مقاله پژوهشی

رابطه تجربه انواع مختلف سوء رفتار دوره کودکی و اختلال‌های شخصیت خوشه B

میر روح الله سیدمهدوی اقدم*[1]، دکتر مجید محمود علیلو[2]، دکتر امید رضائی[3]

تاریخ دریافت: 1391/12/02 تاریخ پذیرش: 1392/02/03

چکیده

پیش زمینه و هدف: از عوامل محیطی که در بروز اختلال‌های شخصیت می‌تواند موثر باشد تجارب دوران کودکی است. هدف مطالعه حاضر بررسی رابطه بین تجربه انواع مختلف سوء رفتار دوره کودکی با اختلال‌های شخصیت گروه B بود.

مواد و روش‌ها: جامعه پژوهشی مطالعه حاضر شامل تمامی دانشجویان دانشگاه تبریز بود که ۲۹۳ نفر (۱۷۹ نفر زن و ۱۱۵ مرد) به عنوان نمونه، به صورت نمونه‌گیری خوشه‌ای چند مرحله‌ای انتخاب گردید. آزمودنی‌ها به پرسشنامه بالینی چند محوری میلون- ۳ ((MCMI- III) و پرسشنامه کودک آزاری (CASRS) پاسخ دادند.

یافته‌ها: بین سوء رفتار جنسی و اختلال شخصیت ضد اجتماعی، مرزی و نمایشی همبستگی مثبت معنی‌داری وجود داشت. سوء رفتار عاطفی با اختلال شخصیت خودشیفته رابطه منفی و با اختلال شخصیت مرزی و ضداجتماعی رابطه مثبت داشت. همچنین بین سوء رفتار جسمی و تجربه غفلت با اختلال شخصیت ضداجتماعی و مرزی رابطه مثبت معنی‌دار وجود داشت. تحلیل رگرسیون نشان داد که سوء رفتار جسمی، جنسی و غفلت اختلال شخصیت ضداجتماعی را پیش بینی می‌کنند، سوء رفتار عاطفی و جسمی اختلال شخصیت مرزی را پیش بینی می‌کنند، سوء رفتار جنسی اختلال شخصیت نمایشی را پیش بینی می‌کند و سوء رفتار عاطفی و جسمی اختلال شخصیت خودشیفته را پیش بینی می‌کنند.

نتیجه گیری: در کل نتایج مطالعه حاضر نشان داد که ابعاد مختلف سوء رفتار با اختلال‌های شخصیت خوشه B رابطه دارند، و نشانه‌های اختلال شخصیت بر اساس تجربه سوء رفتار قابل پیش بینی است.

کلید واژه‌ها: سوء رفتار کودکی، اختلال شخصیت، خوشه B

مجله پزشکی ارومیه، دوره بیست و چهارم، شماره سوم، ص ۲۱۸-۲۱۰، خرداد ۱۳۹۲

آدرس مکاتبه: تبریز، خیابان شریعتی جنوبی، جنب پاساژ ضرغامی طبقه فوقانی ساختمان ۱۶۷.تلفن: ۰۹۱۴۱۰۸۴۶۰۷

Email: r.m.agdam@gmail.com

مقدمه

شخصیت عبارت است از الگوی منحصر به فرد و دائمی تجارب درونی و رفتار بیرونی که ویژگی خاص هر فرد است. اکثر افراد به طور نسبتاً قابل پیش بینی و منحصر به فردی به پدیده‌ها واکنش نشان می‌دهند، ولی در عین حال نوعی انعطاف پذیری سازگارانه و ویژه دارند. این انعطاف پذیری و انطباق ویژگی‌ای است که مبتلایان به اختلال شخصیت از آن محروم هستند (۱). اختلال‌های شخصیت گروه نا همگونی از اختلال‌ها را شامل می‌شود و زمانی تشخیص داده می‌شود که افرد دارای صفات ناهنجار و انعطاف ناپذیری باشند که در طول زندگی تداوم دارد این ویژگی‌ها ممکن است باعث ایجاد پریشانی در فرد شود (۲).

طبق متن تجدید نظر شده چهارمین ویراست راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی[4] (۳)، اختلال شخصیت، الگوی پایداری از رفتار و تجربه درونی است که با انتظارات فرهنگی، به میزان قابل ملاحظه ای مغایرت دارد، فراگیر و انعطاف ناپذیر است، در دوران نوجوانی یا بزرگسالی آغاز می‌شود، در طی زمان پایدار است و به پریشانی و یا اختلال منجر می‌شود.

---

[1] کارشناس ارشد روان¬شناسی بالینی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد علوم و تحقیقات تهران (نویسنده مسئول)

[2] استاد روان شناسی بالینی، دانشکده علوم تربیتی و روان¬شناسی، دانشگاه تبریز

[3] استادیار روانپزشکی، دانشگاه علوم بهزیستی و توان بخشی تهران

[4] Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder

[Downloaded from umj.umsu.ac.ir on 2024-10-12]

انجمن روانپزشکی امریکا اختلال‌های شخصیت را بر اساس شباهت‌های توصیفی به سه خوشه[1] عمده طبقه بندی می‌کند: خوشه A، اختلال‌های شخصیت پارانویایی، اسکیزوئید و اسکیزوتایپی را در بر می‌گیرد. افراد مبتلا به این اختلال‌ها اغلب غیر عادی و عجیب به نظر می‌رسند. خوشه B، اختلال‌های شخصیت ضد اجتماعی[2]، مرزی[3]، نمایشی[4] و خود شیفته[5] را شامل می‌شود. افراد مبتلا به این اختلال‌ها اغلب نمایشی هیجانی یا دمدمی به نظر می‌رسند، خوشه C، اختلال‌های شخصیت اجتنابی، وابسته و وسواسی- جبری را در بر می‌گیرد، افراد مبتلا به این اختلال‌ها اغلب مضطرب یا بیمناک به نظر می‌رسند (۳).

