

## "اختلالات درونی سازی" نقش اضطراب و افسردگی مادران در سلامت روانی دختران نوجوان

### "Externalizing Disorders" The Role of Anxiety and Depression of Mothers in Mental Health of Adolescent Girls

تاریخ پذیرش: ۸۹/۵/۲۳

تاریخ دریافت: ۸۹/۲/۱۵

Khanjani, Z. Ph. D., Hadavandkhani, F. \*\*M. A., Hojaji, S. N. B. A.

زینب خانجانی، فاطمه هداوندخانی، سید نوید حججی\*\*\*

#### Abstract

**Introduction:** Studies have revealed that maternal depression and anxiety play an important role in children internalizing disorders (ID). This study is aimed to find the relationship between maternal depression and anxiety with ID in adolescent girls.

**Method:** 108 normal girl students, ranging from 11 to 16 years old ( $13.26 \pm 0.92$ ) from Tabriz were participated in this descriptive-analytical study. Their mothers answered to Child Symptoms Inventory (csi-4) and Depression Anxiety Stress Scale (DASS-42). Multiple linear regression, independent samples t-test, and Structural Equation Modeling (SEM) were used for analysis of causal relationship between maternal depression and anxiety with internalizing disorders in adolescent girls.

**Results:** Maternal depression and anxiety were strong predictors of ID in adolescent girls. Mother's anxiety ( $\beta = 0/243$ ) was stronger than mother's depression in prediction of ID. SEM showed that there is causal relationship between maternal depression with ID ( $R = 0/49$ ), and between maternal anxiety with ID ( $R = 0/53$ ).

**Conclusion:** Maternal depression and anxiety can cause ID in adolescent girls. These results have implication both in prevention and treatment of ID in adolescent girls.

**Keywords:** Internalizing Disorders, Maternal Depression and Anxiety, Adolescent Girls

#### چکیده

**مقدمه:** مطالعات نشان داده‌اند اضطراب و افسردگی مادران در ابتلای فرزندان به اختلالات درونی سازی نقش دارند. هدف از این مطالعه بررسی رابطه افسردگی و اضطراب مادر با اختلالات درونی سازی در دختران نوجوان می‌باشد.

**روش:** در این مطالعه که از نوع مطالعات توصیفی-تحلیلی است، ۱۰۸ دانش‌آموز دختر عادی، در دامنه سنی ۱۱ تا ۱۶ سال با میانگین و انحراف استاندارد ۱۳/۲۶ (۰/۹۲) از تبریز شرکت کردند. مادران به مقیاس علائم مرضی کودکان (CSI-4) و مقیاس DASS-42 پاسخ دادند. به منظور تحلیل داده‌ها از آزمون t مستقل، تحلیل رگرسیون خطی چندگانه و مدل یابی معادلات ساختاری استفاده شد.

**یافته‌ها:** اضطراب و افسردگی مادر پیش‌بینی کننده قوی اختلالات درونی سازی در دختران نوجوان بود. عامل اضطراب مادر ( $\beta = 0/۲۴۳$ ) در مقایسه با افسردگی مادر ( $\beta = 0/۲۴۳$ ) سهم بیشتری در پیش‌بینی اختلالات درونی سازی دختران نوجوان داشت. مدل یابی معادلات ساختاری نشان داد که بین افسردگی مادر با اختلالات درونی سازی دختران نوجوان ( $R = 0/۴۹$ )، همچنین بین اضطراب مادر و اختلالات درونی سازی دختران نوجوان ( $R = 0/۵۳$ ) رابطه علی معنادار وجود دارد.

**نتیجه‌گیری:** افسردگی و اضطراب مادر می‌تواند علت ابتلای دختران نوجوان به اختلالات درونی سازی باشد. نتایج این پژوهش در پیشگیری و درمان اختلالات درونی سازی دختران نوجوان کاربرد دارد.

**واژه‌های کلیدی:** اختلالات درونی سازی، اضطراب و افسردگی مادر، دختران نوجوان

## مقدمه

بوده و به عنوان مکانیزم‌های احتمالی انتقال آسیب شناسی روانی از مادر به کودک هستند. گارت اشتاین<sup>۸</sup> و همکاران [۷] نشان دادند افسردگی مادر منجر به اختلالات درونی سازی در دختران می‌شود. لیم<sup>۹</sup> و همکاران [۸] در مطالعه‌ای مشاهده کردند که افسردگی مادر با اختلالات روان‌شناختی کودک به صورت مستقیم و غیر مستقیم از طریق فرزند پروری منفی ارتباط دارد. مک کارتی<sup>۱۰</sup> و مک ماهون<sup>۱۱</sup> [۹] مشاهده کردند که افسردگی مادر به واسطه حمایت اجتماعی کمتر مادرانه منجر به اختلالات درونی سازی فرزندان آنها در دوران نوجوانی می‌شود. از طرف دیگر اضطراب مادر نیز می‌تواند منجر به آسیب‌هایی در فرزندان شود. یکی از رفتارهای مادران مضطرب، بیش کنترل‌کنندگی است. آلدیک<sup>۱۲</sup> و هورش<sup>۱۳</sup> [۱۰] مشاهده کردند که رفتار بیش کنترل‌کنندگی مادر پیش‌بینی کننده سطح ترس در دختران است. بایر<sup>۱۴</sup> و همکاران [۱۱] در مطالعه‌ای گزارش دادند که اضطراب-افسردگی مادر یکی از پیش‌بینی کننده‌های اختلالات درونی سازی کودک است. پلگ<sup>۱۵</sup> و همکاران [۱۲] مشاهده کردند بین اضطراب جدایی مادر و اضطراب جدایی فرزندان ارتباط مثبت وجود دارد. نتایج مطالعه بشارت<sup>۱۶</sup> [۱۳] آشکار ساخت به طور کلی اضطراب کودکان و نوجوانان رابطه نزدیکی با اضطراب و کمال‌گرایی مادر دارد. گینسبرگ<sup>۱۷</sup> و شلوسبرگ<sup>۱۸</sup> [۱۴] نشان دادند که سطح بالای اضطراب مادر می‌تواند منجر به رفتارهای اضطرابی در کودک شود.

مشخص شده است که اختلالات درونی سازی به دلیل بار اجتماعی فرهنگی در زنان شایع‌تر هستند. فرهنگ و جامعه معمولاً اختلالات برونی سازی (مانند پرخاشگری) را در زنان شایسته نمی‌دانند، و دختران از ابتدا توسط خانواده آموزش داده می‌شوند که مشکلات خود را به درون سوق دهند. لذا در این مقاله تنها اختلالات درونی سازی دختران مد نظر محققین می‌باشد. به نظر می‌رسد آگاهی نسبت به عوامل زمینه ساز اختلالات درونی سازی می‌تواند جامعه را در پیشگیری از این اختلالات توانمند سازد. از طرفی کاهش مشکلات درونی سازی

