



## بررسی فراوانی اختلال‌های شخصیت در مجرمین مرد زندانی در زندان شهرکرد (۱۳۷۹-۱۳۸۰)

حسن بالاھنگ\*، دکتر سید بهاء‌الدین وکیل‌زاده\*\*، فاطمه دریس\*\*\*

### چکیده

**هدف:** پژوهش حاضر بررسی فراوانی اختلال‌های شخصیت در مجرمان مرد زندانی در زندان شهرکرد بود.  
**روش:** نخست آزمودنی‌ها از جامعه آماری مورد بررسی به‌طور تصادفی نظام‌دار از میان افراد ۱۶ سال و بالاتر انتخاب شدند و سپس براساس ملاک‌های تشخیصی ICD-10، ۲۰۳ نفر مورد مصاحبه بالینی قرار گرفتند. در مواردی که تشخیص مورد تردید قرار گرفت، آزمون MMPI-2 به‌عنوان ابزار کمک تشخیصی به‌کار برده شد. **یافته‌ها:** بررسی نتایج نشان داد فراوانی اختلال‌های شخصیت در نمونه مورد بررسی ۵۵/۲٪ (۱۱۲ نفر) است. اختلال شخصیت ضداجتماعی با ۱۸/۲٪ شایع‌ترین اختلال و اختلال‌های شخصیت اسکیزوئید و وابسته هر کدام با ۸/۴٪، اختلال شخصیت هیجانی متزلزل (سرزی) با ۷/۴٪، اختلال شخصیت مخلوط با ۳/۴٪، اختلال‌های شخصیت وسواسی و هیستریانیک (نمایشی) هر کدام با ۳٪، اختلال شخصیت پارانویید با ۲/۵٪ و سایر اختلال‌های شخصیت با ۰/۹٪ در رده‌های بعدی قرار داشتند. بررسی فراوانی اختلال‌های شخصیت براساس نوع جرم نشان داد که سارقان با ۶۴/۱٪ بیشترین فراوانی را داشتند. متادان به مواد مخدر با ۶۰/۹٪، افراد سرور و قاتل با ۵۵/۶٪، فروشندگان موادمخدر با ۵۵٪ و متخلفان مالی با ۴۰/۹٪ در رده‌های بعدی قرار داشتند. **نتیجه:** شیوع بالای اختلال شخصیت در زندانیان نیاز به بررسی وسیع‌تر و تدابیر پیشگیرانه‌ای به‌وسیله مراجع قضایی، زندانبانی و پزشکی دارد.

### کلید واژه: اختلال‌های شخصیت، جرم، زندان، شهرکرد

#### مقدمه

و این روند نگرانی مردم و مسئولان کشورهای جهان را برانگیخته است. وتزل<sup>۱</sup> و فیفر<sup>۱</sup> (۱۹۹۷) براین باورند که

شیوع جرم در کشورهای مختلف رو به فزونی است

\* کارشناس ارشد روان‌شناسی بالینی، عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی شهرکرد. شهرکرد، بیمارستان هاجر، بخش روانپزشکی (نویسنده مسئول).

\*\* روانپزشک، عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی شهرکرد. شهرکرد، بیمارستان هاجر، بخش روانپزشکی.

\*\*\* کارشناس ارشد آمار، عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی شهرکرد. شهرکرد، دانشکده پزشکی.

بین خشونت در بزرگسالی و رفتارهای خشن والدین در کودکی رابطه وجود دارد.

کراتزر<sup>۱</sup> و هادگینز<sup>۲</sup> (۱۹۹۷) در پژوهشی ارتباط میان اختلال‌های رفتاری، به ویژه اختلال سلوک<sup>۳</sup> در دوره کودکی را با سابقه ارتکاب جرم و ابتلا به بیماری‌های روانی در بزرگسالی مورد بررسی قرار دادند و دریافتند که ۷۶٪ مردان و ۳۰٪ زنانی که در کودکی به انواع اختلال‌های رفتاری مبتلا بودند در سی سالگی سابقه ارتکاب جرم و یا ابتلا به انواع بیماری‌های روانی و یا هر دو آن‌ها را داشتند. همچنین بسیاری از این افراد سوءمصرف<sup>۴</sup> مواد داشتند. نتایج این پژوهش در بررسی‌های زانارینی<sup>۵</sup>، ویلیامز<sup>۶</sup>، لوئیس<sup>۷</sup>، ریش<sup>۸</sup>، ورا<sup>۹</sup>، مارینو<sup>۱۰</sup> و لوین<sup>۱۱</sup> (۱۹۹۷) و برنشتاین<sup>۱۲</sup>، کوهن<sup>۱۳</sup>، والز<sup>۱۴</sup>، شواب-استون<sup>۱۵</sup>، سایور<sup>۱۶</sup> و شین ساتو<sup>۱۷</sup> (۱۹۹۳) مورد تأیید قرار گرفته است.

