

بررسی میزان شیوع علائم اختلالات شخصیت ضداجتماعی، خودشیفته، نمایشی و مرزی در بین دانش آموزان دختر

نویسندگان: دکتر مریم فاتحی زاده^۱، طاهره امامی^۲ و دکتر بهمن نجاریان^۳

۱. استادیار دانشگاه اصفهان
۲. کارشناس ارشد مشاوره
۳. استاد دانشگاه اهواز

چکیده

هدف پژوهش حاضر تعیین شیوع علائم اختلالات شخصیت طبقه دوم (شامل اختلالات شخصیت ضداجتماعی، خودشیفته، نمایشی و مرزی) در بین دانش آموزان دختر دوره متوسطه شهر اصفهان بود. جامعه آماری، کلیه دانش آموزان دختر پایه های سه گانه دوره متوسطه در نواحی پنجگانه آموزش و پرورش شهر اصفهان انتخاب شد. حجم نمونه شامل ۱۴۰۰ نفر دانش آموز بود که از هفتاد و پنج مدرسه به شیوه تصادفی مرحله ای انتخاب شدند. ابزار تحقیق، پرسشنامه بالینی چندمحوری میلون-۲ بود. در تجزیه و تحلیل نهایی مشخص شد که میزان شیوع علائم اختلال شخصیت ضداجتماعی ۰/۰۸ درصد، خودشیفته ۱/۹ درصد، نمایشی ۶/۴ درصد، و مرزی ۰/۰۸ است. این آمار مربوط به دانش آموزانی است که نمره آن‌ها در آزمون ۸۵ و بالاتر است و دارای علائم جدی اختلال هستند. ولی افرادی که نمره بین ۸۵-۷۴ است، در صورت فراهم شدن عوامل زمینه ساز، احتمال زیادی برای ابتلا به اختلال شخصیت دارند. میزان شیوع اختلال در بین این دسته از افراد عبارت است از: اختلال شخصیت ضداجتماعی ۱/۱۵ درصد، خودشیفته ۱/۳ درصد، نمایشی ۱۴/۷ درصد و مرزی ۱/۹ درصد.

واژه های کلیدی: شخصیت، اختلال شخصیت، طبقه «ب» اختلالات شخصیت، ضداجتماعی، خودشیفته، نمایشی، مرزی، دانش آموز دوره متوسطه، دختر

دوماهنامه علمی - پژوهشی
دانشگاه شاهد
سال چهاردهم - دوره جدید
شماره ۲۲
اردیبهشت ۱۳۸۶

مقدمه

شخصیت عبارت است از سبک ویژه تفکر و رفتار هر فرد. به عبارت دیگر نحوه خاص فکر کردن و رفتار کردن هر فرد بیانگر شخصیت وی است. بدین ترتیب، اگر شخصیت فرد یا الگوهای معمولی پاسخ های او در برابر موقعیت ها را بشناسیم، می توانیم رفتار او را در موقعیت های جدید پیش بینی کنیم [۱].

اکثر مردم به طریقی نسبتاً قابل پیش بینی و منحصر به فرد در مقابل پدیده ها واکنش نشان می دهند، ولی در عین حال نوعی انعطاف پذیری سازگارانه و مخصوص هم دارند. شخصیت ما ثابت و ایستا نیست. ما از تجارب گذشته درس می گیریم و سعی می کنیم در موقعیت های مختلف، پاسخهای مختلف و متنوع نشان بدهیم تا بتوانیم به خوبی از عهده کارها برآییم. این یادگیری و

انطباق چیزی است که افراد مبتلا به اختلال شخصیت غالباً از عهده آن بر نمی‌آیند [۲]. اختلال شخصیت، یک الگوی فراگیر (نافذ)، بادوام و غیر قابل انعطاف از تجارب درونی و رفتار بیرونی است که به طرز مشخص با انتظارات فرهنگی فرد تفاوت دارد و به در ماندگی یا اختلال منجر می‌شود [۳].

طیف محدود تجارب و پاسخ‌هایی که مبتلایان به این اختلالات از خود نشان می‌دهند، اغلب منجر به مشکلات روان‌شناختی، اجتماعی یا شغلی می‌شود. این اختلالات قاعدتاً در نوجوانی یا آغاز بزرگسالی شروع می‌شود [۳]. اختلال شخصیت، در ماندگی و مشکلات ناشی از آن، در تمام عمر دامن‌گیر فرد می‌شود، ولی انواع این اختلالات از نظر میزان فروپاشی زندگی فرد با هم تفاوت دارند؛ اما با این حال چه اختلال خفیف و چه شدید باشد، تمام جنبه‌های وجود شخص را متأثر می‌کند. درمان این اختلالات از دشوارترین نوع درمان‌های اختلالات روان‌شناختی می‌باشد. تخمین زده می‌شود که شیوع اختلالات شخصیت در بین بزرگسالان ۴-۱۵ درصد باشد [۴]. طبقه‌بندی‌های مهم از اختلالات شخصیت عبارتند از: طبقه‌بندی بین‌المللی بیماری‌ها (ICD) از سازمان بهداشت جهانی و DSM از انجمن روان‌پزشکی آمریکا. بر طبق DSM-IV ملاک قطعی برای متمایز ساختن صفات شخصیتی نابهنجار عبارت است از قرائنی حاکی از انعطاف‌ناپذیری و ناسازگاری طولانی مدت که به شکل آشفتگی ذهنی، یا نقص عملکرد اجتماعی - شغلی یا هر دو مورد ظاهر می‌شود. DSM-IV اختلالات شخصیت را به این شرح تعریف می‌کند: «الگوی با دوام 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 بین‌فردی،

۴. کنترل تکانه [۳].

این الگو با ثبات و بادوام است و شروع آن را می‌توان در نوجوانی یا اوایل کودکی ردیابی کرد. این الگو همچنین غیرقابل 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. زیرمجموعه‌های اختلالات شخصیت در DSM-IV عبارتند از: اسکیزوتیپال، اسکیزوئید، پارانوئید، خودشیفته، مرزی، ضداجتماعی، نمایشی، وسواسی - جبری، وابسته و دوری‌گزین. DSM-IV دو اختلال منفعل - مهاجم و افسردگی را در میان دو مجموعه ملاک‌ها و محورها به شرط مطالعه بیش‌تر در ضمیمه «ب» طبقه‌بندی می‌کند [۵].

DSM-IV از لحاظ دسته‌بندی، اختلالات شخصیت را به سه دسته یا خوشه تقسیم می‌کند که هر کدام خصوصیات بالینی مشترک دارند: خوشه «الف» دربردارنده سه اختلال با خصوصیات عجیب و غریب، سرد و کناره‌گیر و نامتعارف (پارانوئید، اسکیزوئید و اسکیزوتیپال) است. خوشه «ب» شامل ۴ اختلال است که با خصوصیات چونی هیجانی بودن، تکانشوری و بی‌نظمی مشخص است (مرزی، ضداجتماعی، خودشیفته و نمایشی) و خوشه «ج» دربردارنده سه اختلال است که خصوصیات نظیر اضطراب و ترسناکی را به اشتراک دارند (دوری‌گزین، وابسته و وسواسی - جبری). چندین مطالعه، اعتبار سازه این خوشه‌ها را تأیید کرده‌اند. البته با این استثناء که علائم اختلال اجباری، گاه به شکل دادن خوشه چهارم گرایش دارند [۵].

