

بررسی فراوانی اختلالات شبه جسمی در مراجعه‌کنندگان به بیمارستان فارابی کرمانشاه (سال 85 - 1375)

جلال شاکری^{1*}؛ نسرین عبدلی¹؛ سمیه کلانتری¹؛ سمیه ناصری²

چکیده

زمینه: اختلالات شبه جسمی گروهی از اختلالات روانی هستند که با علایم جسمی مشخص می‌شوند، ولی نمی‌توان آن‌ها را با یک اختلال طبی، تأثیر دارو یا اختلال روانی دیگر توجیه کرد. هدف اصلی این مطالعه بررسی اپیدمیولوژی و فراوانی اختلالات شبه جسمی در کرمانشاه است.

روش‌ها: اطلاعات اپیدمیولوژیک بر اساس یک پرسشنامه 26 سؤالی از پرونده‌های بیماران مراجعه‌کننده به بیمارستان فارابی (سال 85-1375) استخراج گردید.

یافته‌ها: در بین اختلالات شبه جسمی، بیشترین فراوانی مربوط به اختلال تبدیلی با 61/1 درصد و کم‌ترین فراوانی، مربوط به اختلال درد با 2/9 درصد بود. این اختلالات در طبقات اقتصادی اجتماعی پایین شایع بود و یک ارتباط مستقیم با تحصیلات پایین داشت. اختلالات شبه جسمی در افراد مؤنث با 68/5 درصد، اختلال تبدیلی در افراد مذکر با 51/1 درصد و اختلال بدریختی بدن در افراد مجرد با 70/7 درصد بیشتر بود. فراوانی اختلالات شبه جسمی در افراد جوان بالاتر بود. نتیجه‌گیری: برتری جنسی در تمام انواع اختلالات به جز اختلال تبدیلی، با جنس مؤنث بوده است. از نظر تحصیلات به جز اختلال بدریختی بدن، بیشترین فراوانی در بین افراد با تحصیلات پایین بود. در بیماران مورد بررسی، اختلال در عملکرد اجتماعی و شغلی مشاهده شد. این یافته با معیارهای DSM-IV-TR همخوانی دارد. به نظر می‌رسد که این نتایج با فرهنگ، نحوه مصاحبه با بیماران و محیط ارتباط دارد.

کلیدواژه‌ها: اپیدمیولوژی، اختلالات شبه جسمی

«دریافت: 1388/6/26 پذیرش: 1388/10/15»

1. مرکز تحقیقات علوم رفتاری، دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه.

2. پزشک عمومی دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه

* عهده‌دار مکاتبات: کرمانشاه، مرکز آموزشی درمانی فارابی، مرکز تحقیقات علوم رفتاری، تلفن: 0831-8264512

Email: jshakeri@kums.ac.ir

مقدمه

1- اختلال جسمانی کردن (Somatization): در این نوع اختلال، بیمار با شکایات جسمی متعدد در دستگاه‌های مختلف بدن مراجعه می‌کند. این علایم براساس معاینه جسمی و آزمایشات پاراکلینیکی، قابل توجیه نمی‌باشد. معمولاً اختلال جسمانی کردن قبل از 30 سالگی شروع می‌شود و با ترکیبی از درد، علایم گوارشی، جنسی و عصبی کاذب همراه است. جسمانی کردن یک اختلال مزمن است و با ناراحتی روان‌شناختی قابل ملاحظه، اختلال در عملکرد اجتماعی و شغلی و

اختلالات شبه جسمی، با علایم جسمانی حاکی از یک بیماری داخلی مشخص می‌شود به صورتی که شدت علایم برای ایجاد ناراحتی قابل ملاحظه در بیمار و اختلال در عملکرد اجتماعی، شغل و سایر زمینه‌ها کافی است (1). این علایم با مصرف مواد یا یک اختلال روانی دیگر و نیز هیچ اختلال طبی، به‌طور کامل قابل توجیه نیست. پنج نوع اختلال شبه جسمی شناخته شده وجود دارد:

تأثیر این عوامل، شدت می‌یابد مشخص می‌شود. در واقع علامت اولیه به صورت درد در یک یا چند جای بدن است که به‌طور کامل با یک اختلال طبی، روانپزشکی یا نورولوژیک قابل توجیه نیست. در دهه 4 و 5 زندگی بیشتر دیده شده و در زنان، شایع‌تر از مردان است.

