

## تحریک‌پذیری‌های شدید و دائمی در کودکان: چالش‌های تشخیصی و نقش DSM

دکتر الهام شیرازی<sup>(۱)</sup>، دکتر امیر شعبانی<sup>(۲)</sup>، دکتر جواد علاقبندراد<sup>(۳)</sup>

### چکیده

**هدف:** تحریک‌پذیری‌های شدید و دائمی (غیردوره‌ای) در ۳/۳ درصد کودکان دیده می‌شود و به مراقبت‌های جدی بالینی نیاز دارد. چهارمین ویراست راهنمای آماری و تشخیصی اختلال‌های روانی (DSM-IV) دستورالعملی برای تشخیص‌گذاری روی این کودکان ندارد و این موضوع سبب اختلاف نظر بالینگران در تشخیص و درمان شده است. تدوینگران DSM-5 تلاش کرده‌اند تا گامی برای رفع این کاستی بردارند. **روش:** داده‌ها در یک بررسی مروری که تا زمستان ۱۳۹۱ ادامه داشت، با جست‌وجو در پایگاه‌های معتبر انگلیسی و فارسی گردآوری شد. از میان یافته‌های جست‌وجو، ۶۶ مقاله، دربرگیرنده مقاله‌های مروری، فراتحلیل، پژوهش‌های بالینی شاهددار، مقاله‌های اصیل و گزارش‌های موردی، جدا شد. در ۴۶ مورد اصل مقاله مطالعه شد، اما در ۲۰ مورد ناچار به چکیده بسنده شد. کیفیت مقاله‌ها از سوی نگارندگان به‌طور جداگانه بررسی شد و مقاله‌هایی که روی کیفیت آنها اتفاق نظر وجود داشت، بررسی و تحلیل شدند. **یافته‌ها:** صاحب‌نظران همواره در مورد ارزش تحریک‌پذیری در تشخیص اختلال‌های کودکان مناقشه داشته‌اند. در دهه گذشته، دیدگاه بالینی حاکم، تحریک‌پذیری‌های شدید و دائمی را نماد اختلال دوقطبی در کودکان می‌دانست. به‌نظر می‌رسد ارزش تشخیصی تحریک‌پذیری با میزان شدت و دائمی‌بودن آن ارتباط دارد. به بیان دیگر، تحریک‌پذیری تنها در صورتی که شدید و دوره‌ای باشد، برای اختلال دوقطبی ارزش تشخیصی یا پیش‌بینی‌کننده دارد. در DSM-5، نام اختلال بدسامانی خلق‌ایذایی (DMDD) روی این نشانه‌ها نهاده و معیارهای آن تنظیم شده است. **نتیجه‌گیری:** مهم است کودکان مبتلا به تحریک‌پذیری‌های شدید و دائمی (غیردوره‌ای) جایگاه مشخصی در DSM-5 داشته باشند تا ضمن رفع سردرگمی بالینگران، اجرای پژوهش‌های دقیق برای دسته‌بندی صحیح تشخیصی و درمانی آنان تسهیل شود.

**کلیدواژه:** اختلال دوقطبی؛ خلق تحریک‌پذیر؛ کودک؛ DSM-5

[دریافت مقاله: 1391/11/13؛ پذیرش مقاله: 1392/4/15]

### مقدمه

(ODD)، اختلال بیش‌فعالی-کمبود توجه<sup>۳</sup> (ADHD)، افسردگی و اختلال‌های اضطرابی را نیز دارند که تابلوی بالینی آنها را پیچیده‌تر می‌کند. بیشتر این کودکان به مراقبت‌های جدی نیاز دارند (۲). با وجود فراوانی بالای تحریک‌پذیری شدید و دائمی و پیامدهای به‌شدت آسیب‌زای آن برای

تحریک‌پذیری شدید و غیردوره‌ای<sup>۱</sup> (دائمی) نشانه‌ای به‌نسبت شایع است که بر پایه یافته‌های پژوهشی در ۳/۳ درصد کودکان دیده می‌شود (۱). بیشتر این کودکان نشانه‌های اختلال‌های دیگر، به‌ویژه اختلال نافرمانی مقابله‌ای<sup>۲</sup>

<sup>(۱)</sup> روانپزشک، فوق تخصص روانپزشکی کودک و نوجوان، دانشیار دانشگاه علوم پزشکی ایران، مرکز تحقیقات بهداشت روان، گروه پژوهشی اختلالات دوقطبی، تهران، خیابان ستارخان، خیابان نیایش، خیابان شهید منصور، دانشکده علوم رفتاری و سلامت روان - انستیتو روانپزشکی تهران. دورنگار: 021-66506853 (نویسنده مسئول)  
<sup>(۲)</sup> روانپزشک، دانشیار دانشگاه علوم پزشکی ایران، مرکز تحقیقات بهداشت روان، گروه پژوهشی اختلالات دوقطبی،<sup>(۳)</sup> روانپزشک، فوق تخصص روانپزشکی کودک و نوجوان، دانشیار دانشگاه علوم پزشکی تهران، بیمارستان روزبه. E-mail: shirazi.e@iums.ac.ir

1- severe nonepisodic irritability

2- oppositional defiant disorder

3- attention deficit/ hyperactivity disorder

شیدایی<sup>7</sup> در کودکان بیشتر به صورت تحریک پذیری شدید است و دوره‌ای نیست. آنها تحریک پذیری شدید و دائمی را وجه مشخصه اختلال دوقطبی در کودکان می‌دانستند و عقیده داشتند شیدایی در کودکان در بیشتر موارد، نشانه‌های اصلی DSM-IV، مانند خلق بالا<sup>8</sup> و بزرگ‌منشی<sup>9</sup> را ندارد و دوره‌ای نیز نیست (6، 7).

همان‌گونه که انتظار می‌رفت، این سنت جدید تشخیصی که نشانه‌های اختلال دوقطبی در کودکان را فراتر از مرزهای آشکار DSM-IV می‌دانست، باعث افزایش چشمگیر در تشخیص‌گذاری اختلال دوقطبی در کودکان و نوجوانان در دهه گذشته شد. در سال‌های 1994-95، در هر 100000 ویزیت سرپایی کودکان، به‌طور میانگین 25 نفر تشخیص اختلال دوقطبی می‌گرفتند که این تعداد در سال‌های 2002-2003 به 1003 در 100000 نفر رسید. این امر نشانگر افزایش 40 برابری در تشخیص سرپایی اختلال دوقطبی در کودکان طی 10 سال است. این در حالی است که در همین سال‌ها، تشخیص اختلال دوقطبی در ویزیت‌های سرپایی بزرگسالان از 905 در هر 100000 نفر به 1679 در 100000 نفر رسید، یعنی افزایش دو برابری داشته است (8).

همین مسأله در موارد بستری نیز وجود داشت. در سال 1996، از هر 10000 کودک که از بیمارستان ترخیص شده بودند، 1/3 نفر و در سال 2004، تعداد 7/3 نفر تشخیص اختلال دوقطبی گرفته بودند که حاکی از افزایش 5/6 برابری طی 9 سال است (9). در نوجوانان، در سال‌های 1996 و 2004، به ترتیب، از هر 10000 ترخیص، 5 درصد و 20/4 درصد و در بزرگسالان از هر 10000 ترخیص در سال‌های 1996 و 2004، به ترتیب، یک درصد و 2/4 درصد تشخیص اختلال دوقطبی گرفته بودند. بر اساس آمارهای پژوهشی، میزان تشخیص‌گذاری اختلال دوقطبی در افراد بستری، بین سال‌های 1996 تا 2004، در کودکان، نوجوانان و بزرگسالان، به ترتیب، 438/6، 296/4 و 56 درصد افزایش داشته است (9).

پشتیبانی شرکت‌های سازنده داروهای تثبیت‌کننده خلق از گسترده شدن مفهوم اختلال دوقطبی و پژوهش‌های انجام شده در این حوزه، همچنین شدت اختلال عملکرد در افراد دچار

کودکان مبتلا، این کودکان از نظر تشخیصی بلا تکلیف هستند. چهارمین ویراست راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی<sup>1</sup> (DSM-IV) (3) دستورالعمل مشخصی برای تشخیص‌گذاری روی این کودکان ندارد و آنها در هیچ‌یک از تقسیم‌بندی‌های DSM-IV جای نمی‌گیرند: 1- آنها در معیارهای ODD نمی‌گنجد، زیرا تحریک‌پذیری آنها محدود به موارد نافرمانی، قانون‌شکنی و ستیزه‌جویی نیست. 2- این کودکان در معیارهای ADHD نمی‌گنجد، زیرا نشانه‌های خلقی و اضطرابی قابل توجهی نیز در آنها وجود دارد. 3- این گروه از مبتلایان در معیارهای اختلال دوقطبی<sup>2</sup> (BD) نمی‌گنجد، زیرا نشانه‌های آنان دوره‌ای نیست. 4- آنها در اختلال‌های افسردگی تک‌قطبی<sup>3</sup> و اضطرابی نمی‌گنجد، زیرا معیارهای این اختلال‌ها تکمیل نمی‌شود. 5- این افراد در تحریک‌پذیری، خشم<sup>4</sup> و قشقرق‌هایی<sup>5</sup> که در سیر طبیعی تکاملی در سنینی خاص رخ می‌دهد، نمی‌گنجد، زیرا از نظر شدت، دفعات و اختلال حاصل از آن، بسیار شدید‌ترند. همچنین شدت، بسامد<sup>6</sup> و آسیب‌زایی تحریک‌پذیری در این کودکان از تحریک‌پذیری که به‌طور معمول در ADHD، ODD، افسردگی تک‌قطبی یا اختلال‌های اضطرابی دیده می‌شود، بسیار بیشتر است. بیشتر کودکان دچار تحریک‌پذیری شدید و دائمی، معیارهای DSM برای اختلال‌های دیگر را نیز پر می‌کنند و این بر پیچیدگی دسته‌بندی آنها می‌افزاید، اما در واقع هیچ‌یک از تشخیص‌های موجود در DSM نشانه‌های خلقی و رفتاری شدید و مختل‌کننده‌ای را که در آنها وجود دارد، توجیه نمی‌کند (4، 5). این مسأله باعث شده است پژوهشگران و صاحب‌نظران روانپزشکی کودکان در رویارویی با تحریک‌پذیری‌های شدید و دائمی در کودکان، هر کدام بر پایه دیدگاه‌های خود، تفسیرها و تقسیم‌بندی‌های تشخیصی خودساخته و مختلفی را که در DSM-IV وجود ندارد، تدوین و در متون علمی مطرح کنند و به کار برند. نداشتن اتفاق نظر درباره وضعیت تشخیصی این کودکان، پیامدهای قابل توجه پژوهشی و بالینی به دنبال دارد که دیدگاه غیریکسان و حتی در پاره‌ای موارد، تناقض در انتخاب مناسب‌ترین روش درمانی، یکی از مهم‌ترین این چالش‌ها است (4، 5).

