

## مقاله تحقیقی

## ارتباط بین فرآیندهای فرزندپروری با نوع بیماری روانی در بیماران روانی مراجعه کننده به درمانگاه روانپزشکی بیمارستان فاطمی اردبیل

نویسندگان: دکتر پرویز مولوی<sup>۱</sup> - منصوره کریم اللهی<sup>۲</sup>، مینو دادخواه<sup>۳</sup>

(۱) استادیار روانپزشکی دانشگاه علوم پزشکی اردبیل

(۲) مربی دانشکده پرستاری و مامائی دانشگاه علوم پزشکی اردبیل

(۳) دانشجوی رشته پزشکی دانشگاه علوم پزشکی اردبیل

## چکیده:

**سابقه و هدف:** سبک فرزندپروری در شکل دهی شخصیت و رفتار فرد نقش اساسی ایفا می‌کند. مطالعات انجام یافته بر روی بیماران روانی نشان می‌دهد که سهم عوامل محیطی، تربیتی و اجتماعی را، در شکل گیری بیماریهای روانی نمی‌توان نادیده گرفت. لذا این مطالعه به منظور بررسی ارتباط بین فرآیندهای فرزندپروری با نوع بیماری روانی در شهر اردبیل انجام گرفت.

**مواد و روشها:** پژوهش حاضر یک مطالعه گذشته نگر از نوع همبستگی می‌باشد. جامعه آماری در این مطالعه بیماران بودند که طی یکسال به درمانگاه بیمارستان فاطمی اردبیل مراجعه کرده بودند از این تعداد، ۳۸۴ نفر بیمار روانی، بصورت تصادفی انتخاب شدند. ابزار گردآوری داده‌ها پرسشنامه محقق ساخته بود. جهت دستیابی به اهداف پژوهش از آمار استنباطی فی دو و تحلیل نمودار استفاده گردید.

**یافته‌ها:** این مطالعه نشان داد که ارتباط معنی داری بین نوع معینی از سبک فرزندپروری با نوع خاصی از اختلال روانی وجود ندارد ولی تا حدودی فراوانی سبک فرزندپروری از نوع ممدودکنندگی در بین والدین بیماران روانی بیشتر است.

**نتیجه‌گیری:** با توجه به نتایج بدست آمده در این پژوهش، نوع سبکهای فرزندپروری در ایجاد بیماریهای شدید روانپزشکی (اسکیزوفرنی، اختلال هذیانی، اختلال شخصیت مرزی و ضد اجتماعی) تاثیر مشخص و روشنی ندارد و ایجاد این بیماریها بیشتر تحت تاثیر عوامل زیستی، روانی می‌باشد. بنابر این نتایج بدست آمده از این مطالعه را می‌توان بر اساس الگوی زیستی، روانی و اجتماعی تفسیر کرد نه الگوی صرف طبی و روان شناسی.

**واژگان کلیدی:** فرزندپروری، بیماری روانی، والدین

## مقدمه

سبک فرزندپروری به روشها و راهبردهایی اطلاق می‌شود که والدین در برابر فرزندان خود و به منظور کنترل رفتار آنها بکار می‌گیرند. بامریند (Baumrind) (۱۹۷۱ و ۱۹۸۲)، مکوبی و مارتین (Maccoby & Martin)

(۱۹۸۳) دو سبک فرزند پروری را از هم متمایز می‌کنند. ۱- ااقتدار طلب و دموکرات (Authoritative/democrate) ۲- زرگو و محدود کننده (Authoritarian/restrictive). (۳ و ۲ و ۱) از دهه ۱۹۲۵ تا ۱۹۷۵ معلوم شد که سبکهای فرزندپروری در شکل دهی شخصیت و رفتار کودک نقش