برای درمان آن روان‌درمانی، رفتاردرمانی و درمان دارویی توصیه شده است (1 و 2): چون این بیماری می‌تواند پیش‌درآمد گرایش به طرف اعتیاد باشد لذا تشخیص به‌موقع و درمان اختلالات روانپزشکی همراه (comorbidity) مانند افسردگی و سایر اختلالات خلقی، می‌تواند در تأمین بهداشت روانی جامعه مؤثر باشد.

با توجه به این که طی چند سال اخیر، مطالعه‌ای راجع به اختلالات شبه جسمی در کرمانشاه صورت نگرفته و با توجه به اهمیت این اختلالات، مطالعه حاضر با هدف "بررسی فراوانی اختلالات شبه جسمی در مراجعه‌کنندگان به بیمارستان فارابی کرمانشاه از سال 85-1375" انجام شد. با استفاده از این مطالعه می‌توان با شناخت جوامعی که اختلالات شبه جسمی در آنها شایع‌تر است تا حدودی از هزینه‌های اضافی که برای تشخیص و درمان بیماری‌های جسمانی با منشاء اختلالات روانی به‌کار می‌روند کاست و با بالا بردن آگاهی جامعه پزشکان عمومی نسبت به شیوع و همه‌گیرشناسی اختلالات شبه جسمی، از تعداد مراجعات این بیماران به مراکز مختلف درمانی جلوگیری کرد.

مواد و روش‌ها

در این پژوهش توصیفی-مقطعی، سوابق بیماری و درمان مراجعه‌کنندگان به بیمارستان فارابی کرمانشاه که با تشخیص اختلالات شبه جسمی در سال‌های 85-1375 به‌طور سرپایی یا به‌صورت بستری تحت درمان قرار گرفته بودند بررسی شد. از پرسشنامه اطلاعات جمعیت‌شناختی، شامل متغیرهای سن، جنس، تحصیلات، شغل، تأهل، تعداد اعضای خانواده و سابقه بیماری‌های

رفتار افراطی در جستجوی کمک طبی مشخص می‌شود. دیده شده که در زنان و طبقات فقیر و کم‌سواد شایع‌تر است و درمان آن با بالا بردن آگاهی بیمار و روان‌درمانی انجام می‌شود (1).

2- اختلال تبدیلی (Conversion): این اختلال با یک یا دو شکایت نورولوژیک (فلجی، کوری، پارستزی) مشخص می‌شود و با اختلال عصبی یا طبی شناخته‌شده قابل توجیه نیست. در زنان جوامع روستایی، طبقات اقتصادی- اجتماعی پایین و افراد نظامی بیشتر دیده می‌شود. برای درمان آن از روش تلقین و متقاعد ساختن بیمار، روانکاو و روان‌درمانی بیش‌گرا استفاده می‌شود (1 و 2).

3- خودبیمارانگاری (Hypochondriasis): در خودبیمارانگاری بر خلاف اختلال جسمانی کردن، بیمار خیلی روی علائم متمرکز نمی‌شود بلکه یک اشتغال ذهنی مشخص و در واقع باور به ابتلا به یک بیمار جدی دارد و این ترس و باور، زمانی ظاهر می‌شود که شخص، علائم یا اعمال بدنی را سوء تعبیر می‌کند. معمولاً در سن 20-30 سالگی شایع است، در دو جنس یکسان بوده و طبقه‌بندی اجتماعی روی آن تأثیر ندارد. درمان آن به‌صورت گروه درمانی، روان‌درمانی فردی بیش‌گرا به‌همراه معاینات جسمی مکرر است و در صورت وجود اضطراب و افسردگی، درمان دارویی هم کمک‌کننده است (1 و 2).

