

## گزارش یک مورد

# ابتلای هم‌زمان به اختلال دوقطبی و پارافیلیاهای متعدد

دکتر لیلا کمال‌زاده<sup>(۱)</sup>، دکتر کاوه علوی<sup>(۲)</sup>، دکتر منصور صالحی<sup>(۳)</sup>

### چکیده

**هدف:** معرفی یک بیمار مبتلا به اختلال دوقطبی نوع یک که هم‌زمان دچار انواع مختلف رفتارهای پارافیلیک بود. **گزارش مورد:** بیمار مرد ۲۵ ساله‌ای با سابقه ابتلای اختلال دوقطبی نوع یک، همراه با رفتارهای مالش‌خواهی، یادگارخواهی، مبدل‌پوشی و نظریازی، رفتارهای ایدایی، بهره‌هوش پایین‌تر از حد طبیعی و سابقه احتمالی اختلال کمبود توجه و بیش‌فعالی (ADHD) بود که تحت درمان با والپروئیک اسید (دپاکین)، ریسپریدون، نالترکسون و فیناستراید قرار گرفت. **نتیجه‌گیری:** توجه به هم‌ابتلایی روانپزشکی در هر یک از اختلالات خلقی و پارافیلیک، با هدف ارزیابی و درمان کامل بیمار و اجتناب از تداخلات درمانی، اهمیت دارد.

**کلیدواژه:** اختلال دوقطبی، پارافیلیا، گزارش مورد

[دریافت مقاله: ۱۳۹۲/۶/۲۸؛ پذیرش مقاله: ۱۳۹۳/۴/۲۴]

### مقدمه

افسردگی عمده (MDD)<sup>(۳)</sup>، رفتارهای جنسی اجباری و اختلالات مصرف مواد، بودند (۵). شیوع اختلالات خلقی، اضطرابی و مصرف مواد در نمونه‌ای از بیماران پدوفیلیک<sup>(۴)</sup>، بالاتر از ۶۰ درصد، شیوع در طول عمر اختلالات روانپزشکی ۹۳ درصد و شیوع در حال حاضر این اختلالات ۷۶ درصد گزارش شده است (۶). در کل، شیوع در طول عمر اختلالات خلقی در مرتکبان رفتارهای جنسی پارافیلیک، بسته به سن بیماران، نحوه نمونه‌گیری، توزیع انواع پارافیلیا و شیوه تشخیص‌گذاری، ۷۰-۲۸ درصد است (۷).  
بروز هم‌زمان چندین اختلال پارافیلیک نیز گزارش شده است (۸-۶، ۱۰). اما نویسندگان تنها به یک گزارش موردی از ابتلای هم‌زمان اختلال دوقطبی نوع یک و انواع پارافیلیا برخورده‌اند که در آن رفتار پارافیلیک تنها در طول دوره مانیا بروز یافته و با درمان دوره خلقی برطرف شده بود (۱۱).

پارافیلیا<sup>(۱)</sup> عبارت است از هرگونه علاقه جنسی شدید و پایدار، جز علاقه به تحریک دستگاه تناسلی یا نوازش مقدماتی با یک انسان به‌عنوان شریک جنسی که از نظر ظاهری طبیعی و از نظر جسمی بالغ و راضی به این عمل باشد (۱). پارافیلیاها، از دیدگاه اجتماعی، انحراف از اشکال قابل قبول برانگیختگی جنسی هستند (۲).  
شیوع رفتارهای پارافیلیک در جمعیت عمومی ۶۵ درصد گزارش شده است (۳). شیوع در طول عمر اختلال پارافیلیا در بیماران روانپزشکی بستری مرد ۱۳ درصد گزارش شده و این افراد بستری روانپزشکی، سابقه تجربه سوء رفتار جنسی و احتمال اقدام به خودکشی بیشتری داشتند (۴). از سوی دیگر، در یک مطالعه، ۹۲ درصد از بیماران سرپایی مبتلا به عورت‌نمایی<sup>(۲)</sup> دچار دیگر اختلالات محور I، خصوصاً اختلال