بررسی‌های چندی نیز درباره ارتباط میان اختلال‌های شخصیت و ارتکاب جرم‌های گوناگون انجام شده است. در این بررسی‌ها رابطه میان اختلال‌های شخصیت ضداجتماعی<sup>۱۸</sup> و مرزی<sup>۱۹</sup> با جرم بیشتر مورد تأکید قرار گرفته است. بررسی‌های انجام شده توسط ارونن<sup>۲۰</sup>، هاگولا<sup>۲۱</sup> و تینون<sup>۲۲</sup> (۱۹۹۶) در کشور فنلاند نشان دادند که اختلال شخصیت ضداجتماعی، ارتکاب به قتل را در مردان ده برابر و در زنان پنجاه برابر افزایش می‌دهد.

بررسی اختلال‌های شخصیت در مصرف‌کنندگان مواد نیز انجام گرفته است. در یک بررسی گریلو<sup>۲۳</sup> و همکاران (۱۹۹۷) نشان دادند که اختلال شخصیت مرزی در بیماران مبتلا به سوءمصرف مواد به‌طور معنی‌داری بیشتر است. در پژوهش ران‌زاویلی<sup>۲۴</sup> و همکاران (۱۹۹۸) دیده شد که ۵۷٪ از مصرف‌کنندگان مواد اعتیادآور به انواع اختلال‌های شخصیت مبتلا هستند. شایع‌ترین آن‌ها اختلال‌های شخصیت ضداجتماعی (۲۷٪) و شخصیت مرزی (۱۸/۴٪) بود.

تجربه‌های منفی دوران کودکی و ارتباط آن‌ها با رفتارهای ضداجتماعی در بزرگسالی نیز در بسیاری از

بررسی‌ها مورد توجه قرار گرفته است. گلدمن<sup>۲۵</sup>، آنجلو<sup>۲۶</sup>، ماسو<sup>۲۷</sup> و مازاکاپا<sup>۲۸</sup> (۱۹۹۲) در پژوهشی دریافتند که میزان شیوع بهره‌کشی جنسی و سوءرفتارهای بدنی در کودکانی که در بزرگسالی تشخیص اختلال شخصیت مرزی داشتند، به‌طور معنی‌داری بیشتر است. این بررسی فرضیه مربوط به وجود تاریخچه‌ای از ضربه‌های عاطفی رادر بیماران مبتلا به اختلال شخصیت مرزی تأیید می‌کند.

برونر<sup>۲۹</sup>، گرین فیلد<sup>۳۰</sup>، اشمیت<sup>۳۱</sup> و بیگلو<sup>۳۲</sup> (۱۹۹۳) در پژوهشی ارتباط میان اختلال شخصیت ضداجتماعی و عفونت HIV<sup>۳۳</sup> را در بین سوءمصرف‌کنندگان تزریقی مواد مورد بررسی قرار دادند. در این پژوهش از ملاک‌های تشخیصی DSM-IV استفاده شد. نتایج نشان داد که ۴۴٪ افراد مورد بررسی، به اختلال شخصیت ضداجتماعی مبتلا هستند. وجود این اختلال به سبب افزایش احتمال رفتارهای پرخطر در این گروه عامل خطرناک مهمی برای ابتلا به عفونت HIV در معنادان تزریقی است.

رابطه میان اختلال‌های شخصیت با سایر بیماری‌ها و ناهنجاری‌های اجتماعی نیز قابل توجه است. چنگ<sup>۳۴</sup>، سان<sup>۳۵</sup> و چان<sup>۳۶</sup> (۱۹۹۷) ارتباط میان اختلال‌های شخصیت و خودکشی را در سه گروه از اقوام بومی در شرق تایوان مورد بررسی قرار دادند. آن‌ها برای

- |                                   |                            |
|-----------------------------------|----------------------------|
| 1- Kratzer                        | 2- Hodgins                 |
| 3- conduct disorder               | 4- substance abuse         |
| 5- Zanarini                       | 6- Williams                |
| 7- Lewis                          | 8- Reich                   |
| 9- Vera                           | 10- Marino                 |
| 11- Levin                         | 12- Bernstein              |
| 13- Cohen                         | 14- Valez                  |
| 15- Schwab-Stone                  | 16- Siever                 |
| 17- Shinsato                      | 18- antisocial personality |
| 19- borderline                    | 20- Eronon                 |
| 21- Hakola                        | 22- Tihonen                |
| 23- Grilo                         | 24- Rounsaville            |
| 25- Goldman                       | 26- Angelo                 |
| 27- Maso                          | 28- Mazzacapa              |
| 29- Brooner                       | 30- Greenfield             |
| 31- Schmidt                       | 32- Bigelow                |
| 33- Human Immunodeficiency Virous |                            |
| 34- Cheng                         | 35- Mann                   |
| 36- Chan                          |                            |

