

# اختلالات روانپزشکی و سطح عملکرد در فرزندان مبتلایان به بیماری دوقطبی

دکتر فیروزه درخشان پور<sup>۱</sup>، دکتر فریبا عربگل<sup>۱</sup>، دکتر لیلی پناغی<sup>۲</sup>، هما مذهبدار<sup>۳</sup>  
<sup>۱</sup> مرکز تحقیقات علوم رفتاری، <sup>۲</sup> پژوهشکده خانواده، <sup>۳</sup> کارشناس ارشد مددکاری اجتماعی، دانشگاه علوم پزشکی شهیدبهشتی

مجله پزشکی هرمزگان سال سیزدهم شماره چهارم زمستان ۸۸ صفحات ۲۵۲-۲۴۶

## چکیده

**مقدمه:** در این پژوهش، اختلالات روانپزشکی و عملکرد کودکان و نوجوانان والدین مبتلا به اختلال دوقطبی با فرزندان دارای والدین سالم مقایسه شده است.

**روش کار:** در این مطالعه مورد - شاهد، ۵۲ نفر از والدین بیماران مبتلا به اختلال دوقطبی به همراه ۷۴ تن از فرزندانشان (گروه مورد) و ۴۸ نفر از والدین سالم به همراه ۶۳ تن از فرزندان آنها (گروه شاهد) مورد بررسی قرار گرفتند. نمونه‌ها به روش نمونه‌گیری آسان و در دسترس انتخاب شدند. از ابزارهای *C-GAS* و *K-SADS* جهت جمع‌آوری اطلاعات و برای تجزیه و تحلیل اطلاعات از آزمونهای آماری کی-تو، *t*، به کمک نرم‌افزار آماری *SPSS* استفاده شده است.

**نتایج:** فراوانی نسبی اختلالات روانپزشکی (حداقل یک اختلال) در گروه مورد ۵۱/۴ درصد (۲۸ نفر) و در گروه شاهد ۲۰/۶ درصد (۱۳ نفر) بود. اختلاف دو گروه با توجه به  $(P < ۰/۰۰۱)$  از نظر آماری معنی‌دار می‌باشد. دو گروه از نظر ابتلا به اختلالات خلقی (از هر نوع)، اختلالات اضطرابی (از هر نوع) و اختلالات کم‌توجهی و بیش‌فعالی با یکدیگر تفاوت معنی‌داری داشتند. سطح عملکرد بر اساس پرسشنامه *C-GAS* در گروه شاهد بالاتر بود.

**نتیجه‌گیری:** اختلالات روانپزشکی و افت عملکرد در فرزندان مبتلایان به اختلال دوقطبی بیشتر از کودکان گروه شاهد است.

**کلیدواژه‌ها:** اختلال دوقطبی - والدین - عملکرد فرزند - اختلالات روانپزشکی

نویسنده مسئول:

دکتر فیروزه درخشان پور  
بخش روانپزشکی اطفال - دانشگاه  
علوم پزشکی شهیدبهشتی  
تهران - ایران  
تلفن: +۹۸ ۹۱۲۲۲۰۳۸۹۷  
پست الکترونیکی:  
f.derakhshampour@yahoo.com

دریافت مقاله: ۸۸/۴/۱۴ اصلاح نهایی: ۸۸/۵/۱ پذیرش مقاله: ۸۸/۵/۱۲

## مقدمه:

عامل ژنتیک در بروز اختلال خلقی بسیار مهم است. بطوریکه در فامیل درجه اول افراد مبتلا، میزان شیوع ۶-۴ برابر جمعیت عمومی است (۱). کودکانی که دارای والدین مبتلا به اختلال دوقطبی هستند، به صورت ژنتیکی در خطر ابتلا به اختلال دوقطبی و سایر اختلالات روانپزشکی می‌باشند. در مطالعه لاپالم ۵۲٪ از فرزندان افراد مبتلا به اختلال دوقطبی به یک اختلال روانپزشکی و ۵/۴٪ از آنها به اختلال دوقطبی مبتلا بوده‌اند (۲). این موضوع سبب شده است که بسیاری از مطالعات بروز این اختلالات را به صورت آینده‌نگر و طولی در کودکانی که والد مبتلا به اختلال خلقی دارند مورد بررسی قرار دهند (۳-۵).