(۱) دستیار روانپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی-درمانی ایران؛ (۲) روانپزشک، استادیار دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی-درمانی ایران، مرکز تحقیقات بهداشت روان؛ (۳) روانپزشک، دانشیار دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی-درمانی ایران، مرکز تحقیقات بهداشت روان، دانشکده علوم رفتاری و سلامت روان - انسیتو روانپزشکی تهران، تهران، خیابان ستارخان، خیابان نیایش، خیابان شهید منصوری، دانشکده علوم رفتاری و سلامت روان-انسیتو روانپزشکی تهران. دورنگار: ۰۶۶۵۰۶۸۵۳-۰۲۱ (نویسنده مسئول)

E-mail: mansour.salehi@gmail.com

1- paraphilia 2- exhibitionism  
3- major depressive disorder 4- pedophilic

هم‌ابتلایی اختلالات پارافیلیک با اختلال دوقطبی با پیچیدگی روند درمان نیز همراه است. درمان دارویی پارافیلیاها متنوع و عمدتاً شامل مهارکننده‌های اختصاصی بازجذب سروتونین (SSRIها)<sup>۱</sup>، و آنتی‌آندروژن‌ها<sup>۲</sup>، شامل سپروترون استات<sup>۳</sup>، مدروکسی‌پروژسترون استات<sup>۴</sup> و آگونست‌های هورمون آزادکننده هورمون لوتئینیزان (LHRH)<sup>۵</sup>، است (۱۶-۱۲). با این حال، این درمان‌های هورمونی جایگاهی در درمان اختلال دوقطبی ندارند و درمان با مهارکننده‌های اختصاصی بازجذب سروتونین (SSRIها) نیز در بیماران مبتلا به اپیزود حاد مانیا ممنوع است. از سوی دیگر، درمان اختلال دوقطبی تأثیر چندانی بر اختلالات پارافیلیک ندارد. برای مثال، شواهد اثربخشی والپروات سدیم<sup>۶</sup> بر رفتار پارافیلیک امیدوارکننده نبوده است (۱۷). ریسپریدون<sup>۷</sup> نیز کاربرد محدودی در درمان بیماران خلقی و پارافیلیک داشته است (۱۱، ۱۸).

ما در این گزارش به بررسی یک مورد هم‌ابتلایی نادر اختلال دوقطبی و انواع مختلف رفتارهای پارافیلیک در یک بیمار مرد می‌پردازیم. برای این گزارش، رضایت کتبی بیمار و پدرش دریافت شده است.

### گزارش مورد

مراجع آقای ۲۵ ساله، مجرد، بیکار، با مدرک تحصیلی سوم راهنمایی بود که به علت پرخاشگری و دزدی از بستگان، در مرکز آموزشی-درمانی روانپزشکی ایران بستری شد. علائم دوره اخیر از حدود سه ماه قبل از بستری و بدون عامل تنش‌زای مشخص افزایش یافته بود. این علائم شامل خلق بالا، کاهش نیاز به خواب، پرحرفی، افزایش فعالیت و افزایش میل جنسی بود. در کنار این علائم، پدر بیمار دزدی‌های مکرر او از بستگان، هنگام مهمانی‌ها را گزارش می‌کرد. بیمار ضمن تأیید این موارد، اشاره داشت که از پول و اجسام سرقت کرده استفاده نمی‌کرده و آنها را دور می‌ریخته است. در این موارد، فوریت برای سرقت گزارش نشد. علاوه بر این، بیمار مکرراً و فارغ از تشدید دوره‌های خلقی، مرتکب رفتارهای آزاررسان دیگر، مانند جابه‌جا کردن اتوبوس‌های داخل شهری، بدون اجازه و خیر رانندگان، می‌شد.

بنابر شرح حال، بیمار از سن هشت سالگی عادت به خودارضایی مکرر داشته است. او در سن ده سالگی با تمایل خود، با یک مرد ارتباط جنسی برقرار کرده بود. با شروع

