

خصائص الاكتئابيات في سوريا وتكرار أعراضها

الدكتور جورج خزعل *

(قبل للنشر في 2004/1/12)

□ الملخص □

قمنا في هذا البحث بدراسة (171) حالة اكتئابية، في العيادة المهنية للأمراض النفسية (جامعة البعث). تم دراسة كل حالات الاكتئاب التي راجعت العيادة خلال عام 2002، حيث كان التركيز على الأعراض خاصة، لمختلف أشكال الاكتئاب. وذلك بهدف التعرف على خصائص الاكتئاب في بلادنا، من أجل المساعدة على اكتشاف المزيد من الحالات المرضية ومعالجتها.

أظهرت الدراسة أن نسبة الذكور إلى الإناث هي 1.6/1، متوسط أعمار المرضى عند بدء المرض 33.9 سنة (S=11.8). 69% من الحالات كانت بين الـ 20-45 سنة، نسبة المتزوجين قاربت 4/3 المرضى، لم تتجاوز الاكتئابيات الشديدة الـ 20%، بينما شكلت الاكتئابيات المتوسطة والخفيفة حوالي الـ 80%.

شوهد اضطراب القلق (قلق معمم - هلع) عند حوالي نصف المرضى، اضطراب الرهاب رافق 14% منهم، والاضطراب الوسواسي القهري 4%. كما عانى 12.9% من المجموعة من اضطرابات جسدية. قسمنا الأعراض حسب تكرارها إلى 3 مجموعات :

1- كثيرة: ملل وضجر 77.2%، فقد المتعة 70.7%، اضطراب الشهية والوزن 69.5% اضطراب النوم 59%.

2- متوسطة: تعب 50.8%، نقص النشاطات 41.5%، الحزن 30%.

3- قليلة: الاضطرابات النفس حركية 25%، الجنسية 25%، التركيز 23.3%، الأفكار الانتحارية 22.8%، الشعور بالذنب 14%، المحاولات الانتحارية 5.8%.

*أستاذ مساعد - قسم الأمراض الباطنة - كلية الطب - جامعة البعث - حمص-سوريا.

The Characteristics, Symptoms and Frequency of Depression in Syria

Dr. George Khazal*

(Accepted 12/1/2004)

□ ABSTRACT □

We have studied in this research a cohort of 171 depressed patients, who visited the occupational clinic of psychiatry (Al Baath University).

The cohort has been selected from depressed patients which visited the clinic during 2002. symptoms frequency were studied with special attention in various formes of depressions, aiming to recognize more about depression in our country, and to treat them as early as possible.

Male to female ratio was 1/1.6, the average age of the cohort (at the first episode) was 33.9 years (S=11.8). 66% of them were between 20-45 year old, married patients were seen in $\frac{3}{4}$ of the cohort, we found severe depressions in about 20% of cases, mild and moderate depressions in the other 80%.

About 50% of depressions were associated with anxiety disorder (Generalized anxiety disorder, panic disorder), 14.1% suffered from phobic disorder, and 4.9% from (O.C.D). Somatic disorders accompanied 12.9% of the group.

We divided depressive symptoms in 3 categories:

- With high frequency; helplessness and boredom 77.2%, anhedonia 70.7%, weight and appetite 69.5%, sleep disturbances 59%.
- With moderate frequency; fatigue 55%, occupational difficulties 50.9%, decreased interest in all activities 41.5%, sadness 30%.
- With low frequency; psychomotor variations 25%, sexual disfunctions 25%, concentration 23.3%, suicidal thoughts 22.8%, feelings of guilty and inadequacy 14%, suicidal attempts 5.85%.

*Prof. Assistant - Department Of Internal Medicine - Faculty Of Medicine - Al Baath UN. Homs – Syria.

مقدمة:

عرف الاكتئاب منذ عهد أبقراط الذي تحدث عن المالاخوليا، وربطها بالأخلاق. لكن الاكتئاب في الوقت الحاضر أخذ قسطاً مهماً من اهتمامات الأطباء النفسيين، لكثرة المراجعات الطبية النفسية المتعلقة بهذا المرض، حيث تقدر نسبة حدوثه خلال حياة الإنسان ب 8-12%، وقد تصل إلى 26% عند النساء، ويشكل نسبة 10% من مرضى العناية الأولية(1). تختلف نسبة الحدوث حسب الدول، كما تختلف الأعراض أحياناً، فمثلاً في تاوان تقل النسبة إلى 1.5%، بينما ترتفع في لبنان إلى 19% (2).

