

## میزان شیوع و تنوع علائم اختلالات شخصیت خوشه C (وابسته، اجتنابی، وسواسی - جبری) در بین دانش آموزان دختر دوره متوسطه شهر اصفهان

طاهره امامی<sup>۱</sup> - مریم فاتحی زاده<sup>۲</sup>  
ناهید خواجه موگهی<sup>۳</sup> - بهمن نجاریان<sup>۴</sup>

### چکیده

هدف اصلی این پژوهش ارائه یافته‌های یک پژوهش در مورد تعیین میزان شیوع و تنوع علائم اختلالات شخصیت خوشه C شامل سه اختلال وابسته، اجتنابی و وسواسی - جبری در بین دانش آموزان دختر دوره متوسطه است که با استفاده از روش تحقیق زمینه‌یابی از نوع همه‌گیرشناسی (اپیدمیولوژیک) انجام شده است.

جامعه آماری کلیه دانش آموزان دختر پایه‌های سه‌گانه دوره متوسطه

---

\*- این مقاله برگرفته از یک طرح پژوهشی با عنوان «بررسی میزان شیوع و تنوع علائم اختلال‌های شخصیت در بین دانش آموزان دختر دوره متوسطه شهر اصفهان» است که شورای تحقیقات سازمان آموزش و پرورش شهر اصفهان از آن حمایت مالی کرده است، در این مقاله بخشی از یافته‌های مربوط به خوشه C آمده است.

۱- کارشناس ارشد مشاوره

۲- استادیار گروه مشاوره دانشگاه اصفهان

۳- عضو هیأت علمی دانشگاه علوم پزشکی شهید چمران اهواز

۴- استادیار گروه روان‌شناسی دانشگاه شهید چمران اهواز

نواحی پنجگانه آموزش و پرورش شهر اصفهان است. حجم نمونه برابر ۱۴۰۰ دانش آموز است که از هفتاد و پنج مدرسه به شیوه تصادفی انتخاب شدند. ابزار پژوهش پرسشنامه بالینی چند محوری میلیون - ۲ می باشد که در ایران هنجاریابی شده و از پایایی و اعتبار بالایی برخوردار است. یافته های پژوهش نشان می دهد که میزان شیوع علائم اختلال شخصیت وابسته صفر درصد، اجتنابی ۰/۸ درصد و وسواسی - جبری ۳/۲ درصد می باشد. این آمار مربوط به افرادی است که نمره آنها در آزمون میلیون ۸۵ و بالاتر از آن است و دارای علائم جدی اختلال شخصیت هستند. گروه دوم افرادی هستند که نمره آنها بین ۸۵ - ۷۴ است و در صورت فراهم شدن عوامل زمینه ساز، آمادگی زیادی برای ابتلای به اختلال شخصیت دارند. میزان شیوع علائم در بین این دسته عبارت است از اختلال شخصیت وابسته ۱/۰۷ درصد، اختلال شخصیت اجتنابی صفر درصد و اختلال شخصیت وسواسی - جبری ۷/۵ درصد. کلید واژه ها: شخصیت، اختلال شخصیت، اختلال شخصیت خوشه C، وابسته، اجتنابی، وسواسی - جبری، دانش آموزان دوره متوسطه.

#### مقدمه

شخصیت عبارت است از الگوی منحصر به فرد و دایمی تجارب درونی و رفتار بیرونی که ویژگی یک فرد است. شخصیت ثابت و غیر قابل انعطاف نیست. افراد از تجارب گذشته درس می گیرند و سعی می کنند در موقعیت های مختلف پاسخ های مختلف و متنوعی نشان دهند. این یادگیری و انطباق چیزی است که افراد مبتلا به اختلال شخصیت غالباً از عهده آن بر نمی آیند. اختلال شخصیت یک الگوی فراگیر، بادوام و غیر قابل انعطاف از تجارب درونی و رفتار بیرونی است که به طرز مشخصی با انتظارات فرهنگی فرد متفاوت است و به درماندگی و عملکرد بد منجر می شود (کامر، ۱۹۹۹). اختلالات شخصیت به سه خوشه تقسیم می شود: A و B و C. خوشه C شامل سه اختلال وابسته، اجتنابی و وسواسی - جبری با خصوصیات نظیر اضطراب و ترس است. سازمان بهداشت جهانی در سالهای اخیر از پژوهشگران کشورهای مختلف دعوت کرده که در زمینه اختلالات شخصیت دست به بررسی های تازه ای بزنند. دلایل این دعوت همگانی عبارتند از:

الف - همان‌گونه که بررسی‌های اخیر همه‌گیرشناسی نشان داده‌اند، اختلال‌های شخصیتی بسیار شایع است و در کشورهای مختلف و شرایط اجتماعی - فرهنگی گوناگون یافت می‌شود.

ب - اختلال‌های شخصیتی در زندگی کنونی و آینده فرد مبتلا نقش تعیین‌کننده دارند و برای خانواده و جامعه به شدت مخرب و آسیب‌زا هستند.

ج - وضعیت شخصیتی افراد، متغیر مهمی در پیش‌بینی ابتلای به دیگر اختلال‌های روانی و چگونگی پاسخ آنان به شیوه درمانی تلقی می‌شود (سازمان بهداشت جهانی، ۱۹۹۶). در ICD - ۱۰ اختلالات شخصیت به عنوان آشفتگی شدید شخصیت و رفتار توضیح داده می‌شود که از الگوهای فرهنگی معمول انحراف زیادی دارند. خطوط راهنمای تشخیصی ICD - ۱۰ عبارت‌اند از آشفتگی‌های طولانی مدت در چندین حیطه کارکرد، رفتار ناسازگار و فراگیر، شروع در کودکی یا نوجوانی، استمرار تا بزرگسالی، پریشانی شخصیتی زیاد و معمولاً (اما نه همیشه) مشکلات بسیار در کار و رفتار اجتماعی. این طبقه‌بندی همچنین امکان ایجاد ملاک‌هایی برای توضیح اختلالات شخصیت در فرهنگ‌های مختلف را میسر می‌سازد (سادوک و 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 بردارنده سه اختلال با خصوصیات عجیب و غریب، سرد و کناره‌گیر و نامتعارف (پارانویید، اسکیزوئید و اسکیزوتیپال) است. خوشه B شامل چهار اختلال است که با خصوصیات چوین هیجانی بودن، تکانش‌وری و بی‌نظمی مشخص است (مرزی، ضد اجتماعی، خود شیفته و نمایشی) و خوشه C در بردارنده سه اختلال اجتنابی، وابسته و سواسی - جبری است که خصوصیات نظیر اضطراب و ترس را به اشتراک دارند (سادوک و سادوک، ۲۰۰۰).

DSM-IV اختلالات شخصیت را به شرح زیر تعریف می‌کند: الگوی بادوام از رفتار و تجربه که به طرز قابل توجهی از انتظارات فرهنگی فرد انحراف دارد. این الگو در چند حیطه زیر ظاهر می‌شود: ۱- شناخت (شیوه‌های ادراک و تعبیر و تفسیر خود، دیگران و رخدادها)، ۲- عواطف (محدوده، شدت، نوسان و تناسب پاسخ هیجانی)، ۳- عملکرد بین فردی و ۴- کنترل تکانه.