۱- تعیین رابطه میان اختلال‌های شخصیت و عوامل

جمعیت‌شناختی

۲- تعیین نشانه‌های شایع اختلال روانی در مجرمان

### روش

این بررسی از نوع پژوهش‌های زمینه‌یابی<sup>۲۲</sup> است. جامعه آماری این پژوهش را مجرمان مرد زندانی در زندان شهر شهرکرد با جمعیت ۴۸۷ نفر و با جرم‌های خرید و فروش مواد مخدر ۹۶ نفر، سرقت ۹۰ نفر، تخلف مالی ۱۰۱ نفر، اعتیاد به مواد مخدر ۱۰۸ نفر، شرارت و قتل ۹۲ نفر تشکیل می‌دادند. افرادی که به‌طور غیرعمد مانند حوادث رانندگی مرتکب قتل شده بودند از پژوهش کنار گذاشته شدند. در این پژوهش ۲۱۶ نفر از زندانیان با روش نمونه‌گیری تصادفی نظام‌دار انتخاب شدند که در نهایت اطلاعات به‌دست آمده از ۲۰۳ نفر از آن‌ها مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. شمار افراد مورد بررسی به تفکیک نوع جرم به‌شرح زیر بود: خرید و فروش مواد مخدر (۳۸ نفر)، سرقت (۳۹ نفر)، تخلف مالی (۴۴ نفر)، اعتیاد به مواد مخدر (۴۶ نفر) و شرارت و قتل (۳۶ نفر). ابزار گردآوری داده‌ها فهرست مصاحبه بالینی بر پایه ملاک‌های تشخیصی ICD-10 بود. این فهرست دارای ۱۰ بخش است و دربردارنده نشانه‌های اختلال‌های شخصیت و تغییرات شخصیتی پایدار به‌شرح زیر می‌باشد:

۱- اختلال شخصیت پارانوئید ۲- اختلال شخصیت

اسکیزوئید ۳- اختلال شخصیت ضداجتماعی

ارزیابی، ملاک‌های تشخیصی ICD-10<sup>۱</sup> را به کار بردند. میزان شیوع اختلال‌های شخصیت، پیش از خودکشی در هر سه گروه بسیار بالا بود (۴۶٪ تا ۷۷٪) و شایع‌ترین آن اختلال شخصیت هیجانی بی‌ثبات<sup>۲</sup> بود (۲۶٪ تا ۵۶٪). نتایج پژوهش پیش‌گفته در بررسی‌های مادستین<sup>۳</sup>، ابرسون<sup>۴</sup> و ارنی<sup>۵</sup> (۱۹۹۷)، فاستر<sup>۶</sup>، گیل اسپای<sup>۷</sup> و مک‌کلاند<sup>۸</sup> (۱۹۹۷) و بوترایز<sup>۹</sup>، جویس<sup>۱۰</sup> و مالدر<sup>۱۱</sup> (۱۹۹۸) مورد تأیید قرار گرفت.

میزان شیوع اختلال شخصیت در مجرمان زندانی نیز مورد بررسی قرار گرفته است. اپرایت<sup>۱۲</sup>، کاشانی<sup>۱۳</sup>، راینسون<sup>۱۴</sup> و رید<sup>۱۵</sup> (۱۹۹۳) در بررسی شیوع همزمان اختلال سلوک و اختلال‌های شخصیت در صدنفر از نوجوانان زندانی ۱۱ تا ۱۷ ساله دریافتند ۸۷٪ از نمونه مورد بررسی مبتلا به اختلال سلوک هستند. تنها اختلال شخصیتی همراه اختلال سلوک که فراوانی معنی‌داری داشت، اختلال شخصیت ضداجتماعی بود. نتایج این پژوهش نشان داد که نشانه‌های اختلال شخصیت ضداجتماعی پیش از هجده سالگی بروز می‌کنند.

