

فصلنامه علمی فرهنگی

تحریر

شماره ۲۳، بهار ۱۴۰۴

انجمن علمی روان‌شناسی دانشگاه محقق اردبیلی

شخصیت







تحول

شناسنامه

عنوان: فصلنامه تحول

زمینه انتشار: علمی و فرهنگی

تاریخ انتشار: بهار ۱۴۰۴

شماره انتشار: ۲۳

صاحب امتیاز: انجمن علمی دانشجویی روان شناسی دانشگاه محقق اردبیلی

مدیر مسئول: زهرا ساعی

سردبیران: مریم عزیزیان، یاشار شاهدوست

مشاور علمی: دکتر نیلوفر میکائیلی

داوران و ناظران علمی و کیفی: دکتر نیلوفر میکائیلی (عضو هیئت علمی گروه روانشناسی

دانشگاه محقق اردبیلی)، پروفسور اکبر عطادخت (عضو هیئت علمی گروه روانشناسی

دانشگاه محقق اردبیلی)

کارشناس نشریات دانشگاه: محمد اشرفی

هیئت تحریریه:

هیئت علمی: دکتر نیلوفر میکائیلی، دکتر ملاحات امانی

دانشجوی دکتری: دکتر سیما رسولی

دانشجوی کارشناسی ارشد: علی نصیری

دانشجویان کارشناسی: مبینا سید موسوی، علی کفیلیان، زهرا احدی، فاطمه خلیوند،

اسرا لایقی، عسل محسنی، تینا خانزاده، مریم عزیزیان، لیلا وطن خواه،

یاشار شاهدوست، زهرا ساعی، مریم عطایی

ارتباط با ما:

http://t.me/Uma_psychology

http://instagram.com/Uma_psychology

تاریخ و شماره مجوز:

۰۹/۰۱/۱۳۹۴/۱۵۶۸/م/ف

تاریخ و آخرین شماره تغییرات:

۱۱/۱۲/۱۴۰۳/۶۱۷۱/م/ف

طراح جلد و صفحه آرا: صبا امیر نژاد



تحول

فهرست

۵.....	سخن مدیر مسئول
۶.....	سخن سردبیران
۷.....	فرایند دریافت مقالات تا چاپ و انتشار.....
۸.....	سرمقاله "دکتر نیلوفر میکاییلی"
۹.....	مقدمه نشریه "مبینا سید موسوی"
۱۳.....	اعتبار آزمون های شخصیت برای ارزیابی در محیط های کاری "دکتر ملاحات امانی"
۱۸.....	چرا نمی توان الگوی واحدی برای شخصیت سالم ارائه داد؟؟ "علی نصیری"
۲۱.....	بررسی شخصیت از نگاه علوم اعصاب "علی کفیلیان"
۳۱.....	بررسی شخصیت از دیدگاه فروید "مریم عطایی"
۳۶.....	مروری بر اختلال شخصیت نمایشی و خودشیفته "زهرا احدی"
۴۳.....	اختلال شخصیت ضد اجتماعی و بررسی شخصیت سودابه در شاهنامه فردوسی "فاطمه خلیوند"
۴۸.....	اختلال شخصیت پارانوئید "اسرالایق"
۵۳.....	اختلال دوقطبی "عسل محسنی"
۵۷.....	بررسی اختلال شخصیت مرزی و آسیب روانی آن "تینا خانزاده"
۶۳.....	بازنمایی اختلالات شخصیت در سینما، واکاوی روان شناختی شخصیت محوری در فیلم ها "دکتر سیما رسولی"
۶۹.....	ابزار سنجش و تحلیل شخصیت: بررسی علمی آزمون های کلاسیک و معاصر "یاشار شاهدوست"
۷۴.....	مصاحبه با دکتر عیسی جعفری هیئت علمی دانشگاه پیام نور واحد اردبیل "یاشار شاهدوست و زهراساعی"
۷۹.....	آزمون رور شاخ "مریم عزیزیان"
۸۰.....	بخش فرهنگی
۸۱.....	صفحه پادکست تحول
۸۳.....	معرفی و تحلیل روانشناختی کتاب جنایات و مکافات "لیلا وطن خواه"
۸۶.....	تحلیل روانشناختی فیلم ملی و راه های نرفته اش با رویکرد اختلال شخصیت پارانوئیدی "اسرالایق"
۸۹.....	تحلیل فیلم برادرم خسرو "عسل محسنی"
۹۲.....	داستان کوتاه در مورد اختلال دو قطبی "مبینا سید موسوی"

تحول

سخن مدیر مسئول

خدا رو شاکرم که این فرصت رو فراهم آورده که بتونم با شماره ۲۳ نشریه تحول کنار شما دوستان عزیز باشم. در این شماره، موضوع شخصیت رو بررسی کردیم، از آنجایی که شخصیت خیلی بحث گسترده‌ای هست و دامنه مطالب و موضوعات زیادی رو در برمی‌گیرد؛ فلذا، موضوعاتی که پرداخته شده فقط گوشه ای کوچک از دنیای بزرگ شخصیت شامل می‌شود. مطالب به ترتیب فهرست، از بخش مقالات علمی تخصصی تا بخش فرهنگی چینش شده. و همچنین پادکستی برای این موضوع ضبط و تدوین شده که امیدوارم از شنیدنش لذت ببرید. الان که این متن رو می‌نویسم کشور عزیزم ایران در حال مقابله با اهریمن کودک‌کش یعنی رژیم صهیونیست است. تاریخ همواره نشان داده که عشق به وطن و ایستادگی در برابر تهدید و تحمیل زورگویان در عمق و وجود ملت غیور ایران از هر قوم و قشری تنیده شده. دشمنان این خاک هرگز و هرگز تسلیم شدن ما را نخواهند دید مگر در خواب.

ای در رگانم خون وطن
ای پرچمت ما را کفن
دور از تو بادا اهرمن
ایران من ایران من

سخن سردبیر

به نام خداوند دانش، خداوند نور
شخصیت، فقط مجموعه‌ای از ویژگی‌های پایدار روانی نیست؛ انعکاسی ست از راهی که هر یک از ما جهان را می‌فهمیم، با خودمان گفت‌وگو می‌کنیم و دیگران را زندگی می‌کنیم. در دنیایی که همه چیز سریع، شلوغ و سطحی شده، شناخت شخصیت فرصتی ست برای ایستادن، نگاه کردن و فهمیدن.
این شماره، کوششی ست برای روشن کردن گوشه‌هایی از آنچه شخصیت را می‌سازد، شکل می‌دهد، و گاه، در پیچ‌وخم‌های تجربه دگرگون می‌کند. چه در قالب علم، چه در زیست روزمره، و چه در هنر.
و ما این نشریه را در روزهایی منتشر می‌کنیم که ایران زخمی ست، و دل‌هامان سنگین. با مردمی که صدایشان گاه در هیاهو گم می‌شود، اما خاموش نمی‌شود. نوشتن برای ما تنها کار فرهنگی نیست؛ تلاشی ست برای زنده نگه داشتن نور، معنا و انسانیت، در زمانی که تاریکی نزدیک‌تر از همیشه به نظر می‌رسد.
یاشار شاهدوست
سردبیر

سپاس خدای بزرگ را که با شماره ۲۳ از نشریه تحول، نشریه انجمن علمی روان شناسی دانشگاه محقق اردبیلی، در خدمت شما عزیزان هستیم.
در این شماره از نشریه، با همکاری اساتید و دانشجویان دانشگاه محقق اردبیلی و همچنین دانشگاه‌های سراسر ایران، توانستیم مطالب و مقالاتی در حوزه شخصیت گردآوری کنیم و اهمیت ویژه این مبحث در علم روان‌شناسی را به نمایش بگذاریم؛ باشد که برای شما خوانندگان و همراهان عزیز، مفید و مؤثر واقع شود.
در پایان، از تمامی دست‌اندرکاران این نشریه که موجب دلگرمی و ایجاد انگیزه بیشتر برای ادامه این راه شدند، سپاسگزاریم. همچنین تشکر ویژه داریم از مادرانی که با همکاری در مصاحبه با کودکانشان، ما را در تهیه پادکست یاری کردند.

مریم عزیزیان
سردبیر

فراخوان ارسال مقاله برای جلد ۲۳ نشریه علمی_دانشجویی تحول



انجمن علمی روانشناسی دانشگاه محقق اردبیلی

فراخوان دعوت به همکاری

نشریه تحول شماره ۲۳

فراخوان پذیرش و چاپ مقالات علمی و تخصصی و آثار فرهنگی
در نشریه تحول با موضوع **شخصیت**

محور های پیشنهادی

- ✓ نظریه‌ها و الگوهای شخصیت ✓ زیست‌شناسی و عصب‌شناسی شخصیت
- ✓ شخصیت، محیط و جامعه ✓ اختلالات شخصیت و آسیب‌شناسی روانی
- ✓ سنجش، ارزیابی و مداخله در شخصیت ✓ و...

بخش های همکاری

- تحریر و ترجمه مقالات
- گزارش پژوهش های کاربردی
- نقد فیلم و کتاب
- طراحی بازی و سرگرمی
- عکاسی، تصویر سازی
- مصاحبه و گزارش
- داستان کوتاه و...

مهلت ارسال آثار
۷ اردیبهشت ۱۴۰۴

علاقمندان جهت کسب اطلاعات بیشتر، ارسال مقالات، تعیین موضوع و عضویت در هیئت تحریریه با آیدی زیر در ارتباط باشند.
[@maryam_azzn](https://www.instagram.com/maryam_azzn)



سر مقاله

دکتر نیلوفر میکاییلی

عضو هیئت علمی گروه روانشناسی دانشگاه محقق اردبیلی



تحول شخصیت؛ یک سفر مادام العمر

سلام و عرض ادب به دانشجویان فرهیخته و پویای دانشگاه. خوشحالم که در شماره دیگری از نشریه "تحول" همراه شما هستم تا درباره یکی از بنیادی‌ترین مفاهیم روانشناسی یعنی شخصیت با شما صحبت کنم.

ما در دنیایی پرشتاب زندگی می‌کنیم که پیوسته بر نتایج و مقاصد نهایی تأکید دارد؛ رسیدن به مدرک، کسب شغل ایده‌آل، یا دستیابی به موفقیت‌های بزرگ. در این میان، مفهوم تحول شخصیت نیز گاهی به اشتباه به عنوان یک وضعیت ایستا در نظر گرفته می‌شود؛ گویی یک روز صبح از خواب بیدار می‌شویم و به نسخه "کامل" و بی‌نقص خود تبدیل شده‌ایم. اما این تصور، نه تنها با واقعیت زندگی ما در تضاد است، بلکه با یافته‌های معتبر روانشناختی نیز همخوانی ندارد.

تحول شخصیت یک مقصد نهایی نیست، بلکه یک فرآیند پویا و مادام‌العمر است. این سفر در هر مرحله از زندگی، از کودکی تا بزرگسالی، با ما همراه است و در طول آن، ما پیوسته در حال یادگیری، انطباق و بازتعریف خود هستیم. دانشگاه، در این مسیر، صرفاً یک نهاد آموزشی برای انتقال دانش نیست، بلکه یک محیط غنی برای تسریع و تسهیل کردن این فرآیند محسوب می‌شود. در این سال‌ها، شما فقط در حال کسب نمره یا مدرک نیستید؛ شما در حال قدم زدن در یکی از مهم‌ترین جاده‌های زندگی خود هستید: جاده‌ای که با هر درس، هر بحث، هر شکست و هر موفقیت، طرح‌واره‌های ذهنی و الگوهای رفتاری شما را شکل می‌دهد و اصلاح می‌کند.

این سفر پرفراز و نشیب، با مفهوم کلیدی خودکارآمدی (Self-efficacy) پیوندی عمیق دارد. خودکارآمدی، به معنای باور شما به توانایی خود برای انجام یک کار خاص و موفقیت در آن است. هر چالش درسی که با موفقیت از آن عبور می‌کنید، هر پروژه گروهی که به سرانجام می‌رسانید، یا هر مسئله‌ای که با تلاش حل می‌کنید، این حس درونی را در شما تقویت می‌کند که "من می‌توانم این کار را انجام دهم". این تجربه‌های موفقیت‌آمیز، پایه‌های اعتماد به نفس شما را محکم‌تر می‌سازند و شما را برای رویارویی با چالش‌های بزرگ‌تر آماده می‌کنند. در واقع، هر گامی که به سوی حل یک مسئله برمی‌دارید، هر مهارتی که کسب می‌کنید، و هر بار که از منطقه امن خود خارج می‌شوید، موجب سازگاری و رشد شخصیتی (Personal Growth and Adjustment) شما می‌شود.

بنابراین، به جای آنکه به دنبال رسیدن به یک شکل ایده‌آل و ثابت از خود باشید، تمرکزتان را بر فرآیند خودشناسی و تکامل مداوم قرار دهید. این سفر، مسیری برای کشف این نکته است که شما چه کسی هستید، به چه چیزهایی اهمیت می‌دهید و چگونه می‌توانید به بهترین نسخه خود تبدیل شوید. اجازه دهید محیط دانشگاه، با پیچیدگی‌ها و فرصت‌های بی‌شمارش، بستر مناسبی برای این تحول مستمر باشد. از اکتشاف، پرسشگری و تغییر استقبال کنید، چرا که این‌ها اجزای اصلی این سفر هستند و به شما کمک می‌کنند تا نه تنها یک دانشجوی موفق، بلکه یک انسان پویا و روبه‌رشد باشید.

دانشجویان عزیز شما هم می‌توانید روایت‌های علمی و تجربی خود را از این فرآیند تکاملی با ما به اشتراک بگذارید. داستان‌های شما می‌توانند چراغ‌راهی برای دیگران باشند.

مقدمه نشریه

میینا سید موسوی

دانشجوی روانشناسی دانشگاه محقق اردبیلی



یکی از مفاهیم پرکاربرد توی علوم روانشناسی و جامعه که تاثیر زیادی بر زندگی ما داره شخصیت است. شخصیت مفهوم گسترده‌ای است که ویژگی‌های متعددی از جمله رفتاری، اعتقادی، روحی مارو در بر می‌گیرد.

همین مفهوم تعیین کننده اصلی رفتارها و واکنش‌های ما در محیط‌های مختلف می‌باشد. شکل‌گیری شخصیت بستگی به رابطه بین عوامل ژنتیکی، فرهنگی، محیطی و زندگی شخصی در طول عمر دارد.

روانشناسی شخصیت به مجموعه‌ای از ویژگی‌ها، الگوهای رفتاری، افکار و احساسات ما برمیگردد که مارو از سایرین متفاوت میکند.

به نوعی می‌توانیم بگوییم که شخصیت الگوی صفات نسبتاً دائمی و ویژگی منحصر به فرد است که به رفتارها ثبات و فردیت می‌دهد. شخصیت ما بر اساس عوامل ژنتیکی، محیطی، و تجربیات زندگی شکل می‌گیرد و تعیین کننده‌ی رفتار و تصمیمات ما می‌باشد. روحیه استقلال، دلبستگی، استقامت، انعطاف پذیری و ... که همگی درونی و تقریباً پایدار هستند از شخصیت سرچشمه می‌گیرند.

در مطالعات روان‌شناسی شخصیت یکی از مهم‌ترین عواملی است که باید مورد بررسی قرار دهیم عوامل محیطی می‌باشد که در شکل‌گیری شخصیت ما اثر دارد.

به این علت دانشمندان به این نتیجه رسیدن که با اینکه در شخصیت هم محیط و هم ژنتیک تاثیر دارد ولی تاثیر محیط بین ۵۰ تا ۷۰ درصد و به نوعی بیشتر از ژنتیک می‌باشد.



می‌توانیم با این مثال بهتر بیان کنیم: وقتی که دو کودک را در جنگل پیدا می‌کنند که به دور از تعاملات اجتماعی و شهر نشینی بزرگ شده بودند. آن‌ها رفتارهای متفاوت از هم‌سن‌های خود داشتند، چهار دست و پا راه می‌رفتند و زوزه می‌کشیدند. سوای اینکه چه ژنتیکی داشتند اثرات محیط بود که شخصیت آن‌ها را شکل داده بود. با این مثال پی می‌بریم که محیط نقش بیشتر و پراهمیت تری از ژنتیک دارد.

عوامل اجتماعی و فرهنگی هم که زیرمجموعه‌ای از محیط حساب می‌شوند در شکل‌دهی شخصیت نقش حیاتی دارند. آن‌ها چارچوبی برای رفتارهای پذیرفته شده اجتماعی مشخص می‌کنند و هم ارزش‌ها، باورها و هنجارهای فرهنگی روهم به ما آموزش می‌دهند.

برای همین است که توی زندگی ما مجموعه‌ای از هنجارها و انتظارات فرهنگی دخالت دارد و به طور مستقیم و غیرمستقیم شخصیت ما را تحت تاثیر قرار می‌دهد.

در واقع محیط اجتماعی که مادر بطن آن زندگی می‌کنیم چارچوب خاصی رو مشخص می‌کند که می‌تواند رفتارها و نگرش‌های ما را هدایت کند و یا حتی محدود کند.

یکی دیگر از عوامل محیطی مهم در شکل دهی شخصیت تأثیرات فرهنگی است.

اولین نکته‌ای که در تحلیل اثرات محیطی بر شخصیت و تأثیر فرهنگ بر رفتار باید به آن اشاره کرد تفاوت‌های فرهنگی می‌باشد.

فرهنگ به مجموعه‌ای از ارزش‌ها، باورها، آداب و رسوم و هنجارهایی اشاره دارد که در آن یک گروه اجتماعی خاص مشترک است و بر رفتار افراد این گروه تأثیر می‌گذارد. این تفاوت‌ها می‌تواند به طور قابل توجهی بر شخصیت و رفتار افراد در فرهنگ‌های مختلف تأثیر بگذارد.

به طور مثال در فرهنگ‌های جمع‌گرا مثل بسیاری از کشورهای آسیایی افراد بیشتر به گروه و جمع وابسته هستند و رفتارهای اجتماعی آن‌ها بیشتر تحت تأثیر نظر دیگران قرار دارد.

در فرهنگ‌ها روابط اجتماعی همکاری و همبستگی اهمیت ویژه‌ای دارد. در مقابل، فرهنگ‌های فردگرا مثل بسیاری از کشورهای غربی استقلال فردی و آزادی انتخاب بسیار مهم است و افراد بیشتری تحقق اهداف شخصی خودشان هستند.

به جز عوامل خانوادگی و فرهنگی می‌توان عوامل دیگری مثل: محل زندگی، وضعیت اقتصادی و... را که در شکل‌گیری شخصیت افراد نقش به‌سزایی دارند نام برد.

اختلال شخصیت چیست؟

صفات شخصیتی الگوهای پایداری هستند که بر اساس آن‌ها افراد خودشان و محیط اطرافشان را توصیف می‌کنند. با آن‌ها ارتباط برقرار می‌کنند و درباره آن‌ها فکر می‌کنند. این الگوهای پایدار در دامنه گسترده‌ای از زمینه‌های اجتماعی و شخصی نشان داده می‌شوند.

صفت‌های شخصیتی فقط زمانی اختلال شخصیت را شکل می‌دهند که غیرقابل انعطاف و ناسازگارانه باشند و دیسفانکشن معنادار ایجاد کنند

دیسفانکشن یعنی نقص در عملکرد طبیعی یعنی فرد نتواند به کارهای معمول خودش برسد مثلاً در زمینه شغلی، تحصیلی، اجتماعی و سایر زمینه‌های مهم زندگی. عموماً از این واژه در زمینه روانشناسی برای بیان درمورد فرد یا افرادی استفاده می‌کنیم که در روابط فردی یا اجتماعی خود مشکلات و سوء رفتارهایی دارند.

عامل محیطی دیگر جامعه می‌باشد که تأثیراتش بر شخصیت به طور مستقیم و غیرمستقیم قابل مشاهده است. تأثیرات مستقیم توسط نهادهای اجتماعی مثل: خانواده، مدارس، گروه‌های همسالان و رسانه‌ها اعمال می‌شود. این نهادها به طور فعال در انتقال ارزش‌ها، هنجارها و الگوهای رفتاری به ما مشارکت دارند به ما یاد می‌دهند که چطوری در اجتماع رفتار کنیم. در بین این طبقه‌بندی‌ها خانواده یکی از اصلی‌ترین عوامل محیطی است. تأثیر خانواده بر شخصیت ما از همان سال‌های اول زندگی شروع می‌شود و می‌تواند عمیق و ماندگار باشد. این تأثیرات به شکل‌های گوناگون بروز می‌کند. از نحوه تربیت و نوع روابط والدین با کودک گرفته تا محیط عاطفی که در آن رشد و پرورش می‌یابد. وقتی ما اثرات محیطی بر شخصیت را بررسی کنیم از این منظر به ما کمک می‌کند که درک کنیم چطوری محیط خانوادگی به رشد یا محدودیت ویژگی‌های شخصیتی ما کمک می‌کند. از دیدگاه روانشناسی، خانواده اولین محیط اجتماعی می‌باشد که کودک با آن روبرو می‌شود و نخستین تأثیرات مهم بر شخصیت آن در این بستر رخ می‌دهد. نحوه رفتار و تعامل والدین با کودک نقش اساسی در شکل‌دهی الگوهای رفتاری و نگرش‌های کودک دارد. برای مثال والدینی که با فرزندان خود شون به شکل محبت‌آمیز رفتار می‌کنند بیشتر مواقع فرزندان با اعتماد به نفس و عزت نفس بالا پرورش می‌دهند.

در مقابل کودکانی که در خانواده‌های پرتنش یا سردیابی توجه رشد می‌کنند ممکن است با مشکلاتی مثل اضطراب، افسردگی یا ناتوانی در برقراری ارتباط مؤثر مواجه باشند.

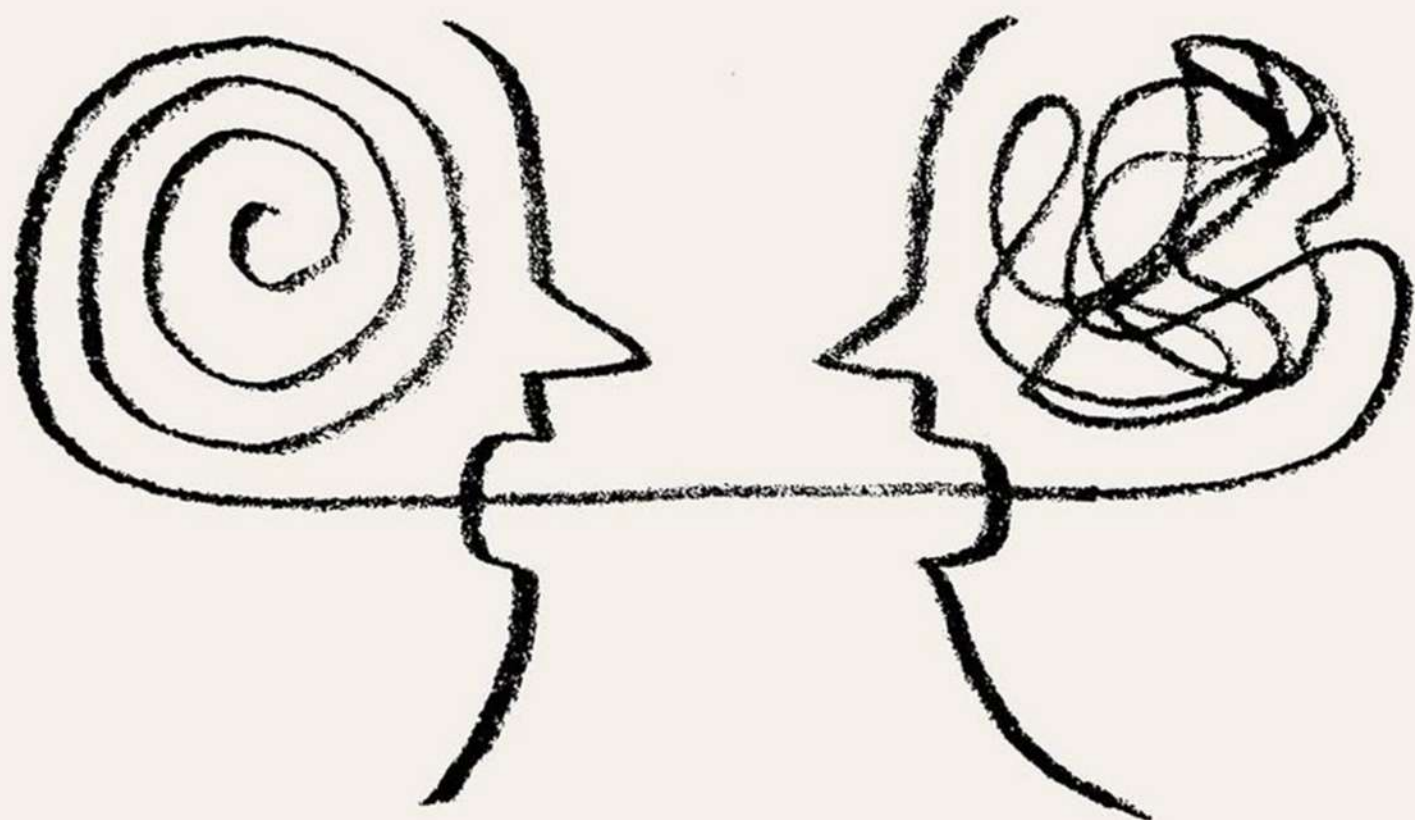


منابع:

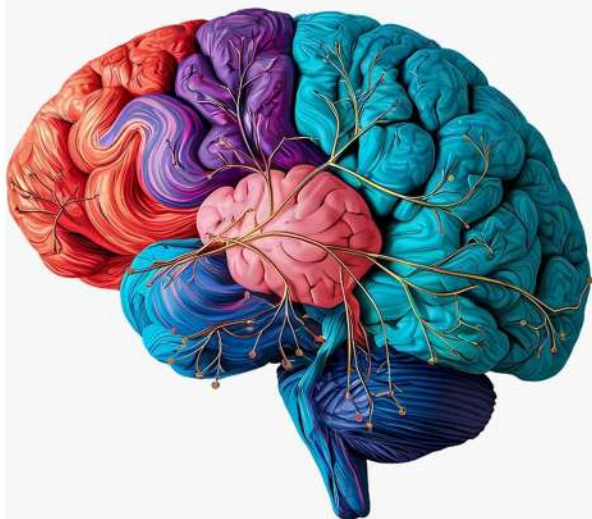
۱. شریفی، ح. (۱۳۹۷). روان‌شناسی شخصیت. تهران: انتشارات ویرایش.
۲. سید محمدی، ی. (۱۳۹۵). روان‌شناسی رشد (ترجمه جمعیس، دیورا). تهران: انتشارات رشد.
۳. فیروزبخت، م. (۱۳۹۸). روان‌شناسی عمومی (ترجمه داگلاس برنشتاین). تهران: ساوالان.
۴. رضاعی، ف. (۱۳۹۵). راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات‌های روانی DSM-5 (ترجمه انجمن روان پزشکی آمریکا). تهران: نشر ارجمند.

ویژگی اصلی اختلال شخصیت یک الگوی پایدار از تجربه درونی و رفتار می‌باشد که به شدت از هنجارها و انتظارات فرهنگی که فرد در آن زندگی می‌کند دور است. حداقل در دو زمینه از زمینه‌های «شناخت، احساسات و هیجانات»، عملکرد میان فردی و کنترل امیال قابل نظاره می‌باشد. این الگوهای پایدار در دامنه وسیعی از موقعیت‌های شخصی و اجتماعی حضور گسترده دارند و انعطاف‌ناپذیر هستند. این الگوها باثبات و طولانی‌مدت هست و ردیای شروع آن را می‌توانیم حداقل در نوجوانی یا آغاز بزرگسالی دنبال کنیم. همچنین قابل انتصاب به آثار فیزولوژیک یک ماده مثل داروهای سوء مصرفی، داروهای تجویزی، قرار گرفتن در معرض مواد سمی، یا یک عارضه‌ی پزشکی مثل ضربه مغزی نیستند. بر اساس DSM-5 اختلالات شخصیت به سه گروه دسته‌بندی می‌شوند:

۱. گروه A: افراد عجیب و نامتعارف
اختلال شخصیت پارانوئید
اختلال شخصیت اسکیزوئید
اختلال شخصیت اسکیزوتایپال
 ۲. گروه B: افراد نمایشی-احساساتی و دمدمی
اختلال ضد اجتماعی
اختلال شخصیتی مرزی
اختلال شخصیت نمایشی
اختلال شخصیت خودشیفته
 ۳. گروه C: افراد مضطرب و هراسان
اختلال شخصیت دوری‌گزين (اجتنابی)
اختلال شخصیت وابسته
اختلال شخصیت وسواسی جبری
- بجز این سه گروه می‌توانیم گروه چهارمی هم معرفی کنیم که شامل سایر اختلالات شخصیت می‌شوند مثل:
اختلال شخصیت افسرده
منفعل-مهاجم
- بنابراین می‌توانیم بیان کنیم که شخصیت نه تنها بر شیوه‌ی پردازش اطلاعات و واکنش به موقعیت‌ها تاثیر می‌گذارد، بلکه مبنای شکل‌گیری تفاوت‌های فردی، سازگاری روانی، و حتی آسیب‌پذیری نسبت به اختلالات روانی است.



اعتبار آزمون‌های شخصیت برای ارزیابی در محیط‌های کاری



مقدمه

آزمون‌های شخصیت همچون شاخص تیپ مایرز-بریگز (DISC)، انیاگرام (ENNEAGRAM) و پنج عامل بزرگ شخصیت بطور گسترده در محیط‌های کاری مورد استفاده قرار می‌گیرد. آزمون مایرز-بریگز (MBTI) که بر اساس نظریه تیپ‌های روانشناختی کارل یونگ ساخته شده است، چهار بُعد دارد (درون‌گرایی-برون‌گرایی؛ شهودی-حسی؛ فکری-احساسی؛ قضاوتی-ادراکی). ترکیب این ابعاد ۱۶ تیپ شخصیتی ایجاد می‌کند.

نظریه DISC بر چهار نوع شخصیت تمرکز دارد: سلطه‌گری (D)، تأثیرگذاری (I)، ثبات (S) و وظیفه‌شناسی (C). انیاگرام نیز یکی از مدل‌های تیپ‌شناسی مورد استقبال در محیط حرفه‌ای است، در حالی که هیچ پایه علمی و آکادمیکی ندارد. در تیپ‌های نه‌گانه انیاگرام یا انیاتیپ هر تیپ شخصیتی دچار تثبیت در یک موضوع یا همان ترس نهادین است. مدل انیاگرام، نه تیپ شخصیتی را ارائه می‌دهد که به صورت عددی نمایش داده می‌شوند. این تیپ‌ها دارای برجسب‌های توصیفی هستند (مثلاً «اصلاح طلب»، «موفق»، «صلح‌طلب»). برای ارزیابی انیاگرام، آزمون‌های مختلفی وجود دارد.

دکتر ملاحظت امانی

عضو هیئت علمی و مدیر گروه روانشناسی
دانشگاه محقق اردبیلی

چکیده

آزمون‌های شخصیتی مانند مایرز-بریگز و DISC در سال‌های اخیر، به‌ویژه در محیط کار زیاد مورد استفاده قرار گرفته‌اند. آزمون‌های شخصیتی متمرکز بر تیپ، به دلیل نحوه قرارگیری افراد در دسته‌های محدود، فاقد اعتبار هستند و تنوع شخصیت انسانی را در نظر نمی‌گیرند. این امر به‌ویژه هنگام تصمیم‌گیری‌های حیاتی در محیط‌های کار مانند استخدام و ارتقای شغلی خطرناک است، زیرا آزمون‌های شخصیتی روانشناسی عامه‌پسند متمرکز بر تیپ، هیچ مدرک علمی برای اثبات توانایی پیش‌بینی عملکرد شغلی خود ندارند. از آنجا که اصطلاح «آزمون شخصیت» با آزمون‌های شخصیتی روانشناسی عامه‌پسند مانند مایرز-بریگز و DISC مترادف شده است، مفهوم آزمون‌های شخصیتی در محیط کار شهرت بدی پیدا کرده است. از سوی دیگر ارزیابی شخصیت با روش‌شناسی مناسب می‌تواند برای سازمان‌ها در رقابت برای جذب استعدادها برتر، مزیت رقابتی ایجاد کند.

آزمون‌های شخصیتی متمرکز بر ویژگی‌ها که بر اساس نظریه پنج عاملی شخصیت بنا شده‌اند، به‌طور گسترده به عنوان روشی بسیار معتبرتر و قابل اعتمادتر برای سنجش شخصیت، به‌ویژه در محیط کار، پذیرفته شده‌اند. آزمون شخصیت‌شناسی پنج عاملی بزرگ، هنگامی که با تحلیل شغل ترکیب می‌شود، روشی پیش‌بینی‌کننده و مبتنی بر داده را در اختیار سازمان‌ها قرار می‌دهد تا شایستگی افراد را برای نقش‌های در نظر گرفته شده نشان دهد.

به طوری که افراد کم و بیش درونگرا یا برونگرا هستند و این تیپ‌شناسی، درونگراهای قوی را از درونگراهای نسبتاً ضعیف متمایز نمی‌کند. از سوی دیگر، معیارهای پنج عامل بزرگ، مانند NEO، به طور گسترده اعتبارسنجی شده‌اند. آن‌ها نمرات پیوسته‌ای را برای هر یک از پنج ویژگی شخصیتی ارائه می‌دهند، بنابراین آزمودنی می‌تواند تشخیص دهد که در هر ویژگی قوی یا ضعیف است. این بدان معناست که شخصیت یک فرد می‌تواند از طرق مختلف با هم تلاقی کند، که پیچیدگی شخصیت انسان را بسیار دقیق‌تر از دوگانگی‌های دقیق یک آزمون شخصیت مانند مایرز بریگز توضیح می‌دهد. در روان‌سنجی، برخی از آزمون‌ها مثل پنج عامل بزرگ، متمرکز بر ویژگی؛

درمقابل، آزمون‌هایی مثل MBTI و DISC، متمرکز بر نوع است. مثلاً در آزمون‌های شخصیت متمرکز بر نوع، برخی از ویژگی‌ها به عنوان قطب‌های مخالف یک پیوستار در نظر گرفته می‌شود، در واقع مستقل هستند - سه دهه شواهد نشان می‌دهد که شما می‌توانید هم فکر کنید و هم احساس کنید. در واقع، تحقیقات نشان می‌دهد افرادی که مهارت‌های تفکر و استدلال قوی‌تری دارند، در تشخیص، درک و مدیریت احساسات نیز بهتر هستند. قرار دادن ویژگی‌هایی مانند تفکر و احساس، یا درونگرایی و برونگرایی، در دو انتهای یک طیف، منطقی نیست؛ زیرا آن‌ها متقابلاً منحصر به فرد نیستند. روانشناسان صنعتی/سازمانی اکنون به طور گسترده موافقند که شخصیت بهتر است با ویژگی‌های پیوسته توصیف شود تا دسته‌های تیپ‌های متمایز.

