

مشکلات رفتاری - هیجانی

در فرزندان مبتلایان به اختلال دوقطبی و گروه گواه

دکتر لیلی پناغی^۱، دکتر میترا حکیم شوشتری^۲، دکتر سیده الهام شرافتی^۳، مریم عباسی^۴

Behavioral and Emotional Problems in Offsprings of Bipolar Parents and the Control Group

Leili Panaghi^{*}, Mitra Hakim Shoostari^۲, Seyedeh Elham Sharafi^۳, Maryam Abbasi^۴

Abstract

Objectives: In this study behavioral and emotional problems of child and adolescent offsprings of bipolar parents were compared to that of their peers with normal parents.

Method: In a descriptive cross-sectional study, 86 child and adolescent offsprings of patients with bipolar disorder (subject group) and 93 offsprings of healthy parents who had presented to Iran Psychiatric Hospital and Hazrat-e-Rasool Hospital (control group) were selected using convenience sampling, and were evaluated using demographic form and Child Behavior Checklist (CBCL). Comparison between mean scores of CBCL subscales was done using t-test and Multivariate Analysis of Variance. **Results:** Mean scores of the subject group in somatic complaints, anxious/depressed, attention problems, aggression, internalizing, and general problems subscales were higher than that of the control group ($p < 0.05$). **Conclusion:** Behavioral problems in the offsprings of parents with bipolar disorder are more prevalent than the individuals in the control group.

Key words: bipolar disorder; parents; child behavior

[Received: 2 February 2009; Accepted: 17 March 2009]

چکیده

هدف: در پژوهش حاضر مشکلات رفتاری و هیجانی کودکان و نوجوانان والدین مبتلا به اختلال دوقطبی با همتایان دارای والدین سالم مقایسه شده است. **روش:** در یک پژوهش توصیفی - مقطعی ۸۶ نفر از فرزندان بیماران مبتلا به اختلال دوقطبی (گروه مورد) و ۹۳ نفر از فرزندان مراجعان به بیمارستان روانپزشکی ایران و بیمارستان حضرت رسول اکرم (ص) (گروه گواه) که به شیوه در دسترس نمونه گیری شده بودند، به کمک پرسش نامه ویژگی های جمعیت شناختی و فهرست رفتاری کودکان (CBCL) بررسی شدند. مقایسه نمرات میانگین زیرمقیاس های CBCL بین دو گروه به کمک آزمون آماری t و روش تحلیل واریانس چندمتغیره (MANOVA) انجام شد. **یافته ها:** میانگین نمرات گروه مورد در خرده مقیاس های شکایت های بدنی، اضطراب/افسردگی، مشکلات توجه، رفتار پرخاشگرانه، درونی سازی و مشکلات کلی بالاتر از میانگین نمرات گروه گواه بود ($p < 0.05$). **نتیجه گیری:** مشکلات رفتاری در فرزندان مبتلایان به اختلال دوقطبی بیشتر از کودکان گروه گواه است.

کلیدواژه: اختلال دوقطبی؛ فرزندان والدین مبتلا به اختلال دوقطبی؛ چک لیست رفتاری کودکان؛ مشکلات رفتاری - هیجانی

[دریافت مقاله: ۱۳۸۷/۱۱/۱۴؛ پذیرش مقاله: ۱۳۸۷/۱۲/۲۷]

^۱ متخصص پزشکی اجتماعی، استادیار دانشگاه شهید بهشتی، تهران، اوین، بلوار دانشجو، دانشگاه شهید بهشتی، پژوهشکده خانواده، دورنگار: ۲۴۹۰-۲۴۹۱-۲۴۹۲-۲۴۹۳، E-mail: l-panaghi@sbu.ac.ir؛ ^۲ فوق تخصص روانپزشکی کودکان و نوجوان، استادیار دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی - درمانی ایران، انستیتو روانپزشکی تهران، مرکز تحقیقات بهداشت روان؛ ^۳ دستیار روانپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی - درمانی ایران، انستیتو روانپزشکی تهران و مرکز تحقیقات بهداشت روان؛ ^۴ دانشجوی کارشناسی ارشد خانواده درمانی، دانشگاه شهید بهشتی.

