

## ارزیابی طیف دو قطبی در بیماران افسرده مراجعه کننده به کلینیک سرپایی روان پزشکی

\*دکتر علی آخوندپور منطقی<sup>۱</sup>، دکتر مهدی طالبی<sup>۲</sup>، دکتر لاله کوهستانی<sup>۳</sup>

<sup>۱</sup>استادیار روان پزشکی، <sup>۲</sup>دستیار روان پزشکی - دانشگاه علوم پزشکی مشهد

### خلاصه

**مقدمه:** اختلالات خلقی از شایع ترین اختلالات روان پزشکی می باشند که در این میان اختلال دوقطبی از اهمیت ویژه ای برخوردار است، زیرا مراجعه بیمار در دوره افسردگی باعث تشخیص اشتباه بیماری گردیده، درمان این افراد را دچار مشکل می نماید. در این مطالعه ما به بررسی شیوع طیف دوقطبی در بیماران با تشخیص اولیه افسردگی پرداختیم.

**روش کار:** این تحقیق یک مطالعه ی توصیفی می باشد که بر روی ۲۵۰ بیمار مراجعه کننده به کلینیک روان پزشکی دانشگاه علوم پزشکی مشهد که با تشخیص افسردگی تحت درمان بوده اند، انجام شده است. از بیماران مصاحبه بالینی و پرسش نامه اختلالات خلقی MDQ به عمل آمد. اطلاعات وارد نرم افزار آماری SPSS شد و میزان شیوع طیف دوقطبی بر اساس این آزمون با استفاده از آزمون مجذور خی بررسی گردید. **نتایج:** متوسط سن بیماران ۳۶/۲ سال و نسبت زن به مرد ۱/۵ به ۱ بود. شایع ترین تشخیص اولیه، افسردگی اضافه شده به دیس تایمی و بعد از آن افسردگی عمده بود. با توجه به آزمون MDQ و با در نظر گرفتن خط برش ۶، طیف دوقطبی در ۴۴/۸ درصد بیماران وجود داشت. جنسیت ( $P=۰/۳۸۳$ ) و تاهل ( $P=۰/۴۰$ ) ارتباط بارزی با وجود طیف دوقطبی نداشتند، اما طیف دو قطبی در میان افراد با سابقه ی خانوادگی افسردگی شیوع بیشتری داشت ( $P=۰/۰۲۹$ ).

**بحث:** با توجه به شیوع بالای طیف دو قطبی توصیه می شود که کلیه بیماران با تشخیص اولیه افسردگی تحت غربالگری از نظر طیف دوقطبی توسط آزمون MDQ قرار گیرند.

**واژه های کلیدی:** اختلالات خلقی، افسردگی، آزمون MDQ

### مقدمه

معاینه و بررسی دقیق بسیاری از بیمارانی که تشخیص اختلال افسردگی عمده بر آن ها گذاشته شده است، از وجود دوره هایی از رفتارهای منطبق بر مانیا یا هیپومانیا در گذشته آنان پرده برمی دارد که تا کنون تشخیص داده نشده اند (۳). طیف اختلالات دوقطبی شامل دو قطبی نوع یک و دو، سیکلوتایمی و دوره های هیپومانیا ی عود کننده می باشد (۱). علائم اختلال دوقطبی شامل رفتارهای تکانشی، سوء مصرف مواد و الکل، خلق نوسان دار، کاهش نیاز به خواب، افزایش میزان انرژی و مشکلات قانونی می باشد. با توجه به این که فرد افسرده به صورت رایج در دوره افسردگی این اختلالات مراجعه می کند، ممکن است قادر به ارائه شرح حال در مورد دوره هیپومانیا یا مانیا ی خود نباشد، بنابراین ممکن است

اختلالات خلقی با توجه به مزمن بودن و ماهیت عود کننده خود، یک مشکل بزرگ در سلامت عمومی و روان پزشکی محسوب می شوند، در این میان اختلالات دوقطبی غالباً با عدم تشخیص مواجه شده، لذا درمان بیماران با مشکل مواجه می شود (۱، ۲). اختلال افسردگی عمده و اختلال دوقطبی از دیدگاه روان پزشکی به ویژه در ۲۰ سال اخیر دو اختلال جداگانه به شمار می روند. با این حال به تازگی این احتمال مطرح شده است که شاید اختلال دو قطبی شکل شدیدتری از بروز افسردگی عمده باشد.

