

ضعف رویکرد توصیفی در تشخیص اختلال دوقطبی

دکتر امیر شعبانی^۱

ارتباط با اعتباریابی نسخه فارسی چند ابزار پژوهشی مرتبط با اختلالات خلقی (مانند امینی و همکاران، ۱۳۸۵؛ برکتین، توکلی، مولوی، معروفی و صالحی، ۱۳۸۶؛ شعبانی و همکاران، ۲۰۰۹؛ شریفی و همکاران، ۲۰۰۹) به چاپ رسیده‌اند و هنوز نیاز به چنین پژوهش‌هایی باقی است. یکی از مقاله‌های این شماره، مربوط به پژوهش برکتین و همکاران (۱۳۸۸) است که به کمک یکی از همین ابزارها که برای سرند اختلال دوقطبی به کار می‌رود (پرسش‌نامه اختلال خلقی) و در سال‌های اخیر مطالعات زیادی با آن در کشورهای مختلف اجرا شده است، به بررسی فرضیه جدیدی در ارتباط با پیش‌بینی بروز BD پس از زایمان می‌پردازد. در این شماره، مقاله دشت‌بزرگی و همکاران (۱۳۸۸) نیز در جهت رفع نیاز در حیطه‌ای دیگر از پژوهش‌های موضوع اختلالات خلقی است. این مطالعه به ارزیابی اثربخشی آموزش روانی بر روی یک نمونه ایرانی مبتلا به اختلال خلقی می‌پردازد. هرچند اثربخشی این روش در کشورهای پیشرفته نشان داده شده و به‌ویژه دارای جایگاه منحصر به فردی در میان روش‌های درمان غیردارویی BD از نظر سطح شواهد اثربخشی است، به کارگیری آن در کشور ما به صورت مرسوم در نیامده و بی‌تردید جای خالی پژوهش‌های مرتبط، با توجه به ملاحظات فرهنگی، هم‌چنین نیاز به ارزیابی قابلیت اجرا و هزینه-اثربندی و حتی ارتقای روش در جهت افزایش اثربندی احساس می‌شود.

ادامه این یادداشت را به سه مقاله مروری این شماره اختصاص می‌دهم که عنوان مطلب حاضر نیز در ارتباط با آنهاست. در هر یک از سه مقاله مروری این ویژه‌نامه (شعبانی، ۱۳۸۸؛ شیرازی و شهریور، ۱۳۸۸؛ افتخار و شعبانی، ۱۳۸۸)، به نوعی بر کم‌اعتبار بودن تکیه صرف بر رویکرد توصیفی به تشخیص اختلال دوقطبی، تأکید شده است: در مقاله اول با ارائه راهکارهایی برای کاهش تشخیص‌های کاذب BD،

این شماره از مجله روانپزشکی و روانشناسی بالینی ایران به‌طور ویژه به موضوع اختلالات دوقطبی^۱ (BD) اختصاص یافته است. در سال‌های اخیر، توجه محققان حوزه اختلالات خلقی بیش از پیش به BD معطوف شده است. بر پایه روش‌های جدیدتر تشخیصی و متدولوژی‌های پیشرفته‌تر امروزی، شیوع BD بیش از گذشته نشان داده می‌شود، بر تشخیص و شروع درمان هرچه زودتر آن تأکید می‌شود و تبعات بالینی عدم تشخیص آن وخیم‌تر گزارش می‌گردد. از طرفی هر از چندی داروی جدیدی به‌عنوان تثبیت‌کننده خلق مطرح می‌گردد. با این حال، مطالعه امین‌اسماعیلی و سردارپور گودرزی (۱۳۸۸) که در این شماره مجله چاپ شده، نشان داده است که از سال ۱۳۴۷ تا کنون، سهم مقالات مرتبط با BD در میان مقالات ایرانی با موضوع اختلال خلقی، تنها ۷۵ مقاله از کل ۹۷۳ مقاله بوده است. همین مطالعه نشان می‌دهد که مجموع مقالات ایرانی کل حوزه اختلالات خلقی که به‌روش هم‌گروهی انجام شده هشت مورد، و مقالات مرور نظام‌مند و متا‌آنالیز تنها دو مورد بوده است. در چنین شرایطی جای خوش‌وقتی است که در این شماره مجله، نتایج پژوهشی ارائه می‌گردد که در بیمارستان روزه بر پایه روش هم‌گروهی به پیگیری بیماران BD پرداخته است (امینی، علی‌مددی، نجاتی‌صفا، شریفی و احمدی‌ابهری، ۱۳۸۸؛ امینی، شریفی و همکاران، ۱۳۸۸). با توجه به فقر مطالعات طولی در ایران و مشکل بودن اجرای چنین پژوهش‌هایی با امکانات موجود، بهره‌گیری از تجربه این محققان برای سایر پژوهشگرانی که قصد اجرای این نوع مطالعات را دارند، باارزش خواهد بود. شکل دیگری از مطالعات مورد نیاز در این حوزه که به نوعی پیش‌نیاز سایر مطالعات به‌حساب می‌آیند، آماده‌سازی، تطبیق و بررسی ویژگی‌های روان‌سنجی ابزارهای اندازه‌گیری برای به‌کارگیری در نمونه‌های ایرانی است. در سال‌های اخیر مقاله‌هایی در