* Corresponding author: Specialist in Community Medicine, Assistant Prof. of Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Family Research Centre, Shahid Beheshti University, Daneshjoo Blvd., Evin, Tehran, Iran, IR. Fax: +9821-29902368. E-mail: l-panaghi@sbu.ac.ir; ^۲ Child and Adolescent Psychiatrist, Assistant Prof. of Iran University of Medical Sciences, Tehran Psychiatric Institute, Mental Health Research Centre; ^۳ Psychiatric Resident, Iran University of Medical Sciences; ^۴ Master's degree Student of Family Therapy, Shahid Beheshti University.

مقدمه

اختلال دوقطبی^۱ (BD)، بیماری روانی شدید و پایداری است که با مرگ و میر و عوارض بسیاری همراه است. شیوع آن در خویشاوندان درجه اول بزرگسالان و کودکان مبتلا به اختلال دوقطبی پنج تا ۱۰ درصد گزارش شده است (لویسون^۲، کلین^۳ و سیلی^۴، ۱۹۹۵).

در سال‌های اخیر، توجه پژوهشگران بر جمعیت‌های در معرض خطر، مانند کودکان و نوجوانان والدین مبتلا به BD و خطر ابتلا به BD یا دیگر اختلال‌های روانپزشکی در آنان، متمرکز شده است (گرشون^۵ و همکاران، ۱۹۸۲؛ لاپالم^۶، هوجینز^۷ و لاروشه^۸، ۱۹۹۷؛ همن^۹، برگ^{۱۰}، برنی^{۱۱} و آدریان^{۱۲}، ۱۹۹۰؛ چانگ^{۱۳}، استینر^{۱۴} و کتر^{۱۵}، ۲۰۰۰). افزون بر اختلال‌های روانپزشکی در کودکان والدین مبتلا به BD، بررسی‌ها بیانگر خطر بالاتر ابتلا به اختلال‌های رفتاری - هیجانی در این کودکان هستند. اثرات روانی - اجتماعی ابتلا به BD در والدین در کنار استعداد ژنتیکی، می‌تواند خطر ابتلا به اختلال‌های روانی و مشکلات رفتاری را در فرزندان کودک و نوجوان این افراد تا دو برابر افزایش دهد (لاپالم و همکاران، ۱۹۹۷). از سوی دیگر، کارلسون^{۱۶} و وین تراب^{۱۷} (۱۹۹۳) نشان دادند که درجات بالای مشکلات رفتاری و مشکلات توجه در فرزندان مبتلایان به BD پیش‌بینی‌کننده اختلال‌های خلقی در آینده هستند. بنابراین می‌توان این علایم را برای بیمار ناتوان‌ساز و برای محیط خانواده مخرب دانست. از این رو شناسایی این علایم می‌تواند به تشخیص و درمان به‌هنگام این افراد و پیش‌گیری از ابتلا به اختلال‌های خلقی، به‌ویژه اختلال دوقطبی کمک کند.

یکی از روش‌های شناسایی مشکلات رفتاری کودکان و نوجوانان فهرست رفتاری کودک^{۱۸} (CBCL) است که ابزاری برای ارزیابی گزارش والدین از مشکلات رفتاری در کودکان سنین چهار تا ۱۸ سال می‌باشد (آخنباخ^{۱۹}، ۱۹۹۱). بررسی‌های انجام‌شده، نیمرخ CBCL را در کودکان و نوجوانان مبتلا به BD بررسی نموده‌اند. مایک^{۲۰}، بیدرمن^{۲۱}، پاندم^{۲۲} و فاراون^{۲۳} (۲۰۰۳) در فراتحلیل برخی بررسی‌های انجام‌شده دریافتند که کودکان و نوجوانان مبتلا به این اختلال، دارای نیمرخ جدایی از CBCL هستند که با افزایش‌های معنی‌دار در زیرمقیاس‌های پرخاشگری، مشکلات توجه، و اضطراب/افسردگی مشخص می‌شوند. والس^{۲۴} و همکاران (۲۰۰۱) دریافتند که دختران والدین مبتلا به BD و پسران این والدین نسبت به نمونه بهنجار

