

اختلالات شخصیت

اختلال شخصیت عبارت است از تجارب درون ذهنی و رفتاری با دوامی که بر معیارهای فرهنگی منطبق نیست، نفوذی غیرقابل انعطاف دارد، از نوجوانی یا جوانی شروع می شود، در طول زمان تغییر نمی کند و موجب ناخشنودی فرد و مختل شدن کارکردهایش می شود. هر گاه صفات شخصیتی، غیرقابل انعطاف و غیرانطباقی باشد و کارکردهای فرد را مختل سازد یا رنج و عذاب درون ذهنی برایش ایجاد کند، تشخیص اختلال شخصیت را می توان مطرح کرد.

در DSM-IV-TR اختلالات شخصیت به سه دسته (کلاستر) تقسیم می شود. دسته الف- cluster A عبارت است از سه اختلال شخصیت پارانویید، اسکیزوپید و اسکیزوتایپال. افراد مبتلا به این اختلالات اغلب غریب و نامتعارف به نظر می رسند.

دسته ب- cluster B عبارت است از چهار اختلال شخصیت ضداجتماعی antisocial، مرزی borderline، نمایشی histrionic و خودشیفته narcissistic. افراد مبتلا به این اختلالات اغلب نمایشی، نامتعادل و هیجانی اند.

دسته پ- cluster C عبارت است از اختلالات شخصیت مردم گریز avoidant، وابسته dependent، و سواسی- اجباری.

اسکیزوئید

تشخیص اختلال شخصیت اسکیزوئید در بیمارانی مطرح می شود که الگوی همیشگی زندگیشان انزوای اجتماعی است. آنها از تعاملهای انسانی ناراحت می شوند. درونگرایی و حالت عاطفیشان کند و محدود است. دیگران آنها را آدمهایی نامتعارف، منزوی و تکرو می دانند.

آنها جذب مشاغل انفرادی می شوند که مستلزم حداقل تماس با دیگران است. شب کاری را بر کار روز ترجیح می دهند تا با افراد زیادی برخورد نداشته باشند. در مشاغل یکنفره و غیررقابتی که برای دیگران غیرقابل تحمل است، با موفقیت به کار می پردازند.

آنان به ندرت تماس چشمی را تحمل می کنند. حالت عاطفی شان محدود، سرد یا به نحو نابجایی جدی است. شاد و شنگول بودن برای بیماران سخت است. گاه سعی می کنند به زور خود را اهل شوخی نشان دهند اما بی فایده است. بیشتر جوابهای کوتاه به سوالات می دهند. در صحبت کردن پیشدستی نمی کنند. صنایع ادبی غیرمعمول مثل استعاره های غریب به کار می برند. گاه شیفته اشیای بی جان یا مفاهیم ماورای طبیعی می شوند. گاه در ذهنشان احساس صمیمیت ناموجهی نسبت به کسانی که خوب نمی شناسند یا مدت زیادی ندیده اند، ایجاد می شود. حساسیت sensorium آنها سالم است. حافظه اشان خوب کار می کند و از ضرب المثل ها تفسیری انتزاعی ارائه می دهند.

مبتلایان افرادی سرد و نجوش به نظر می رسند که خویشتن دار و گوشه گیر هستند. توجهی به اتفاقات روزمره و علایق سایرین نشان نمی دهند. ظاهری آرام، منزوی و غیرمعاشرتی دارند. سرشان در لاک خودشان است. نیاز یا اشتیاقی به داشتن پیوندهای عاطفی با دیگران نشان نمی دهند. دیرتر از همه به تغییرات مد در جامعه تن می دهند.

آنها به امور انفرادی علاقه دارند. زندگی جنسی شان ممکن است منحصراً در خیال طی شود و ایجاد روابط جنسی پخته را هر بار به وقتی دیگر موکول کنند. مردان اسکیزوئید ممکن است هیچ وقت ازدواج نکنند چون نمی توانند با کسی صمیمی شوند اما زنهای مبتلا ممکن است منفعلانه به ازدواج با مردان پرخاشگر که خواهان چنین زنهایی هستند تن دهند. مبتلایان هیچ وقت نمی توانند خشم خود را مستقماً ابراز کنند. اما می توانند در امور فارغ از روابط انسانی مثل ریاضیات و نجوم سرمایه عاطفی قابل توجهی صرف کنند. همچنین ممکن است دلبستگی بسیاری به حیوانات پیدا کنند. اینها اغلب مجذوب مدهای غذایی و بهداشتی، نهضتهای فلسفی و طرحهای مربوط به بهبود وضعیت اجتماعی می شوند، خاصه طرحهایی که به هیچ وجه مستلزم دخالت و نقش فعال خود فرد نیست.

