

علائم و نشانه‌های پیش‌درآمد اختلالات خلقی در یک نمونه از جامعه‌ی ایرانی

غلامرضا خیرآبادی^۱، فرانک قدیری^۲، محمدرضا مرآتی^۳، مجید برکتین^۴

مقاله پژوهشی

چکیده

مقدمه: تشخیص زودهنگام و انجام اقدامات پیش‌گیرانه، باعث کاهش بارز عوارض و علائم اختلالات خلقی می‌شود. مطالعه‌ی حاضر، جهت ارزیابی علائم پیش‌درآمد اختلالات خلقی در جامعه‌ی ایرانی انجام شد.

روش‌ها: کلیه‌ی بیماران مبتلا به اختلالات خلقی بستری در بیمارستان نور اصفهان در ماه‌های شهریور تا بهمن سال ۱۳۹۱ به صورت گذشته‌نگر، از نظر علائم و نشانه‌های روان‌پزشکی طی مصاحبه‌ی بالینی با نگرش به سابقه‌ی بیماری ارزیابی شدند. یافته‌ها با استفاده از آزمون‌های Independent t و χ^2 آنالیز شد.

یافته‌ها: از ۱۷۵ بیمار (۶۶ مرد و ۱۰۹ زن) با میانگین سنی $12/1 \pm 34/7$ سال، به ترتیب ۱۱۹ و ۵۶ نفر دچار اختلالات دو قطبی و افسردگی اساسی بودند. همه‌ی این بیماران، به جز یک بیمار مبتلا به افسردگی اساسی، وجود حداقل یک علامت پیش‌درآمد را گزارش دادند. تکانشگری (Impulsivity)، زودرنجی (Irritability) و افزایش فعالیت‌ها و ارتباطات اجتماعی (Over-sociality) با فراوانی ۳۲/۸، ۲۹/۴ و ۲۶/۱ درصد، شایع‌ترین علائم پیش‌درآمد در اختلال دو قطبی بودند که تکانشگری و زودرنجی باعث افزایش معنی‌دار احتمال بروز بیماری در آینده می‌شد. ضعف در مهارت‌های تطابقی (Poor coping)، گوشه‌گیری (Social isolation) و اضطراب (Anxiety) نیز با فراوانی ۷۸/۶، ۳۳/۹ و ۳۰/۴ درصد، شایع‌ترین علائم پیش‌درآمد در اختلال افسردگی اساسی بودند که تنها ضعف در مهارت‌های تطابقی، به طور معنی‌داری احتمال بروز بیماری در آینده را افزایش می‌داد.

نتیجه‌گیری: با توجه به شیوع بالای علائم پیش‌درآمد در مبتلایان به اختلالات خلقی در جامعه‌ی ایرانی، جدی گرفتن این علائم در دوران کودکی و نوجوانی، باعث تشخیص زودرس و نیز کوتاه شدن شدت مرحله‌ی درمان نشده‌ی اختلالات خلقی می‌شود.

واژگان کلیدی: علائم و نشانه‌ها، اختلالات خلقی، ایران

ارجاع: غلامرضا خیرآبادی، فرانک قدیری، محمدرضا مرآتی، مجید برکتین. علائم و نشانه‌های پیش‌درآمد اختلالات خلقی در یک نمونه از جامعه‌ی

ایرانی. مجله دانشکده پزشکی اصفهان ۱۳۹۶؛ ۳۵ (۴۳۹): ۸۵۵-۸۶۱

مقدمه

اختلالات خلقی شامل اختلال دو قطبی (BD یا Bipolar disorder) و اختلال افسردگی اساسی (Major depressive disorder یا MDD)، از جمله بیماری‌های شایع روان‌پزشکی می‌باشند که بخش عظیمی از هزینه‌های درمانی و بار بیماری‌های روان‌پزشکی را به خود اختصاص می‌دهد (۱)؛ به نحوی که اختلال دو قطبی توسط سازمان بهداشت جهانی جزء ۱۰ بیماری اول که بار و ناتوانی را در بزرگسالان ایجاد می‌کند، شناخته شده است (۲).

تعدادی از مطالعات اخیر، مشخص می‌کند که بسیاری از بیماران خلقی قبل از اولین دوره‌ی بیماری، علائم عاطفی (Emotional) و رفتاری مختلفی از خود نشان داده‌اند (۳). شناخت این علائم اولیه یا پیش‌درآمد (Premorbid)، از جهت پیش‌بینی بروز اختلالات خلقی در آینده و نیز به علت توسعه‌ی روش‌های پیش‌گیری اولیه، حایز اهمیت است (۴). درمان زود هنگام و مناسب، باعث کاهش میزان ناخوشی (Morbidity) بیماران در آینده خواهد شد. البته، تشخیص علائم اولیه از موارد طبیعی مشکل می‌باشد (۵). یک مطالعه‌ی

۱- دانشیار، مرکز تحقیقات علوم رفتاری و گروه روان‌پزشکی، دانشکده‌ی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران.

