

بررسی فراوانی اختلالات روان پزشکی در فرزندان بیماران با اختلال دوقطبی و مقایسه با گروه شاهد

تاریخ دریافت: ۸۸/۱۲/۲۷ - تاریخ بازنگری: ۸۹/۴/۱۵ - تاریخ پذیرش: ۸۹/۸/۱

خلاصه

مقدمه

اختلالات خلقی دوقطبی انواعی از اختلالات شدید و پایدار هستند که تقریباً در ۱٪ بزرگسالان ظاهر می‌شوند. کودکان والدین با اختلال خلقی دو قطبی در معرض خطر بالا برای اختلالات خلقی می‌باشند. با توجه به این که تاکنون مطالعه‌ای در ایران در این زمینه انجام نشده است، هدف از این مطالعه ارزیابی اختلالات روانی در کودکان والدین مبتلا به اختلال دوقطبی است.

روش کار

این مطالعه موردی شاهدهی است در سال ۱۳۸۴-۱۳۸۵ در بیمارستان ابن سینا و قائم مشهد انجام شد. جمعیت مورد مطالعه شامل ۱۸۴ کودک از ۵۸ والد دوقطبی یک و ۱۸۵ کودک از ۵۷ والد کنترل در سنین ۶-۱۸ سال بودند. همه والدین با استفاده از پرسشنامه اختلالات عاطفی و اسکیزوفرنی (K-SADS) و کودکان با پرسشنامه اختلالات عاطفی و اسکیزوفرنی برای کودکان سنین مدرسه (K-SADS) توسط رزیدنت روان پزشکی مورد ارزیابی قرار گرفتند. برای تایید تشخیص اختلالات روان پزشکی مصاحبه بالینی با کودک و والد توسط فوق تخصص روانپزشکی کودک و نوجوان انجام گرفت. نتایج آزمون با کمک نرم افزارهای آماری SPSS و با استفاده از آزمونهای آماری کای اسکوئر بررسی شد.

نتایج

فراوانی اختلالات روانپزشکی در کودکان والدین دوقطبی بالاتر از کودکان والدین گروه کنترل بود. در جمعیت فرزندان والدین اختلال دوقطبی در مقایسه با گروه شاهد طیف اختلالات دوقطبی (۱۶ برابر) افسردگی (۳/۳۷) اختلال بیش فعالی - نقص توجه (۵/۵۷) سوء مصرف مواد (۳/۴۴) اختلال شخصیت ضد اجتماعی (۵/۷۵) و اختلالات اضطرابی (۲/۵) شانس بروز بالاتری داشتند ($p=0/000$).

نتیجه گیری

نتایج این مطالعه نشان می‌دهد که کودکان والدین دوقطبی در خطر افزایش یافته‌ای از نظر بروز اختلالات روان پزشکی هستند. این کودکان باید از نظر علائم روانی مورد غربالگری قرار گرفته و در صورت لزوم برای ارزیابی روانی و درمان ارجاع شوند.

