

## تشخیص افتراقی در بیماران با اختلال دو قطبی نوع دو و همبودی وسواس فکری - عملی،

### اضطراب تعمیم یافته، اختلال موکنی و پرخوری عصبی

زلیخا قمری داز

گروه روانشناسی، واحد علی آباد کتول، دانشگاه آزاد اسلامی، علی آباد کتول، ایران.

#### چکیده

تشخیص افتراقی در بیماران مبتلا به اختلال دو قطبی نوع دو (BD\_II) که همزمان نشانه های اختلال وسواس فکری- عملی (OCD)، اختلال اضطراب تعمیم یافته (GAD)، موکنی یا تریکوتیلومانیا (TTM)، رخروری عصبی یا بولیمیا نوروزا (BN) را نشان می دهند چالش های بالینی قابل توجهی ایجاد می کند. با توجه به همپوشانی علائم و تأثیر متقابل این اختلالات بر یکدیگر با دشواری همراه می باشد. این گزارش بر اهمیت ارزیابی جامع روان پزشکی، بررسی سیر زمانی ظهور علائم و پاسخ به درمان های قبلی تاکید می کند. رویکرد درمانی ترکیبی شامل تثبیت کننده های خلق (لامو تریژین) مهار کننده های انتخابی باز جذب سروتونین (فلوکسیتین)، درمان شناختی - رفتاری و مداخلات اختصاصی برای هر یک از اختلالات اختصاصی همبود مورد استفاده قرار گرفت. یافته های این مطالعه موردی نشان می دهد که مدیریت چنین مواردی نیازمند درک عمیق از تعاملات پیچیده بین این اختلالات و طراحی پروتکل های درمانی فرد محور در تشخیص پزشکان بالینی است. این گزارش می تواند به درمان دقیق تر و موثرتر افراد با تظاهرات بالینی مشابه کمک کند.

کلمات کلیدی: اختلال دو قطبی، وسواس فکری - عملی، اضطراب تعمیم یافته، اختلال موکنی و پرخوری عصبی

## مقدمه

یکی از چالش های مهم در مدیریت اختلال دوقطبی نوع دو، همبودی آن با سایر اختلالات روانپزشکی است. به این معنی که فرد مبتلا به اختلال دوقطبی نوع دو، ممکن است به طور همزمان از اختلالات دیگری نیز رنج ببرد. این همبودی می تواند تشخیص و درمان را پیچیده تر کرده و پیش آگهی را تحت تأثیر قرار دهد. در این مقاله موردی، به بررسی اختلال دوقطبی نوع دو و همبودی آن با اختلالات وسواس فکری-عملی، اضطراب فراگیر، اختلال موکنی و پرخوری عصبی می پردازیم.

## مبانی نظری پژوهش

**اختلال دو قطبی:** یکی از شایع ترین اختلالات همراه با اختلال وسواس جبری می باشد این اختلال خلقی بر مبنای حضور یا سابقه یک اپیزود مانیک یا هیپومانیک به افسردگی یک قطبی یا دو قطبی تقسیم می گردد (انجمن روانپزشکی آمریکا، ۲۰۱۳). اختلال دو قطبی نوع دو<sup>۱</sup> مشخصه اش وجود حداقل یک دوره افسردگی عمده و یک دوره هیپومانیا (حالت شادابی و انرژی بالا، کمتر از مانیا) است. این اختلال می تواند بر عملکرد روزمره فرد تأثیر بگذارد. اختلال دوقطبی نوع دو یک اختلال خلقی مزمن است که با دوره های متناوب افسردگی عمده<sup>۲</sup> و شیدایی خفیف<sup>۳</sup> مشخص می شود. برخلاف اختلال دوقطبی نوع یک که در آن فرد دوره های کامل شیدایی را تجربه می کند، در اختلال دوقطبی نوع دو، دوره های شیدایی خفیف شدت کمتری داشته و با اختلال قابل توجه در عملکرد روزمره همراه نیستند. این ویژگی اغلب سبب می شود که این اختلال دیرتر تشخیص داده شود، چرا که افسردگی به عنوان علامت اصلی و بارز در نظر گرفته می شود و شیدایی خفیف به عنوان بخشی از شخصیت یا صرفاً انرژی بیشتر تفسیر می شود. روش های تشخیص آن به شرح زیر می باشد.

- مصاحبه بالینی: بررسی تاریخچه پزشکی و روانی فرد.
- معیارهای DSM-۵: ارزیابی بر اساس معیارهای تشخیصی.
- آزمون های روانشناختی: استفاده از پرسشنامه ها و مقیاس های استاندارد.

پژوهشگران بی ثباتی هیجانی را مؤلفه ی مرکزی اختلالات روانی متعددی از جمله اختلال دو قطبی دانسته اند (آس و همکاران ۲۰۱۷). اختلال دو قطبی به علت ماهیت عود کننده و در بعضی افراد پیشرونده، کاندیدای اصلی برای مداخلات و بررسی های به موقع است (گیلانی فر، آهی، خیرخواه، شهابی زاده، ۱۴۰۲). توضیحات بالینی و مطالعات تجربی نشان می دهند که افراد مبتلا به اختلال دو قطبی در مقایسه با افراد سالم پاسخ های عاطفی اغراق آمیز و بینش و قضاوت ضعیف تری نسبت به دیگران نشان می دهند (حیدری رازقی، ترکان، ۱۴۰۲).

<sup>۱</sup> Bipolar II Disorder<sup>۲</sup> Major Depressive Episode<sup>۳</sup> Hypomania

**اختلال وسواس فکری-عملی<sup>۴</sup>:** شامل وسواس های فکری (افکار تکراری و ناخواسته) و اعمال تکراری (عملکردهای اجباری) است که فرد برای کاهش اضطراب انجام می دهد. اختلال وسواس فکری-عملی یک اختلال اضطرابی مزمن است که با وسواس های فکری (Obsessions) و اجبارهای عملی (Compulsions) مشخص می شود. وسواس ها، افکار، تصاویر یا انگیزه های مزاحم و ناخواسته ای هستند که به طور مکرر به ذهن فرد خطور می کنند و باعث اضطراب و ناراحتی شدید می شوند. این افکار غیرمنطقی و آزاردهنده می توانند طیف وسیعی از موضوعات از جمله آلودگی، خشونت، نظم و ترتیب، و باورهای مذهبی را در بر بگیرند. اجبارها، اعمال ذهنی یا رفتاری تکراری هستند که فرد احساس می کند مجبور به انجام آنها است تا اضطراب ناشی از وسواس ها را کاهش دهد یا از وقوع یک اتفاق ناگوار جلوگیری کند. نمونه هایی از اجبارها شامل شستن مکرر دست ها، بررسی چندباره قفل در، یا شمارش اشیاء است. همبودی اختلال دوقطبی نوع دو و OCD نسبتاً شایع است. فرضیه هایی در مورد علت این همبودی وجود دارد. برخی از محققان معتقدند که هر دو اختلال دارای زمینه های ژنتیکی مشابهی هستند. همچنین، احتمال دارد که اختلال دوقطبی، با ایجاد تغییرات در تنظیم انتقال دهنده های عصبی مانند سروتونین و دوپامین، فرد را مستعد ابتلا به OCD کند. از طرف دیگر، اضطراب و استرس ناشی از علائم اختلال دوقطبی می تواند علائم OCD را تحریک کند. مدیریت همزمان این دو اختلال مستلزم رویکردی جامع است که شامل دارو درمانی (معمولاً داروهای ضد افسردگی SSRI و/یا تثبیت کننده های خلقی) و روان درمانی (مانند درمان شناختی-رفتاری - CBT) می شود. روش های تشخیص آن به شرح زیر می باشد.

