

شکایات شایع بیماران مبتلا به اختلالات اضطرابی

دکتر علی فخاری: استادیار گروه روانپزشکی دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی تبریز: نویسنده رابط

Email: A_Fakhari@yahoo.com

دکتر فرهاد رحمتی: پزشک عمومی، مرکز مطالعات و توسعه آموزش پزشکی
دکتر شادی شیوا: پزشک عمومی، مرکز مطالعات و توسعه آموزش پزشکی
دکتر سید محمدعلی قریشی زاده: استاد گروه روانپزشکی دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی تبریز

دریافت: ۸۳/۱۱/۷، پذیرش: ۸۴/۲/۲۸

چکیده

زمینه و اهداف: اختلالات اضطرابی از شایع ترین اختلالات روانپزشکی می باشد. این تحقیق به بررسی اولین کلمات ابراز شده توسط بیماران که در نهایت توسط روانپزشک به تشخیص بیماری منجر گردیده است، می پردازد تا پزشکان مراقبتهای اولیه نسبت به این کلمات حساس شده و به سمت تشخیص صحیح راهنمایی شوند.

روش بررسی: در یک مطالعه تحلیلی مقطعی، ۲۰۰ بیمار مراجعه کننده به مرکز آموزشی درمانی اسدآبادی تبریز که نهایتاً تشخیص یکی از اختلالات اضطرابی بر اساس معیارهای DSM-IV برای آنها مسجل گردیده بود مورد بررسی قرار گرفتند. در پایان داده‌های بدست آمده توسط نرم‌افزار آماري SPSS11 و با استفاده از تستهای آماری مربع کای و آزمون t و آنالیز واریانس یکطرفه مورد تجزیه و تحلیل آماری قرار گرفتند.

یافته‌ها: در این مطالعه فوبی خاص در ۳/۸٪ موارد، اختلال پانیک در ۱۹/۹٪، اختلال اضطرابی منتشر در ۱۵/۱٪، آگروفوبیا در ۲/۱٪، اختلالات وسواسی در ۲۰/۵٪، اختلال اضطرابی به دنبال حادثه در ۲/۷٪ و فوبی اجتماعی در ۳/۱٪ دیده شد. میانگین زمان شروع علائم تا مراجعه به پزشک ۳۰/۸۸ ماه بود. سابقه فامیلی در ۵۸/۳٪ مثبت بود. بیماریهای جسمی همراه در ۱۶/۶٪ موارد دیده شد. در بررسی از نظر شکایات شایع در این بیماران، علائم اضطراب (۲۴/۹٪) و لرزش دست و پا (۲۰/۹٪) جزو علائم شایع اظهار شده توسط این بیماران بودند.

نتیجه گیری: برخی پزشکان واژه «داریخما» را معادل دلنگی و یا بی‌قراری می‌دانند در این مطالعه علاوه بر معنای افسردگی این واژه ارتباط و شیوع بالایی از آن در اختلال پانیک مشاهده شد. همچنین ارتباط معنی‌داری بین داریخما با سایر اختلالات اضطرابی بجز اختلال پانیک دیده نشد و حتی ارتباط معنی‌دار معکوسی بین وجود داریخما و اختلال اضطرابی منتشر دیده شد.

کلید واژه‌ها: اضطراب، علائم اضطراب، نشانه‌های اضطراب

مقدمه

تا علائم روانپزشکی. این اختلالات علاوه بر ایجاد علائم فیزیکی باعث افزایش شدت این علائم نیز می‌گردند (۲).

اغلب بیماران به وجود این علائم آگاهی ندارند و نیازی به مراجعه به پزشک نمی‌بینند و با علائم فیزیکی مراجعه می‌کنند همچنین پزشکان کمتر از نصف اختلالات اضطرابی را تشخیص می‌دهند (۳). شکایت اولیه در بیماران مبتلا به اختلالات اضطرابی در مراجعان به مراکز درمانی به زبانها و فرهنگهای مختلف ابراز می‌گردند که معمولاً در تشخیص بیماری توسط پزشکان مشکل‌ساز و گاه غیر عملی می‌باشد. این مشکلات بخصوص در زبانهایی مانند زبان آذری بیشتر به چشم می‌خورد.

