

مقاله‌ی پژوهشی

رابطه‌ی بین صفات شخصیتی والدین و نوع اختلال در کودکان مبتلا به اختلالات رفتاری

خلاصه

مقدمه: خصوصیات اعضای خانواده به خصوص والدین می‌تواند رفتار کودک را تحت تاثیر قرار دهد. این پژوهش جهت تعیین ابعاد مختلف صفات شخصیتی والدین کودکان و نوجوانان مبتلا به اختلالات رفتاری و بررسی ارتباط آن‌ها با نوع اختلال انجام شد.

روش کار: در این مطالعه‌ی توصیفی-تحلیلی، ۲۰۰ نفر از مراجعین ۵ تا ۱۵ ساله‌ی مراکز درمانی سرپایی شهر اصفهان در سال ۸۸-۱۳۸۷ به روش آسان انتخاب و اختلال رفتاری آن‌ها توسط روان‌پزشک تشخیص داده شد. نوع بلند پرسش‌نامه‌ی شخصیتی نئو جهت والدین ایشان تکمیل و سپس داده‌ها با آزمون‌های آماری تی مستقل، تحلیل واریانس و تحلیل کوواریانس مورد بررسی قرار گرفتند.

یافته‌ها: اختلالات اضطرابی کودک با صفات پرخاشگری، انعطاف‌پذیری، تلاش برای موفقیت، خویش‌داری، احتیاط در تصمیم‌گیری و نمره‌ی کل آزمون والدین و اختلالات خلقی کودک با صفات نوع‌دوستی، نظم و ترتیب، تلاش برای موفقیت و احتیاط در تصمیم‌گیری و اختلالات رفتار آشفتگی کودک با هیجان مثبت، تخیل، احساسات، تلاش برای موفقیت و نمره‌ی کل آزمون والدین و اختلال دفعی کودک با صفت خویش‌داری والدین ارتباط معنی‌دار داشت ($P < 0/05$).

نتیجه‌گیری: اختلالات رفتاری دوران کودکی با نوع صفات شخصیتی والدین ارتباط دارد.

واژه‌های کلیدی: آسیب‌شناسی روانی، اختلال رفتاری، صفت شخصیتی، کودک، نوجوان، والدین

* سید بدرالدین نجمی

دکترای روان‌شناسی، مرکز تحقیقات علوم رفتاری دانشگاه علوم پزشکی اصفهان

اکبر حسن‌زاده

مریی گروه آمار و اپیدمیولوژی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان

* مولف مسئول:

ایران، اصفهان، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، مرکز تحقیقات علوم رفتاری

تلفن: ۰۳۱۱۲۲۲۱۳۵

najmi.sb@gmail.com

تاریخ وصول: ۸۸/۱۱/۱۵

تاریخ تایید: ۸۹/۳/۳۱

پی‌نوشت:

این مطالعه پس از تایید و با حمایت مالی کمیته‌ی پژوهشی و اخلاق دانشگاه علوم پزشکی اصفهان انجام شده و با منافع نویسنده‌گان ارتباطی نداشته است. از تمام کارکنان درمانگاه تخصصی مشاوره و بهداشت روان کودک دانشگاه و پزشکان متخصص شاغل در اصفهان به خاطر همکاری صمیمانه در معرفی بیماران، تقدیر و تشکر می‌گردد.

Original Article

On the relationship between personality traits of parents and type of the behavioral disorders of children

Abstract

Introduction: Family members' characteristics, especially parents' personality traits can affect children's behavior. This study was conducted to clarify different dimensions of personality traits in parents of children and adolescents suffering from behavioral disorders and assess its relationship with type of the disorder.

Materials and Methods: In this descriptive-analytical study, 200 children aged 5 to 15 referring to psychiatric outpatient clinics in Isfahan city, center of Iran in 2009, were selected by available sampling method and their behavioral disorder was diagnosed by a psychiatrist. Long form of NEO-PI-R questionnaire was full filled by parents. Then data were analyzed using independent t, ANOVA and ANCOVA tests.

Results: Children's anxiety disorder was related with parent's angry-hostility, actions, achievement striving, restraint, deliberation traits and total score; children's mood disorder was related with parent's altruism, order, achievement striving and deliberation traits; children's disorganized behavioral disorder was related with parent's positive emotions, fantasy, feelings, achievement striving traits and total score ; and children's excretion disorder was related with parent's restraint_trait ($P<0.05$).

Conclusion: Behavioral disorders of children are related to parent's personality traits.

Keywords: Adolescent, Behavior disorder, Child, Parents, Personality traits, Psychopathology

**Seyyed Badroddin Najmi*

Ph.D. in psychology, Behavioral Sciences Research Center of Isfahan University of Medical Sciences

Akbar Hassanzadeh

Instructor of statistic and epidemiology, Isfahan University of Medical Sciences

*Corresponding Author:

Behavioral Sciences Research Center, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran
Tel: +983112222135

najmi.sb@gmail.com

Received: Feb. 04, 2009

Accepted: Jun. 21, 2010

Acknowledgement:

This study was approved and financially supported by research committee of Isfahan University of Medical Sciences. The authors had no conflict of interest with the results.

Vancouver referencing:

Najmi SB, Hassanzadeh A. On the relationship between personality traits of parents and type of the behavioral disorders of children. *J Fundam Mental Health*. 2010;12(46):522-33.

مقدمه

در تحقیقات متعدد علاوه بر اشاره به اهمیت دو بعد رفتاری والدین نسبت به کودک (پذیرش-رد، آزاد گذاشتن-محدود کردن) به روابط خانوادگی عمدتاً متمرکز بر تاثیر والدین بر کودکان‌شان نیز تاکید شده است. ویژگی‌های شخصیتی والدین و روش‌های تربیت کودک، تعیین‌کننده‌ی اولیه شخصیت در نوجوانی و بزرگسالی او تلقی می‌شوند. البته این یک رویکرد یک‌سویه می‌باشد که از اثر خصوصیات منحصر به فرد کودک بر دیگران غافل مانده است، لذا امروزه بیشتر روابط دوسویه مطرح می‌باشد. در یک رویکرد دوسویه، الگوهای منحصر به فرد رفتاری شخص با تمرکز بر روابط متقابل بین دو فرد تبیین می‌گردد. تاثیرهای دوسویه به این معنی است که الگوهای مشترک منحصر به فرد از تعامل، عاطفه و ادراک بین دو شخص بیش از اعمال، عواطف و افکار هر یک به تنهایی، بیان می‌دارند که چه چیزی احتمال دارد بر رشد کودک یا نوجوان اثر بگذارد (۱).