یکی از تغییرات چشمگیری که در روانپزشکی کودکان و نوجوانان در دهه گذشته رخ داد، رشد یک مکتب فکری میان برخی پژوهشگران و بالینگران بود که بر مبنای آن، نشانه‌های

1- Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, fourth edition  
2- bipolar disorder  
3- unipolar depressive disorders  
4- anger  
5- temper tantrum  
6- frequency  
7- mania  
8- elevated mood  
9- grandiosity

تشخیصی و مراقبت‌های درمانی لازم را فراهم آورند. بدیهی است این مسأله باید بتواند به دقیق‌تر شدن پژوهش‌ها و رفع سردرگمی‌ها نیز کمک کند (10، 11، 13).

نگارندگان کوشیده‌اند در دو نوشتار پیاپی، روند تبیین این تشخیص را ارائه و نتایج مقایسه چندجانبه‌ای این اختلال با دیگر اختلال‌های مشابه را جمع‌بندی کنند و پیش رو گذارند.

## روش

برای دسترسی به مطالب، از پایگاه‌های Medline، PsycINFO، Scopus، DSM و SID بهره گرفته شد و تمام متونی که مرتبط به موضوع این نوشتار بودند و تا زمان نگارش مقاله (زمستان 1391) در این منابع منتشر شده بودند، گردآوری و بررسی شدند. برای جست‌وجو از کلید واژه‌های severe mood dysregulation (37 مقاله)، broad phenotype bipolar disorder (44 مقاله)، classic bipolar disorder (16 مقاله)، childhood bipolar disorder (19 مقاله)، episodic irritability (8 مقاله)، episodic mood disorder severe childhood (4 مقاله)، irritability (35 مقاله)، nonepisodic irritability severe nonepisodic (4 مقاله)، irritability DSM-V (4 مقاله)، DSM-5 nonepisodic irritability (1 مقاله)، DSM-5 childhood (25 مقاله)، bipolar disorder (61 مقاله)، temper dysregulation disorder (4 مقاله) و معادل‌های فارسی آنها، یعنی اختلال دوقطبی (65 مقاله)، تحریک‌پذیری (11 مقاله)، اختلال خلقی (15 مقاله)، (35 مقاله) و اپیزود یا دوره (8 مقاله) استفاده شد. برای معادل فارسی دیگر واژه‌ها، مقاله‌ای یافت نشد.

از میان یافته‌های جست‌وجو، 66 مقاله، دربرگیرنده مقاله‌های مروری، فراتحلیل، پژوهش‌های بالینی شاهددار، مقاله‌های اصیل و گزارش‌های موردی، جدا شد. این 66 مقاله با موضوع این نوشتار مرتبط و به زبان‌های انگلیسی یا فارسی بودند. در بیش از دو سوم موارد (46 مقاله) امکان دسترسی به

تحریک‌پذیری‌های شدید و دائمی که با میزان آفت عملکرد در اختلال دوقطبی برابری می‌کند، نیز ممکن است در دامن زدن به این مسأله کمک کرده باشد. از سوی دیگر، در کشورهای پیشرفته، تشخیص اختلال دوقطبی برای کودکان و نوجوانانی که تحریک‌پذیری شدید و دائمی دارند، موجب می‌شود آنها بتوانند از منابع حمایتی - بیمه‌ای گسترده‌تری برخوردار شوند که به دلیل آفت شدید عملکرد، بسیار به آن نیازمند هستند. به نظر می‌رسد این مسأله نیز عامل مؤثری در تشویق پزشکان برای پیروی از این مکتب فکری بوده است (10، 11).

البته پرسش‌ها و تردیدهای زیادی درباره روایی این دیدگاه وجود داشته و دارد و وضعیت تشخیصی این کودکان همچنان در هاله‌ای از ابهام است. در واقع، این رویکرد تشخیصی در حالی عنوان شد و مورد پیروی قرار گرفت که تا کنون نیز شواهد پژوهشی کافی برای اثبات روایی آن یافت نشده است (4، 5). در رویارویی با چنین مواردی، ابتدا به یک معیار روشن و دقیق برای تشخیص‌گذاری نیاز است تا پژوهشگران بتوانند با تکیه بر آن، این کودکان را با کودکانی مقایسه کنند که معیارهای DSM را برای دیگر اختلال‌های مشابه پر می‌کنند. وجود یک معیار یکسان تشخیصی، هر چند به لحاظ پژوهشی و بدون شواهد کافی تدوین شده باشد، این امکان را می‌دهد که بتوان یافته‌های پژوهش‌های مراکز مختلف را دقیق‌تر و با اعتماد بیشتری مقایسه و جمع‌بندی کرد (10، 11). در این راستا، در ابتدای دهه 2000، گروهی از کارشناسان توصیه کردند که پژوهشگران معیارهای مشخصی را برای تشخیص‌گذاری کودکان دارای تحریک‌پذیری شدید و دائمی طراحی کنند و همین امر مایه تدوین عبارت بدسامانی شدید خلق<sup>1</sup> (SMD) یا اختلال دوقطبی نوع گسترده<sup>2</sup> (BD-BP) و تعریف معیارهای روشن و تشخیصی برای آن توسط گروهی از پژوهشگران انستیتو ملی سلامت روان<sup>3</sup> (NIMH) در سال 2003 شد (12). از طرفی، در روند تدوین DSM-5 (13) کارگروه‌های اختلال‌های کودکان و نوجوانان<sup>4</sup> و اختلال‌های خلقی<sup>5</sup> در هم‌اندیشی‌های مشترک و متعددی که با هم داشتند، به این نتیجه رسیدند که با توجه به شیوع بالای تحریک‌پذیری‌های شدید و دائمی در کودکان و آشفتگی‌های شدید رفتاری و عملکردی حاصل از آن، ضروری است که این کودکان جایگاه تشخیصی مناسبی در DSM بیابند تا بالینگران بتوانند با بهره‌گیری از آن، اقدام‌های

1- severe mood dysregulation  
2- bipolar disorder- broad phenotype  
3- National Institute of Mental Health  
4- Children and Adolescents Disorders Workgroup  
5- Mood Disorders Workgroup

گرفتند، افزایش یافت، ولی تنها اقلیتی از آنها معیارهای DSM-IV برای اختلال دوقطبی (DSM-IV-BD) را پر می کردند. نظریه پردازی های روانپزشکان کودک و نوجوان درباره نمای بالینی اختلال دوقطبی در سنین پایین را می توان به سه دوره تقسیم کرد (14):

**دوره اول:** در این دوره گروهی از صاحب نظران با توجه به همپوشانی قابل توجهی که میان نشانه های تشخیصی اختلال دوقطبی با دیگر اختلال های کودکان، مانند ODD، ADHD، اختلال سلوک<sup>3</sup> (CD) و غیره وجود داشت، داشتن دو معیار خلق بالا یا بزرگ منشی و دوره ای بودن نشانه ها را، برای تشخیص گذاری اختلال دوقطبی در کودکان و نوجوانان ضروری دانستند. آنها بر این باور بودند اگر این نکات رعایت نشود، ممکن است در موارد زیادی نشانه های این اختلال ها به اشتباه، نشانه های اختلال دوقطبی تلقی شود (15). هم زمان با این نظریه، گروه دیگری از پژوهشگران بر این باور بودند که تحریک پذیری، حتی اگر پایدار و دائمی (غیر دوره ای) باشد، نیز ممکن است نشانه ای قوی از اختلال دوقطبی باشد. آنها معتقد بودند تحریک پذیری، هر چند در بسیاری از اختلال ها (مانند ODD، ADHD و اختلال سلوک) وجود دارد، چون در اختلال دوقطبی بسیار شدید و همراه با خروشدن، انفجار خشم یا انفجار پرخاشگرانه<sup>4</sup> است، ممکن است از دیگر اختلال ها افتراق یابد. آنها همچنین بر این باور بودند که اختلال دوقطبی در سنین پایین بیشتر به صورت تحریک پذیری های شدید و دائمی (غیر دوره ای) نمایان می شود و نشانه های کلاسیک اختلال دوقطبی (خلق بالا، بزرگ منشی و دوره ای بودن) در سنین پایین، هر چند وجود دارد، شایع نیست (16).

**دوره دوم:** در این دوره به دنبال بحث های گروهی از کارشناسان، برای اختلال دوقطبی طیفی در نظر گرفتند و گستره آن را از اختلال دوقطبی، نوع محدود<sup>5</sup> (BD-NP) تا اختلال دوقطبی، گسترده (BD-BP) تعریف کردند. در سال 2003 پژوهشگران NIMH، چهار نمای بالینی را برای اختلال دوقطبی کودکان و نوجوانان تعریف و تشخیص جدیدی را نیز به نام بدسامانی شدید خلق (SMD) مطرح کردند

اصل مقاله وجود داشت و در موارد دیگر (20 مقاله) به ناچار به چکیده بسنده شد. کیفیت مقاله ها از سوی نگارندگان جداگانه بررسی شد و مقاله هایی که روی ارزش آنها اتفاق نظر وجود داشت (از دید شیوه پژوهش و تحلیل یافته ها کاستی قابل توجهی نداشتند و پس از داوری کارشناسانه منتشر شده بودند)، بررسی و تحلیل شدند. در همه موارد، فهرست منابعی که مقاله های یاد شده به آنها اسناد داده بودند، نیز بررسی شد تا پژوهش های مربوط به موضوع، افزون بر آنچه در جستجوی کلیدواژه ها به دست آمده بود، بررسی و به کار گرفته شود. نگارندگان همچنین مرور را با جستجوی دستی در کتاب ها و دستورالعمل های بالینی که از سوی کارشناسان زنده این حوزه نگاشته شده بود، کامل کردند. گفتنی است در این مقاله هر جا واژه های کودک، کودکان، اطفال و سنین پایین به کار رفته است، منظور افراد زیر 18 سال است، مگر مواردی که به نوع دیگری تعریف شده باشد.

