

اثر بخشی درمان شناختی-رفتاری و سواس مادران بر اختلالات رفتاری کودکان آنها*

Efficacy of Cognitive-Behaviour Therapy of Maternal Obsessive-Compulsive Disorder on their Children's behavioural Disorder*

Zahra Sarrami, ✉ M.Sc.

Sholeh Amiri, Ph.D.

Hamid Taher Neshatdoost, Ph.D.

Hosein Molavi, Ph.D.

زهرا صرامی**

دکتر شعله امیری***

دکتر حمید طاهر نشاط دوست***

دکتر حسین مولوی***

Abstract

The purpose of this study was to determine the efficacy of Cognitive-Behaviour Therapy of mothers Obsessive-Compulsive symptom on their children's behavioural disorders. One of the fifth educational districts of Isfahan and two elementary schools of this district were randomly selected. Then all mothers of the student's in grades one and two, were asked to complete the Moudzly Obsessive-Compulsive Inventory, (MOCI), the Nilipour Obsessive-Compulsive Inventory (NOCI) and the Ontario Child Health Scale (OCHS). The results of Pearson correlation showed that there was a correlation of 0.54 between mother's obsession and her child behaviour disorder. This correlation was significant at the level of 0.01 (2-tailed). In the second step 40 mothers with the highest MOCI score were diagnostically interviewed. As a result, 32 mothers received the diagnosis of OCD. Then the subjects were randomly divided into two experimental and control groups. The

چکیده

پژوهش حاضر باهدف بررسی تأثیر درمان شناختی-رفتاری و سواس مادران بر کاهش اختلالات رفتاری کودکان آنها انجام شده است. به این منظور ابتدا به روش نمونه‌گیری تصادفی یکی از نواحی پنجگانه آموزشی شهر اصفهان انتخاب و مجدداً به همین روش دو دبستان از این ناحیه برگزیده شد. از همه مادران دانش‌آموزان کلاس اول و دوم خواسته شد که سیاهه‌های «وسواس-اجبار مادزلی»، «وسواس-اجبار نیلی‌پور» و «مقیاس سلامت روانی کودک» انتاریو را پاسخ دهند. تحلیل نتایج در مرحله اول، همبستگی ۰/۵۴ و معنادار در سطح ۰/۰۱ را بین وسواس مادر و اختلالات رفتاری کودک نشان داد. در مرحله دوم از میان کل آزمودنی‌ها ۴۰ نفر از افرادی که بالاترین نمره را در «سیاهه وسواس مادزلی» کسب کرده بودند، انتخاب و مورد مصاحبه تشخیصی قرار گرفتند. ۳۲ نفر بر اساس ملاک‌های تشخیصی چهارمین ویرایش راهنمای تشخیصی و آماری

* Faculty of Education & Psychology, Isfahan University, I.R. Iran. ✉ z110s110f@yahoo.com
Tel: (+98)311-33 79 579 - 44 64 557

* دریافت مقاله: ۱۳۸۶/۵/۱۱، تصویب نهایی: ۱۳۸۷/۳/۵
** کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی دانشگاه اصفهان
*** دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی دانشگاه اصفهان

Moudzly Obsessive-Compulsive Inventory, Nilipour Obsessive- Compulsive Inventory and Ontario Child Health Scale scores were used as pre-test. The 8 cognitive-behavior therapy sessions of 90 minutes including parenting methods, "perfectionism" a cause of anxiety, relaxation, logical errors, challenge with thoughts, and exposure and response prevention (E/RP) were conducted during one month on the experimental group. The control group received no intervention. The same tests were administered to both groups as post-test. One month later, same scales were administered as followed-up. Due to losing two members in the experimental group, two members of the control group were randomly deleted. The results of analysis of covariance showed that symptoms of maternal OCD in the experimental group were significantly reduced in comparison to the control group in the post-test and follow-up phases ($p < 0.0001$). The mean score of child behaviour disorder decreased significantly in comparison to the control group in the follow-up phase ($p = 0.001$); but not in post-test phase ($p = 0.204$).

Keywords: obsessive-compulsive disorder, child behavioral disorder, Cognitive-Behavioral Therapy.

اختلالات روانی (DSM IV) واجد علائم وسواس تشخیص داده شدند. این افراد به طور تصادفی در دو گروه ۱۶ نفری آزمایش و کنترل جایگزین گردیدند. نمرات اولیه آزمودنی‌ها در دو مقیاس نامبرده، به عنوان نمره پیش آزمون در نظر گرفته شد. گروه آزمایش ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای درمان شناختی- رفتاری به صورت گروهی، شامل آرام سازی عضلانی، شناخت خطاهای منطقی، چالش با افکار، مواجهه و جلوگیری از پاسخ به مدت یک ماه دریافت نمود. بعد از پایان جلسات درمانگری، پس آزمون بر روی دو گروه اجرا شد. یک ماه بعد از اجرای پس آزمون نیز آزمون پیگیری انجام گرفت. نتایج نشان داد که علائم وسواس مادران گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل در مراحل پس آزمون و پیگیری به طور معناداری کاهش یافته است ($p < 0.0001$). اختلالات رفتاری کودکان گروه آزمایش در مرحله پس آزمون تفاوت معناداری نسبت به گروه کنترل نداشت ($p = 0.204$). اما در مرحله پیگیری بین نمرات دو گروه در این مقیاس کاهش معناداری مشاهده شد ($p = 0.001$).

کلید واژه‌ها: اختلال وسواس، اجبار، اختلالات رفتاری کودک، درمان شناختی- رفتاری گروهی.

● مقدمه

«اختلال وسواس- اجبار» یکی از اختلالات رفتاری ناتوان کننده‌ای است که با افکار مزاحم، تکراری و ناخواسته، فرد را به انجام اعمال اجباری و بیهوده و همچنین فرورفتن در اعماق افکار ناراحت کننده وادار می‌کند. این افکار گرچه باعث کاهش ناراحتی فرد می‌گردد، اما لذت بخش نیستند. به طور کلی وسواسها، افکار، تصاویر ذهنی و تکانه‌های مزاحم، غیرارادی و توأم با افزایش اضطراب می‌باشند؛ در حالی که رفتارهای بی اثر ساز (آشکار یا پنهان)، رفتارهای ارادی هستند که بیمار به منظور کاهش اضطراب آن را انجام می‌دهد (کاپلان^۱ و سادوک^۲، ۱۳۸۲؛ هاوتون^۳ و همکاران، ۱۳۸۲). گرچه پاره‌ای از افراد مبتلا به وسواس، تنها دارای افکار وسواسی یا رفتارهای بی اختیار هستند، اما در اغلب موارد افکار وسواسی با رفتارهای بی اختیار همراهند.

در واقع رفتارهای اخیر غالباً به منزله پاسخی در برابر افکار و سواسی هستند (دادستان، ۱۳۸۲). «وسواسهای بالینی» از لحاظ محتوا شبیه به افکار ناخواسته افراد بهنجار است، اما اضطراب زیادی را برانگیخته و به راحتی ترک نمی شود (استکتی^۵، ۱۳۷۶). به عنوان مثال هرکس می تواند دارای افکار ناخواسته و تکراری، مانند صدمه زدن به دیگران، مبادرت به اعمال جنسی منع شده و یا ترس از خطر سرایت یک بیماری باشد. اما در حالی که بسیاری از افراد این افکار را بی معنا تلقی می کنند، کسانی که دچار اختلال وسواس- اجبار می شوند، خود را به خاطر این افکار مسئول و قابل سرزنش می دانند و می کوشند تا با شیوه هایی مانند کسب اطمینان از دیگران، القای ارادی افکار خوب به خود، تجسم تصاویر مثبت، شستن دستها، و ارسی منابع احتمالی خطر و جز آن به خنثی کردن این افکار پردازند (روزنهان^۶ و سلیگمن^۷، ۱۳۸۱).

