

تأثیر آموزش شناختی- رفتاری رابطه مادر و کودک بر کاهش علائم وسواسی جبری کودکان

فرزانه عباسی^۱، محمدرضا عابدی^۲، فرشته شکیبایی^۳، سید محمد مسعود ازهر^۴، مجتبی رحیمی^۵

مقاله پژوهشی

چکیده

زمینه و هدف: پژوهش‌های چند دهه اخیر بر روی اثرات روابط مبتنی بر دل‌بستگی و نحوه تربیت مراقبان کودک و اثرات آن نشان داده‌اند که سبک تربیت والدین و کیفیت رابطه‌ای والد و کودک در شکل‌گیری اضطراب کودک نقش معنی‌داری دارد، هدف از اجرای این پژوهش، بررسی میزان اثربخشی آموزش شناختی- رفتاری رابطه مادر و کودک بر کاهش علائم وسواس جبری در کودکان است.

مواد و روش‌ها: در یک مطالعه کارآزمایی بالینی ۳۰ نفر از مادران کودکان ۶-۱۲ سال که کودکان آن‌ها بر اساس معیارهای DSM_IV_TR (Diagnostic and statistical manual of mental disorders) تشخیص اختلال وسواس جبری داشتند، با استفاده از نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند و به صورت تصادفی در دو گروه آموزش شناختی- رفتاری رابطه مادر و کودک و شاهد قرار گرفتند. مادران گروه مداخله، بدون حضور کودکان در ۱۲ جلسه ۲ ساعته آموزش شناختی رفتاری شرکت کردند. به منظور جمع‌آوری داده‌ها مقیاس سنجش وسواس Yale-Brown به عنوان پیش‌آزمون، پس‌آزمون و آزمون پیگیری اجرا شد و داده‌ها با استفاده از روش آماری تحلیل واریانس با اندازه‌های تکراری و بهره‌گیری از نرم‌افزار آماری SPSS تجزیه و تحلیل گردید.

یافته‌ها: گروه مداخله و شاهد در مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری تفاوت معنی‌داری را نشان داد که بیانگر کاهش افکار و اعمال وسواسی جبری در حیطه‌های زمان، تداخل، ناراحتی، مقاومت و کنترل در گروه مداخله بود.

نتیجه‌گیری: آموزش شناختی- رفتاری رابطه مادر و کودک در تمام حیطه‌ها بر کاهش وسواس کودکان مؤثر بوده است.

واژه‌های کلیدی: اختلال وسواس جبری، آموزش شناختی رفتاری، مادر، کودک

ارجاع: عباسی فرزانه، عابدی محمدرضا، شکیبایی فرشته، ازهر سید محمد مسعود، رحیمی مجتبی. تأثیر آموزش شناختی- رفتاری رابطه مادر و کودک بر کاهش علائم وسواسی جبری کودکان. مجله تحقیقات علوم رفتاری ۱۳۹۲؛ ۱۱ (۳): ۱۸۴-۱۷۶

پذیرش مقاله: ۱۳۹۲/۱۴/۲۵

دریافت مقاله: ۱۳۹۱/۱۲/۲۶

۱- کارشناس ارشد، روان‌شناس بالینی، دانشگاه آزاد علوم و تحقیقات فارس، شیراز، ایران

۲- دانشیار، گروه مشاوره، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه اصفهان، اصفهان، ایران

۳- دانشیار، مرکز تحقیقات علوم رفتاری، گروه روان‌پزشکی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران (نویسنده مسؤل)

Email: shakibaei@med.mui.ac.ir

۴- فوق تخصص روان‌پزشکی کودک و نوجوان، مرکز برنا، اصفهان، ایران

۵- کارشناس ارشد، روان‌سنجی، دانشگاه علامه طباطبایی، تهران، ایران

مقدمه

افزایش خواهد داد (۹). برخی از پژوهش‌ها نشان داده‌اند که در مقایسه با گروه شاهد، گروه وسواسی از نزدیکی و حمایت عاطفی کمتری در خانواده برخوردارند و افراد مهم بیماران وسواسی اغلب با انتقاد کلامی با آن‌ها رفتار می‌کنند و تعارض یک پدیده رایج بین اعضای خانواده با فرد بیمار است. همه این موارد نقش یک تسهیل‌گر را برای تحول یا شدت بخشیدن به اختلال وسواسی جبری در افراد آسیب‌پذیر ایفا می‌کند (۱۰).

با توجه به این که آموزش رفتاری تعامل والد و کودک از متداول‌ترین و موفق‌ترین رویکرد درمانی در ارتباط با رفتارهای مخل کودکان است و بیشتر والدین از این برنامه‌ها رضایت دارند (۱۱) و در نظر گرفتن این که خانواده و کیفیت روابط خانوادگی می‌تواند پیش‌بینی کننده رفتارهای آینده کودکان باشد و حتی در ابتلای کودکان به اختلالات روان‌شناختی نیز نقش اساسی ایفا کند، فرضیه پژوهش حاضر عبارت است از: آموزش شناختی- رفتاری رابطه مادر و کودک بر کاهش علائم وسواس جبری کودکان مؤثر است.

