

معیارهای اختلال طیف دوقطبی در بیماران مبتلا به اختلال های خلقی در دوره ی جاری افسردگی: مقایسه ی افسردگی یک قطبی و دوقطبی

محمدعلی بشارت^۱، زینب خجوی^۲، امیر شعبانی^۳

و مسعود غلامعلی لواسانی^۴

مشخص شدن نوع اختلال در مراحل اولیه ی بیماری می تواند در انتخاب درمان مناسب بسیار کمک کننده باشد. در این میان، یکی از موضوعات بحث انگیز، تشخیص و مداخله ی اولیه در اختلال های خلقی است. هدف پژوهش حاضر، بررسی میزان توانایی معیارهای اختلال طیف دوقطبی در تمایز دو گروه افسرده ی یک قطبی و دوقطبی بود. بدین منظور، طی یک پژوهش توصیفی، ۱۱۴ بیمار افسرده ی بستری و سرپایی مبتلا به اختلال های خلقی در بیمارستان ها و درمانگاه های حضرت رسول اکرم در تهران، کارگرنژاد در کاشان و درمانگاه شمیم در مشهد انتخاب و داده ها بر اساس مصاحبه SCID، بررسی پرونده ی بیماران و جمع آوری اطلاعات از همراهان آنها جمع آوری شد. نتایج پژوهش حاضر نشان داد که بین دو گروه افسرده ی یک قطبی و افسرده ی دوقطبی از نظر سابقه ی خانوادگی اختلال دوقطبی، دوره ی افسردگی عودکننده، دوره ی افسردگی کوتاه مدت، دوره ی افسردگی زودآغاز، افسردگی پسکوزی و شخصیت هایپرتامیک تفاوت معنادار وجود دارد. بر اساس یافته های این پژوهش می توان نتیجه گرفت که معیارهای اختلال طیف دوقطبی می تواند افسردگی یک قطبی و دوقطبی را تا حدودی از هم متمایز کنند و از این معیارها می توان به عنوان ضوابط تشخیصی افسردگی های یک قطبی و دوقطبی استفاده کرد.

واژه های کلیدی: افسردگی یک قطبی، افسردگی دوقطبی، اختلال طیف دوقطبی

مقدمه

مراحل اولیه ی بسیاری از اختلال های روانپزشکی ممکن است با همبودی ها^۱ و درمانهای غیراختصاصی همراه باشد و ظهور کامل اختلال زیربنایی در طول زمان رخ می دهد (یانگ، مک

۱. دپارتمان روان شناسی، دانشگاه تهران، تهران، ایران. (نویسنده ی مسوول) besharat@ut.ac.ir

۲. دپارتمان روان شناسی، دانشگاه تهران، تهران، ایران.

۳. مرکز پژوهشی سلامت روانی، گروه پژوهشی اختلالهای دوقطبی، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران.

5. Comorbidity

۴. دپارتمان مشاوره، دانشگاه تهران، تهران، ایران.

گوری، فرانسی، نلسون و همکاران، ۲۰۰۷). بحث زیادی درباره ی اعتبار طبقات تشخیصی کنونی برای انواع افسردگی و ثبات آنها در طول زمان وجود دارد. یکی از مهمترین آنها مرز بین افسردگی یک قطبی^۱ و دوقطبی^۲ است. مطالعات زیادی نشان داده است که بیماران مبتلا به اختلال دوقطبی در موارد بسیاری در ابتدا به غلط تشخیص اختلال افسردگی مهاده^۳ دریافت می کنند (دوداک، سیوک، زیلینسکا، جاییسچکه و همکاران، ۲۰۱۳؛ هیو، ژیانگ، وانگ، یونگواری و همکاران، ۲۰۱۲) و از اولین مراجعه ی بیمار تا زمانی که تشخیص اختلال دوقطبی را دریافت کند، تقریباً یک دهه طول می کشد (قایمی، بویمن و گودوین، ۲۰۰۰؛ هیرسشفلد، لوییس و ورنیک، ۲۰۰۳). این خطای تشخیصی در حالی رخ می دهد که تشخیص زودهنگام اختلال های خلقی حایز اهمیت است (کونوس، کوتون، آبدل-باکی، لامبرت و همکاران، ۲۰۰۶؛ ویتا، بلاسکو-کولمانراس، فیگیویرا، لانگوسچ و همکاران، ۲۰۱۱؛ رینارس، کولوم، روزا، بونین و همکاران، ۲۰۱۰؛ المالک، کاریپات و قایمی، ۲۰۰۶؛ بناتزی و اکیسکال، ۲۰۰۸).

