

«زن و مطالعات خانواده»

سال اول - شماره دوم - زمستان ۱۳۸۷

ص ص ۸۷-۱۰۴

رابطه اختلالات شخصیت مادران دانش آموزان دبستانی شهر تبریز در سال تحصیلی ۸۷-۸۸ با اختلال رفتاری ضد اجتماعی کودک

دکتر زینب خانجانی^۱

ژیلا ارغوانیان^۲

چکیده

هدف پژوهش حاضر تعیین رابطه بین اختلالات شخصیت مادران دانش آموزان دبستان‌های شهر تبریز در سال تحصیلی ۷۸-۸۸ و اختلال رفتاری ضد اجتماعی فرزندان آنها می‌باشد. نمونه آماری شامل ۱۰۹ دانش آموز دارای اختلال رفتاری از دبستان‌های شهر تبریز، و مادران همان دانش آموزان که به صورت غربالگری و نمونه‌گیری تصادفی خوشه‌ای انتخاب گردیدند. برای جمع‌آوری داده‌ها از پرسشنامه راتر فرم مربی و آزمون میلون سه استفاده شد. برای تحلیل داده‌ها از روش همبستگی پیرسون، رگرسیون گام به گام استفاده گردید. یافته‌های پژوهش نشان داد که از بین اختلالات شخصیت مادر، پنج اختلال شخصیت شامل پارانوئید، ضد اجتماعی، اسکیزوتایپی، مرزی و وابسته سهم مؤثر و معناداری در پیش بینی واریانس متغیر ملاک یعنی اختلال رفتاری ضد اجتماعی دارد. این یافته دال بر آن است که اختلالات شخصیت مادر به عنوان همبسته‌های مهم اختلال رفتاری ضد اجتماعی کودک سزاوار توجه بیشتری هستند.

واژه‌های کلیدی: اختلال شخصیت پارانوئید، اختلال شخصیت ضد اجتماعی، اختلال

شخصیت اسکیزوتایپی، اختلال شخصیت مرزی، اختلال شخصیت وابسته، اختلال رفتاری

- دانشیار روانشناسی

- کارشناس ارشد روانشناسی عمومی دانشگاه آزاد اسلامی تبریز (zhila_arghavanian@yahoo.co.uk)

مقدمه

دوران کودکی از مهمترین مراحل زندگی است. چنانکه اغلب اختلالات و ناسازگاری‌های رفتاری پس از دوران کودکی، ناشی از کمبود توجه به دوران حساس کودکی و عدم هدایت صحیح در روند رشد و تکامل است. این بی‌توجهی منجر به عدم سازش و انطباق با محیط و بروز انحرافات گوناگون در ابعاد مختلف برای کودک می‌شود (خزاعی، ۱۳۸۴). پژوهش‌ها نشان می‌دهد شیوع مشکلات رفتاری و خلقی مانند افسردگی، در کودکان غربی ده درصد گزارش شده است و در پژوهش‌های انجام شده در روسیه، مصر، و ایران نشان می‌دهد که آمار افسردگی کودکان در آنها بالاتر از کشورهای غربی (در حدود ۲۰ الی ۲۶ درصد) می‌باشد (سلطانی فر و بینا، ۱۳۸۶).

به دلیل اهمیت دوران کودکی در ایجاد بستر مناسب سلامت روانی برای بزرگسالی، ضرورت توجه به عوامل مؤثر بر مشکلات رفتاری و علل‌های بروز مداخلات روانی در سنین کودکی، ضرورت دارد تا از وخامت مشکلات روانی و رفتاری کودکان جلوگیری شود. اختلال‌های رفتاری کودکان شامل سطح بالایی از اضطراب، رفتارهای پرخاشگرانه، اختلال در خواب و سازگاری اجتماعی می‌باشد (داگلاس، ۱۳۷۶).

مادران به عنوان یکی از پایه‌های استوار خانواده، و به علت قرار داشتن در پایگاه عواطف خانوادگی، و از طرفی محدود بودن تاثیر مستقیم سیستم‌های مؤثر بر کودکان، بیشترین تأثیرات روانی را بر کودکان خود دارند. وجود نظریه‌های مختلف روانشناختی در دوران کودکی مانند نظریه دلبستگی (نقل از خانجانی، ۱۳۸۴)، نظریه‌های روانکاوی روابط موضوعی (نقل از دادستان، ۱۳۸۵) تأییدی بر این مدعی است.

حتی برخی از دانشمندان معتقدند که تقریباً تمام مسائل جدی کودکان از روابط منفی اولیه‌ای که بین مادر و کودک وجود دارد سرچشمه می‌گیرد (هالاها و کافمن، ۱۳۷۷). به نظر می‌رسد الگوهای پایدار از ویژگی‌های مختل شخصیتی در مادران، به واسطه ایجاد الگوی ثابت واکنش‌های تکراری در برابر

