

## ویژگی‌های بالینی و ثبات تشخیصی اختلال دوقطبی در کودکان و نوجوانان

دکتر نسترن حبیبی<sup>1</sup>، دکتر زهرا شهریار<sup>2</sup>، دکتر ونداد شریفی<sup>3</sup>، دکتر جواد محمودی قرائی<sup>4</sup>،  
دکتر مریم طباطبایی<sup>5</sup>، دکتر مژگان ضرابی<sup>6</sup>

### Clinical Characteristics and Diagnostic Stability of Bipolar Disorder in Children and Adolescents

Nastaran Habibi<sup>a</sup>, Zahra Shahrivar<sup>\*</sup>, Vandad Sharifi<sup>b</sup>, Javad Mahmoudi Gharaee<sup>c</sup>,  
Maryam Tabatabaee<sup>d</sup>, Mojgan Zarrabie<sup>e</sup>

#### Abstract

**Objectives:** The aim of this study was to evaluate the clinical characteristics and diagnostic stability of children and adolescents with bipolar disorder. **Method:** In this prospective study, 257 subjects with bipolar disorder who were consecutively admitted to Roozbeh Hospital (Tehran, Iran) were enrolled. Demographic characteristics, diagnosis, treatment, comorbid disorders and mood and psychotic symptoms were extracted from the patients' admission files and the information questionnaire, which had been filled in the admission time by the patients. In the further assessment, diagnostic evaluation was done using the Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School-aged children present and lifetime version (K-SADS-PL), for the patients under 18, and the Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia (SADS) for the patients older than 18. Severity of the symptoms in the acute phase of mood disorder was evaluated by the Young Mania Rating Scale (Y-MRS) in manic phase and Beck Depression Inventory (BDI) for patients older than 16 or Children Depression Inventory (CDI) for the patients under 16 in depressive phase. Also, current and past levels of functioning were evaluated by the Global Assessment of Functioning (GAF) scale for patients older than 18 and the Child Global Assessment Scale (CGAS) for the patients under 18. **Results:** The most common symptom, irritability, was accompanied by elated mood in most cases. 73.2% of the patients had at least one comorbid disorder and the most common comorbid disorder was Attention Deficit Hyperactivity Disorder (44.2%). Diagnostic stability in all periods of illness was higher than 80%. **Conclusion:** This study supports the high diagnostic stability of bipolar disorder in both children and adolescents. **Key words:** bipolar disorder; child; adolescent; diagnosis; symptoms

[Received: 20 July 2010; Accepted: 30 November 2010]

#### چکیده

**هدف:** این پژوهش با هدف بررسی ویژگی‌های بالینی و ثبات تشخیصی اختلال دوقطبی در کودکان و نوجوانان انجام شده است. **روش:** این بررسی گذشته‌نگر بر روی 257 بیمار مبتلا به اختلال دوقطبی که به صورت پی‌درپی در سال‌های 87-1383 در بخش کودک و نوجوان بیمارستان روزبه شهر تهران بستری شده بودند انجام شد. داده‌های مربوط به ویژگی‌های جمعیت‌شناختی، تشخیص، درمان، اختلال‌های همراه و نیمرخ علائم خلقی و پسیکوتیک از پرونده بستری و پرسش‌نامه مشخصات بیمار که در زمان بستری پر شده بود، گردآوری شد. در بررسی دوباره، ارزیابی تشخیصی به کمک مصاحبه تشخیصی نیمه‌ساختاریافته اختلالات خلقی و اسکیزوفرنیا برای کودکان، تشخیص فعلی و طول عمر برای افراد زیر 18 سال و مصاحبه نیمه‌ساختاریافته اختلال‌های خلقی و اسکیزوفرنیا در افراد بزرگتر از 18 سال انجام شد. شدت علائم در دوره حاد اختلال خلقی با بهره‌گیری از مقیاس رتبه بندی مانیا یا نیک برای مانیا، پرسش‌نامه افسردگی بیک (برای افراد بالای 16 سال) و پرسش‌نامه افسردگی کودکان (برای افراد زیر 16 سال) سنجیده شد. عملکرد کنونی نیز به کمک پرسش‌نامه ارزیابی کلی عملکرد (بالای 18 سال) و پرسش‌نامه ارزیابی کلی عملکرد کودکان (زیر 18 سال) ارزیابی گردید. **یافته‌ها:** شایع‌ترین علامت یعنی تحریک‌پذیری (98%) در بیشتر موارد با خلق بالا همراه بود. 73/2% بیماران دست‌کم یک اختلال همراه داشتند و شایع‌ترین اختلال همبود کمبود توجه همراه با بیش‌فعالی (44/2%) بود. ثبات تشخیصی اختلال دوقطبی در دوره‌های ارزیابی یک، دو، سه، چهار و پنج ساله بالاتر از 80% بود. **نتیجه‌گیری:** یافته‌های این پژوهش از بالابودن ثبات تشخیصی اختلال دوقطبی در کودکان و نوجوانان حمایت می‌کند. **کلیدواژه:** اختلال دوقطبی؛ کودک؛ نوجوان؛ تشخیص؛ علائم

[دریافت مقاله: 1389/4/29؛ پذیرش مقاله: 1389/9/9]

<sup>1</sup> دستیار فوق تخصص روانپزشکی کودک و نوجوان، دانشگاه علوم پزشکی تهران؛ <sup>2</sup> فوق تخصص روانپزشکی کودک و نوجوان، دانشیار دانشگاه علوم پزشکی تهران، دپارتمان روانپزشکی کودک و نوجوان، بیمارستان روزبه، تهران، چهارراه لشکر، بیمارستان روزبه، دورنگار: 021-55419113 (نویسنده مسئول) [E-mail:sharivar@sina.tums.ac.ir](mailto:E-mail:sharivar@sina.tums.ac.ir)؛ <sup>3</sup> روانپزشک، دانشیار دانشگاه علوم پزشکی تهران؛ <sup>4</sup> فوق تخصص روانپزشکی کودک و نوجوان، استادیار دانشگاه علوم پزشکی تهران؛ <sup>5</sup> روانپزشک، استادیار دانشگاه علوم پزشکی تهران؛ <sup>6</sup> پزشک عمومی، دپارتمان روانپزشکی دانشگاه علوم پزشکی تهران، بیمارستان روزبه.

\* Corresponding author: Child and Adolescent Psychiatrist, Associate prof. of Tehran University of Medical Sciences, Roozbeh Hospital, South Karegar Avenue, Tehran, Iran, IR. Fax:+9821-55419113. E-mail:sharivar@sina.tums.ac.ir; <sup>a</sup> Resident of Child and Adolescent Psychiatry, Department of Child and Adolescent Psychiatry, Tehran University of Medical Sciences, Roozbeh Hospital; <sup>b</sup> Psychiatrist, Associate Prof. of Tehran University of Medical Sciences; <sup>c</sup> Child and Adolescent Psychiatrist, Assistant prof. of Tehran University of Medical Sciences; <sup>d</sup> Psychiatrist, Assistant Prof. of Tehran University of Medical Sciences, <sup>e</sup> General Practitioner, Psychiatry Department of Tehran University of Medical Sciences, Roozbeh Hospital.

**مقدمه**

در سال‌های اخیر تشخیص اختلال دوقطبی<sup>1</sup> (BD) در کودکان و نوجوانان مورد توجه بیشتری قرار گرفته، میزان تشخیص اختلال در این گروه سنی نیز بیشتر شده و درصد کودکانی که در 10 سال اخیر این تشخیص برایشان مطرح شده، دو برابر شده است (کواچ<sup>2</sup>، یانگستورم<sup>3</sup>، دانیلیان<sup>4</sup> و فیندلینگ<sup>5</sup>، 2005).