خوشه «ب» اختلالات شخصیت

اختلالات شخصیت خودشیفته، ضداجتماعی، نمایشی و مرزی در این خوشه جای می‌گیرند که به آن‌ها "اختلالات طیف" گفته می‌شود. گاه سه اختلال اول در یک خانواده جمع می‌شوند و در یک شخص با هم به وقوع می‌پیوندند.

بیماران ضداجتماعی در رسیدن به منافع شخصی از طریق دستکاری، تزویر و سرکار گذاشتن دیگران بسیار ماهرند. نیستی و فقدان، درد و رنج، و ضرر و زیان به ندرت باعث ناراحتی و درماندگی آن‌ها می‌شود. به همین علت دیگران معمولاً آن‌ها را فاقد وجدان اخلاقی می‌دانند. افراد ضداجتماعی با چرب‌زبانی کارهایشان را توجیه می‌کنند و قربانیانشان را افرادی ضعیف و مستحق سلطه‌پذیری و سرقت‌شدن می‌دانند [۵].

زمینه‌یابی‌ها حاکی از این است که ۳/۵-۱/۵ درصد از جمعیت بزرگسالان به اختلال شخصیت ضداجتماعی مبتلایند [۸]. شیوع اختلال در مردان ۳ برابر زنان است. امریکایی‌های سفیدپوست بیش از آمریکایی‌های سیاه‌پوست امکان دارد چنین باشند [۹]. چون مبتلایان به این اختلال اغلب بازداشت و زندانی می‌شوند، بسیاری از محققان در جمعیت زندانیان به دنبال الگوهای رفتار ضداجتماعی می‌گردند. در بین مردان شهرنشین بازداشت شده در زندان‌ها، بازداشت‌های قبلی فرد، پیش‌بینی‌کننده قوی برای الگوی شخصیت ضداجتماعی است [۱۰].

اختلال شخصیت خودشیفته: علائم برجسته اختلال شخصیت خودشیفته عبارتند از: حس فراگیر بزرگ منشی (در خیال یا در رفتار)، نیاز به تحسین و تمجید، فقدان همدلی و رشک شدید مزمن.

این اختلال ممکن است به واسطه انزوای اجتماعی یا خلق افسرده پیچیده شود. نقایص شدید آن معمولاً عبارتند از: مشکلات زناشویی و روابط بین فردی ضعیف. مبتلایان به اختلال شخصیت خودشیفته یک الگوی فراگیر و مزمن بزرگ منشی، نیازمند به تأیید دیگران و فقدان همدلی از خود نشان می‌دهند [۳].

در یک افسانه یونانی آمده است که نرسیوس وقتی برای نوشیدن آب از برکه‌ای خم شد و صورت زیبایش را در آب دید، چنان محسور و مجذوب این تصویر شد و چنان فریفته تملک این تصویر بود که در همان حالت ماند، به طوری که بسیار لاغر و نحیف شد و سرانجام مرد. از آن پس نامش مترادف با «اشتغال شدید به خود»

اختلال شخصیت ضداجتماعی: اختلال شخصیت ضداجتماعی با بی‌احترامی فراگیر و نقض حقوق دیگران از سن ۱۵ سالگی مشخص می‌شود. شخص باید حداقل ۱۸ سال داشته باشد و قرآینی از اختلال سلوک قبل از ۱۵ سالگی در او ظاهر شده باشد. اختلال شخصیت ضداجتماعی ممکن است به واسطه غمگینی و ملالت، تنش، تحمل اندک یکنواختی، خلق افسرده و مرگ خشن نابهنگام پیچیده شود. نقایص، بسیار متغیر است، اما معمولاً در بردارنده مشکلات اجتماعی است [۳]. فرد مبتلا به اختلال شخصیت ضداجتماعی که به نام‌های «سایکوپات» یا «سوسیوپات» نیز خوانده می‌شود، یک الگوی فراگیر بی‌توجهی و تجاوز به حقوق دیگران را از خود نشان می‌دهد. به جز اختلالات وابسته به مواد، این اختلال بیش‌ترین ارتباط را با رفتار بزهکارانه بزرگسالان، چه جزیی و چه کلی دارد [۳]. بیش‌تر مبتلایان به این اختلال، برخی الگوهای رفتار ضداجتماعی و سوءرفتار 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 ضداجتماعی بسیار فریبکار می‌باشند. بسیاری از آن‌ها نمی‌توانند به‌طور مداوم در یک شغل باقی بمانند. غیبت‌های فراوان دارند و احتمال دارد که شغلشان را یکباره رها کنند [۶]. معمولاً در مقابل پول احساس مسئولیت نمی‌کنند و غالباً در تعهدات و مسئولیت‌های مالی مهم که پای آبروی فرد در میان است، شکست می‌خورند. به‌علاوه تکانشی هستند، یعنی اعمالشان را بدون برنامه‌ریزی قبلی یا در نظر گرفتن نتایج بعدی انجام می‌دهند. ممکن است تحریک‌پذیر و پرخاشگر باشند و غالباً شروع کننده نزاع‌های فیزیکی هستند [۷]. بسیاری از آن‌ها بی‌هدف از جایی به جای دیگر می‌روند. بی‌باک، بی‌ملاحظه و خودمحورند و توجه بسیار کمی به سلامتی خود، دیگران و حتی کودکانشان دارند. بسیاری از آن‌ها در حفظ دلبستگی به دیگری مشکل دارند [۵].

شده و در واقع مبتلایان به اختلال شخصیت خودشیفته، نوعی احساس بسیار قوی «اهمیت و ارزشمندی خود» دارند. آن‌ها در مورد پیشرفتها و استعدادهایشان اغراق می‌کنند، از دیگران انتظار دارند که آن‌ها را افرادی فوق‌العاده بدانند، و اغلب خودبین و مغرور به نظر می‌رسند [۳].

چون پیش فرض خیالی آن‌ها این است که موفقیت، قدرت یا زیبایی نامحدود دارند، لذا همواره نیازمند توجه و تأیید اطرافیانند. البته در انتخاب افراد یا مؤسساتی که می‌خواهند با آن‌ها ارتباط نزدیک داشته باشند یا در آن کار کنند، بسیار مشکل‌پسند هستند، ولی علی‌رغم جذابیت و برداشت مثبت اولیه‌ای که از آن‌ها می‌شود، به ندرت می‌توانند ارتباطی ثابت و دایمی را حفظ کنند. آن‌ها با داشتن ظاهری پرمدها، متظاهر و لاف‌زن، بندرت حاضر به شنیدن و قبول احساسات دیگران می‌شوند. به علاوه یک حالت عدم همدلی از خود نشان می‌دهند، یعنی نمی‌توانند یا نمی‌خواهند افکار و نیازهای دیگران را بشناسند و اغلب نسبت به دیگران حسادت می‌ورزند. برخی از آن‌ها به دیگران باج می‌دهند تا به اهداف خود برسند. برخی افراد خودشیفته در مقابل ناکامی یا انتقاد دیگران، با خشم، تحقیر و کوچک کردن طرف مقابل پاسخ می‌دهند [۱۱]، در حالی که عده‌ای ممکن است با بی‌تفاوتی و سردی واکنش نشان دهند چرخه میل و اشتیاق و به دنبال آن یأس و ناامیدی در این افراد شایع است [۱۲].