اختلالات خوشه B به علت شیوع بالاتر، و ویژگی‌های خود، از اهمیت ویژه‌ای برخوردارند، و توجه بسیاری را به خود جلب کرده‌اند.

در سبب‌شناسی اختلال‌های شخصیت عوامل متعددی دخالت دارند. امروزه اختلال شخصیت را نتیجه عوامل زیست‌شناختی، روان‌شناختی و محیطی در نظر می‌گیرند (۴). اغلب اعتقاد بر این است که عوامل زیستی پایه و اساس شخصیت می‌باشد در حالی که عوامل محیطی شکل ابراز ویژگی‌های شخصیتی را در درون محدوده خاص (عوامل زیستی) تعیین می‌کنند (۵). از عوامل محیطی که ممکن است در بروز اختلال‌های شخصیت موثر باشد می‌توان به کیفیت روابط خانوادگی (۶) شیوه‌های فرزندپروری و کیفیت روابط اجتماعی (۷) و تجارب دوران کودکی (۸) اشاره کرد.

تجارب دوران کودکی به خصوص سوء رفتار دوره کودکی[6] می‌تواند نقش مهمی در ایجاد نشانه‌های اختلال شخصیت داشته باشد (۹) پژوهش‌های متعدد نشان داده اند که سوء رفتار دوران کودکی را می‌توان یکی از عوامل مهم و موثر، در به وجود آمدن اختلال‌های شخصیت دانست (۱۰).

سوء رفتار با کودکان عبارت است از: «آسیب‌های جسمی یا روانی، بد رفتاری یا بهره وری جنسی یا رفتار غفلت آمیز نسبت به یک کودک زیر ۱۸ سال که توسط فرد مسئول رفاه و آسایش کودک، اعمال شود، این بد رفتاری خود شامل انواع سوء رفتار جسمی[7]، سوء رفتار جنسی[8]، سوء رفتار عاطفی[9]، و غفلت[10] فیزیکی و عاطفی می‌باشد که می‌تواند به تنهایی و یا همراه با موارد دیگر اتفاق بیفتد» (۱۱). مطابق با آمار سازمان بهداشت جهانی در سال ۲۰۰۵، ۴۵ میلیون کودک قربانی سوء رفتار شده‌اند، در همان سال یونیسف نیز اعلام کرد سالیانه ۳۵۰۰ کودک زیر ۱۵ سال در نتیجه خشونت فیزیکی و غفلت جان خود را از دست می‌دهند (۱۲).

تجربه سوء رفتار دوره کودکی یکی از عوامل خطر در رشد اختلال‌های شخصیت و نیز در ایجاد نشانه‌های ساب کلینیکال[11] اختلال‌های شخصیت به شمار می‌رود (۱۳). بیماران با اختلال‌های شخصیت میزان بالایی از تجربه سوء رفتار در دوره کودکی را گزارش نموده‌اند که شامل سوء رفتار عاطفی، سوء رفتار جسمی، سوء رفتار جنسی و بی توجهی و غفلت نسبت به سلامت جسمانی و روانی کودکان بوده است (۹،۱۰).

همچنین نوع سوء رفتار تجربه شده در دوره کودکی می‌تواند پیش بینی کننده اختلال شخصیت خاصی در دوره‌ی بزرگسالی باشد (۱۴،۱۵). یکی از مهم‌ترین عوامل درگیر در سبب شناسی اختلال شخصیت مرزی تجربه سوء رفتار جنسی یا فیزیکی در دوران کودکی است (۱۵). پژوهش‌های مختلف تاثیر تجربه سوءرفتار جسمی (۱۶) سوء رفتار جنسی و عاطفی(۱۵) و بی توجهی فیزیکی و عاطفی (۱۴) را در سبب شناسی این اختلال مطرح ساخته‌اند.

Johnson et al (۱۴) نشان دادند افرادی که سابقه کودک آزاری و غفلت را در دوران کودکی، توسط والدین خود داشته‌اند چهار برابر بیش از آن‌هایی که تجربه کودک آزاری را گزارش نکرده بودند، در اوایل بزرگسالی، تشخیص اختلال شخصیت دریافت کردند. در این پژوهش از ۱۲ نوع اختلال مطرح شده در چهارمین ویراست راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی (DSM-IV) ۱۰ نوع آن‌ها با تجربه سوء رفتار دوره کودکی در ارتباط بود.

یافته‌های یک پژوهش دیگر نشان داد که از مهم‌ترین عوامل تاثیر گذار در بروز نشانه‌های اختلال شخصیت مرزی و اختلال شخصیت ضد اجتماعی، تجربه ترومای دوره کودکی است(۱۷). هر دوی این اختلال‌ها، با سطوح گسترده‌ای از تجربه سوء رفتار کودکی، در میان مبتلایان، در ارتباط است. تجربه سوء رفتار جنسی بیشتر در تاریخچه زندگی مبتلایان به اختلال شخصیت مرزی مشاهده می‌شود (۱۰،۱۴) در حالی که مبتلایان به اختلال شخصیت ضد اجتماعی بیشتر تجربه سوء رفتار جسمی را در دوران کودکی خود گزارش کردند (۹،۱۷).