از عوامل مهمی که در این خطای تشخیصی نقش دارد، شروع اختلال دوقطبی با علایم افسردگی و شیوع بیشتر این علایم نسبت به نیمه شیدایی^۴ و شیدایی در طول اختلال است. برای بسیاری از بیماران دوقطبی، دوره ی افسردگی، اولین علایم بیماری است و بیمار در شروع اختلال و قبل از اولین دوره ی شیدایی و نیمه شیدایی، چندین دوره افسردگی مهاده را تجربه می کند (کونوس، وارد، هالام، لوکاس و همکاران، ۲۰۰۸؛ گودوین و جمیسون، ۲۰۰۷). مطالعات نشان می دهد که دوره های افسردگی اختلال دوقطبی، فراوان تر و طولانی تر از شیدایی و نیمه شیدایی است (جیود، اکیسکال، اسکنلر، کوریل و همکاران، ۲۰۰۳) بنابراین، تشخیص غلط می تواند به این دلیل رخ دهد که به احتمال زیاد بیمار، اولین بار با شکایت افسردگی مراجعه می کند و متخصص بالینی تنها به دوره ی افسردگی جاری توجه می کند.

یکی از عواملی که می تواند به خطای بیش تشخیصی منجر شود، این است که نشانه های شیدایی و نیمه-شیدایی با چندین اختلال همبودی دارند (بناتزی، ۲۰۰۵) و در اختلال افسردگی نیز نشانه های زیرآستانه ای نیمه شیدایی و شیدایی مشاهده می شود (اسمیت، هاریسون، مویر و بلاکوود، ۲۰۰۵). تشخیص کاذب دوقطبی می تواند عواقبی مانند محروم شدن بیمار از موثرترین درمان، درمان نگهدارنده ی درازمدت، عوارض دارویی و کاهش کیفیت زندگی بیمار، انگ بیماری روانی برای

بیمار و خانواده و سوگیری پزشکان برای تشخیص اختلال های دوقطبی در بستگان بیمار را به همراه داشته باشد (شعبانی، ۲۰۰۷). روش های مختلفی برای افزایش دقت در تشخیص پیشنهاد شده است که از جمله آنها روش های مربوط به مصاحبه و شرح حال گیری، استفاده از ابزارهای غربال گیری و نیز جستجوی عوامل مرتبط با دوقطبی بودن در افراد مبتلا به اختلال افسردگی است (شعبانی، ۲۰۰۹). یافتن ویژگی هایی که افسردگی یک قطبی و دوقطبی را از هم مجزا می کنند، می تواند به عنوان مکملی در کنار معیارهای DSM امر تشخیص و درمان را تسهیل کند.

مطالعات نشان داده است که افسردگی دوقطبی به میزان بیشتری با برخی علایم همچون افسردگی غیرمعمول (اکیسکال و بناتزی، ۲۰۰۸؛ هیو و همکاران، ۲۰۱۲)؛ کندی روانی - حرکتی (پارکر، روی، ویلهلم، میشل و همکاران، ۲۰۰۰؛ میشل، ویلهلم، پارکر، اوستین و همکاران، ۲۰۰۱)؛ بی قراری حرکتی (ساتو، بوتلندر، کلیندینست و مولر، ۲۰۰۵؛ گان، دیو، وی، ویو و همکاران، ۲۰۱۱)؛ افسردگی پسکوزی (اسکات، هرمنز، نیسمیت، گاستلا و همکاران، ۲۰۱۳؛ سویری، زاینوتوب، کالاتیب، لینوت و همکاران، ۲۰۱۲) و افسردگی مالیخولیایی (میشل و همکاران، ۲۰۰۱) همراه است. همچنین سابقه ی خانوادگی دوقطبی در بیماران مبتلا به دوره ی افسردگی دوقطبی، بیشتر از یک قطبی است (اسکات و همکاران، ۲۰۱۳). البته در مطالعه ی گان و همکاران (۲۰۱۱) و برخی مطالعات دیگر گزارش کرده اند که بین افسردگی یک قطبی و دوقطبی در زمینه ی سن شروع (اسکات و همکاران، ۲۰۱۳)، سومصرف مواد (اسکات و همکاران، ۲۰۱۳)، افسردگی غیرمعمول (برگ، پنینکس، زیتمن و نولن، ۲۰۱۱)، آسیب عمدی یا خودکشی و تعداد دوره ها (اسمیت و همکاران، ۲۰۰۵) تفاوتی وجود ندارد.

این که تا چه میزان می توان به این ویژگی ها برای تمایز افسردگی یک قطبی و دوقطبی اتکا کرد، هنوز نیاز به مطالعه دارد. امروزه، چهار اعتبارسنج تشخیصی مشخص شده است که ارزیابی دوره ی افسردگی یک قطبی و دوقطبی با این اعتبارسنج ها به بهترین شکل سازماندهی می شود. این اعتبارسنج ها شامل پدیدارشناسی، سیر بیماری، ژنتیک و عدم پاسخ درمانی است (قایمی و همکاران، ۲۰۰۶). از نظر قایمی، کو و گودوین (۲۰۰۲) اختلال طیف دوقطبی، یک طبقه ی تشخیصی است که چندین نشانه ی بالقوه ی دوقطبی بودن را در چارچوب چهار اعتبارسنج تشخیصی فوق در بر می گیرد. بیماری که تشخیص اختلال طیف دوقطبی دریافت می کند، بر اساس DSM واجد افسردگی مهاده تشخیص داده خواهد شد چون حداقل یک دوره افسردگی مهاده دارد و هیچ دوره ای از شیدایی و نیمه شیدایی را تجربه نمی کند اما، معیارهای دیگر این طبقه ی تشخیصی با بیمارانی که از اختلال دوقطبی رنج می برند مشترک است. سابقه ی خانوادگی اختلال های دوقطبی و شیدایی و نیمه شیدایی ناشی از

