

اختلالات شخصیت در نوجوانان بی سرپرست و بدسرپرست

محمدرضا قربانی^۱ و افشین صلاحیان^۲

اكارشناس ارشد، گروه روانشناسی، واحد علوم و تحقیقات، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران.

د. استادیار، گروه روانشناسی، دانشگاه پیام نور (PNU)، تهران، ایران (نویسنده مسئول). ایمیل: Salahian2020@gmail.com

چکیده

زمینه: اختلال شخصیت مطابق تعریف پنجمین کتابچه راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی، عبارت است از تجارب درون ذهنی و رفتاری بادوامی که بر ملاک‌های فرهنگی منطبق نیست. با توجه به اهمیت اختلال شخصیت و ماندگاری آن هدف پژوهش حاضر تعیین شیوع اختلالات شخصیت در نوجوانان بی سرپرست و بدسرپرست بود.

روش کار: نمونه پژوهش شامل ۴۷۳ نفر از نوجوانان بی سرپرست و بدسرپرست و ابزار پژوهش پرسشنامه میلون ۳ و ۴ بود.

یافته‌ها: یافته‌ها حاکی از آن بود که میزان شیوع در زیرمقیاس اسکیزوئید با برافراشتگی خفیف ۱۲ درصد و با برافراشتگی شدید ۰/۷ درصد؛ در زیرمقیاس اجتنابی با برافراشتگی خفیف ۱۹/۱ درصد و با برافراشتگی شدید ۵/۶ درصد؛ در زیرمقیاس افسرده با برافراشتگی خفیف ۲۴ درصد و با برافراشتگی شدید ۲۱ درصد؛ در زیرمقیاس وابسته با برافراشتگی خفیف ۱۰/۲ درصد و با برافراشتگی شدید ۶/۴ درصد؛ در زیرمقیاس نمایشی با برافراشتگی خفیف ۱۰/۵ درصد و با برافراشتگی شدید ۶ درصد؛ در زیرمقیاس خودشیفته با برافراشتگی خفیف ۷/۵ درصد و با برافراشتگی شدید ۰/۷ درصد؛ در زیرمقیاس خودشیفته با برافراشتگی خفیف ۶/۷ درصد و با برافراشتگی شدید ۰/۷ درصد؛ در زیرمقیاس وسواسی با برافراشتگی خفیف ۲/۶ درصد و با برافراشتگی شدید ۰/۴ درصد؛ و در زیرمقیاس منفی گرا با برافراشتگی خفیف ۲۳/۲ درصد و با برافراشتگی شدید ۲/۶ درصد است. همچنین، همه زیرمقیاس‌های اختلال شخصیت میانگین‌های بزرگتر و معنادار در مقایسه با میانگین تجربی داشتند ($p < 0.01$).

نتیجه‌گیری: به نظر می‌رسد سوگ ناشی از فقدان خانواده و والدین، این کودکان را در معرض اختلال‌های روان‌شناسی به خصوص زیرمقیاس افسرده قرار داده که با توجه به زمینه پایدار شخصیتی اثرات سوء آن در مراحل بعدی زندگی خواهد ماند.

کلیدواژه‌ها: اختلال شخصیت، نوجوان، بدسرپرست، بی سرپرست، شیوع

مقدمه

نوجوانی یکی از مهم ترین مراحل رشد انسان است زیرا که در پایان این دوره انسان باید هویت راسخ پیدا کند. به خاطر همین، این دوره همواره مورد توجه روانشناسان و دانشمندان مطرح جهان قرار گرفته است و بر همین اساس این دوره به دوره احساس گرایی، بحران های سازنده و دوره فشار و طوفان در حوزه شخصیت معروف است (گلدن، هریسون، و کون، ۲۰۰۶). شخصیت عبارت است از الگوی منحصر به فرد و دائمی تجارب درونی و رفتار بیرونی که ویژگی یک فرد است. افراد از تجارب گذشته درس می گیرند و سعی می کنند در موقعیت های مختلف پاسخ های مختلف و متنوعی نشان دهند. این یادگیری و انطباق چیزی است که افراد مبتلا به اختلال شخصیت غالباً از عهده آن بر نمی آیند (فرناندز، فرناندز و لویز، ۲۰۱۶).

اختلال شخصیت یک الگوی فراگیر، با دوام و غیر قابل انعطاف از تجارب درونی و رفتار بیرونی است که به طرز مشخصی از انتظارات فرهنگی فرد متفاوت است و به درماندگی و عملکرد بد منجر می شود (کاپلان سادوک، ۲۰۰۰). اختلالات شخصیت به سه خوشه تقسیم می شود: A، B و C. خوشه A شامل اختلالات شخصیت پارانوئید، اسکیزوئید و اسکیزوتایپال می باشد. افراد مبتلا به این اختلالات اغلب عجیب و غریب و غیرعادی به نظر می رسند. خوشه B مشتمل بر اختلالات شخصیت ضداجتماعی، مرزی، نمایشی و خودشیفته است. افراد مبتلا به این اختلالات اغلب نمایشی، احساساتی و دمدمی به نظر می رسند و خوشه C شامل سه اختلال وابسته، اجتنابی و وسواسی-جبری با خصوصیات نظیر اضطراب و ترس است (هارتمن، مددو، و پروناس، ۲۰۰۹). همچنین تحقیقات سورک (۲۰۱۶)؛ و پرونچر، لمیر، والیرز و باستین (۲۰۱۹) نشان داده که مشکلات بی خوابی و سوء مصرف مواد در مبتلایان به اختلال شخصیت شایع است و تحقیقات

اختلال شخصیت، الگوها یا ویژگی های پایدار، انعطاف ناپذیر و ناسازگارانه ای است که می تواند بر تفکر، واکنش های هیجانی، روابط بین فردی و کنترل تکانه تاثیر بگذارد. رفتارهای بدکارکرد با انتظارات فرهنگ فرد، تفاوت های بسیار دارد و می تواند نگرانی عمده ای برای فرد و سایرین ایجاد و کارکردهای اجتماعی و شغلی فرد را مختل کند (اربابیسارگو و سیورکی، ۲۰۱۵). اختلالات شخصیت، اختلالات مربوط به خصایص هستند و شیوه های ناسازگار و پایدار برای ادراک، برقراری رابطه و تفکر در مورد خود و جهان هستند (شولتز، ۲۰۰۵). اختلالات شخصیت، دسته ی نامتجانسی از اختلالات هستند که با الگوهای دیرینه، فراگیر و انعطاف ناپذیر رفتار و تجربه ی درونی، که با انتظارات فرهنگ شخص مغایرت دارند، تعریف می شوند. این الگوهای مسأله دار دست کم در دو مورد از زمینه های زیر آشکار می شوند: شناخت ها و هیجان ها، روابط و کنترل (کاپلان و سادوک، ۲۰۰۰).

