

بررسی شیوع علایم جسمی در بیماران مبتلا به اختلال افسردگی اساسی

دکتر سید محمود طباطبایی^۱، دکتر محمد رضا فیاضی بردبار^۲

مژگان لطفی^۳

^۱دانشیار دانشگاه علوم پزشکی مشهد - بیمارستان ابن سینا

^۲استادیار دانشگاه علوم پزشکی مشهد - بیمارستان ابن سینا

^۳دانشجوی کارشناسی روانشناسی بالینی - دانشگاه مشهد

خلاصه

مقدمه: افسردگی اغلب همراه علائم جسمی متعدد است که نزدیکترین تشخیص افتراقی در این بیماران اختلال جسمانی سازی^۱ و اختلال درد^۲ می باشد هدف از این تحقیق بررسی شیوع علائم جسمی در افسردگی اساسی بود و همچنین این فرضیه که بین شدت افسردگی و شدت علائم جسمی رابطه معناداری وجود دارد، نیز مورد ارزیابی قرار گرفت.

مواد و روش ها: این بررسی با روش توصیفی بر روی ۳۳ بیمار مبتلا به افسردگی اساسی بر پایه معیارهای تشخیصی (DSM-IV) انجام شد. این گروه بیماران از بین مراجعان به کلینیک ویژه بیمارستان امام رضا و ابن سینا انتخاب گردیدند.

نتایج: نتایج مطالعه نشان داد که ۳۳/۳ درصد از پرسنل این دانشگاه دچار یکی از انواع اختلالات روانی بوده اند که رقم قابل ملاحظه ای می باشد. این اختلال در زنان ۲۳/۱٪ و در مردان ۴۰٪ بوده است. ارتباط آماری معناداری بین وجود اختلالات روانی جنس و نوع استخدام وجود نداشت.

یافته ها: یافته های پژوهش نشان داد که ۴۰ درصد بیماران علائم جسمی را به صورت شدید تجربه می کنند، ۲۵ درصد آنها علائم متوسط و ۲۱ درصد نیز از علائم خفیف رنج می برند و در بررسی همبستگی بین شدت افسردگی و شدت علائم جسمی نیز ضریب همبستگی (۰/۷۴۲) بدست آمد.

واژگان کلیدی: افسردگی اساسی، اختلال جسمانی سازی، اختلال درد، علایم جسمی.

¹ Somatization disorder

² Pain disorder

مقدمه

افسردگی بیماری جدی و شایعی است که با اختلال آشکار در خلق مشخص می شود. بررسی ها میزان شیوع اختلال افسردگی اساسی را به طور کلی (۳-۶) درصد و در زنان دو برابر مردان گزارش نموده اند و شیوع مادام العمر این اختلال به (۲۵-۱۵) درصد می رسد (۱).

دکتر سید محمود طباطبائی و همکاران

دانشیار دانشگاه علوم پزشکی مشهد - بیمارستان ابن سینا

تلفن تماس: ۰۵۱۱-۷۱۱۲۵۴۰

فاکس: ۰۵۱۱-۷۱۱۲۵۴۵

آدرس: مشهد، بلوار حر عاملی، نرسیده به میدان بوعلی،

بیمارستان آموزشی روانپزشکی ابن سینا، صندوق پستی: ۹۱۹۵۹

در گذشته اینگونه تصور می شد که افسردگی مشکل کوتاه مدتی است اما اکنون به عنوان بیماری با اختلال عود بالا برای بسیاری از بیماران، در نظر گرفته می شود (۲).

به این صورت که در شخصی که اولین دوره افسردگی اساسی را داشته است، ۵۰ درصد احتمال وقوع دومین دوره نیز وجود دارد، اما پس از دومین دوره احتمال وقوع دوره های بعدی بین ۸۰ تا ۹۰ درصد افزایش می یابد (۳).

به همین علت شناخت افسردگی و علائم آن یک عامل مهم در تشخیص و تجویز درمان مناسب در افسردگی می باشد. علائم و نشانه های افسردگی متنوع هستند و تمامی عملکردهای انسان را از هردو جنبه روان شناختی و فیزیکی تحت تأثیر قرار می دهند (۴).