ضدافسردگی‌ها معیارهای اصلی هستند. معیارهای درجه ی دوم شامل این موارد است: شخصیت هایپرتایمیک، دوره‌های افسردگی مهاد عودکننده (بیش از سه دوره)، دوره‌های افسردگی مهاد کوتاه (کمتر از سه ماه)، نشانگان افسردگی غیرمعمول، دوره‌های افسردگی مهاد پسیکوزی، دوره ی افسردگی مهاد زودآغاز (قبل از ۲۵ سال)، افسردگی پس از زایمان، عدم تداوم پاسخ به ضدافسردگی (بازگشت علائم افسردگی ظرف ده روز از شروع بهبودی) و دوره ی افسردگی مقاوم به درمان (عدم پاسخ به حداقل سه ضدافسردگی). برخی از مطالعاتی که در بالا ذکر شد، از معیارهای اختلال طیف دوقطبی استفاده کرده‌اند (اسمیت و همکاران، ۲۰۰۵؛ شعبانی و همکاران، ۲۰۰۹) اما شواهد هنوز متناقض است و توافق کافی درباره وزن هر یک از معیارها وجود ندارد. هدف پژوهش حاضر، مشخص کردن این نکته بود که این معیارها تا چه میزان می‌توانند در تمایز افسردگی یک قطبی و دوقطبی مفید باشند.

روش

این پژوهش یک پژوهش توصیفی با استفاده از رگرسیون لجستیک بود. جامعه مورد مطالعه، شامل بیماران سرپایی و بستری با تشخیص یکی از اختلال‌های خلقی در دوره ی جاری افسردگی بود. از این جامعه ۱۲۵ نفر از بیمارانی که در دوره ی افسردگی به درمانگاه‌های بیمارستان‌های حضرت رسول در تهران و کارگرنژاد در کاشان و درمانگاه شمیم در مشهد مراجعه کردند و یا در بخش روانپزشکی این بیمارستان‌ها بستری شده بودند به روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب شدند. ۱۱ نفر به دلیل عدم رضایت برای انجام پژوهش یا عدم امکان مصاحبه به دلیل شدت نشانه‌ها کنار گذاشته شدند و اطلاعات ۱۱۴ نفر جمع‌آوری شد که ۸۲ نفر (۶۷/۸ درصد) از آنها را بیماران بستری و ۳۲ نفر (۲۶/۴ درصد) را بیماران سرپایی تشکیل می‌دادند. میانگین سنی نمونه ۳۶/۵۸ سال (از ۱۸ تا ۷۲ سال) بود.

معیارهای تشخیصی اختلال طیف دوقطبی توسط قایمی و همکاران (۲۰۰۲) معرفی و شامل سابقه ی خانوادگی اختلال دوقطبی و شیدایی و نیمه‌شیدایی ناشی از ضدافسردگی به عنوان ملاک‌های اصلی و شخصیت هایپرتایمیک، دوره‌های افسردگی مهاد عودکننده، دوره ی افسردگی مهاد کوتاه‌مدت، نشانگان افسردگی غیرمعمول، دوره ی افسردگی مهاد پسیکوزی، دوره ی افسردگی زودآغاز (قبل از ۲۵ سال)، افسردگی پس از زایمان، عدم تداوم پاسخ به ضدافسردگی و افسردگی مقاوم به درمان به عنوان معیارهای فرعی است. سلسله‌مراتب معیارها به شکل یک مقیاس در انیستیتوی روانپزشکی تهران آماده شده است که در آن وجود یا فقدان هر ملاک مشخص می‌شود.

معیارهای افسردگی غیرمعمول طبق DSM-IV-TR (سادوک و سادوک، ۲۰۰۷) شامل واکنش نشان دادن خلق، نبود همزمان خصایص مالخولیایی یا کاتاتونیک، داشتن حداقل دو مورد از افزایش وزن یا اشتها، پرخوابی، فلج خشک، حساسیت به طرد به صورت یک الگوی درازمدت. این معیارها توسط مصاحبه گر از بیمار پرسیده می شد و وی پاسخ بله یا خیر را انتخاب می کرد.

مصاحبه با خانواده برای مطالعات ژنتیکی (FIGS) اختلال های روانپزشکی را در خانواده بررسی می کند. مصاحبه شامل یک غربال کلی و چند چک لیست برای بررسی اختلال ها به صورت خاص است. در این مطالعه از سولاتی استفاده شد که برای محدود شدن به اختلال های خلقی و بستگان درجه ی اول بیمار، توسط گروه پژوهشی دوقطبی در انیستیتوی روانپزشکی تهران تهیه شده است.