<sup>۱</sup>آدرس مولف مسئول: ایران، مشهد، بلوار حر عاملی، بیمارستان ابن سینا،

گروه روان پزشکی

تلفن تماس: ۰۵۱۱-۷۰۰۲۳۰۶

Email: manteghia@mums.ac.ir

تاریخ تایید: ۸۷/۲/۲۱

تاریخ وصول: ۸۶/۹/۲۷

تلقی شده و تمام افرادی که بر اساس تشخیص روان پزشک دچار حمله افسردگی عمده یا دیس تایمی (بر اساس ملاک های DSM-IV-TR) بودند، وارد مطالعه شدند. در صورتی که بیمار سابقه ای از هیپومانیا یا مانیا یا بدون استفاده از داروهای ضد افسردگی داشت، از مطالعه حذف می شد.

پس از توضیح طرح جهت بیماران و اطمینان دادن جهت محفوظ ماندن اطلاعات شخصی آنان، بیمار در صورت رضایت شفاهی وارد طرح شده و پرسش نامه اطلاعات دموگرافیک شامل سن، جنس، وضعیت تاهل، مدت بیماری، زمان شروع درمان، تعداد حملات قبلی افسردگی و وجود سابقه ی خانوادگی اختلال دوقطبی، توسط ۲ نفر دانشجوی پزشکی در مقطع کارورزی تکمیل می شد، سپس پرسش نامه MDQ با راهنمایی ۲ کارورز توسط بیماران کامل می گردید. این آزمون شامل پرسش نامه یک متشکل از ۱۳ سؤال همراه با سئوالاتی در مورد شدت شکایات، علائم بیمار و وضعیت عملکردی وی می باشد. در این آزمون چنان چه تعداد پاسخ های مثبت به ۱۳ سؤال اول بیشتر یا مساوی ۶ باشد، فرد مبتلا به اختلال دو قطبی در نظر گرفته می شود و ۲ سؤال آخر نشان دهنده ی شدت علائم و میزان اختلال عملکرد اجتماعی است. این پرسش نامه یک راه ساده و سریع در مطب برای شناخت بیماران طیف دو قطبی است.

مبنای تشخیص قطعی، پاسخ آزمون بود که افراد در یکی از دو گروه افسردگی تک قطبی یا دو قطبی قرار می گرفتند. نقطه ی برش آزمون MDQ پس از انجام یک مطالعه ی پایه<sup>۲</sup> بر روی ۱۰۰ دانشجوی پزشکی تعیین گردید که در نتیجه ی این مطالعه ی پایه، نقطه ی برش ۶ در نظر گرفته شد. مطابق مطالعه کونوک<sup>۳</sup> در ترکیه در نقطه ی برش ۶ حساسیت این آزمون ۷۵٪ و ویژگی آن ۶۳٪ است (۴) و مطابق مطالعه هاردوی<sup>۴</sup> حساسیت MDQ در نقطه برش ۶ معادل ۷۶٪ و ویژگی آن ۸۶٪ است (۱۴). در سال ۲۰۰۵ نیز هاردوی ارزش آزمون MDQ را در ایتالیا بررسی نموده و این آزمون را رضایت بخش دانست. نمره ی برش ۴ حساسیت ۹۰٪ و ویژگی ۵۸٪ را نشان داد و نمره ی برش ۵

اختلال دو قطبی حتی برای ۷ تا ۱۰ سال تشخیص داده نشوند. تاخیر در تشخیص افراد با اختلال دو قطبی، باعث ایجاد تاخیر در درمان درست این اختلال می گردد (۱).

در مطالعات مختلف ذکر شده که در حدود ۵۰-۴۰٪ از بیماران مبتلا به اختلالات دو قطبی در بدو مراجعه تشخیص داده نشده و غالباً به عنوان افسردگی، تحت درمان قرار می گیرند (۴). ۵۰-۲۵٪ از بیماران دچار افسردگی، به اختلال دو قطبی مبتلا هستند (۵). استفاده از داروهای ضد افسردگی درحمله افسردگی بیماران مبتلا به اختلال دو قطبی با عدم بهبود خلق و تبدیل شدن به انواع تند چرخ و مختلط همراه بوده است (۱).

