



فراوانی اختلالات خلقی یک قطبی و دو قطبی در بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس

دکتر جعفر عطاری مقدم^۱

انستیتو روانپزشکی تهران و مرکز تحقیقات
بهداشت روان

دکتر امیر شعبانی

گروه روانپزشکی، مرکز تحقیقات بهداشت
روان، دانشگاه علوم پزشکی ایران

دکتر لیلی پناغی

انستیتو روانپزشکی تهران و مرکز تحقیقات
بهداشت روان

هدف: هدف این مطالعه تعیین فراوانی مادام‌العمر اختلالات خلقی در بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس (MS) بود. **روش:** ۸۵ (۴۵ زن و ۴۰ مرد) بیمار ۶۵-۱۸ ساله مبتلا به MS، به روش نمونه‌گیری ساده تصادفی انتخاب و با استفاده از مصاحبه بالینی نیمه ساختار یافته، بر اساس ملاک‌های DSM-IV ارزیابی شدند. برای تحلیل داده‌ها به تناسب، از آزمون‌های آماری خی دو و من-وینتی استفاده شد. **یافته‌ها:** فراوانی مادام‌العمر اختلالات خلقی در بیماران مبتلا به MS، ۳۴/۵ درصد بود که از این میزان، ۱۵/۶ درصد به اختلال افسردگی طبقه‌بندی نشده، ۸/۲ درصد به اختلال دوقطبی نوع اول، ۵/۹ درصد به اختلال افسردگی عمده، ۲/۴ درصد به اختلال دوقطبی طبقه‌بندی نشده، ۱/۲ درصد به اختلال دیس‌تایمیک و ۱/۲ درصد به اختلال دوقطبی نوع دوم مبتلا بودند. **نتیجه‌گیری:** مجموع فراوانی اختلالات خلقی در مبتلایان به مولتیپل اسکلروزیس قابل توجه و سهم اختلالات دوقطبی بیش از انتظار است. از آنجا که بسیاری از این اختلالات قابل درمان می‌باشند، پزشکان می‌باید در تشخیص، درمان و پیگیری به موقع اختلالات روانپزشکی بیماران MS از آگاهی و حساسیت کافی برخوردار باشند.

مقدمه

مولتیپل اسکلروزیس^۲ (MS) شایع‌ترین بیماری مزمن سیستم اعصاب مرکزی است که باعث ناتوانی افراد بالغ جوان می‌شود. این بیماری دمی‌لینیزان^۳ التهابی، نیمکره‌های مغز، اعصاب بینایی، ساقه مغز و طناب نخاعی را درگیر می‌کند. MS که در زنان تا دو برابر بیشتر از مردان گزارش شده است، با روش‌های آنالیز مایع مغزی نخاعی، مطالعات الکتروفیزیولوژیکال و تصویربرداری تشخیص داده می‌شود. شیوع این بیماری در مناطق مختلف دنیا متفاوت است. در حالی که سادوک^۴ و سادوک^۴ (۲۰۰۳) شیوع آن را در

نیمکره غربی ۵۰ مورد در ۱۰۰ هزار نفر گزارش کرده‌اند، شیفر^۵ (۲۰۰۲) از شیوع آن در میان برخی جمعیت‌ها، مانند سفیدپوستان آمریکایی، به میزان ۱۶۰ مورد در ۱۰۰ هزار نفر سخن گفته است. از میزان شیوع MS در ایران، آمار دقیقی وجود ندارد. علت این بیماری، ناشناخته است، ولی اکثر نظریه‌ها از علل خود ایمنی و یا ویروسی جانبداری می‌کنند.

سابقه بررسی روانپزشکی این بیماری به اوایل قرن بیستم بر می‌گردد. کاترل^۶ و ویلسون^۷ (۱۹۲۶) علایم روانپزشکی MS را به

2- Multiple Sclerosis
4- Sadock
6- Cottrel

3- demyelinating
5- Schiffer
7- Wilson

۱ - نشانی تماس: تهران، خیابان آزادی، نرسیده به میدان آزادی، خیابان مسلم حسینی‌مردی، خیابان قلابی، پلاک ۱۰، واحد ۳۲.