^۱ روانپزشک، دانشیار دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی-درمانی ایران، گروه پژوهشی اختلالات دوقطبی، مرکز تحقیقات بهداشت روان، تهران، خیابان ستارخان، خیابان نیایش،

خیابان شهید منصور، انستیتو روانپزشکی تهران، دورنگار: ۰۶۶۵۰۶۸۹۹-۲۱ (نویسنده مسئول). E-mail: ashabani@iums.ac.ir

در مقاله دوم با اشاره به اختلال دوقطبی با شروع زودرس، و در مقاله سوم با بحث چالشی افتراق BD از اختلال شخصیت مرزی^۱ (BPD). در هر یک از این مقالات پیشنهادهایی برای کمک به تشخیص درست ارائه شده است. نکته مهم کاربردی این است که رسیدن به هر یک از تشخیص‌های طیف دوقطبی در یک بیمار، به این معنی نیست که دستورالعمل درمانی اختلال دوقطبی نوع یک بزرگسالان - که بیشتر یافته‌های معتبر موجود بر پایه مطالعه بر روی این بیماران به دست آمده است - بهترین دستورالعمل برای درمان آن بیمار است. مثلاً هنوز در مورد این که اختلال دوقطبی در کودکان، همان اختلال دوقطبی است که در بزرگسالان تشخیص داده می‌شود توافق زیادی وجود ندارد و دست کم در نسبتی از موارد، این دو اختلال یکی نیستند. به عبارتی سن شروع اختلال می‌تواند بر نوع اختلال تأثیر بگذارد؛ اختلالی که هنوز دارای همان علائم و معیارهای مشخص تشخیصی است ولی شاید درمان متفاوتی را می‌طلبد. بنابراین در پشت یک تشخیص خاص که به روش توصیفی حاصل شده است، می‌تواند چندین اختلال با اصالت که شیوه درمانی متفاوتی نسبت به یکدیگر دارند قرار داشته باشد. عدم تشابه پاسخ به درمان در بیمارانی که دارای علائم بالینی مشابه [مانند ناپایداری خلق در بیماران دوقطبی کلاسیک، در بیماران BPD (افتخار و شعبانی، ۱۳۸۸)، در بیماران دچار بدتنظیمی شدید خلق^۲ (SMD) (شیرازی و شهریور، ۱۳۸۸)، در بیماران ADHD^۳ (کیم^۴ و میکلوویتز^۵، ۲۰۰۲) و در بیماران مبتلا به اختلال سلوک (CD) (همان‌جا)] یا حتی دارای اختلال روانی مشابه هستند، در چندین مورد نشان داده شده است. در مورد تفاوت پاسخ به درمان در دو اختلال روانی مشابه می‌توان اثربخشی سدیم والپروات در بزرگسالان مبتلا به اختلال دوقطبی نوع یک و عدم اثربخشی آن در نوجوانان مبتلا به اختلال دوقطبی NOS^۶ و دارای والد دوقطبی (فیندلینگ^۷ و همکاران، ۲۰۰۷) را مثال زد. در واقع همیشه رابطه‌ای ثابت بین تشخیص‌های رسمی موجود و درمان‌های مطرح فعلی وجود ندارد. هرچند تشابه دو سندرم روانی از نظر پاسخ درمانی به یک دارو، به معنای یکی بودن یا قرابت آن دو سندرم نیست، تفاوت در پاسخ به یک درمان دارویی مشخص، می‌تواند به نفع متفاوت بودن دو سندرم باشد. به عبارتی این فرضیه مطرح می‌گردد که با اختلالات ظاهراً دوقطبی (از نظر علامت‌شناسی) مواجهیم که منبایی متفاوت دارند و به گونه‌ای متفاوت به درمان دارویی پاسخ می‌دهند.

