

# بررسی سیر تحولی و توزیع فراوانی اختلال‌های شخصیت و صفات شخصیتی در بین اعضای خویشاوند یک فامیل و نقش آن در رفتار

دکتر علیرضا مقدس<sup>۱</sup>

تاریخ وصول:

تاریخ پذیرش:

## چکیده

اختلال شخصیت یکی از اختلال‌های شایع روانی است که به طور معمول از دوران نوجوانی یا اوایل بزرگسالی شروع شده و به عنوان تجارب ذهنی و رفتاری ماندگاری که منطبق بر ملاک‌های فرهنگی نیست و منجر به ناخشنودی بیمار و اختلال در کار و زندگی او می‌شود و در طول زمان ثابت و پایدار است. هدف این پژوهش بررسی اختلال‌های شخصیت و صفات شخصیتی از نظر همه‌گیرشناسی، نشانه‌شناسی، پدیدارشناسی و عوارض رفتاری این اختلال‌ها در ۴۱ نفر خویشاوند اعضای یک فامیل مشخص بود. جامعه آماری در این پژوهش شامل همه‌ی افراد بزرگسال خویشاوند از آن فامیل که شامل ۲۵ نفر مرد و ۱۶ نفر زن بودند، قرار داشته است که با ابزار معیارهای تشخیصی (کتابچه طبقه‌بندی تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی - تجدیدنظر پنجم) مورد مصاحبه بالینی روانی و بررسی قرار گرفتند. گردآوری و محاسبه داده‌ها به کمک نرم‌افزار SPSS و استفاده از آزمون خی دو و تست دقیق فیشر انجام شده است. اجماع این ابزارها نتیجه این پژوهش را به دست آورده است. شایع‌ترین نوع اختلال شخصیت، اختلال شخصیت پارانوئید (۱۹/۵۱ درصد) بوده است، شروع این اختلال‌ها در اکثر موارد (۶۰/۷۵ درصد) از دوران نوجوانی و هم‌چنین روابط خانوادگی در اکثر موارد (۰۴/۷۸ درصد) آشفته، سرد، غیر صمیمانه و به هم ریخته بوده است. ناسازگاری و عدم رضایت از شغل نیز در اکثر موارد (۹۷/۶۰ درصد) وجود داشته است، سطح اجتماعی اقتصادی آزمودنی‌ها در اکثر موارد (۴۸/۸۰)

---

<sup>۱</sup>. عضو هیات علمی گروه روانشناسی بالینی، دانشگاه علامه طباطبائی com.yahoo@moghaddas\_dr

درصد) در حد متوسط بوده است. شیوع سابقه اختلال روانی در خانواده (۱۹/۱۲ درصد) و ثبات و پایداری صفات و اختلال در اکثر موارد (۳۶/۸۰ درصد) در طول زمان حفظ شده است. نکته مهم و قابل توجه در این پژوهش عدم وجود اختلال شخصیت اسکیزوتایپال و اختلال شخصیت مرزی و همچنین عدم وجود هر نوع پسیکور یا روان پریشی (جنون واضح) در افراد این فامیل بوده است (صفر درصد). کاربرد نابجای مواد در ۰۷/۱۷ درصد و اختلال شخصیت بی تفاوت (پلگماتیک) نیز در (۷۵/۹) درصد به دست آمده است. آنچه در این بررسی به دست آمد موید آن است که اختلال شخصیت یک الگوی خانوادگی و ژنتیکی دارد که از دوران نوجوانی شروع می شود و نقش محیط و تربیت و الگوهای فرهنگی در درجه بعدی اهمیت قرار می گیرد. الگوی اختلال های شخصیت در این بررسی تفاوت چندانی با سایر بررسی های انجام شده در جهان نداشت و علیرغم تنوع صفات و اختلال های شخصیت مختلف، اختلال شخصیت اسکیزوتایپال و مرزی در این فامیل مشاهده نشد. اهمیت شروع اختلال های شخصیت در سیر تحولی در آن است که علیرغم آنکه درصد بالایی از این اختلال ها مربوط به مسائل وراثتی و ژنتیک می باشد، نقش آموزش را در این دوران به خوبی روشن می سازد، و در تمام پژوهش های انجام شده در جهان به اهمیت آن در بروز یا پیشگیری به موقع از این اختلال ها که می تواند با رفتارهای ناهنجار همراه شود توجه جدی مبذول داشت. چگونگی شکل گیری صفات شخصیتی و رفتارهای مرتبط با آن منجر به فهم و درک بهتر رفتار بهنجار نیز خواهد شد. چون شخصیت فقط بودن انسان را تعیین نمی کند بلکه رفتار او را هم مشخص می کند (دین هامر به نقل از متولی زاده اردکانی، علی، ۱۳۸۴) صفات شخصیتی تا حد بسیار بالایی سلامت روانی و رفتاری افراد را به چالش می طلبد و توجه به نقش صفات شخصیت و سبک های مقابله ای در مطالعه سلامت روانی افراد بسیار موثر است (شکری، ۱۳۸۴) صفات و رفتارهای هیجانی، شخصیت و رفتارهای اعتیاد پذیر، شخصیت و ابتلا به افسردگی در مطالعات فراوانی مورد تأیید قرار گرفته است (متولی زاده اردکانی، علی، ۱۳۸۸).

**واژگان کلیدی:** سیر تحولی، رفتار، اختلال شخصیت، ژنتیک، مرزی، اسکیزوتایپال (ناجور).

## مقدمه

بر اساس تعاریف طبقه بندی تشخیصی و آماری اختلال های روانی، تجدیدنظر پنجم

(فرانسس<sup>۱</sup>، ۲۰۱۳) اختلال شخصیت، تجارب ذهنی و رفتاری ماندگاری هستند که از دوران نوجوانی شروع شده و در نهایت باعث انعطاف‌ناپذیری و رفتارهای ناسازگارانه شده و فعالیت‌ها و زندگی فرد را با مشکل روبرو می‌کند و بیمار را نیز دچار رنج و عذاب درونی می‌سازد (کاپلان و سادوک، ۲۰۱۰). اختلال شخصیت دارای انواع مختلفی است و میزان شیوع آن از ۱۰ تا ۲۰ درصد گزارش شده است. پیش‌آگهی آن خوب نیست و می‌تواند به عنوان پیش‌زمینه برای سایر بیماری‌های روانی نیز عمل نماید. متأسفانه معمولاً بیماران دچار اختلال شخصیت از دریافت هر نوع کمک درمانی خودداری می‌کنند و پیوسته در فکر آن هستند که محیط بیرون را بر اساس تمایل خود تغییر دهند و همچنین این بیماران مسائل و مشکلات رفتاری عدیده دارند که برای خودشان قابل قبول است و آن‌ها را دچار اضطراب نمی‌کند و اصولاً خود را بیمار نمی‌شناسند و به دنبال پیگیری‌های درمانی نمی‌روند، در نتیجه این اختلال به دلیل عدم درمان در طول زمان نیز ثابت و بادوام باقی می‌ماند (کاپلان و سادوک، ۲۰۱۰). بر اساس تعریف انجمن روان‌پزشکی آمریکا هرگاه فرد دارای یک اختلال و یا یک صفت شخصیتی برجسته و بیمارگونه باشد که برای فرد و عملکرد اجتماعی و روابط بین فردی او مشکل ایجاد نماید و هویت و توانایی صمیمیت، هم‌حسی و همدلی او را مختل نماید این فرد مبتلا به اختلال شخصیت و یا دارای یک صفت شخصیتی بیمارگونه است، البته این اختلال شخصیت و صفت شخصیتی نباید مربوط به مسائل دوران رشد و یا ثانویه به یک بیماری فیزیکی و یا ضربه مغزی یا مصرف دارو و مواد مخدر باشد، همچنین این اختلال باید در طول زمان ثابت و پایدار باقی بماند (انجمن روان‌پزشکی آمریکا، ۲۰۱۳).

