



مروری بر مطالعات انجام شده در زمینه اختلال شخصیت ضد اجتماعی

(A review of studies on antisocial personality disorder)

سیما رسولی (نویسنده مسئول)^۱ دکتر غزال زند کریمی^۲

^۱ دانشجوی کارشناسی ارشد روانشناسی عمومی دانشکده رفاه، تهران rasooli.s.asar@gmail.com

^۲ عضو هیئت علمی دانشکده غیرانتفاعی رفاه، تهران ghazalzandi@yahoo.com

چکیده

این مقاله مروری است بر اساس مطالعات اخیر انجام شده در مورد اختلال شخصیت ضد اجتماعی (ASPD) که در کلاستر B اختلالات شخصیت دسته بندی می شود. در این مقاله به بررسی علت شناسی، روش های درمانی، میزان خودکشی در این افراد، الگوهای جنسیتی و تفاوت آن در ابتلا به این اختلال و تشخیص این اختلال با استفاده از ثبت الکتروانسفالوگرافی (EEG) می پردازیم. این مقاله سعی دارد عوامل روانی، اجتماعی و محیطی را از منظرهای مختلف مورد بررسی قرار بدهد و همچنین روش های درمانی شامل: درمان شناختی رفتاری، درمان بیولوژیکی و خانواده درمانی با مقایسه ای اثربخشی ها و نقص این درمان ها را نیز بررسی کند. اما ویژگی اصلی اختلال شخصیت ضد اجتماعی عدم رعایت حقوق دیگران و احترام نگذاشتن به آنهاست. این ویژگی ها در کودکی آغاز می شود و در بزرگسالی ادامه می یابد. رفتار افراد مبتلا به اختلال شخصیت ضد اجتماعی خارج از استانداردهای اجتماعی رفتار اخلاق و وجدان است و با رفتار جنایی در بزرگسالی ارتباط مستقیمی دارد. بعضی روان شناسان بالینی در اختلال شخصیت ضد اجتماعی دو نوع صفت را مشخص کرده اند، اولین صفت بی تفاوتی، بی احساسی و خودخواهی است، به این صورت که فرد از کارهای خود احساس پشیمانی نمی کند و نمی تواند با دیگران همدلی داشته باشد، دومین ویژگی سبک زندگی خاصی است که به علت فکر نکردن قبل از عمل کردن، تکانشی گری و پرخاشگری به وجود می آید. هدف از این بررسی کمک به مردم برای داشتن درک کلی بهتر از ویژگی های (ASPD) است.

واژه های کلیدی

شخصیت، اختلال شخصیت، ضد اجتماعی

ششمین کنفرانس ملے
علوم انسانے و آموزش و پرورش بامحوریت توسعه پایدار

6th National Conference on
Humanities and Education With a focus on sustainable development
www.mpconf.ir



Abstract

This article is a review of recent studies on antisocial personality disorder (ASPD) that examine the etiology, treatment methods, suicide rate in these individuals, gender patterns and differences in the development of this disorder and the diagnosis of this disorder using registration.

Electroencephalography (EEG). This article tries to examine psychological, social and environmental factors from different perspectives and also examines treatment methods including cognitive-behavioral therapy, biological therapy and family therapy by comparing the effectiveness and shortcomings of these therapies. But the main feature of antisocial personality disorder is not respecting the rights of others and not respecting them This trait begins in childhood and continues into adulthood. People with antisocial personality disorders have moral behavior and conscience outside of social standards and are directly related to criminal behavior in adulthood. Clinical psychologists identify two types of traits in patients with antisocial personalities . The first trait of indifference, insensitivity and selfishness is that one does not feel remorse for one's actions and can not empathize with others, which is a feature of lifestyle that is done because of impulsivity and aggression due to not thinking before the action. Helping people to have a better understanding of ASPD

Keywords: personality disorder, antisocial, ASPD



مقدمه

شناخت رفتار و شخصیت^۱ انسان چیز تازه‌ای نیست. برخی بر این باورند که تاریخ تفکر در مورد رفتار و شخصیت به اندازه‌ای طول عمر انسان‌هاست، زیرا اولین چیزی که برای انسان مطرح بوده رفتار او بوده‌است. علاقه‌مندی به بررسی شخصیت مورد توجه فلاسفه، ادیان، مذاهب، ادیبان و شاعران بوده‌است. اما با پیدایش روش‌های علمی تقریباً اعتبار روش‌های قبلی به سر آمد. انسان امروز با مسائل و مشکلات عدیده‌ای روبروست که بررسی این مسائل یک روش دقیق و حساب‌شده‌ای را طلب می‌کند و این روش همان روش علمی است. (برگر^۲ ۱۹۹۳) شخصیت عبارت‌اند از: مجموعه افکار، هیجانات و رفتارهایی که شیوه انطباق ما با دنیا را نشان می‌دهند. شخصیت یعنی هر فرد سبک خاص خود را دارد که از او انسانی واحد و منحصر به فرد می‌سازد. پس انسان‌ها از نظر شخصیت با هم متفاوتند. صفت شخصیت الگوی بادوام درک کردن محیط و دیگران، برقرار کردن رابطه با آن‌ها و فکر کردن به آن‌هاست. الگویی که در قالب ساخت روانی فرد تثبیت شده‌است. در نتیجه شخصیت عبارت‌اند از: یک اصطلاحی که می‌گوید فرد چگونه با انواع رویدادهای زندگی مانند: چالش‌ها، شکست‌ها، فرصت‌ها، موفقیت‌ها و سرخوردگی‌ها مقابله می‌کند، با آن سازگار می‌شود و واکنش نشان می‌دهد. شخصیت چیزی است که آن را در درون تجربه می‌کنیم و از بیرون به دیگران نشان می‌دهیم. به‌طور کلی عوامل تشکیل‌دهنده شخصیت عبارت‌اند از: وراثت، محیط، البته در برخی منابع دو عامل دیگر را هم در نظر گرفته‌اند که عبارت‌اند از: گذشته زمان و وجدان اخلاقی. در واقع این دو عامل خود بستگی به عامل محیط دارند (خانیاں ۱۳۹۸). اختلالات شخصیت طرق غیر انطباقی و انعطاف‌ناپذیر در رابطه با محیط هستند. (آزاد ۱۳۷۴) طبق DSM-5 صفات شخصیتی این‌گونه تعریف می‌شود: روش‌های همیشگی برای رابطه برقرار کردن با ...، تفکر درباره‌ی ... و ادراک محیط اطراف و خود که در مجموعه گسترده‌ای از موقعیت‌های شخصی و اجتماعی نشان داده می‌شود. (گنجی ۱۳۹۷) اختلال شخصیت الگوی ناسازگارانه و بادوام تجربه درونی و رفتار که به زمان نوجوانی یا جوانی برمی‌گردد و حداقل در دو زمینه زیر آشکار می‌شود ۱. شناخت^۳. ۲. هیجان‌پذیری^۴. ۳. عملکرد میان فردی^۵. ۴. کنترل تکانه^۶. این الگوی انعطاف‌ناپذیر مشهود است و موجب پریشانی یا اختلال می‌شود (خانیاں ۱۳۹۸). حال که با شخصیت و به‌طور کلی با تعاریف اختلالات شخصیت آشنا شده‌ایم به ویژگی‌های اختلال شخصیت ضد اجتماعی می‌پردازیم. ویژگی اصلی اختلال شخصیت ضد اجتماعی عدم رعایت حقوق دیگران و احترام نگذاشتن به آن‌هاست. این ویژگی در کودکی آغاز می‌شود و در بزرگسالی ادامه می‌یابد. رفتار افراد مبتلا به اختلال شخصیت ضد اجتماعی خارج از استانداردهای اجتماعی رفتار، اخلاق و وجدان است و با رفتار جنایی در بزرگسالی ارتباطی مستقیم دارد. تحقیق‌ها نشان می‌دهد که در آمریکا ۴۷٪ زندانیان مرد و ۲۱٪ زندانیان زن معیارهای اختلال شخصیت ضد اجتماعی را دارند و این نسبت چندین برابر نرخ شیوع در مردم جامعه است. (گنجی ۱۳۹۷). علاوه بر این، طبق DSM-5، در دوران کودکی، ۵ درصد از دانش‌آموزان پیش‌دستانی احتمالاً به ASPD مبتلا می‌شوند. در بزرگسالی، مردان بیشتر از زنان علائم ASPD را نشان می‌دهند. برای مثال، در زنان، علائم ASPD بیشتر در دوران کودکی با نادیده گرفتن حمایت عاطفی و آزار جسمی و روحی ظاهر می‌شود، برعکس، مردان بیشتر از زنان برای نشان دادن احساسات پرخاشگرانه تشویق می‌شوند. در کشورهای مختلف، به دلیل تفاوت‌های فرهنگی، شیوع ASPD ممکن است متفاوت باشد. در کشورهای فردگرا، دیدگاه فرد در مورد احساس خود نسبت به احساس دیگران ارجحیت دارد و افراد باید بر زندگی خود تسلط داشته باشند و همین موضوع بیشتر به رفتارهای پرخاشگرانه دامن می‌زند. در کشورهای جمع‌گرا، مردم وابستگی متقابل را تشویق می‌کنند (زیلونگ چن^۷، ینو زینگ^۸، زهوی ژانگ^۹ - ۲۰۲۱). بررسی‌های انجام شده در زمینه روانشناسی کیفی نشان داده است که در بسیاری از مجرمان، فقدان سلامت روانی یکی از علل مهم و اساسی در بروز جرم و جنایت بوده است. محققان در این

1 personality

2 burger

3 cognition

4 Excitement

5 Interpersonal performance

6 Impulse control

7 Zilong Chen

8 Yinuo Xing

9 Zehui Zhang



زمینه بر این باورند که واکنش عوامل روانی و بیولوژیکی به صورت متقابل گاهی منجر به عدم تعادل شخصیت در فرد مرتکب می شود و این عدم تعادل روانی که نتیجه ی وجود برخی اختلالات شخصیتی در فرد است ، غالباً ناخودآگاه فرد را به سوی ارتکاب جرم و نقض قانون سوق میدهد.(امیر سماواتی پیروز ، زهرا داستان؛ ۱۳۹۲، ۱۷۳)

طبیعتاً بیشتر افراد جامعه خود را دارای سلامت روان و مصون از بیماری های روانی میدانند ولی از وجود انواعی از بیماریهای روحی و روانی که در برخی شرایط برون داد این بیماری های نهفته را در پی دارد در خود ناآگاهند . یکی از مشخصه های اصلی ASPD میزان بالای همبودی سایر اختلالات روانپزشکی مانند : مصرف مواد و اختلال شخصیت مرزی^{۱۰} و اختلال دوقطبی است. اختلالات روانپزشکی همراه احتمالاً به بی ثباتی وضعیت روانی دامن می زند که ممکن است باعث رفتار پرخاشگرانه و خشونت آمیز شود. در نتیجه همین موضوع بیان کننده این است که چرا ASPD یک اختلال شخصیت رایج در مجرمان است . در پژوهش فخرزادگان^{۱۱} و همکاران رابطه بین اختلالات شخصیتی زندانیان، جرم آنها و مصرف مواد مورد بررسی قرار گرفت و مشخص شد که ASPD شایع ترین اختلال شخصیت در معتادان زندانی است. همچنین این تحقیقات نشان می دهد که ۵۵٫۲ درصد از زندانیان دارای برخی اختلالات شخصیتی و ۱۸٫۲ درصد از آنها به ASPD مبتلا هستند که شایع ترین آنهاست. (زیلونگ چن ،ینو زینگ ، زهوی ژانگ ۲۰۲۱) طبق DSM-5 برای این که فرد ، مبتلا به اختلال شخصیت ضداجتماعی تشخیص داده شود ، باید معیارهای زیر را داشته باشد :

A. فرد تقریباً در همه جنبه های زندگی به حقوق دیگران احترام نمی گذارد و آن ها را نقض می کند . این رفتار از پانزده سالگی شروع شده و سه مورد یا بیشتر از موارد زیر آن را نشان می دهند :

۱. فرد با پیش نگرفتن رفتارهای قانونی هنجارهای اجتماعی را رعایت نمی کند و این موضوع را در تکرار ارتکاب اعمال مجرمانه ای که به دستگیری او منجر می شود ، نشان می دهد.
۲. مکار و فریب کار است و این موضوع را در دروغ گویی های مکرر ، استفاده از نام های مستعار یا کلاه برداری از دیگران به منظور سودجویی شخصی یا لذت بردن ، نشان می دهد.
۳. فرد بدون فکر و بلافاصله بر اساس امیال ناگهانی خود عمل می کند یا نمی تواند از پیش برنامه ریزی کند.
۴. زودرنج ، زودخشم و تحریک پذیر یا پرخاشگر است و این موضوع را تکرار دعوای یا تهاجم های فیزیکی او نشان می دهد.
۵. با کارهای خطرناکی که انجام می دهد، ایمنی خود یا دیگران را به خطر می اندازد .
۶. تقریباً در همه امور بی مسئولیت است و این موضوع را تکرار قانون شکنی ها در محل کار یا رعایت نکردن مسئولیت های مالی نشان می دهد

۷. پشیمانی و عذاب وجدان ندارد و این موضوع را بی تفاوتی او نسبت به ناراحت کردن دیگران ، بد رفتاری با آن ها یا دزدیدن اموال آن ها یا تلاش برای توجیه این اعمال نشان می دهد.

B. فرد حداقل ۱۸ سال سن دارد.

شواهد نشان می دهند که فرد قبل از پانزده سالگی رفتارهایی نشان داده است که جزء رفتارهای اختلال سلوک محسوب می شود ، به عبارت دیگر فرد قبل از پانزده سالگی نیز رفتارهایی دال بر حضور اختلال سلوک نشان داده است.

C. رفتارهای ضد اجتماعی صرفاً در طول اسکیزوفرنی^{۱۲} یا اختلال دوقطبی^{۱۳} روی نمی دهند.

زمانی که کودکان خردسال نسبت به اقتدار دیگران خصومت نشان می دهند و کودکان بزرگتر (زیر ۱۵ سال) دروغ، دزدی یا حتی رفتارهای خشونت آمیز را انجام می دهند ، نشان دهنده برخی از نشانه های رفتارهای ضد اجتماعی در آینده است. این رفتارها در کودکی طبیعی در نظر گرفته شود، اما سطوح بالای رفتار ضد اجتماعی معمولاً یک اختلال بالینی در نظر گرفته می شود . افراد دارای رفتارهای ضداجتماعی به ندرت طرفدار سیستم حقوقی هستند . عوامل زیادی در رفتارهای ضداجتماعی آنها نقش داشته و بر تعامل آنها با افراد دیگر تأثیر گذاشته است .

