

شکایت‌های اولیه در مبتلایان به افسردگی

دکتر علی فخاری*، دکتر علی اکبری**، دکتر شادی شیوا**

چکیده

مقدمه: هدف این پژوهش بررسی نخستین شکایت‌های ابراز شده توسط بیمارانی می‌باشد که در نهایت روانپزشک تشخیص بیماری افسردگی را برای آنان عنوان نموده است تا پزشکان را در زمینه تشخیص درست، راهنمایی نماید. مواد و روش کار: در این بررسی توصیفی - مقطعی ۳۰۰ بیمار مراجعه‌کننده به مرکز آموزشی درمانی اسدآبادی تبریز که بر پایه‌ی معیارهای DSM-IV افسرده تشخیص داده شده بودند بررسی شدند. یافته‌ها: داریخما (واژه‌ای ترکی)، دردهای پراکنده، بی‌خوابی و عصبانیت از شکایت‌های اولیه شایع در این بیماران بودند. شایع‌ترین شکایت‌های اولیه در افسردگی اساسی، کاهش خواب (۴۵/۹٪) و داریخما (۴۱٪) بودند. علایم روانشناختی در ۵۴/۳٪ و علایم جسمی در ۷۳/۴٪ موارد افسردگی دیده شدند. نتیجه‌گیری: با توجه به میزان بالای علایمی چون دردهای منتشر و میزان پایین علایمی مانند عدم احساس لذت، به نظر می‌رسد آشنایی پزشکان با این شکایت‌های بیماران در تشخیص به‌موقع افسردگی مؤثر باشد.

کلیدواژه: افسردگی، شکایت اولیه، علامت‌شناسی، فرهنگ

مقدمه

مراجعه‌کننده بار اول به مرکز آموزشی - درمانی اسدآبادی تبریز با تشخیص نهایی یکی از انواع افسردگی (بدون وجود بیماری آشکار جسمی) بر پایه‌ی معیارهای DSM-IV بررسی شدند. اطلاعات گردآوری شده شامل شکایت‌های اولیه به زبان خود بیمار بود. سایر علایم بیماری که توسط پزشک برای رسیدن به تشخیص پرسیده می‌شد در این بررسی وارد نگردیدند. داده‌های به‌دست آمده به‌کمک آزمون آماری خی‌دو و آزمون t تحلیل گردیدند.

یافته‌ها

۷۵٪ بیماران مورد بررسی زن و ۲۵٪ مرد بودند. میانگین سنی آنها ۳۲/۷ سال (انحراف معیار ۱۴/۳) و سابقه‌ی فامیلی در ۷۹/۲٪ موارد مثبت بود.

اختلال افسردگی یکی از اختلال‌های شایع روانی است (چو، نام^۲ و سوه^۳، ۱۹۹۸) ولی اغلب پزشکان یا این اختلال را تشخیص نمی‌دهند یا به درستی درمان نمی‌کنند (بارکو^۴، هوم^۵، اوستون^۶ و مایر^۷، ۲۰۰۱). شکایت اولیه بیماران افسرده در مراجعه به مراکز درمانی در زبان‌ها و فرهنگ‌های مختلف معمولاً تشخیص بیماری را توسط پزشکان دشوار می‌کند. این دشواری به‌ویژه در زبان‌هایی مانند زبان آذری بیشتر به چشم می‌خورد. این بررسی به نخستین واژه‌های ابراز شده توسط بیماران که در نهایت توسط روانپزشک به تشخیص بیماری انجامیده است، می‌پردازد تا پزشکان نسبت به این واژه‌ها حساس شده و در راستای تشخیص درست راهنمایی شوند.

مواد و روش‌کار

این بررسی از نوع توصیفی - مقطعی است. ۳۰۰ بیمار

هراسی در ۰/۵٪ ($p < ۰/۰۰۵$)، با اختلال وسواسی-جبری در ۱۴/۴٪ ($p < ۰/۰۰۱$) و با اختلال استرس پس از ضربه در ۱/۱٪ ($p < ۰/۰۰۵$) دیده شد.

شایع‌ترین شکایت اولیه در نوع افسردگی اساسی،

کاهش خواب

(۴۵/۹٪) و

داریخما

(تزدیک به

دلتنگی) (۴۱٪)

بودند.