کلمات کلیدی: فراوانی، اختلال خلقی، اختلالات روان پزشکی

۱ پریا حبرانی
۲ فاطمه محمری*
۳ فاطمه بهدانی

۱- دانشیار گروه روان پزشکی دانشگاه علوم

پزشکی مشهد، مشهد، ایران

۲- استادیار گروه روان پزشکی دانشگاه علوم

پزشکی مشهد، مشهد، ایران

۳- دانشیار گروه روان پزشکی دانشگاه علوم

پزشکی مشهد، مشهد، ایران

*مشهد- خیابان عامل، بیمارستان روان پزشکی

ابن سینا

تلفن: ۲۲- ۷۱۱۲۷۲۱-۵۱۱-۹۸+

فاکس: ۷۱۱۲۷۲۳-۵۱۱-۹۸+

email: Mohararif1@mums.ac.ir

مقدمه

در سالهای اخیر فهم علائم هشدار دهنده و فاکتورهای خطر اختلالات روانپزشکی مورد توجه زیادی قرار گرفته است. توجه به این نکات در پیشگیری و تشخیص زودرس بیماری می تواند کمک کننده باشد. اختلال خلقی دو قطبی اختلالی با شیوع بالاست که به میزان زیادی ناتوانی و حتی مرگ و میر به دنبال دارد (۱). اختلالات خلقی سندرمهایی مشخصی هستند که با از بین رفتن احساس تسلط بر خلق (احساس نافذ و پایداری که به صورت درونی تجربه می شود و بر رفتار و درک فرد از جهان تاثیر می گذارد) مشخص می گردند. علائم و نشانه های اختلال هفته ها تا ماه ها دوام می یابند و از کارکرد عادی شخص، کاملاً متفاوت هستند و معمولاً به طور دوره ای میل به عود دارند. بیمارانی که هم دوره های افسردگی و هم دوره های مانیا را تجربه می کنند یا فقط دوره های مانیا دارند، دچار اختلال دوقطبی I هستند. سن شروع اختلال دو قطبی I، از کودکی ۵ تا ۶ سالگی تا ۵۰ سالگی حتی ندرتا بالاتر با میانگین ۴۰ سالگی، گسترده است. شیوع طول عمر اختلال حدود ۱٪ است. اختلال دو قطبی I، در مرد و زن به طور یکسان شایع است (۱). تحقیقات تأثیر قوی ژنتیک را در فیزیوپاتولوژی اختلال خلقی دوقطبی مطرح نموده اند (۲). برخی از بیماران دوقطبی بزرگسال شروع بیماری را در دوران کودکی و نوجوانی گزارش کرده اند (۳). این موضوع می تواند مطرح کننده احتمال خطر این اختلال در کودکان والدین مبتلا به اختلال دوقطبی باشد.

چنگ^۱ و همکارانش ۶۰ کودک را که حداقل یک والد مبتلا به اختلال دوقطبی داشتند مورد ارزیابی قرار داده و گزارش کردند که ۱۵٪ آنان اختلال افسردگی اساسی یا دیس تایمی، ۱۵٪ اختلال دوقطبی یا سیکلوتایمی و ۲۸٪ اختلال کم توجهی بیش فعالی دارند (۴). مطالعه دیگر ۱۳۲ نوجوان و بالغ جوان با والدین دوقطبی را ارزیابی کرده و نشان داد که اختلال روانی مادام العمر در ۴۹٪ نمونه ها وجود دارد. گرچه هیچ یک از دو مطالعه گروه کنترل سالم برای مقایسه نداشتند (۵).

در مطالعه هنین^۲ و همکاران نیز ریسک افزایش یافته ای برای سایکوپاتولوژی در کودکان والدین دوقطبی مشخص شد و اینکه

اختلال رفتار مخرب، اختلالات اضطرابی و افسردگی زودرس می تواند نشانه های هشدار دهنده ای از نظرابتلائی بعدی به اختلال دوقطبی در نمونه های پرخطر باشد (۶). عمده مطالعات میزان های بالا از اختلالات درونی سازی شده مانند اختلالات خلقی و اضطرابی و اختلالات برونی سازی شده مانند اختلال دفاعی مقابله جویانه ODD^۳ اختلال سلوک CD^۴ اختلال کم توجهی و بیش فعالی ADHD^۵ و نیز وابستگی داری را در فرزندان والدین مبتلا به اختلال دوقطبی گزارش کرده اند (۷).

مقالات مروری نیز ابتلائی مکرر این کودکان و نوجوانان به اختلالات خلقی و سایر اختلالات را نشان می دهد (۸). گرچه برخی مطالعات افزایشی در میزان سایکوپاتولوژی در این افراد گزارش نکرده اند (۹). تفاوت های بین این یافته ها می تواند به علت تفاوت بین اختلالات خلقی دو قطبی در والدین و گروه کنترل و استفاده از متدولوژی های متفاوت باشد (۹، ۱۰). به علاوه مطالعاتی که کودکان را در فرهنگها و نژادهای مختلف مورد ارزیابی قرار دهد وجود ندارد. تکرار چنین مطالعاتی در کشورها و فرهنگهای مختلف تعمیم این یافته ها را پیشرفت خواهد داد. با توجه به اینکه تاکنون مطالعه ای در ایران برای بررسی اختلالات روان پزشکی کودکان این بیماران انجام نشده و موارد مشابه انجام شده یا گروه شاهد نداشته است و یا صرفاً با انجام تست بوده است، هدف از این مطالعه علاوه بر تکمیل تست با مصاحبه بالینی روانپزشک کودک و نوجوان، افزایش اعتبار نتایج تشخیصی بوده و با تشخیص زودرس و درمان به موقع می توان هزینه های بعدی درمانی و اجتماعی را کاهش داد.

