

## آیا اختلال بیش‌فعالی با کمبود توجه در ویژگی‌های بالینی مانیای کودکان و نوجوانان مؤثر است؟

دکتر زهرا شهریور\*، دکتر جواد علاقبندراد\*\*، دکتر الهام شیرازی\*\*\*

### چکیده

**هدف:** این بررسی با هدف تعیین اثرات همبودی با اختلال بیش‌فعالی با کمبود توجه (ADHD) بر ویژگی‌های بالینی اختلال دوقطبی (BPD) در کودکان و نوجوانان بستری در بیمارستان، انجام شد.

**روش:** ویژگی‌های بالینی ۲۰ کودک و نوجوان ۶-۱۸ ساله مبتلا به BPD، بر پایه مصاحبه تشخیصی K-SADS و تشخیص بالینی دو روانپزشک کودک و نوجوان، در دو گروه با و بدون ADHD ارزیابی و مقایسه شد.

**یافته‌ها:** ۳۵٪ بیماران سابقه ADHD داشتند. بروز BPD در گروه BPD+ADHD زودتر بود. میزان اختلال‌های همبود نیز در این گروه بالاتر از گروه BPD خالص بود.

**نتیجه‌گیری:** به نظر می‌رسد افراد مبتلا به BPD+ADHD گروه ویژه‌ای از بیماران دوقطبی هستند؛ در این گروه بیماری‌های همراه فراوان‌تر، سن بروز مانیا پایین‌تر و چگونگی شروع بیماری بیشتر به شکل تحت حاد می‌باشد. بنابراین ممکن است ADHD پیش‌درآمد اختلال دوقطبی در کودکان و نوجوانان باشد.

**کلیدواژه:** اختلال دوقطبی، مانیا، اختلال بیش‌فعالی با کمبود توجه، کودکان، نوجوانان

### مقدمه

اختلال‌های همزمان بر پیش‌آگهی بیماری و تصمیم‌گیری‌های مربوط به مراقبت‌های بهداشتی مؤثر می‌باشند. یکی از اختلال‌های شایع همراه با ADHD، اختلال خلقی دوقطبی<sup>۶</sup> (BPD) است (بیدرمن<sup>۷</sup>، ۱۹۹۵). وست-اسکات<sup>۸</sup>، استراکوفسکی<sup>۹</sup>، ساکس<sup>۱۰</sup> و مک‌الروی<sup>۱۱</sup> (۱۹۹۶) ۳۶ نوجوان ۱۸-۱۲ ساله بستری دچار حمله حاد مانیا را از نظر وجود

بررسی‌های انجام شده در زمینه روانپزشکی کودک و نوجوان تأکید فراوانی بر وجود زیرگروه‌هایی از اختلال بیش‌فعالی با کمبود توجه<sup>۱</sup> (ADHD) دارند که با توجه به اختلال‌های همبود با آن مشخص می‌شوند (باتلر<sup>۲</sup>، آردوندو<sup>۳</sup> و مک‌کلاسی<sup>۴</sup>، ۱۹۹۵؛ پلیسکا<sup>۵</sup>، ۱۹۹۸). از این رو، وجود

\* روانپزشک، استادیار دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی-درمانی تهران. تهران، خیابان کارگر جنوبی، بیمارستان روزبه. فاکس: ۵۵۴۱۹۱۱۳-۰۲۱. نویسنده مسئول. E-mail: sharivar@tums.ac.ir

\*\* روانپزشک، دانشیار دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی-درمانی تهران.

\*\*\* روانپزشک، استادیار دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی-درمانی ایران، مرکز تحقیقات بهداشت روان.

1- Attention Deficit Hyperactivity Disorder 2- Butler  
3- Arredondo 4- McCloskey 5- Pliszka  
6- bipolar disorder 7- Biederman 8- West-Scott  
9- Strakowski 10- Sax 11- McElroy

نمره‌های کودکان مانیک در مقیاس نمره‌گذاری مانیا بالاتر است (فریستاد<sup>۳۴</sup>، ولر<sup>۳۵</sup> و ولر، ۱۹۹۲).

