

## مقایسه الگوی همبودی اختلال وسواسی - اجباری در کودکان و بزرگسالان مبتلا به اختلال دوقطبی نوع یک

| هدف:   | روش:                | یافته‌ها: | نتیجه‌گیری: |
|--|---------------------|-----------|-------------|
| دکتر فاطمه عصاریان <sup>۱</sup><br>دانشگاه علوم پزشکی کاشان                      | I                   | %         | I           |
| دکتر رزیتا داوری<br>گروه روانپزشکی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی | ( ) SCID ( ) K-SADS | %         |             |
| دکتر فریبا عربگل<br>گروه روانپزشکی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی | -                   | %         |             |
| دکتر رضا ویسانی‌فر<br>دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی                              | -                   | %         |             |
|  | ( ) %               | %         |             |

### مقدمه

کلاسیک اختلال در بزرگسالان نمی‌باشد. (کوچر<sup>۲</sup>، ۲۰۰۲).  
اختلال دوقطبی در کودکان و نوجوانان در مقایسه با بزرگسالان به خوبی مطالعه نشده است و بیشتر مطالعات در این زمینه به شکل گذشته‌نگر، گزارش از نمونه‌های کوچک، بدون گروه کنترل و بدون استفاده از وسایل ارزیابی استاندارد می‌باشد. در این گروه سنی، اشکال مختلط<sup>۴</sup>، دوره‌های تندچرخ، میزان بالای همبودی با

اختلالات خلقی در کودکان و نوجوانان در سال‌های اخیر مورد توجه بیشتری واقع شده است. اختلاف نظر در مورد سن شروع، فنومنولوژی، همبودی<sup>۲</sup>، سیر، پیش آگهی و درمان زیاد است و تظاهرات شایع بالینی در کودکان و نوجوانان، تصویر

2- comorbidity  
4- mixed

3- Kutcher

۱ - نشانی تماس: تهران، خیابان آیت اله مدنی، بیمارستان امام حسین (ع)، گروه روانپزشکی.  
E-mail: fa\_assar@yahoo.com

اکثر مطالعاتی که به بررسی همبودی اختلالات اضطرابی با اختلال دوقطبی پرداخته‌اند، به سن شروع پایین‌تر اختلال دوقطبی در موارد همبودی اشاره شده است (سیمون<sup>۲۷</sup> و همکاران، ۲۰۰۲). مطالعات اخیر پیشنهاد می‌کند که اختلال دوقطبی با شروع زودرس می‌تواند نه تنها از لحاظ بار ژنتیکی، تصویر بالینی و الگوی همبودی، بلکه از نظر پاسخ درمانی یک زیرگروه خاص محسوب شود (شراف<sup>۲۸</sup>، بلیویر<sup>۲۹</sup> و جوونت<sup>۳۰</sup>، ۲۰۰۰).

لذا با توجه به مطالب فوق و محدودیت مطالعات اختلال دوقطبی کودکان و نوجوانان، به‌ویژه همبودی آن با اختلالات اضطرابی و با توجه به اینکه بررسی روی الگوهای افتراقی همبودی و مقایسه آن در دو گروه سنی کودکان و بزرگسالان می‌تواند اطلاعات مهمی در تشخیص زیرگروه‌های بالینی هموزن با توجه به نقطه‌نظرات ژنتیک - بیولوژیک و درمانی بدهد، این مطالعه با هدف تعیین و مقایسه الگوی همبودی اختلال وسواسی - اجباری در کودکان و بزرگسالان مبتلا به اختلال دوقطبی نوع یک صورت گرفت.

## روش

این مطالعه از نوع مقطعی - تحلیلی و نمونه‌گیری آن به روش آسان بود. ابتدا از بین همه بیمارانی که در شش ماهه دوم سال ۱۳۸۴ با تشخیص اختلال دوقطبی نوع یک در بخش‌های روانپزشکی کودک و نوجوان و بزرگسال بستری شدند، تعداد ۱۰۰ نفر (۵۰ کودک و نوجوان، ۵۰ بزرگسال) پس از اخذ رضایت‌نامه به تحقیق وارد شدند. تشخیص اختلال دوقطبی که در هنگام پذیرش بیمار داده شده بود، در مصاحبه‌های بعدی توسط پژوهشگر (روانپزشک) براساس معیارهای چهارمین نسخه راهنمای