نقش عوامل وراثتی در ایجاد اختلال شخصیت از دیرباز مورد تأیید بوده است و مطالعات زیادی روی دوقلوها از دوران کودکی و نوجوانی انجام شده است. در یک بررسی انجام شده

---

<sup>۱</sup>.francés

در دانشگاه واشنگتن به نقش ژنتیکی و محیطی در آسیب‌شناسی اختلال شخصیت تاکید بسیار شده است (سراکیک<sup>۱</sup> و همکاران، ۲۰۱۰). در بررسی دیگری رابطه بین رفتار و صفات شخصیتی مورد تأیید و تاکید قرار گرفته است (لیوسلی<sup>۲</sup>، ۲۰۰۸).

گابارد<sup>۳</sup> (۲۰۰۵) طی پژوهشی گزارش کرد که ژن و محیط تربیتی در طی سیر تحولی به طور تفکیک‌ناپذیر در بروز اختلال شخصیت موثر هستند و هم‌چنین در همین بررسی آمده است که اختلال شخصیت از تغییرات پایدار مغزی نشأت می‌گیرند و در روان‌درمانی هم می‌بایست این یافته‌ها مورد توجه قرار گیرد.

سویندسن<sup>۴</sup> (۲۰۰۲) طی پژوهشی دریافت که صفات شخصیتی و احتمال بروز وابستگی به مواد یک عامل تعیین‌کننده است و همچنین در بررسی دیگری مشخص شد که محیط تربیتی در دوران رشد و ژن هر دو در بروز اختلال شخصیت نقش دارند (تورگرسن<sup>۵</sup> و همکاران، ۲۰۰۸). کانر<sup>۶</sup> و همکاران (۲۰۱۰) دریافتند که بین سوء مصرف مواد، محیط تربیتی و صفات شخصیتی ارتباط نزدیکی وجود دارد؛ اما تعداد زیادی از بررسی‌ها نیز تاکید دارند که نقش ژن در بروز اختلال‌های شخصیتی مقدم بر نقش محیط تربیتی در سیر تحولی می‌باشد و حتی از ناقل‌های شیمیایی مغز مثل سروتونین و دوپامین به عنوان مسئول در این تغییرات بیولوژیکی یاد شده است و نوع ژن خاصی را در بروز این اختلال‌ها دخیل می‌دانند (ریچبورن<sup>۷</sup> و همکاران، ۲۰۱۰). در یک بررسی دیگر که بر روی ۳۰ هزار نفر دوقلو از دوران کودکی و نوجوانی در جریان سیر تحولی در آمریکا انجام شده است تاکید شده است که تأثیرات محیطی

<sup>۱</sup>. Svrakic

<sup>۲</sup>. Liveseley

<sup>۳</sup>. Gabbard

<sup>۴</sup>. Swendsen

<sup>۵</sup>. Torgerse

<sup>۶</sup>. Conner

<sup>۷</sup>. Riechborn

فرهنگی و تربیتی و خانواده و وابستگان درجه اول در سیر تحولی می‌تواند روی رفتارهای اجتماعی و اعمال و نه روی شخصیت افراد اثر بگذارد (ایوز<sup>۱</sup> و همکاران، ۱۹۹۹). در بررسی دیگر که روی افراد مبتلا به اختلال شخصیت ضد اجتماعی انجام شد مشخص شد که تأثیر نفوذ ژن تا ۵۰ درصد موثر بوده است (فرگوسن<sup>۲</sup>، ۲۰۱۰). کندلر<sup>۳</sup> (۲۰۱۰) در مطالعه خود دریافت که بین ژنتیک و صفات شخصیتی و افسردگی ارتباط وجود دارد. در تحقیقی که در اسپانیا انجام شده است مشخص گردید که بین محیط، تربیت، آموزش و ژن و اختلال شخصیت نوعی ارتباط برقرار است، لذا پژوهشگران پیشنهاد کرده‌اند که از نظر بررسی‌های آسیب‌شناسی در طبقه‌بندی تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی این موضوع در آینده مورد بحث و تبادل نظر قرار گیرد (هرناندز<sup>۴</sup>، ۲۰۰۹). سیرر<sup>۵</sup> (۲۰۰۹) طی پژوهشی بر روی دخالت ژن‌های مشخصی در بروز اختلال‌های شخصیت اسکیزوتایپال و مرزی، علائم و نشانه‌های آنها تأیید کرد. در بررسی دیگری که به تازگی انجام شده است به نقش ژن‌ها در بروز اختلال‌های شخصیت تأکید شده ولی این که چه نوع ژن و با چه نوع تأثیر و یا تعاملی متقابل با محیط در سیر تحولی این اختلال‌ها را به وجود می‌آورد به درستی معلوم نشده است (ریچبورن، ۲۰۱۰).

موفیت<sup>۶</sup> (۲۰۱۰) نیز در پژوهشی نقش ژن و تغییرات بیولوژیکی در بروز اختلال شخصیت ضد اجتماعی را تأیید کرده است. در پژوهشی گسترده موضوع ارتباط بین ژن و بروز اختلال شخصیت در دانشگاه بریتیش کلمبیا در حال پیگیری و انجام است (لیوسلی، ۲۰۰۸)، توانایی‌ها، عقاید انگیزش‌ها، هیجان‌ها، صفات شخصیتی در هر فرد ترکیب ویژه‌ای دارد که او را

<sup>۱</sup>. Eaves

<sup>۲</sup>. Ferguson

<sup>۳</sup>. rKendle

<sup>۴</sup>. Hernandes

<sup>۵</sup>. Sierer

<sup>۶</sup>. tMoffit

از دیگران متمایز می‌سازد، در هم آمیختن عوامل وراثتی و محیطی در شکل دادن شخصیت فرد از بدو تولد وجود دارد، در نتیجه میان صفات شخصیتی به ارث برده کودک و محیطی که در آن بزرگ می‌شود نوعی همبستگی ذاتی جود دارد (اتکینسون، ریتال، ال، ۱۳۷۳) در یک بررسی دیگر مشخص شده است که حتی صفات شخصیتی والدین نیز ممکن است منجر به اختلال‌های رفتاری در کودکان گردد (نجفی، سید بدر الدین، ۱۳۸۹). اهمیت موضوع تحقیق در نتایج پژوهش‌های بالا مشخص می‌باشد.