¹⁰ borderline

¹¹ fekhzadegan

¹² Schizophrenia

¹³ Bipolar disorder



حال که با تعریف کلی شخصیت، اختلالات شخصیت و خصوصیات کلی افراد دارای برجسب اختلال شخصیت ضد اجتماعی آشنا شدیم، در نهایت در این مقاله عوامل خطر ASPD از دیدگاه‌های اجتماعی، فرهنگی، روان‌شناختی و بیولوژیکی، میزان خودکشی در این افراد، الگوهای جنسیتی و تفاوت آن در ابتلا به این اختلال و تشخیص این اختلال با استفاده از ثبت الکتروانسفالوگرافی (EEG) را با بررسی مطالعات انجام شده، تجزیه و تحلیل خواهیم کرد.

مروری بر مطالعات انجام شده

در پژوهشی با عنوان "آیا وجود اختلال سلوک دوران کودکی برای تشخیص اختلال شخصیت ضد اجتماعی در بزرگسالان ضروری است؟" که توسط پاتریک مک گونینگال^{۱۴}، سوفی کر^{۱۵}، ترزا مورگان^{۱۶}، کریستی دالریمل^{۱۷}، ایوانا پلمینسکی^{۱۸}، مارک زیمرمن^{۱۹} در سال ۲۰۱۹ انجام شد، اشاره به این موضوع می‌کند که اختلال شخصیت ضد اجتماعی (ASPD) تنها اختلال شخصیت DSM است که نیاز به تشخیص قبلی اختلال سلوک^{۲۰} (CD) در دوران کودکی دارد. تحقیقات قبلی در مورد مقایسه بزرگسالان مبتلا به ASPD با بزرگسالانی که تمام معیارهای ASPD به جز سابقه CD (که در این مطالعه به عنوان سندرم ضد اجتماعی بزرگسالان نامیده می‌شود: AAS) را دارند، نتایج متفاوتی داشته است. مطالعه حاضر به دنبال روشن کردن تفاوت‌های بین بزرگسالان مبتلا به ASPD، بزرگسالان مبتلا به AAS و یک گروه کنترل سرپایی روانپزشکی بزرگ بود. روش‌های مورد استفاده در این پژوهش مجموعه‌ای از مصاحبه‌های نیمه ساختاریافته بر روی ۲۶۹۱ بیمار سرپایی روانپزشکی انجام شد که گروه‌ها را با متغیرهای جمعیت شناختی، همبودی روانپزشکی، ظهور علائم، سابقه والدین و عوارض روانی-اجتماعی مقایسه کرده اند. تحقیقات گسترده علت شناسی و پیامدهای CD دوران کودکی و نوجوانی را مستند می‌کند و چندین پیامد مشکل ساز را در بزرگسالان از جمله: رفتار مجرمانه، اختلال عملکرد اجتماعی، سوء مصرف مواد و خطر ایجاد آسیب شناسی روانی درونی و بیرونی نشان می‌دهد. با توجه به اینکه تشخیص، نیاز به شواهدی از چنین رفتار نادرستی در دوران کودکی دارد، فقدان نسبی پژوهش در مورد اینکه چگونه سابقه CD بر اختلال در بزرگسالان مبتلا به ASPD تأثیر می‌گذارد، وجود دارد. تحقیقات قبلی نتایج متفاوتی را در مورد اینکه آیا بیماران ASPD و AAS از نظر تظاهرات و اختلال متفاوت هستند، نشان می‌دهند. چهار مطالعه تفاوت‌هایی را در بین بیماران و غیربیماران از نظر بی‌خانمانی، بیماری‌های همراه، رفتار مجرمانه، خشم، شدت سوء مصرف مواد و رفتارهای جنسی پرخطر نشان دادند. این مطالعات نشان داد که افراد مبتلا به ASPD در مقایسه با افراد مبتلا به AAS با شاخص‌های بالینی مشکل‌سازتری ظاهر می‌شوند. سه مطالعه نتوانستند تفاوت‌های بالینی معنی‌داری را بین دو گروه در نمرات روان‌پریشی^{۲۱}، تاریخچه مصرف مواد، بیماری‌های روانپزشکی، عملکرد اجتماعی، تکانشگری و آسیب‌رسانی به خود بیابند. با این حال، مطالعات ذکر شده توسط حجم نمونه کوچک، نمونه‌گیری غیر بالینی در برخی موارد، استفاده از معیارهای DSM-III و معیارهای خروج سخت‌گیرانه که می‌توانند اعتبار بیرونی را به خطر بیندازد و تعمیم‌پذیری را محدود کنند، انجام شده است. اینکه آیا تفاوت بین ASPD و AAS وجود دارد یا نه در یک نمونه بالینی بزرگ مورد بررسی قرار نگرفته است. اگر تفاوت‌های جمعیت شناختی و بالینی کمی بین ASPD و AAS وجود داشته باشد، این نشان می‌دهد که یک مشکل منفی کاذب در معیارهای تشخیصی DSM-5 وجود دارد. یعنی بیماران مبتلا به آسیب شناسی شخصیت ضداجتماعی با توجه به معیارهای محدود با نیاز به اختلال سلوک از تشخیص حذف می‌شوند. از سوی دیگر، برخی از محققان به این نتیجه رسیدند که تشخیص ASPD نباید به سابقه CD نیاز داشته باشد، حتی اگر تفاوت‌های قابل توجهی بین ASPD و AAS یافت شود، زیرا AAS، خود هنوز نشان دهنده یک اختلال بالقوه مشکل ساز است. حذف AAS به عنوان یک اختلال شخصیت ممکن است به طور بالقوه منجر به درمان ناکافی آسیب شناسی شخصیت ضداجتماعی شود.

¹⁴ Patrick McGonigal

¹⁵ Sophie Kerr

¹⁶ Theresa Morgan

¹⁷ Kristy Dalrymple

¹⁸ Iwona Chelminski

¹⁹ Mark Zimmerman

²⁰ Conduct disorder

²¹ Psychosis



حتی در محیط های مراقبت معمولی که در آن سایر مسائل ارائه شده ، درمان می شوند. نتایج این تحقیق نشان داد که بیماران مبتلا به ASPD به طور قابل توجهی بیشتر از بیماران AAS علائمی مطابق با معیارهای تحریک پذیری و رفتار پرخاشگرانه گزارش می کردند و هیچ تفاوت دیگری بین بیماران مبتلا به ASPD و AAS در سایر معیارهای ASPD از جمله نقض هنجارهای اجتماعی، بی مسئولیتی، فریبکاری، تکانشگری، به خطر افتادن های بی پروا ، عدم همدلی ، نمرات GAF، بیکاری، خودآزاری عملکرد اجتماعی یا تعداد اقدام به خودکشی بین بیماران یافت نشد، اما بین ASPD و AAS و گروه شاهد از نظر متغیرهای جمعیت شناختی، همبودی، تظاهر علائم و سابقه والدین تفاوت معنی داری مشاهده شد. گروه های ASPD و AAS از نظر عملکرد شغلی، اجتماعی و میزان خودکشی به طور مشابه دچار اختلال شدند. به طور کلی میتوان از این پژوهش به این نتیجه رسید که رفتار ضد اجتماعی بزرگسالان در غیاب اختلال سلوک گزارش شده در دوران کودکی، خود از نظر بالینی معنادار است اما طبقه بندی DSM به این شکلی که وجود دارد، گروهی از بیماران با شروع دیررس با آسیب شناسی شخصیت ضد اجتماعی را که در نتیجه در معرض خطر عدم توجه، منابع و درمان کافی قرار دارند، حذف می کند.

در پژوهشی تحت عنوان " رفتار ضد اجتماعی دوران کودکی: یک مشکل عصبی-رشدی" که توسط استفانی اچ ام^{۲۲} ون گوزن ، کیت لنگلی^{۲۳} و کریستوفر دبلیو هابسون^{۲۴} در سال ۲۰۲۱ انجام شد، بیان می شود که رفتارهای مخرب، پرخاشگرانه و ضداجتماعی با شروع زودهنگام پایدار است و می تواند با بزرگتر شدن کودکان جدی تر و تغییر آن دشوارتر شود. در سال ۲۰۰۷ (ون گوزن و همکاران، ۲۰۰۷) مدل نظری را ارائه کردند که بر تعامل بین نقص های عصبی-زیستی و عملکرد شناختی و عاطفی به عنوان واسطه های ارتباط بین تأثیرات ژنتیکی و ناملایمات اجتماعی اولیه از یک سو و مشکلات رفتار ضد اجتماعی در سوی دیگر تأکید می کرد. دوران کودکی در مقاله فعلی شواهدی است که پس از سال ۲۰۰۷ مربوط به این مدل را بررسی می کند. تحقیقاتی را در مورد ژنتیک/ اپی ژنتیک، استرس/ تنظیم برانگیختگی و عواطف و عملکرد اجرایی در حمایت از این استدلال انجام داده ایم که کودکان ضداجتماعی، به ویژه آنهایی که با بزرگتر شدن به انجام رفتارهای ضداجتماعی اصرار می ورزند، دارای طیف وسیعی از ویژگی های عصبی روان شناختی هستند که در توضیح تفاوت های فردی، در شدت و تداوم رفتار ضد اجتماعی مهم هستند. عمل بالینی کنونی تمایل دارد که این عوامل خطر عصبی- روانشناختی فردی را به رسمیت بشناسد یا آنها را برای مداخله هدف قرار دهد. ما استدلال می کنیم که رفتار پرخاشگرانه و مخرب در دوران کودکی باید به عنوان یک مشکل عصبی-رشدی در نظر گرفته شود و مداخله در سطح میانجی فرآیندهای عصبی روانشناختی نشان دهنده یک راه امیدوارکننده برای مقابله با آن است. ASB اصطلاحاً مانند چتری است که تشخیص های بالینی مختلف، اصطلاحات قضایی و طیف گسترده ای از رفتارها را در بر می گیرد، به این معنی که افراد ضد اجتماعی گروهی ناهمگن از مردم را نشان می دهند (اسکیم اسکات ، مولوی ۲۰۱۴ ، استادلر پوستک، استرز ۲۰۱۰). علیرغم تظاهرات متعدد و ماهیت ناهمگون اختلال در عملکرد عاطفی و شناختی به طور مداوم در بسیاری از جمعیت های ضد اجتماعی مشاهده شده است. تصور می شود که این اختلالات نقشی سببی در توسعه و نگهداری ASB دارند (ون گوزن و همکاران، ۲۰۰۷). شواهدی در حال جمع آوری است که نشان می دهد کودکانی که رفتار ضداجتماعی مداوم ایجاد می کنند دارای نقص در عملکردهای عاطفی مبتنی بر عصبی- روان شناختی هستند و این آسیب ها با رفتار ضداجتماعی مرتبط است که از دوران کودکی شروع می شود و پایدار است. نقص در عملکرد هیجانی (مثلاً در تشخیص یا همدلی احساسات) می تواند منجر به کودکانی با اختلال سلوک و در بزرگسالی به ASPD شود. کودکان با داشتن مشکلاتی با واکنش هیجانی و خودتنظیمی (ایزنبرگ^{۲۵} و همکاران، ۲۰۰۹؛ ون گوزن، ۲۰۱۵) و توانایی های شناختی مختل (مانند توجه ضعیف، عدم بازداری، عدم تصمیم گیری و عدم برنامه ریزی)، به ویژه در شرایط برانگیختگی هیجانی (تاپار و ون گوزن ۲۰۱۸) مبتلا به این اختلال تشخیص داده می شوند. این ویژگی ها با هم این خطر را افزایش می دهد که کودکان غیراجتماعی نه تنها روابط اجتماعی ضعیفی دارند، بلکه تصمیماتی می گیرند که احتمال ثبات و فراگیر شدن رفتار آنها را افزایش می دهد. مشکلات ASB و سلوک به طرق مختلف ظاهر می شوند و این تظاهرات مختلف با علل مجزا