سبب شناسی و درمان این اختلال در دیدگاه های نظری مختلف متفاوت است. به عنوان مثال در دیدگاه روان پویایی که تحول به طور سنتی نتیجه حرکت کودک از میان تعارضهای روانی- جنسی است و چگونگی گذر کودک از این مراحل به برخورد والدین و نحوه ارتباطش با آنها بستگی دارد در مرحله مقعدی که مربوط به آموزش آداب توالی و نظافت است بدون شک مادر و سواسی در گذر کودک خود از این مرحله خلل ایجاد خواهد کرد (استکتی، ۱۳۷۶). در دیدگاه شناختی وجود خطاهای شناختی به صورت بیش بر آورد تهدیدها و کمتر از حد واقعی بر آورد کردن توانایی خود در مقابله کارآمد با موقعیتهای تهدید کننده عاطفه منفی در مورد حوادث و پاسخهای افراطی به تهدیدها علت ایجاد و تداوم این اختلال است. در دیدگاه رفتاری نیز وسواس ها و اجبارها بر اثر یادگیری و تقویت هایی که بعد از فکر یا عمل وسواسی دریافت می گردد ایجاد شده و تداوم می یابد (هاوتون و همکاران، ۱۳۸۲).

به دلیل گستردگی و وسعت شیوع این اختلال و با توجه به دیدگاه های متفاوت در تبیین این اختلال، تا کنون روشهای درمانی متعددی جهت درمان و مهار «وسواس» به کار گرفته شده است. برای مثال می توان از روشهای «دارو درمانی»^۸، «رفتار درمانی»^۹، «روان تحلیلی»^{۱۰}، «خانواده درمانگری»^{۱۱}، «گروه درمانگری»^{۱۲} و «جراحی روانی»^{۱۳} نام برد. هر کدام از این روشها، با توجه به ریشه ها و علل زمینه ساز وسواس طراحی و به کار گرفته شده اند که از جمله آنها به عوامل زیستی، رفتاری، روانی- اجتماعی و روان تحلیلی می توان اشاره کرد (روزنهان و سلیگمن، ۱۳۸۱). «وسواس اجبار»، اختلال وخیم و شایعی است که هزینه های هنگفتی را هم به بیمار و هم به جامعه تحمیل می کند. از آنجا که افراد خانواده، فرد و سواسی را همراهی می نمایند، این بیماری می تواند اثر مخربی بر خانواده داشته باشد و فعالیت های کل نظام خانواده نیز مانند فعالیت های خود

بیمار محدود می‌گردد (مونتگمری^{۱۴} و زوهر^{۱۵}، ۱۳۸۲) زیرا معمولاً فرد و سواسی قوانین و مقررات خشک و دست و پاگیری برای خود و دیگران وضع می‌کند و انتظار تبعیت بی‌چون و چرا از این مقررات را نیز از خود و دیگران دارد (ستایش، ۱۳۸۱). در میان روابط خانوادگی نیز، رابطه‌ای که تاکنون بیشتر از سایر روابط مورد مطالعه و بررسی قرار گرفته است، رابطه مادر-کودک است. چراکه تنها ارتباط موجود برای کودک در سالهای اولیه، رابطه او با والدینش می‌باشد و از آنجا که مادر به طور معمول اولین مراقبت‌کننده کودک است و زمان بیشتری را با او می‌گذراند، لذا ویژگیها و نحوه ارتباط او با کودک، در همه مراحل قبل و بعد از تولد، از اهمیت و تأثیر بسزایی در تحول و سلامت کودک برخوردار است و حتی می‌توان گفت، نابسامانی عاطفی مادر بیشتر از پریشانیهای عاطفی پدر، موجب اختلال در رفتار فرزندان می‌شود (احدی و بنی‌جمالی، ۱۳۷۴).

مهارت‌های از حد مسایل و رویدادهای محیط پیرامون، از مهمترین مؤلفه‌های آسیب‌رسان و سواس در روابط بین فردی است؛ چراکه موجب محدود شدن استقلال و آزادی عمل اطرافیان می‌شود، در حالی که یکی از اساسی‌ترین شروط تعالی و تکامل برای کودک، آزادی در محیط زندگی است. کودک بالفطره میل به حرکت و فعالیت آزادانه دارد و می‌خواهد هر طور که مایل است، عمل کند ولی مادر و سواسی با حساسیتها و مهارت‌های بیش از حد هرگز چنین اجازه‌ای به وی نخواهد داد. در چنین شرایطی مهارت‌های بیش از حد و تحکم، نه تنها امید رشد و بالندگی و پرورش قوای کودک وجود ندارد، بلکه احتمال ابتلا به مشکلات عدیده روحی و رفتاری افزایش خواهد یافت (فلسفی، ۱۳۶۳).

تحقیقات انجام شده نیز نشان می‌دهد که مادران بیش از حد مهارکننده، کودکانی با صفات و سواسی خواهند داشت (فونگی^{۱۶} و همکاران، ۲۰۰۲؛ به نقل از مایر، سوکمن و پینارد، ۲۰۰۴). همچنین مهارت‌های بیش از حد مادران می‌تواند به اضطراب در کودک منجر شود (دوماس^{۱۷}، ۱۹۹۵؛ به نقل از بارت، شرت و هلی، ۲۰۰۲). ویدیاری^{۱۸} (۲۰۰۶) نیز معتقد است که مشکلات مادران مثل «اختلالات خلقی»، «اضطراب»، «مصرف دارو» و «مواجهه با فشارهای خانوادگی»، مشکلات رفتاری کودک را در پی خواهد داشت. مطالعه روبرت^{۱۸} و ایتاکر^{۱۹} (۲۰۰۰-۱۹۹۸؛ به نقل از ویدیاری^{۱۸}، ۲۰۰۶) نیز نشان داد که در طول یک سال اول بعد از تولد فرزند، در هر زمینه‌ای که مادران مشکلات بیشتری گزارش کرده باشند، کودکان آنها نیز در سه سالگی در همان زمینه‌ها مشکلات رفتاری بیشتری خواهند داشت. مادران «مضطرب» در مقایسه با مادران سالم در تعاملاتشان با کودک خود سردتر، انتقادی‌تر، منفی‌تر و مهارکننده‌تر و شکاکتر هستند (بارت و همکاران، ۲۰۰۲).

از آنجا که «اضطراب» یکی از عوامل «وسواس» بوده و همه افراد مبتلا به وسواس به نوعی دچار اضطراب نیز هستند، می توان گفت یک مادر وسواسی تمام این ویژگیها را دارا است. در حالی که چنین ویژگیهایی کاملاً بر خلاف معیارهای ارتباط سالم و مطلوب مادر با کودک است؛ زیرا یک ارتباط مطلوب و سازنده مادر و کودک دارای ویژگیهایی چون گرمی، ملایمت، پاسخگو بودن، توجه داشتن به نیازها و خصوصیات کودک و امر و نهی های منطقی همراه با استدلال است (ماسن^{۲۰} و همکاران، ۱۳۷۳). مسلماً وجود ویژگیهای ناسالم ارتباطی در مادر منجر به ایجاد اختلالاتی در رفتار، روحیات و شخصیت کودک می گردد. چنانکه فونگی (۲۰۰۲)؛ به نقل از مایر و همکاران، (۲۰۰۴) اظهار می دارد، تجارب نامطلوب اولیه بین مادر و کودک، می تواند به «دلستگی نایمن» منجر شود که هر چند پدیده مرضی نیست اما می تواند به پدیده های مرضی در بزرگسالی منجر شود. تا به حال گزارش دقیقی از ارتباط وسواس با انواع دلستگی گزارش نشده است اما در مطالعه مایر و همکاران (۲۰۰۴)، ارتباط بین انواع «دلستگی»^{۲۱} و آسیب شناسی روانی بررسی شد. تحلیل نتایج نشان داد که بین وسواس و افسردگی با «دلستگی نایمن»^{۲۲} ارتباطی معنادار وجود دارد. بنابراین مادر مبتلا به وسواس که احتمالاً خود دارای پایگاه های نایمن روانی و اضطراب بالایی است تأثیر مخرب مضاعفی در رشد و سلامت کودک خود برجای خواهد گذاشت. مثلاً مادری که مدام پوشک کودک را واری می کند، او را کلافه خواهد کرد؛ یا مادری که مدام در حال تمیز کردن یا تذکر برای تمیز کردن محل بازی کودک است، حتی اگر او را به خاطر کثیف کردن محیط بازی دعوان کند، به شدت مضطرب و خشمگین خواهد کرد (صنعی، ۱۳۸۴).