کودکان زمینه بروز اختلالات رفتاری را در آنها به وجود آورد، در همین زمینه پژوهشی نشان می‌دهد بین ویژگی‌های شخصیتی والدین و کودکان و اختلالات برونی سازی^۱ رابطه مستقیم وجود دارد. چنانکه ویژگی برون‌گرایی و تخیل^۲ کودکان رابطه مثبتی با اختلالات برونی سازی رفتاری کودکان دارد. همچنین ویژگی خیرخواهی^۳ و وجدان^۴ کودکان و ثبات هیجانی والدین با اختلالات برونی سازی رفتاری رابطه منفی دارد (پرینز^۵، اونژنا^۶، هلینکس^۷، گریتنس^۸، گشکویر^۹، کولپین^{۱۰}، ۲۰۰۳). رفتارهای پرخاشگرانه و ضد اجتماعی کودک ممکن است بیش از آنکه مربوط به بیش‌فعالی او باشد، مربوط به شیوه اداره و کنترل کودک توسط والدین و جو عاطفی خانه باشد و شیوه اداره و مدیریت فرزندان نیز تا حد زیادی متأثر از سلامت روانی و شخصیتی والدین آنها به ویژه مادر می‌باشد (داگلاس، ۱۳۷۶). پاتریشیا کوهن^{۱۱} (۲۰۰۸) در پژوهشی چنین عنوان شده است که کودکان دارای اختلال سلوک، در دوران بزرگسالی اغلب دچار اختلال شخصیت از نوع اسکیزوتایپال و یا اختلال شخصیت مرزی و ضد اجتماعی می‌گردند. کودکان دچار اختلال سلوک هنگام قرار گرفتن در معرض روان‌آسیبی والدین، به احتمال زیاد در بزرگسالی دچار اختلال شخصیت ضد اجتماعی می‌گردند. این بدین معناست که ضد اجتماعی بودن ممکن است یا از طریق وراثت و یا مدلسازی رفتار و یا اثرات مستقیم تربیت غلط (سوء استفاده یا غفلت) ایجاد گردد (هادسون^{۱۲}، راپی^{۱۳}، ۲۰۰۵). پژوهش‌های ورونا^{۱۴} (۲۰۰۱) و

¹ - externalizing disorder

² - Imagination

³ - Benevolence

⁴ - Conscientiousness

⁵ - Prinzie

⁶ - Onghena

⁷ - Hellinckx

⁸ - Grietens

⁹ - Ghesquière

¹⁰ - Colpin

¹¹ - Patricia Cohen

¹² - Hudson

¹³ - Rapee

¹⁴ - Verona

بازانیس^۱، داوسون^۲، تایلور^۳، مین^۴، استرالی^۵، نویسیون^۶، تایلور، ساهاکیان^۷ (۲۰۰۲) نشان دادند، بیماران طبقه B شامل اختلال شخصیت ضد اجتماعی و مرزی، آینده‌نگری لازم را ندارند، به گونه‌ای که مک لئود^۸ و همکاران (۲۰۰۴، ۱۹۹۸) به فقدان هدف‌های واقعی دراز مدت و عدم وجود تفکر معطوف به آینده مثبت^۹ که خود ناشی از عدم خود تنظیمی هیجانی است، اشاره کرده‌اند. رابرت کگان^{۱۰} می‌گوید افرادی که مبتلا به اختلال شخصیت ضد اجتماعی هستند، باید از نظر ساختار روان شناختی شان به کودکان ده ساله شباهت داشته باشند. هیچ‌یک از آنها نمی‌توانند مسؤولیت بپذیرند، در درک دیگران مشکل دارند، و بسیار غیر انتزاعی فکر می‌کنند (به نقل از روزنپان، سلیگمن، ۱۳۸۵). الگوهای تربیتی و فرهنگ، اختلالات شخصیت ضد اجتماعی ایجاد می‌کنند (پاریس^{۱۱}، ۲۰۰۳). نو روانکاوان مدل دلبستگی را بخصوص در اختلال شخصیت مرزی پذیرفته‌اند، که بنابر آن مشکلات دلبستگی در اوایل دوران کودکی می‌تواند علت اصلی اختلال شخصیت مرزی باشد (فاناگی^{۱۲}، تارگت^{۱۳}، ۱۹۹۹). مکانیسم دفاعی همانندسازی به همراه فرافکنی است که در اختلال شخصیت مرزی زیاد استفاده می‌شود. از نظر عملی بیمار مرزی مردم را در روابط خود به دو گروه تماماً خوب و تماماً بد تقسیم می‌کند (سادوک و سادوک، ۱۳۸۲). شیوع اختلال شخصیت مرزی معلول فروپاشی ساختارهای اجتماعی والگوهای تربیتی سنتی است (پاریس، ۲۰۰۳).

¹ - Bazanis

² - Dowson

³ - Taylor

⁴ - Mean

⁵ - Straley

⁶ - Nevision

⁷ - Sahakian

⁸ - Macleod

⁹ - Positive future – directed thinking

¹⁰ - Robert kegan

¹¹ - Paris

¹² - Fanagy

¹³ - Target

چندین بررسی بیان می‌دارد کودکانی که از نظر ژنتیکی در معرض خطر ابتلا به اختلال سلوک قرار دارند، تازمانی که در معرض محیط‌هایی قرار نگرفته باشند که رفتار ضد اجتماعی را ترغیب می‌کنند، بعید است به این اختلال مبتلا شوند (کلونینگر^۱، گاتمن^۲، ۱۹۸۷). والدین بیش از اندازه حمایت کننده وابستگی را در فرزندان خود ترغیب می‌کنند، و این رفتار وابسته حس مراقبت تسلی بخش را برای والدین به ارمغان می‌آورد (روزنهان، سلیگمن، ۱۳۸۵). نظریه پردازان دلبستگی عنوان داشته‌اند که دلبستگی‌های پایدار و ایمن اولیه آگاهی بیشتری از حالت‌های روانشناختی دیگران را تسهیل می‌کند و این ذهن خوانی^۳، هم مانع اعمال شرورانه و هم برقراری ارتباط بیشتر و صحیح تر را در طی دوران کودکی تسهیل می‌کند. بنابراین عدم چنین دلبستگی می‌تواند سبب رفتارهای شرورانه گردد (خانجانی، ۱۳۸۴).

