

## میزان شیوع اختلالات شخصیتی در بیماران بستری در یک مرکز آموزشی - درمانی کرمانشاه

دکتر جلال شاکری\*، خیرا... صادقی\*\*

### چکیده

**هدف:** هدف پژوهش حاضر تعیین همبودی اختلالات شخصیت با اختلالات روانی نیازمند توجه بالینی است. روش: در این پژوهش ۲۰۳ نفر (۱۲۴ مرد و ۷۹ زن) که از میان بیماران بستری در بخشهای روانپزشکی مرکز آموزشی - درمانی فارابی کرمانشاه به روش نمونه‌گیری در دسترس برگزیده شده و به کمک یک فهرست وارسی علائم و نشانه‌های روانپزشکی بر پایه ضوابط تشخیصی *DSM-IV* مورد بررسی قرار گرفتند. یافته‌ها: نتایج نشان داد که ۶۷/۵٪ بیماران مورد بررسی دچار اختلال شخصیت هستند. در بیماران مبتلا به اسکیزوفرنیا، اختلال شخصیت اسکیزوئید (۲۵/۸٪)، در بیماران روانپریش، اختلال شخصیت پارانوئید (۴۸/۳٪)، در بیماران دوقطبی، اختلال شخصیت خودشیفته (۳۸٪)، در بیماران دچار افسردگی اساسی، اختلال شخصیت مرزی (۶۱/۲٪) و در بیماران وابسته به مواد، اختلال شخصیت ضد اجتماعی (۲۹/۵٪) از شایعترین اختلالات بوده‌اند. همچنین در این بررسی میزان شیوع اختلالات شخصیت در زنان، افراد سنین پایین، باسوادان، بیکاران، فرزندان سوم و بالاتر، بیماران دارای والدین خویشاوند، بیمارانی که خود یا اعضای خانواده‌شان دارای پیشینه بیماری روانی بوده‌اند و در طبقه‌های اقتصادی - اجتماعی بالاتر، بیش از سایرین بود.

**کلید واژه:** میزان شیوع، اختلالات شخصیت، اختلالات روانی، همبودی

### مقدمه

همبود هستند، نتایج درمانی ضعیف‌تری دارند و میزان عود بیماری در آنها بیشتر است. اما اگر همبودی اختلالات شخصیت در مبتلایان به اختلالات روانی به

یافته‌های پژوهشی نشان داده‌اند آن دسته از مبتلایان به اختلالات روانی که دارای اختلالات شخصیتی

\* روانپزشک، عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی - درمانی کرمانشاه، کرمانشاه، خیابان عشایر، مرکز آموزشی درمانی فارابی، گروه روانپزشکی (نویسنده مسئول).

\*\* کارشناس ارشد روانشناسی بالینی، عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی - درمانی کرمانشاه، کرمانشاه، خیابان عشایر، مرکز آموزشی - درمانی فارابی، گروه روانپزشکی.

همچنین در بیماران وابسته به مواد شایعتر گزارش شده است.

اختلال شخصیت اسکیزوئید در بیماران بستری و سرپایی ۱۰٪ و در مردان شایعتر از زنان است. بیماران افسرده خطر بیشتری برای ابتلا به آن دارند.

میزان شیوع اختلال شخصیت وسواسی-جبری در جمعیت بالینی ۱-۲٪ و در بیماران افسرده شایعتر می باشد و در مردان دو برابر زنان است.

همبودی اختلال شخصیت نمایشی در مراجعه کنندگان به کلینیک ۲-۳٪ و در بیماران افسرده شایعتر می باشد.

همبودی اختلال شخصیت وابسته در بیماران سرپایی و بستری ۲۲٪ بوده و نسبت ابتلاء مردان و زنان برابر است. ۸۰٪ بیماران دچار اختلال شخصیت وابسته به یکی دیگر از اختلالهای شخصیت نیز مبتلا هستند.

میزان شیوع اختلال شخصیت خودشیفته در بیماران مراجعه کننده به درمانگاهها ۱-۳٪ است که می تواند تا ۱۶٪ افزایش یابد. ۷۵-۵۰٪ بیماران تشخیص داده شده مرد هستند و در بیماران وابسته به مواد و افسردگی اساسی شایعتر است.