تخمین زده شده که کم‌تر از ۱ درصد بزرگسالان مبتلا به این اختلالند. افکار و رفتار شبیه به اختلال خودشیفته در بین نوجوانان شایع و طبیعی است و معمولاً به خودشیفتگی بزرگسالی منجر نمی‌شود [۳].

اختلال شخصیت نمایشی: علائم برجسته اختلال شخصیت نمایشی عبارتند از: خودمهیج‌سازی فراگیر و مفرط، هیجانان افراطی و توجه‌طلبی. بیماران ممکن است ژست‌های خودکشی مکرر و تهدید به زور جهت مراقبت بهتر را نشان دهند. روابط بین فردی این بیماران، بی‌ثبات و ناراضی‌کننده است. مشکلات زناشویی مکرر

از گرایش به غفلت در مورد روابط طولانی مدت به قیمت کسب تهییج از روابط جدید ناشی می‌شود. اختلال شخصیت نمایشی می‌تواند زندگی را به طرز قابل توجه پیچیده و دشوار کند. مبتلایان به اختلال شخصیت نمایشی (هیستریونیک) که قبلاً هیستریکال خوانده می‌شدند، الگوی تهییج‌پذیری افراطی و جلب توجه را از خود نشان می‌دهند [۳]. به نظر می‌رسد این افراد «از نظر هیجانی شارژ شده‌اند»، خُلقشان اغراق‌آمیز است و امکان دارد به سرعت تغییر کند. طوفان‌های غیرعقلانی بودن یا خشم نیز در آن‌ها شایع است. این افراد همواره «روی صحنه» هستند. از ژست‌های نمایشی، اطوارهای قالبی و زبانی پر آب و تاب برای توصیف حوادث معمولی روزمره استفاده می‌کنند. همیشه خود را طوری با موقعیت تطابق می‌دهند که بتوانند جذاب باشند و مخاطبان را تحت تأثیر قرار دهند. خصایص، نظرها و باورهای سطحی‌شان را از موقعیتی به موقعیت دیگر تغییر می‌دهند و فاقد یک حس مرکزی و هسته‌ای در وجود خود هستند، حس این که واقعاً که هستند؟ گفتارشان جوهره و جزئیات کمی دارد و در کارهای‌شان از آخرین مد پیروی می‌کنند تا مورد تحسین دیگران قرار گیرند [۳].

افراد نمایشی به حضور دایمی دیگران برای تأیید تهییج‌پذیری خود و نیز ارزیابی وجود و وضعیت خلقی‌شان نیاز دارند. شاهراه زندگی آن‌ها عبارتست از: «تأیید و تحسین دیگران». آن‌ها نمی‌توانند تأخیر در ارضای نیازهای‌شان را تحمل کنند و در مقابل هر حادثه کم‌اهمیتی که سد راه تلاش پایان‌ناپذیرشان برای جلب توجه شود، واکنش بیش از حد نشان می‌دهند، چون مغرور، حق به جانب، خودمحور و متوقع هستند. برخی هم در این شرایط با ژست‌های مدبرانه اقدام به خودکشی می‌کنند [۳].

مبتلایان به این اختلال به طرق مختلف جلب توجه می‌کنند. مثلاً نمایش اغراق‌آمیز ضعف جسمانی و بیماری در آن‌ها شایع است. رفتار تحریک‌آمیز نامناسب و اغواگری جنسی نیز رواج دارد. بیش‌تر افراد نمایشی

و خلق را همراه با تکانشگری قابل توجه از خود نشان می‌دهند [۳]. این بیماران تغییرات زیادی را در خلقشان تجربه می‌کنند و نوسانات شدیدی بین حالات افسردگی، اضطراب و تحریک‌پذیری دارند که ممکن است از چند ساعت تا چند روز بطول انجامد. هم‌چنین مستعد ابتلا به خشم و خصومتند. این خشم و خصومت گاه منجر به پرخاشگری فیزیکی یا رفتار خشونت‌آمیز می‌شود. با این حال، اغلب، خشمشان متوجه درون شده، به شکل اعمال تکانشی و خود تخریب‌گرانه ظاهر می‌شود که می‌تواند منجر به آسیب شدید بدنی شود [۱۵].

بسیاری از بیماران اورژانس‌های مراکز بهداشت روانی، بیماران مرزی هستند که به جرح خود مبادرت کرده‌اند [۱۷]. فعالیت‌های خود تخریب‌گرانه این بیماران شامل این موارد است: مصرف الکل و سوء‌مصرف مواد، بزهکاری، روابط جنسی ناسالم، وقت‌گذرانی غیر مسیولانه، رانندگی با بی‌احتیاطی، و سایر اشکال جرح خویشتن. البته تهدید و اقدام به خودکشی نیز در بین آنان شایع است [۱۸]. به نظر می‌رسد برخی بیماران مرزی که دست به اعمال خودتخریب‌گرانه می‌زنند، این کار را برای برخورد با احساس مزمن پوچی، ملال و گم‌گشتگی هویتشان انجام می‌دهند. چون احساس «خود» در این افراد بسیار ضعیف بنا نهاده شده و تحریف شده‌است، لذا غالباً در جستجوی کسب هویت برای خویشتن، به کمک دیگران هستند، اما رفتار اجتماعی آن‌ها هم اغلب همانند خودانگاره و خلقشان مغشوش و تکانشی است [۳].

بیماران مرزی روابط شدید و بدون تعارضی با دیگران برقرار می‌کنند که احساساتشان در این رابطه ضرورتاً متقابل نیست [۱۹]. آن‌ها به خاطر ترس از ترک شدن (چه واقعی، چه خیالی) به دشواری، مرزهای بین فردی مناسبی را حفظ می‌کنند. هنگامی که دیگران نمی‌توانند انتظاراتشان را برآورده کنند، به سرعت خشمگین می‌شوند ولی باز هم شدیداً به ارتباطشان دلبسته‌اند، و از ترس «ترک شدن» حالت فلج و از کارافتادگی پیدا می‌کنند. وقتی با احتمال «ترک شدن»

در مورد این که نزد دیگران چگونه به نظر برسند و دیگران چه نظری راجع به آن‌ها دارند، وسواس پیدا می‌کنند و اغلب لباس‌های درخشان و چشمگیر می‌پوشند [۱۳].

افراد نمایشی در مورد شدت روابطشان هم اغراق می‌کنند. مثلاً ممکن است خود را پناهگاه نهایی افرادی بدانند که خود آن افراد، این فرد را یک آشنای دور به حساب می‌آورند. هم‌چنین ممکن است جذب دوستان رومانیتیک، ولی نامناسب شوند، که رفتار خوبی با آن‌ها نداشته باشند. تا به حال اعتقاد بر این بوده که اختلال شخصیت نمایشی در زنان بیش از مردان شایع است. در مورد نیمرخ «زن نمایشی» (هیستریکال) در متون روان‌شناختی بحث‌های طولانی صورت گرفته است، ولی مطالعات متعددی که اخیراً صورت گرفته، نتوانسته اساس جنسی برای تشخیص مبتلایان به این اختلال پیدا کند [۱۴].