شخصیت افراد خانواده به ویژه والدین از جمله عناصر مداخله‌کننده در روابط بین شخصی است. شخصیت، یک سازه‌ی کلی است که از مجموعه ویژگی‌های فردی تشکیل می‌گردد و به سه عامل تفکر، عواطف و رفتارهای بیرونی قابل مشاهده که در تعامل با عناصر محیط ایفای نقش می‌نماید، اشاره دارد (۲). یکی از مهم‌ترین عوامل محیطی، خانواده است که بعد کارکردی آن در مطالعه‌های مختلف مورد تامل قرار گرفته است. والدین با رفتارهای خود، آفریننده‌ی موقعیت‌هایی هستند که رفتارهای خاص را در فرزندان برمی‌انگیزند و یا سرمشق‌هایی را برای الگوسازی در اختیار آن‌ها قرار داده و یا به تشویق دسته‌ی خاصی از رفتارها می‌پردازند (۲).

در سال‌های اخیر توجه خاصی نسبت به دو نظریه‌ی ابعادی اساسی در ساختار شخصیت طبیعی معطوف شده است: الف-الگوی پنج عاملی^۱ که منجر به تهیه‌ی پرسش‌نامه تجدید

نظر شده‌ی شخصیت نئو^۲ گردید (۳). ب-الگوی روان زیست شناختی هفت عاملی^۳ که ساخت پرسش‌نامه‌ی منش و سرشت^۴ (TCI) نتیجه‌ی آن بود (۴).

یکی از نظریه‌های غالب در حوزه‌ی شخصیت، رویکرد صفات به شخصیت به شمار می‌رود. فرض اصلی دیدگاه صفات این است که انسان دارای آمادگی‌های گسترده‌ای است و به شیوه‌ی خاصی به محرک‌ها پاسخ می‌دهد. تمامی نظریه‌پردازان صفات با اندکی تفاوت در روش پژوهش و سازه‌انگاشتن صفت، اعتقاد دارند که صفت، عنصر اساسی شخصیت انسان است (۲).

کوستا و مک‌کری^۵ در الگوی نظری پیشنهادی خود برای پنج عامل اصلی علاوه بر قایل بودن به یک مبنای زیستی (تفاوت‌های رفتاری مربوط به پنج عامل به عواملی مانند ژن‌ها و ساختار مغز مرتبط است) می‌گویند این عوامل در طول زندگی بر سازه‌های مختلفی چون خودپنداره، باورهای خودکارآمدی و ویژگی‌های مربوط به سازگاری چون نگرش‌ها و اهداف شخصی، اثر گذاشته و انتخاب‌ها و تصمیم‌های فرد را تحت تاثیر قرار می‌دهند (۳). در این خصوص مطالعه‌ی رابطه‌ی صفات شخصیتی والدین با مشکلات رفتاری فرزندان قابل بررسی است.

نیک^۶ می‌نویسد: نقش ویژه‌ی آسیب‌شناسی روانی و صفات شخصیتی والدین در پیش‌گویی مشکلات رفتاری برون‌ریزانه‌ی کودک هنوز ناشناخته است. وی در مطالعه‌ی خود ارتباطی بین تشخیص‌های روان‌پزشکی والدین که مبتنی بر ویراست سوم راهنمای تشخیصی و آماری بیماری‌های روانی بوده است با اختلال نقص توجه‌بیش‌فعالی کودک نیافت. او می‌افزاید که وظیفه‌شناسی زیاد مادرانه با سطوح پایین پرخاشگری در این کودکان ارتباط داشته است. تاریخچه‌ی اختلال اضطراب منتشر در مادر با سطح پایین‌تر هر ۳ دسته رفتار برون‌ریزانه‌ی کودک مرتبط بود. صفات والدین و مادری کردن به‌طور توام، تقریباً نیمی از واریانس را در کودکان با عدم

^۲ Revised NEO Personality Inventory^۳ Seven Factor Psychobiological^۴ Temperament and Character Inventory^۵ McCrae, Costa^۶ Nigg^۱ Five Factor Model

انفرادی این ابعاد می‌نویسد ارتباط میان صفات مزاجی کودک و آسیب‌شناسی روانی او می‌تواند بر مزاج والدین متکی باشد (۹). تحقیقات زیادی به ارتباط میان خصوصیات خلقی کودک و آسیب‌شناسی روانی کودک اشاره دارد. مشاهده شده است که تنوع‌طلبی کودکان و نوجوانان با مشکلات برون‌ریزی و رفتارهای ضداجتماعی زود هنگام آنان مرتبط است (۱۰، ۱۱).

به طور خلاصه مطالعه‌های صورت گرفته به بررسی ارتباط ابعاد خاصی از شخصیت چون الگوی دلبستگی والدین و یا ویژگی روان‌آزرده‌خویی پرداخته‌اند و یا این‌که گروه خاصی از اختلالات کودکی را مورد توجه قرار داده‌اند. هم‌چنین در برخی از تحقیقات پیوندهای کمی بین آسیب‌شناسی روانی کودک و شخصیت والدین به دست آمده است. هدف مطالعه‌ی حاضر، استفاده از جامع‌ترین ابزار موجود برای سنجش صفات بنیادی شخصیت والدین با عوامل متعدد به منظور تعیین ارتباط احتمالی این عوامل با ۵ گروه از اختلال‌های روانی شایع در کودکان می‌باشد.

روش کار

مطالعه‌ی حاضر از نوع توصیفی تحلیلی (مقطعی) است که در جامعه‌ی پژوهشی مراکز درمان خصوصی و دولتی سرپایی و بستری شهر اصفهان در سال ۱۳۸۸-۱۳۸۷ انجام شد. نمونه‌های مورد نیاز به روش آسان و با مراجعه‌ی مستمر و پی‌درپی از میان تمام مراجعین به مراکز یاد شده انتخاب شدند که توسط روان‌پزشک مرکز، یک تشخیص بالینی براساس چهارمین ویراست راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی (اختلال رفتار آشفته، اختلال نقص توجه‌بیش‌فعالی، اختلال‌های اضطرابی، اختلال‌های دفعی)^۱ را دریافت دریافت نموده بودند. حجم نمونه (با توجه به Z ضریب اطمینان ۹۵ درصد یعنی ۱/۹۶، S (برآوردی از انحراف معیار نمره‌ی هر یک از ابعاد پنج‌گانه‌ی صفات است) که حداکثر ۳۲ نمره می‌باشد و d (میزان دقت) که در این جا ۵ نمره در نظر گرفته شده است) محاسبه گردید که به‌منظور جبران خطاهای احتمالی در پرسش‌نامه‌ها، ۲۰۰ مورد (بیمار) دارای هر دو والد در نظر گرفته شدند.

