

## فراوانی اختلالات طیف دو قطبی در مبتلایان به اختلالات اضطرابی تحت درمان در کلینیک های سرپایی روانپزشکی شهر اصفهان

دکتر غلامرضا خیرآبادی<sup>۱\*</sup>، دکتر محمدرضا مراثنی<sup>۲</sup>، فاطمه سلطانی نیا<sup>۳</sup>، دکتر محسن معروفی<sup>۴</sup>

<sup>۱</sup> مرکز تحقیقات علوم رفتاری- دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران، <sup>۲</sup> گروه آمار و اپیدمیولوژی- دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران، <sup>۳</sup> پزشک عمومی- مرکز انتقال خون کرج، کرج، ایران، <sup>۴</sup> گروه روانپزشکی- دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران.

تاریخ دریافت: ۱۹/۱۲/۱۰ اصلاح نهایی: ۹۰/۳/۱۰ تاریخ پذیرش: ۹۰/۵/۱۶

### چکیده:

زمینه و هدف: شواهد اخیر وجود میزان قابل توجهی از همپوشانی اختلالات اضطرابی در افراد تحت مراقبت با تشخیص اختلالات دو قطبی را نشان می دهد. پژوهش حاضر با هدف تعیین فراوانی نسبی اختلالات طیف دو قطبی در کسانی که با تشخیص یک اختلال اضطرابی تحت درمان هستند، انجام شد. روش بررسی: این مطالعه توصیفی-تحلیلی بر روی ۲۱۰ نفر از مراجعین به مطب روانپزشکان و درمانگاه روانپزشکی بیمارستان نور اصفهان که با تشخیص اختلالات اضطرابی تحت درمان بودند (گروه مورد) و ۲۱۰ نفر از سطح جامعه در محیط های اداری دانشگاه و سایر مراکز جمعیتی (گروه شاهد) انجام گرفت. از مقیاس تشخیص اختلالات طیف دو قطبی جهت غربالگری مبتلایان احتمالی به اختلال دو قطبی استفاده شد. داده های جمع آوری شده به وسیله آزمون های آماری کای دو و رگرسیون لجستیک تجزیه و تحلیل شد. یافته ها: با توجه به همسان سازی انجام شده بین دو گروه از نظر سن، جنس و سطح تحصیلات تفاوت معنی داری وجود نداشت. فراوانی نسبی اختلالات طیف دو قطبی در مبتلایان به اختلالات اضطرابی در گروه مورد ۱۵/۸٪ و در گروه کنترل ۵/۴٪ بود ( $P < 0/001$ ) ( $OR = 3/38$ ,  $CI = 1/65-6/94$ ) که نشان می دهد شانس ابتلاء به اختلالات طیف دو قطبی در گروه مورد حدود ۳ برابر گروه کنترل است. نتیجه گیری: اختلالات طیف دو قطبی در مبتلایان به اختلالات اضطرابی در مقایسه با گروه کنترل به مراتب شایع تر است و لازم است در رویکرد تشخیصی و درمانی مبتلایان به اختلالات اضطرابی این موضوع مورد توجه قرار گیرد.

واژه های کلیدی: اختلال اضطرابی، اختلال دو قطبی، اضطراب، دو قطبی، اضطراب اجتماعی، اختلال وسواس، اختلال اضطرابی منتشر.

### مقدمه:

اختلال دو قطبی ۵۲/۸ درصد احتمال ابتلاء در طول عمر به یک اختلال اضطرابی را داشته و ۳۴/۲ درصد در زمان مطالعه حداقل یک اختلال اضطرابی را داشته اند (۳). در یک تحلیل همه گیری شناسی میزان طول عمر اختلال وسواس در میان مبتلایان به اختلال دو قطبی و افسردگی یک قطبی به ترتیب ۲۱ درصد و ۱۲/۲ درصد و در جمعیت عمومی ۲/۵ درصد گزارش شده است (۴). در مطالعه دیگری بر روی ۳۴۵ بیمار سرپایی مبتلا به اختلال

اختلالات خلقی از شایع ترین اختلالات روانپزشکی هستند که شاخص ترین آنها افسردگی تک قطبی با شیوع طول عمر حدود ۱۲ درصد و اختلالات دو قطبی نوع I و II با شیوع طول عمر حدود ۲-۱ درصد می باشند (۱). همپوشانی اختلالات اضطرابی در میان بیماران با یک اختلال دو قطبی شناخته شده شایع است و در برخی موارد تا ۶۵ درصد نیز گزارش شده است (۲). برخی مطالعات نشان می دهد که مبتلایان به