۲- دستیار، گروه روان‌پزشکی، دانشکده‌ی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران.

۳- دانشیار، گروه اپیدمیولوژی و آمار زیستی، دانشکده‌ی بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران.

۴- استاد، مرکز تحقیقات علوم رفتاری و گروه روان‌پزشکی، دانشکده‌ی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران.

Email: faraaaaanak@gmail.com

نویسنده‌ی مسؤول: فرانک قدیری

در جمعیت ایرانی انجام نشده بود، مطالعه‌ی حاضر با هدف بررسی این علایم در یک نمونه از جامعه‌ی ایرانی طراحی و اجرا شد.

روش‌ها

مطالعه‌ی حاضر، به صورت گذشته‌نگر با روش توصیفی - تحلیلی بر روی بیماران مبتلا به اختلالات خلقی بستری در بیمارستان نور اصفهان انجام شد. نمونه‌ی مطالعه، شامل بیمارانی بود که حداقل توسط یک روان‌پزشک برای آن‌ها تشخیص اختلال خلقی قطعی شده بود و در بخش روان‌پزشکی بیمارستان نور از شهریور تا بهمن سال ۱۳۹۱ بستری شده بودند. در صورتی که بیمار یا خانواده‌ی وی درباره علایم قبل از شروع بیماری اطلاع کافی نداشتند یا مایل به همکاری نبودند، وی از مطالعه خارج می‌شد.

هدف از انجام مطالعه، روش اجرا و اهمیت اطلاعات برای بیماران و خانواده‌ی آن‌ها توضیح داده شد و رضایت‌نامه‌ی کتبی که توسط کمیته‌ی اخلاق واحد پژوهش دانشکده‌ی پزشکی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان تأیید شده بود، توسط شرکت کنندگان و خانواده‌های آنان کامل و امضا شد.

اطلاعاتی نظیر شرح سابقه‌ی علایم و نشانه‌های قبل از اولین دوره‌ی بارز اختلال خلقی از بیمار و همراهان وی طی یک مصاحبه‌ی بالینی ساختار یافته و به صورت چک لیست توسط محقق جمع‌آوری گردید.

تجزیه و تحلیل آماری با به کارگیری نرم‌افزار SPSS نسخه‌ی ۲۰ (version 20, IBM Corporation, Armonk, NY) انجام شد و اطلاعات به صورت میانگین \pm انحراف معیار و یا تعداد (درصد) بیان گردید. از آزمون‌های آماری Independent t و χ^2 برای مقایسه‌ی متغیرها استفاده شد. $P < 0/050$ از نظر آماری معنی‌دار در نظر گرفته شد.

یافته‌ها

به طور کلی، ۱۷۵ نفر با متوسط سنی $34/7 \pm 12/1$ سال در این مطالعه شرکت کردند که ۱۱۹ نفر آنان مبتلا به اختلال دو قطبی و ۵۶ نفر مبتلا به اختلال افسردگی اساسی بودند. همچنین، ۶۶ نفر از آن‌ها را مردان و ۱۰۹ نفر را زنان تشکیل می‌دادند. جدول ۱، مشخصات دموگرافیک شرکت کنندگان را نشان می‌دهد. ملاحظه می‌شود که تنها سن فرد در زمان اولین بستری در مبتلایان به اختلال دو قطبی به شکل معنی‌داری کمتر بوده است.

در بین تمام بیماران شرکت کننده در مطالعه، تنها یک فرد با تشخیص اختلال افسردگی اساسی، سابقه‌ای از علایم و نشانه‌های احساسی و رفتاری پیش‌درآمد را ذکر نمی‌کرد.

گذشته‌نگر در آمریکا، نشان داده است که قریب ۶۰ درصد افراد بالغ مبتلا به اختلال دو قطبی، قبل از ۲۰ سالگی علایم پیش‌درآمد را داشته‌اند که ۲۰ درصد آن‌ها نیز این علایم را از قبل از ۱۰ سالگی داشته‌اند (۳).

