

اختلال شخصیت در ناتوانی یادگیری (تجربه بالینی)

نویسنده: پی. آی. نایک، شش گنگداریان و آر. تی. الکساندر
مترجم: نظام هاشمی / دانشجوی دکترای روان‌شناسی تربیتی دانشگاه علامه طباطبائی

یادگیری پیدا شود. همچنین به کارگیری معیاری برای اختلال شخصیت وابسته (برای مثال، اجازه دادن به دیگران برای گرفتن مهم‌ترین تصمیم‌های زندگی‌شان، پذیرش بی‌دلیل خواسته‌های دیگران، توانایی ضعیف برای تصمیم‌گیری‌های روزمره بدون نصیحت‌های زیاد دیگران و اطمینان بخشی از سوی آنها) برای افراد دارای ناتوانی یادگیری دشوار است. زیرا ناتوانی تحولی این افراد باعث نیازهای وابستگی آنها شده است (رید و بالینگر، ۱۹۸۷).

ابداع ابزارهای ساختار یافته‌ای مانند سنجش استاندارد شخصیت (مان، ۱۹۸۱، بالینگر و رید، ۱۹۸۷)، تحول مفیدی بوده است. گرچه مطالعه‌های اولیه‌ای که از این ابزار استفاده کردند به افراد با ناتوانی‌های یادگیری خفیف و متوسط محدود بود (رید و بالینگر، ۱۹۸۷، دب و هانتر، ۱۹۹۱)، ولی بعدها این ابزار در بین همه توانایی ذهنی مورد استفاده قرار گرفت (خان و همکاران، ۱۹۹۷، لگد برگ و همکاران، ۱۹۹۵، فلاین و همکاران، ۲۰۰۰) بعضی از این مطالعه‌ها به طور استثنا گونه‌ای شیوع بالایی تا ۹۰ درصد را برای انواع متفاوت اختلال‌های شخصیت در ناتوانی یادگیری نشان دادند (لگد برگ و همکاران، ۱۹۹۵). این مطالعه با حجم نمونه‌ای برابر با ۳۸۴ بیمار که از جامعه و بیمارستان نمونه‌گیری شده بود، نشان داد که فقط ۹ درصد از این افراد در جامعه و ۴۳ درصد آنها در سازمان‌ها، معیار تشخیصی DSM III (انجمن روان‌پزشکی آمریکا،

تشخیص اختلال‌های شخصیت در افراد دارای ناتوانی یادگیری یک موضوع بحث‌انگیز باقی مانده است. بازنگری جدیدی، مشکل‌های ذاتی موجود در این حوزه را خاطر نشان کرده است (الکساندر و کورای، ۲۰۰۱) مشکل‌های مربوط به استخراج اطلاعات لازم برای تشخیص، تناسب به کارگیری برخی از ملاک‌های تشخیص رایج و همپوشی بین ویژگی‌های ناتوانی یادگیری و ملاک‌های اختلال شخصیت، همگی از موضوع‌های عمده‌ای است که در ادبیات موضوع بحث شده‌اند.

دشواری‌های مربوط به ارتباط و برجستگی اختلال‌های جسمی، حسی، رفتاری، مشکل‌هایی را در زمینه‌ی سنجش ایجاد کرده است (خان و همکاران، ۱۹۹۷) همچنین رفتارهای مشخصی که برای ناتوانی یادگیری فرد ذاتی‌اند هستند ممکن است با ملاک‌های مربوط به اختلال‌های شخصیت در ICD10 (سازمان جهانی بهداشت، ۱۹۹۲) یا DSMIV (انجمن روان‌پزشکی آمریکا، ۱۹۹۴) شباهت داشته باشند (الکساندر و کورای، ۲۰۰۱).

بنابراین بعضی ملاک‌ها برای اختلال شخصیت غیرثبات هیجانی (برای مثال، تمایل به عمل به طور غیرمنتظره و بدون ملاحظه پیامدها، داشتن مشکل در ادامه دادن به هر بخشی از عمل که پاداش فوری نخواهد داشت).

