱۲، ۱۳، ۱۶). این مساله می‌تواند به علت هماهنگی، اتحاد بیشتر و زندگی کم‌استرس‌تر در محیط‌های روستایی باشد. در این دو مطالعه همچنین با افزایش سطح تحصیلات از میزان شیوع افسردگی کاسته می‌شود. حوادث تلخ زندگی، استرس‌های مزمن بیکاری و فقر اقتصادی از جمله عوامل موثر دیگر در بروز افسردگی محسوب می‌شوند.

در مطالعه مروری که در پاکستان انجام شد، عوامل خطر اختلالات افسردگی چنین گزارش شده‌اند: جنس مونث، میانسالی، سطح پایین تحصیلات، مشکلات مالی و مشکلات زناشویی و خانوادگی (۲۱).

پس در مجموع به نظر می‌رسد که ملاحظات اجتماعی و فرهنگی، اهمیت زیادی در رابطه با شیوع افسردگی، شدت و نحوه درمان آن دارند. مقاله مروری که سعی در بررسی این ملاحظات دارد، حتی تظاهر افسردگی در جوامع مختلف را در رابطه با مسایل فرهنگی، اجتماعی و مذهبی آن منطقه می‌داند. این مقاله با عنوان «جهانی‌سازی و اختلالات روانی» ارائه دستورالعمل‌های خاص هر منطقه را برای تشخیص، ارزیابی و درمان اختلالات روانی، به عنوان راهکارهای مهم پیشنهاد می‌کند (۲۲).

عوامل سبب‌شناسی

همان‌طور که گفته شد اختلال افسردگی مانند بیشتر اختلال‌های روانپزشکی تک‌عاملی نیست، بلکه عوامل تشکیل‌دهنده میزبان (انسان) یعنی عوامل زیستی، روانی، اجتماعی و معنوی در تداخل با یکدیگر منجر به بروز افسردگی می‌گردند که به اختصار به شرح مهمترین این عوامل می‌پردازیم (۲، ۴).

عوامل زیستی

در مطالعه‌های اخیر، عوامل زیستی نقش پررنگ و مهم سببی را در افسردگی نشان داده‌اند که به برخی از آنها اشاره می‌شود:

۱- آمین‌های بیوژنیک: امروزه نقش ناقلان عصبی، بخصوص نوراپی نفرین و سروتونین، بیش از همه در

فیزیوپاتولوژی اختلال‌های خلقی و به خصوص افسردگی مطرح می‌باشد.

۱-۱- نوراپی نفرین: تغییر در حساسیت گیرنده‌های بتاآدرنرژیک و کاهش متابولیت نوراپی نفرین (۳ متوکسی،

۴ هیدروکسی فنیل گلیکول) در خون، ادرار و مایع مغزی-نخاعی بیماران افسرده و پاسخ درمانی آنها به داروی دزیپرامین (مهارکننده جذب مجدد نوراپی نفرین) همگی مؤید نقش نوراپی نفرین در فیزیوپاتولوژی علایم افسردگی می‌باشد.

۱-۲- سروتونین: در بعضی از بیماران افسرده با فکر و اقدام به خودکشی، غلظت سروتونین در اتوپسی مغزی بالا و متابولیت‌های سروتونین در مایع مغزی-نخاعی، پایین گزارش گردیده است. کشف انواع گیرنده‌های سروتونین و دخیل بودن بعضی از آنها در افسردگی مثل 5-HT_{1A}، 5-HT₂ و تأثیر شگرف مهارکننده‌های اختصاصی جذب مجدد سروتونین مثل فلوکسیتین در درمان افسردگی همگی حکایت از نقش مهم سروتونین در رابطه با فیزیوپاتولوژی افسردگی دارد و ممکن است تخلیه سروتونین زمینه ساز افسردگی باشد.

۱-۳- دوپامین: کاهش همووانیلیک اسید در بعضی از بیماران افسرده و مشاهده‌های ناشی از بروز افسردگی بر اثر مصرف داروهای پایین آورنده دوپامین، مثل رزپین یا بیماری‌هایی که با کاهش غلظت دوپامین همراه هستند، مانند پارکینسون، همچنین بهبود افسردگی بر اثر مصرف داروهای بالابرنده دوپامینی مثل تیروزین، آمتامین و بوپروپیون، سبب شده است که دانشمندان درگیری گیرنده‌های دوپامینی D₁ و اختلال در راه‌های دوپامینی مزولیمبیک را که منجر به کاهش عملکرد دوپامینی می‌باشد، در افسردگی مطرح نمایند.

۱-۴- دیگر عوامل نوروشیمیایی: در بعضی از مطالعه‌ها علاوه بر دخالت ناقل عصبی مذکور (NE-5-HT-D)، بی‌نظمی سیستم آدرنرژیک و کولینرژیک با تسلط کولیزژیک در افسردگی گزارش شده است. در ضمن ناقلان عصبی اسید آمینه به ویژه گاما آمینوبوتیریک اسید و پپتیدهای مؤثر بر اعصاب چون آوزوپرسین و مواد افیونی درونزا را در فیزیوپاتولوژی افسردگی مؤثر دانسته‌اند.

بعضی از پژوهشگران اشاره نموده‌اند که سیستم‌های پیام برنده ردیف دوم مثل آدنیلات سیکلاز، فسفاتیدیل اینوزیتول و تنظیم کلسیم ممکن است از نظر سبب شناسی افسردگی دارای اهمیت باشند.

۲- نظم عصبی - غددی: انواعی از بی‌نظمی‌های عصبی - غددی در مبتلایان به اختلال‌های خلقی و افسردگی گزارش شده است و به طور کلی نابهنجاری‌های عصبی - غددی به احتمال زیاد بازتاب گسستگی در درونداد بیولوژیک آمین به هیپوتالاموس است و محور عمده درگیر، محور سیستمیک هیپوتالامیک-هیپوفیز-آدرنال می‌باشد.

