

## حالات روانی فرزندان والدین اسکیزوفرنیک: یک بررسی مقایسه‌ای

دکتر احمد معصومی\*، دکتر الهام شیرازی\*\*

### چکیده

**مقدمه:** از آنجا که اختلال‌های روانی پدر و مادر می‌توانند بر رفتار فرزندان تأثیر بگذارند، این پژوهش با هدف بررسی حالت‌های هیجانی- رفتاری فرزندان ۱۶-۶ ساله والدین مبتلا به اسکیزوفرنیا انجام شد.

**مواد و روش کار:** در این پژوهش به روش توصیفی و مقایسه‌ای و با نمونه‌گیری در دسترس، حالت‌های هیجانی و رفتاری ۱۰۰ فرزند ۱۶-۶ ساله یکصد خانواده دارای یک والد مبتلا به اسکیزوفرنیا مراجعه‌کننده به درمانگاه روانپزشکی دو مرکز آموزشی- درمانی حضرت رسول اکرم (ص) و ایران، با دو مقیاس فهرست رفتاری کودکان (CBCL) و ارزیابی کلی کودکان (CGAS) بررسی شدند و با ۱۰۰ فرزند ۱۶-۶ ساله یکصد خانواده دارای دو والد سالم که به درمانگاه دندانپزشکی همان مراکز مراجعه نموده بودند مقایسه شدند.

**یافته‌ها:** میانگین نمره‌های CBCL و CGAS دو گروه تفاوت معنی‌دار آماری داشتند.

**نتیجه‌گیری:** اسکیزوفرنیا در والدین می‌تواند بر حالت‌های هیجانی و رفتاری فرزندان اثر بگذارد.

:

فرزندان نیاز به نگهداری و پرورش دارند و بخش مهمی از این نیاز را والدین برآورده می‌کنند. بیماری‌های بدنی و روانی در پدر و مادر می‌توانند بر شیوه ایفای نقش آنها در خانواده تأثیر بگذارند و فرزندان که با والدین بیمار زندگی می‌کنند از تأثیرات

وجود اختلال‌های روانی در پدر و مادر می‌تواند فرزندان را دچار مشکل نماید، زیرا استعداد اختلال‌های روانی را به فرزندان منتقل می‌کند و ایفای نقش همسری و والدی را در خانواده دشوار می‌نماید.

\* روانپزشک، مشاور علمی بهداشت روان استان. دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی- درمانی قم. قم، خیابان امام، ۲۰ متری شهید بهشتی، مرکز بهداشت استان قم، دفتر بهداشت روان (نویسنده مسئول).

E-mail: ahmad\_massoumi@yahoo.com

\*\* فوق تخصص روانپزشکی کودک و نوجوان، استادیار دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی- درمانی ایران. خیابان ستارخان، خیابان نیایش، نبش خیابان شهید منصوری، انستیتو روانپزشکی تهران و مرکز تحقیقات بهداشت روان.

این راستا، حالت‌های هیجانی و رفتاری فرزندان والدین مبتلا به اسکیزوفرنیا را بررسی نموده است. یافته‌های این پژوهش می‌تواند در رویکردهای پیش‌گیرانه نقش داشته باشند.

این بررسی به روش توصیفی و مقایسه‌ای، با نمونه‌گیری در دسترس، در درمانگاه‌های روانپزشکی دو مرکز آموزشی-درمانی حضرت رسول اکرم (ص) و ایران در نیم‌سال اول ۱۳۸۲ انجام شد. حالت‌های هیجانی و رفتاری ۱۰۰ فرزند ۱۶-۶ ساله از ۱۰۰ خانواده دارای یک والد مبتلا به اسکیزوفرنیا (گروه آزمایش) با حالت‌های هیجانی و رفتاری ۱۰۰ فرزند ۱۶-۶ ساله از ۱۰۰ خانواده دارای والدین سالم (گروه گواه)، توسط دو ابزار فهرست رفتاری کودکان<sup>۲۰</sup> (CBCL) (آخنباخ<sup>۲۱</sup>، ۱۹۹۲) و مقیاس ارزیابی کلی کودکان<sup>۲۲</sup> (CGAS) (شیفر<sup>۲۳</sup>، گولد<sup>۲۴</sup>، براسیک<sup>۲۵</sup>، بیرد<sup>۲۶</sup> و فیشر<sup>۲۷</sup>، ۱۹۸۳) سنجیده شدند. از آن جا که ابزار پژوهش باید توسط والدین یا توسط پژوهشگر و با پرسش از والدین تکمیل می‌گردید و ابتلای والدین به اختلال‌های روانی می‌توانست مانع ارزیابی درست حالت‌های روانی فرزندانشان گردد، گروه آزمایش از خانواده‌هایی انتخاب شدند که یک والد مبتلا به اسکیزوفرنیا و والد دیگر سالم باشد تا بتوان پرسش‌نامه‌ها را به کمک والد سالم تکمیل نمود.