علاوه بر اختلالات روانپزشکی این گروه از کودکان و نوجوانان در خطر بیشتری از نظر احتمال بروز انواع مشکلات رفتاری - هیجانی هستند و یکسری از علائم را بیشتر از کودکان دیگر نشان می‌دهند. این علائم عبارتند از: بی‌ثباتی خلق، اضطراب، اختلال تمرکز، بیش‌برانگیختگی، افسردگی، شکایات جسمی و مشکلات تحصیلی (۶،۷). و کارلسون و ویتروب نشان دادند که درجات بالای مشکلات رفتاری و مشکلات توجه در این کودکان و نوجوانان پیش‌بینی‌کننده اختلالات خلقی در آینده است (۸).  
به علاوه، اثرات محیطی زندگی با والد مبتلا به اختلال دوقطبی در کنار آسیب‌پذیری ژنتیکی، می‌تواند خطر ابتلا به اختلالات روانی و مشکلات رفتاری را در فرزندان این بیماران افزایش دهد (۴). به عنوان مثال توانایی والدگری والدین از این عوامل است که به نظر می‌رسد در مادران مبتلا به اختلال دو

نوجوانان بین سن ۶ تا ۱۸ سال، مبتلا نبودن به عقب‌ماندگی ذهنی و بیماری مزمن جسمی.

ابزار گردآوری اطلاعات: پرسشنامه مشخصات فردی که به بررسی مشخصات دموگرافیک در فرزندان و والدین می‌پردازد. در اطلاعات مربوط به فرزندان: نام و نام خانوادگی، سن، جنس، میزان تحصیلات و رتبه تولد کودک و نوجوان و در اطلاعات مربوط به والدین: سن، جنس، میزان تحصیلات، وضعیت تأهل، شغل، نسبت فرد بیمار با کودک (مادر یا پدر) والد پرسیده می‌شود.

۱. (Schedule for Affective Disorders -K-SADS and Schizophrenia for School-Aged Children). پرسشنامه اختلالات عاطفی و اسکیزوفرنیا برای کودکان در سنین مدرسه یک مصاحبه نیمه‌ساختار یافته می‌باشد و وجود اختلال را در طول زندگی و حمله کنونی ارزیابی می‌کند. این پرسشنامه برای افراد ۶-۱۸ ساله به کار می‌رود و توسط مصاحبه‌گر و با مصاحبه و پرسش از کودک، نوجوان و والدین پر می‌شود و وجود اختلالات را طبق معیارهای DSM-IV می‌سنجد. پرسشنامه باید به وسیله درمانگر ماهر تکمیل شود و اجرای آن حدود ۹۰-۷۵ دقیقه طول می‌کشد. با ارزیابی و مقایسه اطلاعات بدست آمده از کودک و والدین، درمانگر تشخیص نهایی را می‌گذارد. طیف اختلالاتی که توسط آزمون سنجیده می‌شود شامل موارد زیر است: اختلالات خلقی، اسکیزوزها، اختلالات اضطرابی، فوبیا، اختلالات دفعی، اختلالات تخریبی، تیک، سوء‌مصرف مواد و اختلال استرس پس از سانحه.

K-SADS در مطالعات همه‌گیرشناسی پرسشنامه مناسبی است اما برای ارزیابی پاسخ درمانی حساسیت کافی ندارد. این پرسشنامه در مطالعه غنی‌زاده در ایران ارزیابی شده است که از اعتبار قابل قبولی برخوردار بوده است (۹).

۲. (Children Global Assessment :C-GAS Scale). ابزاری است که بطور گسترده برای ارزیابی کلی عملکرد اجتماعی و روانشناختی کودکان و نوجوانان بکار می‌رود. C-GAS می‌تواند برای بررسی روند درمان،

قطبی دارای نقصان است. در مطالعه لاپالم آمده است که این عوامل در کنار عامل ژنتیک می‌تواند احتمال بروز اختلالات روانپزشکی را دو برابر کند (۲).

