

اختلالات شخصیت

شخصیت یک واژه عام است که برای توصیف الگوهای بارز رفتاری فرد در پاسخ به تجارب درون ذهنی یا بیرونی فرد به کار می‌رود؛ این الگوها قابل پیش بینی و پایدارند. اختلال شخصیت^۱ زمانی تشخیص داده می‌شود که اختلال رفتارهای فرد فراتر از حد تغییرات مشاهده شده در اکثر مردم باشد و یا صفات شخصیتی غیر قابل انعطاف و ناسازگارانه بوده و سبب ایجاد اختلال عملکرد و درماندگی شخص می‌شود. و معمولاً از نوجوانی شروع می‌شود. از آنجا که اختلال‌های شخصیت کل ساختار موجودیت فرد را در بر می‌گیرد، معمولاً متخصصان بالینی آنها را دشوارترین اختلال‌های روانی برای درمان می‌دانند. تشخیص دادن اختلال شخصیت به این علت دشوار است که خیلی از اختلال‌های شخصیت ویژگی مشابهی دارند.

اختلال شخصیت شایع و مزمن است. میزان شیوع آن در جمعیت عمومی ۱۰ تا ۲۰ درصد تخمین زده شده است. افراد دچار اختلال شخصیت اغلب بر چسب اعصاب خردکن، پرتوقع و انگلی دریافت می‌کنند و عموماً پیش‌آگهی آنها نامساعد محسوب می‌شود. حدود نیمی از تمامی بیماران روانپزشکی دچار اختلال شخصیت هستند که اغلب همراه با اختلالات محور I است.

علائم اختلال شخصیت، **برون دگر ساز (آلویپلاستیک)** است، یعنی می‌تواند محیط بیرون خود را تغییر دهد و بر نیازهای خود منطبق سازد و نیز خود-همخوان است. یعنی برای ایگوی فرد قابل قبول و پذیرفتنی است، لذا افراد دچار اختلال شخصیت از بابت رفتار غیرانطباقی خود احساس اضطراب نمی‌کنند.

طبق ویرایش آخر DSM، اختلال شخصیت عبارت است از تجارب درون‌ذهنی و رفتاری بادوام که بر ملاک‌های فرهنگی منطبق نیست. نفوذی غیرقابل‌انعطاف دارد، از نوجوانی یا جوانی شروع می‌شود، در طول زمان تغییر نمی‌کند و موجب ناخشنودی فرد و مختل شدن کارکردهایش می‌شود و حداقل در ۲ زمینه زیر آشکار می‌شود:

- ۱- شناخت ۲- هیجان‌پذیری ۳- عملکرد میان فردی ۴- کنترل تکانه

در DSM-IV-TR اختلالات شخصیت به سه دسته تقسیم می‌شوند:

¹ Personality disorder

دسته A: اختلال شخصیت پارانوئید، اسکیزوئید^۱، اسکیزوتایپی^۲. افراد مبتلا به این اختلالات اغلب عجیب و غریب و نامتعارف^۳ به نظر می‌رسند.

دسته B: اختلال شخصیت ضداجتماعی^۴، مرزی^۵، نمایشی^۶، خودشیفته^۷. افراد مبتلا به این اختلالات اغلب نمایشی، نامتعادل و هیجانی‌اند.

دسته C: اختلال شخصیت دوری‌گزین^۸، وابسته، وسواسی-جبری. افراد مبتلا به این اختلالات اغلب مضطرب و هراسان به نظر می‌رسند.

اختلالات شخصیت دسته A در بستگان بیمار مبتلا به اسکیزوفرنی شایع‌تر از گروه‌های شاهد است. همبستگی دو اختلال شخصیت پارانوئید و اسکیزوئید نسبت به اسکیزوتایپی کمتر است. اختلالات شخصیت دسته B نیز اساسی وراثتی دارند. اختلالات شخصیت ضداجتماعی با اختلالات مربوط به مصرف الکل رابطه دارد. افسردگی در خانواده مرزی‌ها شایع است. رابطه‌ای قوی میان شخصیت نمایشی و سندرم بریکه دیده شده است.

بیماری شخصیت دوری‌گزین اغلب سطح اضطراب بالایی دارد. حرکات تعقیب چشمی در بیماران با صفات درون‌گرایی و اعتماد به نفس اندک و شخصیت اسکیزوتایپی به صورت جهشی است. بالا بودن سطح اندروفین درونزاد ممکن است با بلغمی مزاج بودن فرد رابطه داشته باشد.

سطح ۵-هیدروکسی انیدول اسیدکه سوخت-ساز سروتونین است در افرادی که اقدام به خودکشی می‌کنند پایین است (همچنین در بیماران تکانشی و پرخاشگر). سروتونین باعث کاهش افسردگی، تکانشگری و نشخوار ذهنی در بسیاری از افراد می‌شود و می‌تواند احساس عمومی سلامتی و خوب بودن ایجاد کند.

پس از فروید، ویلهلم رایش اصطلاح **زره منش** را وضع کرد و منظورش سبک‌های دفاعی مشخصه‌ای بود که افراد به کار می‌برند تا از خود در برابر تکانه‌های درونیشان و نیز در برابر اضطراب بین‌فردی محافظت کنند. تاثیر اندیشه‌های رایش در نظریه‌های شخصیت مشهود است. برای مثال، صبغه‌ی منحصر به فرد شخصیت هر انسان را عمدتاً مکانیسم‌های دفاعی مشخص او تعیین می‌کنند.

افراد دچار اختلال شخصیت بدگمان از فرافکنی استفاده می‌کنند. در حالی که اختلال شخصیت اسکیزوئید با سازوکار انزوا ارتباط دارد.

یکی دیگر از خصایص محوری اختلالات شخصیت نوع روابط ابژه‌های درونی بیمار است. این دو دسته بازنمود درونی، یعنی بازنمودهای خود و بازنمودهای ابژه، نقشی اساسی در تشکیل شخصیت دارند و وجود مختلف آنها از طریق برونی‌سازی و همانندسازی فرافکنانه در روابط بین‌فردی متجلی می‌شود. بدین ترتیب دیگران مجبور به ایفای نقش خاصی در زندگی درونی بیمار می‌گردند. از این رو یکی دیگر از ویژگی‌های بیماران دچار اختلال شخصیت، نحوه خاص روابط بین‌فردی است، که ریشه در نوع روابطی دارد که بیمار با عینیت درونی خود برقرار می‌کند.