به دلیل وجود تردیدهایی در تشخیص اختلال دوقطبی در کودکان و نوجوانان، میزان شیوع دقیق آن روشن نیست (لویسنون<sup>6</sup>، سیلی<sup>7</sup> و کلان<sup>8</sup>، 1995). یک بررسی نشان داد که 1% نوجوانان مبتلا به اختلال دوقطبی نوع II و سیکلوتایمی<sup>9</sup> هستند و 5/6% آنها علائم چشم‌گیر اما کمتر از آستانه دارند (شاو<sup>10</sup>، ایگلند<sup>11</sup>، اندیکت<sup>12</sup> و هاستتر<sup>13</sup>، 2005). اختلال دوقطبی در سنین خیلی پایین، فرصت رشد طبیعی روانی-اجتماعی را از بیماران می‌گیرد و با میزان بالای بستری شدن، خودکشی، پسیکوز، مصرف مواد، هم‌چنین مشکلات رفتاری، تحصیلی، اجتماعی و قانونی همراه است. اختلال دوقطبی در کودکان و نوجوانان بیشتر با تغییرات پی‌درپی در نوسان<sup>14</sup> علائم، سیر متغیر و شدت پایین‌تر از آستانه همراه است تا نشانگانی با معیار کامل DSM-IV. این نوسان‌های سریع در خلق کودکان، شایع‌تر از بزرگسالان است و در کودکان و نوجوانان با شروع زودرس، وضعیت اجتماعی-اقتصادی پایین، مدت طولانی، نوسان‌های سریع خلقی، دوره‌های مختلط، پسیکوز<sup>15</sup>، اختلال‌های همبود و آسیب‌شناسی روانی خانواده و پیش‌آگهی بدتر همراه است (بیرماهر<sup>16</sup> و اکسلسون<sup>17</sup>، 2006).

با وجود این هنوز درباره این بیماری در کودکان ابهام‌هایی وجود دارد. برای نمونه دقیقاً روشن نیست که چه عواملی پیش‌گویی‌کننده سرانجام بیماری در سال‌های بعد هستند. هم‌چنین در این زمینه که آیا کودکان مبتلا به اختلال دوقطبی نوع I به بزرگسالان مبتلا به این اختلال تبدیل می‌شوند یا نه، نیز اختلاف نظر وجود دارد (گلر<sup>18</sup> و همکاران، 2008). تفاوت‌هایی در نمای بالینی این اختلال میان کودکان و بزرگسالان گزارش شده است (پاولوری<sup>19</sup>، بیرماهر و نیلور<sup>20</sup>، 2005)؛ از این رو شاید بتوان گفت که این‌ها دو اختلال جدا از هم هستند و باید نام دیگری به این اختلال در کودکان و نوجوانان مبتلا به آن داد (مک‌سلان<sup>21</sup>، 2005). با این حال برخی بررسی‌های گذشته‌نگر نشان داده‌اند که در نزدیک به 60% بزرگسالان، شروع علائم پیش از 20 سالگی و در

20%-10% پیش از 10 سالگی بوده است (پاولوری و همکاران، 2005). هم‌چنین گلر و همکاران (2008) 115 کودک با میانگین سنی 11/1 سال را به مدت هشت سال پی‌گیری کردند و نشان دادند که در 44/4% افراد 18 ساله و بالاتر، دوره‌های مانیا و در 35/2% آنان مصرف مواد وجود دارد که مطرح‌کننده تداوم این اختلال از کودکی تا بزرگسالی است (گلر و همکاران، 2008).

درصد چشم‌گیری از کودکان و نوجوانان مبتلا به اختلال، هم‌زمان دچار اختلال‌های روانپزشکی دیگری نیز هستند که پیامدهای منفی ناشی از اختلال دوقطبی را افزایش می‌دهند (پاولوری و همکاران، 2005). از این رو بررسی‌های طولی که به دقت علائم خلقی و سایر علائم روانپزشکی را ارزیابی می‌کنند، مورد نیاز هستند تا آثار درازمدت این اختلال‌های همبود را افزون بر آثار اختلال دوقطبی بسنجند. تعیین تداوم این اختلال از کودکی تا بزرگسالی، نیازمند پی‌گیری بلندمدت است. این بررسی‌ها باید نقش مثبت یا منفی عواملی مانند آسیب‌شناسی روانی پدر و مادر، حمایت والدین، روبه‌رو شدن با رویدادهای منفی مانند سوءرفتار و کشمکش‌های همیشگی زندگی را در این بیماران نشان دهند (بیرماهر و همکاران، 2006).

هدف این پژوهش، بررسی ثبات تشخیصی اختلال دوقطبی در کودکان و نوجوانان بود. در این بررسی تشخیص کنونی، نیمرخ علائم و کارکرد بیماران بررسی شد. هم‌چنین اختلال‌های همبود ارزیابی شدند.

**روش**

در این پژوهش 257 بیمار که با تشخیص نخستین دوره اختلال دوقطبی (سر پایه تشخیص روانپزشک کودک و نوجوان)، از مهر 1383 تا اسفند 1387 در بخش کودک و نوجوان بیمارستان روزبه شهر تهران بستری شده بودند، به صورت غیر تصادفی نمونه‌گیری و بررسی شدند. بیمارانی که مبتلا به عقب‌ماندگی ذهنی، اختلال در خودماندگی<sup>22</sup>، تشنج و

- |                     |              |
|---------------------|--------------|
| 1- bipolar disorder | 2- Kowatch   |
| 3- Youngstorm       | 4- Danielyan |
| 5- Findling         | 6- Lewinson  |
| 7- Seeley           | 8- Klein     |
| 9- cyclothymia      | 10- Shaw     |
| 11- Egeland         | 12- Endicott |
| 13- Hostetter       | 14- polarity |
| 15- psychosis       | 16- Birmaher |
| 17- Axelson         | 18- Geller   |
| 19- Pavuluri        | 20- Naylor   |
| 21- Mc Cellan       | 22- autism   |

در زمینه طرح پژوهشی و ارزیابی‌هایی که قرار است انجام شود توضیح کافی داده شد و در صورت رضایت، بیماران تلفنی پاسخ دادند یا مراجعه کردند. برای گردآوری داده‌ها از ابزارهای زیر بهره گرفته شد:

#### 1- مصاحبه تشخیصی نیمه‌ساختاریافته اختلالات خلقی و

اسکیزوفرنیا برای کودکان، تشخیص فعلی و طول عمر (K-SADS-PL) (کافمن<sup>10</sup> و همکاران، 1997) یک مصاحبه تشخیصی نیمه‌ساختاریافته است که برای ارزیابی دوره‌های کنونی و پیشین آسیب‌شناختی روانی در کودکان و نوجوانان برپایه معیارهای DSM-III-R<sup>11</sup> و DSM-IV ساخته شده است. شهریور و همکاران (2010) برای این مقیاس پایایی و روایی قابل قبولی گزارش نموده‌اند.

#### 2- مصاحبه برای اختلال‌های عاطفی و اسکیزوفرنیا (SADS)

(اندیکات و اشپایتر<sup>12</sup>، 1978) یک مصاحبه نیمه‌ساختاریافته است که توسط یک مصاحبه‌کننده متخصص از افراد پرسیده می‌شود و همه اختلال‌های روانپزشکی را بررسی می‌کند. اجرای این پرسش‌نامه بسیار زمان‌بر است از این‌رو بیشتر برای ارزیابی‌های پژوهشی به کار می‌رود و می‌تواند بررسی کامل و گسترده‌ای از فرد ارزیابی‌شونده به عمل آورد. محمدی و همکاران (2005)، روایی این آزمون را بر روی 200 بیمار بستری در بیمارستان روزبه که دارای تشخیص روانپزشکی بودند، ارزیابی نمودند و نشان دادند که این پرسش‌نامه در ارتباط با اختلال‌های خلقی، اضطرابی، پسیکوتیک، صرع، عقب‌ماندگی ذهنی و زوال عقل دارای حساسیت بالاتر از 75% است.