## روش

این بررسی از نوع بررسی‌های توصیفی - مقطعی است. که به صورت زیر انجام شده است

پس از مراجعه تعداد زیادی افراد خویشاوند از یک فامیل به درمانگاه مشاوره و بیماری‌های روانی که همه دارای شکایات و علائم روانی مشابه و نزدیک به هم بودند و اینکه همه مراجعین از یک ایل و طایفه مشخص و خویشاوند نسبی نزدیک بودند توجه ویژه کارشناسان و مشاوران بهداشت روانی را به خود جلب نمودند، لذا در پی این مراجعات، تصمیم گرفته شد وضعیت بهداشت روان همه افراد آن فامیل و طایفه مشخص مورد بررسی قرار گیرد تا از این طریق به درک آسیب‌شناسی این اختلال‌ها دران فامیل نائل شد و در نتیجه به راهکارهای علمی برای پیشگیری، تشخیص و درمان این اختلال‌ها رسید. لذا نمونه‌گیری و جامعه آماری پژوهش حاضر شامل کلیه افراد بزرگسال بالای ۳۰ سال آن فامیل که در مجموع ۴۱ نفر، شامل ۲۵ نفر مرد و ۱۶ نفر زن بودند می‌باشد. علت انتخاب افراد بالای ۳۰ سال برای مطمئن شدن از ثبات و پایداری و دوام صفات شخصیتی و اختلال شخصیت که از دوره نوجوانی و سیر تحولی آغاز شده بوده است می‌باشد. همگی آزمودنی‌ها به طور جداگانه مورد مصاحبه و بررسی بالینی روانی حضوری توسط یک نفر روان‌پزشک و یک نفر روان‌شناس بالینی واحد

بر اساس ابزار معیارهای طبقه‌بندی تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی، تجدیدنظر پنجم قرار گرفتند و نوع رفتار و تعامل آنها در طی یک دوره زمانی مشخص مورد بررسی، پیگیری، تجزیه و تحلیل قرار گرفت و تشخیص گذاری نهایی انجام شد. در صورتی که در مصاحبه‌های بالینی و حضوری انجام شده تشخیص یک نفر از آزمودنی‌ها با دشواری روبرو و یا مورد شک و تردید قرار می‌گرفت و یا اطلاعات ناقص بود تشخیص گذاری نهایی به جلسات بعدی موکول می‌شد و همچنین به دلیل خویشاوند بودن آزمودنی‌ها، از سایر افراد مطلع خانواده جهت تکمیل اطلاعات و نتیجه‌گیری نهایی استفاده می‌شد.

در گرفتن شرح حال، مصاحبه و معاینه بالینی روانی به موارد زیر نیز توجه ویژه مبذول شده است: سابقه بیماری‌های جسمی و مغزی، سابقه وجود اختلال‌های حسی و عصب‌شناختی<sup>۱</sup>، سابقه وجود اختلال تفکر و هذیان و هر نوع پسیکوز واضح (روان‌پریشی) و همچنین سابقه وجود هرگونه بیماری شناخته شده روانی در خانواده.

در ادامه، داده‌های گردآوری شده به کمک نرم‌افزار SPSS و استفاده از آزمون خی دو و تست دقیق فیشر مورد محاسبات لازم قرار گرفته است. اجماع این ابزارها معیار تشخیص و محاسبه و نتیجه‌گیری در پژوهش حاضر بوده است.

## نتایج

یافته‌های این پژوهش که باهدف بررسی توزیع فراوانی اختلال‌های شخصیت و صفات شخصیتی در ۴۱ نفر آزمودنی اعضای خویشاوند یک فامیل مشخص انجام شده است به شرح زیر می‌باشد:

<sup>۱</sup>. perceptual disturbance

۲۵ نفر از آزمودنی‌ها (۹۷/۶۰ درصد) مرد و ۱۶ نفر (۰۲/۳۹ درصد) زن بوده‌اند. یافته‌های پژوهش نشان داد که روابط خانوادگی و بین فردی در اکثر موارد در خویشاوندان این فامیل بسیار ضعیف، سرد، غیر صمیمانه و مختل بوده است (۹۰/۲۴ درصد). ثبات و پایداری این اختلال‌ها در طول زمان در اکثر بیماران یعنی در ۳۵ نفر (۸۵/۳۶ درصد) که از دوران نوجوانی و در جریان سیر تحولی آغاز شده بوده است حفظ شده است. میزان تحصیلات در این فامیل در ۲۹ نفر (۷۳/۷۰ درصد) لیسانس و بالاتر بوده است و در ۲۲ نفر (۶۸/۵۳ درصد) دیپلم و سیکل و آزمودنی بی سواد در این فامیل دیده نشد. ۶ نفر از آزمودنی‌ها (۶۳/۱۴ درصد) مجرد و ۲۴ نفر (۵۳/۵۸ درصد) متأهل بودند، ۷ نفر (۰۷/۱۷ درصد) طلاق گرفته و ۴ نفر (۵/۹۷ درصد) ازدواج مجدد داشته‌اند، ۱۲ نفر (۲۶/۲۹ درصد) دارای سابقه استرس متوسط و ۲۹ نفر (۷۳/۷۰ درصد) دارای سابقه استرس کم و قابل قبول بوده‌اند؛ یعنی در همه آزمودنی‌ها به نوعی سابقه استرس کم تا متوسط وجود داشته است. بر اساس بررسی‌های انجام شده از بیمار یا اطرافیان او فوت یکی از والدین در دوران کودکی و نوجوانی به عنوان یک استرس مهم در هیچ کدام از آزمودنی‌ها وجود نداشت.

از نظر اشتغال ۶ نفر (۶۳/۱۴ درصد) بیکار و ۱۸ نفر (۹۰/۴۳ درصد) شاغل و ۸ نفر (۵۱/۱۹ درصد) بازنشسته و همچنین ۹ نفر (۹۵/۲۱ درصد) خانه‌دار بوده‌اند. در بررسی‌هایی که انجام شد مشخص گردید،

سابقه ناسازگاری و کشمکش در محیط کار در ۲۱ نفر (۲۱/۵۱ درصد) از آزمودنی‌ها وجود داشته است. از نظر وضعیت اقتصادی بر اساس گزارش خود آزمودنی‌ها، ۹ نفر (۹۵/۲۱ درصد) دارای وضعیت اقتصادی خوب و ۲۴ نفر از آنها (۵۳/۵۸ درصد) در وضعیت اقتصادی متوسط بوده‌اند و بقیه یعنی ۸ نفر (۵۱/۱۹ درصد) از آزمودنی‌ها وضعیت اقتصادی نامناسب و بدی داشته‌اند. در بررسی‌هایی که از نظر شکل روابط خانوادگی انجام شد آمار زیر به دست



آمد، در ۲۵ نفر از آزمودنی‌ها (۹۷/۶۰ درصد) روابط خانوادگی به صورت ناآرام و ناهماهنگ شدید و در ۷ نفر از آنها (۰۷/۱۷ درصد) ناآرام و ناهماهنگ متوسط و فقط در ۹ نفر (۹۵/۲۱ درصد) روابط خانوادگی آرام و بدون درگیری و اختلاف داشته‌اند. از نظر سابقه اختلال‌های روانی در این فامیل فقط ۷ نفر (۷۳/۱۷ درصد) سابقه وجود اختلال شبه جسمی و به همین نسبت سابقه سوء مصرف مواد وجود داشت و سابقه بیماری‌های جسمی غیر مرتبط در ۹ نفر (۹۵/۲۱ درصد) از آنها به دست آمد که در جدول شماره ۱ نشان داده شده است.

