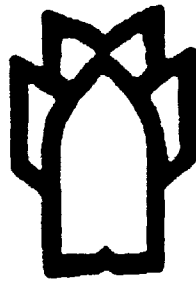


۱۳۸۰ / ۲ / ۲۰



دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه
پایان نامه جهت اخذ دکترای حرفه ای پزشکی

موضوع :

بررسی شیوع علائم وسواسی در بیماران
افسردگی اساسی بستری در مرکز فارابی
کرمانشاه ۷۶-۷۷

استاد راهنما :

012992

دکتر جلال شاکری (استادیار)

استاد مشاور :

مهندس منصور رضایی (هیئت علمی)

نگارش :

محسن طلایی

اسفند ۷۸

۳۹۲۸۹

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

تقدیم به روح پاک مادرم

۹

تقدیم به پدر بزرگوارم

با سپاس فراوان از اساتید گرامی جناب آقای دکتر
شاگری که در طول طرح از کمک های فراوان ایشان
استفاده برده ام

و با تشکر از مهندس رضایی

فهرست مندرجات :

۱.....	مقدمه
۲.....	مقدمه انگلیسی
۳.....	فصل اول
۳.....	کلیات
۴.....	افسردگی اساسی
۷.....	تاریخچه
۸.....	همه گیری شناسی
۸.....	جنس و سن
۱۰.....	اتیولوژی
۱۰.....	عوامل زیست شناختی
۱۱.....	سایر عوامل نوروشیمیایی
۱۲.....	مطالعات خانوادگی
۱۳.....	عوامل روانی اجتماعی
۱۴.....	تشخیص
۱۶.....	دوره های افسردگی
۱۷.....	افسردگی در کودکان و نوجوانان
۱۸.....	افسردگی در سالمندان
۱۸.....	معاینه وضعیت روانی
۱۸.....	دوره های افسردگی
۱۹.....	فلق ، عاطفه و احساسات
۲۰.....	نظام مسی و شناخت

۲۱.....	تشخیص افتراقی.....
۲۲.....	سیر.....
۲۳.....	پیش آگهی.....
۲۳.....	درمان.....
۲۵.....	افتلال وسواسی جبری.....
۲۶.....	همه گیری شناسی.....
۲۷.....	اتیولوژی.....
۲۸.....	تشخیص.....
۲۸.....	ویژگیهای بالینی.....
۳۳.....	تشخیص افتراقی.....
۳۳.....	سیر و پیش آگهی.....
۳۴.....	درمان دارویی.....
۳۶.....	فصل دوم.....
۳۷.....	فصل سوم.....
۳۹.....	جدول ییل - براون.....
۴۳.....	نمودارها.....
۴۴.....	فصل چهارم.....
۶۶.....	فصل پنجم.....
۶۷.....	منابع.....

مقدمه (Introduction)

نظر به اینکه اختلال افسردگی اساسی (M.D) اختلالی شایع است بطوریکه پس از فوبیاهای و اختلالات سوء مصرف مواد سومین رده شایع بیماری روانی را تشکیل می دهد و شیوع بیماریهای اختلال افسردگی اساسی ۱۵٪ درصد برای طول عمر و شاید در زنان تا ۲۵٪ درصد نیز برسد و افسردگی اساسی معضلی هم برای فرد و هم برای جامعه محسوب می گردد و ۲/۳ این افراد افکار خودکشی داشته و تا ۱۵٪ درصد اقدام به خودکشی می نمایند. و نیز نظر به اینکه اختلال وسواس جبری در جمعیت کلی ۲-۳ درصد تخمین زده می شود و بعضی پژوهشگران تخمین زده اند که شیوع این اختلال در بین بیماران سرپایی کلینیک های روانپزشکی به ۱۰٪ درصد نیز می رسد و این اختلال پس از افسردگی اساسی در ردیف چهارمین بیماریهای شایع روانی قرار می گیرد و از آنجا که شیوع علائم افکار و اعمال وسواسی در بیماران افسردگی چه در Text های روانپزشکی و چه در مطالعات منطقه ای وجود نداشت به منظور بررسی شیوع این علائم بیمارانی که با تشخیص افسردگی اساسی در مرکز فارابی کرمانشاه بستری بودند بعنوان جمعیت مورد مطالعه انتخاب گردید. ۱۶۲ پرونده در مرکز بایگانی فارابی با تشخیص افسردگی اساسی انتخاب گردید و با استفاده از مقیاس وسواس فکری - عملی ییل براون (YBOCS) علائم وسواس فکری و عملی در شرح حال پزشک و روانشناس انتخاب گردیدند از بین ۱۶۲ نفر با تشخیص افسردگی اساسی ۵۴ نفر دارای علائم وسواس فکری و عملی بودند که برابر ۳۳/۱٪ درصد بود.