تشير بعض الدراسات إلى ازدياد معدل الاكتئاب في العقود الماضية، وأن الأجيال الأصغر سناً تعاني من الاكتئاب بعمر أبكر من الأجيال السابقة، ويعزو ذلك البعض إلى التغيرات في تركيب العائلة، والمدنية مع تدني التأثير الثقافي والديني. وكذلك بالنسبة للأعراض فقد نجد اختلافاً في تكرارها بحسب المناطق، حيث تكثر الأعراض الجسدية في مناطق، بينما تقل الأعراض النفسية كالشعور بالذنب والحزن. وقد نجد العكس في مناطق أخرى. يمر قسم كبير من الحالات الاكتئابية دون علاج، أو تعالج بشكل ناقص، حيث تشير بعض الدراسات إلى أن أكثر من 50% من حالات الاكتئاب لا تشخص أو لا تعالج بشكل صحيح (3).

يشكل الاكتئاب أحياناً خطورة على حياة المريض، لترافقه بأفكار انتحارية، قد ينفذها المريض في أية مرحلة من مراحل المرض، وينهي حياته للتخلص من العذاب الذي يعيشه، حيث يفاجئ أهله ومحيطه وحتى طبيبه أحياناً بانتحار غير متوقع، نتيجة إخفاء مشاعره أو لعدم أخذ تهديداته على محمل الجد. إن التفكير بالموت عرض اكتيابي مهم، يتوجب على كل طبيب البحث عنه، خاصة عند وجود حالة اكتئابية شديدة (4).

لا نعرف تماماً ما إذا كان الاكتئاب مرض واحد أو أمراض متعددة؟ ما نعرفه أن للاكتئاب أشكالاً متعددة، يصنفها البعض بدائية وخارجية وعرضية حسب الأسباب المتوقعة، أو حسب شدتها إلى خفيفة ومتوسطة وشديدة، مترافقة أو غير مترافقة بملامح نفسية، إضافة إلى الاكتئاب المزمن المسمى عكر المزاج، والاكتئاب الفصلي.... يعتبر الاكتئاب من الأمراض المضللة أحياناً، نظراً لكثرة أشكاله السريرية، خاصة عندما تكثر الشكاوى البدنية، حيث تشد انتباه الطبيب وتشغله عن الأعراض النفسية المرافقة التي قد تكون خفيفة، أو غائبة أحياناً، مما يزيد من صعوبة التشخيص، وينجم عنه إطالة عذاب المريض.

أهمية البحث وأهدافه:

يهدف البحث إلى تحديد خصائص الاكتئاب في سوريا، كالتوزع بالنسبة للجنس، والعمر الذي تحدث فيه أول نوبة اكتئابية، والحالة العائلية للمريض، وما إذا كانت مطابقة لما هو معروف في العالم. إذ من المعروف أن الاكتئاب يختلف بأعراضه حسب الثقافة المسيطرة في البلد الذي يعيش فيه المريض، خاصة فيما يتعلق بالانتحار وبمشاعر الذنب وعدم الكفاءة التي ترافق الاكتئاب أحياناً.

وسنحاول ترتيب الأعراض حسب تكرارها في المجموعة المدروسة، وحسب أهميتها عند كل مريض. وذلك بهدف مساعدة الأطباء الممارسين في الاختصاصات الأخرى، والذين يواجهون الكثير من الحالات الاكتئابية، في التعرف على المزيد من الاكتابات، كي يقدم للمرضى العلاج المبكر لتخفيف وطأة المرض عنهم.

العينة وطريقة البحث :

تمت هذه الدراسة بطريقة طبقت على (171) مريضاً يعالجون في الوحدة المهنية، وهم من الذين راجعوا العيادة لأول مرة خلال عام بين 2002/1/1 و 2002/12/31. أخذت المعلومات حسب استمارة تضمنت المعلومات المطلوب الحصول عليها من أجل البحث.

اعتمدنا في تشخيص الاكتئاب على معايير الوجيه التشخيصي والاحصائي للأمراض النفسية، الطبعة الرابعة D.S.M IV، المعتمد من قبل الجمعية الأمريكية للطب النفسي. ومنه قسمت الاكتئاب الى خفيفة ومتوسطة وشديدة، مترافقة او غير مترافقة بملامح نفسية. أما الاكتئاب المسماة عكر المزاج (Dysthymia) فدرست مع الاكتئاب الخفيفة المعادة.

