

اثربخشی درمان شناختی - رفتاری وسواس مادران
بر افسردگی کودکان آن‌ها

The Efficacy of Cognitive Behavioral Therapy on Mothers
with Obsessive-Compulsive Disorder and on their
Children's Depression

Z. Sarrami, M. A.

زهرا صرامی ✉

کارشناسی ارشد روان‌شناسی بالینی، دانشگاه اصفهان

H. T. Neshat Doost, Ph.D.

دکتر حمید طاهر نشاط‌دوست

دانشیار گروه روان‌شناسی دانشگاه اصفهان

Sh. Amiri, Ph.D.

دکتر شعله امیری

استادیار گروه روان‌شناسی دانشگاه اصفهان

H. Molavi, Ph.D.

دکتر حسین مولوی

استاد گروه روان‌شناسی دانشگاه اصفهان

Sh. Akochekiyan, Ph.D.

دکتر شهلا آکوچکیان

استادیار گروه روان‌پزشکی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان

دریافت مقاله: ۸۷/۸/۵

دریافت نسخه اصلاح شده: ۸۸/۷/۲۶

پذیرش مقاله: ۸۸/۱۰/۱۲

Abstract

The purpose of this study was to examine the efficacy of cognitive-behaviour therapy of maternal obsessive-compulsive symptom on their children depression.

چکیده:

پژوهش حاضر با هدف بررسی تأثیر درمان شناختی - رفتاری وسواس مادران بر کاهش افسردگی کودکان آن‌ها انجام شده است. به این منظور ابتدا به روش نمونه‌گیری تصادفی یکی از نواحی پنج‌گانه

✉Corresponding author: Esfahan, Chaharbagh Paean Av., Jami St., Shahid Pourabedin Al., N. 17.
Tel: +98311-3379579
Fax:--
Email: z110s110f@yahoo.com

✉ نویسنده مسئول: اصفهان، خ چهارباغ پایین، خ جامی، کوچه شهید پورعابدین، پلاک ۱۷
تلفن: ۰۹۳۶۶۱۶۳۶۷۹-۰۳۱۱-۳۳۷۹۵۷۹ دورنما: --
پست الکترونیکی: z110s110f@yahoo.com

Therefore, one of the fifth educational regions of Isfahan and two elementary school of this region were randomly selected.

Then 260 student's mothers in grade one and two were asked to complete Moudzly Obsessive-Compulsive Inventory (MOCI) and Ontario Child Health Scale (OCHS). The result of Pearson correlation showed a correlation of 0.49 between mother's obsession and her child depression. This correlation was significant at the level of 0.01 (2-tailed). In the second step 40 mothers with highest MOCI score were interviewed. As a result 32 mothers received the diagnosis of OCD. These subjects were randomly divided into two experimental and control groups. The 8 cognitive-behaviour therapy sessions of 90 minutes addressing parenting styles, "perfectionism" a cause of anxiety, relaxation, logical errors, challenging thoughts, exposure and response prevention (E/RP) were conducted during one month on the experimental group. The control group received no intervention. The MOCI and OCHS scores were taken at pre-test and post-test. One month later they were followed-up using the same scales. The results of analysis of covariance showed that symptoms of maternal OCD in the experimental group was significantly reduced in comparison to the control group in post-test and follow-up phases ($p < 0.0001$). The mean score of child depression didn't decrease significantly in comparison to the control group at post-test ($P = 0.118$), but it was decreased in the follow-up phase ($P = 0.012$).

KeyWords: Obsessive-Compulsive Disorder, Anxiety, Opposition Deficient, C-ognitive-Behavioral Therapy.

استان اصفهان انتخاب و سپس به همین روش دو دبستان از این ناحیه برگزیده شدند به مادران ۲۶۰ دانش‌آموز کلاس اول و دوم، پرسشنامه وسواس مادزلی و مقیاس سلامت روانی کودک انتاریو (جهت سنجش افسردگی کودک) داده شد.

تحلیل نتایج در مرحله اول، همبستگی ۰/۴۹ و معناداری را در سطح ۰/۰۱ 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. از این افراد، ۳۲ نفر که بر اساس ملاک‌های تشخیصی چهارمین ویرایش راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی (DSMIV) واجد علائم وسواس، تشخیص داده شدند به طور تصادفی در دو گروه ۱۶ نفری آزمایش و کنترل جایگزین گردیدند. نمرات اولیه آزمودنی‌ها در دو مقیاس نام‌برده، به عنوان نمره پیش‌آزمون در نظر گرفته شد. گروه آزمایش، در مدت یک‌ماه، ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای درمان شناختی - رفتاری گروهی شامل آرام سازی عضلانی، شناخت خطاهای منطقی، چالش با افکار، مواجهه و جلوگیری از پاسخ را دریافت نمود. بعد از پایان جلسات درمانی، پس‌آزمون بر روی دو گروه اجرا شد. یک ماه بعد از اجرای پس‌آزمون نیز آزمون پیگیری انجام گرفت. تحلیل کوواریانس نتایج نشان داد که علائم وسواس مادران گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل در مراحل پس‌آزمون و پیگیری به طور معناداری کاهش یافته است ($P < 0.0001$). افسردگی کودکان گروه آزمایش در مرحله پس‌آزمون تفاوت معناداری نسبت به گروه کنترل نداشت ($P = 0.118$)؛ اما در مرحله پیگیری، نمرات گروه آزمایش کاهش معناداری نسبت به گروه کنترل نشان داد ($P = 0.012$).

کلیدواژه‌ها: اختلال وسواس، اجبار، افسردگی کودک، درمان شناختی - رفتاری گروهی.

مقدمه

با توجه به گزارش‌های اخیر حاکی از افزایش روزافزون مشکلات روانی و رفتاری کودکان و بزرگسالان (انجمن روان‌پزشکی آمریکا، ۲۰۰۰) و نظر به اهمیت سلامت روانی دوران کودکی در سلامت روانی آینده فرد، مشکلات هیجانی و رفتاری دوران کودکی را باید بسیار جدی تلقی نمود؛ چراکه اغلب مشکلات بعدی از دوران کودکی آغاز شده یا تداوم می‌یابند (واتی، ۲۰۰۳) و اگر کودکان با مشکلات روانی به طور مناسبی درمان نشوند، در طی مراحل مختلف رشد آسیب‌پذیرتر می‌شوند (سوراند و هلستلا، ۲۰۰۵)؛ در حالی‌که اگر مشکلات آنان به خوبی درمان شود، علاوه بر پیشگیری از مشکلات بعدی خود کودک، از مشکلات نسل آینده نیز به طور قابل توجهی پیشگیری خواهد شد (ویزمن، ۲۰۰۴).

نکته مهم و جالب توجه این است که بیماری‌های روانی مادر یکی از عوامل ایجاد یا تشدیدکننده اختلالات رفتاری در کودک می‌باشد و درمان مادر، کاهش مشکلات رفتاری کودک را در پی خواهد داشت (ویدیارثی، ۲۰۰۶). حتی می‌توان ادعا کرد که نابسامانی عاطفی مادر بیشتر از پریشانی‌های عاطفی پدر، موجب اختلال در رفتار فرزندان می‌شود (احدی و بنی‌جمالی، ۱۳۷۴). همان‌طور که وینیکات^۵ (۱۹۷۰؛ به نقل از دادستان، ۱۳۸۲) به حق خاطر نشان می‌سازد: «مادر و کودک مجموعه-ای را تشکیل می‌دهند که هرگونه ارزیابی و تلاش در قلمرو درمانگری، باید آن را در نظر گیرد». چراکه بیماری روانی مادر همواره با مشکلاتی در مادری کردن و فرزندپروری همراه است (ایسرمن، ۲۰۰۵) و مشکلات ناشی از بیماری‌های روانی در مادری کردن و مهارت‌های ناکافی در فرزندپروری، یکی از عوامل مهم اختلالات رفتاری کودک است (الاندیک^۷ و هورسچ^۸، ۲۰۰۶). همان‌طور که فونگی^۹ (۲۰۰۲؛ به نقل از مایر^{۱۰} و همکاران، ۲۰۰۴) اظهار می‌دارد، تجارب نامطلوب اولیه بین مادر و کودک، می‌تواند به دل بستگی نایمن^{۱۱} منجر شود که هر چند پدیده مرضی نیست اما می‌تواند در بزرگسالی به پدیده‌های مرضی منجر شود. اگرچه تا به حال گزارش دقیقی از ارتباط و سواس با انواع دل بستگی گزارش نشده، ولی روشن است که رفتارهای بیمارگونه مادر به طور کلی و رفتارهای و سواس گونه به طور خاص، زمینه ایجاد دل بستگی نایمن در کودک را فراهم می‌کند.