گرچه افراد مبتلا در لاک خود فرو رفته اند و روزها به افراط در رویا غرق می شوند اما قابلیت شناخت واقعیت را به هیچ وجه از دست نداده اند. از آنجا که اعمال پرخاشگرانه جای چندانی در مجموعه واکنشهای معمول آنها ندارد، اگر با تهدید یا خطری رو به رو شوند غالباً یا غرق در خیالات همه کارتوانی (omnipotence) می شوند، یا به تسلیم و رضا تن می دهند. این افراد اغلب سرد و تودار به نظر می رسند اما گاه اندیشه هایی خلاق و ابتکاری به ذهنشان خطور می کند که می توانند آنها را بپروراند و در اختیار دیگران بگذارند.

روشهای درمان بیماری

روان درمانی:

گرچه بیماران با درمانگر رابطه ای صمیمی برقرار نمی کنند اما در روان درمانی فعالانه شرکت می کنند. در گروه درمانی بیماران ممکن است تا مدتها ساکت بمانند اما بالاخره مشارکت می کنند. دارودرمانی:

درمان با مقادیر کمی داروهای آنتی سایکوتیک، ضدافسردگی و محرک روانی در برخی از بیماران مؤثر بوده است.

داروهای سروتونرژیک ممکن است، از حساسیت بیمار به طرد کم کند.

بنزودیازپین ها می توانند به کاهش اضطراب بین فردی کمک کنند.

پارانویید

مشخصه بیماران مبتلا به اختلال شخصیت پارانویید، شکاکیت و بی اعتمادی دیرپا به همه افراد است. مسئولیت این احساسات از نظر آنها نه به عهده خودشان، بلکه به دوش دیگران است. این بیماران اغلب متخاصم، تحریک پذیر و خشمگین اند. افراد متعصب و جزم اندیش، کسانی که مدارکی دال بر تخلف دیگران از قانون جمع می کنند، افرادی که به همسر خود سوءظن مرضی دارند و اشخاص بدعقبتی که اهل دعوا و مرافعه اند، اغلب دچار اختلال شخصیت پارانویید هستند. افراد مبتلا به این اختلال تقریباً همیشه منتظرند که دیگران به طریقی آنها را استثمار کنند یا به آنها ضرر برسانند. آنها در بسیاری از اوقات بی هیچ توجیهی در وفاداری یا صداقت دوستان و همکاران خود تردید می کنند. آنان اغلب حسادت مرضی دارند و در وفاداری همسر یا شریک جنسی خود بی دلیل شک می کنند.

بیماران مبتلا به این اختلال، حالت عاطفی محدودی دارند و به نظر می رسد فاقد هرگونه احساس و هیجانی باشند. آنها از اینکه مستدل و عینی می اندیشند، به خود می بالند حال آنکه چنین نیست. اینها آدمهای گرمی نیستند و قدرت و منزلت افراد آنها را تحت تأثیر قرار می دهد و به آن دقیقاً توجه دارند و اگر کسی را ضعیف بیابند یا ببینند که اختلال یا نقضی در وضع و حالش وجود دارد، به وی با دیده تحقیر می نگرند. افراد مبتلا به اختلال شخصیت پارانویید ممکن است در موقعیت های اجتماعی، آدمهایی فعال و کارا به نظر برسند، حال آنکه اغلب دیگران را فقط می ترسانند یا افراد را به جان هم می اندازند.

علایم:

همانند سایر اختلالات شخصیت، باید نقش عوامل وراثتی، زیستی (ناقلین عصبی یا نوروترنسمیترها)، عوامل روانی و محیطی را در نظر گرفت. از دیدگاه روان تحلیل گری و نقش مکانیسم های دفاعی، افراد دچار اختلال شخصیت پارانویید، از برون فکتی (Projection) استفاده می کنند. یعنی تکانه ها و افکاری را که خود دارند و برایشان غیرقابل قبول است به دیگران نسبت می دهند.

روشهای درمان بیماری

روان درمانی:

درمان انتخابی، روان درمانی است. بیماران پارانوئید معمولاً در گروه درمانی خوب عمل نمی کنند، با این حال روان درمانی گروهی برای ارتقای مهارت های اجتماعی و کاهش شکاکیت آنها از طریق ایفای نقش می تواند مفید باشد. بسیاری از این بیماران رفتار درمانی را هم که برای پرورش مهارت های اجتماعی به کار می رود، ممکن است مزاحم و مداخله گر بیابند و تحمل نکنند. دارودرمانی: دارو درمانی برای مقابله با سراسیمگی (Agitation) و اضطراب این بیماران مفید است. در اکثر موارد داروی ضداضطرابی مثل دیازپام (Valium) کافی است اما گاه نیز ممکن است لازم باشد از داروی آنتی سایکوتیک مثل هالوپریدول (haldol) به مقدار کم و به مدتی کوتاه استفاده شود تا سراسیمگی شدید یا افکار نیمه هذیانی آنها قابل تدبیر باشد. پیموزاید (orap) را که داروی آنتی سایکوتیک است، در برخی از بیماران برای کاهش افکار بدگمانی آنها به کار برده اند که موفق هم بوده است.

