

Research Paper

Clinical Symptoms and Personality Traits of Inpatients With Borderline Personality Disorder in Iran



Maryam Kami¹ , *Abbas Pourshahbaz¹ , Omid Rezaei² , Amir-Abbas Keshavarz-Akhlaghi³ , Seyed Shahab Banihashem⁴ , Zahra Dehghanizadeh¹ , Marzie Olamaie Koopaie⁵ , Masoud Nosratabadi¹

1. Department of Clinical Psychology, University of Social Welfare and Rehabilitation Sciences, Tehran, Iran.
2. Department of Psychiatry, Psychosis Research Center, University of Social Welfare and Rehabilitation Sciences, Tehran, Iran.
3. Mental Health Research Center, Psychosocial Health Research Institute (PHRI), Department of Psychiatry, School of Medicine, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.
4. Department of Psychosomatic Medicine, Taleghani Hospital Research Development Committee, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran.
5. Razi Educational and Therapeutic Psychiatric Center, University of Social Welfare and Rehabilitation Sciences, Tehran, Iran.



Citation Kami M, Pourshahbaz A, Rezaei O, Keshavarz-Akhlaghi AA, Banihashem SSh, Dehghanizadeh Z, et al. [Clinical Symptoms and Personality Traits of Inpatients With Borderline Personality Disorder in Iran (Persian)]. *Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology*. 2024; 30:E4982.1. <http://dx.doi.org/10.32598/ijpcp.30.4982.1>

doi <http://dx.doi.org/10.32598/ijpcp.30.4982.1>

Received: 24 Apr 2024

Accepted: 29 Oct 2024

Available Online: 10 Dec 2024

ABSTRACT

Objectives This study aims to examine the clinical symptoms and personality traits of inpatients with borderline personality disorder (BPD) in Iran. Additionally, it seeks to investigate differences in the prevalence of BPD symptoms, comorbid personality disorders, and personality traits between male and female inpatients.

Methods This is a cross-sectional study on 87 patients diagnosed with BPD hospitalized in three psychiatric hospitals in Tehran, Iran. The frequency of clinical symptoms and comorbidity with other personality disorders were assessed using the Structured Clinical Interview for DSM-5 Screening Personality Questionnaire and the Structured Clinical Interview for DSM-5 Personality Disorders. In addition, personality traits were evaluated using the Personality Inventory for DSM-5 (PID-5). The data were analyzed using descriptive statistics, chi-square test, and one-way analysis of variance (ANOVA).

Results The most common clinical symptoms were emotional swings (95.4%), shifting self-image (95.4%), and explosive anger (93.1%), while paranoia/transient dissociation (59.8%) had the lowest prevalence rate. Also, narcissistic (51%), paranoid (51%), and antisocial (33%) personality disorders were the most common comorbid personality disorders. There was no significant difference in BPD symptoms and comorbid personality disorders between males and females. The attention-seeking trait was significantly higher in females ($F_{(1,85)}=4.44$, $P=0.038$), while grandiosity was significantly higher in males ($F_{(1,85)}=5.39$, $P=0.023$).

Conclusion Emotional dysregulation is the main characteristic of hospitalized patients with BPD in Iran. The male and female BPD inpatients have similar comorbid personality disorders and clinical symptoms.

Key words:

Borderline personality disorder, Personality traits, Inpatients, Comorbidity, Iran

* Corresponding Author:

Abbas Pourshahbaz, PhD.

Address: Department of Clinical Psychology, University of Social Welfare and Rehabilitation Sciences, Tehran, Iran.

Tel: +98 (21) 22180045

E-mail: apourshahbaz@yahoo.com



Copyright © 2024 The Author(s); Publisher by Iran University Medical Sciences
This is an open access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution License (<https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/>), which permits use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.

Extended Abstract

Introduction

Borderline personality disorder (BPD) is a serious mental disorder that is characterized by instability in self-image, interpersonal relationships, and emotions [1]. The prevalence of this disorder in the general population is estimated to be about 1%, and in psychiatric outpatients and inpatients to be 12 and 22%, respectively [6]. The pathology of this disorder is such that some patients are prone to hospitalization and rehospitalization [15]. The prevalence of suicidal thoughts and attempts among BPD patients have been estimated to be over 60% [16]. About 50% of patients admitted for suicide and self-harm risk management have BPD [17]. Psychotic symptoms, including auditory hallucinations, are another important reason for hospitalization and a risk factor for suicide in some BPD patients [18, 19]. Transient paranoia experienced under stress and characterized by exaggerated beliefs, alongside hearing “voices” (auditory hallucinations), is a psychiatric symptom that predicts hospitalization in BPD patients. Risky and uncontrolled behaviors, including extreme aggression, impulsive sexual activity, and self-medication, can also be reasons for hospitalization in BPD patients [20-22].

Not only the clinical symptoms of BPD inpatients can differ from those of BPD outpatients, but they also differ between male and female patients with BPD, although some studies have not reported any differences between the sexes [24, 25], while there are studies suggesting that emotional instability and interpersonal problems more common in female BPD patients and impulsivity and aggression more common in males [9, 11, 26]. In this study, we aim to investigate the clinical symptoms of BPD in hospitalized patients in Iran, and compare male and female inpatients in clinical symptoms and comorbid personality disorders.

Methods

The study population consists of inpatients admitted to three psychiatric centers in Iran (Iran Psychiatric Hospital, the Neurology Department of Taleghani Hospital, and Razi Psychiatric Hospital). During one year, 120 inpatients were introduced to the research team, of whom 26 inpatients did not meet the diagnostic criteria for BPD, and 7 inpatients were excluded due to incomplete responses to the questionnaires. Finally, data from 87 inpatients (64 females and 23 males) were included in the analysis. The data were collected using the Personality

Inventory for DSM-5 (PID-5), the Structured Clinical Interview for DSM-5 Screening Personality Questionnaire, and the Structured Clinical Interview for DSM-5 Personality Disorders. To examine the difference in clinical variables based on sex, the chi-square test was used. To compare men and women in PID-5 scores, the one-way analysis of variance (ANOVA) was used.

Results

The mean age of the inpatients was 27.23 ± 7.31 years. The frequencies of clinical symptoms of BPD and comorbid personality disorders in inpatients are shown in Table 1. Overall, emotional swings (95.4%), shifting self-image (95.4%), and explosive anger (93.1%) had the highest prevalence, while paranoia/transient dissociation (59.8%) had the lowest prevalence rate. In females, emotional swings (95.3%) had the highest prevalence, while paranoia/transient dissociation (70%) had the lowest prevalence rate. All males (100%) had both shifting self-image and explosive anger, while paranoia/transient dissociation (56.5%) was the least prevalent symptom. Based on the Chi-square test, there was no significant difference in BPD symptoms and comorbid personality disorders between males and females (Table 1). Table 2 shows the mean scores of PID-5 in males and females. The mean scores of females in attention seeking were significantly higher than that of males, while the scores of males in grandiosity were significantly higher than that of females ($P < 0.05$).

Conclusion

Overall, the results showed that emotional liability, anger, and shifting self-image are the most prominent clinical symptoms in BPD inpatients in Iran. Self-harm/suicide and impulsive behaviors are also prevalent in more than 80% of these inpatients. There is no significant difference between male and female inpatients with BPD in clinical symptoms and comorbid personality disorders. Further studies in Iran are recommended with the participation of outpatients with BPD and investigating the effect of cultural factors on the clinical symptoms of BPD.

Ethical Considerations

Compliance with ethical guidelines

The study was approved by the University of Social Welfare and Rehabilitation Sciences, Tehran, Iran (Code: IR. USWR.REC1398.049). All participants declared a written informed consent, and their information was kept confidential.

Table 1. Frequency of BPD symptoms and comorbid personality disorders in inpatients

SCID-5-PD		No. (%)			χ^2	P
		Total (n=87)	Female (n=64)	Male (n=23)		
Nine BPD symptoms	Emotional swings	83(95.4)	61(95.3)	22(95.7)	0.004	0.947
	Shifting self-image	83(95.4)	60(93.8)	23(100)	1.507	0.220
	Explosive anger	81(93.1)	58(90.6)	23(100)	2.316	0.128
	Self-harm/suicide	73(84)	52(81.3)	21(91.3)	1.267	0.240
	Impulsive behaviors	73(84)	54(84.4)	19(82.6)	0.039	0.843
	Unstable relationships	70(80.5)	52(81.3)	18(78.3)	0.096	0.756
	Chronic feelings of emptiness	70(80.5)	53(82.8)	17(84)	0.852	0.356
	Fear of abandonment	69(79.3)	51(79.7)	18(78.3)	0.021	0.885
	Paranoia/transient dissociation	52(59.8)	39(61)	13(56.5)	0.137	0.711
Comorbid personality disorders	Narcissistic	45(51.7)	32(50)	13(56.5)	0.228	0.591
	Paranoid	45(51.7)	36(56.3)	9(39.1)	1.986	0.159
	Anti-social	29(33.3)	18(28.1)	11(47.8)	0.140	0.701
	Obsessive-compulsive	23(26.4)	19(29.7)	4(17.4)	1.315	0.251
	Avoidant	22(25.3)	17(26.6)	5(21.7)	0.208	0.648
	Dependent	14(16.1)	12(18.8)	2(8.7)	1.267	0.260
	Schizoid	14(16.1)	10(15.6)	4(17.4)	0.039	0.843
	Histrionic	10(11.5)	8(12.5)	2(8.7)	0.241	0.624
	Schizotypal	9(10.3)	8(12.5)	1(4.3)	1.212	0.271

Table 2. Mean scores of the PID-5 in male and female inpatients with BPD and the ANOVA results

PID-5 domains	Mean±SD		F	P	η^2
	Female (n=64)	Male (n=23)			
Emotional lability	2.02±0.67	1.86±0.66	0.934	0.336	
Impulsivity	1.98±0.64	1.84±0.52	0.830	0.363	
Anxiousness	1.95±0.61	1.72±0.49	0.589	0.111	
Risk-taking	1.75±0.61	1.92±0.60	1.308	0.256	
Hostility	1.78±0.51	1.78±0.53	0.002	0.966	
Depressivity	1.66±0.76	1.62±0.59	0.04	0.827	

PID-5 domains	Mean±SD		F	P	η^2
	Female (n=64)	Male (n=23)			
Separation insecurity	1.54±0.80	1.30±0.70	1.527	0.220	
Distractibility	1.90±0.67	1.84±0.55	0.138	0.711	
Eccentricity	1.62±0.77	1.79±0.62	0.897	0.346	
Suspiciousness	1.74±0.54	1.73±0.46	0.005	0.946	
Attention seeking	1.76±0.61	1.45±0.55	4.444	0.038*	0.050
Withdrawal	1.40±0.65	1.46±0.60	0.165	0.686	
Anhedonia	1.50±0.71	1.74±0.56	2.133	0.148	
Perseveration	1.42±0.63	1.61±0.55	1.631	0.205	
Grandiosity	1.34±0.71	1.72±0.57	5.393	0.023*	0.060
Perceptual dysregulation	1.25±0.66	1.43±0.54	1.319	0.254	
Rigid perfectionism	1.47±0.55	1.59±0.58	0.750	0.389	
Unusual beliefs	1.19±0.71	1.50±0.63	3.401	0.069	
Deceitfulness	1.28±0.58	1.31±0.45	0.050	0.824	
Intimacy avoidance	0.85±0.56	1.07±0.59	2.507	0.117	
Callousness	0.77±0.36	0.93±0.32	3.330	0.072	
Disinhibition	1.66±0.38	1.72±0.31	0.749	0.389	
Psychoticism	1.35±0.61	1.57±0.54	2.265	0.136	
Negative affect	1.67±0.37	1.56±0.23	1.781	0.186	
Detachment	1.43±0.47	1.53±0.38	0.749	0.389	
Antagonism	1.35±0.43	1.40±0.36	0.223	0.638	

* P<0.05.

Iranian Journal of
PSYCHIATRY AND CLINICAL PSYCHOLOGY

Funding

This article was extracted from the PhD thesis of Maryam Kami at the Department of Clinical Psychology, [University of Social Welfare and Rehabilitation Sciences](#). This research did not receive any specific grant from funding agencies in the public, commercial, or non-profit sectors.

Authors contributions

Conceptualization: Abbas Pourshahbaz, Masoud Nosratabadi, and Maryam Kami; Sampling: Maryam Kami,

Zahra Dehghanizadeh, and Marzie Olamaie Koopaie; referring the inpatients and supervision: Omid Rezaei, Amir-Abbas Keshavarz-Akhlaghi, and Seyed Shahab Banihashem; Data analysis and writing the initial draft: Maryam Kami; Editing, review, and final approval: All authors.