نتایج پژوهش اسفندیاری (۱۳۷۴)؛ به نقل از محمد اسماعیل، (۱۳۷۹) با هدف بررسی «شیوه های فرزندپروری»^{۲۳} در دو گروه از مادران کودکان بهنجار و کودکان مبتلا به اختلالات رفتاری نشان داد که مادران کودکان بهنجار در مقایسه با مادران کودکان مبتلا به اختلالات رفتاری در برخورد با کودکان خود شیوه منطقی تری استفاده می کنند که لازمه آن داشتن حداقلی از آزادگذاری و مهار است. در بررسی لیل آبادی (۱۳۷۵)، به نقل از محمد اسماعیل، (۱۳۷۹) نیز مادران دانش آموزان مبتلا به اختلال سلوک از شیوه آزادگذاری و مادران دانش آموزان عادی از شیوه اقتدار منطقی بیشتر استفاده می کردند. در مطالعه محمد اسماعیل (۱۳۷۹) نیز مادران کودکان عادی به حداقل سهل گیری و سخت گیری که لازمه برخورد شایسته با کودک است معتقدند در حالی که مادران کودکان دارای اضطراب، افسردگی و وسواس، گرایش بیشتری به استفاده از شیوه های سختگیرانه و مهارکننده دارند.

آزمایش مهار شده توس و همکاران (۲۰۰۵) نشان داد که درمان مادران مبتلا به افسردگی اساسی در گروه آزمایش، موجب افزایش «دلبستگی ایمن» در نوزادان و کودکان آنها نه تنها نسبت به گروه کنترل (مادران با افسردگی اساسی و بدون درمان)، بلکه نسبت به کودکان مادران عادی نیز شد. در حالی که «دلبستگی ناایمن» در کودکان گروه کنترل که مادران آنها مورد درمان قرار نگرفتند، افزایش یافت. همچنین درمان مادران مبتلا به افسردگی و اضطراب، مانع از مبتلا شدن کودکانشان به مشکلات روانی می شود (آنتشل و جوزف، ۲۰۰۶).

همانطور که وینی کات^{۲۴} (۱۹۷۰) به حق خاطر نشان می سازد: «مادر و کودک مجموعه ای را تشکیل می دهند که هرگونه ارزیابی و تلاش در قلمرو درمانگری باید آن را در نظر بگیرد» (دادستان، ۱۳۸۲) و با توجه به تأثیر مشکلات روانی مادر و درمان آن بر کودک، پرداختن به درمان های مؤثر اختلالات مختلف در مادران از اهمیت و ضرورت ویژه ای برخوردار است و با توجه به این نکته که تحقیقات انجام شده در زمینه درمان و سواس، مؤثرترین درمان برای این اختلال را درمان رفتاری می داند (مونتگمری و زوهر، ۱۳۸۲) و همچنین با توجه به اثربخش و مقرون به صرفه بودن درمان گروهی نسبت به درمان فردی (آندرسون و ریس، ۲۰۰۷؛ فراست و استکتی، ۲۰۰۲) در پژوهش حاضر مادران و سواسی به صورت گروهی مورد درمان شناختی- رفتاری قرار گرفته اند و تأثیر این درمان در مرحله اول بر خود آنان و در مرحله بعد بر کودک آنان سنجیده شده است.

● روش

○ «جامعه آماری» این پژوهش شامل کلیه مادران کودکان دبستانی است که در پایه های اول و دوم مدارس ابتدائی شهر اصفهان مشغول به تحصیل بودند. مادرانی که مبتلا به اختلال و سواس- اجبار بوده و کودکان آنها سطحی از اختلالات رفتاری را دارا می بودند.

○ مطالعه مورد نظر از نوع «تجربی» است و از طرح «پیش آزمون-پس آزمون- پیگیری» با گروه کنترل استفاده شده است.

○ «روش نمونه گیری» به این صورت بوده است که ابتدا به روش نمونه گیری تصادفی یکی از نواحی پنجگانه آموزشی شهر اصفهان انتخاب و مجدداً به همین روش دو دبستان از این ناحیه برگزیده شد. سپس به ۲۶۰ دانش آموز کلاس اول و دوم دبستان های مذکور «سیاهه های و سواس- اجبارمادزلی»، «و سواس- اجبار نیلی پور» و «مقیاس سلامت روانی کودک انتاریو» در پاکت های در بسته داده شد و به آنها گفته شد که این سؤالات را به مادرانشان بدهند و از آنها بخواهند که آن را با دقت

پاسخ دهند. همچنین از معلم کلاس خواسته شد که در طی دو الی سه روز آینده پرسشنامه‌ها را جمع آوری و به محقق تحویل دهد. پس از تصحیح پرسشنامه‌ها، ابتدا همبستگی بین «سواس مادر» و «اختلالات رفتاری کودک» محاسبه شد تا در صورت وجود رابطه معنادار بین این دو متغیر، کار ادامه یابد. نتایج همبستگی ۰/۵۴ و معنادار در سطح ۰/۰۱ را نشان داد. لذا از میان کل آزمودنی‌ها ۴۰ نفر از مادرانی که بالاترین نمره را در «سیاهه سواس مادری» کسب کرده بودند، انتخاب و توسط محقق با نظارت یکی از روانپزشکان شهر اصفهان مورد «مصاحبه تشخیصی» قرار گرفتند. بر اساس ملاک‌های تشخیصی «چهارمین ویرایش راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی» (DSMIV)، ۳۲ نفر واجد علائم و سواس تشخیص داده شدند. این افراد به طور تصادفی در دو گروه ۱۶ نفری «آزمایش» و «کنترل» جایگزین گردیدند. گروه آزمایش به طور مرتب در ۸ جلسه درمانی به مدت یک ماه حضور یافتند. از ۱۶ نفر گروه آزمایش یک نفر به دلیل فوت پدر و یک نفر به دلیل مسافرت طولانی مدت جلسات درمانی را به طور کامل طی نکردند و از گروه حذف شدند. به منظور رعایت تساوی حجم دو گروه کنترل و آزمایش دو نفر نیز به تصادف از گروه کنترل حذف شدند و نهایتاً پژوهش با دو گروه ۱۴ نفری پایان یافت.

● ابزار

○ در این پژوهش برای ارزیابی ویژگی‌ها و شرایط مورد نظر از فرم جمعیت شناختی، «آزمون روانی اختلال و سواس- اجبار مادری»^{۲۵}، مصاحبه بالینی و «مقیاس سلامت روانی کودک انتاریو»^{۲۶} استفاده گردید.

□ ۱. «فرم جمعیت شناختی»: این فرم، وضعیت بیمار را از لحاظ سن، جنس، وضعیت تحصیلی، وضعیت شغلی، میزان درآمد و نوع مسکن مشخص می‌کند. در نمره گذاری اطلاعات این فرم، سن مادر برحسب سال وارد گردید. وضعیت تحصیلی به صورت ابتدایی = ۰، راهنمایی = ۱، دبیرستان = ۲ و بیشتر از دیپلم = ۳ کدگذاری شد. شغل مادر نیز به صورت خانه‌دار = ۰ و شاغل = ۱ و میزان درآمد خانواده به صورت کمتر از ۲۰۰ هزار تومان = ۱ بین ۲۰۰ تا ۴۰۰ هزار تومان = ۲ و بیشتر از ۴۰۰ هزار تومان = ۳ تعریف شد.