با توجه به تفاوت برنامه ریزی درمانی در این دو دسته بیماران و خطرات نادیده گرفتن حملات مانیا در اختلال دوقطبی که ممکن است منجر به خودکشی و آسیب به خود گردد (۶)، معرفی یک ابزار غربالگری آسان و مناسب برای شناختن طیف دوقطبی، بسیار مفید خواهد بود. در بسیاری از مقالات در کشورهای مختلف از پرسش نامه اختلالات خلقی (MDQ)<sup>۱</sup> برای این منظور استفاده شده است. حساسیت و ویژگی قابل قبولی جهت این آزمون در رابطه با شناخت بیماران مبتلا به اختلال دوقطبی گزارش شده است (۱۳-۷).

در این مطالعه ما نیز تصمیم به بررسی شیوع طیف دوقطبی در بیماران ایرانی با تشخیص اولیه افسردگی گرفتیم و در راستای بیماریابی از آزمون MDQ با در نظر گرفتن نقطه ی برش ۶ استفاده نمودیم.

## روش کار

این مطالعه یک مطالعه ی توصیفی است که بر روی ۲۵۰ بیمار مراجعه کننده به کلینیک ویژه روان پزشکی دانشگاه علوم پزشکی مشهد (بیمارستان قائم (عج) و ابن سینا) در سال ۱۳۸۴ که با تشخیص افسردگی توسط روان پزشک تحت درمان با ضد افسردگی قرار گرفته بودند، انجام شده است. حجم نمونه با توجه به مطالعات مشابه تعیین شده و روش نمونه برداری غیر احتمالی (آسان) بود. به این ترتیب که کلیه افراد واجد شرایط ورود به مطالعه، نمونه

<sup>2</sup>. Pilot Study

<sup>3</sup>. Konuk

<sup>4</sup>. Hardoy

<sup>1</sup>. Mood Disorders Questionnaire(MDQ)

**جدول ۱-** توزیع فراوانی بیماران افسرده مراجعه کننده به کلینیک ویژه روان پزشکی دانشگاه علوم پزشکی مشهد با تشخیص اولیه افسردگی به تفکیک داروهای مصرفی

درصد	تعداد	داروی ضد افسردگی
۴۵/۶	۱۱۴	مهارکننده های اختصاصی بازجذب سروتونین
۱/۲	۳	مهارکننده منوآمین اکسیداز
۲۲/۸	۵۷	ضد افسردگی های سه حلقه ای
۳/۶	۹	ترازودون
۱۳/۲	۳۳	لیتیم کربنات

در بررسی سابقه ی خانوادگی اختلال دو قطبی نیز در ۲۳۱ نفر (۹۲/۴٪) سابقه خانوادگی منفی و در ۱۹ نفر (۷/۶٪) سابقه اختلال دو قطبی گزارش شد.

سابقه ی بستری به علت افسردگی حاد تنها در ۱۱ نفر (۴/۴٪) وجود داشت و ۲۳۹ نفر (۹۵/۶٪) چنین سابقه ای نداشتند. در بررسی تشخیص اولیه روان پزشکی، بیشترین فراوانی مربوط به بیماران مبتلا به افسردگی اضافه شده بر دیس تایمی و بعد از آن افسردگی عمده بود که به ترتیب در ۶۷ و ۶۶ نفر گزارش شدند جدول شماره (۲).

**جدول ۲-** توزیع فراوانی تشخیص اولیه در بیماران افسرده مراجعه کننده به کلینیک ویژه روان پزشکی دانشگاه علوم پزشکی مشهد با تشخیص اولیه افسردگی

درصد	فراوانی	تشخیص اولیه روان پزشک
۲۶/۸	۶۷	افسردگی + دیس تایمی
۲۶/۴	۶۶	افسردگی عمده
۲۳/۶	۵۹	افسردگی مزمن
۲/۰	۵	افسردگی عودکننده
۱/۶	۴	افسردگی ناشی از دارو
۹/۲	۲۳	افسردگی ثانوی به مشکلات طبی
۱/۲	۳	افسردگی با الگوی فصلی
۹/۲	۲۳	سایر موارد
۱۰۰/۰	۲۵۰	جمع

در بررسی تعداد پاسخ های مثبت آزمون MDQ، فراوانی بیماران مطابق جدول شماره (۳) می باشد.

