

نقش آسیب روانی مادر در اختلالات برون‌سازی شده دختران نوجوان

The Role of Maternal Psychopathology in Externalizing Disorders of Adolescent Girls

Zeinab Khanjani, PhD

Tabriz University

Fatemeh Hadavandkhani

PhD Candidate

Tabriz University

فاطمه هداوندخانی

دانشجوی دکتری دانشگاه تبریز

دکتر زینب خانجانی

دانشیار دانشگاه تبریز

چکیده

هدف این پژوهش پیش‌بینی اختلالات برون‌سازی شده دختران نوجوان براساس اضطراب و افسردگی مادران بود. ۱۰۸ دانش‌آموز دختر عادی شهر تبریز با دامنه سنی ۱۱ تا ۱۶ سال (میانگین=۱۳/۲۶، انحراف استاندارد=۰/۹۲) به روش نمونه‌برداری تصادفی چند مرحله‌ای انتخاب شدند. مادران این دانش‌آموزان با دامنه سنی ۲۷ تا ۵۶ سال (میانگین=۳۹/۱۵، انحراف استاندارد=۶/۰۵) به سیاهه نشانه مرضی کودک (CSI-4؛ گادو و اسپارفکین، ۱۹۹۴) و مقیاس افسردگی، اضطراب و تنیدگی (DASS-42؛ لایبوند و لایبوند، ۱۹۹۵) پاسخ دادند. داده‌ها با بهره‌گیری از رگرسیون خطی چندگانه تحلیل شدند. نتایج نشان دادند که افسردگی مادر پیش‌بینی کننده اختلالات برون‌سازی شده دختران نوجوان است ($\beta=0/253$). اضطراب مادر اختلالات برون‌سازی شده را پیش‌بینی نکرد. یافته‌های پژوهش در حوزه پیشگیری از اختلالات برون‌سازی شده در دختران نوجوان کاربرد دارد.

واژه‌های کلیدی: اختلالات برون‌سازی شده، دختران نوجوان، افسردگی، اضطراب، آسیب روانی مادر

Abstract

The aim of this study was to predict adolescent girls' externalizing disorders from mothers' anxiety and depression. One hundred and eight normal female students between the ages of 11 and 16 ($M=13.26$, $SD=0.92$) from Tabriz city were selected by multi-stage random sampling. The mothers were between the ages of 27 and 56 ($M=19.15$, $SD=6.05$) and were asked to complete the Child Symptom Inventory (CSI-4; Gadow, & Sparfkin, 1994) and the Depression Anxiety Stress Scales (DASS-42; Lovibond, & Lovibond, 1995). The data were analyzed using multiple linear regression. The results indicated that maternal depression predicted adolescent girls' externalizing disorders ($\beta=0.235$). Maternal anxiety didn't predict the externalizing disorders. The findings are applicable to prevention of externalizing disorders among adolescent girls.

Key words: externalizing disorders, adolescent girls, depression, anxiety, maternal psychopathology

received: 9 May 2010

accepted: 18 May 2011

دریافت: ۸۹/۲/۱۹

پذیرش: ۹۰/۲/۲۸

مقدمه

بسیاری از نوجوانان جامعه سلامت روانی خوبی دارند، نسبتاً شاد و خوشبین‌اند، هویت خود را به تدریج کسب می‌کنند، مشکلات هیجانی مهمی ندارند و عملکرد اجتماعی‌شان قابل قبول است، اما براساس تخمینهایی که از پژوهشهایی با نمونه وسیع به دست آمده‌اند (برای مثال، شافر و دیگران، ۱۹۹۶) حدود ۲۱ درصد نوجوانان ۹ تا ۱۷ ساله دارای مشکلات و اختلالات روانی‌اند. اختلالات کودکان و نوجوانان به دو دسته کلی اختلالات برون‌سازي شده^۱ و اختلالات درونی‌سازي شده^۲ تقسیم می‌شوند. اختلالات برون‌سازي شده دربرگیرنده مشکلاتی‌اند که رو به بیرون دارد و در تعارض با افراد دیگر و محیط قرار می‌گیرند (آشنباخ^۳ و رسکورلا^۴، ۲۰۰۱ نقل از بیات، ۱۳۸۷). از جمله اختلالهایی که در زیر مجموعه اختلالات برون‌سازي شده قرار دارند اختلال رفتار هنجاری^۵ است. نوجوانان مبتلا به اختلال رفتار هنجاری دائماً به حقوق دیگران و قوانین و هنجارهای اجتماعی تجاوز می‌کنند. مشکلات رفتاری این نوجوانان از رفتارهای ستیزه‌جویانه آشکار^۶ تا رفتارهای غیرستیزه‌جویانه گسترده‌اند. این اختلال در پسران شایع‌تر است و نخستین نشانه‌های آن در اواسط کودکی تا اواسط نوجوانی آشکار می‌شوند (کرینگ^۷، دیویسون^۸، نیل^۹ و جانسون^{۱۰}، ۱۳۸۸/۲۰۰۷). اختلال دیگر، اختلال نارسایی توجه/فزون‌کنشی^{۱۱} است که یک الگوی ثابت و پایدار از نارسایی توجه، برپایی^{۱۲} و فعالیتهای حرکتی بی‌هدف را دربرمی‌گیرد و شیوع آن ۳-۷ درصد است. اختلال تضادورزی گستاخانه^{۱۳}، اختلال دیگری است که در گروه اختلالات برون‌سازي شده قرار می‌گیرد. مشخصه اختلال تضادورزی گستاخانه الگوی پایدار رفتار تکراری منفی‌گرایانه^{۱۴}، لجبازی، نافرمانی و خصومت در برابر مظاهر قدرت است که حداقل شش ماه دوام داشته باشد. این اختلال معمولاً با اختلالات یادگیری و هیجانی همراه است و باعث اختلال قابل ملاحظه در