\* نویسنده مسئول: اصفهان- خیابان استانداری- بیمارستان خورشید - مرکز تحقیقات علوم رفتاری- تلفن: ۰۳۱۱-۲۲۲۲۱۳۵

وسواسی جبری هم پوشانی طول عمر با اختلال دو قطبی به ویژه اختلال دو قطبی نوع II ۱۶ درصد بوده است (۵). همپوشانی واضحی بین اختلالات دو قطبی و فوبیای اجتماعی گزارش شده و بیماران مبتلا به فوبیای اجتماعی نیز میزان بیشتری از ابتلاء به اختلال دو قطبی را نشان داده اند (۶).

در مطالعات بالینی تاریخچه ای از دوره های مانیک یا هیپومانیک در بیماران مبتلا به اختلالات اضطرابی از قبیل گذر هراسی و اختلال هراس نیز به وفور مشاهده شده است (۷).

مطالعات همه گیری شناسی در اروپا و آمریکا نشان می دهند که حالات خفیف تر اختلال دو قطبی به صورت تحت بالینی با تظاهر علایم محدود (تعداد علایم خلقی محدود) و یا دوره کوتاه (دوره های مختصر) وجود دارد. این حالات که زیر آستانه ای، دو قطبی ملایم و در برخی مطالعات اختلالات طیف دو قطبی نامیده شده اند می توانند مقدمه ای بر وقوع بیماریهای شدید خلقی و اختلال عملکرد باشند این گروه از اختلالات خلقی حدود ۵ درصد جمعیت عمومی و تا حد ۵۰ درصد از تمام افسردگی ها را شامل می شوند (۱). در حال حاضر بر اساس چهارمین ویرایش راهنمای تشخیص و آماری اختلال های روانی (DSM-IV-TR) مواردی از اختلالات دو قطبی که خصوصیات اختلال دو قطبی نوع ۱ و ۲ را نداشته باشند تحت عنوان کلی اختلال دو قطبی طبقه بندی نشده (Bipolar Disorder NOS) طبق بندی می شوند ولی پژوهش های اخیر نشان می دهد این طبقه در بر گیرنده کلیه موارد اختلالات طیف دو قطبی نیست (۱).

مبتلایان به اختلالات طیف دو قطبی (دو قطبی ملایم) در واقع کسانی هستند که ماهیت اختلال خلق آنها دو قطبی است ولی بر اساس معیارهای تشخیص مبتنی بر DSM-IV-TR نمی توان تشخیص اختلال دو قطبی را به آنها نسبت داد.

افراد مبتلا به دو قطبی ملایم و خانواده هایشان

کاهش عملکرد و کیفیت زندگی را تجربه می کنند و از دست دادن شغل، درگیری با سیستم قضایی - جنایی، اختلال در روابط بین فردی همگی باعث ناتوانی این گروه می شود. علاوه بر این امید به زندگی در این افراد به علت افزایش خودکشی کاهش می یابد به نحوی که اقدام به خودکشی این گروه ۱۷-۱۴ درصد گزارش شده که بیشتر از بیماران هیپومانیا (۹/۸٪) می باشد (۸).

اختلالات طیف دو قطبی نیز همپوشانی بالایی با اختلالات اضطرابی نشان می دهند. Savino و همکاران گزارش کردند که ۱۴-۳۴ درصد بیماران مبتلا به اختلالات اضطرابی در واقع معیارهای دو قطبی ملایم را نیز دارا هستند (۷). در عین حال اضطراب اجتماعی به صورت قوی با دو قطبی ملایم همپوشانی دارد (۹). میزان بالایی از دو قطبی ملایم در بین بیماران مبتلا به اختلال وسواسی-جبری گزارش شد (۵) و بررسی های بیشتر نشان داد که اختلال اضطراب منتشر بر خلاف دیگر اختلالات اضطرابی همپوشانی کمتری با دو قطبی ملایم دارد (۹).