اختلالات دوران کودکی به دو گروه بزرگ تقسیم می‌شوند: گروه اول، اختلالات درونی سازی<sup>۱</sup> هستند که نمود آن بر خود فرد است مانند افسردگی، اضطراب و شکایات جسمانی؛ گروه دوم، اختلالات برونی سازی<sup>۲</sup> می‌باشند. اختلالات درونی سازی که دسته بزرگی از اختلالات شایع در کودکان هستند تحت تأثیر اختلالات روانی مادر قرار دارند. از سوی دیگر مطالعات نشان داده‌اند که ۴ تا ۷ درصد از بزرگسالان آمریکایی یک دوره از اختلالات روانی قابل تشخیص را در هر سال تجربه می‌کنند، بنابراین، چون مشکلات روانی در دوره بزرگسالی رایج است، احتمال این که کودکان دارای والدین مشکل‌دار باشند نیز وجود دارد [۱]. همچنین تولد کودک خود خطر افسردگی را افزایش می‌دهد و خطر تداوم آن را در طول سال‌های اولیه والدگری بالا می‌برد [۲]. در سال‌های اخیر مطالعاتی روی تأثیر افسردگی و اضطراب مادر در دوران بارداری انجام شده است و نتایج جالبی نیز به دست آمده است. داده‌های اخیر حاکی از آن است که ابتلای زنان به افسردگی در دوران بارداری و نیز افسردگی پس از زایمان، منجر به آثار منفی روی نوزادان می‌شود [۳]. از جمله این آثار ابتلای کودک به اختلالات درونی سازی است. همان طور که گودمن<sup>۳</sup> و گوتلیب<sup>۴</sup> [۴] بیان کرده‌اند اطلاعات ما از عوارض و نتایج نامطلوب افسردگی مادر بر کودک، و درباره مکانیزم‌های زیر بنایی این خطر بسیار اندک است. اما این محققان تلاش کرده‌اند یک مدل تحولی از خطراتی که در شرایط افسردگی مادر در کمین کودک است طراحی نمایند. یکی از میانجی‌های بالقوه موجود در این مدل اختلال عملکرد تنظیم عصبی است که موجب تغییراتی در محور آدرنال-هیپوفیز-هیپوتالاموس (HPA) کودکانی که دارای مادران افسرده هستند شده و زمینه ابتلای کودک به اختلالات روانی به ویژه اختلالات درونی سازی را فراهم می‌سازد. اسکس<sup>۵</sup> و همکاران [۵]. آشکار ساختند افسردگی مادر پیش و پس از تولد کودک با سطوح بالای کورتیزول در دوره نوزادی، کودکی و نوجوانی همراه است. لاندی<sup>۶</sup> و همکاران [۶]. نیز آشکار ساختند کورتیزول افزایش یافته در زنان بارداری که افسرده هستند به طور معنی‌داری پیش‌بینی کننده مقدار کورتیزول نوزاد تازه متولد شده است و این نتیجه حاکی از آن است که عوامل ژنتیکی با عملکرد نورواندوکرین مادر در قبل از تولد مرتبط

- 8- Gartstein
- 9- Lim
- 10- McCarty
- 11- McMahon
- 12- Ollendick
- 13- Horsch
- 14- Bayer
- 15- Peleg
- 16- Besharat
- 17- Ginsburg
- 18- Schlossberg

- 1- Internalizing disorders
- 2- Externalizing disorders
- 3- Goodman
- 4- Gotlib
- 5- Hypothalamic-Pituitary-Adrenal axis
- 6- Essex
- 7- Lundy

دو پرسشنامه فاصله زمانی کوتاهی همراه با پذیرایی در نظر گرفته شد.

### ابزار:

۱- مقیاس علائم مرضی کودکان<sup>۹</sup> (CSI-4): این پرسشنامه یک مقیاس درجه‌بندی رفتار است که اولین بار در سال ۱۹۸۴ توسط اسپرافکین و گادو بر اساس طبقه‌بندی DSM-III با نام SLUG به منظور غربال ۱۸ اختلال رفتاری و هیجانی طراحی شد. بعدها در سال ۱۹۸۷ فرم CSI-3R به دنبال طبقه‌بندی DSM-III-R ساخته شد و در سال ۱۹۹۴ با چاپ چهارم DSM-IV با تغییرات اندکی مورد تجدید نظر قرار گرفت و با نام CSI-4 منتشر گردید. CSI-4 همانند فرم‌های قبلی دارای دو فرم والد و معلم است. از آن جایی که مادران ارتباط مستمر و نزدیک‌تری با دختران دارند، اما معلمان ساعات محدودتری با دانش‌آموز تماس دارند، دانش‌آموزان در مدرسه به دلیل قوانین مدرسه رفتار کنترل شده‌تری داشته، بیشتر درگیر مسائل آموزشی بوده و مشکلاتی از قبیل افسردگی بیشتر در خانه نمود پیدا می‌کنند، تصمیم گرفته شد تنها از اطلاعات مادران (فرم والد) استفاده شود. فرم والدین دارای ۹۷ سؤال است که به منظور غربال ۱۸ اختلال رفتاری و هیجانی تنظیم شده است. در فرم والدین کلیه اختلالات در ۱۱ گروه عمده گنجانده شده‌اند و هر یک از گروه‌ها زیر مجموعه خاص خود را داشته و شامل سؤالات مربوط به خود است. این گروه‌ها مشتمل هستند بر:

گروه A. اختلال نارسایی توجه- فزون کنشی: شامل نوع عمدتاً بی‌توجه، نوع عمدتاً فزون کنش- تکانشی، و نوع مرکب.

گروه B. اختلال لجبازی و نافرمانی.

گروه C. اختلال سلوک.

گروه D. اختلالات اضطرابی: شامل اختلال اضطراب فراگیر.

گروه E. اختلالات اضطرابی و تیک. شامل هراس مشخص، وسواس فکری، وسواس عملی، فشار روانی پس آسیبی، تیک حرکتی، تیک صوتی.

گروه F. اختلالات روان پریشی. شامل اسکیزوفرنی.

گروه G. اختلالات خلقی. شامل افسردگی شدید و افسرده خوبی.

گروه H. اختلالات فراگیر رشدی (PDD). شامل اختلال اتیستیک و اختلال اسپرگر.

گروه I. اختلالات اضطرابی. شامل هراس اجتماعی.

گروه J. اختلال اضطرابی. شامل اضطراب جدایی.

گروه K. اختلالات دفع: شامل شب ادراری و بی‌اختیاری مدفوع.

گروه L. گروه اضافی [۱۵].

در فرزندان مستلزم مداخلاتی است که مادر و مشکلات روان‌شناختی آنها را هدف قرار دهد. چرا که اکثر مشکلات این دختران با بافت خانواده و سلامت روان‌شناختی مادران ارتباط دارد. بنابر این نتایج تحقیقاتی از این دست هم در بحث پیشگیری و هم در بحث درمان مورد استفاده قرار خواهند گرفت. در این پژوهش اختلالات درونی سازی در دو دسته اصلی اختلالات اضطرابی؛ شامل اضطراب فراگیر، هراس مشخص، وسواس فکری، وسواس عملی، فشار روانی پس آسیبی، هراس اجتماعی، اضطراب جدایی؛ و اختلالات افسردگی شامل افسردگی شدید و افسرده خوبی مورد بررسی قرار می‌گیرند. با توجه به مطالب عنوان شده در فوق هدف از مطالعه حاضر بررسی دو فرضیه اصلی می‌باشد ۱- بین افسردگی مادر و اختلالات درونی سازی دختران نوجوان رابطه علی معنادار وجود دارد، ۲- بین اضطراب مادر و اختلالات درونی سازی دختران نوجوان رابطه علی معنادار وجود دارد. بررسی هر دو فرضیه با استفاده از مدل یابی معادلات ساختاری انجام می‌شود.