نوریک<sup>۱۶</sup> و گرانفلد<sup>۱۷</sup> (۱۹۹۶) در بررسی ۲۵۳۳ نفر زندانی متهم به تخلفات جنایی در یک دوره سیزده ساله در نروژ نشان دادند که از سال ۱۹۸۰ تا ۱۹۹۳ افزایش چشمگیری در زمینه خلاف‌های جنایی به‌وجود آمده است. بیشتر آزمودنی‌های مورد بررسی آنان الکلی بودند و یا سوءمصرف مواد داشتند. ۵۰ تا ۶۰٪ زندانیان مورد بررسی در زمان ارتکاب جرم اختلال شخصیت داشتند. شایع‌ترین اختلال‌های آن‌ها شخصیت ضداجتماعی و ناپخته<sup>۱۸</sup> بود. کاپلان<sup>۱۹</sup>، سادوک<sup>۲۰</sup> و گرب<sup>۲۱</sup> (۱۳۷۵) میزان شیوع اختلال شخصیت ضداجتماعی را در میان زندانیان ۷۵٪ برآورد کرده‌اند.

هدف اصلی پژوهش حاضر بررسی فراوانی اختلال‌های شخصیت در مجرمان مرد زندانی در زندان شهر شهرکرد بود. سایر هدف‌های این پژوهش به‌شرح زیر بود:

- 1- International Classification of Disease
- 2- emotionally unstable personality disorder (borderline)
- 3- Modestine
- 4- Oberson
- 5- Erni
- 6- Foster
- 7- Gillespie
- 8- McClelland
- 9- Beaurais
- 10- Joyce
- 11- Mulder
- 12- Eppright
- 13- Kashani
- 14- Robinson
- 15- Reid
- 16- Noreik
- 17- Grunfeld
- 18- immature
- 19- Kaplan
- 20- Sadock
- 21- Greb
- 22- survey

جدول ۱- فراوانی مطلق و نسبی اختلال‌های شخصیت در نمونه مورد بررسی براساس ملاک‌های تشخیصی

ICD-10

اختلال‌های شخصیت	فراوانی	درصد
جمع کل	۱۱۲	۵۵/۲
ضداجتماعی	۳۷	۱۸/۲
اسکیزوئید	۱۷	۸/۴
وابسته	۱۷	۸/۴
هیجانی متزلزل	۱۵	۷/۴
مخلوط	۷	۳/۴
سواسی	۶	۳
هیستریائیک	۶	۳
پارانوئید	۵	۲/۵
سایر اختلال‌های شخصیت	۲	۰/۹

اختلال شخصیت اسکیزوئید و وابسته هر کدام با ۸/۴٪ و اختلال شخصیت هیجانی متزلزل (مرزی) با ۷/۴٪ در رده‌های بعدی قرار داشتند.

در جدول ۲، فراوانی اختلال‌های شخصیت در مجرمان برحسب نوع جرم ارائه شده است. بیشترین فراوانی اختلال‌های شخصیت به ترتیب در گروه‌های زیر دیده شد: سارقان ۶۴/۱٪، معتادان به مواد مخدر ۶۰/۹٪، افراد شرور و قاتل ۵۵/۶٪، فروشندگان مواد مخدر با ۵۵٪ و متخلفان مالی ۴۰/۹٪. بیشترین فراوانی اختلال‌های شخصیت ضداجتماعی در گروه سارقان با ۲۵/۶٪ و کمترین فراوانی در متخلفان مالی با ۱۱/۴٪ دیده شد. در این بررسی اختلال‌های شخصیت وابسته و هیجانی متزلزل (مرزی) به ترتیب با ۱۵/۲٪ و ۱۳٪ در افراد معتاد به مواد مخدر بیشتر از سایر مجرمان بود. اختلال شخصیت پارانوئید با ۸/۳٪ در افراد شرور و قاتل بیش از سایر مجرمان دیده شد. در جدول ۳، فراوانی شایع‌ترین نشانه‌ها برحسب نوع اختلال شخصیت ارائه شده است.

۴- اختلال شخصیت هیجانی بی‌ثبات ۵- اختلال شخصیت هیستریائیک ۶- اختلال شخصیت سواسی- اجباری ۷- اختلال شخصیت اجتنابی ۸- اختلال شخصیت وابسته ۹- تغییر پایدار شخصیت پس از عوامل فاجعه‌آمیز ۱۰- تغییر شخصیت پس از ابتلا به اختلال‌های روانی. این فهرست بر پایه شدت و مدت نشانه‌ها و معیارهای تشخیصی تهیه شده است. پس از بررسی نشانه‌های موجود در فهرست در صورت وجود سه نشانه یا بیشتر در هر بخش و به‌نظر رسیدن یک تشخیص احتمالی، معیارهای رد تشخیصی که در پایان هر بخش آورده شده مورد بررسی قرار می‌گیرند تا تشخیص و یا تشخیص‌ها دقیق‌تر مطرح شود (داویدیان و شاه‌محمدی، ۱۳۷۵؛ سازمان جهانی بهداشت، ۱۹۹۲).