**روش بررسی:**

همه بیماران بستری در بخش اعصاب و روان بیمارستان فاطمی و یا بیمارانی که به درمانگاه تخصصی این مرکز مراجعه کرده و از اختلال اسکیزوفرنی، اختلال هذیانی از نوع تعقیب، اختلال شخصیتی مرزی و ضد اجتماعی رنج می بردند به عنوان آزمودنی انتخاب شده و در پژوهش شرکت داده شدند. دامنه سنی بیماران از ۱۸ تا ۴۰ سالگی در نوسان بود و از نظر سطح سواد، از بی سواد تا تحصیلات عالی را در بر می گرفت. روش نمونه گیری از نوع آزمودنی‌های در دسترس می‌باشد، لذا هر کس که تمایل به شرکت در پژوهش داشت به عنوان آزمودنی انتخاب می‌شد. کل حجم نمونه در این پژوهش ۳۸۴ نفر بود. ابزار اصلی این تحقیق پرسشنامه سبک فرزند پروری محقق ساخته ای است که ۱۴ پرسش داشته و در یک مقیاس چهار بخشی از « اصلاً تا کاملاً موافقم » توسط آزمودنی علامت گذاری شد. در صورتی که آزمودنی بی سواد بود، آزمونگر ضمن خواندن تک تک پرسش‌های پرسشنامه، پس از دریافت پاسخ او، علامت را در جای مربوطه ثبت می‌کرد. پرسشنامه سبک فرزندپروری از نظر اعتبار همزمان ۰/۸۶ و از نظر پایایی به شیوه بازآزمایی معادل ۰/۷۶ برآورد گردید. پس از اجرای پرسشنامه‌ها نتایج با توجه به فرضیه‌ها و با استفاده از جداول و نمودارها و آزمون آماری  $\chi^2$  بررسی شد.

**نتایج:**

نتایج حاصل از این مطالعه طی جدول و نمودارهایی به طور خلاصه ارائه می‌شود. جدول شماره (۱) ضمن اینکه نشان می‌دهد فراوانی هر یک از اختلالهای مورد مطالعه در بیماران شرکت کننده در پژوهش چقدر است، بیانگر توزیع انواع سبک‌های فرزند پروری در بین آنها نیز هست. نمودار شماره ۱، بیانگر فراوانی انواع سبک فرزندپروری در اختلال اسکیزوفرنی، نمودار شماره ۲ فراوانی انواع سبک فرزندپروری در اختلال هذیانی، نمودار شماره ۳ بیانگر فراوانی سبک فرزند پروری در اختلال شخصیت مرزی و نمودار شماره ۴ بیانگر انواع سبک فرزندپروری در اختلال شخصیت ضد اجتماعی است.

از طرف دیگر نمودار ستونی شماره ۵ بیانگر فراوانی استفاده از انواع سبک فرزندپروری توسط والدین بیماران روانی است و در واقع نشان می‌دهد که کدامیک از سبک‌ها بیشتر از بقیه مورد استفاده قرار می‌گیرد.

اساسی ایفا می‌کنند و سه بعد سبک فرزند پروری شناسایی شد که عبارتند از:

- گرمی والدین در برابر خصومت والدین (پذیرش در برابر طرد)
- کنترل والدین در برابر خودمختاری والدین (محدود کنندگی در برابر اجازه دهنده)
- ثبات یا بی ثباتی که والدین در استفاده از انضباط نشان می‌دهند. (زندن، ۱۹۹۳) (۴)

مطالعات انجام گرفته بر روی اسکیزوفرنی براساس دیدگاه رفتاری - ژنتیکی نشان می‌دهد که سهم عوامل محیطی، تربیتی - اجتماعی را در شکل گیری اسکیزوفرنی نمی‌توان نادیده گرفت. بنابراین، نیازمندیم تا الگوهایی را که بویژه با ماهیت سهم محیط در ارتباط هستند، مجدداً ارزیابی کنیم. لذا مسئله اصلی این است که چطور می‌توان ارتباط بیماری اسکیزوفرنی و سایر اختلال‌های فکری پسیکوتیک راباخانواده آنها و با نظریه اولیه بیتسون و همکاران او منطبق کرد؟

