

# اختلال وسواس - بی‌اختیاری مادر و اضطراب در کودکان

## Maternal Obsessive - Compulsive Disorder and Anxiety in Children

Zahra Sarami

M. A. in Clinical Psychology

Sholeh Amiri, PhD

Esfahan University

دکتر شعله امیری

استادیار دانشگاه اصفهان

زهرا صرامی

کارشناس ارشد بالینی

Hamid Taher Neshat Doust, PhD

Esfahan University

Hossein Molavi, PhD

Esfahan University

دکتر حسین مولوی

استاد دانشگاه اصفهان

دکتر حمیدطاهر نشاط دوست

دانشیار دانشگاه اصفهان

### Abstract

The present study examined the effects of Cognitive Behavior Therapy (CBT) on maternal obsessive-compulsive symptoms and child anxiety. A sample of 217 mothers of primary school children completed the Maudsley Obsessive-Compulsive Inventory (MOCI; Rachman & Hodgson, 1980), Nilipour Obsessive-Compulsive Inventory (NOCI; Nilipour, 2000) and Ontario Child Health Scale (Boyle et al., 1993). Based on the highest scores in MOCI and NOCI scores and on DSM-IV diagnostic interviews, thirty two mothers were randomly assigned to an experimental and witness groups equally. The experimental group received 8 sessions of 90-minute CBT. The witness group received none. MANCOVA revealed significantly lower mean scores in symptoms of OCD ( $p=0.00$ ) among mothers after receiving treatment. In spite of, Mothers' obsession and children's anxiety were correlated, the treatment of mothers did not improve children's level of anxiety. A follow-up test conducted a month later did not reveal a change in maternal OCD scores and child anxiety.

**Key words:** obsessive-compulsive disorder, anxiety, cognitive behavior therapy, mother and child.

Contact information : z110s110f@yahoo.com

### چکیده

در این پژوهش، اثربخشی درمانگری شناختی-رفتاری بر نشانه‌های وسواس-بی‌اختیاری مادر و اضطراب کودک بررسی شد. ۲۱۷ مادر دانش‌آموزان دبستانی، پرسشنامه‌های وسواس-بی‌اختیاری مادری (رچمن و هاجسون، ۱۹۸۰)، وسواس-بی‌اختیاری نیلی‌پور (نیلی‌پور، ۱۳۷۹) و مقیاس سلامت کودک انتاریو (بویل و دیگران، ۱۹۹۳) را تکمیل کردند. براساس بالاترین نمره‌ها در دو فهرست وسواس - بی‌اختیاری و مصاحبه تشخیصی DSM-IV (۱۹۹۴)، ۳۲ مادر به طور تصادفی در دو گروه آزمایشی و گواه جایگزین شدند. گروه آزمایشی در ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای در معرض درمانگری شناختی-رفتاری قرار گرفت. نتایج تحلیل کوواریانس چند متغیری کاهش معناداری را در نمره‌های وسواس مادران گروه آزمایشی در پس‌آزمون، نشان دادند. به‌رغم آنکه وسواس مادران با اضطراب کودکان همبستگی داشت، درمان مادران، سطح اضطراب کودکان را بهبود بخشید. پیگیری، پس از یک ماه حاکی از عدم تغییر نمره‌های وسواس-بی‌اختیاری مادران و اضطراب کودک بود.

**واژه‌های کلیدی:** اختلال وسواس-بی‌اختیاری، اضطراب، درمانگری شناختی - رفتاری، مادر و کودک.

received : 18 May 2008

دریافت : ۸۷/۲/۲۸

accepted : 24 May 2009

پذیرش : ۸۸/۳/۳

## مقدمه

مادر و کودک مجموعه‌ای را تشکیل می‌دهند که هرگونه ارزیابی و تلاش در قلمرو درمانگری، باید آن را در نظر بگیرد (دادستان، ۱۳۸۲). سلامت جسمانی و روانی مادر در ایجاد فضایی مطلوب در خانواده به‌عنوان نخستین پایگاه آموزش و پرورش، از بنیادی‌ترین عوامل شکل‌گیری شخصیت کودک است (بارت، ۲۰۰۶؛ نوایی‌نژاد، ۱۳۷۳). چرا که سبک‌های استدلالی<sup>۱</sup>، عاطفی و رفتاری کودک تحت تأثیر خانواده، به ویژه مادر قرار می‌گیرد (آبلا، اسکیت، آدامز و هنکین، ۲۰۰۸). بیماری‌های روانی والدین، به ویژه مادر، غالباً با مشکلاتی در فرزندپروری و مادرگری همراه است (ایسرن، بایی، ماوری و جانسون، ۲۰۰۵) و تجربه‌های نامطلوب اولیه مادر-کودک، می‌تواند به دل بستگی ناایمن<sup>۲</sup> در کودک و پدیده‌های مرضی در بزرگسالی منجر شوند (میهر، سوکمن و پینارد، ۲۰۰۴). از آنجا که غالباً مشکلات دوره‌های بعدی، از دوران کودکی آغاز می‌شوند و یا تداوم می‌یابند (واتی، ۲۰۰۳؛ سوراندر و هلستلا، ۲۰۰۵)، با درمان مناسب کودک دارای مشکلات روان‌شناختی، از مشکلات بعدی وی در نوجوانی و بزرگسالی پیشگیری خواهد شد؛ در غیر این صورت، نه تنها مشکلات کودک از بین نمی‌روند، بلکه در طی مراحل مختلف تحول، با افزایش آسیب‌پذیری، مشکلات جدی‌تری برای فرد و خانواده ایجاد می‌کنند (واتی، ۲۰۰۳؛ ویسمن و دیگران، ۲۰۰۶).