04

خودشیفتگی Narcissistic

مشخصه افراد مبتلا به اختلال شخصیت خودشیفته این است که خودبزرگ بینانه احساس می کنند آدم بسیار مهمی هستند و از جهتی نظیر ندارند. مبتلایان به این اختلال احساس خودبزرگ بینی می کنند و خود را آدم مهمی می پندارند. فکر می کنند شخص منحصر به فردی هستند و باید دیگران به طرز خاصی با آنها تاکنند. احساس استحقاق و برتری آنها کاملاً چشمگیر است. تاب تحمل انتقاد را ندارند و از اینکه هر کسی به خود اجازه انتقاد کردن از آنها را می دهد، عصبانی می شوند یا ممکن است بی اعتنائی کامل به انتقادها از خود نشان دهند. آنها فقط نظر خود را قبول دارند و اغلب در طمع کسب شهرت و ثروت بادآورده اند. روابط آنها شکننده است و چون به قواعد مرسوم رفتار تن در نمی دهند، ممکن است خون دیگران را به جوش آورند. رفتار استثمارگرانه در روابط بین فردی آنها چیز کاملاً پیش یا افتاده و رایجی است. اینها نمی توانند همدلی از خود نشان دهند و تنها برای دستیابی به اهداف خودخواهانه خودشان تظاهر به همدردی می کنند. اعتماد به نفس این بیماران شکننده است و آنها مستعد افسردگی اند. مشکلات بین فردی، مشکلات شغلی، طرد و از دست دادن محبت دیگران از جمله فشارهای روانی شایعی است که خودشیفته ها با رفتارشان برای خود ایجاد می کنند و همین فشارها نیز همانهایی است که اینها هیچ نمی توانند از پشیمان برآیند.

روشهای درمان بیماری

روان درمانی: درمان اختلال خودشیفتگی دشوار است چون اگر قرار است پیشرفتی در کار حاصل شود، بیمار باید از خودشیفتگی دست بردارد. روان پزشکیانی مثل اتوکرنبرگ و هاینتس کوهوت رهیافت های روانکاوانه را برای اصلاح این بیماران پیشنهاد می کنند، اما برای آنکه معلوم شود اصلاً چنین تشخیصی معتبر است یا نه و اگر معتبر است بهترین درمانش کدام است، هنوز پژوهش های بیشتری باید صورت گیرد. برخی بالینگران گروه درمانی را برای بیماران خود توصیه می کنند تا آنها بتوانند چگونگی مشارکت با دیگران را یاد گرفته و تحت شرایط ایده آل، واکنشی توأم با همدلی نسبت به دیگران نشان دهند.

دارودرمانی:

برای بیمارانی که یکی از علائم بالینیشان، چرخش های سریع خلق است لیتیم را به کار برده اند. از آنجاکه بیماران مبتلا به خودشیفتگی نمی توانند طرد را تحمل کنند و مستعد افسردگی هستند، داروهای ضدافسردگی به ویژه داروهای سروتونریک می تواند مفید واقع شود.

05

شخصیت مرزی

مشخصه این اختلال، ناپایداری حالت عاطفی، خلق، رفتار، رابطه با عینیت و خودانگاره فرد است. این اختلال همچنین اختلال شخصیت دارای بی ثباتی هیجانی نیز نامیده شده است. بیماران دچار اختلال شخصیت مرزی تقریباً همیشه به نظر می رسد که در بحران به سر می برند. چرخشهای سریع خلق (mood swing) در اینها شایع است: یک لحظه ممکن است نزاع طلب باشد، لحظه بعد افسرده و لحظه ای دیگر شاکي از این که هیچ احساسی ندارند. این گونه بیماران ممکن است حملات سایکوتیک با عمر کوتاه داشته باشند که اصطلاحاً حملات میکروسایکوتیک خوانده می شود اما حملات شدید و تمام عیار سایکوز در اینها دیده نمی شود؛ در واقع علائم سایکوتیک ای که بیماران دچار اختلال شخصیت مرزی پیدا می کنند، تقریباً همیشه محدود، گذرا و مشکوک است. رفتار این گونه بیماران بسیار غیرقابل پیش بینی است و از همین رو آنها تقریباً هیچ وقت به آن مقدار کارایی که در توانشان هست، دست نمی یابند. دردناک بودن ذاتی زندگی آنها در خودزنیهای مکرر آنها مشهود است. این گونه بیماران برای جلب کمک دیگران، ابراز خشم یا برای کرخت کردن خود در برابر حالت عاطفی فلج کننده ای که دارند، ممکن است رگ دست خود را بزنند یا به اشکال دیگری خودزنی کنند.