در پیشینه مطالعاتی معلوم شده است که ارتباط فرایندهای خانوادگی با اسکیزوفرنی در سرزنشی است که والدین این خانواده‌ها در برابر خطاهای فرزندان خود دارند. از سوی دیگر اکرم<sup>۵</sup> (۱۹۵۸) رفتار علامتی کودک و نوجوان را ابزاری برای حل مشکلات کارکردی خانواده بیان می‌کند (۵). لیدز و فلک (۱۹۸۵) تعامل نامطلوب را در خانواده با برجسب « ضعف در ارتباط زیر منظومه همسران » که به درگیری غیرضروری با فرزندان می‌انجامد، نامگذاری می‌کنند (۶). این تبیین با سایر تحلیل‌های امروزی ارائه شده در قلمرو خانواده درمانی ارتباط تنگاتنگ دارد. به همین دلیل است که در اکثر اوقات به محض اینکه بیمار مبتلا به اختلال پسیکوتیک بویژه از انواع اختلال‌های فکری، از بخش بستری ترخیص شده و به خانه باز می‌گردد، با آغاز درگیری در خانواده دچار عود علائم شده و مجبور به مراجعه مجدد به روانپزشک می‌شود. از طرف دیگر در پژوهشی که هال ولوین (۱۹۸۰) انجام دادند، هیچ اختلافی بین خانواده‌هایی که عضو مبتلا به اسکیزوفرنی داشتند و آنهایی که عضو اسکیزوفرنی نداشتند، در میزان مطابقت ارتباط کلامی و غیرکلامی آنها، مشاهده نکردند (۷).

بهر حال هدف از پژوهش حاضر تعیین ارتباط بین سبک‌های فرزندپروری والدین بیماران روانی با نوع بیماری روانی فرزندان آنها می‌باشد.

جدول شماره (۱) ارتباط بین سبک فرزندپروری و بیماری روانی

جمع		تضاد		طرد آزادگذار		طرد محدود کننده		توجه آزادگذار		توجه محدود کننده		سبک فرزند پروری	
												نوع اختلال	
درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد		
۸۰/۴۷	۳۰۹	۸/۸	۳۴	۳/۶	۱۴	۱۲/۵	۴۸	۱۸/۷	۷۲	۳۶/۷	۱۴۱	اسکیزوفرنی	
۴/۱۷	۱۶	۰/۷۸	۳	۰/۵۲	۲	۰/۵۲	۲	۰/۷۸	۳	۱/۶	۶	اختلال هذیانی	
۱۱/۷۱	۴۵	۲/۳	۹	۱	۴	۱/۸	۷	۲	۸	۴/۴	۱۷	اختلال شخصیت مرزی	
۳/۶۵	۱۴	۰/۲۶	۱	۰/۵۲	۲	۰/۵۲	۲	۱	۴	۱/۳	۵	اختلال شخصیت ضداجتماعی	
۱۰۰	۳۸۴	۱۲/۱۴	۴۷	۵/۶۴	۲۲	۱۵/۳۴	۵۹	۲۲/۴۸	۸۷	۴۴	۱۶۹	جمع	

### بحث و نتیجه گیری:

فرضیه نخست به صورت تجربی مطالعه شد و نتیجه آزمون آماری نشان داد که فرض H<sub>۱</sub> رد نمی شود. یعنی اینکه بین سبک فرزندپروری والدین بیماران روانی و بیماری فرزندان آنها ارتباط معنی داری وجود ندارد. و یا بهتر است بگوئیم که بین سبک فرزندپروری و اختلالات روانی اسکیزوفرنی، اختلال هذیانی و شخصیت مرزی و ضداجتماعی رابطه ای وجود ندارد. ظاهراً این نتیجه با رویکرد طبی یا مدل طبی بیماری های روانی که بیشترین وزن را در سبب شناسی بیماری های روانی به عوامل زیستی می دهند، منطبق است. در مورد نتیجه بدست آمده دو شیوه برخورد وجود دارد. نخست اینکه ممکن است طرح پژوهشی فعلی که مبتنی بر روش پس رویدادی است و بر پایه یک روش گذشته نگر در پی بررسی عوامل موثر بر بیماری های روانی است، نتواند به طور مناسبی ارتباط بین سبک فرزندپروری والدین و اختلال روانی بعدی را در فرزندان آنها نشان بدهد، این شیوه برخورد یا تحلیلی از این دست با نوع تحلیلی که کوپمنز (۱۹۹۷) بدست می دهد، همسویی دارد. از نظر وی برای اینکه بتوانیم نوع سبک فرزندپروری والدین بیماران را مطالعه کنیم و یا طرز تلقی بیماران روانی را در خصوص نوع سبک فرزندپروری والدین آنها بررسی می کنیم، بهتر است نوع طرح مطالعاتی ما چنان باشد که آزمودنی در معرض یک موقعیت کاملاً عملی قرار گیرد تا از این طریق نوع بازخورد او تظاهر یابد (۸). این نتیجه گیری تقریباً با استنتاج های ارائه شده از سوی روان شناسان شناختی و