این تحقیق به بررسی اولین کلمات ابراز شده توسط بیماران (در مواردی که معادل فارسی برای کلمه یافت نگردید شکایت بیماران به زبان محلی و براساس فرهنگ آنها ارائه شد) که در نهایت توسط روانپزشک به تشخیص بیماری منجر گردیده است، می‌پردازد تا پزشکان مراقبتهای اولیه نسبت به این کلمات حساس شده و به سمت تشخیص صحیح راهنمایی شوند.

اختلالات اضطرابی نظیر دیگر بیماریهای جدی بطور مشخص عملکرد روانی- اجتماعی و کیفیت زندگی فرد را تحت تأثیر قرار می‌دهند (۱). یک چهارم جمعیت جهان از حداقل یکی از اختلالات اضطرابی رنج می‌برند (۲) و شیوع آن در حدود ۱۰-۸٪ برای اطفال و ۹-۱۵٪ برای بالغین می‌باشد (۳). همچنین شیوع آن برای تمام زندگی حدود ۲۵٪ تخمین زده می‌شود. این اختلالات با همدیگر و سایر اختلالات روانی نیز دیده می‌شوند (۴). تعداد کثیری از افراد با اختلالات اضطرابی معمولاً علائم افسردگی را نیز نشان می‌دهند که در اغلب موارد علت مراجعه بیماران به پزشک است (۵) اغلب اختلالات اضطرابی مانند اضطراب منتشر و اضطراب اجتماعی معمولاً مزمن هستند و در زمان کودکی یا جوانی شروع می‌شوند (۲).

اختلالات اضطرابی شامل اضطراب منتشر، پانیک، اضطراب اجتماعی، وسواسی جبری و اختلال اضطراب پس از حادثه می‌باشند. در اغلب موارد بیماران با علائم فیزیکی مراجعه می‌کنند

مواد و روش ها

به منظور بررسی شکایات شایع مبتلایان به انواع اختلالات اضطرابی در بیماران مراجعه کننده به مرکز آموزشی درمانی اسدآبادی تبریز مطالعه‌ای به صورت مقطعی تحلیلی طراحی گردید. در طی نیمسال دوم سال ۱۳۸۰ تعداد ۲۰۰ بیمار مراجعه کننده به مرکز آموزشی درمانی اسدآبادی تبریز که نهایتاً تشخیص یکی از انواع اختلالات اضطرابی بر اساس معیارهای DSM-IV برای آنها مسجل گردیده بود مورد بررسی قرار گرفتند.

شکایات این بیماران در پرسشنامه‌ای که حاوی سؤالاتی در مورد اطلاعات دموگرافیک، شکایات اولیه، علائم کلیدی و تشخیص نهایی بود وارد گردید. در پایان داده‌های بدست آمده توسط نرم‌افزار آماری SPSS ۱۱ ویرایش و با استفاده از تستهای آماری کای دو و آزمون t و آنالیز واریانس یکطرفه مورد تجزیه و تحلیل آماری قرار گرفت. نتایج کیفی به صورت درصد و نتایج کمی به صورت میانگین \pm انحراف معیار بیان گردید. سطح معنی داری در این مطالعه به صورت $p < 0/05$ در نظر گرفته شد.

یافته‌ها

خلاصه نتایج بدست آمده از ۲۰۰ بیمار مبتلا به اختلالات اضطرابی به صورت زیر می‌باشد: از نظر ویژگیهای جمعیت

شناختی در این مطالعه ۷۵٪ بیماران مؤنث و ۲۵٪ مذکر بودند. میانگین سنی این بیماران $14/02 \pm 33/7$ بود و شایعترین سن اضطراب در این مطالعه ۲۰ الی ۴۰ سال بود. از نظر وضعیت تأهل ۷۱/۴٪ موارد متأهل، ۲۵/۶٪ موارد مجرد، ۳٪ بیوه بودند. از نظر سطح تحصیلات ۲۰/۹٪ بیماران بی‌سواد، ۱۴٪ تحصیلات ابتدائی، ۲۶/۷٪ تحصیلات راهنمایی، ۳/۵٪ تحصیلات دبیرستانی و ۳۴/۹٪ تحصیلات دانشگاهی داشتند. میانگین زمان شروع علائم تا مراجعه به پزشک ۳۰/۸۸ ماه بود. سابقه فامیلی در ۵۸/۳٪ مثبت بود. بیماریهای جسمی همراه در ۱۶/۶٪ موارد دیده شد.