[1] Cluster
[2] antisocial personality disorder
[3] borderline personality disorder
[4] histrionic personality disorder
[5] narcissistic personality disorder
[6] child abuse - Child Maltreatment
[7] physical abuse
[8] sexual abuse
[9] emotional abuse
[10] neglect
[11] subclinical

[Downloaded from umj.umsu.ac.ir on 2024-10-12]

هر چند پژوهش‌های متعددی به بررسی رابطه بین تجربه سوء رفتار دوره کودکی و اختلال شخصیت مرزی (۱۸،۱۷) و اختلال شخصیت ضد اجتماعی (۱۷) پرداخته‌اند، اما در مورد تاثیر تجربه سوء رفتار کودکی بر سایر اختلال‌های شخصیت شواهد اندکی و جود دارد.

با توجه به اهمیت بد رفتاری با کودکان از دیدگاه روان‌شناسی و به منظور افزایش آگاهی از کودک آزاری و بی توجهی به عنوان یک موضوع مهم مربوط به سلامت روانی، پژوهش حاضر با هدف کلی بررسی رابطه تجربه‌ی سوء رفتار دوره کودکی با اختلال‌های شخصیت (خوشه B) انجام می‌شود.

مواد و روش‌ها

طرح پژوهش حاضر از نوع توصیفی - همبستگی می‌باشد.

جامعه پژوهشی مطالعه حاضر شامل تمامی دانشجویان تمام رشته‌ها و مقاطع تحصیلی دانشگاه تبریز بود که بالغ بر ۱۲۰۰۰ نفر می‌باشد. بر اساس جداول حجم نمونه مورگان (۱۹۷۰)، تعداد ۲۹۳ نفر (۱۷۸ نفر زن با میانگین سنی ۱۹/۷۲ و ۱۱۵ مرد با میانگین سنی ۲۰/۰۳) از جامعه مورد مطالعه به عنوان نمونه، به صورت نمونه گیری خوشه‌ای چند مرحله‌ای انتخاب گردید. سپس آزمون‌ها بر روی آزمودنی‌ها اجرا شد. تفسیر پرسشنامه میلون توسط کارشناس ارشد روان شناسی بالینی و زیر نظر یک استاد روانشناسی بالینی انجام گرفت. به منظور تجزیه و تحلیل داده‌های پژوهش حاضر از روش‌های آمارتوصیفی شامل میانگین انحراف معیار، فراوانی و نیز روش‌های آمار استباطی شامل همبستگی پیرسون و رگرسیون چندگانه گام به گام، استفاده شده است. داده‌ها به وسیله SPSS-17 تحلیل شدند.

ابزار

۱- پرسشنامه بالینی چند محوری میلون- ۳[1] (MCMI-III):

آزمون بالینی چند محوری میلون - ۳ (MCMI-III، میلون، ۱۹۹۴) یک مقیاس خودسنجی با ۱۷۵ گویه‌ی بله/ خیر است که ۱۴ الگوی بالینی شخصیت و ۱۰ نشانگان بالینی را می‌سنجد و برای بزرگسالان ۱۸ سال به بالا استفاده می‌شود. MCMI-III تحت ۲۸ مقیاس جداگانه و بر اساس طبقه بندی‌های زیر نمره‌گذاری می‌شود: شاخص‌های تغییر پذیری، الگوهای بالینی شخصیت، آسیب شناسی شدید شخصیت، نشانگان بالینی و نشانگان شدید (۱۹). این تست در ایران توسط شریفی هنجاریابی شده است (۱۹). در مورد پایایی این تست در نسخه فارسی به شیوه باز آزمایی، برای مقیاس‌های اختلال‌های شخصیت همبستگی‌های متوسطی از ۰/۵۸ تا ۰/۹۳ (افسرده) با متوسط ۰/۷۸ بدست آمده است. در مورد مقیاس‌های نشانگان بالینی همبستگی متوسطی از دامنه ۰/۴۴ (PTSD) تا ۰/۹۵ (افسردگی اساسی) با متوسط ۰/۸۰ به دست آمده است (۱۹).

۲- پرسشنامه خودگزارشی کودک آزاری: (CASRS)

این پرسشنامه، کودک آزاری و سوء رفتار با کودک را در چهار بعد غفلت و بی توجهی، سوء رفتار جنسی، سوء رفتار جسمی و سوء رفتار عاطفی بررسی می‌کند. این پرسشنامه توسط محمد خانی و همکاران (۲۰)، تهیه شده است که ابتدا شامل ۵۴ آیتم بود که پس از اجرای تحلیل عاملی از ۵۴ ماده مقیاس، ۳۸ ماده‌ای که دارای بیشترین همبستگی با متغیرهای مورد اندازه گیری بوده را به دست آوردند. ضریب آلفای کرونباخ برای مقیاس خود گزارشی کودک آزاری، ۰/۹۲ گزارش شده است. همچنین ضریب پایایی به شیوه بازآزمون برای خرده مقیاس‌های سوء رفتار عاطفی، غفلت و بی توجهی و سوء رفتار جسمی را از ۰/۸۹ تا ۰/۷۹ گزارش شد (۲۰).