همکاری تبیین می‌کند. در مادران پسران مبتلا به اختلال نقص توجه‌بیش‌فعالی، رفتار پرخاش‌گرانه، اضطراب و افسردگی بیشتری مشاهده شد. این مطالعه به آسیب‌پذیری زیست‌شناختی اشاره داشته و رفتار والدین را منعکس‌کننده‌ی صفات شخصیتی، تاریخچه‌ی رشدی و فلسفه‌ی پرورش کودک توسط والدین معرفی می‌کند (۵).

وی در مطالعه‌ی دیگری که با در نظر گرفتن هم‌بودی اختلال نافرمانی مقابله‌جویانه^۲ و اختلال سلوک^۳ با اختلال نقص توجه بیش‌فعالی انجام داد، دریافت که در مقایسه با گروه بدون تشخیص، والدین پسرای که نافرمانی و یا اختلال سلوک را به‌طور هم‌زمان با اختلال نقص توجه‌بیش‌فعالی داشتند، در مقیاس شخصیت نئو توافق‌پذیری پایین، روان‌آزرده‌خویی^۴ بالا و اضطراب از خود نشان می‌دادند. هم‌چنین مشاهده شد بین روان‌آزرده‌خویی مادر با پرخاش‌گری کودک مبتلا به اختلال نقص توجه‌بیش‌فعالی و پذیرا بودن تجربه در والدین با شیوع بالای رفتارهای ضداجتماعی در کودک رابطه‌ی معنی‌داری وجود دارد (۶).

ون‌هوک^۵ و همکاران، در مطالعه‌ی خود بر روی کودکان مبتلا به انواع بی‌اختیاری ادراری دریافتند والدین کودکان مبتلا به بی‌اختیاری ادراری ترکیبی نسبت به والدین کودکان گروه سالم نمره‌های کمتری را در اوصاف باوجدان بودن^۶ و وظیفه‌شناسی از مقیاس شخصیت نئو و نمره‌های بیشتری را در روان‌آزرده‌خویی کسب می‌کردند (۷). دکلارک^۶ و همکاران، در مطالعه‌ی خود دریافتند صفات ناسازگارانه بر مشکلات برون‌ریزی و درون‌ریزی و کنترل منفی والدین بر مشکلات برون‌ریزی اثرات مثبت داشته است. آن‌ها می‌افزایند بین بی‌ثباتی عاطفی و عدم توافق‌پذیری با کنترل منفی والدین تعامل معنی‌داری وجود دارد (۸). رتو^۷ در خلاصه نتایج مطالعه‌ی خود با هدف آزمون فرضیه‌ی تعامل ابعاد مزاجی والدین و کودک برای پیش‌گویی سطوح آسیب‌شناسی روانی کودک بعد از کنترل اثرات

^۱Oppositional Defiant Disorder

^۲Conduct Disorder

^۳Neuroticism

^۴Van Hoeke

^۵Conscientiousness

^۶Declercq

^۷Rattew

^۸Excretion Disorders

معیارهای ورود شامل موارد زیر است:

- ۱- کودکان از هر دو جنس در دامنه‌ی سنی ۱۵-۵ سال باشند.
- ۲- تشخیص محور یک در پرونده‌ی بیمار درج شده باشد.
- ۳- سواد والدین حداقل در سطح سوم راهنمایی باشد.
- ۴- والدین هر دو در قید حیات باشند.
- ۵- کودک مواجه با طلاق والدین نباشند.
- ۶- کودکان در خانواده به فرزندخواندگی پذیرفته نشده باشند.
- ۷- هر دو والد در خانواده حضور مداوم داشته باشند.
- ۸- والدین، تعارض مزمن با یک‌دیگر نداشته باشند (منظور از تعارض مزمن، مراجعه‌ی مکرر به اماکن انتظامی، طرح دادخواست طلاق و موارد مشابه در ۲ سال گذشته بود که بنا به اظهار پاسخ‌گو مورد توجه قرار می‌گرفت).

پس از جلب همکاری والدین (به دنبال تکمیل فرم رضایت اخلاقی مبنی بر آگاهی آن‌ها از اهداف پژوهش، رعایت رازداری از سوی محقق و رعایت اصل حضور داوطلبانه‌ی پاسخ‌گو در پژوهش و دسترسی به تلفن و آدرس سازمانی محقق) پرسشگران اقدام به تکمیل پرسش‌نامه‌ی جمعیت‌شناختی شامل ویژگی‌های فردی مراجعه‌کننده و والدین وی و پرسش‌نامه‌ی پنج عامل بزرگ شخصیت نمودند.

پرسش‌نامه‌ی پنج عامل بزرگ شخصیت نو که از جمله ابزارهای مورد استفاده در حوزه‌ی شخصیت به‌شمار می‌رود یک آزمون شخصیتی با دو فرم (بلند ۲۴۰ سؤالی و کوتاه ۶۰ سؤالی) است که پنج زمینه‌ی اصلی شخصیت را مورد ارزیابی قرار می‌دهد که شامل روان‌آزوده‌خویی (N)، برون‌گرایی^۱ (E)، انعطاف‌پذیری یا گشودگی در برابر تجربه^۲ (O)، توافق‌پذیری^۳ (A) و باوجدان بودن (C) می‌باشند. این ابزار با مقیاس پنج گزینه‌ای لیکرت (از کاملاً موافق تا کاملاً مخالف) پاسخ داده می‌شود. روایی محتوای آن را مک‌کری و کوستا بررسی نموده، پایایی آن را برای عوامل پنج‌گانه (۰/۹۰ تا ۰/۷۶) گزارش نموده‌اند (۱۲). ضرایب آلفای گزارش شده توسط مک‌کری

و کوستا (سازندگان این آزمون) در فرم S (گزارش فردی مقیاس) در مقیاس‌های فرعی بین ۰/۸۱-۰/۵۶ و در فرم R (گزارش دیگران راجع به فرد) بین ۰/۹۲-۰/۶۶ بوده و برای عوامل اصلی O، E و N دارای ضرایب پایایی بالاتری چون ۰/۹۳-۰/۸۶ بوده است (۱۲).