یکی از دشواری‌های بررسی مانیای پیش از بلوغ افتراق آن از ADHD است (بیدرمن، ۱۹۹۸؛ کلاین<sup>۳۶</sup>، پاین<sup>۳۷</sup> و کلاین، ۱۹۹۸). به بیان دیگر، بیشتر موارد مانیای پیش از بلوغ با ADHD همراه است (کارلسون<sup>۳۸</sup>، ۱۹۹۸). همبودی این دو اختلال می‌تواند به این موارد مربوط باشد: ۱- ADHD با مانیا اشتباه می‌شود (کلاین و همکاران، ۱۹۹۸)، ۲- مانیا با ADHD اشتباه می‌شود (بیدرمن، ۱۹۹۸)، ۳- یک اختلال به دنبال دیگری ایجاد می‌شود (آنگولد<sup>۳۹</sup>، کاستلو<sup>۴۰</sup> و ارکانلی<sup>۴۱</sup>، ۱۹۹۹)، ۴- هر دو اختلال در عامل یا عوامل خطر زمینه‌ای، مشترکند (هارینگتون<sup>۴۲</sup> و میات<sup>۴۳</sup>، ۲۰۰۳).

برخی بررسی‌ها کودکان دچار ADHD همراه با BPD را از نظر خانوادگی با سایر کودکان مبتلا به ADHD متفاوت گزارش کرده‌اند (بیدرمن، فارائون، کینان<sup>۴۴</sup> و تسوانگ<sup>۴۵</sup>، ۱۹۹۱) که ممکن است یک زیرگروه خانوادگی ویژه را تشکیل دهند (وزنیاک، بیدرمن، کیلی<sup>۴۶</sup> و آبلون<sup>۴۷</sup>، ۱۹۹۵).

در این بررسی، میزان ADHD در کودکان و نوجوانانی که با تشخیص حمله حاد مانیا یا هیپومانیا در بیمارستان بستری شده بودند، ارزیابی شد. هدف اصلی، انجام ارزیابی‌های اولیه برای کشف اثرات احتمالی همبودی با ADHD بر ویژگی‌های بالینی بیماران دچار BPD بود.

اختلال‌های همبود بررسی نمودند. ۸۶٪ این افراد دست کم به یک اختلال دیگر مبتلا بودند (ADHD: ۶۹٪). گرچه شمار زیادی از پژوهشگران درجه بالایی از همبودی را میان BPD و ADHD مطرح می‌کنند (بیدرمن، ۱۹۹۵؛ گلر<sup>۱</sup> و همکاران، ۱۹۹۵؛ وزنیاک<sup>۲</sup>، بیدرمن، ماندی<sup>۳</sup>، منین<sup>۴</sup> و فارائون<sup>۵</sup>، ۱۹۹۵؛ فارائون، بیدرمن، وزنیاک و ماندی، ۱۹۹۷)، در برخی بررسی‌ها چنین یافته‌ای به دست نیامده است (کواکنباش<sup>۶</sup>، کوچر<sup>۷</sup>، رابرتسون<sup>۸</sup>، بولوس<sup>۹</sup> و چابان<sup>۱۰</sup>، ۱۹۹۶؛ ردی<sup>۱۱</sup>، گیریماجی<sup>۱۲</sup> و اسرینات<sup>۱۳</sup>، ۱۹۹۷؛ دافی<sup>۱۴</sup>، آلد<sup>۱۵</sup>، کوچر، فوسی<sup>۱۶</sup> و گروف<sup>۱۷</sup>، ۱۹۹۸).

سرینات، جاناردهان<sup>۱۸</sup>، گیریماجی، سشمادری<sup>۱۹</sup> و ساباکریشنا<sup>۲۰</sup> (۱۹۹۸) در یک بررسی آینده‌نگر روی کودکان و نوجوانان مبتلا به BPD در هندوستان، تنها اختلال سلوک را به عنوان اختلال همراه معرفی کردند. از طرفی، تنها در ۶/۸٪ از بیماران دوقطبی و ۱۰٪ از بیماران یک قطبی که خلقشان تثبیت شده بود، سابقه ADHD گزارش شده (رابرتسون، کوچر، لگوکا<sup>۲۱</sup>، ۲۰۰۳) و در یک کارآزمایی با لیتیوم در نوجوانان مبتلا به مرحله حاد مانیا (کافانتاریس<sup>۲۲</sup>، کولتی<sup>۲۳</sup>، دیگر<sup>۲۴</sup>، پادولا<sup>۲۵</sup> و کین<sup>۲۶</sup>، ۲۰۰۳) میزان همبودی با ADHD ۲۳/۳٪ بوده است.