برخی علایم مانند اختلال در تنظیم خلق (Mood regulatory problem)، علایم اختلال کم‌توجهی/ بیش‌فعالی (Attention deficit hyperactivity disorder) یا ADHD) و اختلالات افسردگی اساسی یا خفیف (Dysthymia) در مرحله‌ی پیش‌درآمد اختلالات خلقی به وفور قابل مشاهده است (۶). تعداد زیادی از نشانه‌های خلقی و رفتارهای تخریبی (Disruptive behavior)، علایم تحت بالینی (Subclinical)، موارد غیر اختصاصی رفتاری و احساسی مانند اضطراب، ADHD، تحریک‌پذیری، گوش به زنگی (Hypervigilance)، خلق ناپایدار و مشکلات یادگیری نیز در این مرحله گزارش شده است (۷-۶).

بعضی از تحقیقات، بیانگر این است که بیماران، در حدود ۱۰ سال قبل از اولین دوره‌ی بروز بیماری خلقی، علایم رفتاری خاصی را بروز می‌دهند. در بین این علایم، اضطراب و افسردگی بیشترین فراوانی را داشته است. این پژوهشگران، تحریک‌پذیری، پرخاشگری و علایم نقص عصبی - شناختی (Neurocognitive deficit) را به عنوان نشانگرهایی برای تشخیص اولیه‌ی اختلال دو قطبی می‌شناسند (۸).

همچنین، شواهدی در یک مطالعه‌ی طولی نشان می‌دهد که اختلالات خلقی عمده (Major) و روان‌پریشی (Psychosis) در افراد مستعد با علایم غیر اختصاصی نظیر اضطراب (Anxiety) و اختلال خواب در کودکی شروع و در نوجوانی، به اختلالات جزئی (Minor) خلقی تبدیل می‌شود و در بزرگسالی، به اختلالات خلقی تبدیل می‌گردد (۹).

این یافته‌ها، بیانگر آن است که بعضی از علایم ابتدایی، نشانه‌ی آغاز اختلال خلقی در آینده‌ی نه چندان دور هستند و تشخیص و درمان زود هنگام آن‌ها، در کاهش بار اختلالات خلقی و بهبود پیش‌آگهی اهمیت زیادی دارد. در صورتی که تشخیص و درمان اختلال خلقی در زمان مناسب صورت نگیرد، مرگ و میر (Mortality) و ناخوشی فراوانی به همراه خواهد داشت؛ عدم تمایل به کار کردن، بحران در ارتباط با دیگران (Communication crisis)، اعتیاد (Drug abuse) و خودکشی، از جمله‌ی این موارد است. تشخیص و درمان تأخیری نیز باعث افزایش تعداد و شدت دوره‌های عود و نیز تغییرات خلقی سریع (Rapid cycling) و Ultradian) و دوره‌های کوتاه‌تری بی‌علامتی خواهد شد (۱۰-۱۲).

از آن جایی که بر اساس بررسی‌های انجام شده، تا پیش از انجام این مطالعه، پژوهشی در مورد نشانه‌های پیش‌درآمد اختلالات خلقی

جدول ۱. مقایسه‌ی ویژگی‌های دموگرافیک و سایر متغیرهای مطالعه در مبتلایان به اختلالات افسردگی اساسی و دو قطبی

مقدار P	اختلال		متغیر
	دو قطبی	افسردگی اساسی	
۰/۷۷۹	۴۶ (۳۸/۷)	۲۱ (۳۷/۵)	جنس تعداد (درصد)
	۷۳ (۶۱/۳)	۳۵ (۶۲/۵)	مرد زن
۰/۲۷۵	۱۷ (۱۴/۳)	۵ (۸/۹)	شرح حال اختلالات رفتاری احساسی در خانواده [تعداد (درصد)]
۰/۹۴۳	۳۴ (۲۸/۶)	۱۷ (۳۰/۴)	شرح حال بیماری مشابه در خانواده‌ی درجه‌ی ۱ [تعداد (درصد)]
۰/۸۳۹	۲۶ (۲۱/۸)	۱۲ (۲۱/۴)	شرح حال بیماری مشابه در خانواده‌ی درجه‌ی ۲ [تعداد (درصد)]
۰/۰۱۳	۲۸/۶ ± ۱۰/۰	۳۲/۹ ± ۱۱/۵	سن فرد در زمان اولین بستری (میانگین ± انحراف معیار)
۰/۱۴۱	۲/۰ ± ۱/۵	۱/۶ ± ۰/۹	تعداد دفعات بستری
۰/۴۵۳	۲۳/۷ ± ۱۲/۷	۲۴/۰ ± ۱۱/۴	سن تشخیص اختلال خلقی
۰/۵۲۰	۲۴/۷ ± ۹/۶	۲۸/۲ ± ۱۲/۱	سن در زمان اولین ویزیت روان‌پزشک

