

اختلالات عاطفی فصلی (تشخیص، پیشگیری و درمان)

دکتر غلامرضا رجیبی^۱

چکیده:

این مقاله به بررسی اختلال عاطفی فصلی که یکی از شایع‌ترین بیماری‌های روانی در فصول پاییز و زمستان و در موارد کمیاب در تابستان است، می‌پردازد. همچنین با استفاده از تازه‌ترین یافته‌های پژوهش، نقش متغیرهای سن، جنسیت و عرض جغرافیایی را مورد بحث و بررسی قرار می‌دهد. در این نوشتار، نشانه‌ها، مطالعات همه گیرشناسی، انواع مختلف اختلالات عاطفی فصلی، علل، روشهای پیشگیری و گزینه‌های درمانی و راهنماییها آمده است.

واژه‌های کلیدی: افسردگی، اختلال عاطفی فصلی، اختلال فصلی پاییزی، اختلال فصلی

زمستانی

ABSTRACT:

This article to investigation has been taken seasonal affective disorders that is one of the most current psychological diseases in fall and winter seasons and in rare cases in summer. Also, using of the most new of research findings, are descussed role of age, sex, and latitude variables. In this writing, symptoms, epidemiology studies. Seasonal affective disorder types, causal, prevention methods, and treatment options and guidelines are desccribed.

Key words: Depression, Seasonal affective disorders, Fall affective disorder, Winter affective disorder

مقدمه:

از زمانهای قدیم تغییرات فصلی در خلق و رفتار انسانها توجه پژوهشگران را به خود معطوف کرده است (کاسپر^۲، ۱۹۹۱). در قرن نوزدهم امیل کراپلین^۳ برتری را برای آغاز مانیا در فصل بهار و افسردگی را در فصل پاییز بیان کرد. روزنتال و همکاران^۱ (۱۹۸۴) اختلال

^۱ عضو هیات علمی دانشگاه شهید چمران اهواز

^۲-Kasper

^۳-Kraepelin

فصل بهار و افسردگی را در فصل پاییز بیان کرد. روزنتال و همکاران^۱ (۱۹۸۴) اختلال عاطفی فصلی^۲ را به عنوان بیماری عاطفی که فقط در فصل زمستان و از طریق فقدان نور خورشید راه‌اندازی می‌شود، شناسایی نمودند.

دوره‌های افسردگی یک مساله سلامتی عمومی اولیه و یکی از شایعترین حالات روانپزشکی در بیمارانی که توسط پزشکان خانواده دیده می‌شوند، با شیوع ۱/۷ درصد در جامعه عمومی است (کسلر و همکاران^۳، ۱۹۹۴). تعدادی از این اختلالات خاکی از الگوهای منظم فصلی پیروی می‌کنند. این الگوهای خلقی و فصلی، اختلالات عاطفی فصلی نامیده می‌شوند.

در پژوهش سال ۱۹۸۰ مؤسسه ملی سلامت روان (NIMH) برای بار نخست SAD را به عنوان یک فرم متمایز از افسردگی توصیف نمود. بنابراین، در پی این طبقه از اختلال، صدها پژوهش بالینی برای بررسی اختلال و مطالعه اثربخشی درمان‌های مختلف آن صورت گرفته است. انجمن روانپزشکی آمریکا^۴ (۱۹۸۷، به نقل از لاکت و کاسپر، ۱۹۹۹) SAD به عنوان یک فرم متمایز افسردگی، از طریق ایجاد یک طبقه جدید تحت عنوان اختلال عاطفی فصلی به عنوان یک تشخیص مجزا در راهنمای آماری و تشخیصی (DSM-III-R) که توسط متخصصان بهداشت روانی برای تشخیص اختلالات روانپزشکی استفاده می‌شود، تشخیص داد. راهنمای تشخیصی و آماری انجمن روانپزشکان آمریکا (DSM-IV، ۱۹۹۴) SAD به عنوان یک اختلال خلقی مجزا توصیف نکرد، بلکه آن را یک «تصریح کننده»^۵ الگوی فصلی دوره‌های افسردگی عمده بیان نمود، که می‌تواند در افسردگی عمده و اختلالات دوقطبی^۶ رخ دهد.

انواع الگوهای اختلالات فصلی

در زیر به اختصار دو الگوی اختلال فصلی را معرفی می‌کنیم:

^۱-Rosenthal, et al

^۲-Seasonal Affective Disorders

^۳-Kessler, et al

^۴-American Psychiatric Association

^۵-specifier

^۶-Bipolar disorders

۱- الگوی فصلی از نوع آغاز پاییزی. الگوی فصلی از نوع آغاز پاییزی به عنوان «افسردگی زمستانی»^۱ شناخته شده است که با دوره‌های افسردگی عمده در اواخر پاییز یا اوایل ماه‌های زمستان شروع می‌شود و در طی ماه‌های زمستان نشانه‌های آن فروکش می‌کند. نشانه‌ها و علائم بارز افسردگی زمستانی اینها هستند: ۱- تغییرات در عادات خوابیدن (خوابیدن زیاد در روزهای زمستانی، خستگی مدام و مشکلاتی در بیدار شدن صبح)، ۲- تغییرات در عادات خوردن (افزایش اشتها و علاقه به خوردن مواد غذایی حاوی کربوهیدراتها)، ۳- افزایش قابل توجه وزن، ۴- تحریک‌پذیری، ۵- مشکلات بین فردی (خصوصاً حساسیت در طرد شدن)، ۶- تغییرات در انرژی و انگیزش (دشواری در تمرکز حواس یا انجام تکالیف معمولی، خستگی، اجتناب از تعامل اجتماعی با دوستان، خانواده و همکاران و کاهش سایق جنسی)، ۷- تغییرات در خلق (بیقراری یا بی‌حسی، کاهش عزت نفس، احساس غمگینی، افسردگی و در موارد افراطی تفکرات خودکشی)، ۸- تغییرات در سلامتی (نشانه‌های شدیدتر قبل از قاعدگی) و ۹- فلج کند (احساس سنگینی و کند در بازوها و پاها) (DSM-IV, ۱۹۹۴) و ۲- الگوی فصلی از نوع آغاز بهاری.^۲ الگوی فصلی از نوع آغاز بهاری یک «افسردگی تابستانی» است که نشانه‌های آن با دوره افسردگی شدید در اواخر بهار تا اوایل تابستان ظاهر می‌شود و توسط نشانه‌های نباتی افسردگی مانند کاهش خواب، کاهش وزن و کاهش اشتها مشخص می‌شود (وهر و همکاران،^۳ ۱۹۹۱، به نقل از سعید و براس،^۴ ۱۹۹۸). بنابراین، تعدادی از انسانها با SAD دوره‌های خفیف یا شدید موقعیتی را در فصل بهار دارند. همچنین گروه کوچکی از انسانها از افسردگی تابستانی رنج می‌برند.