۱-۲- محور آدرنال: وجود رابطه بین ترشح بیش از معمول کورتیزول و افسردگی یکی از قدیمی‌ترین مشاهده‌ها در روانپزشکی است. در حدود ۵۰٪ بیماران افسرده، پاسخ کاهش کورتیزول در مقابل دوز واحد دگزامتازون را به صورت غیرطبیعی نشان می‌دهند و البته این آزمون مختل در بسیاری از اختلال‌های روانی دیگر از جمله وسواس، اسکیزوفرنی و آلزایمر هم گزارش شده است. امروزه معتقدند که بیماران افسرده‌ای که پس از درمان، آزمون DST آن‌ها اصلاح نمی‌شود، در معرض عود بیشتری قرار دارند. به احتمال زیاد در بعضی از بیماران افسرده کارکرد گیرنده‌های کورتیزول در هیپوکامپ غیرطبیعی است، چون مطالعه‌های دیگر نشان داده‌اند که بالا بودن میزان کورتیزول خون می‌تواند موجب آسیب نوروهای هیپوکامپ شود. بنابراین، شاید حلقه‌ای متشکل از استرس و تحریک آزاد شدن کورتیزول منجر به آسیب فزاینده در هیپوکامپ از پیش معیوب شود.

۲-۲- محور تیروئید: اختلال‌های تیروئید به طور معمول با علائم خلقی همراه هستند. یک یافته ثابت در اکثر مطالعه‌ها این بوده است که حدود یک سوم بیماران مبتلا به اختلال افسردگی اساسی که از سایر لحاظ، محور تیروئید نرمال دارند، در مقابل انفوزیون TRH در آزاد کردن تیروتروپین یعنی هورمون محرکه تیروئید (TRH) کند هستند. البته این اشکال در سایر اختلال‌های روانپزشکی هم گزارش شده است. پژوهش‌های تازه بر این احتمال تمرکز دارند که گروهی از بیماران افسرده از یک اختلال خودایمنی ناشناخته که بر غده تیروئید آنها تأثیر می‌گذارد رنج می‌برند.

۳-۲- دیگر تغییرهای هورمونی: در چند مطالعه، یک تفاوت آماری بین افراد افسرده و افراد بهنجار در نظم آزاد شدن هورمون رشد مشاهده شده است. در افراد افسرده افزایش ترشح هورمون رشد در پاسخ به تجویز کلونیدین کند است، همچنین کاهش هورمون محرکه فولیکول (FSH) کاهش هورمون محرک جسم زرد (LH) و کاهش تستوسترون در مردان در بسیاری از مطالعه‌ها گزارش شده است. در ضمن، کاهش ترشح و آزاد شدن شبانه ملاتونین و کاهش ترشح آزاد شدن پرولاکتین با تجویز تریپتوفان در بعضی از بیماران افسرده مشاهده شده است.

۳- نابهنجاری‌های خواب و ریتم شبانه روزی: بی‌خوابی در اول و آخر شب، بیدار شدن مکرر و پرخوابی از علائم شایع و کلاسیک افسردگی است. تأخیر در شروع خواب، کاهش زمان نهفتگی REM (زمان بین به خواب رفتن و شروع نخستین دوره خواب REM)، افزایش طول نخستین دوره REM و کاهش مرحله خواب

چهارم خواب، وجود رابطه بین افسردگی و کارکردن‌های شیفیتی، ناهنجاری ساختار خواب در افسردگی و بهبود بالینی موقت افسردگی بر اثر محرومیت از خواب به این نظریه منجر شده است که عده ای افسردگی را بازتاب نظم ناهنجار ریتم‌های شبانه روزی می‌دانند.

۴ - **نظم عصبی - ایمنی:** بعضی از پژوهشگران، ناهنجاری‌های ایمنی شناختی را در افراد افسرده و کسانی که به سوگ فقدان عزیزان نشسته اند گزارش نموده اند. عده ای آن را ناشی از تأثیرپذیری سیستم ایمنی از بی‌نظمی محور کورتیزول و عده ای آن را به تبع ناهنجاری هیپوتالاموس و سرانجام عده ای آن را یک فرآیند فیزیولوژیک اولیه سیستم ایمنی غیرمتعادل دانسته اند که منجر به بروز افسردگی شده است. در پژوهش‌هایی که در رابطه با عملکرد سیستم ایمنی و حالت‌های خلقی در ایران صورت گرفته است، مشخص گردید که افراد دارای شادکامی بالا میزان LTT و درصد CD56+ آنها از گروه شاهد و افراد افسرده بالاتر بود (۲۳).

۵ - **مشاهده‌های تصویربرداری از مغز و ملاحظه‌های نورواناتومیک:** در بسیاری از مطالعه‌ها با سی تی اسکن و تصویر برداری مغناطیسی که از مغز انجام گرفته، نشان داده شده است که در بیماران مبتلا به اختلال افسردگی اساسی، هسته‌های دمدار و لوب‌های پیشانی، نسبت به گروه شاهد، کوچکتر بوده است. همچنین در اکثر پژوهش‌هایی که برای بررسی جریان خون مغزی در اختلال‌های خلقی انجام شده است، جریان خون مغزی در قشر مغز به طور کلی و در نواحی قشری پیشانی به طور خاص کاهش یافته است و البته در یک مطالعه هم افزایش جریان خون مغزی در بیماران مبتلا به اختلال افسردگی اساسی گزارش شده است که نشان می‌دهد در تعمیم اینگونه نتایج باید احتیاط کرد. به هر حال علایم اختلال‌های خلقی و یافته‌های زیستی، تقویت کننده این فرضیه هستند که اختلال‌های خلقی و به ویژه افسردگی به آسیب سیستم لیمبیک، هسته‌های قاعده‌ای و هیپوتالاموس مربوط است، زیرا اختلال سیستم لیمبیک منجر به اختلال هیجانی و اشکال در عمل هیپوتالاموس منجر به تغییر در خواب، اشتها، رفتار جنسی و دگرگونی‌هایی در زمینه غدد درون ریز، ایمنی و کرونوبیولوژیک می‌شود و به همین نحو قامت خمیده، کندی حرکت و اختلال‌های شناختی جزئی در اختلال هسته‌های قاعده‌ای، نظیر بیماری پارکینسون و دمانس‌های تحت قشری، مشاهده می‌شود و همگی این علایم مندرج در سه اختلال ذکر شده در اختلال افسردگی دیده می‌شود.