این اساس، تکانشگری (Impulsivity)، زودرنجی (Irritability)، افزایش فعالیت‌ها و ارتباطات اجتماعی (Over-sociality) و اضطراب (Anxiety) به ترتیب شایع‌ترین علایم پیش‌درآمد در مبتلایان به اختلال دو قطبی و ضعف در مهارت‌های تطابقی (Poor coping)، گوشه‌گیری (Social isolation) و اضطراب شایع‌ترین علایم پیش‌درآمد در مبتلایان به اختلال افسردگی اساسی بود.

به طور کلی، ۱۳۲ نفر (۷۵/۴ درصد) از بیماران، سابقه‌ی مصرف داروی روان‌پزشکی را قبل از شروع اولین دوره‌ی بروز بیماری داشتند. این مقادیر، برای مبتلایان به اختلالات دو قطبی و افسردگی اساسی به ترتیب ۷۵/۶ و ۷۵/۰ درصد بود. ۱۹/۷ درصد از بیماران با اختلال افسردگی اساسی و ۱۶/۵ درصد از بیماران با اختلال دو قطبی، سابقه‌ی استفاده از داروهای Selective serotonin reuptake inhibitor (SSRI) قبل از تشخیص قطعی اختلال خلقی را بیان می‌کردند.

۴۵ نفر (۲۵/۷ درصد) از بیماران، ۴ علامت پیش‌درآمد در سابقه‌ی خود داشتند که از این ۴۵ نفر، ۳۳ نفر (۷۳/۳ درصد) دچار اختلال دو قطبی و ۱۲ نفر (۲۶/۷ درصد) دچار اختلال افسردگی اساسی بودند. به طور کلی، بیمارانی که بالای ۲ علامت پیش‌درآمد در شرح حال خود ذکر می‌کردند، با احتمال بالاتر در گروه مبتلا به اختلال دو قطبی قرار می‌گرفتند (P = ۰/۰۰۶).

در هر ۲ گروه مبتلایان به اختلال افسردگی اساسی و اختلال دو قطبی، در صورتی که سابقه‌ی ۳ علامت پیش‌درآمد یا بیشتر وجود داشت، احتمال وجود تشخیص مشابه یا علایم احساسی و رفتاری در فامیل درجه‌ی ۱، نسبت به کسانی که کمتر از ۳ علامت پیش‌درآمد داشتند، بیشتر بود (P = ۰/۰۲۸).

جدول ۲، توزیع فراوانی ۱۲ علامت پیش‌درآمد شایع‌تر را در بین مبتلایان به اختلالات افسردگی اساسی و دو قطبی نشان می‌دهد. بر

جدول ۲. توزیع رتبه‌ای ۱۲ علامت یا نشانه‌ی شایع‌تر پیش‌درآمد در مبتلایان به اختلالات افسردگی اساسی و دو قطبی

اختلال افسردگی اساسی (۵۶ نفر)		اختلال دو قطبی (۱۱۹ نفر)	
علامت یا نشانه‌ی پیش‌درآمد	تعداد (درصد)	علامت یا نشانه‌ی پیش‌درآمد	تعداد (درصد)
ضعف در مهارت‌های تطابقی (Poor coping ability)	۴۴ (۷۸/۶)	تکانشگری (Impulsivity)	۳۹ (۳۲/۸)
اضطراب (Anxiety)	۱۹ (۳۳/۹)	زودرنجی (Irritability)	۳۵ (۲۹/۴)
گوشه‌گیری (Social isolation)	۱۷ (۳۰/۴)	افزایش فعالیت‌ها و ارتباطات اجتماعی (Over-sociality)	۳۱ (۲۶/۱)
مشکلات خانوادگی (Family problems)	۱۰ (۱۷/۹)	اضطراب (Anxiety)	۲۹ (۲۴/۴)
افزایش فعالیت‌ها و ارتباطات اجتماعی (Over-sociality)	۹ (۱۶/۱)	بیش‌فعالی (Hyperactivity)	۲۸ (۲۳/۵)
کاهش اعتماد به نفس (Low self-esteem)	۸ (۱۴/۳)	اختلال وسواس اجباری (OCD)	۱۷ (۱۴/۳)
هراس اجتماعی (Social phobia)	۸ (۱۴/۳)	رفتار تهاجمی (Aggression)	۱۵ (۱۲/۶)
زودرنجی (Irritability)	۷ (۱۲/۵)	مشکلات خانوادگی (Family problems)	۱۴ (۱۱/۸)
تکانشگری (Impulsivity)	۶ (۱۰/۷)	ضعف در مهارت‌های تطابقی (Poor coping ability)	۱۳ (۱۰/۱)
اختلال وسواس اجباری (OCD)	۶ (۱۰/۷)	هراس اجتماعی (Social phobia)	۱۲ (۱۰/۰)
رفتار تهاجمی (Aggression)	۳ (۵/۴)	گوشه‌گیری (Social isolation)	۱۲ (۱۰/۰)
بیش‌فعالی (Hyperactivity)	۳ (۵/۴)	کاهش اعتماد به نفس (Low self-esteem)	۱۲ (۱۰/۰)