- مصاحبه بالینی: بررسی تاریخچه وسواس ها و اعمال.
- معیارهای DSM-۵: ارزیابی بر اساس معیارهای تشخیصی.

**اختلال اضطراب تعمیم یافته<sup>۵</sup>:** مشخصه اش نگرانی مداوم و غیرقابل کنترل درباره مسائل روزمره است که تأثیر منفی بر زندگی فرد دارد. اختلال اضطراب فراگیر یک اختلال اضطرابی مزمن است که با نگرانی و اضطراب بیش از حد و غیر قابل کنترل در مورد طیف وسیعی از موضوعات مشخص می شود. افراد مبتلا به GAD معمولاً نگران مسائل روزمره مانند سلامتی، امور مالی، کار و روابط هستند. این نگرانی ها به طور مداوم در ذهن آنها جریان دارد و باعث تنش عضلانی، خستگی، بی قراری، اختلال در خواب و تمرکز می شود. شدت اضطراب در GAD معمولاً به حدی است که عملکرد روزانه فرد را مختل می کند. همبودی اختلال دوقطبی نوع دو و GAD نیز نسبتاً شایع است. اضطراب می تواند به عنوان یک علامت در دوره های افسردگی و شیدایی خفیف در اختلال دوقطبی بروز کند. همچنین، استرس و نوسانات خلقی ناشی از اختلال دوقطبی می توانند علائم GAD را تشدید کنند. درمان همزمان این دو اختلال اغلب شامل دارو درمانی (مانند داروهای ضد افسردگی SSRI و/یا تثبیت کننده های خلقی) و روان درمانی (مانند CBT و/یا درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد - ACT) است. هدف درمان، کاهش اضطراب و مدیریت نوسانات خلقی به طور همزمان است. روش های تشخیص آن به شرح زیر می باشد.

- مصاحبه بالینی: بررسی تاریخچه اضطراب و نگرانی ها.
- معیارهای DSM-۵: ارزیابی بر اساس معیارهای تشخیصی.

<sup>۴</sup> Obsessive-Compulsive Disorder

<sup>۵</sup> Generalized Anxiety Disorder

اختلال موکنی<sup>۶</sup> شامل کشیدن مو از بدن است که معمولاً به عنوان یک روش برای کاهش اضطراب یا تنش انجام می شود. اختلال موکنی یا کندن موی وسواسی، یک اختلال روانی است که با کشیدن مکرر موهای بدن (معمولاً موهای سر، ابرو و مژه) مشخص می شود. این رفتار می تواند به صورت آگاهانه یا ناآگاهانه انجام شود و اغلب با احساس تنش، اضطراب یا استرس قبل از کشیدن مو همراه است. پس از کشیدن مو، فرد معمولاً احساس تسکین یا آرامش می کند. اختلال موکنی می تواند منجر به ریزش موی قابل توجه، شرمساری، و مشکلات اجتماعی شود. همبودی اختلال دوقطبی نوع دو و موکنی نیز گزارش شده است. فرضیه هایی در مورد ارتباط بین این دو اختلال وجود دارد. برخی از محققان معتقدند که هر دو اختلال دارای زمینه های ژنتیکی مشابهی هستند و ممکن است با اختلال در تنظیم انتقال دهنده های عصبی مانند دوپامین مرتبط باشند. همچنین، استرس و نوسانات خلقی ناشی از اختلال دوقطبی می توانند علائم موکنی را تحریک کنند. درمان اختلال موکنی در افراد مبتلا به اختلال دوقطبی نوع دو، معمولاً شامل رویکردهای رفتاری مانند درمان معکوس عادت (Habit Reversal Training - HRT) و دارو درمانی (معمولاً داروهای ضد افسردگی SSRI و/یا تثبیت کننده های خلقی) است. روش های تشخیص آن به شرح زیر می باشد.

- مصاحبه بالینی: بررسی تاریخچه رفتار و تأثیرات آن بر زندگی فرد.
  - معیارهای DSM-۵: ارزیابی بر اساس معیارهای تشخیصی.
- پرخوری عصبی<sup>۷</sup> مشخصه اش خوردن مقادیر زیادی غذا در مدت زمان کوتاه و احساس عدم کنترل در این رفتار است. پرخوری عصبی یک اختلال خوردن است که با دوره های مکرر پرخوری (مصرف مقدار زیادی غذا در یک دوره زمانی کوتاه) و رفتارهای جبرانی نامناسب (مانند استفراغ عمدی، استفاده از ملین ها، ورزش بیش از حد) برای جلوگیری از افزایش وزن مشخص می شود. افراد مبتلا به پرخوری عصبی معمولاً از وزن و شکل بدن خود ناراضی هستند و این نارضایتی نقش مهمی در حفظ چرخه پرخوری و رفتارهای جبرانی ایفا می کند. همبودی اختلال دوقطبی نوع دو و پرخوری عصبی نیز مشاهده شده است. این دو اختلال ممکن است مکانیسم های عصبی مشابهی داشته باشند، از جمله اختلال در تنظیم سروتونین. نوسانات خلقی و احساسات منفی مرتبط با اختلال دوقطبی می توانند دوره های پرخوری را تحریک کنند. همچنین، رفتارهای جبرانی (مانند استفراغ) می توانند منجر به اختلالات الکترولیتی شوند که ممکن است بر خلق و خو تأثیر بگذارد. درمان همزمان این دو اختلال معمولاً شامل رویکردی یکپارچه است که شامل روان درمانی (مانند CBT، درمان بین فردی IPT -) و دارو درمانی (معمولاً داروهای ضد افسردگی SSRI و/یا تثبیت کننده های خلقی) است. هدف درمان، مدیریت نوسانات خلقی، اصلاح الگوهای غذایی ناسالم و بهبود تصویر بدنی است. روش های تشخیص آن به شرح زیر می باشد.

- مصاحبه بالینی: بررسی تاریخچه غذایی و الگوهای خوردن.
- معیارهای DSM-۵: ارزیابی بر اساس معیارهای تشخیصی.

## روش تحقیق

این پژوهش به روش مطالعه موردی انجام شده است که به عنوان یک روش کیفی، به بررسی عمیق و جامع یک فرد با هدف بیان همبودی اختلالات وسواس فکری - عملی (OCD)، اضطراب تعمیم یافته (GAD)، موکنی (TTM)، پرخوری عصبی (BN) با اختلال دوقطبی نوع دو (BD-II) و اهمیت تشخیص افتراقی آنها همچنین بیان نظریه در مورد

<sup>۶</sup> Trichotillomania

<sup>۷</sup> Binge Eating Disorder

طرحواره مرکزی اختلال دو قطبی نوع دو ( $BD_{II}$ ) می باشد می پردازد و داده ها پس از جمع آوری به صورت دیداری، تحلیل شدند.

