بررسی اختلال افسردگی اساسی در مبتلایان به شکایات جسمی بستری شده در بیمارستان روانپزشکی اخوان سال ۷۸

دکتر علی باغبانیان [۱] ، دکتر زهرا سپهرمنش [۱] ، دکتر اسماعیل فخاریان [۲]

خلاصه

سابقه و هدف : با توجه به شیوع افسردگی اختلال اساسی و فراوانی شکایات جسمی در این بیماران و نبود آمار دقیق از ارتباط بین شکایات جسمی و اختلال افسردگی اساسی این مطالعه به منظور تعیین رابطه بین اختلال افسردگی اساسی و شکایات جسمی در بیماران بستری شده در بیمارستان اخوان کاشان صورت پذیرفت.

مواد و روشها : پژوهش حاضر با روش توصیفی بر روی ۳۰۰ بیمار زن و مرد صورت پذیرفت. کلیه بیماران بستری ، از نظر وجود شکایات جسمی به دو گروه تقسیم شدند. از بین آنهایی که شکایات جسمی داشتند ، ۱۵۰ نفر به عنوان گروه مورد و از بقیه ، ۱۵۰ نفر به عنوان گروه شاهد به طور تصادفی انتخاب شدند و خصوصیات فردی نمونه ها ثبت شد. در گروه مورد انواع شکایات جسمی در دستگاه های بدن بررسی گردید. سپس برای هر دو گروه آزمون بک اجرا شد و برای افرادی که نمرات مساوی یا بالای یازده کسب کردند، مصاحبه روانپزشکی بر اساس معیارهای تشخیصی DSM-IV به عمل آمد و مبتلایان به اختلال افسردگی اساسی تشخیص داده شدند. اطلاعات به دست آمده با آزمون مجذور کای تحلیل گردید.

یافته ها : در گروه مورد، ۳۵ نفر مرد و ۱۱۵ نفر زن و در گروه شاهد ۸۳ نفر مرد و ٦۷ نفر زن بودند. در هر دو گروه بیشترین فراوانی مربوط به زنان متاهل با سن تقریبی ٤۰ سال بود. شیوع اختلال افسردگی اساسی در گروه مورد ۸۰ درصد و در گروه شاهد ۲۷/۳ درصد بود. فراوانی شکایات جسمی در دستگاههای بدن به ترتیب عبارت بودند از: سر و گردن (۳۵/۵ درصد) ، اسکلتی- عضلانی (۳۳/۷ درصد)، گوارشی (۱۸/٤ درصد) و قلب و تنفس (۱۲/٤ درصد) بین اختلال افسردگی اساسی و شکایات جسمی رابطه وجود داشت ($P<0/0001$).

نتیجه گیری و توصیه ها: با توجه به شیوع بالای اختلال افسردگی اساسی پیشنهاد می شود که پژوهش های تکمیلی در رابطه با این مطالعه همچنین سایر بیماری های روانی و شکایات جسمی صورت بگیرد.

واژگان کلیدی : اختلال افسردگی اساسی ، شکایات جسمی ، اختلالات سایکوتیک ، استرس ، خلق

۱-دانشگاه علوم پزشکی کاشان - گروه روانپزشکی
۲-دانشگاه علوم پزشکی کاشان - گروه جراحی اعصاب