بیماران دچار اختلال شخصیت مرزی چون احساس وابستگی و خصومت (hostile) را همزمان دارند، روابط بین فردیشان آشفته و به هم ریخته است. ممکن است به کسی که احساس نزدیکی با او می کنند، وابسته شوند و از طرف دیگر نسبت به دوستان صمیمی خود هم اگر احساس سرخوردهگی پیدا کنند، خشمی بسیار زیاد ابراز می کنند. بیماران دچار اختلال شخصیت مرزی نمی توانند تنهایی را تحمل کنند و برای تشفی خود حتی به نحوی دیوانه وار به جست و جوی ایجاد رابطه برمی آیند ولو این رابطه برای خودشان ارضا کننده نباشد.

آنها برای رفع تنهایی خود حتی اگر دیري هم نپاییده باشد، با غریبه ها دوست می شوند یا به لابلایی گری می افتند. آنان اغلب از احساس مزمن پوچی و بی حوصلگی و فقدان احساس هویتی یکدست (ابهام در هویت) شاکي هستند. وقتی تحت فشار قرار می گیرند، از این شکایت می کنند که اکثر اوقات علی رغم ابراز شدید حالات عاطفی دیگر، بسیار افسرده اند.

کارکرد بیماران مبتلا به اختلال شخصیت مرزی نیز به گونه ای است که روابط آنها مختل می شود چون همه افراد را یا خوب مطلق (all-good) می پندارند یا بد مطلق (all-bad) یعنی افراد به نظر آنها یا حامی آنها هستند و لذا باید به آنها دل بست، یا منفور و دگرآزار (سادیست) اند و احساس امنیت آنها را مختل می کنند، چون همین که ببینند بیمار به آنها وابسته شده، او را ترک می کنند و از این رو تهدیدی برای او محسوب می شوند. در نتیجه این دو نیم سازی (pliting) است که بیمار افراد خوب را آرمانی می بیند و افراد بد را به کلی فاقد ارزش. به همین دلیل است که این بیماران هر زمان از فرد یا گروه متفاوتی حمایت می کنند.

علائم:

هراس عام (panphobia - همه چیز هراسی)، اضطراب عام (anxiety - از همه چیز مضطرب شدن)، دودلی عام (anambivalence - در همه کار دودل بودن) و رفتار جنسی آشوبناک (chaotic sexuality)

روشهای درمان بیماری

روان درمانی: روان درمانی و به ویژه روان تحلیل گری برای بیمار و درمانگر به یک اندازه دشوار است. دو نیم سازی (splitting) به عنوان ساز و کاری دفاعی باعث می شود، بیمار نسبت به درمانگر و سایر افراد دور و برش زمانی احساس عشق و محبت و زمانی دیگر احساس نفرت پیدا کند. رهیافتی معطوف به واقعیت (reality-oriented) موثرتر از تفسیر عمیق ناخودآگاه بیمار است.

روان درمانی فشرده- هم فردی و هم گروهی - در محیط های بیمارستانی در درمان این بیماران نتایج خوبی داشته است. این درمان خصوصاً زمانی مفید واقع می شود که محیط خانه بیمار به دلیل تعارض های درون خانوادگی یا فشارهای روانی دیگر مثل بدرفتاری والدین به توانبخشی بیمار ضرر برساند. در محیط حفاظت شده بیمارستان می توان برای بیمار مبتلا به اختلال شخصیت مرزی که بسیار تکانشی (impulsive) است و خودزنیهای فراوان می کند، محدودیت وضع کرد و او را تحت نظر قرار داد. مطلوب آن است که بیمار آن قدر در بیمارستان بماند که بهبود قابل توجهی در وی دیده شود و این در برخی موارد تا یک سال هم طول می کشد.

رفتاردرمانی: درمانگران از رفتار درمانی برای مهار تکانه ها و فورانهایی خشم و کم کردن حساسیت بیمار به انتقاد و طرد استفاده کرده اند. پرورش مهارت های اجتماعی به ویژه با استفاده از تماشای مجدد فیلم ویدیویی رفتارهای خود، مفید است و باعث می شود که بیمار بتواند اثر اعمالش را بر دیگران ببیند و از این طریق رفتار بین فردی خود را بهتر کند.

رفتار درمانی دیالکتیک (DBT) برای درمان اختلال شخصیت مرزی در بیمارانی که رفتارهای شبه خودکشی نظیر رگ زنی های مکرر دارند، به کار رفته است. دارودرمانی:

داروهای ضد سایکوز برای مهار خشم، خصومت و حملات گذرای سایکوز به کار می رود.

داروهای ضد افسردگی، خلق افسرده را که در این بیماران شایع است، بهبود می بخشد.

مهار کننده منوآمین اکسیداز (MAOI ها) در برخی از بیماران برای میزان کردن رفتار تکانشی آنها موثر بوده است.

