

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

دکتر یوسف سمنانی* - دکتر طاهره ثقة الاسلام** - دکتر حمید 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 از جمله اختلال وسواسی اجباری و اقدامات تکراری برای خودکشی دیده می‌شود. 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 از طریق یک فرم جمع‌آوری گردید.

یافته‌ها: مجموعاً ۲۰۵ بیمار با معیارهای اختلال شخصیت مرزی مورد ارزیابی قرار گرفتند که شامل ۱۲۸ مورد (۶۲/۴٪) زن و ۷۷ مورد (۳۷/۶٪) مرد بودند. فراوانی اختلال وسواسی اجباری در بیماران با اختلال شخصیت مرزی بیشتر از جمعیت عمومی بوده است (۴۵/۲۹٪ در مقابل ۲ تا ۳٪). بین بیماران اختلال شخصیت مرزی دارای اختلال وسواسی اجباری و بدون اختلال وسواسی اجباری از نظر 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 و اقدام به خودکشی تفاوت معنی‌داری وجود نداشت.

نتیجه‌گیری: 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 - با استفاده از داروهایی که بر روی رفتارهای تکرار شونده مؤثر است (مانند مهارکننده‌های جذب سروتونین) - می‌نماید.

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 و علوم رفتاری، کدپستی ۱۶۱۷۹
y.semmani@sbm.ac.ir

مقدمه

(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

اختلال شخصیت مرزی یکی از انواع اختلالات شخصیتی است که علائم 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 علائم سایکوز (توهم، اختلال در تصویر ذهنی از بدن خود و هذیان انتساب) همراه شوند که این علائم در پاسخ به استرس، ناتوانی جسمی، خودکشی یا رفتارهای آسیب به خود رخ می‌دهد (۲، ۱). یکی از معیارهای تشخیصی اختلال شخصیت مرزی، خودزنی

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. در مدل 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 علائم وسواسی اجباری از خود بروز دهند که از نظر تکراری بودن، بی‌شبهت 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 علائم وسواسی اجباری در بیماران اختلال شخصیت مرزی پرداختند. در این مطالعه بیماران اختلال شخصیت مرزی به دو گروه خودزنی (self-mutilated) و غیرخودزنی تقسیم شدند. این دو گروه از نظر افسردگی و اضطراب با هم تفاوت معنی‌داری نداشتند ولی از نظر میزان علائم 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 (۱۲، ۱۳).

در حالی که مطالعات دیگر تفاوتی در فراوانی اختلالات اضطرابی در بیماران با اختلال شخصیت مرزی در مقایسه با سایر اختلالات شخصیت گزارش ندهاند (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 قرار گرفتند و پس از تأیید تشخیص اختلال شخصیت مرزی، «مصاحبه بالینی ساختار یافته بر مبنای DSM-IV»^۱ 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) - 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 از طریق 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 و ۱۰۰ نفر (۴۸/۸٪) مرد بودند (P value=۰/۷۲). سن خانم‌ها 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 ارائه شده است.

همان‌طور که در جدول مشخص شده است بیمارانی که علائم 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

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

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

مواد در هر دو گروه با هم تفاوت معنی‌داری ندارند.

بحث

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 ارائه گزارش دقیق در مورد سابقه خودکشی و سوء مصرف مواد از دلایل عمده آن باشد.

از محدودیت‌های این تحقیق محل انجام آن بود به طوری که 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

در این مطالعه مانند مطالعات (۱۰) Zimmerman و (۱۱) Zanarini 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

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

| P value | df | χ^2 | بیماران بدون خودزنی n = ۵۱ تعداد(درصد) | بیماران با خودزنی n = ۱۵۴ تعداد(درصد) | |
|------------|-----|--------------|--|---|---------------------------------------|
| < . / ۰۰۰۱ | ۱ | ۱۶ / ۴۴ | ۷(۱۳ / ۷) ۴۴(۸۶ / ۳) | ۷۰(۴۵ / ۵) ۸۴(۵۴ / ۵) | جنس مرد زن |
| . / ۰۰۳ | ۲۰۳ | T = - ۳ / ۶۶ | ۲۳ / ۸ ± ۳ / ۸۳ | ۲۲ / ۰۴ ± ۲ / ۶۳ | سن (mean ± SD) |
| . / ۰۰۱ | ۱ | ۱۱ / ۱۸ | ۲۱(۴۱ / ۲) ۳۰(۵۸ / ۸) | ۱۰۴(۶۷ / ۵) ۵۰(۳۲ / ۵) | شغل بیکار شاغل |
| . / ۰۵۸ | ۲ | ۵ / ۷۱ | ۳۱(۶۰ / ۸) ۷(۱۳ / ۷) ۱۳(۲۵ / ۵) | ۱۱۹(۷۷ / ۳) ۱۵(۹ / ۷) ۲۰(۱۳) | وضعیت تأهل مجرد متاهل متارکه |
| . / ۶۲ | ۱ | . / ۲۳ | ۴۳(۸۴ / ۳) ۸(۱۵ / ۷) | ۱۳۴(۸۷) ۲۰(۱۳) | سابقه اقدام به خودکشی بلی خیر |
| . / ۴۵ | ۱ | . / ۵۶ | ۳۵(۶۸ / ۶) ۱۶(۳۱ / ۴) | ۱۱۴(۷۴) ۴۰(۲۶) | سوء مصرف مواد بلی خیر |

نتیجه گیری

در هر حال این مطالعه نشان داد که الگوهای 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.

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

از محدودیت‌های دیگر این مطالعه Blind نبودن پژوهشگر نسبت به نتایج بود به طوری که هر دو مصاحبه تشخیصی توسط یک نفر انجام شد. از سویی دیگر نمونه‌ها به صورت پی در پی مورد ارزیابی قرار گرفتند و همسان سازی (matching) بر روی نمونه‌های مورد و شاهد صورت نگرفت لذا آنچه به عنوان نتایج ارائه شده وضعیت موجود بیماران فوق در یک بیمارستان ارجاعی دانشگاهی است.

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: Lippincott 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

- 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, Kulchicky 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, Sichel 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, Gilmore 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, obsessiveness and narcissism. *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.