در یک جمع‌بندی، سه نوع مشکل قابل شناسایی است. از یک سو، مشکلی در تشخیص به‌هنگام و درست اختلالات

دوقطبی کلاسیک [مشکل شناسایی]، از سویی مشکل در پایایی تشخیص اختلالات دوقطبی کلاسیک به‌ویژه اختلال دوقطبی نوع دو [مشکل پایایی]، و از سوی دیگر مشکل در اصالت اختلال دوقطبی شناسایی شده در کودکان یا مشکل در توافق بر تشخیص اختلالات طیف دوقطبی در بزرگسالان [مشکل روایی] وجود دارد. هرچند در مقاله شعبانی (۱۳۸۸) راهکارهایی برای رسیدن به تشخیص درست BD بر پایه شواهد موجود ارائه شده است، این راهکارها بیشتر باعث افزایش شناسایی و پایایی تشخیص BD می‌شوند و مشکلی که هنوز خودنمایی می‌کند، روایی تشخیصی است. مثلاً یکی از راهکارهای ارائه شده در مقاله یادشده، استفاده از ابزارهای سرند است. به کارگیری ابزارهای سرند اختلالات دوقطبی (برکتین و همکاران، ۱۳۸۸؛ شعبانی و همکاران، ۲۰۰۹) در بهترین حالت، شانس رسیدن به تشخیص‌های پیش‌گفته با محدودیت‌های خاص خود، را می‌افزاید ولی کمکی به بهبود اصالت رویکرد توصیفی موجود نمی‌کند. راهکار ارائه‌شده دیگر، توجه به شاخص‌های غیر کلاسیک طیف دوقطبی است. ارائه مدل طیف دوقطبی با توجه دادن بالینگران در مورد وجود «گروهی از بیماران مبتلا به افسردگی ماژور که معیارهای کامل تشخیصی اختلالات دوقطبی را ندارند ولی ممکن است از درمان مشابهی سود ببرند»، توانسته است شاخص‌هایی به‌جز علائم بالینی کلاسیک را برای رسیدن به تشخیص‌های گروه دوقطبی در مورد بسیاری از بیماران افسرده فراهم نماید. شناسایی چنین شاخص‌هایی (مانند راجعه‌بودن و شروع زودرس) توانسته است تا اندازه‌ای ملاک‌هایی مهیا سازد که بتوان با آنها اصالت (روایی) تشخیص اختلالات دوقطبی را سنجید. با این حال، برخی از پژوهشگران با گسترش بیش از حد مفهوم دوقطبی‌بودن (مانند ساکس^۸، ۲۰۰۴)، برخی با تعمیم بیش از حد یافته‌های علمی برای انداز پزشکان از تجویز داروهای ضدافسردگی (مانند حکم کوکوپولوس در مورد درمان افسردگی آژیته) (کوکوپولوس^۹، سانی^{۱۰}، آلبرت^{۱۱}، مینای^{۱۲} و کوکوپولوس، ۲۰۰۵)، برخی با نتیجه‌گیری نامنتطب بر یافته‌های خود [مانند آبراهام^{۱۳} و کالابرس^{۱۴} (۲۰۰۸) که با وجود گزارش خودشان مبنی بر وجود چندین مطالعه