مطالعه در این گروه از افراد در معرض خطر، می‌تواند در مشخص کردن و شناسایی عوامل پیش‌بینی‌کننده و علائم پیش‌درآمد اختلال دوقطبی کمک‌کننده باشند. چرا که این اختلال می‌تواند در شکل‌گیری شخصیت و سطح عملکرد کودک در آینده تأثیر بسزایی داشته باشد. بخصوص شروع زودرس آن می‌تواند از این نظر اثر تخریبی بیشتری داشته باشد. به همین دلیل تشخیص زودهنگام و مداخلات درمانی به موقع در پیشگیری از پیامدهای منفی بعدی و بهبود سطح عملکرد این گروه از کودکان می‌تواند خیلی با اهمیت باشد. این تحقیق بر آن است تا فرزندان والدین مبتلا به اختلال دوقطبی را از نظر وجود بیماریهای روانپزشکی و سطح عملکرد در مقایسه با گروه شاهد مورد بررسی قرار دهد.

## روش کار:

این مطالعه، یک مطالعه مورد - شاهد است که در آن فرزندان ۶-۱۸ ساله بیماران مبتلا به اختلال دوقطبی بستری در بخش روانپزشکی بیمارستان امام حسین (ع) به عنوان گروه مورد و فرزندان ۶-۱۸ ساله پرسنل شاغل در بیمارستان امام حسین (ع) بعنوان گروه شاهد انتخاب شدند. در این پژوهش، نمونه‌ها به روش نمونه‌گیری آسان و در دسترس انتخاب شدند. با استناد به مطالعات مشابه قبلی در این زمینه، تعداد کل نمونه ۱۰۰ نفر تعیین شد که ۵۲ والد در گروه مورد و ۴۸ والد در گروه سالم وارد مطالعه گردیدند. تمام فرزندان گروه سنی ۶-۱۸ ساله این دو گروه مورد مطالعه، از نظر سطح عملکرد و بیماریهای روانپزشکی قرار گرفتند. معیارهای ورود به مطالعه برای گروه مورد عبارت بودند از: ابتلای حداقل یک والد به اختلال دوقطبی که شش ماه از آغاز اختلال گذشته باشد، کودکان و نوجوانان بین سن ۶ تا ۱۸ سال، مبتلا نبودن به عقب‌ماندگی ذهنی و بیماری مزمن جسمی. معیارهای ورود به تحقیق در گروه شاهد عبارت بودند از: عدم وجود سابقه اختلال روانپزشکی در والدین، کودکان و

## جدول شماره ۱- متغیرهای دموگرافیک مربوط به فرزندان

## در دو گروه مورد و شاهد

سطح معنی داری	شاهد	مورد	متغیر	
			جنسیت	متغیر
NS	۲۵ (۳۹/۷٪)	۳۹ (۵۲/۷٪)	دختر	
	۳۸ (۶۰/۳٪)	۳۵ (۴۷/۳٪)	پسر	
NS	۲ (۳/۲٪)	۲ (۲/۷٪)	پیش دبستانی	تحصیلات
	۳۲ (۵۰/۸٪)	۳۵ (۴۷/۳٪)	ابتدایی	
	۱۲ (۱۹٪)	۱۸ (۲۴/۳٪)	راهنمایی	
	۱۷ (۲۷٪)	۱۹ (۲۵/۷٪)	دبیرستان	
NS	۴۳ (۶۸/۳٪)	۳۹ (۵۲/۷٪)	یک فرزند	رتبه تولد
	۱۷ (۲۷٪)	۳۶ (۴۵/۱٪)	دو فرزند	
	۳ (۴/۸٪)	۹ (۱۲/۲٪)	بیشتر از دو فرزند	

NS: Not Significant

والدین دو گروه مورد و شاهد از نظر وضعیت تحصیلی، شغلی با هم یکسان نبودند و از نظر آماری تفاوت معنی داری بین دو گروه وجود داشت (جدول شماره ۲).