²² van Gooze

²³ S t e p h a n i e Lan gley

²⁴ Christopher W Hobson

²⁵ Eisenberg



همراه است. تلاش‌های مختلف برای کاهش ناهمگنی ASB و تمایز بین انواع مختلف ASB، همگی یک رویکرد طبقه‌بندی شده را به کار گرفته‌اند. به عنوان مثال می‌توان به سن شروع زودرس یا دبیرس صفات کم در مقابل بی‌احساسی-بی‌عاطفی بالا پرخاشگری ابزاری در مقابل پرخاشگری واکنشی و ASB تهاجمی در مقابل ASB قانون شکن اشاره کرد. با این حال، تحقیقات نشان می‌دهد که افراد ضداجتماعی از نظر درجه عاطفی متفاوت هستند (اسکیم^{۲۶}، اسکات و مولوی^{۲۷}، ۲۰۱۴؛ ون گوزن و همکاران، ۲۰۰۷) و برای درک ASB و توسعه درمان‌ها و مداخلات، رویکردهای بعدی به جای طبقه بندی مورد نیاز است. (کاتبرت و اینسل^{۲۸}، ۲۰۱۳)؛ (هودزیاک و همکاران، ۲۰۰۷). جدی بودن ASB، صرف نظر از سن شروع، با اختلالات عصبی و ناملایمات روانی - اجتماعی قابل توجهی همراه است. (فیرچایلد^{۲۸} و همکاران، ۲۰۱۳). بسیاری از مداخلات موجود با هدف کاهش مشکلات رفتاری در کودکان خردسال بر بهبود مهارت‌های فرزندپروری و/یا رابطه کودک و والدین تمرکز دارند. در حالی که اثربخشی برنامه‌های فرزندپروری و مداخلات مبتنی بر خانواده نشان داده شده است (پیکرو و همکاران ۲۰۱۶؛ اسکات ۲۰۱۰) و چنین مداخلاتی برای استفاده توصیه می‌شوند (به عنوان مثال در بریتانیا توسط موسسه ملی بهداشت و مراقبت عالی؛ NICE، 2017). یکی از مشکلات این است که گروه قابل توجهی از والدین با این مداخلات درگیر نخواهند شد. علاوه بر این، تفاوت‌های فردی در عملکرد عاطفی یا شناختی کودکان ممکن است اثربخشی چنین مداخلاتی را تعدیل کند و این عوامل به طور معمول در نظر گرفته نمی‌شوند. به این دلایل، ما استدلال کرده‌ایم که مداخلات باید بر مشکلات و نیازهای خاص کودک متمرکز باشد (هونیکین و ون گوزن، ۲۰۱۸). مداخله را می‌توان در کودکان کوچکتر، در زمانی که مهارت‌های عاطفی و شناختی که برای عملکرد سالم، مناسب و حمایتی بین فردی حیاتی است، انجام داد. (هربا و همکاران، ۲۰۰۶؛ اسکیم و همکاران، ۲۰۱۴). تمرکز بر شناسایی فرآیندهای احساسی و شناختی اساسی که بر توسعه و شدت ASB تأثیر می‌گذارد و در بین تشخیص‌ها به اشتراک گذاشته می‌شود، می‌تواند زمینه را برای توسعه مداخلات شخصی و هدفمند و گزینه‌های درمانی که امکان‌پذیر، مؤثر و کارآمد هستند، ایجاد کند. (مارکت و وایز^{۲۹}، ۲۰۱۷). بر اساس مقاله ۲۰۰۷ ما، در بررسی حاضر شواهدی را خلاصه می‌کنیم که نشان می‌دهد ASB دوران کودکی با اختلال در فیزیولوژی و اختلال در عملکرد عاطفی و شناختی مشخص می‌شود و نوع و شدت مشکلات رفتاری را توضیح می‌دهد. اگرچه این استدلال مخالف است که همه کودکان مبتلا به ASB در بزرگسالی دچار ASB نمی‌شوند. (فیرچایلد و همکاران، ۲۰۱۳؛ ترمیلی. و همکاران، ۲۰۰۴)، عدم تداوم در بزرگسالی در مورد سایر اختلالات عصبی رشدی تثبیت شده نیز صادق است. به ویژه اختلال کمبود توجه/بیش‌فعالی ADHD (موفیت و همکاران ۲۰۱۵؛ ون لیشوت و همکاران، ۲۰۱۶). به همین ترتیب، کودکانی که در رفتار درمانی^{۳۰} های ضداجتماعی به طور مداوم شرکت نمی‌کنند، ممکن است بعداً در زندگی دچار اختلال عملکرد شوند. (راین، ۲۰۱۸) مدلی که ما در سال ۲۰۰۷ ارائه کردیم به دنبال توضیح این بود که چگونه تفاوت‌های فردی در پرخاشگری در اواخر دوران کودکی پدیدار می‌شود، چگونه عوامل خانوادگی گسترده‌تری و پایداری ASB کمک می‌کنند و چگونه خطر را برای کودکانی که با مشکلات اجتماعی اولیه زندگی می‌کنند کاهش می‌دهند یا تشدید می‌کنند (ون گوزن و همکاران، ۲۰۰۷). به طور خاص، این مدل عوامل خانوادگی (مانند تأثیرات ژنتیکی، ناملایمات دوران کودکی) را به خروجی‌های رفتاری منفی (مانند مشکلات رفتار ضد اجتماعی)، از طریق فعل و انفعال بین نقایص عصبی زیستی (به عنوان مثال، انتقال دهنده عصبی؛ محور HPA، ANS) و مشکلات شناختی و عاطفی مرتبط می‌کند. این مدل پیشنهاد می‌کند که عوامل بیولوژیکی، شناختی و عاطفی به طور مشترک پیوند بین تأثیرات اولیه خانواده و خروجی رفتاری بعدی را واسطه می‌کنند. بنابراین، به جای ناملایمات اولیه دوران کودکی (به عنوان مثال، والدین خصمانه، درگیری و خشونت والدین، رویدادهای منفی زندگی) که تأثیر مستقیمی بر ASB دوران کودکی داشته باشد، این مدل پیشنهاد می‌کند که هر گونه تأثیری با اختلالات عصب‌بیولوژیکی و عصب‌روان‌شناختی واسطه است. رابطه عصب زیستی، شناختی و عاطفی عملکرد ماهیت متقابل^{۳۱} نشان داده می‌شود، به این معنا که اختلالات اولیه در عملکرد عصبی زیستی، اختلال در عملکرد شناختی و عاطفی را تسهیل می‌کند، که به نوبه خود بر اختلال بیشتر در سطح عصبی زیستی تأثیر می‌گذارد. عوامل ژنتیکی در این مدل به عنوان منبع تأثیر خانوادگی بر عملکرد عصبی

²⁶ Skeem

²⁷ Scott and Rumi

²⁸ Fairchild

²⁹ Market and Wise

³⁰ Behavior therapy

³¹ Reciprocal nature



و عصب‌روان‌شناختی کودکان، با تنوع در ساختار ژنتیکی که با نام‌لایمات اولیه دوران کودکی در تعامل است، برای تأثیر نامطلوب بر رشد و عملکرد عصب‌بیولوژیکی و عصب‌روان‌شناختی تأکید می‌شود. این مدل پیشنهاد می‌کند که این فرآیندها در طول زمان آشکار می‌شوند و رفتار کودک همچنین می‌تواند فرآیندی از تعاملات مشکل‌ساز والد-کودکی را برانگیزد که رشد رفتار ضد اجتماعی را در طول زمان ترویج و حفظ می‌کند. در مطالعات معدودی که تحلیل‌های بعدی را اتخاذ کرده‌اند، شواهد متفاوتی وجود دارد که نشان می‌دهد ODD³²/CD³³ با کنترل مهارتی ضعیف‌تر هنگام کنترل وجود علائم ADHD مرتبط است. یک دلیل احتمالی برای این یافته‌های متناقض، ماهیت یک چارچوب تشخیصی است که تظاهرات و علل مختلف را در اختلالات ظاهراً گسسته قرار می‌دهد. به عنوان مثال، ODD یک جزء عاطفی/احساسی (مثلاً به راحتی آزرده می‌شود، عصبانی یا خشمگین می‌شود، کینه توز است) و یک مؤلفه رفتار تکانشی متضاد (فعالانه سرپیچی کردن، بحث کردن، عمدتاً دیگران را آزار دادن، دیگران را به خاطر بدرفتاری سرزنش کردن) را دارد. جالب توجه است که گریفیث،³⁴ آرنولد، رولون-آروبو و هاروی (۲۰۱۹) هنگام کنترل علائم ADHD، دریافتند که علائم ODD با مهارت پاسخ ضعیف‌تر همراه است، اما علائم ODD مرتبط با عاطفه، با بهبود مهارت پاسخ همراه است. از این رو، اگر اختلال در تنظیم عاطفی به عنوان یکی از ویژگی‌های اساسی رشد ASB در کودکان خردسال در نظر گرفته شود، این مطالعه نشان می‌دهد که نقیص کنترل مهارتی، اولیه کودکی زمان بسیار مهمی برای رشد روانی است. تجربیات اولیه باعث تقویت یادگیری و رشد مغز می‌شود و به شکل‌گیری مهارت‌های عاطفی و شناختی، زبان و روابط اجتماعی کمک می‌کند. کودکانی که مشکلات رفتاری و علائم اولیه مشکلات عصبی رشدی را نشان می‌دهند، مانند کودکان در حال رشد معمولی پیشرفت نمی‌کنند. آنها کمتر با مدرسه ارتباط برقرار می‌کنند، کمتر احتمال دارد شبکه‌ای از خانواده و دوستانی داشته باشند که با آنها احساس نزدیکی می‌کنند، از همسالان خود عقب هستند، و ممکن است هرگز به آنها نرسد. بررسی‌ها نیاز به مداخله زود هنگام را برجسته می‌کند زیرا مداخله زودهنگام در شکل دادن به فرآیندهای مسئول ASB موثر است. همچنین کودکان خردسال برای تأثیرگذاری گشوده هستند، زیرا آنها هنوز در فرآیند توسعه مهارت‌های عاطفی و شناختی هستند که برای انعطاف‌پذیری مهم است (هربا و همکاران، ۲۰۰۶؛ لویی، ۲۰۱۲). متأسفانه، بسیاری از کودکانی که به چنین مداخله‌ای نیاز دارند، آن را دریافت نمی‌کنند (مک مانوس و همکاران، ۲۰۲۰). به دلیل همه‌گیری کووید-۱۹ (با تعطیلی‌های مرتبط و تعطیلی مدارس) کودکان افزایش انزوای اجتماعی از همسالان و اختلال در ورودی آموزشی را تجربه کرده‌اند، که هر دو احتمالاً تأثیر منفی بر فرآیندهای عملکرد عاطفی و اجرایی دارند که در این بررسی به عنوان مرتبط با توسعه ASB شناسایی شدند.

در پژوهش دیگری با عنوان "مشکلات شخصیت ضد اجتماعی در بزرگسالی در حال ظهور: نقش عملکرد خانواده، تکانشگری³⁵ و همدلی³⁶" که توسط الئونورا مارزیلی³⁷، لوکا سرنیگلیا³⁸ و سیلویا چیمینو³⁹ در سال ۲۰۲۱ انجام شد، بیان شد که تحقیقات بین‌المللی نقش کلیدی عملکرد خانواده، تکانشگری و همدلی بزرگسالان و نوجوانان را در مشکلات شخصیت ضد اجتماعی نشان داده است. این مطالعه با هدف بررسی تأثیر متقابل احتمالی بین مشکلات شخصیت ضد اجتماعی، کیفیت عملکرد خانواده، تکانشگری، و مشکلات همدلانه در یک نمونه جامعه متشکل از ۳۵۰ بزرگسال در حال ظهور انجام شد. تجزیه و تحلیل توصیفی، همبستگی، رگرسیون سلسله مراتبی و میانجی با کنترل متغیرهای اجتماعی - جمعیت شناختی مربوطه انجام شد. بر اساس روابط پیش‌بینی‌کننده قابل توجهی که در تحلیل‌های رگرسیون ظاهر شد، تحلیل‌های میانجی‌گری موازی برای بررسی اینکه آیا رابطه بین کنترل رفتاری درک شده توسط بزرگسالان اولیه (والدین) در عملکرد خانواده‌شان و خودشان موثر است یا خیر، انجام شد. سطوح مشکلات شخصیت ضد اجتماعی با تکانشگری حرکتی و مشکلات نگرانی همدلانه آنها به عنوان متغیر میانجی در نظر گرفته شد. تحلیل‌های میانجی‌گری برای متغیرهای

³² Oppositional defiant Disorder

³³ Conduct disorder

³⁴Griffiths

³⁵ Impulsivity

³⁶ empathy

³⁷ Eleanor Marcellus

³⁸Luca Serniglia

³⁹Sylvia Chimino



کمکی تنظیم شد که در تحلیل‌های قبلی به طور قابل توجهی با مشکلات شخصیت ضداجتماعی مرتبط بودند (به عنوان مثال، وضعیت رابطه و شغل). نتایج تحلیل‌های میانجیگری موازی نشان داد که تأثیر کلی کنترل رفتاری بر مشکلات شخصیت ضداجتماعی بزرگسالان در حال ظهور معنادار است. علاوه بر این، کنترل رفتاری با تکانشگری حرکتی ارتباط منفی داشت که به نوبه خود با مشکلات شخصیت ضداجتماعی ارتباط مثبت داشت. از سوی دیگر، کنترل رفتاری به طور مثبت با نگرانی همدلانه مرتبط بود که به نوبه خود با مشکلات شخصیت ضداجتماعی ارتباط منفی داشت. هنگام در نظر گرفتن اثرات واسطه‌ها، تأثیر مستقیم کنترل رفتاری بر مشکلات شخصیت ضداجتماعی معنادار باقی ماند. نتایج نشان داد که کنترل رفتاری والدین، تکانشگری حرکتی یا رفتاری و نگرانی همدلانه در مشکلات شخصیت ضداجتماعی پیش بینی می‌شود. علاوه بر این، تکانشگری حرکتی و نگرانی همدلانه تا حدی واسطه بین کنترل رفتاری والدین و مشکلات شخصیت ضداجتماعی بزرگسالان در حال ظهور است. دوره رشد "بزرگسالی در حال ظهور" (بین ۱۸ تا ۲۵ سالگی) مرحله رشدی است که با چالش‌های متعدد مرتبط با کاوش‌های هویت و انتقال در نقش‌های اجتماعی سبک‌های رفتاری و ویژگی‌های شخصیتی ظاهر می‌شوند. بنابراین، این پنجره حیاتی بلوغ نمایانگر مرحله‌ای کلیدی برای مطالعه مشکلات شخصیتی مربوط به مشکلات شخصیت ضداجتماعی است. در واقع، اگرچه تأکید شده است که رفتارهای ضداجتماعی به طور کلی در اواخر نوجوانی در اوج افزایش خود هستند با این حال تفاوت‌های فردی در مسیر مشکلات شخصیت ضداجتماعی وجود دارد. برخی از جوانان که به عنوان افراد ضداجتماعی «محدود در نوجوانی»^{۴۰} تعریف می‌شوند، در اواخر نوجوانی رفتارهای ضداجتماعی و ویژگی‌های سنگدلانه-غیر عاطفی از خود نشان می‌دهند، اما تمایل دارند در دوران بزرگسالی از این رفتارهای خود دست بکشند. در موارد دیگر، افراد ممکن است مشکلات ضداجتماعی مداوم را از نوجوانی تا بزرگسالی نشان دهند، که زیرگروهی از ضداجتماعی‌ها به نام «دوره زندگی مداوم»^{۴۱} نام دارد. در نهایت، وجود ضداجتماعی‌های «شروع دیر هنگام»^{۴۲} نیز تمایلات ضداجتماعی از بزرگسالی در حال ظهور مشهود است. در نتیجه، شناسایی عوامل خطر و محافظت‌کننده مرتبط با مشکلات شخصیت ضداجتماعی در بزرگسالی، پیاده‌سازی دانش مکانیسم‌های زیربنایی مربوط به شروع مداوم و/یا دیر هنگام آنها و هدایت برنامه‌های پیشگیرانه و مداخلات پس از شروع بسیار مهم است. به طور کلی، این مطالعه اهمیت در نظر گرفتن رابطه پیچیده بین کیفیت عملکرد خانواده، همدلی و ویژگی‌های تکانشگری را در مطالعه مشکلات شخصیت ضداجتماعی در بزرگسالی در حال ظهور تأیید کرده است. این نتایج نشان می‌دهد که کنترل رفتاری والدین نقش کلیدی را ایفا می‌کند که تأثیر محافظتی خود را بر مشکلات شخصیت ضداجتماعی هم به طور مستقیم و هم از طریق تکانشگری حرکتی و نگرانی همدلانه اعمال می‌کند.