مطالعات اخیر دریافتند که اغلب دوره‌های SAD در اختلالات افسردگی یک قطبی عمده رخ می‌دهند، و کمترین مشارکت با دوره‌های هیپومانیک^۵ (اختلال دو قطبی، براساس DSM-IV, ۱۹۹۴) دارد و اما تا حدودی با دوره‌های مانیک همبسته‌اند (اورن^۶ و روزنتال، ۱۹۹۲، به

^۱-fall-onset type

^۲-spring-onset patter

^۳-Wehr, et al

^۴-Saeed & Bruce

^۵-hypomanic

^۶-Oren

نقل از سعید و براس، ۱۹۹۸). آلن، لام، ریمیک و سادونیک^۱ (۱۹۹۳) هماهنگ با یافته‌های پیشین دریافتند که نشانه‌های افسردگی نابهنجار مانند پر خوابی و کاهش وزن در بیماران SAD در مقایسه با بیماران غیرفصلی یافت می‌شود. پاندی، هاکست و گریدن^۲ (۱۹۹۲) نمره‌های فصلی بالا را در ۳۰ بیمار مبتلا به افسردگی تشخیص دادند و ۶۳ درصد نمره‌های فصلی در دامنه SAD بودند. همچنین، برعکس، ترمن و استیوارت^۳ (۱۹۹۳)، به نقل از لام، (۱۹۹۴) به نسبت‌های نشانه‌های بالا اصلی افسردگی نابهنجار (خلق واکنش پذیر و حساسیت به طرد شدن) در گروهی از بیماران SAD دست یافتند.

مطالعات همه گیرشناسی اختلالات عاطفی فصلی

سی میلیون آمریکایی از درجات متفاوت افسردگی فصلی ایجاد شده توسط تغییرات نور خورشید رنج می‌برند. در فصول پاییز و زمستان، میلیون‌ها آمریکایی به «غم و غصه‌های زمستانی» با نشانه‌هایی مانند انرژی پایین و خواب مفرط مبتلا می‌شوند. همچنین تعدادی از آنها به افسردگی شدید مبتلا می‌شوند. این تاثیرات توسط بدکارکردی ساعت بدنی ایجاد می‌شوند (مجله امروز آمریکا، ۱۹۹۴). در همین رابطه، کاسپر و همکاران (۱۹۸۹) دریافتند که ۴ تا ۶ درصد جامعه عمومی افسردگی زمستانی را تجربه می‌کنند و ۱۰ تا ۲۰ درصد دیگر ویژگی‌های نشانگان فرعی را دارند. اندرسون و واینر^۴ (۱۹۹۶) برآورد کردند که ۱۰ میلیون آمریکایی از SAD رنج می‌برند. آنها بیان نمودند که SAD با درجه پایین که گاهی «افسردگی زمستانی» نامیده می‌شود، بر ۲۵ میلیون انسان اثر می‌گذارد.

مطالعاتی با استفاده از روش شناسیهای متفاوت تاباندن نور در مورد شیوع SAD انجام شده است. بوکر و هیلکسون^۵ (۱۹۹۲) در آلاسکا مطالعه‌ای را با استفاده از پرسشنامه غربالگری انجام دادند و شیوع ۹/۲ درصد SAD برآورد نمودند. این یافته با مطالعات گزارش شده با استفاده از ملاک و ابزار یکسان در مناطق جغرافیایی پایین تر مشابه می‌باشد (روسن و

¹-Allen, Lam, Remick & Sadovnick

²-Pande, Haskett & Greden

³-Terman & Stewart

⁴-Anderson & Weiner

⁵-Booker & Hellekson

همکاران^۱، (۱۹۹۰). ویلیامز و اشمیت^۲ (۱۹۹۳) دریافتند که ۲۰ درصد بیماران درمان شده برای عود افسردگی در مرکز سلامت روان شمال کانادا (۵۴ تا ۶۰ درجه عرض جغرافیایی) حائز شرایط ملاک عملیاتی برازننده‌ای برای افسردگی زمستانی بودند. همچنین آنها بیان نمودند که این درصد، بالاتر از داده‌های گزارش شده در مناطق جغرافیایی پایین نمی‌باشد. فادا و همکاران^۳ (۱۹۹۳) دریافتند که ۹/۷ درصد بیماران با اختلالات خلقی، مبتلا به الگوی بازگشت فصلی بودند. یک مطالعه همه گیرشناسی طولی بر روی بزرگسالان در شهر زوریخ دریافت که ۱۰/۴ درصد نمونه مورد بررسی مبتلا به SAD هستند.

اوزاکی، اونو^۴ و روزنتال (۱۹۹۵) و روسن و همکاران (۱۹۹۰) در پژوهشهای جداگانه‌ای دریافتند که شیوع SAD در جامعه آمریکای شمالی ۱/۴ تا ۹/۷ درصد، در جامعه اروپایی ۱/۳ تا ۳ درصد و در جامعه آسیایی صفر تا ۰/۹ درصد می‌باشد. بنابراین، تفاوت‌های به دست آمده ممکن است مربوط به طرح‌های پژوهشی متفاوت، روش‌های اندازه‌گیری، وضعیت اجتماعی-اقتصادی و فرهنگی و منطقه جغرافیایی باشد. جانسون و سومرس^۵ (۱۹۹۴) دریافتند که شیوع SAD در ایالات متحده آمریکا با افزایش منطقه جغرافیایی افزایش می‌یابد و دامنه‌ای از ۱/۴ درصد در فلوریدا تا ۹/۷ درصد در نیمکره جدید می‌باشد.