### روش

**طرح پژوهش:** این پژوهش از نوع مطالعات توصیفی- تحلیلی و به روش پس رویدادی است.

**آزمودنیها:** جامعه و نمونه آماری، کلیه دانش‌آموزان دختر که در مدارس راهنمایی عادی شهر تبریز در سال تحصیلی ۱۳۸۸-۱۳۸۷ مشغول به تحصیل بودند، جامعه آماری را تشکیل می‌دهند. ۱۲۴ دانش‌آموز به روش نمونه‌گیری تصادفی چند مرحله‌ای انتخاب شدند بدین صورت که ابتدا شهر تبریز به پنج منطقه تقسیم شد و از هر منطقه یک مدرسه راهنمایی و از هر مدرسه راهنمایی یک کلاس از هر پایه به تصادف انتخاب گردید و سپس از هر کلاس به تصادف تعدادی از دانش‌آموزان انتخاب شدند. شرکت کنندگان این پژوهش ۱۲۴ دانش‌آموز و مادران آنها بودند که به پرسشنامه‌ها پاسخ دادند. با توجه به مخدوش بودن تعدادی از پرسشنامه‌ها، تعداد ۱۰۸ پرسشنامه که به درستی به آنها پاسخ داده شده بود وارد مرحله تحلیل آماری شدند. بدین ترتیب نمونه آماری در این مطالعه ۱۰۸ دانش‌آموز دختر عادی ۱۱ تا ۱۶ سال با میانگین سنی و انحراف استاندارد ۱۳/۲۶ (۰/۹۲) بودند. ۱۷٪ از این دانش‌آموزان در پایه اول، ۱۷٪ در پایه دوم، و ۶۶٪ در پایه سوم راهنمایی تحصیل می‌کردند.

**روند اجرای پژوهش:** پس از مشخص شدن نمونه مورد بررسی، از مادران دانش‌آموزان مورد نظر دعوت به عمل آمد و در یک محیط مناسب در مدرسه پرسشنامه‌ها را به نوبت و پس از توضیحات محقق و به صورت انفرادی تکمیل نمودند. به والدین اطمینان داده شد که اطلاعات آنها و فرزندشان محرمانه خواهند ماند. بین

این آزمون با مقیاس‌های اضطراب و افسردگی یک را به ترتیب ۰/۸۱ و ۰/۷۴ به دست آوردند. صاحبی و همکاران [۲۰] نیز به منظور محاسبه روایی ملاکی، همبستگی زیر مقیاس افسردگی این آزمون را با آزمون افسردگی بک ۰/۷۰، زیر مقیاس اضطراب این آزمون را با آزمون اضطراب زانگ ۰/۶۷ و زیر مقیاس تنیدگی این آزمون را با آزمون تنیدگی ادراک شده ۰/۴۹ به دست آوردند. صاحبی و همکاران [۲۰] برای محاسبه اعتبار آزمون از همسانی درونی استفاده کردند و کلیه ضرایب در سطح ۰/۰۰۱ معنادار بودند.

### یافته‌ها

داده‌های به دست آمده از مقیاس علائم مرضی کودک (CSI-4) و مقیاس DASS-42 با استفاده از نرم افزارهای SPSS و لیزرل ۸/۵۴ مورد بررسی قرار گرفته و نتایج زیر به دست آمد: به منظور مقایسه مادران افسرده و غیر افسرده و نیز مقایسه مادران مضطرب و غیر مضطرب در ابتلای دختران به اختلالات درونی سازی از آزمون t مستقل استفاده گردید. نتایج در جدول ۱ درج گردیده است.

جدول ۱ نشان می‌دهد که دختران مادران مضطرب و غیر مضطرب از نظر ابتلا به اختلالات درونی سازی تفاوت معنادار دارند ( $t = -3/66, p < 0/001$ )، به نحوی که میانگین اختلالات درونی سازی دختران مادران مضطرب بالاتر از میانگین همان اختلالات در دختران مادران غیر مضطرب است. همچنین دختران مادران افسرده و غیر افسرده از نظر ابتلا به اختلالات درونی سازی با یکدیگر تفاوت معنادار داشتند ( $t = -5/02, p < 0/001$ )، به نحوی که میانگین اختلالات درونی سازی دختران مادران مضطرب بالاتر از میانگین همان اختلالات در دختران مادران غیر مضطرب است. به منظور پیش‌بینی اختلالات درونی سازی دختران نوجوان بر اساس اضطراب و افسردگی مادران از تحلیل رگرسیون خطی چندگانه با روش گام به گام<sup>۲۱</sup> استفاده شد. در روش گام به گام متغیرهایی که قدرت پیش‌بینی متغیر ملاک را نداشته باشند، حذف و از معادله خارج می‌شوند. نتایج تحلیل رگرسیون خطی چندگانه در جداول ۱ و ۲ آمده است.

نمره گذاری آزمون به دو روش برش غربال کننده و نمره گذاری بر حسب شدت نشانه‌های مرضی انجام می‌شود. در این پژوهش از روش دوم استفاده شده است. به این ترتیب که نمره گذاری در یک مقیاس ۴ امتیازی (۰ = هرگز تا ۳ = بیشتر اوقات) انجام شده و سپس از حاصل جمع نمرات سؤالات مربوط به هر اختلال، نمره شدت آن اختلال به دست می‌آید. گادو و اسپرافکین [۱۶] اعتبار بازآزمایی را به شرح زیر به دست آوردند: AD/HD نوع عدم توجه (۰/۶۷)، AD/HD نوع تکانشی - فزون کنشی (۰/۸۲)، AD/HD نوع مرکب (۰/۷۸)، اختلال لجبازی - نافرمانی (۰/۷۵)، اختلال سلوک (۰/۶۷)، اختلال اضطراب فراگیر (۰/۶۵)، اختلال افسردگی اساسی (۰/۵۶)، اختلال افسرده خوبی (۰/۵۴)، اسکیزوفرنی (۰/۳۷)، اختلال ایتستیک (۰/۷۴)، هراس اجتماعی (۰/۶۵)، اختلال اضطراب جدایی (۰/۷۲). توکلی زاده [۱۷] اعتبار پرسشنامه فرم والد را ۰/۹۰ به دست آورد. محمداسماعیل [۱۸] نیز ضرایب اعتبار فرم والد را به روش بازآزمایی با فاصله زمانی دو هفته از ۰/۲۹ برای اختلال هراس اجتماعی تا ۰/۷۶ برای اختلال سلوک برآورد کرد که به استثنای اختلال هراس اجتماعی همگی در سطح ۰/۰۱ معنادار بودند. در بررسی روایی محتوایی، وجود اظهار نظرها و داوریهایی مثبت متخصصان در مورد همگونی و مناسبت محتوای CSI-4 با حیطة مورد سنجش، روایی محتوایی پرسشنامه را به مثابه ابزار شناسایی و غربال اختلال رفتاری و هیجانی در کودکان مورد تأیید قرار داد و روایی وابسته به ملاک، نمرات مقوله‌ها با تشخیص‌های مبتنی بر روان‌پزشکی مورد ارزیابی قرار گرفته و حساسیت و ویژگی بالای اکثر اختلالات موجود در پرسشنامه حاکی از روایی ملاکی این ابزار است. تفاوت معنی‌دار نمره‌های گروه‌های عادی و بالینی در همه اختلالات، حاکی از روایی تفکیکی مناسب است.