در پژوهش دیگری تحت عنوان "پرخاشگری تکانشی"^{۴۳} و از پیش طراحی شده^{۴۴} در مجرمان مرد مبتلا به اختلال شخصیت ضداجتماعی^{۴۵} که توسط جاسینتو آزودو، ماریا ویرا-کوئیلو، میگل کاستلو-برانکو روی، کوئلیو مارگاریدا و فیگوئیدو-براگا در سال ۲۰۲۰ انجام شد بیان شد که پرخاشگری یک علامت بالینی از اختلالات روانپزشکی مختلف است که می‌تواند به عنوان یک عمل فیزیکی نسبت به فرد دیگر با هدف ایجاد آسیب تصور شود. در اختلال شخصیت ضداجتماعی (ASPD)، پرخاشگری یکسری تظاهرات مکرر است که به طور متفاوتی اهداف درمانی و پیش‌آگهی را با توجه به طبقه‌بندی تکانشی یا از پیش طراحی شده آن به خطر می‌اندازد. هنگام توصیف یک عمل پرخاشگرانه، باید سطح برنامه‌ریزی و درک احتمالی فرد از پیامدهای فرضی، وجود ناامیدی، تخلف، حمله بین فردی، تهدید، عوامل استرس‌زای محیطی و وجود اختلالات روانی را مشخص کنیم. پرخاشگری انسانی را می‌توان به دو نوع طبقه‌بندی کرد: پرخاشگری تکانشی که به آن پرخاشگری واکنشی نیز می‌گویند و پرخاشگری از پیش برنامه‌ریزی شده که ابزاری یا پیشگیرانه نیز نامیده می‌شود. طبقه‌بندی‌های غیر دوگانه شامل اشکال دیگری از پرخاشگری هستند، یعنی آنهایی که با آسیب‌شناسی روانی و روان‌پریشی^{۴۵} مرتبط هستند. این طبقه‌بندی از پرخاشگری امکان توصیف افراد را بر اساس متغیرهای اجتماعی جمعیت شناختی، جنایی، نوروفیزیولوژیکی و بالینی فراهم می‌کند. پرخاشگری تکانشی با واکنش‌های کنترل نشده و اغراق‌آمیز به محرک‌هایی که آنها را تحریک می‌کند مشخص

40 Limited in adolescence

41 Continuous life cycle

42 Late start

43 Impulsive aggression

44 Pre-designed aggression

45 Psychosis



می شود. افرادی که این نوع پرخاشگری را نشان می دهند تمایل دارند سطوح بالایی از برانگیختگی فیزیولوژیکی مرتبط با استرس، مشکلات عصبی شناختی و ویژگی های شخصیتی تکانشی را نشان دهند. برعکس، پرخاشگری از پیش برنامه ریزی شده مربوط به اعمالی است که طرحی از قبل تعریف شده با هدف نوع خاصی از سود را تحقق می بخشد. این نوع پرخاشگری با افرادی مرتبط است که نه تنها فعالیت فیزیولوژیکی مرتبط با استرس را نشان می دهند بلکه ویژگی های شخصیتی روان پریشی نیز دارند. ASPD با سطوح بالایی از تکانشگری، صفات روان پریشی و شیوع بالای اختلالات مصرف مواد همراه (SUDs) مشخص می شود. پرخاشگری در بیماران ASPD ممکن است باعث حبس طولانی و مکرر شود که خود چالشی است که پزشکان و متخصصان حقوقی با آن روبرو هستند. هدف از توصیف پرخاشگری تکانشی و از پیش برنامه ریزی شده در مجرمان مرد ASPD تعیین نقش بالقوه SUDs، تکانشگری، و ویژگی های روانی به عنوان پیش بینی کننده بود. در این مطالعه مقطعی، نمونه ای از مجرمان ASPD را با مجموعه ای از ابزارهای استاندارد بالینی و روان سنجی از جمله فهرست بازیابی روان پزشکی (PCL-R)، نسخه اروپایی شاخص شدت اعتیاد (EuropASI)، مقیاس تکانشگری بارات نسخه ۱۱ (BIS-11) و مقیاس پرخاشگری تکانشی / از پیش برنامه ریزی شده (IPAS) ارزیابی کردند. ارزیابی اعمال پرخاشگرانه شامل ارزیابی وضعیت سلامت جسمی و روانی فرد و همچنین انگیزه های اعمال پرخاشگرانه می باشد. مشخصات اجتماعی دموگرافیک، جنایی و بالینی نمونه شامل ۱۳۴ نفر با میانگین سنی $37/8 \pm 9/2$ سال بود که ۷۱/۹ درصد (۹۶ نفر) مجرد و ۴۹/۴ درصد (۶۶ نفر) دارای فرزند بودند. میانگین سطح تحصیلات $7/1 \pm 2/9$ سال و میانگین مدت حبس در زمان ارزیابی $112/9 \pm 70/6$ ماه بود. در مجموع ۶۴،۲ درصد (۸۶ نفر) از زندانیان به دلیل جرایم خشونت آمیز (حمله فیزیکی، قتل، یا اقدام به قتل) محکوم شده بودند. در کل نمونه، ۷۱،۶٪ (۹۶ نفر) از افراد دارای ASPD، ۵۶،۷٪ (۷۶ نفر) از افراد SUDs، ۳۱،۵٪ (۴۲ نفر) دارای اختلالات افسردگی، ۲۸،۱٪ (۳۷ نفر) دارای اختلالات افسردگی بودند. اختلالات اضطرابی، ۲۸،۴٪ (۳۸ نفر) روان پریشی، ۳۰،۳٪ (۴۱ نفر) سابقه شخصی اقدام به خودکشی داشتند. در نهایت در این پژوهش به این نتیجه رسیدند که نوع پرخاشگری که با ASPD همراه است عمدتاً ماهیت تکانشی دارد. احتمال بروز پرخاشگری تکانشی در افراد دارای اختلال عاطفی کمتر و احتمال بروز پرخاشگری از پیش برنامه ریزی شده بیشتر است. اگرچه بیماران ASPD دارای سطوح بالایی از تکانشگری و فراوانی بالای SUD هستند، این دو متغیر پیش بینی کننده نوع پرخاشگری نیستند. به منظور به دست آوردن شواهد معتبری که ممکن است درمان پرخاشگری در بیماران ASPD را تسریع کند و تحقیقات مربوط به پرخاشگری را به عمل بالینی در محیط های پزشکی قانونی به کار برند، تعریف واضح از نوع پرخاشگری ممکن است برای طراحی کارآزمایی های بالینی در بیماران ASPD مفید باشد. شیوع بالای اعمال پرخاشگرانه و اختلالات روانپزشکی همراه در محیط های پزشکی قانونی نیاز به یک ارزیابی روانپزشکی پیچیده و یکپارچه دارد که باید خدمات روانپزشکی قانونی در زندان ها که به نیازهای زندانی ها رسیدگی می کند، آن را اعمال کنند.

اما سوالی که در اینجا پیش می آید این است که آیا در ابتدا به اختلال شخصیت ضد اجتماعی تفاوت جنسیتی وجود دارد یا نه که به پژوهی با عنوان "الگوهای جنسیتی^{۴۶} در اختلال شخصیتی ضد اجتماعی و روانپزشکی" که توسط استفانی ان. مولینز-سویت، و بن لیانگ^{۴۷} در سال ۲۰۲۱ انجام شد به این سوال پاسخ می دهیم. چندین مطالعه سوگیری جنسیتی را در شیوع اختلال شخصیت ضد اجتماعی (ASPD) گزارش کرده اند. با این حال، تعیین علت چنین سوگیری ها باید پیگیری شود. توضیح غالب برای سوگیری جنسیتی این است که یک سوگیری در تشخیص و معیارهای تشخیصی ASPD است. تحقیقات قبلی عمدتاً بر روی جمعیت های مردانه در هنگام بررسی ASPD متمرکز بوده است که منجر به این شده است که مردان استاندارد مقایسه باشند و بنابراین قابل تعمیم به جمعیت های زنان نیستند. در تلاش برای به چالش کشیدن این استاندارد، محققان ASPD را در جمعیت های زن مورد بررسی قرار داده اند و تفاوت در شیوع ASPD بین جنسیت ها را گزارش کرده اند. از آن زمان محققان این تفاوت را بیشتر بررسی کردند و گزارش کردند که ممکن است این موضوع به سوگیری در معیارهای تشخیصی ASPD نسبت داده شود. علاوه بر سوگیری های جنسیتی در ASPD، سوگیری های جنسیتی مشاهده شده در روان پریشی هم گزارش شده است. توضیح تفاوت در جنسیت این است که برخی از آیت های PCL-R (چک لیست روان پریشی اصلاح شده) نسبت به جنسیت تعصب دارند، که منجر به نرخ های شیوع متفاوت بین جنس ها می شود. برای کمک به تحقیقات موجود، یک مرور سیستماتیک را انجام دادند که الگوهای جنسی قابل مشاهده در ASPD را بررسی می کرد. مقالات

⁴⁶ Gender patterns

⁴⁷ Stephanie Ann. Mullins-Sweet, and Ben Liang



مورد بررسی نشان داد که تفاوت‌های قابل توجهی در جنسیت، در تشخیص‌های ASPD، CD و روان‌پریشی وجود دارد. رادرفورد⁴⁸ و همکاران مطالعه‌ای را در سال ۱۹۹۹ انجام دادند که سه توضیح برای تفاوت‌های جنسیتی مشاهده شده در تشخیص ASPD ارائه کرد. (۱) رفتارهایی که پیامد سوء مصرف مواد هستند در تشخیص مد نظر قرار می‌گیرند. (۲) تعداد معیارهای دوران کودکی برای ASPD بر تعداد زنان مبتلا به ASPD تأثیر می‌گذارد. (۳) معیارها و جمله بندی معیارها بر میزان ASPD در جمعیت تأثیر گذاشته است. با این حال، با وجود این توضیحات، گزارش شده است که هیچ تفاوتی بین گروه‌های قومی و نژادی وجود ندارد (وارن و ساوث⁴⁹، ۲۰۰۶). یکی از عواملی که مشخص شد بر تشخیص‌ها، خارج از جنسیت، تأثیر قابل توجهی دارد، سن است. مطالعه‌ای که وارن و ساوث در سال ۲۰۰۶ انجام دادند بیان می‌کند که "در بین افراد ۱۸ تا ۲۹ ساله، میزان شیوع ۵٫۲٪ و در بین افراد ۴۵ تا ۶۴ ساله شیوع ۱٫۴٪ بود. با توجه به این مطالب در تشخیص‌های ASPD، توزیع جنسیتی به سمت مردان منحرف می‌شود. در نتیجه، مردان «۳ تا ۵ برابر بیشتر از زنان به ASPD مبتلا می‌شوند» (فیشر و هانی⁵⁰، ۲۰۲۰). این آمار نشان می‌دهد که وجود سوگیری‌های جنسیتی در معیارهای تشخیصی، به دلیل تشخیص یا سوگیری‌های شخصی پزشک است. گزارش شده است که یک استعداد ژنتیکی وجود دارد که افراد مبتلا به ASPD بدون وجدان⁵¹ متولد می‌شوند که به رفتارهای ضد اجتماعی آنها کمک می‌کند. تانگ و همکاران مقاله ۲۰۱۳ در مورد fMRI در حالت استراحت (تصویربرداری رزونانس مغناطیسی عملکردی) اتصالات ناپیوسته‌ای را در نواحی لوب فرونتال و جداری نشان داد که به توجه، خودتنظیمی و توانایی کنترل خود و حل تعارض مرتبط است. در مقاله اشاره شد که «نقص‌های روان‌شناختی و تشریحی مشاهده شده در نواحی پیشانی و جداری و همچنین مخچه، ممکن است دلیل برانگیختگی کم مزمن، تکانشگری زیاد، فقدان وجدان، سنگدلی و مشکلات تصمیم‌گیری باشد. علاوه بر این، شواهد زیادی از تفاوت‌های عصبی آناتومیک در افراد مبتلا به ASPD وجود دارد. (تانگ و همکاران، ۲۰۱۳). با توجه به این خطرات، بزرگسالان مبتلا به ASPD ممکن است از طریق استفاده از سیستم عدالت کیفری، مانند استفاده از حبس، آزادی مشروط، یا مشروط شدن برای کنترل و/یا مدیریت رفتارهای ضد اجتماعی و جنایی خود، «درمان» شوند. باید توجه داشت که حبس یک روش درمانی مؤثر نیست زیرا افراد مبتلا به ASPD اغلب «در یادگیری از اشتباهات مشکل دارند، در تصمیم‌گیری سختگیر هستند، پشیمان نیستند و همدلی ندارند و معمولاً به مجازات پاسخ نمی‌دهند» (دی بریتو و همکاران، ۲۰۱۳). یک دلیل اساسی که این افراد به تنبیه پاسخ نمی‌دهند، ناشی از یک سیستم باور درونی است که قوانین و پیامدها را تابعی از جامعه می‌داند که خود را بخشی از آن نمی‌دانند. آنها خود را بالاتر از جامعه می‌بینند، بنابراین نباید به قوانین جامعه پایبند باشند. در نتیجه، حبس ممکن است تنها به تقویت باورهای آنها کمک کند و موفقیت کمی در بازدارندگی آنها از جنایات آینده داشته باشد. با این حال، تحقیقات نشان می‌دهد که روش‌های درمانی موثری وجود دارد. روش‌هایی که اثربخشی نشان داده‌اند، استفاده از دین و معنویت به عنوان ابزار توانبخشی و تغییر خود شناختی (CSC) است. از طریق دین و معنویت، افراد می‌توانند با موفقیت اصلاح شوند و دوباره در جامعه ادغام شوند که به طور بالقوه رفتارهای ضد اجتماعی و جنایتکارانه آنها را کاهش می‌دهد. CSC نوعی درمان شناختی رفتاری (CBT) است که بر اساس کار سامنو و یوکلسون (۱۹۷۶؛ ۱۹۷۷؛ ۱۹۸۵؛ ۱۹۸۶) با مجرمان انجام شده و در "مجموعه کتاب شخصیت مجرمانه" بیان شده است. در این مجموعه بیان شده است که "موفقیت حاشیه‌ای در اصلاح رفتار مجرمان خشن، چه ضد اجتماعی و چه غیر اجتماعی وجود دارد. (باربور، ۲۰۱۳؛ پاول و سادلر). فراتر از این درمان‌های آزمایش شده، روش‌های دیگری نیز وجود دارد که پتانسیل موفقیت را دارند. یکی از این روش‌ها تمرین درمانی⁵² است. روش دیگر آموزش درمانی است. افراد به گونه‌ای آموزش می‌بینند که با دیگران همدلی بیشتری داشته باشند که باعث افزایش موفقیت آنها در جامعه می‌شود. تحقیقاتی وجود دارد که نشان می‌دهد افراد مبتلا به ASPD درجات مختلفی از همدلی را تجربه می‌کنند، که نشان می‌دهد آموزش درمانی می‌تواند موثر باشد (مفر و همکاران، ۲۰۱۳). یافته‌های این پژوهش نشان داد که در ASPD، تفاوت‌های جنسیتی هنوز به طور قطعی شناسایی نشده است. با این حال، می‌توان آن را به (۱) الزامات علائم اختلال سلوک DSMIV و یا (۲) عوامل جامعه شناختی مانند تفاوت در جامعه‌پذیری نسبت داد. تفاوت بین پسران و

48 Rutherford

49 Warren and South

50 Fisher and Honey

51 Without conscience

52 Exercise therapy



دختران الزامات علائم DSM-IV در اختلال سلوک (CD) احتمالاً به این تفاوت‌ها کمک می‌کند، زیرا پسران تمایل بیشتری به رفتار خشونت‌آمیزشان دارند. بعضی از پسرها به دلیل اینکه که فکر می‌کنند برای اینکه از نظر اجتماعی پذیرفتنی باشند باید رفتار خشونت‌آمیز نشان دهند، بیشتر احتمال دارد این رفتارها را بروز دهند. تفاوت در بیان جنسیت در این آیت‌ها به دلیل تفاوت اجتماعی شدن پسرها در مقابل دخترهاست، به عنوان مثال به پسرها آموزش داده می‌شود که بی‌عاطفه باشند در حالی که به دختران آموزش می‌دهند پر از احساسات باشند.

