

نگرشی انتقادی بر طبقه‌بندی‌های جاری افسردگی

دکتر محمدتقی یاسمی^۱

خلاصه

دشواری‌های طبقه‌بندی افسردگی را نمی‌توان جدا از مشکلات عمومی طبقه‌بندی در روانپزشکی مورد بررسی قرارداد. یک دوره طولانی بحث و جدل جدی بین طرفداران نظریه وحدت‌گرا در مقابل کثرت‌گرا و بین طرفداران نظریه بُعدی در مقابل طرفداران نظریه مبتنی بر دسته‌بندی اختلالات، نتوانست راه به جایی ببرد. طبقه‌بندی‌های جاری دو خصوصیت مهم دارند، بدین معنی که توصیفی و مبتنی بر دسته‌بندی هستند. مرور ما بر شواهد موجود در مورد طبقه‌بندی افسردگی دلالت بر این می‌کند که این دو ویژگی، علل اصلی رکود روایی می‌باشند. سیستم‌های طبقه‌بندی جاری نتوانسته‌اند به اهداف اعلام شده خود دسترسی یابند. توصیه می‌شود کوشش پژوهشگران در جهت دو رویکرد موازی هدایت شود، یک رویکرد را می‌توان سیستمی بُعدی نامید که در واقع می‌تواند به یک سیستم طبقه‌بندی جامع و معتبر منتهی شود که هنوز راه درازی تا رسیدن به آن وجود دارد. دیگری رویکردی عملی و «معطوف به مسئله» است که می‌تواند به ایجاد طبقه‌بندی‌های «عنداللزوم» کمک کند. سیستم‌های بیماری‌شناسی موجود نمی‌توانند دوام یابند زیرا آنها هیچیک از دو رویکرد ذکر شده را در بر نمی‌گیرند.

واژه‌های کلیدی: طبقه‌بندی، افسردگی.

(categorization) و دیگری گرایش به تقسیم‌بندی توصیفی (descriptive) می‌باشد، که به آنها خواهیم پرداخت.

مشکلات ناشی از دسته‌بندی کردن (categorization) یک بحث قدیمی در مورد طبقه‌بندی افسردگی این بوده است که آیا افسردگی یک ماهیت واحد و منفرد است یا آنکه می‌توان آن را به چند نوع تقسیم کرد. نظریه اول را وحدت‌گرا (unitary) می‌نامند. پیروان این نظریه بر آن بودند که افسردگی یک اختلال بالینی منفرد است که می‌تواند خود را به اشکال گوناگون نمایان سازد. نظریه دوم را جداگرایی (separatist) یا کثرت‌گرایی

مشکل طبقه‌بندی افسردگی از معضل عمومی طبقه‌بندی در روانپزشکی جدا نیست و در واقع پیامد طبیعی همان دشواری‌های است که به اعتراف صاحب‌نظران و حتی طراحان اصلی سیستم‌های نوین طبقه‌بندی منجر به رکود روایی (validity) علیرغم بهبود نسبی ثبات یا پایایی (reliability) در کل طبقه‌بندی روانپزشکی شده است (۲۰). گرچه حتی بهبود پایایی نیز در سالهای اخیر مورد تردید قرار گرفته است (۲۵).

طبقه‌بندی‌های نوین هنوز نتوانسته‌اند به بسیاری از پرسشهای قدیمی پاسخ قانع‌کننده‌ای بدهند. بنظر می‌رسد دو نقطه ضعف باعث این ناتوانی شده باشد: یکی علاقه به دسته‌بندی کردن

۱- استادیار دانشگاه علوم پزشکی کرمان، بیمارستان شهید بهشتی، صندوق پستی ۶۱۶-۷۶۱۷۵.

(pluralist) می‌نامند. پیروان این نظریه بر آنند که افسردگی چندین نوع مختلف دارد. بیشتر کثرت‌گرایان به تفکیک دو نوع افسردگی رضایت داده‌اند و می‌توان آنها را تابع نظریه دوگانه گرا (binary viewpoint) نامید. تا مدتها تفکیک به وحدت‌گرا و کثرت‌گرا رویکرد عمده در نوشته‌های روانپزشکی بود. اما ایزنک ۱۹۷۰ (Eysenck) نخستین کسی بود که به این مسئله توجه نمود که هم گروه وحدت‌گرا و هم گروه کثرت‌گرا را می‌توان به دو دسته عمده تقسیم‌بندی نمود. بدین ترتیب که هر یک از دو گروه می‌تواند طرفدار مدل بُعدی یا طیفی (dimensional) و یا طرفدار مدل دسته‌بندی (categorical) باشد (۹). بدین ترتیب چهار گروه تشکیل می‌شود:

۱- وحدت‌گرا و طرفدار دسته‌بندی

سردمداران اولیه این رویکرد ماپوتر (Mapother) ۱۹۲۶ ولویس ۱۹۳۸ (Lewis) بودند. این گروه بر آنند که همه انواع افسردگی در واقع یک نوع بیماری هستند و این بیماری منطبق با مدل پزشکی است و تشکیل یک دسته را می‌دهد. این گفته لوویس نمونه وار است که: «تمام جدول‌ها و تقسیم‌بندیهای افسردگی مبتنی بر علائم، چیزی بیش از کوشش‌هایی برای تفکیک حاد از مزمن و خفیف از شدید نیست» (نقل از ۶).

