

افسردگی در واکنش مزمن نبرد

دکتر محمد صنعتی، دانشیار روانپزشکی دانشگاه علوم پزشکی تهران - بیمارستان روزبه
دکتر مهراں ضرغامی، استادیار روانپزشکی دانشگاه علوم پزشکی مازندران - ساری
دکتر محمد کشوفی، پزشک

Depression in chronic combat reaction

ABSTRACT

This is a study of depressive features in 51 Iranian combatants suffering from PTSD. DSM-III-R considers depressive symptoms as associated clinical features of this condition. D.S.M. III and D.S.M. III-R both accepted the strong evidence that PTSD is a form of anxiety and included it in the anxiety disorders category. It is true that many PTSD sufferers present with anxiety features similar to these present in generalized anxiety disorder (The same authors reported anxiety features in %94 of Iranian combatants, 1991), but this similarity is true: for depressive features, %92 was found in present study. The findings are discussed in relation to previous studies of combat-related PTSD, both done in Iran or elsewhere.

مقدم بر چنین تابلویی، اضطراب وجود دارد. PTSD و افسردگی عمده (major depression) علائم مشترک فراوان دارند. افسرده حالی (dysphoria)، احساس تقصیر (guilt feeling)، سوگواری (grief)، دل‌مردگی (anhedonia)، تحریک‌پذیری (irritability)، کناره‌گیری اجتماعی (social withdrawal)، بی‌خوابی (insomnia)، کاهش اشتها، کم‌علاقگی (decreased interest)، کم‌فوگی (decreased energy)، کاهش میل جنسی، دوره‌های دل‌تنگی و گریه از آن جمله‌اند. با این حال علائم افسردگی، از علائم اصلی و ضروری PTSD نبوده، بلکه از سیماپه‌های بالینی وابسته (associated clinical features) به آن هستند.

Andreasen می‌نویسد که ۷٪ از بازماندگان جنگ ویتنام سندرم افسردگی به همراه داشتند. در مطالعه‌ای در یک گروه ۲۵ نفره

مقدمه

دقت در معیار تشخیصی اختلال استرس‌زا پس از ضربه (PTSD) در DSM-III-R نشان می‌دهد که در این نظام تشخیصی هیچ معیاری برای رد دیگر تشخیصها در نظر گرفته نشده است، یعنی تشخیص PTSD با تشخیص اختلالات دیگری مانند افسردگی یا اضطراب قابل تمایز نیست. تنها معیار متمایز کننده اینست که در PTSD، اختلالات دیگر در تابلوی عمومی این عارضه از نظر بالینی تصویر غالب ندارند. Sierles et al بر اهمیت تشخیص سایر اختلالات روانی در بیماران مبتلا به PTSD تأکید کردند و برای آن اهمیت درمانی قائل شدند، هرچند Bleich et al در نمونه‌های اسرائیلی مورد مطالعه چنین ارتباطی را تأیید نکردند. Kolb & Brodie گزارش می‌کنند که برخی از موارد واکنش نبرد (combat reaction) با تابلوی افسردگی تظاهر می‌کنند که معمولاً

گزینش بیماران و روش

بیماران از درمانگاه روانپزشکی ۱۵ خرداد (مرکز خدمات درمانی مجروحین) و درمانگاه مجروحین بیمارستان روزبه، براساس معیارهای DSM III-R برای PTSD انتخاب شدند.

پس از تشخیص بالینی توسط یک پزشک، بیماران مجدداً توسط پزشک دیگری جهت تأیید تشخیص اولیه مورد معاینه قرار می‌گرفتند. سپس همه آنها با پرسشنامه‌ای که بر مبنای معیارهای تشخیصی DSM III-R تنظیم شده بود، کنترل می‌شدند تا از احتمال غرضمندی (bias) تشخیص کاسته شود. پس از آن، بیماران مورد معاینه کامل نورولوژیک قرار می‌گرفتند و در صورتیکه نکته غیر طبیعی داشتند، جهت مشاوره به درمانگاه نورولوژی اعزام می‌شدند. EEG و CT-Scan مجموعه برای تکمیل بررسی نورولوژیک انجام می‌شد، اودیومتری، DST و آزمون MMPI به وسیله همکاران دیگر صورت می‌گرفت. علائم بیماری، عوامل دموگرافیک و ورزشی، سطح هوشیاری، نوع سردرد احتمالی، شیوه سازگاری قبل از بیماری، رفتار بیمارانه ناهنجار، اضطراب و افسردگی به وسیله پرسشنامه‌های مربوطه پس از تأیید اتکا پذیری (reliability) مورد ارزیابی قرار می‌گرفت.

