

Severity of personality disorder symptom in parents of children with autistic disorder, attention deficit hyperactivity disorder and normal control

Mahsa Babaei Aghdam¹, Shahrokh Amiri², Naeimeh Moheb³, Salman Abdi⁴

1-MSc, Department of Psychology, Tabriz Branch, Islamic Azad University, Tabriz, Iran.

2- Professor, Research Center of Psychiatry and Behavioral Sciences, Tabriz University of Medical Sciences, Tabriz, Iran (Corresponding Author). E-mail: Amirish@tbzmed.ac.ir

3- Assistant Professor, Department of Psychology, Tabriz Branch, Islamic Azad University, Tabriz, Iran.

4- MSc, Road Traffic Research Center, Tabriz University of Medical Sciences, Tabriz, Iran.

Received: 20/04/2021

Accepted: 07/07/2021

Abstract

Introduction: Parents problems can not only lead to the occurrence or aggravation of their childrens disorders, but also affect their childrens psychological problems.

Aim: The purpose of this study was to compare personality disorder symptom in parents of children with autism disorders, attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) and normal control.

Method: This is a cross-sectional study. The population of this study included all parents of children with autism and ADHD from Tabriz City in year 2020. 130 parents of children with autism, 170 parents of children with ADHD were selected available sampling method and were mached with 273 parents of normal control. All the clinical assessment of autism, ADHD and comorbidities were conducted by child and adolescent psychiatrists. The severity of personality disorder symptom were assessed by Millon Clinical Multiaxial Inventory (MCMI-III). Kruskal-Wallis test using SPSS version 26 software was used for data analysis.

Results: According to results of Kruskal-Wallis test, the mean ranking of personality disorders in the three groups respectively were parents of children with autism> parents of children with ADHD> control parents were ($p<0.01$).

Conclusion: Parents of children with autism suffer from higher vulnerability than symptoms of personality disorders compared to parents of children with ADHD. Additional studies are needed to make clinical interventions in parents appropriate to childrens mental disorders.

Keywords: Personality disorders, Parents, Autistic disorder, Attention deficit hyperactivity disorder, ADHD

How to cite this article: Babaei Aghdam M, Amiri Sh, Moheb N, Abdi S. Severity of personality disorder symptom in parents of children with autistic disorder, attention deficit hyperactivity disorder and normal control. Shenakht Journal of Psychology and Psychiatry. 2021; 8 (3): 128-139 .URL: <http://shenakht.muk.ac.ir/article-1-1174-en.pdf>

Copyright © 2018 the Author (s). Published by Kurdistan University of Medical Sciences. This is an open access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution-Non Commercial License 4.0 (CCBY-NC), where it is permissible to download, share, remix, transform, and buildup the work provided it is properly cited. The work cannot be used commercially without permission from the journal.

شدت علائم اختلالات شخصیت در والدین کودکان مبتلا به اختلال اوتیسم، اختلال نقص توجه / بیش‌فعالی و کنترل نرمال

مهسا بابائی اقدام^۱، شاهرخ امیری^۲، نعیمه محب^۳، سلمان عبدی^۴

۱. کارشناسی ارشد، گروه روانشناسی، واحد تبریز، دانشگاه آزاد اسلامی، تبریز، ایران.

۲. استاد، مرکز تحقیقات روانپزشکی و علوم رفتاری، دانشگاه علوم پزشکی تبریز، تبریز، ایران (مؤلف مسئول). ایمیل: Amirish@tbzmed.ac.ir

۳. استادیار، گروه روانشناسی، واحد تبریز، دانشگاه آزاد اسلامی، تبریز، ایران.

۴. کارشناسی ارشد، مرکز تحقیقات مدیریت و پیگیری از آسیب سوانح ترافیکی، دانشگاه علوم پزشکی تبریز، تبریز، ایران.

تاریخ پذیرش مقاله: ۱۴۰۰/۰۴/۱۶

تاریخ دریافت مقاله: ۱۴۰۰/۰۱/۳۱

چکیده

مقدمه: مسائل والدین ضمن آنکه می‌تواند به بروز یا تشدید اختلالات فرزندان منجر شوند از مشکلات روانی فرزندان نیز متأثر می‌شوند.

هدف: پژوهش حاضر مقایسه شدت علائم اختلالات شخصیت در والدین کودکان مبتلا به اختلال اوتیسم، والدین کودکان مبتلا به اختلال نقص توجه / بیش‌فعالی و والدین کودکان سالم بود.

روش: پژوهش حاضر مقطعی است. جامعه پژوهش شامل کلیه والدین کودکان مبتلا به اختلال اوتیسم و اختلال نقص توجه / بیش‌فعالی در سال ۱۳۹۹ در شهر تبریز بود. تعداد ۱۳۰ نفر از والدین کودکان اوتیسم، ۱۷۰ نفر از والدین کودکان اختلال نقص توجه / بیش‌فعال به صورت در دسترس انتخاب گردید و با ۲۷۳ نفر از والدین کنترل بهنجار هم‌تاسازی گردید. کلیه سنجش‌های بالینی اختلال اوتیسم، اختلال نقص توجه / بیش‌فعال و هم‌ابتلائی اختلال روانی دیگر توسط روانپزشک کودک و نوجوان صورت گرفت. شدت علائم اختلالات شخصیت والدین با استفاده از پرسشنامه اختلال شخصیت میلون ۳ سنجش گردید. برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از آزمون کروسکال والیس با استفاده از نرم افزار SPSS نسخه ۲۶ استفاده گردید.