۲- مقیاس داس (DASS-42): مقیاس افسردگی، اضطراب و استرس در سال ۱۹۹۵ توسط لایبوند و لایبوند تهیه شده است. هر چند این آزمون توانایی غربالگری و تشخیص در دوره نوجوانی را نیز دارد ولیکن بهتر است برای افراد بالاتر از ۱۵ سال مورد استفاده قرار گیرد. این مقیاس دارای دو فرم بلند و کوتاه می‌باشد. فرم اصلی آن که در این پژوهش مورد استفاده قرار گرفت دارای ۴۲ سؤال بوده که هر یک از سازه‌های روانی استرس، اضطراب و افسردگی را توسط ۱۴ سؤال متفاوت مورد ارزیابی قرار می‌دهد. نمره گذاری در مقیاس لیکرت چهار گزینه‌ای (از ۰ = هیچ وقت تا ۳ = همیشه) است. لایبوند و لایبوند [۱۹] اعتبار باز آزمایی را برای خرده مقیاس‌های استرس، اضطراب و افسردگی به ترتیب ۰/۸۱، ۰/۷۹، و ۰/۷۱ به دست آوردند. همچنین آنها همبستگی

جدول ۱) نتایج آزمون t مستقل برای مقایسه روانی اختلالات درونی سازی دختران مادران دارای اختلالات روانی و بدون اختلالات

درجه آزادی	t	انحراف معیار	میانگین	تعداد	گروه مادران
۱۰۶	-۳/۶۶ **	۱۵/۳۲	۱۶/۲۹	۳۱	غیر مضطرب
		۱۸/۹۰	۳۰/۲۸	۷۷	مضطرب
۱۰۶	-۵/۰۲ **	۱۴/۳۵	۱۶/۴۵	۴۶	غیر افسرده
		۱۸/۹۲	۳۳/۴۰	۶۲	افسرده

n= ۱۰۸

\*\*P&lt;./۰۱

جدول ۲) تحلیل رگرسیون اختلالات درونی سازی دختران نوجوان بر حسب اضطراب و افسردگی مادران

متغیر ملاک	متغیرهای پیش‌بین	ضریب همبستگی (R)	ضریب تبیین (R <sup>2</sup> )	ضریب تبیین تعدیل شده (R <sup>2</sup> )
اختلالات درونی سازی دختران نوجوان	اضطراب مادر	۰/۵۴۹	۰/۳۰۱	۰/۲۹۴
	اضطراب و افسردگی مادر	۰/۵۷۵	۰/۳۴۱	۰/۳۱۸

جدول ۳) ضرایب رگرسیون اختلالات درونی سازی دختران با توجه به نمرات اضطراب و افسردگی مادران به تفکیک مراحل

مرحله	منبع تغییرات	ضرایب غیر استاندارد		ارزش t	سطح معناداری
		B	خطای استاندارد		
۱	مقدار ثابت	۹/۷۵	۲/۸۸۶	۳/۳۷۹	۰/۰۰۱
	اضطراب	۱/۲۵	۰/۱۸۵	۶/۷۵۵	۰/۰۰۱**
۲	مقدار ثابت	۸/۷۰۳	۲/۸۷	۳/۰۲	۰/۰۰۳
	اضطراب	۰/۱۶۰	۰/۲۵۸	۳/۳۳۸	۰/۰۰۱**
	افسردگی	۰/۴۱۳	۰/۱۹۱	۰/۱۵۷	۰/۰۳۳*

n=۱۰۸

\*P &lt;./۰۵

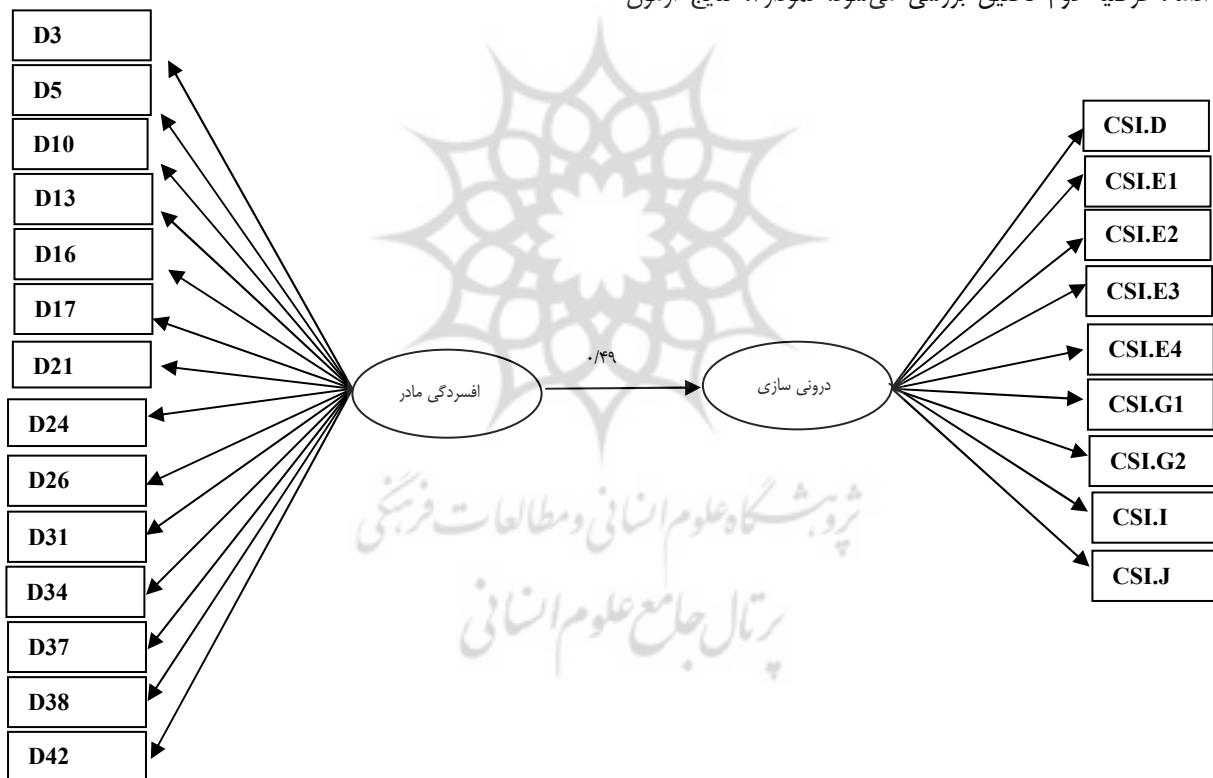
\*\*P &lt;./۰۱

جدول ۲ و ۳ با استفاده از تحلیل رگرسیون خطی چندگانه، مدل گام به گام، نشان می‌دهند که ضریب همبستگی چندگانه برابر ۰/۵۷۵ و ضریب تبیین برابر با ۰/۳۴۱ و ضریب همبستگی خالص برابر با ۰/۳۱۸ می‌باشد. طبق ضرایب بتای استاندارد در جدول ۲ ملاحظه می‌شود که هر دو عامل اثر معناداری بر متغیر ملاک دارند و لذا هیچ یک از متغیرها از مطالعه حذف نشدند. بر طبق ضریب استاندارد، اضطراب مادر ( $\beta=0/377$ ) به عنوان اولین متغیر پیش بین و افسردگی مادر ( $\beta=0/243$ ) به عنوان دومین متغیر پیش بین سهم معناداری در پیش بینی اختلالات درونی‌سازی دختران داشته‌اند. سهم اختصاصی اضطراب مادر در تبیین میزان واریانس اختلالات درونی دختران ۰/۳۰۱ می‌باشد و بعد از وارد شدن متغیر افسردگی مادران ۰/۰۴ به