E-mail: Attari_70304@yahoo.com



بگذارد. ۳- در حد اطلاع نویسندگان مقاله، این پژوهش به لحاظ نوع ابزار به کار رفته، اولین تجربه است.

روش

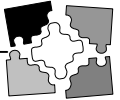
بررسی حاضر از نوع توصیفی و مقطعی است. جامعه مورد بررسی، کلیه مبتلایان به MS عضو انجمن MS ایران بودند. با روش نمونه‌گیری تصادفی ساده^{۳۳}، نمونه‌ای شامل ۸۵ نفر (۴۵ زن و ۴۰ مرد) از اعضای انجمن MS ایران که تشخیص بیماری MS آنها را یک نورولوژیست تأیید کرده بود، انتخاب گردید. از این افراد دعوت شد تا برای انجام مصاحبه بالینی در انجمن MS ایران حاضر شوند. ملاک‌های ورود^{۳۴} این مطالعه عبارت بود از: سن ۶۵-۱۸ سال، داشتن رضایت آگاهانه^{۳۵} برای ورود به مطالعه و سکونت در شهر تهران. معیارهای خروج^{۳۶} عبارت بود از: ابتلا به هرگونه بیماری نورولوژیک دیگر، سابقه ترومای سر همراه با اختلال هوشیاری یا فراموشی یا تشنج، سابقه وابستگی به مواد بر اساس ملاک‌های DSM-IV^{۳۷} (انجمن روانپزشکی آمریکا، ۱۹۹۴) و سابقه بیماری‌های سیستمیک و جسمی مرتبط با بروز علائم خلقی. بر اساس برنامه زمانبندی شده قبلی و پس از اخذ رضایت نامه کتبی، بر اساس ملاک‌های DSM-IV با تک تک آزمودنی‌ها مصاحبه بالینی چهره به چهره شد. تمام مصاحبه‌ها را یک نفر دستیار سال آخر روانپزشکی با استفاده از فهرست DSM-IV انجام داد و در مورد هر آزمودنی، کلیه اختلالات خلقی موجود در DSM-IV ارزیابی گردید. اطلاعات جمعیت‌شناختی آزمودنی‌ها

سه دسته هوشی، احساسی و روان‌پریشی تقسیم کردند. در مطالعه‌ای بر ۴۴ بیمار مبتلا به MS نشان داده شد که ۹۵ درصد آنها علائم روانپزشکی را تجربه کرده‌اند (دیزا-الواریتا^۱، کامینگز^۲، والازکوئز^۳ و گارسیا^۴، دلاکونا، ۱۹۹۹).

شیوع نقطه‌ای^۵ نشانه‌های افسردگی در افراد مراجعه کننده به درمانگاه‌های MS، بین ۱۴ تا ۵۷ درصد گزارش شده است (شیفر، ۲۰۰۲). کاین^۶ و اشوید^۷ (۲۰۰۲) نیز شیوع مادام‌العمر ۴۰ تا ۶۰ درصدی نشانه‌های افسردگی را در بیماران مبتلا به MS مطرح کردند. در مطالعات متعدد دیگری نیز به ارتباط بین MS و افسردگی اشاره شده است (میکوآ^۸، یاکی موآ^۹، بوسمانز^{۱۱}، کینس^{۱۲} و میس^{۱۳}، ۲۰۰۱؛ باراک^{۱۴}، آر^{۱۵} و آچیرن^{۱۶}، ۱۹۹۹؛ فین اشتین^{۱۷} و فین اشتین، ۲۰۰۱؛ شیفر، ۲۰۰۲). شیفر (۲۰۰۲) شیوع مادام‌العمر^{۱۸} اختلال دو قطبی را در بیماران مبتلا به MS ۱۰ درصد گزارش کرد. در مطالعات متعدد دیگر نیز به ارتباط بین MS و اختلال دو قطبی اشاره شده (فیسک^{۱۹}، مورهایس^{۲۰}، براون^{۲۱}، اسکدجل^{۲۲} و موری^{۲۳}، ۱۹۹۸؛ دیزا-الواریتا و همکاران، ۱۹۹۹؛ میندن^{۲۴}، ۲۰۰۰؛ مندز^{۲۵}، ۲۰۰۰) و در این زمینه گزارش‌های موردی نیز وجود دارد (هیلا^{۲۶}، تورپینن^{۲۷} و ارکینجونتتی^{۲۸}، ۱۹۹۵؛ اصغر-علی^{۲۹}، تابر^{۳۰}، هارلی^{۳۱} و هایمن^{۳۲}، ۲۰۰۲).