با توجه به گزارش جراحان عمومی<sup>۳</sup> (۲۰۰۶) مبنی بر این که ۴۰ تا ۷۰ درصد بزرگسالان آمریکایی یک دوره از بیماری‌های روان‌شناختی را در مرحله‌ای از زندگی خود تجربه می‌کنند، احتمال فقدان مشکل روانی در والدین، بسیار کم است. دوره‌ای و تکرارشونده بودن بیماری‌های روانی والدین، بیش از یک دوره از تحول کودک را تحت تأثیر قرار می‌دهد و تهدیدی اساسی در تحول کودک است. افزون بر این، مهمترین عامل عدم درمان اختلال‌های کودکی، آسیب روانی والدین و ناکارآمدی خانواده است؛

بنابراین، تشخیص بیماری‌های روانی والدین و درمان آنها به جای کودک سودمندتر به نظر می‌رسد (موسبای، ۲۰۰۷). اختلال وسواس-بی‌اختیاری<sup>۴</sup> یک اختلال روانی ناتوان-کننده است که با افکار مزاحم تکراری و ناخواسته، فرد را به انجام اعمال بی‌اختیار و بیهوده وادار می‌کند (کاپلان<sup>۵</sup> و سادوک<sup>۶</sup>، ۲۰۰۳/۱۳۸۲). این اختلال شایع اضطرابی، سیری پیشرونده دارد (مونتگمری<sup>۷</sup> و زوهار<sup>۸</sup>، ۲۰۰۲/۱۳۸۲)، به خودی خود بهبود نمی‌یابد و جستجوی درمان نیز در مبتلایان بسیار کم است (براگا، کوردیولی، نیدراور و مانفرو، ۲۰۰۷).

وجود مشکلاتی مانند وسواس در مادران، مشکلات رفتاری فرزندان را در پی خواهد داشت (ویدیارثی، ۲۰۰۶؛ فریولی، مارتانو و پانتل، ۲۰۰۷؛ وفایی، ارفعی و داداش-زاده، ۱۳۸۱). چرا که مادر وسواسی بیش از مادر سالم در تعامل با فرزند کوچک خود کمال‌گرا (بنسون و پومرانتز، ۲۰۰۸)، سرد، انتقادی، منفی، مهارگر (والی<sup>۹</sup>، بینو<sup>۱۰</sup> و سیگمن<sup>۱۱</sup>، ۱۹۹۹ نقل از بارت، شورت و هیلی، ۲۰۰۲؛ بارت و الیوت، ۲۰۰۵)، شکاک (بارت و دیگران، ۲۰۰۲)، طردکننده (ویمز، ۲۰۰۵) تنبیه‌کننده و آزاردهنده است (آنتشل و جوزف، ۲۰۰۶). باکلی و بوردن (۲۰۰۶). همچنین رابطه مثبت و معنادار بین حمایت بیش از حد و وسواسی-بودن مادر را گزارش کرده‌اند.

مهار بیش از حد مسایل و رویدادهای محیط نه تنها محیط مناسبی برای رشد و بالندگی کودک فراهم نخواهد کرد، بلکه موجب ایجاد احساس نارزندگی، نارضایتی و نهایتاً دل بستگی ناایمن (براون و وایتساید، ۲۰۰۷) و مشکلات متعدد رفتاری و هیجانی (بارت، ۲۰۰۶) در کودک خواهد شد. امر و نهی زیاد و فزون حمایتگری والدین، اضطراب (الاندیک و هورش، ۲۰۰۹؛ ویمز، ۲۰۰۵؛ بارت و دیگران، ۲۰۰۲؛ محمداسماعیل، ۱۳۷۹)، نافرمانی و تضادورزی (دلانی، اُکیل و مورن، ۲۰۰۴) کودک را در پی دارند. اگرچه حدی از نافرمانی بهنجار است اما کودک مبتلا به اختلال تضادورزی همیشه نافرمان است و قوانین

1. reasoning style

2. insecure attachment

3. Surgeon General's Report

4. obsessive-compulsive disorder

5. Kaplan, H.

6. Sadock, B.

7. Montgomery, A.

8. Zohar, J.

9. Vally, B.

10. Binou, E.

11. Sigman, S. A.

پس آزمون<sup>۷</sup> با گروه‌های نامعادل اجرا شد. نمونه‌برداری پژوهش در دو مرحله انجام شد. ابتدا یکی از نواحی پنجگانه آموزشی شهر اصفهان انتخاب و سپس دو دبستان از این ناحیه به گونه تصادفی برگزیده شدند. از همه مادران دانش‌آموزان کلاس اول و دوم دبستانهای مذکور (۲۶۰ نفر)، خواسته شد که پرسشنامه وسواس-بی‌اختیاری مادزلی<sup>۸</sup> (رچمن و هاجسون، ۱۹۸۰)، پرسشنامه غربالگری وسواس-بی‌اختیاری نیلی‌پور (نیلی‌پور، ۱۳۷۹) و مقیاس سلامت کودک انتاریو<sup>۹</sup> (بوئل، آفورد، راسین، فلمینگ، زاتاماری و سنفورد، ۱۹۹۳) را تکمیل کنند. سپس پرسشنامه‌های ۲۱۷ نفر که اطلاعات کاملی داشتند، بررسی شدند.

همبستگی دو پرسشنامه وسواس-بی‌اختیاری ( $r=0/7$ )، روایی ابزارها را نشان داد. همبستگی بین وسواس مادر با اضطراب و تضادورزی کودک نیز محاسبه شد تا در صورت تأیید فرضیه اول (وجود رابطه بین وسواس مادر و اضطراب و تضادورزی کودک)، مرحله دوم طرح، یعنی مداخله در سطح مادران آغاز شود.

