



نقش همدلی، نشانگان اختلالات شخصیت و تکانش گری والدین در پیش بینی علائم برونمود

زینب بابادی عکاشه^۱، مهران سلیمانی^۲

چکیده

هدف: به دلیل مطالعات اندک در زمینه برخی عوامل مؤثر نظیر همدلی، نشانگان اختلالات شخصیت و تکانش گری والدین در ایجاد علائم برونمود کودکان، هدف پژوهش حاضر بررسی نقش همدلی، نشانگان اختلالات شخصیت و تکانش گری والدین در پیش بینی علائم برونمود کودکان ۷-۱۲ است. **روش:** طرح پژوهش حاضر توصیفی از نوع مطالعات همبستگی است. ۱۰۰ نفر (۶۸ پسر، ۳۲ دختر) از دانش آموزان دبستان‌های اصفهان به روش نمونه‌گیری تصادفی خوشه‌ای انتخاب شدند و از والدین دانش آموزان خواسته شد پرسشنامه میلون ۳، همدلی دیویس، تکانش گری بارات، سیاهه رفتاری کودکان را تکمیل کنند. تحلیل داده‌ها با استفاده از روش رگرسیون چندگانه با روش گام‌به‌گام صورت گرفته است. **یافته‌ها:** نتایج رگرسیون چند متغیره نشان داد اختلالات شخصیت (مرزی، خود شیفته و منفعل) در والدین می‌تواند گرایش به علائم برونمود را پیش‌بینی کند، اما همدلی و تکانش گری پیش‌بین گرایش به علائم برونمود نبودند. در کل مؤلفه‌ها توانستند ۲۲/۹ درصد واریانس علائم برونمود کودکان را تبیین کنند. **نتیجه‌گیری:** نقش نشانگان اختلالات شخصیت (مرزی، خود شیفته، منفعل) در گرایش به علائم برونمود تأیید می‌شود. معیارهای اختلالات شخصیت شدید مستقیماً به ناتوانی در کنترل کافی بر خشم و یا سطوح بالای پرخاشگری اشاره دارد. بنابراین در زمینه طرح‌های مداخلاتی و بررسی عوامل مؤثر بر علائم برونمود کودکان توجه به نقش نشانگان اختلالات شخصیت والدین نیز با اهمیت است.

کلیدواژه‌ها: اختلالات شخصیت، تکانش گری، همدلی، علائم برونمود

^۱ کارشناسی ارشد گروه روانشناسی، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه شهید مدنی آذربایجان، تبریز، ایران (نویسنده مسئول) babadiakashe.z@gmail.com

^۲ استادیار گروه روانشناسی، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه شهید مدنی آذربایجان، تبریز، ایران



مقدمه

امروزه موجی از نگرانی در مورد خشونت و رفتارهای مغل در خانه، کلاس و جامعه افکار عمومی را فراگرفته است. افزایش خشونت در مدارس، نقص قوانین در خانه، تخریب اموال عمومی و... بیانگر ضرورت توجه به رفتارهای مخرب و بحران اخلاقی موجود است. مشکلات رفتاری که بیشترین آسیب‌شناسی روانی کودکان را شکل می‌دهد اغلب می‌توان در دو طبقه‌بندی، یعنی مشکلات درون‌نمود^۱ و برون‌نمود^۲ طبقه‌بندی کرد. مشکلات درون‌نمود بیشتر معطوف به درون و مشتمل بر گوشه‌گیری، افسردگی و اضطراب و مشکلات برون‌نمود معطوف به خارج و مشتمل بر رفتارهایی مانند برون‌ریزی، ستیزه‌جویی و نافرمانی می‌باشد و در سه طبقه اختلال نارسایی توجه/فزون‌کنشی، اختلال رفتار هنجاری و اختلال نافرمانی مقابله‌ای قرار می‌گیرند (آخنباخ و رسکولار، ۲۰۰۱). مشکلات رفتاری به صورت تمایل به آسیب جسمی یا عاطفی به دیگران است که شامل پرخاشگری فیزیکی از طریق رفتارهایی مانند شکستن اموال دیگران، هدف قراردادن دیگران، هل دادن، پرتاب اشیاء یا صدمه زدن به حیوانات و همچنین پرخاشگری کلامی که بیشتر در دختران دیده می‌شود از طریق رفتارهایی مانند استدلال، انتقاد، تهدید، توهین و یا سرزنش دیگران بروز می‌کند، می‌شود (ترناس و همکاران، ۲۰۱۳). به‌طور کلی منظومه‌ای از مشکلات چون پرخاشگری فیزیکی و لفظی، اخلاص‌گری، بی‌مسئولیتی، عدم اطاعت و روابط بین فردی ضعیف از جمله برقراری ارتباط با همسالان (هان و لی، ۲۰۱۷) مطرح است.

در سبب‌شناسی مشکلات برون‌نمود عوامل زیادی مطرح شده است که از مهم‌ترین آن‌ها می‌توان به عواملی مانند کشمکش‌های خانوادگی و شکست در ازدواج، نداشتن روابط صمیمی با والدین، دل‌بستگی نایمن، مقررات سخت، نظارت ناکافی، مشکلات روان‌شناختی والدین، ناتوانی والدین در ارتباط صحیح و مشروط با کودک اشاره نمود (یونیوس و همکاران، ۲۰۱۵)، که برای خانواده و کودکان، دشواری‌های بسیاری ایجاد می‌کنند و باعث کاهش میزان کارایی در عملکرد فردی و تحصیلی می‌شود و از سوی دیگران طرد می‌شوند که نتیجه آن افت تحصیلی یا رفتارهای قانون شکنانه خواهد بود (سندرس و ولی، ۲۰۰۵).

با توجه به نقش والدین در ایجاد مشکلات برون‌نمود کودکانشان، در این میان همدلی پایین والدین حائز اهمیت است. همدلی والدین یک مؤلفه کلیدی از والدین حساس است که از سازگاری اجتماعی کودکان حمایت می‌کند (ابراهام و همکاران، ۲۰۱۸). همدلی به توانایی درک کردن و شریک‌شدن در حالت‌های هیجانی دیگران اشاره دارد (دیستی و میچلسکا، ۲۰۱۳) و مفهومی چند مؤلفه‌ای شامل: صفت همدلی (تمایلات همدلانه فرد)، حالت همدلی (واکنش‌های همدلانه فرد در یک موقعیت عینی)، همدلی عاطفی و همدلی شناختی است (دیواید و همکاران، ۲۰۱۰). بر اساس پژوهش‌ها، همدلی عنصری ضروری برای عملکردهای موفقیت‌آمیز بین شخصی و پاسخ‌دهی هیجانی به احساسات فردی دیگر است (امین زاده و همکاران، ۲۰۱۷). آموزش همدلی با ارتقای نگرانی همدلانه و شفقت به‌عنوان یک مؤلفه موجب افزایش احساس مسئولیت‌پذیری و پاسخ‌گو بودن می‌شود (جکسون و همکاران، ۲۰۱۵). به‌منظور روشن‌سازی عوامل خطری که موجب خشونت، صدمه زدن و بزهکاری می‌شود، همدلی کم و سوءاستفاده از کودک را بسیار بارز نشانی نشان داده‌شده است (فرانگتون و همکاران، ۲۰۱۷).