افسردگی خفیف علایم داریخما (۴۳/۶٪)،

درد سر و گردن (۳۳/۳٪)، گریه (۲۳/۱٪)، کاهش

خواب (۲۳/۱٪)، حواس‌پرتی، دلتنگی و بی‌حوصلگی

(هرکدام ۱۷/۹٪) شایع‌تر بودند.

شکایت‌های اولیه‌ی شایع در افسرده‌خویی، بی‌حوصلگی

(۲۱/۲٪)، ناراحتی اعصاب (۲۱/۲٪)، عدم خوشحالی

(۱۲/۹٪)، خستگی زودرس (۱۲/۹٪)، اضطراب (۹/۴٪) و

افکار خودکشی (۸/۲٪) بودند.

شکایت‌های اولیه‌ی شایع در اختلال انطباق با خلق

افسرده، خیالات (۳۲٪)، بی‌اشتهایی (۲۸٪) و احساس جنون

(۸٪) بودند.

واژه‌ی داریخما ارتباط معنی‌داری با افسردگی اساسی

($p < ۰/۰۰۵$)، افسردگی خفیف ($p < ۰/۰۰۵$) و اختلال هراس

($p < ۰/۰۰۱$) و ارتباط معکوس معنی‌داری با اختلال اضطراب

منتشر ($p < ۰/۰۰۵$) داشت.

به منظور بررسی بهتر علایم افسردگی این علایم به دو

دسته روانشناختی و جسمی تقسیم گردیدند که در کل موارد

افسردگی، علایم روانشناختی در ۵۴/۳٪، علایم جسمی در

۷۳/۴٪ وجود همزمان هر دو علامت در ۳۸/۳٪ دیده شدند.

علامت "داریخما" (واژه‌ای ترکی که در فارسی برای آن

واژه‌ای هم‌معنی یافت نشد)، دردهای پراکنده، بی‌خوابی و

عصبانیت جزو علایم شایع اظهار شده توسط این بیماران

بودند (جدول ۱).

جدول ۱- فراوانی شکایت‌های اولیه در بیماران مبتلا به

افسردگی مراجعه‌کننده به مرکز آموزشی درمانی اسدآبادی تبریز

علامت	درصد فراوانی	سطح معنی‌داری
داریخما	۳۴/۶	۰/۰۰۱
درد در ناحیه سر و گردن	۳۳/۰	۰/۰۰۵
بی‌خوابی	۳۱/۴	۰/۰۰۵
عصبانیت	۳۱/۴	۰/۰۰۵
گریه	۲۷/۱	۰/۰۰۵
درد در ناحیه تنه و اندام‌ها	۲۵/۰	N.S.
خیالات	۱۸/۶	۰/۰۰۵
بی‌حوصلگی	۱۸/۶	۰/۰۰۱
عدم توانایی انجام کار	۱۶/۰	۰/۰۰۱
طیش قلب	۱۶/۰	N.S.
ناراحتی اعصاب	۱۶/۰	N.S.
بی‌اشتهایی	۱۵/۴	۰/۰۰۱
سستی بدن	۱۳/۳	۰/۰۰۵
ناراحت بودن	۱۲/۲	N.S.
اضطراب	۱۲/۲	۰/۰۰۱
خستگی زودرس	۱۱/۲	۰/۰۰۱
دلتنگی	۱۱/۲	N.S.
احساس گرما	۱۰/۶	N.S.
بی‌قراری	۱۰/۶	N.S.
کمرختی در دست و پا	۱۰/۱	N.S.
لرزش دست و پا	۱۰/۱	۰/۰۰۵
عدم امیدواری به آینده	۱۰/۱	۰/۰۰۱
عدم خوشحالی	۹/۶	۰/۰۰۱
منزوی بودن	۹/۰	۰/۰۰۱
افکار خودکشی	۵/۹	۰/۰۰۵
تحریک‌پذیری	۴/۸	۰/۰۰۵
حرص خوردن	۴/۸	۰/۰۰۵
پرخواهی	۴/۳	۰/۰۰۵

سایر علایم شیوع کمتر از ۱۰ درصد داشتند.

بحث

افسردگی اساسی در ۲۹٪، افسردگی خفیف در ۱۸/۵٪،

افسرده‌خویی در ۴۰/۴٪ و اختلال انطباق با خلق افسرده در

۱۱/۹٪ دیده شد.