جدول شماره (۱): میزان همبستگی اختلالات شخصیت خوشه B با سوء رفتار جنسی، عاطفی، جسمی و غفلت

	سوء رفتار جنسی	سوء رفتار عاطفی	سوء رفتار جسمی	غفلت
اختلال شخصیت نمایشی	۰/۱۲*	۰/۰۳	۰/۰۸	۰/۰۸
اختلال شخصیت خودشیفته	۰/۰۸	-۰/۱۱*	۰/۰۸	-۰/۰۱
اختلال شخصیت ضداجتماعی	۰/۲۹**	۰/۲۰**	۰/۳۲**	۰/۲۹**
اختلال شخصیت مرزی	۰/۲۷**	۰/۲۸**	۰/۲۶**	۰/۲۶**

* سطح معنی‌داری ۰/۰۵ >p ؛ ** سطح معنی‌داری ۰/۰۱ >p

یافته‌ها

برای تعیین رابطه اختلالات شخصیت با تجربه انواع سوء رفتار کودکی از ضریب همبستگی پیرسون استفاده شد که نتایج آن در جدول شماره ۱ مندرج است.

[1] Millon Clinical Multiaxial Inventory

[Downloaded from umj.umsu.ac.ir on 2024-10-12]

همانطور که در جدول شماره ۱ مشاهده می‌شود، بین سوء رفتار جنسی و همه اختلالات شخصیت خوشه B به استثناء اختلال شخصیت خودشیفته همبستگی مثبت معنی‌داری وجود دارد. سوء رفتار عاطفی به استثناء اختلال شخصیت نمایشی با همه اختلالات شخصیت رابطه معنی‌داری دارد. این رابطه با اختلال شخصیت خودشیفته منفی است، اما با سایر اختلالات شخصیت مثبت می‌باشد. بین سوء رفتار جسمی و اختلال شخصیت ضداجتماعی و مرزی رابطه مثبت معنی‌دار وجود دارد. و در نهایت بین تجربه غفلت در دوره کودکی و اختلال شخصیت ضد اجتماعی و مرزی همبستگی مثبت معنی‌داری وجود دارد. برای تحلیل بیشتر داده‌ها و جهت تعیین سهم تجربه سوء رفتار دوره کودکی در هر یک از اختلالات شخصیت خوشه B از تحلیل رگرسیون چند گانه گام به گام استفاده شد. در جدول شماره ۲ نتایج تحلیل رگرسیون شخصیت ضداجتماعی بر اساس تجربه سوء رفتار نشان داده شده است.

جدول شماره (۲): خلاصه تحلیل رگرسیون چندگانه اختلال شخصیت ضداجتماعی بر اساس تجربه سوء رفتار

		SS	Df	Ms	F	P	R	R^2	اصلاح شدهR2	SE
۱	رگرسیون	۱۱۸۰۴/۶۵	۱	۱۱۸۰۴/۶۵	۳۳/۶۴	۰/۰۰۱	۰/۳۲	۰/۱۰	۰/۱۰	۱۸/۷۳
	باقیمانده	۱۰۲۴۶۳/۶۹	۲۹۲	۳۵۰/۹۰						
۲	رگرسیون	۱۴۹۲۹/۵۸	۲	۷۴۶۴/۷۹	۲۱/۸۶	۰/۰۰۱	۰/۳۶	۰/۱۳	۰/۱۲	۱۸/۴۷
	باقیمانده	۹۹۳۳۸/۷۶	۲۹۱	۳۴۱/۳۷						
۳	رگرسیون	۱۶۲۵۲/۷۷	۳	۵۴۱۷/۵۹	۱۶/۰۲	۰/۰۰۱	۰/۳۷	۰/۱۴	۰/۱۳	۱۸/۳۸
	باقیمانده	۹۸۰۱۵/۵۸	۲۹۰	۳۳۷/۹۸						

۱. تجربه سوء رفتار جسمی، ۲. تجربه سوء رفتار جنسی، ۳. تجربه غفلت

همانطور که در جدول ۲ مشاهده می‌شود، میزان F محاسبه شده برای سوء رفتار جسمی، جنسی و غفلت در سطح P<۰/۰۰۱ معنی‌دار می‌باشند. بنابراین، سوء رفتار جسمی، جنسی و غفلت به صورت معنی‌داری اختلال شخصیت ضداجتماعی را پیش‌بینی می‌کنند و سهم هر یک از این ابعاد تجربه سوء رفتار در تبیین واریانس اختلال شخصیت ضداجتماعی به ترتیب ۱۰، ۲ و ۱ درصد است.

در جدول شماره ۳ نتایج تحلیل رگرسیون اختلال شخصیت مرزی بر اساس تجربه سوء رفتار نشان داده شده است.

جدول شماره (۳): خلاصه تحلیل رگرسیون چندگانه اختلال شخصیت مرزی بر اساس تجربه سوء رفتار

		SS	Df	Ms	F	P	R	R^2	اصلاح شدهR^2	SE
۱	رگرسیون	۸۴۱۲/۶۳	۱	۸۴۱۲/۶۳	۲۵/۶۳	۰/۰۰۱	۰/۲۸	۰/۰۸	۰/۰۷	۱۸/۱۱
	باقیمانده	۹۵۴۹۵/۷۰	۲۹۱	۳۲۸/۱۶						
۲	رگرسیون	۱۳۹۹۶/۲۵	۱	۶۹۹۸/۱۲	۲۲/۵۷	۰/۰۰۱	۰/۳۶	۰/۱۳	۰/۱۲	۱۷/۶۰
	باقیمانده	۸۹۹۱۲/۰۹	۲۹۰	۳۱۰/۰۴						

۱.تجربه سوء رفتار عاطفی، ۲. تجربه سوء رفتار جنسی

مطابق با جدول شماره ۳، میزان F محاسبه شده برای سوء رفتار عاطفی و جنسی در سطح P<۰/۰۰۱ معنی‌دار می‌باشند. بنابراین، تجربه سوء رفتار عاطفی و جسمی به صورت معنی‌داری اختلال شخصیت مرزی را پیش بینی می‌کنند. با توجه به مندرجات فوق، سهم تجربه سوء رفتار عاطفی و جنسی در تبیین واریانس اختلال شخصیت مرزی به ترتیب ۷ و ۵ درصد است.