1. Internalizing behavior problems
2. Externalizing behavior problems



مشکلات رفتاری کودکان ارتباط تنگنایی با مشکلات روانی والدین دارد. به بیان دیگر هرچه مشکلات روانی والدین شدیدتر باشد، ظهور اختلالات رفتاری کودکان نیز سریعتر خواهد بود (دگلاس، ۱۹۹۵). در مطالعه‌ای طولی نشان داده شده است، والدین دارای اختلال افسردگی عمده، خطر ابتلا به افسردگی عمده و مشکلات برونمود را در کودکانشان افزایش می‌دهند (بی درمن، ۲۰۰۶). اختلال افسردگی اساسی، جسمانی سازی، اضطراب، ترس، روان پریشی، اختلال دوقطبی، افکار پارانوییدی، اختلال اضطراب فراگیر، اختلال وسواس فکری-عملی و اختلال وحشت زدگی در والدین کودکان با مشکلات رفتاری معناداری بالاتر دارد (استین هاووزن، ۲۰۱۳). همچنین مشکلات رفتاری کودکان مادران دچار اختلال وسواسی-جبری (موسوی و احمدی، ۲۰۱۲)، اختلال شخصیت مرزی، ضداجتماعی (کافمن و همکارا، ۲۰۱۷) و مادران مبتلا به افسردگی بیشتر از گروه مادران سالم بوده است (موسوی و احمدی، ۲۰۱۲). یکی دیگر از عواملی که نقش مهمی در توضیح منشأ علائم برونمود در کودکان دارند، تکانش گری^۱ والدین است. زمانی یک رفتار تکانشی محسوب می‌شود که آن نامتناسب با یک موقعیت خاص، عمل بدون تأمل همراه با توجه کم به پیامدهای منفی ابراز شود و منجر به نتایج کوتاه مدت و بلندمدت نامطلوب می‌شود (کاسول، ۲۰۱۵). تکانش گری به عنوان طیف گسترده از رفتارهای بروز می‌کنند که تمایل به گرفتن تصمیمات ناپخته (تکانش گری بازتابی)، ترجیح دریافت پاداش بلافاصله (تکانش گری موقتی) و دشواری در بازداری از پاسخ‌های حرکتی (تکانش گری حرکتی) را در برمی‌گیرند، از خطر بالایی برخوردارند و پیامدهای ناخواسته قابل توجهی را در پی دارند نیز تعریف شده است (قمری و مجرد، ۲۰۱۶). با وجود اینکه تکانش گری والدین ممکن است نقش مهمی در علائم برونمود کودکان داشته باشد (بقایی و خلعتبری، ۲۰۱۰)، مطالعات متعددی از قبیل ارتباط مثبت تکانش گری با اعتیاد به اینترنت (امیری و ناصری، ۲۰۱۵)، سبک‌های دل‌بستگی و ارتباط مثبت تکانش گری والدین و چاقی کودکان (سلدنس و کوک، ۲۰۱۶) پرداخته‌اند و همچنین برنامه آموزشی برکنترل خشم، خود نظم دهی و تکانش گری مادران دانش‌آموزان پسر مقطع ابتدایی قادر به ایجاد تفاوت آماری معنی‌دار در تکانش‌گری کل و ابعاد آن نبوده است (بقایی و خلعتبری، ۲۰۱۰) پرداخته، که حاکی از این است که پژوهش‌های اندکی در زمینه ارتباط تکانش گری والدین با علائم برونمود انجام شده است. در این راستا با توجه به پیامدهای علائم برونمود، و همچنین به دلیل فقدان مطالعاتی در این زمینه لازم است این عوامل مورد بررسی قرار گیرد.

در مجموع پژوهش حاضر به دنبال پاسخ‌گویی به این مسئله اساسی است که آیا بین همدلی، نشانگان اختلالات شخصیت و تکانش گری والدین و علائم برونمود کودکان ارتباط وجود دارد و همچنین تا چه حد آیا همدلی، نشانگان اختلالات شخصیت و تکانش گری والدین می‌توانند علائم برونمود کودکان را پیش‌بینی کنند.

الف) طرح پژوهش و شرکت کنندگان: این پژوهش از نوع توصیفی-تحلیلی می‌باشد. جامعه مورد مطالعه دانش آموزان دبستانی شهرستان شهرضا در سال تحصیلی ۹۵-۹۶ بود. شرکت کنندگان از بین دانش آموزان دختر و پسر مدارس ابتدایی شهرضا به صورت تصادفی خوشه‌ای انتخاب شدند. بدین ترتیب که از بین مدارس ابتدایی تعداد سه مدرسه دخترانه و سه مدرسه پسرانه و در هر مدرسه از هر پایه تحصیلی اول تا ششم، یک کلاس انتخاب شد. در پژوهش حاضر با احتساب نرخ ریزش از ۱۵۰ نفر برای تکمیل پرسشنامه‌های تحقیق دعوت به عمل آمد. در آخر با کنار گذاشتن



پرسشنامه‌های مخدوش تعداد ۱۰۰ نفر از والدین دانش آموزان (۶۸ پسر و ۳۲ دختر) در این مطالعه شرکت داشتند. دامنه سنی کودکان ۷ تا ۱۲ سال و والدین آن‌ها ۲۲ تا ۵۳ سال با میانگین و انحراف استاندارد سنی $۳۴/۸۶ \pm ۶/۶۰۸$ بود. پرسشنامه‌ها با همکاری معاونین و مدیران مدارس در اختیار والدین قرار گرفت. ملاک‌های ورود به شرکت‌کنندگان به پژوهش سواد حداقل دیپلم، رضایت و تمایل شخصی، دارا بودن کودک دبستانی و ملاک‌های خروج از پژوهش عدم تمایل به تکمیل پرسشنامه‌ها بود.

(ب) ابزار

۱. پرسشنامه بالینی چندمحوری میلیون^۱: یک پرسشنامه خودسنج استاندارد شده شامل ۱۷۵ ماده است که تحت ۲۸ مقیاس جداگانه و بر اساس طبقه‌بندی‌های زیر نمره‌گذاری می‌شود: شاخص‌های تغییرپذیری، الگوهای شخصیت بالینی، آسیب‌شناسی شدید شخصیت، نشانگان بالینی و نشانگان شدید. ضرایب آلفای میلیون ۳ در دامنه‌ای از ۰/۶۶ تا ۰/۹۰، پایایی ۰/۷۹ تا ۰/۹۶ و اعتبار باز آزمون ۰/۸۲ تا ۰/۹۶ گزارش شده است (میلون و همکاران، ۱۹۹۴). در ایران، پایایی ۰/۸۸ تا ۰/۶۴، اعتبار باز آزمون ۰/۷۹ تا ۰/۶۱ به دست آمد (چگینی و همکاران، ۲۰۱۳).

