

رابطه عملکرد خانواده با اختلالات شخصیت بر اساس الگوی مک مستر

جهانگیر کرمی

استادیار روان‌شناسی و مدیر مرکز مطالعات خانواده دانشکده علوم اجتماعی،

دانشگاه رازی

علی زکی بی^۱

کارشناسی ارشد روان‌شناسی دانشگاه رازی و عضو هیئت مطالعات روانشناسی رازی

مصطفی علیخانی

کارشناسی ارشد روان‌شناسی دانشگاه رازی

دریافت مقاله: ۹۱/۵/۲۳ پذیرش مقاله: ۹۱/۱۰/۱۴

چکیده

هدف: یکی از الگوهای مهم در زمینه بررسی کارکرد خانواده، الگو کارکرد خانواده مک مستر است، پژوهش حاضر با هدف تعیین رابطه عملکرد خانواده بر اساس این الگو با اختلالات شخصیت در یکی از اعضای خانواده انجام گرفت.

روش: پژوهش حاضر توصیفی از نوع همبستگی بود. در این پژوهش ۳۰۰ نفر از دانشجویان دانشگاه رازی کرمانشاه به شیوه نمونه‌گیری تصادفی طبقه‌ای انتخاب شدند. برای گردآوری داده‌ها از پرسشنامه شخصیتی میلون و پرسشنامه عملکرد خانواده استفاده شد. به منظور آزمون فرضیه‌های پژوهش از تحلیل رگرسیون خطی چندگانه، همبستگی پیرسون و تحلیل همبستگی بنیادی استفاده گردید.

یافته‌ها: نتایج پژوهش نشان داد که بین همه خرده مقیاس‌های عملکرد خانواده (ارتباط، ایفای نقش، آمیزش هیجانی، حل مشکل، همراهی هیجانی، کنترل رفتار و عملکرد کلی) با اختلالات شخصیت رابطه منفی و معناداری وجود دارد.

نتیجه‌گیری: با توجه به نتایج می‌توان گفت که روان‌درمانگران و مشاورانی که از خانواده درمانی برای درمان اختلالات شخصیت بهره می‌گیرند بر اصلاح کارکردهای خانواده تاکید داشته باشند.

کلید واژه‌ها: عملکرد خانواده، الگو مک مستر، اختلالات شخصیت

مقدمه

اختلالات شخصیت^۱ شایع و مزمن هستند و میزان شیوع آنها در کل جامعه بین ۱۰ تا ۲۰ درصد تخمین زده شده است و علایم آن طی چند دهه نمایان می‌شود. طبق تعریف راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی (*DSM-IV-TR*)، اختلال شخصیت عبارت است از تجارب درون ذهنی و رفتاری بادوامی که با ملاک‌های فرهنگی منطبق نیست، نفوذی غیرقابل انعطاف دارد، از نوجوانی یا جوانی شروع می‌شود، در طول زمان تغییر نمی‌کند و موجب ناخشنودی فرد و مختل شدن کارکردهای وی می‌شود. در *DSM-IV-TR* اختلالات شخصیت به سه دسته تقسیم می‌شود: دسته اول اختلال شخصیت پارانوئید، اسکیزوتیپ و اسکیزوتیپی را در بر دارد که دارای ویژگی عجیب و غریب و نامتعارف بودن هستند؛ دسته دوم اختلال شخصیت ضد اجتماعی، مرزی، نمایشی و خودشیفته را شامل می‌شود که افراد مبتلا نامتعادل و هیجانی هستند. در دسته سوم نیز اختلالات دوری‌گزین، وابسته و وسواسی-جبری قرار دارند که افراد مبتلا به این اختلالات اغلب مضطرب، و هراسان به نظر می‌رسند (سادوک و سادوک^۲، ۲۰۰۷).

نتایج پژوهش‌ها حاکی است که اختلالات شخصیت و میزان آن در جوانان بیشتر است (کابرو^۳ و همکاران، ۲۰۰۷). و میزان این اختلالات در این گروه سنی ۱۸/۶ درصد است (موران^۴ و همکاران، ۲۰۰۶). بنابراین پژوهش در این حیطه و در بین جوانان لازم و ضروری است. یکی از عوامل تأثیرگذار بر اختلالات شخصیت عملکرد خانواده است.

هر چند تاکنون پژوهشی در مورد عملکرد خانواده و اختلالات شخصیت انجام نگرفته اما تحقیقات مختلف رابطه اختلال در عملکرد خانواده و مشکلات متعدد اعضای آن را نشان داده‌اند (از جمله ترکوم^۵ و همکاران، ۲۰۰۵؛ میلر و همکاران، ۲۰۰۲؛ فرانکر^۶، کمبل^۷ و شیدز^۸، ۲۰۰۲؛ کای-کن^۹ و همکاران، ۲۰۰۶؛ هر^{۱۰}، هامن^{۱۱} و بنان^{۱۲}، ۲۰۰۸؛ یوسف‌نژاد، ۱۳۸۶؛ صیادی، ۱۳۸۱؛ عباسی و

^۱ . personality disorders

^۲ . Sadock & Sadock

^۳ . Chabrol

^۴ . Moran

^۵ . Türküm

^۶ . Franks

^۷ . Campbell

^۸ . Shields

^۹ . Kai-Kuen

^{۱۰} . Herr

^{۱۱} . Hamman

^{۱۲} . Brennan

همکاران، ۱۳۸۸؛ به نقل از قمری و خوشنام، ۱۳۹۰؛ کرمی، ۱۳۹۱). پژوهش‌ها نشان دادند در خانواده‌هایی که ارتباط میان اعضا و تعاملات داخل خانواده بر اساس نزدیکی و صمیمیت و تفاهم بین افراد استوار است همه‌ی اعضا نسبتاً علیه فشارهای زندگی مقاوم و مصون هستند (فتاح‌زاده، ۱۳۸۸). عملکرد خانواده با سلامت روانی اعضا ارتباط دارد. آسیب روانی اصولاً یک مشکل درون فردی در یک عضو خانواده نیست، بلکه یک فرایند تعاملی بین اعضای خانواده است. پژوهش‌ها نشان می‌دهد بین عملکرد ضعیف خانواده و ابتلای فرزندان به علایم جسمی، اضطراب، اختلال خواب، افسردگی و اختلال در کارکرد اجتماعی رابطه معناداری وجود دارد (زرگر، عاشوری، اصغری‌پور، عاقبتی، ۱۳۸۶؛ به نقل از مومنی و علیخانی، ۱۳۹۱).

