

روش درمانی مبتنی بر تعامل مادر-کودک برای علامت‌های جسمی-کارکردی در کودکان

A Therapeutic Method Based on Mother-Child Interaction for Functional-Somatic Symptoms in Children

Leila Soleimaninia

Hadi Bahrami-Ehsan

Nima Ghorbani

Nastaran Habibi-Ashtiyani

لیلا سلیمانی‌نیا^۱هادی بهرامی‌احسان^۲نیما قربانی^۲نسترن حبیبی‌آشتیانی^۲

According to clinical and research evidences, mother-child interaction correlates with functional-somatic symptoms (FSS) in children and teenagers. So it is assumed that the use of interactional based interventions for mother and child, can reduce the FSS in children. The main purpose of this study was to test this hypothesis and efficacy assessment of this method. The design of research projects is single case study and A-B. Randomly among ۲۰ children of ۵ to ۷ years in Tehran that went to a private clinic and had FSS criteria, ۳ children were selected as samples. Assessment instruments for FSS included soma assessment interview (SSA) and psychiatric clinical examination. Methods used were video recordings of mother-child interaction, qualitative content analysis of videos, designing treatment method based on mother-child interaction, implementing and monitoring its effect on children's functional somatic symptoms. Implementation of planned treatment, improved mother-child interaction indicators up to ۶۶/۵ percent. Assessments after a month show reduction in the frequency and severity of functional somatic symptoms, improvement in performance and reducing child's discomfort and distress caused by these symptoms. Follow up quarter (۳ month) also showed that these changes are consistent and progressive.

Keywords: Children, Functional-Somatic Symptoms, Mother-Child Interaction

شواهد بالینی و پژوهشی حاکی از تأثیر تعامل مادر-کودک روی مشکلات جسمی کارکردی کودکان و نوجوانان می‌باشند. بنابراین بهبود تعامل مادر-کودک را می‌توان درمانی برای این علامت‌ها مطرح کرد. بنابراین هدف پژوهش حاضر طراحی یک روش مداخله مبتنی بر تقویت ظرفیت‌های تعاملی مادر و کودک، و آزمون اثربخشی آن روی کاهش علامت‌های جسمی کارکردی کودکان می‌باشد. طرح تحقیق از نوع طرح‌های تک-آزمودنی و A-B است. با روش تصادفی از میان ۲۰ کودک ۵ تا ۷ سال شهر تهران که به یک مرکز خصوصی مراجعه کرده و واجد معیارهای مشکلات جسمی-کارکردی بودند، ۳ کودک به عنوان نمونه مورد پژوهش انتخاب شدند. ابزارهای سنجش علامت‌های جسمی-کارکردی کودکان، شامل مصاحبه ارزیابی جسمی و ارزیابی روان‌پزشک بود. روش کار، ضبط ویدیویی تعامل مادر-کودک، تحلیل محتوای کیفی ویدیوها، طراحی روش درمانی مبتنی بر تعامل مادر-کودک، اجرای روش و پایش اثر آن روی علامت‌های جسمی-کارکردی در کودکان بود. اجرای روش درمانی طراحی شده، شاخص‌های تعامل مادر-کودک را به میزان ۶۶/۵ درصد بهبود بخشید. ارزیابی‌ها پس از یک ماه، حاکی از کاهش فراوانی و شدت علامت‌های جسمی-کارکردی، بهبود عمل کرد کودک و کاهش میزان ناراحتی و آشفتگی کودک به واسطه این علامت‌ها بود. پیگیری سه‌ماهه نیز این تغییرات را پایدار و روبه پیشرفت نشان داد.

واژه‌های کلیدی: کودکان، علامت‌های جسمی-کارکردی، تعامل مادر-کودک

✉ hbahrami@ut.ac.ir

۱. دکتری روان‌شناسی سلامت، دانشگاه تهران

۲. نویسنده مسئول، استاد گروه روان‌شناسی، دانشگاه تهران

۳. استاد گروه روان‌شناسی، دانشگاه تهران

۴. متخصص روان‌پزشکی کودک و نوجوان، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی

مقدمه

علامت‌های جسمی کارکردی^۱ (FSS)، علائم بالینی تعریف می‌شوند که زیربنای آسیب‌شناختی ارگانیک ندارند (کاپلان و سادوک، ۲۰۰۷). شیوع این مشکلات و علامت‌ها که اغلب در کودکی یا اوایل نوجوانی آغاز می‌شوند (موهاپاترا^۲ و دیگران، ۲۰۱۳) بسته به سن، جنسیت، فرهنگ و مرحله تحولی افراد متفاوت است (گرینبرگ، براون و کسم^۳، ۲۰۰۸؛ ون بورسل^۴، ۲۰۰۷) و این رقم بین ۱۰ تا ۴۵ درصد متغیر است (ونست^۵ و دیگران، ۲۰۱۲؛ کلی و دیگران، ۲۰۱۰). در میان عوامل مربوط به سبب‌شناسی چندعاملی مشکلات جسمی کارکردی که شامل تعامل پیچیده میان عوامل زیستی، روان‌شناختی و اجتماعی است (ریف و برودینت^۶، ۲۰۰۷) وجود حالات تنش زای مداوم در زندگی (ویتهف و هیلر^۷، ۲۰۱۰) و بافت خانوادگی به‌ویژه کیفیت تعامل کودک با مادر (بریزینا^۸، ۲۰۱۱؛ مادرید^۹، ۲۰۰۶) مورد تأکید قرار گرفته‌اند.

درمان‌های مبتنی بر علائم جسمی کارکردی مانند درمان شناختی رفتاری و درمان تمرین درجه‌بندی شده^{۱۰}، به‌ویژه در بلندمدت و در گروه خاصی از بیماران و تنها اندکی مؤثرند (لویتن و ون هادنهو^{۱۱}، ۲۰۱۲؛ ملوف، توراستینسون، روک، بولار و شات^{۱۲}، ۲۰۰۸). این امر منجر به حرکت به سمت برنامه‌های درمانی گسترده‌تر و منسجم‌تر مرتبط با رویکردهای روان‌پویشی، گردیده است (لویتن، ون هادنهو، لمار، تارگت و فوناگی^{۱۳}، ۲۰۱۲). نقش عوامل میان‌فردی در شکل‌گیری و درمان علامت‌های جسمی - کارکردی مطرح شده (لاملی^{۱۴}، ۲۰۱۱) و این موضوع به‌ویژه زمانی که با کودکان سروکار داریم، برجسته‌تر نیز می‌گردد. وینی کات (۱۹۷۰) خاطر نشان می‌سازد: مادر و کودک مجموعه‌ای را تشکیل می‌دهند که هر گونه ارزیابی و تلاش در قلمرو درمان‌گری کودک، باید آن را در نظر بگیرد (دادستان، ۱۳۸۲). بر این اساس، درمانگر باید زوج مادر - کودک و رابطه آنها را هدف قرار دهد و یا مادر را به‌عنوان واسطه درمانی برای تسهیل تعاملات مثبت کودک - مادر مورد استفاده قرار دهد (سادبری، شاردلو و هانتینگتون^{۱۵}، ۲۰۱۲).