مطالعات همه‌گیرشناسی (اپیدمیولوژی) نشان می‌دهد که ۲-۳ درصد از جمعیت بزرگسالان مبتلا به این اختلال هستند و زن و مرد به یک میزان مبتلا می‌شوند [۱۵].

اختلال شخصیت مرزی: علائم برجسته این اختلال عبارتند از: بی‌ثباتی عاطفی فراگیر و مفرط، بی‌ثباتی خودپنداره و روابط بین فردی و نیز تکانشگری قابل توجه. این اختلال ممکن است به واسطه علائم شبه سایکوتیک (توهمات، تحریفات تصویر بدن، پدیده هیپناگوژیک، عقاید انتساب) در پاسخ به استرس و مرگ نابهنگام یا نقص فیزیکی ناشی از خودکشی یا ژست‌های خودکشی، خودکشی ناموفق و رفتار خود آزاردهی پیچیده شود. نقایص مکرر و شدید ممکن است باعث از دست دادن مکرر شغل، ترک تحصیل و شکست در ازدواج شود [۳].

بی‌ثباتی فراگیر که مشخصه زندگی مبتلایان به اختلال مرزی است، به شکل اجتناب‌ناپذیر روابطشان را نیز تحت تأثیر قرار می‌دهد. مبتلایان به این اختلال، یک الگوی فراگیر عدم ثبات در ارتباط بین فردی، خودانگاره

[۲۱]. البته بسیاری از این مطالعات بطور وسیع بر اختلال شخصیت مرزی متمرکز بوده‌اند و یا اختلال‌های شخصیت را به طور ثانوی نسبت به اختلال‌های دیگر بررسی کرده‌اند [۲۲].

نتایج این مطالعات نشان می‌دهد که اختلال‌های شخصیت در نوجوانی با سطوح بالایی از افسردگی، خشم، تجزیه شدگی، تحریف‌های شناختی، خودکشی کامل یا قصد خودکشی، پاسخ ضعیف به درمان، صفات شخصیتی مانند هیجان‌خواهی، پرخاشگری، روان رنجور خوئی، اعتماد به نفس پایین و ناامیدی همراه است. مطالعات یاد شده همچنین نشان داده که اختلال‌های شخصیتی در نوجوانی از نظر وقوع و از نظر رخداد طبق الگوی خانوادگی، با رخداد و الگوهای خانوادگی در بزرگسالان مشابه است [۲۰]. پژوهشگرانی که به این نتایج دست یافته‌اند بر پایه همین یافته‌ها معتقدند که می‌توان اختلال شخصیت را در نوجوانی تشخیص داد و در عین حال بر اعتبار تشخیصی ملاک‌ها نیز تکیه کرد [۲۳].

در مجموع با توجه به هشدارهایی که در برخی از مطالعات به آن‌ها اشاره شده، لوی و همکارانش در آخرین مطالعه طولی خود اعتبار پیش‌بین و همزمان تشخیصی را در نوجوانان بررسی و نتیجه‌گیری کرده‌اند که تشخیص شخصیت در نوجوانان بستری و غیربستری دارای اعتبار همزمان خوبی است، ولی اعتبار پیش‌بینی‌کنندگی این گونه تشخیص‌ها با عوامل پیچیده درآمیخته است. این نکته قابل ذکر است که اغلب این مطالعات اشارات کلی به شیوع هر اختلال شخصیت داشته‌اند، نه علائم تفکیکی آن [۲۰]. برای مثال وایزمن (Wissman) براساس زمینه‌یابی‌های همه‌گیرشناسی و بر پایه ملاک‌های تشخیص اختلال‌های شخصیت در DSM-IV، تخمین‌های شیوع کلی اختلال‌های شخصیت را ۱۰ تا ۱۳ درصد گزارش کرده است [۲۰]. لوی و همکاران او 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. از این بین

روبه‌رو می‌شوند، غالباً به رفتارهای مدبرانه‌ای از قبیل جرح خویشتن یا حالات خودکشی متوسل می‌شوند تا دیگری نتواند رابطه‌اش را با آنان قطع کند [۳].

میزان شیوع اختلال شخصیت مرزی ۲ درصد از جمعیت تخمین زده شده‌است. در حدود ۷۵ درصد بیماران که این گونه‌اند، زن هستند. سن ابتلا به این اختلال در افراد مختلف، متفاوت است، اما در رایج‌ترین الگو، میزان عدم ثبات، اختلال و خطر خودکشی فرد در اوایل بزرگسالی (جوانی) به اوج خود می‌رسد و سپس با بالا رفتن سن فروکش می‌کند [۳].

سؤالی که همواره در مورد اختلالات شخصیت مطرح بوده این است که آیا اختلالات شخصیت در سنین پایین هم بروز می‌کند و در اینصورت آیا قابل تشخیص، پیشگیری و درمان است یا خیر؟ در DSM-IV تصریح گردیده که معمولاً اختلالات شخصیت از کودکی و نوجوانی آغاز شده، در صورتی که آشفتگی شخصیتی پایدار و فراگیر باشد و به مرحله رشدی خاصی هم محدود نباشد، می‌توان در بین نوجوانان این اختلالات را تشخیص داد [۳].

کورن بلام (Korenblum) و همکارانش در مطالعه طولی نوجوانان تورنتو (Toronto Adolescents Longitudinal Study) ملاک‌های DSM-III-R را جهت سنجش و ارزیابی ۷۲ شرکت‌کننده از یک نمونه مبتنی بر جامعه در ۱۳، ۱۶ و ۱۸ سالگی به کار برده‌اند. محققان مذکور در این مطالعه پی بردند که اختلال‌های شخصیتی در نوجوانان با سطوح بالایی از نابسامانی و آشفتگی روانی رابطه دارد [۲۰]. برنشتاین (Bernsteine) و همکاران او از یک نمونه بزرگ برای نشان دادن این نکته که نوجوانان مبتلا به اختلال‌های شخصیت، آشفتگی اجتماعی، مشکلات تحصیلی، تماس و برخورد با پلیس و مشکلات کاری بیش‌تر دارند، استفاده کرده، نتایجی مشابه با نتایج کورن بلام و همکاران او به دست آوردند. مروری بر ادبیات پژوهش نشان می‌دهد که در سال‌های اخیر، تحقیق درباره اختلال‌های شخصیتی نوجوانان با استفاه از نمونه‌های بالینی افزایش یافته است

نمایشی و مرزی، در بین دانش‌آموزان دختر شهر اصفهان وجود دارد یا خیر و در صورت وجود، فراوانی هریک چقدر است؟

روش

روش پژوهش حاضر، روش زمین‌یابی از نوع اپیدمیولوژیک است.

