

دانشگاه آزاد اسلامی

واحد کرج

پایان نامه:

برای اخذ درجه کارشناسی

در رشته روانشناسی عمومی

عنوان:

بررسی و مقایسه اختلال شخصیت ضد اجتماعی

میان نوجوانان دارای والد و بدون والد

استاد راهنما:

دکتر حسین رضابخش

پژوهشگر:

سمیه سلیمانی

بهار ۸۳

تقدیم به پدر و مادر عزیزم که هر چه دارم از وجود آنهاست و تمامی کسانی که
مشوق و یاری گر من بوده‌اند.

با سپاس خداوند منان که در تمام مراحل زندگی مرا همواره یاری داده و بردباری در برابر مشکلات و صداقت و یکرنگی را به من آموخت که سپاس بی پایان من از او و کمک های بی دریغ اوست.

و با سپاس از

جناب آقای دکتر حسین رضا بخش که با صبر و متانت خویش مراد در نگارش

و تنظیم این پژوهش راهنمایی نمودند که سلامتی و شادکامی ایشان را از خداوند بزرگ خواهانم.

پایان نامه با عنوان بررسی و مقایسه اختلال شخصیت ضد اجتماعی میان نوجوانان

دارای والد و بدون والد،

که توسط سمیه سلیمانی برای گذراندن ۴ واحد پروژه های عملی - انفرادی در

مقاطع کارشناسی عمومی زیر نظر اینجانب تدوین شده است.

در تاریخ بررسی شد و با درجه مورد تایید

قرار گرفت.

نام و نام خانوادگی استاد راهنما

امضاء

پیشنهادات:

الف) در دسترس قرار دادن نتایج این سری از تحقیقات در اختیار مؤسسات و

مدارس برای شناسایی و درمان به موقع افراد مبتلا به اختلال شخصیت ضد اجتماعی.

ب) ایجاد فضاهای مناسب در مدارس برای مصاحبه فردی با افراد و اجرای پرسشنامه در فضای مناسب.

محدودیت ها:

الف) در این تحقیق وضعیت اقتصادی، فرهنگی و اجتماعی نمونه ها از کنترل محقق خارج بوده است، هرچند که وضعیت تحصیلی آنان می تواند تا حدی بیانگر

آنها باشد.

ب) کمبود تحقیقات انجام شده لازم در مورد تحقیق حاضر.

ج) تفاوت های فردی آزمودنی ها.

د) کمبود اطلاعات از صداقت پاسخ دهندگان به پرسشنامه.

منابع:

(۱) احمدی، سید احمد. (۱۳۸۲). روانشناسی نوجوانان و جوانان. تهران: انتشارات

مشعل.

(۲) اکبرزاده، نسرين. (۱۳۷۶). گذر از نوجوانی به پیری. تهران: انتشارات آرين.

(۳) ستوده، حدایت الله. (۱۳۱۹). آسیب شناسی اجتماعی. تهران: انتشارات آوای نو.

(۴) پورفکاری، نصرت الله. (۱۳۲۱). فرهنگ جامع روانشناسی. روانپزشکی. تهران:

انتشارات فرهنگ معاصر.

(۵) آزاد، حسین. (۱۳۷۸). آسیب شناسی روانی. تهران: انتشارات بعثت.

(۶) کاپلان، هارولد و سادوک، بنیامین. (۱۹۲۷). خلاصه روانپزشکی علوم رفتاری -

روانپزشکی بالینی. (ترجمه نصرت الله پورفکاری): تهران: انتشارات شهرآب.

(۷) دیودال. روز نهان، مارتین ای. پی - سلیگمن، (۱۳۷۹). روانشناسی نابهنجاری

آسیب شناسی روانی. (ترجمه سید مهدی). تهران: انتشارات ارسباران.

(۸) احدی، حسن، جهرمی، فرهاد. (۱۳۷۸). روانشناسی رشد: نوجوانی، بزرگسالی

(جوانی، میانسالی، پیری). تهران: انتشارات پردیس.

(۹) احدی، حسن، و محسن، نیکچر. (۱۳۲۲). روانشناسی رشد: مفاهیم بنیادی در

روانشناسی نوجوانی و جوانی. تهران: انتشارات پردیس.

(۱۰) کارن جی، کالسون، استفانی را، ایزنستات، ترازپورین. (۱۳۷۹). بهداشت

روانی زنان. (مترجمان؛ ابوالمعالی، خدیجه، صابری، هایده، لطفی، ژینوس،

مجی الدین بناب، مهدی). تهران: ساوالان.

(۱۱) ریتا اتکینسون، ریچاردس. اتکینسون، ارنست ر. هیگارد، (۱۳۷۶). زمینه

روانشناسی. (مترجمان: براهنی، محمدتقی و همکاران تهران): رشد.

(۱۲) گوژه، ساموئل، گودوین، دانلد، وودراف، رابرت. (۱۳۶۴). تشخیص بیماری

های روانی، (ترجمه نصرت الله پورافکاری). تبریز: رسالت.

(۱۳) رایت، پدریگ، استرن، جولیان. فلان، مایکل. (۱۳۸۱). مبانی روانپزشکی.

(ترجمه نصرت الله پورافکاری). تبریز: دانشگاه آزاد اسلامی تبریز.

(۱۴) نوابی نژاد، شکوه. (۱۳۶۵). رابطه زمینه های زیستی - روانی - اجتماعی -

خانواده با بزهکاری نوجوانان. نشریه روانشناسی مرکز روانپزشکی رازی.

شماره ۱۳.

www.kandoo.cn.com

www.kandoo.cn.com

www.kandoo.cn.com

www.kandoo.cn.com

فصل اول

www.kandoo.cn.com

www.kandoo.cn.com

www.kandoo.cn.com

www.kandoo.cn.com

www.kandoo.cn.com

www.kandoo.cn.com

www.kandoo.cn.com

www.kandoo.cn.com

www.kandoo.cn.com

مقدمه:

منظور از اختلالات شخصیت، الگوهایی از رفتار غیر انتطباقی است. به طوری

که هنگامی ویژگیهای شخصیت چنان انعطاف پذیر و غیر انتطباقی شوند که کارکرد

فرد را به میزان چشمگیری مختل می کند، در این صورت به اختلالهای شخصیت

تبدل می شوند.

اختلالات شخصیت در واقع شیوه های نامناسب باری حل مسئله و کنار آمدن با

فشار روانی هستند که اغلب در اوایل نوجوانی بروز می کنند و در سراسر

بزرگسالی ادامه می یابند.

افراد مبتلا به اختلالات شخصیت معمولاً ناراحتی یا اضطرابی احساس نمی کنند،

انگیزشی برای تغییر رفتار خود نشان نمی دهند و برخلاف افراد اسکینروفربینایی

تماس خود را با واقعیت از دست نمی دهند و نابسامانی چشمگیری در رفتارشان

مشاهده نمی شود.

در DSM III از ۱۲ نوع اختلالات شخصیت یاد شده است که یکی از آنها اختلال

شخصیت ضد اجتماعی است که در این پژوهش مورد بررسی قرار خواهد گرفت.

افرادی که به اختلال شخصیت ضد اجتماعی مبتلا هستند فاقد حس مسئولیت و درک اخلاقی هستند و توجهی به دیگران ندارند. رفتار آنها کم و بیش زیر سلطه نیازهای خود آنان است و به عبارت دیگر آنها فاقد وجدان هستند.

اختلال شخصیت ضد اجتماعی الگوی رفتاری خاصی است مشخص با شرارت، اعمال ضد اجتماعی، جنایی که در کودکی و اوایل نوجوانی شروع می شود و منجر به اختلالات شدید در خیلی از زمینه های زندگی مثل روابط خانوادگی، تحصیل، شغل خدمت سربازی و ازدواج می گردد.

علام اساسی این اختلال عبارتند از: بی قراری، میدان توجه کوچک، نزاعهای مکرر که اغلب منجر به درگیری با افراد دیگر می شود، سابقه تحصیلی خراب، فرار از منزل، سابقه شغلی ناموفق، درگیری با پلیس، دروغگویی، هرزگی، بی مبالاتی در رفتار جنسی، همجنس خواهی، عدم احساس گناه، فقدان محبت، اضطراب، عدم وجود شرم و حیا و ...

شیوع اختلال شخصیت ضد اجتماعی میان نوجوانان بسیار جدید می شود. زیرا دوره نوجوانی مرحله حساسی از رشد یک انسان است و دوره نوجوانی در میان دوران رشد انسان، یکی از حقایق قطعی و غیر قابل سوال می باشد.

همانطور که در هر دوره جبر تاریخ جوی بوجود می آورد که باعث شهور بعضی افراد می گردد، حوادث فرهنگی و اجتماعی نیز نوجوانان را به عنوان یک

مرحله قطعی و مشخص در رشد انسان بوجود آورده است که زمینه ای است برای مطالعات وسیع.

بیان مسأله:

نوجوانی به عنوان دوره انتقال از کودکی به بزرگسالی، مرحله ای بسیار با ارزش در فرایند رشد و تکامل فرد است. در سنین بین ۱۲ تا ۱۹ سالگی همیشه یک مرحله

آمادگی برای نوجوانان بوده است تا به تدریج با کسب دانش و تجارب لازم مسئولیت های پخته تر و پیچیده تری را در جامعه بر عهده گیرند. امروز با رشد جمعیت و گسترش شهرها و صنعتی شدن جوامع و تنوع وسایل ارتباط جمعی و نیز دوره های گسترده و متنوع آموزش و پرورش و امکانات شغلی و حرفه ای و تحولات درونی خانواده ها از نظر روانی و عاطفی و غیره دوره نوجوانی به عنوان

یک واقعی مشخص و م عین جای خود را در زندگی هر فرد یافته است و طبیعتاً برای والدین، مربیان تعلیم و تربیت و مسئولان اضطرابها و نگرانیهای زیادی را موجب شده است. نوجوانی نمایانگر رشد نهایی کودکی و آستانه ورود او به مرحله بزرگسالی است. در دوران کودکی، کودک به سرعت رشد می کند و بنیان و

مفهوم خود در نظام ارزشی خویش را در خانواده استوار می سازد. نوجوانی در خلال تغییرات روانی- جنسی خود در این دوره کاملاً متأثر از باورها، اعتقادات، انتظارات و معیارهای اخلاقی، مذهبی، اجتماعی و الگوهای فرهنگی خانواده است. و درست در حین مرحله است که نوجوان با شکل اساسی بحران هویت مواجه است.

ساخت و روابط خانوادگی رابطه والدین با فرزندان در علت شناسی بزهکاری نوجوانان نقش کلی و بسیار مهمی دارد، خواه رفتار و اعمال ضد اجتماعی باشد، تحقیقات نشان می دهد که شرایط خانوایی به عنوان یک عامل بسیار مهم و موثر در بزهکاری نوجوانان به حساب آمده است.

اختلال شخصیت ضد اجتماعی از یکی از اختلالاتی است که از دوره حساس نوجوانی آغاز می شود و نوجوانان بسیاری در معرض ابتلاء به این اختلال هستند. عوامل بسیاری در مبتلا شدن به اختلال شخصیت ضد اجتماعی دخالت دارند

که از جمله می توان به روابط خانوادگی تنش زا، بزهکاری، طلاق، از دست دادن والدین و ... که در این رساله به توضیح تکو تکو آنها خواهیم پرداخت.

سوالات پژوهشی:

آیا رابطه معناداری میان محرومیت از والد و اختلال شخصیت ضد اجتماعی وجود

دارد؟

آیا رابطه معناداری میان محرومیت از والد و اختلال شخصیت ضد اجتماعی وجود

ندارد؟

اهداف تحقیق:

هدف از این تحقیق این است که بدانیم آیا از نظر زمینه های رفتاری و روانی

و شخصیتی میان نوجوانان والد دار و بدون والد تفاوتی وجود دارد یا خیر؟

هدف دیگر این است که میزان شیوع اختلال شخصیت ضد اجتماعی را میان

نوجوانان والد دار و بدون والد را تعیین کنیم.

هدف دیگر این است که در صورت شمشخص شدن تفاوتها، نتایج در اختیار

موسسات و کسانی که در کار تعریف و آموزش نوجوانان هستند، قرار بگیرد تا

گامی موثر باشد در تدوین برنامه های منظم برای رفع مسائل و مشکلاتی که

ممکن است در میان نوجوانان وجود داشته باشد.

فرضیه های تحقیق:

H_0 : رابطه معناداری میان محرومیت از والد و اختلال شخصیت ضد اجتماعی

وجود دارد.

H_1 : رابطه معناداری میان محرومیت از والد و اختلال شخصیت ضد اجتماعی

وجود ندارد.

www.kandoo.cn.com

www.kandoo.cn.com

www.kandoo.cn.com

www.kandoo.cn.com

فصل دوم

www.kandoo.cn.com

www.kandoo.cn.com

www.kandoo.cn.com

www.kandoo.cn.com

www.kandoo.cn.com

www.kandoo.cn.com

www.kandoo.cn.com

www.kandoo.cn.com

www.kandoo.cn.com

تعریف اصطلاحات عمومی:

- **شخصیت:** این اصطلاح را می توان تمامی سیستم تمایلات نسبتاً پایدار روانی

و جسمی هر فرد تعریف نمود. تمایلاتی که نحوه تطابق وی را نسبت به محیط

روانی - اجتماعی و مادی معین می سازد. (پورفکاری، ۱۳۲۱، ۱۱۰۶)

- **اختلالات شخصیت:** این اختلالات به صورت الگوهای ناسازگارانه، انعطاف

ناپذیر بسیار عمیق و با ثبات در درک و برخورد با محیط و خود فرد تظاهر می

کنند. (همان منبع، ص ۱۱۰۷)

- **اختلال شخصیت ضد اجتماعی:** این اختلال با اعمال جامعه ستیزانه و جنایی

مستمر مشخص است اما معادل جنایتکاری نیست بلکه ناتوانی برای تطابق با

موازین اجتماعی است که شامل بسیاری از وجود رشد نوجوانی و جوانی بیمار

می گردد. (همان منبع، ص ۱۹۱)

- **اختلال شخصیت پارانوئید:** خصوصیات اصلی این نوع اختلال شخصیت سوء

ظن و حساسیت است که این سوء ظن در این بیماران خود را به طریق

متفاوتی ظاهر می سازد. (همان منبع، ص ۱۰۷۴)

- اختلال شخصیت نمایشی: خصوصیات این نوع افراد، پرتوقع بودن، بی

ملاحظه بودن، خود محور بودن و عشوه گری است که در ظاهر افرادی

جذاب، صمیمی و معاشرتی به نظر می آیند. (همان منبع، ص ۶۷۸)

- اختلال شخصیت خودشیفته: این افراد با احساس عمیق اهمیت شخصی،

احساسات خود بزرگ بینی، و به نوعی بی نظیر بودن مشخص هستند. (همان منبع،

ص ۹۷۱).

- اختلال شخصیت دوری گزین: این گونه افراد به علت حساسیت شدید در

مقابل طرد شدن، ممکن است به زندگی بدون روابط اجتماعی روی آورند. این

گونه افراد خجالتی یا غیر اجتماعی نیستند بلکه ممکن است میل شدیدی به

داشتن همنشین را در خود احساس کنند. به تضمین قوی برای پذیرفته شدن

بدون انتقاد نیازمند است. (همان منبع، ص ۱۵۷).

- اختلال شخصیت وابسته: افراد مبتلا به این اختلال شخصیت به طور مشخص

برای احتیاجات خود به دیگران متکی هستند و از دیگران توقع دارند که

مسئولیت مسائل زندگی آنها را بر عهده بگیرند. (همان منبع، ص ۳۹۹).

- اختلال شخصیت وسواس فکری - عملی: ویژگی اصلی این اختلال، الگوی

فراگیر تلاش برای کمال است. این افراد خواهان کمال برای خود و دیگران

هستند و هر کاری که آنها انجام می دهند هر قدر هم که نتیجه آن عالی باشد به نظر نمی رسد که زنها را خشنود کرده باشد. (دیوید آل و همکاران، ۳۵۸).

- **اختلال شخصیت اسکیزوئید:** این اختلال به انواعی از ناهنجاری هایی که در بستگاه غیر اسکیزوفرنیک بیماران اسکیزوفرنیک مشاهده می گردد اطلاق می شود. (پورفکاری، ۱۳۲۱، ۱۳۳۹).

- **اختلال شخصیت اسکیزر و تاپال:** شخص مبتلا به این اختلال کسی است که در نظر مردم عادی، عجیب و غیر عادی است. تفکر سحرآمیز عقاید انتساب، اشتباه حسی و مسغ واقعیت قسمتی از دنیای روزمره این بیماران است. (همان منبع ص ۱۳۴۷).

- **اختلال شخصیت مرزی:** علائم این اختلال عبارتند از: الگوی نافذ بی ثباتی خلق، روابط فردی، و تجسم نفس که اوائل بزرگسالی شروع می شود و خود را در زمینه های گوناگون نشان می دهد. (همان منبع، ص ۲۰۰)

- **نوجوانی:** نوجوانی به عنوان دوره انتقال از کودکی به بزرگسالی است که بسیار با ارزش بوده و نقش مهمی در فرایند رشد و تکامل فرد دارد. نوجوانی دوره ای است که در آن فرد دارای جنبه های افراطی و اغراق آمیز در سلوک و رفتار خود می باشد.

تاریخچه:

برای قرن ها این تفکر وجود داشت که به محض اینکه کودکان به سنین ۶ یا ۷

سالگی می رسند می توانند مسئولیت های بزرگسالان را تقبل کنند و وارد بازار کار

شوند. به غیر از قشر محدود ثروتمند، کودکان همراه بزرگسالان در مزارع و معادن

کار می کردند و در میان جنگ حاضر می شدند. با صنعتی شدن جوامع از سپیده

صبح تا شام در کارخانجات کار می کردند. تقریباً از ۱۵۰ سال قبل دوران کودکی

به رسمیت شناخته شد که توجه به حقوق کودک، روانشناسی کودک و اجباری

شدن تحصیلات از نتایج آن است. شرایط اجتماعی و اقتصادی، پیشرفت

تکنولوژی پیدایش رشته های تعدد تحصیلی و تخصصهای جدید و طولانی شدن

دوران تحصیلات در ابتدای قرن بیستم زمینه ای را ایجاد کرد که باعث شد به دوره

نوجوانی توجه خاصی شود.

در اوایل قرن بیستم استانی هان، به سبب تخصص و خصوصیات شخصی خود

نخستین تئوریسین دوره نوجوانی گردید. استانی های (۱۸۴۸-۱۹۲۴) اولین

دکترای روانشناسی را در امریکا کسب کرد و اولین روانشناسی است که روانشناسی

بلوغ و نوجوانی را مطرح کرده است و دوره نوجوانی را به عنوان یک مرحله

شمخص از رشد انسان تلقی کرده است و در مطالعات خود از روش های علمی

استفاده کرده است وی اولین فردی بود که از روش پرسشنامه برای کسب اطلاعات عینی استفاده کرده است. به عقیده هان نوجوانی مرحله ای است که شخص تمام مراحل قبلی رشد را برای بار دوم در سطح پیچیده تری تجربه می کند. به عبارت دیگر موجود زنده در طول حیات مراحل مشابه تاریخ تحول انسانی را طی می کند. با شروع نوجوانی در حدود چهارده سالگی سلسله اعمال جدیدی امکان پذیر می شود که همان آنرا «تولد دوباره» خوانند. حال معتقد است که رشد انسان براساس برنامه از قبل تعیین شده و تحت تاثیر عوامل فیزیولوژیکی صورت می گیرد و تاثیر عوامل اجتماعی و محیطی را در این مورد کمتر می داند. وی معتقد است که نوجوانی مرحله خاصی در رشد است که قبلا از نظر روانشناسی و اجتماعی و محیطی را در این مورد کمتر می داند. وی معتقد است که نوجوانی مرحله خاصی در رشد است که می تواند در مرحله «فشار» باشد. حال اصطلاح طوفان و فشار را در نوجوانی به کاربرد و معتقد بود که در این دوره

وجود طوفان و فشار اجتناب پذیر می باشد (اکبرزاده، ۱۳۷۶، ص ۴).

تعبیر نوجوانی به عنوان یک مرحله بحرانی، در اصل از فلاسفه یونانی، بخصوص ارسطو گرفته شده است اما کسی که برای اولین بار به شکل شایان توجهی بلوغ و بحران را به طوفان، در آن یک انقلاب و زایش دوباره می بیند. (اهری و محسنی،

۱۳۲۲، ص ۱۴).

فروید، معتقد بود مراحل رشد روانی، جنسی تابع وراثت و عوامل ژنتیکی می باشد. این تکامل نسبتاً مستقل از عوامل محیطی صورت می گیرد. بهترین مثال،

عقده ادیپ است که آن را در همه حا و همه زمان ها یکسان می داند. فروید نیز

نوجوانی را به عنوان یک مرحله الزاماً سخت و طوفانی تلقی می نماید عقاید وی

مطابق با نظریه رشد داخلی می باشد. (اکبرزاده، ۱۳۷۶، ص ۵)

مارگارت مید (۱۹۰۱-۱۹۷۸) بر روی افراد یک جزیره دور افتاده اقیانوس آرام

مطالعاتی انجام داد، و نظریه متفاوتی را مطرح کرد. وی جریان رشد را بین مردم

قبایل جزایر ساموآ آرام و بدون فشار یافت. (اکبرزاده ۱۳۷۶، ص ۵) روت

بندیکت، بر روی اجتماعات زیادی مطالعه نمود. وی این طور نتیجه گیری کرد که

مشکل اصلی نوجوانی، عدم مداومت و ناهماهنگی در اجتماعی شدن به عنوان

بزرگسالان می باشد. منظور وی از مداومت و ناهماهنگی لزوم یادگیری یک سری

رفتارها، نقشه ها و گرایش های متفاوتی می باشد که برای بزرگسال شدن لازم

است و آنچه در کودکی فرد یاد گرفته است تفاوت دارد (همان منبع، ص ۶).

آلبرت بندورا، یکی از معروف ترین روانشناسان معتقد است. نوجوانی زمان

طوفان و فشار اجتناب ناپذیر نمی باشد. در این دوره که امکان دارد مشکلات

حقیقی نیز وجود داشته باشد هر نوع مشکلی را باید به عنوان نتیجه تجارب

محیطی در نظر گرفت، نه بعنوان نتیجه یک دوره سخت و اجتناب پذیر در رشد

بشر (همان منبع، ص ۷).

نوجوانی:

نوجوانی به دوره ای اطلاق می شود که دوره های میان کودکی و بزرگسالی است.

این دوره ابتدا با اجباری شدن آموزش رسمی، توسعه صنایع و رهایی کودکان و

نوجوانان از کار کردن در مزارع و کارخانجات رسمیت یافت و در قرن بیستم در

کشورهای صنعتی اهمیت ویژه ای پیدا کرد. مفهوم نوجوانی و تجارب مربوط به

آن در فرهنگ مختلف شکل های متفاوتی دارد. مثلاً در حوامع دور افتاده ورود

بزرگسالی با تشریفات خاص و گاهی دردناک همراه است. (اهری و جهرمی،

۱۳۷۸، ص ۸۱).

مرحله نوجوانی دوره ای است که در آن فرد، دارای جنبه های افراطی و اغراق

آمیز در سلوک و رفتار خود می باشد و از مشخصات آن طوفان و فشار هیجانی

است. ابتدا این تغییرات را جسمانی می دانستند ولی به تدریج روشن شد که رفتار

دوره بلوغ بیش از آنکه ناشی از تغییرات جسمانی باشد تحت تاثیر عوامل محیطی

قرار دارد. (احمدی، ۱۳۷۴، ص ۱۵)

تعریف دیگری نیز از نوجوانی به عنوان یک دوره بحرانی معمول شده است که

حاصل پژوهشهای استرن و سایر روانشناسان آلمانی است. به نظر آنان، نوجوانی

زمان کشف و آگاهی از ارزش های فرهنگی و معنوی است. به دلیل عدم تکامل

شخصیتی و عدم تکامل شکل گیری نگرش شخصی نوجوان نسبت به زندگی، کشمکش ها و تعرض های ناشی از آگاهی، دوره و حالتی منقلب و بحرانی را برای نوجوان به وجود می آورد. (احدی و محسنی. ۱۳۲۲. ص ۱۵)

در جوامع صنعتی انتظار نمی رود که کودکان در کارهای تولیدی جامعه شرکت کنند و یا عهده دار مسئولیت های اجتماعی باشند. و با پایان کودکی نقش فرهنگی آنها دگرگون می شود. یعنی، کودکان در این جوامع با ورود به دوره نوجوانی، باید آموخته های کودکی را کنار بگذارند و نقش های جدیدی ایفا کند. این مسأله حتی

در مورد نقش جنسی مصداق دارد، چرا که برخی از کودکان رفتار جنسی را نه تنها می آموزند، بلکه در این زمینه مورد تشویق قرار می گیرند. ولی در جوامع غربی کودکان چنین مجوزی ندارند و با شروع نوجوانی، بی درنگ باید نقش جنسی متناسب با فرهنگ خود را فرا بگیرند و در این حال، از محدوده خاصی خارج نشوند. (احدی، جمهوری. ۱۳۷۸. ص ۸۰) نوجوانی با تغییرات بیولوژیکی با افزایش

وزن و قد به طور ناگهانی بروز می کند. رشد سریع بدنی در این دوره تحت تاثیر هورمونهای غدد درون ریز، مخصوصا غده هیپوفیز قرار دارد. رشد بدنی ۳ تا ۴ سال طول می کشد و اوج آن در دختران ۱۲ سالگی و در پسران ۱۴ سالگی است. در طی این دوره ۱۵ تا ۲۰ سانتی متر بر قد و ۲۰ تا ۲۵ کیلوگرم بر وزن یک

نوجوان افزوده می شود (احمدی. ۱۳۷۴. ص ۱۸)

تمام نوجوانان جهان تجربه ای کم و بیش مشترک دارند و آن عبارت است از تغییراتی که همزمان به رشد سریع قد و وزن (همانطور که یادآور شدیم)، قیافه ظاهری و نهایتاً بلوغ جنسی آنها منجر می شود و در ادامه بحث ابتدا تعریفی از بلوغ ارائه می دهیم، بلوغ مرحله ای از زندگی است که طی آن فرد به تکامل جنسی می رسد و در نتیجه از قابلیت تولید مثل برخوردار می شود. (احدی و جمهری. ۱۳۷۸. ص ۸۴).

قبل از بلوغ اعمال بیولوژیکی در هر دو جنس یکسان است و ساختمان بدنی پسران و دختران جز در مورد اختلافات اولیه جنسی، شبیه یکدیگرند. با آغاز بلوغ تفاوت های اساسی بیولوژیکی در هر دو جنس ظاهر می شود و به تدریج عدد جنسی عمل می کنند و هورون ها مواد شیمیایی تولید می کنند. این مواد وارد جریان خون می شود و تحرکات خود را به تمام بافت ها و نسوج می رساند. نفوذ این مواد شیمیایی نه تنها باعث تغییراتی در ظاهر بدن بلکه باعث تغییراتی در ساختمان شخصیتی و روانی نوجوان می گردد. با شدت یافتن رشد بدنی، فعالیت غدد جنسی و آدرنال (فوق کلیوی) زیادتر می شود. قبل از بلوغ هورمون استروژن و آندروژن در پسران و دختران به میزان کمی توسط غده آدرنال و تحت تاثیر غدد هیپوفیز قدامی ترشح می شود. استروژن به مقدار کمی در ادرار در پسران و دختران از سن ۳ تا ۸ سالگی وجود دارد. و تا سن ۱۱ سالگی باز هم در هر دو

جنس میزان ترشح آن آهسته آهسته بالا می رود و در سن بلوغ با فعالیت تخمدانها در دختران، استروژن افزایش می یابد و میزان آن تا سال بعد از شروع قاعدگی افزایش می یابد و سپس ثابت می ماند. آندروژن در هر دو جنس تا سن ۹ سالگی به مقدار کم و مساوی وجود دارد. از سن ۹ تا ۱۵ سالگی میزان ترشح آن در هر دو جنس افزایش می یابد. در پسران در سنین ۱۶ و ۱۵ سالگی میزان و مقدار آن تقریباً ۲۰ تا ۵۰ درصد بیشتر از دختران است. (احدی. ۱۳۷۴. ص ۱۹).