اختلال شخصیت مطابق تعریف پنجمین کتابچه راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی، عبارت است از تجارب درون ذهنی و رفتاری بادوامی که بر ملاک های فرهنگی منطبق نیست، نفوذی غیر قابل انعطاف دارد، از نوجوانی یا جوانی شروع می شود، در طول زمان تغییر نمی کند و موجب ناخوشنودی فرد و مختل شدن کارکردهایش می شود (گرین و ایتن، ۲۰۱۷). هرگاه صفات شخصیتی غیر قابل انعطاف و غیر انطباقی باشد و کارکردهای فرد را مختل سازد و یا رنج و عذاب درون ذهنی برایش ایجاد کند، تشخیص اختلال شخصیت را می توان مطرح کرد. به صورت ساده ترکیب شخصیت هنگامی نابهنجار تلقی می شود که باعث رنجش و آزار خود شخص یا دیگران شود (وینسپر و همکاران، ۲۰۱۹). براساس مطالعات، میزان شیوع اختلالات شخصیت متفاوت است. برای مثال، شیوع اختلال شخصیت پارانوئید در بیماران سرپایی کلینیک های بهداشت روانی دو تا ده درصد، اختلال شخصیت اسکیزوئید در موقعیت های بالینی نادر و شیوع اختلال شخصیت اسکیزوتایپی در جمعیت کلی سه درصد گزارش شده است (کراد، کیل، جوسپر و مویش، ۲۰۱۵).

شیوع اختلال شخصیت ضد اجتماعی در نمونه های جامعه مردان و زنان به ترتیب تقریباً سه و یک درصد است. برآوردهای مربوط به شیوع در جمعیت های بالینی، بسته به خصوصیات جامعه ی هدف، از سه تا ۳۰ درصد متغیر است (رایسینگ و همکاران، ۲۰۱۹). مثلاً میزان شیوع در جمعیت بالینی سوء مصرف کننده ی مواد و زندانیان یا دیگر جمعیت های مشابه بیشتر

¹ Surek

² Provencher, T., Lemyre, A., Vallieres, A. and Bastian, C.H.

است. در ارزیابی صفات ضد اجتماعی، در نظر گرفتن بستر اجتماعی و اقتصادی رفتارها برای متخصصان بالینی سودمند است (هامایاک، ۲۰۱۱). دوره نوجوانی سن اولیه بروز اختلالات شخصیت است و بافت زندگی تاثیر خاص در این شیوع دارد. کودکان و نوجوانان در بافت سرپرستی نامناسب احتمالاً در بروز و شیوع اختلال های شخصیت موثر است (کوبین وایل و همکاران، ۲۰۱۹). کودکان بی سرپرست و بدسرپرست از حضور تربیتی، روان شناختی، حمایت مؤثر والدین و نیز از مزایای زندگی در خانواده محروم هستند (رایسینگ و همکاران، ۲۰۱۹). مراقبت، درک همدلانه و مشارکت، ساختار قدرت شفاف و حل مسئله از کارکردهای ضروری خانواده است؛ اما کودکان بی سرپرست و بدسرپرست از این نعمت محروم هستند و در مراکز شبه خانوادگی رشد می کنند، هر چند هدف اصلی این مراکز تأمین کارکردهای اصلی خانواده برای این کودکان است، اما با انتقال آنها از محیط خانوادگی به محیطی با آسیب های کمتر کافی به نظر نمی رسد، سوگ ناشی از فقدان خانواده این کودکان را در معرض اختلال روان شناسی مانند افسردگی و اضطراب قرار می دهد که در زندگی کودکان اثرات پایداری خواهد داشت. معضل کودکان بی سرپرست یا بدسرپرست واقعیت تلخ بسیاری از جوامع یا کشورهاست که ریشه های آن به نهاد خانوادگی و جامعه بازمی گردد. بنابراین پژوهش حاضر به دنبال پاسخگویی به این سوال بود که میزان شیوع اختلالات شخصیت در نوجوانان بی سرپرست و بدسرپرست جقدر است؟

روش

پژوهش حاضر از لحاظ هدف از نوع کاربردی و از لحاظ روش از نوع روش توصیفی و غربالگری بود. جامعه آماری پژوهش حاضر شامل کلیه نوجوانان و جوانان بدسرپرست و بی سرپرست شهر تهران در سال ۹۸-۹۹ بود. در این پژوهش، با استفاده از روش نمونه گیری تصادفی خوشه ای، ۴۳۷ نفر از مراکز نگهداری نوجوانان و جوانان بدسرپرست و بی سرپرست ۵ مرکز به عنوان نمونه آماری انتخاب و به سوالات و پرسشنامه ها پاسخ دادند. با توجه به محدودیت حضور نوجوانان ۱۸ سال برای پاسخگویی به پرسشنامه چند محوری میلیون سه که برای بالای ۱۸ سال، ۲۶۷ به پرسشنامه میلیون ۳ و ۴ پاسخ دادند.

