

همبودی اختلالات شخصیت در بیماران با اختلال دو قطبی نوع یک بعد از درمان فاز مانیا

دکتر علیرضا رحیمی^۱، دکتر مقصود پور رحیمی^۲، دکتر محمد احمد پناه^۱، دکتر فرشید شمسائی^{۳*}، دکتر سعادت ترابیان^۱

۱- مرکز تحقیقات اختلالات رفتاری و سوء مصرف مواد، دانشگاه علوم پزشکی همدان، همدان، ایران

۲- دستیار، گروه روانپزشکی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی همدان، همدان، ایران

۳- مرکز تحقیقات مراقبت مادر و کودک دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی همدان، همدان، ایران

دریافت: ۱۳۹۲/۹/۱۵
پذیرش: ۱۳۹۳/۲/۶

چکیده:

مقدمه: همبودی اختلالات شخصیت با بیماری دوقطبی یک پدیده مشترک می باشد. این مطالعه با هدف تعیین فراوانی اختلالات شخصیت در بیماران دو قطبی بعد از درمان فاز حاد بیماری مراجعه کننده به بیمارستان فرشچیان همدان انجام شده است.

روش کار: در این مطالعه مقطعی ۱۰ بیمار بزرگسال با تشخیص بیماری دو قطبی در فاز مانیا بر اساس معیار DSM-IV-TR بستره در بیمارستان روانپزشکی فرشچیان شهر همدان در سال ۱۳۹۱ بعد از درمان با آزمون بالینی چند محوری میلون از نظر اختلالات شخصیت مورد ارزیابی قرار گرفتند. برای توصیف داده ها از توزیع فراوانی و برای تحلیل داده ها از آزمون chi square استفاده شد.

یافته ها: اختلال شخصیت در ۴۵ نفر از بیماران (۴۴/۶٪) مشاهده شد. شایع ترین اختلالات شخصیت شامل، در گروه B با ۳۳ نفر (۷/۳۲٪)، گروه C با ۷ نفر (۹/۶٪) و گروه A با ۱ نفر (۱٪) بود و ۴ نفر (۴٪) دارای دو گروه از اختلال شخصیت بودند. در افراد با سابقه خانوادگی بیماری روانپزشکی شیوع اختلال شخصیت به طور معنی داری بیشتر بود. شیوع اختلال شخصیت گروه B در افراد با سن پایین و شیوع گروه (A+B) در افراد با سن بالا بیشتر بود.

نتیجه نهایی: بطور کلی همراه شدن اختلالات شخصیت با اختلال دوقطبی یک پیش آگهی منفی در درمان و سلامت روانی آنان می باشد و درمانگران باید به تشخیص و درمان اختلال شخصیت در بیماران توجه کنند.

کلیدواژه ها: اختلال دوقطبی / اختلال شخصیت / مانیا

همچنین این الگو با ثبات و درازمدت بوده و از دوران کودکی شروع شده و تا بزرگسالی ادامه میابد (۲). اختلال شخصیت و صفات وابسته به آن مانند کاهش اعتماد به نفس زمینه ساز بروز سایر اختلالات روانپزشکی مانند سوء مصرف مواد، خودکشی، اختلالات خلقی، اختلال خوردن و اختلالات اضطرابی می گردد (۳). پژوهش ها نشان می دهند که بیشتر بیماران مبتلا به اختلال های روانپزشکی دست کم یک اختلال اضافی دارند (۵ و ۶). همبودی بین اختلالات شخصیت و بیماری روانی می تواند نشانه های مرضی و درمان و پیش آگهی بیماری را تغییر

مقدمه:

شخصیت به همه رویکردهایی که بر مبنای آنها شخص به روشهای منحصر به فردی با محیط درونی و بیرونی متغیر، خودش را سازگاری کند گفته می شود (۱). اختلال شخصیت، الگوی پابرجا از تجربه درونی و رفتار است که از انتظارات فرهنگی فاصله قابل توجه داشته و الگوهای تفکری و رفتاری فرد بسیار افراطی، غیر قابل انعطاف و ناهنجار می شود. این الگوها منجر به از هم گسیختگی عمدۀ در زندگی فرد شده و معمولاً سبب بروز پریشانی عمدۀ در فرد مبتلا و یا سایرین می شود.

