

Research Paper

Relationship Between Mothers' Adverse Childhood Experiences and Children's Psychological Problems, Mediated by Mothers' Emotional Dysregulation and Mental Capacity



Fatemeh Akbarizadeh¹, *Ali Soleimani², Mohsen Kachooei², Hojjatollah Farahani³

1. Department of Clinical Psychology, Faculty of Humanities, University of Science and Culture, Tehran, Iran.
2. Department of Psychology, Faculty of Humanities, University of Science and Culture, Tehran, Iran.
3. Department of Psychology, Faculty of Humanities, Tarbiat Modares University, Tehran, Iran.



Citation Akbarizadeh F, Soleimani A, Kachooei M, Farahani H. [Relationship Between Mothers' Adverse Childhood Experiences and Children's Psychological Problems, Mediated by Mothers' Emotional Dysregulation and Mental Capacity (Persian)]. *Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology*. 2024; 30:E4825.1. <http://dx.doi.org/10.32598/ijpcp.30.4825.1>

<http://dx.doi.org/10.32598/ijpcp.30.4825.1>

Received: 21 Nov 2023

Accepted: 19 May 2024

Available Online: 19 Aug 2024

ABSTRACT

Objectives Psychological problems in children are a significant public health concern. These problems can affect the well-being of children, their families, and peers and negatively impact the quality of their lives in adulthood. The present research aims to assess the relationship between mothers' adverse childhood experiences (ACEs) and the internalizing and externalizing problems of children mediated by mothers' emotional dysregulation and mental capacity.

Methods This is a correlational study using structural equation modeling. The study population consists of all married women with children aged 6-12 in Bushehr Province, Iran, who had registered information in the electronic comprehensive health services system in 2022. Utilizing a random cluster sampling method, 700 women were selected, of whom 632 completed the online questionnaires, including the child behavior checklist, the ACE questionnaire, the difficulties in emotion regulation scale, and the parental reflective functioning questionnaire. All analyses were performed in SPSS Software, version 26 and AMOS version 24 software.

Results The ACE of mothers had a direct and significant relationship with their emotion regulation difficulties ($\beta=0.363$, $P<0.001$) and internalizing ($\beta=0.182$, $P<0.001$) and externalizing problems ($\beta=0.201$, $P<0.001$) of children. Additionally, the ACE in mothers had an indirect and significant relationship with their mental capacity ($\beta=-0.125$, $P=0.006$). The ACE of mothers also had an indirect and significant relationship with internalizing ($\beta=0.126$, $P<0.001$) and externalizing ($\beta=0.134$, $P<0.001$) problems of children through emotion dysregulation. The ACE of mothers also had an indirect and significant relationship with externalizing problems of children ($\beta=0.011$, $P=0.039$) through mental capacity.

Conclusion Mothers' ACEs have a direct impact on their children's internalizing and externalizing problems. This relationship can also be mediated by their emotional dysregulation and mental capacity.

Key words:

Adverse Childhood Experience, Emotional Dysregulation, Mentalization, Externalizing problems, Internalizing problems

* Corresponding Author:

Ali Soleimani, Assistant Professor.

Address: Department of Psychology, Faculty of Humanities, University of Science and Culture, Tehran, Iran.

Tel: +98 (912) 2974940

E-mail: ali.soleymani@usc.ac.ir



Copyright © 2024 The Author(s); Publisher by Iran University Medical Sciences
This is an open access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution License (<https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/>), which permits use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.

Extended Abstract

Introduction

Psychological problems have affected over 50% of the children and are one of the main reasons for their mortality and disability [1]. In Iran, 11-17% of children experience one or more psychological disorders, either internalizing or externalizing [2]. One important factor in the occurrence of internalizing and externalizing problems in children is the parental role. Parents not only provide care but also play a significant role in the social, emotional, cognitive, and physical development of children [3, 4]. The mental health of mothers has a main role in the emergence of externalizing or internalizing psychological problems in children [5]. One of the risk factors for the mental health problems of mothers during pregnancy [6] or after giving birth [7] is the Adverse childhood experiences (ACEs) of mothers, which can affect the susceptibility of the children to internalizing and externalizing behavioral problems [8]. Long shadow of ACE in mothers can also affect their children through various mechanisms [9, 10], passing from one generation to the next, causing an intergenerational transmission [11]. The ACEs of mothers not only increase the risk of externalizing and internalizing problems in their children [12] but also affect the occurrence of these disorders through mothers' emotional dysregulation. Mothers with emotion regulation difficulties due to having ACEs may adopt maladaptive strategies for the upbringing of their children or show excessive reactions, affecting their mental capacity [13]. Maternal mental capacity focused on the child's mental state, and the children's mental capacity focused

on the mental state of themselves can predict internalizing problems in children [14].

Given the importance of internalizing and externalizing psychological problems in children and the significant role of maternal emotional dysregulation and maternal mental capacity in the intergenerational transmission of these disorders, this study aims to assess the relationship of ACEs in mothers with the internalizing and externalizing problems of their children, with the mediating role of emotional dysregulation and mental capacity in mothers.

Methods

This is a correlational study using structural equation modeling (SEM). The study population consists of all mothers aged 30-40 years in Busher Province, south of Iran, with children aged 6-12 years, who had registered information in the electronic comprehensive health services system in 2022. Participants were selected using a random cluster sampling method. In this regard, Bushehr Province was divided into three regions: north, south, and central. Then, two cities of Bushehr and Borazjan were randomly selected from the central region; Khormoj city from the south, and Bandar Ganaveh from the north. Out of 700 selected participants, 632 completed the relevant questionnaires, including the child behavior checklist, the ACE questionnaire, the difficulties in emotion regulation scale, and the parental reflective functioning questionnaire. Data analysis was done using descriptive statistics, Pearson correlation test, and SEM. All analyses were performed in SPSS software, version 26 and AMOS version 24.

Table 1. Path coefficients for the relationship between the study variables

Path	Coefficient	Standard Error	t	P
ACEs of mothers----> Internalizing problems of children	0.182	0.246	4.653	<0.001
ACEs of mothers----> Externalizing problems of children	0.201	0.238	5.307	<0.001
ACEs of mothers ---> Emotional dysregulation of mothers	0.363	0.106	8.998	<0.001
ACEs of mothers ----> Mental capacity of mothers	-0.125	0.096	-2.765	0.006
Emotional dysregulation of mothers-> Internalizing problems of children	0.349	0.100	8.372	<0.001
Emotional dysregulation of mothers-> Externalizing problems of children	0.373	0.097	9.167	<0.001
Mental capacity of mothers ----> Internalizing problems of children	0.014	0.118	0.340	0.734
Mental capacity of mothers ----> Externalizing problems of children	-0.092	0.116	-2.342	0.019

Results

This study examined 632 married mothers from the non-clinical population with children aged 6-12 in Bush-e-hr, Iran. Regarding age, 425 mothers (67.2%) were in the 30-35 age group and 207 participants (32.8%) were in the 36-40 age group. The path coefficients for the relationship between the ACEs of mothers, children's internalizing and externalizing problems, and emotional dysregulation and mental capacity of mothers are presented in Table 1. Mothers' ACEs had a direct and significant relationship with internalizing problems ($\beta=0.182$, $P<0.001$) and externalizing problems ($\beta=0.201$, $P<0.001$) in children. Also, the ACEs of mothers had an indirect and significant relationship with their mental capacity ($\beta=-0.125$, $P=0.006$). The emotional dysregulation in mothers had a direct and significant relationship with internalizing problems ($\beta=0.349$, $P<0.001$) and externalizing problems ($\beta=0.373$, $P<0.001$) in children. The mental capacity of mothers demonstrated an indirect and significant relationship with externalizing problems ($\beta=-0.092$, $P=0.019$).

Conclusion

The ACEs of mothers have a positive and significant effect on their children's internalizing and externalizing problems. Additionally, the mothers' ACEs can directly affect their emotion regulation and have a significant negative impact on their mental capacity. In other words, the mothers who experience adverse events in their childhood have lower mental capacity. The ACEs of mothers affect the behavioral problems of children through emotion dysregulation. However, maternal mental capacity only affects the externalizing problems of children; it has no effect on their internalizing problems. Based on the results of this study, it is recommended that mothers with a history of ACEs receive the necessary education on emotion regulation and mental capacity before becoming a parent to prevent intergenerational transmission of problems.

Ethical Considerations

Compliance with ethical guidelines

Participants voluntarily participated in the study, and their data were kept confidential. Ethical approval was obtained from the Ethics Committee of Royan Institute (Code: IR.ACECR.ROYAN.REC.1401.06).

Funding

This article was extracted from the PhD thesis of the first author in clinical psychology at the University of Science and Culture, Tehran, Iran. This research received no specific grant from any funding agency in the public, commercial, or not-for-profit sectors.

Authors contributions

Investigation: Fatemeh Akbarizadeh; Supervision and editing: Ali Soleimani; Resource and editing: Mohsen Kachooei; Data Analysis: Hojjatollah Farahani.

Conflicts of interest

The authors declared no conflict of interest.

Acknowledgments

The authors would like to thank all participants for their cooperation in this study sincerely.

مقاله پژوهشی

ارتباط بین تجربیات نامطلوب دوران کودکی مادر و مشکلات روان‌شناختی کودکان با نقش واسطه‌ای تنظیم هیجان و ذهنی‌سازی

فاطمه اکبری‌زاده^۱، * علی سلیمانی^۲، محسن کچویی^۲، حجت‌اله فراهانی^۳

۱. گروه روانشناسی بالینی، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه علم و فرهنگ، تهران، ایران.

۲. گروه روانشناسی، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه علم و فرهنگ، تهران، ایران.

۳. گروه روانشناسی، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه تربیت مدرس، تهران، ایران.

Use your device to scan and read the article online



Citation Akbarizadeh F, Soleimani A, Kachooei M, Farahani H. [Relationship Between Mothers' Adverse Childhood Experiences and Children's Psychological Problems, Mediated by Mothers' Emotional Dysregulation and Mental Capacity (Persian)]. *Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology*. 2024; 30:E4825.1. <http://dx.doi.org/10.32598/ijpcp.30.4825.1>

doi <http://dx.doi.org/10.32598/ijpcp.30.4825.1>

حکیده

تاریخ دریافت: ۳۰ آبان ۱۴۰۲

تاریخ پذیرش: ۳۰ اردیبهشت ۱۴۰۳

تاریخ انتشار: ۲۹ مرداد ۱۴۰۳

اهداف مشکلات روان‌شناختی کودکان یک مسئله مهم سلامت است. این مشکلات نه تنها با رنج کودکان، خانواده و همسالان آن‌ها ارتباط دارد، بلکه بر کیفیت زندگی در دوره بزرگسالی نیز تأثیر منفی می‌گذارد. هدف پژوهش حاضر ارزیابی مدل تبیین انتقال بین نسلی تجارب نامطلوب کودکی مادران بر اختلال‌های درونی‌سازی و برونی‌سازی فرزندان‌شان با نقش واسطه‌ای تنظیم هیجان و ذهنی‌سازی بود.

مواد و روش‌ها این پژوهش از نوع پژوهش بنیادی و از نوع مدل‌یابی معادله ساختاری بود. جامعه آماری از زنان متأهل دارای فرزند ۶ تا ۱۲ ساله ثبت‌نام‌شده در سامانه خدمات الکترونیک سلامت استان بوشهر در سال ۱۴۰۱ تشکیل شده بود که با استفاده از روش نمونه‌گیری خوشه‌ای تصادفی تعداد ۷۰۰ نفر انتخاب شدند. در نهایت ۶۳۲ نفر از مادران به‌صورت آنلاین به پرسش‌نامه‌های مشکلات رفتاری تجربیات نامطلوب کودکی، تنظیم هیجان و ذهنی‌سازی پاسخ دادند. تمام تحلیل‌ها با استفاده از نرم‌افزارهای SPSS و AMOS به ترتیب نسخه ۲۶ و ۲۴ انجام شد.

