

ارتباط تظاهرات بالینی با ویژگی‌های جمعیت شناختی در بیماران فاز مانیای اختلال دوقطبی I

دکتر شاهرخ امیری*، دکتر سیدمحمدعلی قریشی زاده**

چکیده

مقدمه: نظر به اهمیت ویژگی‌های جمعیت‌شناختی و بالینی بیماران مبتلا به اختلال دوقطبی، در پیش‌آگهی و سیر این اختلال، پژوهش حاضر با هدف بررسی ارتباط تظاهرات بالینی اختلال دوقطبی I در فاز مانیا با ویژگی‌های جمعیت‌شناختی و برخی ویژگی‌های همه‌گیرشناختی انجام شد.

مواد و روش کار: در این پژوهش یکصد بیمار (۶۵ مرد، ۳۵ زن) بستری مبتلا به دوره مانیا، به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. برای تشخیص، مصاحبه بالینی بر پایه ملاک‌های تشخیصی *DSM-IV-TR* به‌کار برده شد. شدت بیماری بر پایه طول مدت بستری و نمره مقیاس ارزیابی عملکرد کلی (*GAF*) تعیین گردید. داده‌ها به کمک روش‌های آماری توصیفی، آزمون آماری تحلیل واریانس و آزمون *t* تحلیل شدند.

یافته‌ها: این بررسی شمار روزهای بستری در زنان (میانگین ۴۴/۷ روز) را بیشتر از مردان (میانگین ۳۳/۵ روز) نشان داد. هم‌چنین بین نمره *GAF* بیماران و شمار روزهای بستری همبستگی معکوس دیده شد.

نتیجه‌گیری: میانگین روزهای بستری بیمارستانی زنان مبتلا به اختلال مانیک بیشتر از مردان بود. هر اندازه نمره *GAF* بیماران در هنگام بستری شدن کمتر باشد، شمار روزهای بستری بیمارستانی آنها بیشتر خواهد بود.

:

است. احتمال عود در بیش از ۹۰٪ بیماران وجود دارد

(پال^۱ و کک^۲، ۲۰۰۲) و بار اقتصادی زیادی را بر بیماران، خانواده آنها و جامعه تحمیل می‌کند (کلین من^۳

اختلال دوقطبی، یک اختلال روان‌پزشکی شایع،

شدید، عودکننده و یک مشکل بزرگ بهداشت عمومی

* دستیار فوق تخصصی روانپزشکی کودک و نوجوان، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی- درمانی تهران. تهران، خیابان کارگر جنوبی، بیمارستان روزبه (نویسنده مسئول).
E-mail: sh_amiri@razi.tums.ac.ir

** روانپزشک، استاد دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی- درمانی تبریز. تبریز، جاده ائل گلی، مرکز آموزشی- درمانی تبریز.

1- Paul

2- Keck

3- Kleinman

و همکاران، ۲۰۰۳).

در زمینه ارتباط ویژگی‌های بالینی با ویژگی‌های جمعیت‌شناختی بیماران، در ایران جای بررسی‌های گسترده خالی است. هندریک^۱، آلتشولر^۲، گیتلین^۳، دلرحیم^۴ و هامن^۵ (۲۰۰۰) نشان دادند که تفاوت معنی‌داری بین دو جنس، از نظر میزان شیوع، سن شروع، شمار دوره‌های افسردگی و مانیا و شمار بستری بیمارستانی در دوره افسردگی اختلال دوقطبی I وجود ندارد، اما در فاز مانیا زنان به‌طور چشم‌گیری بیشتر از مردان بستری می‌شوند.

نوع تندچرخ^۶ و دوره مانیا مختلط در زنان بسیار شایع‌تر (لینفلت^۷، ۱۹۹۶) و سیر اختلال نیز در میان زنان و مردان متفاوت است. در زنان مبتلا، اختلال‌های تیروئیدی، میگرن، چاقی و اختلال‌های اضطرابی و در مردان، اختلال‌های وابسته به مواد بیشتر دیده می‌شود (آرنولد^۸، ۲۰۰۳؛ فری^۹ و همکاران، ۲۰۰۳).