به عبارت دیگر ۱/۳ افراد افسرده دارای علائم وسواس نیز هستند که بررسی و پیگیری بیشتر بیماران افسرده در منطقه از نظر وجود علائم وسواس و درمان آن را نشان میدهد.

Introduction

In The Point That The major Depression disorder is Common as Third after The phobia and Drugs abuse in psychiatric Disorders and The Prevalance for The major Depression 15% Percent During The Life and may Till 25% percent in women.

The major Depression is Difficult to individuals and Community and more Than 60% percent have Suicide Thinkng and Till 15% Percent will Suicide.

In The Point That The obsessive - Compulsive disorder in General Population 2-3 percent Estimated and Investigators have Estimated The Prevalance Of OCD in out patients of psychiatric Clinics reach 10% Percent and The Fourth Common psychiarty disorder after major Depression.

Since There is no information about The Prevalance of obsessive Compulsive Symptoms in major Depression disorder at Texts and regional investigations to Servy The Prevalance of This Symptoms The Patients who were admitted in farabi Hospital of kermanshah as Case Population selected.

163 Case of major Depression in farabi Hospital by using The Yale Brown obsessive Compulsive Symptome checklist (YBOCS) from Psychiatry Histroy Considered.

From 163 Patients 54 Case had The Symptoms Of obsessive Compulsive , about 33.1 % percent.

In The other word 1/3 or about 30% percent of depressions had The obsessive Compulsive Symptoms.

It Shows The importance to Servy and Treatment of The Patients with major Depression Consider To obsseive Compulsive in area.

فصل اول :

کلیات :

بعلت نبود اطلاعات کافی در مورد هم بودی اختلال وسواسی (علائم وسواس فکری - عملی) با افسردگی اساسی ونیز پیگیری بیشتر بیماران افسرده از نظر وجود افکار واعمال وسواسی این علائم در بیماران افسرده بررسی گردید اهداف کلی طرح تعیین شیوع علائم وسواسی در بیماران افسردگی اساسی بستری شده در مرکز فارابی کرمانشاه (۷۶-۷۷) بوده است .

اختلال افسردگی اساسی یک اختلال شایع روانی است که پس از فوبیاها واختلالات مصرف سوء مواد در ردیف سومین بیماریهای شایع روانی بوده ومیزان شیوع آن در بیماران سرپایی ۱۵-۱۰ درصد می باشد (۱)

سن متوسط بروز علائم ۴۰ سالگی می باشد ونسبت زن به مرد ۲/۱ می باشد (۲) علت شیوع بیشتر در خانم ها آثار هورمونی ، زایمان واسترس می باشد (۲)

هنوز معلوم نیست بیمارانی که علائم قابل ملاحظه اضطراب و افسردگی را تواما نشان میدهند به ۲ فرآیند بیماری مجزا مبتلا هستند یا به یک فرآیند بیماری که هر دوی علائم را نشان میدهد مبتلا هستند .

شایعترین واقعه زندگی که بیماری افسردگی را در پی داشته است از دست دادن یکی از والدین قبل از سن ۱۱ سالگی بوده است . (۱)

در مطالعه ای در سال ۱۹۹۷ از ۳۱۵ مورد بیمار مبتلا به اختلال وسواس فکری - عملی ۱۵/۷٪ دچار اختلال خلقی بوده اند (۴)

در مطالعه ای دیگر که در سال ۱۹۹۹ انجام گرفته است شیوع اختلال وسواس فکری - عملی در بیماران افسردگی اساسی (major Depression) ۳۶٪ بوده است (۵)

در همین مطالعه شیوع وسواس فکری - عملی در بیماران افسردگی پس از زایمان (Post partum) ۵۷٪ بوده است و در این زنان اختلال وسواس فکری با شروع پس از زایمان بیشتر به صورت افکار تهاجمی بوده است و این افکار در این زنان بیش از زنانی است که شروع افسردگی در آنها ارتباطی با زایمان نداشته است (۵) .