این الگو با ثبات و بادوام است و شروع آن را می‌توان در نوجوانی و اوایل کودکی ردیابی کرد. این الگو غیر قابل انعطاف و فراگیر است و در محدوده وسیعی از موقعیتهای اجتماعی و شخصی مشاهده می‌شود و از لحاظ بالینی به آشفتگی قابل توجه یا نقص در عملکرد اجتماعی، شغلی یا دیگر حیطه‌های مهم منجر می‌شود (کامر، ۱۹۹۹). سایر ابعاد اهمیت این اختلالات عبارت‌اند از:

معمولاً اختلال‌های شخصیتی در زندگی کنونی و آینده فرد مبتلا نقش تعیین‌کننده‌ای دارند و برای خانواده و جامعه به شدت مخرب و آسیب‌زا هستند. این بیماران معمولاً مشکلات زناشویی و خانوادگی دارند، در محیط کار مشکلات متعدد دارند و اخراج می‌شوند، در تحصیل نوسان‌ها و مشکلات فراوان دارند، بسیاری از جرایم شدید و خفیف را این بیماران انجام می‌دهند و بسیاری از زندانیان مبتلا به نوعی اختلال شخصیت هستند. اختلال‌های شخصیت مستعدکننده و زمینه‌ساز اصلی بسیاری از مشکلات پزشکی و روانپزشکی هستند. وضعیت شخصیتی افراد، متغیر مهمی در پیش‌بینی ابتلای به دیگر اختلال‌های روانی و چگونگی پاسخ آنان به شیوه‌های درمانی تلقی می‌شود و در نهایت اینکه هیچ گروه جمعیت‌شناختی (دموگرافیک) نسبت به اختلالات شخصیت مصونیت ندارد (سادوک و سادوک، ۲۰۰۰).

### خوشه C اختلالات شخصیت

الف - اختلال شخصیت اجتنابی: این اختلال با حساسیت شدید، فراگیر و مفرط نسبت به ارزیابی منفی، مهار اجتماعی و احساس بی‌کفایتی همراه است، اختلال ممکن است شدید باشد و معمولاً در بردارنده مشکلات شغلی و اجتماعی است. مبتلایان به اختلال شخصیت اجتنابی به قدری از طرد شدن می‌هراسند که به هیچ کس فرصت طرد یا پذیرش خود را نمی‌دهند، یک الگوی فراگیر و مزمن بازداری در موقعیتهای اجتماعی، احساس بی‌کفایتی و حساسیت فوق‌العاده نسبت به ارزیابی منفی دیگران از خود نشان می‌دهند (انجمن روانپزشکی آمریکا، ۲۰۰۰).

بنابراین تعجبی ندارد که از موقعیتهای و فعالیتهایی که مستلزم تماسهای بین‌فردی است، فعالانه اجتناب می‌کنند. در مرکز ثقل گوشه‌گیری اجتماعی این افراد بیشتر ترس و وحشت از انتقاد، تأیید نشدن یا طرد وجود دارد تا کمبود مهارتهای اجتماعی. آنها در

موقعیتهای اجتماعی به ترس، کمروبی، تردید و بی‌رغبتی دچار می‌شوند و می‌ترسند مطالب احمقانه و نامناسب بگویند و یا با واکنش‌هایی مثل سرخ شدن، گریه کردن و بی‌قراری شرمسار شوند. این افراد نسبت به نارضایتی اجتماعی و کم‌ارزش شمرده شدن حساس هستند. حتی در شروع رابطه نیز حالت بازداری و مهار دارند، زیرا می‌ترسند شرم‌منده شوند یا مورد تمسخر قرار بگیرند (فریمن،<sup>۱</sup> نقل از کامر ۱۹۹۹).

مبتلایان به این اختلال معتقدند که جذابیت ندارند و در مقابل دیگران حقیر هستند. در مورد مشکلات احتمالی موقعیتهای جدید اغراق می‌کنند، بنابراین به ندرت خطر می‌کنند و به ندرت درگیر فعالیتهای جدید می‌شوند. گرچه آنها واقعاً مشتاق روابط صمیمانه هستند و دائماً احساس پوچی، افسردگی و تنهایی می‌کنند، با این حال معمولاً دوست صمیمی ندارند یا اگر داشته باشند تعداد آنها بسیار کم است. در نتیجه بسیاری از آنها به دنیای درونی خیالپردازی و تصورات پناه می‌برند (میلون، ۱۹۹۰).

اختلال شخصیت اجتنابی شبیه به ترس مرضی (فوبی) اجتماعی است و اغلب مبتلایان به یکی از این دو اختلال، دیگری را هم تجربه می‌کنند. با این حال تفاوت مهمی بین این دو وجود دارد. افراد مبتلا به ترس مرضی اصولاً از شرایط و موقعیتهای اجتماعی هراس دارند و نه از برقراری ارتباطات صمیمانهٔ اجتماعی، در حالی که مشکل اصلی مبتلایان به اختلال شخصیت اجتنابی، ترس از ارتباطات صمیمانهٔ اجتماعی است. همچنین وجود اختلال شخصیت اجتنابی در بین مبتلایان به اختلال افسردگی شایع است (سادوک و سادوک، ۲۰۰۰).

همبودی: این بیماران در معرض افزایش خطر ابتلای به اختلالات خلقی و اضطرابی (به‌خصوص هراس اجتماعی، نوع منتشر) قرار دارند. رایج‌ترین اختلالات شخصیتی همبود عبارت‌اند از اختلالات شخصیت اسکیزوتایپال، اسکیزوئید، پارانوئید، وابسته و مرزی.

همه‌گیرشناسی: DSM-IV میزان شیوع ۰/۵ تا یک درصد در کل جمعیت و ۱۰ درصد برای بیماران روانی سرپایی را گزارش می‌کند. طبق گزارش DSM-IV این اختلال در مردان و زنان از لحاظ فراوانی یکسان است.

تشخیص افتراقی: تشخیص و تمایز اختلال شخصیت اجتنابی از هراس اجتماعی خیلی مشکل است. در هراس اجتماعی از موقعیتهای خاص به جای تماس‌های بین‌فردی اجتناب می‌شود. اختلال وحشت (پانیک) با گذر هراسی نیز در بردارنده اجتناب است، ولی معمولاً بعد از شروع حملات وحشت دیده می‌شود. اختلال اجتنابی یا دوری‌گزین از اختلالات شخصیت اسکیزوتایپال و اسکیزوئید (انزوای اجتماعی شخصیت‌های اجتنابی با میل به روابط اجتماعی همراه است که در اختلالات شخصیت اسکیزوئید و اسکیزوتایپال مشاهده نمی‌شود)، اختلال شخصیت پارانوئید (که در بردارنده نگرش دفاعی، اشتغال ذهنی با معانی پنهان و کشف وقایع توطئه‌گرانه است) و اختلال شخصیت وابسته (که به جای ترس از ارزیابی منفی بر مورد مراقبت قرار گرفتن متمرکز است) متمایز می‌شود.

سیر: خجالت‌زدگی و ترس از غریبه‌ها و موقعیت‌های جدید و ترس از بیماری بدریخت‌کننده و خجالت کشیدن در اوایل کودکی، کودکان را مستعد اختلال شخصیت اجتنابی می‌سازد (سادوک و سادوک، ۲۰۰۰).