پس از ارزیابی افراد مورد بررسی با فهرست یادشده توسط روان‌شناس بالینی و روانپزشک، ضریب توافق بین آن‌ها به دست آمد که برابر با ۰/۷۸ بود. بیشترین ضرایب کاپا<sup>۱</sup> در شخصیت ضداجتماعی با ۰/۹۲ و کمترین آن در شخصیت وابسته با ۰/۶۴ بود. در نهایت تشخیص اختلال‌های شخصیت در مواردی به افراد داده شد که روان‌شناس بالینی و روانپزشک آن را تأیید می‌کردند. در ۳۰ مورد برای رد تشخیصی اختلال‌های محور I از آزمون MMPI-2<sup>۲</sup> استفاده شد. برای تجزیه و تحلیل داده‌های این پژوهش، آمار توصیفی (فراوانی، درصد) و آزمون خسی دو به‌کار گرفته شد.

### یافته‌ها

در جدول ۱، فراوانی اختلال‌های شخصیت در نمونه مورد بررسی نشان داده شده است. همان‌گونه که در جدول دیده می‌شود میزان کلی شیوع اختلال شخصیت ۵۵/۲٪ (۱۱۲ نفر) و بیشترین میزان شیوع اختلال شخصیت ضداجتماعی با ۱۸/۲٪ بود.

Andeeshah  
Va  
Raftar  
اندیشه و رفتار

۶۰

1- Kappa value

2- Minnesota Multiphasic Personality Inventory

جدول ۲- توزیع فراوانی مطلق و نسبی اختلال شخصیت در مجرمان مرد برحسب نوع جرم

اختلال‌های شخصیت	نوع جرم		شرارت و قتل (n=۳۶)		نخلقات مالی (n=۴۴)		سرفت (n=۳۹)		فروش مواد مخدر (n=۳۸)		اعتیاد به مواد مخدر (n=۴۶)		جمع کل (n=۲۰۳)	
	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد
ضد اجتماعی	۹	۲۵	۵	۱۱/۴	۱۰	۲۵/۶	۸	۲۱	۵	۱۰/۹	۳۷	۳۳		
اسکیزوتیک	۲	۵/۶	۳	۶/۸	۵	۱۲/۸	۳	۷/۹	۴	۸/۶	۱۷	۱۵/۲		
وابسته	۱	۲/۸	۲	۴/۵	۵	۱۲/۸	۲	۵/۳	۷	۱۵/۲	۱۷	۱۵/۲		
هیجانی متزلزل (مرزی)	۴	۱۱/۱	۱	۲/۳	۲	۵/۱	۲	۵/۳	۶	۱۳	۱۵	۱۳/۴		
مخلوط	—	—	۱	۲/۳	۲	۵/۱	۱	۲/۶	۳	۷/۵	۷	۶/۲		
هیستریونیک (نمایشی)	—	—	۳	۶/۸	۱	۲/۶	۲	۵/۳	—	—	۶	۵/۴		
وسواسی	۱	۲/۸	۲	۴/۵	—	—	۲	۵/۳	۱	۲/۱	۶	۵/۴		
پارانویید	۳	۸/۳	۱	۲/۳	—	—	۱	۲/۶	—	—	۵	۴/۵		
سایر	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	۲	۱/۷		
جمع کل	۲۰	۵۵/۶	۱۸	۴۰/۹	۲۵	۶۴/۱	۲۱	۵۵	۲۸	۶۰/۹	۱۱۲	۱۰۰		

Andeeshah  
Va  
Raftar  
اندیشه و رفتار

۶۱

جدول ۳- توزیع فراوانی مطلق و نسبی شایع‌ترین نشانه‌ها برحسب نوع اختلال شخصیت

نوع اختلال شخصیت	نشانه‌های شایع		کل
	تعداد	درصد	
ضد اجتماعی	۷۵	۳۷/۹	ناهمخوانی شدید بین رفتار و هنجارهای اجتماعی
هیجانی متزلزل	۷۴	۳۷/۴	بی‌ثباتی هیجانی
وابسته	۵۶	۲۷/۶	از درخواست کردن و یا رد درخواست رودریاستی دارد
ضد اجتماعی	۴۲	۲۰/۷	با اندک ناملامتی احساس سرخوردگی کرده و واکنشی پرخاشگرانه بروز می‌دهد
ضد اجتماعی	۴۰	۱۹/۷	کارهای خلاف خود را موجه می‌پندارد و تقصیر را متوجه دیگران می‌کند
ضد اجتماعی	۳۷	۱۸/۲	فقدان احساس مسئولیت
اسکیزوتیک	۳۵	۱۷/۲	گوشه‌گیر
هیجانی متزلزل	۳۳	۱۶/۳	فوران رفتارهای تهدیدآمیز و خشن به‌خصوص در پاسخ به انتقاد دیگران
هیجانی متزلزل	۳۱	۱۵/۳	فقدان کنترل تکانه
اسکیزوتیک	۳۱	۱۵/۳	نداشتن دوست و رفیق صمیمی