بنزودیازپین ها به ویژه آلپرازلام (xanax) برای رفع اضطراب و افسردگی مفید است، منتها در برخی بیماران با مصرف این دسته از داروها مهارگسیختگی (disinhibition) دیده شده است.

داروهای ضد صرع مثل کاربامازپین ممکن است کارکرد کلی برخی از بیماران را بهتر کند.

داروهای سروتونرژیک مثل مهارکننده های انتخابی بازجذب سروتونین (SSRLS) نیز در برخی از بیماران مفید بوده است.

06

وسواسی-اجباری

مشخصه های اختلال شخصیت وسواسی- اجباری، محدود بودن هیجانات، منظم و مرتب بودن، مداومت و پافشاری، سرسختی و یکدندگی و بلاتصمیمی است.

خصیصه محوری این اختلال عبارت است از، کمال طلبی و انعطاف ناپذیری به گونه الگویی نافذ و فراگیر.

مشغولیت ذهنی افراد مبتلا به اختلال شخصیت وسواسی- اجباری به قواعد، مقررات، نظم و ترتیب، تر و تمیزی و شسته رفتگی، جزئیات و دستیابی به کمال است. همین صفات باعث می شود کلیت شخصیت آنها در مجموع، محدود و بسته باشد. آنها مصرانه معتقدند که از قواعد باید به دقت پیروی کرد و قادر نیستند آنچه را به نظرشان تخطی می آید، تحمل کنند. به همین دلیل انعطاف ناپذیر نیستند و سعه صدر ندارند. آنها می توانند مدتها کار کنند و اصلا از کار طولانی، امری روزمره برای آنهاست و لازم نیست برای آن تغییری در زندگی خود ایجاد کنند که در نتیجه نتوانند به آن انطباق یابند.

بیماران مبتلا به اختلال شخصیت وسواسی- اجباری، مهارت های بین فردی چندانی ندارد. رسمی، جدی و فاقد شوخ طبعی اند. آنها مردم را از خود فراری می دهند، نمی توانند حد وسط را بگیرند و به اصرار می خواهند دیگران را تحت سلطه خواسته های خود درآورند. اما اگر کسی به نظرشان مقتدرتر از خود آنها بیاید، خواسته های او را به نحوی آمرانه برآورده می سازند. آنها چون از اشتباه کردن می ترسند، نمی توانند به تصمیم قاطعی برسند و دایم درباره تصمیمی که می خواهند بگیرند، فکر می کنند. گرچه بیماران مبتلا به اختلال شخصیت وسواسی- اجباری اکثر اوقات وضع زناشویی پایداری دارند و در کار خود نیز کفایت و شایستگی از خود نشان می دهند، اما دوستان زیادی ندارند. هر چیزی که روال زندگی اینها را یا آنچه را از خود وضعی با ثبات برای خود می پندارند، بخواد به هم بزند، ممکن است به اضطراب فراوان و یک سلسله اعمال آیینی منجر شود که آنها بر زندگی خود تحمیل می کنند و می خواهند به دیگران هم تحمیل کنند.

روشهای درمان بیماری

روان درمانی:

بیماران مبتلا به اختلال شخصیت وسواسی- اجباری برخلاف مبتلایان به سایر اختلالات شخصیت، اغلب خود می دانند که بیمارند و لذا به جست و جوی درمان برمی آیند. این بیماران که از تحصیلات خیلی بالایی برخوردارند و خیلی هم معاشرتی اند، تداعی آزاد و درمان غیر هدایتگرانه را خیلی ارجح می نهند. اما این درمان ها اغلب طولانی و پیچیده است.

از گروه درمانی و رفتار درمانی هم گاه نتایج خوبی به دست می آید. این مانع شدن از بیمار برای انجام کامل رفتار عادتیش باعث افزایش اضطراب او می شود.

07

نمایشی- هیستریک (Histrionic Personality Disorder)

بیماران مبتلا به اختلال شخصیت نمایشی، تحریک پذیر و هیجانی اند و رفتاری پررنگ و لعاب، نمایشی و برونگرایی دارند. اما علی رغم رفتار متظاهرانه و پر زرق و برقی که دارند، اغلب نمی توانند دلبستگی عمیقی را به مدت طولانی حفظ کنند. این تشخیص در زنها بیشتر از مردها مطرح شده است.

مبتلایان رفتار توجه طلبانه بسیار زیادی از خود نشان می دهند. آنها در افکار و احساسات خود اغلب مبالغه می کنند و هر چیز ساده ای را مهمتر از آنچه در واقع هست، جلوه می دهند. اگر کانون توجه واقع نشوند یا تحسین و تأیید نشوند، تندخو می شوند، می زنند زیر گریه و دیگران را ملامت می کنند و به آنها افتراهای ناروا می بندند.