رفته رفته خصوصیات ثانویه جنسی ظاهر میشود. خصوصیات ثانویه جنسی یعنی آن دسته از ویژگی هایی فیزیولوژیکی که غالباً با شروع بلوغ ظاهر می شود ولی با تولید مثل رابطه مستقیمی ندارد. مثل رشد سینه در دختران و تغییر در طنین صدای پسران. (احدی و جمهری. ۱۳۷۸. ص ۸۵)

خصوصیات ثانویه جنسی در دختران، برجستگی سینه ها، ریش باسن، روئیدن مو در اعضای تناسلی، رشد اندام تناسلی، رنگ پیدا کردن نوک سینه ها، عادت ماهیانه و ... است و در پسران روئیدن مود در اعضای تناسلی، رشد اعضای تناسلی، روئیدن مو در زیر بغل، روئیدن موهای نازک در پشت لب، تغییر صدا، روئیدن موهای صورت و ... است. (احدی و محسنی. ۱۳۲۲. ص ۲۴).

غیر از عوامل بیولوژیکی، عوامل اجتماعی نیز در تغییرات بلوغ تاثیر دارند، مثلاً نوجوان ایرانی با نوجوانان هندی یکسان نیست و رفتارشان تحت تاثیر فرهنگ آنان

قرار دارد. عادات تغذیه، توجه به سلامت بدنی و نوع فعالیت در جوامع مختلف متنوع است و باعث تسریع و یا تاخیر بروز برخی از صفات جدید در نوجوانان می شود. (احمدی. ۱۳۷۳. ص ۱۹).

جهش نموی نوجوانی:

جهش نموی نوجوانی به تغییرات چشمگیر قد و وزن در سنین نوجوانی اطلاق می شود (پاپالیا، دیان، ای و همکاران. ۱۹۹۲. ص ۳۱۲).

یکی از علائم اولیه پیدایش بلوغ جهش نموی است که همانطور که در سطر بالا

گفتیم به تغییرات قد و وزن اطلاق می شود. این جهش در دختران ممکن است در

محدوده سنی ۹/۵ تا ۱۴/۵ سالگی شروع شود و در پسران بین ۱۰/۵ تا ۱۶ سالگی

آغاز گردد. معمولاً جهش نموی دو سال طول می کشد و با خاتمه یافتن آن،

نوجوان به بلوغ جنسی می رسد. اکثر دختران بین ۱۴ و ۱۵ سالگی

به قد نهایی خود می رسند در حالی که پسران در ۱۸ سالگی و گاهی دیرتر به

نهایت ممکن قد خود دست می یابند. در این سنین اندام های مختلف بدن رشد

یکسان و هماهنگی ندارند. به گونه ای که دستها و پاها قبل از تنها و قسمت های

مرکزی بدن رشد می کنند. به همین علت گاهی نوجوانان به سبب داشتن پاها،

دستها یا بینی بزرگ از اطرافیان خود خجالت می کشند. جالب این است که در این

مرحله جهت رشد جسمانی وارونه می شود. ماهیچه ها در هر دو جنس رشد سریع دارند. در پسران نسبت ماهیچه ها به بافت چربی بیشتر است، ولی در دختران برعکس، میزان بافت چربی به ماهیچه ها زیادتر است. علی رغم این تفاوت میزان وزن در هر دو جنس افزایش می یابد. این افزایش در مورد دختران بیشتر در نواحی باسن و در پسران در نواحی شانه ها صورت می گیرد. علاوه بر رشد قد و وزن، بدن نوجوان شباهت زیادی به بدن بزرگسالان پیدا می کنند. اعضای چهره، از جمله پیشانی، بینی و چانه برجستگی بیشتری پیدا می کند و بر ضخامت لب ها افزوده می شود. با این تغییرات، نوجوان به تدریج چهره کودکانه خود را از دست می دهد. قبل از شروع جهش نموی در نوجوانان قد پسران چیزی حدود ۲٪ از قد دختران همسال خود بلندتر است، ولی از آنجا که جهش نموی دختران دو سال زودتر از پسران آغاز می گردد، بین ۱۱ تا ۱۲ سالگی، بسیاری از دختران از پسران همسال خود بلند تر، سنگین تر و حتی قویترند. با اتمام جهش نموی، جثه پسران حدود ۸٪ از جثه دختران بزرگتر است. سرعت جهش نموی پسران بیشتر از جهش نموی دختران است و نوع تغییرات جسمی آنان نیز متفاوت است. روی هم رفته پسران، از جثه بزرگتر، عرض شانه ها بیشتر، ساق ها، ران ها، ساعدها و بازوهای بلندتر برخوردارند. در مقابل، در دختران، عرض ناحیه باسن

بیشتر می شود و میزان چربی زیر پوست نیز افزایش می یابد. (احمدی و جمهری.

۱۳۷۸. ص ۹۱).

تفکر انتزاعی در دوران نوجوانی:

ویژگی عمده ای که تفکر نوجوان را از کودک متمایز می سازد این است که

نوجوان نه تنها به آنچه که هست می اندیشد، بلکه به آنچه که می تواند باشد نیز

فکر می کند. از آنجا که هر نوجوان قابلیت تجسم احتمالات نامحدود (پیدا می

کند، مهارت تفکر فرضی^۱ یکی از برجسته ترین خصوصیات ذهنی او را تشکیل

می دهد. به همین دلیل نوجوان برخلاف کودک می تواند در مورد مسائل اخلاقی،

اجتماعی و برنامه های آینده خود گستره وسیعتری (مد نظر قرار دهند. (احمدی و

جمهری. ۱۳۷۸. ص ۱۰۱) از نظر پیاژه، دوره نوجوانی همراه با ظهور تفکر

انتزاعی یا صوری می باشد که بالاترین مرحله رشد هوش و قوای ذهنی است. این

مرحله از ۱۱ و ۱۲ سالگی شروع می شود و در ۱۵ و ۱۶ سالگی به مرحله تعادل

می رسد. البته تحقیقات جدید نشان می دهد که الزاماً در این سنین رشد قوای

ذهنی پایان نمی پذیرد. از مشخصات این دوره تفکر فرضی - استنتاجی و در نظر

گرفتن امکانات و احتمالات می باشد. یکی از مهمترین پیشرفت های فکری

¹ - Hypothetical Thinking

نوجوانان، تفکر راجع به چند احتمال می باشد. در حالی که یک کودک، که در مرحله عملیات عینی منطقی می باشد، هنوز تفکر خود را محدود به دنیای واقعی و حقایق عینی قابل مشاهده می کند و در آن قالب می اندیشد، نوجوان می تواند برای حل مسأله ابتدا با تفکر راجع به فرضیه ها یا احتمالات شروع کند و سپس اقدام به بررسی منظم نماید. این نوع تفکر با روش فرضی به استنتاجی به گونه ای که پیازه آن را ذکر می کند شامل پیروی واقعیت از احتمال است، رابطه جدیدی که برعکس غلبه واقعیت بر تفکر می باشد که از مشخصات مرحله قبلی بوده است.

مشخصه دیگر تفکر نوجوان، تفکر در نظام ترکیبی کامل می باشد یعنی کامل سازمان یافته از تمام ترکیبات آن از مشخصات دیگر تفکر در دوره نوجوانی، جدا شدن شکل و محتوا از یکدیگر می باشد در حقیقت نوجوان قادر به درک یک رابطه بین ارتباطات می باشد. فهمیدن ارتباط بین دو نسبت یا به عبارت دیگر نوجوان از ترکیب دو ارتباط یک قانون به دست می آورد. یعنی فقط متفکران

انتزاعی می توانند از عهده عملیات سطح بالاتر، یعنی ربط دادن ارتباطات به قوانین برآیند. (احمدی. ۱۳۷۳. ص ۶۰).

تقسیم بندی نوجوانی به مراحل خاص:

مسائل و رفتارهای سنین بلوغ (نوجوانی) را با توجه به مقیاس های روانی خاص،

به مراحل یا دوره هایی تقسیم کرده اند. برای نمونه دوره نوجوانی به ترتیب به سن

تضادها، سن گروه ها، سن تخیل رویاها و سن مشکلات و مسائل تقسیم شده

است. (احمدی و محسنی، ۱۳۲۲، ص ۹۹)

برخی از نظریه پردازان و محققان، برای سهولت مطالعه دوران نسبتاً طولانی

نوجوانی، آن را به سه مرحله جزئی تقسیم می کنند:

(۱) دوران اولیه نوجوانی: دوران اولیه نوجوانی شامل مرحله قبل از بلوغ جنسی می

باشد. هنگامی که سرعت رشد باعث تغییرات نمو می گردد و همچنین مرحله

آغاز بلوغ جنسی که معمولاً تغییرات عمده ای را به وجود نمی آورد. نوجوان

تازه بالغ همچنان به پیروی از الگوهایی که قبلاً داشته ادامه می دهد، در حالی

که در گروه های همجنس خود باقی مانده و خانواده محور اصلی زندگی وی

را تشکیل می دهند (احمدی، ۱۳۷۳، ص ۱۳)

(۲) دوران میان نوجوانی: حدود ۱۲ تا ۱۸ ماه بعد از بلوغ جنسی این مرحله آغاز

می شود که در آن تمایل به جنس مخالف، تشکیل گروه های همسن و دوستی

های آنها را تا حدی بر هم می زند. در این زمان است که دوره طغیان و تطابق

که از مشخصات نوجوانی است آغاز می گردد، طغیان در برابر والدین و

بزرگسالان مطابقت با ضوابط، ارزش ها و ایدئولوژی های گروه همسالان،
افقهای جدیدی در برابر نوجوان باز می گرداند که وی آرزوی کشف آنها را
دارد. همچنین در این زمان حالت دوسرگرایی عاطفی^۱ و تغییرات سریع
هیجانی در نوجوانی به وجود می آید (همان منبع، ص ۱۳).

۳) دوران آغاز نوجوانی: نوجوان در این مرحله راجع به مسائل قابل لمس در مورد
زندگی آینده اش به تفکر می پردازد و مسائلی از قبیل رشته تحصیلی، انتخاب
شغل، انتخاب همسر و ... معمولاً ذهن نوجوان را به خود مشغول می دارد و

البته این مسائل در جوامع مختلف متفاوت است (همان منبع، ص ۱۴).

براساس نظریه «دبس» می توان دو دوره را در تحولات نوجوانی مشخص کرد:
دوره اول، که با طغیان و عصیان علیه محیط خانوادگی و به طور کلی قدرت
بزرگسالان آشکار می شود. در طی این دوره نوجوان با توسل به نفی، طرد ارزشها
و با نشان دادن تعارض و پرخاشگری و با یک نوع خودنمایی چشمگیر موجودیت
خود را به اثبات می رساند و بندهای کودکی را می گسلد. (احدی و محسنی،
۱۳۲۲، ص ۹۹).

دوره دوم) در این دوره تحول ها و طغیانها شکل می گیرند؛ یعنی به همان گونه در
یک انقلاب، یک نظم و ترتیب جانشین بر هم خوردگی اولیه شده این خود مقدمه

¹ - Ambivalence

نظم و ترتیب بعدی می شود، به همین طریق نیز از حدود شانزده سالگی به بعد زمان تعمق و تفکر و پروراندن وجود درونی فرا می رسد. چنین مفهومی به این معنی نیست که فقط از این هنگام به بعد نوجوان می تواند به کنجکاوی و کاوش در خود بپردازد، بلکه منظور این است که خود نگری در این هنگام شدت بیشتری پیدا می کند (همان منبع، ص ۱۰۰).

نوجوان و خانواده:

ماهیت روابط خانوادگی در دوران نوجوانی کیفیت خاصی پیدا می کند. در دنیای معاصر، وقتی از نوجوانی و خانواده وی صحبت می شود تصویر بخصوصی در ذهن اکثر مردم تداعی می شود. عده ای معتقدند که بخش عمده ای از تعارض میان والدین و نوجوان ناشی از مفهوم شکاف نسل^۱ است. شکاف نسل یعنی اختلاف عمیق میان ارزش ها و نگرش های دو نسل مختلف بدیهی است که

نوجوان و والدین میانسال، ارزش های مشابهی ندارند، تفاوت میان دو نظام ارزشی تا حدود زیادی به سن آنها مربوط می شود. طبیعی است اختلاف ندارند، تفاوت میان دو نظام ارزشی تا حدود زیادی به سن آنها مربوط می شود طبیعی است که یک نوجوان بیشتر به آینده خود فکر می کند، در حالی که والدین میانسال درگیر

¹ - Generation Gap

حل و فصل مشکلات جاری و ملموسه زندگی هستند. نوجوانان آینده ای آرمانی را تجسم می کنند، در حالی که والدین با مشکلات زندگی دست به گریبان هستند.

شکاف نسلگاهی ممکن است ذهنیت هر دو نسل را تحت تاثیر قرار دهد، مثلاً به

علت تحولات چشمگیر فرهنگی، اجتماعی و صنعتی نوجوانان امروزی آزادی

خواهترند و برای حقوق فردی و اجتماعی، از جمله نقش زن واقعیت های نژادی

ارزش بیشتری قائلند. قابل ذکر است که از بسیاری جهات نوجوان ها و والدین

شان شبیه به هم می اندیشند. برخی از تحقیقات نشان داده است که بسیاری از

نوجوانان در مورد رشته تحصیلی و انتخاب به هم می اندیشند. برخی از تحقیقات

نشان داده است که بسیاری از نوجوانان در مورد رشته تحصیلی و انتخاب شدن از

والدین تاثیر می پذیرند، در حالی که در مورد طرز پوشش، نوع سرگرمی های

اجتماعی، زبان محاوره ای و انتخاب سبک موسیقی عمدتاً از همسالان تبعیت می

کنند. با وجودی که گهگاه در مورد همین مسایل سلیقه ای و به ظاهر پیش پا افتاده

اختلاف میان آنها بالا می گیرد، ولی در مورد مسائل عمده تر زندگی میان آنها

شباهت فکری و ارزشی بیشتری وجود دارد (سلیگمن، کازول. ک و همکاران.

۱۹۹۱. ص ۴۵۰).

گاهی گفته می شود که اکثر نوجوانان مایل نیستند که وقت خود را در کنار والدین

سپری کنند و تمایل شدیدی به معاشرت با همسالان خود دارند. به همین دلیل آنها

به تدریج از والدین خود فاصله می گیرند و برای آنها ارزش و احترام لازم قائل نیستند. یافته های اخیر نشان می دهد که این نوع طرز تلقی تا حدودی غیر منصفانه و حتی غیر منطقی است، چرا که برخلاف باور بعضی از مردم، بسیاری از نوجوانان به والدین خود دلبستگی عمیقی دارند. (همان منبع، ص ۴۴۹).

برخی از روانشناسان معتقدند که خودمختاری نوجوان دو جنبه دارد: خودمختاری هیجانی^۱ و خودمختاری رفتاری^۲. برای رسیدن به خودمختاری هیجانی، نوجوان باید به تدریج به عواطف خود متکی و از میزان نیاز او به تایید و حمایت والدین و

بزرگسالان کاسته شود. خودمختاری رفتاری مستلزم این است که نوجوان امور زندگی خود را شخصاً به عهده و درباره مسائل جاری زندگی تصمیمی گیری کند.

بدیهی است که وقتی نیاز به خودمختاری در هم دو جنبه بیشتر شود، تعارض میان نوجوان و والدین افزایش می یابد. مثلاً، استاین برگ در یک تحقیق نتیجه گرفت که پسران نوجوانی که در روابط خانوادگی ابراز وجود بیشتری می کنند، با والدین

خود نیز بحث و جدل بیشتری دارند. (همان منبع، ص ۴۵۶۰).

¹ - Emotional Autonomy

² - Behavioral Autonomy

طبقه بندی مشکلات نوجوانان:

دوره نوجوانی یکی از بحرانی ترین دوران زندگی فرد است. یعنی گذشتن از مرز

کودکی و وارد شدن به مرحله جدیدی است. ورود به نوجوانی فرد را با مشکلات

فراوانی دست به گریبان می سازد. بررسی این مشکلات مستلزم بررسی همه جانبه

نسلی است که در حال دگرگونی عمیق شخصیتی است و برای سازگاری از هیچ

تلاش دریغ نمی کند. می توان مشکلات نوجوانان را به ۵ دسته زیر تقسیم کرد: (۱)

احتلال در تصویر بدنی (۲) بحران خودشناسی (۳) مشکل اجتماعی شدن (۴) مسائل

جنسی (۵) بیماری های روانی (اشکوری. ۱۳۷۵. ص ۱۳).

با انجام چند تحقیق در زمینه مشکلات نوجوانان ایرانی، مسائل به صورت زیر

طبقه بندی شده است:

(۱) دشواری های مالی (۲) دشواری های تحصیلی (۳) دشواری های ناشی از

تعارضات گذشته و حال (۴) دشواری های ناشی از مناسبات خانوادگی (۵)

دشواری های ناشی از تمایلات جنسی (۶) اعتیاد نوجوانان (۷) دشواری فراغت

(۸) اضطراب ها و نگرانی ها (پژوهش هایی درباره نسل جوان، انجمن اولیا و

مربیان. شماره ۵. ص ۲۵)

با جمع بندی مشکلاتی که دوره نوجوانی مطرح است، می توان مشکلات آنها را

به صورت زیر تقسیم و طبقه بندی کرد:

(۱) بحران بلوغ و مسائل ناشی از تحولات (۲) بحران هویت و سردرگمی نوجوانان
(۳) دشواری های ناشی از تعارضات گذشته و حال (۴) دشواری های ناشی از
مناسبات خانوادگی (۵) دشواری های ناشی از تمایلات جنسی (۶) اعتیاد نوجوانان
(۷) دشواری ایام فراغت (۷) اضطراب ها و نگرانی ها (پژوهش هایی درباره نسل
جوان، انجمن اولیا و مربیان، شماره ۵، ص ۲۵) با جمع بندی مشکلاتی که در
دوره نوجوانی مطرح است می توان مشکلات آنها را به صورت زیر تقسیم و طبقه
بندی کرد:

(۱) بحران بلوغ و مسائل ناشی از تحولات آن (۲) بحران هویت و سردرگمی
نوجوانان (۳) مشکل مناسبات و روابط نوجوانان با والدین و همسالان (۴) تحول
ارزش ها در نوجوانان (۵) مشکلات تحصیلی (۶) مشکلات مالی و شغلی (۷)
مشکلات اوقات فراغت (۸) مشکلات جنسی (۹) بزهکاری ها (۱۰) اعتیاد (۱۱)
مشکلات ناشی از معلولیت و نقایص بدنی (۱۲) مشکلات ناشی از بیماری های

روانی. (احمدی. ۱۳۷۳. ص ۵)

بزهکاری:

مسئله بزهکاری و انحراف نوجوانان از دیرباز در جوامع بشری مورد توجه
اندیشمندان بوده است. همزمان با گسترش انقلاب صنعتی و گسترش دامنه

نیازمندی ها، محرومیت‌های ناشی از عدم امکان برآورده شدن خواسته ها و نیازهای زندگی موجب گسترش شدید و دامنه دار، فساد، عصیان، بزهکاری، سرگردانی، دزدی و انحراف جنسی و ... در نوجوانان شده است. اندیشمندان و دانشمندان علوم اجتماعی، روان شناسی، روانپزشکی، آموزش و پرورش و جرم شناسی، در راستای شناسایی علل و یافتن راه حلی جهت پیشگیری از انحرافات نوجوانان به پژوهش پرداخته اند. اندیشمندانی که آگاهی چندانی از شخصیت اجتماعی انسان نداشتند علل کمبودهای افراد را به تفاوت های بدنی و جغرافیایی نسبت می دادند و بر این باور بودند که یا عناصر شخصیت هر کس در سرشت، ساختمان بدنی و بخصوص در اعصاب یا غده های وی نهفته است و یا به تایید عوامل طبیعی و جغرافیایی اعتقاد داشتند. اما این اندیشمندان به نقش رفتار گروهی و به خصوص یادگیری، در تسهیل حیات انسانی توجه نداشتند. (احمدی و محسنی، ۱۳۲۲، ص ۱۶۷).

در اکثر کشورهای جهان کلمه بزهکار به فرد ۱۳ الی ۱۸ ساله ای اطلاق می شود که مرتکب عمل خلاف قانون شده باشد. از آنجا که واژه بزهکاری یک اصلاح حقوقی و قانونی است تا یک مفهوم روانشناختی، عملی را که یک زمان، امکان و فرهنگ خاص بزه تلقی می شود، ممکن است مکان یا فرهنگ مجاز یا مشروع باشد. ارتکاب به برخی از اعمال نظیر دزدی، قتل، مصرف مواد و تجاوز به عنف و

حمله های تعرض آمیز برای همه گروههای سنی جرم یا جنایت محسوب می شود؛ اما مبادرات به برخی اعمال نظیر گریز از مدرسه، فرار از منزل و یا حتی مصرف سیگار در مورد بزرگسالان بلامانع است، در حالی که همین اعمال در نوجوانان بزه محسوب می شود. این گونه رفتارها را می توان بزه های ویژه یا موقعیتی^۱ نامید. طبق آمارهای موجود در بسیاری از کشورهای جهان درصد بزهکاری با تغییرات سنی افزایش یا کاهش نشان می دهد. (احدی و جمهری، ۱۳۷۸. ص ۱۸۳).

در سال های اخیر درصد موارد بزهکاری دختران و پسران به یکدیگر نزدیک تر شده است، اگرچه هنوز پسران درصد عمده ای از بزهکاران را تشکیل می دهند (همان منبع. ص ۱۸۴).

همانطور که در بالا گفتیم بزهکاری در نوجوانان رواج زیادی دارد. زمانی که نوجوان سعی در باز کردن گره های کودکی می کند، اغلب احساس شکست و ناکامی را تجربه می کند زیرا از نظر منطقی و اصولی قادر به انجام آن نخواهد بود، در نتیجه از نظر عاطفی و احساسی، احتمالاً نگرش های منفی نسبت به والدین در وی ایجاد می شود و کلاً احساس تنهایی و بیگانگی می کند که پیامد آن پناه بردن به رفتارهای ناهنجار، فرار از منزل و یا پذیرفتن الگوهای بزهکارانه است. به بیان

¹ - Stata offense.

دیگر نوجوان به تدریج نسبت به خانواده احساس بیگانگی می کند و کمتر تحت تاثیر آموزش و راهنمایی خانواده قرار می گیرد. و برای خود در جستجوی یک خرده فرهنگ و پیوستن به آن بر می آید. (نوابی نژاد. ۱۳۶۵. ص ۱۴) به طور کلی

اگر بخواهیم بزه، بزهکار و بزهکاری را تعریف کنیم، به نظر می رسد تعاریف زیر جامع تر و مورد قبول تر هستند. در جرم شناسی پدیده های بزه و بزهکار و بزهکاری را به عنوان سه رکن اصلی در نظر می گیرند بزه نخستین پدیده ای است که با تجمع افراد به دور یکدیگر تظاهر می کند زیرا اگر درآمد افراد، برخوردهای

گوناگونی را به وجود می آورد که غالباً به رع افراد در جامعه نیست. به ناچار واکنش جامعه در برابر سرپیچی آنان از مقررات «مجازات» است. بنابراین هر عملی که در جامعه قوانین را نقض کند و مجازات در پی داشته باشد، «بزه» نامیده می شود. (ستوده. ۱۳۱۹. ص ۷۰)

بررسی های جرم شناسی نشان می دهد که هر معلولی. علتی دارد و هیچ چیز به خودی خود به وجود نمی آید. بنابراین هم جرمی هم دارای علل سازنده ای است که بر روی فرد اثر می گذارد و او را به سوی ناسازگاری و نابهنجاری سوق می دهد. پیامد این سوق دادنها، ارتکاب جرم و خطا است و خطای را به یک تعبیر «بزهکار» می نامند. (همان منبع. ص ۷۱)

بزهکاری، مجموعه ای از جرایمی است که در یک زمان و مکان معینی به وقوع می پیوندد. به همین سبب، زمانی که این پدیده مورد بررسی قرار می گیرد، در حقیقت کلیه پدیده های اقتصادی، فرهنگی، بهداشتی و سیاسی و مذهبی، خانوادگی و ... را در جامعه شامل می شود. ژامبو مرلن^۱ می نویسد: بزهکاری پدیده ای است که بدون توجه به بزهکار می توان آن را مورد بررسی قرار داد و تراکم جرم اهمیت گونه های مختلف جرایم، تغییرات اجتماعی جرایم از نظر مکان، زمان، نژاد، مذهب و ... دقیقاً تحقیق کرد. در ایران بزهکاری به کلیه جرایمی گفته می شود که در صورت ارتکاب، به موجب قوانین قصاص، دیات، حدود و تعزیرات دارای مجازات هستند. در نظام جزایی گذشته ایران، بزهکاری شامل مجموع جنایات و خلافهای ارتكابی بوده است. (همان منبع. ص ۷۲)

بزهکاری نوجوانان:

¹ - Merline

دوره نوجوانی که از ۱۱ و ۱۲ سالگی شروع می شود، متمم دوره کودکی است و به بیان دیگر دوره تحول جسمی و روانی فرد است. رشد سریع اعضا سبب بیداری هوسها و احساسات و رویاهای گوناگون می گردد و از درون نوجوان فشارهایی را بروی تحمیل می کند که برایش ناشناخته است. این فشارهای ناشناخته نگرانی ها و هیجان هایی را در پی دارد که برای نوجوان تاکنون سابقه نداشته است. در این دوره اعضا و احساسات نوجوان برای تامین و درک لذت جنسی با یکدیگر همکاری می کنند و هرچه با عشق و زیبایی رابطه داشته باشد، بیشتر سبب هیجان ظاهری وی می شود. تصورات و تخیلات شاعرانه و تعبیرات و تشبیحات وی لذت آور و بی پایان است. به همین دلیل، نوجوانان زودتر از بزرگسالان تحت تاثیر عوامل مختلف اجتماعی قرار گرفته، مرتکب جرم می شوند. در این دوره پسران غالباً وسایل الکتریکی و وسایل نقلیه از قبیل دوچرخه، موتورسیکلت و اتومبیل را به سرقت می برند. ادوارد گلور^۱ می نویسد دختران خانواده های کارگر فقیز از سن ۱۰ سالگی به مسائل جنسی پی می برند. چون سرپرست و مربی شایسته ای ندارند و از همان سن با همسالان خود در این خصوص صحبت کرده، تماس می گیرند و پس از بلوغ حجب و حیا نمی شناسند و این عمل را یکی از وسایل لازم زندگی فرض می کنند (ستوده. ۱۳۱۹. ص ۸۶).