Conflicts of interest

The authors declare no conflict of interest.

Acknowledgments

The authors would like to thank all participants and treatment staff of the [Iran Psychiatric Hospital](#), [Taleghani Hospital](#), and [Razi Psychiatric Hospital](#) for their cooperation.



مقاله پژوهشی

تظاهرات بالینی و خصایص شخصیتی بیماران بستری مبتلا به اختلال شخصیت مرزی: مطالعه‌ای مقطعی در ایران

مریم کامی^۱، عباس پورشه‌باز^۱، امید رضائی^۲، امیرعباس کشاورز اخلاقی^۳، سید شهاب بنی هاشم^۴، زهرا دهقانی‌زاده^۱، مرضیه علمایی^۵، مسعود نصرت‌آبادی^۱

۱. گروه روانشناسی بالینی، دانشگاه علوم توانبخشی و سلامت اجتماعی، تهران، ایران.

۲. گروه روانپزشکی، مرکز تحقیقات سایکوز، دانشگاه علوم توانبخشی و سلامت اجتماعی، تهران، ایران.

۳. گروه روانپزشکی، مرکز تحقیقات سلامت روان، دانشکده پزشکی، پژوهشکده سلامت روان اجتماعی (PHRI)، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران.

۴. گروه طب روان‌تنی، کمیته توسعه تحقیقات بیمارستان آیت‌الله طالقانی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران.

۵. مرکز آموزشی و درمانی روانپزشکی رازی، دانشگاه علوم توانبخشی و سلامت اجتماعی، تهران، ایران.

Use your device to scan and read the article online



Citation Kami M, Pourshahbaz A, Rezaei O, Keshavarz-Akhlaghi AA, Banihashem SSH, Dehghanizadeh Z, et al. [Clinical Symptoms and Personality Traits of Inpatients With Borderline Personality Disorder in Iran (Persian)]. *Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology*. 2024; 30:E4982.1. <http://dx.doi.org/10.32598/ijpcp.30.4982.1>

doi <http://dx.doi.org/10.32598/ijpcp.30.4982.1>



تاریخ دریافت: ۱۴۰۳ اردیبهشت

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۳ آبان

تاریخ انتشار: ۱۴۰۳ آذر

اهداف هدف مطالعه حاضر، بررسی توصیفی تظاهرات بالینی و نیمرخ شخصیتی اختلال شخصیت مرزی در بیماران بستری مبتلا به این اختلال و همچنین بررسی تفاوت‌های جنسیتی در تظاهرات بالینی در بیماران زن و مرد است.

مواد و روش‌ها پژوهش حاضر یک پژوهش مقطعی است. ۷۸ بیمار بستری مبتلا به اختلال شخصیت مرزی شرکت کردند. فراوانی علائم بالینی اختلال شخصیت مرزی و هم‌ابتلائی با سایر اختلالات شخصیت با استفاده از پرسش‌نامه غربالگری اختلالات شخصیت در DSM-5 و مصاحبه بالینی ساختاریافته برای اختلالات شخصیت DSM-5 ارزیابی شدند و از پرسش‌نامه شخصیتی برای DSM-5 جهت سنجش خصیصه‌ها و حوزه‌های شخصیتی استفاده شد. در کنار استفاده از آمار توصیفی، داده‌ها با استفاده از آزمون‌های کای‌اسکوئر و تحلیل واریانس یک‌راهه تحلیل شدند.

یافته‌ها علائم و خصایص شخصیتی مرتبط با بدتنظیمی هیجانی بیشترین فراوانی و بالاترین میانگین را در بین علائم و خصایص شخصیتی داشتند. هم‌ابتلائی با اختلالات شخصیت خودشیفته (۵۱ درصد)، پارانویید (۵۱ درصد) و ضداجتماعی (۳۳ درصد) بیشتر از دیگر اختلالات شخصیت مشاهده شد. بین جنسیت و علائم اختلال شخصیت مرزی ارتباط معنی‌داری یافت نشد. نتایج تحلیل واریانس نیز نشان داد توجه‌طلبی در زنان ($F_{(1,88)}=4/44, P=0/038$) و خودبزرگ‌بینی در مردان ($F_{(1,88)}=5/39, P=0/023$) به‌طور معنی‌داری بیشتر از جنسیت مقابل است.

نتیجه‌گیری بدتنظیمی هیجانی، ویژگی عمده تظاهرات بالینی در بیماران مبتلا به اختلال شخصیت مرزی در بخش‌های بستری است. علائم بالینی و خصایص شخصیتی برون‌ریز می‌تواند در زنان بستری مبتلا به BPD مشابه با تظاهرات بالینی بیماران مرد باشد.

کلیدواژه‌ها:

اختلال شخصیت مرزی، اختلالات شخصیت، بیماران بستری، هم‌ابتلائی، ایران

* نویسنده مسئول:

دکتر عباس پورشه‌باز

نشانی: تهران، دانشگاه علوم توانبخشی و سلامت اجتماعی، گروه روانشناسی بالینی.

تلفن: ۰۲۱-۲۲۱۸۰۰۴۵

پست الکترونیکی: apourshahbaz@yahoo.com



Copyright © 2024 The Author(s); Publisher by Iran University Medical Sciences
This is an open access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution License (<https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/>), which permits use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.

مقدمه

اختلال شخصیت مرزی^۱ (BPD)، یک اختلال شدید روانی است که با مشکلات هویتی، بین فردی و تنظیم هیجانی مشخص می‌شود [۱]. شیوع این اختلال در جمعیت عمومی حدود ۱ درصد و در جمعیت سرپایی و بستری بیماران روانپزشکی به ترتیب ۱۲ و ۲۲ درصد تخمین زده شده است [۲].

آسیب‌شناسی این اختلال به گونه‌ای است که برخی بیماران را در معرض بستری و بستری مجدد قرار می‌دهد [۳]. افکار و اقدام خودکشی گرایانه در بین بیماران BPD بالای ۶۰ درصد تخمین زده شده است [۴]. حدوداً ۵۰ درصد از بیمارانی که جهت مدیریت خطر خودکشی و خودآسیب‌زنی بستری می‌شوند، تشخیص اختلال شخصیت مرزی دریافت کرده‌اند [۵]. خطر آسیب به خود چه از نوع خودکشی گرایانه باشد یا نوع غیر خودکشی گرایانه نیازمند مداخلاتی است تا بیمار از لحاظ پزشکی به ثبات برسد. علائم روان‌پریشی، از جمله توهم شنیداری نیز دلیل مهم دیگری برای بستری شدن و زمینه‌ساز خطر خودکشی برخی از بیماران BPD است [۶، ۷].

پارانویای گذرا که تحت استرس تجربه شود و همچنین باورهای بیش بهاداده‌شده که گاهی از سوی بیمار «صداها» عنوان می‌شود، نوعی علامت روان‌پریشی است که بستری شدن را پیش‌بینی می‌کند. رفتارهای پرخطر و مهارگسیخته، از جمله پرخاشگری شدید و اقدام به روابط جنسی تکانشی و مصرف خودسرانه داروها نیز می‌تواند از جمله دلایل بستری بیماران BPD باشد [۸-۱۰]. به علاوه، گاهی اوقات عدم پایداری و درگیر نشدن فعالانه به درمان‌های سرپایی بستری شدن را اجتناب‌ناپذیر می‌کند [۹، ۱۱].

به‌طور خلاصه بیمارانی که بستری شدن نیاز دارند که لازم است در شرایط بحرانی مراقبت شوند و می‌توانند به خود و دیگران آسیب رسانند [۱۲]. نتیجتاً تظاهرات بالینی اختلال شخصیت مرزی در بیماران بستری می‌تواند متفاوت از بیماران سرپایی باشد. بنابراین مطالعه تظاهرات بالینی اختلال شخصیت مرزی در بخش‌های بستری بیمارستانی ضروری است تا در تصمیم‌گیری‌های پیش‌گیرانه و درمانی دقیق‌تر عمل شود.

نه تنها تظاهرات بالینی بیماران بستری این اختلال می‌تواند متفاوت از بیماران سرپایی باشد، بلکه این تظاهرات در بیماران زن و مرد مبتلا به BPD نیز متفاوت است. اگرچه برخی از مطالعات، تفاوتی بین دو جنس گزارش نکرده‌اند [۱۳، ۱۴]. شواهد دیگری نشان می‌دهند تظاهرات علائم و عملکرد در زنان و مردان مبتلا به این اختلال متفاوت است، به‌طوری‌که بی‌ثباتی هیجانی و مشکلات بین‌فردی در زنان و تکانش‌گری و پرخاش‌گری در مردان مبتلا بیشتر مشاهده می‌شود [۱۵-۱۷].

یک مطالعه مروری نشان داده است در میان علائم BPD رفتارهای مهارگسیخته از جمله خشم شدید و تکانش‌گری در مردان بارزتر است، در حالی که زنان بیشتر از احساس پوچی مزمن، بی‌ثباتی هیجانی و رفتارهای مرتبط با خودکشی/خودجراحی رنج می‌برند [۱۸]. به عبارت دیگر، زنان مبتلا به اختلال شخصیت مرزی عمدتاً علائم درون‌ریز^۲ و مردان مبتلا، علائم برون‌ریز^۳ را نشان می‌دهند [۱۹، ۲۰]. این موضوع در جمعیت غیربالینی نیز مشاهده شده است؛ به‌طوری‌که رفتارهای درون‌ریز و برون‌ریز در زنان و مردان متفاوت است [۲۱-۲۳]. نتایج یک مطالعه روی بیماران بستری مبتلا به BPD نشان داده است که در زنان مبتلا، نوجویی پایین و آسیب‌گریزی بالا و در مردان مبتلا، نوجویی و آسیب‌گریزی بالا همراه با پرخاشگری دیده می‌شود [۲۴]. سوآلی که مطرح می‌شود این است که آیا در زنان مبتلا به BPD بستری نیز علائم درون‌ریز شاخص‌تر از علائم برون‌ریز است؟ آیا زنان بستری با تشخیص BPD، در علائم برون‌ریز با مردان بستری تفاوتی دارند؟

در ایران مطالعاتی در جهت تظاهرات بالینی اختلال شخصیت مرزی انجام شده است. پژوهشی بر روی بیماران بستری بیمارستان ابن‌سینای مشهد نشان داد حدود ۲ درصد از بیماران، مبتلا به BPD هستند [۲۵]. در یک مطالعه بر روی بیماران مبتلا به BPD در یکی از بیمارستان‌های روانپزشکی در ایران مشخص شد حدود ۷۰ درصد از بیماران مبتلا به BPD به افسردگی اساسی مبتلا هستند. همچنین حدود ۱۰ درصد از بیماران یا افکار خودکشی داشتند و یا اقدام کردند. همچنین میزان شیوع افکار و یا اقدام به آسیب زدن به خود، ۱۱ درصد گزارش شد.

همچنین این مطالعه نشان داد حدود ۱۳ درصد از بیماران تجربه توهم شنوایی یا بینایی را دارند [۲۶]. در پژوهش دیگری بر روی ۶۰ بیمار مبتلا به BPD بستری، شیوع افکار خودکشی گرایانه و اقدام به خودکشی هر دو ۴۷ درصد و شیوع رفتارهای آسیب به خود ۳۷ درصد تخمین زده شد [۲۷]. در ادامه این تلاش‌های پژوهشی، برای شیوع‌شناسی این اختلال در مراکز بستری لازم است تظاهرات بالینی اختلال شخصیت مرزی را در بیماران بستری در ایران بررسی شده و این تظاهرات در دو جنس مقایسه شوند.

آنچه اهمیت تحقیق در این زمینه را بیشتر می‌کند، نقش فرهنگ در تظاهرات بالینی اختلالات شخصیت، از جمله اختلال شخصیت مرزی است. راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی (DSM)^۴ بر نقش فرهنگ در تشخیص اختلالات روانی و به‌ویژه اختلالات شخصیت تأکید کرده است. در این راهنما اختلال شخصیت به عنوان «یک الگوی پایدار از تجربه درونی و رفتارهایی که به‌طور قابل‌توجهی از انتظارات فرهنگی منحرف

2. Internalizing

3. Externalizing

4. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM)

1. Borderline Personality Disorder (BPD)

روش

شرکت‌کنندگان

جامعه آماری این مطالعه شامل بیماران مراجعه‌کننده به سه مرکز بستری روانپزشکی در ایران (بیمارستان روانپزشکی ایران، بخش اعصاب و روان بیمارستان طالقانی و مرکز آموزشی-درمانی رازی) بود.