النتائج :

بلغ عدد المرضى الذين خضعوا للدراسة (171) مريضاً (104 نساء مقابل 67 رجلاً) بنسبة 60.8% نساء و 39.2% رجال. تراوحت أعمارهم بين 10 و 82 سنة. متوسط أعمارهم عند حصول أول حالة اكتئابية كان 33.5 سنة للنساء و 30.8 سنة للذكور.

1- علاقة بدء المرض بالعمر :

قسم المرضى إلى مجموعات عمرية من 5 سنوات حسب الجدول رقم (1):

جدول رقم(1) يبين نسبة الإصابة في المجموعات العمرية (5 سنوات)

عمر المرضى عند بدء المرض		ذكور		إناث		المجموع	
العدد	%	العدد	%	العدد	%	العدد	%
1	1.5%	0	0%	1	0.9%		
6	8.9%	2	1.1%	8	4.7%		
20	29.9%	6	9.4%	26	15.2%		
6	8.9%	22	12.8%	28	16.4%		
11	16.4%	24	14%	25	14.6%		
8	11.9%	13	7.6%	21	12.3%		
7	10.4%	11	6.4%	18	10.5%		
6	8.9%	4	2.3%	10	5.8%		
0	0%	4	2.3%	4	2.3%		
2	3%	1	0.6%	3	1.8%		
2	3%	7	4.2%	9	5.3%		

بالنظر إلى الجدول رقم (1) نلاحظ أن الاكتئاب يمكن أن يحصل في أي عمر، لكنه أكثر ما يبدأ في الأعمار بين 20 و 45 سنة حيث تصل نسبته إلى 69%، أي أكثر من ثلثي الحالات المدروسة. تقل نسبة الإصابة بعد سن الخمسين، 6% عند الرجال و 7.1% عند النساء.

2- الحالة العائلية للمرضى:

نجد في الجدول (2) أن حوالي 75% من حالات الاكتئاب المدروسة بدأت عند أشخاص متزوجين، مقابل 22.8% عند عازبين، و2.9% عند مطلّقين. بالنسبة للنساء كان بدء المرض عند المتزوجات واضحاً حيث بلغت نسبته 81.7% مقابل 14.4% عند العازبات و3.4% عند المطلقات. أما الذكور فشكّل المتزوجون منهم نسبة 62.6%، والعازبون 35.82%. ومريض واحد فقط كان مطلقاً 1.4%

جدول رقم(2) يبين الحالة العائلية للمرضى

الحالة العائلية	ذكور		إناث		المجموع	
	العدد	%	العدد	%	العدد	%
متزوج	42	62.8	85	81.7	127	74.6
أعزب	24	35.8	15	14.4	39	22.8
مطلق	1	1.4	4	3.8	5	2.9

3- التشخيص:

يظهر الجدول (3) أشكال الاكتئاب عند مجموعة المرضى حسب معايير ال D.S.M IV، بغض النظر عن كون هذه الاكتئابات داخلية أو خارجية المنشأ أو بسبب اضطراب عضوي. كانت الاكتئابات المتوسطة الشدة هي الأكثر تردداً حيث بلغت نسبتها 42.6%، جاءت بعدها الخفيفة بنسبة اقل بقليل 38%، بينما لم تتجاوز الشديدة نسبة ال 20%. لكنها وصلت إلى 24% عند النساء مقابل 11.9% عند الذكور. بالنسبة لتتوافق الاكتئابات مع ملامح نفسية وجدنا فقط 6.4% من المرضى يعانون من اضطرابات نفسية (توهم الغيرة، توهمات اضطهادية، هلوسات سمعية)، مع وجود حالة واحدة شخصت متلازمة "كوتار"، وقد لوحظ أن نسبة وجود هذه الأعراض عند الذكور هي تقريباً ضعف وجودها عند الإناث.