ویژگی های مزاج هایپرتایمیک که توسط اکیسکال و همکاران (۱۹۹۸) طراحی شده است، شامل شنگولی، خوش بینی بیش از حد و سرزندگی، برون گرایی و مردم گرایی، پرحرفی، سخنوری و شوخ طبعی، فقدان خویشن داری، در پی محرک ها و به دنبال مسایل جنسی بودن، پرتوان بودن، پربرمه بودن و بی فکری، اطمینان بیش از حد به خود و لاف زدن است. این موارد توسط گروه پژوهشی دوقطبی در انیستیتوی روانپزشکی تهران به شکل پرسشنامه تهیه شده است. ملاک شخصیت هایپرتایمیک در اختلال طیف دوقطبی (قایمی و همکاران، ۲۰۰۲)، حداقل نمره ی ۴ است.

SCID یک ابزار استاندارد شده برای ارزیابی اختلال های اصلی روانپزشکی بر اساس DSM-IV-TR است که برای مقاصد بالینی و پژوهشی طراحی شده است. مطالعات، پایایی و روایی مطلوب آن را گزارش کرده اند (زانارینی و فرانکنبرگ، ۲۰۰۰). مطالعه ی اعتباریابی نسخه ی فارسی آن، توسط شریفی و همکاران (۲۰۰۴) انجام شده است. پایایی بازآزمایی با استفاده از آماره کاپا برای اختلال های دوقطبی نوع یک، افسردگی مهاد، کل اختلال های خلقی، کل اختلال های دوقطبی و کل اختلال های افسردگی به ترتیب ۰/۵۴، ۰/۴۲، ۰/۴۲، ۰/۴۹ و ۰/۶۲ و توافق تشخیصی بازآزمایی به ترتیب ۷۸/۳، ۸۳، ۷۴/۵، ۷۵/۴ و ۸۵/۸ گزارش شده است.

در این پژوهش از آزمون همگونی مجذور کای برای بررسی معناداری تفاوت دو گروه دوقطبی و یک قطبی در ملاک های اختلال طیف دوقطبی و از رگرسیون لجستیک جهت مشخص کردن وزن ملاک های طیف دوقطبی در پیش بینی اختلال طیف دوقطبی و اختلال دوقطبی استفاده شد. بررسی حساسیت، ویژگی و ارزش پیش بینی مثبت^۱ (PPV) و ارزش پیش بینی منفی^۲ (NPV) ملاک های

1. positive predictive value

2. negative predictive value

اختلال طیف دوقطبی از طریق فرمول‌های مربوط با استفاده از جدول صحت پیش‌بینی‌های دو حالته^۱ محاسبه شد و داده‌ها با هجدهمین ویرایش نرم افزار SPSS مورد تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها

فراوانی و درصد معیارهای اختلال طیف دوقطبی در کل نمونه، بیماران مبتلا به افسردگی یک‌قطبی و افسردگی دوقطبی در جدول ۱ ارائه شده است.

جدول ۱. فراوانی و درصد معیارهای اختلال طیف دوقطبی در نمونه

بیماران	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	۸
کل	۵۷ (۵۰)	۴۸ (۴۲/۱۰)	۲۴ (۲۱/۰۵)	۵۹ (۵۱/۷۵)	۲۵ (۲۱/۹۲)	۳۸ (۳۳/۳۳)	۲۳ (۲۰/۱۷)	۳۱ (۲۷/۱۹)
یک‌قطبی	۱۸ (۲۸/۱۲)	۱۹ (۲۹/۶۸)	۹ (۱۴/۰۶)	۱۸ (۲۸/۱۲)	۱۰ (۱۵/۶۲)	۱۱ (۱۷/۱۸)	۱۲ (۱۸/۷۵)	۹ (۱۴/۰۶)
دوقطبی	۳۹ (۷۸)	۲۹ (۵۸)	۱۵ (۳۰)	۴۱ (۸۲)	۱۵ (۳۰)	۲۷ (۵۴)	۱۱ (۲۲)	۲۲ (۴۴)

۱= سابقه خانوادگی دوقطبی؛ ۲= دوره ی افسردگی عودکننده؛ ۳= دوره ی افسردگی کوتاه مدت؛ ۴= دوره ی افسردگی زودآغاز؛ ۵= افسردگی پس از زایمان؛ ۶= افسردگی پس‌یکوزی؛ ۷= افسردگی غیر معمول؛ و ۸= شخصیت‌های پرتایمیک

جدول ۲، همبستگی بین معیارهای اختلال طیف دوقطبی با اختلال دوقطبی را نشان می‌دهد.