¹ schizoid

² schizotypal

³ Odd and eccentric cluster

⁴ antisocial

⁵ borderline

⁶ histrionic

⁷ narcissistic

⁸ avoidant

روانپزشک برای آن که بتواند به بیماران دچار اختلال شخصیت کمک کند، نخست باید دفاع‌های زیر بنایی آنها را بشناسد. دفاع، فرایند ذهنی ناخودآگاه است که تعارض بین ۴ قطب درونی را حل می‌کند: غریزه، واقعیت، افراد مهم و وجدان. دفاع‌ها در موثرترین حالت خود به ویژه در افراد مبتلا به اختلالات شخصیت می‌توانند اضطراب و افسردگی را به کلی از بین ببرند. مشخصه‌ی افراد اختلال شخصیت شاید این باشد که سازوکار دفاعیشان بسیار جزمی و مسلط است. با این حال هر بیمار از چندین دفاع استفاده می‌کند.

خیال‌پردازی (Fantasy) خیلی از کسانی که انگ اسکیزوئید به آنها زده می‌شود با خلق یک زندگی تصویری به ویژه دوستانه تصویری در درون خود به ارضای خود می‌پردازند.

تجزیه (Dissociation) تجزیه یا انکار آن است که فرد مثل **پولیانا** (شخصیتی داستانی که علی‌رغم همه قراین مخالف، با خوش‌بینی کورکورانه گمان می‌کرد همه چیز رو بهراه است) بجای حالات عاطفی ناخوشایند خود، حالات عاطفی خوشایند را بنشاند. کسانی که زیاد از آن استفاده می‌کنند، اغلب سطحی و نمایشی به نظر می‌رسند. رفتار این افراد یادآور نوجوانان مضطربی است که برای رفع اضطرابشان بی‌مهابا خطر می‌کنند. دلشان می‌خواهد از جذابیت و شجاعتشان تعریف شود. درمانگر باید بداند که این‌ها از سر بی‌دقتی دروغ می‌گویند و لذا نباید آرامش خود را از دست دهد، بلکه باید امکان برون‌ریزی اضطرابشان را بدهد. اغلب بهترین راه برخورد با تجزیه و انکار این است که درمانگر نیز از جابه‌جایی استفاده کند. بدین ترتیب که بالینگر با بیمار به صحبت درباره‌ی همان موضوع مورد انکار بپردازد، اما آن را در دل مسئله‌ای طرح کند که خطر و تهدید کمتری برای بیمار دارد.

جداسازی: جداسازی مشخصه افراد منظم و مهار شده است که اغلب انگ شخصیت وسواسی-جبری به آنها زده می‌شود. اینها برخلاف نمایشی‌ها، واقعیت را با تمام جزئیات به یاد می‌آورند بی‌آنکه هیچ حالت عاطفی در آنها پیدا شود. سلطه‌جویی بیمار ممکن است بالینگر را به ستوه آورد. بالینگر نباید خود را به دام تدافع با آنها بیندازد.

فراقکنی: مقابله با بیمار موجب خصومتی پایدار و نیز قطع زودرس مصاحبه می‌گردد. لازم نیست درمانگر با مدارکی که بیمار جمع کرده موافقت نشان دهد، بلکه باید از او بخواهد که بهتر است فعلاً در مورد صحت و سقم آنها صحبتی نکنند. فن فراقکنی متقابل که فن بسیار مفیدی است، بدین صورت است که درمانگر نخست احساس‌ها و ادراک‌های بیمار بدگمان را قبول می‌کند، سپس مصاحبه‌گر می‌تواند درباره‌ی انگیزه‌ها و احساس‌های واقعی بیمار، حتی اگر به غلط به کسی دیگر نسبت داده شده باشد صحبت کند و تدریجاً ائتلاف خود را با بیمار تحکیم بخشید.

دونیم‌سازی (Splitting): در دونیم‌سازی بیمار افرادی را که نظر دودلانه‌ای به آنها دارد، اعم از اینکه در گذشته بوده‌اند یا در حال، به دسته افراد خوب و بد تقسیم می‌کند.

پرخاشگری انفعال: در این نوع دفاع‌ها، خشم معطوف به خود است. این پدیده را در روانکاوی، مازوخسیم می‌نامند. شکست خوردن‌ها، تعلل کردن‌ها، رفتارهای ابلهانه، یا تحریک‌آمیز، لودگی‌هایی که باعث خفت نفس می‌شود، همگی مشمول عنوان پرخاشگری انفعالی است. بهترین راه برخورد با پرخاشگری انفعالی آن است که سعی شود بیمار خشم خود را بیرون بریزد (Ventilation).

کنش‌نمایی (Acting out): در کنش‌نمایی، خواست یا تعارض ناخودآگاه فرد مستقیماً به عمل در می‌آید و ابراز می‌شود تا فکر یا حالت عاطفی همراه آن وارد ناخودآگاه نشود. تندخویی‌ها، حمله‌های ظاهراً بی‌انگیزه، کودک‌آزاری، لابلایی‌گری‌های جنسی بدون قصد لذت، مثال‌های شایع کنش‌نمایی هستند. هرگاه امکان کنش‌نمایی از بیمار سلب شود، تعارضی که پشت این دفاع وجود دارد ممکن است مشهود گردد. بالینگر که در حین مصاحبه با کنش‌نمایی بیمار روبه‌رو می‌شود باید توجه

کند که بیمار تسلط خود را از دست داده است، اگر مصاحبه‌گر واقعا ببیند که از بیمار ترسیده، می‌تواند اتاق را بسادگی ترک کند و در صورت لزوم از پلیس کمک بگیرد.

هماندسازی برون‌فکنانه: عمدتاً بیماران اختلال شخصیت مرزی به کار می‌برند که از ۲ مرحله تشکیل می‌شود: ۱- فرد، یکی از ویژگی‌های خود را به شخص دیگر فرافکنی می‌کند. ۲- سعی می‌کند طرف مقابل را به همانندسازی با آن چه فرافکنی کرده وا دارد. ۳- گیرنده فرافکنی و شخص برون‌فکنی احساس می‌کنند مثل هم شده‌اند.