ممکن است در برخی از افراد دارای اختلال‌های

شیوع اختلال‌های شخصیت موجود در ناتوانی‌های یادگیری را مورد توجه قرار داده و متغیرهای اجتماعی - جمعیت شناختی و بالینی را توصیف می‌نماید.

روش

بیماران سرپایی دو روان پزشک مشاور در ناتوانی یادگیری از لیستر شیر انگلستان به عنوان بخشی از موقعیت خط پایه غربال شدند. بیماران دارای تشخیص اختلال‌های شخصیت از طریق یادداشت‌های موردی روان پزشکی شناسایی شدند.

متخصصان بالینی مسوول با استفاده از اطلاعات حاصل از یادداشت‌های موردی و شناخت‌شان از بیماران، معیارهای ICD10-DCR (سازمان جهانی بهداشت، ۱۹۹۳) را برای اختلال‌های شخصیت به کار گرفتند.

اکثر بیماران سابقه طولانی از الگوهای رفتاری ناسازگارانه‌ی قوی داشتند که این الگوها از دوران کودکی یا نوجوانی آغاز شده بود. از جمله‌ی این رفتارها عبارت بود از: رفتارهای تکانشی مکرر مانند خودآزاری، رفتارهای پرخاشگرانه و روابط متغیر و شدید که به وسیله طرد از سوی مردم دنبال می‌شد با اختلال شخصیت مرزی و تمایل برای خشونت بی‌رحمانه، فریب دادن و سایر رفتارهای غیرمسوولانه جدی در افراد با اختلال شخصیت ضداجتماعی، اطلاعات تفصیلی اجتماعی، جمعیت‌شناختی و بالینی شامل استفاده از خدمات، به طور منظم با استفاده از یک عملکرد طراحی شده برای این منظور جمع‌آوری گردید.

را برای یکی از انواع اختلال‌های شخصیت نشان ندادند.

روایی نهایی هر تشخیصی به سودمندی بالینی‌اش بر می‌گردد. مقادیر شیوع بالا و غیر معمول اختلال‌های مذکور سؤال‌هایی را در ارتباط با سودمندی چنین تشخیصی به ویژه در افراد با ناتوانی‌های یادگیری شدید و عمیق برخواهد انگيخت. هر چه کشمکش‌ها حول و حوش این فرآیند افزایش یابد به همان سان تشخیص اختلال‌های شخصیت موجود در ناتوانی‌های یادگیری نیز یک موضوع مهم خواهد ماند. این مسأله مهم است زیرا ممکن است پذیرش فرد در درون جایگاه اجتماعی‌اش را تحت تأثیر قرار دهد (رید و بالینگر، ۱۹۸۷)، اختلال‌های روانی بعدی را پیش‌بینی نماید (گلد برگ و همکاران، ۱۹۹۵)، نرخ ارجاع به خدمات تخصصی را تعیین نماید (خان و همکاران، ۱۹۹۷) و روش درمان را تحت تأثیر قرار دهد (هرلی و سونر، ۱۹۹۵، ماورو ماتیس، ۲۰۰۰، ویلسون، ۲۰۰۱).

سایر اختلال‌های شخصیت مانند اختلال‌های شخصیت مضطرب، وابسته یا اسکیزوئید با احتمال بیشتری به اثرهای ناتوانی یادگیری نسبت داده می‌شوند یا به احتمال بیشتری با بیماری‌هایی مانند اختلال طیف در خودمانده در ارتباط هستند

شواهد حکایتی گونه نشان داده اند که تشخیص اختلال‌های شخصیت موجود در ناتوانی‌های یادگیری خیلی کمتر از آنچه که برخی از ارقام بالا در ادبیات ذکر کرده‌اند، رخ می‌دهد. این مقاله

یافته ها

کل جامعه در این زمینه‌ی خاص ۴۴۵/۰۰۰ نفر بود که نمونه ۴۳۰ نفر بیماران سرپایی از گروه روان پزشکی بودند.