فرض می‌گردد که بهبود تعامل مادر-کودک می‌تواند به کاهش علامت‌های جسمی-کارکردی در کودکان و نوجوانان بینجامد (بریزینا، ۲۰۱۱). اما پیش از هرگونه مداخله در این زمینه نیازمند شناخت ویژگی‌ها، کیفیت و نوع نارسایی‌های تعامل مادر-کودک در این کودکان هستیم. پژوهش‌گران تحقیق حاضر در مطالعه دیگری، طی یک پژوهش کیفی روی ۲۰ زوج مادر-کودک و با استفاده از روش تحلیل محتوای

^۱. Functional somatic symptoms

^۲. Mohapatra

^۳. Greenberg, Braun & Cassem

^۴. Van Borsel

^۵. Vanaelst

^۶. Rief, Broadbent

^۷. Witthöft & Hiller

^۸. Brizina

^۹. Madrid

^{۱۰}. graded exercise treatment

^{۱۱}. Luyten, Van Houdenhove

^{۱۲}. Malouff, Thorsteinsson, Rooke, Bhullar, Schutte

^{۱۳}. Luyten, van Houdenhove, Lemma, Target, Fonagy

^{۱۴}. Lumely

^{۱۵}. Sudbery, Shardlow, Huntington

ویدیویی، کیفیت تعامل مادر-کودک در کودکان دارای علامت‌های جسمی-کارکردی را مورد مطالعه قرار داده و نتیجه گرفتند که این تعامل از لحاظ هیجانی و توجه به نیازهای کودک، ضعیف و ناکارآمد و طردکننده است؛ و اصلاح این تعامل می‌تواند راهکاری برای درمان و یا پیشگیری از علامت‌های جسمی-کارکردی در کودکان باشد (سلیمانی‌نیا، بهرامی احسان و قربانی؛ ۱۳۹۶). بنابراین این سؤال مطرح می‌شود که: «آیا بکارگیری روش مداخله مبتنی بر تقویت ظرفیت‌های تعاملی مادر و کودک، علامت‌های جسمی کارکردی در کودکان را کاهش می‌دهد؟». آزمون این فرضیه، هدف اصلی پژوهش حاضر را تشکیل داده است.

برنامه‌های درمانی و آموزشی بسیاری مبتنی بر تعامل مادر-کودک و با اهداف گوناگون طراحی شده‌اند از جمله: روان درمانی والد - کودک^۱ (TPP) (لیبرمن^۲، ۱۹۹۲)، برنامه مادر و کودک^۳ (MTP) (ساجمن^۴ و همکاران، ۲۰۱۰)، در نظر گرفتن طفل (اسلید^۵، ۲۰۰۵)، درمان مبتنی بر تعامل والد-کودک (PCIT)^۶ (هرشل^۷ و دیگران، ۲۰۰۲)، مداخله چرخه امنیت (کوپر، هافمن، پاول و ماروین^۸، ۲۰۰۲)، بسته تماشا، انتظار و حیرت^۹ (WWW) (کوهن، لوچکاسک و میر^{۱۰}؛ ۱۹۹۸)، درمان مداخله‌ی ویدئویی^{۱۱} (VIT) (دونینگ^{۱۲}، ۲۰۰۸) و روش «ابتکارات من»^{۱۳} (آرتز، ۲۰۰۲). در این میان روش «ابتکارات من» که اساس آن بر توانایی‌های خود شخص و یادگیری استفاده بهینه از ظرفیت‌های خود گذاشته می‌شود، به‌هدف مطالعه حاضر برای طراحی مداخله نزدیک‌تر است. در این روش با تکیه بر نظریه‌های روان‌شناسی تحولی، نظریه یادگیری اجتماعی، روان‌شناسی بوم‌شناختی، رویکردهای سیستمی و همچنین نظریه‌های ارتباطی، والدین تشویق می‌شوند تا براساس مشاهدات و توجه به تعاملات خودشان با کودک و نیازهای ارتباطی کودک، بهترین تسهیل ممکن برای ظرفیت‌های کودکشان را فراهم کنند (آرتز، ۲۰۰۸). براین اساس از تحلیل فیلم ضبط شده از خود افراد استفاده می‌گردد تا تشخیص داده شود که کودک چه نوع حمایتی را نیاز دارد و چگونه بزرگسال می‌تواند کودک را در فرایند رشد طبیعی‌اش حمایت کند. درواقع، تقویت ظرفیت‌های تعاملی مادر و کودک براساس الگو و ساختار تعامل مادر-کودک در کودکان دارای علامت‌های جسمی کارکردی، ایده اصلی پژوهش حاضر را تشکیل داده است. روش درمانی مذکور که از روش «ابتکارات من» الهام گرفته، به‌منظور بکارگیری در درمان علامت‌های جسمی کارکردی کودکان اختصاصی شده است.

روش

طرح تحقیق حاضر، از نوع طرح‌های موردی و به‌عبارت دقیق‌تر از نوع طرح A-B است. در این نوع طرح‌ها پژوهش‌گر به‌بررسی تأثیر یک متغیر بر متغیر دیگر می‌پردازد، اما بررسی اثرهای متغیر بر یک یا چند

^۱. Toddler-parent psychotherapy

^۲. Liberman

^۳. Mother and toddler program

^۴. Suchman

^۵. Slade

^۶. Parent-Child Interaction Therapy

^۷. Herschell

^۸. Cooper; Hoffman; Powell & Marvin

^۹. Watch, Wait and Wonder (WWW)

^{۱۰}. Cohen, Lojkasek & Muir

^{۱۱}. Video intervention therapy (VIT)

^{۱۲}. Downing

^{۱۳}. Marte Meo

روش درمانی مبتنی بر تعامل مادر - کودک برای علامت‌های جسمی - کارکردی در کودکان

آزمودنی متمرکز است. هرچند که در این نوع طرح‌ها ممکن است چندین آزمودنی مورد مطالعه قرار گیرند، اما داده‌ها برای هریک از آزمودنی‌ها جداگانه تحلیل می‌شود. این تحقیق با روش مطالعه موردی چندگانه انجام شده است.