اختلالات دیگر و افت عملکرد شخص در حوزه‌های اجتماعی، تحصیلی و شغلی شایع است (لویس<sup>۱</sup>، ۲۰۰۲). وجود همبودی در کودکان و نوجوانان مبتلا به اختلال دوقطبی یک قاعده است نه استثنا (وینر<sup>۲</sup> و دالکال<sup>۳</sup>، ۲۰۰۴). مطالعات اخیر نشان دادند که غیر از اختلالات ناشی از مواد پسیکوآکتیو، اختلالات اضطرابی شیوع بالایی در بیماران دوقطبی دارند. تحقیقات بالینی نشان داده‌اند که ۲۴ تا ۷۹ درصد از بیماران دوقطبی دست‌کم یک اختلال اضطرابی در طول عمرشان داشته‌اند. با وجود نتایج متغیر، شایع‌ترین اختلالات اضطرابی همبود با اختلال دوقطبی به ترتیب، اختلال وسواسی - اجباری<sup>۴</sup> (OCD)، اختلال هراس و فوبی اجتماعی گزارش شده است (به نقل از ایسلر<sup>۵</sup>، سانتانازا<sup>۶</sup>، کاپزینسکی<sup>۷</sup> و لافر<sup>۸</sup>، ۲۰۰۴). مطالعات همه‌گیرشناسی، شیوع ۱۵ تا ۲۱ درصدی OCD را در بین بیماران مبتلا به اختلال دوقطبی نشان داده‌اند؛ نرخي که ۸/۱ برابر جمعیت عمومی است (چن<sup>۹</sup> و دیلساور<sup>۱۰</sup>، ۱۹۹۵؛ فوگارتی<sup>۱۱</sup>، راسل<sup>۱۲</sup>، نیومن<sup>۱۳</sup> و بلاند<sup>۱۴</sup>، ۱۹۹۴).

در مطالعات بالینی نیز همبودی با OCD در بیماران دوقطبی بین ۱/۵٪ تا ۳۵/۱٪ گزارش شده است (کوریل<sup>۱۵</sup>، اندیکات<sup>۱۶</sup>، آندرسن<sup>۱۷</sup> و کلر<sup>۱۸</sup>، ۱۹۸۵؛ وایتا<sup>۱۹</sup> و همکاران، ۲۰۰۱).

مطالعات خانوادگی نیز ارتباط بین اختلال دوقطبی و OCD را آشکار کرده است (کوریل، اندیکات، آندرسن و کلر، ۱۹۸۵؛ کوریل، ۱۹۸۱). شواهد مبتنی بر یک نسل مستقل<sup>۲۰</sup> نیز پیشنهادکننده یک ارتباط ژنتیکی بین OCD و اختلال دوقطبی است (کلاین<sup>۲۱</sup>، دیپو<sup>۲۲</sup> و اسلاتر<sup>۲۳</sup>، ۱۹۸۹).

در کودکان و نوجوانان نیز اختلال دوقطبی مانند اختلال افسردگی دارای همبودی قابل توجهی با اختلالات اضطرابی است که این در ۳۳٪ بیماران دوقطبی قبل از بلوغ و ۱۲٪ بیماران دوقطبی نوجوان دیده می‌شود (وینر و دالکال، ۲۰۰۴).

در مطالعه‌ای بر روی ۴۳ کودک و نوجوان مبتلا به اختلال دوقطبی (نوع یک و دو)، ۴۴/۲ درصد بیماران اختلال همبود وسواسی - اجباری داشتند (مازی<sup>۲۴</sup> و همکاران، ۲۰۰۱). همین محققین در مطالعه‌ای دیگر میزان همبودی اختلال وسواسی - اجباری را در ۴۸/۹ درصد کودکان مبتلا به اختلال دوقطبی گزارش کردند. (مازی، تونی<sup>۲۵</sup> و پروگی<sup>۲۶</sup>، ۲۰۰۳)

|               |                                    |
|---------------|------------------------------------|
| 1- Lewis      | 2- Weiner                          |
| 3- Dulcan     | 4- Obsessive - Compulsive Disorder |
| 5- Issler     | 6- Sant's Anna                     |
| 7- Kapczinski | 8- Lafer                           |
| 9- Chen       | 10- Dilsaver                       |
| 11- Fogarty   | 12- Russell                        |
| 13- Newman    | 14- Bland                          |
| 15- Coryell   | 16- Endicott                       |
| 17- Andreasen | 18- Keller                         |
| 19- Vieta     | 20- single pedigree                |
| 21- Klein     | 22- Depue                          |
| 23- Slater    | 24- Masi                           |
| 25- Toni      | 26- Perugi                         |
| 27- Simon     | 28- Schurhoff                      |
| 29- Bellivier | 30- Jouvent                        |

ابزارهای مورد استفاده عبارت بودند از:

۱- پرسشنامه مشخصات فردی شامل مشخصات جمعیت‌شناختی نمونه‌ها و سؤالاتی در مورد سن شروع اختلال دوقطبی، سن شروع وسواس، سابقه خانوادگی اختلالات دوقطبی و وسواسی - اجباری در کودکان و نوجوانان و نوع داروهای مصرفی طی شش ماه گذشته. جهت جلوگیری از سوگیری یادآوری<sup>۳</sup>، سن آزمودنی در اولین بستری به‌عنوان سن شروع اختلال دوقطبی در نظر گرفته شد.

۲- چک لیست DSM-IV که بر اساس معیارهای DSM-IV برای اختلالات دوقطبی و وسواسی - اجباری تهیه شد.

