

بررسی همایندی مرضی (Comorbidity) و همپوشی علائم اختلال‌های افسردگی و اضطراب در جامعه ایرانی

دکتر حسین کاویانی*، دکتر حبیب‌الله قاسم‌زاده*
* عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی تهران، گروه روان‌پزشکی و روان‌شناسی بالینی

چکیده

مقدمه: تحقیقات نشان می‌دهند که به ندرت می‌توان اضطراب را به تنهایی تشخیص داد. همایندی اضطراب با دیگر اختلال‌های روانی در طی زندگی، ۹۰ درصد تخمین زده می‌شود. تحقیق حاضر با هدف بررسی چگونگی همایندی مرضی comorbidity اختلال‌های اضطرابی و افسردگی انجام شد.

مواد و روشها: یک نمونه بالینی شامل ۲۶۱ بیمار افسرده (۱۵۳ نفر) و مضطرب (۱۰۸ نفر) و به همین تعداد ۲۶۱ فرد سالم هم‌تا شده Matched به مطالعه وارد شدند. با بیماران، مصاحبه روان‌پزشکی به عمل آمد و پس از تشخیص‌گذاری، دو مقیاس سنجش افسردگی (BDI) و اضطراب (BAI) را تکمیل کردند.

یافته‌ها: نتایج نشان داد ۵۵/۶ درصد بیماران افسرده و ۵۸/۳ درصد بیماران مضطرب در جمعیت مورد مطالعه به ترتیب دارای اختلال‌های اضطرابی و افسردگی بودند محدودیت‌های این مطالعه در قسمت بحث مورد بررسی قرار گرفته است. بررسی‌های مربوط به همپوشی علائم نشان داد که بیماران افسرده، بخش عمده‌ای از علائم اضطرابی را تجربه کرده‌اند؛ از سوی دیگر، بیه‌ا ان اضطرابی بخش عمده‌ای از علائم افسردگی را گزارش داده‌اند.

نتیجه‌گیری و توصیه‌ها: این یافته می‌تواند برای متخصصان بالینی از آن جهت مهم باشد که همواره به هنگام ارزیابی هر یک از این دو اختلال، امکان وجود علامت‌های اختلال دیگر را در نظر داشته باشند. این نکته می‌تواند ضمن رفع ابهام در فرآیند تشخیص، به متخصص کمک کند تا مداخله درمانی بایسته‌تری را اعمال نماید.

مقدمه

بی‌قراری *restlessness* در هر دو اختلال رخ می‌دهد. بنابراین همایندی مرضی، شاید اثر تصنعی همپوشی علائم باشد. تبیین دیگری که می‌توان برای همایندی مرضی اختلال‌های اضطراب ارائه داد، این است که این دو بیماری ممکن است ناشی از یکدیگر باشند. برای آزمون این فرض، کشف زمان شروع اختلال افسردگی و اضطراب و تقدم و تأخر زمانی آن‌ها، حائز اهمیت است. بازبینی منابع نشان می‌دهد که تاکنون درباره همایندی مرضی (*co-morbidity*) اختلال‌های اضطرابی و افسردگی در جمعیت ایرانی تحقیق منظمی صورت نگرفته است. این مطالعه تلاش دارد تا تصویر نسبتاً روشنی را درباره این موضوع به دست دهد. تحصیل چنین نتایجی می‌تواند زمینه‌ای را برای درمان درست‌تر این دو اختلال فراهم آورد. در این مطالعه، تلاش شد تا با به کارگیری ابزارهای بالینی به سرندهای علائم در هر دو واحد تشخیصی (افسردگی و اضطراب) در جامعه ایرانی بپردازیم و میزان همپوشی و نیز تمایز علائم را ارزیابی کنیم.