جامعه نمونه و روش نمونه‌گیری: جامعه آماری پژوهش، کودکان پیش‌دبستانی ۵ تا ۷ ساله منطقه ۲ شهر تهران هستند که براساس معیارهای تحقیق دارای علامت‌های جسمی کارکردی هستند. از میان ۲۰ زوج مادر-کودک که به یک مرکز خصوصی مراجعه کرده و واجد معیارهای مشکلات جسمی - کارکردی بودند، ۳ کودک به شکل تصادفی به عنوان نمونه مورد پژوهش انتخاب شدند. شرایط ورود به مطالعه عبارت بود از: دامنه سنی ۵ تا ۷ سال برای کودک، دارا بودن علامت‌های جسمی کارکردی براساس مقیاس مورد مطالعه، امکان حضور مادر و کودک با هم در موقعیت پژوهش و موافقت برای ضبط ویدئویی تعاملات-شان، داشتن ساختار خانوادگی نرمال متشکل از پدر، مادر و فرزند. معیارهای عدم ورود به مطالعه نیز شامل این موارد بود: وجود بیماری جسمی در کودک که علامت‌های بدنی وی را توجیه کند، وجود نقص یا معلولیت جسمی در مادر و یا کودک، وجود اختلال جدی روان‌پزشکی و یا اعتیاد در مادر، کودک و یا سایر اعضای خانواده، وجود آشفتگی از لحاظ ساختار خانوادگی نظیر طلاق یا فوت یکی از اعضای خانواده، دریافت هرگونه درمان، آموزش و یا مداخله موازی با پژوهش، داشتن مراقبین اولیه مهم غیر از والدین مثل مادربزرگ یا پرستار، وجود بحران یا رخداد آسیب‌زای حاد طی شش ماه گذشته برای کودک و خانواده وی.

در ادامه مشخصات و وضعیت جسمی سه نمونه مورد مطالعه آورده شده است (به منظور رعایت اصول رازداری و اخلاق پژوهش، اسامی کودکان واقعی نیستند):

کودک اول؛ مایسا

مایسا دختری ۵/۵ ساله است، سن مادر: ۳۴ سال، سن پدر: ۳۷ سال، تحصیلات مادر: کارشناسی، تحصیلات پدر: کارشناسی، وضعیت اشتغال مادر: شاغل تمام وقت، وضعیت اقتصادی اجتماعی خانواده: متوسط، ترتیب تولد: اول، تعداد خواهر یا برادر: ندارد. شکایات جسمی کودک طی یک سال گذشته براساس چک لیست مورد مصاحبه عبارت بوده‌اند از: سردرد و درد یا تنش در گردن و شانه‌ها، درد در مفاصل و پاها، تپش قلب (بدون این که تحرک زیاد وجود داشته باشد)، خشکی دهان و گلو، و یبوست. مشکل شب‌اداری (خیس کردن شلوار یا رختخواب حداقل دوبار در ماه در طول سه ماه گذشته) نیز گزارش نشده است. مایسا به گزارش والدینش، طی سه ماه گذشته (قبل از مداخله) علامت‌های جسمی - کارکردی زیادی را با شدت متوسط تا شدید تجربه کرده است و این مشکلات منجر به مراجعه وی به پزشک (یک بار)، مصرف مسکن‌ها (۵ بار) و غیبت از مهد کودک (۳ روز) شده است. بارزترین علامت جسمی - کارکردی در مایسا، از لحاظ فراوانی، یبوست، و از لحاظ میزان ناراحتی و درماندگی ایجاد شده برای کودک، درد مفاصل و پاها بوده است.

کودک دوم؛ سپنتا

سپنتا پسری ۶/۵ ساله است. سن مادر: ۳۷ سال، سن پدر: ۴۲ سال، تحصیلات مادر: دکتری، تحصیلات پدر: دکتری، وضعیت اشتغال مادر: شاغل تمام وقت، وضعیت اقتصادی اجتماعی خانواده: خوب، ترتیب تولد: اول، تعداد خواهر یا برادر: ندارد. شکایات جسمی کودک طی یک سال گذشته براساس چک لیست مورد مصاحبه عبارت بوده‌اند از: درد و احساس سوزش یا ناراحتی در شکم، درد در مفاصل دست یا پاها،

تهوع و استفراغ، و اسهال. گزارش شده است که کودک طی سه ماه گذشته ۸-۷ بار مشکل شب ادراری داشته است. براساس گزارش والدین سپنتا، او طی سه ماه گذشته (قبل از مداخله) علامت‌های جسمی-کارکردی زیادی را با شدت متوسط تا شدید تجربه کرده است و این مشکلات منجر به مراجعه وی به پزشک (۳ بار)، مصرف مسکن‌ها (۶-۵ بار) و غیبت از مهد کودک (۶-۵ روز) شده است. بارزترین علامت جسمی-کارکردی در سپنتا، مشکلات گوارشی شامل درد و ناراحتی در شکم، تهوع و استفراغ و اسهال بوده است.

کودک سوم، بیتا

بیتا دختری ۷ساله است. سن مادر: ۳۶ سال، سن پدر: ۴۰ سال، تحصیلات مادر: کارشناسی، تحصیلات پدر: کارشناسی، وضعیت اشتغال مادر: خانه‌دار، وضعیت اقتصادی اجتماعی خانواده: خیلی خوب، ترتیب تولد: اول، تعداد خواهر یا برادر: یک برادر ۳ ساله. شکایات جسمی کودک طی یک سال گذشته براساس چک لیست مورد مصاحبه عبارت بوده‌اند از: سردرد و درد پا تنش در گردن و شانه‌ها، احساس درد شناور یا حرکت-کننده در بدن، احساس سردی دست‌ها یا پاها (درحالی‌که وقتی لمس شوند سرد نباشند)، تهوع و استفراغ، احساس سنگینی یا فشار در سر. گزارش شده است که کودک طی سه ماه گذشته ۶ بار مشکل شب ادراری داشته است. به گزارش والدین بیتا، وی طی سه ماه گذشته (قبل از مداخله) علامت‌های جسمی-کارکردی زیادی را با شدت کم تا شدید تجربه کرده است و این مشکلات منجر به مراجعه وی به پزشک (۲ بار)، مصرف مسکن‌ها (۵ بار) و غیبت از مهد کودک (۲ روز) شده است. بارزترین علامت جسمی-کارکردی در بیتا، تهوع و استفراغ بوده است.