در مطالعه مایر و همکاران (۲۰۰۴) نیز ارتباط بین انواع دل بستگی کودک و بیماری روانی مادر بررسی شد. تحلیل نتایج نشان داد که بین و سواس و افسردگی مادر با دل بستگی نایمن کودک ارتباط معناداری وجود دارد. در آزمایش کنترل شده توس^{۱۲}، راگوس^{۱۳}، مانلی^{۱۴} و سیچتی^{۱۵} (۲۰۰۵) نیز درمان مادران مبتلا به افسردگی اساسی در گروه آزمایش، نه تنها موجب افزایش دل بستگی ایمن در کودکان آن‌ها نسبت به گروه کنترل (مادران با افسردگی اساسی و بدون درمان) شد، بلکه نسبت به کودکان مادران عادی نیز دل بستگی ایمن در آن‌ها افزایش بیشتری داشت. در حالی‌که دل بستگی نایمن در کودکان گروه کنترل، که مادران آن‌ها مورد درمان قرار نگرفتند، افزایش یافت. از آن‌جا که

در ۶۷ درصد موارد اختلال وسواس - اجبار با اختلال افسردگی همراه است و این دو اختلال در بسیاری از کژکاری‌های شناختی مشترک هستند، لذا از تحقیقات انجام شده در زمینه افسردگی مادر، می‌توان به طور مشابهی در مورد وسواس مادر نیز نتیجه‌گیری کرد.

بنابراین همان‌طور که مشکلات سلامت کودک را نباید ناچیز شمرد و اهمیت کمک به کودکان را باید به طور وسیعی مورد توجه و پیگیری قرار داد (تروکمی^{۱۶}، ۲۰۰۲؛ به نقل از واتی، ۲۰۰۳)؛ بیماری‌های روانی والدین و مخصوصاً مادر را نیز جهت پیشگیری از مشکلات کودک باید مورد توجه و بررسی دقیق قرار داد. در میان بیماری‌های متفاوت روانی، می‌توان به اختلال وسواس - اجبار^{۱۷} اشاره کرد.

اختلال وسواس - اجبار یکی از اختلالات شایع رفتاری و ناتوان‌کننده‌ای است که با افکار مزاحم تکراری و ناخواسته، فرد را به انجام اعمال اجباری و بیهوده وادار می‌کند. این افکار و اعمال لذت‌بخش نیستند ولی باعث کاهش ناراحتی فرد می‌گردند (کاپلان^{۱۸} و سادوک^{۱۹}، ۱۳۸۳؛ ترجمه رفیعی و سبحانیان). وسواس‌های بالینی از لحاظ محتوا خیلی شبیه به افکار ناخواسته افراد عادی و بهنجار هستند (استکتی^{۲۰}، ۱۳۷۶) اما کسانی که دچار اختلال وسواس - اجبار می‌شوند، خود را به خاطر این افکار مسئول و قابل سرزنش می‌دانند و می‌کوشند تا با شیوه‌هایی مانند کسب اطمینان از دیگران، القای ارادی افکار خوب به خود، تجسم تصاویر مثبت، شستن دست‌ها، واریسی منابع احتمالی خطر و جزء آن به خنثی کردن این افکار بپردازند (روزنهان^{۲۱} و سلیگمن^{۲۲}، ۱۳۸۱؛ ترجمه یحیی سیدمحمدی)؛ این ترس‌ها در مادران وسواسی به وفور دیده می‌شود. آن‌ها غالباً نگران صدمه زدن به کودکان خود یا صدمه دیدن یا بیمار شدن آن‌ها هستند و به دلیل احساس مسئولیت بیش از حدی که دارند برای غلبه بر این افکار و اضطراب ناشی از آن، به حمایت و کنترل بیش از حد کودکان روی می‌آورند (مولینز^{۲۳}، فیوملر^{۲۴}، هاف^{۲۵} و چانی^{۲۶}، ۲۰۰۴).

همان‌طور که گفته شد احساس مسئولیت، حمایت و کنترل بیش از حد که از ویژگی‌های مهم مادران وسواسی است، از عوامل مهم در ایجاد، تداوم یا تشدید افسردگی کودک است (ویمز^{۲۷}، ۲۰۰۵). وبستر^{۲۸} و استراتون^{۲۹} (۱۹۹۰)؛ به نقل از اُیسمن، ۲۰۰۵) معتقدند استرس، که از عوامل زیربنایی اختلال وسواس - اجبار است، سختگیری، کنترل و استفاده والدین از شیوه‌های تنبیهی را تشدید می‌کند. یکی دیگر از عوامل کنترل زیاد والدین بر کودک به عقیده بارت^{۳۰} (۲۰۰۶) نارضایتی آنان از خودشان است. زیرا نارضایتی مادر از خودش منجر به سردی روابط او با کودک می‌شود و سردی روابط باعث ایجاد دلبستگی ناایمن در کودک می‌شود، این نوع دلبستگی نیز خودسرزنش‌گری کودک را افزایش می‌دهد. خودسرزنی نیز مشکلاتی از قبیل افسردگی و اضطراب کودک را در پی خواهد داشت (تامپسون^{۳۱} و زوروف^{۳۲}، ۱۹۹۹).

مطالعات بارت، الیوت^{۳۳}، گوسنر^{۳۴} و وانزینکیست^{۳۵} (۲۰۰۵) نشان می‌دهند که کمال‌گرایی منفی والدین نیز کنترل‌های زیاد آن‌ها بر کودک را پیش‌بینی می‌کند. به اعتقاد رایس^{۳۶}، لوپز^{۳۷}، ورگارا^{۳۸} (۲۰۰۷) انتظارات زیاد والدین که نتیجه کمال‌گرا بودن آنان است موجب ایجاد کمال‌گرایی منفی، نارضایتی و در نهایت افسردگی در کودک می‌شود. در مطالعه افراد مبتلا به اختلال وسواس - اجبار نیز کمال‌گرایی منفی به عنوان یکی از عوامل زمینه‌ساز وسواس مشخص شده است (لارن^{۳۹}، ۲۰۰۱). والدین کمال‌گرا می‌خواهند فرزندان‌شان نیز کامل باشند، در صورتی‌که انتظار کامل بودن کودک موجب ایجاد اختلال در مسیر طبیعی رشد کودک می‌گردد. چون تصویری که والدین به کودک می‌دهند، همواره اشکال دارد و هرچه او تلاش می‌کند که این تصویر را کامل کند، باز هم نقص خواهد داشت (ویکوف^{۴۰} و یونل^{۴۱}، ۱۳۸۰؛ ترجمه کسایان). کمال‌گرایی منفی نیز عیب‌جویی و انتقاد زیاد (کُبری^{۴۲} و همکاران، ۲۰۰۴)، نارضایتی همیشگی از خود و شرایط (سامرفلت^{۴۳}، ۲۰۰۴؛ پلوا و وید^{۴۴}، ۲۰۰۶) و شک در عملکرد (لارن، ۲۰۰۱) را برای خود و دیگران در پی خواهد داشت.

راندولف^{۴۵} و دیکمن^{۴۶} (۱۹۹۸) معتقدند که فرزندپروری انتقادی و کمال‌گرایانه نقش مهمی در افسرده شدن کودک دارد. چرا که کودکان پیام سازنده انتقاد را درک نمی‌کنند و آن را به منزله حمله‌ای علیه خود استنباط کرده و در برابر انتقادکننده موضع دفاعی می‌گیرند (رونا^{۴۷}، ۱۹۸۸). بزرگسالان افسرده نیز کنترل بیش از حد، مراقبت کم، انتقاد و تنبیه والدین خود را در دوران کودکی گزارش کرده‌اند (پارکر و همکاران، ۱۹۸۷؛ بریج^{۴۸} و همکاران، ۱۹۸۹؛ به‌نقل از ویمز، ۲۰۰۵). مک^{۴۹} (۱۹۹۴) و پترسون^{۵۰} (۱۹۸۴؛ به‌نقل از بلاک^{۵۱}، ۲۰۰۶) نیز همین یافته را (مراقبت کم و کنترل زیاد) در مورد اختلالات رفتاری کودک گزارش کرده‌اند.

