رفتارهای خودزنی و وسواس گونه در بیماران مبتلا به اختلال شخصیت مرزی

دکتر یوسف سمنانی * ـ دکتر طاهره ثقة الاسلامـ دکترحمید رضا شاهپوری*****

* روانپزشک، استادیار دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، بیمارستان امام حسین (ع)

** دکترای روانشناسی بالینی، استادیار دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، بیمارستان لقمان حکیم

*** دستیار روانپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، بیمارستان امام حسین (ع)

چکیده

زمینه و هدف: اختلال شخصیت مرزی به عنوان یک اختلال شخصیتی شایع در بخش‌های روانپزشکی که علت شناسی نامشخص دارد، مطرح است. در این اختلال همراهی اختلالات خلقی، مصرف مواد و اختلالات اضطرابی ازجمله اختلال وسواسی اجباری و اقدامات تکراری برای خودکشی دیده می شود. هدف این مطالعه بررسی اختلال وسواسی اجباری و رفتارهای خودزنی در بیماران با اختلال شخصیت مرزی است.

روش بررسی: این مطالعه از نوع توصیفی تحلیلی می‌باشد. در این بررسی با کلیه بیمارانی که با تشخیص اولیه اختلال شخصیت مرزی به بیمارستان امام حسین (ع) ارجاع می‌شدند مصاحبه بالینی براساس DSM-IV انجام شد و بعد از تأیید تشخیص اختلال شخصیت مرزی، مصاحبه بالینی نیمه ساختار یافته براساس DSM-IV (SCID) برای اختلال وسواسی اجباری انجام شد. اطلاعات مربوط به سن، جنس، تحصیلات، شغل، وضعیت تأهل، اقدام به خودکشی و خودزنی ازطریق یک فرم جمع آوری گردید.

یافته‌ها: مجموعاً ۲۰۵ بیمار با معیارهای اختلال شخصیت مرزی مورد ارزیابی قرار گرفتند که شامل ۱۲۸مورد (٦٢/٤%) زن و ۷۷ مورد (٣٧/٦%) مرد بودند. فراوانی اختلال وسواسی اجباری دربیماران با اختلال شخصیت مرزی بیشتر از جمعیت عمومی بوده است (٤٥/٢٩% در مقابل ۲ تا ۳ %). بین بیماران اختلال شخصیت مرزی دارای اختلال وسواسی اجباری و بدون اختلال وسواسی اجباری ازنظر سن، جنس، سابقه اقدام به خودزنی و اقدام به خودکشی تفاوت معنی‌داری وجود داشت و بین بیماران اختلال شخصیت مرزی که سابقه خودزنی داشتند نسبت به آنها که این رفتار را نداشتند از نظر سابقه مصرف مواد واقدام به خودکشی تفاوت معنی‌داری وجود نداشت.

نتیجه گیری: توجه به همراهی اختلال وسواسی اجباری در بیماران با اختلال شخصیت مرزی به ویژه در بیمارانی که رفتارهای تکراری صدمه به خود را دارند ضمن درک بهتر سایکوپاتولوژی بیماری کمک بیشتری به کنترل این رفتارها ـ با استفاده از داروهایی که بر روی رفتارهای تکرار شونده مؤثر است (مانند مهار کننده‌های جذب سروتونین) ـ می نماید.

واژگان کلیدی: اختلال شخصیت مرزی، اختلال وسواسی اجباری، خود زنی

وصول مقاله: ۱۳۸۴/۴/۲۷ پذیرش مقاله : ۱۳۸۴/۱۲/۱۷

نویسنده مسئول: تهران ، خیابان شهید مدنی (نظام آباد سابق)،بیمارستان امام حسین(ع)، مجموعه روانپزشکی وعلوم رفتاری، کدپستی ۱۶۱۷۹

y.semnani@sbmu.ac.ir

مقدمه

اختلال شخصیت مرزی یکی از انواع اختلالات شخصیتی است که علایم اصلی آن ناپایداری دایم و شدید در عواطف، خودانگاره، روابط بین فردی و تکانش‌گری است (۱). بیماران مبتلا به اختلال شخصیت مرزی، در مرز نوروز و سایکوز قرار دارند و ممکن است با علایم سایکوز (توهم، اختلال در تصویر ذهنی از بدن خود و هذیان انتساب) همراه شوند که این علایم در پاسخ به استرس، ناتوانی جسمی، خودکشی یا رفتارهای آسیب به خود رخ می‌دهد (۲، ۱).