در گزارشی ۱۵٪ افراد زیر سن بلوغ که به یک درمانگاه کودکان ارجاع شده بودند تشخیص مانیا گرفتند. این امر نشان‌دهنده شیوع بالاتر از انتظار اختلال خلقی دوقطبی در این جمعیت سنی است (اسپنسر<sup>۲۷</sup>، بیدرمن، وزنیاک و ویلنز<sup>۲۸</sup>، ۲۰۰۰). با وجود این، برخی بررسی‌های جمعیت‌شناختی در انگلستان هیچ موردی از مانیا را در این گروه گزارش نکرده‌اند (ملترز<sup>۲۹</sup>، گودمن<sup>۳۰</sup>، فورد<sup>۳۱</sup>، سیمونز<sup>۳۲</sup> و گاتوارد<sup>۳۳</sup>، ۲۰۰۰). از این رو مانیای پیش از بلوغ هنوز مفهومی مورد مناقشه است. کیفیت متفاوت علامت‌شناسی BPD در کودکان نسبت به بزرگسالان، که با تحریک‌پذیری شدید مداوم و انفجاری، تظاهرات مختلط و سیر مزمن همراه است و نیز میزان بالای اختلال‌های همبود مانند ADHD، اختلال سلوک، اختلال‌های اضطرابی و سایکوز، چهره بالینی آن را مغشوش می‌کند. از طرفی، علایمی مانند حواس‌پرتی، تکانشگری، پرفعالیتی و نوسانات خلقی ویژگی هر دو اختلال ADHD و BPD است (اسپنسر و همکاران، ۲۰۰۰)؛ کودکان مبتلا به مانیا نمره‌هایی همانند کودکان دچار ADHD در مقیاس کانرز می‌گیرند، اما

1- Geller	2- Wozniak
3- Mundy	4- Mennin
5- Faraone	6- Quackenbush
7- Kutcher	8- Robertson
9- Boulos	10- Chaban
11- Reddy	12- Girimaji
13- Srinath	14- Duffly
15- Alda	16- Fucose
17- Grof	18- Janardhan
19- Seshadri	20- Subbakrishna
21- Legoca	22- Kafantaris
23- Coletti	24- Dicker
25- Padula	26- Kane
27- Spencer	28- Wilens
29- Meltzer	30- Goodman
31- Ford	32- Simmons
33- Gatward	34- Fristad
35- Weller	36- Klein
37- Pine	38- Carlson
39- Angold	40- Costello
41- Erkanli	42- Harrington
43- Myatt	44- Keenan
45- Tsuang	46- Kiely
47- Ablon	

## روش

کودکان و نوجوانان ۱۸-۶ ساله‌ای که در بخش‌های روانپزشکی کودک و نوجوان دو بیمارستان امام حسین (ع) و روزبه با شکایت از علایم مانیا بستری شده بودند، در صورت داشتن اختلال خلقی دو قطبی بر پایه معیارهای DSM-IV (انجمن روانپزشکی آمریکا<sup>۱</sup>، ۱۹۹۴) و تشخیص دو روانپزشک فوق تخصص کودک و نوجوان، در طرح وارد می‌شدند. از دی ماه ۱۳۷۸ تا خرداد ماه ۱۳۷۹ (به مدت شش ماه)، از ۸۰ کودک و نوجوانی که به دلایل مختلف در این دو بخش بستری شده بودند، ۲۳ نفر با تشخیص BPD بررسی شدند. این افراد به مدت شش هفته طرح را دنبال کردند. سه نفر به دلیل ترخیص زودرس از بررسی کنار رفتند. رضایت‌نامه کتبی در مورد همکاری بیماران با طرح پژوهشی از پدران و مادران آنان گرفته شد. تشخیص BPD به کمک مصاحبه نیمه ساختاریافته K-SADS<sup>۲</sup> (آمبوروسینی<sup>۳</sup>، ۲۰۰۰) تأیید می‌شد. تشخیص ADHD بر پایه تاریخچه قبلی که از گزارش‌های مدرسه، خانواده و سوابق پزشکی گرفته می‌شد، به دست می‌آمد. در مصاحبه‌های انجام شده سن بروز BPD، شمار حملات، بستری‌های پیشین، تاریخچه سوء مصرف مواد و سایر تشخیص‌های همبود نیز ارزیابی می‌شد. پایایی بین گزارشگر با کاپای بالای ۰/۹۰ محاسبه شد.

برای ارزیابی شدت اختلال عملکرد، مقیاس ارزیابی کلی کودکان<sup>۴</sup> (CGAS) به کار برده شد که کیفیت عملکرد فرد را در زمان پیش از پیدایش بیماری، زمان بستری و ترخیص معین می‌کرد. وجود شدت علائم مانیا، افسردگی و اضطراب در زمان بستری به کمک مقیاس نمره گذاری مانیا یانگ<sup>۵</sup> (YMRS) (یانگ، ۱۹۷۸)، مقیاس نمره گذاری افسردگی همیلتون<sup>۶</sup> (HAM-D) (همیلتون، ۱۹۶۰) و مقیاس نمره گذاری اضطراب همیلتون<sup>۷</sup> (HAM-A) (همیلتون، ۱۹۵۹) ارزیابی می‌شد. علایم مانیا به صورت هفتگی توسط YMRS دنبال می‌شد.