مواد و روش‌ها

۱- نمونه‌گیری در دو مرحله صورت گرفت. در مرحله اول (*pilot study*)، ۲۰ بیمار افسرده و ۲۰ بیمار مضطرب، پس از مصاحبه بالینی توسط روان‌پزشک و براساس معیارهای تشخیصی *DSM-IV* (۵) انتخاب شدند و مورد آزمون قرار گرفتند. در ضمن ۲۰ نفر سالم به عنوان گروه گواه برای گروه مضطرب انتخاب و آزمون شدند. روش نمونه‌گیری به صورت "در دسترس" *convenient sample* بود و از میان مراجعان به مطب‌های خصوصی، درمانگاه بیمارستان روزبه و بیماران بستری در بخش‌های این بیمارستان، برگزیده شدند. آزمودنی‌های سالم و بیمار براساس سن ($5 \pm$ سال)، جنس و میزان تحصیلات (در سه مقطع ابتدایی، تا دیپلم و تحصیلات عالی) هم‌تاسازی شدند. این مرحله برای دستیابی به اشکالات احتمالی و رفع آنها پیش از شروع مرحله دوم، انجام شد.

همایندی اضطراب و افسردگی یک چالش مهم برای بیمار و نیز درمانگر است (۱). تحقیقات نشان می‌دهند که به ندرت می‌توان اضطراب را به تنهایی تشخیص داد. همایندی اضطراب با دیگر اختلال‌های روانی در طی زندگی، ۹۰ درصد تخمین زده می‌شود (۲). این در حالی است که یافته‌ها نشان می‌دهند که ۵۰ تا ۶۰ درصد افراد مبتلا به افسردگی اصلی (*MDD*) در طول زندگی خود به یک یا چند اختلال اضطرابی مبتلا بوده‌اند (۲). همپوشی علائم افسردگی و اضطراب، همواره یکی از مشکلات تشخیصی بوده که رو در روی متخصصان روان‌پزشکی و روان‌شناسی بالینی قرار داشته است. این مشکل اساسی وقتی که مسئله درمان مطرح می‌گردد، بیشتر رخ می‌نماید. یک درمانگر مجرب می‌داند که اضطراب، سیمایه بالینی افسردگی را و بالعکس افسردگی، سیمایه بالینی اضطراب را دگرگون می‌سازد. به این ترتیب همواره این سؤال را در دستور کار درمانگر قرار می‌دهد که: آیا با یک بیمار افسرده سر و کار دارم یا بیمار اضطرابی؟

همایندی مرضی افسردگی و اضطراب بسیار شایع است (۱). میزان این همایندی در مطالعات مختلف، یکسان گزارش نشده است. این تفاوت ممکن است ناشی از متدولوژی‌های مختلف استفاده شده، باشد (مثلاً معیارهای تشخیصی مختلف مورد استفاده برای اختلال افسردگی و اضطراب، و یا دامنه سنی متفاوت بیماران در مطالعات مختلف). الگوی همایندی برای بیماران سرپایی و بستری و نیز در مطالعات همه‌گیرشناختی و مطالعات مبتنی بر نمونه‌های ارجاعی، مشابه بوده است (۳). ۳۱ درصد تا ۶۵ درصد مبتلایان به اختلال‌های افسردگی دارای یک نوع از اختلال‌های اضطرابی هستند (۴). میزان بالای همایندی مرضی بین اختلال‌های افسردگی و اضطراب، در هر دو نمونه بالینی و جامعه، سؤالات زیادی را درباره ارتباط بین این اختلال‌ها مطرح می‌سازد. برای این همایندی مرضی چند تبیین وجود دارد. یک تبیین این است که بین برخی از علائم افسردگی و اضطراب، یک همپوشی وجود دارد. برای نمونه، علائمی نظیر تحریک‌پذیری *irritability* و

چهارگانه به ترتیب امتیازهای صفر، ۱، ۲ و ۳ می‌گیرند. نمره کل اضطراب تجربه شده از مجموع امتیازهای هر علامت به دست می‌آید. پس دامنه نمرات از ۰ تا ۶۳ می‌تواند باشد که نمرات بالا نشان دهنده شدیدتر بودن اضطراب است.

۲- پرسشنامه افسردگی بک (بی.دی.آی)، Beck Depression inventory (BDI) (۷): این پرسشنامه شامل ۲۱ گروه جمله و هر گروه شامل ۴ گزینه می‌باشد. نمره جملات بین صفر تا ۳ متغیر است. آزمودنی باید گزینه‌ای را علامت بزند که با حال کنونی او بیشتر سازگار است. پس مجموع امتیازها می‌تواند بین صفر تا ۶۳ تغییر کند که امتیاز بالا نشانه شدت بیشتر افسردگی است.