نتایج پژوهش محمد اسماعیل (۱۳۷۹) نیز نشان داد که مادران کودکان افسرده، مضطرب و وسواسی‌گرایش بیشتری به استفاده از روش‌های سخت‌گیرانه و کنترل‌کننده دارند در حالی‌که مادران کودکان عادی به حداقل سهل‌گیری و سخت‌گیری که لازمه برخورد شایسته با کودک است، معتقدند. یافته‌های پژوهش پورافکاری، ارفعی و مبینی (۱۳۸۳) نیز در تأیید این فرضیه بود که افسردگی مادر می‌تواند به‌طور مستقیم یا غیرمستقیم، مشکلات روانی و رفتاری را در کودکان ایجاد کند یا فرزندان را برای ابتلاء به انواع اختلالات هیجانی و رفتاری مستعد سازد. در بحث درمان افسردگی و سایر اختلالات دوران کودکی بنابر نتایج تحقیقات متعدد می‌توان گفت، مهم‌ترین عاملی که باعث جواب ندادن درمان اختلالات کودکی می‌شود، آسیب روانی والدین و ناکارایی خانواده می‌باشد. بنابراین گاهی بهتر است به جای کودک، والدین تحت درمان قرار گیرند (موسبای^{۵۲}، ۲۰۰۷). از طرفی مطالعات متعدد نشان‌دهنده تأثیر درمانی و پیشگشیرانه درمان مادران مبتلا به اختلالات روانی بر اختلالات روانی و رفتاری کودکان است. به عنوان مثال مطالعه ویزمن (۲۰۰۳)؛ به‌نقل از بلاک، ۲۰۰۶) نشان داد، تداوم افسردگی و به‌طور کلی اختلالات روانی در مادر منجر به شدت

یافتن اختلالات روانی کودک می‌شود. این موضوع اهمیت درمان مبتلا به مشکلات روانی را نشان می‌دهد.

بنابر آنچه گفته شد، بر اساس اهمیت سلامت مادر در ارتباط با کودک، تأثیرات مخرب اختلال وسواس - اجبار مادر بر کودک، تأثیرات مطلوب درمان مادران مبتلا به مشکلات روانی بر کودکان آنها، همچنین اثربخش بودن درمان شناختی - رفتاری بر اختلال وسواس - اجبار (فراست^{۵۳} و استکتی، ۲۰۰۲)، مخصوصاً در پیگیری‌های یک‌ساله (براگا^{۵۴} و همکاران، ۲۰۰۵) و نیز اثربخش‌تر و مقرون به صرفه‌تر بودن درمان گروهی نسبت به درمان فردی در این اختلال (آندرسون^{۵۵} ریس^{۵۶}، ۲۰۰۷)، در پژوهش حاضر مادران مبتلا به اختلال وسواس - اجبار به صورت گروهی مورد درمان شناختی - رفتاری قرار گرفتند. به این منظور ابتدا وجود ارتباط بین وسواس مادر و افسردگی کودک و سپس میزان تأثیر درمان بر اختلال مذکور در مادران مبتلا سنجیده شد و در نهایت میزان تأثیر درمان مادر بر افسردگی کودکان مورد سنجش و بررسی قرار گرفت.

روش

این مطالعه از نوع تجربی است و از طرح پیش‌آزمون - پس‌آزمون - پیگیری با گروه کنترل استفاده شده است.

جامعه، نمونه و روش نمونه‌گیری

جامعه آماری این پژوهش در دو سطح تعریف می‌شود: در مرحله اول که مربوط به شناسایی مادران مبتلا به اختلال وسواس - اجبار و همچنین سنجش ارتباط بین وسواس مادر و اختلالات رفتاری کودک است؛ جامعه آماری شامل کلیه مادران کودکان پایه‌های اول و دوم دبستان شهر اصفهان می‌باشد و در مرحله دوم که مربوط به بررسی اثربخشی درمان شناختی - رفتاری وسواس مادران بر میزان این اختلال و نیز بر اختلالات رفتاری کودکان آنان است؛ جامعه آماری شامل مادرانی است که با استفاده از پرسشنامه غربالگری وسواس - اجبار نیلی‌پور و سیاهه وسواس - اجبار مادزلی دارای علائم اختلال وسواس - اجبار تشخیص داده شده‌اند.

روش نمونه‌گیری پژوهش حاضر خوشه‌ای است. ابتدا به روش نمونه‌گیری تصادفی یکی از نواحی پنج‌گانه آموزشی شهر اصفهان انتخاب و سپس به همین روش دو دبستان از این ناحیه برگزیده شد. از ۲۶۰ نفر از مادران دانش‌آموزان کلاس اول و دوم دبستان‌های مذکور، خواسته شد که پرسشنامه‌های وسواس - بی‌اختیاری مادزلی^{۵۷}، وسواس - بی‌اختیاری نیلی‌پور و مقیاس سلامت روانی کودک انتاریو^{۵۸} را تکمیل نمایند. پس از جمع‌آوری ۲۱۷ پرسشنامه‌ای که اطلاعات کاملی داشتند، ابتدا اعتبار همزمان دو مقیاس نیلی‌پور و مادزلی محاسبه شد، که اعتبار همزمان ۰/۷ این دو پرسشنامه، حکایت

از دقت تشخیص مادران وسواسی داشت. سپس همبستگی بین وسواس مادر و افسردگی کودک محاسبه شد تا در صورت وجود رابطه معنادار بین این دو متغیر، کار ادامه یابد. نتایج همبستگی ۰/۵۹ و معناداری در سطح ۰/۰۱ را نشان داد. لذا جهت انجام مداخله درمانی و بررسی تأثیر آن بر مادر و کودک، نمونه‌گیری نهایی از میان ۴۰ مادری که بالاترین نمره را در سیاهه وسواس مادزلی و نیلی‌پور کسب کرده بودند، انجام شد. به این صورت که مادران مذکور توسط محقق با نظارت استادان راهنما و یکی از روان‌پزشکان شهر اصفهان، بر اساس ملاک‌های تشخیصی DSM-IV مورد مصاحبه تشخیصی قرار گرفتند و ۳۲ مادر واجد علائم وسواس 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. به دلیل این که ۲ نفر از گروه آزمایش، جلسات درمانی را به طور کامل طی نکردند، از گروه حذف شدند و به منظور رعایت تساوی حجم دو گروه کنترل و آزمایش، دو نفر نیز به تصادف از گروه کنترل حذف شدند، در نهایت پژوهش با دو گروه ۱۴ نفری انجام گرفت.

ابزارهای پژوهش

فرم جمعیت‌شناختی: این فرم، وضعیت بیمار را از لحاظ سن، جنس، وضعیت تحصیلی، وضعیت شغلی، میزان درآمد و نوع مسکن مشخص می‌کند. در نمره‌گذاری اطلاعات این فرم، سن مادر برحسب سال وارد گردید. وضعیت تحصیلی به صورت ابتدایی=۰، راهنمایی=۱، دبیرستان=۲ و بالاتر از دیپلم=۳ کدگذاری شد. شغل مادر نیز به صورت خانه‌دار=۰ و شاغل=۱، 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.

مصاحبه بالینی: به منظور تشخیص اختلال وسواس- اجبار از مصاحبه بالینی بر اساس متن تجدیدنظر شده چهارمین 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 ناراحت‌کنندگی، 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.