برای انجام این ارزیابی، از آنجا که حدس زده می‌شد عده‌ای از بیماران از تحصیلات کافی جهت تکمیل پرسشنامه‌ها به روش خودسنجی (self-rating) برخوردار نباشند، از میان پرسشنامه‌های موجود، پرسشنامه ماکس هامیلتون (Max Hamilton) که سرفصلهای بیشتری دارد و علائم متنوع‌تری را مورد بررسی قرار می‌دهد، برگزیده شد که براساس مصاحبه بالینی توسط پزشک تکمیل می‌شود و نیز وفور و شدت هرکدام از علائم افسردگی و علائم فیزیولوژیک وابسته به آن و انواع افسردگی را مشخص می‌سازد. علائم موجود در این پرسشنامه این امکان را می‌داد که یافته‌ها با معیارهای افسردگی عمده و نوع ملانکولیک افسردگی (melancholic) در DSM III-R مقایسه شود. هامیلتون ادعا کرده است که پرسشنامه وی ارزش پیش‌آگهی دهنده (prognostic) دارد. پس از تکمیل پرسشنامه‌ها و حذف موارد نامعلوم، محاسبات آماری در جهاد دانشگاهی دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی تهران توسط کامپیوتر انجام می‌شد. اطلاعات بدست آمده توسط نرم افزار d BASE III+ کامپیوتریزه شده و توسط نرم افزار آماری SPSS/PC+ محاسبات آماری مربوطه مشتمل بر تست T و chi Square و ضریب همبستگی (correlation coefficient) انجام می‌شد. نمودارها توسط برنامه M-S-Chart رسم گردیده است.

نتایج

۵۱ بیمار مبتلا به PTSD در این پژوهش مورد بررسی قرار گرفتند و از میان عوامل دموگرافیک، سن، وضعیت تاهل، افراد تحت تکفل، شغل و تحصیلات انتخاب شدند. همه افراد بررسی شده، رزمندگان مرد بودند. سن بیماران از ۱۶ تا ۴۹ سال بود

سربازان اسرائیلی گرفتار PTSD، فقط ۶ بیمار افسردگی بارز داشتند، درحالی که تمامی آنها معیارهای اختلال افسرده حالی (disphoric disorder) را دارا بودند. در نمونه‌های مورد بررسی Sierles et al افسردگی از نوع درون زاد (endogen) کم مشاهده شده بود. ولی ۲۴٪ اختلال افسرده حالی داشتند. Riplay & Wolf در ۹۰۰ بیمار مورد مطالعه خود، فقط ۱۰۱ نفر راپافتند که دچار افسردگی واکنشی بودند. Laughlin در ۱۰۰ بیمار تنها ۱۸ نفر را گرفتار افسردگی و احساس تقصیر گزارش کرد. در مطالعه دیگری Boehnlein et al از بین ۱۲ تن از اسیران اردوگاههای کامبوج تنها ۹ نفر را یافتند که علاوه بر PTSD دچار افسردگی بالینی بودند. Modlin H. نیز گزارش می‌کند که در PTSD گاهی افسردگی مشاهده می‌شود. مطالعات محدودی که در ایران صورت گرفته است، شیوع افسردگی بین مبتلایان به واکنش نبرد در جنگ ایران و عراق در طیفی وسیع گزارش شده است. در مطالعه دکتر جلیلی و دکتر داویدیان (۱۳۶۱) ۲۴ نفر از ۵۴ بیمار مورد مطالعه (۴۴٪) طی ۵ ماه واکنش افسردگی داشتند. در مطالعه دکتر مهاجر و دکتر متقی پور (۱۳۶۳)، ۷۸٪ از پرونده‌های ۱۰۰ بیمار مورد مطالعه، علائم افسردگی را نشان می‌دادند، درحالی که ۸۷٪ از ۱۰۰ بیمار فوق بر طبق معیارهای DSM III-R دچار PTSD بودند. دکتر مهاجر با مقایسه علائم نوروز جنگ در جنگهای مختلف، علامت افسردگی را در جنگ جهانی دوم، جنگ لبنان و جنگ تحمیلی ایران و عراق از شایعترین نشانه‌ها دانسته‌اند.

