

مطالعه‌ی مورد-شاهدی اضطراب و افسردگی در والدین کودکان مبتلا به اختلالات اضطرابی

*دکتر عاطفه سلطانی فر^۱، دکتر امیر رضایی اردانی^۲، دکتر سیدمرتضی جعفرزاده فدکی^۳،
دکتر آزاده سلطانی فر^۴

خلاصه

مقدمه: اختلالات اضطرابی از جمله اختلالات شایع در کودکان هستند و می‌توانند زمینه‌ساز بسیاری از اختلالات عملکردی باشند. بررسی‌های مختلف، الگوی خانوادگی اختلالات اضطرابی را تایید کرده‌اند لذا بر آن شدیم تا میزان شیوع اختلالات افسردگی و اضطرابی را در والدین کودکان مبتلا به اختلالات اضطرابی با والدین کودکان سالم مقایسه کنیم.

روش کار: در این مطالعه‌ی مورد-شاهدی، والدین ۳۰ کودک ۳ تا ۱۲ ساله‌ی مراجعه‌کننده به کلینیک روان‌پزشکی بیمارستان دکتر شیخ مشهد که برای آن‌ها توسط روان‌پزشک کودکان تشخیص اختلالات اضطرابی گذاشته شده بود و هم‌چنین والدین ۳۰ کودک که اختلال روان‌پزشکی خاصی نداشتند، توسط مصاحبه‌ی بالینی و دو آزمون افسردگی بک و اضطراب حالت صفت اشیپلبرگر از نظر اختلالات افسردگی و اضطراب مورد بررسی قرار گرفتند.

یافته‌ها: شیوع افسردگی به طور معنی‌داری در گروه مادران بیماران نسبت به گروه شاهد بیشتر بود ($P=0/002$) ولی در بین پدران تفاوت معنی‌داری وجود نداشت. از طرفی شیوع صفت اضطراب به طور بارز و با تفاوت معنی‌داری بین مادران کودکان بیمار بیشتر از گروه شاهد بود ($P=0/004$) ولی در پدران تفاوت معنی‌داری وجود نداشت. هم‌چنین حالت اضطراب در مادران و پدران گروه شاهد نسبت به والدین کودکان بیمار اندکی بیشتر بود که تفاوت معنی‌داری نداشتند.

نتیجه‌گیری: شیوع اختلالات افسردگی و اضطراب در مادران کودکان بیمار بیشتر از مادران کودکان بدون اختلال روان‌پزشکی است ولی اختلالات افسردگی و اضطراب در پدران دو گروه تفاوت معنی‌داری ندارد.

واژه‌های کلیدی: اختلال اضطرابی، افسردگی، کودکان، مادران، والدین

مقدمه

که آیا رفتارهای والدین و الگوی فرزندپروری در انتقال اضطراب به فرزندان‌شان تا چه حد موثر می‌باشد و در مطالعات بسیاری به بررسی عوامل فوق‌الذکر پرداخته شده است (۷-۱۰). در سال ۱۹۹۷ نتایج تحقیقاتی پیرامون آسیب‌شناسی روانی فرزندان والدین دچار اختلالات روان‌پزشکی نشان داده بود که اختلالات اضطرابی در بین کودکان والدین دچار اختلال اضطرابی و افسردگی بیشتر است و کودکان والدین افسرده در خطر ابتلا به اختلالات روانی متنوع‌تری نسبت به والدینی هستند که تنها دچار اختلال اضطرابی می‌باشند (۱۱). نتایج فوق در مطالعات اخیر تکرار شده است. پیگیری ۵ ساله کودکان والدینی که مبتلا به اختلال پانیک و افسردگی اساسی بودند ارتباطی قوی بین اختلال افسردگی و پانیک و بروز

اختلالات اضطرابی از جمله اختلالات شایع کودکان می‌باشند که بر کیفیت زندگی خصوصاً عملکردهای هیجانی ایشان تاثیر ناخوشایندی می‌گذارند (۲، ۱). مطالعات تاریخچه‌ی خانوادگی در بالغین، ارتباط خانوادگی این اختلالات را قویاً مطرح می‌کند (۳-۶). هر چند عوامل ژنتیک و بیولوژیک پارامترهای موثری در این نوع اختلال هستند، بارها نیز این سؤال مطرح شده است

^۱مؤلف مسئول: ایران، مشهد، میدان بوعلی، بلوارحرعاملی، بیمارستان ابن سینا

soltanifara@mums.ac.ir

تلفن تماس: ۰۵۱۱-۷۱۱۲۷۲۲

تاریخ تایید: ۸۷/۱۲/۲۰

تاریخ وصول: ۸۷/۹/۱۰

^۱استادیار روان‌پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد

^۲دستیار روان‌پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد

^۳دستیار روان‌پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد

^۴پزشک عمومی

بر نقش اختلالات روان‌پزشکی هر دو والد در بروز آسیب‌شناسی روانی کودکان تاکید کردند. ایشان در بررسی کودکان والدین مبتلا به افسردگی اساسی عنوان کردند که افسردگی اساسی مادران در ارتباط با افسردگی اساسی در کودکان است و ارتباط بین افسردگی پدران و فرزندان در مورد افسردگی‌های عودکننده بیشتر دیده می‌شود. خطر ابتلا به افسردگی عمیق در کودکان والدین مبتلا به افسردگی عمیق بیشتر است. در پدرانی که دوره‌ی متوسط تا شدیدتر افسردگی را می‌گذرانند این ارتباط با کودکان دیده می‌شود، یعنی بیماری شدیدتر پدر می‌تواند در بچه‌ها اثرگذار باشد (۱۸). برخلاف مطالعاتی که بر نقش اختلالات روان‌پزشکی هر دو والد در بروز آسیب‌شناسی روانی کودکان تاکید دارند، در بررسی‌هایی نیز ارتباط بیشتر افسردگی نوجوانان با افسردگی مادر مطرح شده است. از جمله در یک بررسی در مورد خودکشی مادر و خطر خودکشی در فرزندان این نتیجه به دست آمد که میزان استرسی که از جانب والدین به کودکان وارد می‌آید از طرف والدین افسرده بیشتر از والدین سالم است. هم‌چنین ارتباط بیشتری بین افسردگی کودک و مادر در مقایسه با کودک و پدر وجود دارد، پس مشکلات کودک بیشتر در ارتباط با مادر افسرده است تا پدر افسرده و پیشنهاد شد که این مطلب بیشتر مورد مطالعه قرار گیرد (۱۹). در ارزیابی دیگری نیز که در مدت ۱۳ سال در خصوص ارتباط افسردگی مادران با اختلال روان‌پزشکی نوجوانان به عمل آمد ارتباط خاصی بین افسردگی زودرس مادران و اختلال اضطرابی کودکان به دست آمد که تاثیر مواجهه زودرس را در کودکان نشان می‌داد ولی در این مطالعه ارتباط دقیقی بین افسردگی مادران با افسردگی کودکان ثابت نگردید؛ هر چند که افسردگی مادران در درازمدت بر ابتلای کودکان به افسردگی عامل مهمی می‌باشد. در نتیجه این مسئله ضرورت تحت نظر گرفتن کودک پس از این دوره‌های افسردگی مادر را پراهمیت می‌سازد (۲۰). فرو^۴ و همکاران نیز در بررسی افسردگی در مادرانی که کودکان خود را جهت درمان