ابزار

ارزیابی روانپزشک: ارزیابی به این صورت انجام پذیرفت که ابتدا با روش مثلث‌سازی، کودکان مورد مطالعه از لحاظ نوع و شدت علامت‌های جسمی کارکردی توسط سه روانپزشک مورد معاینه و ارزیابی قرار گرفتند. طبقه‌بندی کودکان براساس مقوله‌های «دارای علامت»، «فاقد علامت» و «احتمالا واجد علامت» صورت گرفت و میزان همخوانی این ارزیابی‌ها با پرسشنامه علامت‌های جسمی کارکردی، خط پایه‌ای برای سایر ارزیابی‌ها در طول برنامه و بعد از آن شد.

مصاحبه ارزیابی جسمی^۱: به صورت مصاحبه نیمه‌ساختاریافته با والدین و به شکل فردی اجرا می‌شود و طی سالهای ۲۰۰۵ تا ۲۰۰۷ ساخته و استانداردسازی شده است (راسک، ۲۰۰۹). مقیاس مورد نظر پیش از به‌کارگیری در جمعیت ایرانی، از نظر ویژگی‌های روانسنجی مورد ارزیابی قرار گرفت. نتایج نشان داد که ضریب پایایی پرسشنامه با دو روش بازآزمایی و ضریب توافق بین ارزیابان به ترتیب ۰/۸۹ و ۰/۹۲ بود که در حد رضایت‌بخش مورد تایید قرار گرفت. روایی ملاکی پرسشنامه از طریق همبستگی نتایج پرسشنامه با ارزیابی روانپزشک ۰/۵۹ محاسبه شد که ضریب روایی قابل قبول برای پرسشنامه مذکور می‌باشد. همچنین حساسیت و ویژگی پرسشنامه براساس صحت پیش‌بینی مثبت‌ها و منفی‌های حقیقی در تشخیص علامت‌های جسمی کارکردی کودکان به ترتیب ۰/۸۷ و ۰/۷۸ به دست آمد (سلیمانی‌نیا، بهرامی و قربانی، ۱۳۹۶).

^۱ Soma Assessment Interview (SAI)

طراحی و اجرای روش درمانی

همان‌طور که اشاره شد، مطالعه‌ای که پیش از تحقیق حاضر به‌منظور کشف ساختار تعامل مادر-کودک در کودکان دارای علامت‌های جسمی کارکردی انجام شد، این تعامل را در هفت مقوله جای داد، شامل: حضور و مشارکت/ عدم درهم‌آمیختگی؛ پیوندجویی/ دوری‌گزینی؛ حساسیت و پاسخگو بودن/ نادیده‌انگاری و طرد؛ آزادی عمل و گسترش تجربه/ کنترل، مداخله و محدودسازی؛ هم‌آهنگی و توافق/ ناهم‌آهنگی و تضاد؛ عواطف و هیجانات مثبت/ عواطف و هیجانات منفی؛ انگیزش و تحسین/ سرزنش و تحقیر. به‌استثنای پیوندجویی، در سایر مقوله‌ها بعد منفی نسبت به‌بعد مثبت آن با فراوانی بیشتری در تعامل مادر-کودک رخ داده و نادیده‌انگاری و طرد و عدم درهم‌آمیختگی شایع‌ترین رفتارها در تعامل بوده‌اند (سلیمانی‌نیا، بهرامی احسان و قربانی؛ ۱۳۹۶). این داده‌ها و ساختار به‌دست آمده از تعامل مادر-کودک در کودکان دارای علامت‌های جسمی کارکردی، مبنایی برای طراحی مداخله و بررسی‌های بعدی در پژوهش حاضر شد و اهداف زیر در دستور کار مداخله قرار گرفت:

۱- ارتقاء شناخت مادر نسبت به‌نشانه‌های جسمی کارکردی و ارتباط این نشانه‌ها در کودک با تعامل مادر-کودک

۲- ترغیب مادران برای اصلاح مشکلات تعاملی با فرزندشان و همکاری در برنامه به‌منظور کمک به بهبودی مشکلات جسمی کارکردی کودک

۳- گسترش بینش مادر نسبت به‌نیازها و خواسته‌های کودک و آشنایی با دنیای کودک

۴- معرفی مقوله‌های مهم در تعامل مادر-کودک و شناخت بعد مثبت و منفی هر یک و تأثیر آنها روی سلامت کودک

۵- ترسیم الگوی ناکارآمد تعامل مادر-کودک براساس تحلیل ویدیویی تعاملات ضبط شده و آگاه ساختن آنها نسبت به نارسایی‌های تعامل خود با فرزندشان

۶- تثبیت بینش ایجاد شده در مادران و تقویت همکاری آنها در بهبود تعامل با کودک‌شان و کمک به حفظ تغییرات ایجاد شده

بدین ترتیب با مدنظر قراردادن اهداف مذکور به‌تدوین مدل اولیه مداخله درمانی پرداخته شد. سپس طی جلساتی با متخصصان روان‌شناسی و روان‌درمانی، برنامه تدوین شده مورد بررسی، بازبینی و اصلاح قرار گرفت. به‌منظور ارزیابی اعتبار اولیه، طرح درمان در اختیار سه متخصص این حوزه قرار داده شد، تا از لحاظ صحت محتوا و کفایت آن، مناسب بودن برای گروه هدف و همچنین انطباق با اهداف پژوهشی و درمانی موردنظر بررسی شود. بنابراین با استفاده از روش مثلث‌سازی میان نظرات ارزیابان، در مورد محتوای طرح درمان و ساختار و کیفیت جلسات اجماع نظر حاصل گردید. در مرحله بعد، و قبل از اجرای اصلی روی نمونه‌های مورد پژوهش، برنامه طراحی شده به‌شکل مقدماتی روی یک زوج مادر-کودک که به‌طور تصادفی از گروه تحقیق انتخاب شد، اجرا گردید تا از نظر امکان و سهولت اجرا بررسی و نواقص مربوطه رفع گردد. در نهایت با توجه به‌مراحل طی شده، برنامه هم‌آهنگ‌سازی مادر-کودک با هدف کاهش مشکلات جسمی کارکردی کودکان از طریق اصلاح تعامل مادر-کودک آماده اجرا گردید. این برنامه بنا به‌نیاز هر زوج مادر-کودک و میزان پیشرفت در دستیابی به‌اهداف، شامل ۵ تا ۶ جلسه ۴۵ تا ۶۰ دقیقه‌ای است که به‌صورت هفته‌ای یک بار و به‌شکل انفرادی به‌مادران ارائه می‌گردد. در این برنامه، مؤلفه‌های درمان متناسب با نیازهای

