

مجله پزشکی دانشگاه علوم پزشکی تبریز

تأسیس ۱۳۳۸، شماره ۵۴ (۱۳۸۱)، صفحه ۵۹

پژوهشی مقایسه ای، در خصوص شدت و فراوانی علایم و نشانه های اختلالهای

هیجانی و رفتاری در کودکان و نوجوانان مادران مبتلا به اختلال وسواسی - جبری

دکتر باقر وفائی^۱ دکتر افسر ارفع^۲ حسین داداش زاده^۳

خلاصه

زمینه و اهداف: پژوهش حاضر به منظور بررسی و مقایسه فراوانی علایم و نشانه های اختلالات هیجانی و رفتاری در کودکان و نوجوانان مادران مبتلا به اختلال وسواسی - جبری (obsessive - compulsive disorder) و کودکان و نوجوانان مادران سالم انجام گرفت. با توجه به تعامل اثرات ژنتیک و اثرات محیط در سبب شناسی بیماریهای روانی فرض بر این بود که میزان اختلالهای هیجانی و اختلالهای رفتاری در کودکان و نوجوانان مادران وسواسی بیشتر از میزان آن در کودکان و نوجوانان مادران سالم است. هدف از پژوهش حاضر این بود که ببینیم آیا محیط تربیتی کودکان و نوجوانان و بخصوص سبک رفتاری توأم با وسواس مادر می تواند بهداشت روانی کودکان را تحت تأثیر قرار داده و آنان را در معرض اختلالات روانپزشکی قرار دهد یا نه.

روش بررسی: تعداد یک صد نفر زن مبتلا به اختلال وسواسی - جبری مراجعه کننده به کلینیکهای تخصصی روانپزشکی در سطح تبریز با استفاده از روش نمونه برداری تصادفی، انتخاب گردیده و پرسشنامه مخصوص اختلالهای هیجانی و رفتاری برای کودکان و نوجوانان ۵ تا ۱۸ ساله آنان و توسط مادران آنها تکمیل گردید. از طرف دیگر همین پرسشنامه در مورد کودکان و نوجوانان یک صد نفر زن سالم که در سطح شهر تبریز و به طور تصادفی انتخاب شده بودند، نیز تکمیل گردید و سپس نتایج به دست آمده از چک لیست اختلالهای هیجانی و اختلالهای رفتاری در دو گروه از کودکان مورد مطالعه، با استفاده از روشهای آماری مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته ها: مقایسه میانگینهای اختلالهای هیجانی در دو گروه از کودکان با استفاده از آزمون - t برای نمونه های مستقل نشان داد که تفاوت معنی داری با $P < 0/01$ میان این دو گروه وجود دارد و میانگین میزان اختلالات هیجانی در کودکان مادران وسواسی به طور معنی داری بیشتر از میزان آن در کودکان گروه مقایسه بود. همچنین مقایسه میانگینهای اختلالات رفتاری در دو گروه از کودکان با استفاده از آزمون فوق الذکر نشان داد که تفاوت بین دو میانگین با $P < 0/05$ معنی دار بوده است. شدت علایم اختلالات رفتاری در کودکان مادران وسواسی بیشتر از گروه دیگر است.

نتیجه گیری: از این مطالعه نتیجه گرفته می شود که هرچند نمی توان گفت بین وسواس مادر و ابتلای کودکان به اختلالات هیجانی و رفتاری رابطه علت و معلولی وجود دارد اما به نظر می رسد که کودکان چنین مادرانی به مقدار بیشتری در معرض اختلالات هیجانی و رفتاری قرار دارند.

کلید واژه ها: اختلال وسواسی - جبری، مادران، کودکان و نوجوانان.

۱- استادیار گروه روانپزشکی - دانشگاه علوم پزشکی تبریز - نویسنده رابط

۲- استادیار گروه روانپزشکی - دانشگاه علوم پزشکی تبریز

۳- مربی گروه روانپزشکی - دانشگاه علوم پزشکی تبریز

مقدمه

از نقطه نظر آسیب شناسی روانی عقیده بر این است که وجود بیماریهای جسمی و روانی در والدین، از جمله عواملی است که می توانند در بروز رفتارهای نابهنجار در فرزندان نقش عمده ای داشته باشند. یکی از اختلالات مهم روانپزشکی که می تواند تعامل (interaction) و روابط فردی میان مادر و کودک را تحت تأثیر قرار دهد، اختلال وسواسی - جبری (obsessive-compulsive disorder) است.