در زیرمقیاس‌های CBCL دارای نمرات بالاتری هستند (دختران هفت زیرمقیاس از ۱۰ زیرمقیاس و پسران سه زیرمقیاس از ۱۰ زیرمقیاس). در ۱۴ ماه پی‌گیری این آزمودنی‌ها، ربحارت^{۲۵} و همکاران (۲۰۰۴) برای فرزندان مبتلایان به BD نمرات بالاتری نسبت به کودکان عادی در هفت زیرمقیاس از ۱۰ زیرمقیاس گزارش نمودند. بررسی‌ها نشان دادند که کودکان و نوجوانان در معرض خطر ابتلا به BD از مشکلات رفتاری گسترده‌ای رنج می‌برند. این مطالعات فرزندان والدین دوقطبی را در حالی ارزیابی نمودند که قبلاً به BD مبتلا شده بودند. از این رو نیمرخ رفتاری کودکان و نوجوانان در معرض خطر که هنوز به این اختلال مبتلا نشده‌اند، ارزیابی نگردیده است. بنابراین یافته‌های این پژوهش می‌تواند مداخلات موجود برای بیماران مبتلا به BD را از درمان فردی متمرکز بر بیمار، به درمان خانوادگی متمرکز بر همه اعضای خانواده (از جمله آموزش والدین) سوق دهد. بر پایه بررسی‌های پیشین، در این پژوهش نیز فرض شده است که فرزندان والدین مبتلا به اختلال دوقطبی ممکن است مشکلات رفتاری بیشتری را نسبت به گروه مقایسه عادی و بهنجار نشان دهند. به این ترتیب، هدف این پژوهش بررسی میزان ابتلا به مشکلات رفتاری - هیجانی در کودکان و نوجوانان والدین مبتلا به اختلال دوقطبی در مقایسه با هم‌تایان دارای والدین سالم به کمک فهرست رفتاری کودک بود.

روش

بررسی حاضر از نوع توصیفی - مقطعی است. جامعه آماری این پژوهش فرزندان بیماران مراجعه‌کننده به بیمارستان روانپزشکی ایران (گروه مورد) و درمانگاه کودکان بیمارستان حضرت رسول اکرم (ص) (گروه گواه) در تهران بودند که والدین آنها در فاصله زمانی آذر ماه ۱۳۸۶ تا مرداد ماه ۱۳۸۷ به بیمارستان‌های یادشده مراجعه کرده بودند.

1- bipolar disorder	2- Lewinsohn
3- Klein	4- Seeley
5- Gershon	6- Lapalme
7- Hodgins	8- LaRoche
9- Hammen	10- Burge
11- Burney	12- Adrian
13- Chang	14- Steiner
15- Ketter	16- Carlson
17- Weintraub	18- Child Behavior Checklist
19- Achenbach	20- Mick
21- Biederman	22- Pandma
23- Faraone	24- Wals
25- Reichart	

