

بررسی تنوع و شیوع علائم اختلال‌های شخصیتی

دانش‌آموزان دختر دوره‌ی متوسطه شهر اصفهان سال ۸۱-۸۰*

طاهره امامی - دکتر بهمن نجاریان

چکیده

اختلال شخصیت الگوی بادوام از رفتار و تجربه است که به‌طرز قابل توجهی از انتظارات فرهنگی فرد انحراف دارد. این الگو در چند حیطه ظاهر می‌شود: شناخت یعنی شیوه‌های ادراک و تعبیر و تفسیر خود، دیگران و رویدادها، عواطف (محدوده شدت نوسان و تناسب پاسخ هیجانی)، عملکرد بین فردی و کنترل تکانه. این الگو غیرقابل انعطاف و فراگیر است و در محدوده‌ی وسیعی از موقعیت‌های اجتماعی و شخصی مشاهده می‌شود و از لحاظ بالینی به‌آشفتگی قابل توجه یا نقص در عملکرد اجتماعی، تحصیلی، شغلی یا دیگر حیطه‌های مهم منجر می‌شود. از لحاظ دسته‌بندی، اختلالات شخصیت را به سه طبقه یا خوشه تقسیم می‌کنند که هر کدام خصوصیات بالینی مشترکی دارند. خوشه A در بردارنده‌ی سه اختلال (پارانویید، اسکیزوئید و اسکیزوتایپال) با خصوصیات عجیب و غریب، سرد و کناره‌گیر و نامتعارف مشخص است. خوشه‌ی B شامل چهار اختلال (مرزی، ضد اجتماعی، خودشیفته و نمایشی) با خصوصیات چگون هیجانی بودن، تکانشوری و بی‌نظمی مشخص است و خوشه‌ی C در بردارنده‌ی سه اختلال (اجتنابی، وابسته و وسواسی، جبری) که خصوصیات نظیر اضطراب و ترس را به‌اشتراک دارند. به‌دلیل اهمیت شناسایی میزان شیوع این اختلال‌ها در بین دانش‌آموزان دختر و به‌جهت چاره‌اندیشی برای این مسئله، این پژوهش با عنوان بررسی میزان و شیوع تنوع علائم اختلال‌های شخصیت در بین دانش‌آموزان دختر دوره‌ی متوسطه شهر اصفهان انجام شد.

جامعه‌ی آماری این پژوهش شامل کلیه دانش‌آموزان دختر پایه‌های سه‌گانه‌ی دوره‌ی متوسطه‌ی نواحی پنجگانه‌ی آموزش و پرورش شهر اصفهان است. حجم نمونه برابر ۱۴۰۰ نفر (از ۷۵ مدرسه) به‌شیوه‌ی تصادفی مرحله‌ای انتخاب شدند. ابزار تحقیق آزمون میلون - ۲ می‌باشد که در ایران هنجاریابی شده و از پایایی و روایی بالایی برخوردار است. تحقیق در دو مرحله اجرا شد. در مرحله اول آزمون میلون - ۲ بر روی کلیه‌ی افراد حجم نمونه اجرا شد. پس از آن نمرات کلیه‌ی افراد مشخص شد و در مرحله‌ی دوم تعدادی از دانش‌آموزانی که نمره‌ی آنان در آزمون میلون ۷۴ و بالاتر بود به‌همراه تعدادی که نمره‌ی آنان کمتر از ۷۴ بود به‌طور تصادفی انتخاب شدند و توسط مصاحبه‌گران آموزش دیده مورد مصاحبه قرار گرفتند. تجزیه و تحلیل نتایج حاصل از مصاحبه نشان داد که آزمون میلون ابزار تشخیصی مناسبی جهت تشخیص اختلال شخصیت می‌باشد. تعدادی سؤال در این پژوهش مطرح شد و پاسخ سؤال‌ها پس از تجزیه و تحلیل داده‌ها مشخص گردید.

انعطاف از تجارب درونی و رفتار بیرونی است که به‌طرز مشخصی با انتظارات فرهنگی فرد تفاوت داشته و به‌درماندگی یا اختلال منجر می‌شود (انجمن روان‌شناسی آمریکا، ۱۹۹۴).

طیف محدود تجارب و پاسخ‌هایی که مبتلایان به این اختلالات از خود نشان می‌دهند، اغلب منجر به بروز مشکلات روان‌شناختی، اجتماعی یا شغلی می‌شود. این اختلالات قاعدتاً در نوجوانی یا آغاز بزرگسالی شروع می‌شوند (یا حداقل در این سنین قابل تشخیص‌اند)، گرچه در بعضی موارد، اختلال در دوران کودکی نیز شروع می‌شود (انجمن روان‌شناسی آمریکا، ۱۹۹۴). اختلالات شخصیت، درماندگی و مشکلات ناشی از آن، مادام‌العمر دامنگیر فرد می‌شود، ولی انواع آن از نظر میزان فروپاشی زندگی فرد، با هم تفاوت دارند. با این حال چه اختلال خفیف و چه شدید باشد، تمام جنبه‌های وجود فرد را متأثر می‌کند. درمان این اختلالات از دشوارترین نوع درمان‌های اختلالات روان‌شناختی می‌باشد. تخمین زده می‌شود که شیوع اختلالات شخصیت در بین بزرگسالان ۱۵-۴ درصد می‌باشد (زیمرن^(۱) و کوریل^(۲)، ۱۹۸۹، انجمن روان‌شناسی آمریکا، ۱۹۹۴).

اختلالات شخصیت در زمره‌ی مهم‌ترین مشکلات اجتماعی، پزشکی و علمی در آمده‌اند. توجه جدی به این اختلالات هم از سوی روان‌پزشکان و هم از سوی افرادی نظیر متخصصان بهداشت روان، جامعه‌شناسان، پرسنل خدمات بهداشت عمومی،

* این مقاله در قالب یک طرح پژوهشی با هزینه سازمان آموزش و پرورش استان اصفهان به‌نگارش درآمده است.

مقدمه:

اختلال شخصیت یک الگوی فراگیر (نافذ)، با دوام و غیرقابل

1- Zimmerman

2- Coryell

سیاستمداران، مشاغل خیریه، رهبران جامعه، تحلیل‌گران خبری و... بوده است. هیچ گروه جمعیت‌شناسی (دموگرافی) نسبت به اختلالات شخصیت مصونیت ندارد. در حقیقت تخمین شیوع این اختلالات در جمعیت عادی بین ۱۱ تا ۲۳ درصد بوده و میزان شیوع بستگی به شدت تخریبی که جهت تشخیص نیاز است، دارد. این رقم هشدار دهنده‌ای است، یعنی از هر ۴ تا ۱۰ نفر از آشنایان و همسایگان ما، بدون توجه به وضعیت اقتصادی - اجتماعی یا محل زندگی آنان، یک نفر مبتلا به اختلال شخصیت است. این افراد در توان کارکردن و توان عشق و دوستی مشکلات مزمن داشته و معمولاً تحصیلات پایین‌تری دارند، مجرد هستند، اعتیاد به دارو دارند و مبتلا به مشکلات جنسی می‌باشند. آنان معمولاً مشکلات زناشویی و خانوادگی دارند و غیر شاغل هستند (استخدام نمی‌شوند)، بسیاری از اجزای شدید و خفیف توسط این بیماران صورت گرفته و بسیاری از زندانیان مبتلا به نوعی اختلال شخصیت هستند (سادوک، ۲۰۰۰).