روش کار

این نوع مطالعه موردی شاهدهی است. جمعیت مورد مطالعه، فرزندان ۵۸ بیمار از بین مراجعین به بیمارستان ابن سینا از مهر ماه ۱۳۸۴ تا مهرماه ۱۳۸۵ که با روش غیراحتمالی در دسترس انتخاب شدند. این افراد در محدوده سنی ۶-۱۸ سال قرار داشتند، و حداقل یکی از والدین بر اساس ملاک های DSM-IV^۶ مبتلا به طیف

³ Oppositional defiance disorder

⁴ Conduct Disorder

⁵ Attention Deficit Hyperactivity Disorder

⁶ Diagnostic and Statistical Manual of mental health- 4th

¹ Chang

² Henin

(۱۲،۱۱). اعتبار این پرسشنامه برای جمعیت ایران به اثبات رسیده است. K-SADAS را می توان در مورد کودکان ۶ تا ۱۸ ساله به کار برد این مصاحبه نیمه ساختاریافته حاوی سوالات چندگانه با فضایی برای پاسخگویی است و برای تصریح بیشتر نشانه ها تدوین شده است. این ابزار اطلاعات مربوط به تشخیص فعلی و تشخیص های سرتاسر عمر را آشکار می کند. K-SADS تشخیص ها را بر اساس DSM-IV ارزیابی می کند. این پرسشنامه شامل ۳ بخش است: در بخش اول اطلاعات کلی مانند خصوصیات دموگرافیک کودک، وضعیت عمومی نحوه ارتباط با همسالان و خانواده و اطلاعاتی در مورد مدرسه جمع آوری می گردد. بخش دوم شامل سوالات غربالگری و تعیین معیارهایی است که علائم روان پزشکی خاص را بررسی می کند اگر علائم مثبت وجود داشته باشد در مصاحبه غربالگری، یک لیست علائم تکمیل کننده به منظور ارزیابی سایکوپاتولوژی پر خواهد شد. حضور و شدت علائم از طریق ترکیب گزارش بالینگر، والدین و کودک تعیین می گردد. اختلالات خلقی، سایکوتیک، اضطرابی، رفتار مخرب، سوء مصرف مواد، خوردن، تیک به وسیله این پرسشنامه مورد ارزیابی قرار می گیرد. بخش سوم یک ارزیابی کلی است که برای تعیین سطح عملکرد کودک در زمان ارزیابی انجام می شود. حداقل یک والد (درمورد گروه مورد، والد سالم) که می تواند اطلاعات صحیح درباره کودک بدهد در مصاحبه باید شرکت کند. نتایج آزمون با کمک نرم افزارهای آماری SPSS و با استفاده از آزمون های آماری مختلف کای اسکوئر از نظر وجود یا عدم وجود ارتباط معنادار آماری بین متغیرهای مورد سنجش، بررسی شد. در محاسبه odds Ratio فاصله اطمینان ۹۵٪ در نظر گرفته شده است.

نتایج

شرکت کننده های این مطالعه ۱۱۵ والد در ۲ گروه شاهد و مورد مراجعه کننده به بیمارستان قائم و ابن سینا بودند که با روش نمونه گیری غیر احتمالی در دسترس انتخاب شده و مورد مقایسه قرار گرفتند. فرزندان بیماران دو قطبی ۱۸۴ نفر و فرزندان گروه شاهد ۱۸۵ نفر بود که از نظر وجود اختلالات روان پزشکی مورد ارزیابی و مقایسه قرار گرفتند. خصوصیات دموگرافیک آنها در جدول ۱ نشان داده شده است. اختلالات روان پزشکی به طور معنی دار در گروه مورد از گروه شاهد بالاتر بود (جدول ۲).

اختلالات خلقی دوقطبی بود. کودکانی که عقب ماندگی ذهنی و یا بیماری عضوی مغزی داشتند از مطالعه حذف شدند.