این پرسش‌نامه توسط گروهی بر روی ۲۰۰۰ نفر از جامعه‌ی دانشجویان دانشگاه‌های دولتی ایران با هدف مشخص شدن عوامل ثابت‌تر اجرا شد (۱۳) و ضرایب آلفای آن برای عوامل A، O، E و N و C به ترتیب ۰/۸۶، ۰/۷۳، ۰/۵۶، ۰/۶۸ و ۰/۸۷ محاسبه گردید. با محاسبه‌ی همبستگی بین دو فرم گزارش شخصی S و ارزیابی مشاهده‌گر R به قصد ارزیابی اعتبار ملاکی آزمون در بین عوامل اصلی، حداکثر همبستگی به میزان ۰/۶۶ در عامل برون‌گرایی و حداقل آن به میزان ۰/۴۵ در عامل توافق‌پذیری محاسبه شد. در بین صفات فرعی حداکثر همبستگی به میزان ۰/۷۰ در صفت اعتماد و حداقل آن به میزان ۰/۲۹ در صفت دل‌رحم بودن و انعطاف‌پذیری در احساس‌ها به دست آمد. ضرایب همسانی درونی در عوامل اصلی A، O، E و N و C در نمونه‌ی ایرانی به ترتیب ۰/۸۶، ۰/۷۳، ۰/۵۶، ۰/۶۸ و ۰/۸۷ و در نمونه‌ی آمریکایی ۱۹۹۱، ۰/۹۲، ۰/۸۹، ۰/۸۷، ۰/۸۶ و ۰/۹۰ و در جمعیت عمومی اسپانیا ۰/۸۸، ۰/۸۳، ۰/۸۶، ۰/۶۵، ۰/۸۳ و در دانشجویان اسپانیایی ۰/۸۹، ۰/۸۸، ۰/۸۳، ۰/۷۰، ۰/۸۴ بوده است (۱۳). در نهایت داده‌ها جهت ورود به برنامه‌ی آماری SPSS نسخه‌ی ۱۵ آماده گردید. داده‌های خام پس از ورود، ضمن ترسیم الگوی توصیفی داده‌ها از جمله فراوانی، میانگین‌ها و انحراف استاندارد هر متغیر کمی با آزمون آماری برای گروه‌های مستقل و ANCOVA و ANOVA مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

نتایج

در این مطالعه میانگین سنی آزمودنی‌ها $9/23 \pm 3/02$ سال بود که ۶۱/۷ درصد افراد نمونه را پسران و ۴۹/۲ درصد آن‌ها را فرزندان اول خانواده تشکیل می‌دادند. ۷۴/۳ درصد همراهان بیماران را مادران تشکیل می‌دادند که بر اساس شواهد مندرج در پرونده‌ی درمانی کودکان و گزارش والدین در تکمیل پرسش‌نامه‌ی جمعیت‌شناختی ۱۹/۷ درصد این افراد از سابقه‌ی اختلال‌های اضطرابی (با انواع زیر

^۱Extroversion

^۲Openness

^۳Agreeableness

درمان موفق افسردگی والدین با بهبودی در عملکرد و علایم کودکان اشاره داشته است (۱۵). نینگ به نقش ویژه آسیب‌شناسی روانی و صفات شخصیت والدین در پیش‌گویی مشکلات رفتاری برون‌ریزانه‌ی کودک اشاره داشته که هنوز ناشناخته است. آناستوپولوس و بارکلی^۲ بر بروز بیشتر اختلال‌های روان‌پزشکی (افسردگی و شخصیت ضداجتماعی) در میان بستگان زیستی کودکان اشاره می‌نمایند (۵، ۱۶). با توجه به افزایش خطر ابتلا به انواع اختلال‌های اضطرابی در فرزندان که خویشان مبتلا به این اختلال‌ها دارند به نظر می‌رسد شواهدی مبنی بر تأثیر عوامل ژنتیک وجود دارد (۱۷). هم‌چنین مشاهده شد نمره‌های والدین کودکان مبتلا به اختلال‌های اضطرابی در صفات پرخاش‌گری، تلاش برای موفقیت، خویش‌داری، احتیاط در تصمیم‌گیری و عامل باوجدان بودن بیشتر و در صفت اعمال (که حاکی از عدم تمایل به تنوع و تغییر در مشکل است) پایین‌تر از گروه مقایسه بود. بخش اول یافته‌ها اشاره به رابطه‌ی معنی‌دار صفات ناکارآمد والدین مانند تبلی و بی‌هدفی و مسامحه در انجام امور و بی‌توجهی به پیامدهای تصمیمات دارد. در متون پژوهشی به ارتباط میان سبک فرزندپروری و شخصیت والدین اشاره شده است (۱۸).

مشاهده‌ی اضطراب در کسانی که شباهتی بین خودمان و آنان می‌بینیم و مشاهده‌ی ترس دیگران به عنوان مصداقی از الگوبرداری و یادگیری نیابتی در توجیه رفتارهای اضطرابی کودکان مطرح است. در کنار عوامل پیش از تولد مانند بارداری توام با فشار روانی و جدایی والدین، خشونت‌های خانوادگی، جدایی کودک از والدین و... باید به عوامل پس از تولد مانند عوامل سرشتی-شخصیتی والدین به‌ویژه مادران در شکل‌گیری و تشدید رفتارهای نابهنجار کودک توجه داشت. این عوامل احتمال دلبستگی ناایمن کودک را افزایش داده و زمینه را برای اضطراب روان‌آزرده‌خویانه‌ی کودک فراهم می‌سازند. بفرآ^۳، بارکلی، بوگلز و ملیک^۴ به رابطه‌ی میان ابعاد پرورشی و اضطراب والدین و تشویق آن‌ها از خودمختاری کودک در برابر مراقبت افراطی و

مجموعه‌ی آن بر اساس معیارهای چهارمین ویراست راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی) و ۲/۲ درصد از سابقه‌ی اختلال افسردگی با سطوح مختلف شکایت داشتند.

نتیجه‌ی مقایسه‌ی والدین دو گروه کودکان مبتلا به هر یک از اختلال‌ها و غیرمبتلا به آن اختلال با در نظر گرفتن صفات طبقه‌بندی شده تحت عوامل پنج‌گانه‌ی شخصیتی به تفکیک اختلال در جدول (۱) قابل مشاهده است. مندرجات جدول حاکی از تفاوت والدین افراد مبتلا و غیرمبتلا به اختلال مورد نظر در صفات معینی می‌باشد ($P < 0.05$) که صفات مرتبط با عوامل روان‌آزرده‌خویی، باوجدان بودن و انعطاف‌پذیری به گونه‌های مختلف بین گروه‌ها متفاوت است.