آیا آزمون‌های شخصیت در محیط‌های کاری، معتبر هستند؟

نتایج تحقیقات نشان می‌دهد که MBTI توانایی پیش‌بینی عملکرد آینده را ندارد، ارتباطی با شغل ندارد و با گروه‌بندی همه افراد تنها در ۱۶ دسته مختلف، دوگانگی‌های مصنوعی ایجاد می‌کند. واضح است MBTI هیچ مدرکی برای اعتبار پیش‌بینی ندارد و این امر تصمیم‌گیری‌های مهمی مانند استخدام یا ارتقای شغلی را کاملاً بی‌اثر می‌کند.

آزمون شخصیتی پنج عامل بزرگ در درجه اول به عنوان یک ابزار تحقیقاتی برای کمک به درک چگونگی ارتباط شخصیت با طیف وسیعی از پیامدهایی چون سلامت، موفقیت تحصیلی و شغلی توسعه داده شد. این مدل از پنج بعد تشکیل شده است: روان‌رنجوری، برونگرایی، گشودگی به تجربه، وظیفه‌شناسی و سازگاری. اگرچه معیارهای مختلفی برای ارزیابی پنج عامل بزرگ شخصیت وجود دارد، اما رایج‌ترین آنها «NEO» است که به همین دلیل به سه بعد اول اشاره دارد.

آیا آزمون‌های شخصیت معتبر هستند؟

یکی از ملاک‌های اعتبار آزمون‌های شخصیت داشتن اعتبار سازه است. یعنی هر آزمون شخصیتی براساس یک نظریه زیربنایی ساخته شده است. برای نمونه MBTI تا حدودی بر اساس نظریه یونگ بنا شده است. نظریه انیاگرام پیش از رشته روانشناسی وجود داشته و تفسیری از سنت‌های باستانی در مورد انواع شخصیت است. پنج عامل بزرگ پس از دهه‌ها تحقیق در مورد ویژگی‌های مختلف شخصیتی تکامل یافته و نتیجه کاهش ده‌ها ویژگی پیشنهادی به پنج ویژگی اصلی، پایدار و "مرتبه بالاتر" است. اگر نظریه مربوط براساس فرضیه‌های تولید شده، مورد تایید قرار گیرد، آزمون ساخته شده براساس آن نیز، دارای اعتبار خواهد بود.

آزمون‌های DISC، MBTI و انیاگرام مبتنی بر نظریه‌ها و مفاهیمی است که دارای پشتوانه علمی کم یا بدون پشتوانه علمی هستند.

هر آزمون شخصیتی خوب باید اعتبار خوبی را نشان دهد، آنچه را که قرار است اندازه‌گیری کند، اندازه‌گیری کند و قابلیت اطمینان (یعنی ثبات، به طوری که در زمان‌های مختلف برای یک فرد نمرات متفاوتی دریافت نکنید) داشته باشد. هم MBTI و هم انیاگرام به دلیل فقدان شواهد محکمی از اعتبار و قابلیت اطمینان، توسط روانشناسان شخصیت مورد انتقاد قرار گرفته‌اند. علاوه بر این، آزمون‌های مبتنی بر تیپ‌شناسی‌ها از این واقعیت رنج می‌برند که آزمون‌دهنده در یک دسته قرار می‌گیرد. به عنوان مثال، ممکن است شما به عنوان "برونگرا (E)" یا "درونگرا (I)" برچسب‌گذاری کنید. در واقع، ابعاد شخصیتی پیوسته هستند،

تنها در صورتی برای استخدام مفید هستند که با رویکردی مبتنی بر داده همراه شوند. این اغلب به معنای انجام تجزیه و تحلیل شغل است، یعنی جمع‌آوری نظرات متخصصان برای ایجاد مدلی از ویژگی‌های شخصیتی مؤثر برای شغل مورد نظر، حیاتی هستند. از سوی دیگر، استفاده از آزمون‌های توانایی‌های شناختی مثل حل مسئله و هوش اجتماعی همراه یک آزمون شخصیت معتبر می‌تواند قدرت پیش‌بینی را افزایش دهد و تصویری جامع از شایستگی یک داوطلب برای یک نقش قرار دهد.

اثر بارنوم

این اثر که به نام پی‌تی بارنوم، کسی که جمله معروفش «هر دقیقه یک احمق به دنیا می‌آید» نام‌گذاری شده است، زمانی رخ می‌دهد که به افراد تفسیرهای مبهمی از نمرات آزمون شخصیتشان داده می‌شود که می‌تواند تقریباً برای هر کسی صدق کند. این همان تأثیری است که طالع‌بینان، فالگیران و شارلاتان‌ها ایجاد می‌کنند، زمانی که ادعا می‌کنند اطلاعاتی که ارائه می‌دهند برای یک فرد صدق می‌کند، در حالی که در واقع می‌تواند برای تقریباً هر کسی صدق کند؛ مثلاً «گاهی اوقات می‌توانید بلند صحبت کنید، خوش‌برخورد و اجتماعی باشید، اما گاهی اوقات می‌توانید ساکت، خجالتی و کم‌حرف باشید». بسیاری از «آزمون‌های شخصیت» آنلاین این تفسیرهای مبهم را ارائه می‌دهند که می‌تواند برای تقریباً هر کسی صدق کند و (برخی از توصیفات تیپ MBTI و انیاگرام «بارنومی» به نظر می‌رسند).

آزمون‌های شخصیت: چه فایده‌ای دارند؟

آزمون‌های شخصیت در ابتدا به عنوان ابزارهای تحقیقاتی برای درک بهتر تفاوت‌های فردی در افراد توسعه داده شدند. بعدها، از آن‌ها برای اهداف متعددی استفاده شد. برخی از آزمون‌های شخصیت، مانند MMPI (پرسشنامه شخصیت چند مرحله‌ای مینه‌سوتا)، برای تشخیص اختلالات روانی مختلف استفاده می‌شوند.

به همین ترتیب، DISC که افراد را در دسته‌های دوگانگی گروه‌بندی می‌کند، برای محیط کار، فاقد اعتبار است. اگرچه تحقیقاتی وجود دارد که نشان می‌دهد تیپ‌های شخصیتی مختلف به موفقیت شغلی در مشاغل مختلف منجر می‌شوند، MBTI و DISC هیچ تحلیل شغلی رسمی برای پشتیبانی از اینکه کدام تیپ‌ها برای یک نقش خاص موفق‌تر خواهند بود، ندارند. در واقع، هیچ مدل شایستگی شغلی معتبری وجود ندارد که بتواند ارتباط شغلی هر تیپ شخصیتی خاص را از طریق آن ارزیابی کنید، کسانی که مسئول تصمیم‌گیری در مورد استخدام و ارتقاء هستند، ممکن است مستعد ایجاد فرضیات ذهنی در مورد آنچه برای شغل مورد نیاز است، باشند. به عنوان مثال، یک مدیر استخدام ممکن است فرض کند که «برونگرایی» - میزان برونگرا، قاطع، دوستانه و فعال بودن فرد - برای نقش فروشنده مورد نیاز است، در حالی که برخی تحقیقات نشان می‌دهد که همیشه اینطور نیست. اگرچه ممکن است یک آزمون شخصیت برای تیم‌سازی یا سایر فعالیت‌های کم‌اهمیت‌تر تجاری استفاده شود، اما استفاده از این آزمون‌های شخصیت عامه پسند برای تصمیم‌گیری‌های پرهزینه و حیاتی - مانند استخدام یا ارتقای شغلی - بی‌اثر و بالقوه غیراخلاقی است. در محیط کار، تعیین اینکه کدام ویژگی‌های شخصیتی برای موفقیت مهم هستند، به خود شغل بستگی دارد. به همین دلیل است که ویژگی‌های شخصیتی پنج‌عاملی بزرگ



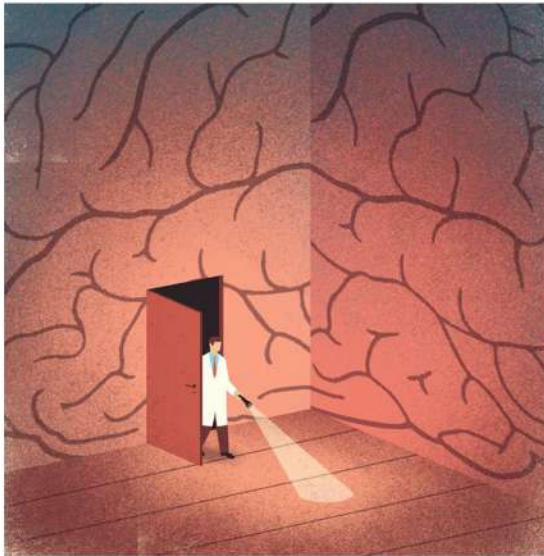
استفاده از MBTI، انیاگرام و پنج عامل بزرگ شخصیت، باید "با احتیاط" انجام شوند. توجه داشته باشید که این آزمون‌ها فقط نشانه‌هایی از ویژگی‌های شخصیتی که ممکن است داشته باشید را به شما می‌دهند، اما دقیق نیستند و می‌توانند کاملاً اشتباه باشند. هر نتیجه آزمون می‌تواند تحت تأثیر آزمون‌دهنده قرار گیرد، که ممکن است سعی کند آزمون را "حدس بزند" یا به روشی که از نظر اجتماعی مطلوب است پاسخ دهد. همچنین به یاد داشته باشید که شخصیت سرنوشت نیست. داشتن برخی از ویژگی‌های مطلوب (یا نامطلوب) به این معنی نیست که شما در الگوهای رفتاری خاصی گرفتار شده‌اید. صفات، گرایش‌ها - الگوهای رفتاری - را نشان می‌دهند و ما می‌توانیم از گرایش‌ها خارج شویم. علاوه بر این، موقعیت نیز در این امر دخیل است. به عنوان مثال، یک درونگرا ممکن است در موقعیت‌های خاص، بیشتر شبیه یک برونگرا رفتار کند و برعکس.

منابع:

- Hook, J. N., Hall, T. W., Davis, D. E., Van Tongeren, D. R., & Conner, M. (2021). The Enneagram: A systematic review of the literature and directions for future research. *Journal of Clinical Psychology, 77*(4), 865-883.
- King, S. P., & Mason, B. A. (2020). Myers-Briggs type indicator. *The Wiley Encyclopedia of Personality and Individual Differences: Measurement and Assessment, 315-319.*
- Snyder, C. R., Shenkel, R. J., & Lowery, C. R. (1977). Acceptance of personality interpretations: the "Barnum Effect" and beyond. *Journal of consulting and clinical psychology, 45*(1), 104.



چرا نمی‌توان الگوی واحدی برای شخصیت سالم ارائه داد؟



علی نصیری

کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، دانشگاه محقق اردبیلی



تصور کنید در بازاری شلوغ در آسیای جنوب شرقی قدم می‌زنید. زنی در گوشه‌ای، آرام با روح مادر بزرگ از دست‌رفته‌اش صحبت می‌کند و هم‌زمان داروی گیاهی تهیه می‌کند. در فرهنگ خودش، او یک درمانگر است، مورد احترام و اعتماد. اما اگر همان زن را به یک کلینیک روان پزشکی غربی ببریم، رفتارها، ادراک و باورهای وی احتمالاً نشانه‌هایی از «توهم»، «هذیان» یا «اختلال روانی» در نظر گرفته می‌شوند.

سوال مهم این است: چه کسی تصمیم می‌گیرد چه چیزی «سالم» است؟

ما آدم‌ها شیفته دسته‌بندی هستیم. به خصوص وقتی پای شناخت آدم‌ها وسط باشد. ساده است که بگوییم: «این شخصیت سالم است، آن یکی نه.» اما واقعیت این است که ما چرا به این سادگی‌ها نیست. وقتی از دیدگاهی گسترده و میان فرهنگی به موضوع نگاه کنیم، می‌بینیم ایده‌ی وجود الگوی ثابت و جهان‌شمولی برای شخصیت سالم، چندان قابل دفاع نیست.

وسوسه‌ی یک مدل جهانی

برای دهه‌ها، روان‌شناسان به دنبال یافتن الگوهای جهانی در شخصیت بودند. یکی از محبوب‌ترین مدل‌ها «مدل پنج‌عاملی شخصیت» یا همان Big Five است. این مدل بر پنج ویژگی اصلی تمرکز دارد: گشودگی، وظیفه‌شناسی، برون‌گرایی، توافق‌پذیری و روان‌رنجوری.

این مدل نه تنها در جوامع غربی بلکه در بسیاری از فرهنگ‌های دیگر هم مورد استفاده قرار گرفته و نتایج قابل توجهی نشان داده است (Terracciano & McCrae, 2006).

اما مشکل از جایی شروع می‌شود که بخواهیم این مدل را در جوامع غیرغربی، کم‌سواد یا بی‌سواد به کار ببریم. در این شرایط، مدل پنج‌عاملی چندان خوب عمل نمی‌کند (Church, 2016). برخی تحقیقات نشان داده‌اند که در برخی فرهنگ‌ها، مردم شخصیت را نه با پنج عامل، بلکه با دو یا سه بعد کلی‌تر توصیف می‌کنند.

این به این معنی نیست که آن مردم این ابعاد شخصیتی را ندارند! بلکه ابزارهایی که ما برای سنجش شخصیت استفاده می‌کنیم، از دل فرهنگ خاصی آمده‌اند و نمی‌توانند به راحتی در همه جای دنیا معنای واحدی داشته باشند.

چرا نمی‌توان با یک خط کش شخصیت را سنجید؟

از تفاوت‌های مهم بین فرهنگ‌ها، تفاوت بین جوامع فردگرا و جمع‌گراست. در فرهنگ‌های جمع‌گرا، هماهنگی، هویت جمعی و نقش‌های اجتماعی اهمیت زیادی دارند.

اینجاست که سوال اصلی دوباره ظاهر می شود. شخصیت سالم حقیقتاً یعنی چه؟

شاید پاسخ، چیزی ساده اما ژرف باشد: شخصیت سالم، آن شخصیتی است که به فرد کمک می کند در بافت فرهنگی و اجتماعی خودش، کارآمد، متعادل، و معناگرایانه زندگی کند.

برای یک نفر ممکن است این شخصیت شامل استقلال، جاه طلبی و اعتماد به نفس باشد. برای دیگری، شاید فروتنی، پیوند با خانواده و رعایت ارزش های سنتی. مهم این است که آیا آن ویژگی ها باعث رشد، ارتباط، و انعطاف پذیری فرد در زندگی واقعی اش می شوند یا نه.

پس دفعه ی بعد که کسی مدعی شد «می داند شخصیت سالم دقیقاً چه شکلی است»، از او بپرس: «در کدام فرهنگ؟ در چه دوره ای از تاریخ؟ برای چه نوعی از زندگی؟»

چون چیزی که در یک جا «بیماری» تلقی می شود، شاید در جای دیگر راهی برای سلامت و رشد باشد.

منابع:

- Church, A. T. (2016). Personality traits across cultures. *Current Opinion in Psychology*, 8, 22-30.
- Marsella, A. J., Dubanoski, J., Hamada, W. C., & Morse, H. (2000). The measurement of personality across cultures: Historical, conceptual, and methodological issues and considerations. *American Behavioral Scientist*, 44(1), 41-62.
- Heine, S. J., & Buchtel, E. E. (2009). Personality: The universal and the culturally specific. *Annual review of psychology*, 60(1), 369-394.
- Church, A. T. (2008). Current controversies in the study of personality across cultures. *Social and Personality Psychology Compass*, 2(5), 1930-1951.
- Winiarski, D. A., Dogra, N., & Karnik, N. (2020). Culture, mental health, and children and adolescents. In *The Routledge International Handbook of Race, Culture and Mental Health* (pp. 289-300). Routledge.
- Patel, V. (2014). Why mental health matters to global health. *Transcultural psychiatry*, 51(6), 777-789.
- Ziegenbein, M., Calliess, I. T., Sieberer, M., & Machleidt, W. (2008). Personality disorders in a cross-cultural perspective: Impact of culture and migration on diagnosis and etiological aspects. *Current Psychiatry Reviews*, 4(1), 39-47.
- Terracciano, A., & McCrae, R. R. (2006). Cross-cultural studies of personality traits and their relevance to psychiatry. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, 15(3), 176-184.

حتی سبک پاسخ گویی افراد به پرسش نامه ها هم در فرهنگ های مختلف فرق دارد. برخی فرهنگ ها افراد را به فروتنی تشویق می کنند و برخی دیگر به خودابرازی. این تفاوت ها می تواند نتایج تست های شخصیت را کاملاً تغییر دهد (Church, 2016, Marsella et al., 2000).

درست مثل اینکه ویژگی های صدای یک نفر را در کتابخانه و کنسرت راک اندازه بگیریم و بعد بخواهیم درباره ی پتانسیل ها و ویژگی های آن قضاوت کنیم!

و مسئله تنها شخصیت نیست، بلکه سلامت روان هم به شدت تحت تأثیر فرهنگ ها و محیط ما قرار دارد. آنچه در یک جامعه اختلال روانی تلقی می شود، ممکن است در جامعه ای دیگر طبیعی، یا حتی محترم شمرده شود.

در کشورهای با درآمد پایین و متوسط، مسائل سلامت روان اغلب شکل متفاوتی به خود می گیرند و از روابط خانوادگی، محیط اجتماعی، و شرایط اقتصادی تأثیر می پذیرند (Bassetal, 2019). برای مثال، کودکی که در یک کشور غربی با برچسب بیش فعالی یا اختلال رفتاری شناخته می شود، ممکن است در یک فرهنگ دیگر به عنوان کودکی پارانرژی و اجتماعی دیده شود (Winiarski et al., 2020).

تشخیص اختلالات شخصیت از این هم پیچیده تر است. چرا که تعریف رفتار ناسازگارانه خودش وابسته به ارزش های فرهنگی است. ویژگی ای که در یک جامعه به عنوان «انعطاف ناپذیر» یا «شکاک» در نظر گرفته می شوند، ممکن است در جایی دیگر نماد وفاداری یا نظم تلقی شوند (Ziegenbein et al., 2008).

زمینه، همه چیز را تغییر می دهد.

فرهنگ فقط پس زمینه ی رفتار ما نیست، بلکه خودش بخشی از نمایشنامه است. تاریخ، مذهب، نقش های اجتماعی، حتی سیاست روی معنای شخصیت و سلامت روان اثر می گذارند.

به همین دلیل، پژوهشگران امروز تأکید می کنند که ما باید به جای دنبال کردن مدل های جهانی، به سمت مدل هایی برویم که هم شباهت های انسانی را در نظر بگیرند و هم تفاوت های فرهنگی را.



بررسی شخصیت از نگاه علوم اعصاب



علی کفیلیان یزدی

دانشجوی کارشناسی روانشناسی دانشگاه یزد



علوم اعصاب شخصیت از روش‌های علوم اعصاب برای مطالعه سازوکارهای زیستی-عصبی زیربنای تفاوت‌های فردی در صفات روان‌شناختی پایدار استفاده می‌کند. به طور خاص، علوم اعصاب شخصیت با هدف بررسی روابط بین تغییرات بین‌فردی در ساختارها و کارکردهای مغز و معیارهای رفتاری صفات روان‌شناختی پایدار، که به طور کلی به عنوان "تمایلات و گرایش‌های متوسط برای قرار گرفتن در حالات خاص" تعریف می‌شوند، از جمله (اما نه محدود به) صفات شخصیتی، گرایش‌های اجتماعی-رفتاری و عوامل خطر روان‌پزشکی، می‌پردازد. علوم اعصاب شخصیت به عنوان یک حوزه بین‌رشته‌ای در نظر گرفته می‌شود که پرسش‌های پژوهشی و روش‌شناسی‌های روان‌شناسی اجتماعی، روان‌شناسی شخصیت و علوم اعصاب را ادغام می‌کند. این حوزه ارتباط نزدیکی با سایر حوزه‌های بین‌رشته‌ای مانند علوم اعصاب اجتماعی، شناختی و عاطفی دارد.

تاریخچه

علوم اعصاب شخصیت، حوزه‌ای است که بر پایه مطالعه شخصیت بنا شده که برای سال‌های متمادی یک موضوع محوری در روان‌شناسی بوده و از طریق دیدگاه‌های نظری و رویکردهای روش‌شناختی مختلف تکامل یافته است. مشخصاً، علوم اعصاب شخصیت با هدف درک این موضوع است

که چه سازوکارهای عصبی-شناختی زیربنای شخصیت هستند و در آن نقش دارند، از این جهت، عمدتاً مبتنی بر نظریه‌هایی است که تفاوت‌های فردی را به سیستم‌های فیزیولوژیکی و بیولوژیکی بدن یا مغز انسان نسبت می‌دهند. ریشه این نظریه‌ها را می‌توان در بسیاری از نظریه‌های پیشنهادی توسط پزشکان، فلاسفه و روان‌شناسان اولیه جستجو کرد. بقراط، پزشک یونان باستان، نظریه‌های اخلاط چهارگانه را با شناسایی چهار "خلط" یا مایع حیاتی بدن (یعنی خون، بلغم، صفرا سیاه و صفرا زرد) مرتبط با مزاج‌ها (یعنی دموی، بلغمی، سوداوی و صفراوی، به ترتیب) و همچنین نتایج سلامت جسمانی، توسعه داد. در اوایل قرن بیستم، نظریه‌های روانکاوی ارائه شده توسط زیگموند فروید، متخصص مغز و اعصاب اتریشی، بر فرآیندهای ذهنی ناخودآگاه استوار بود. هنری موری، روان‌شناس آمریکایی، تحت تأثیر نظریه‌های روانکاوانه، پنج اصل شخص‌شناسی (واژه او برای مطالعه و نظام شخصیت) را پیشنهاد کرد که در اصل اول آن آمده است: "شخصیت ریشه در مغز دارد. فیزیولوژی مغزی فرد، هر جنبه‌ای از شخصیت را هدایت و اداره می‌کند." به طور مرتبط، موری همچنین پیشنهاد کرد که "نیازها"، که انگیزه‌ای برای هدایت رفتار هستند،

رشد (Development)

در ادامه با امتداد نظریه آیزنک در مورد مبنای زیستی شخصیت، نظریه حساسیت به تقویت (reinforcementsensitivitytheory) شخصیت جفری ای. گری و کار او که مکانیسم‌های عصبی زیربنای صفات شخصیتی را مطالعه می‌کرد، پایه‌های حوزه معاصر در عصب‌شناسی شخصیت را بنا نهاد. برای مثال، پژوهش‌های گری نشان داد که درون‌گرایی هم شامل سیستم فعال‌ساز شبکه‌ای صعودی (ascending reticular activating system) و هم یک سیستم بازدارنده از نواحی مغزی از جمله قشر اوربیتوفرونتال، ناحیه سپتال میانی و هیپوکامپ است. (۱۵) در سال ۱۹۹۹، فصلی با عنوان "عصب‌شناسی شخصیت" نوشته آلن دی. پیکرینگ و جفری ای. گری در کتاب "Handbook of personality: Theory and research" منتشر شد که در آن راه‌های "بنا نهادن یک چارچوب مدرن و یکپارچه عصب‌شناسی شخصیت" معرفی شد. (۱۷)

اگرچه مدت‌ها علایق نظری و تلاش‌های تجربی برای درک مبنای عصب‌زیست‌شناختی شخصیت وجود داشت، اما تا سال‌های اخیر و با پیشرفت در روش‌های علوم اعصاب (به عنوان مثال، روش‌های تصویربرداری عصبی غیرتهاجمی)، تمرکز روان‌شناسی شخصیت از مشاهده، توصیف و طبقه‌بندی پدیده تفاوت‌های فردی به کشف عواملی که ممکن است در این تفاوت‌های فردی مشاهده شده نقش داشته باشند، تغییر یافت.

در سال ۲۰۱۰، نام "عصب‌شناسی شخصیت-personality neuroscience" توسط کالین جی. دی‌یانگ، استاد روان‌شناسی و مدیر آزمایشگاه شخصیت دی‌یانگ در دانشگاه مینه‌سوتا، ابداع شد. (۲۱)(۲۲) در سال ۲۰۱۸، مجله "عصب‌شناسی شخصیت" با هدف "انتشار مقالات در زمینه عصب‌شناسی شخصیت (شامل توانایی‌های شناختی، هیجان‌پذیری و سایر تفاوت‌های فردی) که به درک علل زیربنایی این پدیده‌ها می‌پردازد" و با "تمرکز بر اهمیت برابر شخصیت و عصب‌شناسی" تأسیس شد.

در نتیجه "یک نیروی فیزیکی-شیمیایی در مغز" به وجود می‌آیند.

ویلیام شلدون، روان‌شناس آمریکایی، به دلیل ارائه نظریه سه "تیپ بدنی" (یعنی انواع بدن): درون‌ریخت، میان‌ریخت و برون‌ریخت) و ارتباط آنها با ویژگی‌های شخصیتی شناخته شده بود. در اواخر قرن نوزدهم، مطالعه موردی فینیاس گیج، کارگر راه‌آهنی که از یک آسیب شدید مغزی ناشی از حادثه جان سالم به در برد و دچار تغییرات شخصیتی قابل توجهی شد، نخستین شواهد را مبنی بر وجود پیوند علی میان مغز و شخصیت فراهم آورد.

در دهه ۱۹۴۰، مطالعاتی برای بررسی ارتباط بین الگوهای امواج مغزی و تفاوت‌های فردی با استفاده از الگوهای مطالعه دوقلوها انجام شد که نشان می‌داد دوقلوهای همسان الگوهای امواج مغزی بسیار مشابهی را نشان می‌دهند

که توسط الکتروانسفالوگرافی (EEG) اندازه‌گیری شده بود، در مقایسه با دوقلوهای ناهمسان. با این حال، تفسیر نتایج این مطالعات به دلیل "عدم وجود هرگونه نظریه قانع‌کننده که الگوهای امواج مغزی را به شخصیت مرتبط کند"، دشوار تلقی می‌شد. هانس ج. آیزنک و دی. بی. پرل در سال ۱۹۵۱، با تکیه بر این مطالعات و سایر مطالعاتی که وراثت ژنتیکی صفات روان‌شناختی را بررسی می‌کردند، به طور تجربی وراثت روان‌رنجوری را با استفاده از الگوی مطالعه دوقلوها آزمایش کردند و به این نتیجه رسیدند که "عامل روان‌رنجوری یک ساختار (مصنوع) آماری نیست، بلکه یک واحد زیستی است که به طور کامل به ارث می‌رسد" و "گرایش به روان‌رنجوری تا حد زیادی به واسطه ژنتیک تعیین می‌شود." پس از این پژوهش، آیزنک به بررسی صفات روان‌شناختی در رابطه با سیستم‌های عصب زیست‌شناختی، از جمله سیستم عصبی، سطوح برانگیختگی و ساختارهای مغزی (به عنوان مثال، تشکیلات شبکه‌ای و سیستم لیمبیک) ادامه داد.

گوردون و. آلپورت، روان‌شناس آمریکایی، در سال ۱۹۶۱ شخصیت را به عنوان "سازمان پویایی درون فرد از آن مجموعه سیستم‌های روانی-جسمانی که رفتار و تفکر مشخصه او را تعیین می‌کنند" تعریف کرد و شخصیت را در "سیستم‌های روانی-جسمانی" جای داد.

روش‌های تحقیق

که پنج عامل (یا حوزه‌ها) را در دو فراصفت مرتبه بالاتر گروه‌بندی می‌کند: ثبات (یعنی، سازگاری، وظیفه‌شناسی و روان‌رنجوری معکوس شده) و انعطاف‌پذیری (یعنی، برون‌گرایی و گشودگی/ذهن‌گرایی)، در حالی که هر حوزه را به دو جنبه مرتبط با وجوه مختلف تقسیم می‌کند.

رویکرد موردی بر فردیت تأکید دارد و صفات، از جمله صفات منحصر به فرد و الگو یا سازمان ترکیبی از صفات، را در رابطه با یک فرد خاص تعریف می‌کند. آلپورت، با تأیید رویکرد موردی، نوشت که "ویژگی برجسته انسان فردیت اوست"، و نظریه صفات او—که بر صفات اصلی، مرکزی و ثانویه متمرکز بود برحسب اصطلاحات موردی تعریف شد. تحقیقات شخصیتی که رویکرد موردی را به کار گرفته‌اند، نشان داده‌اند که رویکرد قانون‌گذاری (مانند مدل پنج عاملی) ممکن است نتواند ساختار شخصیتی درون فردی را به طور کامل بازنمایی کند.

در عصب‌شناسی شخصیت، شخصیت اغلب با استفاده از رویکرد قانون‌گذاری تعریف می‌شود. صفت شخصیتی معمولاً با استفاده از مقیاس‌های توسعه‌یافته برای ویژگی‌های شخصیتی مورد نظر اندازه‌گیری می‌شود و از طریق نظرسنجی‌ها و پرسشنامه‌های خودگزارشی اجرا می‌شود. یکی از رایج‌ترین راه‌ها برای اندازه‌گیری ویژگی‌های شخصیتی در تحقیقات عصب‌شناسی شخصیت، صفات شخصیتی پنج عاملی بزرگ است. علاوه بر انتقاد طرفداران رویکرد موردی که در بالا ذکر شد، اقدامات خودگزارشی در مورد صفات شخصیتی به طور کلی مستعد خطاهای پاسخ (مانند سوگیری مطلوبیت اجتماعی، سوگیری پاسخ موافقانه و غیره) و درون‌نگری نادرست حالات ذهنی هستند. بنابراین، ایجاد اعتبار سازه برای اقدامات خودگزارشی شخصیت با استفاده از مقیاس‌های دیگر از همان سازه یا سایر روش‌های اندازه‌گیری، مانند داده‌های رفتاری یا ارزیابی‌های تجمیع‌شده از سایر افراد آگاه دیگر، مهم است.

یکی دیگر از رویکردهای قانون‌مند رایج، مقیاس‌های شخصیت عصب‌شناسی عاطفی (ANPS-Affective Neuroscience Personality Scales) است. ANPS در اصل در سال ۲۰۰۳ منتشر شد

از آنجایی که عصب‌شناسی شخصیت به دنبال درک ارتباط بین شخصیت و مکانیسم‌های عصبی-زیستی زیربنایی آن است، ایجاد فرضیه‌های قابل آزمایش هم شامل اندازه‌گیری‌های ویژگی‌های شخصیتی و هم ساختارها و یا عملکردهای عصب-زیستی است.

اندازه‌گیری شخصیت

در حوزه روان‌شناسی شخصیت، دو رویکرد اصلی برای تعریف ویژگی‌های شخصیتی وجود داشته است:

رویکرد قانون‌گذاری در مقابل رویکرد موردی در مطالعه شخصیت

رویکرد قانون‌گذاری، صفات شخصیتی را بر حسب ابعاد و عوامل، یا گونه‌شناسی‌هایی که شامل یک مجموعه سازمان‌یافته از ویژگی‌های شبه‌صفتی هستند، تعریف می‌کند که قابل تعمیم و جهان‌شمول برای همه افراد است. همگام با توسعه تحلیل عاملی و روان‌سنجی، رویکرد قانون‌گذاری در روان‌شناسی شخصیت غالب بوده است، زیرا معیارهای کمی از صفات ارائه می‌دهد که می‌توان به راحتی در طرح‌های پژوهشی و تحلیل‌های آماری گنجانده و مدل محبوب از صفات شخصیتی عبارتند از مدل سه عاملی آیزنک

شامل سه عامل:

روان‌رنجوری، برون‌گرایی و روان‌پریشی) و مدل پنج عاملی گلدبرگ (۲۴) یا مدل پنج عاملی مک‌کری و کاستا (۲۵) (شامل پنج عامل: برون‌گرایی، سازگاری، وظیفه‌شناسی، روان‌رنجوری و تکانشگری/گشودگی)، که دو مورد آخر از ابعاد کمی متفاوت تشکیل شده‌اند اما اغلب به طور متقابل (هم معنا) در ادبیات مفهومی سازی می‌شوند. همانطور که مدل آیزنک و مدل گلدبرگ/مک‌کری و کاستا اساساً در تعداد عوامل (به ترتیب سه در مقابل پنج) اختلاف نظر دارند، این بحث همچنان ادامه دارد که چه تعداد عامل مستقل (متعامد) برای توصیف فضای شخصیت کفایت می‌کند. (۲۵) (۲۶) (۲۷) در سال‌های اخیر، یک مدل سلسله‌مراتبی از شخصیت پنج عاملی (۲۸) پیشنهاد شده است.

این ارزیابی همچنین فقط در یک نسخه طولانی موجود است و بیماران که از افسردگی و خستگی مزمن رنج می‌برند، می‌توانند از یک نسخه کوتاه‌تر بهره‌مند شوند. علاوه بر این، احساسات ترس و غم همبستگی بالایی نشان می‌دهند زیرا ارتباط نزدیکی (از لحاظ زیستی و روانشناختی) دارند و یافتن روشی برای تفکیک آن‌ها به منظور مطالعه بهترشان مفید خواهد بود.

نگرانی دیگر این است که نسخه اصلی ANPS، تفاوت‌های فردی در شهوت را ارزیابی نمی‌کند.

اندازه‌گیری ساختارها و عملکردهای مغز

برای مطالعه مکانیسم‌های عصبی-زیستی، یا ساختارها و عملکردهای مغز، که زیربنای شخصیت هستند، پژوهش‌های حوزه عصب‌شناسی شخصیت از روش‌های تثبیت‌شده تحقیقات علوم اعصاب استفاده می‌کند. برخی از روش‌های در دسترس علوم اعصاب در زیر با توضیحات مختصر و نحوه به کارگیری آن‌ها در تحقیقات علوم اعصاب شخصیت فهرست شده‌اند. (۱۸)

تصویربرداری رزونانس مغناطیسی (MRI)

یک تکنیک تصویربرداری غیرتهاجمی است که از خواص فیزیکی میدان‌های مغناطیسی و تزریق پالس‌های فرکانس رادیویی برای بررسی ساختار و عملکردهای مغز با وضوح فضایی بالا استفاده می‌کند. (۳۹) هم MRI ساختاری (sMRI) و هم MRI عملکردی (fMRI) به طور گسترده در محیط‌های بالینی و تحقیقاتی برای ایجاد ارتباط بین مغز و طیف وسیعی از فرآیندهای شناختی-اجتماعی و روانشناختی انسان، (۴۰) (۴۱) (۴۲) و همچنین تفاوت‌های فردی، (۴۳) مورد استفاده قرار گرفته‌اند. MRI ساختاری (sMRI) مغز اطلاعاتی در مورد خواص نورواناتومیکی مغز، مانند حجم ماده خاکستری و سفید، ارائه می‌دهد. (۴۴) در مقابل، MRI عملکردی (fMRI) با بررسی تغییرات سطح اکسیژن خون ناشی از جریان خون مغزی، الگوی سازماندهی عملکردی مغز را آشکار می‌کند، چه در حین انجام تکلیف (fMRI) مبتنی بر تکلیف) و چه در وضعیت استراحت (fMRI) در حال استراحت).