ملاک‌های ورود به مطالعه عبارت بودند از: ۱. دریافت تشخیص اختلال شخصیت مرزی براساس مصاحبه ساختاریافته برای اختلالات شخصیت، ۲. اتمام تحصیلات دبیرستان، ۳. سن بین ۱۸ تا ۵۵ سال و ۴. عدم ابتلا به هر وضعیتی که در عملکرد شناختی اختلال ایجاد کند و به کاهش هوشیاری منجر شود؛ مانند مصرف داروهای تجویزی، حملات گذرای سایکوتیک و علائم خلقی برجسته. کسانی که بیش از ۲۰ درصد از فرآیند ارزیابی را رها می‌کردند یا به شکل غیرمعتبری پرسش‌نامه‌ها را پر می‌کردند، از مطالعه خارج می‌شدند. جهت تعیین حجم نمونه از فرمول شماره ۱ استفاده شد:

$$1. n = \frac{z^2 p (1 - p)}{d^2}$$

برای تعیین P (نسبت علائم در بیماران مبتلا به BPD) مطالعه مقدماتی با ۳۰ بیمار در جامعه هدف انجام شد. میانگین نسبت ۹ علامت BPD در این گروه ۰/۸۰ بود. با در نظر گرفتن فاصله اطمینان ۹۵٪ و دقت ۰/۰۸، حجم نمونه ۹۶ نفر محاسبه شد [۴۰]. در مجموع، طی ۱ سال ۱۲۰ بیمار به تیم پژوهشی ارجاع داده شدند اما در روال مطالعه ۲۶ بیمار ملاک‌های تشخیصی اختلال شخصیت مرزی طبق SCID-5-PD را برآورده نکردند و ۷ نفر به دلیل نیمه‌کاره رها کردن پرسش‌نامه از مطالعه خارج شدند. در نهایت، داده‌های ۸۷ نفر (۶۴ زن و ۲۳ مرد) وارد تحلیل شدند. ویژگی‌های جمعیت‌شناختی نمونه در جدول شماره ۱ نشان داده شده است.

ابزارها

پرسش‌نامه شخصیتی برای DSM-5 (PID-5)

این ابزار یک پرسش‌نامه خودگزارشی ۲۲۰ عبارتی است که پاسخ‌دهنده در یک طیف لیکرت (۰ = خیلی غلط، ۱ = برخی اوقات غلط، ۲ = برخی اوقات درست، ۳ = خیلی درست) به عبارات پاسخ می‌دهد. این پرسش‌نامه جهت سنجش ۵ حوزه و ۲۵ خصیصه شخصیتی در مدل جایگزین برای اختلالات شخصیت^۵ (AMPD) طراحی شده است. از جمله هفت خصیصه

شده‌اند، تعریف شده است [۲۸]. فرهنگ می‌تواند شخصیت را رشد دهد، کنترل یا حفظ کند. رفتارهای انسانی از الگوهای فرهنگی تبعیت می‌کنند و زیستن در یک فرهنگ مشترک، الگوهای رفتاری و مدل‌های شخصیتی مشترکی ایجاد می‌کند [۲۹]. اختلالات شخصیت و صفات شخصیتی آسیب‌زا را نیز می‌توان بازتاب فرهنگ و آسیب‌های فرهنگی دانست [۳۰، ۳۱]. بنابراین تشخیص و درمان اختلالات شخصیت در بافت فرهنگی ضروری است. در این میان، مطالعات کمتری بر روی اختلال شخصیت مرزی در مقایسه با سایر اختلالات روانی، از منظر فرهنگی انجام شده است [۳۲].

مشکلات هویتی، بین فردی و بدتنظیمی هیجانی که شاخصه‌های اصلی اختلال شخصیت مرزی هستند محصول هنجارهای اجتماعی محسوب می‌شوند [۳۳]. عمده مطالعات پیرامون شیوع‌شناسی و خصایص بالینی اختلال شخصیت مرزی در جوامع غربی انجام شده است و مطالعات اندکی تظاهرات بالینی این اختلال را در جوامع شرقی بررسی کرده‌اند [۲، ۳۴].

مطالعه‌ای در چین نشان داد ملاک ترس از طرد برای تشخیص اختلال شخصیت مرزی مناسب نیست، زیرا جمع‌گرایی و درهم‌تنیدگی، بخشی از هویت جامعه چینی است [۳۵].

ایتالیا نیز فرهنگی جمع‌گرا دارد و بیماران مبتلا به BPD در این کشور کمتر دچار تکانش‌گری و رفتارهای مرتبط با خودکشی هستند. عدم تشویق به جرأت‌مندی، استقلال‌طلبی و فردگرایی از یک‌سو و ترس از قضاوت منفی، شرم و احساس گناه شدید به دنبال رفتارهای تکانشی از سوی دیگر، به شیوع کمتر این علائم در بیماران BPD ایتالیایی کمک کرده است [۳۶].

جامعه ایران نیز یک جامعه جمع‌گرای سنتی است که فردگرایی ارزش اجتماعی کمتری در آن دارد. از طرفی، ساختار اجتماعی به نحوی است که افراد در سلسله مراتب قدرت، مطیع افراد بالادست خود می‌شوند [۳۷]. این دو عامل می‌تواند به اختلال در خودمختاری و بروز خشم منجر شود [۳۸، ۳۹]. همچنین، مطالعات رونینگستام و همکاران [۳۶] نیز نشان داده‌اند رفتارهای پرخاشگرانه در جامعه ایرانی بالاست. بنابراین انتظار می‌رود میزان پرخاشگری در بیماران ایرانی مبتلا به شخصیت مرزی نیز بالا باشد.

باتوجه به آنچه بیان شد، در این پژوهش قصد شد در ادامه مطالعات پیشین، تظاهرات بالینی اختلال شخصیت مرزی در نمونه بستری بیماران مبتلا به آن بررسی شود، درحالی‌که مطالعات پیشین به هم‌ابتلائی با اختلالات شخصیت و خصایص شخصیتی کمتر توجه داشتند، هدف اولیه این مطالعه بررسی این دو جنبه مهم در تظاهرات بالینی بیماران BPD بستری و هدف بعدی مقایسه بیماران زن و مرد در تظاهرات بالینی، هم‌ابتلائی و خصایص شخصیتی بود.

5. Alternative Model of Personality Disorder

جدول ۱. ویژگی‌های جمعیت‌شناختی نمونه مورد مطالعه

متغیرهای جمعیت‌شناختی	تعداد (درصد)
جنسیت	زن ۶۴(۷۳/۶)
	مرد ۲۳(۲۶/۴)
تحصیلات	دیپلم ۶۶(۷۶/۷)
	کارشناسی ۱۶(۱۸/۶)
	تحصیلات تکمیلی ۴(۴/۷)
وضعیت تأهل	مجرد ۶۴(۷۳/۶)
	متاهل ۱۵(۱۷/۲)
	طلاق ۷(۸)
	فوت همسر ۱(۱/۱)

مجله روان‌پزشکی و روان‌شناسی بالینی ایران

خود با گزینه «صحیح» تصدیق یا با گزینه «غلط» رد می‌کند [۴۵]. در این مطالعه این ابزار جهت غربالگری اختلالات شخصیت استفاده شد. مطالعه سما و همکاران نشان داد این پرسش‌نامه از کارایی بالینی مطلوبی برای سنجش اختلالات شخصیت DSM-5 برخوردار است [۴۶]. غرائی و همکاران، پایایی این ابزار را ۰/۹۳ و روایی صوری آن را مطلوب گزارش کردند. همچنین در مطالعه غمخوار و همکاران بر روی جمعیت عمومی ایرانی، همسانی درونی این ابزار بین ۰/۴۵ (برای اختلال شخصیت اسکیزوئید) تا ۰/۷۹ (برای اختلال شخصیت ضداجتماعی) محاسبه شده است [۴۷، ۴۸].

در پژوهش حاضر ضریب آلفای کرونباخ جهت بررسی همسانی درونی هر زیرمقیاس در نمونه حاضر محاسبه شد: اجتنابی= ۰/۶۵، وابسته= ۰/۷۳، وسواسی-جبری= ۰/۵۹، پارانوئید= ۰/۵۵، اسکیزوئید= ۰/۷۲، اسکیزوئید= ۰/۶۵، نمایشی= ۰/۵۷، خودشیفته= ۰/۷۰، مرزی= ۰/۶۲ و سلوک= ۰/۸۵. باتوجه به اینکه داده‌های این پرسش‌نامه مستقیماً تحلیل نشدند و صرفاً جهت غربالگری اولیه استفاده شد، زیرمقیاس‌های وسواسی-جبری نمایشی و پارانوئید حذف نشدند.

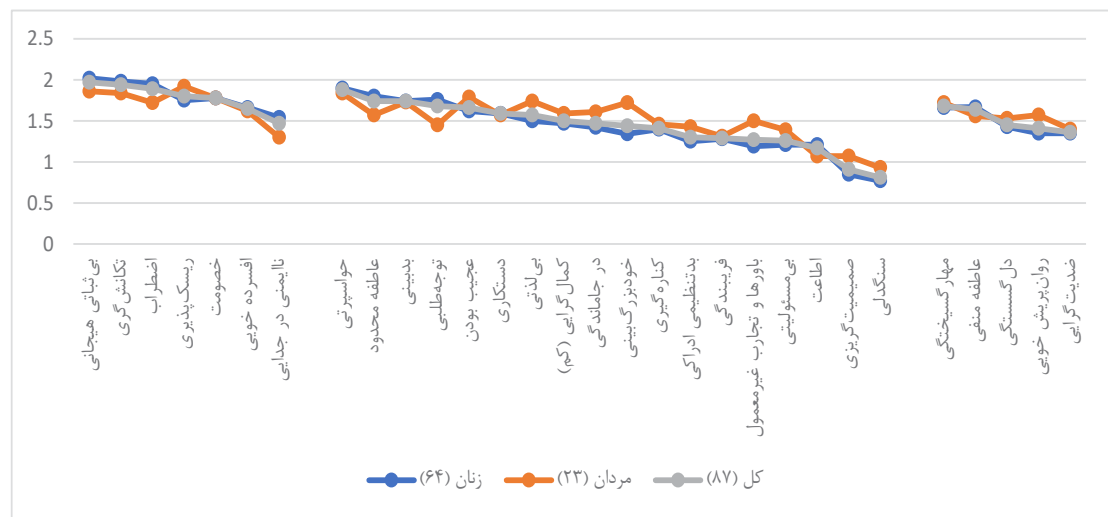
لازم به ذکر است که با استفاده از این پرسش‌نامه تمام ملاک‌های تشخیصی اختلالات شخصیت در DSM-5 به جز اختلال شخصیت ضداجتماعی بررسی می‌شود. جهت ارزیابی اولیه اختلال شخصیت ضداجتماعی، این پرسش‌نامه ۱۵ گویه برای بررسی ابتلا به اختلال سلوک در نوجوانی دارد. در صورتی که آزمودنی ملاک ابتلا به اختلال سلوک را برآورده کند، ارزیابی ادامه یافته و با استفاده از SCID-5-PD تشخیص اختلال شخصیت ضداجتماعی بررسی می‌شود.

مرتبط با BPD که در ملاک B برای تشخیص این اختلال در چارچوب این مدل بیان شده‌اند: بی‌ثباتی هیجانی، افسرده‌خویی، مضطرب بودن، خصومت، خطرپذیری، تکانش‌گری و نالیمنی در جدایی. میانگین نمرات بالای ۲ در هر خصیصه به معنای ابتلا به آن خصیصه است [۴۲]. در این مطالعه هم میانگین و انحراف معیار خصایص و حوزه‌ها محاسبه شد و هم فراوانی ابتلا به این صفات. اعتبار و روایی این پرسش‌نامه در جمعیت‌های مختلف بالینی و همچنین در فرهنگ‌های مختلف مطالعه شده و مطلوب گزارش شده است [۴۳]. شجاعی و همکاران در بررسی ویژگی‌های روانسنجی آن در بیماران روانپزشکی، همسانی درونی را برای صفات بین ۰/۴۲ تا ۰/۹۱ و برای حوزه‌ها ۰/۸۴ تا ۰/۹۴ و نیز ضرایب باز آزمایی را بالای ۰/۷۰ گزارش کردند [۴۴]. در مطالعه حاضر قوی‌ترین ضریب آلفای کرونباخ (همسانی درونی) مربوط به صفت «عجیب‌بودن» با ۰/۸۹ و ضعیف‌ترین مربوط به «مضطرب‌بودن» با ۰/۶۱ بود. چهار صفت اطاعت، بی‌مسئولیتی، بازی دادن و عاطفه محدود به دلیل ضریب آلفای زیر ۰/۶۰ از مطالعه حذف شدند. در میان پنج حوزه، بالاترین ضریب آلفای کرونباخ برای «روان‌پیش‌خویی» برابر با ۰/۹۲ و پایین‌ترین مربوط به «مهارت‌گسیختگی» برابر با ۰/۸۰ بود.