از آن‌جا که در کشور ما ایران، پژوهش‌های اندکی در این زمینه انجام شده است، نیاز به انجام بررسی احساس شد. هدف اصلی پژوهش حاضر، بررسی ارتباط اشکال بالینی و شدت اختلال دوقطبی I در فاز مانیا با ویژگی‌های جمعیت‌شناختی و برخی ویژگی‌های همه‌گیرشناختی بود. پرسش اصلی پژوهش آن بوده است که آیا میان ویژگی‌های جمعیت‌شناختی و همه‌گیرشناختی و نشانه‌های بالینی و شدت اختلال دوقطبی ارتباطی هست؟ آیا برخی ویژگی‌های جمعیت‌شناختی و همه‌گیرشناختی می‌توانند نشانگر شدت و سیر اختلال باشند؟

این پژوهش از نوع توصیفی - مقطعی است. صد نفر از بیماران مبتلا به دوره مانیا اختلال دوقطبی I و بستری در بیمارستان رازی تبریز، از آغاز مهر ۱۳۸۱ تا پایان شهریور ۱۳۸۲ به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند.

معیارهای شرکت در پژوهش عبارت بودند از داشتن تشخیص یکی از شکل‌های بالینی مانیا بر پایه معیارهای DSM-IV-TR (انجمن روانپزشکی آمریکا^{۱۰}، ۲۰۰۰) و داشتن سن ۱۸ تا ۶۰ سال. معیارهای حذف عبارت بودند از مانیای ناشی از سوءمصرف، وابستگی یا ترک مواد و یا دارو و مانیای ناشی از اختلال طبی عمومی.

ابزار تشخیصی شامل دو مصاحبه بالینی نیمه‌ساختار یافته بر پایه معیارهای DSM-IV-TR در هنگام پذیرش و ترخیص بیماران بود. هم‌چنین از اطلاعات نوشته شده در پرونده بیماران در صورت بستری‌های پیشین بهره گرفته شد.

برای گردآوری داده‌های مربوط به ویژگی‌های جمعیت‌شناختی و همه‌گیرشناختی بیماران، پرسش‌نامه‌ای که به این منظور تهیه شده بود به کار برده شد. مصاحبه و تشخیص توسط روانپزشک، انجام شد.

برای اجرای پژوهش نخست با بیمار مصاحبه شد و درباره برخی اطلاعات جمعیت‌شناختی از جمله سن، جنس، تحصیلات، وضعیت تأهل، شغل، محل زندگی، سابقه سوءمصرف مواد، سابقه اختلال روانی در خانواده، شمار بستری‌های احتمالی و شدت بیماری پرسش شد. در زمینه مصرف سیگار، داشتن ملاک وابستگی در هنگام انجام بررسی و در مورد مواد افیونی و حشیش، داشتن ملاک وابستگی در هنگام بررسی یا زمانی در طول زندگی ارزیابی گردید. شدت بیماری بر پایه طول مدت بستری در بیمارستان و نمره مقیاس ارزیابی عملکرد کلی^{۱۱} (GAF) توسط نویسنده اول مقاله و با نظارت استاد بخش تعیین شد. در این ارزیابی عملکرد بیمار در هنگام بررسی سنجیده شده و بیانگر

1- Hendrick
2- Altshuler
3- Gitlin
4- Delrahim
5- Hammen
6- rapid cycling
7- Leibenluft
8- Arnold
9- Frye
10- American Psychiatric Association
11- Global Assessment of Functioning Scale

عملکرد بیمار در فاز حاد بیماری بوده است. سپس ویژگی‌های بالینی و شدت بیماری با ویژگی‌های جمعیت‌شناختی و برخی ویژگی‌های همه‌گیرشناختی بیماران مقایسه شدند. برای تحلیل داده‌ها، از روش‌های آماری تحلیل واریانس، آزمون t و آزمون خی‌دو و ضریب همبستگی پیرسون بهره گرفته شد.

در جدول ۱ برخی ویژگی‌های جمعیت‌شناختی و در جدول ۲ ویژگی‌های بالینی بیماران نشان داده شده است.