و توسط عصب‌شناسان برای ارزیابی سیستم‌های عاطفی اولیه که زیربنای سلامت روان و اختلالات عاطفی مغز هستند، مورد استفاده قرار گرفت. (۳۶) این مقیاس توسط پانکسپ (Panksepp) ایجاد شد تا محققان بتوانند با استفاده از این آزمون خودگزارشی تفاوت‌های میان هیجان‌ات اصلی را اندازه‌گیری کنند؛ جستجوگری، شهوت، مراقبت، بازی (هیجان‌ات مثبت) و ترس، غم، خشم (هیجان‌ات منفی). این تفاوت‌ها در هیجان‌ات سپس با پنج عامل بزرگ شخصیتی مقایسه شد تا این مقیاس از منظر تکاملی مورد بررسی قرار گیرد، زیرا هیجان‌ات اولیه به عنوان یک مکانیسم بقا در قالب الگوهای رفتاری به ارث رسیده، در تعامل انسان با محیط قلمداد می‌شود. اثری توسط انسان‌ها در تعامل با محیطشان در نظر گرفته می‌شود.

هریک از این هیجان‌ات بنیادین از نظر "بزارهای اثری برای بقا و به طور کلی، برای تناسب اندام، از نظر تکاملی شکل گرفته‌اند" و به عنوان سامانه تنظیم‌کننده طبیعت انسان دیده می‌شوند. (۳۶) انرژی جستجوگری برای یافتن منابع ارزشمند برای بقا، مانند غذا، جفت یا سرپناه، استفاده می‌شود. انرژی شهوت برای حفظ گونه انسان از طریق تولید مثل به کار می‌رود. سیستم مراقبت نقش کلیدی در محافظت از فرزندان دارد تا رشد کرده و به بزرگسالی برسند و بقای نسل ادامه یابد. بازی برای تقویت پیوندهای اجتماعی بین انسان‌ها، یادگیری مهارت‌های اجتماعی، حرکتی و تنظیم هیجان‌ات مهم است. در مقابل، در هیجان‌ات منفی، انرژی ترس برای ایمنی و دوری از خطر از طریق واکنشی مانند واکنش گریز یا جنگ استفاده می‌شود. سیستم غم، از منظر تکاملی، برای حفظ اجتماعی بودن فرد به کار می‌رود، زیرا اغلب انزوا این هیجان را برمی‌انگیزد. انرژی خشم برای محافظت از منابع در برابر دیگران یا محیط مهم است.

با این حال، از اواخر دهه ۲۰۱۰، محققان شروع به بازنگری در میزان کارآمدی مقیاس ANPS کرده و زمینه‌های بهبود را شناسایی کرده‌اند. سیستم‌های هیجانی اصلی در روان‌پریشی‌ها اغلب نوسان دارند و غیر ثابت‌اند.

ژنتیک مولکولی

ژنتیک مولکولی یک زیرشاخه در زیست شناسی است که ساختار، بیان و عملکردهای ژن‌ها را بررسی می‌کند و در سطح ژنوم، اطلاعاتی در مورد رشد و عملکردهای مغز ارائه می‌دهد. (۵۴) در زمینه علوم اعصاب شخصیت‌آزروش های ژنتیک مولکولی برای تعیین مبانی ژنتیکی صفات شخصیتی استفاده شده است. (۵۵)

آزمایش‌های بیولوژیکی (Assay)

این روش‌ها فرآیندهای بیولوژیکی را با شناسایی سیگنال‌های تولید شده توسط معرف‌ها اندازه‌گیری می‌کند. (۵۶) از آن می‌توان برای اندازه‌گیری سطوح "مواد روان‌گردان درون‌زا یا محصولات جانبی آن‌ها" (به عنوان مثال، سطوح دوپامین، اکسی‌توسین، سروتونین و غیره) که با فرآیندهای روانشناختی مرتبط بوده اند و ممکن است در رشد صفات شخصیتی یا آسیب‌شناسی روانی نقش داشته باشند، استفاده کرد. (۱۸)

دستکاری‌های نوروفارماکولوژیک

این دستکاری‌ها شامل استفاده از دارو برای ایجاد تغییرات در فرآیندهای عصبی-شیمیایی است و عمدتاً برای درمان‌های دارویی عصبی یا روان‌پزشکی مورد مطالعه قرار گرفته است. علوم اعصاب شخصیت می‌تواند دستکاری نوروفارماکولوژیک را برای تعیین ارتباط علی بین صفات شخصیتی و فرآیندهای عصبی شیمیایی خاص (به عنوان مثال، دستکاری القایی در سطوح دوپامین) به کار گیرد.



علاوه بر بررسی ساختار و عملکرد مغز در مناطق موضعی مغز، تجزیه و تحلیل‌های توپولوژیکی شبکه، مانند نظریه گراف در عصب شناسی شبکه، می‌تواند در سراسر مناطق مغز برای نقشه‌برداری از الگوهای اتصال ساختاری و عملکردی که با تغییرات بین فردی در شناخت و رفتار متفاوت است، انجام شود. (۴۶) (۴۷) در سال‌های اخیر، مجموعه‌های داده بزرگ MRI، مانند پروژه اتصال مغز انسان (HCP)، با هدف بررسی تفاوت‌های فردی در اتصال ساختاری و عملکردی شبکه‌های مغزی که زیربنای طیف وسیعی از فرآیندهای شناختی ناشی از وظایف fMRI هستند، جمع‌آوری شده‌اند. (۴۸)

پرتونگاری باتوموگرافی گسیل پوزیترون (PET)

PET یک تکنیک تصویربرداری است که از ردیاب‌های رادیو اکتیو برای مکان‌یابی فضایی و ردیابی توزیع تغییرات در فرآیندهای متابولیک استفاده می‌کند. (۴۹) به طور خاص، اسکن‌های تصویربرداری عصبی PET به طور گسترده‌ای در محیط‌های پیش‌بالینی و بالینی در رابطه با صرع، زوال عقل، بیماری پارکینسون و آسیب‌های مغزی تروماتیک مورد استفاده قرار گرفته‌اند. (۵۰) (۵۱)

الکتروانسفالوگرافی (EEG)

EEG ابزاری است که به طور مستقیم فعالیت الکتریکی تولید شده در مغز را با دقت زمانی بالا، اما دقت مکانی نسبتاً پایین، اندازه‌گیری و ثبت می‌کند. (۵۲) سیگنال EEG را می‌توان به صورت غیرتهاجمی با قرار دادن الکترودها روی پوست سر برای ثبت تکانه‌های الکتریکی تولید شده توسط نورون‌ها در مغز به دست آورد.

این روش معمولاً در محیط‌های بالینی برای ارزیابی و تشخیص ناهنجاری‌های عصبی در عملکردهای مغز، مانند صرع، اختلال خواب و آسیب‌های مغزی استفاده می‌شود.

در تحقیقات، از آن همراه با وظایف برای بررسی فعالیت‌های مغزی زمینه‌ساز فرآیندهای شناختی و عاطفی مختلف استفاده شده است.

تحقیقات کنونی

• برون‌گرایی (Extraversion)

میزان تمایل افراد به برون‌رویی، قاطعیت، اجتماعی بودن، معاشرت طلبی و اشتیاق را نشان می‌دهد. افراد برون‌گرا در تعاملات شکوفا می‌شوند و تمایل به شرکت در اجتماعات بزرگ دارند، مجموعه‌ای از مطالعات fMRI و SMRI برون‌گرایی را با ساختار و عملکرد مناطق مغزی مرتبط دانسته‌اند که در پردازش پاداش نقش دارند، از جمله قشر اوربیتوفرونتال میانی، هسته اکومپنس، آمیگدال و وجسم مخطط. (۱۹) مطالعات EEG در مورد برون‌گرایی نتایجی همگرا ارائه داده‌اند که نشان می‌دهد برون‌گرایی با یک موج مرتبط با رویداد که نشان‌دهنده "سیگنال دهی دوپامینرژیک مرتبط با پاداش" است، مرتبط بود. (۶۲) مطابق با شواهد به دست آمده از مطالعات MRI و EEG، روش‌های دستکاری دارویی-عصبی نشان داده‌اند که برون‌گرایی توسط داروهای دوپامینرژیک تعدیل می‌شود و دوپامین بر الگوی برانگیختگی قشری در رابطه با برون‌گرایی تأثیر می‌گذارد. (۶۳) (۶۴)

• گشودگی به تجربه (Openness to experience)

گشودگی به تجربه نشان‌دهنده تمایل فرد به نوآوری، خلاقیت و کنجکاوی فکری است. افرادی که در این صفت نمره بالایی کسب می‌کنند، معمولاً خیال‌پرداز و روشن‌فکر هستند، در حالی که افراد با نمره پایین در این صفت، ممکن است یک سبک زندگی روتین و آشنا را ترجیح دهند.

پژوهش‌های اخیر با استفاده از داده‌های fMRI در حالت استراحت از پروژه اتصال‌نگاری انسانی (Human Connectome Project) نشان داده‌است که ماتریس‌های اتصال عملکردی فردی، گشودگی به تجربه را با دقتی تقریباً هم‌تراز با پیش‌بینی نمرات آزمون‌های هوش، اما نه چهار متغیر شخصیتی دیگر تحت چارچوب پنج عاملی شخصیت، پیش‌بینی می‌کنند. (۶۵)

در دو دهه گذشته، تحقیقات در زمینه عصب‌شناسی شخصیت، با استفاده از روش‌های عصب‌شناختی که در بخش قبلی شرح داده شد، مکانیسم‌های عصبی زیربنایی طیف گسترده‌ای از متغیرهای شخصیتی را شناسایی کرده‌است. این بخش به بررسی برخی از یافته‌های مهم تحقیقاتی در این زمینه می‌پردازد. (۱۹) (۱)

صفات شخصیتی پنج‌عاملی بزرگ

• روان‌رنجوری (Neuroticism)

نوروتیک بودن (روان‌رنجوری) نشان‌دهنده تمایل کلی به تجربه هیجانات منفی است و یک عامل خطر و همچنین پیش‌بینی‌کننده قوی برای طیف گسترده‌ای از آسیب‌شناسی روانی است. افراد با نوروتیک بودن بالا ممکن است در برابر رویدادهای منفی بسیار آسیب‌پذیر باشند و سطوح بالایی از ناپایداری هیجانی، اضطراب، بدخلقی، تحریک‌پذیری، غم، اندوه و... را نشان دهند. مجموعه‌ای از مطالعات تصویربرداری عصبی ارتباط بین روان‌رنجوری و فعالیت مغزی در آمیگدال، اینسولا، سینگولیت قدامی و قشر پیش‌پیشانی میانی را ثابت کرده‌اند.

از طریق روش‌هایی که مکانیسم‌های مولکولی یا عصبی-شیمیایی را بررسی می‌کنند، نوروتیک (روان‌رنجور) بودن به طور متفاوتی با سطوح پایه یا واکنش محور هورمون استرس کورتیزول، سطوح پایین‌تر عملکرد سروتونرژیک و سطوح بالاتر نوراپی نفرین مرتبط دانسته شده‌است.

مطالعات EEG نشان داده‌اند که نوروتیک بودن از نوع‌گرایی به کناره‌گیری (withdraw-related neuroticism) با فعالیت بیشتر در لوب پیشانی راست در مقایسه با لوب چپ مرتبط است، (۵۸) (۵۹) در حالی که جنبه مستعدخشم در نوروتیک بودن با فعالیت بیشتر در لوب پیشانی چپ در مقایسه با لوب راست مرتبط است.

علاوه بر ارتباط با حجم در شکنج فرونتال میانی، یک مطالعه SMRI دیگر نیز ارتباط بین وظیفه شناسی و حجم لوب‌های جداری فوقانی دو طرفه را یافت، و نشان داد که ویژگی وظیفه شناسی رابطه بین این مناطق مغزی و عملکرد تحصیلی را میانجی‌گری می‌کند. (۶۸) علاوه بر این، یک مطالعه fMRI که اتصال عملکردی درون و میان مناطق مغزی را بررسی کرد، یک شبکه مغزی اولویت‌دهی به هدف (GPN) و ۵ زیرمجموعه آن را شناسایی کرد. اتصال عملکردی درون یک مؤلفه GPN (شامل مناطق اینسولای قدامی، قشر سینگولیت قدامی پشتی و قشر پیش پیشانی پشتی-جانبی) و همچنین اتصال عملکردی بین این یک مؤلفه و ۴ زیرمجموعه دیگر در شبکه GPN، به طور معناداری با نمرات وظیفه‌شناسی مرتبط بود.

همدلی

همدلی، در بحث حاضر به عنوان یک ویژگی پایدار همانند توانایی یا ظرفیت همدلانه، می‌تواند به عنوان یک پاسخ عاطفی تعریف شود که "شبهه به درک (تجربه مستقیم یا تصور شده) و فهم (همدلی شناختی) فرد از هیجان محرک است، با تشخیص اینکه منبع هیجان متعلق به خود فرد نیست"، با این حال همچنان در حوزه (علوم اعصاب و روانشناسی) در مورد بهترین تعریف برای همدلی اختلاف نظر وجود دارد. (۷۰) یک مطالعه SMRI نشان داده است که تغییرپذیری بین افراد در جنبه‌های مختلف همدلی با تغییرات نورواناتومیکی در مناطق مختلف مغز مرتبط است، به طوری که:

۱. توانایی‌های همدلی عاطفی نسبت به دیگران با حجم ماده خاکستری ناحیه پیشانی داخلی، شکنج پیش‌پیشانی تحتانی و قشر سینگولیت قدامی همبستگی منفی داشت
۲. توانایی در نظر گرفتن دیدگاه شناختی دیگران (perspective taking)، با حجم ماده خاکستری قشر سینگولیت قدامی همبستگی مثبت داشت
۳. توانایی همدلی با شخصیت‌های داستانی با تغییرات ماده خاکستری در قشر پیش‌پیشانی پشتی-جانبی راست ارتباط مثبت داشت. (۷۱)

در یک مطالعه fMRI بر روی بزرگسالان مسنی که در حین انجام یک تکلیف رمزگذاری حافظه بصری در اسکنر بودند، مشاهده شد که الگوی فعالیت شبکه‌ی حافظه در افراد سالمند با نمره‌ی بالاگشودگی، بیشتر به الگوهای افراد جوان شباهت داشت. این یافته حاکی از حفظ بهتر شبکه حافظه در سالمندان با گشودگی بالا است و بیانگر این است که گشودگی به تجربه ممکن است به عنوان یک عمل محافظت‌کننده در برابر پیری و زوال حافظه عمل کند.

• سازگاری (Agreeableness)

سازگاری به گرایش‌های بین فردی و رفتاری-اجتماعی، مانند شفقت، همکاری و مهربانی مربوط می‌شود. افرادی که سازگاری (توافق‌پذیری) بالایی دارند، به طور کلی همدل‌تر و همکاری‌تر هستند، در حالی که افرادی که نمره پایینی کسب می‌کنند، ممکن است رقابتی‌تر، ضد اجتماعی یا استثماری باشند. سازگاری که اغلب یک ویژگی مورد علاقه در ادبیات عصب‌شناسی شخصیت نیست زیرا ساختار آن ذاتاً "اجتماعی" است، با این حال فعالیت عصبی در قشر پیش‌پیشانی پشتی-جانبی چپ که در تنظیم هیجانات نقش دارد، مرتبط دانسته شده است. علاوه بر این، یک مطالعه SMRI ارتباط بین سازگاری و حجم مناطق مغزی مرتبط با پردازش اطلاعات اجتماعی (یعنی شیار تمپورال فوقانی، قشر سینگولیت پسین و شکنج فوزیفرم) را نشان داده است. (۲۰)

• وظیفه‌شناسی (Conscientiousness)

شامل ویژگی‌های مرتبط با خودانضباطی، سازمان‌یافتگی و قابل اعتماد بودن است. افرادی که وظیفه‌شناسی بالایی دارند، اغلب هدف‌گرا، کوشا، منظم و قابل اتکا هستند، در حالی که افرادی که در این ویژگی نمره پایینی کسب می‌کنند، ممکن است خودجوش‌تر و انعطاف‌پذیرتر باشند. یک مطالعه SMRI ارتباط بین وظیفه‌شناسی و حجم شکنج فرونتال میانی در قشر پیش‌پیشانی جانبی را کشف کرده است.

مشخص شد که ژن‌ها بر خلق و خو تأثیر می‌گذارند و عمدتاً در مسیرهای یادگیری عادت بیان می‌شوند. از طریق این مطالعات، این محققان توانستند تعیین کنند که اجزای شخصیت، پروفایل‌های پیچیده متعددی هستند. آن‌ها همچنین دریافتند که بسیاری از مسیرهای مولکولی می‌توانند باعث ایجاد دقیقاً یک ویژگی شخصیتی مشابه شوند. علاوه بر این، تأثیرات محیطی گرچه تعاملات کوچکی با ژن‌های مربوط به خلق و خو و منش داشتند، اما همچنان تأثیر قابل توجهی اعمال می‌کردند.

چالش‌ها و جهت‌گیری‌های آتی

علوم اعصاب شخصیت، به عنوان یک حوزه بین‌رشته‌ای که بین روان‌شناسی شخصیت و علوم اعصاب قرار دارد، می‌تواند برای هر دو حوزه مفید باشد. از یک سو، این حوزه می‌تواند در شکل‌گیری فرضیه‌های علوم اعصاب و تفسیر یافته‌ها در قالب چارچوب‌های نظری برگرفته از روانشناسی شخصیت کمک‌کننده باشد؛ و از سوی دیگر، با درک دقیق‌تر از سازوکارهای عصبی-زیستی زیربنایی، به توسعه و اصلاح مدل‌ها و نظریه‌های شخصیت‌بی‌انجامد.

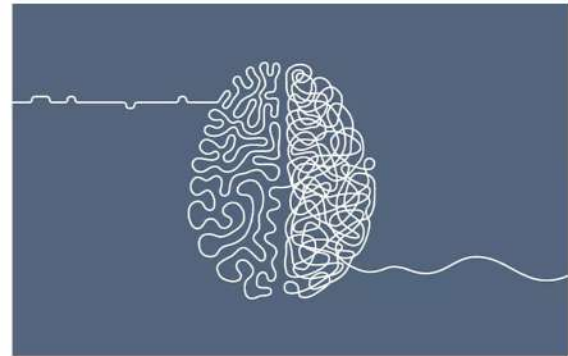
با این وجود، در حال حاضر، ماهیت بین‌رشته‌ای آن، چالش‌های پارادایمی و روش‌شناختی از هر دو حوزه را گرد هم می‌آورد.

بنابراین، پژوهش در علوم اعصاب شخصیت می‌تواند از به اشتراک‌گذاری داده‌ها بین مطالعات و تلاش‌های جمعی برای گردآوری مجموعه‌های داده‌های بزرگ تصویربرداری عصبی که شامل مقیاس‌های شخصیت هستند، سود ببرد. مانند پروژه اتصال مغز انسان (HCP) و مطالعه رشد مغز و شناختی نوجوانان (ABCD). (۱)(۷۷)(۶۵) تلاش‌های مداوم برای جمع‌آوری داده‌ها از نمونه‌های متنوع‌تر نیز برای امکان تعمیم نتایج مطالعه به جمعیت بزرگ‌تر یا بررسی شباهت‌ها/تفاوت‌ها بین جوامع متنوع توصیه می‌شود. (۱۹)

چالش دیگر، ایجاد روش‌های سنجش قابل اعتماد، سیستماتیک (منظم) و با کیفیت بالا از صفات شخصیتی است.

یک فراتحلیل از مجموعه‌ای از مطالعات fMRI نشان داده است که وقتی انسان‌ها در فرآیندهای همدلانه شرکت می‌کنند، شبکه‌ای از مناطق مغزی فعال می‌شوند؛ که شامل اینسولا، شکنج پیش‌پیشانی تحتانی، مناطق میانی پیش‌پیشانی اطراف قشر سینگولیت، آمیگدالا، تالاموس، پوتامن، هسته دمدار و ناحیه اولیه حسی (SI) می‌شود.

علاوه بر مطالعات MRI، تعدیل عصبی بر روی موش‌ها و میمون‌ها نشان داده است که اختلال در سیگنال‌دهی اکسی‌توسین به طور علی‌بر پدیده‌های مرتبط با همدلی تأثیر می‌گذارد.



عوامل ژنتیکی

تحقیقات قبلی عمدتاً بر علل ویژگی‌های خاصی مانند برون‌گرایی متمرکز بود، اما تحقیقات سال ۲۰۱۸ نشان داد که این ویژگی‌های فردی به تنهایی تعیین‌کننده شخصیت نیستند. محققان به ژن‌هایی پرداختند که با شخصیت انسان مرتبط هستند. آن‌ها ژن‌هایی را شناسایی کردند که با یکدیگر و محیط فرد تعامل می‌کنند تا شخصیت را شکل دهند. حدود ۱۰۰ ژن از این نوع که بر خلق و خو و منش تأثیر می‌گذارند، یافت شد. این موضوع با بررسی ۱۰۰۰ نفر در آلمان و ۱۰۰۰ نفر در کره جنوبی بیشتر مورد مطالعه قرار گرفت و آن‌ها دریافتند که در هر دو کشور فرهنگ، ژن‌های مربوط به شخصیت همگی در مغز بیان می‌شوند. حدود ۳۳٪ از ژن‌ها در بیان خلق و خو و منش نقش داشتند، در حالی که ۶۷٪ از ژن‌ها در یکی از این دو یا هر دو نقش داشتند. این ژن‌های مربوط به منش عمدتاً در مدارهای مغزی بیان می‌شدند که فرآیندهای شناختی پیچیده مانند هدف‌جویی، حل تعارض و خودآگاهی را تنظیم می‌کنند.

برای رمزگذاری ماهیت پیچیده مکانیسم‌های عصبی و متغیرهای شخصیتی را به شبکه مدل سازی (رمزگذاری) می‌کنند، تا بررسی رابطه مغز-شخصیت را تسهیل کنند.

پ.ن: این مقاله و این ترجمه شده و نسخه فارسی است از طریق بارکد زیر متن انگلیسی آن رامی‌توانید داشته باشید.



منابع:

1. DeYoung, Colin G.; Beaty, Roger E.; Genovese, Michael R.; Erhan, Robert D.; Passamonti, Luca; Servaas, Michelle N.; Shackman, Alexander J.; Smillie, Luke D.; Spreng, R. Nathan; Viding, Emma; Wacker, Jan (2022-10-12). "Personality neuroscience: An emerging field with bright prospects". *Personality Science*. 3. doi:10.5964/ps.7269. ISSN 2700-0710. PMC 9561792. PMID 36250039.

2. Jump up to: a b c John, Oliver P.; Robins, Richard W.; Pervin, Lawrence A. (2008). *Handbook of personality: theory and research* (3rd ed.). New York: Guilford press. ISBN 978-1-59385-836-0.

3. "Humoral Theory". *Contagion - CURIOSity Digital Collections*. 2020-03-26. Retrieved 2023-11-25.

.....

برخلاف آزمون‌های هوش که مبتنی بر عملکرد هستند، پرسشنامه‌های شخصیت، همان طور که در بخش‌های قبلی ذکر شد، به سوگیری‌ها حساس‌اند. با ادامه تکامل و توسعه نظریه‌های روان‌شناسی شخصیت، ممکن است تحقیقات روان‌سنجی گسترده‌ای بر روی انواع مختلف مقیاس‌ها یا ابزارهای ارزیابی و اندازه‌گیری صفات روان‌شناختی، انجام شود تا اطمینان حاصل شود که اندازه‌گیری‌های قابل اعتمادی از متغیرهای شخصیتی مورد نظر تولید می‌کنند.

یکی دیگر از چالش‌ها این است که علوم اعصاب شخصیت یک حوزه نسبتاً جوان است. به همین دلیل، بسیاری از مطالعات منتشر شده قبلی ممکن است به دلیل استفاده از نمونه‌های کوچک و قدرت آماری ناکافی، نتایج نادرست یا مثبت کاذب ارائه داده باشند. برای تشخیص اثرات کوچکتر، که در علوم اعصاب شخصیت رایج هستند، حجم نمونه‌های بزرگ‌تر مورد نیاز است. به عنوان مثال، برای داشتن توان آماری ۸۰٪ جهت تشخیص همبستگی ۰٫۲، که اغلب اندازه اثر متوسط در علوم اعصاب شخصیت است، به حجم نمونه‌ای در حدود ۲۰۰ نفر نیاز است. بنابراین، افزایش حجم نمونه‌ها، ضرورتی اساسی برای پیشرفت این حوزه است. (۷۹)

پیچیدگی هم مغز و هم صفات شخصیتی، چالش‌های بیشتری را برای حوزه بین‌رشته‌ای علوم اعصاب شخصیت که به مطالعه رابطه بین این دو سیستم پیچیده می‌پردازد، ایجاد می‌کند. (۱۹) تحقیقات فعلی نشان می‌دهد که هیچ نگاشت یک به یک بین متغیرهای عصبی-زیستی و شخصیتی وجود ندارد: چندین ناحیه مغزی یا فرآیندهای عصبی-شیمیایی ممکن است زیربنای یک متغیر صفتی خاص باشند و در عین حال، یک ناحیه مغزی یا فرآیند عصبی-شیمیایی ممکن است برای چندین فرآیند شناختی و عاطفی که ممکن است بر چندین صفت تأثیر بگذارند، اساسی باشد.

در نتیجه، رویکردهای شبکه‌ای در علوم اعصاب شخصیت، با ادغام روش‌های کمی از تحلیل شبکه،





ماهیت ساختاری

فروید در ابتدای کار، شخصیت را با توجه به سطوح آگاهی، مورد توجه قرار داده و آن را شامل بخش‌های هشیار، نیمه‌هشیار و ناهشیار می‌داند.

او دلایل زیر را برای اثبات وجود ضمیر ناهشیار ارائه می‌دهد:

- فرد از خواب مصنوعی بیدار می‌شود و تلقینات و دستوراتی را که در ضمن خواب به او داده شده است، به اجرا درمی‌آورد.
- دلایل ناشی از معانی نهفته در رؤیا.
- دلایل ناشی از لغزش‌های زبانی، اشتباهات گفتاری و اعمال سهوی دیگر.
- تجلی ناگهانی افکاری که در حوزه خودآگاه قرار ندارند و همین‌طور، حل مشکلات به طور ناخودآگاه.
- پیدایش بیماری‌های جسمانی و روانی که از نظر روان‌کاوی سرچشمه آن‌ها در زندگی روانی فرد مخفی است.

هوشیار:

هشیار، شامل تمام احساس‌ها و تجربه‌هایی است که در هر لحظه معین از آن‌ها آگاهییم. برای مثال: هنگامی که شما این واژه‌ها را می‌خوانید ممکن است نسبت به لمس کردن قلم‌تان، دیدن صفحه کتاب، اندیشه‌ای که می‌کوشید درک کنید و به صدای پرنده‌ای از فاصله دور، هشیار باشید.

ناهشیار:

مهم‌ترین قسمت ذهن، که نقش بسیار حساسی در نظریه روان‌کاوی دارد، ناخودآگاه (ناهشیار) است. به نظر فروید، قسمت اعظم رفتار ما به وسیله نیروهایی هدایت می‌شوند که اصلاً از آن‌ها آگاه نیستیم.

بررسی شخصیت از دیدگاه فروید

مریم عطائی

دانشجوی کارشناسی روانشناسی دانشگاه پیام نور اردبیل



چکیده:

نظریه شخصیت فروید یکی از تأثیرگذارترین و نوآورانه‌ترین نظریه‌ها در روان‌شناسی است که به توضیح ساختار و فرآیندهای ذهن انسان می‌پردازد. فروید شخصیت انسان را به سه بخش اصلی تقسیم می‌کند:

اید (Id)، ایگو (Ego) و سوپرایگو (Superego)، که هر یک نقش ویژه‌ای در شکل‌گیری رفتار، تفکر و احساسات انسان دارند.

علاوه بر این، فروید بر اهمیت مراحل رشد روانی-جنسی در شکل‌گیری شخصیت تأکید می‌کند که در آن فرد از پنج مرحله مختلف عبور می‌کند: دهانی، مقعدی، آلتی، نهفتگی و جنسی. همچنین، مفهوم ناخودآگاه و مکانیزم‌های دفاعی از دیگر ارکان نظریه فروید هستند که نشان می‌دهند بسیاری از رفتارها و احساسات انسان تحت تأثیر نیروهای ناخودآگاه و مکانیزم‌های دفاعی قرار دارند.

مقدمه:

زیگموند فروید، به عنوان بنیان‌گذار روان‌شناسی تحلیلی، شخصیت انسان را نتیجه تعامل پیچیده‌ای بین اجزای مختلف ذهن انسان معرفی کرد.

نظریه شخصیت فروید، یکی از مباحث مطرح در روان‌شناسی بوده که از عقاید فروید در زمینه ماهیت ساختاری شخصیت انسان و مراحل رشد شخصیت بحث می‌کند. عقاید فروید در زمینه ماهیت ساختاری شخصیت، در اوایل کارش با آنچه که بعداً مطرح کرد تفاوت دارد.

نهاد تابع هیچ قیدوبندی نیست و ارضای صرف تمایلات و نیازها را می‌طلبد. بنابراین، "خود" سازمان پیچیده‌ای از فرایندهای روانی (تفکر، حافظه، قضاوت و انواع یادگیری ها) است که نقش واسطه را میان نهاد و دنیای خارج ایفا می‌کند. رشد و تکوین "خود" تحت تاثیر عوامل ارثی و محیطی صورت می‌گیرد.

فراخود

نهاد و خود، تصویر کامل فروید از ماهیت انسان را نشان نمی‌دهد. به زبان امروزه، این اصول اخلاقی درونی را وجدان (conscience) می‌خوانیم. فروید آن را فراخود نامید. اساس این جنبه اخلاق شخصیت، معمولاً در سن ۵ یا ۶ سالگی آموخته می‌شود و در ابتدا شامل مقررات رفتاری است که توسط والدین ما تعیین شده اند، کودکان از طریق تحسین، تنبیه و درس عبرت، یاد می‌گیرند که چه رفتارهایی را والدینشان خوب یا بد می‌دانند.

مراحل رشد روانی-جنسی فروید

زیگموند فروید معتقد بود که اختلال‌های روان رنجوری که بیماران از خود نشان می‌دادند از تجارب دوره کودکی آن‌ها سرچشمه گرفته است. او تجربیات کودکی را به قدری مهم می‌دانست.

فروید تعارض‌های جنسی نیرومندی را در طفل و کودک نارس احساس کرد، تعارض‌هایی که به نظر می‌رسید در اطراف نواحی خاص بدن دور می‌زنند.

رشد روانی جنسی فروید دارای مراحل است که به آن‌ها می‌پردازیم:

۱. مرحله دهانی

اولین مرحله روانی-جنسی رشد شخصیت از تولد تا دو سالگی ادامه دارد. در خلال اولین سال زندگی کودک، دهان مهم ترین منبع کاهش تنش (مثلاً خوردن) و احساسات لذت بخش (مثلاً مکیدن) است. در طول این مرحله، دو شیوه رفتار وجود دارد: رفتار جذب دهانی (خوردن و بلعیدن) و رفتار پرخاشگر دهانی یا آزارگر دهانی (گازگرفتن یا تف کردن).

این نیروهای ناهشیار عبارتند از غرایز، آرزوها، خواسته‌ها و... افکار ناهشیار، برخلاف افکار نیمه‌هشیار، فقط به شکل‌های نمادین و مبدل وارد خودآگاه می‌شوند.

راه رسیدن به ناهشیار

شرح حال نویسی، سؤال کردن از خود، درد دل کردن با دیگران، تعبیر رؤیا و اعمال سهوی از جمله راه‌ها و روش‌های پی‌بردن به محتویات ذهن ناهشیار و ایجاد خودشناسی هستند و در فرایند درمان از این شیوه‌ها به میزان زیاد استفاده می‌شود.

نیمه‌هشیار:

نیمه‌هشیار بین دو سطح هشیار و ناهشیار قرار دارد. نیمه‌هشیار، مخزن خاطرات، ادراک‌ها و فکری است که ما در این لحظه به صورت هشیار از آن‌ها آگاه نیستیم ولی می‌توانیم آن‌ها را به راحتی به هشیاری فراخوانیم. برای مثال: اگر ذهن شما از این صفحه منحرف شود و شروع به فکر کردن درباره یک دوست یا آنچه دیشب انجام داده‌اید کنید، مشغول فراخوانی موادی از نیمه‌هشیار به هشیار خود هستید.

نهاد

نهاد، اساسی‌ترین جنبه شخصیت است. نهاد مثل یک کودک نازپرورده عمل می‌کند، زیرا خواهان ارضای فوری امیالش است. نهاد مظهر اصل لذت است و در شکل بسیار ابتدایی خود مانند دستگاه بازتاب عمل می‌کند. نوزاد سراپا نهاد است. او عطسه می‌کند، سرفه می‌کند، می‌مکد و دفع می‌کند. اگر زندگی در این سطح ابتدایی، کاملاً رضایت بخش بود، نیازی به رشد شخصیت نبود. نهاد ناکامی را نمی‌خواهد، اما باید به آن تن دردهد.

خود

خود، بخش سازنده شخصیت است که با توجه به واقعیت دنیای خارج عمل می‌کند و آن دسته از تمایلات نهاد را، که با واقعیت خارج تضاد دارند، تعدیل، ضبط و کنترل می‌کند. خود از نهاد سرچشمه می‌گیرد و رشد می‌کند.

رفتار جذب دهانی

شیوه جذب دهانی ابتداری می‌دهد و شامل تحریک لذت‌بخش دهان توسط دیگران و توسط غذاست. بزرگسالانی که در مرحله جذب دهانی تثبیت شده‌اند، بیش از اندازه به فعالیت‌های دهانی مثل: خوردن، نوشیدن، سیگار کشیدن و بوسیدن علاقه دارند. اگر آنها هنگام طفولیت به حد افراط ارضا شده باشند، شخصیت دهانی بزرگسال آنها به خوش بینی و وابستگی غیرعادی متمایل خواهد بود. چون در کودکی در مورد آنها افراط شده است.

