

## بنام خدا

مجله دانشکده پزشکی تهران

شماره ۴۰۳ خرداد و تیرماه ۶۱ صفحه ۹۱

### تحقیق اپیدمیولوژیک در باره بیماریهای افسردگی

دکتر حسین محمد خانلو

جسمانی تظاهر می‌کنند شناسائی کرده و تشخیص بدهند و غالباً " در جستجوی علت عضوی احتمالی به آزمایشهای غیر ضروری متوسل می‌شوند گروهی از مردم بویژه بیسوادان، اختلالات روانی را به نیروی های ماوراء الطبیعه مرتبط داشته و تصور می‌کنند افسردگی از ارواح خبیثه و یا سحر و جادو ناشی می‌شود.

گزارش کوهن حاکی از کاهش میزان وقوع اختلالات مانیک و پرسیو در ایالات متحده آمریکا در خلال نیمه نخست قرن بیستم است، بالعکس در کشورهای در حال توسعه گزارش های اولیه در رابطه با میزان پائین وقوع افسردگی جای خود را به گزارشهای جدیدی داده اند که حاکی از افزایش قابل ملاحظه ای در نسبت افسردگی در میان بیماران روانی است.

اورتی گوز، افسردگی را به عنوان عمده ترین عامل در پسیکوپاتولوژی افریقاتلقی می‌کند.

#### ارتباط افسردگی با محیط

آزمایش و بررسی موقعیت اجتماعی بیمار از دیدگاه اپیدمیولوژی بالینی حائز اهمیت است، پژوهش در باره عوامل محیطی در رابطه با پیدایش و یا عود بیماری افسردگی می‌تواند از لحاظ پیش گیری این بیماری مفید باشد محیط روستائی و شهری = در یک بررسی در مناطق روستائی در هند

اپیدمیولوژی اختلالات روانی، به شناسائی عوامل تعیین کننده آن گروه از اختلالات روانی که از رابطه متقابل انسان و محیط زیست او ناشی می‌شود کمک می‌کند.

تحقیقات اپیدمیولوژیک اختلالات روانی مسئله شیوع افسردگی ها، ارتباط آن با متغیرهای فرهنگی و محیطی و تغییرات الگوی بالینی آن را در نظر زمانی و مکانی در بر می‌گیرد.

#### شیوع افسردگی در کشورهای در حال توسعه

بسیاری از مردمی که در کشورهای در حال توسعه زندگی می‌کنند، تنها در صورت بروز علائم جسمی بویژه درد به مرگز پزشکی مراجعه می‌کنند. در این مناطق اختلالات روانی اغلب بصورت علائم و نشانه های جسمانی ظاهر می‌شوند و غفلت از توجه به این موضوع که استرس های روانی یا افسردگی ممکن است سبب تولید تظاهرات جسمانی بشوند غالباً به این عقیده نادرست منجر می‌شود که افسردگی در کشورهای در حال توسعه نادر است.

داشتن دید عضوی در قبال هر بیماری بر روی تعلیمات و آموزشهای پزشکی نیز اثر گذاشته است. دانشکده های پزشکی در کشورهای خاورمیانه چندان توجهی به مطالعه و پژوهش در زمینه علوم اجتماعی و رفتاری ندارند و تاکید برای شناخت آن دسته از عوامل روانی دخیل در تغییرات جسمانی نمی‌کنند پزشکان هم قادر نیستند اختلالات روانی را که بصورت علائم

افسردگی در این گونه زنها غالباً " شدت یافته و به صورت حالات نوروتیک مختلط مزمن در میآید انتظارات و ارزشهای فرهنگی مشروط و تثبیت می شود، از آنجائی که راه حل دیگری که از لحاظ فرهنگ قابل قبول باشد برای آنها وجود ندارد، لذا احساس بیپهردگی و طرد شدگی کرده و اکنش افسردگی نشان می دهند، این گروه از زنان با ابتلاء به شکایات جسمی در واقع نیاز خود را به همدردی و حمایت ابراز می کنند. چگونگی پاسخگوئی بیماران به افسردگی نیز توسط ارزشهای فرهنگی تعیین می شود. بنابراین روان درمانی باید با انتظارات فرهنگی تطابق داشته باشد.