در این پژوهش رابطه معنی‌داری میان وضعیت تأهل و ابتلا به اختلال‌های شخصیت به‌دست آمد؛ به‌طوری‌که میزان شیوع اختلال شخصیت در افراد مجرد بیشتر بود.  
( $\chi^2=8/7$ ,  $df=1$ ,  $P<0/01$ )

همان‌گونه که در جدول ۳ دیده می‌شود در میان نشانه‌های شایع دهگانه، نشانه شخصیت ضداجتماعی با ۴ علامت بیشترین فراوانی و اختلال شخصیت هیجانی متزلزل (مرزی) و اسکیزوتیک به‌ترتیب با ۲، ۳ علامت در رده‌های بعدی قرار داشتند.

بین سن و اختلال‌های شخصیت گروه مورد بررسی رابطه معنی‌داری وجود داشت. بنابر نتایج بیشترین فراوانی اختلال در گروه سنی ۲۳ تا ۲۹ ساله (۰/۵۸/۸) و کمترین فراوانی مربوط به افراد ۵۰ سال و بالاتر (۰/۲۰) بود ( $\chi^2=14/6$ ,  $df=4$ ,  $P<0/01$ ).

در پژوهش حاضر رابطه معنی‌داری میان محل سکونت، مرگ والدین در کودکی، شغل و بعد خانواده با ابتلا به اختلال‌های شخصیت به دست نیامد.

### بحث

در این بررسی فراوانی اختلال‌های شخصیت در مجرمان مرد زندانی شهرکرد ۰/۵۵/۲ بود. این میزان با یافته‌های پژوهش نوریک و گرونفیلد (۱۹۹۶) که آن را بین ۵۰٪ تا ۶۰٪ گزارش کرده‌اند، همخوانی دارد. هم‌چنین پژوهش حاضر، نتایج پژوهش آنسان را درباره شیوع بالای اختلال‌های شخصیت ضداجتماعی و مرزی در مجرمان تأیید کرد. در این بررسی فراوانی اختلال شخصیت ضداجتماعی در افراد شرور و قاتل ۰/۲۵٪ و از سایر مجرمان به‌جز سارقان، به میزان قابل توجهی بیشتر بود. ارونن و همکاران (۱۹۹۶) در پژوهشی نشان دادند که ابتلا به اختلال شخصیت ضداجتماعی احتمال اقدام به دیگرکشی را در مردها بیش از ده برابر افزایش می‌دهد. از سوی دیگر، رابطه میان شخصیت ضداجتماعی و سوءمصرف مواد در بررسی‌های برونر و همکاران (۱۹۹۳) و پرکینز<sup>۱</sup>، دیوسون<sup>۲</sup>، لوزمن<sup>۳</sup>، لیانو<sup>۴</sup> و اوئرز<sup>۵</sup> (۱۹۹۳) نیز در این بررسی مورد تأیید قرار گرفت.

با توجه به یافته‌های این بررسی به نظر می‌رسد، باید تمهیداتی درمورد زندانیان مبتلا به اختلال شخصیت ضداجتماعی اندیشیده شود. نخست آن‌که، همان‌گونه که رایس<sup>۱</sup> (۱۹۹۷) باور دارد، برخی از مجرمان در معرض خطر بالایی برای ارتکاب مجدد جرم قرار دارند. به باور او احتمال ارتکاب به رفتارهای خشونت‌آمیز در

مجرمان ضداجتماعی پس از آزادی از زندان بسیار است.

بررسی اطلاعات نشان داده شده در جدول ۲ گویای آن است که پس از شخصیت ضد اجتماعی که دربرگیرنده ۳۳٪ کل اختلال‌ها می‌شود، شخصیت‌های اسکیزوئید و وابسته هر کدام با ۱۵/۲٪ در رده‌های بعدی قرار داشتند. از آن‌جا که بررسی درباره شیوع چنین اختلال‌هایی در مجرمان گزارش نشده است، مقایسه یافته‌ها انجام نشد.