در پژوهشی دیگر با عنوان "اختلال شخصیت ضد اجتماعی در اختلال دوقطبی"^{۵۳}: بررسی سیستماتیک" که توسط الویرا آنا کربن، رناتو دی فیلیپیس، ماراریتا کارولئو، جوزینا کالابرو، فیلیپو آنتونیو استالتاری، لورا دستفانو، رافائله گائتانو، لوکا استاردو جونیور و پاسکواله دی فازیو در سال ۲۰۲۱ انجام شد بیان می‌کند که هدف از این مطالعه شناسایی فراوانی ASPD در بیماران دوقطبی با دقت بیشتر و تأثیر ASPD بر سیر بالینی BD بود. در این مقاله به این موضوع می‌پردازد که اختلال دوقطبی (BD) یک اختلال روانپزشکی شدید است که کیفیت زندگی و اختلال عملکردی را بدتر می‌کند. اختلال دوقطبی (BD) یک اختلال عاطفی مزمن است که با نوسانات خلقی با چرخه‌های مکرر شدیدی با BD I، یا هیپومانیا (BD II) و دوره‌های افسردگی با یک دوره بسیار متغیر در بین بیماران مشخص می‌شود. شیوع BD در طول زندگی حدود ۲-۳٪ در جمعیت عمومی تخمین زده می‌شود. BD اغلب با سایر بیماری‌های روانپزشکی همراه است که می‌تواند منجر به پیامد بدتری شود. تخمین زده شده است که بیماران مبتلا به BD در معرض یک اختلال روانپزشکی دوم با نرخ طولی هستند که می‌تواند بالاتر از ۵۰٪ باشد و ممکن است به ۷۰٪ نیز برسد. اختلالات شخصیت (PDS)، به ویژه خوسه B، شیوع بالایی در بین بیماران BD دارد و یک عامل پیش‌آگهی ضعیف در نظر گرفته می‌شود. مطالعه این بیماری یک چالش بالینی و تشخیصی مهم در روانپزشکی است به ویژه، همپوشانی بالینی بین اختلال شخصیت ضد اجتماعی (ASPD) و BD نشان می‌دهد که می‌تواند سیر هر دو اختلال را بدتر کند. ASPD و BD هر دو می‌توانند همراه رفتارهای تکانشی و اختلال مصرف مواد مشخص شوند که اغلب منجر به مشکل در اجرای قانون و داشتن تمایل به خودکشی می‌شود. مطالعات نشان می‌دهد که تکانشگری و سوء مصرف مکرر مواد مخدر، به ویژه الکل، حشیش و آمفتامین‌ها، با احساس طلبی و عدم پیش‌بینی در ASPD همراه است و زمانی که ASPD همراه با BD باشد، با نقض قابل توجهی در توانایی، دادن پاداش با تاخیر در سیستم مزولیمبیک و حجم بیشتر ماده خاکستری مرتبط است. ارزیابی کیفیت این مطالعات با استفاده از ابزار ارزیابی ترکیبی روش (MMAT)^{۵۴} که توسط پلیه^{۵۴} و همکاران ایجاد شده است، انجام شد. MMAT یک سیستم امتیازدهی قابل اعتماد و کارآمد برای ارزیابی کیفیت مطالعات کمی، کیفی و ترکیبی است. در این روش پنج معیار کیفی، تصادفی کنترل شده، غیرتصادفی، مشاهده‌ای توصیفی و ترکیبی مورد ارزیابی قرار گرفت. برای هر مطالعه، نمره ۲۰٪ در صورت رعایت یک معیار و ۱۰۰٪ اگر همه معیارها برآورده شد، اختصاص داده شد، بنابراین نمره کل می‌تواند بین ۲۰ تا ۱۰۰٪ باشد. مطالعات با بیماران مبتلا به BD I، BD II، یا سیکلوتیمیا و ASPD بر اساس معیارهای DSM یا ICD، بدون توجه به مرحله اختلال و/یا درمان دارویی، سنین ۱۸ تا ۶۵ سال (مطالعات روی نوجوانان زیر ۱۸ سال را حذف کردند، زیرا اختلالات شخصیتی ضد اجتماعی بعد از ۱۸ سال برچسب می‌گیرد) در این مقاله مروری گنجانده شدند. مطالعات با بیماران مبتلا به BD I، BD II یا سیکلوتیمیا و ASPD، افراد زیر ۱۸ سال و مسن تر از ۶۵ سال، با همبودی عصبی یا آسیب‌های مغزی در رویدادهای تروماتیک با از دست دادن هوشیاری، حذف شدند. بر اساس داده‌های پژوهش، با توجه به همبودی بین BD و ASPD و عناصر مشترک بین اختلال شخصیت ضد اجتماعی و روان‌پریشی^{۵۵}، انجام کارآزمایی‌های بالینی که به بررسی عمیق همبودی بین این سه بیماری با هم می‌پردازند، مطلوب است. در واقع، حضور بیماران روان‌پریشی مبتلا به BD و ASPD ممکن است پیامدهای مهمی از نظر بالینی، پیش‌آگهی و درمانی داشته باشد. ASPD در بیماران BD با پیامد ضعیف پس از یک دوره مانیک، میزان بالاتر اقدام به خودکشی و دوره بدتر بیماری، همراه با پذیرش بیشتر بود. علاوه بر این، بیشترین تعداد رویدادهای افسردگی مرتبط با بیماری همراه PDS منجر به کاهش کیفیت زندگی می‌شود و از آنجایی که این دلایل متداول‌ترین اقدام به خودکشی در طول مراحل افسردگی است، این موضوع ممکن است توضیح دهد که چرا بیماران مبتلا به همبودی تمایل بیشتری به اقدام به خودکشی دارند. در بیماران مبتلا به BD و ASPD به

⁵³ Bipolar Disorder

⁵⁴ pluye

⁵⁵ Psychosis



طور قابل توجهی، شروع زودتر با پیش‌آگهی ضعیف‌تر در هر دو اختلال همراه است که احتمالاً نه تنها به دلیل عوامل ژنتیکی بلکه به دلیل تأثیرات محیطی مانند بدرفتاری با کودک، سوء استفاده، خشونت، ناسازگاری والدین و مراقبت با کیفیت پایین تر است. همچنین مشخص شده است که این بیماران دارای امتیاز پرخاشگری بالاتری هستند که با BGA اندازه‌گیری شده است. آنها پس از اندازه‌گیری توسط BIS-11 نکانشگری بالاتری نشان دادند و تلاش‌های بیشتری برای خودکشی دارند. دوره‌های شیدایی می‌توانند به راحتی منجر به مجازات‌های کیفری شوند، بنابراین رفتار غیرقانونی به طور غیرمستقیم بر پایداری در درمان تأثیر می‌گذارد. در نهایت به این نتیجه رسیدند که تخمین زده شد، ASPD در بین بیماران BD، به ویژه در BD نوع I، شایع تر است. به نظر می‌رسد بیماران BD مبتلا به ASPD به عنوان یک بیماری همراه، شروع زودرس، تعداد دوره‌های شیدایی و افسردگی بیشتر، دوره‌های عاطفی شدیدتر، سطوح بالاتری از رفتارهای پرخاشگرانه و تکانشی داشته باشند. همبودی با پیش‌آگهی بدتر، افزایش دفعات عود، پیامد بالینی ضعیف، فراوانی بیشتر رفتارهای خطرناک همراه است. علاوه بر این، به نظر می‌رسد علائم ASPD در بیماران BD با همبودی مکرر با اختلالات اعتیاد آور (اختلال سوء مصرف الکل یا کوکائین)، خودکشی و رفتارهای مجرمانه، احتمالاً به دلیل یک ویژگی اصلی تکانشگری مشترک، همراه باشد.

در پژوهشی دیگر تحت عنوان “تعامل بین ضربان قلب در حالت استراحت⁵⁶ و عوامل خطر دوران کودکی در پیش‌بینی محکومیت‌ها و نمرات شخصیت ضد اجتماعی” توسط دیوید پی فرینگتون⁵⁷ در سال ۲۰۲۰ مورد بررسی قرار گرفت. در این مقاله داده‌های جمع‌آوری شده مطالعات کم‌برج در رشد بزهکاری را که یک مطالعه طولی آینده‌نگر بر روی ۴۱۱ مرد لندنی از سنین ۸ تا ۶۱ سال است، تجزیه و تحلیل می‌کند. هدف آن بررسی تعاملات بین عوامل خطر روانی اجتماعی در سنین ۸ و ۱۰ سالگی و یک عامل بیولوژیکی (قلب در حال استراحت) است. در پیش‌بینی محکومیت‌ها سن ۱۸ سالگی تا ۶۱ سالگی و نمرات بالای شخصیت ضد اجتماعی در سنین ۳۲ و ۴۸ (ترکیب) اندازه‌گیری شد. تجزیه و تحلیل‌های حاضر نشان می‌دهد که ضربان قلب بالا در حالت استراحت به عنوان یک عامل محافظتی⁵⁸ در برابر خشونت والدین و یک مادر افسرده عمل می‌کند، یا برعکس این عوامل خطر دوران کودکی پیامدهای ضداجتماعی را تنها زمانی پیش‌بینی می‌کنند که با ضربان قلب پایین در حالت استراحت همزمان باشد. ایده تعامل بسیار ساده است. یک متغیر V1 با متغیر V2 دیگر در پیش‌بینی تخلف در تعامل است. این ایده شبیه به تعریف بارون و کنی⁵⁹ (۱۹۸۶) از متغیر تعدیل‌کننده است. وقتی V1، V2 و تخلف همه اندازه‌گیری می‌شوند، توضیح اثرات تعامل ساده‌تر است. به صورت دوگانه هنگامی که V1 و V2 به عنوان متغیرهای پیوسته اندازه‌گیری می‌شوند و اثر متقابل با ضرب اندازه‌گیری می‌شود، درک این موضوع بسیار دشوارتر می‌شود، به خصوص زمانی که این متغیرها در مقیاس‌های فاصله مساوی اندازه‌گیری نمی‌شوند. (این موضوع معمولاً برای متغیرهای غیرزیستی صدق می‌کند). فرینگتون⁶⁰ (۱۹۹۴) انواع مختلفی از اثرات متقابل را در پیش‌بینی جرم توصیف کرد. بر اساس مفروضات مختلف، او درصد تخلف را در چهار دسته مشخص کرد: الف) V1NR/V2NR (ب) V1NR/V2R (ج) V1R/V2N (د) V1R/V2R که در آن NR غیرخطرناک ریسک است. N دسته و R رده ریسک است. هنگامی که تنها یک اثر اصلی از V2 وجود داشت، درصد تخلف الف) ۱۷٪، ب) ۵۰٪، ج) ۱۶٪، د) ۵۰٪ بود و اثر متقابل⁶¹ صفر بود. هنگامی که V1 و V2 اثرات اصلی افزایشی داشتند، درصد تخلف الف) ۱۴٪، ب) ۳۸٪، ج) ۳۰٪، د) ۶۲٪ بود و اثر متقابل دوباره صفر بود. از آنجایی که تمایل به تفسیر نادرست اثرات افزایشی به عنوان اثرات متقابل وجود دارد، آزمایش آماری برای اثرات متقابل مهم است. وقتی درصد تخلف الف) ۱۶٪، ب) ۱۶٪، ج) ۲۰٪ و د) ۸۰٪ بود، اثر متقابل معنی‌داری وجود داشت، زیرا V2 با تخلف در حالت غیرخطر ارتباط نداشت. اما دسته V1 مربوط به تخلف در رده خطر V1 بود. این می‌تواند به عنوان یک اثر محافظتی از دسته غیرخطر V1 در بی‌اثر کردن اثر V2 بر تخلف، یا به عنوان یک اثر تقویت‌کننده دسته خطر V1 در افزایش تأثیر V2 بر تخلف در نظر گرفته شود (V1 و V2 می‌توانند در این توضیح معکوس شود).