## یافته ها

تا کنون همواره DSM بر پایه یافته های پژوهش هایی استوار بوده که روی بزرگسالان انجام شده است و در تمام ویراست ها و بازنگری های آن سعی و سنت بر آن بوده است که تا آنجا که امکان دارد، معیارهای تشخیصی اختلال ها در کودکی و بزرگسالی یکسان باشد، تا ثبات تشخیصی در تعریف اختلال ها در طول سیر تکاملی (از کودکی تا کهنسالی) حفظ شود (3، 13). بر اساس این دیدگاه، تنها زمانی می توانیم معیارهای تشخیصی یک اختلال را برای هر دوره تکاملی (از کودکی تا کهنسالی) جداگانه طراحی کنیم که شواهد قوی پژوهشی برای اثبات روایی<sup>1</sup> و پایایی<sup>2</sup> تفاوت نشانه های آن اختلال در دوره های مختلف تکاملی وجود داشته باشد و معیارهای تشخیصی برای هر دوره، از اعتبار کافی برخوردار باشد، به نوعی که بتواند آن را از دیگر دوره ها جدا کند (4، 5).

## آیا نمای بالینی اختلال دوقطبی در کودکی با بزرگسالی متفاوت است؟

اظهار نظر کارشناسان درباره وضعیت اختلال دوقطبی در سنین پایین، بیش از 50 سال قدمت دارد، ولی این بحث ها از دهه 90 افزایش چشمگیری داشته است. در یکی دو دهه اخیر تعداد کودکان و نوجوانانی که تشخیص اختلال دوقطبی

1- validity  
2- reliability  
3- conduct disorder  
4- rage or explosive anger or aggressive outbursts  
5- bipolar disorder- narrow phenotype

تقسیم‌بندی‌های جداگانه‌ای که در DSM-IV وجود ندارد، بروز کند (12). بر اساس DSM-IV، تحریک‌پذیری، خلق بالا و دوره‌ای بودن نشانه‌ها، از ویژگی‌های هسته‌ای دوره شیدایی در اختلال دوقطبی است، ولی این مسأله به بزرگسالی مربوط است و میان صاحب‌نظران درباره اهمیت افتراقی این نشانه‌ها در سنین پایین، اشتراک نظر وجود ندارد (19).

نقش تحریک‌پذیری در تشخیص اختلال دوقطبی کودکان در کانون مناقشه‌های تشخیصی قرار دارد. گلر<sup>5</sup> (15، 20) بر این باور است که به دلیل همپوشانی زیادی که میان نشانه‌های تشخیصی اختلال دوقطبی و نشانه‌های اختلال‌های شایع روان‌پریشی کودکان، مانند ADHD، ODD و اختلال سلوک، وجود دارد، باید برای تشخیص اختلال دوقطبی در کودکان، خلق بالا، بزرگ‌منشی و دوره‌ای بودن نشانه‌ها را در مرکز تشخیص قرار داد تا دقت تشخیصی افزایش یابد. از سوی دیگر، بیدرمن<sup>6</sup> و ووزنیاک<sup>7</sup> (6، 16، 21) بر این باورند تحریک‌پذیری شدید و دائمی همراه با حمله‌های انفجاری خشم و پرخاشگری، از نشانه‌های شایع اختلال دوقطبی در کودکان است و فراوان‌تر از خلق بالا و بزرگ‌منشی دیده می‌شود.

فرا تحلیل هفت پژوهش که بین سال‌های 1982 تا 2004 روی اختلال دوقطبی کودکان انجام شده بود، نشان می‌دهد میزان تحریک‌پذیری و خلق بالا میان نمونه‌ها تنوع وسیعی دارد (22). بر اساس یافته‌های برخی پژوهش‌ها، احتمال دارد تحریک‌پذیری، حاصل سازوکارهای ساده‌تر و زیرقشری باشد. بنابراین، طبیعی است که در سنین پایین‌تر بیشتر دیده شود. خلق بالا نیز به فرایندهای عصبی - تکاملی پیچیده‌تر و قشری نیاز دارد، بنابراین در سنین بالاتر آشکار می‌شود. در اختلال دوقطبی کودکان، در صورتی که خلق بالا وجود داشته باشد، در بیش از 90 درصد موارد، با تحریک‌پذیری همراه است و خلق بالا به تنهایی در کمتر از 10 درصد موارد دیده می‌شود.

برای تسهیل پژوهش روی کودکان دچار تحریک‌پذیری شدید و دائمی، لین لوفت<sup>8</sup> و همکاران (12) نام SMD را برای این حالت برگزیدند و معیارهای دقیق و روشنی برای آن تدوین کردند. آنها ترجیح دادند به جای BD-BP، نام SMD

(11، 14). این چهار نمای بالینی عبارت بودند از: الف) نمای بالینی محدود: شامل خلق بالا یا بزرگ‌منشی دوره‌ای با دوره‌های حداقل 4-7 روزه (معادل DSM-BD-I)، ب) نمای بالینی میانی<sup>1</sup> نوع 1: شامل تحریک‌پذیری دوره‌ای با دوره‌های حداقل 4-7 روزه (معادل DSM-BD-I)، ج) نمای بالینی میانی نوع 2: شامل خلق بالا یا بزرگ‌منشی دوره‌ای با دوره‌های کوتاه‌تر از 4 روز (معادل DSM-BD-NOS<sup>2</sup>)، و د) نمای بالینی گسترده: شامل تحریک‌پذیری دائمی (غیر دوره‌ای) (SMD).

از آنجا که معیارهای DSM-IV می‌توانست سه گروه اول (الف تا ج) را پوشش دهد، این پژوهشگران برای گروه چهارم نام SMD را برگزیدند و معیارهای تشخیصی روشنی برای آن تدوین کردند تا بتوان درباره اعتبار این نمای بالینی با دقت بیشتری پژوهش کرد (12).

**دوره سوم:** در این دوره چون به دنبال تقسیم‌بندی پژوهشگران NIMH، نماهای بالینی مختلف اختلال دوقطبی در کودکان و نوجوانان، از معیارهای تشخیصی روشن و مشخص تری برخوردار شده بود، جهش چشمگیری در اعتبار پژوهش‌های این حوزه صورت گرفت و موجب شد یافته‌های آنها دقیق‌تر و قابل مقایسه‌تر باشد. همچنین بررسی اعتبار این نماهای بالینی بر اساس معیارهای رایبیز<sup>3</sup> و گوزه<sup>4</sup> (17) نیز آغاز شد (4، 5). این پژوهش‌ها همچنان ادامه دارد و انتظار می‌رود نتایج آنها بتواند تکلیف تشابه یا تفاوت نمای بالینی اختلال دوقطبی را در سنین پایین با بزرگسالی مشخص کند.

### آیا تحریک‌پذیری شدید و دائمی ممکن است از نماهای بالینی BD در سنین پایین باشد؟

بسیاری از کودکان به دلیل تحریک‌پذیری‌های شدید و دائمی دچار اختلال عملکرد می‌شوند و به مراقبت‌های بالینی نیاز پیدا می‌کنند. یک تحقیق همه‌گیرشناختی آینده‌نگر روی 1420 کودک و نوجوان 10-18 ساله نشان داد فراوانی تحریک‌پذیری‌های شدید و دائمی در طول زندگی و در جمعیت عمومی 3/3 درصد است (1). در یک جمعیت بالینی، به گزارش والدین و معلم، درصد قابل توجهی از کودکان دچار حمله‌های شدید و مختل‌کننده خشم در منزل یا مدرسه (47 درصد) یا هر دو مکان (14 درصد) بودند (18). DSM-IV دستورالعمل مشخصی برای تشخیص‌گذاری این کودکان ندارد (3) و همین مسأله باعث شده در متون علمی،

1- intermediate  
3- Robins  
5- Geller  
7- Wozniak

2- not otherwise specified  
4- Guze  
6- Biederman  
8- Leibenluft

بر پایه پرسشنامه‌های معتبر تشخیصی، تحریک‌پذیری در صورتی نشانه شیدایی به‌شمار می‌آید که بسیار شدید باشد (7، 28). این درجه از تحریک‌پذیری به‌طور معمول با حمله‌های انفجاری خشم همراه است که اغلب تهاجمی و بدون محرک یا بی‌تناسب با محرک است و الگوی دوره‌ای دارد (6، 28). در تحریک‌پذیری مربوط به افسردگی تک‌قطبی یا دوقطبی، این درجه از شدت و وجود حمله‌های خشم لزومی ندارد و ممکن است پایدار و دائمی باشد. در ADHD و ODD تحریک‌پذیری در حد کم‌تابی برای سرخوردگی<sup>3</sup> است و به شدت تحریک‌پذیری‌های موجود در اختلال‌های خلقی نیست (28-31).

پژوهش‌ها نشان داده‌اند تحریک‌پذیری یک نشانه ناهمگن<sup>4</sup> است که بر پایه شدت و دوره‌ای یا دائمی (غیردوره‌ای) بودن، ممکن است با اختلال‌های دیگر روانپزشکی ارتباط تشخیصی یا پیش‌بینی‌کننده متفاوتی داشته باشد. هرچه تحریک‌پذیری شدیدتر باشد، اختلال عملکرد بیشتری را موجب می‌شود.