#### 3- مقیاس رتبه‌بندی مانیا یا یانگ (YMRS): (یانگ،

یوگر<sup>13</sup>، زیگلر<sup>14</sup> و میر<sup>15</sup>، 1978) این مقیاس برای نمره‌گذاری نشانه‌های اختلال دوقطبی در مرحله مانیا به کار می‌رود، دارای نُه پرسش و در کل 60 نمره می‌باشد (شفیعی و همکاران،

یا سایر اختلال‌های پزشکی و عصبی مهم بودند، از بررسی کنار گذاشته شدند. ویژگی‌های جمعیت‌شناختی، نوع دوره، چگونگی درمان، سطح عملکرد، اختلال‌های همراه، سابقه خانوادگی اختلال‌های خلقی و اسکیزوفرنیا و نیمرخ علائم، از پرونده و پرسش‌نامه (برگرفته از فرم ثبت اطلاعات مراجعان به بخش روانپزشکی کودک و نوجوان بیمارستان مودزلی<sup>1</sup> که برای همه بیمارانی که برای نخستین بار در بخش بستری می‌شوند پر می‌گردد) استخراج شد. پس از تماس با بیمار و خانواده و گرفتن رضایت برای ورود به طرح، با هماهنگی آنان زمانی برای ارزیابی دوباره تعیین شد. برای بیماران کمتر از 18 سال، مصاحبه روانپزشکی توسط روانپزشک فوق تخصص کودک و نوجوان و ارزیابی توسط دستیار فوق تخصصی روانپزشکی کودک و نوجوان به کمک مصاحبه تشخیصی نیمه‌ساختاریافته اختلالات خلقی و اسکیزوفرنیا برای کودکان، تشخیص فعلی و طول عمر<sup>2</sup> (K-SADS-PL) انجام شد. با بیماران بالاتر از 18 سال، روانپزشک مصاحبه روانپزشکی انجام داد و ارزیابی توسط دستیار فوق تخصصی روانپزشکی کودک و نوجوان با بهره‌گیری از مصاحبه تشخیصی نیمه‌ساختاریافته برای اختلال‌های عاطفی و اسکیزوفرنیا<sup>3</sup> (SADS) نیز انجام گرفت. در نهایت تشخیص کنونی با توجه به یافته‌های به‌دست‌آمده از مصاحبه بالینی و مصاحبه ساختاریافته بر پایه DSM-IV<sup>4</sup> تعیین شد. سابقه خانوادگی اختلال روانپزشکی با توجه به اطلاعات خانواده و ارزیابی مدارک پزشکی بررسی گردید. در صورتی که بیمار در مرحله حاد مانیا بود، شدت آن به کمک مقیاس رتبه‌بندی مانیا یا یانگ<sup>5</sup> (YMRS) و در صورتی که در مرحله افسردگی بود با پرسش‌نامه افسردگی کودکان<sup>6</sup> (CDI) (زیر 16 سال) یا پرسش‌نامه افسردگی بک<sup>7</sup> (BDI) (بالای 16 سال) سنجیده شد. عملکرد کنونی بیمار نیز با بهره‌گیری از مقیاس ارزیابی کلی عملکرد<sup>8</sup> (GAF) (برای بیماران بالاتر از 18 سال) یا مقیاس ارزیابی کلی کودکان<sup>9</sup> (CGAS) (برای بیماران پایین‌تر از 18 سال) مشخص شد. ثبات تشخیصی با مقایسه تشخیص روانپزشک فوق تخصص کودک و نوجوان در نخستین بستری و در ارزیابی دوباره انجام شد. از بیمارانی که حاضر به مراجعه به بیمارستان نبودند، از راه تلفن در مورد علائم بیماری، دفعات عود و بستری، چگونگی مصرف دارو و عملکرد بیمار پرسیده شد. در هنگام تماس تلفنی با بیماران

1- Maudsley

2- Kiddie-Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia- present and lifetime version

3- Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia

4- Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4<sup>th</sup> edition

5- Young Mania Rating Scale

6- Children's Depression Inventory

7- Beck Depression Inventory

8- Global Assessment of Functioning

9- Children's Global Assessment Scale

10- Kaufman

11- Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 3<sup>th</sup> edition, Revision

12- Spitzer

13- Ziegler

11- Diagnostic and Statistical

Manual of Mental Disorders, 3<sup>th</sup> edition, Revision

13- Biggs

15- Meyer

وجود نداشت (یک بیمار نیز فوت کرده بود). 56 بیمار به بیمارستان مراجعه نکردند و اطلاعات آنان در زمینه وضعیت کنونی علائم بیماری با تماس تلفنی به دست آمد. 77 بیمار مراجعه کردند و به صورت حضوری ارزیابی شدند. بنابراین اطلاعات پایه در باره همه بیماران (257 نفر) و اطلاعات مربوط به شرایط کنونی، مربوط به بیمارانی است که نگارنده به آنان دسترسی داشته است (133 نفر).

135 بیمار (52/5%) دختر و 122 بیمار (47/5%) پسر بودند. میانگین سن بیماران، 15/4 سال (انحراف معیار 2/17) و دامنه سنی آنان از 6/89 تا 18/8 سال بود. سن هشت بیمار (3/1%) کمتر از 10 سال، 24 بیمار (9/3%) 10-13 سال و بقیه (87/5%) بیشتر از 13 سال بود. 254 بیمار (91/7%) تشخیص اختلال دوقطبی نوع I و سه نفر (8/3%)، تشخیص اختلال دوقطبی NOS<sup>8</sup> گرفته بودند. در گروه مبتلا به اختلال دوقطبی نوع I، نوع دوره در 177 نفر (69/7%) مانیا و در 77 نفر (30/3%) مختلط بود. مدت بستری در دوره نخست، از یک روز (ترخیص به دلیل رضایت شخصی پس از گرفتن شرح حال و تشخیص گذاری) تا 167 روز بود (میانگین 89/34، انحراف معیار 19/39). نمره CGAS بیماران از 20 تا 50 در نوسان بود (میانگین 31/6، انحراف معیار 5/7).

شایع ترین علامت در دوره مانیا و مختلط، تحریک پذیری بود که در 98/3% حمله های مانیا و 98/7% حمله های مختلط وجود داشت (جدول 1). تحریک پذیری بدون بزرگ منشی و خلق بالا، در حمله های مانیا تنها در 0/6% موارد و در حمله های مختلط تنها در 11/7% موارد وجود داشت. بزرگ منشی و خلق بالا بدون تحریک پذیری در هیچ موردی دیده نشد. در 83/6% موارد مانیا و 55/8% موارد مختلط، هر سه علامت وجود داشت. شیوع پسیکوز در دوره مانیا و مختلط به ترتیب 12/7% و 27/3% بود.

شایع ترین اختلال همراه در بیماران، اختلال بیش فعالی - کم توجهی (44/2%) بود. سایر اختلال های همراه در جدول 2 آورده شده اند.

(2003). این مقیاس به فارسی ترجمه و دوباره به انگلیسی برگردانده و با نمونه اصلی انطباق داده شده است. پایایی و روایی این مقیاس در یک بررسی در اصفهان برای جمعیت ایرانی قابل قبول گزارش شده است (برکتین، توکلی، مولوی، معروفی و صالحی، 2007).

4- پرسش نامه افسردگی بک<sup>1</sup> (BDI): این پرسش نامه دربرگیرنده 21 پرسش چهارگزینه ای (دارای امتیازهای صفر تا سه) است (اولسون<sup>2</sup> و ونکورینگ<sup>3</sup>، 1999) و در پایان کار، بر پایه امتیاز به دست آمده و با توجه به جدول امتیازها، بود یا نبود افسردگی، هم چنین شدت آن مشخص می شود. این پرسش نامه در جمعیت ایرانی بررسی شده است (کاوایی، موسوی و محیط، 2001).

5- مقیاس ارزیابی کلی عملکرد (GAF): این ابزار بر پایه دیدگاه طیفی درباره سلامتی و بیماری روانی ساخته شده و مقیاسی با 100 نمره است که در آن 100 نشان دهنده بالاترین عملکرد در همه حوزه ها (حوزه های اجتماعی، شغلی و روانشناختی) است و هر چه نمره فرد پایین تر باشد، نشان دهنده اختلال بیشتری در عملکرد او و شدت اختلال است (سادوک<sup>4</sup> و سادوک، 2003).

6- مقیاس ارزیابی کلی کودکان (CGAS) نیز مقیاسی برای ارزیابی عملکرد در افراد زیر 18 سال است که در زمینه های گوناگون، عملکرد کودک را از صفر تا صد رتبه بندی می کند (شافر<sup>5</sup> و همکاران، 1983).