همراهی اختلالات طیف دو قطبی با اختلالات اضطرابی تاثیر مخرب قابل ملاحظه ای بر بهبودی از فاز افسردگی، عملکرد شغلی و اجتماعی مبتلایان به اختلال دو قطبی داشته و احتمال سوء مصرف مواد و اقدام به خودکشی را افزایش می دهد (۱۰، ۱۱). تشخیص اختلال طیف دو قطبی بطور اولیه بندرت اتفاق می افتد و در موارد زیادی پس از مدت های طولانی و با بروز عوارض متنوع همچون مقاومت به درمان، شکست های درمانی متعدد، افت عملکرد بارز و بی ثباتی خلقی ناشی از درمان های ضد اضطرابی مورد توجه قرار می گیرند. تشخیص و درمان به موقع این دسته از اختلالات خلقی قبل از اینکه به یک بیماری کامل تبدیل شوند یا دچار عوارض ناشی از عدم تشخیص به موقع شوند، می تواند ریسک بروز عوارضی چون خودکشی و سوء مصرف مواد را کاهش دهد (۱).

مجموعه یافته های فوق از مطالعات گذشته

بیانگر اهمیت توجه به احتمال ابتلاء همزمان به اختلال طیف دو قطبی در کسانی است که با تشخیص یک اختلال اضطرابی تحت درمان قرار می گیرند، اما آنچه کمتر مورد بررسی قرار گرفته بررسی میزان توجه روانپزشکان به وجود احتمالی این همپوشانی در عرصه های بالینی و در برخورد روزمره با مراجعین به کلینیک های روانپزشکی و در حوزه های آموزشی است که حسب مشاهدات بالینی روزمره پژوهشگران بر بالین بیماران و در مباحث علمی گروهی عملاً چنین حساسیتی از سوی روانپزشکان چندان برجسته نیست و اختلاف نظر قابل ملاحظه ای در مورد اهمیت این یافته ها در حیطه بالینی دیده می شود، از این رو مطالعه حاضر با هدف تعیین فراوانی اختلالات طیف دو قطبی در کسانی است که در زمان مطالعه توسط روانپزشکان به عنوان فرد مبتلاء به حداقل یکی از انواع اختلالات اضطرابی تشخیص داده شده و تحت درمان بوده اند، بدون اینکه وجود احتمالی اختلال طیف دو قطبی مورد توجه واقع شده و در برنامه درمانی مد نظر قرار گرفته باشد، انجام شده است تا با نگاهی پژوهش مدار باز خورد مناسبی در اختیار همکاران روانپزشک گذاشته شود.

### روش بررسی:

این مطالعه از نوع توصیفی- تحلیلی بوده که با استفاده از پرسشنامه تشخیص اختلال طیف دو قطبی، بر روی دو گروه ۲۱۰ نفره از مبتلایان به اختلالات اضطرابی (گروه مورد) و غیرمبتلاء به اختلال اضطرابی (گروه کنترل) انجام شد.

به منظور جمع آوری داده ها ابتدا در تابستان و پاییز ۸۷ در شهر اصفهان گروه مورد طی هماهنگی با درمانگاه روانپزشکی بیمارستان خورشید اصفهان و مطب روانپزشکانی که تمایل به همکاری داشتند از بین مراجعه کنندگانی که به طور متوالی به درمانگاه یا مطب های مربوطه مراجعه می کردند و بر مبنای مصاحبه

بالینی مبتنی بر DSM-IV-TR توسط روانپزشک مبتلاء به حداقل یکی از اختلالات اضطرابی (فویبای اجتماعی، اختلال اضطراب منتشر، اختلال وسواسی جبری و اختلال هراس) بودند انتخاب شدند. شرایط ورود به مطالعه شامل: سن بالای ۱۸ سال، عدم ابتلا به سایر اختلالات روانپزشکی (مانند اختلال سایکوتیک و اختلالات دو قطبی I و II) بر مبنای یک مصاحبه کوتاه ساختار یافته مبتنی بر DSM-IV-TR و تمایل به شرکت در مطالعه بود. پس از دریافت اطلاعات لازم در مورد هدف و روش مطالعه، از بیماران خواسته شد که پرسشنامه تشخیص اختلال طیف دو قطبی را تکمیل نمایند. گروه کنترل از جمعیت عمومی شهر اصفهان با نمونه گیری تصادفی منظم از کارکنان ادارات مختلف، کارکنان و دانشجویان دانشگاه های مختلف و سایر مراکز جمعیتی با همسان سازی متغیرهای سن، جنس و سطح تحصیلات انتخاب گردید، بدین صورت که با توجه به همسان سازی قبلی تعداد زنان و مردان با دامنه سنی و سطح تحصیلات متفاوت مورد نیاز برای پژوهش در هر محیط پژوهشی مشخص گردید و پس از مراجعه به محیط پژوهشی مربوطه و هماهنگی های لازم و تهیه لیست واجدین شرایط ورود به مطالعه از لیست مربوطه با روش تصادفی منظم تعداد افراد مورد نیاز انتخاب و در صورت عدم تمایل هر فرد انتخاب شده برای مشارکت در مطالعه فرد کناری از لیست موجود انتخاب و از وی برای شرکت در مطالعه دعوت شد. پس از انتخاب افراد، ضمن توضیح هدف مطالعه و کاری که وی باید انجام دهد در صورت موافقت با شرکت در مطالعه شرح حال کوتاه ساختار یافته ای مبتنی بر DSM-IV-TR در خصوص علائم اضطرابی در حال حاضر، مصرف داروهای روانپزشکی و سابقه قبلی اختلالات روانپزشکی عمده (مانند اختلالات اضطرابی، اختلال سایکوتیک و اختلالات دو قطبی I و II) اخذ می شد و در صورت اطمینان از عدم ابتلاء به اختلالات فوق الذکر در گذشته و در زمان مصاحبه از آنها نیز