پژوهش حاضر به دلایل زیر و با هدف بررسی فراوانی اختلالات خلقی در بیماران مبتلا به MS انجام شد: ۱- مطالعات متعدد نشان داده‌اند که تفاوت‌های فرهنگی همان‌طور که بر قابلیت تعمیم شیوع سندرم‌های ویژه به سایر نقاط جهان اثر گذار است، می‌تواند بر میزان فراوانی و همچنین علامت‌شناسی اختلالات عمده روانپزشکی نیز تأثیر بگذارد (سادوک و سادوک، ۲۰۰۰). عده‌ای از پژوهشگران نشان داده‌اند که یک سبک پاسخ فرهنگی ممکن است علائم اختلال را کمتر از میزان واقعی یا بیشتر از آن گزارش نماید (همان‌جا). ۲- اتیولوژی‌های متفاوت احتمالی MS می‌تواند باعث اختلاف در شیوع اختلالات روانپزشکی همراه با آن شود. بنابر نظرات منتشر نشده بسیاری از نورولوژیست‌های ایرانی، شیوع MS در ایران طی دهه‌های اخیر رشد چشمگیری داشته و بر این اساس، اتیولوژی‌های متعدد از قبیل علل عفونی مطرح شده است که می‌تواند بر میزان فراوانی اختلالات روانپزشکی همراه اثر

1- Diaz-Olavarrieta	2- Cummings
3- Valaquez	4- Garcia de la Cadena
5- point prevalence	6- Caine
7- Schwid	8- Sadvonic
9- Mikova	10- Yakimova
11- Bosmans	12- Kenis
13- Maes	14- Barak
15- Ur	16- Achiron
17- Feinstein	18- lifetime
19- Fisk	20- Morehouse
21- Brown	22- Skedgel
23- Murray	24- Minden
25- Mendez	26- Heila
27- Turpeinen	28- Erkinjuntti
29- Asghar-Ali	30- Taber
31- Hurley	32- Hayman
33- simple random sampling	34- inclusion criteria
35- informed consent	36- exclusion criteria
37- Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, fourth edition	



اختلالات می‌بایست از آزمون آماری خبی دو استفاده می‌شد، اما چون متغیر سن در دو گروه فاقد توزیع نرمال بود، از آزمون غیر پارامتری من-ویتنی استفاده شد که در مورد هیچ یک از اختلالات فوق، تفاوت آماری معناداری به دست نیامد.

فراوانی مادام‌العمر اختلالات خلقی در آزمودنی‌ها به تفکیک نوع اختلال، در جدول ۲ آمده است.

جدول ۱- مشخصات جمعیت‌شناختی آزمودنی‌ها

متغیر	فراوانی (درصد)
جنس	مرد ۴۰ (۴۷/۱)
	زن ۴۵ (۵۲/۹)
وضعیت تأهل	مجرد ۳۶ (۴۲/۴)
	متأهل ۴۲ (۴۹/۴)
	بیوه ۲ (۲/۴)
	مطلقه ۵ (۵/۹)
شغل	آزاد ۳۱ (۳۶/۵)
	دولتی ۲۰ (۳۶/۵)
	خانه‌دار ۱۶ (۱۸/۸)
	بازنشسته ۳ (۳/۵)
	بیکار ۱۵ (۱۷/۵)
تحصیلات	بی‌سواد ۳ (۳/۵)
	ابتدایی ۱۹ (۲۲/۴)
	راهنمایی ۲۳ (۲۷/۱)
	دیپلم ۲۵ (۲۹/۴)
	دانشگاهی ۱۵ (۱۷/۶)

جدول ۲- فراوانی مادام‌العمر اختلالات خلقی در آزمودنی‌های مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس، به تفکیک نوع اختلال