همبودی اختلال شخصیت اجتنابی در بیماران بستری بیشتر از ۱۰٪ و در مردان و زنان برابر است. در بیماران افسرده و وسواسی - جبری شایعتر بوده، همبودی زیادی با اسکیزوئید، اسکیزوتایپی و اختلال شخصیت وابسته دارد.

از این رو هدف کلی این پژوهش، تعیین همبودی اختلالهای شخصیت (محور II) با اختلالهای روانی است که نیاز به توجه بالینی دارند (محور I). برای دستیابی به این هدف، پرسشهایی طرح و مورد بررسی قرار گرفت:

گونه نظامدار ارزیابی و تشخیص گذاری شود، هم میزان بهبودی در بیمار افزایش یافته و هم باعث کاهش عود بیماری می شود.

در یک بررسی با عنوان همبودی اختلالهای شخصیت و اختلالهای خلقی دوقطبی (بارباتو<sup>۱</sup> و هافنر<sup>۲</sup>، ۱۹۹۸) ۵۵/۵٪ مردان و ۴۱٪ زنان مورد بررسی اختلالهای شخصیتی داشتند و در کل شیوع اختلالهای شخصیتی در این بیماران ۴۵٪ بود. در پژوهش دیگری که اختلالهای شخصیت در معنادان به مواد مخدر مورد بررسی قرار گرفت، شیوع اختلالهای شخصیت محور II، ۵۹/۵٪ بوده و بیشتر آنها (۶۲/۲٪) بیش از یک اختلال شخصیت داشتند. اختلال شخصیت ضد اجتماعی با ۳۳/۵٪ شایعترین اختلال شخصیتی در میان آنان بود (کوکوی<sup>۳</sup>، استفانیس<sup>۴</sup>، آناستاسوسو<sup>۵</sup>، کاستاجیانی<sup>۶</sup>، ۱۹۹۸). همچنین بر پایه برنامه غربالگری که برای شناسایی اختلالهای روانی در جمعیت شهری کرمانشاه صورت گرفت شیوع اختلال شخصیت، همراه با اختلالهای محور I، ۸/۸۵٪ بود (صادقی، صابری، عصاره، ۱۳۷۹). کاپلان<sup>۷</sup>، سادوک<sup>۸</sup>، گرب<sup>۹</sup> (۱۹۹۴) میزان شیوع همزمان اختلالهای شخصیت با انواع اختلالهای روانی محور I را به شرح زیر گزارش نموده اند:

همبودی اختلال شخصیت پارانوئید در بیماران بستری ۱٪، در مردان شایعتر از زنان و در بیماران دچار اسکیزوفرنیا شایعتر است (۰/۸٪).

همبودی اختلال شخصیت اسکیزوتایپی در بیماران افسرده اساسی ۵۰٪ می باشد.

همبودی اختلال شخصیت مرزی در بیماران بستری ۱۹٪ و در بیماران سرپایی ۱۱٪ می باشد. در بیماران افسرده، ضد اجتماعی و وابسته به مواد از شیوع بیشتری برخوردار است.

همبودی اختلال شخصیت ضد اجتماعی در مراجعه کنندگان به کلینیک ۶-۲٪ بوده است که می تواند تا ۲۰-۱۶٪ در مردان و ۱۱-۸٪ در زنان افزایش یابد.

- |               |                |
|---------------|----------------|
| 1- Barbato    | 2- Hafner      |
| 3- Kokkevi    | 4- Stefanis    |
| 5- Anastasoso | 6- Kostogianni |
| 7- Kaplan     | 8- Sadock      |
| 9- Grebb      |                |

تشخیص گذاری اختلال شخصیت بر پایه فهرست  
علائم توسط روانپزشک ۰/۶۱ و ۰/۵۵ بوده است.

همچنین ارزیابی پایایی فهرست علائم که بر روی  
۳۰ نفر از همین زندانیان انجام گرفت نشان دهنده توافق  
بالای تشخیص گذاران در تشخیص اختلال شخصیت  
ضد اجتماعی ( $k=0/96$ ) بود.