خلاصه اینکه با توجه به نظریات مختلف روانکاوان، رفتارگرایان و سایر نظریه‌های روان‌شناسی، می‌توان گفت که چگونگی رابطه کودک با اعضای خانواده به خصوص مادر درسالهای اول زندگی از اساسی ترین عوامل رشد شناخته شده است. هرگاه اختلالی در این میان ایجاد شود بالطبع امنیت کودک نیز مختل می‌شود که آثار آن در رفتار کودک منعکس می‌گردد (میلانی‌فر، ۱۳۸۰). کمبود تحقیقات در زمینه رابطه اختلالات شخصیت خصوصاً اختلالات شخصیت ضد اجتماعی، مرزی و پارانوئید مادران با مشکل رفتار ضد اجتماعی کودک بخصوص در ایران مشهود است. با الهام از مبانی نظری و تحقیقات موجود، هدف پژوهش حاضر آن بود که رابطه اختلالات شخصیت مادران با مشکل رفتار ضد اجتماعی کودک را بررسی نماید.

سؤال پژوهش حاضر عبارت بود از:

- کدام یک از انواع اختلالات شخصیتی مادران می‌تواند به اختلال رفتار ضداجتماعی کودک منجر شود.

^۱ - Clonniger

^۲ - Gottesman

^۳ - Mentalizing

روش کار

جامعه آماری پژوهش حاضر، همه دانش آموزان مقطع ابتدایی و مادران آنها را شامل می شد که در مدارس دولتی شهر تبریز در سال ۸۷-۸۸ تحصیل می کردند. از آنجا که اقتضای این پژوهش هدف پیدا کردن مادرانی بود که دارای اختلالات شخصیتی باشند و افراد مبتلا به اختلال شخصیت معمولاً خود را بیمار ندانسته، کمتر به مطب روان پزشکان و مراکز درمانی مراجعه می کنند، تصمیم گرفته شد که جهت نمونه گیری از شیوه غربالگری برای ردیابی این مادران استفاده شود. بدین ترتیب در وهله اول تعداد زیادی از دانش آموزان ابتدایی دختر و پسر شهر تبریز را به شیوه تصادفی خوشه ای انتخاب، پرسشنامه اختلالات رفتاری راتر فرم مربی را به مربیان آنان داده شد تا تکمیل نمایند. سپس پرسشنامه های مذکور نمره گذاری و از بین آنها حدود سیصد نفر دانش آموزی که دارای مشکلات رفتاری بالاتر از خط برش بودند انتخاب گردید. در مرحله بعد پرسشنامه اختلالات شخصیت میلون به مادران آنها داده شد. در نهایت ۱۰۹ مادر حاضر به همکاری شده و در این طرح واقع شدند.

ابزارهای تحقیق

پرسشنامه اختلالات شخصیت میلون سه^۱ (MCMI-III)

پرسشنامه ی چند محوری بالینی میلون-سه توسط میلون (۱۹۸۷) و بر اساس نظریه زیستی روانی اجتماعی و تجربه بالینی و پژوهشی وی ساخته شده است. آزمون بالینی چند محوری میلون-۳ یک مقیاس خودسنجی با ۱۷۵ گویه بله-خیر است که ۱۴ الگوی بالینی شخصیت و ۱۰ نشانگان بالینی را می سنجد و برای بزرگسالان ۱۸ سال به بالا و برای درمان یا ارزیابی روانشناختی استفاده می شود (شریفی، ۱۳۸۵). این آزمون اولین بار توسط خواجه موگهی در ایران معرفی شد و یک مطالعه مقدماتی برای هنجاریابی آن در شهر تهران انجام شده است. ضریب پایایی آزمون از طریق همسانی درونی ۰/۸۰ و به روش بازآزمایی ۰/۸۶ گزارش شده است (خواجه موگهی، ۱۳۷۲؛ نقل از هادی نژاد، ۱۳۸۶). در

^۱ -Millon Clinical Multiaxial Inventory

مطالعه شریفی (۱۳۸۵) همبستگی نمرات خام اولین اجرا و بازآزمایی در دامنه ۸۲/ (اختلال هذیانی) تا ۹۸/ (اختلال شخصیت اسکیزوئید) گزارش شده است. همچنین در این مطالعه، پایایی آزمون از طریق روش همسانی درونی محاسبه شده است و ضریب آلفای مقیاسه‌ل در دامنه ۸۵/ (وابستگی به الکل) تا ۹۷/ (اختلال استرس پس از حادثه) به دست آمده است.