در پژوهشهای اپیدمیولوژیک رابطهٔ بین افسردگی و موقعیت اقتصادی به اجتماعی پائین پیدا نشده است، در تحقیقی که در یکی از کلینیکهای رفاه اجتماعی قاهره انجام گرفته است، پژوهشگران به این نتیجه رسیده اند که بیماران مبتلا به افسردگی از لحاظ اشتغال در وضع بهتری از بیماران شیروزونیک می باشند، در این تحقیق موقعیت شغلی بیماران مبتلا به افسردگی بالاتر از سایر بیماران رشته های دیگر پزشکی بود.

#### وقایع محیطی تازه

رابطه بین وقایع محیطی و بیماری مورد تحقیق و مطالعهٔ عده ای از پژوهشگران قرار گرفته است، در بررسی مجددیکه از طرف براون و هاریس و اشلس در ۱۹۷۳ صورت گرفته دربارهٔ نقش و تاثیر استرس در بیماری افسردگی تاکید شده است، استرس و وقایع اخیر زندگی ممکن است سبب بروز افسردگی گردد.

مهاجرت از موضوعاتی است که بیشتر مورد رابطه آن با اختلالات پارانوئید تحقیق شده است تا افسردگی اما آنچه مسلم است از هم گسیختگی وجد شدن در شبکهٔ اجتماعی و از هم پاشیدگی ارتباطات خانوادگی، بدون داشتن جانشین کافی و مناسب ممکن است بروز افسردگی را تسریع کند؛ در مصر مهاجرت از روستا به مناطق شهری با افزایش قابل ملاحظهٔ میزان افسردگی در رابطه است و میزان وضوح افسردگی در میان مهاجرین بیشتر از گروه شاهد بوده است. پیدایش افسردگی در میان دانشجویان یونانی که از روستا برای تحصیل به مناطق شهری مهاجرت کرده اند یک امر عادی بوده است. گزارش لاسری حاکی از افزایش چشم گیر

علائم افسردگی در عدهٔ زیادی از افراد که هرگز به پزشک مراجعه نکرده بودند کشف شده است. پاسخ بیماران روستائی بدرمان مشابه نتایج بیماران شهری بود منتهی روستائیان در مقابل علائم اختلالات روانی بردباری و تحمل بیشتری از شهرنشینان درخودنشان می دهند. نتیجهٔ این کیفیت نشانگر آنستکه روستائیان مقایسه با شهرنشینان در تسهیلات قابل دسترس استفاده کمتری مینمایند.

#### محیط خانوادگی

براون بر رابطه بین مشکلات خانوادگی (بحرانهای دورهٔ جوانی، خانواده هسای از هم گسیخته، تعارضات مزمن)، افسردگی و اقدام به خودکشی در پیش نوجوانان) تاکید می کند تعارضاتی که ناشی از شکاف بین نسل ها (نسل قدیم و نسل جدید) ممکن است سبب بروز افسردگی در اعضای مختلف خانواده های گستردهٔ کشور قطر شده باشد. همچنین ممکن است یک عامل بارز کننده مستقیم موارد اقدام بخودکشی در حداقل ۵۰٪ موارد شبه خودکشی ثبت شده در بیمارستان باشد.

کشور قطر بواسطهٔ اکتشاف نفت سریعاً ثروتمند شده است، چنین موضعی سبب شده که در برداشت نسل جوان این کشور نسبت به سن و آداب و رسوم تغییرات بنیادی و اساسی ایجاد شود. در این میان تعارضی که معلول موقعیت اجتماعی جدید است ممکن است سبب بروز افسردگی چه در میان جوانان و چه در میان سالخوردگان بشود.