پرخاشگردهانی

رفتار دهانی، یعنی، پرخاشگر دهانی یا آزارگر دهانی، در طول مدت پیدایش دردناک و عذاب آور دندان‌ها رخ می‌دهد. در نتیجه اشخاصی که در این سطح تثبیت شده‌اند، مستعد بدبینی، خصومت و پرخاشگری بیش از اندازه هستند. آنها احتمالاً اهل جروبحث و کنایه‌زدن هستند، حرف‌های "نیش‌دار" می‌زنند و نسبت به دیگران خشونت نشان می‌دهند.

۲. مرحله مقعدی

همزمان با از شیر گرفتن کودک، لیبیدو از ناحیه دهان به منطقه مقعد منتقل می‌شود. لذا، احساس لذت در کودک ابتدا از تخلیه مدفوع و سپس از نگهداری آن حاصل می‌شود. این بدان معنی نیست که بگوییم کودک در خلال مرحله دهانی چنین لذتی احساس نمی‌کند. با وجود این، در خلال سال‌های دوم و سوم زندگی، لذت مقعدی نقش غالب را دارد. فروید، معتقد بود که تجربه آموزش توالت رفتن در طول مرحله مقعدی، تأثیر مهمی بر رشد شخصیت دارد.

شیوه اول واکنش کودک

اولین شیوه، این است که در زمان و مکانی که والدین تایید نمی‌کنند، عمل دفع را انجام دهد و به این طریق تلاش‌های آنها را برای تنظیم با شکست روبرو سازد. اگر کودک این شیوه را برای کاهش دادن ناکامی، رضایت‌بخش بداند و زیاد از آن استفاده کند، ممکن است شخصیت پرخاشگری مقعدی را پرورش دهد.

شیوه دوم واکنش کودک

دومین شیوه، جلوگیری یا نگهداشتن مدفوع است. این کار موجب احساس لذت شهوانی می‌شود (به علت پربودن روده کوچک) و می‌تواند شیوه موفقیت‌آمیز دیگری برای دستکاری والدین باشد. اگر روده کودک چند روز کار نکند، ممکن است آنها نگران شوند. بنابراین، کودک روش جدیدی را برای به دست آوردن توجه و محبت والدین کشف می‌کند.

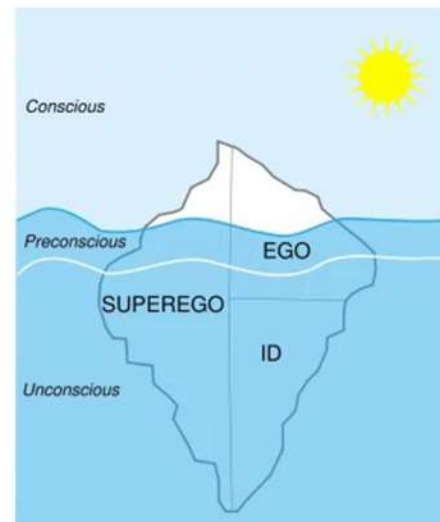
۳. مرحله آلتی

در حدود سنین چهار تا پنج سالگی، لیبیدو در محدوده دستگاه تناسلی متمرکز می‌شود. تعارض مرحله آلتی، آخرین و اساسی‌ترین تعارضی است که کودک باید با آن مواجه شود و با موفقیت آن را حل کند. این تعارض همان خواست ناخودآگاه (ناهشیار) کودک به تملک والد ناهمجنس خود و در عین حال دوری از والد همجنس خود است. فروید، این وضعیت را عقده ادیپ نامیده است.

عقده ادیپ

نام این عقده از افسانه یونانی گرفته شده است که در نمایش Oedipus Rex، نوشته سوفوکلس (Sophocles) در قرن پنجم قبل از میلاد ترسیم شده است.

فروید، عقده ادیپ را از تجربیات کودکی‌اش تدوین کرده و نوشت: «من در مورد خودم نیز متوجه عشق به مادر و حسادت نسبت به پدر شده‌ام». پسر ترس خود از پدر را در مناسبات تناسلی تعبیر می‌کند و از این می‌ترسد که پدرش اندام خلافکار، یعنی آلت وی را که منبع لذت و تمایلات جنسی اوست،



منابع:

- شولتز، دوان پی. و شولتز، سیدنی ال. (۱۳۸۲). تاریخ روان‌شناسی نوین (ترجمه یحیی سیدمحمدی، چاپ دوم، ویرایش ۱۳۸۴، چاپ هفتم). تهران: انتشارات دوران.
- خلیلی، زهرا و آقاقریمی، مهدی. (۱۴۰۳). «ساختار شخصیت در نظام فروید». مقاله علمی پژوهشی.

قطع کند و از این رو، اضطراب اختگی (Castration anxiety) ایفای نقش خواهد کرد.

۴. شخصیت آلتی

تعارض‌های آلتی و درجه حل شدن آنها، در تعیین واکنش‌های فرد بزرگسال به جنس مخالف و نگرش‌های او نسبت به این جنس، اهمیت زیادی دارد.

فروید شخصیت آلتی مردانه را بی‌پروا، مغرور و متکی به نفس توصیف کرد. مردانی که چنین شخصیتی دارند می‌کوشند مردانگی خود را از طریق فعالیت‌هایی چون فتوحات جنسی مکرر به اثبات رسانند و یا آن را نشان دهند.

دوره نهفتگی یا کمون

مرحله آرامش نسبی یا عدم فعالیت سائق جنسی در طول دوره‌ای است که از انحلال عقده ادیپال تا بلوغ طول می‌کشد. سائق جنسی در طول این دوره معمولاً تصور می‌شود که در حال خاموشی است. این دوره در درجه اول هم برای دخترها و هم پسرها مرحله وابستگی باهمجنس‌هاست.

۵. مرحله جنسی یا تناسلی

آخرین مرحله روانی - جنسی رشد شخصیت، هنگام بلوغ جنسی آغاز می‌شود. بدن از نظر فیزیولوژیکی بالغ می‌شود و اگر تثبیت مهمی در مرحله قبل رشد اتفاق نیفتاده باشد، ممکن است فرد قادر به هدایت زندگی بهنجار باشد.

نتیجه‌گیری:

نظریه شخصیت فروید یکی از مهم‌ترین و تأثیرگذارترین دیدگاه‌ها در روان‌شناسی است که بسیاری از مفاهیم اساسی و نوآورانه را به علم روان‌شناسی معرفی کرد. فروید با تقسیم شخصیت به سه جزء اصلی:

یعنی اید (Id)، ایگو (Ego) و سوپرایگو (Superego)، ساختار پیچیده ذهن انسان را به خوبی تبیین کرد. این تقسیم‌بندی نه تنها برای فهم بهتر فرآیندهای روانی، بلکه برای شناخت رفتارها و انگیزه‌های انسان‌ها اهمیت بسیاری دارد. به باور فروید، بسیاری از رفتارهای فردی به دلیل تأثیرات ناخودآگاه و تمایلات سرکوب‌شده شکل می‌گیرد که برای درمان اختلالات روانی باید به این بعد از شخصیت توجه ویژه‌ای داشت.



مروری بر اختلال شخصیت نمایشی و خودشیفته



زهرا احدی خوش سیر

دانشجوی کارشناسی روانشناسی دانشگاه محقق اردبیلی



چکیده:

اختلالات شخصیت با الگوهای پایدار ادراک، ارتباط و تفکر درباره محیطی که در طیف وسیعی از زمینه‌های اجتماعی و شخصی نمایش داده می‌شوند، مشخص می‌شود. صفات شخصیت، یکی از مهم‌ترین پیش‌بین‌های رفتار فعلی و آینده انسان از نظر رفتار بهنجار و یا بهره‌کشی محسوب می‌شود. چنین الگوهایی منجر به اختلال بالینی یا اختلال در عملکرد اجتماعی، شغلی و یا سایر امور مهم زندگی می‌شود. اختلالات شخصیت به‌عنوان اختلالات ارتباطی یا تعاملی توصیف می‌شود و رفتار مشکل‌ساز بین فردی در قلب این اختلالات توافق شده است.

مقدمه:

اختلال شخصیت نمایشی که یکی از انواع اختلالات شخصیت است، با رفتار پرزرق و برق نمایشی و برون‌گرا در اشخاص هیجانی و تحریک‌پذیر مشخص می‌شود. در مورد افراد مبتلا به اختلال شخصیت نمایشی، رفتار با خودنمایی، تلقین‌پذیری و توجه‌طلبی مشخص می‌شود.

نمایشی بودن، سطحی بودن، خودمحوری و به‌راحتی صدمه دیدن از دیگری، توصیف بیماران مبتلا به اختلال شخصیت نمایشی است. این افراد اگر در کانون توجه نباشند، احساس می‌کنند که مورد احترام واقع نشده‌اند. سبک زندگی پرشور و هیجانی و برون‌گرایی بیش از حد

آن‌ها این اعتماد به نفس را به آن‌ها می‌دهد که می‌توانند دیگران را به خود جلب و افسون کنند. اما این ویژگی‌ها به روابط پایدار و ارضاکنده منجر نمی‌شود؛ زیرا دیگران از این همه توجه کردن خسته می‌شوند. اختلال شخصیت خودشیفته اختلالی است که افراد مبتلا به آن غالباً هیجانی، بازیگرو بی‌ثبات به نظر می‌رسند. ویژگی اصلی این اختلال، الگوی نافذی از خودبزرگ‌بینی، نیاز به تحسین و فقدان همدلی است که از اوایل بزرگسالی آغاز می‌شود و در زمینه‌های مختلف به چشم می‌خورد. این نوع از اختلال شخصیت زمانی بروز می‌یابد که توجه بیش از حد فرد به خود، با احساس استحقاق و خودبرتربینی و بهره‌کشی از دیگران توأم شود. از این رو، مهم‌ترین ویژگی افراد خودشیفته احساس خودبزرگ‌بینی است. خودشیفتگی نوعی اختلال هیجانی بسیار آغراق‌آمیز است و مبتلایان به این اختلال با سایرین همدل نیستند، ولی نیاز دارند مرتب از سوی آنان مورد تمجید واقع شوند. هرچند خودشیفتگان و خویش‌کامان تصویری مبالغه‌آمیز از خویش دارند، اما از پنداره بسیار آسیب‌پذیری برخوردار بوده و بیشتر با هویت خویش‌تن ناآشنا هستند. برخی از مطالعه‌ها نشان می‌دهند که این اختلال بیشتر در مردان جوان روی می‌دهد.

که ویژگی مشترک آن‌ها نگرش‌ها و رفتارهای بیش از حد نمایشی، هیجانی، آشفته یا غیرقابل پیش‌بینی است. گروه ج: اختلالات شخصیت دوری‌جو، وابسته و وسواسی-جبری را شامل می‌شود که ویژگی مشترک آن‌ها رفتارهای مضطرب و بیمناک است.

در حال حاضر، تحقیقات در ایالات متحده آمریکا و انگلستان، شیوع کلی 9 تا 10 درصد در بین نمونه‌هایی که از لحاظ ملی نماینده هستند، ارائه می‌دهند. باید به این نکته نیز اشاره کرد که اختلالات شخصیت، با وابستگی به مواد، هم‌زمانی بالایی دارند.

اختلال شخصیت نمایشی

متخصصان بالینی، اختلال شخصیت نمایشی را در افرادی تشخیص می‌دهند که از بودن در کانون توجه بسیار لذت می‌برند و در هر موقعیتی طوری رفتار می‌کنند که اطمینان‌بخش باشد این اتفاق روی می‌دهد. آن‌ها بیش از حد نگران ظاهر جسمانی خود هستند و اغلب سعی می‌کنند آن‌قدر افراطی توجه دیگران را جلب کنند که رفتارشان مضحک به نظر می‌رسد. افزون بر این، دیگران آن‌ها را به صورت لاس‌زن و اغواگر برداشت می‌کنند. این افراد توقع دریافت اطمینان بخشی، تحسین و تأیید از سوی دیگران را دارند و اگر آن‌ها را دریافت نکنند، عصبانی می‌شوند.

آن‌ها خواهان ارضای فوری امیال خود هستند و به حتی جزئی‌ترین تحریک، واکنشی مفرط، معمولاً به صورت اغراق‌آمیز، مانند گریه یا غش کردن، نشان می‌دهند. گرچه روابطشان سطحی است، اما آن‌ها صمیمی می‌دانند و به آشنایان خود با عنوان «دوستان عزیز» اشاره می‌کنند. این افراد به راحتی تحت تأثیر دیگران قرار می‌گیرند، فاقد توانایی تحلیلی هستند و دنیا را به صورت کلی و امپرسیونیستی می‌بینند.

شیوع اختلال شخصیت نمایشی در جمعیت عمومی، بین ۲ تا ۳ درصد گزارش شده است. مهم‌ترین نشانه شخصیت نمایشی در فرهنگ ایرانی، توجه طلبی و اغراق‌گویی/عدم وابستگی است.

اختلال شخصیت نمایشی رابطه نزدیکی با اختلال شخصیت خودشیفته و دیگر اختلالات دارد. این ویژگی‌ها معمولاً در اوایل بزرگسالی شروع می‌شوند. در میان اختلال‌های شخصیت، اختلال شخصیت نمایشی به لحاظ شیوع و جمعیت مبتلا به آن، بیشتر در گروه سنی جوانان رواج دارد. در ادامه، مروری کوتاه بر این دو اختلال شخصیت خواهیم داشت.

اختلالات شخصیت در DSM-5

اختلال شخصیت، الگوی ریشه‌دار برقراری ارتباط با دیگران، موقعیت‌ها و رویدادها با الگویی انعطاف‌ناپذیر و ناسازگارانه در تجربه و رفتار درونی است که به نوجوانی یا اوایل بزرگسالی بازمی‌گردد. اختلالات شخصیت، به صورتی که در "DSM-5" عنوان شده‌اند، بیانگر مجموعه‌ای از رفتارهای قابل تمایز هستند که در ۱۱ طبقه مجزا قرار می‌گیرند. اختلال شخصیت، که با تعریف کلی اختلال روانی تناسب دارد، به طور چشمگیری از فرهنگ فرد منحرف می‌شود و به ناراحتی و اختلال می‌انجامد؛ برای مثال، وابستگی بیش از حد، ترس زیاد از صمیمیت، نگرانی شدید، رفتار بهره‌کش یا خشم کنترل‌ناپذیر را دربر داشته باشد. این الگوهای رفتار، برای اینکه با ملاک‌های تشخیصی مناسب باشند، باید خود را دست کم در دو زمینه از چهار زمینه زیر آشکار سازند:

۱. شناخت

۲. حالت عاطفی

۳. عملکرد میان فردی

۴. کنترل تکانه

فرد در نتیجه این رفتارها، دچار ناراحتی یا اختلال می‌شود.

"DSM-5" ده تشخیص را در سه گروه، بر اساس ویژگی‌های مشترک، دسته‌بندی می‌کند:

گروه الف: اختلالات شخصیت پارانوئید، اسکیزوئید و اسکیزوتایپی را شامل می‌شود که ویژگی مشترک آن‌ها رفتارهای عجیب و غریب و نامتعارف است.

گروه ب: اختلالات شخصیت ضداجتماعی، مرزی، نمایشی و خودشیفته را شامل می‌شود

ملاک‌های تشخیص اختلال شخصیت‌نمایشی

- این افراد نیاز دارند پیوسته در کانون توجه همگان باشند و اگر جز این باشد، به شدت احساس ناراحتی و عصبانیت می‌کنند.
- ظاهر و رفتار این افراد به طور نامناسب از لحاظ جنسی تحریک‌آمیز یا اغواکننده است.
- ابراز هیجان در این افراد سطحی است و به سرعت تغییر می‌کند.
- استفاده از ظاهر جسمانی برای جلب توجه.
- سبک گفتاری این افراد بیش از حد به برداشت‌های کلی و فاقد جزئیات منجر می‌شود.
- ابراز نمایشی، ساختگی و اغراق‌آمیز هیجانات.
- افرادی به شدت تلقین‌پذیر هستند.

اختلال شخصیت‌خودشیفته

کلمه "نارسیسیم" به معنی خودشیفتگی است و "نارسیست" یعنی خودشیفته، به کسی گفته می‌شود که به طور نامتعادل و بیمارگونه به خود توجه داشته باشد. بنیاد خودشیفتگی بر تخیلات پوچ است. درست مانند یک درجه‌دار ارتش که خیال کند تیمسار است و علاوه بر آن، به زور می‌خواهد دیگران را وادار کند که این خیال باطل را بپذیرند. خودشیفتگی نوعی خودفریبی است و خودشیفته کسی است که از گول زدن خود لذت کاذب می‌برد. یک خودشیفته گاهی برای فریب دیگران نیز دست به ریاکاری می‌زند و غالباً این ریاکاری ناآگاهانه صورت می‌گیرد.

این افراد معمولاً فقط نظرات خود را قبول دارند و حقی برای دیگران قائل نیستند. افرادی که ملاک‌های تشخیصی اختلال شخصیت‌خودشیفته را برآورده می‌کنند، عزت نفس خود را بر مبنای نظر دیگران استوار می‌سازند. آن‌ها خود را استثنایی می‌دانند و احساس نیرومند سزاواری دارند. چون آن‌ها خود را استثنایی می‌دانند، معیارهای شخصی به طرز غیرواقع‌بینانه‌ای عالی تعیین می‌کنند. برعکس، ممکن است آن‌ها خود را سزاوار هر چیزی که می‌خواهند بدانند و بنابراین، معیارهای شخصی خود را بسیار پایین تعیین کنند. اختلالات آن‌ها در تعیین هدف، تلاش مداوم برای جلب تأیید دیگران را نیز شامل می‌شود.

افراد مبتلا به اختلال شخصیت‌خودشیفته، از نظر احساس هویت، خودوصفی و عزت نفس خویش را از شیوه‌ای که تصور می‌کنند دیگران آن‌ها را در نظر می‌گیرند، کسب می‌کنند. با این حال، گرچه آن‌ها نسبت به عقاید دیگران حساس هستند، ولی نمی‌توانند با آن‌ها همدلی کنند. در روابط شخصی خاص خود، نمی‌توانند صمیمیت واقعی با همسر خویش برقرار کنند، زیرا بر خودشان احساساتشان، و نحوه‌ای که دیگران آن‌ها را درک می‌کنند، تمرکز دارند. این احساس سزاواری، به صفت شخصیت بزرگ‌منشی تبدیل می‌شود، و تمایل آن‌ها برای تحسین، باعث می‌شود که هر وقت امکان‌پذیر باشد، به دنبال شهرت باشند.



مدل پنج‌عاملی شخصیت برای اختلال شخصیت‌نمایشی

1. نوروزگرایی بالا: عواطف منفی مزمن که شامل اضطراب، ترسویی، تنش، تحریک‌پذیری، خشم، گناه، شرم، دشواری در کنترل تکانه، باورهای نامعقول، بدبینی، درماندگی و وابستگی به دیگران برای حمایت هیجانی و تصمیم‌گیری است.
2. برون‌گرایی بالا: پرحرفی، خودافشاگری، ناتوانی در گذراندن زمان به تنهایی، جلب توجه مداوم و...
3. گشودگی بالا: اشتغال ذهنی با خیال پردازی و رؤیاهای روزانه.
4. توافق بالا: زودباوری و اعتماد بیش از حد به دیگران.
5. وظیفه‌شناسی پایین: ضعف در عملکرد تحصیلی، رعایت نکردن نقش‌ها و تعهدات.

نامنی را در احساس اهمیت شخصی کاذب ابراز می‌کند. این افراد که فاقد شالوده محکمی برای خود سالم هستند، خود کاذبی را پرورش می‌دهند که آن را بر مبنای نظر غیرواقع‌بینانه در مورد شایستگی و مطلوب بودن خودشان استوار می‌کنند. بنابراین، ما می‌توانیم اختلال شخصیت خودشیفته را به صورت ابراز این نامنی کودکی و نیاز به توجه، در فرد بزرگ‌سال بدانیم.

افراد خودشیفته معمولاً خود را دوست ندارند زیرا درک می‌کنند که هرگز آن‌گونه که ادعا می‌کنند نیستند، ولی از خود یک من برتر می‌سازند و آن را مثل بادکنک باد کرده و در واقع تلاش می‌کنند به خود دوست‌داشتنی کاذب دست پیدا کنند. اشخاص دچار این اختلال، حساسیت بیش‌ازحد به انتقاد دارند و هنگامی که دیگران آن‌ها را تحسین نمی‌کنند، ممکن است عصبانی شوند.

وضعیت این افراد در خانواده‌هایشان نیز به همین سبک است. یعنی همسرشان به منزله وسیله‌ای تلقی می‌شود که نیازهای زیستی، اجتماعی و فرهنگی او را ارضا کند و در نهایت، همسر برایشان ارزش جدی ندارد. رابطه خانوادگی این اشخاص به‌طور معمول، مشوش بوده و درگیری‌های لفظی، مشاجره‌ها و عدم تفاهم در خانواده آنان زیاد به چشم می‌آید. به عبارت دیگر، آثار و پیامدهای زندگی این قبیل افراد در خانواده سبب ایجاد پریشانی فکری، اعتماد به نفس پایین و بسیاری دیگر از اندیشه‌ها و نگرش‌های منفی در بین اعضای خانواده می‌گردد.

خودشیفتگی با اعتماد به نفس رابطه مثبت دارد. اکثر اوقات خودشیفته‌ها در مورد خود نظری بیش‌ازحد دارند.

علائم خودشیفتگی

1. احساس بزرگ‌منشی مبنی بر مهم بودن دارد؛ برای مثال، در پیشرفت‌ها و استعداد‌های خود اغراق می‌کند و انتظار دارد که بی‌تناسب با پیشرفت‌های برتر شناخته شود.
2. با خیال‌پردازی‌های مربوط به موفقیت نامحدود، قدرت، زیرکی، زیبایی یا عشق آرمانی اشتغال ذهنی دارد.

گرچه ممکن است به نظر برسد افراد مبتلا به اختلال شخصیت خودشیفته خود را بهتر از دیگران می‌دانند، اما این بزرگ‌منشی ممکن است آسیب‌پذیری زیرینایی در خودپنداره آن‌ها را بپوشاند. ممکن است برخی افراد مبتلا به اختلال شخصیت خودشیفته واقعاً خودپنداره کاذب و بزرگ‌منشانه‌ای داشته باشند؛ بنابراین، متخصصان بالینی به آن‌ها با عنوان "بالا از نظر خودشیفتگی بزرگ‌منشی" اشاره می‌کنند. این‌ها افرادی هستند که بیش‌ازحد برای تأیید ارزش خودشان به دیگران متکی هستند. آن‌هایی که از نظر خودشیفتگی آسیب‌پذیر بالا هستند، نسبت به طرد حساس‌ترند، به احتمال بیشتری احساس شرم می‌کنند، و کمتر می‌توانند با خیال‌پردازی‌های بزرگ‌منشانه، خودپنداره متزلزل خویش را تقویت کنند. ممکن است آن‌ها خجالتی و حتی همدل به نظر برسند. وقتی احساس کنند مطابق با معیارهای خود زندگی نکرده‌اند، به احتمال بیشتری از نظر اجتماعی کناره‌گیری می‌شوند.

شکست در زمینه دستاوردهای شخصی، افرادی را که در خودشیفتگی بزرگ‌منشانه هستند، بیشتر تهدید می‌کند. در مقابل، آن‌هایی که در خودشیفتگی آسیب‌پذیر بالا هستند، وقتی احساس کنند کسی که برای آن‌ها مهم است، آن‌ها را تحقیر می‌کند، به صورت منفی‌تر واکنش نشان می‌دهند. افراد مبتلا به اختلال شخصیت خودشیفته، اغلب زندگی خود را صرف تأییدخواهی از دیگران می‌کنند، در حالی که برای رفاه دیگران اهمیت بسیار کمی قائل هستند.

تحقیقات درباره شیوع اختلال شخصیت خودشیفته در جمعیت، تفاوت بسیار زیادی را آشکار می‌سازند. پژوهشگران معتقدند که میانگین شیوع اختلال شخصیت خودشیفته در این تحقیقات، تقریباً 1 درصد در کل جمعیت است. با این حال، میزان شیوع این اختلال در جمعیت افرادی که جویای درمان بالینی هستند، بسیار بالاتر و بین 2 تا 36 درصد است.

نظریه‌پردازانی که در چارچوب روابط شیء‌کار می‌کنند، فرد خودشیفته را به صورتی در نظر می‌گیرند که نتوانسته است خودپنداره منسجمی را تشکیل دهد. فرد خودشیفته، وقتی می‌کوشد حمایت اولیه والدین را جبران کند،

اثرات خودشیفتگی مدیر در سازمان

1. احساس حقارت کارکنان و زیردستان
2. دلسردی و سرخوردگی کارمندان
3. عدم توجه به نیازهای اساسی کارکنان
4. تضاد و دشمنی بین کارکنان
5. سردرگمی در تشخیص رفتار مدیر
6. ترک خدمت و تنفر کارکنان از مدیر
7. تضاد بین مدیر و کارکنان در اثر عدم تحمل انتقاد
8. رواج تملق گویی
9. عدم پیشرفت و توسعه واقعی انسان

درمان اختلال شخصیت خودشیفته

1. روان درمانی: کمک به مدیریت و درمان اختلال شخصیت مانند رفتار درمانی شناختی به صورت فردی یا گروهی.
2. درمان دارویی: لیتیوم در بیمارانی که نوسان خلقی جزئی از شکل بالینی آنها بوده، مصرف می شود. چون مبتلایان به اختلال شخصیت خودشیفته طرد شدن را خوب تحمل نمی کنند و مستعد افسردگی هستند، داروهای ضد افسردگی نیز ممکن است مفید واقع شوند.
3. رویکرد برنامه مراقبت (CPA): ارزیابی نیازهای بهداشتی و اجتماعی آنان، برنامه مراقبت برای تأمین این نیازها، انتصاب یک مراقب هماهنگ کننده مانند مددکار، بررسی منظم برنامه و ایجاد برخی تغییرات در صورت لزوم.
4. رفتار درمانی دیالکتیکی: که شامل اعتبارسنجی (پذیرش) و دیالکتیک است.
5. درمان MBT: درمانی طولانی مدت برای تشخیص حالات روحی خود یا دیگران.
6. هنر درمانی: شامل حرکات رقص، درام درمانی و یا موزیک درمانی.
7. درخواست کمک از تیم های بحران. علت دقیق ایجاد این اختلالات

مانند بسیاری از اختلالات مشابه شخصیتی، علت دقیق ایجاد اختلالات شخصیت خودشیفته و نمایشی شناخته شده نیست. هر چند احتمالاً این اختلالات به صورت مجموعه ای از عوامل ارثی و محیطی از جانب والدین ایجاد می شوند. والدین اولین سازندگان شخصیت فرزندان هستند و علاوه بر خصوصیات ژنتیکی، ویژگی های رفتاری و فکری آنان تأثیر زیادی بر شکل گیری شخصیت در فرزندان خواهد داشت. در نتیجه، الگوی شخصیتی فرزندان می تواند تابعی از الگوی شخصیتی والدین نیز باشد.

3. معتقد است که استثنایی و بی همتاست و تنها افراد طبقه بالا می توانند او را درک کنند و باید با افراد استثنایی سطح بالا ارتباط داشته باشد.
4. نیازمند تحسین افراطی است.
5. احساس محق بودن دارد، یعنی انتظارات غیرمنطقی برای رفتار مطلوب از سوی دیگران یا موافقت حتمی با خواسته های خود دارد.
6. در روابط بین فردی استثمارگر است، یعنی از دیگران برای رسیدن به اهداف خود استفاده می کند.



7. فاقد حس همدلی است، یعنی اشتیاقی برای شناختن یا همانندسازی با احساس ها و نیازهای دیگران ندارد.
8. اغلب به حال دیگران غبطه می خورد و معتقد است که دیگران به وی رشک می ورزند.
9. رفتارها یا نگرش های تکبرآمیز و خودخواهانه نشان می دهند. فقدان کامل توانایی هم حسی با دیگران و توجه به نیازهای آنان در آنها وجود دارد. خود مفتونی آنان سبب می شود که توقعات فوق العاده از دیگران داشته باشند. بدون عذاب وجدان دیگران را استثمار می کنند و وقتی توقعشان برآورده نمی شود، با کبر و نخوت و اهانت پاسخ می دهند.

تیپ های فرعی شخصیت خودشیفته

1. خودشیفته نخبه گرا
2. خودشیفته عاشق پیشه
3. خودشیفته غیراخلاقی
4. خودشیفته جبرانی

منابع:

هالچین، ویتبورن. (1403). آسیب‌شناسی روانی، مترجم یحیی سیدمحمدی، تهران، نشر روان، چاپ سی و پنجم.

نریمانی، پریوش. (1390). اختلال خودشیفتگی (پیامدها و راهبردها)، تهران، انتشارات آوای نور.

شعبی، فاطمه. (1392). شخصیت خودشیفته، تهران، انتشارات کتاب سبز، چاپ اول.

مقامی پرنیان، میرزا حسینی حسن، منیرپور نادر. (1403). روابط موضوعی و نشانه‌های شخصیت‌نمایشی، مجله علوم روان‌شناختی، دوره 23، شماره 139.

محمدزاده علی، قلی‌زاده سمیه، حیران سنگستانی زهرا، جان‌محمدی فاطمه. (1403). نشانه‌شناسی شخصیت‌نمایشی در فرهنگ ایرانی، فصلنامه علمی «پژوهش انحرافات و مسائل اجتماعی»، شماره یازدهم.

امیرآفتابی علیرضا، فرخ‌زاد پگاه. (1403). پیش‌بینی نشانگان اختلال شخصیت‌نمایشی دانشجویان بر اساس سبک‌های فرزندپروری و ویژگی‌های شخصیتی والدین، رویش روان‌شناسی، سال 13، شماره 3.

فقیهی زهرا، حاجی‌اسماعیلی محمدرضا، نشاط‌دوست حمیدطاهر. (1399). بررسی اختلال شخصیت‌نمایشی در آموزه‌های اسلامی و تطبیق آن با یافته‌های روان‌شناسی، فصلنامه علمی «تحقیقات علوم قرآن و حدیث دانشگاه الزهراء»، سال هفدهم، شماره 1.

حسن‌وندی محسن، اکبرنژاد مهدی، مروتی سهراب، رحیمیان اسحاق. (1402). ویژگی‌های شناختی اختلال شخصیت خودشیفته از نگاه روان‌شناسی و آموزه‌های اسلامی، مجله مطالعات اسلامی در حوزه سلامت، دوره هفتم، شماره سوم.

سبک‌های فرزندپروری والدین ممکن است بر احتمال ابتلا به اختلال شخصیت‌نمایشی فرزندان تأثیر بگذارد. والدینی که به‌طور متناوب بیش از حد مهربان و سپس سخت‌گیر و خشن (سبک فرزندپروری سهل‌گیرانه و مستبدانه) هستند، ممکن است کودکان را مستعد ابتلا به نشانگان اختلال شخصیتی‌نمایشی و خودشیفته‌کنند.

نتیجه‌گیری:

در یک جمع‌بندی کلی می‌توان عنوان کرد که روابط نامعشوش و اختلال شخصیت با ابژه‌های زندگی در سال‌های اولیه کودکی موجب رشد ایگوی شکننده و متزلزل می‌شود. والدین با سبک فرزندپروری معیوب و محبت‌مشروط موجب می‌شوند که کودک احساس کند تنها در صورتی که کامل و بی‌نقص باشد، شایسته توجه است. این افراد، کودکانی با احساس تنهایی هستند که فکر می‌کنند تنها زمانی با ارزش هستند که باعث سربلندی والدین خود شوند. در نتیجه، برای جلب توجه آنان می‌کوشند و ساخت شخصیت آشفته با الگوی شخصیت‌نمایشی یا خودشیفته در بزرگسالی نمایان می‌شود.

پس نوع فرزندپروری و تجربیات دوران کودکی و البته تأثیرات ارثی می‌تواند در ایجاد اختلالات تأثیرگذار باشد. البته می‌توان با استفاده از معیارهایی این اختلالات را تشخیص داد و با راهبردهایی در پیشگیری و درمان آن کوشید.



اختلال شخصیت ضداجتماعی و بررسی اختلال شخصیت ضداجتماعی سودابه در شاهنامه فردوسی



فاطمه خلیل وند

دانشجوی کارشناسی روانشناسی دانشگاه
محقق اردبیلی



چکیده:

اختلال شخصیت ضداجتماعی، مانند سایر اختلالات شخصیتی، یک الگوی طولانی مدت رفتار و تجربه است که عملکرد افراد را مختل می‌کند و باعث پریشانی می‌شود. افراد مبتلا به اختلال شخصیت ضداجتماعی از هنجارهای جامعه پیروی نمی‌کنند. آن‌ها در روابط، فریبکار و مرعوب‌کننده هستند و حقوق دیگران را نادیده می‌گیرند. افراد با این نوع شخصیت ممکن است در فعالیت‌های مجرمانه و جنایی شرکت کنند. اما اگر این کار را انجام دهند، برای اعمال آسیب‌زای خود پشیمان نیستند. آنها می‌توانند بسیار تکانشی، بی‌پروا و گاهی خشن باشند. این اختلال در مردان به مراتب شایع‌تر است. افراد مبتلا به اختلال شخصیت ضداجتماعی، به طور کلی برای بازی کردن طبق قوانین ارزشی قائل نیستند. آن‌ها فقط در صورت تهدید به مجازات، قوانین را رعایت می‌کنند.

مقدمه:

بر اساس راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی نسخه‌ی پنجم (DSM-5)، اختلال شخصیت ضداجتماعی (Antisocial Personality Disorder - ASPD) با الگوی فراگیر بی‌توجهی و نقض حقوق دیگران مشخص می‌شود که از سن ۱۵ سالگی آغاز شده و در بزرگسالی ادامه می‌یابد. برای تشخیص این اختلال، فرد باید دست‌کم سه مورد از ویژگی‌هایی همچون دروغ‌گویی مکرر، تکانشگری، پرخاشگری، بی‌مسئولیتی، بی‌تفاوتی نسبت به آسیب دیگران و فقدان پشیمانی را دارا باشد.

مبتلایان به این اختلال غالباً دچار مشکلات جدی در روابط اجتماعی، شغلی و خانوادگی می‌شوند و رفتارهای مجرمانه یا بی‌قانونی در آن‌ها رایج است.

چه عواملی باعث ایجاد اختلال شخصیت ضد اجتماعی می‌شود؟

اختلال شخصیت ضد اجتماعی، احتمالاً در اثر ترکیبی از عوامل ایجاد می‌شود. داشتن هر یک از این خصوصیات، لزوماً به معنای ابتلای فرد به اختلال شخصیت ضد اجتماعی نیست.