علائم جسمی در افسردگی اساسی بسیار شایع می باشد و اغلب باعث پیچیدگی در درمان می شود. علائم جسمی که در ارتباط با افسردگی است شامل دردمفاصل، درد اندام ها، درد کمر، مشکلات گوارشی، خستگی، تغییرات در فعالیت روانی- حرکتی و تغییرات در اشتها می باشد. در درصد بالایی از بیماران مبتلا به افسردگی شکایت اولیه آنها فقط با علائم جسمی می باشد (۵).

در مطالعه سازمان جهانی بهداشت (WHO) بر روی ۱۱۴۶ بیمار مبتلا به افسردگی در ۱۴ کشور مشاهده شد که ۶۹ درصد بیماران تنها شکایت اولیه شان علائم جسمانی بوده است و بخاطر شکایات جسمانی به پزشک مراجعه نموده بودند (۶).

حدود ۵۰ درصد بیماران که به محیط های درمانی مراجعه می کنند، بیماری طبعی قابل تشخیصی ندارند (۷). تنها ۴۱ درصد مشکلات بیماران به تشخیص جسمی واضح می انجامد و شایعترین تشخیص عدم وجود بیماری است (۸).

اگرچه بیماران با شکایتهای جسمی و نه تشخیص طبی به عنوان انسانهای سالم نگران در نظر گرفته می شدند، اما بسیاری از مطالعات نشان می دهد که این بیماران شیوع بالایی از اضطراب و افسردگی تشخیص داده نشده دارند (۹).

بیش از ۵۰ درصد بیماران بخش مراقبتهای اولیه که بیماری روانی دارند علائم جسمی نشان می دهند محققان دریافته اند که علائم جسمی علت اصلی عدم تشخیص بیماریهای روانی در محیط مراقبتهای اولیه است (۱۰، ۱۱).

بیماران با افسردگی اساسی حتی هنگامی که تحت درمان برای بیماری طبی قرار دارند به طور چشمگیری شکایت های جسمی بیشتری دارند، مخصوصاً این موضوع در مورد علائم مربوطه به درد بیشتر صادق است (۱۲).

در واقع این مسأله بیانگر این است که بین تعداد علائم جسمی بدون توضیح، و شانس افسرده بودن بیمار رابطه خطی وجود دارد (۱۳، ۱۴).

در اینگونه موارد متأسفانه افسردگی اغلب در بیماران تشخیص داده نمی شود و علامت جسمانی ممکن است به حساب بیماری های جسمی گذاشته شود. بیمارانی که تعداد زیادی از شکایات جسمانی مختلف را نشان می دهند نسبت به گروهی که شکایات جسمانی کمتری دارند احتمال بیشتری دارد که به یک اختلال خلقی مبتلا باشند (۱۵).

در مطالعه ای بر روی ۱۰۰۰ بیمار بزرگسال که به درمانگاه مراجعه نمودند، نشان داده شد که تعداد علائم جسمانی مختلف که بیماران گزارش نموده بودند با میزان اختلالات خلقی و تخریب در عملکرد بیماران ارتباط داشت بدین صورت که در بیماران با صفر یا یک علامت جسمانی شیوع اختلال خلقی ۲ درصد گزارش شده، در حالی که در بیمارانی که ۹ و یا بیشتر علامت جسمانی داشتند، ۶۰ درصد اختلال خلقی مشاهده شد.

شدند و شامل ۳۳ آزمونی بودند که در دامنه سنی (۶۰-۱۷) سال قرار داشتند. افراد نمونه این تحقیق از بین افرادی انتخاب شدند که تشخیص افسردگی اساسی (بدون نشانه های سایکوتیک، عدم وجود سابقه دوره مانیا یا هیپومانیا و وابستگی به مواد) داشتند.

تشخیص افسردگی بر اساس معیارهای (SM-IV) توسط یک روان پزشک داده می شد و پس از ارجاع به محقق از سوی روان پزشک از آنان مصاحبه به عمل می آمد و سپس دز حضور محقق از آنها خواسته می شد که به پرسش نامه افسردگی بک و پرسش نامه کوتاه نشانه شناسی افسردگی (خودسنجی) (QIDS-SR16) پاسخ دهند. علائم جسمی مورد مطالعه در این تحقیق عبارت بودند از: سردرد، درد اندامها سنگینی بدن، گر گرفتگی، یبوست / اسهال، طپش قلب، اشکال در خواب (بصورت اشکال در به خواب رفتن، اشکال در طی خواب شبانه، صبح بسیار زود بیدار شدن و خواب زیاد)، کاهش یا افزایش اشتها و وزن، پائین بودن سطح انرژی یا احساس مداوم خستگی، احساس کندی یا احساس بی قراری، فقدان یا کاهش میل جنسی و احساس خود بیمار انگاری.