آسیب‌شناسی روانی در بچه‌ها را نشان داد (۱۲). در مشاهده‌ی دیگری که به مدت ۱۰ سال بر کودکان والدین افسرده صورت پذیرفت این نکته آشکار گشت که افسردگی والدین با اختلالات جسمی و بستری شدن کودکان‌شان همراه است. این مطالعه بر ضرورت درمان افسردگی در والدین تاکید می‌کند تا از بروز اختلالات روان‌پزشکی و جسمانی در کودکان جلوگیری شود (۱۳). وایزمن^۱ و همکارانش نیز طی یک مطالعه‌ی ۲۰ ساله و مشاهده کودکان والدین افسرده به این نتیجه می‌رسند که کودکان والدین افسرده در خطر بالاتری جهت ابتلا به اختلالات روانی و بیماری‌های جسمی خصوصاً در سنین پایین‌تر هستند که تا پس از سن بلوغ نیز ادامه می‌یابد (۱۴). بررسی اولین دوره‌ی افسردگی در کودکانی که عامل خطر ابتلا به افسردگی داشتند (یکی از خویشاوندان نزدیک یا درجه دو با سابقه‌ی بروز افسردگی سایکوتیک یا اختلال دوقطبی) و مقایسه‌ی آن با کودکانی که این عامل خطر را نداشتند نشان داد که بچه‌های با خطر بالا، سه برابر یا بیشتر ایزودهای افسردگی را نشان می‌دهند و نیز این ایزودها در سنین پایین‌تری بروز می‌کند (۱۵). در مطالعات دیگری نیز که به بررسی تاثیر افسردگی اساسی والدین در ابتلای کودکان به افسردگی و سایر اختلالات روانی پرداختند، افزایش خطر کلی ابتلای کودکان والدین افسرده به افسردگی و سایر اختلالات روانی و بروز اختلالات در سنین پایین‌تر مشاهده شده است (۱۶).

لویسون^۲ و همکارانش نیز در بررسی اختلالات روان‌پزشکی کودکان والدین افسرده به این نتیجه رسیدند که افسردگی در مادران با علایم فیزیکی بیشتر در دوران نوجوانی در بچه‌ها مربوط است. هم‌چنین این نوجوانان در برخورد با عوامل تنش‌زای خفیف‌تر مجبور به استفاده از خدمات روان‌پزشکی می‌شوند. در مطالعه‌ی ایشان دیده شد که افسردگی در پدران باعث تحمل روانی اجتماعی پایین‌تر و تمایل بیشتر به خودکشی در فرزندان می‌شود (۱۷). کلین^۳ و همکارانش نیز

¹Weissman²Lewinson³Klein⁴Ferro

اضطرابی توسط روان‌پزشک مورد مصاحبه قرار گرفته و تشخیص اختلالات خلقی و اضطرابی بر اساس ملاک‌های DSM IV-TR و بخش اختلالات خلقی و اضطرابی آزمون SADS بررسی گردید. والدین هم‌چنین با آزمون‌های افسردگی بک و اضطراب حالت-صفت اشیپلبرگر مورد ارزیابی قرار گرفتند. گروه شاهد از کودکان پرسنل بیمارستان با جنس و سن مشابه گروه مورد که بر اساس مصاحبه با روان‌پزشک کودک و نوجوان و آزمون K-SADS اختلال روان‌پزشکی خاص برای‌شان تشخیص داده نشده بود به تعداد ۳۰ نفر انتخاب شده و سپس

پدران و مادران آن‌ها مورد مصاحبه‌ی روان‌پزشکی قرار گرفته و سپس آزمون‌های بک و اشیپلبرگر را تکمیل کردند. هم‌چنین پرسش‌نامه‌هایی جهت ثبت اطلاعات دموگرافیک شامل مشخصات کودک (سن، فرزند چندم خانواده بودن و سابقه‌ی بیماری طی) و والدین (سن، میزان تحصیلات، شغل، سابقه‌ی بیماری قبلی) تهیه شده و توسط والدین کودکان در هر دو گروه بیمار و شاهد تکمیل شد.

تجزیه و تحلیل داده‌ها: پرسش‌نامه‌ها به روش دستی توسط کلید نمره‌گذاری تست بک و اشیپلبرگر نمره‌گذاری شدند. هم‌چنین مشخصات دموگرافیک کودک اعم از سن، فرزند چندم خانواده بودن و سابقه‌ی بیماری قبلی و هم‌چنین نتیجه‌ی حاصل از مصاحبه و تشخیص بالینی والدین و کودک ثبت شد. در نهایت داده‌های به دست آمده از انجام آزمون‌ها، مصاحبه‌ی بالینی و فرم‌ها توسط نرم افزار SPSS تحلیل و با کمک آزمون تی دانش‌آموزی با به دست آوردن ضریب همبستگی مورد ارزیابی قرار گرفتند.

آزمون‌های روان‌شناختی

الف) مصاحبه تشخیصی نیمه ساختار یافته K-SADS: پرسش‌نامه‌ای با پایایی بالا است و دو گرایش اصلی دارد که وجود اختلال را در طول زندگی و حمله‌ی کنونی ارزیابی می‌کند. پرسش‌نامه برای افراد ۵ تا ۱۷ سال به کار می‌رود و توسط مصاحبه‌گر از کودک و والدین تکمیل می‌شود و طبق معیارهای سومین چاپ تجدید نظر شده و چهارمین راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی (DSM-IV) به طور جداگانه اختلالات را می‌سنجد. آزمون توسط متخصص بالینی اجرا می‌شود و با ارزیابی و مقایسه‌ی اطلاعات به دست آمده از

افسردگی آورده بودند اعلام کردند که بسیاری از این مادران خود نیاز به درمان افسردگی داشتند و درمان آن‌ها نقش به‌سزایی در درمان کودکان‌شان داشت. جالب است که بین مادرانی که بررسی شدند، ۳۱ درصد آن‌ها دچار اختلال روان‌پزشکی بودند که از این بین سهم اختلال افسردگی اساسی و اختلالات اضطرابی بسیار بیشتر از سایر اختلالات بود (۴۸ درصد بیماران) و تنها درصد کمی از بیماران غربال شده سابقه‌ی مراجعه برای دریافت درمان مناسب داشتند (تنها ۳۱ درصد از بیماران با تشخیص اختلال افسردگی اساسی) (۲۱).