ابزار پژوهش

آزمون بالینی چند محوری میلیون ۳: تصمیم گیری بالینی و تشخیص ابتلای آزمودنی به یک اختلال ویژه یا حضور ویژگی روانشناختی ویژه ای در آزمودنی مورد استفاده قرار می گیرد. این آزمون دارای ۱۷۵ گویه بلی/ خیر است. و ۱۱ الگوی بالینی شخصیت و نشانگان بالینی را می سنجد. الگوهای بالینی شخصیت در آزمون بالینی چند محوری میلیون سه شامل ۱۱ زیر مقیاس به شرح زیر است: شخصیت اسکیزوئید، دوری گزین، افسرده، وابسته، نمایشی، خودشیفته، ضداجتماعی، آزارگر - دیگرآزار، وسواسی، منفی گرا، و شخصیت آزارگر - خود آزار. از زمان انتشار آن در سال ۱۹۶۹ دو بار تجدید نظر شده است. این آزمون در ایران ۲ بار هنجاریابی شده است. نسخه ی دوم این آزمون یکبار در شهر تهران به وسیله ی خواجه موگهی ترجمه و در سال ۱۳۷۲ هنجاریابی شده است و نسخه ی سوم آن در شهر اصفهان به وسیله ی شریفی در سال ۱۳۸۱ هنجاریابی شده است. درمورد پایایی مقیاس های آزمون میلیون ۳، ۵۳ مجموعه داده گزارش شده است. فاصله بازآزمایی از ۵ روز تا ۶ ماه است. برای مقیاس های اختلال شخصیت همبستگی هایی از ۰/۵۸ تا ۰/۹۳ و برای مقیاس افسردگی متوسط ۰/۷۸ بدست آمده است. نمرات این پرسشنامه آیین صفر تا ۱۱۵ است که نمره بالای ۸۵ به احتمال آسیب شناختی درگستره اختلال اشاره دارد. به هر پاسخ بلی یک نمره و به پاسخ خیر صفر نمره تعلق می گیرد. هر سؤال مربوط به یک شاخص و جمع نمرات شاخصی از هر اختلال است. به عبارت دیگر پس از آنکه نمره هر سؤال مشخص شد، نمره متعلق به پرسش های مربوط به هر اختلال با یکدیگر جمع می شوند و بر اساس نمره ی وضعیت اختلال فرد مشخص می گردد. روایی نسخه اصلی انگلیسی این آزمون از طریق همبستگی بین درجه بندی متخصصان بالینی، آزمون های همترازی که سازه های یکسانی را اندازه گیری می کنند و روشهای آلفا بین ۰/۶۷ تا ۰/۸۲ و از طریق باز آزمایی بین ۰/۸۸ تا ۰/۹۳ آماری، نشان داده شده است و اعتبار آن نیز از

¹ Million-3

² Million

طریق ضریب محاسبه شده است. در بررسی اعتبار پرسشنامه، ۶۰ پرسشنامه به صورت تصادفی از بین کل پرسشنامه‌ها انتخاب شد و میزان آلفای کرونباخ آن ۰/۹۱ به دست آمد. باتوجه به روایی و پایایی بالای این آزمون و همچنین امکان مقایسه کمی و پارامتریک یافته‌های حاصل از این پرسشنامه، از آن برای سنجش ویژگی‌های شخصیتی آزمودنی‌ها استفاده شد. مطالعات مربوط به اعتبار و روایی نشان می‌دهد که پرسشنامه میلون به طور کلی یک ابزار روان‌سنجی به خوبی سازمان یافته است و به ویژه همسانی درونی آن بالاست. ضریب آلفای مقیاس‌های ۲۰ و ۲۶ پرسشنامه میلون ۰/۸۰ و برای مقیاس‌های افسردگی و سواس عملی به ترتیب بالاتر از ۰/۹۰ و پایین‌تر از ۰/۶۶ است (میلون، ۲۰۱۸). تحلیل عاملی پرسشنامه میلون به طور کلی سازماندهی مقیاس‌ها را تایید کرده است که جامع‌ترین تحلیل عاملی در ارتباط با آن به یک راه حل ۸ عاملی منتج شده است، بزرگترین عامل که ۳۱٪ واریانس را تبیین می‌کند.

پرسشنامه بالینی چند محوری میلون-۴: آزمون چند محوره بالینی برای کمک به ارزیابی متخصصان، تشخیص و معالجه افراد با مشکلات عاطفی و روابط بین فردی طراحی شده است. آزمون چند محوره بالینی ابزاری برای ارزیابی روانشناختی است که برای ارائه اطلاعات در مورد ویژگی‌های شخصیتی و روانشناسی شامل اختلالات روانپزشکی خاص که در DSM-5 (راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی) بیان شده است، طراحی شده است. این آزمون برای بزرگسالان (۱۸ سال و بالاتر) با حداقل سطح خواندن کلاس پنجم که در حال حاضر در جستجوی خدمات بهداشت روان هستند در نظر گرفته شده است. آزمون چند محوره بالینی به طور خاص در جمعیت‌های بالینی (منظور بیمارانی در محیط‌های بالینی یا افرادی با زمینه مشکلات بهداشت روانی) بسط و استانداردسازی شده است.

آزمون بالینی چند محوری میلون ویرایش چهارم در سال ۲۰۱۵ با موارد جدید و اصلاح شده و یک نمونه هنجاری جدید از ۱۵۴۷ بیمار بالینی به روز شد. فرایند به روزرسانی آزمون بالینی چند محوری میلون ویرایش چهارم یک فرایند تکرار شونده از تولید آیتم، از طریق امتحان آیتمها، به استاندارد سازی و انتخاب موارد نهایی بود که در مقیاس کامل درج می‌شد. قابلیت اعتبار آزمون مجدد، برآوردی از پایداری پاسخ‌ها در همان شخص در طی مدت زمانی کوتاه است. بررسی قابلیت اطمینان آزمون مجدد، مستلزم اجرای موارد MCM-IV در دو دوره زمانی مختلف است. فاصله آزمون بین اجراها بطور متوسط ۱۳ روز بود. هرچه ارتباط بین نمرات در دو نقطه زمانی بالاتر باشد، اندازه‌گیری پایدارتر است. براساس ۱۲۹ شرکت‌کننده، قابلیت اطمینان از آزمون مجدد از مقیاس آزمون شخصیتی MCM-IV و سندرم بالینی در بازه زمانی از ۰/۷۳ (هدیان) تا ۰/۹۳ (پیشینه) با بیشترین مقادیر بیشتر از ۰/۸۰ بدست آمد. این آمارها نشان می‌دهد که این اندازه‌گیری برای یک دوره زمانی کوتاه بسیار باثبات تر است. با این حال، اطلاعات در طولانی مدت در دسترس نیستند. پس از بررسی روان‌سنجی از موارد "امتحان"، ۵۰ مورد جایگزین شد، در نتیجه از ۱۵۴۷ بیمار بالینی برای نمونه استاندارد سازی ۲۸۴ ایتیم اجرا و تهیه شده است.