درخواست می شد که پرسشنامه تشخیص اختلال طیف دو قطبی را تکمیل نمایند.

مقیاس تشخیص اختلال طیف دو قطبی یک مقیاس غربالگری اختلالات دو قطبی خفیف (که زیر بالینی، دو قطبی ملایم، اختلال طیف دو قطبی نیز نامیده شده) است که نسخه اصلی آن به وسیله رونالد پی اس طراحی و توسط Ghaemi و همکاران (۱۲) مورد سنجش اولیه قرار گرفته است. این مقیاس یک صفحه ای دارای دو قسمت است، قسمت اول آن حاوی یک داستان کوتاه با مخاطب قرار دادن فرد به عنوان سوم شخص است که در آن ۱۹ جمله در برگیرنده علائم شاخص تجربه نوسانات خلقی گنجانده شده است و در صورت انطباق هر عبارت با وضعیت فرد یک امتیاز به وی تعلق می گیرد و قسمت دوم یک سوال چند گزینه ای است که بر حسب نوع انتخاب نمره ۰-۶ به فرد داده می شود. حداکثر جمع نمرات قابل کسب ۲۵ می باشد. Ghaemi در مطالعه خود نقطه برش تشخیص اختلال طیف دو قطبی را ۱۴ بدست آورد و حساسیت و ویژگی آن را در این نقطه برش به ترتیب ۰/۷۹ و ۰/۸۵ ذکر کرده است (۱۲).

نسخه فارسی این مقیاس توسط Shabani و همکاران تهیه و خصوصیات آن مورد مطالعه قرار گرفت. در این مطالعه نقطه برش آن ۱۴ و حساسیت و ویژگی آن در این نقطه برش به ترتیب ۰/۵۲ و ۰/۷۹ ذکر شده است و ضریب پایانی آن (آلفای کرونباخ) ۰/۸۵ بدست آمده است (۱۳).

این ابزار علی رقم عنوان خود در واقع یک ابزار غربالگری است و تشخیص قطعی اختلالات دو قطبی مستلزم مصاحبه بالینی مبتنی بر DSM-IV-TR است ولی این سیستم تشخیصی نیز ملاک های قاطعی برای تمامی بیماران طیف دو قطبی ندارد، در این مطالعه از این ابزار بعنوان یک ابزار غربالگری مطمئن

استفاده شده است.

تجزیه و تحلیل داده ها با بهره گیری از نرم افزار STATA 10 و آزمون آماری رگرسیون لجستیک همسان شده برای مقایسه نسبت اختلال طیف دو قطبی در گروه شاهد و مورد انجام گرفت.

### یافته ها :

در این مطالعه داده های مربوط به ۲۰۸ نفر از گروه مورد و ۲۰۶ نفر از گروه کنترل مورد آنالیز نهایی قرار گرفت. اطلاعات دو نفر از گروه مورد و ۴ نفر از گروه شاهد به دلیل ناقص بودن پرسشنامه های تکمیل شده کنار گذاشته شد.