با توجه به این که در جامعه‌ی ایرانی مشابه چنین تحقیقی انجام نشده است و با در نظر گرفتن شیوع بالای کودکان مبتلا به اختلالات اضطرابی مراجعه‌کننده به کلینیک‌های روان‌پزشکی کودک و نوجوان بر آن شدیم که طی مطالعه‌ی نشانه‌های اضطراب و افسردگی را در والدین کودکان مبتلا به اختلالات اضطرابی در مقایسه با گروه کنترل بررسی نماییم تا ضمن ایجاد امکان مقایسه بین گروه مورد و شاهد، به مقایسه‌ی شیوع اختلالات روان‌پزشکی در مادران و پدران بپردازیم.

روش کار

در این مطالعه‌ی مورد-شاهدی، ۳۰ کودک ۳ تا ۱۲ ساله مبتلا به اختلال اضطرابی بر اساس معیارهای DSM-IV-TR که به کلینیک ویژه‌ی بیمارستان دکتر شیخ مشهد مراجعه کرده بودند، وارد مطالعه شدند. نمونه‌گیری به روش غیراحتمالی در دسترس از فروردین تا شهریور ماه ۱۳۸۶ انجام شده است. از آن‌جا که تا کنون مطالعه‌ی مشابهی در ایران یافت نشده است حجم نمونه با توجه به مطالعات مشابه خارجی ۳۰ نفر در نظر گرفته شد. کودکانی که عقب ماندگی ذهنی یا بیماری عضوی مغز داشتند از مطالعه حذف شدند. بیماری مغزی بر اساس تاریخچه از خانواده و ثبت موارد پزشکی بیماری‌های مغزی مثل تشنج، ضربه‌ی سر، اختلالات مغزی حاد و مزمن، رد شدند. پس از اثبات اختلال اضطرابی در کودک توسط مصاحبه با روان‌پزشک کودک و نوجوان بر اساس ملاک‌های DSM-IV-TR و بخش اختلالات اضطرابی آزمون K-SADS^۱، والدین این کودکان برای بررسی اختلالات خلقی و نیز

^۱Kiddie-Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia

موقعیت‌های تهدیدکننده، تمایز گذاشته و پاسخ به چنین موقعیت‌هایی با شدت بالای عکس‌العمل‌های اضطراب آشکار همراه می‌باشد. صفت اضطراب (اضطراب پنهان) هم‌چنین می‌تواند تفاوت‌های فردی را در فراوانی بروز و شدت بروزی که حالت آشکار اضطراب در گذشته داشته‌اند و در احتمال آن‌چه که اضطراب آشکار در آن شرایط نمایان شده است منعکس نماید. این پرسش‌نامه در مطالعات مختلف جهت ارزیابی سطوح اضطراب در والدین مورد استفاده قرار گرفته است در جمعیت‌های مختلف از حساسیت و ویژگی بالایی برخوردار است (۲۷-۳۳).

د) *آزمون افسردگی بک*^۳: آزمون افسردگی بک یک مقیاس خودسنجی می‌باشد که بیمار با ارزیابی خود، علائم مختلف شناختی، خلقی و جسمی افسردگی را در یک مقیاس ۴گزینه‌ای درجه‌بندی می‌نماید. این مقیاس به دو صورت ۲۱ سوالی و فرم کوتاه وجود دارد. نمرات هر یک از گزینه‌ها از ۰ تا ۴ رتبه‌بندی شده و مجموع نمرات این ۲۱ سوال از ۰ تا ۴۶ نمره گذاری می‌شود که طبق تقسیمات هنجاریابی که در ایران صورت گرفته است شدت افسردگی را در چهار گروه نرمال، خفیف، متوسط و شدید درجه‌بندی می‌نماید. این آزمون از حساسیت بالایی در افتراق افراد افسرده از غیرافسرده برخوردار است (۳۴-۳۷).

در پژوهش حاضر در مجموع از بین ۳۰ کودک بیمار مراجعه‌کننده به کلینیک بیمارستان دکتر شیخ از نظر جنسی ۷۰ درصد بیماران دختر و ۳۰ درصد پسر بوده‌اند. هم‌چنین میانگین سنی آن‌ها ۷/۸ سال بود که با توجه به این تلاش شد گروه شاهد نیز با هماهنگی جنسی و سنی با بیماران انتخاب شود. در بین اختلالات تشخیص داده شده در کودکان ۵۰ درصد اختلال وسواسی جبری، ۲۰ درصد اختلال اضطراب منتشر، ۱۰ درصد جمع‌هراسی و ۲۰ درصد مبتلا به اختلال اضطرابی NOS بودند.

بر اساس ارزیابی افسردگی در مادران دو گروه توسط آزمون بک نتایج زیر به دست آمد: ۷۰ درصد مادران گروه کودکان بیمار دارای اختلال افسردگی بوده‌اند که این در مقابل ۳۰ درصد

کودک و والدین، تشخیص نهایی به عهده درمانگر است. طیف اختلالاتی که توسط آزمون سنجیده می‌شود، شامل اختلالات خلقی، سایکوزها، اختلالات اضطرابی، اختلالات خوردن، اختلالات دفعی، رفتارهای ایدایی، تیک، سوء مصرف مواد و اختلال استرس پس از سانحه می‌باشد. این تست ویژگی بالایی احتمالاً حساسیت پایین دارد (۲۵-۲۲).

ب) *مصاحبه تشخیصی نیمه ساختار یافته SADS*^۱: پرسش‌نامه‌ای با پایایی بالا است که وجود اختلال را در طول زندگی و حمله کنونی ارزیابی می‌کند. پرسش‌نامه برای افراد ۱۸ سال به بالا به کار می‌رود و طیف وسیعی از اختلالات روان‌پزشکی را ارزیابی می‌کند. مصاحبه‌ها توسط متخصص بالینی روان‌پزشکی اجرا شد. این آزمون نیز ویژگی بالایی حساسیت پایینی دارد (۲۶).

ج) *آزمون اضطراب حالت-صفت اشیپلرگر*: اضطراب آشکار و پنهان به عنوان سازه‌هایی قابل سنجش در ابتدا به وسیله کتل^۲ مطرح شدند، لیکن بعدها به صورت کامل‌تری توسط اشیپلرگر در سال ۱۹۷۱ مطرح شدند. آزمون اشیپلرگر دارای چهار عبارت است که این عبارات در دو مقیاس اضطراب آشکار و اضطراب پنهان، ویژگی اضطراب را به دو صورت حالت و صفت می‌سنجند. پرسش‌نامه‌ی اضطراب آشکار و پنهان اشیپلرگر که قابلیت استفاده به صورت خوداجرایی دارد، می‌تواند به دو صورت فردی یا گروهی اجرا شود. این پرسش‌نامه دارای محدودیت زمانی در جهت تکمیل نیست. عموماً حالات آشکار شخصیتی می‌تواند به عنوان مقطعی در زمان از زندگی یک شخص محسوب شوند. این حالات هیجانی، در لحظه‌ای از زمان و در سطح ویژه از شدت پدید می‌آیند. حالات آشکار اضطراب از طریق احساس آزمودنی‌ها در خصوص احساس تنش، بیم از آینده، ناآرامی، خودخوری، برانگیختگی و فعال‌سازی دستگاه عصبی خودمختار توصیف گردیده‌اند. اضطراب به عنوان صفت (اضطراب پنهان) به تفاوت‌های فردی نسبتاً ثابتی در مستعد بودن ابتلا به اضطراب اشاره می‌کند که از آن طریق افراد در آمادگی داشتن ادراک موقعیت‌های پراضطراب مثل تجربه خطر و یا

¹Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia

²Catel

³Beck

بیمار که به ترتیب ۴۹/۲ و ۴۶/۱ بوده و بالاتر بودن میانگین نمرات تست اضطراب در مادران بیماران میانگین هر دو گروه در دسته اضطراب متوسط به بالا قرار گرفت و هم‌چنین با توجه به $P=0/05$ رابطه‌ی معنی‌داری بین نتایج به عمل آمده از اضطراب آشکار وجود نداشت.