#### محیط فرهنگی

معیارها و سنت های فرهنگی می توانند در پیدایش، تشخیص، شکل گیری بالینی، درمان و پیش آگهی افسردگی موثر باشند. بندیکت، نسبیت و طبیعت متاثر از فرهنگ این بیماری را نشان داده است. واگسلر خاطر نشان کرده است که در میان جوامع غربی و غرب زده افراد منحرف که با فرهنگ خود بیگانه شده اند و به معیارها و ضوابط اجتماعی خود پشت کرده اند افسردگی شایع است. در صورتیکه در فرهنگهای سنتی بعلت همکاری نزدیکی که در خانواده برای تحکیم پیوندها دیده می شود امکان بازگشت فرد منحرف بدامن خانواده بیشتر است و در فرهنگ غرب، اگر زنها مجرد باقی بمانند، یاپس از ازدواج فرزندی بدنیا نیاورند دچار افسردگی می شوند.

ارتباط احساس گناه و میزان تحصیلات در نمونه‌ای از بیماران اوکساندای توسط جرمن مورد تأیید قرار گرفت است، بنابراین بنظر می‌رسد که تجربهٔ احساس گناه بر پیچیدگی روشهای زندگی مبتنی است در بعضی فرهنگها، برون فکی و در برخی درون فکی و در نتیجه پیدایش احساس تقصیر و مسئولیت نقش فاطح تری را در فرایند بیماری ایفا مینماید. بعلاوه بیماران غرب، برون فکی و احساس گناه را در هم ادغام کرده و انسردگی را مجازاتی تلقی می‌کنند که خداوند برای اعمال خلاف آنها مقرر داشته است.

در یک تحقیق تطبیقی در بارهٔ علائم افسردگی در بیماران اتریشی و ژاپنی، اسی‌ها را در ۱۹۷۶ به این مسئله پی برد که احساس گناه و تغییر در رفتار اجتماعی در بیماران اتریشی شیوع بیشتری داد در حالیکه نوسانات روزانهٔ علائم در ژاپنی‌ها چشم گیرتر است.

### تغییر در نشانه‌ها و علائم طی زمان

نیسکانون وراث در ۱۹۷۴ پروشهای انجام شده در زمانهای متفاوت را مورد بررسی قرار دادند و به این نتیجه رسیدند که در طول یکدوره ۹۰ ساله تغییری در علائم اولیهٔ افسردگی پسیکوتیک حاصل نشده است این گزارش حاکی از کاهش احساس گناه و توهمات مذهبی از یکسو و افزایش افکار خودکشی از سوی دیگر نیز می‌باشد. شین فوکو در گزارش دیگر به این نتیجه رسیده است که در خلال سالهای ۱۹۴۸ تا ۱۹۷۰ میزان وقوع افسردگی افزایش یافته و تغییراتی نیز در ویژه‌گیهای تابلوی بالینی بیماران مشاهده شده است وجود علائمی مانند بازداری روانی<sup>۱</sup> حرکتی - سرزنش خود، افکار خودکشی بدون تغییر مانده، در صورتیکه شکایات و اندیشناکی های جسمانی بیماران فزاینده بوده است، بعضی از نشانه‌های بیمار مانند اتهام<sup>۲</sup> بخود در عده ای از بیماران امریکای شمالی کاهش یافته است. در یک بررسی " کوتاه مدت " چهارساله تمام طیف علائم افسردگی نزد بیمار و در مراحل مختلف بیماری مشاهده شده است.

در رابطه با مطالعات همه‌گر شناسی، پژوهشی را که وسیله آقایان دکتر داویدیان و دکتر ایزدی انجام گرفته نمایشگر این مطلب است که در بین انواع مختلف بیماریهای

بیماری افسردگی در میان مهاجرین کانادایی است. تعدادی از وقایع زندگی در سه ماهه پیش از آغاز افسردگی که برای بیمار رخ داده بعنوان نوعی استرس در ایجاد افسردگی وی دخالت داشته است. در بیماران مبتلا به افسردگی که بطور سریایی به کلینیک روانپزشکی قطر مراجعه کرده بودند مورد مطالعه قرار گرفت. در میان این بیماران که اغلب برای کار موقت به قطر آمده بودند گستستگی روابط خانوادگی شایع ترین عامل استرس پیش از (مقدم بر) افسردگی بود. عوامل محیطی دیگر عبارت بودند از عدم رضایت از کار و برنامه زندگی. در میان بیماران اهل قطر رایج ترین عامل آشکارکنندهٔ افسردگی تعارض ناشی از شکاف بین دو سل بود.