۳- K-SADS: نسخه اصلی آن<sup>۴</sup> (K-SADS-P) که توسط پویگ - آنتیچ و چمبرز (۱۹۷۸) ساخته شد در واقع یک نسخه برآمده از SADS بزرگسالان و متمرکز بر معیارهای تشخیصی بود. این ابزار برای سنین ۶-۱۷ سال طراحی شد. K-SADS انواع مختلفی دارد. یک نوع آن<sup>۵</sup> K-SADS-PL است. در این نوع نرخ گذاری علائم در سه نقطه صورت می‌گیرد (اصلاً، زیر آستانه، آستانه) و در آن تعریف مشخصی از هر نقطه ارائه شده است (شافر<sup>۶</sup>، لوکاس<sup>۷</sup> و ریچترز<sup>۸</sup>، ۱۹۹۹). در این پژوهش از نسخه فارسی K-SADS-PL استفاده شد که پایایی و روایی مطلوبی دارد (غنی زاده، محمدی و یزدان شناس، ۲۰۰۶).

۴- SCID یک مصاحبه نیمه‌ساختاریافته است که تشخیص را بر اساس معیارهای DSM-IV فراهم می‌آورد و اجرای آن نیازمند قضاوت بالینی مصاحبه‌گر در مورد پاسخ‌های مصاحبه‌شونده است. در این مطالعه از نسخه فارسی SCID استفاده شد. پایایی و روایی نسخه فارسی این پرسشنامه مورد ارزیابی قرار گرفته و مطلوب گزارش شده است (فرست، اسپیتزر، گیبون و ویلیامز، ترجمه فارسی، ۱۳۸۴)

۵- پرسشنامه ییل - براون بزرگسالان قادر به سنجش شدت علائم

تشخیصی و آماری اختلالات روانی<sup>۱</sup> (DSM-IV) و با استفاده از پرسشنامه‌های نیمه‌ساختاریافته نسخه کودکان برنامه تشخیصی اختلالات خلقی و اسکیزوفرنیا<sup>۲</sup> (K-SADS) در کودکان (پویگ - آنتیچ<sup>۳</sup> و چمبرز<sup>۴</sup>، ۱۹۷۸) و مصاحبه بالینی ساختاریافته براساس DSM-IV<sup>۵</sup> (SCID) در بزرگسالان (فرست<sup>۶</sup>، اسپیتزر<sup>۷</sup>، گیبون<sup>۸</sup> و ویلیامز<sup>۹</sup>، ۱۹۹۶) تأیید شد. ویژگی‌های دموگرافیک و بالینی با استفاده از موارد ثبت شده در پرونده بالینی بیمار و مصاحبه با بیمار و یکی از اعضای درجه اول خانواده او به‌دست آمد. همبودی اختلال وسواسی - اجباری در طول عمر با استفاده از چک‌لیست DSM-IV و فنومنولوژی وسواس و اجبار با استفاده از آزمون ییل - براون<sup>۱۰</sup> کودکان و بزرگسالان ارزیابی شد (گودمن<sup>۱۱</sup> و همکاران، ۱۹۸۹ a و ۱۹۸۹ b). وسواس‌ها و اجبارها براساس یافته‌های مطالعه تحلیل آماری قبلی ییل - براون در بیماران مبتلا به اختلال وسواسی - اجباری که توسط لکمن<sup>۱۲</sup> و همکاران (۱۹۹۷) انجام شده بود، در چهار گروه طبقه‌بندی شدند (به نقل از لوئیس، ۲۰۰۲):

گروه اول: وسواس‌های جنسی، پرخاشگری، مذهبی و سوماتیک و اجبارهای چک کردن؛ گروه دوم: وسواس‌های نظم و ترتیب، مرتب‌کردن و شمارش و اجبار تکرار؛ گروه سوم: وسواس‌های آلودگی و تمیزی و اجبار شستشو؛ گروه چهارم: وسواس و اجبار ذخیره‌سازی.

بیماران در این مطالعه بسته به شدت علائم و تخریب ناشی از آن که از لحاظ بالینی مشخص بود در یکی از چهارگروه فوق طبقه‌بندی شدند؛ بیمارانی که دست کم دو علامت از گروه‌های متفاوت با تخریب مشابه داشتند در مطالعه در نظر گرفته نشدند. لازم به ذکر است که جهت جلوگیری از تأثیر عوامل مخدوش‌کننده، تمام مصاحبه‌های نیمه‌ساختاریافته و آزمون ییل - براون در دوره بهبودی بیمار از مانیا یا افسردگی و در هفته آخر پیش از ترخیص تکمیل شد. پس از جمع‌آوری داده‌ها، بر اساس سن شروع اختلال دوقطبی آزمودنی‌ها در دو گروه قرار داده شدند:

گروه ۱: آزمودنی‌های با سن شروع اختلال دوقطبی کمتر از ۱۸ سال؛ گروه ۲: آزمودنی‌های با سن شروع اختلال دوقطبی بیشتر یا مساوی ۱۸ سال.

1- Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders  
2- Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for school age children  
3- Puig-Antich  
4- Chambers  
5- Structured Clinical Interview for DSM-IV  
6- First  
7- Spitzer  
8- Gibbon  
9- Williams  
10- Yale- Brown Obsessive Compulsive Scale  
11- Goodman  
12- Leckman  
13- recall bias  
14- Present  
15- Present Lifetime  
16- Shaffer  
17- Lucas  
18- Richters

**جدول ۱- توزیع فراوانی مبتلایان به اختلال دوقطبی نوع یک و اختلال وسواسی - اجباری همزمان برحسب سن شروع اختلال دوقطبی و الگوی علائم وسواس**

| سطح معنی داری     | سن شروع          |               |         |
|-------------------|------------------|---------------|---------|
|                   | سن $\leq 18$ (%) | سن $> 18$ (%) | جمع (%) |
| جنسی و ...        | ۳ (۶)            | ۱۱ (۲۲)       | ۱۴ (۱۴) |
| نظم و ترتیب و ... | ۲ (۴)            | ۴ (۸)         | ۶ (۶)   |
| آلودگی و شستشو    | ۹ (۱۸)           | ۱۱ (۲۲)       | ۲۰ (۲۰) |
| جمع               | ۱۴ (۲۸)          | ۲۶ (۵۲)       | ۴۰ (۴۰) |

\* $\chi^2 = 4/57, df = 1$

گروه از نظر میزان ابتلا به سایر گروه‌های وسواس و اجبار معنی دار نبود و نیز هیچکدام از آزمودنی‌ها در گروه وسواس‌های ذخیره‌سازی قرار نگرفتند.

مقایسه میانگین و انحراف معیار نمرات وسواس و اجبار و نمره کل وسواس - اجبار بر اساس سن شروع اختلال دوقطبی و جنسیت نشان داد که اختلاف معنی داری بین دو گروه با استفاده از آزمون multivariate وجود ندارد.

این پژوهش نشان داد که در کودکان و نوجوانان مبتلا به اختلال دوقطبی نوع یک در بیشتر موارد (۲۱ مورد از ۲۶ مورد)، سن شروع OCD مقدم بر سن شروع اختلال دوقطبی است ( $\chi^2 = 26/38, df = 2, p < 0/05$ ).

در گروه اول، از ۲۶ بیماری که همبودی OCD داشتند، ۱۵ مورد سابقه خانوادگی مثبت OCD و ۸ مورد سابقه خانوادگی مثبت اختلال دوقطبی در بستگان درجه اول و دوم خود داشتند؛ در حالی که از ۲۴ بیماری که اختلال دوقطبی به تنهایی داشتند تنها دو مورد سابقه خانوادگی مثبت OCD و ۱۴ مورد سابقه خانوادگی مثبت اختلال دوقطبی وجود داشت. مقایسه میزان سابقه خانوادگی مثبت OCD بین گروه مبتلا به همبودی اختلال دوقطبی نوع یک و OCD و گروه دوقطبی نوع یک بدون OCD، تفاوت معنی داری نشان داد ( $\chi^2 = 13/74, df = 2, p < 0/05$ ).

## بحث

هدف اولیه این مطالعه بررسی رابطه سن شروع اختلال

وسواسی و ارزیابی پاسخ به درمان دارویی می‌باشد و روایی و پایایی بالایی دارد (گودمن و همکاران، ۱۹۸۹a؛ وودی<sup>۱</sup>، استکتی<sup>۲</sup> و کمبلس<sup>۳</sup>، ۱۹۹۵). در ایران نیز روایی و پایایی نسخه فارسی آن ارزیابی شده است (بیغم، ۱۳۸۰).

۶- پرسشنامه ییل - براون کودکان و نوجوانان برگرفته از پرسشنامه ییل - براون بزرگسالان است. در این مطالعه از نسخه فارسی آن که توسط پژوهشکده مطالعات علوم شناختی تهیه و روایی و پایایی آن ارزیابی شده (علاقبندراد و همکاران، منتشر نشده) استفاده شده است.

تجزیه و تحلیل داده‌ها با نرم افزار SPSS Version 10 و با استفاده از آزمون‌های دقیق فیشر، کای دو، t مستقل و multivariate صورت پذیرفت.

## یافته‌ها

در گروه ۱، آزمودنی‌ها دارای ۱۷-۱۰ سال سن با میانگین سنی  $14/3 \pm 0/02$  سال در شروع اختلال دوقطبی بودند. در گروه ۲، آزمودنی‌ها ۱۸-۴۹ سال سن داشتند و میانگین سن آنها در شروع اختلال دوقطبی  $25/4 \pm 7/76$  سال بود.

در گروه اول، ۴۶٪ آزمودنی‌ها دختر و ۵۴٪ پسر بودند. در گروه دوم، ۴۸٪ آزمودنی‌ها زن و ۵۲٪ مرد بودند که براساس آزمون دقیق فیشر اختلاف معنی داری بین دو گروه از لحاظ جنسیت وجود نداشت. میزان همبودی OCD در گروه کودکان و نوجوانان ۵۲٪ و در گروه بزرگسالان ۲۸٪ بود و طبق آزمون دقیق فیشر اختلاف معنی داری بین دو گروه وجود داشت ( $p < 0/05$ ). در هر دو گروه بین میزان همبودی OCD و جنسیت ارتباط معنی داری دیده نشد.