جدول رقم(3) يبين درجة الاكتئاب وتترافقه بملامح نفسية

التشخيص	ذكور		إناث		المجموع	
	العدد	%	العدد	%	العدد	%
خفيف	29	43.3	36	32.6	65	38.1
متوسط	30	44.7	43	41.3	73	42.7
شديد	8	11.9	25	24.1	33	19.3
متوافق بملامح نفسية	6	9	5	4.8	11	6.4
غير متوافق بملامح نفسية	61	79.1	99	95.2	160	93.5

4- الأعراض النفسية الجسدية:

يوضح الجدول (4) أهم الأعراض النفسية والجسدية التي ترافقت مع الحالات الاكتئابية، وقد كانت أحيانا هذه الأعراض سابقة في حدوثها للاكتئابيات واشتدت بعد حدوثها، وبعضها ظهر بالتوازي مع ظهور الاكتئاب ومن أهم هذه الاضطرابات كان اضطراب القلق (بقسميه القلق المعمم ونوب الهلع) حيث رافق حوالي نصف حالات الاكتئاب 47.3%. شكل القلق المعمم 31.5%، مقابل 15.8% لنوب الهلع. أما اضطراب الرهاب فكان موجودا عند 14% من الحالات بينما لم يشاهد الاضطراب الوسواسي القهري إلا عند 4.1% من المرضى . بالنسبة للاضطرابات الجسدية الوظيفية المرافقة للاكتئابيات (هضمية، صدرية، عصبية، بولية....) فقد شوهدت عند 12.7% من المرضى.

جدول رقم (4) يبين نسبة الأعراض النفسية والجسدية المرافقة للاكتئاب

المجموع		إناث		ذكور		الأعراض النفسية والجسدية المرافقة
%	العدد	%	العدد	%	العدد	
4ر1%	7	3ر8%	4	4ر5%	3	اضطراب وسواسي قهري
14ر1%	24	13ر5%	14	14ر9%	10	اضطراب الرهاب
15ر8%	27	32ر7%	34	29ر9%	20	اضطراب القلق المعمم
12ر9%	22	14ر4%	15	11ر9%	8	اضطرابات جسدية

5- الأسباب المحتملة للاكتئابيات:

يوضح الجدول رقم (5) العوامل النفسية والعضوية التي عانى منها مرضى الاكتئاب قبل حدوث المشهد الأول، والتي قد تكون مسؤولة بشكل مباشر، أو كعامل من ضمن عوامل أخرى داخلية أو خارجية عن حدوث مرض الاكتئاب.

بالنسبة للعوامل النفسية وجدنا أن حالات الكرب السابقة لحدوث الاكتئاب عند حوالي 5/1 المرضى. أما بالنسبة للأسباب العضوية فكان للعوامل الهرمونية دور في حدوث الاكتئاب عند 11.5% من النساء. 7.2% من الحالات كافة هي بعد الولادة و3.8% تناول حبوب منع الحمل. أما الأمراض العضوية المزمنة فكانت موجودة عند 8.2% ولم نجد إلا حالة كحولية مزمنة عند مريض ذكر .

جدول رقم (5) يبين العوامل النفسية والعضوية المسؤولة عن الاكتئاب

المجموع		إناث		ذكور		العوامل المسببة
%	العدد	%	العدد	%	العدد	
20ر5%	35	20ر2%	21	20ر6%	14	كرب
		7ر8%	8			- بعد ولادة
		3ر84%	4			-حبوب لمنع الحمل
8ر2%	14	9ر6%	10	6%	4	أمراض عضوية مزمنة
-	-	-	-	1ر5%	1	كحولية

6- تكرار أعراض الاكتئاب :

نجد في الجدول رقم (6) كل الأعراض المرافقة للحالات الاكتئابية مع نسب حدوثها، إن أكثر الأعراض تكررًا كان الملل والضجر 77.2%، وفقد المتعة 70.8%، وهما من أهم أعراض انخفاض المزاج في الاكتئاب. أما أقل الأعراض فكانت المحاولات الانتحارية إذ لم نجد سوى 10 مرضى 5.8% قاموا بمحاولات انتحارية رغم أن الأفكار الانتحارية وجدت عند 39 مريضاً 22.8%. وقد وجدنا فرقاً بين الرجال والنساء بالنسبة للأفكار الانتحارية (3.8% عند النساء مقابل 10.4% عند الرجال). وكذلك الأمر بالنسبة للمحاولات الانتحارية (7.7% عند النساء مقابل 2.3% عند الرجال).