کارکرد اجتماعی و تحصیلی نوجوان می‌شود (مش^{۱۵} و وولف^{۱۶}، ۱۳۸۹/۲۰۰۸).

پژوهشهایی که در زمینه سبب‌شناسی اختلالات برون‌سازي شده انجام شده‌اند، عوامل متعددی را مطرح کرده‌اند. برای مثال، پژوهشگران به میزان بالای هیجان-خواهی^{۱۷} و بی‌باکی، سطوح پایین برانگیختگی فیزیولوژیکی، دلبستگی ناایمن به ویژه دلبستگی سازمان‌نیافته (هین شاو، ۲۰۰۲)، ارتباط با همسالان بزهکار، سوء رفتار با کودک و تعاملهای منفی مادر-کودک (لیونز-روت، ۲۰۰۹) اشاره کرده‌اند. از دیگر عوامل مؤثر در اختلالات برون‌سازي شده، آسیب روانی مادر^{۱۸} است. در این حیطه، اضطراب و افسردگی مادر از عمده‌ترین علل ابتلای فرزندان به اختلالات برون‌سازي شده مطرح شده‌اند.

در پژوهشی که به منظور بررسی عوامل مؤثر بر بهداشت روانی کودکان پیش‌دبستانی انجام شد (رابینسون و دیگران، ۲۰۰۸)، ۲۸۶۸ کودک ۲ تا ۳ ساله را به مدت سه سال مورد پیگیری قرار گرفتند. نتایج نشان دادند که تجربه مادر از حوادث تنیدگی‌زای چندگانه در دوران بارداری، مصرف سیگار در دوران بارداری و مسائل قومیتی مادر از عوامل خطر ساز برای مشکلات رفتاری کودکان در دو سالگی هستند. در پنج سالگی، افزون بر پسر بودن نوزاد و تغذیه کوتاه‌تر با شیر مادر، تجربه حوادث تنیدگی‌زای چندگانه مادر و مصرف سیگار در دوران بارداری همچنان از پیش‌بینی‌کننده‌های منفی سلامت روانی کودک بودند. مک‌کلوری و دیگران (۲۰۰۷) در مطالعه‌ای به این نتیجه دست یافتند که ۵۶ درصد از رفتارهای برون‌سازي شده مستقیماً به وسیله واکنشهای منفی و بی‌ثبات خلق کودک از یک سو و خشونت مادر از دیگر سو قابل تبیین است. نتایج این پژوهش نشان دادند که ۵۴ درصد واریانس خشونت مادر به وسیله سه متغیر قابل تبیین است: نشانگان روان‌پزشکی مادر (۳۴ درصد)، حوادث اصلی

1. externalizing disorders
2. internalizing disorders
3. Achenbach, T. M.
4. Rescorla, L. A.
5. conduct disorder
6. pugnacious behavior

7. Kring, A. M.
8. Davison, G. J.
9. Neale, J. M.
10. Johnson, S. L.
11. Attention Deficit/ Hyperactive Disorder
12. arousal

13. oppositional defiant disorder
14. negativistic repetitive behavior
15. Mash, E. J.
16. Wolfe, D. A.
17. sensation seeking
18. maternal psychopathology