در بررسی از نظر شکایات شایع در این بیماران، علائم اضطراب و لرزش دست و پا جزو علائم شایع اظهار شده توسط این بیماران بودند. (جدول شماره ۱) در بررسی واژه داریخما که واژه‌ای آذری می‌باشد ارتباط معنی داری بین وجود این علامت و اختلال افسردگی اساسی ($p < 0/014$) و افسردگی مینور ($p < 0/024$) و پانیک ($p < 0/002$) و ارتباط معکوس معنی داری با اضطراب منتشر ($p < 0/006$) بدست آمد.

در بررسی از نظر همراهی اختلالات اضطرابی با افسردگی، میزان اختلالات افسردگی همراه ۴۸/۸٪ بود.

جدول ۱: فراوانی علائم شایع در بیماران مبتلا به اختلالات اضطرابی در مراجعه کنندگان به مرکز آموزشی درمانی اسدآبادی تبریز

علائم ^x	درصد	علائم	درصد	علائم	درصد
اضطراب	۳۴/۹	فکر می‌کنم می‌میرم	۹/۳	حساس بودن به آب	۵/۸
لرزش دست و پا	۲۰/۹	فکر می‌کنم لباس در تن ندارم	۹/۳	عدم اعتماد به نفس	۵/۸
عصبانیت	۱۹/۸	خفه می‌شوم	۹/۳	عدم توانایی انجام کار	۴/۷
داریخما ^{xx}	۱۷/۴	سرگیجه	۹/۳	خجالتی بودن	۴/۷
بی‌خوابی	۱۷/۴	زیاد دستمال کشیدن	۸/۱	احساس تنگی نفس	۴/۷
وسواسی بودن	۱۶/۳	خشکی دهان	۸/۱	سرم داغ می‌شود	۴/۷
مدام می‌شورم	۱۶/۳	خیالات	۸/۱	در دستشویی زیاد می‌مانم	۴/۷
گریه	۱۶/۳	دلهره	۸/۱	اسهال و نفخ شکم	۴/۷
طپش قلب	۱۶/۳	تعریق	۸/۱	افزایش فشار	۴/۷
درد در ناحیه سر و گردن	۱۵/۱	ترس	۷	تهوع	۴/۷
درد در ناحیه تنه و اندامها	۱۵/۱	ناراحت بودن	۷	احساس درد و توده در گلو	۴/۷
حواس پرتی	۱۴	دل‌تنگی	۷	لرزش دل	۳/۵
اعتماد به پاکیزگی ندارم	۱۲/۸	احساس گرما	۷	تیک	۳/۵
ناراحتی اعصاب	۱۱/۶	هول می‌آید	۷	تنها بیرون نمی‌روم	۳/۵
احساس کرختی در دست و پا	۱۰/۵	بی‌حوصلگی	۵/۸	احساس سبکی در قلب	۳/۵
بی‌قراری	۱۰/۵	سستی بدن	۵/۸	بی‌اشتهایی	۲/۳

x این علامتها دقیقاً کلماتی هستند که بیماران به زبان خود در شکایات آنها ابراز کرده‌اند.
xx کلمه‌ای است ترکی که معادل فارسی آن یافت نشد.

جدول ۲: فراوانی علائم شایع در بیماران مبتلا به اختلال اضطرابی منتشر در مراجعه کنندگان به مرکز آموزشی درمانی اسدآبادی تبریز

علائم	درصد	علائم	درصد	علائم	درصد
اضطراب	۵۵/۲	طپش قلب	۱۷/۲	دلنگگی	۱۰/۳
لرزش دست و پا	۲۷/۶	دلهره	۱۷/۲	خجالتی بودن	۱۰/۳
حواس پرتی	۲۷/۶	ناراحتی اعصاب	۱۷/۲	احساس تنگی نفس	۱۰/۳
عصبانیت	۲۴/۱	بی‌قراری	۱۷/۲	سرم داغ می‌شود	۱۰/۳
درد در ناحیه سر و گردن	۲۴/۱	احساس کرحتی در دست و پا	۱۳/۸	اسهال و نفخ شکم	۱۰/۳
درد در ناحیه تنه و اندامها	۲۴/۱	تعریق	۱۳/۸	احساس درد و توده در گلو	۱۰/۳
بی‌خوابی	۱۷/۲	خشکی دهان	۱۳/۸	تیک	۱۰/۳
گریه	۱۷/۲	ترس	۱۰/۳	وسواسی	۱۰/۳

سایر علائم شیوع کمتر از ۱۰ درصد داشتند. داریخما فقط در ۳/۴ دیده شد.