۶ - **عوامل ژنتیک:** بررسی‌های ژنتیک نشان می‌دهند که یکی از عوامل قابل ملاحظه در پیدایش اختلال‌های خلقی و از جمله افسردگی، عامل ژنتیک است. این واقعیت‌ها در مطالعه‌های زیر قابل مشاهده است:

۶-۱ - مطالعه‌های خانوادگی: مطالعه‌های خانوادگی نشان داده است که بستگان درجه اول مبتلایان به اختلال افسردگی اساسی ۲ تا ۳ برابر بیشتر از بستگان درجه اول گروه شاهد با احتمال ابتلا به اختلال افسردگی اساسی مواجه هستند و با کم شدن میزان قرابت خانوادگی احتمال ابتلا نیز کاهش می‌یابد. در بررسی دیگری مشخص شده است که به تقریب ۵۰٪ مبتلایان به اختلال خلقی دو قطبی I یکی از

والدینشان به اختلال خلقی اساسی - که در بیشتر موارد اختلال افسردگی است - مبتلا است. اگر یکی از والدین، مبتلا به اختلال دوقطبی I باشد، ۲۵٪ شانس ابتلا به اختلال خلقی در فرزندان وجود دارد. اگر یکی از والدین مبتلا به اختلال افسردگی اساسی باشد، احتمال ابتلای فرزندان به اختلال خلقی ۱۰ تا ۱۳ درصد است و اگر هر دو والدین به اختلال خلقی دوقطبی I مبتلا باشند، شانس ابتلا به اختلال خلقی در کودکان به ۵۰ تا ۷۵ درصد می‌رسد.

۶-۲- مطالعه‌های فرزند خواندگی: دو مورد از سه مطالعه فرزند خواندگی، یک جزء ژنتیک قوی برای توارث اختلال افسردگی اساسی نشان داده‌اند. به طور اساسی در مطالعه‌های فرزند خواندگی به این نتیجه رسیده‌اند که کودکان بیولوژیک والدین مبتلا در معرض خطر بالا برای ابتلا به اختلال خلقی قرار دارند، حتی اگر توسط والدین پذیرنده غیر مبتلا بزرگ شوند. همچنین شیوع اختلال خلقی در والدین پذیرنده، نظیر میزان شیوع پایه ای در جمعیت کلی است.

۶-۳- مطالعه‌های دوقلویی و پیوستگی ژنتیکی: مطالعه‌های دوقلویی نشان داده‌اند که میزان ابتلای توأم برای اختلال افسردگی اساسی در دوقلوهای تک تخمکی حدود ۵۰٪ و برای دوقلوهای دو تخمکی ۱۰ تا ۲۵ درصد است. در حال حاضر هیچ نوع رابطه ژنی با اختلال افسردگی به طور ثابت در مطالعه‌ها تکرار نشده است، ولی بین اختلال‌های خلقی به ویژه اختلال دوقطبی I و شاخص‌های ژنتیک ژنی کروموزوم ۵ و ۱۱ و X گزارش شده است. ژن گیرنده D1 روی کروموزوم ۵ و ژن تیروزین هیدروکسیلاز (آنزیم محدودکننده سرعت تولید کاتکولامین) روی کروموزوم ۱۱ واقع است و ژن وابسته به X، عاملی در پیدایش اختلال دوقطبی I در بعضی از بیماران و خانواده‌ها گزارش شده است.

عوامل روانی - اجتماعی

امروزه اعتقاد روانپزشکان جامع‌نگر بر این امر استوار است که به طور کلی افسردگی در انسان‌های مستعد و آسیب‌پذیر از نظر عوامل زیستی تحت تأثیر عوامل روانی - اجتماعی آن‌ها بروز می‌نماید. در اینجا به بعضی از عوامل مهم روانی - اجتماعی اشاره می‌گردد.

۱- رویدادهای زندگی و استرس محیطی

یک مشاهده بالینی از زمان‌های قدیم مورد توجه بوده است که رویدادهای استرس‌زای زندگی، قبل از نخستین دوره اختلال افسردگی، بیشتر از دوره‌های بعدی وجود دارد و بر این اساس، برخی از متخصصان به شدت معتقدند که رویدادهای زندگی نقش اولیه یا اساسی در افسردگی دارند و برخی دیگر محتاط‌ترند و معتقدند که رویدادهای زندگی، فقط نقش محدود و آن هم بصورت آشکارسازی در شروع افسردگی دارند. متقاعدکننده‌ترین داده‌ها حاکی از آن است که رویداد دارای بالاترین میزان ارتباط با افسردگی بعدی، از دست دادن پدر و مادر، قبل از سن ۱۱ سالگی است و عامل استرس‌زای محیطی که بیش از همه با افسردگی رابطه دارد، مرگ همسر است (۲، ۴). براساس یک مطالعه، از نظر استرس‌زایی، مرگ فرزند، نمره بالاتری نسبت به مرگ همسر در فرهنگ ایرانی داشته

است (۲۴). از دیگر عوامل مؤثر بر افسردگی، وضعیت اشتغال و میزان رضایتمندی از کار است. براساس مطالعه ملی صورت گرفته در ایران، شیوع افسردگی در افراد بازنشسته، بیکار و خانه دار، ۲ تا ۳ برابر جمعیت عادی کشور است (۱۲، ۱۶). این امر با توجه به وضعیت اشتغال در ایران و پیامدهای آن، می‌تواند به عنوان یک عامل استرس اجتماعی مهم محسوب گردد.

۲- خانواده

در برخی بررسی‌ها، بین وضعیت خانواده از نظر اقتصادی، فرهنگی، اجتماعی، مذهبی و عاطفی با شروع، سیر و میزان بهبود، عود علائم و انطباق پس از بهبودی در اختلال افسردگی رابطه‌ای را گزارش نموده‌اند که حکایت از تأثیر شگرف هسته خانواده در تأمین سلامت روانی دارد.

۳- عوامل شخصیتی قبل از بیماری

هیچ نوع صفت شخصیتی یا نوع شخصیت به عنوان زمینه ساز صرف (منحصر) برای افسردگی شناخته نشده است، بلکه تمام انسان‌ها با هرگونه الگوی شخصیتی در شرایط مناسب ممکن است دچار افسردگی شوند، ولی برخی انواع ویژگی‌های شخصیت دهانی-وابسته، وسواسی-جبری، هیستریک (نمایشی) را در معرض خطر بیشتری برای ابتلا به افسردگی ذکر کرده‌اند، در مقابل شخصیت‌های پارانوئید و ضداجتماعی یا سایر شخصیت‌هایی که از مکانیسم‌های دفاعی فراقنی و برون فکنی استفاده می‌کنند، کمتر به افسردگی مبتلا می‌شوند.

۴- فرضیه‌های روان تخیلی و روان پویایی

صاحب‌نظران روان تحلیلی چون زیگموند فروید و کارل آبراهام بین فقدان شیء محبوب و افسردگی رابطه سببی برقرار می‌کنند و معتقدند که فرد، شیء محبوب از دست رفته را درون فکنی کرده و در نتیجه طی فرآیندی علائم افسردگی ظاهر می‌شود.