توزیع تظاهرات کلینیکی - کریک و وان ناتا در یک نمونه آماری تصادفی از بیماران غیر افسرده علائم مرتبط با افسردگی مورد بررسی قرار دادند. آنها به این نتیجه رسیدند که در حقیقت آنچه که بیماری افسردگی را مشخص می‌سازد تداوم علائم است نه تظاهر گذرای علائم، زیرا بسیاری از علائم افسردگی ممکن است در افراد سالم نیز بطور موقت مشاهده شود.

### نقش فرهنگهای مختلف در علامت شناسی

در کشورهای در حال توسعه تعداد بسیاری از تظاهر علائم جسمانی در بیماران افسرده گزارش گردیده است از جمله تحقیقی که در بانکوک (تایلند) انجام شده حاکی از یکسان بودن میزان و فور شدت علائم جسمانی در بیماران مهاجر در کشورهای غربی و شرقی که در آن شهر سکونت دارند اگر چه مورفی و همکاران در سال ۱۹۶۴ به این نتیجه رسیده اند که علامت خود را سرزنش کردن بندرت در میان بیماران غیر مسیحی دیده می‌شود اما یکی از پژوهش‌ها مبین آنست که در میان مسلمانان افسرده نیز احساس گناه علامت شایعی می‌باشد. در یک مطالعه تطبیقی به این نتیجه رسیده اند که بیماران مبتلا به افسردگی با احساس گناه در مقایسه با بیماران افسرده ای که فاقد چنین احساسی بودند در آنها عامل مذهبی (مسحیت) نمی‌تواند تفاوت قابل ملاحظه ای را در تابلوی بالینی ایجاد کند بعلاوه احساس گناه در میان بیماران مبتلا افسردگی شدید نخستین رویداد افسردگی در سنین نوجوانی بیشتر دیده شده است.

روانی باشد  
مطالعه دیگری بر روی ۹۸۸ نفر صورت گرفته که نتیجه  
۳/۴ درصد عاید شده از این رقم ۲٪ درصد آن دچار افسردگی  
پسیکوتیک و ۲/۲ درصد دچار افسردگی نوروتیک بوده اند.  
(۵/۷۳ درصد مبتلا به نوعی اختلالات بدنی از قبیل  
اختلالات گوارشی - قلبی و ریوی و غیره بوده اند)

نتیجه گیری  
تحقیقات اپیدمیولوژیک افسردگی بانحوه، توزیع و شیوع این  
بیماری از نظر مقطع زمان و مکان سروکار دارد. در کشورهای  
در حال توسعه عدم موفقیت در تشخیص افسردگی در ارزیابی  
پائین تر این آهنگ موثر بوده است.

مطالعات در باره وجود رابطه بین افسردگی و متغیرهای  
محیطی می تواند به اقدامات مراحل نخستین و ثانوی پیشگیری  
افسردگی کمک نماید.

تغییر مداوم، نحوه توزیع و پراکندگی علائم در زمانها  
و مکانهای مختلف زمینه تحقیقاتی امیدبخشی را تشکیل می دهند  
که می توانند از لحاظ نتایج تئوری و عملی اهمیت داشته  
باشند.

روانی که در جمعیت مورد نظر مطالعه شده بالاترین رقم مربوط  
به افسردگی است. به این معنی که ۲۴/۳۸ درصد جمعیت  
مبتلا به نوعی افسردگی می باشند که از این عده ۲۳/۴ زن و  
۱۵/۵ درصد مرد می باشند آزمون<sup>۲</sup> فزونی افسردگی در  
زنان را منفی دار نشان می دهد و همچنین به کمک  
Fisher exact test این اختلاف را می توان  
مربوط به شیوع بیشتر افسردگی خفیف و افسردگی نوروتیک و  
افسردگی واکنشی در بین زنان دانست.

(به همین عنوان انواع نوروها نیز با شیوع ۹/۲ درصد  
در زنان و در مقابل ۲/۱ درصد مردان، در زمان شیوع بیشتری  
دارد).