جدول ۱- توزیع فراوانی آزمودنی‌های پژوهش برحسب متغیرهای جمعیت‌شناختی (n=100)

متغیر	فراوانی (%)
سن	۱۸-۳۲ سال ۶۰ (۶۰)
	۳۳-۴۶ سال ۲۹ (۲۹)
	۴۷-۶۰ سال ۱۱ (۱۱)
جنس	مرد ۶۵ (۶۵)
	زن ۳۵ (۳۵)
وضعیت تأهل	مجرد ۴۴ (۴۴)
	متاهل ۴۵ (۴۵)
	متارکه کرده ۱۱ (۱۱)
وضعیت شغلی	بیکار ۶۳ (۶۳)
	محصل یا دانشجوی ۷ (۷)
	شغل آزاد ۶ (۶)
تحصیلات	کارمند ۴ (۴)
	کشاورز ۶ (۶)
	کارگر ۱۲ (۱۲)
	از کار افتاده ۲ (۲)
محل زندگی	بی‌سواد ۱۵ (۱۵)
	ابتدایی ۲۴ (۲۴)
	راهنمایی یا دبیرستان ۳۶ (۳۶)
محل زندگی	دیپلمه ۲۱ (۲۱)
	دانشگاهی ۴ (۴)
	شهر ۶۳ (۶۳)
	روستا ۳۷ (۳۷)

بیشتر بیماران مورد بررسی مرد بودند و در شهر زندگی می‌کردند. بیشتر آنها یا بی‌سواد بودند و یا تحصیلات زیر دیپلم داشتند. ۷۶٪ از آنها در گذشته دست کم دو بار بستری شده بودند. میانگین روزهای بستری در بیمارستان برای مردان ۳۳/۵ روز (انحراف معیار ۲۷/۲) و در زنان ۴۴/۷ روز (انحراف معیار ۲۶/۶) بود.

میانگین نمره GAF مردان در هنگام بستری ۳۱/۴ (انحراف معیار ۷/۲) و در زنان ۲۸/۸۵ (انحراف معیار ۸/۳) بود.

جدول ۲- توزیع فراوانی آزمودنی‌های پژوهش برحسب متغیرهای بالینی (n=100)

متغیر	فراوانی (%)
اشکال بالینی	
الف- مانای کلاسیک	۹۱ (۹۱)
با ویژگی‌های تندچرخشی	
مرد	۱۰ (۱۰)
زن	۲ (۲)
بدون ویژگی‌های تندچرخشی	
مرد	۵۱ (۵۱)
زن	۲۸ (۲۸)
ب- مانای مختلط	۹ (۹)
مرد	۴ (۴)
زن	۵ (۵)
شمار دفعات بستری	
یکبار	۲۴ (۲۴)
دوبار	۲۱ (۲۱)
سه بار و بیشتر	۵۵ (۵۵)
سابقه استفاده از مواد	
سیگار	۴۸ (۴۸)
مواد افیونی	۱۲ (۱۲)
الکل	۱۲ (۱۲)
حشیش	۴ (۴)
سابقه اختلال روانی در خانواده	
افسردگی یک قطبی	۱۱ (۱۱)
اختلال دوقطبی	۲۳ (۲۳)
خودکشی	۵ (۵)
اسکیزوفرنیا	۲ (۲)
اختلال وسواسی - اجباری	۱ (۱)

در این بررسی بین اشکال بالینی مانیا و جنس بیماران از نظر آماری ارتباط معنی دار دیده نشد. هرچند شکل بالینی تندچرخشی در مردان بیشتر از زنان بود (جدول ۲). هم‌چنین ارتباط معنی داری بین اشکال بالینی بیماری با شغل بیماران، وضعیت تأهل، وضعیت تحصیل، محل زندگی و سابقه مصرف مواد در بیماران و سابقه اختلال روانی در خانواده آنها یافت نشد.

بین شمار روزهای بستری در بیمارستان و اشکال بالینی مانیا نیز رابطه معنی دار آماری دیده نشد. در مقایسه شمار روزهای بستری در بیمارستان بین زنان و مردان نیز تفاوت معنی دار بود. میانگین روزهای بستری در زنان ۴۴/۷ روز و در مردان ۳۳/۵ روز بود.