ب - اختلال شخصیت وابسته: علائم برجسته اختلال شخصیت وابسته عبارت‌اند از نیاز فراگیر و مفرط به مورد مراقبت و حمایت قرار گرفتن که به رفتار چسبندگی و اتکا، مطیع بودن، ترس از جدایی و وابستگی بین‌فردی منجر می‌شود. مشکلات آنها وضعیت اجتماعی - اقتصادی ضعیف و کارکرد زناشویی و خانوادگی ضعیف است. نقایص غالباً خفیف است و معمولاً اگر وابستگی زیاد باشد در بردارنده روابط بین‌فردی و کارکرد شغلی ضعیف است. افراد مبتلا به اختلال شخصیت وابسته به قدری متکی و وابسته به دیگران هستند که در تصمیم‌گیری‌های بزرگ و کوچک زندگیشان با مشکل مواجه می‌شوند. مبتلایان به این اختلال الگوی رفتاری سلطه‌پذیری و چسبندگی، ترس از جدایی و نیاز فراگیر به مراقبت دیگران را از خود نشان می‌دهند (انجمن روانپزشکی آمریکا، ۱۹۹۴).

وابستگی به دیگران تا حدی طبیعی است، اما بیماران اختلال شخصیت وابسته همواره برای نظرخواهی، مشورت و کسب اطمینان در مورد موضوعات و تصمیم‌گیری‌های روزمره و نیز برای برخورد با احساس عمیق بی‌کفایتی و درماندگی شخصی به دیگران تکیه می‌کنند. چون این افراد می‌ترسند که به تنهایی قادر به مراقبت

از خود نباشند، لذا تا حد بسیار زیادی از «تنها بودن» پرهیز می‌کنند و چنان با شدت و حدت به دوستان و خویشاوندان نزدیک خود می‌چسبند که در هیچ رابطه‌ی سالمی نمی‌توان این وضعیت را دید. در موارد پیشرفته، فرد وابسته نمی‌تواند هیچ‌گونه جدایی فیزیکی از همسر یا دوستش را هم تحمل کند (کامر، ۱۹۹۹).

تفاوت اختلال شخصیت وابسته و اجتنابی در این است که افراد وابسته در جدایی از دیگران و افراد اجتنابی در ایجاد و برقراری رابطه با دیگران احساس ناراحتی و مشکل می‌کنند. وقتی ارتباط نزدیک و صمیمانه در افراد وابسته قطع شود، احساس درماندگی و انهدام کامل می‌کنند و به سرعت در جست‌وجوی رابطه با فرد دیگری برمی‌آیند تا بوجی و خلأ آنها را پر کنند و از آنها مراقبت و حمایت نماید. بسیاری از این افراد علی‌رغم بهره‌کشی و سوء رفتار فیزیکی یا روانی دوستانشان باز هم به حفظ رابطه با آنها ادامه می‌دهند. بیماران وابسته گرایش به سلطه‌پذیری دارند. این افراد چون به توانایی و قضاوت خود اعتماد ندارند، لذا اجازه می‌دهند که تصمیم‌گیری‌های مهم را دیگران برایشان انجام دهند و در برخوردها، بدون در نظر گرفتن اینکه حق با کیست، به‌ندرت با دیگران مخالفت می‌کنند (کامر، ۱۹۹۹).

یک فرد وابسته در تصمیم‌گیری برای اینکه کجا زندگی کند؟ چه شغلی داشته باشد؟ با کدام یک از همسایه‌ها رفت و آمد داشته باشد؟ وابسته به تصمیم‌گیری والدین یا همسرش است (انجمن روانپزشکی آمریکا، ۱۹۹۴). این افراد به علت ترس شدید از طرد، نسبت به انتقاد و تأیید نشدن از طرف دیگران بسیار حساس هستند. بسیار ماهرانه با جمع هم‌رنگی و هم‌نوایی می‌کنند. خود را با خواسته‌ها و انتظارات دیگران تطابق می‌دهند و اغلب برای کسب تأیید دیگران، داوطلب انجام کارهای ناخوشایند و حتی بی‌معنا می‌شوند. بیمار وابسته اغلب درماندگی، تنهایی، افسردگی، خود سرزنش‌گری و عزت نفس پایینی را تجربه می‌کند و در معرض خطر بالایی برای ابتلای به اختلال افسردگی، ترس مرضی و سایر اختلالات اضطرابی است (انجمن روانپزشکی آمریکا، ۲۰۰۰). این شخص هنگامی که در رابطه با دیگران پیش‌بینی «ترک شدن» می‌کند، اضطراب جدایی و احساس درماندگی شدیدی پیدا می‌کند که این حالات به‌ویژه ممکن است او را مستعد افکار خودکشی کند (کامر ۱۹۹۹). فراوانی اختلال شخصیت وابسته در جوامع نامشخص است.

همبودی: این بیماران در معرض افزایش خطر افسردگی اساسی و اختلالات خلقی، اختلالات اضطرابی، اختلال سازگاری و هراس اجتماعی قرار دارند. رایج‌ترین اختلالات شخصیتی همبود عبارت‌اند از اختلالات نمایی، اجتنابی و مرزی. همه‌گیرشناسی: DSM-IV این اختلال را جزء شایع‌ترین اختلالات شخصیت گزارش می‌کند. شیوع آن از لحاظ فراوانی در مردان و زنان یکسان است.

سبب‌شناسی: بیماری جسمی مزمن یا اختلال اضطراب جدایی ممکن است زمینه‌ساز اختلال شخصیت وابسته باشد که الگوی خانوادگی و ژنی آن نامعلوم است. تشخیص افتراقی: اختلال شخصیت وابسته از وابستگی مشاهده شده در اختلالات خلق، اختلال وحشت، گذر هراسی و اختلال ناشی از یک وضعیت طب عمومی متمایز می‌شود. اختلال وابسته از اختلالات زیر متمایز است: اختلال شخصیت مرزی (که در بردارنده روابط بی‌ثبات، طوفانی و واکنش نسبت به ترک شدن همراه با خشم و پوچی است)، اختلالات شخصیت نمایی (که در بردارنده زرق و برق اجتماعی به همراه تقاضای فعال برای جلب توجه است) و اختلال شخصیت اجتنابی که شامل انزوای اجتماعی به علت ترس از ارزیابی منفی و نه اتکا و اطاعت مشاهده شده در شخصیت‌های وابسته است (سادوک و سادوک، ۲۰۰۰).

ج - اختلال شخصیت وسواسی - جبری: علامت برجسته اختلال شخصیت وسواسی - جبری عبارت‌اند از اشتغال ذهنی با نظم و ترتیب، کمال‌گرایی و کنترل روانی و بین‌فردی. عوارض آن عبارت‌اند از: پریشانی، بروز مشکل هنگام مواجهه با موقعیت‌های جدیدی که مستلزم انعطاف‌پذیری و مصالحه است و انفارکتوس میوکارد ثانوی بر خصوصیات معمول در شخصیت‌های تیپ A نظیر اضطراب زمانی (کامر، ۱۹۹۹).

