

علائم اختلال شخصیت در میان دختران جوان

طاهره امامی، مریم فاتحی‌زاده، بهمن نجاریان

چکیده: هدف از این مقاله ارائه یافته‌های یک پژوهش در مورد میزان شیوع و تنوع علائم اختلالات شخصیت شامل سه اختلال اسکیزوتیپید، اسکیزوتایپال و پارانوئید در بین دانش‌آموزان دختر دوره متوسطه است که با استفاده از روش تحقیق زمینه‌یابی از نوع اپیدمیولوژیک (همه‌گیرشناسی) انجام شده است. جامعه آماری شامل کلیه دانش‌آموزان دختر پایه‌های سه‌گانه دوره متوسطه در نواحی پنج‌گانه آموزش و پرورش اصفهان و ابزار تحقیق، پرسش‌نامه چندمحوری میلون-۲ است که در ایران پایایی و اعتبار بالایی دارد. یافته‌های تحقیق نشان می‌دهد که شیوع کلی علائم اختلالات جدی شخصیت در بین دانش‌آموزان دختر دوره متوسطه بیش از ۱۷ درصد است که در این میان، میزان شیوع علائم اختلال جدی شخصیت پارانوئید ۴/۴ درصد، اسکیزوتیپید ۰/۲۳ درصد و اسکیزوتایپال ۰/۳ درصد است. این آمار مربوط به افرادی است که علائم جدی اختلال دارند. گروه دوم افرادی هستند که در صورت فراهم شدن عوامل زمینه‌ساز، احتمالاً آمادگی زیادی برای ابتلا به اختلال شخصیت دارند. بیش از ۳۶ درصد دانش‌آموزان دختر در این گروه قرار می‌گیرند که در ۳/۹ درصد آنها ابتلا به اختلال شخصیت پارانوئید، ۱/۲۳ درصد اسکیزوتیپید و ۱/۱۵ درصد اسکیزوتایپال مشخص شد.

واژه‌های کلیدی: اختلال، اسکیزوتایپال، اسکیزوتیپید، اصفهان، پارانوئید، دختران، شخصیت

مقدمه

شخصیت عبارت است از الگوی منحصر به فرد و دائمی تجارب درونی و رفتار بیرونی که ویژگی خاص هر فرد است. اکثر افراد به طور نسبتاً قابل پیش‌بینی و منحصر به فردی به پدیده‌ها واکنش نشان می‌دهند، ولی در عین حال نوعی انعطاف‌پذیری سازگارانه و ویژه دارند. شخصیت ما ثابت و ایستا نیست. ما از تجارب گذشته درس می‌گیریم و سعی می‌کنیم در موقعیت‌های مختلف، پاسخ‌های مختلف و متنوعی نشان دهیم تا بتوانیم به خوبی از عهده کارها برآییم. این یادگیری و انطباق چیزی است که

مبتلایان به اختلال شخصیت غالباً از عهده آن بر نمی‌آیند (کامر^۱، ۱۹۹۹: ۴۳۲).

اختلال شخصیت یک الگوی فراگیر (نافذ)، بادوام و غیرقابل انعطاف از تجارب درونی و رفتار بیرونی است که به طرز مشخصی با انتظارات فرهنگی از فرد تفاوت دارد و به درماندگی یا اختلال منجر می‌شود. طیف محدود تجارب و پاسخ‌های مبتلایان به این اختلالات اغلب منجر به بروز مشکلات روان‌شناختی، اجتماعی یا شغلی می‌شود. این اختلالات معمولاً در نوجوانی یا آغاز بزرگسالی آغاز می‌شوند (یا حداقل در این سنین قابل تشخیص‌اند)، گرچه در بعضی موارد نیز اختلال در دوران کودکی شروع می‌شود. اختلال شخصیت، و درماندگی و مشکلات ناشی از آن، مادام‌العمر دامنگیر فرد می‌شود، ولی انواع آن از نظر میزان فروپاشی زندگی فرد متفاوت است. با این حال، اختلال چه خفیف باشد و چه شدید، تمام جنبه‌های وجود فرد را متأثر می‌کند. درمان این اختلالات از دشوارترین انواع درمان‌های اختلالات روان‌شناختی است. تخمین زده می‌شود که شیوع اختلالات شخصیت در بین بزرگسالان ۴ تا ۱۵ درصد باشد (زیمرمان^۲ و کوری‌یل^۳، ۱۹۸۹: ۲۲۵، به نقل از: انجمن روان‌پزشکی آمریکا^۴، ۱۹۹۴: ۴۳۲).

اختلالات شخصیت از مهم‌ترین مشکلات اجتماعی و پزشکی است. روان‌پزشکان، متخصصان بهداشت روان، جامعه‌شناسان، مسئولان بهداشت عمومی، سیاستمداران، صاحبان مشاغل خیریه، رهبران جامعه، تحلیلگران خبری و ... به این اختلالات توجه جدی نشان داده‌اند. شیوع این اختلالات در جمعیت عادی بین ۱۱ تا ۲۳ درصد تخمین زده شده که رقمی هشداردهنده است، یعنی از هر ۴ تا ۱۰ نفر از آشنایان و همسایگان ما، بدون توجه به وضعیت اقتصادی/ اجتماعی یا محل زندگی آنها، یک نفر مبتلا به اختلال شخصیت است. این افراد در توان کار کردن و عشق‌ورزی و دوستی دچار مشکلات مزمن هستند، معمولاً سطح تحصیلات پایین‌تری دارند، مجردند، اعتیاد به دارو دارند و مبتلا به ناهنجاری‌های جنسی‌اند. آنان مشکلات زناشویی و خانوادگی دارند و غیرشاغل هستند (استخدام نمی‌شوند). بسیاری از جرایم شدید و خفیف را این بیماران صورت می‌دهند و بسیاری از زندانیان، مبتلا به نوعی اختلال شخصیت هستند (سادوک^۵ و سادوک، ۲۰۰۰: ۱۷۲۳).