جدول ۲. همبستگی معیارهای اختلال طیف دوقطبی با اختلال دوقطبی

معیارها	R tet	Sig.	معیارها	R tet	Sig.
سابقه خانوادگی اختلال دوقطبی	۰/۴۹۵	۰/۰۰۱	دوره افسردگی کوتاه	۰/۱۹۴	۰/۰۳۸
افسردگی غیر معمول	۰/۰۴۰	۰/۶۶۸	دوره افسردگی عودکننده	۰/۲۹۶	۰/۰۰۲
شخصیت‌های پرتایمیک	۰/۳۳۴	۰/۰۰۱	افسردگی پس‌یکوزی	۰/۳۸۸	۰/۰۰۱
افسردگی زودآغاز	۰/۵۳۵	۰/۰۰۱	افسردگی پس از زایمان	۰/۱۷۲	۰/۰۶۶

بحث و نتیجه‌گیری

نتایج پژوهش حاضر نشان داد که بین دو گروه افسرده ی یک‌قطبی و افسرده ی دوقطبی، از نظر سابقه ی خانوادگی اختلال دوقطبی، دوره ی افسردگی عودکننده، دوره ی افسردگی کوتاه‌مدت، دوره ی افسردگی زودآغاز، افسردگی پس‌یکوزی و شخصیت‌های پرتایمیک تفاوت معنادار وجود دارد

جدول ۳. آزمون همگونی مجذور کای برای تفاوت گروه افسرده ی یک قطبی و دوقطبی

Sig.	df	X ²	درصد افسردگی		
			دوقطبی	یک قطبی	
۰/۰۰۱	۱	۲۷/۹۳	۷۸	۲۸/۱۲	سابقه خانوادگی اختلال دوقطبی
۰/۰۰۲	۱	۹/۸۸۲	۵۸	۲۹/۶۸	دوره افسردگی عودکننده
۰/۰۳۳	۱	۴/۲۹۰	۳۰	۱۴/۰۶	دوره افسردگی کوتاه مدت
۰/۰۰۱	۱	۳۲/۶۳	۸۲	۲۸/۱۲	دوره افسردگی زودآغاز
۰/۰۵۴	۱	۳/۳۸۸	۳۰	۱۵/۶۲	افسردگی پس از زایمان
۰/۰۰۱	۱	۱۷/۱۱۸	۵۴	۱۷/۱۸	افسردگی پسیکوزی
۰/۴۲۱	۱	۰/۱۸۴	۲۲	۱۸/۷۵	افسردگی غیرمعمول
۰/۰۰۱	۱	۱۲/۷۰۷	۴۴	۱۴/۰۶	شخصیت هایپر تایمیک
۰/۰۰۱	۱	۱۸/۷۷۷	۵۸	۱۸/۷۵	واکنش به اتفاقات مثبت
۰/۰۴۹	۱	۳/۴۸۹	۳۶	۲۰/۳۱	افزایش وزن
۰/۰۳۳	۱	۴/۲۷۵	۳۲	۱۵/۶۲	پرخوابی
۰/۳۹۴	۱	۰/۲۸۵	۱۶	۱۲/۵	فلج خشک
۰/۰۲۲	۱	۴/۸۰۷	۷۶	۵۶/۲۵	حساسیت به طرد
۰/۶۱۶	۱	۰/۰۳۲	۶	۳/۱۲	عقب ماندگی ذهنی
۰/۰۰۱	۱	۲۰/۵۹۱	۸۰	۳۷/۵	مشکلات روانی
۰/۰۰۱	۱	۲۶/۹۱۷	۷۲	۲۶/۵۶	داروی روانپزشکی
۰/۰۰۱	۱	۲۰/۶۸۵	۶۲	۲۳/۴۳	داروی تثبیت کننده خلق
۰/۰۰۱	۱	۱۶/۷۷۲	۷۶	۳۷/۵	دوره افسردگی
۰/۰۰۱	۱	۸/۹۸۳	۳۴	۱۰/۹۳	خودکشی
۰/۰۰۱	۱	۲۷/۹۳۰	۷۸	۲۸/۱۲	دوره ی شیدایی
۰/۰۸۸	۱	۲/۷۰۴	۱۸	۷/۸۱	اسکیزوفرنیا
۰/۰۰۱	۱	۱۶/۹۸۶	۴۰	۷/۸۱	رفتارهای عجیب و غریب
۰/۰۰۱	۱	۱۹/۸۵۱	۴۶	۹/۳۷	مشکلات با قانون، کار و مدرسه
۰/۰۰۱	۱	۵/۲۹۰	۴۰	۲۰/۳۱	سومصرف مواد و الکل
۰/۰۰۱	۱	۱۳/۹۶۵	۵۲	۱۸/۷۵	سابقه ی بستری
۰/۱۱۹	۱	۱/۹۶۶	۳۰	۱۸/۷۵	بیماریهای مغز و اعصاب
۰/۵۵۰	۱	۰/۰۰۵	۴۰	۴۰/۶۲	تنهایی و انزوا
۰/۱۴۳	۱	۱/۸۶۲	۱۶	۷/۸۱	عقاید سحرآمیز و عجیب

