

بررسی مقایسه‌ای وضعیت روان‌شناختی کودکان دارای پدر معتاد و کودکان با پدر غیرمعتاد

لیلا کوهی*

این پژوهش به بررسی وضعیت روان‌شناختی کودکان دارای پدر معتاد اختصاص دارد. به‌همین منظور، از میان مراجعین به مرکز ترک اعتیاد شهید ملت‌دوست، سوء‌مصرف‌کنندگان تریاک که ۳-۵ سال سابقه مصرف تریاک داشتند و دارای کودکان سنین ۷-۹ سال تمام بودند، گروه بالینی شامل ۴۰ نفر انتخاب شد. گروه مقایسه پژوهش نیز شامل ۴۰ نفر از افرادی بود که سابقه سوء‌مصرف هیچ ماده‌ای را نداشتند. آنان از لحاظ سن، تحصیلات، وضعیت اقتصادی خود و همسرشان و نیز تعداد فرزندان‌شان با گروه بالینی به‌صورت گروهمی هم‌تاسازی شدند.

اهداف دیگر پژوهش مقایسه الگوهای شخصیتی بیمارگونه در افراد دچار اعتیاد و نیز بررسی رابطه میان الگوهای شخصیتی پدران با مشکلات رفتاری - هیجانی کودکان‌شان بود. برای بررسی وضعیت روان‌شناختی کودکان، از فهرست رفتاری - هیجانی کودک (CBCL) استفاده شد و برای بررسی الگوهای شخصیتی در پدران، از پرسشنامه چندمحوری میلون ۲ (MCMI-II). یافته‌های پژوهش نشان داد که کودکان پدران دچار اعتیاد اختلالات رفتاری - هیجانی بیشتری نسبت به گروه کودکان پدران غیرمعتاد دارند. مقایسه الگوهای شخصیتی بیمارگونه در افراد معتاد و غیرمعتاد نیز حاکی از وجود سه الگوی شخصیتی بیمارگونه (ضداجتماعی، خودشیفته، وابسته) در افراد دچار اعتیاد بود. یافته‌های مربوط به بررسی رابطه میان الگوهای شخصیتی پدران و مشکلات رفتاری - هیجانی کودکان نیز نشان‌دهنده وجود رابطه میان برخی الگوهای شخصیتی در پدران و برخی از مشکلات رفتاری - هیجانی در کودکان آنان بود. این رابطه میان مولفه‌های زیر وجود دارد:

* کارشناس ارشد روان‌شناسی بالینی

- الگوی شخصیتی ضداجتماعی در پدران گروه بالینی و رفتار بزهکارانه و پرخاشگرانه در کودکان
- الگوی شخصیتی خودشیفته در پدران گروه بالینی و انزوا، اضطراب / افسردگی و پرخاشگری در کودکان
- الگوی شخصیتی آزارگر در پدران گروه بالینی و مشکلات اجتماعی و رفتار پرخاشگرانه در کودکان
- الگوی شخصیت مرزی در پدران گروه بالینی و مشکلات اجتماعی و رفتار پرخاشگرانه و سایر مشکلات در کودکان
- الگوی شخصیت پارانوئید در پدران گروه بالینی و مشکلات اجتماعی و رفتار پرخاشگرانه و سایر مشکلات در کودکان.

مقدمه

پژوهش حاضر قصد دارد با مطالعه و بررسی وضعیت روان‌شناختی کودکانی که پدران معنادارند و مقایسه آن با وضعیت کودکان پدران غیرمعتاد، موارد آسیب‌شناختی کودکان دارای پدر معنادار را مشخص سازد تا درمان‌گرانی که با کودکان سروکار دارند بتوانند با کمک یافته‌های آن اهداف درمانی مشخصتر و متناسبتری را تعیین کنند. اهداف پژوهش به‌طور کلی دربرگیرنده موارد زیر است:

- تعیین مشکلات روان‌شناختی کودکان پدران معنادار
- مقایسه ویژگیهای شخصیتی پدران معنادار و غیرمعتاد
- بررسی رابطه میان الگوهای شخصیتی پدران و مشکلات روان‌شناختی کودکان.

