

آیا همراهی اختلال وسواسی - اجباری با اختلال دوقطبی نوع یک کمتر از اختلال افسردگی اساسی است؟

دکتر امیر شعبانی*، دکتر ونداد شریفی**، دکتر جواد علاقبندراد***، دکتر زهرا شهریور****، دکتر همایون امینی*****،
دکتر حسین کاویانی*****، دکتر میترا حکیم شوشتری*****، دکتر الهام شیرازی*****،
دکتر رزیتا داوری آشتیانی*****، دکتر فریبا عربگل*****

چکیده

مقدمه: بررسی ها گویای برتری میزان همبودی اختلال وسواسی - اجباری (OCD) در بیماران دوقطبی نسبت به بیماران مبتلا به اختلال افسردگی اساسی (MDD) هستند. ولی در زمینه مقایسه این همبودی بین اختلال دوقطبی نوع یک (MDD) و (OCD) یافته‌های موجود اندک است. این پژوهش با هدف چنین مقایسه‌ای انجام شده است.

مواد و روش کار: در یک مطالعه مقطعی، ۴۶۶ بیمار مراجعه کننده به چهار مرکز روانپزشکی دانشگاهی شهر تهران به کمک فهرست معیارهای تشخیصی DSM-IV ارزیابی شدند و میزان همبودی همه عمر OCD در بیماران مبتلا به MDD و BID محاسبه و با روش‌های آماری توصیفی و تحلیلی بررسی شد.

یافته‌ها: ۱۲۴ مورد MDD و ۱۱۵ مورد BID تشخیص داده شد که از نظر میانگین سنی و سایر ویژگی‌های جمعیت‌شناختی تفاوت معنی‌دار آماری نداشتند. میزان موارد بستری و نوع راجعه اختلال در گروه BID به‌طور معنی‌دار بیش از گروه دیگر بود. میزان همبودی همه عمر OCD در گروه MDD ۱۷٪ و در گروه BID ۷٪ بود که تفاوت معنی‌دار داشت ($p < ۰/۰۵$). هیچ موردی از همبودی OCD در بیماران مبتلا به نخستین دوره مانیا وجود نداشت و از این نظر تفاوت معنی‌داری بین بیماران مبتلا به MDD یک دوره‌ای و MDD راجعه دیده نشد.

نتیجه گیری: همبودی همه عمر OCD در بیماران مبتلا به MDD چشمگیر است و ممکن است بیش از بیماران BID باشد.

کلیدواژه: اختلال وسواسی - اجباری، اختلال دوقطبی، مانیا، اختلال افسردگی اساسی، همبودی

* روانپزشک، استادیار دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی - درمانی ایران، مرکز تحقیقات بهداشت روان. تهران، خیابان ستارخان، خیابان نیایش، نبش خیابان شهید منصوری، انستیتو روانپزشکی تهران. فاکس: ۰۲۱-۶۶۵۰۶۸۹۹ (نویسنده مسئول).
E-mail: amirshabani@tehranpi.org

** روانپزشک، استادیار دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی - درمانی تهران، مرکز تحقیقات روانپزشکی و روانشناسی.

*** فوق تخصص روانپزشکی کودک و نوجوان، دانشیار دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی - درمانی تهران.

**** فوق تخصص روانپزشکی کودک و نوجوان، استادیار دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی - درمانی تهران.

***** روانپزشک، دانشیار دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی - درمانی تهران، مرکز تحقیقات روانپزشکی و روانشناسی.

***** دکترای تخصصی روانشناسی بالینی، دانشیار دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی - درمانی تهران.

***** فوق تخصص روانپزشکی کودک و نوجوان، استادیار دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی - درمانی ایران. و مرکز تحقیقات بهداشت روان.

***** فوق تخصص روانپزشکی کودک و نوجوان، استادیار دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی - درمانی شهید بهشتی.

مقدمه

در سده نوزدهم میلادی روانپزشکان فرانسوی بر ارتباط نزدیک اختلال وسواسی-اجباری^۱ (OCD) و اختلال‌های خلقی، به‌ویژه اختلال‌های دوقطبی تأکید داشتند؛ اما در نیمه دوم سده بیستم میلادی بیشتر بر همبودی OCD با اختلال افسردگی اساسی^۲ (MDD) متمرکز بوده‌اند، و نه بر اختلال‌های دوقطبی (هانتوش^۳ و همکاران، ۲۰۰۳).