عملکرد خانواده در اصل اشاره به ویژگی‌های سیستمی خانواده دارد. به بیان دیگر عملکرد خانواده یعنی، توانایی خانواده در هماهنگی یا انطباق با تغییرات ایجاد شده در طول حیات، حل کردن تعارض‌ها، همبستگی میان اعضا و موفقیت در الگوهای انضباطی، رعایت حد و مرز میان افراد و اجرای مقررات و اصول حاکم بر این نهاد با هدف حفاظت از کل نظام خانواده است (پورترس و هاوول، ۱۹۹۲؛ به نقل از مجرد کاهانی و قنبری هاشم آبادی، ۱۳۹۰).

یکی از الگوهای مهم در زمینه بررسی عملکرد خانواده، الگوی عملکرد خانواده مک مستر است. این الگو در اوایل دهه ۱۹۶۰ توسط اپشتاین^۲، بیشاب^۳ و لوین^۴ در دانشگاه مک مستر مطرح گردید. مدل مک مستر به ارزشیابی ازدواج‌ها و خانواده‌ها می‌پردازد. این مدل که مبتنی بر رویکرد سیستمی می‌باشد ساختار، سازمان و الگوی تبادلی واحد زناشویی را توصیف می‌کند و اجازه می‌دهد که روابط خانوادگی یا زناشویی در یک طیف سطحی، از وضعیت سلامت تا اختلال شدید روانی مورد آزمایش قرار گیرد (کارلسون^۵، ۲۰۰۵).

اگر چه الگوی مک مستر تمام جنبه‌های کارکرد خانواده را پوشش نمی‌دهد اما ابعاد مهمی که اغلب نمود بالینی پیدا می‌کنند را مد نظر قرار می‌دهد. برای فهم ساختار و سازمان و الگوی تعاملی مرتبط با خانواده، این الگو شش بعد از زندگی خانودگی را مورد ارزیابی و سنجش قرار می‌دهد^۱ - حل مساله: به طور خلاصه حل مساله نشان دهنده توانایی حل مشکلات در سطحی که کارکرد کارآمد خانواده را

^۱. Portes & Hovel

^۲. Epstien

^۳. Bishop

^۴. Levin

^۵. Carlson

حفظ کند، می‌باشد. ۲- ارتباط: به چگونگی تبادل اطلاعات در بین اعضای خانواده اطلاق می‌شود. ۳- نقش‌ها: نقش‌ها کارآیی شیوه خانواده در توزیع و انجام وظایف را نشان می‌دهد. ۴- پاسخگویی عاطفی: به توانایی اعضای خانواده برای پاسخگویی متناسب هیجانی به محرکهای مختلف اشاره می‌کند. ۵- همراهی عاطفی: به میزان علاقه، توجه و سرمایه گذاری اعضای خانواده در برابر یکدیگر اشاره دارد. ۶- کنترل رفتار: استانداردها و آزادی‌های رفتاری را توصیف می‌کند (میلر^۱ و همکاران، ۲۰۰۰).

تحقیقات متعددی در زمینه الگوی عملکرد خانواده مک مستر صورت گرفته است. اغلب پژوهش‌های صورت گرفته نشان داده اند که داشتن یک عضو با اختلال روانی در خانواده، یک پیش بینی کننده قوی برای وجود کارکرد خانودگی ضعیف یا روابط خانوادگی آسیب دیده است (تام‌پلین، گودیور و هربرت^۲، ۲۰۰۵؛ فریدمن و همکاران^۳، ۱۹۹۷؛).

ویزمن^۴ (۲۰۰۵) نیز در پژوهش‌های خود پی برد که انسجام و پیوستگی در خانواده و درک اعضا از خودشان به عنوان یک واحد، یا سلامت هیجانی کلی اعضای خانواده و بیمارشان، همبستگی و رابطه دارد؛ به طوری که آنها تنیدگی، اضطراب و افسردگی پایین‌تری را گزارش می‌کنند. برای بیمار نیز ادراک انسجام و پیوستگی در خانواده، با نشانه‌های روان پزشکی کمتری همراه است. به عبارتی دیگر، بیمارانی که محیط خانواده خود را حمایت کننده دریافت می‌کنند، نشانه‌های شدید روان پزشکی مانند توهم، هذیان، آشفتگی کلامی و ... را کمتر تجربه می‌کنند.

پژوهش ترانگکاسومبات^۵ (۲۰۰۶) نشان داده است که عملکرد ضعیف خانواده، تعارضات شدید والدین، رشد خودمختاری در بیماران مبتلا به اختلالات شدید روان‌پزشکی را با مشکل مواجه کرده و روند رو به بهبود در بیمار را با مشکل مواجه می‌کند.

مشکلات خانواده می‌تواند به افت تحصیلی، فروپاشی روابط اجتماعی و انزوای اجتماعی و استفاده از الکل و مواد منجر شود (کمیته بررسی تدارک خدمات اجتماعی، ۲۰۰۷؛ با نقل از واکر^۶ و شفرد^۷، ۲۰۰۸). روابط و عملکرد مناسب خانواده برای سلامتی فرد، خانواده و جامعه ضروری است (واکر و شفرد، ۲۰۰۸).

^۱ Miller

^۲ Tamplin, Goodyer & Herbert

^۳ Friedman & etal

^۴ Weisman

^۵ Trangkasombat

^۶ Walker

^۷ Shepherd

از این رو سالم سازی اعضای خانواده و رابطه شان بی گمان اثرهای مثبتی را در جامعه به دنبال خواهد داشت و می توان گفت عملکرد خانواده بر عملکرد جامعه تاثیر مستقیم و به سزایی می گذارد (سامانی و احمدی، ۱۳۹۰؛ آبانگاه، ۱۳۹۰؛ به نقل از نصر اصفهانی، اعتمادی و شفیع آبادی، ۱۳۹۱).