مواد و روش‌ها

روش پژوهش حاضر، کارآزمایی بالینی با پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری بود.

جامعه آماری و روش نمونه‌گیری

جامعه آماری این پژوهش، کلیه مادران دارای فرزند ۶ تا ۱۲ سال مبتلا به وسواس بودند که به بیمارستان خورشید و مرکز خدمات روان‌شناختی و مشاوره گلستان زندگی اصفهان مراجعه کردند. به منظور جمع‌آوری گروه نمونه از شیوه نمونه‌گیری در دسترس استفاده شد. بدین صورت که ۳۰ مادر که کودکانشان از طریق مصاحبه با روان‌درمانگر، بر اساس معیارهای (DSM-IV-TR Diagnostic and statistical manual of mental disorders) تشخیص اختلال وسواس جبری داشتند، به عنوان نمونه انتخاب شدند و پس از توجیه هدف و پر کردن رضایت‌نامه، ۱۵ نفر از مادران به طور تصادفی در گروه مداخله قرار گرفتند و بدون حضور کودکان

اضطراب و اختلالات اضطرابی از جمله علائمی در کودکی هستند که می‌تواند تمام زندگی کودک را تحت تأثیر قرار دهد. پژوهش‌هایی که روی نمونه‌های عادی و نمونه‌های بالینی انجام شده است، مشخص می‌کند که اختلال وسواس فکری- عملی (Obsessive-compulsive disorder) یکی از شایع‌ترین اختلالات روان‌شناختی در دوران کودکی است (۱). علائم وسواس در کودکان به مرور شروع به رشد می‌کند و اغلب به صورت مزمن در می‌آید و در زمان‌های استرس، بیماری و یا به وجود آمدن برخی تغییرات در زندگی تشدید می‌گردد. ۴۰ درصد از کودکان دارای وسواس فکری- عملی، این تشخیص را تا ۱۵ سال بعد از شروع علائم نیز دارا هستند (۲).

عوامل مختلفی در بروز وسواس نقش دارد، از جمله عوامل بیولوژیک، روان‌شناختی و محیطی که از بین این علت‌ها، عوامل خانوادگی به عنوان یکی از قوی‌ترین پیش‌بینی‌کننده‌های وسواس در کودکان شناخته شده‌اند (۳). عده‌ای از پژوهشگران بر شخصیت وسواسی یا وسواسی بودن والدین و خویشاوندان کودکان مبتلا به اختلال وسواس اجبار اشاره دارند (۴). شواهدی نشان می‌دهد که والدینی که دارای خصوصیتی مانند داشتن حمایت بیش از حد، توقعات زیاد، باریک‌بینی و حساسیت زیاد هستند، دارای فرزندان می‌باشند که سطح بالای علائم وسواسی- اجباری و افکار اضطرابی دارند (۵). بی‌ثباتی والدین و نیز مقررات و انضباط سخت و خشک از طرف آن‌ها می‌تواند بر اضطراب کودکان تأثیر به‌سزایی داشته باشد (۶). تعاملات نادرست والدین با فرزندان و نیز اضطراب والدین می‌تواند باعث شود تا کودکان دنیا را به صورت ناامن درک کنند و توانایی مواجهه شدن با خطر را نداشته باشند (۷). از آن جا که والدین افراد وسواسی نیز همچون سایر والدین بیماران اضطرابی عمل می‌کنند (۸)، این امر موجب می‌شود که تعامل نادرست والدین با فرزندان، علائم وسواس را در آن‌ها تشدید کند و اگر این ارتباط همراه با خصومت و انتقاد نسبت به علائم وسواسی فرزندان باشد، ناخواسته شدت و یا فراوانی رفتارهای وسواسی را

روش عابدی و Vostanis طراحی و اجرا شد (۱۶). جلسات به شرح زیر می‌باشد:

جلسه اول: تغییر سبک زندگی مادر و اعضای خانواده: ورزش، بهداشت خواب و تغذیه مناسب.

جلسه دوم: افزایش فعالیت‌های مشترک مادر- کودک و سایر اعضای خانواده مانند بازی، تفریح و ...

جلسه سوم: الگوسازی رفتارهای غیر وسواس سایر کودکان اصفهانی برای مادران از طریق نمایش فیلم.

جلسه چهارم: آموزش روش‌های والدگری، شناسایی و آموزش کاهش استرس‌های موجود در دوره‌های سنی مختلف.

جلسه پنجم: آموزش روش‌های والدگری و چگونگی برخورد با رفتارهای وسواسی کودکان: اجرای نقش تماشایی و تقویت رفتارهای مثبت بدون در نظر گرفتن رفتارهای

وسواس و عدم تنبیه رفتارهای وسواس.

جلسه ششم: تأکید بر تأثیر خلق در ایجاد وسواس و تشریح محیط مناسب جهت بالا بردن خلق کودکان: سعی در

تأمین نیازهای جسمانی کودک و افزایش ارتباط با کودک از نوع با و افزایش روابط اجتماعی خانواده.