1- Cicchetti	2- Toth
3- Puckering	4- Sadock
5- Lewis	6- Landau
7- Harth	8- Dellisch
9- Sollberger	10- Walker
11- Downey	12- Bergman
13- McNeil	14- Harty
15- Blennow	16- Cantor-Graae
17- Rutter	18- Ross
19- Compagnon	
20- Child Behavior Checklist	21- Achenbach
22- Children Global Assessment Scale	
23- Shaffer	24- Gould
25- Brasic	26- Bird
27- Fisher	

این بیماری‌ها بر خانواده برکنار نیستند (سیجیتی<sup>۱</sup> و نات<sup>۲</sup>، ۱۹۹۵؛ پوکرینگ<sup>۳</sup>، ۱۹۸۹).

برخی اختلال‌های روانی از جمله اسکیزوفرنیا یکی از ده علت اول ناتوانی در دنیا به‌شمار می‌روند (سادوک<sup>۴</sup> و سادوک، ۲۰۰۰). اسکیزوفرنیا اختلالی است که فرد را در زمینه‌های شناختی، هیجانی و ارتباطی دچار ناتوانی عمیق می‌سازد. اختلال‌های شناختی، هیجانی و رفتاری افراد مبتلا به اسکیزوفرنیا می‌تواند بر کارکرد آنان تأثیر گذاشته، فرزندان را دچار فشارهای روانی نموده (لوئیس<sup>۵</sup>، ۲۰۰۲)، همانندسازی، هویت‌یابی و رشد شخصیت را در آنان دشوار نمایند (لاندو<sup>۶</sup> و هارت<sup>۷</sup>، ۱۹۷۲؛ دلش<sup>۸</sup>، ۱۹۸۹). توانایی سازگاری و رشد زبان نیز می‌تواند در آنان با اختلال همراه گردد (سولبرگر<sup>۹</sup>، ۲۰۰۱، ۲۰۰۲).

اسکیزوفرنیا یکی از علل سوءرفتار والدین به‌شمار می‌رود که این امر می‌تواند به نوبه خود موجب مشکلات رفتاری در فرزندان گردد (والکر<sup>۱۰</sup>، داوونی<sup>۱۱</sup> و برگمن<sup>۱۲</sup>، ۱۹۸۹). مک‌نیل<sup>۱۳</sup>، هارتی<sup>۱۴</sup>، بلنوف<sup>۱۵</sup> و کانتور-گره<sup>۱۶</sup> (۱۹۹۳) شیوع اختلال در رشد دستگاه عصبی- حرکتی کودکان مادران اسکیزوفرنیک را بیش از گروه گواه گزارش نمودند.

پرورش کودکانی که از نظر وراثتی دارای استعداد ابتلا به اختلال‌های روانی هستند، در خانواده‌ای که به‌دلیل اختلال‌های روانی والدین دارای کارکرد مناسب پرورشی نیستند، احتمال بروز آسیب‌های روانی را در آنان افزایش می‌دهد (راتر<sup>۱۷</sup> و همکاران، ۱۹۹۷). راس<sup>۱۸</sup> و کومپاگنون<sup>۱۹</sup> (۲۰۰۱) در یک پژوهش روی ۴۳ کودک و نوجوان ۱۵-۶ ساله ۲۸ والد مبتلا به اسکیزوفرنیا، ۷۴٪ آنان را در محور I دارای اختلال گزارش کردند.

با وجود شیوع ۱/۹-۰/۶ درصدی اسکیزوفرنیا، پژوهش‌های اندکی به بررسی حالت‌های روانی فرزندان این افراد پرداخته‌اند (سولبرگر، ۲۰۰۲). این پژوهش در

گروه آزمایش فرزندانانی بودند که پدر و مادر آنها در مدت پژوهش به درمانگاه روانپزشکی بزرگسال مراکز یاد شده مراجعه نموده بودند. معیارهای ورود به پژوهش برای گروه آزمایش، داشتن سن ۱۶-۶ سال، ابتلای یکی از والدین به اسکیزوفرنیا بر پایه نظریه روانپزشک و سیاهه<sup>۱</sup> DSM-IV-TR، گذشت دست کم ۲ سال از شروع بیماری در والد مبتلا به اسکیزوفرنیا (با هدف وجود مدت کافی برای اثرگذاری احتمالی بر خانواده و فرزندان)، مبتلا نبودن والد اسکیزوفرنیک به دیگر اختلال‌های مهم روانی، اختلال‌های بدنی و عصب‌شناختی مزمن (با بهره‌گیری از روشهای یاد شده در بند دوم)، سالم بودن والد دیگر (مبتلا نبودن به اختلال‌های مهم روانی، بدنی و مزمن در گذشته و حال با بهره‌گیری از روش‌های یاد شده در بند دوم)، حضور هر دو والد در خانواده و نداشتن سابقه جدایی یا طلاق و رضایت برای ورود به پژوهش.