اعتبارسنجی شامل بررسی همگرایی و تمییز آزمون است که با همبستگی آزمون با ابزارهای مشابه / متفاوت ارزیابی شد. بیشترین همبستگی بین مقیاس‌های شخصیتی MCM-IV و MMPI-2-RF (یکی دیگر از معیارهای مورد استفاده و معتبر سنجش روانی شخصیتی) یکی از مقیاس‌های بالینی بازسازی شده پایین تا متوسط بودند. بعضی از مقیاس‌های سندرم بالینی MCM-IV، اما نه همه، با مقیاس‌های بالینی و خاص بازسازی شده MMPI-2-RF ارتباطی متوسط تا قوی داشت. مولفان این ارتباط‌ها را به عنوان "پشتیبانی برای اندازه‌گیری ساختارهای مشابه" در طی سنجش‌ها توصیف می‌کنند و اینکه اعتبار روابط با این استدلال سازگار است که "این دو ارزیابی به بهترین شکل توصیفی برای روشن شدن شخصیت و علائم بالینی در زمینه درمانی استفاده می‌شوند.

نمرات خام بیماران به نمرات پایه (BR) (نمره‌های برش نرخ پایه) تبدیل می‌شود تا امکان مقایسه بین اندیس‌های شخصیتی فراهم شود. تبدیل نمرات به یک متریک متداول در تست روانشناسی معمولی است، بنابراین کاربران آزمون می‌توانند نمرات را در شاخص‌های مختلف مقایسه کنند. با این حال اکثر تست‌های روانشناختی از یک معیار نمره‌دهی استاندارد، مانند روش نمره‌دهی T استفاده می‌کنند. متریک BR منحصر به فرد سازهای روش Millon است.

اگرچه ابزارهای Millon بر عملکرد شخصیتی به عنوان طیفی از سالم تا اختلالی بر عملکرد شخصیتی تأکید می کنند، توسعه دهندگان آنرا برای توسعه آستانه های مختلف بالینی برای نمرات مهم می دانند. نمرات BR در مقیاس ۰ - ۱۱۵ فهرست بندی می شوند، عدد ۰ نشان دهنده نمرات خام ۰، نمره ۶۰ نمایانگر میانگین توزیع بالینی، نمره ۷۵ به عنوان برش برای ظهور اختلال، نمره ۸۵ خدمت به عنوان نمره برش برای برجستگی اختلال، و ۱۱۵ مربوط به حداکثر نمره خام می باشد. نمرات BR که در محدوده ۶۰-۷۴ قرار دارند عملکرد طبیعی را نشان می دهد، ۷۵-۸۴ مطابق با الگوهای شخصیتی غیر طبیعی اما عملکرد متوسط است، و نمرات BR بالاتر از ۸۵ از نظر بالینی قابل توجه در نظر گرفته می شوند (به عنوان مثال یک تشخیص و اختلال عملکردی را نشان میدهد). امتیازات مطلوب یا نرخ پایه از ۷۵ یا بیشتر نشان می دهد که ممتحن باید با احتیاط عمل کند. امتیازات نرخ پایه سندرم شخصیتی وبالینی از ۷۵-۸۴ برای نشان دادن وجود یک خصیصه شخصیتی یا سندرم بالینی (برای مقیاسهای سندرم های بالینی) در نظر گرفته شده است. نمرات ۸۵ یا بالاتر نشانگر تداوم ویژگی شخصیتی یا سندرم بالینی است.

ملاحظات اخلاقی

پژوهشگر با ارائه توضیحی از طرف مسئولان مربوطه مراکز بهزیستی برای پر کردن پرسشنامه، مبنی بر شرایط نوجوانان، در کمال رضایت آزمودنی ها پرسشنامه حاضر را پاسخ دادند. همچنین به شرکت کنندگان و مسئولین مربوطه تضمین و اطمینان خاطر داده شد که اطلاعات آزمودنی ها کاملاً به صورت بی نام باقی خواهد ماند و در گزارش نتایج از آنها هیچ نامی برده نشود.

روش تجزیه و تحلیل داده ها

برای تجزیه و تحلیل داده ها از نرم افزار SPSS20 در بخش آمار توصیفی استفاده شده است؛ روش های تحلیل آماری توصیفی که شامل شاخص های گرایش مرکزی و پراکندگی و فراوانی ها بود. در بخش آمار استنباطی پژوهش از آزمون تی و کولموگوروف اسمیرنف استفاده شد.

یافته ها

در جدول ۱ آماره های توصیفی الگوهای بالینی و آسیب شدید آزمون میلیون ۳ نشان داده شده است.

جدول ۱: آماره های توصیفی الگوهای بالینی و آسیب شدید آزمون میلیون ۳ و ۴

الگو	زیرمقیاس	میانگین	انحراف استاندارد
آزمون میلیون ۳	اسکیزوئید	۵۸/۲۲	۱۹/۵۱
	اجتنابی	۶۲/۱۴	۲۰/۲۶
	افسرده	۷۱/۴۵	۲۲/۹۸
	وابسته	۴۹/۸۲	۲۶/۳۴
	نمایشی	۵۴/۳۹	۲۴/۴۳
	خودشیفته	۵۲/۳۷	۱۹/۱۳
	ضداجتماعی	۵۳/۷۶	۲۰/۳۴
	آزارگر	۵۲/۸۹	۲۱/۶۳
	وسواسی	۴۵/۹۵	۱۹/۰۹
	منفی گرا	۶۲/۹۸	۱۹/۸۴
	خودآزارگر	۵۷/۳۳	۲۳/۳۲
	آزمون میلیون ۴	اسکیزوتایپال	۶۱/۱۳
مرزی		۶۰/۸۶	۱۷/۴۹