¹ - E. Glover

روانشناسان و کارشناسان امور تربیتی بر این باورند که خودکشی، خودسوزی و ترک مدرسه در میان نوجوانان، بخصوص دخترها، بیشتر مربوط به افرادی است که مشکلات عاطفی و رفتاری داشته اند و یا از نظر حالی در سطح پایین بوده اند. اگر نوجوان به این نتیجه برسد که خانواده، مدرسه و دوستان به او بی توجه هستند ممکن است واکنش های پر خاشگرانه از خود نشان دهد و یا به جامعه بدبین شده و درصندند که خود را توانا احساس کنند، از آن انتقام بگیرند و این خودم زمینه ای برای بزهکاری نوجوانان است. (همان منبع، ص ۸۷).

دیدگاه هایی در مورد بزهکاری:

مطالعات و پژوهشهایی که موضوع آن و همبستگی میان زمینه های خانوادگی با بزهکاری جوانان است، معمولاً دو دیدگاه را منعکس می کند، دیدگاه اول، عوامل زیستی - اجتماعی را مورد بررسی قرار می دهد که عوامل ژنتیکی فیزیولوژیکی در فرد گرایش به رفتار بزهکارانه را تسهیل می کند و زمانی که فرد در معرض روابط ناسازگارانه در درون یا بیرون از خانواده قرار گیرد، زمینه های بیولوژیکی در فرد یا روابط نامطلوب و ناسازگار در محیط خانه و یا اجتماع عامل اصلی مکانیزم مهم گرایش به بزهکاری در نوجوانان است. دیدگاه دوم، دیدگاه روانی - اجتماعی بزهکاری است که غالباً هم عوامل بیولوژیکی را در علت شناسی بزهکاری نادیده

می گیرند و شیوه های نامناسب و ناسازگار را در روابط خانوادگی، کانون توجه قرار می دهند. که در ذیل به بررسی دقیق هر دو دیدگاه می پردازیم (نوابی نژاد.

(۱۳۶۵).

دیدگاه زیستی - اجتماعی بزهکاری: شوآنرز (۱۳۷۹) نتیجه تحقیقات گسترده خود

را اینگونه بیان می کند که تعادل و تاثیر و تاثیر زمینه های بیولوژیکی و نفوذ و

اثرات خانوادگی در علت شناخت ناراحتی های کودکان و نوجوانان از جمله

بزهکاری آنان نقش اساسی دارد. به بیان دیگر پاره ای از ویژگی های شخصیتی

مانند خلق و خوی افراد متأثر از عوامل ژنتیکی است و شیوه های برخورد و

الگوهای خانوادگی یا در جهت این گرایشهای نوجوانان و یا در جهت مقابل آن

یعنی عدم سازگاری با عوامل ارثی - ژنتیکی به تدریج شخصیت نوجوان را شکل

می دهد. طبق نظر شوآرز زماین که والدین منطبق با زمینه های ارثی - ژنتیکی در

نوجوان عمل نکنند، نوجوان در معرض محیط های نامطلوب قرار می گیرد که به

آسانی م تواند به ناراحتی های روانی گوناگون درونی منتهی شود. بدیهی است

ویژگی های شخصیتی که منشا ژنتیکی دارند بر اثر فشارهای محیطی چون

رفتارهای انضباطی شدید و حاکم بودن نظام استبدادی در خانواده تا بی نهایت می

تواند تغییر کند، اما بی تردید مطلوبترین راه آن است که میان زمینه های بیولوژیکی

نوجوان با شیوه های پرورش و تربیتی والدین هم‌رنگی و هماهنگی وجود داشته باشد. (همان منبع، ص ۷)

دیدگاه روانی - اجتماعی بزهکاری: دیدگاه های روانی - اجتماعی بزهکاری در

رشد رفتار اجتماعی در خانواده و شرایط محیطی خارج از خانه که رفتار بزهکار را

به تقویت می کند، هستند. در میان بسیاری از صاحب نظران در این زمینه توافق

کلی وجود دارد که بزهکاران در معرض آن گونه از روش های اجتماعی قرار

دارند که از ویژگی های آن نبودن رابطه و پیوند نزدیک و صمیمانه میان پدر و

فرزند و مادر و فرزند است که به تدریج کیفیت این رابطه در رفتار آنان نسبت به

دیگران به ویژه بزرگسالان اثر می گذارد. مک کیسات^۱ (۱۹۷۵) پیشنهاد می کند که

اینگونه نوجوانان احتمالاً والدین خود را به عنوان الگو برای همانند سازی قبول

ندارند و آنان را طرد می کنند و احتمالاً به رفتارهای نمایشی بدون قابلیت توجه و

آگاهی به نتایج اعمالشان اشتغال خواهند یافت. طرفداران این نظریه معتقدند که

بخشی از تجارب اولیه کودک در خانواده زمینه های آمادگی وی را برای الگوهای

بزهکارانه رفتار فراهم می سازد. بدیهی است در صورتی که کودک در معرض

نیروهای مشوق بزهکاری در جامعه مثل اثرات گروه های همسن و سال ضد

اجتماعی قرار می گیرد آمادگی بالقوه در او به فعل و عمل در می آید. تحقیقات

¹ - Schowarz

پول^۱ و رگولی^۲ نشان می دهد نوجوانی که کمتر از حمایت و پشتیبانی والدین خود برخوردارند آمادگی بیشتری برای جذب در گروه های بزهکار و منحرف دارند و در نتیجه ارتکاب جرم ویژه در آنان مشاهده می شود. به بیان دیگر نوجوانانی که در خانه از حمایت والدین برخوردارند، تمایلی به پیوستن این گروه ها را ندارند. و مایل نیستند پایگاه تثبیت شده مطلوب خود را در میان خانواده به مخاطره بیاندازند. نکته مشترک در تحقیقات نظریه های روانی- اجتماعی این فرضیه است که معمولاً نوجوانان بزهکار متعلق به خانواده هایی هستند که الگوهای رفتاری غلط، نظام ارزشی نادرست و ناهمگن و عملکردهای نامناسب دارند. نظام این گونه خانواده های در رویارویی با بحران های گوناگون خانوادگی با شکست مواجه است. علاوه بر این تنش ها و فشارهای درونی این خانواده ها خود محیطی نامطلوب را ایجاد می کند که ارضای نیازهای نوجوانان را در خانواده دشوار می سازد و آنان را بر می انگیزد. تا برای ارضای نیازهای خود مکان ها و موقعیت های دیگری را جستجو کند. (همان منبع، ص ۸).

1 - Pool

2 - Regoli

علل بزهکاری:

یکی از عوامل زمینه ساز بزهکاری، فقر اقتصادی است. مناطق فقیر نشین به طور

معمول درصد بزهکاری بیشتر است. زمانی که فقر مالی با نابرابری شدید اقتصادی

همراه باشد، این درصد افزایش بیشتری پیدا می کند (احدی و جمهری. ۱۳۷۸ ص

۸۵). فقر اقتصادی یکی از عوامل بسیار مهم در پیدایش بزهکاری از جمله دزدی و

انحرافات جنسی در مردم، به ویژه نوجوانان است. فقر بی گمان به وجود آورنده

سختی ها و ناملایماتی است که اگر نتوان با آنها مبارزه کرد خواه ناخواه انسان را

به زانو در می آورد. بیشتر محرومیت ها و برآورده نشدن تمایلات که موجب عدم

اطمینان اجتماعی می شود، ناشی از عامل فقر است و نمی توان آن را نادیده

گرفت. بیکاری، کمبود مواد غذایی، بی سواد و عقب افتادگی، جهل و خرافات،

عدم بهداشت کافی و انواع بیماری های روحی و جسمی و حتی در سطح جهانی،

جنگها و خونریزی ها ریشه در نیازهای مادی و ترس از فقر دارد، و انواع بی

رحمی ها و خونریزی ها را در طبقات مرفه و مسلط جامعه سبب می شود.

هنگامی که رحم و انسان دوئستی در طبقات بالای اجتماع به علت نفع پرستی و

حرص و طمع برای رفاه بیشتر فراموش می شود، نمی توان از طبقات محروم

انتظار دوستی و رحم و شفقت داشت. احدی و محسنی. ۱۳۲۲. ص ۱۷۳

تا زمانی که مواد خوراکی و دیگر نیازهای اولیه برای تمامی طبقات به طرز منطقی فراهم نشده باشد رفتار مشخص به طبع تحت تسلط آنها خواهد بود. و برای فراهم کردن نیازها ممکن است به آسانی تن به هر نوع بزهکاری دهد. عمده ترین بزه در میان نوجوانان، دزدی است که ریشه در فقر اقتصادی دارد. در دیگر کشورها نیز، مانند سوئد در سال ۱۹۵۷، بالغ بر ۳۲۹۰۲ فقره سرقت نوجوان ده برابر افزایش داشته است. بیکاری، ولگردی و گدایی گاه ناشی از فقر اقتصادی خانواده ها است از عوامل موثر در بزهکاری و انحراف نوجوانان دارد و آنها را به سوی اعمالی می راند که هیچ گاه توانایی انجام آن را نداشته اند. (همان منبع. ص ۱۷۶).

مسکن نیز یکی دیگر از نیازهای اولیه هر خانواده است. نیاز به مسکن نه تنها در سلامتی جسمی، بلکه در نظر روانی در سلامتی کودک تاثیر فراوان دارد. خانواده اکثر بزهکاران در زاغه ها، یا اتاقهای مخروبه و کثیف زندگی می کنند و شرایط محیطی آنان بسیار نامساعد و غیر بهداشتی است. فقر اقتصادی باعث آن می شود که زنان برای تامین مواد غذایی و نیازهای زندگی، وظایف تربیتی خود را در قبال فرزندان رها سازند و به کار در خارج از منزل می پردازند. عدم امکان برای فراهم آوردن وسایل تفریحات سالم و پر کردن اوقات فراغت فرزندان و ناتوانی خانواده ها برای محافظت فرزندان از مفسد موجود در محیط های ناسالم و معاشرت با

افراد ناباب همگی ناشی از فقر و تهیدستی خانواده ها است. معاشرت نوجوانان خانواده های فقیر با افراد کوچه و بازار و خیابان و یادگیری های نادرست و خلاف مقررات اجتماعی، موجب سست شدن مبانی اخلاقی شده و تمایلات جدید را در آنمان ایجاد می کند و آنها را به سوی راههای نادرست و ارتکاب اعمال ضد اجتماعی می راند. (همان منبع، ص ۱۷۷).

عامل زمینه ساز دیگر، ساختار اجتماعی است. به نظر می رسد که درصد بزهکاری در جوامعی که قوام اجتماعی سست شده و انسجام های خانوادگی ضعیف باشند افزایش می یابد. در اینگونه جوامع پیوندهای خانوادگی به ویژه خانواد های گسترده متزلزل و فضای جامعه برای ارتکاب به اعمال خلاف هموار م شود. شاید به همین دلیل در سالهای اخیر موارد بزهکاری در حومه شهرهای بزرگ افزایش چشمگیری یافته است. به طور معمول ساکنینی حومه های شهرهای بزرگ را مهاجرینی تشکیل می دهند که با یکدیگر ریشه های قومی مشترک نداشته و ممکن است به طور ثابت در یک مکان باقی نمانند. این خانواده ها سنت های دیرینه مشترکی نداشتند و حتی فاقد یک هویت ملی هستند. با این وصف هنوز درصد بزهکاری در مراکز شهرهای بزرگ بیشتر و در شهرستان های کوچک و روستاها به مراتب پایین تر است. (واحدی و جمهری. ۱۳۷۸. ص ۱۸۵).

گسترش صنایع و شهرهای بزرگ و فراوانی کار و امکان به دست آوردن احتمالی نیازمندی های زندگی موجب شده است بسیاری از روستائیان به شهرهای بزرگ کوچ کنند، شهرهایی که از لحاظ فرهنگ، اخلاق و آداب و رسوم پایبندی به نظام های سنتی و مذهبی و جهان بینی با مقررات روستانشینی متفاوت است. از این رو مهاجرتین و فرزندانشان در شهرها گرفتار سرگردانی و بی اعتقادی به نظامها و مقررات اجتماعی شده و به انواع انحرافات و بزهکاری کشیده می شوند. در شهرهای بزرگ، در برخی از محلات بزهکاری تمرکز فراوانی دارد و یا در نواحی خاصی متراکم شده است. فرزندان مهاجرتی که به زندگی در این محلات جرم زا کشیده می شوند، با تقلید و تبعیت از بزرگسالان، بعدها راه آنان را می پیمایند. از آنجا که در چنین محیطی از ضوابط و معیارهای ویژه ای برخوردار است نسل نو با کسب این ضوابط و معیارها اجتماعی شده، به آسانی تن به انواع سرپیچی از مقررات اجتماعی می دهند. (احدی و محسنی. ۱۳۲۳. ص ۱۷۷).

اکثریت نوجوانان که در محله های فقیرنشین زندگی می کنند، گرایش به بزهکاری ندارند. به همین دلیل پژوهشگران معتقدند که باید در پیدایش بزهکاری عوامل دیگری دخالت داشته باشند. ویژگی های شخصیتی، استعداد های موروثی و نوع روابط خانودگی می توانند نقش مهمی در پیدایش آنان ایفا کنند. به طور معمول اکثریت بزهکاران از هوشجر متوسط برخوردارند، گرچه در بین آنها موارد عقب

ماندگی به میزان حقیقی بالاتر است. در مجموع میانگین هوشجر آنها کمی پایین تر از حد متوسط است. این یافته نشان می دهد که اکثریت بزهکاران از هوش بالایی برخوردار نیستند. (احدی و جمهری، ۱۳۷۸، ص ۱۸۵).

عامل دیگری در پیدایش بزهکاری به آن نشان می شود، وجود زمینه های موروثی یا فیزیولوژیکی است. پژوهش در مورد کودکان فرزند خوانده نشان داده است که میزان بزهکاری و جنایت آنها به والدین اصلی نزدیکتر است. این یافته، خود بیانگر نقش وراثت به عنوان زمینه ساز بزهکاری است. (همان منبع، ص ۱۸۴).

گروهی از پژوهشگران معتقدند که مشخصات و ویژگی های انسان ناشی از محیط و توارث است. آنها معتقدند که این دو با هم برابرند و یکی بدون دیگری نمی تواند فعال باشد. رشد هر زن تحت تاثیر محیطی است که در آن رشد می کند. در تمام طول تاریخ در جوامع گوناگونی، انسان هایی بوده اند که تحت تاثیر عوامل گوناگون جسمانی درونی، اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی و ... برخی از رفتارهای و کردارها و پندارهای آنان در خلاف جهت ارزش های حکم بر جامعه ای بوده است که به آنان وابسته بوده اند. (احدی و محسنی، ۱۳۲۳، ص ۱۸۸).

بزهکاران یک نیمرخ روانشناختی مشخصی ندارند، ولی غالباً در بین آنان خصوصیات زیر جدیده میشود: حسادت اجتماعی، نافرمانی، فقدان انگیزه پیشرفت، خصومت، بدبینی، رفتار مخرب و فقدان خویشتنداری علاوه بر اینها ان

ها فاقد احساس همدلی بوده و در استدلال اخلاق اجتماعی و توانایی حل مسائل بین فردی ضعیف هستند. این ویژگی ها عمدتاً انعکاسی از خودپنداره ضعیف احساس طرد شدگی و ناکامی در بیان نیازهای شخصی آن ها است. برخی از محققان معتقدند که تشخیص بزهکاری حتی از سنین ۱۰ سالگی امکان پذیر است. کودکانی که از دید همسالان خود مسأله ساز، شرور، غیر محبوب و فاقد صداقت هستند، آمادگی بیشتری برای رفتارهای ناپسندیده از جمله بزهکاری در عین حال کودکانی که معلمان آنها را «ناسازگاران پرخاشگر» می نامند، زمینه مساعدتری برای گرایش به بزهکاری دارند. (همان منبع، ص ۱۸۷)

آنچه در بالا، درباره صفات شخصیتی بزهکاری مطرح شد بیشتر وصف حال پسران بزهکار است. گرچه دختران بزهکار نیز از ضعف های شخصیت خاصی برخوردارند. پژوهش کلاسیک گیزلا کپ کا^۱ که با روش مصاحبه فردی و عمیق صورت گرفت نشان می دهد که صفات زیر در دختران بزهکار بسیار مشاهده می

گردد:

- (۱) فقدان استقلال و وابستگی به اطرافیان.
- (۲) بدبینی شدید نسبت به اطرافیان و به ویژه مراجع قدرت که غالباً این بدبینی عمیق از تجارب تلخ دوران کودکی آنها نشأت می گیرد.

¹ - Gisela kanopka

۳) پیشداوری و جداسازی اجتماعی این دختران غالباً قربانی داغ اجتماعی^۱ و تعصب اطرافیان بوده است.

۴) دختران بزهکار از افکار رویایی برخوردارند. بسیاری از آنها انتظار دارند که توسط شخص خاصی که احتمالاً همسر آینده آنها خواهد بود از منجلاب زندگی نجات پیدا کنند. به نقل از کنپ کا آنهایی که به افسانه سیندرلا اعتقاد دارند. (احدی و جمهری. ۱۳۷۰. ص ۱۸۷).

گسستگی خانواده تأثیری مسلم و قطعی در بروز رفتار ضد اجتماعی و بزهکاری نوجوانان دارد. همچنین وجود والدین در منزل همان طور که در تربیت عاطفی و روانی نوجوان تأثیر دارد، عدم حضور هر یک از والدین در محیط خانه باعث ایجاد مشکلات تربیتی و رفتارهای ضد اجتماعی در نوجوان می شود که می تواند به عنوان یکی از علل مهم ارتکاب بزه در نوجوان باشد. همچنین انحراف والدین و زوال اخلاقی آنها، ارتباط مسلمی با بزهکاری و انحراف نوجوانان دارد. همچنین پایین بودن سطح فرهنگ و عدم آگاهی به مسائل علمی و پرورشی است که زمینه ساز ارتکاب جرم و بزهکاری و انحراف به شمار می آید. (احدی و محسنی. ۱۳۲۲. ص ۱۸۱).

¹ - Social stigma

روانشناسان بر این باورند که نوجوان از لحاظ عاطفی رشد نیافته، توانایی تحمل رنج و ناراحتی یا عقب انداختن ارضای مستقیم تمایلات خود را ندارند و محرومیت عاطفی را که معمولاً از تیرگی روابط خانوادگی به وجود می آید، از مهمترین علل بزهکاری نوجوانان می دانند. (همان منبع. ص ۱۸۶).

به طور کلی بزهکاران در خانواده های سهل انگار، نامتعال یا بی اندازه سخت گیر رشد کرده اند که در آنها والدین برای برقراری انضباط بیشتر به تنبیه های بدنی متوسل شده اند. تحقیقات اخیر در کشور انگلستان نشان می دهد که فقدان نظارت

خانواگی مهمترین عامل در ایجاد بزهکاری است. در این خهانواده ها کودکان نیازی نمی بینند که به والدین خود درباره رفت و آمدها یا مکانی که وقت خود را در آنجا سپری می کنند توضیح دهند. به نظر می رسد در این خانواده ها، کودکان تابع مقررات خاصی نیستند و والدین در برابر رفتار فرزندان خود واکنش های غیر قابل پیش بینی و ناهمسان دارند. از دیگر ویژگی های خانواده های نوجوانان

بزهکار، می توان به فقدان ارتباط صمیمی تفاهم متقابل و کمبود محبت اشاره کرد. در این خانواده ها خصومت های متقابل با احساس طرد شدگی بی تفاوتی جر و بحث و خشونت های شدید مشاهده می شود. والدین نوجوانان بزهکار غالباً نسبت به فعالیت های تفریحی و آموزشی فرزندان خود بی تفاوتند و بسیاری از آنان شخصاً مشکلات عاطفی و حتی پرونده های جنایی دارند. در خانواده هایی که

والدین از یکدیگر متارکه می کنند، موارد بزهکاری افزایش می یابد. باید یادآوری کنیم که در خانواده هایی که به والدین از هم جدا نمی شوند ولی فضای خانواده توأم با خصومت، بی تفاوتی و فقدان همبستگی و یکپارچگی است، درصد بزهکاری افزایش بیشتری دارد. (احدی و جمهری. ۱۳۷۸. ص ۱۸۸).

اختلالات شخصیت^۱

چگونه می توان کسانی را که همواره نسبت به دیگران به جدیده سوءظن می نگرند و یا به تمام محرک های محیطی بی اراده و بدون مقاومت پاسخ می دهند، یا بی دلیل دروغ می گویند و یا در کمال بی نیازی حقه بازی ها و کلاهبرداری می کنند، را توصیف کرد. این افراد درک صحیحی از واقعیت داشته، دچار ترسهای بی دلیل و اضطراب دائمی نیستند و از دردهای خیالی و یا حتی واقعی که علت آنها روانی- فیزیولوژیایی است رنج می برند. با این وجود آنها از نظر دیگران ممکن است عجیب، غیر معول و مغایر با اصول اخلاقی باشند. (حسین آزاد. ۱۳۷۸. ص ۲۷۷).

افرادی که بیهوده تقلب می کنند و بی دلیل دروغ می گویند برای تشخیص وضعیت دشواری فراهم می آورند. افرادی که همیشه نسبت به مقاصد دیگران شک دارند، همین طور هستند و کسانی که همواره به هرگونه عمل تحریک آمیز،

¹ - R\Presom\ality Disorder

صرف نظر از منبع یا شدت آن به صورت انفعالی پاسخ می دهند همین گونه هستند. این گونه افراد را به سختی می توان روان پریش دانست زیرا آنها تسلط خوبی بر واقعیت دارند. این افراد لزوماً تحت سلطه ترس های ناموجه، مشکلات جنسی، اعتیادها و موارد مشابه نیز قرار ندارند. با این حال رفتارهای آنها برای مشاهده گران غیر عادی، منحرف و یا نابهنجار به نظر می رسد. به ظن می رسد که رفتارهای آنها ناشی از اختلالات شخصیت است به طوری که توانایی عملکرد آنها را در بسیاری از زمینه ها مختلف می کند (دیوید آل و همکاران، ۱۹۰۹، ص ۳۲۸).

افرادی که برای مقابله با فشارهای روانی زندگی و روزمره، از انواع معین رفتارها و افکار ناسازگارانه و یا نامناسب استفاده می کنند، از اختلالات شخصیتی رنج می برند. هرچند که چنین افکار و رفتارهایی گاهی برای هر کس اتفاق می افتد، آنها در افراد مبتلا به اختلالات شخصیت به الگوهای منظم و دائمی تبدیل می شوند. این افکار آنقدر شدید هستند که مانع عملکرد موثر شخص می شوند. با این همه

افراد مبتلا به اختلالات شخصیت تصور می کنند که مشکلی ندارند. اختلال ممکن است موجب عدم رضایت یا غمگینی نشود اما برای افرادی که با آنها زندگی یا کار می کنند مشکلاتی به همراه می آورد. این افراد در خطر ابتلا به سایر اختلالات روانپزشکی هستند. (کارن جی و همکاران. ۱۹۹۷. ص ۷۸).

با توجه به مقدمه بالا، برای شروع بحث بعدی، ابتدا شخصیت را تعریف کرده و مفهوم اختلال شخصیت را بررسی می کنیم و به دنبال آن طبقات و انواع اختلالات شخصیت را تکو تکو مورد بررسی قرار دهیم. شخصیت^۱ عبارت است از سبکهای ویژه ای که هر فرد در فکر کردن و رفتار کردن دارد. به عبارت دیگر نحوه خاص فکر کردن و رفتار کردن هر فرد منعکس کننده شخصیت وی است. (آزاد. ۱۳۷۸. ص ۲۷۸). مقصود از اختلالات شخصیت، الگوهایی از رفتار غیر انطباقی است. هنگامی که ویژگی های شخصیت چنان انعطاف ناپذیر و غیر انطباقی شوند که کارکرد خود را به میزان چشمگیری مختل کنند، در این به صورت اختلالهای شخصیت تبدیل می شوند. اختلالات شخصیت در واقع شیوه های نارسا و نامناسبی برای حل مسأله و کنار آمدن با فشار روانی هستند. که اغلب در اولین نوجوانی بروز می کنند و در سراسر بزرگسالی ادامه می یابند. (اتکیسون و همکاران. ۱۹۰۴. ص ۲۳۴).

اختلالات شخصیت در صورتی پیش می آیند که ادراکات، افکار و نحوه ارتباط فرد ناسازگارانه و انعطاف ناپذیر باشد و باعث اشکال عمدی در روابط اجتماعی و عملکرد حرفه ای و یا باعث تنش ذهنی و درونی گردد. اختلالات شخصیت در

¹ - Personal

دوران بلوغ کاملاً مشهود است. این اختلالات میان نوروژها و سایکوزها قرار دارند. (احمدی. ۱۳۷۳. ص ۳۲۳)

اختلالات شخصیت همراه اینک عملکردهای شخصی و اجتماعی فرد را مختلف می‌سازد، برای اطرافیان وی نیز منبع استرس منفی است. (ستوده. ۱۳۱۹. ص ۱۱۸)

برخلاف مبتلا به اختلالات عاطفی یا اضطرابی افراد مبتلا به اختلالات شخصیت معمولاً ناراحتی یا اضطرابی احساس نمی‌کنند. انگیزشی برای تغییر رفتار خود نشان نمی‌دهند و برخلاف افراد اسکیزر و فرینایی تماس خود را با واقعیت از دست نمی‌دهند و نابسامانی چشمگیری در رفتارشان مشاهده نمی‌شود. (اتکینسون و همکاران. ۱۹۰۴. ص ۲۳۴)

اگرچه اختلالات شخصیت ممکن است در بسیاری از موارد مانع شادی و موفقیت فرد بشود ولی امکان دارد در بعضی از موارد و موقعیت‌ها سودمند باشد. مثلاً فرد وسواسی ممکن است برای مشاغلی که نیاز به دقت زیاد به جزئیات دارند مثل حسابداری مناسب باشد. (آزاد. ۱۳۷۸. ص ۲۷۹). مبتلایان به اختلالات شخصیت را به آسانی نمی‌توان درک کرد و اغلب علاقه‌ای به درمان نشان نمی‌دهند و مسائل خود را بازگو نمی‌کنند. (این اختلالات دهها سال است که برای بررسی روان‌شناختی، منبع جالبی فراهم آورده‌اند. زیرا که آنها ثبات و استحکام نیرومندی به شخصیت و رفتار می‌بخشند که در طول زمان و مکان ادامه یابند. اختلالات

شخصیت اساساً اختلالات صفات هستند. اختلالاتی هستند که در نگرش فرد به درک پاسخدهی به محیط شیوه های ناسازگارانه انعکاس می یابند. (دیوید آل و همکاران. ۱۹۰۹، ص ۳۲۸). خلاصه آنکه سبکهای خاص و انعطاف ناپذیر شخصیت ممکن است موجب پاسخ های خشک و محدودی شوند که رفتار سازگارانه شخص را به خطر اندازند. به این ترتیب با توجه به مسائلی که ذکر کردیم اختلالات شخصیت عبارتند از: سبک های رفتاری دوام دار، ناسازگار و انعطاف ناپذیر نسبت به محیط. وقتی که سبکهای رفتاری فرد اختلال آمیز باشد، کنشهای وی در موقعیت های مهم زندگی دچار آسیب گردد که موجب اضطراب^۱، پریشانی و ناخشنودی آنها ی شود (آزاد ۱۳۷۸، ص ۲۸۰).