هم‌چنین با اجرای ANCOVA و کنترل اثر متغیر سن والدین مبتلایان به اختلال اضطرابی در عامل با وجدان بودن ($F = 9.07$ و $P = 0.003$) و صفات هیجان‌خواهی ($F = 4.80$ و $P = 0.03$)، توفیق‌گرایی ($F = 8.33$ و $P = 0.004$)، خویش‌داری ($F = 4.66$ و $P = 0.032$) و احتیاط در تصمیم‌گیری ($F = 9.6$ و $P = 0.002$) و مبتلایان به اختلال رفتار آشفته در صفات افسردگی ($F = 6.01$ و $P = 0.051$)، تخیل ($F = 4.15$ و $P = 0.043$) و اعتماد ($F = 9.29$ و $P = 0.002$) و مبتلایان به اختلال نقص توجه‌بیش‌فعالی در صفات افسردگی ($F = 3.76$ و $P = 0.054$) و اعتماد ($F = 5.32$ و $P = 0.022$) و مبتلایان به اختلال خلقی در صفات نظم و ترتیب ($F = 5.31$ و $P = 0.02$) و عامل باوجدان بودن ($F = 5.48$ و $P = 0.020$) با افراد غیرمبتلا در گروه خود تفاوت معنی‌داری داشتند.

بحث و نتیجه‌گیری

در این مطالعه که با هدف مقایسه‌ی میانگین ابعاد مختلف صفات شخصیتی والدین کودکان و نوجوانان مبتلا به انواع اختلالات رفتاری انجام شد، ملاحظه گردید که مشابه مطالعات دیگر پسران نسبت بیشتری از مبتلایان را به خود اختصاص می‌دهند ($P < 0.05$) (۱۳، ۱۴). هم‌چنین تعدادی از مادران، سابقه‌ی مراجعه به درمانگر جهت اختلال‌های اضطرابی و خلقی را داشتند. گانلیکس^۱ نیز در مطالعه‌ی خود به ارتباط

^۲Anastopoulos, Barkly

^۳Befera

^۴Bogels, Malick

^۱Gunlicks

پذیرش و حمایت کودک در برابر انتقاد و طرد وی اشاره کرده‌اند (۲۰، ۱۹).

جدول ۱- مقایسه‌ی صفات شخصیتی والدین کودکان مبتلا به هر یک از اختلال‌های رفتاری مورد مطالعه با گروه غیرمبتلا به آن اختلال

اختلال‌های رفتاری	صفت (عامل)	مبتلا به اختلال انحراف معیار \pm میانگین	غیرمبتلا به اختلال انحراف معیار \pm میانگین	t	P
اختلال‌های اضطرابی	پرخاش‌گری (روان‌آزرده‌خویی)	۱۶/۳۱ \pm ۳/۹	۱۴/۹۳ \pm ۳/۹	۲/۴۱	۰/۰۲
	اعمال (انعطاف‌پذیری)	۱۴/۰۲ \pm ۳/۲۴	۱۴/۹۳ \pm ۳/۱۹	۲/۳۴	۰/۰۲
	تلاش برای موفقیت (باوجدان بودن)	۱۹/۹۸ \pm ۴/۱	۱۸/۲۶ \pm ۴/۲۶	۲/۷۸	۰/۰۰۶
	خویش‌داری (باوجدان بودن)	۱۸/۸۹ \pm ۳/۳	۱۷/۶۳ \pm ۳/۶۴	۲/۴۵	۰/۰۱۵
	احتیاط در تصمیم‌گیری (باوجدان بودن)	۱۹/۵۱ \pm ۴/۱۹	۱۸/۱۱ \pm ۳/۹۳	۲/۳۲	۰/۰۲۱
	نمره‌ی کل (باوجدان بودن)	۱۱۷/۴۶ \pm ۱۶/۲۴	۱۱۰/۹۵ \pm ۱۵/۱۰	۲/۸۰	۰/۰۰۶
اختلال‌های رفتاری آشفته	هیجان‌های مثبت (برون‌گرایی)	۱۴/۳۱ \pm ۴/۴۱	۱۶/۵۲ \pm ۳/۹۹	۲/۲۵	۰/۰۲۵
	تخیل (انعطاف‌پذیری)	۱۶/۲۶ \pm ۴/۹۴	۱۹/۶۳ \pm ۳/۶۵	۳/۶۲	۰/۰۰۱
	احساسات (انعطاف‌پذیری)	۱۷/۵۲ \pm ۵/۰۷	۲۰/۶۶ \pm ۳/۱۴	۳/۸۲	۰/۰۰۱
	نمره کل (انعطاف‌پذیری)	۱۰۶/۸۹ \pm ۲۰/۲۹	۱۱۵/۵۶ \pm ۱۳/۵۴	۲/۴۹	۰/۰۰۱
بیش‌فعالی نقص توجه	تلاش برای موفقیت (باوجدان بودن)	۱۶/۸۹ \pm ۴/۲۴	۱۹/۳۴ \pm ۴/۲	۲/۴۰	۰/۰۱۷
	افسردگی (روان‌آزرده‌خویی)	۱۸/۳۲ \pm ۳/۹۴	۱۶/۵۳ \pm ۴/۶۴	۲/۲۸	۰/۰۲۳
	اعتماد (دل‌پذیر بودن)	۱۸/۰۶ \pm ۳/۹۹	۱۹/۶۲ \pm ۳/۸۴	۲/۲۹	۰/۰۲۳
اختلال‌های دفعی	خویش‌داری (باوجدان بودن)	۱۶/۶۶ \pm ۳/۰۶	۱۸/۴۱ \pm ۳/۵۴	۲/۰۰۵	۰/۰۴۶
اختلالات خلقی	پرخاش‌گری (روان‌آزرده‌خویی)	۱۷/۲۷ \pm ۴/۱۸	۱۵/۴۵ \pm ۳/۹	۲/۰۳	۰/۰۴۴
	نوع‌دوستی (انعطاف‌پذیری)	۱۸/۳۱ \pm ۲/۵۸	۱۶/۱۶ \pm ۳/۶۴	۲/۶۷	۰/۰۰۸
	نظم و ترتیب (باوجدان بودن)	۱۵/۹ \pm ۲/۸۱	۱۷/۸۱ \pm ۳/۵	۲/۴۴	۰/۰۱۵

۰/۰۱	۲/۶۰	۱۹/۳۹±۴/۲۱۰	۱۶/۹±۴/۰۸	تلاش برای موفقیت (باوجدان بودن)
۰/۰۱	۲/۵۴	۱۹/۰۶±۴/۰۸	۱۶/۷۲±۳/۷۶	احتیاط در تصمیم‌گیری (باوجدان بودن)