جدول ۱ نوع وسواس‌ها و اجبارها را در کودکان و بزرگسالان مبتلا به همبودی اختلالات دوقطبی و وسواسی - اجباری نشان می‌دهد.

در گروه اول، ۲۲٪ آزمودنی‌ها در گروه وسواس‌های جنسی، پرخاشگری، مذهبی و سوماتیک و اجبار چک کردن قرار گرفتند و در گروه دوم تنها ۶٪ بیماران در این گروه جای گرفتند و تفاوت دو گروه معنی دار بود (جدول ۱). لازم به ذکر است که تفاوت دو

1- Woody  
3- Chambless

2- Steketee

میزان همبودی در مطالعات مختلف می‌تواند مربوط به تفاوت در متدولوژی تحقیقات گوناگون، نوع اختلال دوقطبی منظور شده، فاز اختلال دوقطبی که در آن نمونه‌ها برای همبودی ارزیابی شده‌اند، استفاده از اطلاعات اپیدمیولوژیک در مقابل اطلاعات بالینی، بستری یا سرپایی بودن آزمودنی‌ها، نوع مصاحبه‌های تشخیصی و بررسی شیوع مادام‌العمر یا فعلی اختلال باشد.

نتایج پژوهش حاضر اختلاف معنی‌داری را بین دو جنس در همبودی OCD با اختلال دوقطبی در دو گروه نشان نداد که هماهنگی با نتایج بیشتر مطالعات پیشین است (کروگر، کوک، هاسی<sup>۱۵</sup>، جورنا<sup>۱۶</sup> و پرساد<sup>۱۷</sup>، ۱۹۹۵؛ چن و دیلساور ۱۹۹۵؛ پروگی و همکاران، ۱۹۹۷).

پژوهش حاضر نشان داد که بین میانگین نمرات وسواس، اجبار و کل در بین دو گروه تفاوت معنی‌داری وجود ندارد و در رابطه با فنومنولوژی وسواس و اجبار، تنها در گروه وسواس‌های جنسی، پرخاشگری، مذهبی و سوماتیک و اجبار چک کردن اختلاف بین گروه‌های کودک و بزرگسال معنی‌دار است (۲۲٪). کودکان در مقابل ۶٪ بزرگسالان. بیشتر مطالعات موجود مربوط به تفاوت فنومنولوژی وسواس در کودکان و بزرگسالان مبتلا به OCD تنها می‌باشد. چندین مطالعه نیز به مقایسه فنومنولوژی وسواس در بیماران مبتلا به OCD به‌تنهایی و بیماران مبتلا به همبودی اختلال دوقطبی و OCD پرداخته‌اند؛ اما به تفاوت نوع وسواس‌های بیماران دوقطبی در این دو گروه سنی اشاره‌ای نشده است.

وسواس‌های مذهبی و اجبارهای چک کردن جزء شایعترین وسواس‌ها و اجبارهای نوجوانان می‌باشد، در حالیکه در بزرگسالان فراوانی نوع وسواس‌ها و اجبارها مشابه است هرچند ممکن است وسواس‌های جنسی و پرخاشگری شایع‌تر باشد (لوئیس و همکاران، ۲۰۰۲).

دوقطبی نوع یک با همبودی اختلال وسواس - اجبار و فنومنولوژی آن بود. میانگین سن شروع اختلال دوقطبی در گروه اول معادل ۱۴/۳ سال و در گروه دوم ۲۵/۴ سال بود که تقریباً هماهنگ با دو زیرگروه شروع زودرس<sup>۱</sup> و شروع حد وسط<sup>۲</sup> در مطالعه بلویر و همکاران (۲۰۰۳) و شروع زودرس و شروع دیررس<sup>۳</sup> در مطالعه کارتر<sup>۴</sup>، ماندو<sup>۵</sup>، پاربخ<sup>۶</sup> و کندی<sup>۷</sup> (۲۰۰۳) می‌باشد.

نتایج این پژوهش نشان داد که میزان همبودی OCD در گروه با سن شروع کمتر از ۱۸ سال بیشتر از گروه با سن شروع بیشتر یا مساوی ۱۸ سال است. میزان همبودی در نمونه بزرگسالان (۲۸٪) تقریباً هماهنگ با یافته‌های بیشتر مطالعات اپیدمیولوژیک و بالینی می‌باشد (چن و دیلساور، ۱۹۹۵؛ فوگارتی و همکاران، ۱۹۹۴؛ کوریل و همکاران، ۱۹۸۵؛ وایتا<sup>۸</sup> و همکاران، ۲۰۰۱؛ تمام و ازپویراز، ۲۰۰۲). اما یک مطالعه میزان همبودی فعلی اختلال دوقطبی با OCD را ۷٪ گزارش کرده است (کروگر<sup>۹</sup>، برانیک<sup>۱۰</sup> و کوک<sup>۱۱</sup>، ۲۰۰۰) که این تفاوت می‌تواند مربوط به تشخیص همبودی مادام‌العمر در مطالعه حاضر باشد.