مقدمه

افسردگی شایع ترین بیماری روانی زمان ما است. میزان شیوع افسردگی در جمعیت عمومی را تا ۲۵ درصد گزارش کرده اند(۱). تقریبا ۴۰-۳۵ درصد از تمامی بیماری های روانی که به مداخله پزشک می انجامد را افسردگی تشکیل می دهد (۲). شیوع علایم افسردگی در کل جمعیت ۲۰-۱۳ درصد می باشد که این علایم در خانم ها ، گروههای اقتصادی - اجتماعی پایین و ا فراد فاقد ارتباط بین فردی نزدیک شایع تر می باشد (۳). اختلال افسردگی اساسی در زنان دو تا سه برابر مردان است (٤). شایع ترین علامت بالینی اختلال افسردگی اساسی ، کندی روانی- حرکتی Psychomotor Detraction هستند (۲).خلق افسرده و بی علاقگی یا بی لذتی، علایم کلیدی افسردگی می باشند. حدود دو سوم از کل بیماران افسرده به فکر خودکشی می افتند و حدود ۱۰ تا ۱۵ درصد از آن ها نیز دست به خودکشی می زنند. اضطراب از علایم شایع افسردگی است که حدود ۹۰ درصد از بیماران را گرفتار می کند. انواع و اقسام تغییراتی که در مصرف غذا و میزان استراحت این بیماران پیدا می شود ، می تواند بیماری های طبی ای نظیر دیابت ، افزایش فشار خون ، بیماری های انسدادی مزمن ریه و بیماری های قلبی همراه با افسردگی را تشدید کند (۱).ممکن است بیمار افسرده به همراه خلق پایینش علایم بیماری های جسمی داشته باشد و یا حتی فقط با نشانه های جسمی مراجعه کند (۱). افسردگی می تواند در ایجاد درد بدن و سندرم های سایکوفیزیولوژیک (۷) ، درد کمر و ستون فقرات (٤،۱۱) ، سردرد (۵) ، تغییرات بیوشیمیایی خون نظیر بالا رفتن قند خون (NIDDM) و توزیع چربی در بدن نظیر چاقی شکم و دور کمر (٦،۸) نقش داشته باشد. افسردگی در افراد پیر معمولا به صورت آتیپیک و بیشتر در قالب بیماری های جسمی مثل سرگیجه نمایان می شود (۹،۱۰). به همین دلیل است که افسردگی در افراد مسن ، دقیق تشخیص داده نشده و درمان لازم را دریافت نمی کنند(۱،۲). در حال حاضر، در برخی جوامع مانند انگلیس حدود نیمی از تخت های بیمارستانی به این بیماران اختصاص داده شده است (۱۵). پژوهش در درمانگاه های جراحی نشان داد که یک سوم مراجعه کنندگان مبتلا به اختلالات روانی بوده، یک سوم ناراحتی روانی و جسمی توام داشته و تنها یک سوم مراجعه کنندگان بیماری جسمی خالص داشتند (۱۲). با توجه به وسعت بیماری افسردگی و علایم و شکایات جسمی همراه آن ، ارتباط اختلال افسردگی اساسی با شکایات جسمی بیماران بستری شده در بیمارستان اخوان (MDD) کاشان در نیمه دوم سال ۱۳۷۳ مورد بررسی قرار گرفت.

مواد و روش ها

پژوهش حاضر با روش توصیفی صورت پذیرفت. جامعه مورد مطالعه را که شامل کلیه بیماران بستری شده بودند ، از نظر وجود شکایات جسمی به دو گروه تقسیم گردیدند.

از بین آنهایی که شکایات جسمی داشتند ، ۱۵۰ نفر به عنوان گروه مورد و از بین بقیه ،۱۵۰ نفر به عنوان گروه شاهد به طور تصادفی انتخاب شدند وخصوصیات فردی نمونه شامل سن ، جنس ، وضعیت تاهل و میزان سواد ثبت سپس در گروه مورد نوع شکایات جسمی در دستگاه های بدن از جمله سر و گردن ، گوارشی ، اسکلتی- عضلانی و قلب و تنفس بررسی و ثبت شدند تا در نهایت، از نظر میزان شیوع یک شکایت جسمی و این که از

هر دستگاه چه شکایاتی بیشترین و کمترین فراوانی را دارند ،اطلاعات به دست آید. برای تمام افراد آزمون بک (BDI) اجرا شد و از کسانی که نمرات مساوی یا بالای یازده کسب کردند ، مصاحبه روانپزشکی بر اساس معیارهای تشخیصی DSM-IV به عمل آمد و مبتلایان به اختلال افسردگی اساسی تشخیص داده گردیدند. اطلاعات جمع آوری و طبقه بندی شدند و رابطه بین اختلال افسردگی اساسی و شکایات جسمی از طریق آزمون مجذور کای بررسی گردید.

یافته ها

تحقیق بر روی ۱۵۰ نفر بدون شکایات جسمی (گروه شاهد) و تعداد ۱۵۰ نفر دارای شکایات جسمی (گروه مورد) صورت پذیرفت. میانگین سنی افراد دو گروه ، تقریبا ۴۰ سال و مشابه بود. در گروه مورد ۳۵ نفر مرد و ۱۱۵ نفر (۷۶/۷درصد) زن بودند.