4- اختلال بدریختی بدن (Body dysmorphic Dis): در این بیماری، فرد یک درک اغراق‌آمیز از معیوب بودن قسمتی از بدن دارد. مثلاً اشتغال ذهنی با یک نقص تصویر، مانند بدریختی بینی دارد. بیشتر در سن 15-20 سالگی شایع است و در جنس مؤنث، بیشتر دیده می‌شود. شیوع آن در افراد مجرد نسبت به افراد متأهل بیشتر است و درمان آن مداوای استرس، روان‌درمانی و گاهی داروهای ضدافسردگی است (1).

5- اختلال درد (Pain Dis): این اختلال با علائم درد که یا فقط به عوامل روان‌شناختی مربوط است یا تحت

سال، اختلالات جسمانی 7/1، خودبیمارانگاری 30/6، درد 21/8 و اختلال تبدیلی 4/7 درصد بود.

جدول 1 توزیع فراوانی اختلالات شبه جسمی را برحسب جنس در سال‌های 85-1375 نشان می‌دهد. همان‌گونه که مشاهده می‌شود از تعداد کل 801 مورد، تعداد 392 مرد (48/95%) و 409 زن (51/15%) بودند. این جدول نشان می‌دهد که اختلال جسمانی در زنان 55/5 و در مردان 31/55 درصد، خودبیمارانگاری در زنان 51/35 و در مردان 48/75، بدریختی بدن در مردان 26/85 و در زنان 73/25 درصد، درد در مردان 30/55 و در زنان 69/55 درصد و اختلال تبدیلی در مردان 56/25 و در زنان 43/85 بود.

همان‌طور که در جدول 1 مشاهده می‌شود در افراد متأهل، اختلال جسمانی کردن 76/6، خودبیمارانگاری 65/8، بدریختی بدن 29/30، درد 47/8 و اختلال تبدیلی 63/3 درصد، در افراد مجرد، اختلال جسمانی 18/9 درصد، خودبیمارانگاری 7/7 درصد، بدریختی بدن 70/7، درد 38/8 و اختلال تبدیلی 27 درصد و در افراد مطلقه، اختلال جسمانی کردن 4/7، خودبیمارانگاری 26/1، درد 17/4 و اختلال تبدیلی 9/7 درصد بود.

جدول 1 توزیع فراوانی اختلالات شبه جسمی را در بیماران بر اساس میزان تحصیلات در سال‌های 85-1375 نشان می‌دهد. در افراد بیسواد و با تحصیلات ابتدایی، اختلال جسمانی کردن 82/2، خودبیمارانگاری 82/2، تبدیلی 45/4، درد 82/9 و بدریختی بدن 24/4 درصد، در افراد دیپلم و با تحصیلات متوسطه، اختلال بدریختی بدن 58/5، درد 8/7، تبدیلی 39/2، خودبیمارانگاری 17/2، جسمانی 14/2 و درد 8/7 درصد و در افراد با تحصیلات فوق‌دیپلم و بالاتر، اختلال بدریختی بدن 17/1 و تبدیلی 15/4 درصد بود.

جسمی و روانی و معیارهای تشخیصی بیماری‌ها بر اساس DSM-IV برای گردآوری داده‌ها استفاده شد. داده‌ها با روش پرونده‌خوانی توسط روان‌شناس جمع‌آوری و با استفاده از نرم افزار SPSS و روش‌های آمار توصیفی و استنباطی مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. در این مطالعه، بیمارانی که اختلال روانی آن‌ها ناشی از بیماری‌های جسمانی و فیزیکی مانند اختلالات کم‌خونی بود از گروه حذف شدند و بیماران با تشخیص اختلالات شبه جسمی بدون مشکلات ارگانیک مرتبط، وارد تحقیق شدند.