OCD: Obsessive compulsive disorder

جدول ۳. نتایج آزمون Logistic regression برای محاسبه‌ی Odds ratio برای علایم و نشانه‌ها به عنوان عامل خطر ساز اختلالات خلقی

مقدار P	اختلال		علایم و نشانه‌ها
	افسردگی اساسی Odds ratio (95%CI)	دو قطبی	
۰/۰۱۰	۰/۴۰ (۰/۱۳-۱/۲۱)	۱	تکانشگری (Impulsivity)
< ۰/۰۱۰	۰/۲۴ (۰/۰۸-۰/۶۹)	۱	زودرنجی (Irritability)
۰/۶۴۰	۰/۷۶ (۰/۲۴-۲/۴۰)	۱	افزایش فعالیت‌ها و ارتباطات اجتماعی (Over-sociality)
۰/۷۶۰	۱/۱۶ (۰/۴۶-۲/۹۱)	۱	اضطراب (Anxiety)
۰/۱۲۰	۰/۳۳ (۰/۰۸-۱/۳۲)	۱	بیش‌فعالی (Hyperactivity)
۰/۱۶۰	۰/۴۴ (۰/۱۴-۱/۳۹)	۱	اختلال وسواس اجباری (OCD)
۰/۵۳۰	۰/۶۱ (۰/۱۲-۲/۹۵)	۱	رفتار تهاجمی (Aggression)
< ۰/۰۱۰	۴/۶۹ (۱/۵۵-۱۴/۱۰)	۱	ضعف در مهارت‌های تطابقی (Poor coping ability)
۰/۶۸۰	۱/۴۳ (۰/۲۷-۷/۵۹)	۱	هراس اجتماعی (Social phobia)
۰/۱۵۰	۲/۳۳ (۰/۸۲-۶/۶۵)	۱	گوشه‌گیری (Social isolation)
۰/۶۳۰	۱/۳۵ (۰/۴۰-۴/۵۱)	۱	کاهش اعتماد به نفس (Low self-esteem)

CI: Confidence interval; OCD: Obsessive compulsive disorder

دارند و این مسأله ممکن است برای گذشته‌ی آنان نیز صدق کند، می‌تواند یکی از دلایل اختلاف یافته‌ها باشد. موارد مربوط به اختلافات نژادی و اجتماعی را نیز نمی‌توان نادیده گرفت.

بر اساس مطالعه‌ی حاضر، تکانشگری، زودرنجی، افزایش فعالیت‌ها و ارتباطات اجتماعی و اضطراب، به ترتیب شایع‌ترین علایم پیش‌درآمد در مبتلایان به اختلال دو قطبی بودند. در این میان، شرح حال تکانشگری و زودرنجی به طور معنی‌داری احتمال ابتلا به اختلال دو قطبی در آینده را افزایش می‌داد.

Fava و همکاران، اضطراب و زودرنجی را به عنوان علایم اصلی پیش‌درآمد در اختلال دو قطبی ذکر کرده‌اند (۱۳)؛ در حالی که Rucklidge، خلق افسرده، علایم ADHD (شامل زودرنجی، تکانشگری و کم‌توجهی) و خلق بالا را به عنوان شایع‌ترین علایم پیش‌درآمد اختلال دو قطبی ذکر کرده است (۶).

در مطالعه‌ی آینده‌نگر Shaw و همکاران نیز اضطراب و نگرانی، کم‌توجهی، خلق تحریک‌پذیر (Labile mood) با شیوع بالاتر به عنوان علایم پیش‌درآمد اختلال دو قطبی گزارش شده است (۷).