چک لیست تجدید نظر شده مشکلات رفتاری راتر (CBCL)^۱

ابزار این پژوهش، مقیاس رفتاری راتر کودکان می باشد. شامل ۳۰ سوال عینی از رفتار کودکان است که بصورت صفر تا دو نمره گذاری می شود. برای بررسی قابلیت اعتماد مقیاس رفتاری از روش باز آزمائی استفاده شده است و سپس ضریب همبستگی پیرسون اندازه گیری شده است. جهت بررسی همسانی درونی مقیاس رفتاری کودکان از ضریب آلفای کرونباخ استفاده شده است. این چک لیست در ایران توسط سیامک سامانی مورد بررسی اعتبار و قابلیت اعتماد شده است. این پرسشنامه در سال ۱۹۶۷ توسط مایکل راترو به منظور تهیه یک ابزار پایا و معتبر جهت بررسی مشکلات رفتاری کودکان در مدرسه ساخته شده است. این پرسشنامه دارای ۲۶ ماده بود که مه‌ریار و همکاران با افزودن ۶ ماده جدید به آن و تبدیل ۴ ماده به ۲ ماده به علت تشابه، آن را به یک پرسشنامه ۳۰ ماده‌ای تبدیل کرده اند. در این پژوهش نیز شکل ۳۰ ماده‌ای آن مورد استفاده قرار گرفت. طبق تحقیق راتر نمره ۹ جهت تمایز بین کودکان بهنجار و کودکان ناسازگار و دارای مشکل در نظر گرفته شده است. در ایران بعد از تغییراتی که در پرسشنامه توسط مه‌ریار صورت گرفته، نمره ۱۳ و بالاتر جهت این تفاوت گذاری تعیین شده است (نقل از آزمون یار، ۱۳۸۶).

اختلال شخصیت پارانویایی

تعریف مفهومی:

اختلال شخصیتی که با علایم سوء ظن و تفسیرهای مظنونانه و بدخواهانه از اعمال دیگران، ظنین بودن بدون دلیل و شواهد کافی به این که سایرین قصد

^۱ - Child Behavior checklist

آسیب‌رسانی، بهره‌کشی، و فریب دادن او را دارند و احساس می‌کنند که دارای اهمیت زیاد و استعدادی غیر عادی هستند (نیک جو، آوادیس، ۱۳۸۵).

تعریف عملیاتی متغیرها

منظور نمره‌ای است که هر مادر در زیر مقیاس اختلال شخصیت پارانویایی از پرسشنامه میلون ۳ در گزینه‌های ۶، ۳۳، ۴۲، ۴۹، ۸۹، ۱۰۳، ۱۴۶، ۱۶۷، ۱۷۵، ۸، ۴۸، ۶۳، ۶۰، ۱۱۵، ۱۳۸، ۱۵۸، ۱۵۹ دریافت می‌کند.

اختلال شخصیت اسکیزوتایپی

تعریف مفهومی:

اختلال شخصیتی که با علایم تفکر سحرآمیز، عقاید انتساب، مسخ دنیای واقعیت، تفکر عجیب و غریب، رفتارها یا ظاهر غیرعادی و نامتعارف مشخص می‌شود (نیک جو، آوادیس، ۱۳۸۵).

تعریف عملیاتی:

منظور نمره‌ای است که هر مادر در زیر مقیاس اختلال شخصیت اسکیزوتایپی از پرسشنامه اختلال شخصیت میلون سه در گزینه‌های ۸، ۴۸، ۶۹، ۷۱، ۷۶، ۹۹، ۱۰۲، ۱۱۷، ۱۳۴، ۱۳۸، ۱۴۱، ۱۴۸، ۱۵۱، ۱۵۶، ۱۵۸، ۱۶۲ دریافت می‌کند.

اختلال شخصیت ضداجتماعی:

تعریف مفهومی:

ناتوانی در برقرار کردن روابط طولانی، بی توجهی به احساسات دیگران، رفتارهای تکانشی و پرخاشگرانه، تحمل کم، تمایل به خشونت، فقدان احساس گناه و ناتوانی در عبرت گرفتن از اشتباهات، رفتارهای جنایی و پرخاشگرانه بدون در نظر گرفتن حقوق دیگران و تجاوز به حقوق دیگران، دروغ‌گویی و فریب کاری (نیک جو، آوادیس، ۱۳۸۵).

تعریف عملیاتی متغیرها:

منظور تعریف نمره‌ای است که هر مادر در زیر مقیاس اختلال شخصیت ضداجتماعی از پرسشنامه اختلال شخصیت میلون سه در گزینه‌های ۷، ۱۳، ۱۴،

۱۷، ۲۱، ۳۸، ۴۱، ۵۲، ۵۳، ۹۳، ۱۰۱، ۱۱۳، ۱۲۲، ۱۳۶، ۱۳۹، ۱۶۶، ۱۷۲ دریافت می کند.

اختلال شخصیت مرزی:

تعریف مفهومی:

اختلال شخصیتی که دارای رفتارهای بی ثباتی فوق العاده که بین عشق و تنفر حرکت می کند، بی ثباتی خلق و رفتار، ناتوانی در برقراری روابط استوار، رفتارهایی مثل قماربازی غیرقابل کنترل، خودزنی و خودکشی‌های مکرر، طغیان‌های خشم و کتک کاری می باشد (نیک جو، آوادیس، ۱۳۸۵).