7- پرسش نامه افسردگی کودکان (CDI): این پرسش نامه ابزاری برای ارزیابی علائم افسردگی در کودکان دبستانی و نوجوانان است؛ دارای 27 پرسش است و به هر یک از پرسش ها از صفر تا دو نمره داده می شود (صفر، نداشتن علامت؛ یک، علائم خفیف و دو علائم قطعی). دامنه نمره نهایی می تواند از صفر تا 54 نوسان داشته باشد (کواکس<sup>6</sup>، 1992). روایی و پایایی این پرسش نامه در جمعیت ایرانی بررسی نشده است.

تحلیل داده ها به کمک آزمون t و  $\chi^2$  با بهره گیری از نرم افزار رایانه ای SPSS-18<sup>7</sup> انجام شد.

## یافته ها

257 بیمار دارای شرایط شرکت در پژوهش بودند. امکان دسترسی به 124 بیمار به دلیل تغییر نشانی یا شماره تماس

1- Beck Depression Inventory  
2- Olsson  
3- von Korring  
4- Sadock  
5- Shaffer  
6- Kovacs  
7- Statistical Package for Social Sciences-18  
8- Bipolar Disorder-Not Otherwise Specified

جدول 1- توزیع فراوانی مطلق و نسبی علایم در نخستین دوره بیماری

علایم	مانیا	
	فراوانی (درصد)	مختلط فراوانی (درصد)
خلق بالا	163 (92/1)	53 (68/8)
تحریک پذیری	174 (98/3)	76 (98/7)
بزرگ منشی	162 (91/5)	57 (74)
کاهش نیاز به خواب	98 (55/4)	33 (42/9)
پرحرفی	137 (77/4)	42 (54/5)
حواس پرتی	91 (51/4)	40 (51/9)
افزایش تمایلات جنسی	136 (76/98)	49 (63/6)
افزایش انرژی	154 (87)	49 (63/6)
افزایش فعالیت های هدفمند	144 (81/4)	46 (59/7)
پرش افکار	25 (14/1)	5 (6/5)
افکار شتابان	5 (2/8)	3 (3/9)

آنتی‌پسیکوتیک تیپیک، با میزان کمتری استفاده شده بودند.

از 77 بیماری که به بیمارستان مراجعه کردند، سن 44 بیمار کمتر از 18 سال بود. 35 نفر مرد و 42 نفر زن بودند. در 72 بیمار تشخیص علایم در زمان بستری اول و در سیر اختلال، هم در مدارک موجود و هم در ارزیابی جدید اختلال دوقطبی بود. از این تعداد، 39 نفر در ارزیابی جدید بهبودی کامل داشتند (جدول 3). در پنج بیمار (دو دختر و سه پسر) تشخیص تغییر کرده بود. تشخیص اختلال با ارزیابی جدید در دو مورد اختلال پسیکوتیک گذرا و در سه مورد اختلال انطباقی بود. در مواردی که تشخیص تغییر کرده بود، کمترین سن در نخستین دوره 13/02 سال و بالاترین سن 16/52 سال بود (میانگین  $15/17 \pm 1/58$ ). در ارزیابی کنونی پایین‌ترین و بالاترین سن به ترتیب 15/8 و 18/21 سال بود ( $17/39 \pm 0/92$ ). تشخیص در هنگام نخستین بستری در چهار بیمار اختلال دوقطبی نوع I (یک مورد مانیا و سه مورد مختلط) بود. عود در هیچ‌یک از این بیماران وجود نداشت. مدت زمان بستری از پنج تا 30 روز در نوسان بود (میانگین 19/6، انحراف معیار 10/01).

در بیمارانی که دوباره ارزیابی شدند، 11 نفر در دوره مانیا و سه نفر در دوره هیپومانیا بودند. دامنه نمره YMRS در این بیماران از 17 تا 28 در نوسان بود. در یک بیمار نیز دوره افسردگی وجود داشت و نمره مقیاس افسردگی بک در این بیمار 34 بود. بیشترین میزان مصرف دارو در بیمارانی بود که یک سال از بیمارشان می‌گذشت (85%). نیمی از باقی بیماران، دارویی مصرف نمی‌کردند.

جدول 2- توزیع فراوانی مطلق و نسبی اختلال‌های همراه

اختلال‌های همراه	فراوانی (درصد)
اختلال بیش‌فعالی / کم‌توجهی	109 (44/2)
وابستگی به نیکوتین	43 (17/5)
اختلال وسواسی - اجباری	42 (16/3)
اختلال نافرمانی - مقابله‌جویی	37 (14/4)
اختلال سلوک	30 (11/7)
هراس اختصاصی	24 (9/3)
سوء مصرف مواد	21 (8/2)
ویژگی‌های شخصیتی گروه B	14 (5/4)

در 10/5% از بیماران، اختلال دوقطبی و در 23% بیماران، اختلال افسردگی در یک والد وجود داشت. در 2/3% بیماران هر دو والد افسردگی داشتند و در 8/0% موارد یک والد مبتلا به اختلال افسردگی و یک والد مبتلا به اختلال دوقطبی بود. شیوع اسکیزوفرنیا در والدین، 1/2% بود. شیوع اختلال دوقطبی در همشیره‌های بیماران 7% و شیوع افسردگی 5/8% بود. در 1/2% موارد هردو اختلال در همشیره‌ها وجود داشت. در مجموع سابقه اختلال خلقی در 36/6% موارد در والدین و در 14/4% موارد در همشیره‌ها وجود داشت.

بیشترین ترکیب دارویی به کار برده شده، لیتیم + آنتی‌پسیکوتیک آتیپیک (در 64/2% موارد) بود. از درمان تک‌دارویی با لیتیم در 8/2% موارد و ترکیب لیتیم + والپروات سدیم + آنتی‌پسیکوتیک آتیپیک نیز در 8/2% بیماران بهره‌گرفته شده بود. سایر ترکیب‌ها مانند والپروات سدیم + آنتی‌پسیکوتیک آتیپیک و لیتیم +

جدول 3- توزیع فراوانی مطلق و نسبی آزمودنی‌های پژوهش بر حسب تشخیص کنونی و دوره بیماری

طول مدت بیماری	تشخیص کنونی								
	در بهبودی کامل	در بهبودی نسبی	دوره مانیا	دوره هیپومانیا	دوره افسردگی	اختلال سایکوتیک گذرا	اختلال انطباقی	ناشناخته*	کل
	فراوانی (%)	فراوانی (%)	فراوانی (%)	فراوانی (%)	فراوانی (%)	فراوانی (%)	فراوانی (%)	فراوانی (%)	فراوانی (%)
1 سال	7 (26/9)	12 (46/2)	2 (7/7)	1 (3/8)	0 (0)	1 (3/8)	0 (0)	3 (11/5)	26 (100)
2 سال	13 (37/1)	2 (5/7)	3 (8/6)	0 (0)	0 (0)	1 (2/9)	2 (5/7)	14 (40)	35 (100)
3 سال	6 (27/3)	1 (4/5)	2 (9/1)	1 (4/5)	1 (4/5)	0 (0)	0 (0)	11 (50)	22 (100)
4 سال	8 (32)	1 (4)	3 (12)	1 (4)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	12 (48)	25 (100)
5 سال	5 (20/8)	2 (8/3)	1 (4/2)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	1 (4/2)	15 (62/5)	24 (100)

\* منظور از ناشناخته مواردی است که از طریق تلفن ارزیابی شده‌اند و امکان انجام مصاحبه تشخیصی وجود نداشته است. به این ترتیب، ثبات تشخیصی یک‌ساله 95/6%، دو‌ساله 85/7%، سه‌ساله 100%، چهارساله 100% و پنج‌ساله 88/8% بود.