نوع اختلال	فراوانی (درصد)
اختلال افسردگی طبقه‌بندی نشده ^۶	۹ (۱۵/۶)
اختلال دو قطبی نوع اول ^۷	۷ (۸/۲)
اختلال افسردگی عمده ^۸	۵ (۵/۹)
اختلال دو قطبی طبقه‌بندی نشده ^۹	۲ (۲/۴)
اختلال دیس تایمیک ^{۱۰}	۱ (۱/۲)
اختلال دو قطبی نوع دوم ^{۱۱}	۱ (۱/۲)

1- chi-square
2- Mann- Withney
3- validity
4- sensitivity
5- specificity
6- Depressive Disorder NOS
7- Bipolar I Disorder
8- Major Depressive Disorder
9- Bipolar Disorder NOS
10- Dysthymic Disorder
11- Bipolar II Disorder

نیز با استفاده از پرسشنامه‌ای که از قبل تنظیم شده بود ثبت گردید. هر مصاحبه بین ۴۰ تا ۹۰ دقیقه طول کشید و چنانچه بیمار توان ادامه مصاحبه را نداشت، به او فرصت استراحت داده می‌شد و سپس مصاحبه ادامه می‌یافت. در صورت لزوم، برای تکمیل اطلاعات با افراد خانواده بیمار مصاحبه می‌شد. پس از جمع‌آوری داده‌ها، برای تحلیل آنها به تناسب از آزمون‌های آماری خبی دو^۱ و من-ویتنی^۲ استفاده گردید.

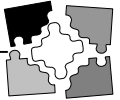
برای بررسی روایی^۳ مصاحبه بالینی، مصاحبه‌گر با ۲۳ نفر از کسانی که در یک طرح پژوهشی دیگر، به وسیله دو روانپزشک، با استفاده از چک‌لیست DSM-IV تحت مصاحبه بالینی نیمه‌ساختار یافته قرار گرفته بودند، به طور جداگانه و بدون اطلاع از تشخیص بالینی آنها مصاحبه روانپزشکی کرد و نتایج زیر به دست آمد: حساسیت تشخیصی^۴ در مورد اختلالات دو قطبی، افسردگی، اضطرابی و پسیکوتیک به ترتیب ۸۵/۷ درصد، ۱۰۰ درصد، ۱۰۰ درصد و ۱۰۰ درصد و ویژگی^۵ تشخیصی اختلالات فوق به ترتیب ۱۰۰ درصد، ۸۶ درصد، ۱۰۰ درصد و ۹۵ درصد بود؛ میزان توافق تشخیصی در مورد اختلال افسردگی با کاپای ۸۱ درصد و ۰/۰۰۱ < p، اختلال پسیکوتیک با کاپای ۷۷ درصد و ۰/۰۰۱ < p، اختلال دو قطبی با کاپای ۸۹ درصد و ۰/۰۰۱ < p و اختلال اضطرابی با کاپای ۱۰۰ درصد و ۰/۰۰۱ < p، معنادار گردید. نتایج فوق نشان می‌دهد که مصاحبه بالینی فرد مصاحبه‌گر از روایی خوبی برخوردار بوده است.

یافته‌ها

مشخصات جمعیت‌شناختی ۸۵ بیمار مبتلا به MS (۴۵ زن و ۴۰ مرد) که مورد بررسی قرار گرفتند، در جدول ۱ آمده است. بیماران بین ۱۸ تا ۶۵ سال داشتند و میانگین سنی آنها ۴۷/۵ سال بود.

برای بررسی اینکه آیا در توزیع فراوانی اختلالات خلقی آزمودنی‌ها به تفکیک جنس تفاوت معناداری وجود دارد یا خیر، از آزمون آماری خبی دو استفاده شد که در مورد هر یک از اختلالات فوق، تفاوت آماری معناداری مشاهده نگردید.