اختلافات جزئی در رده‌بندی شیوع علایم پیش‌درآمد اختلال دو قطبی در مطالعه‌ی حاضر و سایر مطالعات مشابه، می‌تواند ناشی از روش مطالعه (گذشته‌نگر یا آینده‌نگر)، روش انتخاب بیماران (بستری و سرپایی) و یا تفاوت‌های نژادی و اجتماعی باشد. صرف نظر از این موارد، به طور کلی اضطراب، زودرنجی و تکانشگری، شایع‌ترین علایم مشترک پیش‌درآمد مشاهده شده در بیماران اختلال دو قطبی در مطالعه‌ی حاضر و مطالعات مشابه می‌باشند که دو مورد اول، در مطالعه‌ی حاضر نشانگر معنی‌دار وقوع بیماری در آینده بودند.

شایع‌ترین داروهای مورد استفاده به ترتیب Fluoxetine (۷/۱) و ۵/۳ درصد در اختلالات افسردگی اساسی و دو قطبی، Citalopram (۷/۱) و ۳/۵ درصد در اختلالات افسردگی اساسی و دو قطبی) و Sodium valproate (۱/۸) و ۲/۶ درصد در اختلالات افسردگی اساسی و دو قطبی) بود.

جدول ۳، نشان دهنده‌ی نتایج آزمون Logistic regression برای محاسبه‌ی Odds ratio برای اختلالات افسردگی اساسی و دو قطبی بر اساس سابقه‌ی روان‌پزشکی در بیماران مورد مطالعه است. ملاحظه می‌شود که وجود علایم پیش‌درآمد زودرنجی و تکانشگری، احتمال ابتلا به اختلال دو قطبی و وجود علامت پیش‌درآمد ضعف در مهارت‌های تطابقی، احتمال ابتلا به اختلال افسردگی اساسی را افزایش می‌دهد.

بحث

این مطالعه به صورت گذشته‌نگر و با هدف ارزیابی علایم پیش‌درآمد اختلالات خلقی در جامعه‌ی ایرانی بر روی بیماران مبتلا به اختلالات خلقی بستری در بخش روان‌پزشکی بیمارستان نور اصفهان انجام گرفت و یافته‌های آن حاکی از وجود حداقل یک علامت پیش‌درآمد در تمام بیماران مورد بررسی (به جز یک بیمار مبتلا به اختلال افسردگی اساسی) بود.

این میزان، کمتر از یافته‌های پژوهش مشابه انجام گرفته Egeland و همکاران است که شیوع علایم پیش‌درآمد در مبتلایان به اختلال دو قطبی در آمریکا را ۶۰ درصد گزارش کرده بودند (۳). انجام پژوهش حاضر بر روی بیماران بستری که علایم شدیدتری

بروز اختلالات خلقی در آینده باشد. در مطالعه‌ی حاضر، در بیماران مبتلا به اختلال دو قطبی، احتمال داشتن علایم پیش‌درآمد قبل از شروع بارز بیماری بیشتر بود. بر خلاف مطالعه‌ی حاضر، Salvadore و همکاران بیان کرده‌اند که بیماران دچار اختلال افسردگی اساسی، قبل از شروع بیماری علایم پیش‌درآمد بیشتری داشته‌اند (۱۶). این تفاوت در یافته‌ها، ممکن است به دلیل کمتر بودن تعداد نمونه‌های مبتلا به اختلال افسردگی اساسی نسبت به مبتلایان به اختلال دو قطبی در مطالعه‌ی حاضر (حدود نصف) و نیز بررسی موارد بستری در بیمارستان در مطالعه‌ی حاضر باشد که تعمیم یافته‌ها را مشکل می‌سازد. نتیجه‌گیری کلی این که اکثریت قریب به اتفاق بیماران مبتلا به اختلالات خلقی، قبل از شروع اولین دوره‌ی بارز بیماری، حداقل یک نشانه‌ی هشدار دهنده‌ی پیش‌درآمد دارند. با توجه به شیوع بالای علایم پیش‌درآمد در مبتلایان به اختلالات خلقی در جامعه‌ی ایرانی، جدی گرفتن این علایم در دوران کودکی و نوجوانی (به خصوص تکانشگری، زودرنجی و ضعف در مهارت‌های تطابقی)، باعث تشخیص زودرس و نیز کوتاه شدن شدت مرحله‌ی درمان نشده‌ی اختلالات خلقی می‌شود.