پرسش‌نامه غربالگری اختلالات شخصیت در (SCID-5) DSM-5^۶ SPQ

این ابزار یک پرسش‌نامه ۱۰۶ گویه‌ای است که براساس معیارهای تشخیصی اختلالات شخصیت در DSM-5 طراحی شده است. آزمودنی هریک از علائم اختلالات شخصیت را درباره

6. Structured Clinical Interview for DSM-5 Screening Personality Questionnaire



تصویر ۱. میانگین نمرات شرکت‌کنندگان در صفات و حوزه‌های PID-5

تأیید کرده بود، جهت تشخیص‌گذاری سایر اختلالات شخصیت، بر مبنای SCID-5-PD و توسط مصاحبه‌گر ارزیابی می‌شدند.

تحلیل داده‌ها

از آمار توصیفی با هدف بررسی ویژگی‌های جمعیت‌شناختی و متغیرهای بالینی استفاده شد. جهت بررسی ارتباط بین جنسیت و متغیرهای بالینی، آزمون کای اسکور^۸ و برای مقایسه زن و مرد در نمرات PID-5 آزمون تحلیل واریانس یک‌راهه (آنووا)^۹ به کار گرفته شدند. قبل از به‌کارگیری آنووا پیش‌شرط‌های اصلی آن یعنی نرمال بودن داده‌ها و همگنی واریانس‌ها با استفاده از آزمون‌های شاپیرو-ویلک^{۱۰} و لون^{۱۱} بررسی شدند.

یافته‌ها

ویژگی‌های جمعیت‌شناختی نمونه

در جدول شماره ۱ ویژگی‌های جمعیت‌شناختی نمونه مطالعه حاضر قابل‌مشاهده است. میانگین سنی بیماران ۲۷/۲۳ با انحراف معیار ۷/۳۱ بوده است.

فراوانی علائم نه‌گانه اختلال شخصیت مرزی

جدول شماره ۲ فراوانی گزارش علائم نه‌گانه اختلال شخصیت مرزی در زنان و مردان مبتلا را نشان داده است. در نمونه حاضر بی‌ثباتی هیجانی (۹۵/۴) و آشفتگی هویت (۹۵/۴) و خشم شدید و نامتناسب (۹۳/۱ درصد) بیشترین فراوانی و پارانوئیا/تجزیه‌گذاری (۵۹/۸ درصد) کمترین فراوانی را داشتند. در زنان، بی‌ثباتی

مصاحبه بالینی ساختاریافته برای اختلالات شخصیت (DSM-5) (SCID-5-PD)^۷

این مصاحبه ساختاریافته منطبق با ملاک‌های DSM-5 برای تشخیص‌گذاری اختلالات شخصیت طراحی شده و در این پژوهش برای تشخیص اختلالات شخصیت مرزی و سایر اختلالات شخصیت استفاده شد. اعتبار و روایی نسخه حاضر در ترکیه مطلوب گزارش شده است [۴۹]. نتیجه بررسی ویژگی‌های روانسنجی این مصاحبه بر روی ۲۵۰ بیمار ایرانی نیز نشان داد این ابزار از اعتبار، روایی صوری و محتوایی قابل‌قبولی برخوردار است. همچنین در اکثر اختلالات شخصیت این ابزار روایی تشخیصی بالایی دارد. توافق بین ارزیابان نیز برای همه اختلالات $\kappa > 0.4$ بود [۵۰]. در این پژوهش ضریب آلفای کرونباخ جهت بررسی همسانی درونی هر اختلال شخصیت در نمونه حاضر محاسبه شد: اجتنابی=۰/۶۷، وابسته=۰/۷۳، وسواسی-جبری=۰/۶۷، پارانوئید=۰/۶۵، اسکیزوتایپال=۰/۷۸، اسکیزوئید=۰/۶۷، نمایشی=۰/۵۹، خودشیفته=۰/۷۷، مرزی=۰/۸۳، وضداجتماعی=۰/۹۳.

فراپند اجرا

روند اجرا به این صورت بود که بیمارانی که توسط روانپزشک ارزیابی می‌شدند و تشخیص اولیه اختلال شخصیت مرزی دریافت می‌کردند به تیم پژوهشی ارجاع داده می‌شدند. این بیماران پس از بررسی معیارهای ورود در مطالعه شرکت کردند. به هر بیمار توضیحات کلی درباره طرح پژوهشی ارائه شد و پس از دریافت تشخیص اختلال شخصیت مرزی بر مبنای SCID-5-PD و امضای فرم رضایت‌نامه مشارکت در پژوهش، هر بیمار پرسش‌نامه‌های PID-5 و SCID-5-SPQ را تکمیل می‌کرد. در نهایت، علائم اختلالات شخصیتی که بیمار در SCID-5-SPQ درباره خود

8. Chi-squared test

9. One-way analysis of variance

10. Shapiro Wilk test

11. Levene test of

7. Structured Clinical Interview for DSM-5 Personality Disorders

جدول ۲. آمار توصیفی علائم نه‌گانه اختلال شخصیت مرزی و هم‌ابتلائی با سایر اختلالات شخصیت

معنی‌داری	کای اسکوتر	تعداد (درصد)			SCID-5-PD	
		مردان	زنان	کل		
۰/۹۴۷	۰/۰۰۴	۲۲(۹۵/۷)	۶۱(۹۵/۳)	۸۳(۹۵/۴)	بی‌ثباتی هیجانی	علائم نه‌گانه اختلال شخصیت مرزی
۰/۲۲۰	۱/۵۰۷	۲۳(۱۰۰)	۶۰(۹۳/۸)	۸۳(۹۵/۴)	آشفته‌گی هویت	
۰/۱۲۸	۲/۳۱۶	۲۳(۱۰۰)	۵۸(۹۰/۶)	۸۱(۹۳/۱)	خشم شدید و نامتناسب	
۰/۲۶۰	۱/۲۶۷	۲۱(۹۱/۳)	۵۲(۸۱/۳)	۷۳(۸۴)	خودکشی و خودآسیب‌زنی	
۰/۸۴۳	۰/۰۳۹	۱۹(۸۲/۶)	۵۴(۸۴/۴)	۷۳(۸۴)	تکانشگری	
۰/۷۵۶	۰/۰۹۶	۱۸(۷۸/۳)	۵۲(۸۱/۳)	۷۰(۸۰/۵)	مشکلات بین‌فردی	
۰/۳۵۶	۰/۸۵۲	۱۷(۸۴)	۵۳(۸۲/۸)	۷۰(۸۰/۵)	احساس پوچی مزمن	
۰/۸۸۵	۰/۰۲۱	۱۸(۷۸/۳)	۵۱(۷۹/۷)	۶۹(۷۹/۳)	ترس از طرد	
۰/۷۱۱	۰/۱۳۷	۱۳(۵۶/۵)	۳۹(۶۱)	۵۲(۵۹/۸)	پارانویا/ تجزیه‌گذا	
۰/۵۹۱	۰/۲۸۸	۱۳(۵۶/۵)	۳۲(۵۰)	۴۵(۵۱/۷)	خودشیفته	هم‌ابتلائی با سایر اختلالات شخصیت
۰/۱۵۹	۱/۹۸۶	۹(۳۹/۱)	۳۶(۵۶/۳)	۴۵(۵۱/۷)	پارانوئید	
۰/۷۰۱	۰/۱۴	۱۱(۴۷/۸)	۱۸(۲۸/۱)	۲۹(۳۳/۳)	ضد اجتماعی	
۰/۲۵۱	۱/۳۱۵	۴(۱۷/۴)	۱۹(۳۹/۷)	۲۳(۲۶/۴)	وسواسی - جبری	
۰/۶۴۸	۰/۲۰۸	۵(۲۱/۷)	۱۷(۲۶/۶)	۲۲(۲۵/۳)	دوری‌گزین	
۰/۲۶۰	۱/۲۶۷	۲(۸/۷)	۱۲(۱۸/۸)	۱۴(۱۶/۱)	وابسته	
۰/۸۴۳	۰/۰۳۹	۴(۱۷/۴)	۱۰(۱۵/۶)	۱۴(۱۶/۱)	اسکیزوتیپ	
۰/۶۳۴	۰/۲۴۱	۲(۸/۷)	۸(۱۲/۵)	۱۰(۱۱/۵)	نمایشی	
۰/۲۷۱	۱/۲۱۲	۱(۴/۳)	۸(۱۲/۵)	۹(۱۰/۳)	اسکیزوتایپال	

مجله روان‌پزشکی و روان‌شناسی بالینی ایران

فراوانی خصایص شخصیتی

فراوانی ابتلا به صفات شخصیتی در جدول شماره ۳ آمده است. به این صورت که میانگین نمرات این افراد در چهار صفت از ۷ صفت مرتبط با تشخیص اختلال شخصیت مرزی، ≥ 2 بود. همان‌طور که مشاهده می‌شود، بی‌ثباتی هیجانی و تکانش‌گری، شایع‌ترین صفات شخصیتی در کل نمونه هستند و ناایمنی در جدایی کمترین فراوانی را دارد. براساس ملاک B مدل جایگزین برای اختلالات شخصیت، از بین ۸۷ بیمار مبتلا، ۴۰ نفر (۳۵ درصد) این ملاک را برآورده کردند. همان‌طور که در جدول شماره ۳ آمده است، آزمون کای اسکوتر نشان داد جنسیت، رابطه معنی‌داری با ابتلا به این صفات ندارد، به‌جز اضطراب و توجه‌طلبی که در زنان به‌طور معنی‌داری فراوانی بیشتری داشتند.

هیجانی (۹۵/۳ درصد) بیشترین فراوانی و پارانویا/ تجزیه‌گذا (۶۱ درصد) کمترین فراوانی را داشتند. همه شرکت‌کنندگان مرد این مطالعه، هم اختلال هویتی و هم خشم شدید و نامتناسب را گزارش کردند، درحالی‌که پارانویا/ تجزیه‌گذا (۵۶/۵ درصد) علامتی بود که کمتر از سایر علائم توسط بیماران مرد گزارش شده بود (جدول شماره ۲).

فراوانی هم‌ابتلائی با سایر اختلالات شخصیت

فراوانی ابتلا به سایر اختلالات شخصیت در جدول شماره ۲ آمده است. براساس آزمون کای اسکوتر بین جنسیت و هم‌ابتلائی به سایر اختلالات شخصیت ارتباط معنی‌داری وجود ندارد.