بر اساس ارزیابی افسردگی پدران در گروه شاهد و بیمار توسط آزمون بک مشخص شد که افسردگی در ۱۰ درصد پدران گروه شاهد دیده می‌شود که این رقم در پدران گروه بیمار برابر با ۴۰ درصد بود. تنها ۱۰ درصد پدران گروه دارای افسردگی خفیف بودند در حالی که ۳۰ درصد پدران بیماران دچار افسردگی خفیف و ۱۰ درصد دچار افسردگی متوسط بودند. با توجه به این که میانگین نمرات پدران گروه شاهد ۶/۴ (دسته‌ی نرمال) و گروه بیمار ۹/۷ (اضطراب خفیف) می‌باشد و $P=0/07$ بود، تفاوت معنی‌داری بین شدت افسردگی پدران دو گروه وجود نداشت (جدول ۱).

مادران گروه شاهد بود. ۳۰ درصد مادران گروه شاهد دارای افسردگی خفیف بودند. افسردگی خفیف در ۴۰ درصد مادران گروه بیمار و افسردگی متوسط در ۳۰ درصد این مادران گزارش شد. با توجه به میانگین نمرات که در دو گروه شاهد و بیمار به ترتیب ۷/۳ و ۱۲/۱ بود، میانگین نمرات در گروه شاهد در دسته‌ی نرمال و در گروه مادران کودکان بیمار در دسته‌ی افسردگی خفیف دسته‌بندی می‌شود که با توجه به $P=0/002$ تفاوت معنی‌داری بین نمرات دو گروه وجود دارد. درباره‌ی اضطراب صفت (پنهان) بر اساس آزمون اشیپلبرگر میانگین نمرات تست مادران گروه بیمار ۴۲/۴ و نمرات تست مادران گروه شاهد ۴۰/۹ بود. میانگین نمرات تست مادران گروه شاهد در گروه اضطراب پایین و مادران بیماران در گروه اضطراب بالا دسته‌بندی می‌شود و با توجه به $P=0/004$ صفت اضطراب بین دو گروه دارای تفاوت معنی‌دار می‌باشد. جهت ارزیابی اضطراب آشکار در مادران دو گروه با آزمون اشیپلبرگر نتایج زیر به دست آمد: با توجه به میانگین نمرات دو گروه شاهد و

جدول ۱- توزیع و مقایسه‌ی میزان فراوانی افسردگی در پدران و مادران کودکان مبتلا و سالم

جنس	کودکان مبتلا				کودکان سالم			
	نرمال	خفیف	متوسط	جمع	نرمال	خفیف	متوسط	جمع
مادران	۹	۱۲	۳۰	۵۱	۹	۰	۳۰	۳۹
پدران	۱۸	۹	۳۰	۵۷	۲۸	۲	۳۰	۶۰
جمع	۲۷	۲۱	۶۰	۱۰۸	۴۹	۱۱	۶۰	۱۲۰

بر اساس ارزیابی اضطراب پنهان در پدران دو گروه توسط آزمون اشیپلبرگر ۷۰ درصد پدران بیماران دارای اضطراب متوسط به پایین و ۳۰ درصد دارای اضطراب متوسط به بالا بودند. این در حالی است که ۴۰ درصد پدران گروه شاهد دارای اضطراب متوسط به پایین و ۶۰ درصد دارای اضطراب متوسط به بالا بودند. میانگین نمرات آزمون پدران گروه شاهد ۴۰/۱ و در گروه بیماران ۳۹/۰ بود. میانگین نمرات آزمون در پدران گروه شاهد بالاتر بود ولی هر دو میانگین به دست آمده در دسته‌ی اضطراب متوسط به پایین قرار گرفتند و تفاوت معنی‌داری بین نتایج دو گروه وجود نداشت. بر اساس ارزیابی اضطراب در پدران گروه بیمار و شاهد توسط آزمون اشیپلبرگر میانگین اضطراب در پدران گروه شاهد ۴۴/۲ و در پدران گروه بیمار ۳۷/۶ می‌باشد. هر دو میانگین در دسته‌ی

اضطراب متوسط به پایین طبقه‌بندی می‌گردد و تفاوت معنی‌داری بین میزان اضطراب دو گروه وجود نداشت. طی مصاحبه با مادران کودکان بیمار و گروه شاهد اختلال روان‌پزشکی آن‌ها بررسی شد. در گروه بیماران، ۳۰ درصد مادران اختلال اضطرابی منتشر، ۳۰ درصد اختلال وسواسی جبری، ۱۰ درصد اختلال افسرده‌خویی، ۱۰ درصد فوبی اجتماعی، ۱۰ درصد نرمال و ۱۰ درصد مبتلا به اختلالات دیگر بودند. این در حالی است که در گروه شاهد ۷۰ درصد مادران بدون اختلال، ۱۰ درصد مبتلا به اختلال وسواسی جبری و ۲۰ درصد اختلال اضطرابی منتشر بودند. در مجموع در دو گروه مادران، اختلال وسواسی جبری و اختلال اضطرابی منتشر بیشترین بیماری تشخیص داده شده بود. از طرفی این دو اختلال در کودکان مبتلا به اختلال وسواسی جبری بیشتر دیده شد، ولی به علت محدودیت نمونه‌ها

بودند. ۱۰ درصد پدران در گروه شاهد دچار اختلال وسواسی جبری و ۱۰ درصد دچار اختلال اضطرابی منتشر بودند. ۸۰ درصد پدران کودکان بیمار و ۸۰ درصد پدران گروه شاهد اعتیاد به ماده خاصی نداشتند. در گروه کودکان بیمار، ۲۰ درصد پدران سیگار می‌کشیدند در حالی که ۱۰ درصد پدران در گروه شاهد سیگار مصرف می‌کردند (جدول ۲).