کمی به اختلالهای برون‌سازی شده در دختران اختصاص یافته است و بیشتر پژوهشها این اختلال را در پسران بررسی کرده‌اند. در واقع، مذکور بودن یک عامل خطر ساز برای مشکلات برون‌سازی شده و رفتارهای ضداجتماعی در نظر گرفته شده است. بیشتر پژوهشها بر تفاوت‌های جنسی در بروز این مشکلات متمرکز شده‌اند؛ برای مثال، برخی پژوهشگران مانند فاگوت^۱ و لی^۲ (نقل از هین شاو، ۲۰۰۲) بر این باورند که سخت‌مزاجی در طی دوران کودکی ممکن است مشکلات درونی‌سازی شده را در دختران و مشکلات برون‌سازی شده را در پسران تشدید کند. بدین ترتیب، در این مقاله تنها اختلالهای برون‌سازی شده دختران مدنظر قرار گرفت. بدیهی است که آگاهی از عوامل زمینه‌ساز می‌تواند جامعه را در پیشگیری از این اختلالها توانمند سازد. لازم به ذکر است که کاهش مشکلات برون‌سازی شده مستلزم مداخله‌هایی است که مادران و مشکلات روان‌شناختی آنها را هدف قرار دهد، چرا که اکثر مشکلات این دختران با بافت خانواده و سلامت روان‌شناختی مادران ارتباط دارد. بنابراین، نتایج پژوهشهایی از این دست هم در پیشگیری و هم در درمان این اختلالها مورد استفاده قرار خواهند گرفت. با توجه به مطالب فوق، هدف از مطالعه حاضر پیش‌بینی اختلالهای برون‌سازی شده دختران نوجوان بر پایه اضطراب و افسردگی مادران است.

روش

صد و بیست و چهار دانش‌آموز دختر (۱۱ تا ۱۶ ساله) از مدارس راهنمایی عادی شهر تبریز که در سال تحصیلی ۱۳۸۷-۸۸ مشغول به تحصیل بودند به شیوه نمونه برداری تصادفی چند مرحله‌ای انتخاب شدند. نمونه‌برداری بدین صورت بود که ابتدا شهر تبریز به پنج منطقه تقسیم شد. سپس، از هر منطقه یک مدرسه راهنمایی و از هر مدرسه راهنمایی یک کلاس از هر پایه و از هر کلاس تعدادی از دانش‌آموزان به تصادف انتخاب شدند. مادران (۲۷ تا ۵۶ ساله) این دانش‌آموزان به ابزارهای پژوهش پاسخ دادند. در نهایت، تعداد ۱۰۸ فرم که به درستی

زندگی (۱۵ درصد)، شدت خلق مادر (۵ درصد). این سه متغیر مستقیماً بر خشونت مادر تأثیر داشتند و روی هم یک اثر مستقیم بر ۲۴ درصد از رفتارهای برون‌سازی شده کودک داشتند. در مطالعه دیگری اضطراب مادر با مشکلات کودکان، به ویژه اختلالهای برون‌سازی شده، رابطه داشت (تراموتو، سوده، هایاشی، سایتو و یوراشیما، ۲۰۰۵). نتایج پژوهشی در کودکان ایرانی (رحیم‌زاده، پوراعتماد، سمیعی کرانی و زاده‌محمدی، ۱۳۸۷) نشان دادند که سلامت روانی والدین کودکان مبتلا به اختلال نارسایی توجه/فزون‌کنشی، به ویژه مادران آنها، در تمام زیرمقیاسها (نشانه‌های بدنی، اضطراب و بیخوابی، نارسا کنش‌وری اجتماعی، افسردگی وخیم) و نمره کلی پرسشنامه سلامت عمومی به طور معناداری کمتر از والدین کودکان بهنجار است. در مورد رابطه افسردگی مادر با اختلالهای برون‌سازی شده کودک نیز شواهدی در دست است؛ برای مثال، گارت اشتاین، بریجت، دیشیون و کافمن (۲۰۰۹) نشان دادند که افسردگی مادر به اختلالهای برون‌سازی شده در فرزند منجر می‌شود و در مطالعه مداخله‌ای دیگری با کاهش علایم افسردگی مادر، علایم اختلالهای برون‌سازی شده و درونی‌سازی شده نوجوانان نیز به طور قابل ملاحظه‌ای بهبود یافت (گریمبوس و گرانیک، ۲۰۰۹). با توجه به شیوع نسبتاً بالای اختلالهای برون‌سازی شده در کودکان و نوجوانان (شافر و دیگران، ۱۹۹۶) و در نظر گرفتن این مسئله که در بسیاری از موارد این اختلالها با نشانه و مشکلات خطر ساز و دردسرافزینی مانند پرخاشگری، رفتارهای ضداجتماعی، نافرمانی و پرتحرکی همراه است و نیز پیامدهای رفتاری و اجتماعی این اختلالها در دوران بلوغ و بزرگسالی مانند افت تحصیلی، سوء مصرف مواد، فعالیت مجرمانه، والدگری زودهنگام و نامناسب و بیکاری، تلاش برای شناسایی علل و عوامل مؤثر این مشکلات اهمیت ویژه‌ای دارد. از سوی دیگر، فرهنگ و جامعه معمولاً اختلالهای برون‌سازی شده مانند پرخاشگری را در زنان شایسته نمی‌دانند و خانواده از ابتدا به دختران آموزش می‌دهد که مشکلات خود را به درون سوق دهند. به همین دلیل، مطالعه‌های

به آنها پاسخ داده شده بود وارد تحلیل آماری شدند. ویژگی‌های جمعیت‌شناختی دانش‌آموزان و مادران آنها در جدول ۱ نشان داده شده‌اند.