K-SADS (آمبوروسینی، ۲۰۰۰) یک مصاحبه تشخیصی نیمه ساختاریافته است که هم با کودک و هم با پدر و مادر انجام می‌شود و برای کودکان و نوجوانان ۱۸-۶ ساله با بهره هوشی طبیعی مناسب است. پایایی تشخیصی بین گزارشگران و به روش بازآزمایی برای اختلال‌های گوناگون خوب تا عالی (۰/۹۱-۰/۶۴) برای تشخیص فعلی و ۱-۰/۵۱ برای تشخیص طول عمر) گزارش شده است. ضریب همبستگی

درونی این ابزار با در نظر گرفتن ابزارهایی چون بک، همیلتون و کواکس (تشخیص افسردگی اساسی) به ترتیب ۰/۹۰، ۰/۸۲ و ۰/۸۹ می‌باشد. ارقام مشابهی در مقایسه یافته‌های این ابزار با پرسش‌نامه‌هایی چون فهرست رفتاری کودکان<sup>۸</sup> (CBCL) در مورد سایر اختلال‌ها به دست آمده است (آمبوروسینی، ۲۰۰۰).

مقیاس ارزیابی کلی کودکان (CGAS) (آمبوروسینی، ۲۰۰۰) از مقیاس ارزیابی کلی برای بزرگسالان<sup>۹</sup> گرفته شده است (شفر<sup>۱۰</sup>، گود<sup>۱۱</sup> و برازیک<sup>۱۲</sup>، ۱۹۸۳). این مقیاس سطح عملکرد کلی فرد را طی دو هفته گذشته، در هنگام شدیدترین حمله اختلال روانپزشکی و سال گذشته می‌سنجد. این یک مقیاس معتبر کمی می‌باشد که ارزیابی درمانگران را از اختلال کلی کودکان، در مراحل مختلف بیماری مقایسه می‌نماید. CGAS دارای ضریب همسانی درونی ۰/۸۴ و پایایی ۰/۸۷ می‌باشد و روایی تشخیصی آن در سطح ۰/۰۰۱ معنی دار است (برد<sup>۱۳</sup>، اندروز<sup>۱۴</sup> و شواب-استون<sup>۱۵</sup>، ۱۹۹۶).

مقیاس نمره گذاری مانیا یانگ (YMRS) (یانگ، ۱۹۷۸) ابزاری است برای تعیین علایم مانیا و تظاهرات روان پریشانه همراه با آن. شکل تعدیل شده آن ۲۸ مورد از علایم مانیا را با پاسخ‌های شش گزینه‌ای که شدت آن از صفر تا پنج نمره گذاری می‌شوند می‌سنجد. این موارد بر پایه مشاهده در هنگام مصاحبه بالینی، گزارش کارکنان بخش و گزارش فرد بیمار تعیین می‌گردد (کاپلان<sup>۱۶</sup> و شاختر<sup>۱۷</sup>، ۱۹۹۳). یانگ، بیگر<sup>۱۸</sup>، زایگلر<sup>۱۹</sup> و مه‌یر<sup>۲۰</sup> (۱۹۷۸) همبستگی درونی ابزار را خوب و پایایی آن را نیز نسبتاً خوب گزارش کرده است.

مقیاس نمره گذاری افسردگی همیلتون (HAM-D) (همیلتون، ۱۹۶۰) دارای ۲۴ ماده است. نمره گذاری هر ماده آن از صفر تا چهار و نمره کلی آن از صفر تا ۷۶ در نوسان

- 1- American Psychiatric Association
- 2- Kiddie Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School-age Children, Epidemiologic Version
- 3- Amborosini
- 4- Children's Global Assessment Scale (CGAS)
- 5- Young Mania Rating Scale
- 6- Hamilton Rating Scale for Depression
- 7- Hamilton Anxiety Rating Scale
- 8- Children's Behavior Checklist
- 9- The Global Assessment Scale for Adults
- 10- Shaffer
- 11- Gould
- 12- Brasic
- 13- Bird
- 14- Andrews
- 15- Schwab-Ston
- 16- Kaplan
- 17- Schachter
- 18- Biggs
- 19- Ziegler
- 20- Meyer

مختلط (۵۱/۷٪) و در گروه دوم دچار مانیای تبییک (۶۲/۲٪) بودند.