یافته‌ها: براساس نتایج آزمون کروسکال والیس، میانگین رتبه‌ای اختلالات شخصیت سه گروه به ترتیب والدین کودکان مبتلا به اختلال اوتیسم < والدین کودکان مبتلا به اختلال نقص توجه / بیش‌فعال < والدین کنترل بودند ($p < 0.01$).

نتیجه‌گیری: والدین کودکان اوتیسم در مقایسه با والدین کودکان اختلال نقص توجه / بیش‌فعال از آسیب‌پذیری بیشتر شدت علائم اختلالات شخصیت رنج می‌برند. مطالعات تکمیلی نیاز است تا متناسب با شرایط گروه‌ها مداخلات بالینی صورت گیرد.

کلیدواژه‌ها: اختلالات شخصیت، والدین، اختلال اوتیسم، اختلال نقص توجه / بیش‌فعالی

مقدمه

می دانسته را از دست داده است؛ لذا واکنش های مربوط به از دست دادن شرایط ارزشمند را نشان خواهند داد (رافعی، ۱۳۹۸).

سنجش بار روانی والدین با استفاده از شدت علائم اختلال شخصیت مسئله ای کاربردی است که به واسطه حضور مداوم استرس والدینی در والدین کودکان اوتیسم و اختلال نقص توجه/ بیش فعال خودنمایی می کند؛ زیرا یکی از ابعاد مهم روانی افراد شخصیت است که می تواند نشانگر سلامت و آسیب روانی آن ها باشد. شخصیت الگوی صفات نسبتاً دائمی و ویژگی های منحصر به فرد است که به رفتار شخص ثبات و فردیت می بخشد (فیست و فیست^۷، ۲۰۱۹). محققان معتقدند شخصیت والدین می تواند به صورت مستقیم و یا غیرمستقیم از اختلالات رفتاری فرزندان تأثیر پذیرد و یا موجب تشدید مشکلات رفتاری فرزندان گردد و ارتباط دو سویه بین آن ها وجود دارد (امیری، رنجبر، حاتمی، برزگر و عبدی، ۱۳۹۵؛ مالک، امیری، رزاقی، عبدی و بهاری قره گوز، ۱۳۹۴).

به طوری که گزارش شده است والدین کودکان مبتلا به اوتیسم نسبت به سایر والدین کودکان با نیازهای ویژه مشکلات بیشتری دارند (ریوارد، تروکس، بورسیر و مرسیر^۸، ۲۰۱۴؛ نف و فاسو^۹، ۲۰۱۵). تحقیق صالحی، راجی، محمدیان، دادگر و باغستانی (۱۳۹۶) گزارش کرده اند که کیفیت زندگی مادران کودکان اوتیسم با شدت بیماری فرزندان ارتباط مستقیمی دارد. همچنین مادران کودکان اوتیسم مسائل متعدد اجتماعی در ارتباط با بیماری فرزندشان تجربه می کنند که بار هیجانی مضاعفی را برای آن ها به وجود می آورد. چنانچه پل،

والدین و کودک مجموعه ای را تشکیل می دهند که در ارزیابی و تلاش در قلمرو هرگونه درمانگری، آن را باید در نظر گرفت. سلامت جسمانی و روانی والدین در ایجاد فضای مطلوب در خانواده به عنوان نخستین پایگاه آموزش و پرورش، از بنیادی ترین عوامل شکل گیری شخصیت کودک است. به عنوان مثال، بیماری های روانی مادر غالباً با مشکلاتی در فرزند پروری همراه است (هوسوکاوا و کاتسورا^۱، ۲۰۱۸). نتایج برخی مطالعات نشان می دهد ضمن آنکه رفتار والدین می تواند یک نقش سبب شناسی در ظهور و شدت علائم اختلال رفتاری در کودک نیز داشته باشد، مشکلات روانی کودکان نیز نقش مهمی در بروز استرس والدین دارد (لاتا، راجموهان، نیر و شریپاتی^۲، ۲۰۱۲).

اختلال اوتیسم^۳ و اختلال نقص توجه/ بیش فعالی^۴ از متداول ترین شرایط مزمن روانی در خلال کودکی هستند که مشکلاتی را برای کودکان و والدین و حتی سایر اعضای خانواده ایجاد می کند (لین، اورسموند، کاستر و کوهن^۵، ۲۰۱۱؛ بگوم و مامین^۶، ۲۰۱۹). اساساً زمانی که والدین پی به وجود اختلالی در فرزند خود می برند، به یکباره تمام آرمان ها تصورات مثبت در مورد کودک از میان می رود. آشکار شدن علائم در یک کودک و قرار گرفتن او در یک طبقه از کودکان دارای اختلال برابر است با سوگ از دست دادن «شرایط نرمال یا معمولی» که خانواده انتظار آن را نداشته است؛ به عبارتی خانواده شرایط طبیعی و ارزشمندی که آن را حق مسلم خود

¹- Hosokawa, & Katsura

²- Latha, Rajmohan, Nair, & Shripathy

³- Autistic disorder

⁴- Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD)

⁵- Lin, Orsmond, Coster, & Cohn

⁶- Begum, & Mamin

⁷- Feist, & Feist

⁸- Rivard, Terroux, Boursier, & Mercier

⁹- Neff, & Faso

کراک فورد و بلک مور^۱ (۲۰۲۰) گزارش کرده اند که مادران کودکان اوتیسم به‌واسطه بیماری فرزندانشان اضطراب و توهین انتخابی بیشتری تجربه می‌کنند همچنین بیشتر احتمال دارد مادر بودن را یک تجربه منزوی بدانند، نگران این باشند که دیگران درباره والدین خود قضاوت کنند یا احساس کنند نمی‌توانند برای حمایت از فرزند پروری به دیگران متوسل شوند. همچنین گزارش فرا تحلیل درباره والدین کودکان اختلال نقص توجه/ بیش‌فعال نشان داده است که آن‌ها خستگی، اضطراب، خشم، افسردگی و تنهایی و بی‌پناهی را تجربه می‌کنند که بیانگر سطوح بالای استرس روزانه در این افراد است (کورکوران، شیلت، هوچبروکنر و آبل^۲، ۲۰۱۷).