پارانوئید	۵۹/۵۸	۱۶/۱۶
درون گرایی	۱۱۵	۰
بازداری	۱۱۵	۰
غمگین	۱۱۴/۱۹	۰/۲۲
سلطه پذیر	۹۶/۹۳	۳/۲۴
نمایشی	۸۹/۲۳	۵/۶۲
خودخواه	۷۳/۳۰	۸/۰۶
سرکش	۱۱۴/۹۴	۰/۳۹
سلطه گر (قلدر)	۱۱۵	۰
همنوا (پیرو)	۱۱۵	۰
نافرمانی	۵۹/۷۹	۵/۸۶
خودخوارسازی	۱۱۵	۰
گرایش مرزی	۱۱۴/۱۹	۱/۵۶

الگوهای شخصیتی

آزمون میلیون ۴

طبق نتایج جدول ۱ بزرگترین میانگین مربوط به الگوی افسرده بوده و میزان آماره های کجی و کشیدگی حاکی از نرمال بودن توزیع بود. در جدول ۲ آماره های توصیفی نشانگان بالینی و نشانگان بالینی شدید آزمون میلیون ۳ و ۴ نشان داده شده است.

جدول ۲: آماره های توصیفی نشانگان بالینی آزمون میلیون ۳ و ۴

انحراف استاندارد	میانگین	زیرمقیاس	الگو
۱۸/۶۱	۶۶/۵۳	اضطراب	نشانگان بالینی
۱۹/۲۱	۵۶/۳۷	شبه جسمانی	
۲۲/۷۵	۵۸/۳۶	مانیک	
۲۱/۴۸	۶۲/۲۷	افسرده خوبی	
۲۳/۹۱	۴۷	وابستگی به الکل	
۲۳/۸۹	۶۰/۵۴	استرس پس از سانحه	
۲۵/۳۱	۴۸/۳۱	وابستگی به مواد	
۱۴/۸۱	۶۷/۳۷	تفکر	نشانگان
۱۸/۹۶	۵۹/۸۷	افسردگی اساسی	
۲۱/۵۵	۵۳/۴۰	هدیان	
۰/۰۱	۱۱۵	آشفته گی هویت	نگرانی های ابراز شده
۰/۲۲	۱۱۴/۹۸	کاهش ارزش خود	
۰/۲۲	۱۱۴/۹۸	عدم رضایت از بدن	
۰/۲۲	۱۱۴/۹۸	نارضایتی جنسی	
۰/۲۲	۱۱۴/۹۸	ناایمنی از همسالان	
۱/۸۷	۱۱۴/۴۳	بی تفاوتی اجتماعی	

۰/۲۲	۱۱۴/۹۸	ناسازگاری خانوادگی	سنډرم های بالینی
۲/۱۳	۳۹/۸۲	سوء استفاده‌های کودکی	
۱/۶۴	۳۲/۹۳	نارسائی‌های خوردن	
۲/۹۸	۴۵/۱۳	آمادگی برای سوء مصرف مواد	
۳/۹۲	۵۲/۱۴	زمینه ارتکاب جرم	
۰/۲۲	۱۱۴/۹۸	گرایش به تکانش‌گری	
۱/۹۱	۵۵/۸۵	احساس اضطراب	
۰/۲۲	۱۱۴/۹۸	عاطفه افسرده	
۰/۰۲	۱۱۵	گرایش به خودکشی	

طبق نتایج جدول فوق بزرگترین میانگین مربوط به نشانگان بالینی افسرده خوبی و تفکر بوده و میزان آماره های کجی و کشیدگی حاکی از نرمال بودن توزیع بود. طبق نتایج همه زیرمقیاس ها میانگین های بزرگتر و معناداری نسبت به میانگین تجربی دارند با توجه به نتایج و مقادیر t به دست آمده، می‌توان مطرح نمود که تفاوت معنی‌داری در سطح $\alpha = 0/01$ بین میانگین نظری با میانگین‌های تجربی در تمامی مقیاس‌های الگوهای شخصیتی وجود دارد. بنابراین، با توجه به اینکه در مقیاس‌های «درون‌گرایی»، «بازداری»، «غمگین»، «سلطه‌پذیر»، «نمایشی»، «خودخواه»، «سرکش»، «سلطه‌گر»، «همنوا»، «نافرمانی»، «خودخوارسازی» و «گرایش مرزی» میانگین‌های تجربی بالاتر از میانگین نظری می‌باشند، عنوان می‌شود که مقیاس‌های مذکور در در نوجوانان بی سرپرست و بدسرپرست بالاتر از حد متوسط (مورد انتظار) است.

جدول ۳: میزان شیوع در الگوهای بالینی

اسکیزوئید	اجتنابی	افسرده	وابسته	نمایشی	خودشیفته	ضداجتماعی	آزارگر	وسواسی	خودآزارگر	منفی‌گرا
۱۰۶ (۳۹/۷٪)	۱۰۴ (۳۹٪)	۶۵ (۲۴/۳٪)	۱۶۱ (۶۰/۳٪)	۱۳۸ (۵۱/۷٪)	۱۶۵ (۶۱/۸٪)	۱۳۳ (۴۹/۸٪)	۱۴۶ (۵۴/۷٪)	۱۹۶ (۷۲/۴٪)	۱۰۷ (۴۰/۱٪)	۷۸ (۲۹/۲٪)
۱۲۳ (۴۶/۱٪)	۸۴ (۳۱/۵٪)	۷۸ (۲۹/۳٪)	۶۰ (۲۲/۶٪)	۸۴ (۳۱/۵٪)	۷۸ (۲۹/۳٪)	۱۱۳ (۴۲/۳٪)	۷۸ (۲۹/۳٪)	۶۲ (۲۳/۲٪)	۹۹ (۳۷/۱٪)	۱۱۸ (۴۴/۲٪)
۳۲ (۱۲٪)	۵۱ (۱۹/۱٪)	۶۴ (۲۴٪)	۲۷ (۱۰٪)	۲۸ (۱۰/۵٪)	۲۰ (۷/۵٪)	۱۸ (۶/۷٪)	۳۹ (۱۴/۶٪)	۷ (۲/۶٪)	۵۴ (۲۰/۲٪)	۶۲ (۲۳/۲٪)
۲ (۰/۷٪)	۱۵ (۵/۶٪)	۵۶ (۲۱٪)	۱۷ (۶/۴٪)	۱۶ (۶٪)	۲ (۰/۷٪)	۲ (۰/۷٪)	۲ (۰/۷٪)	۱ (۰/۴٪)	۵ (۱/۹٪)	۷ (۲/۶٪)

۱: هنجاری (۱-۶۰)؛ ۲: در معرض خطر (۷۵-۶۱)؛ ۳: برافراشتگی خفیف (۸۵-۷۶)؛ ۴: برافراشتگی شدید (۱۱۵-۸۶)
یافته‌های جدول ۳ حاکی از آن است که میزان شیوع در زیرمقیاس افسرده با برافراشتگی خفیف ۲۴ درصد و با برافراشتگی شدید ۲۱ درصد بالاترین شیوع را دارد.