افراد مبتلا به اختلال شخصیت وسواسی - جبری به قدری می‌خواهند همه کارها را درست انجام دهند و حق مطلب را در هر موردی اداکنند که تلاش‌هایشان بارآوری و ثمردهی خود را از دست می‌دهد. مبتلایان به این اختلال الگوی اشتغال به نظم و ترتیب، کمال‌گرایی و کنترل ذهنی و روابط بین فردی را به قیمت از دست دادن انعطاف‌پذیری، باز بودن و کارآمدی از خود نشان می‌دهند. آنها به واسطه اشتغال زیاد به قانون و نظم و ترتیب و پرداختن به جزئیات افق دیدشان محدود است. وقتی با امری مواجه می‌شوند، اغلب آنقدر در سازماندهی و جزئیات دقیق می‌شوند که در فهم کامل آن امر شکست

می‌خورند. در نتیجه کارهایشان اغلب بعد از برنامه تمام می‌شود یا برای همیشه ناقص می‌ماند. این افراد معیارهای بسیار بالایی برای خود تعیین می‌کنند که با هیچ عقل سلیمی سازگار نیست و در نتیجه هیچ‌گاه از عملکردشان احساس رضایت نمی‌کنند. در ضمن معمولاً از وکالت دادن و تفویض مسؤولیت به دیگران و کارگروهی و تیمی اجتناب می‌کنند، زیرا معتقدند که دیگران بسیار بی‌دقت هستند یا شایستگی و توان انجام صحیح آن کار را ندارند. ترس فوق‌العاده شدید این افراد از «اشتباه کردن» ممکن است منجر به بی‌تصمیمی و دودلی، خودداری کامل از تصمیم گرفتن و یا به تعویق انداختن تصمیم‌گیری‌ها شود. به علاوه چون این افراد تمام وقتشان را صرف رسیدن به معیارهای سطح بالایشان می‌کنند، اغلب از فعالیتهای لذت‌بخش ایام فراغت و رابطه با دوستانشان باز می‌مانند (کامر، ۱۹۹۹).

افراد مبتلا به شخصیت‌های وسواسی - جبری در اخلاقیات و ارزشها انعطاف‌پذیر نیستند. دیگران آنها را دارای فکری جمود و ذهنی بسته می‌دانند. آنها با دقت و وسواس زیاد به معیارهای شخصی خود پایبندند و دیگران را نیز با این معیارها ارزیابی می‌کنند. خشکی و انعطاف‌ناپذیری آنها در ابراز محدود عواطف نیز آشکار است و ارتباط آنها اغلب سطحی و با احتیاط است. افراد وسواسی - جبری پول و وقتشان را به راحتی و سخاوت در اختیار دیگران قرار نمی‌دهند. آنها نه‌تنها در مورد پول خرج کردن حساسیت دارند، بلکه نمی‌توانند چیزهای کهنه، فرسوده و بی‌مصرف را نیز دور بیندازند، و برای نگهداری این اشیاء دلایل بسیار مهم عاطفی یا مالی را بیان می‌کنند (انجمن روانپزشکی آمریکا، ۱۹۹۴).

شیوع اختلال شخصیت وسواسی - جبری در کل جمعیت بین ۱ تا ۱/۷ درصد است و مردان دو برابر زنان احتمال دارد که به این اختلال مبتلا شوند (انجمن روانپزشکی آمریکا، ۱۹۹۴).

اغلب اعتقاد بر این است که اختلال شخصیت وسواسی - جبری و اختلال اضطرابی وسواسی - جبری کاملاً به هم ارتباط دارند. در مورد برخی بیماران می‌توان تشخیص هر دو اختلال را توأم داد و هر دو اختلال نیز ویژگیهای مشترکی دارند، اما عملکرد فرد مبتلا به اختلال اضطرابی وسواسی - جبری تخریب بیشتری می‌بیند (انجمن روانپزشکی آمریکا، ۱۹۹۴). با این حال ذکر این نکته اهمیت دارد که هیچ

حمایت تجربی برای اثبات ارتباطی خاص بین این دو اختلال وجود ندارد (ماویسا کالیان، ۱۹۹۰). به علاوه افسردگی، ترس مرضی اجتماعی و الگوهای شخصیتی تیپ A، حداقل به اندازه‌ای که در اختلال اضطرابی و سواسی - جبری شیوع دارند، در اختلال شخصیت و سواسی - جبری نیز شایع هستند (کامر، ۱۹۹۹).

همبودی: این بیماران در معرض افزایش خطر ابتلای به افسردگی اساسی، اختلال اضطرابی و اختلال و سواسی - جبری قرار دارند.

همه‌گیرشناسی: DSM-IV میزان شیوع بیماری را ۱ درصد در کل جمعیت و ۳ تا ۱۰ درصد در بیماران روانی سرپایی گزارش می‌کند. طبق گزارش DSM-IV شیوع این اختلال در مردان دو برابر زنان است.

سبب‌شناسی: و سواس‌ها و اجبارها مکرراً با سطح بالای کارکرد سروتونرژیک مرکزی ارتباط داده شده‌اند. اما اجبارها با اضطراب کلی و منتشر همراه است که از فرضیه دخالت مکانیسم‌های روانی و رفتاری علیه اضطراب در و سواس - اجبار حمایت می‌کند. بعضی از مطالعات تراکم خانوادگی این اختلال را نشان داده‌اند.

تشخیص افتراقی: اختلال شخصیت و سواسی - جبری از اختلال و سواس - اجبار براساس و سواس‌ها و اجبارهای واقعی در اختلال اخیر متمایز می‌شوند. این اختلال شخصیتی از اختلالات زیر متمایز می‌شود: اختلال شخصیت اسکیزوئید (که در بردارنده ناتوانی برای روابط صمیمی و نزدیک و انزوای اجتماعی ثانوی بر انفکاک هیچانی است)، اختلال شخصیت ضد اجتماعی (که در بردارنده اهداف مادی در رفتار ضد اجتماعی و جنایت است، در حالی که شخصیت‌های و سواسی فوق‌العاده اخلاقی هستند) و اختلال شخصیت خودشیفته (که شامل حس بزرگ‌منشی، خودبزرگ‌نمایی، نمایشی و ترس از برملا شدن عیوب و نقایص پنهانی است).

سؤالی که همواره در زمینه اختلالات شخصیت مطرح بوده این است که آیا این اختلالات در سنین پایین هم بروز می‌کنند و در این صورت آیا قابل تشخیص، پیشگیری و درمان هستند یا خیر؟ در آخرین راهنمای آماری تشخیص اختلال‌های روانی (DSM-IV) تصریح شده که معمولاً اختلالات شخصیت از کودکی و نوجوانی آغاز شده و در صورتی که آشفتنگی شخصیتی پایدار و فراگیر باشد و به مرحله رشدی و تحولی خاصی هم محدود نباشد، می‌توان در میان نوجوانان این اختلال‌ها را تشخیص داد (انجمن روان‌شناسی آمریکا، ۱۹۹۴).

