

# مکتب

درباره‌ی جلال آل احمد، زندگی فردی، اجتماعی، پیش از هم سرگیری، پس از پیوند با سیمین دانشور، دوستی‌ها و دشمنی‌های‌اش با شخصیت‌های فرهنگی، سیاسی، علمی، شاعران و هنرمندان، سیاست‌بازی‌های‌اش، فراز و فرودهای آیدئولوژیک باورها و گرایش‌های دوره‌های مختلف زندگی‌اش، شاخ و شانه کشیدن‌های‌اش با مدعیان سیاسی، فرهنگی و ادبی، دوستان، هم‌فکران، دشمنان و منتقدان‌اش در دوره ۶۰ ساله‌ی مجله‌ی فردوسی و بسیاری از روزنامه‌ها و نشریه‌های دیگر فراوان نوشته شده است. نویسنده «خسی در میقات» آن قدر فراز و فرودهای شگفت‌انگیز در زندگی‌اش دارد که حرف زدن و نوشتن نه چیزی را بر آن چه که داشته است بر می‌افزاید و نه بر می‌کاهد. اما، بی‌گمان با تکرار این نوشته‌ها آن‌هایی که در دانستن واقعیت‌ها هنوز در پرده‌های ابهام، ابهام و اوهام در جامی‌زند، از پيله‌ای که بر دور خود تنیده‌اند شاید به بیرون سرک بکشند و نفسی تازه کنند و با آفتاب آشتی نمایند. به همین مناسبت یک بار دیگر پرونده این مرغِ توفان دهه‌های ۳۰ و ۴۰ را از لابه‌های نهان‌گاه هفتاد طبقه‌ای تاریخ معاصر در می‌آوریم و به خواننده‌گان فردوسی تقدیم می‌کنیم. به ویژه این که، این مرتبه، یکی از نزدیک‌ترین یاران درون و بیرون خلوت‌گاه جلال به اتفاق هم سرش که با سیمین و جلال به درازای یک زندگی از همه چیز یک دیگر آگاه بودند سخن می‌گوید. بی‌گمان این مصاحبه‌ی تاریخی علی‌اصغر خیره‌زاده، بسیاری از ناگفته‌ها و ناشنیده‌ها را برای روشن‌فکران جامعه‌ی در حال گذار ما روشن خواهد کرد. اما قبل از پرداختن به آن مصاحبه می‌پردازیم به نگاه دکتر بهنام اوحدی درباره «جلال آل احمد».



## به زیر نیم کلاه آشوبمرد همیشه خشمگین

دکتر بهنام اوحدی

آنان که محیط فضل و آداب شدند  
در جمع کمال شمع اصحاب شدند  
ره‌زین شب تاریک نبردند به روز  
گفتند فسانه‌ای و در خواب شدند!  
(خیام)

جلال آل احمد یکی از نامورترین و اثرگذارترین نویسندگان سده‌ی جاری میهن مان است که آثار و اندیشه‌هایش هم چون علی شریعتی زندگی و روزگار چندین نسل از ایرانیان را به گونه‌ای جدی و سرنوشت‌ساز به چالش کشیده است. درباره‌ی جلال آل احمد و زندگی، آثار و اندیشه‌هایش فراوان نوشته‌اند. بسیاری از سر شیفته‌گی و برخی به سبب شوریده‌گی، اما در نقد و ارزیابی زندگی و اندیشه‌های جلال آل احمد - بر خلاف صادق هدایت - افزون بر روی کردهای ادبی و فلسفی، از روی کردهای روان‌کاوی، روان‌شناسی، روان‌پزشکی سود جسته نشده است.

در حالی که روی کردها و کردارهای جلال آل احمد در زندگی ادبی و اجتماعی - سیاسی‌اش، انگیزه‌ای فراوان و موسسه‌ای سرشار برای هر روان‌پزشک و روان‌شناس شیفته‌ی ادب و هنر و پرسش‌گر از جریان موسوم به «روشن‌فکری معاصر ایران» پدید می‌آورد. بی‌گمان در شناساندن شخصیت این آشوبمرد همیشه خشمگین ادبیات و جریان موسوم به روشن



فکری معاصر ایران گفته‌های توصیفی احساسی و ناساختارمند چندان سودمند و راه‌گشا نبوده و نخواهند بود.

از این رو کوشش ما در این نوشتار بر این است که هم چون نوشته‌های پیشین درباره‌ی شخصیت شناسی صادق هدایت و فروغ فرخ‌زاد، تنها به بیان ویژه‌گی‌های شخصیتی جلال آل احمد بپردازیم و نقد و تحلیل روی کرد‌های ادبی و نیز زندگی خصوصی او را به هنگامی دیگر واگذار نماییم. به ویژه آن که در ارزیابی روان‌شناختی جلال آل احمد، هم چون صادق هدایت و فروغ فرخ‌زاد لازم است افزون بر ویژه‌گی‌های محور دو (صفات و اختلالات شخصیت)، بر ویژه‌گی‌های محور یک (اختلال خلقی دو قطبی) او نیز شکیبایی و ژرف‌اندیشی لازم انجام شود.