## جدول شماره ۲- متغیرهای دموگرافیک مربوط به فرزندان در دو

## گروه مورد و شاهد

سطح معنی داری	شاهد	مورد	متغیر	
			تحصیلات	متغیر
۰/۰۰۰۱	۱۱ (۱۶٪)	۳۰ (۴۰/۵٪)	بی سواد و ابتدایی	تحصیلات پدر
	۳۷ (۳۹/۷٪)	۴۱ (۵۵/۴٪)	راهنمایی تا دیپلم	
	۳۷ (۵۸/۷٪)	۳۳ (۴۱٪)	تحصیلات دانشگاهی	
۰/۰۰۰۱	۳ (۴/۸٪)	۳۰ (۴۰/۵٪)	بی سواد و ابتدایی	تحصیلات پسر
	۳۷ (۴۳/۹٪)	۴۱ (۵۵/۴٪)	راهنمایی تا دیپلم	
	۶۳ (۵۲/۴٪)	۳۳ (۴۱٪)	تحصیلات دانشگاهی	
۰/۰۰۰۱	۱۰ (۱۵/۹٪)	۶۳ (۸۵/۱٪)	خانه دار	شغل مادر
	۵۳ (۸۴/۱٪)	۱۱ (۱۴/۹٪)	شاغل	
۰/۰۰۰۱	۱۷ (۲۷٪)	۳۷ (۵۰٪)	کارگر	شغل پدر
	۳۵ (۵۵/۱٪)	۵ (۶/۸٪)	کارمند	
	۱۱ (۱۶٪)	۱۹ (۲۵/۷٪)	بیکار	
	۱۰ (۱۵/۹٪)	۱۳ (۱۷/۶٪)	آزاد	

## نتایج:

این پژوهش با هدف کلی مقایسه اختلالات روانپزشکی و عملکرد فرزندان والدین مبتلا به اختلال دوقطبی و والدین سالم انجام گرفته است. جمعیت مورد مطالعه ۵۲ نفر از والدین بیمار و ۷۴ تن از فرزندان آنها (گروه مورد) و ۴۸ نفر از والدین سالم به همراه ۶۳ تن از فرزندان آنها (گروه شاهد) بودند. میانگین سنی گروه مورد  $11/95 \pm 3/47$  سال و گروه شاهد  $11/90 \pm 3/81$  سال بوده است و اختلاف معنی داری بین دو گروه از نظر سنی وجود نداشت. دو گروه از لحاظ جنسیت و میزان تحصیلات و رتبه تولد نیز با هم تفاوت معنی داری نداشتند (جدول شماره ۱).

اندازه گیری اختلال عملکرد در مطالعات اپیدمیولوژیکی بکار رود. نمره عملکرد در طیف ۱۰۰-۰ نمره گذاری می شود. نحوه اجرا: از بین بیمارانی که در بخش روانپزشکی بزرگسال بیمارستان امام حسین در سال ۸۷ بستری شده بودند، افرادی که مبتلا به اختلال دوقطبی بوده و دارای فرزندان بین ۶-۱۸ سال بودند، وارد مطالعه شدند. تشخیص اختلال دوقطبی این بیماران توسط روانپزشک درمانگر بیمار و سابقه قبلی وی تأیید شد. در زمان بستری بعد از قطعی شدن تشخیص، با همسر بیمار جهت همکاری در طرح و بررسی فرزندان آنها تماس گرفته شد. جهت مصاحبه و تشخیص اختلال احتمالی، حضور یک والد سالم و فرزند وی الزامی بود. در گروه شاهد نیز از پرسنل بیمارستان جهت همکاری دعوت شد. در این گروه نیز حضور یک والد و فرزند آنها جهت مصاحبه و ویزیت الزامی بود. کلیه کودکان و نوجوانان و والد آنها در دو گروه مورد و شاهد بر طبق ابزار K-SADS مورد مصاحبه قرار گرفتند. پرسشنامه C-GAS توسط درمانگر با توجه به مصاحبه با والد و کودک و نوجوان تکمیل می گردید. جهت تجزیه و تحلیل داده ها از نرم افزار SPSS 16 و آزمونهای آماری کای دو، آزمون t استفاده شده است.