نتایج تحلیل رگرسیون چند گانه برای اختلال شخصیت نمایشی در جدول شماره ۴ نشان داده شده است.

[Downloaded from umj.umsu.ac.ir on 2024-10-12]

جدول شماره (۴): خلاصه تحلیل رگرسیون چندگانه اختلال شخصیت نمایشی بر اساس تجربه سوء رفتار

		SS	Df	Ms	F	P	R	R^2	اصلاح شده R^2	SE
۱	رگرسیون	۱۹۶۵/۷۷	۱	۱۹۶۵/۷۷	۵/۱۵	۰/۰۳	۰/۱۳	۰/۰۱	۰/۰۱	۱۹/۵۳
	باقیمانده	۱۱۱۴۵۱/۱۲	۲۹۲	۳۸۱/۶۸						

۱.تجربه سوء رفتار جنسی

همانطور که در جدول ۴ مشاهده می‌شود، میزان F محاسبه شده برای سوء رفتار جنسی برابر ۵/۱۵ بوده و در سطح P<۰/۰۰۱ معنی‌دار می‌باشد. بنابراین، سوء رفتار جنسی به صورت معنی‌داری اختلال شخصیت نمایشی را پیش بینی می‌کنند. علاوه براین، مندرجات جدول حاکی از این است که سهم این بعد از سوء رفتار در تبیین واریانس اختلال شخصیت نمایشی ۱درصد است.

در جدول شماره ۵ نتایج تحلیل رگرسیون اختلال شخصیت خودشیفته بر اساس تجربه سوء رفتار نشان داده شده است.

جدول شماره (۵): خلاصه تحلیل رگرسیون چندگانه اختلال شخصیت خودشیفته بر اساس تجربه سوء رفتار

		SS	Df	Ms	F	P	R	R^2	اصلاح شده R^2	SE
۱	رگرسیون	۱۳۱۶/۶۶	۱	۱۳۱۶/۶۶	۴/۰۶	۰/۰۴	۰/۱۱	۰/۰۱	۰/۰۱	۱۷/۹۹
	باقیمانده	۹۴۵۱۱/۴۷	۲۹۲	۳۲۳/۶۶						
۲	رگرسیون	۵۲۵۸/۱۳	۱	۲۶۶۹/۰۶	۸/۴۴	۰/۰۰۱	۰/۲۳	۰/۰۵	۰/۰۴	۱۷/۶۴
	باقیمانده	۹۰۵۷۰/۰۰	۲۹۱	۳۱۱/۲۳						

۱. تجربه سوء رفتار عاطفی، ۲. تجربه سوء رفتار جسمی

مطابق با جدول شماره ۵، میزان F محاسبه شده برای سوء رفتار عاطفی و جسمی به ترتیب در سطح P<۰/۰۵ و P<۰/۰۰۱ معنی‌دار می‌باشند. بنابراین، سوء رفتار عاطفی و جسمی به صورت معنی‌داری اختلال شخصیت خودشیفته را پیش بینی می‌کنند و سهم هر یک از این ابعاد تجربه سوء رفتار در تبیین واریانس اختلال شخصیت خودشیفته به ترتیب ۱ و ۳ درصد است.

بحث

هدف پژوهش حاضر، تعیین رابطه بین تجربه انواع مختلف سوء رفتار دوره کودکی با اختلالات شخصیت (خوشه B) در بین دانشجویان دانشگاه تبریز بود. نتایج تحلیل این فرضیه نشان داد که تجربه سوء رفتار جنسی با سه اختلال خوشه B (شامل ضداجتماعی، مرزی، نمایشی) رابطه مثبت دارد اما با اختلال شخصیت خود شیفته رابطه‌ای ندارد. بین تجربه سوء رفتار جسمی با اختلالات شخصیت ضداجتماعی و مرزی رابطه مثبت وجود دارد. علاوه بر این، در زمینه تجربه سوء رفتار عاطفی، از بین اختلالات کلاس‌تر B، تنها اختلال شخصیت مرزی و ضداجتماعی با این بعد از تجربه سوء رفتار رابطه مثبتی نشان دادند و این رابطه در مورد اختلال شخصیت خودشیفته منفی بود. در بعد غفلت نیز، اختلال شخصیت ضداجتماعی و اختلال شخصیت مرزی نیز رابطه مثبتی با تجربه غفلت نشان دادند. همچنین نتایج پیش بینی اختلالات کلاس‌تر B براساس ابعاد سوء رفتار حاکی از این بود که سه بعد تجربه سوء رفتار جسمی، جنسی و غفلت به ترتیب توانایی پیش بینی اختلال شخصیت ضداجتماعی را دارند و ابعاد تجربه سوء رفتار عاطفی و جسمی توانسته اند اختلال شخصیت مرزی را پیش بینی کنند. همچنین، دو بعد مذکور (سوء رفتار عاطفی و جسمی) توانایی پیش بینی اختلال شخصیت نمایشی را دارند. علاوه براین، تجربه سوء رفتار عاطفی و جنسی توانایی پیش‌بینی اختلال شخصیت خودشیفته را دارند.