حساسیت ۵۴٪ و ویژگی ۷۰٪ و نمره ی برش ۶ حساسیت ۷۶٪ و ویژگی ۸۶٪ را نشان داد (۱۵).

داده ها شامل اطلاعات فردی و همه گیرشناسی، مشخصات بیماری، وضعیت درمان و ارزیابی آزمون MDQ بود. پس از جمع آوری داده ها و کدگذاری، اطلاعات وارد نرم افزار آماری SPSS شد و میزان شیوع طیف دو قطبی طبق آزمون MDQ با استفاده از آزمون مجذور خی بررسی گردید.

## نتایج

در بررسی سن بیماران مورد مطالعه، میانگین سن بیماران ۳۶/۲±۱۲/۵۶ سال بود، حداقل سن ۱۱ سال و حداکثر سن ۷۹ سال گزارش گردید. ۶۸ نفر (۲۷/۲٪) از بیماران مرد و ۱۸۲ نفر (۷۲/۸٪) زن بودند. ۱۹۹ نفر (۷۹/۶٪) از بیماران متأهل، ۴۷ نفر (۱۸/۸٪) مجرد و ۳ نفر (۱/۲٪) مطلقه بودند و در ۱ نفر (۰/۴٪) فوت همسر گزارش شد. میانگین سن شروع افسردگی در بیماران در ۴/۹۹±۳۰/۹۳ سالگی بود و حداقل سن شروع افسردگی ۹ سالگی و حداکثر ۷۹ سالگی گزارش گردید. در بررسی تعداد دوره های افسردگی قبلی، بیشترین فراوانی مربوط به دو دوره افسردگی قبلی بود که در ۴۰ نفر (۱۶٪) گزارش شد. در ۹۶ نفر نیز سابقه تعداد افسردگی های قبلی به درستی ذکر نشده بود.

در بررسی طول اولین دوره ی افسردگی بیشترین فراوانی مربوط به دوره ی افسردگی بیشتر از ۶ ماه بود که در ۶۸ نفر (۲۷/۲٪) گزارش شد و در ۱۲۸ نفر طول اولین دوره ی افسردگی، به روشنی مشخص نبود. در بررسی مدت استفاده از داروهای ضد افسردگی، در غالب موارد بیشتر از ۶ ماه داروی ضد افسردگی دریافت کرده بودند. در بررسی نوع داروهای مصرفی شایع ترین دارو، مهارکننده های اختصاصی بازجذب سروتونین بودند که در ۱۱۴ مورد (۴۵/۶٪) مصرف می شدند. فراوانی سایر داروها در جدول شماره (۱) مشهود است.

در بررسی سابقه خانوادگی افسردگی، در ۱۴۳ نفر (۵۷/۲٪) سابقه ی مثبتی وجود نداشت و در ۱۰۷ نفر (۴۲/۸٪) سابقه ی افسردگی در خویشاوندان درجه یک گزارش شد.

مجذور خی معنی دار بود ( $K^2=4/23, P=0/029$ ) و افراد با سابقه ی خانوادگی مثبت از نظر افسردگی بیشتر مبتلا به طیف دو قطبی بودند.

در مقایسه ی فراوانی اختلال دو قطبی در بیماران به تفکیک وضعیت تاهل تفاوت با توجه به آزمون مجذور خی معنی دار نبود ( $K^2=0/761, P=0/406$ ).