پژوهشهای مختلفی در هر یک از این زمینه‌ها صورت گرفته است. در زمینه رابطه میان اعتیاد والدین با اختلالات کودکان می‌توان به موارد زیر اشاره کرد:

الف) به گزارش کمیته ملی پیشگیری از سوءرفتار کودک (۱۹۹۷)، ۱/۳ درصد از کودکان ارجاع داده شده به مراکز بهداشتی از خانواده‌های معنادار هستند و کودکان

خانواده‌های معتاد، در مقایسه با کودکان خانواده‌های غیرمعتاد، دچار مشکلات بسیاری در زمینه‌های جسمانی و روانی هستند.

ب) کار جانسون و همکاران وی (۱۹۹۱)، به نقل از کتابخانه ملی پزشکی، (۲۰۰۰) در زمینه کودکان خانواده‌های معتاد نشان داد که این کودکان، نسبت به گروه مقایسه، افسردگی، اضطراب و مشکلات تحصیلی بیشتری داشتند.

ج) در مجله دانشکده روان‌پزشکی هنگ‌کنگ (۱۹۹۳) به مشکلاتی نظیر گوشه‌گیری، حواس‌پرتی و مشکلات انطباقی در کودکان خانواده‌های معتاد اشاره شده است.

در زمینه ارتباط میان اعتیاد و اختلالات روان‌پزشکی نیز پژوهشهایی صورت گرفته است که بیانگر وجود رابطه بین اختلالات شخصیتی و مصرف مواد است. ویژگیهای عمده شخصیتی معرف افراد معتاد عبارت‌اند از: خودشیفتگی، ضداجتماعی بودن، و ظاهرسازی این افراد خودمحور و ناپخته‌اند و همچون افراد دچار اختلالات شخصیتی، مسئولیتی در قبال کارهای خود بر عهده نمی‌گیرند، دیگران را برای مشکلات خود سرزنش می‌کنند، و بیشتر خود را قربانی می‌بینند تا فردی که مرتکب عملی شده است.

۱) روش کار

گروه بالینی پژوهش حاضر از بین معتادان به تریاک که به مرکز ترک اعتیاد شهید ملت‌دوست مراجعه کرده بودند انتخاب شدند. روش نمونه‌گیری در دسترس «کومه‌ای» یا «انباشته» است که مستلزم انتخاب بخشی از جامعه است که برای مطالعه سهل‌الوصول‌ترند. ضوابط کاربرد این روش، در دسترس بودن، صرفه‌مندی و اقتصادی بودن است (هومن، ۱۳۷۸). ملاکهای انتخاب اعضای گروه شامل ۴۰ معتاد به تریاک چنین بود:

– اعتیاد به تریاک به مدت ۳-۵ سال

– زندگی مشترک با همسر

– دارا بودن فرزند بین ۹-۷ سال

– اعتیاد نداشتن همسر

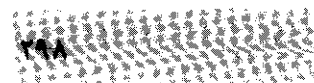
افراد گروه مقایسه نیز که شامل ۴۰ نفر بود از نمونه‌های در دسترس انتخاب شدند. به این صورت که خانواده‌های دارای پدران غیرمعتاد که سنین فرزندانشان ۹-۷ سال بود و جدایی میان والدین و اعتیاد مادر در آنها وجود نداشت با معرفی افراد آشنا انتخاب شدند. تعدادی از این خانواده‌ها را نیز که دارای همین شرایط بودند اولیای دو مدرسه (یک دبستان دخترانه واقع در منطقه ۸ به نام شهید یارسانی و یک دبستان پسرانه در منطقه ۶ به نام شهید بهشتی) معرفی کردند. گروه مقایسه از لحاظ سن والدین، تحصیلات آنان، تعداد فرزندانشان و همچنین وضعیت اجتماعی - اقتصادی (متغیرهای کنترل) به صورت گروهی با گروه بالینی همتا شدند.

برای تجزیه و تحلیل داده‌های مربوط به وضعیت روان‌شناختی کودکان (مشکلات رفتاری - هیجانی) هر دو گروه، ابتدا شاخصهای مرکزی و پراکندگی گروهها و سپس t نایسته به کار برده شد. در تجزیه و تحلیل داده‌های مربوط به آزمون چندوجهی میلون ۲ (برای گروه افراد معتاد و غیرمعتاد) نیز از شاخصهای مرکزی و پراکندگی و سپس آزمون t نایسته استفاده شد. برای تجزیه و تحلیل رابطه میان الگوهای شخصیتی پدران (گروه بالینی و گروه مقایسه) با هر یک از خرده‌مقیاسهای فهرست رفتاری کودکان، از همبستگی پیرمون استفاده شد و نیز در تجزیه و تحلیل نتایج جمعیت‌شناختی گروهها، مجذور خی (χ^2) مورد استفاده قرار گرفت.