از دهه‌ی ۱۹۸۰ علاقه‌مندی به اختلالات شخصیت فوق‌العاده افزایش پیدا کرده است. مثلاً در سال ۱۹۷۵ سرویس اطلاع‌رسانی مدلاین^(۱) کتابخانه ملی پزشکی، ۶۹ مقاله‌ی منتشر شده در زمینه‌ی این اختلالات را فهرست کرده بود. در ۱۹۸۵ این تعداد به ۲۶۲ عدد رسید و در سال‌های ۱۹۹۶ و ۱۹۹۷ این تعداد ناگهان به ۳۰۷۹ عدد رسید. به علاوه رساله‌های بی‌شماری نیز در زمینه‌ی این اختلالات طی دو دهه‌ی گذشته منتشر شده است. در ادامه‌ی این جریان، در دهه‌ی گذشته انجمن بین‌المللی مطالعه‌ی اختلالات شخصیت^(۲) تأسیس شد و مجله رسمی آن، مجله اختلالات شخصیت^(۳) نام دارد. چندین پدیده‌ی مهم به‌افزایش علاقه و حساسیت حرفه‌ای نسبت به اختلالات شخصیت و مطالعه‌ی نظام‌دار آن کمک کرده است.

بیان مسأله: سازمان بهداشت جهانی در سال‌های اخیر از محققان کشورهای مختلف دعوت به‌عمل آورده است که در زمینه‌ی اختلالات دست به بررسی‌های تازه‌ای بزنند. علت این دعوت همگانی سه مورد است:

الف - همان‌گونه که بررسی‌های اخیر همه‌گیرشناسی نشان داده‌اند، اختلال‌های شخصیتی بسیار شایع بوده و در کشورهای

مختلف و شرایط اجتماعی - فرهنگی گوناگون یافت می‌شوند. ب - اختلال‌های شخصیتی در زندگی کنونی و آینده فرد مبتلا نقش تعیین‌کننده دارند و برای خانواده و جامعه به‌شدت مخرب و آسیب‌زا هستند.

ج - وضعیت شخصیتی افراد، متغیر مهمی در پیش‌بینی ابتلاء به دیگر اختلال‌های روانی و چگونگی پاسخ آنان به شیوه‌های درمانی تلقی می‌شود (سازمان بهداشت جهانی ۱۹۹۶).

در *ICD-10* اختلالات شخصیت به‌عنوان آشفتگی شدید شخصیت و رفتار توضیح داده می‌شود که از الگوهای فرهنگی معمول انحراف قابل توجهی دارند. خطوط راهنمای تشخیصی *CD-10* عبارتند از آشفتگی‌های طولانی مدت در چندین حیطه‌ی کارکرد، رفتار ناسازگار و فراگیر، شروع در کودکی یا نوجوانی استمرار تا بزرگسالی، پریشانی شخصیتی قابل توجه و معمولاً اما نه همیشه مشکلات قابل توجه در کار و رفتار اجتماعی. این طبقه‌بندی هم‌چنین امکان ایجاد ملاک‌هایی برای توضیح اختلالات شخصیت در فرهنگ‌های مختلف را میسر می‌سازد (سادوک، ۲۰۰۰).

DSM-IV از لحاظ دسته‌بندی، اختلالات شخصیت را به سه دسته یا خوشه تقسیم می‌کند که هر کدام خصوصیات بالینی مشترکی دارند: خوشه *A* در بردارنده‌ی سه اختلال با خصوصیات عجیب و غریب، سرد و کناره‌گیر و نامتعارف (پارانویید، اسکیزوئید و اسکیزوتایپال) مشخص است. خوشه *B* شامل چهار اختلال است که با خصوصیات چون هیجانی بودن، تکانشوری و بی‌نظمی مشخص است (مرزی، ضد اجتماعی، خودشیفته و نمایشی) و خوشه *C* در بردارنده‌ی سه اختلال که خصوصیات نظیر اضطراب و ترسناکی را به‌اشتراک دارند و شامل اختلال شخصیت دوری‌گزین، وابسته و وسواسی - جبری می‌باشد (سادوک، ۲۰۰۰).

DSM-IV اختلالات شخصیت را به‌شرح زیر تعریف می‌کند:

1- Medline

2- International society for the study of personality disorders

3- Journal of personality disorders

الگوی با دوام از رفتار و تجربه که به طرز قابل توجهی از انتظارات فرهنگی فرد انحراف دارد. این الگو در چند حیطه‌ی زیر ظاهر می‌شود:

- ۱ - شناخت (شیوه‌های ادراک و تعبیر و تفسیر خود دیگران و ر خدادها)
- ۲ - عواطف (محدوده، شدت، نوسان و تناسب پاسخ هیجانی)
- ۳ - عملکرد بین فردی
- ۴ - کنترل تکانه

این الگو با ثبات و با دوام است و شروع آنرا می‌توان در نوجوانی و اوائل کودکی ردیابی کرد. این الگو غیرقابل انعطاف و فراگیر است و در محدوده‌ی وسیعی از موقعیت‌های اجتماعی و شخصی مشاهده می‌شود و از لحاظ بالینی به‌آشفتگی قابل توجه یا نقص در عملکرد اجتماعی، شغلی یا دیگر حیطه‌های مهم منجر می‌شود.

بسیاری از خصوصیات اختلالات شخصیت ممکن است در خلال دوره‌ای از اختلالات روانی دیگر مشاهده شوند. تشخیص اختلالات شخصیت فقط زمانی داده می‌شود که خصوصیات معمول و دراز مدت باشند و محدود به یک دوره‌ی مجزا از اختلال روانی دیگر نباشند. به‌همین صورت زمانی که خصوصیات رفتار ناسازگار ناشی از اثرات روانی مستقیم یک ماده (مواد روان‌گردان مختلف از جمله دارو)، وضعیت طبی کلی، یا تجربه‌ی فاجعه‌آمیز باشد، تشخیص اختلالات شخصیت داده نمی‌شود. هنگام قضاوت درباره‌ی عملکرد شخصیتی باید زمینه‌ی قوی اجتماعی و فرهنگی فرد را منظور کرد. اختلال شخصیت نباید با مسائل فرهنگی بعد از مهاجرت با تجلی آداب و رسوم، مذهب و ارزش‌های سیاسی مشخصه فرهنگ و شخص اشتباه شود.

تشخیص اختلال شخصیت خاص ممکن است در کودکان و نوجوانان در هنگام مشاهده صفات شخصیتی ناسازگار، فراگیر و پایدار داده شود. در این صورت بعید است که این تشخیص محدود به یک مرحله‌ی رشدی ویژه یا اختلال روی محور I باشد. تشخیص اختلال شخصیت در افراد زیر ۱۸ سال مستلزم آن است که خصوصیات مورد نظر بیش از یک سال دوام داشته باشد. تنها

استثناء اختلال شخصیت ضد اجتماعی است که نمی‌توان آنرا در افراد زیر ۱۸ سال مطرح کرد.