⁵⁶ Resting Heart Rate

⁵⁷ David P. Farrington

⁵⁸ Protective agent

⁵⁹ Baron and Kenny's

⁶⁰ Frington

⁶¹ interaction



در جرم شناسی^{۶۲} در مورد معنای اصطلاح "عامل محافظ" سردرگمی وجود دارد. برخی از محققان از این اصطلاح برای اشاره به نقطه مقابل مقیاس با یک عامل خطر استفاده کرده اند. از این رو، همانطور که یک عامل خطر نرخ بالای بزهکاری را پیش بینی می کند، گفته می شود که یک عامل محافظتی نرخ پایین تخلف را پیش بینی می کند. مشکل این تعریف این است که از دو اصطلاح برای توصیف یک رابطه استفاده می کند. معنای دوم عامل محافظتی متغیری است که با یک عامل خطر در تعامل است تا اثر آن را از بین ببرد. گاهی اوقات به عامل محافظ نام‌های مختلفی داده می شود، مانند عامل محافظ مستقیم در مقابل عامل محافظ بافر^{۶۳} (به عنوان مثال، لوسل و فرینگتون، ۲۰۱۲) و عامل محافظ ترویجی در مقابل تعاملی (به عنوان مثال فرینگتون ۲۰۱۱). در مقاله حاضر، اصطلاح "عامل محافظتی" به یک واقعیت محافظتی تعاملی اطلاق می شود. تنها سه مطالعه تا به امروز در مورد عوامل محافظتی بیولوژیکی وجود داشته است. اخیراً، بارنز و همکاران. (۲۰۲۰) تحقیقاتی را در مورد اثرات متقابل زیستی - روانی-اجتماعی مورد بازبینی و حمایت قرار دادند، بدون توجه به این موضوع که «برخی از پژوهش های تجربی بسیار مورد استناد، در مورد رفتار ضد اجتماعی، تعاملات بین عوامل ژنتیکی و محیطی (به عنوان مثال، کاسپی و همکاران، ۲۰۰۲) یا بین عوامل روانی فیزیولوژیکی و خطرات زیست محیطی (به عنوان مثال، پورتنو و فرینگتون، ۲۰۱۵). مطالعاتی را انجام داده اند. تئوری های جدیدتر رشد و دوره های زندگی به احتمال زیاد حداقل متغیرهای بیولوژیکی را ذکر می کنند (فرینگتون، ۲۰۰۶). با این حال، حتی این نظریه ها به ندرت شامل اثرات متقابل می شوند. آنها بیشتر بر روی عوامل خطر روانی - اجتماعی برای جرم تمرکز می کنند که به خوبی تثبیت شده اند و در مطالعات طولی و مرورهای سیستماتیک به خوبی تکرار شده اند. (به عنوان مثال درزون، ۲۰۱۰؛ فرینگتون و همکاران، ۲۰۱۷) آنها به طور کلی فرض می کنند که افزایش متغیرهای تعاملی ممکن است به این دلیل باشد که اثرات متقابل ثابت نسبتاً کمی در جرم شناسی وجود دارد. در بررسی این اثرات، از بین همه متغیرهای بیولوژیکی،^{۶۴} RHR پایین به عنوان "بهترین همبستگی بیولوژیکی تکرار شده رفتار ضد اجتماعی در کودکان و نوجوانان" شناسایی شده است (اورتیز و راین^{۶۵}، ۲۰۰۴، ص. ۱۵۹). پورتنو و فرینگتون (۲۰۱۵) یک مرور سیستماتیک از ۱۱۴ مطالعه مرتبط با RHR با رفتار ضد اجتماعی انجام دادند و اندازه اثر خلاصه $d = -.20$ را گزارش کردند. آنها خاطرنشان کردند که این گزارش با خشونت ۵۵٪ از افرادی که RHR پایین دارند، در مقایسه با ۴۵٪ از کسانی که RHR بالا دارند، مطابقت دارد. با توجه به مکانیسم های نظری زیربنای این رابطه، اعتقاد بر این است که RHR پایین نشان دهنده برانگیختگی پایین دستگاه خودمختار است، که می تواند منجر به احساس تکانشی برای افزایش برانگیختگی شود. (به عنوان مثال، پورتنو و همکاران، ۲۰۱۴) برخی از این نتایج در مقاله بیان می کند که RHR بالا تأثیر نظم و انضباط همراه با خشونت، مادر افسرده و سخت بودن تنبیه را بر محکومیت های بعدی بی اثر می کند. ده، تعداد تأثیرات متقابل مهم در این تحلیل ها نسبت به تحلیل محکومیت های خشونت کمتر بود. برخلاف برخی استدلال های قبلی، اثرات عامل خطر بیولوژیکی RHR پایین در غیاب خطر روانی اجتماعی قوی تر نبود. در واقع، زمانی که خطر بیولوژیکی با خطر روانی - اجتماعی ترکیب می شدند، پیامدهای ضد اجتماعی بیشتر بود. تحقیقات بیشتری در مورد تعاملات زیست روانی-اجتماعی در جرم شناسی، و به ویژه در مورد مکانیسم ها و فرآیندهایی که از طریق آنها تأثیرات خود را دارند، به وضوح مورد نیاز است. نتایج حاضر نشان می دهد که متغیرهای بیولوژیکی باید بیشتر در مطالعات طولی آینده نگر اندازه گیری شوند (فرینگتون، ۲۰۱۸) و باید بیشتر در نظریه های توسعه و دوره زندگی گنجانده شوند (چوی، فرینگتون، و راین، ۲۰۱۵). علاوه بر این، دانش در مورد تعاملات زیست روانی اجتماعی می تواند در افزایش اثربخشی مداخلات جرم شناسی مفید باشد. مهم است که بدانیم چه چیزی در چه شرایطی با چه کسی کار می کند. در نهایت آقای دیوید پی فرینگتون به این نتیجه رسید که تجزیه و تحلیل های قبلی از پیش بینی خشونت نشان می دهد که RHR بالا به عنوان یک عامل محافظتی در از بین بردن تأثیر چندین عامل خطر دوران کودکی عمل می کند و یا اینکه RHR پایین به عنوان یک عامل تقویت کننده عمل می کند.

⁶²Criminology

⁶³ buffering protective factor

⁶⁴ Resting Heart Rate

⁶⁵ Ortiz & Raine



در پژوهشی دیگر تحت عنوان "تشخیص اختلال شخصیت ضداجتماعی با استفاده از یک الگوریتم جدید یادگیری ماشینی بر اساس داده های الکتروانسفالوگرافی"⁶⁶ که توسط هرمان باومگارتل، فولیا دیکچی، دانیل ساتر، ریکاردو بوتنر که در بیست و چهارمین کنفرانس اقیانوس آرام آسیا در مورد سیستم های اطلاعاتی در کشور امارات در شهر دبی در سال ۲۰۲۰ ارائه گردید، بیان شد که تشخیص ASPD به دلیل شباهت آن به سایر اختلالات روانی، کار دشواری است (گلن و همکاران ۲۰۱۳). به خصوص اختلال روان پریشی بسیار از نظر علائم مشابه ASPD است و هر دو بیماری روانی، دارای همبودی بالایی با یکدیگر هستند. (ورنر و همکاران ۲۰۱۵). پیشینه تحقیق گزارش می دهد که ارزیابی کلاسیک اختلالات شخصیت، به ویژه در پزشکی قانونی، نسبتاً محدود است. (بلک برن ۲۰۰۰⁶⁷). تلاش هایی برای ایجاد معیارهای قابل اعتماد برای چنین ارزیابی هایی انجام شده است. به عنوان مثال SWAP-200⁶⁸ برای این ارزیابی ساخته شده است (مارین-آلان و همکاران ۲۰۰۵). با این حال، یک روش سریع، آسان برای استفاده و قابل اعتماد برای تشخیص ASPD، بر اساس داده های فیزیولوژیکی عینی EEG است که برای تشخیص زودهنگام و درمان ASPD مفید خواهد بود. رویکردهای قبلی با اشاره به رفتار ضد اجتماعی، کاهش قدرت آلفا و افزایش توان دلتا و تتا را در الکتروانسفالوگرافی (EEG) تایید می کنند. این موضوع توسط ریس و آمادور⁶⁹ (۲۰۰۹) گسترش یافت. آنها در تحقیقات خود دریافتند که فعالیت های قوی مغز در لوب پیشانی را می توان در شرکت کنندگانی که رفتار ضد اجتماعی نشان می دهند مشاهده کرد. یک رویکرد که پیش بینی ASPD را در نظر می گیرد، همبستگی ژنتیکی و وراثت پذیری ASPD است که میزان قدرت آلفا در EEG آن را ثابت می کند. قدرت آلفا ریشه ژنتیکی دارد. کار دیگری که نتایج دقیق ارائه می کند، رویکرد یادگیری ماشینی⁷⁰ (ML) مبتنی بر داده های تصویربرداری تشدید مغناطیسی عملکردی (fMRI) توسط تانگ و همکاران (۲۰۱۳) است که بر تفاوت ها در تصاویر مغزی بیماران رفتار ضد اجتماعی و افراد سالم تأکید می کند. با این حال، هیچ یک از این رویکردها برای تشخیص ASPD، دقت بالا را با روش ارزیابی زمان و هزینه کارآمد ترکیب نمی کند. از آنجا که هیچ یک از رویکردهای ذکر شده قبلی و روش های دیگر شامل یک الگوریتم ماشین یادگیری مبتنی بر EEG برای پیش بینی ASPD نیست، در این تحقیق به سوال زیر پاسخ داده خواهد شد: آیا می توان یک الگوریتم مبتنی بر ML را به گونه ای توسعه داد که وقتی داده های EEG یک فرد را ارزیابی می کند، باعث تشخیص زودهنگام ASPD شود؟ مهم ترین کمک های این کار عبارتند از: ۱. این رویکرد اولین رویکردی است که نتایج قابل اعتمادی بر اساس EEG با دقت تعادل ۷۷.۵۰ درصد به دست می آورد. ۲. کارهای قبلی در مورد تمایز افراد مبتلا به ASPD با تمرکز بر زیر باندهای خاص EEG تایید و گسترش یافته است.

برخی از انتقادات به نسخه های قبلی DSM این است که تنها بر معیارهای رفتاری متمرکز بود. در نسخه های بعدی، یک توصیف مبتنی بر ویژگی پیشینه تاریخی و همچنین شرایط خانوادگی، اجتماعی و فرهنگی فرد نیز پیشنهاد شد (مرکز همکاری ملی برای سلامت روان⁷¹ ۲۰۱۰). به طور کلی، چندین روش مصاحبه برای تشخیص اختلال روانی وجود دارد. رویکردهای مختلف در ساختار و تمرکز آنها متفاوت است. یکی از این روش ها، مصاحبه تشخیصی ساختاریافته است که در آن محققان به طور انحصاری بر وجود یا عدم وجود عوامل تشخیصی مبتنی بر DSM تمرکز می کنند (شپهان و همکاران ۱۹۹۸). یک رویکرد جایگزین، استفاده از مشاور است. مشاور⁷² در طول مصاحبه وانمود می کند که ساده لوح است تا ببیند آیا بیمار دروغ می گوید یا خیر یا اطلاعات مهم بالینی یا تشخیصی نادرست ارائه می دهد یا خیر (نوشپیتز ۱۹۹۴). روش دیگر برای تشخیص اختلال روانی یک نوجوان، استفاده از مقیاس های درجه بندی والدین و معلمان و سیستم های مشاهده رفتاری است. این رویکرد به ویژه برای تشخیص حمایتی اختلال سلوک در دوران کودکی مفید است. در مقایسه، این روش یکی از زمان برترین و گران ترین روش ها است (آیبرگ و راس ۱۹۷۸). روش جایگزینی که یک مشاور می تواند در نظر بگیرد، پرسشنامه های خود گزارشی است که در آن فرد خود را مورد نظر ارزیابی می شود. همه روش های ذکر شده در بالا حاوی مشکلاتی بر اساس دامنه تفسیر انسانی هستند. مشکل بیشتر در تشخیص رفتار ضداجتماعی شامل انتقال متقابل مشاور یا شرایط

⁶⁶ Electroencephalographic

⁶⁷ Blackburn

⁶⁸ سواپ (SWAP)، آزمونی روان-شناختی برای سنجش شخصیت به شکلی معتبر، قابل اعتماد، و غنی به لحاظ روان-شناختی است