تعریف عملیاتی متغیرها :

منظور نمره ای است که هر مادر در زیر مقیاس اختلال شخصیت مرزی از پرسشنامه اختلال شخصیت میلون سه در گزینه‌های ۷، ۲۲، ۳۰، ۴۱، ۷۲، ۸۳، ۹۸، ۱۲۰، ۱۲۲، ۱۳۴، ۱۴۲، ۱۳۵، ۱۵۴، ۱۶۱، ۱۶۶، ۱۷۱ دریافت می کند.

اختلال شخصیت وابسته:

تعریف مفهومی :

اختلال شخصیتی که در برابر خواسته‌های دیگران ضعیف و منفعل هستند، اعتماد به نفس ندارند و رفتارهای مطیعانه و متکی به دیگران داشته و تمایل به تحت مراقبت گرفتن دارند (نیک جو، آوادیس، ۱۳۸۵).

تعریف عملیاتی متغیرها :

منظور نمره ای است که هر مادر در زیر مقیاس اختلال شخصیت وابستگی از پرسشنامه اختلال شخصیت میلون سه در گزینه‌های ۱۶، ۳۵، ۴۵، ۴۷، ۵۶، ۷۳، ۸۲، ۸۴، ۹۴، ۱۰۸، ۱۲۰، ۱۳۳، ۱۳۵، ۱۴۱، ۱۵۱، ۱۶۹ دریافت می کند.

اختلال رفتار ضد اجتماعی:

تعریف مفهومی:

به صورت طیفی از فعالیتها آشکار می‌شود، از جمله می توان به این رفتارها اشاره کرد: پرخاشگری، بی مسؤولیتی، با بی ملاحظه‌گی دیگران را به خطر انداختن(روزنهان، سلیگمن، ۱۳۸۵).

تعریف عملیاتی:

نمره‌ای است که هر دانش آموز در پرسشنامه مشکلات رفتاری راتر مربوط به گزینه‌های ۱۲، ۱۵، ۱۶، ۲۰، ۲۵، ۲۷، ۲۸ کسب می‌کند.

نتایج:

در جدول شماره ۱ مشخصه‌های آماری اختلالات شخصیت مادران به تفکیک نشان داده می‌شود. این جدول بیان می‌کند که بیشترین میانگین شدت اختلال شخصیتی مادران مربوط به اختلال شخصیتی وسواسی با میانگین ۵۸/۱ و کمترین شدت، متعلق به اختلال شخصیت ضد اجتماعی $M=۳۱$ می‌باشد که شدت این اختلال از حداقل ۳ مادر تا حداکثر ۱۰۷ مادر متغیر بوده است. کمترین میانگین شدت اختلال شخصیتی مربوط به اختلال شخصیتی ضد اجتماعی با میانگین ۳۱/۳۸ می‌باشد که شدت این اختلال در بین مادران از حداقل صفر (فاقد اختلال) تا حداکثر ۶۹ در نوسان می‌باشد.

جدول ۱- آماره‌های توصیفی (فراوانی کمترین، بیشترین، میانگین و انحراف معیار) انواع اختلالات شخصیتی مادران

انواع اختلال شخصیت	تعداد آزمودنی	کمترین شدت	بیشترین شدت	میانگین شدت	انحراف معیار
وسواسی	109	3.00	107.00	58.1009	21.54579
اجتنابی	109	1.00	84.00	44.6514	19.08139
وابستگی	109	6.00	96.00	40.3945	24.81003
ضد اجتماعی	109	.00	69.00	31.3853	20.33010
مرزی	109	1.00	92.00	46.9266	17.68118
نمایشی	109	8.00	89.00	47.7156	20.92628
خودشیفتگی	109	1.00	82.00	39.4771	17.92040
پارانوئید	109	.00	85.00	48.8073	18.56095
اسکیزوئید	109	4.00	83.00	47.6972	19.98263
اسکیزوتایپی	109	6.00	73.00	39.6606	17.70343

به منظور تعیین سهم هریک از اختلالات شخصیت مادر مؤثر بر مشکل رفتاری ضد اجتماعی کودک از تحلیل واریانس گام به گام استفاده گردید. نتایج به دست آمده در جدول ۲ ارائه شده است.

جدول ۲- تحلیل واریانس رگرسیون گام به گام مشکل رفتاری ضد اجتماعی کودک (متغییر ملاک) بر اساس انواع اختلالات شخصیتی مادر (متغییر پیش بین)

سطح معنی داری f	F مشاهده‌ایی	میانگین مربعات MS	درجه آزادی df	مجموع مربعات ss	مدل
.000	69.042	339.082	1	339.082	رگرسیون
		4.911	107	525.505	باقیمانده
			108	864.587	جمع
.000	39.636	184.965	2	369.931	رگرسیون
		4.667	106	494.656	باقیمانده
			108	864.587	جمع
.000	29.548	131.927	3	395.781	رگرسیون
		4.465	105	468.807	باقیمانده
			108	864.587	جمع
.000	24.266	104.345	4	417.378	رگرسیون
		4.300	104	447.209	باقیمانده
			108	864.587	جمع
.000	21.664	88.636	5	443.180	رگرسیون
		4.091	103	421.408	باقیمانده
			108	864.587	جمع

جدول ۳- تحلیل واریانس رگرسیون گام به گام مشکل رفتاری ضد اجتماعی کودک
(متغیر ملاک) بر اساس انواع اختلالات شخصیتی مادر (متغیر پیش بین)