ملانی کلاین، افسردگی را بازتاب شکست دوران کودکی در برقراری درون فکنی مهرآمیز تلقی کرد و معتقد بود که بیماران افسرده، نگران این هستند که مبدا از طریق ویرانگری و طمع خود، اشیاء مورد علاقه خویش را از بین برده باشند.

بیبینگ، افسردگی را عاطفه ناشی از تنش در آیگو بین امیال شخصی واقعیت‌ها تصور می‌کند و اظهار می‌نمود که افراد افسرده وقتی درمی‌یابند که مطابق آرمان‌های خود زندگی نکرده‌اند، احساس درماندگی و ضعف به آنان دست می‌دهد. به‌طور کلی، او افسردگی را فروریزی نسبی یا کامل احترام به نفس در آیگو می‌دانست. به تازگی هینزکوهات افسردگی را برحسب روان‌شناسی خود تعریف کرد. او معتقد است وقتی نیازهای شیئی خود از طریق الگو قرار دادن همتایی و آرمانی سازی افراد مهم برآورده نشود، شخص احساس عدم کمال و ناامیدی در رسیدن به پاسخ موردنظر و افسردگی می‌نماید.

۵- فرضیه‌های رفتاری و درماندگی آموخته شده

در تجربه‌های آزمایشگاهی که در آنها حیوان‌ها به طور مکرر در معرض شوک الکتریکی غیرقابل اجتناب قرار داده شدند، سرانجام حیوان‌ها تسلیم شدند و برای فرار از شوک‌های بعدی تلاش نکردند. در حقیقت این حیوان‌ها یاد گرفتند که کاری از دستشان ساخته نیست و باید تسلیم شوند. به این پدیده «درماندگی آموخته شده» می‌گویند. عده‌ای از صاحب‌نظران مکتب رفتاری و یادگیری معتقدند که افراد در جریان استرس‌های مداوم آموخته‌اند که جز گوشه‌گیری، انزوا و ناامیدی، کار دیگری از دستشان بر نمی‌آید. در همین راستا، شیوع بیشتر افسردگی زنان نسبت به مردان را ناشی از استرس و استضعاف تاریخی بر این قشر توجیه می‌نمایند.

۶- فرضیه‌های شناختی

آثرون بک، مثلث شناختی منفی یعنی برداشت منفی از خود و تعبیر منفی از تجارب گذشته و تجسم منفی از آینده را عامل اصلی افراد افسرده ذکر می‌کند و بر همین اساس، شناخت درمانی افسردگی را به خوبی مطرح نموده است.

تفکر بیماران افسرده با یأس و انتقاد از خود همراه است و این مسأله باعث بدتر و طولانی‌تر شدن تغییرات اولیه خلق می‌شود. تفکر غیرطبیعی آن‌ها را می‌توان به سه گروه تقسیم نمود: ۱- خاطرات ناخوشایند را راحت‌تر از خاطرات خوشایند به یاد می‌آورند ۲- افکار مایوس‌کننده و منفی دارند ۳- عقاید غیر واقع‌بینانه دارند.

افکار منفی به خلق افسرده، عمق می‌بخشند و عقاید غیر واقع‌بینانه، تجربه‌های روزانه را تبدیل به مسائل پر استرس می‌کنند. بیماران افسرده، غیرمنطقی نیز فکر می‌کنند (شناخت نادرست و منحرف). مثلاً، از یک واقعه جزئی، نتیجه‌گیری کلی و عمومی می‌کنند. این روش‌های غیرمنطقی تفکر باعث می‌شوند که افکار منفی و انتظارات غیر واقع‌بینانه با وجود شواهدی که ضد آن‌ها وجود دارد، باقی بمانند. شاید به علت همین روش تفکر غیرمنطقی باشد که بعضی از اختلالات حتی پس از رفع عوامل اصلی و زمینه‌ساز آن باز هم باقی می‌مانند. نکته مهم این که این افکار، دور باطل و حلقه معیوبی را ایجاد می‌کنند که در آن افکار افسرده باعث ایجاد خلق پایین می‌شوند و خلق پایین هم به افکار افسرده استمرار می‌بخشد.

عوامل معنوی و مذهبی

گرچه تا سال‌های پیش اظهارنظر و قضاوت در این مورد محدود به تجربیات شخصی برخی روانپزشکان و روانشناسان و مطالعات اندکی می‌شد که در این زمینه انجام شده بود، ولی امروزه کارآزمایی‌های بالینی مختلف و مطالعات مروری متعدد منتشر شده در زمینه تأثیر عوامل معنوی، نقش و اهمیت آن را غیرقابل انکار می‌نماید.

در مطالعه مروری سیستماتیک منتشر شده در سال ۲۰۰۲ میلادی، (۲۵) تمامی کارآزمایی‌های بالینی از سال ۱۹۶۶ تا ۱۹۹۹ و مطالعات غیر کارآزمایی‌های بالینی از سال ۱۹۹۶ تا ۱۹۹۹ که درباره ارتباط مذهب و داده‌های قابل اندازه‌گیری سلامتی انجام شده بودند، جمع‌آوری شدند. مطالعاتی که درباره مسائل روحی و معنوی غیردینی،

مباحث اخلاقی و رضایتمندی انجام شده بود، از این بررسی حذف گردید و فقط عامل مذهب مورد بررسی قرار گرفت.

کارآزمایی‌های بالینی نشان دادند در بهبودی و سلامتی افرادی که به دعا و نیایش می‌پردازند و به دلیل مشکلات قلبی بستری می‌شوند به طور معنی‌داری نتایج بهتری دیده می‌شود.

مسائل مذهبی تأثیری روی سوء مصرف الکل نداشتند. این مقاله مروری که توسط تانسند و همکاران در دانشگاه ویرجینیای آمریکا منتشر شد، به طور خاص روان‌درمانی با استفاده از آموزه‌های اسلامی را در بهبود بیماران مسلمان مبتلا به اضطراب و افسردگی، مؤثر می‌داند.

مطالعات غیرکارآزمایی بالینی، تأثیر مثبت فعالیت‌های مذهبی در کنترل پر فشاری خون، سیستم ایمنی بدن، افسردگی و میزان مرگ و میر را گزارش کرده‌اند.