میزان همبودی در نمونه کودکان و نوجوانان (۵۲٪)، از بیشتر مطالعات پیشین بزرگسالان بالاتر است. ما تنها به چند مطالعه مشابه در زمینه همبودی OCD و اختلال دوقطبی در کودکان و نوجوانان دست یافتیم. در یک مطالعه که با هدف کشف جنبه‌های بالینی تداخل OCD با اختلال دوقطبی و نه میزان شیوع آن صورت پذیرفته بود، ۲۹/۴٪ نمونه‌ها، همبودی دو اختلال را داشتند (مازی و همکاران، ۲۰۰۴). در دو مطالعه دیگر بر روی کودکان و نوجوانان مبتلا به اختلال دوقطبی با تعداد نمونه مشابه مطالعه حاضر، میزان همبودی با OCD به ترتیب ۴۴/۲٪ و ۴۸/۹٪ (مازی و همکاران، ۲۰۰۱، ۲۰۰۳) و در مطالعه‌ای دیگر همبودی در ۲۴/۷٪ کودکان مبتلا به اختلال دوقطبی نوع I گزارش شد (تیلمن<sup>۱۲</sup>، گلر<sup>۱۳</sup> و بولهافتر<sup>۱۴</sup>، ۲۰۰۳). توضیح احتمالی در رابطه با شیوع بالای همبودی در کودکان و نوجوانان مبتلا به اختلال دوقطبی در قیاس با بزرگسالان می‌تواند این مسئله باشد که در بیشتر مطالعات مربوط به بررسی همبودی اختلالات اضطرابی با اختلال دوقطبی، به سن شروع پایین‌تر اختلال دوقطبی در این بیماران اشاره شده است (سیمون و همکاران، ۲۰۰۴؛ کارتر و همکاران، ۲۰۰۲). اختلاف در

|            |                 |
|------------|-----------------|
| 1- early   | 2- intermediate |
| 3- late    | 4- Carter       |
| 5- Mundo   | 6- Parikh       |
| 7- Kennedy | 8- Vieta        |
| 9- Kruger  | 10- Braunig     |
| 11- Cooke  | 12- Tillman     |
| 13- Geller | 14- Bolhofner   |
| 15- Hasey  | 16- Jorna       |
| 17- Persad |                 |

است بیانگر جامعه بیماران مبتلا به این اختلال نباشد، چون نمونه‌های ما محدود به بیماران دوقطبی نوع I، موارد بستری و محدود به مکان خاص بوده، نمونه‌های سرپایی یا موارد درمان نشده و انواع دیگر اختلال دوقطبی را شامل نمی‌شد. بنابراین تعمیم نتایج باید با احتیاط صورت گیرد. مورد دیگر اینکه سن شروع وسواس در نمونه‌های کودکان و نوجوانان طبق مصاحبه بالینی و به صورت گذشته‌نگر بررسی شد. بنابراین احتمال سوگیری یادآوری وجود دارد و در نمونه‌های بزرگسال به علت کافی نبودن اطلاعات، این مورد منظور نشد. از طرفی گروه‌های مورد بررسی در واقع نمونه بسیار خوبی از دو زیرگروه بیماران با اختلال دوقطبی با سن شروع زودرس و دیررس بودند و جهت تشخیص هر دو اختلال دوقطبی و وسواسی - اجباری از مصاحبه‌های ساختاریافته استفاده شد.

نتایج این مطالعه نشان دهنده میزان بالای ابتلا به OCD در بیماران مبتلا به اختلال دوقطبی و به‌ویژه در کودکان و نوجوانان است و این نشان دهنده ارتباط بین دو اختلال بوده، و می‌تواند بیانگر یک فرضیه زمینه‌ای مشترک باشد. از طرفی میزان بالاتر این همبودی در کودکان و نوجوانان و سن شروع پایین‌تر OCD می‌تواند نشان‌دهنده یک زیرگروه ویژه از بیماران مبتلا به اختلال دوقطبی باشد. همچنین ابتلا به OCD در سنین پایین ممکن است پیش‌گویی کننده شروع اختلال دوقطبی در آینده باشد. با توجه به مطالب فوق مطالعات آینده‌نگر طولی با حجم نمونه بیشتر پیشنهاد می‌شود که می‌تواند به فهم جدیدی در رابطه با پاتوفیزیولوژی مشترک احتمالی دو اختلال بیانجامد.

### سپاسگزاری

از کلیه بیماران عزیز و خانواده‌های محترم آنان که در این طرح شرکت کردند و همچنین از مدیریت و همکاران پژوهشکده علوم شناختی که پرسشنامه ییل - براون کودکان را در اختیار ما گذاشتند، تشکر و قدردانی می‌شود.