جدول ۳. آمار توصیفی خصایص و حوزه‌های شخصیتی و ارتباط آن‌ها با جنسیت

معنی‌داری	کای اسکوتر	تعداد (درصد)			PID-5
		مردان	زنان	کل	
۰/۵۵۰	۰/۳۵۹	۱۲(۵۲/۲)	۳۸(۵۹/۴)	۵۰(۵۷/۵)	بی‌ثباتی هیجانی
۰/۱۴۸	۰/۰۹۷	۱۰(۴۲/۵)	۳۶(۶۰/۹)	۴۶(۵۶/۳)	تکانشگری
۰/۰۲۳۰	۵/۰۷۳	۷(۳۰/۴)	۳۷(۵۷/۸)	۴۴(۵۰/۶)	اضطراب
۰/۹۱۴	۰/۰۱۲	۱۰(۴۲/۵)	۲۷(۴۲/۲)	۳۷(۴۲/۵)	خطرپذیری
۰/۱۷۵	۱/۹۳۵	۸(۳۴/۸)	۲۸(۴۳/۸)	۳۶(۴۱/۴)	خصوصیت
۰/۶۳۴	۰/۲۲۷	۷(۳۰/۴)	۲۳(۳۵/۹)	۳۰(۳۴/۵)	افسرده‌خویی
۰/۱۲۷	۲/۳۲۹	۴(۱۷/۴)	۲۲(۳۴/۴)	۲۶(۲۹/۹)	ناایمنی در جدایی
۰/۸۳۶	۰/۰۴۳	۱۲(۵۲/۲)	۳۵(۵۴/۷)	۴۷(۵۴)	حواس‌پرتی
۰/۹۱۵	۰/۰۱۲	۱۰(۴۲/۵)	۲۷(۴۲/۲)	۳۷(۴۲/۵)	عجیب‌بودن
۰/۶۳۴	۰/۲۲۷	۷(۳۰/۴)	۲۳(۳۵/۹)	۳۰(۳۴/۵)	بلبلی
۰/۰۱۲*	۶/۳۶۱	۳(۱۳)	۲۷(۴۲/۲)	۳۰(۳۴/۵)	توجه‌طلبی
۰/۸۳۴	۰/۰۴۴	۷(۳۰/۴)	۱۸(۲۸/۱)	۲۵(۲۸/۷)	کناره‌گیری
۰/۷۳۲	۰/۱۲۷	۷(۳۰/۴)	۱۷(۲۶/۶)	۲۴(۲۷/۶)	بی‌الذتی
۰/۴۱۱	۰/۶۷۷	۷(۳۰/۴)	۱۴(۲۱/۹)	۲۱(۲۴/۱)	درجاماندگی
۰/۲۰۶	۱/۶۰۰	۸(۳۴/۸)	۱۳(۲۰/۳)	۲۱(۲۴/۱)	خودبزرگ‌بینی
۰/۲۶۷	۱/۲۳۴	۶(۲۶/۱)	۱۰(۱۵/۶)	۲۱(۲۴/۱)	بدتنظیمی ادراکی
۰/۶۸۱	۰/۱۷۰	۶(۲۶/۱)	۱۴(۲۱/۹)	۲۰(۲۳)	کمال‌گرایی
۰/۰۸۲	۳/۰۲۲	۷(۳۰/۴)	۹(۱۴/۱)	۱۶(۱۸/۴)	باورها و تجارب غیر معمول
۰/۹۰۳	۰/۰۱۵	۳(۱۳/۱)	۹(۱۴/۱)	۱۲(۱۴/۸)	فریبندگی
۰/۶۹۱	۰/۱۵۸	۲(۸/۷)	۴(۶/۳)	۶(۶/۹)	صمیمیت‌گریزی
		۰(۰)	۰(۰)	۰(۰)	سنگلی
۰/۹۸۹	۰	۵(۲۱/۷)	۱۴(۲۱/۹)	۱۹(۲۱/۸)	مهارت‌گسیختگی
۰/۳۹۰	۰/۷۳۸	۵(۲۱/۷)	۹(۱۴/۱)	۱۴(۱۶/۱)	روان‌پریش‌خویی
۰/۱۲۶	۲/۳۴۶	۱(۴/۳)	۱۱(۱۷/۲)	۱۲(۱۴/۸)	عاطفه منفی
۰/۹۰۳	۰/۰۱۵	۳(۱۳)	۹(۱۴/۱)	۱۲(۱۴/۸)	دل‌گسستگی
۰/۴۷۹	۰/۵۰۲	۲(۸/۷)	۳(۴/۷)	۵(۵/۷)	ضدیت‌گرایی

جدول ۴. میانگین و انحراف معیار خصایص و حوزه‌های شخصیتی

PID-5	میانگین $\pm$ انحراف معیار	
	کل	زنان
بی‌ثباتی هیجانی	۱/۹۷ $\pm$ ۰/۶۷	۲/۰۲ $\pm$ ۰/۶۷*
تکانشگری	۱/۹۴ $\pm$ ۰/۶۱	۱/۹۸ $\pm$ ۰/۶۴
اضطراب	۱/۸۹ $\pm$ ۰/۵۹	۱/۹۵ $\pm$ ۰/۶۱
خطرپذیری	۱/۸ $\pm$ ۰/۶۱	۱/۷۵ $\pm$ ۰/۶۱
خصومت	۱/۷۸ $\pm$ ۰/۵۱	۱/۷۸ $\pm$ ۰/۵۱
افسرده‌خویی	۱/۶۵ $\pm$ ۰/۷۲	۱/۶۶ $\pm$ ۰/۷۶
نالایمی در جدایی	۱/۴۷ $\pm$ ۰/۷۸	۱/۵۴ $\pm$ ۰/۸۰
حواس‌پرتی	۱/۸۸ $\pm$ ۰/۶۴	۱/۹۰ $\pm$ ۰/۶۷
عجیب‌بودن	۱/۶۶ $\pm$ ۰/۷۳	۱/۶۲ $\pm$ ۰/۷۷
بدبینی	۱/۷۴ $\pm$ ۰/۵۲	۱/۷۴ $\pm$ ۰/۵۴
توجه‌طلبی	۱/۶۸ $\pm$ ۰/۶۱	۱/۷۶ $\pm$ ۰/۶۱
کناره‌گیری	۱/۴۱ $\pm$ ۰/۶۳	۱/۴۰ $\pm$ ۰/۶۵
بی‌لذتی	۱/۵۷ $\pm$ ۰/۶۸	۱/۵۰ $\pm$ ۰/۷۱
درجاماندگی	۱/۴۷ $\pm$ ۰/۶۱	۱/۴۲ $\pm$ ۰/۶۳
خودبزرگ‌بینی	۱/۴۴ $\pm$ ۰/۶۹	۱/۳۴ $\pm$ ۰/۷۱
بدتنظیمی ادراکی	۱/۳۰ $\pm$ ۰/۶۳	۱/۲۵ $\pm$ ۰/۶۶
کمال‌گرایی (کم)	۱/۵۰ $\pm$ ۰/۵۶	۱/۴۷ $\pm$ ۰/۵۵
باورها و تجارب غیرمعمول	۱/۲۷ $\pm$ ۰/۷۰	۱/۱۹ $\pm$ ۰/۷۱
فریبندگی	۱/۲۹ $\pm$ ۰/۵۵	۱/۲۸ $\pm$ ۰/۵۸
صمیمیت‌گریزی	۰/۹۱ $\pm$ ۰/۵۸	۰/۸۵ $\pm$ ۰/۵۶
سنگلی	۰/۸۱ $\pm$ ۰/۳۵	۰/۷۷ $\pm$ ۰/۳۶
مهارت‌سیختگی	۱/۶۸ $\pm$ ۰/۳۶	۱/۶۶ $\pm$ ۰/۳۸
روان‌پریش‌خویی	۱/۴۱ $\pm$ ۰/۶۰	۱/۳۵ $\pm$ ۰/۶۱
عاطفه منفی	۱/۶۴ $\pm$ ۰/۳۴	۱/۶۷ $\pm$ ۰/۳۷
دل‌گسستگی	۱/۴۵ $\pm$ ۰/۴۵	۱/۴۳ $\pm$ ۰/۴۷
ضدیت‌گرایی	۱/۳۶ $\pm$ ۰/۴۱	۱/۳۵ $\pm$ ۰/۴۳

مجله روان‌پزشکی و روان‌شناسی بالینی ایران

صفاتی که میانگین آن‌ها بالاتر از نقطه برش (۲) بوده است. صفات مرتبط با تشخیص اختلال شخصیت مرزی در مدل DPMA، مورب نشان داده شده‌اند.

جدول ۵. تحلیل واریانس یک راهه جهت مقایسه دو جنس در خصایص و حوزه‌های شخصیتی

PID-۵	مجموع مربعات	درجه آزادی	میانگین مربعات	F	معناداری	مجذور اتا
بی‌ثباتی هیجانی	۰/۴۲	۱	۰/۴۲	۰/۹۳۴	۰/۳۳۶	
تکانشگری	۰/۳۱۹	۱	۰/۳۱	۰/۸۳	۰/۳۶۳	
اضطراب	۰/۹۰۰	۱	۰/۹۰۰	۰/۵۸۹	۰/۱۱۱	
خطرپذیری	۰/۴۹۵	۱	۰/۴۹۵	۱/۳۰۸	۰/۲۵۶	
خصوصیت	۰	۱	۰	۰/۰۰۲	۰/۹۶۶	
افسرده‌خویی	۰/۰۲۵	۱	۰/۰۲۵	۰/۰۴	۰/۸۲۷	
نالایمی در جدایی	۰/۹۲۷	۱	۰/۹۲۷	۱/۵۲۷	۰/۲۲۰	
حواس‌پرتی	۰/۰۵۸	۱	۰/۰۵۸	۰/۱۳۸	۰/۷۱۱	
عجیب‌بودن	۰/۴۹	۱	۰/۴۹	۰/۸۹۷	۰/۳۴۶	
بلبینی	۰/۰۰۱	۱	۰/۰۰۱	۰/۰۰۵	۰/۹۴۶	
توجه‌طلبی	۱/۵۹۰	۱	۱/۵۹۰	۴/۴۴۴	۰/۰۳۸*	۰/۰۵۰
کناره‌گیری	۰/۰۶۷	۱	۰/۰۶۷	۰/۱۶۵	۰/۶۸۶	
بی‌لذتی	۰/۹۷۴	۱	۰/۹۷۴	۲/۱۳۳	۰/۱۴۸	
درجاماندگی	۰/۶۱۱	۱	۰/۶۱۱	۱/۶۳۱	۰/۲۰۵	
خودبزرگ‌بینی	۲/۴۸۲	۱	۲/۴۸۲	۵/۳۹۳	۰/۰۲۳*	۰/۰۶۰
بدتنظیمی ادراکی	۰/۵۳۳	۱	۰/۵۳۳	۱/۳۱۹	۰/۲۵۴	
کمال‌گرایی (کم)	۰/۲۴۱	۱	۰/۲۴۱	۰/۷۵۰	۰/۳۸۹	
باورها و تجارب غیر معمول	۱/۶۳۷	۱	۱/۶۳۷	۳/۴۰۱	۰/۰۶۹	
فریبندگی	۰/۰۱۵	۱	۰/۰۱۵	۰/۰۵۰	۰/۸۳۴	
صمیمیت‌گریزی	۰/۸۳۰	۱	۰/۸۳۰	۲/۵۰۷	۰/۱۱۷	
سنگلی	۰/۴۱۸	۱	۰/۴۱۸	۳/۳۳۰	۰/۰۷۲	
مهارت‌گسیختگی	۰/۰۵۰	۱	۰/۰۵۰	۰/۷۴۹	۰/۳۸۹	
روان‌پریش‌خویی	۰/۸۱۶	۱	۰/۸۱۶	۲/۲۶۵	۰/۱۳۶	
عاطفه منفی	۰/۲۱۶	۱	۰/۲۱۶	۱/۷۸۱	۰/۱۸۶	
دل‌گسستگی	۰/۱۵۴	۱	۰/۱۵۴	۰/۷۴۹	۰/۳۸۹	
ضدیت‌گرایی	۰/۰۳۹	۱	۰/۰۳۹	۰/۲۲۳	۰/۶۳۸	

* $P > 0.05$. صفات مرتبط با تشخیص اختلال شخصیت مرزی در مدل AMPD، مورب نشان داده شده‌اند.

مقایسه بیماران زن و مرد مبتلا به BPD در خصایص شخصیتی

در جدول شماره ۴ میانگین و انحراف معیار خصایص شخصیتی در کل نمونه، زنان و مردان به تفکیک نشان داده شده است. در تصویر شماره ۱ نیز نمودار میانگین این خصایص قابل مشاهده است. جدول شماره ۵ نتایج تحلیل واریانس یک‌راهه را نشان می‌دهد. نمرات زنان در توجه‌طلبی بیشتر از مردان و نمرات مردان در خودبزرگ‌بینی به شکل معنی‌داری بیشتر از زنان بود. براساس محاسبه مجذور اتا، اندازه اثر تفاوت دو گروه در توجه‌طلبی و در خودبزرگ‌بینی متوسط بود.

بحث

مطالعه حاضر یکی از اولین مطالعات در خاورمیانه و ایران است که به بررسی تظاهرات بالینی اختلال شخصیت مرزی پرداخته است. به‌طور کلی نتایج نشان داد بدتنظیمی هیجانی (بی‌ثباتی هیجانی، پرخاشگری و تکانش‌گری) شاخص‌ترین ویژگی این بیماران است و عمدتاً تفاوت معناداری بین بیماران زن و مرد وجود ندارد.

در این مطالعه مشخص شد خشم شدید و نامتناسب، بیشترین فراوانی را داشته است. بررسی خصایص شخصیتی نیز نتایج مشابهی نشان داد. همراه با آشفتگی هویت، بی‌ثباتی هیجانی، تکانش‌گری و خودکشی/خودآسیب‌زنی نیز در بیش از ۸۰ درصد از بیماران دیده شد. بیش از ۵۰ درصد از شرکت‌کنندگان نمرات بالای ۲ در خصایص بی‌ثباتی هیجانی و تکانش‌گری داشتند.

نتایج این مطالعه همسو با یافته‌های رونینگستام و همکاران [۳۶] بود که به شیوع بالای رفتارهای پرخاشگرانه در جامعه ایرانی و احتمال برجسته بودن خشم به‌عنوان نشانه مهم در بیماران مبتلا به اختلال شخصیت مرزی ایرانی اشاره کرده بودند. مطالعه‌ای بر روی نمونه آمریکایی نیز نشان داد بی‌ثباتی هیجانی، خشم شدید و نامتناسب و تکانش‌گری، شایع‌ترین علائم در بین بیماران BPD بود، اما برخلاف پژوهش حاضر، پارائویا و احساس پوچی نیز شیوع بالایی داشتند [۵۱].