جدول ۳: فراوانی علائم شایع در بیماران مبتلا به اختلال پانیک در مراجعه کنندگان به مرکز آموزشی درمانی اسدآبادی تبریز

علائم	درصد	علائم	درصد	علائم	درصد
اضطراب	۳۷/۹	درد در ناحیه تنه و اندامها	۲۰/۷	ناراحتی اعصاب	۱۳/۸
داریخما	۳۷/۹	احساس کرحتی در دست و پا	۲۰/۷	سستی بدن	۱۳/۸
لرزش دست و پا	۲۷/۶	سرگیجه	۱۷/۲	ناراحت بودن	۱۰/۳
طپش قلب	۳۴/۵	بی‌خوابی	۱۷/۲	دلنگگی	۱۰/۳
خفه می‌شوم	۲۴/۱	احساس گرما	۱۷/۲	بی‌قراری	۱۰/۳
گریه	۲۴/۱	هول می‌آید	۱۷/۲	احساس تنگی نفس	۱۰/۳
فکر می‌کنم می‌میرم	۲۴/۱	عصبانیت	۱۷/۲	تهوع	۱۰/۳
درد در ناحیه سر و گردن	۲۰/۷	خشکی دهان	۱۷/۲		

دلیل این اختلالات در این افراد کمتر دیده می‌شود (۵). در مطالعه ما افراد با سطح تحصیلات بالا درصد بالایی (۲۵/۶٪) از اضطراب را نشان دادند. که می‌تواند ناشی از استرسهای شغلی زیاد در جامعه ما یا عدم هماهنگی شغل انتخاب شده با سطح تحصیلات افراد باشد. این یافته در مطالعه‌ای که بر روی مهاجرین مکزیک انجام گرفته است نیز نشان داده شده است (۶).

شیوع بالای این اختلالات در بستگان درجه ۱ و ۲ در مطالعات مختلف نشان دهنده وجود منبع ژنتیکی برای این اختلالات می‌باشد (۳).

بیماریهای جسمی اگر چه به عنوان اختلال جدا از اختلالات اضطرابی در نظر گرفته می‌شوند، ولی لازم است عوامل روان شناختی بویژه در بیماریهایی چون بیماری اسکیمیک قلبی، آرتریت روماتوئید، آسم و فشار خون در نظر گرفته شوند (۷).

در این مطالعه علائمی که به طور معنی داری دلالت بر اختلالات اضطرابی می‌کردند شامل اضطراب، لرزش دست، علائم وسواسی، ترس، دلهره و علائم جسمی مانند احساس تکرر ادرار، احساس تنگی نفس بودند.

با توجه به شیوع بالای علائم جسمی در این مطالعه، فاصله زمانی زیاد شروع علائم جسمی و مراجعه به پزشک نشانگر این مطلب است که این علائم در بیشتر موارد به بیماریهای جسمی نسبت داده می‌شوند تا بیماریهای روانی، و در اغلب موارد منجر به دریافت

در بررسی انواع اختلالات اضطرابی در این بیماران، فوبی خاص در ۳/۸٪ موارد، اختلال پانیک در ۱۹/۹٪، اختلال اضطرابی منتشر در ۱۵/۱٪، آگروفوبیا در ۲/۱٪، اختلالات وسواسی در ۲۰/۵٪، اختلال اضطرابی به دنبال حادثه در ۲/۷٪ و فوبی اجتماعی در ۳/۱٪ دیده شد. شایعترین علائم ذکر شده توسط بیماران در اختلال اضطرابی منتشر اضطراب و پس از آن لرزش دست و پا و حواس پرتی بودند. همچنین شایعترین علائم ذکر شده در بیماران مبتلا به اختلال پانیک اضطراب و داریخما بودند.