رفتار اغواگرانه در این بیماران، از هر جنسی که باشند، شایع است. پرداختن به تخیلات جنسی در مورد افرادی که با آنها رابطه دارند، در اینها شایع است منتها این تخیلات را همیشه بر زبان نمی آورند و به عوض این که از نظر جنسی پرخاشگر باشند، عشوه گر و اهل لاس زدن هستند. این بیماران ممکن است به کژکاری روانی- جنسی مبتلا باشند: زنهایی نمایشی ممکن است آنورگاسمی داشته باشند و مردهایی نمایشی هم ممکن است دچار ناتوانی جنسی باشند. برای آنکه مطمئن شوند که نزد جنس مخالف جاذبه دارند، ممکن است تکانه های جنسی خود را هم به عمل درآورند. نیاز آنها به مطمئن ساختن خود تمامی ندارد، با این حال روابط آنها اغلب سطحی است و ممکن است افرادی مغرور، غرق در خود و دمدمی مزاج باشند. نیازهای بسیار شدید آنها به وابستگی باعث می شود که زود به هر کس اعتماد کنند و خیلی راحت بشود فریبشان داد.

روشهای درمان بیماری

روان درمانی:

بیماران مبتلا اغلب از احساسات واقعی خود بی خبرند، لذا تبیین احساسات درونی آنها فرایند درمانی مهمی است. روان درمانی مبتنی بر روانکاو، چه به صورت گروهی و چه به صورت فردی، می تواند درمان انتخابی اختلال شخصیت نمایشی باشد.

دارودرمانی:

دارو درمانی جهت درمان علائم بیماری، به صورت کمکی استفاده می شود. استفاده از داروهای ضد افسردگی برای افسردگی و علائم جسمی، داروهای ضد اضطراب و داروهای ضد سایکوز برای واقعیت زدودگی و خطاهای ادراکی.

08

شخصیت وابسته (Dependent)

بیماران مبتلا به اختلال شخصیت وابسته نیازهای خود را تحت الشعاع نیازهای دیگران قرار می دهند. مسئولیتهای مهم زندگی خود را به گردن دیگران می اندازند. به خود مطمئن نیستند. اگر برای مدتی تنها بمانند، احساس ناراحتی بسیاری می کنند، به این اختلال عنوان شخصیت وابسته منفعل passive-dependent هم داده اند.

مشخصه اختلال شخصیت وابسته، رفتاری حاکی از وابستگی و سلطه پذیری به صورت الگویی نافذ و فراگیر است. مبتلایان از تصمیم گیری عاجزند، مگر در صورتی که با دیگران مشورت کرده و کاملاً مطمئن شده باشند. از موقعیتهای مسئولیت آور پرهیز می کنند. اگر از آنها خواسته شود که نقش رهبر را به عهده گیرند، مضطرب می شوند و ترجیح می دهند تحت سلطه باشند. پافشاری در انجام دادن تکالیفی که به خودشان مربوط است برایشان دشوار اما اگر آن تکالیف را برای دیگری انجام دهند، مداومت در آنها کاری برایشان ندارد.

این بیماران دوست ندارند تنها باشند و دلشان می خواهد کسی را پیدا کنند که بتوانند به او وابسته شوند. همین نیاز آنها به دلبستگی به فرد دیگر است که روابط آنها را خدشه دار ساخته است. در جنون دونفره (Folie a deux) یا اختلال سایکوتیک مشترک، معمولاً یکی از دونفر به اختلال شخصیت وابسته مبتلاست که عضو سلطه پذیر آن می شود و نظام هدیانی عضو دیگر را که پرخاشگری و جرئتمندی بیشتری دارد و فرد به او وابسته شده است، در خود می پذیرد.

بدبینی، بی اطمینانی به خود، انفعال و ترس از ابراز احساسات جنسی و پرخاشگرانه، مشخصه های رفتار بیمار مبتلا به اختلال شخصیت وابسته است. این گونه افراد ممکن است همسری بدرفتار، بی وفا یا الکلی را مدتها تحمل کنند، برای آنکه احساس دلبستگیشان به او خدشه دار نگردد.

روشهای درمان بیماری

رفتاردرمانی:

جرات آموزی، خانواده درمانی و گروه درمانی، همگی در درمان این اختلال به کار رفته و در بسیاری از بیماران پیامدهای موفقیت آمیزی هم داشته است.

دارودرمانی:

دارو درمانی برای مقابله با اضطراب و افسردگی که از علایم شایع اختلال شخصیت وابسته است، به کار برده می شود.

09

اسکیزوتیپال

مبتلایان به اختلال شخصیت اسکیزوتیپال حتی به نظر افراد غیر متخصص نیز، بسیار عجیب و غریب می آیند. تفکر جادویی، عقاید منحصر به فرد، افکار انتساب به خود، خطاهای ادراکی و واقعیت زدودگی، همگی جزو زندگی روزمره فرد اسکیزوتیپال است.