۲) ابزار پژوهش

در پژوهش حاضر، برای بررسی وضعیت روان‌شناختی کودکان، از فهرست رفتاری - هیجانی کودک (CBCL)* استفاده شد. این آزمون بر مبنای رویکرد اکن‌بک (Achenbach) درخصوص لزوم ارزیابی چندمحوری کودک ساخته شده است. مقیاسهای هشتگانه این پرسشنامه عبارت‌اند از: کناره‌گیری و انزواطلبی، شکایات جسمی، اضطراب / افسردگی،

* Child Behavior Checklist



مسائل اجتماعی، مسائل فکری، مسائل مربوط به توجه، رفتار بزهکارانه و رفتار پرخاشگرانه (آلن‌بک، ۱۹۹۱). ضریب پایایی از طریق محاسبه ضریب توافق بین ارزیابی والدین به دست آمد و همبستگی (T) برابر با ۰.۸۷٪ بود. در محاسبه اعتبار آزمون، ضرایب همبستگی میان مقیاسهای CBCL و پرسشنامه والدین کانرز* محاسبه شد و همه ضرایب در سطح $P < 0.001$ معنادار بودند. در ایران نیز از شکل‌های مختلف این پرسشنامه در چندین پژوهش استفاده شده است (برای نمونه، محمدخانی، ۱۳۷۸).

پرسشنامه دیگری که در این پژوهش مورد استفاده قرار گرفت، پرسشنامه چندمحوری میلون ۲ (MCMI-II)** بود. این پرسشنامه یکی از رایجترین پرسشنامه‌ها در زمینه ارزیابی اختلالات شخصیتی است (Craig, 1999).

این آزمون دارای ۲۲ مقیاس است. ضرایب روایی از ضرایب پایین ۵۸٪ تا ضرایب بالای ۷۰٪ به دست آمدند و به طور کلی مطالعات بازآزمایی انجام شده روی این پرسشنامه از ثبات بالای آن حمایت می‌کنند (Choca, 1997). در زمینه اعتبار آزمون، درصد حساسیت توان پیش‌بینی به شرح زیر است (خواجه موگهی، ۱۳۷۳):

- درصد حساسیت در اختلال شخصیت از ۳۸٪ در آزارگری تا ۷۶٪ در آزارطلبی
- توان پیش‌بینی مثبت از ۴۵٪ در خودشیفته تا ۸۵٪ در ضداجتماعی
- توان پیش‌بینی منفی از ۷۸٪ در اختلال شخصیت وابسته تا ۹۸٪ در آزارطلب
- توان تشخیص کلی از ۷۲٪ در اختلال شخصیت وابسته تا ۹۲٪ در آزارطلب.

۳ یافته‌ها

به منظور مقایسه وضعیت روان‌شناختی کودکان دارای پدران دچار اعتیاد با کودکانی که پدران غیرمعتاد داشتند و از لحاظ ویژگی‌های جمعیت‌شناختی با گروه دارای پدران معتاد

* Canners Parent Questionnaire

** Millon Clinical Multiaxial Inventory

همتاسازی شده بودند، از فهرست رفتاری کودکان (CBCL) استفاده شد. حاصل ارزیابی به شرح ذیل است:

۱-۳) نمرات مربوط به ۹ خرده‌مقیاس مشکلات رفتاری کودک: این خرده‌مقیاسها عبارت‌اند از: انزوا، شکایات جسمی، اضطراب / افسردگی، مشکلات اجتماعی، مشکلات تفکر، مشکلات توجه، رفتار بزهکارانه، رفتار پرخاشگرانه، و سایر مشکلات.

نمره پایتتر در این خرده‌مقیاسها نشان‌دهنده وضعیت بهنجار در کودک است. نمره کل نیز از طریق جمع نمرات ۹ خرده‌مقیاس مربوط به مشکلات رفتاری به دست می‌آید. جدول شماره ۱ میانگینها و انحراف معیارهای دو گروه کودکان (دارای پدر معناد و غیرمعناد) را در تمامی خرده‌مقیاسها با استفاده از آزمون t برای گروههای مستقل نشان می‌دهد.