□ ۲. «مصاحبه بالینی»: به منظور تشخیص اختلال و سواس- اجبار از مصاحبه بالینی بر اساس متن تجدیدنظر شده «چهارمین ویرایش راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی» استفاده شد (انجمن روانپزشکی آمریکا، ۲۰۰۰). در مصاحبه از وجود افکار تکراری و مزاحم، اجبارهای شستشو، چک کردن، شمارش و نظم و ترتیب سؤال شد. همچنین میزان ناراحت کنندگی،

وقت‌گیر بودن و دخالت این افکار و اعمال در فعالیتهای روزمره و میل به کم شدن این افکار و اعمال مورد سؤال و بررسی قرار گرفت.

□ ۳. «سیاهه و سواس- اجبارمادزلی» (MOCI): این سیاهه توسط راجمن و هاجسون (۱۹۸۰)، به منظور پژوهش در مورد نوع و حیطه مشکلات و سواس تهیه شده است و دارای ۳۰ سؤال از نوع صحیح-غلط می‌باشد که به صورت «۱» و «۰» نمره گذاری می‌گردد. نمرات بالاتر از میانگین (۱۵) به عنوان نمرات و سواس در نظر گرفته می‌شود. راجمن و هاجسون (۱۹۸۰-۱۹۷۷) «روایی همگرا» و «اعتبار» این سیاهه را با روش «آزمون-بازآزمون» رضایت بخش گزارش نموده و «روایی سازه» این آزمون را در نمونه‌های بالینی و غیر بالینی تأیید نمودند. سانایو^{۲۷}، و همکاران (۱۹۸۵)؛ به نقل از سجادیان، (۱۳۸۵) ضریب آلفای کرونباخ برای نمرات کل و سواس- اجبار را ۰/۷۷^۰ گزارش کردند. همچنین هماهنگی درونی این آزمون را با آلفای کرونباخ ۰/۸۵^۰ گزارش شده است (نورمن^{۲۸}، ۱۹۹۶؛ به نقل از سجادیان، ۱۳۸۵). پاک‌روان، قلعه‌بندی، علوی و ابراهیمی (۱۳۸۶) نقطه برش این تست را ۹ در نظر گرفتند و حساسیت و ویژگی این آزمون را در این نقطه به ترتیب ۷/۴۵ و ۹۳/۹ محاسبه کردند. در این پژوهش نیز به منظور تعیین «اعتبار»، سیاهه و سواس- اجبارمادزلی از ضریب بازآزمایی این آزمون در گروه کنترل که هیچ مداخله‌ای دریافت نکردند، در مراحل پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری با استفاده از روش همبستگی محاسبه شد. ضریب بازآزمایی محاسبه شده بالاتر از ۰/۶۵^۰ و قابل قبول بود.

□ ۴. «سیاهه و سواس- اجبار نیلی‌پور»^{۲۹}: ابزار حاضر از نوع ابزارهای غربالگری است که با توجه به ضرورت‌های ناشی از شیوع زیاد اختلالات روانی و با توجه به الگوی «سیاهه مختصر عصبی- روانی بین‌المللی»^{۳۰}، (MINI)- پرسشنامه‌هایی ساخت یافته بر اساس DSM-IV و ICD₁₀ برای اختلالات روانپزشکی که در عین کوتاه بودن، دقیق نیز باشد و بتواند در تجربه‌های بالینی و مطالعات همه گیرشناسی به کار آید- جهت غربالگری اختلال و سواس- اجبار توسط نیلی‌پور و همکاران (۱۳۷۹) تهیه شده است. این پرسشنامه شامل ۱۷ سؤال است که به صورت «۱» و «۰» نمره گذاری می‌شود. کسانی که حداقل به یکی از سؤالات ۱ تا ۹ پاسخ بله بدهند و به سؤال ۱۷ پاسخ خیر بدهند، دارای افکار و سواسی هستند. کسانی که حداقل به یکی از سؤالات ۱۰ تا ۱۶ پاسخ بله و به سؤال ۱۷ پاسخ خیر بدهند، دارای اعمال اجباری هستند و کسانی که در هر دو بخش به حداقل یکی از سؤالات پاسخ بله بدهند، دارای هر دو اختلال هستند (نیلی‌پور، ۱۳۷۹). در بررسی نیلی‌پور (۱۳۷۹) میزان حساسیت و ویژگی این ابزار در تشخیص روانپزشک برای اختلال و سواس- اجبار به ترتیب ۰/۶۴^۰ و ۰/۸۷^۰ و برای سایر اختلالات روانپزشکی ۰/۶۵^۰ و ۰/۹۷^۰

محاسبه گردید. میزان حساسیت و ویژگی این ابزار در تشخیص پزشک عمومی نیز برای اختلال وسواس- اجبار به ترتیب ۰/۸۳ و ۰/۷۵ محاسبه گردید. همچنین میزان انطباق و هماهنگی تشخیص پزشک عمومی و روانپزشک در گروه مبتلابه وسواس- اجبار ۸۲/۷، در گروه مبتلابه سایر اختلالات روانپزشکی ۷۷/۴ و در گروه فاقد بیماری ۰/۸۴ بود.

□ ۵. «مقیاس اختلالات رفتاری کودک انتاریو» (OCHS): این مقیاس توسط بویل و همکاران (۱۹۹۰) جهت سنجش سلامت روانی کودک و بر اساس رفتار کودک در ۶ ماه گذشته تهیه شده است. این مقیاس دوره سنی ۶ تا ۱۶ سال را در بر می گیرد و توسط مادر تکمیل می شود و دارای ۲۴ سؤال با سه گزینه «اغلب»، «گاهی»، «هرگز» می باشد که به ترتیب بر اساس مقادیر «۱، ۲، ۰» نمره گذاری می شود. در سؤالاتی که شامل چند ماده می باشد، بالاترین نمره در مجموع مواد به عنوان نمره سؤال منظور می گردد. سؤالات این مقیاس بر اساس ملاک های تشخیصی اختلالات روانی DSM III-R می باشد که مجدداً بر اساس DSM IV بازبینی شده است. در ارزیابی بویل و همکاران (۱۹۹۳) اعتبار این مقیاس با روش آزمون- بازآزمون ۰/۸ گزارش شد که این اعتبار با سایر چک لیستهای مشکلات رفتاری کودکان قابل مقایسه است. بویل و همکاران (۱۹۹۳) توانایی این آزمون را در تشخیص مراجعات بالینی والدین به مراکزی که خدمات برای سلامت روانی کودک ارائه می دهند، ۰/۸۲ گزارش کردند. در پژوهش امیری (۱۳۸۰) نیز روایی و اعتبار این آزمون بیشتر از ۰/۷ و قابلیت اعتماد (اعتبار) این آزمون برای فزون اضطرابی ۰/۸۵، تضادورزی ۰/۷۹ و افسردگی ۰/۷۸ گزارش شد. در مطالعه دیگری از امیری (۱۳۸۳) نیز قابلیت اعتماد این آزمون برای اختلال تضادورزی قابل توجه و با استفاده از ضریب آلفا ۰/۸۲ و با استفاده از روش بازآزمایی ۰/۷۵ بوده است. در مطالعه حاضر نیز روایی و اعتبار سؤالات این مقیاس با استفاده از روش آزمون- بازآزمون ۰/۸۵ و روایی محتوایی سؤالات قابل قبول ارزیابی شد. همچنین روایی تشخیصی فرم فزون اضطرابی ۰/۶۵، فرم تضادورزی ۰/۸۷ و فرم افسردگی ۰/۶۵ محاسبه شد که همگی در سطح $\alpha = 0.001$ معنادار است.