گزارش مروری حاکی از آن است که استرس مادران کودکان دچار اختلالات نافذ رشدی بیشتر از مادران جامعه عمومی است و مهم‌ترین عوامل مرتبط با استرس والدین یا استراتژی‌های مقابله‌ای والدین شامل حمایت اجتماعی، شدت علائم اوتیسم، مشکلات مالی، ادراک و فهم والدین از اوتیسم، اضطراب و نگرانی والدین از آینده فرزند و باورهای مذهبی است (الیاس، کورنیش، کومار، پارک و گلدن^۳، ۲۰۱۸)؛ لذا اختلال اوتیسم و اختلال نقص توجه/ بیش‌فعالی به دلیل ویژگی‌هایی که دارند می‌توانند بر عملکرد والدین و رفتارهای آنان تأثیر بگذارند. کودک و والدین نه تنها بر یکدیگر تأثیر متقابل دارند بلکه سایر اعضای نظام خانواده یعنی دیگر فرزندان را تحت تأثیر قرار می‌دهند. وجود چنین کودکانی اغلب مشکلات متعددی را بر پیکر خانواده وارد می‌کند (فیست و فیست، ۲۰۱۹). به طوری که این مشکلات می‌تواند برخاسته از مشکلات ناسازگاری و رفتارهای ضد

اجتماعی، خود آسیب‌رسانی، حرکات کلیشه‌ای و یا فشارهای روانی ناشی از دشواری در برقراری ارتباط اجتماعی و نیز مشکلات مربوط به حضور در اماکن عمومی با شرایط خاص جسمانی کودک و یا هزینه‌های زیاد خدمات آموزشی و درمانی باشد (رافعی، ۱۳۹۸).

مرور پژوهش‌های قبلی نشان می‌دهد که مشکلات روانی و رفتاری متعددی در والدین کودکان اوتیسم و اختلال نقص توجه/ بیش‌فعال وجود دارد؛ اما درک بهتر آسیب روانی به‌واسطه عمق اثرگذاری آن بهتر است از شخصیت و نمای کلی از وضعیت روانی صورت گیرد؛ لذا در گام اول شناخت شخصیت به درک بهتر و پیش‌بینی رفتار آتی والدین این کودکان کمک می‌کند. همچنین از آنجایی که مطالعات خیلی اندکی درباره مقایسه مشکلات روانی و شخصیتی والدین کودکان اوتیسم و اختلال نقص توجه/ بیش‌فعال صورت نگرفته است؛ لذا پژوهش حاضر با رویکرد مقایسه‌ای به ارزیابی علائم اختلالات شخصیت در والدین کودکان اوتیسم و اختلال نقص توجه/ بیش‌فعال پرداخته است. بر این اساس پژوهش حاضر با هدف مقایسه شدت علائم اختلالات شخصیت در والدین کودکان مبتلا به اختلال اوتیسم، اختلال نقص توجه/ بیش‌فعالی و کنترل نرمال صورت گرفته است.

روش

این تحقیق مقطعی است. جامعه پژوهش شامل کلیه والدین کودکان مبتلا به اختلال اوتیسم و اختلال نقص توجه/ بیش‌فعالی در سال ۱۳۹۹ در شهر تبریز بود. تعداد ۱۳۰ نفر از والدین کودکان اوتیسم، ۱۷۰ نفر از والدین کودکان اختلال نقص توجه/ بیش‌فعال انتخاب گردید و با ۲۷۳ نفر از والدین کنترل بهنجار هم‌تاسازی گردید. نمونه‌گیری به صورت در دسترس و از بین کلینیک‌های

^۱- Pohl, Crockford, & Blakemore

^۲- Corcoran, Schildt, Hochbrueckner, & Abell

^۳- Ilias, Cornish, Kummar, Park, & Golden

تمام تحلیل‌های آماری با استفاده از نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۶ صورت گرفت. از روش‌های آمار توصیفی (فراوانی، درصد) برای توصیف متغیرهای تحقیق استفاده شد. از آزمون کولموگروف-اسمیرنف برای بررسی نرمال بودن داده‌ها، از آزمون ناپارامتریک کروسکال والیس برای مقایسه میانگین رتبه‌ای سیاهه چند محوری بالینی میلون در گروه‌های مورد مطالعه استفاده گردید. از آزمون دقیق فیشر و آزمون خی دو برای مقایسه ویژگی‌های جمعیت شناختی گروه‌های پژوهشی استفاده شد. در این مطالعه سطح معنی‌داری کمتر از ۰/۰۵ خطا معنی‌دار تلقی گردید.