جدول ۱- توزیع فراوانی مطلق و نسبی بیماری‌های عضوی در نمونه مورد بررسی

شماره	نام بیماری	تعداد	جنس	درصد
۱	سکته مغزی	۲	زن	۸۷/۴
۲	فشارخون	۲	زن	۸۷/۴
۳	بیماری‌های قلبی و عروقی	۲	۱ نفر زن ۱ نفر مرد	۲/۴۳ ۴۳/۲
۴	دمانس عروقی	۲	زن	۸۷/۴
۵	دیابت	۲	۱ نفر زن ۱ نفر مرد	۲/۴۳ ۴۳/۲

در این بخش از تحقیق به فراوانی مطلق و نسبی انواع اختلالات شخصیت پرداخته می‌شود.

جدول ۲. توزیع فراوانی مطلق و نسبی انواع مختلف اختلالات شخصیت و صفات شخصیتی<sup>۱</sup>

شماره	اختلال شخصیت	موردها	درصد	مرد	درصد	زن	درصد
۱	پارانویید	۸	۵۱/۱۹	۵	۱۹/۱۲	۳	۳۱/۷
۲	خودشیفته	۶	۶۳/۱۴	۳	۳۱/۷	۳	۳۱/۷
۳	نامعین	۶	۶۳/۱۴	۴	۷۵/۹	۲	۸۷/۴

<sup>۱</sup>. Trait

۸۷/۴	۲	۳۱/۷	۳	۱۹/۱۲	۵	وسواسی-جبری	۴
۷۵/۹	۴	۰	۰	۷۵/۹	۴	نمایشی	۵
-	-	۳۱/۷	۳	۳۱/۷	۳	ضد اجتماعی	۶
۴۳/۲	۱	۸۷/۴	۲	۳۱/۷	۳	اسکیزوتیپ	۷
۴۳/۲	۱	۴۳/۲	۱	۸۷/۴	۲	دوری گزین	۸
۸۷/۴	۲	۸۷/۴	۲	۷۵/۹	۴	پلگماتیک <sup>۱</sup>	۹

از نظر رضایت شغلی که موضوع مهمی در بررسی‌های اختلالات شخصیت می‌باشد نتایج به این شرح است: در ۱۶ نفر (۰۲/۳۹ درصد) رضایت شغلی وجود نداشت، در ۱۹ نفر (۴۶۳۴ درصد) رضایت شغلی کمی وجود داشت و فقط در ۶ نفر (۱۴۶۳ درصد) رضایت شغلی نسبی وجود داشته است.

زمان شروع اختلال در بررسی‌های اختلال شخصیت از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است که در این بررسی نیز به این موضوع توجه ویژه مبذول شد. شروع اختلال در اکثر موارد یعنی در ۳۱ نفر (۷۵۶۰ درصد) از نوجوانی و در جریان سیر تحولی و ۴ نفر (۷۵/۹ درصد) در اوایل بزرگسالی بوده است و ۶ نفر (۶۳/۱۴ درصد) هم زمان دقیق شروع اختلال نامعلوم بوده است.

لازم به ذکر است صفت شخصیتی پرخاشگر منفعل<sup>۲</sup> همراه با سایر صفات و اختلال‌های شخصیت در اکثر موارد وجود داشته است. دیگر آن که در بعضی موارد علائم و نشانه‌ها به طور کامل منطبق با ملاک‌های تشخیصی نبوده است و بیشتر به صورت صفت شخصیتی غالب وجود داشته است.

همان طور که مشاهده می‌شود بیشترین نوع اختلال شخصیت به دست آمده در این فامیل، اختلال شخصیت پارانویید در ۸ نفر (۵۱/۱۹ درصد) شناسایی شده است، در ردیف دوم و سوم،

<sup>۱</sup>. Phlegmatic

<sup>۲</sup>. passive aggressive

اختلال شخصیت خودشیفته در ۶ نفر (۶۳/۱۴ درصد) که با اختلال شخصیت نامعین با همین میزان برابری داشته است. چهارمین نوع اختلال شخصیت شایع در این فامیل، اختلال شخصیت وسواسی جبری در ۵ نفر (۱۹/۱۲ درصد) مشاهده شده است و در ردیف‌های بعدی اختلال شخصیت نمایشی در ۴ نفر (۷۵/۹ درصد) و اختلال شخصیت اسکیزوئید در ۳ نفر (۳۱/۷ درصد) از آزمودنی‌های به دست آمد که با اختلال شخصیت ضد اجتماعی به همین میزان برابری داشت. حضور صفت شخصیتی بی تفاوت (پلگماتیک)، که در قدیم به آنها بلغمی مزاج می‌گفتند، افرادی که از نظر بررسی ناقل‌های شیمیایی مغز، سطح اندورفین درونزاد آنها بالا است و به صورت بی تفاوتی و نداشتن عواطف و احساسات متناسب نسبت به موضوعات مختلف خود را نشان می‌دهد) در ۴ نفر (۷۵/۹ درصد) مشاهده شد که از نظر تأیید تشخیص‌های داده شده در این پژوهش اهمیت زیادی دارد که در قسمت بحث به آن پرداخته می‌شود. صفت شخصیتی پرخاشگر منفعل نه به صورت اختلال شخصیت کامل، تقریباً در اکثر آزمودنی‌ها (۷۳/۷۰ درصد) همراه با دیگر صفات شخصیتی و اختلال‌های شخصیت وجود داشت. در ۷ نفر (۷/۱۷۰ درصد) از افراد این فامیل سابقه سوء مصرف مواد به دست آمد که به جز یک نفر که سوء مصرف مواد از نوع شیشه داشت بقیه همگی وابستگی آنها به مصرف مداوم تریاک بود. به نظر محقق علیرغم وجود و تنوع انواع صفات شخصیتی و اختلال‌های شخصیت، مهم‌ترین و جالب‌ترین نتیجه این پژوهش عدم وجود اختلال شخصیت اسکیزوتایپال (ناجور) و اختلال شخصیت مرزی در این فامیل بوده است (صفر درصد)، به نظر نمی‌رسد که بروز اختلال شخصیت مرزی و اسکیزوتایپال ارتباط زیادی با مسائل محیطی و تربیتی در جریان سیر تحولی داشته باشد و بیشتر این اختلال‌ها ژنتیکی و موروثی هستند تا اکتسابی و این موضوعی است که در بررسی‌های علمی انجام شده جدید در جهان نیز به آن توجه ویژه شده است و به طور مبسوط در این مقاله درباره آن بحث خواهد شد.