پرسش‌های مربوط به مشکلات دیگر). افزون بر این، مقیاس از دو حوزه کلی درونی‌سازی مشکلات (شامل زیرمقیاس‌های انزوای طلبی، شکایات بدنی و اضطراب/افسردگی) و بیرون‌سازی مشکلات (زیرمقیاس‌های بزهکاری و رفتار پرخاشگرانه) نیز تشکیل شده است. پژوهش‌های پیشین در موقعیت‌های بالینی، روایی و پایایی قابل قبولی را برای CBCL گزارش کرده‌اند (آخنباخ، ۱۹۹۱). محمدخانی (۱۳۷۹) اعتبار مقیاس مشکلات رفتاری کلی را ۰/۹۴ به دست آورد. حییی، عسگرآباد، بشارت و فدایی (۱۳۸۸) میزان اعتبار آزمون را به کمک آلفای کرونباخ در دو قلوهای همسان ۰/۹۴، در دو قلوهای ناهمسان ۰/۹۰ و در کل نمونه ۰/۹۳ و میزان اعتبار دو نیمه کردن را در دو قلوهای همسان ۰/۹۱، در دو قلوهای ناهمسان ۰/۸۶ و در کل نمونه ۰/۸۹ به دست آوردند. مینایی (۱۳۸۵) ضریب آلفای خرده‌مقیاس‌های مشکلات رفتاری درونی‌سازی و بیرون‌سازی و مشکلات رفتاری کلی را به ترتیب ۰/۸۷، ۰/۸۶ و ۰/۸۵ گزارش نمود.

به لحاظ رعایت نکات اخلاقی، شرکت پاسخگویی در پژوهش اختیاری بود و همکاری آنان به صورت داوطلبانه انجام شد. پرسش‌نامه‌ها بی‌نام بوده و اطلاعات به دست آمده به صورت محرمانه نزد پژوهشگر نگهداری شده است.

تحلیل داده‌های پژوهش به کمک آزمون خی دو، آزمون t و تحلیل واریانس چندگانه^۱ (MANOVA) انجام شد.

یافته‌ها

میانگین سنی کودکان در گروه گواه $9/89 \pm 2/80$ و در گروه مورد $9/70 \pm 2/70$ سال بود که آزمون آماری t تفاوت معنی‌داری در میانگین سنی دو گروه نشان نداد. توزیع فراوانی متغیر جنسیت در دو گروه در جدول ۱ آمده است.

جدول ۱- توزیع فراوانی آزمودنی‌های پژوهش بر حسب جنس در دو گروه مورد و گواه

	گواه	مورد	کل
	فراوانی (%)	فراوانی (%)	فراوانی (%)
پسر	۵۱ (۵۴/۸۳)	۴۴ (۵۱/۱۶)	۹۵ (۵۳/۰۷)
دختر	۴۲ (۴۵/۱۶)	۴۲ (۴۸/۸۳)	۸۴ (۴۶/۹۲)
کل	۹۳ (۱۰۰)	۸۶ (۱۰۰)	۱۷۹ (۱۰۰)

معیارهای ورود به بررسی برای «گروه مورد» عبارت بودند از: ابتلای دست کم یکی از والدین (والد مبتلا می‌توانست پدر یا مادر باشد و جنسیت والد در نظر گرفته نشد) به اختلال دوقطبی که مدت شش ماه از آغاز اختلال آنها گذشته باشد؛ کودکان و نوجوانان در سنین شش تا ۱۶ سال؛ مبتلابودن به عقب ماندگی ذهنی. معیارهای ورود به پژوهش در «گروه گواه» عبارت بودند از: عدم وجود سابقه اختلال روانپزشکی در والدین؛ کودکان سنین شش تا ۱۶ سال؛ نبودن عقب ماندگی ذهنی در کودک؛ مبتلابودن کودک به بیماری‌های بدنی مزمن (گذشت بیش از شش ماه از بیماری). آزمودنی‌ها به شیوه در دسترس انتخاب شدند. ابتلای والدین به BD در گروه مورد به کمک پرونده روانپزشکی موجود در بیمارستان ارزیابی شد و مبتلابودن والدین گروه گواه با این پرسش‌ها بررسی شد: آیا سابقه مراجعه به روانپزشک یا روانشناس داشته‌اید؟ آیا سابقه مصرف قرص‌های اعصاب را دارید؟

پرسش‌نامه‌های پژوهش به والدین ارایه شد، اما در گروه مورد این پرسش‌نامه‌ها می‌بایست توسط والد سالم تکمیل می‌شدند. هم‌چنین کودک مورد نظر می‌توانست هر کدام از کودکان هر خانواده با ویژگی‌های یادشده باشد. به این ترتیب والدین ۹۳ کودک در گروه گواه و ۸۶ کودک در گروه مورد به پرسش‌نامه‌ها پاسخ دادند. گردآوری داده‌ها به کمک ابزارهای زیر انجام شد:

پرسش‌نامه ویژگی‌های جمعیت‌شناختی در برگیرنده اطلاعات زمینه‌ای در مورد سن، جنسیت، شمار خواهران و برادران، رتبه تولد در خانواده، سابقه مراجعه به روانپزشک و علت مراجعه بسود (وضعیت اجتماعی-اقتصادی شرکت‌کنندگان در نظر گرفته نشد).

فهرست رفتاری کودک (CBCL): این پرسش‌نامه که توسط آخنباخ (۱۹۷۹) برای سنجش چگونگی سازگاری کودک با محیط ساخته شده است، از طبقه‌بندی کودکان بر پایه یک نشانگان خاص پرهیز می‌نماید و به جای آن مجموعه‌ای از رفتارهای کودک را طبقه‌بندی می‌کند. در این پرسش‌نامه پاسخ‌دهنده اصلی، والدین کودک هستند که به کمک آن مشکلات رفتاری و سازگاری کودک گردآوری می‌گردد. این آزمون دربردارنده ۱۱۶ پرسش (۱۱۵ پرسش بسته و یک پرسش باز) است. هر پرسش دارای سه گزینه خیر (۰)، بعضی از مواقع (۱) و بلی (۲) است. هشت خرده‌مقیاس آن عبارتند از انزوای طلبی، شکایات بدنی، اضطراب/افسردگی، مشکلات اجتماعی، مشکلات تفکر، مشکلات توجه، بزهکاری و رفتار پرخاشگرانه (به همراه

1- multivariate analysis of variance

بین دو گروه در خرده‌مقیاس‌های شکایات بدنی ($p < 0/05$)، اضطراب/افسردگی ($p < 0/001$)، مشکلات توجه ($p < 0/05$)، رفتار پرخاشگرانه ($p < 0/05$)، درونی‌سازی ($p < 0/01$) و مشکلات کلی ($p < 0/01$) تفاوت معنی‌دار دیده شد. شکل 1، نیرخ میانگین زیرمقیاس‌های CBCL را در دو گروه نشان می‌دهد.

آزمون‌های دو تفاوت معنی‌داری را در توزیع فراوانی متغیر جنسیت در دو گروه نشان نداد. تحلیل داده‌ها به کمک آزمون آماری MANOVA تفاوت میانگین نمرات برخی خرده‌مقیاس‌های پرسش‌نامه CBCL را در دو گروه معنی‌دار نشان نداد (جدول 2). ارزش لامبدا ویلکز معنی‌دار بود ($p < 0/05$) و $F = 159/2$ ، $df = 10$ و 70 ، اما (Wilks' Lambda = $0/76$).

جدول ۲- نتایج آزمون MANOVA برای بررسی تفاوت در میانگین خرده‌مقیاس‌های پرسش‌نامه فهرست رفتاری کودک