ابزار

نسخه سوم سیاهه چند محوری بالینی میلون^۲: این سیاهه دارای ۱۷۵ آیتم است که بر اساس نظریه زیستی-روانی-اجتماعی میلون (۱۹۸۷) ساخته شده است و به صورت بلی/خیر پاسخ داده می‌شود. این سیاهه بر روی افراد بالای ۱۸ سال اجرا می‌شود. سیاهه چند محوری بالینی میلون یکی از مهم‌ترین ابزارهای سنجش عینی نشانگان بالینی اختلالات روانی و شخصیتی بر طبق ویراست چهارم راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی محسوب می‌شود. سیاهه چند محوری بالینی میلون دارای ۲۴ مقیاس بالینی است که در چهار دسته طبقه بندی شده است: الف) ۱۱ مقیاس‌های بالینی شخصیت؛ ب) سه مقیاس آسیب‌شناسی شخصیت شدید؛ پ) هفت مقیاس سندرم بالینی؛ ت) سه مقیاس سندرم بالینی شدید. همچنین ۳ مقیاس اصلاح وجود دارد که برای شناسایی افشاء، مطلوبیت و بدنمایی استفاده می‌شود. نمره‌گذاری

روانپزشکی کودک و نوجوان وابسته به دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی و درمانی تبریز انتخاب و وارد مطالعه شدند. نمونه گروه کنترل از بین والدین کودکان مدارس دولتی و با در نظر گرفتن سن و جنسیت کودکان و والدین از بین مدارس تبریز هم‌تاسازی گردید. داشتن رضایت والدین برای شرکت در مطالعه، داشتن حداکثر ۱۵ سال سن برای کودک، ساکن مناطق شهری تبریز بودن، تشخیص اختلال نقص توجه/بیش‌فعالی و یا اوتیسم براساس معیارهای ویراست پنجم راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی^۱، فقدان هم‌اختلالی اختلالی سایر اختلالات روانپزشکی از معیارهای ورود کودکان اختلال نقص توجه/بیش‌فعال و یا اوتیسم به مطالعه بود. همچنین گروه کنترل عدم ابتلا به اختلالات روانپزشکی از معیارهای ورود به مطالعه بودند. تکمیل ناقص پرسشنامه‌ها، داشتن مشکلات جسمی و روانی شدید به صورت عدم عضویت در مراکز حمایتی و بهزیستی موجب خروج شرکت‌کنندگان از مطالعه می‌شد. کلیه تشخیص‌های اختلال اوتیسم و اختلال نقص توجه/بیش‌فعال و فقدان هم‌اختلالی و همچنین سالم بودن کودکان توسط فوق تخصص روانپزشک کودک و نوجوان و با استفاده از معیارهای ویراست پنجم راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی صورت گرفت. سنجش شدت علائم اختلال شخصیت توسط پرسشنامه اختلال شخصیت میلون ۳ صورت گرفت. فقط یکی از والدین مطالعه می‌شد. انتخاب درون‌گروهی جنسیت والدین در هر سه گروه به صورت برابر مد نظر قرار گرفت.

^۲- Millon Clinical Multiaxial Inventory-III

^۱- Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-V)

هر آیتم متناسب با علائم هر مقیاس بالینی نمره‌ای مابین ۱ الی ۲ دریافت می‌کند. در مطالعه پاپاروز و هوز^۱ (۲۰۱۳) پایایی به روش ضریب آلفای کرونباخ برای هر کدام از زیرمقیاس‌های آن ۰/۶۵ الی ۰/۸۵ گزارش شده است. همچنین روایی تشخیصی زیرمقیاس‌های نسخه فارسی سیاهه چند محوری بالینی میلون ما بین ۰/۵۸ الی ۰/۸۳ گزارش شده است (داداش زاده، امیری، عطاپور، عبدی و اسدیان، ۱۳۹۵). در مطالعه حاضر از میانگین نمرات اعداد خام مربوط به هر زیرمقیاس استفاده گردید.

یافته‌ها

در کل ۵۷۳ نفر از والدین در این مطالعه حضور داشتند. ۱۳۰ نفر از والدین در گروه والدین کودکان اوتیسم و ۱۷۰ نفر از والدین در گروه والدین کودکان اختلال نقص توجه/ بیش‌فعال و همچنین تعداد ۲۷۳ نفر از والدین کنترل بهنجار حضور داشتند. ویژگی‌های جمعیت شناختی شرکت‌کنندگان در پژوهش شامل سه گروه مورد مطالعه (کنترل، گروه اوتیسم و اختلال نقص توجه/ بیش‌فعال) از نظر فراوانی تعداد فرزندان، سطح تحصیلات والدین، جنسیت فرزندان، محل سکونت و وضعیت اشتغال والدین بدین ترتیب بودند.

بر اساس نتایج آزمون دقیق فیشر، در گروه کنترل ۱۵۷ نفر پسر (۰/۳۹/۸) و ۱۰۳ نفر دختر (۰/۶۲) بودند. در گروه اوتیسم ۱۰۳ نفر پسر (۰/۲۱/۶) و ۲۷ نفر دختر (۰/۱۶/۳) بودند. در گروه اختلال نقص توجه/ بیش‌فعال تعداد ۱۳۴ نفر پسر (۰/۳۴) و ۳۶ نفر (۰/۲۱/۷) بودند $p=0/003$ ، $(X^2=11/68)$.

بر اساس نتایج آزمون مجذور کای وضعیت تعداد فرزندان در گروه کنترل ۱۰۲ نفر (۰/۴۲/۱) از خانواده صاحب تک فرزند، ۱۳۴ نفر (۰/۵۱) دارای دو فرزند و ۲۶ نفر (۰/۴۵/۶) دارای سه فرزند بودند. در گروه اوتیسم ۵۹ نفر (۰/۲۴/۴) از خانواده صاحب تک فرزند، ۵۳ نفر (۰/۲۰/۲) دارای دو فرزند و ۱۸ نفر (۰/۳۱/۶) دارای سه فرزند بودند. در گروه اختلال نقص توجه/ بیش‌فعال ۸۱ نفر (۰/۳۳/۵) از خانواده صاحب تک فرزند، ۷۶ نفر (۰/۲۸/۹) دارای دو فرزند، ۱۳ نفر (۰/۲۲/۸) بودند. تفاوت آماری بین سه گروه در تعداد فرزندان وجود نداشت $(X^2=7/07, df=4, P=0.13)$.