جدول شماره ۳- متغیرهای دموگرافیک مربوط به فرزندان در دو گروه مورد و شاهد

اختلال روانپزشکی	مورد	شاهد	سطح معنی داری
وجود اختلال روانپزشکی	۳۸ (۵۱/۴٪)	۱۳ (۲۰/۶٪)	۰/۰۰۰
وجود اختلال خلقی (از هر نوع)	۹ (۱۲/۲٪)	۲ (۳/۲٪)	۰/۰۰۵
افسردگی	۶ (۸/۱٪)	۲ (۳/۲٪)	NS
اختلال دوقطبی	۱ (۱/۴٪)	۰ (۰٪)	NS
فرم تحت بالینی اختلال دوقطبی	۲ (۲/۷٪)	۰ (۰٪)	NS
اقدام به خودکشی	۴ (۵/۴٪)	۰ (۰٪)	NS
وجود اختلال اضطرابی	۲۶ (۳۵/۱٪)	۱۰ (۱۵/۹٪)	۰/۰۰۱
اضطراب منتشر	۱۲ (۳۰٪)	۵ (۱۶/۸٪)	NS
اضطراب جدایی	۲ (۲/۷٪)	۰ (۰٪)	NS
اضطراب وسواسی - جبری	۳ (۴/۱٪)	۱ (۱/۶٪)	NS
اختلال پس از حادثه	۱ (۱/۴٪)	۰ (۰٪)	NS
هراس اختصاصی	۴ (۵/۴٪)	۱ (۱/۶٪)	NS
هراس اجتماعی	۱ (۱/۴٪)	۰ (۰٪)	NS
اختلال تیک	۵ (۶/۸٪)	۰ (۰٪)	۰/۰۰۳
تریکو تیلومانیا	۱ (۱/۴٪)	۰ (۰٪)	NS
اختلال یادگیری	۲ (۲/۷٪)	۰ (۰٪)	NS
لکنت	۱ (۱/۴٪)	۰ (۰٪)	NS
اختلال کم توجهی / بیش فعالی	۲۴ (۳۲/۴٪)	۵ (۷/۹٪)	۰/۰۰۰

NS: Not Significant

بر اساس مصاحبه نیمه ساختاریافته K-SADS ۵۱/۴ درصد فرزندان افراد مبتلا به اختلال دوقطبی مبتلا به یک نوع اختلال روانپزشکی بودند که این میزان در گروه شاهد ۲۰/۶ درصد بوده است. میزان اختلالات خلقی در گروه مورد ۱۲/۲ درصد و در گروه شاهد ۳/۲ درصد بوده است. این یافته‌ها هم سو با مطالعات سینک، جانسون و لاپالم می‌باشد (۲۰۱۱، ۱۱).

مهم‌ترین اختلالاتی که در گروه مورد مشاهده شده است، عبارتند از: اختلال بیش‌فعالی - کم‌توجهی، اضطرابی، خلقی و اقدام به خودکشی. دو گروه در اختلال بیش‌فعالی/کم‌توجهی تفاوت قابل توجهی دارند. در گروه مورد میزان ابتلا ۳۲/۴ درصد (۲۴ نفر) و در گروه شاهد ۷/۹ درصد (۵ نفر) بوده است.

همپوشانی دو طرفه بین اختلال دوقطبی و اختلال بیش‌فعالی/کم‌توجهی در مطالعات مختلف دیده شده است به‌طوری که میزان بالایی از ابتلا به اختلال بیش‌فعالی/کم‌توجهی در کودکان با اختلال دوقطبی (۸۵٪) و افزایش ابتلا به اختلال دوقطبی در کودکان با اختلال