## بحث

یکی از تفاوت‌های مهم این بررسی با سایر بررسی‌ها این است که هر ۴۱ نفر مورد آزمودنی، خویشاوند و از یک فامیل و خانواده مشخص بوده‌اند و این بررسی را از سایر بررسی‌ها متمایز و دارای اهمیت می‌سازد. این بررسی به نوعی شبیه بررسی روی دوقلوها می‌باشد، چون کلیه افراد بالای ۳۰ سال در این فامیل مورد بررسی قرار گرفتند. میانگین سن شروع و بروز اختلال در اکثر موارد (۶۰/۷۵ درصد) در نوجوانی و در جریان سیر تحولی رشد بوده است.

همان‌طور که اشاره شد نخستین دست آورد مهم این پژوهش عدم وجود اختلال شخصیت اسکیزوتایپال و اختلال شخصیت مرزی در بین ۴۱ نفر افراد این فامیل است که با سایر بررسی‌های جهانی در این زمینه هماهنگی دارد و پیشنهادهایی که برای انتقال این دو اختلال به زیرگروه سایر پسیکوزها (روان‌پریشی) یا یک گروه دیگر در طبقه‌بندی تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی در آینده می‌شود تا حد زیادی در حال پذیرفته شدن است.

برای نمونه در بررسی سیلورمن<sup>۱</sup> و همکاران (۱۹۹۳) نشان داده شده که اختلال شخصیت اسکیزوتایپال در بستگان درجه اول بیماران اسکیزوفرنی بیشتر دیده می‌شود. در پژوهش دیگری که توسط بارون<sup>۲</sup> و همکاران (۱۹۸۳) انجام شد نیز مشخص شد که بین اختلال شخصیت اسکیزوتایپال و اختلال شخصیت اسکیزوفرنی رابطه بیشتری برقرار است و از این جهت این بیماری به پسیکوزها (جنون‌های واقعی یا روان‌پریشی) شباهت بیشتری دارد تا به سایر اختلال‌های شخصیت. این موضوع توسط نیگ<sup>۳</sup> و همکاران (۱۹۹۴) نیز مورد تأیید قرار گرفته است که اختلال شخصیت اسکیزوتایپال به پسیکوزها (جنون یا روان‌پریشی‌ها) بیشتر نزدیک

---

<sup>۱</sup>. nSilverma

<sup>۲</sup>. Baron

<sup>۳</sup>. Nigg

است و اختلال شخصیت مرزی به اختلال‌های خلقی، این هر دو نظریه در پژوهش حاضر نیز مورد تأیید قرار گرفت. اهمیت این موضوع در این است که این پژوهش‌ها در کشورهای مختلف با ملیت و فرهنگ‌های مختلف انجام شده و همه این پژوهش‌ها به نتایج مشترکی ختم شده است. در بررسی دیگری مشخص شد که در بین بستگان مبتلایان به اختلال شخصیت اسکیزوتایپال این اختلال بیشتر دیده می‌شود، همچنین در بین مبتلایان به اختلال شخصیت مرزی، شیوع اختلال شخصیت مرزی بیشتر است. بارون و همکاران (۱۹۸۵). لذا مطرح شده است که احتمالاً این اختلال‌ها توسط یک نوع ژن خاص به ارث می‌رسد. دیستل<sup>۱</sup> و همکاران (۲۰۰۹) در پژوهشی که در دانشگاه آمستردام هلند انجام شد دریافتند اختلال شخصیت مرزی یک پایه و اساس ژنتیک دارد. پژوهش حاضر نیز می‌تواند در راستای پژوهش‌های انجام شده به تعیین تکلیف ساختار طبقه‌بندی این دو نوع اختلال کمک شایانی کند.

نکته مهم دیگری که در تأیید جدایی و متفاوت بودن اختلال شخصیت اسکیزوتایپال و مرزی با سایر اختلال‌های شخصیت می‌باشد و در بررسی حاضر نیز به دست آمد این است که هیچ‌گونه اختلال حسی عصب‌شناختی، توهمی و هذیانی (صفر درصد) در این فامیل مشاهده نشد. در این پژوهش روشن شد که در این افراد خویشاوند با عدم وجود اختلال شخصیت مرزی و همچنین عدم وجود اختلال‌های خلقی اساسی مواجه هستیم و این پژوهش نیز این موضوع را که اختلال شخصیت مرزی در خانواده و بستگان درجه اول اختلال‌های خلقی و یا در بستگان درجه اول اختلال شخصیت مرزی بیشتر می‌دانند مورد تأیید قرار می‌دهد. در پژوهشی که در دانشگاه ماینز آلمان انجام شده تأکید کرده‌اند که بین ناقل شیمیایی سروتونین و بروز اختلال شخصیت مرزی نوعی ارتباط وجود دارد و این انتقال از طریق دخالت نوعی ژن به خصوص به ارث می‌رسد تادیک<sup>۲</sup> و همکاران (۲۰۰۹).

موضوع دیگری که در این پژوهش در راستای پژوهش‌های جهانی انجام شده قرار گرفت و

تأیید شد، تأثیر عوامل ژنتیکی در بروز اختلال‌های شخصیت بیشتر از تأثیرات محیطی و تربیت است که به معنی آن است که هم ژن و هم محیط و تربیت هر دو در بروز این اختلال‌ها که از دوران نوجوانی در جریان سیر تحولی شروع می‌شوند دخالت دارند. از آنجا که افراد مبتلا به اختلال‌های شخصیت و یا با صفات شخصیتی مشخص به خصوص آن طور که در بین این ۴۱ نفر خویشاوند مشاهده شد و در آمار نیز به آن اشاره رفت، ارتباط خانوادگی صمیمانه، گرم و خوبی باهم نداشتند که بتوانند به صورت مستقیم یا غیرمستقیم از نظر تربیتی، رفتاری و یادگیری بر یکدیگر تأثیرات ماندگاری داشته باشند، لذا در این پژوهش نیز تأیید شد که تأثیر و نفوذ ژن از تأثیر محیط و تربیت در جریان رشد در سیر تحولی در بروز این اختلال‌ها بیشتر است نه آنکه وجود نداشته باشد. ۳۷ نفر رابطه خانوادگی سرد و ضعیف (۲۴/۹۰ درصد) در برابر ۴ نفر (۷۵/۹ درصد) رابطه خانوادگی گرم و متوسط و شکننده که با الگوهای رفتاری اختلال‌های شخصیت که در مقدمه به آن نیز اشاره شده است هم خوانی دارد. در یک بررسی که در دانشگاه سنت لوئیس آمریکا بر روی ۳۰ هزار نفر از دوقلوها انجام شد معلوم شد که برای اختلال شخصیت ضد اجتماعی زمینه‌های بیولوژیک وجود دارد، یعنی نقش ژن در اختلال‌های یاد شده توسط پژوهش‌های ژنتیک مولکولی به اثبات رسیده است. گانتر<sup>۳</sup> و همکاران (۲۰۱۰). همچنین در بررسی دو سالانه دیگری مشخص شد که برای اختلال شخصیت‌های اسکیزوتایپال و مرزی، دوری گزین و وسواسی نوعی انتقال ژنتیکی وجود دارد. مک گلاشان<sup>۴</sup> و همکاران (۲۰۰۵) از آن جا که اکثر آزمودنی‌های این پژوهش بر اساس یک رسم و سنت، ازدواج‌های خویشاوندی و درون فامیلی داشته‌اند (۹۲/۸۲ درصد) لذا می‌توان پذیرفت که انتقال صفات شخصیتی و یا اختلال‌های شخصیت بیشتر از طریق انتقال ژنتیکی بوده است نه از طریق ارتباط‌های خویشاوندی و تأثیر گذاری و یادگیری و این موضوع نیز با سایر بررسی‌های جهانی که تأثیر ژن را مقدم بر تأثیر محیط، فرهنگ، آموزش، تربیت و یادگیری در سیر تحولی می‌دانند هماهنگ است.