از نظر سطح تحصیلات والدین در گروه کنترل تعداد کم سواد ۲۵ نفر (۰/۳۷/۷)، زیر دیپلم ۶۵ نفر (۰/۵۴/۶)، دیپلم ۵۰ نفر (۰/۲۷/۸)، دانشگاهی ۱۲۷ نفر (۰/۶۳/۵) بودند. در گروه اوتیسم تعداد والدین کم سواد ۱۱ نفر (۰/۱۷/۵)، زیر دیپلم ۲۰ نفر (۰/۱۶/۸)، دیپلم ۵۵ نفر (۰/۳۰/۶)، دانشگاهی ۳۹ نفر (۰/۱۹/۵) بودند. در گروه اختلال نقص توجه/ بیش‌فعالی تعداد والدین کم سواد ۲۷ نفر (۰/۴۲/۹)، زیر دیپلم ۳۴ نفر (۰/۲۸/۶)، دیپلم ۷۵ نفر (۰/۴۱/۷)، دانشگاهی ۱۷ نفر (۰/۳۴) بودند $(X^2=58/87, df=6, p=0/001)$.

در گروه کنترل وضعیت اشتغال والدین، بیکار ۴۲ نفر (۰/۶۱/۸)، کارگر ۴۶ نفر (۰/۶۸/۷)، کارمند ۷۷ نفر (۰/۶۵/۸)، خانه‌دار ۷۰ نفر (۰/۳۳/۸)، شاغل در خانه ۷ نفر (۰/۱۰۰)، بازنشسته ۳ نفر (۰/۱۰۰)، شغل آزاد ۲۱ نفر (۰/۲۱/۴) بودند. در گروه اوتیسم وضعیت اشتغال بیکار ۱۸ نفر (۰/۲۶/۵)، کارگر ۱۲ نفر (۰/۱۸/۲)، کارمند ۲۰ نفر (۰/۱۷/۱)، خانه‌دار ۵۳ نفر (۰/۲۵/۶)، شغل آزاد ۲۷ نفر (۰/۲۷/۶) بودند. در گروه اختلال نقص توجه/ بیش‌فعال وضعیت اشتغال بیکار ۸ نفر (۰/۱۱/۸)، کارگر ۸ نفر (۰/۱۲/۱)، کارمند ۲۰ نفر (۰/۱۷/۱)، خانه‌دار ۸۴ نفر

¹ - Caparros, & Hoz

به منظور مقایسه میانگین رتبه‌ای نمرات اختلالات شخصیت در سه گروه از آزمون کروسکال والیس استفاده شد.

جدول ۲ میانگین رتبه‌ای اختلالات شخصیت آزمودنی‌ها و نتایج آزمون کروسکال والیس

اختلالات شخصیت	مقیاس‌ها	کنترل بهنجار (۲۷۳ نفر)	اختلال نقص توجه/بیش‌فعال (۱۷۰ نفر)	اوتیسم (۱۳۰ نفر)	کروسکال والیس	سطح معنی‌داری
الگوهای بالینی شخصیت	اسکیزوتیپ	۲۵۷/۸۳	۲۷۱	۳۶۹/۱۸	۴۲/۲۸	<۰/۰۱
	اجتنابی	۲۵۱/۳۲	۲۷۹/۴۶	۳۷۱/۷۹	۴۷/۳۸	<۰/۰۱
	افسرده	۲۴۷/۰۷	۲۸۷/۵۶	۳۷۰/۱۲	۴۸/۸۳	<۰/۰۱
	وابسته	۲۵۷/۰۷	۲۷۷/۶۶	۳۶۲/۰۷	۳۶/۳۶	<۰/۰۱
	نمایشی	۳۱۹/۶۰	۲۶۵/۹۴	۲۴۶/۰۹	۲۱/۴۳	<۰/۰۱
	خودشیفته	۲۹۰/۵۹	۲۴۶/۲۱	۳۳۲/۸۱	۲۰/۵۳	<۰/۰۱
	ضد اجتماعی	۲۶۰/۵۷	۲۷۰/۰۹	۳۶۴/۶۲	۳۷/۵۵	<۰/۰۱
	دیگر آزارگر	۲۴۸/۷۶	۲۸۱/۹۹	۳۷۳/۸۵	۵۰/۶۹	<۰/۰۱
	وسواسی	۳۰۶/۹۵	۲۵۶/۸۴	۲۸۴/۵۵	۹/۷۱	<۰/۰۱
	منفی‌گرا	۲۵۳/۶۲	۲۷۹/۱۴	۳۶۷/۳۷	۴۲/۲۲	<۰/۰۱
آسیب شدید شخصیت	خود آزارگر	۲۶۱/۰۶	۲۷۰/۷۳	۳۶۲/۷۵	۳۵/۷۴	<۰/۰۱
	اسکیزوتیپال	۲۵۸/۷۵	۲۷۴/۴۸	۳۶۲/۷۰	۳۶/۵۰	<۰/۰۱
	مرزی	۲۵۴/۸۸	۲۷۶/۷۴	۳۶۷/۸۷	۴۲/۱۷	<۰/۰۱
	پارانوئید	۲۶۲/۱۴	۲۶۹/۳۰	۳۶۲/۳۷	۳۵/۱۹	<۰/۰۱
	اضطراب	۲۵۸/۹۷	۲۶۸/۷۱	۳۶۹/۷۸	۴۲/۸۸	<۰/۰۱
	شبه جسمی	۲۴۹/۷۸	۲۸۹/۹۸	۳۶۱/۲۷	۴۰/۴۹	<۰/۰۱
	مانیک	۲۶۱/۴۶	۲۸۰/۴۴	۳۴۹/۲۱	۲۵/۳۷	<۰/۰۱
	افسرده خوبی	۲۴۷/۱۸	۲۷۹/۳۶	۳۸۰/۶۰	۵۸/۴۹	<۰/۰۱
	وابستگی به الکل	۲۵۲/۴۶	۲۷۶/۶۳	۳۷۳/۱۱	۴۸/۷۱	<۰/۰۱
	وابستگی به مواد	۲۷۷/۲۲	۲۵۳/۶۴	۳۵۱/۱۷	۲۷/۹۸	<۰/۰۱
نشانه‌های بالینی	اختلال استرس پس سانحه	۲۵۶/۷۴	۲۶۹/۴۸	۳۷۳/۴۵	۴۷/۵۱	<۰/۰۱
	اختلال تفکر	۲۵۳/۶۰	۲۸۲/۰۵	۳۶۳/۶۲	۳۹/۳۹	<۰/۰۱
	افسردگی اساسی	۲۴۵/۷۰	۲۸۵/۴۱	۳۷۵/۸۰	۵۴/۹۷	<۰/۰۱
	اختلال هذیانی	۲۵۳/۳۸	۲۸۲/۰۹	۳۶۴/۰۳	۴۰/۲۰	<۰/۰۱