اشتباه معیار برآورد	ضریب تبیین خالص AR^2	ضریب تبیین R2	ضریب همبستگی چندگانه R	شاخص های آماری	
				مدل	مقادیر
2.21614	.387	.392	.626	مدل ۱	
2.16022	.417	.428	.654	مدل ۲	
2.11301	.442	.458	.677	مدل ۳	
2.07366	.463	.483	.695(d)	مدل ۴	
2.02270	.489	.513	.716(e)	مدل ۵	

مدل ۱- متغیر پیش بین: اختلال شخصیت پارانوئید مادر

مدل ۲- متغیر پیش بین: اختلال شخصیت پارانوئید، ضد اجتماعی مادر

مدل ۳- متغیر پیش بین: اختلال شخصیت پارانوئید، ضد اجتماعی، اسکیزوتایپی
مادر

مدل ۴- متغیر پیش بین: اختلال شخصیت پارانوئید، ضد اجتماعی، اسکیزوتایپی،
مرزی مادر

مدل ۵- متغیر پیش بین: اختلال شخصیت پارانوئید، ضد اجتماعی، اسکیزوتایپی،
مرزی، وابسته مادر

نتایج جدول ۳- حاکی از آن است که از بین اختلالات شخصیت مادر پنج اختلال شخصیت شامل پارانوئید، ضد اجتماعی، اسکیزوتایپی، مرزی و وابسته، سهم مؤثر و معناداری در پیش بینی واریانس متغیر ملاک یعنی مشکل رفتاری ضد اجتماعی دارد. به طوریکه ملاحظه می شود $R^2 = 0/51$ از واریانس اختلال رفتاری کودک را پنج نوع از اختلالات شخصیت مادر شامل پارانوئید، ضد اجتماعی، اسکیزوتایپی، مرزی و وابسته پیش بینی می کند. در بررسی دقیق تر AR^2 مشاهده می شود که اختلال شخصیت پارانوئید، ضد اجتماعی، اسکیزوتایپی، مرزی، وابسته $0/48$ از کل واریانس اختلال رفتاری ضد اجتماعی را پیش بینی می کند. اما در گام سوم اختلال شخصیت پارانوئید، ضد اجتماعی، اسکیزوتایپی

روبهم رفته ۰/۴۵ از واریانس مشکلات رفتاری ضد اجتماعی را پیش بینی می کند. در گام دوم اختلال شخصیت پارانوئید، ضد اجتماعی ۰/۴۲ از واریانس مشکلات رفتاری ضد اجتماعی را پیش بینی می کند. جدول ۱۸-۴ حاکی از آن است که این پنج اختلال شخصیت مادر رابطه معنی داری از لحاظ آماری با مشکلات رفتاری ضد اجتماعی دارد.

جدول ۴- ضرایب بتای متغیرهای پیش بین مؤثر بر مشکل رفتاری ضد اجتماعی کودک

سطح معنی داری	آزمون t	ضرایب استاندارد		شاخص های آماری مدل	
		ضریب بتا	اشتباه استاندارد	ضریب بتا	ضریب غیر استاندارد
.803	-250		.493	-.123	مقدار ثابت
.000	8.309	.626	.010	.080	پارانوئید
.329	-.981		.502	-.492	مقدار ثابت
.000	6.557	.535	.010	.069	پارانوئید
.012	2.571	.210	.011	.028	ضد اجتماعی
.014	-2.501		.780	-1.951	مقدار ثابت
.000	6.685	.534	.010	.068	پارانوئید
.004	2.944	.237	.011	.031	ضد اجتماعی
.018	2.406	.175	.009	.023	اسکیزوتایپی
.081	-1.764		.802	-1.415	مقدار ثابت
.000	7.171	.590	.011	.076	پارانوئید
.000	3.675	.323	.012	.043	ضد اجتماعی
.007	2.742	.198	.009	.025	اسکیزوتایپی
.027	-2.241	-.198	.014	-.030	مرزی
.032	-2.173		.792	-1.720	مقدار ثابت
.000	7.631	.618	.010	.079	پارانوئید
.004	2.939	.262	.012	.035	ضد اجتماعی
.002	3.109	.220	.009	.028	اسکیزوتایپی
.002	-3.205	-.313	.015	-.048	مرزی
.014	2.511	.226	.010	.026	وابسته

نتایج جدول ۴ حاکی از آن است که بتای استاندارد اختلال شخصیتی پارانوئید مادر از همه بالاتر و برابر با $\beta = 0/618$ و سپس اختلال شخصیت ضد اجتماعی $\beta = 0/262$ و در رتبه سوم اختلال اسکیزوتایپی با $\beta = 0/220$ در رتبه

چهارم اختلال مرزی با $\beta = -0.313$ و در آخر اختلال وابسته با $\beta = 0.226$ می باشد که همگی در سطح بالایی معنی دار است.