پرسشنامه وسواس- اجبار مادزلی: این پرسشنامه توسط راجمن^{۵۹} و هاجسون^{۶۰} (۱۹۸۰)، به منظور پژوهش در مورد نوع و حیطه مشکلات وسواس تهیه شده و دارای ۳۰ سؤال از نوع صحیح - غلط می‌باشد که به صورت ۱ و ۰ نمره‌گذاری می‌شود. نمرات بالاتر از میانگین (۱۵)، به عنوان نمرات وسواس در نظر گرفته می‌شوند. راجمن و هاجسون (۱۹۷۷-۱۹۸۰) روایی همگرا و پایایی این پرسشنامه را با روش آزمون - بازآزمون، رضایت‌بخش گزارش نموده و روایی سازه این آزمون را در

نمونه‌های بالینی و غیربالینی تأیید نمودند. سانایو^{۶۱} و همکاران (۱۹۸۵؛ به نقل از سجادیان، ۱۳۸۵) ضریب آلفای کرونباخ برای نمرات کل وسواس - اجبار را ۰/۷۷ گزارش کردند. همچنین هماهنگی درونی این آزمون را با آلفای کرونباخ ۰/۸۵ گزارش شده است (نورمن^{۶۲}، ۱۹۹۶؛ به نقل از سجادیان، ۱۳۸۵). پاکروان، قلعه‌ندی، 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 ۷۴/۵ و ۹۳/۹ محاسبه کردند. در این پژوهش نیز به منظور تعیین پایایی مقیاس وسواس - اجبار مادزلی از ضریب بازآزمایی این آزمون در گروه کنترل که هیچ مداخله‌ای دریافت نکردند، در مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری با استفاده از روش همبستگی محاسبه شد. ضرایب بازآزمایی محاسبه شده بالاتر از ۰/۶۵ و قابل قبول بود.

پرسشنامه وسواس - اجبار نیلی‌پور: پرسشنامه حاضر از نوع پرسشنامه‌های غربال‌گری است که با توجه به ضرورت‌های ناشی از شیوع زیاد اختلالات روانی و با توجه به الگوی پرسشنامه‌های مختصر عصبی - روانی بین‌المللی^{۶۳} (MINI) و پرسشنامه‌های ساخت یافته بر اساس DSM_{IV}^{۶۴} و ICD₁₀^{۶۵} برای اختلالات روان‌پزشکی که در عین کوتاه بودن، دقیق نیز باشد و بتواند در تجربه‌های کلینیکی و مطالعات همه‌گیرشناسی به کار آید، جهت غربال‌گری اختلال وسواس - اجبار توسط نیلی‌پور (۱۳۷۹) تهیه شده است. این پرسشنامه شامل ۱۷ سؤال است که به صورت ۰ و ۱ نمره‌گذاری می‌شود. کسانی که حداقل به یکی از سؤالات ۱ تا ۹ پاسخ بله بدهند و به سؤال ۱۷ پاسخ خیر بدهند، دارای افکار وسواسی 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 تست در تشخیص روان‌پزشک برای اختلال وسواس - اجبار، به ترتیب ۰/۶۴ و ۰/۸۷ و برای سایر اختلالات روان‌پزشکی ۰/۶۵ و ۰/۹۷ محاسبه گردید. میزان حساسیت و ویژگی این تست 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 مبتلا به وسواس - اجبار ۸۲/۷٪، در گروه مبتلا به سایر اختلالات روان‌پزشکی ۷۷/۴٪ و در گروه فاقد بیماری ۸۴٪ بود.

پرسشنامه اختلالات رفتاری کودک انتاریو: این پرسشنامه توسط بویل^{۶۶} 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 برمی‌گیرد و توسط مادر تکمیل می‌شود. شامل دو بخش اختلالات بیرونی (بیش‌فعالی - کمبود توجه، تضادورزی و اختلال سلوک) و اختلالات دررونی (افسردگی، اضطراب جدایی و فزون اضطرابی) است که در این پژوهش از مقیاس افسردگی این

پرسشنامه که شامل ۹ سؤال بود، استفاده شد. سؤالات دارای سه گزینه اغلب، گاهی، هرگز می‌باشند و به ترتیب بر اساس مقادیر ۰،۱،۲، نمره‌گذاری می‌شوند. در سؤالاتی که شامل چند آیتم می‌باشند، بالاترین نمره در مجموع آیتم‌ها به عنوان نمره سؤال منظور می‌گردد. سؤالات این آزمون بر اساس ملاک‌های تشخیصی اختلالات روانی DSM III-R می‌باشد که مجدداً بر اساس DSM IV بازبینی شده است. در ارزیابی بویل و همکاران (۱۹۹۳) پایایی این مقیاس با روش آزمون-بازآزمون ۰/۸۰ گزارش شد که این پایایی با سایر چک لیست‌های مشکلات رفتاری کودکان قابل مقایسه است. هم‌چنین روایی تشخیصی فرم افسردگی به تنهایی ۰/۶۵ محاسبه شد. بویل و همکاران (۱۹۹۳) توانایی این آزمون را در تشخیص مراجعات کلینیکی والدین به مراکزی که سرویس‌هایی برای سلامت روانی کودک ارائه می‌دهند، ۰/۸۲ گزارش کردند. در پژوهش امیری (۱۳۸۰) نیز روایی و پایایی این آزمون بیشتر از ۰/۷ و قابلیت اعتماد (پایایی) این آزمون برای خرده مقیاس افسردگی ۰/۷۸ گزارش شد. در مطالعه حاضر نیز روایی و پایایی سؤالات این خرده مقیاس با استفاده از روش آزمون - بازآزمون ۰/۸۵ و روایی محتوایی سؤالات قابل قبول ارزیابی شد و روایی و پایایی زیرمقیاس افسردگی ۰/۸ محاسبه شد. ضریب بازآزمایی این آزمون در مراحل پس‌آزمون و پیگیری این پژوهش به ترتیب ۰/۸۱ و ۰/۷۸ و همبستگی بین پس‌آزمون و پیگیری ۰/۸۲ محاسبه شد. این مقادیر در خرده مقیاس افسردگی به ترتیب ۰/۷۵، ۰/۷۴ و ۰/۸ محاسبه گردید. تمامی این مقادیر حاکی از پایایی خوب این آزمون به طور کلی و خرده‌مقیاس افسردگی به تنهایی است. هم‌چنین از آن‌جا که هر یک از خرده‌مقیاس‌ها بر اساس ملاک‌های تشخیصی DSM III-R در مورد هر اختلال ساخته شده و مجدداً بر اساس DSM-IV بازبینی شده است و ملاک‌های تشخیصی اختلالات مختلف با یکدیگر همپوشی نداشته و وجود یا عدم یکی بر دیگری ارتباطی ندارد، لذا هر یک از خرده مقیاس‌ها به تنهایی قابل استفاده می‌باشند.

شیوه اجرا

پس از انتخاب آزمودنی‌های گروه آزمایش و کنترل بر اساس نمرات پرسشنامه‌های مادزلی و نیلی‌پور و مصاحبه تشخیصی و جایگزینی تصادفی آن‌ها در دو گروه، اعضای گروه آزمایش طی یک دوره ۱ ماهه در معرض متغیر مستقل (درمان شناختی - رفتاری) برای ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای قرار گرفتند که خلاصه‌ای از آن در جدول ۱ آورده شده است:

جدول ۱: ساختار کلی جلسات درمان

| جلسه | عنوان جلسه | محتوای جلسه |
|-------|--------------------------|--|
| اول | آب، گل، کودک | معارفه، بستن قرارداد درمانی، بیان هدف جلسه، بیان تأثیر شرایط محیط بر کودک و اهمیت شرایط روحی مادر در برخورد با او، آرام‌سازی به روش رهاسازی و تخلیه فکر، تمرین آرامسازی و تخلیه فکر، ارائه تکلیف، دریافت بازخورد |
| دوم | شیوه‌های فرزندپروری | سلام و خوشامدگویی و احوال‌پرسی، مرور مطالب جلسه قبل با همکاری خود اعضاء، بررسی تکلیف و پاسخگویی به سؤالات، شیوه‌های فرزندپروری با تأکید بر اضطراب‌ها و کنترل‌های بیش از حد، تکلیف، دریافت بازخورد |
| سوم | فکر، احساس و رفتار | سلام و خوشامدگویی، مرور مطالب جلسه قبل با همکاری خود اعضاء، بررسی تکالیف و پاسخگویی به سؤالات، بیان رابطه فکر و احساس و رفتار، تکلیف، دریافت بازخورد |
| چهارم | کمال‌گرایی | سلام و خوشامدگویی، مرور مطالب جلسه قبل با همکاری خود اعضاء، بررسی تکالیف و پاسخگویی به سؤالات، "کمال‌گرایی" تعریف، علل، علائم و پیامدها، تکنیک‌های کاهش اضطراب حاصل از کمال‌گرایی، تکلیف، دریافت بازخورد |
| پنجم | خطاهای شناختی | سلام و خوشامدگویی، مرور مطالب جلسه قبل با همکاری خود اعضاء، بررسی تکالیف و پاسخگویی به سؤالات، خطاهای شناختی و چالش با افکار، تکلیف، دریافت بازخورد |
| ششم | تغییر احساس | سلام و خوشامدگویی، مرور مطالب جلسه قبل با همکاری خود اعضاء، بررسی تکالیف، ادامه تکنیک‌های چالش با افکار، آموزش تنفس صحیح، تکلیف، دریافت بازخورد |
| هفتم | مواجهه و جلوگیری از پاسخ | سلام و خوشامدگویی، مرور مطالب جلسه قبل با همکاری خود اعضاء، بررسی تکالیف و پاسخگویی به سؤالات، بیان منطق درمان مواجهه و جلوگیری از پاسخ، آموزش مواجهه و جلوگیری از پاسخ به طور ذهنی و واقعی، تکلیف، دریافت بازخورد |
| هشتم | پس‌آزمون | سلام و خوشامدگویی، مرور مطالب جلسه قبل با همکاری خود اعضاء، بررسی تکالیف، مرور کلی جلسات قبل و رفع اشکالات موجود، اجرای پس‌آزمون و گرفتن بازخورد کلی |

بلافاصله پس از پایان دوره درمان، پرسشنامه وسواس‌مادزلی و اختلالات رفتاری انتاریو به عنوان پس‌آزمون و یک ماه بعد نیز همین پرسشنامه‌ها به عنوان آزمون پیگیری توسط افراد دو گروه تکمیل گردید. سپس داده‌های خام با استفاده از روش همبستگی و تحلیل کوواریانس مورد تجزیه و تحلیل آماری قرار گرفت.

یافته‌ها

ویژگی‌های جمعیت‌شناختی بیماران دو گروه درمانی و گواه در جدول ۲ آورده شده است.

جدول ۲: ویژگی‌های جمعیت‌شناختی مادران دو گروه

| گواه | | آزمایش | | سطوح | متغیر |
|------|---------|--------|---------|-------------------------|---------|
| درصد | فراوانی | درصد | فراوانی | | |
| ۳۵ | ۵ | ۴۲ | ۶ | ۲۰ - ۳۰ | سن |
| ۴۲ | ۶ | ۴۹ | ۷ | ۳۰ - ۴۰ | |
| ۲۳ | ۳ | ۹ | ۱ | ۴۰ - ۵۰ | |
| ۲۱/۴ | ۳ | ۲۱/۴ | ۳ | ابتدایی | تحصیلات |
| ۲۱/۵ | ۳ | ۶/۲۸ | ۴ | سیکل | |
| ۵۷/۱ | ۸ | ۵۰ | ۷ | دیپلم | |
| ۵۷/۱ | ۸ | ۴۲/۹ | ۶ | کمتر از ۲۰۰ هزار تومان | درآمد |
| ۵۰ | ۷ | ۳۵/۷ | ۵ | ۲۰۰ - ۴۰۰ هزار تومان | |
| ۷/۱ | ۱ | ۷/۱ | ۱ | بیشتر از ۴۰۰ هزار تومان | |

همبستگی متغیرهای جمعیت‌شناختی با متغیرهای پیش‌آزمون در جدول ۲ ارائه شده است.

جدول ۲: ضرایب همبستگی و ویژگی‌های جمعیت‌شناختی با متغیرهای پیش‌آزمون

| متغیرها | وسواس - اجبار مادر | | اختلالات رفتاری کودک | |
|---------------|--------------------|--------------|----------------------|--------------|
| | ضریب همبستگی | سطح معناداری | ضریب همبستگی | سطح معناداری |
| سن مادر | -۰/۱۸۱ | ۰/۳۵۶ | ۰/۰۲۵ | ۰/۸۹۸ |
| تحصیلات مادر | ۰/۰۴۴ | ۰/۸۲۲ | -۰/۲۲۱ | ۰/۲۵۸ |
| شغل مادر | ۰/۱۱۵ | ۰/۵۵۸ | ۰/۲۴۴ | ۰/۲۱۱ |
| درآمد خانواده | ۰/۱۱۵ | ۰/۵۶۱ | ۰/۰۸۳ | ۰/۶۷۳ |

با توجه به این که هیچ‌یک از متغیرهای جمعیت‌شناختی با متغیرهای پیش‌آزمون رابطه معناداری ندارد، لذا نیازی به کنترل آن‌ها نیست. هم‌چنین از آن‌جا که تحلیل واریانس از جمله آزمون‌های پارامتریک است، برای اجرای این آزمون لازم است علاوه بر تساوی حجم نمونه دو گروه، پیش‌فرض‌های نرمال بودن توزیع نمرات، تساوی واریانس‌ها و تساوی کوواریانس‌ها نیز تأیید شود که در این تحقیق پیش‌فرض نرمال بودن توزیع نمرات و سواس مادر و افسردگی کودک با استفاده از آزمون شاپیرو-ویلک، پیش‌فرض تساوی واریانس‌ها در دو مرحله پس‌آزمون و پیگیری با استفاده از آزمون لوین و

پیش‌فرض تساوی کوواریانس نمرات با استفاده از آزمون باکس در هر دو متغیر و در مراحل سه‌گانه پژوهش تأیید شد ($P > 0.05$). به منظور مهار تأثیر اجرای پیش‌آزمون بر نتایج نمرات پس‌آزمون و پیگیری، نمرات پیش‌آزمون کنترل گردید؛ یعنی اثر آن‌ها از روی نمرات پس‌آزمون و پیگیری برداشته شده و سپس دو گروه با توجه به نمرات باقی‌مانده مقایسه شدند. میانگین و انحراف استاندارد نمرات وسواس مادر و افسردگی کودک در مراحل سه‌گانه پژوهش در جدول ۳ ارائه شده است.

جدول ۳: میانگین و انحراف معیار نمرات وسواس مادر و افسردگی کودک در دو گروه آزمایش و گواه در سه مرحله پژوهش

| پیش‌آزمون | | | پس‌آزمون | | | مرحله | | |
|--------------|---------|--------------------|--------------|--------------------|-------------|-----------|--------|--------------|
| انحراف معیار | میانگین | میانگین باقی‌مانده | انحراف معیار | میانگین باقی‌مانده | میانگین خام | شاخص گروه | متغیر | |
| ۴/۵۴۹ | ۶/۷۹۹ | ۵/۹۲۹ | ۳/۲۹۲ | ۹/۳۷۷ | ۸/۲۸۶ | ۰/۷۰۶ | ۱۴/۲۸۵ | وسواس مادر |
| ۵/۲۶۹ | ۱۶/۴۱۶ | ۱۷/۲۸۶ | ۲/۸۷۹ | ۱۶/۰۵۲ | ۱۷/۱۴۲ | ۰/۴۳۴ | ۱۶/۷۸۵ | |
| ۲/۳۲۰ | ۴/۷۰۸ | ۴/۰۰۰ | ۲/۶۴۴ | ۵/۲۶۹ | ۴/۲۵۶ | ۲/۵۴۲ | ۵/۰۰ | افسردگی کودک |
| ۲/۴۵۵ | ۷/۵۰۷ | ۸/۲۱۴ | ۳/۷۷۷ | ۶/۵۸۸ | ۷/۵۷۱ | ۳/۶۰۴ | ۷/۷۱۴ | |

همان‌طور که در جدول ۳ دیده می‌شود، میانگین‌های خام و باقی‌مانده هر سه متغیر در گروه آزمایش طی سه مرحله پژوهش، سیر نزولی دارد، در حالی که در گروه گواه این روند دیده نمی‌شود و حتی در مرحله پیگیری نسبت به پیش‌آزمون، میانگین افسردگی کودک افزایش داشته است. نتایج تحلیل کوواریانس نمرات وسواس مادزلی دو گروه در مراحل پس‌آزمون و پیگیری پس از کنترل متغیر پیش‌آزمون در جدول ۴ دیده می‌شود.