گردآوری داده‌های پژوهش و اطلاعات جمعیت  
شناختی به کمک مصاحبه فردی و تکمیل فهرست  
علائم انجام شد.

برای تحلیل داده‌های پژوهش، آماره‌های توصیفی و  
آزمونهای  $Z$  و  $X^2$  و ضریب کاپا به کار برده شد.

#### یافته‌ها

جدول ۲ میزان شیوع اختلالهای شخصیتی را در  
نمونه مورد بررسی بر حسب جنسیت و اختلالهای  
محور I نشان می‌دهد. همچنانکه دیده می‌شود از ۲۰۳  
نفر افراد مورد بررسی، ۱۳۷ نفر (۰/۶۷/۵)، دچار  
اختلالهای شخصیت تشخیص داده شدند که از این  
تعداد ۷۸ نفر مرد و ۵۹ نفر زن بودند.

میزان شیوع اختلالهای شخصیت بر حسب  
ویژگیهای جمعیت شناختی به تفکیک جنسیت در  
جدول ۳ آورده شده است. همان گونه که جدول نشان  
می‌دهد، میزان شیوع اختلالهای شخصیت در جمع  
۰/۶۷/۵، در زنان بیشتر از مردان (۰/۷۴/۷) در برابر  
۰/۶۲/۹) و این تفاوت از نظر آماری معنی‌دار است  
( $Z=2/97$  و  $p<0/01$ ).

شیوع اختلالهای شخصیت در افراد زیر ۴۵ ساله  
بیشتر از افراد ۴۵ ساله و بالاتر می‌باشد (۰/۷۵/۹) در  
برابر ۰/۱۷/۲). این تفاوت نیز از نظر آماری معنی‌دار  
است ( $Z=13/8$ ;  $P<0/01$ ). همچنین گرچه میزان شیوع  
اختلالهای شخصیت در افراد غیر متأهل بیش از افراد

(۱) میزان شیوع اختلالهای شخصیت در نمونه  
مورد بررسی بر پایه یک فهرست علائم  
برگرفته از DSM-IV و ارزیابی بالینی  
روانپزشک چقدر است؟

(۲) کدام اختلال شخصیت در نمونه مورد  
بررسی شایعتر است؟

(۳) آیا ارتباطی میان ویژگیهای جمعیت شناختی  
با اختلالهای شخصیت وجود دارد؟

#### روش

پژوهش حاضر به صورت توصیفی - مقطعی<sup>۱</sup> انجام  
گردید. نمونه مورد بررسی این پژوهش ۲۰۳ نفر از  
بیماران دچار اختلالهای محور I و وابسته به مواد بودند  
که در بخشهای روانپزشکی مرکز آموزشی - درمانی  
فارابی کرمانشاه بستری بودند و به روش نمونه‌گیری در  
دسترس برگزیده شدند. حجم نمونه در این پژوهش با  
توجه به یافته‌های بررسی پیشین در زمینه شیوع  
اختلالهای روانی در شهر کرمانشاه (صادقی و  
همکاران، ۱۳۷۹) و بر پایه رهنمودهای سازمان جهانی  
بهداشت (۱۳۷۱)، وینگو<sup>۲</sup>، هینگنیز<sup>۳</sup> و روبین<sup>۴</sup> (۱۹۹۱)،  
۲۰۳ نفر تعیین گردید که همه‌ی آنها از نظر اختلال  
شخصیت مورد بررسی قرار گرفتند. از این عده ۱۲۴  
نفر مرد (۰/۶۱/۸) و ۷۹ نفر (۰/۳۸/۹) زن بودند. در میان  
مردان نیز ۸۰ نفر (۰/۳۹/۴) دچار بیماری روانی و ۴۴  
نفر (۰/۲۱/۷) وابسته به مواد بودند. ویژگیهای جمعیت  
شناختی نمونه بررسی در جدول ۱ ارائه شده است.