علاوه بر ملاک‌های تشخیص مورد نظر *DSM-IV* گروهی از خصوصیات همراه را مشخص می‌کند که به‌عنوان توصیف‌های تشخیص احتمالی بالقوه نسبتاً تکراری مطرح می‌شوند و زمانی که تشخیص قطعی نیست به‌درمانگر کمک می‌کنند (سادوک، ۲۰۰۰). هدف پژوهش: تعیین شیوع و تنوع علائم اختلالات شخصیت پارانوئید، اسکیزوئید، اسکیزوتایپال، ضد اجتماعی، مرزی نمایشی، خودشیفته، اجتنابی، وابسته و وسواسی - جبری در بین دانش‌آموزان دختر دوره‌ی متوسطه شهر اصفهان. سؤال‌های پژوهش:

- ۱ - شیوع کلی علائم اختلالات شخصیت در میان دانش‌آموزان دختر دوره‌ی متوسطه‌ی شهر اصفهان چقدر است؟
- ۲ - شیوع علائم اختلال شخصیت پارانوئید در میان دانش‌آموزان دختر دوره‌ی متوسطه‌ی شهر اصفهان چقدر است؟
- ۳ - شیوع علائم اختلال شخصیت اسکیزوئید در میان دانش‌آموزان دختر دوره‌ی متوسطه‌ی شهر اصفهان چقدر است؟
- ۴ - شیوع علائم اختلال شخصیت اسکیزوتایپال در میان دانش‌آموزان دختر دوره‌ی متوسطه‌ی شهر اصفهان چقدر است؟
- ۵ - شیوع علائم اختلال شخصیت ضد اجتماعی در میان دانش‌آموزان دختر دوره‌ی متوسطه‌ی شهر اصفهان چقدر است؟
- ۶ - شیوع علائم اختلال شخصیت مرزی در میان دانش‌آموزان دختر دوره‌ی متوسطه‌ی شهر اصفهان چقدر است؟
- ۷ - شیوع علائم اختلال شخصیت نمایشی در میان دانش‌آموزان دختر دوره‌ی متوسطه‌ی شهر اصفهان چقدر است؟
- ۸ - شیوع علائم اختلال شخصیت خود شیفته در میان دانش‌آموزان دختر دوره‌ی متوسطه‌ی شهر اصفهان چقدر است؟
- ۹ - شیوع علائم اختلال شخصیت اجتنابی (دوری‌گزین) در میان دانش‌آموزان دختر دوره‌ی متوسطه‌ی شهر اصفهان چقدر است؟

- ۱۰ - شیوع علائم اختلال شخصیت وابسته در میان دانش‌آموزان دختر دوره‌ی متوسطه‌ی شهر اصفهان چقدر است؟
- ۱۱ - شیوع علائم اختلال شخصیت وسواسی - جبری در

میان دانش‌آموزان دختر دوره‌ی متوسطه‌ی شهر اصفهان چقدر است؟

۱۲ - شیوع علائم اختلال شخصیت ده‌گانه در میان دانش‌آموزان دختر پایه‌ی اول دوره‌ی متوسطه‌ی شهر اصفهان چقدر است؟

۱۳ - شیوع علائم اختلال شخصیت ده‌گانه در میان دانش‌آموزان دختر پایه‌ی دوم دوره‌ی متوسطه‌ی شهر اصفهان چقدر است؟

۱۴ - شیوع علائم اختلال شخصیت ده‌گانه در میان دانش‌آموزان دختر پایه‌ی سوم دوره‌ی متوسطه‌ی شهر اصفهان چقدر است؟

۱۵ - شیوع کلی صفات اختلالات شخصیت در میان دانش‌آموزان دختر دوره‌ی متوسطه‌ی شهر اصفهان چقدر است؟

۱۶ - شیوع کلی صفات اختلالات شخصیت ده‌گانه در میان دانش‌آموزان دختر دوره‌ی متوسطه‌ی شهر اصفهان چقدر است؟

۱۷ - شیوع کلی علائم جدی اختلالات شخصیت در میان دانش‌آموزان دختر دوره‌ی متوسطی شهر اصفهان چقدر است؟

۱۸ - شیوع علائم جدی اختلالات شخصیت ده‌گانه در میان دانش‌آموزان دختر دوره‌ی متوسطه‌ی شهر اصفهان چقدر است؟

۱۹ - آیا بین سن والدین و میزان شیوع علائم اختلالات شخصیت ده‌گانه در دانش‌آموزان دختر دوره‌ی متوسطه‌ی شهر اصفهان رابطه‌ی وجود دارد؟

۲۰ - آیا بین شغل والدین و میزان شیوع علائم اختلالات شخصیت ده‌گانه در دانش‌آموزان دختر دوره‌ی متوسطه‌ی شهر اصفهان رابطه‌ی وجود دارد؟

روش

روش پژوهش حاضر، روش تحقیق زمینه‌یابی (از نوع اپیدمیولوژیک) است. در این تحقیق هدف اصلی بررسی میزان شیوع و تنوع علائم اختلال شخصیت در بین دانش‌آموزان دختر پایه‌های اول تا سوم دبیرستان می‌باشد. در این دسته از پژوهش‌ها اهداف متعددی از قبیل توصیف، تبیین و کشف پدیده‌های روانی و اجتماعی وجود دارد. همین‌طور در بسیاری موارد در بررسی

میزان شیوع و تنوع پدیده‌های روانی و اجتماعی از این روش استفاده می‌شود (کرلینجر^(۱)، ترجمه‌ی دلاور ۱۳۷۶، شریفی و شریفی، ۱۳۸۰).

جامعه‌ی آماری: جامعه‌ی آماری پژوهش حاضر شامل تمامی دانش‌آموزان دختر پایه‌های سه‌گانه دوره‌ی متوسطه‌ی نواحی پنج‌گانه‌ی آموزش و پرورش شهر اصفهان در سال تحصیلی ۸۱-۸۰ می‌باشد.

حجم نمونه و روش نمونه‌گیری: از آنجا که مطالعه‌ی حاضر نوعی مطالعه‌ی همه‌گیرشناسی (اپیدمیولوژیک) می‌باشد و در این نوع مطالعات معمولاً حجم نمونه بزرگ انتخاب می‌شود تا شیوع کلیه‌ی اختلالات شخصیت که در برخی از موارد به‌ده درصد می‌رسد را تحت پرسش قرار داده و نتیجه‌ای نسبتاً منطقی به‌دست آید، لذا در این پژوهش نیز حجم نمونه بزرگی در نظر گرفته شده است.

در پژوهش حاضر ابتدا فهرستی از کلیه‌ی مدارس دوره‌ی متوسطه‌ی شهر اصفهان تهیه شد و سپس از بین آنها در هر ناحیه ۱۵ مدرسه به‌طور تصادفی انتخاب گردید. در مدارس فوق نیز از هر پایه یک کلاس به‌طور تصادفی انتخاب شده و از بین دانش‌آموزان هر کلاس نیز ۶ نفر به‌طور تصادفی انتخاب شدند. بدین ترتیب حجم نمونه‌ای برابر با ۱۴۰۰ نفر دانش‌آموز برآورد شده و به‌شیوه‌ی تصادفی مرحله‌ای از ۷۵ دبیرستان موجود در شهر اصفهان انتخاب گردید.

ابزار جمع‌آوری اطلاعات: نسخه‌ای از ابزارهای به‌کار رفته در پژوهش فوق عبارتند از:

۱ - پرسشنامه‌ی بالینی چند محوری میلون - ۲

۲ - مصاحبه با ساختار بر اساس *DSM-IV*

۳ - پرسشنامه ویژگی‌های فردی - خانوادگی

شیوه‌ی اجرا و مراحل انجام پژوهش: پژوهش حاضر در چند مرحله انجام شد.