جلسه هفتم: بررسی بهترین شیوه تربیتی: افزایش پذیرش و آرایه محبت بدون قید و شرط و فقط دادن بازخورد

به کودکان.

جلسه هشتم: بررسی عوامل مؤثر در ایجاد وسواس با استفاده از مدل شناختی- رفتاری، تهیه لیستی از اجتناب‌ها،

تکرارها، تشریفات و اطمینان طلبی‌های مادران و کودکان.

جلسات نهم تا یازدهم: مداخله در مؤلفه‌های اختلال وسواس شامل کنترل فکر، بالا بودن احتمال خطر، ترس از

بروز صدمات و ناتوانی در پیش‌گیری از آن، مسؤلیت‌پذیری و ترس از اضطراب از طریق عدم اطمینان‌دهی مادر به کودک،

انجام ندادن رفتارهای وسواس توسط مادران در حضور کودک و استخراج رفتارهای ایمنی‌طلبانه مادر و کاهش آن‌ها.

جلسه دوازدهم: بررسی الگوی بازدارنده: انجام ندادن رفتارهای وسواسی والدین در حضور کودک و توجه به علائم

هشدار دهنده و پیش‌گیری از عود.

در ۱۲ جلسه ۲ ساعته، آموزش شناختی- رفتاری رابطه مادر و کودک دریافت کردند. ۱۵ نفر دیگر از مادران در گروه شاهد قرار گرفته و هیچ‌گونه آموزشی دریافت نکردند. مقیاس Yale-Brown قبل از شروع جلسات و پس از اتمام دوره در هر دو گروه، جهت بررسی نتایج اجرا گردید. این بررسی ۳۰ روز پس از اتمام دوره جهت پیگیری نتایج با اجرای مجدد مقیاس Yale-Brown ادامه یافت.

معیارهای ورود کودکان عبارت بود از سن بین ۶ الی ۱۲ سال، تشخیص اختلال وسواسی جبری بر طبق رضایت مادران به شرکت در برنامه درمانی و مطالعه و معیار خروج مادران ۲ جلسه غیبت از کل جلسات درمان و حداقل داشتن مدرک دیپلم را شامل می‌شد.

روش آماری

داده‌های این پژوهش با استفاده از روش تحلیل واریانس با اندازه‌های تکراری مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

ابزارهای سنجش

مقیاس وسواسی- جبری Yale-Brown

در این پژوهش به منظور سنجش و نمره‌گذاری علائم وسواس در کودکان از مقیاس وسواسی- جبری Yale-Brown استفاده شد. این ابزار اولین بار در سال ۱۹۸۹ برای سنجش و نمره‌گذاری علائم وسواس در کودکان و نوجوانان بین ۶ تا ۱۷ سال طراحی گردید (۱۲). این آزمون دارای دو لیست جداگانه برای سنجش افکار و اعمال وسواسی است. ضریب پایایی این مقیاس با شیوه Cronbach's alpha، ۰/۹۱ برآورد گردید و همبستگی میان دو نیمه آزمون ۰/۸۵ است (۱۲). این پرسش‌نامه توسط مظفری و عابدی در ایران هنجار شده است و شواهدی مانند رابطه همبستگی بالا میان خرده آزمون‌های مقیاس در وضعیت گذشته و وضعیت فعلی نشانگر روایی این مقیاس می‌باشد (۱۳). پژوهش‌ها نشان داده‌اند که این مقیاس از روایی و پایایی خوبی برخوردار است (۱۴، ۱۵).

روش اجرا

آموزش گروهی مادران در ۱۲ جلسه ۲ ساعته با استفاده از

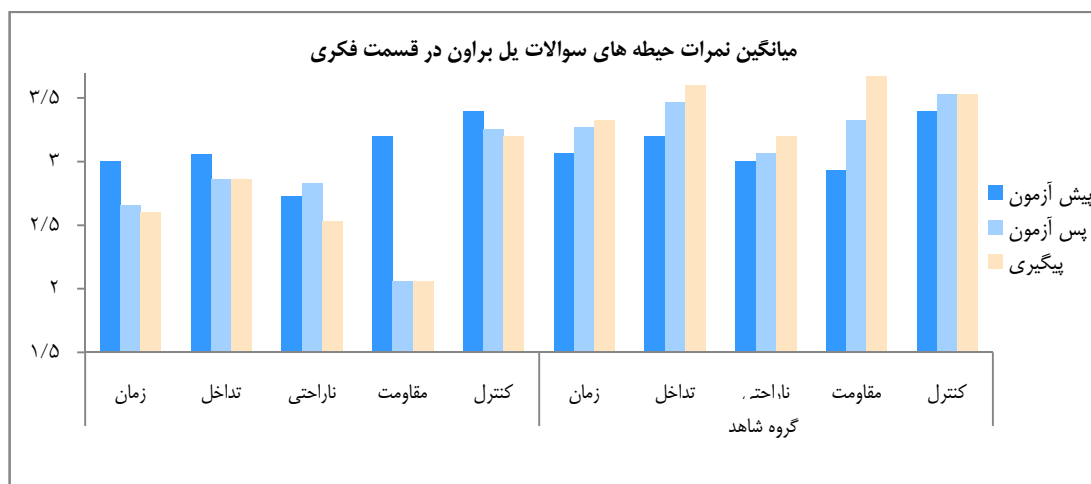
در جدول ۱ آمار توصیفی نتایج مقیاس سؤالات Yale-Brown در دو گروه مداخله و شاهد در سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری ارایه شده است. نتایج تحلیل داده‌های حاصل از پژوهش نشان داد که میانگین تمام خرده مقیاس‌های آزمون Yale-Brown گروه مداخله، در پیش‌آزمون و پس‌آزمون و پیگیری نسبت به گروه شاهد کاهش یافته است که این نتایج در نمودار ۱ و ۲ نیز قابل مشاهده است.