در این پژوهش فهرست نشانه‌های مرضی بر پایه  
چهارمین ویراست راهنمای تشخیصی و آماری  
اختلالهای روانی (DSM-IV) به کار برده شد. این  
فهرست افزون بر بررسی کامل معیارهای تشخیصی ۳۰  
اختلال روانی شایع، ۱۰ اختلال شخصیت موجود در  
DSM-IV را نیز در بر می‌گیرد. در یک بررسی راهنما  
که برای تعیین اعتبار رویه<sup>۵</sup> بر روی ۶۰ زندانی زندان  
مرکزی کرمانشاه انجام گرفت، مقدار حساسیت و ویژگی  
پرسشنامه چند محوری بالینی میلون<sup>۶</sup> (MCMI-II) و

1- cross-sectional

2- Wingo

3- Hinggnis

4- Rubin

5- procedural validity

6- Millon Clinical Multiaxial Inventory

جدول ۱- ویژگیهای جمعیتی آزمودنیهای مورد بررسی (N=۲۰۳).

کل		زن		مرد		ویژگیهای جمعیت شناختی	
درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی		
۸۵/۷	۱۷۴	۲۹/۶	۶۰	۵۶/۲	۱۱۴	۱۵-۴۴	سن
۱۴/۳	۲۹	۹/۳۶	۱۹	۴/۹۳	۱۰	۴۵ سال و بالاتر	
۵۲/۷	۱۰۷	۲۰/۷	۴۲	۳۲	۶۵	متاهل	وضعیت تأهل
۴۷/۳	۹۶	۱۸/۲	۳۷	۲۹	۵۹	غیر متاهل	
۵۰/۷	۱۰۳	۲۶/۱	۵۳	۲۴/۶	۵۰	بیسواد و کم سواد	وضعیت تحصیلی
۴۹/۳	۱۰۰	۱۲/۸	۲۶	۳۶/۴	۷۴	با سواد	
۳۲	۶۵	۱/۴۸	۳	۳۰/۵	۶۲	شاغل	شغل
۶۸	۱۳۸	۳۷/۴	۷۶	۳۰/۵	۶۲	غیر شاغل	
۶۸/۵	۱۳۹	۲۶/۱	۵۳	۴۲/۴	۸۶	فرزند اول و سوم	رتبه تولد
۳۱/۵	۶۴	۵/۱۹	۲۶	۱۸/۷	۳۸	فرزند سوم و بالاتر	
۲۳/۱	۴۷	۷/۸۸	۱۶	۱۵/۳	۳۱	دارند	نسبت خویشاوندی والدین
۷۶/۸	۱۵۶	۳۱	۶۳	۴۵/۸	۹۳	ندارند	
۱۶/۷	۳۴	۶/۴	۱۳	۱۰/۳	۲۱	بلی	سابقه بیماری روانی در خانواده
۸۳/۲	۱۶۹	۳۲/۵	۶۶	۵۰/۷	۱۰۳	خیر	
۳۶/۴	۷۴	۹/۳۶	۱۹	۲۷/۱	۵۵	۳ و ۴	طبقه اقتصادی - اجتماعی
۶۳/۵	۱۲۹	۲۹/۶	۶۰	۳۴	۶۹	طبقه ۵	

از بیمارانی است که والدین شان نسبتی با یکدیگر ندارند (۸۹/۴٪ در برابر ۶۰/۹٪). این تفاوت از نظر آماری معنی دار است ( $Z=۷/۷۱$ ,  $p<۰/۰۱$ ). همچنین این بررسی نشان داد که میزان شیوع اختلالات شخصیت در بیمارانی که سابقه بیماری روانی در خانواده دارند بیشتر از بیمارانی است که سابقه بیماری روانی در خانواده آنها وجود ندارد (۸۵/۳٪ در برابر ۵۹/۲٪). این تفاوت نیز از نظر آماری معنی دار است ( $p<۰/۰۱$ ,  $Z=۶/۸۲$ ).