۲- وحدت‌گرا و بُعدی

این گروه بر آنند که همه انواع افسردگی در واقع از یک نوعند ولی تشکیل یک دسته مجزا را نمی‌دهند، بلکه توزیع افسردگی در جمعیت توزیعی طیفی و بُعدی است. از طرفداران این نظریه می‌توان از فروید (Freud) و کندل (Kendell) نام برد. کندل معتقد بود که پیوستار واحدی وجود دارد که از افسردگی واکنشی تا افسردگی درون‌زا امتداد می‌یابد (۱۴).

۳- کثرت‌گرا و طرفدار دسته‌بندی

این گروه بر آنند که انواع افسردگی بیماریهای متفاوتی هستند و این بیماریها توزیع طیفی در جمعیت ندارند. بلکه در واقع دارای ماهیت بیماری (disease entity) هستند و هر بیمار می‌تواند این یا آن نوع بیماری را بدون ارتباط با دیگری داشته باشد. گروه معروف نیوکاسل به رهبری کیلو (Kiloh) طرفدار این نظریه بودند. گرچه بعداً خود این گروه حداقل در مورد افسردگی نوروتیک توزیع بُعدی را پذیرفت (۱۴). اما خط فکری آنها در بین روانپزشکان پذیرش نسبتاً همگانی دارد، و اغلب روانپزشکان کنونی نیز طرفدار نظریه دسته‌بندی و کثرت‌گرا هستند. تقسیم‌بندیهای رایج کنونی مانند ICD و DSM نیز تحت تأثیر مدل پزشکی، پیرو همین سنت هستند (۲۰۳، ۲۰۴). اگر از

بیشتر روانپزشکان راجع به ماهیت افسردگی و انواع آن پرسیم با این پاسخ کلیشه‌ای روبرو می‌شویم که «ما چند نوع بیماری افسردگی داریم». این جمله منعکس‌کننده همین دیدگاه چندگانه گرا و مبتنی بر دسته‌بندی است. در مجموع از نظر تاریخی بیشتر روانپزشکان این تمایل را داشته‌اند که حداقل دو نوع بیماری افسردگی را از هم تفکیک کنند. گرچه پیرامون نامگذاری این دو نوع همواره اختلاف نظر جدی وجود داشته است ولی تعریف‌کننده‌ها اغلب به مضمون بالینی مشابهی نظر داشته‌اند.

یک گروه از افسردگی‌ها در تاریخ روانپزشکی با اصطلاحات زیر معروف شده است:

درون‌زا (endogenous)، درون‌زائما (endogenomorphic)،

خودپو (autonomous)، روان‌پریش (psychotic)، اولیه (primary)، مایخولیایی (melancholic) و گروه دیگر با اصطلاحاتی مانند برون‌زا (exogenous)، واکنشی (reactive)، درون‌زا (psychogenic)، روان‌نژند (neurotic)، ثانوی (secondary) و کژخلقی (dysthmic).

سندرم‌هایی که بوسیله هر یک از دو گروه نامگذاری‌های فوق‌الذکر تعریف شده‌اند با یکدیگر همپوشی زیادی دارند و روانپزشکان غالباً هر گروه از اصطلاحات را بجای یکدیگر بکار می‌برند (۶، ۱۶).

گرچه در واقع هر اصطلاح تاریخچه مهمی برای خود دارد و از نظرگاه خاصی به مسئله برخورد نموده است که در این مقاله امکان بحث در آن نیست، ولی توافق عمومی روانپزشکان این بوده است که هر گروه از اصطلاحات فوق، پدیده‌های بالینی مشابهی را منظور نظر داشته است. بعداً که اصطلاح یک قطبی و دو قطبی به ابتکار لئونارد (Leonhard) ۱۹۵۹ وارد طبقه‌بندیها شد (نقل از ۱۱)، گرچه ساختار تقسیم‌بندیها را تغییر داد ولی سنت قدیمی نگرش دوگانه فوق را بطور کامل کنار نگذاشت و گروه اول تحت عنوان افسردگی عمده باملانکولی و گروه دوم تحت عنوان کژخلقی (dysthmic disorder) به بقای خود ادامه دادند (۲).