میزان همبودی در بیماران گروه BPD+ADHD نسبت به گروه BPD بدون ADHD بالاتر بود. ۱۰۰٪ از آزمودنی‌های گروه BPD+ADHD (جدا از همبودی با ADHD) و ۶۱/۵٪ از گروه BPD دارای اختلال‌های همراه بودند و از این نظر دو گروه تفاوت معنی‌دار داشتند (p<۰/۰۱). شایع‌ترین اختلال روانپزشکی در هر دو گروه اختلال وسواسی-اجباری بود (۷۱٪ در گروه اول، ۳۸٪ در گروه دوم). سایر اختلال‌های همبود به ترتیب عبارت بودند از: اختلال‌های اضطرابی (۴۳٪، ۳۱٪)، اختلال تیک (۲۹٪، ۷/۷٪)، اختلال مصرف مواد (۲۹٪، ۱۵٪)، اختلال بی‌اعتنایی مقابله‌جویی (۲۹٪، ۷/۷٪)، اختلال افسردگی اساسی (۱۴٪، ۲۳٪) و اختلال سلوک (۰٪، ۷/۷٪). دو گروه تفاوت معنی‌داری از نظر میانگین نمره کلی YMRS نشان ندادند، اما این نمره‌ها پس از درمان دارویی کاهش چشم‌گیر یافتند (p<۰/۰۰۱). تفاوت معنی‌داری نیز در نمره‌های مقیاس‌های اضطراب و افسردگی همیلتون، میزان داروهای روان‌گردان تجویز شده، مدت بستری و شدت علائم به‌دست نیامد (جدول ۲). میانگین و انحراف معیار دو گروه آزمودنی‌های پژوهش در سایر ابزارهای به‌کار برده شده نیز در جدول ۲ نشان داده شده است.

جدول ۱- ویژگی‌های بالینی بیماران مبتلا به اختلال دو قطبی (BPD) (n=۲۰)

نمره	گروه بدون ADHD (n=۱۳)	گروه ADHD (n=۷)	ویژگی‌های بالینی
			<b>شکل بروز</b>
۰/۴۵	۵۳/۸٪	۲۸/۶٪	حاد
۰/۰۵	۴۶/۲٪	۷۱/۴٪	تحت حاد
			<b>نوع حمله خلقی</b>
*۳/۶	۳۰/۸٪	۵۷/۱٪	مختلط
	۶۹/۲٪	۴۲/۹٪	مانیای تبییک
	۶۱/۵٪	۷۱/۴٪	علائم سایکوتیک
	۰٪	۴۲/۹٪	حملات قبلی مانیا (۱-۲)

\*p<۰/۰۰۵, 1- bipolar disorder, 2- attention deficit hyperactivity disorder

است. پایایی درونی ابزار خوب تا عالی، پایایی تشخیصی بین گزارش‌گران نیز عالی و روایی آن در ارتباط با سایر مقیاس‌های مربوط به علائم افسردگی خوب گزارش شده است (همان‌جا).

مقیاس نمره‌گذاری اضطراب همیلتون (HAM-A) ابزاری است که به درمانگر کمک می‌کند میزان اضطراب و حالت‌های مربوط به آن را ارزیابی کند. دارای ۱۴ ماده است که هر یک از صفر تا چهار نمره می‌گیرند (همیلتون، ۱۹۵۹). پایایی درونی آن در مجموع خوب، پایایی تشخیصی بین گزارش‌گران عالی و پایایی آن به روش بازآزمایی با یک سال فاصله متوسط می‌باشد (همان‌جا).

داده‌های پژوهش به کمک آزمون‌های خی دو و t تحلیل شدند.

## یافته‌ها

هفت نفر (۳۵٪) از ۲۰ بیماری که تشخیص BPD داشتند، دارای معیارهای ADHD نیز بودند. سن متوسط گروه BPD+ADHD ۱۵ سال (انحراف معیار ۱/۷) و شامل دو نفر مذکر و پنج نفر مؤنث بودند. میانگین سنی گروه BPD بدون ADHD ۱۵/۲ سال (انحراف معیار ۲/۵) بود و شش نفر از آزمودنی‌های این گروه مذکر و هفت نفر مؤنث بودند. دو گروه تفاوت معنی‌داری از نظر ویژگی‌های جمعیت شناختی نداشتند.