همچنین با بالا رفتن طبقه اقتصادی- اجتماعی بر میزان شیوع اختلالات شخصیت نیز افزوده شده است (طبقه ۳ و ۴، ۶۰/۸٪ و طبقه ۵، ۷۱/۳٪). تا آنجا که طبقه اقتصادی - اجتماعی و وجود اختلال شخصیت در بیماران رابطه معنی داری نشان داد ( $X^2=۲۰/۵$ ,  $p<۰/۰۰۱$ ).

متاهل می باشد (۶۸/۷٪ در برابر ۶۶/۳٪) اما این تفاوت از نظر آماری معنی دار نیست.

شیوع اختلالات شخصیت در افراد بی سواد کمتر از افراد با سواد (۷۷٪ در برابر ۵۸/۲٪) و از نظر آماری تفاوت معنی دار میان آنها دیده می شود ( $p<۰/۰۱$ ,  $Z=۴/۶۹$ ).

میزان شیوع اختلالات شخصیت در افراد غیر شاغل بیش از افراد شاغل است (۷۳/۲٪ در برابر ۵۵/۴٪) و این تفاوت نیز از نظر آماری معنی دار است ( $p<۰/۰۱$ ,  $Z=۴/۳۵$ ).

گرچه میزان شیوع اختلالات شخصیت در فرزندان سوم و بالاتر بیشتر از فرزندان اول و دوم می باشد (۷۱/۹٪ در برابر ۶۵/۵٪)، از نظر آماری تفاوت معنی دار نداشتند.

میزان شیوع اختلالات شخصیت در بیمارانی که والدین شان با یکدیگر نسبت خویشاوندی دارند بیشتر

جدول ۲- میزان شیوع اختلالاتی شخصیت بر پایه ضوابط تشخیصی DSM-IV بر حسب جنسیت و اختلالاتی محور I

اختلالاتی	مرد		زن		کل	
	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی
کلیه اختلالاتی شخصیت	۶۲/۹	۷۸	۷۴/۷	۱۳۷	۶۷/۵	
اسکیزوفرنیا	۱۶/۷	۳	۷/۷	۴	۱۲/۹	
پارانوئید	۲۲/۲	۴	۳۰/۸	۸	۲۵/۸	
اسکیزوئید	۲۲/۲	۴	۱۵/۴	۶	۱۹/۳	
اسکیزوتایپی	۱۱/۱	۲	-	-	۶/۴	
وابسته	-	-	۷/۷	۱	۳/۲	
خودشیفته	۲۲/۲	۴	۷/۷	۱	۱۶/۱	
اجتنابی	۵/۵	۱	-	-	۳/۲	
وسواسی- جبری	۵/۹	۱	-	-	۳/۴۵	
دیگر اختلالاتی روانپزشکی	۵۲/۹	۹	۴۶/۷	۵	۴۸/۳	
پارانوئید	۱۱/۸	۲	۳۳/۳	۶	۲۰/۷	
مرزی	۵/۸۸	۱	۸/۳۳	۲	۶/۹	
خودشیفته	۵/۸۸	۱	-	-	۳/۴۵	
نمایشی	۶/۴۵	۲	-	-	۴	
اختلال خلقی دوقطبی	۳/۲۲	۱	۵/۲۶	۱	۴	
اسکیزوئید	۳/۲۲	۱	-	-	۲	
اسکیزوتایپی	۳/۲۲	۱	-	-	۲	
مرزی	۳/۲۲	۱	۱۰/۵	۲	۶	
وابسته	-	-	۵/۲۶	۱	۲	
خودشیفته	۳۸/۷	۱۲	۳۶/۸	۷	۳۸	
اختلال افسردگی اساسی	۲۸/۶	۴	۲۲/۹	۱۲	۲۴/۵	
ضد اجتماعی	۲۱/۴	۳	۲۲/۹	۱۱	۲۲/۵	
اسکیزوئید	۲۳/۶	۴	۲۵/۷	۱۳	۲۶/۵	
اسکیزوتایپی	۵۰	۷	۶۵/۷	۲۳	۶۱/۲	
مرزی	۲۱/۴	۳	۱۷/۱	۶	۱۸/۴	
وابسته	۲۸/۶	۴	۱۱/۴	۴	۱۶/۳	
اجتنابی	-	-	۲/۸۶	۱	۲/۰۴	
وسواسی- جبری	۷/۱۴	۱	۸/۵۷	۳	۸/۱۶	
نمایشی	۲۹/۵	۱۳	-	-	۲۹/۵	
اختلالاتی وابسته به مواد	۴/۵۵	۲	-	-	۴/۵۵	
ضد اجتماعی	۲/۷۷	۱	-	-	۲/۲۷	
اسکیزوئید	۱۱/۴	۵	-	-	۱۱/۴	
اسکیزوتایپی	۲/۲۷	۱	-	-	۲/۲۷	
مرزی	۶/۸۲	۳	-	-	۶/۸۲	
وابسته	۴/۵۵	۲	-	-	۴/۵۵	
خودشیفته						
نمایشی						