۲. سیاهه رفتاری کودک^۲: سیاهه رفتاری کودک بر اساس نظام آخنباخ ساخته شده است و برای افراد ۶ تا ۱۸ سال کاربرد دارد (رسکولار، ۲۰۰۵) و توسط والدین و یا فردی که سرپرستی کودک را برعهده دارد و از او مراقبت می‌کند تکمیل می‌شود. تعداد سؤالات این بخش ۱۱۳ سؤال است و پاسخ‌دهنده بر اساس وضعیت کودک در شش ماه گذشته هر سؤال را به صورت ۰ نادرست؛ ۱ تا حدی درست، ۲ کاملاً یا غالباً درست، درجه‌بندی می‌کند (اخنباخ و رسکولار، ۲۰۰۷). خرده مقیاس‌های این آزمون به ترتیب عبارت‌اند از: گوشه‌گیری/شکایت‌های بدنی، اضطراب/افسردگی، مشکلات اجتماعی، مشکلات تفکر، مشکلات توجه، رفتارهای قانون شکنانه، رفتار پرخاشگرانه، مشکلات درون نمود، بروننمود و مشکلات کلی.

در نمره‌گذاری مبتنی بر تحلیل عاملی نه خرده مقیاس و سه خرده مقیاس وجود دارد: الف) مقیاس مشکلات درون نمود، که از مجموعه نمره‌های خرده‌مقیاس‌های نشانگان اضطراب/افسردگی، گوشه‌گیری/افسردگی و شکایات جسمانی به دست می‌آید، ب) مقیاس مشکلات برون‌نهاد از مجموع نمره‌های خرده‌مقیاس‌های رفتار قانون شکنی و رفتارهای پرخاشگرانه به دست می‌آید و ج) دیگر مشکلات که از مجموع نمره‌های خرده‌مقیاس‌های مشکلات اجتماعی، مشکلات تفکر، مشکلات توجه و سایر مشکلات به دست می‌آید. مجموع نمره‌های مقیاس‌های الف، ب و ج نمره کل را به دست می‌دهد که معرف مشکلات رفتاری کودک است (ویلان کورت و همکاران، ۲۰۱۷). اعتبار آزمون بر اساس آزمون-باز آزمون بین ۰/۹۳ تا ۱ بوده است. این اعتبار برای مقیاس‌های صلاحیت کنش وری سازشی و نشانگان عاطفی رفتاری در فهرست رفتاری کودک برابر ۰/۹۰ بوده است. اعتبار محتوای این نظام سنجش در چهار دهه پژوهش مورد تأیید قرار گرفته است (اخنباخ و رسکولار، ۲۰۰۷).

۱. Millon Clinical Multiaxial Inventory

1. Child Behavior Checklist

2. Barat Impulsivity Questionnaire

3. Davis Empathy Questionnaire



همسانی درونی نسبتاً بالا و دامنه ضریب آلفا از ۰/۶۵ تا ۰/۸۵ و اعتبار آزمون - آزمون مجدد در سطح $p < 0.05$ معنی دار بوده است. همچنین ضرایب آلفا از ۰/۶۷ تا ۰/۸۸ گزارش شده است. در هنجاریابی ایرانی روایی سازه و محتوایی این پرسشنامه نیز مورد تأیید قرار گرفته است و پایایی ۰/۸۲-۰/۹۳ به دست آمد (یزدخواستی و عریضی، ۲۰۱۱).

۳. مقیاس تکانش گری بارات: مقیاس تکانش گری توسط بارات (۱۹۵۹) ساخته شده است. این مقیاس ۳۰ گویه دارد و آزمودنی‌ها به این مواد به صورت چهاردرجه‌ای (۱-به‌ندرت/هرگز، ۲-گاه‌گاه، ۳-اغلب، ۴-تقریباً همیشه) پاسخ می‌دهند. این مقیاس سه مؤلفه شامل تکانش گری شناختی (تصمیم‌های سریع)، تکانش گری رفتاری (وارد شدن به عمل بدون تصمیم پیشین) و تکانش گری برنامه‌ریزی نشده (عدم آینده‌نگری) را موردسنجش قرار می‌دهد. نمره بیشتر در این مقیاس نشان از تکانش گری بالا دارد پایین‌ترین و بالاترین نمره در این آزمون ۳۰ و ۱۲۰ می‌باشد. پایایی آن ۰/۷۹ و اعتبار آن ۰/۸۷ به دست آمده است (پاتون و همکاران، ۱۹۹۵). و در ایران پایایی و اعتبار آن به ترتیب ۰/۷۵ و ۰/۸۳ به دست آمد (اختیاری و همکاران، ۲۰۰۸)، همچنین ضریب آلفای کرون باخ این مقیاس نیز ۰/۸۰ به دست آمده است (نریمانی، ۲۰۱۳).

۴. پرسش‌نامه همدلی دیویس: این ابزار توسط دیویس (۱۹۸۳) خود سنجی، ۲۱ جمله و سه خرده مؤلفه دارد که عبارت‌اند از: نگرانی همدلانه (این مفهوم اشاره دارد به عواطف دیگرگرای حاصل شده از درک نیاز دیگری)، دیدگاه پذیری (توانایی درک چیزها اشیا و اتفاقات) از نگاه دیگران؛ نه از نگاه خود یا توانایی مادر درک تفکر، احساسات و هیجانات دیگران) و اندوه شخصی (واکنش منفی و هیجانی متمرکز بر خود، مانند اضطراب، نگرانی، ناراحتی به سبب درک یا فهم وضعیت عاطفی یا شرایط احساسی دیگران). شیوه نمره‌گذاری این آزمون به صورت چهار گزینه‌ای الف تا د است، که به صورت مستقیم و معکوس، از ۱ تا ۴ نمره‌گذاری می‌شود. ماده‌های ۱، ۲، ۳، ۵، ۶، ۷، ۸، ۹، ۱۳، ۱۶، ۱۷، ۱۸، ۱۹، ۲۰ و ۲۱ به صورت مستقیم و بقیه پرسشنامه‌ها (۴، ۱۰، ۱۱، ۱۲، ۱۴ و ۱۵) به صورت معکوس نمره دریافت می‌کنند. بدیهی است که حداقل نمره‌هایی که یک فرد می‌تواند بگیرد ۲۱ و حداکثر ۸۴ خواهد بود. ضریب آلفا بین ۰/۷۱ تا ۰/۷۷ و اعتبار آزمون-بازآزمون بین ۰/۶۲-۰/۸۰ است (دیویس و کروس، ۱۹۹۴). در ایران اعتبار باز آزمایی ۰/۷۱ گزارش شده است (خدابخش و منصور، ۲۰۱۲).