خرده‌مقیاس	میانگین (انحراف معیار)	*F	سطح معنی‌داری
انزواطلبی	گروه گواه ۳/۱۰ (۳/۱۳)	۲/۷۲	**N.S.
	گروه مورد ۴/۷۷ (۳/۶۷)		
شکایات جسمانی	گروه گواه ۰/۷۱ (۱/۱۴)	۶/۱۷	۰/۰۵
	گروه مورد ۲/۳۸ (۲/۸۲)		
اضطراب / افسردگی	گروه گواه ۴/۴۲ (۳/۴۷)	۱۱/۳۸	۰/۰۰۱
	گروه مورد ۷/۰۳ (۴/۴۹)		
مشکلات اجتماعی	گروه گواه ۳/۰۴ (۲/۶۷)	۱/۰۱	N.S.
	گروه مورد ۳/۷۴ (۳/۱۵)		
مشکلات تفکر	گروه گواه ۱/۰۶ (۱/۵۵)	۰/۶۴۹	N.S.
	گروه مورد ۱/۹۰ (۲/۱۳)		
مشکلات توجه	گروه گواه ۳/۹۵ (۳/۶۳)	۵/۴۹۴	۰/۰۰۵
	گروه مورد ۶/۳۹ (۴/۸۴)		
بزهکاری	گروه گواه ۲/۵۰ (۲/۸۱)	۰/۷۸۵	N.S.
	گروه مورد ۳/۷۰ (۳/۸۰)		
رفتار پرخاشگرانه	گروه گواه ۷/۱۷ (۶/۳۲)	۴/۴۰۳	۰/۰۰۵
	گروه مورد ۱۰/۷۰ (۷/۹۰)		
سایر مشکلات	گروه گواه ۶/۱۹ (۴/۷۲)	۲/۵۷۴	N.S.
	گروه مورد ۸/۲۰ (۷/۲۲)		
درونی‌سازی	گروه گواه ۷/۳۹ (۶/۴۱)	۹/۷۴۵	۰/۰۰۱
	گروه مورد ۱۳/۱۸ (۸/۸۵)		
برونی‌سازی	گروه گواه ۹/۶۲ (۸/۵۳)	۳/۳۲۲	N.S.
	گروه مورد ۱۴/۱۸ (۱۰/۷۵)		
مشکلات کلی	گروه گواه ۱۶/۶۸ (۱۴/۲۸)	۷/۰۱۲	۰/۰۰۱
	گروه مورد ۲۷/۲۵ (۱۸/۰۴)		

* $df=1$; ** non-significant

سیاسگزاری

با سپاس از مدیریت و معاونت پژوهشی قطب علمی خانواده، پژوهشکده خانواده دانشگاه شهید بهشتی که از پژوهش حاضر حمایت مالی نمودند.

منابع

حیسی عسگر آباد، مجتبی؛ بشارت، محمدعلی؛ فدایی، زهرا (۱۳۸۸). بررسی ویژگی‌های روانسنجی مقیاس خودگزارشگری مشکلات رفتاری کودکان و نوجوانان آبخناخ (بررسی منتشر نشده).

محمدخانی، پروانه (۱۳۷۹). بررسی رابطه بین کودک آزاری و مشکلات رفتاری دانش‌آموزان پایه دوم دبیرستان در مناطق نوزده گانه آموزش و پرورش شهر تهران. تهران: معاونت پژوهشی بهزیستی استان تهران.
مینایی، اصغر (۱۳۸۵). انطباق و هنجاریابی سیاه رفتاری کودک آبخناخ، پرسش‌نامه خودسنجی و گزارش معلم. مجله کودکان استثنایی، سال ششم، شماره ۱، ۵۵۸-۵۲۹.

Achenbach, T. M., & Edelbrock, C. (1979). The Child Behavior Profile II: Boys aged 12-16 and girls aged 6-11 and 12-16. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 47*, 223-233.

Achenbach, T. M. (1991). *Manual for the Child Behavior Checklist/4-18 and 1991 Profile*. Burlington, VT: University of Vermont.

Borchardt, C. M., & Bernstein, G. A. (1995). Comorbid disorders in hospitalized bipolar adolescents compared with unipolar depressed adolescents. *Child Psychiatry and Human Development, 26*, 11-18.

Burge, D., & Hammen, C. (1991). Maternal communication: Predictors of outcome at follow-up in a sample of children at high and low risk for depression. *Journal of Abnormal Psychology, 100*, 174-180.

Carlson, G. A., & Weintraub, S. (1993). Childhood behavior problems and bipolar disorder: Relationship or coincidence? *Journal of Affective Disorders, 28*, 143-153.

Carlson, G. A., Bromet, E. J., & Sievers, S. (2000). Phenomenology and outcome of subjects with early and adult-onset psychotic mania. *American Journal of Psychiatry, 157*, 213-219.