## بحث

در کودکان و نوجوانان، تشخیص اختلال دوقطبی، علایم و نشانه‌ها، سیر و پیامد، عوامل پیش‌گویی‌کننده، پیش‌آگهی و عود و چگونگی پاسخ‌دهی آن به درمان‌های گوناگون با دشواری‌هایی همراه است. با آن‌که بسیاری از پژوهش‌ها به بررسی موارد یادشده در جمعیت کودک و نوجوان و مقایسه آنها با بزرگسالان پرداخته‌اند، هنوز هم اختلاف‌نظرها و نقاط ابهامی در این زمینه دیده می‌شود. همان‌گونه که پیشتر بیان گردید، این پژوهش با هدف بررسی ثبات تشخیصی اختلال دوقطبی در کودکان و نوجوانانی که با نخستین حمله مانیک یا مختلط در بخش کودک و نوجوان بیمارستان روزبه بستری شده بودند انجام شد.

گرچه از دیدگاه بورینگ<sup>1</sup> و همکاران (1992) نمای BD در کودکان، غیر تیپیک و با نمای کلاسیک آن در بزرگسالان متفاوت است (به این شکل که نشانه‌ها به صورت پایدار و غیردوره‌ای و با چیرگی تحریک‌پذیری در مقایسه با خلق بالا دیده می‌شوند)، بررسی‌های تازه‌تر یکسان‌بودن نمای بالینی BD در کودکان و بزرگسالان را گزارش کرده‌اند (گودوین<sup>2</sup> و جامیسون<sup>3</sup>، 1990؛ کواتچ و همکاران، 2005؛ اکسلسون و همکاران، 2008).

در این بررسی شیوع دوره مانیا بیشتر از دوره مختلط بود (69/7% در برابر 30/3%). شایع‌ترین علامت در دوره مانیا و مختلط تحریک‌پذیری بود که در 98% موارد وجود داشت. در فراتحلیلی که در زمینه مانیای کودکان انجام شد، شایع‌ترین علامت تحریک‌پذیری بوده است (کواتچ و همکاران، 2005). در دوره مانیا خلق بالا در 92/1%، بزرگ‌منشی در 91/5% و

افزایش انرژی در 87% موارد وجود داشت. شیوع این علایم در فراتحلیل پیشین به ترتیب 70%، 78% و 89% بود. در دوره مختلط شیوع خلق بالا 68%، بزرگ‌منشی 74% و افزایش انرژی 63% بود. هم در دوره مانیا و هم در دوره مختلط، پرش افکار و افکار شتابان کمترین شیوع را داشتند (مانیا: 14/1% و 2/8%، مختلط: 6/5% و 3/9%؛ اما شیوع این علایم در بررسی‌های پیشین بالاتر بوده است (56% و 74%). خلق افسرده در دوره مانیا در 29/4% و در دوره مختلط در 27/3% موارد وجود داشت. شیوع پسیکوز در دوره مانیا و مختلط، 12/7% و 27/3% بود، در حالی که در فراتحلیل یادشده میزان پسیکوز 42% گزارش شده است. بر پایه یافته‌های این فراتحلیل، ناهمگونی چشم‌گیری در بررسی‌های گوناگون دیده شده است و شاید این تفاوت‌ها ناشی از تفاوت‌های روش شناختی یا تفاوت‌های بالینی میان نمونه‌ها باشد (کواتچ و همکاران، 2005).

در برخی بررسی‌ها تحریک‌پذیری را به تنهایی برای تشخیص کافی ندانسته و بر همراهی خلق بالا و یا بزرگ‌منشی برای تشخیص تأکید داشته‌اند (گلر و همکاران، 2008). در بررسی حاضر تحریک‌پذیری به تنهایی در مانیا در 0/6% و در دوره مختلط در 11/7% موارد وجود داشت. بزرگ‌منشی و خلق بالا بدون تحریک‌پذیری در هیچ موردی دیده نشد. در 83/6% موارد مانیا و 55/8% موارد مختلط، هر سه علامت وجود داشت. بنابراین حتی اگر نیاز به وجود خلق بالا یا بزرگ‌منشی را برای تشخیص‌گذاری ضروری بدانیم، تشخیص دوره مانیا در 99/4% و دوره مختلط در 87/7% موارد قطعی می‌شوند. بنابراین گرچه برخی پژوهش‌ها (پاولوری و

1- Bowring  
3- Jamison

2- Goodwin

بیش فعالی (44/2%)، وابستگی به نیکوتین (17/3%)، اختلال وسواسی - اجباری (16/3%) و اختلال نافرمانی - مقابله جویی (14/4%) بود. کواج و همکاران (2005) در بازبینی بررسی های انجام شده، شیوع اختلال کمبود توجه همراه با بیش فعالی را 87%-29%، اختلال نافرمانی - مقابله جویی را 79%-25% و اختلال های اضطرابی را 43%-15% گزارش نمودند. ابتلاء هم زمان به سایر اختلال ها بر پاسخ بیمار به درمان و پیش آگهی مؤثر است و این امر نشان دهنده نیاز به شناسایی و درمان این اختلال ها است.

همبودی ADHD و ODD با آشفتگی های شدید و همیشگی خلق و هیجان که در BD طیف گسترده و آشفتگی شدید خلق<sup>19</sup> (SMD) دیده می شود، شناسایی این بیماری ها را از یکدیگر دشوار می نماید (ناجین<sup>20</sup> و ترمبلی<sup>21</sup>، 2001). پژوهش ها نشان می دهند که همبودی با ADHD یا ODD پیش آگهی BD را با هر نمای بالینی بدتر می کند (شهریور، علاقه بندراد و شیرازی، 2006؛ کارلسون و همکاران، 2007). پی گیری کودکانی که ADHD همراه با ODD داشته اند در سال های بعد فراوانی بالاتری از CD، رفتارهای ضداجتماعی و سوء مصرف مواد را نشان می دهند (نیوکورن<sup>22</sup>، هالپرین<sup>23</sup> و میلر<sup>24</sup>، 2000).

بررسی ها نشان داده اند هنگامی که BD در کودکی آغاز می شود، با پیشینه نیرومند خانوادگی همراه است (پاولز<sup>25</sup>، مورتون<sup>26</sup> و ایگلند، 1992؛ لین لوفت<sup>27</sup>، چارنی<sup>28</sup> و پاین<sup>29</sup>، 2003) و فراوانی BD در بستگان افراد دارای BD بالاتر است (بیرماهر و همکاران، 2006؛ استروبر<sup>30</sup>، مورل<sup>31</sup> و بوروگر<sup>32</sup>،

همکاران، 2005) مانیا را در کودکان بیشتر به شکل تحریک پذیری توصیف کرده و خلق بالا را در آن شایع ندانسته اند (بیدرمن<sup>1</sup> و همکاران، 2004)، در این بررسی در بیشتر موارد تحریک پذیری با خلق بالا همراه بود و علایم بالینی شباهت زیادی به علایم مانیا در بزرگسالان داشت. بررسی های دیگری نیز این مسئله را تأیید کرده اند (کواتچ و همکاران، 2005؛ یانگ استورم، یانگ استورم و ستار<sup>2</sup>، 2005؛ هانت<sup>3</sup> و همکاران، 2009). این شباهت ممکن است به این دلیل به دست آمده باشد که بیشتر آزمودنی های بررسی حاضر، نوجوان بوده اند (میانگین سنی  $15/4 \pm 2/17$ ) و از میان بیماران بستری که شدت بیماری آنها معمولاً بیشتر است، انتخاب شده اند.