۴- دوگانه‌گرا و بُعدی

علاوه بر سه گروه تقسیم‌بندیهای سابق‌الذکر، گروه چهارمی نیز توسط ایزنک مشخص شد که آن را دوگانه‌گرا و بُعدی نامید. وی بر آنست که گرچه افسردگی در همه ماهیت یکسانی ندارد و حداقل می‌توان به دو نوع نوروتیک و درون‌زا اشاره نمود، ولی توزیع این افسردگیها در جمعیت، از نوع بُعدی (dimensional) است و تشکیل یک طیف یا پیوستار (continuum) را می‌دهد. یعنی در صورت ارزیابی، همه افراد به درجات، کم و بیش نمراتی از افسردگی درون‌زا یا نوروتیک می‌آورند و نمی‌توان آنها را در

دسته یا کاتگوری مشخصی قالب‌ریزی کرد. بر طبق نظریهٔ ایزنک شخص می‌تواند هم افسردگی درون‌زا و هم نوروپیک داشته باشد. این عقیده احتمالاً مورد توافق اغلب دست‌اندرکاران بالینی بوده است ولی تأیید رسمی آن از طرف محققین به حدود یک دهه تأمل نیاز داشت و بالاخره تحقیقات دهه هشتاد بر آن مهر تأیید نهاد. در سال ۱۹۸۰ رونسویل و دیگران (Rounsaville, et al) نشان دادند که دوسوم بیماران سرپایی آنان که با معیار حملات افسردگی عمده (major depressive episodes) منطبق بودند، همچنین اختلالات خلقی مزمن و خفیف بصورت زمینه‌ای داشته‌اند (۲۱)، این یافته‌ها در تحقیقات اکیسکال ۱۹۸۳ (Akiskal) و بسیاری محققین دیگر نیز مورد تأیید قرار گرفت (۱). اما نکته جالب توجه شیوه برخورد با این پدیده تازه است. وسواس پزشکی در ساختن کاتگوری بار دیگر خود را نشان داد. کیلر و شاپرو (Keller & Shapiro) در سال ۱۹۸۲ این پدیده مخلوط را افسردگی دوگانه (double depression) نامیدند (۱۲)، نامی که از آن پس در جامعه روانپزشکی در حال گسترش بوده است. ما نظیر چنین برخوردی را در مسئله اسکیزوافکتیو قبلاً مورد انتقاد قرار داده‌ایم و نشان داده‌ایم که چگونه هنگامی که بر برخی از روانپزشکان واقع بین‌تر مشخص شد که هر دو فرآیند خلقی و اسکیزوفرنیک در این بیماران وجود دارد، گروهی از آنان تحت تأثیر همین وسواس کاتگوری سازی با پدیده نوین بعنوان یک بیماری مستقل برخورد کردند (۲۴). و نگاهی به DSM-III-R نشان می‌دهد که اختلال اسکیزوافکتیو جای پای خود را بعنوان یک کاتگوری مستقل محکم‌تر هم کرده است. بهمین روال اکنون که مسجل شده است درصد قابل توجهی از بیماران افسرده (از ۲۶٪ تا حدود ۷۰٪ در تحقیقات مختلف) هر دو نوع افسردگی را دارند، بجای پذیرش مدل بعدی، این گروه از روانپزشکان در صدد ایجاد کاتگوری جدید افسردگی دوگانه برآمده‌اند (۵، ۱۰، ۱۲، ۱۳، ۱۵، ۱۸).

قابل توجه است که تحقیقی نیز توسط سازمان بهداشت جهانی در دهه هفتاد در چند کشور از جمله ایران روی افسردگی انجام شد (۲۲). در این تحقیق نیز دو نوع افسردگی درون‌زا و روان‌زا بطور کامل قابل تفکیک نبودند. گرچه هر دو گروه از نظر فاکتورهای خاصی نمره بیشتری می‌آوردند ولی دو سندرم با هم همپوشی (overlapping) داشتند و این یافته‌ها با نظریه دوگانه گرا و بُعدی بیشتر منطبق بنظر می‌رسد تا دوگانه گرا و دسته‌ای.

مشکلات ناشی از رویکرد توصیفی (descriptive approach)

فقط رویکرد مبتنی بر دسته‌بندی نیست که مشکل‌آفرین و

مسئله ساز است بلکه رویکرد توصیفی (descriptive) نیز که طبقه‌بندی را بر صور ظاهری بالینی مبتنی می‌سازد می‌تواند به سدی در مقابل پیشرفت اهداف اعلام شدهٔ این طبقه‌بندیها تبدیل شود. در واقع نیز اهدافی که طراحان DSM برای خود بر شمرده‌اند مانند تسهیل درمان و کمک به بیماران، راحتی ارتباط محققین و درمانگران، بهبود پایایی و روایی، هنوز بدست نیامده است. در مواردی DSM-III آنچنان در رویکرد توصیفی افراط نمود که موجب افزایش مشکلات گردید و در DSM-III-R بخاطر جبران افراط کاری‌های گذشته مجبور به عقب‌نشینی جدی گردید. یکی از این موارد مسئله برخورد با افسردگی نوروپیک است.