با توجه به همسان سازی انجام شده، بین دو گروه از نظر سن، جنس و سطح تحصیلات تفاوت معنی داری وجود نداشت (جدول شماره ۱). توزیع فراوانی و درصد انواع اختلالات اضطرابی در گروه مبتلایان به اختلال اضطرابی به صورت، اختلال وسواسی-جبری ۱۳۲ (۶۳/۲٪)، اختلال اضطراب منتشر ۱۳۸ (۶۶٪)، اختلال فوبیای اجتماعی ۴۵ (۲۱/۵٪) اختلال هراس ۳۱ (۱۴/۸٪) بوده است که بدلیل وجود همزمان بیش از یک نوع اختلال اضطرابی در برخی افراد گروه جمع درصد اختلالات اضطرابی را در گروه مورد را بیش از ۱۰۰ درصد نشان داد. بر اساس پرسشنامه تشخیص اختلالات طیف دو قطبی در مبتلایان به اختلالات اضطرابی (گروه مورد) ۱۵/۸ درصد (۳۲ نفر) از مبتلایان به اختلالات اضطرابی (نمره ۱۴ و بالاتر) و در گروه کنترل ۵/۴ درصد (۱۱ نفر) نمره آزمون ۱۴ و بالاتر داشتند (1.65-6.94=CI %۹۵، OR=۳/۳۸، P<۰/۰۰۱) که با توجه به OR=۳/۳۸ نشان می دهد شانس ابتلا به اختلالات طیف دو قطبی در مبتلایان به اختلالات اضطرابی در مقایسه با جمعیت غیر مبتلاء به اختلالات روانپزشکی حدود ۳ برابر بود.

**جدول شماره ۱: توزیع فراوانی وضعیت سن، جنس و تحصیلات در دو گروه مورد بررسی**

متغیر	گروه	مورد		شاهد		جمع	
		تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد
تحصیلات	ابتدائی و کمتر	۱۰	۴/۹	۸	۳/۹	۱۸	۴/۴
	راهنمایی	۱۶	۷/۹	۱۷	۸/۲	۳۳	۸/۱
	دبیرستان	۸	۳/۹	۸	۳/۹	۱۶	۳/۹
سن	دیپلم و دانشجو	۱۱۲	۵۵/۲	۱۰۴	۵۰/۵	۲۱۶	۵۲/۸
	لیسانس و بالاتر	۵۷	۲۸/۱	۶۹	۳۳/۵	۱۲۶	۳۰/۸
جنس	مرد	۵۷	۲۷/۳	۵۸	۲۸/۲	۱۱۵	۲۷/۷
	زن	۱۵۲	۷۲/۷	۱۴۸	۷۱/۸	۳۰۰	۷۲/۳
سن	۱۴-۱۹	۱۷	۸/۲	۱۶	۷/۸	۳۳	۸
	۲۰-۴۴	۱۷۴	۸۳/۷	۱۷۴	۸۴/۵	۳۴۸	۸۴
	۴۵-۵۹	۱۷	۸/۲	۱۶	۷/۸	۳۳	۸

$P > 0/05$  بین دو گروه در همه متغیرها گروه مورد: مبتلایان به اختلال اضطراب گروه کنترل: جمعیت عمومی

با افزایش تعداد اختلالات اضطرابی در هر فرد احتمال مبتلاء بودن به اختلالات طیف دو قطبی افزایش می یابد، گرچه این روند از لحاظ آماری معنی دار نیست ( $P=0/54$ ) ولی از لحاظ کلینیکی اهمیت دارد (جدول شماره ۲).

**جدول شماره ۲: توزیع فراوانی و درصد اختلال طیف دو قطبی در گروه مورد بر حسب تعداد اختلال اضطرابی**

وضعیت ابتلا	مبتلا (نمره بیشتر یا مساوی ۱۴)		غیر مبتلا (نمره کمتر از ۱۴)		جمع	
	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد
یک نوع اختلال اضطرابی	۱۱	۱۱/۸	۸۲	۸۸/۲	۹۳	۱۰۰
دو نوع اختلال اضطرابی	۱۰	۱۴/۱	۶۵	۸۵/۹	۷۱	۱۰۰
سه نوع اختلال اضطرابی	۹	۳۳/۳	۱۸	۶۶/۷	۲۴	۱۰۰
چهار نوع اختلال اضطرابی	۲	۲۸/۶	۵	۷۱/۴	۷	۱۰۰
جمع	۳۲	۱۵/۹	۱۷۰	۸۴/۲	۲۰۲	۱۰۰

**بحث:**

این مطالعه با هدف مقایسه فراوانی اختلالات طیف دو قطبی در مبتلایان به اختلالات اضطرابی تحت درمان در کلینیک های سرپایی شهر اصفهان با گروه کنترل بوده که به صورت یک مطالعه مقطعی در دو گروه مبتلاء به حداقل یک اختلال اضطرابی و یک گروه کنترل با بهره گیری از مصاحبه بالینی مبتنی بر DSM-IV برای تشخیص اختلالات اضطرابی و پرسشنامه تشخیص اختلالات طیف دو قطبی برای تشخیص اختلالات طیف دو قطبی انجام شده است.