معیارهای اختلال طیف دوقطبی

معیارهای افسردگی غیرمعمول

اطلاعات سابقه ی خانوادگی

و این شاخص ها در افسردگی دوقطبی فراوان تر است. بین اختلال دوقطبی با سابقه ی خانوادگی اختلال دوقطبی، شخصیت هایپر تایمیک، افسردگی زودآغاز، دوره ی افسردگی کوتاه، دوره ی افسردگی عودکننده و افسردگی پسیکوزی، همبستگی مثبت معنادار وجود داشت. در پژوهش حاضر، سابقه ی خانوادگی اختلال دوقطبی دو گروه افسرده یک قطبی و دوقطبی را به طور معنادار متمایز کرد. قایمی (۲۰۰۶) سابقه ی خانوادگی را کلید راهنمای تشخیص می داند. مطالعات بسیاری به این نتیجه رسیده اند که داشتن سابقه ی خانوادگی اختلال دوقطبی می تواند بیماران مبتلا به افسردگی دوقطبی و یک قطبی را به طور معنادار متمایز کند (اسکات و همکاران، ۲۰۱۳؛ شور و همکاران، ۲۰۱۳؛ سویری و همکاران، ۲۰۱۲). همچنین، نتایج پژوهش حاضر نشان داد که خودکشی، رفتارهای عجیب و غریب، مشکلات با قانون، کار و مدرسه، سومصرف مواد و الکل، سابقه ی بستری، مشکلات روانی و مصرف داروهای روان پزشکی در خانواده های بیماران مبتلا به افسردگی دوقطبی به طور معنادار شایعتر از افسردگی یک قطبی است. مطالعات نیز نشان داده است که چندین پدیده بالینی مثل اختلال اسکیزوفرنیا (شولز، هدکر، زندی، ریشل و همکاران، ۲۰۰۶)، بیماری های همبود (شولز و همکاران، ۲۰۰۶) و خودکشی (پوتاش، کین، چیو، سیمپسون و همکاران، ۲۰۰۰) ممکن است در خانواده های بیماران مبتلا به اختلال دوقطبی وجود داشته باشد.

نتایج این پژوهش نشان داد که بین افسردگی یک قطبی و افسردگی دوقطبی از نظر فراوانی دوره ی افسردگی زودآغاز تفاوت معنادار وجود دارد. این نتایج با مطالعات دوداک و همکاران (۲۰۱۳) سویری و همکاران (۲۰۱۲) و گان و همکاران (۲۰۱۱) همسو است. در مقابل، مطالعات اسکات و همکاران (۲۰۱۳) و گویلاوم و همکاران (۲۰۱۰) تفاوت معناداری در این مورد بین دو گروه افسرده یک قطبی و دوقطبی نشان نداده اند. نتایج حاکی از آن بود که بین افسردگی یک قطبی و افسردگی دوقطبی از نظر فراوانی افسردگی غیرمعمول، تفاوت معنادار وجود ندارد. این نتایج با مطالعات شعبانی و همکاران (۲۰۰۹) پوسترناک و زیمرمن (۲۰۰۲) و برگ و همکاران (۲۰۱۱) همسو و با نتایج اکیسکال و بناتزی (۲۰۰۸) انگست و همکاران (۲۰۰۶) و هیو و همکاران (۲۰۱۲) ناهمسوست. با این حال، بین دو گروه، از نظر همه ی معیارهای افسردگی غیرمعمول شامل افزایش وزن، حساسیت به طرد، واکنش به اتفاقات مثبت و افزایش خواب، به جز فلج خشک، تفاوت معنادار وجود داشت. نتایج نشان داد که بین افسردگی یک قطبی و افسردگی دوقطبی از نظر فراوانی نشانه های پسیکوزی تفاوت معنادار وجود دارد. این نتیجه با مطالعات اسکات و همکاران (۲۰۱۳) سویری و همکاران (۲۰۱۲) گان و همکاران (۲۰۱۱) و کیجنا و همکاران (۲۰۰۶) همسو است. در مطالعه ی ریباکوسکی و همکاران

(۲۰۰۵) نیز شخصیت هایپر تایمیک در گروه افسرده ی دوقطبی فراوانی بیشتری نسبت به گروه یک-قطبی داشت.

در این جا ذکر این نکته بسیار اهمیت دارد که تمامی معیارهای بررسی شده می تواند در افراد مبتلا به افسردگی یک قطبی نیز رخ دهد ولی هر چه ویژگی های بیشتری از دوقطبی بودن حضور داشته باشد، بیشتر موضوع تشخیص بیماری طیف دوقطبی مطرح است تا افسردگی یک قطبی. گرچه هنوز مطالعات نتوانسته اند به توافقی در زمینه ی تفاوت این شاخص ها در افسردگی یک قطبی و دوقطبی برسند اما تفاوت در نتایج مربوط به معیارهای فرعی می تواند به علت مسایل روش شناختی باشد. به طور خلاصه در پژوهش حاضر، سابقه ی خانوادگی اختلال دوقطبی، افسردگی زودآغاز و افسردگی پسکوزی مهم ترین معیارها در زمینه ی تشخیص اختلال دوقطبی بودند.