جدول ۳- فراوانی اختلالاتی شخصیتی بر حسب ویژگیهای جمعیت شناختی (N=۲۰۳)

عوامل جمعیتی	مرد		زن		کل	
	تعداد بیمار	میزان شیوع	تعداد بیمار	میزان شیوع	تعداد بیمار	میزان شیوع
سن	۷۶	۶۶/۷	۵۶	۹۳/۳	۱۳۲	۷۵/۹
۱۵-۴۴						
۴۵ سال و بالاتر	۲	۲۰	۳	۱۵/۸	۵	۱۷/۲
وضعیت تأهل	۴۰	۱۶/۵	۳۱	۷۳	۷۱	۶۶/۳
متأهل						
غیر متأهل	۳۸	۶۴/۴	۲۸	۷۵/۷	۶۶	۶۸/۷
وضعیت تحصیلی	۲۹	۵۸	۴۱	۷۷/۴	۶۰	۵۸/۳
بیسواد و کم سواد						
با سواد	۴۹	۶۶/۲	۱۸	۶۹/۲	۷۷	۷۷
شغل	۳۵	۵۶/۴	۱	۳۳/۳	۳۶	۵۵/۴
شاغل						
غیر شاغل	۴۳	۶۹/۳	۵۸	۷۶/۳	۱۰۱	۷۳/۲
رتبه تولد	۵۴	۶۲/۸	۳۷	۶۹/۸	۹۱	۶۵/۵
فرزند اول و سوم						
فرزند سوم و بالاتر	۲۴	۶۳/۲	۲۲	۸۴/۶	۴۶	۷۱/۹
نسبت خویشاوندی والدین	۲۷	۸۷/۱	۱۵	۹۳/۷	۴۲	۸۹/۴
دارند						
ندارند	۵۱	۵۴/۸	۴۴	۶۹/۸	۹۵	۶۰/۹
بیماری روانی در خانواده	۱۸	۸۵/۷	۱۱	۸۴/۶	۲۹	۸۵/۳
بلی						
خیر	۶۰	۵۸/۲	۴۸	۷۲/۷	۱۰۸	۵۹/۲
طبقه اقتصادی - اجتماعی	۲۹	۵۲/۷	۱۶	۸۴/۲	۴۵	۶۰/۸
۳ و ۴						
طبقه ۵	۴۹	۷۱	۴۳	۷۱/۷	۹۲	۷۱/۳

### بحث

ترتیب با ۲۵/۸٪ و ۱۹/۳٪ بیشترین میزان شیوع را دارا بودند.

در گروه اختلالاتی خلقی دوقطبی، اختلال شخصیت خودشیفته شایع ترین اختلال شخصیتی (۳۸٪) بود. بررسیهای بالینی وجود یک تیپ شخصیتی واحد یا مجموعه‌ای از ویژگیهای شخصیتی را در بیماران دو قطبی تأیید نمی‌کند. به هر روی، این یافته بیشتر ارزش تجربی داشته و می‌تواند به درمانگر در تنظیم برنامه درمانی کمک کند.