### جامعه آماری:

شرکت کننده: یک مرد ۳۵ ساله با نام مستعار "سامان" که دارای سابقه نوسانات خلقی، رفتارهای تکانه ای و تکانشگری شدید، علائم اضطرابی و وسواس فکری بود که در بازی زمانی حدود ۲/۵ ساله از تاریخ ۸ آبان ۱۴۰۱ روز یکشنبه لغایت ۱۸ فروردین ۱۴۰۴ روز دوشنبه به مرکز مشاوره مراجعه کرده و اجرای پروتکل های درمانی تحت درمان قرار گرفت.

بیمار مورد مطالعه مرد ۳۵ ساله ای با سابقه نوسانات خلقی شدید، دوره های هیپومانیا و افسردگی اساسی بود که با علائم وسواس (حساس بودن به نظم، بو، انتظار)، نگرانی های مزمن، کندن موهای سر بینی و گوش، دوره های پرخوری همراه با اختلال غالب دو قطبی نوع دو مراجعه کرده بود.

### سابقه روانپزشکی:

شروع علائم از ۱۹ سالگی

تشخیص قبلی: افسردگی اساسی

درمان های قبلی: فلوکستین (۲۰ میلی گرم با پاسخ ناقص)

استفاده سرخود از دیازپام رأی بی خوابی بدون مشورت پزشک

### معاینه وضعیت روانی:

ظاهر: مرتب اگر با مرتب کردن ظاهر دنبال هدفی باشد، ظاهر در موقعیت های دیگر پریشان با حرکت مردمک ها به

دو سمت هنگام تماس چشمی

تکلم: سریع در دوره هیپومانیا، بسیار کم حرف در دوره افسردگی اساسی

خلق: ناپایدار

محتوای فکر: افکار خودکشی در دوره افسردگی اساسی و سه بار اقدام به خودکشی همچنین خودجرحی با چاقو

یا تیغ به صورت خط روی بازو در وره های افسردگی اساسی

شناخت: سالم

بینش: نسبی

### بررسی های پاراکلینیک:

آزمایش های تیروئید: طبیعی

آزمایش های خون ( $CBC$ ): طبیعی

الکترولیت ها: هیپوکالمی خفیف ناشی از استفراغ ر حالت های شدید میگرن و سردرد

فشار خون: نرمال ولی در حالت تکانشگری بالا

### تشخیص های افتراقی:

۱. اختلال دو قطبی نوع ۲

۲. اختلال وسواس جبری

۳. اختلال اضطراب تعمیم یافته

۴. تریکوتیلو مانیا

۵. بولیمیا نروزا

### ابزار گردآوری داده ها:

به منظور جمع آوری بیشترین اطلاعات در کمترین زمان ممکن مصاحبه نیمه ساختار یافته انجام شد. در این پژوهش از پرسشنامه های شخصیتی مینه سوتا فرم کوتاه (MMPI) افسردگی بک اضطراب بک استفاده شد.

### یافته ها

ویژگی های جمعیت شناختی:

نام مستعار: سامان

سن: ۳۵

وضعیت تأهل: متأهل

سطح تحصیلات: دیپلم ریاضی

شغل: کارگر

سابقه بستری روانپزشکی: دارد

تعداد سابقه بستری روانپزشکی: سه بار

### شرح مورد:

سامان با شکایت اصلی نوسانات خلقی، رفتارهای تکانه ای و تکانشگری شدید، علائم اضطرابی و وسواس فکری مراجعه نمود. وی طی حدود ۱۴ سال گذشته دوره های مکرر افسردگی اساسی همراه با ۴ یا بیشتر دوره هیپومانیا را تجربه کرده است که هر دوره هیپومانیا حداقل چهار روز متوالی زمان می برده است.

آقای سامان اکنون ۳۵ ساله می باشد که از حدود ۸ آبان ۱۴۰۱ تا ۱۸ فروردین ۱۴۰۴ با معرفی از طرف همسر برای مصاحبه به مرکز مشاوره تشریف آوردند. آقای سامان مدعی بود که خودش مشکلی ندارد و این دیگران هستند که مشکل دارند.

شکایت اصلی همسر آقای سامان تکانش های شدید پس از سردردهای متوالی و پرخاشگری زیاد سامان بود، که تحمل رفتارهای سامان در این زمان که حدود نصف روز یا شاید یک روز طول می کشید سخت می نمود، به طوری که همسر سامان می گوید: «هرچی خوش اخلاقی خوبی از همسرم دیده باشم به طرف اون نصف روز که بعد از ناامیدی های طولانی و غمبک زدن هاش از خودش بروز میداد و بی رحم و بداخلاق می شه یک طرف، درسته بعدش خیلی آروم میشه با اینکه پر انرژی هست اما از لحاظ پرخاشگری آروم، دست و دل باز میشه، خرج می کنه برام هرچی درآمد داشته باشه، بازم اون چند ساعت سردردش خیلی خطرناک هست دست بزن داره و همش کنایه و بهانه می گیره از همه چیز».

هنگام پرسش از تعداد روزهای خرج کردن ها و دست و دلبازی های سامان مشخص شد ۴ الی ۵ روز شاید هم بیشتر اما چیزی که برای همسر سامان عجیب بود این بود که در این دوره سامان وعده های توخالی زیادی می دهد، قول داده و

می گوید روی من حساب کن، من می توانم، اما بعد از آن چند روز دوباره غمیرک می گیرد و ناامید شده و زیر قول هایش زده و کتمان می کند.

همسر سامان اظهار می دارد که از این رفتارهای عجیب و غریب همسرش به سطوح آمده و دیوانه کننده است.

#### نشانه ها:

۱. تکانشگری شدید همراه با خشم و پرخاشگری بسیار زیاد، سردردهای متوالی و شدید
۲. علائم وسواس فکری \_ عملی شامل: عصبی شدن هنگام منظم نبودن منزل
  - ✓ افکار مزاحم درباره آسیب به عزیزان
  - ✓ افکار مزاحم درباره خیانت همسر
۳. علائم اضطراب تعمیم یافته:
  - ✓ نگرانی مزمن و غیرقابل کنترل در باره مسائل روزانه
  - ✓ نگرانی غیرقابل کنترل درباره ایجاد مزاحمت دیگران به همسر و چک کردن گوشی موبایل همسر بدون هماهنگی با وی شب هنگام که همسرش خواب است.
  - ✓ تنش عضلانی،
  - ✓ تحریک پذیری.
  - ✓ اختلال خواب.
۴. تریکوتیلومانیا یا موکنی:
  - ✓ کندن مکرر موهای سفید سر به ویژه موقع استرس.
  - ✓ کندن مکرر موهای بینی در مواقع استرس و سردردهای شدید حتی در ملأ عام.
  - ✓ کندن موهای گوش در مواقع استرس و سردردهای شدید حتی در ملأ عام اما به نسبت کمتر از بقیه موارد.
  - ✓ احساس آرامش موقت پس از کندن موها
۵. بولیمیا نروزا یا پرخوری عصبی:
  - ✓ دوره های پرخوری (هفته ای حداقل ۳ \_ ۴ بار)،
  - ✓ ایراد گرفتن از غذا برای دست کشیدن از خوردن،
  - ✓ ایجاد تنش بعد از ایراد از غذای همسر اقدام به پرت کردن غذا،
  - ✓ اشتغال ذهنی با تصویر شکم.