اختلال شخصیت بدگمان (پارانوئید)

اغلب متخاصم، تحریک‌پذیر و خشمگین، متعصب و جزم‌اندیش. کسانی که مدارکی دال بر تخلف افراد از قانون جمع می‌کنند. تقریباً هیچ وقت در جستجوی درمان بر نمی‌آیند و اغلب می‌توانند رنجیدگی خود را پنهان کنند. این اختلال در مردان شایعتر است و به نظر نمی‌رسد الگوی خانوادگی داشته باشد. با سبک دلبستگی بیمناک مشخص می‌شوند. تنش عضلانی، ناتوانی از آسوده بودن و منبسط کردن عضلات خود و نیاز به کاویدن محیط برای یافتن سرنخ‌هایی در آن ممکن است دیده شود. برخی از پیش‌فرض‌های آنها در بحث‌ها و جدل‌هایشان ممکن است غلط باشد، اما تکلم منطقی و متضمن مقصود است. خصیصه بنیادین اختلال شخصیت پارانوئید، شکاکیت و بی‌اعتمادی به دیگران است.

این بیماران تقریباً همیشه منتظر آنند که دیگران آنها را استثمار کنند و به آنها ضرر برسانند. این گونه بیماران احساسات خود را برون‌ریزی می‌کنند و دفاع مورد استفاده آنها فرافکنی است (انکار و دلیل تراشی هم بکار می‌رود). افکار انتساب به خود و خطاهای ادراکی که قابل دفاع منطقی است، در این بیماران شایع است.

بیماران حالت عاطفی محدودی دارند و ممکن است فاقد هرگونه احساس و هیجانی باشند. از اینکه مستدل و عینی می‌اندیشند به خود می‌بالند، در حالی که چنین نیست. قدرت و منزلت افراد آنها را تحت تاثیر قرار می‌دهد و اگر کسی ضعیف باشد به دیده‌ی تحقیر به او می‌نگرند. ممکن است فعال به نظر برسند حال آن که دیگران را فقط می‌ترسانند.

شخصیت پارانوئید از اختلال هذیانی اغلب بر این اساس قابل افتراق است که هذیان تثبیت شده‌ای در اختلال شخصیت پارانوئید وجود ندارد. از شخصیت مرزی بدین دلیل متمایز است که بیماران پارانوئید به ندرت می‌توانند مثل مرزی‌ها، روابطی بیش از حد ملاحظه‌جویانه و آشفته با دیگران برقرار کنند.

درمان انتخابی، روان‌درمانی است. روان‌درمانگر باید کاملاً صریح و رو راست باشد، باید روابط حرفه‌ای در پیش بگیرد، زیاد با بیمار صمیمی نشود. با تهمت‌زدن‌های هذیانی بیمار باید واقع بینانه، اما آرام و به نحوی غیرتحقیرآمیز برخورد کرد. آنها اگر ببینند کسی که به آنها کمک می‌کند، ضعیف است، به شدت وحشت‌زده می‌شوند.

اختلال شخصیت اسکیزوئید

ویژگی بارز این بیماری، سبک زندگی منزوی و عدم اشتیاق به برخورد های اجتماعی است. آنان را اغلب افرادی غیر عادی، درونگرا یا منزوی تلقی می‌کنند. در برخی مطالعات نسبت مرد به زن را در این اختلال ۲ به ۱ فرض کرده‌اند. در واقع برخی از پژوهشگران سه اختلال اسکیزوفرنیا، شخصیت اسکیزوئید و شخصیت اسکیزوتایپی را اختلال‌های طیف اسکیزوفرنی می‌خوانند.

آنها به ندرت تماس چشمی را تحمل می‌کنند و دلشان می‌خواهد مصاحبه هر چه زودتر تمام شود. شاد و شنگول بودن برای بیمار کار سختی است. سعی می‌کند خود را به زور اهل شوخی نشان دهد اما تلاش او خام و بیجا است. تکلم او هدفمند است. آنها گاه صنایع ادبی غیرمعمول، مثلاً استعاره‌های غریب به کار می‌برند.

ممکن است شیفته‌ی اشیای بی‌جان یا مفاهیم ماورای طبیعی باشند. ممکن است احساس صمیمیت ناموجهی نسبت به کسانی که خوب نمی‌شناسند دیده شود. وضعیت هوشیاری و شناخت آنها سالم است. حافظه خوب کار می‌کند و از ضرب-المثل‌ها تفسیری انتزاعی می‌دهند. زندگی جنسی آنها ممکن است منحصراً در خیال طی شود و روابط جنسی پخته را هر بار به وقتی دیگر موکول می‌کند. مردان مبتلا ممکن است هیچ وقت ازدواج نکنند، چون نمی‌توانند با کسی صمیمی شوند. اما زنان ممکن است منفعلانه به ازدواج با مردان پرخاشگر که خواهان چنین زنانی هستند تن دهند. آنها معمولاً هیچوقت نمی‌توانند خشم خود را مستقیماً ابراز کنند. اما می‌توانند مثلاً در امور فارغ از روابط انسانی مثل ریاضی و نجوم سرمایه‌گذاری عاطفی خرج کنند.

اغلب مجذوب مدهای غذایی و بهداشتی و نهضت‌های فلسفی می‌شوند. قابلیت شناخت واقعیت را به هیچ وجه از دست نمی‌دهند. گاه اندیشه‌های خلاق به ذهنشان خطور می‌کند. پارانوئیدی‌ها روابطشان از اینان بیشتر است.

شخصیت‌های وسواسی-جبری و دوری‌گزین‌ها اگرچه از نظر محدود بودن حالت هیجانی کاملاً شبیه اسکیزوئیدها هستند، اما تنهایی برای آنها ملال آور است. سابقه غنی‌تری از روابط ابژه‌های دارند و به اندازه اسکیزوئیدها دچار درخودماندگی و عزلت لذت‌بخش آن نمی‌شوند.

تفاوت شخصیت اسکیزوئید از اختلال درخودماندگی و سندرم آسپرگر این است که در دو اختلال اخیر تخریب تعاملات اجتماعی و رفتارها و علایق قالبی بیشتر است. اختلال شخصیت اسکیزوئید معمولاً در کودکی شروع می‌شود و مثل همه اختلالات شخصیت دیرپاست، اما الزاماً مادام‌العمر نیست.