در مطالعه مروری دیگری نیز میزان افسردگی در افراد مذهبی کمتر از دیگران ارزیابی شده است. اما ارتباط بین برخی باورهای مذهبی و فعالیت‌های دینی و افزایش خطر افسردگی نیز گزارش شده است. این مطالعه برای بررسی دقیق‌تر پیشنهاد می‌کند، استانداردها و شاخص‌های دقیق‌تری برای ارزیابی باورهای مذهبی و معنوی طراحی شود (۲۶).

در کل به نظر می‌رسد که عقاید معنوی و باورهای مذهبی، بیشتر از طریق فرآیندهای شناختی در این مسأله مؤثر هستند. این باورها که شامل تلقی نمودن استرس‌های مزمن و فقدان‌های زندگی بعنوان امتحان الهی و برخورد سازشی و صبر گونه با حوادث ناخوشایند، داشتن نگرش مثبت توأم با عزت نفس و امیدوارانه به خود و آینده زندگی و پرهیز از ناامیدی می‌باشد، نقش مهمی در کم‌رنگ نمودن عوامل روانی-اجتماعی افسردگی ایفا می‌کنند. با این وجود، همان‌طور که اشاره شد برخی باورهای دینی و یا برداشت‌های مذهبی می‌توانند در مسیری بالعکس مؤثر باشند.

خودنمایی‌های بالینی

بیمار مبتلا به اختلال افسردگی از دوستان و خانواده، کناره‌گیری کرده و انگیزه‌چندانی برای فعالیت‌های روزمره خود ندارد و به طور کلی برای هرگونه احساس لذت ناتوان است. به تعبیری دیگر به طول کامل بی‌حوصله و دل‌مرده است و در برابر هرگونه ناکامی، کم‌تحمل و بی‌طاقت می‌باشد و از نظر نشانه‌های فیزیولوژیک، بیشتر بیماران از سردرد، خشکی دهان، بی‌خوابی، فقدان میل جنسی، بی‌اشتهایی و کاهش وزن و گاهی پرخوری و افزایش وزن، خستگی و نداشتن انرژی (٪۹۷ موارد) شکایت دارند و شکایت‌های جسمی به ویژه شکایت‌های قلبی، گوارشی، ادراری، تناسلی، کم‌درد یا شکایت‌های ارتوپدیک ممکن است افسردگی را بپوشاند. به تقریب ٪۸۰ بیماران افسرده مشکل خواب دارند (بیخوابی یا پرخوابی) و بیشتر اختلال خواب به صورت بی‌خوابی آخر شب و یا سحرخیزی بروز می‌کند و در ٪۵۰ موارد، علایم در طول شبانه روز تغییر می‌یابند. بدین معنی که علایم بیماری در بیماران افسرده با سبب شناختی غالب زیستی، صبح‌ها بدتر و در بیماران افسرده با سبب شناختی غالب روانی -

اجتماعی، عصرها و غروب‌ها بدتر می‌شوند. در رفتار و ظاهر کلی بیماران افسرده، کندی روانی - حرکتی بصورت قامت خمیده، تماس چشمی ضعیف، نگاه خیره رو به پایین، اشکباری، غمگینی و پژمردگی و بی توجهی به ظاهر شخصی بصورت ژولیدگی سر و وضع و البته گاهی تحریک روانی - حرکتی بصورت بی قراری، گره کردن انگشتان و کندن مو به ویژه سالمندان مشهود است. تکلم آنها کم و ضعیف و فاقد تکلم خود انگیزه، بصورت تک سیلابی، مکث‌های طولانی و آهنگ پایین و یکنواخت می‌باشد. خُلق بیماران بصورت افسرده، تحریک پذیر، درمانده و غمگین بیان می‌شود. هرچند که به تقریب ۵۰٪ بیماران ممکن است منکر احساس افسردگی شده یا از نظر معاینه کننده چندان افسرده به نظر نرسند. عاطفه بیماران به شکل محدود و تنگ همراه با چهره در هم کشیده و عبوس تجلی می‌یابد. از نظر تفکر، بیماران فاقد تفکر خود انگیز و فکر جدی بوده، دارای اشتغال ذهنی جسمی، نشخوار ذهنی، وسواس، احساس نافذ نومی، بی ارزشی و گناه، از دست دادن اعتماد به نفس و احترام به نفس، احساس حقارت، تردید و دو دلی می‌باشند. ۷۵٪ بیماران افسرده افکار خودکشی دارند و ۱۰ تا ۱۵ درصد آنها خودکشی می‌کنند.

در بیماران با افسردگی سایکوتیک هذیان‌های هماهنگ با خُلق در زمینه احساس گناه، فقر، نیست انگاری، شکست، ظلم، ستم، تحت تعقیب بودن، استحقاق عذاب داشتن و بیماری‌های جسمی مهلک مثل سرطان و زوال مغز دیده می‌شود.

از نظر درکی در آن دسته از بیماران با تابلوی سایکوتیک توهم‌های شنوایی دوم شخص یا سوم شخص با ماهیت آزار دهنده و ملامت کننده، هماهنگ با خلق مشاهده می‌گردد و در عده ای توهم‌های شنوایی آمرانه بوده که در مواردی ممکن است به خودکشی و یا حتی دیگرکشی ترحمی (کشتن خود و فرزندان به منظور درامان ماندن از فقر و هلاکت) منجر گردد. در نظام حسی و شناختی، حدود ۵۰ تا ۷۵ درصد بیماران افسرده، اختلال شناختی خود را با شکایت از اشکال در تمرکز، حواس پرتی، ضعف حافظه و فراموشکاری بروز می‌دهند. سرانجام آنکه بیماران افسرده، بیشتر به علت دگرگونی شناختی و احساس بی ارزشی در مورد خود و به ویژه با سیمای سایکوتیک به اختلال خود بصیرت ندارند و قضاوت آنها در زمینه‌های مختلف به خصوص در رابطه با خویشتن و تجربه‌های گذشته و ارزیابی نسبت به آینده مختل می‌باشد.

افسردگی در سنین مختلف به صورت‌های گوناگون می‌تواند بروز کند. در سنین پیش از بلوغ، افسردگی ممکن است با شکایت‌های جسمی، تهییج، توهم‌های شنوایی به شکل صدای واحد، اختلال‌های اضطرابی و فوبی‌ها تظاهر نماید. در نوجوانی، افسردگی ممکن است به صورت سوء مصرف مواد، رفتار ضد اجتماعی، بی قراری، مشکل‌های مدرسه و فرار از مدرسه، بی‌مبالاتی جنسی، حساسیت مفرط نسبت به طرد و عدم رعایت بهداشت، خود را نشان دهد. در سالمندان، افسردگی ممکن است بصورت نقص‌های شناختی (اختلال حافظه، گم گشتگی در زمان و مکان و گیجی)، حواس پرتی و آپاتی و دمانس کاذب یا سندرم دمانس افسردگی جلوه نماید (۲، ۴).