در این بررسی ارتباط معنی داری بین شمار روزهای بستری در بیمارستان و وضعیت شغلی بیماران، وضعیت تأهل، وضعیت تحصیل، سن، شمار دفعات بستری و محل زندگی آنان دیده نشد.

بررسی ارتباط میان نمره GAF بیماران و شمار روزهای بستری، رابطه‌ای معکوس (ضریب همبستگی پیرسون) بین این دو متغیر نشان داد ($p < 0/001$ ، $r = -0/40$). به بیان دیگر هرچه نمره GAF بیماران در هنگام نخستین مصاحبه (موقع بستری) بالاتر بود، روزهای بستری کمتری داشتند.

در این پژوهش، بین نمره GAF و جنس بیماران، وضعیت شغلی، وضعیت تأهل، وضعیت تحصیل، سن، دفعات بستری و هم‌چنین محل زندگی آنان از نظر آماری ارتباطی دیده نشد.

در این پژوهش میانگین سن بیماران مورد بررسی ۳۰/۹ سال، میانگین سن شروع بیماری ۲۲/۶ سال و میانگین سن نخستین بستری بیماران ۲۴/۱ سال بود. پایین بودن میانگین سنی جمعیت مورد بررسی با یافته فوگارتی^۱، راسل^۲، نیومن^۳ و بلند^۴ (۱۹۹۴) هم‌خوانی دارد. پایین بودن سن شروع اختلال دوقطبی I می‌تواند علت‌های گوناگونی داشته باشد؛ از جمله نقش ژنتیک در ایجاد اختلال (سادوک^۵ و سادوک، ۲۰۰۰)، موضوع پیش‌بینی (در نسل‌های متوالی شدت اختلال دوقطبی

افزایش می‌یابد و سن شروع بیماری کاهش می‌یابد)، (همان‌جا) و به‌کار نبردن راهبردهای مقابله‌ای برای سازگاری با عوامل استرس‌زا در جوانان.

این بررسی هم‌چنین نشان‌دهنده آن است که بین سن شروع بیماری، سن نخستین بستری و میانگین سنی بیماران با اشکال بالینی مانیا، شمار روزهای بستری و نمره GAF آنها ارتباطی وجود ندارد. این یافته نیز با یافته‌های گزارش شده از سوی هاگوپ^۶، الی^۷ و مارک^۸ (۱۹۹۸) و مک‌الروی^۹ و همکاران (۱۹۹۵) هم‌سو است. کسیدی^{۱۰} و کارول^{۱۱} (۲۰۰۱)، لیبلفت (۱۹۹۶) و توندو^{۱۲} و بالدسارینی^{۱۳} (۱۹۹۸) نشان دادند که مانیای مختلط و تندچرخشی در زنان شایع‌تر است. اما در بررسی حاضر مانیای مختلط تقریباً در دو جنس یکسان (۴ مرد و ۵ زن) و تندچرخشی در مردان شایع‌تر بود. شاید بالا بودن درصد مردان در این بررسی دلیل ناهمخوانی با سایر بررسی‌ها باشد.

مایکل^{۱۴}، ریچارد^{۱۵} و فیلیپ^{۱۶} (۲۰۰۱) اختلال دوقطبی I را در افراد مجرد و طلاق گرفته بیشتر از افراد متأهل و شمار زیادی از بیماران را بیکار یا از کارافتاده گزارش نمودند. هم‌سو با این یافته‌ها، این بررسی نیز تنها ۴۵٪ بیماران را متأهل و ۶۵٪ بیماران مانیک مورد بررسی را بیکار و یا از کارافتاده نشان داد.

علت بالا بودن بیماری در افراد مجرد و متارکه کرده، شروع زودرس بیماری و اختلال عملکرد ناشی از بیماری است که ناهماهنگی زناشویی را در پی دارد. هم‌چنین شروع زودرس بیماری و میزان بالای ناتوانی ناشی از بیماری مانع اشتغال بیماران شده و یا موجب از دست دادن شغل مبتلایان و افزایش از کارافتادگی آنها می‌شود.