در سال‌های اخیر نیز گروهی از پژوهشگران به ارتباط OCD و اختلال‌های دوقطبی پرداخته‌اند و یافته‌های جالب توجهی گزارش نموده‌اند. ارتباط وسواس و اختلال‌های دوقطبی از جنبه‌های گوناگون بررسی شده است؛ مانند القای هیپومانیا و مانیا در بیماران OCD به دنبال مصرف داروی ضد افسردگی (بائر^۴، مینی چیلو^۵ و جنیک^۶، ۱۹۸۵؛ وایت^۷، کک^۸ و لیبینسکی^۹، ۱۹۸۶؛ استینر^{۱۰}، ۱۹۹۱؛ برک^{۱۱}، کوپوویتز^{۱۲} و اسزابو^{۱۳}، ۱۹۹۶)، پیامد OCD در بیماران سایکلو تایمیک به صورت شدت بیشتر علائم، میزان بیشتر عود دوره‌های خلقی و نسبت بالاتر اقدام به خودکشی و بستری، و نیز وجود سیر دوره‌ای^{۱۴} وسواس در بیماران دوقطبی (هانتوش و همکاران، ۲۰۰۳؛ سوارتز^{۱۵} و شن^{۱۶}، ۱۹۹۹)، کاهش وسواس در دوره مانیا و افزایش آن در دوره افسردگی بیماران دوقطبی (کک، لیبینسکی و وایت، ۱۹۸۶؛ گوردون^{۱۷} و راسموسن^{۱۸}، ۱۹۸۸)، همبودی بیشتر با OCD در بیماران دچار مانیا مختلط^{۱۹} نسبت به مانیا خالص^{۲۰} (مک‌الروی^{۲۱} و همکاران، ۱۹۹۵) و اثربخشی داروهای تثبیت‌کننده خلق برای درمان OCD در بیماران دوقطبی (رجا^{۲۲} و آزون^{۲۳}، ۲۰۰۴).

از نظر میزان همبودی اختلال دوقطبی با OCD نیز با این که در سال‌های گذشته، وسواس را در این بیماران نادر می‌دانستند (کارنو^{۲۴}، گولدینگ^{۲۵}، سورنسون^{۲۶} و بورنام^{۲۷}، ۱۹۸۸)، بررسی‌های گوناگون، بر همراهی چشمگیر OCD با اختلال دوقطبی، حتی بیش از همراهی آن با MDD تأکید دارند. برای نمونه، تحلیل داده‌های همه‌گیرشناختی ECA^{۲۸} به‌وسیله چن^{۲۹} و دیلساور^{۳۰} (۱۹۹۵)، شیوع همه عمر^{۳۱} OCD را در بیماران دوقطبی ۲۱٪، در افراد مبتلا به افسردگی یک‌قطبی ۱۲/۲٪ و در جمعیت عمومی ۲/۵٪ نشان داده است، و در بررسی پینی^{۳۲} و همکاران (۱۹۹۷) نیز فراوانی OCD در بیماران دوقطبی ۲۱/۱٪ و در موارد افسردگی یک‌قطبی ۱۴/۳٪ گزارش شده است.

یافته‌های یادشده نشان دهنده برتری اختلال دوقطبی نسبت

به MDD از نظر همراهی با OCD هستند، و از سوی دیگر افزایش ابتلا به اختلال دوقطبی نوع دو^{۳۳} (BIID) نسبت به نوع یک (BID) در افراد مبتلا به OCD نشان داده شده است (لنزی^{۳۴} و همکاران، ۱۹۹۶؛ پروجی^{۳۵} و همکاران، ۱۹۹۷ و ۱۹۹۹). از این رو، این احتمال مطرح می‌شود که تفاوت دو اختلال افسردگی اساسی و دوقطبی در زمینه همبودی با OCD بر پایه پژوهش‌های پیشین، به همراهی چشمگیر اختلال دوقطبی نوع دو (و نه نوع یک) با OCD مربوط باشد. در این ارتباط، پژوهش یروانیان^{۳۶}، کوک^{۳۷} و رامدف^{۳۸} (۲۰۰۱) نیز جالب است که با بررسی ۱۳۸ بیمار خلقی، فراوانی OCD را در بیماران BIID و MDD به ترتیب ۱۸/۵٪ و ۶/۱٪ به دست آوردند، در حالی که در هیچ یک از بیماران BID، OCD نیافتند. آنها احتمال وجود اثر حفاظتی^{۳۹} BID را بر ابتلا به OCD مطرح کردند، ولی شمار نمونه‌های دوقطبی نوع یک در این بررسی تنها هشت نفر بود.

بررسی حاضر، در راستای پژوهش‌های یادشده و با هدف مقایسه همبودی همه عمر با OCD در افراد مبتلا به اختلال خلقی دوقطبی نوع یک و اختلال افسردگی اساسی در یک نمونه بالینی انجام شده است.

مواد و روش کار

این بررسی به صورت مقطعی^{۴۰} و توصیفی-تحلیلی انجام شد. نمونه مورد بررسی ۴۶۶ نفر بیماران سرپایی و بستری بودند که در بررسی دیگری برای ارزیابی روایی و پایایی نسخه فارسی مصاحبه تشخیصی جامع بین‌المللی^{۴۱} (CIDI)

- 1- obsessive-compulsive disorder
- 2- major depressive disorder
- 3- Hantouche
- 4- Baer
- 5- Minichiello
- 6- Jenike
- 7- White
- 8- Keck
- 9- Lipinski
- 10- Steiner
- 11- Berk
- 12- Koopowitz
- 13- Szabo
- 14- episodic
- 15- Swartz
- 16- Shen
- 17- Gordon
- 18- Rasmussen
- 19- mixed mania
- 20- pure mania
- 21- McElroy
- 22- Raja
- 23- Azzoni
- 24- Karno
- 25- Golding
- 26- Sorenson
- 27- Burnam
- 28- Epidemiologic Catchment Area
- 29- Chen
- 30- Dilsaver
- 31- lifetime
- 32- Pini
- 33- Bipolar II Disorder
- 34- Lensi
- 35- Perugi
- 36- Yerevanian
- 37- Koek
- 38- Ramdev
- 39- protective
- 40- cross-sectional
- 41- Composite International Diagnostic Interview