برای بررسی وجود تفاوت آماری معنادار در میانگین سنی آزمودنی‌های مبتلا به اختلالات خلقی و آزمودنی‌های فاقد این



بحث

یافته‌های این مطالعه را باید با در نظر گرفتن محدودیت‌های آن مورد توجه قرار داد. این محدودیت‌ها عبارت بودند از: عدم همکاری برخی افراد منتخب (سوگیری در انتخاب^۱)، وابسته بودن اطلاعات ارائه شده به حافظه طولانی مدت و اخیر بیمار، آگاه بودن مصاحبه‌گر از ابتلای مصاحبه‌شونده به MS، عدم دسترسی به جمعیت مبتلا به MS خارج از شهر تهران و تعداد کم حجم نمونه برای ارزیابی روایی مصاحبه بالینی مصاحبه‌گر. از طرفی با توجه به ارگانیک^۲ بودن احتمالی تعدادی از موارد اختلالات خلقی ذکر شده، از آنجایی که برای افتراق آنها از انواع اولیه معیار قابل اعتمادی وجود ندارد، ارگانیک بودن این اختلالات در تشخیص‌ها لحاظ نشد.

فراوانی مادام‌العمر کل اختلالات خلقی در آزمودنی‌های این مطالعه، ۳۴/۵ درصد بود که به نظر می‌رسد بسیار بیشتر از جمعیت عمومی باشد. محمدی و همکاران (۱۳۸۲) در یک مطالعه همه‌گیرشناختی روی ۲۱۸۰ آزمودنی نشان دادند که شیوع اختلالات خلقی در جمعیت عمومی ایران ۴/۳۵ درصد است. اما باید توجه داشت که مطالعه آنها با پژوهش حاضر تفاوت‌های عمده‌ای دارد که عبارت‌اند از: استفاده از پرسشنامه GHQ^۳، گزارش شیوع نقطه‌ای و بررسی جمعیت عمومی ایران در مطالعه فوق، در مقابل استفاده از مصاحبه بالینی نیمه ساختار یافته DSM-IV، گزارش فراوانی مادام‌العمر و بررسی افراد ساکن در شهر تهران در مطالعه حاضر. همچنین نوربالا، محمد و باقری یزدی (۱۳۷۸) به شیوع ۹/۸ درصدی اختلالات خلقی در جمعیت عمومی شهر تهران اشاره نمودند، در حالی که مطالعه مذکور از جهت روش نمونه‌گیری (خوشه‌ای تصادفی)، گزارش شیوع نقطه‌ای و ساختاریافته بودن مصاحبه بالینی با پژوهش حاضر تفاوت دارد، ولی در استفاده از معیارهای DSM-IV با آن مشترک است.

فراوانی مادام‌العمر اختلالات دو قطبی در بیماران مبتلا به MS ۱۱/۸ درصد بود که به نظر می‌رسد میزان آن بسیار بیشتر از جمعیت عمومی باشد، چرا که شیوع اختلالات فوق بر اساس معیارهای DSM-IV در جمعیت عمومی شهر تهران، ۰/۷ درصد گزارش شده

است (نوربالا، محمد و باقری یزدی، ۱۳۷۸). البته باید تفاوت‌های این دو مطالعه را که بیشتر به آنها اشاره شد، در نظر داشت. شیفر (۲۰۰۲) شیوع مادام‌العمر اختلالات دو قطبی را در افراد مبتلا به MS ۱۰ درصد و در جمعیت عمومی یک درصد گزارش کرد. همچنین دیاز - الاواریتا و همکاران (۱۹۹۹) فراوانی علامت آرتیناسیون^۴ و یوفوریا^۵ را به ترتیب ۴۰ و ۱۳ درصد گزارش نمودند. بدیهی است که تأکید بر علایم (و نه اختلال) علت مهم متفاوت بودن نتیجه مطالعه فوق و پژوهش حاضر می‌باشد. مودرگو^۶ و فراندز^۷ (۲۰۰۰) نیز دو مورد مبتلا به MS همراه با مانیای پسیکوتیک (مادر و دختر) را گزارش کردند.