چهارمین ویرایش راهنمای آماری و تشخیصی اختلالات روانی^۶ بین اختلالات محور I (اختلالات مختلفی که ممکن است در مراحل خاصی از زندگی پدیدار شوند و از بین بروند) و اختلالات محور II (اختلالات پایداری که معمولاً قبل از بزرگسالی شروع می‌شوند و به شکل ثابتی در طول زندگی فرد باقی می‌مانند) تفاوت قائل شده است. اختلالات شخصیت، اختلالات محور II هستند که برخلاف اکثر

1. Commer
2. Zimmerman
3. Coryell
4. APA
5. Sadock
6. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 4th edition (DSM-IV)

علائم اختلال شخصیت در میان دختران جوان ۱۰۵

سندروم‌های بالینی محور I، معمولاً دورهٔ بهبود مشخصی ندارند و از نظر شدت بیماری یا بهبود آن در طول زمان تغییر خاصی نشان نمی‌دهند. فرد مبتلا به اختلال شخصیت اغلب به یکی از اختلالات روانی (محور I) نیز مبتلاست (فلیک^۱ و همکاران، ۱۹۹۳: ۷۲).

حدود نیمی از کل بیماران روان‌پزشکی، مبتلا به اختلال شخصیت‌اند و معمولاً این اختلال با اختلالی از محور I همراه است. فاکتورهای شخصیتی بیمار، با تداخل با پاسخ او به درمان کلیهٔ سندروم‌های محور I، وضعیت بی‌کفایتی شخصی بیمار را تشدید می‌کند و احتمال مرگ او را افزایش می‌دهد. به‌علاوه، اختلال شخصیت عاملی مستعدکننده و زمینه‌ساز برای بسیاری از اختلالات روان‌پزشکی دیگر مثل سوء مصرف مواد مخدر، خودکشی، اختلالات خلقی، کنترل تکانه، زیاده‌خوری و اضطراب است (سادوک و سادوک، ۲۰۰۰).

انجمن روان‌پزشکی آمریکا ۱۰ نوع اختلال شخصیت تعریف کرده و آنها را در ۳ طبقه قرار می‌دهد. طبقهٔ اول با رفتار «عجیب و غریب» مشخص شده و مرکب از اختلالات شخصیت پارانوئید، اسکیزوئید و اسکیزوتایپال است. طبقهٔ دوم، که با رفتار «هیجانی و نمایشی» مشخص شده، مرکب از اختلالات شخصیت ضداجتماعی، نمایشی، مرزی و خودشیفته است. طبقهٔ سوم، که با رفتار «اضطرابی» مشخص می‌شود، شامل اختلالات شخصیت اجتنابی، وابسته و وسواسی/جبری است.

بررسی‌های اختلالات شخصیت نشان می‌دهد که علائم و نشانه‌های هر یک از این ۱۰ اختلال با یکدیگر همپوشی فراوان دارند. بنابراین، تمایز قائل شدن بین آنها دشوار است (زیمران، ۱۹۹۴: ۲۲۹). حتی تشخیص این اختلالات برای متخصصان هم دشوار است و در بسیاری از موارد، برای یک فرد بیش از یک اختلال مشخص می‌کنند (دولن^۲ و نورتن^۳، ۱۹۹۵: ۱۰۷).

اختلالات شخصیتی طبقهٔ اول

اختلال شخصیت پارانوئید

علائم برجستهٔ اختلال شخصیت پارانوئید گرایش فراگیر به بدبینی و بی‌اعتمادی نسبت به دیگران و تعبیر و تفسیر اعمال و رفتار دیگران به عنوان چیزی شیطانی، بدخواهانه، تهدیدکننده یا گول‌زننده است. اغلب علائم خفیف‌اند، اما این اختلال معمولاً ایجادکنندهٔ مشکلات شغلی و اجتماعی است.

افراد مبتلا به اختلال شخصیت پارانوئید یک الگوی بی‌اعتمادی و بدبینی فراگیر نسبت به دیگران از خود نشان می‌دهند (انجمن روان‌پزشکی آمریکا، ۱۹۹۴: ۴۳۴). این افراد به علت بدبینی و ترس از اینکه هرکسی ممکن است قصد صدمه رساندن به آنها را داشته باشد، از برقراری روابط نزدیک با دیگران

1. Flick
2. Dolan
3. Norton

خودداری می‌کنند و برعکس، به نظرها و توانایی‌های خود اعتماد و اتکای بیش از اندازه دارند. در این اختلال، فرد همواره پیش‌بینی می‌کند که طعمه یک دام قرار گرفته یا استثمار می‌شود و در همه چیز معانی نهفته با ماهیتی تحقیرکننده می‌یابد. بنابراین، همیشه گوش به زنگ، هوشیار و محتاط است و به سرعت به تهدید ادراک شده پاسخ می‌دهد.

در یک مطالعه، از آزمودنی‌ها خواسته شد تا در مقابل رفتار دیگران نقشی را بازی کنند. دیده شد که آزمودنی‌های پارانوئید بیش از آزمودنی‌های غیرپارانوئید (گروه کنترل) اعمال و واکنش‌های مبهم دیگران را بازتابی از مقاصد خصمانه آنها تفسیر می‌کردند و در نتیجه، واکنش خشم‌آلود از خود نشان می‌دادند (دولن و نورتن، ۱۹۹۵).

مبتلایان به اختلال شخصیت پارانوئید با شک و احتیاط به هر نوع رابطه‌ای نزدیک می‌شوند، به سرعت نسبت به صداقت، وفاداری و اعتماد آشنایانشان تردید می‌کنند و خود را سرد و دور نگه می‌دارند. به اعتماد کردن به دیگران بی‌ رغبت‌اند چون می‌ترسند آسیبی به آنها برسد. این سوءظن بی‌دلیل در مثال کلاسیک شوهر پارانوئید به خوبی دیده می‌شود، شوهری که بدون هیچ توجیه منطقی دائماً به وفاداری همسرش مشکوک است. بدگمانی و سوءظن در افراد مبتلا به اختلال شخصیت پارانوئید، برخلاف مبتلایان به اسکیزوفرنی پارانوئید و اختلال هذیانی، معمولاً ماهیت هذیانی ندارند، یعنی افکار و تصورات آنها آنقدر نامأنوس نیست که دور از واقعیت به نظر برسد.