○ شیوه اجرا

□ مراحل اجرای پژوهش:

۱. مرحله پیش آزمون و بررسی ارتباط وسواس مادر با اختلالات رفتاری کودک و انتخاب مادران وسواسی: در این مرحله به ۲۶۰ مادر دانش آموز کلاس های اول و دوم دبستان، سیاهه و وسواس مادزلی و مقیاس اختلالات رفتاری انتاریو داده شد. پس از تصحیح ابزارها و محاسبه همبستگی

بین وسواس مادر و اختلالات رفتاری کودک ۴۰ نفر از مادرانی که بالاترین نمره را در «سیاهه وسواس مادری» کسب کرده بودند انتخاب و پس از مصاحبه تشخیصی توسط محقق، ۳۲ نفر از آنها دارای اختلال وسواس-اجبار تشخیص داده شدند. این تعداد در دو گروه ۱۶ نفری آزمایش و کنترل جایگزین گردیدند. نمرات افراد نمونه در آزمون اولیه که برای شناسایی و انتخاب آنها استفاده شده بود، به عنوان پیش آزمون در نظر گرفته شد.

۲. اجرای دوره درمان: برنامه درمان طی ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای در یک دوره ۱ ماهه از فروردین تا اردیبهشت سال ۱۳۸۶ در دبستان شهید شهشانی (ناحیه ۴ استان اصفهان) و به صورت گروهی برگزار گردید. جلسات این دوره شامل مباحث شیوه‌های فرزند پروری «کمال‌گرایی»^{۳۱} یک عامل اضطراب، آموزش «آرام‌سازی عضلانی»^{۳۲}، آموزش «خطاهای شناختی»^{۳۳}، «چالش با افکار»^{۳۴}، «مواجهه و جلوگیری از پاسخ»^{۳۵} بود.

۳. مرحله پس آزمون و پیگیری: بلافاصله بعد از پایان دوره درمان، «سیاهه وسواس مادری» و «مقیاس اختلالات رفتاری انتاریو» به عنوان پس آزمون اجرا شد. یک ماه پس از اتمام جلسات درمانگری نیز همین ابزارها به عنوان پیگیری توسط افراد دو گروه تکمیل گردید. سپس داده‌های حاصل از این سه مرحله با استفاده از روش تحلیل کوواریانس و توسط نرم افزار SPSS تجزیه و تحلیل شد.

○ طرح درمان

□ جلسه اول: تأثیر محیط بر کودک. خوشامدگویی به اعضاء در بدو ورود آنها به کلاس و معرفی درمانگر و ضرورت، اهداف و روند این دوره و اهمیت حضور آنها در همه جلسات. مادر به عنوان مهمترین عاملی که با هیچ یک از عوامل دیگر قابل مقایسه نیست و اهمیت شرایط و سلامت جسمی و روحی او در برخورد با کودک اصلی ترین بحث این جلسه بود.

□ جلسه دوم: شیوه‌های فرزند پروری. تأکید بر اضطرابها و مهارهای بیش از حد مطلب اصلی این جلسه بود که مطرح گردید. پس از بیان مطالب لازم، توجه و دقت مادر بر رفتارهای خود و عکس العملهای کودک و همچنین تمرین آرامش به عنوان تکالیف این جلسه برای افراد مشخص گردید.

جلسه سوم: فکر، احساس و رفتار. این جلسه با ذکر مثال صدای افتادن چیزی در تاریکی، افکار آنها و تأثیری که بر احساس و رفتارشان می‌گذارد، بررسی شد.

جلسه چهارم: در این جلسه «کمال‌گرایی» و تفکر کمال‌گرایانه به عنوان یکی از عوامل اضطراب، مطرح شد و مورد بحث قرار گرفت. پس از آن روش‌های توجه برگردانی، ثبت افکار

باید و نبایدگونه و تبدیل «بایدها» به «بهبتر است» جهت کاهش اضطراب حاصل از کمال‌گرایی به افراد آموزش داده شد.

□ جلسه پنجم: خطاهای شناختی. خطاهای رایج در تفکر بحث اصلی این جلسه بود. بسیاری از اعضا، تعداد زیادی از خطاها را به عنوان تفکرات درست و منطقی در نظام منطقی خود داشته و طبق آن عمل می‌کردند. به همین دلیل این موضوع برایشان جالب و کاربردی به نظر آمد. با بیان نمونه‌های مختلفی از افکار غیر منطقی و چالش با آنها این روش مورد تمرین قرار گرفت. نوشتن عبارت «اگر.....املعوضش.....» برای مقابله با فیلتر ذهنی و تمرکز بر نکات منفی، تبدیل باید به «بهبتر است» برای چالش با تفکر باید- نبایدگونه، «همیشه اینطور نیست که.....» در تضاد با تعمیم بیش از حد نوشتن ۵ نکته مثبت در مورد موضوع مورد تفکر برای کاهش بی‌توجهی به جنبه‌های مثبت «چه دلیل یا شهادی وجود دارد که.....» و عباراتی از این قبیل برای چالش موفقیت‌آمیز با افکار بیان شد.

□ جلسه ششم: تغییر احساس. با توجه به اینکه یادگیری روشهای مقابله با افکار و به کار بردن آن، به ویژه برای سنین بالا و سطوح پایین یا متوسط تحصیلی، کمی دشوار است لذا مطالب جلسه قبل به بیانی دیگر و باروشی فرمول‌بندی شده تحت عنوان «شیوه تغییر احساس» برای اعضا ارائه گردید. روش دیگری که برای تخلیه تنشها و کاهش اضطراب به افراد آموزش داده شد، روش بی‌ذهنی بود. به این صورت که فرد در مواقع ناراحتی، گرفتگی یا اضطراب، هرچه به ذهنش می‌رسد را بدون ملاحظه و با صدای بلند بگوید یا بنویسد.

جلسه هفتم: مواجهه و جلوگیری از پاسخ (۱). در این جلسه منطبق در مان به روش مواجهه و جلوگیری از پاسخ برای اعضا شرح داده شد و با کمک خود آنها مواجهه با یک موقعیت اضطراب‌زا مورد تمرین قرار گرفت.

□ جلسه هشتم: مواجهه و جلوگیری از پاسخ (۲). اعضا تمرینات مواجهه و جلوگیری از پاسخ جلسه قبل را بسیار خوب انجام داده بودند. اکثر افراد با تحمل اضطراب و انجام ندادن عمل بی‌اثر ساز و سواس‌گونه، کاهش اضطراب را تجربه کرده بودند ولی رفتارهای اجتنابی مثل بیرون رفتن از خانه، سرگرم شدن به کاری دیگر و غیره نیز در بعضی از افراد دیده می‌شد که با توضیح و تمرین مجدد روش در جهت تصحیح این روش و رفع اشکالات اقدام گردید.

● نتایج

جدول ۱ میانگین و انحراف معیار نمرات «سیاهه و سواس مادزلی» و اختلالات رفتاری کودک را در ۳ مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری نشان می‌دهد. میانگین نمرات پس‌آزمون و

پیگیری، پس از مهار نمرات متغیر پیش آزمون برآورد شده است. همانطور که در جدول ۱ مشاهده می شود، میانگین نمرات وسواس و اختلالات رفتاری گروه آزمایش در سه مرحله پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری، سیر نزولی و کاهشی دارد و میانگین در مرحله پیگیری کمتر از میانگین در مرحله پس آزمون است. در حالی که در گروه کنترل میانگین نمرات وسواس سیر صعودی و افزایشی و میانگین اختلالات رفتاری سیری نامشخص دارد. معنادار بودن این تفاوتها در جداول بعدی مورد بررسی قرار می گیرد.