یکی از معیارهای تشخیصی اختلال شخصیت مرزی، خودزنی (self- mutilation) است که به صورت تکرار شونده با استفاده از اجسام برنده مثل تیغ، در نواحی قابل دسترس بیمار مانند ساعد و بازو رخ می‌دهد. اطلاعات اخیر نشان می‌دهد ۸۰% بیماران بستری با تشخیص اختلال شخصیت مرزی سابقه خودزنی دارند (۳). مشخص شده است بیمارانی که رفتارهای آسیب به خود بیشتری نشان می‌دهند در زمینه اجتماعی و روابط بین فردی مشکلات بیشتری دارند و وقتی سوء ظن، گوش به زنگی (startle response) و عصبانی بودن در بیماران با اختلال شخصیت مرزی همراه باشد، رفتارهای آسیب به خود بیشتر است (۴)؛ این افراد جوانترند، پر علامت‌تر هستند و افکار و اقدام به خودکشی در آن‌ها جدی‌تر و تهدید به خودکشی بیشتر است

[Downloaded from sjfm.ir on 2026-11-03]

و دوره‌های دپرسونالیزاسیون و هذیان و دوره‌های افسردگی بیشتری را تجربه می‌کنند (۶، ۵) در افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی همراه با رفتار خودزنی، پرخوری یا بی‌اشتهایی عصبی و اختلال افسردگی عمده بیشتر دیده می‌شود (۷).

در مورد رفتار خودزنی چندین مدل مطرح شده است یک مدل، مدل Affect- Regulation است که پیشنهاد می‌کند این رفتار، یک اقدام جبرانی برای تسکین عصبانیت، اضطراب یا ناراحتی هیجانی است. درمدل دیگری عنوان شده که اکثر بیماران قبل از آسیب به خود یک احساس ناخوشایند تنش دارند و با آسیب رساندن به خود این احساس را کاهش می‌دهند یا برطرف می‌کنند و این شبیه آن مدلی است که در وسواس رخ می‌دهد (۸،۹).

به نظر می‌رسد خودزنی نیز یک اختلال در کنترل تکانه است و مانند اختلال وسواسی اجباری تغییرات مشابهی در سیستم سروتونرژیک دارد لذا بیماران مرزی با خودزنی ممکن است علایم وسواسی اجباری از خود بروز دهند که از نظر تکراری بودن، بی‌شباهت به خودزنی نیست (۷).

در مطالعه‌ای با استفاده از مصاحبه‌های ساختار یافته، مشخص شد احتمال وجود سه تشخیص یا بیشتر در محور یک بیماران مبتلا به اختلال شخصیت مرزی در مقایسه با سایر اختلالات شخصیت دو برابر بیشتر است. شیوع تمام عمر اختلال وسواسی اجباری در بیماران اختلال شخصیت مرزی، ۲۵/۴% و در سایر اختلالات شخصیتی، ۸/۶% بود (۱۰).

در مطالعه دیگری از مصاحبه بالینی ساختار یافته براساس DSM-III-TR برای اختلالات محور یک و «مصاحبه تشخیصی تجدید نظر شده اختلال مرزی» که یک مصاحبه نیمه ساختار یافته برای تشخیص اختلال شخصیت مرزی می‌باشد استفاده شد. شیوع اختلال وسواسی اجباری در بیماران اختلال شخصیت مرزی ۱۵/۶% و در سایر اختلالات شخصیت ۶/۴ % بود (۱۱).