پس از آن که اختلال دوقطبی در مراجعین (والدین) با مصاحبه روان پزشکی توسط دو روان پزشک به طور جداگانه بر اساس ملاک های DSM-IV تأیید شد. فرزندان والدین دوقطبی با در نظر گرفتن ملاک های شمول و حذف، برای بررسی اختلالات روان پزشکی با مصاحبه بالینی با کودک و والد سالم توسط دو روان پزشک و اجرای تست K-SADS^۱ که برای جمعیت ایرانی هنجاریابی شده است جهت تأیید اختلالات روان پزشکی، مورد ارزیابی قرار گرفتند (۱۲،۱۱). جمعیت گروه شاهد از فرزندان ۵۷ بیمار جسمی از بین مراجعین به بیمارستان قائم مشهد، درمانگاه غربالگری^۲ از مهر ماه ۱۳۸۴ تا مهر ماه ۱۳۸۵ که با روش غیراحتمالی در دسترس انتخاب شدند. این افراد در محدوده سنی ۶-۱۸ سال قرار داشتند. وجود اختلال خلقی دوقطبی بر اساس ملاکهای DSM-IV و یا یک بیماری مزمن ناتوان کننده در هر دو والد جزء معیارهای حذف بودند. کودکانی که عقب ماندگی ذهنی و یا بیماری عضوی مغزی داشتند نظیر تشنج و سکل های تروما به سر، اختلالات مغزی مزمن یا حاد و دیسفونکشنوهای مغزی داشتند از مطالعه حذف شدند. پس از تأیید عدم وجود اختلال دوقطبی در زمان حال و گذشته در مراجعین (والدین) که با مصاحبه روان پزشکی توسط دو روان پزشک به طور جداگانه بر اساس ملاک های DSM-IV انجام شد، فرزندان این والدین با در نظر گرفتن ملاک های شمول و حذف، برای بررسی اختلالات روان پزشکی با مصاحبه بالینی با کودک و والدین توسط دو روان پزشک و اجرای تست K-SADS جهت تأیید اختلالات روان پزشکی مورد ارزیابی قرار گرفتند. دو گروه مورد و شاهد از نظر جنس و ساختار خانواده، میانگین سنی، سطح تحصیلات همسان شدند.

بیماران پس از اخذ رضایت نامه از خانواده یا سرپرست قانونی در طرح تحقیقاتی قرار گرفتند. ابزار تشخیص اختلالات روانپزشکی کودکان، پرسشنامه اختلالات عاطفی و اسکیزوفرنی کودکان سنین مدرسه (K-SADAS) نسخه مربوط به تشخیص های فعلی و سرتاسر عمر این پرسشنامه برای همه کودکان تکمیل گردید

^۱ Kiddie schedule for Affective Disorder and Schizophrenia- Present and Lifetime Version

^۲ Screening

جدول ۱- مشخصات دموگرافیک کودکان بیماران مبتلا به اختلال دو قطبی یک بستری در بیمارستان ابن سینا در سال ۱۳۸۴-۱۳۸۵ و مقایسه با فرزندان گروه کنترل

آمار	گروه شاهد n (%)	گروه مورد n (%)	خصوصیات	
	۹۶ (۵۱/۹)	۹۱ (۴۹/۵)	مرد	جنس
p= ۰/۲۱	۸۹ (۸۴/۱)	۹۳ (۵۰/۵)	زن	
	۳۰ (۵۲/۶)	۳۲ (۵۵/۲)	پدر	والد دو قطبی
p= ۰/۰۷	۲۷ (۴۷/۴)	۲۶ (۴۴/۸)	مادر	
	Mean (SD)	Mean (SD)		
p= ۰/۹۱	۳۷/۳ (۴/۹)	۳۹/۱ (۵/۴)	سن مادر (سال)	سن
p= ۱/۱	۴۲ (۶/۶)	۴۳/۶ (۴/۷)	سن پدر (سال)	
	۵ (۸/۸)	۸ (۱۳/۸)	بی سواد	سطح تحصیلات
	۳ (۵/۳)	۱۳ (۲۴/۴)	ابتدایی	
p= ۹/۵	۱۳ (۲۲/۸)	۱۱ (۱۹)	راهنمایی	
	۴ (۷)	۵ (۸/۶)	دبیرستان	
	۱۵ (۲۶/۳)	۹ (۱۵/۵)	دیپلم	
	۱۷ (۲۹/۸)	۱۲ (۲۰/۷)	بالتر از دیپلم	

جدول ۲- توزیع فراوانی نسبی و مطلق اختلالات روانپزشکی در فرزندان بیماران دو قطبی I مورد مطالعه بستری در بیمارستان ابن سینا در سال ۱۳۸۴-۱۳۸۵ و مقایسه با فرزندان گروه کنترل