(داوری آشتیانی و همکاران، ۱۳۸۳) وارد شده بودند. نمونه‌گیری به شکل در دسترس و از چهار مرکز روانپزشکی دانشگاهی شهر تهران انجام شد. در این مراکز بیماران از سراسر ایران پذیرش می‌شوند. معیارهای ورود به بررسی CIDI، شامل تسلط به زبان فارسی، سن ۱۸ تا ۶۵ سال، نداشتن بیماری یا اختلال شدید در رفتار، ارتباط و زبان به گونه‌ای که فرد نتواند مصاحبه را به انجام رساند (مانند عقب ماندگی ذهنی شدید، دمانس شدید و علائم شدید پسیکوز حاد) و ارایه رضایت کتبی مبتنی بر شرکت در بررسی بود.

برای انتخاب نمونه از زمان شروع اجرای پژوهش، همه افرادی که به طور متوالی در بخش بستری می‌شدند، در صورت وجود معیارهای ورود، انتخاب می‌شدند. در مورد بیماران سرپایی نیز، در هر روز اولین دو بیمار دارای شرایط، وارد بررسی می‌شدند.

افزون بر تکمیل نسخه فارسی CIDI (که در بررسی اصلی به کار رفت و موضوع پژوهش حاضر نیست)، پرسش‌نامه ویژگی‌های جمعیت شناختی و چک‌لیست (فهرست) بالینی معیارهای تشخیصی اختلال‌های محور یک DSM-IV¹ (انجمن روانپزشکی آمریکا، ۱۹۹۴) در مورد همه بیماران تکمیل گردید. دلیل استفاده از چک‌لیست، افزودن پایایی و حساسیت تشخیص بود. این چک‌لیست به وسیله دو دستیار سال آخر روانپزشکی پر می‌شد. آنها افزون بر مصاحبه مشترک بالینی با بیمار تا رسیدن به تشخیص، از پرونده بیمار نیز استفاده و در صورت نیاز به اطلاعات تکمیلی با افراد خانواده بیمار مصاحبه می‌کردند. ثبت هر تشخیص منوط به توافق آن دو در آن مورد خاص بود. در صورت عدم توافق تشخیصی، آن تشخیص در نظر گرفته نمی‌شد. در بررسی اصلی (اعتباریابی نسخه فارسی CIDI)، معیار طلایی^۲ که روایی CIDI بر آن پایه سنجیده می‌شد، نتیجه چک‌لیست بالینی یاد شده بود که در پژوهش حاضر نیز تشخیص‌ها بر پایه همین معیار در نظر گرفته شده‌اند. میزان موافقت تشخیصی چک‌لیست یاد شده با تشخیص استادان روانپزشکی و کاپای مربوطه در مورد تشخیص‌های OCD، MDD و BID به ترتیب ۰/۹۴ و ۰/۴۹، ۰/۸۹ و ۰/۶۱، و ۰/۸۳ و ۰/۶۵ گزارش شد (علاقبندراد و شریفی، ۱۳۸۳). با کمک نتیجه چک‌لیست، بیماران مبتلا به MDD یا BID انتخاب می‌شدند و در صورت وجود یکی از این دو تشخیص، ابتلا یا عدم ابتلا به OCD نیز یادداشت می‌گردید. تشخیص‌ها به صورت همه عمر در نظر گرفته می‌شدند.

برای تحلیل داده‌های مربوط به دو گروه MDD و BID از نظر همبودی همه عمر با OCD، به تناسب آزمون‌های خی دو یا t به کار برده شدند.

یافته‌ها

نمونه مورد بررسی ۲۳۹ بیمار (۱۲۴ مورد MDD و ۱۱۵ مورد BID) از مجموع ۴۶۶ بیمار بستری یا سرپایی اولیه بود که ویژگی‌های جمعیت شناختی آنها در جدول ۱ دیده می‌شود. میانگین سنی گروه MDD ۳۳/۳ سال (انحراف معیار ۱۱/۸) و گروه BID ۳۴/۱ سال (انحراف معیار ۱۱/۸) بود که آزمون t تفاوت معنی داری را میان این دو نشان نداد. مقایسه سایر ویژگی‌های جمعیت شناختی دو گروه شامل جنس، وضعیت تأهل و میزان تحصیل نیز با آزمون خی دو، تفاوت معنی داری نشان نداد.

۳۹ نفر (۳۱/۵٪) از گروه MDD و ۹۵ نفر (۸۲/۶٪) از گروه BID در زمان بررسی بستری بودند که بر پایه آزمون خی دو تفاوت معنی دار داشتند ($p < ۰/۰۰۱$ ، $df = ۱$ ، $\chi^2 = ۶۳/۴$).