خاص هر زوج مادر-کودک، براساس ارزیابی‌های اولیه و الگوی تعامل مشاهده‌شده در ویدئوی ضبط شده از مادر و کودک استخراج می‌گردد. رویکرد درمانی به‌شکل روانی آموزشی است و درمانگر در نقش اصلاح-کننده‌ی نارسایی‌های تعامل مادر-کودک عمل می‌کند. مداخله به‌این شکل اجرا می‌شود که طی جلساتی که با مادران گذارده می‌شود، بخش‌هایی از فیلم خودشان که براساس ملاک‌های تعاملی به‌دست آمده در بخش اول تحقیق حائز اهمیت و بازبینی هستند، انتخاب‌شده و در جلسه به‌نمایش در می‌آیند. این بخش‌ها متمرکز بر نقاط قوت رفتارهای مادر و نیازهای خاص کودک و برجسته‌سازی توانمندی آنها در داشتن تعامل مثبت‌تر خواهد بود. هدف کلی پسخوراند ویدئویی کمک به‌مادر است تا از نیازها و تجارب خود آگاه شده و درضمن بتواند درک مناسبی نسبت به‌نیازها و تجارب کودک بیابد. بدین ترتیب بخش‌های مثبت مقوله‌ها تأیید و بخش‌های منفی اصلاح می‌گردند. در پایان هر جلسه مادر تکالیفی برای تمرین آموزش‌ها در سایر موقعیت‌های روزمره دریافت می‌کند. معمولاً یک جلسه‌ی حمایت‌کننده برای سه ماه بعد برنامه‌ریزی می‌شود که در صورت نیاز ممکن است زودتر برگزار شود. همچنین ممکن است جلسات تحکیم‌کننده اضافی جهت افزایش ماندگاری آموزش‌ها و یا بیان مشکلاتی که کودک یا مادر در زمان روبارویی با چالش‌های جدید با آنها روبرو می‌شوند، برنامه‌ریزی شود.

سه کودک مورد مطالعه ابتدا توسط روان‌پزشک از لحاظ نوع و شدت علامت‌های جسمی کارکردی مورد معاینه و ارزیابی قرار گرفتند، مصاحبه ارزیابی جسمی کودک با مادران آنها انجام شد، و تعامل مادر-کودک در آنها ضبط گردید تا اطلاعات خط پایه برای هر نمونه به‌دست آید. سپس مادران به‌صورت انفرادی ۵ جلسه در برنامه شرکت کردند و در پایان برنامه بار دیگر در همان فضای قبلی پژوهش، تعامل مادر-کودک ضبط گردید تا بتوان تأثیر آموزش‌ها روی تغییر روند تعامل مادر-کودک را مورد مشاهده و ارزیابی قرار داد. ارزیابی روان‌پزشک و مصاحبه ارزیابی جسمی نیز یک ماه پس از پایان مداخله و بار دیگر بعد از گذشت سه ماه از مداخلات، صورت گرفت و مقایسه نتایج، میزان اثربخشی مداخله را مشخص نمود.

نتایج

میزان اثرگذاری مداخله روی تعامل مادر-کودک، از طریق مقایسه فراوانی مقوله‌های مختلف تعامل، قبل و بعد از اجرای برنامه به‌تفکیک سه کودک مورد مطالعه در جدول شماره ۱ نشان داده شده است. همان‌طور که مشاهده می‌گردد مداخله‌ی صورت گرفته، همه مقوله‌های تعامل مادر-کودک را تحت تأثیر قرار داده است. همچنین در هر سه مورد مشاهده می‌شود که پس از مداخله، ابعاد مثبت تعامل مادر-کودک افزایش و ابعاد منفی تعامل آنها کاهش داشته است. نگاهی به‌میانگین درصدتغییرات مقوله‌های تعامل مادر-کودک نشان می‌دهد مقوله‌هایی که بیشترین تأثیر را از مداخله پذیرفته‌اند به‌ترتیب «انگیزش و تحسین» (۱۵۶ درصد)، عواطف و هیجانات مثبت (۱۰۴ درصد) و هم‌آهنگی و توافق (۹۸ درصد) بوده‌اند و مقوله پیوندجویی (۱۰ درصد) کمترین اثرپذیری را از مداخله داشته است. با احتساب میانگین درصد تغییرات مقوله‌های تعامل مادر-کودک به‌تفکیک ابعاد مثبت و منفی درمی‌یابیم که مداخله توانسته است ابعاد مثبت تعامل را ۷۳ درصد افزایش و ابعادمنفی تعامل ۶۰ درصد کاهش دهد. بنابراین نتیجه می‌گیریم که به‌طور کلی درصد تغییرات رو به‌بهبود تعامل مادر-کودک پس از مداخله ۶۶/۵ درصد بوده است.

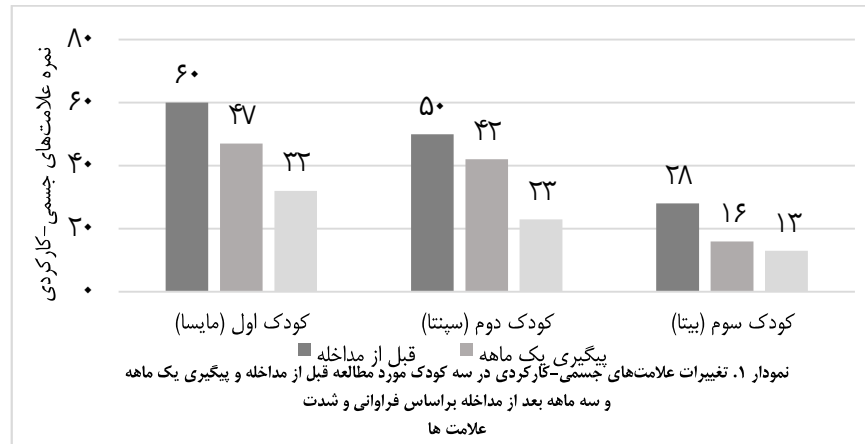
جدول ۱. فراوانی مقوله‌های تعامل مادر-کودک قبل و بعد از مداخله و درصد تغییرات آنها به تفکیک کودکان