نیز انتقاد ارائه شده به آزمون های گزارش خود و یا سنجش خود مطابقت دارد. بنابراین با تغییر طرح پژوهش می توان نتایج دقیق تری بدست آورد.

شیوه برخورد دیگر، این است که ضمن پذیرش مشکلات نمونه گیری و روش شناختی که به همه پژوهش های پس رویدادی نیز وارد است، باید گفت که بین دو سبک فرزندپروری توجه و طرد تفاوت زیادی در ابتلا، بیماران به یک بیماری روانی خاص وجود ندارد. حتی پیش بینی اولیه محققین این بود که احتمالاً سبک فرزندپروری از نوع طرد همراه با آزادگذاری و یا سبک فرزندپروری همراه با تضاد باید شایع ترین نوع سبک فرزندپروری در بین والدین بیماران روانی باشد ولی نتیجه حاصل خلاف این تصور بود. برعکس، بین دو عامل سبک فرزندپروری توجه و طرد در بروز بیماری روانی ارتباط چندانی وجود ندارد و آنچه که مهمتر است محدود کنندگی در برابر آزادگذاری است.

از این روی محدودکنندگی احتمالاً ارتباط بیشتری با بیماری روانی وجود دارد. یعنی هر نوع ایجاد محدودیت در اعمال و رفتار فرزند توسط والدین مشکلات روانی بیشتری برای کودک ایجاد می کند. به نظر فروید (۱۹۱۷) پیدایش «من» در ساختار شخصیت مستلزم ایجاد محدودیت است. به زعم او تمدن زائیده سرکوبی ها و محدودیت هاست و همین تمدن است که با نوروز، ارتباط تنگاتنگی دارد. در دیدگاه های انسان گرایانه نیز چنین است و بوجود آوردن محدودیت یعنی ایجاد شرایط ارزشمندی، ارزیابی ارگانیک را به مخاطره می کشاند

سوی توجه محدود کننده میل می‌کند، نوعی افزایش فراوانی به چشم می‌خورد که هم در مورد اسکیزوفرنی و هم اختلال هذیانی و نیز اختلال شخصیت مرزی و ضداجتماعی صادق است.

نتیجه پژوهش فعلی شواهدی در حمایت از دیدگاه بن بست مضاعف بیتسون و همکاران (۱۹۵۶) بدست نمی‌دهد (۱۰). هر چند پژوهش فعلی برای به محک زدن گزاره‌های این دیدگاه انجام نگرفته است، اما به هر حال نتایج به طور غیرمستقیم دخالت عوامل ارتباطی در وقوع پسیکوز و اختلالات شخصیتی را رد می‌کنند. شاید مناسب تر باشد چنین موضوعاتی را در قالب فرایندهای فرزندپروری ثانوی بگنجانیم. یعنی بیش از آنچه که سبک فرزندپروری را علت اختلال تصور کنیم، آن را وابسته به اختلال و به عنوان پدیده ای که بعد از اختلال ایجاد می‌شود تصور کنیم. چنین دیدگاهی نظریه بن بست مضاعف بیتسون را غلط می‌پندارد، بلکه از نقش سبب شناسی آن می‌کاهد و بر نقش ثانویه بودن آن وزن بیشتری می‌دهد. از این دیدگاه، نظریه آبلز (۱۹۷۶)، هالر (۱۹۸۹) و اولسون (۱۹۷۲) در این مورد که تا کنون شواهد تجربی متقاعد کننده ای در حمایت از نظریه بن بست مضاعف ارائه نشده است، مورد تایید قرار نمی‌گیرد (۱۰). بنابراین می‌توان مدعی بود که نظریه بن بست مضاعف زمانی که خانواده بیمار مبتلا به اسکیزوفرنی، وجود یک بیمار روانی در درون خود را تجربه کرد، می‌تواند روندهای ارتباطی موجود در آن خانواده را تبیین کند، اما لزوماً نمی‌توان گفت که ابتدا چنین ارتباطی وجود دارد سپس بیماری روانی در اثر آن بوجود می‌آید.