بیماران مبتلا به اختلالات شخصیت نسبت به مبتلایان به اختلالهای اضطرابی، افسردگی و وسواسی جبری احتمال بیشتری دارند که در روان روان پزشکی را رد کنند. علائم اختلالات شخصیت با ایجاد تغییر در محیط بوده و مقبول ایگو^۲ است، مبتلایان به اختلال شخصیت در مورد رفتار غیر انطباقی خود احساس اضطراب نمی کنند. چون این بیماران از آنچه جامعه به عنوان علائم بیماری وی می شمارد.

¹ - Anaxity

² - Ego

معمولا اظهار ناراحتی نمی کنند، در نتیجه افرادی بی علاقه به درمان و علاج ناپذیر شمرده می شوند. (کاپلان. ۱۹۲۷. ص ۴۷۷).

آشنایی با اختلالات شخصیت برای کار روانپزشکی بالینی به دلایل زیر اهمیت اساسی دارد:

(۱) اختلال شخصیت ممکن است تشخیص اولیه باشد. در چنین موردی، تشخیص

به احتمال زیاد ممکن است اختلال شخصیت مرزی یا ضد اجتماعی باشد.

(۲) ممکن است یک اختلال شخصیت موجب پیچیدگی تشخیص بیماری

کارکردی باشد. نمونه های آن عبارتند از وابستگی دارویی توأم با اختلال

شخصیت ضد اجتماعی یا مرزی، افسردگی و اختلال شخصیت وابسته، نوروز

اضطراب و اختلال شخصیت دوری گزین.

(۳) صفات شخصیتی زمینه ای که پیچیده کننده تشخیصی دیگر هستند، ممکن

است شناخته شوند. (جدول ۱-۲) (وایت و همکاران. ۱۹۸۱. ص ۱۶۵).

جدول ۱-۲

مفاهیم شخصیت در قرن بیستم	
اندومورف (چاق و راحت)	کرشمر:
اکتومورف (کناره گیر و لاغر)	
مزومورف (خوش بنیه)	
ویسروتونیک	شلدون:
سربروتونیک	
سرماتوتونیک	
درون گرا	یونگ:
برون گرا	
درون گرا	آیزنک:
برون گرا	
محورهای برون گرایی - درون گرایی	آیزنک:
نوروتیسم - پسیکو تیسم	
استواری	
هوش	
مکان کنترل درونی و بیرونی	روتز:
نهاد، من، ابرمن	فروید:
ذهن خود آگاه و ناخود آگاه	
تثبیت در مراحل دهانی، مقعدی یا فالیکی	
واپس زنی تجارب آسیب رسان	
سلسله مراتب نیازها	مزلو:
تیپ A (مستعد کرونری، پیشرفت گرا)	فرایدمن و روزنمن:

تیپ B (آرام)	
هیپرتایمیک	اشنایدر:
توجه طلب	
افسرده	
بی ثبات	
وسواسی	
انفجاری	
سوماتیک	
بی عاطفه	
کم اراده	
آستیک	

سبب شناسی اختلالات شخصیت:

در اینکه اختلالات شخصیتی به طور کلی از پوئائی ها و تربیت به هم ریخته برمی آید توافق کلی وجود دارد. الگویی از رفتار مختلف در کودکی شروع شده و

بزرگسالی به اختلال شخصیت تبدیل می گردد. در مورد اختلال شخصیت ضد اجتماعی به وفور تحقیق شده است اما در مورد سایر اختلالات شخصیت نظریه فراوان است اما قرائن ادک بوده است. هر یک از صاحب نظران نظریه های سبب شناسی را برحسب رویکردهای خود تدوین کرده اند. آگاهی از این مفاهیم مفید است. که درک مکانیزمهای آسیب شناختی زمینه ای و مورد استفاده توسط مبتلایان

به اختلال شخصیت تسهیل می نمایند. (رایت و همکاران. ۱۹۸۱. ص ۱۶۷)

بسیاری از پزشکان معتقدند که اختلالات شخصیت را مخصوصاً در افرادی که آسیب پذیری ذاتی دارند، می توان در تجارب کودکی ردیابی کرد. تعدادی از اختلالهای شخصیت که در زنان رایج است مخصوصاً با رویدادهای آسیب زای

دروان کودکی از جمله بهره کشیهای جسمی و جنسی و یا هر دو ارتباط دارند غیر معمول نیست که زنی سالها با یک اختلال شخصیت یا اختلال دیگری تشخیص داده شود، در حالی که واقعا به اختلال استرس پس آسیمی^۱ مبتلا است. در بعضی از زنان آسیب پذیر، شرایط استرس آور دروان حاملگی می تواند آغازگر اختلالات شخصیت باشد. این شرایط مشکلات فرضی درباره نقش بزرگسالان، احساسات متناقض نسبت به جنین و نقش مادری، بازگشت به تعارضهای حل نشده دوران کودکی، (تغییر در تصویر بدنی را در بر می گیرند. در برخی مواقع حاملگی هنوز به عنوان راه حل یک مشکل علاج ناپذیر جلوه می کند. به موجب به تعویق افتادن اختلالات شخصیت از پیش موجود می شود. (کارن جی و همکاران. ۱۹۹۷. ص ۸۴)

حال به توضیح و بررسی عوامل ژنتیکی، عوامل بیوشیمیایی، عوامل روانکاوی، و عوامل سرشتی، خانوادگی و محیطی می پردازیم.

عوامل ژنتیک:^۲ بهترین قرائن نقش عوامل ژنتیکی در پیدایش اختلالات شخصیت از مطالعات اختلالات روان پزشکی در ۱۵/۰۰۰ زوج دوقلوی آمریکایی بر می آید. بین دوقلوهای یک تخمکی عیار ابتلا توأم اختلالات شخصیتی چندین بار بیشتر از

¹ - PTSD

² - Genetic Factors

همین عیار در دوقلوهای دو تخمکی بود. به علاوه طبق یک مطالعه در مقیاس های چندگانه شخصیت و مزاج، علائق شغلی و اوقات فراغت و نگرش های اجتماعی، دوقلوهای یک تخمکی که جدا از هم بزرگ شده اند تقریباً شباهتی در حد دوقلوهای یک تخمکی با هم بزرگ شده دارند. اختلالات شخصیت گروه اول (پارانوئید، اسکیزوئید و اسکیزوتایپی) در میان بستگان بیولوژیک اسکیزوفرنیک ها بیشتر دیده می شود. در سابقه خانوادگی مبتلایان اسکیزوفرنی در مقایسه با گروه کنترل افراد بیشتری مبتلا به اختلال شخصیت اسکیزوتایپی یافت می شود. بین اختلالات شخصیت پارانوئید و اسکیزوئید رابطه کمتری وجود دارد.

اختلالات شخصیتی گروه دوم (نمایشی، خودشیفته، ضد اجتماعی و مرزی) اساس ژنتیک دارند. اختلال شخصیت ضد اجتماعی با اختلال مصرف الکل رابطه دارد. افسردگی در سابقه خانوادگی بیماران مبتلا به اختلال شخصیتی مرزی بیشتر است. بیماران مبتلا به اختلال شخصیت مرزی در مقایسه با گروه کنترل بستگان مبتلا به

اختلال خلقی بیشتری دارند. و بروز اختلال شخصیت مرزی و اختلال خلفی فراوان جدیده می شود. رابطه ی قوی نیز میان اختلال شخصیت نمایشی و سندرم بریکه وجود دارد و بیماران مبتلا به هر دو اختلال علائم مشترکی دارند.

اختلالات شخصیتی گروه سوم (وسواسی - جبری، منفعل - مهاجم، وابسته و دوری گزینی و نوعی دیگر مشخص نشده) نیز می توانند اساس ژنتیک داشته باشند. بیمار

مبتلا به اختلال شخصیت دوری گزینی سطح اضطراب بالاتری دارد. صفات
وسواسی جبری در دوقلوهای یک تخمیک شایع تر از دوقلوهای دو تخمکی است
و شخصیت های وسواسی جبری برخی نشانه های مربوط به افسردگی را نشان می
دهند. (کاپلان، ۱۹۲۷، ص ۴۷۹)

عوامل بیوشیمیایی: الف) هورمونها، افرادی که صفات تکانشی^۱ نشان می دهند
غالباً سطوح بالاتر تسترون ۱۷، استرادیول، و استرون را نشان می دهند. در
پستانداران غیر انسانی، آندروژنها احتمال پرخاشگری و رفتار جنسی را بیشتر می

کنند. مهذا نقش تستوسترون در پرخاشگری انسان روشن نیست. تستس فرونشانی
با دکنرامتازون، در برخی از بیماران مرزی دارای علائم افسردگی غیر طبیعی است.

ب) مونو آمین اکسیداز پلاکتی: پایین بودن MAO پلاکتها با فعالیت و روابط
اجتماعی بیشتر در میمون ها رابطه داشته است. دانشجویانی که MAO پلاکتی
آنها پایین تر بوده و در مقایسه با گروهی که MAO پلاکتی بالاتر داشته اند زمان

بیشتری در فعالیت های اجتماعی صرف می کرده اند. (کاپلان، ۱۹۲۷، ص ۴۷۸).

ج) حرکات تعقیبی آرام چشم:^۲ حرکات تعقیبی آرام چشم در افراد صاحب
صفات دروغگر، این احترام به نفس پایین و کناره گیری و نیز شخصیت اسکینر و

¹ - Im pulsive traits

² - Smooth pursuit eye mero ments (SPEM)

تایپی غیر طبیعی است. در این افراد حرکات ساکاده^۱ (پرشی) است. این یافته ها ارزش بالینی ندارند. اما نقش ارث را مطرح می سازند. (همان منبع، ص ۴۸۱).

د) **ناقل های عصبی:**^۲ اندروفین ها آثار مشابه مرفین برون زا دارند از جمله ایجاد بی حسی و فرونشنی تحریک. بالا بودن سطح اندروفین های درون زا ممکن است با حرکات انفعالی و بی حالی رابطه داشته باشد. مطالعه صفات شخصیتی و سیستم های دوپامینرژیک و روتونرژیک حاکی از عمل محرک این ناقل های عصبی است. بالا بودن سطح سروتونین با داروها سروتونرژیک مانند فلوکزاتین^۳ ممکن است تغییرات چشمگیری در بعضی خصوصیات شخصیتی بوجود آورد. (همان منبع، ص ۴۸۱).

ه) **الکتروفیزیولوژی:** تغییرات در هدایت الکتریکی (EEG) الکتروانسفالوگرام در بعضی از بیماران مبتلا به اختلال شخصیت مشاهده شده است به خصوص در اختلال شخصیت ضد اجتماعی که در آن فعالیت موج آهسته جدیدی نمی شود.

(همان منبع، ص ۴۸۱)

عوامل روانکاوی: زیگموند فروید در ابتدای کار معتقد بود که صفات شخصیتی به تثبیت در یکی از مراحل رشد روانی - جنسی مربوط است. مثلاً منش دهانی به

¹ - Sacadic

² - Neurotransmitters

³ - Prozac

دلیل تثبیت در مرحله دهانی، مرحله ای که در آن وابستگی به دیگران برای دریافت غذا بارز است منفعل و وابسته است. شخصیت های متعددی به دلیلی تلاش در زمینه آموزش آداب تخلیه در دوره متعددی، سرسخت، خسیس، و بسیار با وجدان هستند.

بارها، ویلهم راشین، اصطلاح «زره منش»^۱ را برای توصیف شیوه های دفاعی مشخصی که مردم برای محافظت خود از تکانه های درون و اضطراب بین فردی در روابط مهم به کار می برند ابداع کرد. افکار رایش تاثیر عمیقی در مفاهیم معاصر

در زمینه شخصیت و اختلالات آن فرد تعیین می کند. هر اختلال شخصیتی روی محور II مجموعه ای از دفاع ها که به متخصصین متمایل به روان پویایی در تعیین نوع پاتولوژی شخصیتی موجود کمک می کند. مثلاً بیماران مبتلا به اختلال شخصیت پارانوئید از فرافکنی استفاده می کنند و اختلال شخصیت اسکیزوئید با کناره گیری همراه است. وقتی دفاع ها به طور موثر کار کنند، بیماران مبتلا به

اختلال شخصیت توان تسلط بر احساس اضطراب، خشم، شرم، گناه و سایر عواطف را دارند. این بیماران غالباً رفتار (خودپذیر می شمارند. یعنی برای خود آنها ایجاد ناراحتی نمی کند. حتی اگر چه ممکن است تاثیر نامطلوب بر دیگران

¹ - Character armor

² - ego- syntonic

گذارد. این بیماری برای درگیر شدن در فرایند درون دودل هستند. چون دفاع های آنها در کنترل عواطف ناخوشایند حائز اهمیت بوده و به همین جهت میلی به ترک آنها ندارند. یک ویژگی اساسی اختلالات شخصیت روابط شیئی درونی بیمار است. در طول رشد، الگوهای خاص خود^۱ در ارتباط با دیگران درونی می شود. کودک از طریق درون فکنی^۲ والد یا شخص مهم دیگر ار به صورت یک موجود اندرونی درونی می سازد که همواره به شکل یک شیئی احساس می شود تا خود. از طریق همانند سازی بیمار والد یا افراد مهم دیگر را به گونه ای درونی می سازد که صفات شیئی خارجی جذب خود شده و بیمار مالک ان صفات می گردد.

بنابراین بیماران مبتلا به اختلالات شخصیت با الگوهای خاص روابط بین فردی که از این الگوهای روابط شیئی درونی پر می خیزند همانند سازی می کنند. (کاپلان. ۱۹۲۷. ص ۴۸۳).

عوامل سرشتی، خانوادگی و محیطی: عوامل سرشتی^۳ که در دوران کودکی

شناخته شده اند ممکن است با بروز اختلال شخصیت در بزرگسالی رابطه داشته باشد. مثلا کودکانی که از نظر سرشتی ترسو هستند ممکن است مبتلا به اختلال شخصیت دوری گزینی گردند. سابقه اختلال سلسله اعصاب مرکزی در دوران

¹ - Self

² - Intro jection

³ - Temperamental

کودکی و نشانه های خفیف عصبی در شخصیت های ضد اجتماعی و مرزی بیشتر است. کودکان مبتلا به اختلال عملی جزئی مغز (MBD) ممکن است بعدها آسیب پذیری بیشتری در مقابل اختلالات شخصیت بخصوص نوع ضد اجتماعی داشته باشند. برخی از اختلالات شخصیتی ممکن است از ضعف انطباق والدین ناشی شود. یعنی ضعف هماهنگی میان مزاج و روش های تربیت کودک مثلا کودکی مضطرب که به وسیله مادری همان اندازه مضطرب بزرگ می شود. بیشتر نسبت به احتمال شخصیتی آسیب پذیر تر است تا زانی که چنین کودکی توسط مادری آرام تربیت شود.

عوامل فرهنگی نیز ممکن است نقشی در اختلالات شخصیتی داشته باشند، همانطور که عوامل محیطی در آن نقش دارند. مثلا فرهنگهایی که پرخاشگری (تشویق می کنند ممکن است ناخواسته اختلالات شخصیت پارانوئید و ضد اجتماعی را تقویت کرده و در آن سهیم باشند. یک بچه کوچک فعال اگر در آپارتمان کوچک نگاه داشته شود ممکن است بیش فعال به نظر برسد اما در یک خانه بزرگ که با بچه ای بزرگ هم دارد ممکن است طبیعی به نظر برسد. (همان

منبع، ص ۴۸۵)

طبقه بندی اختلالات شخصیت در **DSM- IV**

DSM-IV اختلالات شخصیت را در سه گروه جمع کرده است:

گروه اول: مشتمل است بر اختلالات شخصیت اسکیزوئید، پارانوئید، و

اسکیزوتایپی. این افراد اغلب غیر عادی و غریب به نظر می رسند.

گروه دوم: مشتمل است بر اختلالات شخصیت نمایش، خودشیفته، ضد اجتماعی و

مرزی. این افراد غالباً هیجانی، بازیگر و بی ثبات به نظر می رسند.

گروه سوم: اختلالات شخصیت دوری گزین، وابسته، وسواسی- جبری، منفعل-

مهاجم این افراد غالباً مضطرب و بیمناک به نظر می رسند.

بسیاری از مردم صفاتی را نشان می دهند که محدود به یک نوع اختلال شخصیت

نیست و اگر کسی دارای ملاکهای تشخیصی بیش از یک نوع اختلال شخصیت

باشد، تشخیص چند نوع باید ذکر شود. اختلالات شخصیت روی محور II در

DSM- IV کدگذاری شده اند. (کاپلان. ۳۱۲۷. ص ۴۷۷)

طبقه بندی اختلالات شخصیت در **ICD-10**

ICD-10 (1992-WHO) برای اختلالات شخصیت تعریف مشروحی ارائه

کرده است که به نکات زیر حائز اهمیت است؛ اختلالات شخصیت عبارتند از:

- راههای دریا و عمیق در رفتار، تفکر، احساس و ارتباط که به طور قابل ملاحظه از هنجار دور هستند.

- از امنیت کافی برای ایجاد و ناراحتی و آشفتگی شخصی و اجتماعی برخوردار هستند.

- معمولاً از دوره نوجوانی یا کودکی وجود داشته و در قسمت عمده طور عمر دوام می یابند.

- معمولاً از دوره نوجوانی یا کودکی وجود داشته و در قسمت عمده طول عمر دوام می یابند. (رایت و همکاران). ص ۱۶۶).

در همین بازنگری طبقه بندی آماری بین المللی بیماریها و مسائل بهداشتی وابسته یعنی همان ICD- 10 اختلالات شخصیت، آشفتگی شدید شخصیت و رفتار که انحراف های بارز الگوهای فرهنگی بهنجار تلقی می شوند، توصیف شده است. رهنمودهای تشخیصی ICD-10 مشتمل است بر آشفتگی های دراز مدت در

چندین زمینه کارکرد، رفتار نافذ و ناسازگارانه، تداوم تا بزرگسالی ناراحتی شخصی قابل ملاحظه و معولاً، امانه همیشه مسائل عمده در کار و رفتار اجتماعی.

ICD- 10 امکان تدوین ملاکها را برای توصیف اختلالات شخصیت در فرهنگهای مختلف مجاز می شمارد. ملاکهای تشخیصی برای اختلالات شخصیت

در جدول ۲-۲ نشان داده شده است. (کاپلان. ۱۹۲۷. ص ۴۷۶)

جدول ۲-۲:

ملاکهای تشخیصی ICD- 10 برای اختلالات شخصیت
<p>G1. قرائنی وجود دارد که الگوهای ویژه و پایدار تجارب درونی و رفتاری به طور بارز از حدود مقبول و قابل انتظار فرهنگی منحرف شده است. این انحرافها باید در بیش از یکی از زمینه های زیر مشخص باشد:</p> <p>(۱) شناخت (یعنی نحوه درک و تفسیر اشیاء، آرم ها و رویدادها که تشکیل دهنده نگرشها و تصورات از خود و دیگران است).</p> <p>(۲) حالت عاطفی (حدود شدت و مناسبت انگیزش و پاسخ هیجانی)</p> <p>(۳) کنترل بر تکانه ها و ارضای نیازها.</p> <p>(۴) شیوه برخورد با دیگران و مدارا با موقعیت های بین فردی.</p> <p>G2. انحراف باید خود را به صورت رفتاری انعطاف ناپذیر و غیر انطباقی نشان دهد.</p> <p>G3. ناراحتی شخصی یا اثر نامطلوب بر محیط اجتماعی و یا هر دو به رفتار مورد اشاره در ملاک G2 باشد.</p> <p>G4. باید قرائتی حاکی از ثبات و مسیر دراز مدت انحراف وجود داشته باشد. یعنی شروع آن در کودکی یا نوجوانی باشد.</p> <p>G5. انحراف بعنوان تظاهر یا پیامد یک اختلال روانی دیگر قابل توجیه نیست</p>

هرچند اختلالات مزمن یا دوره ای این طبقه بندی ممکن است توأم ظاهر شود یا ثانوی برانحراف باشند.

G6. بیماری، صدمات یا اختلال مغزی عضوی به عنوان علل اجتماعی انحراف باید رد شود. (کاپلان. ۱۹۲۷. ص ۴۷۹).

- اختلال شخصیت پارانوئید^۱:

شخصیت های پارانوئید به طور کلی با سوء ظن دیرپا و عدم اعتماد به مردم مشخص هستند. این افراد مسئولیت احساسات خود را نپذیرفته و آن را به دیگران

نسبت میدهند. این طبقه در برگیرنده نامطلوبترین انواع منشاهاست که در زندگی روزمره با آنها برخورد می شود. (کاپلان. ۱۹۲۷. ص ۴۸۵).

کسانی که به اختلال شخصیت پارانوئید دچارند سه بخش عمده را آشکار می سازند که عبارتند از: عدم اعتماد و سوء ظن گسترده و پایدار نسبت به دیگران،

حساسیت زیاد به مسائل جزئی و بی اهمیت، و تمایل به موشکفای کردن محیط و ادراک گزینشی نشانه هایی که آرمانها و نگرشها تعصب آلود آنان را معتبر می

سازند. کسانی که از این اختلال در رنج هستند غالباً مباحثه گر، در حالت تنش و بداخلاق بوده و چنین به نظر می رسند که همواره آماده حمله اند. تمایل به مبالغه

¹ - Paranoid Personality Disorder

کردن داشته، دوست دارند که از گاه کوهی سازند و انگیزه های پنهانی و معنای خاصی در رفتار بی غرضانه دیگران بیابند. مایلند دیگران را برای مشکلاتی که با آن مواجه شده اند سرزنش کنند. و قادر به پذیرش هیچ سرزنش یا مسئولیتی برای شکستهای خود قائل نیستند. شواهد جدید بیانگر آن است که افراد مبتلا به اختلال شخصیت پارانوئیدی از نظر ساختار ژنتیک شبیه به افراد مبتلا به اسکیزوفرنی هستند. چون این افراد تمایل دارند که گناه و سرزنش های خود را به عوامل بیرونی نسبت دهند. به ندرت به کلینکی ها و بیمارستانهای روانی مراجعه می کنند.

(آزاد. ۱۳۷۸. ص ۲۸۱)

افراد مبتلا به اختلال پارانوئید اعمال طبیعی دیگران را به انگیزه های بدخواهانه و خصمانه نسبت می دهند، و این بدگمانی ها اغلب به پرخاشگری و کناره گیری از افراد دیگر منجر می شود و در بعضی مواقع به صورت پیشگوئی های کام بخش^۱ تغییر می کند. با وجود این افراد نقش و مسئولیت خود در بروز دشمنی با دیگران را رد می کنند و اغلب یک حسس دشمنی موجه دارند. این افراد، صرفنظر از اینکه در برقراری روابط صمیمی با دیگران مشکل دارند، سطح کارکرد و هوشیاری شان اغلب خوب است. برخی از شواهد بیانگر ارتباط ضعیف بین اختلال شخصیت

¹ – Self- fulfilling prophecy

پارانوئید با اختلالاتهای هزیانی و اسکینر و فرنی است. (کارن و جی و همکاران.

۱۹۹۷. ص ۸۳)

شخصیت پارانوئید حداقل چهار خصوصیت از خصوصیات زیر را دارد:

۱- نگرانی نسبت به آسیب دیدن و فریب خوردن از دیگران ۲- حساسیت بیش از

حد نسبت به تهدیدهای خیالی ۳- حالت فوق العاده دفاعی ۴- نپذیرفتن انتقاد

۵- تردید دائم در مورد وفادرای دیگران ۶- زودانگیختگی ۷- منازعه طلبی ۸-

از گاه کوه ساختن ۹- طبیعت سرد و بی هیجان ۱۰- فقدان احساسات لطیف و

ملایم. (احمدی. ۱۳۷۴. ص ۲۲۴).

صفت بارز شخصیت پارانوئید این است که اعمال دیگران را تحقیر آمیز یا تهدید

آمیز تفسیر می کند هرچند که پارانوئید افکار کم و بیش سازمان یافته نشان می

دهند اما به دیگران اعتماد ندارند و روابط اجتماعی آنها در اثر همین بی اعتمادی

مختل شده است. این افراد به رغم بی اعتمادی نسبت به همکاران و رئیس اداره،

معمولا این توان را دارند که شغل خود را حفظ کنند. شخصیت پارانوئید معمولا

شخصیت جور و ستم نامیده می شود. زیرا این افراد به زن و بچه و زیردستان زور

می گویند، خود بزرگ بین هستند و خیال می کنند که دیگران برای از بین بردن

آنها توطئه می چینند. (ستوده. ۱۳۱۹. ص ۱۱۸).

ارزیابی شیوع اختلال شخصیت پارانوئید مشکل است. ولی با وجود این به نظر می

رسد که این اختلال در مردان بیشتر از زنان است. (آزاد. ۱۳۷۸. ص ۲۸)

ملاکهای تشخیصی برای احتمال شخصیت پارانوئید مشتمل است بر:

- حساسیت

- حسادت ورزیدن

- سوء ظن از جمله در مورد وفاداری جسمی همسر

- سوء تعبیر رویدادها به عنوان ظلم و ستم

- اهمیت شخصی

- علاقه به توصیه توطئه گرایانه رخدادهای جهان.

این بیماران ممکن است، با تشخیص مقدماتی اسکیزوفرنی معرفی شوند. ارزیابی

کامل، مخصوصاً بدون شرح حال جنبی بسیار مشکل است. چون بیمار طبق

تعاریف فوق شکاک است و از دادن اطلاعات کامل خودداری می کند.

در این افراد علائم درجه اول شنایدر وجود ندارد. بیمار کلاً احساس رنجیدگی و

ستمیدگی می کند اما باورهای او شدت هزیانی ندارد. غیر از کنار نهادن بیماری

های روانی کارکردی تشخیص افتراقی مرحله مقدماتی اسکیزوفرنی نیز باید بررسی

شود. این اختلال ممکن است با مرور فوری کاملاً مشابه به نظر برسند. اما مرور

دراز مدت نشان خواهد داد که اختلال شخصیت دوره ای طولانی تر داشته و با

گذشت زمان تغییر نیافته است. همچنین باید در نظر گرفت که بستگان بیمار مبتلا به اختلال شخصیت غالباً خودشان نیز اختلال شخصیتی دارند. و لذا ممکن است

شرح مختلی از رفتار بیمار ارائه کنند. (رایت و همکاران. ۱۹۸۱. ص ۱۷۳)

همه گیر شناسی: با انجام تحقیقات زیادی ثابت شده است که بستگان درجه اول بیماران اسکیزو فرنیک میزان بروز بالایی از اختلال شخصیت پارانوئید در مقایسه با جمعیت کلی دارند. فروید پارانوئید را نوعی خودشیفتگی تلقی می کرد و اظهار می نمود که مبتلایان به آن ناتوان از برقراری روابط همدلانه هستند. وی همچنین

پارانوئید را علامتی از همجنس گرایی سرکوب شده توصیف کرد و معتقد بود که این بیماران برای روانکاو نامناسب هستند. (رایت و همکاران. ۱۹۸۱. ص ۱۷۳).

میزان شیوع این اختلال ۰/۵ تا ۲/۵ درصد است. افراد مبتلا به این اختلال ندرتاً خود به دنبال معالجه می آیند و وقتی توسط همسر یا کارفرما برای درمان معرفی می شوند قادر به جمع و جور کردن خود هستند. آنطور که سابقاً تصور می شود

میزان بروز آن در همجنس گراها بالاتر نیست اما اعتقاد بر این است که در بین گروه های اقلیت، مهاجران و ناشنوایان شایعتر از جمعیت کلی است. (کاپلان.