این نتیجه قابل تعمیم نمی‌باشد و پیشنهاد می‌شود در این زمینه تحقیقات بیشتری به عمل آید. طبق مصاحبه‌ی بالینی انجام شده با پدران دو گروه، در گروه بیماران ۷۰ درصد پدران بدون اختلال روان‌پزشکی بودند اما در مقابل ۸۰ درصد پدران گروه شاهد بدون اختلال روان‌پزشکی بودند. ۲۰ درصد پدران گروه بیمار، مبتلا به اختلال افسرده‌خویی و ۱۰ درصد دارای اختلال وسواسی جبری

جدول ۲- توزیع و مقایسه‌ی میزان فراوانی اختلالات روان‌پزشکی در پدران و مادران کودکان مبتلا و سالم

جنس	کودکان مبتلا			کودکان سالم			P
	افسرده خویی	اضطراب منتشر	اختلال وسواس	جمع هراسی	اختلال وسواس	گروه سالم	
مادران	۳	۹	۹	۳	۶	۲۱	۰/۰۰۴
پدران	۶	۰	۳	۰	۳	۲۴	>۰/۰۵
جمع	۹	۹	۱۲	۰	۹	۴۵	۶۰

بحث و نتیجه‌گیری

معنی‌داری اضطراب صفت (اضطراب پنهان) بیشتری را نسبت به مادران گروه شاهد گزارش کردند. در اضطراب حالت (اضطراب آشکار) مادران کودکان مبتلا به اختلال اضطرابی نمرات نسبتاً مشابهی با مادران گروه شاهد داشتند و تفاوت به حد معنی‌داری نرسید. در بررسی افسردگی مادران با آزمون بک، مادران کودکان مبتلا به اختلال اضطرابی به صورت معنی‌دار افسردگی بیشتری را نسبت به مادران گروه شاهد گزارش کردند. در ارزیابی روان‌پزشکی پدران کودکان مبتلا به اختلال اضطرابی با مصاحبه‌ی بالینی، ۳۰ درصد مبتلا به اختلال اضطرابی یا خلقی می‌باشند در حالی که این درصد در پدران کودکان بدون اختلال اضطرابی ۲۰ درصد بوده است که نشان‌دهنده‌ی بروز بیشتر اختلالات خلقی و اضطرابی در پدران کودکان مبتلا به اختلال اضطرابی است. در ارزیابی اضطراب آشکار و پنهان با آزمون اشیپلر گر، پدران گروه مورد و شاهد تفاوت معنی‌داری نداشتند. در ارزیابی افسردگی با آزمون بک، ۴۰ درصد پدران کودکان مبتلا به اختلالات اضطرابی نمرات بالاتری از حد برش داشته و افسرده طبقه‌بندی شدند که این میزان در گروه شاهد ۱۰ درصد بوده است، اما میانگین نمرات آزمون در دو گروه تفاوت معنی‌داری نداشت.

در پژوهش حاضر در مجموع از بین ۳۰ کودک بیمار مراجعه‌کننده به کلینیک دکتر شیخ از نظر جنسی ۷۰ درصد بیماران دختر و ۳۰ درصد پسر بوده‌اند. هر چند در نمونه‌ی مورد پژوهش، تعدادی از بیماران، بیماران ارجاعی بودند، با توجه به مطالعاتی که الگوهای انتقال اختلالات اضطرابی (پانیک) و خلقی را بین والدین و فرزندان در نمونه‌های ارجاعی و غیرارجاعی مقایسه کرده‌اند، می‌توان نتایج این مطالعه را به سطح جامعه تعمیم داد (۳۸). در بین اختلالات تشخیص داده شده در کودکان، ۵۰ درصد اختلال وسواسی جبری، ۲۰ درصد اختلال اضطرابی منتشر، ۱۰ درصد هراس اجتماعی و ۲۰ درصد مبتلا به اختلال اضطرابی که به گونه دیگری مشخص نشده (NOS) بودند.

بر اساس مصاحبه‌ی روان‌پزشکی ۸۰ درصد مادران کودکان مبتلا به اختلالات اضطرابی مبتلا به یک اختلال اضطرابی یا خلقی می‌باشند. در حالی که این درصد در مادران کودکان بدون اختلال اضطرابی ۳۰ درصد بوده است. شایع‌ترین تشخیص‌های مادران گروه بیمار اختلال اضطرابی منتشر و اختلال وسواسی جبری می‌باشد. در ارزیابی اضطراب با آزمون اشیپلر گر، مادران کودکان مبتلا به اختلال اضطرابی به صورت

در این پژوهش همانند اکثر مطالعات پیشین ارتباط خانوادگی در اختلالات اضطرابی کودکان به دست آمد (۴۰، ۳۹، ۲). هر چند در برخی مقالات این ارتباط تایید نشده است (۴۱)، لیکن تعداد آن‌ها اندک می‌باشد. الگوی انتقال خانوادگی در بسیاری اختلالات روان‌پزشکی دیگر نیز بررسی شده است. از جمله ارتباط خانوادگی قوی بین اختلالات خلقی والدین و کودکان دیده شده است (۴۲). بررسی‌ها اگرچه نتوانسته‌اند لکوس ژنتیک خاصی را برای روشن کردن الگوی انتقال خانوادگی روشن نمایند، لیکن مطالعات کنترل‌شده انتقال خانوادگی زیرگروه‌های عمده‌ی اختلالات اضطرابی را معلوم کرده‌اند (۴۳). در پاره‌ای از این مطالعات جدای از تأثیرات وراثتی، گسست ایجاد شده در ساختار خانواده به علت بیماری والد و عدم دسترسی به وی، ناامیدی کودک از بهبودی او، ترس کودک از ابتلا به بیماری والدش و کنار آمدن با واقعیت داشتن پدر یا مادری ناتوان را در ایجاد الگوی خانوادگی انتقال موثر می‌دانند (۴۴). به علاوه یادگیری اضطراب از والدین نیز می‌تواند نقشی قوی در پیشرفت اضطراب کودکان داشته باشد. الگو برداری از والدین، انتقال اطلاعات والدین و تقویت رفتارهای اضطرابی کودکان توسط والدین سه مکانیزم پیشنهادی این پیشرفت می‌باشند (۵). در مطالعه‌ی حاضر ارتباط خانوادگی به ویژه بین مادران و کودکان مبتلا به اختلالات اضطرابی مشاهده گردید و ارتباط معنی‌داری بین اختلالات پدران و کودکان به دست نیامد. ارتباط خانوادگی بین اختلالات اضطرابی پدران و فرزندان در معدودی مطالعات به دست آمده است (۴۵)، لیکن در اغلب مطالعات ارتباط بین اختلالات افسردگی و اضطراب مادران و کودکان به صورت معنی‌داری بیشتر از پدران گروه مورد و والدین گروه شاهد بوده است (۴، ۸، ۴۸-۴۶). علت این تفاوت را به دلایل مختلف می‌توان توجیه نمود. یک علت آن می‌تواند با ارتباط ژنتیک توجیه شود، هم‌چنان که شیوع اختلالات خلقی در خانواده‌ها نیز از الگوی مشابهی پیروی می‌کنند که با توجه به مشابهت الگوی بیولوژیک اختلالات افسردگی و اضطرابی نکته‌ی قابل توجهی می‌باشد (۴۹). علاوه بر انتقال ژنتیک