برای انجام مداخله درمانی، نمونه‌برداری نهایی از میان ۴۰ مادری که بالاترین نمره را در پرسشنامه‌های وسواس-بی‌اختیاری کسب کرده بودند، انجام شد. مادران مذکور براساس ملاکهای چهارمین راهنمای تشخیصی و آماری بیماریهای روانی<sup>۱۰</sup> (DSM-IV، ۱۹۹۴) مورد مصاحبه تشخیصی قرار گرفتند و در نهایت، ۳۲ مادر واجد نشانه‌های وسواس به عنوان گروه نمونه انتخاب شدند. این افراد به طور تصادفی در دو گروه ۱۶ نفری آزمایشی و گواه جایگزین شدند. گروه آزمایشی در ۸ جلسه درمانگری به مدت یک ماه حضور یافت و گروه گواه مداخله‌ای دریافت نکرد. ۲ نفر از گروه آزمایشی که در جلسه‌های درمانگری به طور کامل شرکت نکردند، از گروه حذف شدند. به منظور رعایت تساوی حجم دو گروه گواه و آزمایشی، دو نفر نیز به تصادف از گروه گواه حذف

را نقض می‌کند و زمانی این نافرمانی ظاهر یا تشدید می‌شود که والدین مهار خود را بر کودک افزایش می‌دهند (دارلینگ، ۲۰۰۷). درمان مادران مهارگر<sup>۱</sup> و مضطرب به کاهش سطح مهارگری و مداخله آنان در فعالیتهای کودک می‌انجامد و رفتارهای اضطرابی کودک و نافرمانی وی را کاهش می‌دهد (لافرینییر<sup>۲</sup> و کاپوانو<sup>۳</sup>، ۱۹۹۷ نقل از پلگرینو، ۲۰۰۶).

مورفی (۲۰۰۷) نیز معتقد است آموزش و درمان والدین نه تنها برای خود آنها سودمند است بلکه، در الگودهی به کودکان نیز مؤثر است. به عنوان مثال ویسمن (۲۰۰۶) در بررسی خود نشان داد که درمان افسردگی مادران با کاهش اختلالهای رفتاری کودک و عدم درمان وی با تشدید اختلالهای رفتاری کودک همراه است.

با توجه به اهمیت سلامت مادر در ارتباط با کودک، تأثیر مخرب اختلال وسواس-بی‌اختیاری مادر، آثار مطلوب درمان مادران مبتلا به مشکلات روانی بر کودک، اثر-بخشی درمانگری شناختی-رفتاری<sup>۴</sup> بر اختلال وسواس-بی‌اختیاری (فراست و استکتی، ۲۰۰۲)، به ویژه در پیگیریهای یک‌ساله (براگا و دیگران، ۲۰۰۷) و نیز اثر بخش‌تر و مقرون به صرفه‌تر بودن درمان گروهی<sup>۵</sup> نسبت به درمانگری فردی<sup>۶</sup> در این اختلال (آندرسون و ریس، ۲۰۰۷)، مسئله اصلی پژوهش حاضر است تا از یکسو تأثیر این شیوه درمانگری بر اختلال وسواس-بی‌اختیاری بررسی و از سوی دیگر، تأثیر درمان وسواس مادر بر اضطراب و تضادورزی کودک مشخص شود. فرضیه‌های پژوهش عبارتند از:

- ۱- درمانگری شناختی-رفتاری منجر به کاهش وسواس-بی‌اختیاری مادران می‌شود.
- ۲- درمان وسواس-بی‌اختیاری مادر موجب کاهش اضطراب و تضادورزی کودک می‌شود.

## روش

این مطالعه با روش شبه تجربی و طرح پیش‌آزمون -

1. controlling mothers

2. Lafreniere, A. H.

3. Capuano, B.

4. cognitive-behavioral therapy

5. group therapy

6. individual therapy

7. pre-test/post-test, follow-up

8. Moudzly Obsessive-Compulsive

Inventory (MOCI)

9. Ontario Child Health Scale (OCHS)

10. Diagnostic & Statistical Mental Disorders

شدند و در نهایت، پژوهش با دو گروه ۱۴ نفری پایان یافت. در این پژوهش از ابزارهای زیر استفاده شد:

**پرسشنامه وسواس-بی‌اختیاری نیلی‌پور (۱۳۷۹)** برای غربالگری اختلال وسواس-بی‌اختیاری تهیه شده است. این پرسشنامه شامل ۱۷ گویه است که به صورت صفر و ۱ نمره‌گذاری می‌شود. میزان حساسیت و ویژگی این آزمون برای اختلال وسواس-بی‌اختیاری، به ترتیب برابر با ۰/۶۴ و ۰/۸۷، در سایر اختلال‌های روان‌شناختی برابر با ۰/۶۵ و ۰/۹۷ و در تشخیص پزشک عمومی نیز در مورد اختلال وسواس-بی‌اختیاری به ترتیب برابر با ۰/۸۳ و ۰/۷۵ به دست آمد. همچنین میزان توافق تشخیص پزشک عمومی و روان‌پزشک در گروه مبتلا به وسواس-بی‌اختیاری ۰/۸۳، در گروه مبتلا به سایر اختلال‌های روان‌پزشکی ۰/۷۷ و در گروه فاقد بیماری ۰/۸۴ بود (نیلی‌پور، ۱۳۷۹).

**پرسشنامه وسواس-بی‌اختیاری مادزلی** توسط رچمن و هاجسون (۱۹۸۰)، به منظور بررسی نوع و حیطه مشکلات وسواس تهیه شده و دارای ۳۰ گویه از نوع بلی-خیر است که به صورت صفر و ۱ نمره‌گذاری می‌شود. در این پرسشنامه نمره‌های بالاتر از میانگین (۱۵)، به عنوان نمره‌های وسواس در نظر گرفته می‌شوند. رچمن و هاجسون (۱۹۸۰) روایی همگرا و اعتبار<sup>۱</sup> بازآزمایی این پرسشنامه را رضایت‌بخش گزارش کردند. ساناوو<sup>۲</sup> (۱۹۸۵) نقل از سجادیان، (۱۳۸۵) ضریب آلفای کرونباخ برای نمره‌های کل وسواس-بی‌اختیاری را ۰/۷۷ و نورمن<sup>۳</sup> (۱۹۹۶) نقل از سجادیان، (۱۳۸۵) برابر با ۰/۸۵ گزارش کردند. پاک‌روان، قلعه‌بندی، علوی و ابراهیمی (۱۳۸۶) حساسیت و ویژگی این آزمون را به ترتیب برابر با ۷۴/۵ و ۹۳/۹ به دست آوردند. در پژوهش حاضر نیز ضریب بازآزمایی محاسبه شده برابر با ۰/۶۵ و معنادار بود.