میانگین درصد تغییر	مورد مطالعه											
	کودک اول (مایسا)			کودک دوم (سینتا)			کودک سوم (بیتا)			مقوله‌ها		
	قبل از مداخله	بعد از مداخله	درصد تغییر	قبل از مداخله	بعد از مداخله	درصد تغییر	قبل از مداخله	بعد از مداخله	درصد تغییر			
۲۷	۲۵	+۲۹٪	۲۹	۴۱	+۴۱٪	۱۹	۲۸	+۴۷٪	۲۹	↑	حضور و مشارکت	
۲۴	۱۵	-۳۷٪	۳۰	۱۴	-۵۲٪	۳۶	۲۰	-۴۴٪	۴۵	↓	عدم درهم آمیختگی	
۲۸	۳۰	+۷٪	۳۲	۳۶	+۱۲٪	۲۵	۲۸	+۱۲٪	۱۰	↑	پیوندجویی	
۳	۱	-۶۶٪	۴	۲	-۵۰٪	۴	۳	-۲۵٪	۲۷	↓	دوری‌گزینی	
۲۰	۳۵	+۷۵٪	۳۵	۳۲	+۲۰٪	۲۵	۳۴	+۳۶٪	۲۸	↑	حساسیت و پاسخ‌گویی	
۵۴	۱۵	-۷۲٪	۴۲	۱۱	-۶۹٪	۵۱	۱۷	-۶۶٪	۶۹	↓	نادیده‌نگاری و طرد	
۲۴	۳۶	+۴۵٪	۲۱	۲۸	+۸۰٪	۱۶	۲۷	+۶۸٪	۶۴	↑	آزادی عمل و گسترش تجربه	
۲۴	۱۲	-۵۰٪	۶۹	۲۱	-۶۹٪	۱۳	۷	-۴۶٪	۵۵	↓	کنترل، مداخله و محدودسازی	
۲۰	۳۸	+۹۰٪	۲۹	۴۰	+۳۸٪	۶	۱۶	+۱۶۶٪	۹۸	↑	هماهنگی و توافق	
۲۴	۸	-۶۶٪	۷۸	۲۵	-۶۸٪	۱۶	۸	-۵۰٪	۶۱	↓	ناهماهنگی و تضاد	
۱۱	۳۱	+۱۸۱٪	۲۴	۳۸	+۵۸٪	۱۲	۲۱	+۷۵٪	۱۰۴	↑	عواطف و هیجانات مثبت	
۱۲	۴	-۶۶٪	۲۲	۹	-۵۹٪	۲۲	۹	-۵۹٪	۶۱	↓	عواطف و هیجانات منفی	
۶	۱۸	+۲۰۰٪	۶	۱۵	+۱۵۰٪	۵	۱۱	+۱۲۰٪	۱۵۶	↑	انگیزش و تحسین	
۹	۱	-۸۸٪	۱۵	۲	-۸۶٪	۱۹	۴	-۷۹٪	۸۴	↓	سرزنش و تحقیر	

تأثیر بهبود تعامل مادر-کودک بر علامت‌های جسمی-کارکردی کودکان طی دو مرحله پیگیری یک ماهه و سه ماهه بررسی گردید و یافته‌ها نشان داد که علامت‌های جسمی-کارکردی کودکان به دنبال بهبود تعامل مادر-کودک کاهش یافته است. جدول شماره ۲ این تغییرات را به تفکیک سه نمونه مورد مطالعه نشان می‌دهد. نمودار شماره ۱ نیز وضعیت سه کودک مورد مطالعه از نظر کاهش فراوانی و شدت علامت‌های جسمی کارکردی و نمودار شماره ۲ وضعیت آنها از نظر تأثیر علامت‌های جسمی-کارکردی بر روی عمل کرد کودک و میزان ناراحتی و آشفتگی کودک به واسطه این علامت‌ها را به نمایش گذاشته‌اند که نشانگر سیر رو به بهبود هر سه کودک در این زمینه‌ها پس از مداخله می‌باشد.

جدول ۲. وضعیت علامت‌های جسمی-کارکردی سه کودک مورد مطالعه در دامنه زمانی یک ماهه قبل از مداخله و پیگیری یک ماهه و سه ماهه بعد از مداخله

وضعیت جسمی کودک به گزارش والدین	کودک اول (مایسا)			کودک دوم (سینتا)			کودک سوم (بیتا)		
	قبل از مداخله	پیگیری یک ماهه	پیگیری سه ماهه	قبل از مداخله	پیگیری یک ماهه	پیگیری سه ماهه	قبل از مداخله	پیگیری یک ماهه	پیگیری سه ماهه
وضعیت جسمی کودک به گزارش والدین	بد	متوسط	خیلی بد	بد	متوسط	بد	متوسط	خوب	خوب
نمره علامت‌های جسمی-کارکردی	۶۰	۴۷	۳۲	۵۰	۴۲	۲۳	۲۸	۱۶	۱۳
دفعات مراجعه به پزشک به خاطر شکایت‌ها	۱ بار	-	-	۲ بار	۱ بار	۱ بار	۱ بار	۱ بار	-
دفعات مصرف مسکن به خاطر شکایت‌ها	۳ بار	۳ بار	۱ بار	۵ بار	۴ بار	۲ بار	۲ بار	۳ بار	۲ بار
غیبت از فعالیت‌های آموزشی یا اجتماعی به خاطر شکایت‌ها	۲ روز	۲ روز	-	۳ روز	۲ روز	۲ روز	۱ روز	۱ روز	-



بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش‌هایی که در زمینه مداخلات دل‌بستگی محور یا تعامل مادر-کودک صورت گرفته‌اند، عمدتاً در حوزه‌های روان‌شناختی غیر از حوزه روان‌شناسی سلامت انجام شده‌اند. تحقیقات قبلی در ایران که اصلاح تعامل مادر-کودک را مدنظر قرار داده‌اند، تاکنون روی نشانه‌های جسمی-کارکردی کودکان تمرکز نکرده‌اند. براین اساس مداخله مورد استفاده در پژوهش حاضر را می‌توان اولین الگوی مداخله مبتنی بر تعامل مادر-کودک معرفی نمود که به‌طور اختصاصی جهت کاربرد در مشکلات جسمی-کارکردی کودکان طراحی شده است. همچنین مطالعه حاضر، اولین پژوهش بالینی برای ارزیابی مقدماتی اثربخشی این مدل بوده است.

نتایج پژوهش حاضر هم‌راستا با بسیاری مطالعات که اثرات مداخلات مادر-کودک در مشکلات مختلف جسمی-کارکردی کودکان را ثابت کرده‌اند (هیویک^۱ و همکاران، ۲۰۱۵؛ بیرزینا^۲، ۲۰۱۱؛ هکلر، بلنکنبرگ، داب، کاسفلدر، هابنر و زرینکو^۳، ۲۰۱۰؛ پالرمو، ویلسون، پیترز، لیواندوسکی و سامهگی^۴، ۲۰۰۹) نشان داد که درمان مبتنی بر تعامل مادر-کودک می‌تواند علامت‌های جسمی-کارکردی کودکان را کاهش دهد. آنچه که روش درمانی حاضر را نسبت به سایر روش‌های قبلی برجسته و اثربخش‌تر می‌سازد آن است که روش مذکور با نیازها و مشکلات تعاملی هر زوج مادر-کودک متناسب شده و به‌طور اختصاصی نقاط ضعف و قوت آنها را نشانه می‌گیرد و همانند سایر روش‌ها صرفاً به آموزش‌های کلیشه‌ای به مادران محدود نمی‌گردد.