وجود اختلافات خانوادگی، عدم رضایت شغلی و ناسازگاری در محیط کار، همچنین شخصیت بی تفاوت یا پلگماتیک با (۷۵/۹ درصد) به دست آمده در این پژوهش مطابق با الگوهای رفتاری اختلال‌های شخصیت و هماهنگی با دیگر بررسی‌های انجام شده جهانی در این زمینه است. به طور کلی این پژوهش نشان داد که اختلال‌های شخصیت الگوی ژنتیکی و خانوادگی دارد و ناسازگاری‌های خانوادگی و شغلی در آنها بالاست و دیگر آنکه اختلال شخصیت اسکیزوتایپال و مرزی چندان هماهنگ با سایر اختلال‌های شخصیت نیست و در تمام پژوهش‌های انجام شده پیشنهاد شده که نسبت به جایگاه و تعریف جدید این دو اختلال در طبقه‌بندی تشخیصی و آماری اختلالات روانی در نشست‌های آینده بحث و تصمیم‌گیری انجام شود. نظر به آن که انتقال ژنتیکی و فامیلی اختلال‌های شخصیت در اکثر بررسی‌ها از جمله بررسی حاضر مورد تأیید قرار گرفته است پیشنهاد می‌گردد، قبل از اقدام به ازدواج مشاوره‌های روان‌شناختی و ژنتیکی لازم برای پیش‌گیری از به ارث رسیدن این اختلال‌ها به عمل آید. به خصوص در خانواده‌هایی که این‌گونه اختلال‌ها در آن مشاهده شده است. با این حال با در نظر گرفتن آن که این بررسی روی ۴۱ نفر آزمودنی اعضای خویشاوند یک فامیل انجام شده است به نظر می‌رسد که الگوی کلی اختلال‌های شخصیت و رفتارهای مربوط به آن در این بررسی تفاوت چندانی با آن چه در سایر بررسی‌ها به آن اشاره شده است ندارد و در بیشتر موارد آمارهای به دست آمده در این بررسی با آمارهای جهانی هم خوانی دارد.

نکته دیگری که در این پژوهش به روشنی مشخص است بالا بودن سطح تحصیلات و متوسط بودن سطح اقتصادی آزمودنی‌ها در این فامیل بود، این دو موضوع نیز که اندکی باهم در تضاد هستند را می‌توان این‌گونه تحلیل کرد که موضوع بهره‌هوشی نیز از یک الگوی خانوادگی و ژنتیکی پیروی می‌کند که با این میزان بهره‌هوشی متناسب که همه آزمودنی‌ها داشته‌اند به سطح مشخصی از تحصیلات عالی رسیده‌اند اما اینکه چرا علیرغم تحصیلات بالا

در این فامیل سطح اقتصادی آزمودنی‌ها متناسب با سطح تحصیلی آنها نیست و می‌توانست خیلی بالاتر از این باشد آن است که صفات شخصیتی و ابتلا به اختلال‌های شخصیتی موجود و ناسازگاری‌های مرتبط با این اختلال‌ها که به آن اشاره شد و رفتارهای مرتبط با آن به خصوص در محیط کار اجازه رشد و ترقی اقتصادی بیشتر که نیازمند تعاملات رفتاری، فردی، خانوادگی و اجتماعی گسترده‌تری می‌باشد را به آزمودنی‌ها نداده است، پژوهش‌های بومی انجام شده در ایران نیز بر این موضوع تاکید دارد که بین شخصیت و رفتار ارتباط مستقیم وجود دارد (عبدی، سلمان عبدلهی مجارشین، رضا، ۱۳۸۸).

علیرغم تاکید منابع معتبر کاپلان و سادوک (۲۰۱۰) مبنی بر این که وجود اختلال‌های شخصیت می‌تواند به عنوان پیش‌زمینه برای ابتلا به سایر انواع بیماری‌های روانی عمل کند به جز ۷ نفر (۱۷/۰۷ درصد) مبتلا به اختلال‌های شبه جسمی و همین میزان سوء مصرف مواد، ابتلا به اختلال روانی همزمان دیگری در آزمودنی‌ها مشاهده نشد که این اختلاف آماری موجود در این بررسی با سایر پژوهش‌های انجام شده را می‌توان به تفاوت‌های ژنتیکی، نژادی، فرهنگی، آموزشی و تربیتی در کشورهای مختلف مربوط دانست؛ و مهم آنکه بر اساس پژوهش‌های انجام شده اختلال‌های شخصیت در همه جوامع دارای شیوع زیاد و عوارض فراوانی برای فرد، خانواده و اجتماع می‌باشد و به دلیل شروع زودهنگام آن که بیشتر از دوره نوجوانی است و همچنین به دلیل سال‌های طولانی که فرد مبتلا و خانواده او و جامعه با این بیماری دست به گریبان است و رفتارهای نامتناسب دارد بدیهی است که هزینه‌های زیادی را به بودجه سالانه هر خانواده و کشوری تحمیل می‌نماید. آنچه که از پژوهش‌های انجام شده در جهان، ایران و از جمله این پژوهش به دست آمده، این است که این اختلال‌ها دارای زمینه ارثی قوی بوده و می‌تواند به ارث برسند، گرچه موضوع تربیت و محیط به خصوص تربیت از دوران کودکی و مقطع حساس نوجوانی در سیر تحولی در بروز این اختلال‌ها به طور جدی مطرح است؛ اما



همان طور که پیش‌تر نیز به آن اشاره شد با یک برنامه‌ریزی صحیح و کم هزینه مثل اجباری شدن مصاحبه و غربالگری توسط کارشناسان بهداشت روان قبل از ازدواج مانند اجباری شدن آزمایش خون، می‌توان از به ارث رسیدن این اختلال‌های پایدار تا اندازه زیادی با آموزش، آگاه‌سازی یا ممانعت از ازدواج دو نفر که دارای علائم و نشانه‌هایی از این اختلال‌ها و دارای تشخیص قطعی می‌باشند، از پیامدهای جدی و هزینه‌های گزاف آن برای افراد مبتلا، خانواده و کشور پیشگیری نمود و با اعمال روش‌های تربیتی صحیح از شکل‌گیری صفات ناجور و متعاقب آن رفتارهای ناهنجار و حتی از بروز و تظاهر ژن‌ها در افراد مستعد تا اندازه زیادی پیشگیری نمود؛ و در پایان از آنجا که این اختلال‌ها معمولاً از دوران نوجوانی شروع می‌شود و مشخصه دوران نوجوانی نشانه‌های فیزیولوژیک و افزایش شدید هورمون‌های جنسی بلوغ است و دوره‌ای از رسش است که در حد فاصل کودکی و بزرگسالی قرار دارد و اینکه نوجوانی دوره گذرایی است که طی آن شخصیت و صفات شخصیتی و روابط همسالان شکل می‌گیرد و تعمیق می‌شود، استقلال در تصمیم‌گیری رشد می‌کند و فرد در پی مشغله‌های فکری و اجتماعی بر می‌آید و همچنین نوجوانی عمدتاً دوره کاوش و انتخاب است و این دوران فرایند تدریجی حرکت به سمت خود پنداره منسجم است و از آنجا که نوجوانی، فرایند پیشرفت است که مشخصه آن افزایش توانایی تسلط بر چالش‌های پیچیده تکالیف تحصیلی، بین فردی و هیجانی و درعین حال جستجوی استعدادها، هویت اجتماعی و علائق جدید می‌باشد، لذا این همه مسائل مهم و آینده‌ساز که نقش کلیدی مهمی در شکل‌گیری ساختار روانی و صفات شخصیتی و بهداشت روان و رفتار نوجوان دارد می‌تواند به دلیل شروع این اختلال‌ها در این مقطع حساس تحت تأثیر قرار گرفته و تخریب شود.