جدول ۴: میزان شیوع در آسیب شدید و نشانگان بالینی

نشانگان بالینی						آسیب شدید			
سطوح	اسکیزوتایپال	مرزی	پارانویید	اضطراب	شبه جسمانی	مانیک	وابستگی به الكل	وابستگی به مواد	استرس پس از سانحه
۱	۹۳ (۳۴/۸٪)	۹۹ (۳۷/۱٪)	۱۱۱ (۴۱/۶٪)	۵۶ (۲۱٪)	۹۷ (۳۶/۳٪)	۹۴ (۳۵/۲٪)	۱۳۸ (۵۱/۷٪)	۱۴۷ (۵۵/۱٪)	۷۵ (۲۸/۱٪)
۲	۱۴۲ (۵۳/۲٪)	۱۲۹ (۴۸/۳٪)	۱۲۴ (۴۶/۴٪)	۱۴۶ (۵۴/۷٪)	۱۴۸ (۵۵/۴٪)	۱۲۳ (۴۶/۱٪)	۱۰۴ (۳۹٪)	۸۲ (۳۰/۷٪)	۱۲۳ (۴۶/۱٪)
۳	۲۵ (۹/۴٪)	۳۰ (۱۱/۳٪)	۲۹ (۱۰/۹٪)	۴۶ (۱۷/۲٪)	۱۲ (۴/۵٪)	۳۱ (۱۱/۶٪)	۱۷ (۶/۴٪)	۳۱ (۱۱/۶٪)	۴۶ (۱۷/۲٪)
۴	۶ (۲/۳٪)	۶ (۲/۳٪)	۱ (۰/۴٪)	۱۸ (۶/۷٪)	۰ (۰٪)	۱۱ (۴/۱٪)	۰ (۰٪)	۵ (۱/۹٪)	۱۴ (۵/۲٪)

۱: هنجاری (۶۰-۱)؛ ۲: در معرض خطر (۶۱-۷۵)؛ ۳: برافراشتگی خفیف (۷۶-۸۵)؛ ۴: برافراشتگی شدید (۸۶-۱۱۵)

نتایج جدول ۴ حاکی از آن است که بیشترین شیوع با برافراشتگی شدید مربوط به اضطراب بوده است. در جدول ۷ نیز بیشترین برافراشتگی مربوط به اختلال در تفکر بود.

جدول ۵: میزان شیوع در نشانگان بالینی شدید

سطوح	اختلال تفکر	افسردگی اساسی	اختلال هذیان
هنجاری (۶۰-۱)	۵۷ (۲۱/۳٪)	۶۲ (۲۳/۲٪)	۱۲۳ (۴۶/۱٪)
در معرض خطر (۶۱-۷۵)	۱۵۲ (۵۶/۹٪)	۱۸۸ (۷۰/۴٪)	۱۱۸ (۴۴/۳٪)
برافراشتگی خفیف (۷۶-۸۵)	۴۴ (۱۶/۵٪)	۱۴ (۵/۳٪)	۱۸ (۶/۷٪)
برافراشتگی شدید (۸۶-۱۱۵)	۱۳ (۴/۹٪)	۲ (۰/۷٪)	۳ (۱/۱٪)

جدول ۶: میزان شیوع در الگوهای شخصیتی

الگو	زیرمقیاس	هنجاری (۱-۶۰)	در معرض خطر (۶۱-۷۵)	برافراشتگی خفیف (۷۶-۸۵)	برافراشتگی شدید (۸۶-۱۱۵)
الگوهای شخصیتی	درون‌گرایی	(/۰)۰	(/۰)۰	(/۰)۰	(/۰)۰
	بازداری	(/۰)۰	(/۰)۰	(/۰)۰	(/۰)۰
	غمگین	(/۰)۰	(/۰)۰	(/۰)۰	(/۰)۰
	سلطه‌پذیر	(/۰)۰	(/۰)۰	(/۰)۰	(/۰)۰
	نمایشی	(/۰)۰	(/۰)۵	(/۱۴/۴)۲۵	(/۸۲/۷)۱۴۲
	خودخواه	(/۷/۲)۱۲	(/۳۷/۳)۶۴	(/۵۴/۸)۹۴	(/۰/۲)۲
	سرکش	(/۰)۰	(/۰)۰	(/۰)۰	(/۰)۰
	سلطه‌گر (قلدر)	(/۰)۰	(/۰)۰	(/۰)۰	(/۰)۰
	همنوا (پیرو)	(/۶۱,۵)۱۰۵	(/۳۸,۵)۶۷	(/۰)۰	(/۰)۰
	نافرمانی	(/۰)۰	(/۰)۰	(/۰)۰	(/۰)۰
	خودخوارسازی	(/۰)۰	(/۰)۰	(/۰)۰	(/۰)۰
	گرایش مرزی	(/۰)۰	(/۰)۰	(/۰)۰	(/۰)۰

نتایج جدول ۶ حاکی از آنست که شیوع الگوهای شخصیتی میلون ۴ در همه زیرمقیاس‌ها (بجز همنوا، خودخواه و نمایشی) صد در صد بوده است.