گروه گواه فرزندانانی بودند که والدین آنها در مدت پژوهش به درمانگاه دندانپزشکی مراکز یاد شده مراجعه نموده بودند. معیارهای ورود به پژوهش برای گروه گواه داشتن سن ۱۶-۶ سال، سالم بودن هر دو والد (مبتلا نبودن به اختلال‌های مهم روانی، اختلال‌های بدنی و عصب‌شناختی مزمن در گذشته و حال با بهره‌گیری از روش‌های یاد شده در بند دوم از قسمت پیشین)، حضور هر دو والد در محیط خانواده و نداشتن سابقه جدایی یا طلاق و رضایت برای ورود به پژوهش بود.

پژوهشگران (دو نفر دستیار روانپزشکی) هفته‌ای دو بار در ساعت‌های صبح به درمانگاه‌های روانپزشکی و دندانپزشکی مراکز یاد شده مراجعه و با توجه به معیارهای لازم برای ورود به گروه‌های آزمایش و گواه، خانواده‌ها را در هر گروه وارد پژوهش نمودند. در مواردی که خانواده دارای چند فرزند ۱۶-۶ ساله بود، به قید قرعه یک فرزند برای ارزیابی انتخاب می‌شد.

برخی ویژگی‌های جمعیت‌شناختی به کمک یک پرسش‌نامه گردآوری شد. برای ارزیابی حالت‌های هیجانی و رفتاری فرزندان این خانواده‌ها ابزارهای زیر به کار برده شدند:

فهرست رفتاری کودکان (CBCL) (آخنباخ، ۱۹۹۲): این پرسش‌نامه دارای ۱۱۳ پرسش است و حالت‌های هیجانی و رفتاری کودکان را در ۸ زمینه، در دو گروه سنی کودک (۴-۱۱ سال) و نوجوان (۱۸-۱۲ سال) و در شش ماه اخیر بررسی می‌کند. این آزمون را پدر و مادر یا آموزگار تکمیل می‌کنند. نمره‌های آزمون می‌تواند در سه شاخص مشکلات درونی‌سازی<sup>۲</sup> (شامل محورهای گوشه‌گیری، مشکلات بدنی، اضطراب و افسردگی)، مشکلات برونی‌سازی<sup>۳</sup> (شامل محورهای پرخاشگری و رفتارهای بزهکارانه) و مشکلات کلی<sup>۴</sup> (شامل شاخص‌های مشکلات درونی‌سازی و برونی‌سازی، و محورهای مشکلات تمرکز، تفکر، اجتماعی و متفرقه) ارایه گردد. نمره‌های هر شاخص از ۱ تا ۱۰۰ نوسان داشته، نمره‌های پایین‌تر، نشانه وضعیت بهتر است. ضریب پایایی این آزمون ۰/۷۵ است و به‌عنوان یکی از ابزارهای مهم غربالگری برای اختلال‌های روانپزشکی گروه ۱۸-۴ ساله به کار می‌رود (آخنباخ، ۱۹۹۲). در ایران CBCL دارای حساسیت ۰/۷۹ و ویژگی ۰/۹۸ گزارش شده است (علاقبندراد، ۱۳۸۲).

مقیاس ارزیابی کلی کودکان (CGAS) (شیفر و همکاران، ۱۹۸۳): این مقیاس برای ارزیابی سطح کلی عملکرد کودکان و نوجوانان ۱۸-۴ ساله طراحی شده است و عملکرد آنان را به صورت ترکیبی از زمینه‌های شناختی، هیجانی، اجتماعی و تحصیلی می‌سنجد. نمره مقیاس نیز از ۱ تا ۱۰۰ است. نمره‌های بالاتر نشانه وضعیت بهتر است. CGAS دارای ضریب همبستگی درونی ۰/۸۴ و پایایی ۰/۸۷ بوده، روایی تشخیصی آن

1- Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th ed.-Text Revised- Checklist