جدول ۱- میزان میانگین و انحراف معیار دو گروه کودکان پدر معناد و غیرمعناد در خرده‌مقیاسها

T	کودکان پدران غیرمعناد		کودکان پدران معناد		متغیر مستقل / متغیر وابسته
	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	خرده‌مقیاسها
*۳/۳۸	۵/۴۲	۵۲/۷۵	۹/۱۹	۵۹/۵	انزوا
*۲/۱۷	۵/۱۳	۵۳/۱۵	۷/۶۱	۵۶/۳۰	شکایات جسمی
*۳/۳۲	۵/۱۲	۵۳/۱۰	۸/۷۰	۵۹/۳۴	اضطراب / افسردگی
*۴/۵۳	۳/۸۷	۵۲/۲۵	۸/۴۳	۵۸/۹۰	مشکلات اجتماعی
*۲/۳۷	۳/۷۷	۵۲/۳۰	۷/۷۵	۵۵/۵۳	مشکلات تفکر
*۳/۸۰	۳/۵۶	۵۲/۲۵	۶/۲۷	۵۶/۶۸	مشکلات توجه
*۳/۷۹	۳/۵۴	۵۲/۴۸	۷/۷۹	۵۷/۶۰	رفتار بزهکارانه
*۳/۸۴	۴/۰۴	۵۱/۵۸	۶/۴۵	۵۶/۲۰	رفتار پرخاشگرانه
*۳/۷۳	۳/۵۵	۴/۹۷	۴/۶۱	۷/۵۸	سایر مشکلات
*۳/۶۰	۲۳/۰۴	۴۰/۱۰	۲۸/۵۴	۵۵/۵۰	تمامی مشکلات

* P < ۰/۰۵

** P > ۰/۰۵

۳-۲) در بررسی فرضیه دوم پژوهش (الگوهای شخصیتی بیمارگونه در افراد دچار اعتیاد بیشتر از افراد غیرمعتاد است) یافته‌های زیر به دست آمد:

جدول ۲- میزان میانگین و انحراف معیار دو گروه کودکان پدر معتاد و غیرمعتاد در الگوهای شخصیتی بیمارگونه

الگوهای شخصیت	میانگین پدران معتاد	انحراف معیار	میانگین پدران غیرمعتاد	انحراف معیار	T	P
اسکیزوتیپ (۱)	۷۰/۱	۱۹/۷۶	۶۹/۸۸	۱۹/۸۵	۰/۰۵	۰/۹۶۰
اجتنابی (۲)	۶۴/۴۳	۲۸/۰۴	۵۲/۵۳	۲۴/۵۵	۲/۰۲	*۰/۰۴۷
وابسته (۳)	۷۶/۰۲	۱۶/۱۰	۶۸/۰۶	۱۱/۹۹	۲/۳۳	*۰/۰۲۲
نمایشی (۴)	۶۷/۱۷	۱۹/۷	۵۸/۷	۱۷/۵	۲/۰۲	*۰/۰۴۶
خودشیفته (۵)	۷۸/۴	۳۰/۶	۵۲/۸	۲۷/۹	۳/۹۰	*۰/۰۰۰
ضداجتماعی (۶A)	۸۶/۱	۱۴/۴	۷۶/۰	۱۹/۰۳	۲/۴۹	*۰/۰۰۹
آزارگری (۶B)	۶۲/۸	۱۶/۹۸	۵۵/۲	۱۶/۹	۱/۶۰	۰/۱۱۴
وسواسی - اجباری (۷)	۷۳/۸	۲۰/۵	۸۰/۸	۱۴/۵	۱/۷۶	۰/۰۸۲
منفعل - پرخاشگر (۸A)	۷۰/۹	۱۵/۱	۵۸/۵	۲۴/۰	۲/۷۷	*۰/۰۰۷
آزارطلب (۸B)	۷۳/۷	۱۱/۰۷	۴۷/۳	۲۴/۰۷	۵/۰۳	*۰/۰۰۰
اسکیزوتایپال (S)	۶۸/۱۷	۲۳/۱۰	۶۴/۱۷	۱۴/۹۸	۰/۹۵	*۰/۰۰۹
مرزی (C)	۷۰/۰	۲۲/۰۱	۶۰/۵	۱۸/۴	۲/۲۴	*۰/۰۰۸
پارانویید (P)	۶۶/۲۲	۲۹/۷۰	۴۹/۲۲	۲۳/۶۷	۲/۸۳	*۰/۰۰۶