یافته‌ها

بر اساس شاخص‌های توصیفی دامنه سنی کودکان ۸ تا ۱۲ سال و والدین آن‌ها ۲۲ تا ۵۳ سال با میانگین و انحراف استاندارد سنی $34/86 \pm 6/608$ بود. و میانگین و انحراف معیار متغیرهای مورد مطالعه شامل: رفتار قانون‌شکنانه $(3/95)5/43$ ، رفتار پرخاش‌گرانه $(3/89)6/89$ ، همدلی $(11/22)49/20$ ، تکانش گری $(4/11)23/08$ ، اسکیزوتایپال $(80/2)28/69$ ، پارانوئید $(2/91)28/36$ ، مرزی $(2/93)27/65$ ، منفعل $(2/71)25/44$ ، اسکیزوئید $(2/59)24/16$ ، منفی‌گرا $(3/38)25/6$ ، وسواسی $(2/56)25/75$ ، ضداجتماعی $(2/82)28/51$ ، خودشیفته $(3/54)36/67$ ، هیستریک $(2/83)36/80$ ، وابسته $(3/35)25/72$ ، افسرده $(3/38)27/0$ ، اجتنابی $(2/61)27/03$ بدست آمد.



نتایج میانگین و انحراف معیار متغیرها نشان می‌دهد که متغیر همدلی با میانگین ۴۹/۲۹ و پس از آن اختلالات شخصیت هیستریک با میانگین ۳۶/۸۰ و خودشیفته با میانگین ۳۶/۶۷ شایع‌ترین نمونه مورد مطالعه بوده است.

جدول ۱: ماتریس همبستگی بین همدلی، نشانگان اختلالات شخصیت، تکانش‌گری و رفتارهای بزهکارانه

متغیرها	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	۸	۹	۱۰	۱۱	۱۲	۱۳	۱۴	۱۵	۱۶
رفتار قانون شکنانه	۱/۰۰۰															
همدلی	-۰/۰۷۳	۱/۰۰۰														
تکانش‌گری	۰/۱۰۸	۰/۰۳۲	۱/۰۰۰													
اسکیزوتایپال	-۰/۳۸۲**	۰/۰۰۶	-۰/۲۰۹	۱/۰۰۰												
پارانوئید	-۰/۳۰۳**	۰/۰۳۸	-۰/۱۷۵	۰/۷۸۷**	۱/۰۰۰											
مرزی	-۰/۴۷۷**	۰/۰۶۷	-۰/۲۴۴	۰/۷۲۷**	۰/۸۵۸**	۱/۰۰۰										
منفعل	-۰/۲۹۸**	-۰/۰۷۵	-۰/۲۰۸	۰/۶۶۸**	۰/۵۴۷**	۰/۷۰۵**	۱/۰۰۰									
منفی‌گرا	-۰/۴۳۹**	۰/۰۴۰	-۰/۲۶۰	۰/۶۹۳**	۰/۶۶۴**	۰/۸۵۳**	۰/۷۴۶**	۱/۰۰۰								
وسواسی	-۰/۳۱۱**	۰/۰۶۹	-۰/۲۷۰	۰/۵۰۶**	۰/۵۵۲**	۰/۶۰۳**	۰/۵۶۵**	۰/۵۲۹**	۱/۰۰۰							



ضد اجتماعی	۰/۲۹۸**	-/۰۰۹	-/۰۳۰۹	۰/۶۱۹**	۰/۵۸۰**	۰/۵۴۲**	۰/۵۴۳**	۰/۵۵۲**	۰/۷۲۸**	۱/۰۰۰
خود شیفته	۰/۳۴۳**	۰/۰۳۴	-/۰۳۲۳	۰/۷۲۲**	۰/۶۴۸**	۰/۶۰۱**	۰/۶۳۳**	۰/۵۹۶**	۰/۷۰۴**	۱/۰۰۰
هیستریک	۰/۲۳۵**	-/۰۰۳	-/۰۲۵۹	۰/۵۶۵**	۰/۶۰۱**	۰/۴۹۵**	۰/۶۳۸**	۰/۵۷۳**	۰/۶۲۱**	۱/۰۰۰
وابسته	۰/۴۱۳**	-/۰۱۹	-/۰۱۵۰	۰/۶۵۳**	۰/۶۰۵**	۰/۷۳۹**	۰/۷۲۰**	۰/۶۶۴**	۰/۸۵۸**	۱/۰۰۰
افسرده	۰/۳۲۹**	-/۰۲۳	۰/۱۴۳	۰/۷۰۳**	۰/۵۵۶**	۰/۷۶۲**	۰/۸۰۰**	۰/۷۵۹**	۰/۵۱۱**	۱/۰۰۰
اجتنابی	۰/۳۱۳**	۰/۰۶۰	-/۰۲۴۴	۰/۷۷۶**	۰/۶۴۲**	۰/۷۰۷**	۰/۷۶۲**	۰/۷۰۳**	۰/۶۰۸**	۱/۰۰۰
اسکیزوتیپ	۰/۳۱۸**	-/۰۱۴	-/۰۲۲۱	۰/۵۷۲**	۰/۶۲۶**	۰/۵۴۳**	۰/۵۸۸**	۰/۸۵۴۵**	۰/۶۳۴**	۱/۰۰۰

جدول ۱ به منظور آزمون رابطه بین همدلی، تکانش گری و اختلالات شخصیت و علائم برونمود(رفتارهای قانون شکنانه) آماره همبستگی پیرسون در مورد نشانگان شخصیت اسکیزوتایپال (۰/۲۰۹- r = پارانوئید (۰/۷۸۷)، r = مرزی (۰/۸۵۸)، r = منفعل (۰/۷۰۵)، اسکیزوتیپ (۰/۶۲۰)، r = ضداجتماعی (۰/۷۲۸)، r = خودشیفته (۰/۷۰۴)، هیستریک (۰/۷۵۲)، وابسته (۰/۵۸۵)، r = افسرده (۰/۷۲۷)، r = اجتنابی (۰/۷۵۲)، منفی گرا (۰/۷۴۶)، r = وسواسی (۰/۵۲۹) از ۰/۰۱ کمتر است. بنابراین بین گرایش به علائم برونمود(رفتار قانون شکنانه) و اختلالات شخصیت همبستگی مثبت و معناداری وجود دارد و بین متغیر همدلی (۰/۰۷۳- r =) و تکانش گری (۰/۰۳۲- r =) و گرایش به رفتارهای پرخاشگرانه در سطح (۰/۰۱- P) رابطه معناداری وجود ندارد.