در اختلال اسکیزوتیپال، تفکر و نحوه ارتباط برقرارکردن، مختل شده است. مبتلایان گرچه اختلال فکر واضحی ندارند اما تکلمشان متمایز یا ویژه است، ممکن است معنایش را فقط خودشان بفهمند و اغلب نیازمند تفسیر است. بیماران اسکیزوتیپال مثل اسکیزوفرن ها ممکن است از احساسات خود باخبر نباشند اما به کشف احساسات دیگران بویژه حالات عاطفی منفی ای مثل خشم، بسیار حساس اند. آنها ممکن است افکاری خرافی داشته باشند یا مدعی غیب بینی و داشتن سایر قدرتهای فکری و بصیرتهای ویژه باشند. جهان درونی آنها ممکن است پر از ترسها و تخیلات کودکانه و نیز رابطه با افرادی خیالی و تصویری باشد که آنها را به وضوح می بینند. ممکن است اعتراف کنند که خطای ادراک یا درشت بینی (مایکروپسی) دارند و افراد را مثل آدمهای چوبی یا چیزی شبیه آن می بینند.

آنها روابط بین فردی مخدوشی دارند و ممکن است اعمال نامناسبی از آنها سرزند در نتیجه آدمهایی منزوی اند و دوستی ندارند یا بسیار کم دارند. این بیماران ممکن است برخی از خصایص اختلال شخصیت مرزی را هم از خود نشان دهند و در واقع می شود این دو تشخیص را همزمان نیز در کسی مطرح کرد. افراد مبتلا اگر تحت فشار روانی واقع شوند، ممکن است از حال عادی خارج شوند و علایم سایکوتیک پیدا کنند، اما مدت این علایم معمولاً کوتاه است. در حالات شدید بی لذتی و افسردگی شدید هم ممکن است وجود داشته باشد.

روشهای درمان بیماری

دارودرمانی:

داروهای آنتی سایکوتیک برای مقابله با افکار انتساب به خود، خطاهای ادراکی و دیگر علایم این اختلال مفید می باشد و استفاده از این داروها توام با روان درمانی در درمان بیماران موثر می باشد.

10

ضداجتماعی

اختلال شخصیت ضد اجتماعی عبارت است از: ناتوانی از تن دادن به هنجارهای اجتماعی به طوری که جنبه های متعددی از رفتار فرد در نوجوانی و بزرگسالی تحت تاثیر این ناتوانی قرار گرفته باشد. مشخصه این اختلال، اعمال مداوم ضد اجتماعی یا خلاف قانون است اما این اختلال مترادف با بزهکاری نیست.

مبتلایان اغلب ظاهری طبیعی و حتی گرم و دوست داشتنی دارند اما در سابقه آنها مختل بودن حوزه های بسیاری از کارکردهای زندگی شان دیده می شود. دروغگویی، مکتب گریزی، فرار از خانه، دزدی، دعوا، سوء مصرف مواد و اعمال غیرقانونی، تجاربی است که این گونه بیماران نوعاً از ابتدای کودکی شان داشته اند. این بیماران، بالینگران جنس مخالف خود را اغلب تحت تاثیر جنبه های مبالغه آمیز و اغواگرانه شخصیت خود قرار می دهند اما به چشم بالینگران جنس موافقشان ممکن است افرادی فریبکار و پرتوقع جلوه کنند. آنان هیچ گونه افسردگی یا اضطرابی از خود نشان نمی دهند و این مغایرتی واضح با وضعیت آنها دارد، هرچند تهدید به خودکشی و اشتغال ذهنی مربوط به مسایل جسمی در آنها شایع است. توضیحاتی که آنها در مورد رفتار ضداجتماعی شان می دهند، چنان است که گویی رفتار مذکور از سر بی فکری و بی توجهی انجام شده است. با این حال در محتوای ذهنی بیمار هیچ گونه هذیان یا نشانه دیگری از تفکر غیرمنطقی دیده نمی شود. حتی آنها اکثر اوقات از حس واقعیت سنجی بسیار بالایی برخوردارند و اغلب ناظر را تحت تاثیر هوش کلامی خوبی که دارند، قرار می دهند.

افراد معروف به کلاهبردار، نمونه خوبی از بیماران مبتلا به اختلال شخصیت ضداجتماعی اند. آنها بسیار فریبکارند و اغلب با زبانی چرب و نرم قاب دیگران را می دزدند و آنها را به دام مشارکت در طرحهای خود می اندازند. طرحهایی که شامل راههایی ساده برای پولدار شدن یا کسب شهرت یا بدنامی است و نهایتاً نیز ممکن است فرد را به ورطه فساد مالی، رسوایی اجتماعی، یا هردو بکشند. آنها هیچ وقت راست نمی گویند. هرگز نمی شود به آنها اعتماد کرد که وظیفه ای را درست انجام دهند یا اساساً به هیچ یک از معیارهای متعارف اخلاق پایبند باشند. لابلایی گری جنسی، همسرآزاری، کودک آزاری و رانندگی در حین مستی از اتفاقات شایع در زندگی این بیماران می باشد. چیزی که خیلی مشهود است این است که آنها هیچ وقت از کارهای خود پشیمان نمی شوند یعنی انگار اصلاً وجدان ندارند.