* نویسنده مسئول: دکتر فرشید شمسائی؛ مرکز تحقیقات مراقبت مادر و کودک دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی همدان، همدان، ایران
Email: shamsaei68@yahoo.com

می شود و در بیماری دو قطبی نیز باعث افزایش موارد عود، پیش آگهی بد و علائم باقیمانده بیشتر در بین مراحل فعال بیماری می شود (۱۰) بنابراین این مطالعه با هدف تعیین فراوانی اختلالات شخصیت در بیماران دو قطبی بعد از درمان فاز حاد بیماری مراجعه کننده به بیمارستان فرشچیان همدان انجام شده است.

روش کار:

مطالعه حاضر یک مطالعه توصیفی- مقطعی است که بر روی بیماران مبتلا به اختلال دو قطبی نوع یک در فاز مانیا بستره در بیمارستان روانپژشکی فرشچیان شهر همدان انجام گرفته است. تشخیص بیماری با مصاحبه بالینی توسط روانپژشک و براساس معیارهای تشخیصی DSM-IV-TR انجام شد. معیارهای ورود به مطالعه شامل داشتن سن ۱۸ سال و بالاتر، داشتن سواد حداقل ابتدایی بوده است و معیارهای خروج شامل داشتن سایر بیماریهای محوریک، داشتن بیماری طبی و سوء مصرف مواد بود. مطالعه حاضر به صورت سرشماری در طی سال ۱۳۹۱ بر روی کلیه بیماران با تشخیص دو قطبی نوع یک و در فاز مانیا انجام شد. بیماران دوقطبی در فاز مانیا بستره در بخشهای روانپژشکی زنان و مردان بیمارستان روانپژشکی فرشچیان شهر همدان که تحت درمان دارویی قرار داشتند وارد مطالعه شدند. از ۱۳۰ بیمار با ارزیابی اولیه و با تشخیص بیماری دو قطبی وارد مطالعه شده، تعداد ۱۱ نفر بعد از انجام آزمایش و داشتن آزمایشات مثبت از نظر سوء مصرف مواد، از مطالعه کنارگذاشته شدند و تعداد ۷ نفر در طی بستره با رضایت شخصی مرخص شده و راضی به ادامه همکاری نشدند. از ۱۱۲ بیمار باقیمانده در فاصله هفته ۲، ۴، ۸، ۱۲ درمان (که شامل درمان دارویی استاندارد برای فاز مانیا و یا شوک درمانی بود)، YMRS بعمل آورده و در صورت بهبودی (کسب نمره زیر ۱۰ در مقیاس سنجش مانیای یونگ) مورد ارزیابی با تست میلیون ۳ قرار گرفتند (۱۰). بعد از تحلیل و ارزیابی تست، ۱۱ نفر به دلیل نا معتبر بودن تست از مطالعه خارج شدند و مقیاسهای بدست آمده در فرم مخصوص بیمار درج و از طریق نرم افزار SPSS ویرایش ۱۳ و با سطح معنی داری ۰/۰۵ مورد آنالیز قرار گرفت. به منظور تحلیل داده ها از آزمون chi square استفاده شد.

دهد(۶).