وضعیت اختلال افسردگی اساسی در دو گروه در جدول (۱) ارایه گردیده و نشان می دهد که در بیماران بدون شکایات جسمی ۲۷/۳ درصد و در بیماران دارای شکایات جسمی ۸۰ درصد اختلال افسردگی اساسی وجود داشت (P<۰/۰۰۰۱). بیماران گروه مورد، ۱۰/۶ مرتبه بیشتر از گروه شاهد در مواجه با اختلال افسردگی اساسی بوده اند و این نسبت به احتمال ۹۵ درصد در جامعه از حداقل ۶ برابر تا ۱۸ برابر افراد شاهد است (P<۰/۰۵).

جدول ۱- توزیع بیماران دارای شکایات جسمی و گروه شاهد آنها بر حسب وضعیت اختلال افسردگی اساسی

شکایات جسمی / اختلال افسردگی اساسی	دارد (مورد)	ندارد (شاهد)
دارد	۱۲۰ (۸۰)	۴۱ (۲۷/۳)
ندارد	۳۰ (۲۰)	۱۰۹ (۷۲/۷)
جمع	۱۵۰ (۱۰۰)	۱۵۰ (۱۰۰)

در گروه شاهد ۴۴/۷ درصد بیماران زن و در گروه مورد ۷۶/۷ درصد زن بودند (P<۰/۰۰۰۱) (جدول۲).

توزیع آنها در مردان و زنان مجرد مشابه بوده و اختلافی نداشت ولی هم در مردان متاهل و به ویژه در زنان متاهل ، شکایات جسمی بیشتر بود و اختلاف آنهابه لحاظ آماری معنی دار است (P<۰/۰۰۰۱) و بالاخره در زنان بی سواد این نوع شکایات جسمی بیشتر است (P<۰/۰۰۰۱).

جدول ۲- توزیع بیماران دارای شکایات جسمی وگروه شاهد آنها بر حسب خصوصیات فردی و اجتماعی آنها

خصوصیات فردی / شکایات جسمی			دارد (مورد)	ندارد (شاهد)	نتیجه آزمون
جنس		مرد	۳۵ (۲۳/۳)	۸۳ (۵۵/۳)	P<۰/۰۰۰۱
		زن	۱۱۵ (۷۶/۷)	۶۷ (۴۴/۷)	
وضعیت تاهل	مجرد	مرد	۶ (۱۷/۱)	۴۰ (۴۸/۲)	NS
		زن	۴ (۳/۵)	۱۹ (۲۸/۴)	
	متاهل	مرد	۲۹ (۸۲/۹)	۴۳ (۵۱/۸)	P<۰/۰۰۰۱
		زن	۱۱۱ (۹۶/۵)	۴۸ (۷۱/۶)	
سطح سواد	بی سواد	مرد	۱۹ (۵۴/۳)	۵۱ (۶۱/۴)	P<۰/۰۰۰۱
		زن	۹۰ (۷۸/۳)	۳۹ (۵۸/۲)	
	باسواد	مرد	۱۶ (۴۵/۷)	۳۲ (۳۸/۶)	NS
		زن	۲۵ (۲۱/۷)	۲۸ (۴۱/۸)	

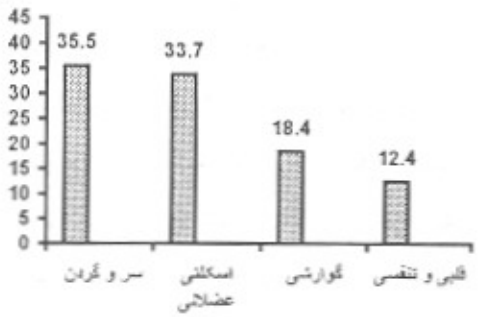
شایع ترین نوع بیماری روانی در گروه مورد اختلال افسردگی اساسی به میزان ۸۰ درصد و بعد اسکیزوفرنی به میزان۱۰/۷ درصد و بالاخره اختلالات سایکوتیک به میزان ۹/۳ درصد بود (جدول ۳).