شیوع بالای تحریک پذیری چه در این بررسی و چه در بررسی های دیگر نشان می دهد در حالی که خلق بالا در شناسایی BD کودکان از حساسیت پایین و ویژگی بالایی برخوردار است (وزنیاک<sup>4</sup> و همکاران، 2005)، تحریک پذیری علامت حساسی در مانیاست؛ ولی اختصاصی نیست و در بیماری های دیگری مانند افسردگی، اضطراب، اختلال های فراگیر رشد<sup>5</sup> (PDD) و اختلال های بیرونی سازی مانند اختلال سلوک<sup>6</sup> (CD)، اختلال نافرمانی - مقابله جویی<sup>7</sup> (ODD) و بیش فعالی همراه با کمبود توجه<sup>8</sup> (ADHD) نیز دیده می شود (کارلسون<sup>9</sup>، پرومت<sup>10</sup>، دریستر<sup>11</sup>، مجتایی و شوارتز<sup>12</sup>، 2002؛ گلر و کوک<sup>13</sup>، 2000). از این رو در ارزیابی بیمارانی که با تحریک پذیری مراجعه می کنند باید بیشتر دقت شود و به سایر علایم همراه نیز توجه گردد تا مناسب ترین انتخاب تشخیصی و درمانی انجام شود. برخی پیشنهاد کرده اند برای این که تحریک پذیری بتواند به عنوان علامت مانیا به شمار رود باید شدت زیادی داشته باشد (میک<sup>14</sup>، اسپنسر<sup>15</sup>، وزنیاک و بیدرمن، 2005).

شیوع اختلال های همراه مانند ODD، ADHD و CD در BD طیف گسترده<sup>16</sup> (معادل BD-NOS در معیارهای DSM-IV) بالاتر از فراوانی آنها در BD طیف باریک<sup>17</sup> گزارش شده است (کارلسون، 2007؛ پروتمن<sup>18</sup> و همکاران، 2006). گرچه نمونه ما بیشتر از نوع BD طیف باریک (معادل BD) و مطابق با معیارهای DSM-IV بودند، میزان اختلال های همراه در این بررسی نیز مانند بررسی های پیشین (کواتچ و همکاران، 2005)، زیاد بود. 73/2% آزمودنی ها دست کم یک اختلال همراه داشتند. شایع ترین اختلال های همراه در نخستین دوره، اختلال کمبود توجه همراه با

- |   |                |
|---|----------------|
| 1- Biederman                                | 2- Starr       |
| 3- Hunt                                     | 4- Wozniak     |
| 5- Pervasive Developmental Disorder         |                |
| 6- Conduct Disorder                         |                |
| 7- Oppositional Defiant Disorder            |                |
| 8- Attention Deficit Hyperactivity Disorder |                |
| 9- Carlson                                  | 10- Bromet     |
| 11- Driessens                               | 12- Schwartz   |
| 13- Cook                                    | 14- Mick       |
| 15- Spencer                                 |                |
| 16- broad spectrum bipolar disorder         |                |
| 17- narrow spectrum bipolar disorder        |                |
| 18- Brotman                                 |                |
| 19- Severe Mood Dysregulation               |                |
| 20- Nagin                                   | 21- Tremblay   |
| 22- Newcorn                                 | 23- Halperin   |
| 24- Miller                                  | 25- Pauls      |
| 26- Morton                                  | 27- Leibenluft |
| 28- Charney                                 | 29- Pine       |
| 30- Strober                                 | 31- Morrel     |
| 32- Burroughs                               |                |

1988؛ فارائون<sup>1</sup>، بیدرمن، مننین<sup>2</sup>، وزنیاک و اسپنسر، 1997؛ وزنیاک و همکاران، 2002). هرچند پیشینه خانوادگی با داشتن بیماری‌های همراه پیچیده‌تر می‌شود می‌تواند کمک‌کننده باشد (قائم<sup>3</sup>، 2007).

سابقه خانوادگی اختلال خلقی و اسکیزوفرنیا در 36/6% موارد در والدین و در 14/4% موارد در همشیرها وجود داشت. بررسی‌ها نشان داده‌اند که خطر ایجاد اختلال دوقطبی و افسردگی در بستگان درجه اول کودکان و نوجوانان دوقطبی در مقایسه با بستگان نوجوانان مبتلا به سایر اختلال‌ها بیشتر است. هانت و همکاران (2009) شیوع افسردگی را در بستگان درجه اول 75/7% و شیوع اختلال دوقطبی را 38/6% گزارش کردند. در بررسی دیگری فراوانی BD در پدران و مادران کودکان دارای BD طیف باریک 33/3% بود (بروتمن و همکاران، 2006).

بیشترین دارویی که در نخستین دوره به کار برده شده بود، ترکیب لیتیم و ضدپسیکوتیک آتیپیک بود. بیشترین میزان مصرف دارو در بیمارانی بود که یک سال از بیماریشان می‌گذشت (85%). ترکیب لیتیم و ضدپسیکوتیک آتیپیک در بیمارانی که یک، دو، سه و چهارسال از بیماریشان می‌گذشت بیشترین داروی مصرفی کنونی بود. در بیمارانی که پنج سال سابقه بیماری داشتند، بیشترین داروی مصرفی ترکیب لیتیم و ضدپسیکوتیک آتیپیک و سدیم والپروات بود. گرچه نخستین گام در درمان اختلال دوقطبی، تک‌دارودرمانی دانسته شده (مارتین<sup>4</sup> و ولکمار<sup>5</sup>، 2007)، در صورت پاسخ ندادن به درمان، درمان ترکیبی نیز توصیه شده است. با توجه به این که این بررسی در بیمارانی بستری انجام شده، علت این امر شاید شدت بالای بیماری بوده است.

در تحقیق امینی و همکاران (1388) در میان 131 بیمار بزرگسال مبتلا به BD بستری در بیمارستان روزبه، 42/1% لیتیم، 28% والپروات، 41/5% ضدپسیکوز تیپیک، 46/8% ضدپسیکوز آتیپیک و 11/7% ترکیبی از دو گونه داروی اخیر را در زمان ترخیص دریافت می‌کردند. پی‌گیری پس از یک سال نشان داد که 42/7% بیماران داروها را به طور منظم و 32/1% به صورت نامنظم مصرف می‌کردند، 13/7% داروها را قطع کرده بودند و 21/4% در طول یک سال از زمان ترخیص دوباره بستری شده بودند. در بررسی دیگری، یک سوم بیماران بزرگسال مبتلا به BD کمتر از 30% داروهایشان را مصرف می‌کردند (ساجاتوویک<sup>6</sup>، دیویس<sup>7</sup> و هرود<sup>8</sup>، 2004).

گفته می‌شود اگر BD کودکان بر پایه معیارهای DSM-IV شناسایی شده باشد، با BD دوران نوجوانی و بزرگسالی پیوستگی تشخیصی دارد (بروتمن و همکاران، 2006؛ گلدشتاین<sup>9</sup> و همکاران، 2005) و ویژگی‌های یکسانی از نظر نشانه‌ها، روند طولی، یافته‌های روانی-عصبی-فیزیولوژیک، انباشتگی خانوادگی و پاسخ درمانی در مبتلایان دیده می‌شود (گلر و همکاران، 2002، 2004).

در بررسی حاضر ثبات تشخیصی در بیمارانی که یک سال از بیماریشان می‌گذشت 95/6%، دو سال 85/7%، سه و چهار سال 100% و پنج سال 88/8% بود. شماری از بررسی‌های گذشته‌نگر نیز نشان داده‌اند که در نزدیک به 60% از بزرگسالان مبتلا به اختلال خلقی دوقطبی، شروع علائم پیش از 20 سالگی و در 20%-10% پیش از 10 سالگی بوده است (پاولوری، 2005). به نظر می‌رسد گروهی از کودکانی که BD با طیف گسترده دارند نیز با افزایش سن به BD با طیف باریک نزدیک می‌شوند (لیش<sup>10</sup>، دایم-مینان<sup>11</sup>، وایبرو<sup>12</sup>، پرایس<sup>13</sup> و هیرشفلد<sup>14</sup>، 1994؛ پرلیس<sup>15</sup> و همکاران، 2004؛ شیرازی و شهرپور، 2008). برخی یافته‌ها نشان داده‌اند هنگامی که BD در کودکان نمای کلاسیک ندارد، در بزرگسالی نیز نمای کلاسیک نخواهد داشت و با نمای پایداری از افسردگی‌های واکنشی و دگرگون‌شونده و بدون دوره‌های آشکار نمایان می‌شود (استاتون<sup>16</sup>، ولنس<sup>17</sup> و پیتی<sup>18</sup>، 2008؛ بنازی، 2005). بررسی گلر و همکاران (2008) نیز در یک پی‌گیری هشت‌ساله بر روی 115 کودک با سن متوسط 11/1 سال که مبتلا به اختلال خلقی دوقطبی بودند، مطرح‌کننده فراوانی بالای دوره‌های مانیا در این افراد و گویای تداوم این اختلال بود. یافته‌های این بررسی نیز در راستای ثبات تشخیصی بالا در کودکان و نوجوانان مبتلا به BD است و به نظر می‌رسد بیشتر افرادی که در کودکی به این اختلال دچار شده‌اند در بزرگسالی نیز به آن مبتلا خواهند بود. مهم‌ترین محدودیت این پژوهش دسترسی نداشتن به همه افرادی بود که معیارهای ورود به طرح را داشتند. بسیاری از