در میان عوامل خطرزای مرتبط با شروع اختلال سلوک می‌توان به عوامل سرشتی (خلق و خوی کودک)، کارکرد هوشی، آسیب‌شناسی روانی والدین، غلبه شیوه‌های انضباطی خشن، سهل‌گیرانه و ناهمسان والدین، کنترل و نظارت ضعیف و فقدان قوانین مشخص، تعارض‌ها و مجادله‌های زناشویی، گستردگی خانواده، وضعیت نامساعد مدرسه و انتظارات نامتناسب و بی‌ثبات و ناپایداری در رفتاری مناسب اولیای مدرسه اشاره کرد (۲۱). در مطالعه‌های دیگر اشاره شده است که هیجان و عواطف منفی به‌ویژه در صورت فقدان عواطف مثبت با خطر بروز اختلال افسردگی اساسی مرتبط بوده و هیجان‌پذیری بالا به‌ویژه در ابراز خشم در اوایل کودکی پیش‌بینی‌کننده‌ی شروع رفتار آشفته است (۲۲، ۲۳). پرینزی^۱ و همکاران نوشته‌اند مسئولیت‌پذیری و ثبات هیجانی والدین با سطوح اولیه‌ی رفتار دشوار برون‌ریزانه، رابطه‌ی منفی دارد (۲۴).

نمره‌های والدین مبتلایان به اختلال نقص‌توجه‌بیش‌فعالی در صفات افسردگی و اعتماد و مبتلایان به اختلال‌های دفعی در صفت خویش‌داری و مبتلایان به اختلال خلقی در صفات پرخاش‌گری، نظم و ترتیب، تلاش برای موفقیت و محتاط بودن در تصمیم‌گیری نسبت به گروه شاهد پایین‌تر به دست آمد. ون‌هوک و همکاران در مطالعه‌ای بر روی کودکان مبتلا به انواع بی‌اختیاری ادرار دریافتند والدین کودکان مبتلا نسبت به گروه شاهد نمره‌های کمتری را در اوصاف باوجدان بودن و وظیفه‌شناسی از مقیاس تجدیدنظرشده‌ی شخصیت نو و نمره‌های بیشتری را در روان‌آزرده‌خویی کسب می‌کنند. نکته‌ای که متفاوت با یافته‌های این پژوهش است (۷). کرونیس^۲ و همکاران در مطالعه‌ی خود در مورد کودکان مبتلا به اختلال نقص‌توجه‌بیش‌فعالی و اختلال رفتاری مخرب همراه (اختلال نافرمانی مقابله‌جویانه یا اختلال سلوک) دریافتند مادران گروه کودکان با اختلال‌های ترکیبی، سابقه‌ی اختلال‌های خلقی،

در بین یافته‌های پژوهش کاهش نمرات صفات هیجان‌های مثبت، تخیل، احساسات و عامل انعطاف‌پذیری در والدین مبتلایان به رفتارهای آشفته نسبت به گروه شاهد نیز قابل مشاهده بود. به این معنی که والدین تمایل کمتری به فعالیت‌های لذت‌بخش و پذیرش عقاید جدید و تجربه‌ی هیجان‌های مثبت و افت هیجانی دارند. نیگ به توافق‌پذیری پایین، روان‌آزرده‌خویی بالا و ارتباط معنی‌دار پذیرا بودن تجربه در والدین با شیوع بالای رفتارهای ضداجتماعی در کودک با در نظر گرفتن همبودی اختلال تضادورزی و اختلال سلوک با اختلال نقص‌توجه‌بیش‌فعالی اشاره کرده است (۶). اگرچه در دسته‌ای از مطالعات به عدم وجود الگوی مشخص خانوادگی برای اختلال رفتار آشفته اشاره شده است، اما مشاهده گردیده که تقریباً تمام والدین این کودکان اهمیت زیادی به موضوع قدرت، کنترل و خودمختاری داده و در بعضی از خانواده‌ها شخصیت‌های لجوج و سرسخت وجود دارند (۱۶). باید در نظر داشت دوره‌های تکراری پرخاش‌گری لفظی و فیزیکی در این کودکان باعث می‌شود دیگران آن‌ها را طرد کنند و یا به تمسخر کشند که این امر باعث تنش و اختلاف بین والدین این کودکان و والدین کودکان بهنجار شده و منجر به تولید احساس حقارت و طردشدگی در این والدین و در نتیجه کناره‌گیری می‌گردد. ضمن آن‌که خودداری دایمی این کودکان از اجابت خواسته‌های والدین‌شان این مشکل را تشدید می‌کند. ظاهراً این کودکان، با قدرتی که از طریق مقاومت در برابر درخواست‌های دیگران به دست می‌آورند نه تنها والدین خود بلکه کل خانواده را تحت کنترل در می‌آورند. البته مسئله‌ی جداکردن تعاملات زورجویانه در خانواده‌ها که خود در تشدید و حتی سبب‌شناسی این رفتارها دخیل هستند قابل تأمل است. هم‌چنین استفاده از سبک فرزندپروری تنبیهی و پرخاش‌گرانه در انتقال خشونت از نسلی به نسل دیگر موثر است (۲۱).

¹Prinzle
²Chronis

اضطرابی، مصرف کوکائین و نیز اختلال رفتاری مخرب در دوران کودکی خود داشته‌اند (۲۵).

آناستاپولوس به حدود افراطی صفات باوجدان بودن، امر و نهی و عبارات منفی بیشتر والدین و نینگ به رابطه‌ی معنی‌دار روان‌آزرده‌خویی مادر با پرخاش‌گری کودک در اختلال نقص‌توجه‌بیش‌فعالی و وظیفه‌شناسی زیاد مادرانه باسطوح پایین پرخاش‌گری در کودکان مبتلا به اختلال نقص‌توجه‌بیش‌فعالی اشاره کرده‌اند (۱۶،۶). هیرشفلد بکر^۱ و همکاران در مطالعه‌ی خود گزارش نمودند که فرزندان والدین مبتلا به اختلال افسردگی اساسی به میزان بالاتری به اختلال افسردگی اساسی و اختلال رفتار آشفته به طور عمومی و اختلال نقص‌توجه‌بیش‌فعالی به طور اختصاصی مبتلا می‌گردند (۲۶).