### بحث و نتیجه گیری

اختلالات خلقی یکی از شایع ترین اختلالات روان پزشکی هستند که در این میان اختلال دو قطبی کمتر مورد توجه قرار می گیرند، چرا که مراجعه بیماران در دوره ی افسردگی باعث اشتباه تشخیصی شده و بیماران مدت ها با داروهای ضد افسردگی درمان می شوند، در حالی که حملات مانیا نادیده گرفته می شود. این مسئله می تواند خطرناک و حتی تهدید کننده حیات باشد (۶). در این مطالعه ۲۵۰ بیمار با تشخیص اولیه ی افسردگی وارد مطالعه شدند. متوسط سن این بیماران ۳۶/۲ سال بوده و محدوده ی سنی آنان ۱۱ تا ۷۹ سال بود. در مطالعه ی داس<sup>۱</sup> در سال ۲۰۰۵ نیز دامنه سنی در اختلال دو قطبی بین ۱۸ تا ۷۰ سال بود (۱۶). در کتب مرجع نیز متوسط سن اختلالات خلقی و افسردگی حدود ۴۰ سال و مشابه این مطالعه بود (۳). در کتب مرجع شیوع طیف دو قطبی تفاوت بارزی در دو جنس نداشته اما حملات افسردگی در زنان و حملات مانیا در مردان بیشتر است (۱) که در این مطالعه نیز تفاوت معنی داری از نظر شیوع طیف دو قطبی بین دو جنس وجود نداشت.

در این مطالعه در تشخیص اولیه ی روان پزشکی، بیشترین فراوانی مربوط به بیماران مبتلا به افسردگی و دیس تایمی و بعد از آن افسردگی عمده بود که به ترتیب در ۶۷ و ۶۶ نفر گزارش گردید. در حالی که در مطالعه ی دیگری حدود ۷۳٪ از بیماران با طیف دو قطبی در بررسی اولیه اشتباه تشخیص داده می شوند و بیشترین تشخیص اولیه که برای این گروه از افراد گذاشته می شود، اختلال افسردگی و بعد از آن اختلال اضطرابی می باشد (۱۷).

### جدول ۳- توزیع فراوانی تعداد پاسخ های مثبت آزمون MDQ

در بیماران افسرده ی مراجعه کننده به کلینیک ویژه روان پزشکی دانشگاه علوم پزشکی مشهد با تشخیص اولیه ی افسردگی

تعداد پاسخ های مثبت MDQ	تعداد	درصد
۰	۵	۲/۰
۱	۱۲	۴/۸
۲	۲۹	۱۱/۶
۳	۳۲	۱۲/۸
۴	۳۳	۱۳/۲
۵	۲۷	۱۰/۸
۶	۳۴	۱۳/۶
۷	۲۷	۱۰/۸
۸	۱۸	۷/۲
۹	۱۶	۶/۴
۱۰	۱۰	۴/۰
۱۱	۷	۲/۸

با توجه به پرسش نامه ی MDQ در نهایت، ۱۳۸ نفر (۵۵/۲٪) دچار افسردگی تک قطبی و ۱۱۲ نفر (۴۴/۸٪) دچار طیف دو قطبی بودند. در مقایسه شیوع طیف دو قطبی در بیماران بر اساس تشخیص اولیه توسط روان پزشک، تفاوت با توجه به آزمون مجذور خی معنی دار نبود ( $K^2=0/761, P=0/536$ ) جدول شماره (۴).

در مقایسه شیوع طیف دو قطبی در دو جنس تفاوت آماری معنی داری با توجه به آزمون مجذور کای مشاهده نشد ( $K^2=0/234, P=0/383$ ).

**جدول ۴- توزیع فراوانی طیف دو قطبی در بیماران افسرده مراجعه کننده به کلینیک ویژه روان پزشکی دانشگاه علوم پزشکی مشهد با تشخیص اولیه افسردگی به تفکیک تشخیص اولیه ی روان پزشکی**

تشخیص اولیه	افسردگی		اختلال دو قطبی	
	تعداد	درصد	تعداد	درصد
افسردگی عمده	۳۶	۵۴/۵	۳۰	۴۵/۵
افسردگی و دیس تایمی	۴۱	۶۱/۲	۲۶	۳۸/۸
افسردگی عودکننده	۳	۶۰/۰	۲	۴۰/۰
افسردگی مزمن	۲۹	۴۹/۲	۳۰	۵۰/۸
افسردگی ثانویه به دارو	۳	۷۵/۰	۱	۲۵/۰
افسردگی ناشی از اختلالات طبی	۹	۳۹/۱	۱۴	۶۰/۹
افسردگی با الگوی فصلی	۲	۶۶/۷	۱	۳۳/۳
سایر موارد	۱۵	۶۵/۲	۸	۳۴/۸