زمانی بود که واژه «نوروپیک» در طبقه‌بندیهای رسمی مانند DSM-II و ICD-9 به کار می‌رفت. نگرش بالینی غالب در آن زمان این بود که این نوع افسردگی‌ها عمدتاً تظاهرات علامتی یک اختلال شخصیتی زمینه‌ای هستند. DSM-III با این توجیه که ما نسبت به اتیولوژی اختلالات روانی اطلاعاتی نداریم، آسان‌گیری DSM-II را در انتخاب شیوه نام‌گذاری، با نگرشی توصیفی آنهم بصورتی جزئی و مکانیکی جایگزین کرد؛ و کلیه افسردگیهای خفیف و مزمن را یک کاسه نموده تحت عنوان کژخلقی (dysthmic disorder) وارد طبقه‌بندی رسمی نمود. بدنبال انتشار DSM-III تحقیقات بسیار محکمی صورت گرفت که عدم تجانس (heterogeneity) افسردگی‌های خفیف و مزمن را به اثبات رسانید. یکی از قویترین این تحقیقات متعلق به اکیسکال ۱۹۸۳ (Akiskal) است که با استفاده از اعتباریابهای خارجی (external validators) نشان داد که گروه افسردهٔ کژخلقی یک گروه همگن نیست و حداقل گروههای زیر را می‌توان در این کاتگوری «واحد» DSM-III تفکیک نمود (۱):

۱- افسردگی‌های اولیه با ازمان باقیمانده

(primary depressions with residual chronicity)

که در سنین بالا و بدنبال فروکش کردن حملات حاد افسردگی عمده بوجود می‌آیند.

۲- افسرده‌های مزمن ثانوی

(chronic secondary dysphorias)

که در سنین مختلف و بصورت ثانوی به اختلالات جسمانی و روانی دیگر بوجود می‌آیند.

۳- افسردگی‌های مربوط به منش

(characterological depressions)

که از سنین مختلف بچگی و نوجوانی آغاز شده و ادامه می‌یابند این گروه خود به دو زیرگروه عمده تقسیم می‌شود:

الف: زیرگروه اختلالات طیف منشی
(character spectrum disorders)

که در آنها اختلال اولیه شخصیتی مانند شخصیت‌های وابسته، هیستریونیک، ضداجتماعی و اسکیزوئید دیده می‌شود و به درمان دارویی پاسخ نمی‌دهند.

ب: زیرگروه اختلالات کژخلقی با اختلال عاطفی خفیف
(subaffective dysthymic disorders)

که از نظر تأخیر REM، پاسخ به درمان، سابقه خانوادگی اختلال خلقی اولیه به افسردگی درون‌زا شبیه‌اند. گرچه ممکن است در این زیرگروه نیز اختلال شخصیتی بینیم ولی اختلال شخصیتی آنها ناشی از اختلال خلقی اولیه است که در سنین پائین شروع می‌شود، بصورت مزمن ادامه می‌یابد و شخصیت را تحت تأثیر قرار می‌دهد.

این گونه تحقیقات بخوبی نقطه ضعف اصلی نگرش توصیفی را برملا نمود و در DSM-III-R کوشش شد در مورد اختلال کژخلقی، نامتجانس بودن این گروه مورد توجه قرار گیرد و پس از ارائه معیارهای تشخیصی توصیه شد که زیرنوعهای زیر مشخص شود: اولیه یا ثانویه و شروع زودرس (early onset) یعنی قبل از ۲۱ سالگی و شروع دیررس (late onset) بعد از ۲۱ سالگی. این اعتراف به ناکافی بودن نگرش توصیفی مبتنی بر علائم و گرایش بسوی یک تقسیم‌بندی مبتنی بر خصوصیات غیر علامتی در مورد ملانکولی نیز خودنمایی می‌کند و رویکرد DSM-III-R در مورد ملانکولی جالب توجه است.

می‌دانیم پس از اولین تقسیم‌بندی جامع روان‌پزشکی که توسط کرپلین (Kraepelin) انجام شد و بیماری مانیک دپرسیو از زوال عقل زودرس جدا شد، روانپزشکان سعی کردند انواع افسردگی را نیز تفکیک کنند و از همان زمانها نوعی اعتقاد عمومی وجود داشت مبنی بر اینکه نوعی از افسردگی با اتیولوژی بیولوژیک و ژنتیک با خصوصیات علامتی خاص وجود دارد که از سایر انواع افسردگی قابل تفکیک است. حتی قبل از کشف درمانهای مؤثر ضد افسردگی باور عمومی این بود که در افسرده‌های ملانکولیک روان درمانی سودی ندارد و فقط باید آنها را زنده نگاه داشت تا افسردگی بر طرف شود. جالب توجه است که وقتی کوهن (Kuhn) در سال ۱۹۵۸ داروی G22355 یا ای‌پی‌پرامین را بعنوان درمان مؤثر افسردگی معرفی کرد، اظهار نمود که تأثیر آن در افسردگی غیر ملانکولیک مشخص نیست. تا قبل از DSM-III تحقیقات فراوانی انجام شد تا باور فوق را به اثبات برساند؛ و نتیجه برخی از تحقیقات نیز چنین می‌نمود ولی چون معیار تشخیصی برای ملانکولی دقیق نبود نمی‌شد روی این تحقیقات زیاد حساب کرد. پس از DSM-III که گروه ملانکولی آن تحت تأثیر افسردگی اندوژن RDC شکل گرفته بود، تحقیقات

انجام شده نتایج غیر قابل انتظاری بدست داد (۴). از جمله این یافته غیر قابل انتظار بدست آمد که زیرگروه ملانکولی ارتباطی با تاریخچه مثبت خانوادگی و پاسخ به درمان ندارد!