افراد پارانوئید از ضعف و اشتباهات دیگران، به‌خصوص در موقعیت‌های شغلی، انتقاد می‌کنند، اما خود را سرزنش‌کننده و انتقادگر نمی‌دانند و برعکس، نسبت به انتقاد دیگران فوق‌العاده حساس‌اند. این افراد نمی‌توانند اشتباهات خود را بشناسند؛ بنابراین، دیگران را برای اشتباهات خود یا حالت ناخشنودی دائمی که احساس می‌کنند مورد سرزنش قرار می‌دهند و سرزنش آنها خشک، غیرمنعطف و ظاهراً منطقی است (وایان^۱، ۱۹۹۴) که این امر همیشه موجب کینه و نفرت می‌شود. میزان شیوع این اختلال ۰/۵۴ تا ۲/۵ درصد در کل جمعیت گزارش شده است.

اختلال شخصیت اسکیزوئید

علائم برجسته اختلال شخصیت اسکیزوئید عبارت‌اند از الگوی فراگیر انزوای اجتماعی و دامنه محدود بروز هیجان‌ات در موقعیت‌های بین فردی. این افراد غالباً مشکلات حادی در برقراری روابط اجتماعی و مشارکت بین فردی دارند. انزوای اجتماعی گاه تأثیرات مثبتی در عملکرد کلی فرد دارد. افراد مبتلا به اختلال شخصیت اسکیزوئید، همانند مبتلایان به اختلال شخصیت پارانوئید، روابط و دلبستگی نزدیکی با دیگران ندارند، ولی علت اجتناب آنها از برخوردهای اجتماعی سوءظن نسبت به دیگران نیست، بلکه

1. Vaillant

خالصانه ترجیح می‌دهند تنها باشند.

مبتلایان به این اختلال دو الگوی جدایی (گسستگی) از روابط اجتماعی و طیف محدود ابراز عواطف هیجانی را از خود نشان می‌دهند (انجمن روان‌پزشکی آمریکا، ۱۹۹۴: ۴۳۶). دیگران افراد اسکیزوئید را اغلب افرادی تنها می‌دانند. آنان نسبت به شروع دوستی و آشنایی و تداوم آن بی‌رغبت‌اند. علاقه کمی به برقراری ارتباطات جنسی دارند و حتی به نظر می‌رسد نسبت به خانواده‌شان هم بی‌اعتنا هستند. این افراد معمولاً شغلی را جستجو می‌کنند که در آن حداقل تماس با دیگران وجود داشته باشد یا مستلزم هیچ تماسی با دیگران نباشد. اگر برقراری ارتباط ضروری باشد، می‌توانند روابط ثابتی در محدوده شغل خود با همکارانشان داشته باشند، اما باز ترجیح می‌دهند که مدتی از روز را به تنهایی کار کنند. آنها معمولاً در تنهایی به خوبی زندگی می‌کنند و از تعامل اجتماعی پرهیز دارند. در نتیجه، مهارت‌های اجتماعی‌شان تا حدودی محدود می‌شود. تعامل محدود بیماران اسکیزوئید منعکس‌کننده طیف محدود هیجان‌ات آنها نیز هست. این افراد مجذوب خود هستند و معمولاً پاداش یا انتقاد اثری بر آنها نمی‌گذارد. آنان به ندرت احساساتشان را نشان می‌دهند. شادی و خشمی ابراز نمی‌کنند و به نظر می‌رسد هیچ نیازی به توجه یا پذیرش دیگران ندارند. اطرافیان آنها را سرد، فاقد شوخ‌طبعی و ملال‌آور می‌دانند. این افراد در فراموش شدن و به چشم نیامدن بسیار موفق‌اند. میزان شیوع این اختلال تا ۷/۵ درصد در کل جمعیت گزارش و معمولاً در جنس مذکر تشخیص داده شده است (سادوک و سادوک، ۲۰۰۰: ۱۷۴۳).

اختلال شخصیت اسکیزوتایپال

علائم برجسته این اختلال عبارت‌اند از ناراحتی فراگیر از برقراری ارتباط نزدیک و نیز تحریفات شناختی و ادراکی و رفتار عجیب و غریب (نه در حد اسکیزوفرنی). بیماران مبتلا به این اختلال معمولاً دچار مشکلات شغلی و اجتماعی می‌شوند. اختلال شخصیت اسکیزوتایپال به قدری شدید است که مبتلایان به آن در تمام تعاملات خود مشکلات بسیار زیادی دارند. این افراد در روابط با دیگران از خود الگوی نقص بین فردی نشان می‌دهند که با ناراحتی حاد در ارتباطات نزدیک، اختلالات شناختی یا ادراکی و رفتار نامتعارف و غیرعادی مشخص می‌شود (انجمن روان‌پزشکی آمریکا، ۱۹۹۴: ۴۳۷).

بیماران اسکیزوتایپال انزواطلب هستند و در حضور دیگران اضطراب قابل توجهی دارند. تعداد دوستان نزدیک و خارج از حیطه آشنایان نزدیک آنها علی‌القاعده کم است. بنابراین، تعجبی ندارد که بسیاری از آنها به شدت احساس تنهایی می‌کنند.

وجه تمایز این اختلال از اختلالات شخصیت پارانوئید و اسکیزوئید در ماهیت و میزان تحریفات شناختی و شباهت‌های رفتاری مبتلایان به آن است. مثلاً این بیماران هم، مانند بیماران پارانوئید، نسبت به انگیزه‌های دیگران بسیار بدبین‌اند اما علاوه بر آن، شباهت فکری زیادی هم نشان می‌دهند. مثلاً ممکن است معتقد باشند که حوادث نامربوط به طریقی به آنها ارتباط دارد و نیز ممکن است تجارب ادراکی

غیرمعمول مانند خطاهای حسی جسمانی داشته باشند، مثل حس یک نیرو یا یک وجود خارجی. بعضی از آنان در خود توانایی فراحسی می‌یابند و برخی معتقدند که تسلط سحرآمیز (جادویی) بر دیگران دارند. افراد اسکیزوتایپال ممکن است رفتارهای نامتعارف و غریبی از خود نشان دهند، مثل صاف کردن مکرر برچسب قوطی کنسرو، داشتن کمد (صندوق) خصوصی، یا استفاده از لباس و لوازم عجیب و غریب. به علاوه، ممکن است هیجان‌ات آنها نامناسب، سطحی، با بی‌اعتنایی و بی‌مزه باشد.