1- borderline personality disorder

2- severe mood dysregulation

3- attention-deficit hyperactivity disorder

4- Kim

5- Miklowitz

6- not otherwise specified

7- Findling

8- Sachs

9- Koukopoulos

10- Sani

11- Albert

12- Minnai

13- Abraham

14- Calabrese

دوقطبی در سیستم تشخیصی پنجمین کتابچه تشخیصی و آماری اختلالات روانی^{۱۱} (DSM-V)، تلاشی است برای تطبیق بیشتر سیستم تشخیصی رسمی با یافته‌های علمی اخیر. استفاده از ویژگی‌های سیر (مانند راجعه‌بودن و شروع زودرس) و بار خانوادگی ابتلا به BD، روشی است که با پیشرفت تحقیقات مربوطه و دست‌یابی به معیارهای عملی‌تر برای به‌کارگیری آن در آینده نزدیک، می‌توان به آن دل‌بست. با این همه، به‌نظر نمی‌رسد که بهره‌گیری از همه روش‌های یادشده، بتواند به اصالت تشخیصی ایده‌آلی بیانجامد. متأسفانه هنوز پیشرفت‌های تصویربرداری مغز و پاراکلینیک - همان‌گونه که به بخشی از آن در مقاله افتخار و شعبانی (۱۳۸۸) اشاره شده است - کمک تشخیصی مهمی در اختیار نمی‌گذارد و روانپزشکان همچنان باید در انتظار یافته‌های راه‌گشتری در علوم عصب‌پایه، عصب-روانشناختی یا پاراکلینیک برای کمک به تشخیص بالینی و افزودن بر اصالت تشخیصی اختلالات دوقطبی باشند.

با همه این محدودیت‌ها، زیر سؤال بردن سیستم تشخیصی DSM (انجمن روانپزشکی آمریکا، ۲۰۰۰) در مواردی که پیشنهاد بهتری وجود ندارد به خودی خود کمکی نمی‌کند و روش همکاران عزیزی که دستیاران تحت آموزش خود را به کنار گذاشتن سیستم‌های تشخیصی معتبر به دلیل برخی نقایص آنها تشویق می‌کنند قابل تأیید نیست. در واقع، بهترین راهکار کنونی، ارتقای سیستم تشخیصی رسمی موجود و به‌روز کردن و تطبیق‌دادن آن با یافته‌های جدید است.

منابع

افتخار، مهرداد؛ شعبانی، امیر (۱۳۸۸). اختلال شخصیت مرزی نوعی از اختلال دوقطبی نیست. *مجله روانپزشکی و روانشناسی بالینی ایران*، سال پانزدهم، شماره ۲، ۱۵۸-۱۴۷.

امین‌اسماعیلی، معصومه؛ سردارپور گودرزی، شاهرخ (۱۳۸۸). تحلیل کتاب‌سنجی پژوهش در زمینه اختلال‌های خلقی در ایران. *مجله روانپزشکی و روانشناسی بالینی ایران*، سال پانزدهم، شماره ۲، ۱۶۷-۱۵۹.

امینی، همایون؛ علاقبندراد، جواد؛ شریفی، ونداد؛ دوری آشتیانی، رزیتا؛ کاویانی، حسین؛ شهریور، زهرا؛ شعبانی، امیر؛ عربگل، فریبا؛ شیرازی، الهام؛ حکیم‌شوشتری، میترا (۱۳۸۵). *روایی نسخه فارسی مصاحبه تشخیصی جامع بین‌المللی (CIDI)* برای تشخیص اسکیزوفرنیا و اختلال دوقطبی. *مجله دانشکده پزشکی*، سال شصت و چهارم، شماره ۸، ۴۲-۳۱.