جدول ۴: نتایج تحلیل کوواریانس نمرات وسواس مادزلی دو گروه پس از کنترل متغیر پیش‌آزمون در پس‌آزمون و پیگیری

| منبع تغییرات | متغیر وابسته | مجموع مجذورات | درجه آزادی | واریانس | ضریب F | معناداری | مجذور اتا | توان آماری |
|--------------|--------------|---------------|------------|---------|--------|----------|-----------|------------|
| پیش‌آزمون | پس‌آزمون | ۱۴۱/۸۷۷ | ۱ | ۱۴۱/۸۷۷ | ۱۶/۸۲۵ | ۰/۰۰۰ | ۰/۴۰۲ | ۰/۹۷۶ |
| | پیگیری | ۶۰/۶۴۷ | ۱ | ۶۰/۶۴۷ | ۲/۶۶۴ | ۰/۱۱۵ | ۰/۰۹۶ | ۰/۳۴۸ |
| گروه‌ها | پس‌آزمون | ۲۳۱/۱۴۳ | ۱ | ۲۳۱/۱۴۳ | ۳۷/۷۲۲ | ۰/۰۰۰۱ | ۰/۶۰۱ | ۱/۰۰۰ |
| | پیگیری | ۴۷۹/۸۰۰ | ۱ | ۴۷۹/۸۰۰ | ۲۱/۰۷۶ | ۰/۰۰۰۱ | ۰/۴۶۰ | ۰/۹۹۳ |

همان طور که نتایج جدول ۴ 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، علائم وسواس مادران را در مراحل پس‌آزمون و پیگیری به طور معناداری کاهش داده است. میزان تأثیر درمان در مرحله پس‌آزمون و پیگیری به ترتیب ۰/۶۰ و ۰/۴۶ بوده و توان آماری نشان می‌دهد که حجم نمونه برای آزمایش این فرضیه کافی بوده است. نتایج تحلیل کوواریانس نمرات افسردگی کودک دو گروه در مراحل پس‌آزمون و پیگیری پس از کنترل نمرات پیش‌آزمون در جدول ۵ آمده است.

جدول ۵: نتایج تحلیل کوواریانس نمرات افسردگی کودک دو گروه پس از کنترل

پیش‌آزمون در پس‌آزمون و پیگیری

| منبع تغییرات | متغیر وابسته | مجموع مجذورات | درجه آزادی | واریانس | ضریب F | معناداری | مجذور تا | توان آماری |
|--------------|--------------|---------------|------------|---------|--------|----------|----------|------------|
| پیش‌آزمون | پس‌آزمون | ۱۳۲/۸۵۶ | ۱ | ۱۳۲/۸۵۶ | ۲۳/۱۵۷ | ۰/۰۰۰ | ۰/۴۸۱ | ۰/۹۹۶ |
| | پیگیری | ۶۸/۷۵۹ | ۱ | ۶۸/۷۵۹ | ۲۱/۵۹۶ | ۰/۰۰۰ | ۰/۴۶۳ | ۰/۹۹۴ |
| گروه‌ها | پس‌آزمون | ۱۰/۱۰۴ | ۱ | ۱۰/۱۰۴ | ۱/۷۶۱ | ۰/۱۹۶ | ۰/۰۶۶ | ۰/۳۴۸ |
| | پیگیری | ۴۵/۵۴۶ | ۱ | ۴۵/۵۴۶ | ۱۴/۳۰۵ | ۰/۰۰۱ | ۰/۳۶۴ | ۰/۹۵۳ |

همان طور که نتایج جدول ۵ نشان می‌دهد، تفاوت بین میانگین نمرات افسردگی در مرحله پس‌آزمون معنادار نبوده است ($p = 0/196$) ولی این تفاوت در مرحله پیگیری پس از مهار تأثیر نمرات پیش‌آزمون در دو گروه معنادار است ($P = 0/0001$). به عبارت دیگر درمان شناختی - رفتاری وسواس مادر، افسردگی کودک را در مرحله پیگیری کاهش داده است. میزان تأثیر درمان در مرحله پیگیری ۰/۳۶ بوده و توان آماری نشان می‌دهد که حجم نمونه برای آزمایش این فرضیه کافی بوده است. یعنی میزان دقت این تحلیل در کشف تفاوت‌های معنادار در پیگیری ۹۵ درصد بوده است. به عبارت دیگر احتمال تأیید فرض صفر به اشتباه در مرحله پیگیری ۵ درصد می‌باشد.

بحث

در تحلیل نتایج مرحله اول این پژوهش، با توجه به نتایج همبستگی بین اختلال وسواس - اجبار مادر و افسردگی کودک، به ترتیب رابطه مثبت و معنادار ۰/۴۹ در سطح ۰/۰۱ مشاهده شد. به عبارت دیگر هرچند نمی‌توان گفت بین وسواس مادر و ابتلای کودکان به اختلالات هیجانی و رفتاری رابطه علت و معلولی وجود دارد، اما به نظر می‌رسد که کودکان چنین مادرانی به مقدار بیشتری در معرض اختلالات هیجانی و رفتاری قرار دارند و وسواس مادر می‌تواند یکی از عوامل ایجادکننده یا

تشدیدکننده افسردگی 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 فونگی (۲۰۰۲)، بارت و همکاران (۲۰۰۲)، واتی (۲۰۰۳)، مایر (۲۰۰۴)، ویزمن (۲۰۰۴)، ویمز (۲۰۰۵)، آیسرمن (۲۰۰۵)، سوراندر و هلستلا (۲۰۰۵)، ویدیارثی (۲۰۰۶)، الاندیک و هورسچ (۲۰۰۶)، بلاک (۲۰۰۶)، محمداسماعیل (۱۳۷۹) و پورافکاری و همکاران (۱۳۸۳) که همگی تأثیر حالات روانی مادر بر سلامت کودک را تأیید کرده‌اند، اشاره نمود.

در پژوهش حاضر، تلفیقی از روش‌های رفتاری (آرام‌سازی، مواجهه و جلوگیری از پاسخ) و شناختی (آموزش خطاهای منطقی و چالش با آن) به کار گرفته شد. نتایج این تحقیق نشان می‌دهد که درمان شناختی - رفتاری گروهی میزان علائم وسواس مادر را در هر دو مرحله پس‌آزمون و پیگیری کاهش داده است. این یافته‌ها با بسیاری از یافته‌هایی که این نوع درمان را برای اختلال وسواس - 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 تکنیک‌های شناختی - رفتاری به شیوه‌های مختلف فردی، گروهی یا ترکیبی باعث کاهش نشانه‌های اختلال وسواس - اجبار می‌شود، موضوع جدیدی نیست و صحت آن با پژوهش‌های متعدد داخلی و خارجی مورد تأیید قرار گرفته، با این حال تأیید این یافته در پژوهش‌های داخلی و خارجی و این پژوهش مبین اصل بسیار مهم تکرارپذیری تجربه علمی و تأییدی بر صحت پژوهش‌های پیشین می‌باشد. نتایج گروه کنترل نیز بیانگر ثبات، پایداری و در حال گسترش بودن اختلال وسواس - اجبار است. چراکه میانگین نمره وسواس - اجبار در گروه کنترل از پیش‌آزمون تا پیگیری روبه افزایش است و در واقع گذشت زمان منجر به تثبیت و حتی افزایش این اختلال شده است؛ در حالی که در گروه آزمایش کاهش بیشتر میانگین نمرات وسواس مادران در مرحله پیگیری نسبت به مرحله پس‌آزمون نشان‌دهنده این نکته است 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 یک‌ساله او تداوم اثربخشی درمان شناختی - رفتاری گروهی تأیید شد، همخوانی دارد. این یافته 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 وسواس مادر در مرحله پس‌آزمون، افسردگی کودک در این مرحله کاهش معناداری نداشت؛ ولی در مرحله پیگیری به طور معناداری کاهش یافت. در توجیه عدم کاهش معنادار افسردگی در پس‌آزمون می‌توان به کوتاه بودن مدت درمان اشاره کرد. چرا که تغییر در کودک مستلزم درونی شدن تغییراتی است که در مادر ایجاد شده است و برای تثبیت تغییرات ایجاد شده در نحوه تفکر و رفتار مادران به گذشت زمان نیاز است.