⁶⁹ Reese and Amador

⁷⁰ Novel Machine Learning

⁷¹ WHO

⁷² Consultant



فرهنگی و موقعیتی گیج کننده است (سامرز-فلانگان و سامرز-فلانگان ۱۹۹۸). به طور کلی، تشخیص بسیار بحث برانگیز است. بسیاری از محققان و مشاوران از ناهمگن بودن و فراگیر بودن این دسته شکایت دارند. جدای از روش‌های مصاحبه و پرسشنامه، رویکردهایی وجود دارد که توسط تحقیقات تصویربرداری مغز متمرکز بر رفتار ضد اجتماعی انجام شده است. بر اساس این یافته‌ها، اختلالات عملکردی بیشتر در ناحیه پیش پیشانی مغز است. این اختلالات شامل کاهش متابولیسم گلوکز پیش پیشانی^{۷۳} (رولز و همکاران ۱۹۹۴) و کاهش جریان خون پیشانی (سودرستروم و همکاران ۲۰۰۲) هستند. ناحیه پیش پیشانی عمدتاً زمانی که به وظایف قضاوت اخلاقی می‌رسد فعال می‌شود. همچنین شواهدی برای اختلالات ساختاری پیش پیشانی وجود دارد. چندین مطالعه کاهش قابل توجهی ماده خاکستری پیش پیشانی را در افراد ضد اجتماعی، روان‌پریشی و پرخاشگر مبتلا به صرع لوب تمپورال^{۷۴} نشان داده‌اند. در مطالعات قبلی، لیندبرگ و همکاران (۲۰۰۵) اندازه‌گیری‌های EEG را در مردان قاتل با تشخیص ASPD تجزیه و تحلیل کردند. جدای از مشاهده کاهش توان آلفا در اندازه‌گیری‌های EEG، افزایش قابل توجهی در توان دلتا و تتا، به‌ویژه در نواحی پس سری نشان می‌دهند. بررسی بیشتر ریس و آمادور (۲۰۰۹) منجر به مشاهده ناهنجاری‌های EEG را تایید می‌کند. از آنجایی که این پژوهش مجرمان متخلف با و بدون ASPD را مقایسه می‌کند، به نتیجه رسیدند که ناهنجاری‌های EEG در افراد مبتلا به ASPD شدیدتر است. نیو و همکاران، در پژوهشی که در سال ۲۰۱۵ انجام دادند، ASPD را در نوجوانان با استفاده از قدرت آلفای فرونتال داده‌های EEG از دوران کودکی پیش بینی کردند. این مطالعه بر اساس تحقیقات گسترده‌ای است که وراثت پذیری ASPD را تا ۶۵٪ (برت ۲۰۰۹) و وراثت پذیری قدرت آلفا از ۶۳٪ تا ۸۹٪ در کودکان و نوجوانان تخمین می‌زند (وان بال و همکاران ۱۹۹۶؛ ون بیجسترولد و همکاران ۱۹۹۶). در نتیجه، همبستگی ژنتیکی معنی‌داری بین قدرت آلفا و ASPD یافت می‌شود (نیو و همکاران ۲۰۱۵). به منظور به دست آوردن شفافیت بیشتر در مورد سندرم‌های رفتاری و انجام تشخیص‌های عینی ASPD، تانگ و همکاران (۲۰۱۳) یک طبقه بندی مبتنی بر داده را بر اساس ML پیاده‌سازی کردند. این رویکرد برای بررسی تغییرات در اتصال عملکردی در مغز بیماران ASPD استفاده می‌شود. الگوریتم ML بر اساس داده‌های fMRI در حالت استراحت ۳۲ بیمار ASPD و ۳۵ فرد در گروه کنترل است. (بهترین عملکرد: دقت ۸۶٫۵۷٪، حساسیت ۷۷٫۱۴٪ و ویژگی ۹۶٫۸۸٪). نتایج شامل اطلاعاتی در مورد اتصال عملکردی است که می‌تواند برای جداسازی بیماران ASPD از افراد غیر ASPD استفاده شود. هنگام در نظر گرفتن همه رویکردهای فعلی و مشکلات در تشخیص رفتار ضد اجتماعی، هیچ یک از روش‌های فعلی برای پیش بینی‌های آینده کاملاً قابل اعتماد یا قطعی نیستند. برخی از مسائل مهم اشتباهات انسانی است که نمی‌توان از آنها اجتناب کرد و بازه زمانی طولانی برای تشخیص ASPD مورد نیاز است. در نتیجه، یک رویکرد قابل اعتماد که ASPD را جدا از جنسیت و سن تشخیص دهد، هنوز در دسترس نیست. مدل پیشنهادی در این مقاله به ویژه زمانی که صرفه جویی در زمان و هزینه را در مقایسه با ارزیابی مبتنی بر fMRI یا ارزیابی مبتنی بر مصاحبه ASPD در نظر می‌گیرد، بسیار کارآمد است. الگوریتم توسعه‌یافته یک معیار جدید برای تشخیص ASPD بر اساس داده‌های EEG در حالت استراحت ایجاد می‌کند. علاوه بر این، در این پژوهش نشان داده شد که جداسازی دقیق باندهای فرکانسی رایج، بینش و اطلاعات جدیدی را در مورد پیش‌بینی‌کننده‌ترین باندهای فرعی ارائه می‌کند. اگرچه کار بر اساس fMRI دقت بالاتری در اولین اجرا ارائه کرد اما استفاده از EEG به جای fMRI بسیار امیدوارکننده است. اول، داده‌های EEG اجازه می‌دهد تا عملکرد بالاتر در بومی سازی دینامیک نورونی در مناطق مغز به خوبی تعریف شده (شارون و همکاران ۲۰۰۷). بنابراین با استفاده از داده‌های EEG اطلاعات دقیق تری در مورد توسعه ASPD نسبت به fMRI ارائه می‌دهد. دوم، هدست‌های EEG موبایل امکان بازرسی ارزان‌تر و سریع‌تر را فراهم می‌کنند (بادکاک و همکاران ۲۰۱۳؛ گروموت و همکاران ۲۰۱۵). چنین وسایلی را می‌توان به راحتی در خارج از شرایط آزمایشگاهی مورد استفاده قرار داد. الگوریتم جدید به ویژه با توجه به عدم توجه به سن و جنسیت از اهمیت عملی بالایی برخوردار است. با توجه به قابلیت اطمینان و عامل صرفه جویی در زمان و هزینه، این الگوریتم به طور پایدار به مراقبت‌های بهداشتی مبتنی بر سیستم‌های اطلاعاتی کمک می‌کند و به راحتی می‌توان از آن برای تشخیص زودهنگام اختلالات ASPD در محیط‌هایی با امنیت بالا (به عنوان مثال: برای کاهش تهدیدات داخلی) استفاده کرد. علاوه بر این، کاربرد EEG می‌تواند به عنوان یک ابزار تشخیصی برای محیط پزشکی نیز توسعه یابد.

73 prefrontal

74 Temporal lip



در پژوهشی با عنوان "تشخیص و درمان اختلال شخصیت ضد اجتماعی: گزارش یک مورد" که در سال ۲۰۲۰ توسط پاتریشیا وولنداری انجام شد، بیان شده است که علت اختلال شخصیت ضد اجتماعی را نمی توان به وضوح شناخت. تحقیقات جدید نشان می دهد که ژنتیک، آسیب های دوران کودکی، آزار کلامی، واکنش پذیری بالا و نفوذ همسالان به عنوان یک چالش تشدیدکننده در تأثیرگذاری بر ایمنی است. عوامل ژنتیکی نیز تعیین می کنند که آیا فرد می تواند بر یک مشکل بر اساس ویژگی های به دست آمده توسط والدین غلبه کند یا خیر. بیش از ۸ میلیون نفر در ایالات متحده دارای اختلالات شخصیت ضد اجتماعی و بسیاری از ویژگی های دیگر هستند، اما دارای اختلالات کامل نیستند. این اختلال علائم و عوارض زیادی دارد که باید در اسرع وقت درمان شود. علائم اختلال شخصیت ضد اجتماعی عبارتند از: نادیده گرفتن ارزش های درست و نادرست، زیر پا گذاشتن قوانین اجتماعی، دروغگویی و تقلب بدون احساس گناه و بسیاری موارد دیگر. این علائم در ۲۰ سالگی به وضوح ظاهر می شوند و با افزایش سن کاهش می یابند. در این مقاله به بررسی درمان یک مورد می پردازد که در آن فرد، دختری ۱۹ ساله، دانشجوی کالج، ساکن یک منطقه حومه شهر، با شکایت از اضطراب و مشکل در خواب به بیمارستان مراجعه می کند. او از یکسال قبل این احساس اضطراب را داشته است. بیمار ادعا کرد که اغلب می خواهد دیگران را آزار دهد. او بیان می کند که از طریق فیلم ها یا برنامه های تلویزیونی می آموزد که چگونه به دیگران صدمه بزند، اما این عمل را به طور غیر عمد انجام می دهد. او ادعا می کرد که صحنه های وحشیانه تلویزیون، قاتل سریالی و شکنجه را بسیار دوست دارد و واقعاً از این صحنه ها لذت می برد. او همچنین اغلب به خود صدمه می زند و این کار از دوران کودکی او انجام شده است. زمانی که او کودک بود، دوست داشت حیوانات را شکنجه کند. اخیراً بیمار احساس می کند که میل به صدمه زدن به دیگران در حال افزایش است و به طور فزاینده ای قادر به مقاومت در برابر این میل نیست، به طوری که در نهایت می خواهد در بیمارستان بستری شود. سابقه خانوادگی نشان می دهد که بیمار از کودکی توسط خانواده خود رها شده است. بیمار در محیط خانوادگی که به خشونت عادت کرده رشد کرده است. او بیان می کند که پدرش، خواهر و برادرش را مورد ضرب و شتم قرار می داد، و مادرش نیز نمی توانست در برابر رفتارهای بد پدرش مقاومت کند. در زمان معاینه به نظر می رسید که بیمار هوشیار و نسبت به مکان، زمان و شرایط معطوف باشد. او کمی بی قرار بود اما می توانست به خوبی خود را کنترل کند. او می تواند افکار خود را به آرامی بیان کند، محتوای افکار خود را در قالب ایده هایی که سادیستی، جنایتکارانه و درگیر تمایل به آزار دیگران هستند، بیان می کند. در بررسی ها هیچ اختلال ادراکی یافت نمی شود. بینش بیمار ضعیف است و او متوجه نمی شود که افکار و اعمال او چیز بدی هستند. بیمار همچنین از خطر مجازاتی که به دلیل اعمالش (زندانی، پلیس و غیره) دریافت خواهد کرد، ترسی نداشت. سپس بیمار به عنوان یک اختلال شخصیت ضد اجتماعی تشخیص داده شد و تحت مدیریت درمان قرار گرفت تا علائم تجربه شده توسط بیمار کاهش یابد، رفتارش را کنترل کند. بیمار با تثبیت کننده های خلقی مثل والپروئیک اسید ۲۰۰ میلی گرم و داروهای ضد روان پریشی مثل ریسپریدون ۱ میلی در (هر ۱۲ ساعت یک عدد) تحت درمان قرار گرفت. بیمار همچنین موافقت کرد که روان درمانی روان پویایی^{۷۵} را برای کشف ترومای گذشته و جستجوی علل رفتار تجربه شده توسط بیمار انجام دهد. پس از ۲ هفته مصرف دارو، بیمار ادعا کرد که کمی آرامتر است، اما میل به خشونت همچنان باقی است. در حال حاضر بیمار همچنان تحت روان درمانی نزد روانپزشک است. متأسفانه، تحقیقات نشان نمی دهد که درمان های کنونی برای درمان خود اختلالات شخصیت بسیار مفید هستند. روان درمانی بر اساس اهداف و شرایط هر فرد انتخاب می شود. در افراد جوان تر، روان درمانی خانواده یا گروهی می تواند به تغییر الگوهای رفتاری مخرب، آموزش مهارت های حرفه ای، ایجاد روابط جدید و تقویت حمایت اجتماعی فرد کمک کند. خانواده درمانی می تواند درک افراد مبتلا به اختلالات شخصیت ضد اجتماعی را در میان اعضای خانواده بهبود بخشد. گروه درمانی اگر برای افراد مبتلا به اختلالات شخصیت ضد اجتماعی طراحی شده باشد بسیار مفید است. فرد مبتلا به این اختلال ممکن است راحت تر در مورد احساسات و رفتار خود با افرادی که با مشکلات و مشکلات مشابه روبرو هستند صحبت کند. در برخی موارد، علائم را می توان با دارو درمان کرد، اگرچه هیچ داروی خاصی وجود ندارد که برای همه مبتلایان به این اختلال بهترین گزینه در نظر گرفته شود. داروی والپروئیک اسید یا کاربامازپین^{۷۶} را می توان برای کاهش پرخاشگری، تحریک پذیری و تثبیت خلق و خو استفاده کرد. این داروها در صورت وجود اضطراب یا افسردگی مفید هستند. نتیجه ای که از این تحقیق بدست آمد بیان می کند که مدیریت اختلال

75 Psychopathy

76 Valproic acid or carbamazepine



شخصیت ضداجتماعی را می توان با شرایط پیش زمینه یا عوامل خطر اختلال تنظیم کرد و از درمان تنها برای کاهش علائم استفاده می شود و هیچ درمان قاطعی برای این اختلال وجود ندارد .

در پژوهشی دیگر تحت عنوان "مشاوره تکانشی"^{۷۷} سبک زندگی در مقابل درمان معمول برای کاهش تخلف در افراد مبتلا به اختلال شخصیت ضد اجتماعی و اختلال مصرف مواد: یک تحلیل پس از Hoc – BMC " که توسط مورتن هسه و بیرگیت تیل استروپ در سال ۲۰۲۱ انجام شد ، بیان می شود که به طور سنتی، افراد مبتلا به ASPD به عنوان «رد درمان»^{۷۸} توصیف می شوند. اگرچه توجه زیادی به اهمیت شناخت و مدیریت اختلالات سلوک و رفتار ضد اجتماعی در کودکان، جوانان و بزرگسالان شده است . مطالعات درمانی انجام شده نتایج امیدوارکننده ای را نشان داده اند و بر این واقعیت تأکید دارد که بیماران با تشخیص ASPD می توانند در درمان شرکت کنند اگر چه که از لحاظ تعداد، عموماً بیماران بسیار کمی را شامل می شوند. عنوان مثال، در یکی از مطالعات، دیویدسون و همکارانش در یک کارآزمایی تصادفی شده در یک جامعه نمونه، درمان شناختی-رفتاری^{۷۹} را به ۵۲ مرد پیشنهاد کردند، در حالی که نتایج از نظر آماری معنی دار نبود. نویسندگان خاطرنشان کردند که بسیاری از بیماران حداقل بخشی از درمان برای آنها موثر بوده است . درمان ASPD اغلب یک وضعیت پیچیده است و نه فقط با SUD بلکه با اختلالات دیگری همراه است، مانند اختلالات اضطرابی و خلقی. اخیراً، مطالعه ای در مورد موفقیت درمان مبتنی بر ذهن، به عنوان درمانی برای بیماران مبتلا به اختلال شخصیت مرزی و ضداجتماعی آزمایش کردند که این پژوهش شامل یک برنامه روان درمانی پویا از ۱۴۰ جلسه درمانی، هم گروهی و هم فردی بود. یافته های این مطالعه نشان می دهد که درمان می تواند علائم مربوط به رفتار ضد اجتماعی از جمله خشم، خصومت و تکانشگری را کاهش دهد. علاوه بر این، یک مطالعه در سوئد روی ۳۰ بیمار با شخصیت مرزی و رفتار ضد اجتماعی، رفتار درمانی دیالکتیکی طولانی را به صورت فشرده ، دریافت کردند و نتایج نشان داد که بیماران طیفی از رفتارهای ناکارآمد را به طور قابل توجهی در طول درمان کاهش دادند و اکثریت درمان را تکمیل کردند. با وجود شیوع بالای ASPD و SUD همراه، مداخلات کمی برای هدف قرار دادن این بیماری مهم طراحی شده است. برخی شواهد حاکی از آن است که صفات ضد اجتماعی با پایداری در درمان به ویژه در میان افراد مبتلا به SUD که داوطلبانه تحت درمان هستند، مرتبط است. فقدان تحقیق در بررسی اخیر کاکرین^{۸۰} منعکس شده است و به این نتیجه رسیده است که مطالعات اندکی که وجود دارد هیچ مداخله روانشناختی را برای ASPD به طور کلی پشتیبانی نمی کند. یکی از انتقادات اصلی مطرح شده در این بررسی، نبود داده های درباره محکومیت های پس از درمان در پیشینه موجود بود. با توجه به اینکه یکی از معیارهای ASPD رفتار مجرمانه ای است که می تواند منجر به محکومیت شود، این یک انتقاد معتبر است. یکی از معدود روش هایی که به طور آزمایشی بررسی شده است، برنامه مشاوره سبک زندگی تکانشی (ILC) است. هدف برنامه ILC ایجاد درک خود از طریق آموزش روانی است که در پی آن آگاهی از الگوهای عملکرد تکانشی ناکارآمد مربوط به ASPD افزایش می یابد .. تکانشگری در قالب خودکنترلی پایین به ویژه برای درک ارتباط بین ASPD و انجام رفتار ها خلاف مهم است. بنابراین، مداخلاتی که رفتارهای تکانشی مرتبط با ASPD را هدف قرار می دهند، پتانسیل ایجاد تغییر در رفتار ضداجتماعی از جمله پرخاشگری ، تخلف و همچنین مصرف مواد را دارند. در یک کارآزمایی چند مرکز عملگرا، ILC به درمان های معمول اضافه شد. TAU (درمان های متداول) نیز برای SUDs در دانمارک آزمایش شده است. تخصیص تصادفی به درمان (تعداد = ۱۷۶) با خطر کمتر ترک تحصیل ، کمک بیشتر برای درک رفتار ASPD و تعداد بیشتر روزهای پرهیز از رفتای تکانشی در سه ماه پیگیری همراه بود. اما خود گزارش دهی نشان داد که هیچ تأثیری بر پرخاشگری یافت نشد. هدف از مطالعه حاضر بررسی تأثیر انتساب تصادفی به ILC بر رفتار متخلف پس از درمان بود. به طور خاص، هدف این بود که آزمایش شود آیا بیمارانی که درمان ILC به درمانهای رایج آنها اضافه شده است تا یک سال پس از تصادفی سازی، کمتر از بیمارانی که به طور تصادفی به درمان معمولی (TAU) پرداخته اند، دیگران را آزار می دهند یا خیر. معیارهای ورود بیماران به این پژوهش :

۱. افراد بین ۱۸ تا ۶۵ سال که به دنبال درمان هستند یا در حال حاضر تحت درمان برای SUD بود.
۲. همچنین در مورد اختلال ASPD رعایت معیارهای طول عمر مهم است

77 Impulsive

78 Refuse treatment

79 Cognitive-behavioral

80 Cochrane



۳. افراد قادر به ارائه رضایت آگاهانه باشند .