* $P < 0.05$

۳-۳) یافته‌های فرضیه سوم پژوهش (میان الگوهای شخصیتی پدران و مشکلات رفتاری - هیجانی کودکان رابطه وجود دارد) حاکی از آن است که میان برخی از الگوهای شخصیتی در پدران و اختلالات رفتاری - هیجانی رابطه وجود دارد. این روابط مشتمل اند بر:

- الگوی شخصیت خودشیفته در پدران با مشکلات انزوا، اضطراب / افسردگی و رفتار پرخاشگرانه در کودکان
- الگوی شخصیت ضداجتماعی در پدران با رفتارهای بزهکارانه و پرخاشگرانه در کودکان
- الگوی شخصیت آزار در پدران با مشکلات اجتماعی و پرخاشگری در کودکان
- الگوی شخصیت وسواسی - اجباری در پدران با مشکلات جسمانی، اضطراب / افسردگی و سایر مشکلات در کودکان
- الگوی شخصیت مرزی در پدران با اضطراب - افسردگی، مشکلات اجتماعی، رفتار پرخاشگرانه و سایر مشکلات در کودکان
- الگوی شخصیت پارانوئید در پدران با مشکلات اجتماعی، رفتار پرخاشگرانه و سایر مشکلات در کودکان.

۴) بحث و نتیجه گیری

نتایج پژوهش نشان داد که مشکلات رفتاری - هیجانی کودکان دارای پدران معتاد بیشتر از کودکان پدران غیرمعتاد است. بنابراین می توان گفت کودکان گروه بالینی پژوهش، در مقایسه با کودکان گروه مقایسه، غمگینتر و کم حرفترند و تنهایی را بیشتر ترجیح می دهند. این کودکان مشکلات جسمی (در زمینه های پوستی، چشمی و گوارشی) بیشتری را تجربه می کنند و با همسالان خود کمتر کنار می آیند. افکار وسواسی و رفتارهای عجیب و غریب نیز در آنها بیشتر مشاهده می شود و احتمالاً بی قرار، بی توجه، دست و پا چلفتی و خیال پرداز به نظر می رسند. همچنین رفتارهای بزهکارانه و پرخاشگرانه از قبیل دروغگویی، فرار از خانه و مدرسه، دزدی، فحاشی و خشونت های فیزیکی از آنها بیشتر سر می زند. یافته های فرضیه دوم نیز حاکی از آن بود که افراد دچار اعتیاد در سه الگوی شخصیتی (ضداجتماعی، خودشیفته، وابسته) وضعیت بدتری نسبت به گروه مقایسه داشتند. بنابراین، با توجه به نتایج حاصل از بررسی ویژگی های شخصیتی در گروه بالینی، می توان گفت که این افراد دارای ویژگی های زیر هستند: محدودیت عاطفه و هیجان، عدم

پذیرش مسئولیت در قبال احساسها و رفتارهای خود، عدم پذیرش اصول و قوانین، متعصب، دارای خلق بی‌ثبات و روابط پر آشوب، ناتوان در ایجاد رابطه باثبات و عمیق با دیگران، تلقین‌پذیر، خودبزرگ‌بین، حساس نسبت به طرد شدن، فاقد اعتماد به نفس، خشن و پرخاشگر، و بی‌اعتماد نسبت به دیگران.

یافته‌های آخرین فرضیه نیز نشان داد که میان برخی الگوهای شخصیتی پدران و مشکلات رفتاری - هیجانی کودکان رابطه وجود دارد. این رابطه می‌تواند بیانگر نقش پدر به‌عنوان الگوی رفتاری کودک باشد. برای نمونه، پدر خودشیفته‌ای که در مواجهه با حوادث خلاف میلش، واکنش پرخاشگری نشان می‌دهد، الگویی پرخاشگر برای فرزند خود خواهد بود (Alan Kemp, 1998).