برای تشخیص اختلال وسواس-بی‌اختیاری علاوه بر آزمون‌های نامبرده، مصاحبه بالینی براساس ملاک‌های DSM-IV نیز انجام شد.

**مقیاس اختلال‌های رفتاری کودک انتاریو** بویل و دیگران، (۱۹۹۳)، برای سنجش سلامت روانی کودک و

براساس رفتار کودک در ۶ ماه گذشته تهیه شده است. این مقیاس که دوره سنی ۶ تا ۱۶ سال را در بر می‌گیرد و توسط مادر تکمیل می‌شود، دارای ۲۴ گویه با سه گزینه اغلب، گاهی، هرگز است که به ترتیب به صورت ۰، ۱ و ۲ نمره‌گذاری می‌شود. در ارزیابی بویل و دیگران (۱۹۹۳) اعتبار این مقیاس با روش بازآزمایی ۰/۸۰ و در پژوهش امیری (۱۳۸۰) نیز اعتبار آن بیش از ۰/۷۰ و برای فزون اضطرابی و تضادورزی به ترتیب برابر با ۰/۸۵ و ۰/۷۹ گزارش شد. در پژوهش دیگری (امیری، ۱۳۸۳) ضریب همسانی درونی این آزمون برای اختلال تضادورزی برابر با ۰/۸۲ و اعتبار بازآزمایی آن برابر با ۰/۷۵ بود. در پژوهش حاضر نیز اعتبار این مقیاس با استفاده از روش بازآزمایی برابر با ۰/۸۵ و اعتبار تشخیصی فرم فزون اضطرابی و تضادورزی به ترتیب برابر با ۰/۶۵ و ۰/۸۷ به دست آمد.

اعضای گروه آزمایشی طی یک دوره ۱ ماهه (۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای) در معرض متغیر مستقل (درمانگری شناختی-رفتاری) قرار گرفتند. پس از پایان دوره درمان، فهرست وسواس مادزلی و مقیاس اختلال‌های رفتاری انتاریو به عنوان پس‌آزمون و یک ماه بعد نیز آزمون‌های مذکور به عنوان آزمون پیگیری توسط افراد دو گروه تکمیل شدند. داده‌ها با استفاده از روش تحلیل کوواریانس تحلیل شدند. خلاصه جلسه‌های درمان به شرح زیر است:

**جلسه اول:** معارفه، بستن قرارداد درمانی، بیان تأثیر شرایط محیط بر کودک و اهمیت شرایط روانی مادر در برخورد با او، آموزش تنش‌زدایی<sup>۴</sup>، تمرین تنش‌زدایی، ارائه تکلیف، دریافت پسخوراند<sup>۵</sup>؛

**جلسه دوم:** مرور مطالب جلسه قبل با همکاری خود اعضا، بررسی تکلیف و پاسخگویی به پرسشها، شیوه‌های فرزندپروری با تأکید بر اضطرابها و کنترل‌های بیش از حد، تکلیف، دریافت پسخوراند؛

**جلسه سوم و چهارم:** مرور مطالب جلسه قبل، بررسی تکلیف، بیان رابطه فکر و احساس و رفتار، «کمال‌گرایی» تعریف، علل، نشانه‌ها و پیامدها، فنون کاهش اضطراب

1. reliability  
2. Sanavio, H.

3. Norman, D.  
4. relaxation

5. feedback

و آموزش آن به طور ذهنی و واقعی، تکلیف، رفع اشکالات موجود، اجرای پس‌آزمون، دریافت پاسخوراند، تعیین زمان برای جلسه پیگیری.

حاصل از کمال‌گرایی، تکلیف، دریافت پاسخوراند؛ جلسه پنجم و ششم: مرور مطالب جلسه قبل با همکاری خود اعضا، بررسی تکالیف و پاسخگویی به پرسشها، خطاهای شناختی و چالش با افکار، تکلیف، دریافت پاسخوراند؛

### یافته‌ها

در جدول ۱ میانگین و انحراف استاندارد نمره‌های وسواس مادر، اضطراب و تضادورزی کودک گروه‌های

جلسه هفتم و هشتم: مرور مطالب جلسه قبل، بررسی تکالیف، بیان منطق درمان، مواجهه و جلوگیری از پاسخ

جدول ۱.

میانگین و انحراف استاندارد نمره‌های وسواس مادر و اضطراب و تضادورزی کودک به تفکیک گروه در سه مرحله پژوهش

پیگیری		پس‌آزمون		پیش‌آزمون		
SD	M	SD	M	SD	M	
						<b>وسواس مادر</b>
۴/۵۴۹	۵/۹۲۹	۳/۲۹۲	۸/۲۸۶	۰/۷۰۶	۱۴/۲۸۵	آزمایشی
۵/۲۶۹	۱۷/۲۸۶	۲/۸۷۹	۱۷/۱۴۲	۰/۴۳۴	۱۶/۷۸۵	گواه
						<b>اضطراب کودک</b>
۳/۱۰۳	۳/۳۵۷	۱/۹۲۹	۳/۷۸۶	۲/۳۵۹	۴/۷۸۹	آزمایشی
۲/۲۶۹	۶/۹۲۹	۲/۱۵۵	۵/۷۸۶	۳/۱۴۲	۶/۷۸۶	گواه
						<b>تضادورزی کودک</b>
۳/۳۷۱	۵/۸۵۷	۳/۰۹۹	۶/۰۷۱	۳/۷۰۴	۷/۲۱۴	آزمایشی
۳/۰۴۹	۷/۷۱۴	۲/۵۷۲	۷/۰۰۰	۳/۷۱۵	۷/۴۲۹	گواه

جدول ۲.