۱. تأثیرات از محیط:

یک زندگی خانوادگی آشفته، به پیشرفت این اختلال شخصیت کمک می‌کند؛ خصوصاً در مواردی که نظارت کمی از سوی والدین یا سایر الگوهای بزرگسال صورت گرفته باشد. این اختلال همچنین ممکن است در مواردی که جامعه حمایت‌کننده نباشد یا پاداش کمی برای رفتار مثبت فراهم کند، شایع‌تر باشد. در برخی شرایط، حتی ممکن است از رفتار ضد اجتماعی حمایت شود.

۲. عوامل ژنتیکی (ارثی) یا بیولوژیکی:

به نظر می‌رسد ویژگی‌های شخصیتی ضد اجتماعی، بسیار وراثتی است. محققان همچنین پاسخ‌های فیزیولوژیکی خاصی را یافته‌اند که ممکن است بیشتر در افراد مبتلا به اختلال شخصیت ضد اجتماعی رخ دهد. به عنوان مثال، آنها پاسخ نسبتاً مسطحی به استرس دارند

- بی‌احتیاطی و بی‌توجهی نسبت به امنیت خود یا دیگران
- عدم مسئولیت‌پذیری مداوم: که با ناتوانی در حفظ شغل پایدار یا رعایت تعهدات مالی همراه است.
- عدم پیشیمانی: که با بی‌اعتنایی نسبت به آسیب‌دیدگی، بدرفتاری یا سرقت از دیگران بروز می‌یابد.

• عدم صمیمیت: فرد مبتلا به این اختلال توانایی ایجاد روابط عاطفی پایدار را ندارد. هرگونه رابطه‌ی بلندمدت برای این افراد، احتمالاً شامل درجاتی از سوءاستفاده یا غفلت خواهد بود.

بررسی اختلال شخصیت ضداجتماعی سودابه در شاهنامه فردوسی:

سودابه، همسر کاووس و مادرخوانده سیاوش در "شاهنامه فردوسی"، نمونه‌ای از اسطوره‌های از شخصیتی با ویژگی‌های نزدیک به اختلال شخصیت ضداجتماعی است. او با دروغ‌گویی، فریبکاری، اغواگری، پرخاشگری، و بی‌پشیمانی در برابر پیامدهای اعمالش، نمونه‌ای از یک شخصیت خودخواه، بی‌اخلاق و مخرب را ارائه می‌دهد.

سودابه در شاهنامه فردوسی شخصیتی دوگانه دارد؛ در واقع در شاهنامه با دو سودابه کاملاً متفاوت - شاید هم مکمل - روبه‌رو هستیم: یکی، دخت شاه هاماوران که باهوش و فداکار است و به ظاهر، برای حمایت از همسرش، پشت با به پدر، وطن و آزادیش می‌زند. مرگ و اسارت را به جان می‌خرد تا غم گسار شویش شود؛ و دیگری، سودابه‌ای پلید و خودکامه که به وضوح ویژگی‌های اختلال شخصیت ضداجتماعی را در رفتار و گفتار خود بروز می‌دهد.



و به نظر می‌رسد اضطراب آن‌ها از یک فرد عادی کمتر است. آن‌ها همچنین واکنش‌های «شگفت‌زده‌ی» ضعیفی دارند؛ به این معنا که واکنش بسیار ضعیفی نسبت به صداهای بلند نشان می‌دهند. این عدم حساسیت نسبی ممکن است بر توانایی آن‌ها برای یادگیری از طریق پاداش و مجازات تأثیر بگذارد.

3. آناتومی مغز در فرد مبتلا به اختلال شخصیت:

لوب پیشانی - ناحیه‌ای از مغز که قضاوت و برنامه‌ریزی را کنترل می‌کند - در افراد مبتلا به اختلال شخصیت ضداجتماعی متفاوت است. برخی از محققان، تغییراتی را در حجم ساختارهای مغزی پیدا کرده‌اند که رفتار خشونت‌آمیز را کنترل می‌کنند و بنابراین، افرادی که دارای این نوع عملکرد مغزی هستند، ممکن است در مهار تکانه‌های خود مشکل بیشتری داشته باشند. این موضوع، ممکن است گرایش به رفتارهای پرخاشگرانه را نشان دهد. متخصصان مغز و اعصاب نمی‌توانند با اطمینان بگویند که این تغییرات در ساختار مغز، دلیل ایجاد شخصیت ضداجتماعی است یا نتیجه تجربیات زندگی.

به نظر می‌رسد که هیپوکامپ - ساختار مغز درگیر در پردازش حافظه‌ی کوتاه‌مدت - در افراد مبتلا به سایکوپاتی به صورت غیرعادی عمل می‌کند. گرچه به نظر نمی‌رسد که حجم مغز بین نمونه‌های سایکوپات و غیرسایکوپات تفاوت داشته باشد، اما ظاهراً این ساختار مغز در افراد مبتلا به سایکوپاتی شکل غیرعادی دارد.

علائم شخصیت ضداجتماعی چیست؟

- عدم انطباق با هنجارهای اجتماعی: با توجه به رفتارهای غیرقانونی که با انجام مکرر آن‌ها مستحق بازداشت می‌شود.
- فریب‌کاری: که با دروغ گفتن مکرر استفاده از نام‌های مستعار برای سود و لذت شخصی نشان داده می‌شود.
- تکانش‌گری یا عدم برنامه‌ریزی از قبل
- تحریک‌پذیری و پرخاشگری: که توسط درگیری‌های فیزیکی یا حملات مکرر نشان داده می‌شود.

با ناتوانی این افراد در پرورش حس اخلاقی مرتبط باشد، زیرا آن‌ها نمی‌توانند با قربانیان خود همدلی کنند و از صدمه زدن به آن‌ها احساس پشیمانی ندارند.

فرضیه تعدیل پاسخ:

در حالت طبیعی، تجربه و باز خورد ناشی از انجام رفتارهای خطرناک باعث می‌شود که افراد در آینده از انجام چنین رفتارهایی پرهیز کنند یا شدت آن را کاهش دهند. اما در مورد افراد سایکوپات، این اتفاق رخ نمی‌دهد؛ یعنی تجربیات منفی بر پاسخ‌های آینده‌ی آن‌ها تاثیر نمی‌گذارد.

این فرضیه سعی دارد ناتوانی افراد سایکوپات در درس گرفتن از تجربه‌ی منفی و پردازش اطلاعات هیجانی را توضیح دهد. بر اساس این دیدگاه، افراد در هر موقعیت معینی، تمرکز غالب یا غیر غالب توجه دارند.

اختلال شخصیت ضداجتماعی و رفتار ضد اجتماعی:

اختلال شخصیت ضداجتماعی با رفتار ضد اجتماعی متفاوت است.

دزدی، دروغ‌گویی و تقلب نمونه‌هایی از رفتار ضداجتماعی هستند. این رفتار با رفتار تبهکارانه نیز تفاوت دارد. اصطلاح "تبهکار" در نظام حقوقی معنا دارد، اما مفهومی روان شناختی نیست. با این حال، بسیاری از افرادی که به زندان می‌افتند، معیارهای روان شناختی اختلال شخصیت ضداجتماعی را نیز برآورده می‌کنند. در عین حال، همه‌ی افراد مبتلا به این اختلال، لزوماً رفتارهای تبهکارانه آشکار ندارند؛ بلکه اختلال آن‌ها ممکن است در خود رفتارهایی مانند مشکلات شغلی، بی‌بندوباری جنسی و پرخاشگری بروز کند.

به نظر می‌رسد افراد دچار اختلال ضداجتماعی در طول سال‌های بزرگسالی خود، کمتر به اعمال تبهکارانه روی می‌آورند. برای مثال، میزان قتل در افراد بالای 35 سال کمتر از افراد زیر 34 سال است و در افراد بالای 50 سال بسیار کمتر گزارش شده است.

از آنجا که اختلالات شخصیتی، الگوهای طولانی مدت و پایدار رفتاری را توصیف می‌کنند،

در مقاله صمصامی و حمامیان، شخصیت سودابه مورد بررسی قرار گرفته است. نویسندگان با تطبیق ویژگی‌های رفتاری سودابه با معیارهای اختلال شخصیت ضد اجتماعی، به این نتیجه رسیده‌اند که رفتارهای او با این اختلال همخوانی دارد.

از جمله ویژگی‌های برجسته سودابه می‌توان به موارد زیر اشاره کرد:

- فریبکاری و دروغ‌گویی: سودابه با اغوای سیاوش و سپس متهم کردن او به تجاوز، نشان‌دهنده رفتارهای فریبکارانه است.

- بی‌توجهی به حقوق دیگران: او با نقشه‌های خود، سیاوش را به مرگ محکوم می‌کند، بدون توجه به پیامدهای آن.

- بی‌پشیمانی: در طول داستان، سودابه هیچ گاه از اعمال خود ابراز پشیمانی نمی‌کند.

- تحریک‌پذیری و پرخاشگری: رفتارهای تند و واکنش‌های شدید او نسبت به سیاوش و دیگران، نشان‌دهنده تحریک‌پذیری بالاست.

این ویژگی‌ها با معیارهای DSM-5 برای اختلال شخصیت ضد اجتماعی همخوانی دارند و تحلیل شخصیت سودابه در این چارچوب، نشان می‌دهد که شخصیت او، به ویژه در رفتارهایش با سیاوش، نمونه‌ای کلاسیک از اختلال شخصیت ضداجتماعی است که در قالبی اسطوره‌ای و داستانی در شاهنامه نمود یافته است.

هروی ام کلکلی (Hervey M. Cleckley) از جمله روانشناسان و روان‌درمانگران اثرگذار قرن بیستم ایالات متحده آمریکا است که در مقایسه با تلاش‌ها و دستاوردهایش، عامه‌ی مردم او را کمتر می‌شناسند. او معتقد بود افراد سایکوپات فاقد واکنش‌پذیری هیجانی هستند. این عقیده را در آزمایشگاه امتحان کرد و نشان داد افرادی که به سایکوپاتی مبتلا هستند و در معرض محرک‌های آزاردهنده قرار می‌گیرند، نمی‌توانند پاسخ ترس عادی نشان دهند؛ در نتیجه، آن‌ها از تجربیات منفی درس نمی‌گیرند.

افرادی که از نظر سایکوپاتی در سطح بالایی قرار دارند، در پردازش محرک‌های هیجانی مانند جلوه‌های صورت غمگین نیز مشکل دارند. پژوهشگران معتقدند که این نقص در پردازش شناختی می‌تواند

معمولاً در بزرگسالی تشخیص داده می‌شوند؛ زیرا کودکان و نوجوانان در حال رشد، مداوم در حال تغییر شخصیت و بلوغ هستند. اختلال شخصیت ضداجتماعی در مردان 70 درصد بیشتر از زنان گزارش شده است. طبق تحقیقات، میزان شیوع 12 ماهه‌ی این اختلال در کل جمعیت بین 0/2 تا 3/3 درصد تخمین زده می‌شود.

نتیجه‌گیری:

افراد دچار اختلال شخصیت ضداجتماعی از قانون پیروی نمی‌کنند، رفتارهایی خشن و تهاجمی دارند و حقوق دیگران را رعایت نمی‌کنند. این افراد ممکن است ظاهری گرم و صمیمی داشته باشند، اما در سابقه‌ی رفتاری آن‌ها نشانه‌هایی مانند خشونت، فرار از مدرسه، دزدی، دعوا یا مصرف مواد مخدر و الکل دیده می‌شود. روان‌درمانی روش مناسبی برای درمان این اختلال است. اگرچه داروهای خاصی برای درمان مستقیم اختلال شخصیت ضداجتماعی وجود ندارد، اما پزشک ممکن است برای کنترل علائم فرد، از داروهای ضد پرخاشگری، افسردگی یا اضطراب استفاده کند. درمانگر می‌تواند به مراجعه‌کننده کمک کند تا با بهره‌گیری از توانمندی‌های خود، شیوه‌های اجتماع‌گرایانه را برای ارضای نیازهایش توسعه دهد.

منابع:

- هالچین، ریچارد پی، و ویتبورن، سوزان کراس. آسیب‌شناسی روانی. ترجمه‌ی یحیی سیدمحمدی، ویراست نهم، نوبت چاپ سی و ششم، پاییز 1403.
- سایت مجله پزشکی رسا، 25 اسفند 1399.
- صمصامی، شیرین و حمامیان، امین. «بررسی اختلال شخصیت ضداجتماعی سودابه در شاهنامه‌ی فردوسی»، 9 اسفند 1393.



اختلال شخصیت پارانوئید



اسرا لایق

دانشجوی کارشناسی روانشناسی دانشگاه
محقق اردبیلی



چکیده:

مقدمه:

اختلال شخصیت پارانوئید (Paranoid Personality Disorder یا PPD)، یکی از اختلالات گروه A شخصیت است که با ویژگی‌هایی نظیر سوءظن غیرمنطقی، تفسیر نادرست از نیت دیگران، و بی‌اعتمادی فراگیر مشخص می‌شود. این اختلال نه تنها بر زندگی فردی، بلکه روابط اجتماعی، شغلی و خانوادگی فرد را نیز تحت الشعاع قرار می‌دهد.

مبتلایان به PPD معمولاً رفتار دیگران را تهدیدآمیز یا تحقیرآمیز تلقی می‌کنند، حتی در غیاب شواهد واقعی، و همین نگاه منجر به رفتارهای دفاعی، خصومت‌آمیز و در نهایت انزواطلبانه می‌شود، که به نوبه خود مشکلات بیشتری را در روابط و تعاملات اجتماعی ایجاد می‌کند. اختلال شخصیت پارانوئید در مردان شایع‌تر از زنان است.

اهمیت مطالعه‌ی این اختلال از چند جنبه حائز توجه است:

نخست، این اختلال ممکن است به تنهایی یا همراه با سایر اختلالات روانی نظیر افسردگی، اضطراب یا روان‌پریشی بروز کند که روند تشخیص و درمان را پیچیده‌تر می‌سازد. دوم، رفتارهای ناشی از این اختلال ممکن است در محیط‌های کاری، خانوادگی یا اجتماعی منجر به تعارضات جدی شود

اختلال شخصیت پارانوئید یکی از اختلالات روان شناختی مزمن و پیچیده است که با بی‌اعتمادی شدید، سوءظن مداوم، و تفسیر منفی از رفتار دیگران شناخته می‌شود. افراد مبتلا به این اختلال اغلب درک تحریف‌شده‌ای از نیت‌های اطرافیان دارند و در تعاملات اجتماعی دچار دشواری‌های جدی می‌شوند. علل شکل‌گیری اختلال، ترکیبی از عوامل ژنتیکی، روانی و محیطی دانسته شده که در تعامل با یکدیگر، زمینه‌ی بروز بدبینی مزمن را فراهم می‌کنند.

تشخیص افتراقی، که شامل تمایز این اختلال از اختلالاتی نظیر شخصیت ضد اجتماعی، اسکیزوئید، یا اختلال هذیانی است، از چالش‌های مهم بالینی به شمار می‌رود. همپوشانی این اختلال با بیماری‌های روانی دیگر مانند اضطراب، افسردگی یا اسکیزوفرنی، پیچیدگی‌های درمانی را افزایش می‌دهد. روان‌درمانی شناختی-رفتاری به عنوان مؤثرترین روش معرفی شده که بر اصلاح باورهای تحریف‌شده و ارتقای مهارت‌های اجتماعی تأکید دارد. دارو درمانی نیز در برخی موارد برای کاهش اضطراب یا افکار پارانوئیدی به کار می‌رود، اما جایگزین روان‌درمانی نیست.

در مجموع، شناخت زودهنگام، رویکرد ترکیبی در درمان، و افزایش آگاهی عمومی می‌تواند نقش مهمی در کاهش اثرات منفی این اختلال ایفا کند.

ملاک‌های تشخیصی برای اختلال شخصیت پارانوئید:

بی‌اعتمادی و بدبینی فراگیر نسبت به دیگران که از اواخر نوجوانی یا اوایل بزرگسالی آغاز شده و در زمینه‌های مختلف زندگی نمایان است. دست‌کم چهار مورد از موارد زیر باید وجود داشته باشد:

1. سوءظن بی‌پایه مبنی بر این که دیگران قصد سوءاستفاده، آسیب یا فریب دارند.
2. مشغولیت ذهنی دائم با شک و تردیدهای بی‌اساس نسبت به وفاداری یا قابل اعتماد بودن دیگران.
3. بی‌میلی به اعتماد یا درد دل کردن با دیگران، به علت ترس از استفاده‌ی آن‌ها از اطلاعات به ضرر فرد.
4. برداشت تحقیرآمیز یا تهدیدآمیز از گفتار یا رفتارهای بی‌خطر دیگران.
5. کینه‌توزی مداوم و ناتوانی در فراموش کردن اهانت‌ها یا آسیب‌های گذشته.
6. آمادگی دائم برای احساس حمله یا بی‌احترامی و واکنش خصمانه.
7. شک مداوم نسبت به وفاداری همسر یا شریک عاطفی، بدون دلیل موجه.



تشخیص افتراقی اختلال شخصیت پارانوئید

- اختلال هذیانی (Delusional Disorder): در اختلال شخصیت پارانوئید، هذیان‌های تثبیت شده و پایدار دیده نمی‌شود.
- شخصیت نمایشی (Histrionic): احتمال برقراری روابط عاطفی شدید در پارانوئیدها بسیار پایین‌تر از افراد نمایشی است.
- شخصیت ضد اجتماعی (Antisocial): پارانوئیدها سابقه‌ی رفتارهای تبهکارانه یا سوءاستفاده‌گرانه ندارند. اگر رفتاری ضد اجتماعی نشان دهند، اغلب به دلیل میل به انتقام است، نه سودجویی.

و حتی در موارد شدید، به انزوای کامل فرد بینجامد. سوم، بی‌اعتمادی شدید این افراد به دیگران، از جمله درمانگران، باعث می‌شود آن‌ها کمتر به دنبال دریافت کمک حرفه‌ای بروند، که این موضوع نیز روند درمان را دشوارتر می‌کند.

بر اساس راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی (DSM)، ویژگی‌های اختلال شخصیت پارانوئید عبارت‌اند از:

- بی‌اعتمادی و سوءظن شدید: فرد به طور مداوم نیات دیگران را منفی تلقی می‌کند.
- تفسیر منفی از رفتار دیگران: حتی کنش‌های بی‌خطر را به صورت تهدیدآمیز برداشت می‌کند.
- تمایل به حسادت و انتقام جویی: این افراد اغلب احساس حسادت دارند و به دنبال انتقام گیری هستند.
- ناتوانی در بخشش: تمایل به کینه‌ورزی دارند و بخشیدن دیگران برایشان دشوار است.
- گرایش به انزوا: به دلیل بی‌اعتمادی، به تدریج از روابط اجتماعی فاصله می‌گیرند.

علل اختلال شخصیت پارانوئید

علل دقیق اختلال شخصیت پارانوئید هنوز به طور کامل شناخته نشده‌اند، اما پژوهش‌ها نشان می‌دهند که این اختلال ممکن است نتیجه‌ی ترکیبی از عوامل ژنتیکی، محیطی و روانی باشد:

- عوامل ژنتیکی: برخی تحقیقات نشان می‌دهند که اختلالات شخصیت می‌توانند زمینه‌ی خانوادگی داشته باشند و احتمال می‌رود عوامل ژنتیکی در بروز آن نقش داشته باشند.
- تجربیات دوران کودکی: سوءاستفاده، بی‌توجهی یا قرار گرفتن در محیط‌های پر تنش در دوران کودکی می‌تواند در بروز این اختلال در بزرگسالی مؤثر باشند.
- عوامل فرهنگی: فرهنگ‌ها و جوامع مختلف ممکن است بر سبک تفکر و تعاملات اجتماعی افراد تأثیر بگذارند و در شکل‌گیری این اختلال نقش ایفا کنند.
- عوامل روانی: الگوهای تفکر منفی و باورهای غیرمنطقی نیز می‌توانند در بروز و تشدید اختلال شخصیت پارانوئید مؤثر باشند.

رویکردهای درمانی شامل دو بخش دارودرمانی و روان درمانی هستند:

• رویکرد دارودرمانی

- داروهای ضد اضطراب مانند دیازپام برای کاهش تشویش و تنش‌های پارانوئید.

- برای مدیریت تشویش شدید و افکار نیمه‌هذیانی، داروهای آنتی‌سایکوتیک مانند هالوپریدول (در دوز پایین و مدت زمان کوتاه)

تجویز می‌شوند. این داروها به کاهش علائمی مانند شک، سوءظن، توهم و کینه توزی کمک می‌کنند.

نکته: این داروها ممکن است عوارضی مانند خستگی، افزایش وزن، لرزش، خشکی دهان و... به همراه داشته باشند. بنابراین، باید تنها تحت نظر پزشک مصرف شوند و هرگونه تغییر جسمی یا روانی به پزشک گزارش داده شود.

• روان درمانی

- روان درمانی به فرد کمک می‌کند تا الگوهای فکری و رفتاری تحریف‌شده‌ی خود را شناسایی و اصلاح کند.

- رویکرد شناختی-رفتاری (CBT) یکی از مؤثرترین روش‌های درمانی برای اختلال پارانوئید است. این روش به فرد می‌آموزد

همچنین، تفکر منفی و کینه‌توزی که در این اختلال وجود دارد، می‌تواند به بروز علائم افسردگی کمک کند.

- اختلالات روان‌پریشی

در برخی موارد، اختلال شخصیت پارانوئید می‌تواند با اختلالات روان‌پریشی، مانند اختلال اسکیزوفرنی، همراه باشد. در این حالت، فرد ممکن است دچار توهمات یا هذیان‌هایی مرتبط با بی‌اعتمادی و سوءظن به دیگران شود.

- اختلالات دیگر شخصیت

اختلالات شخصیت اسکیزوئید، مرزی و خودشیفته می‌توانند هم‌زمان با اختلال شخصیت پارانوئید وجود داشته باشند. این اختلالات می‌توانند بر الگوهای تفکر، احساسات و رفتارهای فرد تأثیر بگذارند و تشخیص را پیچیده‌تر کنند.

اختلال شخصیت پارانوئید چگونه درمان می‌شود؟

رویکردهای درمانی شامل دو بخش دارودرمانی و روان درمانی هستند:

• رویکرد دارودرمانی اختلال شخصیت پارانوئید می‌تواند به‌طور هم‌زمان با برخی دیگر از اختلالات روانی و شخصیتی همراه باشد. این هم‌پوشانی می‌تواند تأثیر زیادی بر تشخیص و درمان بیمار داشته باشد. در ادامه، به برخی از اختلالات مرتبط با اختلال شخصیت پارانوئید اشاره می‌شود:

- اختلالات اضطرابی

اختلالات اضطرابی مانند اختلال اضطراب عمومی (GAD) و اختلال اضطراب اجتماعی، می‌توانند در افراد مبتلا به اختلال شخصیت پارانوئید مشاهده شوند. این افراد ممکن است از تنش‌های اجتماعی، احساس بی‌اعتمادی و نگرانی‌های مداوم درباره‌ی نیات دیگران رنج ببرند.

- اختلال افسردگی

اختلال افسردگی نیز ممکن است در افراد مبتلا به اختلال شخصیت پارانوئید دیده شود. احساس انزوا و بی‌اعتمادی می‌تواند منجر به بروز احساسات افسردگی و ناامیدی شود

منابع:

- خلاصه روان پزشکی کاپلان و سادوک، 2022.
- کتاب اختلالات شخصیت پارانویید، فاینشتاین، 2022.
- انجمن روان پزشکی آمریکا. (2013). راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی (DSM-5)
- محمودی، س. (1398). اختلالات شخصیت: نظریه و درمان. انتشارات دانشگاه تهران.
- حسینی، ف. (1395). روان شناسی شخصیت. انتشارات رشد.



که با استفاده از منطق، شواهد و تجربیات، افکار منفی و غیرواقعی بینانه را به چالش بکشد و تفسیرهای مثبت تر و واقع گرایانه تری را جایگزین کند.

- رویکرد روان پویایی و طرحواره درمانی نیز ممکن است برای برخی از افراد مفید باشد. درمان روان درمانی ممکن است زمان بر و چالش برانگیز باشد، اما با تعهد، صبر و همکاری با تیم درمانی، می توان بهبودی قابل توجهی را مشاهده کرد.

تفاوت بدبینی و پارانویید
"بدبینی" یک صفت شخصیتی است که به معنی سوءظن شدید و بی اعتمادی به دیگران است، ولی در سطحی کمتر و کنترل پذیرتر از پارانویید.

"پارانویید" یک اختلال شخصیت مزمن و شدیدتر است که با بدبینی مداوم، احساس تهدید، و کینه توزی مشخص می شود و نیاز به مداخله درمانی دارد.

بدبینی و پارانویید دو مفهوم متفاوت هستند، که گاهی اوقات با هم اشتباه گرفته می شوند. برای تشخیص آن باید به درمانگر مراجعه شود.

نتیجه گیری

اختلال شخصیت پارانویید یک اختلال پیچیده و ناتوان کننده است که تأثیرات منفی قابل توجهی بر زندگی فردی و اجتماعی فرد مبتلا می گذارد. تشخیص زودهنگام و درمان مناسب می تواند به بهبود کیفیت زندگی این افراد کمک کند. افزایش آگاهی عمومی و آموزش تخصصی به متخصصان سلامت روان، گام مهمی در جهت کاهش اثرات این اختلال در جامعه است.



اختلال دوقطبی



عسل محسنی

دانشجوی کارشناسی روانشناسی دانشگاه
محقق اردبیلی



چکیده:

- مصرف بیش از اندازه مواد مخدر یا نوشیدنی های الکلی
- برخی از بیماری های مغزی هم ممکن است منجر به ایجاد این اختلال بشود.
- ترومای دوران کودکی
- میتوکندری آسیب دیده

تأثیر اختلال دوقطبی بر مغز:

طبق آزمایشی که توسط اسکن MRI از ۲,۰۰۰ بیمار انجام شد، در مغز افراد مبتلا به این اختلال، کاهش ماده خاکستری مغز، خصوصاً در ناحیه لوب پیشانی و لوب گیجگاهی دیده می شود. این دو بخش مسئول مهار کردن هیجان ها و احساس هادر مغز هستند.

بیشترین نورون های حساس به دوپامین در بخش لوب پیشانی قرار دارند. این بخش وظایف مهمی مثل تمرکز، صحبت کردن، اعمال ارادی و تعیین شخصیت را بر عهده دارد و این بیماری باعث اختلال در این عملکردها می شود. یکی از لوب های اصلی و مهم دیگر، لوب گیجگاهی است که کارکردهایی مثل پردازش اطلاعات دریافتی از طریق حس بینایی یا شنوایی و سازمان دادن و درک زبان را بر عهده دارد. نکته قابل تأمل این است که بخش هیپوتالاموس در چنین افرادی تا ۵ درصد از افراد معمولی بزرگ تر است.

انواع نوسانات خلقی در اختلال دوقطبی:

چهار دوره در این اختلال ذکر شده:

دوره افسردگی یا حزیض (فرد به شدت احساس غم، افسردگی و ناامیدی می کند و احساس گناه دارد یا حتی افکار خودکشی در سر دارد.

بیماری دوقطبی (Bipolar disorder) قبلاً با عنوان (بیماری شیدایی-افسردگی) شناخته می شد. این بیماری می تواند مزمن یا دوره ای باشد؛ در این بیماری، فرد نوسانات شدید خلقی در دوره های چند هفته یا چندماهه را تجربه می کند و این نوسانات بسیار فراتر از فراز و نشیب های احساسی (مانیا و هایپومانیا) فرد عادی در زندگی است. در بسیاری از موارد، خود بیمار بر تغییر رفتار خود آگاه نیست.

تقریباً از هر ۵۰ بزرگسال، یک نفر در برهه ای از زندگی خود دچار این بیماری می شود. این بیماری تقریباً از ۱۵ تا ۳۵ سالگی شیوع بیشتری دارد و به ندرت پس از ۵۰ سالگی شروع می شود. نوع شدید اختلال دوقطبی حدوداً ۱ تا ۵ درصد در حالت خفیف ۶ درصد گزارش شده است. لازم به ذکر است که ۱ تا ۳ درصد افراد مبتلا محدودده وسیعی از علائم را دارا هستند و بیشتر آن ها اعضای فعال جامعه هستند.

علت بیماری دوقطبی چیست؟

عوامل مختلفی باعث درگیری به این بیماری می شود، مانند:

- عوامل ژنتیکی (یکی از مهم ترین دلایل، عامل ژنتیک است.)
- عوامل محیطی
- وضعیت هورمون های بدن
- استرس (یکی از عوارض استرس شدید و بی معنا، ابتلا به اختلال دوقطبی است.)

3. اختلال دوقطبی تناوب سریع

در یک دوره 12 ماهه، چهار دوره (اپیزود) خلقی یا بیشتر دارد. این بیماری حدوداً 10 نفر از هر 100 نفر مبتلا به اختلال دوقطبی را تحت تأثیر قرار می‌دهد و می‌تواند در هر دو نوع اول و دوم رخ دهد.

4. اختلال خلق ادواری (Cyclothymia)

در این نوع اختلال، نوسانات خلقی نسبت به اختلال دوقطبی کامل شدت کمتری دارد، اما می‌توانند طولانی‌تر باشند. این نوع اختلال دوقطبی ممکن است به مرور زمان به اختلال دوقطبی کامل تبدیل شود.

علائم و نشانه‌هایی که می‌توان بیماری دوقطبی را شناخت:

افراد مبتلا با تغییر فصل‌ها، حالات و رفتارهایشان نیز تغییر می‌کند. دوره افسردگی در بیماری افسردگی ماژور یا افسردگی اختلال دوقطبی، متفاوت است و بسیار شدیدتر از افسردگی عادی تلقی می‌شود.

در حالت شیدایی نیز، فرد به شدت احساس خوبی دارد؛ او پرانرژی و خوش بین است.

این خوش بینی به حدی قوی است که در زندگی روزمره آسیب‌زا است. فرد می‌تواند تصمیمات بد بگیرد و به شیوه‌های شرم‌آور، مضروگاه خطرناک عمل کند.

زمانی که این شیدایی خیلی شدید نیست، به آن (هیپومانیا) گفته می‌شود که باز هم می‌تواند زندگی روزمره را به خطر بیندازد.

به‌عنوان مثال، با شروع بهار یا تابستان، هیپومانیا و مانیا و در پاییز و زمستان، خلق و خوی آن‌ها رو به افسردگی است.

این چرخه در تمام افراد مبتلا یکسان نیست و امکان دارد معکوس باشد.

از سوی دیگر، در برخی از بیماران، این مشکل طی فصول اتفاق نمی‌افتد و مسائل سریعاً و گاه در طی چند ساعت، بارها تغییر می‌یابد.

برخی از علائم در زمان فاز شیدایی (mania):

- احساس سرخوشی زیاد
- اعتماد به نفس شدید و گاه کاذب
- عدم توانایی در تصمیم‌گیری درست و قضاوت
- تکلم سریع
- رفتار پرخاشگرانه
- تحریک‌پذیری بالا

در اعمال روزمره بی‌حس و حال و به عبارتی بی‌علاقه است.)

دوره شیدایی یا اوج (فرد به شدت احساس شادی، نشاط و سرخوشی دارد و بیش از حد فعال است. بسیار ریسک‌پذیر و خلاق است و ایده‌پردازی‌های توهّم‌آمیز دارد. فرد افکار مسابقه‌ای، بی‌خوابی، انجام رفتارهای ناگهانی و پرخطر، و تند صحبت کردن را در اعمال روزمره خود دارد.)

هیپومانیک (خلق و خوی بالاست، اما نه به شدت وضعیت شیدایی)

ترکیبی (فرد ترکیبی از حالت مانیا (شیدایی) و افسردگی دارد. برای مثال، فرد احساس افسردگی شدید دارد اما درگیری‌پذیری و بیش‌فعالی شیدایی نیز هست.)

انواع اختلال دوقطبی:

1. اختلال دوقطبی نوع 1 (Bipolar I)

در اختلال دوقطبی نوع اول، فرد حداقل یک دوره اوج یا شیدایی داشته که بیش از یک هفته طول کشیده است؛ معمولاً خیلی طولانی‌تر است.

فرد ممکن است فقط دوره‌های شیدایی داشته باشد، اگرچه بیشتر افراد مبتلا به دوقطبی نوع اول، افسردگی عمیق نیز دارند. یک دوره شیدایی اگر درمان نشود، معمولاً 3 تا 6 ماه طول می‌کشد.

دوره‌های افسردگی در صورت عدم درمان، مدت بیشتری یعنی 6 تا 12 ماه طول می‌کشد.

2. اختلال دوقطبی نوع 2 (Bipolar II)

در این نوع از اختلال دوقطبی، فرد بیش از یک دوره افسردگی شدید دارد، اما فقط دوره‌های شیدایی خفیف دارد. این حالت «هیپومانیا» نامیده می‌شود.



تلاش برای تنظیم خواب کافی و انجام نرمش های صبحگاهی می تواند تأثیر قابل توجهی بر سلامت روان و خلق و خوی فرد داشته باشد.

رفتار اطرافیان با بیمار مبتلا به اختلال دو قطبی:

اطرافیان نزدیک باید با روحیه‌ی همدلی با بیمار رفتار کنند. مراقبت از بیمار برای جلوگیری از رفتارهای پرخطر بسیار مهم است. لازم است:

به بیمار یادآوری شود که دچار یک بیماری روانی مزمن است و باید تحت هر شرایطی، حتی زمانی که احساس بهبودی دارد، داروهایش را ادامه دهد.

درک کنیم که این یک بیماری واقعی است و ناتوانی او در برخی امور روزمره ناشی از همین مشکل است.

او را تشویق کنیم که حالات خلقی روزانه‌اش را بنویسد.

اگر در دوره‌ی شیدایی دچار تصمیمات مالی پرریسک می‌شود، وی را تشویق کنیم که به یک فرد مورد اعتماد و کالت بدهد.

منابع:

باقری، معصومه؛ ملازاده، جواد. (1393). مقایسه فعالیت سیستم‌های مغزی/ رفتاری بیماران مبتلا به اختلال افسردگی اساسی یک قطبی، دو قطبی مانیک و افراد بهنجار. علوم پزشکی صدر، 2(3)، 257-268.

صادقی، مجید؛ کاویانی، حسین؛ رضایی، رضا. (1382). بررسی مقایسه‌ای انگ بیماری روانی در خانواده بیماران مبتلا به اختلال افسردگی، اختلال دو قطبی و اسکیزوفرنی. تازه‌های علوم شناختی، 5(2)، 16-25.

صمیمی اردستانی، سیدمهدی. (1390). اختلال دو قطبی؛ اهمیت و مسائل بالینی. همایش سالانه انجمن علمی روان‌پزشکان ایران.