جدول ۱.

ویژگی‌های جمعیت‌شناختی دانش‌آموزان و مادران آنها

متغیر	سطوح متغیر	درصد
پایه دانش‌آموز	اول راهنمایی	۱۷٪
	دوم راهنمایی	۱۷٪
	سوم راهنمایی	۶۶٪
	بیسواد	۱۴/۸٪
تحصیلات مادر	ابتدایی	۴۶/۳٪
	راهنمایی	۲۱/۳٪
	دبیرستان و دیپلم	۱۷/۶٪
	M	SD
سن دانش‌آموز	۱۳/۲۶	۰/۹۲
سن مادر	۳۹/۱۵	۶/۰۵

ابزارهای پژوهش عبارت بودند از:

سیاهه نشانه مرضی کودک^۱ (گادو و اسپیرافکین، ۱۹۹۴): این سیاهه، یک ابزار درجه‌بندی رفتار است که براساس طبقه‌بندی ویرایش سوم مجموعه تشخیصی و آماری اختلالات روانی به منظور غربال ۱۸ اختلال رفتاری و هیجانی طراحی شد. فرم والدین این سیاهه دارای ۹۷ گویه است که ۱۸ اختلال را در ۱۱ گروه عمده قرار می‌دهد. گروه‌ها، اختلالات نارسای توجیه/فزون‌کنشی (ریخت غالب بی‌توجهی، ریخت غالب فزون‌کنشی/برانگیختگی و ریخت مختلط)، تضادورزی گستاخانه، اختلال رفتار هنجاری، اضطراب فراگیر، افسردگی مه‌آ، افسرده‌خویی، روان‌گسیختگی، درخودماندگی، هراس اجتماعی، اضطراب جدایی را دربرمی‌گیرند. در این پژوهش نمره اختلالات برون‌سازی شده از جمع نمره اختلالات نارسای توجیه/فزون‌کنشی (هرسه‌ریخت)، تضادورزی گستاخانه، و اختلال رفتار هنجاری به دست آمد. نمره-گذاری سیاهه به دو روش برش غربال‌کننده و نمره‌گذاری برحسب شدت نشانه‌های مرضی انجام می‌شود. در این

پژوهش از روش دوم استفاده شد. به این ترتیب که نمره‌گذاری در یک مقیاس ۴ امتیازی (=هرگز تا ۳= بیشتر اوقات) انجام شد و از حاصل جمع نمره‌های گویه‌های مربوط به هر اختلال، نمره شدت آن اختلال به دست آمد. گادو و اسپیرافکین (۱۹۹۷) اعتبار گروه‌ها را بین ۰/۳۷ (روان‌گسیختگی) تا ۰/۸۲ (نارسایی توجیه/فزون‌کنشی، ریخت غالب فزون‌کنشی/برانگیختگی) گزارش کرده است. در ایران نیز توکلی‌زاده (۱۳۷۵) اعتبار کل سیاهه را ۰/۹۰ و محمداسماعیل (۱۳۸۶) بین ۰/۲۹ (هراس اجتماعی) تا ۰/۸۱ (نارسایی توجیه/فزون‌کنشی، ریخت مختلط) گزارش کرده‌اند.

داوریه‌های مثبت متخصصان در مورد همگونی و مناسبت محتوای سیاهه نشانه‌های مرضی کودکان با حیطه مورد سنجش، روایی محتوایی سیاهه را به مثابه ابزار شناسایی و غربال اختلال رفتاری و هیجانی در کودکان مورد تأیید قرار داده است. روایی وابسته به ملاک نمره‌های مقوله‌ها با تشخیص‌های مبتنی بر روان‌پزشکی مورد ارزیابی قرار گرفته است و حساسیت و ویژگی بالای بیشتر اختلالات موجود در سیاهه، حاکی از روایی ملاکی این ابزار است. تفاوت معنادار نمره‌های گروه‌های عادی و بالینی در همه اختلالات، مبین روایی افتراقی مناسب این سیاهه است (محمداسماعیل، ۱۳۸۶).