اختلال وسواسی - جبری با عناوین متفاوتی از قبیل حالت وسواسی، نورو وسواسی، و اختلال وسواسی - جبری معرفی می شود و دارای دو جنبه شناختی (فکری) و رفتاری (عملی) است. فکر وسواسی (obsession) یک فکر، احساس، عقیده، یا حس (Sensation) مزاحم و تکرار شونده است. و عمل وسواسی (compulsion) عمل ذهنی یا رفتار خودآگاه، میزان شده تکراری نظیر شمارش، یا اجتناب است. وسواسها معمولاً از جانب فرد به عنوان افکار، تصاویر ذهنی و تکانه های ناسازگار، بی معنی، ناخواستنی و مقاومت ناپذیر تلقی می شوند (۱).

اختلال وسواسی - جبری قبلاً از درجات شیوع پایین تری برخوردار بود، در حالی که از دهه ۱۹۸۰ درجه شیوع این اختلال افزایش چشمگیری از خود نشان داده است. به نظر می رسد که این افزایش در میزان شیوع اختلال فوق بیش از هرچیز به پیشرفتهای بوجود آمده در امر مطالعه و درمان دارویی و رفتاری این اختلال بر می گردد (۲).

وجود رابطه و همبستگی میان اختلال روانپزشکی مادر و بروز مشکلات هیجانی و رفتاری در فرزندان این گونه مادران تنها به اختلال وسواسی - جبری محدود نبوده بلکه بسیاری از اختلالات روانپزشکی که مادر را مبتلا می سازند، می توانند روابط متقابل مادر و کودک را تحت تأثیر قرار داده و کودک را مستعد به آسیب شناسی روانی نمایند. پترسات ماری (Peter Szatmari) و همکاران، سال ۱۹۹۳ طی تحقیقی مفصل، دریافته اند که تراکم مشکلات رفتاری و هیجانی در درون خانواده امری حقیقی است که البته در علت شناسی این پدیده، عوامل ژنتیکی، تربیتی، یا تعامل این دو می تواند مطرح باشد. صرفنظر از اینکه در همچون پدیده هایی حتماً بایستی نقش ژنتیک دست کم گرفته نشود، تأثیرات متقابل و رابطه بسیار نزدیکی که میان مادر و کودک وجود دارد، نیز می تواند نقش به وجود آورنده و یا حداقل نقش تسهیل کننده داشته باشد. از نقطه نظر آسیب شناسی روانی بعید به نظر می رسد که زندگی کردن و بزرگ شدن در یک جو خانوادگی آسیب زا از نظر

روانی، آن هم رابطه ای از نوع مادر و فرزندی، عاری از هر نوع پیامدهای پاتولوژیک باشد (۳).

وجود اختلالات روانپزشکی در والدین، شانس ابتلای کودک به رفتارهای نابهنجار را افزایش می دهد. مطالعات دراز مدتی که در مورد کودکان صورت گرفته، نشان می دهد که وجود نابهنجاری و ناسازگاری در خانواده، و یا جدایی والدین از همدیگر، خصوصاً در سه سال اول زندگی کودک، رابطه تنگاتنگی با رفتارهای ناسازگارانه در کودک و بخصوص علایم مربوط به اختلال بیش فعالی همراه با کمبود توجه (attention - deficit / hyper activity disorder) دارد (۴).

در بسیاری از موارد، سخت گیری مادر در امر آموزش توالت به کودک، قبل از سن لازم، که از خصوصیات مادران مبتلا به اختلال وسواسی - جبری است، منجر به بروز رفتارهای تلافی جویانه کودک شده و به صورت اختلالاتی از جمله بی اختیاری کتشی ادرار (Functional enuresis) یا بی اختیاری کتشی مدفوع (Functional encopresis) در می آید (۴).

با توجه به یافته های پژوهشی موجود در این زمینه، و با توجه به اصول علم آسیب شناسی روانی انتظار می رود که کودکان مادران مبتلا به اختلال وسواسی - جبری در مقایسه با کودکان مادران سالم، به میزان بیشتری دچار اختلالات رفتاری و هیجانی بوده و از درجه سازگاری اجتماعی پایین تری برخوردار باشند. پژوهش حاضر بر این اساس طرح ریزی شد که بتواند به شیوه ای تجربی و علمی، کمیت و کیفیت اختلالهای هیجانی و رفتاری را که ممکن است کودکان مادران وسواسی به مقدار بیشتر در معرض آنها باشند، مورد بررسی قرار داده و فراوانی مشکلات هیجانی و رفتاری را در دو گروه از کودکان (کودکان مادران وسواسی و کودکان مادران سالم)، مورد مقایسه قرار دهد.