پیشگیری و کنترل

براساس نگرش روانپزشکی اجتماعی برای مقابله و کنترل اختلال‌های رفتاری و روانی، سه مرحله پیشگیری را باید به اجرا درآورد که در مورد اختلال افسردگی به شرح ذیل به این مراحل اشاره می‌شود.

پیشگیری سطح اول

برای جلوگیری از بروز افسردگی باید سطح آگاهی جامعه نسبت به این اختلال اعم از عوامل شکل‌گیری، علایم، اشکال و راه‌های مقابله با آن را بالا برد و به ویژه برای گروه‌های در معرض خطر، یعنی زنان، سالمندان و جوانان، افراد شاغل در محیط‌های درمانی، زوج‌های مطلقه یا جداشده از همسر و بستگان افراد مبتلا به افسردگی، بیکاران، بازنشستگان، زنان خانه‌دار، مهاجران و ساکنان شهرهای شلوغ، آموزش ویژه ضرورت دارد. به این منظور آموزش‌های بهداشت روانی در خانواده‌ها، مدارس، کارخانه‌ها، اداره‌ها، خانه سالمندان و مراکز بهداشتی درمانی برای یادگیری شیوه‌های مقابله با استرس، مفید و سازنده خواهد بود. در این امر رسانه‌های گروهی به ویژه صدا و سیما، معلمان، مربیان، روحانیان و پزشکان نقش کلیدی در ارتقای سطح بهداشت روانی جامعه ایفا می‌نمایند. توجه به این نکته ضروری است که همه دست‌اندرکاران جامعه اعم از آحاد مردمی و مسئولان حکومتی باید بدانند که به منظور بسیج همگانی برای تأمین سلامت روانی بیشتر و جلوگیری از بروز افسردگی به ویژه در مورد افراد آسیب‌پذیر، اجتناب از هرگونه رفتاری که منجر به تنش روانی یا نارضایتی می‌شود، فریضه‌ای ملی محسوب می‌گردد.

همانگونه که در بحث همه‌گیری شناختی و سبب‌شناختی اشاره گردید و براساس پژوهش‌های نویسنده در رابطه با شیوع افسردگی در دانش‌آموزان دبیرستانی شهرهای تهران، کرج، یزد و اردکان، معلوم شد که مذهبی بودن دانش‌آموز و مذهبی بودن خانواده، رابطه معکوس و معنی‌داری با بروز افسردگی دارد. بنابراین، اهمیت به عقاید معنوی و باورهای مذهبی و التزام به احکام دینی در فضای فرهنگی جامعه و خانواده‌ها نقش اساسی در پیشگیری سطح اول افسردگی و به دنبال آن تأمین سلامت روانی دارد و به طور قطع یکی از سازوکارهای این پدیده جمله روح افزای «دل آرام گیرد به یاد خدا» ملهم از آیه شریفه قرآن «الا بذکر الله تطمئن القلوب» می‌باشد (۲۸).

امید آنکه از فضای معنوی حاکم بر کشورمان پس از انقلاب اسلامی به عنوان ابزار پیشگیری‌کننده از بروز اختلال‌های روانی در نگاه خردمندان جامعه مغتنم شمرده شود. در اینجا تأکید دوباره بر این مطلب خالی از لطف نیست که پیشگیری سطح اول از اختلال افسردگی چون سایر اختلال‌های روانپزشکی کار جمعی و گروهی همه مسئولان و دست‌اندرکاران امور پزشکی، فرهنگی، اجتماعی، تربیتی و غیره را می‌طلبد تا اولاً باورهای غلط و انگ‌های ناروا که در مورد بیماران مبتلا به اختلال افسردگی در فرهنگ ایرانی اعمال می‌شود از دیدگاه عمومی زدوده شود، ثانیاً با روش‌های علمی و مقبول اجتماعی، افراد مبتلا را برای درمان به مراکز درمانی تخصصی ارجاع و هدایت نمود و این خود، کاری دشوار، ولی به همت و عزم همگانی، شدنی است.

پیشگیری سطح دوم

از آنجا که حدود ۵۰٪ از بیماران افسرده برای درمان مراجعه نمی‌نمایند، ضروری است پس از مرحله افزایش آموزش‌های بهداشت روانی که در پیشگیری اولیه اشاره شد، آزمون‌های خودارزیابی غربالگری افسردگی مانند آزمون افسردگی بک (Beck depression test) که در ایران هم هنجار شده است، در مراکز حساس مانند

مدارس، کارخانه‌ها، خانه سالمندان و اداره‌ها توسط کارشناسان بهداشت روانی به مرحله اجرا درآید و پس از مشخص نمودن و تفکیک افراد در معرض خطر، توسط روانپزشک با آن‌ها مصاحبه شود و در صورتی که حسب ضوابط تشخیصی، افراد دچار اختلال افسردگی هستند، بلافاصله و بدون کوچکترین تردیدی باید اقدام توجیهی برای شروع درمان توسط روانپزشک صورت پذیرد. انجام آزمون‌های غربالگری برای افسردگی در افراد بدون علامت توصیه نمی‌شود. پزشکان باید شاخص‌های بالای شک به علائم افسردگی را در افرادی که بیشتر در معرض خطر هستند، در نظر بگیرند. خوشبختانه ۷۰ تا ۸۰ درصد افراد مبتلا به دوره‌های افسردگی با درمان بهبود می‌یابند. براساس توصیه سازمان جهانی بهداشت، در زمینه پیشگیری سطح دوم ضرورت دارد که مسئولان و دست‌اندرکاران امر سلامت جامعه احداث مراکز اورژانسی و درمانگاه‌های روانپزشکی و توسعه در پلی‌کلینیک‌ها و بیمارستان‌های عمومی را مورد توجه جدی قرار دهند و برای بالابردن میزان پذیرش و رضایت بیماران برای درمان در صورت بستری به امر بسیار ضروری و مهم ایجاد و گسترش بخش روانپزشکی در بیمارستان‌های عمومی همت بگذارند. چون در این زمینه کشور ما در قیاس با بسیاری از کشورهای توسعه یافته، نیاز جدی و بیشتری به مراکز خدمات درمانی سرپائی و بستری روانپزشکی دارد.