همراهی افسردگی با اختلال هراس در ۱۵/۴٪

($p < ۰/۰۰۵$)، با اضطراب منتشر در ۸٪ ($p < ۰/۰۰۱$)، با گذر

علایم درد گزارش شده است. هر دوی اینها به درمان‌های مشابه پاسخ می‌دهند و وجود یکی باعث تشدید دیگری می‌گردد (بکمن^۶، بایر، رویسنون، کاتون و کرونگ، ۲۰۰۴؛ گالاگر^۷ و ورما^۸؛ ۱۹۹۹؛ بلیر^۹ و ابوت^{۱۰}، ۲۰۰۱). افسردگی از عوامل شروع دردهای شدید از جمله درد کمر و درد گردن گزارش شده است (لینو^{۱۱} و ماگنی^{۱۲}، ۱۹۹۳) و کمردرد در افراد مبتلا به علایم افسردگی دو برابر دیگران گزارش می‌گردد (کروفت^{۱۳} و همکاران، ۱۹۹۵). هم‌چنین نشان داده شده بیمارانی که با درد معده، کمردرد، یا به دلیل کاهش وزن زیاد مراجعه می‌کنند و در بررسی‌های پاراکلینیکی هیچ دلیلی برای بیماری آنها یافت نمی‌شود، در ۱۰٪ تا ۱۵٪ موارد، مبتلا به افسردگی می‌باشند (کجرنستید^{۱۴}، بلو^{۱۵}، اول^{۱۶}، کندری^{۱۷} و اونگار^{۱۸}، ۲۰۰۳) و درمان افسردگی در این بیماران باعث کاهش درد آنها می‌شود (تانه^{۱۹}، ۲۰۰۳). شیوع بالای این دردها در بررسی حاضر (شیوع مجموع علایم ۶۳٪) با یافته‌های سایر بررسی‌ها سازگار بوده و نشانگر نیاز به توجه به این دردها از سوی پزشکان می‌باشد.

به نظر می‌رسد که جای "علایم دردناک متعدد و پایا که با اغلب اختلال‌های جسمی دردناک سازگار نیست" در بین معیارهای تشخیصی افسردگی خالی است.

دریافت مقاله: ۱۳۸۳/۷/۲۵؛ دریافت نسخه‌ی نهایی: ۱۳۸۴/۳/۲۸

پذیرش مقاله: ۱۳۸۴/۴/۱

منابع

احمدزاده، غلامحسین؛ مسعودزاده، عباس (۱۳۷۶). بررسی توزیع فراوانی شکایات اصلی مبتلایان به افسردگی اساسی. *مجله دانشکده پزشکی اصفهان*، شماره ۴۶، ۶۶-۶۱.

1- Schaffer
3- Robinson
5- Kroenke
7- Gallagher
9- Blier
11- Leino
13- Croft
15- Bleau
17- Kennedy
19- Tanne

2-Bair
4- Katon
6- Beckman
8- Verma
10- Abbott
12- Magni
14- Kjernisted
16- Earle
18- Ungar

افسردگی در زنان، افراد جوان، گروه‌های اجتماعی-اقتصادی پایین و افراد ترک شده شایع‌تر است (نرو^۱، را^۲، موسکیکی^۳، لاک^۴ و رگیس^۵، ۱۹۹۰) و یافته‌های بررسی حاضر نیز با این یافته‌ها هم‌سو است.

مشکل‌سازترین علامت عنوان شده از سوی بیماران برای پزشکان واژه‌ی داریخما می‌باشد که برخی پزشکان آن را با دلتنگی برابر می‌دانند، ولی در این بررسی با وجود رابطه‌ی تنگاتنگ و معنی‌دار آن با افسردگی اساسی، معنی‌دارترین ارتباط آن با اختلال هراس دیده شد.

با وجود این‌که برپایه‌ی معیارهای DSM-IV، عدم احساس لذت جزو معیارهای تشخیصی افسردگی اساسی آورده شده است ولی در بررسی حاضر این علایم شیوع بسیار پایینی داشتند (۹/۶٪). به نظر می‌رسد به دلیل شرایط فرهنگی در جامعه ما، افراد با علایمی چون عدم احساس لذت به پزشک مراجعه نکرده و این علایم را مهم نمی‌دانند. بنابراین به نظر می‌رسد برخی معیارهای DSM-IV در جوامعی مانند جامعه ما نیاز به بررسی بیشتری دارند.