نسبت شانس Odds ratio (فاصله اطمینان ۹۵٪)	statistic	فرزند گروه کنترل		فرزند بیماران دو قطبی		اختلالات روان پزشکی
		درصد	تعداد	درصد	تعداد	
	p=۰/۰۰۰	۵/۴	۱۰	۲۴/۹	۴۶	دارد
۵/۷۵ (۲/۸-۱۱/۸۲)	X2=۲۷/۰۵	۹۴/۶	۱۷۴	۷۵/۱	۱۳۹	ندارد
	p=۰/۰۰۰	۱/۶	۳	۲۱/۱	۳۹	دارد
۱۶/۱۱ (۴/۸۸-۵۳/۲)	X2=۳۷/۰۲	۹۸/۴	۱۸۱	۷۸/۹	۱۴۶	ندارد
	p=۰/۰۰۰	۱۱/۴	۲۱	۳۰/۳	۵۶	دارد
۳/۳۷ (۱/۹۴-۵/۸۵)	X2=۳۷/۰۲	۸۸/۶	۱۶۳	۶۹/۷	۱۲۹	ندارد
	p=۰/۰۰۰	۶/۵	۱۲	۱۹/۵	۳۶	دارد
۳/۴۶ (۱/۷۳-۶/۸۹)	X2=۱۳۲/۶۴	۹۳/۵	۱۷۲	۸۰/۵	۱۴۹	ندارد
	p=۰/۰۰۰	۱۵/۸	۲۹	۳۱/۹	۵۹	دارد
۲/۵۰ (۱/۵۱-۴/۱)	X2=۱۳۲/۲۱	۸۴/۲	۱۵۵	۶۸/۱	۱۲۶	ندارد
	p= ۰/۵۹۳	۳/۳	۶	۴/۳	۸	دارد
۱/۳۴ (۰/۴۵-۳/۹۴)	X2= ۰/۲۸	۹۶/۷	۱۷۸	۹۵/۷	۱۷۷	ندارد
	p=۰/۰۱۱	۱/۱	۲	۵/۹	۱۱	دارد
۵/۷۵ (۱/۲۵-۲۶/۳)	X2=۶/۴۰	۹۸/۹	۱۸۲	۹۴/۱	۱۷۴	ندارد

اختلالات افسردگی ۵۶ نفر (۳۰/۳٪)، اختلال بیش فعالی و نقص توجه ۴۶ نفر (۲۴/۹٪)، اختلالات دو قطبی ۳۹ نفر (۳۱٪)، اختلالات سوء مصرف مواد که سیگار را هم در بر می گیرد ۳۶ نفر (۱۹/۵٪)، اختلال سلوک ۱۱ نفر (۵/۹٪)، و اختلال وسواسی

اختلالات روان پزشکی و اختلالات همراه این سایکوپاتولوژیها در سرتاسر عمر به طور معنی دار در گروه مورد از گروه شاهد بالاتر بود. شایعترین اختلالات در گروه فرزندان بیماران دو قطبی به ترتیب عبارت بود از اختلالات اضطرابی ۵۹ نفر (۳۱/۹٪)،

میزان بروز اختلال بیش‌فعالی-کمبود توجه (ADHD) به طور ثابتی در مطالعات فرزندان بیماران دوقطبی از اوایل سال‌های ۱۹۷۰ گزارش شده است (۵،۱۶). در سال ۱۹۸۳ سندرم (ADHD) برای اولین بار در فرزند یک بیمار دوقطبی گزارش شد. و از سال ۱۹۸۸ تا کنون تقریباً در ۲۷٪ فرزندان بیماران دوقطبی (ADHD) گزارش شده است (۱۶،۱۵،۷،۴). بنابراین با توجه به همراهی بالای (ADHD) با اختلال دوقطبی در کودکان چنین فرض می‌شود که تظاهرات (ADHD) در کودکی بعدها همراه با اختلال دوقطبی در زیر گروهی از بیماران اختلال دوقطبی با شروع زودرس می‌باشد، در مطالعه حاضر میزان شیوع این اختلال ۲۴/۹٪ بود، گرچه در برخی مطالعات نتایج متفاوتی را گزارش کرده‌اند (۱۷-۲۰). در مطالعه ریچارت^۳ (۲۰۰۴) و والس^۴ (۲۰۰۱) بررسی شیوع مشکلات رفتاری و تشخیص‌های روان‌پزشکی حمایت‌کننده افزایش سطح پسیکو پاتولوژی در کودکان والدین دوقطبی نبوده است (۱۶،۱۵). در مطالعه حاضر اختلالات خلقی-اختلال بیش‌فعالی نقص توجه، اختلالات سوء مصرف مواد و اختلال شخصیت ضد اجتماعی و اختلالات اضطرابی در جمعیت فرزندان والدین اختلال دوقطبی در مقایسه با گروه شاهد شیوع و شانس بروز بالاتری داشت که مشابه یافته‌های چنگ و همکاران است که در آن شیوع اختلالات اضطرابی-سوء مصرف مواد و اختلال افسردگی در فرزندان بیماران دوقطبی بیشتر بود (۱۴).