۱۹۲۷. ص ۴۸۵)

درمان: اختلال شخصیت پارانوئید مثل اختلال شخصیت وابسته، مستلزم درمان نیست. مگر اینکه مسائل قابل ملاحظه ای پیش آورد. اگر چنین باشد، دوز پایین داروی ضد جنون سطح انگیختگی را کاهش می دهد. اگر خوب تحمل شود و علائم ادامه یابند دوز بالاتری را می توان امتحان کرد. اما موفقیت مشاهده شده با بیماری های پسیکوتیک را نباید انتظار داشت و اکثر بیماران نسبت به هر داروی پیشنهاد شده شکاک هستند. ارجاع برای رواندرمانی در صورتی که بیمار بینش کافی و علاقمندی به تغییر یافتن نشان می دهد باید در نظر گرفته شود. (رایت و همکاران. ۱۹۸۱. ص ۱۷۳)

برای درمان افراد مبتلا به اختلال شخصیت پارانوئید از روان درمانی و درمان دارویی می توان بهره گرفت که به توضیح هر یک از آنها می پردازیم.

روان درمانی: روان درمانی، درمان انتخابی است. در مدارای با شخصیت پارانوئید درمانگر باید در تمام مناسباتش با او رو راست باشد. اگر درمانگر به علت اشتباه یا

متصور مثلا دیر رسیدن به جلسه مورد اعتراض بیمار واقع شود، اظهار حقیقت و یک عذرخواهی مختصر بهتر است از توضیحات دفاعی تاثیر می گذارد. درمانگر

باید به علت اشتباه یا تصور مثلا دیر رسیدن به جلسه، مورد اعتراض بیمار واقع

شود، اظهار حقیقت و یک عذرخواهی مختصر بهتر از توضیحات دفاعی تاثیر می

گذارد. درمانگر باید متوجه باشد که نقاط ضعف بیماری پارانوئید در زمینه اعتماد و صمیمیت است. رواندرمانی انفرادی مستلزم برخورد حرفه ای نه چندان گرم از جانب درمانگر است. بیمار پارانوئید در گروه درمانی چندان جا نمی افتد و تحمل فشار رفتار درمانی را هم ندارد. تعبیرات عمیق به خصوص در مورد احساسات مربوط به وابستگی، مسائل جنسی و میل به صمیمیت به طور قابل توجهی عدم اعتماد بیمار را بالا می برد. گاهی رفتار بیمار پارانوئید چنان تهدید آمیز است که کنترل آن با با برقرار کردن محدودیت اهمیت اساسی پیدا می کند. برخورد با اتهامات هزیانی باید واقع گرایی ولی بدون تحقیر و ملایمت صورت بگیرد. احساس ضعف و درماندگی در گروه کمک کننده از جانب بیمار برای وی بسیار هولناک است بنابراین درمانگر نباید بیمار را به کنترل نمودن رفتارش تهدید کند. مگر اینکه توانایی آن را داشته باشد و علاقمند به این کار باشد. (کاپلان. ۱۹۲۷. ص ۴۷۸)

درمان دارویی: درمان دارویی برای فرو نشانیدن اضطراب و تحریک مفید است. در اکثر موارد یک داروی ضد اضطراب و محرک مفید است اما در مواردی که برای دران تحریک شدید و تفکر نیمه هزیانی بیمار استفاده از نورولپتیک ها مثل تیوریدازین یا هالوپریدول برای مدت کوتاهی ضرورت پیدا می کند در بعضی

بیماران پیموزاید^۱ در کاستن از تفکر پارانوئید موفق بوده است. (همان منبع. ص

۴۷۸).

¹ - Drap

- اختلال شخصیت اسکیزوئید:^۱

اختلال شخصیت اسکیزوئید در کسانی تشخیص داده می شود که عمری را به

کناره گیری از اجتماع گذرانده اند. احساس ناراحتی آنها در روابط اجتماعی، درون

گرایی و عواطف محدود و قابل توجه است. شخصیت های اسکیزوئید در نظر

دیگران آدمهایی مردم گریز. منزوی یا تنها هستند. (کاپلان. ۱۹۲۷. ص ۴۷۸)

ویژگی اصلی این اختلال عبارت است از: نقص و نارصایی در توانایی ایجاد روابط

اجتماعی که به صورت نبود تمایل برای درگیری های اجتماعی یخواره تمجید و

خواه سرزنشی می شود. عدم حساسیت نسبت به احساسات دیگران و فقدان

مهارت های اجتماعی، کناره گیری، منزوی بودن، محتاط بودن، از ویژگی های این

شخصیت است به ظنر می رسد آنها در یک حالت گیجی و فراموشکاری به سر

می برند. خلاصه آنکه بسیار درون گرا بوده و تمایلی به حالت دوسویه دارند. یعنی

از یک طرف بسیار آسان گیرند و از طرف دیگر بسیار سخت گیر. (آزاد. ۱۳۷۸.

ص ۲۸۲).

این افراد اگر دوستان نزدیکی داشته باشند تعداد آنها محدود است. احساسات آنها

بی روح و محدود است و به نظر می رسد آنها فاقد احساسات صمیمی یا استعداد

ابراز هیجان هستند. از این رو سرد، نجوش، و یا دیرآشنا به نظر می آیند. گاهی

¹ - Schizoid Personality Disorder

اوقات و به ویژه در مشاغلی که به مقدار زیادی به انزوای اجتماعی نیاز دارند این ویژگی ها امتیاز محسوب می شوند. اما در اغلب وارد این ضعف در مهارت های اجتماعی، موفقیت شغلی و اجتماعی را محدود می کند. دیوید و همکاران. ۱۹۰۹. ص ۳۵۹.

اختلال شخصیت اسکیزوئید که در مردان بیشتر از زنان رواج دارد با الگوی پایداری انزوای اجتماعی مشخص می شود. افراد درون گرا و خجالتی مانند افرادی که از طرف خانواده مورد بی توجهی و غفلت قرار می گیرند. مستعد این اختلال هستند. آنها اغلب در دنیای خود زندگی می کنند و به فعالیت های منحصر به فرد و غیر اجتماعی علاقه نشان می دهند. مجذوب رویدادهای عجیب روزانه خود هستند و از آنهایی که تصور می کنند تماس نزدیک جسمی رنج آور است اجتناب می کنند. به رغم این واقعیت که تعدادی از مبتلایان به اسکیزوفرنی ابتدا اختلال شخصیت اسکیزوئید داشته اند اما اکثر مبتلایان به اختلال شخصیت اسکیزوئید هرگز

به اسکیزوفرنی کامل دچار نمی شوند. (کارن جی و همکاران. ۱۹۹۷. ص ۸۳)

ملاک های تشخیصی برای اختلال شخصیت اسکیزوئید مشتمل هستند بر:

- گسستگی، کناره گیری، خونسردی، خلوت گزینی.

- کمبود علاقه نسبت به روابط جنسی

- علاقه به تخیل و درون گری.

- بی تفاوتی نسبت به دیگران.

- نداشتن دوستان نزدیک.

- عدم حساسیت نسبت به هنجارهای اجتماعی.

تهیه شرح حال در مقایسه با مبتلایان به اختلال شخصیت پارانوئید آسانتر است و

جای شکر دارد. چون بعید است کسی را بتوان پیدا کرد که برای دادن اطلاعات

جنسی آشنایی کافی با بیمار داشته باشد. فقدان روابط جنسی یکی از یافته های

بارز است. (رایت و همکاران. ۱۹۸۱. ص ۱۷۴)

همدیگر شناسی: میزان شیوع اختلال شخصیت اسکزوئید به وضوح مشخص

نشده است. این اختلال ممکن است ۷/۵ درصد کل جمعیت را تحت تاثیر قرار می

دهند. نسبت شیوع جنسی اختلال معلو نیست. هرچند در بعضی مطالعات ابتدا

مردان دو برابر بیشتر از زنان گزارش شده است. افراد مبتلا به سوی مشاغل

افرادی که حداقل تماس را با دیگران ایجاب می کند. کشانده می شوند. بسیاری

از آنها کار شبانه را به کار روزانه ترجیح می دهند تا مجبور به مداوا با افراد

بیشتری نباشند. (کاپلان. ۱۹۲۷. ص ۴۷۸).

درمان:

تشخیص بستگی به شرح حال کامل، معاینه و ضعف روانی و حتی الامکان شرح حال جنسی دارد. بیماری های همراه باید به طور مناسب درمان شود. اما پژوهش

اندکی در مورد آنچه جویندگان درمان کمک کننده است صورت گرفته است. در

غیاب داروهای قوی، معقول به نظر می رسد که از حمایت و درمان علامتی

استفاده شود. (رایت و همکاران. ۱۹۸۱. ص ۱۷۴)

برای درمان شخصیت اسکیزوئید از رواندرمانی و درمان دارویی استفاده می شود

که به شرح آنها می پردازیم.

روان درمانی: درمان شخصیت اسکیزوئید مشابه شخصیت پارانوئید است. معهذ

تمایلات بیمار اسکیزوئید برای درون نگری هماهنگ با انتظارات درمانگر بوده و

ممکن است به بیماری فداکار، هرچند دوری گزین، مبدل گردد. با پیدایش اعتماد

ممکن است بیمار اسکیزوئید با ترس و هراس زیاد دنیای از خیالپردازی، دوستان

خیالی، و ترس از وابستگی های غیر قابل تحمل از خود نشان دهد. در گروه

درمانی ممکن است بیمار اسکیزوئید یک سال ساکن بنشیند اما بالاخره درگیر می

شود.

درمان دارویی: درمان با مقادیر کم داروهای ضد افسردگی، ضد جنون و محرکهای روانی در بعضی از بیماران مقید بوده است. مواد سروتونرژیک ممکن

است از حساسیت بیمار نسبت به طرد شدن بکاهد. (کاپلان، ۱۹۲۷. ص ۴۸۹)

- اختلال شخصیت اسکیزوتایپی^۱:

اختلال شخصیت اسکیزوتایپی معادل اسکیزوفرنی مقدماتی یا پیش پيسکوتیک است و در ICO- 10 با اسکیزوفرنی، اختلالات اسکیزوفرنی فوم و هزیانی طبقه بندی شده است تا به عنوان یک اختلال شخصیت DSM- IV خود اختلالات

شخصیت است. (رایت و همکاران. ۱۹۸۱. ص ۱۷۶)

شخص مبتلا به اختلال شخصیت اسکیزوتایپی کسی است که حتی در نظر مردم عادی هم عجیب و غریب و غیر عادی است. تفکر سحرآمیز، عقاید انتساب، اشتباه حسی و مسخ واقعیت قسمتی از دنیای روزمره این بیمار است. (کاپلان. ۱۹۲۷.

ص ۴۸۹)

این اختلال اساساً از طریق افکار، ادراک، ارتباط و رفتارگرایانه و دوام دار توصیف می شود. اگرچه این حالات بدان حد هستند که مورد توجه واقع شوند ولی تا اندازه ای شدید و جدید نیستند که بتوان تشخیص اسکیزوفرنی را بر آنها نهاد این افکار بیگانه و عجیب می تواند فرد را به صورت خرافاتی بودن فوق العاده یا ب

¹ - Iden of refrence

صورت شخصی مهم و به ویژه مورد توجه دیگران جلوه گر سازد. احساسی که از نظر روانشناسی، اندیشه خودرجوعی^۱ نامیده می شود و می تواند زمینه ای برای رشد سوء ظن و افکار پارانوئیدی باشد در آنها ملاحظه می شود. ارتباطات فرد ممکن است عجیب و غریب باشند کاملاً مشخص و معین نباشند یعنی امکان دارد که ارتباطات شخص مبهم، منحرف و یا برعکس استادنه جلوه گر شود ولی سست و نامتناسب نباشد. این افراد نمی توانند ارتباطهای چهره به چهره برقرار کنند. (آزاد. ۱۳۷۸، ص ۲۸۲).

همدیگر شناسی:

شیوع اختلال شخصیت اکسینروتاییبی در حدود ۳ درصد جمعیت است. نسبت پخش جنسی اختلال شخصیت اکسینروتاییبی نامعلوم است. موارد زیادی از این اختلال در بین بستگان بیماران اسکینروفرنی مزمن در مقایسه با گروه کنترل

مشاهده شده است و میزان بروز آن در بین دوقلوهای یک تخمکی بالاتر از دوقلوهای دو تخمکی بوده است. (کاپلان. ۱۹۲۷. ص ۴۸۹)

درمان:

¹ - Schizotypal personality disorder

در درمان اختلال شخصیت اسکیزوتایپی هم از دو روش روان‌درمانی و درمان دارویی استفاده می‌شود که به توضیح آنها می‌پردازیم.

روان‌درمانی: اصول اختلال شخصیت اسکیزوتایپی از اختلال شخصیت اسکیزوئید چندان متفاوت نیست. معه‌ذا با تفکر غریب و غیر عادی آنها باید با احتیاط مدارا نمود. بعضی از این بیماران به فرقه‌های غریب پیوسته و به ممارست‌های مذهبی غیر عادی و فلسفه رفروراز می‌پردازند. درمانگر نباید این فعالیت‌ها را به مسخره بگیرد و در مورد باورهای بیمار قضاوت کند.

درمان دارویی: داروهای نورولپتیک ممکن است برای مدارا با افکار انتساب، ایلوزیون و سایر علائم مفید باشد. نتایج مثبت با هالوپریدول هم گزارش شده است. (کاپلان. ۱۹۲۷. ص ۴۹۰).

- اختلال شخصیت مرزی:^۱

بیماران مبتلا به اختلال شخصیت مرزی در مرز میان نورو و پسیکوز قرار گرفته و با بی‌ثباتی فوق‌العاده عاطفه، خلق، رفتار، روابط شئی و تجسم نقش مشخص هستند در ICD-10 این اختلال با نام‌های شخصیت هیجانی بی‌ثبات نامیده شده است. (کاپلان. ۱۹۲۷. ص ۴۹۳)

¹ - Borderline personality disorder

اختلال شخصیت مرزی، طبقه بسیار گسترده ای را در بر می گیرد که ویژگی اصلی آن ناپایداری و بی ثباتی در زمینه های مختلف شخصیت است. (آزاد، ۱۳۷۸، ص ۲۸۳).

برای بالا بردن اعتبار تشخیص مرزی و محدود کردن کاربرد آن به دامنه محدودی از افراد DSM- IV قبل از هرگونه تشخیص وجود حداقل ۵ ویژگی از ویژگی های زیر را لازم می داند:

- تلاش های بی امان در جهت اجتناب از ترک شدن واقعی یا خیالی.
- الگوی روابط میان فردی شدید اما ناپایدار که ویژگی آن نوسان کردن بین کمال گرایی و ارزش کاهی است.
- خودانگاره یا هویت ناپایدار که آشکارا آشفته و تحریف شده است.
- تکانشی بودن در حداقل دو زمینه که برای خود زیان آور است مثلا در روابط جنسی، سوء مصرف مواد، ولخرجی، رانندگی بی پروا، تا خرخره خوردن.
- رفتار خودکشی گرایانه مکرر، تهدیدات این گونه رفتار، ژستهای جرح خویشتن.
- احساس های مزمن بیهودگی.
- بی ثباتی هیجانی که مربوط به واکنش پذیری خلقی است و به مدت چند ساعت یا چند روز دوام می آورند.

- نداشتن کنترل بر خشم.

- افکار پارانوئید زودگذر در ارتباط با استرس یا شانه های گسیختگی شدید

(دیویدآل و همکاران. ۱۹۰۹. ص ۳۶۲).

شیوع این اختلال در زنان سه برابر مردان است که با ترس و ناشکیبایی از تنها

ماندن مشخص می شود و با محافظه کاری شدید در ارتباط با دیگران در هم می

آمیزد. به عقیده بسیاری از روانپزشکان فمینیست، اختلال شخصیت مرزی تا حد

زیادی طبقه مشکوکی است. به عقیده آنها، تشخیص شخصیت مرزی کمی بیش از

«اهانت عالمانه» است. این اختلال در افرادی که در دوران کودکی به صدمات

عاطفی، زنا با محارم، و بهره کشیهای جسمی گرفتار شده اند به طور جدی رایج

است. (کارن جی و همکاران. ۱۹۹۷. ص ۸۹)

معمولا ستبری کردن این بیماران روش نامناسبی است. اکثر این بیماران در ابراز

اینکه احتمال دارد دوباره اقدام به خودآزاری کنند صادق هستند و این امر موجب

پذیرش آنها در بیمارستان می گردد تا از دوره های بعدی اقدام در جهت حفظ

منافع بیمار پیشگیری شود. (رایت و همکاران. ۱۹۸۱. ص ۱۶۸)

همدیگر شناسی: مطالعات همدیگر شناسی با نتایج قطعی در دست نیست، اما

تصور می شود که این اختلال در ۱ تا ۲ درصد جمعیت وجود دارد و در زنها ۲

بار شایع تر از مردان است. در بستگان درجه اول مبتلا به اختلال شخصیت مرزی میزان افسردگی، الکسیم و سوء استفاده از مواد بالاتر است. (کاپلان، ۱۹۲۷، ص

(۴۹۳)

درمان: در درمان افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی موارد زیر را باید رعایت کنیم: شرح حال کامل بیمار، معاینه و طبیعت روانی و جسمی، شرح حال جنبی از دیگران، رابطه درمانی ثابت با یک فرد صاحب قدرت مداوای محافظت کارانه بحرانها، توصیه به بیمار برای پرهیز از الکل و دارو، و استفاده کردن از داروهای

ضد جنونها، و مهار کننده های جذب سروتونین. (رایت و همکاران، ۱۹۸۱، ص

(۱۶۹)

روان درمانی شخصیت ای مرزی زمینه ای برای پژوهش های جدی بوده و درمان انتخابی برای این بیماران شمرده می شود. رفتاردرمانی برای کنترل تانه ها و حالات خشم و کاهش حساسیت نسبت به انتقاد و طرد مورد استفاده قرار می گیرد

(کاپلان، ۱۹۲۷، ص ۴۹۵)

-اختلال شخصیت هیستریک^۱

¹ - Histrionic personality

اختلال شخصیت هیستریک با رفتار پر زرق و برق و نمایشی و برون گرا در اشخاص هیجانی و تحریک پذیر مشخص می شود. در کنار ظاهر پر زرق و برق این افراد غالباً ناتوانی برای برقراری وابستگی های عمیق و دیرپا وجود دارد. (کاپلان، ۱۹۲۷، ص ۴۹۵).

افراد مبتلا به اختلال شخصیت هیستریک خواهان جلب توجه نسبت به خود هستند. خیلی زود رویدادهای بی اهمیت و بی معنی تحریک می شوند. و تظاهرات هیجان انگیز نشان می دهند. این افراد در اغوا کردن و فریفتن دیگران با تظاهرات و رفتارهای خود بسیار ماهرند. این افراد همواره در جستجوی تحسین دیگران هستند و برای رسیدن به این هدف غالباً در حال ایفای نقش هستند. آنها دنیا را صحنه و خود را بازیگران آن می دانند. زود ممکن است عاشق شوند و یا ازدواج کنند. ولی زود روابط عشقی و زناشویی خود را بر هم می زنند. آمادگی زیادی برای اعتیاد دارند و ممکن است خیلی زود رفتارهای اجتماعی گرفتار شوند. (آزاد، ۱۳۷۸، ص ۲۸۶).

آنها با لباسهای رنگارنگ و هوس انگیز، سخنان (احساساتی، ادا و اطوار فراوان ظاهر می شوند و اغلب طحی و دور رو هستند. ارتباطات آنها با دیگران عاطفی است اما رضایت بخش نیست. این افراد تمایلات جنسی را به دیگران نسبت می دهند در حالی که در خودشان، هر نوع تمایلی را انکار می کنند. افرادی که

خویشاندوان الکلی یا مبتلا به اختلال شخصیت ضد اجتماعی دارند، احتمالاً بیشتر از دیگران به این اختلال مبتلا می شوند. زنان بیشتر از مردان مستعد ابتلا به این اختلال هستند. قضاوت های فرهنگی زیربنای تبیین بعضی از این تفاوت ها است.

(کارن جی و همکاران. ۱۹۹۷. ص ۸۱)

این اختلال در مردان هم جدیده میشود که از آن به عنوان ماچوئیسم^۱ یاد می شود. ماچو به معنی نرینه رفتار مرد برتر پندار است. (دیوید آل و همکاران. ۱۹۰۹. ص

۲۵۹)

ملاک های تشخیصی برای اختلال شخصیت هیستریک مشتملند بر:

- رفتار نمایشی و تئاتری

- سطحی و بدن

- طالب توجه و هیجان بودن

- اغواگری و نخوت

- تلقین پذیری

- رفتار پرتوقع و دغلكارانه. (رایت و همکاران. ۱۹۸۱. ص ۱۷۴)

همه گیر شناسی: طبق DSM- IV تخمین های شیوع اختلال شخصیت

هیستریک حدود ۲ تا ۳ درصد است. ارقام ۱۰ تا ۱۵ درصد در زمینه های بهداشت

¹ - Machaoism

روانی سرپاژی و بستری با استفاده از روشهای ارزیابی ساخت یافته گرایش شده است. در بعضی از مطالعات رابطه‌ی بین این اختلال و اختلال جسمانی کردن و اختلال اکلیم مشاهده شده است.

درمان: مبتلایان به اختلال شخصیت هیستریک غالباً از احساسات دائمی خود بی‌خبرند بنابراین تصریح احساسات درونی آنها یکی از فرایندهای مهم درمانی است. روان درمانی خواه فردی و خواه گروهی درمانی انتخابی برای این گروه است. می‌توان در درمان از داروهای ضد افسردگی برای رفع حالات افسردگی، داروهای ضد اضطراب برای رفع اضطراب و داروهای ضد جنون برای رفع حالات مسخ واقعیت و ایلوزیونها استفاده کرد. (کاپلان، ۱۹۲۷، ص ۴۹۷).

- اختلال شخصیت خودشیفته^۱:
افراد مبتلا به اختلال شخصیت خوششیفته با احساس عمیق اهمیت شخصی، احساسات خودبزرگ بینی به نوعی بی‌نظیر بودن مشخص هستند. (کاپلان، ۱۹۲۷، ص ۴۹۷).

ویژگی اصلی این اختلال عبارت است از: احساس عجیب و بیگانه وار فرد نسبت به اهمیت خویشتن این اختلال از واژه نارسیسوس گرفته شده است که براسا یک افسانه یونانی مرد جوانی به همین نام است که عاشق عکس خود در آب شد و

¹ - Narcissistic personality disorder.

پنداشت که حوری بهشتی است. بنابراین کوشید که او را بگیرد ولی چون موفق نشد مایوس شده و از غم آن جان سپرد. (آزاد. ۱۳۷۸. ص ۲۸۶).

علائم اساسی این اختلال عبارتند از: فقدان هم حسی، حساسیت مفرط به ارزیابی شدن توسط دیگران، بزرگ منشی (رایت و همکاران. ۱۹۸۱. ص ۱۷۵). و احساس زنده خودوالابینی، خودشیفتگی مداوم، خیالپردازی درباره موفقیت نامحدود و قدرت و زیبایی، نیازهای خودنمایی برای تحسین شدن، (دیویدآل و همکاران. ۱۹۰۹. ص ۳۵۳).

برای افراد مبتلا به این اختلال مشکل است که ببینند دیگران نیز خصوصیات مثبت و منفی دارند، در عوض آنها به طبقه بندی سلسله مراتبی دیگران علاقمندند، خود را به شکل آرمانی مافوق تلقی می کنند و از اینکه به عنوان افرادی پایین نگریده شوند به شدت ناراحت می شوند. اگر آنها شخص دیگری را قدرتمندتر و با استعدادتر تصور کنند با آن اندازه احساس حسادت خواهند کرد که به شیوه های بی رحمانه متوسط شوند و یا برای موفقیت های آن شخص امتیاز بگیرند. (کارن جی و همکاران. ۱۹۹۷. ص ۸۲).

این افراد صرفاً نمی توانند بفهمند دیگران چه احساسی دارند آنها از احساس اغراق آمیز استحقاق برخوردارند، فکر می کنند که دنیا با یک زندگی بدون سئولیت های متقابل به آنها بدهکار است. آنها ممکن است بهره کش به نظر آیند و

برای ارضای امیال شخصی خود از دیگران سوء استفاده کنند. زمانی که آنها قادر برقراری یک رابطه می شوند، معمولاً بین دو حد آرمان گرایی افراطی و خوار شمردن فوق العاده مقابل دچار تردید می شوند. (دیوید آل و همکاران. ۱۹۰۹. ص ۲۵۳)

علل بسیاری برای این اختلال ذکر شده است، عده ای معتقدند که این اختلال ممکن است ناشی از تربیت والدین نسبت به فرزندان شان باشند، زیرا افراد مبتلا به اختلال خودشیفتگی توقع فوق العاده ای از دیگران دارند. نظریه های مربوط به خود^۱ معتقدند که این انتظارات ناشی از آن است که روابط همدلی با مراقبت کنندگان رشد نیافته است. این موضوع موجب متلاشی شدن احساس خودی شود و به ویژه شخص را مستعد احساسات خالی بودن، عزت نفس پایین و رفتارهای جبرانی می سازد. (آزاد. ۱۳۷۸. ص ۲۸۷).

همدیگر شناسی:

طبق DSM- IV تخمین های شیوع اختلال شخصیت خودشیفته حدود ۲ تا ۱۶ درصد اسد در جمعیت بالینی و کمتر از ۱ درصد است در جمعیت کلی در موردی شیوع نسبت پخش سنی و الگوی خانوادگی این اختلال مدارکی در دست نیست. ممکن است بچه های والدین مبتلا به اختلال به علت تزریق غیر واقع گرایانه

¹ - Self

احساس هم توانی، خود بزرگ بینی، زیبایی و استعداد توسط والدین، بیشتر در معرض خطر ابتلاؤ به این اختلال باشند. تعداد موارد گزارش شده سیر صعودی دارد. (کاپلان. ۱۹۲۷. ص ۴۹۷).

درمان: درمان اختلال شخصیت خودشیفته بی نهایت مشکل است چون برای پیشرفت درمان باید از خودشیفتگی دست بردارند. روانپزشکان مانند اتوکرنبرک^۱ و هاینزکوهات^۲ طرفدارا روش های روانکاوی هستند و معهذاً مطالعات بیشتری لازم است تا اعتبار تشخیص و بهترین راه درمان را مشخص نماید. همچنین مبتلایان به این اختلال طرد شدن را نمی توانند تحمل کنند. مستعد افسردگی هستند که داروهای ضد افسردگی ممکن است مفید واقع گردد. (همان منبع. ص ۴۹۸).

-اختلال شخصیت دوری گزین (اجتنابی):

افراد مبتلا به اختلال شخصیت دوری گزین نسبت به ترک شدن بی نهایت حساس هستند و به همین دلیل ممکن است به زندگی بدون روابط روی آورنده، وجود این، این افراد خجالتی اند و غیر اجتماعی. در ICD-10 این بیماران به نام اختلال شخصیت مضطرب طبقه بندی شده اند. (هیگارد. ۱۹۲۷. ص ۴۹۸).

¹ - Otto kernberg

² - Heinz kohut

هسته اصلی این اختلال دوری گزیدن از مردم، تجربه های جدید و حتی تجربه های قبلی است. این اختلال غالباً ترکیبی است از یک ابراز ترس احمقانه با یک میل شدید برای مورد پذیرش و محبت واقع شدن. افراد مبتلا به این اختلال تمایل شدیدی برای روابط اجتماعی یا فعالیت های جدید دارند اما ممکن است به دلیل ترس و عدم قبول و مورد پذیرش واقع شدن بی میلی خاصی برای روابط اجتماعی نشان دهند. مگر آنکه تصمیمی قوی برای پذیرفته شدن بدون انتقاد به دست بیاورند. آنها بسیار خجالتی و کمرو به نظر می رسند. آنها ممکن است موارد ساده و بی ضرر را به عنوان تمسخر و استهزاء نسبت به خود تعبیر کنند. (آزاد. ۱۳۷۸.