یافته‌ها

در مجموع 801 نمونه مورد مطالعه قرار گرفتند. سوابق بیماری و درمانی مراجعه‌کنندگان به بیمارستان فارابی کرمانشاه با تشخیص اختلالات شبه جسمی، در سال‌های 85-1375 بر اساس پرسشنامه‌ای که شامل اطلاعات جمعیت‌شناختی بود جمع‌آوری و بررسی شد. بیشترین اختلالات شبه جسمی به ترتیب، اختلال تبدیلی (61/1%)، خودبیمارانگاری (16/6%)، جسمانی کردن (15/8%)، بدریختی بدن (5/1%) و اختلال درد (2/9%) بودند.

جدول 1 توزیع فراوانی اختلالات شبه جسمی را برحسب سن در سال‌های 85-1375 نشان می‌دهد. همان‌گونه که مشاهده می‌شود فراوانی اختلالات شبه جسمی در فاصله سنی 30-10 سال، به ترتیب جسمانی کردن 48/8، خودبیمارانگاری 4/2، بدریختی بدن 88/8، درد 51/75 و اختلال تبدیلی 20/2 درصد هستند. در دامنه سنی 50-31 سال، اختلالات جسمانی 44، خودبیمارانگاری 65/2، بدریختی بدن 12/2، درد 26 و اختلال تبدیلی 70/6 درصد بود. در سنین بیشتر از 50

جدول 1- میزان شیوع اختلالات در بیماران بر اساس سن در طی سالهای 85-1375

تبدیلی	درد	بدریختی بدن	خودبیمارانگاری	جسمانی کردن	تعداد	متغیر		
102	12	36	5	62	تعداد	10 تا 30	سن	
20/2	51/75	88/7	4/2	48/8	درصد	سال		
348	6	5	76	56	تعداد	31 تا 50		
70/6	26	12/2	65/2	44	درصد	سال		
23	5	0	36	9	تعداد	بیشتر از 5		
4/7	21/8	0	30/6	7/1	درصد	سال		
473	23	41	117	127	تعداد کل	جمع		
100	100	100	100	100	درصد کل			
216	16	30	60	87	تعداد	زن		جنسیت
43/8	69/5	73/2	51/3	68/5	درصد			
409	7	11	57	40	تعداد	مرد		
51/1	30/5	26/8	48/7	31/5	درصد			
526	23	41	117	127	تعداد	جمع		
100	100	100	100	100	درصد			
130	8	26	9	22	تعداد	مجرد		
%27	38/8	70/7	7/7	18/9	درصد			
312	11	12	77	97	تعداد	متاهل	تاهل	
63/3	47/8	29/3	65/8	76/6	درصد			
46	4	0	30	6	تعداد	مطلقه		
9/7	17/4	0	26/1	4/7	درصد			
490	23	41	117	137	تعداد کل	جمع		
100	100	100	100	100	درصد کل			
124	17	10	97	106	تعداد	بی سواد و ابتدایی	تحصیلات	
45/4	83/9	24/4	82/2	85/7	درصد			
173	6	201	20	18	تعداد	دیپلم ناقص و دیپلم		
39/2	8/7	58/5	17/2	14/2	درصد			
22	0	7	0	0	تعداد	فوق دیپلم و بالاتر		
15/4	0	17/1	0	0	درصد			
339	23	218	117	124	تعداد کل	جمع		
100	100	100	100	100	درصد کل			

بحث

مطالعه نیز اختلال جسمانی کردن، بیشترین علایم را در بیماران داشت. در مطالعه حاضر، بیماران مبتلا به اختلالات شبه جسمی، در عملکرد اجتماعی و شغلی اختلال داشتند. این مسأله با معیارهای DSM-IV همخوانی دارد، به نظر می‌رسد که این نتایج با فرهنگ، نحوه مصاحبه با بیماران و محیط ارتباط دارد.