ضریب تبیین اضافه شده است که سهم اختصاصی متغیر افسردگی مادر در تبیین اختلالات درونی سازی دختران می‌باشد. در کل متغیرهای اضطراب و افسردگی مادر روی هم می‌توانند ۳۱/۸ درصد از واریانس اختلالات درونی سازی دختران را تبیین کنند. بنابر این معادله پیش‌بینی اختلالات درونی سازی دختران از روی اضطراب و افسردگی مادر به شکل زیر در می‌آید: (افسردگی مادر)  $+0/243$  (اضطراب مادر)  $=0/377$  اختلالات درونی سازی دختران نوجوان. با توجه به نتایج تحلیل رگرسیون می‌توان ادعا کرد که اضطراب مادر در مقایسه با افسردگی مادر سهم بیشتری در تبیین اختلالات درونی سازی دختران دارد. به منظور تحلیل بیشتر داده‌ها و بررسی فرضیه‌های اصلی تحقیق از مدل سازی معادلات ساختاری، با نرم‌افزار لیزرل ۸،۵۴ استفاده شد.

نمودار مسیری نتایج آزمون رابطه علی بین افسردگی مادر و اختلالات درونی سازی دختران را به روش مدل سازی معادلات ساختاری نشان می‌دهد. این نمودار نمایانگر ضرایب استاندارد (R) در رابطه علی پیشنهاد شده میان متغیرهای تحقیق می‌باشد. همان طور که در نمودار ۱ مشاهده می‌شود افسردگی مادر با اختلالات درونی سازی دختران رابطه علی معنادار داشت، بنابر این فرضیه اول تحقیق تأیید می‌شود. جدول ۴ شاخص‌های برازش نمودار ۱ را نشان می‌دهد. همان طور که در جدول ۴ ملاحظه می‌شود اعتبار و برازندگی نسبی مدل تأیید می‌شود، زیرا نسبت کای دو به درجه آزادی کمتر از ۳، و مقدار احتمال کمتر از ۰/۰۵ می‌باشد. از ۰/۰۸ باشد، بیشتر از مقدار تعیین شده است. جدول ۳ ضرایب استاندارد و سایر شاخص‌های حاصل از اجرای مدل را نشان می‌دهد. جدول ۷ نشان می‌دهد ضریب استاندارد رابطه علی اضطراب مادر و اختلالات درونی سازی دختران ۰/۵۳ بوده و این رابطه تأیید می‌شود.

فرضیه دوم تحقیق، رابطه علی بین اضطراب مادر و اختلالات درونی سازی دختران را به روش مدل سازی معادلات ساختاری نشان می‌دهد. این نمودار نمایانگر ضرایب استاندارد (R) در رابطه علی پیشنهاد شده میان متغیرهای تحقیق می‌باشد. همان طور که در نمودار ۱ مشاهده می‌شود افسردگی مادر با اختلالات درونی سازی دختران رابطه علی معنادار داشت، بنابر این فرضیه اول تحقیق تأیید می‌شود. جدول ۴ شاخص‌های برازش نمودار ۱ را نشان می‌دهد. همان طور که در جدول ۴ ملاحظه می‌شود اعتبار و برازندگی نسبی مدل تأیید می‌شود، زیرا نسبت کای دو به درجه آزادی کمتر از ۳، و مقدار احتمال کمتر از ۰/۰۵ می‌باشد، اما مقدار RMSE که باید کمتر از ۰/۰۸ باشد، بیشتر از مقدار تعیین شده است. جدول ۳ ضرایب استاندارد و سایر شاخص‌های حاصل از اجرای مدل را نشان می‌دهد. جدول ۵ نشان می‌دهد ضریب استاندارد رابطه علی افسردگی مادر و اختلالات درونی سازی دختران ۰/۴۹ بوده و این رابطه تأیید می‌شود. در ادامه، فرضیه دوم تحقیق بررسی می‌شود. نمودار ۲، نتایج آزمون



نمودار ۱) مدل ارائه شده رابطه بین افسردگی مادر و اختلالات درونی سازی دختران نوجوان

جدول ۴) بارهای عاملی و خطا مربوط به نمودار ۱ برای رابطه بین افسردگی مادر و اختلالات درونی سازی دختران نوجوان

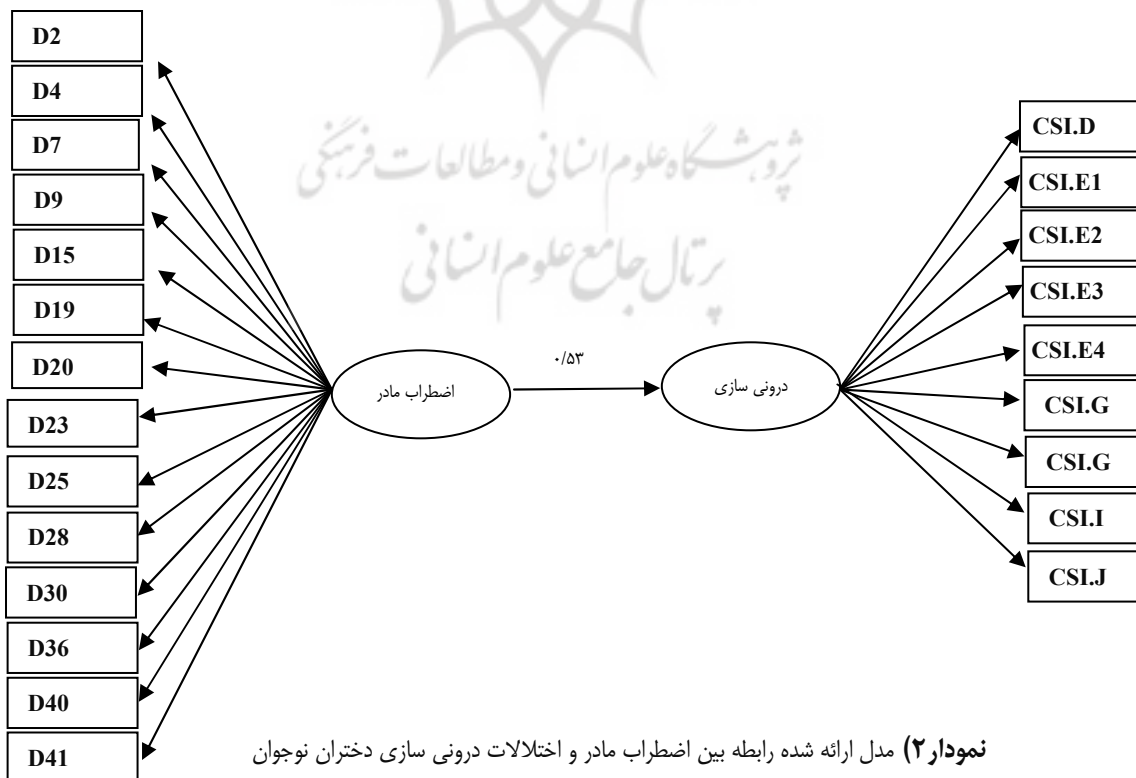
سؤالات مربوط به افسردگی مادران			متغیرهای مربوط به اختلالات درونی سازی دختران			
خطا	بار عاملی	متغیر	خطا	بار عاملی	متغیر	متغیر
۰/۸۸	۰/۳۵	D3	۰/۳۸	۰/۷۸	اضطراب فراگیر	CSL.D
۰/۳۶	۰/۸۰	D5	۰/۸۴	۰/۴۰	هراس مشخص	CSL.E1
۰/۶۶	۰/۵۸	D10	۰/۷۷	۰/۴۸	وسواس فکری	CSL.E2
۰/۴۹	۰/۷۲	D13	۰/۸۵	۰/۳۸	وسواس عملی	CSL.E3
۰/۳۳	۰/۸۲	D16	۰/۷۹	۰/۴۵	فشار روانی پس آسیمی	CSL.E4
۰/۵۱	۰/۷۰	D17	۰/۰۵	۰/۹۷	افسردگی شدید	CSL.G1
۰/۴۰	۰/۷۸	D21	۰/۰۶	۰/۹۷	افسردگی خویی	CSL.G2
۰/۶۴	۰/۶۰	D24	۰/۸۰	۰/۴۵	هراس اجتماعی	CSL.I
۰/۲۶	۰/۸۶	D26	۰/۸۴	۰/۴۱	اضطراب جدایی	CSL.J
۰/۶۰	۰/۶۳	D31				
۰/۵۴	۰/۶۸	D34				
۰/۶۸	۰/۵۶	D37				
۰/۳۱	۰/۸۳	D38				
۰/۸۷	۰/۳۶	D42				