عملکرد خانواده جنبه مهم محیط خانوادگی است که در سلامت جسمانی، اجتماعی و هیجانی کودکان را تحت تاثیر قرار می دهد. در واقع آنچه در درون خانواده اتفاق می افتد و چگونگی عملکرد آن می تواند عامل کلیدی در ایجاد انعطاف پذیری و کاهش خطرات فعلی و آینده مرتبط با رویدادهای ناگوار و شرایط نامناسب باشد. محیط برانگیزنده و پرورش دهنده کودکان را قادر می سازد تا یاد بگیرند و پیشرفت کنند. برعکس، محیط های خانوادگی ناکارساز می تواند برای بسیاری از جنبه های رشد کودکان و انتقال مثبت آنان به بزرگسالی بسیار مضر باشد (سیلورن^۱ و همکاران، ۲۰۰۶). با توجه به اینکه تاکنون در مورد رابطه عملکرد خانواده و اختلالات شخصیت پژوهشی انجام نگرفته است و همچنین اهمیت الگوی مک مستر پژوهش حاضر با هدف، تعیین رابطه عملکرد خانواده بر اساس الگوی مک مستر با اختلالات شخصیت در یکی از اعضای خانواده انجام گرفت.

روش

پژوهش حاضر توصیفی از نوع همبستگی است. برای پیش بینی پنج مورد از اختلال های شخصیت (وابسته، اجتنابی، پارانوئید، نمایشی، خود شیفته، افسردگی اساسی و افسرده خویی) در نمونه مورد بررسی از خرده مقیاس های عملکرد خانواده الگوی مک مستر استفاده شد. خرده مقیاس های عملکرد خانواده در معادله رگرسیونی برای پیش بینی متغیر ملاک (اختلال های شخصیت) استفاده شد.

در این پژوهش ۳۰۰ نفر از دانشجویان دانشگاه رازی کرمانشاه به شیوه نمونه گیری تصادفی طبقه ای انتخاب شدند (با در نظر گرفتن جنسیت و تعداد دانشجویان هر دانشکده). شرکت کنندگان پس از اعلام رضایت و کسب اطمینان از اینکه نتایج محرمانه خواهد بود به پرسشنامه های پژوهش پاسخ دادند. میانگین سنی نمونه ۲۱/۸۷ (انحراف معیار ۲/۲۲) بود. ۱۴۸ نفر (۵۱/۴ درصد) از آن ها دختر و ۱۴۰ نفر (۴۸/۶ درصد) دیگر پسر بودند. ۹۲/۴ مجرد بودند و ۷/۶ متاهل بودند. دامنه سنی آزمودنی ها از ۱۸ تا ۳۰ سال قرار داشت و میانگین سنی آن ها ۲۱/۴۵ با انحراف استاندارد ۱/۹۸ بود. برای گردآوری داده های پژوهش از پرسشنامه های زیر استفاده شد:

۱- پرسشنامه شخصیتی میلون: این پرسشنامه توسط تئودور میلون در سال ۱۹۸۱ طراحی شد و شامل ۱۷۵ جمله کوتاه توصیف خود با پاسخ های بلی و خیر است که برای بزرگسالان ۱۸ سال به بالا استفاده می‌شود و شامل ۱۴ الگوی بالینی شخصیت و ۱۰ نشانگان بالینی است (رحمانی و همکاران، ۱۳۹۱). این پرسشنامه بر اساس نظریه زیستی-روانی، اجتماعی میلون ساخته شده است "میلون دو" شامل ۲۲ ویژگی است این ویژگی‌ها در سه گروه ویژگی های شخصیتی، الگوی بیمارگون شخصیت، و نشانگان بالینی دسته بندی شده است. میلون دو، شامل ۱۷۵ جمله کوتاه خودتوصیفی با پاسخ‌های "بله" و "خیر" است. میلون همسانی درونی ماده های ویژگی ها را با استفاده از فرمول کودر ریچاردسون ۲۰ بر مبنای ۸۲۵ نفر از جمعیت عادی محاسبه کرده است. متوسط ضریب کودر ریچاردسون در تمام مقیاس-های پرسشنامه ۹۰ درصد یا در دامنه‌ای از ۸۱ تا ۹۰ درصد به دست آمد. در ایران، محاسبه ضرایب پایایی آزمون از طریق همسانی درونی داده‌ها انجام گرفته که میان ضریب کودر ریچاردسون تمام مقیاس ها ۸۵ درصد و میانگین ۸۴ درصد به دست آمده است. روش دیگر به دست آوردن ضریب پایایی از طریق بازآزمایی بود که میانگین مقیاس‌ها ۸۶ درصد به دست آمده است. همچنین کارایی تشخیص خطوط برش مقیاس ها از ملاک های *DSM-III-R* محاسبه گردید و میانه مقیاس های شخصیتی برای حساسیت آزمون ۵۴ درصد، ویژگی ۹۵ درصد، توان پیش بینی مثبت ۶۳ درصد، توان حساسیت آزمون ۶۲ درصد، ویژگی آزمون ۹۵ درصد، توان پیش بینی منفی ۹۰ درصد و توان تشخیص کلی ۸۸ درصد به دست آمده است (فتحی آشتیانی، ۱۳۸۸). از این آزمون در برخی از پژوهش‌ها در جمعیت غیر بالینی و عادی نیز استفاده شده است، از جمله پژوهش ابوالقاسمی و حشمتی (۱۳۸۷) که در دانش‌آموزان با جمعیت غیر بالینی استفاده شد. در پژوهش حاضر برای این پرسشنامه آلفای کرونباخ ۰/۸۷ به دست آمد.