تحریک‌پذیری ممکن است شاخص خطر بالقوه برخی اختلال‌های روانپزشکی باشد، همان‌گونه که پرفشاری خون یک عامل خطر برای حمله‌های قلبی است (18). دو پژوهش ملی بزرگ و طولی که در انگلستان روی حدود 8000 نفر انجام شد، نشان داد تحریک‌پذیری پیش‌بینی‌کننده اصلی اختلال‌های هیجانی و پیش‌بینی‌کننده نسبی نشانه‌های فشار روانی (افسردگی و اضطراب) است (25). در دوران کودکی، تحریک‌پذیری معیار تشخیصی شش اختلال روانپزشکی، شامل اختلال دوقطبی، ODD، اختلال افسردگی اساسی<sup>5</sup> (MDD)، اختلال اضطراب فراگیر<sup>6</sup> (GAD)، اختلال افسرده‌خویی<sup>7</sup> (DD) و اختلال استرس پس از سانحه<sup>8</sup> (PTSD)، است، هرچند ممکن است از معیارهای ضروری نباشد. البته روند آسیب‌شناختی تحریک‌پذیری در این موارد یکسان نیست (32). یکی از اشکالات DSM این است که تا کنون تعریف کاربردی برای تحریک‌پذیری ارائه نکرده است (3). معیارهای SMD، یک تعریف عملیاتی از تحریک‌پذیری ارائه کرد و همچنین با گذاشتن محدوده سنی،

را به کار ببرند، زیرا مشخص نبود که SMD یک نمای بالینی در اختلال دوقطبی باشد. هرچند SMD و اختلال دوقطبی در بسیاری از نشانه‌ها همپوشانی دارند، چون تحریک‌پذیری در SMD مزمن و دائمی است، معیارهای DSM-IV-BD را پر نمی‌کند. بیدرمن (23) پیشنهاد می‌کند SMD را همان همبود ADHD+ODD بدانیم، ولی این دیدگاه نیز نشانه‌های خلقی و اضطرابی را که در SMD دیده می‌شود، توجه نمی‌کند. پژوهشی روی 274 کودک مبتلا به ADHD نشان داد هرچه تحریک‌پذیری شدیدتر باشد، اختلال عملکرد و احتمال همراهی اختلال‌های خلقی، به‌خصوص اختلال دوقطبی، بیشتر است (24).

وجود یک معیار تشخیصی برای SMD موجب شد مقایسه آن با DSM-IV-BD بر اساس معیارهای رایج و گوزه تسهیل شود. پژوهش‌های 10 سال گذشته، کودکان مبتلا به SMD را با آنهایی مقایسه کرد که به DSM-IV-BD مبتلا بودند. این پژوهش‌ها کماکان نیز در جریان است و در نوشتار بعدی که توسط همین نگارندگان تهیه شده است، به یافته‌های آنها پرداخته می‌شود.

### آیا تحریک‌پذیری نشانه‌ای ارزشمند است که ممکن است نقش تشخیصی یا پیش‌گو داشته باشد؟

تحریک‌پذیری پدیده‌ای طبیعی و تکاملی است، ولی ممکن است یک نشانه شایع روانپزشکی نیز به‌شمار آید. تحریک‌پذیری یک حالت هیجانی است که ویژگی آن خشم و زودرنجی<sup>1</sup> است و جایگاهی را در میانه مشکلات خلقی و مشکلات رفتاری اشغال می‌کند. تحریک‌پذیری‌های مقطعی در طیف وسیعی از اختلال‌های روانپزشکی دیده می‌شوند، ولی تحریک‌پذیری پایدار ممکن است پیش‌بینی‌کننده برخی اختلال‌های ویژه باشد. هیجانی که وجه مشخصه تحریک‌پذیری به‌شمار می‌آید، خشم است. خشم نیز یکی از نخستین هیجان‌هایی است که در سیر تکامل انسان بروز می‌کند (18، 25، 26). خشم ممکن است پیش‌بینی‌کننده رفتارهای پرخاشگرانه باشد و یک عامل خطر برای مشکلات درونی‌سازی<sup>2</sup> نیز به‌شمار می‌آید. میان تحریک‌پذیری و مشکلات هیجانی و رفتاری در تمام دوره‌های سنی (کودکی تا بزرگسالی) ارتباط چشمگیری وجود دارد. حدود 60 درصد بزرگسالانی که اختلال‌های روانپزشکی دارند، در کودکی سابقه تحریک‌پذیری، خشم و پرخاشگری داشته‌اند (27).

1- easy annoyance                      2- internalizing problems  
3- low frustration tolerance        4- heterogeneous  
5- major depressive disorder  
6- generalized anxiety disorder  
7- dysthymic disorder  
8- posttraumatic stress disorder

تحریک‌پذیری‌های کودکان زیر سن مدرسه و تحریک‌پذیری‌های شروع‌شده در نوجوانی را حذف کرد، تا تحریک‌پذیری‌های نوسان‌دار<sup>1</sup> طبیعی این دوران سنی، بیمارگونه به‌شمار نیاید (12).

یافته‌های پژوهشی نشان می‌دهد تحریک‌پذیری‌های دائمی (غیردوره‌ای) از نظر ارزش تشخیصی و پیش‌بینی‌کنندگی با تحریک‌پذیری‌های دوره‌ای تفاوت دارد که این مسأله در بخش بعد به تفصیل شرح داده می‌شود.

### مفهوم دوره‌ای بودن در اختلال دوقطبی چیست و ارزش تشخیصی آن چقدر است؟

اختلال دوقطبی همواره به عنوان یک اختلال دوره‌ای توصیف شده است و تا زمانی که یک دوره شیدایی خفیف<sup>2</sup> مشخص در فردی مشاهده نشود، نمی‌توان برای او تشخیص اختلال دوقطبی را مطرح کرد (3). اما اینکه چه چیز را «دوره» بدانیم، همواره از موضوعات مهم و چالش‌برانگیز بوده است. برای مثال، اگر فردی در طول فاز فعالی از اختلال دوقطبی، یک تغییر خلقی واضح، ولی چند ساعته را تجربه کند، آیا او یک چرخش<sup>3</sup> بین دو دوره را تجربه کرده است یا این همان سیر معمولی نوسان‌های خلقی است که ممکن است داخل یک دوره رخ دهد؟ تیلمن<sup>4</sup> بر این باور است که یکی از کاستی‌های پژوهش‌ها، روشن نبودن یا یکسان نبودن مفهوم «دوره‌ای بودن» در آنهاست. او معتقد است در برخی پژوهش‌ها مفهوم دوره، چرخش و نوسان‌های خلقی مشخص نشده است، در برخی پژوهش‌ها تعاریف آنها جابه‌جا شده و در برخی دیگر میان آنها تفاوتی وجود نداشته است. همین کاستی‌ها، تحلیل و مقایسه یافته‌های آنها را مشکل می‌سازد (33). برای نمونه گلر (15)، بیدرمن (6)، بروتمن<sup>5</sup> (1) و بیرماهر<sup>6</sup> (34) در پژوهش‌های خود، تغییرات محسوس خلق را، حتی در حد چند ساعت (دست‌کم چهار ساعت در روز) دوره به‌شمار آورده‌اند و اگر این تغییرات حتی در چهار روز پراکنده رخ داده باشد، فرد را مبتلا به BD-NOS محسوب کرده‌اند. فردی را تصور کنید که دچار اختلال دوقطبی است و برای یک سال، هر هفته دو بار دگرگونی آشکار و چند روزه خلقی را (که ممکن است خلق طبیعی، شیدایی یا افسردگی باشد) تجربه می‌کند. آیا او دچار اختلال دوقطبی از نوع چرخش بسیار سریع<sup>7</sup>، با بیش از 100 دوره در سال است؟ یا یک دوره یک‌ساله طولانی و مزمن را از اختلال دوقطبی

فعال تجربه کرده است و این تغییرات همان نوسان‌های رایج خلقی در دل یک دوره است؟ به باور تیلمن لازم است در پژوهش‌ها مفهوم «دوره» و «چرخش» به روشنی تعریف شوند و باید آن را از مفهوم نوسان‌های خلقی در داخل یک دوره تفکیک کرد. او پیشنهاد می‌کند که طول دوره را برای شیدایی دست‌کم یک هفته و برای افسردگی دست‌کم دو هفته در نظر بگیریم و آغاز و پایان آن را با تغییر قابل توجه خلق از حالت معمول، یا چرخش از خلق مخالف تعیین کنیم و مواردی را که طول مدت کوتاه‌تری دارد، به عنوان نوسان‌های داخلی یک دوره به‌شمار آوریم (33).

در این راستا، کارگروه اختلال خلقی در سیر تدوین DSM-5، به این نتیجه رسید که لازم است برای تشخیص اختلال دوقطبی، تعریفی دقیق و کاربردی از مفهوم «دوره» ارائه شود و از این رو، دو تغییر را در معیارهای تشخیص اختلال دوقطبی ایجاد کرد: 1- برای پذیرفتن بند A (که در برگزیده نشانه‌های خلقی است) وجود نشانه‌های خلقی را «در بیشتر اوقات روز و کم و بیش هر روز» ضروری دانست، 2- نشانه‌های بند B را (که در برگزیده نشانه‌های غیر خلقی است) تنها در صورتی پذیرفتنی دانست که شدت نشانه در حد تغییر قابل توجه از حالت معمول فرد باشد. نشانه‌های معیار B باید همزمان با نشانه‌های خلقی (معیار A) شروع شده یا اگر پیش از آن وجود داشته باشد، شدت آن با شروع نشانه‌های خلقی (معیار A)، افزایش قابل توجه یافته باشد، به اندازه‌ای که نشان‌دهنده تفاوت نسبت به وضعیت پیشین باشد (10).