(۱) عنوان کلی این طرح به‌پیشنهاد معاونت پرورشی سازمان آموزش و پرورش استان اصفهان در سال ۱۳۸۰ انتخاب شد. در

نتایج به دست آمده، گزارش نهایی طرح طبق فرم گزارش‌های پژوهشی سازمان آموزش و پرورش تدوین گردید. روش تجزیه و تحلیل داده‌ها: از آنجا که پژوهش حاضر نوعی تحقیق توصیفی و زمینه‌یابی است و هدف آن توصیف، تبیین و کشف پدیده‌هاست و در پژوهش حاضر هدف عمده، کشف میزان فراوانی و تنوع اختلالات شخصیت می‌باشد، لذا برای تحلیل داده‌ها از آمار توصیفی استفاده شده و به بررسی شاخص‌هایی چون درصد، فراوانی، میانگین، انحراف استاندارد و واریانس پرداخته شده و نتیجه‌ی آنها در قالب نمودار و جدول‌هایی نشان داده شده است.

ضمناً جهت تعیین رابطه بین سن و شغل والدین و اختلالات شخصیت از تحلیل آنوا استفاده شد.

یافته‌ها

نتایج به دست آمده از این پژوهش ضمن تأیید نتایج تحقیقات انجام شده توسط پژوهشگران دیگر (هم‌چون سادوک ۲۰۰۰، زیمرمن و کوریل ۱۹۸۹، انجمن روان‌پزشکی آمریکا ۱۹۹۴) نشان دهنده‌ی درجه بالای اعتبار پژوهش حاضر می‌باشد. نتایج حاصله از این تحقیق حاکی از این است که تفاوت‌هایی نیز مشاهده می‌شود. در هنگام بررسی تفاوت‌ها توجه به نکاتی چند ضروری است. اینکه کلیه‌ی پژوهش‌هایی که تاکنون صورت گرفته بر روی جمعیت عمومی (زن و مرد و در سنین مختلف) بوده است در حالی که نمونه‌ی این پژوهش گروه خاص (دانش‌آموزان دختر در یک طیف سنی نسبتاً محدود) می‌باشد. به نظر می‌رسد این مسأله تا حدی بر نتایج مؤثر بوده است.

احتمالاً از دیگر عوامل تأثیرگذار بر نتایج حاصله از این پژوهش مسایل فرهنگی حاکم بر جامعه‌ی ما می‌باشد. چرا که عوامل زمینه‌ساز مشکلات، تقریباً در تمامی جوامع یکسان است اما تفاوت‌های زمینه‌ای فرهنگی موجب بروز اختلاف در تظاهرات آن مشکلات خواهد شد. حال یا این که این تفاوت‌های مشاهده شده واقعی است و یا این که نمود ظاهری آن این‌گونه است.

از دیگر سو، مسائل اخلاقی حاکم بر جامعه ما ایجاب می‌کند که افراد متفاوت از سایر فرهنگ‌ها به سؤال‌ها پاسخ دهند و این

همان سال طرح مقدماتی توسط مجری طرح نوشته شد و پس از بررسی و مطالعه پیرامون اختلالات شخصیت و ابزارهای مناسب سنجش آن شامل: پرسشنامه بالینی چند محوری میلون - ۲ و انواع مصاحبه‌های روان‌شناختی به‌شورای تحقیقات ارائه گردید و اعضای شورا نقطه نظرهای خود را مطرح نموده و پس از اعمال آنها توسط مجری طرح، در پایان طرح در تابستان ۱۳۸۰ تصویب و بلافاصله اجرای آن شروع شد.

۲) به‌منظور سنجش اختلالات شخصیت ده‌گانه پس از بررسی‌های مقدماتی نتیجه‌گیری شد که بهترین ابزار در این زمینه فعلاً پرسشنامه‌ی بالینی چند محوری میلون - ۲ می‌باشد. به‌جهت دشواری نمره‌گذاری و تعبیر و تفسیر این آزمون از خانم خواجه موگهی (که برای اولین بار پرسشنامه فوق را در ایران به‌کار گرفته و هنجاریابی کرده‌اند) دعوت به‌عمل آمد تا مراحل اجرا، نمره‌گذاری و تعبیر و تفسیر این آزمون را به‌همکاران پژوهش آموزش دهند و کلیه‌ی مراحل اجرا، نمره‌گذاری و تعبیر و تفسیر آزمون زیر نظر ایشان انجام گرفت.

۳) هم‌زمان با تهیه پرسشنامه و نمونه‌گیری پیشینه‌ی نظری و پژوهشی تحقیق با استفاده از آخرین و جدیدترین منابع و متون متعدد و جستجو در شبکه‌های اطلاعاتی تدوین گردید.

۴) پس از تهیه‌ی ابزار و نمونه‌گیری آزمون میلون برای ۱۴۰۰ دانش‌آموز در ۷۵ مدرسه اجرا شد و برای این‌کار از ۱۰ نفر نیروهای آموزش دیده استفاده شد.

۵) برای انجام مصاحبه بالینی تعداد ۵ نفر از همکاران پژوهش آموزش‌های نظری و عملی ویژه‌ای دیده و فرم‌های مربوطه همراه با جزوهای آموزشی در اختیار آنان قرار گرفت.

۶) مصاحبه بالینی روی تعدادی از دانش‌آموزانی که ظاهراً سالم بوده و تعدادی که نمره **BR** آنان در آزمون میلون - ۲ بالاتر از ۷۵ بود، اجرا گردید و نتایج آن به‌عنوان مکمل قسمت اول پژوهش مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

۷) نتایج به‌دست آمده روی ۱۴۰۰ نمونه‌ی اولیه و ۶۰ نمونه‌ی بعدی مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفته و به‌صورت جداول و نمودارهایی ارائه گردید.

۸) نهایتاً بعد از اتمام کار اجرا، جمع‌آوری اطلاعات و تحلیل

خود موجب بروز و ظهور اختلافات خواهد شد، ولی باید توجه داشت که در مبنا تفاوتی وجود ندارد.

نکته‌ی دیگر این‌که ابزار اندازه‌گیری اختلال در پژوهش‌های مختلف در سراسر دنیا هیچ‌گاه کاملاً یکسان نبوده و لذا نمی‌توان انتظار آماری برابر را داشت. مسأله‌ی دیگر این‌که به‌نظر می‌رسد هنگامی که یک آزمون از زبان اصلی به‌زبان دیگری ترجمه می‌شود گرچه آزمون دارای اعتبار و روایی لازم می‌باشد، اما این مسأله صد در صد نیست چرا که ما در واقع محرک را متفاوت ارائه کرده‌ایم (منظور نوع سؤال است) و گرنه پاسخ‌ها یکی خواهد بود. پس احتمال این‌که ابزار یک جامعه در جامعه‌ی دیگر زمینه‌هایی از تفاوت را نشان دهد، کاملاً طبیعی است. با این حال پس از بحث و بررسی یافته‌های این پژوهش خوانندگان متوجه شباهت‌های بسیاری در نتایج حاصل از این تحقیق و سایر پژوهش‌های قبلی خواهند شد.