بر اساس نتایج پژوهش حاضر، فراوانی مادام‌العمر اختلالات افسردگی در بیماران MS ۲۲/۷ درصد می‌باشد (جدول ۲). نوربالا، یزدی، یاسمی و محمد (۲۰۰۴) شیوع علایم افسردگی را در جمعیت عمومی ایران ۲۱ درصد گزارش کردند. هرچند که نتایج مطالعه آنها و بررسی حاضر همسوست، اما استفاده از پرسشنامه GHQ که شیوع نقطه‌ای را نشان می‌دهد و تأکید بر علایم افسردگی (و نه اختلالات افسردگی)، آن را از مطالعه کنونی متمایز می‌سازد. شیفر (۲۰۰۲)، شیوع نقطه‌ای اختلالات افسردگی را ۱۴ تا ۵۷ درصد و کاین و اشوید (۲۰۰۲) شیوع مادام‌العمر آنها را ۴۰ تا ۶۰ درصد گزارش کردند. کاترل و ویلسون (۱۹۲۶) در مطالعه خود ۱۰۰ درصد و دیاز - الاواریتا و همکاران (۱۹۹۹) ۷۹ درصد بیماران مبتلا به MS را واجد علایم افسردگی دانستند. اما نکته قابل توجه اینکه در دو مطالعه اخیر، فقط به علایم روانی توجه شده و نه به اختلالات چواستیاک^۸ و همکاران (۲۰۰۲) نیز در یک بررسی همه‌گیرشناختی، ۴۱/۸ درصد مبتلایان به MS را واجد علایم افسردگی دارای اهمیت بالینی و ۲۹/۱ درصد آنها را دارای علایم افسردگی متوسط تا شدید دانستند. از آنجا که ابزار به کار رفته در بررسی فوق، ابزاری غیر تشخیصی به نام مقیاس افسردگی مرکز مطالعات اپیدمیولوژیک^۹ (CES-D Scale) بوده و علایم افسردگی

1- selection bias
2- organic
3- General Health Questionnaire
4- agitation
5- euphoria
6- Modrego
7- Ferrandez
8- Chwastiak
9- Center for Epidemiologic Studies- Depression scale



سن آزمودنی‌های ما ۴۷/۵ سال بود و تمامی آزمودنی‌های مطالعه فوق بیش از ۵۰ سال داشتند.

فراوانی هیچ‌کدام از اختلالات خلقی بین دو جنس، تفاوت آماری نشان نداد. این موضوع با این یافته که فراوانی افسردگی در بیماران جسمی، در بین دو جنس یکسان است (سادوک و سادوک، ۲۰۰۰)، همخوانی دارد. همچنین در مورد هیچ یک از اختلالات خلقی به تفکیک سن، تفاوت آماری معناداری به دست نیامد.

در مجموع با توجه به اینکه در بررسی حاضر از مصاحبه بالینی نیمه ساختاریافته و فهرست DSM-IV به عنوان ابزار، کمک گرفته شده و در ضمن مصاحبه‌ها را یک دستیار سال آخر روانپزشکی انجام داده است و از طرفی اولین بار است که در مورد چنین موضوعی در ایران پژوهش می‌شود، این مطالعه منحصر به فرد می‌باشد.

یافته‌های این پژوهش نشان می‌دهد که مجموع فراوانی اختلالات خلقی در بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس بیشتر از جمعیت عمومی است. از سوی دیگر، روند رو به تزاید تشخیص بیماری MS در ایران نیز بر اهمیت موضوع می‌افزاید و از آنجایی که کیفیت زندگی این بیماران، علاوه بر ناتوانی فیزیکی، از اختلالات روانپزشکی نیز متأثر می‌باشد و اکنون درمان‌های ویژه‌ای، هم برای دوره‌های افسردگی و هم برای دوره‌های مانیا، در دسترس است (سادوک و سادوک، ۲۰۰۳) و به این وسیله می‌توان به ارتقای کیفیت زندگی آنها کمک کرد، پزشکان می‌باید در تشخیص، درمان و پیگیری به موقع اختلالات روانپزشکی بیماران MS، از آگاهی و حساسیت کافی برخوردار باشند.

سپاسگزاری

از همکاری صمیمانه مسئولین، کارکنان و اعضای انجمن MS ایران تشکر می‌نماییم.

نیز به جای اختلال افسردگی و فراوانی نقطه‌ای به جای فراوانی مادام‌العمر گزارش شده است، تفاوت این نتایج با یافته‌های پژوهش حاضر قابل توجه است.