مطالعه بر روی نمونه ژاپنی مبتلا به اختلال شخصیت مرزی نشان داد این بیماران بیشتر از بیماران آمریکایی دست به رفتارهای خودکشی می‌زنند. این امر ممکن است به این خاطر باشد که جوانان ژاپنی دیرتر از جوانان جوامع غربی از جمله آمریکا از خانواده مستقل می‌شوند و خودجراحی و رفتارهای خودکشی راهبردی برای دیده‌شدن رنج و درد بیمار در بین اعضای خانواده است [۵۲، ۵۳]. در فرهنگ ایران نیز مانند فرهنگ ژاپن، جوانان معمولاً دیرتر از جوانان غربی از خانواده مستقل می‌شوند و وابستگی به خانواده ارزشمند تلقی می‌شود. رابطه بین وابستگی به خانواده با افزایش خطر خودکشی/رفتارهای خودآسیب‌رسان را می‌توان چنین تبیین کرد که پویایی‌های خانواده و ارتباطات

والد/فرزندی را می‌توان به‌عنوان عوامل خطر و نگه‌دارنده رفتارهای خودآسیب‌رسان در نظر گرفت. دلبستگی آشفته، سابقه آزار هیجانی، جنسی و فیزیکی، غفلت، آسیب‌های روانی والدین و تعارضات خانوادگی بخشی از عوامل خانوادگی مرتبط با رفتارهای خودآسیب‌رسان و خودکشی‌گرایانه هستند [۵۴، ۵۵]. وقتی خانواده نتواند با تعادل بخشیدن بین پیوندهای هیجانی و انعطاف‌پذیری عملکرد سالم خود را حفظ کند و یا به‌جای مراقبت و حمایت، والدین کنترل‌گر باشند فرزند آن‌ها در تنظیم هیجانات شدید خود ناکام می‌ماند و ممکن است به خود آسیب بزند [۵۵].

به نقل از مدل دو مرحله‌ای خودکشی و خشم [۵۶]، پرخاشگری و رفتارهای خودآسیب‌رسان هر دو ریشه در تکانه‌های خشم دارند ولی به شکل متفاوتی بروز می‌کنند. در رفتارهای خودآسیب‌رسان و خودکشی فرد علیه خود خشم را بروز می‌دهد و در پرخاشگری تکانه‌های خشم را به سوی دیگران حواله می‌کند. رفتارهای خودآسیب‌رسان و خودکشی می‌توانند پیامدهای خشم معطوف‌شده به خود باشد. بدین صورت که از آنجایی که ممکن است بیان خشم معطوف به دیگران هزینه‌های اجتماعی بالایی داشته باشد، در نتیجه فرد این گرایش را درونی‌سازی می‌کند و با آسیب زدن به خود یا اقدام به خودکشی خشم را معطوف به خود بروز می‌دهد. وجود چنین فرآیند جامعه‌پذیری در ایران می‌تواند یکی از دلایل احتمالی بالا بودن رفتارهای خودآسیب‌رسان در نمونه این مطالعه باشد. پریشانی‌های هیجانی و نقص در تنظیم هیجان تمایل فرد برای اجتناب از هیجانات شدید را بیشتر می‌کند. رفتارهای خودآسیب‌رسان و خودکشی‌گرایانه موقتاً به رهایی از پریشانی هیجان منجر می‌شود اما در درازمدت این رفتارها تقویت می‌شود [۵۷] و چنان می‌تواند از کنترل فرد خارج شود که بستری ضرورت می‌یابد.

در خصوص حوزه‌های شخصیتی یافته‌های مطالعه حاضر با مطالعات انجام‌شده بر روی نمونه‌های ایتالیایی [۵۸]، دانمارکی [۵۹] و اسپانیایی [۶۰] نیز همخوانی دارد. در این مطالعات نیز حوزه عاطفه منفی و مهارگی‌ختگی، بالاترین نمرات و ضدیت‌گرایی کمترین نمره را داشتند. همچنین صفات مرتبط با بدتنظیمی هیجانی همچون بی‌ثباتی هیجانی، تکانش‌گری، حواس‌پرتی و اضطراب نسبت به سایر صفات بارزتر بودند. البته باید توجه داشت که نتایج این مطالعه حاصل بررسی بیماران بستری مبتلا به BPD است و همان‌طور که قبل‌تر ذکر شد، پرخاشگری و رفتارهای خودآسیب‌زا یکی از دلایل بستری این بیماران بوده است. مطالعات بیشتری لازم است تا میزان شیوع خودکشی/خودآسیب‌زنی در میان بیماران سرپایی مبتلا به BPD نیز بررسی و با نمونه بستری مقایسه شود. همچنین پیشنهاد می‌شود مؤلفه‌های فرهنگی مرتبط با تکانش‌گری و بدتنظیمی هیجانی در بیماران BPD ایرانی بررسی شود.

داشته باشند. همان‌طور که پیش‌تر مطرح شد، پرخاشگری و خطر خودکشی از عوامل مهم بستری شدن بیماران شرکت‌کننده در این مطالعه بوده است. بنابراین فرض می‌شود افراد مبتلا به سایر انواع اختلال شخصیت مرزی که موارد اورژانس روانپزشکی ندارند، در مراکز سرپایی بیشتر دیده شوند.

هدف دیگر این پژوهش، مقایسه سیمای بالینی بیماران زن و مرد بود. هیچ رابطه‌ای میان علائم بالینی اختلال شخصیت مرزی با جنسیت یافت نشد و دو جنس تفاوتی در علائم نداشتند. این در حالی است که مطالعات در سایر کشورها، مبین تفاوت در تظاهرات بالینی اختلال شخصیت مرزی بین بیماران زن و مرد بوده‌اند. برای مثال، مطالعه بنژاف و همکاران بر روی نمونه بستری مبتلا به BPD آلمانی تبار نشان داد که زنان عاطفه منفی و اختلالات بالینی مرتبط به آن از جمله اختلالات اضطرابی را بیشتر گزارش می‌کنند و همچنین توافق‌گرایی (متضاد با ضدیت‌گرایی) بالاتری نسبت به مردان دارند [۲۰].

پژوهش سکووسکی و همکاران (بر روی نوجوانان مبتلا به BPD بستری در یک بیمارستان روانپزشکی در ایالات متحده آمریکا) نشان داد زن بودن و شدت افسردگی رفتارهای خودکشی‌گرایانه را پیش‌بینی می‌کند [۶۸]. عدم همراهی مطالعات حاضر با این دو مطالعه می‌تواند به روش پژوهش و تحلیل آماری، ابزار سنجش و حجم نمونه متفاوت باشد. برای مقایسه دقیق‌تر لازم است پژوهش حاضر در نمونه بزرگ‌تری تکرار شود.

یافته دیگر این مطالعه این بود که زنان و مردان مبتلا به BPD الگوی هم‌ابتلائی متفاوتی نداشتند. این در حالی است که سه مطالعه نتایج مغایر با یافته‌های این مطالعه داشتند: مطالعه سیلبراشمیت و همکاران بر روی ۷۰۰ بیمار مبتلا به BPD که شهروندان کشورهای مختلف اروپایی، ایالات متحده و آمریکای جنوبی بودند [۱۶]، مطالعه جانسون و همکاران بر روی ۲۴۰ بیمار مبتلا به BPD با نژادهای مختلف ساکن ایالات متحده آمریکا [۱۴] و پژوهش شر و همکاران بر روی ۳۴۸ بیمار BPD ساکن ایالات متحده آمریکا [۶۹].

بر مبنای این یافته‌ها الگوی هم‌ابتلائی با سایر اختلالات شخصیت BPD در بیماران زن و مرد مبتلا به BPD متفاوت است، بدین شکل که اختلالات شخصیت خودشیفته، ضداجتماعی و پارانویید در مردان بیشتر از زنان مبتلا به BPD دیده می‌شود [۱۴، ۱۶، ۶۹] و زنان بیشتر مبتلا به اختلالات شخصیت وابسته و وسواسی-جبری می‌شوند [۶۹]. مجدداً می‌توان مغایرت نتایج این مطالعات با مطالعه حاضر را ناشی از این دانست که آن‌ها بیماران سرپایی مطالعه کرده‌اند و مطالعه حاضر بیماران بستری را مطالعه کرده است.

یافته دیگر این پژوهش، شناسایی الگوی هم‌ابتلائی با سایر اختلالات شخصیت بود. مشخص شد بیش از نیمی از شرکت‌کنندگان دچار اختلال شخصیت خودشیفته و پارانویید هستند. این یافته با مطالعات پیشین همسو است. در دو مطالعه با نمونه اسپانیایی [۶۱، ۶۲] و یک مطالعه با نمونه آمریکایی [۶۳]، هم‌ابتلائی با اختلال شخصیت پارانویید، بیش از ۸٪ اختلال شخصیت دیگر مندرج در DSM مشاهده شد، در حالی که در مطالعه حاضر، هم‌ابتلائی با اختلال شخصیت وابسته و دوری‌گزین به ترتیب ۱۶ و ۲۵ درصد گزارش شد، در بیماران آمریکایی مبتلا به BPD، این دو اختلال بیش از سایر اختلالات شخصیت تشخیص داده شدند [۶۴]. در مطالعه‌ای دیگر روی بیماران آمریکایی مبتلا به BPD مشخص شد که بیماران بدون سابقه اقدام به خودکشی، بیشتر از بیماران با سابقه به‌طور هم‌زمان مبتلا به اختلال شخصیت خودشیفته هستند [۶۵]. هر دو نوع شناخته‌شده خودشیفتگی یعنی خودشیفته آسیب‌پذیر و خودشیفته بزرگ‌منش با اختلال شخصیت مرزی و صفات PID-5 مرتبط با آن (به‌جز خطرپذیری) ارتباط دارند [۶۶]. به‌ویژه اینکه خودشیفتگی از نوع آسیب‌پذیر^{۱۲} با خشم، تکانش‌گری و مشکلات خلقی ارتباط دارد.

تا اینجا دو یافته این مطالعه این بوده که شاخصه اصلی تظاهرات بالینی بیماران بستری مبتلا به BPD بدتنظیمی هیجانی است و اینکه هم‌ابتلائی با اختلالات شخصیت خودشیفته، پارانویید و ضداجتماعی بیشتر از سایر اختلالات شخصیت در این بیماران یافت شد. در تبیین این دو یافته مشترک می‌توان به نظریه میلون اشاره کرد. میلون به زیرنوعی از بیماران مبتلا به BPD، یعنی بیماران مرزی تکانش‌گر، اشاره می‌کند که عمدتاً تکانش‌گر و پرخاشگر هستند و در تنظیم هیجانات مثبت و منفی دچار مشکل می‌شوند. این افراد به دریافت پاداش بیرونی، از جمله توجه دیگران، جهت‌گیری رفتاری دارند و در تشکیل هویت یکپارچه و عزت نفس خوبی که در شرایط استرس‌زا به کارشان بیاید ناموفق هستند. در نتیجه، دوره‌های متناوبی از غم، اندوه و خشم و مقابلاً سرخوشی را تجربه می‌کنند. همچنین این افراد بیش از سایر انواع شخصیت مرزی تشخیص اختلالات شخصیت ضداجتماعی، نمایشی و خودشیفته دریافت می‌کنند [۶۷].

فرض می‌شود بیمارانی با علائم و خصایص شخصیتی مرتبط با مهارگیسختگی و ضدیت‌گرایی، در مراکز بستری بیشتر دیده شوند، چون این بیماران می‌توانند مشکلات زیادی برای خود و اطرافیان ایجاد کنند. بنابراین مشکلات آن‌ها سریع‌تر دیده شده و احتمالاً خانواده و اطرافیان تعجیل و پیگیری بیشتری برای شروع درمان دارند، در حالی که بیمارانی با پروفایل شخصیت مرزی وابسته (همراه با علائم و خصایص شخصیتی درونی‌سازی) که اطاعت، وفاداری و درون‌گرایی از ویژگی‌های بارز آن‌هاست [۶۷] ممکن است در مراکز سرپایی بیشتر از مراکز بستری حضور

است و همین‌طور سایر اختلالات روانپزشکی ارزیابی نشدند. به این دلیل که افزودن ابزارهای سنجش دیگر می‌توانست به کاهش تمرکز و افزایش خستگی بیماران منجر شود. با این حال ارزیابی جامع‌تر سطح عملکرد و بررسی سایر علائم بالینی به شناخت تظاهرات بالینی این بیماران کمک می‌کند.