بحث و نتیجه‌گیری:

شیوع اختلال شخصیت پارانوئید در میان دانش‌آموزان دختر دوره‌ی متوسطه شهر اصفهان چقدر است؟ صرفاً بر مبنای بررسی شیوع کلی علایم اختلال شخصیت پارانوئید، در میان دانش‌آموزان دختر دوره‌ی متوسطه‌ی شهر اصفهان ۴/۴ درصد شیوع در جمعیت کلی داشت (در بین افراد مبتلا به‌علائم اختلال شخصیت ۲۵/۵ درصد شیوع اختلال شخصیت پارانوئید). در مطالعات، گزارش‌های محققان از نرخ ثابت و کاملاً مشخصی پیروی نمی‌کند. برای مثال اسرول (۱۹۶۲) شیوع کلی اختلال‌های شخصیت را ۱۰ درصد و رایینز و همکارانش (۱۹۸۴) شیوع کلی اختلال‌های شخصیت (بدون اشاره به شیوع تفکیکی آنها) را ۳ درصد گزارش داده‌اند. میلر و همکارانش (۱۹۸۷) که بر اساس پرسشنامه‌ی شخصیتی اختلال‌های شخصیت را بررسی نموده‌اند، شیوع اختلال شخصیت پارانوئید را ۰/۸ تا ۰/۶ درصد و گیلدر و همکاران (۱۹۹۶) به‌نقل از گزارش‌های تحقیقی انجام شده، شیوع اختلال شخصیت پارانوئید را ۱/۸ تا ۰/۴ درصد گزارش نموده‌اند. هم‌چنین بر اساس گزارش انجمن روان‌پزشکی آمریکا، در چهارمین ویراسته راهنمای آماری -

تشخیص اختلال‌های روانی (DSM-IV) شیوع این اختلال در جمعیت عمومی ۰/۵ تا ۲/۵ درصد و در بیماران روانی بستری شده در مؤسسه‌های روان‌پزشکی ۱۰ تا ۳۰ درصد و در بیماران سرپایی ۲ تا ۱۰ درصد است. در مطالعه‌ی تورگرسن و همکاران (۲۰۰۱) نیز که در پایتخت نروژ انجام شده، شیوع این اختلال در جمعیت عمومی ۲/۴ درصد گزارش شده است.

شیوع اختلال شخصیت اسکیزوئید در میان دانش‌آموزان دختر دوره‌ی متوسطه‌ی شهر اصفهان چقدر است؟

بر اساس اطلاعات حاصل در این پژوهش، شیوع کلی علایم اختلال شخصیت اسکیزوئید در دانش‌آموزان دختر، ۰/۲۳ در جمعیت کلی و در بین افراد مبتلا ۱/۳۴ درصد می‌باشد. مطالعات محققانی چون میلر و همکارانش (۱۹۸۷)، شیوع قطعی این اختلال را، ۰/۹ تا ۰/۸ و گیلدر و همکاران (۱۹۹۶) به‌نقل از تحقیقات انجام شده ۰/۹ تا ۰/۵، گزارش نموده‌اند. بارلو و دوراند (۱۹۹۷) نیز به‌نقل از تحقیقات صورت گرفته، شیوع این اختلال را در آمریکا، کانادا، نیوزیلند و تایوان، کمتر از ۱ درصد گزارش نموده‌اند. تورگرسن و همکاران (۲۰۰۱) شیوع این اختلال را در نروژ ۱/۷ درصد گزارش نموده‌اند. یافته‌های گزارش شده در تحقیقات مذکور با یافته‌ی ما در این پژوهش هم‌سویی زیادی دارد. افراد مبتلا به اختلال شخصیت اسکیزوئید، همانند مبتلایان به اختلال شخصیت پارانوئید، روابط و دلبستگی نزدیک با دیگران ندارند. ولی علت اجتناب آنان از بر خوردهای اجتماعی، سوءظن نسبت به دیگران نیست، بلکه آنان خالصانه ترجیح می‌دهند تنها باشند.

بنابر تصریح انجمن روان‌پزشکی آمریکا (۱۳۷۴) این اختلال در محیط‌های بالینی شیوع ندارد ولی در اوایل بزرگسالی شروع می‌شود. علی‌رغم شروع در بزرگسالی، بر اساس مسیر تحولی آن ممکن است برخی از علایم مربوط به سردی هیجانی و عدم لذت از معاشرت اجتماعی در کودکی و نوجوانی نیز مشهود باشد. بنابراین شیوع ۰/۲۳ درصدی علایم کلی مربوط به این اختلال در این پژوهش تا حدودی گویای این واقعیت است که درصدی از دانش‌آموزان دخترگرایش‌های مربوط به سردی هیجانی و کناره‌گیری اجتماعی را دارا هستند.

شیوع اختلال شخصیت اسکیزوتایپال در میان دانش‌آموزان دختر دوره‌ی متوسطه‌ی شهر اصفهان چقدر است؟
شیوع کلی علایم اختلال شخصیت اسکیزوتایپی در میان دانش‌آموزان دختر دبیرستانی شهر اصفهانی، در این پژوهش ۰/۳ درصد در جمعیت کلی و ۱/۷۹ در بین افراد به‌دست آمد. اختلال شخصیت اسکیزوتایپی، الگویی از آشفتگی حاد در روابط نزدیک، تجربیات شناختی یا ادراکی و رفتارهای غیرمتعارف است.

DSM-IV میزان شیوع این اختلال را ۳ درصد در کل جمعیت گزارش کرده است. میلر و همکاران (۱۹۸۷) شیوع اختلال شخصیت اسکیزوتایپی را در مطالعه‌ی همه‌گیری‌شناسی خود ۵/۶ تا ۵/۱ گزارش نموده است. یافته این پژوهش به‌دلیل آنکه، بر جمعیت نوجوانان دانش‌آموزان و نه جمعیت عمومی بالای ۱۸ سال متمرکز بوده، با مطالعه میلر هم‌سویی و هماهنگی ندارد. گیلدر و همکاران نیز به‌نقل از گزارش‌های تحقیقاتی صورت گرفته، شیوع این اختلال را ۵/۶ تا ۰/۶ درصد گزارش نموده‌اند. بارلو و دوراند نیز (۱۹۹۷) در جمع‌بندی نتایج تحقیقات صورت گرفته، به‌نقل از وایزمن (۱۹۹۳) شیوع این اختلال در جمعیت عمومی را ۳ تا ۵ درصد گزارش نموده‌اند. انجمن روان‌پزشکی آمریکا (۱۳۷۴/۱۹۹۴)، تصریح نموده که اختلال شخصیت اسکیزوتایپی تقریباً در ۳ درصد جمعیت عمومی پدیدار می‌شود. تورگرسن و همکاران (۲۰۰۱) در جدیدترین مطالعه‌ای که بر اساس نمونه‌گیری از جمعیت عمومی ۱۸ تا ۶۵ ساله در پایتخت نروژ (اسلو) انجام داده‌اند، شیوع این اختلال را ۰/۶ گزارش نموده‌اند. مطالعات فوق‌الذکر بر روی جمعیت بزرگ‌سال بالای ۱۸ سال انجام شده است، با این حال با وجودی که این مطالعه صرفاً علایم را بررسی نموده ولی به‌جهت این‌که احتمالاً، شیوع علایم اختلال شخصیت اسکیزوتایپی، یعنی ۱/۶ درصد، احتمالاً در دامنه‌ی ۰/۶ تا ۵/۶ درصد قرار می‌گیرد، به‌طور نسبی یا اغلب مطالعات مورد اشاره هم‌سو می‌باشد.