در این بررسی فراوانی اختلال شخصیت هیجانی بی‌ثبات (مرزی) در معتادان به مواد مخدر به میزان قابل توجهی بیشتر از سایر گروه‌ها بود (۰/۲۱/۴). همبندی<sup>۶</sup> سوءمصرف مواد و اعتیاد با اختلال شخصیت هیجانی بی‌ثبات از موضوع‌های مهم و مورد توجه پژوهشگران به‌شمار می‌آید. نتیجه این بررسی، نتایج پژوهش‌های جوردن<sup>۷</sup>، اشکلنگر<sup>۸</sup>، فیربنک<sup>۹</sup> و کادل<sup>۱۱</sup> (۱۹۹۶)، گیرلو و همکاران (۱۹۹۷)؛ مادستین و همکاران (۱۹۹۷) را در زمینه شیوع بالای سوءمصرف مواد در افراد مبتلا به اختلال شخصیت هیجانی بی‌ثبات (مرزی) تأیید کرد.

در این پژوهش اختلال شخصیت پارانوئید در مجرمان شرور و قاتل به میزان چشمگیری بیشتر از سایر گروه‌ها بود (۰/۸/۴). این نتایج با جرم افراد مورد بررسی همخوانی نشان می‌دهد.

در این بررسی رابطه معنی‌داری میان وضعیت تأهل و اختلال‌های شخصیت به دست آمد. میزان شیوع در افراد مجرد بسیار بیشتر از افراد متأهل بود و با یافته‌های پژوهش باری<sup>۱۲</sup>، فلمینگ<sup>۱۳</sup>، منول<sup>۱۴</sup> و کولپند<sup>۱۵</sup> (۱۹۹۷) همخوانی دارد.

- |                |              |
|----------------|--------------|
| 1- Perkins     | 2- Davison   |
| 3- Leserman    | 4- Liao      |
| 5- Evans       | 6- Rice      |
| 7- Comorbidity | 8- Jordan    |
| 9- Schlenger   | 10- Fairbank |
| 11- Caddell    | 12- Barry    |
| 13- Fleming    | 14- Manwell  |
| 15- Copeland   |              |

یافته‌های این بررسی گویای رابطه معنی‌داری میان میزان سواد و اختلال‌های شخصیت است. اما نتیجه غیرقابل پیش‌بینی، فراوانی بالای اختلال‌ها در افراد با تحصیلات بالاتر از دیپلم بود. به نظر می‌رسد، این نتایج در مورد زندان‌ها و مجرمان درست باشد، اما برای مقایسه نتایج در سطح جامعه انجام بررسی‌های بیشتر ضرورت دارد.

هم‌چنین رابطه معنی‌داری میان سن و اختلال‌های شخصیت به دست آمد. بیشترین فراوانی مربوط به گروه سنی ۲۹-۲۳ بود. در بررسی باری و همکاران (۱۹۹۷) شیوع بالا در سنین پایین‌تر گزارش شده است. به نظر می‌رسد، تفاوت‌های فرهنگی در شیوع فرزندپروری و ساختار متفاوت خانواده‌های شرقی با جوامع غربی از عوامل مؤثر در شیوع بالای اختلال‌های شخصیت در سنین بالاتر در جامعه ماست.

به نظر می‌رسد آزاد شدن مجرمان ضد اجتماعی با عفو مشروط و کاهش طول مدت زندان چه بسا پیامدهای نامطلوبی برای جامعه دربر داشته باشد، به‌ویژه آن که برنامه‌های درمانی برای این بیماران تأثیر زیادی ندارد. شناسایی مجرمان ضد اجتماعی و تشکیل پرونده روان‌پزشکی برای این بیماران در موارد خاص می‌تواند نقش مؤثری در پیشگیری از مشکلات حاد اجتماعی داشته باشد. افزون بر آن میزان شیوع اختلال‌های شخصیت ضد اجتماعی در فروشندگان مواد مخدر با ۲۱٪ در رتبه سوم قرار دارد. به نظر می‌رسد، یکی از راه‌های پیشگیری از مشکلات در زندان‌ها جداسازی این افراد از سایر زندانیان و نگهداری آن‌ها تحت شرایط ویژه است تا از ابتلای سایر زندانیان به سوء مصرف مواد و سایر اختلال‌ها و بیماری‌های جسمی و روانی پیشگیری شود.

این بررسی در زندانی کوچک، با جمعیت محدود انجام شده است. در این بررسی به‌علت تعداد اندک زندانیان زن، بررسی‌ها صرفاً روی مجرمان مرد انجام شد و قابل تعمیم به زنان زندانی نیست.

## سپاسگزاری

از معاونت محترم پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی شهرکرد و اداره کل زندان‌های استان چهارمحال و بختیاری که هزینه این پژوهش را عهده‌دار بوده‌اند، تشکر و قدردانی می‌شود.  
از سرکار خانم مهین غفاری که در اجرای پژوهش همکاری صمیمانه‌ای داشتند سپاسگزاری می‌شود.