جدول ۳- توزیع بیماران دارای شکایات جسمی بر حسب نوع بیماری روانی آن ها

جنس / نوع بیماری	مرد	زن	جمع
اختلال افسردگی اساسی	۲۰ (۵۷/۱)	۱۰۰ (۸۷)	۱۲۰ (۸۰)
اسکیزوفرنی	۱۰ (۲۸/۶)	۶ (۵/۲)	۱۶ (۱۰/۷)
اختلالات سایکوتیک	۵ (۱۴/۳)	۹ (۷/۸)	۱۴ (۹/۳)
جمع	۳۵ (۱۰۰)	۱۱۵ (۱۰۰)	۱۵۰ (۱۰۰)

بیماران گروه مورد بر حسب نوع شکایات جسمی در نمودار (۱) ارایه گردیده و نشان می دهد که

شایع ترین شکایت از سر و گردن بـه مـیزان ۳۵/۵ درصد و کمترین آنها مربوط بـه قلـب وتنفـس بـه میزان ۱۲/٤ درصد بود. در داخل هـر یـک از ایـن دسته بندی چـهارگانـه و در بیـن شـکایات سـر و گردن، شایع ترین آن ها سـردرد و بـه مـیزان ۳۵/۳ درصد و در گروه اسکلتی عضلانی ، ضعـف و بـی حالی به میزان ۲۳/۹ درصد و در گـروه گـوارش ، حالت تهوع به میزان ۲۹/۳ درصد و گـروه قلـب و تنفس ، تپش قلب به میزان ۳٤ درصد بود.



نمودار ۱ – توزیع بیماران گروه مورد برحسب نوع شکایات جسمی

بحث

تحقیق حاضر نشان می دهد که بیماران افسـرده در مقایسه با سایر بیماریهای روانی از شکایات جسمی بیشتری برخوردار بودند.

بر اساس کتب مرجع روانپزشکی ، اختلال افسردگی اساسی به صورت های مختلف روانی ، جسمی و یا هر دو خود را نمایان می سازد. از طرف دیگر، تمیز این بیماری از سـایر بیمـاری هـای عضـوی دارای همیـن علایـم و شـکایات بـه آسـانی صـورت نمی پذیرد و در نتیجـه مـدت هـای مدیـدی ایـن بیماران تحت مراقبت و درمان های غیرروانپزشـکی و غیرضروری و چه بسا مضر قرار می گـیرند ، کـه نه تنها معالجه بیماری صورت نمی پذیرد بلکـه بـه طور کلـی عـوارض جسـمی ، روانـی و دارویـی فراوانی را برای بیمار به ارمغان می آورد (۱،۲).

شکایات جسمی ، عـلاوه بـر افسـردگـی در سـایر بیمـاری هـای روانـی (از جملـه اختـلالات شـبه جسمی) نیز وجود دارند که در تشـخیص افـتراقی بیماران دارای شکایات جسمی باید در نظـر گرفتـه شـوند. از سـوی دیگـر افسـردگـی از مـهمترین اختلالات همراه و اولیـن تشـخیص هـای افـتراقی اختلالات شبه جسمی می باشد. از دسته اختـلالات شـبه جسـمی اختـلال جسـمانی کـردن (somatization disorder) ، اختـلال تبدیلـی (converion disorder) ، خودبیمارانگـاری (Hypochondriasis) و اختـلال درد (pain disorder) با شکایات جسمی مراجعه مـی کننـد. در اختلال جسمانی کردن ، ناراحتی روانشـناختی و مشـکلات بیـن فـردی بـارز بـوده و اضطـراب و افسردگی شایع ترین حـالات روانپزشـکی در ایـن بیماران است (۱). نشانه های اختلال افسـردگـی و اضطراب اغلب ممکـن اسـت همـراه نشـانه هـای اختلال تبدیلی دیده شوند (۱،۲). خود بیمار انگاری اغلب همراه با یک اختلال افسردگی یا اضطرابی بـه صورت توام دیده می شود (۱). بیمـاران مبتـلا بـه اختلال درد مجموعـه ای از بیمـاران نـاهمگون بـا دردهای مختلف نظیر کمردرد ،سردرد ، درد مزمـن لگن و انواع دیگر دردها هستند (۱). حداقل در یک مطالعه رابطـه ای بیـن تعـداد نشـانه هـای درد بـا احتمال و شدت نشانه های اختلال جسمانی کردن ، اختلال های افسردگی و اضطرابـی مشـاهده شـده است. اختلال افسردگی اساسـی در ۵۰-۲۵ درصـد تمامی بیماران مبتلا به اختلال درد دیده می شـود و نشانه های اختلال کج خلقی و افسردگـی در ۱۰۰-٦۰ درصد تمامی بیماران وجود دارد. برخی محققان معتقدند کـه درد مزمـن تقریبـا همیشـه شـکلی از

اختلال افسردگی است یعنی شکل نقابدار یا جسمانی شده افسردگی محسوب می شود (۱).