نتایج

یافته های پژوهش نشان داد که طپش قلب در ۳۹/۴ درصد بیماران، (یبوست / اسهال) در ۲۷/۳ درصد، سنگینی بدن در ۲۷/۳ درصد، سردرد در ۳۶/۳ درصد، درد اندام ها در ۲۷/۳ درصد، اختلال خواب در ۶۳/۶ درصد، خستگی در ۵۷/۶ درصد، کاهش / افزایش اشتها در ۲۴/۲ درصد، (کاهش / افزایش) وزن در ۲۴/۲ درصد، احساس خود بیمار انگاری در ۴۸/۵ درصد، کاهش / فقدان میل جنسی در ۴۲/۴ درصد، احساس کندی در ۳۰/۳ درصد، احساس بی قراری در ۴۸/۵ درصد و گر گرفتگی در ۴۵/۵ درصد بیماران افسرده اساسی به صورت شدید تجربه شده است (نمودار ۱).

یعنی با اضافه شدن هر علامت احتمال اختلال خلقی^۲ برابر می شد (۱۵). همچنین مشاهده شد علائم جسمانی طول مدت دوره افسردگی را افزایش می دهند. در مطالعه اوهایون^۱ و اسکاتزبرگ^۲ مشخص شد، در بیمارانی که مبتلا به افسردگی همراه با یک شرایط دردناک مزمن بودند، متوسط طول دوره افسردگی ۱۹/۹ ماه و آنهايي که بدون این علامت بودند ۱۳/۳ ماه بود.

علائم جسمانی اغلب با یک افت قابل ملاحظه در عملکرد بیمار همراه است همچنین بالا رفتن میزان افکار خودکشی در بیماران افسرده با دردهای مزمن گزارش شده است. در مطالعه اوهایون و اسکاتزبرگ بر روی ۶۸۷ بیمار افسرده، ۳۲ درصد بیمارانی که افکار خودکشی را گزارش نموده بودند، همراه آن علامت درد و نیز تجربه کرده بودند (۱۶).

در مروری بر مطالعات قبلی که توسط فیش بین^۳ انجام شد مشخص شد که افکار خودکشی، اقدام به خودکشی و خودکشی موفق در گروهی که دردهای مزمن داشتند شایع تر از بقیه بود. همچنین در تعدادی از مطالعات عنوان شده بود که درد مزمن را می توان یک عامل برای خودکشی در نظر گرفت (۱۷، ۱۸، ۱۹).

با عنایت به مطالب مذکور و عیار بالای شیوع علائم جسمی در بیماران افسرده و همچنین احتمال بسیار بالای خودکشی در این بیماران باید توجه زیادی نسبت به بیمارانی که تنها با علائم جسمی به محیط های درمانی مراجعه می کنند، مبذول داشت.

روش کار

جامعه آماری این تحقیق شامل کلیه زنان و مردانی می شود که در طی یک ماه به کلینیک ویژه بیمارستان امام رضا و بیمارستان ابن سینا مراجعه کرده اند. افراد نمونه این تحقیق به شیوه غیر احتمالی - در دسترس - برگزیده