در مقایسه ی فراوانی طیف دو قطبی در بیماران به تفکیک وجود سابقه ی خانوادگی افسردگی تفاوت با توجه به آزمون

<sup>۱</sup>. Das

در مقاله ی دیگری در سال ۲۰۰۵ توسط هیرشفیلد نیز بیماریابی اختلال طیف دو قطبی مورد بحث قرار گرفته است. در این مطالعه، شیوع بیماران در طیف دو قطبی که تحت درمان با داروهای ضد افسردگی با تشخیص افسردگی بودند، با استفاده از آزمون MDQ بررسی شده است که یک زیر گروه از افراد مورد مصاحبه بالینی نیز قرار گرفتند. این افراد بیشتر جوان، سفید پوست، مجرد، تنها و بی کار بودند. جالب توجه است که در دو سوم از این افراد با MDQ مثبت تشخیص طیف دو قطبی هرگز مطرح نشده بود. حساسیت و ویژگی آزمون MDQ در این جمعیت بعد از تطبیق با پروتکل نمونه، به ترتیب ۰/۵۸ و ۰/۹۳ بود (۲۳).

در مطالعه ی دیگری که در سال ۲۰۰۷ توسط استنگ<sup>۴</sup> بر روی ۱۰۸۷ بیمار مراجعه کننده به بخش روان پزشکی با استفاده از آزمون MDQ انجام شد، مشخص گردید که ۶/۴٪ از بیماران در طیف دو قطبی قرار دارند (۲۴).

در این مطالعه با توجه به پرسش نامه MDQ در نهایت ۱۳۸ نفر (۵۵/۲٪) دچار افسردگی تک قطبی و ۱۱۲ نفر (۴۴/۸٪) مبتلا به اختلال دو قطبی بودند. در مقایسه شیوع اختلال دو قطبی در دو جنس تفاوت آماری معنی داری با توجه به آزمون مجذورخی مشاهده نشد ( $P=0/383$ ).

جنسیت و وضعیت تاهل ارتباط بارزی با وجود اختلال دو قطبی نداشتند که همین مسئله در مطالعه داس در سال ۲۰۰۵ نیز گزارش شده است (۱۶).

عدم تشخیص طیف دو قطبی یا تشخیص اشتباه آن به عنوان افسردگی یک مشکل رایج است که با توجه به شیوع بالای افکار خودکشی و توهم در این بیماران، این مسئله ابعاد خطرناکی پیدا می کند (۶).

با توجه به شیوع بالای طیف دو قطبی در این مطالعه با در نظر گرفتن ارزش ثابت شده ی آزمون MDQ در ارزیابی و بیماریابی طیف دو قطبی منطقی به نظر می رسد که تمام بیماران با تشخیص اولیه ی افسردگی با این آزمون از نظر طیف دو قطبی غربالگری شوند تا درمان بهتری انجام گیرد.

در تحقیق دیگر یک چهارم از افراد با تشخیص افسردگی همراه با اضطراب، در واقع در طیف اختلال دو قطبی قرار داشتند (۱۸).

در مطالعه ی دیگر بر روی ۲۶۱ نفر با تشخیص اختلال دو قطبی مشخص گردید که میانگین زمان شروع اولین علائم تا شروع اولین درمان برای آنان حداقل ۱۰ سال بوده است (۱۹). یک دلیل تاخیر در شروع درمان این است که افراد با اختلال دو قطبی در تشخیص اشتباه با اختلال افسردگی قرار می گیرند، بنابراین با توجه به اهمیت درمان زود هنگام بیماران مبتلا به اختلال دو قطبی، تشخیص این بیماری در اوایل سیر آن دارای ارزش فراوانی است. استفاده از آزمون MDQ برای غربالگری طیف دو قطبی در مقالات متعددی مورد بررسی قرار گرفته (۱۳-۶) و ارزش آن در غربالگری به اثبات رسیده است.