نتایج

جدول ۱، نمایان‌گر یافته‌های جمعیت نگاشتی در دو گروه افسرده و مضطرب و دو گروه گواه هم‌تا شده است.

۲- در مرحله دوم، پس از برطرف شدن ضعف‌های متدلوژیک و اطمینان از درستی روش، به همان شیوه نمونه‌گیری مرحله اول ۱۵۳ بیمار افسرده (و ۱۵۳ نفر سالم هم‌سازی شده)، ۱۰۸ بیمار مضطرب (و ۱۰۸ نفر سالم هم‌سازی شده) به مطالعه وارد شدند (مجموعاً ۵۲۲ نفر). در این مرحله، معیارهای گزینش، نوع بیماران و ابزار تشخیصی و سنجش بالینی و نیز مراکز مورد مراجعه، همانند مرحله اول بود.

ابزار تحقیق

مقیاس اضطراب بک (بی.دی.آی)، Beck Anxiety Inventory (BAI) (۶): این مقیاس برای سنجش میزان اضطراب طراحی شده است و شامل ۲۱ عبارت است. هر عبارت بازتاب یکی از علائم اضطراب است که معمولاً افرادی که از نظر بالینی مضطرب هستند، یا کسانی که در وضعیت اضطراب‌انگیز قرار می‌گیرند، تجربه می‌کنند. فرد باید فهرست علائم را بخواند و شدت هر علامت را در هفته گذشته درجه‌بندی کمی کند و ارزیابی خود را در ستون‌های «اصلاً»، «خفیف»، «متوسط» و «شدید» علامت بزند. این گزینه‌های

جدول شماره ۱- یافته‌های دموگرافیک (جمعیت نگاشتی) در دو گروه افسرده و مضطرب و دو گروه گواه هم‌تا شده

گروه‌ها	میانگین		جنسیت		تحصیلات		شغل		تاهل			
	م	انحراف استاندارد	م	ز	دیپلم	بالاتر از دیپلم	کارگر	کارمند	آزاد	بی‌کار	همسر	تک‌سر
گروه افسرده	۲۸/۳۹	۸/۳۴	۷۸	۷۵	۱۰۲	۵۱	۳۷	۱۷	۶	۶۹	۸۷	۶۶
گروه گواه ۱	۳۰/۵۶	۸/۵۶	۷۸	۷۵	۱۰۲	۵۱	۳۷	۱۷	۶	۶۹	۱۹	۱۳۴
گروه مضطرب	۲۷/۱۲	۸/۰۷	۴۵	۶۳	۶۹	۳۹	۳۰	۱۵	۱۴	۴۶	۶۵	۴۳
گروه گواه ۲	۲۸/۵۲	۷/۵۷	۴۵	۶۳	۶۹	۳۹	۳۰	۱۵	۱۴	۴۶	۱۷	۹۱

تفاوت معنی‌دار نمرات در دو گروه بیمار و سالم است (جدول ۲).

جدول ۲- نتایج T-test برای مقایسه نمرات در دو گروه بیمار و سالم

مقیاس‌های سنجش	t	P
BDI (افسردگی بک)	۲۲/۵۶	۰/۰۰۱
BAI (اضطراب)	۲۲/۲۴	۰/۰۰۱

مقایسه نمرات در دو گروه بیمار (افسرده و مضطرب) و سالم (هم‌تا شده)

برای مقایسه نمرات به دست آمده از آزمون‌های BAI و BDI در کل گروه سالم و بیمار، محاسبه T-test برای نمونه جفت شده paired sample صورت گرفت. نتایج حاکی از

همایندی مرضی و همپوشی علایم

جدول شماره ۳، فراوانی و درصد بیماران افسرده‌ای را که واجد همایندی مرضی *comorbidity* اضطراب و نیز بیماران مضطربی را که واجد همایندی مرضی افسردگی هستند، نشان می‌دهد. براساس این جدول، ۵۵/۶ درصد بیماران افسرده و ۵۸/۳ درصد بیماران مضطرب در جمعیت مورد مطالعه به ترتیب مبتلا به اختلال‌های اضطرابی و افسردگی هستند.