اینکه بیشترین فراوانی اختلالات خلقی در این بررسی به اختلال افسردگی طبقه‌بندی نشده مربوط بود (۱۵/۶ درصد)، تأکید بر این نکته است که وجود علائم افسردگی، حتی بدون کامل شدن معیارهای اختلال افسردگی عمده در بیماران مبتلا به MS، از نظر بالینی قابل توجه می‌باشد. نویسندگان DSM-IV نیز به این نکته اشاره نموده‌اند که اختلال افسردگی ناشی از یک بیماری جسمی، لزوماً معیارهای کامل اختلال افسردگی عمده را ندارد (انجمن روانپزشکی آمریکا، ۱۹۹۴).

فراوانی مادام‌العمر اختلال افسردگی عمده در بررسی فعلی ۵/۹ درصد بود و تفاوتی بین دو جنس دیده نشد. میزان شیوع نقطه‌ای این اختلال بر اساس معیارهای DSM-IV، در جمعیت عمومی شهر تهران ۴/۴ درصد گزارش شده (نوربالا، محمد و باقری یزدی، ۱۳۷۸) که به تفکیک زن و مرد به ترتیب ۵/۷ و ۳/۱ درصد بوده است. زارزون^۱ و همکاران (۲۰۰۱) نیز بر اساس ملاک‌های DSM-IV به شیوع ۱۸/۹ درصدی اختلال افسردگی عمده در بیماران مبتلا به MS اشاره کردند و این در حالی است که در بررسی آنها بر خلاف پژوهش حاضر، شیوع نقطه‌ای اختلال فوق گزارش گردیده است. فین‌اشتین و فین‌اشتین (۲۰۰۱) نشان دادند که شیوع نقطه‌ای اختلال افسردگی بیماران مبتلا به MS ۱۷ درصد است که با یافته بررسی حاضر همسو می‌باشد. باید توجه داشت که ابزار به کار رفته در مطالعه مذکور، SCID^۲ بوده و از این جهت که معیارهای DSM-IV مورد استفاده قرار گرفته است، مشابه مطالعه کنونی می‌باشد. پاتن^۳ و همکاران (۲۰۰۲) و همچنین وانگ^۴، ریمر^۵، متز^۶ و پاتن (۲۰۰۰) با استفاده از پرسشنامه CIDI^۷، شیوع مادام‌العمر اختلال افسردگی عمده را در بیماران مبتلا به MS به ترتیب ۲۴ و ۲۲/۸ درصد گزارش کردند. همچنین پالیاک^۸، باراک و آپچیرن (۲۰۰۱) شیوع اختلال افسردگی ماژور را در مطالعه خود ۲۰ درصد گزارش نمودند. آنها همانند پژوهش حاضر بر اساس معیارهای DSM-IV، تشخیص اختلال افسردگی ماژور را مطرح کردند، اگرچه متوسط