یافته‌ها تجربه‌های نامطلوب کودکی مادران بر دشواری تنظیم هیجان ($\beta=0/363, P<0/001$)، مشکلات درونی‌سازی ($\beta=0/182, P<0/001$) و مشکلات برونی‌سازی ($\beta=0/201, P<0/001$) به‌صورت مستقیم اثر مثبت و معنی‌دار و بر ذهنی‌سازی اثر منفی و معنی‌دار داشت ($P=0/006$)، $\beta=-0/125$). اثر غیرمستقیم تجارب نامطلوب کودکی بر مشکلات درونی‌سازی ($\beta=0/126, P<0/001$) و برونی‌سازی ($\beta=0/134, P<0/001$) کودکان از طریق تنظیم هیجان مثبت و در سطح $0/001$ معنی‌دار بود. همچنین اثر غیرمستقیم تجارب نامطلوب کودکی بر مشکلات برونی‌سازی از طریق ذهنی‌سازی مثبت و معنی‌دار بود ($\beta=0/039, P=0/011$).

نتیجه‌گیری تجارب نامطلوب کودکی مادران به شکل مستقیم از طریق انتقال بین نسلی بر اختلال‌های درونی‌سازی و برونی‌سازی تأثیر دارد و تنظیم هیجان و ذهنی‌سازی آن‌ها را واسطه‌گری می‌کند.

کلیدواژه‌ها:

تجربیات نامطلوب دوران کودکی، بدتنظیمی هیجان، ذهنی‌سازی، مشکلات درونی‌سازی، مشکلات برونی‌سازی

* نویسنده مسئول:

دکتر علی سلیمانی

نشانی: تهران، دانشگاه علم و فرهنگ، دانشکده علوم انسانی، گروه روانشناسی.

تلفن: ۲۹۷۴۹۴۰ (۹۱۲) ۰۹۸

پست الکترونیکی: ali.soleimani@usc.ac.ir

Copyright © 2024 The Author(s); Publisher by Iran University Medical Sciences

This is an open access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution License (<https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/>), which permits use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.

مقدمه

کودکی، شامل آزار عاطفی، فیزیکی و جنسی، غفلت، اختلال در عملکرد خانگی و سایر اشکال آسیب‌هایی هستند که افراد قبل از ۱۸ سالگی در معرض آن قرار می‌گیرند [۱۶]. این تجارب آسیب‌زا اغلب در سیستم مراقبت از کودک به وجود می‌آید و به‌عنوان ترومای «رشدی» یا رابطه‌ای^۲ نیز نامیده می‌شود [۱۷]. تحقیقات نشان داده‌اند، اثرات مضر تجربیات نامطلوب کودکی بر بسیاری از حوزه‌های سلامت تأثیر مادام‌العمر می‌گذارد [۱۸] و علاوه بر اینکه عوارضی همچون احساس شرم، گناه، مشکلات شخصیتی [۱۹] و خودکشی [۲۰] ایجاد می‌کند؛ در بین زنان سایه طولانی ناشی از تجربیات نامطلوب کودکی فقط محدود به خودشان نیست، بلکه ممکن است به فرزندان آن‌ها، به طرق مختلف [۲۱، ۲۲] از نسلی به نسل دیگر منتقل شود و یک چرخه بین نسلی ایجاد کند [۲۳].

این احتمال که تجربیات نامطلوب مادر در دوران کودکی ممکن است بر احساسات، رفتار و رشد فرزندانش تأثیر منفی بگذارد، به‌عنوان انتقال بین نسلی توصیف می‌شود [۲۴]. مطالعات فراتحلیل اخیر نشان داده‌اند تجربیات نامطلوب مادر یک عامل خطر مهم است که بر سلامت و رفتار والدین نسبت به کودکانشان تأثیر منفی می‌گذارد و می‌تواند با مشکلات رفتاری فرزندان مرتبط باشد [۲۵]. به‌عنوان مثال تجربیات نامطلوب مادر در دوران کودکی مادران باعث ایجاد استرس مزمن و به تغییرات طولانی‌مدت منجر می‌شود و سیستم‌های پاسخ به استرس، از جمله افزایش واکنش محور هیپوتالاموس-هیپوفیز-آدرنال را تغییر می‌دهد و در زمان بارداری با تغییراتی از قبیل افزایش غلظت هورمون‌های استرس، جنین را از طریق اختلال در جفت تحت تأثیر قرار داده و احتمال بروز اختلال‌های درونی‌سازی و برونی‌سازی بعد از تولد نوزاد را افزایش می‌دهد. تجربیات نامطلوب دوران کودکی مادر نه تنها از طریق زیستی شانس ابتلاء فرزندان به مشکلات برونی‌سازی و درونی‌سازی را بیشتر می‌کند [۲۶]، بلکه از طریق مشکل در مهارت تنظیم هیجان^۳ مادر نیز بر بروز این اختلال‌ها تأثیر می‌گذارد. از آنجایی که تجارب نامطلوب کودکی، اغلب با مشکلات شدید و مداوم در تنظیم هیجان، خودشناسی منفی و مشکلات در حفظ روابط همراه است [۲۷]؛ بر مهارت تنظیم هیجان افراد در معرض این تجربیات نامطلوب، تأثیر منفی می‌گذارد و آن را تخریب می‌کند [۲۸، ۲۹].

تخریب در تنظیم هیجان یکی از علائم پیچیده‌ای است که ممکن است در بزرگسالانی که در معرض آسیب‌های بین فردی اولیه دوران کودکی قرار گرفته‌اند به وجود آید و آن‌ها را در حل مشکلات، تشخیص و پاسخ مناسب به حالات چهره، تنظیم احساسات خود و به دنبال آن مهار رفتار دچار مشکل کند [۳۰]. مادران با اختلال در تنظیم هیجان ناشی از تجربیات نامطلوب

شیوع مشکلات روان‌شناختی کودکان در بیش از ۵۰ درصد جمعیت کودکان به چشم می‌خورد و یکی از دلایل عمده مرگ‌ومیر و ناتوانی در آن‌ها است [۱]. در ایران بین ۱۱ تا ۱۷ درصد از کودکان از یک تا چند اختلال روان‌شناختی به شکل درونی‌سازی و یا برونی‌سازی رنج می‌برند [۲]. این مشکلات روان‌شناختی نه تنها با رنج کودکان، خانواده و همسالان آن‌ها ارتباط دارد، بلکه بر کیفیت زندگی کودکان و سازگاری خانوادگی، شغلی و اجتماعی آن‌ها در دوره بزرگسالی نیز تأثیر منفی برجای می‌گذارد [۳]. مشکلات روان‌شناختی کودکان از نظر انتخاب و رسکولار به‌طور کلی به دو دسته درونی‌سازی و برونی‌سازی^۱ تقسیم می‌شوند [۴].

مشکلات روان‌شناختی درونی‌سازی به مشکلاتی که مشخصه اصلی آن‌ها تجربه درونی ناراحتی است اشاره می‌کند که نمود آن بر خود فرد است و افسردگی، انواع اضطراب‌ها، کناره‌گیری و شکایات جسمانی را شامل می‌شود [۵]. مشکلات روان‌شناختی برونی‌سازی، نمود آن هم بر فرد و هم بر دیگران است. اغلب رفتارهای پرخاشگرانه (به‌عنوان مثال، حمله فیزیکی به افراد، تمسخر زیاد، اختلال سلوک، بیش‌فعالی و اختلال نافرمانی لجبازی) و رفتارهای بزهکارانه (مانند نقض مقررات منع رفت‌وآمد) را شامل می‌شود [۴]. تحقیقات نشان داده‌اند مشکلات روان‌شناختی درونی‌سازی می‌تواند به مشکلات روان‌شناختی مزمن و عملکرد تحصیلی ضعیف منجر شود [۶] و حتی می‌تواند با خطر مصرف مواد و الکل، به‌عنوان راهی برای خوددرمانی در دوران نوجوانی و بزرگسالی همراه باشد [۷]. از طرف دیگر اختلال‌های برونی‌سازی در هنگام گذار کودکان به دوران نوجوانی [۸] می‌تواند با افزایش رفتارهای جنسی پرخطر و افزایش خطر پرخاشگری و خشونت، افزایش خطر مرگ‌ومیر از طریق تصادفات و یا اقدام به خودکشی در نوجوانی و بزرگسالی همراه باشد [۹].

یکی از عوامل مهم تأثیرگذار در بروز مشکلات درونی‌سازی و برونی‌سازی نقش والدین است. والدین نه تنها مراقب هستند، بلکه نقش مهمی در رشد اجتماعی، عاطفی، شناختی و جسمی فرزندان خود دارند [۱۰، ۱۱] و در این میان سلامت روان مادران نقشی اساسی در بروز مشکلات روان‌شناختی برونی‌سازی و درونی‌سازی کودکان دارند [۱۲]. یکی از عوامل خطر مرتبط با وضعیت سلامت روان مادر چه در دوره بارداری [۱۳] و چه بعد از آن [۱۴] که بر مستعد شدن فرزند در ابتلاء به مشکلات روان‌شناختی درونی‌سازی و برونی‌سازی می‌تواند تأثیرگذار باشد، تجربیات نامطلوب دوران کودکی مادر است [۱۵].

برطبق تعریف پیشگام در این زمینه [۱۶] تجربیات نامطلوب

2. Developmental' or relational' trauma

3. Emotion dysregulation

1. Externalization & Internalization

بهتری را نشان دهد [۳۹]. گذار به سمت فرزند دارشدن می‌تواند به‌راحتی به تجربیات آسیب‌زا از دوران کودکی برای بازماندگان سوء رفتار در دوران کودکی منجر شود و باعث پربشانی زیاد در هنگام تعامل با کودکشان شود [۴۰].

ذهنی‌سازی به‌خطر افتاده والدین را می‌توان با پیش‌بینی والدین در نسبت دادن رفتارهای کودک به مقاصد مخرب کودک مشاهده کرد. تحقیقات موجود نشان داده است که این نوع از اسناد والدین با پر خاشگری کودک و اختلال کم‌توجهی-بیش‌فعالی^۴ مرتبط است [۴۱]. علاوه بر این، ذهنی‌سازی بهتر مادران، حساسیت و تعامل مثبت آن‌ها را پیش‌بینی می‌کند که به‌نوبه‌خود خطرات مشکلات رفتاری کودک را کاهش می‌دهد [۴۲]. به گفته فونانگی و همکاران، مکانیسم احتمالی دیگر این است که کودک می‌تواند به تدریج یاد بگیرد حالات ذهنی خود و دیگران را در نظر بگیرد [۴۳]، زیرا ذهنی‌سازی تخریب‌شده با سطح پایین‌تر همدلی، کاهش حس مسئولیت و افزایش تمایل به رفتار با دیگران به‌عنوان اشیا فیزیکی در ارتباط است [۳۷]. بنابراین، مشکل در ذهنی‌سازی، همان‌طور که از والدین منتقل می‌شود، ممکن است به این منجر شود که یک کودک مجموعه‌ای از مشکلات شناختی، رفتاری و اجتماعی مانند خشونت و رفتارهای ضد اجتماعی را رشد دهد [۴۴].

باتوجه به مرور تحقیقات گذشته و تأثیر انتقال بین نسلی تجربیات نامطلوب کودکی مادران از طریق دو مکانیسم تنظیم هیجان و ذهنی‌سازی انجام آن در سایر کشورها [۲۲، ۳۴] و از طرف دیگر به دلیل بالا بودن تجربیات نامطلوب دوران کودکی در کشورهای آسیایی از جمله ایران [۴۵]، بررسی تأثیر مستقل آن بر سلامت روان کودک مهم است، بنابراین درک چگونگی تأثیر متغیرهای مهم سلامت مادران بر سلامتی کودکان ممکن است نتایج این تحقیق بر موفقیت مداخلات مادران در پیامدهای درونی کردن و برونی کردن کودکان تأثیر گذارد و در اجرای مداخلات مؤثر کمک‌کننده باشد [۲۸]. بنابراین محققین این مطالعه را در پاسخ به این دو سؤال اساسی طراحی کرده‌اند:

«آیا تجربیات نامطلوب دوران کودکی مادران به شکل مستقیم با مشکلات درونی‌سازی و برونی‌سازی رابطه دارد؟»

«آیا تجربیات نامطلوب دوران کودکی مادران از طریق نقش واسطه‌ای مشکل در تنظیم هیجان مادر و ذهنی‌سازی با بروز مشکلات درونی‌سازی و برونی‌سازی کودکان رابطه دارد. مدل مفهومی پژوهش در تصویر شماره ۱ ارائه شده است.