مقیاس‌های افسردگی، اضطراب - تنیدگی^۲ (لاویبوند و لاویبوند، ۱۹۹۵): هر چند که این مقیاس توانایی غربالگری و تشخیص در دوره نوجوانی را نیز دارد، بهتر است برای افراد بالاتر از ۱۵ سال مورد استفاده قرار گیرد. این مقیاس دو فرم بلند و کوتاه دارد. در این پژوهش از فرم اصلی استفاده شد که دارای ۴۲ سؤال است و هر یک از سازه‌های روانی تنیدگی، اضطراب و افسردگی را با ۱۴ سؤال متفاوت اندازه‌گیری می‌کند. نمره‌گذاری براساس مقیاس لیکرت چهار درجه‌ای (از ۰=هیچ وقت تا ۳=همیشه) صورت می‌گیرد.

لاویبوند و لاویبوند (۱۹۹۵) اعتبار بازآزمایی را برای زیرمقیاس‌های تنیدگی، اضطراب و افسردگی به ترتیب

1. Child Symptom Inventory (CSI-4)

2. major depression

3. Depression, Anxiety, Stress Scales (DASS-42)

تنها افسردگی مادر می‌تواند اختلالات برون‌سازي شده دختران نوجوان را پیش‌بینی کند ($P < 0/045$). بدین ترتیب، افسردگی مادران ۱۸/۲ درصد از کل واریانس اختلالات برون‌سازي شده دختران نوجوان را تبیین کرد.

بحث

در این پژوهش، پیش‌بینی‌پذیری اختلالات برون‌سازي شده دختران نوجوان شامل اختلالات نارسی‌توجه/فزون‌کنشی (ریخت غالب بی‌توجهی، ریخت غالب فزون‌کنشی/برانگیختگی و ریخت مختلط)، تضادورزی گستاخانه و اختلال رفتار هنجاری براساس اختلالات روانی مادران (اضطراب و افسردگی) بررسی شد.

تحلیل رگرسیون خطی چندگانه نشان داد که افسردگی مادر ۱۸ درصد از اختلالات برون‌سازي شده دختران را تبیین می‌کند. این یافته که همسو با پژوهشهای پیشین (برای مثال، گارت اشتاین و دیگران، ۲۰۰۹؛ گریمبوس و گارنیک، ۲۰۰۹) است سابقه نسبتاً طولانی در پیشینه پژوهشی دارد و بسیاری از پژوهشگران و مؤلفان همواره بر تأثیر افسردگی مادر بر فرزندان تأکید ورزیده‌اند (فوجل، ۱۹۹۶؛ فیلد، هیلی و گلاشتاین، ۱۹۸۸؛ استک و مویر، ۱۹۹۲). در بین اختلالات روانی، افسردگی بیشترین توجه محققان را به سوی خود جلب کرده است، زیرا این اختلال به وضوح بر پاسخدهی و حساسیت مادرانه تأثیر می‌گذارد. حتی برخی معتقدند که در مقایسه با سایر مشکلات روان‌شناختی، افسردگی مادر قوی‌ترین اثرات را بر کودک دارد (خانجانی، ۱۳۸۴). افسردگی به چندین شیوه می‌تواند در بروز اختلالات برون‌سازي شده نوجوانان مؤثر باشد. نخست به تأثیر ویژگیهای اختلال افسردگی از قبیل تهییج‌پذیری پایین و پاسخدهی نامناسب در مادر می‌توان اشاره کرد. افراد افسرده نه‌تنها غمگین‌اند بلکه دچار افت هیجانها و دلمشغولی با خود بوده و این عوامل باعث می‌شوند مادران افسرده در نقش والدینی کمتر پاسخ‌دهنده ظاهر شوند. افزون بر این، مادران افسرده معمولاً تاریخچه‌ای از محرومیتها، تنیدگیهای روانی فراوان، طردشدگی و عدم تجربه یک ارتباط صمیمانه را با والدین خود در دوران کودکی دارند. به همین دلیل،

برابر با ۰/۸۱، ۰/۷۹ و ۰/۷۱ و همبستگی آن را با سیاهه اضطراب و افسردگی یک به ترتیب برابر با ۰/۸۱ و ۰/۷۴ به دست آوردند. صاحبی، اصغری و سالاری (۱۳۸۴) نیز به منظور محاسبه روایی همگرا، همبستگی زیرمقیاسهای افسردگی، اضطراب و تنیدگی این مقیاس را به ترتیب با سیاهه افسردگی یک (۰/۷)، آزمون اضطراب زانگ (۰/۶۷) و آزمون تنیدگی ادراک شده (۰/۴۹) به دست آوردند. داده‌ها با روش تحلیل رگرسیون خطی چندگانه مورد بررسی قرار گرفتند.

