

بررسی میزان افسردگی اساسی در کودکان و نوجوانان مبتلا به اختلال تورت

چکیده

هدف: اختلال تورت عبارت است از اختلالی که در آن سابقه تیکهای حرکتی متعدد در بیمار وجود دارد و حداقل یک تیک صوتی در مقطعی از اختلال در بیمار ایجاد می‌شود. گزارشات فراوانی در مورد همراهی افسردگی اساسی بطور همزمان با این اختلال منتشر شده است و مطالعات بیانگر این است که تشخیص و درمان به موقع این اختلال از اهمیت بسیار زیادی در سیر درمان بیماران مبتلا به اختلال تورت برخوردار است. بنابراین بررسی افسردگی اساسی همزمان با اختلال تورت در جامعه اهمیت فراوانی دارد.

روش بررسی: در طی یک دوره زمانی یکساله، ۳۰ مورد بیمار مبتلا به اختلال تورت مراجعه کننده به یک مرکز روانپزشکی اطفال مورد بررسی قرار گرفتند. این مطالعه بصورت توصیفی و cross sectional طراحی شد. همچنین ۳۰ نفر از افراد گروه کنترل مطابق با گروه بیماران از لحاظ سن و جنس از مدارس شهر تهران انتخاب شدند. ۲۵ پسر و ۵ دختر حدود سنی ۸-۱۸ سال در هر گروه وجود داشتند. پرسشنامه K-SADS جهت یافتن افسردگی اساسی در این بیماران و همچنین در گروه کنترل تکمیل گردید. نتایج به دست آمده در این تحقیق بر اساس آزمونهای آماری از جمله MC-Nemar exact test مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته ها: ۲۳/۳٪ از بیماران مبتلا به اختلال تورت به اختلال افسردگی اساسی مبتلا بودند و ۳/۳٪ از گروه کنترل مبتلا به اختلال افسردگی اساسی بودند.

نتیجه گیری: همراهی قابل ملاحظه بین اختلال تورت و اختلال افسردگی اساسی در این تحقیق ایجاب می‌نماید که هر بیمار مبتلا به اختلال تورت بطور جدی از نظر افسردگی اساسی بررسی شود زیرا می‌تواند روی برنامه درمان و اداره بیماری تاثیر گذار باشد.

کلید واژه ها: اختلال تورت / اختلال افسردگی / تیک حرکتی / تیک صوتی

* دکتر نسرین امیری

فوق تخصص روانپزشکی کودکان و نوجوانان، استاد یار دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی

دکتر جواد علاقبند راد

فوق تخصص روانپزشکی کودکان و نوجوانان، استادیار دانشگاه علوم پزشکی تهران

* E- mail: Dr.amiri@ uswr. ac.ir



باید به همراهی اختلالات دیگر با اختلال تورت نیر توجه نمود. بهر حال اینکه آیا افسردگی از عوارض بیماری است یا اینکه می‌تواند یک همراهی علتی با آن داشته باشد هنوز پاسخ داده نشده است و در اتیولوژی این بیماری فاکتورهای ژنتیکی، نوروشیمیایی، نورو آناتومیکی، ایمونولوژیکی و فاکتورهای متعاقب عفونت و... مطرح شده‌اند. بنابراین برآن شدیم که با توجه به مشکلات و عوارض همه جانبه این بیماری، اختلال افسردگی همراه با اختلال تورت را در جامعه خود مورد بررسی قرار دهیم. زیرا تشخیص و تصمیم‌گیری درمانی در این بیماران بدون در نظر گرفتن اختلال افسردگی همراه با آن نتیجه موثری را در بر نخواهد داشت و چه بسا درمان افسردگی همراه در این بیماران اثرات بالقوه مفیدی را روی سیر این اختلال و پیش‌آگهی نهایی آن داشته باشد.

در اختلال تورت اختلالات کوموربید روانپزشکی مکرراً گزارش شده است و حتی اختلالات غیر روانپزشکی هم مورد توجه قرار گرفته است. نتایج تحقیقات انجام شده مؤید این است که از متدولوژی مصاحبه ساختار یافته می‌توان بعنوان یک ابزار مفید بالینی جهت تشخیص اختلال تورت در کلینیکهای اختصاصی و یا حتی در شرایط کلینیکهای غیر اختصاصی استفاده نمود و همچنین مصاحبه‌های ساختار یافته و نیمه ساختار یافته می‌توانند تشخیص و توصیف الگوهایی از اختلالات همزمان با اختلال تورت را تسهیل نمایند (۳).