۲- پرسشنامه عملکرد خانواده: این پرسشنامه دارای ۵۳ گویه است و برای سنجیدن عملکرد خانواده بر اساس نظریه الوی مک مستر، تدوین شده است. این ابزار در سال ۱۹۸۳ توسط اپشتاین، بالدوین و بیشاب تهیه شده است. و هدف آن سنجیدن عملکرد خانواده بر اساس الگوی مک مستر می باشد. این الگو خصوصیات ساختاری، شغلی و تعاملی خانواده را معین می سازد و شش بعد از عملکرد خانواده را مشخص می کند. این ابعاد از این قرارند: حل مشکل، نقش‌ها، همراهی عاطفی، ارتباط، آموزش عاطفی، کنترل رفتار و عملکرد کلی خانواده لذا تست سنجش خانواده متناسب با این شش بعد، از شش خرده مقیاس برای سنجیدن آن‌ها، به علاوه یک مقیاس دیگر مربوط به عملکرد کلی

خانواده تشکیل شده است (به نقل از اصلانی، خالدی، امان‌الهی، ۱۳۹۱). اعتبار و روایی ابزار سنجش عملکرد خانواده پس از تهیه توسط اپشتاین و همکارانش، در سال ۱۹۸۳ بر روی یک نمونه ۵۰۳ نفری اجرا شد. دامنه ضریب آلفای مجموعه‌ها بین ۰/۷۲ تا ۰/۹۲ نشان‌دهنده همسانی درونی بالای آن است. در ایران نیز پژوهش‌ها توسط نوروزی (۱۳۷۷)، ملا تقی (۱۳۷۷)، بهاری (۱۳۷۹)، امینی (۱۳۷۹)، حاکی از اعتبار و پایایی بالای این پرسشنامه است. ضریب آلفای کرونیخ سازه‌های نقش‌های حل مسئله، ابراز عواطف و کل مقیاس را در *FAD-I* به ترتیب ۰/۹۲، ۰/۷۵، ۰/۹۳ گزارش شده است (به نقل از ساعتچی و همکاران، ۱۳۸۹). در پژوهش حاضر برای این پرسشنامه آلفای کرونیخ ۰/۸۹ به دست آمد.

برای تحلیل داده‌های پژوهش از تحلیل رگرسیون خطی چندگانه، همبستگی پیرسون و تحلیل همبستگی بنیادی^۱ استفاده گردید. به شرکت کنندگان اطمینان داده شد که نتایج پژوهش محرمانه باقی خواهد ماند و اهداف پژوهش برای آنان تشریح شد، بنابراین آنان با رضایت کامل به پرسشنامه‌ها پاسخ دادند.

یافته‌ها

جدول ۱ شامل کمینه، بیشینه، میانگین و انحراف استاندارد اختلال‌های شخصیت در کل نمونه است.

جدول ۱. میانگین و انحراف استاندارد متغیرهای پژوهشی

انحراف استاندارد	میانگین	کمینه	بیشینه	اختلال شخصیت
۴/۹۵	۹/۴۹	۱۹	۱	اختلال شخصیت وابسته
۴/۶۷	۶/۵۴	۲۰	۰	اختلال شخصیت اجتنابی
۴/۳۵	۹/۵۵	۱۹	۰	اختلال شخصیت پارانویید
۳/۵۳	۳۲/۲۴	۴۸	۲۳	اختلال شخصیت خودشیفته
۲/۶۰	۲۳/۷۳	۴۵	۱۸	اختلال شخصیت نمایشی
۵/۰۸	۵/۴۸	۱۹	۰	اختلال افسردگی اساسی
۴/۸۲	۵/۸۵	۱۸	۰	اختلال افسرده خویی

برای بررسی وجود رابطه بین خرده مقیاس‌های عملکرد خانواده (ارتباط، ایفای نقش، آمیزش هیجانی، حل مشکل، همراهی هیجانی، کنترل رفتار و عملکرد کلی) و اختلالات شخصیت از ضریب همبستگی

پیرسون استفاده شد. نتایج نشان داد که بین همه خرده مقیاس‌های عملکرد خانواده با اختلالات شخصیت (وابسته، اجتنابی، پارانوئید، افسردگی اساسی و افسرده خوئی) رابطه منفی و معناداری وجود دارد اما با اختلالات خودشفته و نمایشی رابطه مثبت وجود دارد. نتایج پژوهش بیانگر آنست که عملکرد کلی خانواده با اختلال‌های شخصیت وابسته، اجتنابی، پارانوئید، افسردگی اساسی و افسرده خوئی به ترتیب ضرایب همبستگی ۰/۲۸، -۰/۳۷، -۰/۲۹، -۰/۴۳ و -۰/۳۶ وجود دارد.

جدول ۲. ضرایب همبستگی بین خرده مقیاس‌های عملکرد خانواده و اختلالات شخصیت

متغیرها	اختلال	اختلال	اختلال	اختلال	اختلال	اختلال	اختلال
	شخصیت وابسته	شخصیت اجتنابی	پارانوئید	خودشفته	نمایشی	افسردگی اساسی	افسرده خوئی
ارتباط	r	-۰/۱۶	-۰/۲۶	-۰/۲۰	۰/۰۵	۰/۱۳	-۰/۲۴
	p	۰/۰۰۵	۰/۰۰۱	۰/۰۰۱	۰/۴۶	۰/۰۵	۰/۰۰۱
ایفای نقش	r	-۰/۲۱	-۰/۳۹	-۰/۲۹	۰/۲۰	۰/۱۶	-۰/۳۶
	p	۰/۰۰۱	۰/۰۰۱	۰/۰۰۱	۰/۰۰۳	۰/۰۲	۰/۰۰۱
آمیزش هیجانی	r	-۰/۲۴	-۰/۳۸	-۰/۲۸	۰/۰۶	۰/۱۷	-۰/۳۱
	p	۰/۰۰۱	۰/۰۰۱	۰/۰۰۱	۰/۳۶	۰/۰۱	۰/۰۰۱
حل مشکل	r	-۰/۱۶	-۰/۲۹	-۰/۱۱	۰/۱۲	۰/۱۴	-۰/۲۹
	p	۰/۰۰۳	۰/۰۰۱	۰/۰۵	۰/۰۸	۰/۰۴	۰/۰۰۱
همراهی هیجانی	r	-۰/۱۹	-۰/۳۸	-۰/۲۵	۰/۲۳	۰/۱۶	-۰/۳۵
	p	۰/۰۰۱	۰/۰۰۱	۰/۰۰۱	۰/۰۰۱	۰/۰۲	۰/۰۰۱
کنترل رفتار	r	-۰/۱۸	-۰/۳۱	-۰/۲۵	۰/۲۵	۰/۱۵	-۰/۲۸
	p	۰/۰۰۲	۰/۰۰۱	۰/۰۰۱	۰/۰۰۱	۰/۰۲	۰/۰۰۱
عملکرد کلی	r	-۰/۲۸	-۰/۳۷	-۰/۲۹	۰/۲۲	۰/۱۴	-۰/۳۶
	p	۰/۰۰۱	۰/۰۰۱	۰/۰۰۱	۰/۰۰۱	۰/۰۳	۰/۰۰۱