2- T-internalizing

3- T-externalizing

4- T-total

جدول ۱- توزیع فراوانی آزمودنی‌های پژوهش بر حسب جنس، گروه سنی و میزان تحصیلات فرزندان و جنس و میزان تحصیلات والدین

متغیر		گروه	گروه
		آزمایش	گواه
		فراوانی (%)	فراوانی (%)
جنس فرزندان	پسر	۵۲	۴۲
	دختر	۴۸	۵۸
گروه سنی فرزندان	۴-۱۱ سال	۴۴	۴۴
	۱۲-۱۸ سال	۵۶	۵۶
تحصیلات فرزندان	ابتدایی	۶۱	۶۱
	راهنمایی و دبیرستان	۳۹	۳۹
جنس والدین	مرد	۲۴	۳۶
	زن	۷۶	۶۴
تحصیلات والدین	بی‌سواد	۱۲	۱۱
	ابتدایی	۳۴	۲۹
	سیکل	۳۸	۱۷
	دیپلم و بالاتر	۲۴	۴۳

معنی دار دیده شد. میانگین نمره‌های فرزندان پدران مبتلا به اسکیزوفرنیا و فرزندان دارای مادر مبتلا به اسکیزوفرنیا در شاخص درونی‌سازی CBCL تفاوت معنی دار داشت ( $p < 0/05$ ,  $t = 2/01$ ). فرزندان مادران مبتلا به اسکیزوفرنیا در کلیه موارد از نمره‌های بهتری برخوردار بودند.

بین میانگین‌ها در پسران و دختران گروه آزمایش در شاخص درونی‌سازی CBCL تفاوت معنی دار به دست آمد ( $p < 0/001$ ,  $t = 4/66$ ) و دختران در کلیه میانگین‌ها نسبت به پسران از نمره‌های بهتری برخوردار بودند.

بین میانگین‌های کودکان و نوجوانان گروه آزمایش در کلیه موارد تفاوت معنی دار وجود داشت ( $p < 0/001$ ،  $CBCL: t = 3/39$ ؛  $p < 0/05$ ؛  $CGAS: t = 1/96$ ) و نوجوانان در کلیه میانگین‌ها نسبت به کودکان از نمره‌های بهتری برخوردار بودند.

در گروه گواه بین میانگین نتایج آزمون‌ها در کودکان و نوجوانان تفاوت معنی دار دیده نشد اما نوجوانان در کلیه موارد از نمره‌های بهتری برخوردار بودند. بین پسران و دختران در شاخص‌های

در سطح ۰/۰۰۱ معنی دار بوده است. نتیجه CGAS را می‌توان در محور V از محورهای تشخیصی DSM-IV گزارش نمود (شیفر و همکاران، ۱۹۸۳؛ علاقبندراد، ۱۳۸۲).

تحلیل داده‌ها به کمک روش‌های آماری توصیفی و آزمون آماری t انجام شد.

در گروه آزمایش مدت شروع بیماری در والد مبتلا به اسکیزوفرنیا ۸/۲۵ سال (انحراف معیار ۴/۶۹)، میانگین موارد عود ۴/۹۶ مرتبه (انحراف معیار ۲/۷۰) و میانگین دفعات بستری ۳/۷۰ مرتبه (انحراف معیار ۲/۳۰) بود. ۷۶٪ والدین مبتلا به اسکیزوفرنیا را پدران تشکیل می‌دادند. میانگین سن والدین در گروه آزمایش ۳۸/۶۷ سال (انحراف معیار ۵/۵۴) و در گروه گواه ۴۰/۴۷ سال (انحراف معیار ۵/۴۵) بود. میانگین سنی فرزندان در گروه آزمایش ۱۱/۹۳ سال (انحراف معیار ۳/۱۹) و در گروه گواه ۱۲/۲۸ سال (انحراف معیار ۲/۸) بود.

برخی ویژگی‌های جمعیت‌شناختی آزمودنی‌های پژوهش در جدول ۱ آمده است. فرزندان گروه گواه و آزمایش از نظر جنس، میانگین سنی، گروه سنی (کودک و نوجوان) و تحصیلات هم‌تا بودند و از این نظر تفاوت معنی‌داری نداشتند. هم‌چنین بین والدین مورد بررسی دو گروه نیز از نظر جنس، میانگین سنی و تحصیلات تفاوت معنی‌دار وجود نداشت.