محدودیت دیگر این مطالعه این بود که به دلیل حفظ اعتبار ارزیابی‌های بالینی، بیماران با اختلالات شناختی و هوشیاری کاهش یافته از مطالعه حذف شدند. از آنجایی که سطوح هشیاری و اختلالات شناختی نیز بخشی از تظاهرات بالینی هستند، پیشنهاد می‌شود مطالعات بعدی با استفاده از روش مناسب، مانند مصاحبه با منبع مطلع، این متغیرها را نیز بررسی کنند.

ملاحظات اخلاقی

پیروی از اخلاق پژوهش

پژوهش حاضر، دارای تأییدیه کد اخلاقی IR.USWR. REC1398.049 از دانشگاه علوم توانبخشی و سلامت اجتماعی است. به منظور رعایت اصول اخلاقی، از تمام شرکت‌کنندگان برای شرکت در پژوهش رضایت کتبی دریافت و بر محرمانه ماندن اطلاعات تأکید شد.

حامی مالی

این پژوهش بخشی از رساله دکتری مریم کامی در رشته روانشناسی بالینی، گروه روانشناسی بالینی، دانشگاه علوم توانبخشی و سلامت اجتماعی است و هیچ کمک مالی از سازمان‌های دولتی، خصوصی و غیرانتفاعی دریافت نشده است.

مشارکت‌نویسندگان

مفهوم‌سازی: عباس پورشه‌باز، مسعود نصرت‌آبادی و مریم کامی؛ ارجاع بیماران و نظارت در فرآیند اجرا: امید رضائی، امیر عباس کشاورز اخلاقی و سید شهاب بنی‌هاشم؛ نمونه‌گیری: مریم کامی و مرضیه علمائی و زهرا دهقانی‌زاده. تحلیل داده‌ها و نوشتن متن اولیه مقاله: مریم کامی؛ فرآیند ویراستاری و آماده‌سازی متن نهایی: همه نویسندگان.

تعارض منافع

بنابر اظهار نویسندگان این مقاله تعارض منافع ندارد.

تشکر و قدردانی

از کلیه بیماران شرکت‌کننده در این پژوهش و کادر درمان بیمارستان‌های روانپزشکی رازی و ایران و بخش اعصاب و روان بیمارستان طالقانی سپاس‌گزاری می‌شود.

طبق فرضیه این پژوهش، صفات و علائم شخصیتی برون‌ریز و همین‌طور گرایش‌های رفتارهای ضداجتماعی می‌تواند در زنان بستری مبتلا به BPD مشابه با تظاهرات بالینی بیماران مرد قابل‌مقایسه باشد.

نکته قابل‌توجه این است که با وجود اینکه که در بیماران سرپایی رفتارهای برون‌ریز و صفات مرتبط با مهارگسیختگی در مردان مبتلا به BPD بیشتر از زنان است، اما در بخش‌های بستری به نظر می‌رسد مهارگسیختگی عامل مشترک تظاهرات بالینی در دو جنس باشد. بنابراین، می‌توان فرض کرد مهارگسیختگی بیش از سایر تظاهرات بالینی BPD بستری شدن زنان را پیش‌بینی کند. این موضوع ممکن است ریشه در فرهنگ ایرانی داشته باشد که رفتارهای برون‌ریز را در زنان کمتر از مردان تحمل می‌کند. این فرضیه نیازمند مطالعه و بررسی بیشتر است تا مشخص شود چه میزان رفتارهای برون‌ریز در زنان و مردان دچار اختلالات روانی، از جمله اختلال شخصیت مرزی، در جامعه تحمل و پذیرفته می‌شود. همچنین لازم است این مقایسه جنسیتی در بیماران سرپایی مبتلا به BPD نیز انجام شود.

نتیجه‌گیری

به‌طور کلی، نتایج پژوهش حاضر نشان‌دهنده آن است که بدتنظیمی هیجانی، شاخص‌ترین جنبه تظاهرات بالینی بیماران بستری مبتلا به اختلال شخصیت مرزی است. این بیماران علائم مرتبط با بدتنظیمی هیجانی را بیشتر گزارش می‌کنند و همچنین صفات شخصیتی مرتبط با بدتنظیمی هیجانی در این افراد بیشتر است. همچنین نتایج نشان داد تظاهرات بالینی زن و مرد بستری مبتلا به BPD تفاوت زیادی ندارند و این همگنی احتمالاً ناشی از دلایل مشترک هر دو جنس برای بستری شدن است. با این حال، ضروری است این مطالعه با شرکت بیماران غیربستری مبتلا به BPD تکرار شود و عوامل فرهنگی مرتبط با این تظاهرات بالینی مورد پژوهش قرار گیرد.

محدودیت‌ها

از اطلاعات به‌دست‌آمده در این مطالعه می‌توان در ارزیابی و طرح درمان بیماران مبتلا به BPD در بخش‌های بستری استفاده کرد. با این حال، این مطالعه محدودیت‌هایی داشت که پیشنهاد می‌شود در مطالعات آتی در نظر گرفته شوند. به دلیل دسترسی محدود به بیماران و بیمارستان‌های روانپزشکی، محدودیت زمانی و منابع انسانی و همچنین همکاری محدود برخی از بیماران امکان دسترسی به حجم نمونه مطلوب میسر نبود. طبیعتاً لازم است این مطالعه با حجم نمونه بیشتر تکرار شود. همچنین، از آنجایی که تعداد زنان در بخش‌های بستری بیشتر از مردان بود، امکان نمونه‌گیری یکسان از دو جنس در این مطالعه فراهم نشد. علاوه بر این، سطح عملکرد بیماران که ملاک A مدل هیبریدی

References

- [1] Boland R, Verdiun M, Ruiz P. Kaplan & Sadock's Synopsis of Psychiatry. Pennsylvania: Wolters Kluwer Health; 2021. [\[link\]](#)
- [2] Ellison WD, Rosenstein LK, Morgan TA, Zimmerman M. Community and clinical epidemiology of borderline personality disorder. *Psychiatric Clinics of North America*. 2018; 41(4):561-73. [\[DOI:10.1016/j.psc.2018.07.008\]](#) [\[PMID\]](#)
- [3] Mellestad L, Mehlum L, Wentzel-Larsen T, Kroken R, Jørgensen HA. Suicide risk and acute psychiatric readmissions: A prospective cohort study. *Psychiatric Services*. 2010; 61(1):25-31. [\[DOI:10.1176/ps.2010.61.1.25\]](#) [\[PMID\]](#)
- [4] Söderholm JJ, Socada JL, Rosenström T, Ekelund J, Isometsä ET. Borderline personality disorder with depression confers significant risk of suicidal behavior in mood disorder patients-a comparative study. *Frontiers in Psychiatry*. 2020; 11. [\[DOI:10.3389/fpsyt.2020.00290\]](#) [\[PMID\]](#)
- [5] Hayashi N, Igarashi M, Imai A, Osawa Y, Utsumi K, Ishikawa Y, et al. Psychiatric disorders and clinical correlates of suicidal patients admitted to a psychiatric hospital in Tokyo. *BMC Psychiatry*. 2010; 10:109. [\[DOI:10.1186/1471-244X-10-109\]](#) [\[PMID\]](#)
- [6] Hayward M, Jones AM, Strawson WH, Quadt L, Larsson DEO, Silva M, et al. A cross-sectional study of auditory verbal hallucinations experienced by people with a diagnosis of borderline personality disorder. *Clinical Psychology & Psychotherapy*. 2022; 29(2):631-41. [\[DOI:10.1002/cpp.2655\]](#) [\[PMID\]](#)
- [7] Slotema CW, Niemantsverdriet MBA, Blom JD, van der Gaag M, Hoek HW, Sommer IE. Suicidality and hospitalisation in patients with borderline personality disorder who experience auditory verbal hallucinations. *European Psychiatry*. 2017; 41(1):47-52. [\[DOI:10.1016/j.eurpsy.2016.10.003\]](#) [\[PMID\]](#)
- [8] Hong V, Casher MI. The inpatient with borderline personality disorder. In: Casher MI, Bess JD, editors. *Manual of Inpatient Psychiatry*. 2nd ed. Cambridge: Cambridge University Press; 2020. pp.82-105. [\[DOI:10.1017/9781108656672.006\]](#)
- [9] Juan C, Pascual MD, Córcoles D, Castaño J, Ginés JM, Gurrea A, et al. Hospitalization and pharmacotherapy for borderline personality disorder in a psychiatric emergency service. *Psychiatric Services*. 2007; 58(9):1199-204. [\[DOI:10.1176/ps.2007.58.9.1199\]](#) [\[PMID\]](#)
- [10] Koehne K, Sands N. Borderline personality disorder-An overview for emergency clinicians. *Australasian Emergency Nursing Journal*. 2008; 11(4):173-7. [\[DOI:10.1016/j.aenj.2008.07.003\]](#)
- [11] Bloom JM, Woodward EN, Susmaras T, Pantalone DW. Use of dialectical behavior therapy in inpatient treatment of borderline personality disorder: A systematic review. *Psychiatric Services*. 2012; 63(9):881-8. [\[DOI:10.1176/appi.ps.201100311\]](#) [\[PMID\]](#)
- [12] Casher MI, Bess JD. *Manual of Inpatient Psychiatry*. Cambridge: Cambridge University Press; 2020. [\[DOI:10.1017/9781108656672\]](#)
- [13] Zlotnick C, Rothschild L, Zimmerman M. The role of gender in the clinical presentation of patients with borderline personality disorder. *Journal of Personality Disorders*. 2002; 16(3):277-82. [\[DOI:10.1521/pedi.16.3.277.22540\]](#) [\[PMID\]](#)
- [14] Johnson DM, Shea MT, Yen S, Battle CL, Zlotnick C, Sanislow CA, et al. Gender differences in borderline personality disorder: Findings from the Collaborative Longitudinal Personality Disorders Study. *Comprehensive Psychiatry*. 2003; 44(4):284-92. [\[DOI:10.1016/S0010-440X\(03\)00090-7\]](#) [\[PMID\]](#)
- [15] Bayes A, Parker G. Borderline personality disorder in men: A literature review and illustrative case vignettes. *Psychiatry Research*. 2017; 257:197-202. [\[DOI:10.1016/j.psychres.2017.07.047\]](#) [\[PMID\]](#)
- [16] Silberschmidt A, Lee S, Zanarini MC, Schulz SC. Gender differences in borderline personality disorder: Results from a multinational, clinical trial sample. *Journal of Personality Disorders*. 2015; 29(6):828-38. [\[DOI:10.1521/pedi.2014.28.175\]](#) [\[PMID\]](#)
- [17] Tadić A, Wagner S, Hoch J, Başkaya O, von Cube R, Skaletz C, et al. Gender differences in Axis I and Axis II comorbidity in patients with borderline personality disorder. *Psychopathology*. 2009; 42(4):257-63. [\[DOI:10.1159/000224149\]](#) [\[PMID\]](#)
- [18] Bozzatello P, Blua C, Brandellero D, Baldassarri L, Brasso C, Rocca P, et al. Gender differences in borderline personality disorder: A narrative review. *Frontiers in Psychiatry*. 2024; 15:1320546. [\[DOI:10.3389/fpsyt.2024.1320546\]](#) [\[PMID\]](#)
- [19] Sansone RA, Sansone LA. Gender patterns in borderline personality disorder. *Innovative Clinical Neuroscience*. 2011; 8(5):16-20. [\[PMID\]](#)
- [20] Banzhaf A, Ritter K, Merkl A, Schulte-Herbrüggen O, Lammer CH, Roepke S. Gender differences in a clinical sample of patients with borderline personality disorder. *Journal of Personality Disorders*. 2012; 26(3):368-80. [\[DOI:10.1521/pedi.2012.26.3.368\]](#) [\[PMID\]](#)
- [21] Dawson DA, Goldstein RB, Moss HB, Li TK, Grant BF. Gender differences in the relationship of internalizing and externalizing psychopathology to alcohol dependence: Likelihood, expression and course. *Drug and Alcohol Dependence*. 2010; 112(1-2):9-17. [\[DOI:10.1016/j.drugalcdep.2010.04.019\]](#) [\[PMID\]](#)
- [22] Nolen-Hoeksema S, Aldao A. Gender and age differences in emotion regulation strategies and their relationship to depressive symptoms. *Personality and Individual Differences*. 2011; 51(6):704-8. [\[DOI:10.1016/j.paid.2011.06.012\]](#)
- [23] Deng Y, Chang L, Yang M, Huo M, Zhou R. Gender differences in emotional response: Inconsistency between experience and expressivity. *Plos One*. 2016; 11(6):e0158666. [\[DOI:10.1371/journal.pone.0158666\]](#) [\[PMID\]](#)
- [24] Barnow S, Herpertz SC, Spitzer C, Stopsack M, Preuss UW, Grabe HJ, et al. Temperament and character in patients with borderline personality disorder taking gender and comorbidity into account. *Psychopathology*. 2007; 40(6):369-78. [\[DOI:10.1159/000106467\]](#) [\[PMID\]](#)
- [25] Ebrahimi A, Akbarzadeh F, Bimorgh MS, Pirkhaefi A. Investigating the prevalence of personality disorders among psychiatric inpatients and their non-inpatient family members. *Journal of Fundamentals of Mental Health*. 2023; 25(6):363. [\[Link\]](#)
- [26] Bazrafshan S, Eftekhari Ardebili M, Karimzad N, Nohe Sara S, Ranjbar M, Mohammadsadeghi H. Borderline personality disorder over time: A one-year follow-up study. *Journal of Iranian Medical Council*. 2019; 2(5):134-42. [\[Link\]](#)
- [27] Sharifi A, Mohammadsadeghi H, Eftekhari Ardebili M, Saeidi M. A cross-sectional study on outcomes of hospitalization in patients with borderline personality disorder after six months. *Journal of Iranian Medical Council*. 2023; 6(4):695-702. [\[DOI:10.18502/jimc.v6i4.13450\]](#)
- [28] American Psychiatric Association. *DSM-5-TR Classification*. Washington: American Psychiatric Association Publishing; 2022. [\[Link\]](#)