خلاصه نتایج تحلیل کوروارینانس چند متغیری برای تأثیر درمانگری شناختی - رفتاری

منبع تغییرات	SS	MS	F	$\eta^2$
<b>پیش‌آزمون وسواس مادر</b>				
وسواس مادر	۱۰۰/۹	۱۰۰/۹	۱۵/۷***	۰/۴
اضطراب کودک	۰/۰۰۳	۰/۰۰۳	۰/۰۰۱	۰/۰۰۰
تضادورزی کودک	۹/۹	۹/۹	۱/۹	۰/۰۷
<b>پیش‌آزمون اضطراب کودک</b>				
وسواس مادر	۱/۱	۱/۱	۰/۲	۰/۰۰۷
اضطراب کودک	۳۱/۵	۳۱/۵	۱۲/۴***	۰/۳
تضادورزی کودک	۳۲/۱	۳۲/۱	۶/۳**	۰/۲
<b>پیش‌آزمون تضادورزی کودک</b>				
وسواس مادر	۱/۹	۱/۸	۰/۳	۰/۰۱
اضطراب کودک	۰/۷	۰/۷	۰/۳	۰/۰۱
تضادورزی کودک	۱۵/۸	۱۵/۸	۳/۱	۰/۱
<b>گروه‌ها</b>				
وسواس مادر	۱۷۷/۴	۱۷۷/۴	۲۷/۷***	۰/۶
اضطراب کودک	۵/۰	۵/۰	۱/۹	۰/۰۸
تضادورزی کودک	۲/۶	۲/۶	۰/۵	۰/۰۲

توجه: آزمون همگونی واریانسهای لوین برای متغیرهای پژوهش معنادار نبود.  $P < ۰/۰۰۱$  \*\*\*  $P < ۰/۰۱$  \*\*

آزمون شاپیرو ویلک برای متغیرهای پژوهش معنادار نبود.

آزمون M باکس = ۰/۴۴، ۳/۰۲، F = ۰/۸۵ و P =

ترتیب برابر با ۰/۵۴ و ۰/۴۹ در سطح ۰/۰۱ را نشان دادند. بنابراین به نظر می‌رسد که وسواس مادر می‌تواند یکی از عوامل ایجادکننده یا تشدیدکننده اختلالهای رفتاری در کودک باشد. این یافته همسو با پژوهشهایی است که ارتباط بیماریهای روانی مادر را با سلامت روانی کودک بررسی کرده‌اند (برای مثال بارت و دیگران، ۲۰۰۲؛ واتی، ۲۰۰۳؛ میهر و دیگران، ۲۰۰۴؛ ویمز، ۲۰۰۵؛ اُسرمن و دیگران، ۲۰۰۵؛ سوراندر و هلستلا، ۲۰۰۵؛ ویدیارثی، ۲۰۰۶؛ ویسمن؛ ۲۰۰۶؛ آنتشل و جوزف، ۲۰۰۶؛ فریولی و دیگران، ۲۰۰۷؛ آبالا و دیگران، ۲۰۰۸). همسو با پژوهشهایی مانند بارت و دیگران، ۲۰۰۲، بارت و الیوت، ۲۰۰۵؛ ویمز، ۲۰۰۵؛ باکلی و بوردن، ۲۰۰۶؛ براون و وایتساید، ۲۰۰۷؛ محمداسماعیل، ۱۳۷۹؛ وفایی و دیگران، ۱۳۸۱ و دلانی و دیگران، ۲۰۰۵ که در بررسیهای خود ارتباط بین اضطراب و الگوهای فزون حمایتگری مادر بر اضطراب کودک را تأیید کرده‌اند و مهار زیاد والدین را عامل تشدید نافرمانی کودک دانسته‌اند. در این پژوهش نیز ارتباط بین وسواس مادر و اضطراب و تضادورزی کودک تأیید شد.

نتایج پژوهش حاضر براساس تألیفی از روشهای رفتاری (تنش‌زدایی، مواجهه و جلوگیری از پاسخ) و شناختی (آموزش خطاهای منطقی و چالش با آنها) نشان دادند که درمانگری شناختی-رفتاری گروهی میزان نشانه‌های وسواس مادر را در هر دو مرحله پس‌آزمون و پیگیری کاهش داده است.

این یافته‌ها با بسیاری از یافته‌هایی که این نوع درمان را در اختلال وسواس-بی‌اختیاری به کار برده‌اند، همخوانی دارد (برای مثال آندرسون و ریس، ۲۰۰۷؛ فراست و استکتی، ۲۰۰۲). نتایج گروه گواه نیز مبین گسترش اختلال وسواس-بی‌اختیاری است چرا که میانگین نمره وسواس-بی‌اختیاری در گروه گواه از پیش‌آزمون تا پیگیری رو به افزایش است. در حالیکه کاهش میانگین نمره‌های وسواس مادران در مرحله پیگیری نسبت به مرحله پس-آزمون در گروه آزمایشی نشان‌دهنده این نکته است که گذشت زمان، نه‌تنها از اثربخشی جلسه‌های درمان نکاسته، بلکه موجب افزایش این تأثیر شده و تغییرات مطلوبی در

آزمایشی و گواه در سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری درج شده است. همانطور که در جدول ۱ مشاهده می‌شود، میانگین هر سه متغیر در گروه آزمایش طی سه مرحله پژوهش، سیر نزولی دارد در حالیکه این سیر در گروه گواه مشاهده نمی‌شود.