اختلال شخصیت و درمان آن برای درمانگران چالش مهمی تلقی می شود. شایع ترین نشانه های همراه اختلالات شخصیت، شامل پرخاشگری، لجاجت، بی ثباتی رفتاری، در انواع بیماری های روانپژشکی دیده می شود و حتی می تواند ناشی از بیماری طبی باشد بنابراین نیاز به تشخیص دقیق است و به جنبه های فرهنگی باید توجه ویژه داشته باشیم. هر چند این موضوع مسئله دشواری می باشد (۷). درمان های روان پویایی یا شناختی رفتاری به تنها یکی برای درمان اختلالات شخصیت کافی نبوده و تمرکز درمان از رویکرد رفتاری به رویکردهای شناختی و طرحواره ها شیفت پیدا کرده است (۱). نکات ظریفی برای درمان این افراد لازم بوده که شاید در درمان اختلالات محور یک نیاز نباشد و قلمرو اختلال شخصیت طوری بوده که درمانگر را نیز درگیر خود کرده و به دلیل عدم کنترل هیجانات و اختلال روابط بین فردی مشکلاتی را وارد رابطه خود با پزشک می کند که از وابستگی تا بی ثباتی خلق و ایجاد چالش در رابطه با پزشک را شامل می شود و اثری زیادی از درمانگر می گیرند. تغییرات ناشی از درمان در مجموعه علائم بیمار، زندگی را برای بیمار و اطرافیان قابل تحمل تر می کند. البته باید توجه داشت که اثرات مثبت ناشی از اقدامات درمانی نیاز به زمان طولانی حداقل ۱ سال دارد. این بیماران در طی سالیان زیادی با علائم بیماری خود خو گرفته و اکثر افراد دارای اختلال شخصیت، خود را بیمار تلقی نمی کنند و در بی درمان نیستند مگر اینکه باعث اضطراب و همراهی با سایر علائم اختلالات محور یک گرددن(۸).

در گروه اختلالات خلقی، اختلال دو قطبی نوع یک به صورت یک بیماری شایع، مزمن و عود کننده می باشد که با دوره های مانیا که خلق و انرژی به شدت افزایش یافته، نیاز به خواب کاهش یافته، تحریک پذیری والگوهای تفکرات غیر معمول و گاهی اوقات سایکوز مشاهده می شود و همچنین دوره های افسردگی مشخص می گردد(۹). شباهت زیادی بین علائم بیماری دو قطبی، بخصوص فاز مانیا با تعدادی از اختلالات شخصیت وجود دارد. اختلال شخصیت به طور کلی در ۰/۵۰٪ بیماران روانپژشکی دیده می شود که باعث دشوار شدن درمان این اختلالات

سال (۴/۶۴٪) قرار داشتند. میانگین سن در بیماران دارای اختلال شخصیت ۳۱/۵ سال با انحراف معیار ۹/۵ و در سایر بیماران ۳۴/۶ سال با انحراف معیار ۱۰/۹ بود. (جدول ۱).

یافته ها:
به طور کلی در این مطالعه تعداد ۱۰۱ بیمار دارای اختلال خلقتی در فاز مانیا مورد بررسی قرار گرفتند. بیشترین تعداد مرد (۳/۷۱٪) و در گروه سنی ۲۴ تا ۶۵

جدول ۱: اطلاعات دموگرافیک و فراوانی اختلال شخصیت

سطح معنی داری	فرد دو قطبی بدون اختلال شخصیت		بیمار دو قطبی با اختلال شخصیت		متغیر
	تعداد (%)	تعداد (%)	تعداد (%)	تعداد (%)	
۰/۱۹۵	۳۸ (۵۲/۸)	۳۴ (۴۷/۲)	۷۲ (۷۱/۳)	مرد	جنسیت
	۱۸ (۶۲/۱)	۱۱ (۳۷/۹)	۲۹ (۲۸/۷)	زن	
	۱۰ (۴۱/۷)	۱۴ (۵۸/۳)	۲۴ (۲۳/۸)	۱۸-۲۵ سال	
۰/۸۵۳	۳۷ (۵۶/۹)	۲۸ (۴۳/۱)	۶۵ (۶۴/۴)	۲۶-۴۵ سال	سن (سال)
	۹ (۷۵)	۳ (۲۵)	۱۲ (۱۱/۹)	۴۶-۶۴ سال	
	۳۰ (۵۷/۷)	۲۲ (۴۲/۳)	۵۲ (۵۱/۵)	زیر سیکل	
۰/۵۲۳	۲۴ (۵۵/۸)	۱۹ (۴۴/۲)	۴۳ (۴۲/۶)	سیکل تا دپلم	سود
	۲ (۳۳/۳)	۴ (۶۶/۷)	۶ (۵/۹)	مدرک دانشگاهی	
	۱۳ (۳۸/۲)	۲۱ (۶۱/۸)	۳۴ (۳۳/۷)	ثبت	
۰/۰۱۳	۴۳ (۶۴/۲)	۲۴ (۳۵/۸)	۶۷ (۶۶/۳)	منفی	سابقه خانوادگی
	۳۷ (۵۶/۷)	۲۹ (۴۳/۹)	۶۶ (۶۵/۳)	شهر	
	۱۹ (۵۴/۳)	۱۶ (۴۵/۷)	۳۵ (۳۴/۷)	روستا	
۰/۸۶۴	۲۷ (۵۸/۷)	۱۹ (۴۱/۳)	۴۶ (۴۵/۵)	غيرشاغل	محل سکونت
	۲۹ (۵۲/۷)	۲۶ (۴۷/۳)	۵۵ (۵۴/۵)	شاغل	
۰/۵۴۸					وضعیت شغلی