جدول ۱- میانگین و انحراف معیار نمرات وسواس مادزلی و اختلالات رفتاری اناریو دو گروه

در مراحل پیش آزمون پس آزمون و پیگیری پس از مهار متغیر پیش آزمون

اختلالات رفتاری اناریو			وسواس مادزلی			متغیر	
پیگیری	پس آزمون	پیش آزمون	پیگیری	پس آزمون	پیش آزمون	شاخصها	گروهها
۱۲/۶۴۲	۱۴/۰۷۱	۱۷/۰۰۰	۵/۹۲۸	۹/۲۸۵	۱۴/۲۸۵	میانگین	آزمایش
۶/۶۸۶	۷/۹۸۵	۱/۷۸۸	۴/۵۴۸	۴/۳۳۹	۰/۷۰۶	انحراف معیار	
۲۲/۸۵۷	۲۰/۳۵۷	۲۱/۹۲۸	۱۷/۲۸۵	۱۷/۱۴۲	۱۶/۷۸۵	میانگین	کنترل
۶/۳۳۴	۷/۱۸۵	۲/۳۱۹	۵/۲۶۸	۲/۸۷۸	۰/۴۳۴	انحراف معیار	

به منظور مهار تأثیر اجرای پیش آزمون بر نتایج نمرات پس آزمون و پیگیری نمرات پیش آزمون در هر دو مقیاس مهار گردید یعنی اثر آنها از روی نمرات پس آزمون و پیگیری برداشته شده و سپس دو گروه با توجه به نمرات باقی مانده مقایسه شدند. نتایج تحلیل کوواریانس نمرات وسواس در دو گروه آزمایش و کنترل در مرحله پس آزمون و پیگیری در جدول ۲ ارائه شده است.

جدول ۲- نتایج تحلیل کوواریانس نمرات وسواس مادزلی دو گروه پس از مهار متغیر پیش آزمون در پس آزمون و پیگیری

منبع تغییرات	متغیر وابسته	مجموع مجذورات	درجه آزادی	واریانس	ضریب F	معناداری	مجذور اتا	توان آماری
پیش آزمون	پس آزمون	۱۴۱/۸۷۷	۱	۱۴۱/۸۷۷	۱۶/۸۳۵	۰/۰۰۰	۰/۴۰۲	۰/۹۷۶
پیگیری	پیگیری	۶۰/۶۴۷	۱	۶۰/۶۴۷	۲/۶۶۴	۰/۱۱۵	۰/۰۹۶	۰/۳۴۸
گروهها	پس آزمون	۱۴۰/۰۵۳	۱	۱۴۰/۰۵۳	۱۶/۶۱۸	۰/۰۰۰	۰/۳۹۹	۰/۹۷۵
پیگیری	پیگیری	۴۷۹/۸۰۰	۱	۴۷۹/۸۰۰	۲۱/۰۷۶	۰/۰۰۰	۰/۴۵۷	۰/۹۹۳

همانطور که نتایج جدول ۲ نشان می‌دهد، تفاوت بین میانگین نمرات وسواس در مرحله پس‌آزمون و پیگیری پس از مهار نمرات پیش‌آزمون در دو گروه کنترل و آزمایش معنادار است ($p < 0/0001$). به عبارت دیگر درمان شناختی- رفتاری گروهی، علایم وسواس مادران را در مراحل پس‌آزمون و پیگیری کاهش داده است. میزان تأثیر درمان در مرحله پس‌آزمون و پیگیری به ترتیب ۳۹٪ و ۴۵٪ بوده است و توان آماری نشان می‌دهد که حجم نمونه برای آزمایش این فرضیه کافی بوده است. نتایج تحلیل کوواریانس نمرات اختلالات رفتاری دوگروه در مراحل پس‌آزمون و پیگیری در جدول ۳ ارائه شده است.

جدول ۳- نتایج تحلیل کوواریانس نمرات اختلالات رفتاری دوگروه پس از مهار پیش‌آزمون در پس‌آزمون و پیگیری

منبع تغییرات	متغیر وابسته	مجموع مجذورات	درجه آزادی	واریانس	ضریب F	معناداری	مجذور اتا	توان آماری
پیش‌آزمون	پس‌آزمون	۸۹۴/۰۸۶	۱	۸۹۴/۰۸۶	۳۶/۸۸۱	۰/۰۰۰	۰/۵۹۶	۱/۰۰۰
	پیگیری	۵۱۸/۷۵۷	۱	۵۱۸/۷۵۷	۲۲/۲۰۱	۰/۰۰۰	۰/۴۷۰	۰/۹۹۵
گروهها	پس‌آزمون	۴۱/۲۲۸	۱	۴۱/۲۲۸	۱/۷۰۱	۰/۲۰۴	۰/۰۶۴	۰/۲۴۱
	پیگیری	۳۴۳/۱۵۰	۱	۳۴۳/۱۵۰	۱۴/۶۸۵	۰/۰۰۱	۰/۳۷۰	۰/۹۵۷

همانطور که نتایج جدول ۳ نشان می‌دهد، تفاوت بین نمرات اختلالات رفتاری در مرحله پس‌آزمون معنادار نبوده ولی در مرحله پیگیری این تفاوت معنادار شده است ($p = 0/0001$). میزان تأثیر درمان در مرحله پیگیری ۳۷٪ بوده است و توان آماری نشان می‌دهد که حجم نمونه برای آزمایش این فرضیه کافی بوده است. به عبارت دیگر درمان مادران، اختلالات رفتاری کودک را پس از گذشت یک ماه به طور معناداری کاهش داده است.

● بحث و نتیجه گیری

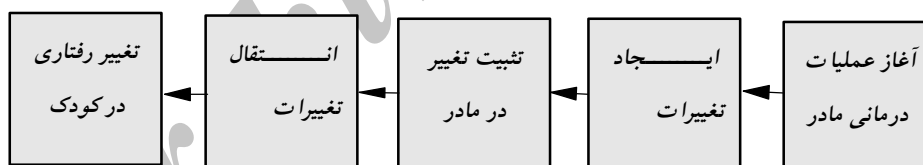
○ در تحلیل نتایج مرحله اول این پژوهش، با توجه به نتایج همبستگی حاصل از «سیاهه وسواس- اجبارمادزلی» و «مقیاس سلامت کودک اُتاریو» رابطه مثبت و معنادار ۵۴٪ در سطح ۰/۰۱ بین این دو متغیر مشاهده شد. به عبارت دیگر می‌توان گفت، «وسواس مادر» می‌تواند یکی از عوامل ایجادکننده یا تشدیدکننده اختلالات رفتاری در کودک باشد. این یافته تأییدی است بر مطالعاتی که ارتباط بیماریهای روانی مادر را با سلامت روانی کودک بررسی کرده‌اند. از میان مطالعات فراوان در این زمینه می‌توان به بررسیهای روبرت و ایتاکر (۲۰۰۰) به نقل از ویدیارثی،

۲۰۰۶)، فونگی و همکاران (۲۰۰۲)، دوماس (۱۹۹۵)، به نقل از بارت، شرت و هلی، (۲۰۰۲)، بارت و همکاران (۲۰۰۲)، مایر (۲۰۰۴)، ویدیاری (۲۰۰۶)، اسفندیاری (۱۳۷۴)، لیل آبادی (۱۳۷۵) و محمد اسماعیل (۱۳۷۹) که همگی تأثیر حالات روانی مادر بر سلامت نوزاد و کودک را تأیید کرده‌اند اشاره نمود.