مطالعه حاضر نشان داد احتمال مبتلاء بودن به اختلالات طیف دو قطبی در مبتلایان به اختلالات اضطرابی حدود ۱۵/۸ درصد و در گروه کنترل ۵/۴ درصد بوده است (با شانس ابتلاء ۳/۳۸ برابر در مبتلایان به اختلالات اضطرابی). این در حالی است که این افراد با تشخیص اختلالات اضطرابی بدون توجه به ابتلاء همزمان به اختلال طیف دو قطبی تحت درمان بوده اند.

اگر چه بروز همزمان علائم یک اختلال اضطرابی و دوره های افسردگی در افراد مبتلاء به یک اختلال دو قطبی از دهه های گذشته مورد توجه بوده و در مواردی همچون بروز همزمان اختلال وسواس با اختلال دو قطبی (نوع I و II) یک چالش درمانی جدی بوده است (۱۴).

ولی ورود مفهوم بالینی به نام اختلال طیف دو قطبی یا دو قطبی ملایم به ادبیات بالینی روانپزشکی و تحقیقات پیرامون این مفهوم در دهه اخیر نگرش روانپزشکان به اختلال دو قطبی را از یک اختلال با شیوع ۱ درصد با دوره های واضح مانیا یا هیپومانیا به اختلالی با شیوع ۶-۵ درصد در جمعیت عمومی و تا ۵۰ درصد در مبتلایان به افسردگی با تابلوی بالینی مبهم و سر در گم کننده تغییر داده است (۱۵، ۱۶).

از یافته های بالینی مهم در تحقیقات سال های اخیر شیوع بالای اختلالات اضطرابی در کسانی بوده که بر اساس تعاریف جدید مبتلاء به اختلال طیف دو قطبی

شناخته می شوند (۱۰). از طرف دیگر تاریخچه ای از دوره های مانیک یا هیپومانیک در بیماران مبتلا به اختلالات اضطرابی از قبیل گذر هراسی و اختلال هراس نیز به وفور مشاهده شده است (۷).

تشخیص اختلال طیف دو قطبی بطور اولیه بندرت اتفاق می افتد و در حال حاضر این افراد ابتدا به دلایل دیگری همچون افسردگی مقاوم به درمان، خودکشی، اختلالات رفتاری، سوء مصرف مواد مورد توجه قرار گرفته و در روند درمان ممکن است وجود اختلال طیف دو قطبی به عنوان تشخیص زیربنایی و در موارد زیادی پس از مدت های طولانی و با بروز عوارض متنوع همچون مقاومت به درمان، شکست های درمانی متعدد و افت عملکرد بارز شناخته شود (۱). مجموعه یافته های فوق بیانگر این واقعیت است که عدم حساسیت از سوی روانپزشکان به احتمال مبتلاء بودن به اختلالات طیف دو قطبی در کسانی که با علائم اضطرابی - افسردگی مراجعه می کنند ممکن است با تبعات جبران ناپذیری همراه شود. چرا که همراهی اختلال دو قطبی با اختلالات اضطرابی تاثیر مخرب قابل ملاحظه ای بر بهبودی از فاز افسردگی، عملکرد شغلی و اجتماعی داشته و احتمال سوء مصرف مواد و اقدام به خودکشی را افزایش می دهد (۱۰، ۱۱). مطالعات نشان می دهد افراد مبتلاء به اختلال طیف دو قطبی و خانواده هایشان کاهش عملکرد، کیفیت زندگی و امید به زندگی را تجربه می کنند (۸).

همپوشانی اختلالات اضطرابی با دو قطبی ملایم می تواند تشخیص و درمان را پیچیده کند. بسیاری از بیماران مبتلا به اختلالات اضطرابی تحت درمان با ضد افسردگی ها قرار می گیرند ولی به این داروها پاسخ نداده یا پاسخ ناچیز می دهند و تعدادی از آنها دچار بی ثباتی در تابلوی بالینی شده و عملاً عملکرد و کیفیت زندگیشان در اثر این درمانها بدتر می شود که نشان دهنده اهمیت لزوم تشخیص به موقع دو قطبی ملایم در بیماران مبتلا به اختلالات اضطرابی و رویکرد درمانی مبتنی بر وجود