تمایل و استعداد اسکیزوئیدها برای درون‌نگری با انتظارات درمانگر همخوانی دارد و این‌ها اگرچه ممکن است با درمانگر رابطه‌ای صمیمی برقرار نکنند، اما در روان‌درمانی فعالانه شرکت می‌کنند. در گروه‌درمانی این بیماران ممکن است مدت‌ها ساکت بمانند اما بالاخره مشارکت می‌کنند. نویدبخش‌ترین رویکرد برای درمان آن است که به این افراد کمک کند سبک ارتباطی خود را تغییر دهند که می‌تواند از فنون بازی نقش و مواجهه واقعی استفاده کند.

اختلال شخصیت اسکیزوتایپی

تفکر جادویی، عقاید منحصربه‌فرد، افکار انتساب به خود، خطاهای ادراکی و مسخ واقعیت، همه جزء زندگی هر روزه افراد اسکیزوتایپی است. این اختلال را براساس تفکر، رفتار و ظاهر منحصر به فرد بیمار تشخیص می‌دهند. اگر چه اختلال فکر واضحی ندارند اما تکلم متمایز و ویژه است، ممکن است معنایش را فقط خودشان بفهمند و اغلب نیازمند تفسیر است.

مثل اسکیزوفرنی‌ها ممکن است از احساسات خود با خبر نباشند اما به کشف احساسات دیگران به ویژه حالات عاطفی منفی مثل خشم بسیار حساسند و ممکن است اعتراف کنند که خطای ادراکی یا درشت‌بینی (ماکروسپی) دارند. در سابقه اسکیزوتایپی‌ها (در خانواده آنها) اسکیزوفرنی به وضوح دیده می‌شود که این شاید مبنای دیگری برای تمایز آنها از افراد دوری‌گزین باشد.

اسکیزوتایپ‌ها بخاطر نداشتن روان‌پریشی از اسکیزوفرنی‌ها قابل افتراق هستند. طبق یک دیدگاه، نشانه‌های اختلال شخصیت اسکیزوتایپی بیانگر شکل نهفته اسکیزوفرنی هستند. آنها ممکن است افکار عطفی داشته باشند، یعنی اعتقاد به اینکه رفتار دیگران یا موضوع یا رویدادی تصادفی که به آنها اشاره دارد. به سختی می‌توانند روابط نزدیک برقرار کنند. طبق تحقیقات انجام شده، ۱۰ درصد آنها بالاخره دست به خودکشی می‌زنند. امروز این دیدگاه رایج است که اختلال شخصیت اسکیزوتایپی شخصیت پیش‌مرضی (پره موربید) بیمار مبتلا به اسکیزوفرنی است.

اختلال شخصیت ضد اجتماعی

مشخصه بارز این اختلال، ناتوانی در تن دادن به هنجارهای اجتماعی حاکم بر رفتار مردم است. این بیماران تکانشی، خودخواه، مسئولیت ناپذیر، ناشکیبا و قادر به تحمل ناکافی نیستند و فاقد وجدان کافی می باشند. این اختلال مترادف با بزهکاری نیست. ICD-10 آن را شخصیت مردمستیز نامیده است.

برخی از متخصصان هنوز برای توصیف فردی که به این اختلال مبتلاست از اصطلاح سایکوپات^۱ یا سوسیوپات استفاده می کنند.

اولین بار فیلیپ پنیل آن را تشخیص داد و آن را نوعی دیوانگی دانست که طی آن فرد در حالی که تفکر منطقی خود را حفظ می کند، رفتارهای تکانشی و اخلاص گر نشان می دهد. این اختلال جنون اخلاقی نامیده شد.

کلکلی^۲ برای توصیف ناتوانی سایکوپات در واکنش نشان دادن مناسب به جلوه های هیجان پذیری از اصطلاح **زوال عقل معنایی**^۳ استفاده کرد. پوشش این رفتارهای تهاجمی و زنده یک لایه جذابیت سطحی و هوش ظاهری است. پسرچه هایی که مبتلا به این اختلالند، خانواده هایی بزرگتر از دخترچه های مبتلا به این اختلال داشته اند. این اختلال پیش از ۱۵ سالگی شروع می شود. و در گروه های اجتماعی - اقتصادی پایین تر شایع تر است.

حتی مجرب ترین بالینگران هم فریب اینگونه بیماران را خورده اند. در مصاحبه ممکن است خود دار و آرام و قابل اعتماد به نظر برسند. ممکن است برای تشخیص این اختلال از مصاحبه پرفشار استفاده شود، یعنی بخاطر تناقض هایی که بیمار در شرح حال ارائه داده است بشدت با وی مقابله شود.

اغلب ظاهری طبیعی و حتی گرم و دوست داشتنی دارند. آنها بالینگران جنس مخالف خود را اغلب تحت تاثیر جنبه های مبالغه آمیز و اغواگرانه شخصیت خود قرار می دهند. اما به چشم بالینگران جنسی خود ممکن است افرادی فریب کار جلوه کنند. این بیماران هیچ گونه افسردگی واضطرابی از خود نشان نمی دهند و این مغایرتی واضح با وضعیت آنها دارد. این بیماران هیچ وقت راست نمی گویند و هیچ وقت نمی شود به آنها اعتماد کرد. آنها هیچ وقت از کارهای خود پشیمان نمی شوند، انگار که اصلا وجدان ندارند.

اگر رفتار ضداجتماعی و سوء مصرف مواد هر دو از کودکی شروع شده باشند و تا بزرگسالی هم ادامه یافته باشند، هر دو تشخیص را باید مطرح ساخت. اما اگر رفتار ضداجتماعی به وضوح ناشی از اختلال دیگری باشد، مطرح ساختن این اختلال موجه نیست. با افزایش سن، رفتارهای ضداجتماعی آن کاهش می یابد. فرض شده است که پیری باعث کاهش صفات اختلال شخصیت مثل اختلال شخصیت ضداجتماعی، مرزی، نمایشی و خودشیفته می شود، به این حالت فرضیه رسش گفته می شود.

دیدگاه زیستی نارساییهایی در قطعه های پیشانی قشر مخ - از این عقیده که در ساخت ژنتیکی در این اختلال نقش زیادی دارد، حمایت شده است.