افسردگی اساسی یا مادران بدون اختلال روانی به فرزندان خود دارند. بررسی‌های دیگری نشان دادند که در مادران مبتلا به اختلال عاطفی اساسی، ویژگی سبک ارتباط انتقادگری و بازخورد منفی با سطوح بالاتری از آسیب‌شناسی روانی در فرزندان‌شان ارتباط داشته است (برگ و همسن، ۱۹۹۱؛ شوارتز^۱، دورر^۲، بیردسلی^۳، لاور^۴ و کلسر^۵، ۱۹۹۰).
بررسی‌های دیگر (گودمن^۶ و بروملی^۷، ۱۹۹۰) نشان می‌دهند مادران بدون اختلال روانی، مهارت‌های والدگری بهتری را نسبت به مادران مبتلا به اختلال افسردگی اساسی نشان می‌دهند. به نظر می‌رسد که مهارت‌های والدگری والدین مبتلا به BD دچار کاستی‌هایی باشند (کونراد^۸ و همسن، ۱۹۸۹).
برخی بررسی‌ها نشان داده‌اند که کیفیت والدگری می‌تواند عامل ایجاد تفاوت میان پیامد مثبت یا منفی در کودکان والدین مبتلا به BD باشد (ریس^۹ و همکاران، ۱۹۹۵).

به طور کلی خطر ابتلا به اختلال‌های روانی در فرزندان والدین مبتلا به BD بسیار بالا است. برای درک بیشتر عوامل غیرژنتیکی رشد اختلال‌های روانی در فرزندان والدین مبتلا به BD، اجرای بررسی‌های آینده‌نگر با نمونه‌های بزرگ‌تر ضروری به نظر می‌رسد. بررسی سبک‌های والدگری در مادران مبتلا به BD و مقایسه آن با گروه گواه می‌تواند موضوع پژوهش‌های آینده باشد. از آن‌جا که مشکل روانی بسیاری از فرزندان والدین مبتلا به اختلال‌های خلقی شناسایی نمی‌شود (ونهارن^{۱۰}، لاروشه^{۱۱}، هیمن^{۱۲}، ماسابکی^{۱۳} و کول^{۱۴}، ۱۹۹۳)، چنین اطلاعاتی برای ایجاد برنامه‌های با هدف پیش‌گیری یا دست‌کم، کاهش علایم در فرزندان لازم است.
در بررسی حاضر برای ارزیابی بیماران از مصاحبه ساختاریافته بهره گرفته نشد. هم‌چنین از آنجا که پژوهش حاضر در جمعیت بالینی اجرا شده است، قابلیت تعمیم آن به جامعه محدود است. افزون بر آن در بررسی سوابق بیمار، میزان عود، سطح کارکرد بیمار، بیماری‌های همبود و تحت کنترل بودن علایم در نظر گرفته نشده است. هم‌چنین ارزیابی نشدن والدین گروه گواه به کمک یک ابزار معتبر از نظر عدم ابتلا به BD، از محدودیت‌های دیگر پژوهش حاضر به‌شمار می‌رود. پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آینده با اصلاح موارد یادشده، تعمیم‌پذیری یافته‌ها افزایش داده شود.
پژوهش‌های طولی نیز می‌توانند تغییرات رفتاری - هیجانی پدیدآمده در کودکان افراد مبتلا به اختلال‌های دوقطبی را با دقت بیشتری بررسی نمایند.