از افراد بدون سابقه خانوادگی بیماری روانپزشکی بود که از نظر آماری معنی دار بود ($P=0/013$). (جدول ۲).

نسبت گروههای اختلال شخصیتی با توجه به گروههای سنی، تفاوت معنی داری داشت و گروه B اختلال شخصیت در ۱۸-۲۵ ساله ها و گروه (A+B) در ۴۶-۶۴ ساله ها شیوع بیشتری داشت ($P=0/05$) که از نظر آماری معنی دار بود. نسبت گروه های اختلال شخصیت بر حسب جنس، سواد، سابقه خانوادگی بیماری روانپزشکی، محل سکونت و وضعیت شغلی تفاوت معنی داری نداشت. در افراد دارای اختلال شخصیت فراوانترین اختلال شخصیت در مردان نداشت. فراوانترین گروه اختلال شخصیت در مردان بیشتر از زنان بود ($P=0/391$) همچنین میزان اختلالات شخصیت در افراد با سواد دانشگاهی بیشتر بود ($P=0/0523$) و در گروه با سن پایین تر بیشتر از افراد با سن بالا بود ($P=0/153$) و در شاغل ها بیشتر از بیکارها بود ($P=0/548$) که بطور کلی از نظر آماری معنی دار نبودند. نسبت کلی اختلال شخصیت در افراد با سابقه خانوادگی بیماری روانپزشکی بیشتر

فراوانی اختلال شخصیت در واحدهای مورد مطالعه بطور کلی شامل ۴۵ نفر (۶/۴۴٪) بود که ۴۱ نفر (۶/۴۰٪) یک گروه از اختلال شخصیت (گروه A، گروه B، گروه C) را داشتند و تعداد ۴ نفر (۶/۳٪) دارای دو گروه از اختلال شخصیت بودند. شیوع اختلال شخصیت در افرادی که تحت دارو درمانی بودند ۳۱ نفر (۶/۴۵٪) و در افرادی که تحت شوک درمانی بودند ۴۱ نفر (۶/۴۲٪) که تفاوت معنی داری نداشت. فراوانترین گروه اختلال شخصیت در گروه B شامل ۳۳ نفر (۶/۳۲٪)، گروه C با ۷ نفر (۶/۶٪) و گروه A نیز یک نفر بود. نسبت کلی اختلال شخصیت در مردان بیشتر از زنان بود ($P=0/013$) همچنین میزان اختلالات شخصیت در افراد با سواد دانشگاهی بیشتر بود ($P=0/0523$) و در گروه با سن پایین تر بیشتر از افراد با سن بالا بود ($P=0/153$) و در شاغل ها بیشتر از بیکارها بود ($P=0/548$) که بطور کلی از نظر آماری معنی دار نبودند. نسبت کلی اختلال شخصیت در افراد با سابقه خانوادگی بیماری روانپزشکی بیشتر