در گروه اختلال افسردگی اساسی، اختلال شخصیت مرزی با شیوع ۶۱/۲٪ شایعترین اختلال بود. بررسیهای اخیر نشان داده‌اند که اختلال شخصیت مرزی در برخی موارد ممکن است با یک شکل تعدیل یافته دوپامینی<sup>۱</sup>

این پژوهش که برای تعیین میزان همبودی اختلالاتی شخصیت با اختلالاتی محور I انجام گرفته است میزان شیوع اختلالاتی شخصیت را در نمونه مورد بررسی ۶۷/۵٪ نشان داد. مقایسه این رقم با میزان به دست آمده در پژوهش صادقی و همکاران (۱۳۷۹) که شیوع اختلال شخصیت را در جمعیت عمومی شهر کرمانشاه ۸/۸۵٪ برآورد نموده‌اند، تفاوت زیادی دارد. این تفاوت می‌تواند ناشی از ویژگیهای بالینی نمونه مورد بررسی باشد، چه این پژوهش مبتنی بر بررسی بیماران بوده که به مرکز روانپزشکی فرستاده شده بودند.

در پژوهش حاضر، در گروه اختلالاتی اسکیزوفرنیا، اختلالاتی شخصیت اسکیزوئید و اسکیزوتایپی به

خلق مثبت باشند انتظار می‌رود که گرایش کمتری به استفاده از دارو داشته باشند (فرانکن<sup>۹</sup>، ۱۹۹۸).

پژوهش حاضر، افزون بر بررسی میزان شیوع اختلالاتی شخصیت بر حسب محور I، به بررسی ویژگیهای جمعیت شناختی نیز پرداخته است. یکی از یافته‌های این قسمت آن است که تمامی بیماران روانی از پایین‌ترین طبقات اقتصادی - اجتماعی بوده‌اند. در این زمینه به جز اینکه یک عامل دولتی بودن بیمارستان بوده است اما تبیین‌هایی هم ارائه شده است. از جمله نظر فاریس<sup>۱۰</sup> و دانهایم<sup>۱۱</sup> که حالت روانی معلول موقعیت اجتماعی است، اما امکان عکس آن نیز وجود دارد. این تبیین به مفهوم سازی دو نظریه، بر حسب تقدم و تأخر موقعیت اجتماعی و حالت روانی، کمک کرد: (۱) نظریه علیت اجتماعی<sup>۱۲</sup>، مبنی بر اینکه تعلق به گروه اقتصادی - اجتماعی پایین اهمیت زیادی در ایجاد بیماری دارد و (۲) نظریه انتخاب اجتماعی<sup>۱۳</sup>، مبنی بر اینکه داشتن بیماری روانی سبب می‌شود شخص به عنوان یک پدیده ثانوی به یک گروه اقتصادی - اجتماعی معین پیوندد. به باور کوهن<sup>۱۴</sup> نیز سه عامل ژنتیکی، استرسهای اجتماعی و نظام ارزشی در بروز اختلالاتی روانی مؤثرند (کوکرین<sup>۱۵</sup>، ۱۳۷۶). انتخاب اجتماعی، مبنی بر اینکه داشتن بیماری روانی سبب می‌شود شخص به عنوان یک پدیده ثانوی به یک گروه اقتصادی - اجتماعی معین پیوندد.

- 
- 1- dopamine-modulated form
  - 2- over impulsive
  - 3- scrotonin-modulated form
  - 4- lack of consolidated identity
  - 5- Tracie
  - 6- the ability to postpone gratification
  - 7- affective instality
  - 8- reactivity of mood
  - 9- Franken
  - 10- Faris
  - 11- Dunham
  - 12- the social causation theory
  - 13- the social selection theory
  - 14- Kohn
  - 15- Cochrane

مشخص شود که به رفتارهای بیش تکانه‌ای<sup>۲</sup> می‌انجامد و در مواردی ممکن است به دنبال تعدیل سروتونین<sup>۳</sup> با احساس مزمن تهی بودن و نداشتن هویت پایدار و استوار<sup>۴</sup> آشکار شود. به نظر می‌رسد شکل اخیر اختلال شخصیت مرزی به اختلالاتی عاطفی، به ویژه افسردگی نزدیکتر باشد. متخصصان بالینی بر این باورند که وجود همزمان این اختلال با اختلالاتی محور I، همانند اختلالات خلقی و اضطرابی، موجب پیچیده شدن و اغلب به درازا کشیدن درمان اختلال محور I می‌شود (تراسی<sup>۵</sup>، ۱۹۹۱).