من الأعراض الجسدية المهمة المرافقة للاكتئاب نجد أن اضطرابات الشهية والوزن والنوم والتعب هي من أهم الأعراض إذ بلغت نسبة اضطرابات الشهية والوزن 69.5% (58.4% نقص شهية ووزن، 11.1% زيادة شهية ووزن). أما اضطرابات النوم فكانت نسبتها 59.6% (52.4% أرق، 7.6% إفراط في النوم). أما التعب فقد بلغ نسبة 54.9% من مجمل حالات الاكتئاب وكان الحزن مرافقاً لـ 45.3% من النساء مقابل 26.9% من الرجال. بلغت نسبة الاضطرابات الجنسية في الدراسة 24.5% وكانت متقاربة بين الجنسين.

أخيراً فإن الشعور بالذنب وعدم الكفاءة كان عند الإناث ضعف ما هو عليه عند الذكور، وبلغت نسبة تكراره 14% والملاحق النفسانية شوهدت عند 6.4% من المرضى.

جدول رقم (6) يبين تكرار الأعراض النفسية والجسدية عند المرضى

الأعراض النفسية والجسدية	ذكور		إناث		المجموع	
	العدد	%	العدد	%	العدد	%
فقد المتعة	46	76.8%	75	72.1%	121	70.8%
الملل والضجر	53	79.1%	79	76%	132	77.2%
الحزن	18	26.8%	47	45.2%	65	30%
التعب	35	22%	59	56.7%	94	55%
تراجع في العمل	34	50.7%	53	50.9%	87	50.9%
النشاطات	27	40.5%	44	33%	71	41.5%
الشهية والوزن :						
- نقص	37	22.5%	63	60.8%	100	58.1%
- زيادة	8	11.9%	11	10.6%	19	11.1%
النوم :						
- أرق	31	46.3%	58	55.8%	89	52.1%
- إفراط في النوم	5	7.5%	8	7.7%	13	7.6%
اضطرابات حركية						
- بطء نفسي حركي	15	23.1%	28	26.9%	43	52.1%
- هياج	2	2.9%	3	2.9%	5	2.9%

اضطرابات جنسية	15	3ر23%	27	26%	42	6ر24%
أفكار انتحارية	7	4ر10%	32	8ر30%	29	8ر22%
محاولات انتحارية	2	3%	8	7ر7%	10	8ر5%
شعور بالذنب	6	9%	18	3ر17%	24	1ر14%
التركيز	21	3ر31%	19	3ر18%	40	4ر23%

المناقشة:

قمنا من خلال هذا البحث بدراسة مجموعة مرضى (171 مريضا) يعانون من الاكتئاب وتم انتقاؤهم من خلال مراجعتهم للوحدة المهنية لأول مرة عام 2002. تمت دراسة أعمارهم من معرفة إصابتهم بأول مشهد اكتابي في حياتهم وكانت النتائج تهتم فقط بعمر المرضى عند المرض الأول إذ تبين أن الاكتئاب يبدأ بتكرار قليل نسبيا قبل عمر الـ 20 سنة وتزداد نسبه حتى عمر الخامسة والأربعين، ليبدأ بالتراجع مع تقدم العمر (5.2)، وهذا ما يتوافق مع ما هو معروف عن الاكتئاب حتى الآن، ويتعارض مع دراسات أخرى حديثة تجد أن الارتباط بالعمر يزيد نسبة حدوث الاكتئاب (6). بالنسبة للجنس وجدنا أن نسبة الذكور إلى الإناث كانت تقريبا 1/1.6 وهي نسبة تبدو اقل بقليل من النسب المعروفة في الدراسات العالمية والتي تذكر إصابة امرأتين أو حتى ثلاثة نساء مقابل كل رجل (5و2). لكنها تتقارب مع دراسة أجريت في مشفى الأسد الجامعي باللاذقية عام 2001 وكانت نسبة إصابة الرجل إلى المرأة 1/1.8 (مع ملاحظة أن هذه الدراسة كانت تخص الاكتابات المتعلقة بأحداث الحياة) (7) وجدنا في دراستنا هذه أن نسبة المطلقين 2.9% كانت قليلة مقارنة بعدد المتزوجين 74.3% والعازبين 22.8% إذ من المعروف أن الاكتئاب يكثر عند النساء المتزوجات بالنسبة للعازبات (3)، وهذا ما أكدته الدراسة بوجود (81.7%) من النساء المصابات بالاكتئاب كن متزوجات أما عند الرجال المتزوجين فكانت النسبة اقل 62.7%.