بیشترین پژوهش‌های مربوط به تجربه سوء رفتار در افراد مبتلا به اختلال شخصیت، بر روی بیماران دارای شخصیت مرزی صورت گرفته است، یافته‌های حاضر در زمینه اختلال شخصیت مرزی، همسو با مطالعاتی است که تجربه انواع سوء رفتار را در افراد مبتلا به شخصیت مرزی نشان داده‌اند. مثلا نتایج چند مطالعه صورت گرفته در ارتباط با اختلال شخصیت مرزی (۲۱) شیوع تجربه سوء رفتار جسمی در دوران کودکی را، در مبتلایان به این اختلال، بین ۲۱ درصد تا ۷۱ درصد نشان داد. مطالعات از نقش سوء رفتار جنسی و عاطفی(۱۵ و ۲۲)، سوء رفتار جسمی (۱۶ و ۲۲)، و غفلت (۱۴، ۲۲ و ۲۵) در اختلال شخصیت مرزی حمایت کرده‌اند که همسو با نتایج حاضر است.

[Downloaded from umj.umsu.ac.ir on 2024-10-12]

همچنین لوب استیل و آرنتز[1] (۱۷) یکی از پیشایندهای علت شناسی خیلی رایج در اختلال شخصیت مرزی و ضداجتماعی را ترومای دوران کودکی ذکر کرده‌اند. هر دو اختلال با دامنه وسیعی از رویدادهای سوء رفتار مرتبط هستند، اما به نظر می‌رسد سوء رفتار جنسی و عاطفی در تاریخچه بیماران مبتلا به شخصیت مرزی (۱۰) و سوء رفتار جسمی در بیماران مبتلا به شخصیت ضداجتماعی (۹ و ۱۷). مطابق با این، مطالعه حاضر نیز نشان داد که سوء رفتار عاطفی و جنسی در اختلال مرزی و سوء رفتار جسمی، جنسی و غفلت، در اختلال شخصیت ضداجتماعی نقش دارند، که البته نقش غفلت بسیار پایین است.

نتایج مربوط به اختلال شخصیت نمایشی و خودشیفته رابطه خیلی ضعیفی فقط با برخی ابعاد سوء رفتار نشان دادند و تجربه سوء رفتار نتوانست این دو اختلال را پیش بینی کند. بنابراین، تجربه سوء رفتار نقش چندانی در این دو اختلال ندارد.

در تبیین این که چگونه سو رفتار با اختلالات شخصیت مرتبط است فرضیه‌های متفاوتی ارائه شده است. یکی از این فرضیه‌ها، فرضیه استرس-آسیب پذیری Diathesis-stress است. بر اساس این مدل فرد قبل از مبتلا شدن به اختلال شخصیت دارای ویژگی‌هایی است که در صورت مواجه شدن با استرس‌های خاص (از جمله سوء رفتار) دچار اختلال شخصیت می‌شود.

لینهان مطرح می‌کند که اختلال شخصیت مرزی زمانی پدید می‌آید که اشخاصی که به بیماری پذیری زیستی (احتمالاً ژنتیکی) در مهار هیجان‌هایشان مشکل دارند، در محیط خانوادگی بی اعتبار کننده بزرگ می‌شوند، یعنی، بیماری پذیری سوء تنظیم هیجانی، از راه تعامل با تجارب بی اعتبار سازی به پیدایش اختلال شخصیت مرزی کمک می‌کند، در یک محیط بی اعتبار کننده، به احساسات شخص اهمیت داده نمی‌شود و به آن بی توجهی می‌شود- یعنی، تلاش‌های شخص برای بیان و انتقال احساسات نادیده گرفته می‌شود و یا حتی تنبیه می‌شود. بد رفتاری با کودک چه جنسی و چه غیر جنسی شکل افراطی بی اعتبار سازی است که در آن والد بد رفتار مدّعی عشق به کودک است و در عین حال او را آزار می‌دهد (۲۴).

از سوی دیگر یانگ بیان می‌کند که طرحواره های ناسازگار، احتمالاً هسته اصلی اختلال‌های شخصیت می‌باشند؛ طرحواره ها لایه‌های زیرین شناخت را در بیماران مبتلا به اختلال شخصیت تشکیل می‌دهند. یانگ ریشه‌ی تحولی طرحواره های ناسازگار اولیه را در تجارب ناگوار کودکی (مثل کودک آزاری) می‌داند (۲۵).

Read et al (۲۶) نیز گزارش کرده‌اند که یافته‌های عصب شناسی در زمینه اختلالات شخصیت دانشمندان را به سوی این نظریه هدایت کرده است که سوء رفتار جنسی شاید عامل خطری برای آن‌هایی که از نظر ژنتیکی نسبت به صفات مرزی آسیب پذیرند بوده، درحالیکه سوء رفتار جسمانی عامل خطری برای ابتلا به اختلال شخصیت ضد اجتماعی باشد.