جدول ۲: نتایج رگرسیون پیش بینی رفتار قانون شکنانه بر اساس متغیرهای همدلی، نشانگان اختلالات شخصیت و تکانش گری

متغیر	R	R ²	F	B	T	معناداری
مرزی	۰/۴۷۷	۰/۲۲۸	۲۸/۰۵	-۰/۴۷۷	-۵/۲۹	۰/۰۰۰



جدول ۲ خلاصه تحلیل رگرسیون نشان می دهد، نتایج ضریب همبستگی چندگانه بین مجموع متغیرهای پیش بین و متغیر ملاک (رفتارهای قانون شکنانه) برابر ۴۷/۷ می باشد. همچنین مقدار ضریب تعیین برابر با ۲۲/۸ می باشد که نشان دهنده میزان تبیین واریانس و تغییرات گرایش به رفتارهای قانون شکنانه توسط متغیرهای پیش بین می باشد. ضریب بتا نیز نشان می دهد که به ازای ۰/۴۷۷ کاهش در اختلال شخصیت مرزی یک واحد به رفتار قانون شکنانه اضافه می شود. طبق ضرایب بتای استاندارد فقط اختلال شخصیت مرزی با بتای ۰/۴۷۷- اثر معنادار بر متغیرملاک داشته و سایر متغیرها در تبیین واریانس علائم برونمود سهم ندارند.

جدول ۳: ماتریس همبستگی بین همدلی، نشانگان اختلالات شخصیت، تکانش گری و رفتارهای پر خاشگرا نه

شماره	متغیرها	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	۸	۹	۱۰	۱۱	۱۲	۱۳	۱۴	۱۵	۱۶
۱	رفتار پر خاشگرا نه	۱/۰۰۰															
۲	همدلی	۰/۰۵۸	۱/۰۰۰														
۳	تکانش گری	۰/۱۴۷	۰/۰۵۱	۱/۰۰۰													
۴	اسکیزوتایپال	-۰/۳۸۲**	۰/۰۰۶	-۰/۲۰۹	۱/۰۰۰												
۵	پارانوئید	-۰/۳۱۴**	۰/۰۲۶	-۰/۱۶۹	۰/۷۶۸**	۱/۰۰۰											
۶	مرزی	-۰/۴۲۷**	۰/۰۵۱	-۰/۲۳۵	۰/۷۲۳**	۰/۵۸۵**	۱/۰۰۰										
۷	منفعل	-۰/۴۴۱**	۰/۰۹۹	۰/۱۹۶	۰/۶۶۵**	۰/۵۴۴**	۰/۷۰۳**	۱/۰۰۰									



۸	منفی گرا	۰/۴۳۸**	۰/۰۱۶	۰/۲۴۸	۰/۶۸۸**	۰/۶۶۲**	۰/۸۵۲**	۰/۷۴۲**	۱/۰۰۰
۹	وسواسی	۰/۳۱۸**	۰/۰۵۷	۰/۲۶۴	۰/۵۰۴**	۰/۵۴۹**	۰/۶۰۲	۰/۵۲۵**	۱/۰۰۰
۱۰	ضداجتماعی	۰/۳۷۷**	۰/۰۳۰	۰/۲۹۹	۰/۶۱۶**	۰/۵۷۶**	۰/۵۳۸**	۰/۵۴۴**	۱/۰۰۰
۱۱	خودشیفته	۰/۴۲۳**	۰/۰۲۱	۰/۳۱۹	۰/۷۲۴**	۰/۶۴۶**	۰/۶۰۱**	۰/۶۴۰**	۰/۷۰۲**
۱۲	هیستریک	۰/۳۸۴**	۰/۰۴۱	۰/۲۵۹	۰/۵۷۵**	۰/۶۰۴**	۰/۵۰۴**	۰/۶۴۰**	۰/۷۵۲**
۱۳	وابسته	۰/۴۳۵**	۰/۰۲۶	۰/۱۴۶	۰/۶۵۳**	۰/۶۰۴**	۰/۷۴۰**	۰/۷۲۲**	۰/۵۹۰**
۱۴	افسرده	۰/۳۹۴**	۰/۰۴۷	۰/۱۳۱	۰/۷۰۳**	۰/۵۵۳**	۰/۷۶۳**	۰/۷۹۶**	۰/۷۳۰**
۱۵	اجتنابی	۰/۴۳۱**	۰/۰۴۲	۰/۲۴۱	۰/۷۹۳**	۰/۶۴۸**	۰/۷۲۲**	۰/۷۶۶**	۰/۷۱۴**
۱۶	اسکیزوتیپ	۰/۳۴۸**	۰/۰۱۵	۰/۲۲۱	۰/۵۷۳**	۰/۶۳۹**	۰/۵۴۴**	۰/۵۹۴**	۰/۵۵۶**

جدول ۳ به منظور آزمون رابطه بین همدلی، تکانش گری و اختلالات شخصیت و رفتارهای پرخاشگرانه آماره همبستگی پیرسون در مورد نشانگان اختلالات شخصیت اسکیزوتایپال ($r = -0/209$)، پارانوئید ($r = 0/768$)، مرزی ($r = 0/585$)، منفعل ($r = 0/703$)، اسکیزوتیپ ($r = 0/640$)، ضداجتماعی ($r = 0/726$)، خودشیفته ($r = 0/702$)، هیستریک ($r = 0/752$)، وابسته ($r = 0/590$)، افسرده ($r = 0/730$)، اجتنابی ($r = 0/787$)، منفی گرا ($r = 0/742$)، وسواسی ($r = 0/525$) از $0/01$ کمتر است. این نتایج نشان می دهد که بین نشانگان اختلالات شخصیت و گرایش به رفتارهای پرخاشگرانه با اطمینان ۹۹ درصد و احتمال خطای $0/01$ رابطه مثبت و معناداری وجود دارد و فرضیه ما مبنی بر رابطه بین اختلالات شخصیت والدین و علائم برونمود تأیید می شود. همچنین بین متغیر



همدلی و تکانش گری و رفتارهای پرخاشگرانه در سطح ($P < 0/01$) رابطه معناداری وجود نداشت که این فرضیه پژوهش مبنی بر این که بین متغیر همدلی ($r = -0/058$) و تکانش گری ($r = 0/051$) رابطه معنادار وجود دارد تأیید نشده است ($P < 0/01$).

جدول ۴: نتایج رگرسیون پیش‌بینی رفتار پرخاشگرانه بر اساس متغیرهای همدلی، نشانگان اختلالات شخصیت و تکانش گری

متغیر	R	R ²	F	B	T	معناداری
۱ منفعل	۰/۴۴۱	۰/۱۹۴	۲۲/۳۹	-۰/۲۸۹	-۰/۲۴۴	۰/۰۱۶
۲ خودشیفته	۰/۴۷۹	۰/۲۲۹	۴/۱۷۵	-۰/۲۴۱	-۰/۲۰۴	۰/۰۴۴

جدول ۴ خلاصه رگرسیون گام به گام نشان می‌دهد، نتایج ضریب همبستگی چندگانه بین مجموع متغیرهای پیش‌بین و رفتار پرخاشگرانه برابر ۰/۴۸ می‌باشد. همچنین اختلال شخصیت منفعل در مرتبه اول ۱۹/۴ درصد از واریانس رفتار پرخاشگرانه را پیش‌بینی می‌کند و در مرتبه دوم اختلال شخصیت منفعل و خودشیفته ۲۲/۹ درصد از واریانس رفتار پرخاشگرانه را تبیین می‌نماید. ضریب بتا نیز نشان می‌دهد که به ازای ۰/۲۸۹ کاهش در اختلال شخصیت منفعل یک واحد به رفتار پرخاشگرانه اضافه می‌شود. طبق ضرایب بتا به ازای ۰/۲۴۱ کاهش در اختلال شخصیت خودشیفته یک واحد به رفتار پرخاشگرانه اضافه می‌شود. در کل ۲۲/۹ درصد از واریانس رفتار پرخاشگرانه به وسیله مدل رگرسیون تبیین می‌شود.