برخی از محققین علائم روانپزشکی مختلف را از جمله مشکلات هیجانی و یارفتاری و مشکلات کنترل خشم و علائم مجزای روانپزشکی را بررسی نموده‌اند (۴). در حالیکه برخی دیگر از محققین اختلالات روانپزشکی مختلف از جمله اختلالات خلقی... را بررسی نموده‌اند (۵ و ۶).

در مجموع شواهد به نفع وجود طیف علائم وسیع تری از اختلال تورت به تنهایی در یک فرد مبتلا به این بیماری می‌باشد. در مورد اختلالات خلقی همراه با سندرم تورت و تاثیر آن روی پیش‌آگهی این اختلال هم گزارشات متعددی دیده می‌شود و مشکلات رفتاری و هیجانی همراه با سندرم تورت مد نظر قرار گرفته است. اختلال افسردگی اساسی گاهی به عنوان اختلال همراه با سندرم تورت و گاهی به عنوان پی‌آمدی از نوع شدید این اختلال که همراه با برچسب‌های اجتماعی و مشکلات متعدد عملکردی و اجتماعی است نگریسته شده است. در مجموعه بررسی‌های منتشر شده راجع به اختلال تورت در ژورنال آکادمی روانپزشکی کودکان و نوجوانان آمریکا به این نکته اشاره شده است که احتمالاً اختلالات خلقی همراه با اختلال تورت به طور قوی همراه با موربیدیتی بیماری در کودکان و نوجوانان مبتلا می‌باشد. بنابراین ما بر

اختلال تورت در اوایل قرن پیش شناخته شده، و عبارت از اختلالی است که در آن سابقه تیکهای حرکتی متعدد در بیمار وجود دارد و حداقل یک تیک صوتی در مقطعی از اختلال در بیمار ایجاد می‌شود (۱).

علائم اختلال در طول زمان تموج داشته و اگر چه برخی از بیماران علائمشان در طول زمان شدیدتر می‌شود ولیکن پسرقت کلی ذهن رخ نمی‌دهد. علائم اولیه اختلال تورت معمولاً قبل از بلوغ حدود ۱۰-۵ سالگی دیده می‌شود. شروع علائم ممکن است شامل تیکهای حرکتی گذرا در کودک باشد که اغلب خفیف و نا پایدار می‌باشند و اکثراً در صورت، سر و اندام فوقانی دیده می‌شوند. در طول زمان تیکها پایدار و مستمر شده و به مناطق دیگری از بدن گسترش پیدا نموده و پخش می‌گردند. در این روند تیکهای حرکتی از اندام فوقانی بدن به سمت پاها و تنه پیشرفت می‌نمایند. اغلب تیکهای حرکتی در آغاز ساده (مانند پلک زدن) هستند اما با گذشت زمان اکثراً تبدیل به تیکهای حرکتی پیچیده مانند (دست زدن به بدن) می‌شوند. تیکهای صوتی معمولاً ۲-۱ سال بعد از تیکهای حرکتی در بیمار به وجود می‌آیند. در آغاز تیکهای صوتی اکثراً بصورت ساده بوده مانند (صاف کردن صدا) و سپس ممکن است تبدیل به تیکهای صوتی کمپلکس (همانند لغات) شوند (۲). این بیماران ممکن است بتوانند برای مدت زمانی بسیار کوتاه تیکهایشان را کنترل نمایند اما معمولاً بعد از آن حملاتی از تیکهای شدید را تجربه خواهند نمود. گاهی به این دلیل والدین یا معلمین ممکن است تصور نمایند که تیکها در کنترل کودک می‌باشد ولیکن بطور کلی تیکها غیر ارادی و ناگهانی می‌باشند. تیکها بطور مشخصی در طی خواب کاهش یافته و در طی استرس، هیجانان و خستگی افزایش می‌یابند. این بیماری معمولاً نمود اجتماعی نامناسبی داشته و بسیاری از این کودکان به علت تیکهای خود مورد سرزنش دیگران قرار گرفته و از محیط‌های اجتماعی منزوی می‌گردند (۲). کاهش اعتماد به نفس و مشکلات روانپزشکی همراه با این اختلال می‌تواند مشکلات بالقوه بیشتری را برای کودک فراهم نماید. مطالعات پیشنهاد کرده‌اند که برخی از اختلالات روانپزشکی از جمله اختلالات خلقی در یک اتیولوژی ژنتیک با اختلال تورت سهیم می‌باشند. مطالعات اخیر این اختلالات را کوموربید (اختلال همزمان) یافته‌اند تا اینکه مستقیماً وابسته به تورت باشند. همراهی علائم اختلال افسردگی اساسی با اختلال تورت، نسبت به وجود تیکها به تنهایی خطر بالقوه بزرگتری برای صدمات اجتماعی و عملکردی در این افراد هستند. همه مشکلات روانشناختی کودک در اختلال تورت ناشی از برچسب بیماری یا شرم و خجالت نیست. بلکه