جدول شماره ۳- همایندی مرضی افسردگی و اضطراب به ترتیب در

بیماران مضطرب و افسرده

کل	فاقد همایندی مرضی	واجد همایندی مرضی	کل
۱۵۳	۶۸ (۴۴/۴)	۸۵ (۵۵/۶)	بیماران افسرده
۱۰۸	۴۵ (۴۱/۷)	۶۳ (۵۸/۳)	بیماران مضطرب
۲۶۱	۱۱۳ (۴۳/۳)	۱۴۸ (۵۶/۷)	کل

جدول‌های شماره ۴ و ۵ نشان دهنده درصد همپوشی علائم افسردگی و اضطراب (براساس BDI و BAI) است. همانطور که مشاهده می‌شود این دو جدول در واقع درصد علائم افسردگی و اضطراب را در هر دو گروه افسرده و مضطرب و نیز گروه‌های گواه آنها نشان می‌دهد. قابل توضیح است که گزینه اول در برابر عبارات پرسشنامه‌های BDI و BAI به عنوان "نبود علامت" و سه گزینه بعدی به عنوان "وجود علامت" به حساب آمد. بدین ترتیب جداول ۴ و ۵ درصد وجود علائم را بدون در نظر گرفتن شدت آن نشان می‌دهند. هر چند درصد بیشتری از بیماران افسرده (در مقایسه با گروه گواه و گروه مضطرب) دارای علائم افسردگی بودند، ولی درصد بالایی از بیماران اضطرابی نیز مبتلا به علائم افسردگی بودند. تنها شش علامت افسردگی در کمتر از ۵۰ درصد در بیماران مضطرب وجود داشت. ۱۵ علامت دیگر در بیش از ۵۰ درصد بیماران مضطرب گزارش شد. همچنین هر چند درصد بیشتری از بیماران اضطرابی (در مقایسه با گروه گواه و گروه افسرده) دارای علائم اضطراب بودند، ولی درصد بالایی از بیماران افسرده گزارش دادند که علائم اضطراب را تجربه می‌کنند. تنها هفت علامت اضطراب بود که در کمتر از ۵۰ درصد بیماران افسرده گزارش شد و چهارده علامت دیگر در بیش از ۵۰ درصد بیماران افسرده گزارش شد. با نگاه

دقیق‌تر به جدول ۴ دو نکته حائز اهمیت رخ می‌نماید: (۱) درصد بالایی (بین ۶۰ تا ۹۶ درصد) از گروه گواه (سالم) ۵ علامت افسردگی را تجربه کرده‌اند: احساس ناامیدی، احساس گناه، سرزنش خویش، اشکال در تصمیم‌گیری، اختلال خواب. با همین نگاه به جدول ۵، شش علامت اضطراب توسط تعداد زیادی (بین ۶۲ تا ۹۳ درصد) از آزمودنی‌های گواه (سالم) تجربه شده است: لرزش در پاها، ترس از وقوع حادثه بد، عصبی بودن، لرزش دست، حالت ترس و سوء هاضمه و ناراحتی در شکم.

بحث

این تحقیق با هدف دستیابی به همایندی مرضی *comorbidity* افسردگی و اضطراب انجام شد. تحقیقات داخلی تاکنون به طور جدی به این موضوع نپرداخته‌اند. از آن رو که همایندی این دو اختلال روانی باعث می‌شود که تابلوی بالینی هر یک تحت تأثیر دیگری قرار گیرد و در نتیجه مشکلاتی را برای تشخیص و نیز درمان متعاقب به وجود آورد، داشتن اطلاعات واقعی از این پدیده و اثرات آن می‌تواند متخصصان بالینی (روان‌پزشکان و روان‌شناسان بالینی) را به درستی راهنمایی کند.

یافته‌های این پژوهش حاکی از آن است که ۵۵/۶ درصد بیماران افسرده دارای یک اختلال اضطرابی همایند، و ۵۸/۳ درصد بیماران مضطرب دارای نوعی اختلال افسردگی همایند هستند. این ارقام نشان می‌دهد که بیش از نیمی از بیماران افسرده احتمالاً مبتلا به یکی از اختلال‌های اضطرابی هستند، و بالعکس. این یافته می‌تواند برای متخصصان بالینی از آن جهت مهم باشد که همواره به هنگام ارزیابی هر یک از این دو اختلال، امکان وجود علائم‌های اختلال دیگر را در نظر داشته باشند. این نکته می‌تواند ضمن رفع ابهام در فرآیند تشخیص، به متخصص کمک کند تا مداخله درمانی بایسته‌تری را اعمال کند.