بحث و نتیجه‌گیری

دوره نوجوانی سن اولیه بروز اختلالات شخصیت است و به نظر می‌رسد بافت زندگی تاثیر خاص در این شیوع دارد و بافت سرپرستی نامناسب احتمالاً در بروز و شیوع اختلال‌های شخصیت موثر است. کودکان بی سرپرست و بدسرپرست از حضور تربیتی، روان‌شناختی، حمایت مؤثر والدین و نیز از مزایای زندگی در خانواده محروم هستند. مراقبت، درک همدلانه و مشارکت، ساختار قدرت شفاف و حل مسئله از کارکردهای ضروری خانواده است؛ اما کودکان بی سرپرست و بدسرپرست از این نعمت محروم هستند و در مراکز شبه‌خانواده رشد می‌کنند. سوگ ناشی از فقدان خانواده، این کودکان را در معرض اختلال‌های روان‌شناسی مانند افسردگی و اضطراب قرار می‌دهد که در زندگی کودکان اثرات پایداری خواهد داشت. معضل کودکان

بی‌سرپرست یا بدسرپرست واقعیت تلخ بسیاری از جوامع یا کشورهاست که ریشه‌های آن به نهاد خانواده و جامعه بازمی‌گردد. کودکانی که از فقدان خانواده یا خانواده‌های نامناسب و بد رنج می‌برند در آینده ممکن است در دوران تحصیل و مراحل زندگی خود باز بمانند و دچار بحران شخصیت و عدم توانایی برقراری ارتباط با اطرافیان خود شوند.

در پژوهش حاضر به بررسی شیوع اختلال‌های شخصیت در نوجوانان بی‌سرپرست و بدسرپرست پرداخته شد. اختلال شخصیت یک الگوی فراگیر، با دوام و غیر قابل انعطاف از تجارب درونی و رفتار بیرونی است که به طرز مشخصی از انتظارات فرهنگی فرد متفاوت است و به درماندگی و عملکرد بد منجر می‌شود (لینهان، ۱۹۹۳). اختلالات شخصیت به سه خوشه تقسیم می‌شود: A و B و C. خوشه A شامل اختلالات شخصیت پارانوئید، اسکیزوئید و اسکیزوتایپال می‌باشد. افراد مبتلا به این اختلالات اغلب عجیب و غریب و غیرعادی به نظر می‌رسند. خوشه B مشتمل بر اختلالات شخصیت ضداجتماعی، مرزی، نمایشی و خودشیفته است. افراد مبتلا به این اختلالات اغلب نمایشی، احساساتی و دمدمی به نظر می‌رسند و خوشه C شامل سه اختلال وابسته، اجتنابی و وسواسی-جبری با خصوصیات نظیر اضطراب و ترس است. اختلال شخصیت، الگوها یا ویژگی‌های پایدار، انعطاف ناپذیر و ناسازگارانه‌ای است که می‌تواند بر تفکر، واکنش‌های هیجانی، روابط بین فردی و کنترل تکانه تاثیر بگذارد. رفتارهای بدکارکرد با انتظارات فرهنگ فرد، تفاوت‌های بسیار دارد و می‌تواند نگرانی عمده‌ای برای فرد و سایرین ایجاد و کارکردهای اجتماعی و شغلی فرد را مختل کند. اختلالات شخصی، اختلالات مربوط به خصایص هستند و شیوه‌های ناسازگار و پایدار برای ادراک، برقراری رابطه و تفکر در مورد خود و جهان هستند (لینهان، ۱۹۹۳). اختلالات شخصیت، دسته نامتجانسی از اختلالات هستند که با الگوهای دیرینه، فراگیر و انعطاف ناپذیر رفتار و تجربه‌ی درونی، که با انتظارات فرهنگ شخص مغایرت دارند، تعریف می‌شوند. این الگوهای مسئله‌دار دست کم در دو مورد از زمینه‌های زیر آشکار می‌شوند: شناخت‌ها و هیجان‌ها، روابط و کنترل (کاپلان و سادوک، ۲۰۰۰). اختلال شخصیت مطابق تعریف پنجمین کتابچه راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی، عبارت است از تجارب درون ذهنی و رفتاری بادوامی که بر ملاک‌های فرهنگی منطبق نیست، نفوذی غیر قابل انعطاف دارد، از نوجوانی یا جوانی شروع می‌شود، در طول زمان تغییر نمی‌کند و موجب ناخوشنودی فرد و مختل شدن کارکردهایش می‌شود. هرگاه صفات شخصیتی غیرقابل انعطاف و غیرانطباقی باشد و کارکردهای فرد را مختل سازد و یا رنج و عذاب درون ذهنی برایش ایجاد کند، تشخیص اختلال شخصیت را می‌توان مطرح کرد (هامایاک، ۲۰۱۱). براساس مطالعات، میزان شیوع اختلالات شخصیت متفاوت است. برای مثال، شیوع اختلال شخصیت پارانوئیدی در بیماران سرپایی کلینیک‌های بهداشت روانی دو تا ده درصد، اختلال شخصیت اسکیزوئید در موقعیت‌های بالینی نادر و شیوع اختلال شخصیت اسکیزوتایپی در جمعیت کلی سه درصد گزارش شده است.

شیوع اختلال شخصیت ضد اجتماعی در نمونه‌های جامعه مردان و زنان به ترتیب تقریباً سه و یک درصد است. برآوردهای مربوط به شیوع در جمعیت‌های بالینی، بسته به خصوصیات جامعه هدف، از سه تا ۳۰ درصد متغیر است. مثلاً میزان شیوع در جمعیت بالینی سوء مصرف کننده‌ی مواد و زندانیان یا دیگر جمعیت‌های مشابه بیشتر است. در ارزیابی صفات ضد اجتماعی، در نظر گرفتن بستر اجتماعی و اقتصادی رفتارها برای متخصصان بالینی سودمند است (هامایاک، ۲۰۱۱).