روشن است که 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 نمی‌شود، بلکه کاهش معنادار افسردگی کودک 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 و تثبیت تغییرات درمانی در زمینه‌های مربوطه در مادر و انتقال این تغییرات از مادر به کودک گردیده و در سطوح عمیق‌تر لایه‌های رفتاری و شناختی مادر و کودک تغییرات مطلوبی ایجاد کرده است. از طرفی ظهور این تغییرات در کودک و در واقع نمود رفتاری آن به طوری که توسط مادر قابل گزارش باشد نیز به گذشت زمان نیاز دارد. لذا مشاهده می‌شود که نیاز به گذشت زمان در تکمیل این چرخه و ظهور تغییرات در مادر و کودک، ضروری و غیرقابل انکار است.

نکته قابل ذکر دیگر در تبیین عدم کاهش افسردگی کودک در پس‌آزمون این است که وسواس از مشکلات روانی عمیق و ریشه‌داری است که نمی‌توان انتظار بهبودی کامل آن با ۸ جلسه درمان طی یک‌ماه را داشت. از طرفی اختلالات رفتاری به طور کلی و افسردگی به طور خاص در کودکی که ۸-۷ سال در ارتباط با مادری بیش از حد کنترل‌کننده، وسواسی یا مضطرب بوده نیز عمیق‌تر از آن است که طی یک دوره یک‌ماهه درمان مادر، حتی با وجود بهبودی او، انتظار کاهش نشانه‌ها و بهبودی آن وجود داشته باشد.

در تبیین کاهش معنادار میانگین افسردگی کودک در مرحله پیگیری می‌توان گفت کاهش معنادار افسردگی کودک در مرحله پیگیری در امتداد کاهش غیر معنادار این اختلال در پس‌آزمون می‌باشد که تأییدی بر نیاز به گذشت زمان در تکمیل روند تأثیر درمان مادر بر کودک می‌باشد. از طرفی کاهش معنادار نمرات افسردگی کودک در مرحله پیگیری نتیجه قابل استنادی برای تأیید اثربخش بودن درمان حاضر بر وسواس مادران بوده و گواهی از تأثیر درمان وسواس مادر بر افسردگی کودک می‌باشد. این نتیجه، روش غیرمستقیم درمان مشکلات رفتاری کودکان یعنی درمان کودک از طریق مادر را آشکار و تأیید می‌کند که با نتایج مطالعات ویزمن (۲۰۰۳)، توس (۲۰۰۵)، موسبای (۲۰۰۷) و مورفی (۲۰۰۷) هماهنگ بوده و راه‌گشای خوبی در زمینه پیشگیری و درمان مشکلات کودکان می‌باشد.

با توجه به نتایج مطالعات رایس و لوپز (۲۰۰۷)، بارت (۲۰۰۶)، ویمز (۲۰۰۵)، بارت و همکاران (۲۰۰۵)، ویکوف و یونل (۲۰۰۱)، تامسون (۱۹۹۹) و رونا (۱۹۸۸) که بین بیش‌کنترلی، انتظارات زیاد، نارضایتی، انتقاد و کمال‌گرایی ناسازگارانه والدین و افسردگی کودک رابطه معناداری گزارش کرده‌اند، می‌توان در توجیه کاهش معنادار افسردگی کودک در مرحله پیگیری گفت، درمان شناختی - رفتاری مادر موجب آگاهی او از خطاهای شناختی رفتاری خود و در نتیجه کاهش میزان کمال‌گرایی و نارضایتی او از شرایط شده است. کاهش این دو مؤلفه نارضایتی، انتقاد و کنترل مادر بر کودک را

کم کرده که این مسئله موجب ایجاد آزادی عمل و احساس ارزشمندی بیشتری در کودک شده است و در نهایت نارضایتی و احساس گناه کودک، که از مؤلفه‌های اصلی افسردگی است، کاهش یافته و به تبع آن میزان افسردگی او در مرحله پیگیری نسبت به مرحله پس‌آزمون کاهش بیشتر و معناداری را نشان داده است. به همین دلیل می‌توان امیدوار بود که با گذشت بیشتر زمان و تثبیت عمیق‌تر تغییرات ایجاد شده در مادر و انتقال آن به کودک، افسردگی کودک به میزان بیشتری نیز کاهش یابد و کیفیت ارتباط مادر و کودک از نظر روانی و رفتاری بهبود بیشتری پیدا کند.

کاهش افسردگی کودک را هم‌چنین می‌توان ناشی از کاهش میزان وسواس مادر و در نتیجه کاهش حساسیت‌ها و دقت‌های وسواس‌گونه او دانست که بر نوع نگرش و گزارش مادر از افسردگی کودک تأثیر به‌سزایی دارد. اما باید توجه داشت که این مطلب نمی‌تواند معنادار بودن کاهش افسردگی کودک را در مرحله پیگیری توجیه کند؛ چرا که کاهش میزان وسواس مادر در مرحله پس‌آزمون نیز وجود داشت ولی موجب کاهش معنادار افسردگی کودک نشده است. لذا کاهش معنادار افسردگی کودک بنابر گزارش مادر در مرحله پیگیری، علتی فراتر از تغییر در نحوه گزارش مشکلات کودک توسط او دارد؛ که به احتمال زیاد می‌توان آن را نتیجه درمان مادر و کاهش میزان وسواس - اجبار او دانست.

توجه به میانگین نمرات افسردگی گروه گواه و سیر صعودی آن طی مراحل سه‌گانه پژوهش، مؤید نتیجه حاصل از تحقیق ویزمن (۲۰۰۳) می‌باشد که درمان نشدن بیماری روانی مادر را علت وخیم‌تر شدن اختلالات رفتاری و افسردگی کودک می‌داند. البته در مطالعه ویزمن مادران مبتلا به افسردگی با داروهای ضدافسردگی تحت درمان قرار گرفتند. استفاده غیرمستقیمی که از نتایج مطالعه ویزمن (۲۰۰۳) می‌شود این است که درمان بیماری روانی مادر، موجب بهبود وضعیت روانی کودک و کاهش اختلالات رفتاری اوست و نیز این نکته که تداوم افسردگی و به طور کلی اختلالات روانی در مادر منجر به شدت یافتن اختلالات روانی کودک می‌شود. بنابراین کاهش افسردگی کودک در مرحله پیگیری نشان‌دهنده اثربخشی درمان شناختی - رفتاری در کاهش میزان اختلال وسواس - اجبار مادران و در نتیجه کاهش افسردگی کودکان می‌باشد. در آزمایش کنترل شده توس و همکاران (۲۰۰۵) نیز درمان مادران مبتلا به افسردگی اساسی، نه تنها موجب افزایش دل‌بستگی ایمن در نوزادان و کودکان آن‌ها نسبت به گروه کنترل (مادران با افسردگی اساسی و بدون درمان) شد، بلکه نسبت به کودکان مادران عادی نیز دل‌بستگی ایمن در آن‌ها افزایش بیشتری داشت. در حالی که دل‌بستگی ناایمن در کودکان گروه کنترل، که مادران آن‌ها مورد درمان قرار نگرفتند، افزایش یافت. این یافته نیز تأیید غیرمستقیمی بر یافته‌های پژوهش حاضر است. به این صورت که درمان مادران مبتلا به اختلال وسواس - اجبار، بهبود و ارتقاء کیفیت روابط مادر - کودک را در پی داشته که در

نهایت به ایجاد یا افزایش دلبستگی ایمن در کودک منجر می‌گردد و درمان نشدن آن‌ها منجر به بدتر شدن شرایط روحی و رفتاری کودک می‌گردد.