جدول ۲: فراوانی گروه‌های اختلال شخصیت در بیماران دوقطبی

P value	B+C گروه	A+B گروه	C گروه	B گروه	A گروه	سه گروه	اختلال شخصیت
	تعداد(%)	تعداد(%)	تعداد(%)	تعداد(%)	تعداد(%)		
.۰/۰۵	۱ (۲/۲)	۳ (۶/۷)	۷ (۱۵/۶)	۲۳ (۷۳/۳)	۱ (۲/۲)		فراوانی اختلال شخصیت
	۰ (۰/۰)	۰ (۰/۰)	۱ (۷/۱)	۱۳ (۹۲/۹)	۰ (۰/۰)	۱۴ (۰/۰)	۱۸-۲۵
.۰/۲۱۰	۱ (۳/۶)	۱ (۳/۶)	۶ (۲۱/۴)	۱۹ (۶۷/۹)	۱ (۳/۶)	۲۸ (۶۲/۲)	سن (سال)
	۰ (۰/۰)	۲ (۶۶/۷)	۰ (۰/۰)	۱ (۳۳/۳)	۰ (۰/۰)	۳ (۶/۷)	۴۶-۶۴
.۰/۵۳۰	۱ (۲/۹)	۳ (۸/۸)	۳ (۸/۸)	۲۶ (۷۶/۵)	۱ (۲/۹)	۳۴ (۷۵/۶)	مرد
	۰ (۰/۰)	۰ (۰/۰)	۴ (۳۶/۴)	۷ (۶۳/۶)	۰ (۰/۰)	۱۱ (۲۴/۴)	زن
.۰/۱۷۲	۰ (۰/۰)	۳ (۱۳/۶)	۴ (۱۸/۲)	۱۵ (۶۸/۲)	۰ (۰/۰)	۲۲ (۴۸/۹)	زیر سیکل
	۱ (۴/۸)	۳ (۱۴/۳)	۲ (۹/۵)	۱۵ (۷۴/۴)	۰ (۰/۰)	۲۱ (۴۶/۷)	سود
	۰ (۰/۰)	۰ (۰/۰)	۵ (۲۰/۸)	۱۸ (۷۵)	۱ (۴/۲)	۲۴ (۵۳/۳)	مثبت
							منفی

گروه B و C بیشتر از گروه A گزارش شده است (۱۳). در مطالعه‌ای که در ایران و در دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه در سال ۲۰۰۲ بر روی کلیه بیماریهای روانپزشکی انجام شده بود فراوانی کلی اختلال شخصیت در بیماران دو قطبی (۵۶٪) گزارش شده که مشابه مطالعه حاضر نشان داد گروه B بیشترین شیوع را داشته است و گروه C با (۰.۲٪) کمترین درصد اختلال را داشته است (۱۴). با توجه به تشابهی که بین دو مطالعه فوق وجود دارد و از سویی تفاوت‌هایی که با سایر مطالعات دیده می‌شود یعنی اختلال گروه B شخصیت شایعترین اختلال شخصیت در مطالعات مربوط به جامعه ایرانی می‌باشد و تفاوتی که با مطالعاتی که در ترکیه، اروپا، و امریکای شمالی انجام شده است و در آنجا اختلال شخصیت گروه C شیوع بیشتری داشته است (۱۵-۱۶) شاید اولین دلیل را بتوان اختلافات فرهنگی، شرایط اقتصادی اجتماعی، سیاستهای پذیرش، و خدمات بهداشتی درمانی را ذکر کرد. در درجه دوم ابزارهای بررسی تشخیصی بسیار مهم بوده و در دو مطالعه‌ای که توسط ما و در استان کرمانشاه انجام شده از تست MCMII استفاده شده ولی در سایر مطالعه‌ای پذیرش در ارزیابی بیماران پانیک مطالعه‌ای نشان داده است که همبودی اختلال شخصیت توأم با درصد بوده است (۱۷). شناسایی اختلالات شخصیت توأم با بیماری‌های روانی در فرایند درمان و کنترل بیماری‌های روانی نقش قابل توجهی دارد که براساس آن می‌توان روشهای متعدد درمانی روانپزشکی را براساس نیاز به