جدول ۱- توزیع فراوانی برخی ویژگی‌های جمعیت شناختی بیماران مبتلا به MDD و BID

	BID (n = ۱۱۵) فراوانی (%)	MDD (n = ۱۲۴) فراوانی (%)	ویژگی‌های جمعیت شناختی
جنس			
	۵۷ (۴۹/۶)	۷۲ (۵۸/۱)	مرد
	۵۸ (۵۰/۴)	۵۲ (۴۱/۹)	زن
تأهل			
	۵۱ (۴۴/۳)	۴۷ (۳۷/۹)	مجرد
	۴۳ (۳۷/۴)	۶۵ (۵۲/۴)	متأهل
	۱۶ (۱۳/۹)	۸ (۶/۵)	متارکه / مطلقه
	۵ (۴/۳)	۴ (۳/۲)	بیوه
میزان تحصیل			
	۴ (۳/۵)	۸ (۶/۵)	بی‌سواد
	۱۷ (۱۴/۸)	۲۰ (۱۶/۱)	ابتدایی
	۲۰ (۱۷/۴)	۲۴ (۱۹/۴)	راهنمایی
	۵۷ (۴۹/۶)	۵۵ (۴۴/۴)	دیپلم
	۱۷ (۱۴/۸)	۱۷ (۱۳/۷)	بالتر از دیپلم

1- Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, (4th ed.)
2- gold standard

جدول ۲- میزان همبودی همه عمر با اختلال وسواسی- اجباری (OCD) در زیرگروه‌های MDD و BID

فرآوانی (%) OCD	زیر گروه‌ها
۱۱ (۱۸/۰)	اختلال افسردگی اساسی یک دوره‌ای (SMDD)
۱۱ (۱۷/۵)	اختلال افسردگی اساسی راجعه (RMDD)
۰ (۰/۰)	اختلال دوقطبی یک دوره‌ای نوع یک (SBID)
۸ (۷/۵)	اختلال دوقطبی راجعه نوع یک (RBID)

وجود داشت و معیارهای اجبار نیز تنها در یکی از بیماران OCD دیده نشد. در گروه BID، همه هشت بیمار مبتلا به OCD، دارای هر دو دسته معیارهای تشخیصی وسواس و اجبار بودند. از نظر مشخصه بصیرت ضعیف، با این که در ۴/۸٪ (۶ نفر) بیماران MDD و تنها در ۰/۹٪ (یک نفر) بیماران BID وجود داشت، تفاوت آماری دو گروه معنی دار نبود.

بحث

در این بررسی با آن که دو گروه بیماران مبتلا به MDD و BID از نظر میانگین سنی، جنس، تأهل و میزان تحصیل با یکدیگر تفاوت معنی دار آماری نداشتند، میزان همبودی همه عمر با OCD در گروه MDD به صورت معنی داری بیشتر بود (۱۷/۷٪ در برابر ۰/۷٪). فرآوانی همبودی همه عمر با OCD در بیماران BID در بررسی‌های بالینی استراکووسکی^۷، توهن^۸، استول^۹، فدا^{۱۰} و گودوین^{۱۱} (۱۹۹۲) و مک الروی و همکاران (۲۰۰۱) به ترتیب ۷ و ۹ درصد گزارش شده که هم سو با یافته حاضر است. مقایسه همبودی همه عمر با OCD بین بیماران MDD و بیماران مبتلا به اختلال دوقطبی در بررسی همه گیرشناسی چن و دیلساور (۱۹۹۵) و نیز در بررسی نمونه بالینی به وسیله پینی و همکاران (۱۹۹۷)، برتری این همبودی را در گروه دوقطبی نسبت به گروه MDD نشان داد (به ترتیب ۲۱٪ در برابر ۱۲٪ و ۲۱٪ در برابر ۱۴٪). ولی در این بررسی‌ها اطلاعات مربوط به اختلال‌های دوقطبی نوع یک و دو جدا نشده است. در بررسی‌های کروگر^{۱۲}، کوک^{۱۳}، هاسی^{۱۴}، جورنا^{۱۵} و پرساد^{۱۶} (۱۹۹۵) و یروانیان و همکاران (۲۰۰۱) موارد BID و BIID جدا شده‌اند، ولی با توجه به شمار اندک موارد BIID در بررسی اول (۷ نفر از مجموع ۱۴۹ بیمار) و موارد اندک BID در بررسی دوم (۸ نفر از مجموع ۱۳۸ بیمار) مقایسه آنها مقدر نبوده است. با این حال، بررسی‌هایی در مورد مقایسه فرآوانی همه عمر BID و BIID در جمعیت بیماران مبتلا به OCD (بر خلاف پژوهش‌های یادشده که در جمعیت بیماران خلقی صورت گرفته) انجام شده که نتیجه همه آنها برتری ابتلا به BIID نسبت به BID بوده است. لنزی و همکاران (۱۹۹۶) و پروجی و همکاران (۱۹۹۷) و

بر پایه چک لیست DSM-IV، در گروه MDD ۶۱ نفر (۴۹/۲٪) از بیماران تشخیص دوره منفرد^۱ (SMDD) و ۶۳ نفر (۵۰/۸٪) تشخیص نوع راجعه^۲ (RMDD) گرفتند. ۱۰۷ نفر (۹۳٪) از گروه BID نیز مبتلا به یکی از انواع راجعه (RBID) آن بودند و برای ۸ نفر (۷٪) تشخیص دوره منفرد مانیا^۳ (SBID) گذاشته شد. بر پایه آزمون خی دو، نسبت تشخیص نوع راجعه در گروه BID به طور معنی داری بیش از گروه MDD بود ($\chi^2=51/8, df=1, p<0/01$).