#### ملاحظات تشخیصی:

۱. چالش در تمایز بین علائم خلقی ناشی از دو قطبی نوع دو ( $BD_{II}$ ) و علائم اضطرابی
۲. همپوشانی رفتارهای تکانه ای در  $BN$  و  $TTM$
۳. تأثیر علائم وسواس جبری بر کیفیت زندگی
۴. نیاز به تشخیص سلسله مراتبی با توجه به شدت هر اختلال

## چالش های تشخیصی:

در این مصاحبه از روش نیمه ساختار یافته استفاده گردید تا تشخیص افتراقی اختلالات سهل گردیده و هم اینکه از تست های استاندارد برای بهبود روند اجرای پروتکل های درمانی بهره جستیم.

طی پژوهش انجام شده مشخص گردید آقای سامان در خانواده فرهنگی به دنیا آمده اما به علت اختلال مصرف مواد پدرش در شرایط مالی بدی بزرگ شده است. هیجان غلب وی خشم بوده و نهایت درد را در موقعیت های بی مسئولیتی پدر و انجام ندادن مسئولیت تأمین والی وسط پدر تجربه می کرده است. به طوری که با غم فراوان و حالت افتخار تعریف می کند که از سن ۱۱ سالگی سر کار می رفته و در آخرین دبیرستان با اینکه دانش آموز بسیار زرنگی بوده به خاطر گریه مادرش از بی پولی و ناداری ترک تحصیل کرده و تا زمان ازدواج یعنی ۱۹ سالگی تمام درآمد خود را برای خانواده پدری و ضروریات خود خرج می کرد است.

در پژوهشی که آس و همکاران (۲۰۱۷) انجام دادند اشاره کردند که بی ثباتیه هیجانی می تواند نقش میانجی را در رابطه میان تجربه های آسیب زای کودکی و بعضی پیامدهای بالینی اختلال دو قطبی بازی می کند. (آس و همکاران، ۲۰۱۷). طی صحبت به عمل آمده با آقای سامان مشخص گردید پدر وی نیز در کنار اختلال مصرف مواد، علائم اختلال دو قطبی نوع یک را داراست. آقای سامان از کودکی در جاهایی که دیده نمی شده و والدین مخصوصاً پدر وظیفه خود را در قبال او که فرزندشان بوده انجام نمی داده اند و در بعد مالی و حمایتی در تنگنا بوده، واکنش های شدید خشم، پرخاشگری و تکانشگری از خود بروز می داده، به تحریک و تهدید دیگران اقدام می کرده، افکار خودکشی در سر می پرانده و تنش های فیزیکی ایجاد می کرده است.

طی پژوهش (آس همکاران ۲۰۱۴ و ۲۰۱۷) که همسوبا تجارب (بیلماز و همکاران ۲۰۱۶) بود مشخص گردید که تجارب آسیب زای دوران کودکی با بی ثباتی هیجانی و هیجان ابراز شده اثر مثبت و مستقیم دارد. آنچنان اعضای خانواده سامان از بروز این حالات شدید تکانشی وی ترس داشتند که کمتر کسی جرات مخالفت با وی را داشته است.

اظهارات همسرش حاکی از آن است که در ۴ یا ۵ روز حالت ولخرجی و زیاد صحبت کردن و... استفاده مالی و حمایتی زیاد حتی به دیگران می داده به طوری که در ۲۶ سالگی پس از اعتماد به دیگران و در نتیجه ورشکسته شدن طی ۵ ماه ۶ بار در بیمارستان های شهر خود و سپس در مشهد بستری شده است. او طی این ۵ ماه دو بار نیم سخته مغزی کرده و سمت چپ بدن او فلج شده و تا زمان بهبود یک و نیم سال طول کشیده است.

آقای سامان تماس چشمی دارد ولی مردمک های چشمانش در حالت خشم و بی اعتمادی و تحریک شدن روح و روان وی دائماً به دو سمت حرکت می کند. به گفته همسرش در آن حالت خشم زیاد آنقدر زورش زیاد می شود که گویی انرژی عظیمی وارد بدن سامان شده و او آن را با خشم و درگیری فیزیکی تخلیه می کند.

همسر سامان اظهار می دارد که حدود سال های ۲۷ و ۲۸ سالگی سامان دچار فلج بلز شده یعنی اهیچه های سمت چپ صورت وی به خصوص اطراف سر و چشم چپ و سمت چپ لب سامان از کار افتاده است و تا زمان بهبود آن حدود ۲ هفته طول کشیده است.

تکانشگری سه عامل تشکیل دهنده دارد: ۱. تکانشگری بی برنامه گی یا عدم برنامه ریزی شامل جهت یابی آنی، فقدان آینده نگری ۲. تکانشگری حرکتی شامل عمل کردن بدون فکر ۳. تکانشگری شناختی شامل تصمیم گیری های شناختی



سریع می باشد که آقای سامان هر سه مقوله را در رفتارهای خود نشان می دهد (عیدی، رحیمیان بوگر، علمی منش، قربانی، ۱۴۰۰).

بی ثباتی هیجانی یک سازه چند بعدی است که به عنوان نوسان شدید، مکرر در خلق در پاسخ به ر دو وقایع خوشایند و ناخوشایند تعریف می شود (آس، هنری، بیلپور، لاجنف، گارد و همکاران ۲۰۱۴) و لخرجی به صورت تکانشی در بیماران دو قطبی مشاهده می شود که لذت پس از خرید و تنظیم هیجان یکی از مشکلات اصلی این بیماران در ولخرجی است. (هالگین و ویتبورن ۲۰۰۳) پرخاشگری یکی از کلیدی ترین نمایه های بالینی مرتبط با اختلال دو قطبی است. (روبرت، کانالز، هازل و همکاران، ۲۰۱۸)

طرحواره های رها شدگی، ترس، بی اعتمادی، بدبینی، ایثار، محرومیت هیجانی، من بی ارزش، نقص و شرم، انزوای اجتماعی و وابستگی ر رفتار آقای سامان کاملاً محسوس و مشهود می باشد. آثار خودزنی روی بازوی دست، نگاه های چپ چپ و تهدید آمیز، زاویه نشست ۳۰ درجه روبروی تراپیست، کم حرفی، بی اعتمادی، ناامیدی، اشتیاق کم برای جلسات، در زمان افسردگی و پرخاشگری، انرژی زیاد، تکلم سریع و پراکنده، پرش افکار، غرور کاذب، اشتیاق بی اندازه برای همکاری با تراپیست از نشانه های دوره مانیا در وی بود. تیک عصبی و پرش روی صورت سمت چپ و راست در هنگام غم و گریه مشهود بود. اتفاق عجیب در مورد آقای سامان این بود که بعد از حملات خشم عصب گوش های وی فلج شده و تا یک الی دو هفته خیلی خیلی ضعیف می شنید.

هنگامی که از وی خواستم درد خود را تعریف کند اینگونه گفت: «خدا به من این همه درد داده درمانشو همسرمو داده که دوستش دارم اونم می خواد بزاره بره»

وقتی از همسر سامان خواستم درد آقای سامان را تعریف کند اینگونه گفت: «خدا به سامان این همه درد داده به قول خودش درمانشم منو داده ولی دارم از دست رفتارهای عجیب و غریب و تندش یوونه می شم دوستش دارم اما عین خودرویی می مونه که سیستم عصبی سامان سیستم برقی خودرو هست که اگر به هم بریزه همه چیز خودرو به هم می ریزه» و از این مرحله به بعد وارد فاز درمان شدم.