این تغییر تکمیلی در DSM-5 که مفهوم دوره را دقیق‌تر تبیین می‌کند، ممکن است در افزایش اعتبار تشخیص اختلال دوقطبی، به عنوان اختلال همراه در کودکی که ADHD دارد، بسیار کمک‌کننده باشد. زیرا از نشانه‌هایی که در معیارهای تشخیصی DSM-IV، برای شیدایی مطرح شده است، پنج نشانه (تحریک‌پذیری، پرحرفی، حواس‌پرتی، بی‌قراری روانی - حرکتی<sup>8</sup> و پرفعالیتی) با نشانه‌های معیار تشخیصی ADHD شباهت دارد (3، 35). با توجه به فراوانی بالاتر ADHD نسبت به اختلال دوقطبی، این شباهت ممکن است موجب دو بار محاسبه شدن<sup>9</sup> این نشانه‌ها، همزمان برای ADHD و اختلال دوقطبی شود و همین مسأله ممکن است

1- fluctuating

2- hypomania

3- cycling

4- Tillman

5- Brotman

6- Birmaher

7- ultrarapid cycling

8- psychomotor agitation

9- double counting

بررسی طولی که روی جمعیت عمومی صورت گرفت، پژوهشگران تحریک‌پذیری دوره‌ای و دائمی را در 776 کودک و نوجوان مبتلا، به مدت نزدیک به یک دهه دنبال کردند و دریافتند که در گروهی که تحریک‌پذیری دائمی بود، همراهی با ADHD و ابتلا به MDD در سال‌های بعد فراوان‌تر و در گروه دچار تحریک‌پذیری دوره‌ای، احتمال ابتلا به اختلال‌های اضطرابی و DSM-IV-BD در سال‌های آتی بیشتر بود (37). در پژوهش دیگر روی 217 کودک و نوجوان (با میانگین سنی  $13/5 \pm 2/9$  سال) دیده شد که خلق بالا بیشتر با حالت دوره‌ای و خلق تحریک‌پذیر بیشتر با حالت دائمی (غیردوره‌ای) همراه است (38). در گروهی که نشانه‌های دائمی داشتند، میانگین سن افراد و میانگین سن شروع نشانه‌ها پایین‌تر و همبودی با ADHD، ODD و اختلال سلوک بالاتر بود. در بررسی 361 کودک و نوجوان مبتلا به DSM-IV-BD دیده شد که ویژگی‌های اجتماعی و جمعیت‌شناختی، شدت بیماری، طول بیماری، زیرگروه اختلال دوقطبی، میزان اختلال‌های همراه و تاریخچه اختلال‌های روانپزشکی در بستگان درجه اول (غیر از افسردگی و سوء مصرف الکل که در موارد دچار تحریک‌پذیری دوره‌ای بیشتر بود) در موارد همراه با تحریک‌پذیری دوره‌ای و مواردی که خلق بالای دوره‌ای داشتند، یکسان بود (19). همچنین میانگین سن در گروهی که تحریک‌پذیری دوره‌ای داشتند، پایین‌تر و شدت نشانه‌های بند B در گروهی که خلق بالای دوره‌ای داشتند، بیشتر بود.

بر پایه یافته‌های پژوهش‌های یادشده به نظر می‌رسد دوره‌ای بودن نشانه‌ها (چه خلق بالا باشد، چه تحریک‌پذیری یا مخلوط هر دو) از نکات بسیار مهمی است که باید در تشخیص اختلال دوقطبی به آن دقت ویژه داشت. یافته‌ها نشان می‌دهد تحریک‌پذیری دوره‌ای و نوع دائم غیردوره‌ای، ساختارهای جداگانه‌ای دارند که در طول زمان ثابت می‌مانند و به نظر می‌رسد هر کدام نشانه‌ای از یک اختلال جداگانه باشند.

این یافته‌ها در جهتی مخالف با تأیید نظریه حاکم دهه اخیر گام برمی‌دارد و این احتمال را که BD-BP یا SMD - که نشانه آن تحریک‌پذیری‌های شدید و دائمی است - اختلالی جدا از گروه اختلال‌های دوقطبی است، قوت می‌بخشد.

یکی از عوامل افزایش تشخیص‌گذاری اختلال دوقطبی در کودکان طی دهه اخیر باشد. حال اگر موارد بند B تنها در صورتی نشانه شیدایی محسوب شود که شدت آن به شکل مشخصی نسبت به حالت معمول فرد افزایش یافته باشد، از دو بار محاسبه شدن نشانه‌ها جلوگیری می‌کند و سبب تشخیص‌گذاری دقیق‌تر و قابل اعتمادتری می‌شود (10).

مکتبی که در دهه اخیر میان برخی صاحب‌نظران رشد کرد، بر این باور بود که اختلال دوقطبی در کودکان در بیشتر موارد به صورت تحریک‌پذیری شدید و دائمی است و دوره‌ای نیست و کمتر احتمال دارد اختلال دوقطبی در سنین پایین به صورت کلاسیک، با دوره‌هایی از نشانه‌های خلق بالا و بزرگ‌منشی و به صورت دوره‌ای (مانند حالت معمول اختلال دوقطبی در بزرگسالان) خودنمایی کند (10-12، 16). این کارشناسان معتقد بودند هر چند تحریک‌پذیری در این کودکان ممکن است در طول هفته یا ماه تغییراتی داشته باشد، این نوسان‌ها در آنچه که DSM-IV به عنوان دوره تعریف کرده است، نمی‌گنجد (9، 12). یکی از دلایل ابداع واژه SMD و تعیین معیار تشخیصی آن نیز همین بود که تحریک‌پذیری، تنها در حالتی که دوره‌ای باشد، در چهارچوب تشخیصی DSM-IV-BD قرار می‌گیرد. بنابراین نیاز بود برای تحریک‌پذیری‌های مزمن و دائمی که از دیدگاه این گروه از صاحب‌نظران، یک نمای تکاملی معادل با اختلال دوقطبی در سنین پایین است، نام، تعریف و چهارچوب تشخیصی جدید تدوین و به اختلال دوقطبی ملحق شود (12).

در ادامه این مسیر و برای بررسی اهمیت «دوره‌ای بودن» گروهی از پژوهشگران افرادی را که نشانه‌های اختلال دوقطبی در آنها دوره‌ای بود، با آنهایی که نشانه‌های دائمی (غیردوره‌ای) داشتند، مقایسه کردند. در پژوهشی 34 کودک و نوجوان مبتلا به تحریک‌پذیری شدید دوره‌ای که معیارهای DSM-IV-BD را پر می‌کردند، با 53 کودک و نوجوان که تحریک‌پذیری شدید و دائمی داشتند، مقایسه شدند (36). یافته‌ها نشان داد احتمال وجود افسردگی، روان‌پریشی<sup>1</sup>، نشانه‌های دیگر شیدایی (غیر از تحریک‌پذیری) و ابتلای والدین به اختلال دوقطبی در گروهی که تحریک‌پذیری دوره‌ای داشتند، بیشتر است. گروه دیگری از پژوهشگران دریافتند تحریک‌پذیری‌های دوره‌ای، بیشتر با اختلال دوقطبی و اضطراب، و تحریک‌پذیری‌های دائمی بیشتر با ADHD، ODD، اختلال سلوک و MDD همراه است (12). در یک



اختلال بدسامانی خلق ایذایی<sup>1</sup> (DMDD)

همان‌گونه که در بخش‌های پیشین بیان شد، فراوانی بالای تحریک‌پذیری‌های شدید و دائمی در کودکان و مشکلات شدید رفتاری و عملکردی که در پی دارد، نیاز آنان را به جایگاهی در DSM برجسته می‌سازد. از این رو، طی تدوین DSM-5 و در راستای تدوین یک دستورالعمل تشخیصی برای آنان، کارگروه کودک و نوجوان نخست تغییراتی در نام و معیارهای SMD وارد کرد (10) و نام اختلال تندمزاجی با ملال<sup>2</sup> (TDD) را جایگزین SMD کرد. دلایلی که موجب این تغییر شد عبارت بود از: 1- نام TDD توصیفی‌تر بود و بهتر می‌توانست شرایط اختلال را تداعی کند؛ و 2- چون در DSM مرسوم بوده است که به شدت اختلال در نام‌گذاری‌ها اشاره نشود، نام TDD با این روش نام‌گذاری هماهنگ‌تر بود. این کارگروه همچنین بند بیش‌برانگیختگی<sup>3</sup> را که دربرگیرنده نشانه‌هایی مشابه ADHD بود، از معیار تشخیصی TDD حذف کرد، زیرا وجود این نشانه‌ها در معیارهای تشخیص SMD، به دلیل شباهت زیادی که با نشانه‌های

ADHD داشت، ممکن بود موجب شود که برای موارد همبود با ADHD نیز تنها تشخیص SMD گذاشته شود و همراهی تشخیص ADHD در آنها نادیده گرفته شود و به علاوه، ممکن است در افرادی که نشانه‌های SMD دارند، ولی دچار ADHD نیستند، به دلیل نداشتن نشانه‌های بیش‌برانگیختگی، تشخیص SMD نیز گذاشته نشود و از وجود SMD در آنها غفلت شود. سپس بر پایه اجماع عمومی کارشناسان در آوریل 2012، نام TDD نیز به اختلال بدسامانی خلق ایذایی (DMDD) اصلاح شد (13) زیرا: 1- نام DMDD بر خلقی بودن این اختلال تأکید و یادآوری بیشتری دارد. 2- ممکن است به اشتباه از کلمه temper در TDD مفهوم temperament برداشت شود. 3- نام DMDD با اصطلاح اختلال رفتار ایذایی<sup>4</sup> (DBD) هماهنگ‌تر است و چون مشکلات حاصل از آن ممکن است در همان راستا قرار گیرد، نام‌گذاری مناسب‌تری است. 4- نشانه‌ها و مشکلات بالینی حاصل از این اختلال را بیشتر به ذهن می‌آورد. معیارهای DMDD در DSM-5 (39) در جدول 1 ارائه شده است.