در این پژوهش، میزان تحصیلات ۷۵ درصد بیماران زیر دیپلم بود. شاید پایین بودن سطح تحصیلات بیماران مانیک، ناشی از شروع نسبتاً زود هنگام بیماری

1- Fogarty	2- Russell
3- Newman	4- Bland
5- Sadock	6- Hagop
7- Elie	8- Marc
9- McElroy	10- Cassidy
11- Carroll	12- Tondo
13- Baldessarini	14- Michael
15- Richard	16- Philip

باشد یا اینکه بیماران با تحصیلات بالا از بستری شدن در بیمارستان رازی تبریز خودداری کرده باشند. در پژوهشی که هاگوپ و همکاران (۱۹۹۸) انجام دادند، نشان دادند که ۶۷٪ بیماران مانیک در گذشته چندین بار بستری شده‌اند. در پژوهش حاضر نیز ۷۶٪ بیماران مانیک مورد بررسی دو بار یا بیشتر سابقه بستری داشتند. علت این مسئله می‌تواند ماهیت عودکننده و دوره‌ای این اختلال و رعایت نکردن دستورات دارویی باشد.

در این بررسی ۴۸٪ سیگاری بودند، ۱۶٪ سابقه مصرف مواد افیونی و حشیش را داشتند و ۱۲٪ مصرف گاهگاهی الکل را یادآور شدند. در بررسی ایتکین^۱، نمتس^۲ و اینات^۳ (۲۰۰۱) مصرف سیگار در ۴۳٪ بیماران دوقطبی گزارش شده که با یافته‌های این پژوهش هم‌خوانی دارد. در پژوهش فری و همکاران (۲۰۰۳) نشان داده شد که ۴۹٪ مردان و ۲۹٪ زنان مبتلا به اختلال دوقطبی به طور هم‌زمان الکل نیز مصرف می‌کردند که نسبت به جمعیت عمومی بالاتر است. این یافته نیز با یافته‌های پژوهش حاضر هم‌خوانی ندارد. کم‌بودن مصرف الکل در مبتلایان به مانیا در بیماران مورد بررسی این پژوهش شاید به دلیل ممنوع بودن مصرف الکل در کشور ما باشد.

۳۵٪ از بیماران مورد بررسی در این پژوهش سابقه خانوادگی اختلال روانی داشتند که شایع‌ترین آنها، اختلال دوقطبی (۲۳٪) و پس از آن افسردگی یک قطبی (۱۱٪) بود. این امر بیانگر نقش ژنتیک در سبب‌شناسی اختلال دوقطبی I می‌باشد.

میانگین روزهای بستری بیمارستانی در زنان بیشتر از مردان بود. هندریک و همکاران (۲۰۰۰) دریافتند که زنان در فاز مانیای اختلال دوقطبی I بیشتر از مردان بستری می‌شوند.

میانگین نمره GAF (در بیماران مانیک مورد بررسی) در مردان ۳۱/۴ و در زنان ۲۸/۸۵ بود و بین نمره GAF بیماران در هنگام بستری شدن و شمار روزهای بستری بیمارستانی آنها همبستگی معکوس به‌دست آمد. به بیان دیگر هرچه نمره GAF بیماران در

هنگام بستری شدن بالاتر باشد، شمار روزهای بستری بیمارستانی آنها کمتر می‌شود. این یافته نشان می‌دهد که نمره GAF هنگام بستری بیماران در پیش‌آگهی سیر بیماری و شمار روزهای بستری می‌تواند کمک‌کننده باشد.

شاید زیاد بودن شمار روزهای بستری بیمارستانی موارد مانیا در زنان، ناشی از پاسخ‌دهی ضعیف آنها در برابر درمان‌های رایج مانیا باشد که موجب طولانی شدن مدت درمان آنها می‌شود. به خاطر افزایش هزینه درمانی این گروه، باید از نظر انتخاب داروی مناسب و مقدار مصرف دارو تدابیر لازم اندیشیده شود.