## میزان شیوع و تنوع علایم اختلالات شخصیت خوشه ... / ۱۰۳

در این زمینه به چند مطالعه می‌توان اشاره کرد. وایزمن (۱۹۹۳) براساس زمینه‌یابی‌های همه‌گیرشناسی و بر پایه ملاکهای تشخیص اختلال‌های شخصیت در DSM-III تخمین‌های شیوع کلی اختلال‌های شخصیت را ۱۰ تا ۱۳ درصد گزارش کرده است. لوی و همکاران (۱۹۹۹) نیز شیوع اختلال‌های شخصیت را در میان نوجوانان تحت مطالعه خود بدین شرح گزارش کرده‌اند: ۸۶ نفر (معادل ۶۱ درصد از ۱۴۲ بیمار نوجوان) حداقل دارای یک اختلال شخصیت تشخیص داده شدند. در این میان اختلال شخصیت مرزی بیشترین تعداد (۷۱ نفر) و اختلال شخصیت اسکیزوئید و سواسی - جبری کمترین تعداد (هر کدام دو نفر) را داشتند. این مطالعه به‌ویژه از این نظر دارای محدودیت است که بر روی جمعیت‌های بالینی و روانپزشکی انجام شده و نتایج آن قابل تعمیم به کل جامعه نیست. جانسون و همکاران (۲۰۰۰) در مطالعه‌ای که بر روی رابطه میان اختلال‌های شخصیت در نوجوانان با رفتارهای خشن و جنایی در دوره جوانی و اوایل بزرگسالی طی یک مطالعه طولی انجام دادند، ۷۱۷ نوجوان را به عنوان گروه نمونه مبتنی بر جامعه به همراه مادرانشان در سالهای ۱۹۸۳، ۱۹۸۵، ۱۹۸۶، ۱۹۹۱ و ۱۹۹۳ با مصاحبه ساختاریافته بر مبنای علایم اختلال‌های شخصیتی که در DSM-III و DSM-III-R مطرح شده مورد سنجش و ارزیابی قرار دادند. طبق نتایج این مطالعه، ۳/۳ درصد نوجوانان مبتلا به علایم اختلال شخصیت پارانوئید، ۱/۱ درصد مبتلا به شخصیت اسکیزوئید، ۱/۷ درصد نوجوانان مبتلا به علایم اختلال شخصیت اسکیزوتایپی، ۲/۴ درصد مبتلا به علایم اختلال شخصیت مرزی و ۲/۵ درصد مبتلا به علایم اختلال شخصیت سواسی - اجباری تشخیص داده شدند. در عین حال نوجوانان دارای علایم زیاد از گروه اختلال‌های شخصیت A و B (پارانوئید، اسکیزوئید، ضد اجتماعی، مرزی، نمایشی و خود شیفته) نسبت به نوجوانان گروه اختلال‌های شخصیت C (اجتنابی، وابسته، سواسی - اجباری) اعمال ضد اجتماعی، خشن و جنایی بیشتری داشتند. در این پژوهش چون در آغاز مطالعه نوجوانان کمتر از ۱۸ سال داشته‌اند، اختلال شخصیت ضد اجتماعی مورد بررسی قرار نگرفته است. باید یادآوری کرد که از مجموع اختلال‌های شخصیت بنا به تصریح انجمن روانپزشکان آمریکا (۱۹۹۴)، فقط اختلال شخصیت ضد اجتماعی در افراد زیر ۱۸ سال قابل تشخیص

نمی‌باشد، ولی دیگر اختلال‌ها را در صورت ثبات و پایداری علایم می‌توان در نوجوانی تشخیص داد.

طیف کلی مطالعات مربوط به تنوع و شیوع اختلال‌های شخصیتی در افراد بزرگسال تا اندازه‌ای نسبت به مطالعات متمرکز بر بررسی اختلال‌های شخصیت در نوجوانان از زمینه نیرومندتری برخوردار است. برای مثال میلر<sup>۱</sup> و همکاران (۱۹۸۷) شیوع اختلال‌های شخصیت را براساس پرسشنامه شخصیتی چنین اعلام کرده‌اند: اختلال شخصیت پارانوئید ۰/۴ تا ۰/۹ درصد، اسکیزوئید ۰/۲ تا ۰/۸ درصد، اسکیزوتایپی ۵/۱ تا ۵/۶ درصد، ضد اجتماعی ۰/۴ تا ۰/۶ درصد، مرزی ۱/۳ تا ۳/۶ درصد، نمایشی ۲/۲ تا ۲/۷ درصد، خودشیفته ۱/۴ درصد، اجتنابی ۰ تا ۰/۴ درصد، وابسته ۵/۱ تا ۶/۷ درصد، وسواسی - اجباری ۴ تا ۶/۴ درصد و منفعل - پرخاشگری ۰ تا ۰/۴ درصد (نقل از گیلدر و همکاران، ۱۹۹۶).

تورگرسون کریگلن و کرامر (۲۰۰۱) بر روی ۲۰۵۳ زن و مرد نروژی در اسلو تحقیقی انجام دادند که آمار تفکیکی اختلال‌های شخصیتی در این مطالعه به این شرح است: پارانوئید ۲/۴ درصد، اسکیزوئید ۱/۷ درصد، اسکیزوتایپی ۰/۶ درصد، ضد اجتماعی ۰/۷ درصد، سادیستیک ۰/۲ درصد، مرزی ۰/۷ درصد، نمایشی ۲ درصد، خودشیفته ۰/۸ درصد، اجتنابی ۵ درصد، وابسته ۱/۵ درصد، وسواسی - اجباری ۲ درصد، منفعل - پرخاشگر ۱/۷ درصد و خودشکن ۰/۸ درصد. لازم به ذکر است افراد مورد مطالعه زنان و مردان ۱۸ تا ۶۵ ساله بودند.

نسبتهای شیوع گزارش شده در مطالعات متعدد، نشان می‌دهد که این نتایج از الگوی مشابه و یکسانی پیروی نمی‌کند. به عبارت دیگر بسیاری از مطالعات دامنه مشخصی را برای شیوع هر یک از اختلال‌ها گزارش کرده‌اند. این تفاوت در شیوع ممکن است از تفاوت‌های فرهنگی، تفاوت در ابزارهای مورد استفاده و تفاوت کلی در جمعیت‌های مورد مطالعه (مانند بالینی و غیر بالینی) متأثر شده باشد. در عین حال در زمینه شیوع کلی و پایدار اختلال‌های شخصیتی این نکته را باید همواره مد نظر داشت.

که علایم مطرح برای تشخیص اختلال‌های شخصیت، حداقل باید یک سال دوام داشته باشد. به عبارت کلی‌تر به صرف وجود علایم نمی‌توان اقدام به تشخیص اختلال شخصیت کرد (گل‌پرور، ۱۳۸۰).

در مجموع از بررسی پژوهش‌های فوق می‌توان نتیجه گرفت که اختلالات شخصیت در نوجوانی با علایم مشخصی همراه است و اگر نتوان به‌طور دقیق این اختلالات را در این سن تشخیص داد، می‌توان علایم آنها را شناسایی نمود. پژوهش حاضر بر همین مبنا صرفاً به بررسی شیوع و تنوع علایم اختلالات شخصیت خوشه C با توجه به ملاکهای DSM-IV در دختران دوره متوسطه شهر اصفهان پرداخته و به هیچ عنوان تشخیص قطعی و آمار شیوع قطعی اختلالات را مد نظر ندارد. با این توضیحات می‌توان گفت هدف این پژوهش بررسی این مسأله است که آیا علایم اختلالات شخصیت خوشه C شامل اختلالات شخصیت وابسته، اجتنابی و وسواسی - جبری در بین دانش‌آموزان دختر شهر اصفهان وجود دارد یا خیر؟ و در صورت وجود، فراوانی هر یک چقدر است؟

## روش

روش پژوهش، روش زمینه‌یابی از نوع همه‌گیرشناسی 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 (بست، ترجمه شریفی و طالقانی، ۱۳۸۰).