نتایج تحلیل کوواریانس چند متغیری برای تبیین تأثیر درمانگری شناختی-رفتاری بر کاهش وسواس مادر و اضطراب و تضادورزی کودک (جدول ۲) نشان می‌دهند که تفاوت میانگین نمره‌های وسواس در مرحله پس-آزمون، پس از تعدیل نمره‌ها براساس پیش‌آزمون، در دو گروه گواه و آزمایشی معنادار و به سود گروه آزمایشی است و ۶۰ درصد واریانس وسواس از طریق مداخله تبیین می‌شود اما تفاوت میانگین نمره‌های اضطراب و تضادورزی کودک در مرحله پس‌آزمون معنادار نبود.

به منظور مقایسه میانگین نمره‌های پیگیری با نمره‌های پس‌آزمون و تعیین استمرار نتایج درمانی، از آزمون t وابسته استفاده شد. نتایج حاصل از آن در جدول ۳ ارائه شده است.

جدول ۳.

نتایج آزمون t وابسته بین میانگینهای نمره‌های پیگیری و پس‌آزمون متغیرهای پژوهش

متغیر	<u>d</u>	<u>SD</u>	<u>t</u>
وسواس مادر	۱/۱۰۷	۴/۸۹۴	۱/۶۸۷
اضطراب کودک	-۰/۳۵۷	۲/۱۶۴	۰/۶۴۱
تضادورزی کودک	-۰/۲۵۰	۲/۲۳۸	۰/۳۵۰

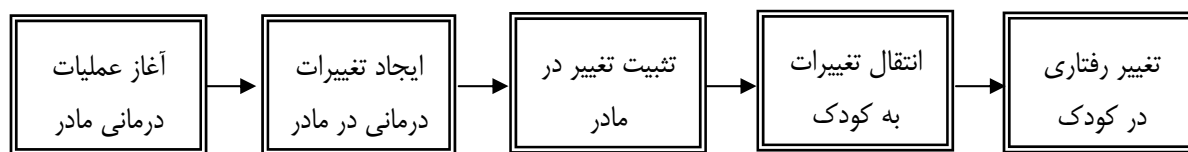
توجه:  $d =$  اختلاف میانگینهای پس‌آزمون و پیگیری

مقادیر مشاهده شده در جدول ۳ نشان می‌دهند که بین میانگین نمره‌های پس‌آزمون و پیگیری متغیرهای وابسته تفاوت معنادار وجود ندارد. به این معنا که تغییرات ایجاد شده در مرحله پس‌آزمون، در مرحله پیگیری نیز باقی مانده‌اند.

## بحث

نتایج همبستگی بین اختلال وسواس-بی‌اختیاری مادر و اضطراب و تضادورزی کودک، رابطه مثبت و معنادار به

این متغیرها می‌توان به کوتاه بودن مدت درمان و پیگیری اشاره کرد. چرا که احتمالاً تغییر در کودک مستلزم درونی-شدن تغییراتی است که در مادر ایجاد شده و تثبیت تغییرات ایجاد شده در نحوه تفکر و رفتار مادران نیز به گذشت زمان نیاز دارد. به این نکته نیز باید توجه داشت که احتمالاً ظهور این تغییرات در کودک و نمود رفتاری آن، به طوریکه توسط مادر قابل گزارش باشد، نیز به مدت زمانی طولانی‌تری نیاز دارد (شکل ۱).



شکل ۱. روند تأثیر تغییرات درمانی مادر بر کودک

ریشه‌داری هستند که نمی‌توان انتظار بهبود کامل آنها را با ۸ جلسه درمان طی یک ماه داشت. اختلالهای رفتاری به‌طور کلی و اضطراب و تضادورزی کودکی که ۷-۸ سال در ارتباط با مادری بیش از حد مهارکننده و وسواسی یا مضطرب بوده، عمیق‌تر از آن هستند که طی یک دوره یک ماهه درمان مادر، حتی با وجود بهبودی او، انتظار کاهش نشانه‌ها و بهبودی آنها را داشته باشیم.

از آنجا که تضادورزی، الگوی رفتاری تثبیت شده‌ای در کودک است، بنابراین ممکن است کودک در تصمیم برای اطاعت از مادر به مشاهده تغییرات بیشتر و با ثبات‌تر رفتار وی نیاز داشته باشد و یا ممکن است تغییر این الگوی شکل گرفته رفتاری، مشاوره مستقیم با کودک را الزامی سازد. دوم اینکه با توجه به شرایط خاص زندگی برخی از آزمودنیها در گروه آزمایش، مانند زندگی با خانواده همسر، زندگی مادر بزرگ یا پدر بزرگ با آنها، جدایی مادر از همسر و زندگی با خانواده نزدیک، می‌توان چنین استنباط

سطوح عمیق‌تر لایه‌های رفتاری و شناختی افراد ایجاد کرده است. این یافته با نتایج پژوهش براگا و دیگران (۲۰۰۷) مبنی بر تداوم اثربخشی درمانگری شناختی-رفتاری گروهی در پیگیری یک ساله، همخوانی دارد و اهمیت گذشت زمان در تغییر باورها را نشان می‌دهد. نتایج پژوهش حاضر این نکته را نیز برجسته ساختند که به‌رغم کاهش وسواس مادر در مرحله پس‌آزمون و پیگیری، اضطراب و تضادورزی کودک در این دو مرحله به‌طور معنادار کاهش نیافت. در توجیه عدم کاهش معنادار

با این وجود سیر نزولی میانگین نمره‌های اضطراب و تضادورزی کودک در گروه آزمایشی می‌تواند بیانگر نتایج مثبت درمان مادر بر کودک باشد. میانگینهای هر دو پرسشنامه در گروه آزمایشی سیر نزولی و در گروه گواه در سه مرحله پژوهش سیر افزایشی داشتند.\*

ویسمن (۲۰۰۶) نیز بر این باور است که عدم درمان بیماری روانی مادر علت وخیم‌تر شدن اختلالهای رفتاری کودک است. این نتیجه، روش غیرمستقیم درمان مشکلات رفتاری کودکان یعنی درمان کودک از طریق مادر را تأیید می‌کند و همسو با نتایج بررسیهای لافرینییر و کاپوانو (۱۹۹۷ نقل از پلگرینو، ۲۰۰۶)، گزارش جراحان عمومی (۲۰۰۶)، ویسمن (۲۰۰۶)، موسبای (۲۰۰۷) و مورفی (۲۰۰۷) است.