میزان همبودی همه عمر با OCD بر پایه چک لیست DSM-IV، در گروه MDD ۱۷/۷٪ (۲۲ نفر) و در گروه BID ۷/۷٪ (۸ نفر) به دست آمد. با انجام آزمون خی دو، تفاوت دو گروه از این نظر معنی دار بود ($\chi^2=6/3, df=1, p<0/05$). میزان همبودی همه عمر با OCD در دو گروه MDD و BID به تفکیک تشخیص‌های جزئی هر گروه در جدول ۲ آمده است. همان گونه که دیده می شود، OCD در هیچ یک از موارد SBID وجود نداشته است. بر پایه آزمون خی دو، همبودی OCD بین دو گروه SMDD و RMDD تفاوت معنی دار نداشت. با توجه به یافته‌های پژوهش مبنی بر کمتر بودن همبودی OCD در موارد یک دوره‌ای اختلال دوقطبی نسبت به موارد راجعه آن (تمام^۴ و اوزپویراز^۵، ۲۰۰۴)، با حذف موارد SBID، مقایسه دیگری بین همبودی OCD در کل گروه MDD از یک سو و گروه RBID از سوی دیگر، بر اساس آزمون خی دو انجام شد که باز هم برتری معنی دار گروه MDD را نشان داد ($\chi^2=5/4, df=1, p<0/05$).

بر پایه چک لیست DSM-IV، فرآوانی وجود معیارهای تشخیصی وسواس و اجبار و فرآوانی وجود مشخصه بصیرت ضعیف^۶ نیز در بیماران مبتلا به OCD به دست آمد. در گروه MDD، معیارهای تشخیصی وسواس در همه بیماران OCD

1- single episode	2- recurrent
3- single manic episode	4- Tamam
5- Ozpoyraz	6- poor insight
7- Strakowski	8- Tohen
9- Stoll	10- Faedda
11- Goodwin	12- Krüger
13- Cooke	14- Hasey
15- Jorna	16- Persad

۱۹۹۹) میزان همبودی با BIID و BID را در جمعیت مبتلا به OCD به ترتیب ۱۳٪ در برابر ۱۵٪، ۱۴٪ در برابر ۲٪ و ۱۸٪ در برابر ۴٪ گزارش کردند. از این رو، این احتمال وجود دارد که یافته‌های بررسی‌های همه‌گیرشناسی چن و دیلساور (۱۹۹۵) و بررسی بالینی پینی و همکاران (۱۹۹۷) به دلیل ابتلای بیشتر بیماران دوقطبی آنها به نوع دو این اختلال (سوگیری انتخاب) بوده باشد.

کروگر و همکاران (۱۹۹۵) با بررسی ۱۴۹ بیمار (۳۷ مورد BID، ۷ مورد BIID و ۱۰۵ مورد MDD) همبودی همه عمر با OCD را در گروه‌های MDD و BID به ترتیب ۳۵/۲٪ و ۳۵/۱٪ گزارش کردند. آنها از DIS^۱ و تأیید دو روانپزشک برای تشخیص بهره گرفتند. روایی DIS در تشخیص OCD در مقایسه با تشخیص یک روانپزشک بر پایه معیارهای DSM-III، متوسط گزارش شده است (آنتونی^۲ و همکاران، ۱۹۸۵). از آنجا که در بررسی کروگر و همکاران (۱۹۹۵) بیماران مربوط به مرکزی بودند که بیشتر موارد ارجاعی مبتلا به افسردگی مقاوم به درمان به آن مراجعه می‌کردند، گروه دوقطبی این بررسی ممکن است بیشتر شامل بیمارانی باشد که بیش از دوره‌های هیپومانیا، مانیا و یا افسردگی خفیف، دوره‌های افسردگی شدید یا مزمن را تجربه کرده‌اند. گزارش‌هایی در ارتباط با ابتلای بیشتر به وسواس در بیماران افسرده نسبت به بیماران مانیک (کک و همکاران، ۱۹۸۶؛ گوردون و راسموسن، ۱۹۸۸) و نیز همبودی بیشتر با OCD در بیماران دچار مانیای مختلط (که دچار علائمی از افسردگی اساسی هستند) نسبت به مانیای خالص (مک‌الروی و همکاران، ۱۹۹۵) وجود دارد. از این رو، برآورد احتمالاً بیش از اندازه همبودی با OCD در بیماران BID بررسی کروگر و همکاران (۱۹۹۵) که منجر به برابری همراهی با OCD در دو گروه MDD و BID شده است، توجیه می‌شود.