بحث و نتیجه‌گیری

هدف مطالعه حاضر بررسی رابطه همدلی، نشانگان اختلالات شخصیت و تکانش گری والدین بر علائم کودکان بود. نتایج همبستگی نشان داد که بین نشانگان اختلالات شخصیت با گرایش به علائم برونی‌سازی رابطه مثبت وجود دارد ($P < 0/01$). به این ترتیب که نشانه‌های اختلالات شخصیت حدود ۴۸ درصد با افزایش علائم برونمود مرتبط است. بر اساس نتایج رگرسیون چندگانه اختلالات شخصیت مرزی، خودشیفته و منفعل توانایی پیش‌بینی گرایش به علائم را دارند، که نخستین یافته نشان داد اختلال شخصیت مرزی گرایش به رفتارهای قانون شکنانه را پیش‌بینی می‌کند. این یافته با نتایج تحقیق (کافمن و همکاران، ۲۰۱۷) از این نظر که به رابطه علائم اختلال شخصیت مرزی مادران در گرایش به مشکلات رفتاری پرداخته شده است، تا حدودی همسویی دارد. به نظر می‌رسد نوعی هم‌آیندی اختلالات شخصیت خوشه B بخصوص اختلالات شخصیت مرزی و نمایشی با مشکلات روان‌پزشکی مانند افسردگی‌های جدی، غم و اندوه، ناامیدی، اضطراب و نگرانی، بی‌قراری، اشکال در فهم مطالب و تمرکز، ناتوانی در کنترل رفتارهای پرخاشگرانه وجود داشته باشد (لینکس و اینم، ۲۰۱۳). در ویرایش چهارم راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی نیز تکانشی بودن ملاک چهارم اختلال شخصیت مرزی در نظر گرفته شده است که تکانشی بودن حداقل در دو زمینه (ولخرجی، بی بند و باری جنسی، سوء مصرف مواد و رانندگی بی‌پروا) می‌تواند به خود فرد و



اطرافیان آسیب برساند که همه این مشخصه‌ها می‌تواند زمینه‌ساز ابتلای فرزندان به رفتارهای تکانشی، پرخاشگرانه و قانون‌شکنانه باشد و از آنجایی که اختلال شخصیت مرزی بیشترین ارتباط را با رفتار پرخاشگرانه دارد (فرجی و همکاران، ۲۰۱۵) باید به نقش سرمشق‌گیری و تقلید کودکان بر اساس نظریه یادگیری-اجتماعی توجه کرد که فرزندان با الگو‌گیری از رفتار والدینشان همان رفتار تکرار می‌کنند و در نهایت آن رفتارها به صورت عادات نامطلوب رفتاری مبدل می‌شود.

دومین یافته پژوهش حاکی از آن بود که اختلال شخصیت خودشیفته می‌تواند رفتار پرخاشگری کودکان ۷-۱۲ ساله را پیش‌بینی کند ($p < 0.01$). مطالعاتی دال بر نقش اختلال شخصیت خودشیفته بر علائم بروننمود کودکان به‌طور خاص یافت نشد. در تبیین این یافته می‌توان گفت که افراد خودشیفته الگوی فراگیری از بزرگ‌منشی، نیاز به تحسین و فقدان همدلی، تمایل به تکانشی بودن و مستعد شکل‌هایی از پرخاشگری شامل فیزیکی، کلامی و خشونت هستند، آن‌ها انتظار دارند خواسته‌هایشان همواره آماده و فراهم باشد و در صورتی که دیگران موفق به تأیید خواسته‌های آن‌ها نمی‌شوند بسیار آزرده‌خاطر می‌گردند. این حق‌به‌جانبی و همراه با حساس نبودن به خواسته‌ها نیازهای دیگران به استعمار هشیار یا غیرعمدی دیگران منتهی می‌شود. افرادی که با افراد خودشیفته برخورد دارند سردی عاطفی و نداشتن تعامل متقابل را احساس می‌کنند. این ویژگی‌های افراد خودشیفته احتمال بروز رفتارهای پرخاشگرانه را در کودکانشان را فراهم می‌کند.

از سوی دیگر، اختلال شخصیت منفعل در گرایش به رفتار پرخاشگری پیش‌بینی کننده است. مطالعه‌ای دال بر پیش‌بینی اختلال شخصیت منفعل والدین در بروز علائم بروننمود کودکان، در بررسی مقالات یافت نشد. در تبیین این یافته می‌توان گفت که افراد مبتلابه اختلال شخصیت منفعل با تملق و خود ایثارگری خود را در موقعیت‌هایی قرار می‌دهند که مورد استعمار قرار گیرند. آن‌ها ناراحتی‌ها و شرمساری‌هایی را نقل می‌کنند که ظاهراً لایق آن‌ها بوده‌اند. این افراد به دیگران اجازه می‌دهند از آن‌ها بهره‌کشی کنند. افراد را مانند والد یا همان شخص صاحب قدرت بدون منطقی می‌داند که باید با او به ستیزه‌جویی و مخالفت پرداخت که باعث سوءاستفاده کودک از این خصیصه‌های والدین می‌شود. کودک احساس می‌کند که همه‌چیز را می‌دانند، نیازی به راهنمایی و مراقبت کسی ندارد، می‌تواند با زورگویی و پرخاشگری به هرآن چه که می‌خواهد برسد و آن را به مکان‌های دیگری نیز تعمیم می‌دهد. علاوه بر این وقتی کودک الگوی مقتدرانه از والدین ندارد تا در صورت نیاز از آن‌ها برای انجام برخی از کارها اجازه بگیرد موجب رفتارهای خلاف مقررات در خانه و به تبع آن مدرسه و در جامعه می‌شود.

در این یافته همچنین بین اختلالات شخصیت و علائم بروننمود کودکان رابطه مثبت وجود دارد که با یافته‌های (کافمن ۲۰۱۷) مبنی بر مشکلات رفتاری کودکان مادران افسرده، وسواسی که بالاترین امتیاز آسیب‌شناسی روانی را نشان می‌دهند نیز نتایج همسویی را نشان دادند. می‌توان گفت والدین با اختلالات شخصیت ممکن است کنترل هیجانات خود را در برخورد با فرزندانشان دشوار یابند همچنین مصرف مواد و الکل، افکار خودکشی، خود جرحی و خشونت خانگی و رفتارهای تکانشی والدین برای کودکان می‌تواند پریشانی و علائم بروننمود را موجب شود.