من الاضطرابات العصابية المرافقة لمرضى الاكتئاب في المجموعة المدروسة وجدنا اضطرابات القلق، حيث رافقت تقريبا نصف حالات الاكتئاب وهذا ما تؤيده بعض الدراسات التي تتحدث عن ارتباط وثيق بين القلق والاكتئاب (8 و9 و10)، إذ ان التعرض المديد للقلق يوهب لحدوث الاكتئاب فكثير من حالات الاكتئاب تبدأ بنوب هلع وصفية، أما الاضطراب الوسواسي القهري فكانت نسبه قليلة 4.1% رغم ترافقه في كثير من الأحيان بحالات اكتئابية وفائدة مضادات الاكتئاب المثبتة في علاجه. كذلك فان نسبة حدوث الاضطرابات الوظيفية الجسدية كانت قليلة، وهذا عائد برأينا إلى أن علاج حالات الاكتئاب المترافقة باضطرابات جسدية والتي تقنع الأعراض النفسية يتم غالبا في العيادات الاختصاصية غير النفسية، وهذا ما ينعكس سلبا على علاج المرض.

بعد دراسة العوامل المسببة للاكتئاب ومعرفة أن أسباب الاكتئاب عديدة، منها ما يعود لأسباب داخلية ومنها ما يكون كرد فعل على عوامل خارجية، وجدنا أن الكرب كان سببا في حدوث الاكتئاب عند 20.5% من المرضى، وكانت النسبة متساوية بين الجنسين، كما كان للعوامل الهرمونية - التي يعتبرها البعض سببا مهما في الاكتئاب - دور في المرض عند 11.5% من مجموع النساء، وكان ذلك بسبب الولادة أو بعد استعمال مديد لحبوب منع الحمل. وهذا ما دعا العلماء - خاصة أطباء النسائية - إلى محاولات لعلاج اكتابات ما بعد الولادة

بالاستروجينات بدل مضادات الاكتئاب، وهناك بعض التجارب العلاجية الناجحة في هذا المجال (11 و 12 و 13 و 14 و 15).

رافقت الأمراض العضوية المزمنة 8.2% من حالات الاكتئاب إضافة إلى حالة الكحولية الوحيدة. أخيرا بالنسبة للأعراض النفسية والجسدية المشخصة للاكتئاب فمن الطبيعي أن نجد أن اضطراب المزاج المتمثل بالملل والضجر 77.2% وفقد المتعة 70.7% في مقدمة أعراض الاكتئاب، كونه مرض المزاج بالدرجة الأولى.

ومع ذلك يجب ألا ننسى أن حوالي 13% من المرضى لم يعانون من الملل والضجر وحوالي 20% منهم لم يعانون من فقد المتعة وهذا ما يدعونا إلى الانتباه عند تشخيص المرض. كذلك كان اضطراب الشهية والوزن مرتفعا حيث وصل إلى حوالي 70% واقل بقليل اضطراب النوم الذي قارب 60% عانى نصف المرضى من صعوبات مهنية - من ضمنها الأعمال المنزلية - وهذا ما يؤكد أن الاكتئاب من الأمراض التي تعطل عن العمل وتؤثر بالتالي على الحالة المادية للفرد والمجتمع. رغم كون الحزن من أعراض الاكتئاب الرئيسية فلم يعبر عنه سوى 30% من المرضى، مع زيادة واضحة عند النساء بالنسبة للذكور، وربما كان ذلك عائد برأينا إلى عوامل اجتماعية وثقافية تخص مجتمعنا أما بالنسبة لبقية الأعراض فلم نجد فروقا تذكر مع ما هو معروف عن الاكتئاب. لكننا لاحظنا أن الأفكار والمحاولات الانتحارية كانت أعلى بشكل واضح عند النساء وترافقت دائما مع الاكتئاب الشديدة (4).

الخلاصة :

نستخلص من هذه الدراسة أن نسبة إصابة الإناث إلى الذكور كان أقل مما هو معروف في الدراسات السابقة، وأن الاكتئاب يصيب الرجال المتزوجين أكثر من العازبين بنسبة تصل إلى 1.6 / 1 أما عند النساء المتزوجات فكانت النسبة أكبر بكثير وحيث وصلت إلى 3.3/1. تزداد نسبة الإصابة بالاكتئاب بعد العشرين سنة من العمر، ليبدأ بالتناقص بعد الخامسة والأربعين، وبشكل واضح بعد الخمسين . كما وجدنا أن الاكتئاب الشديدة عند النساء أكثر من ضعف ما هو عليه عند الرجال، وقليل ما ترافقت بملامح نفاسية.