بنابر آنچه گفته شد، می‌توان تصور کرد در خانواده‌ای که یکی از والدین در دام اعتیاد گرفتار است، چقدر نقشها دچار مشکل می‌شوند. چنانکه ریچارد بلوم (به نقل از محمدخانی، ۱۳۷۸) نقل می‌کند، در این خانواده‌ها سختگیری و انسجام و نظارت در حد کافی وجود ندارد. همچنین، سطوح بالای استرس و تعارضات خانوادگی، خشونت، والدگری ناکافی، تماس کم والد - کودک و نیز غفلت و سوءرفتار والدین از مواردی است که در پژوهشهای پیشین در مورد این خانواده‌ها مشاهده شده است. همچنین طبق پژوهش آقابخشی (۱۳۷۵) نقش حمایتی پدر در این خانواده‌ها کاهش می‌یابد و اعضای خانواده برای مشکل‌گشایی به پدر اتکا ندارند. در کودکان این خانواده‌ها، به جای احساس راحتی و غرور، احساس شرم و خجالت مشاهده می‌شود، که درواقع می‌تواند دلیل گوشه‌گیری، افسردگی و اختلالات اضطرابی آنان باشد. آنان به‌درستی پذیرای ارزشهای اجتماعی نمی‌شوند و این امر با پرخاشگری و بزهکاری که در کودکان نمونه بالینی پژوهش به‌دست آمد همخوانی دارد.

۵) پیشنهادها

۱) انجام مصاحبه بالینی، علاوه بر اجرای پرسشنامه‌ها، به هنگام ارزیابی فرد دچار اعتیاد

- ۲) انجام پژوهش در سطحی وسیعتر و وارد کردن متغیرهای بیشتر (از جمله، ترتیب اولاد و ...)
- ۳) پژوهش در مورد افراد معتاد به سایر مواد
- ۴) پژوهشهای طولی به منظور بررسی وضعیت کودکان این خانواده‌ها در آینده
- ۵) پژوهشهای بیشتر برای مطالعه وضعیت روان‌شناختی کودکانی که پدرانشان دچار اختلال مواد و شخصیت به‌طور توأم هستند
- ۶) ارزیابی روان‌شناختی همسران مبتلایان به اعتیاد
- ۷) پژوهش در زمینه تأثیر اعتیاد مادر یا اعتیاد توأم والدین در فرزندان
- ۸) بررسی شیوه‌های فرزندپروری در خانواده‌های معتاد
- ۹) پاسخگویی معلمان کودکان پدران دچار به اعتیاد به فهرست رفتاری کودکان
- ۱۰) انجام پژوهش با حجم نمونه بزرگتر
- ۱۱) مطالعاتی در زمینه نقش تفاوت جنسیتی در آسیب‌شناسی روانی
- ۱۲) بررسی کارکردهای مختلف خانواده در خانواده‌های معتاد.

References

تاج

- ۱- آقابخشی، حبیب (۱۳۷۵)، اثرات اعتیاد بر نظام خانواده. دانشگاه بهزیستی و توانبخشی.
- ۲- خواجه موگهی، ناهید (۱۳۷۳)، آماده‌سازی مقدماتی فرم فارسی پرسشنامه بالینی چندمحوری میلون ۲ (MCMI-II) در شهر تهران. پایان‌نامه کارشناسی ارشد، انستیتو روان‌پزشکی تهران.
- ۳- محمدخانی، پروانه (۱۳۷۸)، کودک‌آزاری، شیوع و انواع ویژگیهای روان‌شناسی کودکان آزاردیده، کیفیت زندگی و سلامت عمومی والدین آنها، رساله دکتری دانشگاه علامه طباطبائی.
- ۴- هومن، حیدرعلی (۱۳۷۸)، شناخت روش علمی در علوم رفتاری، نشر پارسا.
- 5- Achenbach, T. M, (1991), **Manual of child behavior checklist**. Uurlingtonc university of Vermont Department of Psychology.
- 6- Alan Kemp, (1998). **Abuse in family**. Brooks / Cole Publishing company.
- 7- Criag. Robert, G, (1999). **Interpreting Personality Tests**. James F. T. Bugental.
- 8- Choca. James, P. Vanderberg. Eric, (1997). **Interpreting guide to the millon**. America Psychological Association.