از سوی دیگر بیشتر بیماران مبتلا به اختلال افسردگی و OCD، نخست مبتلا به علائم OCD و سپس دچار افسردگی می‌شوند (راسموسن و سوانگ^۳، ۱۹۸۶). بنابراین پیش‌بینی می‌شود که در موارد SMDD و RMDD، همبودی همه‌عمر OCD تفاوت عمده‌ای نداشته باشد. در این بررسی، میزان همبودی OCD در دو گروه SMDD و RMDD تفاوت معنی‌دار نداشت و این در تأیید یافته یاد شده است. از سوی دیگر برخی بررسی‌ها نشان داده‌اند که میزان همبودی اضطراب در موارد راجعه اختلال دوقطبی بیش از موارد یک‌دوره‌ای آن است (تمام و اوزپویراز، ۲۰۰۲) و یافته حاضر مبنی بر برتری میزان همبودی OCD در گروه MDD نسبت

به موارد راجعه BID، تأکید بیشتری است بر اعتبار یافته اصلی این بررسی مبنی بر تفاوت این همبودی در MDD و BID. در این پژوهش از تشخیص توافقی دو بالینگر که دسترسی به پرونده بیمار داشتند و در صورت نیاز می‌توانستند از مصاحبه با خانواده بیمار نیز بهره گیرند، استفاده شد. افزون بر آن، بررسی به صورت چند مرکزی^۴ انجام شد و در این مراکز، که یکی در حاشیه شهر و بقیه در دو نقطه از مرکز شهر هستند، بیماران از سراسر کشور پذیرش می‌شدند. به بیان دیگر، پذیرش بیماران اختصاص به گروهی خاص یا اختلالی ویژه نداشت.

با این وجود، محدودیت‌های ویژه‌ای وجود داشته که منجر به اشکال در تعمیم یافته‌ها می‌گردد. ممکن است یک سوگیری در انتخاب بیماران به دلیل ارجاع احتمالی موارد مقاوم به درمان به مراکز دانشگاهی و در نتیجه میزان بالای همبودی وجود داشته باشد، ولی این سوگیری کلی است و با سوگیری پژوهش کروگر و همکاران (۱۹۹۵) در راستای انتخاب بیماران افسرده مقاوم تفاوت می‌باشد. سوگیری دیگر مربوط به استفاده از اطلاعات بر پایه یادآوری گذشته‌نگر بیماران است که البته با مصاحبه تکمیلی با خانواده بیمار و یا استفاده از پرونده، تا اندازه‌ای کاهش یافته است.

محدودیت دیگر مربوط به آگاه بودن مصاحبه‌گرها از تشخیص‌های هم‌زمان و در نتیجه سوگیری تشخیص به دلیل پیش‌فرض آنهاست. از سوی دیگر، از آنجا که در زمینه همراهی OCD، MDD و OCD بر سیر اختلال غلبه دارد و انتخاب درمان را دیکته می‌کند، هم‌چنین در موارد همراهی OCD و اختلال دوقطبی، اختلال دوقطبی تشخیص غالب است و بر سیر اختلال و ملاحظات درمانی تأثیر برتری دارد (پروجی و همکاران، ۱۹۹۷)، ممکن است در مصاحبه تشخیصی با بیمارانی که با تابلوی حاد مانیا مراجعه کرده‌اند، به جستجوی علائم وسواس بهای کمتری داده شود و در نهایت همبودی BID با OCD کمتر گزارش شود. به هر روی، به مصاحبه‌گران یادآوری شده بود که تشخیص‌های همراه را نیز ارزیابی نمایند. در بررسی حاضر بهره‌گیری از این روش، به مصاحبه ساختار یافته CIDI که محدودیت یاد شده را نداشت ترجیح داده شد و در واقع، روش به کار رفته، معیار طلایی در بررسی اصلی برای ارزیابی نتیجه CIDI بود. گفتنی است که نسخه فارسی CIDI با وجود پایایی قابل قبول و

1- Diagnostic Interview Schedule

2- Anthony

3- Tsuang

4- multicenter

ویژگی^۱ خوب، حساسیت^۲ کمی در تشخیص اختلال‌ها داشته است (علاقبندراد و شریفی، ۱۳۸۳).

در این پژوهش، برخی از عوامل مؤثر بر میزان همبودی، مانند سن شروع اختلال (مک‌الروی و همکاران، ۲۰۰۱)، سیر مزمن اختلال (به نقل از پروجی و همکاران، ۱۹۹۷)، مدت یوتایمیا (سیمون^۳ و همکاران، ۲۰۰۴) و شمار دوره‌های افسردگی (ویتا^۴ و همکاران، ۲۰۰۱) کنترل نشد و همبودی‌های غیر OCD نیز ارزیابی نگردید. این که بیشتر بیماران گروه BID (۷۳٪) در دوره مانیا بودند نیز می‌تواند بر میزان تشخیص OCD اثرگذار بوده باشد، چرا که گزارش‌هایی از کاهش علائم و سواسی-اجباری در دوره‌های مانیا وجود دارد (کک، لپینسکی و وایت، ۱۹۸۶؛ گوردون و راسموسن، ۱۹۸۸). البته تشخیص‌های بررسی حاضر به صورت همه عمر بوده‌اند و از طرفی یافته گزارش‌های یاد شده (همان‌جا) در یک بررسی کنترل شده مورد تردید قرار گرفته است (شعبانی، عطایی و پناغی، ۱۳۸۴).