بیماران اسکیزوتایپال اغلب در تمرکز کردن مشکلات زیادی دارند (لزن‌ورگر^۱، ۱۹۹۱، به نقل از: انجمن روان‌پزشکی آمریکا، ۱۹۹۴: ۴۳۷) و این مسئله یکی از مهم‌ترین وجوه افتراق این بیماران است، یعنی «گفتاری که از موضوع اصلی پرت می‌شود»^۲. سخنان این افراد مبهم است و عبارات (جملات) نامناسبی می‌سازند. اغلب پیگیری رشته افکارشان دشوار است. در یک مطالعه مشخص شد که کودکان اسکیزوتایپال، در مقایسه با گروه کنترل، تداعی‌های گسیخته‌تر (فروپاشی بیشتر تداعی) و مشکلات گفتاری بیشتری دارند (کپلان^۳، ۱۹۹۰، به نقل از: انجمن روان‌پزشکی آمریکا، ۱۹۹۴: ۴۳۷).

اگرچه این نشانه‌ها به وضوح شبیه نشانه‌های بیماران اسکیزوفرن است، اما به ندرت حاد است و فرد جدایی کامل از واقعیت ندارد. برخی بیماران اسکیزوتایپال خلاقیت چشمگیری از خود نشان می‌دهند که شاید علت آن تمرینات ادراکی و تفکر جادویی‌شان باشد (شولدربرگ^۴، ۱۹۹۸، به نقل از: انجمن روان‌پزشکی آمریکا، ۱۹۹۴: ۴۳۷). با این حال، جهت‌گیری کلی بیماران اسکیزوتایپال این است که بی‌هدف پیش بروند، مشاغل سطح پائینی داشته باشند و زندگی بیهوده و بی‌ثمری را ادامه دهند (میلون^۵، ۱۹۹۰ الف: ۴۳۷). دوره‌های سایکوتیک گذرا ممکن است این اختلال را، خصوصاً هنگام مواجهه با استرس، پیچیده کند. علائم گاهی آنقدر بارز می‌شوند که ممکن است ملاک‌های اختلال اسکیزوفرنیفرم شامل حال این افراد نیز بشود. میزان شیوع این نوع از اختلالات ۳ درصد در کل جمعیت گزارش شده است. گزارش‌های قبل حاکی از میزان شیوع بین ۲ تا ۶ درصد است. این اختلال غالباً در جنس مؤنث با سندرم X شکننده تشخیص داده می‌شود (سادوک و سادوک، ۲۰۰۰: ۱۷۴۴).

سؤالی که همواره در زمینه اختلالات شخصیت مطرح بوده این است که آیا این اختلالات در سنین پایین هم بروز می‌کند و در این صورت، آیا قابل تشخیص و درمان است؟ در آخرین ویرایش راهنمای آماری و تشخیصی اختلالات روانی تصریح شده که اختلالات شخصیت معمولاً از کودکی و نوجوانی آغاز می‌شود و در صورتی که آشفتگی شخصیتی پایدار و فراگیر باشد و به مرحله رشدی خاصی هم محدود نباشد، می‌توان این اختلالات را در نوجوانان تشخیص داد (انجمن روان‌پزشکی آمریکا،

1. Lenzenweger
2. digressive speech
3. Caplan
4. Schuldberg
5. Millon

۱۹۹۴: ۱۲۸).

کورن بلوم^۱ و همکاران (۱۹۹۰)، به نقل از: انجمن روان‌پزشکی امریکا، ۱۹۹۴: ۱۲۸)، در مطالعه طولی نوجوانان تورنتو^۲، ملاک‌هایی را برای سنجش و ارزیابی ۷۲ شرکت‌کننده در سنین ۱۳، ۱۶ و ۱۸ سال به کار برده‌اند. محققان مذکور پی بردند که اختلال‌های شخصیتی در نوجوانان با سطوح بالایی از نابسامانی و آشفتگی روانی رابطه دارد. برنستاین^۳ و همکاران (۱۹۹۳)، به نقل از جانسون^۴ و همکاران، ۱۹۹۵: ۱۴۰۶)، برای نشان دادن اینکه نوجوانان مبتلا به اختلال‌های شخصیت دچار آشفتگی اجتماعی، مشکلات تحصیلی، برخورد با پلیس و مشکلات کاری بیشتری هستند، از یک نمونه بزرگ استفاده کردند و نتایجی مشابه نتایج کورن بلوم و همکاران بدست آوردند. مروری بر پژوهش‌های سال‌های اخیر نشان می‌دهد که تحقیق درباره اختلال‌های شخصیتی نوجوانان با استفاده از نمونه‌های بالینی افزایش یافته است (جانسون و همکاران، ۱۹۹۵: ۱۴۰۶). البته بسیاری از این تحقیقات به طور وسیع بر اختلال شخصیت مرزی (مانند ویکسم^۵ و همکاران، ۱۹۹۳) متمرکز بوده‌اند یا اختلال‌های شخصیت را در جایگاه ثانویه نسبت به اختلال‌های دیگر بررسی کرده‌اند (برکت^۶ و مایرز^۷، ۱۹۹۵: ۷۳؛ وستن^۸ و سیور^۹، ۱۹۹۳). این مطالعات نشان داد که اختلال‌های شخصیت در نوجوانی با سطوح بالایی از افسردگی، خشم، تجزیه‌شدگی، تحریف‌های شناختی، خودپنداره ضعیف، خودکشی کامل یا قصد خودکشی، پاسخ ضعیف به درمان، صفات شخصیتی مانند هیجان‌خواهی و پرخاشگری، روان‌رنجورخویی، اعتماد به نفس پایین و ناامیدی همراه است. مطالعات یادشده همچنین نشان داده که اختلال‌های شخصیتی در نوجوانی، از نظر وقوع و از نظر رخداد طبق الگوی خانوادگی، با رخداد و الگوهای خانوادگی در بزرگسالان مشابه است. پژوهشگرانی که به این نتایج دست یافته‌اند، بر پایه همین یافته‌ها معتقدند که می‌توان اختلال شخصیت را در نوجوانی تشخیص داد و در عین حال می‌توان بر اعتبار تشخیصی ملاک‌ها نیز تکیه کرد (لوی^{۱۰} و همکاران، ۱۹۹۹: ۱۵۲۲).