اختلال افسردگی اساسی در افراد پیر به این دلیل که بیشتر از جوانها خود را با شکایات جسمی نشان می دهد،کمتر تشخیص داده می شود (۱،۹،۱۰).

مطالعه حاضر نشان می دهد که بیشترین شکایات جسمی گروه مورد ، از سر و گردن و با تابلو سردرد و بعد ضعف و بی حالی در دستگاه اسکلتی عضلانی و در رتبه سوم تهوع در دستگاه گوارشی و در نهایت طپش قلب بود. درباره مطالب مذکور آمار دقیقی در کتب مرجع در دست نیست و در مناطق مختلف و بسته به شرایط محیطی می تواند متفاوت باشد (۲).

در مطالعه حاضر توزیع اختلال افسردگی اساسی در زنان متاهل ، بی سواد با سن تقریبی ٤٠ سال بیشترین رقم را نشان می دهد.

بر اساس آمارهای جهانی سن متوسط شروع بیماری برای زنان ٤٧/٥ سالگی است ، همچنین اختلال افسردگی اساسی در زنان تقریبا دو برابر مردان و در افرد بی سواد و فاقد رابطه بین فردی نزدیک شایع تر و بیشتر است (۱)، در حالی که در مطالعه ما افسردگی در افراد متاهل شایع تر بود. در جهت علت یابی این امر باید گفت : از مؤثرترین عوامل بروز این بیماری و به ویژه شکایات جسمی همراه با آن ، دلایل روانی ، اقتصادی ، اجتماعی **Psychosocioeconomic** می باشند (۱،۲) که احتمالا در جامعه ما بر افراد متاهل استرس بیشتری وارد می کند. کاربرد اصلی تحقیق این است که به رقم بالای احتمال همراهی اختلال افسردگی اساسی در ابراز ناراحتی بیماران از شکایات جسمی ، به خصوص در افراد سالخورده توجه بیشتری شود. در خاتمه توصیه می شود مطالعات تکمیلی در رابطه با پژوهش حاضر و به خصوص در دستگاههای مختلف بدن در کاشان و سایر شهرهای ایران صورت گیرد.

References:

1- kaplan H.Sadock B.Synopsis of psychiatry 8th ed. Baltimore: Williams & Wilkins. 1998;538-540,629-645,806-810.
2- Sadock B. Sadock V. Comprehensive textbook of psychiatry 7th ed. Philadelphia: Lippincott williams & wilkins; 2000; Vol:1. 1298-1338, 1504-1530.
3- Gilder M. Gath M. Oxford textbook of psychiatry 8th de. Oxford Oxford university ;1996: 197-200. 342-350.
4- Adams MA. Personal risk factors for first-time low back pain. Spine. 1999 ; 24:2497-2505.
5- Breslau N. Headache and major depression: Is the association specefic to migraine? Neurology. 2000; 54: 308-313.
6- Kawakami N. Depressive symptoms and occurrence of type 2 diabetes among japanese men. Diabetic Care. 1999 ; 22:1071-1076.
7- Morriss RK. The role of depression in pain, Pcychophysiological syndroms and medically unexplained symptoms associated with chronic fatigue syndrome. J Affect Disord. 1999; 55:143-148.
8- Nelson TL. Psychological and behavioral predictors of body fat distribution. Obestet-Res. 1999; 7: 199-207.

9- Ophalari JS. Unrecognizded benign paroxysmal positional vertigo in elderly patients. Otolaryngol Head Neck Surg.2000 ;122:630-634.
10-Strand J. Depression in old age. Schweiz Med Wochenschr. 1999 ;129:1162-1170.
11-Wesley Al. Toward more accurate use of the beck Depression Inventory with chronic back pain patients. Clin J Pain. 1999 ; 15:117-121.

۱۲- احمدی . مجله دانشکده پزشکی تهران. تهران. انتشارات دانشگاه تهران. سال ۱۳۷۰. ص:٦.

۱۳- اخوت و. جلیلی ا. افسردگی . تهران: انتشارات روز. ۱۳٦۲ ؛ : ۵.

۱٤- جلیلی ا. مجله دانشکده پزشکی تهران. داروهای ضدافسردگی . تهران: انتشارات دانشگاه تهران. ۱۳٦۷.؛ : ۵٦-۵۱.

۱۵- محیط ا. مفهوم جوانی . مجله دارو و درمان.۱۳٦۰.؛ : ٦۰-۵۱