نشان‌دهنده اثربخشی داروهای ضدافسردگی بر اختلال شخصیت مرزی، نتیجه‌می‌گیرند که درمان این اختلال در حال گذار از داروهای ضدافسردگی به سمت داروهای ضد تشنج و آنتی‌پسیکوئیک آتپیک است] و برخی با اشاعه دیدگاهی که اختلالات عمده روانپزشکی را اساساً از پشت «عینکی خلقی» می‌بیند (اکیسکال^۱، ۲۰۰۵)، عملاً ابهاماتی در دسته‌بندی اختلالات ایجاد می‌کنند، به‌طوری که با وارد کردن بسیاری از بیماران به این دسته تشخیصی، در واقع کارایی روش تشخیصی جدید را در افتراق بیماری‌های گوناگون کاهش می‌دهند. متأسفانه در بخشی از کتاب مرجع دوره تخصصی روانپزشکی ایران (Comprehensive textbook of psychiatry) (سادوک^۲ و سادوک^۳، ۲۰۰۵) نیز این نگاه سوگیرانه مشهود است. به‌عنوان نمونه اکیسکال همان‌گونه که در جایی دیگر (اکیسکال، ۲۰۰۴) وجود اختلالی با مشخصات اختلال شخصیت مرزی (BPD) را رد می‌کند، در فصلی از کتاب مرجع یادشده نیز استفاده از تشخیص اختلال شخصیت (به‌ویژه نوع مرزی) را باعث غفلت از تشخیص اختلال خلقی می‌داند (Use of personality disorder diagnoses may lead to neglect of the mood disorder...؛ یا با وجود برخی شواهد نسبتاً قابل‌اتکا از اثربخشی برخی از داروهای ضدافسردگی در درمان BPD حتی در موارد **عدم وجود** هم‌زمان افسردگی ماژور^۳، گاندرسون^۴ و واینبرگ^۵، ۲۰۰۷)، ادعایی کاملاً در جهت عکس و بدون شاهد قابل قبول، مبنی بر مایوس‌کننده‌بودن پاسخ به داروهای ضدافسردگی در درمان BPD حتی هنگامی که اختلال خلقی هم‌زمان **وجود دارد** بیان می‌کند (The author often hears the complaint that, even when a mood disorder is diagnosed in a borderline patient, response to antidepressants is disappointing.؛ یا با آن که بر پایه مطالعات (نیو^۶، تریواسر^۷ و چارنی^۸، ۲۰۰۸)، اختلال افسردگی اساسی در حدود ۸۰٪ بیماران BPD در طول عمر بروز می‌کند، بدون اشاره به آنها، اختلال عاطفی غالب این بیماران را از نوع دوقطبی نوع دو ذکر می‌کند (The problem is that affective disorders in these patients usually conform to bipolar II disorder often complicated by ultrarapid cycling...).

پیشنهاد قائمی^۹ و همکاران (۲۰۰۸) از طرف انجمن بین‌المللی اختلالات دوقطبی^{۱۰}، برای استفاده توأم از علائم بالینی، ویژگی‌های سیر و سابقه خانوادگی، در جهت پوشش‌دادن «اختلال طیف دوقطبی» زیر عنوان اختلال

- 1- Akiskal
- 2- Sadock
- 3- Paris
- 4- Gunderson
- 5- Weinberg
- 6- New
- 7- Triebwasser
- 8- Charney
- 9- Ghaemi
- 10- International Society for Bipolar Disorders
- 11- Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th edition