در سال ۱۹۸۵ کمیته‌ای از طرف انجمن روانپزشکی امریکا مأمور شد تکلیف این قضیه را روشن کند، نتیجه کار این گروه باز هم کاتگوری ملانکولی DSM-III را تأیید نکرد. از نتایج این بررسیها یکی این بود که آنچه باعث می‌شود ملانکولی بصورت یک سندرم مشخص شود شدت افسردگی و کمیت آن است و نه کیفیت متفاوت آن (۲۶). بهمین دلیل توصیه شد که عامل شدت در زیرنوعهای تقسیم‌بندی آتی وارد شود. چون در DSM-III-R شدت اختلال بصورت کد ۷ نشان داده می‌شود، عامل شدت مستقیماً وارد زیرنوعهای افسردگی نشد ولی در ICD-10 عامل شدت (بصورت: ضعیف، متوسط، شدید) وارد شده است. بن‌بست دیگری که رویکرد توصیفی مبتنی بر علائم با آن روبرو شد این بود که هیچ دسته از علائم بالینی ملانکولی با اعتباریابهای خارجی مربوط نیست بالعکس برخی خصوصیات غیر علامتی با این اعتباریابها در ارتباط است.

بهمین دلیل در DSM-III-R از ۹ خصوصیت که برای ملانکولی ذکر شده و وجود ۵ تای آن برای تشخیص الزامی است، ۳ ویژگی غیر علامتی است. یکی از آنها فقدان اختلال شخصیتی قبل از حمله افسردگی است، دیگری سابقه بهبود کامل یا تقریباً کامل حمله قبلی است و سومی سابقه پاسخ مساعد قبلی به درمانهای دارویی ضد افسردگی یا ECT می‌باشد. ICD-10 به شیوه دیگری همین ویژگیها را منعکس کرده است و آن تقسیم کردن افسردگی در زیر دو گروه دائمی (persistent) و راجعه (recurrent) است. که گروه دائمی اختلال کژخلقی (dysthymia) را دربر می‌گیرد. وارد نمودن سیر افسردگی جزو معیارهای تشخیصی مورد انتقاد قرار گرفته است (۴). ما نیز در مقاله دیگری در مورد کاربرد روشهای توتولوژیک در طبقه‌بندی هشدار داده‌ایم. نه تنها در مورد سیر بیماری که در مورد پاسخ به درمان همین مسئله مطرح است (۲۴). اصطلاح ملانکولی از ICD-10 نیز حذف شده است و بجای آن زیرگروههایی برحسب وجود یا فقدان علائم جسمانی مشخص شده است مانند: اختلال در خواب، اشتها، میل جنسی و فعالیت روانی حرکتی. تغییرات قابل توجهی که در معیارهای اختلال کژخلقی و ملانکولی در DSM-III-R و ICD-10 در مقایسه با DSM-III و ICD می‌بینیم نشان‌دهنده یک پیشرفت واقعی و هدفمند نیست، بلکه نشانه نوعی آشفتگی و سردرگمی است که وضعیت را پیچیده‌تر کرده است. زیمرمن و اسپیتزر (Zimmerman & Spitzer) که از طراحان DSM و از اعضای اصلی کمیته ملانکولی می‌باشند به آینده مبهم تقسیم‌بندی DSM در مورد افسردگی و بخصوص