جامعه آماری، نمونه و روش نمونه‌گیری

جامعه آماری پژوهش حاضر شامل تمامی دانش‌آموزان دختر پایه‌های سه‌گانه دوره متوسطه نواحی پنج‌گانه آموزش و پرورش شهر اصفهان در سال تحصیلی ۸۱ است. از آن‌جا که مطالعه حاضر نوعی مطالعه همه‌گیرشناسی (اپیدمیولوژیک) است و در این نوع مطالعات معمولاً حجم نمونه بزرگ انتخاب می‌شود تا شیوع کلیه اختلالات شخصیت را که گاه به دهم درصد می‌رسد 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 این تعداد به شیوه تصادفی مرحله‌ای از ۷۵ دبیرستان موجود در شهر اصفهان انتخاب گردید. میانگین سن آزمودنی‌ها ۱۶ با حداقل ۱۴ و حداکثر ۱۸ بود. این نمونه از دانش‌آموزان کلاس‌های اول، دوم و سوم انتخاب شد.

ابزار اندازه‌گیری

ابزار به‌کار رفته در پژوهش فوق عبارت است از: پرسشنامه بالینی چند محوری میلون (Millon) - ۲ (Multiaxial questionnaire (MCMII-II)

پرسشنامه بالینی چند محوری میلون - ۲

این پرسشنامه توسط تیودور میلون، روان‌شناس بالینی و شخصیت در سال ۱۹۷۷ تهیه گردیده است. فرم تجدید نظر شده آن (MCMII-II) در سال ۱۹۸۷ منتشر شد و شامل ۲۲ مقیاس در سه گروه: الف) مقیاس‌های شخصیتی، ب) الگوهای بیمارگونه شخصیت و ج) نشانگان بالینی است. مقیاس‌های آن عبارتند از:

اختلال شخصیت مرزی، بیش‌ترین تعداد (۷۱ نفر) و اختلال شخصیت اسکیزوئید و سواسی اجباری کم‌ترین تشخیص (هرکدام دو نفر) را داشتند. این مطالعه به ویژه از این نظر دارای محدودیت است که بر روی جمعیت‌های بالینی و روانپزشکی انجام شده و نتایج آن قابل تعمیم به کل جامعه نیست [۲۰].

جانسون (Johnson) و همکارانش در مطالعه‌ای که رابطه میان اختلال‌های شخصیت در نوجوانان با رفتارهای خشن و جنایی در دوره جوانی و اوایل بزرگسالی را به صورت طولی بررسی می‌کرد ۷۱۷ نوجوان را به عنوان گروه نمونه به همراه مادرانشان در سال‌های ۱۹۹۳، ۱۹۹۱، ۱۹۸۶، ۱۹۸۵، ۱۹۸۳، به‌وسیله مصاحبه ساختار یافته بر مبنای علائم اختلال‌های شخصیتی که در DSM-III و DSM-III-R مطرح شده‌اند مورد سنجش و ارزیابی قرار دادند. نتایج این مطالعه نشان داد ۳/۳ درصد نوجوانان مبتلا به علائم اختلال شخصیت پارانوئید، ۱/۱ درصد مبتلا به علائم شخصیت اسکیزوئید، ۱/۷ درصد مبتلا به علائم اختلال شخصیت اسکیزوتایپی، ۲/۴ درصد مبتلا به علائم اختلال شخصیت مرزی و ۲/۵ درصد مبتلا به علائم اختلال شخصیت سواسی اجباری هستند. از مجموع ۱۰۳ نفر نوجوانان مبتلا به علائم اختلال‌های شخصیت، ۵۱ نفر آن‌ها دارای یک اختلال شخصیت و ۵۲ نفر مبتلا به علائم دو اختلال یا بیش‌تر بودند. در عین حال، نوجوانان دارای علائم زیاد از گروه اختلال‌های شخصیت «الف» و «ب» (شامل پارانوئید، اسکیزوئید، اسکیزوتایپی، ضداجتماعی مرزی، نمایشی و خودشیفته) نسبت به نوجوانان گروه اختلال‌های شخصیت «ج» (اجتنابی، وابسته، سواسی- اجباری) اعمال ضداجتماعی، خشن و جنایی بیش‌تری داشتند. در این پژوهش چون در آغاز مطالعه نوجوانان دارای سن کمتر از ۱۸ سال بوده‌اند، اختلال شخصیت ضداجتماعی مورد بررسی قرار نگرفته است [۲۱].

حال با این توضیحات، هدف پژوهش حاضر بررسی این موضوع است که آیا علائم اختلالات شخصیت طبقه «ب»، شامل اختلال شخصیت ضداجتماعی، خودشیفته،

پدیده است برای تحلیل داده‌های آن از آمار توصیفی استفاده گردید و به بررسی شاخص‌هایی چون درصد، فراوانی، میانگین، انحراف استاندارد و واریانس پرداخته شد.

مراحل انجام پژوهش

برای انجام پژوهش فوق، ابتدا نمونه‌گیری انجام گرفت.

برای انجام نمونه‌گیری، ابتدا فهرستی از کلیه مدارس متوسطه شهر اصفهان تهیه گردید و از بین آن‌ها در هر ناحیه ۱۵ مدرسه و در مجموع ۷۵ مدرسه به‌طور تصادفی انتخاب شد. در مدارس فوق نیز از هر پایه یک کلاس به‌طور تصادفی انتخاب گردید و از بین دانش‌آموزان هر کلاس شش نفر - به‌طور تصادفی - انتخاب شدند. بدین ترتیب نمونه‌ای برابر با ۱۴۰۰ دانش‌آموز به شیوه تصادفی به‌دست آمد و پرسشنامه میلون روی آن‌ها اجرا و نمره‌گذاری شد. در پایان نتایج به‌دست آمده روی ۱۴۰۰ نفر نمونه، مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

نتایج تحقیق

در پژوهش حاضر سؤالاتی مطرح شده بود که در زیر، ضمن طرح هر سؤال به یافته‌های به‌دست آمده می‌پردازیم:

۱. میزان تنوع و شیوع علائم اختلال شخصیت ده‌گانه در بین دانش‌آموزان دختر دوره متوسطه شهر اصفهان چقدر است؟

اسکیزوئید، اجتنابی، وابسته، هیستریونیک، خودشیفته، ضداجتماع، پرخاشگر- آزارگر، اجباری، پرخاشگر- نافع، آزارطلب، اسکیزوتایپال، مرزی، پارانوئید، اضطراب، شبه جسمی، دوقطبی- شیدایی، افسرده خویی، وابستگی به الکل، وابستگی دارویی، اختلال تفکر، افسردگی عمده، اختلال هذیان، مقیاس اعتبار، سطح فاش‌گویی، جامعه‌پسندی و بدجلوه‌دهی. پرسشنامه فوق در ایران توسط خواجه‌موجهی در سال ۱۳۷۳ هنجاریابی شد. پایایی آن به دو شیوه: الف) همسانی درونی ماده‌ها و ب) بازآزمایی محاسبه گردید و در مقیاس‌های مختلف برابر با حداقل ۰/۶۹ برای مقیاس اختلال هذیانی و حداکثر ۰/۹۲ برای مقیاس مرزی و میانگین ۰/۸۴ به دست آمد. اعتبار پرسشنامه فوق با استفاده از نیمرخ روانی گروه‌های تشخیصی DSM-III-R به‌دست آمد. برای مقیاس گروه‌های تشخیصی جمعیت هنجاریابی در ایران و پژوهش میلون در ۱۹۸۷ در این زمینه، نمره‌های میانه نیمرخ روانی گروه‌های تشخیص طرح هنجاریابی ایرانی و نمره‌های میانه نیمرخ روانی پژوهش میلون که از میان ۸۲۵ بیمار جمعیت هنجاریابی فرم اصلی MCMI-II به دست آمد، مقایسه شد. نتیجه‌گیری نهایی این بود که آزمون میلون هم در فرم اصلی و هم در فرم هنجاریابی شده ایرانی از اعتبار بسیار خوبی برخوردار است [۲۴].