گرفتند که ۸۳/۳ درصد آنان پسر و ۱۶/۷ درصد آنان دختر بوده‌اند متوسط سن بیماران مورد بررسی ۱۳/۷۳ سال ($SD = ۲/۰۶۰$) بوده و اکثر آنها (۶۳/۳ درصد) در گروه سنی ۱۵-۱۰ سال قرار داشتند. در حالیکه ۴۰٪ دختران مبتلا به اختلال تورث به افسردگی اساسی نیز مبتلا بوده‌اند این نسبت در پسران تنها ۲۰٪ بوده است، هرچند این تفاوت از نظر آماری معنی دار نیست (جدول شماره ۱).

متوسط سن مبتلایان به اختلال تورث که به افسردگی اساسی نیز مبتلا بوده‌اند، اندکی کمتر از سن متوسط مبتلایان به اختلال تورث است که البته این تفاوت از نظر آماری معنی دار نیست (جدول شماره ۲). در حالیکه تنها یک بیمار ۳/۳٪ در گروه کنترل به اختلال افسردگی اساسی مبتلا بود، این نسبت در گروه بیماران ۲۳/۳ درصد است و این تفاوت از نظر آماری معنی دار است ($p < ۰/۰۵$) (جدول شماره ۳).

جدول ۱: توزیع فراوانی مطلق و نسبی افراد مورد بررسی بر حسب وضعیت همراهی افسردگی اساسی و جنس

وضعیت همراهی	+		-		جمع	
	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد
پسر	۵	۲۰/۰	۲۰	۸۰/۰	۲۵	۱۰۰
دختر	۲	۴۰/۰	۳	۶۰/۰	۵	۱۰۰
جمع	۷	۲۳/۳	۲۳	۷۶/۷	۳۰	۱۰۰

جدول ۲: توزیع فراوانی مطلق و نسبی مبتلایان به اختلال تورث بر حسب وضعیت همراهی افسردگی اساسی و سن

وضعیت همراهی	+		-		جمع	
	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد
کمتر از ۱۰	۰	۰/۰	۲	۱۰۰/۰	۲	۱۰۰
۱۰-۱۵	۵	۲۶/۳	۱۴	۷۳/۷	۱۹	۱۰۰
بیش از ۱۵	۲	۲۲/۲	۷	۷۷/۸	۹	۱۰۰
جمع	۷	۲۳/۳	۲۳	۷۶/۷	۳۰	۱۰۰
میانگین	۱۳/۵۷		۱۳/۷۸		۱۳/۷۳	
انحراف معیار	۲/۶۴		۲/۶۵		۲/۶۰	

$T = ۱۸۵$ $df = ۹/۹۸۳$ $p - value = ۹/۸۵۷$

آن شدیم که تحقیقی در مورد این اختلال و همراهی اختلال افسردگی اساسی با آن در جامعه خودمان و بر اساس متون منتشر شده بین المللی انجام دهیم.