ملانکولی اعتراف کرده‌اند و پیش‌بینی نموده‌اند که نسبت ملانکولی به روان‌پزشکان بیولوژیک مانند نسبت افسردگی نوروتیک به روان‌پزشکان روان‌کاو است و این نیز مانند آن یکی حذف خواهد شد. در مقاله فوق‌الذکر همچنین اعتراف شده است که تا چه اندازه اطلاعاتی که منجر به تغییرات مکرر DSM می‌شود محدود می‌باشد و در مواردی حتی از آثار منتشر نشده برای این منظور استفاده می‌شود (۲۷). جالب است به این مسئله اشاره کنیم که کمیته ملانکولی ۱۲ عضو داشته و هنگامیکه قرار بوده راجع به معیارهای ملانکولی در DSM-III-R تصمیم‌گیری شود ۱۱ نفر حضور داشته‌اند و معیارهای کنونی نتیجه رأی شش نفر از ۱۱ نفر فوق‌الذکر بوده است. این اعداد را از آن جهت نقل می‌کنیم تا آن دسته از روان‌پزشکان که تقسیم‌بندیهای جاری را ماحصل دانش عینی و تردیدناپذیر می‌دانند اندکی موضع خود را تعدیل نمایند. اعترافات صادقانه فوق‌الذکر البته قابل‌قدردانی است ولی متأسفانه گروه زیرمن نیز نتوانسته‌اند خود را از چهارچوب رویکرد توصیفی و مبتنی بر دسته‌بندی خارج نمایند (۲۶). همانطور که گفتیم DSM ضعف دانش کنونی ما را نسبت به اتیولوژی بهترین توجیه برای رویکرد خود می‌داند و ادعا می‌کند مادام که این اتیولوژی‌ها کشف نشده است، رویکرد توصیفی برای اهداف اعلام شده بسنده است. دو انتقاد جدی بر این نگرش وارد است: یکی مربوط به مسئله اتیولوژی می‌شود و دیگری مربوط به ادعای بسنده بودن رویکرد توصیفی است. نخست به مسئله اتیولوژی اختلالات روانی می‌پردازیم. می‌دانیم که روند گسترش معرفت بشری، روندی رو به تکامل و اجتناب‌ناپذیر است و حداقل ما نمی‌توانیم رویکرد خود را به دستاوردهای دانش تابع قانون همه یا هیچ کنیم. این درست است که ما دانش جامعی در مورد اتیولوژی مثلاً افسردگی‌ها نداریم ولی چنین نیست که در مورد عوامل زمینه‌ساز و آشکارساز و تعامل آنها هیچ ندانیم. همانطور که نگارنده در جای دیگری عنوان نموده است (۲۴)، رویکرد ما اگر اتیولوژیک نباشد الزامی نیز نیست که توصیفی باشد، ما می‌توانیم رویکردی روان‌آسیب‌شناسانه (psychopathologic) برگزینیم و تقسیم‌بندی را بر عوامل شناخته شده زیربنایی و تعامل آنها مبتنی کنیم. (اکسیکال که توانست تا حدودی در DSM-III-R نفوذ نماید در واقع چنین رویکردی دارد) این رویکرد هنگامی اهمیت خود را بیشتر نشان می‌دهد که توجه کنیم که واضعین DSM چه تصور مکانیکی و ساده‌انگارانه‌ای از اتیولوژی دارند. اگر آنها تصویری واقعی و در نتیجه پیچیده از فرایندهای اتیولوژیک داشتند، تغییر رویکرد خود را موکول به کشف ساده اتیولوژی نمی‌کردند.

ادلوند (Edlund) ریشه‌های تاریخی چنین نگرشی را نسبت به اتیولوژی مورد بررسی موشکافانه قرار داده است (۸). وی بر

آن است که ریشه این نگرش را باید در مدل پزشکی تک علتی (unicausal) جستجو نمود، که پیامد نظریه میکروبی و طب قرن نوزدهم است. این رویکرد که بوسیله هنله (Henle) و کوخ (Koch) به جامعه پزشکی معرفی شد، در جای خود در پیشرفت علت‌شناسی پزشکی بخصوص در بیماریهای عفونی، مثبت واقع شد. ولی در آن دسته از اختلالاتی که ارتباط بین عوامل عمقی و خصوصیات سطحی ارتباطی «چند به چند» می‌باشد و حتی بخش عمده اختلالات و بیماریهای عمومی نیز از این زمره‌اند، چنین نگرشی نارسا و ساده‌انگارانه است. در مورد اختلالات روان‌پزشکی مسئله حتی پیچیده‌تر است. ببینید حتی در مورد ساده‌ترین نوع افسردگی که از نظر DSM-III اتیولوژی آن معلوم است، یعنی در مورد واکنش انطباقی با خلق افسرده (adjustment disorder with depressed mood) عوامل زمینه‌ای شخص مبتلا چقدر در بروز و چگونگی علایم بالینی تأثیر دارد، چه رسد به موارد پیچیده‌تر که توصیف اتیولوژیک آنها با دیدگاههای مرسوم واقعاً غیرممکن است. در سالهای اخیر مشخص شده است که الزاماً رابطه‌ای بین ژن و علایم بالینی وجود ندارد (۱۹). اگر بخواهیم عوامل بیشمار و تعاملهای گیج‌کننده‌ای را که بین ژن، محیط درونی و زیر سیستم‌های آن و نیز محیط بیرونی و فراسیستم‌های آن وجود دارد توصیف کنیم فقط مدل‌های پیچیده سیرنتیکی را می‌توانیم به کمک بطلیم. بنابراین احاله تغییر نگرش DSM به هنگامی که اتیولوژی کشف شود یک وعده گول‌زننده است. زیرا اتیولوژی به شکل مورد تصور DSM احتمالاً هرگز کشف نخواهد شد.

انتقاد دومی که بر طبقه‌بندی توصیفی وارد است این است که این طبقه‌بندیها حتی از نظر پراگماتیک نیز بسنده نبوده‌اند. فقط اگر برخلاف زیرمن خوشبین باشیم و حداقل بهبود پایایی را بپذیریم، می‌توانیم ادعا کنیم که DSM-III ارتباط بین محققین را تا حدودی تسهیل کرده است. اما روایی (اعتبار) این تقسیم‌بندیها هنوز مورد سؤال است. بعلاوه این گونه تقسیم‌بندی بخاطر ناهمگن بودن گروههای تشخیصی نتوانسته است تأثیر تعیین‌کننده‌ای در درمان و کمک به بیماران داشته باشد.