در پژوهش حاضر بالاترین شیوع مربوط به زیرمقیاس افسرده با برافراشتگی خفیف ۲۴ درصد و با برافراشتگی شدید ۲۱ درصد بود. به نظر می‌رسد سوگ ناشی از فقدان خانواده و والدین، این کودکان را در معرض اختلال‌های روان‌شناسی قرار داده که باتوجه به زمینه پایدار شخصیتی اثرات سوء آن در مراحل بعدی زندگی خواهد ماند. شخصیت غمگین و افسرده‌زمان و انرژی روانی بسیار زیادی را صرف فکر کردن و به یادآوردن اتفاقاتی می‌کند که بهتر است فراموش شوند. همچنین نشخوار فکری و غم و غصه خوردن کار همیشگی است و اغلب این حالت‌ها بر اثر توجه بیش از حد به نکات منفی، شکست‌هایی که بزرگ جلوه می‌دهند، ضعف‌های ظاهری اشتباهات و افسوس‌های بی‌دریغ به وجود می‌آیند. به نظر می‌رسد در نوجوانان بی‌سرپرست و بدسرپرست ماشه‌چکان‌های محیطی و تربیتی و فقدان محیط‌های خانوادگی مناسب باعث غم و اندوه ماندگاری در آنها شده است.

پس از اختلال شخصیت افسرده، بالاترین میزان شیوع در زیرمقیاس شخصیت وابسته با برافراشتگی شدید ۶/۴ درصد بود. افرادی که دچار اختلال شخصیت وابسته هستند اغلب نیاز شدیدی به چسبیدن به دیگران و تحت مراقبت دیگران واقع شدن را دارند و همواره به صورت افراطی ترس از جدایی دارند. این بیماران نمی توانند بدون کمک دیگران کاری را انجام دهند. افرادی که دچار اختلال شخصیت وابسته هستند نمی توانند در مقابل نظر و خواست دیگران، به خصوص کسانی که به آنها وابسته هستند مخالفتی از خود نشان دهند چرا که همیشه ترس از دست دادن آنها را در ذهن خود دارند. آنها حتی در مواقعی به خاطر از دست ندادن محبت افراد مراقب خود با اعمالی که حتی میدانند که اشتباه است موافقت می کنند. این افراد بسیار منفعل هستند و تمایل دارند تا مسئولیت زندگیشان را کسی دیگه ای بر عهده بگیرد و دیگران زندگی آنها را اداره کنند و آنها تنها پیروی تصمیمات کسی دیگه ای باشند. این بیماران اعتماد به نفس پایینی دارند حتی بهتر است و فاقد اعتماد به نفس هستند. از انجایی که این بیماران همواره احساس بی کفایتی دارند، نمیتوانند کاری را به تنهایی انجام دهند و یا حتی کاری را به تنهایی شروع کنند. به همین دلیل همواره این باور را دارند که باید همیشه به کسی بچسبند، به شدت احساس تنهایی و ناراحتی کرده و به سرعت در پی برقراری رابطه با دیگری می گردند. شیوع اختلال شخصیت وابسته بر اساس مطالعات همه گیرشناسی ملی در سال ۲۰۰۱ و ۲۰۰۲ برابر با ۱،۴۹ درصد تخمین زده شده است اما در پژوهش حاضر شیوع بالاتری به دست آمد. شرایط پاندمی کرونا باعث شد که از ورود پژوهشگر به برخی از مرکزهای نگهداری نوجوانان بی سرپرست و بد سرپرست ممانعت شود. به پژوهشگران آتی پیشنهاد می شود به صورت طولی شیوع اختلالات شخصیت در رده های سنی بالاتر را بررسی کنند.

منابع

- Arbabisarjou, A., & Sourki, M. S. (2015). Effect of sociological factors on targeted motivation of students of secondary education. *Mental Health in Family Medicine*, 11, 13-19.
- Corrad, R., J., Jussier, P. and McCuish, F. (2015). The prevalence of psychopathic personality disturbances among incarcerated youth: comparing serious, chronic, violent and sex offenders. *Journal of Criminal Justice*, 43: 337-344.
- Fernandez, V. R., Fernandez, A. S., & Lopez, J. C. (2016). Quality of life from the perspective of addiction. *Revista de calidad asistencial: organo de la Sociedad Espanola de Calidad Asistencial*, 31(1), 3-9.
- Gelder, M., Harrison, P., & Cowen, P. (2006). *Shorter Oxford Textbook of Psychiatry* Oxford University Press. New York, 137.
- Greene, A.L., Eaton, N.R. (2017). Personality disorders: community prevalence and socio-demographic correlates. *Current Opinion in Psychology*, 21: 28-32.
- Hartmann, D., Madeddu, F. and Prunas, A. (2009). *Personality Disorders Psychiatric Quarterly*, 80 (4): 261-267.
- Kaplan, H & Sadock, B. (2000). *Synopsis of psychiatry*. 9th ed, Lippincott Williams and Wilkins. 44-5, 800, 181-2.
- Kayhan, F., Ilik, F. (2016). Prevalence of personality disorders in patients with chronic migraine. *Comprehensive Psychology*, 68: 60-64.
- Millon Adolescent Clinical Inventory Manual. (2018). Second edition, Theodore Millon, Carrie Millon, Roger Davis, Seth Grossman.
- Provencher, T., Lemyre, A., Vallieres, A. and Bastian, C.H. (2019). Insomnia in personality disorders and substance use disorders. *Current Opinion in Psychology*, 34: 73-76.
- Quenneville, A.F., Kalogeropoulou, E., Kung, A.L., Hasler, R., Nicastro, R., Prada, P. and Perroud, N. (2019). Childhood maltreatment, anxiety disorder and outcome in borderline personality disorder. *Psychiatry Research*, 284 (19): 1-26.
- Reising, K., Farrington, D.P., Ttofi, M., Requero, A.R. and Coid, J.W. (2019). Childhood risk factors of personality disorder symptoms related to violence, aggression and violent behavior. *A Review Journal*, 10: 1-14.

- Schultz , D.S (2005) *theories of personality* . wadsworth:255 page .
- Sebastian, A ., petz , W ., tuscher , O. and turner , D .(2019) . violent offending in borderline personality disorder and attention deficit \ hyperactivity disorder . *neuropharmacology*.156 :107-567.
- Surek, P .(2016). Relationship between non psychotic morbidity and substance in male prisoners suffering from dissocial personality disorder . *the european journal of psychiatry* . 31(1):3-10.
- Winsper , C ., bilgin , A ., marwaha , S ., chanen ,A.M ., singh ,S.p ., wang , A and Furtado , V .(2019) . the prevalence of personality disorders in the community : a global systematic review and meta-analysis . *the british journal of psychology* . 10.1192 :1 -10.