پژوهش حاضر نشان داد ۴۴/۶٪ از بیماران دوقطبی در فاز مانیا بستری در بیمارستان روانپزشکی همدان هم زمان در محور دو اختلال شخصیت داشتند که بیشترین گروه اختلال شخصیت گروه B بود. در مطالعه‌ای مشابه در سال ۲۰۰۶ در کشور ترکیه همبودی اختلالات شخصیت در بیماران دوقطبی ۵۷ درصد گزارش شده است که فراوانی اختلال شخصیت گروه C با (۳۶٪) و گروه A و گروه B هر کدام با (۱۷٪) به طور همزمان در بیماران بوده است (۱۱) که نتایج آن با مطالعه حاضر متفاوت می‌باشد که احتمالاً ناشی از متغیرهای فرهنگی و اجتماعی می‌باشد. در مطالعه‌ای دیگر نیز اختلال شخصیت گروه C شایعترین (۴۸/۶٪) اختلال شخصیت را در بیماران با اختلال دوقطبی تشکیل می‌داد (۱۲) در حالی که در مطالعه حاضر اختلال شخصیت گروه B شایعترین (۳۲/۷٪) اختلال همراه بوده است. پیگیری بیماران دو قطبی بعد از درمان فاز مانیا نشان داده است که شیوع کلی اختلال شخصیت در این بیماران ۲۸/۸٪ بوده است که نسبت به مطالعه حاضر کمتر است. در این مطالعه مطالعاتی که تفاوت قابل توجهی با مطالعه ما داشت از تست ۲ SCID استفاده شده است و حساسیت و ویژگی این تست‌ها می‌تواند متفاوت بوده و شاید نیاز به هنجاریابی فرهنگی دقیقتراً داشته باشند.

همبودی اختلالات شخصیت با بیماری‌های روانی همواره یکی از موضوعات قابل توجه برای درمانگران بالینی

6. Okasha A , Omar A M, Lot-EL-Dawla A, Okasha T. Comorbidity of axis I and axis II diagnoses in a sample of egyp-tian patients with anxiety disorders. *American Journal of Psychiatry* 1996; 37; 2: 95-101.
7. Kendell RE. the distinction between personality disorder and mental illness. *British journal of psychiatry*. 2002; 1(80): 110-115.
8. Bowden CL, Karren NU. Anticonvulsant in bipolar disorder. *Australian and new Zealand journal of psychiatry* 2006; 1(40): 386-393.
9. Belmaker, R.H. Bipolar disorder. *N. Engl. J. Med* 2004; 3(51):476-486.
10. Goodwin FK, Jamison KR *Manic-depressive illness*. 2ed. London, Oxford University press,2007.
11. Altindag A.Comorbid personality Disorders in Subjects with bipolar I disorder. In *ternational jornal of psychiatry Clinical practice* 2006; 10(1):33-37.
12. Tamam L ,Ozporyaz N, karatas G.personality disorder comorbidity among patients with bipolar I disorder in remission.*Acta neuropsychiatrica* June 2004;16(3):175-180.
13. George E, miklowitz, Arichards J, Simoneau T, Taylor D. prevalence of personality disorder In manic patients. *Bipolar disorders*: 2003; 5(2): 115-122.
14. Shakeri J, Sadeghi K. Prevalence of Personality Disorders among the Hospitalized Patients at an Educational-Treatment Center in Kermanshah. *Irania Journal of psychiatry and clinical psychology* 2002; 8 (1): 49-56. (Persian)
15. De Jonghe, F, Hendriksen M, van Alst G, Psychotherapy alone and combined with pharmacotherapy in the treatment of depression. *British Journal of Psyciatry*2004; 18(5): 35-45.
16. Cyranowski JM, Frank E, & Winter E, et al. Personality pathology and outcome in recurrently depressed women over 2 years of maintenance interpersonal psychotherapy *Psychological, Medicine*2004; 34(34): 659-669.
17. Ozkan M, Altindag A. omorbid personality disorders in subjects with panic disorder: do personality disorders increase clinical severity? *Compr Psychiatry* 2005; 46(1):20-6.

مددجویان برنامه ریزی کرد و مداخلات منطقی و موثرتری را انجام داد.

شیوع گروه های اختلال شخصیت با توجه به سواد، سابقه خانوادگی بیماری روانپزشکی، شاغل بودن، محل سکونت و بر حسب تا هل از نظر آماری تفاوت معنی داری نداشت. مطالعه مشابه جهت مقایسه شیوع نسبی گروه های اختلال شخصیت وجود نداشت.