فراوانی نسبی اختلالات روانپزشکی (حداقل یک اختلال) در گروه مورد ۵۱/۴ درصد (۳۸ نفر) و در گروه شاهد ۲۰/۶ درصد (۱۳ نفر) بود. آزمون کای دو تفاوت معنی‌داری را بین دو گروه نشان می‌دهد. دو گروه از نظر ابتلا به اختلالات خلقی (از هر نوع)، اختلالات اضطرابی (از هر نوع) و اختلالات کم‌توجهی و بیش‌فعالی با یکدیگر تفاوت معنی‌داری داشته‌اند. جدول شماره (۳) به تفصیل به مقایسه ابتلا به اختلالات روانپزشکی در دو گروه مورد و شاهد می‌پردازد. سطح عملکرد دو گروه با پرسشنامه C-GAS ارزیابی شد. میانگین نمره بدست آمده در گروه مورد  $9/86 \pm 7/83$  و در گروه شاهد  $75/55 \pm 7/93$  می‌باشد. تفاوت آن دو معنی‌دار می‌باشد ( $P < 0/0001$ ).

### بحث و نتیجه‌گیری:

هدف اولیه تحقیق، مقایسه علائم و اختلالات روانپزشکی و سطح عملکرد در فرزندان مبتلایان به بیماری دوقطبی با گروه شاهد می‌باشد.

و ... می‌باشد. برای درک بیشتر عوامل مؤثر محیطی مطالعات آینده‌نگر و طولی می‌تواند کمک‌کننده باشد.

از مجموع مطالعات به نظر می‌رسد فرزندان افراد مبتلا به اختلال دوقطبی بعنوان یک گروه در معرض خطر باید مورد توجه بوده و نسبت به علائم اولیه و پیش‌درآمد بیماری در آنها آشنا بود. از طرفی تشخیص در این سن معمولاً مشکلات خاص خود را دارد، از قبیل کوموریدیتی زیاد، شروع تدریجی و آهسته اختلال، آتی‌پیک بودن فرم آن. به همین دلیل باید نسبت به شروع علائم از هر نوع در این کودکان حساس بوده و مداخلات به موقع و لازم را انجام داد.

در بررسی حاضر، محدودیتهایی وجود دارد که مهمترین آن انتخاب گروه شاهد است که از نظر سطح تحصیلات والدین و شغل با گروه مورد یکسان نبوده و تفاوت واضحی با یکدیگر داشتند. سطح تحصیلات و شغلی والدین در گروه شاهد بوضوح بالاتر از گروه مورد بود و این مسئله می‌تواند روی سطح عملکرد خانواده‌ها و فرزندان و پاسخ‌دهی آنها تأثیرگذار باشد و به همین دلیل نتایج حاصل از گروه شاهد قابل تعمیم به جامعه عمومی نمی‌باشد. کم بودن تعداد نمونه‌ها در این پژوهش از دیگر محدودیت‌های این مطالعه می‌باشد. این مسئله می‌تواند روی پاسخ‌ها و اعتبار آنها تأثیرگذار باشد.

مطالعه حاضر یک مطالعه مقطعی می‌باشد و بسیاری از اختلالات را به خصوص در محدوده سنی کودک و نوجوان در یک زمان کوتاه ارزیابی مقطعی نمی‌توان تشخیص داد و انجام مطالعات آینده‌نگر می‌تواند بسیار کمک‌کننده باشد. بخصوص مطالعات طولی می‌تواند از جهت فرجام‌نهایی علائم پیش‌درآمد و شناسایی آنها کمک‌کننده باشد (۱۹). در نظر گرفتن این محدودیتها در افزایش کارایی مطالعات بعدی کمک‌کننده خواهد بود.

#### سپاسگزاری:

بدینوسیله از همه عزیزانی که ما را در انجام این تحقیق یاری کردند، بخصوص بیماران و همراهان بخش روانپزشکی بیمارستان امام حسین (ع) تشکر می‌گردد.

بیش فعالی/کم توجهی (۲۲٪) دیده می‌شود (۱۲). اکثر مطالعات این‌طور اذعان دارند که علائم اختلال بیش‌فعالی/کم توجهی در دوره پره‌موربید و تظاهرات اولیه اختلال دوقطبی زودرس در کودکان در خطر دیده می‌شود (۱۱).

میزان اختلالات اضطرابی نیز در گروه مورد از گروه شاهد بالاتر بود که این هم راستا با نتایج حاصل در مطالعات دیگر است که در آنها نیز اختلالات اضطرابی غالباً بصورت کوموربید با اختلال دوقطبی گزارش شده است (۱۵-۱۳).