آسیب‌پذیری نسبت به اختلالات اضطرابی، ممکن است مادران به علت ارتباط گسترده‌تر با کودکان نقش بیشتری در بروز یا تداوم اختلال در کودکان داشته باشد، در حالی که پدران معمولاً به علت اشتغال و درگیری‌های کاری و زندگی روزمره معمولاً زمان کمتری را در منزل و با کودکان می‌گذرانند. هر چند در تعدادی از تحقیقات رابطه‌ی معنی‌دار بین تأثیر مادر در محیط خانواده و نقش وی در تربیت کودک سالم یا مضطرب و وجود اختلالات خلقی و اضطرابی در کودک تایید نشده است و الگوی قوی انتقال خانوادگی اختلال به آسیب‌پذیری سرشتی کودکان نسبت داده شده است (۵۰، ۸)، لیکن در جهت تایید نقش مادر در بروز اختلالات روان‌پزشکی در کودک می‌توان به اهمیت پیدایش دلبستگی ایمن^۱ در کودک اشاره کرد. ارتباط انواع دلبستگی غیرایمن با اختلالات عمده‌ی روان‌پزشکی و از جمله دسته‌ی اختلالات اضطرابی در کودکان بارها مورد تاکید قرار گرفته است (۵۱، ۵۲). پرواضح است که اختلالات عمده‌ی روان‌پزشکی مادر بر کیفیت ایجاد دلبستگی کودک موثر هستند (۵۳) و این می‌تواند توضیحی برای ارتباط محکم بین وجود اختلالات افسردگی و اضطراب در مادران و کودکان‌شان باشد. به علاوه اختلال خلقی و اضطرابی مادر ممکن است نتیجه‌ی برخورد نزدیک‌تر و تلاش در جهت کنترل کودک مضطرب نیز تلقی شود. در مقایسه‌ی این پژوهش با مطالعه‌ی کوپر^۲ و همکاران، هماهنگی جالب‌توجهی بین نتایج به دست آمده وجود دارد. کوپر به این نتیجه می‌رسد که اختلالات اضطرابی در مادران کودکان مضطرب در مقایسه با مادران کودکان بدون اختلال روان‌پزشکی شایع‌تر است (۴). در مطالعه‌ی اخیر نیز شیوع بیشتر اختلالات خلقی و اضطرابی در مادران کودکان دچار اختلال اضطرابی مشاهده شد. تأثیر درمان والدین و ایجاد تعادل و آرامش در محیط خانواده و حفاظت کودکان از ابتلا به اختلالات روان‌پزشکی در درمان اختلالات روانی این کودکان و بهبود عملکرد ایشان مفید واقع می‌شود (۵۴). گذشته از آن که اختلالات روان‌پزشکی والدین در تمام مرحله رشد و تکامل

¹Secure Attachment

²Cooper

اختلال اضطرابی نسبت به کودکان سالم شایع‌تر است. اما در این بررسی نتوانستیم اختلاف معنی‌داری بین شیوع اختلالات روان‌پزشکی در پدران گروه بیمار و شاهد به دست آوریم. مطالعه‌ی انجام شده دارای محدودیت‌هایی بود، در بررسی آماری انجام شده از آن‌جا که تقسیم گروه‌ها به دسته‌های مختلف بالینی از نظر افسردگی و اضطراب باعث کاهش حجم نمونه‌ها در زیر گروه‌ها می‌شد و آنالیز آماری را غیر ممکن می‌نمود مطالعه محدود به مقایسه‌ی میانگین نمرات دو گروه شد و در نهایت مطالعه تنها در یک مرکز انجام شد. ضروری است در مطالعات آتی این نواقص در طراحی تحقیق مد نظر باشند.

تشکر و قدردانی

نویسندگان این مقاله از تمامی مادران و پدرانی که در این پژوهش مشارکت صمیمانه داشتند کمال امتنان را دارند. ضمناً از سرکار خانم دکتر مریم حسینی که در انجام پژوهش تلاش و پیگیری فراوان داشتند بسیار سپاسگزار می‌شود. نویسندگان هیچ‌گونه تضاد منافی با نتایج در انجام این تحقیق نداشتند و این تحقیق پس از تایید کمیته‌ی اخلاق دانشگاه علوم پزشکی مشهد انجام شده است.

کودک حتی در مرحله‌ی پیش از تولد بر آسیب‌شناسی روانی او به طور معنی‌داری موثرند (۵۶،۵۵)، حتی تحقیقات تاثیر اختلالات روانی والدین در ابتلای بیشتر کودکان به اختلال جسمانی را نیز تایید کرده‌اند. هم‌چنان که کرامر در بررسی خود پیرامون مشکلات جسمی عمومی در کودکان والدین افسرده به این نتیجه می‌رسد که افسردگی والدین با اختلالات جسمی و بستری شدن کودکان این والدین همراه است (۱۳) یا در جایی دیگر لویسون در تحقیق خود پیرامون اختلالات روان‌شناختی کودکان والدین افسرده به این نتیجه می‌رسد که افسردگی در مادران با علائم فیزیکی بیشتری در دوران نوجوانی کودکان همراه است، هم‌چنین این کودکان با استرس‌ورهای ضعیف‌تری در طول زندگی نیاز بیشتری به خدمات پزشکی در ابتدای جوانی پیدا می‌کنند (۱۷). در نتیجه کودکان والدین افسرده در ابعاد بیشتری در اجتماع آسیب می‌بینند و اختلال عملکرد پیدا می‌کنند، لذا تشخیص و درمان زودرس اختلالات روان‌پزشکی والدین می‌تواند کمک به سزایی به سیستم بهداشتی درمانی کرده و هم‌چنین باعث شود این کودکان از نظر روانی - جسمی سالم‌تر بوده و زندگی کامل‌تری داشته باشند. در بررسی فوق به این نتیجه رسیدیم که اختلالات اضطرابی و خلقی در مادران کودکان دچار

References

1. Bastiaansen D, Koot HM, Ferdinand RF, Verhulst FC. Quality of life in children with psychiatric disorders: Self, parent, and clinician report. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2004; 43(2): 221-30.
2. Hirshfeld-Becker DR, Biederman J. Rationale and principles for early intervention with young children at risk for anxiety disorders. *Clin Child Fam Psychol Rev* 2002; 5(3): 161-72.
3. Victor AM, Bernat DH, Bernstein GA, Layne AE. Effects of parent and family characteristics on treatment outcome of anxious children. *J Anxiety Disord* 2007; 21(6): 835-48.
4. Cooper PJ, Fearn V, Willetts L, Seabrook H, Parkinson M. Affective disorder in the parents of a clinic sample of children with anxiety disorders. *J Affect Disord* 2006; 93(1-3): 205-12.
5. Fisak B, Grills-taquechel AE. Parental modeling, reinforcement, and information transfer: Risk factor in the development of child anxiety? *Clin Child Family Psychol Rev* 2007; 10(3): 213-31.
6. Moore PS, Whaley SE, Sigman M. Interactions between mothers and children: Impacts of maternal and child anxiety. *J Abnorm Psychol* 2004; 113(3): 471-6.
7. Turner SM, Beidel DC, Roberson-Nay R, Tervo K. Parenting behaviors in parents with anxiety disorders. *Behav Res Ther* 2003; 41(5): 541-54.
8. McClure EB, Brennan PA, Hammen C, Le Brocque RM. Parental anxiety disorders, child anxiety disorders, and the perceived parent-child relationship in an Australian high-risk sample. *J Abnorm Child Psychol* 2001; 29(1): 1-10.
9. Fyer AJ, Mannuzza S, Chapman T, Martin LY, Klein DF. Specificity in familial aggregation of phobic disorders. *Arch Gen Psychiatry* 1995; 52: 564-73.