نتیجه گیری

در کل نتایج مطالعه حاضر نشان داد که ابعاد مختلف سوء رفتار با اغلب اختلالات شخصیت به استثناء اختلال شخصیت نمایشی و خودشیفته رابطه دارند، و نشانه‌های اختلال شخصیت براساس تجربه سوء رفتار قابل پیش بینی است. با این حال، میزان همبستگی‌ها و پیش بینی‌های به دست آمده ضعیف بود، که نشانگر این است که عوامل دیگری، که در این مطالعه مد نظر قرار نگرفته‌اند در اختلال شخصیت دخیل هستند.

گرچه برخی پژوهشگران بر این باورند که سوء رفتار جنسی و جسمی شاید شدیدتر یا آسیب زاتر از دیگر انواع سوء رفتار باشد، و برخی مطالعات نیز بر آن تمرکز کرده‌اند (۹)، اما مطالعه حاضر، همسو با برخی پژوهش‌های پیشین نشان داد که انواع سوء رفتار در زمینه اختلالات شخصیت نقش دارند. تیرکا و همکاران (۱۳) نیز اشاره کرده‌اند که شواهدی برای حمایت از این اعتقاد وجود ندارد که سوء رفتار جسمی و جنسی به احتمال بیشتری از سوء رفتار عاطفی با آسیب شناسی شخصیت رابطه داشته باشند. با این حال، چنانچه تیچر و همکاران (۲۷) اشاره کرده‌اند، اتخاذ چنین رویکردی ممکن است چندان مفید نباشد، زیرا احتمال دارد اشکال فردی سوء رفتار با همدیگر رخ داده و تاثیر چندین نوع از آن بر همدیگر افزوده گردیده یا با یکدیگر هم ارز باشند. نکته مهم دیگر این است که افراد شرکت کننده در این مطالعه، ملاک‌های لازم برای تشخیص اختلال شخصیت را نداشتند، و نمونه مورد مطالعه شامل افراد غیربالینی می‌شود که به صورت زیرآستانه‌ای نشانه‌هایی از اختلالات شخصیت را داشتند. بنابراین ممکن است وضعیت مبتلایان به اختلال شخصیت در زمینه تجربه سوء رفتار متفاوت با تجربه آزمودنی‌های مورد مطالعه ما باشد.

محدودیت‌های پژوهش

این پژوهش نیز مانند اغلب پژوهش‌های دیگر محدودیت‌هایی داشت که تعمیم یافته‌ها را با مشکل مواجه می‌سازد: این مطالعه از نوع غیربالینی بود و آزمودنی‌های آن بیماران مبتلا به اختلال شخصیت نبودند، بنابراین تعمیم نتایج به بیماران مبتلا به اختلال شخصیت بایستی با احتیاط صورت گیرد. آزمودنی‌های مطالعه

[1] Lobbestael & Arntz

[Downloaded from umj.umsu.ac.ir on 2024-10-12]

حاضر را دانشجویان تشکیل داده بودند و در تعمیم نتایج به افراد غیر دانشجو باید احتیاط نمود. ابتلا به اختلال محور I کنترل نشده بود و احتمال دارد که نتایج به دست آمده را تحت تاثیر قرار دهد. تجربه سوء رفتار کودکی توسط پرسشنامه و به صورت واپس‌نگرانه مورد ارزیابی قرار گرفته بود و احتمال دارد تصویر دقیقی از واقعیت نباشد.

References:

1. Commer R. Abnormal psychology. 8th Ed. New York: Worth Publishers; 2012. P: 215.
2. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual. Text Revision (DSM-IV- TR). 4th Ed. NY: American Psychiatric Publishing; 2000.
3. Skodol AL, Clark LA, Bender DS, Krueger AF, Morey LS. Proposed changes in personality and personality disorder assessment and diagnosis for DSM-5 part I: description and rationale. J Abnorm Psychol 2011; 2 (1): 4-22.
4. Eskedal GA, Demetri JM. Etiology and treatment of cluster C personality. J Ment Health Couns 2006; 28(1): 1-17.
5. Millon T, Davis R. Personality disorders in modern life. 2nd Ed. New York: John Wiley & Sons; 2004.
6. Paris J. Psychosocial adversity. In: WJ. Livesley, Editor. Handbook of personality disorders: Theory, research, and treatment. 2nd Ed. New York: Guilford Press; 2001. P. 231-41.
7. Benjamin LS. Interpersonal diagnosis and treatment of personality disorders. 2nd Ed. New York: Guilford Press; 2003. P. 321-7.
8. Bandelow T, Borwin Krause B, Wedekind J. Emotional maltreatment increases risk for personality disorders during early adulthood. Psychiat Res 2005; (134): 169-79.
9. Bierer LM, Yehuda R, Schmeidler J, Mitropoulou MA, New AS, Silverman JM. Abuse and neglect in childhood: relationship to personality disorder diagnoses. CNS Spectrums 2003; (8): 737-40.
10. Battle CL, Shea MT, Johnson DM, Yen S, Zlotnick C, Zanarini MC, et al. Childhood maltreatment associated with adult personality disorders: findings from the collaborative longitudinal personality disorders study. J Pers Disord 2004; (18): 193-211.
11. Stanhope M, Lancaster J. Foundations of nursing in the community, community oriented practice. 2nd Ed. London: Mosby Elsevier; 2006. P. 189-97.
12. Deveci A, Esen - Danaci A, Yurtsever F, Deniz F, Gürlek-Yüksel E. The effects of psychosocial skills training on symptomatology, insight, quality of life, and suicide probability in schizophrenia. Turk J Psychiat 2008; 19 (3): 266-73.
13. Tyrka A, Wyhche M, Lawrence HP. Childhood maltreatment and adult personality disorder symptoms: Influence of maltreatment type. Psychiat Res 2009; (165): 281-7.
14. Johnson JG, Cohen P, Brown J, Smailes EM, Bernstein DP. Childhood maltreatment increases risk for personality disorders during early adulthood. Arch Gen Psychiatry 1999; (56): 600-6.
15. Gibb BE, Wheeler R, Alloy LB, Abramson LY. Emotional, physical, and sexual maltreatment in childhood versus Emotional, physical, and sexual maltreatment in childhood versus adolescence and personality dysfunction in young adulthood. J Pers Disord 2001; (15): 505-11.
16. Trull T, Widiger T. Borderline personality disorder from the perspective of general personality functioning. Abnorm Psychol 2003; 112(2): 193-202.
17. Lobbestael J, Arntz A. Emotional, cognitive and physiological correlates of abuse-related stress in borderline and antisocial personality disorder. Behav Res Ther 2010; (48): 116-24.