افسردگی اساسی :

با مطالعه اختلالات خلقی توسط پژوهشگران بالینی و زیست شناختی تفاوت های بالینی شناخته شده قبلی بین بیماران پذیرفته شده و اینک در چهارمین چاپ راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی (DSM-IV) بطور رسمی منظور شده اند . دو اختلال خلقی عمده عبارتند از اختلال افسردگی اساسی و اختلال دو قطبی I ، که در DSM-III-R بطور ساده ، اختلال دو قطبی نامیده می شد . اختلال افسردگی اساسی و اختلال دو قطبی را غالباً اختلالات عاطفی می

نامند، معه‌ذا پاتولوژی مهم در این اختلالات مربوط به خلق (mood) است، حالت هیجانی درونی مستمر شخص، نه عاطفه (affect)، تظاهر برونی محتوی هیجانی موجود. بیمارانی که فقط به دوره های افسردگی مبتلا هستند گفته می شود مبتلا به اختلال افسردگی اساسی (major depressive disorder) هستند، که گاهی افسردگی یک قطبی نامیده می شود (البته نه در DSM-IV). بیمارانی که هم دوره های افسردگی و هم مانی دارند و بیمارانی که فقط دوره های مانی دارند مبتلا به اختلال دو قطبی I شناخته می شوند. اصطلاح «مانی یک قطبی» یا «مانی خالص» (نه در DSM-IV) گاهی در مورد بیماران مبتلا به اختلال دو قطبی I که دوره های افسردگی ندارند مورد استفاده قرار می گیرند.

دو اختلال خلقی دیگر، اختلال افسرده خوئی (dysthymic disorder) و اختلال خلق ادواری (cyclothymic disorder)، نیز مدتی است از نظر بالینی مورد شناسایی قرار گرفته اند. اختلال افسرده خوئی و اختلال خلق ادواری با علائمی خفیفتر از علائم اختلال افسردگی اساسی و اختلال دو قطبی I، به ترتیب، مشخص می باشند. DSM-IV اختلالات خلقی دیگری را هم در متن و هم ضمیمه راهنما کدگذاری کرده است. این اختلالات شامل سندرم های مربوط به افسردگی (اختلال افسردگی جزئی، اختلال افسردگی عودکننده گذرا، اختلال ملال پیش از قاعدگی) و اختلالات وابسته به اختلال دو قطبی I (اختلال دو قطبی II) می باشند. در اختلال افسردگی جزئی (minor depressive disorder) شدت علائم به حدی که برای تشخیص اختلال افسردگی اساسی لازم است نمی رسد در اختلال افسردگی عودکننده گذرا شدت علائمه حدی که برای تشخیص اختلال افسردگی اساسی لازم است می رسد، اما فقط برای مدتی کوتاه، که طول آن کافی برای شمول ملاک تشخیصی اختلال افسردگی اساسی نمی باشد.

اختلال دو قطبی II با دوره های افسردگی اساسی متناوب با دوره های هیپومانی - یعنی دوره های علائم مانی که ملاک های کامل دوره های مانی مشاهده شده در اختلال دو قطبی I را شامل نمی شود - مشخص است تشخیص های دیگر اختلال خلقی مشتملند بر اختلال خلقی ناشی از اختلال طبی عمومی ، اختلال خلقی ناشی از مواد ، و اختلال خلقی که به گونه ای دیگر مشخص نشده است (NOS) .

خلق ممکن است طبیعی ، بالا ، یا پائین باشد . شخص طبیعی طیف وسیعی از خلق ها را تجربه می کند و به همان نسبت مجموعه ای از تجلیات عاطفی نیز دارد شخص عادی قادر به کنترل اخلاق و عواطف خود هست . اختلالات خلقی گروهی حالات بالینی هستند که با اختلال خلق فقدان احساس کنترل بر خلق و تجربه ذهنی ناراحتی شدید همراه هستند بیمارانی که خلق بالا دارند حالت انبساط خاطر ، پرش افکار ، کاهش خواب ، افزایش احترام به نفس ، و افکار بزرگ منشانه نشان میدهند بیمارانی که خلق پائین دارند با کاهش انرژی و علاقه ، احساس گناه ، اشکال در تمرکز ، بی اشتها و افکار مرگ و خودکشی مشخص هستند سایر علائم و نشانه ها عبارتند از تغییر در سطح فعالیت ، توانایی های شناختی ، تکلم و اعمال نباتی (یعنی ، خواب ، اشتها ، فعالیت جنسی ، و سایر ریتم های بیولوژیک) این اختلالات عملاً همیشه منجر به اختلال در عملکرد شغلی ، روابط اجتماعی و بین فردی می گردد .