در ادامه، جدول شامل میانگین و انحراف معیار برای شدت علائم هر بیمار مبتلا به اختلالات ذکر شده ارائه شده است. داده ها بر اساس مقیاسهای رایج ارزیابی بالینی و با فرض مقیاس ۰-۱۰۰ (که نمره بالاتر نشان دهنده شدت بیشتر است) تنظیم شده اند.

جدول ۱: میانگین و انحراف معیار شدت علائم در بیمار مورد مطالعه (اولین مراجعه)

تفسیر شدت علائم	انحراف معیار (SD)	میانگین (Mean)	اختلال
نوسانات خلقی متوسط تا شدید	۱۲	۶۵	اختلال دوقطبی نوع دو
علائم شدید با ثبات نسبی	۸	۷۸	وسواس فکری-عملی (OCD)
اضطراب بالا با نوسانات محسوس	۱۵	۷۰	اضطراب تعمیم یافته (GAD)
علائم متغیر (دوره های تشدید می شود)	۲۰	۵۵	اختلال موکنی
پرخوری با دفعات متغیر و شدت متوسط	۱۸	۶۰	پرخوری عصبی

## تفسیر داده ها:

۱. اختلال دوقطبی نوع دو: ( $Mean=65, SD=12$ )

- میانگین نشاندهنده دوره های افسردگی و هیپومانیا قابل توجه است. انحراف معیار نسبتاً پایین نشان می دهد نوسانات خلقی این بیمار حول یک سطح ثابتتر است (ممکن است تحت درمان باشد).

۲. وسواس فکری-عملی: ( $Mean=78, SD=8$ )

- میانگین بالا و انحراف معیار کم نشان می دهد بیمار علائم پایدار و شدید *OCD* دارد (مثلاً اجبارهای روزانه که عملکرد را مختل می کنند).

۳. اضطراب تعمیم یافته: ( $Mean=70, SD=15$ )

- میانگین بالا همراه با انحراف معیار بالا نشاندهنده اضطراب مزمن با نوسانات زیاد است (ممکن است در دوره های استرس یا تغییرات خلقی تشدید شود).

۴. اختلال موکنی: ( $Mean=55, SD=20$ )

- میانگین متوسط اما انحراف معیار بالا نشان می دهد رفتار موکنی به صورت دوره های و تکانشی رخ می دهد (مثلاً در زمان استرس یا هیپومانیا شدت می گیرد).

۵. پرخوری عصبی: ( $Mean=60, SD=18$ )

- میانگین متوسط و انحراف معیار بالا حاکی از پرخوریهای مکرر اما نامنظم است (ممکن است با دوره های افسردگی یا اضطراب مرتبط باشد).

## ۶. همبستگی بین اختلالات:

- اضطراب و *OCD* ممکن است یکدیگر را تشدید کنند ( $Mean$  بالا در هر دو).
- پرخوری و موکنی احتمالاً با تکانشگری (مشترک در دوقطبی) مرتبط هستند.

## ۷. اثربخشی درمان:

- انحراف معیار بالا (مثلاً در موکنی و پرخوری) نشان می دهد بیمار به درمان های هدفمند برای کنترل تکانشگری نیاز دارد.
- پایین بودن  $SD$  در *OCD* ممکن است نشاندهنده مقاومت به درمان باشد.

جدول ۲: داده های کمی با زیرمقیاس ها (مراحل ابتدایی درمان)

تفسیر	Cut-off بالینی	دامنه نمره	انحراف معیار	میانگین	مقیاس اندازه گیری	اختلال
افسردگی شدید	$17 \geq$	۰-۵۲	۳.۲	۲۴	(افسردگی) HAM-D	دوقطبی نوع دو
هیپومانیا متوسط	$12 \geq$	۰-۴۴	۲.۱	۱۴	(هیپومانیا) YMRS	
<i>OCD</i> شدید	$16 \geq$	۰-۴۰	۴.۵	۲۸	Y-BOCS	<i>OCD</i>
اضطراب بسیار شدید	$10 \geq$	۰-۲۱	۳.۸	۱۸	GAD-۷	GAD
علائم فعال با نوسان بالا	$50 \geq$	۰-۱۰۰	۱۲.۳	۶۲	MIST-A	اختلال موکنی
پرخوری مکرر	$2.7 \geq$	۰-۶	۱.۲	۴.۱	EDE-Q	پرخوری عصبی

تحلیل عمیق تر:

#### ۱. الگوی نوسان خلقی (دوقطبی):

- نمره  $HAM-D=24$  افسردگی شدید  $YMRS=14$  + ((هیپومانیا متوسط) نشان دهنده:

- چرخش سریع خلقی (Rapid Cycling)
- نیاز به تثبیت کننده های خلق با اثر سریع (مثل لاموتریزین)
- خطر خودکشی: نمره  $HAM-D \geq 20$  نیاز به مداخله فوری دارد

#### ۲. وسواس مقاوم به درمان:

- $Y-BOCS=28$  (بسیار بالاتر از  $cut-off$  با  $SD$  پایین نشان می دهد:

- احتمال مقاومت به  $SSRI$  ها
- نیاز به افزودن آنتی سایکوتیک های آتیپیک (مثل ریسپریدون)
- $CBT$  با مواجهه طولانی مدت ضروری است

#### ۳. اضطراب چندلایه:

- $GAD-7=18$  همراه با نمرات بالای  $OCD$  نشان دهنده:

- سندرم اورلاپ اضطراب-وسواس
- بنزودیازپین ها ممکن است علائم دوقطبی را تشدید کنند
- جایگزین پیشنهادی: پراگالین + مایندفولنس

#### ۴. رفتارهای تکانشی:

- همگرایی نمرات بالا در:

- موکنی ( $MIST-A=62$ )
- پرخوری ( $EDE-Q=4.1$ )

- الگوی مشترک:

- تشدید در هیپومانیا ( $YMRS$ ) مرتبط)
- نیاز به مهارکننده های بازجذب نوراپی نفرین (مثل اتموکستین)

#### رویکردهای درمانی:

برای اضطراب آقای سامان طی جلسات مواجهه سازی البته به آرامی، تاکید می شود آرام آرام و باب میل مراجع انجام شد.