کودکی برای رشد فرزندان خود، دچار استراتژی‌های ناسازگار شده و با احساسات خود درگیر می‌شوند یا بیش از حد واکنش نشان می‌دهند و یا از کودکان خود غفلت می‌کنند و قادر به ایجاد یک محیط دل‌بستگی ایمن برای کودک خود نیستند [۲۹] و براساس مطالعات رشدی، آن‌ها اغلب گزارش می‌کنند که در تشخیص، تفسیر و یا کنترل احساسات خود مشکل دارند [۲۸].

از آنجایی که والدین برای کمک به فرزندان خود در کنترل هیجانی مناسب به ظرفیتی برای تنظیم موفقیت‌آمیز احساسات خود نیاز دارند، اختلال در تنظیم هیجانی مادر، ممکن است رشد کودکان را در این زمینه مختل کند [۳۱] و به منفی‌گرایی کودکان منجر شود [۳۲]. تحقیقات نشان‌دهنده آن است که منفی‌گرایی کودکان به‌طور قابل‌توجهی با مشکلات درونی کودکان مرتبط بوده است [۳۳]. مادرانی که قادر به تعدیل هیجانات خود نیستند، هم مقررات ضعیف را الگوبرداری می‌کنند و هم فرزندان خود را در معرض ابزارهای مدیریت ضعیف برای مقابله با پربشانی قرار می‌دهند. به این ترتیب، مشکلات تنظیم هیجان خود مادر احتمالاً فرصت‌هایی را که کودکان خردسال برای یادگیری روش‌های مؤثر برای مقابله با احساسات و تجربیات منفی خود دارند، محدود کرده [۳۲] و زمینه را برای مشکلات رفتاری فرزندان فراهم می‌کند [۳۴]. زیرا کودکان یاد می‌گیرند هیجانات را عمدتاً با مشاهده و مدل والدین بیان، درک و تنظیم و از راهبردهای والدین استفاده کنند [۳۵].

از طرف دیگر بنابر نظریه دل‌بستگی، تجربیات نامطلوب کودکی مادران می‌تواند ظرفیت ذهنی‌سازی مادران را نیز به خطر بیندازد. تجربه آزار و اذیت و روبرویی با مقاصد بدخواهانه دیگران در دوران کودکی مادران، ممکن است به بازداری دفاعی از ذهنی‌سازی مناسب برای کاهش اضطراب کمک کند، به‌خصوص زمانی که فرد تنبیه‌شونده یک چهره دل‌بستگی است [۳۶]. ذهنی‌سازی به توانایی یک فرد برای در نظر گرفتن ذهن دیگران اشاره می‌کند و در روابط والد-فرزندی به‌عنوان توانایی مادر در تشخیص فرزند خود به‌عنوان یک فرد جدا از او و همچنین توانایی تأمل مادر در وضعیت احساسی کودک با کنجکاو در مورد حالات کودک تعریف شده است [۳۷]. براساس تحقیقات، مادران باتجربه تروماهای اولیه هنگام مشاهده استرس در دیگران (کودکانشان) دچار بیش‌ذهنی‌سازی و نشخوارهای فکری و مشکلات توجه که زمینه‌ساز اختلال‌های اضطرابی است می‌شوند و به شکل غیرمستقیم به کودکانشان این اضطراب را منتقل می‌کنند [۲۲].

تحقیقات نشان داده‌اند ذهنی‌سازی مادران متمرکز بر ذهن فرزندان و ذهنی‌سازی فرزندان متمرکز بر خودشان می‌تواند پیش‌بینی‌کننده مشکلات رفتاری کودکان باشد [۳۸]. به‌طور خاص، ذهنی‌سازی یک فرد را قادر می‌سازد تا حالت‌های ذهنی (احساسات، افکار، نیات و باورها) اساسی رفتارهای خود و دیگران را بشناسد و درک کند که به‌نوبه‌خود تعامل بین فردی

4. Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD)

روش

طرح پژوهش و شرکت‌کنندگان

این پژوهش از نوع پژوهش‌های بنیادی و از نوع طرح همبستگی مبتنی بر معادلات ساختاری بود. جامعه آماری آن از مادران دارای فرزند ۶ تا ۱۲ سال گروه سنی ۳۰ تا ۴۰ ساله ثبت‌نام‌شده در سامانه خدمات جامع الکترونیک در سال ۱۴۰۱ تشکیل شده بود. با توجه به دسترسی پژوهشگر به کل جمعیت استان بوشهر و زنان دارای فرزند ۶ تا ۱۲ ساله در سامانه خدمات الکترونیک، شرکت‌کنندگان با استفاده از روش نمونه‌گیری خوشه‌ای تصادفی انتخاب شدند. حجم نمونه براساس تعداد متغیرهای تحقیق انتخاب شد. با توجه به اینکه ۳۰ متغیر در تحقیق وجود داشت، به‌ازای هر متغیر تعداد ۲۰ نفر در نظر گرفته شد تا اطمینان لازم از توان مطلوب آزمون فراهم شود و با در نظر گرفتن میزان ریزش تعداد ۷۰۰ نفر در نظر گرفته شد [۴۶].

برای انتخاب نمونه‌ها ابتدا استان بوشهر به سه بخش شمال، جنوب و مرکز تقسیم شد. سپس از بین شهرهای این سه بخش دو شهر بوشهر و برازجان به‌عنوان مرکز و خورموج به‌عنوان جنوب و گناوه به‌عنوان شمال به‌صورت تصادفی انتخاب شدند. سپس این شهرها نیز به شمال، جنوب و مرکز نیز تقسیم شدند و از هر ناحیه یک مرکز خدمات جامع سلامت به‌صورت تصادفی انتخاب شد. براساس تناسب جمعیت زنان دارای فرزند ۶ تا ۱۲ سال هر کدام از این شهرها، حجم نمونه موردنظر برای بوشهر و برازجان هر کدام ۲۰۰ نفر، گناوه و خورموج هر کدام ۱۵۰ نفر در نظر گرفته شد. معیارهای ورود شامل جنسیت زن، وضعیت تأهل، دارا بودن حداقل مدرک دوره راهنمایی به بالا و تکلم به زبان فارسی بود. همچنین معیارهای خروج ابتلا به بیماری اعصاب و روان از نوع روان‌پریشی (سایکوتیک) و اختلال خلقی (دوقطبی) براساس غربالگری سلامت روان انجام‌شده توسط پزشک مرکز و ثبت‌شده در پرونده الکترونیک و عدم تمایل به شرکت در پژوهش و پرسش‌نامه‌های ناقص در نظر گرفته شد.

ابزار

پرسش‌نامه تجربیات نامطلوب کودکی^۵

این پرسش‌نامه شامل ۱۰ سؤال است که به جوانب مختلفی از تجارب ناخوشایند کودکی می‌پردازد. اولین بار فیتیلتی و همکاران در سال ۱۹۸۸ طراحی و منتشر کردند [۱۶]. ۵ سؤال مربوط به جنبه‌های بدرفتاری با کودک (بدرفتاری جسمی، عاطفی و سوءاستفاده جنسی، غفلت جسمی و غفلت عاطفی) و ۵ سؤال مرتبط با بدکارکردی خانواده (شاهد خشونت بر علیه مادر یا جانشین مادر، حضور فرد زندانی، فرد معتاد، بیمار اعصاب

5. -Adverse Childhood Experience (ACE)

و روان و فرد اقدام‌کننده به خودکشی در خانواده) را اندازه‌گیری می‌کند. پاسخ‌دهی به سؤالات به‌صورت «بله» و «خیر» می‌باشد و نمرات بیشتر نشانگر تجارب ناخوشایند بیشتر است. پایایی این پرسش‌نامه در نسخه انگلیسی آن با استفاده از روش آزمون-بازآزمون اندازه‌گیری شده و نمرات ضریب کاپا برای بدرفتاری با کودک از ۰/۵۲ تا ۰/۷۲ و برای بدکارکردی خانواده از ۰/۴۱ تا ۰/۸۶ به دست آمده است [۴۷]. در ایران این پرسش‌نامه را دانیلی و همکاران در سال ۱۳۹۷ ترجمه کرده و روایی و پایایی آن در گروه ورزشکاران بررسی شده و ضریب آلفای کرونباخ بیشتر از ۰/۷ به دست آمده است [۴۸]. پایایی این پرسش‌نامه در مطالعه حاضر با استفاده از آلفای کرونباخ ۰/۶۹ به دست آمد.

پرسش‌نامه ذهنی‌سازی^۶

این پرسش‌نامه را برای اولین بار، لویتن و همکاران در سال ۲۰۱۷ تهیه کرده‌اند. این پرسش‌نامه متشکل از ۱۸ ماده و ۳ خرده‌مقیاس قطعیت در حالت‌های ذهنی^۷، حالت پیش‌ذهنی‌سازی^۸، ارزیابی علاقه و کنجکاوی^۹ در مورد حالات ذهنی کودک است. درجه‌بندی آن در مقیاس لیکرت از ۱ «کاملاً مخالف» تا ۷ «کاملاً موافق» انجام می‌شود. عبارات این پرسش‌نامه توسط والدین و در مورد کنجکاوی پیرامون حالات ذهنی، تلاش برای درک حالات ذهنی و چگونگی ارتباط آن‌ها با رفتار و نپذیرفتن حالات ذهنی و تأثیر آن‌ها بر رفتار کودک تکمیل می‌شود. در پرسش‌نامه اصلی، آلفای کرونباخ برای زیرمقیاس حالت پیش‌ذهنی‌سازی (α=۰/۷۰)، برای قطعیت در مورد حالت ذهنی (α=۰/۸۲) و برای علاقه و کنجکاوی در حالات ذهنی (α=۰/۷۴) به دست آمده است [۴۹].

در ایران ویژگی‌های روان‌سنجی این پرسش‌نامه را گودرزی و همکاران در سال ۱۴۰۰ انجام داده‌اند. همسانی درونی این ابزار به روش آلفای کرونباخ در نسخه فارسی آن برای زیرمقیاس حالت پیش‌ذهنی‌سازی (α=۰/۶۶)، برای قطعیت در مورد حالت ذهنی (α=۰/۷۴) و برای علاقه و کنجکاوی در حالات ذهنی (α=۰/۷۱) به دست آمده است. روایی همگرای این مقیاس از طریق همبستگی با مقیاس ذهن‌آگاهی بین‌فردی در والدگری^{۱۰} (rPIM=۰/۲۹، rCM=۰/۳۰ و rIC=۰/۲۴) و روایی واگرایی آن نیز از طریق همبستگی با چک‌لیست رفتاری کودک^{۱۱} دارای ۲ زیرمقیاس درونی‌سازی و برونی‌سازی و سیاهه تنظیم هیجان^{۱۲} دارای ۲ زیرمقیاس (تنظیم هیجانی و بی‌ثباتی/منفی‌گرایی)

6. Parental Reflective Functioning Questionnaire (PRFQ)

7. Certainty Of Mental States

8. Pre-mentalizing Mode

9. Interest And Curiosity In Mental States

10. Interpersonal Mindfulness In Parenting

11. Child Behavior Checklist

12. Child Behavior Checklist

کلی اعتبار آن در نسخه اصلی با استفاده از آلفای کرونباخ ۰/۹۷ و با استفاده از اعتبار بازآزمایی ۰/۹۴ گزارش شده است [۴]. در سال ۱۳۸۱ این تست را برای اولین بار در ایران، تهرانی دوست و همکاران ترجمه و هنجاریابی کرده‌اند. دامنه ضرایب همسانی درونی مقیاس‌ها با استفاده از فرمول آلفای کرونباخ از ۰/۶۳ تا ۰/۹۵ گزارش شده است [۵۲]. همسانی درونی با استفاده از روش آلفای کرونباخ در پژوهش حاضر برای افسردگی و اضطراب ۰/۸۴ برای افسردگی ۰/۸۹ و برای جسمانی شکل ۰/۹۱ و برای کل درونی سازی ۰/۷ به دست آمد و آلفای کرونباخ برای قانون شکنی ۰/۹۸، پرخاشگری ۰/۹۲ و برای کل مشکلات برونی سازی ۰/۸۲ به دست آمد.