بلوغ، علائم جنسی او تشدید شده بود. او مکرراً در خیابان به سرین خانم‌ها دست می‌زده و با پوشیدن لباس‌های زیر زنانه، مالیدن نوارهای بهداشتی مستعمل به بدنش و دیدن فیلم‌های پورنوگرافی خودارضایی می‌کرده است. این رفتارها سبب درگیری‌های اجتماعی و قانونی و تعارضات مکرر خانوادگی شده بود. بیمار سابقه سه بار بستری روانپزشکی با تشخیص اختلال دوقطبی نوع یک، دوره مانیا، بدون علائم سایکوتیک، به ترتیب در سنین ۱۳، ۱۶ و ۲۰ سالگی داشت که هر بار با کنترل علائم مانیا، رفتارهای جنسی غیرمعمول نیز تا حدی کاهش می‌یافت، اما کاملاً برطرف نمی‌شد. سابقه رفتارهای وسواسی-اجباری شست‌وشو نیز در حدود ۲۰ سالگی وجود داشت، اما در آن زمان تشخیص اختلال وسواسی-اجباری (OCD)<sup>۸</sup> مطرح نشده بود. بر اساس گزارش خانواده و تأیید بیمار، شواهد قابل توجهی از احتمال ابتلای به اختلال کمبود توجه و بیش‌فعالی (ADHD)<sup>۹</sup> در کودکی نیز در وی وجود داشت.

مراجع حاصل زایمان سزارین، به دلیل عدم تطابق سر جنین و لگن مادر، بود. او در روز اول تولد دچار زردی پاتولوژیک شده و با فوت‌تراپی درمان شده بود. رشد کلامی وی تأخیر داشت و از نظر توانایی یادگیری پایین‌تر از همسالان خود بوده است. در بررسی‌های آزمایشگاهی، تصویربرداری مغز و الکتروانسفالوگرافی بیمار یافته نابهنجار دیده نشد. ضریب هوشی بیمار، با استفاده از ماتریس‌های پیش‌رونده ریون<sup>۱۰</sup> (۱۹)، ۷۹ بود. پرسشنامه بالینی چندمحوری میلون ۲ (MCMII-II)<sup>۱۱</sup> (۲۰) مطرح‌کننده اختلال شخصیت دسته B<sup>۱۲</sup> بود.

در بیمارستان، مصاحبه بالینی با بیمار، با حضور شش نفر از روانپزشکان عضو هیأت علمی انجام و تشخیص اختلال دوقطبی نوع یک، دوره مانیا، بدون علائم سایکوتیک و رفتارهای پارافیلیک متعدد، شامل رفتارهای مالش‌خواهی<sup>۱۳</sup>، یادگارخواهی<sup>۱۴</sup>، مبدل‌پوشی<sup>۱۵</sup> و نظربازی<sup>۱۶</sup>، بر اساس

- 1- serotonin-specific reuptake inhibitors
- 2- antiandrogens
- 3- cyproterone acetate
- 4- medroxyprogesterone acetate
- 5- luteinizing hormone releasing hormone
- 6- sodium valproate
- 7- risperidone
- 8- obsessive-compulsive disorder
- 9- attention deficit/hyperactivity disorder
- 10- Raven Progressive Matrices
- 11- Millon Clinical Multiaxial Inventory
- 12- cluster B personality disorder
- 13- frotteurism
- 14- fetishism
- 15- transvestism
- 16- voyeurism

شده است (۷). برای افتراق این موارد، توجه به دوره‌ای بودن یا تداوم رفتارهای مهارگسیخته و وجود سایر معیارهای بالینی ضروری است. بروز انواع اختلالات کنترل تکانه<sup>۱۲</sup>، مانند اختلال کمبود توجه و بیش‌فعالی (ADHD)، اختلال سلوک<sup>۱۳</sup> و اختلالات اختصاصی کنترل تکانه، در انواع پارافیلیا شایع است. شیوع ADHD در پارافیلیا، بسته به روش تشخیصی و سن بیماران، از ۷ تا ۷۷ درصد ذکر شده است (۷). بیمار معرفی شده نیز شرح حال مطرح‌کننده ابتلای به این اختلال در کودکی داشت.

اختلال کمبود توجه و بیش‌فعالی (ADHD) در کودکی ارتباط معنی‌داری با پارافیلیا، خصوصاً انواع متعدد، پرخاشگرانه و از نظر اجتماعی منحرفانه آن، دارد و با اختلال سلوک، مشکلات آموزشی و عواقب نامطلوب اجتماعی و قانونی در بیماران پارافیلیک همراه است (۲۳، ۲۴) که شواهد آن در بیمار معرفی شده نیز دیده می‌شود.