ارزیابی روان‌شناختی جلال آل احمد، بدون پیش چشم و ذهن قرار دادن ویژه‌گی‌های اختلال خلقی دو قطبی نوع «دو و نیم» (دوره‌های افسرده‌گی عمیق افزون شده بر سرشت سیکلو تایمیک: خلق ادواری) و «سه و نیم» (بی‌ثباتی‌ها، آشفتگی‌ها و چرخش‌های چشم‌گیر خلق به فراز نیمه‌شیدایی و فرود افسرده‌گی که بر بستری از مصرف مواد مخدر، محرک و یا الکل رخ می‌دهد) او، بی‌گمان کامل و همه‌سو نگر نخواهد بود. جلال آل احمد - هم چون بسیاری از شاعران و نویسنده‌گان ادبی مانده‌گار و نامانده‌گار گیتی - در طول زندگی خویش مبتلا به دوره‌های تکرار شونده از اختلال افسرده‌گی عمیق بوده که بر اختلال و سرشت سیکلو تایمیک (خلق ادواری) و اختلال شخصیت آشفتنه-مرزی (بوردرلاین) شکل گرفته از دوران پر تضاد و تعارض نوجوانی و جوانی او افزوده و سوار می‌شده است.

بی‌گمان او در واپسین ماه‌های زندگی پربارش دچار اختلال افسرده‌گی عمیق معمول در بحران‌های میان‌سالگی افراد دچار اختلال شخصیت خودشیفته (نارسیسیستیک) بوده است.

شخصیت پر تضاد، تناقض و تعارض جلال آل احمد، آمیزه‌ای از اختلال شخصیت نارسیسیستیک (خود شیفته)، اختلال شخصیت بوردرلاین (مرزی - آشفتنه و آشوبناک)، و اختلال شخصیت پارانوئید (بدبین و بدگمان) بوده است.

اما پیش از بیان ویژه‌گی‌های این پنج شخصیت آمیخته به هم در سرشت شورش و آشوب مدار و نهاد نا آرام و بی‌ثبات جلال آل احمد، باید بار دیگر به توصیف علمی واژه‌ی شخصیت از دیدگاه

روان‌پزشکی پرداخت.

به طور کلی شخصیت عبارت است از الگوی دیر پا و بادوام رفتار و آموزه‌های ذهنی که در گستره‌ی پهنای از وضعیت‌ها و موقعیت‌های فردی و اجتماعی، فراگیر و انعطاف‌ناپذیر بوده و در پایان نوجوانی و جوانی و ابتدای بزرگسالی آدمی تثبیت می‌شود. این تمامیت‌کرداری و پنداری هر دو جنبه‌ی شخصی و اجتماعی زندگی فرد را بازگو می‌کند و در طول زمان دگرگون نمی‌شود.

هر آدمی می‌بایست ویژه‌گی‌هایی از یک یا چند شخصیت از دوازده اختلال شخصیت اسکیزوئید، پارانوئید (بدبین)، اسکیزو تایپال، نارسیسیستیک (خودشیفته)، بوردرلاین (مرزی)، هیسترونیکی (نمایشگر)، آنتی سوشیال (ضد اجتماعی)، وابسته، پرهیزگرا، وسواسی-جبری، افسرده، پرخاشگر منفعل را دست کم در اندازه‌ی صفت و کم رنگ تر از اختلال داشته باشد. شایع‌ترین شخصیت - چه در اندازه‌ی ویژه‌گی، چه در قدمت اختلال - در آدمیان، همانا شخصیت مختلط (Mixed) یعنی آمیزه‌ای از چند اختلال و یا ویژه‌گی (صفت) شخصیتی است.

برای فهم و درک بهتر شخصیت پیچیده‌ی جلال آل احمد - که هم چون دیگر نام‌آوران ایران زمین، آن چنان که باید و شاید در ایران شناخته و درک نشده است - ویژگی‌های پنج «اختلال» شخصیت آمیخته به هم در سرشت پر تضاد و تعارض او را بیان می‌نماییم.

لازم به توضیح است که داشتن کارکرد و فانکشنال بودن افراد در حرفه و کار روزمره شان تضاد و تناقضی با تشخیص‌گذاری اختلال شخصیت برای آن‌ها پدید نمی‌آورد. چرا که اختلال شخصیت لزوماً در یکی از پهنه‌های کارکردی حرفه‌ای، تحصیلی، روابط بین فردی، زناشویی، خانوادگی یا..... آدمی دشواری پدید می‌آورد و لزومن در کارکرد حرفه‌ای (شغلی) فرد کاستی و مشکلی نمی‌آفریند. از آن جا که شخصیت (Personality) یا خودساره (Ego) فرد نیز هم خوان است، احساس تنش و تشویشی نیز برای او فراهم نمی‌کند. بلکه بیشتر در روابط بین فردی او با دیگران (اطرافیان و اجتماع) مشکل پدید می‌آورد. بسیاری از افراد دچار اختلال شخصیت - به ویژه در گونه‌های خودشیفته (نارسیسیستیک)، بدبین (پارانوئید)، نظام‌مند - قانون‌مدار (وسواسی-جبری)، افسرده (دپرسیو)، تنهایی‌گزین - در خود مانده (اسکیزوئید) - در عمل از کاربرد و توانایی حرفه‌ای بالایی برخوردار بوده و هستند.