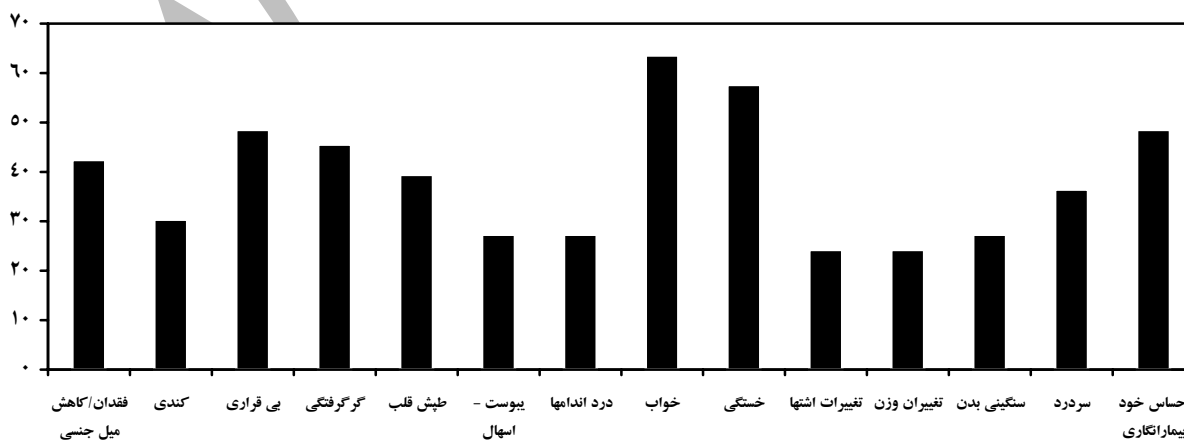
1. Ohayon
2. Schatzberg
3. fishbain

جسمی رابطه خطی دارند و با افزایش یکی از آنها دیگری نیز تقویت می‌شود (نمودار ۲). شیوع علائم جسمی بر حسب شدت آنها در بین بیماران افسرده در جدول (۱) آمده است.

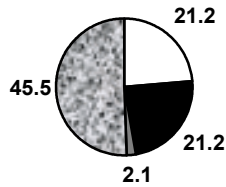
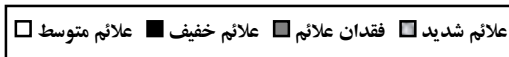
از دیگر اهداف این تحقیق بررسی رابطه بین شدت افسردگی و شدت علائم جسمی بود که در این مورد نیز همبستگی مثبت (۰/۷۲۴) بدست آمد. این همبستگی مثبت گویای این است که شدت افسردگی و شدت علائم

جدول ۱- توزیع فراوانی علائم جسمی بر حسب شدت علائم در بیماران مبتلا به اختلال افسردگی اساسی مورد مطالعه

شدت	فقدان علائم		علائم ضعیف		علائم متوسط		علائم شدید	
	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد
فراوانی علائم								
سردرد	۵	۱۵/۲	۷	۲۱/۲	۹	۲۷/۳	۱۲	۳۶/۴
درد اندام‌ها	۷	۲۱/۲	۱۰	۳۰/۳	۷	۲۱/۲	۹	۲۷/۳
یبوست / اسهال	۶	۱۸/۲	۱۱	۳۳/۳	۷	۲۱/۲	۹	۲۷/۳
فقدان انرژی (خستگی پذیری)	۰	۰	۵	۱۵/۲	۹	۲۷/۳	۱۹	۵۷/۶
فقدان در کاهش میل جنسی	۵	۱۵/۲	۴	۱۲/۱	۱۰	۳۰/۳	۱۴	۴۲/۴
طپش قلب	۱۱	۳۲/۳	۴	۱۲/۱	۵	۱۵/۲	۱۳	۳۹/۴
اشکالات خواب	۲	۶/۱	۳	۹/۱	۷	۲۱/۲	۲۱	۶۳/۶
سنگینی قسمتهایی از بدن	۸	۲۴/۲	۹	۲۷/۳	۷	۲۱/۲	۹	۲۷/۳
کاهش / افزایش وزن / اشتها	۵	۱۵/۲	۷	۲۱/۲	۱۳	۳۹/۴	۸	۲۴/۲
احساس خود بیمار انگاری	۴	۱۲/۱	۵	۱۵/۲	۸	۲۴/۲	۱۶	۴۸/۵
گر گرفتگی	۷	۲۱/۲	۷	۲۱/۲	۴	۱۲/۱	۱۵	۴۵/۵
احساس کندی	۵	۱۵/۲	۸	۲۴/۲	۱۰	۳۰/۳	۱۰	۳۰/۳
احساس بی قراری	۲	۶/۱	۹	۲۷/۳	۶	۱۸/۲	۱۶	۴۸/۵



نمودار ۱- مقایسه درصد شیوع علائم جسمی در بیماران مبتلا به اختلال افسردگی اساسی مورد مطالعه