در تحقیق دیگری، به بررسی علایم وسواسی اجباری در بیماران اختلال شخصیت مرزی پرداختند. در این مطالعه بیماران اختلال شخصیت مرزی به دو گروه خودزن (self-mutilated) و غیرخودزن تقسیم شدند. این دو گروه از نظر افسردگی و اضطراب با هم تفاوت معنی‌داری نداشتند ولی از نظر میزان علایم وسواسی اجباری با هم تفاوت معنی‌داری داشتند. در این بررسی از تست Yale-Brown برای بررسی وسواس‌ها و اجبارها استفاده شده است (۸).

در دو مطالعه دیگر در مقایسه بین بیماران اختلال شخصیت مرزی و سایر اختلالات شخصیت، فراوانی اختلال وسواسی اجباری در بیماران دچار اختلال شخصیت مرزی بیشتر گزارش شده است (۱۳، ۱۲).

در حالی که مطالعات دیگر تفاوتی در فراوانی اختلالات اضطرابی در بیماران با اختلال شخصیت مرزی در مقایسه با سایر اختلالات شخصیت گزارش نداده‌اند (۲۰-۱۴). همه این مطالعات از مصاحبه‌های ساختار نیافته استفاده کرده بودند.

با توجه به یافته‌های ضد و نقیض، هدف این مطالعه مشخص کردن این است که آیا اختلال وسواسی اجباری در بیماران با اختلال شخصیت مرزی که خودزنی دارند از آنها که خودزنی ندارند فراوان‌تر است؟

روش بررسی

مطالعه به صورت توصیفی تحلیلی بر روی بیمارانی که به صورت پی در پی (sequential) با تشخیص اولیه اختلال شخصیت مرزی به بخش روانپزشکی بیمارستان امام حسین(ع) مراجعه نموده بودند، انجام شد. این بیماران مجدداً توسط یک محقق مورد مصاحبه بالینی ساختار نیافته براساس معیارهای DSM-IV قرارگرفتند و پس از تأیید تشخیص اختلال شخصیت مرزی، «مصاحبه بالینی ساختار یافته بر مبنای DSM –IV»[1] ـ که اخیراً توسط دکتر شریفی و همکاران ترجمه و روایی و پایایی آن در ایران مورد تأیید قرار گرفته است (نتایج در حال حاضر انتشار نیافته است) ـ برای تشخیص اختلال وسواسی اجباری، انجام شد. اطلاعات دیگر شامل سن، جنس، تحصیلات، شغل، وضعیت تأهل، سابقه مصرف مواد، سابقه اقدام به خودکشی، سابقه خودزنی، نوع الگوی وسواس ازطریق فرمی جمع آوری می‌شد.

جهت آنالیز آماری از نرم افزار آماری SPSS نسخه ۱۱/۵ و تست‌های آماری Chi-square و T- test استفاده شده است.

یافته‌ها

مجموعاً ۲۴۳ بیمار با تشخیص اولیه اختلال شخصیت مرزی مورد ارزیابی قرار گرفتند که ۲۰۵ بیمار معیارهای تشخیص اختلال فوق را بر مبنای DSM-IV دارا بودند. از این تعداد ۱۰۵ نفر (۵۱/۲%) زن و۱۰۰ نفر (۴۸/۸ %) مرد بودند (P value=۰/۷۲). سن خانم ها ۳/۱۷ ± ۲۲/۵ سال و آقایان ۲/۸۸ ± ۲۲/۴۵ سال (P value =۰/۹۱) بود.

۹۴ بیمار (۴۵/۹ %) بر مبنای SCID اختلال وسواسی اجباری داشتند. در جدول ۱ ویژگی‌های این بیماران در مقایسه با بیمارانی که اختلال وسواس نداشتند ارایه شده است.