معادله پیش بین نمره مشکل رفتاری ضد اجتماعی کودک از روی متغیرهای اختلال شخصیت پارانوئید، ضد اجتماعی، اسکیزوتایپی، مرزی و وسواس مادر به شرح ذیل است:

$$Y = -1.72 + 0.079X1 + 0.035X2 + 0.028X3 + (-0.048X4) + 0.026X5$$

$Y =$ اختلال رفتاری ضد اجتماعی کودک

$X1 =$ اختلال شخصیت پارانوئید مادر

$X2 =$ اختلال شخصیت ضد اجتماعی مادر

$X3 =$ اختلال شخصیت اسکیزوتایپی مادر

$X4 =$ اختلال شخصیت مرزی مادر

$X5 =$ اختلال شخصیت وسواس مادر

بحث

نتایج نشان می دهد که اختلال اسکیزوتایپی مادر، متغیر پیش بین قوی برای رفتارهای ضد اجتماعی کودک می باشد. بررسی ویژگی این نوع اختلال شخصیت، مؤید آن است که مهمترین علامت برجسته این اختلال ناراحتی گسترده فرد در برقراری روابط نزدیک با دیگران است. افراد مبتلا به این اختلال، مشکلات بسیار زیادی در تعاملات خود با دیگران دارند. مسلماً این نقص در الگوی روابط بین فردی که با اختلالات ادراکی، شناختی و رفتارهای نامتعارف مشخص می شود، بیش از هر چیز در تعاملات مادران مبتلا با فرزندانشان تأثیر منفی می گذارد. به عبارت دیگر مادرانی که خود دارای ویژگی هایی مانند بی ملاحظه گی نسبت به احساسات دیگران، تمایل به ارتکاب رفتارهای غیرقانونی، عدم احساس گناه بعد از ارتکاب رفتارهای ضد اجتماعی، تکانشی بودن، هستند (ویژگی های اختلال شخصیت ضد اجتماعی مادر) و یا مادرانی که هنجارهای درون فردی را در مورد خود می شکنند و دست به خود آزاری مکرر می زنند و یا دارای تمایلات پرخاشگرانه فراوان هستند (ویژگی های شخصیت

مرزی) و یا مادرانی که گرایش فراگیر به بدبینی و بی اعتمادی نسبت به جامعه و دیگران به عنوان چیزی تهدید کننده دارند (ویژگی های شخصیت پارانوئید) طبیعتاً بیشتر احتمال دارد که فرزندشان به رفتارهای ضداجتماعی مبتلا شود. می توان این یافته را بر اساس "انتقال بین نسلی" پدیده های روان شناختی تبیین نمود. در واقع فضای فراهم شده تربیتی برای چنین کودکانی به گونه ای است که کودک از همان ابتدا به سوی رفتارهای متخاصمانه و بدبینانه و ادراک اجتماعی منفی از رفتارهای دیگران سوق داده می شوند و یا حداقل مانعی برای آن نمی یابند.

تبیین دیگر از طریق یادگیری مشاهده ای یا مدل سازی رفتاری است. احتمال دارد بسیاری از این رفتارهای قانون شکنانه و خصم آلود را از طریق مشاهده رفتارهای ضداجتماعی والدین خود فراگیرند و آنان را الگوی رفتاری خود قرار دهند.

یافته پژوهش پاریس (۲۰۰۳) هماهنگ با یافته پژوهش حاضر نشان داد که کودکان دچار اختلال سلوک هنگام قرار گرفتن در معرض آسیب روانی بیشتر دچار اختلال شخصیت ضد اجتماعی می شوند.

همچنین نتایج حاصل از این پژوهش با تحقیق هادسون و رایبی (۲۰۰۵) که آشکار ساخت والدین به عنوان الگوهای تربیتی و رفتاری در ایجاد اختلال شخصیت ضد اجتماعی سهیم هستند، هماهنگ و همسو است.

بسیاری از تحقیقات انجام شده توسط بالبی ۱۹۹۷، ۱۹۶۳ و همکاران اوحاکی از آن است که سلامت روانی کودکان تا حد بسیار زیادی به ارتباط و تعاملات اولیه کودک با مادر مرتبط است. چنانچه مادری در برقراری روابط سالم با فرزندش شکست بخورد قطعاً زمینه انواع اختلالات رفتاری و روانی را در کودک فراهم می سازد. به نظر می رسد مادران مبتلا به اختلال اسکیزوتایپی به دلیل نقص قابل ملاحظه در مهارت های ارتباطی با فرزند خود بستر انواع اختلالات را در او فراهم می سازند.

از سوی دیگر این احتمال مطرح است که به دلیل سخنان مبهم، عبارات نامناسب و رشته افکار گسسته که از ویژگی های این افراد است قادر به برقراری

یک ارتباط عاطفی-کلامی مناسب با فرزند خود نباشند این امر به نوبه خود آسیب عاطفی و روانشناختی به کودک می رساند. چنانچه خشم و درماندگی زیاد کودک در جلب پاسخ مناسب والدین به هراس کودک، مؤثر نباشد، بر خشم و درماندگی کودک افزوده می شود و سازمان یافتگی راهبردهای رفتاری شکست خورده و به شدت انحراف می یابد. پاسخ های یک مادر مضطرب و طرد کننده با شیوه ای قدرت طلبانه، به رفتارهای پرخاشگرائه کودک منجر می شود(خانجانی، ۱۳۸۴). و طبق فرضیه سولومون وهمکاران(۱۹۹۵) که مطرح کردند فقدان یک راهبرد منسجم دلبستگی از طرف مادر، با سازش نایافتگی کودک در آینده ارتباط دارد، می بینیم که یافته های پیشین تبیین کننده یافته این پژوهش است. نتیجه این پژوهش در راستای تمامی این نظریات و پژوهش هاست.