در جدول ۲ یافته‌های مربوط به مقایسه آماری نمره‌های آزمون‌های CBCL و CGAS در فرزندان دو گروه ارایه شده است. همان‌گونه که جدول ۲ نشان می‌دهد، میانگین نمره‌های CGAS در گروه گواه بالاتر از گروه آزمایش است، اما میانگین نمره‌های گروه گواه در هر دو شاخص مقیاس CBCL پایین‌تر از گروه آزمایش هستند. افزون بر میانگین نمره‌ها در کل فرزندان، در دو جنس و دو گروه سنی نیز تفاوت

جدول ۲- مقایسه میانگین و انحراف معیار نمره‌های آزمون‌های CBCL و CGAS فرزندان گروه‌های آزمایش و گواه در کل و بر حسب جنس و گروه سنی فرزندان

متغیر	تعداد	CGAS		CBCL	
		نمره کل	میانگین	نمره برونی‌سازی	میانگین
		(انحراف معیار)	(انحراف معیار)	(انحراف معیار)	(انحراف معیار)
کل فرزندان گروه آزمایش	۱۰۰	۷۱/۳۳ (۵/۵۶)	۵۸/۱۳ (۸/۴۳)	۵۵/۶۲ (۹/۷۱)	۵۸/۱۱ (۸/۴۶)
کل فرزندان گروه گواه	۱۰۰	۸۴/۸۳ (۸/۹۳)	۴۷/۱۶ (۹/۰۸)	۴۶/۲۹ (۹/۳۹)	۴۵/۳۶ (۸/۶۸)
t	-	-۸/۲۹	۸/۸۴	۶/۹۰	۱۰/۵۱
سطح معنی داری	-	۰/۰۰۱	۰/۰۰۱	۰/۰۰۱	۰/۰۰۱
پسران گروه آزمایش	۵۲	۶۹/۰۲ (۱۰/۱۱)	۵۹/۴۰ (۱۰/۸)	۵۶/۵۳ (۱۱/۳۹)	۶۱/۵۵ (۱۰/۰۰)
پسران گروه گواه	۴۲	۸۲/۰۲ (۶/۵۴)	۴۹/۳۸ (۹/۲۹)	۴۸/۰۰ (۱۰/۵۲)	۴۷/۳۳ (۸/۶۰)
t	-	-۷/۳۳	۴/۹۳	۲/۸۴	۷/۲۸
سطح معنی داری	-	۰/۰۰۱	۰/۰۰۱	۰/۰۰۱	۰/۰۰۱
دختران گروه آزمایش	۴۸	۷۲/۳۵ (۱۰/۸۵)	۵۶/۷۵ (۵/۷۹)	۵۴/۷۹ (۷/۴۴)	۵۴/۳۷ (۳/۸۴)
دختران گروه گواه	۵۸	۸۷/۰۳ (۹/۹۵)	۴۵/۵۵ (۸/۶۵)	۴۵/۰۱ (۸/۲۴)	۴۳/۹۳ (۸/۵۲)
t	-	-۷/۳۴	۷/۶۵	۷/۵۸	۷/۸۵
سطح معنی داری	-	۰/۰۰۱	۰/۰۰۱	۰/۰۰۱	۰/۰۰۱
کودکان گروه آزمایش	۴۴	۶۹/۶۴ (۱۰/۷۸)	۶۱/۲۰ (۷/۲۸)	۵۷/۶۳ (۹/۱۸)	۶۲/۸۸ (۷/۶۸)
کودکان گروه گواه	۴۴	۸۱/۰۶ (۹/۲۹)	۴۸/۵۶ (۸/۸۲)	۴۷/۸۸ (۸/۳۰)	۴۷/۱۳ (۹/۰۱)
t	-	-۶/۰۲	۷/۳۲	۵/۲۲	۸/۸
سطح معنی داری	-	۰/۰۰۱	۰/۰۰۱	۰/۰۰۱	۰/۰۰۱
نوجوانان گروه آزمایش	۵۶	۷۴/۰۳ (۹/۴۸)	۵۵/۷۱ (۸/۵۵)	۵۴/۰۳ (۹/۹۱)	۵۴/۶۳ (۷/۰۷)
نوجوانان گروه گواه	۵۶	۸۹/۰۳ (۹/۹۵)	۴۶/۰۵ (۹/۲۰)	۴۵/۰۳ (۱۰/۷)	۴۳/۹۶ (۸/۲۱)
t	-	-۷/۷۴	۵/۷۵	۴/۷۶	۷/۱۷
سطح معنی داری	-	۰/۰۰۱	۰/۰۰۱	۰/۰۰۱	۰/۰۰۱

زمان کافی برای تأثیرگذاری بیماری والد بر فرزندان وجود داشت.