در این بیمار، با توجه به هم‌ابتلایی موجود و فقدان یک درمان اثربخش برای هر دو اختلال، درمان‌های جداگانه‌ای برای دو اختلال خلقی و پارافیلیک در نظر گرفته شد. رویکرد درمانی در مورد اختلال دوقطبی رویکرد معمول بود. اما در مورد اختلال پارافیلیک، با توجه به تداخلات درمانی، از دو داروی دیگر استفاده شد. فیناستراید با مهار نوع II آنزیم ۵- $\alpha$ -ردوکتاز<sup>۴</sup>، مانع تبدیل تستوسترون به دی‌هیدروتستوسترون می‌شود. با مصرف این دارو، سطح تستوسترون تغییر نمی‌کند یا کمی افزایش می‌یابد. حدود ۱۵-۱۰ درصد از مصرف‌کنندگان فیناستراید دچار عوارضی چون کاهش لیبدو می‌شوند (۲۵، ۲۶). فیناستراید تمایلی به گیرنده آندروژن ندارد و فاقد آثار آندروژنی، آنتی آندروژنی، استروژنی، آنتی استروژنی و پروژسترونی است (۲۷). تنها در یک مطالعه از فیناستراید برای درمان رفتارهای جنسی در بیماران دچار دمانس عروقی استفاده شده است (۲۸). هم‌چنین، گزارش‌هایی از درمان موفقیت‌آمیز رفتارهای جنسی پارافیلیک، اجباری و تهاجمی با نالتراکسون

معیارهای بالینی متن‌بازنگری شده چهارمین ویراست راهنمای آماری و تشخیصی اختلالات روانی (DSM-IV-TR)<sup>۱</sup> (۲۱) و عقب‌ماندگی ذهنی خفیف (بر اساس ظن بالینی) تأیید شد.

بیمار تحت درمان با والپروئیک اسید (دپاکین<sup>۲</sup>)؛ ۵۰۰ تا ۱۵۰۰ میلی‌گرم در روز، ریسپریدون (تا ۶ میلی‌گرم در روز، بر حسب شرایط بالینی بیمار و عوارض دارویی)، نالتراکسون<sup>۳</sup> (۵۰ میلی‌گرم در روز) و فیناستراید<sup>۴</sup> (۱ میلی‌گرم در روز) قرار گرفت. با توجه به شکایات و تشخیص‌های بالینی و از آنجا که ابتلا به اختلالات شخصیتی در مصاحبه‌های بالینی تأیید نشد، درمانی نیز در این جهت صورت نگرفت. سه نوبت معاینه سرپایی پس از ترخیص، در فواصل یک‌ماهه، بهبود نسبی علائم خلقی و رفع تقریباً کامل رفتارهای پارافیلیک را نشان داد.

## بحث

در این گزارش، همراهی اختلال دوقطبی با رفتارهای مالش‌خواهی، یادگارخواهی، مبدل‌پوشی و نظربازی توصیف شده است.

بسیاری از اختلالات محور I با اختلال در مسیرهای نورونی لیمبیک<sup>۵</sup>، سینگولیت<sup>۶</sup> و پره‌فرونتال<sup>۷</sup> که در تنظیم انگیزش و کنترل رفتارهای جنسی نقش دارند، همراهند (۷). ناحیه ارییتال-فرونتال<sup>۸</sup> یکی از مسیرهای نهایی عمده در آسیب‌شناسی روانی اختلالات محور I است که در تنظیم عملکرد اجرایی<sup>۹</sup>، توجه، حافظه کارکردی<sup>۱۰</sup>، انتظارات و انگیزش‌ها، رویکرد به پاداش‌ها، قضاوت اجتماعی و کنترل تکانه نقش دارد. در نمونه‌های حیوانی، ضایعات کورتکس پره‌فرونتال، از راه اختلال در روند شرطی شدن بیزارکننده، با بروز مهارگسیختگی جنسی مرتبط بوده است (۲۲).

بر اساس پنجمین ویراست راهنمای آماری و تشخیصی اختلالات روانی (DSM-5)<sup>۱۱</sup>، باید بین پارافیلیا (معیار A) و اختلال پارافیلیک (معیارهای A و B) تمایز قائل شد (۱). به نظر می‌رسد در بیمار ما این رفتارها در حد اختلال بالینی مطرح بوده است. عواملی که با پیشرفت از معیار A به سمت معیار B همراه بوده‌اند، عبارتند از جنسیت مذکر، سن (ارتباط معکوس)، مشکلات تکاملی و اختلالات محور I و II (۷).