یادآوری می‌شود که دوران نوجوانی به سه بخش، اوایل نوجوانی یعنی از ۱۲ تا ۱۴ سالگی را در می‌گیرد و اواسط نوجوانی که مربوط به سنین ۱۴ تا ۱۶ سالگی است و اواخر نوجوانی

حد فاصل ۱۷ تا ۱۹ سالگی و چون از مؤلفه‌های این مقاطع سنی یادشده نوجوانی رشد جسمی که فرایند رسش جنسی و جسمی است، بلوغ شناختی که طیف وسیعی از قابلیت‌ها و توانایی‌ها را در بر می‌گیرد، جامعه‌پذیری یعنی کسب پذیرش در روابط همسالان و نیز پدید آمدن شناخت اجتماعی پخته‌تری در نوجوان، و همچنین رشد اخلاقی و عزت نفس می‌باشد (کاپلان و سادوک، ۲۰۱۰) که غفلت از اهمیت آموزش و تربیت در این مقاطع مختلف سیر تحولی می‌تواند پیامدهای جبران‌ناپذیری در باره شکل‌گیری و قوام ساختار روانی، شخصیتی و رفتاری نوجوان را در بر داشته باشد. از آنجا که بر اساس پژوهش‌های فراوان و اسناد و مدارک علمی اختلال‌های شخصیت به طور کلی از دوران نوجوانی آغاز می‌شوند و علیرغم آنکه بخش مهمی از این شروع مربوط به وراثت و موضوع ژنتیک است که قبلاً به آن اشاره شده است ولی نقش عوامل محیطی، تربیتی و آموزشی نیز در بروز این اختلال‌ها جدی است و در درجه بعدی اهمیت قرار دارد که با انجام برنامه‌ریزی‌های صحیح پیشگیرانه، آموزشی و تربیتی می‌توان با تشخیص به موقع و غربالگری علمی و همچنین آموزش والدین و مسئولان تربیتی و آموزشی کودک و نوجوان از بدتر و عمیق‌تر شدن و شیوع بیشتر این اختلال‌های مهم و ناتوان‌کننده و حتی به حد اقل رساندن و کم‌رنگ کردن تأثیرات ژنتیکی و وراثتی آن آگاهانه عمل نمود؛ و اینکه بدانیم آمار و ارقام و پژوهش‌های انجام‌شده به نقش خانواده، محیط و تربیت و آموزش از دوران کودکی در سیر تحولی برای پیش‌گیری از ابتلا به اختلال‌های روانی هرچه بیش‌تر از پیش تأکید دارند.

خوشبختانه معمولاً شروع و بروز این صفات شخصیتی و اختلال‌های رفتاری مربوط به آن در نوجوان در سیر تحولی دارای علائم هشداردهنده‌ای مثل، کناره‌گیری اجتماعی، احساس مفراط انزوا و تنهایی، احساس مفراط طرد شدن، قربانی‌خسونت شدن، احساس آزار دیدن و مورد عیب‌جویی واقع شدن، ابراز خسونت در نوشته‌ها و نقاشی‌ها، خشم کنترل‌نشده، الگوهای

رفتارهای تکانشی و کتک زدن، ارباب و قلدری مزمن، سابقه مشکلات انضباطی، سابقه رفتارهای خشن و پرخاشگرانه، عدم تحمل تفاوت‌ها و نگرش‌های خشن و متعصبانه، مصرف الکل و مواد، جذب دار و دسته‌ها شدن، و تهدیدهای جدی به اعمال خشونت می‌باشد (کاپلان و سادوک، ۲۰۱۰) که با هماهنگی، ارتباط و گزارش‌های به موقع والدین آموزش دیده و مسئولین آموزشی و تربیتی و کارشناسان بهداشت روان قابل تشخیص به موقع، پیشگیری و درمان می‌باشد. با توجه به توزیع فراوانی و آمار و ارقام موجود به دست آمده در این پژوهش اهمیت و نقش خدمات آموزشی، تربیتی و پیشگیرانه در سیر تحولی و رشد در این مقاله به درستی روشن و جایگاه آن واضح است و بر استفاده از اصول و به کارگیری قوانین ارائه شده توسط نظریات مختلف روانشناسی در اعمال شیوه‌های تربیتی مناسب با کودک و نوجوان برای شکل‌گیری رفتار، منش و شخصیت بهنجار و پیشگیری از نابهنجاری‌های مختلف فکری، رفتاری و شخصیتی تأیید و تاکید دارد.

## منابع

- اتکینسون، ریتال، ال (۱۳۸۳) زمینه روانشناسی هیلگارد، ترجمه رفیعی حسن، انتشارات ارجمند، تهران
- دین هامر، پتر کوپلند (۱۳۸۴) نقش زن در شکل‌گیری شخصیت، ترجمه متولی زاده اردکانی، علی، انتشارات چهر، چاپ اول، ص ۷، ۸، ۹ و ۱۲
- شکری، امید مرادی، علیرضا، فرزاد، ولی اله و همکاران (۱۳۸۴) نقش صفات شخصیت و سبک‌های مقابله‌ای در سلامت روانی دانشجویان، تازه‌های علوم شناختی، سال هفتم، شماره ۱
- عبدی، سلمان، عبدالهی مجارشین، رضا، قوجازاده، مرتضی (۱۳۸۸) مقایسه صفات شخصیتی مرتبط با نظام‌های مغزی فعال ساز-باز داری رفتاری در افراد دارای رفتارهای پر خطر جنسی.