به منظور تجزیه و تحلیل داده‌ها از آزمون‌های میانگین و انحراف معیار، همبستگی پیرسون و معادلات ساختاری جهت بررسی روابط علی بین متغیرها استفاده شد. تمام تحلیل‌ها با استفاده از نرم‌افزارهای SPSS و AMOS به ترتیب نسخه ۲۶ و ۲۴ انجام شد [۵۴].

روش اجرای پژوهش

بعد از تعیین شهرهای منتخب، از طریق مکاتبات اداری با رئیس مراکز بهداشت هر شهرستان مجوز دسترسی به اطلاعات شرکت‌کنندگان در پژوهش فراهم شد. لیست اسامی زنان دارای فرزند ۶ تا ۱۲ ساله مراکز منتخب توسط مسئول مربوطه (مراقب سلامت) آماده و از هر لیست به‌طور تصادفی منظم شرکت‌کنندگان انتخاب و طی تماس تلفنی رضایت آن‌ها از شرکت در تحقیق دریافت و سپس پیامک حاوی لینک پرسش‌نامه‌ها به تلفن همراه مادران ارسال شد. با توجه به اینکه این پژوهش در زمان شیوع کرونا انجام شده است، بنابراین از پرسش‌نامه کاغذی استفاده نشد. پرسش‌نامه‌های تجارب نامطلوب کودکی، تنظیم هیجان و ذهنی سازی مربوط به مادران بود که توسط مادران پاسخ داده شد و سیاهه مشکلات رفتاری کودکان در خصوص وضعیت کودک از نظر مادر بود که آن هم توسط مادر پاسخ داده شد. از تعداد ۷۰۰ پیامک ارسال شده، ۶۳۲ نفر از مادران، پرسش‌نامه‌های مربوطه را تکمیل و ارسال کردند. از آنجایی که سؤالات به گونه‌ای طراحی شده بود که تا به همه آن‌ها پاسخ داده نمی‌شد اطلاعات پرسش‌نامه‌ها به سرور ارسال نمی‌گردید، بنابراین داده از دست‌رفته یا مخدوش نیز وجود نداشت.

یافته‌ها

در این پژوهش ۶۳۲ نفر از مادران متأهل در جمعیت غیربالیینی دارای کودک ۶ تا ۱۲ ساله مورد بررسی قرار گرفتند. از نظر وضعیت سنی ۴۲۵ نفر (۶۷/۲ درصد) در طیف سنی ۳۰-۳۵ سال و ۲۰۷ نفر (۳۲/۸ درصد) در طیف سنی ۳۶-۴۰ سال بودند. همچنین از نظر سطح تحصیلات ۲۷۸ نفر (۴۴ درصد)

انجام شده و پرسش‌نامه از اعتبار مناسبی برخوردار بوده است [۵۰]. در پژوهش حاضر نمره آلفای کرونباخ برای زیرمقیاس پیش‌ذهنی سازی ۰/۶۶، قطعیت درمورد حالات ذهنی ۰/۷۸، علاقه و کنجکاوی ذهنی ۰/۷۹، به دست آمد.

پرسش‌نامه بدتنظیمی هیجان

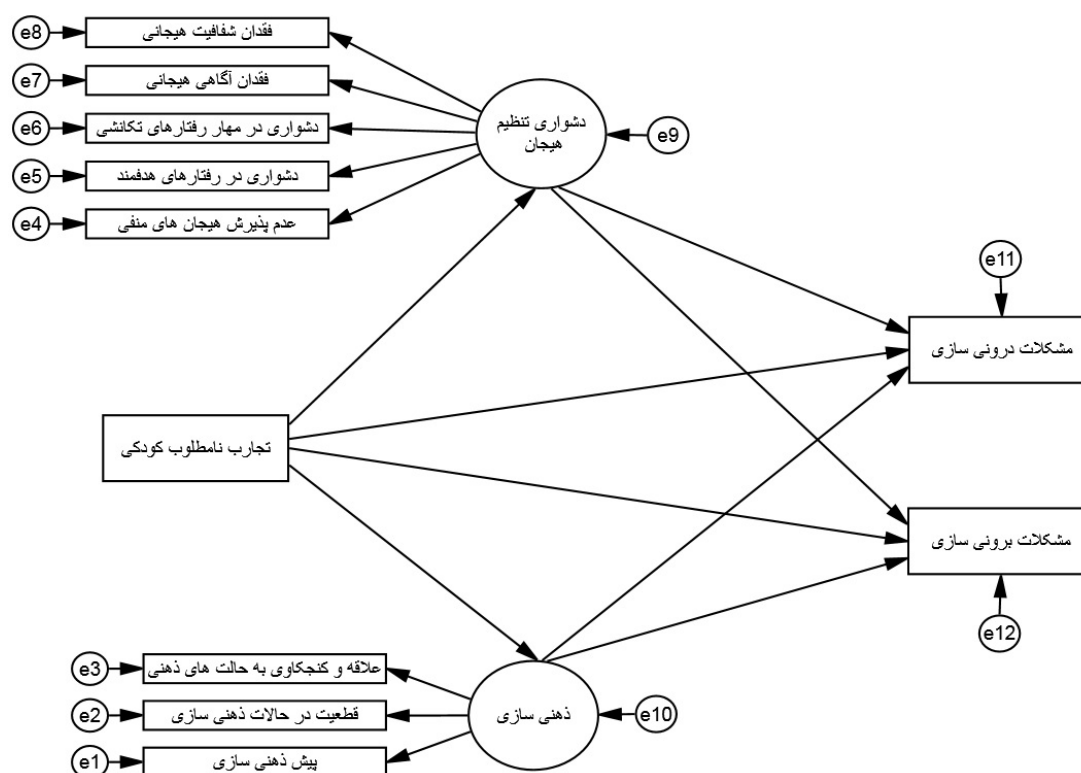
مقیاس دشواری در تنظیم هیجان^{۱۳} را گرتز و رومر در سال ۲۰۰۴ ساخته‌اند که متشکل از ۳۶ گویه و ۶ زیرمقیاس می‌باشد. نمره گذاری آن در مقیاس ۵ درجه‌ای از ۱ (تقریباً هرگز) تا ۵ (تقریباً همیشه) انجام می‌شود. ۶ زیرمقیاس این پرسش‌نامه عبارت‌اند از: عدم پذیرش هیجانی‌های منفی، دشواری در انجام رفتارهای هدفمند در مواقع درماندگی، دشواری در مهار رفتارهای تکانشی در مواقع درماندگی، دستیابی محدود به راهبردهای تنظیم هیجان، فقدان آگاهی هیجانی و فقدان شفافیت هیجانی. با جمع نمره ۶ زیرمقیاس، نمره کل فرد برای دشواری تنظیم هیجان محاسبه می‌شود. نمره بیشتر در هریک از زیرمقیاس‌ها و کل مقیاس، نشانه دشواری در تنظیم هیجان بیشتر است. همسانی درونی در نسخه اصلی بالای ۰/۹۳ به دست آمده است [۵۱]. در ایران این پرسش‌نامه را بشارت در سال ۱۳۹۵ هنجاریابی کرده و ضرایب آلفای کرونباخ در نسخه فارسی برای نمره کل مقیاس ۰/۷۹ تا ۰/۹۲ به دست آمده است. روایی همگرا و تشخیص افتراقی آن از طریق اجرای هم‌زمان مقیاس سلامت روانی و پرسش‌نامه تنظیم شناختی هیجان و فهرست عواطف مثبت و منفی در نمونه‌های بالینی و غیربالینی محاسبه شده و مورد تأیید قرار گرفته است [۵۲]. در پژوهش حاضر آلفای کرونباخ برای فقدان آگاهی هیجانی ۰/۷۵، دشواری در رفتارهای هدفمند ۰/۷۵، دشواری در مهار رفتارهای تکانشی ۰/۷۴، دستیابی محدود به رفتارهای اثربخش ۰/۸۸، فقدان آگاهی هیجانی ۰/۷۳، فقدان شفافیت هیجانی، ۰/۸۰ و برای کل پرسش‌نامه، ۰/۸۱ به دست آمد.

سیاهه رفتاری کودکان^{۱۴}

سیاهه رفتاری کودکان را برای اولین بار آشنباخ و رسکول در سال ۲۰۰۱ برای سنجش مشکلات رفتاری کودکان ساخته‌اند. این ابزار دارای ۲ مقوله بزرگ نشانگان درونی سازی شامل مشکلات هیجانی اضطراب/افسردگی، شکایات جسمانی و کناره‌گیری و نشانگان برونی سازی شامل مشکلات توجه و رفتار پرخاشگرانه است. در این پژوهش از ماده‌های مربوط به مشکلات درونی سازی و برونی سازی استفاده شد که حدود ۶۳ ماده می‌باشد. سیاهه رفتاری کودکان توسط والدین یا فرد آشنا به رفتارهای کودک، در مقیاس ۳ درجه‌ای لیکرت از (۰) برای «خیر» نمره (۱) برای «گاهی اوقات» و (۲) برای «بلی» نمره گذاری می‌شود. ضرایب

13. Difficulties in Emotion Regulation Scale (DERS)

14. Child Behavior Checklist (CBCL)



تصویر ۱. مدل مفهومی پژوهش حاضر

دیپلم، ۸۵ نفر (۱۳/۴۴ درصد) کاردانی، ۲۳۳ نفر (۳۶/۸۶ درصد) لیسانس و ۳۶ نفر (۵/۷ درصد) فوق لیسانس و بالاتر بودند.

به منظور داشتن تصویری اولیه از روابط بین متغیرهای بررسی شده در مدل پژوهش و بررسی زمینه انجام تحلیل‌های بعدی، آماره‌های توصیفی و همبستگی دو به دو میان متغیرها محاسبه شد که نتایج آن در **جدول شماره ۱** قابل مشاهده است.

شاخص‌های توصیفی متغیرهای پژوهش حاضر شامل میانگین و انحراف معیار در **جدول شماره ۱** گزارش شده است.

ضرایب همبستگی بین متغیرهای پژوهش حاضر (و خرده‌مقیاس‌های آن‌ها) در **جدول شماره ۲** ارائه شده است.

در پژوهش حاضر جهت بررسی برازش مدل از روش مدل‌یابی معادلات ساختاری استفاده شد. پیش از کاربرد این روش، بررسی پیش‌فرض‌های این رویکرد آماری ضروری است. بنابر پیشنهاد کلاین [۴۶] مفروضه‌های بهنجاری تک‌متغیری به کمک برآورد مقادیر کجی و کشیدگی آزمون و تأیید شدند. باتوجه به اینکه ۹۸ درصد از متغیرها در دامنه کجی و کشیدگی متغیرها در بازه $2 \pm$ قرار داشت، یکی از اعداد پراکندگی بیش از حد داشت که اصلاح شد. بنابراین نرمال بودن تک‌متغیری مورد تأیید قرار گرفت. جهت بررسی نرمال بودن چندمتغیری از ضریب کشیدگی

استاندارد شده مردیا^{۱۵} و نسبت بحرانی استفاده شده است [۴۶].