در زیر به اختصار رابطه اختلالات عاطفی فصلی را با تعدادی از متغیرها مانند سن، جنسیت و مناطق جغرافیایی مورد بررسی قرار می‌دهیم.

۱- اختلالات عاطفی فصلی و سن

بوکر و هیلکسون (۱۹۹۲) و هیگدی و وودسون^۶ (۱۹۹۶) دریافتند که SAD با سن افزایش می‌یابد. لاکت^۷ و کاسپر (۱۹۹۹) در مطالعه‌ای دریافتند که نمره فصلی با افزایش سن کاهش می‌یابد. کاسپر و همکاران (۱۹۸۹) بیان کردند که نمره فصلی به طور معنی داری با سن زنان و

^۱-Rosen, et al

^۲-Williams & Schmidt

^۳-Faedda, et al

^۴-Ozaki & Ono

^۵-Johnson & Sommers

^۶-Hegde & Woodson

^۷-Lucht

نه با سن مردان، کاهش می‌یابد. به همین ترتیب، راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی انجمن روانپزشکی آمریکا (DSM-IV، ۱۹۹۴) بیان نمود که خطر SAD با سن کاهش می‌یابد. سیدو و همکاران^۱ (۱۹۹۵) در مطالعه مقدماتی بر روی کودکان SAD به شیوع بین ۱/۷ تا ۵/۵ درصد در کودکان بین سنین ۹ و ۱۹ ساله دست یافتند. اورن و روزنتال (۱۹۹۲)، به نقل از سعید و براس، (۱۹۹۸) سن متوسط شروع SAD را تقریباً ۲۳ سالگی بیان می‌کنند. در سایت فرآورده‌های نور درمانی (۱۹۹۵) شایع‌ترین سن شروع اختلالات عاطفی فصلی را ۲۰ سالگی مطرح می‌کند، اما همچنین بیان می‌کنند که این اختلال در سنین دیگر مانند دوره بلوغ، میانسالی و پیری دیده می‌شود. جانسون و سومرس (۱۹۹۴) دریافتند که بیماری SAD در زنان در دهه سوم (۳۰ سالگی) زندگی آغاز می‌شود. همچنین آنها بیان نمودند که این اختلال عاطفی نیز در کودکان با نشانه‌های تحریک‌پذیری، دشواری در به خوابیدن، مشکلاتی در مدرسه به ویژه در فصول پاییز و زمستان همراه است. ویرز-جاستیک و همکاران^۲ (۱۹۸۶) و تامپسون و ایساکس^۳ (۱۹۸۸) سن شروع SAD بین ۲۴ تا ۲۷ سالگی بیان نمودند.

۲- اختلالات عاطفی فصلی و جنسیت

واتکینس^۴ (۲۰۰۱) بیان می‌کند که در حدود ۷۰ تا ۸۰ درصد انسانهای با SAD زنان هستند. فرانکلین^۵ (۲۰۰۲) گزارش کرد که زنان بیشتر از مردان با اختلال عاطفی فصلی تشخیص داده می‌شوند. همچنین او دریافت که تفاوت‌های آماری بین زنان شاغل و غیرشاغل در مورد SAD دیده نمی‌شود، اما زنان نسبت‌های بالاتری از افسردگی عمده را داشتند. در مطالعه‌ای آوزدن و روزنتال (۱۹۹۲)، به نقل از سعید و براس، (۱۹۹۸) دریافتند که زنان چهار بار بیشتر از مردان مبتلا به SAD می‌شوند. جانسون و سومرس (۱۹۹۴) گزارش کردند که اغلب (۷۵ تا ۸۰ درصد) کسانی که از SAD رنج می‌برند زنان هستند.

¹-Swedo, et al

²-Wirz-Justic, et al

³-Thompson & Isaacs

⁴-Watkins

⁵-Franklin

ویرز-جاستیک و همکاران (۱۹۸۶)، تامپسون و ایاس (۱۹۸۸) و کاسپر و نیومیستر^۱ (۱۹۹۴) دریافتند که نسبت‌های جنسیتی SAD برای زنان و مردان بین ۱:۲/۷ و ۱:۹ می‌باشد. کاسپر و همکاران (۱۹۸۹) نسبت جنسیتی (زنان و مردان) در مطالعه همه‌گیرشناسی تغییرات فصلی در جمعیت عمومی ۱:۳/۵ بیان کردند. در مطالعاتی ارنست و آنگست^۲ (۱۹۹۲) و یانگ و همکاران^۳ (۱۹۹۰) دریافتند که تفاوت‌های جنسیتی در نشانه‌شناسی SAD وجود ندارد (مثلاً، برای افسردگی‌های یک قطبی فصلی، افزایش اشتها و افزایش وزن به عنوان نشانه‌های غیرمعمول در زنان شایع‌تر است).

در مطالعاتی به چند پارامتر اجتماعی در رابطه با تفاوت‌های جنسیتی در افسردگی دست یافتند. پیگل^۴ (۱۹۹۱) دریافت که خطر ابتلا به افسردگی در زنان بیوه و جدا شده و مردان مجرد افزایش می‌یابد. همچنین دوره افسردگی در زنان و مردان متفاوت می‌باشد. لاکت و کاسپر (۱۹۹۹) در مطالعه‌ای دریافتند که تفاوت‌های جنسیتی در نمره فصلی وجود ندارد. آنها نشان دادند که زنان نسبت به مردان در شرایط آب و هوایی بد مانند مرطوب، ابری و گرفته، نمناک و روزهای کوتاه تخریب خلق بیشتری داشتند.

۳- اختلالات عاطفی فصلی و عرض جغرافیایی

لیویت، آنتونی و همکاران^۵ (۲۰۰۰) در مطالعه‌ای دریافتند که شیوع SAD در فصول مختلف به طور معنی‌داری متفاوت است. بالاترین شیوع آزمودنی‌های مصاحبه شده در فصل پاییز ۹/۳ درصد و پایین‌ترین شیوع آنها در فصل تابستان ۲/۸ درصد و در فصل بهار ۵/۳ درصد است. به طور کلی، شیوع SAD ۳/۹ درصد بود که کمتر از مطالعات پیشین آمریکای شمالی می‌باشد. بنابراین، شیوع SAD در مطالعه فوق به طور معنی‌داری بالاتر از مطالعه گزارش شده توسط بلازر، کیسلر و شوارتز^۶ (۱۹۹۸) (۳ درصد افسردگی عمده و ۴ درصد افسردگی خفیف).