نتیجه‌گیری

آینده طبقه‌بندیهای جاری روان‌پزشکی چه خواهد بود؟ این جسارت را بر من بیخشاید که پیش‌بینی کنم اگر روش‌شناسی طراحان این سیستم‌های طبقه‌بندی همچنان مبتنی بر رویکرد توصیفی و مبتنی بر دسته‌بندی (کاتگوریکال) بماند این سیستم‌های طبقه‌بندی از هم خواهند پاشید. زیرا گردانندگان این سیستم‌ها برآنند که هم یک سیستم جامع علمی ارائه کنند که اختلالات روانی را بصورت معتبر (valid) طبقه‌بندی کند و هم

با کدام خصوصیات بالینی ارتباط دارد؟ و صدها مطلب مشابه دیگر. علاوه بر تحقیقات عملی سابق‌الذکر، حتی کوششهای تئوریک نیز برای شروع یک چنین تقسیم‌بندی‌هایی صورت گرفته است (۱۷). ولی تقدس ناموجه و نامتناسب DSM و ICD مانعی جدی بر سر راه این کار بوده است. آینده تقسیم‌بندی روانپزشکی در گرو کاری موازی روی دوگونه تقسیم‌بندی مختلف و پرهیز از وسواس داشتن فقط یک نوع تقسیم‌بندی است. گرچه در آینده دور وحدت این دو گرایش قابل تصور است ولی کوشش زودرس و نسنجیده DSM و ICD برای دربرگرفتن هم این و هم آن باعث شده است که نه این باشد و نه آن. وضعیت سردرگم و نوسانی کنونی این سیستم‌های طبقه‌بندی قابل دوام نخواهد بود.

آنکه کمک کند تا مسائل عملی حل شود. رویکرد توصیفی کنونی هرگز نمی‌تواند یک طبقه‌بندی علمی جامع به معنای عمیق کلمه باشد. زیرا همانطور که گفته شد توصیف پدیده‌های بسیار پیچیده با روشهای بسیار ساده ممکن نیست. و اگر سیستم طبقه‌بندی بخواهد به مسائل عملی و روزمره پاسخگو باشد نمی‌تواند پیچیده باشد. پس چه باید کرد؟ پاسخ ما این است که هیچگونه الزامی وجود ندارد که ما فقط یک نوع سیستم طبقه‌بندی داشته باشیم. ما از یک طرف به یک طبقه‌بندی تمام و کمال مبتنی بر عوامل ایجادکننده و تعامل‌های سببیتکی آنها نیاز داریم. یک چنین تقسیم‌بندی که می‌توان آن را سیستمی بُسعدی (systemic-dimensional) نامید، طی یک فرایند طولانی و تدریجی می‌تواند شکل پیدا کند و تکامل یابد و برای بنای آن نیاز جدی به تغییر نگرش عمومی روانپزشکی و تا حدی روان‌شناسی نسبت به اتیولوژی اختلالات روانی، و نیاز به جمع‌آوری داده‌ها در چهارچوب یک طرح تحقیقاتی نوین می‌باشد. از طرف دیگر ما نیازمند یک تقسیم‌بندی عملی‌تر در جهت حل مسئله (problem oriented) هستیم. مثلاً می‌توان آن خصوصیات را که با پاسخ مناسب به درمان خاص مربوط می‌شود مشخص نمود. در واقع نیز برخی از محققین کشف درمانهای ضدافسردگی جدید را اصلی‌ترین علت تغییر طبقه‌بندی دانسته‌اند (۷). یا می‌توان تقسیم‌بندی دیگری ایجاد نمود که کمک به پیش‌بینی سیر آتی بیماری بنماید و هیچ الزامی نیست که این تقسیم‌بندیها بر هم منطبق باشند. تکامل این تقسیم‌بندی‌های نوع دوم می‌تواند موازی با تکامل تقسیم‌بندی جامع نوع اول پیش برود. اگر چه این تقسیم‌بندیها ممکن است بعد از زمان بسیار طولانی مجدداً با هم تلاقی کنند و وحدت یابند ولی لزومی نیست که کوششی مصنوعی و پیش از موقع در این جهت صورت گیرد. مادام که ما دانش محدودی از اختلالات روانی داریم تقسیم‌بندیهای پراگماتیک نوع دوم با رویکرد متواضعانه ولی عملی خود می‌توانند بسیار مفیدتر از DSM و ICD باشند که به شکلی جاه‌طلبانه و ظایف چندگانه‌ای را برعهده گرفته‌اند و در عین حال همه را فروگذاشته‌اند. هنوز یک چنین تقسیم‌بندی پراگماتیکی در روانپزشکی رسماً بوجود نیامده است ولی در واقع بخش مهمی از تحقیقات جاری روانپزشکی به شکلی اعلام نشده در همین جهت سیر کرده و می‌کند. بسیاری از مطالعات سودمند این روزها صرف پاسخگوئی به پرسشهای ساده ولی مفید نظیر این سوالات می‌شود: وجود چه خصوصیاتی اعم از بالینی یا غیر بالینی در بیماران افسرده با پاسخگوئی به این یا آن دارو ارتباط دارد؟ کدام ویژگی در بیماران افسرده باعث پاسخ مثبت یا منفی به ECT می‌شود؟ کدام خصوصیات شخصیتی منجر به پیدایش افسردگی بدنبال بروز شکست یا ناکامی می‌شود؟ پیش‌آگهی بد در افسردگی

Summary

A Critical Review of Current Classifications of Depression

MT.Yasamy,MD*

* Assistant Professor of Psychiatry, Kerman University of Medical Sciences, Kerman, Iran.