References

- Akiskal, H. S., & Benazzi, F. (2008). Continuous distribution of atypical depressive symptoms between major depressive and bipolar II disorders: dose-response relationship with bipolar family history. *Psychopathology, 41*, 39-42.
- Angst, J., Adolfsson, R., Benazzi, F., Gamma, A., & et al. (2005). The HCL-32: towards a self-assessment tool for hypomanic symptoms in outpatients. *Journal of Affective Disorders, 88*, 217-233.
- Benazzi, F. (2005). Unipolar depression with racing thoughts: A bipolar spectrum disorder? *Psychiatry and clinical neurosciences, 59*, 570-575.
- Benazzi, F., & Akiskal, H. S. (2008). How best to identify a bipolar-related subtype among major depressive patients without spontaneous hypomania: superiority of age at onset criterion over recurrence and polarity? *Journal of Affective Disorders, 107*, 77-88.
- Berk, M., Brnabic, A., Dodd, S., Kelin, K., & et al. (2011). Does stage of illness impact treatment response in bipolar disorder? Empirical treatment data and their implication for the staging model and early intervention. *Bipolar Disorders, 13*, 87-98.
- Conus, P., Cotton, S., Abdel-Baki, A., Lambert, M., & et al. (2006). Symptomatic and functional outcome 12 months after a first episode of psychotic mania: barriers to recovery in a catchment area sample. *Bipolar Disorders, 8*, 221-231.
- Conus, P., Ward, J., Hallam, K. T., Lucas, N., & et al. (2008). The proximal prodrome to first episode mania - a new target for early intervention. *Bipolar Disorders, 10*, 555-565.
- Dudek, D., Siwek, M., Zielin' ska, D., Jaeschke, R., & et al. (2013). Diagnostic conversions from major depressive disorder into bipolar disorder in an outpatient setting: Results of a retrospective chart review. *Journal of Affective Disorders, 144*, 112-115
- El-Mallakh, R. S., Karipoot, A., & Ghaemi, S. N. (2006). Antidepressants in bipolar depression. In El-Mallakh, R. S., & Ghaemi, S. N. (Eds.). *Bipolar Depression*. American Psychiatric Publishing.
- Gan, Z., Diao, F., Wei, Q., Wu, X., & et al. (2011). A predictive model for diagnosing bipolar disorder based on the clinical characteristics of major depressive episodes in Chinese population. *Journal of Affective Disorders, 134*, 119-125.
- Ghaemi, S. N., Boiman, E. E., & Goodwin, F. K. (2000). Diagnosing bipolar disorder and the effect of antidepressants: a naturalistic study. *Journal of Clinical Psychiatry, 61*, 804-808.
- Ghaemi, S. N., Ko, J. Y., & Goodwin, F. K. (2002). "Cade's disease" and beyond: misdiagnosis, antidepressant use, and a proposed definition for bipolar spectrum disorder. *Canadian journal of psychiatry, 47*, 125-134.
- Ghaemi, S. N., Saggese, J., & Goodwin, F. K. (2006). Diagnosis of bipolar depression. In El-Mallakh, & R. S., Ghaemi, S. N. (Eds.). *Bipolar Depression*. American Psychiatric Publishing, pp. 167-183.
- Goodwin, F. K., & Jamison, K. R. (2007). *Manic-Depressive Illness: Bipolar Disorders and Recurrent Depression*. New York: Oxford University Press.
- Hirschfeld, R. M., Lewis, L., & Vornik, L. A. (2003). Perceptions and impact of bipolar disorder: how far have we really come? Results of the National Depressive and Manic-depressive Association 2000 survey of individuals with bipolar disorder. *The Journal of Clinical Psychiatry, 64*, 161-174.