همان طور که در جدول مشخص شده است بیمارانی که علایم وسواس دارند در سن کمتری به بیمارستان ارجاع شده‌اند، بیشتر مجرد بوده و سابقه اقدام به خودکشی و مصرف مواد مخدر نیز در آنها بیشتر دیده می‌شود. نکته مهم اینکه در این بیماران رفتارهای خودزنی نیز بیشتر وجود دارد. وقتی بیمارانی که رفتارهای خودزنی (۱۵۴ نفر) داشتند با بیمارانی که خودزنی نداشتند (۵۱ نفر)، مقایسه شدند (جدول ۲)، مشخص گردید که این رفتار در مردها، جوانترها، بیکارها بیشتر دیده می‌شود هرچند سابقه اقدام به خودکشی و سوء مصرف

1- Structure Clinical Interview for DSM-IV

[Downloaded from sjfm.ir on 2026-11-03]

جدول ۱ـ ویژگی‌های بیماران با اختلال شخصیت مرزی از جهت همراهی با اختلال وسواسی اجباری

	بیمارانی که وسواس دارند n = ۹۴ تعداد (درصد)	بیمارانی که وسواس ندارند n = ۱۱۱ تعداد (درصد)	χ^2	df	P value
جنس					
مرد	۴۵(۴۷/۹)	۵۵(۴۹/۵)	۰/۰۵۷	۱	۰/۸۱
زن	۴۹(۵۲/۱)	۵۶(۵۰/۵)			
سن (mean ±SD)	۲۱/۸۶ ± ۳/۲۲	۲۳ ± ۲/۸۳	T = − ۲/۷	۲۰۳	۰/۰۰۸
شغل					
بیکار	۷۵(۷۹/۸)	۸۸(۷۹/۳)	۰/۰۰۸	۱	۰/۹۲
شاغل	۱۹(۲۰/۲)	۲۳(۲۰/۷)			
وضعیت تأهل					
مجرد	۷۹(۸۴)	۷۱(۴۶)	۱۱/۶۷	۲	۰/۰۳
متأهل	۸(۸/۵)	۱۴(۱۲/۶)			
متارکه	۷(۷/۵)	۲۶(۲۳/۴)			
اقدام به خودزنی					
بلی	۷۷(۸۱/۹)	۷۷(۶۹/۴)	۴/۲۸	۱	۰/۰۳۸
خیر	۱۷(۱۸/۱)	۳۴(۳۰/۶)			
سابقه اقدام به خودکشی					
بلی	۸۶(۹۱/۵)	۹۱(۸۲)	۳/۹	۱	۰/۰۴۸
خیر	۸(۸/۵)	۲۰(۱۸)			
سوء مصرف مواد					
بلی	۶۷(۷۱/۳)	۵۵(۴۹/۵)	۹/۹۷	۱	۰/۰۰۲
خیر	۲۷(۲۸/۷)	۵۶(۵۰/۵)			

مواد در هر دو گروه با هم تفاوت معنی‌داری ندارند.

بحث

در این مطالعه مانند مطالعات Zimmerman (۱۰) و Zanarini (۱۱) که مانند این مطالعه از مصاحبه نیمه ساختار یافته کرده‌اند نشان داده شد که همراهی اختلال وسواسی اجباری در بیماران با اختلال شخصیت مرزی بیشتر از جمعیت عمومی (۴۵/۲۹% در برابر ۲ تا ۳%) می‌باشد (۲۱)؛ در حالی که در مطالعات Alnaes (۱۴)، Coid (۱۵)، Dahl (۱۶)، Frances (۱۷)، Oldham (۱۸)، Gardner (۱۹) و Herpertz (۲۰) تفاوتی در فراوانی وسواس در بیماران با اختلال شخصیت مرزی با سایر اختلالات شخصیت دیده نشد که مهمترین علت آن توجه بیشتر محققین فوق به ارزیابی تفاوت‌ها با سایر اختلالات شخصیت بوده در حالیکه این تحقیق به ارزیابی سایر اختلالات شخصیت نپرداخته است، از سویی دیگر مطالعات فوق با استفاده از مصاحبه‌های ساختار نیافته انجام گرفته‌اند و در تحقیق ما از مصاحبه نیمه ساختار یافته SCID کمک گرفته شده است؛ به علاوه در اغلب این تحقیقات به اختلالات اضطرابی توجه شده در حالیکه هدف این تحقیق تنها اختلال وسواسی اجباری بوده است.