روش تحلیل داده‌ها

از آنجا که پژوهش حاضر نوعی تحقیق توصیفی و زمینه‌یابی است و هدف آن توصیف، تبیین و کشف

جدول ۱ نتایج حاصل از اجرای آزمون میلون بر روی دانش‌آموزان دختر دوره متوسطه

توزیع فراوانی		آزمودنی
درصد فراوانی	فراوانی	
۴۶/۱	۵۹۹	افراد فاقد علامت
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

جدول ۲ فراوانی و درصد فراوانی نتایج حاصل از اجرای آزمون میلیون ۲- در بین دانش‌آموزان دختر به تفکیک پایه‌های تحصیلی

آزمودنی	پایه اول		پایه دوم		پایه سوم	
	فراوانی	درصد فراوانی	فراوانی	درصد فراوانی	فراوانی	درصد فراوانی
افراد فاقد علامت	۱۷۴	۴۲/۱	۲۴۳	۵۳/۱	۱۸۲	۴۲/۵
نمره ۸۵ - ۷۴	۱۶۷	۴۰/۳	۱۳۷	۲۹/۹	۱۷۳	۴۰/۴
نمره ۸۵ به بالا	۷۳	۱۷/۶	۷۷	۱۶/۸	۷۳	۱۷
جمع کل	۴۱۴	۱۰۰	۴۵۷	۹۹/۹	۴۲۸	۹۹/۹

۲. شیوع علائم اختلالات شخصیت ده گانه در میان دانش‌آموزان دختر پایه‌های اول، دوم و سوم دوره متوسطه شهر اصفهان چقدر است؟

با توجه به نتایج جدول ۲، در میان دانش‌آموزان پایه اول ۱۷/۶ درصد، در پایه دوم ۱۶/۸ درصد و در پایه سوم ۱۷ درصد افراد علائم کاملاً آشکار اختلال شخصیت را بروز می‌دهند.

۳. شیوع علائم اختلالات شخصیت ضداجتماعی، خود شیفته، نمایشی و مرزی در بین دانش‌آموزان دختر پایه‌های اول، دوم و سوم دوره متوسطه شهر اصفهان چقدر است؟

با توجه به نتایج جدول ۳، شیوع علائم اختلال شخصیت ضداجتماعی در جمعیت کلی ۱/۱۵ درصد، خودشیفته ۱/۳ درصد، نمایشی ۱۴/۷ درصد، و مرزی ۱/۹ درصد است.

در این پژوهش، افرادی که در آزمون میلیون نمره‌شان بین ۷۴-۸۵ بود به عنوان افرادی که صفات (trait) اختلال شخصیت دارند و احتمال ابتلاء آن‌ها به اختلال شخصیت در صورت فراهم شدن زمینه مساعد بسیار بالا است در نظر گرفته شدند. با توجه به جدول ۱، ۳۶/۷ درصد افراد از کل جمعیتی که نمونه‌گیری از آن انجام شده دارای صفات اختلال شخصیت هستند و تنها ۱۷/۲ درصد افراد نمونه، علائمی از اختلال جدی را نشان داده‌اند. ۴۶/۱ درصد افراد ظاهراً سالم به نظر می‌رسند. لازم به ذکر است که تعداد ۱۰۱ عدد از پرسشنامه‌ها فاقد اعتبار لازم بود و از نمونه مورد مطالعه حذف گردید. از این تعداد، همان‌گونه که در جدول ۲ دیده می‌شود ۱۷/۶ درصد از افراد مبتلا در کلاس اول، ۱۶/۸ درصد در کلاس دوم و ۱۷ درصد در کلاس سوم دبیرستان هستند.

جدول ۳ فراوانی و درصد فراوانی شیوع علائم اختلالات شخصیت ضداجتماعی، خودشیفته، نمایشی و مرزی در بین دانش‌آموزان دختر به تفکیک پایه‌های تحصیلی

پایه	ضداجتماعی			خودشیفته			نمایشی			مرزی		
	فراوانی	درصد فراوانی در بین مبتلایان	درصد فراوانی در کل جمعیت	فراوانی	درصد فراوانی در بین مبتلایان	درصد فراوانی در کل جمعیت	فراوانی	درصد فراوانی در بین مبتلایان	درصد فراوانی در کل جمعیت	فراوانی	درصد فراوانی در بین مبتلایان	درصد فراوانی در کل جمعیت
اول	۶	۱/۲۵	۰/۴۶	۳	۰/۶۲	۰/۲	۷۱	۱۴/۸	۵/۵	۱۰	۲/۱	۰/۸
دوم	۲	۰/۴۱	۰/۱۵	۳	۰/۶۲	۰/۲	۵۴	۱۱/۳	۴/۱	۷	۱/۵	۰/۵
سوم	۷	۱/۵	۰/۵۳	۱۱	۲/۳	۰/۸	۶۷	۱۴/۰۴	۵/۱	۸	۱/۷	۰/۶
جمع کل	۱۵	۳/۱	۱/۱۵	۱۷	۳/۶	۱/۳	۱۹۲	۴۰/۲	۱۴/۷	۲۵	۵/۲۴	۱/۹

بحث و نتیجه‌گیری

این پژوهش با هدف بررسی شیوع علائم اختلال‌های شخصیت ضداجتماعی، مرزی، نمایشی و خودشیفته، در میان دانش‌آموزان دختر شهر اصفهان به اجرا درآمد. برای بررسی شیوع علائم اختلال‌های شخصیت از آزمون میلون استفاده شد.

در این پژوهش دو گروه افراد شناسایی شدند: گروه اول شامل افرادی است که نمرات آن‌ها در آزمون میلون بین ۷۴-۸۵ بود و این طبقه شامل افرادی است که نشانه‌هایی از اختلال شخصیت را نشان داده‌اند و احتمال ابتلای‌شان به اختلال شخصیت در بزرگسالی وجود دارد، ولی این احتمال قطعی نیست. نمرات بالای این افراد در آزمون می‌تواند مربوط به سیر رشد و تحول دوره نوجوانی و ویژگی‌های خاص این مرحله از رشد باشد و بدین لحاظ این افراد را نمی‌توان دچار اختلال دانست. با این حال نتایج این گروه تا حدودی جای تأمل دارد. اما آنچه قابل اهمیت است افراد گروه دوم هستند که نمره آن‌ها در آزمون میلون ۸۵ و بالاتر است و احتمال ابتلای‌شان به اختلال شخصیت نسبتاً قطعی است. همان‌طور که در بخش یافته‌های مربوط به سؤالات ملاحظه شد، شیوع علائم اختلال شخصیت در خوشه «ب» ۸/۴۶ و میزان شیوع کلی اختلالات شخصیت ۱۷/۲ درصد است.