به‌طور کلی این بررسی نشان داد که میانگین روزهای بستری موارد مانیا در زنان بیشتر از مردان است، شاید افزایش مدت بستری زنان ناشی از کمتر بودن حمایت‌های خانوادگی آنها باشد.

یکی از محدودیت‌های پژوهش حاضر انجام آن بر روی موارد شدید و بستری است و هم‌چنین در این پژوهش بسیاری از عوامل مؤثر بر تظاهرات بالینی بررسی نشدند.

پیشنهاد می‌شود پژوهش‌هایی با حجم نمونه بیشتر و به شکل چند مرکزی انجام شود و بیماران سرپایی نیز شرکت داده شوند.

از استادان، دستیاران و کارکنان ارجمند بیمارستان رازی تبریز که در انجام این بررسی همکاری داشته‌اند سپاسگزاری می‌شود.

دریافت مقاله: ۱۳۸۲/۱۱/۱۵؛ دریافت نسخه نهایی: ۱۳۸۳/۳/۲۳

پذیرش مقاله: ۱۳۸۳/۵/۷

American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4th ed., Text Revised)*. Washington, D.C.: APA.

- Arnold, L. M. (2003). Gender differences in bipolar disorder. *Psychiatric Clinics of North America*, 26, 595-620.
- Cassidy, F., & Carroll, B. J. (2001). The clinical epidemiology of pure and mixed manic episodes. *Bipolar Disorders*, 3, 35-40.
- Fogarty, F., Russell, J. M., Newman, S. C., & Bland, R. C. (1994). Epidemiology of psychiatric disorders in Edmonton. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 376 (Suppl.), 16-23.
- Frye, M. A., Altshuler, L. L., McElroy, S. L., Suppes, T., Keck, P. E., Denicoff Nolen, W. A., Kupka, R., Leverich, G. S., Pollio, C., Grunze, H., & Walden, J. (2003). Gender differences in prevalence, risk and clinical correlate alcoholism comorbidity in bipolar disorder. *American Journal of Psychiatry*, 160, 883- 889.
- Hagop, S., Elie, G., & Marc, L. (1998). Gender, temperament, and the clinical picture in dysphoric mixed mania. *Journal of Affective Disorders*, 50, 175-186.
- Hendrick, V., Altshuler, L. L., Gitlin, M. J., Delrahim, S., & Hammen, C. (2000). Gender and bipolar illness. *Journal of Clinical Psychiatry*, 61, 393-396.
- Itkin, O., Nemets, B., & Einat, H. (2001). Smoking habits in bipolar and schizophrenic outpatients in Southern Israel. *Journal of Clinical Psychiatry*, 62, 269-272.
- Kleinman, L., Lowin, A., Flood, E., Gandhi, G., Edgell, E., & Revicki, D. (2003). Costs of bipolar disorder. *Pharmacoeconomics*, 21, 601-622.
- Leibenluft, E. (1996). Women with bipolar illness: Clinical and research issues. *American Journal of Psychiatry*, 153, 163-173.
- McElroy, S. L., Strakowski, S. M., Keck, P. E., Tugrul, K. L., West, S. A., & Lonczak, H. S. (1995). Differences and similarities in mixed and pure mania. *Comprehensive Psychiatry*, 36, 187-194.
- Michael, G., Richard, M., & Philip, C. (2001). *Shorter Oxford text book of psychiatry* (4th ed.). New York: Oxford University Press (p.p. 271-325).
- Paul, E., & Keck, P. E. (2002). Clinical management of bipolar disorder. *Psychiatry Clinical Management*, 28, 1-8.
- Sadock, B. J., & Sadock, V. A. (2000). *Comprehensive textbook of psychiatry* (7th ed.). Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins (p.p. 1284-1317).
- Sadock, B. J., & Sadock, V. J. (2003). *Synopsis of Psychiatry* (9th ed.). Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins (p.p. 534-560).
- Tondo, L., & Baldessarini, R. J. (1998). Rapid cycling in women and men with bipolar manic depressive disorder. *American Journal of Psychiatry*, 156, 1434-1436.