از یافته‌های دیگر این مطالعه آن بود که همدلی با هیچ‌کدام از علائم بروننمود رابطه معنی‌دار آماری نداشت این در حالی است که در مطالعه‌ای (فرنگتون و همکاران، ۲۰۱۷) به رابطه منفی همدلی و رفتار پرخاشگرانه اشاره شده است. و ارتباط تکانش‌گری والدین نیز با علائم بروننمود معنادار نبود این یافته با مطالعه (قمری و مجرد، ۲۰۱۶) که می‌توان با دوره‌های آموزشی کنترل تکانش‌گری دل‌بستگی ایمن را در کودکان ایجاد کرد و با مطالعه (سلدنس و همکاران، ۲۰۱۶) به دلیل پرداختن به ارتباط قوی بین تکانش‌گری والدین و تکانش‌گری کودکان و با مطالعه (بقایی و خلعتبری، ۲۰۱۰) که با استفاده از مقیاس تکانش‌گری بارات قبل و بعد از مداخله کنترل خشم والدین که بر تکانش‌گری والدین تأثیر نداشت، از نظر پرداختن به تکانش‌گری والدین، همسویی دارد. می‌توان گفت



دلیل این که در برخی از پژوهش‌ها تأثیر همدلی و تکانش گری بر یک رفتار نابهنجار کودک خاص معنی‌دار و در برخی معنی‌دار نیست شاید ناشی از تفاوت در نوع ابزار به کاررفته شده و شرایط جمع‌آوری داده‌ها و یا نوع آزمونی باشد که در تجزیه و تحلیل داده‌های این پژوهش مورد استفاده قرار گرفته است. با در نظر گرفتن فرزند پروری ناکارآمد، طرد، انضباط خشن، بی‌ثباتی شخصیتی والدین و اغلب غفلت والدین را می‌توان اشاره کرد که کودک را نمی‌پذیرند یا به او محبت نمی‌کنند و کودک احساس می‌کند شدیداً طرد شده است. به نظر می‌رسد جایگاه اجتماعی - اقتصادی پایین، محله‌های نامناسب، استرس و افسردگی والدین، احتمال گیرافتادن کودک در این چرخه را افزایش می‌دهند.

در مجموع می‌توان گفت: نشانگان اختلالات شخصیت مرزی، منفعل، خودشیفته والدین در ایجاد علائم برونمود فرزندانشان با دامنه سنی ۷-۱۲ سال نقش دارند و همچنین به‌طور کلی نقش اختلالات شخصیت در بروز علائم برونمود تأیید می‌شود که با آگاهی دادن به والدین برای مدنظر قراردادن این که چطور رفتارهای خاص اثرات منفی بر کودکان دارد و این که در لحظات دشوار به امنیت روانی و جسمی فرزندانشان توجه کنند و با اجتناب کردن از در معرض قراردادن فرزندانشان در وضعیت پریشان کننده، می‌تواند کمک کننده باشد.

از محدودیت‌های مطالعه حاضر، می‌توان به وقتگیر بودن پاسخ‌گویی به پرسشنامه‌ها، اجرا در یک فرهنگ خاص و در محدوده سنی کودکی اشاره نمود. در عین حال تنها در خانواده‌هایی که در آن کودکان با هر دو والدین زندگی می‌کردند صورت گرفت. و کیفیت تعامل والدین و کودک مورد ارزیابی واقع نشد، تنها بر استنادات والدین متمرکز بود. همچنین یکی از اختلالات شخصیت والدین به‌طور خاص مورد تحقیق واقع نشد. بنابراین پیشنهاد می‌شود پژوهش‌های بعدی در رفع این محدودیت‌ها تلاش کنند.



References

- Achenbach TM, Rescorla L. ASEBA school-age forms & profiles. Aseba Burlington, VT: University of Vermont research center for children, Int J Child Youth Family Stud; 2001. [\[link\]](#)
- Trenas AFR, Osuna MJP, Olivares RR, Cabrera JH. Relationship between parenting style and aggression in a Spanish children sample. Procedia Soc Behav Sci. 2013; 82(3): 529-36. [\[link\]](#)
- Han Y, Lee Y, Suh JH. Effects of a sandplay therapy program at a childcare center on children with externalizing behavioral problems. Arts Psychother. 2017; 52(1): 24-31. [\[link\]](#)
- Yunus FW, Liu KP, Bissett M, Penkala S. Sensory-based intervention for children with behavioral problems: a systematic review. J Autism Dev Disord. 2015; 45(11): 3565-79. [\[link\]](#)
- Sanders MR, Woolley M. The relationship between maternal self-efficacy and parenting practices: Implications for parent training. Child Care Health Dev. 2005; 31(1): 65-73. [\[link\]](#)
- Abraham E, Raz G, Zagoory-Sharon O, Feldman R. Empathy networks in the parental brain and their long-term effects on children's stress reactivity and behavior adaptation. Neuropsychologia. 2018; 116(1): 75-85. [\[link\]](#)
- Decety J, Michalska K. A neuroscience perspective on empathy and its development. Neural Circuit Development and Function in the Brain: Elsevier; 2013; 3: 379-93. [\[link\]](#)
- De Wied M, Gispen-de Wied C, van Boxtel A. Empathy dysfunction in children and adolescents with disruptive behavior disorders. Eur J Pharmacol. 2010; 626(1): 97-103. [\[link\]](#)
- Mohammad Aminzadeh D, Kazemian S, Esmaeily M, Asmari Y. Prediction of perceived empathy based on emotional schemas and resilience in mothers with physically-disabled children. Archives of Rehabilitation. 2017;18(2):142-53. [Persian]. [\[link\]](#)
- Jackson PL, Eugène F, Tremblay M-PB. Improving empathy in the care of pain patients. AJOB Neurosci. 2015; 6(3): 25-33. [\[link\]](#)
- Farrington DP, Gaffney H, Ttobi MM. Systematic reviews of explanatory risk factors for violence, offending, and delinquency. Aggress Violent Behav. 2017; 33: 24-36. [\[link\]](#)
- Douglas J. Behavioral problems in children. Yasaei M. (Persian translator). Tehran; Markaze Nashr Publ; 1995, p:38 [Persian] [\[link\]](#)
- Biederman J, Petty C, Hirshfeld-Becker DR, Henin A, Faraone SV, Dang D, et al. A controlled longitudinal 5-year follow-up study of children at high and low risk for panic disorder and major depression. Psychol Med. 2006; 36(8): 1141-52. [\[link\]](#)