یک تبیین احتمالی دیگر در مورد عدم کاهش معنادار اضطراب و تضادورزی کودک در پس‌آزمون و پیگیری، آن است که اضطراب و وسواس از مشکلات روانی عمیق و

\* افزون بر سیر نزولی میانگینها، مادران گروه آزمایشی در اواخر دوره درمان و در جلسه پیگیری، از بهبود روانی و رفتاری کودکان خود ابراز رضایت کردند و خواستار تداوم جلسه‌ها بودند که به دلیل محدودیت زمانی پژوهشگر این امر محقق نشد. گزارش شفاهی معلمان در مورد کودکان گروه آزمایشی نیز می‌تواند دلیل بالینی دیگری بر بهبود رفتاری کودکان بر اثر کاهش رفتارهای وسواس‌گونه مادرانشان باشد. نکته جالب توجه آن بود که گزارش مثبت معلمان بیشتر در مورد کودکانی بود که مادران آنها انگیزه بالایی برای بهبود و فعالیت زیادی در کلاس داشتند و تمرینها را بهتر انجام می‌دادند.

کرد که هدف تضادورزی کودک، شخص سومی غیر از مادر است. به همین دلیل، کاهش رفتارهای وسواسی و حساسیتها و کنترلهای بیش از اندازه مادر به تنهایی، موجب کاهش تضادورزی کودک نشده است. سوم اینکه ممکن است به غیر از حساسیتها، کنترلهای بیش از حد و رفتارهای غیرطبیعی مادر وسواسی، از عوامل مهم دیگری باشند که در ایجاد و تداوم این اختلال نقش دارند؛ عواملی که در این پژوهش مورد توجه قرار نگرفته‌اند. در مجموع با توجه به سیر نزولی میانگین در مراحل سه‌گانه پژوهش، می‌توان به اثربخشی درمان مادر بر کاهش اضطراب و تضادورزی کودک در درازمدت امیدوار بود و انتظار داشت که با اصلاح رفتار مادر و کاهش نشانه‌ها و رفتارهای وسواس گونه او در جلسه‌های درمانی بیشتر و پیگیری طولانی‌تر، این دو اختلال کودک به تدریج کاهش یابند.

کوتاه‌بودن دوره درمان و فاصله زمانی پیگیری، مهمترین محدودیت پژوهش حاضر است. پیشنهاد می‌شود که دوره‌های درمانی طولانی‌تر برای مادران کودکان دبستانی و پیش دبستانی برگزار شوند. این کار از بروز بسیاری از مشکلات رفتاری، روانی، تحصیلی و شخصیتی در کودکان پیشگیری می‌کند و موجب ارتقای سطح سلامت مادر و کودک و در نهایت، سلامت جامعه می‌شود. به دلیل کمبود وقت و امکانات، نمونه پژوهش محدود به یک ناحیه آموزشی و آزمودنیهای دختر بود و در نتیجه، تفاوت‌های فرهنگی مناطق مختلف و جنس در نظر گرفته نشد. بنابراین لازم است در تعمیم نتایج حاضر احتیاط لازم به عمل آید و در پژوهشهای بعدی موارد ذکر شده مورد توجه قرار گیرند.

## منابع

امیری، ش. (۱۳۸۰). بررسی تحولی رابطه منزلت اجتماعی، رفتار سازشی، مهارت‌های اجتماعی و اختلالهای رفتاری از کودکی تا نوجوانی. پایان‌نامه دکتری. دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه تهران.

امیری، ش. (۱۳۸۳). بررسی تحولی تضادورزی در گروه‌های مختلف منزلت اجتماعی. فصلنامه روان‌شناسان ایرانی، ۱، ۸۶-۸۵.  
پاک‌روان، م.، قلعه‌بندی، ف.، علوی، ک. و ابراهیمی، ع.

(۱۳۸۶). مقایسه آزمون وسواسی-اجباری مادزلی و مصاحبه بالینی ساختاریافته مبتنی بر DSM-IV برای تشخیص اختلال وسواسی-اجباری در بیماران مبتلا به اسکیزوفرنیا. مجله روان‌پزشکی و روان‌شناسی بالینی ایران، ۱۳ (۲)، ۱۰۳-۹۷.

دادستان، پ. (۱۳۸۲). روان‌شناسی مرضی تحولی: از کودکی تا بزرگسالی (جلد دوم). تهران: سمت.

سجادیان، ا. (۱۳۸۵). تأثیر آموزش روش ذهن آگاهی بر میزان علائم اختلال وسواس-بی‌اختیاری در زنان شهر اصفهان. پایان‌نامه کارشناسی ارشد روان‌شناسی بالینی. دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه اصفهان.

کاپلان، ه. و سادوک، ب. (۱۳۸۲). خلاصه روان‌پزشکی (جلد دوم). ترجمه ح. رفیعی و خ. سبحانیان. تهران: ارجمند (تاریخ انتشار اثر به زبان اصلی، ۲۰۰۳).

محمداسماعیل، ا. (۱۳۷۹). بررسی و مقایسه شیوه‌های فرزندپروری مادران کودکان دارای اختلالهای افسردگی، اضطراب، وسواس و مادران کودکان عادی. طرح پژوهشی وزارت آموزش و پرورش، آموزش و پرورش استثنایی.

مونتگمری، ا. و زوهار، ج. (۱۳۸۲). وسواس (شناخت و درمان). ترجمه م. معروفی و ا. فرشیدنژاد. اصفهان: کنکاش (تاریخ انتشار اثر به زبان اصلی، ۲۰۰۲).