شاخص‌های دیگر این تحلیل نشان می‌دهند که از میان هفت بعد عملکرد خانواده وزن خرده مقیاس همراهی عاطفی برابر با ۰/۴۹ واجد بیشترین ارتباط با اولین متغیر ترکیبی یا بنیادی حاصل از متغیرهای وابسته (اختلالات شخصیت) است. ضریب ساختاری همراهی عاطفی (-۰/۸۴) در ایجاد متغیر بنیادی

اختلالات شخصیت واجد بیشترین نقش و مؤلفه های ارتباط و حل مشکل ($-0/61$ و $+0/61$) کمترین نقش را دارند.

جدول ۳. ضرایب استاندارد، ضرایب ساختاری و دیگر شاخص های تحلیل همبستگی بنیادی

متغیرها	ضرایب استاندارد	ضرایب ساختاری	واریانس مشترک
ارتباط	0/18	0/61	0/68 = لمبدای
همراهی عاطفی	0/49	-0/84	ویلکز
ایفای نقش	0/39	-0/80	RS=0/32
عملکرد کلی	0/41	-0/82	F=2/43
حل مشکل	-0/18	-0/61	p<0/0001
آمیزش عاطفی	-0/38	-0/80	
کنترل رفتار	-0/10	-0/68	

همانطور که در جدول ۳ مشاهده می شود، آزمون لمبدای ویلکز^۱ 0/68 می باشد. یعنی، در حدود ۳۲ درصد از واریانس متغیرهای وابسته (اختلالات شخصیت) پیش بینی می شوند. همراهی عاطفی و عملکرد کلی به ترتیب با ضرایب استاندارد 0/49 و 0/41 واجد بیشترین و کمترین ارتباط با اولین متغیر بنیادی از مؤلفه های عملکرد خانواده هستند، با توجه به منفی بودن تمام ضرایب ساختاری (غیر از ارتباط) ابعاد عملکرد خانواده و اختلالات شخصیت، می توان گفت هر چه نمره افراد به ترتیب در بعد همراهی عاطفی و عملکرد کلی بیشتر باشد نمره آن ها در اختلالات شخصیت پایین تر خواهد بود (جهت قضاوت در خصوص اهمیت نسبی متغیرهای مستقل در تبیین واریانس مشترک میان دو دسته متغیر، باید از ضرایب استاندارد استفاده کرد).

برای پیش بینی اختلالات شخصیت بر اساس خرده مقیاس های عملکرد خانواده از تحلیل رگرسیون گام به گام استفاده شد، نتایج نشان داد که برای پیش بینی اختلال شخصیت وابسته مدل استفاده شده معنادار است و متغیرهای پیش بین می توانند ۸ درصد واریانس اختلال شخصیت وابسته را تبیین کنند، این مدل در یک

گام انجام گرفت و عملکرد کلی خانواده با ضریب بتای $0/28$ - توان پیش بینی اختلال شخصیت وابسته را دارد.

نتایج نشان داد که برای پیش‌بینی اختلال شخصیت اجتنابی مدل استفاده شده معنادار است و متغیرهای پیش‌بین روی هم رفته می‌توانند 21 درصد واریانس اختلال شخصیت اجتنابی را تبیین کنند، این مدل در سه گام انجام گرفت و خرده مقیاس‌های ایفای نقش، همراهی هیجانی به ترتیب با ضریب بتای $0/19$ -، $0/20$ - و $0/16$ - توان پیش‌بینی اختلال شخصیت اجتنابی را دارند.

نتایج تحلیل رگرسیون نشان داد که خرده مقیاس‌های عملکرد خانواده روی هم رفته می‌توانند 12 درصد واریانس اختلال شخصیت پارانوئید را تبیین کنند. این مدل در سه گام انجام گرفت و خرده مقیاس‌های عملکرد کلی خانواده، ایفای نقش و حل مشکل به ترتیب با ضریب بتای $0/28$ -، $0/24$ - و $0/22$ - توان پیش‌بینی اختلال شخصیت پارانوئید را دارند. نتایج بیانگر آنست که 25 درصد واریانس افسردگی اساسی توسط خرده مقیاس‌های عملکرد خانواده قابل تبیین است و خرده مقیاس‌های عملکرد کلی خانواده، ایفای نقش، کنترل رفتار و همراهی هیجانی به ترتیب با ضرایب بتای $0/32$ -، $0/26$ -، $0/22$ - و $0/14$ - قادر به پیش‌بینی افسردگی اساسی هستند. برای پیش‌بینی افسردگی خویی نیز نتایج تحلیل رگرسیون نشان داد که خرده مقیاس‌های عملکرد خانواده می‌توانند 17 درصد واریانس افسردگی خویی را تبیین کنند و خرده مقیاس‌های ایفای نقش و همراهی هیجانی با ضرایب بتای $0/25$ - و $0/22$ - توان پیش‌بینی افسردگی خویی را دارند. همچنین نتایج نشان داد که خرده مقیاس‌های کنترل رفتار و همراهی عاطفی با ضرایب بتای $0/22$ - و $0/20$ - توان پیش‌بینی اختلال شخصیت خودشیفته را دارند و تنها خرده مقیاس همراهی عاطفی توان پیش‌بینی اختلال شخصیت نمایشی را دارد. نتایج تحلیل رگرسیون در جدول ۳ آمده است.

پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی

پرتال جامع علوم انسانی

جدول ۴. نتایج تحلیل رگرسیون گام به گام برای پیش بینی اختلالات شخصیت توسط عملکرد خانواده

متغیر ملاک	R	R ²	F	sig	گام	متغیر پیش-بین	B	β	t	sig
شخصیت وابسته	۰/۲۸	۰/۰۸	۲۵/۹۲	۰/۰۰۱	۱	عملکرد کلی	۰/۱۶	-۰/۲۸	-۵/۰۹	۰/۰۰۱
شخصیت اجتنابی	۰/۴۶	۰/۲۱	۲۷/۴۸	۰/۰۰۱	۳	ایفای نقش همراهی هیجانی	-۰/۲۰ -۰/۲۳ -۰/۱۸	-۰/۱۹ -۰/۲۰ -۰/۱۶	-۲/۸۶ -۳/۱۷ -۲/۵۸	۰/۰۰۴ ۰/۰۰۲ ۰/۰۰۱
شخصیت پارانویید	۰/۳۶	۰/۱۲	۱۴/۶۷	۰/۰۰۱	۳	عملکرد کلی ایفای نقش حل مشکل	-۰/۱۵ -۰/۲۴ ۰/۲۳	-۰/۲۸ -۰/۲۴ ۰/۲۲	-۳/۴۷ -۳/۰۹ ۲/۹۳	۰/۰۰۱ ۰/۰۰۲ ۰/۰۰۴
شخصیت خودشیفته	۰/۳۲	۰/۱۰	۱۱/۳۳	۰/۰۰۱	۲	کنترل رفتار همراهی عاطفی	۰/۱۶ ۰/۲۳ ۰/۲۳	۰/۲۲ ۰/۲۰ ۰/۲۰	۳/۲۰ ۲/۹۵ ۲/۹۵	۰/۰۰۲ ۰/۰۰۴ ۰/۰۰۴
شخصیت نمایشی	۰/۱۶	۰/۰۲	۵/۶۹	۰/۰۰۱	۱	همراهی عاطفی	۰/۱۲	۰/۱۶	۲/۳۸	۰/۰۰۱
افسردگی اساسی	۰/۲۰	۰/۳۲	۳/۹۵	۰/۰۰۱	۱	عملکرد کلی ایفای نقش کنترل رفتار همراهی عاطفی	-۰/۲۰ -۰/۳۱ ۰/۲۳ ۰/۱۷	-۰/۳۲ -۰/۲۶ -۰/۲۲ -۰/۱۴	-۳/۹۵ -۳/۷۲ ۳/۰۴ -۲/۱۱	۰/۰۰۱ ۰/۰۰۱ ۰/۰۰۳ ۰/۰۰۳
افسرده خونی	۰/۴۱	۰/۱۷	۳۰/۳۳	۰/۰۰۱	۲	ایفای نقش همراهی عاطفی	-۰/۲۸ -۰/۲۵	-۰/۲۵ -۰/۲۲	-۴/۰۱ -۳/۵۳	۰/۰۰۱ ۰/۰۰۱

نتیجه‌گیری

یکی از الگوهای مهم در زمینه بررسی کارکرد خانواده، الگوی کارکرد خانواده مک مستر است، پژوهش حاضر با هدف تعیین رابطه عملکرد خانواده بر اساس این الگو با اختلالات شخصیت در یکی از اعضای خانواده انجام گرفت. نتایج پژوهش نشان داد که بین همه خرده مقیاس‌های عملکرد خانواده با اختلالات شخصیت (غیر از خودشیفته و نمایشی) رابطه منفی و معناداری وجود دارد. یعنی هر قدر میزان عملکرد خانواده در شاخص‌های الگوی مک مستر (ارتباط، ایفای نقش، آمیزش هیجانی، حل مشکل، همراهی هیجانی، کنترل رفتار و عملکرد کلی) بیشتر باشد فردی که در آن خانواده زندگی می‌کند از اختلال شخصیت کمتری رنج می‌برد. در حالت کلی می‌توان گفت هر چه نمره افراد در بعد همراهی عاطفی و عملکرد کلی بیشتر باشد نمره آن‌ها در اختلالات شخصیت پایین‌تر خواهد بود.

خانواده یکی از مهمترین نهادهای اجتماعی، اساس تشکیل جامعه و حفظ عواطف انسانی است و هرگونه نارسایی در عملکرد خانواده^۱ تأثیر نامطلوبی در بهنجار نمودن فرزندان ایجاد می‌کند (ساقی و رجایی، ۱۳۸۷). بنابراین هر میزان یک خانواده توان حل کردن تعارضات به وجود آمده را به خوبی داشته باشد، میان اعضای آن هماهنگی و تقسیم مسئولیت وجود داشته باشد، مدل‌های انضباطی موفقی داشته باشد، و حد و مرز بین افراد رعایت شود فردی که در این خانواده رشد کند از سلامت رفتار بیشتری برخوردار خواهد بود.

عملکرد خانواده جنبه مهم محیط خانواده است که سلامت جسمانی، اجتماعی و هیجانی کودکان را تحت تأثیر قرار می‌دهد. در واقع آنچه درون خانواده اتفاق می‌افتد و چگونگی عملکرد آن می‌تواند یک عامل کلیدی در ایجاد انعطاف‌پذیری و کاهش خطرات فعلی و آینده مرتبط با رویدادهای ناگوار و شرایط نامناسب باشد. در واقع عملکرد خانواده با سلامت روانی اعضا ارتباط دارد. آسیب روانی اصولاً یک مشکل درون فردی در یک عضو خانواده نیست، بلکه یک فرایند تعاملی بین اعضای خانواده است. پژوهش‌ها نشان می‌دهد بین عملکرد ضعیف خانواده و ابتلای فرزندان به علایم جسمی، اضطراب، اختلال خواب، افسردگی و اختلال در کارکرد اجتماعی رابطه معناداری وجود دارد (زرگر، ۱۳۸۶). بنابراین در این جهت نتایج پژوهش حاضر با پژوهش‌های پیشین همخوان است.