نتیجه نهایی:

با توجه به نتایج بدست آمده و اینکه شایعترین گروه اختلال شخصیت در بیماران دو قطبی نوع یک از گروه B یعنی اختلال شخصیت مزدی، نمایشی، خود شیفته و ضد اجتماعی می باشد ضرورت توجه درمانگران را بر تشخیص و فرایند درمان بیماری مانیا توأم با درمان اختلالات شخصیت مورد تأکید قرار می دهد.

سپاسگزاری:

یافته های این پژوهش حاصل پایان نامه دوره دستیاری دکترای تخصصی روانپزشکی مصوب شورای پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی همدان به شماره ۱۶/۳۵/۳۵۹۲/پ/د مورخ ۱۳۹۰/۹/۲۹ می باشد که با حمایت مالی معاونت تحقیقات و فناوری دانشگاه علوم پزشکی همدان انجام گرفته است.

منابع:

1. Sadock BJ, Sadock VA, Ruiz P. *personality disoeder*.In:*comprehensive textbook of pasychiatry*. 9th ed. USA: Lippincott`s. 2009.
2. World health organization. *The ICD-10 classiafication of mental and behavioural disorders: clinical description and diagnosis guidelines*. 1992 Genava:WHO.
3. Lozano BE, Johnson SL. Can personality traits predict increases in manic and depressive symptoms. *Journal of Affective Disorders* 2001; 6(3): 103–111.
4. Norman RM, Davies F, Malla AK, Cortese L, Nicholson IR. Relationship of obsessive-compulsive symptomatology to anxiety, depression and schizotypy in clinical population. *British Journal of Clinical Psychology* 1996; 35: 553-566.
5. Hayden E P, Daniel B A, Klein N. *Outcome of dysthymic disorder at 5-year follow-up: the effect of familial psyopathology, early adversity, personality, comorbidity, and chronic stress*. *American Journal of Psychiatry* 2001; 158:11.

Original Article

Comorbid personality disorders in patients with bipolar I disorder after treatment of manic phase

**A. Rahimi, Ph.D.¹; M. Porrahimi, Ph.D.²; M. Ahmadpanah, Ph.D.¹; F. Shamsaei;
Ph.D.³; S. Torabian, Ph.D.¹**

1-Research Center for Behavioral Disorders and Substance Abuse, Hamadan University of Medical Sciences, Hamadan, Iran.

2-Department of psychiatry, Hamadan University of Medical Sciences, Hamadan, Iran.

3-Research Center for Child & Maternity Care, Hamadan University of Medical Sciences, Hamadan, Iran.

Received: 6.12.2013

Accepted: 26.4.2014

Abstract

Background: *The comorbidity of personality disorders is a common phenomenon among bipolar patients. The purpose of this study was to present the frequencies of personality disorders in a sample of bipolar I patients after treatment of manic phase in patients consulted Farshchian Hospital in Hamadan.*

Methods: *In this cross-sectional study of 101 adult patients with a diagnosis of bipolar disorder in the manic phase of hospitalization in Farshchian psychiatric hospital in Hamadan city assessed according DSM-IV after treatment of manic phase in 2012 by means of Millon clinical multiaxial inventory-3. Data analysis by frequency and chi square.*

Result: *the overall frequency of personality disorder was (44.6%). The most common personality disorder cluster was cluster B (32.7%), followed by cluster C (6.9%) and a cluster (1%). Frequency of personality disorder was significantly high in patients with having family history of psychiatric disorder. The prevalence of cluster B personality disorder was high in the younger patients and (A + B) personality disorder was high in the older patients.*

Conclusion: *Overall, the presence of comorbidities in BPD has negative prognostic implications for psychological health and for medical well-being. Clinicians should consider the diagnosis and treatment of personality disorders in patients.*

Keywords: *Bipolar Disorder / Mania / Personality Disorder*

*Corresponding Author: F. Shamsaei; Research Center for Child & Maternity Care, Hamadan University of Medical Sciences, Hamadan, Iran. Email: shamsaei68@yahoo.com