پیشگیری سطح سوم

برای بیماران مزمن بسیاری از روش‌های تجویز شده روان درمانی به ویژه شناخت درمانی، روان درمانی حمایتی، گروه درمانی و همچنین خانواده درمانی مفید و مؤثر است. آنچه که مهم است، در پیشگیری سطح سوم علاوه بر دخالت‌های روان پزشکی و روان شناختی باید از اقدام‌های مددکاری برای اصلاح و تعدیل شرایط اجتماعی و محیطی و از متخصصان کار درمانی برای به حرکت درآوردن بیمار و ایجاد زمینه‌های لازم به منظور اشتغال و سرگرمی فرد حداکثر استفاده را نمود.

مذهب درمانی: هر اندازه فرد خود را با مفاهیم معنوی و آموزش‌های الهی وفق و سازگاری بدهد از مزمن شدن کسالت و معلولیت و زمین‌گیر شدن بیشتر خود جلوگیری خواهد نمود. یادآوری و تفهیم مطالب زیر برای افراد بیمار مزمن و در عین حال معتقد مذهبی بسیار سازنده خواهد بود.

همه ناکامی‌ها از جمله بیماری در پیشگاه خداوند به عنوان امتحان تلقی می‌شود. «خداوند شما را با موضوعاتی از قبیل ترس، گرسنگی، کاستی اموال و نفوس (بیماری، معلولیت، مرگ عزیزان ...) و ثمرات زندگی مورد امتحان قرار می‌دهد» (۲۹). در ضمن خداوند برای این امتحان و مواجهه شوندگان با مصیبت، پدیده صبر و استقامت را توصیه می‌نماید و حاصل این صبر و مقاومت آگاهانه بشارت الهی خواهد بود. «پس بر صابران یعنی کسانی که در مواجهه با مصیبت و ناکامی می‌گویند ما از خدا هستیم و به سوی او رجعت می‌کنیم، بشارت باد» (۳۰).

بعضی از ناکامی‌ها و وقایع خلاف طبع، برخلاف ظاهر ناخوشایندشان مصلحت دراز مدت بعدی الهی را در پیش دارد. «چه بسا رویدادها و چیزهایی که شما از آن کراهت دارید و آن به نفع شما است و برعکس چه بسا چیزهایی که شما آن را دوست دارید ولی آن به ضرر شما است» (۳۱). به دنبال تحمل سختی‌ها و ناکامی‌ها، آسایش و

راحتی بعدی خواهد آمد. «همانا به دنبال گرفتاری و ناراحتی، آسایش و راحتی خواهد آمد و به یقین آسایش و راحتی به دنبال گرفتاری و ناراحتی خواهد آمد» (۳۲). در بعضی از آموزش‌های مذهبی به نقل از بزرگان دینی نقل شده است که بلا و مصیبت و ناکامی مختص مقربان و اولیای الهی است (۳۳) و نیز توجه به آموزش‌های مذهبی مبنی بر ترویج نگرش مثبت توأم با عزت نفس و امیدوارانه به خود و زندگی (۳۴) و پرهیز از روحیه یأس و نومیدی (۳۵، ۳۶، ۳۷) از جمله مقوله‌های مهمی است که از نظر شناختی مانع شکل‌گیری افسردگی و یا کمک به سیر بهبودی اختلال می‌نماید. به هرحال از همه ابزارها و عوامل زیستی، روانی، اجتماعی و معنوی باید کمک گرفت تا مانع از حاکم شدن روحیه یأس و نومیدی بر روان آزرده بیمار شویم.

راهبردهای آینده در پژوهش و پیشگیری

خوشبختانه پژوهش‌هایی جامع و کشوری در زمینه اختلال‌های روانپزشکی و از جمله افسردگی به عنوان طرح ملی در ایران منتشر شده است (۱۴، ۱۶). پژوهش دیگر کشوری در زمستان ۱۳۹۳ تحت عنوان "پیمایش ملی سلامت روان و سرمایه اجتماعی" انجام گرفته است که در حال داده‌پردازی است و امید است نتیجه آن برای صاحب نظران و برنامه‌ریزان نظام سلامت و نیز روانپزشکان و روانشناسان و دیگر دست‌اندرکاران کشور مفید واقع شود. از طرفی دیگر، خوشبختانه فرهنگستان علوم پزشکی نیز شاخص‌های رصد سلامت روان را طراحی و به وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی پیشنهاد داده است که انتظار می‌رود در برنامه ششم توسعه مواردی از شاخص‌های پیشنهادی پیمایشی به مرحله اجرا درآید.

ضرورت دارد برای مراکز حساسی که افراد آسیب‌پذیر (زنان، جوانان، سالمندان، کارکنان واحدهای بهداشتی درمانی) در آن‌ها حضور دارند، هرچند مدت یکبار به صورت دوره‌ای و مرتب آزمون غربالگری افسردگی و سپس مصاحبه بالینی با افراد در معرض خطر انجام شود و افراد بیمار تحت درمان قرار گیرند. در ضمن با انجام آموزش‌های لازم و فراهم نمودن تسهیلات رفاهی و پزشکی از بروز افسردگی جلوگیری شود.

منابع

۱. لغت نامه دهخدا. علی اکبر دهخدا. جلد ششم، انتشارات دانشگاه تهران، چاپ اول از دوره جدید، بهار ۱۳۷۳ - ص ۸۷۱۱.
۲. synopsis of psychiatry ninth edition- williams & wilkins 2003 . Mood disorders(15) . pp : 534-578
۳. The global Burden of disease (Summary) . Christophere J.L. Murray . Alan D.Lopes . 1996 World health Organization. pp : 4-22
۴. Integrating mental health into primary care, A global perspective, WHO, Wonca,2008
۵. Comprehensive Text book of psychiatry . Ninth edition . Benjamin J. Sadock & Virginia sadock . William & wilkin : 2009 . Volume I . Mood disorders (14) . pp : 1629-1822
۶. The World Health Report . 2001 . Mental Health : New Understanding New Hope . PP : 27 – 28
۷. داویدیان ه. میزان شیوع افسردگی‌ها در ایران . مجله نظام پزشکی، دوره یازدهم، شماره‌ی یک، ۱۳۷۰، ص ۱۴-۲۳.
۸. نوربالا، ا.ع. شاددل ف. بررسی شیوع افسردگی و ارتباط آن با شاخص‌های دموگرافیک دانش‌آموزان دبیرستان‌های تهران. مجله دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی تهران، شماره‌ی ۲ و ۳، ص ۶۹-۷۷.