نصف حالات الاكتئاب تقريبا ترافقت بأعراض اضطراب القلق، في المقابل كانت الاضطرابات الوظيفية أقل من الربع كانت العوامل النفسية (الكرب) سببا في 5/1 الحالات المدروسة، ونفس المعدل بالنسبة للاضطرابات العضوية وخاصة الهرمونية عند النساء .

أظهرت الدراسة أن أكثر الأعراض مرافقة للاكتئاب هي الملل والضجر، فقد المتعة، اضطرابات الشهية والوزن واضطرابات النوم. يليها الشعور بالتعب مترافقة بصعوبات مهنية والعزوف عن ممارسة النشاطات المختلفة (ترفيهية، ثقافية، رياضية، فنية....)، ثم الحزن والاضطرابات الجنسية والتركيز. وفي المرتبة الأخيرة تأتي الأفكار الانتحارية والشعور بالذنب وعدم الكفاءة، ولم تسجل محاولات انتحارية إلا عند 5.9% من المرضى.

التوصيات :

1- البحث عن الشكاوى النفسية وخاصة حالة المزاج واضطراب الشهية والنوم والتعب وتذكر الأعراض الاكتئابية الأخرى عند كل المرضى الذين يعانون من اضطرابات وظيفية دون أن تتحسن حالتهم بالمعالجات الطبية المختلفة .

2- إجراء المزيد من الدراسات عن مرض الاكتئاب للتعرف على خصائصه في بلادنا، بما يساعد على اكتشاف أعداد أكبر من المرضى ومعالجتهم بالشكل الأمثل .

المراجع:

.....

1-AHUJA(N), A short textbook of psychiatry, p.vij,third edithion,1995.

2-microsoft corporation, depression, 1993-2003

3-Kaplan and Sadock; synopsis of psychiatry, mass co .last updated 2003

- 4- FRANCOIS(C), GERARD(M), les situations d`urgence en psychiatry.doin editeurs, paris. 1985.
- 5- COUTRAUX(J), evaluation clinique et psychometrique des etats depressifs. Collection scientifique, survector, 1990.
- 6- STORDAL (E), MYKLETUN (A), DAHL (A.A), the association between age and depression in the general population ; a multivariate examination, Acta Psychiatrica Scandinavica, Vol 107, Issue2, February 2003.
- 7- ربيع (غ)، أحداث الحياة والاكنتاب، مجلة جامعة تشرين للدراسات والبحوث العلمية: موافقة على النشر .2000/5/31
- 8- JUSTINE (M), KENT, LASZLO (A), PAPP, JPSE (M), ARTINEZ, SUSAN (T), BROWNE, JERREMY (D), COPLAN, DONALD (F), KLEIN, and JACK (M), GORMAN, specificity of panic response to co2 inhalation in panic disorder: a comparison with major depression and premenstrual dysphoric disorder,American Journal of Psychiatry, 2001, 158: 58-67.
- 9- MURPHY (LG), OLIVIER (DC), SOBOL(AM), MONSON (RR), LEIGHTON(AH), Diagnosis and outcome: depression and anxiety in a general population. Psycho. Mem 1986 ;3:5-17
- 10- LYSDIARD(R.B), Comorbidity of panic disorder, phobia and major depression, euro psychiatry, 1995, 10 suppl:65-66.
- 11- AHOKAS (A.J), TURTIAINEN (S), AITO (M), Sublingual oestrogen treatment of postnatal depression, the lancet, january 10.1998, vol 351.
- 12- MAGOS (A.L), BRINCAT (M), STUDD (J.W.W), Treatment of the premenstrual syndrome by subcutaneous oestradiol implants and cyclical norethiserone: placebo controlled study, Br Med J 1986; 1: 1629-1637.
- 13- HERZBERG (B.N), DRAPER (K.C), JOHNSON (A.L), NICOL (G.C), Oral contraceptives, depression and libido. Br Med J 1971 ; 495-500.
- 14- WATSON(J.P), ELLIOTT(S.A), RUGG(A.J), BROUGH(D.L), psychiatric disorder in pregnancy and the first postnatal year. Br J psychiatry 1984; 144: 453-462.
- 15- THOMSON(J), OSWALD (I). effect of oestrogen on the sleep, mood and anxiety of menopausal women. Br Med J 1977; 2: 1317 – 19.