در جدول ۲ براساس نتایج حاصل از آزمون کروسکال والیس جهت مقایسه میانگین رتبه‌ای نمرات اختلالات شخصیت در سه گروه نشان داد که مقادیر نمرات آزمون

کروسکال والیس تمام اختلالات شخصیت در سطح معنی‌داری کمتر از یک درصد خطا معنی‌دار است؛ بنابراین بین سه گروه تفاوت وجود دارد ($p < 0.01$). به

اختلال شخصیتی بودند هر چند که از این میان ممکن است افرادی مبتلا به اختلال شخصیت باشند. این یافته‌ها همسو با گزارش‌های قبلی است که بر مشکلات شخصیتی و آسیب روانی بیشتر در والدین کودکان اوتیسم و اختلال نقص توجه/ بیش فعال تأکید می‌کنند (لین و همکاران، ۲۰۱۱؛ المنصور، الاتق، الزهرانی، الغفاری و الحمیدان، ۲۰۱۳؛ التورقی، الوسمی، الزیدی، فروک هملمی و الشریف^۱، ۲۰۱۵؛ موفوکنق و واندرواس^۲، ۲۰۱۷).

همچنین مطالعه متاآنالیز در شیوع اختلالات روانی در نمونه والدین کودکان اوتیسم متوسط شیوع اختلالات افسردگی ۱۳ درصد، اختلالات اضطرابی، ۳۳ درصد، اختلال وسواسی-اجباری ۱۰ درصد، اختلالات شخصیت ۴ درصد، اختلالات سوء مصرف مواد و الکل ۲ درصد و اختلال طیف اسکیزوفرنیا ۱ درصد بود (اسکنابل، یوسف، هالفورد، هارتلی، مک گیلیوری، استوارد، فوریس و اوستین^۳، ۲۰۲۰).

مطالعه دیگری در ایران در والدین کودکان اوتیسم گزارش کرده است که بیشترین اختلالات مربوط به شخصیت مالیخولیا ۴۴/۶ درصد، افسردگی ۲۹/۲ درصد و منفی‌گرایی ۲۵/۴ بود. الگوهای بالینی شخصیت، آسیب شدید شخصیت، نشانگان بالینی و سندرم نشانگان شدید در والدین کودکان اوتیسم در مقایسه با والدین کودکان بهنجار کمتر بودند (امیری و همکاران، ۱۳۹۵).

مطالعه دیگری در والدین کودکان اختلال نقص توجه/ بیش فعال در شهر تبریز صورت گرفت نشان داد که شیوع اختلالات شخصیت ۲۵/۳ درصد برای الگوهای بالینی شخصیت افسردگی و ۲۰ درصد برای اختلال شخصیت

طوری که بیشترین میانگین نمرات اختلالات شخصیت وسواسی و نمایشی به ترتیب در والدین کودکان کنترل، اختلال نقص توجه/ بیش فعال و اوتیسم قرار داشت. بیشترین میانگین نمرات اختلالات شخصیت خود شیفته به ترتیب در والدین کودکان اوتیسم، کنترل و اختلال نقص توجه/ بیش فعال قرار داشت. بیشترین میانگین نمرات اختلال شخصیت وابستگی به مواد به ترتیب در والدین کودکان اوتیسم، اختلال نقص توجه/ بیش فعال و کنترل قرار داشت. بیشترین میانگین نمرات اختلالات شخصیت اسکیزوئید، اجتنابی، افسرده، وابسته، ضداجتماعی، دیگر آزارگر، منفی‌گرا، خود آزارگر، اسکیزوتایپال، مرزی، پارانوئید، اضطراب، شبه جسمی، مانیک، افسرده خوبی، وابستگی به الکل، اختلال استرس پس سانحه، اختلال تفکر، افسردگی اساسی و اختلال هذیانی قرار داشت.