استاهل^۲ به تاثیر صفات شخصیتی بر روابط بین شخصی اشاره می‌کند. بسیاری از ارزیابی‌ها نشان داده‌اند که در خانواده‌های پرتعارض یک یا هر دو والد علایمی از شخصیت‌های نمایشی، خودشیفته، بدگمان و یا وسواسی را نشان می‌دهند که حضور این ویژگی‌ها موجب سرسختی آن‌ها در روابط می‌شود (۲۷). بنا به شواهد پژوهشی باید به نقش واسطه‌ای رفتارهای فرزندپرورانه‌ی والدین که خود با صفات پایدار شخصیتی مرتبط است، توجه نمود. تعداد کمی از تحقیقات، رابطه‌ی کامل‌گرایی غیرکارکردی مادران را با کامل‌گرایی در دختران گزارش نموده‌اند (۳۲-۲۸).

اگرچه نمونه‌های اضطرابی و خلقی در عامل باوجدان بودن متفاوت بودند لیکن می‌توان در نظر گرفت که والدین باوجدان‌تر و مسئول‌تر محدودیت‌های کمی برای نوجوانان خود اعمال می‌کنند. پس باوجدان بودن به عنوان یک صفت شخصیتی با آسان‌گیری در چیدن محدودیت‌ها همراه است که سازگاری رفتاری نوجوان را تسهیل می‌کند؛ به‌ویژه اگر با روان‌آزرده‌خویی کمتر، توافقی‌پذیری بیشتر همراه باشد، آمیزش و ارتباط والدین با نوجوان تسهیل می‌شود. هم‌چنین باید در نظر داشت بروز تعارض با صفات شخصیتی و ناتوانی در حل تعارض مرتبط است و به نظر می‌رسد پویایی‌های شخصیتی والدین در اختلال-

های رابطه‌ای بروز می‌کنند. چنین والدینی در آموزش مهارت‌های ارتباطی، حل مسئله و تصمیم‌گیری به کودکان خود ناتوان هستند (۲۱).

دلبستگی عاطفی کودک با والدین سهم معنی‌داری در پیش‌بینی رفتارهای فرزندان دارد. کودکانی که والدین‌شان از سطوح بالای برون‌گرایی و مسئولیت‌پذیری برخوردارند مشکلات رفتاری کمتری دارند. در مقابل روان‌آزرده‌خویی، بی‌ثباتی هیجانی و گشودگی در برابر تجارب جدید در والدین با رفتار ضداجتماعی در کودکان سنین مدرسه مرتبط است (۲۴،۶).

در تفسیر یافته‌ها باید به نقش سرمشق‌گیری و تقلید کودکان در طول زندگی بر اساس نظریه‌ی یادگیری اجتماعی توجه داشت. ثبات ویژگی‌های شخصیتی طی سال‌ها، زمینه را برای یادگیری کودکان فراهم می‌کند. هم‌چنین ممکن است مادران باوجدان و مسئول، کودکانی داشته باشند که به طور ژنتیکی مستعد مسئولیت‌پذیری باشند که این امر خود منجر به سازگاری رفتاری در آن‌ها می‌شود. علاوه بر تاثیر سرمشق‌گیری، باید به زمان صرف شده توسط هر یک از والدین در رابطه با فرزندان نیز توجه داشت. اما در مورد نقش تعامل باید در نظر داشت که معمولاً اصلاح نقش‌ها، بازسازی سلسله مراتب قدرت و راه‌های تازه‌ی ارتباطی با یک‌دیگر می‌تواند تا حد زیادی چرخه‌ی معیوب روابط را شکسته و از شدت مشکلات رفتاری بکاهد. اگر چه گاهی صفات شخصیتی و یا آسیب‌شناسی روانی والدین مانع این امر می‌گردد. هنگامی که کودک از فراگیری مهارت‌ها و کفایت اجتماعی باز می‌ماند، احساس نابسندگی و نالایق بودن می‌نماید که این مسئله با عوارضی همراه است. بر اساس شواهد، والدین می‌توانند فرزندان خود را در انجام تکالیف رشدی یاری کنند و هم می‌توانند به طور ناخواسته آنان را از انجام این تکالیف بازدارند (۳۳).

به طور خلاصه ما نمی‌توانیم صرفاً براساس پیشینه‌ی کودکان بگوییم که کدام کودک به فلان اختلال مبتلا خواهد شد، زیرا قبل از پیش‌بینی ابتلا یا عدم ابتلای کودک به یک اختلال خاص، باید چندین میانجی را در فرمول پیش‌بینی، لحاظ کنیم. هم‌چنین برخی از عوامل زیستی‌روانی و اجتماعی هم هستند که افرادی را

^۱Hirshfeld-Becker^۲Stahl

هنجاری مطالعه‌های روان‌سنجی نیز دقت شده و تا حد ممکن از فرم‌های کوتاه شده‌ی پرسش‌نامه‌ها بنا بر موقعیت استفاده شود؛ اگرچه این امر با ازدست دادن بخشی از اطلاعات معتبر حاصل از فرم بلند ابزارهای سنجش همراه است. همین‌طور از آن‌جا که پاسخ به ابزارهای خودسنجی تا اندازه‌ی زیادی تحت تأثیر علائق فردی قرار می‌گیرد باید به این مسئله توجه داشت که نمره‌های افراد در شرایط ناشناس در مقایسه با شرایط آشنا تفاوت می‌یابد (۳۳).

درنهایت با توجه به یافته‌ها و متون پژوهشی، به‌طور کاربردی می‌توان پیشنهاد نمود که در فرآیند تشخیص و به‌ویژه انتخاب مداخله‌های درمانی باید به ویژگی‌های روان‌شناختی والدین نیز توجه شده و یک رویکرد جامع نسبت به مشکل کودک یا نوجوان اتخاذ شود که در آن همراه با در نظر گرفتن فرد در حد امکان اعضای محیط به خصوص والدین او نیز در معرض مداخله قرار داده شوند.

آسیب‌پذیر می‌سازند و برخی عوامل محافظ (درون یا بیرون از کودک) هم هستند که کارکردهای متضاد با عوامل مذکور دارند. در کنار یافته‌های مذکور، این پژوهش چون هر پژوهش دیگری با محدودیت‌هایی مواجه بود. مهم‌ترین محدودیت این پژوهش عدم همکاری دقیق والدین در تکمیل پرسش‌نامه و فقدان دسترسی مجدد به این افراد بود. این نکته با توجه به نکات فرهنگی غالب در جامعه که اجرای پژوهش‌های میدانی مرتبط با رفتار انسان را تحت تأثیر قرار می‌دهد و نیز طولانی بودن پرسش‌نامه تا حدی قابل توجه است.