- |                 |                |
|-----------------|----------------|
| 1- Faraone      | 2- Mennin      |
| 3- Ghaemi       | 4- Martin      |
| 5- Volkmar      | 6- Sajatovic   |
| 7- Davies       | 8- Hrouda      |
| 9- Goldstein    | 10- Lish       |
| 11- Dime-Meanan | 12- Whybrow    |
| 13- Price       | 14- Hirschfeld |
| 15- Perlis      | 16- Staton     |
| 17- Volness     | 18- Beatty     |



- children and adolescents with bipolar spectrum disorders. *Archives of General Psychiatry*, 63, 1139-1148.
- Barekatin, M., Tavakkoli, M., Molavi, H., Maroofi, M., & Salehi, M. (2007). Normality, reliability and validity of Young Mania Rating Scale. *Journal of Psychology*, 2, 150-166.
- Benazzi, F., & Akiskal, H. S. (2005). A down scaled practical measure of mood liability as a screening tool for bipolar II. *Journal of Affective Disorders*, 84, 225-232.
- Biederman, J., Faraone, S., Wozniak, J., Mick, E., Kwon, A., & Aleardi, M. (2004). Further evidence of unique developmental phenotypic correlates of pediatric bipolar disorder: Findings from a large sample of clinically referred pre-adolescent children assessed over the last 7 years. *Journal of Affective Disorders*, 82, S45-S58.
- Birmaher, B., & Axelson, D. (2006). Course and outcome of bipolar spectrum disorder in children and adolescents: A review of the existing literature. *Development and Psychopathology*, 18, 1023-1035.
- Bowring, M. A., & Kovacs, M. (1992). Difficulties in diagnosing manic disorders among children and adolescents. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 31, 611-614.
- Brotman, M. A., Schmajuk, M., Rich, B. A., Dickstein, D. P., Guyer, A. E., Costello, E. J., Egger, H. L., Angold, A., Pine, D. S., & Leibenluft, E. (2006). Prevalence of clinical correlates and longitudinal course of severe mood dysregulation in children. *Biological Psychiatry*, 60, 991-997.
- Carlson, G. A., Bromet, E. J., Driessens, C., Mojtabai, R., & Schwartz, J. E. (2002). Age at onset, childhood psychopathology, and 2-year outcome in psychotic bipolar disorder. *American Journal of Psychiatry*, 159, 307-309.
- Carlson, G. A. (2007). Who are the children with severe mood dysregulation? *American Journal of Psychiatry*, 164, 1140-1142.
- Endicott, J., & Spitzer, R. L. (1978). The schedules for affective disorders and schizophrenia. *Archives of General Psychiatry*, 35, 837-844.
- Faraone, S. V., Biederman, J., Mennin, D., Wozniak, J., & Spencer, T. (1997). Attention-deficit hyperactivity disorder with bipolar disorder: A familial subtype? *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 36, 1378-1387.
- Geller, B., & Cook, E. H. J. (2000). Ultradian rapid cycling in prepubertal and early adolescent bipolarity is not in

کسانی که در دسترس بودند نیز برای ارزیابی دوباره به بیمارستان نیامدند (57/8% موارد) و در سایر بیماران ارزیابی به کمک تلفن انجام شد. نکته دیگر این که تشخیص اولیه بیماران بیشتر بر پایه قضاوت بالینی روانپزشک بود و مصاحبه‌ها و پرسش‌نامه‌های ساختاریافته برای تشخیص‌گذاری و بررسی شدت علائم در زمان بستری به کار برده نشده بود. هم‌چنین نوع بررسی گذشته‌نگر بود و این امر می‌تواند از دقت اطلاعات به دست آمده بکاهد. پیشنهاد می‌شود بررسی‌های پی‌گیرانه آینده‌نگر به کمک ابزارهای دقیق‌تر در جمعیت مشابه انجام شود.

در مجموع این بررسی نشان داد که اختلال دوقطبی در کودکان و نوجوانان شباهت زیادی به این اختلال در بزرگسالان دارد. ثبات تشخیصی بالا نیز از این مسئله حمایت می‌کند و به نظر می‌رسد این اختلال همانند اختلال دوقطبی در بزرگسالان است، گرچه با توجه به سطح تکاملی ممکن است تظاهرات علائم متفاوت باشد. از سوی دیگر تحریک‌پذیری که علامت شایعی در این بیماران بود در اختلال‌های دیگری نیز دیده می‌شود. از این رو در ارزیابی بیماران تحریک‌پذیر باید بیشتر دقت شود و به علائم دیگر نیز توجه گردد. شیوع بالای اختلال‌های همراه نیز نیازمند ارزیابی و تشخیص دقیق این اختلال‌ها است؛ چون وجود این اختلال‌ها بر پیش‌آگهی و پاسخ به درمان بیماران مؤثر است.

## سپاسگزاری

این پژوهش با هزینه معاونت آموزشی دانشگاه علوم پزشکی تهران انجام شد. از بیماران و خانواده‌هایی که در این بررسی شرکت داشته‌اند تشکر و قدردانی می‌شود. [بنا به اظهار نویسنده مسئول مقاله، تعارض منافع وجود نداشته است].

## منابع

- Amini, H., Sharifi, V., Nejatisafa, A. A., Arbabi, M., Tabatabaie, M., Alimadadi, Z., Faridhosseini, F., Rafiei Milajerdi, M., Manouchehri, A., & Seddige, A. (2009). One year follow-up of patients with bipolar disorder admitted to Roozbeh Hospital. *Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology*, 15, 168-174. (Persian)
- Axelson, D., Birmahar, B., Strober, M., Gill, M. K., Valeri, S., Chiappetta, L., Ryan, N., Leonard, H., Hunt, J., Iyengar, S., Bridge, J., & Keller, M. (2008). Phenomenology of