- Hu, C., Xiang, Y-T., Ungvari, J. S., Dickerson, F. B., & et al. (2012). Undiagnosed bipolar disorder in patients treated for major depression in China. *Journal of Affective Disorders, 140*, 181-186.
- Judd, L. L., Akiskal, H. S., Schettler, P. J., Coryell, W., & et al. (2003). A prospective investigation of the natural history of the long-term weekly symptomatic status of bipolar II disorder. *Archives of General Psychiatry, 60*, 261-269.
- Mitchell, P. B., Wilhelm, K., Parker, G., Austin, M. P., & et al. (2001). The clinical features of bipolar depression: a comparison with matched major depressive disorder patients. *Journal of Clinical Psychiatry, 62*, 212-216.
- Parker, G., Roy, K., Mitchell, P., Wilhelm, K., & et al. (2002). A typical depression: a reappraisal. *American Journal of Psychiatry, 159*, 1470-1479.
- Posternak, M. A., & Zimmerman, M. (2002). The prevalence of atypical features across mood, anxiety, and personality disorders. *Comprehensive Psychiatry, 43*, 253-262.
- Potash, J. B., Kane, H. S., Chiu, Y. F., Simpson, S. G., & et al. (2000). Attempted suicide and alcoholism in bipolar disorder: clinical and familial relationships. *American Journal of Psychiatry, 157*, 2048-2050.
- Reinares, M., Colom, F., Rosa, A. R., Bonnín, C. M., & et al. (2010). The impact of staging bipolar disorder on treatment outcome of family psychoeducation. *Journal of Affective Disorders, 123*, 81-86.
- Rybakowski, J. K., Suwalska, A., Lojko, D., Rymaszewska, J., & et al. (2007). Types of depression more frequent in bipolar than in unipolar affective illness: Results of the Polish DEP-BI study. *Psychopathology, 40*, 153-158.
- Sadochk, B., J., & Sadock, V. A. (2007). *Kaplan and Sadock's Synopsis of Psychiatry: Behavioral Sciences/Clinical Psychiatry*. Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins.
- Sato, T., Bottlender, R., Kleindienst, N., & Moller, H. J. (2005). Irritable psychomotor elation in depressed inpatients: a factor validation of mixed depression. *Journal of Affective Disorders, 84*, 187-96.
- Schulze, T. G., Hedeker, D., Zandi, P., Rietschel, M., & et al. (2006). What is familial about familial bipolar disorder? Resemblance among relatives across a broad spectrum of phenotypic characteristics. *Archives of General Psychiatry, 63*, 1368-1376.
- Scott, E. M., Hermens, D. F., Naismith, S. L., Guastella, A. J., & et al. (2013). Distinguishing young people with emerging bipolar disorders from those with unipolar depression. *Journal of Affective Disorders, 144*, 208-215.
- Shabani, A. (2007). Mood stabilizing effect of twice weekly administration of fluoxetine in a bipolar II patient. *Primary Care Companion to the Journal of Clinical Psychiatry, 9*, 392-393. (Persian)
- Shabani, A. (2009). Diagnostic criteria for bipolar disorder. *Journal of Psychiatry and Clinical Psychology, 2*, 99-127. (Persian)
- Sharifi, V., Asadi, M., Mohammadi, M. R., Amini, H., & et al. (2004). Reliability and performance of a Farsi version of the SCID. *Cognitive Science, 6*, 10-22. (Persian)
- Smith, D. J., Harrison, N., Muira, W., & Blackwood, D. H. R. (2005). The high prevalence of bipolar spectrum disorders in young adults with recurrent depression: toward an innovative diagnostic framework. *Journal of Affective Disorders, 84*, 167-178.
- Souery, D., Zaninottob, L., Calatib, R., Linottec, S., & et al. (2012). Depression across mood disorders: review and analysis in a clinical sample. *Comprehensive Psychiatry, 53*, 24-38.
- Vieta, E., Blasco-Colmenares, E., Figueira, M. L., Langosch, J. M., & et al. (2011). Clinical management and burden of bipolar disorder: a multinational longitudinal study (WAVE-bd study). *BMC Psychiatry, 11*, 1-8.
- Zanarini, M. C., & Frankenburg, F. R. (2001). Attainment and maintenance of reliability of axis I and II disorders: A longitudinal study. *Comprehensive Psychiatry, 42*, 369-374.

Journal of
Thought & Behavior in Clinical Psychology
Vol. 9 (No. 37), pp. 16-26, 2015

Criteria for bipolar spectrum disorder in patients with mood disorders during the current period of depression: comparison between unipolar and bipolar depression

Besharat, Mohammad Ali

Tehran University, Tehran, Iran

Khajavy, Zeinab

Tehran University, Tehran, Iran

Shabani, Amir

Mental Health Research Centre, Bipolar Disorders Research Group, Iran

University of Medical Sciences

Gholamali Lavasani, Masoud

Tehran University, Tehran, Iran

Received: Aug 16, 2015

Accepted: Oct 03, 2015

Identifying the type of disorder in the early stages of the disease can be very helpful in choosing the right treatment. Among them, one of the controversial topics, is the diagnosis and early intervention in mood disorders. This study seeks to examine the degree of ability of bipolar spectrum disorder criteria and distinction of the two depressed unipolar and bipolar groups. For this purpose, in a descriptive study, 114 depressive patients, inpatients and outpatients with mood disorders were selected from hospitals and clinics of Hazrat Rasoul in Tehran, Kargar nezhad in Kashan and Shamim in Mashhad. Data were collected based on SCID-I interview, investigating patient's records and gathering information from the relatives of patients. The results indicated that there is a significant difference between the two groups of depressed unipolar and bipolar in terms of family history of bipolar disorder, recurrent depression episodes, short-term course of depression, early depression era, psychotic depression and hyperthymic personality. From the results of this study it can be concluded that the criteria for bipolar spectrum disorder may somewhat distinct unipolar and bipolar depression. These criteria can be used as diagnostic criteria for unipolar and bipolar depression.

Keywords: unipolar depression, bipolar depression, bipolar spectrum disorders

Electronic mail may be sent to: besharat@ut.ac.ir