یافته‌ها

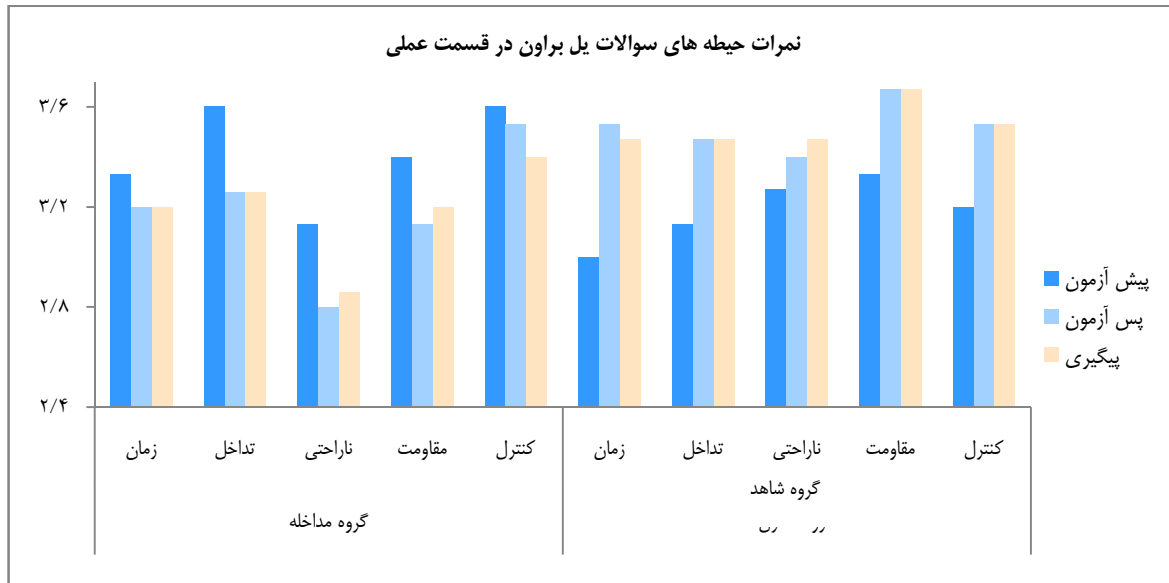
برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از روش‌های آمار توصیفی و استنباطی استفاده شده است. این پژوهش از طریق پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری انجام گرفت. داده‌های حاصل از مراحل مختلف با استفاده از نرم‌افزار SPSS (SPSS Inc., Chicago, IL) و تحلیل واریانس با اندازه‌های تکراری مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

جدول ۱. میانگین و انحراف معیار حیطه‌های سؤالات Yale-Brown در سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری

متغیر	گروه مداخله			گروه شاهد			
	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	پیگیری	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	پیگیری	
	M ± SD	M ± SD	M ± SD	M ± SD	M ± SD	M ± SD	
افکار	زمان	۰/۸۴ ± ۰/۳۰	۰/۸۱ ± ۲/۶۶	۰/۹۱ ± ۲/۶۰	۱/۰۳ ± ۳/۰۷	۰/۸۸ ± ۳/۲۷	
	تداخل	۰/۷۹ ± ۳/۰۶	۰/۷۴ ± ۲/۸۶	۰/۷۴ ± ۲/۸۶	۱/۰۸ ± ۳/۲۰	۰/۹۱ ± ۳/۴۷	
	ناراحتی	۰/۰۹ ± ۲/۷۳	۱/۱۲ ± ۲/۸۳	۱/۱۲ ± ۲/۵۳	۱/۱۹ ± ۳/۰۰	۱/۱۰ ± ۳/۰۷	
	مقاومت	۰/۹۴ ± ۳/۲۰	۰/۸۸ ± ۲/۰۶	۰/۸۸ ± ۲/۰۶	۱/۱۶ ± ۲/۹۳	۱/۰۵ ± ۳/۳۳	
	کنترل	۰/۹۸ ± ۳/۴۰	۰/۹۶ ± ۳/۲۶	۰/۹۴ ± ۳/۲۰	۱/۱۲ ± ۳/۴	۱/۹۱ ± ۳/۵۳	
	جمع	۳/۲۴ ± ۱۵/۴۰	۳/۳۹ ± ۱۴/۴۰	۳/۴۹ ± ۱۴/۲۷	۱۵/۶۰ ± ۵/۰۵	۴/۰۲ ± ۱۶/۵۳	
	اعمال	زمان	۰/۸۱ ± ۳/۳۳	۰/۷۷ ± ۳/۲	۰/۷۷ ± ۳/۲۰	۰/۱۰ ± ۰/۳۰	۰/۷۴ ± ۳/۵۳
		تداخل	۰/۶۳ ± ۳/۶۰	۰/۷۰ ± ۳/۲۶	۰/۷۰ ± ۳/۲۶	۱/۱۲ ± ۳/۱۳	۰/۹۱ ± ۳/۴۷
		ناراحتی	۱/۱۲ ± ۳/۱۳	۱/۲۰ ± ۲/۸۰	۱/۱۲ ± ۲/۸۶	۱/۱۰ ± ۳/۲۷	۱/۰۵ ± ۳/۴۰
		مقاومت	۰/۷۳ ± ۳/۴۰	۰/۷۴ ± ۳/۱۳	۰/۶۷ ± ۳/۲۰	۱/۰۴ ± ۳/۳۳	۰/۷۲ ± ۳/۶۷
کنترل		۰/۶۱ ± ۳/۶۰	۰/۶۳ ± ۳/۵۳	۰/۷۳ ± ۳/۴۰	۱/۲۰ ± ۳/۲۰	۰/۹۸ ± ۳/۵۳	
جمع	۲/۲۳ ± ۱۷/۱۳	۲/۲۸ ± ۱۵/۹۳	۲/۲۱ ± ۱۵/۹۳	۴/۹۸ ± ۱۵/۹۳	۳/۶۸ ± ۱۷/۰۶		



نمودار ۱. میانگین نمرات حیطه‌های سؤالات Yale-Brown در سه مرحله پیش، پس و پیگیری در قسمت افکار



نمودار ۲. میانگین نمرات حیطه های سوالات Yale-Brown در سه مرحله پیش، پس و پیگیری در قسمت اعمال

جدول ۲. خلاصه نتایج تحلیل واریانس با اندازه گیری های مکرر در خصوص پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری در دو گروه مداخله و شاهد بر علایم افکار و اعمال و سواسی در حیطه های زمان، تداخل، ناراحتی، مقاومت و کنترل

متغیر	مجموع مجذورات	میانگین مجذورات	F	درجه آزادی	معنی داری
افکار	۱/۸۶	۰/۹۳	۸/۶۴	۲	۰/۰۰۱
تداخل	۱/۴۸	۰/۷۴	۶/۵۵	۲	۰/۰۰۳
ناراحتی	۰/۶۲	۰/۳۱	۴/۴۰	۲	۰/۰۱۷
مقاومت	۰/۹۵	۰/۴۷	۳/۵۴	۲	۰/۰۳۶
کنترل	۰/۶۲	۰/۳۱	۵/۱۵	۲	۰/۰۰۹
اعمال	۲/۰۲	۱/۰۱	۵/۰۱	۲	۰/۰۱۰
تداخل	۲/۲۲	۱/۲۱	۵/۶۰	۲	۰/۰۰۶
ناراحتی	۱/۰۸	۰/۵۴	۱/۶۲	۲	۰/۰۲۰
مقاومت	۱/۶۲	۰/۸۱	۴/۷۰	۲	۰/۰۱۳
کنترل	۱/۴۸	۰/۷۴	۳/۷۸	۲	۰/۰۲۰

تداخل، ناراحتی، مقاومت و کنترل در گروه مداخله می باشد، بر اساس نتایج به دست آمده آموزش شناختی- رفتاری رابطه مادر و کودک در تمام حیطه ها بر کاهش سواس کودک مؤثر بوده است.

بحث و نتیجه گیری

هدف اصلی این پژوهش، بررسی میزان اثربخشی آموزش شناختی- رفتاری رابطه مادر و کودک بر کاهش علایم

در جدول ۲ با استفاده از تحلیل اندازه های تکراری، میانگین نمرات آزمودنی های دو گروه آموزش شناختی- رفتاری مادران و شاهد در خرده مقیاس های آزمون Yale-Brown تجزیه و تحلیل گردید.

F مشاهده شده برای همه حیطه ها در سطح $\alpha < 0.05$ تفاوت معنی داری را در دو گروه مداخله و شاهد در مراحل پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری نشان می دهد که بیانگر کاهش افکار و اعمال و سواسی جبری در حیطه های زمان،

مبتنی بر خانواده درمانی دریافت کردند، پس از ۱۸ ماه پیگیری هیچ گونه علایم وسواسی را نشان ندادند، همسو است (۲۴).