جدول ۵) شاخص‌های برازش نمودار ۱

شاخص‌های برازش	$\chi^2$	درجه آزادی	P-value	RMSE
مقادیر	۴۷۹/۴۰	۳۲۹	۰/۰۰۱	۰/۱۰۱

جدول ۶) نتایج اجرای مدل ساختاری برای فرضیه اول

مدل مفهومی	ضریب استاندارد (R)	ضریب تبیین (R2)	ارزش t	نتیجه
افسردگی مادر - اختلالات درونی سازی دختران	۰/۴۹	۰/۲۴	۴/۷۹	تأیید مدل



نمودار ۲) مدل ارائه شده رابطه بین اضطراب مادر و اختلالات درونی سازی دختران نوجوان

جدول ۷) بارهای عاملی و خطا مربوط به نمودار ۲ برای رابطه بین اضطراب مادر و اختلالات درونی سازی دختران نوجوان

سؤالات مربوط به اضطراب مادران			متغیرهای مربوط به اختلالات درونی سازی دختران			
خطا	بار عاملی	متغیر	خطا	بار عاملی	متغیر	متغیر
۰/۷۸	۰/۴۷	D3	۰/۳۸	۰/۷۸	اضطراب فراگیر	CSL.D
۰/۷۳	۰/۵۳	D5	۰/۸۴	۰/۴۰	هراس مشخص	CSLE1
۰/۵۷	۰/۶۶	D10	۰/۷۷	۰/۴۸	وسواس فکری	CSLE2
۰/۹۷	۰/۱۷	D13	۰/۸۵	۰/۳۸	وسواس عملی	CSLE3
۰/۷۳	۰/۵۲	D16	۰/۷۹	۰/۴۵	فشار روانی پس آسیمی	CSLE4
۰/۷۴	۰/۵۱	D17	۰/۰۵	۰/۹۷	افسردگی شدید	CSL.G1
۰/۵۴	۰/۶۸	D21	۰/۰۶	۰/۹۷	افسردگی خویی	CSL.G2
۰/۷۱	۰/۵۴	D24	۰/۸۰	۰/۴۵	هراس اجتماعی	CSL.I
۰/۶۶	۰/۵۸	D26	۰/۸۴	۰/۴۱	اضطراب جدایی	CSL.J
۰/۳۲	۰/۸۳	D31				
۰/۷۳	۰/۵۲	D34				
۰/۴۳	۰/۷۵	D37				
۰/۷۷	۰/۴۹	D38				
۰/۹۹	۰/۱۲	D42				

جدول ۸) شاخص‌های برازش نمودار ۲

شاخص‌های برازش	$\chi^2$	درجه آزادی	P-value	RMSE
مقادیر	۵۱۲/۲۶	۲۲۹	۰/۰۰۱	۰/۱۰۸

جدول ۹) نتایج اجرای مدل ساختاری برای فرضیه ۲

مدل مفهومی	ضریب استاندارد (R)	ضریب تبیین ( $R^2$ )	ارزش t	نتیجه
اضطراب مادر - اختلالات درونی سازی دختران	۰/۵۳	۰/۲۸	۵/۱۴	تأیید مدل

## بحث

در این مقاله ارتباط بین اختلالات درونی سازی دختران نوجوان شامل اختلال اضطراب فراگیر، هراس مشخص، وسواس فکری، وسواس عملی، فشار روانی پس آسیمی، هراس اجتماعی، اضطراب جدایی، افسردگی شدید، و افسردگی خویی با اختلالات روانی مادران شامل اضطراب و افسردگی بررسی گردید. نخستین یافته پژوهش حاضر مؤید آن بود که تفاوت معناداری بین مادران مضطرب و غیر مضطرب از نظر ابتلای دختران نوجوان به اختلالات درونی سازی وجود دارد. این نتایج هم راستا با نتایج مطالعات گارت اشتاین و همکاران [۷]، لیم و همکاران [۸]، بایر و همکاران [۱۱]، مک کارتی و مک ماهون [۹] می‌باشد. همچنین پژوهش حاضر نشان داد مادران افسرده و غیر افسرده نیز از نظر ابتلای دخترانشان به اختلالات درونی سازی تفاوت معنادار با هم دارند. این نتایج همسو با نتایج مطالعات آلدیک و هورس [۱۰]، بایر و همکاران [۱۱]، پلگ و همکاران [۱۲]، بشارت [۱۳]، و مطالعه گینسبرگ و شلوسبرگ [۱۴] است. از طرفی تحلیل

رگرسیون خطی چندگانه نشان داد اضطراب و افسردگی مادران می‌توانند ابتلا به اختلالات درونی سازی را در دختران پیش‌بینی کنند. اضطراب مادر در مقایسه با افسردگی مادر، پیش‌بینی کننده قوی‌تر اختلالات درونی سازی دختران بود. مدل یابی معادلات ساختاری نشان داد که بین افسردگی مادر و اختلالات درونی سازی دختران نوجوان، و نیز بین اضطراب مادر و اختلالات درونی سازی دختران نوجوان رابطه علی معنادار وجود دارد. نتایج تحلیل رگرسیون نشان داد که افسردگی بیشتر از اضطراب قدرت پیش‌بینی کنندگی اختلالات درونی سازی دختران نوجوان را دارد. برخی از مطالعات [۲۱] افسردگی را بیشتر مد نظر قرار داده و به آثار آن بر فرزندان پرداخته‌اند. افسردگی مادر یکی از عوامل خطر ساز در تحول هیجانی فرزندان است [۲۲]. حدود ۸ درصد مادران افسردگی دارند و این رقم در مادرانی که به تازگی فرزندی به دنیا آورده‌اند به ۱۲ درصد می‌رسد. مادران افسرده دارای فلسفه تربیتی قوی و مستحکمی نیستند. آنان در راه‌کارهای تربیتی