یافته‌های فعلی با دیدگاه اکرم (۱۹۵۸) منافات ندارد. اکرم بر این باور است، که رفتار علامتی کودک و نوجوان ابزاری برای حل مشکلات کارکردی خانواده است (۵)، هر چند که می‌توان گفت «مشکلات کارکردی خانواده خود متأثر از رفتارهای غیرعادی فرزند است». بهر حال نقش سبب شناختی روابط موجود در خانواده به عنوان علت بیماری روانی، تا حدی با ابهام مواجه است. ولی با توجه به اهمیت سبک فرزندپروری محدود کننده در برابر آزادگذار باید توجه کرد که ارزش علمی فرایندهای فرزندپروری از بین نمی‌روند، بلکه نوعی محدودیت در تاثیرگذاری آنها برای پیدایش بیماری روانی بوجود می‌آید.

بیکر (۱۹۶۴) در الگوی دو بعدی خود سبک فرزندپروری دو بعدی محدودکنندگی - آزادگذاری و پذیرش - طرد را مطرح می‌کند. در این الگو گرایش به سمت محدود کنندگی به طور عام با خطر ابتلا، بالاتری

و پایه و اساس رفتار غیرعادی می‌شود. بنابراین از دستاوردهای بسیار مهم این پژوهش، این است که استفاده از سبک‌های فرزندپروری توأم با محدودکنندگی پایه و اساس اختلال روانی را تشکیل می‌دهد (۹).

عدم رد فرضیه صفر در نخستین فرضیه تحقیق استلزام‌هایی را در پی دارد که هر یک برای تدارک یک مدل یا الگو در آسیب شناسی روانی ارزشمند است. نتیجه فعلی نشان می‌دهد که نه تنها به استناد یک عامل نمی‌توان ابتلا، به بیماری روانی نظیر اسکیزوفرنی و یا اختلال شخصیتی مرزی را تبیین کرد، بلکه سهم هر یک از عوامل مؤثر در پیدایش بیماری روانی به طور مستقل ناچیز است.

نتیجه منطقی دیگر این است که چون فرضیه نخست، با اتکاء به الگوی روان شناختی تهیه شده بود، بنابراین معلوم می‌شود که الگوی روانشناختی صرف، قدرت تبیینی کافی در مورد اختلالاتی نظیر اسکیزوفرنی را ندارد. لذا از طریق بطلان فرضیه نخست، نوعی تایید برای مدل زیستی روانی اجتماعی بوجود می‌آید.

استلزام دیگر چنین نتیجه ای در مورد بهترین سبک فرزندپروری است. ظاهراً باید بین سبک فرزندپروری خانواده‌های بهنجار و نابهنجار تفاوت زیادی موجود باشد. اما عملاً چنین نیست و هر چهار یا پنج نوع فرزندپروری در هر نوع خانواده ای وجود دارد، بنابراین براساس مطالعه فعلی نمی‌توان مدعی بود که سبک فرزندپروری مشخصی در خانواده فرد مبتلا به اسکیزوفرنی و یا شخص مبتلا به اختلال شخصیت مرزی بیشتر است. هر چند به استنتاج اخیر نمی‌توان به طور کامل اطمینان داشت، بهر حال علت بیماری روانی را باید در جای دیگر جستجو کرد.

فرضیه دوم نیز در قالب نمودارهای شماره ۱ تا ۴ قابل بررسی است و معلوم می‌شود که گرایش خاصی به استفاده از سبک فرزند پروری وجود ندارد. در نمودار شماره ۱ هر چند در بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی سبک فرزندپروری توجه محدود کننده، فراوانی بیشتری دارد، اما همین الگو ظاهراً در سایر اختلال‌ها نیز تکرار شده است.