نوابی‌نژاد، ش. (۱۳۷۳). رفتارهای بهنجار و نابهنجار. تهران: انتشارات انجمن اولیاء و مربیان.

نیلی‌پور، م. ر. (۱۳۷۹). بررسی کارایی سیستم مراقبتهای بهداشتی اولیه (سطح ۱ و ۲) در بیماریابی و تشخیص مبتلایان به اختلال وسواس-اجبار در روستای شاپورآباد. پایان‌نامه درجه دکترای تخصصی در رشته روان‌پزشکی. دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی-درمانی اصفهان.

وفایی، ب.، ارفعی، ا. و داداش‌زاده، ح. (۱۳۸۱). پژوهشی مقایسه‌ای، در خصوص شدت و فراوانی علائم و علایم اختلالهای هیجانی و رفتاری در کودکان و نوجوانان مادران مبتلا به اختلال وسواس-بی‌اختیاری. مجله پزشکی دانشگاه علوم پزشکی تبریز، ۳۶ (۵۴)، ۶۶-۵۹.

Abela, J. R., Skitch, S. A., Adams, P., & Hankin, B. L. (2008). The timing of parent and child depression: A hopelessness theory perspective. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*,



- therapy for obsessive-compulsive disorder: A one year follow-up. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 112, 180-186.
- Brown, A. M., & Whiteside, S. P. (2007).** Relation among parental rearing behaviors, attachment style, and worry in anxious children. *Anxiety Disorder*, 33, 748-758.
- Buckley, A. F., & Borden, J. W. (2006).** Maternal modeling of coping: Relation to child anxiety. *Journal of Child & Family Behavior Therapy*, 28 (4), 59-68.
- Darling, M. (2007).** *How to parent the child with oppositional defiant disorder*. Retrieved April 2, 2008, from <http://www.sciencedirect.com>.
- Delaunay, A., Ouakil, D. P., & Mouren, M. (2005).** *Oppositional defiant disorder and family tyranny: Towards individuation of clinical subtypes*. Retrieved March 28, 2007, from <http://www.science-direct.com>.
- Ferriolli, S., Marturano, E., & Puntel, L. (2007).** Family context and child mental health problems in the Family Health Program. *Saude Publica Sao Paulo*, 41 (2), 350-362.
- Frost, R. O., & Steketee, G. (2002).** *Cognitive approach to obsessions and compulsions: Theory, symptoms, assessment and treatment*. Amsterdam: Pergamon.
- General Surgeon's Report (2006).** Anxiety in children and adolescents. *Children and Mental Health*, 12 (99), 350-360.
- Mosby, H. (2007).** Oppositional defiance disorder treatment: Behavioral disorders. Retrieved July 14, 2008, from <http://www.infomed-search.com>.
- Murphy, A. (2007).** Error-related and event-related potentials in children with attention-deficit hyperactivity, oppositional defiant, reading and math 35 (2), 253-287.
- Anderson, R., & Rees, C. (2007).** Group versus individual cognitive-behavioral treatment for obsessive-compulsive disorder: A controlled trial. *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*. Retrieved January 20, 2007 from <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), 597-605.
- Bart, S. (2006).** Psychologically controlling parenting and adolescent psychosocial adjustment: Antecedents, mediating factors, and longitudinal dynamics. *Katholieke Universities Leuven (Belium)*, 23 (5), 384-398.
- Bart, S., & Elliot, A. J. (2005).** The intergenerational transmission of perfectionism: Parents' psychological control as an intervening variable. *Journal of Family Psychology*, 19 (3), 358-371.
- Benson, G. A. K., & Pomerantz, E. M. (2008).** The role of mothers' use of control in children's perfectionism: Implication of the development of children's depressive symptoms. *Journal of Personality*, 73 (1), 23-40.
- Boyle, M. H., Offord, D.R., Racine, R., Fleming, J. E., Szatmari, P., & Sanford, M. (1993).** Evaluation of the revised Ontario child health studies. *Child Psychology and Psychiatry*, 34 (2), 182-200.
- Braga, D. T., Cordioli, A. V., Niederauer, k., & Manfro, G. (2007).** Cognitive-behavioral group

- Rachman, S. J., & Hodgson, R. J. (1980).** *Obsessions and compulsions*. New York : Englewood Cliffs.
- Sourander, A., & Helstela, L. (2005).** Childhood predictors of externalizing and internalizing problems in adolescence: A prospective follow-up study from age 8-16. *European Child Psychiatry, 14*, 415-423.
- Vidyarathi, A. (2006).** Parental problem. *Child Psychiatry, 4*, 60-80.
- Waissman, M. M. (2006).** Depressed mothers coming to primary care: Maternal reports of problem with their children. *Journal of Affective Disorders, 78 (2)*, 93-100.
- Wattie, B. (2003).** The importance of mental health of children. Retrieved January 20, 2007 from <http://www.sciencedirect.com>.
- Weems, C. F. (2005).** Maternal and child anxiety. *Social Development, 14 (4)*, 574-580.
- disorder. *Biological Psychology, 75 (1)*, 75-86.
- Myhr, G., Sookman, D., & Pinard, G. (2004).** Attachment security and parental bonding in adults with obsessive-compulsive disorder: A comparison with depressed out-patients and healthy controls. *Acta Psychiatrica Scandinavica, 109*, 447-458.
- Ollandick, H. T., & Horsch, L. M. (2009).** Fears in clinic-referred children: Relations with child anxiety sensitivity, maternal overprotection and maternal phobic anxiety. *Infant Behavior & Development, 29 (6)*, 230-242.
- Oyserman, D., Bybee, D., Mowbray, C., & Johnson, T. H. (2005).** When mothers have serious mental health problems: Parenting as paroxysmal mediator. *Journal of Adolescence, 28*, 443-463.
- Pellegrino, M. (2006).** Maternal anxiety, parenting, and the emergence of child anxiety among young children with and without developmental delay. *Journal of Child and Adolescent Psychiatry, 16 (20)*, 333-350.