سطح اختلال عملکرد در دو گروه نیز متفاوت بوده است و گروه شاهد نسبت به گروه کنترل میانگین نمره بالاتری بر اساس پرسشنامه C-GAS بدست آوردند. در گذشته تصور می‌شد که افراد مبتلا به اختلال دوقطبی معمولاً بعد از بهبود یک فاز حاد به سطح عملکرد نرمال و قبلی خود برمی‌گردند ولی یافته‌های جدید این موضوع را تأیید نمی‌کنند. در یکی از بزرگترین مطالعات در این زمینه که مطالعه کوریل و همکاران بوده است مشخص گردید که در بسیاری از زمینه‌های اجتماعی، تحصیلی، شخصی و در زمینه‌های ارتباط بین فردی، این بیماران دچار اختلال و افت عملکرد هستند (۱۶).

به نظر می‌رسد که این اختلال روانی - اجتماعی یک روند مزمن و پیش‌رونده است. حتی در افرادی که بهبودی طولانی در علائم بالینی داشته‌اند. در مطالعه مک‌کوین مشخص شد که ۶۰-۳۰٪ بیماران از نظر تطابق شخصی و اجتماعی مشکل‌دار بوده‌اند با وجود آنکه در فاصله بین حملات بدون علامت بوده‌اند (۱۷). در مطالعه امین‌زاده که به بررسی سطح عملکرد فرزندان افراد مبتلا به اختلال دوقطبی با گروه کنترل پرداخته است، یافته‌های بدست آمده مشابه با پژوهش حاضر بوده و اختلال عملکرد در گروه مورد پایین‌تر از گروه شاهد بوده است (۱۸).

به نظر می‌رسد این کودکان از دو جنبه در خطر هستند یکی آسیب‌پذیری وراثتی که از جانب والدین خود به ارث می‌برند و دوم عوامل روانی - اجتماعی که بعلت زندگی با والدین مبتلا به بیماری روانپزشکی در پیرامون آنها وجود دارد. عواملی که می‌توان در این میان مثال زد وضعیت روحی و روانی والد بیمار و تعارضات بین زوجین، سطح اقتصادی