کاهش وسواس کودکان در آموزش شناختی- رفتاری رابطه مادر و کودک را می‌توان به چند طریق تبیین کرد. هنگامی که دید مادران نسبت به رفتارهای وسواسی کودکان تغییر کرد و طبیعی بودن بعضی از رفتارها در عکس‌العمل به محرک بر آن‌ها محرز گردید و از چگونگی تبدیل رفتاری ساده به عادت آگاه شدند و اطلاع کافی در مورد عدم کنترل و آگاهی کودکان در مقابل رفتارهای وسواس کسب کردند، همدلی بیشتری با کودک نشان می‌دهند و سعی در تغییر شیوه ارتباطی با کودک می‌کنند، از میزان سرزنش‌های قبلی کاسته می‌شود و رنج ناشی از احساس گناه کودکان را کاهش می‌دهند.

با توجه به آموزش، تغییرات ایجاد شده در سبک رابطه مادران با کودکان وسواس، زمینه‌های گوناگونی را در بر می‌گیرد. از جمله اضافه شدن بازی‌های پر تحرک و پذیرش نقش تماشاچی در برابر رفتارهای نامناسب کودکان، بدین معنی که از نصیحت کردن، دستور دادن، غرغر کردن، قیاس کردن، قضاوت کردن، کاسته و به تشویق رفتارهای مثبت کودکان بدون در نظر گرفتن رفتارهای وسواسی پرداختند. علاوه بر این که در رابطه ایجاد شده، از میزان انتظارات و توقعات زیادی (توقعاتی مثل تمیز و خوش خط نوشتن تکالیف و رعایت نظم و ترتیب در همه کارها) که مادران از کودکانشان داشتند، کاسته شد. هنگامی که مادران با ویژگی‌هایی همچون حساس و زودرنج بودن، کمال‌گرایی و وجدان زیاد در کودکانشان آشنا شدند و نقش این ویژگی‌ها را در ایجاد مسؤلیت‌پذیری افراطی دانستند، بعضی از شیوه‌های تربیتی عنوان شده در مدارس، کتاب‌ها و ... که تأکید بر نظم و انضباط و آموزش نظافت و ... دارند، را زیر سؤال بردند و این موضوع بر آن‌ها مشخص شد که شیوه تربیتی با توجه به ویژگی‌های شخصیتی، جسمانی و روانی کودک انتخاب می‌گردد.

به نظر می‌رسد که تأثیر تغییرات ایجاد شده در رابطه والد کودک از فشار روانی کودکان می‌کاهد و مدت زمانی که افکار

وسواس جبری در کودکان بود. با توجه به نتایج، آموزش شناختی- رفتاری رابطه مادر و کودک بر کاهش علایم وسواس مؤثر است. این تأثیر در قسمت افکار، بر مدت زمانی که افکار وسواسی ذهن کودکان را به خود مشغول می‌دارد. با توجه به میانگین نمره‌های این حیطة که در جدول ۱ آمده دیده می‌شود، محسوس‌تر است و در قسمت اعمال، میزان ناراحتی کودکان پس از انجام عمل وسواس و تداخلی که رفتارهای وسواس با فعالیت‌های روزمره کودکان دارد، کاسته می‌شود و میزان مقاومت کودکان در برابر رفتارهای وسواس افزایش می‌یابد. اما از آن جایی که حیطة زمان و کنترل اعمال وسواس، نیاز به مداخله مستقیم درمانگر دارد، با توجه به نتایج جدول ۱ تغییر محسوسی در نمره میانگین این حیطة‌ها مشهود نیست. این یافته با نتایج پژوهش‌هایی همخوان است که به طور کلی بر اثربخشی مداخلات، خانواده درمانی شناختی- رفتاری در کاهش مشکلات رفتاری کودکان (۱۷) و افسردگی نوجوانان تأکید می‌کند (۱۸). همچنین نتایج پژوهش حاضر با مطالعاتی هم راستا است که به طور اختصاصی درمان‌های متمرکز بر خانواده را در کاهش علایم وسواس کودکان مؤثر می‌داند (۱۹). در مطالعه‌ای میزان بهبود کودکان مبتلا به وسواس در گروه درمان شناختی- رفتاری خانوادگی ۸۰ درصد تخمین زده شده است (۲۰) و در پژوهشی دیگر با درگیر کردن خانواده در فرایند درمان کودکان وسواس، بهبود معنی‌داری در علایم وسواس کودکان گزارش شده است (۲۱).

علاوه بر پژوهش‌هایی که خانواده درمانی شناختی- رفتاری را در درمان اختلالات اضطرابی مؤثر می‌داند (۲)، نتایج این پژوهش با پژوهش‌هایی که آموزش رابطه مبتنی بر دلبستگی والدین را در جلوگیری از تشدید علایم مؤثر می‌داند (۳) و مطالعاتی که خانواده درمانی شناختی- رفتاری را نسبت به درمان خالص شناختی- رفتاری در بهبود کودکان مضطرب مؤثر می‌داند (۲۳)، همسو می‌باشد.