یادداشت‌ها

1. American Psychological Association
2. Wattie
3. Waissman
4. Vidyarhi
5. Wineecott
6. Oyserman
7. Ollandick
8. Horsch
9. Fungi
10. Myhr
11. Insecure attachment
12. Toth
13. Rogosch
14. Manly
15. Cicchetti
16. Trocmee
17. Obsessive-Compulsive Disorder
18. Kaplan
19. Sadock
20. Steketee
21. Rosenhan
22. Seligman
23. Mullins
24. Fummeler
25. Hoff
26. Chanee
27. Weems
28. Webster
29. Stratton
30. Bart
31. Thampson
32. Zuroff
33. Elliot
34. Goossens
35. Vanteenkist
36. Rice
37. Lopez
38. Vergara
39. Lauren
40. Vicoofe
41. Younle
42. Kobori
43. Summerfeldt
44. Pleva & Wade
45. Randolph
46. Dykman
47. Rona
48. Burbach
49. Mak
50. Patterson
51. Block
52. Mosby
53. Frost
54. Braga
55. Anderson
56. Rees
57. Moudzly Obsessive-Compulsive Inventory
58. Ontario Child Health Scale (OCHS)
59. Rachman
60. Hodgson
61. Sanavio
62. Norman
63. Mini international neurotic inventory
64. diagnostic-statistic manual
65. International coding disease
66. Boyle

منابع

احدی، ح.، و بنی‌جمالی، ش. (۱۳۷۴). روان‌شناسی رشد (چاپ هشتم). تهران: نشر و بنیاد.

- استکتی، گ. (۱۳۷۶). *درمان رفتاری وسواس* (ترجمه ع. بخشی‌پور رودسری و م. علیلو). تبریز: روان پویا. (تاریخ انتشار به زبان اصلی ۱۹۹۳)
- امیری، ش. (۱۳۸۰). *بررسی تحولی رابطه منزلت اجتماعی، رفتار سازشی، مهارت‌های اجتماعی و اختلالات رفتاری از کودکی تا نوجوانی*. رساله دکترا، دانشگاه تهران، تهران.
- پاک‌روان، م.، قلعه‌بندی، ف.، علوی، ک.، و ابراهیمی، ع. (۱۳۸۶). مقایسه آزمون وسواسی- اجباری مادزلی و مصاحبه بالینی ساختار یافته مبتنی بر DSM-IV برای تشخیص اختلال وسواسی- اجباری در بیماران مبتلا به اسکیزوفرنیا. *مجله روان‌پزشکی و روان‌شناسی بالینی ایران (اندیشه و رفتار)*، ۱۳ (۲)، ۹۷-۱۰۳.
- پورافکاری، ن.، ارفعی، ا.، و مبینی، س. (۱۳۸۳). *پژوهشی پیرامون ارتباط افسردگی مادر با بروز اختلالات هیجانی و رفتاری در کودکان و نوجوانان* [آنلاین]. برگرفته از: [http:// www.Irandoc.com](http://www.Irandoc.com).
- دادستان، پ. (۱۳۸۲). *روان‌شناسی مرضی تحولی: از کودکی تا بزرگسالی* (جلد دوم). تهران: سمت.
- روزنهن، د.، و سلیگمن، م. (۱۳۸۱). *روان‌شناسی نابهنجاری* (ترجمه ی. سید محمدی). تهران: ساوالان. (تاریخ انتشار به زبان اصلی ۱۹۸۴)
- سجادیان، ا. (۱۳۸۵). *تأثیر آموزش روش ذهن آگاهی بر میزان علائم اختلال وسواس- اجبار در زنان شهر اصفهان*. پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه اصفهان، اصفهان.
- کاپلان، ه.، و سادوک، ب. (۱۳۸۳). *خلاصه روان‌پزشکی* (ترجمه ح. رفیعی و خ. سبحانین، جلد دوم). تهران: ارجمند. (تاریخ انتشار به زبان اصلی ۲۰۰۲)
- محمد اسماعیل، ا. (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.
- نیلی پور، م. ر. (۱۳۷۹). *بررسی کارآیی سیستم مراقبت‌های بهداشتی اولیه (سطح ۱ و ۲) در بیماریابی و تشخیص مبتلایان به اختلال وسواس- اجبار در روستای شاپورآباد*. پایان نامه دکترای تخصصی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی- درمانی اصفهان، دانشکده پزشکی، اصفهان.
- ویکوف، ج. و یونل، ب. (۱۳۸۰). *مشکلات رفتاری کودکان ۱۲-۶ ساله* (ترجمه م. کسائیان). تهران: کیهان. (تاریخ انتشار به زبان اصلی ۲۰۰۰)

- American Psychiatry Association. (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorder* (Forth edition). Washington, DC: Author.
- Anderson, R., & Rees, C. (2007). Group versus individual cognitive-behavioral treatment for obsessive-compulsive disorder: A controlled trail. *Behavior Research and Therapy*, 45, 123- 137.
- Bart, S. (2006). Psychologically controlling parenting and adolescent psychosocial adjustment: Antecedents, mediating factors, and longitudinal dynamics. *Katholieke Universiteit Leuven (Belium)*, 23 (5), 384.
- Bart, S., Elliot, A. J., Goossens, L., & Vansteenkiste, M. (2005). The intergenerational transmission of perfectionism: Parents' psychological control as an intervening variable. *Journal of Family Psychology*, 19 (3), 358.
- Block, M. (2006). Study find link between mother & child depression. *Journal of the American Medical Association*, 21 (5), 67-72.

- 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), 182-213.
- Braga, D. T., Cordioli, A. V., Niederaver, K., & Manfro, G. (2005). Cognitive-behavioral group therapy for obsessive-compulsive disorder: A 1-year follow-up. *Acta Psychiatrica Scandinavia*, 112, 180-186.
- Frost, R. O., & Steketee, G. (2002). *Cognitive approach to obsessions and compulsions: Theory, assessment and treatment*. Amsterdam: Pergamon.
- Kobori, O., Yamagata, S., & Kijima, N. (2004). *The relationship of temperament to multidimensional perfectionism trait* [On-line]. Available: <http://www.ScienceDirect.com> (Elsevier).Com
- Lauren, B. A. (2001). *Perfectionism and parenting: The relationships of perceived parenting styles of parent, attachment, parent status, and gender to parental perfectionism*. Unpublished Ph.D. dissertation, University of Missouri-Columbia [On-line]. Available: <http://www.umi.com>.
- Mosby, H. (2007). *Oppositional defiance disorder treatment* [On-line]. available: <http://www.Infomedsearch.com>.
- Mullins, L., Fuemmeler, B., Hoff, A., & Chaney, J. (2004). The relationship of parental overprotection and perceived child vulnerability to depression. *Children Health Care*, 33(1), 21-30.
- 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 Scandinavia*, 109, 447-458.
- Ollandick, H. T., & Horsch, L. M. (2006). 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 proximal mediator. *Journal of Adolescence*, 28, 443-463.
- Pleva, J., & Wade, T. (2006). Guided self-help versus pure self-help for perfectionism: A randomized controlled trial. *Behavior Research and Therapy*, 45, 849-1084.
- Rachman, S. J., & Hodgson, R. J. (1980). *Obsessions and compulsions*. New York: Prentice Hall.
- Randolph, J. J., & Dykman, B. M. (1998). Perceptions of parenting and depression-proneness in the offspring: Dysfunctional attitudes as a mediating mechanism. *Cognitive Therapy and Research*, 22 (4), 377-400.
- Rice, K. G., Lopez, F. G., & Vergara, D. (2007). Parental/social influences on perfectionism and adult attachment orientations. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 24 (4), 580-606.
- Rona, M. (1988). Constructive Criticism. *Chatelaine*, 61 (10), 254.
- 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.
- Summerfeldt, L. J. (2004). Understanding and treating incompleteness in obsessive-compulsive disorder. *Clinical Psychology*, 60, 1155-1168.

- Thompson, R., & Zuroof, D. C. (1999). Development of self-criticism in adolescent girls: Roles of maternal dissatisfaction, maternal coldness, and insecure attachment. *Journal of Youth and Adolescence*, 28 (2), 197-210.
- 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. *Journal of Child and Adolescent Psychiatry*, 16(21), 405.
- Vidyarthi, A. (2006). Parental problem,. *Child Psychiatry*, 4, 60-80.
- Wattie, B. (2003). *The importance of mental health of children* [On-line]. Available: <http://www.sciencedirect.com>.
- Waissman, M. M., Feder, A., Pilowsky, D. J., Olfson, M., Fuentes, M., Blanco, C., Lantigua, R., Gameroff, M. J. & Shea, S. (2004). Depressed mothers coming to primary care: Maternal reports of problem with their children. *Journal of Affective Disorders*, 78 (2), 93-100.
- Weems, C. F. (2005). Maternal and child anxiety. *Social Development*, 14 (4), 574-580.