ص ۳۰۸)

ملاک های تشخیص این اختلال عبارتند از:

- علائم مستمر اضطراب.
- احساس ناکارایی اجتماعی، فقدان جذابیت حقارت.
- اشتغال ذهنی با طرد شدن از اجتماع.
- میل به اجتناب از روابط مگر پذیرفته شدن قطعی باشد.
- محدودسازی و سبک زندگی به دلایل فوق.

این اختلال شخصیت عمدتاً شبیه خجالتی بودن در ابعاد فوق العاده است. تشخیص های افتراقی عبارتند از: خوبی اجتماعی، اختلال اضطراب منتشر، افسردگی. (رایت و همکاران. ۱۹۸۱. ص ۱۷۵).

همدیگر شناسی:

شیوع اختلال شخصیت دوری گزین ۱ تا ۱۰ درصد است و طبق تعاریف فوق شایع است در مورد الگوی پخش جنسی یا خانوادگی این اختلال اطلاعاتی در دست نیست. نوزادانی که جزو خراج ترسو طبقه بندی می شوند احتمالاً بیشتر مستعد این اختلال هستند. (کاپلان. ۱۹۲۷. ص ۴۹۹).

درمان: درمان روانی افراد مبتلا به اختلال شخصیت دوری گزینی بستگی به برقراری اتحاد با درمانگر دارد. با پیدایش اعتماد، درمانگر برخورد پذیرتری را نسبت به ترس های بیمار، بخصوص ترس از ترک شدن نشان می دهد. نهایتاً درمانگر بیمار را تشویق می کند به بازگشتن میان مردم و روبه روش دن با آنچه وی را تحقیر و طرد می کنند. اما درمانگر باید در تجویز تکالیف مهارت های اجتماعی احتیاط کند، چون شکست بیمار موجب تشدید عدم احترام به نفس وی خواهد شد. گروه درمانی ممکن است سبب شود تا بیمار حساسیت خود را نسبت به طرد شدن بر روی خود و دیگران مشاهده نماید. (همان منبع، ص ۵۰۰).

- اختلال شخصیت وابسته:

افراد مبتلا به اختلال شخصیت وابسته به طور مشخص برای احتیاجات خود بر دیگران متکی هستند. از دیگران توقع دارند که مسئولیت مسائل مهم زندگی آنها را بر عهده بگیرند، فاقد اعتماد به نفس اند و در تنهایی احساس ناراحتی شدیدی می کنند. (کاپلان. ۱۹۲۷. ص ۵۰۰).

ویژگی اصلی این شخصیت وابسته، درگیری با مسئله پذیرفته شدن از سوی دیگران است. برای رسیدن به این مقصود به دیگران اجازه می دهند تا تصمیمات عمده را برایشان اتخاذ کنند. افراد مبتلا به این اختلال غالباً تسلیم خواسته ها، باورها و تصمیم گیری های همسر، والدین و یا دوستان می شوند. آنها تمایلات و خواسته های دیگران را بر خواسته ها و تمایلات خود ترجیح می دهند و به دلیل وابستگی شدید به دیگران می ترسند که اگر خواسته های خود را بازگو کنند روابطشان را به مخاطره بیافتند. (آزاد. ۱۳۷۸. ص ۳۰۹)

این افراد معمولاً به خاطر ترس از رها شدن بهره کشی جسمی و یا روانی زیادی را تحمل می کنند و به همین خاطر زمانی که برای مدت کوتاهی تنها می شوند احساس درماندگی شدیدی می کنند. آنها به قیمت گزافی جویای مصاحبت هستند و اغلب خود را حلق و درمانده می دانند. این اختلال می تواند ناشی از رفتار

والدین باشد که بیش از اندازه حمایتی و خودکامه است. زنان بارداری که از این اختلال رنج می برند چنانچه در لحظه زایمان همسر آنها حضور نداشته باشد، بسیار مضطرب می شوند. در حالی که زنان باردار سالم از عدم حضور همسرشان در هنگام زایمان متاثر نمی شوند. این اختلال به عملکرد شغلی فرد نیز آسیب می رساند و روابط اجتماعی آنها می تواند به افراد محدودی که به آنها وابسته است، محدود شود. (دیوید آل و همکاران. ۱۹۰۹. ص ۳۵۷).

شیوع اختلا شخصیت وابسته در زنان بیشتر از مردان رواج دارد. و از آنجا که این اختلال تصویر بسیرا قالبی زنان است. در محافل فمینیستی بحث های زیادی را ایجاد می کند. از دیدگاه فمینیستی، هنجار فرهنگی برای زنان، به صورت مرضی عنوان شده است. (کارن جی و همکاران. ۱۹۹۷. ص ۸۱).

ملاک های شخصیتی برای این اختلال موارد زیر هستند:

- تشویق دیگران به تصمیم گیری در امورات زندگی شخص.
- همکاری مفرط با خواست دیگران.
- عدم توقع از دیگران.
- ترس از ناتوانی برای مقابله با تنهایی.
- ترس از ترک شدن.
- نیاز به اطمینان بخشی.

- احساس بی کفایتی و درماندگی. (رایت و همکاران. ۱۹۸۱. ص ۱۷۲).

همدیگر شناسی: این اختلال در زنها شایعتر است. در یک مطالعه ۲/۵ درصد کل

از اختلالات شخصیت مربوط به این اختلالند. شیوع آن در بچه های کوچکتر

خانواده بالاتر است. افرادی که در کودکی دچار بیماری جسمی مزمن بوده اند.

احتمالاً آسیب پذیری بیشتری برای این اختلال دارند. (کاپلان. ۱۹۲۷. ص ۵۰۰)

درمان: درمان اختلال شخصیت وابسته ممکن است موفقیت زیادی به بار آورد.

درمانهای بینش گرا بیمار را قادر می سازد که ریشه های رفتار خود را بهتر درک

کند. با حمایت درمانگر چنین بیمارانی می توانند استقلال قاطعیت و اعتماد به

نفس بیشتری پیدا کنند. رفتار درمانی، آموزش قاطعیت و اظهار وجود خانواده

درمانی، و گروه درمانی در بسیاری از موارد با موفقیت همراه بوده است. (کاپلان.

۱۹۲۷. ص ۵۰۲)

- اختلال شخصیت وسواسی - جبری:

این اختلال کمتر از اختلال های دیگری که قبلاً شرح دادیم مسئله ساز است.

ممکن است برای دانش آموزان، نظافتچیان، معماران و افرادی که حرفه های مشابه

دارند سودمند باشد. احتمال دارد افراد واجد این شرایط مشاغلی را انتخاب کنند

که وسواس قابل ملاحظه ای را ایجاد می کند (رایت و همکاران. ۱۹۸۱. ص

(۱۷۴

این اختلال با خصوصیات محدود هیجانی، نظم و ترتیب، پشتکار. سرسختی و

تردید مشخص است. خصوصیات اصلی این اختلال الگوی نافذ کمال طبیعی و

انعطاف ناپذیری است. (کاپلان. ۱۹۲۷. ص ۵۰۲)

اختلال شخصیت وسواسی - جبری از طریق یک کوشش فراگیر و گسترده برای

کمال طبیعی در مقایسه دیگران مشخص می شود. آنها در انجام دادن کاری هر

قدر هم که نتیجه آن عالی باشد راضی نیستند، اغلب کارهای مهم را ناتمام رها

کرده و زمان کوتاهی برای کارهایی که مستلزم زمان زیاد است، صرف می کنند، در

کارها و برنامه ها درگیر جزئیات می شوند. از نظر دیگران افرادی رسمی، سخت

گیر، جدی، وظیفه شناس و مبادی آداب هستند. (آزاد. ۱۳۷۸. ص ۳۱۰).

در مجموع افراد مبتلا به این اختلال، نسبت به زمان و پول حساست نشان می

دهند، به این کار معتادند و بیشتر از دیگران به تولید و ثروت اهمیت می دهند.

سرد و بی تفاوت به نظر می رسند. به شدت اخلاقی هستند، و بدون دلایل اخلاقی

یا مذهبی آشکارا درباره دیگران داوری می کنند. (کارن جی، همکاران. ۱۹۷۷. ص

(۸۲

ملاک های تشخیصی این اختلال مشتملند بر:

- اشتغال ذهنی با نظم، برنامه، فهرستها و جزئیات و اصول.

- کمال طلبی و درستکاری

- انعطاف ناپذیری و سرسختی.

- افکار مزاحم یا تکانه ها، گونه ای که در احتمال شخصیت وسواسی، جبری

توصیف شده است. (رایت و همکاران. ۱۹۸۱. ص ۱۱۷۴).

همدیگر شناسی: شیوع اختلال شخصیت وسواسی- جبری مشخص نیست و در

مردها شایعتر از زنها است و اکثراً در بزرگترین فرزند خانواده مشاهده می گردد.

شیوع آن در بستگان درجه یک بیمار مبتلا بیشتر از جمعیت کلی است. (کاپلان.

۱۹۲۷. ص ۵۰۲).

درمان: برخلاف سایر اختلالات شخصیت در اختلال شخصیت وسواسی- جبری

مشخص می داند که بیمار است و دنبال چاره بر می آید. شخصیت وسواسی-

جبری تحصیل کرده و اجتماعی ارزش زیادی برای تداعی آزاد و درمان بدون

هدایت قائل است معهداً درمان این بیماران طولانی بوده و احتمال انتقال متقابل

زیاد است. گروه درمانی و رفتاردرمانی به ندرت فوائد خاصی دارند. (همان منبع.

ص ۵۰۲).

- اختلال شخصیت انفعالی - پرخاشگر:^۱

اختلال شخصیت انفعالی - پرخاشگر با مشخصه اصلی، مقاومت خاص در برابر

اجرای الزامات شغلی و اجتماعی می شود. این مقاومت مستقیماً ابراز می گردد،

بلکه فرد مبتلا ترجیح می دهد که آن را به صورت انفعالی مانند به تعویق انداختن،

وقت تلف کردن سرسختی و لجاجت و به خرج دادن و ... به کار بندد.

(ازاد. ۱۳۷۸. ص ۳۱۰) و

این افراد، با ایراد گرفتن به تدریج، تکالیف خود را بی اهمیت می کنند. سرانجام

دیگران از عدم کارایی آنها عصبانی و ناراحت می شوند. این عدم کارایی ناشی از

اختلال شخصیت وسواس فکری - عملی از این جهت تفاوت دارد که ناشی از

تمایل درونی پرخاشگرانه برای کنترل یا تنبیه دیگران است. افراد مبتلا به اختلال

شخصیت انفعالی - پرخاشگر با افراد مقتدر مشکل دارند و آنها را مسئول شکست

های خود می دانند. (کارن جی و همکاران. ۱۹۹۷. ص ۸۳).

¹ - Passive-aggressive personality disorder.

- اختلال شخصیت ضد اجتماعی:^۱

سوسیوپایت (شخصیت سوسیوپاتیک یا ضد اجتماعی) الگوی رفتاری خاصی است مشخص شده با شرارت، اعمال ضد اجتماعی و جنایی که در کودکی و اوایل جوانی شروع شده و منجر به اختلالات شدید در خیلی از زمینه های زندگی مثل روابط خانوادگی، تحصیل، شغل، خدمت نظام وظیفه و ازدواج می گردد. (گورث و همکاران. ۱۳۶۴. ص ۱۱۲).

اختلال شخصیتی ضد اجتماعی با افعال ضد اجتماعی و جنایی مستمر مشخص است اما معادل جنایتکاری نیست، بلکه ناتوان برای مطابقت با موازین اجتماعی است. که شامل بسیاری از وجوه رشد نوجوانی و جوانی بیمار می گردد. در همین بازنگری طبقه بندی بین المللی بیماری ها (ICD- 10) این اختلال با عنوان اختلال شخصیت جامعه گسل^۲ نامیده شده است. (کاپلان. ۱۹۲۷. ص ۴۹۱).

افرادی که شخصیت ضد اجتماعی (جامعه ستیز) دارند به نظر می رسد که فاقد حس مسئولیت و درک اخلاقی هستند و توجهی به دیگران ندارند. رفتار آنها کم و بیش به تمامی زیر سلطه نیازمندی های خود آنان است و به عبارت دیگر فاقد وجدان هستند. اکثر افراد از همان سنین نخست در می یابند که حد و مرزی برای

¹ - Antisocial personality disorder.

² - Dissocial personality disorder

رفتار وجود دارد و گاهی وقت ها به خاطر ملاحظه نیازهای دیگران باید خوشی هایی را به تعویق اندازند. اما افرادی که شخصیت جامعه ستیز دارند به ندرت به چیزی سواى امنیت خود می اندیشند آنها تکانشی رفتار می کنند، در پی ارضای فوری نیازهایشان هستند و نمی توانند ناکامی را تحمل کنند. (اتکینسون و همکاران. ۱۹۰۴. ص ۲۳۵).

نشانه مشخص این اختلال عبارت است از یک نگرش درنده خویی نسبت به دیگران و بی احساسی مزمن و بی تفاوتی نسبت به حقوق آنان که به صورت دروغ، دزدی و کلاهبرداری و سوء رفتار جلوه گر می شود. ارتباط با شخصیت های ضد اجتماعی ممکن است نظرات آشکاری به همراه داشته باشد، زیرا بسیاری از آنها آشکارا تمایلات مجرمانه خود را بروز می دهند. عده این افراد بالنسبه زیاد است و به همان اندازه که مشکلات روانی برای دیگران ایجاد می کنند ممکن است مسائل اساسی اجتماعی و قانونی نیز برای آنها فراهم سازند. (آزاد. ۱۳۷۸. ص ۲۸۸).

افراد مبتلا به اختلال شخصیت ضد اجتماعی معمولاً غیر مسئول، بی بند و بار و ناتوان در برقراری ارتباط صمیمی با دیگران هستند هرچند که شوخ، با مزه و جذاب به نظر می رسند. آنها قوانین را زیر پا می گذارند. وظایف خود را نسبت به همسر و فرزندان فراموش می کنند، فاقد مسئولیت مالی هستند، مرتکب

پرخاشگری های بدنی مثل بهره کشی خانوادگی میشوند. این افراد سوابق درازمدت دروغگویی، تقلب، فرار از مدرسه، بزهکاری، خرابکاری، بی بند و باری جنسی، آلودگی و سوء استفاده مالی دارند. افراد مبتلا به اختلال شخصیت ضد اجتماعی، اغلب سوابق سوء مصرف الکل و اقدام به خودکشی دارند و به ندرت احساس گناه یا وفاداری می کنند. آنها دنیا را مکانی سرد، بی عاطفه و فقط برای منابع شخصی تعبیر می کنند. (کارن جی و همکاران. ۱۹۹۷. ص ۷۸). تماس با شخصیت های ضد اجتماعی کاملاً خطرناک است زیرا بسیاری از آنها مجرمان تمام عیار هستند. (دیوید آل و همکاران. ۱۹۰۹. ص ۳۲۹).

یکی دیگر از ویژگی های شخصیت ضد اجتماعی، نوعی به هم ریختگی ارتباط میان انسان و جامعه است و به رفتار ناهنجاری گفته می شود که مورد پسند نیست ولی معمولاً نزد عامل آن ناپسند و زیان بخش شمرده نمی شود. این فرد نمی تواند یا نمی خواهد شخصیت ضد اجتماعی خود را براساس انتظارات و نیازهای اجتماعی که در آن به سرد می برد، تطبیق دهد. سایکوپاتها نه سالم هستند و نه بیمار روانی. آنها در سازگاری اجتماعی ناتوان هستند و همیشه در پی خروج از دایره قوانین اجتماعی و ضدیت با آنها هستند. عموماً افرادی باهوش و گاه هم عادی و معمولی می باشند، که به هر حال اختلالهای عمیقی در رفتار خود دارند. این افراد ترمزهای اخلاقی ندارند و هنجارهای اجتماعی را کمتر رعایت می کنند و

گاهی دست به کارهایی می زنند که اساس نظام اجتماعی را متزلزل می کند و ارزش های اخلاقی را به پایین ترین حد خود تنزل می دهند. بعضی از آنها به عنوان رئیس و بنیان گذار در راس حرکت های اجتماعی و سازمانی قرار می گیرند و جامعه را به سوی بدبختی و فلاکت رهنمون می سازند مانند هیتلر، استالین و آلکاپون. شخصیت های سایکوپات می خواهند که نظام موجود را به هم ریخته و به هر قیمتی که شده از آسان موفق گردند. آنها دائماً در جستجوی ارزش های افسانه ای هستند و به علت تکانش های خود لزوم ترمز کردن آنها را احساس نمی کنند. به علت جستجوی منابع لذت و نیز ضعف اراده به آسانی گرفتار و مواد مخدر و الکل می شوند. معتادان، منحرفاتن جنسی، آتش افروزان و ... هر یک، یک شخصیت ضد اجتماعی هستند. (ستوده، ۱۳۱۹، ص ۱۱۹). اصطلاح شخصیت ضد اجتماعی از جهاتی گمراه کننده است، چون ویژگی هایی که اکثراً کسانی را که دست به اعمال ضد اجتماعی می زنند را درست توصیف نمی کند. رفتار ضد اجتماعی ممکن است ناشی از علل مختلف باشد که از آن جمله می توان به عضویت در دسته های بزهکاری یا خرده فرهنگ های جرم آفرین، نیاز به توجه دیگران مقام از دست دادن تماس با واقعیت و ناتوانی در کنترل تکانه های خود اشاره کرد. ظاهر شایسته و لایق و جذاب آنها سبب می شود که شغل های ارزنده ای به دست آورند اگر چه برای مدت زیادی در این شغل ها بند نمی شوند. بی

قراری و تکانشگری آنها سبب می شود که در اندک مدتی «سربه هوا» شوند که این خود نشان دهنده طبیعت واقعی آنهاست: قرض بالا می آورند، خانواده خود را رها می کنند، پولهای شرکت را بر باد می دهند، و یا دست به قانون شکنی می زنند. از میان ویژگی های این شخصیت، دو ویژگی بیش از همه ارزش تشخیص دارند: فقدان جمعیت (ناتوانی از احساسات همدلی، وفاداری نسبت به یک فرد دیگر) و عدم احساس گناه (ناتوانی از احساس پشیمانی نسبت به اعمال خود، صرف نظر از اینکه این اعمال تا چه اندازه در خور سرزنش باشند). (اتکینسون و همکاران.

۱۹۰۴. ص ۲۳۵).

اختلال شخصیت ضد اجتماعی که در آن سابقه ضد اجتماعی مستمر و تجاوز به حقوق دیگران وجود دارد تحت عنوان روان رنجوری (آریان پور، ۱۳۵۷)؛ روان دردمندی (منصور، ۱۳۶۸)؛ کژ خو (دانش، ۱۳۶۹ و قریشی، ۱۳۷۴) نیز نامیده شده است. در واقع این اصطلاح را می توان به صورت زیر نشان داد:

Resnality disorder = Sociopathy = psychopathy = Antlisocial

Sociopathy را جامعه رنجوری ترجمه کرده اند. (آریان پور. ۱۳۵۷). (ستوده.

۱۳۱۹. ص ۱۱۹).

ضروی تلک لی^۱ که یک بررسی کننده دراز مدت درباره این افراد و رفتارهای آنان است. ویژگی های شخصیت ضد اجتماعی را در کتابی تحت عنوان «نقاب سلامت روان» توصیف کرده است (۱۹۶۴).

وی شانزده ویژگی رفتار شخصیت جد اجتماعی را فهرست بندی کرده است که این شانزده ویژگی تحت سه گروه خصیصه آورده شده که عبارتند از: بی هدف بودن رفتار ضد اجتماعی برانگیخته شده، فقدان وجدان و احساس مسئولیت نسبت به دیگران و فقر هیجانی. (آزا. ۱۳۷۸. ص ۲۹۰)

ملاکهای تشخیصی اختلال شخصیت ضد اجتماعی عبارتند از:

- بی تفاوتی سگدلانه نسبت به احساسات دیگران.
- بی توجهی نسبت به اصول و تعهدات.
- ناتوانی برای احساس گناه.
- ناتوانی یادگیری از تنبیه و تجربه.
- ناتوانی حفظ روابط بدون اشکال در برقراری رابطه.
- تحمل اندک ناکامی، که به ابراز خشونت می انجامد.
- میل به ملامت کردن دیگران.

¹ - Hervey cleckley

این بیماران معمولاً در نتیجه فعالیت های قانون شکنانه مورد توجه قرار می گیرند. شکل بالینی غالباً به دلیل مصرف الکل و مواد و یا افسردگی پیچیده است. معمولاً شرح حال شامل سوابق قانونی طولانی به دلیل دزدی و تهاجم روابط متعدد و میل به عدم یادگیری از تجارب است. ضعف یا اختلال شخصیتی ضد اجتماعی یک تشخیص اضافی شایع در وابستگی دارون و یا الکل با پیامدهای روانی است. (رایت و همکاران. ۱۹۸۱. ص ۱۷۵).

واقعیت این است که سالها شخصیت های ضد اجتماعی را در قالب های روانشناختی در نظر نمی گرفتند. در طول تاریخ مجرمانم مجرم بودند و تنها تمایزی که بین آنها ایجاد می شد به شدت جرم آنها مربوط بود. اما در قرن نوزدهم این عقیده پرورش یافت که برخی از رفتارهای بزهکارانه باید از شرایطی ناشی شده باشند که فرد کنترلی بر آنها ندارند. یعنی از منابع اجتماعی، زیستی یا روانی ناشی شده اند. پس جرم آنها اقداماتی ارادی نبوده بلکه ناشی از شرایط

خارج از کنترل آنها بوده است. (دیود آل و همکاران، ۱۹۰۹. ص ۳۳۰).

به طور کلی ویژگی های شخصیت ضد اجتماعی را می توانیم اینگونه بیان کنیم:

۱- فریبندگی ظاهری بسیار و دارای هوش متوسط.

۲- تجاوز دایمی به حقوق دیگران.

۳- فقدان یا اضطراب، ندامت و شرمسازی در آنان.

- ۴- ضعف در قضاوت و پند نگرفتن از تجربه ها.
 - ۵- بی تفاوتی نسبت به توجه، مهربانی یا اعتماد دیگران به وی.
 - ۶- رفتار خیالپردازانه و ناخوشایند.
 - ۷- فعالیت جنسی بی بند و بار.
 - ۸- سوء استفاده از مواد مخدر.
 - ۹- ظهور رفتار ضد اجتماعی در پانزده سالگی یا زودتر.
 - ۱۰- دروغگویی و بی صداقتی.
 - ۱۱- فقدان روابط پایدار یا صادقانه با دیگران.
 - ۱۲- سوابق بزهکاری و سابقه فرار از خانه و مدرسه. (ستوده. ۱۳۱۹. ص ۱۲۰)
- افرادی که مبتلا به اختلال شخصیت ضد اجتماعی هستند از نظر ساختار روانشناختی به کودکان ده ساله شباهت دارند. هیچ یک از آنها نمی توانند مسئولیت بپذیرند، هر دو شکل درک دیگران را دارند و هر دو بسیار غیر انتزاعی فکر می کنند. (دیوید آل و همکاران، ۱۹۰۹. ص ۳۳۱).
- در DSM- IV معیارهای تشخیصی اختلال شخصیت ضد اجتماعی به صورت زیر ارائه داده شده است.
- الف) اگر رفتار ضد اجتماعی از پانزده سالگی آغاز شود، سه یا بیشتر از خصوصیات زیر در فرد جدید می شود:

۱) غیبت از مدرسه (به استثنای سال آخر) حداقل ۵ بار در سال و در دو سال

(متوالی)

۲) اخراج دائم یا موقتی از مدرسه به خاطر رفتار نامطلوب.

۳) تخلف (بازداشت یا ارجاع به دادگاه به خاطر رفتار نادرست).

۴) فرار شبانه از منزل (حداقل ۲ بار از خانه شخصی یا استیجاری).

۵) دروغگویی مداوم.

۶) روابط مکرر نامشروع جنسی.

۷) استفاده مکرر از مشروبات الکلی و اعتیاد.

۸) دزدی.

۹) خرابکاری.

۱۰) نمرات درسی کمتر از حد انتظار یا سطح هوش فرد به صورت آشکار.

۱۱) قانون شکنی مداوم در خانه یا مدرسه.

۱۲) آغاز به دعوا و نزاع.

در مورد افرادی که به سن هجده سالگی رسیده اند از معیارهای دیگری برای

تشخیص شخصیت جد اجتماعی وجود دارد.

ب) از سن ۱۸ سالگی حداقل ۴ اختلال از موارد زیر در شخصیت های ضد

اجتماعی جدیده میش ود:

- (۱) عدم توانایی در ادامه دادن به کار صورتهای زیر:
- (A) تغییر زیاد شغل خود
B: بیکاری ممتد
- (C) غیبتهای مکرر
D: رها کردن کار بدون اینکه کار دیگری را در نظر داشته باشد.

- (۲) فقدان عملکرد مسئولانه پدری و مادری به صورت یکی از رفتارهای زیر:
- (A) سوء تغذیه فرزندان
B: بیمار شدن فرزندان در نتیجه فقدان حداقل مراقبتهای بهداشتی

- (C) عدم مراقبت دارویی هنگام
D: تکدی از همسایگان و اقوام برای غذا و بیماری شدید مسکن فرزندان

- (E) نگذاردن مراقبت برای فرزندان از ۶ سال وقتی که والدین در منزل نیستند
- (F) والخرجی در پولی که برای مخارج ضروری خانه مورد نیاز است.
- (۳) نپذیرفتن فرمهای اجتماعی و عدم احترام به قانون به یکی از شکلهای زیر:

- (A) دزدی کردن (B) مشاغل غیرقانونی (فروش مواد مخدر، گدایی، فاحشگی)
- (C) محکومیت به ظاهر جنایت.

- (۴) عدم توانایی در ایجاد رابطه با جنس مخالف و یا همسرخویش به صورتی که ۲ بار یا بیشتر طلاق و جدایی داشته، همسر خود را ترک کرده و در ارتباط

جنسی هرج و مرج طلب است (۱۰) یا بیشتر همخواه متفاوت داشتن در یک
(سال)

(۵) خشونت و پرخاشگری به صورت نزاعهای بدنی و حمله به دیگران و زدن
همسر یا فرزندان.

(۶) شکست در انجام تعهدات مالی به صورت کوتاهی در ادای قرض، حمایت مالی
نکردن از فرزندان و وابستگان خویش به صورت متعارف یا معمول.

(۷) نداشتن یک طرح قبلی برای کار خویش یا تصمیم گیری های فوری و آنی مثل

اینکه بدون هدف روشنی از یک محل به محل دیگر مسافرت می کند و معلو
نیست چه موقعی به سفر خود پایان می دهد.

(۸) نسبت به حقیقت بی توجه است به صورتی که مکرراً دروغ می گوید و یا از
نام مستعار استفاده می کند.