نتیجه‌گیری

به منظور ارتقاء بهداشت روانی و آگاهی افراد جامعه به خصوص زنان درباره تظاهرات استرس‌ها و مشکلات روحی و روانی ناشی از آن‌ها و کاهش هزینه‌های درمانی، آموزش روش‌های مقابله با استرس و مشکلات خانوادگی و آموزش‌های لازم در زمینه اختلالات شبه جسمی به زوجین قبل از ازدواج لازم است.

در پژوهش حاضر، بیشترین فراوانی اختلالات شبه جسمی مربوط به اختلال تبدیلی با میزان 67/1 درصد بود. این یافته با نتایج مطالعه انجام شده در کشور ایتالیا در سال 1997 متفاوت است. در مطالعه حاضر، برتری جنسی در تمام انواع اختلالات به جز اختلال تبدیلی با جنس مؤنث بود. همچنین از نظر تحصیلات، به جز اختلال بد ریختی بدن، بیشترین فراوانی در بین افراد با تحصیلات پایین بود. در مطالعه‌ای که در آمریکا انجام شده است شیوع اختلالات جسمانی کردن و خودبیمارانگاری در دو جنس، متفاوت نبوده است. همچنین تفاوتی بین سطوح تحصیلی مختلف از نظر شیوع این اختلالات گزارش نشده است. یافته‌های این بررسی با مطالعه‌ای که در سال 2001 در آلمان انجام شده هم‌خوانی دارد. در این

References

- Ghaleh Bidi, Mir Farhad. [Clinical psychiatry (Persian)]. Cultural institute publication Farhangestan, Tehran: edition pezhman 1999; 127-35.
- Kaplan HI, Sadok BJ. Abstract of psychiatry behavioral science. Clinical psychiatry. Poorafkari N. (Persian translator), 1st ed, Tehran: Sohrab publication 2000; 257-81.
- Gelder M, Geraham M. Oxford textbook compact of psychiatry. Naderifar M. (Persian translator). 2nd ed, Tehran: Teymoorzadeh Publication, article 2002; 148-72.
- Sadock BJ, Sadock VA. Kaplan and Sadock's Synopsis of Psychiatry: Behavioral Sciences/Clinical Psychiatry. 9th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins 2003; 643-61.
- Allet JL, Allet RE. Somatoform disorders in neurological practice. Cur Opin Psychiatry 2006; 19(4): 413-20.
- Creed F, Barsky A. A systematic review of the epidemiology of somatisation disorder and hypochondriasis. J Psychosom Res 2004; 12 (6): 391-408.
- de Waal MW, Arnold IA, Eekhof JA, van Hemert AM. Somatoform disorders in general practice: prevalence, functional impairment and community with anxiety and depressive disorders. Br J Psychiatry 2004; 184: 470-6.
- Faravelli C, Salvatori S, Galassi F, Aiazzi L, Drei C, Cabras P. Epidemiology of somatoform disorders: a community survey in Florence. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol 1997; 32 (1): 24-90.
- Grab HJ, John U, Meyer C, Hapke U, RumpfHJ, Freyberger HJ, et al. Specific somatoform disorder in general population. Psychosomatics 2003; 44 (19): 304-11.
- Hsu LK, Folstein MF. Somatoform disorders in Caucasian and Chinese Americans. J Nerv Ment Dis 1997; 185(6): 382-70.
- Phillips KA, Didie ER, Mehard W, Pagano ME, Fay C, Weisber RB. Clinical features of body dysmorphic in adolescents and adults. Psychiatry Res 2006; 46(22): 305-14.
- Rief W, Braehler E, Hessel A. Somatization symptoms and hypochondriacal features in the general population. Psychosom Med 2001; 63 (21): 595-602.
- Vulink NC, Sigurdsson V, Kon M, Bruijnzeel, Koomen CA-Westernberg HG, Denys D. [Body dysmorphic disorder in 3-8 % of patients in outpatient dermatology and plastic surgery clinics (Dutch)]. Ned Tijdschr Geneesk 2006; 97(25): 96-100.