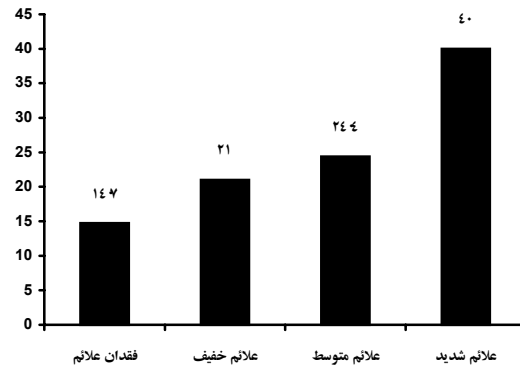


نمودار ۵- فراوانی گر گرفتگی در بیماران افسرده اساسی بر اساس شدت

بحث و نتیجه گیری

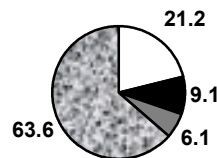
به طور میانگین ۴۰ درصد بیماران علائم شدید جسمی را تجربه می کنند. ۲۵ درصد علائم متوسط و ۲۱ درصد آنها نیز علائم خفیف دارند. با توجه به شیوع بالای علائم جسمی در تشخیص درمان افسردگی باید توجه زیادی نسبت به این علائم در بیمارانی که تنها با علائم فیزیکی مراجعه می کنند داشت. بعد از سالها تحقیق و بررسی مبنی بر تشخیص افسردگی اساسی و استفاده نامناسب از داروهای ضد افسردگی در محیط مراقبتهای اولیه هنوز این اختلال به خوبی تشخیص داده و درمان نمی شود (۲۰). برای مثال در مطالعه سال ۱۹۹۴ به منظور بررسی بیمارانی که به محیط های درمانی رجوع می کردند تنها ۲۹٪

آنها با افسردگی شدید داروی ضد افسردگی دریافت کرده بودند (۲۱). در مطالعه دیگری که بر روی افرادی که مکررا به محیط های درمانی مراجعه می کردند ۴۵٪ افراد افسرده تشخیص داده شدند و نیازمند داروی ضد افسردگی بودند، اما تنها برای یک نهم آنها داروی ضد افسردگی با دوز و طول مدت مناسب تجویز شده بود (۲۲).

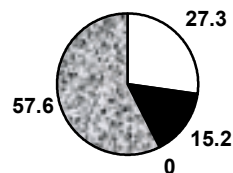
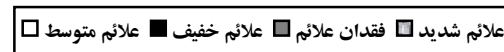


نمودار ۲- مقایسه میانگین شدت علائم جسمی در بیماران مبتلا به اختلال افسردگی اساسی مورد مطالعه

چند علامت مانند اشکالات خواب، خستگی، احساس خود بیمار انگاری و احساس بی قراری و گر گرفتگی در تعداد بسیار زیادی از بیماران افسرده به صورت شدید بروز پیدا می کند. نمودارهای دایره ای برخی از این علائم در نمودارهای شماره (۳ تا ۵) نشان داده شده است.



نمودار ۳- فراوانی اختلالات خواب در بیماران افسرده اساسی بر اساس شدت نمودار



نمودار ۴- فراوانی خستگی مفرط (فقدان انرژی) در بیماران افسرده اساسی بر اساس شدت

Archive of SID

نسبت به گروهی که تمام علائم آنها از بین می رود، در خطر عود افسردگی بیشتری قرار دارند. در یک مطالعه مشخص شد که در گروهی که بهبود افسردگی داشتند و علائم باقیمانده در آنها وجود داشت میزان عود ۳ برابر بیشتر از گروهی بود که علامتی باقی نمانده بود (۲۴). در واقع احتمال عود به طور بارزی در گروهی که در بهبود کامل قرار دارند، کمتر است (۲۵). و در مورد همبستگی بین شدت علائم جسمی و مدت بیماری هیچگونه همبستگی مشاهده نشد، یعنی مدت بیماری هیچگونه رابطه ای با شدت علائم جسمی ندارد.

تشکر و قدردانی

بدین وسیله از راهنمایی ها و همکاری های ارزنده آقایان دکتر علی طلایی و دکتر حمیدرضا ارشدی تشکر و قدردانی می شود.

اغلب علائم جسمی باعث از دست دادن تشخیص افسردگی و متعاقباً درمان آن می شود و اغلب افسردگی باعث تقویت علائم فیزیکی مرتبط با شرایط طبی مزمن می گردد که به صورت شکایات جسمی ظاهر می شدند. نتایج تحقیق ما نیز این امر را تأیید می کند.

در این تحقیق بین شدت علائم جسمی و شدت افسردگی همبستگی ۰/۷۴۲ به دست آمد که نشان دهنده رابطه معنادار بین این مؤلفه ها می باشد. می توان نتیجه گرفت که با شدید شدن یکی از این دو، دیگری نیز افزایش می یابد.