هم‌چنین در این پژوهش بین گروه‌های آزمایش و گواه از نظر ویژگی‌های جمعیت‌شناختی تفاوت معنی‌دار دیده نشد. این امر می‌تواند نقش عوامل زمینه‌ای در مقایسه حالت‌های هیجانی و رفتاری فرزندان دو گروه را کاهش دهد.

گروه گواه نسبت به گروه آزمایش به شکل معنی‌داری دارای نمره‌های پایین‌تری در هر دو شاخص

درونی‌سازی ( $t=1/96, p<0/05$ ) و کلی ( $p<0/05$ ).

CBCL، تفاوت معنی‌دار دیده شد و دختران در کلیه موارد از نمره‌های بهتری برخوردار بودند.

ویژگی‌های پدران و مادران مبتلا به اسکیزوفرنیا در گروه آزمایش از نظر مدت ابتلا و دفعات عود و بستری همانند ویژگی‌های معمول بیماران مبتلا به اسکیزوفرنیا بود. مدت ابتلا ( $8/25 \pm 4/69$  سال) به میزانی بود که

پیش‌آگهی اسکیزوفرنیا در آنان بهتر از مردان مبتلا است (سادوک و سادوک، ۲۰۰۰)، بنابراین شاید سالم‌تر بودن وضعیت هیجانی و رفتاری فرزندان مادران مبتلا به اسکیزوفرنیا نسبت به فرزندان پدران مبتلا به اسکیزوفرنیا برآیند این امر باشد. هم‌چنین احتمال دارد تأهل، بچه‌دار شدن و ادامه زندگی خانوادگی (با شوهری سالم) برای زنان مبتلا به اسکیزوفرنیا سبب شود که علایم بیماری در آنها ملایم‌تر و افت عملکرد در آنها کمتر شود و فرزندان آنها نیز در مقایسه با فرزندان پدران بیمار از سلامت بیشتری برخوردار باشند. از آنجا که در گروه آزمایش تفاوت شمار پدران مبتلا به اسکیزوفرنیا (۷۶ نفر) با شمار مادران مبتلا (۲۴ نفر) زیاد بود، تفسیر نتایج این مقایسه نیز باید با احتیاط انجام شود.

مقایسه میانگین حالت‌های هیجانی و رفتاری فرزندان والدین مبتلا به اسکیزوفرنیا، وضعیت دختران را در هر دو گروه آزمایش و گواه بهتر از پسران نشان داد. تشابه این مسأله در هر دو گروه آزمایش و گواه می‌تواند نمایانگر بی‌تأثیر بودن جنسیت فرزند در اثرپذیری از بیماری والد در این پژوهش و یا نشانه آستانه تحمل پایین‌تر پدران و مادران نسبت به مشکلات هیجانی و رفتاری پسران باشد. البته هنوز یافته‌های جهانی پاسخ روشنی در زمینه اثر جنسیت فرزند در تأثیرپذیری از بیماری روانی پدران و مادران ارایه نکرده‌اند (لوئیس، ۲۰۰۲). بررسی‌ها نشان داده‌اند که پسران نسبت به فشارهای روانی - اجتماعی آسیب‌پذیری بیشتری دارند تا دختران (ماکوبی<sup>۵</sup> و مارتین<sup>۶</sup>، ۱۹۸۳). شاید پایین‌تر بودن میانگین نمره پسران ناشی از این امر باشد. از سوی دیگر راتر و کونیتون (۱۹۸۴) نشان دادند که فرزندان همجنس با والد بیمار، اثرپذیری بیشتری از بیماری والدین دارند. در این پژوهش نیز بخش بزرگی (۷۶٪) از والدین مبتلا