بحث

پژوهش حاضر که با هدف مقایسه شدت علائم اختلالات شخصیت در والدین کودکان مبتلا به اختلال اوتیسم، والدین کودکان مبتلا به اختلال نقص توجه/ بیش فعالی و والدین کودکان سالم صورت گرفت نشان داد که به ترتیب والدین کودکان اوتیسم و اختلال نقص توجه/ بیش فعال در مقایسه با والدین کودکان عادی از شدت علائم بیشتر در اختلالات شخصیت اسکیزوئید، اجتنابی، افسرده، وابسته، ضد اجتماعی، دیگر آزارگر، منفی‌گرا، خود آزارگر، اسکیزوتایپال، مرزی، پارانوئید، اضطراب، شبه جسمی، مانیک، افسرده خوبی، وابستگی به الکل، اختلال استرس پس از سانحه، اختلال تفکر، افسردگی اساسی و اختلال هذیانی برخوردار بودند؛ بنابراین به ترتیب والدین کودکان اوتیسم، اختلال نقص توجه/ بیش فعال و والدین کودکان عادی دارای علائم بیشتر

¹- Almansour, Alateeq, Alzahrani, Algeffari, & Alhomaidan

²- Al-Towairqi, Alosaimi, Al-Zaidi, Farouk Helmy, & Al-Sherif

³- Mofokeng, & Van der Wath

⁴- Schnabel, Youssef, Hallford, Hartley, Mc Gillivray, Stewart, Forbes, & Austin

نمایشی و ۱۷ درصد برای اختلال شخصیت وسواسی بود. شیوع کل ۲۴ مقیاس بالینی بر اساس سیاهه چند محوری بالینی میلون ۵۵/۹ درصد بود (داداش زاده، امیری، عطاپور، عبدی و اسدیان، ۱۳۹۵).

بخش دیگری از یافته‌های پژوهش نشان داد که والدین کودکان اوتیسم و اختلال نقص توجه/ بیش‌فعال از شدت علائم کمتر در اختلالات شخصیت وسواسی و نمایشی و شدت علائم بیشتر در اختلال شخصیت وابستگی برخوردار بودند. این یافته درباره اختلال شخصیت نمایشی همخوان و درباره اختلال شخصیت وسواسی در تضاد با مطالعه قبلی (امیری و همکاران، ۱۳۹۵) بود. بخش دیگری از یافته‌های تحقیق نشان داد که همچنین بیشترین میانگین نمرات اختلال شخصیت خود شیفته به ترتیب در والدین کودکان اوتیسم، کنترل و اختلال نقص توجه/ بیش‌فعال قرار داشت. در مطالعه قبلی بین والدین کودکان اوتیسم و عادی تفاوتی گزارش نشده بود (امیری و همکاران، ۱۳۹۵).

علی‌رغم چالش‌های متعددی که مادران اوتیسم دارند؛ اما برای منافع فرزندشان تلاش می‌کنند و نیازهای کودک خود را در اولویت قرار می‌دهند (پل و همکاران، ۲۰۲۰). هر چند این مسئله می‌تواند از نگاه کاربردی حاکی از تمایل والدین برای غلبه بر مشکلات فرزندان و حتی خودشان باشد؛ اما مطالعات دیگری، از منظر دیگر این خصوصیات والدین را مانعی بزرگی در رشد بهنجار بروز اوتیسم گزارش کرده‌اند و بر اهمیت مداخلات بالینی مبتنی بر خصوصیات والدین از نظر ارتباطات اجتماعی و تنظیم هیجان تأکید کرده‌اند (جوکیرانتا، براون، هنیما، چسلاک-پستاوا، سومینه و سوراندر^۱، ۲۰۱۳؛ کراول،

کلاسکر و گورکی^۲، ۲۰۱۹). به هر حال چه اینکه معتقد باشیم والدین در بروز مشکلات فرزندان نقش دارند یا اینکه شرایط فرزندان استرس‌زاینده برای والدین ایجاد کرده باشد، آنچه در این میان نمایان است نیاز به مداخلات بالینی برای والدین و فرزندان وجود دارد؛ لذا توجه به مداخلات روانی جهت مدیریت بیماری فرزندان و والدین می‌تواند هدف مفیدی برای اقدامات مدیریتی در جهت ارتقاء سلامت خانواده‌های بیماران اختلال نقص توجه/ بیش‌فعال و اوتیسم محسوب می‌شود. در این راستا استفاده از گروه درمانی و جلسات آموزشی مبتنی بر آموزش همسانان می‌تواند به گسترش مهارت‌های مقابله‌ای در مقابله با استرس‌های والدین و خانواده کودکان بیمار کمک نماید.

نتیجه‌گیری

یافته‌های تحقیق نشان داد در مقایسه با والدین کودکان کنترل، والدین کودکان اوتیسم و والدین کودکان اختلال نقص توجه/ بیش‌فعال از آسیب‌پذیری بیشتر در علائم اختلالات شخصیت رنج می‌برند. همچنین کودکان اوتیسم در مقایسه با والدین کودکان اختلال نقص توجه/ بیش‌فعال نیز از آسیب‌پذیری بیشتر در علائم اختلالات شخصیت رنج می‌بردند. توجه به آموزش والدین و حتی مداخلات بالینی توأم با درمان کودکان به ارتقاء سلامت روانی کودکان و والدین کمک می‌کند. یافته‌های هر تحقیق با توجه به محدودیت‌های آن قابل بهره‌برداری است. بر این اساس در پژوهش حاضر استفاده از ابزار پرسشنامه و سنجش اختلالات شخصیت به صورت شدت علائم در روش این مطالعه استفاده شده است. همچنین در