در این مطالعه دیده شد بیماران با اختلال شخصیت مرزی که اقدام مکرر به خودزنی داشتند نسبت به آنها که این رفتار را نداشتند از نظر همراهی با اختلال وسواسی اجباری با هم تفاوت داشتند که نتایج حاصل مشابه نتایج مطالعات Mc Kay (۸)، Gardner (۱۹)، Soloff (۵) و Dulit (۷) می‌باشد. اما از نظر سابقه اقدام به خودکشی و مصرف مواد تفاوت معنی‌داری وجود نداشت که شاید علت آن عدم همکاری بیماران در ارایه گزارش دقیق در مورد سابقه خودکشی و سوء مصرف مواد از دلایل عمده آن باشد.

از محدودیت‌های این تحقیق محل انجام آن بود به طوریکه بیماران اختلال شخصیت مرزی که به بیمارستان امام حسین مراجعه می‌کردند، اکثراً بدلیل پرخاشگری شدید، اقدام به خودکشی، عوارض ناشی از سوء مصرف مواد یا اقدام به خودزنی به این مرکز ارجاع می‌شدند، لذا نمونه حاضر نمی‌تواند نماینده کل بیماران اختلال شخصیت

[Downloaded from sjfm.ir on 2026-11-03]

جدول ۲ـ ویژگی‌های بیماران با اختلال شخصیت مرزی از جهت اقدام به خودزنی‌های مکرر

	بیماران با خودزنی n = ۱۵۴ تعداد(درصد)	بیماران بدون خودزنی n = ۵۱ تعداد(درصد)	χ ۲	df	P value
جنس					
مرد	۷۰(۴۵ /۵)	۷(۱۳ /۷)	۱۶ /۴۴	۱	<۰ /۰۰۰۱
زن	۸۴(۵۴ /۵)	۴۴(۸۶ /۳)			
سن (mean±SD)	۲۲ /۰۴±۲ /۶۳	۲۳ /۸±۳ /۸۳	T= – ۳ /۶۶	۲۰۳	۰ /۰۰۳
شغل					
بیکار	۱۰۴(۶۷ /۵)	۲۱(۴۱ /۲)	۱۱ /۱۸	۱	۰ /۰۰۱
شاغل	۵۰(۳۲ /۵)	۳۰(۵۸ /۸)			
وضعیت تأهل					
مجرد	۱۱۹(۷۷ /۳)	۳۱(۶۰ /۸)	۵ /۷۱	۲	۰ /۰۵۸
متأهل	۱۵(۹ /۷)	۷(۱۳ /۷)			
متارکه	۲۰(۱۳)	۱۳(۲۵ /۵)			
سابقه اقدام به خودکشی					
بلی	۱۳۴(۸۷)	۴۳(۸۴ /۳)	۰ /۲۳	۱	۰ /۶۲
خیر	۲۰(۱۳)	۸(۱۵ /۷)			
سوء مصرف مواد					
بلی	۱۱۴(۷۴)	۳۵(۶۸ /۶)	۰ /۵۶	۱	۰ /۴۵
خیر	۴۰(۲۶)	۱۶(۳۱ /۴)			

مرزی باشد و تعمیم نتایج این مطالعه به تمام بیماران اختلال شخصیت مرزی باید با احتیاط صورت گیرد.

ازمحدودیت‌های دیگر این مطالعه Blind نبودن پژوهشگر نسبت بـه نتایج بود به طوری که هر دو مصاحبه تشـخیصی توسـط یک نفر انجام شـد. از سـویی دیگر نمونه‌ها به صورت پی در پی مورد ارزیابی قرار گرفتند و همسـان سازی (matching) بر روی نمونه‌های مورد و شاهد صورت نگرفت لذا آنچه به عنوان نتایج ارایه شده وضعیت موجود بیماران فوق در یک بیمارستان ارجاعی دانشگاهی است.

نتیجه گیری

در هر حال این مطالعه نشان داد که الگوهایی از رفتارهای بیماران با اختلال شخصیت مرزی به صورت رفتارهای تکانه‌ای مشابه رفتارهای طیف اختلالات وسواس می‌باشد که شاید توجیه کننده تأثیرات مثبت داروهای مهار کننده جذب سروتونین (SRI) در کنترل رفتارهای خود زنی در این بیماران باشد.