۲۹ بیمار یک تشخیص بالینی اختلال شخصیت داشتند، بنابراین یک شیوع ۷ درصد به دست آمد. میانگین سنی نمونه برابر بود با ۳۸ سال (SD=۱۱) و دامنه سنی آنها بین ۶۷-۲۲ سال بود. نمونه از ۱۶ زن (۵۵ درصد) و ۱۳ مرد (۴۵ درصد) تشکیل شد. از نظر مکان زندگی چهار نفر (۱۴ درصد) در NHS، ۱۶ نفر (۵۵ درصد) در منازل آپارتمان خصوصی و ۹ نفر (۳۱ درصد) یا به همراه خانواده و یا به تنهایی زندگی می کردند.

دو نفر (۷ درصد) عملکرد ذهنی مرزی داشتند، ۲۳ نفر (۷۹ درصد) ناتوانی یادگیری خفیف و ۴ نفر (۱۴ درصد) ناتوانی یادگیری متوسط داشتند. هیچ فردی با ناتوانی یادگیری شدید یا عمیق وجود نداشت. در بین ۲۴ بیمار، علت ناتوانی یادگیری ناشناخته بود، در حالی که در مورد ۵ نفر به نظر می رسید که ناتوانی یادگیری نتیجه زودرسی یا پیچیدگی زایمان بود، یک نفر هم بیماری ویلسون داشت. ۵ نفر (۱۷ درصد) صرع داشتند. ۱۰ نفر (۳۴ درصد) بیماری روانی همراه با اختلال شخصیت داشتند. ۸ مورد (۲۸ درصد) اختلالات عاطفی عمده (اختلال دوقطبی یا افسردگی مکرر)، یک مورد دچار روان پریشی و یک مورد دارای اختلال اضطراب بود. ۲۰ نفر (۶۹ درصد) سابقه‌ای از رفتار خشونت داشته و ۷ مورد (۲۴ درصد) رفتار نامناسب جنسی داشتند.

با توجه به بکارگیری ICD-10 DCR

همه ۲۹ بیمار دارای یک تشخیص بالینی اختلال شخصیت، حداقل یکی از مقوله‌های اختلال شخصیت ویژه را نشان دادند. ۱۷ مورد (۵۹ درصد) ضد اجتماعی، ۸ مورد (۲۸ درصد) بی ثبات از نظر هیجانی و ۳ مورد (۱۰ درصد) هم ضد اجتماعی و هم بی ثبات از لحاظ هیجانی بودند و ۱ مورد (۳ درصد) نیز یک اختلال شخصیت اضطرابی داشت.

یکی از روش های پیشرونده، انطباق معیار تشخیص با سطح تحولی فرد است. این معیار برای افراد دارای ناتوانی های یادگیری بکار می رود

اکثر آزمودنی‌ها داروهای روان گردان مصرف می کردند، ۲۵ نفر (۸۶ درصد) داروهای ضد روان پریشی، ۱۳ مورد (۴۵ درصد) داروهای ضد افسردگی و ۱۰ مورد (۳۵ درصد) داروهای تثبیت کننده خلق و خو مصرف می کردند. با توجه به استفاده از خدمات بهداشت روانی، ۱۷ مورد (۵۹ درصد) در طول پنج سال گذشته یک یا چند مراجعه (پذیرش) به بیمارستان داشته اند. دو مورد از این افراد بیش از یک سال در بیمارستان باقی ماندند. گروه تخصصی که حمایت رفتاری قوی‌ای را فراهم می آورد متشکل از ۱۷ نفر متخصص (۵۹ درصد)، پرستاران با ۲۰ مورد (۶۹ درصد) و سایر کارکنان شبکه حمایتی با ۱۹ مورد (۶۶ درصد) بود.