شیوع اختلال شخصیت ضد اجتماعی در میان دانش‌آموزان دختر دوره‌ی متوسطه‌ی شهر اصفهان چقدر است؟
شیوع کلی علایم اختلال شخصیت ضد اجتماعی بر اساس

آزمون میلیون ۰/۰۸ درصد در جمعیت کلی و ۰/۴۴ درصد در بین افراد مبتلا به اختلال شخصیت به‌دست آمد. بیشترین مبتلایان به این اختلال، برخی الگوهای رفتار ضد اجتماعی و سوء رفتار را تا قبل از سن ۱۵ سالگی از خود نشان داده‌اند. مثل: مدرسه‌گریزی، فرار از خانه، شروع حملات فیزیکی، آزار فیزیکی به حیوانات یا انسان‌ها، تخریب عمدی اموال، دروغ‌گویی و دزدی فراوان. افراد ضد اجتماعی بسیار فریب‌کار می‌باشند. بسیاری از آنان نمی‌توانند به‌طور مداوم در یک شغل باقی بمانند. غیبت‌های فراوان دارند و احتمال دارد که شغلشان را یکباره رها کنند (بلاند^(۱))، همان منبع، (۱۹۸۸) معمولاً در مقابل پول احساس مسئولیت نمی‌کنند و غالباً در تعهدات و مسئولیت‌های مالی مهم که پای آبروی فرد در میان است، شکست می‌خورند. تکانشی هستند، یعنی اعمالشان را بدون برنامه‌ریزی قبلی یا در نظر گرفتن نتایج بعدی انجام می‌دهند. ممکن است تحریک‌پذیر و پر خاشاک باشند و غالباً شروع کننده‌ی نزاع‌های فیزیکی باشند (وایلات، ۱۹۹۴).

بنا بر تصریح انجمن روان‌پزشکی آمریکا (۱۳۷۴/۱۹۹۴) و پذیرش پژوهشگران فعال در حیطه‌ی بررسی اختلال‌های شخصیت، این اختلال، اکیداً نباید در افراد زیر ۱۸ سال مطرح شود، چرا که معمولاً افراد مبتلا به این اختلال مشکلات زیادی، با قانون، پلیس و جامعه دارند و لذا ممکن است که در زیر ۱۸ سال نموده‌های این علایم چندان مشهود نباشد. میلر و همکاران (۱۹۸۷) شیوع این اختلال را در جمعیت عمومی ۰/۹ تا ۰/۴ درصد گزارش نموده‌اند. نتایج هم‌سو است. از آنجا که این پژوهش در بین دختران انجام شده و مسایل فرهنگی نقش بسیار مهمی در این میان بر عهده دارد و از سوی دیگر معمولاً این افراد ترک تحصیل کرده‌اند و در مدارس متوسطه دیده نمی‌شوند و شاهد کاهش آمار در این اختلال هستیم.

شیوع اختلال شخصیت مرزی در میان دانش‌آموزان دختر دوره‌ی متوسطه‌ی شهر اصفهان چقدر است؟

بر اساس نتایج حاصل، شیوع کلی علایم اختلال شخصیت مرزی، در میان دانش‌آموزان دختر دوره‌ی متوسطه‌ی شهر اصفهان، ۰/۰۸ درصد در جمعیت کلی و ۰/۴۴ در بین افراد مبتلا به اختلال

شخصیت به دست آمد. اختلال شخصیت مرزی خصوصیات مشترک زیادی با سایر اختلال‌ها دارد و لذا تشخیص و تمایز آن از سایر اختلال‌ها قدری مشکل است. بنابر تأکید هرسن و ترنر (۱۳۷۴)، افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی، مختل‌ترین گروه از گروه نمایشی و هیجانی (گروه B اختلال‌های شخصیت) است.

میلر و همکاران (۱۹۸۷) شیوع این اختلال را در جمعیت بزرگ‌سالان بر اساس همه‌گیرشناسی، ۴/۶ تا ۱/۳ درصد و گیلدر و همکاران (۱۹۹۶) به نقل از نتایج تحقیقات صورت گرفته، شیوع این اختلال را ۴/۶ تا ۱/۱ درصد گزارش نموده‌اند. آزارنو و همکاران (۲۰۰۱) نیز بر اساس مطالعه‌ی همه‌گیرشناسی در جمعیت بزرگ‌سال پایتخت نروژ (۶۵ تا ۱۸ سال) شیوع این اختلال را ۰/۷ درصد گزارش نموده‌اند. مطالعات انجام شده توسط جانسون و همکاران (۲۰۰۰) بر روی نوجوانان غیربستری، شیوع این اختلال در افراد زیر ۱۸ سال ۲/۴ درصد گزارش نموده‌اند. کازن و همکاران (۱۹۹۹) از طرف دیگر انجمن روان‌پزشکی آمریکا (۱۹۹۴-۱۳۷۴) شیوع این اختلال در جمعیت عمومی را حدود ۲ درصد گزارش نموده و در مسیر رشدی و تحولی این اختلال تصریح نموده که در مسیر اختلال شخصیت مرزی تغییر ناپذیری قابل ملاحظه‌ای وجود دارد.

شایع‌ترین الگو عبارتست از ناپایداری مزمن در اوایل کودکی، همراه با دوره‌های عاطفی جدی و عدم کنترل تکانه و سطوح بالای استفاده از منابع بهداشت روانی است.

شیوع اختلال شخصیت نمایشی در میان دانش‌آموزان دختر دوره‌ی متوسطه‌ی شهر اصفهان چقدر است؟

شیوع کلی علائم اختلال شخصیت نمایشی در میان دانش‌آموزان دختر دوره‌ی متوسطه‌ی شهر اصفهان، ۶/۴ درصد در جمعیت کلی و ۳۷/۲ درصد در بین افراد مبتلا به اختلال شخصیت به دست آمد. تحقیقات میلر و همکاران (۱۹۸۷) شیوع این اختلال را در بزرگ‌سالان ۲/۷ تا ۲/۱ درصد، گیلدر و همکاران (۱۹۹۶) به نقل از تحقیقات انجام شده، ۳ تا ۱/۴ درصد و بارلو و دوراند (۱۹۹۷) نیز به نقل از نستدت (۱۹۹۰)، ۲ درصد و تورگرسن و همکاران (۲۰۰۱) نیز شیوع این اختلال را در نروژ ۲ درصد گزارش نموده‌اند. از نظر میزان درصد شیوع یافته‌های پژوهشی فوق‌الذکر با یافته‌های این پژوهش هم‌سویی کاملی ندارد. از طرف دیگر

محققانی چون جانسون و همکاران (۲۰۰۰) شیوع این اختلال را در نوجوانان غیر بستری ۲/۵ درصد گزارش نموده‌اند. علی‌رغم این‌که، ۶/۴ درصد شیوع صرفاً بر مبنای نتایج تست مطرح شده، ولی از این نظر که علائم اختلال شخصیت نمایشی در نوجوانان به‌خوبی قابل تشخیص است با یافته‌های جانسون و همکاران هم‌سویی دارد از طرف دیگر، یافته‌های این پژوهش با یافته‌های مربوط به‌سیر رشد و تحول اختلال شخصیت نمایشی شاید تا حدودی هم‌سویی داشته باشد. اما از سوی دیگر شاید بتوان گفت از آن‌جایی که در حال حاضر افراد با چنین ویژگی‌هایی معمولاً در جامعه موفق‌تر هستند و سریع‌تر به‌شهرت و موفقیت دست می‌یابند، فرهنگ جامعه این نوع رفتارها را به‌صورت تلویحی تشویق می‌کند و خود این مسأله می‌تواند موجب بالا رفتن آمار در این طبقه از اختلال شخصیت باشد.