References

1-Cloninger CR. Dragan MS. personality disorders In: Sadock BJ, Sadock VA. Kaplan & Sadock's Comprehensive Text book of Psychiatry. 7th ed. Baltimore: Lippincott Williams & Wilkins.2000: 1746- 47.

2-Sadock. BJ, sodock. VA. Synopsis of Psychiatry. 9th ed. Baltimore: Lippoincott Williams & Wilkins. 2003.

3-Sheirer SL, Teter CP, Quityman MS, Whatman BE. Extent and lethality of suicide attempts among female borderline in patients. Am J Psychiatry. 1988; 145: 1424-27.

4-Yeomans FE, Hull JW, Clarkin JC. Risk factors for self-damage acts in borderline population. J

[Downloaded from sjfm.ir on 2026-11-03]

Personality Dis. 1994; 81: 10-16.

5-Soloff PH, Lis JA, Kelly T, Cornelius J, Ulrich R. Self mutilation and suicidal behavior in borderline personality disorder. J Personality Dis. 1994; 8: 257-67.

6-Zweig frank H, Paris J, Guzder J. Psychopathological risk factors for dissociation and self- mutilation in female patients with borderline personality disorder. Can J Psychiatry. 1994; 39: 259-64.

7-Dulit RA, Fyer MR, Leon AC, Brodsky B, Frances AJ. Clinical correlates of self-mutilation in borderline personality disorder. Am J Psychiatry. 1994 Sep; 151: 1305-11.

8-Mc Kay D, Kulchycky S, Danyko S. Borderline personality and obsessive-compulsive symptoms. J Personality Dis. 2000; 14: 57-63.

9-Mc Elroy SL, Phillips KA, Keck PE. Obsessive compulsive spectrum disorder. J Clin Psychiatry. 1994; 55: 33-51.

10-Zimmerman M, Mattia JI. Axis I diagnostic comorbidity and borderline personality disorder. Comp Psychiatry. 1999; 40: 245-52.

11-Zanarini MC, Frankenburg FR, Dubo ED, Sickel AE, Trikha A, Levin A, Reynolds V. Axis I of borderline personality disorder. Am J Psychiatry. 1998; 155: 1733-39.

12-Hayashi N. Neurotic symptoms of borderline patients: a case review study. Seishin Shinkeigaku Zasshi. 1992; 94: 648-81.

13-Benjamin J, Silk KR, Lohe NE, Wester D. The relationship between borderline personality disorder and anxiety disorders. Am J orthopsychiatry. 1989; 59: 461-7.

14-Alnaes R, Torgersen S. The relationship between DSM-III symptom disorders (axis I) and personality disorders (axis II) in an outpatient population. Acta Psychiatr Scand. 1998; 78: 485-92.

15-Coid JW. An affective syndrome in psychopaths with borderline personality disorder. Br J psychiatry. 1993; 162: 041-65.

16-Dahl AA. Some aspect of DSM-III personality disorders illustrated by a consecutive sample Of hospitalized patients. Acta Psychiatr Scand. 1986; 328: 61-67.

17-Frances A, Clarkin JF, Gilnore M, Hurt SW, Brown R. Reliability of DSM-III and the diagnostic interview for borderline patients. Am J Psychiatry. 1984; 141: 1080-84.

18-Oldham JM, Skodol AE, Kellman HD, Hyler SE, Doidge N, Rosnick L, Gollaher PE. Comorbidity of axis I and axis II disorders. Am J Psychiatry. 1995; 152: 571-8.

19-Gardner AR, Gardner AJ. Self-mutilation, obsessionality and narcissim. Br J Psychiatry. 1975; 127: 127-33.

20-Herpertz S.Self – injurious behavior, psychopathological and nosological characteristics in subtypes of self –injurious patients. Acta Psychiatr Scand. 1995; 91: 57-68.

21-Mohammadi MR, Ghanizadeh A, Rahgozar M, Norbala AA, DAvidian H, Afzali WM. Prevalence of obsessive compulsive disorder in Iran. BMS Psychiatry. 2004; 14: 2.

[Downloaded from sjfm.ir on 2026-11-03]