بنابر پیشنهاد بلائچ [۵۴]، مقادیر کوچکتر از ۵ برای نسبت بحرانی به‌عنوان عدم تخطی از نرمال بودن چندمتغیره در نظر گرفته می‌شود. در این پژوهش ضریب مردیا $2/801$ و نسبت بحرانی $1/998$ به دست آمد که کمتر از عدد ۵ می‌باشد. بنابراین فرض نرمال بودن چندمتغیری برقرار است. جهت بررسی عدم وجود داده‌های پرت چندمتغیری، شاخص فاصله ماهالانوبیس^{۱۶}، مورد بررسی قرار گرفت و سطوح معنی‌داری کمتر از $0/05$ حاکی از دور افتاده بودن داده‌های پرت موردنظر است. براساس این شاخص، داده پرت شناسایی نشد. همچنین مفروضه عدم هم‌خطی چندگانه با شاخص‌های تحمل^{۱۷} و عامل تورم واریانس^{۱۸} ارزیابی شد. در این تحلیل در هیچ‌یک از مقادیر آماره‌های تحمل و عامل تورم واریانس محاسبه‌شده برای متغیرهای پژوهش، انحرافی از مفروضه هم‌خطی چندگانه مشاهده نشد. بنابراین بررسی پیش‌فرض‌های آماری نشان داد روش مدل‌یابی معادلات ساختاری، روش مناسبی برای ارزیابی برازش مدل است و جهت برآورد پارامترها از روش بیشینه درست‌نمایی^{۱۹} استفاده شده

15. Mardia standardized kurtosis coefficient

16. Mahalanobis d-squared method

17. Tolerance

18. Variance Inflation Factor (VIF)

19. Maximum likelihood (ML)

جدول ۱. شاخص‌های توصیفی متغیرهای پژوهش

متغیرهای پژوهش	میانگین ± انحراف معیار	بیشینه-کمینه	کجی	کشیدگی
تجارب نامطلوب کودکی	۱/۱۱±۰/۵۸	۹-۰	۱/۶۷	۲/۷۹
دشواری در تنظیم هیجان	۸۰/۹۹±۲۰/۶۱	۱۴۶-۴۰	۰/۵۶	-۰/۱۳
عدم پذیرش هیجان‌های منفی	۱۲/۴۳±۵/۲۰	۳۰-۶	۰/۹۷	-۰/۵۱
دشواری در رفتارهای هدفمند	۱۲/۴۳±۴/۳۶	۲۵-۵	۰/۵۴	-۰/۰۴
دشواری در مهار رفتارهای تکانشی	۱۲/۰۴±۵/۰۲	۲۸-۶	۰/۵۷	-۰/۲۸
دستیابی محدود به رفتارهای اثربخش	۱۵/۰۱±۳/۱۹	۲۵-۶	۰/۲۸	-۰/۱۴
فقدان آگاهی هیجانی	۱۶/۷۰±۶/۵۶	۳۹-۸	۰/۹۲	-۰/۴۵
فقدان شفافیت هیجانی	۱۱/۲۸±۳/۲۸	۲۵-۵	۰/۳۷	-۰/۱۵
ذهنی‌سازی	۹۴/۹۱±۱۷/۴۶	۱۲۶-۲۳	-۱/۱۷	۱/۸۰
پیش‌ذهنی‌سازی	۳۱/۵۴±۷/۰۲	۴۲-۷	-۰/۹۶	-۰/۵۵
قطعیت در حالات ذهنی‌سازی	۳۰/۰۴±۷/۴۱	۴۲-۶	-۰/۶۷	-۰/۳۴
علاقه و کنجکاوی به حالت‌های ذهنی	۳۲/۳۳±۷/۶۳	۴۲-۶	-۱/۳۶	۲/۰۱
مشکلات درونی‌سازی	۵۰±۱۰	۱۰۵-۳۷	۱/۲۰	۲/۰۱
مشکلات برونی‌سازی	۵۰±۱۰	۹۹-۳۸	۱/۳۵	۲/۳۰

مجله روان‌پزشکی و روان‌شناسی بالین ایران

در تصویر شماره ۲ مدل ساختاری پژوهش همراه با ضرایب مستقیم مسیرها نشان داده شده است. مطابق با تصویر شماره ۱، در مدل نهایی ۲۵ درصد واریانس مشترک تغییرات درونی‌سازی و ۲۰ درصد از تغییرات برونی‌سازی کودکان با تجارب نامطلوب کودکی، دشواری در تنظیم هیجان و ذهنی‌سازی در مادران توضیح داده شدند.

جدول شماره ۴ ضرایب استاندارد مسیرها را نشان می‌دهد. مسیرهای مهم اثرات بین نسلی تجربیات نامطلوب دوران کودکی مادران بر مشکلات درونی‌سازی و برونی‌سازی کودکان شناسایی شدند. مطابق با جدول شماره ۴، بررسی مسیرهای مستقیم در اولین مورد یعنی تجربه‌های نامطلوب کودکی مادران بر مشکلات درونی‌سازی ($\beta=0/1182, P<0/001$) و مشکلات برونی‌سازی کودکان ($\beta=0/201, P<0/001$) اثر مثبت و معنی‌دار داشت. در دومین مورد مسیرهای مستقیم تجربه‌های نامطلوب کودکی مادران بر ذهنی‌سازی آن‌ها اثر منفی و معنی‌دار داشت ($\beta=-0/125, P=0/006$). در سومین مسیر اثر مستقیم تجارب نامطلوب کودکی بر دشواری تنظیم هیجان، مشکلات درونی‌سازی ($\beta=0/349, P<0/001$) و مشکلات برونی‌سازی ($\beta=0/373, P<0/001$) اثر مثبت و معنی‌دار داشته است. همچنین در ذهنی‌سازی مادران بر مشکلات برونی‌سازی کودکان، اثر منفی و معنی‌دار مشاهده شد ($\beta=-0/092, P=0/019$).

است. در متغیر تنظیم هیجان خرده‌مقیاس دستیابی محدود به رفتارهای اثربخش به دلیل بار عاملی کمتر از ۰/۳ از مدل حذف شد.

پیش از بررسی ضرایب ساختاری، برازندگی الگوی مدل پیشنهادی مورد بررسی قرار گرفت. مقدار ریشه میانگین مربعات خطای تقریباً برابر با ۰/۰۷۸ و کمتر از ۰/۰۸ است که نشان می‌دهد میانگین مجذور خطاهای مدل مناسب و پذیرفتنی است. همچنین مقدار کای‌اسکوئر به درجه آزادی (۲/۷۹) بین ۱ و ۳ است (جدول شماره ۳) و میزان شاخص‌های برازش مقایسه‌ای^{۲۱}، نیکویی برازش^{۲۲} و برازش افزایشی^{۲۳} نیز بزرگتر از ۰/۹ و مقادیر شاخص‌های برازش مقایسه‌ای پارسیمونس^{۲۴} و برازش نرم پارسیمونس^{۲۵} بزرگتر از ۰/۵ برآورد شده و در محدوده پذیرفتنی قرار گرفته‌اند؛ بنابراین، مدل مذکور مبنای تحلیل‌های بعدی قرار گرفت.

20. Root Mean Square Error of Approximation (RMSEA)
21. Comparative Fit Index (CFI)
22. Goodness of Fit Index (GFI)
23. Incremental Fit Index (IFI)
24. Parsimonious Comparative Fit Index (PCFI)
25. Parsimony Normed Fit Index (PNFI)

جدول ۲. ماتریس همبستگی بین متغیرهای پژوهش

متغیر	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	۸	۹	۱۰	۱۱	۱۲	۱۳	۱۴
تجارب نامطلوب کودکی	۱													
دشواری در تنظیم هیجان	۰/۳۵**	۱												
عدم پذیرش هیجان‌های منفی	۰/۲۸**	۰/۸۳**	۱											
دشواری در رفتارهای هدفمند	۰/۲۸**	۰/۸۴**	۰/۶۵**	۱										
دشواری در مهار رفتارهای تکانشی	۰/۳۳**	۰/۸۷**	۰/۷۰**	۰/۷۶**	۱									
دستیابی محدود به رفتارهای اثربخش	۰/۰۱	۰/۰۵	۰/۲۱**	۰/۱۵**	۰/۱۵**	۱								
فقدان آگاهی هیجانی	۰/۳۱**	۰/۹۱**	۰/۷۴**	۰/۷۳**	۰/۷۵**	۰/۰۹*	۱							
فقدان شفافیت هیجانی	۰/۲۵**	۰/۶۶**	۰/۴۱**	۰/۴۲**	۰/۴۷**	۰/۲۶**	۰/۴۹**	۱						
ذهنی‌سازی	۰/۱۶**	۰/۲۶**	۰/۱۵**	۰/۱۵**	۰/۲۸**	۰/۱۶**	۰/۲۰**	۰/۲۳**	۱					
پیش‌ذهنی‌سازی	۰/۱۷**	۰/۲۹**	۰/۲۵**	۰/۱۹**	۰/۳۰**	۰/۰۳	۰/۲۵**	۰/۱۸**	۰/۷۱**	۱				
قطعیت در حالات ذهنی‌سازی	۰/۱۸**	۰/۱۹**	۰/۰۸*	۰/۱۱**	۰/۲۱**	۰/۱۶**	۰/۱۲**	۰/۲۱**	۰/۸۰**	۰/۲۸**	۱			
علاقه و کنجکاوی به حالت‌های ذهنی	۰/۰۷	۰/۱۵**	۰/۰۴	۰/۰۶	۰/۱۶**	۰/۱۷**	۰/۱۱**	۰/۱۶**	۰/۸۶**	۰/۴۳**	۰/۵۹**	۱		
مشکلات درونی‌سازی	۰/۳۱**	۰/۳۸**	۰/۲۸**	۰/۳۲**	۰/۳۶**	۰/۰۲	۰/۲۹**	۰/۳۴**	۰/۱۲**	۰/۱۲**	۰/۱۶**	۰/۰۱	۱	
مشکلات برونی‌سازی	۰/۳۴**	۰/۴۱**	۰/۳۱**	۰/۳۶**	۰/۴۳**	۰/۰۶	۰/۳۷**	۰/۳۷**	۰/۲۳**	۰/۲۴**	۰/۱۹**	۰/۱۲**	۰/۶۶**	۱

* $P > 0.05$, ** $P > 0.01$

مجله روان‌پزشکی و روان‌شناسی بالین ایران

بحث

هدف از پژوهش حاضر بررسی انتقال بین نسلی تجربیات نامطلوب کودکی مادران بر بروز اختلال‌های برونی‌سازی و درونی‌سازی کودکان ۶ تا ۱۲ ساله با نقش میانجی دو متغیر مشکل در تنظیمی هیجانی و ذهنی‌سازی مادران براساس مدل‌یابی معادله ساختاری بود.

نتایج جدول شماره ۵ نشان می‌دهد، اثر غیرمستقیم تجارب نامطلوب کودکی مادران بر مشکلات درونی‌سازی ($P < 0.01$)، برونی‌سازی ($\beta = 0.126$, $P < 0.01$) و $\beta = 0.134$ ، $P < 0.01$) کودکان از طریق تنظیم هیجان مادران، مثبت و در سطح 0.01 معنی‌دار بود. همچنین اثر غیرمستقیم تجارب نامطلوب کودکی مادران، بر مشکلات برونی‌سازی از طریق ذهنی‌سازی مثبت و معنی‌دار بود ($\beta = 0.11$, $P = 0.039$).