بیشتر بر عواطف و هیجانات خود متکی هستند و کمتر منطقی و نظریه‌های تربیتی را مد نظر قرار می‌دهند. به عبارت دیگر بیشتر احتمال دارد که فاقد فلسفه تربیتی مستحکمی که بر مبنای آن عمل کنند باشند [۲۳]. به همین دلیل فرزندان مادران افسرده، شایستگی اجتماعی کمتر و مشکلات رفتاری بیشتری نسبت به سایر کودکان دارند [۲۴]. مطالعات تتی<sup>۲۲</sup> و همکاران [۲۵] نشان داد افسردگی مادر، عدم پاسخ دهنده‌گی و کاهش حساسیت مادری را در پی دارد که این مسأله خود به مشکلات رفتاری و افسردگی در فرزند منجر می‌شود. فوگل [۲۱] آشکار ساخت نوزادان مادران افسرده بهانه گیرتر بوده و حالت چهره‌ای آنها منفی‌تر و فعالیت جسمانی آنها کمتر است. البته در بررسی ادبیات تحقیق با یافته‌های متناقض هم روبرو می‌شویم، مثلاً پژوهش سیفر<sup>۲۳</sup> [۲۶] مؤید آن بود که مشکلات روانی مادر به ویژه افسردگی تأثیری بر وضعیت روانی و رفتاری کودکان ندارد و یا فرانکل<sup>۲۴</sup> و بیتز<sup>۲۵</sup> نیز رابطه افسردگی مادر و مشکلات روانی کودک را رد کرده‌اند [نقل از ۱]. به نظر می‌رسد علت این یافته‌های متناقض، فاکتور شدت افسردگی و درجه مزمن بودن و نیز نوع افسردگی مادر باشد. تحقیق کمپل<sup>۲۶</sup> و همکاران [۲۷] حاکی از آن بود که هر چه افسردگی مادر شدیدتر و مزمن‌تر باشد و فرزند فرصت کمتری برای برقراری ارتباط با سایر بزرگسالان غیر افسرده داشته باشد، احتمال ایجاد مشکلات روانی در فرزند بیشتر می‌شود. یافته دیگر این پژوهش حاکی از آن بود که اضطراب مادر، پیش‌بینی کننده خوبی برای اختلالات درونی سازی دختران نوجوان است. به نظر می‌رسد وجود اضطراب در مادر از طریق تأثیری که بر رفتارها، عواطف، تفکر، سلامت جسمانی و روابط اجتماعی مادر با دیگران از جمله فرزندان می‌گذارد، قابل تأمل و بررسی است. اضطراب به عنوان یکی از مؤلفه‌های اساسی احساس نایمینی مادر نقش مهمی در کیفیت دلبستگی کودک و مشکلات رفتاری او دارد. بررسی مؤلفه‌های احساس ایمنی/ نایمینی نشان می‌دهد که احساس نایمینی در واقع به اکثر نشانه‌های مرضی پوشش می‌دهد. اما احساس اضطراب دائم یکی از ابعاد اساسی آن محسوب می‌شود. مادرانی که احساس اضطراب شدید و مداوم دارند، دنیا را به عنوان مکانی خطرناک و غیر قابل اعتماد ادراک می‌کنند. آنان در نوعی احساس عدم اعتماد به دیگران، احساس تنش، فشار عصبی، تعارض دائمی، احساس عدم کنترل بر محیط و حوادث آن، انتظار دائمی خطر و گوش بزنگ بودن بسر می‌برند. به نظر می‌رسد وقتی افسردگی و اضطراب فرد به حدی از شدت برسد که تبدیل به احساس نایمینی گردد بر الگوی تعامل مادر- فرزند تأثیر منفی می‌گذارد. مسلماً چنین مادرانی نمی‌توانند ارتباط بهنجار و متعادلی با فرزند خود برقرار کنند چرا که احساس اضطراب از طریق

مهارت‌های والدینی ناکارآمد به فرزند منتقل می‌شود. از سوی دیگر مشکلات روان‌شناختی مادر به ویژه اضطراب او باعث افزایش رفتارهای ستیزه جویی و پرخاشگری در فرزندان می‌شود [۲۸]. یک تبیین احتمالی دیگر به تأثیر افسردگی و اضطراب مادر در تعاملات او با محیط بیرون است. به نظر می‌رسد مشکلات روان‌شناختی نوعی دل مشغولی و درگیری درونی برای مادر ایجاد می‌کند، در نتیجه حساسیت مادر را به اطراف و دنیای بیرونی، از جمله فرزندان، کاهش می‌دهد که خود منجر به احساس طرد شدگی از سوی فرزندان می‌گردد. تبیین احتمالی دیگر مربوط به انتقال بین نسلی احساس نایمینی و محیط عاطفی و تربیتی است که یک مادر مشکل‌دار ایجاد می‌کند. دو احتمال اساسی در انتقال بین نسلی وجود دارد، یکی احتمال آمادگی ژنتیکی و دیگری اثر محیط و نوع روابط تعاملی مادر- فرزند می‌باشد. در مورد برخی از اختلالات مانند اختلال دو قطبی نقش آمادگی ژنتیکی تا حدی تأیید شده است اما در مورد اضطراب نمی‌توان با قاطعیت عامل ژنتیک را تأیید کرد. در این مورد می‌توان برای عامل محیط سهم بسزایی قایل شد. یکی از تبیین‌های احتمالی در این مورد مربوط به جنبه‌های عاطفی محیطی است که نوجوان در آن پرورش می‌یابد. در واقع والدین به خصوص مادر نایمن و مضطرب محیط اولیه و اصلی این گروه از کودکان را تشکیل می‌دهند. حالات هیجانی مادر و خلق او جنبه‌هایی از محیطی است که کودک در آن پرورش می‌یابد. مادران مضطرب و نایمن شرایط مراقبتی و پرورشی ایجاد می‌کنند که نشانه‌های مرضی مادر را منعکس می‌سازد مانند بی‌قراری، تحریک پذیری، طرد شدگی، ناامیدی، خشم و غیره. اگر چه احتمال دارد احساس نایمینی و اضطراب یک الگوی متجانس رفتاری را در همه والدین مضطرب و نایمن ایجاد نکند اما رفتارها و حالات روانی چنین مادری بالقوه با کنش‌ها و مسئولیت مراقبتی و شکل‌گیری یک ارتباط عاطفی خوب و سالم با فرزند مداخله می‌کند. به طور خلاصه اضطراب از طریق ایجاد محیط عاطفی- تربیتی ناسالم، روابط تعاملی نابهنجار بین مادر- فرزند، و کاهش حساسیت مادری از مادر به فرزند منتقل شده و او را در معرض خطر انواع مشکلات روان‌شناختی و رفتاری قرار می‌دهد. نتایج این مطالعه به لحاظ آموزشی و درمانی حائز توجه می‌باشد. نمی‌توان ارتباط موجود بین مشکلات هیجانی مادر و اختلالات درونی سازی کودکان را به سادگی به تأثیرات ژنتیکی احتمالی نسبت داد. زیرا مطالعاتی که روی دوقلوها و فرزند خوانده‌ها انجام شده اثرات ژنتیک و محیط را به صورت توأمان تأیید می‌کنند [۲۹]. بدین معنی که مادرانی که دارای مشکلات روان‌شناختی هستند در صورت توانایی ایجاد محیط سالم و مناسب برای فرزندان می‌توانند از ابتلای فرزندان خود به مشکلات درونی سازی پیشگیری کنند. شواهد نشان می‌دهند اگر

- 22- Teti  
23- Seifer  
24- Frankel  
25- Bates  
26- Campbell

14- Ginsburg GS, Schlosberg MC. Family-based treatment of childhood anxiety disorders. *International Review of Psychiatry*. 2002; 14: 143-154.