¹-Neumeister

²-Ernst & Angst

³-Young, et al

⁴-Paykel

⁵-Levitt, Anthony, et al

⁶-Blazer, Kessler & Swartz

پژوهشهای اخیر در سوئد دریافتند که SAD با منطقه جغرافیایی همبسته نمی‌باشد. پروفیسور وتربرگ^۱ پژوهشگر موسسه بین المللی نوردرمانی استهکلم می‌گوید که اغلب انسانها براین باورند افرادی که در شمالی‌ترین منطقه جغرافیایی کره زمین زندگی می‌کنند، از افسردگی زمستانی رنج می‌برند. دو مطالعه اخیر دریافتند انسانهایی که در ایسلند زندگی می‌کنند نسبت به انسانهایی که به مناطق جغرافیایی پایین مهاجرت کرده‌اند، از افسردگی زمستانی بیشتری در عذاب نبودند. در حقیقت، انسانهای مقیم ایسلند نسبت به انسانهای سوئدی و نروژی کمتر مستعد SAD هستند.

جانسون و سومرس (۱۹۹۴) بیان کردند که منطقه جغرافیایی، آب و هوای طوفانی و ابیری در افسردگیهای زمستانی و تحریک SAD در بعضی از قسمتهای کشور، به ویژه ناحیه دریاچه‌ای مشارکت دارند. انسانهایی که در شمال غربی و جنوبی شرقی زندگی می‌کنند در زمستان نسبت به ایالات شمالی دو برابر بیشتر نورخورشید دارند. روزنتال (۱۹۹۳) گفت که آستانه نور که افسردگی را برای انسانها فرامی‌خواند، متغیر است. او بیان کرد که یک فرد ممکن است SAD در ایالت مریلند و نه در ایالت فلوریدا گسترش دهد. کون رادسن^۲ (۱۹۹۵) در یک مطالعه مقدماتی دریافت که نشانه‌های مربوط به SAD با تغییر فصلی در شمال نروژ (۶۶ تا ۷۰ درجه عرض جغرافیایی) نسبت به میانه نروژ (۶۲ تا ۶۵ درجه عرض جغرافیایی) و جنوب نروژ (۵۸ تا ۶۱ درجه عرض جغرافیایی) بالاتر است، اما بین میانه و جنوب نروژ تفاوت دیده نشد. همچنین نمره‌های فصلی به طور نظامدار براساس عرض جغرافیایی از ۶۲ درجه عرض جغرافیایی و بالاتر افزایش یافت، در حالیکه بین ۵۸ و ۶۲ درجه عرض جغرافیایی چنین الگوی نظامداری یافت نشد. واتکینس (۲۰۰۱) بیان کرد که شیوع SAD با افزایش عرض جغرافیایی تا یک نقطه افزایش می‌یابد. به عبارت دیگر، انسانهایی که در ناحیه‌هایی دور از قطب زندگی می‌کنند نسبت به انسانهایی که در نواحی نزدیک قطب هستند، بیشتر به SAD مبتلا می‌شوند.

^۱-Wetterberg

^۲-Konradsen

علل احتمالی اختلالات عاطفی فصلی

دیده شده است که اختلالات تیروئید با اختلال عاطفی فصلی و غیرفصلی مرتبط است. ریتیر^۱ (۱۹۹۲) دریافت که برافراشتگیهای TSHV با پرکاری تیروئید در بیماران SAD در ارتباط می‌باشد. همچنین اوبیان می‌کند که کاهش کارکرد تیروئید در فصل زمستان بیشتر در زنان یافت می‌شود. در مطالعه‌ای نیومیستر و همکاران (۱۹۹۷) دریافتند که کاهش تریپتوفان برای تحریک و برانگیختن نشانه افسردگی کافی نمی‌باشد، اما آنها بیان می‌کنند که بدکارکردی فعالیت سرتونریک نقش اولیه را برعهده ندارد، و نقش مستقیم بر بیماری‌زایی (پاتورژنیک) افسردگی زمستانی است. براساس یافته‌ها نور روشن می‌تواند بر الگوهای خواب که بر ساعت زیستی درونی اثر دارند، تاثیر بگذارد، و نور نسبی در تابستان و زمستان می‌تواند بر سطوح انرژی انسان اثرگذار باشد. بنابراین، نورهای روشن به ویژه نور روشن روز به فرایند بدنی انسان کمک می‌نماید که بهتر غذا بخورد و ویتامین D3 که برای استفاده مؤثر کلسیم و پتاسیم در بدن مهم است، افزایش می‌دهد. همچنین نورخورشید آنزیمی را در پوست فعال می‌سازد که پلیمر دوپا (آمینو اسید) ملانین^۲ را تولید می‌کند. وظیفه ملانین رنگ‌آمیزی (ایجاد تاریکی) و محافظت پوست از اشعه نورخورشید است. بنابراین، قرار گرفتن پوست در معرض نورخورشید به تولید سریع کمیتهای کوچک ملانین منجر می‌شود. از این رو، میزان نوری که روزانه شخص دریافت می‌کند و تغییرات در کاهش طلوع و غروب ساعات روشنایی در فصل پاییز و زمستان می‌تواند اختلال عاطفی فصلی را ایجاد کند. در واقع، پژوهشگران فرض می‌کنند که اگرچه بدن ریتمهای روزانه طبیعی دارد، اما آنها کاملاً دقیق نیستند و آنها بر شدت نورخورشید برای فراهم کردن نشانه‌های سازگاری تاکید دارند. از این رو، خاستگاه این نشانه‌ها در شبکه^۳ چشم است که یک مسیر را به هسته فوق کیاسمایی^۴ متصل می‌سازد، و سیگنالهایی که بر روی پرده شبکه می‌افتند از طریق عصب بینایی به میان مغز^۵ ارسال می‌شوند و تعدادی از تغییرات شیمیایی را تنظیم می‌کند. این تغییرات شامل موارد زیر می‌باشند: ۱-

^۱-Raitier

^۲-melanin

^۳-retina

^۴-suprachiasmatic

^۵-midbrain

افزایش ترشح انتقال‌دهنده عصبی^۱ سرتونین (این مواد شیمیایی برای حس بهزیستی، انرژی، خلق و اشتها ضروری است). مطالعات جدید دریافتند که جریان خون در مغز و نه نورونهای راههای بینایی ممکن است میانجی بین ساعت زیستی باشد (واتکینس، ۲۰۰۱). به همین ترتیب، واسیل و همکاران^۲ (۱۹۹۷) در مطالعه‌ای دریافتند که افزایش جریان خون مغز با بهبودی افسردگی در بیماران SAD مرتبط است و ۲-تنظیم و فرونشانی هورمون ملاتونین (یک عامل موثر در تنظیم الگوهای خواب طبیعی است، که در دوره‌های تاریکی ترشح می‌شود). (فراورده‌های نوردرمانی، ۱۹۹۵).