دیدگاه روان شناختی: از این فرضیه مبنی بر اینکه سایکوپات قادر نیست ترس یا اضطراب را «احساس» کند، حمایت شده است.

فرضیه بی باکی در دیدگاه کلی تری بنام فرضیه تعدیل پاسخ تحول یافته که اعلام می دارد افراد سایکوپات نمی توانند اطلاعاتی را که با اهداف اصلی آنها ارتباط ندارند، پردازش کنند.

¹ psychopath

² cleckley

³ Semantic dementia

رابینز دریافت که طلاق به خودی خود باعث نمی‌شود که کودک رفتار ضداجتماعی را پرورش دهد بلکه ناسازگاری بین پدر و مادر علت اصلی آن است.

متخصصان معتقدند افراد مبتلا به این اختلال فقط در صورتی رفتارشان را تغییر می‌دهند که متوجه شوند آنچه انجام داده‌اند غلط است. بنابراین هدف درمان این است که باید آنها را واداشت تا نسبت به خود و موقعیتشان احساس بدتری کنند. متخصص بالینی در انجام این کار باید ابتدا از رویکرد مواجهه دادن استفاده کند، به این صورت که نشان دهد ظاهرسازی و سرهم‌بندی کردن‌های درمانجو را باور نمی‌کند. روان‌درمانی در اغلب موارد دشوار و گاهی حتی غیر ممکن است. برای آن که بتوان درمان را آغاز کرد نخست لازم است محدودیت‌هایی سفت و سخت وضع شود. پیش‌آگهی این اختلال متغیر است.

اختلال شخصیت مرزی

این اختلال را به نام‌های اسکیزوفرنی موقت (Ambulatory)، شخصیت نصفه-نیمه (as-if personality)، شخصیت-انگاری (اصطلاحی که Helen doutsch وضع کرد) اسکیزوفرنی شبه نوروتیک (که پاول هرخ و فیلیپ پولیتین وضع کرده‌اند) و اختلال منش سایکوتیک (که جان فرس ذکر کرد) نیز خوانده‌اند. در ICD-10 نیز اختلال شخصیت دارای بی‌ثباتی هیجانی نامیده شده است.

این بیماران در حقیقت در مرز بین روان‌نژندی و روان‌پریشی هستند. ویژگی بارز این بیماران، ناپایداری شدید در خلق، عاطفه، رفتار، روابط با ایزه و خود‌انگاره است. اقدام به خودکشی و خود زنی در این بیماران شایع است. آنها بسیار تکانشی بوده و از مشکلات هویتی، احساس پوچی و دلتنگی رنج می‌برند. این بیماران ممکن است حملات روان‌پریشانه با عمر کوتاه داشته باشند که اصطلاحاً حملات میکروسایکوتیک خوانده می‌شود اما حملات شدید و تمام‌عیار دیده نمی‌شود. دردناک بودن زندگی ذاتی آنها در خودزنی‌های مکرر آنان مشهود است. آنها چون احساسات وابستگی و خصومت را همزمان دارند، روابط بین‌فردیشان آشفته و به‌هم‌ریخته است.

آنها نمی‌توانند تنهایی را تحمل کنند و برای تشفی خود حتی به نحوی دیوانه‌وار در جست‌وجوی ایجاد رابطه بر می‌آیند، ولو اینکه این رابطه ارضاءکننده نباشد. ویژگی اصلی افراد مبتلا به این اختلال، روابط میان‌فردی بی‌ثبات و سردرگمی در مورد هویت می‌باشد است. اتوکرنبرگ سازوکاری دفاعی بنام همانندسازی فرافکنانه وصف کرده که این بیماران بکار می‌برند.

آنها در آزمونی مثل وکسلر، قدرت استدلال متعارضی از خود نشان می‌دهند و تنها در آزمون‌های فرافکنی مثل رورشاخ است که اختلالات مربوط به روند (پردازش) فکر در آنها قابل رویت است. این اختلال در زنان بیشتر دیده می‌شود.

این افراد برخلاف درمانجویان مبتلا به PTSD به احتمال کمتری فلاش‌بک (به یاد گذشته افتادن) و سایر خطرات آسیب خود را تجربه می‌کنند.

پژوهشگران اعلام کرده‌اند که سوءاستفاده جنسی در کودک می‌تواند گذرگاه‌های نورآدرنالین‌زا (سیستم عصبی سمپاتیک) را بیش از حد حساس کند، به طوری که فرد بعداً در بزرگسالی به طور مداوم به هر نوع تجربه‌ای واکنش مفرط نشان می‌دهد. نظریه پردازان روان‌پویشی معتقد بودند نارساییهایی در شکل‌گیری خود، آسیب‌شناسی زیربنایی این اختلال است. یکی از الگوهای آشفته فرزندپروری که آنها مشخص کردند، الگوی مادری است که بیش از حد با فرزندش آمیخته است، اما در عین حال پاسخدهی عاطفی بی‌ثباتی دارد.

بین متخصصان بالینی در درمان این افراد، این اختلاف نظر وجود دارد که بیشتر روی روش مواجهه کردن تاکید کنند یا روش حمایتی.

مارشا لینهان نوعی روش درمانی را ابداع کرده که آن را رفتارهای دیالکتیکی (DBT) می‌خواند که کارایی آن در درمان اختلال شخصیت مرزی تایید شده است. در این روش اصطلاح دیالکتیکی به ترکیب کردن منظم عقاید متضاد با هدف آستی دادن آنها اشاره دارد. بیشتر کارهای لینهان بر اساس درمان افراد خودکشی‌گرا استوار است.

برخی از بالینگران مشخصه‌های اصلی بیماران مبتلا به اختلالات مرزی را با این مفاهیم ذکر می‌کنند: هراس عام (panphobia)، همه چیز هراسی)، اضطراب عام، دو دلی عام و رفتار جنسی آشوبناک. مرزی‌ها عموماً احساس مزمن پوچی و حمله‌های کم‌دوام روان‌پریشی دارند. روان‌درمانی، درمان انتخابی این بیماران است.