عسکریور، هدیه. (1395). اداره بیماری دو قطبی طی دوره بارداری. کنگره اختلالات خلقی.

کتاب شیدایی غم، نویسندگان: دکتر نیلوفر میکائیلی، بهزاد ماله‌میر، صفورا کیوانلو، یوسف اسکندرنیا

منابی، محمد. (1390). ویژگی‌های نوروبیولوژیک شناختی افسردگی دو قطبی و تک‌قطبی. همایش سالانه انجمن علمی روان‌پزشکان ایران.

- بالا رفتن سطح انرژی
- فعالیت جسمی بالا
- اقدام به رفتارهای مخاطره‌آمیز
- افزایش میل جنسی
- اختلال خواب (خود را بی‌نیاز از خواب می‌دانند).
- میل به مصرف زیاد مواد مخدر و الکل
- توهم
- پریشانی
- افکار مسابقه‌ای
- تند حرف زدن
- احساس قوی و شکست‌ناپذیر بودن
- بیش از حد معمول احساس مهم بودن دارند
- ذهن پر از ایده‌های جدید و هیجان‌انگیز است
- درمان بین فردی (IPT)
- جلسات خانوادگی
- زوج درمانی

رژیم غذایی، خواب و ورزش بیمار:
یک رژیم غذایی سالم برای افراد دارای بیماری دو قطبی شامل موارد زیر است:

- امگا 3
- منیزیم
- نمک
- چربی‌های سالم
- فرد باید از مصرف موارد زیر خودداری کند:
- الکل
- کربوهیدرات‌های تصفیه شده
- قند
- کافئین
- گریپ فروت





بررسی اختلال شخصیت مرزی و آسیب‌شناسی روانی آن



تینا خانزاده

دانشجوی کارشناسی روانشناسی دانشگاه
پیام نور اردبیل



چکیده:

هدف: هدف این مقاله تعریف، علت و درمان اختلال شخصیت مرزی (BPD) و تاثیر آن بر زندگی روزمره افراد مبتلا به این اختلال می‌باشد. روش‌ها: این مطالعه به صورت مروری انجام شده و کلیه اطلاعات از مقالات معتبر که طی ۵ الی ۱۰ سال اخیر نوشته شده، استخراج شده است.

یافته‌ها: یافته‌ها نشان داد که مسیر مستقیم بد رفتاری‌های کودکی یکی از علائم موثر در بروز اختلال شخصیت مرزی است که باعث پدید آمدن الگوهای فراگیر بی‌ثباتی، در فرد دارای این اختلال می‌باشد.

نتیجه‌گیری: این مطالعه نشان دهنده اهمیت تشخیص و مداخله به موقع در اختلال شخصیت مرزی است، زیرا درمان‌های روانشناختی می‌تواند به کاهش علائم و بهبود کیفیت زندگی بیماران کمک کند.

کلید واژه: اختلال شخصیت مرزی، بد رفتاری کودکی، الگوهای فراگیر بی‌ثباتی.

مقدمه

اختلال شخصیت مرزی یا BPD نوعی اختلال روانی شدید است که با نقص‌هایی در تنظیم هیجانات، روابط بین فردی و ادراک مشخص می‌شود. اصطلاح «مرزی» اولین بار در سال ۱۹۳۸ توسط استرن (۱۲۵۰) برای توصیف گروهی از بیماران که در مرز گروه‌های روان‌گسسته و روان‌آزرده قرار داشتند، مورد استفاده قرار گرفت. راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی انجمن روان‌پزشکی آمریکا این اختلال را به این صورت تعریف می‌کند:

«یک الگوی فراگیر بی‌ثباتی در روابط بین فردی و خودانگاره و خلق و خوی تکانشگرانه مشخص که در اوایل بزرگسالی شروع شده و در محیط‌ها و موقعیت‌های مختلف ظهور می‌کند.» ۹۰ بدتنظیمی هیجان، هسته اصلی این اختلال است و این بیماران نسبت به محرک‌های هیجانی حساسیت بالایی دارند و به طور مکرر از راهکارهای ناسازگارانه تنظیم هیجان، مانند سرزنش خود، دیگران و رفتارهای آسیب‌زننده به خود استفاده می‌کنند. شیوع اختلال شخصیت مرزی در جمعیت غیر روان‌پریش بین ۱۰ تا ۵ درصد است که در محیط‌های بالینی به ۱۰ تا ۲۰ درصد بیماران بستری می‌رسد. ۲

از این رو BPD به عنوان یکی از شایع‌ترین اختلال روان‌پزشکی معرفی می‌شود که از اوایل بزرگسالی شروع شده و در حوزه‌های مختلف بروز می‌یابد. ۳ این اختلال شخصیت یک بیماری روانی است که غالباً درست فهمیده و تشخیص داده نشده است و بخشی از آن با ناتوانی عاطفی همراه است. درک منحصر به فرد پزشکان به آن‌ها این امکان را می‌دهد تا رویکردهای خاصی برای درمان این اختلال ایجاد کنند.

علل اختلال

با وجود اینکه سبب‌شناسی اختلال شخصیت مرزی به طور دقیق و کامل مشخص نشده است و با توجه به مدل‌های نظری اخیر، سبب‌شناسی این اختلال چند عاملی است و مسیر تحولی که منجر به پدید آیی این اختلال می‌شود از تعامل مسیرهای ژنتیکی، محیطی، عصب‌شناختی، رفتاری و اجتماعی شکل می‌گیرد.

تحقیقات نشان می‌دهد که دلبستگی نایمن و سبک‌های دلبستگی حل نشده، تاثیر قابل توجهی بر بیوشیمی و رفتارهای افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی دارند.

افراد مبتلا به این بیماری روانی با سبک دلبستگی حل نشده معمولاً سطوح پایین‌تری از پلاسمای اکسی‌توسین که به عنوان هرمون عشق و پیوند شناخته می‌شود، دارند.

رفتارهای مکرر خودجرمی ممکن است تلاشی برای افزایش سطوح اویپویدهای درون‌زاد باشد که به افراد احساس آرامش و تسکین موقتی می‌دهد. همچنین، سطوح پایین تستوسترون در بین مردان و زنان

اختلال شخصیت مرزی مشاهده شده است که می‌تواند می‌تواند بر رفتارهای اجتماعی و احساسات مرتبط با قدرت و کنترل تأثیر بگذارد. 7.

نشانه‌ها و تشخیص

در ویراست پنجم راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی، اختلال‌های شخصیت بر اساس وجود تشابه از لحاظ توصیفی به سه دسته کلی تقسیم می‌شوند:

دسته A که عجیب و غریب، دسته B، هیجانی، پیش‌بینی ناپذیر و دراماتیک هستند و دسته C که عموماً افراد این دسته در اضطراب وجه مشترک دارند. اختلال شخصیت مرزی جزء گروه B می‌باشد. 8.

اختلال شخصیت مرزی با دشواری در تنظیم هیجان و واکنش‌های هیجانی، بیم از رهاشدگی، بی‌قراری مزمن، افسردگی پایدار و با رفتارهای پرخطر و نارسایی‌های بسیاری در حوزه خودپنداره مشخص می‌شود.

بی‌ثباتی در عاطفه و هویت، تکانشگری و روابط بین فردی آشفته سه بُعد اصلی از علائم این اختلال است. همچنین روابط آشفته، بهترین متمایزکننده برای تشخیص اختلال شخصیت مرزی پیشنهاد شده که به طور فزاینده‌ای، بُعدی مهم برای درک مشکلات مرتبط با این اختلال شناخته شده است. 10.

افراد مبتلا به این بیماری روانی، نمره بیشتری در دلبستگی نایمن و دوسوگرا دارند و ترکیب این دو سبک دلبستگی، مختص به اختلال شخصیت مرزی است، که سازمانی از تجارب درونی و شدت آسیب‌شناسی از خود و روابط موضوعی را مشخص می‌کند.

و با توجه به مدل‌های نظری اخیر، سبب شناسی این اختلال چند عاملی است و مسیر تحولی که منجر به پدیدآیی این اختلال می‌شود از تعامل مسیرهای ژنتیکی، محیطی، عصب‌شناختی، رفتاری و اجتماعی شکل می‌گیرد.

تاثیر محیط خانواده و رابطه والدین با فرزند با پدید آمدن و سیر اختلال، هم در چهارچوب‌های نظری و هم در مطالعات تجربی مورد توجه بوده است. در این زمینه لینهان (1943) در مدل تحولی خود این گونه فرض می‌کند که تجربیات ناتوان‌کننده والدگری در تعامل با آسیب‌پذیری‌های وراثتی کودک، خطر بروز اختلال شخصیت مرزی را در بزرگسالی افزایش می‌دهد.

در تایید این دیدگاه، مطالعه‌ای نشان داد پیوندی اساسی بین نشانه‌های مرزی در بزرگسالی و پیشینه محیطی (آشفته‌گی، دلبستگی و خشونت والدین) و فردی (آسیب‌پذیری‌های کودک) در دوران کودکی وجود دارد.

مطالعاتی که در گذشته بر روی افراد مبتلا به این بیماری روانی انجام شده است نشان دهنده تجربه والدگری ناسازگار (غفلت، سوءاستفاده، بدرفتاری) در دوران کودکی این افراد است. 5.

بارینشیکوف و همکاران در پژوهش‌های خود مطرح کردند که در میان عوامل روانی-اجتماعی که می‌تواند تأثیر تجربیات دردناک کودکی را بر روی شکل‌گیری اختلال شخصیت مرزی نشان دهد، سبک دلبستگی مختل (ترس از رهاشدگی، ناامنی شدید، نوسانات عاطفی شدید) مورد توجه زیادی قرار دارد و حمایت تجربی زیادی کسب کرده است. 6.

یانگ (1328) و همکاران در سال 2016، در یک فراتحلیل این چنین نتیجه‌گیری کردند که آن دسته از افرادی که به این اختلال مبتلا هستند، در مقایسه با گروه کنترل، افزایشی در ماده خاکستری دو طرف ناحیه حرکتی مکمل (SMA) که شامل سینگولیت خلفی راست (PCC)، دو طرف قشر حرکتی نخستین (PMC)، شکنج پیشانی میانی راست (MFG) دیده می‌شود و پریکنئوس دو طرف شامل قشر سینگولیت خلفی راست می‌شود، دارند.

این نشانه‌ها اغلب با یکی از اختلالات بالینی، مانند افسردگی، اضطراب، اختلال دو قطبی، پیش‌فعال، اتیسم، بی‌اشتهایی، پرخوری و اسکیزوفرنی همراه است. در همین راستا، نتایج پژوهش‌ها نیز بیانگر وجود نوسانات شدید خلقی و الگوی رفتاری ویژه در مبتلایان به اختلال شخصیت مرزی است.

روش‌های درمانی

برای درمان اختلال شخصیت مرزی، تلاش‌های متعددی انجام شده و درمان‌های انتخابی مختلفی از سوی متخصصان معرفی شده‌اند. از نظر درمان دارویی، تاکنون هیچ دارویی به طور قطعی برای درمان این اختلال تأیید نشده است. این بیماران، در مقایسه با سایر گروه‌های اصلی مبتلا به اختلال‌های روانشناختی، با رویکرد مبتنی بر علائم که تأثیرات امیدوارکننده‌امانه قطعی نشان داده است، بهتر درمان می‌شوند. (منظور از رویکرد مبتنی بر علائم این است که درمان، صرفاً بر اساس اولویت یا شدت علائم بیمار انجام می‌شود. برای مثال، اگر بیمار بیشتر دچار نوسانات شدید هیجانی باشد،

درمانگر ابتدا روی مهار یا کنترل این رفتار متمرکز می‌شود و همه علائم را هدف قرار نمی‌دهد.

پژوهش‌ها بیان نموده‌اند که علاوه بر آسیب‌پذیری‌های زیستی مانند تکانشگری، حساسیت هیجانی بالا و ناتوانی در تنظیم هیجان، جزء متغیرهای اصلی در ایجاد، تداوم و تشدید این اختلال است.

در این قسمت از روش‌های درمانی، به سه مورد از رویکردهای درمانی اختلال شخصیت مرزی اشاره می‌کنیم:

1. رویکرد کلاسیک:

درمان دیالکتیکی رفتاری (DBT)، درمان مبتنی بر ذهن‌آگاهی (MBT) بر آموزش تنظیم هیجان، کاهش رفتارهای تکانشی و بهبود روابط بین فردی متمرکز بودند.

در واقع، تنظیم هیجان با بررسی هیجانات مختلف در افراد بیمار، می‌تواند در راستای بهبودی افراد متمرکز باشد. می‌توان این گونه استنباط کرد که مفهوم کلی تنظیم هیجان این است که چه هیجانی را کجا و چه وقت داشته باشیم و آن‌ها را چگونه تجربه و بیان کنیم.

طبق DSM-V این افراد در همه جوانب زندگی، روابط بین‌فردی، خودپنداره و احساسات و هیجانات عدم ثبات نشان می‌دهند و بسیار تکانشگر هستند. این وضعیت قبل از اوایل بزرگسالی شروع می‌شود و در شرایط مختلف حضور دارد که پنج مورد یا بیشتر از حالت‌های زیر را نشان می‌دهد:

1. فرد، برای اینکه دیگران او را واقعاً یا به خیال خودش ترک نکنند، مستأصلانه تلاش می‌کند.
2. در زندگی خود، به طور دائم و مکرر، روابط میان فردی بی‌ثبات و پرتنش دارد که فردی را بسیار خوب یا بی‌اندازه بی‌ارزش می‌داند.
3. اختلال هویت و خودپنداره یا خودانگاره دارد که به شدت و به طور دائم بی‌ثبات است.
4. حداقل در دو زمینه که در آن‌ها احتمال آسیب‌رسانی به خود وجود دارد، رفتارهای تکانشگر دارد.
5. به طور مکرر رفتارهای انتحاری در پیش می‌گیرد یا تهدید به خودکشی می‌کند و رفتارهای خودزنی نشان می‌دهد.



- 69 تا 75 درصد افراد مبتلا به این اختلال، رفتارهای خودزنی دارند که این رفتار دارای کیفیتی تکراری بوده و منجر به مرگ آن‌ها نمی‌گردد و تصور می‌شود به طور موقتی باعث بهبودی وضعیت خلقی آن‌ها می‌گردد.
6. از لحاظ احساسی یا هیجانی ثبات ندارد؛ زیرا خلق او به شدت واکنشی است.
7. همیشه احساس خلاء می‌کند.
8. به شدت و نامتناسب با محرک خشمگین کننده عصبانی می‌شود و نمی‌تواند خشم خود را کنترل کند.
9. افکار پارانوئیدی موقت و مرتبط با استرس دارد و یا سمپتوم‌های شدید گسستگی نشان می‌دهد.

یکی از روش‌های جدید مشاوره و روان‌درمانی، واقعیت‌درمانی است که مبتنی بر انتخاب و کنترل درونی قرار گرفته و علت مشکلات روانشناختی را در انتخاب‌های افراد و عدم مسئولیت‌پذیری آن‌ها در برآورده کردن نیازهای خود می‌داند. در این درمان تلاش می‌شود که افراد از طریق انتخاب‌های بهتر بتوانند نیازهای بنیادین خود را برآورده سازند. همچنین مشخص شده است که این نوع درمان باعث افزایش صمیمیت، مسئولیت‌پذیری و کاهش آشفتگی هویت می‌شود.

برنامه‌های آموزش روانی گروهی به خانواده‌ها کمک می‌کند تا درک بهتری از اختلال شخصیت مرزی پیدا کرده و مهارت‌های ارتباطی و مدیریت بحران را بیاموزند. مطالعات نشان داده‌اند که این برنامه‌ها می‌توانند بار روانی خانواده‌ها را کاهش داده و کیفیت زندگی آن‌ها را بهبود بخشند.

تاثیر اختلال بر زندگی فرد

اختلال شخصیت مرزی بر زندگی شخصی، اجتماعی و شغلی افراد تاثیر عمیقی می‌گذارد. افراد مبتلا به این اختلال، به دلیل الگوهای ناسازگاری رفتاری در تنظیم روابط و پاسخ به چالش‌های روزمره دچار مشکل هستند. همچنین این اختلال صرفاً در جمعیت بالینی وجود ندارد، بلکه ویژگی‌ها



ورگه‌های آن در جمعیت عادی نیز مشاهده می‌شود. رگه‌های اختلال شخصیت مرزی در جمعیت عادی با پیامدهای منفی معناداری مانند مشکلات تحصیلی، وجود مشخصه‌های اختلال خلقی، اختلال در روابط و مشکلاتی مانند مواد و الکل همراه است.

طبق اطلاعات به دست آمده، افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی با غیبت‌های مکرر در موقعیت شغلی خود، کاهش بهره‌وری و دشواری در حفظ شغل خود مواجه هستند.

2. رویکرد درمانی و هیجان‌مدار:

نظریه پردازانی همچون کریستوفر بولاس (1943) و دونالد وینیکات (1896)، تاثیر عمیقی بر درمان‌های روانکاوی مدرن داشته‌اند. این نظریه با تاکید بر نقش ناخودآگاه و روابط اولیه زندگی، تلاش می‌کنند ریشه مشکلات بیمار را شناسایی کنند.

3. رویکردهای نوین:

روش‌های جدیدی مانند آیکونی‌تراپی، هنردرمانی، سینماتراپی و واقعیت مجازی درمانی بر بهره‌گیری از ابزارهای خلاقانه و فناوری‌های مدرن تاکید دارند. این روش‌ها به ویژه برای بیمارانی که در ابزار هیجانانگیز کلامی مشکل دارند، موثر بوده است.

آشنایی با روش‌های درمانی:

1. درمان دیالکتیکی رفتاری (DBT): این روش توسط مارشا لینهان (1322) توسعه یافت و یکی از مؤثرترین روش‌های درمانی برای بیماران مبتلا به اختلال شخصیت مرزی است. این رویکرد بر تنظیم هیجان، کاهش رفتارهای خودآزارانه و بهبود روابط بین فردی تمرکز دارد.

2. آیکونی‌تراپی: این روش بر استفاده از تصاویر نمادین و ناخودآگاه برای شناسایی و درمان مشکلات روانی متمرکز است. این روش به بیماران کمک می‌کند تا ریشه هیجانانگیز و تجربیات خود را از طریق تحلیل تصاویر بازسازی کنند.

3. هنردرمانی و سینماتراپی: این روش از ابزارهای خلاقانه برای پردازش هیجانانگیز و بازسازی روایت‌های ذهنی است. این روش‌ها به ویژه برای بیمارانی که در بیان مشکلات خود مقاومت دارند، مفید است.

4. واقعیت مجازی درمانی (VR Therapy): این روش با ایجاد محیط‌های مجازی کنترل شده به بیماران کمک می‌کند تا مهارت‌های اجتماعی و هیجانی خود را تمرین کنند.

روش‌های درمانی کلاسیک مانند DBT همچنان اثربخشی بالایی دارند، اما برای بیماران با مقاومت درمانی، دارای محدودیت هستند. همچنین، روش‌های نوینی مانند آیکونی‌تراپی و واقعیت مجازی درمانی می‌توانند مکمل مناسبی برای درمان‌های سنتی باشند. ترکیب روش‌های مختلف با توجه به نیازهای فردی بیماران، اثربخشی بیشتری دارد.

- 11) تبیین شدت نشانگان بالینی اختلال شخصیت مرزی بر اساس روابط موضوعی اولیه و مکانیزم های دفاعی. / مونا جعفری جوزانی 1399
- 12) اثر بخشی طرحواره درمانی بر پریشانی روانی و تنظیم هیجانی افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی. / مریم عباسیان حدادان 1403
- 13) اثر بخشی درمان مبتنی بر شفقت بر تکانش پذیری، حساسیت بین فردی و خودزنی در افراد دارای اختلال شخصیت مرزی. / نازیلا رضائی 1397
- 14) اثر بخشی درمان گروهی تنظیم هیجان و واقعیت درمانی براخ تلال شخصیت مرزی. / امیر میرزایی 1401
- 16.18) بررسی روش های درمانی اختلال شخصیت مرزی. / مطهره اله ربی psychoeducational groups for close relatives of patients whit borderline personality disorder. / Gabriele pitschel-walz 2003
- 20) borderline personality disorder: risk factors and early detection. / paolabozzatello 2021
- 21) early intervention for personality disorder. / Andrew chanen 2022
- 22) تبیین نقش خود شیفتگی آسیب پذیر و خود شیفتگی بزرگ منشانه در اختلال شخصیت مرزی. / فریده غلامی 1401

. مطالعه ای در هلند نشان داد که بروز این اختلال منجر به کاهش عملکرد شغلی می شود.

همچنین در بررسی دیگری به این موضوع اشاره شده است که تنها 25 درصد از افراد مبتلا به این اختلال به صورت تمام وقت مشغول به کار هستند و 40 درصد این افراد از کمک های دولتی استفاده می کنند.

نتیجه گیری

اهمیت تشخیص زودهنگام اختلال شخصیت مرزی، پیشگیری از پیامدهای روانی و اجتماعی مانند خودآزاری، افکار خودکشی، اختلالات تحصیلی، بیکاری و روابط ناپایدار را امکان پذیر می سازد. 21

یافته ها نشان می دهد تجربه ها و تروماهای دوران کودکی مانند سوءاستفاده، والدگری ناشیانه و نامناسب، الگوهای فراگیری ثباتی در بروز اختلال شخصیت مرزی بسیار مؤثر بوده اند.

همچنین طبق معیارهای DSM علائم شخصیت مرزی در بسیاری از معتادان، برخی شخصیت های هیستریونیک و بسیاری از افراد مبتلا به افسردگی مزمن دیده می شود.

منابع:

- 3) مقایسه انعطاف پذیری شناختی، تکانشگری و عملکرد تحصیلی کیفی در دانشجویان با رگه های اختلال شخصیت مرزی و عادی. / عزت الله احمدی 1402
- 4) ارائه یک الگوی علی جهت تبیین اختلال شخصیت مرزی. / فریده غلامی 1399
- 5) انگاره مخرب والدگری در والدین دارای فرزند مبتلا به شخصیت مرزی. / پرویز آزاد فلاح 1400
- 6.8.19) تحلیل تمیز افراد با نشانگان شخصیت مرزی از افراد بدون نشانگان شخصیت مرزی بر اساس سبک دلبستگی مکانیسم های دفاعی و روابط. / نرگس ابراهیم زاده 1399
- 7) بررسی منابع و اصول اختلال شخصیت مرزی. / مطهره اله ربی 1403
- 9) ارتباط اختلال شخصیت مرزی با عزت نفس و تنظیم هیجان: نقش میانجی اضطراب و راهبرد های مقابله ای. / حسین محقق 1402
- 10) بررسی تجربه زیسته افراد مبتلا به نشانگان شخصیت مرزی در حوزه روابط بین فردی. / مهرانگیز محمدنژاد 1402



بازنمایی اختلالات شخصیت در سینما: واکاوی روان‌شناختی شخصیت‌های محوری در فیلم‌ها



مقدمه

سینما، به‌مثابه یکی از بنیادی‌ترین ابزارهای ارتباطات جمعی، نقشی انکارناپذیر در بازنمایی مناسبات اجتماعی، زیست روزمره، ساختارهای زیستی-فرهنگی و حتی نحوه اندیشیدن انسان نسبت به هستی خویش ایفا می‌کند. فیلم، به‌عنوان گونه‌ای از رسانه‌های سمعی-بصری، حامل پیامی معنادار برای مخاطب است و می‌کوشد در قالب تصویر و روایت، مفاهیم عمیق انسانی را به شیوه‌ای نمادین یا واقع‌گرایانه منتقل نماید.

در عصر حاضر، با ارتقاء سطح سواد رسانه‌ای جوامع، فیلم‌ها فراتر از نقش سرگرم‌کننده خود، به ابزاری برای آموزش، انتقال مفاهیم فرهنگی، اجتماعی و حتی روان‌شناختی تبدیل شده‌اند. از آنجا که بستر دراماتیک فیلم‌ها غالباً متکی بر تضادها، تعارض‌ها و گره‌های روایی بنیادین است، این آثار ظرفیت بالایی در آموزش غیرمستقیم مفاهیم مرتبط با زندگی واقعی، نظیر تجربه‌های زیسته، اضطراب‌ها، آرزوها و بحران‌های درونی دارند. از این رو، سینما می‌تواند در قالب بازنمایی اسطوره‌های فرهنگی و تاریخی، عناصر هویتی و اخلاقی یک جامعه را بازسازی نموده و از طریق نمادها و نشانه‌های بصری و کلامی، آن‌ها را به مخاطب منتقل سازد.

از سوی دیگر، روان‌شناسی، به‌عنوان دانشی میان‌رشته‌ای، در تلاش برای فهم علل، ساختار و کارکرد رفتار انسان، از ابزارهای نظری و تجربی گوناگونی بهره می‌گیرد. یکی از جلوه‌های نوین در هم‌گرایی روان‌شناسی و هنر،

سیما رسولی

دانشجوی دکتری روانشناسی دانشگاه
محقق اردبیلی



چکیده:

تحلیل روان‌شناختی شخصیت‌های سینمایی به‌ویژه کاراکترهای مبتلا به اختلالات شخصیت، به‌عنوان یک رویکرد میان‌رشته‌ای، می‌تواند به فهم عمیق‌تری از پیچیدگی‌های رفتار و روان انسان‌ها منتهی شود. بر همین اساس، هدف از این پژوهش، بررسی اختلالات شخصیت در کاراکترهای محوری برخی آثار سینمایی و تحلیل آن‌ها بر اساس معیارهای DSM-5 است. این مطالعه به روش کتابخانه‌ای، با جستجو در پایگاه‌های اطلاعاتی شامل پاپ‌مد، گوگل اسکالر، اسپرینگر، ساینس دایرکت، نورمگز و مگیران با کلیدواژه‌های: واژه‌های شخصیت، اختلالات شخصیت، سینما، بازنمایی روان‌شناختی، روان‌شناسی فیلم، اختلالات روانی در سینما، انجام شد. یافته‌ها نشان داد که بسیاری از فیلم‌ها با بازنمایی ویژگی‌های رفتاری، هیجانی و شناختی شخصیت‌های دارای اختلال، امکان آموزش غیرمستقیم مفاهیم آسیب‌شناسی روانی را برای مخاطبان و پژوهشگران مهیا کرده‌اند. بنابراین، این روند افزون بر ارتقای سواد روان‌شناختی عمومی، به گسترش رویکردهای میان‌رشته‌ای بین روان‌شناسی و سینمایی کمک خواهد کرد.

کلیدواژه: اختلالات روانی در سینما، اختلالات شخصیت، بازنمایی روان‌شناختی، روان‌شناسی فیلم، سینما، شخصیت.

باید اذعان داشت که با وجود توجه فزاینده‌ای که تحلیل اختلالات شخصیت در فیلم‌ها در سال‌های اخیر به خود جلب کرده است و تبدیل شدن آن به یکی از مباحث برجسته در مطالعات روان‌شناسی و سینما، همچنان می‌توان گفت که در این حوزه پژوهش‌های زیادی انجام نشده است. این خلأ پژوهشی به ویژه در سال‌های اخیر به خصوص در سطح داخلی مشهودتر است. علی‌رغم اینکه سینما به عنوان یک هنر و رسانه پرنفوذ توانایی نمایش پیچیدگی‌های روانی شخصیت‌ها و اکاوی لایه‌های پنهان روان انسان‌ها را داراست، تحقیقات روان‌شناختی در این زمینه به میزان کافی انجام نگرفته است. در حقیقت، با اینکه شخصیت‌های مبتلا به اختلالات روانی، به ویژه اختلالات شخصیت، می‌توانند در سینما نمونه‌هایی جالب و مفید برای بررسی باشند، اما هنوز بسیاری از جنبه‌های این موضوع مورد بی‌توجهی قرار گرفته یا تحلیل‌هایی سطحی از آن ارائه شده است.

بنابراین، با توجه به کاربرد گسترده آسیب‌شناسی روانی و اختلالات روانی در آثار سینمایی و جذابیت خاص شخصیت‌های مبتلا به این اختلالات برای مخاطب و با در نظر گرفتن کمبود مطالعات جامع در زمینه بررسی اختلالات شخصیت‌های اصلی برخی آثار سینمایی منتخب بر اساس شاخص‌های تشخیصی ارائه شده

در DSM-5، این پژوهش، سعی دارد تا نگاهی نوین به آثار هنری از منظر سلامت روان ارائه دهد و مسیر مطالعات بین‌رشته‌ای در این حوزه را گسترش دهد.

روش

این مطالعه از روش تحقیق کتابخانه‌ای که یک روش پژوهش توصیفی است، با کلیدواژه‌های شخصیت، اختلالات شخصیت، سینما، بازنمایی روان‌شناختی، روان‌شناسی فیلم، اختلالات روانی در سینما، انجام شد. جستجوی مقالات از پایگاه‌های اطلاعاتی معتبر شامل: PubMed، Scopus، Springer، ScienceDirect، Google Scholar، Corens، نورمگز و مگیران صورت گرفت. در ابتدا، 23 مقاله با توجه به عنوان و اهداف پژوهش انتخاب شدند و پس از ارزیابی دقیق‌تر، 16 مقاله با توجه به معیارهای خروج که شامل:

بررسی روان‌شناختی شخصیت‌های سینمایی است در همین راستا، مفهوم "شخصیت" به عنوان یکی از مفاهیم محوری در روان‌شناسی، ارتباطی عمیق با مطالعه کاراکترهای سینمایی دارد. اگرچه در تعریف ماهیت شخصیت، تفاوت‌هایی میان مکاتب روان‌شناسی به چشم می‌خورد، اما توافق نظری عمده‌ای پیرامون این موضوع وجود دارد که شخصیت، الگوی نسبتاً پایدار ادراک، احساس، تفکر و کنش است که چگونگی تعامل فرد با جهان اجتماعی و محیط پیرامونی را معین می‌سازد (هیلگارد، 2018).

با این وجود، شخصیت افراد همواره واجد انسجام، سازگاری و کارکرد بهنجار نیست. برخی الگوهای شناختی، هیجانی یا رفتاری ممکن است در تعامل با محیط، ناکارآمد یا حتی آسیب‌زا تلقی شوند. در این زمینه، مفهوم آسیب‌شناسی شخصیت مطرح می‌گردد که به الگوهای ناسازگار، انعطاف‌ناپذیر و مزمن شخصیت اشاره دارد؛ براساس تعریف انجمن روان‌پزشکی آمریکا، اختلال شخصیت به الگویی پایدار از تجربه‌های درونی و رفتارهای بیرونی اطلاق می‌شود که به شکلی آشکار با انتظارات فرهنگی جامعه فرد ناسازگار است. این الگوها معمولاً از اوایل نوجوانی یا اوایل بزرگسالی آغاز شده، در طول زمان تثبیت می‌شوند و غالباً منجر به ناراحتی قابل‌ملاحظه یا اختلال در عملکرد اجتماعی و شغلی فرد می‌گردند. در نسخه پنجم راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی، اختلالات شخصیت در سه خوشه طبقه‌بندی شده‌اند: خوشه A شامل: اختلالات پارانوئید، اسکیزوئید و اسکیزوتایپی است که ویژگی اصلی آن‌ها تفکر تحریف‌شده، کناره‌گیری اجتماعی و اختلال در پردازش‌های شناختی می‌باشد. خوشه B شامل: اختلالات مرزی، خودشیفته، نمایشی و ضد اجتماعی است که با بی‌ثباتی هیجانی، تکانشگری، الگوهای تعامل مختل و رفتارهای پرخاشگرانه مشخص می‌شوند. خوشه C نیز اختلالات وابسته، اجتنابی و وسواسی-جبری را دربرمی‌گیرد که ویژگی غالب آن‌ها اضطراب مزمن، اجتناب از موقعیت‌های تنش‌زا و الگوهای رفتاری بازدارنده است.

خودش یافته تصویر شده است. اما حضور پررنگ رنج خودآگاه و تلاش‌های مکرر آرتور برای دریافت درمان، فرضیه اختلال شخصیت کلاسیک را به چالش می‌کشد؛ چرا که برخلاف بیماران دارای اختلال شخصیت که معمولاً فاقد بینش نسبت به بیماری خود هستند، آرتور به شکلی آشکار از وضعیتش رنج می‌برد. این تضاد ظریف، بار دیگر ضرورت عبور از الگوهای تشخیصی غیرمنعطف و توجه به پیچیدگی‌های روانی شخصیت‌های سینمایی را یادآور می‌شود. در تکمیل این روند پژوهشی، مطالعه‌ی هان-سونگ کیم درباره‌ی فیلم "آبی بزرگ" با عنوان "فهم روانکاوانه از خودشیفتگی در فیلم آبی بزرگ" نمونه‌ای گویا از این رویکرد است؛ جایی که با تحلیل شخصیت‌های ژاک و انزو، نشان داده می‌شود که چگونه اختلال شخصیت خودشیفته می‌تواند در دل روایت سینمایی بازنمایی شود. هان-سونگ کیم با بهره‌گیری از مفاهیم بالینی، مؤلفه‌هایی چون احساس بزرگ‌منشی، نیاز شدید به تحسین، ضعف در همدلی و گرایش به خیال‌پردازی، درباره موفقیت یا قدرت نامحدود را در شخصیت‌های اصلی فیلم برجسته کرده است. او ریشه‌های این ویژگی‌ها را در تجربه‌های کودکی، از دست دادن والدین، آسیب‌های عاطفی و ناتوانی در تنظیم هیجانات جستجو کرده و نشان داده است که چگونه این آسیب‌ها در قالب الگوهای خودشیفتگی تثبیت شده‌اند. برخلاف تحلیل‌های سطحی که صرفاً به تطبیق علائم با معیارهای DSM-5 بسنده می‌کنند، هان-سونگ کیم بر کشاکش درونی شخصیت‌ها، تنش میان میل به تعلق و گرایش به خودیرانگری و نقش محیط اجتماعی در تکوین آسیب‌های روانی تأکید کرده است. همچنین، در مطالعه‌ای که چلیفا در سال 2017 با تمرکز بر فیلم «باید درباره کویین صحبت کنیم»، بازتاب اختلال شخصیت ضد اجتماعی در شخصیت کویین مورد بررسی قرار داده است. این مطالعه نشان می‌دهد که عوامل محیطی نقش عمده‌ای در شکل‌گیری این اختلال دارند، علائم آن از سنین پایین بروز می‌یابند، افراد مبتلا معمولاً از هوش بالایی برخوردارند و با دقت و برنامه‌ریزی دقیق عمل می‌کنند.

عدم ارتباط با موضوع تحقیق، عدم دسترسی به متن کامل، تکراری بودن یا نبود کلیدواژه‌های مرتبط از روند مطالعه حذف شدند. در نهایت، 7 مقاله به‌طور نهایی برای پژوهش انتخاب گردید که به تحلیل و بررسی اختلالات شخصیت مطرح‌شده در کتاب DSM-5 و ارتباط آن‌ها با شخصیت‌های موجود در فیلم‌های سینمایی پرداخته‌اند.