جامعه آماری این پژوهش شامل تمامی دانش‌آموزان دختر پایه‌های سه‌گانه دوره متوسطه نواحی پنجگانه آموزش و پرورش شهر اصفهان در سال تحصیلی ۱۳۸۱ است. از آنجا که مطالعه حاضر نوعی مطالعه همه‌گیرشناسی می‌باشد و در این نوع مطالعات معمولاً حجم نمونه بزرگ انتخاب می‌شود تا شیوع کلیه اختلالات شخصیت که در برخی از موارد به دهم درصد می‌رسد را تحت پوشش قرار دهد و نتیجه‌ای نسبتاً منطقی به دست آید، لذا در این پژوهش نیز حجم نمونه‌ای برابر با ۱۴۰۰ نفر

دانش‌آموز برآورد شد و برای انجام نمونه‌گیری ابتدا فهرستی از کلیه مدارس متوسطه شهر اصفهان تهیه و از بین آنها در هر ناحیه ۱۵ مدرسه و در مجموع ۷۵ مدرسه به‌طور تصادفی انتخاب شدند. از هر مدرسه تعدادی (حدود ۲۰ نفر) از بین دانش‌آموزان کلاسهای اول، دوم و سوم انتخاب شدند. بدین ترتیب نمونه‌ای برابر با ۱۴۰۰ دانش‌آموز به شیوه تصادفی طبقه‌ای به‌دست آمد و پرسشنامه میلون روی آنها اجرا و نمونه‌گذاری شد.

ابزار اندازه‌گیری در پژوهش عبارت‌اند از: الف - پرسشنامه بالینی چند محوری میلون - ۲<sup>۱</sup>، ب - مصاحبه با ساختار براساس معیارهای DSM-IV و ج - پرسشنامه ویژگیهای فردی - خانوادگی.

پرسشنامه بالینی چند محوری میلون - ۲: این پرسشنامه را تئودور میلون روان‌شناس بالینی و شخصیت در سال ۱۹۷۷ تهیه کرد. فرم تجدید نظر شده آن (MCMI-II) در سال ۱۹۸۷ منتشر شد و شامل ۲۲ مقیاس در سه گروه مقیاسهای شخصیتی، الگوهای بیمارگونه شخصیت و نشانه‌های بالینی است. آزمون میلون هم در صورت اصلی و هم در صورت هنجار شده ایرانی، از اعتبار بالایی برخوردار است و در تهران آن را خواجه موگهی (۱۳۷۳) هنجاریابی کرد.

مصاحبه: این مصاحبه را با ساختاری براساس معیارهای DSM-IV افراد کارآزموده انجام دادند. مصاحبه با ۳۰ دانش‌آموز که براساس پرسشنامه میلون سالم تشخیص داده شده بودند و ۳۰ دانش‌آموز که دارای علائم اختلال شخصیت بودند، انجام شد و نتایج آن به عنوان مکمل قسمت اول پژوهش به‌کار گرفته شد و نتایج به‌دست آمده از پژوهش روی ۱۴۰۰ نفر نمونه اولیه و ۶۰ نفر نمونه بعدی تجزیه و تحلیل شد.

روش تحلیل داده‌ها: از آنجا که این پژوهش نوعی تحقیق زمینه‌یابی است و هدف آن توصیف، تبیین و کشف پدیده‌هاست، لذا برای تحلیل داده‌های آن از آمار توصیفی استفاده شد و به بررسی شاخص‌هایی چون درصد، فراوانی، میانگین، انحراف معیار و واریانس پرداخته شد.

### نتایج تحقیق

در این بخش نتایج حاصل از اجرای پژوهش به تفکیک ارائه می‌شود. در این پژوهش افرادی که در آزمون میلون نمره آنها بین ۸۵ - ۷۴ بود به عنوان افرادی دارای صفات<sup>۱</sup> اختلال شخصیت با احتمال بسیار بالای ابتلای به اختلال شخصیت در صورت فراهم شدن زمینه مساعد در نظر گرفته شدند. افرادی که نمره آنها در آزمون میلون ۸۵ به بالا می‌باشد، افرادی هستند که علایمی از اختلال جدی را نشان داده‌اند. با توجه به جدول ۳۶/۷ درصد افراد از کل جمعیتی که نمونه‌گیری از آن انجام شده دارای صفات اختلال شخصیت می‌باشند. در پژوهش حاضر فقط چند سؤال مطرح شده بود. در زیر ضمن طرح هر سؤال به یافته‌های به دست آمده می‌پردازیم:

۱- تنوع و شیوع علایم اختلال شخصیت دهگانه در بین دانش‌آموزان دختر دوره متوسطه شهر اصفهان چقدر است؟

جدول ۱- نتایج حاصل از اجرای آزمون میلون

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

همان‌گونه که قبلاً اشاره شد در این پژوهش افرادی که در آزمون نمره آنها بین ۸۵ - ۷۴ بود، به عنوان افرادی که دارای صفات اختلال شخصیت بوده و احتمال ابتلای به اختلال شخصیت در صورت فراهم شدن زمینه مساعد، در آنها بسیار بالا می‌باشد در نظر گرفته

شدند. با توجه به جدول شماره ۱، ۳۶/۷ درصد افرادی که نمونه‌گیری از آنها انجام شده، دارای صفات اختلال شخصیت می‌باشند و فقط ۱۷/۲ درصد افراد نمونه علایمی از اختلال جدی را نشان داده‌اند و ۴۶/۱ درصد افراد سالم به نظر می‌رسند. لازم به ذکر است که تعداد ۱۰۱ پرسشنامه اعتبار لازم را نداشتند و از نمونه مورد مطالعه حذف شدند.

۲- شیوع علایم اختلال شخصیت وابسته، اجتنابی و وسواسی - جبری در بین دانش‌آموزان دختر دوره متوسطه شهر اصفهان چقدر است؟

جدول ۲- فراوانی و درصد فراوانی شیوع علایم اختلال‌های شخصیت وابسته، اجتنابی و وسواسی - جبری در بین دانش‌آموزان دختر

نوع اختلال		اختلال شخصیت وابسته			اختلال شخصیت اجتنابی			اختلال شخصیت وسواسی - جبری				
میزان فراوانی در هر پایه	اول	دوم	سوم	جمع کل	اول	دوم	سوم	جمع کل	اول	دوم	سوم	جمع کل
فراوانی	۲	۶	۶	۱۴	-	-	-	-	۳۷	۳۱	۲۹	۹۷
درصد فراوانی در بین افراد مبتلا	۰/۴	۱/۲	۱/۲	۲/۹	-	-	-	-	۱/۷	۶/۵	۶/۰۸	۲۰/۳
درصد فراوانی در بین کل نمونه	۰/۱۵	۰/۴۶	۰/۴۶	۱/۰۷	-	-	-	-	۲/۸	۲/۴	۲/۲	۷/۵

همان‌گونه که در جدول شماره ۲ مشاهده می‌شود، میزان شیوع صفات اختلال شخصیت وابسته در بین کل نمونه ۱/۰۷ درصد و در بین افراد مبتلا ۲/۹ درصد می‌باشد، شیوع صفات اختلال شخصیت اجتنابی نادر و شیوع صفات اختلال شخصیت وسواسی - جبری در کل نمونه ۷/۵ درصد و در بین افراد مبتلا ۲۰/۳ درصد می‌باشد.