در مطالعه‌ای دیگر، ۲۵/۹٪ کودکان و نوجوانان مبتلا به OCD تنها، در گروه وسواس‌های جنسی، پرخاشگری، مذهبی و سوماتیک و اجبار چک کردن قرار گرفتند و این گروه همراه با گروهی که وسواس‌های نظم و ترتیب و شمارش و اجبارهای تکرار داشتند (۳۵/۸٪) دارای همبودی بیشتری با اختلالات تیک بودند. ۲۸/۴٪ در گروه وسواس‌های آلودگی و تمیزی و اجبار شستشو و ۸/۶٪ در گروه وسواس‌های ذخیره‌سازی قرار گرفتند. در این میان ۲۴/۵٪ بیماران همبودی با اختلال دوقطبی داشتند که اشاره‌ای به الگوی علائم وسواسی در این گروه بیماران نشده است (مازی و همکاران، ۲۰۰۵).

در مطالعه حاضر، توزیع و پراکندگی وسواس‌ها در کودکان و نوجوانان در دو گروه «جنسی، پرخاشگری، مذهبی و ...» و «آلودگی» شبیه به مطالعه فوق می‌باشد، اما در گروه‌های نظم و ترتیب و ذخیره‌سازی متفاوت است.

نشان داده شده است که بیماران دچار اختلال دوقطبی و OCD دارای نرخ بالاتری از وسواس‌های جنسی و نرخ پایین‌تری از مناسک وسواسی نسبت به بیماران مبتلا به OCD تنها می‌باشند (پروگی و همکاران، ۱۹۹۸). البته این احتمال نیز وجود دارد که در مطالعه حاضر، بالاتر بودن گروه وسواس‌های جنسی، پرخاشگری، مذهبی و ... در کودکان و نوجوانان نسبت به بزرگسالان مربوط به شیوع بالای وسواس‌های مذهبی و اجبارهای چک کردن در کودکان و نوجوانان مبتلا به OCD در قیاس با بزرگسالان مبتلا به این اختلال باشد و این تفاوت ناشی از همبودی دو اختلال فوق نباشد.

بر اساس پژوهش حاضر، میانگین سن شروع OCD در کودکان و نوجوانان مبتلا به همبودی ۱۲/۶۹ سال و در بیشتر موارد، مقدم بر اختلاف دوقطبی بود. سایر مطالعات نیز نشان داده‌اند که در کودکان و نوجوانان زمانی که OCD به صورت همبود با اختلال دوقطبی وجود داشته سن شروع به طور معنی‌داری پایین‌تر از بیماران مبتلا به OCD تنها است (مازی و همکاران، ۲۰۰۴؛ پروگی و همکاران، ۱۹۹۷).

نتایج این مطالعه می‌باید در قالب محدودیت‌های روش شناختی آن در نظر گرفته شود. نمونه بیماران دوقطبی ممکن