جدول ۳. نتایج برازش مدل ساختاری پژوهش

شاخص‌های برازش	دامنه پذیرش	مقدار به دست آمده
شاخص نسبت مجذور کای اسکوتر دو به درجه آزادی (χ^2/df)	≤ 3	۲/۷۹
شاخص نیکویی برازش (GFI)	> 0.90	۰/۹۳۹
شاخص برازش نرم پارسیمونس (PNFI)	> 0.5	۰/۵۴۱
شاخص برازش مقایسه‌ای (CFI)	> 0.90	۰/۹۱۲
شاخص برازش مقایسه‌ای پارسیمونس (PCFI)	> 0.5	۰/۵۴۰
شاخص برازش افزایشی (IFI)	> 0.90	۰/۹۱۳
ریشه میانگین مربعات خطای تقریب (RMSEA)	< 0.08	۰/۰۷۴

مجله روان‌پزشکی و روان‌شناسی بالین ایران

جدول ۴. ضرایب مستقیم مسیرهای مدل پژوهش

مسیرها	ضرایب استاندارد	خطای معیار	مقدار t	سطح معنی‌داری
تجارب نامطلوب کودکی —> درونی‌سازی	۰/۱۸۲	۰/۲۴۶	۴/۶۵۳	<۰/۰۰۱
تجارب نامطلوب کودکی —> برونی‌سازی	۰/۲۰۱	۰/۲۳۸	۵/۳۰۷	<۰/۰۰۱
تجارب نامطلوب کودکی —> دشواری در تنظیم هیجان	۰/۳۶۳	۰/۱۰۶	۸/۹۹۸	<۰/۰۰۱
تجارب نامطلوب کودکی —> ذهنی‌سازی	-۰/۱۲۵	۰/۰۹۶	-۲/۷۶۵	۰/۰۰۶
دشواری در تنظیم هیجان —> درونی‌سازی	۰/۳۴۹	۰/۱۰۰	۸/۳۷۲	<۰/۰۰۱
دشواری در تنظیم هیجان —> برونی‌سازی	۰/۳۳۳	۰/۰۹۷	۹/۱۶۷	<۰/۰۰۱
ذهنی‌سازی —> درونی‌سازی	۰/۰۱۴	۰/۱۱۸	۰/۳۴۰	۰/۳۳۴
ذهنی‌سازی —> برونی‌سازی	-۰/۰۹۲	۰/۱۱۶	-۲/۳۴۲	۰/۰۱۹

مجله روان‌پزشکی و روان‌شناسی بالین ایران

کودکی احساس بی‌ارزشی کند به کودک خویش نیز ممکن است بقبولاند که فردی بی‌ارزش است. بنابراین کودک همین الگوهای ناسازگار را درونی می‌کند [۵۹]. مطابق با نظریه دلبستگی، مادران با تجربه نامطلوب کودکی، ممکن است نتوانند پایگاهی امن برای کودکان خود باشند و کودکان این مادران با ترس، عصبانیت، دروغگویی و یا زدوخورد ممکن است برای رسیدن به اهداف خود واکنش نشان دهند [۶۰].

دومین یافته مهم مطالعه حاضر نشان داد تجربیات نامطلوب دوران کودکی مادر در تنظیم هیجان وی به شکل مستقیم نقش داشته است. این نتیجه با نتیجه مطالعه فراتحلیل میو و همکاران [۶۱] همسو بود. در تبیین این موضوع می‌توان ادعان کرد که مادرانی که در دوره کودکی خود تجربه نامطلوب کودکی به اشکال مختلف دیده‌اند، بیش از حد برانگیختگی و یا بی‌حسی مرتبط با آسیب را در سطحی عمیقاً جسمانی تجربه می‌کنند. این برانگیختگی بیش از حد، آن‌ها را نسبت به داشتن آرامش ناتوان کرده و آن‌ها را در درجه بالای تحریک‌پذیری قرار می‌دهد و به مشکلات در تنظیم هیجان آن‌ها منجر می‌شود. به نظر می‌رسد مادران با سابقه تجربیات نامطلوب کودکی ممکن است عواطف منفی خود را به شکل اضطراب و افسردگی نشان دهند و به توانایی

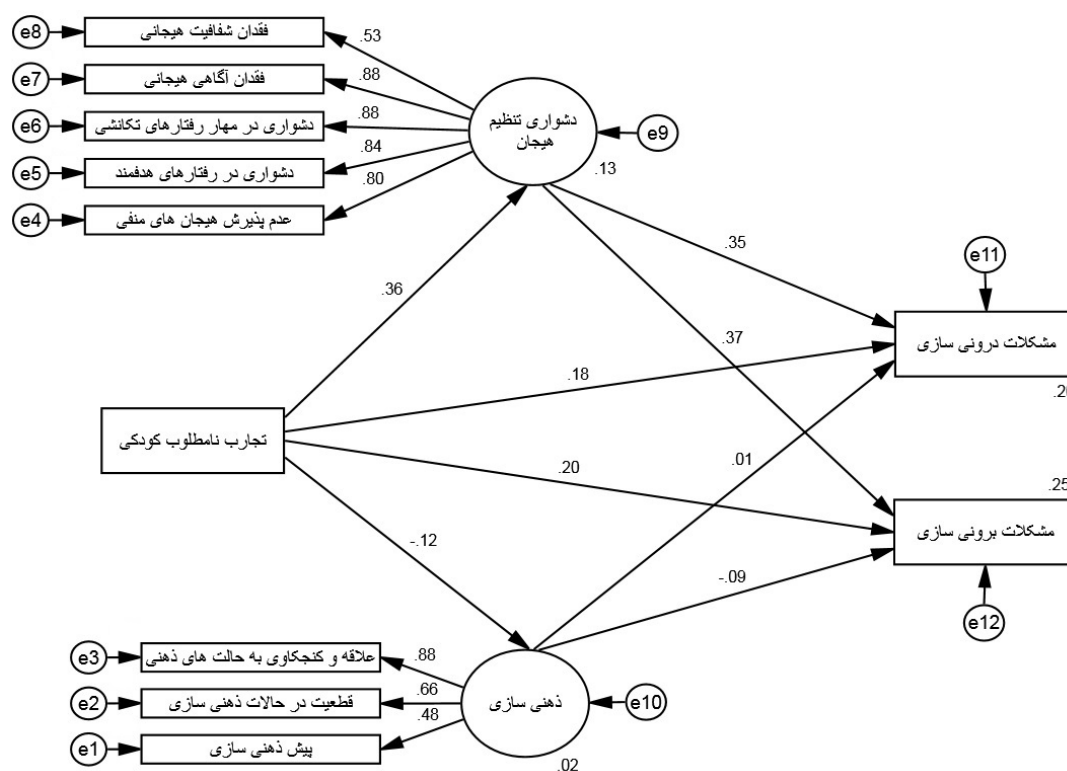
اولین یافته این پژوهش در پاسخ به سؤال اول پژوهش ما نشان داد، تجربیات نامطلوب دوران کودکی مادر به‌طور مستقیم هم بر مشکلات درونی‌سازی و هم بر مشکلات برونی‌سازی کودک، اثر مثبت و معنی‌داری دارد. این یافته با مطالعات قبلی مبنی بر تأثیر تجربیات نامطلوب کودکی مادران بر مشکلات درونی‌سازی و درونی‌سازی کودکان همسو بود [۸، ۱۴، ۱۵، ۲۶، ۵۵]. به نظر می‌رسد بین الگوهای فکری والدین و الگوهای فکری فرزندان آن‌ها رابطه وجود دارد. دیدگاه کودکان نسبت به خود، جهان و آینده (یعنی سه‌گانه شناختی بک^{۲۶}) با سه‌گانه شناختی مادران آن‌ها مرتبط است [۵۶]. مطابق با نظر سلیگمن (۱۹۸۶) بین شناخت مادر و فرزندان از نظر نسبت دادن آن‌ها به رویدادهای منفی رابطه مثبتی وجود دارد [۵۷]. این انتقال شناخت منفی مادر ناشی از تجربیات نامطلوب در دوران کودکی‌اش ممکن است در کودکان به شکل افسردگی تظاهر کند که انتقال آسیب‌شناسی روانی مادر به کودک را توضیح می‌دهد [۵۸]. مادران مضطرب و گوش به زنگ ناشی از عوارض تجربیات نامطلوب کودکی، می‌توانند به فرزند خود بیاموزند که جهان مکانی خطرناک، غیرقابل‌پیش‌بینی و غیرقابل‌کنترل است و مادری که در اثر تجربیات نامطلوب

26. Beck

جدول ۵. ضرایب غیر مستقیم مسیرهای مدل پژوهش

متغیر	مقادیر اثر غیر مستقیم	حد پایین	حد بالا	سطح معنی‌داری
تجارب نامطلوب کودکی به درونی‌سازی از طریق تنظیم هیجان	۰/۱۲۶	۰/۰۸۵	۰/۱۹۴	<۰/۰۰۱
تجارب نامطلوب کودکی به برونی‌سازی از طریق تنظیم هیجان	۰/۱۳۴	۰/۰۹۹	۰/۲۱۱	<۰/۰۰۱
تجارب نامطلوب کودکی به درونی‌سازی از طریق ذهنی‌سازی	-۰/۰۰۱	-۰/۰۲۰	۰/۰۰۹	۰/۸۶۰
تجارب نامطلوب کودکی به برونی‌سازی از طریق ذهنی‌سازی	۰/۰۱۱	۰/۰۰۲	۰/۰۲۶	۰/۰۳۹

مجله روان‌پزشکی و روان‌شناسی بالین ایران



تصویر ۲. مدل ساختاری پژوهش همراه با ضرایب مستقیم

این مسیر بر درونی سازی معنی دار نشد. این یافته با یافته برخی مطالعات [۲۲، ۶۲، ۶۳] همسو و با یافته دیگر مطالعات [۳۸] ناهمسو بود.

زمانی که مادران در شرایطی با ناملایماتی از قبیل غفلت و یا سوءاستفاده بزرگ شده‌اند، یعنی زمینه‌ای که ذهن آن‌ها در نظر گرفته نشده است، رشد ذهنیت به‌طور فزاینده‌ای تضعیف می‌شود و فرد در دوره بزرگسالی وقتی صاحب فرزند می‌شود از بررسی حالات ذهنی خود و دیگران (فرزندان خود) ناتوان است و کیفیت روابط والد فرزند مختل شده و به مشکلات بیرونی سازی از جمله رفتار مخرب نوجوانان منجر می‌گردد [۶۲] و ممکن است ذهنی سازی ناکافی در اثر تجارب آسیب‌زا دوران کودکی مادران، آن‌ها را در برابر شکست‌های لحظه‌ای در پاسخگویی همسان یا تعدیل پرخاشگری یا ترس در زمینه تعاملات مادر و نوزاد آسیب‌پذیرتر کند، جایی که تأثیرات یا خاطرات مربوط به تروما ایجاد می‌شود [۶۴]. با ادامه این تعاملات نامناسب به‌خصوص زمانی که خاطرات مادر از تروما فعال می‌شود، این تجربه‌های پریشانی مادر باعث می‌شود مادر نتواند پاسخ مناسب و مشخص آینه‌وار به کودک نشان دهد. بنابراین یک هسته ناآشنای غیرقابل ذهنی سازی در دنیای تجربه کودک باقی می‌گذارد و کودک ممکن است ترومای مادر را به این شکل درونی کند [۶۵].

آن‌ها برای فراهم کردن مراقبت حساس از فرزندانشان آسیب‌زده و به‌عنوان عوامل خطر مهمی برای اختلال‌های درونی سازی و برونی سازی کودکانشان عمل کنند [۲۶].

سومین یافته مهم مطالعه حاضر بدتنظیمی هیجانی مادر، تجارب نامطلوب کودکی مادران بر مشکلات درونی سازی و برونی سازی کودکان از طریق تنظیم هیجان مادران، به شکل غیرمستقیم اثر مثبت و معنادار داشت. این نتیجه با نتایج مطالعه وانگ [۲۲] همسو بود. در تبیین این یافته می‌توان به این نکته اشاره کرد که احساسات والدین ممکن است نقش زیادی در شکل دادن به عملکرد فرزندانشان داشته باشند. بدتنظیمی هیجانات مادر ممکن است آن‌ها را به سمت روش‌های فرزندپروری نامناسبی سوق دهد که با استفاده از روش‌های تنبیهی و یا خشن به ایجاد مشکلات درونی سازی و یا برونی سازی در فرزندانشان خود منجر شوند و این چرخه بین نسلی ادامه پیدا کند [۱۵]. رفتارهای سرد و یا رفتارهای پرخاشگرانه‌ای که از حالت تعادل خارج شود به کودک این پیام را القا می‌کند که برای مقابله با چالش‌های پیش‌رو در زندگی با نشانه‌های افسردگی و یا رفتارهای پرخاشگرانه باید واکنش نشان داد [۱۰].