همچنین این پژوهش نشان داد که در افراد وابسته به مواد مخدر، اختلالاتی شخصیت ضد اجتماعی و مرزی به ترتیب با میزان شیوع ۲۹/۵٪ و ۱۱/۴٪ شایعترین اختلالاتی بوده‌اند. شیوع اختلال شخصیت ضد اجتماعی در معتادان به مواد مخدر همسو با پژوهش کوکوی و همکاران (۱۹۹۸) است. این که چرا شخصیت‌های ضد اجتماعی بیشتر به می‌بارگی، سوء مصرف دارو و مواد گرایش دارند، یکی از تبیین‌های احتمالی می‌تواند به زندگی بر پایه اصل لذت و بی توجهی به اصل واقعیت مربوط باشد. به نظر می‌رسد که یکی از اساسی‌ترین کارکردهای ایگو، یعنی توانایی به تعویق انداختن ارضاء خواسته‌ها<sup>۶</sup>، در آنها رشد نیافته باشد.

گرایش شخصیت مرزی به سوء مصرف مواد می‌تواند علل گوناگونی از جمله تنظیم خلق داشته باشد. چنان که می‌دانیم یکی از نشانه‌های اساسی بیماران مرزی، ناپایداری عاطفی<sup>۷</sup> به علت واکنشی بودن خلق<sup>۸</sup> است. برخی بررسیها نشان داده‌اند کسانی که سیگار می‌کشند، الکلی هستند و یا مواد مصرف می‌کنند افرادی مضطرب و نژند هستند. این بررسیها از این فرضیه حمایت می‌کنند که افراد از داروها برای تنظیم خلق منفی خود بهره می‌گیرند و اگر قبلاً در حالت

borderline personality disorder. *Hospital and Community psychiatry*, 42, 1034-1037.

Wingo, P.A., Hignnis, J.E., Rubin, G. I. (Eds.) (1991).

*An epidemiologic approach to reproductive health*. Geneva: W. H. O.

## سپاسگزاری

از همکاری آقایان دکتر محمدی ضرون، دکتر رشیدی و دکتر مهدی نیا که در مراحل مختلف اجرا پژوهشگران را یاری نمودند صمیمانه سپاسگزاریم.

## منابع

سازمان جهانی بهداشت (۱۳۷۱). تعیین حجم نمونه در مطالعات بهداشتی. ترجمه: کاظم محمد و سید حسن صانعی. تهران: انتشارات معاونت پژوهشی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی.

صادقی، خیرا...، صابری؛ سید مهدی و عصاره، مرضیه (۱۳۷۹). بررسی همه گیرشناسی اختلالهای روانی در جمعیت شهری کرمانشاه. فصلنامه اندیشه و رفتار، سال ششم، شماره های ۲ و ۳، ۱۶-۲۵.

کوکرین، رایموند (۱۳۷۶). مبانی اجتماعی بیماریهای روانی. ترجمه: فرید براتی سده و بهمن نجاریان. تهران، انتشارات رشد.

Barbato, N., & Hafner, R. J. (1998). Comorbidity of bipolar and personality disorder. *Australia and New Zealand Journal of Psychiatry*, 32, 276-280.

Franken, R. (1998). *Human motivation*. (1<sup>st</sup> ed.). Orlando, FL: HBJ.

Kaplan, H. I., Sadock, B. J., & Grebb, J. A. (1994). *Synopsis of psychiatry* (7<sup>th</sup> ed.). Baltimore: Williams and Wilkins Company (P.P. 731-751).

Kokkevi, A., Stefanis, N., Anastasos Poulou, E., & Kostogianni, C. (1998). Personality disorder in drug abuser: prevalence and their association with axis I disorders as predictors of treatment retention. *Journal of Addict Behavior*, 23, 841-853.

Tracie, A. E. (1991). Standardized approaches to individual psychotherapy of patients with