هدف پژوهش حاضر بررسی این مسئله است که آیا علائم اختلالات شخصیت طبقه اول، شامل اختلالات شخصیت پارانویید، اسکیزوتایپال و اسکیزوتایپال، در بین دانش‌آموزان دختر شهر اصفهان وجود دارد یا نه و در صورت وجود، فراوانی هر یک چقدر است.

1. Korenblum
2. Toronto Adolescents Longitudinal Study
3. Bernsteine
4. Johnson
5. Wixom
6. Burket
7. Myers
8. Weston
9. Siever
10. Levy

روش پژوهش

روش پژوهش حاضر، روش زمینه‌یابی از نوع همه‌گیرشناسی (اپیدمیولوژیک) است. در این دسته از پژوهش‌ها، اهداف متعددی از قبیل توصیف، تبیین و کشف پدیده‌های روانی و اجتماعی وجود دارد. همین‌طور در بسیاری از موارد، در بررسی میزان شیوع و تنوع پدیده‌های روانی و اجتماعی از این روش استفاده می‌شود (کرلینجر، ۱۳۸۰).

جامعه آماری پژوهش حاضر شامل تمامی دانش‌آموزان دختر پایه‌های سه‌گانه دوره متوسطه در نواحی پنج‌گانه آموزش و پرورش شهر اصفهان در سال تحصیلی ۸۱ است. در این مطالعه، حجم نمونه بزرگی انتخاب شد تا شیوع کلیه اختلالات شخصیت، که در برخی از موارد به دهم درصد می‌رسد، زیر پوشش قرار گیرد و نتیجه‌ای نسبتاً منطقی به دست آید. حجم نمونه‌ای برابر با ۱۴۰۰ نفر دانش‌آموز به شیوه تصادفی مرحله‌ای از ۷۵ دبیرستان موجود در شهر اصفهان انتخاب شد. میانگین سن آزمودنی‌ها ۱۶ سال با حداقل ۱۴ و حداکثر ۱۸ سال بود.

ابزارهای به کار رفته در این پژوهش عبارت‌اند از: پرسشنامه بالینی چندمحوری میلون^۱، مصاحبه با ساختار براساس معیارهای DSM-IV همراه با اطلاعاتی درباره پرسشنامه ویژگی‌های فردی/ خانوادگی. پرسشنامه بالینی چندمحوری میلون ۲- را تئودور میلون، روان‌شناس بالینی و شخصیت، در ۱۹۷۷ تهیه کرد و صورت تجدیدنظر شده آن در ۱۹۸۷ منتشر شد. این پرسشنامه شامل ۲۲ مقیاس در سه گروه: الف) مقیاس‌های شخصیتی، ب) الگوهای بیمارگونه شخصیت و ج) نشانگان‌های بالینی است. نتیجه‌گیری نهایی این بود که آزمون میلون، هم در صورت اصلی و هم در صورت هنجاریابی شده ایرانی، از اعتبار بسیار خوبی برخوردار است (خواجهموگهی، ۱۳۷۳). مصاحبه با ۳۰ دانش‌آموز که براساس پرسشنامه میلون سالم تشخیص داده شده بودند و ۳۰ دانش‌آموز که دارای علائم اختلالات شخصیت بودند، اجرا شد و نتایج آن به عنوان مکمل قسمت اول پژوهش به کار گرفته شد و نتایج به دست آمده از پژوهش روی ۱۴۰۰ نمونه اولیه و ۶۰ نمونه بعدی تجزیه و تحلیل شد.

نتایج تحقیق

در این بخش، نتایج حاصل از اجرای پژوهش به تفکیک ارائه می‌شود. در این پژوهش، دخترانی که در آزمون میلون نمره آنها بین ۷۴-۸۵ بود به عنوان افراد دارای صفات اختلال شخصیت با احتمال بسیار بالایی مبتلا به اختلال شخصیت در صورت فراهم شدن زمینه مساعد در نظر گرفته شدند. از کل جمعیتی که نمونه‌گیری در آن انجام شد، ۳۶/۷ درصد دختران دارای صفات اختلال شخصیت بودند و تنها ۱۷/۲ درصد آنها علائمی از اختلال جدی را نشان دادند و ۴۶/۱ درصد افراد ظاهراً سالم به نظر رسیدند.

1. Millon Multiaxial Questionnaire (MCMI-II)

علائم اختلال شخصیت در میان دختران جوان ۱۱۱

۱. تنوع و شیوع علائم اختلال شخصیت ده‌گانه در بین دانش‌آموزان دختر دوره متوسطه شهر اصفهان به شرح جدول زیر است:

جدول ۱. توزیع فراوانی دختران سالم و دارای علائم اختلال و اختلال جدی برحسب نمرات آزمون میلون

توزیع فراوانی		نتایج
درصد فراوانی	فراوانی	
۴۶/۱	۵۹۹	افراد فاقد علامت
۳۶/۷	۴۷۷	دختران دارای علائم اختلال (نمره آزمون ۸۵-۷۴)
۱۷/۲	۲۲۳	دختران دارای اختلال جدی (نمره آزمون ۸۵ به بالا)
۱۰۰	۱۲۹۹	جمع کل

۲. شیوع علائم اختلال شخصیت پارانوئید، اسکیزوئید و اسکیزوتایپال در میان دانش‌آموزان دختر پایه‌های اول، دوم و سوم دوره متوسطه شهر اصفهان به شرح جدول زیر است:

جدول ۲. فراوانی و درصد فراوانی شیوع علائم اختلال‌های شخصیت پارانوئید، اسکیزوئید و اسکیزوتایپال در بین دانش‌آموزان دختر کلاس‌های اول، دوم و سوم

اختلال شخصیت اسکیزوتایپال				اختلال شخصیت اسکیزوئید				اختلال شخصیت پارانوئید				پایه فراوانی و درصد فراوانی
جمع کل	سوم	دوم	اول	جمع کل	سوم	دوم	اول	جمع کل	سوم	دوم	اول	
۱۵	۵	۴	۶	۱۶	۶	۵	۵	۵۱	۱۳	۲۳	۱۵	فراوانی
۳/۱	۱/۰۵	۰/۸۳	۱/۲۵	۳/۳۵	۱/۲۶	۱/۴۰	۱/۰۴	۱۰/۶	۲/۷	۴/۸	۳/۱	درصد فراوانی در بین افراد مبتلا
۱/۱۵	۰/۴	۰/۳	۰/۴۶	۱/۲۳	۰/۴۶	۰/۳۸	۰/۳۸	۳/۹	۱	۱/۷	۱/۱	درصد فراوانی در بین جمعیت کلی

میزان شیوع علائم اختلال شخصیت پارانوئید در بین جمعیت کلی ۳/۹ درصد، اسکیزوئید ۱/۲۳ درصد و اسکیزوتایپال ۱/۱۵ درصد است.

۳. شیوع علائم اختلال جدی شخصیت پارانوئید، اسکیزوئید و اسکیزوتایپال در میان دانش‌آموزان دختر پایه‌های اول، دوم و سوم دوره متوسطه شهر اصفهان به شرح جدول زیر است:

میزان شیوع علائم اختلال جدی شخصیت پارانوئید در بین جمعیت کلی ۴/۴ درصد، اسکیزوئید ۰/۲۳ درصد و اسکیزوتایپال ۰/۳ درصد است.

جدول ۳. فراوانی و درصد فراوانی شیوع علائم اختلال‌های جدی شخصیت پارانوئید، اسکیزوئید و اسکیزوتایپال در بین دانش‌آموزان دختر کلاس‌های اول و دوم و سوم

اختلال شخصیت اسکیزوتایپال				اختلال شخصیت اسکیزوئید				اختلال شخصیت پارانوئید				پایه فراوانی و درصد فراوانی
جمع کل	سوم	دوم	اول	جمع کل	سوم	دوم	اول	جمع کل	سوم	دوم	اول	
۴	۱	۲	۱	۳	۲	۱	-	۵۷	۱۴	۲۰	۲۲	فراوانی
۱/۷۹	۰/۴۴	۰/۹	۰/۴۴	۱/۴	۰/۹	۰/۵	-	۲۵/۵	۶/۳	۸/۹	۱۰/۳	درصد فراوانی در بین افراد مبتلا
۰/۳	۰/۰۸	۰/۱۵	۰/۰۸	۰/۲۳	۰/۱۵	۰/۰۸	-	۴/۴	۱/۰۷	۱/۵۳	۱/۸	درصد فراوانی در بین جمعیت کلی

بحث و نتیجه‌گیری

این پژوهش با هدف بررسی میزان شیوع علائم (و نه بررسی میزان ثبات و پایداری علائم) اختلال‌های شخصیت پارانوئید، اسکیزوئید و اسکیزوتایپال در میان دانش‌آموزان دختر شهر اصفهان به اجرا درآمد. نمرات بالا در آزمون می‌تواند مربوط به سیر رشد و تحول دوره نوجوانی و ویژگی‌های خاص این مرحله از رشد باشد و بدین لحاظ نمی‌توان این دختران را دچار اختلال دانست، اما این نتایج تا حدودی جای تأمل دارد. آنچه در اینجا اهمیت دارد تعداد دختران گروه دوم است که نمره آنها در آزمون میلیون ۸۵ و بالاتر است، یعنی احتمال ابتلای آنها به اختلال شخصیت نسبتاً قطعی است. همان‌طور که در بخش یافته‌های پژوهش ملاحظه شد، شیوع علائم اختلال شخصیت در طبقه اول به میزان ۴/۹۳ و میزان شیوع کلی اختلالات شخصیت ۱۷/۲ درصد است.

نتایج به دست آمده از این پژوهش، ضمن تأیید نتایج تحقیقات پژوهشگران دیگر (سادوک و سادوک، ۲۰۰۰؛ زیمرمان و کوری‌یل، ۱۹۸۹، به نقل از: انجمن روان‌پزشکی آمریکا، ۱۹۹۴) نشان‌دهنده درجه بالایی اعتبار پژوهش حاضر است. البته در مقایسه نتایج حاصل از این تحقیق با تحقیقات مشابه تفاوت‌هایی نیز مشاهده می‌شود که در بررسی تفاوت‌ها توجه به چند نکته ضروری است.

اول اینکه تمامی پژوهش‌هایی که تاکنون صورت گرفته درباره جمعیت عمومی (زن و مرد در سنین مختلف) بوده است، در حالی که نمونه این پژوهش گروهی خاص (دانش‌آموزان دختر در یک طیف سنی نسبتاً محدود) است و به نظر می‌رسد این مسئله تا حدی بر نتایج پژوهش مؤثر بوده است.

از دیگر عوامل تأثیرگذار بر نتایج حاصل از این پژوهش، مسائل فرهنگی حاکم بر جامعه ایران است زیرا عوامل زمینه‌ساز اختلالات روانی، گرچه در تمامی جوامع یکسان است، اما تفاوت‌های زمینه‌ای

فرهنگی موجب بروز اختلاف در تظاهرات آن اختلالات می‌شود. از سوی دیگر، مسائل اخلاقی حاکم بر جامعه ایجاب می‌کند که افراد متفاوت با مردم سایر فرهنگ‌ها به سؤال‌ها پاسخ دهند که این خود موجب بروز تفاوت‌هایی در یافته‌ها خواهد شد، ولی باید توجه داشت که در اصل تفاوتی وجود ندارد. نکته دیگر اینکه ابزار اندازه‌گیری اختلال در پژوهش‌های مختلف در سراسر دنیا هیچ‌گاه کاملاً یکسان نبوده و نمی‌توان انتظار دستیابی به آماری برابر داشت.