یافته‌ها

میانگین، انحراف استاندارد و ضرایب همبستگی متغیرهای پژوهش در جدول ۳ نشان داده شده‌اند.

جدول ۳.

میانگینها، انحراف استانداردها و همبستگیهای متقابل متغیرهای پژوهش

متغیرها	M	SD	۱	۲
۱. اضطراب مادران	۱۳/۱۸	۸/۳۱	—	—
۲. افسردگی مادران	۱۵/۰۹	۱۱/۱۹	۰/۷۱**	—
۳. اختلالات برون‌سازي شده	۱۹/۷۹	۱۵/۹۱	۰/۳۹**	۰/۴۰**

همان طور که در جدول ۳ مشاهده می‌شود اختلالات برون‌سازي شده همبستگی بالایی با اضطراب مادران ($r = 0/39$) و افسردگی مادران ($r = 0/40$) دارد.

جدول ۴.

تحلیل رگرسیون برای پیش‌بینی اختلالات برون‌سازي شده دختران نوجوان بر پایه اضطراب و افسردگی مادران

متغیر	F	R	R ²	β	B
اضطراب	۱۱/۶۶	۰/۴۲۶	۰/۱۸۲	۰/۲۰۸	۰/۳۹۸
افسردگی				۰/۲۵۳*	۰/۳۶۰

* $P < 0/05$.

به منظور پیش‌بینی اختلالات برون‌سازي شده دختران نوجوان براساس اضطراب و افسردگی مادران از تحلیل رگرسیون خطی چندگانه استفاده شد (جدول ۴). نتایج نشان دادند که از دو متغیر اضطراب و افسردگی مادران،

۱۹۹۵). این مادران در مقایسه با مادران غیرافسرده تنیدگی والدینی بیشتری دارند (خانجانی، ۱۳۸۴). به همین دلیل، کودکان مادران افسرده شایستگی اجتماعی کمتر و مشکلات رفتاری بیشتری نسبت به سایر کودکان دارند (گراس، کنراد، فاگ و ویلیس، ۱۹۹۵).

دومین یافته این پژوهش حاکی از آن بود که اضطراب مادران نمی‌تواند اختلالات برون‌ساز شده نوجوانان را پیش‌بینی کند و بدین ترتیب به وضوح در تناقض با یافته‌های پیشین (برای مثال، رابینسون و دیگران، ۲۰۰۸؛ مک‌کلوری و دیگران، ۲۰۰۷؛ تراموتو و دیگران، ۲۰۰۵) قرار گرفت. برای تبیین این تناقض باید به این نکته اشاره کرد که عامل بسیار مهمی که در مورد تأثیر اضطراب مادر بر تحول رفتاری کودک باید در نظر گرفت، مزمن بودن و شدت اضطراب مادر است. هر چه اضطراب مادر شدیدتر و مزمن‌تر و فرصت کودک نیز برای برقراری ارتباط با دیگر بزرگسالان غیرمضطرب کمتر باشد، بیشتر احتمال دارد که سلامت روانی او به خطر بیفتد. از آنجا که پژوهش‌های تأییدکننده این ارتباط، بیشتر از نمونه‌هایی از مادران دچار اختلالات روانی شدید و مزمن بهره گرفته‌اند، این رابطه و اثر به خوبی نمایان شده است اما، با توجه به این که نمونه پژوهش حاضر را مادران عادی تشکیل داده و سطوح مشکلات مادران کنترل نشده بودند، اضطراب مادران نتوانسته است مشکلات برون‌ساز شده فرزندان را پیش‌بینی کند.

در مجموع، نتایج پژوهش حاضر نشان دادند که ابتلای مادران به افسردگی، احتمال ابتلای دختران نوجوان به اختلالات برون‌ساز شده را افزایش می‌دهد. با توجه به این نتایج، اجرای برنامه‌های درمانگری برای بهبود اختلالات روان‌شناختی مادران به خصوص افسردگی، به عنوان یکی از پیش‌بینی‌کننده‌های اختلالات برون‌ساز شده در دختران نوجوان، ضرورت دارد.