علاوه بر آن نتایج پژوهش حاضر با گزارش برخی از پژوهش‌ها مبنی بر این که ۷۰ درصد از کودکانی که درمان

در مورد نتایج طولانی مدت درمان باید با احتیاط قضاوت کرد. پیشنهاد می‌گردد که پژوهش با رده‌های سنی مختلف انجام شود. همچنین با توجه به این که این پژوهش به صورت آموزش گروهی انجام شد، استفاده از همین روش در مطالعات فردی نیز توصیه می‌شود. قرار دادن متغیرهایی از قبیل اختلالات روان‌شناختی والدین و وضعیت اقتصادی- اجتماعی می‌تواند برای تدوین درمان‌های جامع‌تری مشرثمر باشد. همچنین بهتر است تا در پژوهش‌های آتی پدران نیز همراه مادران تحت مداخلات درمانی قرار گیرند و اثرات آن در بهبود کودکان وسواس بررسی شود. می‌توان از چندین آزمون پیگیری پس از خاتمه درمان و بررسی اثرات طولانی مدت درمان نیز استفاده کرد.

سپاسگزاری

لازم است تا از همه بیماران و خانواده محترم آن‌ها که در این مطالعه شرکت کردند، تشکر و قدردانی شود.

وسواس به آن‌ها هجوم می‌آورد را تحت تأثیر قرار می‌دهد. علاوه بر آن ایجاد رابطه مطلوب مادر- کودک میزان ناراحتی کودکان بعد از انجام اعمال وسواسی را کاهش داده است و میل به مقاومت در برابر رفتارها را در کودکان به وجود می‌آورد و میزان تداخل اعمال وسواس در فعالیت‌های روزمره کودکان را تعدیل می‌کند.

با توجه به نتایج حاصل از این پژوهش، استفاده از روش آموزشی ذکر شده برای کمک کودکان مبتلا به اختلال وسواس اجباری می‌تواند سودمند باشد.

محدودیت‌های پژوهش حاضر عبارتند از: محدود بودن جامعه پژوهشی و در نتیجه کاهش تعمیم‌پذیری نتایج، محدودیت در کنترل متغیرهایی از قبیل اختلالات روان‌شناختی والدین به عنوان متغیرهایی که می‌توانند در بروز علایم وسواس فکری- عملی کودکان نقش داشته باشند. علاوه بر آن، پژوهش مذکور فقط دارای یک آزمون پیگیری بود که یک ماه پس از خاتمه درمان انجام شد، به همین دلیل

References

1. Kashani JH, Orvaschel H, Rosenberg TK, Reid JC. Psychopathology in a community sample of children and adolescents: a developmental perspective. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1989; 28(5): 701-6.
2. Stewart SE, Geller DA, Jenike M, Pauls D, Shaw D, Mullin B, et al. Long-term outcome of pediatric obsessive-compulsive disorder: a meta-analysis and qualitative review of the literature. *Acta Psychiatr Scand* 2004; 110(1): 4-13.
3. Rezvani Sh. Attachment-based intervention and cognitive processing based on structural equations model of related variables and the study of the effectiveness of this model on obsessive compulsive symptoms and cognitive bias in 10-12 girl children in Isfahan. [PhD Thesis]. Isfahan, Iran: Isfahan University; 2011. [In Persian].
4. Hettima JM, Neale MC, Kendler KS. A review and meta-analysis of the genetic epidemiology of anxiety disorders. *Am J Psychiatry* 2001; 158(10): 1568-78.
5. Barrett PM, Healy-Farrell L, Piacentini J, March JS. Obsessive-compulsive disorder in childhood and adolescence: Description and treatment. In: Barrett PM, Ollendick TH, editors. *Handbook of interventions that work with children and adolescents: Prevention and treatment*. New Jersey, NJ: John Wiley & Sons; 2004. p. 187-206.
6. Cartwright-Hatton S, McNally D, White C. A new cognitive behavioural parenting intervention for families of young anxious children: A pilot study. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy* 2005; 33(2): 243-7.
7. Gallagher B, Cartwright-Hatton S. The relationship between parenting factors and trait anxiety: mediating role of cognitive errors and metacognition. *J Anxiety Disord* 2008; 22(4): 722-33.
8. Salkovskis P, Shafran R, Rachman S, Freeston MH. Multiple pathways to inflated responsibility beliefs in obsessional problems: possible origins and implications for therapy and research. *Behav Res Ther* 1999; 37(11): 1055-72.
9. Steketee G. Social support and treatment outcome of obsessive compulsive disorder at 9-month follow-up. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy* 1993; 21(2): 81-95.