10. Hettrema JM, Neale MC, Kendler KS. A review and meta-analysis of the genetic epidemiology of anxiety disorders. *Am J Psychiatry* 2001; 58: 1568-78.
11. Beidel DC, Turner SM. At risk for anxiety: I. Psychopathology in the offspring of anxious parents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1997; 36(7): 918-24.
12. Biederman J, Petty C, Hirshfeld-Becker DR, Henin A, Faraone SV, Dang D, et al. A controlled longitudinal 5-year follow-up study of children at high and low risk for panic disorder and major depression. *Psychol Med* 2006; 36(8): 1141-52.
13. Kramer RA, Warner V, Olfson M, Ebanks CM, Chaput F, Weissman MM. General medical problems among the offspring of depressed parents: A 10-year follow-up. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1998; 37(6): 602-11.
14. Weissman MM, Wickramaratne P, Nomura Y, Warner V, Pilowsky D, Verdelli H. Offspring of depressed parents: 20 years later. *Am J Psychiatry* 2006; 163(6): 1001-8.
15. Williamson DE, Birmaher B, Axelson DA, Ryan ND, Dahl RE. First episode of depression in children at low and high familial risk for depression. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2004; 43(3): 291-7.
16. Lieb R, Isensee B, Hofler M, Pfister H, Wittchen HU. Parental major depression and the risk of depression and other mental disorders in offspring: A prospective-longitudinal community study. *Arch Gen Psychiatry* 2002; 59(4): 365-74.
17. Lewinsohn PM, Olin TM, Klein DN. Psychosocial impairment in offspring of depressed parents. *Psychol Med* 2005; 35(10): 1493-503.
18. Klein DN, Lewinsohn PM, Rohde P, Seeley JR, Olin TM. Psychopathology in the adolescent and young adult offspring of a community sample of mothers and fathers with major depression. *Psychol Med* 2005; 35(3): 353-65.
19. Lieb R, Bronisch T, Hofler M, Schreier A, Wittchen HU. Maternal suicidality and risk of suicidality in offspring: Findings from a community study. *Am J Psychiatry* 2005; 162(9): 1665-71.
20. Halligan SL, Murray L, Martins C, Cooper PJ. Maternal depression and psychiatric outcomes in adolescent offspring: A 13-year longitudinal study. *J Affect Disord* 2007; 97(1-3): 145-54.
21. Ferro T, Verdelli H, Pierre F, Weissman MM. Screening for depression in mothers bringing their offspring for evaluation or treatment of depression. *Am J Psychiatry* 2000; 157(3): 375-9.
22. Masi G, Favilla L, Mucci M. Generalized anxiety disorder in adolescents and young adults with mild mental retardation. *Psychiatry* 2000; 63(1): 54-64.
23. Bussing R, Burket RC. Anxiety and intrafamilial stress in children with hemophilia after the HIV crisis. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1993; 32(3): 562-7.
24. Orvaschel H, Puig-Antich J. Schedule for affective disorders and schizophrenia for school-age children (6-18). Epidemiologic version (K-SADS-E). 4th ed. Fort Lauderdale: Nova University center for psychological study; 1987. [cited 1987]. Available from: <http://www.moodykids.org>
25. Roberts N, Vargo B, Ferguson HB. Measurement of anxiety and depression in children and adolescents. *Psychiatr Clin North Am* 1989; 12(4): 837-60.
26. Mannuzza S, Fyer A, Klein D, Endicott J. Schedule for affective disorders and schizophrenia-lifetime version modified for the study of anxiety disorders (SADS-LA): Rationale and conceptual development. *J Psychiatr Res* 1986; 20: 317-25.
27. Alexander D, Powell GM, Williams P, White M, Conlon M. Anxiety levels of rooming-in and non-rooming-in parents of young hospitalized children. *Matern Child Nurs J* 1988; 17(2): 79-99.
28. Heiney SP, Bryant LH, Walker S, Parrish RS, Provenzano FJ, Kelly KE. Impact of parental anxiety on child emotional adjustment when a parent has cancer. *Oncol Nurs Forum* 1997; 24(4): 655-61.
29. Laine L, Shulman RJ, Bartholomew K, Gardner P, Reed T, Cole S. An educational booklet diminishes anxiety in parents whose children receive total parenteral nutrition. *Am J Dis Child* 1989; 143(3): 374-7.
30. Lamontagne LL, Hepworth JT, Salisbury MH, Riley LP. Optimism, anxiety, and coping in parents of children hospitalized for spinal surgery. *Appl Nurs Res* 2003; 16(4): 228-35.
31. Mahajan L, Wyllie R, Steffen R, Kay M, Kitaoka G, Dettorre J, et al. The effects of a psychological preparation program on anxiety in children and adolescents undergoing gastrointestinal endoscopy. *J Pediatr Gastroenterol Nutr* 1998; 27(2): 161-5.
32. Sarkar P, Bergman K, O'Connor TG, Glover V. Maternal antenatal anxiety and amniotic fluid cortisol and testosterone: Possible implications for fetal programming. *J Neuroendocrinol* 2008; 20(4): 489-96.
33. Teixeira JM, Fisk NM, Glover V. Association between maternal anxiety in pregnancy and increased uterine artery resistance index: Cohort based study. *BMJ* 1999; 318(7177): 153-7.
34. Ghassenzadeh H, Mojtabei R, Karamghadiri N, Ebrahimkhani N. Psychometric properties of a Persian-language version of the Beck depression inventory- Second edition: BDI-II-Persian. *Depression Anxiety* 2005; 21(4): 185-92.