معلوم شده است که مراکز عصبی در مغزمان کنترل‌کننده ریتمهای روزانه و خلقیاتمان هستند که توسط میزان نوری که به چشمها وارد می‌شوند، تحریک می‌شوند. در هنگام شب، غده صنوبری^۳ (به عنوان ساعت درونی بدن) ماده ملاتونین^۴ را که در خواب آلودگی مؤثر است، تولید می‌کند. اوج تولید آن در شب و بین ساعات ۳-۲ نیمه شب است. در ماههای زمستان وقتی شبها طولانی‌تر می‌شوند و شدت نور در روز کمتر است، ملاتونین توسط مغز بیشتر راه اندازی می‌شود، و یک کندی را در کنش‌وری کلی ایجاد می‌کند. بنابراین، نور صبحگاهی منجر به توقف ملاتونین می‌شود. اما روزهای کند زمستانی، به ویژه در خانه نور کافی برای راه‌اندازی فرایند بیدارشدن دریافت نمی‌شود (outside in، ۲۰۰۲؛ روزنتال، ۱۹۹۳). در حقیقت، SAD می‌تواند به عنوان یک اختلال مجزا یا ممکن است در ارتباط با اختلال خلقی موجود یا بیماری مزمن تجربه شود. گرایش به سمت SAD می‌تواند توسط تعدادی از عوامل مانند کاهش طول روز، زندگی در منطقه شمالی، الگوهای آب و هوایی اخیر، تاریخچه خانوادگی SAD، کار در یک اداره فاقد پنجره، بیماری اخیر و فشارهای روانی عمومی زندگی تحت تاثیر قرار گیرد (فراورده‌های نوردرمانی، ۱۹۹۵).

^۱-neurotransmitter

^۲-Vasile

^۳-Pineal gland

^۴-melatonin

پیشگیری، گزینه‌های درمانی و راهنمایها

امروزه هزینه‌های زیادی صرف درمان و بهبودی انواع بیماریهای روانی به ویژه اختلالات عاطفی فصلی توسط خانواده‌ها و دولت می‌شود. بنابراین بر مسئولین ذیربط واجب است که با کمترین هزینه روشهای پیشگیرانه را در کلیه سطوح جامعه به صورت کلان فراهم نمایند تا افراد جامعه بتوانند در فصول مختلف سال حداکثر کارایی را در زمینه‌های مختلف حرفه‌ای داشته باشند. درحقیقت، هم برای افراد جامعه از هر سنخ و نوعی و هم برای دولت پیشگیری بهتر از درمان است. امروزه، دولت‌ها با استفاده از رسانه‌ها و مراکز خبری می‌توانند در پیشگیری از بسیاری از بیماریها جلوگیری کنند. پیشگیریهایی که در اینجا مطرح می‌شوند: پیشگیری از نوع اول (شناسایی عوامل کلان‌ساز اختلال)، پیشگیری نوع دوم (درمان زودرس و به موقع) و پیشگیری نوع سوم (درمانهای معمولی برای نشانه‌های مزمن) است. در این مقاله می‌توان چند توصیه ساده پیشگیرانه که توسط پژوهشگران در زمینه مصون ماندن از اختلالات عاطفی فصلی مطرح شده‌اند، به صورت زیر بیان نمود: ۱- روشن کردن لامپها در خانه و محل کار اعم از اداره و مغازه. ۲- نصب لامپهایی با نور روشتتر. ۳- نقاشی در و دیوارها با رنگ روشتتر. ۴- قرارگرفتن در روبروی پنجره در خانه، محل کار و غیره. ۵- تنظیم زمان خواب و بیداری. ۶- ذخیره‌سازی انرژی از طریق تنظیم زمان معقول و اجتناب از فشارروانی (ساده زندگی کردن). ۷- به تاخیر انداختن تغییرات زندگی تا فصل بهار و تابستان. ۸- پوشیدن لباس برای ذخیره‌سازی انرژی و گرمی. ۹- ترتیب یک مسافرت زمستانی به مناطق گرم و خورشیدی. ۱۰- انجام فعالیتهای فیزیکی (قدم زدن بعد از نهار و شام). ۱۱- خوردن مقداری گوشت و مایعات از جمله پرتقال. ۱۲- انجام فعالیتهای مزاح‌آمیز و فکاهی (به سبک شدن احساسهای پوچی و تنهایی منجر می‌شود). (سازمان ملی برای اختلال عاطفی فصلی، ۱۹۹۵؛ روزنتال، ۱۹۹۴).

اگرچه نوردرمانی به طوریکه‌آی برای دوره‌های افسردگی زمستانی کارآمد است، اما برای برنامه‌ریزی درمان بیمارانی با SAD باید به همه گزینه‌های درمانی موجود ازجمله درمانهای بدنی و روانی - اجتماعی توجه نمود (سعید و براس، ۱۹۹۸). اخیراً آژانس سیاست‌گذاری و تحقیقات مراقبت سلامتی^۱ (AHCPR) راهنمایهای عملی را برای مراقبت اولیه افسردگی، منجمله درمان افسردگی فصلی توصیه کرده است. براساس این راهنمایها، استفاده از نوردرمانی باید فقط در بیمارانی با دوره‌های افسردگی فصلی، بدون روانپریشی، زمستانی

¹-The Agency for Health Care Policy and Research

(اختلال افسردگی عمده) و اختلال دو قطبی یا دوره‌های افسردگی فصلی خفیف‌تر ملاحظه شود. همچنین توصیه شده است که پزشکان ناآشنا به نوردرمانی با کارشناسی مشاوره نمایند که در کاربرد آن مجرب و آموزش دیده باشند. همچنین پزشکی که قصد استفاده از این روش درمانی را دارد باید به شش شرط زیر توجه نماید: ۱) بیمار قصد خودکشی نداشته باشد. ۲) دلایل پزشکی برای اجتناب از مصرف داروهای ضدافسردگی داشته باشد. ۳) بیمار تاریخچه‌ای از پاسخ مطلوب به نوردرمانی را داشته باشد. ۴) بیمار تاریخچه‌ای از تأثیرات منفی نوردرمانی را نداشته باشد. ۵) بیمار درخواست نوردرمانی کند. همچنین نوردرمانی دومین گزینه درمانی برای بیمارانی است که به داروها پاسخ نمی‌دهند.