### الف - اختلال شخصیت خودشیفته (نارسیسیستیک)

ویژه‌گی اصلی و هسته‌ی افراد دچار اختلال و صفات شخصیتی خودشیفته (Narcissistic) این است که اینان با خودبزرگ‌بینی احساس و گمان می‌کنند که آدم بسیار مهمی هستند و به دلیلی مانند ندارند. (گاه بیشتر در حالات صفات - ممکن است بی‌گمان آدم‌های بی‌نظیر و موفقی هم باشند) خطر و احتمال وقوع این اختلال در فرزندان افراد مبتلا ممکن است بیشتر از دیگران باشد. چون آن‌ها احساس غیر واقع‌بینانه‌ی همه‌کار توانی و ابر توانایی (Omnipotence)، خودبزرگ‌بینی، زیبا و باهوش بودن را در ذهن فرزندان خود می‌کارند. شمار افراد دچار این «اختلال»، هر روز بیشتر از دیروز گزارش می‌شود.

افراد دچار اختلال و صفات شخصیتی خودشیفته، احساس خودبزرگ‌بینانه‌ی غیر منطقی می‌کنند و خود را آدم‌های مهم و استثنایی و یگانه (منحصراً به فرد) برمی‌شمارند که دیگران باید به گونه‌ی ویژه‌ای با آن‌ها رفتار نمایند. احساس بر حق و برتر بودن آن‌ها به شکل کامل چشمگیر است.

افراد دچار «اختلال» و یا «صفات» شخصیتی خودشیفته، (هم چون افراد دچار اختلال و یا صفات شخصیتی پارانوئید) تاب تحمل و توانایی پذیرش انتقاد را ندارند و از این که «هرکسی» به خود اجازه‌ی انتقاد نمودن از آن‌ها را بدهد، بسیار خشمگین شده یا گاه (هم چون افراد دچار اختلال و یا صفات شخصیتی اسکیزوئید) نسبت به انتقادها بی‌اعتنایی کامل از خود نشان می‌دهند.

آن‌ها فقط نظر خود را قبول دارند و اغلب در طمع به چنگ آوردن شهرت و قدرت و ثروت باد آورده هستند. روابط آن‌ها شکننده است و چون به قواعد مرسوم رفتار در اجتماع تن نمی‌دهند، ممکن است خون دیگران را به جوش آورند. کردار استثمارگر آینه در روابط بین فردی اینان چیز کاملن پیش پا افتاده و رایجی است. این‌ها نمی‌توانند از خود هم دلی نشان دهند و تنها برای دستیابی به اهداف خود خواهانه‌ی خودشان تظاهر به هم‌دلی و هم‌دردی می‌نمایند.

اعتماد به نفس اینان شکننده است. در حالی که به ظاهر از سوی اجتماع، اغلب نیر و مند و استوار ارزیابی می‌شود. اینان به همین دلیل مستعد دچار شدن به افسرده‌گی - به ویژه در سن میان‌سالگی و سالخورده‌گی -



هستند. مشکلات بین فردی و حرفه ای (شغلی)، از دست دادن محبت و حمایت دیگران و طرد و ترک شدن از سوی آن‌ها از جمله فشارهای روانی شایعی است که خودشیفته‌ها با رفتارشان برای خودشان پدید می‌آورند و همین فشارها و تنش‌ها درست همان‌هایی هستند که این‌ها نمی‌توانند از پس‌شان برآیند. واقعیت بسیار مهم و خطیری که گاه‌گه‌ها حتی از سوی روان‌شناسان، روان‌پزشکان و روان‌کاوان نیز نادیده گرفته می‌شود، این است که اغلب صفات شخصیت‌های مرزی (بوردرلاین)، نمایش‌گر (هیستریونیک) و ضد اجتماعی (آنتی سوشیال) هم‌زمان با اختلال شخصیت

خودشیفته (نارسی سیستیک) در یک فرد دچار اختلال و یا صفات پر رنگ شخصیتی خودشیفته (نارسی سیستیک) وجود دارد.