شیوع اختلال شخصیت خودشیفته در میان دانش‌آموزان دختر دوره‌ی متوسطه‌ی شهر اصفهان چقدر است؟

شیوع کلی علائم اختلال شخصیت خودشیفته در این پژوهش در میان دانش‌آموزان دختر، ۱/۹۲ درصد در جمعیت کلی و ۱۱/۲ درصد در بین افراد مبتلا به اختلال شخصیت به دست آمد.

تخمین زده شده که کمتر از ۱ درصد بزرگ‌سالان مبتلا به این اختلال می‌باشند (APA، ۱۹۹۴)، ۵۰ تا ۷۵ درصد از این افراد مذکر می‌باشند (APA، ۱۹۹۴، بورگیوس^(۱)، همان منبع، ۱۹۹۳).

شیوع این اختلال در جمعیت عمومی بزرگ‌سال از جانب محققان مختلف تا حدودی نوسان دارد. میلر و همکاران (۱۹۸۷) شیوع این اختلال را ۰/۴ درصد، انجمن روان‌پزشکی آمریکا (۱۹۹۴-۱۳۷۴) کمتر از ۱ درصد در جمعیت عمومی و در جمعیت بالینی ۲ تا ۱۶ درصد و تورگرسن و همکاران (۲۰۰۱) ۰/۸ درصد گزارش نموده‌اند. جانسون و همکاران نیز در نوجوانان پایین‌تر از ۱۸ سال شیوع این اختلال را ۳/۱ درصد گزارش نموده‌اند. همان‌طور که ملاحظه می‌شود گزارش مطرح شده از شیوع این اختلال در میان نوجوانان با گزارش‌های شیوع مربوط به جمعیت عمومی هم‌سویی ندارد. نتیجه این مطالعه نیز، با مطالعات مربوط به جمعیت عمومی هم‌سویی ندارد ولی چنانچه احتمال شیوع

اختلال شخصیت خود شیفته را صرفاً مد نظر قرار دهیم، می توان گفت که شیوع ۱/۹۲ درصدی مطالعه‌ی حاضر که مبتنی بر علایم اختلال شخصیت خود شیفته گزارش شده با مطالعه‌ی جانسون و همکاران تا حدودی هم‌سویی دارد. شخصیت خود شیفته از جانب نظریه‌پردازانی چون کوهات و کرنبرگ عمیقاً مورد توجه قرار گرفته است. کوهات (۱۹۹۲) معتقد است، شخصیت‌های خودشیفته از نوعی اختلال عمیق در احترام به خود رنج می‌برند که بیان بارز آن در احساس پوچ و تهی بودن درون، حالت‌های افسردگی، کمبود علاقه و تعلق به یک ایده آل در زندگی، ضعف در نوآوری و بسیاری از رفتارهای غیرعادی در زمینه‌ی جنسی و اجتماعی است.

شیوع اختلال شخصیت اجتنابی در میان دانش‌آموزان دختر دوره‌ی متوسطه‌ی شهر اصفهان چقدر است؟

در این پژوهش، شیوع کلی علایم اختلال شخصیت اجتنابی در دانش‌آموزان دختر پایه‌های اول تا سوم دبیرستانی شهر اصفهان در حدود ۰/۰۸ درصد از جمعیت کلی و ۰/۴۴ درصد در بین افراد مبتلا شیوع داشت. میلر و همکاران (۱۹۸۷) شیوع این اختلال را در جمعیت بزرگسال ۰/۴ تا ۰ درصد گزارش نموده و بارلو و دوراند (۱۹۹۷) به‌نقل از تحقیقات انجام شده توسط ریچ و همکاران (۱۹۸۹) و زیمرمان و کوریل (۱۹۹۰) کمتر از ۱ درصد گزارش نموده‌اند. آزارنو و همکاران (۲۰۰۱) نیز در نروژ شیوع این اختلال را ۵ درصد گزارش نموده‌اند. انجمن روان‌پزشکی آمریکا (۱۳۷۴/۱۹۹۴) نیز در مورد شیوع این اختلال گزارش نموده که شیوع اختلال شخصیت اجتنابی در جمعیت عمومی بین ۰/۵ تا ۱ درصد است. همین‌طور این اختلال در بین حدود ۱۰ درصد از بیماران سرپایی در درمانگاه‌های بهداشت روانی گزارش شده است. به‌نظر می‌رسد که بنابر گزارش‌های یاد شده برخی عوامل اجتماعی و فرهنگی از قبیل میزان استقلال و ابراز وجودی که خانواده‌ها در فرهنگ‌های گوناگون برای فرزندان خود فراهم می‌آورند، چنین روندی را تحت تأثیر قرار دهد و منجر به اختلاف شیوع گرایش‌های دوری‌گزین در افراد جوامع مختلف شود. جانسون و همکاران (۲۰۰۰) نیز شیوع قطعی اختلال شخصیت اجتنابی (و نه شیوع علایم این اختلال) را ۲ درصد گزارش نموده‌اند، بنابراین از این جهت که می‌توان تشخیص اختلال شخصیت اجتنابی را در میان نوجوانان مطرح نمود، یافته‌های میلر

و همکاران با یافته‌های این پژوهش تا حدودی هم‌سویی دارد. تحقیقاتی نیز که مسیر تحول و رشد این اختلال را بررسی نموده‌اند، نشان می‌دهد که احتمال شیوع نسبی علایم این اختلال در کودکی و نوجوانی وجود دارد.

شیوع اختلال شخصیت وابسته در میان دانش‌آموزان دختر دوره‌ی متوسطه‌ی شهر اصفهان چقدر است؟

علایم اختلال شخصیت وابسته، در میان دانش‌آموزان دختر دبیرستانی شهر اصفهان و شیوع صفات اختلال شخصیت صفر درصد به‌دست آمد.

شیوع کلی اختلال شخصیت وابسته در جمعیت عمومی که توسط میلر و همکاران (۱۹۸۷)، ۶/۷ تا ۵/۱ درصد، گیلدر و همکاران (۱۹۹۶) به‌نقل از برخی تحقیقات انجام شده (۶/۷ تا ۱/۶، و بارلو و دوراند (۱۹۹۷) به‌نقل از زیمرسن و کوریل (۱۹۸۹) ۲ درصد گزارش شده با نتایج این پژوهش هم‌سویی ندارد. بنابر گزارش انجمن روان‌پزشکی آمریکا اختلال شخصیت وابسته اغلب از نوع اختلال‌هایی است که در درمانگاه‌های بهداشت روانی مشاهده می‌شود، در حالی که این تحقیق بر روی دانش‌آموزان عادی صورت گرفته و نتایج حاصل خیلی دور از ذهن نیست. از سوی دیگر آموزش‌های جدید در مدارس شامل جرأت‌ورزی، آموزش مهارت‌های اجتماعی و مشارکت دختران در امور مختلف می‌تواند بر روی این نتایج اثر داشته باشد.