درمانگران نوردرمانی در درمان افراد مبتلا به اختلالات عاطفی فصلی به سه مؤلفه توجه می‌کنند: ۱- شدت نور. روشنایی شدت نور خانگی بین lux - ۲۰۰ و ۱۰۰۰ است. حتی در روزهای ابری، روشنایی نور خورشید در طی ظهر حداقل ۱۰ بار بیشتر از نور خانگی می‌باشد، و حداقل شدت روشنایی در طی ظهر lux - ۲۵۰۰ و به طور طبیعی lux - ۱۰,۰۰۰ است. ۲- طولهای موج. اغلب نورهای مصنوعی طول موجهایی با طیف نور قابل رویت (مرئی) دارند. نور قابل رویت در طول موجهای پرتو انرژی (مترها) به عنوان nm، از دامنه‌ای از ۴۰۰ nm تا ۷۰۰ nm اندازه‌گیری می‌شوند. لامپهای روشنایی دامنه طول موج از ۳۰۰ nm تا بیش از ۶۰۰ nm دارند. لامپهای فلوروسنت دامنه‌ای از ۳۰۰ nm تا ۷۰۰ nm در انتهای بالایی دارند. از سوی دیگر، نور طبیعی طول موجهای پایین تر و بالاتر دارد. این نور «نامرئی» در انتهای بالا اشعه مادون قرمز و در انتهای پایین اشعه ماوراءبنفش (UV) است. بنابراین، UV است که از طریق چشم یا تحریک غده صنوبری تولید سرتونین و ملاتونین را افزایش می‌دهد. ۳- زمانبندی. در مناطق معتدل به ویژه اشعه UV بین ماههای آوریل و اکتبر موجود است. چند یافته نشان دادند که نور صبحگاهی می‌تواند مهمترین عامل بهبودی SAD باشد. میزان مواجهه با نور از فردی به فرد دیگر متغیر است (همیلیچ، ۲۰۰۲).

درمانها برای «افسردگی زمستانی و افسردگی تابستانی» متفاوتند و ممکن است شامل یکی

یا ترکیبی از درمانهای زیر باشد: ۱- نوردرمانی، ۲- دارودرمانی و ۳- درمان روانشناختی

۱- نوردرمانی: نوردرمانی با یک جعبه نور lux - ۱۰,۰۰۰ که در یک حالت شیب روبه پایین به سمت بیمار هدایت می‌شود، انجام می‌گیرد. چشمهای بیمار باید در طول جلسه درمان باز باشد اما خیره شدن به منبع نور نه لازم و نه توصیه می‌شود. بیمار باید درمان را در روز با ۱۰ تا ۱۵ دقیقه آغاز نماید، و بتدریج مدت جلسات را به ۳۰ تا ۴۵ دقیقه افزایش دهد. بنابراین،

اگر نشانه‌ها بدتر شدند جلسات را می‌توان به دو بار در روز افزایش داد. مدت زمان معمول در روز حداکثر ۹۰ دقیقه می‌باشد. همچنین اگر تاثیرات شدید نباشند دلیلی برای محدود کردن مدت جلسات وجود ندارد (روزنسال، ۱۹۹۴). هیچ موقعی از روز برای نوردرمانی بهینه نمی‌باشد. تعدادی از مطالعات سودمندی جلسات صبح را گزارش می‌دهند (ساک و همکاران^۱، ۱۹۹۰) و مطالعات دیگر به تفاوت‌های معنی‌دار بین زمان‌های اجراء دست نیافتند (ویرزجاستیک و همکاران، ۱۹۹۳).

تعدادی از بیماران به نوردرمانی زود پاسخ می‌دهند (۲ تا ۴ روز). بنابراین، فقدان پاسخ مناسب به درمان در هفته اول را نباید به عنوان درمان ناموفق بیان نمود. یافته‌ها بیان می‌کنند که اگر درمان در مدت‌های طولانی منجر به پاسخ بهبودی نشد و اگر بیمار دوباره نشانه‌های بالینی بدخیم را نشان داد (در ۴ تا ۶ هفته)، برنامه درمانی را باید دوباره ارزیابی کرد (بایر و همکاران^۲، ۱۹۹۱).

۲- دارودرمانی: اگرچه داده‌ها برای درمان دارویی SAD محدوداند، تعدادی از مطالعات به اثربخشی درمان دارویی در اختلالات خلقی دست یافته‌اند، اما هیچ یک از آنها تغییرات فصلی را منفک ننمودند، و استفاده از درمان دارویی ضدافسردگی را حمایت می‌کنند (آزانس سیاست‌گذاری و پژوهش برای مراقبت سلامتی و فعالیت‌های عملی بالینی، ۱۹۹۳).

در مطالعاتی برای درمان SAD از داروهای ضدافسردگی و غیرافسردگی استفاده شد. تعدادی از این مطالعات شامل گروه کنترل دارونما^۳ بودند. در کوشش‌های کنترل شده داروهای مانند Fluoxetine، Propranolol، defenfluramine و اثربخش یافتند (تام، لام و لیویت^۴، ۱۹۹۵). همچنین کوشش‌های باز نتایج مطلوبی را با داروهای bupropion، moclobemide و tranlycycbomine گرفتند (پارتون و لانگویت^۵، ۱۹۹۶؛ دیل سیور و جیکل^۶، ۱۹۹۰؛ دیل سیور، کوامار و مدیکو^۷، ۱۹۹۲).