کاهش در همپوشی علائم افسردگی و اضطراب به ترتیب در بیماران مضطرب و افسرده نشان می‌دهد که عمده بیماران افسرده، تجربه علائم اضطراب را گزارش داده‌اند و برعکس. این یافته در کنار همایندی *comorbidity* بالای اختلال‌های

جدول شماره ۴- درصد وجود علائم افسردگی در بیماران افسرده و اضطرابی و نیز گروه گواه همتا شده (با استفاده از پرسش‌های BDI)

علائم	گروه افسرده	گروه گواه	گروه مضطرب	گروه گواه
۱- غم	٪۸۹/۵	٪۱۴/۴	٪۷۷/۹	٪۱۱/۱
۲- ناامیدی	٪۸۱/۷	٪۵۹/۵ *	٪۶۱/۱	٪۶۵/۷ *
۳- احساس شکست	٪۹۶/۷	٪۷/۲	٪۶۴/۸	٪۷/۵
۴- عدم احساس لذت	٪۹۰/۲	٪۷/۸	٪۸۱/۶	٪۷/۴
۵- احساس گناه و تقصیر	٪۸۵/۰	٪۷۱/۳ *	٪۷۲/۲	٪۷۴/۰ *
۶- احساس مجازات شدن	٪۸۶/۷	٪۱۱/۱	٪۶۴/۸	٪۹/۳
۷- نفرت از خویش	٪۸۵/۱	٪۱۱/۱	٪۷۳/۱	٪۸/۳
۸- سرزنش خویش	٪۸۸/۹	٪۹۶/۷ *	٪۸۲/۴	٪۹۴/۴ *
۹- فکر خودکشی	٪۶۲/۷	٪۰/۰	٪۳۰/۵	٪۰/۹
۱۰- گریستن	٪۷۰/۰	٪۵/۹	٪۵۹/۳	٪۸/۴
۱۱- تحریک پذیری	٪۸۳/۷	٪۱۴/۴	٪۶۷/۵	٪۸/۳
۱۲- عدم علاقه مندی به دیگران	٪۶۴/۱	٪۵/۹	٪۴۷/۲	٪۵/۵
۱۳- اشکال در تصمیم‌گیری	٪۸۱/۰	٪۶۹/۲ *	٪۶۷/۶	٪۶۷/۵ *
۱۴- نگرانی درباره ظاهر و قیافه	٪۵۷/۵	٪۷/۲	٪۴۱/۷	٪۵/۶
۱۵- اشکال در شروع کردن کارها	٪۹۱/۸	٪۱۶/۳	٪۸۰/۶	٪۱۰/۲
۱۶- اختلال خواب	٪۶۷/۰	٪۶۴/۱ *	٪۶۲/۰	٪۶۹/۴ *
۱۷- احساس خستگی	٪۸۵/۶	٪۱۳/۷	٪۷۳/۱	٪۷/۵
۱۸- بی‌اشتهایی	٪۵۸/۲	٪۲/۰	٪۴۶/۳	٪۵/۵
۱۹- کاهش وزن	٪۴۶/۴	٪۲/۰	٪۲۵/۹	٪۵/۶
۲۰- نگرانی درباره سلامت جسمی	٪۴۹/۷	٪۹/۲	٪۵۱/۹	٪۲/۸
۲۱- میل جنسی	٪۵۲/۲	٪۵/۲	٪۴۲/۶	٪۷/۴

در این جدول تنها وجود علائم بدون در نظر گرفتن شدت آن، مورد توجه قرار گرفته است.