شخصیت پارانوئید

بر مبنای بررسی شیوع کلی علائم اختلال جدی شخصیت پارانوئید، شیوع این اختلال در میان دانش‌آموزان دختر دوره متوسطه شهر اصفهان ۴/۴ درصد در جمعیت کلی است (در بین افراد مبتلا به علائم اختلال شخصیت ۲۵/۵ درصد). در مطالعه گزارش‌های سایر محققان شیوع این اختلال از نرخ ثابت و کاملاً مشخصی پیروی نمی‌کند. برای مثال، اوسرل^۱ (۱۹۶۲) شیوع کلی اختلال‌های شخصیت را ۱۰ درصد و رابینز^۲ و همکاران (۱۹۸۴) شیوع کلی اختلال‌های شخصیت (بدون اشاره به شیوع تفکیکی آنها) را ۳ درصد گزارش داده‌اند. میلر^۳ و همکاران (۱۹۸۷) شیوع اختلال شخصیت پارانوئید را ۰/۸ تا ۰/۶ درصد، و گلدر^۴ و همکاران (۱۹۹۶) شیوع اختلال شخصیت پارانوئید را ۱/۸ تا ۰/۴ درصد گزارش کرده‌اند. در مطالعه ترگسون^۵ و همکاران (۲۰۰۱: ۵۹۲) نیز که در اسلو پایتخت نروژ انجام شده شیوع این اختلال در جمعیت عمومی ۲/۴ درصد گزارش شده است.

شیوع ۴/۴ درصدی علائم این اختلال در میان دختران دبیرستانی شهر اصفهان، ممکن است حداقل در تعدادی از این افراد، مؤید آغاز این اختلال در کودکی و نوجوانی و تأکیدی بر اهمیت توجه و دقت به وجود علائم در این دوره حساس از زندگی (دوره نوجوانی) باشد. از سوی دیگر، شاید بتوان گفت شرایط اجتماعی، وجود برخی تبعیض‌ها، سرخوردگی‌های زنان و اخبار فراوانی که درباره این مسائل به گوش دختران می‌رسد، موجب شده است تا بی‌اعتمادی و بدبینی در دختران نوجوان افزایش یابد.

شخصیت اسکیزوئید

براساس اطلاعات حاصل از این پژوهش، شیوع کلی علائم اختلال جدی شخصیت اسکیزوئید در دانش‌آموزان دختر ۰/۲۳ درصد در جمعیت کلی و در بین افراد مبتلا ۱/۴ درصد است. محققانی چون میلر و همکاران (۱۹۸۷) شیوع قطعی این اختلال را ۰/۹ تا ۰/۸ درصد و گلدر و همکاران (۱۹۹۶)، با

1. Osroll
2. Robins
3. Miller
4. Gellder
5. Tergson

توجه به تحقیقات انجام شده، ۰/۹ تا ۰/۵ درصد گزارش کرده‌اند. بارلو^۱ و دوران^۲ (۲۰۰۰) نیز به نقل از تحقیقات صورت گرفته، شیوع این اختلال را در امریکا، کانادا، نیوزیلند و تایوان، کمتر از ۱ درصد گزارش کرده‌اند. ترگسون و همکاران (۲۰۰۱: ۵۹۲) شیوع این اختلال را در نروژ ۱/۷ درصد گزارش کرده‌اند. یافته‌های گزارش شده در تحقیقات مذکور با یافته‌های این پژوهش همسویی زیادی دارد. (به نقل از: گل‌پرور، ۱۳۸۰)

شیوع ۰/۲۳ درصدی علائم کلی مربوط به این اختلال در پژوهش حاضر تا حدودی گویای این واقعیت است که در درصدی از دانش‌آموزان دختر، گرایش‌ها مربوط به سردی هیجانی و کناره‌گیری اجتماعی وجود دارد.

شخصیت اسکیزوتایپال

در این پژوهش، شیوع کلی علائم اختلال جدی شخصیت اسکیزوتایپی در میان دانش‌آموزان دختر دبیرستانی شهر اصفهان ۰/۳ درصد در جمعیت کلی و ۱/۷۹ درصد در بین افراد مبتلا به دست آمد. اختلال شخصیت اسکیزوتایپی، الگویی از آشفتگی حاد در روابط نزدیک، تجربیات شناختی یا ادراکی و رفتارهای غیرمتعارف است.

انجمن روان‌پزشکی امریکا میزان شیوع این اختلال را ۳ درصد در کل جمعیت گزارش کرده است. میلر و همکاران (۱۹۸۷) شیوع اختلال شخصیت اسکیزوتایپی را در مطالعه همه‌گیرشناسی خود ۵/۶ تا ۵/۱ درصد گزارش کرده‌اند. یافته این پژوهش، به دلیل آنکه بر جمعیت نوجوانان دانش‌آموز و نه جمعیت عمومی بالای ۱۸ سال متمرکز بوده، با مطالعه میلر همسویی و هماهنگی ندارد. گلدر و همکاران (۱۹۹۶) نیز به نقل از گزارش‌های تحقیقاتی صورت گرفته، شیوع این اختلال را ۵/۶ تا ۰/۶ درصد گزارش کرده‌اند. بارلو و دوراند (۲۰۰۰) نیز در جمع‌بندی نتایج تحقیقات صورت گرفته، به نقل از ویسمان^۳ (۱۹۹۳)، شیوع این اختلال در جمعیت عمومی را ۳ تا ۵ درصد گزارش کرده‌اند. انجمن روان‌پزشکی امریکا (۱۹۹۴) تصریح کرده که اختلال شخصیت اسکیزوتایپی تقریباً در ۳ درصد جمعیت عمومی پدیدار می‌شود. ترگسون و همکاران (۲۰۰۱: ۵۹۳) در جدیدترین مطالعه‌ای که براساس نمونه‌گیری از جمعیت عمومی ۱۸ تا ۶۵ ساله در اسلو پایتخت نروژ انجام داده‌اند، شیوع این اختلال را ۰/۶ درصد گزارش کرده‌اند. (به نقل از: گل‌پرور، ۱۳۸۰) این پژوهش در مورد جمعیت بزرگسال بالای ۱۸ سال انجام شده است و در آن صرفاً علائم بررسی شده، ولی به دلیل اینکه احتمالاً شیوع علائم اختلال شخصیت اسکیزوتایپی، یعنی ۱/۱۵ درصد، در دامنه ۰/۶ تا ۵/۶ درصد قرار می‌گیرد، به طور نسبی با اغلب مطالعات

-
1. Barlow
 2. Durand
 3. Wissman

مورد اشاره همسو است.