همزمان این دو اختلال است. تشخیص به موقع همزمانی اختلالات اضطرابی با قطبی ملایم و مداخله مناسب مانند تجویز داروهای تثبیت کننده خلق به جای ضد افسردگی ها می تواند از بروز بسیاری از عوارض پیشگیری نموده و عملکرد و کیفیت زندگی مبتلایان را بهبود بخشد (۱۷). شانس ابتلاء بیش از ۳ برابری به اختلالات طیف دو قطبی در مبتلایان به اختلالات اضطرابی در مقایسه با جمعیت عمومی (مبتنی بر مطالعه حاضر) در مورد اختلالی با فراوانی نسبی ۵/۴ درصد، مورد غفلت بودن این موضوع از سوی روانپزشکان در شهر اصفهان و مد نظر قرار دادن تبعات این غفلت بر اساس مطالعات فوق الذکر لزوم انجام مطالعات بیشتر در سایر مناطق ایران را مطرح نموده و بیانگر ضرورت پرداختن بیشتر به این موضوع را در برنامه های آموزش رزیدنتی و باز آموزی های روانپزشکی گوشزد می نماید.

### نتیجه گیری:

مجموعه این یافته ها بیانگر این واقعیت است که در حیطه بالینی توجه به احتمال وجود همزمان اختلالات

طیف دو قطبی در کسانی که با تابلوی بالینی اختلالات اضطرابی مراجعه می کنند و تشخیص زود هنگام این ابتلاء همزمان به این دو دسته از اختلالات برای اتخاذ برنامه درمانی و نتایج مناسب و پرهیز از بروز عوارض ناشی از درمانهای نامناسب از اهمیت ویژه ای برخوردار است. این موضوع با افزایش تعداد اختلالات اضطرابی همزمان در فرد اهمیت بیشتری پیدا می کند چرا که مطالعه ما نشان داد با افزایش تعداد اختلالات اضطرابی در یک فرد احتمال مبتلاء بودن به اختلالات طیف دو قطبی نیز بیشتر می شود.

### تشکر و قدردانی:

بدینوسیله از جناب آقای دکتر سید غفور موسوی و سرکار خانم دکتر صفا مقصود لو که در جمع آوری داده های ای پژوهش همکاری داشتند قدردانی می شود و همچنین از کلیه افرادی که با قبول شرایط در مطالعه حاضر شرکت نموده و مورد بررسی در دو گروه مورد و شاهد قرار گرفتند قدردانی می شود. از مرکز تحقیقات علوم رفتاری دانشگاه علوم پزشکی اصفهان که پژوهشگران را در کلیه مراحل تصویب و اجراء این مطالعه راهنمایی نمودند سپاسگزاریم.

### منابع:

1. Benjamin JS, Virginia AS. In: Sadoc K. Comprehensive text book of psychiatry. 9<sup>th</sup> ed. Lippincott: Williams & Wilkins; 2009. p: 1629-30.
2. Altindag A, Yanik M, Nebioglu M. The comorbidity of anxiety disorders in bipolar I Patients. *Isr J Psychiatry Relat Sci.* 2006; 43(1): 10-15.
3. Simon NM, Otto MW, Wisniewski S, Fossey M, Sagduyu K, Frank E, et al. Anxiety disorder co morbidity in bipolar disorder patients: data from the first participants in the systemic treatment enhancement program for bipolar disorder (STEP-BD). *Am J Psychiatry.* 2004 Dec; 161(12): 2222-9.
4. Chen YM, Dilsaver SC. Comorbidity for obsessive-compulsive disorder in bipolar and unipolar disorders. *Psychiatry Res.* 1995; 59(1-2): 57-64.
5. Perugi G, Akiskal HS, Pfanner C, Presta S, Gemigani A, Milan FA. The clinical impact of bipolar and unipolar affective comorbidity on obsessive-compulsive disorder. *J Affect Disord.* 1997 Oct; 46(1): 15-23.
6. Perugi G, Akiskal HS, Ramacciotti S. Depressive co morbidity of Panic, social phobic and obsessive compulsive compulsive disorders re-examined: is there a bipolar II connection?. *J Psychiatr Res.* 1999 Jan-Feb; 33(1): 53-61.