بنابراین درمان علائم جسمی باید در درمان افسردگی مورد توجه قرار گیرد. همانطور که تعدادی از مطالعات نیز نشان داده اند، در بیماران با افسردگی اساسی که به دنبال درمان برخی از علائم بیماری باقی می ماند

References

1. Sadock B.J., Sadock V.A.: Synopsis of psychiatry behavioral science and clinical Psychiatry. Lippincott williams & Wilkins, 2003; 541.
2. Glass R.M: Treating depression as a recurrent or chronic disease. JAMA, 1999; 281: 83-4.
3. Kupfer D.J.: Longterm treatment of depression. J. Clin. Psychiatry, (1991); 52 (suppl 51): 28-34.
4. Stevens L., rodin I. : Psychiatry: An illustrated colour text. Churchill living stone, 2001; 20-23.
5. MadHakar H., Trivedi M.D.: The link between depression and physical sgmptoms. J. Clin. Psychiatry, 2004; 6 (suppl 1): 12-16.
6. Simon G.E., Von Kroff M., Piccinelli M., et al: An international study of the relatin between Somatic symptoms and depression. N. Engl. J. Med, 1999; 341: 658-9.
7. Wells K.B., Stewart A., Hays R.D., et al: The Functioning and well-being of depressed patients. Results from the Medical outcomes study. JAMA, 1989; 202: 914-19.
8. Brown J.W., Robertson L.S., KOSA J., Alpert J.J.: A study of general practice in Massachusetts. JAMA, 1971; 216: 301-6.

9. Katon W.J., Walker E.Q.: Medically unexplained symptoms in primary care. *J.Clin.Psy chiatry*, 1998; 59(suppl 20): 15-21.
10. Wilson D.R., Widmer R.B., Codoret R.J., Judi, esch K.: somatic symptoms: a major feature of depression in a family practice. *J.Affect.disord*, 1983; 5: 199-207.
11. Bridges K.W., Gold berg D.P.: somatic presentation of DSM-III Psychiatric disorders in primary care. *J.Psychosom. Res*, 1985; 29: 563-9.
12. Katon W.J., Sullivan M.D: Depressin and chronic Medical illness. *J. Clin. Psy chiatry* , 1990; 51 (suppl 1): 3-11.
13. Saravay S.M., Lavin M.: Psychiatric Comorbity and lenth of stay in the general hospital: a critical review of outcome studies. *psycho somatics*, 1994; 35: 233-52.
14. Simon G.E., Katon W., Rutter C., et al.: Impacted of improved depression treatment in primary care on daily functioning and disability. *psychol. Med*, 1998; 28:693-701.
15. Kroenke K., Spitzer R.L., Williams J.B., et al: Physical symtoms in primary care: Predictors of psychiatric disorders and functional impairment. *Arch. Fam. Med*, 1994; 3:774-9.
16. Ohayon M.M, Schatzberg AF.: Using Pain to predict depressive morbidity in the general population. *Arch. Jen. Psychiatry*, 2003; 60:39-47.
17. Fishbain D.A.: The association of chronic pain and suicide. *semin. clin. Neuropsychiatry*, 1999; 4: 221-7.
18. Marzuk D.M., tardiff K., Leon A.C., et al.: HIV seroprevalence among suicide victims in NewYork city. *Am.J.Psychiatry*, 1997; 154: 1720-25.
19. Kleespies P. (1998). Suicide in the Medically ill. Paper presented at the National suicide prevention conference. Reno, Nevada.
20. Rouchelle A.M., Pounds R., tierney J.G.: Depression. American Psychiatric Press, 1996.
21. Wells K.B., Katon W., Rogers B., Camp P.: use of minor tranquilizers and antidepressant medications by depressed outpatients: results from the medical outcome study. *AM.J. Psy chiatry*, 1994; 151: 694-700.
22. Katon W., Schulberg H.: Epidemiology of depression in primary care. *Gen.Hosp.Psychiatry*, 1992; 14:237-47
23. Pincus H.A., Tanielian T.L., Marcus S.C., et al: Prescribing trends in psychotropic medications: Primary care, psychiatry and other medical specialities. *JAMA*, 1998; 279: 526-31.
24. Levenson J.L.: Depression American College of physicians. American Society of internal medicine. 2000; 57.
25. Paykel E.S., Ramana R., Cooper Z., et al: Residual symptoms after partial remission:an important outcome in depression. *Psychol.Med*, 2003; 33:839-45.