از دیگر یافته‌های مهم پژوهش این است که تجربیات نامطلوب کودکی مادران به‌طور غیرمستقیم از مسیر ذهنی سازی بر برونی سازی کودکان به شکل مثبت و معنی دار تأثیر داشت.

مادران اندازه‌گیری شد، ممکن است نقش تجربیات نامطلوب کودکی پدران نیز تأثیرگذار باشد. از نقاط قوت این مطالعه چگونگی شکستن چرخه بین نسلی تروما و تجربیات نامطلوب کودکی مادر برای بهبود نتایج سلامت رفتاری کودکان در ایران مورد بررسی قرار نگرفته است. نتایج این مطالعه می‌تواند به درمان تنظیم هیجان و ذهنی‌سازی مادران اعتبار بخشد.

ملاحظات اخلاقی

برای در نظر گرفتن رعایت اخلاق در پژوهش، کد اخلاق از کمیته اخلاق پژوهشگاه روان تهران با کد (IR.ACECR.ROY-AN.REC.1401.06) دریافت شد. شرکت‌کنندگان آگاهانه و داوطلبانه در پژوهش مشارکت کردند. اطلاعات شرکت‌کنندگان، کاملاً محرمانه بود.

حامی مالی

این پژوهش در قالب رساله دکتری فاطمه اکبری‌زاده در رشته روان‌شناسی بالینی دانشگاه علم و فرهنگ تهران است. این پژوهش هیچ‌گونه کمک مالی از سازمانی‌های دولتی، خصوصی و غیرانتفاعی دریافت نکرده است.

مشارکت نویسندگان

تحقیق و بررسی: فاطمه اکبری‌زاده؛ نظارت و ویراستاری: علی سلیمانی؛ بررسی منابع و ویراستاری: محسن کچویی؛ تحلیل داده‌ها: حجت‌اله فراهانی.

تعارض منافع

بنابر اظهارات نویسندگان این مقاله تضاد منافع ندارد.

تشکر و قدردانی

نویسندگان از استاتید راهنما و مشاوران و نیز تمام افراد شرکت‌کننده در پژوهش، پرسنل مراکز بهداشت و همه افرادی که در این پژوهش همکاری داشتند، تقدیر و تشکر می‌کنند.

چهارمین یافته مطالعه حاضر نشان داد ذهنی‌سازی مادر با مشکلات درونی‌سازی و برونی‌سازی به شکل مستقیم منفی و معنی‌دار است. این یافته با یافته مطالعات دیگر همسو بود [۶۶]. در تبیین این یافته می‌توان اشاره کرد، هنگامی که مادران به‌خوبی به نیازها و حالات‌های ذهنی کودکان توجه و با آنها همدلی کنند و توانایی تفسیر و درک احساسات کودکان خود را داشته باشند، مشکلات درونی‌سازی و برونی‌سازی در کودکان به میزان کمتری رخ می‌دهد و به‌عبارتی دیگر ذهنی‌سازی مادران می‌تواند به کاهش مشکلات درونی‌سازی و برونی‌سازی کودکان منتهی شود، زیرا ظرفیت ذهنی‌سازی به مادران کمک می‌کند تا در عقاید، احساسات و افکار خود تأمل کنند و از چگونگی تأثیر وضعیت روانی خود در تعاملات با کودک خود آگاه باشند [۴۹] و می‌تواند به‌عنوان یک عامل محافظتی برای کودکان با مادران با سابقه تروما عمل کند [۶۲].

نتیجه‌گیری

باتوجه به نقش برجسته انتقال بین نسلی تجربیات نامطلوب کودکی مادران به فرزندان آنها و نقش مهم متغیر میانجی تنظیم هیجان و ذهنی‌سازی مادران و پیشگیری از بروز اختلال‌های رفتاری متعدد کودکان، به نظر می‌رسد درمان ذهنی‌سازی و یا تنظیم هیجان فقط مربوط به افراد با اختلال‌های شخصیت نیست و لازم است برای مادران آسیب‌دیده ناشی از تروماها و تجربیات نامطلوب کودکی نیز استفاده شود. بنابراین پیشنهاد می‌شود در مراکز خدمات جامع سلامت و مراکز درمانی علاوه بر غربالگری‌های سلامت روان، غربالگری دیگری را نیز در برنامه‌های مراقبت‌های بهداشتی اولیه بگنجانند و مادرانی که در معرض این تروماها در دوران کودکی خود قرار دارند، غربال و از طریق پروتکل‌های مرتبط با تنظیم هیجان و ذهنی‌سازی به آموزش و درمان‌های مربوطه پرداخته شود. علاوه بر آن برای تحقیقات آتی پیشنهاد می‌شود، این مطالعه با شرکت پدران نیز اجرا و نقش هر دو زوج در انتقال بین نسلی تجربیات نامطلوب کودکی از طریق تنظیم هیجان و ذهنی‌سازی آنها بر مشکلات درونی‌سازی و برونی‌سازی سنجیده و با هم مقایسه شود.

یکی از محدودیت‌های این مطالعه این بود که تجربیات نامطلوب کودکی مادران در گذشته روی داده است، ممکن است یادآوری برای مادران سخت باشد. با این حال گاهی تجربیات نامطلوب کودکی این‌قدر آسیب‌زننده است که احتمال به خاطر نیاوردن آن کم می‌شود. یکی دیگر از محدودیت‌های مطالعه سؤالات مشکلات درونی‌سازی و برونی‌سازی کودک تنها توسط یک منبع (مادر) پاسخ داده شد. ممکن است سوءگیری در مورد رفتارهای کودک وجود داشته باشد. بنابراین در مطالعات آینده می‌تواند داده‌ها از چند منبع جمع‌آوری شود. در این مطالعه فقط نقش تجربیات نامطلوب کودکی و تنظیم هیجان و ذهنی‌سازی

References

- [1] World Health Organization (WHO). Global status report on preventing violence against children. Geneva: World Health Organization; 2020. [Link]
- [2] Mohammadi MR, Ahmadi N, Kamali K, Khaleghi A, Ahmadi A. Epidemiology of psychiatric disorders in Iranian children and adolescents (IRCAP) and its relationship with social capital, life style and parents' personality disorders: Study protocol. *Iranian Journal of Psychiatry*. 2017; 12(1):66-72. [PMID] [PMCID]
- [3] Ruiz-Hernández JA, Moral-Zafra E, Llor-Esteban B, Jiménez-Barbero JA. Influence of parental styles and other psychosocial variables on the development of externalizing behaviors in adolescents: A systematic review. *The European Journal of Psychology Applied to Legal Context*. 2019; 11(1):9-21. [DOI:10.5093/ejpalc2018a11]
- [4] Achenbach TM, Rescorla L. Child behavior checklist for ages 6-18. Washington: APA PsycTests; 2001. [DOI:10.1037/t47452-000]
- [5] Zeanah CH, Lieberman A. Defining relational pathology in early childhood: The diagnostic classification of mental health and developmental disorders of infancy and early childhood dc:0-5 approach. *Infant Mental Health Journal*. 2016; 37(5):509-20. [DOI:10.1002/imhj.21591] [PMID]
- [6] Caso L, Greco A, Florio E, Palena N. Assessment of family, peers, and externalising behaviour dimensions in adolescence: The proposal of a comprehensive instrument (FPEB). *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2021; 18(5):2724. [DOI:10.3390/ijerph18052724] [PMID] [PMCID]
- [7] Kwong ASF, Manley D, Timpson NJ, Pearson RM, Heron J, Sallis H, et al. Identifying critical points of trajectories of depressive symptoms from childhood to young adulthood. *Journal of Youth and Adolescence*. 2019; 48(4):815-27. [DOI:10.1007/s10964-018-0976-5] [PMID] [PMCID]
- [8] Shih EW, Ahmad SI, Bush NR, Roubinov D, Tylavsky F, Graff C, et al. A path model examination: maternal anxiety and parenting mediate the association between maternal adverse childhood experiences and children's internalizing behaviors. *Psychological Medicine*. 2023; 53(1):112-22. [DOI:10.1017/S0033291721001203] [PMID] [PMCID]
- [9] Okano L, Jeon L, Crandall A, Powell T, Riley A. The cascading effects of externalizing behaviors and academic achievement across developmental transitions: Implications for prevention and intervention. *Prevention Science*. 2020; 21(2):211-21. [DOI:10.1007/s11121-019-01055-9] [PMID]
- [10] Greene CA, Haisley L, Wallace C, Ford JD. Intergenerational effects of childhood maltreatment: A systematic review of the parenting practices of adult survivors of childhood abuse, neglect, and violence. *Clinical Psychology Review*. 2020; 80:101891. [DOI:10.1016/j.cpr.2020.101891] [PMID] [PMCID]
- [11] Zeynel Z, Uzer T. Adverse childhood experiences lead to trans-generational transmission of early maladaptive schemas. *Child Abuse & Neglect*. 2020; 99:104235. [DOI:10.1016/j.chabu.2019.104235] [PMID]
- [12] Rose J, Roman N, Mwaba K, Ismail K. The relationship between parenting and internalizing behaviours of children: A systematic review. *Early Child Development and Care*. 2018. 188(10):1468-86. [DOI:10.1080/03004430.2016.1269762]
- [13] Tien J, Lewis GD, Liu J. Prenatal risk factors for internalizing and externalizing problems in childhood. *World Journal of Pediatrics*. 2020; 16(4):341-55. [DOI:10.1007/s12519-019-00319-2] [PMID] [PMCID]
- [14] Chen P, Harris KM. Association of positive family relationships with mental health trajectories from adolescence to midlife. *JAMA Pediatrics*. 2019; 173(12):e193336. [DOI:10.1001/jamapediatrics.2019.3336] [PMID] [PMCID]
- [15] Schickedanz A, Halfon N, Sastry N, Chung PJ. Parents' adverse childhood experiences and their children's behavioral health problems. *Pediatrics*. 2018; 142(2):e20180023. [DOI:10.1542/peds.2018-0023] [PMID] [PMCID]
- [16] Felitti VJ, Anda RF, Nordenberg D, Williamson DF, Spitz AM, Edwards V, et al. Relationship of childhood abuse and household dysfunction to many of the leading causes of death in adults. The adverse childhood experiences (ACE) study. *American Journal of Preventive Medicine*. 1998; 14(4):245-58. [DOI:10.1016/S0749-3797(98)00017-8] [PMID]
- [17] van der Kolk BA. [Developmental trauma disorder: Towards a rational diagnosis for chronically traumatized children (German)]. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*. 2009; 58(8):572-86. [DOI:10.13109/prkk.2009.58.8.572] [PMID]
- [18] Hughes K, Bellis MA, Hardcastle KA, Sethi D, Butchart A, Milton C, et al. The effect of multiple adverse childhood experiences on health: A systematic review and meta-analysis. *Lancet Public Health*. 2017; 2(8):e356-66. [DOI:10.1016/S2468-2667(17)30118-4] [PMID]
- [19] Lessani S, Shahgholian M, Sarafraz MR, Abdollahi MH. [Prediction of pathological narcissism based on childhood trauma with the mediating role of self-compassion deficit and shame (Persian)]. *Journal of Psychological Science*. 2021. 20(97):77-88. [Link]
- [20] Ebrahimi H, Dejkam M, Seghatoleslam T. [Childhood traumas and suicide attempt in adulthood (Persian)]. *Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology*. 2014; 19(4):275-82. [Link]
- [21] Moog NK, Entringer S, Rasmussen JM, Styner M, Gilmore JH, Kathmann N, et al. Intergenerational effect of maternal exposure to childhood maltreatment on newborn brain anatomy. *Biological Psychiatry*. 2018; 83(2):120-7. [DOI:10.1016/j.biopsych.2017.07.009] [PMID] [PMCID]
- [22] Wang X. Intergenerational effects of childhood maltreatment: The roles of parents' emotion regulation and mentalization. *Child Abuse & Neglect*. 2022; 128:104940. [DOI:10.1016/j.chabu.2021.104940] [PMID]
- [23] Bosquet Enlow M, Englund MM, Egeland B. Maternal childhood maltreatment history and child mental health: Mechanisms in intergenerational effects. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*. 2018; 47(sup1):S47-62. [DOI:10.1080/15374416.2016.1144189] [PMID] [PMCID]
- [24] Roubinov D, Browne D, LeWinn KZ, Lisha N, Mason WA, Bush NR. Intergenerational transmission of maternal childhood adversity and depression on children's internalizing problems. *Journal of Affective Disorders*. 2022; 308:205-12. [DOI:10.1016/j.jad.2022.04.030] [PMID] [PMCID]
- [25] Cooke JE, Racine N, Pador P, Madigan S. Maternal adverse childhood experiences and child behavior problems: A systematic review. *Pediatrics*. 2021; 148(3):e2020044131. [DOI:10.1542/peds.2020-044131] [PMID]