10. Gholizadeh H, Bayrami M, Farnam A, Imani M, Pirzade J. A comparison of family functioning in obsessive compulsive disorder patients with healthy subjects. *Urmia Med J* 2010; 21(4): 354-60. [In Persian].
11. Self-Brown S, Frederick K, Binder S, Whitaker D, Lutzker J, Edwards A, et al. Examining the need for cultural adaptations to an evidence-based parent training program targeting the prevention of child maltreatment. *Children and Youth Services Review* 2011; 33(7): 1166-72.
12. Goodman WK, Price LH, Rasmussen SA, Mazure C, Fleischmann RL, Hill CL, et al. The Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale. I. Development, use, and reliability. *Arch Gen Psychiatry* 1989; 46(11): 1006-11.
13. Mozafari M, Abedi MR. Norming Yale-Brown obsession compulsion scale for children II to select OCD students in Esfahan in 2002-2003. A Research Plan in Education in Isfahan 2004.
14. Scahill L, Riddle MA, McSwiggin-Hardin M, Ort SI, King RA, Goodman WK, et al. Children's Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale: reliability and validity. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1997; 36(6): 844-52.
15. Storch EA, Murphy TK, Geffken GR, Soto O, Sajid M, Allen P, et al. Psychometric evaluation of the Children's Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale. *Psychiatry Res* 2004; 129(1): 91-8.
16. Abedi MR, Vostanis P. Evaluation of quality of life therapy for parents of children with obsessive-compulsive disorders in Iran. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 2010; 19(7): 605-13.
17. Gladding ST. *Family therapy: History, theory, and practice*. 3rd ed. New Jersey, NJ: Merrill Prentice Hall; 2002.
18. Curry JF, Wells KC. Group and family cognitive behavior therapy for adolescent depression and substance abuse: A case study. *Cognitive and Behavioral Practice* 2001; 8(4): 367-76.
19. Siqueland L, Rynn M, Diamond GS. Cognitive behavioral and attachment based family therapy for anxious adolescents: Phase I and II studies. *J Anxiety Disord* 2005; 19(4): 361-81.
20. Storch EA, Geffken GR, Merlo LJ, Mann G, Duke D, Munson M, et al. Family-based cognitive-behavioral therapy for pediatric obsessive-compulsive disorder: comparison of intensive and weekly approaches. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2007; 46(4): 469-78.
21. Grunes MS, Neziroglu F, McKay D. Family involvement in the behavioral treatment of obsessive-compulsive disorder: A preliminary investigation. *Behavior Therapy* 2001; 32(4): 803-20.
22. Abbaasi M, Neshat-Dust HT, Aghamohammadian-Sharbaaf HR. Effectiveness of parent-child interaction therapy on reduction of symptoms in separation anxiety disorder. *Journal of Clinical Psychology* 2010; 2(6): 47-57. [In Persian].
23. Northey WF, Jr., Wells KC, Silverman WK, Bailey CE. Childhood behavioral and emotional disorders. *J Marital Fam Ther* 2003; 29(4): 523-45.
24. Barrett P, Healy-Farrell L, March JS. Cognitive-behavioral family treatment of childhood obsessive-compulsive disorder: a controlled trial. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2004; 43(1): 46-62.

The effect of cognitive-behavioral education of mother-child relation on reducing symptoms of children with obsessive-compulsive disorder

Farzaneh Abbasi¹, Mohammadreza Abedi², Fereshteh Shakibaei³,
Seyed Mohammad Masoud Azhar⁴, Mojtaba Rahimi MSc⁵

Original Article

Abstract

Aim and Background: Researches in recent decades on the effect of attachment-based on relationship and parenting type of child's caregiver have shown that parents' parenting style and the quality of mother-child relationship have significant role in child' anxiety formation. The present study aimed to review the effect of cognitive-behavioral education of mother-child relationship on reducing symptoms in children's obsessive-compulsive disorder (OCD).

Methods and Materials: In a clinical trial, 30 mothers of 6 to 12-year-old children who have been diagnosed as OCD through the interview of psychotherapist and based on the criteria of diagnostic and statistical manual of mental disorders, 4th edition, text revision (DSM-IV-TR), were randomly selected divided into two experimental and control groups. Without the presence of children, the mothers in the intervention group participated in twelve 120-minute sessions of cognitive-behavioral education. OCD Yale-Brown test was used to collect the data.

Findings: The phases of pre-test, post-test, and follow-up showed a statistically significant difference for the intervention group. Accordingly, obsessive thought and behaviors are obvious in the intervention group for following domains: compulsive in resistance, discomfort and interference domains.

Conclusions: In whole mentioned domains, cognitive-behavioral education of mother-child relation positively affected obsessive-compulsive symptoms of children.

Keywords: Obsessive-compulsive disorder, Cognitive-behavioral approach, Mother, Child

Citation: Abbasi F, Abedi M, Shakibaei F, Azhar SMM, Rahimi M. **The effect of cognitive-behavioral education of mother-child relation on reducing symptoms of children with obsessive-compulsive disorder.** J Res Behav Sci 2013; 11(3): 176-84

Received: 16.03.2013

Accepted: 16.07.2013

1- Clinical Psychologist, Fars Science and Research Branch, Islamic Azad University, Shiraz, Iran

2- Associate Professor, Department of Counseling, The University of Isfahan, Isfahan, Iran

3- Associate Professor, Behavioral Sciences Research Center AND Department of Psychiatry, School of Medicine, School of Medicine, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran (Corresponding Author) Email: shakibaei@med.mui.ac.ir

4- Child and Adolescents Psychiatrist, Borna Center, Isfahan, Iran

5- Department of Psychometric, The University of Allame Tababai, Tehran, Iran