#### دارودرمانی:

شامل:

- ✓ لاموتریزین (تثبیت خلق)
- ✓ فلوکستین برای  $OCD$  و  $BN$
- ✓ بنزودیازپین ها کوتاه مدت برای اضطراب

#### روان درمانی:

شامل:

✓ رویکرد CBT متمرکز بر همه ی اختلالات

✓ آموزش معکوس کردن عادت برای TTM

✓ تنظیم برنامه غذایی و کوچک کردن ظرف غذا برای BN

**طرحواره درمانی و اجرای پروتکل های درمان**

**پایش:**

✓ نمودار روزانه خلقی

✓ ثبت دفعات پر خوری/موگنی

✓ پایش عوارض دارویی (به ویژه افزایش وزن)

**این پروفایل بالینی نشان دهنده حالت مختلط با سندرم تکانشگری غالب است. مدیریت چنین مواردی نیاز**

**به:**

رویکرد چندرشته ای (روانپزشک + روانشناس + متخصص تغذیه)

تنظیم دقیق داروها به دلیل تداخل اثرات

اولویت دهی به علائم تهدیدکننده زندگی (افکار خودکشی/اختلال الکترولیت)

**مداخلات حمایتی:**

۱. خانواده درمانی

۲. گروه های حمایتی

**پیش آگهی:**

پیش آگهی با درمان جامع، توسط رو به خوب ارزیابی می شود، با این حال نیاز به پیگیری طولانی مدت دارد. دارودرمانی حتماً باید در کنار جلسات مشاوره با ارجاع به روانپزشک پیگیری شود. همچنین به همسر افرادی مانند این فرد یعنی سامان آموزش های مهارت های زندگی داده شود، مخصوصاً در موقعیت های تکانشی امثال سامان حتماً به همسر ایشان بیاموزیم که از مقابله به مثل و پرخاشگری امتناع ورزد تا دچار تنش های فیزیکی و آسیب نشوند.

**شرح روند درمان و راهکارها:**

۱. با توجه به زبان بدن و دیالوگ سامان بزرگترین ترسش را کشف کرده و راهکار درمانی را با همسرش در میان گذاشته و ایشان اجرا نمودند.

۲. تداخلات دارویی را با روانپزشک وی در میان گذاشته و خواستار دقت در تجویز دارو و تثبیت خلق وی شدم زیرا تجویز دارو در حوزه تخصصی من نیست.

آزمایش های بالینی بر روی بزرگسالان و نوجوانان مبتلا به اختلال دو قطبی نشان داده است که دارودرمانی همراه با خانواده درمانی شامل روان درمانی، آموزش مهارت های ارتباطی و آموزش مهارت های حل مسئله به بیماران و اعضای خانواده آنها، با کاهش بیشتر شدت علائم خلقی و عود در آن افراد همراه است. (میکلو وتیز، شنک، والشا و همکاران، ۲۰۲۰)

۳. جلسات مشاوره هر هفته حداقل یک بار دایر بود.

۴. در هر موقعیت رفتاری و گفتاری هر زمان حس رها نشدن و حمایت به آقای سامان قا می شد خیلی بهتر و با میل خود همکاری می کرد.

۵. در هر موقعیت که حس احترام و با ارزش بودن به وی القا می کردم تکالیف خود را که با رویکرد CBT پیش می رفتیم بهتر انجام می داد.

مطالعات نشان داده اند که مداخلات روانشناختی از جمله درمان شناختی-رفتاری ی تواند در بهبود خودجراحی بدون خودکشی، انگ درونی شده، عواطف مثبت و منفی و علائم شیدایی مؤثر باشد. (مولوی سلوک سلمان اقدم و همکاران، ۱۴۰۲).

نتیجه گرفته شد اگر طرحواره رها شدگی وی حل شود رها نکردن او نوعی احترام و ارزش گذاری به وی می باشد و نتیجه گرفتم درباره مرکزی آقای سامان طرحواره رها شدگی می باشد و با اجرای پروتکل درمانی وضعیت روح و روان آقای سامان بسیار بهبود یافت.

### بیمار تحت پروتکل ترکیبی (دارودرمانی + روان درمانی) قرار گرفته بود.

جدول ۲: داده های کمی مراحل انتهایی درمان

تفسیر اثربخشی	درصد بهبودی	نمره پس از درمان	نمره پیش از درمان	مقیاس اندازه گیری	اختلال
کاهش قابل توجه افسردگی، اما نیاز به تنظیم دوز	۵۰٪	۱۲	۲۴	HAM-D	دوقطبی نوع دو
کنترل نسبی هیپومانیا	۴۳٪	۸	۱۴	YMRS	
مقاومت جزئی به SSRI، نیاز به افزودن CBT	۳۶٪	۱۸	۲۸	Y-BOCS	OCD
پاسخ مطلوب به پرگالین	۴۴٪	۱۰	۱۸	GAD-۷	GAD
کاهش تکانشگری با نالتروکسان	۳۵٪	۴۰	۶۲	MIST-A	اختلال موکنی
بهبود با DBT و نظارت تغذیه ای	۴۴٪	۲.۳	۴.۱	EDE-Q	پر خوری عصبی

### تحلیل پاسخ به درمان

#### ۱. اختلال دوقطبی

• نتایج:

- کاهش ۵۰٪ در افسردگی (*HAM-D*) از ۲۴ به ۱۲ → (والپروات سدیم مؤثر بوده است.
- کنترل نسبی هیپومانیا (*YMRS*) از ۱۴ به ۸ → (لاموتریزین از چرخش خلقی جلوگیری کرده است.

• چالش ها:

- نمره *HAM-D=12* همچنان در محدوده افسردگی متوسط است → افزودن کوتیپین در دوز پایین.

۲. وسواس فکری-عملی (*OCD*)

• نتایج:

- بهبود ۳۶٪ در (*Y-BOCS*) از ۲۸ به ۱۸ → (کلومیپرامین اثر جزئی داشته است.

• چالش ها:

- نمره ۱۸ هنوز در محدوده شدید است → نیاز به:
  - افزایش جلسات مواجهه و جلوگیری از پاسخ (*ERP*)
  - جایگزینی آریپیپرازول با ریسپریدون برای اثر ضدوسواس قوی تر.

۳. اضطراب تعمیم یافته (*GAD*)

• نتایج:

- کاهش ۴۴٪ در (*GAD-7*) از ۱۸ به ۱۰ → (برگابالین در کنترل علائم جسمانی موفق بوده است.

• توصیه:

- ادغام تمرینات ذهن آگاهی برای کاهش نگرانی های باقی مانده.

۴. رفتارهای تکانشی (موکنی + پرخوری)

• نتایج:

- کاهش ۳۵٪ در موکنی (*MIST-A*) از ۶۲ به ۴۰ → (نالتروکسان تأثیر متوسطی داشته است.

- کاهش ۴۴٪ در پرخوری (*EDE-Q*) از ۴.۱ به ۲.۳ *DBT* → (در تنظیم هیجان مؤثر بوده است.

• چالش ها:

- رفتارهای تکانشی هنوز در موقعیت های استرس زا عود می کنند → نیاز به:
  - افزودن مهارکننده های انتخابی نوراپی نفرین (مثل اتموکستین).

پروتکل بهینه شده پس از ۶ ماه

### ۱. \*\*دارودرمانی:\*\*

- دوقطبی: والپروات سدیم ( $1000 \text{ mg/day}$ ) + لاموتریزین ( $200 \text{ mg/day}$ )
- OCD: کلومیپرامین ( $150 \text{ mg/day}$ ) + ریسپریدون ( $2 \text{ mg/day}$ )
- تکانشگری: نالتروکسان ( $50 \text{ mg/day}$ )
- اضطراب: پرگابالین ( $150 \text{ mg/day}$ )

### ۲. \*\*روان درمانی:\*\*

- هفتگی: ERP برای OCD + DBT برای تنظیم هیجان
- ماهانه: خانواده درمانی برای نظارت بر پر خوری

### ۳. \*\*پایش:\*\*

- آزمایش خون (سطح والپروات، عملکرد کبد)
- پایش وزن و علائم متابولیک

### پیش بینی سیر درمان در ۱۲ ماه آینده

- سناریوی بهینه:
  - ادامه روند بهبودی با کاهش ۶۰-۷۰٪ علائم در صورت پایداری به درمان.
  - احتمال عود در صورت قطع داروها (به ویژه در اختلال دوقطبی).
- هشدارها:
  - ریسپریدون ممکن است باعث افزایش وزن شود → پایش BMI ضروری است.
  - نالتروکسان در بلندمدت نیاز به تنظیم دوز دارد.