این بیماران به راحتی دچار واپس‌روی می‌شوند. تکانه‌های خود را مورد کنش‌نمایی قرار می‌دهند و انفعالی پیدا می‌کنند که اعم از مثبت یا منفی از دو حالت خارج نیست: یا متزلزل (labile) یا محکم و لایتنیر (fied) و در هر دو حال روان‌کاوی دشوار است. دنی‌سازی به عنوان دفاعی باعث می‌شود که بیمار نسبت به درمانگر و سایر افراد احساس عشق و نفرت کند. رویکرد مبتنی بر واقعیت موثرتر از تفسیر عمیق ناخودآگاه بیمار است.

اختلال شخصیت نمایشی

این افراد تحریک‌پذیر و هیجانی هستند و رفتاری پرنرگ و لعاب، نمایشی و برون‌گرایانه دارند اما اغلب نمی‌توانند دلبستگی عمیق را به مدت طولانی حفظ کنند. این تشخیص در زن‌ها بیشتر از مردهاست.

آنان در مصاحبه کاملاً همکاری دارند و مشتاقند که تاریخچه خود را با جزئیات ارائه دهند. در صحبت کردن آنها، ژست‌ها و تاکیدها و مکث‌های نمایشی ساده است. اظهارنظرهای عاطفی در آنها شایع است اما اگر مجبورشان کنید که احساسی خاص را در خود قبول کنند، ابراز نارضایتی، تعجب و انکار می‌کنند.

در افکار و احساسات خود اغلب مبالغه می‌کنند و هر چیز ساده‌ای را مهمتر از واقعه نشان می‌دهند. رفتار اغواگرانه از هر جنسی که باشد شایع است و پرداختن به تخیلات جنسی. ممکن است که به کژکاری روانی-جنسی مبتلا باشند. زن‌های نمایشی ممکن است آنورگاسمی داشته باشند و مردهای نمایشی ممکن است دچار ناتوانی جنسی باشند. روابط آنها اغلب سطحی است و ممکن است مغرور و دمدمی مزاج باشند. نیاز شدید آنها به وابستگی باعث می‌شود به راحتی آنها را فریب داد. دفاع‌های عمده بیماران نمایشی، واپس‌زنی و تجزیه است. در نتیجه‌ی دفاع اول از فهم احساسات واقعی خود عاجزند و در نتیجه‌ی دفاع دوم، نمی‌توانند انگیزه‌های خود را توضیح دهند. این افراد اگر تحت فشار روانی قرار گیرند، حس واقعیت سنجیشان به راحتی مختل می‌شود.

برای بیماران مبتلا به اختلال روان‌پریشی گذرا و اختلالات تجزیه‌ای می‌شود تشخیص اختلال شخصیت نمایشی را نیز همزمان داد.

گفتار آنها شدیداً کلی (امپرونیستی) و فاقد جزئیات است. به احتمال زیاد سبک دلبستگی ناایمن دارند. نظریه‌پردازان شناختی- رفتاری معتقدند افراد مبتلا به این اختلال شخصیت از فرض‌هایی اشتباه در برخوردشان با زندگی رنج می‌برند. یکی از عقاید اصلی آنها عبارت است از: «من بی‌کفایتم و نمی‌توانم خودم از پس زندگی‌ام برآیم». این بیماران افرادی هیجان‌طلبند و ممکن است با قانون درگیر شوند و به سوء مصرف مواد روی آورند و لابلالی‌گری کنند. آنها اغلب از احساسات خود بی‌خبرند. روان‌درمانی مبتنی بر روان‌کاوی چه به صورت گروهی و چه به صورت فردی، شاید درمان انتخابی اختلال شخصیت نمایشی باشد.

اختلال شخصیت خود شیفته

الگوی پایدار خود بزرگ بینی، احساس اینکه آدم بسیار مهمی هستند، دایم درباره موفقیت بی‌کران خیالبافی می‌کنند، مشغولیت ذهنی بیش از حد با عزت نفس و خود پنداره دارند، تاب تحمل انتقاد را ندارند و عصبانی می‌شوند و یا ممکن است

بی‌اعتنایی کامل نسبت به انتقاد داشته باشند و فقط نظر خود را قبول دارند. رفتار استثمارگرانه در روابط بین‌فردی آنها چیز کاملاً پیش پا افتاده و رایجی است. اعتماد به نفس آنها شکننده و مستعد افسردگی هستند. چهار نوع فرعی آن: خودشیفته‌نخه‌گرا: معمولاً در حال ترقی است و به شدت به ارتقای درجه خود مشغول است. خودشیفته‌عاشق‌پیشه: تمایل دارند از لحاظ جنسی اغواگر باشند، با این حال از صحبت واقعی اجتناب می‌کنند. تنها علاقه واقعی آنها این است که به طور موقت از بدن پر حرارت دیگران بهره‌کشی کنند.

خودشیفته‌غیراخلاقی: از این نظر که بی‌وجدان، فریبکار، خودپسند و استثمارگر هستند. خیلی به افراد ضد اجتماعی شباهت دارند.

خودشیفته‌جبرانی: منفی‌گرا هستند و می‌خواهند احساسات عمیق و حقارتشان را خنثی کنند. آنها می‌کوشند توهمات برتر بودن و استثنایی بودن ایجاد کنند.

رویکرد روانکاو فروید: خودشیفتگی را ناکامی در فراتر رفتن از مراحل اولیه رشد روانی-جنسی در نظر می‌گیرد. نظریه روابط شی: روی تاثیر روابط آشفته‌والد-فرزند بر رشد درک خویشتن کودک تاکید می‌کند. این افراد از شالوده محکمی برای خود سالم بی‌بهره‌اند، خودکاذبی را بوجود می‌آورند که به طور متزلزلی بر عقاید خودبزرگ‌بینی و غیر واقع‌بینانه در مورد شایستگی و جذابیت آنها استوار است.

رویکرد پویایی: به درمان افراد مبتلا بر این نظر استوار است که آنها فاقد تجربیات اولیه تحسین شدن برای ویژگی‌های مثبت شان هستند هدف درمان این است که تجربه رشدی اصلاحی تامین شود.