در بررسی حاضر، موارد بستری در گروه BID بیش از گروه MDD بود. از آنجا که بیشتر بودن موارد بستری در گروه اول می‌تواند نشانه‌ای از شدیدتر بودن وضعیت کنونی بیماران این گروه باشد و همبستگی شدت آسیب‌شناسی روانی با میزان همبودی در بیماران BID نشان داده شده است (تمام و اوزپوراز، ۲۰۰۲)، شاید انتظار داشته باشیم که میزان همبودی در نمونه بیماران BID در مقایسه با گروه MDD، در صورت کنترل متغیر مداخله‌گر «میزان بستری»، از این هم کمتر شود. ولی این نتیجه‌گیری درست نیست، چرا که همبودی محاسبه شده از نوع همه عمر است و فزونی میزان بستری «کنونی» در یک گروه، لزوماً به معنای شدیدتر بودن یا سیر بدتر اختلال نمی‌باشد. افزون بر این، از آنجا که بیشتر بیماران گروه BID در دوره مانیا بودند (۷۳٪)، بیشتر بودن میزان بستری آنها قابل پیش‌بینی است.

به این ترتیب، به نظر می‌رسد با توجه به یافته‌های این پژوهش و بررسی‌های پیشین، همبودی OCD در بیماران BIID بیش از MDD و در بیماران MDD بیش از BID باشد. با این حال، اعتباریافتن این نتیجه‌گیری نیاز به تلاش در راستای از میان برداشتن محدودیت‌های پیش‌گفته و تکرار یافته‌ها دارد.

سپاسگزاری

این پژوهش با حمایت UNCC و پژوهشکده علوم شناختی انجام شده است و بدین وسیله از سازمان‌های یادشده و

نیز پرسشگران و بیمارانی که در انجام مطالعه همکاری داشتند سپاسگزاری می‌گردد.

دریافت مقاله: ۱۳۸۳/۱۲/۹؛ دریافت نسخه نهایی: ۱۳۸۴/۱/۳۱؛

پذیرش مقاله: ۱۳۸۴/۲/۷

منابع

داوری آشتیانی، رزیتا؛ علاقبندراد، جواد؛ شریفی، ونداد؛ امینی، همایون؛ کاویانی، حسین؛ شعبانی، امیر؛ شهریور، زهرا؛ عربگل، فریبا؛ حکیم شوشتری، میترا؛ شیرازی، الهام (۱۳۸۳). پایایی نسخه فارسی مصاحبه تشخیصی جامع بین‌المللی (CIDI) برای تشخیص اسکیزوفرنیا و اختلال دوقطبی. *تازه‌های علوم شناختی*، ۶ (۱ و ۲)، ۹-۱.

شعبانی، امیر؛ عطایی، مینا؛ پناغی، لیلی (۱۳۸۴). هم‌ابتلائی اختلال وسواسی-جبری در دوره‌های مانیا و بهبودی بیماران دوقطبی. *مجله دانشکده پزشکی*، ۶۳ (۵)، ۳۸۶-۳۹۱.

علاقبندراد، جواد؛ شریفی، ونداد (۱۳۸۳). *مطالعه پایایی، روایی و قابلیت اجرای نسخه فارسی مصاحبه تشخیصی جامع بین‌المللی (CIDI)*. مقاله ارایه شده در دومین همایش بین‌المللی روانپزشکی کودک و نوجوان.

American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4th ed.)*. Washington, DC: American Psychiatric Association.

Anthony, J. C., Folstein, M., Romanoski, A. J., Von Korff, M. R., Nestadt, G. R., Chahal, R., Merchant, A., Brown, C. H., Shapiro, S., Kramer, M., & Gruenberg, E. M. (1985). Comparison of the lay diagnostic interview schedule and a standardized psychiatric diagnosis. *Archives of General Psychiatry*, 42, 667-675.

Baer, L., Minichiello, W. E., & Jenike, M. A. (1985). Behavioral treatment in two cases of obsessive-compulsive disorder with concomitant bipolar affective disorder. *American Journal of Psychiatry*, 142, 358-360.

Berk, M., Koopowitz, L. F., & Szabo, C. P. (1996). Anti-depressant induced mania in obsessive compulsive disorder. *European Psychopharmacology*, 6, 9-11.

Chen, Y. W., & Dilsaver, S. C. (1995). Comorbidity for obsessive-compulsive disorder in bipolar and unipolar disorders. *Psychiatry Research*, 59, 57-64.

Gordon, A., & Rasmussen, S. A. (1988). Mood-related obsessive-compulsive symptoms in a patient with bipolar affective disorder. *Journal of Clinical Psychiatry*, 49, 27-28.