7. Savino M, Perugi G, Simonini E, Soriani A, Cassano GB, Akiskal HS. Affective comorbidity in panic disorder: is there a bipolar connection?. *J Affect Disord.* 1993 Jul; 28(3): 155-63.
8. Dunner DL. Clinical consequences of under-recognized bipolar spectrum disorder. *Bipolar Disord.* 2003 Dec; 5(6): 456-63.
9. Himmelhoch JM. Social anxiety, hypomania and the bipolar spectrum: data, theory and Clinical issues. *J Affect Disord.* 1998; 50(2-3): 203-13.
10. Boylan KR, Bieling PJ, Marriott M, Begin H, Young T, Macqueen GM. Impact of comorbid anxiety disorders on outcome in a cohort of patients with bipolar disorder. *J Clin Psychiatry.* 2004; 65(8): 1106-13.
11. Keller MB. Prevalence and impact of comorbid anxiety and bipolar disorder. *J Clin Psychiatry.* 2006; 67 (Suppl 1): 5-7.
12. Ghaemi SN, Miller CJ, Berv DA, Klugman J, Rosenquist KJ, Pies RW. Sensitivity and specificity of the bipolar spectrum diagnostic scale for detecting bipolar disorder. *J Affect Disord.* 2005; 84(2-3): 273-7.
13. Shabani A, Koohi-Habibi L, Nojomi M, Chimeh N, Ghaemi SN, Soleimani N. The Persian bipolar spectrum diagnostic scale and mood disorder questionnaire in screening the patients with bipolar disorder. *Arch Iran Med.* 2009; 12(1): 41-7.
14. Magalhaes PV, Kapczinski NS, Kapczinski F. Correlates and impact of obsessive-compulsive comorbidity in bipolar disorder. *Compr Psychiatry.* 2010; 51(4): 353-6.
15. Pies R. The softer end of the bipolar spectrum. *J Psychiatr Pract.* 2002; 8(4): 189-95.
16. Katzow JJ, Hsu DJ, Ghaemi SN. The bipolar spectrum: a clinical perspective. *Bipolar Disord.* 2003; 5(6): 436-42.
17. Manning JS. Bipolar disorder in primary care: the bipolar spectrum is larger than was once believed and misdiagnosis can lead to an unfavorable treatment response. *J Fam Pract.* 2003; 52(suppl 1): 6-9.



## Frequency of bipolar spectrum disorders in those who are managing as a case of anxiety disorder in outpatient clinics of Isfahan (Iran)

Kheirabadi GR (MD)<sup>1\*</sup>, Maracy MR (PhD)<sup>2</sup>, Soltaninia F (MD)<sup>3</sup>, Marofi M (MD)<sup>4</sup>

<sup>1</sup>Behavioral Sciences Research Center, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran,

<sup>2</sup>Epidemiology and Statistical Dept., Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran,

<sup>3</sup>Blood transfusion center, Karaj, Iran, <sup>4</sup>Psychiatry Dept., Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran.

Received: 30/Jan/2011

Revised: 29/May/2011

Accepted: 7/Aug/2011

**Background and aims:** Recent evidence showed significant rate of anxiety co-morbidity in patients with a diagnosed bipolar disorder. In this research we tried to study the rate of bipolar spectrum disorder (soft bipolarity) in those who are treating with anxiety disorder diagnosis.

**Methods:** In this descriptive-analytic study, 210 patients with a diagnosed anxiety disorder were selected from out patient's clinics and clinic of Noor general hospital in Isfahan (Iran). 210 persons from general population were selected as control. Bipolar spectrum diagnostic scale (BSDS) was used as screening tool of bipolar disorder. Data were analyzed using X square and logistic regression.

**Results:** Considering the homologizing between 2 groups, there was no significant difference regarding age, genders and educational level between 2 groups. Bipolar spectrum disorder was 15.8% in patients with anxiety disorders (case group) and 5.4% in the control group ( $P < 0.001$ ,  $OR = 3.38$ ,  $CI_{95\%} = 1.65-6.94$ ). This finding means that the probability of bipolar spectrum disorder in patients with anxiety disorders was about 3 times the control group.

**Conclusion:** Co-morbidity of bipolar spectrum disorder (soft bipolarity) is significantly more prevalent in those with a diagnosed anxiety disorders than control group and needs to be considered in prognostication and treatment of the patients with anxiety disorders.

**Keywords:** Anxiety disorder, Anxiety, Bipolar disorder, Bipolar.

Cite this article as: Kheirabadi GR, Maracy MR, Soltaninia F, Marofi M. [Frequency of bipolar spectrum disorders in those who are managing as a case of anxiety disorder in outpatient clinics of Isfahan (Iran). J Sharekord Univ Med Sci. 2012 Feb, March; 13(6): 83-91.]Persian

---

**\*Corresponding author:**

Behavioral Sciences Research Center, Khorshid hospital, Ostandari St. Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran, Tel: 00983112222135, Email:kheirabadi@bsrc.mui.ac.ir