^۱-Sack, et al

^۲-Bauer, et al

^۳-placebo

^۴-Tom, Lam & Levitt

^۵-Parton & Lonnqvist

^۶-Dilsaver & Jaeckle

^۷-Qamar & Medico

۳- درمانهای دیگر: یافته‌های بسیار قوی اثربخشی درمان با شوک برقی (ECT) (انجمن روانپزشکی آمریکا، ۱۹۹۰)، دو فرم از روان‌درمانی (روان‌درمانی میان فردی و درمان‌شناختی) مارکوویتز و ویسمن^۱، هولون، شلتون و داویس^۲، ۱۹۹۳، به نقل از سعید و براس، ۱۹۹۸) و ترکیب روان‌درمانی و درمان بدنی در درمان افسردگی حمایت می‌کنند.

منابع:

References:

1. Agency for Health Care policy and Research Clinical practice Guidelines. (1993). Depression in primary care. Rockville, M. D: us. Department of health and Human Services.
2. Allen, J. M., Lam, R. W., Remick, R. A., Sadvnick, A. D. (1993). Depression symptoms and family history in seasonal and nonseasonal mood disorders. *American Journal Psychiatry*, 150, 443-448.
3. American Psychiatric Association. (1987). Diagnostic and statistical of mental disorders. 3th ed. Washington D. C. In Lucht, M. J. Kasper, S. (1999). Gender differences in seasonal affective disorder (SAD). *Archives of Womens Mental Health*, 2, 83-89.
4. American Psychiatric Association (1990). The practice of electroconvulsive therapy: recommendations for treatment, training and privileging. A task force report of the American Psychiatric Association. Washington, D. C: American Psychiatric Association.
5. American Psychiatric Association. (1994). Diagnostic and statistical manual disorders. 4th ed. Washington, D. C. American Psychiatric Association, 317-391.
6. Anderson, J. L., Weiner, G. I. (1996). Seasonal depression. *Harvard Health Letter*, Vol.21, Issue 4, P7.2p.
7. Bauer, M. S., Kurtz, J., et al. (1991). Mood and behavioral effects of four-week light treatment in winter depressive and controls. Presented at the third annual meeting of the society for Light Treatment and Biological Rhythm, Toronto, Ontario, Canada.
8. Blazer, D. G., Kessler, R. C., Swartz, M. S. (1998). Epidemiology of recurrent major and minor depression with a seasonal pattern. The national comorbidity survey. *British Journal Psychiatry*, 172, 164-167.
9. Booker, J. M., Hellekson, C. J. (1992). Prevalence of seasonal affective disorder in Alaska. *American General Psychiatry*, 149, 1176-1182.
10. Bright light fights winter blues. (1994). *USA Today Magazine*, Vol.122 issue 2585, p15.2p. Available is in www.google.com.
11. Dilsaver, S. C., Jaeckle, R. S. (1990). Winter depression responds to an open trial of tranylcypromine. *Journal Psychiatry*, 51, 326-329.
12. Dilsaver, S. C., Kumar, A. B., Del Medico, V. J. (1992). The efficacy of bupropion in winter depression: results of an open trial. *Journal Clinical Psychiatry*, 53, 252-255.
13. Ernast, C., Angest, J. (1992). The Zurich study XII. Sex differences in depression. Evidence from longitudinal epidemiological data. *European Archives Psychiatry Clinical Neurosel*, 241, 222-230.
14. Faecdda, G. L., Tondo, L., et al. (1993). Seasonal mood disorders. Patterns of seasonal recurrence in mania and depression. *Archives General Psychiatry*, 50, 17-23.
15. Franklin, D. J. (2002). Seasonal affective disorder. Available is in [www. Google.com](http://www.Google.com).
16. Hegde, A. L., Woodson, H. (1996). Prevalance of seasonal changes in mood and behavior during the winter months in central Texas. *Psychiatry Research*, 62, 265-271.
17. Heimlich, J. E. (2002). Seasonal affective disorder. Available is in www.google.com.