بدون تردید نتایج حاصل از تحقیقاتی از این نوع به متخصصین بهداشت روانی کمک خواهد نمود تا بتوانند در مداخلات پیشگیرانه و مداخلات درمانی اختلالات روانپزشکی موفقتر عمل کنند. البته با توجه به چند عاملی (multifactorial) بودن بیماریهای روانی داشتن چنین انتظاری که تحقیقاتی از این دست بتواند به سبب شناسی این بیماریها کمک چندانی بکند، انتظاری نامعقول است، اما علی رغم این واقعیت می دانیم که اگر قرار باشد قدمهای مثبتی در شناخت و پیشگیری از بیماریهای روانی برداشته شود، بی تردید می توان گفت که منظور از این

وسواسی - جبری تشخیص داده می شد، و کودکی در محدوده سنی ۵ الی ۱۸ سال داشت، برگه چک لیست اختلالات هیجانی و رفتاری برای کودک توسط مادر تکمیل می شد، و در صورتی که مادر بیسواد بود، این پرسشنامه توسط روانپزشک یا روانشناس بالینی تکمیل می شد. DSM-IV یا همان راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانپزشکی که به وسیله انجمن روانپزشکی آمریکا تدوین شده است، در حال حاضر برای تشخیص اختلالات روانپزشکی به وسعت توسط روانپزشکان مورد استفاده قرار می گیرد.

ابزار اندازه گیری شدت علائم و نشانه های اختلالات هیجانی و رفتاری در کودکان و نوجوانان مورد مطالعه، همان چک لیست اختلالات هیجانی و رفتاری یاد شده بود که توسط محققین و با استفاده از معیارهای تشخیصی DSM-IV درست شده است. در این چک لیست، مواد مربوط به اختلالات هیجانی و رفتاری کودکان براساس مقیاس ۵ درجه ای لیکرت (Likert scale)، از کمترین میزان تا بیشترین میزان اختلال هیجانی و یا اختلال رفتاری درجه بندی شده است. در این مقیاس، مجموع نمرات مواد در هر کدام از اختلالات هیجانی و رفتاری، میزان و شدت اختلال مربوطه را نشان می دهد و مقیاسی است که شباهت زیادی با پرسشنامه اختلالات روانی کودکان و نوجوانان راتر (Rutter) دارد. از این پرسشنامه تعداد ۲۴ ماده برای علائم اختلالات هیجانی و تعداد ۱۴ ماده برای علائم اختلالات رفتاری کودکان و نوجوانان در نظر گرفته شد، و از درجه بندی صفر تا ۵ این مقیاس برای ارزیابی استفاده شد.

مقیاس لیکرت که نخستین بار به وسیله رنسیس لیکرت (Rensis Likert) و برای بررسی نگرشها (attitudes) طرح شد، اغلب به صورت تقسیم بندیهای پنج درجه ای از شدت و ضعف و فراوانی خصوصیات نگرشی و یا روانشناختی فرد ارایه شده و ممکن است به صورت (هرگز - بندرت - گاهی اوقات - اغلب - مدام) یا به صورت (بندرت - گاهی اوقات - اغلب) نشان داده شود. در پژوهش حاضر برای مشخص کردن شدت و ضعف نشانه های اختلال هیجانی و رفتاری کودکان از مقیاس لیکرت به صورت پنج درجه ای (هرگز - خیلی کم - گاهی - بیشتر اوقات - همیشه) استفاده شده است.

از طرف دیگر پرسشنامه یاد شده، برای کودکان و نوجوانان مادران سالم نیز توسط خود مادران که به طور تصادفی و از میان افراد سالم انتخاب شده بودند تکمیل گردید. و در نهایت امر، داده های آماری حاصل از پرسشنامه ها در دو گروه از آزمودنیها،

قدمهای مثبت همانا مجموعه ای از پژوهشهای مبتنی بر روش شناسی (methodology) علمی خواهد بود.

با توجه به سهم عوامل محیطی و تربیتی در شکل گیری و بروز اختلالات هیجانی و رفتاری کودکان یکی از اهداف مهم پژوهش حاضر بررسی این مسأله بود که آیا محیط تربیتی کودکان و نوجوانان و بخصوص سبک رفتاری توأم با وسواس مادر، می تواند بهداشت روانی کودکان را تحت تأثیر قرار داده و آنان را در معرض اختلالات روانپزشکی قرار دهد یا نه.