پیشنهاد می شود جهت اعتباردادن به یافته های حاضر، پژوهش تکرار گردد. اختلالات بین والدین و کودکان در مقاطع سنی مختلف نیاز به تحقیق بیشتر دارد، بخصوص در ایران که در این زمینه کار نشده است. به دلیل اهمیت رابطه سلامت روانی والدین با سلامت روانی کودکان، پیشنهاد می شود از طرق مختلف از جمله فیلم، سخنرانی، مشاوره، اطلاع رسانی کافی به والدین صورت گیرد تا آنان به اهمیت سلامت روانی خود پی برده، همواره در صورت مشاهده مشکل به مراکز تخصصی مراجعه نمایند.

کمبود ادبیات تحقیق از جمله محدودیت های مهم این پژوهش بود. همچنین می توان عوامل ژنتیکی را در بررسی های بعدی کنترل کرد، تا نتیجه ها بیشتر قابل اعتماد گردند.

منابع :

- آزمون یار پویا (۱۳۸۶)، چک لیست آزمون راتر فرم مربی، شرکت نشر فراورده ها و آزمون های روانسنجی آزمون یار پویا.
- خانجانی، زینب(۱۳۸۴)، تحول و آسیب شناسی دلبستگی از کودکی تا نوجوانی، تبریز: انتشارات فروزش.
- خزاعی، طیبه، خراعی، محمد مهدی، خزایی، معصومه(۱۳۸۴)، شیوع مشکلات رفتاری در کودکان شهر بیرجند، مجله علوم پزشکی بیرجند، ۱۲(۱ و ۲): ۷۹-۸۵.
- دادستان، پریخ(۱۳۸۵)، روانشناسی مرضی تحولی از کودکی تا بزرگسالی، جلد اول، تهران: انتشارات سمت.
- داگلاس، یو، ترجمه: سیاوش جمالفرا(۱۳۷۶)، اصلاح رفتار کودکان، تهران: نشر ویرایش، چاپ سوم.
- روزنهان، دیویدال، سلیگمن، مارتین ای، پی، ترجمه: یحیی سید محمدی(۱۳۸۵)، آسیب شناسی روانی، جلد اول، تهران: انتشارات ساوالان.
- سادوک، بنیامین، سادوک، ویرجینیا، ترجمه: پورافکاری(۱۳۸۲)، خلاصه روانپزشکی، تهران: انتشارات شهراب، جلد دوم .
- سلطانی فر، عاطفه، بینا، مهدی(۱۳۸۶)، بررسی شیوع نشانه های افسردگی کودکان دبستانی ۹ تا ۱۱ ساله در تهران و رابطه آن با عملکرد خانواده، فصلنامه اصول بهداشت روانی، ۹(۳۳ و ۳۴): ۷-۱۴.
- شریفی، علی اکبر(۱۳۸۵)، راهنمای ام.سی.ام. آی، تهران: روانسنجی.
- میلانی فر، بهروز (۱۳۸۰)، روانشناسی کودکان و نوجوانان استثنایی. تهران: نشر قومس.
- هادی نژاد، حسن(۱۳۸۶)، تحول یافتگی من و اختلالهای شخصیت در مقایسه دو گروه زندانی و غیر زندانی، مجله روانشناسی کاربردی، ۲(۵): ۳۵-۵۰.
- هالاهان، دانیل، کافمن، جیمز،ام، ترجمه: مجتبی جوادیان(۱۳۷۷)، کودکان استثنایی، تهران: انتشارات رشد، جلد ۱ و ۲.
- Bazanis. E. Roger, R.D. Dowson, J.H. Taylor, P. Mean, C.Straley, D.Nevision, D. taylor, T.W. & Sahakian, B.J. (2002), Neurocognitive deficits in decision-making and planning of patients with DSMIIIR borderline personality disorder. Psychological Medicine. 32:1395-1405.

-
- Cloninger, C.R., Gattelman, I.I. (1987), Genetic & Inveronmental factors in antisocial behavior disorder, The causes of crime: New biological approaches. Cambridge: Cambridge University Press.
 - Cohen, Patricia. (2008), Psychiatric clinic of North America, Volum 31, pages, 477-493.
 - Fonagy. P., Target, M. (1999), Psycholoanalytic theories of personality & its development: London.
 - Hudson. Jennifer. L, Rapee .Ronald, M. (2005), Psychopathology AND The Family. Macquarie University, Sydney, New South Wales, Australia. Printed in The Netherlands.
 - Macleod. A. K. Tata, P. Evans, K. Tyrer, P Schmidt, V .Davidson. K. Thornton, S. & Catalan, J, (1998), Recovery of positive future thinking with a high-risk parasuicide group. British journal of clinical psychology.37:371-379.
 - Paris, J. (2003), Personality disorders over time. Washington, DC: American Psychiatric Press
 - Prinzie P., Onghena P., Hellinckx W., Grietens H., Ghesquière O., Colpin H. (2003), Parent and child personality characteristics as predictors of negative discipline and externalizing problem behaviour in children, European Journal of Personality, Volume 18 Issue 2, PP: 73- 102.
 - Solomon, J., George, C., & De Jong, A (1995), Children classified as controlling at age six: Evidence of disorganized representational strategies and aggression at home and at school. Development and Psychopathology, 7,447-463.
 - Verona, E .Patrik, C .J. Jonier, T.E (2001), Psychopathy, anti socialityand suicide risk. Journal Abnormal psychology.110:462-470.