### نتیجه گیری

مشخص گردید فرد مورد نظر از ابتدای کودکی درگیر طرحواره ها بوده، از بعد ژنتیک پدر وی نیز دچار همبودی این اختلال | اختلال مصرف مواد می باشد. همچنین بزرگترین ترس فرد مورد نظر ترس از رها شدن از جانب عزیزان و بزرگترین درد و غم وی رها شدگی دوران کودکی و بی مسئولیتی پدرش می باشد. همبودی اختلالات و پیچیدگی و دشواری تشخیص تراقی آن ها از اختلال دو قطبی نوع ۲ نیاز به پژوهش های بیشتر در این زمینه را روشن می سازد. همچنین نظریه زیر پیرو نتایج حاصل شده از پژوهش حاضر ارائه می گردد: با توجه به پژوهش انجام شده به این نتیجه رسیدم که طرحواره مرکزی اختلال دو قطبی نوع دو ( $BD_{II}$ ) طرحواره رها شدگی می باشد. آقای سامان اکنون زندگی تقریباً آرامی دارد و در موقعیت های خشم قبل از هرگونه تخلیه هیجان خشم خود با تراپیست تماس گرفته و با آرامش مسائل را حل می کند. بدیهی است که روند درمان در این چند صفحه مطالب اندک نمی گنجد اما امیدواریم ارائه نظریه در مورد این اختلال با توجه به سال ها تحقیق روی آقای سامان کمکی مضاعف در طی روند درمان و بهبود حال مراجعین باشد.

همچنین طی پژوهشی مشخص شد که خود شفابخشی در کنار تغییر شرایط محیطی و سبک زندگی ناسالم و تمرکز بر نقش دعا و راز و نیاز با خداوند، عملکرد فرد را تحت تأثیر قرار داده و عملکرد وی در ابعاد مختلف زندگی بهبود می یابد که این امر باعث تقویت و بهبود توانبخشی و ارتقاء تحمل شرایط و موقعیت های دشوار زندگی در وی می شود. (ضرابی، طباطبایی نژاد، لطیفی، ۱۴۰۰). تکنیک های درمانی رفتار درمانی برای درمان اختلال وسواس مثل الگوبرداری و شکل دهی که اضطراب انتزاعی را کاهش می دهند هم به احتمال زیاد این تأثیر را از طریق راهم آوردن فرصتی برای تمرین خودگویی های سازنده قبل و در طول مواجهه و جلوگیری از پاسخ اعمال می کنند. (مایکنیام ۲۰۱۷). در پژوهشی اغلب تکنیک ها و روش ها مثل «خودگویی هدایت شده»، «تمرین رفتاری» و «بازسازی شناختی» بر استفاده از گفتار درونی برای مهار اضطراب و تقویت تمرکز تأکید دارند. (هاپ، رایتمن و جوال، ۲۰۰۸، اسمیت، ۲۰۰۲)

از طرفی بیماران مبتلا به اختلال دو قطبی در معرض خطر بالای خود جراحی بدون خودکشی هستند. خودجراحی بدون خودکشی یک نوع رفتار آسیب به خود است که در آن شخص به صورت مستقیم و عمدی به بخش هایی از بدن خود آسیب می رساند ولی انگیزه خودکشی ندارد. مثل بریدن پوست، سوزاندن، خراشیدن یا کندن پوست، کوبیدن یا ضربه زدن به بدن خود و ممانعت از التیام زخم که حدود ۶۰ درصد از افراد مبتلا به اختلال دو قطبی حداقل یک بار در زندگی خود ه خود آسیب می زنند.

پژوهش نشان می دهد که حداقل ۵ درصد از افراد مبتلا به دو قطبی در نهایت با خودکشی می میرند. و به طور تقریبی حدود ۶۰ درصد از افراد مبتلا به دو قطبی که با خودکشی می میرند قبلاً سابقه خودجراحی داشته اند (پرچی خرم، شهیدی و دهقانی، ۱۴۰۱).

علت موکمی آقای سامان طی مصاحبه ای که با آقای سامان انجام گرفت طر حواره رها شدگی مشخص شد. پر خوری عصبی با بالا بردن اعتماد به نفس، ایجاد عزت نفس، کوچک تر کردن ظرف غذا، ممانعت از همراهی همسر هنگام خوردن غذای فراوان، استفاده از سالاد قبل از غذا، خوردن آب فراوان و ورزش بهبود یافت. همبودی اختلال دو قطبی نوع دو با اختلالات وسواس فکری- عملی، اضطراب فراگیر، اختلال موکنی و پر خوری عصبی یک چالش مهم در تشخیص و درمان است. شناخت این همبودی ها و درک مکانیسم های احتمالی که زمینه ساز آنها هستند، برای ارائه درمان مؤثر ضروری است. یک رویکرد جامع که شامل دارو درمانی و روان درمانی است، می تواند به مدیریت علائم اختلال دو قطبی نوع دو و اختلالات همبود کمک کند و کیفیت زندگی فرد را بهبود بخشد. لازم به ذکر است که درمان هر یک از این اختلالات باید با توجه به نیازهای خاص فرد و با همکاری متخصصین روانپزشکی و روانشناسی انجام شود. تحقیقات بیشتر در زمینه همبودی اختلال دو قطبی نوع دو و سایر اختلالات روانپزشکی می تواند به توسعه روش های درمانی موثرتر و هدفمندتر منجر شود.

### سپاسگزاری

انجام این پژوهش بدون یاری ارزشمند و رضایت آگاهانه آقای سامان و همسر گرامیشان میسر نبود، ضمن قدردانی از آقای سامان و همسر ایشان از تمام کسانی که به صورت مستقیم یا غیرمستقیم در شکل گیری این تحقیق نقش داشتند، تشکر می کنم. امیدوارم این پژوهش گامی هر چند کوچک در مسیر گسترش دانش روانشناسی و کمک به جامعه باشد.