یافته‌ها

سال‌های اخیر، تحلیل روان‌شناختی فیلم‌ها جایگاهی مهم و رو به رشد در میان پژوهش‌های میان‌رشته‌ای یافته است؛ جایی که مرزهای هنر و علم به هم می‌رسند و سینما به عنوان بستری برای کاوش لایه‌های پنهان روان انسان عمل می‌کند. در همین راستا، پژوهش پراتیوی با عنوان "اختلال شخصیت نمایشی در فیلم بزرگسال جوان مطالعه موردی شخصیت اصلی، ماویس گری" نمونه‌ای برجسته از این رویکرد است. او نشان داد که شخصیت ماویس گری با احراز هفت ملاک از هشت ملاک تشخیصی اختلال شخصیت نمایشی بر اساس DSM-5، واجد نشانه‌های بارزی از این اختلال است. با این حال، فقدان بررسی شدت و پایداری علائم در تحلیل پراتیوی نوعی ساده‌انگاری مفهومی ایجاد کرده، چرا که در روانشناسی، صرف شمارش علائم بدون ارزیابی عمق، تداوم و کارکرد آسیب‌شناختی آن‌ها، خطایی بنیادین تلقی می‌شود. همین حساسیت تحلیلی در مورد شخصیت آرتور در فیلم "جوکر" نیز به چشم می‌خورد. شخصیت آرتور، در تفسیر اسکریابین، با ترکیبی از نشانه‌های روان‌پریشی، مؤلفه‌های اختلال شخصیت ضد اجتماعی و جلوه‌هایی از اختلال شخصیت



پژوهش‌های خارجی نیز عمدتاً بر اختلالات شخصیت ضد اجتماعی و مرزی متمرکز بوده و توجه اندکی به سایر انواع اختلالات شخصیت شده است. این شکاف‌های پژوهشی به وضوح نشان‌دهنده‌ی ضعف در توجه به ابعاد گسترده‌تر تحلیل روان‌شناختی شخصیت‌ها در دنیای سینما است.

بحث و نتیجه‌گیری

در دنیای سینما، شخصیت‌ها همواره ابزاری برای انتقال پیام‌ها و مفاهیم پیچیده انسانی بوده‌اند. به‌ویژه شخصیت‌های مبتلا به اختلالات روانی و شخصیتی، با ویژگی‌های منحصر به فرد خود، ظرفیت‌های بالایی برای تحلیل روان‌شناختی دارند. بنابراین هدف از این پژوهش، واکاوی اختلالات شخصیت مطرح شده در مورد شخصیت‌های اصلی فیلم مبتنی بر کتاب راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی نسخه پنجم بود. پژوهش‌های مختلف، در این حوزه، نشان می‌دهند که فیلم‌ها به عنوان رسانه‌ای فرهنگی و اجتماعی می‌توانند به خوبی نمایانگر وضعیت روانی افراد و تأثیرات محیطی آن‌ها بر ساختار شخصیتی باشند. این تحلیل‌ها نه تنها به شناخت شخصیت‌های سینمایی کمک می‌کنند بلکه به تحلیل عمیق تر ریشه‌های روانی رفتارها و اختلالات شخصیتی می‌پردازند.

از سوی دیگر، این پژوهش‌ها می‌توانند به شکل‌گیری رویکردهای جدیدی در مطالعات روان‌شناسی و سینما منجر شوند که به دنبال ارتقای آگاهی اجتماعی و فرهنگی در مورد اختلالات شخصیت و تأثیرات آن‌ها بر تعاملات فردی و اجتماعی باشند. این تحلیل‌ها، به‌ویژه هنگامی که از سطح صرف نمایش و روایت فراتر می‌روند و به بررسی ریشه‌های روانی شخصیت‌ها می‌پردازند، قادرند به بینش‌های جدیدی در زمینه آسیب‌شناسی روانی و شناخت شخصیت‌های پیچیده انسانی دست یابند. در واقع، با تجزیه و تحلیل روان‌شناختی این شخصیت‌ها می‌توان به این نتیجه رسید که سینما، با توانایی برانگیختن احساسات و تفکرات مخاطب، به ابزاری قدرتمند برای آموزش مفاهیم پیچیده انسانی تبدیل می‌شود. چنین تحلیل‌هایی می‌توانند

و در نهایت، این اختلال فاقد درمان قطعی است. همسو با این اهداف، تحلیل روان‌شناختی موناچیمسواووه از فیلم‌های رنجش و یتیم نمونه‌ای دیگر از نگرش ژرف‌تر به اختلالات شخصیت است. اووه با تمرکز بر رشد شخصیت و آسیب‌های اولیه، نشان داد که ملیندا در فیلم "رنجش"، مصداقی روشن از اختلال شخصیت مرزی بر مبنای DSM-5 است؛ اختلالی که اغلب در تشخیص‌های بالینی دچار سوء برداشت می‌شود. این پژوهش، با تأکید بر نقش تخریب روابط خانوادگی در تشدید آسیب‌های روانی، پیوند تنگاتنگ میان بستر خانوادگی و ظهور اختلال را برجسته ساخته است. همین دغدغه نسبت به ریشه‌های آسیب در محیط خانواده در پژوهش فاطمی و همکاران درباره فیلم ملی و راه‌های نرفته‌اش نیز مشهود است؛ جایی که شخصیت سیامک با ویژگی‌های بارز اختلال شخصیت پارانوئید به تصویر کشیده شده است. آن‌ها نشان دادند که چگونه بی‌اعتمادی بیمارگونه نه تنها فرد را درگیر احساس تهدید دائمی می‌کند، بلکه به مرور انسجام خانواده را نیز از هم می‌پاشد و زمینه را برای گسست عاطفی فراهم می‌آورد. با این حال، انتقادات جدی‌تری نیز به بدنه تحلیل‌های روان‌شناختی وارد شده است. حسن‌لی و پیرصوفی املشی در مروری انتقادی بر ادبیات شخصیت‌پردازی داستانی، تأکید کردند که بسیاری از تحلیل‌ها دچار سطح‌نگری شده و از کاوش در ریشه‌های روانی عمیق‌تر بازمانده‌اند. آنان ضمن اذعان به نسبییت سلیقه در نقد شخصیت‌پردازی، بر لزوم استفاده از الگوهای دقیق و اصول روان‌شناختی برای خلق شخصیت‌های باورپذیرتر تأکید ورزیدند.

نقدی بر پژوهش‌های پیشین

با توجه به یافته‌های پژوهش، می‌توان به وضوح بیان کرد که در پژوهش‌های داخلی، به ویژه در سال‌های اخیر، تحلیل روان‌شناختی فیلم‌ها و شخصیت‌های اصلی آن‌ها به شدت مورد غفلت قرار گرفته است. باید اذعان داشت در حالی که بیشترین مطالعات مرتبط با تحلیل اختلالات شخصیت در شخصیت‌های داستانی و محدود به آثار کلاسیک مانند: رمان‌ها و شاهنامه‌ها بوده است،

درک عمومی از اختلالات شخصیت را بهبود بخشیده و مخاطبان را در فرایند فهم و مدیریت این اختلالات در زندگی واقعی یاری رسانند.

پیشنهادات

با توجه به نتایج این پژوهش، پیشنهاد می شود در مطالعات آینده، تحلیل اختلالات شخصیت در سینما با تمرکز بر ژانرهای خاص (مانند درام روان شناختی، تریلر یا فیلم های زندگی نامه ای) صورت گیرد تا تفاوت های بازنمایی در سبک های مختلف مشخص شود. همچنین استفاده از روش های ترکیبی (نظیر تحلیل روایت همراه با مصاحبه با روان شناسان یا مخاطبان) می تواند ابعاد گسترده تری از تأثیرات روانی شخصیت ها را آشکار سازد.

منابع:

انجمن روانپزشکی امریکا. (2022). آسیب شناسی روانی بر اساس DSM-5 (مترجم: مهدی گنجی). تهران: انتشارات ساوالان.
حسن لی، کاووس و پیرصوفی املشی، زهرا. (1396). بررسی انتقادی مقالات علمی-پژوهشی با موضوع شخصیت و شخصیت پردازی در ادبیات داستانی. فصلنامه علمی-پژوهشی نقد ادبی 10(39): 61-100.
فاطمی، ویشکا؛ سوقی، شهرزاد؛ دادخواه، پژمان. (1397). تحلیل و بررسی ویژگی های روانشناختی شخصیت سیامک در فیلم ملی و راه های نرفته اش. چهارمین همایش بین المللی افق های نوین در علوم تربیتی، روان شناسی و آسیب های اجتماعی نوین.

Balon, R. (2025). The Ultimate Guide for Using Movies in Psychiatric Education: Movies and Mental Illness: Using Films to Understand Psychopathology. By Danny Wedding; Hogrefe Publishing; Newburyport, MA; 2024; ISBN 97808899375536; pp. 513; \$68 (Paperback). Academic Psychiatry, 49(1), 99-100.

Dewi, A. P., Wijaya, M. Z., & Faisal, F. (2025). The Evolution of Madness: A Characterization of Arthur Fleck in the Movie "Joker" (2019) by Todd Phillips. JEPAL (Journal of English Pedagogy and Applied Linguistics), 5(2), 175-186.



ابزارهای سنجش و تحلیل شخصیت: بررسی علمی آزمون‌های کلاسیک و معاصر



یاشار شاهدوست

دانشجوی کارشناسی روانشناسی دانشگاه محقق اردبیلی



مقدمه

شخصیت به عنوان الگوی پایدار افکار، احساسات و رفتارهای فرد در موقعیت‌های مختلف، نقش کلیدی در درک عملکرد روانی انسان دارد. سنجش شخصیت از اهمیت زیادی در تشخیص روان‌پزشکی، انتخاب شغلی، درمان روان‌درمانی و پژوهش‌های علوم رفتاری برخوردار است. (Friedman & Schustack, ۲۰۱۶) تنوع ابزارهای سنجش شخصیت، از پرسش‌نامه‌های ساخت‌یافته تا آزمون‌های فرافکن، نیازمند بررسی دقیق علمی است تا انتخاب مناسبی در موقعیت‌های بالینی یا پژوهشی صورت گیرد. در این مقاله، علاوه بر معرفی، نقاط قوت، محدودیت‌ها، جامعه هدف و کاربردهای هر ابزار تحلیل شده و مبانی نظری آن‌ها بررسی می‌گردد.

طبقه‌بندی ابزارهای سنجش شخصیت

ابزارهای سنجش شخصیت به طور کلی به دو دسته اصلی تقسیم می‌شوند:

۱. آزمون‌های عینی (Objective Tests)

پرسش‌نامه‌هایی با پاسخ‌های ساختاریافته که تحلیل آن‌ها به صورت کمی انجام می‌شود. (Kaplan & Saccuzzo, ۲۰۱۷)

۲. آزمون‌های فرافکن (Projective Tests)

ابزارهایی با محرک‌های مبهم که پاسخ به آن‌ها نیازمند تعبیر متخصص است و بر کشف محتوای ناآهشیار تأکید دارند. (Weiner & Greene, ۲۰۱۷)

۳. آزمون‌های عینی شاخص

۱. آزمون MMPI-۲ (Minnesota Multiphasic Personality Inventory)

یکی از معتبرترین ابزارهای بالینی مبتنی بر روان‌شناسی آسیب‌شناختی و مدل پاتولوژیک شخصیت است. برای سنجش الگوهای ناسازگار شخصیت و ابعاد مختلف روان‌رنجوری، افسردگی، اضطراب، اسکیزوفرنی و... به کار می‌رود. نسخه MMPI-۲-RF نسخه بازنگری شده (Butcher, ۲۰۱۰) با ساختاری دقیق‌تر و زمان اجرای کوتاه‌تر است. روایی‌سازی‌های و درونی این آزمون بالاست و کاربرد فراوانی در روان‌پزشکی و روان‌شناسی حقوقی دارد.

۲. آزمون NEO-PI-R / NEO-FFI

بر اساس مدل پنج عاملی شخصیت (Big Five) ابعاد روان‌رنجوری، برون‌گرایی، گشودگی، توافق‌پذیری و وظیفه‌شناسی را می‌سنجد. (Costa & McCrae, ۱۹۹۲) این ابزار در پژوهش‌های دانشگاهی و مشاوره کاربرد گسترده‌ای دارد.

۳. آزمون Cattell's Sixteen Personality 16PF (Factors)

پایه‌گذاری شده بر تحلیل عاملی ریموند کتل، با هدف سنجش صفات سطح دوم و سوم شخصیت. این آزمون دارای مقیاس‌هایی در حوزه عاطفه، ثبات، جسارت و... است (Cattell, ۱۹۷۳) که در حوزه‌های شغلی و انتخاب نیرو آزمون بسیار مورد استفاده است.

4. آزمون‌های فرافکن کلاسیک

1. آزمون رورشاخ

تحلیل پاسخ به لکه‌های جوهر مبهم در جهت کشف محتوای ناهشیار؛ با وجود انتقادهای درباره روایی، همچنان در برخی سنت‌های روان‌تحلیلی استفاده می‌شود. نسخه، Exner (Exner, 2003) سیستم نمره‌دهی استاندارد را فراهم کرده است. در افراد مشکوک به اختلالات روانی، اختلالات شخصیت یا در ارزیابی‌های بالینی (روانکاوی، روان‌درمانی تحلیلی) به کار می‌رود.

2. آزمون (Thematic Apperception Test) TAT

از آزمودنی خواسته می‌شود برای تصاویر داستانی بسازد. با تحلیل و تفسیر آن اطلاعاتی درباره انگیزش، نیازها و تعارض‌های درونی به دست می‌آید. در مواردی افراد نیاز به بررسی عمیق‌تر در مورد نیازهای درونی، انگیزه‌ها، درگیری‌های ناخودآگاه، سبک دلبستگی و تعاملات بین فردی دارند. به ویژه در روان‌درمانی و ارزیابی‌های شخصیت. (Murray, 1943)

4. آزمون (Myers-Briggs Type Indicator) MBTI

ابزاری محبوب در محیط‌های غیر بالینی و سازمانی که برای شناسایی ترجیحات شناختی و رفتاری افراد به کار می‌رود. روایی و پایایی این آزمون جای بحث دارد که آن را هم به دلیل استفاده فراگیرش، بسیاری از پژوهشگران صرف‌نظر می‌کنند. همچنین این ابزار مبتنی بر تیپ‌شناسی یونگ بوده و بر اساس نظریات یونگ بنا شده است.

5. آزمون (Millon Clinical Multiaxial Inventory) MCMI-IV

آزمون میلون که نسخه چهارم آن (MCMI-IV) در حال حاضر رایج‌ترین نسخه است، به‌طور خاص برای ارزیابی الگوهای شخصیتی و اختلالات بالینی در بزرگسالان طراحی شده است. این آزمون بر اساس نظریه شخصیت تئودور میلون طراحی شده و شامل مقیاس‌هایی برای اختلالات شخصیت (مانند مرزی، ضد اجتماعی، خودشیفته و...) و سندرم‌های بالینی (مانند اختلال اضطراب، افسردگی و PTSD) است.

از مزایای آن می‌توان به تمرکز بر بیماران بالینی، سرعت اجرا، و تطابق با DSM-5 اشاره کرد. با این حال، این آزمون برای جمعیت غیر بالینی مناسب نیست و باید توسط روان‌شناس مجرب تفسیر شود.

6. آزمون EPQ آیزنک (Eysenck Personality Questionnaire)

این آزمون که بر اساس نظریه زیستی شخصیت آیزنک است، ابعاد اصلی شخصیت شامل برون‌گرایی، روان‌رنجوری و روان‌پریشی را می‌سنجد. همچنین به دلیل ساختار ساده‌اش قابل استفاده در جوامع عمومی و پژوهش‌های فرهنگی است.

7. ابزارهای مبتنی بر فناوری و هوش مصنوعی

هدف این ابزارها تحلیل شخصیت از طریق زبان، تعاملات آنلاین و داده‌های رفتاری است.

ابزارهایی مانند IBM Watson Personality Insights (کاربرد یافته در روان‌شناسی رسانه‌های اجتماعی و استخدام) و اپلیکیشن‌هایی مانند Traitify یا Pymetrics (در سازمان‌ها برای انتخاب افراد استفاده می‌شوند) از جمله این ابزارها هستند که هنوز در حال توسعه و فاقد استاندارد کامل‌اند.

مقایسه، کاربردها و محدودیت‌ها

ابزار	نوع	مبانی نظری	زمان اجرا	مزایا	محدودیت‌ها	جامعه هدف	پایایی گزارش شده
MMPI -2	عینی	آسیب شناختی	60 90 دقیقه	دقت بالا، تشخیص بالینی	پیچیدگی در تصویر	بالینی بزرگسال	0.80 تا 0.90
NEO – PI-R	عینی	مدل پنج عاملی	30 45 دقیقه	قابل استفاده در پژوهش	خود گزارشی	عموم جمعیت	0.75 تا 0.90
16 PF	عینی	تحلیل عاملی	35 50 دقیقه	جامع، شغلی	حساس به صداقت پاسخ	سازمانی و شغلی	0.65 تا 0.85
MBTI	عینی	تیب شناسی یونگ	15 25 دقیقه	ساده، کاربردی	اعتبار پایین	منابع انسانی	0.70 (متغیر)
MCMI - IV	عینی	نظریه میلون	25 30 دقیقه	خاص بالینی، مطابق DSM	محدودیت جمعیت	بالینی	0.84 تا 0.92
EPQ	عینی	زیستی (آیزنک)	15 20 دقیقه	ساده و سریع	مقیاس های محدود	دانش آموزان و دانشجویان	0.70 تا 0.85
رورشاخ	فراقطن	روان تحلیلی	بدون زمان ثابت	عمق تحلیل بالا	ذهنی، پایایی پایین	بزرگسالان و نوجوانان	—
TAT	فراقطن	روان تحلیلی	45 60 دقیقه	داستان محور، انگیزشی	تفسیر کیفی	بزرگسالان و نوجوانان	—

منابع:

نتیجه‌گیری

- Butcher, J. N. (2010). Minnesota Multiphasic Personality Inventory-2: Manual. Pearson.
- Cattell, R. B. (1973). Personality and mood by questionnaire. Jossey-Bass.
- Costa, P. T., & McCrae, R. R. (1992). Revised NEO Personality Inventory (NEO PI-R) and NEO Five-Factor Inventory (NEO-FFI) manual. Psychological Assessment Resources.
- Exner, J. E. (2003). The Rorschach: A comprehensive system. John Wiley & Sons.
- Eysenck, H. J., & Eysenck, S. B. G. (1975). Manual of the Eysenck Personality Questionnaire. Hodder and Stoughton.
- Friedman, H. S., & Schustack, M. W. (2016). Personality: Classic theories and modern research (6th ed.). Pearson.
- Kaplan, R. M., & Saccuzzo, D. P. (2017). Psychological testing: Principles, applications, and issues (9th ed.). Cengage Learning.
- Millon, T., Grossman, S. D., & Millon, C. (2015). Millon Clinical Multiaxial Inventory-IV (MCMI-IV) Manual. Pearson.

در دنیای معاصر، ابزارهای سنجش شخصیت هم‌زمان از دستاوردهای کلاسیک و نوآوری‌های فناوری بهره‌می‌برند و به‌طور گسترده در روانشناسی کاربرد دارند (Robertsetal.,2020). بسیاری از این آزمون‌ها در فرهنگ غربی، به ویژه آمریکا و بریتانیا توسعه یافته‌اند. برای استفاده از این ابزارها در فرهنگ‌های دیگر، باید ترجمه دقیق، تحلیل هم‌ارزی مفهومی و بررسی روایی فرهنگی انجام شود. انتخاب ابزار مناسب و وابسته به هدف ارزیابی، سطح تخصص ارزیاب، جامعه هدف و مسائل فرهنگی و زمینه کاربرد (بالینی، پژوهشی، سازمانی) است. با وجود جذابیت ابزارهای نوین، همچنان نیازمند استانداردهای و تأیید علمی‌اند. در مجموع، ترکیب هوشمندانه ابزارهای سنتی و مدرن می‌تواند ارزیابی دقیق‌تری از شخصیت افراد ارائه دهد.

منابع:

- Murray, H. A. (1943). Thematic Apperception Test manual. Harvard University Press.
- Myers & Briggs Foundation. (2018). MBTI basics. [<https://www.myersbriggs.org>] (<https://www.myersbriggs.org>)
- Roberts, B. W., Luo, J., Briley, D. A., Chow, P. I., Su, R., & Hill, P. L. (2020). A systematic review of personality trait change through intervention. *Psychological Bulletin*, 146(7), 556–588.
- Weiner, I. B., & Greene, R. L. (2017). Handbook of personality assessment. John Wiley & Sons.



مصاحبه با دکتر عیسی جعفری هیئت علمی دانشگاه پیام نور واحد اردبیل



یاشار شاهدوست، زهرا ساعی

دانشجوی کارشناسی روانشناسی دانشگاه
محقق اردبیلی



۴- تجربه شخصی شما در مواردی که با مجرمان سروکار داشته‌اید، کدام ویژگی شخصیتی در آن‌ها بیشتر دیده می‌شود و برجسته‌است؟

در مراجعین مربوط به طلاق، بیشتر اختلالات شخصیتی کلاستر B (ضد اجتماعی، مرزی، نمایشی و خودشیفته) دیده می‌شود.

در اختلالات نوروتیک و خلقی هم، انزواطلبی و شخصیت وابسته دیده می‌شود. می‌شود گفت نوع اختلال افراد بیانگر ویژگی‌های شخصیتی آن‌ها نیز است.

۵- از روی ویژگی‌های شخصیتی افراد مجرم می‌توان رفتارهای آن‌ها را پیش‌بینی کرد؟

بله تا حدودی، برای مثال افراد ضد اجتماعی فراموش‌کار، ضعیف‌دارن و وجدانشون اونا رو ملامت نمی‌کنه (اصطلاحاً وجدان ندارن)، یعنی فردی با اختلال شخصیت ضد اجتماعی تنظیم هیجان ضعیفی داره و نمی‌تونه تکانه هاش رو کنترل کنه. به همین دلیل به راحتی مرتکب جرم می‌شن و سریعاً هر چیزی که حس می‌کنن و درونشون در لحظه به اونا دستور می‌ده رو تبدیل به عمل می‌کنن. یک سیلی به فرد ضد اجتماعی بزنی، پاسخش برات مهرتآییدی براین گفته می‌زنه.

۱- شخصیت چیست و چرا در روان‌شناسی به این اندازه مهم تلقی می‌شود؟

به مجموعه ویژگی‌های نسبتاً پایدار شناختی، عاطفی و رفتاری "شخصیت" می‌گویند؛ شخصیت قلب روان‌شناسی، تمام روان‌شناسی و جان مایه روان‌شناسی است.

هم در حوزه آسیب‌شناسی و هم در حوزه درمان، بدون آشنایی با نظریه‌های شخصیت نمی‌شود کاری از پیش برد؛ پس هم در تشخیص و هم درمان بسیار مهمه.

۲- به نظر شما شخصیت سالم، تعریف دقیقی دارد؟

هم تعریف جامع و هم مانع می‌تونه داشته باشه؛ اما از نظر من شخصیت سالم شخصیتی‌ه که انعطاف‌پذیره، یعنی در فراز و فرود زندگی خودش رو نمی‌بازه و در برابر سختی‌ها مقاوم و پایداره.

۳- آیا تعریف شخصیت در روان‌شناسی عمومی باروان‌شناسی جنایی متفاوت است؟

می‌تونیم بگیم در حوزه‌های مورد بررسی تفاوت دارن. از این جهت که در روان‌شناسی عمومی به طور کامل شخصیت رو بررسی می‌کنیم (دید اجمالی به شخصیت داریم)؛ اما در روان‌شناسی جنایی به "کلاستر B" اختلالات شخصیتی می‌پردازیم. به عبارتی در روان‌شناسی جنایی شخصیت‌های پاتولوژیک بررسی می‌شن.

۶- محیط و خانواده به چه اندازه در شکل گیری شخصیت تاثیر دارند؟

پرتو نیکان نگیرد هرکه بنیادش بد است تربیت نااهل را چون گردکان برگنبد است قطعاً یکی مسیر خانواده و مسیر دیگر محیط است. هر دو تاثیرگذارن اما نگاه امروز شخصیت، نگاهی تعاملی است. باید بینیم که فرد از کدام بستر خانواده و ژنتیکه و عوامل محیط چگونه است، یکی بذره، یکی آب و خاک. در نتیجه هر دو عامل تاثیرگذار و حیاتی ان.

۷- آن دسته از شخصیت‌هایی که جنایت سازمان یافته انجام می‌دهند (مثل قاتلان سریالی) با کسانی که از روی هیجان و به صورت آئی و تکانشی مرتکب جرم و جنایت می‌شوند چه فرقی دارند؟

در دسته اول، افرادی هستن که رفتارهای سازمان یافته و ناهنجار انجام می‌دن که ناشی از اختلالات شخصیت با صفات پایدار (trait) است. برای مثال، ریچارد رامیرز - گنگسترو قاتل زنجیره‌ای آمریکایی - پس از تجاوز به قربانیانش اونارابه قتل می‌رسوند، صفات اختلالاتش به شکل ثابت و عمیق در شخصیتش جای گرفته؛ اما در دسته دوم، رفتارهای آسیب‌زا معمولاً گذرا (stete) بوده و ناشی از ضعف در تنظیم هیجانه. تفاوت اصلی این دو دسته ایه که افراد دسته اول معمولاً از کرده خود پشیمون نمی‌شن اما افراد دسته دوم چرا.

۸- شخصیت پرخاشگرو شخصیت خطرناک از چه لحاظ با یکدیگر تفاوت دارند و چه معیارهایی برای تمییز آن‌ها وجود دارد؟

سوال کلی هست ولی در پاسخ به این سوال می‌توان گفت: شخص پرخاشگر، پرخاشگری می‌کنه اما امکان مدیریت اون رو هم داره. بیشتر به سبک ابراز هیجان مربوطه و لزوماً به معنی خطرناک بودن نیست. اما شخصیت خطرناک مفهومی گسترده‌تره که ممکنه شامل کسانی باشه که می‌تونن بی‌مهابا و بدون در نظر گرفتن عواقب عمل کنن و ممکنه صدمات جسمی و روانی به مراتب شدیدتری وارد کنن.

۹- شخصیت سایکوپاتیک چگونه تعریف می‌شود؟

سایکوپات شکل قدیمی اختلال شخصیت ضداجتماعیه. تیپ شخصیتی این‌گونه افراد ماکیاولی است (برگرفته از نیکولاس ماکیاولی، گنگستر ایتالیایی). این تیپ افراد در جهت رسیدن به هدفشون همه رو ابزار قرار میدن و این‌طور فکر می‌کنن که فلانی برای من چه کاری می‌تونه انجام بده.

به انسان به دید وسیله نگاه می‌کنن نه هدف. همچنین این افراد تیپ شخصیت تاریک (دارک) دارن. در این افراد خودشیفتگی عمیقه و به قضایا کاملاً عمودی نگاه می‌کنن. من آدمشون کردم، اینا نوکر من، از گرسنگی می‌مردن اینا، زیر پرو بال خودم گرفتمشون و... از جمله الفاظیه که این افراد احتمالاً استفاده می‌کنن.

در DSM-V این افراد ضد اجتماعی نام گذاری شدن.

۱۰- شخصیت‌های نمایشی چه نقشی در پرونده های جنایی خاص مثل قتل‌های هیجانی دارند؟

این مدل افراد چون تنظیم هیجان ضعیفی دارن و نیاز شدید به تأیید دیگران دارن، ممکنه تحت تأثیر جمع تصمیماتی بگیرن و کارهایی انجام بدن که حتی می‌تونه به خودشون و دیگران آسیب بزنه و عواقب جبران ناپذیری به همراه داشته باشه. در شرایطی مانند هیستری جمع، این واکنش‌ها می‌تونه تشدید بشه.

۱۱- آیا تجربه خشونت یا محرومیت در کودکی الزاماً به اختلال شخصیت یا رفتار ضد اجتماعی منجر می‌شود؟

بله غالباً منجر می‌شه؛ مگر اینکه بعدها به محیطی وارد شه که مهربان باشه، دوستانی پیدا کنه که شخصیت همدل و مهربان و پایداری داشته باشن. در غیر این صورت این افراد رفتار پرخاشگرانه از خود بروز می‌دن و این رفتار پرخاشگرانه هم ممکنه به اختلال سلوک تبدیل بشه که این اختلال هم اگه درمان نشه منجر به اختلال ضد اجتماعی می‌شه که دیگه درمان اون مشکله.

جنون و دارای اختلالات عمیق باشد باید تحت بستری و درمان قرار بگیرد و دور از جامعه باشد.

۱۶- برای مستعد قربانی بودن چه ویژگی‌های شخصیتی خاص وجود دارد؟
باید رگه‌هایی از اختلال شخصیت وابسته داشته باشن، خودانتقادی بالا داشته باشن، عزت نفسشون پایین باشه و تأیید طلب باشن.

۱۷- یعنی حتی کسانی که صرفاً نسبت بهشون قلدری می‌شده هم می‌تونن این جوری مستعد قربانی شدن باشن؟
بله، اونا هم می‌تونن باشن، چون همیشه تحقیر شدن و نتونستن از خودشون دفاع کنن، کم کم به این باور رسیدن که «خدا منو زده، بنده منورده، تو هم منو بزنی...».

۱۸- استاد تو این گروه از افراد، خودکشی هم آمار بالایی داره، درسته؟
بله، بله، می‌تونه باشه و حتی اگر اختلالات خلقی داشته باشن و به سمت افسردگی برن، احتمال خودکشی جدی وجود داره.

۱۹- استاد فردی که مرتکب جرم شده چطور؟
احتمال داره اون هم به خاطر ارتکاب جرم، خودکشی کنه؟
بله، احتمال داره، بعضیا حتی منتظر صدور حکمشون و رسیدن پلیس به صحنه جرم هم نمی‌مونن و خودشونو خلاص می‌کنن. این افراد معمولاً هیجان خواه هم هستن.

۲۰- از لحاظ بازگشت به انجام جرم تفاوتی بین شخصیت‌های مختلف وجود دارد؟
افراد دسته کلاستر B معمولاً احتمال بازگشت به جرم بالاتری دارن، در مورد شخصیت‌های کلاستر C، در صورت حمایت و تشویق بازمی‌گردن. البته باید دید فرد چه نوع اختلال روانی یا شخصیتی داره، چون نوع و شدت اختلال در میزان احتمال بازگشت به جرم بسیار تأثیرگذاره.

۱۲- اختلال سلوک تا چه حدی درمان پذیره و در کدام دوره رشدی ایجاد می‌شود؟
اختلال سلوک اواخر دوره کودکی اول شروع می‌شه و در کودکی دوم (۶ تا ۱۲ سالگی) تشکیل پیدا می‌کنه و اگه خانواده و اطرافیان همراهی نکنن و درمان سیستمی باشه، غالباً درمان می‌شه.

۱۳- کسانی که مرتکب جرم می‌شوند لزوماً دچار اختلال روانی‌اند؟
غالباً بله؛ اما لزوماً نه!

برای مثال می‌تونه بحث اجتناب ناپذیر باشه و در اون لحظه تنظیم هیجان هم نتونه انجام بده. پس نمی‌تونیم بگیم اون افرادی که جرم انجام دادن حتماً دارای اختلال روانی هستن.

۱۴- تفاوت میان کلمه اشتباه، جرم و اختلال روانی چه چیزه؟

همه ما ممکنه دچار اشتباه بشیم، جرم چیزیه که قانون اونو ممنوع و برای اون مجازات تعیین کرده. برخی از افراد که وارد اختلالات شخصیت شدن ممکنه کنترل اعمال خودشون رو از دست بدن و مرتکب جرم بشن. به همین دلیله که در قانون هم اومده که نباید با سایکوز (همچنین افراد دارای معلولیت ذهنی) دهن به دهن گذاشت، چون فرد سایکوز اگه در زمان ارتکاب جرم، درک درستی از واقعیت نداشته باشه، حتی اگه کسی رو بکشه هم ممکنه از مسئولیت کیفری معاف بشه، چرا که دارای مشکل عمیق روانیه و در چنین شرایطی غالب مواقع مجرمیت برای او تلقی نمی‌شه.

۱۵- استاد این افراد دارای اختلال در صورت ارتکاب جرم در بیمارستان روانی بستری می‌شن یا آزاد برای خودشون می‌چرخن؟ شرایط از چه قراره؟

اولاً باید در کمیسیون پزشکی که در آن چندین روان‌پزشک، روان‌شناس و مددکار کار می‌کنن، مسئله بررسی بشه و نظر بدن که آیا فرد واقعاً دچار اختلال روانی هست یا نه؟ که اگر دارای اختلال باشه ممکنه تبرعه بشه؛ غالباً اگر سایکوز،

۲۳- استاد بر اساس تجربه شخصی شما، در پرونده‌های واقعی چقدر ارزیابی شخصیت در روال کار قرار داده می‌شود؟
خوشبختانه در سیستم قضایی، برای مثال در دادگاه‌ها، روان‌شناسا هم حضور دارن و وضعیت خوبه.
خدمات روان‌شناختی تا حد خوبی جا افتاده؛ البته در شروع راه هستیم اما در کل قابل قبوله. پرونده‌های شخصیتی تشکیل می‌شه و بر اساس پروفایل روان‌شناختی فرد، روان‌شناس، روان‌پزشک و مددکار اجتماعی که در محل حضور دارن، می‌تونن حمایت کنن و نقش مؤثری در روند رسیدگی ایفا کنن؛ که از این نظر واقعاً عالیه..