در مطالعه والس شایعترین اختلالات روان‌پزشکی در فرزندان بیماران دوقطبی شامل اختلال افسردگی-اختلال بیش‌فعالی نقص توجه و اختلال دوقطبی بود (۱۶).

در یک مطالعه مروری ریسک اختلالات خلقی در فرزندان بیماران دوقطبی گستره‌ای از ۵٪-۶۷٪ داشت که این میزان برای گروه کنترل ۳۸-۳۰٪ بود. در مطالعه حاضر میزان اختلالات خلقی (افسردگی و دو قطبی) در فرزندان بیماران دوقطبی ۵۱/۴٪ و برای گروه کنترل ۱۳٪ بود. استفاده از مصاحبه بالینی و ابزارهای ساختار یافته برای کودکان و والدین جزء نقاط قوت این مطالعه بود.

جبری ۸ نفر (۴/۳٪)، شیوع این اختلالات در گروه کنترل به ترتیب عبارت بود از: اختلالات اضطرابی ۲۹ نفر (۱۵/۸٪)، اختلالات افسردگی ۲۱ نفر (۱۱/۴٪)، اختلال بیش‌فعال، نقص توجه ۱۰ نفر (۵/۴٪)، اختلالات سوء مصرف مواد که سیگار را در بر می‌گیرد ۱۲ نفر (۶/۵٪)، اختلال وسواسی جبری ۶ نفر (۳/۳٪)، اختلالات دوقطبی ۳ نفر (۱/۶٪)، اختلال سلوک (۲ نفر) ۱/۱٪.

بحث

کودکان والدین دارای اختلال دوقطبی به عنوان گروه پرخطر مشخص شده‌اند در یک مطالعه متاآنالیز اخیر تخمین زده می‌شود که فرزندان بیماران دوقطبی برای ابتلا به یک اختلال روان‌پزشکی ۲/۷ بار و برای ابتلا به یک اختلال خلقی در مقایسه با فرزندان والدین سالم ۴ بار بیشتر در معرض خطر می‌باشند (۱۳). از سال ۱۹۹۷ تاکنون، در مطالعات مقطعی انجام شده، گزارش شده است که تقریباً ۵۰٪ کودکان والدین دوقطبی ملاک‌های لازم برای برخورداری از حداقل یک اختلال روان‌پزشکی DSM-IV را دارا هستند (۵، ۱۴، ۱۵). در این مطالعات، میزان بروز طیف اختلالات دوقطبی (دوقطبی I، دوقطبی II) ۱۴-۵۰٪ گزارش شده است. نتایج حاصله از مطالعه حاضر بیانگر آن می‌باشد که اختلالات خلقی (دوقطبی ۱۶ بار و افسردگی ۳/۳۷) اختلال بیش‌فعالی-نقص توجه ۵/۷۵ بار، اختلالات سوء مصرف مواد ۳/۴۶ بار و اختلال شخصیت ضد اجتماعی ۵/۷۵ بار و اختلالات اضطرابی ۲/۵ بار در جمعیت فرزندان والدین اختلال دوقطبی در مقایسه با گروه شاهد شیوع و شانس بروز بالاتری دارد. در مطالعه لاروس^۱ و همکاران فرزندان بیماران دوقطبی برای ابتلا به اختلال افسردگی در مقایسه با فرزندان والدین سالم ۴ بار بیشتر در معرض خطر می‌باشند (۱۴).

در این مطالعه این میزان ۳/۳۷ بار بیشتر بود. در مطالعه دافی^۲ و همکاران میزان بروز طیف اختلالات دوقطبی (دوقطبی I، دوقطبی II) در فرزندان این بیماران ۱۴-۵۰٪ گزارش شده است که در این مطالعه ۲۱٪ بود (۱۵).