35. Bayat M, Erdem E, Gul KE. Depression, anxiety, hopelessness, and social support levels of the parents of children with cancer. *J Pediatr Oncol Nurs* 2008; 25(5): 247-53.
36. Boles RG, Burnett BB, Gleditsch K, Wong S, Guedalia A, Kaariainen A, et al. A high predisposition to depression and anxiety in mothers and other matrilineal relatives of children with presumed maternally inherited mitochondrial disorders. *Am J Med Genet B Neuropsychiatr Genet* 2005; 137(1): 20-4.
37. Unlu G, Aras S, Guvenir T, Buyukgebiz B, Bekem O. [Family functioning, personality disorders, and depressive and anxiety symptoms in the mothers of children with food refusal]. *Turk Psikiyatri Derg* 2006; 17(1): 12-21. (Turkish)
38. Biederman J, Monuteaux MC, Faraone SV, Hirshfeld-Becker DR, Henin A, Gilbert J, et al. Does referral bias impact findings in high-risk offspring for anxiety disorders? A controlled study of high-risk children of non-referred parents with panic disorder/agoraphobia and major depression. *J Affect Disord* 2004; 82(2): 209-16.
39. Capps L, Sigman M, Sena R, Henker B, Whalen C. Fear, anxiety and perceived control in children of agoraphobic parents. *J Child Psychol Psychiatry* 1996; 37(4): 445-52.
40. Jalenques I, Coudert AJ. [Anxiety disorders in children: Do any risk factors exist?]. *Ann Pediatr* 1990; 37(8): 487-95. (French)
41. Mannuzza S, Klein RG, Moulton JL, Scarfone N, Malloy P, Vosburg SK, et al. Anxiety sensitivity among children of parents with anxiety disorders: A controlled high-risk study. *J Anxiety Disord* 2002; 16(2): 135-48.
42. Beardslee WR, Keller MB, Lavori PW, Staley J, Sacks N. The impact of parental affective disorder on depression in offspring: A longitudinal follow-up in a non referred sample. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1993; 32(4): 723-30.
43. Merikangas KR, Low NC. Genetic epidemiology of anxiety disorders. *Hand Exp Pharmacol* 2005; 169: 163-79.
44. Meadus RJ, Johnson B. The experience of being an adolescent child of a parent who has a mood disorder. *J Psychiatr Ment Health Nurs* 2000; 7(5): 383-90.
45. Hughes AA, Hedtke KA, Kendall PC. Family functioning in families of children with anxiety disorders. *J Fam Psychol* 2008; 22(2): 325-8.
46. Black DW, Gaffney GR, Schlosser S, Gabel J. Children of parents with obsessive-compulsive disorder: A 2-year follow-up study. *Acta Psychiatr Scand* 2003; 107(4): 305-13.
47. Bogels SM, Van OA, Muris P, Smulders D. Familial correlates of social anxiety in children and adolescents. *Behav Res Ther* 2001; 39(3): 273-87.
48. Kain ZN, Mayes LC, O'Connor TZ, Cicchetti DV. Preoperative anxiety in children. Predictors and outcomes. *Arch Pediatr Adolesc Med* 1996; 150(12): 1238-45.
49. Currier D, Mann MJ, Oquendo MA, Galfalvy H, Mann JJ. Sex differences in the familial transmission of mood disorders. *J Affect Disord* 2006; 95(1-3): 51-60.
50. Merikangas KR, Avenevoli S, Dierker L, Grillon C. Vulnerability factors among children at risk for anxiety disorders. *Biol Psychiatry* 1999; 46(11): 1523-35.
51. Armsden GC, McCauley E, Greenberg MT, Burke PM, Mitchell JR. Parent and peer attachment in early adolescent depression. *J Abnorm Child Psychol* 1990; 18(6): 683-97.
52. Abela JR, Hankin BL, Haigh EA, Adams P, Vinokuroff T, Trayhern L. Interpersonal vulnerability to depression in high-risk children: The role of insecure attachment and reassurance seeking. *J Clin Child Adolesc Psychol* 2005; 34(1): 182-92.
53. Sadock BJ, Sadock VA. Kaplan and Sadock's synopsis of psychiatry: Behavioral sciences/ clinical psychiatry. 10th ed. Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins; 2007: 140.
54. Gunlicks ML, Weissman MM. Change in child psychopathology with improvement in parental depression: Systematic review. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2008; 47(4): 379-89.
55. O'Connor TG, Ben-Shlomo Y, Heron J, Golding J, Adams D, Glover V. Prenatal anxiety predicts individual differences in cortisol in pre-adolescent children. *Biol Psychiatry* 2005; 58(3): 211-7.
56. Biederman J, Faraone SV, Hirshfeld-Becker DR, Friedman D, Robin JA, Rosenbaum JF. Patterns of psychopathology and dysfunction in high-risk children of parents with panic disorder and major depression. *Am J Psychiatry* 2001; 158(1): 49-57.

Case-control study of anxiety and depression on parents of children with anxiety disorders

*Atefeh Soltanifar¹, Amir Rezaei Ardani², Seyyed Morteza Jafarzadeh Fadaki³, Azadeh Soltanifar⁴

Abstract

Introduction: Anxiety disorder is one of the prevalent disorders among children which could be the cause of many dysfunctions. As many researches have shown the family structure for anxiety disorders, this study is aimed at investigating the frequency of anxiety and depressive disorders in the parents of children with anxiety and comparing it with the control group.

Materials and Methods: In this case-control study, the parents of 30 children which had been diagnosed as an anxiety case by child psychiatrist in Dr. Sheikh Hospital and 30 children without any psychiatric disorder with the age range of 3 to 12 were tested employing Beck Depression Inventory and Spielberger state trait anxiety inventory to evaluate the severity and frequency of depressive and anxiety disorders.

Results: The frequency of depression in patients' mothers was significantly higher than the control group ($P=0.002$) whereas the results among fathers showed no meaningful difference. The frequency of trait anxiety was significantly higher ($P=0.004$) in patients' mothers in comparison to the control group; however, this revealed no meaningful difference among fathers of the two groups. Although, the frequency of state anxiety in both fathers and mothers of the control group was a little higher than the patient's parents, this showed no significant difference.

Conclusion: The results of this study showed that the frequency of depressive and anxiety disorder in patient's mothers was higher than the control group. Also, the findings indicated that the mentioned disorders in patients' fathers did not show any significant difference.

Keywords: Anxiety disorder, Children, Depressive disorder, Mothers, Parents

*Corresponding Author:

Address: Ibn-e-Sina Hospital, Bu-Ali Sq, Amel Ave, Mashhad, Iran

E-mail: soltanifara@mums.ac.ir Tel: +985117112722

Received date: Nov. 30, 2008 Accepted date: Feb. 08, 2009

¹Assistant professor of child & adolescent psychiatry, Mashhad University of Medical Sciences, Mashhad, Iran

²Resident of psychiatry, Mashhad University of Medical Sciences, Mashhad, Iran

³Resident of psychiatry, Mashhad University of Medical Sciences, Mashhad, Iran

⁴General physician

Vancouver format for reference:

Soltanifar A, Rezaei Ardani A, Jafarzadeh Fadaki SM, Soltanifar A. Case-control study of anxiety and depression on parents of children with anxiety disorders. *Journal of Fundamentals of Mental Health* 2009; 11(1): 51-60.