از آنجایی که بیماران مبتلا به نشانه‌های جسمی کارکردی اغلب با عنوان «دشوار برای درمان» در نظر گرفته می‌شوند (فیشهاف و وسلی^۵، ۲۰۰۳) و دارای سابقه‌ای از درمان‌های شکست خورده هستند، روش درمانی حاضر از این جهت نیز می‌تواند ارزشمند باشد که توسط مادر و در محیط طبیعی کودک انجام می‌شود. مطالعات تطبیقی نیز نشان داده‌اند که برنامه‌هایی که بر محیط طبیعی کودک متمرکز هستند (از جمله آموزش محیطی^۶، مدل ماند^۷، آموزش پاسخ مؤثر^۸، آموزش والدین^۹، ابتکارات من، و غیره)، مؤثرتر از مداخلات و تکنیک‌های رفتاری ساختاریافته هستند. مفاهیمی که در محیط طبیعی کودکان شکل می‌گیرند، بهتر به سایر موقعیت‌ها تعمیم پیدا می‌کنند (باریسویل-رویلر^{۱۰}، ۲۰۱۲). از سوی دیگر این مداخلات هرچند روش‌های ارزشمند و اثربخشی در ارتقای تعامل مادر و کودک به حساب می‌آیند، اما از آنجایی که لازمه آنها ورود به محیط زندگی یا منزل افراد می‌باشد، نیازمند وقت، انرژی و هزینه زیادی هستند. معمولاً فراهم‌سازی چنین شرایطی هم برای خانواده‌ها و هم سیستم درمانی به‌سادگی امکان‌پذیر نخواهد بود. اما مداخله حاضر که اجرای آن در یک محیط آزمایشگاهی یا کلینیکی صورت می‌گیرد، می‌تواند برای گروه‌های بیشتر و با هزینه و زمان کمتری بکارگرفته شود. باکرمن کرانبرگ و همکاران (۲۰۰۸) نیز برنامه‌های دل‌بستگی محور مختصر و متمرکز بر رفتار که به آموزش والدین می‌پردازند را اثربخش‌ترین نوع مداخلات معرفی کرده‌اند.

از آنجایی که همواره تأکید بیشتر سیستم سلامت بر پیشگیری بوده است، و از طرف دیگر، درمان فردی کودکان دارای مشکلات جسمی کارکردی، طولانی، پرهزینه و همچنین در مواردی ناکام‌کننده است، برنامه مبتنی بر تعامل مادر-کودک را می‌توان در سطح وسیع‌تر و به‌منظور پیشگیری از مشکلات جسمی-کارکردی در کودکان بکار گرفت. همچنین از آنجایی که تعامل مادر-کودک در فرهنگ‌های مختلف به‌شکلی متفاوت تفسیر و بررسی می‌شود، توجه به تفاوت‌های فرهنگی به‌ویژه در بکارگیری شیوه‌های درمانی تعامل-مدار ضروری است. هرچند بسیاری از جنبه‌های تعامل مادر-کودک جهان شمول است اما چون پویایی‌های

^۱. Hoivik

^۲. Birzina

^۳. Hechler, Blankenburg, Dobe, Kosfelder, Hubner, Zernikow

^۴. Palermo, Wilson, Peters, Lewandowski, Somhegyi

^۵. Fischhoff & Wessely

^۶. Mileu Teaching

^۷. Mand- Model

^۸. Pivotal Response Training

^۹. Parent Training

^{۱۰}. Baeriswyl-Rouiller

روابط خانوادگی و اجتماعی و همچنین شیوه‌های فرزندپروری وابسته به فرهنگ جامعه مورد مطالعه ممکن است متفاوت باشد، در تعمیم داده‌ها به سایر جوامع بهتر است احتیاط لازم صورت بگیرد. از جمله محدودیت‌های پژوهش حاضر استفاده از تعداد محدود آزمودنی و نداشتن گروه کنترل است. پیشنهاد می‌گردد در پژوهش‌های بعدی با استفاده از تحقیق آزمایشی و با حجم نمونه کافی اثربخشی مداخله به شکل دقیق‌تر مورد بررسی قرار گرفته و زمینه برای مقایسه‌ی آن با سایر روش‌های درمانی معمول نظیر دارودرمانی، درمان شناختی-رفتاری، درمان‌های مبتنی بر خانواده و همچنین درمان‌های ترکیبی فراهم گردد. همچنین انجام مداخلات بالینی بر روی کودکان همزمان با آموزش مادران آنها می‌تواند اثربخشی مداخله را افزایش داده و نتایج بهتری فراهم کند که می‌تواند پیشنهادی برای تحقیقات بعدی باشد. به دلیل حجم کم نمونه در مطالعه حاضر، امکان تفکیک کودکان براساس انواع مشکلات جسمی-کارکردی وجود نداشت و لذا این مشکلات به طور کلی مورد مطالعه قرار گرفته است. پیشنهاد می‌شود که پژوهش‌های بعدی سنجش میزان اثربخشی روش درمانی مورد استفاده در تحقیق حاضر برای انواع مشکلات جسمی-کارکردی و تفاوت‌های آنها را بررسی کنند. در اغلب مطالعات، پیگیری‌های ۶ ماهه و ۱۲ ماهه اثرات درمان‌های خانوادگی روی مشکلات روان‌تنی کودکان را پایدار نشان داده شده است. لذا مطالعات بعدی می‌توانند پیگیری‌های بلندمدت-تر از آنچه در پژوهش حاضر صورت گرفته را مدنظر قرار دهند.

تقدیر و تشکر

این مقاله بخشی از پژوهشی است تحت عنوان: «نقش تعامل مادر-کودک در علامت‌های جسمی-کارکردی کودکان و طراحی و ارزیابی مقدماتی روش مداخله مبتنی بر این تعامل بر کاهش علامت‌ها» که به حمایت مالی پژوهشکده خانواده دانشگاه شهید بهشتی انجام شده است.