در اینجا باید این نکته را یاد آور شد که اختلالات  
نوروتیک چه نوع افسردگی و چه انواع دیگر مانند حالت اضطرابی  
و هیستریک و غیره و همچنین افسردگیهای واکنشی و افسردگی  
خفیف تظاهر واکنش کلی بدن در مقابل عوامل ناراحت کننده  
می باشند. به عبارت دیگر شیوع حالات روانی فوق اشاره به وجود  
عامل ناراحت کننده ای در محیط می کند و این عوامل ممکن  
است هر چیزی اعم از بیماریهای مختلف بدنی یا استرسهای

- 1- Psycho-Motor irhibitio:                      2- Self accusation                      3- Stressful Situation

#### REFERENCES

- 1- Ammar, S, 1967. Medicine Psychosomatique en Afrique J.Med. Hygeine 25:1-15.
- 2- Assael, mi, Nambose, J.M.German and Bennet J.F. 1972-Psychiatric disturbances during pregnancy in a rural group of African Women. Soc. Sci.Med. 6-387-395.
- 3- Asuni.T. 1961, Suicide in Western Neigeria, in:T.A. Lambo(ed), First Pan-African Psychiatric Conference Report. Abeo Kuta-Nigeria.
- 4- Bastide, R,1972. Sociology of mental Disorder.
- 5- Bazzoui-W. and Al-issa, i-1966-Psychiatry in IRAQ Br.J. Psychiatry-112-829-832
- 6- Benedict, R. 1934 pattern of culure, Houghton mifflin co., New York.
- 7- BROWN G.W.Ni bhrolchain, M, and Harris. To-1975. Social class and Psychiatric disturbance among women in anurban Population, Sociology. 9-225-254.
- 8- Cohen.M.A.1971- manic - depressive reaction in A.N. Freedman and - M.L.Kaplan (eds). Comprehensive text book of Psychiatry. Williams and Wilkins,Baltimore.

- 9- Craig-T.J. and Van natta.P.A. 1976 Presence and Persistence of depressive Symptoms in Patient and Community Population. Am. J.Psychiatry. 133.1426-1429.
- 10-Davidian, M.Izadi, C.Epidemioloical studies of Psychiatric disorder in Roodsar 1971.
- 11-Ebihara. H.1976 Comparative Psychiatric Study of non-endogenous depressive state(comparison of Symptoms between Japanese and Austrian Patients)J. Tokyo Med. Coll. 37-747-762.
- 12-El-Eslam.M.F. 1969 Depression and guilt. A.Study at an Arab Psychiatric clinic. Soc. Psychiatry. 4-56-58.
- 13-Field,M.J.1960. Search for security, An Ethnopsychiatric study of rural Ghana- Faber & London
- 14-Finlay - Jones R.A. and Burvill. P.W. 1979 Women, work and minor Psychiatric Morbidity, Soc-Psychiatry 14-55-58.
- 15-German G.A. 1972, Aspect of clinical Psychiatry in Subsaharan Africa. Br. J. Psychiatry 121:461-469.
- 16-Hare E.H.Price J.S. and slater E.1972 parental social class in Psychiatric patients BR.J.Psychiatry 121-515-524.
- 17-Ierodiakonou, C,S, 1966. Psychopathological Probleme of Greek students. Galenus 8: 521-531.
- 18-Ionescu-Tongyonk, J.1978. The depressive equivalentents of orientals and occidental. Psychiatr. Res. Rev. 15-77-78.
- 19-Lary J.C.1977. Cross-Cultural Perspective on mental health and migration adapta- tion. Soc. Psychiat. 12 49-55.
- 20-Lilienfeld A.M.1957-Epidemiological Methods and influences in studies of non- infectious diseases public health Rep.72
- 21- Murphy H.B.M. 1978. The advent of guilt feelings as common depressive Syniptom A historical comparison on two continents Psychiatry 41-229-242.
- 22- Tooth, G.1956 Studies in mental illness in the Gold Coast. Her Majesty's Sta- tionary Office, London
- 23- Waxler, N.E. 1977 in mental illness cured in traditional Societies Atheoretical analysis culture Med, Psychiatry 1.233-953.