1- Schwartz
3- Beardslee
5- Keller
7- Brumley
9- Reiss
11- Heyman
13- Colle

2- Dorer
4- Lavori
6- Goodman
8- Conrad
10- Vanharen
12- Massabki

- Chang, K. D., Steiner, H., & Ketter, T. A. (2000). Psychiatric phenomenology of child and adolescent bipolar offspring. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 39*, 453-460.
- Conrad, M., & Hammen, C. (1989). Role of maternal depression in perceptions of child maladjustment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 57*, 663-667.
- Geller, B., Warner, K., Williams, M., & Zimmerman, B. (1998). Prepubertal and young adolescent bipolarity versus ADHD: Assessment and validity using the WASH-U-KSADS, CBCL and TRF. *Journal of Affective Disorders, 51*, 93-100.
- Gershon, E. S., Hamovit, J., Guroff, J. J., Dibble, E., Leckman, J. F., Sceery, W., Targum, S. D., Nurnberger, J. I., Goldin, L. R., & Bunney, W. E. (1982). Family study of schizoaffective, bipolar I, bipolar II, unipolar and normal control probands. *Archives of General Psychiatry, 39*, 1157-1167.
- Giles, L. L., Delbello, M. P., Stanford, K. E., & Strakowski, S. M. (2007). Child Behavior Checklist profile of children and adolescents with and at high risk for developing bipolar disorder. *Child Psychiatry and Human Development, 38*, 47-55.
- Goodman, S. H., & Brumley, H. E. (1990). Schizophrenic and depressed mothers: Relational deficits in parenting. *Developmental Psychology, 26*, 31-39.
- Hammen, C., Burge, D., Burney, E., & Adrian, C. (1990). Longitudinal study of diagnoses in children of women with unipolar and bipolar affective disorder. *Archives of General Psychiatry, 47*, 1112-1117.
- Inoff-Germain, G., Nottelmann, E. D., & Radke-Yarrow, M. (1992). Evaluative communications between affectively ill and well mothers and their children. *Journal of Abnormal Child Psychology, 20*, 189-212.
- Lapalme, M., Hodgins, S., & LaRoche, C. (1997). Children of parents with bipolar disorder: A metaanalysis of risk for mental disorders. *Canadian Journal of Psychiatry, 42*, 623-631.
- Lewinsohn, P. M., Klein, D. N., & Seeley, J. R. (2000). Bipolar disorder during adolescence and young adulthood in a community sample. *Bipolar Disorders, 2*, 281-293.
- Mick, E., Biederman, J., Pandma, G., & Faraone, S. V. (2003). A preliminary meta-analysis of the child behavior checklist in pediatric bipolar disorder. *Biological Psychiatry, 53*, 1021-1027.
- Reichart, C. G., Wals, M., Hillegers, M. H., Ormel, J., Nolen, W. A., & Verhulst, F. C. (2004). Psychopathology in the adolescent offspring of bipolar parents. *Journal of Affective Disorders, 78*, 67-71.
- Reiss, D., Hetherington, E. M., Plomin, R., Howe, G. W., Simmens, S. J., Henderson, S. H., O'Connor, T. J., Bussell, D. A., Anderson, E. R., & Law, T. (1995). Genetic questions for environmental studies: Differential parenting and psychopathology in adolescence. *Archives of General Psychiatry, 52*, 925-936.
- Schwartz, C. E., Dorer, D. J., Beardslee, W. R., Lavori, P. W., & Keller, M. B. (1990). Maternal expressed emotion and parental affective disorder: Risk for childhood depressive disorder, substance abuse or conduct disorder. *Journal of Psychiatric Research, 24*, 231-250.
- Vanharen, J., LaRoche, C., Heyman, M., Massabki, A., & Colle, L. (1993). Have the invisible children become visible? *Canadian Journal of Psychiatry, 38*, 678-680.
- Wals, M., Hillegers, M. H., Reichart, C. G., Ormel, J., Nolen, W. A., & Verhulst, F. C. (2001). Prevalence of psychopathology in children of a bipolar parent. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 40*, 1094-1102.
- West, S., McElroy, S., Strakowski, S., Keck, P., & McConville, B. (1995). Attention deficit hyperactivity disorder in adolescent mania. *American Journal of Psychiatry, 152*, 271-274.
- Wozniak, J., Biederman, J., Kiely, K., Ablon, J. S., Faraone, S. V., Mundy, E., & Mennin, D. (1995). Mania-like symptoms suggestive of childhood-onset bipolar disorder in clinically referred children. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 34*, 867-876.