سن بروز حمله مانیا در گروهی که هر دو اختلال را داشتند (۱۳ سالگی، انحراف معیار ۳/۰۵) نسبت به گروه BPD (۱۴/۸ سالگی، انحراف معیار ۲/۴) پایین‌تر بود. میانگین سن گروه ADHD در زمان بستری، ۱۵ سال (انحراف معیار ۱/۷) و در گروه بدون ADHD ۱۵/۲ سال (انحراف معیار ۲/۵) بود. در گروه اول حمله مانیا به شکل تحت حاد (بروز علائم طی سه ماه) (۷۱/۴٪) اما در گروه دوم به صورت حاد (بروز علائم طی یک هفته) (۵۳/۸٪) تجربه شده بود (جدول ۱)، اما تفاوت معنی‌دار نبود. گروه BPD+ADHD دست کم یک تا دو حمله مانیا را پیش از بستری شدن تجربه کرده بودند (p<۰/۰۰۵). سه نفر (۲۳٪) از گروه BPD و یک نفر (۱۴/۱٪) از گروه BPD+ADHD پیش از بروز مانیا دچار یک حمله افسردگی اساسی شده بودند و در فاصله این دو حمله خلقی معمولی داشتند. بیشتر افراد مورد بررسی دچار علائم سایکوتیک بودند. در گروه اول بیشتر افراد دارای علائم

جدول ۲- میانگین و انحراف معیار نمره‌های آزمودنی‌های دو گروه ADHD و بدون ADHD بر حسب ابزار به کار برده شده

نمره t	میانگین (انحراف معیار)	میانگین (انحراف معیار)
<b>نمره CGAS<sup>۱</sup></b>		
۲/۸	(۷/۹) ۷۷/۵	(۶/۹) ۷۱/۴
*۲/۲	(۲۵/۷) ۲۵/۷	(۷/۹) ۱۴/۳
*۴/۴	(۱/۲) ۱/۳	(۰/۷۶) ۳/۳
<b>نمرات کلی ابزارهای گزارشگری</b>		
۰/۲۸	(۱۲/۸) ۴۱/۸	(۱۳/۳) ۳۸/۹۶
۱/۱	(۴/۸) ۵/۹	(۳/۳) ۸
۰/۰۷	(۵/۵) ۸	(۳/۳) ۷/۸

\*p<۰/۰۵, \*\*p<۰/۰۰۱, 1- Childrens' Global Assessment Scale, 2- Young Mania Rating Scale, 3- Hamilton Anxiety Rating Scale, 4- Hamilton Rating Scale for Depression

## بحث

این بررسی میزان شیوع ADHD را در کودکان و نوجوانانی که به دلیل ابتلا به مانیا بستری شده بودند ۳۵٪ نشان داد. وست-اسکات و همکاران (۱۹۹۶) میزان شیوع این اختلال را ۶۹٪، کافانتاریس و همکاران (۲۰۰۳) ۲۳/۳٪ و رابرتسون و همکاران (۲۰۰۳) ۶/۸٪ گزارش نمودند. بررسی حاضر نشان داد که گروه BPD+ADHD (جدا از همبودی با ADHD) بیشتر از گروه BPD دارای اختلال‌های همراه بودند (۱۰۰٪ در برابر ۶۱/۵٪) و از این نظر دو گروه تفاوت معنی دار داشتند. شایع‌ترین اختلال همبود در هر دو گروه اختلال‌های اضطرابی به ویژه اختلال وسواسی-اجباری بود. در بررسی وست-اسکات و همکاران (۱۹۹۶) میزان همبودی ۸۶٪ گزارش شد که از نتیجه به دست آمده در این بررسی کمتر است. شیوع ۳۱٪ اختلال‌های اضطرابی در بررسی وست-اسکات (همان‌جا) نیز با شیوع ۷۱٪ در بررسی حاضر تفاوت زیادی دارد. بر پایه یافته‌های بررسی حاضر که تشخیص BPD چند سال پس از وجود ADHD عنوان شده بود، به نظر می‌رسد که وجود نشانگان ADHD به‌طور معکوس با سن بروز BPD ارتباط دارد؛ هر چه سن بروز مانیا پایین‌تر باشد، احتمال این که بیماری، خود را با مشکلات رفتاری آشکار سازد بیشتر است.

بررسی‌ها نشان داده‌اند که مانیای زودرس یک سیر مزمن و غیر حمله‌ای دارد (بیدرمن، میک<sup>۱</sup> و فاراتون، ۲۰۰۰؛ باورینگ<sup>۲</sup> و کواکس<sup>۳</sup>، ۱۹۹۲). در بررسی حاضر، در بیماران BPD+ADHD که سن بروز پایین‌تری داشتند، اغلب مانیا با سیر تحت حاد شروع شده بود و در سابقه آنها دست کم یک تا دو حمله و بستری پیشین به چشم می‌خورد، اما گروه BPD معمولاً بدون سابقه قبلی مانیا و در حال تجربه حمله حاد فعلی بودند. بنابراین شاید بتوان گفت که علائم ADHD پیش‌درآمدی از حمله مانیاست.

هم‌سو با یافته‌های پیشین (وست-اسکات، مک‌الروئی، استراکوفسکی، کک<sup>۴</sup> و مک‌کانویل<sup>۵</sup>، ۱۹۹۵)، یافته‌های بررسی حاضر علائم بیشتر روانپزشکی و تظاهرات حمله مختلط را در بیماران BPD که سابقه ADHD داشتند تأیید می‌کند.