جدول شماره ۵- درصد وجود علائم اضطراب در بیماران اضطرابی و افسرده و نیز گروه‌های همتا شده (با استفاده از پرسش‌های BAI)

علائم	گروه مضطرب	گروه گواه	گروه افسرده	گروه گواه
۱- کرختی و مورمور شدن	٪۶۷/۵	٪۱/۹	٪۶۲/۷	٪۷/۸
۲- کر رفتگی	٪۷۵/۰	٪۱۰/۲	٪۷۱/۹	٪۵/۹
۳- لرزش در پاها	٪۷۵/۹	٪۶۲/۱ *	٪۴۸/۷	٪۶۲/۱ *
۴- ناتوانی در آرامش	٪۹۷/۲	٪۱۱/۱	٪۷۹/۸	٪۱۵/۱
۵- ترس از وقوع حادثه بد	٪۸۴/۲	٪۸۳/۳ *	٪۸۲/۳	٪۷۸/۴ *
۶- سرگیجه و منگی	٪۶۵/۷	٪۳/۷	٪۵۸/۲	٪۶/۶
۷- تپش قلب و نفس‌نفس زدن	٪۷۸/۸	٪۶/۵	٪۶۶/۷	٪۸/۵
۸- حالت بی‌ثبات (متغیر)	٪۷۴/۱	٪۵/۶	٪۶۷/۱	٪۷/۵
۹- وحشت‌زدگی	٪۷۱/۳	٪۲/۸	٪۶۳/۴	٪۶/۶
۱۰- عصبی بودن	٪۹۲/۷	٪۹۳/۰ *	٪۸۶/۲	٪۸۲/۴ *
۱۱- احساس خفگی	٪۶۳/۰	٪۰/۰	٪۳۸/۵	٪۴/۶
۱۲- لرزش دست	٪۶۷/۵	٪۶۶/۷ *	٪۵۸/۸	٪۶۰/۸ *
۱۳- لرزش بدن	٪۵۵/۶	٪۰/۹	٪۴۹/۷	٪۳/۳
۱۴- ترس از دست دادن کنترل	٪۶۶/۹	٪۸/۳	٪۶۳/۴	٪۶/۶
۱۵- به سختی نفس کشیدن	٪۵۶/۵	٪۰/۹	٪۴۶/۴	٪۰/۷
۱۶- ترس از مردن	٪۴۲/۶	٪۰/۹	٪۳۵/۹	٪۷/۹
۱۷- حالت ترس	٪۶۷/۵	٪۶۹/۴ *	٪۵۶/۲	٪۶۳/۴ *
۱۸- سوء هاضمه و ناراحتی در شکم	٪۵۴/۶	٪۶۵/۸ *	٪۵۶/۲	٪۶۸/۷ *
۱۹- غش کردن (از حال رفتن)	٪۱۵/۷	٪۰/۰	٪۱۱/۸	٪۰/۰
۲۰- سرخ شدن	٪۶۰/۲	٪۲/۸	٪۷۷/۷	٪۵/۹
۲۱- عرق کردن	٪۵۷/۴	٪۵/۶	٪۶۱/۴	٪۳/۳

در این جدول، تنها وجود علائم بدون در نظر گرفتن شدت آن، مورد توجه قرار گرفته است.

بحث

و بیان فرهنگی مشترک دو مقوله افسردگی و اضطراب در فرهنگ ایرانی باشد که سرانجام همپوشی علائم دو اختلال را موجب می‌شود. به هر حال، این سؤال می‌تواند از دل یافته‌های این تحقیق سر برون کشد: آیا اضطراب و افسردگی در بافت فرهنگی ما تفکیک ناپذیرینند؟ پاسخ به این سؤال نیازمند پژوهش‌های فزون‌تر است.

یافته جالب توجه این تحقیق تجربه برخی از علائم افسردگی و اضطراب در نمونه‌های سالم است. این علائم به این ترتیب هستند:

- ۱) افسردگی: احساس ناامیدی، احساس گناه، لرزش خویشتن، اشکال در تصمیم‌گیری و اختلال خواب.
- ۲) اضطراب: لرزش در پاها، ترس از وقوع حادثه بد، عصبی بودن، لرزش دست، حالت ترس و سوء هاضمه و ناراحتی در شکم. هر چند گزارش این علائم اکثراً با گزینه "خفیف" بوده است ولی شیوع نسبی این علائم را در جمعیت عادی نشان می‌دهد. استرس‌های اجتماعی، نابسامانی‌ها، وضعیت جامعه در حال‌گذار، بی‌ثباتی‌ها در سبک و روش زندگی مردم، تغییرات دائمی و گاه پیش‌بینی ناپذیر جامعه می‌تواند به عنوان عللی برای این موضوع در نظر گرفته شود. محقق برای طرح یک مدل دقیق‌تر از پراکندگی علائم مرضی در جامعه ایران، نیازمند طرح جامع‌تری است.