- [29] Allik J, Realo A. Culture and personality. In: Matsumoto D, Hwang HC, editors. *The Handbook of Culture and Psychology*. Oxford: Oxford University Press; 2019. [DOI:10.1093/oso/9780190679743.003.0013]
- [30] Neacsiu AD, Eberle W, Keng SL, Fang CM, Rosenthal MZ. Understanding borderline personality disorder across sociocultural groups: Findings, issues, and future directions. *Current Psychiatry Reviews*. 2017; 13(3):188-223. [DOI:10.2174/1573400513666170612122034]
- [31] Mulder RT. 260 cultural aspects of personality disorder. In: Widiger TA, editor. *The Oxford Handbook of Personality Disorders*. Oxford: Oxford University Press; 2012. [DOI:10.1093/oxfordhob/9780199735013.013.0013]
- [32] Zimmerman M. Borderline personality disorder: A disorder in search of advocacy. *Journal of Nervous and Mental Disease*. 2013; 203(1):8-12. [DOI:10.1097/NMD.0000000000000226] [PMID]
- [33] Choudhary S, Gupta R. Culture and borderline personality disorder in India. *Frontiers in Psychology*. 2020; 11:714. [DOI:10.3389/fpsyg.2020.00714] [PMID]
- [34] Munson KA, Janney CA, Goodwin K, Nagalla M. Cultural representations of borderline personality disorder. *Frontiers in Sociology*. 2022; 7:832497. [DOI:10.3389/fsoc.2022.832497] [PMID]
- [35] Psychiatry CSO. *Chinese Classification of Mental Disorders (CCMD)*. Jinan: Shandong Science and Technique Press; 2001. [Link]
- [36] Ronningstam EF, Keng SL, Ridolfi ME, Arbabi M, Grenyer BFS. Cultural aspects in symptomatology, assessment, and treatment of personality disorders. *Current Psychiatry Reports*. 2018; 20(4):22. [DOI:10.1007/s11920-018-0889-8] [PMID]
- [37] Hamedani NG, Purvis TM, Glazer S, Dien J. Ways of manifesting collectivism: An analysis of Iranian and African cultures. 2012. [Link]
- [38] Huang LS, Molenberghs P, Mussap AJ. Cognitive distortions mediate relationships between early maladaptive schemas and aggression in women and men. *Aggressive Behavior*. 2023; 49(4):418-30. [DOI:10.1002/ab.22083] [PMID]
- [39] Young JE, Klosko JS, Weishaar ME. *Schema Therapy: A Practitioner's Guide*. New York, NY: Guilford Press; 2006. [Link]
- [40] Naing L, Winn T, Nordin R. Practical issues in calculating the sample size for prevalence studies. *Archives of Orofacial Sciences*. 2006; 1:9-14. [Link]
- [41] Charan J, Biswas T. How to calculate sample size for different study designs in medical research? *Indian Journal of Psychological Medicine*. 2013; 35(2):121-6. [DOI:10.4103/0253-7176.116232] [PMID]
- [42] American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5®)*. Washington: American Psychiatric Publishing; 2013. [Link]
- [43] Al-Dajani N, Gralnick TM, Bagby RM. A psychometric review of the Personality Inventory for DSM-5 (PID-5): Current status and future directions. *Journal of Personality Assessment*. 2016; 98(1):62-81. [DOI:10.1080/00223891.2015.1107572] [PMID]
- [44] Shojaei Z, Mohammadi A, Zarei M. Psychometric properties of the Persian version of Personality Inventory for DSM-5 (PID-5) in psychiatric patients. *Iranian Journal of Psychiatry and Behavioral Sciences*. 2020; 14(4): e87974. [DOI:10.5812/ijpbs.87974]
- [45] First MB, Williams JB, Benjamin LS, Spitzer RL. *User's Guide for the Structured Clinical Interview for DSM-5 Personality Disorders (SCID-5-PD)*. Washington: American Psychiatric Association Publishing; 2015. [Link]
- [46] Somma A, Borroni S, Galdi G, Carlotta D, Giarolli LE, Barranca M, et al. The inter-rater reliability and validity of the Italian translation of the Structured Clinical Interview for DSM-5 Alternative Model for Personality Disorders Module I and Module II: A preliminary report on consecutively admitted psychotherapy outpatients. *Journal of Personality Disorders*. 2020; 34(Suppl C):95-123. [DOI:10.1521/pedi_2020_34_511] [PMID]
- [47] Gharrae B, Masoumian S, Zamirinejad S, Yaghmaeezadeh H. Psychometric properties of the Persian version of the Self-report Personality Questionnaire for Personality Disorders of DSM-5 (SCID-5-SPQ) in clinical samples. *Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology*. 2022; 27(4):508-19. [DOI:10.32598/ijp-cp.27.4.2497.3]
- [48] Ghamkhar Fard Z, Pourshahbaz A, Anderson JL, Boland JK, Shakiba S, Mirabzadeh A. The continuity between DSM-5 criterion-based and trait-based models for personality disorders in an Iranian community sample. *Current Psychology*. 2021; [DOI:10.1007/s12144-021-01751-2]
- [49] Bayad S, Alp-Topbaş Ö, Kocabaş T, Elbir M, Gökten-Ulusoy D, Korkmaz U, et al. Adaptation and the psychometric properties of Turkish version of the Structured Clinical Interview for the DSM-5-Personality Disorders-Clinician Version (SCID-5-PD/CV). *Turkish Journal of Psychiatry*. 2021; 32(4):267-74. [DOI:10.5080/u25484] [PMID]
- [50] Gharrae B, Shabani A, Masoumian S, Zamirinejad S, Yaghmaeezadeh H, Khanjani S, et al. Psychometric properties of Persian version of Structured Clinical Interview for DSM-5 for Personality Disorders. *East Asian Archives of Psychiatry*. 2022; 32(4):95-9. [DOI:10.12809/eaap2208] [PMID]
- [51] Cano K, Sumlin E, Sharp C. Screening for borderline personality pathology on college campuses. *Personality and Mental Health*. 2022; 16(3):235-43. [DOI:10.1002/pmh.1534] [PMID]
- [52] Ikuta N, Zanarini MC, Minakawa K, Miyake Y, Moriya N, Nishizono-Maher A. Comparison of American and Japanese outpatients with borderline personality disorder. *Comprehensive Psychiatry*. 1994; 35(5):382-5. [DOI:10.1016/0010-440X(94)90279-8] [PMID]
- [53] Moriya N, Miyake Y, Minakawa K, Ikuta N, Nishizono-Maher A. Diagnosis and clinical features of borderline personality disorder in the east and west: A preliminary report. *Comprehensive Psychiatry*. 1993; 34(6):418-23. [DOI:10.1016/0010-440X(93)90069-G] [PMID]
- [54] Wright-Hughes A, Graham E, Farrin A, Collinson M, Boston P, Eisler I, et al. Self-Harm Intervention: Family Therapy (SHIFT), a study protocol for a randomised controlled trial of family therapy versus treatment as usual for young people seen after a second or subsequent episode of self-harm. *Trials*. 2015; 16(1):501. [DOI:10.1186/s13063-015-1007-4] [PMID]
- [55] Buckmaster R, McNulty M, Guerin S. Family factors associated with self-harm in adults: A systematic review. *Journal of Family Therapy*. 2019; 41(4):537-58. [DOI:10.1111/1467-6427.12232]
- [56] Plutchik R. Outward and inward directed aggressiveness: The interaction between violence and suicidality. *Pharmacopsychiatry*. 1995; 28(Suppl 2):47-57. [DOI:10.1055/s-2007-979620] [PMID]

- [57] Shafti M, Taylor PJ, Forrester A, Pratt D. The co-occurrence of self-harm and aggression: A cognitive-emotional model of dual-harm. *Frontiers in Psychology*. 2021; 12:586135. [DOI:10.3389/fpsyg.2021.586135] [PMID]
- [58] Fossati A, Somma A, Borroni S, Maffei C, Markon KE, Krueger RF. Borderline personality disorder and narcissistic personality disorder diagnoses from the perspective of the DSM-5 personality traits: A study on Italian clinical participants. *Journal of Nervous and Mental Disease*. 2016; 204(12):939-49. [DOI:10.1097/NMD.0000000000000587] [PMID]
- [59] Bach B, Sellbom M, Bo S, Simonsen E. Utility of DSM-5 section III personality traits in differentiating borderline personality disorder from comparison groups. *European Psychiatry*. 2016; 37:22-7. [DOI:10.1016/j.eurpsy.2016.04.006] [PMID]
- [60] Calvo N, Valero S, Sáez-Francàs N, Gutiérrez F, Casas M, Ferrer M. Borderline personality disorder and Personality Inventory for DSM-5 (PID-5): Dimensional personality assessment with DSM-5. *Comprehensive Psychiatry*. 2016; 70:105-11. [DOI:10.1016/j.comppsy.2016.07.002] [PMID]
- [61] Palomares N, McMaster A, Díaz-Marsá M, de la Vega I, Montes A, Carrasco JL. Multiple cluster Axis II comorbidity and functional outcome in severe patients with borderline personality disorder. *Actas Españolas de Psiquiatría*. 2016; 44(6):212-21.
- [62] Barrachina J, Pascual JC, Ferrer M, Soler J, Rufat MJ, Andión O, et al. Axis II comorbidity in borderline personality disorder is influenced by sex, age, and clinical severity. *Comprehensive Psychiatry*. 2011; 52(6):725-30. [DOI:10.1016/j.comppsy.2010.11.009] [PMID]
- [63] Zanarini MC, Frankenburg FR, Dubo ED, Sickel AE, Trikha A, Levin A, et al. Axis II comorbidity of borderline personality disorder. *Comprehensive Psychiatry*. 1998; 39(5):296-302. [DOI:10.1016/S0010-440X(98)90038-4] [PMID]
- [64] Zanarini MC, Frankenburg FR, Vujanovic AA, Hennen J, Reich DB, Silk KR. Axis II comorbidity of borderline personality disorder: Description of 6-year course and prediction to time-to-remission. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 2004; 110(6):416-20. [DOI:10.1111/j.1600-0447.2004.00362.x] [PMID]
- [65] Sher L, Fisher AM, Kelliher CH, Penner JD, Goodman M, Koenigsberg HW, et al. Clinical features and psychiatric comorbidities of borderline personality disorder patients with versus without a history of suicide attempt. *Psychiatry Research*. 2016; 246:261-6. [DOI:10.1016/j.psychres.2016.10.003] [PMID]
- [66] Stone LE, Segal DL, Krus GC. Relationships between pathological narcissism and maladaptive personality traits among older adults. *Aging & Mental Health*. 2021; 25(5):930-5. [DOI:10.1080/13607863.2020.1725802] [PMID]
- [67] Millon T, Millon CM, Meagher SE, Grossman SD, Ramnath R. *Personality disorders in modern life*. New Jersey: Wiley; 2012. [Link]
- [68] Sękowski M, Gambin M, Sumlin E, Sharp C. Associations between symptoms of borderline personality disorder and suicidality in inpatient adolescents: The significance of identity disturbance. *Psychiatry Research*. 2022; 312:114558. [DOI:10.1016/j.psychres.2022.114558] [PMID]
- [69] Sher L, Rutter SB, New AS, Siever LJ, Hazlett EA. Gender differences and similarities in aggression, suicidal behaviour, and psychiatric comorbidity in borderline personality disorder. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 2019; 139(2):145-53. [DOI:10.1111/acps.12981] [PMID]