مقیاس CBCL بودند. اما در پرسش‌نامه CGAS میانگین نمره‌های گروه گواه بالاتر از میانگین نمره‌های گروه آزمایش بود. این امر نشان می‌دهد که فرزندان گروه گواه که هر دو والد آنها از سلامت روانی برخوردارند، از نظر میانگین حالت‌های هیجانی و رفتاری نیز به شکل معنی‌داری نسبت به فرزندان گروه آزمایش سلامت بیشتری دارند. هم‌چنین می‌تواند نشانه این باشد که پدر یا مادری که با همسری سالم زندگی می‌کند، در ارزیابی حالت‌های هیجانی و رفتاری فرزندان دیدگاه مثبت‌تر و آستانه تحمل بالاتری دارد. مقایسه میانگین نتایج آزمون‌ها هنگامی که فرزندان گروه‌های آزمایش و گواه از نظر جنس و گروه سنی به زیرگروه‌های کوچک‌تر تقسیم شدند نیز هم‌چنان معنی‌دار باقی ماند. این یافته نشان می‌دهد که معنی‌دار بودن تفاوت میانگین‌ها بین دو گروه، ویژه جنس یا گروه سنی معینی نیست. به بیان دیگر تفاوت معنی‌دار حالت‌های هیجانی و رفتاری بین دو گروه جدا از اثر جنس یا گروه سنی فرزندان است. راتر و کونیتون<sup>۱</sup> (۱۹۸۴) نیز نشان دادند که وجود اختلال‌های روانی در فرزندان با تعامل‌های خانواده ارتباط دارد. دلش (۱۹۸۹) وجود علایم روان‌نژندی و روان‌تنی در فرزندان مادران مبتلا به اسکیزوفرنیا را وابسته به میزان محرومیت آنان از مادر و نوع تعامل‌های درون خانواده نشان داد. سامروف<sup>۲</sup>، بارتکو<sup>۳</sup> و بالدوین<sup>۴</sup> (۱۹۹۸) بیماری روانی والد و ناتوانی در ایفای نقش والدی را از عوامل خطر ساز برای ایجاد اختلال روانی در فرزندان به‌شمار آوردند. راس و کومپاگون (۲۰۰۱) در فرزندان ۲۸ والد مبتلا به اسکیزوفرنیا نیز میزان اختلال‌های محور I را ۷۴٪ گزارش نمودند.

در فرزندان گروه آزمایش به تفکیک جنس والد مبتلا به اسکیزوفرنیا، میانگین حالت‌های هیجانی و رفتاری فرزندان مادران مبتلا به اسکیزوفرنیا نسبت به فرزندان پدران مبتلا به اسکیزوفرنیا بهتر بود. بررسی‌ها نشان داده‌اند که میزان علایم منفی در زنان مبتلا به اسکیزوفرنیا کمتر از مردان مبتلا و عملکرد اجتماعی و

1- Quinton  
3- Bartko  
5- Maccoby

2- Sameroff  
4- Baldwin  
6- Martin

مثبت و منفی، نوع درمان، میزان پاسخ‌دهی، سطح عملکرد و مانند آن، ارزیابی نشدن همه فرزندان در خانواده‌های مورد بررسی و بررسی حالت‌های روانی فرزندان به صورت غیرحضور و با پرسش از والدین سالم بود. پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آینده این نارسایی‌ها در نظر گرفته شوند. هم‌چنین پیشنهاد می‌شود برای بررسی اثر ویژه اسکیزوفرنیا در والدین فرزندان آنها هم با فرزندان والدین سالم و هم با فرزندان والدین دارای اختلال‌های روانی مزمن غیر از اسکیزوفرنیا مقایسه شوند.

با سپاس فراوان از خانواده‌های محترمی که در این پژوهش همکاری نمودند.

دریافت مقاله: ۱۳۸۳/۳/۵؛ دریافت نسخه نهایی: ۱۳۸۳/۴/۳؛ پذیرش مقاله: ۱۳۸۳/۴/۳

علاقبندراد، جواد (۱۳۸۲). *بررسی همه‌گیرشناسی اختلالات روانپزشکی در کودکان و نوجوانان ۱۸-۶ ساله ایرانی*. گزارش منتشر نشده.

Achenbach, T. M. (1992). *Manual for the Child Behavior Checklist*. Burlington: University of Vermont.

Arbelle, S., Magharious, W., Auerbach, J. G., Hans, S. L., Marcus, J., Styr, B., & Caplan, R. (1997).

Formal thought disorder in offspring of schizophrenic parents. *Journal of Psychiatry and Related Sciences*, 34, 210-221.

Cicchetti, D., & Toth, S. (1995). A developmental psychopathology perspective on child abuse and neglect. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 34, 541-565.

به اسکیزوفرنیا در گروه آزمایش را پدران تشکیل می‌دادند که این امر می‌تواند پایین‌تر بودن میانگین وضعیت هیجانی، رفتاری و عملکردی پسران را نسبت به دختران در پی داشته باشد.