بی‌شک تحقیق حاضر در محدوده خاصی انجام گرفت و تعمیم دادن داده‌ها به کل جامعه باید با احتیاط صورت گیرد. این تحقیق یک تصویر نسبی از چگونگی وضعیت همپوشی مرضی اضطراب و افسردگی را در جامعه ما نشان می‌دهد. برای تکمیل این تصویر، بایستی تحقیقات مکمل دیگر صورت گیرد. در واقع تحقیق حاضر را می‌توان یک مطالعه مقدماتی در نظر گرفت. برای بیان اهمیت موضوع اینک شاید بتوان طرح کامل‌تری را در لوای طرح ملی ارائه داد و پیگیری کرد. همچنین بی‌شک پژوهش حاضر دارای ضعف‌هایی هم هست که در تحقیق بعدی باید از آنها حذر کرد.

این تحقیق با هدف دستیابی به همپوشی مرضی comorbidity افسردگی و اضطراب انجام شد. تحقیقات داخلی تاکنون به طور جدی به این موضوع نپرداخته‌اند. از آن رو که همپوشی این دو اختلال روانی باعث می‌شود که تابلوی بالینی هر یک تحت تأثیر دیگری قرار گیرد و در نتیجه مشکلاتی را برای تشخیص و نیز درمان متعاقب به وجود آورد، داشتن اطلاعات واقعی از این پدیده و اثرات آن می‌تواند متخصصان بالینی (روان‌پزشکان و روان‌شناسان بالینی) را به درستی راهنمایی کند.

یافته‌های این پژوهش حاکی از آن است که ۵۵/۶ درصد بیماران افسرده دارای یک اختلال اضطرابی همپوشی ۵۸/۳ درصد بیماران مضطرب دارای نوعی اختلال افسردگی همپوشی هستند. این ارقام نشان می‌دهد که بیش از نیمی از بیماران افسرده احتمالاً مبتلا به یکی از اختلال‌های اضطرابی هستند و بالعکس. این یافته می‌تواند برای متخصصان بالینی از آن جهت مهم باشد که همواره به هنگام ارزیابی هر یک از این دو اختلال، امکان وجود علامت‌های اختلال دیگر را در نظر داشته باشند. این نکته می‌تواند ضمن رفع ابهام در فرآیند تشخیص، به متخصص کمک کند تا مداخله درمانی بایسته‌تری را اعمال کند.

کاوش در همپوشی علائم افسردگی و اضطراب به ترتیب در بیماران مضطرب و افسرده نشان می‌دهد که عمده بیماران افسرده، تجربه علائم اضطراب را گزارش داده‌اند و برعکس. این یافته در کنار همپوشی comorbidity بالای اختلال‌های اضطراب و افسردگی، مؤید آمیختگی چهره افسردگی و اضطراب در جامعه ماست.

این یافته به لحاظ دیگری هم اهمیت دارد؛ و آن موضوع فرهنگ است. تبیین این نکته بی‌شک نیازمند مطالعات کیفی/کمی qualitative/quantitative است. لیکن این یافته (فزونی همپوشی این دو اختلال نسبت به جوامع دیگر و نیز همپوشی گسترده علائم آنها) می‌تواند حاکی از احتمالاً تجربه

منابع

1. Gorman, J. M. Comorbidity of depression and anxiety spectrum disorders. *Depression and Anxiety*, 4, 160-168, 1997.
2. Kaufman, J. and Charney, D., Comorbidity of mood and anxiety disorders. *Depression & Anxiety*, 1, 69-76, 2000
2. Nutt, D.J. *Depression, Anxiety, and the Mixed Conditions*. New York; Wiley. 1997.
3. Pini, S., Cassano, G. B., Simonini, E, Savino, M. & Montgomery , S. A. Prevalence of anxiety disorders comorbidity in bipolar depression, unipolar depression and dysthymia. *Journal of Affective Disorders*, 42, 145-153. 1997
4. APA. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. 1994
5. Beck, A. T. and Steer (1990). *Beck Anxiety Inventory Manual*. The psychological corporation, 1990.
6. Beck, A. T. & Steer, R. A. *Beck Depression Inventory Manual*. NewYork: Guidford press, 1993.