## جدول 1- اختلال بدسامانی خلق ایذایی (DMDD) بر اساس DSM-5 (39)

- الف. حمله‌های شدید و تکرارشونده خشم با نمود گفتاری (مانند پرخاشگری کلامی) و/یا رفتاری (مانند پرخاشگری‌های فیزیکی به افراد یا دارایی‌ها) که به روشنی در شدت یا مدت یا موقعیت یا محرک تناسب ندارد.
- ب. حمله‌های خشم با سطح تکاملی هماهنگی ندارد.
- ج. حمله‌های خشم، به‌طور میانگین، هفته‌ای سه بار یا بیشتر رخ می‌دهد.
- د. خلق بین حمله‌های خشم، بیشتر اوقات روز، کم‌ویش هر روز، پایداری پذیر یا خشمگین است و دیگران (مانند پدر و مادر، آموزگاران و همسالان) می‌توانند آن را ببینند.
- ه. معیارهای «الف» تا «د» به مدت 12 ماه یا بیشتر وجود داشته است. در این میان، فرد دوره‌ای را به درازای سه ماه پیاپی یا بیشتر که بدون همه نشانه‌های «الف» تا «د» باشد، نداشته است.
- و. معیار «الف» و «د» دست کم در دو مورد از سه جایگاه (مثلاً در خانه، در مدرسه، با همسالان) وجود دارد و دست کم در یکی از این موارد شدید است.
- ز. نخستین تشخیص‌گذاری نباید پیش از 6 سالگی یا پس از 18 سالگی باشد.
- ح. بر پایه تاریخچه یا مشاهده، سن آغاز معیارهای «الف» تا «ه» پیش از 10 سالگی است.
- ط. هرگز دوره جداگانه‌ای بلندتر از یک روز که دارای همگی نشانه‌های معیاری، سوازی مدت، برای یک دوره مانیا یا هیپومانیا باشد، وجود نداشته است.
- توجه: افزایش خلق شایسته تکاملی، مانند آنچه در متن یک رویداد بسیار مثبت یا پیش‌بینی آن روی می‌دهد، نباید نشانه‌ای از مانیا یا هیپومانیا قلمداد شود.
- ی. این رفتارها صرفاً در دوره‌ای از اختلال افسردگی اساسی رخ نمی‌دهد و نمی‌توان آن را با اختلال روانی دیگری (مانند اختلال طیف اوتیسم<sup>1</sup> (ASD)، اختلال استرس پس از سانحه، اختلال اضطراب جدایی<sup>2</sup> (SAD) و اختلال افسردگی پایدار<sup>3</sup> [افسرده‌خویی]) بهتر توجیه کرد.
- توجه: این تشخیص نمی‌تواند با اختلال نافرمانی ستیزه‌جویانه، اختلال خشم ادواری<sup>4</sup> یا اختلال دوقطبی همراه باشد، هرچند می‌تواند با دیگر اختلال‌ها، شامل اختلال افسردگی اساسی، اختلال بیش‌فعالی/کمبود توجه، اختلال سلوک و اختلال مصرف مواد همراه باشد. آنهایی که نشانه‌هایشان معیارهای هر دو اختلال بدسامانی خلق ایذایی و اختلال نافرمانی ستیزه‌جویانه را پر می‌کند، باید تنها تشخیص اختلال بدسامانی خلق ایذایی بگیرند. هرگاه کسی یک دوره مانیا یا هیپومانیا را تجربه کرده باشد، نباید تشخیص اختلال بدسامانی خلق ایذایی بگیرد.
- ک. نشانه‌ها به آثار فیزیولوژیک یک ماده یا وضعیت طبی یا نورولوژیک دیگری منسوب نیست.

1- autism spectrum disorder; 2- separation anxiety disorder; 3- persistent depressive disorder; 4- intermittent explosive disorder

1- disruptive mood dysregulation disorder  
 2- temper dysregulation disorder with dysphoria  
 3- hyperarousal  
 4- disruptive behavior disorder

آیا DMDD می‌تواند جایگاهی در DSM داشته باشد؟

گروهی از صاحب‌نظران بر این باورند که هنوز پژوهش‌های کافی برای اثبات اعتبار DMDD در اختیار نیست و پژوهش‌های کنونی نیز به‌طور عمده به‌وسیله چند گروه پژوهشی در جایگاه‌هایی انتخاب شده، انجام شده است. از این رو، آنها بر این باورند که تشخیص DMDD هنوز در ابتدای راه است و با توجه به زوایای ناشناخته و پرسش‌های بی‌پاسخ زیادی که درباره آن وجود دارد، پیوستن آن به DSM امری خام و دور از چهارچوب‌های علمی است (11، 40). در مقابل، گروه دیگری عقیده دارند که با توجه به فراوانی DMDD و شدت بالایی که نشانه‌ها و اختلال عملکرد حاصل از آن به دنبال دارد، مهم است که این کودکان جایگاه مشخصی در DSM داشته باشند. آنها معتقدند گنجاندن DMDD در DSM فواید متعددی دارد (10، 11): 1- پژوهش روی این اختلال را گسترش می‌دهد و مایه شناخت بیشتر آن می‌شود. 2- سردرگمی و ابهامی را که هم‌اکنون در تشخیص‌گذاری و مدیریت این حالت مهم بالینی وجود دارد، رفع می‌کند. 3- بالینگران می‌توانند مراقبت‌های جدی و ضروری مورد نیاز را بهتر فراهم کنند. 4- بهره‌مندی مبتلایان از سامانه‌های بیمه درمانی را آسان‌تر می‌سازد. 5- در حال حاضر، بیشتر این کودکان تشخیص اختلال دوقطبی می‌گیرند، حال آنکه یافته‌های بیشتر پژوهش‌های موجود، وجود این اختلال را در آنها تأیید نمی‌کند و وجود DMDD در DSM ممکن است به این رویه رایج، ولی احتمالاً اشتباه، پایان دهد. 6- باعث جهشی برای شناخت و دستیابی به درمان‌های مناسب‌تر برای این کودکان می‌شود و آنها را از درمان‌های نامناسب و ناکافی دور نگاه می‌دارد. باید یادآوری کرد که سیاست DSM همواره اجازه داده است که اگر یک حالت روانی، مشکلات قابل توجه هیجانی و رفتاری ایجاد کند و به مراقبت‌های جدی بالینی نیاز داشته باشد، بتوان آن را در DSM وارد کرد. در دستورالعمل DSM تأکید شده است که تأمین نیازهای بالینی به اندازه تکیه بر شواهد علمی ارزش دارد. بنابراین، اگر وجود یک معیار تشخیصی بتواند در توجه به یک وضعیت مهم بالینی، افزایش آگاهی‌های عمومی نسبت به آن و ارتقای مدیریت آن مؤثر باشد، می‌توان آن را در DSM وارد کرد، هر چند ممکن است شواهد کافی برای اثبات اعتبار آن وجود نداشته باشد (3، 11). وجود یک جایگاه با معیارهای روشن تشخیصی، موجب افزایش دانش درباره آن حالت بالینی و

کاهش خطاهای احتمالی در تشخیص، مدیریت و درمان آن می‌شود.

سنجش موارد یادشده کارشناسان را به این نتیجه رساند که می‌توان DMDD را در طبقه‌بندی DSM-5 وارد ساخت (10، 11، 13، 41). پس از گذر از این مرحله، برخی از پژوهشگران پیشنهاد کردند که می‌توان DMDD را در حد یک زیرگونه و تصریحگر<sup>1</sup> و در معیارهای تشخیصی ODD قرار داد. آنان برای پیشنهاد خود، این دلایل را ارائه کرده‌اند (10، 11): 1- پژوهش‌ها نشان می‌دهد 85-100 درصد کودکان دارای DMDD، معیارهای ODD را نیز پر می‌کنند. به عبارتی، همپوشانی زیاد نشانه‌ها در این دو اختلال باعث شده است که DMDD به نوعی نشانه‌های ODD را نیز در بر گیرد (42). 2- یافته‌های پژوهشی هنوز در حدی نیست که بتواند از قراردادن DMDD به‌عنوان یک تشخیص معتبر و مستقل در DSM حمایت کند و اضافه کردن یک زیرگونه، شواهد پژوهشی کمتری لازم دارد. 3- این نوع تقسیم‌بندی بر همپوشانی زیاد DMDD با ODD تأکید می‌کند. 4- در حال حاضر، برای این نوع تقسیم‌بندی شواهد پژوهشی قوی‌تری وجود دارد. 5- در جمعیت عمومی نزدیک به 15 درصد و در نمونه‌های بالینی حدود 25 درصد افراد دارای ODD، معیارهای DMDD را نیز پر می‌کنند (32). 6- می‌توان DMDD را به‌عنوان موردی از ODD که شدیدترین تحریک‌پذیری را دارد، تعریف کرد (13).

از سوی دیگر، گروهی از کارشناسان معایب این نوع تقسیم‌بندی را این‌گونه مطرح کرده‌اند (10، 11، 13): 1- ODD یک اختلال خلقی نیست، در حالی که در DMDD نشانه‌های خلقی بسیار برجسته است، به طوری که نشانه‌های دیگر را تحت الشعاع قرار می‌دهد. قرار دادن DMDD به عنوان زیرگروهی از ODD، نوعی غفلت از این مسأله است و مشکلات و نشانه‌های شدید خلقی و عملکردی را که در این کودکان دیده می‌شود، تداعی نمی‌کند. 2- برای تشخیص ODD، تأکید اولیه بیشتر بر نافرمانی<sup>2</sup> و ستیزه‌جویی<sup>3</sup> است تا تحریک‌پذیری و بنابراین، افرادی را که تحریک‌پذیری ندارند یا شدت بیماری آنها کمتر است نیز در بر می‌گیرد (32). 3- در DMDD، شدت نشانه‌ها و میزان اختلال عملکرد با اختلال دوقطبی برابری می‌کند و بسیار بیشتر از میانگین اختلال عملکرد برآمده از ODD است (10، 11، 41).

1- specifier  
3- defiance

2- oppositionality

تحریک‌پذیری و بسیاری از اختلال‌های روانپزشکی ارتباط وجود دارد و تحریک‌پذیری در نمای بالینی بسیاری از اختلال‌های روانپزشکی دیده می‌شود و در معیارهای تشخیصی گروهی از اختلال‌های روانپزشکی نیز گنجانده شده است (3). با وجود این، تا کنون تعریفی کاربردی برای تحریک‌پذیری ارائه نشده است. بر پایه یافته‌های کنونی، در نسبت قابل توجهی از جمعیت عمومی (3/3 درصد) (1) و بالینی (47-14 درصد) (18) کودکان، تحریک‌پذیری به صورت شدید و دائمی (غیردوره‌ای) دیده می‌شود. این امر مشکلات زیادی را برای آنان ایجاد و مراقبت‌های بالینی قوی را طلب می‌کند. تا پیش از انتشار DSM-5، درباره این کودکان، معیار مشخص تشخیصی در DSM یا توافق نظر تشخیصی میان صاحب‌نظران وجود نداشته است. هر چند در دهه گذشته، دیدگاه بالینی حاکم، این علامت را نشانه اختلال دوقطبی در سنین پایین به‌شمار می‌آورد و بر آنان تشخیص اختلال دوقطبی می‌گذاشت (6، 7)، شواهد کافی برای تأیید این نظریه وجود نداشت و این نوع تشخیص‌گذاری همواره با مخالفت گروهی از کارشناسان روبه‌رو بود.