۹. نوربالا، ا.ع، شاددل ف. طرح پژوهشی تعیین شیوع افسردگی در دانش آموزان دبیرستانی یزد. دانشگاه شاهد، ۱۳۷۴.
۱۰. نوربالا، ا.ع، قاسمی م، ملکی. طرح پژوهشی تعیین شیوع افسردگی در دانش آموزان دبیرستانی کرج. دانشگاه شاهد، ۱۳۷۵.
۱۱. نوربالا، ا.ع، احمدی بفرولی، نوگلی م. پایان نامه تعیین شیوع افسردگی در دانش آموزان دبیرستانی اردکان یزد. پایان نامه دکتری عمومی دانشگاه علوم پزشکی تهران (۱۳۷۸ - ۱۳۷۷).
12. Noorbala A , Bagheri yazdi SA , Yasamy MT , Mohammad K. Mental health survey of the adult population in IRAN. Br J Psychiatry 2004 ; 184, 70 –3.
۱۳. نوربالا، ا.ع، کاظم محمد و همکاران. بررسی وضعیت سلامت روان افراد ۱۵ سال و بالاتر در جمهوری اسلامی ایران در سال ۱۳۷۸. مجله پژوهشی حکیم، دوره پنجم، شماره ۱، بهار ۱۳۸۱، ص ۱-۱۰.
۱۴. نوربالا، ا.ع، کاظم محمد و همکاران. بررسی شیوع اختلال‌های روانپزشکی در شهر تهران. مجله پژوهشی حکیم، دوره دوم، شماره ۴، زمستان ۱۳۷۸، ص ۲۱۲-۲۲۳.
۱۵. کاویانی ح، احمدی ابهری ع و همکاران. شیوع اختلال‌های افسردگی در شهر تهران در سال ۱۳۷۹. مجله دانشکده پزشکی تهران. شماره ۵، ۱۳۸۱، ص ۳۹۳-۳۹۹.
۱۶. محمدی م، داویدیان ه، نوربالا ا.ع و همکاران. همه گیری شناسی اختلالات روانپزشکی در ایران در سال ۱۳۸۰. مجله پژوهشی حکیم دوره ۶، شماره ۱، بهار ۱۳۸۲، ص ۵۵-۵۶.
17. Sharifi V, Amin- Esmaeili M, Hajebi A, et al. Twelve-month Prevalence and Correlates of Psychiatric Disorders in Iran: The Iranian Mental Health Survey, 2011. Archives of Iranian Medicine 2015; 18, 74-84.
۱۸. دکتر احمد علی نوربالا، دکتر بهزاد دمازی، دکتر سهند ریاضی، بررسی شیوع اختلال‌های روانی در ایران، دومانه علمی پژوهشی دانشور پزشکی دانشگاه شاهد، شهریور ۱۳۹۳، سال ۲۱، شماره ۱۱۲، صفحه ۱-۱۰.
19. Meador K. et al. Religious affiliation and Major depression . Hospital and Community Psychiatry 1992 ; 43, 12 , 1204 – 8 .
20. Pressman P. et al . Religious Belief , Depression and Ambulation Status in Eldorly Women with Broken Hips. Am . jour of psychiatry , 147 : 6 , june 1990 : PP 738 – 60
21. Mirza I , jeankisR . Risk Factors , Prevalence , and treatment of Anxiety and depressive disorders in Pakistan , systematic review . BMJ 2004 : 328 : 794.
22. Bhagar D , Mastrogianni A . Globalization and mental disorders . Overview with relation to depression. Br J of Psychiatry 2004 : 184 : 10 – 20.
۲۳. علی پور، نوربالا ا.ع. مبانی سایکونوروایمونولوژی. انتشارات دانشگاه علوم پزشکی تهران، ۱۳۸۳، فصل یازدهم، ص ۱۳۹-۱۴۴.
۲۴. دکتر مهاجر م و همکاران. رتبه بندی رویدادهای استرس زای زندگی. مجله دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی - سال چهارم، شماره ۱ و ۲، ص ۳۳-۴۸.
25. Townsend M, Kladder V, Ayele H, Mulligan T. Systematic review of clinical trials examining the effects of religion on health. South Med J 2002;95:1429-34.
26. Mc Cullough ME , Larson DB. Religion and depression : a review of the literature. Twin Res 1999; 2 : 126 – 36.
۲۷. دکتر حاتمی ح و همکاران. کتاب جامع بهداشت عمومی، جلد سوم، فصل ۱۹، گفتار ۱۹، معنویت و سلامت، انتشارات ارجمند، ص ۲۳۷۵-۲۳۵۶.
۲۸. الذین آمنو و تطمئن قلوبهم بذكر الله الا بذكر الله تطمئن القلوب (قرآن کریم - سوره رعد : آیه ۲۸)
۲۹. و لنبلونکم بشيء من الخوف والجوع ونقص من الاموال و النفس و الثمرات و بشر الصابرين. (قرآن کریم - سوره بقره آیه ۱۵۵)
۳۰. الذین اذا اصابتهم مصیبه قالو انا لله و انا الیه راجعون (قرآن کریم - سوره بقره : آیه ۱۵۶)

۳۱. عسی ان تکرهوا شیئاً و هو خیر لکم و عسی ان تحبّوا شیئاً و هو شر لکم و الله یعلم و انتم لا تعلمون (قرآن کریم - سوره بقره آیه ۲۱۶)
۳۲. فان مع العسر یسرا . ان مع العسر یسرا (قرآن کریم - سوره انشراح : آیه ۶ و ۵)
۳۳. البلاء للولاء (حدیث نبوی)
۳۴. والله العزه و لرسوله و للمؤمنین (قرآن کریم - سوره منافقون : آیه ۸)
۳۵. و لا تهنوا و لا تحزنوا و انتم الاعلون ان کنتم مؤمنین (قرآن کریم - سوره آل عمران : آیه ۱۳۹)
۳۶. قل یا عبادى الذین اسرفوا علی انفسهم لا تقنطوا من رحمہ الله ان الله لا یغفر الذنوب جمیعاً انه هو الغفور الرحیم (قرآن کریم - سوره زمر: آیه ۵۳)
۳۷. و لا تائسوا من روح الله (قرآن کریم - سوره یوسف : آیه ۸۷)