بحث

مطالعه‌های قبلی دشواری‌های مربوط به سنجش و تشخیص اختلال‌های شخصیت را همچنان که سطح ناتوانی یادگیری افزایش

شخصیت متغیر از لحاظ هیجانی داشتند. گرچه یافته‌های حاصل از مطالعه‌های قبلی نشان داده که این دو اختلال با احتمال بیشتری به خدمات جامعه ناتوانی یادگیری ارجاع داده می‌شود (خان و همکاران، ۱۹۹۷) با این حال این یافته به تنهایی غیرمحمتمل است که شیوع کم و غیرمعمول سایر اختلال‌های شخصیت را در این مطالعه تبیین نماید. فرد می‌تواند فرض کند که این دو اختلال احتمالاً تشخیص شخصیت را از طریق شدت مشکل جذاب خواهند ساخت.

سایر اختلال‌های شخصیت مانند اختلال‌های شخصیت مضطرب، وابسته یا اسکیزوئید با احتمال بیشتری به اثرهای ناتوانی یادگیری نسبت داده می‌شوند یا به احتمال بیشتری با بیماری‌هایی مانند اختلال طیف در خودمانده در ارتباط هستند.

فرد دارای اختلال شخصیت مضطرب در این نمونه، یک ناتوانی یادگیری خفیف داشته و مهارت‌های کلامی خوبی دارد که به ارایه تشخیص کمک می‌کند.

درباره قابلیت‌های اجرایی معیاری برای دامنه کامل اختلال‌های شخصیت در بین همه طیف ناتوانی یادگیری توافق وجود ندارد. گرچه تعداد عمده‌ای از افراد دارای ناتوانی یادگیری متوسط یا شدید ممکن است بسیاری از معیارهای اختلال‌های شخصیت را نشان دهند، با این حال، یک تشخیص معرف ممکن است به خاطر ناتوانی در فراخوانی اطلاعات در باره وضعیت خلق درونی، تجربه یا نظام‌های باور افراد متحمل نباشد.

یکی از روش‌های پیشرونده، انطباق معیار تشخیص با سطح تحولی فرد است. این معیار

می‌باید برجسته نموده‌اند (بالینگر و رید، ۱۹۸۸، گوستاسون، ۱۹۸۵). در این مطالعه، گرچه بیماران بیشتر دارای ناتوانی یادگیری متوسط یا شدید بودند، با این حال تشخیص بالینی اختلال شخصیت به افراد دارای ناتوانی ذهنی مرزی یا خفیف محدود بود. به نظر می‌رسد در فعالیت بالینی روزمره، تشخیص اختلال شخصیت فقط برای یک اقلیت کوچکی به کار می‌رفت که توانایی کلامی و شناختی قابل ملاحظه‌ای داشتند اما در مطالعه حاضر مشکل‌های هیجانی و رفتاری مستلزم حمایت مهمی از سوی متخصصان بود. این مسأله از طریق این واقعیت حمایت می‌شود که اکثر این بیماران علی‌رغم داشتن عملکرد ذهنی مرزی یا یک درجه خفیفی از ناتوانی یادگیری، هنوز در موقعیت‌هایی با نسبت‌های بالای کارمندی (NHS یا منازل خصوصی) زندگی می‌کنند. گرچه فقط یک سوم از نمونه علاوه بر اختلال شخصیت یک بیماری روانی نیز داشتند، اکثریت آنها تحت داروهای روان‌گردان بوده و از سوی تعداد زیادی از متخصصان درون داد (دارو) دریافت می‌کردند.

شاید فرد بتواند بپذیرد که مقدار شیوع ۷ درصد، شیوع واقعی اختلال‌های شخصیت در ناتوانی یادگیری را کم برآورد کرده است، اما این احتمالاً یک انعکاس صحیح تری از کار بالینی روزمره است و ارزشی نخواهد داشت که همه بیماران بر حسب معیارهای سخت ICD-10 شناسایی شوند (سازمان جهانی بهداشت، ۱۹۹۳). این مسأله نشان می‌دهد که تشخیص بالینی درجه بالایی از تخصص را داراست. همه افراد نمونه به جز یک نفر از آنها یک اختلال شخصیت ضد اجتماعی یا اختلال