ارزیابی ابتلاء به سایر اختلالات غیرجنسی محور I در مرتکبان رفتارهای پارافیلیک، خصوصاً در حضور سایر تظاهرات مهارگسیختگی رفتاری (مانند تکانشگری)، توصیه

1- Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition, Text Revision

2- Depakine  
3- naltrexone  
4- finasteride  
5- limbic  
6- cingulate  
7- prefrontal  
8- orbital frontal region  
9- executive functions  
10- working memory  
11- Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition  
12- impulse control disorder  
13- conduct disorder  
14- 5- $\alpha$ -reductase

9. Horley J. Fixed-role therapy with multiple paraphilias. Clin case stud. 2005; 4(1):72-80.

10. Galli VB, Raute NJ, McConville BJ, McElroy SL. An adolescent male with multiple paraphilias successfully treated with fluoxetine. J Child Adolesc Psychopharmacol. 1998; 8(3):195-7.

11. Mendhekar DN, Mehta R. Mania associated with multiple paraphilias. Indian J Med Sci. 2006; 60(1):28-9.

12. Thibaut F. Pharmacological treatment of paraphilias. Isr J Psychiatry Relat Sci. 2012; 49(4):297-305.

13. Rösler A, Witztum E. Pharmacotherapy of paraphilias in the next millennium. Behav Sci Law. 2000; 18(1): 43-56.

14. Garcia FD, Thibaut F. Current concepts in the pharmacotherapy of paraphilias. Drugs. 2011; 71(6): 771-90.

15. Garcia FD, Delavenne HG, Assumpção Ade F, Thibaut F. Pharmacologic treatment of sex offenders with paraphilic disorder. Curr Psychiatry Rep. 2013; 15(5): 356.

16. Guay DR. Drug treatment of paraphilic and nonparaphilic sexual disorders. Clin Ther. 2009; 31(1):1-31.

17. Nelson E, Briusman L, Holcomb J, Soutullo C, Beckman D, Welge JA, et al. Divalproex sodium in sex offenders with bipolar disorders and comorbid paraphilias: An open retrospective study. J Affect Dis. 2001; 64(2-3):249-55.

18. Bourgeois JA, Klein M. Risperidone and fluoxetine in the treatment of pedophilia with comorbid dysthymia. J Clin Psychopharmacol. 1996; 16(3):257-8.

19. Raven J, Raven JC, Court JH. Manual for Raven's Progressive Matrices and vocabulary scales. Harcourt Assessment. San Antonio, TX; 2004.

20. Millon T. Manual for the Millon clinical multi-axial inventory (MCMI-II). National Computer Systems. Minneapolis, MN; 1988.

21. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition, Text Revision (DSM-IV-TR™). American Psychiatric Publishing. Washington, DC; 2000.

22. Davis JF, Loos M, Di Sebastiano AR, Brown JL, Lehman MN, Coolen LM. Lesions of the medial

وجود دارد، اما کارآزمایی‌های بالینی شاهده‌دار و تصادفی در این مورد انجام نشده است (۲۹-۳۱).

بیمار معرفی شده یکی از معدود بیمارانی است که شرح ابتلای او به اختلال دوقطبی و انواع اختلالات پارافیلیک، در کنار بهره‌های پایین‌تر از حد طبیعی و سابقه احتمالی ابتلاء به ADHD منتشر می‌شود. درمان بیمار با ترکیبی از داروها موفقیت‌آمیز بود، اما نمی‌توان یک عامل منفرد اثربخش را مشخص ساخت.

[بنا به اظهار نویسنده مسئول مقاله، حمایت مالی از پژوهش و تعارض منافع وجود نداشته است].

### منابع

1. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition (DSM-5™). American Psychiatric Publishing. Washington, DC; 2013.

2. Kafka MP, Prentky R. A comparative study of nonparaphilic sexual addictions and paraphilias in men. J Clin Psychiatry. 1992; 53(10):345-50.

3. Sorrentino RM. Paraphilia. In: Sadock BJ, Sadock VA, Ruiz P. (Editors). Kaplan & Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry, 9th Edition. Lippincott Williams & Wilkins. Philadelphia, PA; 2009.

4. Marsh PJ, Odlaug BL, Thomarios N, Davis AA, Buchanan SN, Meyer CS, et al. Paraphilia in adult psychiatric inpatients. Ann Clin Psychiatry. 2012; 22(2):129-39.

5. Grant JE. Clinical characteristics and psychiatric comorbidity in males with exhibitionism. J Clin Psychiatry. 2005; 66(11):1367-71.