- Double-blind, placebo-controlled trial of divalproex monotherapy in the treatment of symptomatic youth at high risk for developing bipolar disorder. *Journal of Clinical Psychiatry*, 68, 781-788.
- Ghaemi, S. N., Bauer, M., Cassidy, F., Malhi, G. S., Mitchell, P., Phelps, J., Vieta, E., & Youngstrom, E. (2008). Diagnostic guidelines for bipolar disorder: A summary of the International Society for Bipolar Disorders Diagnostic Guidelines Task Force Report. *Bipolar Disorders*, 10, 117-128.
- Kim, E. Y., & Miklowitz, D. J. (2002). Childhood mania, attention deficit hyperactivity disorder and conduct disorder: A critical review of diagnostic dilemmas. *Bipolar Disorders*, 4, 215-225.
- Koukopoulos, A., Sani, G., Albert, M. J., Minnai, G. P., & Koukopoulos, A. E. (2005). Agitated depression: Spontaneous and induced. In A. Marneros, & F. K. Goodwin. *Bipolar disorders: Mixed states, rapid-cycling, and atypical forms* (pp. 157-186). Cambridge: Cambridge University Press.
- New, A. S., Triebwasser, J., & Charney, D. S. (2008). The case for shifting borderline personality disorder to Axis I. *Biological Psychiatry*, 64, 653-659.
- Paris, J., Gunderson, J., & Weinberg I. (2007). The interface between borderline personality disorder and bipolar spectrum disorders. *Comprehensive Psychiatry*, 48, 145-154.
- Sachs G. S. (2004). Strategies for improving treatment of bipolar disorder: Integration of measurement and management. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 110 (Suppl. 422), 7-17.
- Sadock, B. J., & Sadock, V. A. (2005). *Kaplan and Sadock's comprehensive textbook of psychiatry*, 8th ed. Philadelphia: Williams and Wilkins.
- Shabani, A., Habibi, L. K., Nojomi, M., Chimeh, N., Ghaemi, S. N., & Soleimani, N. (2009). The Persian Bipolar Spectrum Diagnostic Scale and Mood Disorder Questionnaire in screening the patients with bipolar disorder. *Archives of Iranian Medicine*, 12, 41-47.
- Sharifi, V., Assadi, S. M., Mohammadi, M. R., Amini, H., Kaviani, H., Semnani, Y., Shabani, A., Shahrivar, Z., Davari-Ashtiani, R., Hakim Shooshtari, M., Seddigh, A., & Jalali, M. (2009). A Persian translation of the Structured Clinical Interview for Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition: Psychometric properties. *Comprehensive Psychiatry*, 50, 86-91.
- امینی، همایون؛ علی مددی، زینب؛ نجاتی صفا، علی اکبر؛ شریفی، ونداد؛ احمدی ابهری، سید علی (۱۳۸۸). کیفیت زندگی بیماران مبتلا به اختلال دوقطبی و برخی ویژگی های بالینی آنها. *مجله روانپزشکی و روانشناسی بالینی ایران*، سال پانزدهم، شماره ۲، ۱۸۲-۱۷۵.
- امینی، همایون؛ شریفی، ونداد؛ نجاتی صفا، علی اکبر؛ اربابی، محمد؛ طباطبایی، مریم؛ علی مددی، زینب؛ فریدحسینی، فرهاد؛ رفیعی میلاجردی، مهدی؛ منوچهری، علیرضا؛ صدیق، ارشیا (۱۳۸۸). پی گیری یک ساله بیماران مبتلا به اختلال دوقطبی بستری شده در بیمارستان روزبه. *مجله روانپزشکی و روانشناسی بالینی ایران*، سال پانزدهم، شماره ۲، ۱۷۴-۱۶۸.
- برکتین، مجید؛ توکلی، ماهگل؛ مولوی، حسین؛ معروفی، محسن؛ صالحی، مهرداد (۱۳۸۶). هنجاریابی، اعتبار و روایی مقیاس سنجش مانایای یانگ. *روانشناسی*، شماره ۲، ۱۶۶-۱۵۰.
- برکتین، مجید؛ توکلی، ماهگل؛ خیرآبادی، غلامرضا؛ مرآئی، محمدرضا (۱۳۸۸). ارتباط بروز افسردگی پس از زایمان با بروز طول عمر اختلال های طیف دوقطبی. *مجله روانپزشکی و روانشناسی بالینی ایران*، سال پانزدهم، شماره ۲، ۱۹۲-۱۸۳.
- دشت بزرگی، بهمن؛ قدیریان، فتنه؛ خواجه الدین، نیلوفر؛ کرمی، کبری (۱۳۸۸). تأثیر آموزش روانی خانواده بر میزان سازگاری و سیر بهبودی بیماران مبتلا به اختلال های خلقی. *مجله روانپزشکی و روانشناسی بالینی ایران*، سال پانزدهم، شماره ۲، ۲۰۰-۱۹۳.
- شعبانی، امیر (۱۳۸۸). راهکارهای کاهش تشخیص های منفی و مثبت کاذب اختلالات دوقطبی. *مجله روانپزشکی و روانشناسی بالینی ایران*، سال پانزدهم، شماره ۲، ۱۲۷-۹۹.
- شیرازی، الهام؛ شهریور، زهرا (۱۳۸۸). دشواری های تشخیص اختلال دوقطبی در کودکان: از چارچوب تشخیصی رسمی تا معیارهای تشخیصی آشفنگی شدید در تنظیم خلق. *مجله روانپزشکی و روانشناسی بالینی ایران*، سال پانزدهم، شماره ۲، ۱۴۶-۱۲۸.
- Abraham, P. F., & Calabrese, J. R. (2008). Evidenced-based pharmacologic treatment of borderline personality disorder: A shift from SSRIs to anticonvulsants and atypical antipsychotics? *Journal of Affective Disorders*, 111, 21-30.
- Akiskal, H. S. (2004). Demystifying borderline personality: Critique of the concept and unorthodox reflections on its natural kinship with the bipolar spectrum. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 110, 401-407.
- Akiskal, H. S. (2005). Mood disorders: Clinical features. In B. J. Sadock, & V. A. Sadock. *Kaplan & Sadock's comprehensive textbook of psychiatry*, 8th edition (pp. 1611-1652). Philadelphia: Lippincott, Williams & Wilkins.
- American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th. ed.), text revision. Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Findling, R. L., Frazier, T. W., Youngstrom, E. A., McNamara, N. K., Stansbrey, R. J., Gracious, B. L., Reed, M. D., Demeter, C. A., & Calabrese, J. R. (2007).