ملاک (سازمان جهانی بهداشت، ۱۹۹۳) برای شناسایی نوع اختلال شخصیت مورد استفاده قرار گرفت. اطلاعات جزئی اجتماعی - جمعیت شناختی و بالینی با استفاده از یک فرم نیمه ساختار یافته جمع آوری شد. ۲۹ مورد از ۴۳۰ بیماری که به وسیله دو روان پزشک مشاور مورد بررسی قرار گرفتند، یک تشخیص بالینی از اختلال شخصیت داشتند، بنابراین شیوع ۷ درصد به دست آمد. اکثر افراد، ناتوانی یادگیری خفیف یا مرزی داشتند. فقط ۳۴ درصد یک بیماری روانی ترکیبی داشتند که آن هم اکثراً در ارتباط با داروهای روان گردان بود. ۵۹ مورد سابقه ای از پذیرش (حضور) در بیمارستان داشته و ۵۹ درصد نیازمند حمایت فعال یک گروه درمانی بودند. بعضی از مطالعه‌های اخیر در حوزه ناتوانی یادگیری ارقامی از شیوع بالا تا شیوع ۹۰ درصد برای اختلال‌های شخصیت نشان داده اند. شیوع ۷ درصد حاصل از این مطالعه بیانگر آن است که در کار بالینی معمول، تشخیص به افراد دارای ناتوانی یادگیری خفیف و اختلال رفتاری برجسته محدود است. افرادی که براین اساس تشخیص داده می شوند معیارهای ICD-10-DCR را به طور دقیق نشان می دهند (سازمان جهانی بهداشت، ۱۹۹۳). برای تشخیص اختلال‌های شخصیت در بین کل دامنه ناتوانی‌های یادگیری، معیارهای تشخیصی که مخصوص سطوح تحولی متفاوت باشد مورد نیاز است. در صورت عدم وجود چنین هنجارهایی کار بالینی اخیر مبنی بر محدود شدن تشخیص اختلال‌های شخصیت به یک دسته معرف و دقیق معنی دارتر است، زیرا گروهی از افراد با نیازهای مراقبت ویژه و تلویجات ارجاعی را شناسایی می نماید.

برای افراد دارای ناتوانی‌های یادگیری بکار می‌رود. در صورت عدم حضور چنین هنجارهایی، فعالیت بالینی رایج که تشخیص اختلال‌های شخصیت را به یک مجموعه دقیقی از علایم محدود می‌کند با معنی‌تر است، زیرا آن گروهی از افراد دارای نیازهای مراقبت ویژه یا تلویجات ارجاعی را تعریف می‌کند.

این مطالعه نشان می‌دهد که سطح حمایتی که این گروه از افراد نیاز دارند، به طور کاملاً مشخصی آنها را از سایر بیماران دارای سطوح مشابهی از ناتوانی متمایز می‌کند. در واقع گزارش‌های موردی دال بر این مسأله است که چگونه خدمات رایج با حمایت این گروه در حالت کشمکش قرار دارند (سلقان، ۲۰۰۱). این مسأله اهمیت فهم نیازهای این جامعه برای ایجاد خدمات مناسب را برجسته می‌سازد.

خلاصه

تشخیص اختلال‌های شخصیت در ناتوانی یادگیری غالباً بحث‌انگیز است. بعضی از مطالعه‌ها شیوع بالایی برای این اختلال‌ها را نشان داده اند که این شیوع بالا سؤال‌هایی را درباره سودمندی بالینی آن در ناتوانی یادگیری برانگیخته است. این مطالعه قصد دارد تا شیوع تشخیصی بالینی اختلال شخصیت در بین افراد دارای ناتوانی یادگیری و مشکل‌های رفتاری و سلامت روانی را برآورد نموده و خصوصیات آنها را توصیف نماید. افراد با تشخیص بالینی اختلال شخصیت از طریق غربال کردن یادداشت‌های روان پزشکی بیماران از دو ناحیه لیسیستر انگلستان شناسایی شدند.