به‌طور کلی، در هر یک از شخصیت‌های کلاستر (دسته) B- شامل نمایش‌گر (هیستریونیک)، مرزی - آشفته (بوردرلاین)، ضد اجتماعی و مردم‌ستیز (آنتی سوشیال) و خودشیفته (نارسی سیستیک) - ویژه‌گی‌های سه شخصیت دیگر کلاستر بی (B) نیز، در اندازه‌های متفاوت از صفت Trait تا اختلال (Disorder) نمایان و چشم‌گیر دیده می‌شود. این نکته‌ی نمایان و آشکار سبب می‌شود که تشخیص افتراقی این چهار شخصیت از یک دیگر بسیار دشوار و در موارد فراوانی در عمل ناممکن شود. در واقع، آگاهی داشتن به موارد زیر می‌تواند در تشخیص افتراقی این چهار شخصیت از یک دیگر سودمند و اثربخش باشد:

۱) افراد دچار صفات و اختلال شخصیت خودشیفته کمتر از بیماران دچار صفات و اختلال شخصیت مرزی - آشفته (بوردرلاین) اضطراب دارند، زندگی‌شان کمتر آشوب‌ناک و آشفته است و کمتر نیز به خودکشی دست می‌زنند.

۲) در بیماران دچار صفات پر رنگ و اختلال شخصیت ضد اجتماعی - مردم‌ستیز (آنتی سوشیال)، پیشینه‌ی رفتار تکانشی (ایمپالسیو) وجود دارد که اغلب به سوء مصرف الکل و دیگر مواد محرک و مخدر می‌انجامد و سبب گرفتاری‌های مکرر قانونی می‌شود.

۳) بیماران دچار صفات پر رنگ اختلال شخصیت نمایش‌گر (هیستریونیک)، ویژه‌گی‌هایی از آلت نمایشی (Exhibitionism) و دست‌انداختن و سرکار گذاشتن دیگران در روابط بین فردی دیده می‌شود که با آن‌چه که در بیماران مبتلا به صفات پر رنگ و اختلال شخصیت خودشیفته دیده می‌شود، شباهت دارد.

بیماران دچار صفات پر رنگ و اختلال شخصیت خودشیفته هم‌چون بیماران مبتلا به صفات پر رنگ و اختلال شخصیت نمایش‌گر (هیستریونیک) نمی‌توانند پیری و فرسوده شدن را تاب بیاورند، چون زیبایی، توانایی، قدرت و دیگر مزایای جوانی برای‌شان بسیار مهم است و اینان دو دستی به این‌ها چسبیده و چنگ یازیده‌اند.

به همین دلیل خودشیفته‌ها در برابر بحران‌های میان‌سالی آسیب‌پذیر تر از دیگران هستند. زنان میان‌سال خودشیفته به رژیم‌ها، ورزش‌ها، درمان‌های هورمونی مجاز و نامجاز و جراحی‌های چین و چروک برداری و... روی می‌آورند و مردان خودشیفته نیز به رنگ کردن مداوم بخشی یا همه‌ی موهای سر و حتا دست و سینه‌ی خود می‌پردازند.

**معیارهای تشخیصی TR IV DSM برای اختلال شخصیت خودشیفته:**

خود بزرگ بینی (در خیال یا رفتار)، نیاز به پذیرفته شدن، و نداشتن حس هم‌دلی به صورت الگویی فراگیر و گسترده که از اوایل بزرگ‌سالی آغاز شده باشد و در زمینه‌های گوناگون به چشم‌آید که نشانه‌اش وجود دست‌کم پنج تا از موارد زیر است:

- ۱) احساس خودبزرگ‌بینانه‌ای به صورت مهم‌پنداشتن خود (Self Importance) داشته باشد (برای نمونه در کامیابی‌ها و پیروز‌ها و توانایی‌های خود گزافه‌پردازی نماید یا بدون آن‌که به موفقیت شایسته‌ای دست یافته باشد، انتظار داشته باشد که او را آدم بزرگ و مهمی بدانند.)
- ۲) مشغولیت ذهنی‌اش خیالاتی هم‌چون موفقیت، قدرت، استادی، ذکاوت، زیبایی و یا محبوب و دوست‌داشتنی بودن در اندازه‌ای بی‌کران (نامحدود) باشد.
- ۳) باور داشته باشد که «استثنایی» است و تنها دیگر افراد یا موسسات استثنایی یارده‌بالا می‌توانند او را درک کنند یا با او رابطه داشته باشند.
- ۴) نیاز داشته باشد که به شکلی افراطی و بیش از اندازه مورد ستایش و تحسین قرار گیرد.
- ۵) احساس بر حق بودن (Entitlement) داشته باشد، یعنی به شکل نامعقولی انتظار داشته باشد که برخوردی خوشایند و ویژه و منحصر به فرد با او صورت گیرد و یا این‌که دیگران خود به خود تسلیم خواسته‌های‌اش شوند.



۶) در روابط بین فردی استثمارگر باشد، یعنی از امتیازات دیگران برای رسیدن به اهداف و خواست‌های خود سود جوید.

۷) حس هم‌دلی (Empathy) نداشته باشد، یعنی دل‌بسته‌گی‌ای به درک یا شناخت احساسات و نیازهای دیگران نداشته باشد.