تشخیص اختلال دوقطبی در دوران کودکی و ارزش تشخیصی تحریک‌پذیری در آن، همیشه موضوع بحث بوده و چالش قابل توجهی میان صاحب‌نظران ایجاد کرده است. متخصصان به‌سختی توانسته‌اند روایی و پایایی دیدگاه‌های تشخیصی خود را تأیید کنند. گروهی بر این باورند که چون تحریک‌پذیری در طیف وسیعی از اختلال‌های دوران کودکی دیده می‌شود، باید برای تشخیص دقیق اختلال دوقطبی در کودکان به نشانه‌های دیگر، مانند خلق بالا و بزرگ‌منشی، تکیه کرد (15)، و از سوی دیگر، گروهی معتقدند شدت تحریک‌پذیری در اختلال دوقطبی از هر اختلال دیگر بیشتر است و به همین لحاظ می‌تواند اختلال دوقطبی را از تحریک‌پذیری‌های همراه با دیگر اختلال‌ها جدا کند (16). این گروه با همین منطبق تحریک‌پذیری‌های شدید و دائمی (غیردوره‌ای) در دوران کودکی را نیز نشانه اختلال دوقطبی می‌دانند. در مقابل، گروه سومی معتقدند ماهیت دوره‌ای نیز جزء نشانه‌های اساسی اختلال دوقطبی است و تحریک‌پذیری شدید تنها در صورتی که دوره‌ای باشد، علامت اختلال دوقطبی به‌شمار می‌آید (12، 19، 38-36). باید در نظر داشت یکی از کاستی‌های موجود در DSM این است که در

4- در DMDD آستانه تشخیصی برای نشانه‌ها بالاتر از ODD است (10، 41). 5- به دلیل گستردگی طیف اختلال ODD و تنوع گسترده شدت اختلال عملکرد در ODD به‌سختی می‌توان دسترسی به سطح بالای خدمات درمانی و پوشش بیمه‌ای را که زیرگروه DMDD به آن نیازمند است، قانونی و فراهم کرد (10، 11). 6- در معیارهای تشخیصی DMDD، نافرمانی، آزارسانی<sup>1</sup> و کله‌شقی<sup>2</sup> وجود ندارد، درحالی‌که این نشانه‌ها از نشانه‌های مهم تشخیصی در ODD است و از مواردی است که حتی برای افتراق این دو حالت می‌توان از آن کمک گرفت (3، 10، 13، 43، 44). 7- برای تشخیص DMDD لازم است نشانه‌ها دست کم در دو جایگاه وجود داشته باشد و دست کم در یک جایگاه شدید باشد، در حالی که وجود نشانه‌ها در یک جایگاه برای تشخیص ODD کافی است (3، 10، 13). 8- بیشتر کودکان مبتلا به DMDD (85 درصد) معیارهای ODD را نیز پر می‌کنند، درحالی‌که تنها گروه کمی از کودکان مبتلا به ODD (15 درصد) معیارهای DMDD را نیز پر می‌کنند (10، 11، 26). 9- بیشتر کودکان مبتلا به DMDD در بزرگسالی، دچار اختلالات افسردگی تک‌قطبی و اضطرابی می‌شوند که نشانه ارتباط قوی DMDD با اختلالات خلقی است (41).

بحث و بررسی مواردی که گفته شد به کارشناسان نشان داد مناسب‌ترین بخش برای DMDD، بخش اختلال‌های خلقی DSM-5 است که بر اهمیت نشانه‌های خلقی در این اختلال نیز تأکید دارد (10، 11، 13). همچنین بنا شد برای جلوگیری از تشخیص‌گذاری‌های کاذب که ممکن است به علت فراوانی نشانه‌های همپوشان رخ دهد، و همچنین به علت شدیدتر بودن اختلال DMDD نسبت به ODD، کودکانی که معیارهای هر دو اختلال ODD و DMDD را پر می‌کنند، تنها تشخیص DMDD بگیرند (13).

پس از حضور DMDD در بخش اختلال‌های خلقی، این پرسش مطرح می‌شود که آیا DMDD همان‌گونه که در دهه گذشته به آن نگاه شده است، زیرگروهی از اختلال دوقطبی است؟ این موضوع در نوشتار بعدی همین نگارندگان به تفصیل بررسی می‌شود.

## بحث

تحریک‌پذیری حالتی روانی است که گستره آن از هیجان و خلق (خشم) تا رفتار (پرخاشگری) است (18). میان

1- annoyance

2- headstrongness

38-36) و تحریک‌پذیری در کودکان مبتلا به DMDD، شدید، ولی غیردوره‌ای است. حضور DMDD با معیارهایی ساختاریافته در بخش اختلال‌های خلقی DSM-5، افزون بر برجسته کردن مشکلات خلقی در افراد مبتلا به تحریک‌پذیری‌های شدید و دائمی، تشخیص‌گذاری را روشن‌تر و پژوهش‌ها را دقیق‌تر می‌سازد.

لازم به یادآوری است که در شماری از منابع (کمتر از یک‌سوم از موارد)، توان دسترسی به مقاله کامل وجود نداشت که از محدودیت‌های بررسی مروری حاضر بود. در مقاله بعدی همین نویسندگان، به تفصیل به میزان پیوستگی یا گسستگی DMDD با اختلال دوقطبی پرداخته می‌شود.

### سپاسگزاری

از دست‌اندرکاران راه‌اندازی سامانه کتابخانه مجازی دانشگاه علوم پزشکی تهران و پایگاه SID که امکان دسترسی به مقاله‌ها را برای نگارندگان این نوشتار فراهم آورد، صمیمانه سپاسگزاری می‌شود.

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

### منابع

1. Brotman MA, Schmajuk M, Rich BA, Dickstein DP, Guyer AE, Costello EJ, et al. Prevalence, clinical correlates, and longitudinal course of severe mood dysregulation in children. *Biol Psychiatry*. 2006; 60(9): 991-7.
2. Carlson GA, Potegal M, Potegal M, Margulies D, Gutkovich Z, Basile J. Rages-What are they and who has them? *J Child Adolesc Psychopharmacol*. 2009; 19(3):281-8.
3. American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. 4<sup>th</sup>ed. Washington, DC: American Psychiatric Association; 1994.
4. Shirazi E, Shahrivar Z. Diagnostic debates of childhood bipolar disorder: From the formal diagnostic criteria to the severe mood dysregulation. *Iran J Psychiatry Clin Psychol*. 2009; 15(2):128-46. [Persian]
5. Shirazi E, Shahrivar Z. Diagnostic debates of childhood bipolar disorder: From the formal diagnostic criteria to the severe mood dysregulation. In: Boutros N, editor. *Yearbook of international psychiatry and behavioral neurosciences*. New York: Nova Science Publishers; 2009. p. 309-330.

معیارهای اختلال دوقطبی، مفهوم دوره‌ای بودن نیز همانند تحریک‌پذیری، به شکل کاربردی تعریف نشده است. نبود تعریفی عملیاتی برای تحریک‌پذیری و دوره، از عوامل مهمی است که مایه ناهمگن شدن نمونه‌های پژوهشی، ناهمسان شدن آزمودنی‌ها در پژوهش‌های مشابه و عدم امکان مقایسه دقیق یافته‌های آنها با یکدیگر شده است. این مسائل، همگرایی در دیدگاه‌های پژوهشگران و کارشناسان اختلال دوقطبی کودکان را کند و دشوار می‌سازد.

مجموعه مسائل بیان‌شده موجب شد در تدوین بخش کودکان و خلقی DSM-5 این نیاز احساس شود که: 1- برای کودکان مبتلا به تحریک‌پذیری‌های شدید و دائمی (غیردوره‌ای) جایگاهی در نظر گرفته و معیارهای تشخیصی جداگانه‌ای برای آنان فراهم شود (10، 11) و 2- برای مفهوم تحریک‌پذیری و دوره‌ای بودن تعریفی کاربردی در معیارها ارائه شود (10).

رعایت این نکات در DSM-5 این فواید را در بر دارد (10، 11): 1- بالینگران در رویارویی با تحریک‌پذیری شدید و دائمی در کودکان، از گرداب سردرگمی‌های تشخیصی و درمانی رها می‌شوند. 2- در پژوهش‌های آتی، نمونه‌های پژوهشی همگنی قابل قبولی دارند و امکان پژوهش‌های دقیق‌تر و قابل مقایسه فراهم می‌شود. 3- به دلیل همگن بودن گروه، امکان بررسی و دستیابی به روش‌های درمانی مناسب‌تر برای آنان فراهم می‌شود. 4- وجود یک معیار مجزای تشخیصی باعث می‌شود میزان همگرایی یا واگرایی تحریک‌پذیری‌های شدید و دائمی با تشخیص اختلال دوقطبی، بر پایه معیارهای رایج و گوزه، دقیق‌تر بررسی شود. تدوینگران DSM-5 با عنایت به یافته‌های یاد شده، اصلاحاتی را در معیارهای SMD ایجاد و آن را با نام TDD (10) و سپس DMDD (13) راهی DSM-5 کردند. یافته‌ها نشان می‌دهد با توجه به برجستگی نشانه‌های خلقی نسبت به نشانه‌های رفتاری در این کودکان، جایگاه مناسب DMDD، بخش اختلال‌های خلقی DSM-5 است (11).

در پایان می‌توان گفت که هرچند تحریک‌پذیری شدید ممکن است از خصوصیات اختلال دوقطبی باشد، ارزش تشخیصی تحریک‌پذیری بر اساس شدت و دوره‌ای/دائمی (غیردوره‌ای) بودن آن تفاوت دارد. تحریک‌پذیری شدید در هر سن، تنها در صورتی که دوره‌ای باشد، برای اختلال دوقطبی ارزش تشخیصی یا پیش‌بینی‌کننده دارد (9، 12).