²- Crowell, Keluskar, & Gorecki

¹- Jokiranta, Brown, & Heinimaa

- Crowell J, Keluskar J, Gorecki. (2019). Parenting behavior and the development of children with autism spectrum disorder, *Comprehensive Psychiatry*, 90, 21-29.
- Dadashzadeh H, Amiri S, Atapour A, Abdi S, Asadian M. (2014). Personality profile of parents of children with attention deficit hyperactivity disorder. *ScientificWorldJournal*, 2014, 212-614. (In Persian)
- Fist J, Fist G. (2019). *Personality theories*. Translated by Yahya Seyed Mohammadi, Tehran: Ravan Publishing.
- Hosokawa R, Katsura T. (2018). Role of Parenting Style in Children's Behavioral Problems through the Transition from Preschool to Elementary School According to Gender in Japan. *Int J Environ Res Public Health*, 16(1), 21.
- Ilias K, Cornish K, Kummar AS, Park MSA, Golden KJ. (2018). Parenting Stress and Resilience in Parents of Children with Autism Spectrum Disorder (ASD) in Southeast Asia: A Systematic Review. *Frontiers in Psychology*, 9, 1-14.
- Jokiranta E, Brown AS, Heinimaa M, Cheslack-Postava K, Suominen A, Sourander A. (2013). Parental psychiatric disorders and autism spectrum disorders. *Psychiatry research*, 207(3), 203-211.
- Latha KS, Rajmohan B, Nair RB, Shripathy MB. (2012). Frequency of parental psychopathology in children with attention deficit hyperactivity disorder. *Online journal of Health and Allied sciences*, 11(1), 7.
- Lin LY, Orsmond GI, Coster WJ, Cohn ES. (2011). Families of adolescents and adults with autism spectrum disorders in Taiwan: The role of social support and coping in family adaptation and maternal well-being. *Res Autism Spectr Disord*, 5(1), 144-156.
- Malek A, Amiri Sh, Razzaghi-Rezai A, Abdi S, Baharigharehgoz A. (2015). Demographic correlates of children and adolescents with Autistic disorder. *J Anal Res Clin Med*, 3(3), 131-137. (In Persian)

نظر گرفتن محدودیت یافته های تحقیق در موقعیت زمان و مکانی مطالعه بر انجام مطالعات تکمیلی دلالت دارد.

سپاسگزاری

این مقاله پژوهشی مستخرج از پایان نامه مصوب دانشگاه آزاد اسلامی تبریز، کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی خانم مهسا بابایی اقدم با کد ۱۰۲۲۹۱۳۸۰۰۵۴۸۹۳۱۳۹۹۱۴۷۴۲۶ به راهنمایی اساتید خانم دکتر نعیمه محب و آقای دکتر شاهرخ امیری است. بدین وسیله از کلیه والدین شرکت کننده در این پژوهش سپاسگزاری می شود.

References

- Almansour MA, Alateeq MA, Alzahrani MK, Algeffari MA, Alhomaidan HT. (2013). Depression and anxiety among parents and caregivers of autistic spectral disorder children. *Neurosciences (Riyadh)*, 2013, 18(1), 58-63.
- Al-Towairqi W, Alosaimi W, Al-Zaidi S, Farouk Helmy F, Al-Sherif E. (2015). Depression among mothers of autistic spectral disorder children. *Int J Contemp Pediatr*, 2(2), 119-126.
- Amiri S, Ranjbar F, Hatami R, Barzegar H, Abdi S. (2016). Psychopathology of the Parents of Autistic Children Based on the Clinical Personality Disorders. *Ann Psychiatry Treatm*, 1(1), 001-005. (In Persian)
- Begum R, Mamin FA. (2019). Impact of Autism Spectrum Disorder on Family. *Autism Open Access*, 9, 244.
- Caparros BC, Hoz EV. (2013). Millon clinical multiaxial inventory III (MCMII-III) and communication styles in a sample of university students. *Span J Psychol*, 16, E85.
- Corcoran J, Schildt B, Hochbrueckner R, Abell J. (2017). Parents of children with attention deficit/hyperactivity disorder: A meta-synthesis, part I. *Child and Adolescent Social Work Journal*, 34(4), 281-335.

- Mofokeng M, Van der Wath A. (2017). Challenges experienced by parents living with a child with attention deficit hyperactivity disorder. *J Child Adolesc Ment Health*, 29(2), 137-145.
- Neff KD, Faso DJ. (2015). Self-compassion and well-being in parents of children with autism. *Mindfulness*, 6(4), 938-947.
- Pohl AL, Crockford SK, Blakemore M. (2020). A comparative study of autistic and non-autistic women's experience of motherhood. *Molecular Autism*, 11, 3.
- Rafie T. (2019). *Autism: Assessment and Treatment*. Tehran: Danjeh Publishing. (In Persian)
- Rivard M, Terroux A, Boursier CP, Mercier M. (2014). Determinants of Stress in Parents of Children with Autism Spectrum Disorders. *Journal of autism and developmental disorders*, 44(7), 1609-1620.
- Salehi F, Raji P, Mahmoodian M, Dadgar H, Baghestani AR. (2017). Quality of Life of Mothers of Children with Autism Spectrum Disorders and Its Relationship with Severity of Disorder and Child's Occupational Performance. *Journal of Modern Rehabilitation*, 11(3), 167-174. (In Persian)
- Schnabel A, Youssef GJ, Hallford DJ, Hartley EJ, McGillivray JA, Stewart M, Forbes D, Austin DW. (2020). Psychopathology in parents of children with autism spectrum disorder: A systematic review and meta-analysis of prevalence. *Autism*, 24(1), 26-40.
- Zuckerman M, O'Loughlin RE. (2009). Narcissism and well-being: A longitudinal perspective. *European Journal of Social Psychology*, 39(6), 957-972.