از دیگر هدفهای این پژوهش دستیابی به الگوی اختلالات هیجانی و رفتاری بود که می تواند در فرزندان مادران وسواسی از شیوع بیشتری برخوردار باشد. با توجه به اینکه انتظار می رود فرزندان مادران وسواسی در مقایسه با فرزندان مادران سالم از لحاظ ابعاد هیجانی و رفتاری تفاوتی با هم داشته باشند، لذا یکی از اهداف پژوهش حاضر بررسی الگوی شیوع اختلالات هیجانی و رفتاری در فرزندان مادران وسواسی و مقایسه آن با الگوی نظام رفتاری و هیجانی فرزندان مادران سالم بود.

مواد و روش تحقیق

پژوهش حاضر که از نوع پژوهشهای مقطعی و مقایسه ای است، در پی این بود که میزان و شدت علائم اختلالات هیجانی و رفتاری موجود در کودکان و نوجوانان مادران وسواسی را با میزان و شدت آنها در کودکان و نوجوانان مادران سالم مورد مقایسه قرار دهد. به همین منظور و با استفاده از روش نمونه برداری تصادفی تعداد یک صد نفر زن مبتلا به اختلال وسواسی - جبری که در تبریز به کلینیک روانپزشکان و نیز کلینیک تخصصی روانپزشکی مستقر در مرکز آموزشی و درمانی رازی تبریز مراجعه می کردند، انتخاب شدند و کودکان یا نوجوانان ۵ تا ۱۸ ساله این دسته از بیماران، کودکان گروه آزمایشی پژوهش را تشکیل دادند.

از طرف دیگر تعداد یک صد زن دیگر که فاقد هرگونه اختلال روانپزشکی بودند، در سطح شهر تبریز و با استفاده از روش نمونه برداری تصادفی خوشه ای انتخاب شدند و کودکان و نوجوانان ۵ تا ۱۸ ساله آنان، گروه کنترل یا همان گروه شاهد پژوهش را تشکیل دادند.

روش کار به این ترتیب بود که وقتی مادر مراجعه کننده به روانپزشک، مطابق معیارهای راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانپزشکی یا همان DSM-IV [Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (4th ed)]، مبتلا به اختلال

جدول ۱، خلاصه نتایج آزمون t جهت مقایسه میانگینهای شدت علایم و نشانه های اختلال هیجانی در کودکان مادران وسواسی و کودکان مادران سالم

گروهها	\bar{X}	S	درجه آزادی	T	p
گروه کودکان مادران وسواسی	۲۳/۸۰	۱۲/۶۳	۱۹۸	۳/۱۶	< ۰/۰۱
گروه کودکان مادران سالم	۱۸/۲۸	۱۱/۶۶	—	—	—

یکی دیگر از فرضیه های پژوهش این بود که فراوانی و شدت علایم و نشانه های اختلالهای رفتاری، در کودکان مادران وسواسی در مقایسه با کودکان مادران سالم، بیشتر است. جهت آزمودن صحت این فرضیه نیز، میانگینهای نمرات مربوط به علایم و نشانه های اختلالات رفتاری در کودکان مادران وسواسی و کودکان مادران سالم، با همدیگر و با استفاده از آزمون t گروههای مستقل مورد مقایسه قرار گرفت، و با توجه به t به دست آمده ($t = ۲/۲۱$) نتیجه گرفته شد که تفاوت موجود میان دو میانگین در سطح $P < ۰/۰۵$ معنی دار است (جدول ۲).

جدول ۲، خلاصه نتایج آزمون t جهت مقایسه میانگینهای شدت علایم و نشانه های اختلال رفتاری در کودکان مادران وسواسی و کودکان مادران سالم

گروهها	\bar{X}	S	درجه آزادی	t	p
گروه کودکان مادران وسواسی	۱۸/۸۵	۱۰/۶۹	۱۹۸	۲/۲۱	< ۰/۰۵
گروه کودکان مادران سالم	۱۵/۸۸	۸/۱۵	—	—	—

در پژوهش حاضر همچنین الگوی پاسخ والدین به پرسشنامه اختلالهای هیجانی و اختلالهای رفتاری به صورت جداول جداگانه و برحسب درصد محاسبه شد تا بتوان با مقایسه درصدها در هر کدام از علایم اختلالات یاد شده در گروه کودکان مادران وسواسی و گروه کودکان سالم، در خصوص فراوانی و شیوع هرکدام از این مشکلات هیجانی و رفتاری در کودکان مورد مطالعه قضاوت نمود. مراجعه به این جدولها نشان می دهد که در اکثر علایم مربوط به

با استفاده از روش آماری آزمون-t برای گروههای (نمونه های) مستقل، مورد تحلیل آماری قرار گرفت. و بدین ترتیب، میانگین مربوط به علایم اختلالهای هیجانی و علایم اختلالهای رفتاری، در دو گروه از کودکان (کودکان و نوجوانان مادران وسواسی و کودکان و نوجوانان مادران سالم)، با همدیگر مورد مقایسه قرار گرفت. همچنین با استفاده از شاخص آماری درصد، الگوی پاسخدهی والدین به چک لیست اختلالهای هیجانی و رفتاری کودکان، به صورت جداول تطبیقی تنظیم شد تا با مقایسه آنها بتوان به یک دانش کلی در رابطه با تأثیر اختلال وسواسی - جبری مادر بر بروز اختلالات هیجانی و رفتاری در فرزندان پی برد.