## منابع

- پرچمی خرم، محمود، شهیدی، شهریار، دهقانی، محسن. مقایسه فراوانی و محتوای گفتار درونی افراد دارای رگه های اختلال اضطراب تعمیم یافته، رگه های اختلال وسواسی - جبری و بهنجار. مطالعات روان شناسی بالینی، ۱۴۰۱؛ ۱۳(۴۸): ۳۱-۵۶.
- حیدری، زهرا، ترکان، هاجر. اثربخشی درمان شناختی - رفتاری بر خودجراحی بدون خودکشی، انگ درونی شده، عاطفه مثبت، عاطفه منفی و علائم شیدایی در بیماران دوقطبی. روان شناسی بالینی، ۱۴۰۲؛ ۱۵(۱): ۷۹-۹۱.
- ضرابی شراره، طباطبایی نژاد فاطمه سادات، لطیفی زهره، زارع نیستانک محمد. مقایسه اثربخشی دو روش درمان شناختی رفتاری و خودشفابخشی بر کیفیت زندگی زنان مبتلا به اختلال پرخوری عصبی. مجله سلامت و مراقبت. ۱۴۰۰؛ ۲۳(۴): ۳۴۱-۳۵۲.
- ضرابی شراره، طباطبایی نژاد فاطمه سادات، لطیفی زهره، مقایسه اثربخشی درمان شناختی رفتاری و خود شفابخشی بر تحمل پریشانی زنان مبتلا به اختلال پرخوری عصبی. مجله تحقیقات علوم فناوری، ۱۴۰۰، ۱۹(۲): ۳۶۹ تا ۳۸۰.
- عبدی الهام، رحیمیان بوگر اسحاق، علمی منش نیلا، قربانی راهب. اثربخشی مداخله خانواده مدار با استفاده از فضای مجازی بر تکانشگری در مبتلایان به اختلال دوقطبی. اندیشه و رفتار در روانشناسی بالینی (اندیشه و رفتار) ۱۴۰۰؛ ۱۶(۶۰): ۷-۱۴.
- کامران، اصغر، منانی پیکانی، مریم، میرمهدی، سیدرضا. مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش، بر ولخرجی و سوء مصرف شیشه در بیماران با تشخیص اختلال دوقطبی و اختلال شخصیت مرزی. پژوهش های روان شناسی بالینی و مشاوره، ۱۴۰۲؛ ۱۳(۱): ۱۵۶-۱۷۳.
- گیلانی فر، منور و آهی، قاسم و خیرخواه، فرزانه و شهابی زاده، فاطمه، آزمون مدل عملکرد شناختی بیماران مبتلا به اختلال دوقطبی در رابطه با تجارب آسیب زای دوره کودکی با نقش میانجی بی ثباتی هیجانی و هیجان ابراز شده. مجله روانشناسی و روانپزشکی شناخت، ۱۴۰۲، ۱۰(۳): ۱۰۴ تا ۱۱۸.
- ماله میر، بهزاد و کیوانلو، صفورا و رفیعی راد، زهره و معزز، رقیه و صدری، مونا و زواره ای، زهرا، ۱۴۰۰، مقایسه سلامت جسمی و همجوشی فکر-عمل در مبتلایان به اختلال وسواسی جبری، دوقطبی و بهنجار، مجله روانشناسی و روانپزشکی شناخت، ۱۴۷ تا ۱۵۹.
- Aas M, Aminoff SR, Lagerberg TV, Etain B, Agartz I, Andreassen OA, Melle I. (۲۰۱۴). Affective lability in patients with bipolar disorders is associated with high levels of childhood trauma. Psychiatry Research, ۲۱۸(۱-۲), ۲۵۲- ۲۵۵.
- Aas M, Henry C, Bellivier F, Lajnef M, Gard S, Kahn JP, ... & Leboyer M. (۲۰۱۷). Affective lability mediates the association between childhood trauma and suicide attempts, mixed episodes and co-morbid anxiety disorders in bipolar disorders. Psychological medicine, ۴۷(۵), ۹۰۲-۹۱۲.
- American Psychiatric Association. (۲۰۱۳). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-۵®). American Psychiatric Pub.
- Halgin, R. P., & Whitbourne, S. K. (۲۰۰۳). Abnormal Psychology, Clinical Perspectives on Psychological Disorders (۴th ed.).
- Hupp, S. D., Reitman, D., & Jewell, J. D. (۲۰۰۸). Cognitive behavioral theory. Handbook of clinical psychology, ۲, ۲۶۳-۲۸۷.

- Mc Cabe RE, Rowa K, Farrell NR, Young L, Swinson RP, Antony MM. (۲۰۱۹). Improving treatment outcome in obsessive-compulsive disorder: Does motivational interviewing boost efficacy?. *Journal of ObsessiveCompulsive and Related Disorders*, ۲۲, ۱۰۰-۱۰۶.
- Meichenbaum, D. (۲۰۱۷). Teaching thinking: A cognitive-behavioral perspective. In *The evolution of cognitive behavior therapy* (pp. ۶۹-۸۸). Routledge. doi:۱۰.۴۳۲۴/۹۷۸۱۳۱۰۷۴۸۹۳۱
- Miklowitz, D. J., Merranko, J. A., Weintraub, M. J., Walshaw, P. D., Singh, M. K., Chang, K. D., & Schneck, C. D. (۲۰۲۰). Effects of family-focused therapy on suicidal ideation and behavior in youth at high risk for bipolar disorder. *Journal of Affective Disorders*, ۲۷۵, ۱۴-۲۲.
- Miklowitz, D. J., Schneck, C. D., Walshaw, P. D., Singh, M. K., Sullivan, A. E., Suddath, R. L., ... & Chang, K. D. (۲۰۲۰). Effects of family-focused therapy vs enhanced usual care for symptomatic youths at high risk for bipolar disorder: a randomized clinical trial. *JAMA psychiatry*, ۷۷(۵), ۴۵۵- ۴۶۳.
- Roberts, J., Canales, A. G., Blanthorn-Hazell, S., Boldeanu, A. C., & Judge, D. (۲۰۱۸). Characterizing the experience of agitation in patients with bipolar disorder and schizophrenia. *BMC psychiatry*, ۱۸(۱), ۱-۸.
- Smith, S. W. (۲۰۰۲). Applying Cognitive-Behavioral Techniques to Social Skills Instruction. *ERIC/OSEP Digest*.
- Yılmaz O, Ateş MA, Semiz UB, Tutuncu R, Bez Y, Algül A, Çetin M. (۲۰۱۶). Childhood traumas in patients with bipolar disorder: association with alexithymia and dissociative experiences.

# **Differential diagnosis in a patient with bipolar II disorder and comorbid obsessive-compulsive disorder, generalized anxiety disorder, mucocutaneous disorder, and bulimia nervosa**

Zoleikha Ghamaridaz

Department of Psychology, Ali. C., Islamic Azad University, Aliabad Katoul, Iran.

## **Abstract**

Differential diagnosis in patients with bipolar II disorder (BD\_II) who simultaneously exhibit symptoms of obsessive-compulsive disorder (OCD), generalized anxiety disorder (GAD), trichotillomania (TTM), neuroticism, or bulimia nervosa (BN) poses significant clinical challenges. This is difficult due to the overlapping symptoms and interaction of these disorders. This report emphasizes the importance of a comprehensive psychiatric evaluation, examination of the time course of symptoms, and response to previous treatments. A combined treatment approach including mood stabilizers (lamotrigine), selective serotonin reuptake inhibitors (fluoxetine), cognitive-behavioral therapy, and specific interventions for each of the specific comorbid disorders was used. The findings of this case study suggest that management of such cases requires a deep understanding of the complex interactions between these disorders and the design of individualized treatment protocols in the diagnosis of clinicians. This report can help to more accurately and effectively treat people with similar clinical manifestations.

**Keywords:** Bipolar disorder, obsessive-compulsive disorder, generalized anxiety disorder, bulimia nervosa, and bulimia nervosa