یکی از محدودیت‌های این بررسی شمار کم حجم نمونه و در نظر گرفتن بیمارانی است که بستری بودند. از سوی دیگر، بسیاری از والدین تمایل ندارند کودکان پیش دبستانی یا دبستانی آنان در یک بخش روانپزشکی بستری شوند. بنابراین بیشتر آزمودنی‌های بررسی حاضر از گروه سنی نوجوان انتخاب شده‌اند و قابل تعمیم به کودکان نمی‌باشد. در دست‌نبودن ملاک‌های روان‌سنجی برخی از ابزارهای به کار برده شده در این پژوهش در ایران، از محدودیت‌های دیگر پژوهش حاضر به‌شمار می‌رود.

افتراق بیماران دچار ADHD از افراد BPD و از کسانی که مبتلا به اختلال‌های همبود دیگر می‌باشند، در انتخاب درمان دارویی مناسب ضروری است. تثبیت خلق ممکن است پیش‌نیاز درمان دارویی موفق ADHD در کودکانی باشد که هم‌زمان با ADHD به علائم مانیا نیز مبتلا می‌باشند (بیدرمن و همکاران، ۱۹۹۹).

## سپاسگزاری

بدین وسیله از بیماران و خانواده‌های ایشان که در اجرای پژوهش همکاری داشته‌اند قدردانی می‌شود.

دریافت مقاله: ۱۳۸۳/۶/۱۸؛ دریافت نسخه نهایی: ۱۳۸۳/۹/۱

پذیرش مقاله: ۱۳۸۳/۱۰/۹

1- Mick  
3- Kovacs  
5- McConville

2- Bowring  
4- Keck

- Amorosini, P. J. (2000). Historical development and present status of the Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for school age children (K-SADS). *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 39, 49-58.
- Angold, A., Costello, E. J., & Erkanli, A. (1999). Comorbidity. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 40, 57-87.
- Biederman, J. (1995). Developmental subtypes of juvenile bipolar. *Harvard Review of Psychiatry*, 3, 227-230.
- Biederman, J. (1998). Mania is mistaken for ADHD in prepubertal children. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 37, 1091-1093.
- Biederman, J., Faraone, S. V., Keenan, K., & Tsuang, M. T. (1991). Evidence of familial association between ADHD and major affective disorders. *Archives of General Psychiatry*, 48, 633-642.
- Biederman, J., Faraone, S. V., Milberger, S., Guite, J., Mick, E., Chen, L., Mennin, D., Marss, A., Queller, C., Moore, P., Spencer, T., Norman, D., Wilence, T., Kreis, I., & Perrin, J. (1996). A prospective 4-year follow up study of ADHD and related disorders. *Archives of General of Psychiatry*, 53, 437-446.
- Biederman, J., Mick, E., & Faraone, S. V. (2000). Pediatric mania: A developmental subtype of bipolar disorder? *Biological Psychiatry*, 48, 458-466.
- Biederman, J., Mick, E., Prince, J., Bostic, J. Q., Wilenc, T. E., Spencer, T., Wozniak, J., & Faraone, S. V. (1999). Systematic chart review of the pharmacologic treatment of comorbid attention deficit hyperactivity disorder in youth with bipolar disorder. *Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology*, 9, 247-256.
- Bird, H. R., Andrews, H., & Schwab-Stone, M. (1996). Global measurement of impairment for epidemiological and clinical use with children and adolescents. *International Journal of Methods in Psychiatric Researches*, 6, 295-307.
- Borchardt-Carrie, M., & Bernstein-Gail, A. (1995). Comorbid disorders in hospitalized bipolar adolescents compared with unipolar depressed adolescents. *Child Psychiatry and Human Development*, 26, 11-18.
- Bowring, M. A., & Kovacs, M. (1992). Difficulties in diagnosing manic disorders among children and adolescents. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 31, 611-614.
- Butler, S. F., Arredondo, D. E., & McCloskey, V. (1995). Affective comorbidity in children and adolescents with ADHD. *Annals of Clinical Psychiatry*, 7, 51-55.
- Carlson, G. A. (1998). Mania and ADHD, comorbidity or confusion. *Journal of Affective Disorders*, 51, 177-187.
- Duffy, A., Alda, M., Kutcher, S., Fusee, C., & Grof, P. (1998). Psychiatric symptoms and syndromes among adolescents & children of parents with lithium-responsive or lithium-nonresponsive bipolar disorder. *American Journal of Psychiatry*, 155, 431-433.
- Faraone, S. V., Biederman, J., Wozniak, J., & Mundy, E. (1997). Is comorbidity with ADHD a marker for juvenile-onset mania? *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 36, 1046-1055.
- Fristad, M. A., Weller, E. B., & Weller, R. A. (1992). The MRS: can it be used in children? *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 31, 252-257.
- Gabrille, A., Carlson-Evelyn, J., & Bromet, S. S. (2000). Phenomenology and outcome of subjects with early and adult onset psychotic mania. *American Journal of Psychiatry*, 157, 213-219.
- Geller, B., Sun, K., Zimmerman, B., Luby, J., Frazier, J., & Williams, M. (1995). Complex and rapid-cycling in bipolar children and adolescents: A preliminary study. *Journal of Affective Disorders*, 18, 34, 259-268.
- Hamilton, M. (1959). Assessment of anxiety states by rating. *British Journal of Medical Psychology*, 32, 50-55.
- Hamilton, M. (1960). A rating scale for depression. *Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry*, 23, 56-62.
- Harrington, R., & Myatt, T. (2003). Is preadolescent mania the same condition as adult mania? A British perspective. *Biological Psychiatry*, 53, 961-969.
- Kafantaris, V., Coletti, D. J., Dicker, R., Padula, G., & Kane, J. (2003). Lithium treatment of acute mania in adolescents: A large open trial. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 42, 1038-1042.
- Kaplan, C. P., & Schachter, E. (1993). Diagnostic and treat-