(۹) بی باکی به صورتی که در حالت مستی رانندگی می کند و یا همواره به سرعت

اتومبیل خود می افزایشد. (احمدی. ۱۳۷۴. ص ۲۶۱)

علل رفتار ضد اجتماعی:

اختلال شخصیت ضد اجتماعی دیرپا و دوام دار است. اگر این اختلال در کودکی

و یا اوایل نوجوانی ظاهر شوند اختلال سلوکی نامیده می شود و ممکن است تا

بزرگسالی ادمه یابد. در مورد علل این اختلال شخصیت، می توانیم به زمینه خانوادگی و اجتماعی، نارسائی های یادگیری، وراثت و بدعملکردی فیزیولوژیایی دستگاه عصبی مرکزی عوامل زیست شناختی و ... اشاره کنیم که در بحث زیر به تکو تکو آنها اشاره خواهیم کرد.

به نظر می رسد که افراد دارای شخصیت سایکوپات، معیارهای اخلاقی جامعه را درون نشناخته اند. بنابراین، طبیعی است که منابع تحول روانی - اخلاقی آنها به ویژه زمینه اجتماعی و خانوادگی به عنوان یکی از علل این اختلال مورد بررسی

قرار گیرد. شواهدی در دست است که نشان می دهد رفتار ضد اجتماعی با تجربه های دوران کودکی مبتلایان در رابطه است. بسیاری از مطالعات برآن دلالت دارند که از دست دادن یکی از والدین به دلایل مرگ، طلاق، جدایی و یا بستری شدن طولانی در بیمارستان، با ظهور رفتار ضد اجتماعی در آینده هیستگی دارد. (گری گوری^۱، ۱۹۵۸؛ گریر^۲، ۱۹۸۷؛ اولتمن^۳ و فریدمن^۴، ۱۹۶۷). همچنین مطالعات دیگر

نشان داده است که هر قدر رفتار ضد اجتماعی شدیدتر باشد این احتمال که فرد جدایی و محرومیت از والدین را تجربه کرده باشد، بیشتر است. اکثر محققان می

1- Gregory
2- Greer
3- Oltman
4- Fridman

گویند محرومیت از والدین فی النفسه و به خودی خود موجب ظهور رفتار ضد اجتماعی نمی شود، بلکه فضای هیجانی که به طلاق سرعت بخشیده و رویدادهای بعد از آن در شخصیت جد اجتماعی موثر است. مثلاً مشاجرات و دعوای شدید، درگیری ها، هرج و مرج ها، می بارگی، بی ثباتی والدین و بی توجهی پدر از عوامل عمده ایجاد کننده فضای هیجانی ضایعه گر محسوب می شود. (اسمیت^۱، ۱۹۷۸) در تحقیقی که رابینز در سال ۱۹۶۶ انجام داد یافته های مشابهی به دست آمد. وی گروهی از این افراد را در یک کلینک هدایت کودک مورد مطالعه قرار داد. در این کلینک گزارش های روان شناختی و جامعه شناختی دقیقی درباره مشکلات و شرایط خانوادگی کودکانی که به کلینکی ارجاع شده بودند، تهیه شد. وقتی این کودکان بزرگ شدند با کودکان گروه کنترل که هیچ گاه به کلینک ارجاع نشده بودند، مورد مصاحبه و مقایسه دقیق قرار گرفتند. این بررسی معلوم ساخت که در حدود ۲۲ درصد از گروهی که به کلینک ارجاع شده بودند به عنوان شخصیت ضد اجتماعی مورد تشخیص واقع شدند، در حالی که فقط ۲ درصد از گروه کنترل چنین تشخیصی داشتند. (آزاد. ۱۳۷۸. ص ۲۹۲).

طبق نظریه یادگیری اجتماعی، رفتار ضد اجتماعی از الگوهایی که والدین فراهم می سازند نوع رفتاری که آنها پاداش می دهند، اثر می پذیرد. کودکی که یاد می

¹ - Smith

گیرد از راه جذاب بودن، دوست داشتنی بودن و توبه کار بودن می تواند از تنبیه معاف شود، ممکن است در آینده شخصیت ضد اجتماعی داشته باشد. کودکی که مرتباً با اظهار تاسف و قول اینکه «دیگر کار زشت را تکرار نمی کنم»، از تنبیه معاف شود، ممکن است یاد بگیرد که آنچه که مهم است، کردار نیست بلکه توانایی وانمود به توبه کاری و پشیمانی است. اگر همین کودک را از جهات دیگری نیز لوسش کنند و او برای کسب پاداش نیازی به انتظار کشیدن و یا کار کردن نداشته باشد در این صورت یاد نخواهد گرفت که در برابر ناکامی ها تحمل نشاندهد. شکی نیست که برخی الگوهایی که تعامل در خانواده ممکن است به رشد شخصیت ضد اجتماعی کمک کند الگوی دیگری از تعامل مربوط به والدین می شود. که در مهر ورزیدن یا پاداش دادن و تنبیه کردن به شیوه همسان عمل نمی کنند و در نتیجه نه رهنمودهای مشخصی برای رفتار در اختیار کودک قرار می گیرد و نه الگوی قابل اعتمادی که کودک بتواند آن را مبنای هویت خویش قرار دهد.

(اتیسون و همکاران. ۱۹۰۴. ص ۲۳۹).

لازم به یادآوری است که حضور یا عدم حضور پدر به خودی خود یک تعیین کننده کلیدی است برای جنایتکاری بعدی فرزندان نبود، بلکه عواملی از قبیل محبت مادری، عزت نفس، نظارت والدین، تفاهم زناشویی، و انحراف پدر در ظهور یا عدم ظهور بزهکاری و جرم، عامل موثری محسوب می شدند. یعنی اگر

مادر مهربان و دارای اعتماد به نفس بود، کودک تحت سرپرستی و نظارت دقیق قرار داشت، اختلاف بین والدین کم بود و پدر رفتار منحرف نداشت، جدایی و طلاق فی نفسه نمی توانست موجب رفتارهای ضد اجتماعی باشد. (آزاد. ۱۳۷۸،

ص ۲۹۴). مشاهدات کلک لی حاکی از آن است که افراد ضد اجتماعی در

یادگیری اجتنابی دچار نارسایی هستند. افراد دی به سرعت می آموزند که اوضاع

واحوال را پیش بینی می کنند. و از موقعیت های تنبیه کننده پرهیزند. اما افراد ضد

اجتماعی، شاید به دلیل کم انگیزگی و دلواپسی پائینی در چنین مواردی قصور می

ورزند. (همان منبع، ص ۲۹۵) تعدادی از روانپزشکان ژنتیک و وراثت را در بروز

رفتارهای ضد اجتماعی دخیل می دانند. افرادی که در خانواده های ناسازگار و

محروم از نظر عاطفی رشد کرده اند یا کسانی که والدین آنها رفتارهای ضد

اجتماعی دارند، بیشتر به این اختلال دچار می شوند. (کارن جی و همکاران.

۱۹۹۷. ص ۷۹).

براساس مجموعه ای از بررسی هایی که در میان دوقلوهای یک تخمکی و دو

تخمکی آشکار شده است یک رابطه قوی بین جرم و جنایت و عوامل ژنتیک

وجود دارد. در یکی از این نوع بررسی ها معلوم شده است که ۶۹ درصد از ۲۱۶

دوقلوی یک تخمکی مرتکب جرم و جنایی شده اند در حالی که فقط ۲۳ درصد از

دوقلوهای دو تخمکی همجنس جرم و جنایت مشابهی را انجام داده بودند.

همچنین میزان جنایتکاری میان دوقلوهای غیر همجنس، ۱۶ درصد یعنی کمتر از نصف میزانی است که در دوقلوهای همجنس ملاحظه گردیده است. (آزاد، ۱۳۷۸، ص ۲۹۶).

در مورد دوقلوها، کریسچن سن، با دسترسی به دفتر ثبت دوقلوهای دانمارکی، توانست گروه های غیر مشخصی از میان دوقلوهای جانی انتخاب کند و با مطالعه دریافت که شیوع رفتار ضد اجتماعی در دوقلوهای یک تخمکی بالاتر از دو تخمکی هاست. (۳۶ در مقابل ۱۲). (گوژه وهمکاران، ۱۳۶۴، ص ۱۱۹).

در مورد بررسی های فرزند خواندگی، این نتایج به دست آمد. در یک بررسی که از سوابق جنایی افراد فرزندخوانده در دانمارک به عمل آمد به این ترتیب بود که اسامی آنها و والدین واقعی آنان و اسامی والدین غیر واقعی آنان از اداره ثبت احوال گرفته شده و سپس سوابق جنایی این کودکان فرزندخوانده با والدین غیر واقعی و واقعی مورد مقایسه قرار گرفت. کمترین میزان جنایتکاری مربوط به

کودکانی بود که پدران واقعی و غیر واقعی آنان مرتکب جنایت نشده بودند. در حالی که وقوع جرم در کودکانی که پدران واقعی آنها سابقه جنایی داشتند اما پدران غیر واقعی چنین سابقه ای نداشتند، به طور قابل ملاحظه افزایش یافته بود، برعکس، هنگامی که پدران غیر واقعی دارای سابقه جنایتکاری بودند ولی پدران واقعی سابقه ای نداشتند. دصد جنایتکاری کودکان پایین بود. این موضوع بیانگر

آن است که تمایل به ارتکاب جرم و جنایت ارثی است. جالب این است که بدانیم بالاترین درصد وقوع جنایت مربوط به کودکانی بود که هم پدران واقعی و هم پدران غیر واقعی دارای سابقه جنایتکاری بودند. توجیه این مطلب چنین می تواند باشد که این کودکان تمایل به جنایتکاری را از پدران واقعی خود به ارث برده و رفتارهای جنایی را از پدرخانودگان خود آموخته اند. (آزاد. ۱۳۷۸. ص ۲۹۸). در یک مطالعه که از جانین مذکر که اکثرشان سایکوپات بودند، متوجه شدند که یک پنجم از بستگان درجه اول آنها سایکوپات و یک سوم آنها الکلی بوده اند. همچنین مطالعه دیگری که از زنان تبهکار که نیمی از آنها سایکوپات بودند نتیجه گرفتند که یک سوم بستگان مذکر آنها سایکوپات و نیمی از آنها الکلی بوده اند. از مطالعه بر روی اطفال در یک دارالتادیب متوجه شدند که یک سوم پدران و یک دهم مادران آنها سایکوپات یا الکلی بوده اند. (گوژه و همکاران. ۱۳۶۴. ص ۱۱۹).

دو مطالعه بر روی اطفال جانین و سایکوپاتها نشان داد که اگر این اطفال از ابتدای عمر به وسیله افراد غیر از بستگان نزدیک بزرگ شوند، باز هم شانس بروز رفتار جنایی و سایکوپاتی در آنها بیشتر از اطفالی است که در همان محیط بزرگ شده اند ولی پدر و مادر واقعی آنها جانی و سایکوپات نبوده اند. (همان منبع، ص ۱۱۹).

در بعضی نظریه ها، این اعتقاد وجود دارد که مردی که دارای کروموزوم اضافی Y است، تمایل به رفتارهای جنایی و تجاوزگرانه دارد. در واقع ۱/۵ درصد از جنایتکاران و متخلفان که مورد بررسی واقع شده اند دارای کروموزوم اضافی Y بوده اند. شواهد دیگر نشان می دهد که مردان دارای Y اضافی، بیشتر از محکومان عادی مرتکب جنایت شده اند. نظریه پردازان علت این امر را چنین بیان می کنند: افرادی که دارای کروموزوم Y اضافی هستند نسبت به مردان عادی از هوش کمتری برخوردارند و شاید این افراد به دلیل هوش کمتر به سختی بتوانند در برابر وسوسه های خود مقاومت کنند. احتمال دیگر این است که مردان دارای کروموزوم اضافی Y و هوش کمتر، نه تنها جرم بیشتری مرتکب شده محکومیت بیشتری دارند، بلکه از مواردی هستند که بیشتر از افراد عادی مورد بررسی واقع شده اند. (آزاد. ۱۳۷۸. ص ۲۹۷).

مطالعات دیگری که در زندانها صورت گرفته نشان داده اند که افراد ضد اجتماعی در مقایسه با سایر زندانی ها دیرتر یاد می گیرند که از یک ضربه برقی اجتناب کنند و در شرایط گوناگون دستگاه عصبی خودمختار آنها چندان مخالفتی ندارند. بر مبنای این یافته ها این فرضیه بوجود آمد که ممکن است دستگاه عصبی خودمختار آنها از همان آغاز تولد کم واکنش باشد. چنین کمبودی تعیین می کند که چرا از این گونه افراد این همه به شور و هیجان نیاز دارند و چرا به تهدیدهایی که اکثر

افراد را از ارتکاب اعمال ضد اجتماعی باز می دارند به شیوه‌ی عادی پاسخ نمی دهند. (اتکینسون و همکاران. ۱۹۰۴. ص ۲۳۸).

گروهی دیگر از محققان در پی یافتن تفاوت های فیزیولوژیایی در افراد ضد اجتماعی و افراد عادی برآمدند به بسیاری از تفاوت ها دست یافتند. مثلاً معلوم شده است که عده زیادی از افراد ضد اجتماعی دارای امواج مغزی غیر عادی هستند. یکی از این نابهنجاری ها کندی امواج است. چنانکه می توان گفت: امواج مغزی آنان شبیه به کودکانی است که خود نشانه ای است از نارسایی در رشد مغز

آنان. دومین اختلال، دندانانهای مثبتی است که در امواج مغزی افراد ضد اجتماعی ملاحظه می شود. این دندانانها ناگهانی بوده و مربوط به انفجارهای کوچکی است که از فعالیت مغز ناشی می شود. در امواج مغزی ۴۰ تا ۴۵٪ از افراد ضد اجتماعی چنین دندانانهای جدیدی شده است. در حالی که در جمعیت عادی این دندانانها در حدود ۱ تا ۲ درصد است. دندانانهای مثبت با رفتارهای تکانه ای و خشونت

بار همراه است، به نحوی که در اکثر افرادی که مرتکب اعماب خشونت آمیز می شوند. دندانانهای مثبت وجود دارد و این افراد اظهار گناه یا اضطراب درباره عمل خود نمی کند. این یافته ها به چند دلیل جالب و قابل تامل هستند. نخست اینکه اگر این احتمال وجود دارد که افراد ضد اجتماعی از رشد نایافتگی کرتکس رنج می برند. بنابراین، باید با رشد بیشتر کرتکس، رفتار ضد اجتماعی از رشد یافتگی

کرتکس رنج می برند. بنابراین باید با رشد بیشتر کرتکس رفتار ضد اجتماعی آنان کاهش یابد. بررسی های انجام شده این موضوع را تایید می کنند، به ویژه بین سی الی چهل سالگی، بهبودهای مشخص و معنی داری در رفتار افراد سایکوپات ملاحظه شده است. دوم اینک وجود دندان‌های مثبت از یک سو نشان دهنده یک اختلال ناگهانی و موقتی در فعالیت امواج مغز و از سوی دیگر غیر عادی بودن کنش دستگاه لیمبیک است. دستگاهی که دقیقاً مسئول کنترل هیجان و انگیزه است. ناتوانی افراد ضد اجتماعی در اجتناب بعضی از رفتارها و صرف نظر کردن از لذات به نظر می رسد که شبیه به ناتوانی حیواناتی است که از ناحیه سپتال^۱ مغز آسیب دیده اند. بنابراین حضور افراد سایکوپات در یادگیری ارتجاع تنبیه آمیز ممکن است ناشی از اختلالات فیزیولوژیایی آنان باشد. به این ترتیب ممکن است عوامل زیستی در افراد ضد اجتماعی بیش از سوء نیت آنان موجب اختلال شخصیت و رفتار ضد اجتماعی گردد. (آزاد. ۱۳۷۸. ص ۲۹۷).

یافته های EEG بیماران مبتلا به شخصیت ضد اجتماعی شامل یافته های زیر است: ۵۰٪ موارد امواج آهسته θ (تتا) منتشر گسترده دارند حدود ۵۰٪ پدیده های «اسپایک مثبت» یعنی دوره های فعالیت در لوب گیجگاهی دارند، فرض شده است که این تغییرات با حملات پرخاشگری رابطه دارند. که همین پدیده در ۱۰٪ افراد

¹ - septal

سالم هم جدیده می شود. هیل^۱ در سال ۱۹۵۲، فعالیت موج آهسته نابهنجار را در لوب های گیجگاهی ۱۴٪ بیماران شدیداً پرخاشگر مبتلا به اختلال شخصیت ضد اجتماعی مشاهده نمود.

کودکان نیز امواج آهسته بیشتری نسبت به بالغین نشان می دهند. مطالعات پتانسیل های فراخوانده قرائنی به نفع انگیزش پایین اتونومیک یافته اند. گفته شده است که رفتار ضد اجتماعی برای جبران این تغییر از طریق تحریک بیشتر پدید می آید. (رات و همکاران. ۱۹۸۱. ص ۱۷۰).

¹ - Hill

سابقه تاریخی

طبقه بندی شخصیت ها مفهومی کهنه است مثلاً بقراط چهار نوع شخصیت (شرح

داد: صفراوی، بلغمی، دموی، سوداوی. (پدریگ رایت و همکاران. ۱۹۸۱. ص ۱۶۵)

رساله پریچارد رد سال ۱۸۳۵ به نام «مقاله ای در جنون و سایر اختلالات موثر بر

شعور» را می شود نخستین تعریف از رفتاری دانست که امروزه شخصیت ضد

اجتماعی خوانده می شود. پریچارد تحت عنوان «مجنون اخلاقی» این اختلال را به

صورت زیر تعریف کرد: به نظر می رسد که قوای هوشی سالم مانده و یا آسیب

جزئی می بیند و اختلال اساساً در خلق، احساسات و عادات متظاهر می گردد. در

این عراضه اصول اخلاقی و عقاید فرد به شدت دچار انحراف شده، قدرت

حکومت بر نفس از بین رفته و شخص قادر هدایت نفس نبوده و دچار نوعی تغییر

مرضی می گردد».

به عقیده گرافت^۱، پریچارد در این تعریفمثالی از «انواع امراض روانی موقتی» نشان

می دهد که مواردی که او تعریف کرده احتمالاً اختلالات عاطفی بوده اند. گرافت

در واقع حامی عقیده کلاستون^۲ است که می گوید: پریچارد موارد زیادی از این

¹ - Graft

² - Clouston

بیماری را تعریف کرده و لیکن من در طبقه بندی خود اکثراً آنها را در گروه معانی ساده قرار می دهم»

کلاستون همچنین در مورد اطفال اشاره می کند که آنهایی که به علت یک آسیب و نقص دفاعی ارثی قابل تعلیم اخلاقی نیستند یا قدرت تشخیص نیک و بد را ندارند آنها را من توان مثل دیگران فراوان جدیده ام و به این افراد ممکن است به علت عدم رشد برجسب مجنون اخلاقی بزنند. (ساوئل گوزه و همکاران. ۱۳۶۴، ص ۱۱۲). گرافت اشاره می کند که پریچارد «اخلاق» را به سه معنی به کار می برند.

اول در اشاره به درمان اخلاقی که منظورش درمان روحی است. دوم در اشاره به واکنش های عاطفی یا هیجانی در مقابل واکنش های هوشی. و سوم در اشاره به تشخیص نیک و بد. در اکثر موارد پریچارد اخلاق را به دو معنی اول به کار برده و ندرتاً به معنی و سوم.

گرافت همچنین متوجه شد که بنیامین راش^۱ در سال ۱۸۱۲ آشفستگی استعدادهای

اخلاقی را باین ترتیب مورد توجه قرار داد: استعداد و قدرت اخلاقی، وجدان و ایمان به خدا گاهی دچار آشفستگی می شود. دوک سالی^۲ مثال برجسته ای می زند. و از این آشفستگی عمومی قوای اخلاقی، در شخصیت مرد جوانی به نام شروین که

¹ - B. Rush

² - Duke sully

جز خدمه او بود و بعد از عمری شرارت، در حالی جان داد که منکر خدای خود بود. مستر هاسلام^۱، در بیمارستان دو مورد از این عارضه تعریف کرده یکی پسر

سیزده ساله ای که کاملاً از وضع خود خبر داشت و اغلب می پرسید؛ چرا خدا مرا مثل آدم های دیگر خلق نکرده است؟

و دیگری زنی جوان که مجموعه ای از انواع شرارت ها بود در حال بیداری هرگز دست از شیطنت بر نمی داشت مگر اینکه به طور مداوم به کاری مشکلی واداشته می شد. که در همه انواع این محرومیت های اخلاقی احتمالاً قسمتهایی از دو

جسم که مربوط به استعدادها و توانایی های اخلاقی است آسیب شدیدی می بیند. گرفت نتیجه گرفت که راش با آگاهی بیشتری در مورد این عارضه سخن می گوید و گروهی را تحت تعریف خود می آورد که علی رغم قوای هوشی خوب، همه عمر علائم شرارت را بدون احساس شرم از خومد بروز داده و رفتارشان با نتایج اعمالشان و یا احترام به دیگران تغییری نیافته است.

اختلال در مورد مفهوم «جنون اخلاقی» از اینجا ناشی می شود که آیا مجنون اخلاقی باید در بیمارستان روانی نگاه داشته شود. یا خیر؟ و نیز این سوال پیش آمد که از نظر قانون باید یک بیمار روانی شناخته شود یا خیر؟ این مسأله با جلب توجه به سوی همه اختلالات شخصیت به تدریج از اهمیت افتاد.

¹ - Mr. Haslam

در سال ۱۸۸۹، کخ^۱، اصطلاح «پستی سایکوپاتیک» را در مورد تمایل ارثی به خیلی از انحرافات شخصیت از جمله بعضی از آنها که امروزه تحت عنوان «نوروز» شناخته می شود به کار برد.

کریپلین^۲، کان^۳، و اشنایدر^۴ طبقه بندی های مختلف اختلالات شخصیت را پیشنهاد کردند. اشنایدر این تعریف را از شخصیت سایکوپاتیک می دهد: همه آن شخصیت های آنرمال که از عدم تعادل خود رنج برده و یا موجب آزار جامعه می شود که گروه خیلی وسیع تری از عقب ماندگی اخلاقی را شامل می شود.

اصطلاح شخصیت سایکوپاتیک گاهی در مورد همه شخصیت های منحرف و گاهی در مورد گروهی محدود سایکوپاتهای ضد اجتماعی یا خشن به کار رفته است. بالاخره برای پایان دادن به این آشفتگی در سال ۱۹۵۲ جامعه روان پزشکی آمریکا اصطلاح اختلال شخصیت سایکوپاتیک را در راهنمای تشخیص و آماری I (DSM-I) در مورد گروه آخر سایکوپاتهای ضد اجتماعی انتخاب نمود.

در حالی که عده ای سایکوپاتیک و سوسیوپاتیک را مکرراً به جای هم به کار می برند. عده ای دیگر معتقد بودند که سوسیوپاتی فقط نوعی از سایکوپاتی است. در

¹ - Khoch

² - Kraepelin

³ - Kahn

⁴ - SCHNRIDER

اقدام بیشتر برای کاهش آشفته‌گی اصطلاح «شخصیت ضد اجتماعی» را در راهنمای بعدی تشخیصی و آماری جامعه روانپزشکی امریکا (DSM- II) و طبقه بندی بین المللی امراض (ICD- 8) به عنوان تشخیص رسمی سوسیوپات یا سایکوپات ضد اجتماعی برگزیده است. (گوزه. ۱۳۶۴. ص ۱۲۲).

همه گیر شناسی:

آمار دقیق در مورد شیوع اختلال شخصیت ضد اجتماعی وجود ندارد. شاید علتش

عدم توافق در تعریف این عارضه باشد و علت دیگر این است که معلوم نیست

چند درجه این افراد با روانپزشکی رد می شوند. معهذاً سایکوپاتی در موسسات

روانپزشکی ببه وفور جدیده می شود و معمولاً علت مراجعه الکلیسم و افسردگی

است یا موقعیتی که مداوای روانپزشکی یک امر الزامی بیمار می گردد. در یک

مطالعه ۱۵٪ مذکر ها و ۳٪ مونث هایی که به درمانگاه روانپزشکی مراجعه نمودند

سایکوپات شناخته می شدند. تخمین غیر مستقیم این عارضه در جمعیت عمومی

براساس آمار شرارت نوجوانی^۱ و درگیری های مختلف با پلیس حاکی از این

است که سایکوپاتی عارضه ای شایع و در حال افزایش است. و بیشتر در جنس

مذکر جدیده می شود. البته این بدان معنا نیست که در مونث ها چنین اختلالی

اصلاً وجود ندارد. به علاوه در نواحی شهرنشین بیشتر از روستاها این عارضه

وجود دارد و در گروه های پست اقتصادی اجتماعی خیلی شایع تر است. (گوزه و

همکاران. ۱۳۶۴. ص ۱۱۴).

مطالعات جدید بیانگر این است که اختلال شخصیت ضد اجتماعی در مردها ۱

درصد است (پسرهای مبتلا به این اختلال در مقایسه با دختران از خانواده های

¹ - Jvenile delinquency

پرجمعیت تری برخاسته اند. شروع اختلال قبل از پانزده سالگی است. دختران قبل از رسیدن به بلوغ علائم این اختلال را پیدا می کنند و پسرها زودتر از بلوغ در میان زندانی ها میزان شیوع این اختلال ممکن است تا ۷۵٪ نیز برسد. (کاپلان، ۱۹۲۷، ص ۴۹۱).

ویژگی های بالینی:

شخصیت ضد اجتماعی در کودکی یا اوایل نوجوانی شروع می شود. نخستین علائم آن ممکن است سندرم طفل هیپراکتیو^۱ بلشد بی قراری، میدان توجه کوچک، و عدم و تنش به انضباط از علائم شایع آن است. نزاعهای مکرر که منجر به درگیری افراد بالغ می گردد و سابقه اسباب درد سر در منطقه سکونت کردن در اثر موارد وجود دارد. (گوژه و همکاران، ۱۳۶۴، ص ۱۱۵).

شخصیت های ضد اجتماعی معمولاً با ظاهر عادی، حتی فریبنده و راضی کننده مشاهده می گردد. شخصیت های ضد اجتماعی، غالباً در مصابحه به وسیله غیر

همجنس با رفتار اغواگرانه و پر رنگ وی را تحت تاثیر قرا رمی دهند، اما در معاینه به وسیله پزشک همجنس، صحنه ساز و پر توقع به نظر می رسند. شخصیت های ضد اجتماعی فقدان اضطراب و افسردگی از خود نشان می دهند که با موفقیت آنان هماهنگی ندارد. (کاپلان، ۱۹۲۷، ص ۴۹۲)

¹ - Hyperactive child Syndrome

اما در مورد اضطراب و داشتن یانداستن افراد ضد اجتماعی باید ذکر کنیم که در یک بررسی که فردی به نام اسکالینگ^۱ در سال ۱۹۷۸، انجام داد مشخص شد که گرچه افراد ضد اجتماعی کمتر از سایر افراد نگران و دلواپس به نظر می رسند ولی تمام شانه های بدنی و عضلانی اضطراب را تجربه می کنند مثل، ضربان قلب بالا، تنگی نفس، تنیدگی عضلات و ... اگر اضطراب را به بخش شناختی یعنی نرگانی و فیزیولوژیایی یعنی پاسخ های بدنی نسبت به ترس تقسیم کنیم، به نظر می رسد که شخصیت های ضد اجتماعی فاقد شناختی اضطراب هستند. (آزاد، ۱۳۷۸، ص

۳۰۷).