در پژوهش حاضر هرچند که روش نمونه گیری کاملاً تصادفی بود، با این حال به خاطر حصول اطمینان از همسان بودن آزمودنیهای دو گروه از لحاظ سن، میانگین سن در دو گروه از کودکان با استفاده از آزمون t برای نمونه های مستقل مورد مقایسه قرار گرفت، و با $P < ۰/۰۱$ نشان می داد که میان دو گروه از کودکان از لحاظ سن تفاوت معنی داری وجود ندارد.

یافته ها

یکی از فرضیه های پژوهش حاضر این بود که میزان علایم و نشانه های اختلالهای هیجانی در کودکان مادران وسواسی بیشتر از میزان آن در کودکان مادران سالم است. به منظور آزمون این فرضیه، میانگینهای نمرات مربوط به علایم و نشانه های اختلال هیجانی، در دو گروه از کودکان مورد مطالعه، با استفاده از آزمون - t برای نمونه های مستقل مورد مقایسه قرار گرفت، و با توجه به این که t به دست آمده ($t = ۳/۱۶$) با درجه آزادی ($df = ۱۹۸$) و با سطح اطمینان ۰/۰۱، از t جدول توزیع یک سویه ($t = ۲/۳۲$) بزرگتر بود، نتیجه گرفته شد که تفاوت این دو میانگین، در سطح $P < ۰/۰۱$ معنی دار است و می تواند دلیل قانع کننده ای مبنی بر تأیید فرضیه اول پژوهش باشد (جدول ۱).

اختلالهای هیجانی و اختلالهای رفتاری، کودکان مادران وسواسی درجات شیوع بیشتری نشان می دهند (جدول ۳ و جدول ۴). با توجه به اینکه گزینه "هرگز" در پرسشنامه به کار رفته، توسط تعداد خیلی کمی از آزمودنیها علامت خورده بود، از نمایش فراوانی آن در جدول ۳ و ۴ خودداری شد و به درج فراوانی و درصد ۴ گزینه از ۵ گزینه به کار رفته در پرسشنامه اختلالات هیجانی و رفتاری کودکان در جدول فوق اکتفا شد.

جدول ۳. الگوی پاسخ والدین به پرسشنامه اختلالهای هیجانی، برحسب درصد پاسخها.

گروه وسواسی		گروه سالم		گروه وسواسی		گروه سالم		علائم اختلال هیجانی
خیلی کم %	گاهی اوقات %	بیشتر اوقات %	همیشه %	خیلی کم %	گاهی اوقات %	بیشتر اوقات %	همیشه %	
۲۳	۳۳	۹	۰	۲۱	۲۱	۱۰	۳	گفته های حاکی از غمگینی و ناامیدی
۲۴	۲۱	۶	۲	۱۴	۲۱	۸	۲	تنها و منزوی بودن
۱۸	۱۸	۲۷	۲۳	۲۴	۲۳	۲۲	۹	زود عصبانی شدن
۲۵	۲۰	۲۰	۱۲	۱۳	۲۹	۱۳	۴	غمگین بودن و گریه کردن
۳۳	۱۹	۹	۵	۱۹	۳۰	۷	۱	خسته، کسل و بی حوصله بودن
۲۲	۲۲	۱۹	۱۱	۱۹	۳۳	۱۷	۱۰	لجوج و بهانه گیر بودن
۲۸	۱۷	۱۰	۶	۱۶	۲۸	۱۰	۵	خیالپردازی کردن
۱۸	۱۳	۷	۱	۱۱	۱۲	۷	۲	احساس گناه و بی ارزشی نمودن
۲۲	۱۳	۷	۳	۱۰	۲۰	۳	۱	بی تفاوت بودن نسبت به مسایل
۲۰	۱۶	۸	۱	۲۰	۲۴	۵	۱	بی اشتیاقی
۲۵	۳	۶	۱	۲	۲۵	۴	۰	کاهش وزن در ۶ ماه اخیر
۲۳	۱۳	۶	۳	۴	۱۷	۶	۳	اشکال در به خواب رفتن
۱۳	۸	۵	۲	۱۰	۱۷	۲	۲	آرزوی مرگ و مردن
۲۵	۱۷	۱۱	۴	۱۰	۲۲	۶	۲	مضطرب بودن
۱۸	۱۷	۱۸	۸	۱۶	۱۹	۱۰	۳	دستپاچگی نشان دادن
۲۸	۸	۱۵	۵	۱۳	۲۰	۶	۲	ترس از موقعیتهای و اشیا
۱۳	۱۸	۱۶	۶	۱۲	۲۰	۷	۴	اضطراب جدایی
۲۳	۱۹	۱۷	۹	۲۱	۳۰	۳	۷	حساسیت به سروصدا و زودرنج بودن
۲۹	۱۸	۵	۱	۷	۲۱	۳	۰	دیدن کابوس و خوابهای وحشتناک
۹	۱۱	۶	۴	۱۵	۲۰	۱	۳	شکایت از دردها و ناراحتیهای جسمانی
۱۳	۴	۴	۳	۴	۱۰	۱	۰	وجود تیکهای حرکتی
۹	۵	۱	۰	۴	۹	۱	۰	لکنت زبان
۱۲	۷	۱	۰	۲	۷	۱	۰	عدم کنترل ادرار یا مدفوع
۱۳	۱۰	۴	۸	۸	۸	۴	۴	عادت نامناسب (جویدن ناخن یا مکیدن انگشت)