○ در پژوهش حاضر، تلفیقی از روشهای «رفتاری» (آرامسازی، مواجهه و جلوگیری از پاسخ) و «شناختی» (خطاهای منطقی و چالش با افکار) بر سواس مادران و اختلالات رفتاری کودکان مورد بررسی قرار گرفت. نتایج این تحقیق نشان می‌دهد که درمان شناختی- رفتاری گروهی میزان علائم و سواس مادر را در هر دو مرحله پس آزمون و پیگیری کاهش داده است. این یافته‌ها با بسیاری از یافته‌هایی که این نوع درمان را برای اختلال و سواس- اجبار به کار برده‌اند، همخوانی دارد. به عنوان مثال می‌توان به تحقیقات آندرسون و ریس (۲۰۰۷) و فراست و استکتی (۲۰۰۲) اشاره کرد. البته این موضوع که کاربرد روش‌های شناختی- رفتاری به شیوه‌های مختلف فردی، گروهی یا ترکیبی باعث کاهش نشانه‌های اختلال و سواس- اجبار می‌شود، موضوع جدیدی نیست و صحت آن با پژوهشهای باز و مهار شده متعدد داخلی و خارجی مورد تأیید قرار گرفته است و لیکن تأیید این یافته در پژوهش‌های داخلی و خارجی و این پژوهش مبین اصل بسیار مهم تکرارپذیری تجربه علمی و تأییدی بر صحت پژوهشهای پیشین است. نتایج گروه کنترل نیز بیانگر ثبات، پایداری و در حال گسترش بودن اختلال و سواس- اجبار است. به عبارت دیگر گذشت زمان منجر به تثبیت و حتی افزایش آن می‌شود. نکته قابل توجه در این زمینه کاهش بیشتر میانگین نمرات و سواس مادران در مرحله پیگیری نسبت به مرحله پس آزمون است. این یافته مؤید مؤثر بودن روش و روش‌های استفاده شده در طرح درمان حاضر است و همچنین تأییدی بر صحت نتیجه قبلی است. چرا که گذشت زمان، نه تنها از اثربخشی جلسات درمان کم نکرده، بلکه موجب افزایش این تأثیرات گردیده و تغییرات مطلوبی در سطوح عمیقتر لایه‌های رفتاری و شناختی افراد ایجاد کرده است. این یافته با مطالعه براگا و همکاران (۲۰۰۵) که در پیگیری یک ساله او تداوم اثربخشی درمان شناختی- رفتاری گروهی تأیید شد همخوانی دارد. به عبارت دیگر تداوم سیر کاهش نشانه‌های و سواس در این بررسی مؤید اثربخشی دراز مدت درمان شناختی- رفتاری است و این نکته گویای اهمیت زمان در تغییر باورها است. چرا که باور افراد همانگونه که یکباره شکل نمی‌گیرد به یکباره هم تغییر نخواهد کرد.

○ از دیگر نتایج تحقیق حاضر این بود که علیرغم کاهش و سواس مادر در مرحله پس آزمون،

اختلالات رفتاری کودک در این مرحله کاهش معنا داری نداشت؛ ولی در مرحله پیگیری به طور معناداری کاهش یافت. در توجیه عدم کاهش اختلالات رفتاری کودک در پس آزمون می توان به کوتاه بودن مدت درمان و انجام پس آزمون اشاره کرد. چرا که تغییر در کودک مستلزم درونی شدن تغییراتی است که در مادر ایجاد شده است و بر طبق مطالب گفته شده برای تثبیت تغییرات ایجاد شده در نحوه تفکر و رفتار مادران با روش های شناختی- رفتاری به گذشت زمان نیاز است. بنابراین برای انتقال این تغییرات از مادر به کودک به طور اولی نیاز بیشتری به گذشت زمان وجود دارد و تأیید نشدن این فرضیه نه تنها ضعفی برای پژوهش محسوب نمی شود، بلکه با توجه به کاهش معنادار اختلالات رفتاری کودکان در مرحله پیگیری، حکایت از روند درست و منطقی اجرای پژوهش دارد. زیرا گذشت زمان، نه تنها از اثربخشی جلسات درمان کم نکرده، بلکه موجب افزایش این تأثیرات در مادر و انتقال این تأثیر از مادر به کودک گردیده و تغییرات مطلوبی در سطوح عمیقتر لایه های رفتاری و شناختی مادر و رفتار کودک ایجاد کرده است و لیکن لازمه انتقال این تغییرات به کودک، تثبیت شدن تغییرات در زمینه های مربوطه در مادر؛ است که این جریان به زمان نیاز دارد. از طرفی ظهور این تغییرات در کودک و در واقع نمود رفتاری یافتن آن به طوریکه توسط مادر قابل گزارش باشد نیز به گذشت زمان نیاز دارد. لذا مشاهده می شود که نیاز به گذشت زمان در تکمیل این چرخه و ظهور تغییرات در مادر و کودک ضروری و غیر قابل انکار است. این مطلب در شکل ۱ نشان داده شده است.



شکل ۱- روند تأثیر تغییرات درمانی مادر بر کودک

○ نکته قابل ذکر دیگر در تبیین عدم کاهش اختلالات رفتاری کودک در پس آزمون این است که «اضطراب» و «وسواس» از مشکلات روانی عمیق و ریشه داری است که با ۸ جلسه درمان طی یک ماه به طور کامل برطرف نخواهد شد. از طرفی اختلال رفتاری کودکی که ۷-۸ سال در ارتباط با مادری بیش از حد مهارکننده و وسواسی یا مضطرب بوده نیز عمیق تر از آن است که پس از یک دوره یک ماهه درمان مادر، حتی با وجود بهبودی او، انتظار کاهش نشانه ها و بهبودی آن را داشته باشیم. می توان گفت کاهش معنادار نمرات اختلالات رفتاری در مرحله پیگیری در

درجه اول نتیجه قابل استنادی برای تأیید اثربخشی درمان حاضر بر وسواس مادران بوده و در مرحله دوم گواهی از تأثیر درمان مادر بر اختلالات رفتاری کودک می باشد. این نتیجه، روش غیر مستقیم درمان مشکلات رفتاری کودکان یعنی درمان کودک از طریق مادر را بر ما آشکار و تایید می کند. تحقیقات توس و همکاران (۲۰۰۵) نیز در مان مادر را در ایجاد امنیت روانی برای کودک و تأمین سلامت او مؤثر دانسته است که با نتیجه مطالعه حاضر مطابقت و همخوانی دارد.

○ یکی از دلایل کاهش مشکلات رفتاری کودک را می توان ناشی از کاهش میزان وسواس مادر و در نتیجه کاهش حساسیت ها و دقت های وسواس گونه او دانست. که بر نوع نگرش و گزارش مادر از مشکلات رفتاری کودک تأثیر به سزایی دارد. اما باید توجه داشت که این مطلب نمی تواند معنادار بودن کاهش اختلالات رفتاری کودکان را در مرحله پیگیری توجیه کند؛ چرا که کاهش میزان وسواس مادر در مرحله پس آزمون نیز وجود داشت ولی کاهش معنادار اختلالات رفتاری کودکان بر اساس گزارش مادران را نشان نداد. لذا کاهش معنادار اختلالات رفتاری کودکان بنا بر گزارش مادر در مرحله پیگیری، علتی فراتر از بهبود وضعیت روانی مادر و تغییر در نحوه گزارش مشکلات کودک توسط او دارد؛ که به احتمال زیاد می توان آن را نتیجه درمان مادر و کاهش میزان وسواس - اجبار او دانست. همچنین توجه به سیر نزولی میانگین نمرات اختلالات رفتاری کودک در گروه آزمایش بیانگر نتایج مثبت درمانی مادر بر کودک است. به عبارت دیگر می توان گفت کاهش معنادار اختلالات رفتاری کودک در مرحله پیگیری در امتداد کاهش غیر معنادار اختلالات رفتاری کودک در مرحله پس آزمون می باشد که نیاز به گذشت زمان در تکمیل چرخه تغییرات مادودک را نشان می دهد.