The difficulties of current classifications of depression can not be considered independent of the general complications of psychiatric classification. A tedious period of heated debate between the proponents of unitary vs pluralist views, and between the advocates of the categorical vs dimensional views didn't prove fruitful. Current classifications share two main characteristics, i.e., they are "descriptive" and "categorical". Our review of evidence regarding the classification of depression indicates that these two peculiarities are the main causes of stagnation of validity. In general, current classificatory systems have failed to attain their proposed goals. Our suggestion is that the efforts of researchers should be directed toward two parallel approaches. One approach may be called "systemic-dimensional", which can in fact lead to a comprehensive and valid classificatory system, still far from reach. The other approach is practical and problem oriented which can help us build ad-hoc classifications. The present nosological systems cannot endure, because they embody neither of the above mentioned approaches.

Journal of Kerman University of Medical Sciences. 1994;(1):38-45.

References

- 1- Akiskal HS: Dysthymic disorder : Psychopathology of proposed chronic depressed outpatients. *J Affective Disorder* 1980;2:73-88.
- 2- American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. (Third Edition). DSM-III, APA, Washington DC, 1980.
- 3- American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder*. (Third Edition Revised). DSM-III-R, APA, Washington DC, 1987.
- 4- Angst J: The course of affective disorders. *Psychopathology* 1986,19 Suppl 2:47-52.
- 5- Barrett JE: Naturalistic change after two years in neurotic depressive disorders (RDC) categories. *Comp Psychiatry* 1984;25:404-418.
- 6- Beck AT: *Depression, causes and treatment*. Philadelphia, University of Pennsylvania Press, 1975.
- 7- Dunner DL: Affective disorder: Clinical features. In R. Michels, et al (eds): *Psychiatry*, Philadelphia, JB Lippincott, 1992.
- 8- Edlund MD: Causal models in psychiatric research. *Brit J Psychiatry* 1986;148:713-717.
- 9- Eysenck HJ: The classification of depressive illnesses. *Brit J Psychiatry* 1970;117:241-250.
- 10- Gonzales LR, Lewinson PM: Longitudinal follow up of unipolar depressives: An investigation of predictors of relapse. *J Consult Clin Psychol* 1985;153:461-490.
- 11- Kendell RE: The classification of depressive illnesses. *Scottish Med J* 1978;23:61-63.
- 12- Keller MB, Shapiro RW: "Double depression" superimposition of acute depressive episodes on chronic depressive disorders. *Am J Psychiatry* 1982;438-442.

- 13- Keller MB, Lavori PW, et al: "Double depression", two year follow up. *Am J Psychiatry* 1984;25:404-418.
- 14- Kiloh LG, Andrews G, et al: The relationship of the syndromes called endogenous and neurotic depression. *Brit J Psychiatry* 1972;121:183-196.
- 15- Klein DN, Taylor EB, et al: Double depression and episodic major depression, demographic, clinical, familial, personality and socioenvironmental characteristics and short-term outcome. *Am J Psychiatry* 1988;145:1226-1231.
- 16- Klein D: Endogenomorphic depression: A conceptual and terminological revision. *Arch Gen Psychiatry* 1974;31:447-454.
- 17- Møllergaard M: Psychiatric classification as a reflection of uncertainties. *Acta Psychiatr Scand* 1987;76:106-111.
- 18- Miller IW, Norman WH, et al: Psychological characteristics of "double depression". *Am J Psychiatry* 1986;143:1042-1044.
- 19- Rice JP, McGuffin P: Genetic etiology of schizophrenia and affective disorders. In R. Michels, et al (eds), *Psychiatry*, Philadelphia, JB Lippincott, 1992.
- 20- Robins LN, Helzer JE: Diagnosis and clinical assesment: The current state of psychiatric diagnosis. *Ann Rev Psychol* 1986;37:409-432.
- 21- Rounsaville BJ, Sholomoskas D, et al: Chronic mood disorder in depressed outpatients. *J Affective Disorder* 1980;2:73-88.
- 22- Sartorius N, Davidian H, et al: Depressive disorders in different cultures: Report on the WHO collaborative study on standardized assessment of depressive disorders. Geneva, WHO, 1983.
- 23- World Health organization. The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders. Geneva, WHO, 1992.
- 24- Yasamy MT: Schizoaffective disorder: A dimensional approach. *Acta Psychiatry Scand* 1987;76:609-618.
- 25- Zimmerman M: Why are we rushing to publish DSM-IV? *Arch Gen Psychiatry* 1988;45:1135-1138.
- 26- Zimmerman M, Coryell W, et al: Melancholic subtyping: A qualitative or quantitative distinction? *Am J Psychiatry* 1986;143:98-100.
- 27- Zimmerman M, Spitzer RL: Melancholia: From DSM-III to DSM-III-R. *Am J Psychiatry* 1989;146:20-28.