جدول ۴، الگوی پاسخ والدین به پرسشنامه اختلالهای رفتاری، برحسب درصد پاسخها.

علائم اختلال رفتاری	گروه وسواسی				گروه سالم			
	خیلی کم	گاهی اوقات	بیشتر اوقات	همیشه	خیلی کم	گاهی اوقات	بیشتر اوقات	همیشه
	%	%	%	%	%	%	%	%
بیش فعالی	۲۷	۱۶	۱۷	۱۱	۱۹	۹	۱۶	۵
حرکات تکراری و کلیشه ای	۱۸	۲۱	۷	۹	۲۱	۱۵	۱۲	۹
کمبود توجه	۱۸	۱۳	۴	۲	۱۹	۱۳	۳	۱
رفتارهای تکانشی	۲۳	۱۸	۸	۵	۲۳	۱۴	۱۰	۳
حواس پرتی و اشکال در تمرکز	۲۷	۱۶	۲۷	۱۱	۲۷	۲۰	۲۴	۹
ناسازگاری با دیگران	۲۲	۱۹	۱۱	۱	۱۹	۱۶	۷	۱
نزاع و فحاشی با همسالان	۲۲	۱۲	۷	۴	۱۸	۹	۲	۱
تخریب وسایل و اشیای خانه	۱۰	۸	۷	۰	۱۴	۵	۲	۱
بی اعتنایی به دیگران و منفی کاری	۲۰	۱۹	۱۷	۱۱	۳۲	۱۸	۱۸	۹
دزدی کردن	۶	۵	۲	۰	۱	۰	۰	۰
فرار از مدرسه یا خانه	۳	۶	۴	۱	۱	۱	۱	۰
رفتارهای وسواسی در امر نظافت	۲۱	۱۵	۱۰	۱۸	۲۳	۱۷	۱	۰
وارسی یا امتحان کردن وسواسی	۱۶	۱۰	۱۴	۱۸	۲۱	۱۵	۱۰	۴
نظم و ترتیب وسواسی گونه	۱۷	۲۵	۲۳	۱۸	۳۰	۲۰	۱۶	۱۵

بحث

انگیزه اساسی در پژوهش حاضر پاسخ دادن به این سؤال بود که آیا فراوانی و یا میزان علائم و نشانه های اختلالهای هیجانی و رفتاری در کودکان و نوجوانان متعلق به مادران وسواسی بیشتر از مقدار آن در کودکان و نوجوانان مادران سالم است یا نه. بررسی مقالات پژوهشی در این مورد، نشان می دهد که به طور کلی یک رابطه و همبستگی میان ابتلای هر دو یا یکی از والدین و بویژه ابتلای مادر به یک بیماری روانپزشکی و وجود ناهنجاریهای رفتاری و هیجانی در فرزندان، وجود دارد (۱). روشی که مسؤول مراقبت از کودک یا همان مادر در پاسخگویی به نیازها و احساسات توأم با وابستگی کودک، پیش می گیرد، به احتمال خیلی زیاد تأثیرات ژرفی در شکل گیری شخصیت کودک،