تحقیقات مختلف رابطه اختلال در عملکرد خانواده و مشکلات متعدد اعضای آن را نشان داده‌اند (از جمله ترکوم^۲ و همکاران، ۲۰۰۵؛ میلر و همکاران، ۲۰۰۲؛ فرانکر^۳، کمیل^۱ و شیدز^۲، ۲۰۰۲؛ کای-کن^۳ و

^۱. Family functions

^۲. Türküm

^۳. Franks

همکاران، ۲۰۰۶؛ هر^۴، هامن^۵ و بنان^۶، ۲۰۰۸؛ یوسف نژاد، ۱۳۸۶؛ صیادی، ۱۳۸۱؛ عباسی و همکاران، ۱۳۸۸؛ به نقل از قمری و خوشنام، ۱۳۹۰، کرمی، ۱۳۹۱) نام برد.

بر اساس پژوهش‌ها می‌توان گفت که خانواده‌های که از عملکرد ضعیف برخوردارند باعث گستگی و جدایی عاطفی اعضای خانواده و فقدان صمیمیت، عدم انطباق پذیری اعضای خانواده و سطح پایین رضایت و خشنودی خانوادگی می‌شود در نتیجه باعث ناسازگاری و مشکلات روانی در افراد می‌شود. در واقع اگر در یک خانواده مشکلات بدرستی حل شوند، اعضا ارتباط خوبی با یکدیگر داشته باشند و هنگامی که فرد با مشکلی مواجه می‌شود، بتوانند با وی به خوبی همدردی کنند و واکنش هیجانی مناسبی که خوشایند فرد باشد نشان دهند، به گونه‌ای که وی احساس کند که تکیه گاه امنی دارند، اختلال‌های شخصیتی و روانی در افراد این خانواده به وجود نمی‌آید، همچنین در خانواده آتی رفتارهای فرد به درستی کنترل می‌شود و فرد از آزادی‌های لازم و مسئولانه برخوردار است و سلامتی وی بهتر از خانواده‌ای که این چنین نیست، می‌باشد. اما لازم به ذکر است که برخی از ابعاد عملکرد خانواده با اختلال شخصیت خودشیفته و نمایشی رابطه مثبت داشتند که این می‌تواند ناشی از بحث‌های فرهنگی یا نمونه پژوهشی باشد بنابراین در پژوهش‌های آتی این نکته باید مورد توجه قرار گیرد. براساس این مدل و نتایج پژوهش حاضر می‌توان گفت در خانواده‌هایی که توانایی حل مشکل وجود دارد و اطلاعات بین اعضای آن به خوبی رد و بدل می‌شود و ارتباط موثری بین اعضاء وجود دارد، نقش‌ها و تقسیم مسئولیت‌ها به درستی و عادلانه انجام شده است، توانایی هر یک از اعضاء برای پاسخ‌دهی به هیجان‌ها متناسب است، اعضای خانواده به همدیگر علاقه‌مندند و استانداردها لازم برای کنترل فرزندان وجود دارد و در عین حال آزادی لازم به آن‌ها داده می‌شود، میزان ابتلا به اختلال‌های شخصیت در آن‌ها کمتر است. بنابراین پیشنهاد می‌شود که روان‌درمانگران و مشاوران خانواده این نکته اساسی را مد نظر داشته باشند و در خانواده درمانی برای درمان اختلال شخصیت بر اصلاح کارکردهای خانواده تاکید کنند. با توجه به اینکه پژوهش حاضر پنج مورد اختلال‌های شخصیت را بررسی کرده است پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آتی سایر اختلال‌ها مورد توجه قرار گیرد.

¹ .Campbell

² .Shields

³ .Kai-Kuen

⁴ .Herr

⁵ .Hamman

⁶ .Brennan

از محدودیت های پژوهش باید به این نکته توجه داشت که برخی از آزمودنی ها متاهل بودند و اکثریت مجرد بودند و بنابراین در تعمیم نتایج باید احتیاط کرد. با توجه به نتایج پژوهش می توان گفت که عملکرد خانواده در اختلالات شخصیت نقش دارند. بنابراین پیشنهاد می شود که در این باره به خانواده ها شیوه های بهتر عملکرد آموزش داده شود و درمانگران نیز بر اصلاح عملکرد خانواده جهت درمان اختلالات شخصیت تاکید داشته باشند.



پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی
پرتال جامع علوم انسانی

منابع

- اصلانی، خالد؛ صیادی، علی؛ امان‌الهی، عباس. (۱۳۹۱). رابطه بین سبک‌های دلبستگی با کارکرد خانواده و سلامت عمومی. *فصلنامه مشاوره و روان‌درمانی خانواده*، ۲(۱۷۷)، ۱۶۳-۱۷۷.
- ابوالقاسمی، عباس. حشمتی، رسول. (۱۳۸۷). بررسی ارتباط فراساخت و مولفه‌های آن با شخصیت‌های اجتنابی و وسواسی در دانش‌آموزان دبیرستانی. *مجله علوم روانشناختی*، ۷(۲۸)، ۴۶۲-۴۷۹.
- رحمانی، فاتح؛ کیانی، محمدعلی؛ رضاعی، فرزین؛ نصوری، مرضیه. (۱۳۹۱). رابطه تأهل و جنسیت با اثر موقعیتهای آزارنده در کُنش‌های هوشی مراجعان دارای اختلال شخصیت مرزی. *فصلنامه مشاوره و روان‌درمانی خانواده*، ۲(۳)، ۳۸۸-۴۱۱.
- ساعتچی، محمود. کامکاری، کامبیز. عسکریان، مهناز. (۱۳۸۹). *آزمون‌های روانشناختی*. تهران: نشر ویرایش.
- علیزاده صحرائی، ام‌هانی. خسروی، زهره. بشارت، محمد علی. (۱۳۸۸). رابطه کارآیی خانواده با کمال‌گرایی مثبت و منفی در دانش‌آموزان شهرستان نوشهر. *فصلنامه خانواده‌پژوهی*، ۱۷(۵)، ۵۶-۴۳.
- فتاح‌زاده، الهام. (۱۳۸۸). *مقایسه کیفیت زندگی و عملکرد خانواده در کارکنان خشنود و ناخشنود پالایشگاه شازند اراک*. پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه آزاد اسلامی اراک.
- فتحی‌آشتیانی، علی. (۱۳۸۸). *آزمون‌های روان‌شناختی: ارزشیابی شخصیت و سلامت روان*. تهران: انتشارات بعثت.
- قمری، محمد. خوشنام، امیر حسین. (۱۳۹۰). بررسی رابطه عملکرد خانواده اصلی و کیفیت زندگی در بین دانشجویان. *فصلنامه خانواده‌پژوهی*، ۷(۲۷)، ۳۴۶-۳۶۲.
- زرگر، فاطمه. عاشوری، احمد. اصغری‌پور، نگار. عاقبتی، اسماء. (۱۳۸۶). مقایسه عملکرد خانواده بیماران مبتلا به اختلال افسردگی عمده با بیماران بدون اختلالات روانپزشکی در شهر اصفهان. *مجله تحقیقات علوم رفتاری*، ۵(۲)، ۹۹-۱۰۶.
- ساقی، حسین. رجایی، علیرضا. (۱۳۸۷). بررسی رابطه ادراک نوجوانان از عملکرد خانواده با سازگاری آنها. *مجله اندیشه و رفتار*، ۲(۱۰)، ۷۷-۷۱.
- سادوک، بنجامین و سادوک، ویرجینیا. (۲۰۰۷). *خلاصه روانپزشکی*. ترجمه نصرت‌الله پورافکاری (۱۳۸۶). جلد سوم، تهران: انتشارات شهرآب.

مجرد کاهانی، امیرحسین و قنبری هاشم آبادی، بهرامعلی. (۱۳۹۰). ارزیابی اثربخشی مداخلات آموزشی روانی گروهی بر عملکرد خانواده بیماران مبتلا به اختلالات خلقی. فصلنامه مشاوره و روان‌درمانی خانواده، ۲، ۴۱۲-۳۹۹.

نصراصفهانی، نرگس؛ اعتمادی، احمد؛ شفیق‌آبادی، عبدالله. (۱۳۹۱). اثربخشی آموزش معنا-محور بر عملکرد خانواده زنان متأهل. فصلنامه مشاوره و روان‌درمانی خانواده، ۲، ۲۲۱-۲۰۹.

Carlson, J., Sperry, L., Lewis, J. A. (2005). Family therapy techniques. New York: Routledge.

Chabrol, H., Rousseau, A. L., Callahan, S., Hyler, S. E. (2007). Frequency and structure of DSM-IV personality disorder traits in college students. *Personality and Individual Differences*, 43, 1767-1776.

Epstein, N.B., Baldwin, L.M., & Bishop, D.S. (1983). The McMaster family assessment device. *Journal of Marital and Family Therapy*, 9, 171-180.

Franks, P., Campbell, T. L., & Shields, C. G. (2002). Social relationships and health: The relative roles of family functioning and social support. *Social Science & Medicine*, 34, 779-778.

Friedman, M. S., McDermut, W. H., Solomon, D. A., Ryan, C. E., Kietner, G. I., Miller, I. W. (1997). Family functioning in mental illness: a comparison of psychiatric and non-clinical families. *Family Process*, 36: 357-67.

Herr, N. R., Hamman, C., & Brennan, P. A. (2008). *Current and post depression as predictors of family functioning: A comparison of men and women in a community sample*. Department of psychology, Emory University [Online]. Available: www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18179341

Kai-Kuen, L., Ching-Yu, C., Bee-Hong, L., & Shih-Tien, H. (2006). *Social support and family functioning on psychological symptoms in elderly Chinese*. Department of family medicine, National Taiwan University Hospital and College of Medicine.

Moran, P., Coffey, C., Mann, A., Carlin, J.B., Patton, G.C. (2006). Dimensional characteristics of DSM-IV personality disorders in a large epidemiological sample. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 113, 233-336.

Miller IW, Ryan CE, Kietner GI, Bishop DS, Epstein NB. (2000). The McMaster approach to families: theory, assessment, treatment and research. *Journal of Family Therapy*, 22: 168-89.

Miller, I. W., McDermut, W., CoopGordon, K., Keitner, G. I., Ryan, C. E., & Norman, W. (2002). Personality and family functioning in families of depressed patients. *Journal of Abnormal Psychology*, 109(3), 539-45

Silburn, S., Zubrick S., De Maio, J., Shepherd, C., Griffin, J., Mitrou, F. (2006). *The Western Australian Aboriginal Child Health Survey: Strengthening the capacity of Aboriginal children, families and communities*. Perth: Curtin University of Technology and Telethon Institute for Child Health Research.

- Walker, R., Shepherd, C. (2006). *Strengthening aboriginal family functioning: what works and why?* Telethon Institute for Child Health Research.
- Trangkasombat, U. (2006). Family functioning in the families of psychiatric patients: a comparison with nonclinical families. *Journal-Medical Association of Thailand*, 89(11), 1946.
- Tamplin, A., & Herbert, J. (1998). Family functioning and parent general health in families of adolescents with major depressive disorder. *Journal of Affective Disorders*, 48(1), 1-13.
- Weisman, A. (2005). Integrating Culturally Based Approaches With Existing Interventions for Hispanic/Latino Families Coping With Schizophrenia. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 42(2), 178.



پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی
رتال جامع علوم انسانی