شیوع اختلال شخصیت وسواسی - جبری در میان دانش‌آموزان دختر دوره‌ی متوسطه‌ی شهر اصفهان چقدر است؟

علایم اختلال شخصیت وسواسی - اجباری در این پژوهش، در میان دانش‌آموزان دختر دوره‌ی متوسطه‌ی شهر اصفهان، ۳/۲ در جمعیت کلی و ۱۸/۸ درصد افراد مبتلا به‌دست آمد.

شیوع ۳/۲ درصد در جمعیت عمومی و ۱۸/۸ علایم اختلال شخصیت وسواسی - اجباری در این پژوهش، با شیوع گزارش شده توسط میلر و همکاران (۱۹۸۷) ۶/۴ تا ۴، توسط وایزمن (۱۹۹۳) (به‌نقل از بارلو و دوراند (۱۹۹۷) ۴ درصد هم‌سویی دارد. تورگرسن و همکاران (۲۰۰۱) نیز بر اساس یافته‌های پژوهشی که از نروژ گزارش شده، شیوع این اختلال را در این کشور ۲ درصد گزارش نموده‌اند. جانسون و همکاران (۲۰۰۱)، که نوجوانی را بررسی نموده‌اند، شیوع این اختلال شخصیتی (بر پایه تشخیص قطعی و

به‌ر حال در تحقیقات صورت گرفته، اشاره‌ای به‌چنین رابطه‌ای نشده است. این احتمال وجود دارد که در تحقیقات قبلی هم رابطه سن والدین با اختلال‌های شخصیتی بررسی شده باشد و رابطه‌ای به‌دست نیامده باشد و لذا مانند برخی از دیگر زمینه‌ها نتایج گزارش نشده باشد. در چهارچوب یافته‌های فعلی به‌نظر می‌رسد که حتی وجود رابطه نیز توجیهی معقول و منطقی نداشته باشد.

منابع

- بست، جان. (۱۳۷۱) روشهای تحقیق در علوم تربیتی و رفتاری. ترجمه دکتر حسن پاشا شریفی و دکتر نرگس طالقانی. تهران: رشد.
- پروین، لارنس ای. (۱۳۷۴). روانشناسی شخصیت (نظریه و تحقیق). ترجمه محمد جعفر جوادی و پروین کدیور. تهران: رسا.
- خواجه موگهی، ناهید (۱۳۷۳). آماده‌سازی مقدماتی فرم فارسی پرسشنامه بالینی چند محوری میلون - ۲ (*MCMII-2*) 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.
- شولتز، دوران. شولتز، سیدنی آلن. (۱۳۷۷) نظریه‌های شخصیت. ترجمه یحیی سید محمدی تهران: نشر همان.
- گل پرور، محسن. (۱۳۸۰) بررسی شیوع و تنوع علایم اختلال‌های شخصیتی دانش‌آموزان پسر دوره متوسطه شهر اصفهان در سال تحصیلی ۸۰-۷۹ شورای تحقیقات سازمان آموزش و پرورش استان اصفهان
- لاندین، روبرت دبلیو. (۱۳۷۸) نظریه‌ها و نظام‌های روانشناسی ترجمه یحیی سید محمدی تهران: ارسباران
- APA (American Psychiatric Association). (1994, 1995, 2000) Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Washington: APA.
- Gelder. M. Gath. D, Mauou R. Cowen. P (1996). Oxford Textbook of psychiatry. fourth edition. london. oxford university press.
- Nestadt. G (1990). An Epidemiological Study of Histrionic personality Disorder. *psychol Med* 29,413 - 422.
- Sadock, Benjamin.J. & sadock Virginia A. (2000) Comprehensive Textbook of Psychiatry Volume three philadelphia. USA. Seventh edition.
- Torgerson. S.& Kringlen. T. Gramer V (2001). The Prevalence of Personality Disorder 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. Psychol.* 103 (1).44-50
- WHO (1996) World Health Forum. Vol 17(3). P.248.
- Weaver , T.L., Clum.G.A.(1993).Early Family Environments and Traumatic Experiences Associated with Borderline Personality Disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 61(6) 1068 - 1075.

نه علایم اختلال) ۱/۱ درصد گزارش نموده‌اند. بنابر تصریح انجمن روان‌پزشکی آمریکا (۱۳۷۴/۱۹۹۴)، شروع این اختلال در اوایل بزرگسالی است ولی ممکن است مانند دیگر اختلال‌های شخصیتی ریشه‌های آن در کودکی و نوجوانی باشد. لذا بر اساس یافته‌های حاضر می‌توان نتیجه گرفت علایم شخصیتی و سواسی - اجباری در نوجوانان دانش‌آموز، پایه‌های اول تا سوم وجود دارد. در خاتمه لازم به‌ذکر است از آنجا که آزمون میلون با توجه به طبقه‌بندی قبلی اختلالات شخصیت ساخته شده است، نتایج حاصل از اختلال شخصیت نافع - پر خاشگر و نیز شخصیت آزارطلب در آورده شده که این دو اختلال امروزه در طبقه‌بندی جدید وجود ندارد و در سایر طبقات ادغام شده است.

بحث و نتیجه‌گیری درباره‌ی مقایسه‌ی نمرات علایم از اختلال‌های شخصیت در میان دانش‌آموزان پایه‌های اول تا سوم دبیرستان: نتایج نشان داد که میان نمرات دانش‌آموزان پایه‌های اول تا سوم در علایم اختلال شخصیت تفاوتی وجود ندارد. تحقیق مستقلی که دقیقاً چنین روندی را بررسی نموده باشد، در دسترس نبود با این حال این انتظار وجود داشت تا حداقل بر مبنای سیر تحول و رشد، میزان شیوع اختلال‌های شخصیتی در بین دانش‌آموزان سه پایه‌ی دوره‌ی متوسطه متفاوت باشد و نیز از آنجایی که انجمن روان‌پزشکی آمریکا (*DSM-IV,1994*) اختلال‌هایی مانند پار انونید، اسکیزوتایید، اسکیزوتایپی، مرزی، خودشیفته، اجتنابی و سواسی - اجباری را در بزرگسالی اعلام نموده، پیش‌بینی می‌شد که تفاوت‌هایی میان پایه‌های پایین‌تر (به‌ویژه پایه‌ی اول دبیرستان) با پایه‌های بالاتر (به‌ویژه سوم دبیرستان) وجود داشته باشد.

این امر ممکن است نشان دهنده‌ی این واقعیت باشد که تفاوت سنی گروه‌های تحت مطالعه آن‌قدر زیاد نبوده تا تفاوت آشکاری میان آنان نمایان شود.

نتیجه‌گیری و بحث مربوط به‌رابطه‌ی عوامل خانوادگی با علایم اختلال‌های شخصیت در دانش‌آموزان دختر پایه‌های اول تا سوم دبیرستان: میان سن والدین (پدر و مادر) دانش‌آموزان پایه‌های اول تا سوم دبیرستان و علایم اختلال‌های شخصیتی ده‌گانه در آنان، رابطه معناداری ($P=1/24$ و $F=6/24$) به‌دست نیامد.