و به طور کلی در سبک نگرش کودک و نوجوان به دیگران و دنیای پیرامون خواهد گذاشت. در پژوهش حاضر با توجه به جداول شماره ۱ و ۲ ملاحظه می شود که فراوانی و میزان علائم و نشانه های اختلالهای هیجانی و اختلالهای رفتاری در کودکان و نوجوانان مادران وسواسی به طور معنی داری بیشتر از میزان آن در کودکان و نوجوانان مادران سالم است. ضمناً یافته های پژوهشی حاضر نشان می دهند که تفاوت میان دو گروه از کودکان مورد مطالعه در میزان علائم و نشانه های اختلالات هیجانی و رفتاری در بعد اختلالهای هیجانی، بارزتر از بعد اختلالهای رفتاری است. همچنانکه در جداول ۱ و ۲ نشان داده شده است، تفاوت این دو گروه از کودکان در بعد اختلالهای هیجانی تفاوت قابل ملاحظه ای بوده و در سطح

در واقع این نویسندگان معتقدند در انتقال ارثی اختلال وسواسی-جبری (OCD)، نوعی ناهنجاریهای عصبی دخالت دارند^(۶). اما تحقیقاتی که حتی برای اثبات عوامل ژنتیک در بروز توأم بیماریهای روانی در والدین و کودک انجام گرفته اند، نیز به این واقعیت اذعان می کنند که وجود ابتلای توأم و یا تراکم بروز یک اختلال روانی در خانواده، به همان اندازه که به عوامل ژنتیکی می تواند مربوط باشد، به عوامل مربوط به محیط یکسان افراد خانواده نیز می تواند مربوط باشد^(۶).

بد خلقی کردن و کمال گرایی مادر وسواسی، برای کودکی که استعداد مزاجی برای اختلال روانپزشکی، از جمله بیش فعالی را دارد، به عنوان یک استرس اضافی عمل کرده و او را آسیب پذیرتر می سازد^(۷).

تحقیقات انجام گرفته توسط بارکلی (Barkley) و همکاران در سال ۱۹۸۵، به وضوح نشان داد که قسمت عمده ای از رفتارهای منفی و پاتولوژیک در هر کدام از طرفین رابطه مادر و کودک، حاصل عکس العمل متقابل رفتار منفی آنها است. همین دانشمندان در ادامه پژوهشهای خودشان متوجه شدند که وقتی به دنبال دارو درمانی مناسب، شدت اختلالات رفتاری و هیجانی در کودکان فروکش می کند یا از فراوانی آنها کاسته می شود، رفتارهای فشارزا و منفی اعمال شده از طرف والدین نیز به نحو چشمگیری کاهش پیدا می کند^(۸).

البته در بررسی این موضوع که فراوانی و شیوع اختلالات هیجانی و رفتاری در فرزندان چه ارتباطی با سلامت جسمی و روانی مادران دارد، به این نکته بایستی توجه داشته باشیم که عامل سن در کودکان و نوجوانان مورد بررسی، به خودی خود می تواند به عنوان یک متغیر تعدیل کننده (moderator variable) عمل کند. همانطور که می دانیم اکثر روانشناسان رشد بویژه آرنولد گزل (Arnold Gesell)، فروید (Freud) و اریکسون (Erikson)، معتقدند که کودکان بهترین سازش یافتگی را با محیط و افراد خانواده در سنین حدود ۶ الی ۱۱ سالگی دارند^(۹). لذا با توجه به اینکه از ۶ سالگی و بعد از ۱۱ سالگی، کودکان با یک سری بحرانهای رشدی مواجه هستند که آنان را تحریک پذیر نموده و به نشان دادن رفتارهای مقابله ای و نابهنجار تشویق می کند، انتظار می رود که میزان شیوع اختلالهای هیجانی و رفتاری در کودکان کمتر از ۶ و بیشتر از ۱۱ سال سن، صرف نظر از اینکه دارای مادران سالم یا بیمار هستند، بالاتر باشد.

پژوهش حاضر محدودیتهایی را نیز متحمل بود که از جمله آنها می توان به عدم امکان غربالگری اختلالات دیگر در مادران

$P < 0.01$ معنی دار است و کودکان مادران وسواسی در مقایسه با کودکان مادران سالم در معرض درجات بالاتری از اختلالهای هیجانی قرار دارند. البته این تفاوت بین دو گروه از کودکان در مورد اختلالهای رفتاری نیز صدق می کند، با این تفاوت که میانگینهای شدت اختلالهای رفتاری در دو گروه از کودکان در سطح $P < 0.05$ معنی دار بوده و تفاوت بین میانگینها در بعد اختلالهای رفتاری، کمتر از تفاوت بین میانگینها در بعد اختلالهای هیجانی است. همچنین با مراجعه به جدولهای ۳ و ۴ ملاحظه می شود که فراوانی علایم و نشانه های اختلالهای هیجانی و رفتاری، از جمله زود عصبانی شدن؛ غمگین بودن و گریه کردن؛ خسته و کسل و بی حوصله بودن؛ دستپاچگی نشان دادن؛ ترس از موقعیتهای و اشیاء؛ اضطراب جدایی؛ زود رنج بودن؛ وجود تیکهای حرکتی؛ تخریب وسایل و اشیای خانه؛ رفتارهای وسواسی در امر نظافت؛ واریسی یا امتحان کردن وسواسی؛ و نظم و ترتیب وسواس گونه، در گروه کودکان مادران وسواسی به مراتب بیشتر از شیوع آن در گروه کودکان مادران سالم است.