مقاله حاضر بخشی از پژوهشی است که از سال ۱۳۶۶ در بیمارستان روزبه، در مورد علائم بالینی، پاراکلینیکی و آسیب شناسی اختلالات مزمن نبرد توسط مولفین در دست انجام است و قسمتهایی از آن هنوز ادامه دارد. هدف از این بررسی، شناخت تابلوی مشخص این اختلال و نقش واکنش متقابل عوامل سبب شناختی احتمالی در شکل‌گیری علائم در مرحله طولانی شده (بیش از یکماه) این عارضه بود. قبلاً تابلوی بالینی واکنش حاد نبرد (زیریکماه) توسط دکتر داویدیان و دکتر صنعتی در بیمارستان روزبه مورد بررسی قرار گرفته بود.

عوامل سبب شناختی مورد ارزیابی در این پژوهش چندگانه بودند. از جمله عوامل دموگرافیک، شیوه سازگاری فرد قبل از بیماری، تیپ شخصیتی، عوامل ارگانیک، اضطراب و افسردگی بودند که با روش مقطعی (Cross Section) بررسی می‌شدند. از آنجا که در بسیاری از تحقیقات در این زمینه، بر علائم افسردگی تأکید شده است و Andreasen تشخیص افسردگی را در این واکنش مغایر با PTSD نمی‌داند و حتی بعضی از مولفین برای درمان اختلالات نبرد، داروهای ضد افسردگی را توصیه می‌کنند، بنابراین ارزیابی علائم افسردگی از نظر فراوانی و شدت و نیز وجود سندرمهای افسردگی خاص در رزمندگان ایرانی، مورد توجه ویژه این پژوهش قرار گرفت.

بیمار پنداری، علائم سوماتیک گوارشی، علائم روانی اضطراب، بی‌خوابی، بی‌خوابی، بی‌واقعیت‌شدگی، بی‌واقعیت‌شدگی، خودکشی و افکار خودکشی و علائم جسمانی اضطراب.

هرچه تحصیلات کمتر بود، بی‌خوابی انتهایی، علائم روانی اضطراب، بی‌خوابی میانی، خلق افسرده، علائم مربوط به شغل و علائق، علائم جنسی و علائم جسمانی اضطراب شدیدتر بودند. افراد شاغل، بی‌خوابی میانی و علائم جنسی و افکار خودکشی شدیدتر و افراد بیکار، کندشدگی شدیدتری داشتند. در افراد متأهل، خلق افسرده، علائم جنسی، علائم سوماتیک عمومی، خود بیمار پنداری و بی‌خوابی میانی شدیدتری مشاهده می‌شد.