روش بررسی

مطالعه توصیفی - تحلیلی حاضر بر روی دو گروه هدف و کنترل انجام شد. جامعه هدف بیماران مبتلا به اختلال تورث مراجعه کننده به یک مرکز دانشگاهی (case) بوده و دانش آموزان تطبیق شده بر اساس سن و جنس گروه کنترل (شاهد) آنرا تشکیل می داده‌اند. بیماران این مطالعه ۳۰ نفر بوده که بر اساس معیارهای تشخیصی DSM IV مبتلا به اختلال تورث بوده‌اند.

تمامی موارد را افراد زیر ۱۸ سال مبتلا به اختلال تورث تشکیل می دادند که در طول یکسال به یکی از مراکز دانشگاهی مراجعه داشتند. گروه کنترل نیز شامل همسالانی بود که بدون اختلال تورث از مدارس شهر تهران انتخاب شدند.

روش نمونه گیری در این مطالعه روش نمونه گیری آسان بود. بدین ترتیب که همه بیماران مبتلا به اختلال تورث مراجعه کننده به مرکز دانشگاهی مورد مطالعه، مورد ارزیابی قرار گرفتند.

پرسشنامه (K-SADS) که جهت بررسی و تشخیص اختلالات روانپزشکی و همچنین بررسی اختلالات روانپزشکی همراه در کودکان و نوجوانان طراحی شده است، توسط مجری طرح مستقیماً با ویزیت بیماران و خانواده آنان تکمیل گردید. جهت بررسی اختلالات روانپزشکی در کودکان و نوجوانان گروه کنترل که طبق جدول اعداد تصادفی از مدارس شهر تهران انتخاب شده بودند، پرسشنامه (K-SADS) تکمیل گردید. پس از استخراج نتایج از بررسی های هر دو گروه بیماران و گروه کنترل، اطلاعات به فرمهای کامپیوتری انتقال یافت و تغذیه ماشینی اطلاعات انجام گرفت. و در نهایت با کمک نرم افزار SPSS در کامپیوتر ذخیره گردید. با توجه به اهداف مطالعه تحلیل داده ها با کمک نرم افزار آماری SPSS و با استفاده از آزمونهای آماری مختلف از جمله آزمونهای غیرپارامتری توان دوم کای (CHI-SQUARE) و تست دقیق فیشر (Fisher exact test)، مانتل هانزل (Mantel haenzel)، کوکران (Cochran) آزمونهای پارامتری T زوج (PAIR T- TEST) انجام شد.

یافته ها

در این بررسی تعداد ۳۰ بیمار مبتلا به اختلال تورث تحت بررسی قرار



بیمار با اختلال تورت تاثیر جدی بگذارد. درمان افسردگی اساسی همراه قویا توصیه می‌گردد. علاوه بر این با توجه به سن نسبتاً پائین تر بیماران تورتی مبتلا به افسردگی اساسی توصیه می‌شود که در شروع درمان اختلال تورت بیمار بطور کامل از نظر افسردگی ارزیابی گردد.

نتیجه گیری

نتایج این تحقیق مارا بر آن داشته است که تاثیر افسردگی اساسی را بر روی روند بیماری تورت و پیش آگهی آن بررسی نمائیم و این فرضیه در ذهن ما ایجاد گردیده است که احتمالا بیماران مبتلا به اختلال تورت که افسردگی اساسی هم دارند از نوع وخیمتری از این بیماری در رنجند چراکه همراهی قابل ملاحظه ای بین اختلال تورت و اختلال افسردگی اساسی دیده می‌شود و مطالعاتی که به طور همزمان در مراکز مختلف به منظور تعیین پیش آگهی این بیماران با پیگیری طولانی مدت در آینده انجام شود راهی به سوی پاسخ به این سؤال می‌باشد.

محدودیتها و مشکلات

مهمترین محدودیت این تحقیق کم بودن تعداد مبتلایان به این بیماری است که با افزایش اجرای این طرح به حدود یکسال تلاش گردید تا حداقل ۳۰ مورد بیمار جهت بررسی در طرح قرار گیرند. در این مطالعه یک نفر از افراد بیمار حاضر به شرکت کردن در این تحقیق نشد که در نتیجه مجبور به حذف ایشان از نمونه بیماران شدیم.