1- specificity
3- Simon

2- sensitivity
4- Vieta

- Hantouche, E. G., Angst, J., Demonfaucon, C., Perugi, G., Lancrenon, S., & Akiskal, H. S. (2003). Cyclothymic OCD: A distinct form? *Journal of Affective Disorders*, *75*, 1-10.
- Karno, M., Golding, J. M., Sorenson, S. B., & Burnam, M. A. (1988). The epidemiology of obsessive-compulsive disorder in five US communities. *Archives of General Psychiatry*, *45*, 1094-1099.
- Keck, P. E., Lipinski, J. F., & White, K. (1986). An inverse relationship between mania and obsessive-compulsive disorder: A case report. *Journal of Clinical Psychopharmacology*, *6*, 123-124.
- Krüger, S., Cooke, R. G., Hasey, G. M., Jorna, T., & Persad, E. (1995). Comorbidity of obsessive-compulsive disorder in bipolar disorder. *Journal of Affective Disorders*, *34*, 117-120.
- Lensi, P., Cassano, G. B., Correddu, G., Ravagli, S., Kunovac, J. L., & Akiskal, H. S. (1996). Obsessive-compulsive disorder: Familial-developmental history, symptomatology, comorbidity and course with special reference to gender-related differences. *British Journal of Psychiatry*, *169*, 101-107.
- McElroy, S. L., Altshuler, L. L., Suppes, T., Keck, P. E., Frye, M. A., Denicoff, K. D., Nolen, W. A., Kupka, R. W., Leverich, G. S., Rochussen, J. R., John Rush, A., & Post, R. M. (2001). Axis I psychiatric comorbidity and its relationship to historical illness variables in 288 patients with bipolar disorder. *American Journal of Psychiatry*, *158*, 420-426.
- 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.
- Perugi, G., Akiskal, H. S., Pfanner, C., Presta, S., Gemignani, A., Milanfranchi, A., Lensi, P., Ravagli, S., & Cassano, G. B. (1997). The clinical impact of bipolar and unipolar affective comorbidity on obsessive-compulsive disorder. *Journal of Affective Disorders*, *46*, 15-23.
- Perugi, G., Akiskal, H. S., Ramacciotti, S., Nassini, S., Toni, C., Milanfranchi, A., & Musetti, L. (1999). Depressive comorbidity of panic, social phobic, and obsessive-compulsive disorders re-examined: Is there a bipolar connection? *Journal of Psychiatric Research*, *33*, 53-61.
- Pini, S., Cassano, G. B., Simonini, E., Savino, M., Russo, A., & Montgomery, S. A. (1997). Prevalence of anxiety disorders comorbidity in bipolar depression, unipolar depression and dysthymia. *Journal of Affective Disorders*, *42*, 145-153.
- Raja, M., & Azzoni, A. (2004). Clinical management of obsessive-compulsive-bipolar comorbidity: A case series. *Bipolar Disorders*, *6*, 264-270.
- Rasmussen, S. A., & Tsuang, M. T. (1986). Obsessive-compulsive disorder: Clinical characteristics and family history. *American Journal of Psychiatry*, *143*, 317-322.
- Savino, M., Perugi, G., Simonini, E., Soriani, A., Cassano, G. B., & Akiskal, H. S. (1993). Affective comorbidity in panic disorder: Is there a bipolar connection? *Journal of Affective Disorders*, *28*, 155-163.
- Simon, N. M., Otto, M. W., Wisniewski, S. R., Fossey, M., Sagduyu, K., Frank, E., Sachs, G. S., Nierenberg, A. A., Thase, M. E., & Pollack, M. H. (2004). Anxiety disorder comorbidity in bipolar disorder patients: Data from the first 500 participants in the systematic treatment enhancement program for bipolar disorder (STEP-BD). *American Journal of Psychiatry*, *161*, 2222-2229.
- Steiner, W. (1991). Fluoxetine-induced mania in a patient with obsessive-compulsive disorder. *American Journal of Psychiatry*, *148*, 1403-1404.
- Strakowski, S. M., Tohen, M., Stoll, A. L., Faedda, G. L., & Goodwin, D. C. (1992). Comorbidity in mania at first hospitalization. *American Journal of Psychiatry*, *149*, 554-556.
- Swartz, C. M., & Shen, W. W. (1999). Is episodic obsessive-compulsive disorder bipolar? A report of four cases. *Journal of Affective Disorders*, *56*, 61-66.
- Tamam, L., & Ozpoyraz (2002). Comorbidity of anxiety disorder among patients with bipolar I disorder in remission. *Psychopathology*, *35*, 203-209.
- Vieta, E., Colom, F., Corbella, B., Martinez-Aran, A., Reinares, M., Benabarre, A., & Gasto, C. (2001). Clinical correlates of psychiatric comorbidity in bipolar I patients. *Bipolar Disorders*, *3*, 253-258.
- White, K., Keck, P. E., & Lipinski, J. F. (1986). Serotonin-uptake inhibitors in obsessive-compulsive disorder: A case report. *Comprehensive Psychiatry*, *27*, 211-214.
- Yerevanian, B. I., Koek, R. J., & Ramdev, S. (2001). Anxiety disorders comorbidity in mood disorder subgroups: Data from a mood disorders clinic. *Journal of Affective Disorders*, *67*, 167-173.