۳- شیوع علایم اختلال جدی شخصیت وابسته، اجتنابی و وسواسی - جبری در بین دانش‌آموزان دختر دوره متوسطه شهر اصفهان چقدر است؟

جدول ۳- فراوانی و درصد فراوانی شیوع علایم اختلال‌های شخصیت وابسته، اجتنابی و وسواسی - جبری در بین دانش‌آموزان دختر

نوع اختلال	اختلال شخصیت وابسته			اختلال شخصیت اجتنابی			اختلال شخصیت وسواسی - جبری			
	اول	دوم	جمع کل	اول	دوم	جمع کل	اول	دوم	جمع کل	
میزان فراوانی در هر پایه	-	-	-	۱	-	-	۱۳	۱۳	۱۶	۴۲
درصد فراوانی در بین افراد مبتلا	-	-	-	۰/۴۴	-	-	۵/۸	۵/۸	۷/۲	۱۸/۸
درصد فراوانی در بین کل نمونه	-	-	-	۰/۰۸	-	-	۱	۱	۱/۲	۳/۲

همان‌گونه که در جدول شماره ۳ مشاهده می‌شود، میزان شیوع اختلال جدی شخصیت وابسته در بین کل نمونه و در بین افراد مبتلا نادر است، شیوع اختلال جدی شخصیت اجتنابی در بین کل نمونه ۰/۰۸ درصد و در بین افراد مبتلا ۰/۴۴ درصد و شیوع اختلال جدی شخصیت وسواسی - جبری در بین کل نمونه ۳/۲ درصد و در بین افراد مبتلا ۱۸/۸ درصد می‌باشد.

### بحث و نتیجه‌گیری

این پژوهش با هدف بررسی شیوع علایم اختلال‌های شخصیت اجتنابی، وابسته و وسواسی - اجباری در میان دانش‌آموزان دختر دوره متوسطه شهر اصفهان به اجرا درآمد. برای بررسی شیوع علایم اختلال‌های شخصیت ابتدا از آزمون میلون - ۲ و سپس از مصاحبه با ساختار مبتنی بر فهرست بررسی علایم اختلال‌های شخصیت (براساس علایم و ملاکهای معرفی شده در DSM-IV) و نظر کارشناسان استفاده شد.

در این پژوهش دو گروه افراد شناسایی شدند: گروه اول افرادی است که نمره آنها در آزمون میلون - ۲ بین ۸۵ - ۷۴ بود و این خوشه شامل افرادی است که نشانه‌هایی از اختلال شخصیت را دارند و احتمال ابتلای آنها به اختلال شخصیت در بزرگسالی وجود

دارد، ولی این احتمال قطعی نیست. نمرات بالای این افراد در آزمون مربوط به سیر رشد و تحول دوره نوجوانی و ویژگیهای خاص این مرحله از رشد می باشد و بدین لحاظ این افراد را نمی توان دچار اختلال دانست. با این حال این نتایج تا حدودی جای تأمل دارد. اما آنچه در اینجا مهم است افراد گروه دوم می باشند که نمره آنها در آزمون میلیون ۸۵ و بالاتر است و احتمال ابتلای آنها به اختلال شخصیت نسبتاً قطعی است. همان طور که در بخش نتایج ملاحظه شد، شیوع علایم اختلال شخصیت در خوشه C ۳/۲۸ و میزان شیوع کلی اختلال شخصیت (طبق آخرین طبقه بندی DSM-IV) ۱۷/۲ درصد می باشد. نتایج به دست آمده از این پژوهش ضمن تأیید نتایج تحقیقاتی که پژوهشگران دیگر انجام داده اند (سادوک و سادوک، ۲۰۰۰؛ زیمرمن، ۱۹۹۴؛ انجمن روانپزشکی آمریکا، ۱۹۹۴) نشان دهنده درجه بالای اعتبار پژوهش است. در نتایج حاصل از این پژوهش با پژوهش های مشابه تفاوت هایی نیز مشاهده می شود. در هنگام بررسی تفاوتها توجه به نکاتی ضروری است. برای مثال اینکه کلیه پژوهشهایی که تاکنون انجام شده بر روی جمعیت عمومی (زن و مرد در سنین مختلف) بوده است، در حالی که نمونه این پژوهش گروه خاص (دانش آموزان دختر در یک طیف سنی نسبتاً محدود) می باشد. به نظر می رسد این مسأله تا حدی بر نتایج مؤثر بوده است.

از دیگر عوامل تأثیرگذار بر نتایج حاصل از این پژوهش مسائل فرهنگی حاکم بر جامعه است. چرا که عوامل زمینه ساز مشکلات، تقریباً در تمامی جوامع یکسان است، اما تفاوت زمینه های فرهنگی موجب بروز اختلاف در تظاهر آن مشکلات خواهد شد. از دیگر سو، مسائل اخلاقی حاکم بر جامعه ما ایجاب می کند که افراد متفاوت از سایر فرهنگها به سؤاها پاسخ دهند و این خود موجب بروز و ظهور اختلاف خواهد شد، ولی باید توجه داشت که در مبنا تفاوتی وجود ندارد. نکته دیگر اینکه ابزار اندازه گیری اختلال در پژوهش های مختلف در سراسر دنیا هیچ گاه کاملاً یکسان نبوده و لذا نمی توان انتظار آماری برابر را داشت. با این حال پس از بحث و بررسی یافته های این پژوهش خوانندگان متوجه شباهتهای زیادی در نتایج حاصل از این پژوهش و پژوهش های قبلی خواهند شد.

در این پژوهش شیوع کلی علایم شخصیت اجتنابی در دانش آموزان دختر پایه های اول تا سوم دبیرستانی شهر اصفهان در حدود ۰/۰۸ درصد از کل جمعیت نمونه