هیرشفیلد<sup>۱</sup> در سال ۲۰۰۲ به بررسی آزمون MDQ پرداخت و بیان داشت که چنان چه فرد مبتلا در طیف دو قطبی به عنوان فرد افسرده مورد درمان ضد افسردگی قرار گیرد، جواب درمان ضعیف خواهد بود. اگرچه شیوع دو قطبی نوع یک ۱٪ است، اما شیوع طیف اختلال دو قطبی مخصوصا در بین بیماران با تشخیص افسردگی بیشتر است. یک روش جهت بهبود تشخیص اختلال دو قطبی جستجو کردن به وسیله MDQ می باشد که در واقع وسیله ای جهت بیماریابی است و تشخیص صحیح می تواند وضعیت زندگی افراد مبتلا به اختلال دو قطبی را تا حد زیادی بهبود بخشد (۲۰). گلیک<sup>۲</sup> در سال ۲۰۰۴ گزارش کرد که شیوع طیف دو قطبی بیشتر از حدی است که تصور می شود. در بسیاری از موارد بیماری با افسردگی تظاهر نموده و اختلال دو قطبی نادیده گرفته می شود. در این مقاله نیز آزمون MDQ به عنوان یک معیار تشخیصی خوب مطرح گردید (۲۱). در سال ۲۰۰۴ وبر<sup>۳</sup> به غربالگری جمعیت فرانسوی از نظر اختلال دو قطبی با استفاده از آزمون MDQ پرداخت. این آزمون ۷۴/۱٪ از افراد با بیماری های طیف دو قطبی شناخته شده را تشخیص داد و در اختلال دو قطبی نوع یک حساسیت بیشتری نسبت به اختلال دو قطبی نوع دو داشت (۲۲).

1. Hirschfield

2. Glick

3. Weber

4. Stang

**تشکر و قدردانی**

از زحمات خانم‌ها رفتاری و سجادی مقدم که در انجام این مطالعه همکاری نمودند، تشکر می‌گردد. لازم به ذکر است که در انجام این مطالعه از هیچ نهاد دولتی یا غیر دولتی کمک مالی دریافت نشده است.

مطالعه‌ی اخیر دارای محدودیت‌هایی بود که ضروری است در مطالعات آتی مد نظر قرار گیرد، از آن جمله می‌توان به مقطعی بودن مطالعه و عدم پیگیری بیماران در آینده اشاره نمود. مسلماً اگر بیماران در طول زمان مورد پیگیری قرار می‌گرفتند، اطلاعات ارزشمندتری به دست می‌آمد. هم‌چنین حجم نسبتاً کم نمونه‌ها باعث محدودیت اطلاعات شده است.