- Steinhausen H C, Göllner J, Brandeis D, Müller U C, L V. Psychopathology and Personality in Parents of Children With ADHD. *J Atten Disord*. 2013; 17(1): 38-46. [\[link\]](#)
- Mousavi SM, Ahmadi MA. Comparative Survey on Children Behavior Problems from Obsessive Compulsive and Healthy Mothers. *Journal of Mazandaran University of Medical Sciences*. 2012; 21(86): 94-9. [Persian]. [\[link\]](#)
- Kaufman EA, Puzia ME Mead HK, Crowell SE, McEachern A, Beauchaine T P. Children S. Emotion regulation difficulties mediate the association between maternal borderline and antisocial symptoms and youth behavior problems over 1 year. *J Pers Disord*. 2017; 31(2): 170-92. [\[link\]](#)
- Moosavi SM, Ahmadi M. Behavioral disorders in children with major depressive mothers. *Journal of Gorgan University of Medical Sciences*. 2012; 14(3): 115-120. [Persian]. [\[link\]](#)
- Caswell AJ, Bond R, Duka T, Morgan MJ. Further evidence of the heterogeneous nature of impulsivity. *Pers Individ Dif*. 2015; 76: 68-74. [\[link\]](#)
- Ghamari-Givi H, Mojarrad A. Prediction of Tendency to Addiction Using Attachment Style and Impulsivity. *Journal of Health and Care*. 2016; 18(1): 17-27. [Persian]. [\[link\]](#)
- Baghaie Lakeh M, Khalatbari J. Efficacy of anger management teaching on anger self-regulation and impulsivity in mothers of elementary school boy students in Rasht. *Journal of Holistic Nursing And Midwifery*. 2010; 20(1): 1-9. [Persian]. [\[link\]](#)
- Amiri S, Naseri Tamrin K. The role of cognitive emotion regulation strategies, impulsivity and extraversion in the tendency of the internet addiction in the students of Urmia University, in 2014. *Pajouhan Scientific Journal*. 2015; 14(1): 1-11. [Persian]. [\[link\]](#)
- Sleddens EF, Gill A, Kok G, Kremers SP. Associations between parental impulsivity and child body mass index. *Springerplus*. 2016; 5(1): 1422. [\[link\]](#)
- Millon T, Davis R, Millon C. *MCMII-III manual*. Minneapolis, MN: National Computer Systems. Inc Google Scholar; 1994. [\[link\]](#)
- Chegin M, Delavar A, Garrayi B. Psychometric Characteristics of Millon Clinical Multiaxial Inventory-III. *Journal of Modern Psychological Researches*. 2013; 8(29): 135-62. [Persian]. [\[link\]](#)
- Rescorla LA. Assessment of young children using the Achenbach System of Empirically Based Assessment (ASEBA). *Mental retardation and developmental disabilities research reviews*. 2005; 11(3): 226-37. [\[link\]](#)
- Achenbach TM, Rescorla L. *Multicultural understanding of child and adolescent psychopathology: implications for mental health assessment*. New York: Guilford Press. 2007, pp: 57-59. [\[link\]](#)
- Vaillancourt T, Haltigan JD, Smith I, Zwaigenbaum L, Szatmari P, Fombonne E, et al. Joint trajectories of internalizing and externalizing problems in preschool children with autism spectrum disorder. *Dev Psychopathol*. 2017; 29(1): 203-14. [\[link\]](#)



- Yazdkhasti F, Oreyzi H. Standardization of Child, Parent and Teacher's Forms of Child Behavior Checklist in the City of Isfahan. Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology. 2011; 17(1): 60-70. [Persian]. [\[link\]](#)
- Patton JH, Stanford MS, Barratt ES. Factor structure of the Barratt impulsiveness scale. J Ment Health Clin Psychol. 1995; 51(6): 768-74. [\[link\]](#)
- Ekhtiari H, Rezvanfard M, Mokri A. Impulsivity and its different assessment tools: A review of view points and conducted researches. Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology, 2008; 14(3), 247-257. [Persian]. [\[link\]](#)
- Narimani M. The effectiveness of impulse control training on emotional processing, impulsivity and distractibility students with dyscalculia. International Journal of High Risk Behaviors and Addiction. 2013; 2(2): 51-58. [Persian]. [\[link\]](#)
- Davis MH, Luce C, Kraus SJ. The heritability of characteristics associated with dispositional empathy. Int J Personal Psychol. 1994; 62(3): 369-91. [\[link\]](#)
- Khodabakhsh M, Mansori P. Relationship of Forgiveness and Empathy Among Medical and Nursing Students. Quarterly of Horizon of Medical Sciences. 2012; 18(2):45-54. [Persian]. [\[link\]](#)
- Links P, Eynan R. The relationship between personality disorders and axis I psychopathology: deconstructing comorbidity. Annu Rev Clin Psychol. 2013; 9: 529-54. [\[link\]](#)
- Association AP. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 4th ed. Washington: American Psychiatric Association; 1994. [\[link\]](#)
- Faraji F, Sohraby A, Rezaei F, Kazem M, Atef V. Studying the personality disorders and clinical signs in aggression attempter in the Public Places of sanandaj city. Shenakht Journal of Psychology and Psychiatry. 2015; 1(3): 90-102. [Persian]. [\[link\]](#)



The Role of Empathy, Personality Disorder Syndrome and Parents' Impulsivity in Predicting the Symptoms of Externalizing

Zainab Babadi Akasheh^۱, Mehran Soleymani^۲

Abstract

Background and Purpose: Because of limited studies on some of the factors such as empathy, personality disorder syndrome and parents' impulsivity in the development of symptoms of children's externalizing, the present study aims at identifying the role of empathy, personality disorders and Impulsivity parents in predicting the symptoms of 7-12 years old children's externalizing. **Method:** The present study was a descriptive study of correlational studies. 100 students (68 boys, 32 girls) from Shahreza in Isfahan province primary school students were selected by cluster random sampling. Student parents were asked to complete Millon Clinical Multiaxial Inventory (Millon, 1994), Davis Empathy Questionnaire (Davis, 1983), Barrat Impulsivity (Barrat, 1959) and Child Behavior Checklist 6-18 year old children (Achenbach & Rescorla, 2001). Data analysis using correlation coefficient and multiple regression analysis stepwise. **Results:** The results showed that there was a significant relationship between personality disorder ($r=0.477$) and externalizing, In contrast, there was no significant relationship between empathy and impulsivity ($p < 0.01$). In addition, the results of multivariate regression showed that personality disorders (borderline, Narcissistic and passive) of parents could predict the tendency toward the symptoms of externalizing, but empathy and impulsivity were not predictive of the tendency toward the symptoms of externalizing. Overall components were able to explain 22.9% of the variance of the symptoms of children's externalizing. **Conclusion:** the role of personality disorder syndromes (Borderline, Narcissistic, Passive) the tendency toward the externalizing symptoms is confirmed. Criteria for severe personality disorders directly refer to an inability to adequately control anger or high levels of aggression. Therefore, in the field of interventions and the evaluation of the factors affecting the externalizing symptoms of children, attention is also drawn to the role of parental personality disorder symptoms externalizing.

Keywords: Personality Disorders, Impulsivity, Empathy, External Symptoms

¹ M.A. in Psychology, Faculty of Humanities, Azarbaijan Shahid Madani University, Tabriz, Iran

² Associate Professor, Faculty of Humanities, Azarbaijan Shahid Madani University, Tabriz, Iran