۸) پیش‌تر به دیگران حسودی کند یا بر این باور باشد که دیگران به او حسودی می‌کنند.

۹) رفتارها و نگرش‌هایش پر افاده (Arrogant) و تکبر آمیز باشد.

بسیاری از بزرگان دانش، اندیشه، ادب و هنر، ورزش، سیاست و..... از ویژه‌گی‌ها و یا اختلال شخصیت خودشیفته (نارسیسیستیک) برخوردار بوده و هستند.

## ب - اختلال شخصیت مرزی - آشوب‌ناک (بوردرلاین)

اختلال شخصیت مرزی یا همان منش روان پریشانه است که «شخصیت نصفه نیمه» و «اسکیزوفرنی گذرا» نیز نامیده شده است. شخصیتی که ثابت‌ترین ویژه‌گی‌اش همانا تکانشی بودن و نیز بی‌ثباتی عاطفی، خلقی، رفتاری، روابط بین فردی و ارتباطات آن‌ها با عینیت و خودانگاره (Self Image) شان است.

هر چند شیوع واقعی این اختلال کاملن مشخص نیست اما در زنان دو برابر مردان دیده شده است. اختلالاتی چون اختلال افسرده‌گی شدید، اختلال مصرف الکل و سوء مصرف دیگر مواد (مخدر و محرک) در سابقه‌ی بسته‌گان درجه‌ی نخست این بیماران شایع تر است.

این بیماران به گمان همیشه در بحران به نظر می‌رسند. چرخش‌های پر شتاب خلقی (Mood Swing) به فراز و فرود، در اینان شایع است. یعنی یک لحظه شاد و خوش و سر حال، یک لحظه ستیزه‌جو و پر خاش‌گر، و لحظه‌ی دیگر کاملن بدون احساس هستند.

در این بیماران حمله‌های کوتاه مدت روان پریشانه (میکروسایکو تیک) شایع است اما حمله‌های تمام عیار سایکوزهای مازور و جنون مداوم در آن‌ها دیده نمی‌شود. رفتار این بیماران بسیار غیر قابل پیش بینی است و از همین رو آن‌ها به گمان هیچ‌گاه به آن اندازه توانایی و کارایی که پتانسیل آن در سرشت شان است، دست نمی‌یابند.

در دناک بودن ذاتی زندگی آن‌ها در خودزنی‌های مکرر آن‌ها مشهود است که شمار آن‌ها در بیماران مختلف متفاوت است. این بیماران برای جلب کمک دیگران، ابراز خشم و یا کرخت نمودن خود در برابر حالات عاطفی سنگین و سخت شان ممکن است به اشکال گوناگون - از جمله زدن رگ دست - خودزنی کنند.

احساس وابسته‌گی و خصومت هم زمان آن‌ها نسبت به دیگران باعث می‌شود تا روابط بین فردی آن‌ها، آشفته و به هم ریخته باشد. اینان به ویژه پس از سر خوردگی از دوستان و اطرافیان خود بسیار خشمگین و پر خاش‌گر می‌شوند. این بیماران توانایی تحمل تنهایی را ندارند و از این رو به جست و جوی مکرر برای ایجاد رابطه‌های متفاوت و حتا لاپهالی گرایانه دست می‌زنند، ولو این رابطه‌ها برای او از ضاکننده نباشد.

اینان اغلب از احساس مزمن پوچی و بی‌حوصله‌گی و نداشتن هویت یک دست شکایت دارند و دچار ابهام در هویت (Identity Diffusion) هستند.

هراس، اضطراب و دودلی فراگیر و روابط بین فردی بی‌ثبات و رفتار جنسی آشوب‌ناک از ویژه‌گی‌های اصلی این اختلال است.

بیماران در طول زمان تغییر چندانی نمی‌کنند اما به طور کلی، اختلال پس از چهل ساله‌گی کمی کم رنگ‌تر می‌شود.

افراد دچار اختلال و یا صفت پر رنگ شخصیتی مرزی (بوردرلاین) دو دفاع روانی مشکل ساز و ویژه دارند:

۱) همانند سازی برون فکنانه (Projective Identification)

که توسط آن، فرد جنبه‌های غیر قابل تحمل پندار و کردار خود را به فردی دیگر برون فکنی (Project) می‌کند و به این ترتیب او را وادار به ایفای نقشی می‌کند که به او برون فکنی شده است. پس هر دو نفر یک سان رفتار می‌نمایند.

۲) دو نیمه سازی (Splitting)

که توسط آن، بیماران همه‌ی افراد و اشیاء و واقعیت‌های پیرامون خود را به دو دسته‌ی خوب خوب (خوب مطلق) و یا بد بد (بد مطلق) تقسیم می‌نمایند. یعنی دیگران به نظر آن‌ها صد (سپید) یا صفر (سیاه) اند و متوسط (خاکستری) وجود ندارد. بنابراین بیمار بوردرلاین، افراد خوب را برای خویش آرمانی ساخته و افراد بد را به کلی بی‌ارزش و پلید ارزیابی می‌نماید. بدبختانه چون بیمار بوردرلاین احساس وابسته‌گی و کینه توزی را هم زمان نسبت به یک فرد دارد، چه بسیار رخ می‌دهد که او دوستان عزیز سابق را به ناگاه در زمهره‌ی دشمنان خوینش قرار دهد.