- [26] Luo S, Chen D, Li C, Lin L, Chen W, Ren Y, et al. Maternal adverse childhood experiences and behavioral problems in pre-school offspring: The mediation role of parenting styles. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*. 2023; 17(1):95. [DOI:10.1186/s13034-023-00646-3] [PMID] [PMCID]
- [27] World Health Organization (WHO). ICD-11: International classification of diseases (11th revision) [Internet]. 2019 [Updated 2024 May 27]. Available from: [Link]
- [28] Poole JC, Dobson KS, Pusch D. Do adverse childhood experiences predict adult interpersonal difficulties? The role of emotion dysregulation. *Child Abuse & Neglect*. 2018; 80:123-33. [DOI:10.1016/j.chiabu.2018.03.006] [PMID]
- [29] Fontanil Y, Dolores Méndez M, Martín-Higarza Y, Solís-García P, Ezama E. Adverse childhood experiences and mental health in women: Pathways of influence in a clinical sample. *Psicothema*. 2021; 33(3):399-406. [Link]
- [30] Mohseni S, Barzgar M, Rezaei A. [The influence of cognitive emotion regulation strategies on the causal links between early maladaptive schemas, anger rumination and aggression (Persian)]. *Journal of Psychological Science*. 2023; 21(119):2269-83. [DOI:10.52547/JPS.21.119.2269]
- [31] Dix T. The affective organization of parenting: Adaptive and maladaptive processes. *Psychological Bulletin*. 1991; 110(1):3-25. [DOI:10.1037//0033-2909.110.1.3] [PMID]
- [32] Crespo LM, Trentacosta CJ, Aikins D, Wargo-Aikins J. Maternal emotion regulation and children's behavior problems: The mediating role of child emotion regulation. *Journal of Child and Family Studies*. 2017; 26:2797-809. [DOI:10.1007/s10826-017-0791-8]
- [33] Dol M, Reed M, Ferro MA. Internalizing-externalizing comorbidity and impaired functioning in children. *Children*. 2022; 9(10):1547. [DOI:10.3390/children9101547] [PMID] [PMCID]
- [34] Zhu Y, Zhan S, Anme T, Zhang G. Maternal adverse childhood experiences and behavioral problems in Chinese preschool children: The moderated mediating role of emotional dysregulation and self-compassion. *Child Abuse & Neglect*. 2023; 141:106226. [DOI:10.1016/j.chiabu.2023.106226] [PMID]
- [35] Morris, A.S., et al., The impact of parenting on emotion regulation during childhood and adolescence. *Child Development Perspectives*. 2017; 11(4):233-8. [DOI:10.1111/cdep.12238]
- [36] Allen JG. *Mentalizing in the development and treatment of attachment trauma*. London: Routledge; 2019. [DOI:10.4324/9780429477263]
- [37] Fonagy P, Target M. Attachment and reflective function: Their role in self-organization. *Development and Psychopathology*. 1997; 9(4):679-700. [DOI:10.1017/S0954579497001399] [PMID]
- [38] Dollberg DG, Hanetz-Gamliel K. Mediation-moderation links between mothers' aces, mothers' and children's psychopathology symptoms, and maternal mentalization during COVID-19. *Frontiers in Psychiatry*. 2022; 13:837423. [DOI:10.3389/fpsy.2022.837423] [PMID] [PMCID]
- [39] Fonagy P, Bateman AW. Adversity, attachment, and mentalizing. *Comprehensive Psychiatry*. 2016; 64:59-66. [DOI:10.1016/j.comppsy.2015.11.006] [PMID]
- [40] Amos J, Furber G, Segal L. Understanding maltreating mothers: A synthesis of relational trauma, attachment disorganization, structural dissociation of the personality, and experiential avoidance. *Journal of Trauma & Dissociation*. 2011; 12(5):495-509. [DOI:10.1080/15299732.2011.593259] [PMID]
- [41] Strassberg Z. Levels of analysis in cognitive bases of maternal disciplinary dysfunction. *Journal of Abnormal Child Psychology*. 1997; 25(3):209-15. [DOI:10.1023/A:1025795915802] [PMID]
- [42] Smaling H, Huijbregts SCJ, Suurland J, van der Heijden KB, Mesman J, van Goozen SHM, et al. Prenatal reflective functioning and maternal interactive behavior during free play, the still-face paradigm, and two teaching tasks. *Infancy*. 2016; 21(6):766-84. [DOI:10.1111/infa.12137]
- [43] Fonagy P, Gergely G, Jurist EL. *Affect regulation, mentalization and the development of the self*. London: Routledge; 2018. [DOI:10.4324/9780429471643]
- [44] Fonagy P. Early life trauma and the psychogenesis and prevention of violence. In: Campher R, editor. *Violence in children*. London: Routledge; 2018. [DOI:10.4324/9780429484698-2]
- [45] Subramaniam M, Abdin E, Seow E, Vaingankar JA, Shafie S, Shahwan S, et al. Prevalence, socio-demographic correlates and associations of adverse childhood experiences with mental illnesses: Results from the Singapore mental health study. *Child Abuse & Neglect*. 2020; 103:104447. [DOI:10.1016/j.chiabu.2020.104447] [PMID]
- [46] Kline R. *Principles and practice of structural equation modeling*. New York: Guilford publications; 2023. [Link]
- [47] Dube SR, Williamson DF, Thompson T, Felitti VJ, Anda RF. Assessing the reliability of retrospective reports of adverse childhood experiences among adult HMO members attending a primary care clinic. *Child Abuse & Neglect*. 2004; 28(7):729-37. [DOI:10.1016/j.chiabu.2003.08.009] [PMID]
- [48] Deinali S, Badami R, Meshkati Z, Faeghi S. [Psychometric properties of the modified Persian version of adverse childhood experience questionnaire for athletes (Persian)]. *Journal of Research in Rehabilitation Sciences*. 2020; 16(1):87-94. [DOI:10.2212/JRRS.V16I0.3510]
- [49] Luyten P, Mayes LC, Nijssens L, Fonagy P. The parental reflective functioning questionnaire: Development and preliminary validation. *Plos One*. 2017; 12(5):e0176218. [DOI:10.1371/journal.pone.0176218] [PMID] [PMCID]
- [50] Goudarzi Z, Seyed Mousavi PS, Vahidi E, Rafie M, Ghanbari S. Psychometric properties of the parental reflective functioning questionnaire in Iranian mothers. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*. 2022; 27(3):882-94. [DOI:10.1177/13591045211070181] [PMID]
- [51] Gratz KL, Roemer L. Multidimensional assessment of emotion regulation and dysregulation: Development, factor structure, and initial validation of the difficulties in emotion regulation scale. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*. 2004; 26:41-54. [DOI:10.1023/B:JOBA.0000007455.08539.94]
- [52] Besharat MA. [Difficulty regulating emotions and attachment styles in sick and normal samples (Persian)]. *Thoughts and Behavior in Clinical Psychology*. 2019; 13(47):89-92. [Link]

- [53] Tehrani-Doost M, Shahrivar Z, Pakbaz B, Rezaie A, Ahmadi F. Normative data and psychometric properties of the child behavior checklist and teacher rating form in an Iranian community sample. *Iranian Journal of Pediatrics*. 2011; 21(3):331-42. [PMID] [PMCID]
- [54] Blunch NJ. Introduction to structural equation modeling using IBM SPSS statistics and AMOS. California: Sage Publications Ltd; 2012. [Link]
- [55] McDonald SW, Madigan S, Racine N, Benzie K, Tomfohr L, Tough S. Maternal adverse childhood experiences, mental health, and child behaviour at age 3: The all our families community cohort study. *Preventive Medicine*. 2019; 118:286-94. [DOI:10.1016/j.ypmed.2018.11.013] [PMID]
- [56] Stark KD, Schmidt KL, Joiner TE Jr. Cognitive triad: Relationship to depressive symptoms, parents' cognitive triad, and perceived parental messages. *Journal of Abnormal Child Psychology*. 1996; 24(5):615-31. [DOI:10.1007/BF01670103] [PMID]
- [57] Seligman M. A learned helplessness perspective on childhood depression: Theory and research. In: Rutter M, Izard CE, Read PB, editors. *Depression in young people: Developmental and clinical perspectives*. New York: The Guilford Press; 1986. [Link]
- [58] Hammen C, Shih JH, Brennan PA. Intergenerational transmission of depression: Test of an interpersonal stress model in a community sample. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 2004; 72(3):511-22. [DOI:10.1037/0022-006X.72.3.511] [PMID]
- [59] Morgan Z, Brugha T, Fryers T, Stewart-Brown S. The effects of parent-child relationships on later life mental health status in two national birth cohorts. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*. 2012; 47(11):1707-15. [DOI:10.1007/s00127-012-0481-1] [PMID]
- [60] Cassidy J. Child-mother attachment and the self in six-year-olds. *Child Development*. 1988; 59(1):121-34. [DOI:10.1111/j.1467-8624.1988.tb03200.x] [PMID]
- [61] Miu AC, Szentágotai-Táatar A, Balázs R, Nechita D, Bunea I, Pollak SD. Emotion regulation as mediator between childhood adversity and psychopathology: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review*. 2022; 93:102141. [DOI:10.1016/j.cpr.2022.102141] [PMID] [PMCID]
- [62] Camoirano A. Mentalizing makes parenting work: A review about parental reflective functioning and clinical interventions to improve it. *Frontiers in Psychology*. 2017; 8:14. [DOI:10.3389/fpsyg.2017.00014] [PMID] [PMCID]
- [63] Hughes C, Aldercotte A, Foley S. Maternal mind-mindedness provides a buffer for pre-adolescents at risk for disruptive behavior. *Journal of Abnormal Child Psychology*. 2017; 45(2):225-35. [DOI:10.1007/s10802-016-0165-5] [PMID] [PMCID]
- [64] Berthelot N, Ensink K, Bernazzani O, Normandin L, Luyten P, Fonagy P. Intergenerational transmission of attachment in abused and neglected mothers: the role of trauma-specific reflective functioning. *Infant Mental Health Journal*. 2015; 36(2):200-12. [DOI:10.1002/imhj.21499] [PMID]
- [65] Fonagy P, Campbell C, Luyten P. Attachment, mentalizing and trauma: Then (1992) and Now (2022). *Brain Sciences*. 2023; 13(3):459. [DOI:10.3390/brainsci13030459] [PMID] [PMCID]
- [66] Levy J, Goldstein A, Feldman R. The neural development of empathy is sensitive to caregiving and early trauma. *Nature Communications*. 2019; 10(1):1905. [DOI:10.1038/s41467-019-09927-y] [PMID] [PMCID]