و ۴۴/۰ درصد در بین افراد مبتلا به دست آمد. میلر و همکاران (۱۹۸۷)، نقل از گیلدر و همکاران، (۱۹۹۶) شیوع این اختلال را در جمعیت بزرگسال ۰ تا ۴/۰ درصد گزارش کرده‌اند. تورگرسن و همکاران (۲۰۰۱) نیز در نروژ شیوع این اختلال را ۵ درصد گزارش کرده‌اند. انجمن روانپزشکی آمریکا (۱۹۹۴) نیز در ارتباط با شیوع این اختلال، گزارش کرده، که شیوع اختلال شخصیت اجتنابی در جمعیت عمومی بین ۵/۰ تا ۱ درصد است. همین‌طور این اختلال در بین حدود ۱۰ درصد از بیماران سرپایی در درمانگاههای بهداشت روانی گزارش شده است. به نظر می‌رسد که بنا بر گزارشهای یاد شده، برخی عوامل اجتماعی و فرهنگی از قبیل میزان استقلال و امکان 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 اجتنابی در افراد جوامع مختلف شود. جانسون و همکاران (۲۰۰۰؛ نقل از گل‌پرور، ۱۳۸۰) نیز شیوع قطعی اختلال شخصیت اجتنابی (و نه شیوع علایم این اختلال) را ۲ درصد گزارش کرده است. بنابراین از این جهت که می‌توان تشخیص اختلال شخصیت اجتنابی را در میان نوجوانان مطرح کرد، 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. رفتار اجتنابی در نوزادی یا کودکی همراه با خجالتی و منزوی بودن و ترس از غریبه‌ها و موقعیتهای جدید شروع می‌شود. اگر چه خجالتی بودن کودک یک پیش‌سیر اختلال شخصیت اجتنابی است، در بیشتر افراد با بالا رفتن سن این علایم به تدریج ناپدید می‌شوند. برعکس افرادی که در شرف بروز اختلال شخصیت اجتنابی هستند، ممکن است در خلال بزرگسالی و اوایل کودکی، زمانی که روابط اجتماعی با افراد جدید از اهمیت خاص برخوردار است، به‌طور فزاینده‌ای خجالتی و اجتنابی شوند. قراینی وجود دارد مبنی بر اینکه در بزرگسالان اختلال شخصیت اجتنابی کمتر مشهود است و یا با بالا رفتن سن علایم از بین می‌رود. علایم شخصیت وابسته در میان دانش‌آموزان دختر دبیرستانی شهر اصفهان و شیوع صفات اختلال شخصیت صفر درصد به دست آمد. شیوع کلی اختلال شخصیت وابسته در جمعیت عمومی را میلر و همکاران (۱۹۸۷) ۱/۵ تا ۶/۷ درصد، گیلدر و همکاران (۱۹۹۶) ۶/۱ تا ۶/۶، و بارلو و دوراند (۱۹۹۷) ۲ درصد گزارش کرده‌اند (نقل

از گل پرور، ۱۳۸۰) که 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 ممکن است بر روی این نتایج اثر داشته باشد.

علایم اختلال شخصیت وسواسی - جبری در این پژوهش، در میان دانش‌آموزان دختر دوره متوسطه شهر اصفهان، ۳/۲ درصد در کل نمونه و ۲۰/۳ درصد در بین افراد مبتلا به دست آمد.

شیوع ۳/۲ درصد در کل نمونه و ۲۰/۳ علایم اختلال شخصیت وسواسی - جبری در این پژوهش، با شیوعی که میلر و همکاران (۱۹۸۷) ۴ تا ۶/۴ و وایزمن (۱۹۹۳) ۴ درصد گزارش کرده‌اند همسویی دارد. تورگرسن و همکاران (۲۰۰۱) نیز براساس یافته‌های پژوهشی که از نروژ گزارش شده، شیوع این اختلال را در این کشور ۲ درصد گزارش کرده‌اند. جانسون و همکاران (۲۰۰۱)، که اختلالات شخصیت را در نوجوانان بررسی نموده‌اند، شیوع این اختلال شخصیتی را (بر پایه تشخیص قطعی و نه علایم اختلال) ۱/۱ درصد گزارش کرده‌اند. بنابر تصریح انجمن روانپزشکی آمریکا (۱۹۹۴)، شروع این اختلال در اوایل بزرگسالی است، ولی ممکن است مانند دیگر اختلال‌های شخصیتی ریشه‌های آن در کودکی و نوجوانی باشد (نقل از گل پرور، ۱۳۸۰). لذا براساس این یافته‌ها می‌توان نتیجه گرفت علایم شخصیتی وسواسی - جبری در نوجوانان دانش‌آموز پایه‌های اول تا سوم دوره متوسطه وجود دارد.

کمال‌طلبی و تمایل به بی‌عیب و نقص بودن از ویژگی‌های نوجوانی است که تا اندازه‌ای نیز بازتاب افزایش قوای جسمانی، شناختی و روانی است. به هر حال مشخصه‌های متعددی از قبیل کمال‌طلبی و آرمانخواهی و منحصر به فرد بودن ممکن است محرکی برای علاقه افراطی به کار و بهره‌وری، وظیفه‌شناسی و اعمال سرسختی و لجاجت شود. در مجموع تمایلات وسواسی - جبری با برخی از مشخصه‌های روانی و شخصیتی و شناختی نوجوانان تا اندازه‌ای همسویی دارد، ولی مجموعه آنها در صورت دوام و پایداری می‌تواند زمینه‌ساز اختلال شخصیت وسواسی - اجباری شود.

## منابع

- بست، جان. روشهای تحقیق در علوم تربیتی و رفتاری، ترجمه حسن پاشا شریفی و نرگس طالقانی، (۱۳۸۰)، تهران، انتشارات رشد.
- خواجه موگهی، ناهید. (۱۳۷۳)، آماده‌سازی مقدماتی فرم فارسی پرسشنامه بالینی چند محوری میلون-۲ (MCMI-II) در شهر تهران، تهران، دانشگاه علوم پزشکی ایران، انستیتوی روانپزشکی تهران.
- گل‌پرور، محسن. (۱۳۸۰)، «بررسی شیوع و تنوع علایم اختلال‌های شخصیت دانش‌آموزان پسر دوره متوسطه شهر اصفهان در سال تحصیلی ۸۰-۷۹»، شورای تحقیقات سازمان آموزش و پرورش استان اصفهان.
- APA (American Psychiatric Association). (1994, 1995, 2000), *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. Washington: APA
- CAMMER, R. (1999). *Abnormal Psychology*. princeton university. Worth publishers.
- GELDER, M., GATH, D., MAYOU, R. & COWEN, P. (1996), Oxford. *Text book of psychiatry* Cfourth edition. London. Oxford university press.
- JOHNSON, J.C., COHEN, P., SMAILES, E., KASEN, S., OLDMAN, J.M., SKODOL, A.E & BROOK, J. (2000). *Adolescent personality Disorders Associated With Violence and Criminal Behavior During Adolescence and Early Adulthood*. American journal of psychiatry. (157). 1406-1412.
- LEVY, K.N. (1999), *Concurrent and Predictive Valdity of the personaltiy Disorde Diagnosis in Adolescence In Patients*. American journal of psychiatry. 156-1522-1529.
- MAVISSAKILIAN, M.R. (1990), *Correlates of DSM-III Personality Disorder.in obsessive-Compulsive Disorder*. Comprehen psychiat. 31(6). 481-489.
- MILLON, T. (1990). *Millon Cinical Multiaxial Inventory-II: Manual for the MCMI-II* (2nd ed). Minnea polis, MN: National computer systems.
- MILLON, T. (1990). *The Disorders of Personality in Pervin*. Handbook of personality theory and practice. New York: Guilford. Millon. T. (1990). *Toward a new personology*. New York. Wiley.

- SADOCK, BENJAMIN, J. & SADOCK VIRGINIA, A. (2000). *Comprehensive Textbook of Psychiatry* Volume there. 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.
- WHO. (1996), *World Health Forum*. Vol 17(3). P 248.
- WISSMAN, A.D. (1993), *The Epidemiology of Personality Disorders: an update*. *Journal of personality disorder*, N 15. 441-462.
- ZIMMERAMAN, M. (1994). *Diagnostic Personality Disorders: Areview of issues and reasearch methods*. *Arch. Psychiat*. 51. 225-245.

وصول: ۸۳/۲/۲۴

پذیرش: ۸۳/۱۱/۲۸

شرویشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی  
پرتال جامع علوم انسانی