این اختلال گاه همراه با اختلال و یا صفات شخصیتی اسکیزوتایپال در یک بیمار وجود دارد که این همراهی به مواردی چون شیطان پرستی، قربانی کودکان و توجوئانان برای شیطان یا ارواح، خودزنی و نوشیدن خون خود و یا هم‌کیشان در این گونه مراسم و کردارهای پریشان و آشفته‌ی خرافه پرورانه‌ی دیگر می‌انجامد و پیش‌آگهی و احتمال درمان اختلال را کاهش می‌دهد.

خودکشی‌های این بیماران برخلاف رفتارهای خودکشی نمایشی شخصیت‌های نمایشگر (هیستریونیک)، شدید، خطرناک و حتا مرگ بار می‌تواند باشد.

## معیارهای تشخیصی TR-IV-DSM

برای اختلال شخصیت مرزی - آشفته (بوردرلاین):

بی‌ثباتی در روابط بین فردی، خودانگاره (Self Image) و حالات عاطفی، و نیز تکانشی (Impulsive) بودن به صورت الگویی فراگیر و گسترده که از آغاز بزرگ سالی شروع شده و در زمینه‌های گوناگون به چشم آید. دست کم پنج تا از نه مورد زیر برای تشخیص اختلال شخصیت مرزی لازم است:

۱) انجام کوشش‌های مضطربانه همراه با سرآسیمه‌گی در راستای ترک و طرد نشدن واقعی یا خیالی  
۲) بی‌ثبات و شدید بودن روابط فردی با دیگران، به گونه‌ای که ویژه‌گی آن تناوب بین دو قطب افراطی آرمان‌نمایی (Idealization) و بی‌ارزش‌نمایی (Devaluation) است.

۳) اختلال و اشکال در هویت. بی‌ثبات بودن واضح و دایم خودانگاره (Self Image) یا احساس فرد درباره‌ی خودش.

۴) تکانشی بودن دست کم در دو حوزه بالقوه آسیب رسان (مانند بی ملاحظه راننده گی کردن، روابط جنسی زیاد و گوناگون یا لایابالی گری جنسی داشتن، ولخرجی پولی، سوء مصرف متعدد و متفاوت مواد مخدر و محرک و الکل، شکم باره گی بدون ملاحظه....)

۵) رفتار و گشتار و ژست خودکشی، خودزنی (Self Mutilation) و تهدید مکرر به انجام آن

۶) بی ثباتی در حالات عاطفی به صورت واکنش پذیری آشکار خلق (مانند ملال، تحریک پذیری، اضطراب شدید حمله ای)

۷) احساس پوچی مزمن

۸) نامتناسب و شدید بودن خشم یا دشواری در چیره شدن بر آن (به صورت تند خویی های پیاپی، خشمگین بودن دائمی، ستیز و نزاع مکرر)

۹) بروز افکار بدگمانانه (پارانوئید) یا علائم شدید تجزیه ای (Dissociative) به صورت گذرا، و هنگام استرس و تنش و فشار روانی

بسیاری از افراد ایدئولوگ، سران احزاب و اهالی سیاست و نیز ورزش کاران و هنرمندان و ادیبان نامی جهان دچار ویژه گی ها، تا اندازه ای اختلال شخصیت مرزی - آشفته (بوردرلاین) بوده هستند.

### ب- اختلال شخصیت بد بین و بدگمان (پارانوئید):

مشخصه ی صفت و اختلال شخصیتی بدگمان، شکاکیت و بی اعتمادی دیرپا به همه ی افراد است. مسئولیت این احساسات از نظر آن ها نه به عهده ی خود آن ها، بلکه بر دوش دیگران است. افراد پارانوئید اغلب متخاصم، تحریک پذیر، پر خاش گرو و خشمگین هستند.

افراد متعصب و جزم اندیش، افرادی که مدارکی دال بر تخلف دیگران از قانون گرد آوری می کنند، کسانی که به همسر خود سوء ظن مرضی دارند، و اشخاص بد عنقی که اهل دعوا و مرافعه اند، و... اغلب دچار اختلال شخصیت پارانوئید هستند.

این گونه بیماران تقریباً هرگز خود به جست و جوی درمان بر نمی آیند و اگر هم صاحب کار یا همسرشان آن ها را برای درمان روانه سازد، اغلب می توانند رنجیده گی خویش را پنهان سازند. این اختلال (و صفت) در مردان شایع تر از زنان است و به نظر نمی رسد که الگویی خانواده گی داشته باشد. در گروه های اقلیت، مهاجران و ناشنویان بیش تر از جمعیت عمومی است. بیماران دچار صفت پر رنگ و نیز اختلال شخصیت پارانوئید ممکن است در هنگام معاینه ی روان پزشکی، رسمی و بسیار متشخص و منطقی به نظر برسند و از این که آن ها را مجبور ساخته اند که از روان پزشک کمک بگیرند، گله داشته و ناراحت باشند.