از نظر وجود اختلالات وسواسی، اختلال وسواسی شستشو در ۱۲/۳٪، واریسی در ۵/۱٪، فکری در ۱۰/۶٪ و نظم بخشیدن در ۲/۱٪ دیده شد. وجود دردهای مختلف در اختلالات اضطرابی در ۳۱٪ موارد ($p < ۰/۰۰۰$) و علائم سوماتیک در ۵۰/۶٪ موارد دیده شد ($p < ۰/۰۰۵$).

بحث

از نظر درگیری گروههای سنی تقریباً در تمام اختلالات اضطرابی گروه سنی ۲۰-۴۰ سال بیشترین فراوانی را به خود اختصاص داده و نیز همانند اختلالات افسردگی در زنان بیشترین شیوع را دارد. در مطالعه‌ای که توسط ویلیامز و همکارانش انجام گرفته نشان داده‌اند که افراد با سطح تحصیلات بالا بهتر قادر هستند خود را با تغییرات اجتماعی و محیطی وفق دهند به همین

در مطالعات بسیاری در طی دو دهه اخیر همراهی اختلالات افسردگی و اضطرابی گزارش گردیده (۱۱-۱۴). که این همراهی منجر به افزایش شدت علائم اضطرابی در این بیماران شده است (۱۵). همچنین برخی افسردگی ثانویه به اضطراب را شایعترین و جدیترین عارضه اضطراب قلمداد کرده‌اند و یا برعکس، اضطراب را به عنوان خصوصیت شایع افسردگی ذکر نموده‌اند. در مطالعه‌ای که در سوئد انجام گرفته نشان داده‌اند که اختلالات اضطرابی یا افسردگی خالص در طی زمان پایدار باقی می‌مانند در حالی که اختلالات مختلط پیش آگهی خوبی ندارند. در این مطالعه ۲۱٪ بیماران مبتلا به افسردگی خالص و ۲۴٪ بیماران مبتلا به اختلالات اضطرابی خالص در طی پیگیری اختلال دیگر را نیز نشان داده‌اند. همچنین انتقال از افسردگی خالص به اختلالات اضطرابی خالص و بالعکس نیز گزارش شده است (۱۶). در مطالعه ما نیز وجود توأم ۴۸/۸٪ اضطراب و افسردگی و علائم توأم آنها تأیید بر این مورد می‌باشد.

بیماران مبتلا به افسردگی همراه با اختلالات اضطرابی در مقایسه با گروه بدون اختلالات اضطرابی سن شروع پایین‌تر، اقدام به خودکشی بیشتر، شرایط اقتصادی اجتماعی پایین‌تر، اختلالات خوردن و سوماتوفورم بیشتر و وجود اختلالات اضطرابی در بستگان درجه یک بیشتری داشته‌اند (۱۷-۲۰).

داروهای نادرست یا استفاده از روشهای تشخیصی پرهزینه می‌گردد که نیاز به آموزش بیشتر پزشکان در این مورد را نشان می‌دهد.

در مطالعه ما بیماران مبتلا به اختلال اضطرابی توأم با افسردگی، افکار خودکشی بیشتری نسبت به ابتلا سایر اختلالات داشتند ولی این یافته از نظر آماری معنی دار نبود. در مطالعات مختلفی گزارش شده است که در صورت همراهی اختلالات اضطرابی با افسردگی به طور معنی داری میزان خودکشی افزایش می‌یابد (۹، ۱۰). که نیاز به درمان به موقع هر دو علائم برای جلوگیری از خودکشی در این بیماران را ضروری می‌نماید (۱۰). در بررسی از نظر شیوع علائم گزارش شده توسط بیمار، مشکل‌سازترین علامت ذکر شده از طرف بیماران واژه داریخما می‌باشد که واژه‌ای آذری است. برخی پزشکان آن را معادل دلتنگی و یا بی‌قراری می‌دانند. در این مطالعه معنی‌دارترین ارتباط و بیشترین شیوع این واژه در اختلال پانیک مشاهده گردید که جزو اختلالات اضطرابی طبقه بندی می‌گردد. ارتباط معنی‌داری بین داریخما با سایر اختلالات اضطرابی بجز اختلال پانیک دیده نشد و حتی ارتباط معنی‌دار معکوسی بین وجود داریخما و اختلال اضطرابی منتشر دیده شد. معنای دیگر این یافته این است که واژه داریخما علاوه بر معنای نزدیک و مرتبط به افسردگی، می‌تواند بیانگر علامتی از اختلال پانیک نیز باشد. یا اینکه در مطالعه ما نمونه‌های مورد مطالعه از دو اختلال توأم افسردگی و پانیک رنج می‌برده‌اند و این یافته آماری ناشی از این اختلال توأم است.