منابع

- Aarts, M. (۲۰۰۲). *The Marte Meo Programme for Autism (Six Information Sessions on How to Stimulate Social and Emotional Development)*. The Netherlands: Aarts Productions. DVD ۶۵ min.
- Aarts, M. (۲۰۰۸). *Marte Meo. Basic Manual, Revised* (۲nd ed). The Netherlands: Aarts Productions.
- Beck, J. E. (۲۰۰۸). A developmental perspective on functional somatic symptoms. *Journal of Pediatric Psychology*, ۳۳, ۵۴۷-۵۶۲.
- Birzina, E. (۲۰۱۱). The change of mother-child interaction and preschool children externalizing behavior problems during the Marte Meo therapy. *European conference on developmental psychology*, ۱۵th. ۲۳-۲۷ august ۲۰۱۱, Bergen, Norway.
- Cooper, G., Hoffman, K., Powell, B., & Marvin, R. (۲۰۰۵). The Circle of Security intervention: Differential diagnosis and differential treatment. In L. J. Berlin, Y. Ziv, L. M. Amaya-Jackson, & M. T. Greenberg (Eds.). *Enhancing early attachments: Theory, research, intervention, and policy* (pp. ۱۲۷-۱۵۱). New York, NY: Guilford Press.
- Dadsetan, P. (۲۰۰۳). Stress, A new disease of civilization. Tehran, Roshd publication. [Persian]
- Downing, G. (۲۰۰۸). A different way to help. In: Fogel A, King BJ, Shanker SG, editors. *Human development in the twenty-first century: visionary ideas from systems scientists*. New York, NY, USA: Cambridge University Press.

Fischhoff, B., & Wessely, S. (۲۰۰۳). Managing patients with inexplicable health problems. *British Medical Journal*, ۳۲۶, ۵۹۵-۵۹۷.

Greenberg, D.B., Braun, I.M., Cassem, N.H. Functional somatic symptoms and somatoform disorders. In: Stern, T.A., Rosenbaum, J.F., Fava M., Biederman, J., Rauch, S.L, eds. *Massachusetts General Hospital Comprehensive Clinical Psychiatry* (1st ed). Philadelphia, Pa: Mosby Elsevier. Chap ۲۴.

Hechler, T., Blankenburg, M., Dobe, M., Kosfelder, J., Hubner, B., & Zernikow, B. (۲۰۱۰). Effectiveness of a multimodal inpatient treatment for pediatric chronic pain: A comparison between children and adolescents. *European Journal of Pain*, ۱۴ (۱), ۹۷ e۹۱-۹۹.

Kelly C, Molcho M, Doyle P, Gabhainn SN (۲۰۱۰). Psychosomatic symptoms among schoolchildren. *International Journal of Adolescent Medical Health*, ۲۲, ۲۲۹-۲۳۵.

Lumley, M.A. (۲۰۱۱). Beyond cognitive-behavioral therapy for fibromyalgia: Addressing stress by emotional exposure, processing, and resolution. *Arthritis Research and Therapy*, ۱۳, ۱۳۶.

Luyten, P., & Van Houdenhove, B. (۲۰۱۲). Common and specific factors in the psychotherapeutic treatment of patients suffering from chronic fatigue and pain disorders. *Journal of Psychotherapy Integration*, in press.

Luyten, P., van Houdenhove, B., Lemma, A., Target, M., Fonagy, P. (۲۰۱۲). A mentalization-based approach to the understanding and treatment of functional somatic disorders. *Psychoanalytic Psychotherapy*, ۲۶ (۲), ۱۲۱-۱۴۰.

Madrid, A. (۲۰۰۵/۲۰۰۶). Helping children with asthma by repairing maternal-infant bonding problems. *American Journal of Clinical Hypnosis*, ۴۸ (۲, ۳), ۱۹۹-۲۱۱.

Malouff, J. M., Thorsteinsson, E. B., Rooke, S. E., Bhullar, N., & Schutte, N.S. (۲۰۰۸). Efficacy of cognitive behavioral therapy for chronic fatigue syndrome: A metaanalysis. *Clinical Psychology Review*, ۲۸ (۵), ۷۳۶-۷۴۵.

Mohapatra, S., Deo, S. J. K. Satapathy, A., Rath, N. (۲۰۱۴). Somatoform disorders in children and adolescents. *German Journal of Psychiatry*, Vol ۱۷ (۱), ۲۰۱۴, ۱۹-۲۴.

Palermo, T. M., Wilson, A. C., Peters, M., Lewandowski, A., & Somhegyi, H. (۲۰۰۹). Randomized controlled trial of an Internet-delivered family cognitivebehavioral therapy intervention for children and adolescents with chronic pain. *Pain*, ۱۴۶, ۲۰۵- ۲۱۳.

Rief, W., Broadbent, E. (۲۰۰۷). Explaining medically unexplained symptoms-models and mechanisms. *Clin. Psychol. Rev.*, ۲۷, ۸۲۱-۸۴۱.

Sadock, B. J., Sadock, V. A. (۲۰۰۷). *Kaplan and Sadock's Synopsis of Psychiatry* (۱۰th Ed.) Philadelphia, PA: Lipincott Williams & Wilkins.

Slade A. Parental reflective functioning: An introduction. *Attach Hum Dev.* ۲۰۰۵; ۷ (۳): ۲۶۹-۲۸۱.

Soleimani Nia, L; Bahrami Ehsan, H; Ghorbani, N. (۲۰۱۷). Quality of Mother-Child Interaction in Children with Functional-Somatic Symptoms. Unpublished article (Persian).

Soleimani Nia, L; Bahrami Ehsan, H; Ghorbani, N; Hbibi, N. (۲۰۱۷). Evaluating Psychometric Characteristics of Soma Assessment Interview for Children. Unpublished article (Persian).

Vanaelst, B., Huybrechts, I., De Bourdeaudhuij, I., Bammann, K., Hadjigeorgiou, C., Eiben, G., Konstabel, K., Michels, N., Molnar, D., Moreno, L.A., Pigeot, I., Reisch, L., Siani, A., Vyncke, K., De Henauw S; on behalf of the IDEFICS Consortium. (۲۰۱۲). Prevalence of negative life events and chronic adversities in European pre- and primary-school children: results from the IDEFICS study. *Archives of Public Health*, ۷۰ (۱), ۲۶.

Van Borsel, J., Tetnnowski, J, A. (۲۰۰۷). Fluency disorder in genetic syndromes. *Journal of Fluency Disorders*, ۳۲ (۴): ۲۷۹-۲۹۶.

Witthöft, M., Hiller, W. (۲۰۱۰). Psychological approaches to origins and treatments of somatoform disorders. *Annual Review Clinical Psychology*, ۶, ۲۵۷-۲۸۳.