تنش عضلانی، ناتوانی از آسوده بودن، نیاز به کاوش محیط برای یافتن سرنخ ها و... از ویژه گی های این بیماران است. حالت عاطفی آنان اغلب جدی و غیر مطایبه آمیز است. برخی از پیش فرض های آن ها در بحث و جدل های شان ممکن است نادرست باشد اما گفتاری منطقی و گاه بسیار شیوا دارند. در محتوای فکر آن ها شواهدی از برون فکنی، پیش داوری و گاه افکار انساب به خود دیده می شود.

ویژه گی بنیادین شخصیت پارانوئید، میل نافذ و فراگیری برای تفسیر کردارهای دیگران به رفتاری است که گویا به قصد تحقیر یا تهدید بیمار انجام شده است. این تمایل در آغاز بزرگ سالی شروع شده و در زمینه های گوناگونی نمایان می گردد.

افراد دچار این اختلال، تقریباً همیشه منتظر آن هستند که دیگران به شیوه ای آن ها را استعمار نموده یا به آن ها زیان برسانند. آن ها در بسیاری از اوقات بدون هیچ توجیهی، در وفاداری یا راستی (صداقت) و امانت داری دوستان و همکاران خود تردید می کنند. این افراد در زندگی زناشویی و جنسی خود نیز اغلب به «سادات بیمار گونه و مرضی» دچار می شوند و بالاخره روزی این شک و بدگمانی بدون دلیل و مدرک خود را نسبت به وفاداری همسر و یا شریک جنسی شان بیان می نمایند.

این گونه بیماران در واقع احساسات خودشان را برون سازی و فرافکتی می کنند. یعنی تکانه ها و اندیشه های غیر قابل قبول و دردناک برای خودشان را به دیگران نسبت می دهند.

افکار انتساب به خود و خطاهای ادراکی به گونه ای منطقی قابل دفاع است، در این بیماران شایع بوده و آن ها در واقع، از این که مستدل و عینی می اندیشند، به خود بسیار می بالند، حال آن که چنین نیست! بیماران مبتلایه اختلال شخصیت پارانوئید، مانند دیگر شخصیت های کلاستر آ (اسکیزوتیوئید و اسکیزوتایپال) و نیز بیماران دچار اختلالات طیف در خود مانده (اوتیستیک) - از جمله اختلال اسپرگر - حالت

عاطفی محدودی دارند، زیاد اجتماعی و خون گرم نبوده و به نظر می رسد بدون هر گونه احساس و هیجانی باشند. این ها نه تنها آدم های گرم و راحت و آرامی نیستند، بلکه قدرت، منزلت و کامیابی دیگران آن ها را تحت تاثیر قرار می دهد. در واقع، ای گونه افراد اگر کسی را ناتوان، بیمار یا دچار مشکل ببینند به وی به دیده ی تحقیر می نگرند.

افراد دچار اختلال شخصیت پارانوئید ممکن است در موقعیت های حرفه ای، تحصیلی، و اجتماعی، آدم هایی دقیق، منظم، منضبط، توانمند، کوشا، و کارا به چشم آیند، حال آن که بیش تر می خواهند دیگران را بترسانند یا به جان یک دیگر بیندازند. و نه این که چون افراد دچار اختلال یا صفات پر رنگ شخصیت مرزی (بوردرلاین) روابط بیش از حد مداخله جویانه و آشفته با دیگران داشته باشند.

برخی از این افراد با پخته تر شدن، افزایش سن یا کاهش تنش ها و فشارهای روانی شان، صفات بدگمانانه ی خود را «واکنش سازی» نموده و به این ترتیب ظاهراً به افرادی تبدیل می شوند که توجهی در خور ستایش به اخلاق و نوع دوستی و هم نوع پروری از خود به نمایش می گذارند.

اما در واقع، بیماران دچار اختلال شخصیت پارانوئید، روی هم رفته، تا پایان عمر، در کار و زندگی با دیگران مشکل دارند. مشکلات شغلی و زناشویی در این بیماران شایع است. تمهت زدن های افراد دچار اختلال شخصیت بدگمان (پارانوئید) می تواند آشکارا روان پریشانه و هذیانی و دور از منطقی و واقعیت باشد که در این موارد باید برای رفع آن ها از داروهای ضد اضطراب و ضد جنون (آنتی سایکوتیک ها) بهره جست. هر چند روان درمانی، گاه بلند مدت، نیز لازم است.