¹-Markowitz & Weissman

²-Hollon, Shelton & Davis

18. Hollon, S. D., Shelton R. C., Davis, D. D. (1993). Cognitive therapy for depression: conceptual issues and clinical efficacy. *Journal Consulting Clinical Psychology*, 61, 270-275. In Saeed, S. A., Bruce, T. J. (1998). *Seasonal Affective Disorder*. American Academy of Family Physicians.
19. Jackson, B., Westenberg, B. (1997). Seasonal affective disorder. *Braib and Behavior*, 355. Available is in www.google.com.
20. Johnson, R., Somers, S. (1994). Shed light on seasonal affective disorder. Available is in www.google.com.
21. Kasper, S. (1991). *Jahreszeit und Befindlichkeit in der Allgemeinbevölkerung. Eine mehrbenenuntersuchung zur epidemiologie, biologie und therapeutischen Beeinflussbarkeit (lichttherapie) saisonaler befindlichkeitsschwankungen*. monographien aus dem gesamtgebiet der psychiatrie, Bd. 66. Springer, Berlin Heidelberg New York Tokyo. In Lucht, M. J. Kasper, S. (1999). Gender differences in seasonal affective disorder (SAD). *Archives of Womens Mental Health*, 2, 83-89.
22. Kasper, S., Neumeister, A. (1994). Epidemiology of seasonal affective disorders (SAD) and its subsyndroml form (S-SAD). In Lucht, M. J. Kasper, S. (1999). Gender differences in seasonal affective disorder (SAD). *Archives of Womens Mental Health*, 2, 83-89.
23. Kasper, S., Wehr, T. A., Bartko, J. J., Gaist, P. A., Rosenthal, N. E. (1989). Epidemiological findings of seasonal changes in mood and behavior. *Archives General Psychiatry*, 46, 823-833.
24. Kessler, R. C., McGonagle, K. A., Zhao, S., Nelson C. B., Hughes, M., Eshleman, S., et al. (1994). Lifetime and 12-month prevalence of DSM-R psuchiatric disorders in united ststes. *Archives General Psychiatry*, 51, 8-19.
25. Konrasden, H. (1995). Seasonal affective disorder (SAD): Latitudinal variation. In Jackson, B., Westenberg, B. (1997). *Seasonal affective disorder*. Braib and Behavior, 355. Available is in www.google.com.
26. Levitt, A. J., Boyle, M. H., Joffe, R. T., Bauml, Z. (2000). Estimated prevalence of the seasonal subtype of magor depression in a Canadian community sample. *Canadian Journal of Psychiatry*, Vol. 45, Issue 7.
27. Light therapy products. (1995). 6125 Ives Lane North Plymouth, Minnesota 55442. Available is in www.google.com.
28. Lucht, M. J. Kasper, S. (1999). Gender differences in seasonal affective disorder (SAD). *Archives of Womens Mental Health*, 2, 83-89.
29. Markowitz, J. C., Wwissman, M. M. (1995). Interpersonal psychotherapy. In Beckham, E. E., Leber, W. R. eds. *Handbook of depression*. 2d ed. New York: Guilford, 376-390. In Saeed, S. A., Bruce, T. J. (1998). *Seasonal Affective Disorder*. American Academy of Family Physicians.
30. National Organization for seasonal affective disorder (NOSAD). (2002). *Seasonal affective disorder*. Available is in www.google.com.
31. Neumeister, T., Praschak-Rieder, N., Hesslermann, B., Vitouch, O., Rouh, M., Barock, A., Kasper, S. (1997). Rapid tryptohan in drug-free depressed patients with seasonal affective disorder. *American Journal Psychiatry*, 154 (8), 1153-1155.
32. Oren, D. A., Rosenthal, N. E. Seasonal affective disorders (1992). In Paykel, E. S, ed. *Handbook of affective disorders*. 2d ed. London: Churchill Livingstone, 551-567. In Saeed, S. A., Bruce, T. J. (1998). *Seasonal Affective Disorder*. American Academy of Family Physicians.
33. Ozaki, N., Ono, Y., Rosenthal, N. E. (1996). Prevalance of seasonal difficulties in mood and behavior amonge Japanese civil servants. *American Journal Psychiatry*, 152, 1225-1227.
34. Pande, A.c., Haskett, R. F., Greden, J. F. (1992). Seasonal in atypical depression. *Biological Psychiatry*, 31, 965-967.
35. Partonen, T., Lonqvist, J. (1996). Moclobemid and Fluoxetine in treatment of seasonal disorder. *Journal Affective Disorder*, 41, 93-99.
36. Paykel, E. S. (1991). Depression in woman. *British Journal Psychology*, 158, 22-29.
37. Raitere, M. N. (1992). Clinical evidence for thyroid dysfunction in Patients with seasonal affective disorder. *Psychoneuroendocrinology*, 17, 231-241.
38. Rosen, L. N., Targum, S. D., et al. (1990). Prevalence of seasonal affective disorder at for latitudes. *Psychiatry Research*, 31, 131-144.
39. Rosenthal, N. E., Sack, D. A., Gillin, J. C., et al. (1984). Seasonal affective disorder: Adescriptio of the syndrome and perlimentary findings with light therapy. *Archives General Psychiatry*, 41, 72-80. In R. W , Lam. (1994). *Seasonal affective disorder*. *Current Opinion in Psychiatry*. Available is in www.google.com.
40. Rosenthal, N. E. (1993). *Winter blues*. New York: Guilford Press.
41. Rosenthal, N. E. (1994). Light therapy and practice. *Primary Psychiatry*, 3-31.

42. Sack, R. L., Lewy, A. J., White, D. M., Singer, C. M., Fireman, M. G., Vandiver, R. (1990). Morning vs evening light treatment for winter depression. Evidence that the therapeutic effects of light are mediated by circadian phase shifts. *Archives General Psychiatry*, 47, 343-351.
43. Saeed, S. A., Bruce, T. J. (1998). Seasonal Affective Disorder. *American Academy of Family Physicians*.
44. Swedo, S. E., Pleeter, J. D., Richter, D. M., et al. (1995). Rates of seasonal affective disorder in children and adolescents. *American Journal Psychiatry*, 152, 109-1016
45. Tam, E. M., Lam, R. W., Levitt, A. J. (1995). Treatment of seasonal affective disorder: a review. *Canadian Journal Psychiatry*, 40, 457-466.
46. Terman, M., Stewart, J. W. (1993). Is seasonal affective disorder a variant of atypical depression? Differential response to light therapy. *Psychiatry Research*, 33, 121-128. In Lam, R. W. (1994). Seasonal affective disorder. *Current Opinion Psychiatry*.
47. Thompson, C., Isaacs, G. (1988). Seasonal affective disorder a British sample. *Journal Affective Disorder*, 14, 1-11.
48. Young, M. A., Scheftener, W. A., Fawcett, J., Klerman, G. L. (1990). Gender differences in the clinical features of unipolar major depressive disorder. *Journal Nerve Mental Disorder*, 178, 200-203.
49. Vasil, R. G., Sachs, G., Anderson, J. L., Lafer, B., Matthews, E., Hill, T. (1997). Change in regional cerebral blood flow following light treatment for SAD: responders versus nonresponders. *Biological Psychiatry*, 1, 42, (11): 1000-1005.
50. Watkins, C. E. (2001). Seasonal affective disorder: Winter depression. Available is in www.google.com.
51. Wehr, T. A., Giesen, H. A., Shultz, P. M., Anerson, J. L., Gosssph-Vanderpool, G. R., Kelly, K., et al. (1991). Contrasts between symptoms of summer depression and winter depression. *Journal Affective Disorder*, 23, 173-183. In Saeed, S. A., Bruce, T. J. (1998). Seasonal affective disorder. *American Academy of Family Physicians*.
52. Why Seasonal Affective Disorder happens. (2002). www.Outsidein.com.uk.
53. Williams, R. J., Schmidt, G. G. (1993). Frequency of seasonal affective disorder among individuals seeking treatment at a Northern Canadian Mental Health Center. *Psychiatry Research*, 46, 41-45.
54. Wirz-Justice, A., Bucheli, C., Graw, P., Kielhoiz, P., Fisch, H. C. Woggon, B. (1986). Light treatment of seasonal affective disorder in Switzerland. *Archives Psychiatry Scandinavian*, 74, 193-204.
55. Wirz-Justice, A., Graw, P., et al. (1993). Light therapy in seasonal affective disorders is independent of time of day or circadian phase. *Archives General Psychiatry*, 50, 929-937.