علاوه بر این به نظر می‌رسد محتوای مواد پرسش‌نامه با وجود در نظر گرفتن حداقل سواد برای پاسخگویان با ابهام و دشواری در فهم مطالب همراه است که این نکته با توجه به نمونه‌ی هنجاری پرسش‌نامه (جمعیت دانشجویی) قابل توجه است. بنابراین پیشنهاد می‌شود تنها به مطالعه‌های روان‌سنجی محدود یک ابزار بسنده نشود و ضرورت دارد به نمونه‌ی

References

1. Shahrarai M. [Developmental psychology of adolescence]. Tehran: Elm; 2005: 256-78. (Persian)
2. Pervin LA, Cervone DJ. Personality, theory and research. New York: John Wiley and sons; 2005: 250-70.
3. Costa PT, McCrae RR. Revised Neo personality inventory. Florida: Psychological assessment resources; 1992: 152-67.
4. Reti IM, Samuels JF, Eaton WW, Bienvenu J, Costa PT, Nestadt G. Influences of parenting on normal personality trait. Pers Res 2002; 11(1): 55-64.
5. Nigg JT. Parent personality traits and psychopathology. Associated with childhood attention deficit hyperactivity disorder. Ph.D. Dissertation. California: University of California at Berkeley, College of psychology, 1996: 58-72.
6. Nigg JT, Hinshaw SP. Parent personality traits and psychopathology associated with antisocial behaviors childhood attention deficit hyperactivity disorder. J Child Psychol Psychiatr 1998; 39: 145-59.
7. Van Hoecke E, De Fruyt F, De Clercq B, Hoebeke P, Vande Walle J. Internalizing and externalizing problem behavior in children with nocturnal and diurnal enuresis: A five factor model prospective. J Pediatr Psychol 2006; 31(5): 460-8.
8. Declercq B, Van Leeuwen K, Fruyt FD, Van Hiel A, Mervielde I. Maladaptive personality trait and psychopathology in childhood and adolescence: The moderating effect of parenting. J Pers 2008; 76(2): 357-83.
9. Rattew DC, Stanger C, McKee L, Dayle A, Hudziak JJ. Interactions between child and parent temperament and child's behavior problems. Compr Psychiatr 2006; 47(5): 412-20.
10. Rettew DC, McKee L. Temperament and its role indevelopmental psychoathology. Harv Rev Psychiatr 2005; 13(1): 14-27.
11. Kuo PH, Chic YC, Soong WT, Yang HJ, Chen WJ. Assessing personality features and their relations with behavioral problems in adolescents: Tridimensional personality questionnaire and junior Eysenck personality questionnaire. Compr Pers 2004; 45(1): 20-8.

12. McCrae RR, Costa PT. Discriminant validity of NEO-PI-R facet scales. *Educ Psychol Meas* 1992; 52(1): 229-37.
13. Garousi Farshi MT. [Personality evaluation]. Tabriz: Jameh Pajoh; 2001: 117-76. (Persian)
14. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4th ed). Washington. DC: American Psychiatric Association; 1994: 1063-100.
15. Gunlicks ML, Weissman MM. Change in child psychopathology with improvement in parental depression: A systematic review. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatr* 2008; 47(4): 379-89.
16. Anastopoulos AD, Barkly RA. Biological factors in attention deficit hyperactivity disorder. *Behav Therapist* 1988, 11: 47-53.
17. Silverman WK, Cerny JA, Nelles WB, Burke AE. Behavior problems in children of parents with anxiety disorders. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatr* 1988; 27(6): 779-84.
18. Clark S, Coker S. Perfectionism, self criticism and maternal criticism: A study of mothers and their children. *Pers Individ Dif* 2009; 47(4): 321-5.
19. Befera M, Barkly RA. Hyperactive and normal girls and boys: Mother-child interactions, parent psychiatric status, and child psychopathology. *J Child Psychol Psychiatr* 1985; 26: 439-59.
20. Bogels SM, Malick M. The relationship between child-report, parent self-report, and partner reporter of perceived parental rearing behaviors and anxiety in children and parents. *Pers Individ Dif* 2004; 37(8): 1583-96.
21. Micucci JA. [The adolescent in family therapy "breaking the cycle of conflict and control"]. Yasaii M. (translator). Tehran: Ghoghnoos; 2004: 67-110. (Persian)
22. Lonigon CJ, Phillips BM, Hooe ES. Relations of positive and negative affectivity to anxiety and depression in children: Evidence from a latent variable longitudinal study. *J Couns Clin Psychol* 2003; 71: 465-81.
23. Rydell AM, Berlin L, Bohlin G. Emotionality. Emotion regulation and adaptation among 5-8 year-old children. *Emotion* 2003; 3: 30-47.
24. Prinzie P, Onghena P, Hellinckx W. Parent and child personality traits and children externalizing problem behavior from age 4 to 9 years: A cohort sequential latent growth curve analysis. *Merrill-Palmer* 2005; 5(3): 335-66.
25. Chronis AM, Lahey BB, Pelham WE, Kipp Heidi LM, Baumann DL, Lee SS. Psychopathology and substance abuse in parents of young children with attention deficit hyperactivity disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatr* 2003; 42(12): 1424-32.
26. Hirshfeld-Becker DR, Petty C, Micco JA, Henin JA, Park J, Beilin A, et al. Disruptive behavior disorders in offspring of parents with major depression: Associations with parental behavior disorders. *J Affect Disord* 2008; 111(2-3): 176-84.
27. Stahl PM. Personality traits of parents and developmental needs of children in high conflict families. *Academy of certified family low specialists newsletter* 1999; 3: 8-16.
28. Enns MW, Cox BJ, Clara I. Adaptive and maladaptive perfectionism: Developmental origins and association with depression proneness. *Pers Individ Dif* 2002; 33: 921-35.
29. Soenens B, Elliot AJ, Goossens L, Vansteenkiste M, Luyten P, Duriez B. The intergenerational transmission of perfectionism: Parents, psychological control as an intervening variable. *J Fam Psychol* 2005; 19: 358-66.
30. Soenens B, Luyckx K, Vansteenkiste M, Luyten P, Duriez B, Goossens L. Maladaptive perfectionism as an intervening variable between psychological control and adolescent depressive symptoms: A three-wave longitudinal study. *J Fam Psychol* 2008; 22: 465-74.
31. Herbert TM. [Clinical child psychology "social learning, development and behavior"]. Firoozbakht M. (translator). Tehran: Rasa; 2005: 400-20. (Persian)
32. Oliver PH, Guerin DW, Coffinan JK. Big five parental personality traits, parenting behaviors, and adolescent behavior problems: A mediation model. *Pers Individ Dif* 2009; 47(6): 631-6.

33. Joinson A. Social desirability, anonymity, and internet-based questionnaires. *J Behav Res Meth Instrum Comput* 1999; 31: 439-45.