- مجله پزشکی دانشگاه علوم پزشکی تبریز، دوره ۳ شماره ۳ صفحه ۴۹-۵۱  
 کاپلان و سادوک (۲۰۱۰) خلاصه روان پزشکی ترجمه، رضاعی، فرزین، انتشارات ارجمند،  
 تهران، ایران  
 متولی زاده اردکانی، علی (۱۳۸۸) ژنتیک، رفتار و فرهنگ، مجله اخلاق پزشکی، سال سوم،  
 شماره ۷  
 نجفی، سید بدر الدین (۱۳۸۹) رابطه صفات شخصیتی والدین با تنوع اختلال‌های رفتاری  
 کودکان، مجله اصول بهداشت روانی، شماره ۴۶، صفحه ۵۲۲-۵۳۳، دوره ۱۲  
 Familial relatedness of .J, Kane & .L, Asnis .R, Gruen .M, Baron  
 .۱۴۴۲-۱۴۳۷:۱۴۰; Am J psychiatry .izophrenia and schizotypal statesch  
 org.psych.www (۲۰۱۳) American psychiatry association  
 Familial transmsion of .S, Lord & .L, Asnis .R, Grua .M, Baron  
 -۹۲۷:۱۴۲; iatryAm J psych .schizotypal and borderline personality disorders  
 .۹۳۴  
 .Genetic (۲۰۱۰) .EP, Nobel & .TL, Ritchie .GS, Helleman .BT, Conner  
 J subst .and environmental predictors of drug use in adolescents ,Personality  
 .۴۱۲:(۴)۳۸; Abuse  
 The .(۲۰۰۹) .CA, Dermon & .JM, vink .G, willemssen .TJ, Trull .MA, Distel  
 a genetic :Factor model of personality and borderline personality disorder -Five  
 .۸-۱۱۳۱:(۱۲)۶۶; ۱۵; Biol Psychiatry .analysis of comorbidity  
 .TJ, Trull & .CA, Dermon .G, Willemsen .I, Mesa -Rebello .MA, Distel  
 genetic :of borderline personality disorder features Familial resemblance .(۲۰۰۹)  
 .۵۳۳۴e:(۴)۴; Plos one ?orcultural transmission  
 .L, corey & .K, Kendler .M, Neale .H, Maes .N, Martin .A, Heath .L, Eaves  
 and Comparing the biological and cultural inheritance of personality .(۱۹۹۹)  
 Twin .study of twins and their relatives ۲۰۰۰۰۰ social attitudes in the virginia  
 .۸۰-۶۲:(۲)۲; Res  
 Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders ,(۲۰۱۳), Allen, sfrancé  
 .Amer psychiatric pub incorporaten , fifth edition , V-DSM

- Genetic contributions to Antisocial personality and .(۲۰۱۰) .CJ ,Ferguson  
J soc .analytic review from an evolutionav perspective -a meta :behavior  
.۸۰-۱۶۰ : (۲)۱۵۰ ;psychol
- Am J .Brain and Personality disorders ,Mind .(۲۰۰۵) .O ,Gelen ,O ,Gabbard  
۶۵۵-۶۴۸ :g ۱۶ ;Psychiatry
- Behavioral genetics in .(۲۰۱۰) .RA ,philibert ,MG ,Vaughn ,TD ,Ganter  
.a review of the recent literature :antisocial spectrum disorders and psychopathy  
.۷۳-۱۴۸ : (۲)۲۸ ;Benar sci law
- A genetic .(۲۰۰۹) .M ,Garriz & J ,Valero ,F ,Gatierrez ,A ,Hernandez  
the Livesley dimensional :behavioral alternative to the personality disorders  
. (۲۰۱۰) .J ,Myers ,KS ,Kendler .۸۳-۱۷۴ : (۳) ۳۷ ;Actas ESP psiquiatr .model  
d the The genetic and environmental relationship between major depression an  
.۶-۸۰۱ : (۵)۴۰ ;psychol Med .Factor model of personality -Five
- .Trait and behavioral prototypes of personality disorder .(۲۰۰۵) .WJ ,Livesley  
۷۳۲-۷۲۸ :۱۴۳ ;Am J psychiatry
- The behavioral genetics of personality .(۲۰۰۸) .KL ,Jang & .WJ ,Livesley  
.۷۴-۲۴۷ :۴ ;Annu Rev clin psychology .isorder
- Genetic and environmental in Fluences on antisocial .(۲۰۰۵) .TE ,Moffitt  
.۱۰۴-۴۱ :۵۵ ;Adv Genet .genetic research -evidence from behavioral :behaviors
- & .G ,Gunderson ,C ,yMore ,E ,Ralevski ,A ,sanislow ,M ,Grilo ,H ,Glashan  
IV -year prevalence and stability of indidual DSM -Two .(۲۰۰۵) .E ,Skodol  
compulsive -and obsessive ,Borderline Avoidant ,criteria for schizotypal  
Am J .Toward a Hybrid Model of Axis II Disorders :personality disorders  
۸۸۹-۸۸۳ :۱۶۲ ;psychiatry
- :Genetics of personality disorders .(۱۹۹۴) .HH ,Goldsmith & .JT ,Nigg  
۱۱۵ ;Psychol Bull .Perspectives from personality and psychopathology research  
۸۰-۳۴۶ : (۳)
- clin Lab .Genetics of personality disorders .(۲۰۱۰) .Kjennerud T & ,Reichborn  
.۹۱۰-۸۹۳ : (۴)۳۰ ;Med
- The genetic epidemiology of personality .(۲۰۱۰) .Kjennerad T & Riechborn  
.۱۴-۱۰۳ : (۱) ۱۲ ;Clin Neurosci .dialogues ,disorders

- :The Neurobiology of personality disorders .(٢٠٠٩) .LN ,Weinstein & .LJ ,Sierer  
٩٨-٣٦١ : (٢)٥٧ ;Am psychoanal Assoc J .implications for psychoanalysis
- Are .(٢٠٠٢) .R ,Merikangas & .J ,Rounsaville ,P ,Conway ,Joel D ,Swendsen  
Results of a ?Personality Traits familial Risk factors for substance use Disorders  
.١٧٦٦-١٧٦٠ : (١)٥٦ ;Am J psychiatry .controlled family study
- .,M ,Daridson ,H ,Kelar ,EF ,coecaro ,TB ,Horvath ,LJ ,siever ,JM ,IvermanSi  
Schizophrenia related and affective .(١٩٩٣) .SH ,Apter & .L ,pinkham  
Am J .personality disorders with schizophrenia and porsonality disorders  
Epignentic .(٢٠١٠) .RC ,cloninger & .DM ,Svrakic .٤٤٢-٤٣٥ :١٥٠ ;psychiatry  
.and personality disorders ,personality ,perspective on behavior development  
٦٦-١٥٣ : (٢)٢٢;Psychiatry danub
- .,Lieb & .S ,wagner ,O ,Baskaya ,R ,von club ,A ,victor ,A ,Elsasser ,A ,Tadic  
-and brain (B \HTR)B \analysis of serotonin receptor Association .(٢٠٠٩) .K  
derived neurotrophic factor gen polymorphisms in Borderline personality  
.١١٨٥ : (٩)١١٦ ;J Neural Transi .disorder
- .,Roysamb ,T ,Kjennerad –Reichborn ,Jacobson ,N ,Czajkowski ,S ,Torgersen  
IV -Dimentional representations of DSM .(٢٠٠٨) .KS ,Kendler & .MC ,Neale ,E  
based sample of Norwegian -Cluster B Personelity disorders in population  
.٩٥-١٦١٧ : (١١)٣٨ ;Psychology Med .a Multivariate study :twins