۴. معیارهای خروج شامل : الف) شرکت در گروه درمانی با بیماران دیگر. ب) داشتن روان پریشی حاد یا آسیب شدید مغزی ج) دانمارکی صحبت نکردن. د) داشتن برنامه هایی که با مشارکت در مطالعه در طی سه ماه آینده تداخل داشته باشد

در مجموع، ۱۷۶ بیمار در کارآزمایی به طور تصادفی شرکت کردند و از بین آنها ۱۶۵ بیمار به صورت (۹۳٪) (54%) ILC (n = 91) و (74; 44.9%) TAU (n = 74) مرتبط شدند. ۱۲,۷ درصد زن بودند، میانگین سنی ۳۱,۵ سال و محدوده بین چارکی ۲۵,۵ تا ۳۸ سال بود. تقریباً نیمی (۴۶,۷٪) تحت درمان با کمک دارو برای ترک وابستگی به مواد افیونی بودند. تشخیص ها از مرکز تحقیقات روانپزشکی دانمارک خلاصه شده است. در مجموع ۷۱ نفر یعنی حدود (۴۳٪) حداقل یکی از تشخیص ها را داشتند و ۳۴ نفر در ده سال گذشته (۲۰,۶٪) تحت مراقبت های روانپزشکی بودند. شایع ترین تشخیص ها، تشخیص های خلقی یا اضطرابی (۵۲، ۳۱,۵ درصد) و پس از آن اختلال نقص توجه/بیش فعالی (۱۱، ۶,۷ درصد) بود. هیچ تفاوتی از نظر وجود تشخیص بین گروه TAU و گروه ILC یافت نشد. نتایج این پژوهش امیدوارکننده است، زیرا بیمارانی که به طور تصادفی به مداخله فعال اختصاص داده شده اند، کمتر از بیمارانی که برای درمان معمولی تخصیص داده شده اند، تخلفاتی از جمله، جرایم خشونت آمیز و رانندگی تحت تأثیر مواد را انجام داده اند. با این حال، نتایج برای اعمال جرایم قوی نبود و هیچ تفاوتی برای عدم اعمال جرایم مرتبط با مواد مخدر مشاهده نشد. فقدان نتایج در این دو دسته تخلف ممکن است تا حدی به این واقعیت مرتبط باشد که آنها کمتر به رفتار تکانشی و کاهش مصرف مواد مرتبط هستند. از سوی دیگر، اعمال خشونت آمیز به شدت با ASPD و ویژگی های شخصیتی ضداجتماعی مرتبط است، دو متغیر کنترلی پس از تصادفی سازی، تخلف را پیش بینی کردند. الف) سابقه تخلف قبلی در سال منتهی به تصادفی سازی، خطر بالاتری از تخلف را پیش بینی می کرد. ب) درمان با کمک دارو خطر کمتری را برای تخلف پیش بینی می کرد. ارتکاب جرم های قبلی به طور قوی با تخلفات جدید در پژوهش های علمی مرتبط است. در این نمونه، درمان با کمک دارو برای افرادی که وابسته به مواد افیونی بودند در دسترس بود، بنابراین یافته ها هیچ ارتباطی با این که آیا درمان با کمک دارو با خطر کمتر تخلف همراه است یا خیر، ندارد. با این حال، مطالعات آینده باید شامل مقایسه گروه های بیمار با / بدون اختلالات مصرف موادمافیونی باشد. گروهی از بیماران در این مطالعه شیوع بالایی از شرایط سلامت روان را قبل از تصادفی سازی داشتند زیرا آنها در ده سال قبل از تصادفی سازی، در یک محیط روانپزشکی تحت درمان بودند. نتیجه نهایی این پژوهش این است که برنامه ILC نویدبخش کاهش رفتارهای مجرمانه در افراد مبتلا به مصرف مواد همبود با اختلال شخصیت ضد اجتماعی است.

نتیجه گیری

افراد مبتلا به اختلال شخصیت ضد اجتماعی به طور کلی برای "بازی کردن طبق قوانین"^{۸۱} ارزشی قائل نیستند. «فقدان وجدان^{۸۲} یا بی وجدانی» ویژگی بنیادین کسانی است که دچار اختلال شخصیت ضد اجتماعی هستند. دلایل گوناگونی برای بروز اختلال شخصیت ضد اجتماعی وجود دارد و نمی توانیم بروز این اختلال را به یک عامل خاص نسبت دهیم. در بروز این اختلال عوامل زیستی، فردی، خانوادگی، محیطی و اجتماعی نقش دارند. کودکانی که در محیط خشن و پر استرس رشد می کنند یا با آنان بدرفتاری می شود بیش از دیگر کودکان در خطر بروز این اختلال شخصیتی هستند. بروز اختلال سلوک^{۸۳} در کودکی می تواند زمینه ساز پیدایش اختلال شخصیت ضد اجتماعی در بزرگسالی شود. هم چنین یافته ها نشان داده است که عوامل ژنتیکی و وراثت نیز در این اختلال شخصیتی موثر هستند. برخی از یافته ها نشان داده کودکانی که دچار ADHD (اختلال نارسایی توجه و فزون کنشی) می شوند در خطر بروز اختلال شخصیت ضد اجتماعی در نوجوانی و بزرگسالی هستند. کودکان و نوجوانانی که از گروه همسالان، خانواده یا جامعه طرد می شوند، به آن ها توهین شده یا خشونت فیزیکی یا جنسی را تجربه کرده اند، نسبت به جامعه احساس بدبینی و میل به انتقام دارند. این افراد به دلیل تجربیات تلخ ممکن است دچار این اختلال شخصیتی شوند. محققان همچنین پاسخ های فیزیولوژیکی خاصی را یافته اند که ممکن است بیشتر در افراد

⁸¹ Play by the rules

⁸² Conscience

⁸³ Conduct disorder



مبتلا به اختلال شخصیت ضد اجتماعی رخ دهد. به عنوان مثال، آنها پاسخ نسبتاً سطحی به استرس^{۸۴} دارند. به نظر می‌رسد اضطراب^{۸۵} آنها از یک فرد عادی کمتر است. لوب پیشانی (ناحیه‌ای از مغز که قضاوت و برنامه‌ریزی را کنترل می‌کند) در افراد مبتلا به اختلال شخصیت ضد اجتماعی متفاوت است. برخی از محققان تغییراتی را در حجم ساختارهای مغزی پیدا کرده‌اند که رفتار خشونت‌آمیز را کنترل می‌کند. 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 ضد اجتماعی است یا نتیجه تجربیات زندگی است. هیچ راه اثبات شده‌ای برای جلوگیری از این اختلال وجود ندارد. البته می‌توان تصور کرد که ایجاد یک بهبود کلی در شرایط اجتماعی افراد، می‌تواند خطر بروز اختلال شخصیت ضد اجتماعی را کاهش دهد. در این صورت، حداقل بهبود در محیط اجتماعی فرد ممکن است از شدت مشکل بکاهد، به خصوص اگر تغییرات در اوایل زندگی ایجاد شوند. این باور مستمر وجود دارد که افراد مبتلا به اختلالات شخصیت با درمان بهبود نمی‌یابند، که بخشی از این باور، به دلیل کمبود داده‌های درمانی مبتنی بر شواهد در مورد درمان مؤثر اختلالات شخصیت است (ورهول^{۸۶} و همکاران، ۲۰۰۵). داده‌های اخیر نشان می‌دهد که روان‌درمانی یک کلید است، بسیاری از روشهای روان‌درمانی برای درمان اختلال شخصیت ضد اجتماعی ارائه شده است. اما متأسفانه، تحقیقات نشان نمی‌دهد که هیچ یک از روشهای درمانی به طور خاص برای درمان اختلال شخصیتی بسیار مفید باشد. در نتیجه، معمولاً انتخاب روش درمانی با توجه به شرایط خاص فرد انجام می‌شود. در افراد جوان، روان‌درمانی خانوادگی یا گروهی تأثیر گذار است. این امر ممکن است به تغییر الگوهای مخرب رفتار، آموزش مهارت‌های جدید شغلی، ارتباطی و تقویت حمایت اجتماعی فرد کمک کند. روان‌درمانی همچنین ممکن است به یک فرد مبتلا به این اختلال کمک کند تا حساسیت بیشتری نسبت به احساسات دیگران داشته باشد. همچنین باعث می‌شود فرد طرز تفکر جدید، قابل قبول و سازنده در مورد اهداف خود داشته باشد. شناخت درمانی سعی در تغییر روش تفکر سوسیوپاتیک (ضد اجتماعی) فرد دارد. رفتار درمانی از پاداش و مجازات برای ارتقاء رفتار خوب استفاده می‌کند. این نکته را باید در نظر داشت که در برخی موارد، علائم را می‌توان با دارو درمان کرد، اگرچه بازهم هیچ داروی خاصی وجود ندارد که برای همه افراد مبتلا به این اختلال بهترین باشد. مهارکننده‌های انتخابی بازجذب سروتونین^{۸۷} (SSRIs)، ممکن است باعث کاهش پرخاشگری و تحریک‌پذیری شوند. این داروها در صورت وجود اضطراب یا افسردگی، یا در صورت استفاده‌ی فرد از مواد مخدر برای درمان اضطراب، مفید هستند. دانش پذیرفته شده به مدت چندین سال در آسیب‌شناسی روانی این بوده که افراد مبتلا به اختلال شخصیت ضد اجتماعی درمان‌پذیر نیستند. به نظر می‌رسد که صفات ناتوانی در درس گرفتن از تجربیات منفی و احساس همدلی، آنها را در برابر روش‌هایی که مداخله‌های بینشی یا رفتاری را شامل می‌شوند، مقاومت می‌کند. مشکل کار کردن با این افراد، همان ویژگی‌های خود این اختلال را شامل می‌شود. با وجود این دشواری‌ها در درمان، درمانگران باید به درمانجویان کمک کنند به وسیله‌ی به کارگیری توانمندی‌هایشان شیوه‌های اجتماع‌گرایی^{۸۸} را برای ارضای نیازهای خود پرورش دهند.

84 Stress

85 Anxiety

86 verhol

87 Serotonin

88 Socialism

نشتمین کنفرانس ملی علوم انسانی و آموزش و پرورش با محوریت توسعه پایدار

6th National Conference on
Humanities and Education With a focus on sustainable development
www.mpconf.ir



منابع

دارابی، جعفر (۱۳۸۴). نظریه های روانشناسی شخصیت رویکرد مقایسه ای. تهران: آبیژ
خانیاں، سام (۱۳۹۸). آسیب شناسی روانی (روانشناسی مرضی) بر اساس DSM-5. تهران: ساد
گنجی، مهدی (۱۳۹۷). آسیب شناسی روانی بر اساس DSM-5، جلد دوم. تهران: ساوالان
امیر سماواتی، پیروز؛ داستان زهر (۱۳۹۲). مبتلایان به اختلال شخصیت ضد اجتماعی، مجرم یا بیمار؟ فصلنامه حقوق پزشکی، سال
هفتم، شماره بیست و چهارم، ۱۷۳

- van Goozen, Stephanie HM(2021). Childhood antisocial behavior: A neurodevelopmental problem
- Marzilli, Eleonora; Cerniglia, Luca(2021). Antisocial Personality Problems in Emerging Adulthood: The Role of Family Functioning, Impulsivity, and Empathy. *brainsciences*
- Farrington, David P(2020). Interactions Between Resting Heart Rate and Childhood Risk Factors in Predicting Convictions and Antisocial Personality Scores. *Crime & Delinquency*, Vol. 66(10) 1369–1391
- Carbone, Elvira Anna; Filippis, Renato de; Caroleo, Mariarita; Calabrò, Giuseppina; Staltari, Filippo Antonio; Destefano, Laura; Gaetano, Raffaele; teardo Jr, Luca; Fazio, Pasquale De(2021). Antisocial Personality Disorder in Bipolar Disorder: A Systematic Review. *Medicina* 2021, 57, 183.
- Wulandari, Patricia(2020). Diagnosis and Treatment of Antisocial Personality Disorder: A Case Report. *Scientia Psychiatrica* Vol 1 Issue 3
- Azevedo, Jacinto; Vieira-Coelho, Maria; Castelo-Branco, Miguel; Coelho, Rui; Figueiredo-Bragal, Margarida(2020). Impulsive and premeditated aggression in male offenders with antisocial personality disorder. *PLOS ONE*, March 6
- McGonigal, Patrick; Kerr, Sophie; Morgan, Theresa; Dalrymple, Kristy; Chelminski, Iwona; Zimmerman, Mark(2019). Should childhood conduct disorder be necessary to diagnose antisocial personality disorder in adults?. Article published in the *Annals of Clinical Psychiatry* 02/01/2019, PMID:30699216
- B. Weldon, Morgan(2021). Gender Patterns in Antisocial Personality Disorder and Psychopathy.
- Baumgartl, Hermann; Dikici, Fulya; Sauter, Daniel; Buettner, Ricardo(2020). Twenty-Fourth Pacific Asia Conference on Information Systems, Dubai, UAE

Hesse, Morten; Thylstrup, Birgitte(2021). Impulsive Lifestyle Counselling Versus Treatment as Usual to Reduce Offending in People with CoOccurring Antisocial Personality Disorder and Substance Use Disorder: A Post Hoc Analysis – BMC. DOI: <https://doi.org/10.21203/rs.3.rs-534437/v1>