تعداد کم نمونه، روش گذشته‌نگر، تأکید بر حافظه‌ی بیمار و همراهان برای یادآوری علایم پیش‌درآمد، انجام مطالعه تنها در یک مرکز درمانی و انجام مطالعه تنها بر روی بیماران بستری، از جمله محدودیت‌های مطالعه‌ی حاضر می‌باشند، اما با توجه به این که این پژوهش، اولین مطالعه در این زمینه می‌باشد، در مطالعات آتی می‌توان با توجه به یافته‌ها و در نظر گرفتن نقاط ضعف آن، به اطلاعات دقیق‌تر و جامع‌تری در مورد علایم و نشانه‌های پیش‌درآمد اختلالات خلقی در جامعه‌ی ایرانی دست یافت.

تشکر و قدردانی

پژوهشگران از تمام بیماران مورد بررسی و خانواده‌های آن‌ها برای شرکت در این مطالعه تشکر می‌نمایند.

این علایم، علایمی هستند که در کودکان و نوجوانان، اغلب به عنوان علایم ADHD یا اضطراب درمان می‌شوند؛ در حالی که کودک در واقع در مرحله‌ی پیش‌درآمد اختلال دو قطبی است و به اشتباه تحت درمان قرار گرفته است. اگر چه به مطالعات جامع‌تری برای نتیجه‌گیری صحیح در این باره نیازمندیم، اما با توجه به این که مصرف داروهای استفاده شده برای ADHD و اضطراب در بیماران مبتلا به اختلال دو قطبی می‌تواند خطر بروز مرحله‌ی Mania یا Hypomania را افزایش دهد، بهتر است که درمانگر، وقت و حساسیت بیشتری برای افتراق بین ADHD و اضطراب با مرحله‌ی پیش‌درآمد اختلال دو قطبی اختصاص دهد.

ضعف در مهارت‌های تطابقی، گوشه‌گیری و اضطراب، شایع‌ترین علایم پیش‌درآمد در مبتلایان به اختلال افسردگی اساسی در مطالعه‌ی حاضر بودند. از این بین، تنها ضعف در مهارت‌های تطابقی به نحو معنی‌داری احتمال ابتلا به اختلال افسردگی اساسی در آینده را افزایش می‌داد.

Cadoret و همکاران، در بررسی بر روی ۱۱۷ بیمار، شکایت‌های روان‌تنی (Psychosomatic) و اضطراب را به عنوان علایم پیش‌درآمد اختلال افسردگی اساسی مطرح کردند (۱۴). در بررسی Fava و همکاران بر روی ۱۵ بیمار سرپایی در فاصله‌ی ۶ ماهه‌ی قبل از شروع اولین دوره‌ی اختلال افسردگی اساسی، اضطراب فراگیر (Generalize anxiety) در ۱۳ و تحریک‌پذیری در ۹ بیمار وجود داشت و هر ۱۵ بیمار، حداقل یک علامت پیش‌درآمد را ذکر کردند (۱۵). یافته‌های مطالعه‌ی حاضر از نظر ترتیب شیوع با این مطالعات متفاوت است. البته، در مورد پژوهش Fava و همکاران (۱۵)، با توجه به تعداد کم نمونه‌ها، نمی‌توان با قطعیت نظر داد؛ اما تفاوت‌های نژادی و اجتماعی، می‌تواند عامل تفاوت یافته‌های این مطالعه با مطالعه‌ی Cadoret و همکاران (۱۴) باشد.

بر اساس یافته‌های مطالعه‌ی حاضر، علاوه بر نوع علایم در مرحله‌ی پیش‌درآمد، تعداد علایم نیز می‌تواند مطرح‌کننده‌ی احتمال

References

1. Basco MR. The bipolar workbook: Tools for controlling your mood swings. 1st ed. New York, NY: Guilford Press; 2005.
2. Murray CJ, Lopez AD. Global mortality, disability, and the contribution of risk factors: Global Burden of Disease Study. *Lancet* 1997; 349(9063): 1436-42.
3. Egeland JA, Hostetter AM, Pauls DL, Sussex JN. Prodromal symptoms before onset of manic-depressive disorder suggested by first hospital admission histories. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2000; 39(10): 1245-52.
4. Post RM, Leverich GS, Kupka RW, Keck PE, Jr., McElroy SL, Altshuler LL, et al. Early-onset bipolar disorder and treatment delay are risk factors for poor outcome in adulthood. *J Clin Psychiatry* 2010; 71(7): 864-72.
5. Tavormina G. The temperaments and their role in early diagnosis of bipolar spectrum disorders. *Psychiatr Danub* 2010; 22(Suppl 1): S15-S17.
6. Rucklidge JJ. Retrospective parent report of psychiatric histories: do checklists reveal specific prodromal indicators for postpubertal-onset pediatric bipolar disorder? *Bipolar Disord* 2008; 10(1): 56-66.
7. Shaw JA, Egeland JA, Endicott J, Allen CR,