³ Reichart

¹ Loroche

² Duffy

نتیجه گیری

نتایج این مطالعه نشان می دهد که کودکان والدین دوقطبی در معرض خطر افزایش یافته ای از نظر بروز اختلالات روانپزشکی هستند. این کودکان باید از نظر علائم روانی مورد غربالگری قرار گرفته و در صورت لزوم برای درمان ارجاع شوند.

تشکر و قدردانی

این تحقیق با حمایت مالی معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی مشهد انجام شده است. از آقای دکتر بهزادی و کلیه کارکنان درمانگاه بیمارستان قائم (عج) و ابن سینا مشهد که در اجرای تحقیق همکاری داشته اند تشکر و سپاسگزاری می شود.

References:

- 1- Bauer M, Pfennig A. Epidemiology of bipolar disorders. *Epilepsia* 2005; 46:8-13.
- 2- Merikangas KR, Prusoff BA, Weissman MM. Parental concordance for affective disorders: Psychopathology in offspring. *J Affect Disord* 1988; 15:279-290.
- 3- Lish JD, Dime-Meenan S, Whybrow PC, Price RA, Hirschfeld RM. The national depressive and manic depressive association (DMDA) survey of bipolar members. *J Affect Disord* 1994; 31:81-294.
- 4- Change KD, Steiner H, Kettner TA. Psychiatric Phenomenology of child and adolescent bipolar offspring. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2000; 39:453-460.
- 5- Reichart CG, Wols M, Hillegers MH, Ormel J, Nolen WA, Verhulst FC. Psychopathology in the adolescent offspring of Bipolar parents. *J Affect Disord* 2004; 78:67-71.
- 6- Henin A, Biederman D, Mick E, Sachs GS, Hirshfeld-Becker DR, Siegel RS, et al. Psychopathology the offspring of parents with bipolar disorder: a controlled study. *Biol Psychiatry* 2005; 58:559-561.
- 7- Carlson GA, Weintraub S. Childhood behavior problems and bipolar disorder-relationship or coincidence. *J Affect Disord* 1993; 28:143-153.
- 8- Chand K, Steinberg H, Ketter T. Studies of offspring of parents with bipolar disorder. *Semin Med Genet* 2003; 123:26-35.
- 9- Anderson CA, Hammen CL. Psychosocial outcomes of unipolar depressed, bipolar, medically ill and normal women: A longitudinal study. *J Consult Clin Psychol* 1993; 61:448-454.
- 10- Duffy A, Alda M, Kutcher S. A prospective study of the offspring of bipolar parents responsive and no responsive to Lithium treatment. *J Clin Psychiatry* 2002; 63:1171-1178.
- 11- Endicott J, Spitzer LR. A diagnostic interview the Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia. *Arch Gen Psychiatry* 1978; 35:837-844.
- 12- Ghanizadeh A, Mohammadi MR. A Psychometric properties of the Farsi translation of the Kiddie schedule for Affective Disorder and Schizophrenia- Present and Lifetime Version. *Bio Med Central Psychiatry* 2006; 15:6-10.
- 13- Lalonde M, Iodins S, LaRoche C. Children of parents with bipolar disorder: a metaanalysis of risk for mental disorders. *Can J Psychiatry* 1997; 42:623-631.
- 14- LaRoche C, Lester E, Benierakis C, Murrain M, Engelsmann F, et al. Children of parents with manic-depressive illness: a follow-up study. *Can J Psychiatry* 1987; 32:563-569.
- 15- Duffy A, Alda M, Kutcher S, Fusero C, Grof P. Psychiatric symptoms and syndromes among adolescent children of parents with lithium-responsive or lithium nonresponsive bipolar disorder. *Am J Psychiatry* 1998; 155:431-433.
- 16- 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; 1094-102.
- 17- Gregarious Scrbănescu M, Chrisodorescu D, Jipescu I, Totoescu A, Marinescu E, Ardelean V. Psychopathology in children aged 10-17 of bipolar parent: Psychopathology rate and correlates of the severity of the psychopathology. *J Affect Disord* 1989; 16:167-179.
- 18- Bowring MA, Kovacs M. Difficulties in diagnosing manic disorders among children and adolescents. *Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1992; 31:611-614.
- 19- Wicki W, Angst J. Hypomania in a 28-to 30-year-old cohort. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 1991; 240:339-348.
- 20- Masi G, Toni G, Perugi G, Traverso MC, Millepiedi S, Mucci M, et al. Externalizing disorders in consecutively referred children and adolescents with bipolar disorder. *Compr Psychiatry* 2003; 44:184-189.