6. Raymond NC, Coleman E, Ohlerking F, Christenson GA, Miner M. Psychiatric comorbidity in pedophilic sex offenders. Am J Psychiatry. 1999; 156(5):786-8.

7. Kafka M. Axis I psychiatric disorders, paraphilic sexual offending and implications for pharmacological treatment. Isr J Psychiatry Relat Sci. 2012; 49(4):255-61.

8. Abel GG, Becker JV, Cunningham-Rathner J, Mittelman M, Rouleau JL. Multiple paraphilic diagnoses among sex offenders. Bull Am Acad Psychiatry Law. 1988; 16(2):153-68.

- prefrontal cortex cause maladaptive sexual behavior in male rats. *Biol Psychiatry*. 2010; 67(12):1199-204.
23. Kafka MP, Prentky R. Attention-deficit/ hyperactivity disorder in males with paraphilias and paraphilia-related disorders: a comorbidity study. *J Clin Psychiatry*. 1998; 59(7):388-96.
24. Kafka MP, Hennen J. A DSM-IV Axis I comorbidity study of males (n=120) with paraphilias and paraphilia-related disorders. *Sex Abuse*. 2002; 14(4):349-66.
25. Marks LS. 5 -reductase: History and clinical importance. *Rev Urol*. 2004; 6(suppl. 9):s11-s21.
26. Traish AM, Hassani J, Guay AT, Zitzmann M, Hansen ML. Adverse side effects of 5 -reductase inhibitors therapy: persistent diminished libido and erectile dysfunction and depression in a subset of patients. *J Sex Med*. 2011; 8(3):872-84.
27. Merck & Co., Inc. PROPECIA® (Finasteride). Whitehouse Station, N J 08889, USA. Available at: [http://www.accessdata.fda.gov/drugsatfda\\_docs/label/2011/020788s0181bl.pdf](http://www.accessdata.fda.gov/drugsatfda_docs/label/2011/020788s0181bl.pdf) (last access: 08/20/2013).
28. Na HR, Lee JW, Park SM, Ko SB, Kim S, Cho ST. Inappropriate sexual behaviors in patients with vascular dementia: possible response to finasteride. *J Am Geriatr Soc*. 2009; 57(11):2161-2.
29. Berner W, Briken P. Paraphilia, sexual preference disorders. Diagnosis, etiology, epidemiology, treatment and prevention. *Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz*. 2007; 50(1):33-43.
30. Sandyk R. Naltrexone suppresses abnormal sexual behavior in Tourette's syndrome. *Int J Neurosci*. 1988; 43(1-2):107-10.
31. Ryback RS. Naltrexone in the treatment of adolescent sexual offenders. *J Clin Psychiatry*. 2004; 65(7):982-6.



## Case Report

### Comorbidity of Bipolar Disorder and Multiple Paraphilias: A Case Report

#### Abstract

**Objectives:** To introduce a patient with bipolar disorder type 1 who developed multiple paraphilic behavior. **Case report:** A 25 year old man with history of bipolar disorder type 1 along with paraphilic behaviors including frotteurism, fetishism, transvestism, voyeurism, and oppositional behaviors, lower than normal intelligence and possible history of attention deficit/hyperactivity disorder (ADHD) was referred and treated by valproic acid (Depakine), risperidone, naltrexone, and finasteride. **Conclusion:** It is important to consider the psychiatric comorbidity of mood disorder and paraphilic disorders for proper evaluation and treatment of the patient and also for preventing the medication interactions.

**Key words:** bipolar disorder; paraphilia; case report

[Received: 19 September 2013; Accepted: 15 July 2014]

Leila Kamalzadeh <sup>a</sup>, Kaveh Alavi <sup>b</sup>,  
Mansour Salehi\*

\* Corresponding author: Mental Health  
Research Center, Tehran Institute of Psychiatry-  
School of Behavioral Sciences and Mental Health,  
Iran University of Medical Sciences, Tehran,  
Iran, IR.

Fax: +9821-66506853

E-mail: mansour.salehi@gmail.com

<sup>a</sup> Iran University of Medical Sciences, Tehran,  
Iran; <sup>b</sup> Mental Health Research Center, Tehran  
Institute of Psychiatry- School of Behavioral  
Sciences and Mental Health, Iran University of  
Medical Sciences, Tehran, Iran.