- Hostetter AM. A 10-year prospective study of prodromal patterns for bipolar disorder among Amish youth. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2005; 44(11): 1104-11.
8. Skjelstad DV, Malt UF, Holte A. Symptoms and behaviors prior to the first major affective episode of bipolar II disorder. An exploratory study. *J Affect Disord* 2011; 132(3): 333-43.
 9. Duffy A. The early natural history of bipolar disorder: What we have learned from longitudinal high-risk research. *Can J Psychiatry* 2010; 55(8): 477-85.
 10. Conus P, Ward J, Hallam KT, Lucas N, Macneil C, McGorry PD, et al. The proximal prodrome to first episode mania--a new target for early intervention. *Bipolar Disord* 2008; 10(5): 555-65.
 11. Manning JS, Haykal RF, Connor PD, Akiskal HS. On the nature of depressive and anxious states in a family practice setting: the high prevalence of bipolar II and related disorders in a cohort followed longitudinally. *Compr Psychiatry* 1997; 38(2): 102-8.
 12. Dion GL, Tohen M, Anthony WA, Waternaux CS. Symptoms and functioning of patients with bipolar disorder six months after hospitalization. *Hosp Community Psychiatry* 1988; 39(6): 652-7.
 13. Fava GA, Kellner R. Prodromal symptoms in affective disorders. *Am J Psychiatry* 1991; 148(7): 823-30.
 14. Cadoret RJ, Widmer RB, Troughton EP. Somatic complaints -- harbinger of depression in primary care. *J Affect Disord* 1980; 2(1): 61-70.
 15. Fava GA, Grandi S, Canestrari R, Molnar G. Prodromal symptoms in primary major depressive disorder. *J Affect Disord* 1990; 19(2): 149-52.
 16. Salvatore G, Drevets WC, Henter ID, Zarate CA, Manji HK. Early intervention in bipolar disorder, part II: therapeutics. *Early Interv Psychiatry* 2008; 2(3): 136-46.

Premorbid Signs and Symptoms of Mood Disorders among a Sample of Iranian Population

Gholamreza Kheyraadi¹, Faranak Ghadiri², Mohammadreza Maracy³, Majid Barekatin⁴

Original Article

Abstract

Background: By early detection and performing preventive interventions, it would be possible to significantly prevent side effects and burden of mood disorders. This study aimed to investigate the premorbid signs and symptoms of major mood disorders in a sample of Iranian patients.

Methods: All the patients hospitalized due to mood disorders in Noor hospital in Isfahan City, Iran, were interviewed to investigate past history of any psychiatric sign and symptom retrospectively using convenience sampling method. Independent sample t and chi-square tests were used to analyze the data.

Findings: From 175 patients (66 men and 109 women) with the mean age of 34.7 ± 12.1 years, 119 participants were diagnosed as bipolar mood disorder (BMD) and 56 as major depressive disorder (MDD). All the patients (except 1 with major depressive disorder) had at least 1 premorbid sign or symptom. Impulsivity (32.8%), irritability (29.4%), and over-sociality (26.1%) were the most frequent premorbid sign/symptom in the past history of the patients with bipolar mood disorder; impulsivity and irritability significantly increased the risk of the future bipolar mood disorder. Poor coping (78.6%), social isolation (33.9%), and anxiety (30.4%) were the most frequent premorbid sign/symptom among the patients with major depressive disorder; only poor coping significantly increased the risk of the future major depressive disorder.

Conclusion: Considering the high prevalence of premorbid signs and symptoms among Iranian patients with major mood disorders, more attention should be paid to them during childhood and adolescence periods to make early diagnosis and shorten the untreated phase of these disorders.

Keywords: Signs and symptoms, Mood disorders, Iran

Citation: Kheyraadi G, Ghadiri F, Maracy M, Barekatin M. **Premorbid Signs and Symptoms of Mood Disorders among a Sample of Iranian Population.** J Isfahan Med Sch 2017; 35(439): 855-61.

1- Associate Professor, Behavioral Sciences Research Center AND Department of Psychiatry, School of Medicine, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran

2- Resident, Department of Psychiatry, School of Medicine, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran

3- Associate Professor, Department of Epidemiology and Biostatistics, School of Public Health, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran

4- Professor, Behavioral Sciences Research Center AND Department of Psychiatry, School of Medicine, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran

Corresponding Author: Faranak Ghadiri, Email: faraaaanak@gmail.com