○ پیشنهاد می شود دوره های درمان طولانی مدت تر و با تأکید بیشتر بر چگونگی ارتباط مادر و کودک برای مادران با کودکان دبستانی و پیش دبستانی برگزار گردد. این کار از بروز بسیاری از مشکلات رفتاری روانی تحصیلی و شخصیتی در کودکان پیشگیری کرده و موجب ارتقاء سلامت مادر و کودک می شود.

○ ○ ○

یادداشت ها

- | | |
|----------------------------------|---------------------|
| 1- obsessive-compulsive disorder | 2-Kaplan |
| 3- Sadock | 4- Hawton |
| 5- Steketee | 6- Rosenhan |
| 7- Selligman | 8- pharmaco therapy |

9- behavior therapy	10- psychoanalyse
11- family therapy	12- group therapy
13- psycho surgery	14- Montgomery
15- Zohar	16- Fungi
17- Dumas	18- Robert
19- Eitaker	20- Mussen
21- attachment	22- insecure attachment
23- rearing child methods	24- Winnicott
25- Moudzly Obsessive-Compulsive Inventory (MOCI)	
26- Ontario Child Health Scale(OCHS)	27- Sanavio
28- Norman	29- Nilipour Obsessive-Compulsive Inventory
30- Mini International Neurotic Inventory	31- Perfectionism
32- Relaxation	33- Cognitive errors
34- Challenge with thoughts	35- Exposure and Response Prevention (ERP)

منابع

- احدی، حسن؛ بنی جمالی، شکوه‌السادات. (۱۳۷۴). روانشناسی رشد. تهران: نشر بنیاد.
- استکتی، گیل. (۱۳۷۶). درمان رفتاری وسواس. ترجمه عباس بخشی پور رودسری، مجید محمود علیلو. تبریز: روان پویا.
- امیری، شعله. (۱۳۸۰). بررسی تحولی رابطه منزلت اجتماعی، رفتارسازی، مهارتهای اجتماعی و اختلالات رفتاری از کودکی تا نوجوانی. پایان نامه دکتری. دانشگاه تهران.
- امیری، شعله. (۱۳۸۳). بررسی تحولی تضادورزی در گروههای مختلف منزلت اجتماعی. مجله روانشناسان ایرانی، شماره اول، ص ۸۵.
- پاک روان، م.؛ قلعه بندی، ف.؛ علوی، ک.؛ و ابراهیمی، ع. (۱۳۸۶). مقایسه آزمون وسواس- اجباری مادزلی و مصاحبه بالینی ساختاریافته مبتنی بر DSM-IV برای تشخیص اختلال وسواسی- اجباری در بیماران مبتلا به اسکیزوفرنیا. «اندیشه و رفتار»، ۱۳ (۲): ۹۷-۱۰۳.
- دادستان، پریرخ. (۱۳۸۲). روانشناسی مرضی تحولی: از کودکی تا بزرگسالی. جلد دوم. تهران: سمت.
- روزنهان، د. ال.؛ و سلیگمن، م. ای. (۱۳۸۱). روانشناسی ناهنجاری آسیب شناسی روانی. ترجمه یحیی سید محمدی. تهران: ساوالان.
- ستایش، محمود. (۱۳۸۱). چرا نگرانید. شیراز: نوید.
- سجادیان، ایلناز. (۱۳۸۵). تأثیر آموزش روش ذهن آگاهی بر میزان علائم اختلال وسواس- اجبار در زنان شهر لصفهان. پایان نامه کارشناسی ارشد رشته روانشناسی بالینی. دانشگاه اصفهان.
- صنیعی، پرینوش. (۱۳۸۴). برخی عوامل مؤثر در ناسازگاری کودکان. مادران امروز، (سخنرانی ماهانه آذر).

- فلسفی، محمد تقی. (۱۳۶۳). گفتار فلسفی کودک از نظر وراثت و تربیت. جلد اول. تهران: هیئت نشر معارف اسلامی.
- کاپلان، هارولد. و سادوک، بنیامین. (۱۳۸۲). خلاصه روانپزشکی. جلد دوم. ترجمه حسین رفیعی و خسرو سبحانیان. تهران: ارجمند.
- ماسن، پاول؛ کانجر، جان؛ کیگان، جروم؛ و هوستون، آلتا (۱۳۷۳). رشد و شخصیت کودک. ترجمه مهشید یاسائی. تهران: کتاب ماد.
- محمد اسماعیل، الهه. (۱۳۷۹). بررسی و مقایسه شیوه‌های فرزندپروری مادران کودکان دارای اختلالات افسردگی، اضطراب، وسواس و مادران کودکان عادی. طرح پژوهشی وزارت آموزش و پرورش، سازمان آموزش و پرورش استثنایی، پژوهشکده کودکان استثنایی.
- مونتگمری، استوارت؛ و زوهر، جوزف. (۱۳۸۲). وسواس (شناخت و درمان). ترجمه محسن معروفی و اکبر فرشید نژاد. اصفهان: کنکاش.
- نیلی پور، محمدرضا. (۱۳۷۹). بررسی کارایی سیستم مراقبت‌های بهداشتی اولیه (سطح ۱ و ۲) در بیماریابی و تشخیص مبتلایان به اختلال وسواس - اجبار در روستای شاپورآباد. پایان نامه درجه دکترای تخصصی در رشته روانپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی - درمانی اصفهان.
- هاتون، کیت؛ کرک، جوال؛ سالکوس کیس، پاول. و کلارک، دیوید. (۱۳۸۲). رفتار درمانی شناختی. جلد اول، ترجمه حبیب‌اله قاسم‌زاده تهران: ارجمند.
- American Psychiatry Association. (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder: Forth Edition, Text Revision*. Washington, DC: Author.
- Anderson, R. A.; & Rees, C. (2007). Group versus individual cognitive-behavioral treatment for obsessive-compulsive disorder: A controlled trail. *Behavior Research and Therapy*, 45, 123-137.
- Antshel, K. M.; & Joseph, G. R. (2006). *Maternal stress in nonverbal learning disorder: A comparison with reading disorder*. Available at: <http://www.sciencedirect.com>.
- Barrett, P.; Shortt, A.; & Healy, L. (2002). Do parent and child behavior differentiate families whose children have obsessive-compulsive disorder from other clinic and non-clinic families? *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 43, 5, 597-607.
- Braga, D. T.; Cordioli, A. V.; Niederaver, K.; & Manfro, G. G. (2005). Cognitive-behavioral group therapy for obsessive-compulsive disorder: A 1-year follow-up. *Acta Psychiatr Scand Inavia: 112*: 180- 186.
- Boyle, M.; Offord, D.; Racine, Y.; Fleming, J. E.; Szatmari, P.; & Sanford, M. (1993). Evaluation of the revised Ontario child health studies. *Child Psychology and Psychiatry*. 34 (2): 182-213.
- Frost, R.; & Stecete, G. (2002). *Cognitive approach to obsessions and compulsions. Theory, assessment and treatment*. Pergamon.
- Myhr, G.; Sookman, D.; & Pinard, G. (2004). Attachment security and parental bonding in adults

with obsessive-compulsive disorder: A comparison with depressed outpatients and healthy controls. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 109: 447-458.

Rachman, S. J.; & Hodgson, R. J. (1980). *Obsessions and Compulsions*. Englewood Cliffs. New York. Prentice Hall.

Toth, S. L.; Rogosch, F. A.; Manly, J. T.; & Cicchetti, D. (2005). *The efficacy of toddler-parent psychotherapy to reorganize attachment in the young offspring of mothers with major depressive disorder*. A Randomized Preventive Trial.

Vidyarthi, A. (2006). Parental Problem. *Child Psychiatry*. 7, 4: 60-80.

○ ○ ○

Archive of SID