این پژوهش با محدودیتهایی همچون عدم کنترل برخی متغیرها (برای مثال، سطوح اضطراب و افسردگی مادران)، استفاده از ابزارهای خودگزارش‌دهی که آنها را مادران تکمیل کرده بودند و عدم استفاده از فرم معلم سیاهه نشانه‌های مرضی کودکان روبه‌رو بود. پیشنهاد

افسردگی اغلب با بیقراری بالا و در نتیجه نوعی تباهی زندگی زناشویی و تخریب ارتباط با کودک همراه است. مادران افسرده معمولاً زودتر از سایرین ازدواج کرده‌اند و رابطه حمایت‌کننده کمتری با همسران خود دارند. ناتوانی در درک نوجوان و مهارت‌های والدینی ضعیف از دیگر علل چنین تأثیری است. مراقبت مادران افسرده از فرزندان خود از لحاظ جسمانی در حد طبیعی است، اما تفاوت‌های قابل ملاحظه‌ای بین مادران افسرده و غیرافسرده در تعامل با فرزندان وجود دارد. آنها کمتر خود را با نوجوان تطبیق می‌دهند، نوجوان را از لحاظ تحرک و فعالیت بیشتر مهار می‌کنند و کمتر با لذت و نشاط با آنها مراوده و تبادل نظر می‌کنند. مادران افسرده اغلب کودکان خود را می‌رنجانند و یا خشمگین می‌کنند. بوسکویت و ایگلند (۲۰۰۱) مشاهده کردند افسردگی مادران بیشتر با رفتارهای ستیزه‌گرانه یا خصمانه با فرزند همراه است. این نوع رفتارها باعث می‌شود که مادر مهارت‌های والدینی ضعیف‌تری داشته باشد و در رفع اختلافها و سازش با فرزند نوجوان خود - که در بحران نوجوانی به سر می‌برد - در سطح پایین‌تری قرار گیرد. از این رو، می‌توان به فقدان شیوه فرزندپروری مقتدرانه و مستحکم و ادراک منفی از خود در زمینه فرزندپروری اشاره کرد. مادران افسرده به احتمال زیاد نقش والدینی خود را به صورت منفی درک می‌کنند و این احساس منفی به استفاده بیشتر از تنبیه منجر می‌شود (مک‌لوید، جایاراتنه، سبالو و بورکوییز، ۱۹۹۴). نگرانی مداوم مادر افسرده این است که چگونه ملاک‌های مناسب فرزندپروری را اجرا کند بدون اینکه زیاده‌روی کرده باشد. دلیل این نگرانی دو چیز است: اول آنکه، درباره توانایی خود در فراهم کردن انضباط آسان‌گیر و یا سخت‌گیر تردید دارد و دوم آنکه به خود به عنوان یک والد اطمینان ندارد (موبری، اُسرمن و راس، ۱۹۹۵). مادران افسرده، فلسفه تربیتی قوی و مستحکمی ندارند و در راهکارهای تربیتی بیشتر بر عواطف و هیجان‌های خود متکی‌اند و منطق و نظریه‌های تربیتی را کمتر مدنظر قرار می‌دهند. به عبارت دیگر، بیشتر احتمال دارد که فلسفه تربیتی مستحکمی که بر پایه آن عمل کنند، نداشته باشند (کوچانسکا،

mind and parent and child behaviors: Implications for attachment-based interventions. *Attachment and Human Development*, 3(2), 173-199.

Filed, T., Healy, B., Goldstein, S., Perry, S., Bendell, D., Schengberg, S., Zimmerman, E., A., & Kuhn, C. (1988). Infants of depressed mothers show "depressed" behavior even with nondepressed adults. *Child Development*, 59, 1569-1579.

Fogel, A. (1996). *Infancy: Infant, family, and society*. Pacific Grove, CA: Brooks-Cole.

Gadow, K. D., & Sparfkin, J. (1994). *Child Symptom Inventories Manual*. Stony Brook. New York: Checkmate Plus.

Gadow, K. D., & Sparfkin, J. (1997). *Quick Guide to Using the Youth's Inventory Screening Kit*. Stony Brook. NY: Checkmate Plus.

Gartstein, M. A., Bridgett, D. G., Dishion, T. J., & Kaufman, N. K. (2009). Depressed mood and maternal report of child behavior problems: Another look at the depression-distortion hypothesis. *Journal of Applied Developmental Psychology*, 30 (2), 149-160.

Grimbos, T., & Granic, I. (2009). Changes in maternal depression are associated with MST outcomes for adolescents with co-occurring externalizing and internalizing problems. *Journal of Adolescence*, 32(6), 1415-1423.

Gross, D., Conrad, B., Fogg, L., & Willis, L. (1995). A longitudinal study of maternal depression and preschool children mental health. *Nursing Research*, 44(2), 96-101.

Hinshaw, S. P. (2002). Preadolescence girls with attention-deficit/hyperactivity disorders: Background characteristics, comorbidity, cognitive and social functioning, and parenting practices. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70 (5),

می‌شود در پژوهش‌های آتی برای دستیابی به نتایج دقیق‌تر و صریح‌تر به این موارد توجه شود.

سپاسگزاری

اجرای این پژوهش بدون همکاری مدیران مدارس راهنمایی دخترانه تبریز میسر نبود. بدین وسیله تشکر فراوان خود را از ایشان اعلام می‌داریم.