در این پژوهش، بررسی میانگین حالت‌های هیجانی، رفتاری و عملکردی فرزندان والدین مبتلا به اسکیزوفرنیا، وضعیت نوجوانان را در هر دو گروه آزمایش و گواه بهتر از کودکان نشان داد ولی این تفاوت تنها در گروه آزمایش معنی‌دار بود. این امر می‌تواند نشان‌دهنده اثرپذیری بیشتر کودکان (نسبت به نوجوانان) از بیماری والدین باشد. اختلال تفکر و نیاز به بستری شدن که با فواصل غیرقابل پیش‌بینی در والدین دارای بیماری‌های روانی از جمله اسکیزوفرنیا رخ می‌دهد، می‌تواند کودکان آنها را دچار مشکل نماید (فیلد<sup>۱</sup>، ۱۹۹۷). از آن‌جا که کودکان توان درک کامل اطلاعات دریافتی در مورد بیماری والدین را ندارند (لویس، ۲۰۰۲)، آسیب‌پذیری آنان از بیماری‌های روانی پدر و مادر بیشتر می‌شود. آربل<sup>۲</sup> و همکاران (۱۹۹۷) فرم فکر در نوجوانان دارای والدین مبتلا به اسکیزوفرنیا را دارای تفاوت معنی‌داری با گروه گواه (نوجوانانی که والدین آنها سابقه اختلال روانپزشکی نداشتند) گزارش نکردند. با در نظر گرفتن نکات یاد شده می‌توان گفت که کودکان بیشتر از نوجوانان از بیماری والدین تأثیر می‌پذیرند که با یافته‌های این پژوهش نیز هم‌خوانی دارد.

به‌طور کلی این بررسی نشان داد که اسکیزوفرنیا در والدین می‌تواند بر حالت‌های روانی فرزندان اثرگذار باشد و لازم است در رویارویی با والدین مبتلا به اسکیزوفرنیا، فرزندان آنها نیز مورد ارزیابی و انجام مداخله‌های مناسب پیش‌گیرانه یا درمانی قرار گیرند.

از محدودیت‌های پژوهش محدود بودن نمونه‌ها، هم‌تا نبودن والدین بیمار از نظر ویژگی‌های خاص بیماری مانند نوع اسکیزوفرنیا، نوع و شدت علائم

- Dellisch, H. (1989). Children of schizophrenic mothers. *Acta Paedopsychiatrica*, 52, 266-270.
- Field, T. (1997). The treatment of depressed mothers and their infants. In: L.Murray, P.Cooper, (Eds.). *Postpartum depression and child development*. New York: Guilford Press.
- Landau, R., & Harth, P. (1972). The influence of psychotic parents on their children's development. *American Journal of Psychiatry*, 129, 70-75.
- Lewis, M. (2002). *Child and adolescent psychiatry: A comprehensive textbook*, (3rd ed.). Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins.
- Maccoby, E., & Martin, J. (1983). Socialization in the context of the family: Parent-child interaction. In: E.M. Hetherington, (Ed.). *Handbook of child psychology*. New York: Wiley.
- McNeil, T. F., Harty, B., Blennow, G., & Cantor-Graae, E. (1993). Neuromotor deviation in offspring of psychotic mothers: A selective developmental deficiency in two groups of children with a heightened psychiatric risk. *Journal of Psychiatric Research*, 27, 39-54.
- Puckering, C. (1989). Maternal depression. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 30, 807-817.
- Rutter, M., Dunn, J., Plomin, R., Simonoff, E., Pickles, A., Maughan, B., Ormel, J., Meyer, J., & Eaves, L. (1997). Integrating nature and nurture: Implications of person-environment correlations and interactions for developmental psychopathology. *Developmental Psychopathology*, 9, 335-364.
- Ross, R. G., & Compagnon, N. (2001). Diagnostic and treatment of psychiatric disorders in children with a schizophrenic parent. *Schizophrenic Research*, 50, 121-129.
- Rutter, M., & Quinton, D. (1984). Parental psychiatric disorder: Effects on children. *Psychological Medicine*, 14, 853-880.
- Sadock, B. J., & Sadock, V. A. (2000). *Comprehensive textbook of psychiatry*, (7th ed.). Baltimore: Lippincott Williams and Wilkins.
- Sameroff, A. J., Bartko, W. T., & Baldwin, A. (1998). Family and social influences on the development of child competence. In: M. Lewis, C. Feiring, (Eds.). *Families, risk, and competence*. Mahwah: Erlbaum.
- Shaffer, D., Gould, M. S., Brasic, J., Bird, H., & Fisher, P. (1983). A Children's Global Assessment Scale (CGAS). *Archives of General Psychiatry*, 40, 1228-1237.
- Sollberger, D. (2001). Ego identity and self-concept problems in children of psychotic parents. Results of a qualitative cross-sectional study. *Psychiatric Praxis*, 28, 128-132.
- Sollberger, D. (2002). Children of psychotic parents. *Psychiatric Praxis*, 29, 119-124.
- Walker, E., Downey, G., & Bergman, A. (1989). The effects of parental psychopathology and maltreatment on the child behavior: A test of the diathesis-stress model. *Child Development*, 60, 15-24.