توضیحات این افراد در مورد رفتار ضد اجتماعی شان، آنها را انسان هایی تهی و کوتاه فکر می نمایاند. تهدید به خودکشی و اشتغال ذهنی با ناراحتی جسمانی شایع است. معهذاً، محتوای ذهنی بیماران حاکی از فقدان کامل هزیان و تفکر غیر منطقی است. این بیماران اغلب معاینه کننده را با هوش کلامی خود تحت تاثیر

قرار می دهند. (کاپلان، ۱۹۲۷، ص ۴۹۸).

علائم تبدیلی^۲ (علائم عصبی غیر قابل توجیه)، در سایکوپاتها شایع است. در واقع بعد از هیستری دومین عارضه ای است که این علائم را بیشتر نشان می دهد. در

^۱ - Schaling

^۲ - Conversion

میان سایکوپاتها این علائم رابطه مشخص با استرسهای اجتماعی مثل درگیری با پلیس دارند. سندرم بریکه^۱، در سایکوپاتها دیده می شود. خیلی از زن های هیستریک سابقه سایکوپاتی داشته اند و خیلی از دختران ضد اجتماعی و ناسازگار بعد از بلوغ ممکن است به زنان هیستریک تبدیل شوند. (گوژه و همکاران. ۱۳۶۴. ص ۱۱۷)

شخصیت های ضد اجتماعی بیشتر در افرادی که اصطلاحاً «مردان گوش بر یا گول زن^۲» خوانده می شوند، تشخیص داده می شود. این افراد در به بازی گرفتن دیگران بسیار استاد هستند و به راحتی می توانند دیگران را برای شرکت در طرح هایی که برای به دست آوردن پول و شهرت نزدیکترین راه شمرده می شود راغب سازند. که غالباً به خسارت مادی و شرمسازای اجتماعی و یا هر دو آنان منجر می شود، شخصیت های ضد اجتماعی حقیقت را نمی گویند و نمی توان در مورد انجام وظایف و رعایت اصول اخلاقی مرسوم به آنها اعتماد نمود. بی مبالاتی جنسی، برد رفتاری با همسر و فرزند، رانندگی در حال مستی از اتفاقات معمول را در زندگی این بیماران است. (کاپلان. ۱۹۲۷. ص ۴۹۲)

¹ - Briquet

² - Con men

زود ازدواج کردن بخصوص در دختران سایکوپات فراوان دیده می شود. در واقع عده کمی از این دخترها ازدواج نمی کنند. ازدواج آنها با جنایت، جدایی و طلاق مشخص است. سایکوپاتها مذکر نیز همین اشکالات ازدواج را دارند. سایکوپاتها بیشتر مایل هستند با افراد سایکوپات دیگر ازدواج کنند. این موضوع بیشتر در دخترها صادق است. (گوزه و همکاران. ۱۳۶۴. ص ۱۱۶).

تشخیص افتراقی شخصیت ضد اجتماعی:

اخلاق شخصیت ضد اجتماعی را می توان از رفتار غیر قانونی با توجه به اینکه اختلال شخصیت ضد اجتماعی زمینه های تعدادی از زندگی مشخص را شامل می گردد، تشخیص داد. اگر رفتار ضد اجتماعی تنها تظاهر اختلال بوده باشد، در DSM- IV در طبقه موسوم به شرایط غیر قابل انتساب به اختلال روانی طبقه بندی می شود. دوروتی لوئیس نشان داده است که بسیاری از این بیماران

اختلالات عصبی و روانی دارند که نادیده مانده است. تشخیص شخصیت ضد اجتماعی از سوء مصرف دارویی مشکلتر است. وقتی شخصیت ضد اجتماعی و سوء مصرف دارو توأمأ در کودکی شروع شده و تا پس از بلوغ ادامه یابد، هر دو اختلال باید شخصیت ضد اجتماعی جایز نیست. در تشخیص اختلال شخصیت

ضد اجتماعی توجه به آثار دگرگون کننده عواملی مثل طبقه اجتماعی، زمینه فرهنگی و جنسیت در تظاهرات آنها حائز اهمیت است. به علاوه تشخیص اختلال شخصیت ضد اجتماعی در صورتی که عقب ماندگی ذهنی، اسکیزوفرنی یا مانی بتوانند علائم را توجیه کنند، جایز نیست. (کاپلان. ۱۹۲۷. ص ۴۹۲).

تشخیص افتراقی شخصیت ضد اجتماعی می تواند شامل الکلیسم، اعتیاد دارویی، هیستری، اسکیزوفرنی، و مانی و سندرم ارگانیک معززی باشد. الکلیسم و اعتیاد از عوارض شایع سایکوپاتی بوده و موجب تشدید رفتار ضد اجتماعی و جنایی می گردد. معهدا در بعضی از موارد هم الکلیسم و هم اعتیاد زمینه را برای بروز رفتار ضد اجتماعی فراهم می کند در این موارد وجه تشخیصی سن شروع عارضه است که معمولاً بعد از پانزده سالگی بوده و به دنبال استفاده از الکل و مخدرات ظاهر می شود. وقتی رفتار سایکوپاتیک، الکلیسم و اعتیاد همه در یک زمان و قبل از پانزده سالگی شروع شوند، فقط تعقیب فرد می تواند پزشک را به تشخیص واقعی

راهنمایی کند و اغلب امکان افتراق سایکوپاتی از الکلیسم و اعتیاد درهمچون مواردی وجود ندارد. خیلی از زنان سایکوپات و ندرتاً مردان بعدها به هیستری مبتلا می شوند. به علاوه در مطالعه سوابق هیستریک گاهی معلومی شود که در فامیل این افراد سایکوپات و ناسازگاری عارضه شایع بوده است. می توان گفت هیستری سوسیوپاتی تواماً در یک خانواده زیاد دیده می شوند، همه این ملاحظات

حاکمی از آن است که تشخیص افتراقی بین هیستری و سایکوپاتی شاید مستلزم شناخت کامل عوارض مسلط هر یک از این دو بیماری باشد. عده کمی از اسکیزوفرنی های مذکور سابقه رفتار سایکوپاتیک و ناسازگاری داشته و گروه کوچکی از سایکوپاتهای جوان بعدها اسکیزوفرنیک از آب در می آیند. معهذاً، اگر آثار اسکیزوفرنیک تا اوایل دهه سوم عمر شروع نشود، شانس شروع بعدی اش بسیار کم است. رفتار بعضی موارد مانعی زودرس به خصوص در زنان شکل سایکوپاتی به خود می گیرند. ندرتاً افتراق بین مانعی و سایکوپاتی اگر عارضه دوم با مصرف آمفتامین ها یا سایر اعتیادات دارویی توأم باشد مشکل ایجاد می کند، که تشخیص با تعقیب بیمار مسجل می شود. چون مانعی قبل از پانزده سالگی نادر است. سابقه رفتار ضد اجتماعی یا ناسازگاری قبل از پانزده سالگی باید بیشتر احتمال سایکوپاتی را ایجاد کند تا مانعی.

گرچه رفتار جنائی و ضد اجتماعی ممکن است در مصاحبه آسود خاطر و قابل اعتماد به نظر برسند. معهذاً این سندرم در کودکی و اوایل جوانی نادر است. (کوژه و همکاران. ۱۳۶۴، ص ۱۲۰)

بیماران مبتلا به اختلال شخصیت ضد اجتماعی ممکن است در مصاحبه آسوده خاطر و قابل اعتماد به نظر برسند معهذاً در پس این روکش (یا به اصطلاح هروری

کلک لی^۱، ماسک سلامت عقل)، تنش، خصومت تحریک پذیری و خشم نهفته است. مصاحبه استرس آمیز که در آن بی ثباتی های اظهارات شخص به طور جدی به رخ وی کشیده می شود، ممکن است برای روشن ساختن پسیکوپاتولوژی ضرورت پیدا کند. چنین بیمارانی حتی ماهرترین پزشکان را هم می توانند فریب دهند، بنابراین ارزیابی تشخیصی باید شامل معاینه عصبی کامل نیز باشد، زیرا این بیماران غالباً الکتروانسفالوگرافی غیر طبیعی و نشانه های عصبی ملایم دارند که یادگار آسیب مغزی جزئی در آن کودکی است، چنین یافته هایی را می توان برای تایید تشخیص مورد استفاده قرار داد. (کاپلان. ۱۹۲۷. ص ۴۹۱).

¹ - Hervey Gleckley

سیر و پیش گیری اختلال شخصیت ضد اجتماعی:

سایکوپاتی در اوایل عمر شروع می شود. گاهی شروع قبل از مدرسه است. به

ندرت ممکن است فرد سایکوپات دوره دبیرستان را بدون اشکال به پایان برساند.

اگر رفتار ضد اجتماعی و ناسازگاری تا سن پانزده سالگی شروع نداشت، احتمال

شروع بعدی آن کم است. این اختلال عود کننده بوده و از نظر شدت متغیر است.

برخی سایکوپاتها، البته موارد خفیف آن، بعد از بیست سالگی ممکن است بهبود

یابد. در موارد دیگر رفتار سایکوپاتیک تا حدود دهه چهارم عمر ادامه می یابد و

بعد کاهش می یابد. برخی از افراد سایکوپاتیک هرگز درمان نمی شوند و بهبود

نمی یابند. بهبودی اگر رخ دهد، معمولا سالها بعد از شروع رفتار سایکوپاتیک و

در واقع بعد از سپری شدن فرصت برای آموزش و تعلیم شغلی است. فرد

سایکوپات به ندرت آنقدر بهبود می یابد که بتواند گذشته ها را جبران کند و این

بهبودی در واقع چیزی بیش از یک نوع تطابق «مرزی» با اجتماع نیست. در بین

خیلی از سایکوپاتها حتی وقتی رفتار سایکوپاتیک کاهش می یابد، الکلیسم و اعتیاد

دارویی همچنان بر جای مانده و در تطابق دائم او با اجتماع ایجاد خلل می کند.

(گوژه و همکاران. ۱۳۶۴. ص ۱۱۸).

اختلال شخصیت ضد اجتماعی وقتی شروع شد سیر بدون پسرفت دارد و اوج

شدت آن معمولا در اواخر نوجوانی است. گزارشهایی وجود دارد که از کاهش

علائم با افزایش سن خبر می دهد. بسیاری از این بیماران دچار اختلال جسمانی کردن، شده و شکایات جسمی متعدد پیدا می کنند. افسردگی، الکلیسم و اعتیاد دارویی در آنها همانطور که در بالا گفته شد، شایع است. (کاپلان. ۱۹۲۷. ص ۴۹۲).

مشخص کردن اختلال شخصیت ضد اجتماعی:

رفتار ضد اجتماعی برای تشخیص اختلال شخصیت ضد اجتماعی کافی نیست. چنین رفتاری صرفاً نوعی رفتار ضد اجتماعی بزرگسالان محسوب می شود که در

DSM- IV به عنوان اختلال روانی نفی شده است. برای اینکه رفتارهای ضد اجتماعی اختلال شخصیت محسوب شوند، می باید دو ملاک اصلی برآورده سازند. اولاً این رفتار باید سابقه دار باشد. گرچه این تشخیص را نمی توان در مورد فرد زیر هجده سال اعمال کرد، ولی ملاکهای تشخیصی موجود به شواهد قابل ملاحظه اختلال رفتاری قبل از پانزده سالگی نیاز دارند. این شواهد می توانند

شامل دروغگویی دائمی، رفتار جنسی، پرخاشگرانه، ویرانگری، دزدی، تخریب و تخلف مزمن از مقررات از خانه و مدرسه باشند. ثانیاً رفتار اجتماعی موجود باید حداقل در سه نوع رفتار آشکار شده باشد که از جمله آنها می توان به موارد زیر اشاره کرد: پرخاشگری مکرر، بی ملاحظگی که دیگران را به خطر می اندازد، حقه

بازی، عدم پشیمانی، و بی مسئولیتی مداوم به گونه ای که در این گونه رفتارها دیده می شود؛ ناتوانی در پرداختن تعهدات مالی.

بنابراین اختلال شخصیت ضد اجتماعی با رفتارهای ضد اجتماعی مستمری تعریف می شود که در نوجوانی شروع دشه و در زمینه های گوناگون دوران بزرگسالی ادامه می یابد. (جدول ۳-۲ را ملاحظه فرمائید.) (دیوید آل و همکاران. ۱۹۰۹. ص

(۳۳۲)

دول _____ ج

www.kandoo.cn.com

درمان اختلال شخصیت ضد اجتماعی:

مسأله عمده در درمان افراد سایکوپاتیک، عدم علاقه وی به درمان یا هرگونه تغییر

یافتن است. عده بسیار اندکی از سایکوپاتها داوطلب معالجه و درمان هستند. تقریباً

همیشه دلیل مراجعه آنان فشار والدین، قضاوت و یا اولیای مدرسه است. به علاوه

وضع نابسامان خانوادگی، موقعیت مناسبی برای درمان بیمار ایجاد نمی کند. این

عوارض تا حدی رفتار ضد اجتماعی را کاهش می دهد. چون سایکوپات ها در

اوائل عمر به این اختلال مبتلا می شوند و در همان سنین این بیماری را تقریباً

آسان می توان تشخیص داد، بیماریابی و درمان به موقع شاید امید پیشگیری از این

اختلال را همراه داشته باشد. (گوژه و همکاران. ۱۳۶۴. ص ۱۲۱)

اولین گام در درمان افراد سایکوپاتیک گرفتن حال کاملی از مشخصات فردی

معاینه وضعیت روانی، معاینه جسمی و شرح حال جانبی است. در شرح حال

گیری بر موارد زیر تاکید فراوانی می شود:

- سابقه خانواگی خشونت.

- خشونت در کودکی

- اختلال سلوک یا بزهکاری در کودکی.

- سابقه قانونی شامل اتهامات برجسته که ممکن است در حصول شکل بالینی

عامل تسریع کننده بوده است.

- روابط فرد در کلیه زمینه ها.

- ناتوانی برای احساس پشیمانی.

- ارزیابی خطرناک بودن یا نبودن.

ارزیابی خطرناک بودن اسمیت اساسی دارد که مفیدترین شاخص برای خطرناک

بودن سابقه ایجاد خطر است. بیماری که هر زمان احساس ناکامی کند، اقدام به

تهاجم می کند. می توان انتظار داشت که وقتی باز هم احساس ناکامی کند، دست

به اقدام مشابه بزند. اگر تهاجم همیشه در متن سوء مصرف الکل و موارد روی

دهد، می توان منتظر بود که مصرف بیشتر آن ها تهاجم را تسریع کند. خطرناک

بودن مهمترین شاخص شدت این احتلال است. درمان پذیری¹ به احتمال

پاسخدهی بیمار به درمان اطلاق می شود. رهنمودهای روشنی برای ارزیابی آن

وجود ندارد. روانپزشکان مختلف ممکن است نظرات متفاوتی در مورد درمان

پذیری یک بیمار ارائه کنند. اگر بیمار سابقه درمان قبلی داشته است باید مفید بودن

یا نبودن آن را تحقیق و بررسی کرد. اگر سابقه درمان موثری وجود داشته باشد می

توان فرض کرد که درمان مشابه همان درمان ساق موثر واقع خواهد شد. اگر درمان

سابق، موثر نبوده است می توان فرض کرد که بیمار درمان پذیر نیست. در بسیاری

ممالک، درمان پذیر بودن از این نظر حائز اهمیت است که بیماران مبتلا به

¹ - Treatability.

اختلالات ضد اجتماعی در صورتی که درمان پذیر شمرده شوند فقط مطابق قوانین بهداشت روانی قابل مداوا هستند. اگر بیمار سابقه اختلال روانی نداشته باشد، بینش و تمایل به تغییر یافتن تعیین کننده های مهم درمان پذیری به شمار می آیند.

معهد، در صورت وجود آن هم بعید است که بیمار تحت قانون بهداشت روانی

واجد شرایط توقیف شدن باشد. (رایت و همکاران. ۱۹۸۱. ص ۱۷۱)

برای درمان و مداوای افرادی که به اختلال شخصیت ضد اجتماعی مبتلا شده اند می توان از روان درمانی و درمان دارویی استفاده کرد که در زیر به توضیح آنها

خواهیم پرداخت. رواندرمانی: اگر شخصیت های ضد اجتماعی از حرکت بازداشته شوند (مثلاً با بستری شدن در بیمارستان) غالباً تابع روان درمان می گردند.

شخصیت سایکوپات وقتی خود را میان افراد همسان می بیند، فقدان انگیزه برای تغییر یافتن در آنها تحلیل می رود. شاید به همین علت است که خودیاری بیشتر از

زندان و بیمارستان های روانی برای آنان مفید بوده است. قبل از شروع درمان ایجاد

محدودیت های صریح اهمیت اساسی دارد. درمانگر باید برای مدارا با رفتار

خودآزادانه بیمار راهی پیدا کند، و برای تسلط یافتن به ترس شخصیت ضد

اجتماعی از پیدایش صمیمیت میل به فرار او را از روابط محبت آمیز و بی ریای

انسانی خنثی نماید. برای این منظور درمانگر باید کنترل را از تنبیه و کمک و

رویارویی را از جداسازی اجتماعی و مجازات تفکیک نماید. (کاپلان، ۱۹۲۷، ص ۴۹۳).

این روش درمان تا حددی رفتار ضد اجتماعی را در بعضی از بیماران کاهش می دهد، اما نمی توان ادعا کرد که برای همه بیماران موثر است. شاخص عمده بهبود عدم بروز ارتکاب مجدد جرم در بیمارانی است که قبلاً به دلیل اختلالات خشونت آمیز محکوم شده بودند. (رایت و همکاران، ۱۹۸۱، ص ۱۷)

درمان دارویی: درمان دارویی برای توانایی برای علائم ناتوان مثل اضطراب، خشم یا افسردگی مورد استفاده قرار گیرد، اما چون این بیماران غالباً سوء مصرف دارو دارند، تجویز داروها باید با احتیاط صورت بگیرد. اگر قرائن اختلال بیش فعالی یا کمبود توجه وجود داشته باشد، از محرک های روانی مثل فنیدیت^۱ می توان استفاده کرد. سعی شده است به وسیله داروها متابولیسم کاتکولامین ها تغییر داده شده و رفتار ارتکانشی با داروهای ضد صرع، مثل سدیم و پروتئیت کنترل شود،

بخصوص اگر امواج غیر عادی در EEG دیده شود. (کاپلان، ۱۹۲۷، ص ۴۹۳).
داروهای ضد جنون سطح انگیزتگی را پایین آورده و فراوانی حملات پرخاشگری را (کاهش می دهند. تثبیت کننده های خلق بیماران پرخاشگر شدید را آرام می سازند. ضد افسردگی ها زمانی ممکن است عمل کننده باشند که یک جزء

¹ - Ritalin

افسردگی در آنها دیده شود و با خطر تسریع حالت مانعی با خشونت بیشتر، در مواردی که بیمار استعداد اختلال خلقی داشته باشد همراه هستند. بنزودیازپین ها ممکن است مهار گسستگی و تحریک پذیری واکنشی^۱ ایجاد کنند و بهتر است از تجویز آنها خودداری شود. (رایت وهمکاران. ۱۹۸۱، ص ۱۷۱).

¹ - Rebound

سایر اختلالات شخصیت:

تعداد اختلال شخصیتی دیگر نیز توصیف شده اند، اما به جز مواردی که مفصلاً

بحث کردیم، بقیه خودشان در ICD- 10 نیستند. لذا بهتر است از آنها زیاد سخنی

به میزان نیاید، زیرا آنها همه در اختلالاتی که قبلاً به طور مفصل شرح دادیم

گنجانده شده است. اما در اینجا به طور مختصر از آنها نام می بریم:

- اختلال بی ثباتی از نظر هیجانی: یک طبقه حد فاصلی میان اختلال شخصیت

ضد اجتماعی و اختلال شخصیتی مرزی است و بعضی از ویژگی های هر دو را

دارد. (رایت و همکاران. ۱۹۸۱. ص ۱۷۵).

- اختلال شخصیت بی کفایت:^۱ این شخصیت توصیف کننده ناتوانی کلی بیمار

در رفتار و تفکر به گونه یک فرد بالغ است. تشخیص بسیار تحقیر آمیز است و

از کاربرد آن باید پرهیز شود. (همان منبع، ص ۱۷۶).

- اختلال شخصیت ناپخته:^۲ این شخصیت نسبت به شخصیت بی کفایت جنبه

تحقیر آمیز کمتری دارد، معهذاً باز هم نباید مورد استفاده قرار گیرد. (همان منبع،

ص ۱۷۵).

¹-inadequate

²-immature

- اختلال شخصیت حساس^۱: کرشمر تویح می دهد که هزیان انتساب^۲ از این نوع شخصیت بر می خیزد. که گفته می شود بازتابی از احساس ناامنی پهراس بیمار است. (همان منبع، ص ۱۷۶)

- اختلال شخصیت افسرده: این افراد بدین ناتوان از احساس لذت، وظیفه شناس، فاقد اعتماد به نفس و به طور مزمن غمگین هستند. (کاپلان، ۱۹۲۷، ص ۵۰۵)

- اختلال شخصیت سادیستی: این افراد دارای الگوی نافذ رفتار خشن، تحقیرآمیز، و پرخاشگرانه نشان می دهند که در اوایل بزرگسالی شروع شده و متوجه افراد دیگر می گردد. (همان منبع، ص ۵۰۷).

¹ - Sensitive

² - Der

www.kandoo.cn.com

www.kandoo.cn.com

www.kandoo.cn.com

www.kandoo.cn.com

فصل سوم

www.kandoo.cn.com

www.kandoo.cn.com

www.kandoo.cn.com

www.kandoo.cn.com

www.kandoo.cn.com

www.kandoo.cn.com

www.kandoo.cn.com

www.kandoo.cn.com

www.kandoo.cn.com

جامعه تحقیق:

جامعه آماری مورد تحقیق در برگزیده افرادی است که سرپرست خود را به گونه

های مختلف از جمله شهادت از دست داده اند که از دبیرستانی که اینگونه افراد را

داراست انتخاب شده اند و نیز جامعه افرادی که دارای سرپرست هستند که از

دبیرستان عادی انتخاب شده اند.

نمونه و روش نمونه گیری:

گروه نمونه تحقیق در مجموع شامل ۶۰ نفر بوده اند که ۳۰ نفر به عنوان گروه

مورد مطالعه و ۳۰ نفر به عنوان گروه مقایسه در نظر گرفته شده اند که در مقطع

سنی ۱۵ تا ۱۷ سال بوده اند و همگی در مقطع اول دبیرستان تحصیل کرده اند و هر

دو در گروه مونث انتخاب شده اند.

نمونه ها به صورت تصادفی انتخاب شده اند که برای انتخاب گروه مورد مطالعه

به دبیرستان شهدا مراجعه دش و گروهی از خواهران آنجا با توجه به پایه تحصیلی

وسن مورد ارزیابی قرار گرفتند.

ابزار اندازه گیری و معرفی کامل آن:

در این رساله از فرم کوتاه ۷۱ سوالی **mmpi** استفاده شده است که از میان ۷۱ سوال، ۱۹ سوال مربوط به آیتم شخصیت ضد اجتماعی (pd) که محتوای اصلی رساله است، انتخاب شدند.

پرسشنامه تشخیصی مینه سوتا **mmpi** را می توان یکی از پرسشنامه های معتبر دانست. این پرسشنامه در سال ۱۹۴۳ به وسیله هات وی و مک کینلی در دانشگاه مینه سوتا ساخته شد که در ابتدا شامل ۵۶۵ سوال بود.

به منظور تسریع در تفسیر طرح نمره ها نظامهای مختلفی از اعداد رمزی نظامهای

مختلفی از اعداد برای تهیه نیمرخها پیشنهاد شده است. با استفاده از این نظامها و با

یک نگاه به نزجیره رمز عددی مقیاسها می توان پستی و بلندی نیمرخ روانی فرد را

مشخص کرد. برای تسهیل تفسیر نیمرخهای این پرسشنامه، اطلس کاربرد بالینی

mmpi تهیه شد. در این اطلس نیمرخهای رمزی و شرح حال کوتاه ۹۶۸۵ بیمار

به ترتیب ارائه نشده است. گام دیگری که در تحول تفسیر نمره های **mmpi**

برداشته شده است پرورش چند نظام کامپیوتری است که هدف آن تفسیر کاملاً

خودکار نیرمها است. برخی از این نظامهای کامپیوتری در هفتمین سالنامه اندازه

گیری های ذهنی تشریح و در مورد ارزیابی انتقادی قرار گرفته اند.

پرسشنامه شخصیتی چندوجهی مینه سوتا دارای انواع مختلف است. دتر فرم

انفرادی آزمون جمله ها روی کارتهایی چاپ شده است و آزمودنی باید آنها را به

سه گروه تقسیم کند. بعدها فرم گروهی این آزمون انتشار یافت که در آن جمله ها در یک کتابچه آزمون چاپ شده است و آزمودنی باید پاسخ های خود را در پاسخنامه یادداشت کند. هر دو فرم ویژه بزرگسالان ۱۶ سال به بالا هستند.

محتوای این آزمون گستره وسیعی دارد و شامل حوزه هایی است از قبیل تندرستی، علائم روان تنی، اختلالات دستگاه اعصاب، اختلالات حرکتی، نگرش های جنسی، مذهنبی و سیاسی و اجتماعی مسائل تحصیلی، شغلی، خانوادگی، ازدواج و بسیاری از جلوه های رفتاری روان نژندی یا روان پریشی از قبیل حالات وسواسی،

هزیان، توهم، بدگمانی، هراسها و گرایش های آزارگری و آزارپذیری. فرم اصلی پرسشنامه *mmpi* تا به حال به وسیله عده ای در ایران به کار برده شده است که باید آن را معلول نیاز فوری و مبرم آنها به آزمونهای روانی به خصوص نیاز به ابزاری دانست که آنها را در تشخیص و ارزشیابی شخصیت افراد ایرانی کمک کند. فرم کوتاه که شامل ۷۱ سوال می باشد با توجه به شرایط فرهنگی، ارزشهای قوی

و ملی، سوابق تجربی افراد ایرانی و یادگیری های اجتماعی در سال ۱۳۵۳ اقتباس شد.

در زیر به تعدادی از این تحقیقات انجام شده اشاره می شود:

اولین مطالعه توسط اخوت (۱۳۵۷) صورت گرفت. این پژوهش در مورد یک گروه ۳۰ نفری از معتادین بیمارستان های ونک انجام گرفت و روایی این فرم برای

جمعیت ایرانی مورد مطالعه (گروه معتادین) تایید شد. در پژوهش دیگری که اخوت در سال ۱۳۵۴ با بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی انجام داده است تفاوت معنی

داری در میزانه_____دای

Sc, Pa, L در حدود ۰.۵٪ و میزان های P و Hs و Pd, Hy و Pc در سطح ۰.۱٪ با

افراد عادی گزارش کرد. ولی در مقیاسهای MF, K, D تفاوت معنی داری دیده نشده است.

کاشانی در سال ۱۳۵۵ فرم ترجمه شده مینی مالت را در مورد نمونه ای از

نوجوانان بزهکار عادی به کار برده است. این تحقیق نشان داده است که بین

میانگین دو گروه به جز در میزانهای K, L تفاوت معنی داری در سطح ۰.۵٪ بین

میزان های دیگر وجود دارد.

روش تحقیق:

روش تحقیق در این رساله به صورت کتابخانه ای بوده است. همچنین از پایان نامه

های کارشناسی ارشد نیز استفاده شده است.

روش تحلیل داده ها:

روش تحلیل داده ها در این پژوهش بعد از محاسبه میانگین و انحراف استاندارد،

استفاه از فرمول t استیودنت بوده است.