[Downloaded from umj.umsu.ac.ir on 2024-10-12]

18. Arntz, A. Introduction to special issue: cognition and emotion in borderline personality disorder. J Behav Ther Exp Psychiatry 2005; (36): 167-72.
19. Sharifi A. The guidance of MCMI-III. Tehran: Ravansanji; 2009. (Persian)
20. Mohamad Khani D, Mohammadi M, Nazari, MA, Razaghi OM. Development validation and reliability of child abuse self report sale in Iranian student. Med J I.R. Iran 2003; 17 (1): 51-8.
21. Schmahl CG, Elzinga BM, Ebner UW, Simms T, Sanislow C, Vermetten E, et al. Psycho physiological reactivity to traumatic and abandonment scripts in borderline personality and posttraumatic stress disorders: a preliminary report. Psychiatry Res 2004; (126): 33-42.
22. Gratz KL, Tull MT, Baruch DE, Bornovalova MA, Lejuze CW. Factors associated with co-occurring borderline personality disorder among inner-city substance users: the roles of childhood maltreatment, negative affect intensity/ reactivity, and emotion deregulation. Compr Psychiatry 2008; (49): 603-15.
23. Linehan MM. Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder. New York: the Guilford Press; 1993. P. 231-5.
24. Davidson C, Johnson N. Abnormal psychology.10th Ed. New York: John Wiley; 2007.
25. Young J, Klosko J, Weishaar M. Schema therapy: a practitioner's guide. 4th Ed. New York: Guilford Press; 2007.
26. Read J, Perry BD, Moskowitz A. The contribution of early traumatic events to schizophrenia in some patients: a traumagenic neurodevelopmental model. Psychiatry: Interpers. Biol Process 2001; 64 (4): 319-45.
27. Teicher MH, Samson JA, Polcari A, McGreenery CE. Sticks, stones, and hurtful words: relative effects of various forms of childhood maltreatment. Am J Psychiatry 2006; (163): 993-1000.

[Downloaded from umj.umsu.ac.ir on 2024-10-12]

Original Article

RELATIONSHIP BETWEEN DIFFERENT TYPES OF CHILDHOOD ABUSE AND CLUSTER B PERSONALITY DISORDERS

Mir Rohollah Seyyed Mahdavi Aghdam [*1], *Dr Majid Mahmoud Aliloo* [2], *Dr Omid Rezaee* [3]

Received: 29 Jan, 2013; Accepted: 10 March, 2013

Abstract

Backgrounds & Aims: Childhood experiences may be one of the effective factors in the development of personality disorders. The aim of the present study investigated the relationship between different experiences of childhood abuse and cluster B personality disorders.

Materials & Methods: The population of this research was all students of Tabriz University. 293 students (179 female and 115 male) were selected by multi-stage cluster sampling. All subjects were asked to complete the Millon Clinical Multiaxial Inventory (MCMI-III) and Child Abuse Self Report Scale.

Results: There was a significant relationship between sexual abuse and antisocial, borderline and histrionic personality disorder. There was a negative relationship between emotional abuse and narcissistic personality disorder and positive correlation between emotional abuse with borderline and antisocial personality disorders. Also there was a significant relationship between physical abuse and neglect with anti-social and borderline personality disorders. Regression analysis showed that physical abuse, sexual abuse and neglect, predict antisocial personality disorder. Emotional and physical abuse predicts borderline personality disorder. Sexual abuse predicts histrionic personality disorder, also emotional and physical abuse predicts narcissistic personality disorder.

Conclusion: Overall, the results of this study indicate that cluster B personality disorders associated with different aspects of abuse and based on the experience of abuse, personality disorder symptoms is predictable.

Keywords: Childhood abuse, Personality disorders, Cluster B

***Address*:** 167 Southern Sharyati Street, Tabriz, Iran **Tel:** +98 9141084607
***Email*:** r.m.agdam@gmail.com

SOURCE: URMIA MED J 2013: 24(3): 218 ISSN: 1027-3727

[1] *MA in Clinical Psychology, Islamic Azad University, Science and Research Branch, Tehran, Iran*
[2] *Professor of Clinical Psychology, Department of Psychology, Tabriz University, Tabriz, Iran*
[3] *Psychiatry Assistant Professor, University of Social Welfare and Rehabilitation Sciences, Tehran, Iran*

[Downloaded from umj.umsu.ac.ir on 2024-10-12]