**منابع**

1. Moore C, Williams R, Hirshkowitz M. Mood disorders. In: Sadock B, Sadock V. (editors). Kaplan and Sadock's comprehensive textbook of psychiatry. 7<sup>th</sup> ed. Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins; 2000: 1677- 701.
2. Calabrese JR, Hirschfield RM, Frye MA, Reed ML. Impact of depressive symptoms compared with manic symptoms in bipolar disorder. Results of a U.S. community-based sample. J Clin Psychiatry 2004; 65(11): 1499-504.
3. Kaplan H, Sadock B. Synopsis of psychiatry. 8<sup>th</sup> ed. Baltimore: Lippincott Williams and Wilkins; 1998: 581-623.
4. Konuk N, Kiran S, Tamam L, Karaahmet E, Aydin H, Atik L. Validation of the Turkish version of the mood disorder questionnaire for screening bipolar disorders. Turk Psikiyatri Derg 2007; 18(2): 147-54.
5. Carta MG, Hardoy MC, Cadeddu M, Murru A, Campus A, Morosini PL, et al. The accuracy of the Italian version of the hypomania checklist (HCL-32) for the screening of bipolar disorders and comparison with the mood disorder questionnaire (MDQ) in a clinical sample. Clin Pract Epidemiol Ment Health 2006; 2: 2.
6. Olfson M, Das AK, Gameraoff MJ, Pilowsky D, Feder A, Gross R, et al. Bipolar depression in a low-income primary care clinic. Am J Psychiatry 2005; 162(11): 2146-51.
7. Gorski E, Ghezzi D, Willis KC. Factors associated with positive screens on the mood disorder questionnaire in primary care. Prim Care Companion J Clin Psychiatry 2006; 8(5): 264-68.
8. Wagner KD, Hirschfield RM, Emslie GJ, Findling RL, Gracious BL, Reed ML. Validation of the mood disorder questionnaire for bipolar disorders in adolescents. J Clin Psychiatry 2006; 67(5): 827-30.
9. Frye MA, Calabrese JR, Reed ML, Wagner KD, Lewis L, McNulty J, et al. Use of health care services among persons who screen positive for bipolar disorder. Psychiatr Serv 2005; 56(12): 1529-33.
10. Goldney RD, Fisher LJ, Grande ED, Taylor AW, Hawthorne G. Bipolar I and II disorders in a random and representative Australian population. Aust N Z J Psychiatry 2005 Aug; 39(8): 726-29.
11. Mangelli L, Benazzi F, Fava GA. Assessing the community prevalence of bipolar spectrum symptoms by the mood disorder questionnaire. Psychother Psychosom 2005; 74: 120-22.
12. Miller CJ, Klugman J, Berv DA, Rosenquist KJ, Ghaemi SN. Sensitivity and specificity of the mood disorder questionnaire for detecting bipolar disorder. J Affect Disord 2004; 81(2): 167-71.
13. Isometsa E, Suominen K, Mantere O, Valtonen H, Leppamaki S, Pippingskold M, et al. The mood disorder questionnaire improves recognition of bipolar disorder in psychiatric care. BMC Psychiatry 2003; 10: 3-8.
14. Arvilommi P, Suominen KS, Mantere OK, Valtonen H, Isometsa ET. Adequacy of treatment received by diagnosed and undiagnosed Patients with bipolar I and II disorders. J Clin Psychiatry 2007; 68(1): 102-10.

15. Hardoy MC, Cadeddu M, Murru A, Dellosso B, Carpiniello B, Morosini PL, et al. Validation of the Italian version of the mood disorder questionnaire for the screening of bipolar disorders. *Clin Pract Epidemiol Ment Health* 2005; 1: 8.
16. Das AK, Olfson M, Gameroff MJ, Pilowsky DJ, Blanco C, Feder A, et al. Screening for bipolar disorder in a primary care practice. *JAMA* 2005; 293(8): 956-63.
17. Hirschfield RM, Williams JBW, Spitzer RL. Development and validation of a screening instrument for bipolar spectrum disorder: The mood disorder questionnaire. *Ann J Psychiatry* 2000; 157(11): 1873-75.
18. Boudreaux ED, Cagande C, Kilgannon JH, Clark S, Camargo CA. Bipolar disorder screening among adult patients in an urban emergency department setting. *Prim Care Companion J Clin Psychiatry* 2006; 8(6): 348-51.
19. Fisher LJ, Goldney RD, Dal Grande E, Taylor AW, Hawthorne G. Bipolar disorders in Australia. A population-based study of excess costs. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2007; 42(2): 105-9.
20. Hirschfield RM, Cass AR, Holt DC, Carlson CA. Screening for bipolar disorder in patients treated for depression in a family medicine clinic. *J Am Board Fam Pract* 2005; 18(4): 233-39.
21. Glick ID. Undiagnosed bipolar disorder: New syndromes and new treatments. *Prim Care Companion J Clin Psychiatry* 2004; 6(1): 27-33.
22. Weber Rouget B, Gervasoni N, Dubuis V, Gex-Fabry M, Bondolfi G, Aubry JM. Screening for bipolar disorders using a French version of the mood disorder questionnaire. *J Affect Disord* 2005; 88(1): 103-8.
23. Hirschfield RM. The mood disorder questionnaire. A Simple, patient-rated screening instrument for bipolar disorder. *Prim Care Companion J Clin Psychiatry* 2002; 4(1): 9-11.
24. Stang P, Frank C, Ulcickas Yood M, Wells K, Burch S. Impact of bipolar disorder: Results from a screening study. *Prim Care Companion J Clin Psychiatry* 2007; 9(1): 42-7.