بحث و نتیجه گیری

باتوجه به ارقام بدست آمده، علائم افسردگی به طور شایع در واکنش مزمن نبرد مشاهده می‌شود. خلق افسرده به درجات مختلف از نظر شدت در ۹۸٪ موارد، بی‌علاقگی، بی‌خوابی، کاهش وزن، بی‌اشتهایی بین ۹۲-۶۷٪، گوناگونی روزانه افسردگی (diurnal variation) در ۷۸٪، واحساس تقصیر و افکار خودکشی و یا اقدام به خودکشی در ۵۴٪ از بیماران مشاهده شد که نسبت به دیگر تحقیقات که در این زمینه صورت گرفته است، از نظر تک تک علائم رقم بالاتری را نشان می‌دهد، اما به دلیل اینکه در دیگر تحقیقات معیارهای متفاوتی را برگزیده‌اند، طبیعتاً مقایسه دقیق نمی‌تواند صورت پذیرد. تنها به یک تحقیق برخوردیم که توسط Kudler در مرکز پزشکی دورهام انجام شده است و پرسشنامه هامیلتون را برای بررسی خود به کار برده است. در آن مطالعه ۲۸۰ بیماری که در جنگهای جهانی دوم، کره و جنگ ویتنام شرکت داشتند، مورد بررسی قرار گرفته بودند، میانگین سنی آنها ۵۳/۹ بوده است. در مطالعه ما میانگین سنی ۵۱ بیمار ۲۵/۲ بود. نمره هامیلتون در آن بیماران ۸ تا ۳۹ (به طور متوسط ۲۳/۳) بود و در بیماران ما ۲۲ تا ۴۴ (به طور متوسط ۲۳) بود. باتوجه به تفاوت سنی در گروه مورد مطالعه و در نظر گرفتن ضریب همبستگی بسیار بالای شدت افسردگی با سن در بیماران مورد مطالعه ما، اگر این ارتباط با سن را در دو گروه تعمیم دهیم، در آن صورت شاید بتوان گفت که علائم افسردگی در بیماران ما شدیدتر از گروه کادری بوده‌اند.

جالب توجه اینکه در مقایسه با معیارهای DSM III-R برای افسردگی عمده ۴۷ بیمار یعنی (۹۲/۲٪) معیارهای لازم برای این تشخیص را داشتند و ۱۱ نفر (۲۱/۶٪) معیارهای لازم برای تشخیص نوع ملانکولیک افسردگی را دارا بودند، درحالی که مطالعات دیگر در اکثر بیماران معیارهای لازم برای تشخیص اختلال افسرده حالی را گزارش کرده‌اند.

و میانگین آن ۲۵/۲ سال بود. ۲۶ بیمار (۵۱٪) مجرد و ۲۴ بیمار (۴۷/۱٪) متأهل بودند.

بیشترین افراد تحت تکفل حداکثر ۷ نفر در ۹/۸٪ بیماران بود. و اکثریت آنها (۴۳/۱٪) هیچکس را تحت کفل خود نداشتند.

بیماران بی‌سواد، ۱۱/۸٪، آنها که تحصیلات ابتدایی داشتند، ۲۱/۲٪، در سطح راهنمایی، ۳۲/۴٪، در سطح دبیرستان، ۳۶/۲٪ و آنها که تحصیلات دانشگاهی داشتند، ۶/۴٪ بودند. تحصیلات دبیرستانی در اکثریت موارد و تحصیلات دانشگاهی در اقلیت موارد دیده می‌شد. در محاسبات انجام شده، نمره کل حاصل از میزان هامیلتون برای افسردگی، حداقل ۲ (۱ مورد)، و حداکثر ۴۴ (۱ مورد) بود. میانگین نمرات ۲۳ با میانگین ۲۲ و نمره ۲۴ بود.

شایعترین علائم افسردگی مربوط به سرفصل خلق افسرده بود که در ۵۰٪ بیماران (۹۸٪) دیده شد. این علائم شامل ایستار (attitude) عبوس، ناامیدی در باره آینده، احساس غم و گرایش به گریه هستند. علائم جسمانی و روانی اضطراب به ترتیب در دروه‌های بعدی قرار داشتند.