نتیجه نهایی اینکه وجود علائم اختلال شخصیت در حدود ۵۴ درصد دختران در جامعه مورد بررسی گزارش شده که ۱۷/۲ درصد آنها دارای اختلال جدی بوده‌اند. اگرچه این علائم با سایر اختلالات روانی و مسائل مربوط به بلوغ دختران تداخل پیدا می‌کند، ولی در سن نوجوانی قابل تشخیص است. تشخیص علائم در این سن و مداخله‌های درمانی و تأثیرگذاری در محیط اجتماعی افراد آسیب‌پذیر در برابر این اختلالات، مطمئناً به پیشگیری و درمان مؤثرتر آنها منجر می‌شود و ارتقای بهداشت روانی دختران و کل جامعه را در پی خواهد داشت.

منابع

- بست، جان (۱۳۷۱) *روش‌های تحقیق در علوم تربیتی و رفتاری*، ترجمه دکتر حسن پاشاشریفی و دکتر نرگس طالقانی، تهران: رشد.
- خواججه‌موگهی، ناهید (۱۳۷۳) «آماده‌سازی مقدماتی فرم فارسی پرسشنامه بالینی چندمحوری میلون-۲ (MCMI-II) در شهر تهران»، تهران: دانشگاه علوم پزشکی ایران، انستیتو روان‌پزشکی تهران.
- دلور، علی (۱۳۷۴) *مبانی نظری و عملی پژوهش در علوم انسانی و اجتماعی*، تهران: رشد.
- گل‌پرور، محسن (۱۳۸۰) «بررسی شیوع و تنوع علائم اختلال‌های شخصیتی دانش‌آموزان پسر دوره متوسطه شهر اصفهان در سال تحصیلی ۸۰-۷۹»، شورای تحقیقات سازمان آموزش و پرورش استان اصفهان.

- APA (American Psychiatric Association) (1994) *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, Washington: APA.
- Burket, R.C. and W.C. Myers (1995) "Axis-I and Personality Comorbidity in Adolescents with Conduct Disorders", *Bulletin of the Academic Psychiatry Law* 23: 73-82.
- Commer, R. (1999) *Abnormal Psychology*, Princeton University: Worth Publishers.
- Dolan, B.E.C. and K. Norton (1995) "Multiple Axis-II Diagnosis of Personality Disorder", *Brit. J. Psychiat.* 166: 107 – 112.
- Flick, S.N., P.P. Byrne, D.S. Cowley, M.M. Shores and D.L. Dunner (1993) "DSM-III-R Personality Disorders in a Mood and Anxiety Clinic: Prevalence, Comorbidity, and Clinical Correlates", *J. Affect. Disorders* 27: 71 – 79.
- Johnson, J.G., P. Cohen, E. Smailes, S. Kasen, J.M. Oldman, A.E. Skodol and J. Brook (1995) "Adolescent Personality Disorders Associated with Violence and Criminal Behavior during Adolescence and Early Adulthood", *American Journal of Psychiatry* 157: 1406 – 1412.
- Levy, K.N., D.F. Becker, C.M. Grilo, J.J. Mattanah, K.E. Garnet, D.M. Quinlan, W.S. Edell and T.H. McGlashan (1999) "Concurrent and Predictive Validity of DSM-III-R Personality Disorders Diagnosis in Adolescents Inpatients", *American Journal of Psychiatry* 156: 1522 – 1528.
- Millon, T. (1987) *Millon Clinical Multiaxial Inventory-II: Manual for the MCMI-II*, 2nd ed., Minnea Polis, MN: National Computer Systems.

- Millon, T.** (1990a) *The Disorders of Personality in Pervin. Handbook of Personality Theory and Practice*, New York: Guilford.
- Millon, T.** (1990b) *Toward a New Personology*, New York: Wiley.
- Sadock, B.J. and V.A. Sadock** (2000) *Comprehensive Textbook of Psychiatry*, Vol.3, 7th ed., Philadelphia.
- Tergson, S., T. Kringlen and V. Cramer** (2001) "The Prevalence of Personality Disorders in a Community Sample", *Archive of General Psychiatry* 58/6: 590-596.
- Vaillant, G.E.** (1994) "Ego Mechanisms of Defense and Personality Psychopathology", *J. Abnorm. Psycho.* 103/1: 44-50.
- Weston, S.C. and L.J. Siever** (1993) "Biological Correlates of Personality Disorders", *J. Pers. Disorders*: 129-148.
- Wissman, A.D.** (1993) "The Epidemiology of Personality Disorder: An Update", *Journal of Personality Disorder* 15: 441-462.
- Wixom, J., R. Ludolph and D. Westen** (1993) "The Quality of Depression in Adolescents with Borderline Personality Disorder", *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 32: 1172-1174.
- Zimmerman, M.** (1994) "Diagnostic Personality Disorders: Review of Issues and Research Methods", *Arch. Psychiat.* 51: 225 - 245.

مؤلفان

طاهره امامی: کارشناس ارشد مشاوره

پست الکترونیکی: t_emami2004@yahoo.com

مریم فاتحی‌زاده: استادیار گروه مشاوره دانشگاه اصفهان

پست الکترونیکی: maryamzf@edu.ui.ac.ir

بهمن نجاریان: استاد گروه روان‌شناسی دانشگاه شهید چمران اهواز

پست الکترونیکی: najarian@cua.ac.ir