نتایج به دست آمده از این پژوهش ضمن تأیید نتایج تحقیقات انجام شده توسط پژوهشگران دیگر نشان دهنده درجه بالای اعتبار پژوهش حاضر است. در نتایج حاصل از این تحقیق، با تحقیقات مشابه تفاوت‌هایی نیز دیده می‌شود. در هنگام بررسی تفاوت‌ها توجه به نکاتی چند ضروری است: اول این‌که کلیه پژوهش‌هایی که تاکنون صورت گرفته بر روی جمعیت عمومی (زن و مرد و در سنین مختلف) بوده است، در حالیکه نمونه این پژوهش، گروهی خاص (دانش‌آموزان دختر در یک طیف سنی نسبتاً محدود) است و به نظر می‌رسد این امر تا حدی بر نتایج مؤثر بوده است.

از دیگر عوامل تأثیرگذار بر نتایج حاصل از این پژوهش، مسائل فرهنگی حاکم بر جامعه ما است؛ چرا

که عوامل زمینه‌ساز مشکلات، تقریباً در تمام جوامع یکسان است، اما تفاوت‌های زمینه‌ای فرهنگی موجب بروز اختلاف در تظاهرات آن مشکلات خواهد شد. از دیگر سو، مسائل اخلاقی حاکم بر جامعه ما ایجاب می‌کند که افراد متفاوت از سایر فرهنگ‌ها به سؤالات پاسخ دهند و این خود موجب بروز و ظهور اختلافات خواهد شد، ولی باید توجه داشت که در مبنای تفاوتی وجود ندارد. نکته دیگر این‌که ابزار اندازه‌گیری اختلال در پژوهش‌های مختلف در سراسر دنیا هیچ‌گاه کاملاً یکسان نبوده و لذا نمی‌توان انتظار آماری برابر داشت. با این حال پس از بحث و بررسی یافته‌های این پژوهش، خوانندگان متوجه شباهت‌های بسیار در نتایج حاصل از این تحقیق و سایر پژوهش‌های قبلی خواهند شد.

شیوع علائم اختلال شخصیت ضداجتماعی

در این پژوهش، شیوع کلی علائم اختلال شخصیت ضداجتماعی براساس آزمون میلون ۰/۰۸ درصد در جمعیت کلی و ۰/۴۴ درصد در بین افراد مبتلا به اختلال شخصیت به دست آمد. میلر و همکاران او، شیوع این اختلال را در جمعیت عمومی ۰/۹ تا ۰/۴ درصد گزارش کرده‌اند [۲۰]. از آن‌جا که این پژوهش در بین دختران انجام شده و مسائل فرهنگی نقش بسیار مهمی در این میان برعهده دارد و از سوی دیگر معمولاً این افراد ترک تحصیل کرده‌اند و در مدارس متوسطه دیده نمی‌شوند، شاهد کاهش آمار در این اختلال هستیم. ضمناً لازم به ذکر است که در این پژوهش فقط به بررسی علائم این اختلال در نوجوانان پرداخته شده و بررسی علائم به منزله تشخیص قطعی اختلال قبل از ۱۸ سالگی نیست.

شیوع علائم اختلال شخصیت مرزی: براساس نتایج حاصل، شیوع کلی علائم اختلال شخصیت مرزی، در میان دانش‌آموزان دختر دوره متوسطه شهر اصفهان ۰/۰۸ درصد در جمعیت کلی و ۰/۴۴ درصد در بین افراد مبتلا به اختلال شخصیت است. اختلال شخصیت مرزی خصوصیات مشترک زیادی با سایر اختلال‌ها دارد و لذا تشخیص و تمایز آن از سایر اختلال‌ها قدری مشکل است.

حال حاضر افراد واجد این ویژگی‌هایی معمولاً در جامعه موفق‌تر هستند و سریع‌تر به شهرت و موفقیت دست می‌یابند، فرهنگ جامعه این نوع رفتارها رابه صورت تلویحی تشویق می‌کند که خود این امر می‌تواند موجب بالا رفتن آمار در این طبقه از اختلال شخصیت باشد.

شیوع علائم اختلال شخصیت خود شیفته: 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 به‌دست آمد.

تخمین زده شده که کم‌تر از ۱ درصد بزرگسالان مبتلا به این اختلالند و ۵۰ تا ۷۵ درصد از این افراد مذکر هستند [۳].

شیوع این اختلال در جمعیت عمومی بزرگسالان از جانب محققان مختلف تا حدودی نوسان دارد. میلر و همکاران او، شیوع این اختلال را ۰/۴ درصد، انجمن روان‌پزشکی آمریکا کم‌تر از ۱ درصد در جمعیت عمومی و در جمعیت بالینی ۲ تا ۱۶ درصد و تورگرسن و همکارانش ۰/۸ درصد گزارش نموده‌اند. جانسون و همکاران نیز در نوجوانان پایین‌تر از ۱۸ سال شیوع این اختلال را ۳/۱ درصد گزارش کرده‌اند [۲۰]. 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 همسو نیست، ولی چنانچه فقط احتمال شیوع اختلال شخصیت خودشیفته را مدنظر قرار دهیم می‌توان گفت که شیوع ۱/۹۲ درصدی در مطالعه حاضر که مبتنی بر علائم اختلال شخصیت خودشیفته گزارش شده، با مطالعه جانسون و همکارانش تا حدودی همسویی دارد. شخصیت خودشیفته از جانب نظریه پردازانی چون کوهات و کرنبرگ عمیقاً مورد توجه قرار گرفته است. کوهات 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،

میلر و همکاران او، شیوع این اختلال را در جمعیت بزرگسالان براساس همه‌گیرشناسی، ۴/۶ تا ۱/۳ درصد و گیلدر و همکارانش به نقل از نتایج تحقیقات صورت گرفته، ۴/۶ تا ۱/۱ درصد گزارش کرده‌اند [۲۰]. در مطالعات انجام شده توسط جانسون و همکاران او بر روی نوجوانان غیربستری، شیوع این اختلال در افراد زیر ۱۸ سال ۲/۴ درصد گزارش شده است. کازن و همکارانش و نیز انجمن روان‌پزشکی آمریکا، شیوع این اختلال در جمعیت عمومی را حدود ۲ درصد گزارش کرده‌اند و در مسیر رشدی و تحولی این اختلال تصریح گردیده که در مسیر اختلال شخصیت مرزی، تغییر ناپذیری قابل ملاحظه‌ای وجود دارد. شایع‌ترین الگو عبارت است از ناپایداری مزمن در اوایل کودکی، همراه با دوره‌های عاطفی جدی و عدم کنترل تکانه و سطوح بالای استفاده از منابع بهداشت روانی [۲۰].