فقدان بصیرت (lack of insight) کمترین شیوع را داشت و فقط در ۹ بیمار (۱۷/۶٪) مشاهده می‌شد. نکته جالب اینکه سه پدیده بی‌واقعیت‌شدگی (derealization)، علائم کج‌باوری (paranoid symptoms) و علائم وسواسی (obsessional symptoms) که در نمونه‌های افسرده مورد مطالعه هامیلتون آنقدر نادر بودند که جایی برای وارد کردن آنها در محاسبه نمره افسردگی وجود نداشته است، در نمونه‌های مورد مطالعه ما، در ۵۲/۹٪ موارد بی‌خوابی، شادگی و بی‌واقعیت‌شدگی، ۳۹/۲٪ علائم کج‌باوری و ۴۳/۱٪ موارد علائم وسواسی دیده شد. در مطالعه Wilkinson کاهش میل جنسی در ۱۷٪ موارد PTSD گزارش شد، در حالیکه این علامت در موارد مطالعه ما، ۵۸/۸٪ بود.

شدیدترین علامت افسردگی در این نمونه‌ها، بی‌خوابی ابتدایی (initial insomnia) بود که در ۶۰/۸٪ موارد به شدیدترین شکل خود وجود داشت. بی‌خوابی میانی، علائم عمومی سوماتیک و جنسی نیز به شدیدترین شکل خود، اما به ترتیب با شیوع کمتر موجود بودند.

خلق افسرده تنها در ۵/۹٪ موارد به شدیدترین درجه خود دیده شد، در حالی که احساس تقصیر، کندشدگی (retardation)، علائم روانی اضطراب، خود بیمار پنداری (hypochondriasis) و بی‌خوابی، بی‌واقعیت‌شدگی و علائم کج‌باوری در هیچیک از بیماران به شدیدترین درجه خود مشاهده نشد.

از نظر همبستگی و فور علائم افسردگی با عوامل دموگرافیک، مواردی که ارزش آماری دارند ($P < 0/05$) به ترتیب شیوع بدین شرح می‌باشند:

افزایش سن، علائم مربوط به خلق افسرده، علائم جنسی، خود

مراجع

- ۱- داویدیان ه و صنعتی م. سیمایه‌های ارگانیک در اختلال حاد نبرد. ارائه شده در اولین کنگره پژوهش‌های روانپزشکی و روانشناسی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی ۱۳۶۵.
- ۲- مهاجر م، متقی پور، پژوهشی در مورد ارزیابی، درمان و پیگیری بیماران مبتلا به نورز جنگ در یک کلینیک روانپزشکی انتشارات جهاد دانشگاهی دانشگاه شهید بهشتی، ۱۳۶۳.
- 3- Andreasen N C . Post-traumatic stress disorder. Comperhensive textbook of psychiatry. IV Kaplan, I. Sadock 3.J. Williams and Wilkins, 1985.
- 4-Bleich A et al . Post-traumatic stress disorder following combat exposure, clinical features and psychopharmacological treatment. Brit J.Psych. 1985; 149: 365-362.
- 5-Boehnlen J.K,Kinzie J et al, One year follow up study of post-traumatic stress disorder among survives of combudian concentration camps. Amer J.Psychiatry 1985: 142:8.
- 6-DSM III American psychiatric association diagnostic statistical manual of mental disorder.
- 7-DSMIII-R American psychiatric association diagnostic and statistical manual of mental disorder(3rd edit - Revised) 1987.
- 8- Hamilton , M. A rating scale for depression. J.Neurol. Neurosurg, Psychiat. 1960; 23,56-62 .
- 9-Kolb,Brodie. Modern clinical psychiatry. 10th edit saunders internal.1982.
- 10- Kudler H.et al. The DST and post traumatic stress disorder. Am.J. Psychiatry 1987; 144:8.
- 11-Laughlin H.P . The Neurois in clinical practice. W.B.Saunders CJ 1959; 661-687.
- 12-Modlin H C . Post - traumatic stress disorder.Postgraduate Medicine 1986; Vol.79 No.3 Feb.
- 13-Rpley H S, Wolf S . Studies in psychopathologyJ Neru and Ment. Dis. 114. 234 in the Neurosis in clinical practice. 1941.
- 14-Sierles T S et al. Post-traumatic stress disorder and concurrent psychiatric illness:A preliminary report. Am. J.psychiatry 1983; 1177-1179 .
- 15-Wilkinson C B . Aftermath of a disaster. Am.J.psychiatry 1983; 140:1134.