منابع:

- 1- Sadock BJ, Sadock VA. Kaplan & Sadock's comprehensive textbook of psychiatry. Lippincott. Williams & Wilkins. 2002.
- 2- Wiener S. Textbook of child & adolescent psychiatry. Philadelphia. Saunders" 2002.
- 3- Coffey BJ" biederma J, Spencer T . Informativeness of structured diagnostic interviews in the identification of Tourettes disorder in referred youth ... J Nerv Ment Dis 2000 Sep" 188 (9): 583-8.
- 4- King RA, Scahill L. Emotional and behavioral difficulties associated with Tourettes disorder Adv Neurol 2001 "85: 79-88.
- 5- Budman CL, Bruun RD" Park KS. Explosive outburst in children with Tourettes disorder. J Am Acad Child & adolescent psychiatry 2000 Oct 39(10): 1270-6.
- 6- Marcus D" Kurlan R Tics and its disorder. Neurol clin" 2001 Aug 19: 735- 58.
- 7- Coffey BJ" biederma J, Geller DA. Distinguishing illness severity from tic severity in children and adolescent with Tourettes disorder. J Am Acad Child & adolescent psychiatry 2000 May: 39(5): 556-61.

جدول ۳: توزیع فراوانی مطلق و نسبی افراد مورد بررسی بر حسب وضعیت ابتلاء به اختلال افسردگی اساسی به تفکیک دو گروه مورد و شاهد

وضعیت ابتلاء گروه	+		-		جمع	
	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد
شاهد	۱	۳/۳	۲۹	۹۶/۷	۳۰	۱۰۰/۰
مورد	۷	۲۳/۳	۲۳	۷۶/۷	۳۰	۱۰۰/۰
جمع	۸	۱۳/۳	۵۲	۸۶/۷	۶۰	۱۰۰/۰

بحث

میزان همراهی اختلال افسردگی اساسی در بیماران مبتلا به اختلال تورت ۲۳/۳ درصد می‌باشد. دختران مبتلا به اختلال تورت به نسبت پسران مبتلا به اختلال تورت به میزان بیشتری مبتلا به افسردگی اساسی بوده‌اند. متوسط سن بیماران مبتلا به اختلال تورت که بطور همزمان به اختلال افسردگی اساسی نیز مبتلا بوده‌اند کمی کمتر از متوسط سن کل بیماران اختلال تورت است. بیماران بین ۱۰ تا ۱۵ سال ۲۶/۳٪ مبتلا به افسردگی اساسی بوده و بیماران بالای ۱۵ سال ۲۲/۲٪ مبتلا به افسردگی بوده‌اند.

در تحقیق انجام شده میزان همراهی اختلال افسردگی اساسی با اختلال تورت ۲۳/۳ درصد می‌باشد که با میزان ۲۳ درصدی، که در سال ۱۹۸۷ به دنبال یکی از تحقیقات ابتدائی در این زمینه، به دست آمده همخوانی دارد. در تحقیق، دختران بیمار به نسبت پسران بیمار به میزان بیشتری مبتلا به افسردگی اساسی بودند و متوسط سن بیمارانی که اختلال افسردگی هم داشتند کمی کمتر از متوسط سن کل بیماران اختلال تورت بوده است، این دو یافته از نظر آماری معنی دار نیستند ولیکن در مجموع نتیجه می‌گیریم که باید در هر کودکی که مبتلا به اختلال تورت می‌باشد اختلال افسردگی اساسی بررسی گردد زیرا حدود ۲۵٪ از این کودکان از این اختلال رنج می‌برند و با توجه به مشکلات همراه با اختلال افسردگی اساسی از جمله افت عملکرد تحصیلی و احتمال خودکشی در کودک ضرورت تشخیص بموقع افسردگی اساسی نمایان می‌گردد. و از طرف دیگر استفاده از تستهای ساختار یافته و نیمه ساختار یافته جهت بررسی اختلالات همراه در کودکان مبتلا به اختلال تورت توصیه می‌گردد. چه بسا بدون انجام چنین بررسی هائی، اختلالات همراه از جمله افسردگی اساسی کشف نگردد و به آن توجهی نشود. و این مسئله روی روند درمانی