شیوع علائم اختلال شخصیت نمایشی: شیوع کلی علائم اختلال شخصیت نمایشی در میان دانش‌آموزان دختر دوره متوسطه شهر اصفهان ۶/۴ درصد در جمعیت کلی و ۳۷/۲ درصد در بین افراد مبتلا به اختلال شخصیت به دست آمد. میلر و همکاران او، شیوع این اختلال را در بزرگسالان ۲/۷ تا ۱/۲ درصد، گیلدر و همکارانش به نقل از تحقیقات انجام شده ۳ تا ۱/۴ درصد، بارلو و دوران به نقل از نستندت ۲ درصد، و تورگرسن و همکارانش نیز آن را در نروژ ۲ درصد گزارش کرده‌اند [۲۰]. از نظر درصد شیوع، یافته‌های پژوهشی فوق‌الذکر با یافته‌های این پژوهش همسویی کامل ندارد. از طرفی، محققانی چون جانسون و همکاران او شیوع این اختلال را در نوجوانان غیربستری ۲/۵ درصد گزارش کرده‌اند [۲۰]. علی‌رغم این‌که ۶/۴ درصد شیوع صرفاً بر مبنای نتایج آزمون مطرح شده، ولی از این نظر که علائم اختلال شخصیت نمایشی در نوجوانی بخوبی قابل تشخیص است، این یافته‌ها با یافته‌های جانسون و همکاران همسویی دارد. از طرف دیگر، یافته‌های این پژوهش با یافته‌های مربوط به سیر رشد و تحول اختلال شخصیت نمایشی شاید تا حدودی همسویی داشته باشد. شاید بتوان گفت از آنجایی که در

معطوف به رضایت غریزی که در چهارچوب نظریه سستی روانکاوی بیان می‌شود، مهم‌تر بوده، نقش اساسی در پی‌ریزی یک خودانسجام یافته ایفا می‌کند. براساس نظر کاپلان و سادوک، این اختلال مزمن است و گاه با افزایش سن شدت آن افزایش می‌یابد [۲۰]. اختلال شخصیت خودشیفته از زمره اختلالاتی است که علائم آن تا اندازه‌ای با مشخصه‌های دوران نوجوانی همسویی دارد. برای مثال، خودپسندی و خودمحوری نوجوانان باعث اشتغال ذهنی آن‌ها درباره جذابیت، عشق و ... می‌شود و این دلایل می‌تواند علت افزایش آمار در این اختلال باشد.

کمبود علاقه و تعلق به یک ایدئال در زندگی، ضعف در نوآوری و بسیاری از رفتارهای غیرعادی در زمینه جنسی و اجتماعی است. همچنین کوهات بر این باور است که علت اساسی اختلال‌های خودشیفتگی در احساس درونی فرد نسبت به تمامیت و یکپارچگی وجود یا به بیان روشن‌تر، وجود نارسایی‌هایی در انسجام‌یابی خود و شکاف‌هایی در آن است که از انحراف در مسیر عادی رشد و برخی کمبودها در ارتباط‌های اولیه ناشی شده‌است. در چهارچوب برداشت‌های کوهات، شخصیت خودشیفته بر خود و پیگیری آرمان‌ها و هدف‌های متمرکز است. انگیزه‌های معطوف به خود از انگیزه‌های

منابع

- آزاد، حسین. (۱۳۷۸). آسیب‌شناسی روانی. تهران: مؤسسه انتشارات بعثت.
- Commer, R.(2001). *Abnormal psychology*. Princeton university. Worth publishers.
- APA (American Psychiatric Association). (2004) *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. Washington: APA.
- Zimmeraman, M.(1994). *Diagnostic personality Disorders: Areview of issues and research methods*. Arch. Psychiatr. 51. 225-245.
- Sadock, B. J. & Sadock, V. A.(2000). *Comprehensive Textbook of Psychiatry*. Volume there. Philadelphia. USA. Seventh edition.
- Bland, R. & Newman, H. (1988). *Lifetime prevalence of Psychiatric Disorder in Edmonton*. Act a Psychiatr. Scodin 77. 24-32.
- Vaillant, G. E.(1994). *Ego Mechanisms of Defense and personality Psychopathology*. J. Abnorm. Psychol. 103(!). 44-50.
- Kessler, R. C. (1994). *Life Time an 12-month prevalence of DSM-III-R Psychiatric Disorders Among persons Aged 15-54. Inth United States*. Arch. Gen psychiatry. 51(1). 8-19.
- Robins, L. N & Regier, D.S.(1991). *Psychiatric Disorders in America: the Epidemiological Catchment Area Stydy*. New York: free press.
- Abram, K. M & Teplin, L. A.(1990). *Drug disorder, mental illness, and violence*. Nat. Inst. Drug Abuse Res. Monoger. Ser. 103. 222-238.
- Messer, A.A.(1985). *Narcissistic people*. Med. Aspects Human Sex. 19(9). 169-184.
- Svrakic, D. M. (1990). *The Functional Dynamics of the Narcissistic personality*. Amer. J. psychother. 44(2), 189-203.
- Marrison, J. (1989). *Histrionic personality Disorder in Woman with Somatization Disorder*. Psychosomatics. 30(4). 433-437.
- Char, W. F.(1985). *The Hysterical Spouse*. Med. Aspects Human Sex. 19(9). 123-133.
- Nestadt, G.(1990). *An Epidemiological Study of Histrionic personality Disorder*. Psychol. Med 29, 413-422.
- Gardner, D. L. & Cowdry, R. W(1988). *Anticonvulsants in Personality Disorders*. Clifton. NJ: oxford Health care.
- Bongar, B.(1990). *Self- Mutivation and the Chronically Suicidal Patient: A Examination of the Frequent Vistor to the Sychiatric Emergency Room*. Ann. Clin Psychiat. 2(3). 217-222.
- Paris, J.(1991). *Personality Disorders, Parasuicide, and Culture*. Transcult. Psychiatr. Res. Rev. 28(1), 25-39.
- Modestin, J. & Villiger, C.(1989). *Follow-up study on borderline Versus Nonborderline personality Disorders*. Comprehen. Psychiat 30(3)..236-244.
- گل پرور، محسن (۱۳۸۰). بررسی شیوع و تنوع علائم اختلال‌های شخصیتی دانش‌آموزان پسر دوره متوسطه شهر اصفهان در سال تحصیلی ۸۰-۷۹. شورای تحقیقات آموزش و پرورش استان اصفهان.
- Johnson, J. G. cohen, P. smailles, 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.
- Weston, S. C & siever, L. J.(1993). *Biological of Personality Disorders*. J. Wissman A. D(1993). *The Epidemiology of personality Disorders: an update*. J of personality disorder. N 15. 441-462.
- Levy, K. N. (1999). *Concurrent and predictive Validity of the personality Disorder Diagnosis in Adolescence In Patients*. American Journal of psychiatry(156). 1522-1528.
- خواجه موگهی، ناهید. (۱۳۷۳). آماده سازی مقدماتی فرم فارسی پرسشنامه بالینی چند محوری میلون-۲ (MCMI-II) در شهر تهران. تهران. دانشگاه علوم پزشکی ایران. انستیتو روانپزشکی تهران.