هر سه اختلال شخصیت مرزی، نمایشی و ضداجتماعی، اغلب همزمان با اختلال شخصیت خودشیفته در یک فرد وجود دارد و تشخیص افتراقی بسیار دشوار است. خودشیفته‌ها کمتر از مرزی‌ها اضطراب دارند و زندگی‌شان کمتر از آنها آشوبناک است و کمتر اقدام به خودکشی می‌کنند. در نمایشی‌ها، خصایصی از نمایشگری و دست‌انداختن و سرو کار گذاشتن دیگران، در روابط بین‌فردی دیده می‌شود که با آنچه در خود شیفته‌ها است مشابهت دارد. خود شیفته‌ها نمی‌توانند پیری را تحمل کنند چون زیبایی و قدرت برایشان مهم است به همین دلیل در برابر بحران‌های میانسالی آسیب‌پذیرتر از دیگرانند.

روانپزشکانی مثل کرنبرگ و کوهات، رویکردی روان‌کاوانه را برای این بیماران پیشنهاد می‌کنند.

اختلال شخصیت دوری‌گزین (یا شخصیت اضطرابی یا اجتنابی)

اغلب آنها را مبتلا به عقده‌ی حقارت¹ می‌خوانند. در ICD-10 از اصطلاح شخصیت مضطرب استفاده شده است. این اختلال شایع است و میزان شیوع آن ۱۰ تا ۱۵ درصد جهت عمومی است. بارزترین نکته در مصاحبه بالینی با این بیماران اضطرابی است که از صحبت کردن با مصاحبه‌گر دارند.

حساسیت مفرط به طردشدن از سوی دیگران خصیصه‌ی بالینی محوری اختلال شخصیت دوری‌گزین است و صفت شخصیت عمده آنها کمروبی است (timidity). البته آنان غیر معشرتی نیستند و حتی تمایل فراوانی برای داشتن رابطه با دیگران دارند (بر خلاف اسکیزوئیدها)، ولی دلشان می‌خواهد که دیگران تضمین‌های بسیار محکم و غیر معمولی به آنها بدهند که بدون خرده‌گیری و انتقاد آنها را می‌پذیرند.

وقتی با کسی حرف می‌زنند، عدم قطعیت و فقدان اعتماد به نفس دیده می‌شود و با شکسته‌نفسی حرف می‌زنند. فرق دوری‌گزین‌ها با مرزی‌ها و نمایشی‌ها این است که مثل آنها پرتوقع، تحریک‌پذیر یا غیرقابل‌پیش‌بینی نیستند.

دو اختلال شخصیت دوری‌گزین و وابسته به هم شبیه‌اند و فرض بر این است که بیماران مبتلا به اختلال شخصیت وابسته ترس بیشتری از طرد شدن و مورد علاقه نبودن دارند. طبق یک دیدگاه، اختلالات شخصیت اجتنابی نوع شدیدتری از فوبی اجتماعی است که وجود درون‌گرایی و نشانه‌های افسردگی آن را از فوبی اجتماعی متمایز می‌کند.

¹ Interiority complex

توجیهات روان‌پویشی امروزی این اختلال بر ترس فرد از دل‌بستگی در روابط تاکید دارند و رویکرد شناختی- رفتاری بر این امر تاکید می‌کند که افراد مبتلا به این اختلال به علت اینکه در کودکی انتقاد شدید والدین را تحمل کرده‌اند بیش از حد نسبت به طرد حساسند.

اختلال شخصیت وابسته

به این اختلال عنوان شخصیت وابسته¹ منفع‌ل نیز داده‌اند. فریود قایل به یک بعد وابسته دهانی برای شخصیت بود که مشخصه‌هایش عبارتند از وابستگی، بدبینی، ترس از امور جنسی، به خود مطمئن نبودن، انفعال و تلقین پذیرن و فقدان مداومت و پافشاری در کارها. این توصیف به طبقه اختلال شخصیت وابسته شباهت دارد. نظریه پردازان روابط شی این افراد را به صورت دل‌بسته نایمن در نظر می‌گیرند که همواره از رها شدن می‌ترسند. این اختلال در بچه‌های کوچک خانواده شایعتر از بچه بزرگ است. افرادی که در کودکی بیماری جسمی مزمن داشته‌اند، ممکن است بیش از بقیه مستعد این اختلال باشند.

در جنون دونفره (folie a deuy) یکی از دو نفر به اختلال شخصیت وابسته مبتلاست (اختلال روان‌پویشی مشترک) که نحو سلطه‌پذیر آن می‌شود. بدبینی، بی‌اطمینانی به خود، انفعال و ترس از ابراز جنسی و پرخاشگرانه، مشخصه‌های رفتار بیمار مبتلا به اختلال شخصیت وابسته است. وابستگی از نکات برجسته در بیماران مبتلا به اختلال شخصیت نمایشی و مرزی است. ولی بیماران دچار اختلال شخصیت وابسته معمولاً با یک نفر رابطه‌ای دیرپا برقرار می‌کنند نه اینکه به مجموعه‌ای از افراد وابسته شوند. رفتار وابستگی در بیماران بازارهراس ممکن است وجود داشته باشد، اما در بیماران بازارهراس، اغلب سطح بالایی از اضطراب آشکار و حتی پانیک دیده می‌شود.

درمان آنها اغلب نتیجه‌بخش است. درمان‌های مبتنی بر بینش باعث می‌شود که بیمار بتواند پیش‌بینی‌های اولیه رفتار خود را بشناسد.

اختلال شخصیت وسواسی - جبری

خصیصه محوری این اختلال عبارت است از کمال‌طلبی و انعطاف‌ناپذیری به گونه‌ی الگویی نافذ و فراگیر. این اختلال را در ICD-10 اختلال شخصیت آنانکاستیک نامیده‌اند. این اختلال در مردان شایعتر از زنان است و بیش از همه در فرزندان اول خانواده است.

بیماران در مصاحبه رفتاری شق و رق و رسمی و خشک اند. در صحبت کردن پیش‌دستی نمی‌کنند و خلقشان معمولاً جدی است و ممکن است از اینکه بر جریان مصاحبه مسلط نیستند مضطرب گردند. مکانیسم‌های دفاعی آنها دلیل تراشی، جداسازی، ذهنی‌سازی، واکنش وارونه و ابطال است.

این بیماران می‌توانند مدت‌ها کار کنند و اصلاً کار طولانی امری روزمره برای آنهاست و با آن منطبق هستند. آنان مهارت‌های بین‌فردی چندانی ندارند. رسمی، جدی و فاقد شوخ‌طبی‌اند. آنها چون از اشتباه کردن می‌ترسند نمی‌توانند به تصمیم قاطعی برسند و درباره‌ی تصمیم دایم فکر می‌کنند.