### معیار های تشخیصی TR-IV - DSM

#### برای اختلال شخصیت پارانوئید:

الف) بی اعتمادی و شکاکیت ژرف و فراگیر نسبت به دیگران، به گونه ای که انگیزه های دیگران را شرارت آمیز برداشت کند. این حالت باید از اوایل بزرگ سالی آغاز شده و در زمینه های گوناگون به چشم بخورد که نشانه اش دست کم چهار تا از موارد زیر است:

۱) بدون دلیل کافی، شک داشته باشد که دیگران دارند او را استعمار می کنند، به او زیان می رسانند یا سرش کلاه می گذارند.

۲) مشغولیت دائم ذهنی اش شکی اثبات نشده در

مورد وفاداری یا قابل اعتماد بودن دوستان و اطرافیان باشد.  
۳) به دلیل ترسی نا موجه از این که اطلاعاتی را که به دیگران می دهد، مفرضانه بر ضد خودش به کار ببرند، از اطمینان نمودن به دیگران آکراه داشته باشد.

۴) در پس اظهار نظر های بی غرضانه ی دیگران یا رخ داده های بی خطر، معنی های تحقیر کننده یا تهدید آمیز پنهانی بیابد.

۵) همیشه دل خور و ناخشنود باشد. یعنی اگر حتی یک بار کسی توهین کرده، آسیبی رسانده یا بی احترامی نموده باشد، هرگز او را نبخشد.

۶) با کوچک ترین نکته و چیزی احساس کند به شخصیت یا اعتبارش لطمه وارد شده است (حال آن که دیگران چنان معنایی را در آن چیزها و نکات نیابند) و شتابان واکنشی خشم گینانه نشان داده یا به ستیز بپردازد.

۷) به تکرار و بدون هیچ دلیل به وفاداری همسر یا شریک جنسی اش شک کند.

ب) حالت مذکور منحصر در سیر اسکیزوفرنی، اختلال خلقی با ویژه گی های سایکو تیک یا یک اختلال سایکو تیک (روان پریشانه) دیگر پیدا نشده باشد و ناشی از اثرات جسمی مستقیم یک بیماری طبی عمومی نباشد (چون تممت زدن های افراد دچار اختلال شخصیت پارانوئید می تواند آشکارا هذیانی و روان پریشانه باشد). اگر این معیارها پیش از اسکیزوفرنی وجود داشته باشد، قید «پیش مرضی» را باید افزود.

بسیاری از افراد سیاسی دارای ویژه گی ها و یا اختلال شخصیت بدگمان (پارانوئید) بوده و هستند. در این میان ژوزف استالین دیکتاتور اتحاد فروپاشیده ی جمهوری های شوروی پیشین، نمونه ای چشم گیر است.

بی گمان هنگامی که آثار و اندیشه های یک نویسنده یا شاعر، هم چون، صادق هدایت، احمد شاملو، جلال آل احمد، فروغ فرخ زاد، سهراب سپهری و..... به هر دلیل و بهانه - از چهارچوب ادبی و هنری خود فراتر می رود و به گونه ای «جهان بینی» و فراتر از آن، «ابزار» و «ایدئولوژی» تبدیل می شود و از این رو سرنوشت و زندگی آدمیان سرزمین ها و ملت ها را به چالش جدی می کشد، نمی توان تنها به نقد و ارزیابی آثار و اندیشه ها و آفریده های ذهن او بسنده نمود.

آن چه تاکنون، در سه نوشتار «رمز گشایی آن ذهن پیشتاز» (شماره ی ۲۵ دو ماه نامه ی شوکران، بهمن ۱۳۸۵)، «راز سرگردانی این روح عاصی» (شماره ی ۶۲ و ۶۳ ماه نامه ی فردوسی، اسفند ۱۳۸۶ و فروردین ۱۳۸۷) و این یکی آمده است، هدف آشنا ساختن هم میهنان ارجمند با ویژه گی های شخصیتی صادق هدایت، فروغ فرخ زاد و جلال آل احمد، در راستای پدید آوردن بستر هموارتر برای فهم و نقد آثار و اندیشه های آنان بوده است. کوششی که بی گمان نه تنها لازم، که بسیار دیر هنگام است.

به امید پروردگار بخشنده ی مهربان، به زودی و در نوشتارهایی دیگر به بیان ویژه گی های شخصیتی احمد شاملو، سهراب سپهری و..... خواهیم پرداخت. هر چند جای آن دارد که در هنگامی دیگر اختلالات محور یک: اختلال دو قطبی «دو نیم» و «سه و نیم» جلال آل احمد را بیان نمایم.

یک چند، به کودکی، به استاد شدیم

یک چند، ز استادی خود، شاد شدیم

پایان سخن شنو که ما را چه رسید:

چون آب بر آمدیم و چون باد شدیم!

(خیام)

شخصیت عبارت است از الگوی دیر پا و بادوام رفتار و آموزه های ذهنی که در گستره ی پهنآوری از وضعیت ها و موقعیت های فردی و اجتماعی، فراگیر و انعطاف پذیر بوده و در پایان نوجوانی و جوانی و ابتدای بزرگ سالی آدمی تثبیت می شود.