پس نمی‌توان به یک معادله مشخصی در پیش بینی استفاده از سبک فرزندپروری بر پایه بیماری روانی و عکس این حالت دست یافت. این استنتاج در خصوص نمودارهای شماره ۲، ۳ و ۴ که بترتیب در مورد اختلال‌های هذیانی، شخصیت مرزی و ضداجتماعی است، صادق است. بهر حال، همانطور که قبلاً نیز بحث شد، هر بار که در این نمودارها آهنگ منحنی از سبک توجه آزادگذار به

هذیانی، اختلال شخصیت‌مرزی و ضداجتماعی) وجود ندارد.

۲- مجموعه نتایج حاصل نه از مدل طبی در بیماری‌های روانی حمایت می‌کنند و نه از مدل صرف روان‌شناختی. نتایج را می‌توان به نفع یک الگوی زیستی روانی اجتماعی تفسیر کرد.

۳- تا حدی می‌توان نتیجه گرفت که سبک فرزندپروری محدودکننده بیشتر از سایر سبک‌های فرزندپروری یا بیماری‌های شدید روانپزشکی (که مورد مطالعه قرار گرفته اند) همراه است.

۴- نظریه بن بست مضاعف بیتسون و همکاران و دیدگاه خانواده درمانگرانی مثل اکرم، احتمالاً در تشریح چگونگی تداوم علائم بیماری روانی موثرند، اما در تبیین سبب شناسی آن، ضعف دارند.

مواجهه است (۱۱). نتایج حاصل از پژوهش فعلی با رویکرد بکر همسو است و در واقع تایید کننده دیدگاه او در خصوص تاثیر سبک فرزندپروری محدود کننده در بروز اختلال روانی است. همین نتیجه گیری با دیدگاه بامریند (۱۹۷۱، ۱۹۸۲)، مکوبی و مارتین (۱۹۸۳)، مجاد کوویک و جان جامسنز (۱۹۹۲) مطابقت دارد (۳ و ۲ و ۱).

بهر حال، باید بپذیریم که نتایج فوق و استنتاج‌های حاصل از آن صرفاً در مورد بیماران مبتلا به پسیکوز و بویژه اختلال اسکیزوفرنی و اختلال هذیانی و اختلال‌هایی نظیر شخصیت‌مرزی و ضداجتماعی صادق است و در مورد بیماران مبتلا به نوروژ صدق نمی‌کند.

نتیجه گیری:

می‌توانیم نتایج حاصل از این پژوهش را در چهار بند خلاصه کنیم:

۱- ارتباط مشخص و روشنی بین سبک

فرزندپروری توجه کننده و با طردکننده با

بیماری‌های شدید روانپزشکی (اسکیزوفرنی، اختلال

منابع:

- 1- Baumrind, O.P Types of rearing processes in family situation. *Abnormal psychology*. 17. 1982: 12-32.
- 2- Baumrind, O.P Rearing processes model. *Child development*. No. 11, 1971: 45-58
- 3- Maccoby, G.L., Martin, O. democratic relation in family. London: McGratill L.T.d. 1983
- 4- Zenden, J. *developmental Psychology*. New Yourk: John Wily & sons. 1993.
- 5- Ackerman, N,W. the psychodynamics of family life. *Diagnosis and treatment of family relationships*. New York: Basic. 1958.
- 6- Lidz, T. & Fleck, S. *Schizophrenia and the family* second edition. New York: international universities. 1985.
- ۷- مینوجین، سالوادور (۱۳۷۳). خانواده و خانواده درمانی. ترجمه باقر ثنایی. تهران: انتشارات امیرکبیر.
- 8- Koopmans, M. *Schizophrenia and the family, double bind theory revisited*. London: Pergamon press. 1997.
- ۹- کاپلان، هارولد سادوک، بنیامین (۱۳۷۸). خلاصه روانپزشکی، ترجمه نصرت اله پورافکاری، تهران: انتشارات آزاده.
- 10- Bateson, G. et al. *Toward a theory of schizophrenia*. *Behavioural science*, 1, 1956: 251-264.
- 11- Becker, W.C. *Concequences of parental discipline*. *Review of child development Research*. 1, 1964: 81-90