## منابع

داویدیان، هاراطون؛ شاه‌محمدی، داود (۱۳۷۵). *گردآوری علائم و نشانه‌های اختلالات روانی در فرهنگ ایرانی*. تهران: معاونت پژوهشی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، (صص ۴۷-۴۵).  
کاپلان، هارولد؛ سادوک، بنیامین و گرب، جک (۱۳۷۵). *خلاصه روانپزشکی*. ترجمه نصرت‌الله پورافکاری. تهران: نشر علوم دانشگاهی. (صص ۵۶۶-۵۴۰).

Barry, K.L., Fleming, M.F., Manwell, L.B., & Copeland, L.A. (1997). Conduct disorder and antisocial personality in adult primary care patients. *Journal of Family Practice*, 45, 151-158.

Beautrais, A. L., Joyce, P. R., Mulder, R. T. (1998). Psychiatric illness in a New Zealand sample of young people making serious suicide attempts. *New Zealand Medical Journal* 111, 44-48.

Bernstein, D.P., Cohen, P., Valez, C.N., Schwab-Stone, M., Siever, L.J., & Shinsato, L. (1993). Prevalence and stability of the DSM-III-R personality disorder in a community-based survey of adolescents. *American Journal of Psychiatry*, 150, 1237-1243.

Broner, R.K., Greenfield, L., Schmidt, C.W., & Bigelow, G.E. (1993). Antisocial personality disorder and HIV infection among intravenous drug abusers. *American Journal of Psychiatry*, 150, 53-58.

- Cheng, A. T., Mann, A. H., & Chan, K. A. (1997). Personality disorder and suicide. A case-control study. *British Journal of Psychiatry*, 170, 441-446.
- Eppright, T. D., Kashani, J. H., Robinson, B. D., & Ride, J. C. (1993). Comorbidity of conduct disorder and personality disorder in an incarcerated juvenile population. *American Journal of Psychiatry*, 150, 1233-1236.
- Eronen, M., Hakola, P., & Tihonen, J. (1996). Mental disorder and homicidal behavior in Finland. *Archive of General Psychiatry*, 53, 501-504.
- Foster, T., Gillespie, K., & McClelland, R. (1997). Mental disorder and suicide in Northern Ireland. *British Journal of Psychiatry*, 170, 447-452.
- Goldman, S. J., D'Angelo, E. J., De Maso, D. R., & Mazzacappa, E. (1992). Physical and sexual abuse histories among children with borderline personality disorder. *American Journal of Psychiatry*, 149, 1723-1726.
- Grilo, C. M., Martino, S., Walker, M. L., Becker, D. F., Edell, W. S., & McGlashan, T. H. (1997). Controlled study of psychiatric comorbidity in psychiatrically hospitalized young adults with substance use disorder. *American Journal of Psychiatry*, 154, 1305-1307.
- Jordan, B. K., Schlenger, W. E., Fairbank, J. A., & Caddell, J. M. (1996). Prevalence of psychiatric disorders among incarcerated women. *Archive of General Psychiatry*, 53, 513-516.
- Kratzer, L., & Hodgins, S. (1997). Adults outcomes of child conduct problems: a cohort study. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 25, 65-81.
- Modestine, J., Oberson, B., & Erni, T. (1997). Possible correlates of DSM-III-R personality disorders. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 96, 424-430.
- Noreik, K., & Grunfeld, B. (1996). Forensic Psychiatry in Norway. A review of the period 1980-93. *Tidsskr Nor Laegeforen*, 116, 983-798.
- Perkins, D. O., Davison, E. J., Leserman, J., Liao, D., & Evans, D. L. (1993). Personality disorders in patients infected with HIV: a controlled study with implications for clinical care. *American Journal of Psychiatry*, 150, 309-315.
- Rice, M. E. (1997). Violent offender research and implications for the criminal justice system. *American Psychologist*, 52, 414-423.
- Rounsaville, B. J., Kranzler, H. R., Ball, S., Tennen, H., Poling, J., & Triffleman, E. (1998). Personality disorders in substance abusers: relation to substance use. *Journal of Nervous and Mental Disorders*, 186, 87-95.
- Wetzels, P., & Pfeiffer, C. (1997). Childhood and violence: perpetrator and victim perspectives from the viewpoint of criminology. *Prax-kinderpsychologie Kinderpsychiatrie*, 46, 243-152.
- World Health Organization. (1992). *The ICD-10 classification of mental and behavior disorders Geneva*, WHO, (p.p. 198-211).
- Zanarini, M. C., Williams, A. A., Lewis, E. E., Rich, R. B., Vera, S. C., Marino, M. F., & Levin, A. (1997). Reported Pathological childhood experiences associated with the development of borderline personality disorder. *American Journal of Psychiatry*, 154, 1101-1106.