1- Zorzon

2- Structured Clinical Interview for DSM-IV

3- Patten

5- Reimer

7- Composite international Diagnostic Interview

4 - Wang

6 - Metz

8- Polliack



منابع

- محمدی، م.ر.، داویدیان، ه.، نوربالا، ا.ع.، ملک افضلی، ح.، نقوی، ح.ر.، پوراعتماد، ح.ر.، باقری یزدی، س.ع.، رهگذر، م.، علاقبندراد، ج.، امینی، ه.، و رزاقی، ع.م. (۱۳۸۲). همه گیرشناسی اختلالات روانپزشکی در ایران. *مجله حکیم*، ۶(۱)، ۶۴-۵۵.
- نوربالا، ا.ع.، محمد، ک.، و باقری یزدی، س.ع. (۱۳۷۸). بررسی شیوع اختلال های روانی در شهر تهران. *مجله حکیم*، ۲(۴)، ۲۱۳-۲۱۲.
- American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorder* (4th ed.). Washington D.C.: APA.
- Asghar-Ali, A.A., Taber, K.H., Hurley, R.A., & Hayman, L.A. (2002). Pure neuropsychiatric presentation of multiple sclerosis. *American Journal of Psychiatry*, 161, 226-231.
- Barak, Y., Ur, E., & Achiron, A. (1999). Moclobemide treatment in multiple sclerosis patients with comorbid depression: An open-label safety trial. *Journal of Neuropsychiatry and Clinical Neurosciences*, 11, 271-273.
- Caine, E.D., & Schwid, S.R. (2002). Multiple sclerosis, depression, and the risk of suicide. *Neurology*, 59, 662-663.
- Chwastiak, L., Ehde, D.M., Gibbons, L.E., Sullivan, M., Bowen, J.D., & Kraft, J.H. (2002). Depressive symptom and severity of illness in multiple sclerosis. *American Journal of Psychiatry*, 159, 1862-1868.
- Cottrell, S.S., & Wilson, S.A.K. (1926). The affective symptomatology of disseminated sclerosis. *Journal of Neurology and Psychopathology*, 7, 1-30.
- Diaz-Olavarrieta, Cummings, J.L., Valazquez, J., & Garcia, C. (1999). Neuropsychiatric manifestations of multiple sclerosis. *The Journal of Neuropsychiatry and Clinical Neurosciences*, 11, 51-57.
- Feinstein, A., & Feinstein, K. (2001). Depression associated with multiple sclerosis looking beyond diagnosis to symptom expression. *Journal of Affective Disorders*, 66, 193-198.
- Fisk, J.K., Morehouse, S.A., Brown, M.G., Skedgel, C., & Murray, T.J. (1998). Hospital-based psychiatric service utilization and morbidity in multiple sclerosis. *Canadian Journal of Neurological Sciences*, 25, 230-235.
- Heila, H., Turpeinen, P., & Erkinjuntti, T. (1995). Mania associated with multiple sclerosis. *Journal of American Academy of Child and Adolescence Psychiatry*, 34, 1591-1595.
- Mendez, M.F. (2000). Mania in neurologic disorders. *Current Psychiatry Reports*, 2, 440-445.
- Mikova, O., Yakimova, R., Bosmans, E., Kenis, G., & Maes, M. (2001). Increased serum tumor necrosis factor alpha concentrations in major depression and multiple sclerosis. *European Neuropsychopharmacology*, 11, 203-208.
- Minden, S.L. (2000). Mood disorders multiple sclerosis. *Journal of Neurovirology*, 6, 160-167.
- Modrego, P.J., & Ferrandez, J. (2000). Familial multiple sclerosis with repetitive relapses of manic psychosis in two patients (mother and daughter). *Behavioral Neurology*, 12, 175-179.
- Noorbala, A.A., Yazdi, S.A., Yasamy, M.T., & Mohammad, K. (2004). Mental health survey of the adult population in iran. *British Journal of Psychiatry*, 184, 70-73.
- Patten, S. B., & Metz L. M. (2002). Hopelessness ratings in relapsing – remitting and secondary progressive multiple sclerosis. *Int J Psychiatry Med*, 32 (2), 155-65.
- Polliack, M.L., Barak, Y., & Achiron, A. (2001). Late-onset multiple sclerosis. *Journal of American Geriatr Soc*, 49, 168-171.
- Sadock, B.J., & Sadock, V.A. (2000). Kaplan and Sadock's Comprehensive TextBook of Psychiatry. (7th ed.), (vol, 1) Baltimore: Lippincott WilliaMS and Wilkins.
- Schiffer, R.B., & Wineman, N.M. (1990). Antidepressant pharmacotherapy of depression associated with multiple sclerosis. *American Journal of Psychiatry*, 147, 1493-1497.
- Schiffer, R.B. (2002). Neuropsychiatric problemMS in patients with multiple sclerosis. *Psychiatric Annals*, 32, 128-131.
- Wang, J.L., Reimer, Metz, L.M., & Patten, S.B. (2000). Major depression and quality of life in individuals with multiple sclerosis. *Internal Journal of Psychiatry Medicine*, 30, 309-317.
- Zorzon, M., de Masi, R., Nasuelli, D., Ukmar, M., Mucelli, R.P., Cazzato, G., Beratine, A., & Zivadinov, R. (2001). Depression and anxiety in multiple sclerosis. *Journal of Neurology*, 248, 416-421.