## References

## منابع

1. Nurnberger JI Jr, Foroud T. Genetics of bipolar affective disorder. *Curr Psychiatry Rep.* 2000;2:147-57.
2. Lapalme M, Hodgins S, LaRoche C. Children of parents with bipolar disorder: a metaanalysis of risk for mental disorders. *Can J Psychiatry.* 1997;42:623-31.
3. DeBello MP, Geller B. Review of studies of child and adolescent offspring of bipolar parents. *Bipolar Disord.* 2001;3:325-34.
4. Henin A, Biederman J, Mick E, Sachs GS, Hirshfeld-Becker DR, Siegel RS, et al. Psychopathology in the offspring of parents with bipolar disorder: a controlled study. *Biol Psychiatry.* 2005;58:554-61.
5. Todd RD, Reich W, Petti TA, Joshi P, DePaulo JR Jr, Nurnberger J Jr, et al. Psychiatric diagnoses in the child and adolescent members of extended families identified through adult bipolar affective disorder probands. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 1996;35:664-71.
6. Egeland JA, Shaw JA, Endicott J, Pauls DL, Allen CR, Hostetter AM, et al. Prospective study of prodromal features for bipolarity in well Amish children. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 2003;42:786-96.
7. Wals M, Hillegers MH, Reichart CG, Ormel J, Nolen WA, Verhulst FC. Prevalence of psychopathology in children of a bipolar parent. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 2001;40:1094-102.
8. Carlson GA, Weintraub S. Childhood behavior problems and bipolar disorder-relationship or coincidence? *J Affect Disord.* 1993;28:143-53.
9. Ghanizadeh A, Mohammadi MR, Yazdanshenas A. Psychometric properties of the Farsi translation of the Kiddie Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia-Present and Lifetime Version. *BMC Psychiatry.* 2006;6:10.
10. Minaee A. A confirmatory Factor Analysis of teacher's report form. *Research on exceptional children.* 2006;6:769-786. [Persian]
11. Singh MK, DeBello MP, Kowatch RA, Strakowski SM. Co-occurrence of bipolar and attention-deficit hyperactivity disorders in children. *Bipolar Disord.* 2006;8:710-20.
12. Johnson JG, Cohen P, Brook JS. Associations between bipolar disorder and other psychiatric disorders during adolescence and early adulthood: a community-based longitudinal investigation. *Am J Psychiatry.* 2000;157:1679-81.
13. Masi G, Perugi G, Toni C, Millepiedi S, Mucci M, Bertini N, et al. Attention-deficit hyperactivity disorder-bipolar comorbidity in children and adolescents. *Bipolar Disord.* 2006;8:373-81.
14. Masi G, Toni C, Perugi G, Mucci M, Millepiedi S, Akiskal HS. Anxiety disorders in children and adolescents with bipolar disorder: a neglected comorbidity. *Can J Psychiatry.* 2001;46:797-802.
15. Bashir M, Russell J, Johnson G. Bipolar affective disorder in adolescence: a 10-year study. *Aust NZ J Psychiatry.* 1987;21:36-43.
16. Rao U, Ryan ND, Birmaher B, Dahl RE, Williamson DE, Kaufman J, et al. Unipolar depression in adolescents: clinical outcome in adulthood. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 1995;34:566-78.
17. Coryell W, Scheftner W, Keller M, Endicott J, Maser J, Klerman GL. The enduring psychosocial consequences of mania and depression. *Am J Psychiatry.* 1993;150:720-7.
18. MacQueen GM, Young LT, Joffe RT. A review of psychosocial outcome in patients with bipolar disorder. *Acta Psychiatr Scand.* 2001;103:163-70.
19. Aminzadeh M, Shirazi E. The effect of parental mood disorder on offsprings. Fifth Iranian Congress on Children and Adolescents Mental Health: 2000 Oct 8-10: Zanjan, Iran.
20. Duffy A, Alda M, Crawford L, Milin R, Grof P. The early manifestations of bipolar disorder: a longitudinal prospective study of the offspring of bipolar parents. *Bipolar Disord.* 2007;9:828-38.

## Psychiatric disorders and behavioral functions in offsprings of bipolar parents

F. Derakhshanpour, MD<sup>1</sup> F. Arabgol, MD<sup>1</sup> L. Panaghi, MD<sup>2</sup> H. Mazhabdar, MSc<sup>3</sup>Behavioral Science Research Center<sup>1</sup>, Socialworker<sup>3</sup>, Shahid Beheshti Medical University, Family Research Institute<sup>2</sup>, Shahid Beheshti University, Tehran, Iran.

(Received 4 Jul, 2006 Accepted 24 Aug, 2009)

### ABSTRACT

**Introduction:** Psychiatric disorders and function of child and adolescent offsprings of bipolar parents were compared to that of their peers with healthy parents.

**Methods:** In this case - control study, 52 bipolar parents along with their 72 children were compared with 48 healthy and their 63 children. The subjects were selected by simple and available methods. K-SADS, C-GAS were to collect data. Statistical analysis was performed using Chi-square and t tests.

**Results:** Relative frequency of psychiatric disorders (at least one disorder) was 51.4 percent (38 people) in cases and 20.6 percent (13 people) in controls. The difference was statistically significant ( $P < 0.001$ ). Both groups showed significant differences in mood and anxiety disorders as well as ADHD. According to C-GAS questionnaire the level of function was higher in the control group.

**Conclusion:** Psychiatric disorders and impairment of behavioral functioning among the offspring of bipolar parents were higher than the controls.

**Key words:** Bipolar Disorder – Parents – Child Behavior – Psychiatric Disorder

*Correspondence:*

F. Derakhshanpour, MD.

Department of Pediatric

Psychiatry, Shahid Beheshti

University of Medical

Sciences.

Tehran, Iran

Tel: +98 912 3253897

Email:

f.derakhshanpour@dmu.com