Reference

- Mendlowicz MV, Stein M B. Quality of life in individuals with anxiety disorders. *Am J Psychiatry* 2000; **157**(7): 669-82.
- Kjernisted K, Bleau P, Earle R, Kennedy S, Ungar T. Beyond the blues: effective management of anxiety and depression. *Medical post* 2003; **39**(43): C1.
- Wren FJ, Scholle SH, Heo J. Pediatric mood and anxiety syndromes in primary care: who gets identified? *Int J Psychiatry in Medicine* 2003/2004; **33**(1): 16.
- Hettema JM, Neale MC, Kendler K S. A review and meta-analysis of the genetic epidemiology of anxiety disorders. *The Am J Psychiatry* 2001; **158**(10): 1568-76.
- Williams CL, Berry JW. Primary prevention of acculturative stress among refugees: Applications psychological theory practice. *Am psychol* 1991; **46**(6): 636-641.
- Hovey JD, Magana CG. Cognitive, affective, and physiological expressions of anxiety symptomatology among Mexican migrant farm workers: predictors and generational differences. *Community Mental Health Journal* 2002; **38**(3): 223-38.
- Hula J, Opatry J, Beran J. Psychological factors and heart disease. *Cas-lek-ceck* 1998, **137**(21): 643-6 (Czech).
- Faweett J, Scheftner WA, Fogg L, Clark D C, Young MA, Hedeker D, et al. Time related predictors of suicide in major affective disorders. *Am J Psychiatry* 1990; **147**(9): 1189-94.
- Isometsa ET, Henricsson MM, Aro HM, Heikinen ME, Kuoppasalmi KI, Lonnqvist J K. Suicide in major depression. *Am J Psychiatry* 1994; **151**(4): 530-36.
- Masi G, Mucci M, Favilla L, Millepiedi S. Anxiety comorbidity in referred children and adolescents with Dysthymic disorder. *Psychopathology* 2001; **34**(5): 253-258.
- Kessler RC, Price R. Primary prevention of secondary disorders: a proposal and agenda. *Am J community Psychol* 1993; **21**(5): 607-633.
- Merikangas KR, Zhang H, Avenevoli S, Acharyy S. Longitudinal trajectories of depression and anxiety in a prospective community study. *Arch Gen Psychiatry* 2003; **60**(10): 993-1000.

13. Kendler KS, Neale MC, Kessler RC, Heath AC, Eaves LJ. Major depression and generalized anxiety disorder: same genes, (partly) different environments. *Arch Gen Psychiatry* 2001; **58**(11): 1083-4.
14. Maier W, Gansicke M, Weiffenbach O. The relationship between major and subthreshold variants of unipolar depression. *J Affec Disord* 1997; **45**(1-2): 41-51.
15. Nemeroff CB. Comorbidity of mood and anxiety disorders: The rule, not the exception. *Am J Psychiatry* 2002; **159**(1): 3-4.
16. Merikangas K. Comorbidity for anxiety and depression: review of family and genetic studies. *Am J Psychiatry* 1990; **147**(1): 331-348.
17. Kessler RC, DuPont RL, Berglund P, Wittchen H. Impairment in pure and comorbid generalized anxiety disorders and major depression at 12 months in two national surveys. *Am J Psychiatry* 1999; **156**(12): 1915-23.
18. Wittchen h, Carter R, Pfister H, Montgomery S, Kessler R. Disabilities and quality of life in pure and comorbid generalized anxiety disorder and major depression in national survey. *Int clin Psychopharmacol* 2000. **15**(6): 319-328.
19. Brown C, Schulberg H, Shear M. Phenomenology and severity of major depression and comorbid lifetime anxiety disorders in primary medical care practice. *Anxiety* 1996; **2**(5): 210-18.
20. Sherbourne CD, Wells KB. Course of depression in patients with comorbid anxiety disorders. *J Affec Disord* 1997; **43**(3): 245-50.