هرگاه وسواس‌های فکری- عملی عودکننده در کار باشد، اختلال وسواسی- جبری را باید در محور I قرار داد. تشخیص اختلال شخصیت را تنها باید زمانی مطرح کرد که بیمار متمر ثمر بودن خود را از نظر شغلی و اجتماعی به مقدار چشمگیری از دست داده باشد. برخی از آنان ممکن است در بزرگسالی گشاده نظر و بامحبت شوند، در برخی ممکن است مقدمه اسکیزوفرنی باشد و در برخی هم به افسردگی بیانجامد. اینان برخلاف سایر اختلالات شخصیت، اغلب خود می‌دانند که

¹ dependent

بیمارند و لذا در پی درمان می‌آیند، این بیماران که از تحصیلات برخوردارند و معاشرتی‌اند، به تداعی آزاد و درمان غیرهدایت‌گرانه خیلی ارجح می‌نهند.

اختلالات شخصیت نامعین

اختلال شخصیت پرخاشگر منفعل¹: مشخصه آنها عبارت است از مانع‌تراشی، کارشکنی، تعلل و مسامحه، لجبازی و ناکارآمدی به شکل پنهان. در DSM این اختلال را به نام اختلال شخصیت منفی کار نیز خوانده‌اند.

به کوچکترین عذر و بهانه‌ای در کار خود تاخیر می‌کنند و عیب‌جویی می‌کنند و نق می‌زنند و در عین حال هیچ وقت دلشان نمی‌خواهد از شر این روابط مبتنی بر وابستگی خلاص شوند. بیمار انتظار دارد که دیگران جور او را بکشند. روابط صمیمانه آنها تقریباً هیچ وقت آرام و شاد نیست. به خود اطمینان ندارند و به آینده هم بدبین‌اند.

رفتار اینان کمتر از نمایشی‌ها و مرزی‌ها، پر زرق و برق، نمایشی و توأم با پرخاشگری آشکار است. از روان‌درمانی حمایتی نتیجه خوبی گرفته‌اند. بالینگر باید ژست‌های خودکشی بیمار را تظاهر پنهانی از خشم تلقی کند نه نشانه فقدان ابژه (مثل افسردگی اساسی که این طور است یعنی ناشی از فقدان ابژه).

اختلال شخصیت افسرده: افرادی بدبین، بی‌لذت، وظیفه‌شناس، مردد به خود و به نحوی مزمن ناشادند. شیوع آن در مرد و زن یکسان است. بیشتر وقت‌ها موشکاف هستند، کمال‌طلبند، زیادی با وجدان‌اند و دائماً فکر و ذکرشان کار است. بدون اینکه حرفی بزنند در درون خود رنج می‌برند و ممکن است زود به گریه بیفتند اما در حضور دیگران. حالت قیافه‌شناختی (physiognomy) آنها نیز اغلب خلق آنها را نشان می‌دهد.

اختلال شخصیت افسرده نیز مزمن و مادام‌العمر است. اما اختلال افسرده‌خویی به هر حال حمله است و هر زمان می‌تواند روی دهد و معمولاً یک عامل استرس‌زای زمینه‌ساز دارد. دوری‌گزین‌ها هم درون‌گرا و وابسته‌اند اما پیش از آنکه افسرده باشند، مضطربند.

روان‌درمانی، درمان انتخابی است. به روان‌درمانی بینش‌گرا خوب جواب می‌دهند و حس واقعیت‌سنجی خوبی دارند.

اختلال شخصیت آزارخواه- آزارگر (سادومازوخیسم): یک طبقه تشخیصی رسمی در DSM نیست، اما از نظر بالینی و تاریخی، مورد توجه پزشکان بوده است. مشخصه آن وجود عناصری از سادیسم (دیگر آزاری) شامل میل به ایجاد درد و رنج جنسی، جسمی یا روانی در دیگران، و نیز عناصری از مازوخیسم (آزار طلبی) شامل میل به ایجاد درد و رنج جنسی یا اخلاقی در خود است. روان‌درمانی بینش‌مدار، بخصوص روان‌کاوی می‌تواند برای درمان موثر باشد. فروید معتقد بود آزارگرها با این عمل می‌خواهند از خود در برابر اضطراب اختگی دفاع کنند.

خودآزار اخلاقی در مجموع کسی است که به دنبال موفقیت‌های تحقیرآمیز و خفت بار می‌رود نه به دنبال درد جنسی. فروید معتقد بود که توانایی فرد آزارخواه برای رسیدن به ارگاسم را احساس اضطراب و احساس گناهی که در مورد رابطه جنسی دارد مختل کرده و او این احساسات را با عذاب دادن خود تخفیف می‌دهد.

مبتلایان به شخصیت آزارگر، مجذوب اسلحه، خشونت، شکنجه و صدمه به دیگران می‌شوند. لازم نیست انگیزه‌ی آنها برای این گونه رفتارها صرفاً میل به کسب برانگیختگی جنسی باشد، که در این صورت تشخیص پارافیلی از نوع آزارگری جنسی مطرح می‌شود.

¹ Passive-aggressive

اختلال شخصیت خودشکن¹: این بیماران زندگی خود را در جهت هدایت می کنند که نتایج نامطلوبی حاصلشان شود؛ آنها کمک دیگران یا نتایج مطلوب را طرد کرده و در صورت حصول نتایج مطلوب، دچار دلتنگی می شوند.

اختلال شخصیت نامعین (NOS): این تشخیص هنگامی مطرح می شود که اختلال شخصیت بیمار دارای تظاهرات مخلوطی از سایر اختلالات شخصیت باشد.

تغییرات DSM-5

ملاک ها برای اختلالات شخصیت تغییر نکرده و همان ملاک های قبلی می باشد.

نکته: تشخیص اختلال شخصیت/ صفت مشخص، بر مبنای اختلال متوسط یا بیشتر در عملکرد شخصیت و وجود صفات شخصیت بیمارگون، جایگزین اختلال شخصیت که به گونه دیگری مشخص نشده، شده و تشخیص بسیار روشنگر تری را برای افراد تامین می کند که بصورت مطلوب به داشتن اختلال شخصیت مشخص توصیف نمی شوند.

¹ Self- defeating