15- Sprafkin J, Gadow KD. *Stony Brook Child Psychiatric Checklist-3R*. State University of New York, Department of psychiatry, Stony Brook, NY; 1987.

16- Gadow KD, Sparfkin J. *Quick guide to using the youth's inventory screening kit*. Stony Brook. NY: Checkmate Plus; 1997.

۱۷- توکلی زاده جهان. بررسی همه‌گیر شناسی اختلالات رفتار ایدایی و کمبود توجه در دانش‌آموزان دبستانی شهر گناباد [پایان‌نامه کارشناسی ارشد]. تهران: دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ایران؛ ۱۳۷۵.

۱۸- محمد اسماعیل الهه. انطباق و هنجاریابی سیاهه نشانه‌های مرضی کودک ویرایش چهارم (CSI-4). پژوهش در حیطه کودکان استثنایی. ۱۳۸۶؛ ۷(۱): ۹۶-۷۹.

19- Lovibond SH, Lovibond PF. *Manual for the depression Anxiety Stress Scales (2nd. Ed.)*. Sydney: Psychology Foundation; 1995.

۲۰- صاحبی علی، اصغری محمدجواد، سالاری راضیه سادات. اعتبار یابی مقیاس افسردگی، اضطراب، تنیدگی (DASS-21) برای جمعیت ایرانی. فصلنامه روان‌شناسان ایرانی. ۱۳۸۴؛ ۴(۴): ۲۹۹.

21- Fogel A. *Infancy: Infant, family and society*. Mest Publishing Company. Minneapolis. Paul New York: Losangeles. Sanfrancisco; 1997.

22- Beardslee WR, Versage EM, Wright EJ, Salt P, Rothberg PC, Drezner K, Gladstone TRG. Examination of preventive interventions for families with depression: Evidence of change. *Development and Psychopathology*. 1997; 9: 109-130.

23- Kochanska G. Maternal beliefs as long term predictors of mother. *Child Interaction and Report*. 1995; 61: 1934-1943.

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

25- Teti DM, Sakin JW, Kucera E, Corns KM. Predictors of attachment security among preschool age firstborns during the transitions siblinghood. *Child Development*. 1996; 67: 579-590.

26- Seifer AN. The experience-dependent maturation of a regulatory system in the orbital prefrontal cortex and the origin of developmental psychopathology. *Development and Psychopathology*. 1996; 8: 59-87.

27- Campbell SB, Cohn JF, Flanagan C, Poppers S. Course correlates of postpartum depression during the transition to parenthood. *Development and Psychopathology*. 1993; 4: 29-47.

28- Ijzendoorn MH, van Goldberg S, Ekronmberg PM, Frenkel OJ. The relative effects of maternal and child problems on the quality of attachment: A meta-analysis of attachment in clinical samples. *Child Development*. 1999; 63: 840-858.

29- Cicchetti D, Toth SL. The development of depression in children and adolescents. *American Psychologist*. 1998; 53: 221-241.

30- Spence SH. *Prevention Strategies*. In MW. Vasey and MR Dadds (Eds.), *The developmental Psychopathology of anxiety*. London: Oxford University Press; 2001. p.325-353.

مادران مبتلا به اضطراب و در نتیجه بیش مراقبتی باشند کودکان آنها تمایل به پاسخ‌های هیجانی منفی خواهند داشت [۳۰]. اما خانواده‌هایی که اضطراب و افسردگی خود را کنترل می‌کنند و والدگری مثبت پیشه می‌کنند بهزیستی هیجانی کودکانشان را تضمین می‌کنند [۱۱]. در اینجا ضرورت برنامه‌های مداخله‌ای جهت آموزش خانواده‌های در معرض خطر احساس می‌شود. همان طور که ملاحظه شد یکی از عوامل خطر ساز در ابتلای دختران به اختلالات درونی سازی، افسردگی و اضطراب مادران بوده و اضطراب مادر نقش مهمتری در این رابطه دارد.

## تشکر و قدردانی

بدون همکاری مدیران مدارس راهنمایی دخترانه تبریز انجام این پژوهش میسر نبود لذا نهایت تشکر خود را از ایشان اعلام می‌داریم.

## منابع

- Oyserman D, Bybee D, Mowbray C, Hart-Johnson T. When mothers have serious mental health problem: Parenting as a proximal mediator. *Journal of Adolescence*. 2005; 28: 443-463.
- Downey G, Coyne JC. Children of depressed parents: An integrative review. *Psychological Bulletin*. 1990; 108: 50-76.
- Stowe ZN, Hostetter AL, Newport DJ. The onset of postpartum depression: Implications for clinical screening in obstetrical and primary care. *American journal of obstetrics and gynecology*. 2005; 192(2): 522-526.
- Goodman SH, Gotlib IH. Risk for psychopathology in the children of depressed parents: A developmental approach to the understanding of mechanisms. *Psychological Review*. 1999; 106: 458-490.
- Essex MJ, Klein MH, Cho E, Kalin NH. Maternal stress beginning in infancy may sensitize children to later stress exposure: Effects on cortisol and behavior. *Biological Psychiatry*. 2002; 52: 776-784.
- Lundy B, Jones NA, Field T, Nearing G, Davalos M, Pietro P, Schanberg S, Kuhn C. Prenatal depression effects on neonates. *Infant Behavior and Development*. 1999; 22: 119-129.
- Gartstein MA, Bridgett DG, Dishion TJ, Kaufman NK. Depressed mood and maternal report of child behavior problems: Another look at the depression-distortion hypothesis. *Journal of Applied Developmental Psychology*. 2009; 30(2): 149-160.
- Lim J, Wood BL, Miller BD. Maternal depression and parenting in relation to child internalizing symptoms and Asthma disease activity. *Journal of family Psychology*. 2008; 22(2): 264-273.
- McCarty CA, McMahon RJ. Mediators of the relation between maternal depressive symptoms and child internalizing and disruptive behavior disorders. *Journal of Family Psychology*. 2003; 17(4): 545-556.
- Ollendick TH, Horsch LM. Fears in clinic-referred children: Relations with child anxiety sensitivity, maternal overcontrol, and maternal phobic anxiety. *Behavior Therapy*. 2007; 38(4): 402-411.
- Bayer JK, Sanson AV, Hemphill SA. Parent influences on early childhood internalizing difficulties. *Journal of Applied Psychology*. 2006; 27: 542-559.
- Peleg O, Halaby E, Whaby E. The relationship of maternal separation anxiety and differentiation of self to children's separation anxiety and adjustment to kindergarten: A study in Druze. *Journal of Anxiety Disorders*. 2006; 20(8): 973-995.
- Besharat MA. Parental perfectionism and children's test anxiety. *Psychological Reports*. 2003; 93: 1049-1055.