روشهای درمان بیماری

دارودرمانی:

برای مقابله با علایم ناتوان کننده ای مثل اضطراب، خشم و افسردگی از درمان دارویی استفاده می کنند اما از آنجاکه این بیماران اغلب دچار سوء مصرف مواد نیز هستند، دارو را باید حساب شده مصرف کرد. بیماران مبتلا اگر در جای ثابتی نگهداری شوند مثلاً در بیمارستان بستری شوند، اغلب به روان درمانی تن می دهند و اگر خود را در میان عده ای مثل خود بیابند، بی انگیزگی بیماران برای تغییر هم از بین می رود، شاید از همین روست که گروههای خودیاری در تخفیف این اختلال مفیدتر از زندان بوده اند.

11

مردم گریز Avoidant

در بیماران دارای اختلال شخصیت مردم گریزی حساسیت مفرطی به طرد دیده می شود که ممکن است باعث گوشه گیری و انزوای آنها از جامعه گردد. هر چند این افراد خجالتی هستند، غیرمعاشرتی نیستند و حتی تمایل فراوانی به داشتن رابطه با دیگران دارند ولی دلشان می خواهد که دیگران تضمینهای بسیار محکم و غیرمعمولی به آنها بدهند مبنی بر اینکه بدون هیچ گونه خرده گیری و انتقادی آنها را می پذیرند. حساسیت مفرط به طرد شدن از سوی دیگران، خصیصه بالینی محوری اختلال شخصیت مردم گریز است و صفت شخصیتی عمده آنها کمروبی است. مبتلایان از گرمی و امنیت موجود در روابط انسانی خوششان می آید، منتها پرهیز و گریز خود را از ایجاد رابطه با دیگران، با ترس از طرد شدن، توجیه می کنند. وقتی با کسی صحبت می کنند، قاطعیت و اعتماد به نفس در آنها دیده نمی شود و با تواضع و شکست نفسی حرف می زنند. از سخنرانی در جمع یا تقاضا کردن از دیگران می ترسند، چون به طرد بسیار حساس اند. خیلی وقتها ممکن است اظهار نظرهای دیگران را طوری تفسیر کنند که گویی تحقیر یا توهینی به آنها بوده است. وقتی از کسی تقاضایی می کنند و جواب رد می شنوند، از دیگران کناره می جویند و احساس رنجش و آزردهی به آنها دست می دهد.

این بیماران در محیط کار اغلب به مشاغل حاشیه ای روی می آورند. پیشرفت چندانی در کار خود نمی کنند و به دنبال اقتدار بیشتری هم نمی روند. آدمهای کمروبی به نظر می رسند که می خواهند همه از دستشان راضی باشند. عموماً تمایلی به ایجاد رابطه با دیگران ندارند مگر آنکه تضمین بسیار مطمئن و غیرمعمولی به آنها داده شود که بی هیچ خرده گیری و انتقادی پذیرفته می شوند. در نتیجه اغلب هیچ دوست صمیمی یا قابل اعتمادی ندارند.

روشهای درمان بیماری

رفتاردرمانی:

درمانگر بیمار را تشویق می کند که از لاک خود بیرون آید تا برآنچه از دید او تحقیر و طرد و شکست جلوه کرده، فایق شود. با کمک گروه درمانی این بیماران می فهمند که حساسیت آنها به طرد چه اثراتی بر خود آنها و بر دیگران می نهد.

جرات آموزی هم یکی از اشکال رفتاردرمانی است که به بیمار می آموزد که نیازهای خود را با صراحت بیان کند و اعتماد به نفس خود را ارتقا دهد.

دارودرمانی:

جهت درمان اضطراب و افسردگی که گاه از خصایص همراه این اختلال می شوند، درمان دارویی را به کار برده اند.

در برخی بیماران، داروهای مسدود کننده بتابلوکرها مثل آتنولول برای تدبیر پرفعالیتی دستگاه عصبی خودکار مفید بوده است. به نظر می رسد فعالیت این دستگاه در بیماران مبتلا به اختلال شخصیت مردم گریز بالا باشد، خاصه در هنگام روی آوردن به موقعیتی که از آن می ترسند. داروهای سروتونرژیک هم می توانند حساسیت به طرد را در بیمار کاهش دهند.

داروهای دوپامینرژیک به صورت نظری می توانند رفتار جستجوی تازگی را در این بیماران ایجاد کنند، با این حال باید بیمار را از لحاظ روان شناختی برای هرگونه تجربه جدیدی که ممکن است رخ دهد آماده کرد.