مبتلایان به اختلالات خلقی غالباً برای حالت بیمار گونه خود کیفیتی غیر قابل توصیف اما مشخص قائل هستند بنابراین مفهوم طیف ممکن است نشان دهنده همانند سازی مفرط پزشک با پاتولوژی بوده و موجب دگرگونی روش برخورد او با بیماران مبتلا به اختلالات خلقی باشد .

تاریخچه

افسردگی از زمان های بسیار دور در نوشته ها آمده و توصیف هائی از آنچه ما امروزه اختلالات خلقی می خوانیم ، در بسیاری از منابع طبی قدیم وجود دارد داستان (عهد عتیق) شاه سائول (king saul) ، و داستان خود کشی آژاکس در ایلیاد هومر ، هر دو یک سندرم افسردگی را توصیف کرده اند حدود ۴۵۰ سال قبل از میلاد ، بقراط اصطلاح مانی و ملانکولی را برای توصیف اختلالات روانی بکار برد . در حدود ۱۰۰ سال قبل از میلاد کونلیوس سلوس (Cornelius Celsus) در کتاب De Medicina افسردگی را ناشی از صفرای سیاه معرفی نمود این اصطلاح را پزشکان دیگر از جمله ارسطو (۱۲۰ تا ۱۸۰ بعد از میلاد) و جالینوس (۱۲۹ تا ۱۹۹ بعد از میلاد) نیز به کار بردند ، همینطور الکساندر ترالز (Alexander of Tralles) در قرن ششم .

پزشک یهودی ، موزس میمونید (Moses Moimonides) ، ملانکولی را بیماری مشخصی تلقی نمود . در سال ۱۶۸۶ ، بونت (Bonet) نوعی بیماری روانی توصیف نمود و آن را maniacomelancholicus نامید .

در سال ۱۸۵۴ ، ژول فالره حالتی را توصیف نموده و آن را جنون ادواری (folie circulaire) نامید . چنین بیمارانی متناوباً حالات خلقی مانی و افسردگی را تجربه می کنند تقریباً در همان زمان ، یک روان پزشک فرانسوی دیگر به نام ژول بایارژه جنون دوشکلی (frome folie a double) را شرح داد که در آن بیمار دچار افسردگی عمیقی می شود که به حالت بهت افتاده و بالاخره از آن بهبود می یابد در سال ۱۸۸۲ ، کارل کالبام روانپزشک آلمانی ، با استفاده از اصطلاح (سایکلو تایمی) مانی و افسردگی را مراحل مختلف یک بیماری توصیف نمود .

همه گیری شناسی

اختلال افسردگی اساسی اختلالی شایع است با میزان شیوع حدود ۱۵ درصد برای طول عمر، شاید در زن ها تا ۲۵ درصد. میزان بروز اختلال افسردگی اساسی بین بیماران اطباء عمومی، که به ۱۰ درصد نزدیک می شود و بیماران داخلی، که به ۱۵ درصد می رسد بالاتراز حد معمول است. شیوع اختلال دو قطبی I کمتر از اختلال افسردگی اساسی است با میزان شیوع حدود ۱ درصد در طول عمر، تقریبا مشابه میزان شیوع اسکیزوفرنی. چون بطور فزاینده معلوم می شود که سیر اختلال دو قطبی I مثل سیر اختلال افسردگی اساسی مساعد نیست هزینه اختلال دو قطبی I برای بیماران خانواده های آنان و جامعه قابل ملاحظه است.

یک تفاوت دیگر بین اختلال دو قطبی I و اختلال افسردگی اساسی این است که اکثر بیماران مبتلا به اختلال دو قطبی I بالاخره مورد توجه پزشک قرار گرفته و درمان می شوند در حالیکه فقط نیمی از مبتلایان به اختلال افسردگی اساسی تحت درمان اختصاصی قرار می گیرند هر چند انستیتو ملی بهداشت روانی (NIMH) برنامه ای برای افزودن آگاهی جمعیت و پزشکان در مورد افسردگی شروع کرده است. علائم افسردگی غالبا بطور نامناسب به عنوان واکنش های قابل انتظار در مقابل استرس، قرینه ای برای ضعف اراده با تلاش آگاهانه برای کسب نفع ثانوی تعبیر می شود.

جنس و سن

مشاهدات بین المللی بدون ارتباط با کشور تحت مطالعه افسردگی یک قطبی را در زن ها دوبار شایعتر از مردها نشان داده است. هر چند علل این اختلال معلوم نیست پژوهش ها به روشنی نشان داده اند که آنرا می توان به روشهای