- ment issues with childhood bipolar disorders. *Clinical and Social Work Journal*, 21, 271-281.
- Klein, R., Pine, D. S., & Klein, D. F. (1998). Mania is mistaken for ADHD in prepubertal children. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 37, 1093-1096.
- Meltzer, H., Goodman, R., Ford, T., Simmons, H., & Gatward, R. (2000). Using the Strength and Difficulties Questionnaire (SDQ) to screen for child psychiatric disorders in a community sample. *British Journal of Psychiatry*, 177, 534-539.
- Pliszka, S. R. (1998). Comorbidity of ADHA with psychiatric disorder: An overview. *Journal of Clinical Psychiatry*, 59 Suppl. 7, 50-58.
- Quackenbush, D., Kutcher, S., Robertson, A., Boulos, C., & Chaban, P. (1996). Premorbid & postmorbid school functioning in bipolar adolescents: Description and suggested academic interventions. *Canadian Journal of Psychiatry*, 41, 16-22.
- Reddy, Y. C., Girimaji, S., & Srinath, S. (1997). Clinical profile of mania in children and adolescents from the Indian subcontinent. *Canadian Journal of Psychiatry*, 42, 841-846.
- Robertson, H. A., Kutcher, S. P., & Legoca, D. C. (2003). No evidence of attentional deficit in stabilized bipolar youth relative to unipolar and control comparators. *Bipolar Disorders*, 5, 330-340.
- Shaffer, D., Gould, M. S., & Brasic, J. (1983). A Children's Global Assessment Scale (CGAS). *Archives of General Psychiatry*, 40, 1228-1231.
- Spencer, T., Biederman, J., Wozniak, J., & Wilens, T. (2000). *ADHD and affective disorders in childhood: Continuum, comorbidity or confusion*. Massachusetts: Harvard Medical School.
- Srinath, S., Janardhan, R. Y. C., Girimaji, S. R., Seshadri, S. P., & Subbakrishna, D. K. (1998). A prospective study of bipolar disorder in children and adolescents from India. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 98, 437-442.
- West-Scott, A., McElroy, S. L., Strakowski, S. M., Keck, P. E., & McConville, B. J. (1995). Attention deficit hyperactivity disorder in adolescent mania. *American Journal of Psychiatry*, 152, 271-273.
- West-Scott, A., Strakowski, M., Sax, K. W., & McElroy, S. L. (1996). Phenomenology and comorbidity of adolescent hospitalized for the treatment of acute mania. *Biological Psychiatry*, 39, 458-460.
- Wozniak, J., Biederman, J., Kiely, K., Ablon, J., Faraone, S. V., Mundy, E., & Mennin, D. (1995). Mania-like symptoms suggestive of childhood-onset bipolar disorder in clinically referred children. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 34, 867-876.
- Wozniak, J., Biederman, J., Kiely, K., & Ablon, J. S. (1996). Mania-like symptoms suggestive of childhood-onset bipolar disorder in clinically referred children. *Biological Psychiatry*, 39, 458-460.
- Wozniak, J., Biederman, J., Mundy, E., Mennin, D., & Faraone, S. V. (1995). A pilot family study of childhood-onset mania. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 34, 1577-1583.
- 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, 429-435.