- transmission disequilibrium with val/met COMT alleles. *Biological Psychiatry*, 47, 605-609.
- Geller, B., Tillman, R., Craney, J. L., & Bolhofner, K. (2004). Four-year prospective outcome and natural history of mania in children with a prepubertal and early adolescent bipolar disorder phenotype. *Archives of General Psychiatry*, 61, 459-467.
- Geller, B., Tillman, R., Bolhofner, K., & Zimmerman, B. (2008). Prospective continuity with adult bipolar disorder: Characteristics of second and third episodes predictors of 8-years outcome. *Archives of General Psychiatry*, 65, 1125-1133.
- Geller, B., Zimmerman, B., Williams, M., DelBello, M. P., Bolhofner, K., Craney, J. L., Frazier, J., Beringer, L., & Nickelsburg, M. (2002). DSM-IV mania symptoms in a prepubertal and early adolescent bipolar disorder phenotype compared to attention-deficit hyperactive and normal controls. *Journal of Child & Adolescent Psychopharmacology*, 12, 11-25.
- Goodwin, F. K., & Jamison, K. R. (1990). Manic-depressive illness. Oxford: Oxford University Press.
- Ghaemi, S. N. (2007). Defining the boundaries of childhood bipolar disorder. *American Journal of Psychiatry*, 164, 185-188.
- Goldstein, T. R., Birmaher, B., Axelson, D., Ryan, N. D., Strober, M. A., Gill, M. K., Valeri, S., Chiappetta, L., Leonard, H., Hunt, J., Bridge, J. A., Brent, D. A., & Keller, M. (2005). History of suicide attempts in pediatric bipolar disorder: Factors associated with increased risk. *Bipolar Disorders*, 7, 525-535.
- Hunt, J., Birmaher, B., Leonard, H., Strober, M., Axelson, D., Ryan, N., Yang, M., Gill, M., Dyl, J., Esposito-Smythers, C., Swenson, L., Goldstein, T., Goldstein, B., Stout, R., & Keller, M. (2009). Irritability without elation in a large bipolar youth sample: Frequency and clinical description. *Journal of American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 48, 730-739.
- Kaufman, J., Birmaher, B., Brent, D., Rao, U., Flynn, C., Moreci, P., Williamson, D., & Ryan, N. (1997). Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School Age Children-Present and Lifetime version (K-SADS-PL): Initial reliability and validity data. *Journal of American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 36, 980-988.
- Kaviani, H., Mousavi, A., Mohit, A. (2001). *Interview and mental scales*. Tehran: Sana Publications.
- Kovacs, M. (1992). *Children's Depression Inventory manual*. North Tonawanda, NY: Multi Health Systems.
- Kowatch, R. A., Fristad, M., Birmaher, B., Wagner, K. D., Findling, R. L., & Hellander, M. (2005). The Child Psychiatric Workgroup on bipolar disorder: Treatment guidelines for children and adolescents with bipolar disorder. *Journal of American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 44, 213-235.
- Kowatch, R. A., Youngstrom, E. A., Danielyan, A., & Findling, R. L. (2005). Review and meta-analysis of the phenomenology and clinical characteristics of mania in children and adolescents. *Bipolar Disorders*, 7, 483-496.
- Leibenluft, E., Charney, D. S., & Pine, D. S. (2003). Researching the pathophysiology of pediatric bipolar disorder. *Biological Psychiatry*, 53, 1009-1020.
- Lewinsohn, P. M., Seeley, J. R., Klein, D. N. (2003). Bipolar disorder in adolescents: Epidemiology and suicidal behavior. In: Geller, B.; DelBello, M.P.(Eds.), *Bipolar disorder in childhood and early adolescence*. New York: Guilford Press.
- Lish, J. D., Dime-Meenan, S., Whybrow, P. C., Price, R. A., & Hirschfeld, R. M. (1994). The National Depressive and Manic-depressive Association (DMDA) survey of bipolar members. *Journal of Affective Disorders*, 31, 281-294.
- Martin, A., & Volkmar, F. R. (2007). *Lewis's child and adolescent psychiatry: A comprehensive textbook*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Mc Cellan, J. (2005). Commentary: treatment guidelines for child and adolescent bipolar disorder. *Journal of American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 44, 236-239.
- Mick, E., Spencer, T., Wozniak, J., & Biederman, J. (2005). Heterogeneity of irritability in ADHD subjects with and without mood disorders. *Biological Psychiatry*, 58, 576-582.
- Mohammadi, M. R., Davidian, H., Noorbala, A. A., Malekafzali, H., Naghavi, H. R., Pouretmad, H. R., Bagheri Yazdi, S.A., Rahgozar, M., Alaghebandrad, J., Amini, H., Razzaghi, E.M., Mesgarpour, B., Soori, H., Mohammadi, M., & Ghanizadeh, A. (2005). An epidemiological survey of psychiatric disorders in Iran. *Clinical Practice and Epidemiology in Mental Health*, 1,16 (Persian).
- Nagin, D. S., & Tremblay, R. E. (2001). Parental and early childhood predictors of persistent physical aggression in boys from kindergarten to high school. *Archives of General Psychiatry*, 58, 389-394.

- Newcorn, J. H., Halperin, J. M., & Miller, C. L. (2000). *Comorbidity of attention deficit disorders with oppositionality and aggression, in attention-deficit disorders and comorbidities in children, adolescents, and adults*. In T. E. Brown (Ed.). Washington: American Psychiatric Press.
- Olsson, G. I., & von Korryng, A. L. (1999). Adolescent depression: Prevalence in Swedish high school students. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 99, 324-331.
- Pauls, D. L., Morton, L. A., & Egeland, J. (1992). A risk of affective illness among first-degree relatives of bipolar I old-order Amish probands. *Archives of General Psychiatry*, 49, 703-708.
- Pavuluri, M. N., Birmaher, B., & Naylor, M. (2005). Pediatric bipolar disorder: A review of the past 10 years. *Journal of American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 44, 846-871.
- Perlis, R. H., Miyahara, S., Marangell, L., Wisniewski, S. R., Ostacher, M., DelBello, M. P., Bowden, C. L., Sachs, G. S., & Nierenberg, A. A. (2004). Long-term implications of early onset in bipolar disorder: Data from the first 1000 participants in the systematic treatment enhancement program for bipolar disorder (STEP-BD). *Biological Psychiatry*, 55, 875-881.
- Sadock, B. J., & Sadock, V. A. (2003). *Synopsis of psychiatry*. (9th ed.) Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Sajatovic, M., Davies, M., & Hrouda, D. R. (2004). Enhancement of treatment adherence among patients with bipolar disorder. *Psychiatric Services*, 55, 264-269.
- Shaffer, D., Gould, M., Braise, J., Ambroshini, P., Fisher, P., Bird, H., & Aluwahlia, S. (1983). Children's Global Assessment Scale (CGAS). *Archives of General Psychiatry*, 40, 1228-1231.
- Shafiee, K., Barakatain, M., Bashardoost, N., & Mahmoodi, J. (2003). The rate of clinical response of oral loading sodium valproate in acutely manic patient. *Research in Medical Sciences*, 8, 25-29.
- Shahrivar, Z., Kousha, M., Moallemi, S., Tehrani-Doost, M., & Alaghband-Rad, J. (2010). The reliability and validity of Kiddie-Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia-Present and Life-time Version-Persian Version. *Child and Adolescent Mental Health*, 15, 97-102.
- Shahrivar, Z., Alaghbandrad, J., & Shirazi, E. (2006). Does attention deficit hyperactivity disorder affect clinical characteristics of mania in children and adolescents? *Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology*, 12, 197-203 (in Persian).
- Shaw, J. A., Egeland, J. A., Endicott, J., & Hostetter, A. M. (2005). A 10-years prospective study of prodromal patterns of bipolar disorder among Amish youth. *Journal of American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 44, 1104-1111.
- Shirazi, E., & Shahrivar, Z. (2009). Diagnostic debates of childhood bipolar disorder: From the formal diagnostic criteria to the severe mood dysregulation. *Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology*, 15, 128-146 (in Persian).
- Shirazi, E., Zarei, M., & Shahrivar, Z. (2008). Sub-threshold signs and symptoms of mania in the premorbid phase of the first manic episode: A retrograde study. *Journal of Affective Disorders*, 107 (Suppl. 1), S101-S101.
- Staton, D., Volness, L. J., & Beatty, W. W. (2008). Diagnosis and classification of pediatric bipolar disorder. *Journal of Affective Disorders*, 105, 205-212.
- Strober, M., Morrell, W., & Burroughs, J. (1998). A family study of bipolar I disorder in adolescence: Early onset of symptoms linked to increased familial loading and lithium resistance. *Journal of Affective Disorders*, 15, 255-268.
- Wozniak, J., Biederman, J., Kwon, A., Mick, E., Faraone, S., Orlovsky, K., Schnare, L., Cargol, C., & van Grondelle, A. (2005). How cardinal are cardinal symptoms in pediatric bipolar disorder? An examination of clinical correlates. *Biological Psychiatry*, 58, 583-588.
- Wozniak, J., Biederman, J., Monuteaux, M. C., Richards, J., & Faraone, S. V. (2002). Parsing the comorbidity between bipolar disorder and anxiety disorders: A familial risk analysis. *Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology*, 12, 101-111.
- Young, R. C., Biggs, J. T., Ziegler, V. E., & Meyer, D. A. (1978). A rating scale for mania: Reliability, validity and sensitivity. *British Journal of Psychiatry*, 133, 429-443.
- Youngstorm, E. A., Youngstorm, J. K., & Starr, M. (2005). Bipolar diagnoses in community mental health: Achenbach CBCL profiles and patterns of comorbidity. *Biological Psychiatry*, 58, 569-575.