منابع

بیات، م. (۱۳۸۷). بازی‌درمانگری بی‌رهنمود در کودکان مبتلا به مشکلات درونی‌سازی شده. *فصلنامه روان‌شناسان ایرانی*، ۱۵، ۲۷۶-۲۶۷.

توکلی‌زاده، ج. (۱۳۷۵). بررسی همه‌گیرشناسی اختلال‌های رفتاری ایذایی و کمبود توجه در دانش‌آموزان دبستانی شهر گناباد. پایان‌نامه کارشناسی ارشد بالینی، انستیتو روان‌پزشکی تهران.

خانجانی، ز. (۱۳۸۴). *تحول و آسیب‌شناسی دل‌بستگی از کودکی تا نوجوانی*. تبریز: انتشارات فروزش.

رحیم‌زاده، س.، پورا اعتماد، ر.، سمیعی کرانی، ص. و زاده-محمدی، ع. (۱۳۸۷). ارزیابی سلامت روانی والدین کودکان واجد اختلال نارسایی توجه/افزون‌کنشی و پیشنهاد شیوه‌های مداخله‌گری. *فصلنامه روان‌شناسان ایرانی*، ۱۶، ۳۶۶-۳۵۵.

صاحبی، ع.، اصغری، م. ج. و سالاری، ر. س. (۱۳۸۴). اعتباریابی مقیاس افسردگی، اضطراب، تنیدگی (DASS-21) برای جمعیت ایرانی. *فصلنامه روان‌شناسان ایرانی*، ۴، ۳۱۲-۲۹۹.

کرینگ، ا. م.، دیویسون، ج. س.، نیل، ج. م. و جانسون، ش. ل. (۱۳۸۸). *آسیب‌شناسی روانی: روان‌شناسی نابهنجاری*. ترجمه ج. شمسی پور. تهران: انتشارات ارجمند (تاریخ انتشار اثر اصلی، ۲۰۰۷).

محمداسماعیل، ا. (۱۳۸۶). انطباق و هنجاریابی سیاهه نشانه‌های مرضی کودک ویرایش چهارم (CSI-4). *فصلنامه پژوهش در حیطه کودکان استثنایی*، ۷ (۱)، ۹۶-۷۹.

مش، ا. جی.، و ولف، د. ای. (۱۳۸۹). *روان‌شناسی مرضی کودک*. ترجمه م. مظفری مکی‌آبادی، الف. فروع‌الدین عدل. تهران: انتشارات رشد (تاریخ انتشار اثر اصلی، ۲۰۰۸).

Bosquet, M., & Egeland, B. (2001). Associations among maternal depressive symptomatology, state of

with a serious mental illness. *Mental Health Administration*, 22, 189-200.

- Robinson, M., Oddy, W. H., Li, J., Kendall, G. E., De Klerk, N. H., Silburn, S. R., Shaffer, D., Fisher, P., Dulcan, M. K., Davies, M., Piacentini, J., Schwab, M. E., Stack, D. M., & Muir, D. W. (1992).** Adult tactile stimulation during face to face interactions, modulates five month old affect and attention. *Child Development*, 63, 150-155.
- Teramoto, S., Soede, A., Hayashi, Y., Saito, K., & Urashima, M. (2005).** Problematic behaviors of 3 year old children in Japan: Relationship with socioeconomic and family background. *Early Human Development*, 81, 563-569.
- Zubrick, S. R., Newnham, J. P., Stanely, F. J., & Mattes, E. (2008).** Pre and postnatal influences on preschool mental health: A large-scale cohort study. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 49 (10), 1118-1128.
- 1086-1098.
- Kochanska, G. (1995).** Maternal beliefs as long term predictors of mother. *Child Interaction and Report*, 61, 1934-1943.
- Lovibond, S. H., & Lovibond, P. F. (1995).** *Manual for the Depression Anxiety Stress Scales (2nd ed.)* Sydney: Psychology Foundation.
- Lyons-Ruth, K. (2009).** Contributions of the mother-infant relationship to dissociative, borderline, and conduct symptoms in young adulthood. *Infant Mental Health Journal*, 29 (3), 203-218.
- McClowry, S. G., Giangrande, S. K., Tommasini, N. R., Clinton, W., Foreman, N. S., McLoyd, V. C., Jayaratne, T. E., Ceballo, R., & Borquez, J. (1994).** Unemployment and work interruption among African- American single mothers: Effects of parenting and adolescent socioemotional functioning. *Child Development*, 65, 562-589.
- Mowbray, C., Oyserman, D., & Ross, S. R. (1995).** Parenting and significance of children for women