پس استاد در اکثر موارد افراد کلاستر B به جرم بازمی‌گردند؟

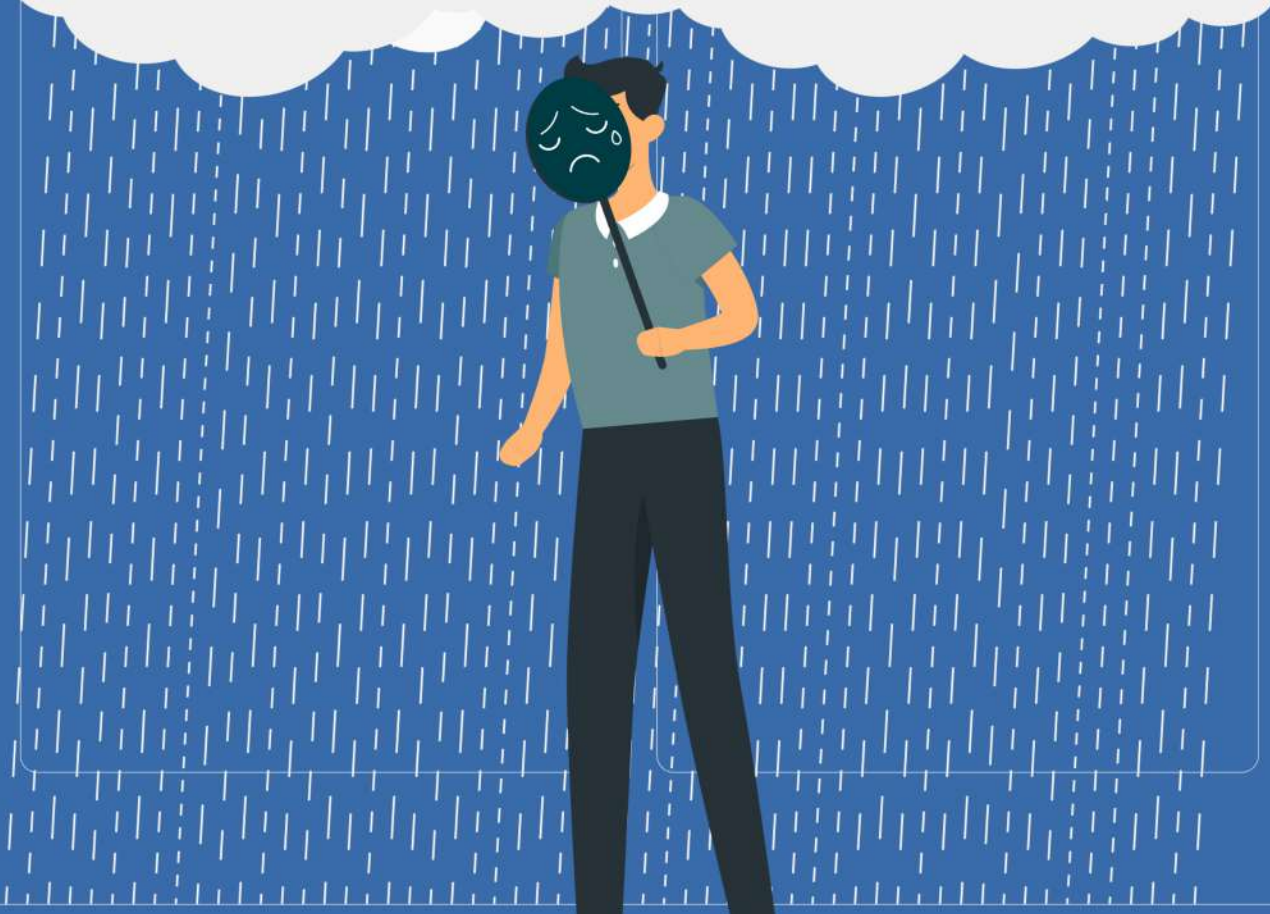
بعضی‌ها شون بله برمی‌گردن؛ ضد اجتماعی‌ها، مرزی‌ها غالباً برمی‌گردن، بسته به این که در کدام مرحله اختلال قرار دارن. برای مثال اگر در مرحله شروع و پیدایش اختلال باشن و درمان مؤثری روی آن‌ها صورت بگیره، احتمال بازگشت به جرم کمتر می‌شه؛ ولی اگه این اختلال‌ها خیلی عمیق باشن و از مراحل نخستین پیش‌تر رفته باشن، احتمال بازگشت و عود بالاست.

۲۱- بعد از ارتکاب جنایت فرد ممکن است دچار چه نوع تغییرات شخصیتی و روانی شود؟

اکنون متأسفانه بازتوانی، توان بخشی و آموزش در این حوزه به خوبی ارائه نمی‌شه، که همین باعث می‌شه که اختلالات خلقی، افسردگی و خودکشی در آن‌ها دیده شه.
بسته به نوع اختلال روانی، آن‌هایی که به زندان می‌روند، ممکنه وضعیت روانی‌شان وخیم‌تر بشه و ویژگی‌های اختلال در آن‌ها تشدید پیدا کنه. به نوعی اختلال آن‌ها بعد از مجرمیت و دوران حبس بیشتر می‌شه.
البته گفتم بستگی به این داره که چقدر در اون فضا حمایت بشن؛ اگه حمایت خوبی صورت بگیره، اوضاع بهتر می‌شه. در غیر این صورت، اگه به حال خود رها بشن، احتمالش هست در بعضی موارد رفتارهای پرخطر یا خشونت‌آمیز نشون بدن.

۲۲- روان‌شناس در مرحله پس از جنایت، در زندان یا در دیگر مراکز چه نقشی دارد؟

در بازتوانی و آموزش می‌تونن کمک‌کننده باشن و همچنین در تقویت مهارت‌های ده گانه زندگی، که علت وقوع بسیاری از حوادث و نابهنجاری‌ها ضعف در این مهارت‌هاست. پس حوزه آموزش قطعاً می‌تونه در بازگشت فرد به زندگی عادی تاثیرگذار باشه.



آزمون رورشاخ



منبع:

اکسنر، ج. (۱۴۰۳). آزمون رورشاخ: نظام جامع (اصول تفسیر)، جلد دوم (ابوفاضل حسینی نسب، مترجم). تهران: نشر ارجمند.

مریم عزیزیان

دانشجوی کارشناسی روانشناسی دانشگاه
محقق اردبیلی



این آزمون یک ابزار روان‌شناختی فرافکن است که برای بررسی جنبه‌های پنهان شخصیت و فرآیندهای ذهنی ناخودآگاه افراد طراحی شده است. در این آزمون، به فرد مجموعه‌ای از ۱۰ تصویر لکه جوهر (که تقارن دارند) نشان داده می‌شود و از او خواسته می‌شود بگوید که در هر تصویر چه می‌بیند یا چه چیزی به ذهنش می‌رسد. چون تصاویر واضح نیستند، پاسخ فرد بازتابی از افکار، احساسات، تعارض‌ها و شیوه‌ی درک او از جهان است؛ به همین دلیل، آزمون به‌طور غیرمستقیم به لایه‌های عمیق‌تر شخصیت دست‌پیدامی‌کند.

نحوه‌ی اجرای آزمون ساده اما نیازمند مهارت است: روان‌شناس تصاویر را به ترتیب به آزمودنی نشان می‌دهد و پاسخ‌ها را به‌دقت یادداشت می‌کند. پس از پایان، تحلیل دقیق پاسخ‌ها را بر اساس محتوا، زمان واکنش، محل تمرکز نگاه، و نحوه‌ی تفسیر تصویر انجام می‌شود. مثل اینکه فرد چه چیزهایی را بیشتر می‌بیند (آدم، حیوان، حرکات، رنگ)، چقدر انعطاف‌پذیری فکری دارد، یا چه میزان اضطراب یا مکانیزم‌های دفاعی نشان می‌دهد. تفسیر حرفه‌ای این آزمون نیازمند تخصص بالینی و آشنایی با سیستم‌های کدگذاری استاندارد است، اما اجرای آن تجربه‌ای جذاب و گاه شگفت‌انگیز برای بسیاری از افراد است.

در بالا ۱۰ تصویر مورد استفاده در آزمون رورشاخ به ترتیب از چپ به راست قرار گرفته است زیرا که با ترتیب خاصی این تصاویر باید به آزمون دهنده نشان داده می‌شود.

این آزمون بیشتر در حوزه‌ی روان‌درمانی و روان‌پزشکی قانونی برای ارزیابی صلاحیت روانی و مشاوره در موارد پیچیده استفاده می‌شود.



پادکست تحول



این پادکست روز از طریق لینک زیر می
توانید گوش دهید

<https://shenoto.com/album/podcast/325983/%D8%B4%D8%AE%D8%B5%DB%8C%D8%AA>



وقتی از بچه‌ها راجع به «شخصیت» پرسیدیم، پاسخ‌ها به دو دسته‌ی «خوب» و «بد» تقسیم می‌شد.

اما این نوع نگاه، فقط مخصوص بچه‌ها نیست. خیلی از ما هم هنوز با همین دوگانه به شخصیت نگاه می‌کنیم.

در این اپیزود، تلاش کردیم نگاهی علمی‌تر به موضوع داشته باشیم؛ از واژه‌ی «شخصیت» گرفته تا ابزارهای سنجش آن.

امیدواریم شنیدنش براتون هم لذت‌بخش باشه و هم الهام‌بخش.

پاسخ‌های کودکان با رضایت والدین شون در برنامه استفاده شده.

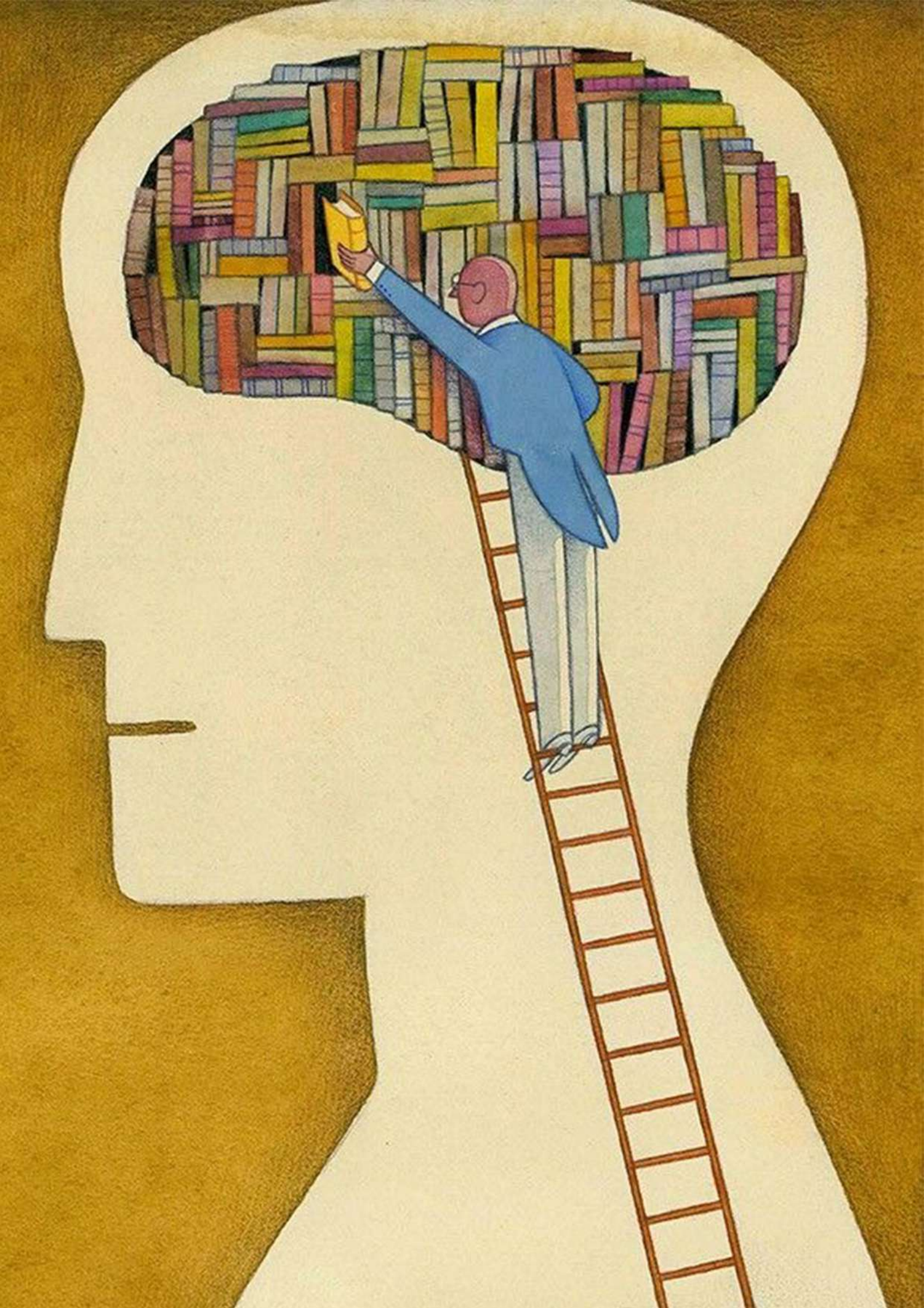
این اپیزود کاریست از انجمن علمی روان شناسی دانشگاه محقق اردبیلی

گوینده: زهرا ساعی

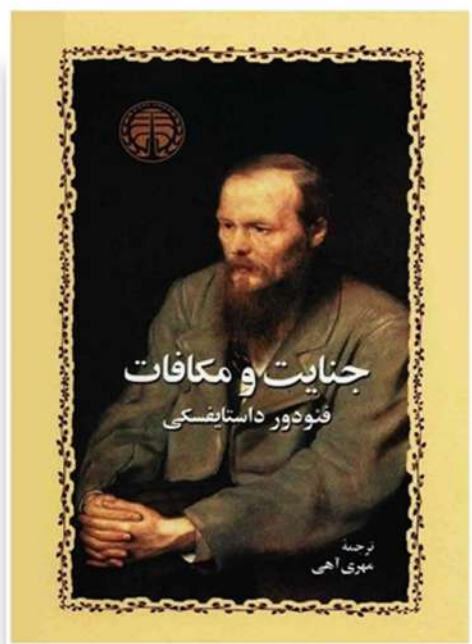
متن: زهرا ساعی

تدوین: مهدی رنجبرپور

با سپاس از دوستان و حامیانی که در تولید این قسمت ما رو همراهی کردند.



معرفی و تحلیل روانشناختی کتاب جنایات و مکافات



لیلا وطن خواه

دانشجوی کارشناسی ادبیات دانشگاه محقق اردبیلی



مشخصات کتاب اصلی:

عنوان اصلی: عنوان اصلی کتاب به زبان روسی:

Преступление и наказание

عنوان فارسی: جنایت و مکافات

نویسنده: فئودور میخایلوویچ داستایفسکی
(Fyodor Mikhailovich Dostoevsky)

زبان اصلی: روسی

محل نگارش: سن پترزبورگ، امپراتوری روسیه

سال نگارش: ۱۸۶۵

نخستین انتشار: ۱۸۶۶ به صورت پاورقی در
مجله (The Russian Messenger)

نخستین انتشار کتابی: ۱۸۶۷، در قالب کتاب
کامل در روسیه

ژانر: رمان روان شناختی، فلسفی، اجتماعی

مترجم (نمونه‌ها): مهری آهی / صالح حسینی

ناشر (نمونه‌ها): نیلوفر / نشرنی

معرفی و تحلیل روان شناختی رمان «جنایت و مکافات»

رمان جنایت و مکافات اثر بزرگ فئودور داستایفسکی، یکی از شاهکارهای ادبیات روان شناختی جهان است. داستان روایتگر زندگی رودیون راسکولنیکف، دانشجوی جوان، فقیر و منزوی در شهر سن پترزبورگ است که به دلیل فشار اقتصادی، انزوای اجتماعی و باورهای خاص فلسفی‌اش، پیرزنی رباخوار را به قتل می‌رساند.

راسکولنیکف بر این باور است که انسان‌های برتر (همچون ناپلئون) حق دارند برای تحقق اهداف بزرگ، از قوانین اخلاقی عبور کنند. اما پس از ارتکاب قتل، روان او به تدریج در هم می‌شکند؛ او به کابوس، اضطراب، پرخاشگری، رفتارهای وسواسی و احساس گناه عمیق دچار می‌شود، تا آن‌که در نهایت به تأثیر رابطه با سونیا، دختری که خود بارنج زیسته اما ایمان را از دست نداده، به گناه خود اعتراف می‌کند و مسیر رستگاری را آغاز می‌نماید.

از دیدگاه روان شناختی، شخصیت راسکولنیکف ترکیبی از کشمکش‌های درونی و بحران‌های فلسفی-اخلاقی است. در چارچوب نظریه روان تحلیلی فروید، او نمونه‌ای بارز از تعارض میان نهاد، من و فرامن است. نهاد، میل به قدرت، برتری و رهایی از محدودیت‌های اخلاقی را در او برمی‌انگیزد. من، با استدلال و توجیه فلسفی قتل، این تمایلات را موجه جلوه می‌دهد. اما پس از قتل، فرامن به شدت فعال می‌شود و از طریق احساس گناه، عذاب وجدان،

و افکار مزاحم، او را به سمت فروپاشی روانی و اعتراف سوق می‌دهد. در نظریه‌های نوین‌تر، می‌توان به رویکرد شناختی-رفتاری اشاره کرد. راسکولنیکف باورهایی ناکارآمد و افراطی درباره عدالت، ارزش فردی، و قدرت اراده دارد.

او خود را مستحق نقشی (قهرمانانه) در جامعه می‌بیند و این طرح ذهنی او، در مواجهه با ناکامی‌های عینی، او را به سمت خشونت سوق می‌دهد. شکست این باورها و مواجهه با واقعیت پس از قتل، منجر به فروپاشی شناختی می‌شود که با نشانه‌های روان‌پریشی همراه است.

همچنین از منظر روان‌شناسی انسان‌گرایانه، راسکولنیکف درگیر شکاف عمیق میان (خود واقعی) و (خود آرمانی) است. او خود را انسانی بزرگ، نجات‌دهنده و عدالت‌طلب تصور می‌کند، اما عملاً انسانی ضعیف، منزوی و گم‌گشته است. این ناهماهنگی درونی باعث اضطراب و گسست روانی او می‌شود. سونیا، به عنوان نماد عشق بی‌قید و شرط، شفقت و ایمان، نقش درمان‌گر را ایفا می‌کند و از راه پذیرش و همراهی، به بازسازی تدریجی هویت و روان راسکولنیکف کمک می‌نماید.

در مجموع، جنایت و مکافات تنها داستان یک قتل نیست، بلکه پژوهشی عمیق در روان انسان، مسئله‌ی وجدان، معنا، مسئولیت و امکان رستگاری است. داستایوفسکی از خلال شخصیت راسکولنیکف، این پرسش بنیادین را پیش می‌کشد که آیا انسان می‌تواند در اوج تاریکی اخلاقی، راهی به سوی نور و نجات بیابد؟ پاسخش، در رنج، اعتراف و عشق است.

منبع:

داستایوفسکی، ف. (1398). جنایت و مکافات (ترجمه مشفق همدانی). تهران: نشر نگاه. (اثر اصلی منتشر شده در 1866)



تحلیل روانشناختی فیلم ملی و راه های نرفته اش با رویکرد اختلال شخصیت پارانوئیدی



اسرا لایق

دانشجوی کارشناسی روانشناسی دانشگاه
محقق اردبیلی



فیلم ملی و راه های نرفته اش، ساختهی تهمینه میلانی، به بررسی روابط آسیب زای زن و شوهر در جامعهی ایرانی می پردازد. با نگاهی روان شناختی، می توان شخصیت مرد داستان (سیامک) را دارای نشانه هایی از اختلال شخصیت پارانوئید دانست. شخصیت زن داستان (ملیحه)، قربانی وابستگی عاطفی، ناآگاهی و نبود حمایت اجتماعی است. در ادامه به تحلیل رابطه ی این دو از منظر اختلالات شخصیت و روان شناسی قربانی می پردازیم.

تحلیل شخصیت سیامک از دیدگاه اختلال پارانوئید:

اختلال شخصیت پارانوئید (PPD) با ویژگی هایی چون بی اعتمادی شدید، شکاکی، حساسیت بیش از حد به تهدیدهای خیالی و تفسیر نادرست رفتار دیگران شناخته می شود. نشانه های سیامک در فیلم شامل موارد زیر است:

۱. بی اعتمادی مزمن: سیامک به طور مداوم به همسرش شک دارد، تماس ها و رفتارهای او را زیر نظر می گیرد و به خیانت های خیالی فکر می کند.

۲. توهم توطئه: باور دارد که خانواده ی همسرش قصد خراب کردن زندگی اش را دارند و دائماً احساس خطر می کند.

۳. خشونت و کنترل گری: به جای گفت و گو، از تهدید، تحقیر و کنترل برای مدیریت رابطه استفاده می کند.

۴. واکنش های تند به انتقاد: انتقاد را حمله ی شخصی تلقی کرده و با خشم یا پرخاشگری پاسخ می دهد.

تحلیل شخصیت قربانی در روابط سمی:

ملی شخصیتی ساده، وابسته و عاطفی دارد که در آغاز رابطه، به دلیل کمبود محبت در خانواده، به سیامک پناه می برد.

ویژگی های روانی او عبارت اند از:

۱. وابستگی هیجانی: به دلیل نداشتن عزت نفس و استقلال روانی، خود را کاملاً در اختیار مرد قرار می دهد.

۲. انکار و توجیه رفتارهای آزاردهنده: خشونت های سیامک را توجیه می کند یا خود را مقصر می داند.

۳. سکوت و پذیرش: در برابر تحقیر، توهین و کنترل، واکنشی نشان نمی دهد و آن را بخشی از «عشق» تلقی می کند.

۴. فروپاشی روانی تدریجی: در طول فیلم، شاهد افت شدید روانی، اضطراب، بی پناهی و در نهایت بی صدایی ملی هستیم.

نقش خانواده و اجتماع:

خانواده‌ی ملی با نادیده‌گرفتن خواسته‌ها و مشکلات او، زمینه‌ی وابستگی و فرار از خانه را فراهم کرده‌اند. نبود آگاهی از رابطه‌ی سالم، نداشتن مهارت حل مسئله و ضعف عزت نفس، باعث می‌شود ملی نتواند بحران را مدیریت کند.

پیام روان‌شناختی فیلم:

1. شناسایی و درمان اختلالات شخصیتی، ضروری است.
 2. آموزش مهارت‌های روانی، عاطفی و ارتباطی به دختران و پسران جوان باید جدی گرفته شود.
 3. حمایت خانواده و جامعه از افراد آسیب پذیر، می‌تواند مانع بسیاری از بحران‌های عاطفی و روانی شود.
- این فیلم، نمونه‌ای واقع‌گرایانه از روابط ناسالم زناشویی در بستر فرهنگی سنتی است؛ جایی که افراد با اختلالات روان‌شناختی تشخیص داده نشده، قربانیان زیادی به جامی گذارند.

منابع

1. میلانی، ت. (1396). ملی و راه‌های نرفته‌اش [فیلم]. تهران: فیلمیران.
2. سادوک، ب. ج.، & سادوک، و. ا. (1396). خلاصه روان‌پزشکی کاپلان و سادوک (ترجمه: یحیی سیدمحمدی). تهران: انتشارات ارجمند.
3. شاملو، س. (1393). روان‌شناسی بالینی (با رویکردی به DSM-5). تهران: رشد.



تحلیل فیلم «برادرم خسرو»



عسل محسنی

دانشجوی کارشناسی روانشناسی دانشگاه
محقق اردبیلی



فیلم "برادرم خسرو" به کارگردانی احسان بیگلری، تهیه‌کنندگی سعید ملکان و نویسندگی پریسا هاشم‌پور و احسان بیگلری، در سال ۱۳۹۴ ساخته شد و در سال ۱۳۹۶ به اکران عمومی رسید.

هسته‌ی اصلی این فیلم بر محور اختلال دوقطبی شکل گرفته است. شخصیت اصلی، خسرو، به اختلال دوقطبی نوع یک (Type I Bipolar Disorder) مبتلاست. او در خانواده‌ای فرهنگی بزرگ شده اما همواره تحت فشار روانی و مقایسه با برادر بزرگ‌ترش، ناصر، قرار داشته است. خسرو فردی هنرمند، عکاس، موسیقی‌دان، اهل کتاب و متأثر است و با خواهرش ناهید در رشت زندگی می‌کند. پس از رفتن ناهید نزد دخترش، ناچار می‌شود مدتی را در خانه‌ی ناصر بگذراند. ناصر، استاد دانشگاه و دندان‌پزشک است.

یکی از نکات برجسته‌ی فیلم، تأکید بر نقش اساسی دارودرمانی در درمان اختلال دوقطبی است. داروها نقشی حیاتی در تثبیت خلق و جلوگیری از عود بیماری دارند، حتی پس از بهبودی نسبی. خسرو علاوه بر دارودرمانی، آموزش‌های روان‌شناختی را نیز گذرانده است و در زمان‌هایی که احساس می‌کند خلقش دچار نوسان شده، سعی می‌کند خود را آرام کند.

در فاز مانیا (شیدایی)، خسرو علائمی چون سرخوشی شدید، بی‌خوابی، برنامه‌ریزی‌های غیرمنطقی، بلندپروازی، پرحرفی، بزرگ‌منشی، ریسک‌پذیری، ولخرجی و حتی گاه توهم را تجربه می‌کند.

نکته مهم آن است که او نسبت به این حالات آگاهی ندارد و دیگران هستند که متوجه رفتارهای غیرعادی او می‌شوند. ترس عمیق او از بستری شدن در بیمارستان روانی، چنان شدید است که حتی به عکس‌ها نیز بی‌اعتماد می‌شود.

فیلم، عوامل ابتلا به این بیماری را ترکیبی از عوامل ژنتیکی و محیطی معرفی می‌کند. خانواده‌ی خسرو نیز در دوران‌های شیدایی‌اش با صبر و تحمل با او برخورد می‌کنند. نباید از فردی که سال‌ها با اختلال دوقطبی زندگی کرده، انتظار رفتار کاملاً نرمال داشت. این افراد حساسیت بسیار بالایی دارند و یک اتفاق ساده می‌تواند خلق آن‌ها را تا چندین برابر بالا یا پایین ببرد.

در فاز افسردگی، خسرو از دیگران بیزار می‌شود، بیشتر می‌خواهد، تمایلی به صحبت ندارد و مشکلات کوچک را بسیار بزرگ درک می‌کند. او دچار توهم‌هایی می‌شود، مثلاً باور دارد از دانشگاهی در فرانسه پذیرش گرفته یا اطرافیان علیه او توطئه کرده‌اند. معمولاً پس از یک دوره‌ی طولانی شیدایی، به مرحله‌ی افسردگی وارد می‌شود.

در پایان این فیلم تأثیرگذار، شاهد رویدادی تلخ هستیم: ناصر که از مشکلات و رفتارهای خسرو به ستوه آمده، بدون تجویز پزشک و برای آرام کردن او، قرص‌های اعصاب با دوز بالا به خسرو می‌دهد. چند روز بعد، خسرو به کما می‌رود. پس از چند هفته که به هوش می‌آید، نسبت به ناصر بدبین‌تر شده و اعتمادش را از دست می‌دهد.

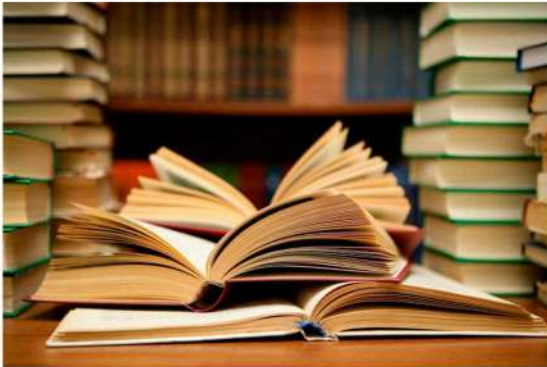
پیشنهاد می‌کنم حتماً این فیلم بی‌نظیر را ببینید. "برادرم خسرو" با بیانی شیوا، واقع بینانه و انسانی، به بیان مشکلات و ویژگی‌های اختلال دوقطبی می‌پردازد و درک عمیق‌تری از این بیماری به مخاطب ارائه می‌دهد.

منابع

۱. بیگلری، ا. (کارگردان). (۱۳۹۴). برادرم خسرو [فیلم]. تهران: سعیدملکان.
۲. کرمی، ن. (۱۳۹۸). اختلالات روانی و درمان آن‌ها بر اساس DSM-۵. تهران: انتشارات آوای نور.
۳. گنجی، ح. (۱۳۹۶). روان‌شناسی بالینی. تهران: ساوالان.



داستان کوتاه در مورد اختلال دوقطبی



میینا سید موسوی

دانشجوی روانشناسی دانشگاه محقق اردبیلی



من از شما یک خواهشی دارم که خانوادمو پیش شما بیارم و شما به اون ها تفهیم کنید، به خدا من اون قدرها هم خطرناک نیستم.

قبول کردم که یک ملاقات با خانواده‌ی همسر و همسر خانم حسینی بذارم تا شاید کمی از مشکلات زندگیشون رو کم کنم.

فردا ساعت ۴ عصر قرار شد که همسر ایشون به اتفاق پدر و مادر خود به بنده مراجعه بکنند.

در بدو ورود از چهره‌ی مادرشوهرشون معلوم بود که با حالت تمسخر و خودبه‌جانب تشریف آوردند و امیدی به قانع شدن ندارند. با شروع صحبت

من و توضیح‌های مختصری درباره‌ی اختلال دوقطبی و نحوه‌ی کنترل اون، همسر خانم حسینی معلوم بود که کاملاً درک می‌کند و تمام رفتارهای اخیر تحت تأثیر سخنان و قضاوت‌های دیگران بوده است. با توضیح‌هایی که بنده درباره

ی ماهیت اختلال، نقش نوسانات خلقی و اهمیت پیگیری درمان دادم، سعی کردم تأکید کنم که کنترل بیماری نیاز به تداوم دارو، حمایت خانواده و درک متقابل دارد. حالاً نوبت این بود که توجیه

کنم هیچ خطری خانوادگی خانم حسینی رو تهدید نمی‌کنه

درسته که بیماری ایشون به طور قطعی درمان پذیر نیست، ولی با پایبندی به درمان و دارودرمانی، اغلب دوره‌های خلقی به خوبی قابل کنترل هستند. این یعنی شما باید با درک و همراهی، شرایطشون رو بهتر کنید. در دوره‌هایی از افسردگی، ممکنه تمایلی به ارتباط و معاشرت

نداشته باشند،

آقای دکتر من خودم می‌دونم چمه، این اطرافیان هستند که منو درک نمی‌کنن. من اوایل ازدوادم با همسرم در این باره حرف زدیم و اون گفت کاملاً با من همراهه و قرار نیست پشتمو خالی بکنه. ولی الان که خانواده اش از بیماری بنده سر در آوردن، انگار که افکار همسر منم طبق افکار مادرشوهرم پیش می‌ره. توی این پنج سال زندگی مشترک، انقدر به مشکل نخورده بودیم که این دو ماه به ما سخت گذشت. نمی‌دونم چطور بگم، انگار وقتی به خانه‌ی پدریش می‌ره و برمی‌گرده، کل دیدش نسبت به من عوض می‌شه.

من خودم مطالعه کردم، کلی کتاب و مقاله خوندم و به همه‌چی در خودم آگاهم. می‌دونم چطوری رفتار کنم و چطوری خودم رو کنترل کنم، ولی انگار گوش این خانواده بدهکار نیست و حتی خنده‌داره، انگار نگران جون پسرشون هستند.

توی این پنج سال منو نشناختن. موقعیتی که کنترلم خارج بشه خیلی کم بوده—در مواردی که به دلیل علائم بیماری خلقم نوسان داشته، با همراهی همسرم یا کمک‌های پزشکی و افزایش دارو، شرایط کنترل شده. این بار نمی‌دونم چی شد که از دهن همسرم جلوی مادرش پرید که من بیماری خاصی دارم و از اون به بعد تمام رفتارها نسبت به من تغییر کرده.

شما نتیجه‌ها و آزمایش‌های روان‌شناختی رو به خانواده نشون دادید که پی ببرند کاملاً تحت کنترل هستید؟

—بله آقای دکتر، ولی گوششون بدهکار نیست.

اما در دوره‌های خلقی شدیدتر، حتی کارهای روزمره هم سخت میشن و هرچه برنامه‌ریزی می‌کنم، به نتیجه‌ای که می‌خوام نمی‌رسم.»

منبع

یعقوبیان، ر.، & رستمی، ح. (1402). اختلال دوقطبی: ماهیت، سبب‌شناسی و روش‌های درمانی. دومین کنفرانس بین‌المللی و سومین کنفرانس ملی یافته‌های نوین در مدیریت، روان‌شناسی و حسابداری، تهران.

و این به معنی بی‌علاقگی به شما نیست. تنها کاری که شما می‌تونید بکنید، درک شرایط و صبوریه.

در مقابل، در دوره‌هایی از شیدایی، ممکنه انرژی بالا، کم‌خوابی، پرحرفی یا تصمیم‌گیری عجولانه داشته باشن؛ این رفتارها ممکنه در ظاهر «سرخوش» به نظر برسه، اما لزوماً خوشایند یا بی‌خطر نیست. دارودرمانی و پیگیری روان‌پزشکی در این مواقع ضروریه.

در حالت کلی، اگر درمان رعایت بشه، رفتارهای خلقی قابل مدیریت هستن و خطری برای شما ندارن. اما مثل هر بیماری مزمن دیگه‌ای، این شرایط نیاز به درک، همراهی و پذیرش داره.

با مصاحبه‌ای که با خانواده‌شون داشتم، حس کردم تا حدودی با این قضیه کنار اومدن و حس همدلی درشون زنده شده. بعد از خداحافظی با خانواده‌شون، با خانم حسینی تماس گرفتم و خواستم که بعد از دو هفته، شرح حالی از خودشون و رابطه‌شون با خانواده به من گزارش بدن.

شرح حال خانم حسینی بعد از دو هفته:

بالا و پایین شدن خلق و خوی یک آدم می‌تونه آزاردهنده باشه. من هم سعی می‌کنم خودم رو کنترل کنم چون می‌دونم که رفتارم می‌تونه طرف مقابل رو آزار بده. حتی بارها با پدرم درباره‌ی این بیماری صحبت کردم، اما او نمی‌خواد بعضی مشکلات یک بیمار رو بپذیره. بنابراین، علاوه بر خانواده‌ی همسرم، باید من هم این موضوع رو بپذیرم که پدرم و خیلی از افراد، نمی‌خوان برخی مشکلات من رو درک کنن. پس سعی می‌کنم هیچ توقعی از جامعه نداشته باشم؛ چون افراد سالم رو هم نمی‌تونن درک کنن، چه برسه به من.

خانم حسینی نقل می‌کنه: «مشکل اصلی اینه که خیلی وقت‌ها اصلاً نمی‌تونم برای زندگیت برنامه‌ریزی کنی. شرایط خلقی مدام در حال تغییره و این موضوع تأثیر مستقیمی روی توانایی عملکرد داره، به خصوص برای کسی که دچار اختلال دوقطبیه. در بعضی دوره‌ها که حالم بهتره، سعی می‌کنم سرکار برم تا خودمو سرگرم کنم و پولی پس انداز کنم؛

فصلنامه علمی فرهنگی

تحول

شماره ۲۳، بهار ۱۴۰۴

انجمن علمی روان‌شناسی دانشگاه محقق اردبیلی

شخصیت