وجود شکایات جسمی مختلف به‌عنوان شکایت اصلی در بسیاری از بیماران روانی، به‌ویژه در افسردگی دیده می‌شود. جسمی‌سازی علایم روانشناختی در بیماران روانی تا اندازه‌ای بستگی به عوامل فرهنگی دارد. در جوامعی که نگرش منفی نسبت به بیماری روانی وجود دارد بسیاری از این افراد از ترس این‌که مبادا بیمار روانی شناخته شوند به جسمی‌سازی مشکلات روانشناختی خود روی می‌آورند (احمدزاده و مسعودزاده، ۱۳۷۶). در این بررسی شیوع علایم جسمی بیشتر از علایم روانشناختی بود. در بررسی‌های مشابه دیگری نیز شیوع علایم روانشناختی کمتر از علایم بدنی بوده است (شافر^۱ و همکاران، ۲۰۰۲). بیشتر از ۵۰٪ مبتلایان به افسردگی از علایم بدنی شکایت می‌کنند، دست‌کم ۶۰٪ این عوارض بدنی، وابسته به درد هستند و این در بیش از ۵۰٪ موارد پزشکان را از تشخیص درست باز می‌دارد (بایر^۲، رویسنون^۳، کاتون^۴ و کرونگ^۵، ۲۰۰۳). شیوع علایم درد در طول زندگی بین ۱۵٪ تا ۱۰۰٪ و با میانگین ۶۵٪ گزارش شده است که بیشترین دلیل مراجعه کنندگان به پزشک و جستجو برای درمان می‌باشد (بایر و همکاران، ۲۰۰۳؛ کرونگ، ۲۰۰۱). هم‌چنین ارتباطی میان افسردگی و

- pean Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 251, (suppl. 2), II/21-II/26.
- Beckman, T.J., Bair, M.J., Robinson, R.L., Katon, W., & Kroenke, K. (2004). Discussing the depression-pain dyad with patients. *Archives of Internal Medicine*, 164, 804-805.
- Blier, P., & Abbott, F.V. (2001). Putative mechanisms of action of antidepressant drugs in affective and anxiety disorders and pain. *Journal of Psychiatry & Neuroscience*, 26, 37-43.
- Cho, M.J., Nam, J.J., & Suh, G.H. (1998). Prevalence of symptoms of depression in a nationwide sample of Korean adults. *Psychiatry Research*, 81, 341-352.
- Croft, P.R., Papageorgiou, A.C., Ferry, S., Thomas, E., Jayson, M.I., & Silman, A.J. (1995). Psychologic distress and low back pain: Evidence from a prospective study in the general population. *Spine*, 20, 2731-2737.
- Gallagher, R.M., & Verma, S. (1999). Managing pain and comorbid depression: A public health challenge. *Seminars in Clinical Neuropsychiatry*, 4, 203-220.
- Kjernisted, K., Bleau, P., Earle, R., Kennedy, S., & Ungar, T. (2003). Beyond the blues: Effective management of anxiety and depression. *Medical Post*, 39, C1.
- Kroenke, K. (2001). Studying symptoms: Sampling and measurement issues. *Annals of Internal Medicine*, 134, 844-853.
- Bair, M.J., Robinson, R.L., Katon, W., & Kroenke, K. (2003). Depression and pain comorbidity: A literature review. *Archives of Internal Medicine*, 163, 2433-2445.
- Barkow, K., Heum, R., Ustun, T.B., & Maier, W. (2001). Identification of items which predict later development of depression in primary health care. *Euro-*
- Leino, P., & Magni, G. (1993). Depressive and distress symptoms as predictors of low back pain, neck-shoulder pain, and other musculoskeletal morbidity: A 10-year follow-up of metal industry employees. *Pain*, 53, 89-94.
- Narrow, W.E., Rae, D.S., Moscicki, E.K., Locke, B.Z., & Regier, D.A. (1990). Depression among Cuban Americans: The Hispanic health and nutrition examination survey. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 25, 260-268.
- Schaffer, A., Levitt, J.A., Hershkop, K.S., Oh, P., McDonald, C., & Lancot, K. (2002). Utility scores of profiles in major depression. *Psychiatry Research*, 110, 189-197.
- Tanne, J.H. (2003). Treatment for depression improves pain in elderly patients. *British Medical Journal*, 327, 1185-1186.