## منابع

- بیغم، ح. (۱۳۸۰). بررسی همه‌گیرشناسی اختلال وسواس اجبار در دانش‌آموزان کاشان. پایان‌نامه برای دریافت درجه کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، دانشگاه علوم پزشکی ایران.
- فرست، م.، اسپیتزر، ر.، گیبون، م.، و ویلیامز، ج. ب. (۱۳۸۴). مصاحبه بالینی ساختار یافته برای DSM-IV (SCID). (ترجمه: شریفی، و.، اسعدی، م.، محمدی، م.، امینی، ه.، کاویانی، ح.، سمنانی، ی.، شعبانی، ا.). تهران: مهر کاویان.
- Bellivier, F., Golmard, J. L., Riestchel, M., Schulze, T. G., Malafosse, A., Preisig, M., McKeon, P., Mynett-Johnson, L., Henry, C., & Leboyer, M. (2003). Age at onset in bipolar I affective disorder: Further evidence for three subgroups. *American Journal of Psychiatry*, 160, 999-1001.
- Carter, T. D., Mundo, E., Parikh, S. V., & Kennedy, J. L. (2003). Early age at onset as a risk factor for poor outcome of bipolar. *Journal of Psychiatric Research*, 37, 297-303.
- Chen, Y. W., & Dilsaver, S. C. (1995). Comorbidity for obsessive-compulsive disorder in bipolar and unipolar disorder. *Psychiatry Research*, 59, 57-64.
- Coryell, W., Endicott, J., Andreasen, N., & Keller, M. (1985). Bipolar I, bipolar II and nonbipolar major depression among the relatives of affectively ill probands. *American Journal of Psychiatry*, 142, 817-821.
- Coryell, W. (1981). Obsessive-compulsive disorder and primary unipolar depression, Comparisons of Background, Family history, course, and mortality. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 169, 220-224.
- First, M., Spitzer, R., Gibbon, M., & Williams, J. B. (1996). User's guide for the structured clinical interview for DSMIV Axis I Disorders: SCID-I clinician version. Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Fogarty, F., Russell, J. M., Newman, S. C., & Bland, R. C. (1994). Epidemiology of psychiatric disorders in Edmonton. Mania. *Acta Psychiatrica Scandinavica, Supplementum*, 376, 16-23.
- Goodman, W. K., Price, L. H., Rasmussen, S. A., Mazure, C., Fleischmann, R. L., Hill, C. L., Heninger, G. R., & Charney, D. S. (1989 a). The yale-brown obsessive compulsive scale: Part I. *Archives of General Psychiatry*, 46, 1006-1011.
- Goodman, W. K., Price, L. H., Rasmussen, S. A., Mazure, C., Fleischmann, R. L., Hill, C. L., Heninger, G. R., & Charney, D. S. (1989b). The Yale-Brown obsessive compulsive scale: Part II. *Archives of General Psychiatry*, 46, 1012-1016.
- Issler, C., K., Sant' Anna, M. C., Kapczynski, R., & Lafer, B. (2004). Anxiety disorders comorbidity in bipolar disorder. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 26, 31-36.
- Klein, D. N., Depue, R. A., & Slater, J. F. (1989). Inventory identification of cyclothymia: IX. Validation in offspring of bipolar I patients. *Archives of General Psychiatry*, 43, 441-445.
- Kruger, S., Braunig, P., & Cooke, R. G. (2000). Comorbidity of obsessive compulsive disorder in recovered inpatients with bipolar disorder. *Bipolar Disorders*, 2, 71-74.
- Kruger, 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.
- Kutcher, S. (2002). *Practical child and adolescent psychopharmacology* (pp. 106-110). Cambridge: Cambridge University Press.
- Lewis, M. (2002). *Child and Adolescent psychiatry: A comprehensive text book*. (pp. 182-89). 3<sup>rd</sup> ed. Philadelphia: Williams & Wilkins.
- Masi, G., Millepeidi, S., Mucci, M., Bertini, N., Milantoni, L., & Arcangeli, F. (2005). A naturalistic study of referred children and adolescents with obsessive-compulsive disorder. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent*, 44, 673-681.
- Masi, G., Perugi, G., & Toni, C., Millepeidi, S., Mucci, M., Bertini, N., & Akiskal, H. S. (2004). Obsessive compulsive bipolar comorbidity: Focus on children and adolescents. *Journal of Affective disorders*, 78, 175-183.
- Masi, G., Toni, C., & Perugi, G. (2003). Externalizing disorders in consecutively referred children and adolescents with bipolar disorder. *Comprehensive Psychiatry*, 44, 184-189.
- Masi, G., Toni, C., Perugi, G., Mucci, M., Millepeidi, S., & Akiskal, H. S. (2001). Anxiety disorders in children and adolescents with bipolar disorder: A neglected comorbidity. *Canadian Journal of Psychiatry*, 46, 797-802.
- 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., & Gemignani, A., Pfanner, C., Presta, S., Milanfranchi, A., Lensi, P., Ravagli, S., Maremmanni, I., & Cassano, G. B. (1998). Episodic course in obsessive compulsive disorder. *European Archives of Psychiatry and Clinical neuroscience*, 248, 240-244.
- Puig-Antich, J., & Chambers, W. (1978). *The schedule for affective disorders and schizophrenia for school-age children (K-SADS)*. New York: New York state psychiatric Institute.
- Ghanizadeh, A., Mohammadi, M. R., & Yazdanshenas, A. (2006). Psychometric properties of the Farsi translation of the

kiddie schedule for affective disorders and schizophrenia-present and lifetime version. *BMC Psychiatry*, 6, 10.

Leckman, J. F., Grice, D. E., Boardman, J., Zhang, H., Vitale, A., Bondi, C., Alsobrook, J., Peterson, B. S., Cohen, D. J., Rasmussen, S. A., Goodman, W. K., McDougle, C. J., & Pauls, D. L. (1997). Symptoms of obsessive-compulsive disorder. *American Journal of Psychiatry*, 154, 911-917.

Shaffer, D., Lucas, C. P., & Richters, J. E. (1999). *Diagnostic assessment in child and adolescent psychopathology*. New York: Guilford.

Schurhoff, F., Bellivier, F., & Jouvent, R. (2000). Early and late-onset bipolar disorders: Two different forms of manic depressive illness. *Journal of Affective Disorders*, 58, 215-221.

Simon, N. M., Smoller, J. W., Fava, M., Sachs, G., Racette, S. R., Perlis, R., Sonawalla, S. H., & Rosenbaum, J. F. (2003). Comparing anxiety disorders and anxiety-related traits in bipolar disorder and unipolar depression. *Journal of Psychiatric Research*, 37, 187-192.

Tamam, L., & Ozpoyraz, N. (2002). Comorbidity of anxiety disorder among patients with bipolar I disorder in remission. *Psychopathology*, 35, 203-209.

Tillman, R., Geller, B., & Bolhofner, K. (2003). Ages of onset and rates of syndromal and subsyndromal comorbid DSM-IV diagnoses in a prepubertal and early adolescent bipolar disorder phenotype. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 42, 1486-1493.

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.

Wiener, J. M., & Dulcan, M. K. (2004). *Textbook of child and adolescent psychiatry* (pp. 417). 3<sup>rd</sup> ed., Washington, DC: American Psychiatric publishing.

Woody, S. R., Steketee, G., & Chambless, D. L. (1995). Reliability and validity of the Yale-Brown obsessive compulsive scale. *Behaviour Research and Therapy*, 33, 597-605.

Archive of SID