6. Biederman J, Faraone SV, Wozniak J, Mick E, Kwon A, Aleardi M. Further evidence of unique developmental phenotypic correlates of pediatric bipolar disorder: Findings from a large sample of clinically referred preadolescent children assessed over the last 7 years. *J Affect Disord*. 2004; 82(Suppl 1):s45-58.
7. Mick E, Spencer T, Wozniak J, Biederman J. Heterogeneity of irritability in attention-deficit/hyperactivity disorder subjects with and without mood disorders. *Biol Psychiatry*. 2005; 58(7):376-582.
8. Moreno C, Laje G, Blanco C, Jiang H, Schmidt AB, Olfson M. National trends in the outpatient diagnosis and treatment of bipolar disorder in youth. *Arch Gen Psychiatry*. 2007; 64(9):1032-9.
9. Blader JC, Carlson GA. Increased rates of bipolar disorder diagnoses among U.S. child, adolescent, and adult inpatients, 1996-2004. *Biol Psychiatry*. 2007; 62(2):107-14.
10. American Psychiatric Association. Taskforce DV. Issues pertinent to developmental approach to bipolar disorder in DSM-5 [Internet]. Washington, DC: American Psychiatric Association; 2010 [undated; cited 2010 March 25]. Available from: <http://www.dsm5.org/ProposedRevisions/Pages/proposedrevision.aspx?rid=397>.
11. American Psychiatric Association. Taskforce DV. Justification for temper dysregulation disorder with dysphoria [Internet]. Washington, DC: American Psychiatric Association; 2010 [undated; cited 2010 March 25]. Available from: <http://www.dsm5.org/ProposedRevisions/Pages/proposedrevision.aspx?rid=397>.
12. Leibenluft E, Charney DS, Towbin KE, Bhangoo RK, Pine DS. Defining clinical phenotypes of juvenile mania. *Am J Psychiatry* 2003; 160(3): 430-437.
13. American Psychiatric Association. DSM-5 Development: Proposed Revisions [Internet]. Washington, DC: American Psychiatric Association; 2012 [undated; cited 2012 April]. Available from: <http://www.dsm5.org/ProposedRevisions/pages/proposedrevision.aspx?rid=397>.
14. Parens E, Johnston J. Controversies concerning the diagnosis and treatment of bipolar disorder in children. *Child Adolesc Psychiatry Ment Health* [Internet]. [undated; cited 2010 Mar 10]. Available from: <http://www.creativecommons.org/licenses/by/2.0>
15. Geller B, Sun K, Zimmerman B, Luby J, Frazier J, Williams M. Complex and rapid- cycling in bipolar children and adolescents: A preliminary study. *J Affect Disord*. 1995; 34(4):254-68.
16. Wozniak J, Biederman J, Kiely K, Ablon JS, Faraone SV, Mundy E, et al. Mania-like symptoms suggestive of childhood-onset bipolar disorder in clinically referred children. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 1995; 34(7):867-76.
17. Robins E, Guze SB. Establishment of diagnostic validity in psychiatric illness: Its application to schizophrenia. *Am J Psychiatry*. 1970; 126(7): 83-7.
18. Stringaris A. Irritability in children and adolescents: A challenge for DSM-5. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2011; 20(2):61-6.
19. Hunt J, Birmaher B, Leonard H, Strober M, Axelson D, Ryan N, et al. Irritability without elation in a large bipolar youth sample: Frequency and clinical description. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2009; 48(7):730-9.
20. Geller B, Craney J, Bolhofner K, Nickelsburg M, Williams M, Zimmerman B. Two-year prospective follow-up of children with a prepubertal and early adolescent bipolar phenotype. *Am J Psychiatry*. 2002; 159(6):927-33.
21. Biederman J. Mania is mistaken for ADHD in prepubertal children (Debate Forum: Affirmative). *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 1998; 37(10):1091-3.
22. Kowatch R, Youngstrom E, Danielyan A, Findling R. Review and meta- analysis of the phenomenology and clinical characteristics of mania in children and adolescents. *Bipolar Disord*. 2005; 7(6):483-96.
23. Jairam R, Prabhuswamy M, Dullur P. Do we really know how to treat a child with bipolar disorder or one with severe mood dysregulation? Is there a magic bullet? *Depress Res Treat*. 2012; 2012:967302.
24. Mick E, Spencer T, Wozniak J, Biederman J. Heterogeneity of irritability in attention-deficit/ hyperactivity disorder subjects with and without mood disorders. *Biol Psychiatry*. 2005; 58(7):576-82.
25. Stringaris A, Cohen P, Pine DS, Leibenluft E. Adult outcomes of youth irritability: A 20-year prospective community-based study. *Am J Psychiatry*. 2009; 166(9): 1048-54.
26. Stringaris A, Baroni A, Haimm C, Brotman M, Lowe CH, Myers F, et al. Pediatric bipolar disorder versus severe mood dysregulation: Risk for mania episodes on

- follow-up. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2010; 49(4):397-405.
27. Geller B, Tillman R, Craney JL, Bolhofner BS. Four-year prospective outcome and natural history of mania in children with a prepubertal and early adolescent bipolar disorder phenotype. *Arch Gen Psychiatry*. 2004; 61(5):459-67.
  28. Wozniak J, Biederman J, Kwon A, Mick E, Faraone S, Orlovsky K, et al. How cardinal are cardinal symptoms in pediatric bipolar disorder? An examination of clinical correlates. *Biol Psychiatry*. 2005; 58(7):583-8.
  29. Davari-Ashtiani R, Alaghband-Rad J, Sharifi V, Amini H, Kaviani H, Shabani A, et al. Reliability of the Persian translation of the composite international diagnostic interview (CIDI) for diagnosing schizophrenia and bipolar disorder. *Adv Cogn Sci*. 2004; 6(1,2):1-9. [Persian]
  30. Amini H, Alaghband-Rad J, Sharifi V, Davari-Ashtiani R, Kaviani H, Shahrivar Z, et al. Validity of a Farsi translation of the composite international diagnostic interview (CIDI) to diagnose schizophrenia and bipolar disorder. *Tehran U Med J*. 2006; 64(8):31-42. [Persian]
  31. Shabani A. Strategies for decreasing false negative and positive diagnoses of bipolar disorder. *Iran J Psychiatry Clin Psychol*. 2009; 15(2):99-127. [Persian]
  32. Leibenluft E. Severe mood dysregulation, irritability, and the diagnostic boundaries of bipolar disorder in youth. *Am J Psychiatry*. 2011; 168(2):129-42.
  33. Tillman R, Geller B. Definitions of rapid, ultrarapid, and ultradian cycling and of episode duration in pediatric and adult bipolar disorders: A proposal to distinguish episodes from cycles. *J Child Adolesc Psychopharmacology*. 2003; 13(3):267-71.
  34. Birmaher B, Axelson D, Strober M, Gill MK, Valeri S, Chiappetta L, et al. Clinical course of children and adolescents with bipolar spectrum disorders. *Arch Gen Psychiatry*. 2006; 63(2):175-83.
  35. Shahrivar Z, Alaghband-Rad J, Shirazi E. Does attention deficit/hyperactivity disorder affect clinical characteristics of mania in children and adolescents? *Iran J Psychiatry Clin Psychology*. 2006; 12(3):197-203. [Persian]
  36. Bhangoo RK, Dell ML, Towbin K, Myers FS, Lowe CH, Pine DS, et al. Clinical correlates of episodicity in juvenile mania. *J Child Adolesc Psychopharmacology*. 2003; 13(4):507-14.
  37. Leibenluft E, Cohen P, Gorrindo T, Brook JS, Pine DS. Chronic versus episodic irritability in youth: A community-based, longitudinal study of clinical and diagnostic associations. *J Child Adolesc Psychopharmacology*. 2006; 16(4):456-66.
  38. Masi G, Perugi G, Millepiedi S, Mucci M, Pari C, Pfanner C, et al. Clinical implications of DSM-IV subtyping of bipolar disorders in referred children and adolescents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2007; 46(10):1299-306.
  39. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth edition, DSM-5*. Washington, DC: American Psychiatric Publishing; 2013.
  40. Axelson DA, Birmaher B, Findling RL, Fristad MA, Kowatch RA, Youngstrom EA, et al. Commentary: Concerns regarding the inclusion of temper dysregulation disorder with dysphoria in the diagnostic and statistical manual of mental disorder, fifth edition. *J Clin Psychiatry*. 2011; 72(9):1257-62.
  41. American Psychiatric Association. DSM-5 proposed revisions include new diagnostic category of Temper Dysregulation with Dysphoria (TDD) [Internet]. Washington, DC: American Psychiatric Association; 2010 [updated 2010 February 10; cited 2010 February 10th]. Available from: <http://www.dsm5.org/ProposedRevisions/Pages/proposedrevision.aspx?rid=397>.
  42. Copeland WE, Shanahan L, Costello EJ, Angold A. Childhood and adolescent psychiatric disorders as predictors of young adult disorders. *Arch Gen Psychiatry*. 2009; 66(7):764-72.
  43. Stringaris A, Goodman R. Three dimensions of oppositionality in youth. *J Child Psychol Psychiatry*. 2009; 50(3):216-23.
  44. Stringaris A, Goodman R. Longitudinal outcome of youth oppositionality: Irritable, headstrong, and hurtful behaviors have distinctive predictions. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2009; 48(4):404-12.

## Review Article

## Severe and Nonepisodic Irritabilities in Children: Diagnostic Debates and DSM Role

### Abstract

**Objectives:** Severe and nonepisodic irritabilities are prevalent in 3.3% of children and needs intensive clinical care. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM) lacks any guidance on their diagnosis and this has led to controversies among clinicians in their diagnosis and treatment. Workgroups of DSM-5 have tried to remove this paucity. **Method:** Data were collected through review of the literature appeared until the end of 2012 by searching in relevant English and Persian databases. Of retrieved materials, 66 studies including systematic reviews, meta-analyses, original articles and case reports were extracted. Full-texts of 46 studies and inevitably 20 abstracts were reviewed. The quality of studies were checked separately and qualified ones were reviewed. **Results:** There has been controversies among professionals about significance of irritability in diagnosing psychiatric disorders in children and adolescents. The dominant clinical school in past decade, formulated severe and nonepisodic irritabilities as being characteristic of bipolar disorder in children. Studies suggest that the diagnostic value of irritability depends on its severity and being episodic or nonepisodic. It seems that irritability can have diagnostic and predictive value for bipolar disorder, only if being severe and episodic. In DSM-5, this condition is called Disruptive Mood Dysregulation Disorder (DMDD) and its criteria is established. **Conclusion:** It is important that children suffering severe nonepisodic irritabilities have a home in DSM-5 to eliminate clinicians' confusion, while facilitating precise research for classifying them accurately according to diagnosis and treatment.

**Key words:** bipolar disorder; irritable mood; child; DSM-5

[Received: 1 February 2013; Accepted: 6 July 2013]

**Elham Shirazi\***, Amir Shabani <sup>a</sup>, Javad Alaghband-Rad <sup>b</sup>

\* Corresponding author: Bipolar Disorders Research Group, 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: [shirazi.e@iums.ac.ir](mailto:shirazi.e@iums.ac.ir)

<sup>a</sup> Bipolar Disorders Research Group, Mental Health Research Center, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran; <sup>b</sup> Rouzbeh Hospital, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.