در پاسخ به این سؤال که چرا در خانواده های مشکل دار، بچه ها بیشتر در معرض اختلالات رفتاری از جمله اختلال سلوک (Conduct disorder) هستند، در درجه اول انتقال ژنتیکی مطرح است و این موضوع را لی هی (Layehy) و همکارانش در سال ۱۹۸۸ طی تحقیقی بر روی کودکان مبتلا به اختلال سلوک نشان دادند. اما بعد دیگر این قضیه این است که عوامل تربیتی نیز در بروز چنین اختلالاتی در کودکان و بویژه در خانواده هایی که ناسازگاری میان والدین وجود دارد، سهم قابل ملاحظه ای دارند، و این مساله طی پژوهشهای چندی به اثبات رسیده است. کرایگ (Craig) و گلیک (Glick) در سال ۱۹۶۳ دریافتند که میزان صمیمیت و ارتباط عاطفی میان والدین در خانواده های کودکان دارای مشکلات رفتاری، در مقایسه با خانواده های کودکان سالم، در حد خیلی پایین تری قرار دارد. همچنین راتر (Rutter) و همکارانش در سال ۱۹۷۱ طی تحقیقی دریافتند که درجه ناسازگاری و مشکلات سلیقه ای میان والدین کودکان مبتلا به اختلال رفتاری و بویژه اختلال سلوک، در مقایسه با والدین کودکان سالم، بیشتر است^(۵).

البته همانطور که قبلاً ذکر شد، در این مسأله که در ابتلای توأم مادر و کودک به اختلالات روانپزشکی، عوامل ژنتیک نیز می تواند دخیل باشند، تردیدی وجود ندارد. مثلاً در این خصوص می توان به مقالات روزنبرگ (Rosenberg) و همکارانش در خصوص دخیل بودن عوامل ژنتیکی در اختلال وسواسی - جبری اشاره کرد که

که آیا تمایل به آسیبهای روانشناختی در کودکان مادران وسواسی - جبری، به عوامل ژنتیک مربوط می شود یا اینکه به محیط یکسان والد و کودک بر می گردد؟

وسواسی - جبری، اکتفا نمودن به نمونه گیری از جمعیت عمومی به عنوان مادران سالم، و عدم امکان معاینات فیزیکی در کودکان و نوجوانان مادران وسواسی - جبری اشاره نمود.
چنانچه همکاران پژوهشگر علاقمند بودند موضوع پژوهش حاضر را دنبال کنند، پیشنهاد می شود این مسأله را بررسی نمایند

References:

1. سالکویسکیس پ م، کلارک د م. رفتار درمانی شناختی، ترجمه قاسم زاده ح، انتشارات ارجمند، تهران، ۱۳۷۶، صفحات ۲۰۱ تا ۲۰۵.
2. Stoll A L, Tohen M, Baldessarini R J. Increasing frequency of the diagnosis of obsessive - compulsive disorder. *Am J Psych* 1992 ;149 (5): 638 - 640
3. Szatmari P, Michale HB, David RO. Familial aggregation of emotional and behavioral problems of childhood in the general Population. *Am J Psych* 1993; 150 (9): 1398 - 1403
4. Kaplan H, Sadock B. *Comprehensive Textbook of Psychiatry*, (6th ed.), Vol 1, Baltimore: Williams & Wilkins, 1995; p: 1218 - 1227
5. Davison G C, Neale, J M. *Abnormal psychology* (6th ed.) John Wiley and Sons, Inc 1994; P: 149 - 155
6. Rutter M. Child psychiatric disorder. *Arch Gen Psych* 1997; 54 (9): 785 - 789
7. Oltmanns T F, Neale J M, Davison G C. *Case studies in abnormal psychology* (4th ed.) John Wiley and Sons, Inc 1995; P: 1-18
8. Barkley R A. *Attention - deficit hyperactivity: A handbook for diagnosis and treatment* New York: Guilford, 1990; P: 24-39