

The Prevalence of Personality Disorders: A Cross Sectional Study in Tabriz

Maryam Sepehri¹, Sara Farhang², Habibeh Barzegar³, Ali Fakhari⁴, Saeed Dastgiri*⁵

Article Info:

Article History:

Received: 2017/03/04

Accepted: 2017/05/02

Published: 2017/09/21

Keywords:

Prevalence
Personality Disorder
MMPI

Abstract

Background and Objectives: Personality disorders considered as an important health problem are associated with significant consequences in the community. The disorders complicate the treatment process of other diseases and conditions as well. The aim of this study was to estimate the prevalence of personality disorder in Tabriz city, northwest Iran.

Material and Methods: The short form of the Minnesota Multiphasic Personality Inventory (MMPI, 71 questions) was used to measure the personality disorders in a sample of 150 individuals (aged 18-62 years) including staff and clients of the primary health care settings in Tabriz, northwest Iran. The clinical profile of the participants was assessed using MMPI questionnaire/software. The patients' test data were then interpreted by the study investigators.

Results: The overall prevalence of the personality disorder was 20% (95% Confidence Intervals: 13.5 to 26.4) in the study population. The same rate was calculated 23.7% (95% Confidence Intervals: 15.2 to 32.1) in women, and 20.9% (95% Confidence Intervals: 13.3 to 28.5) for married individuals.

Conclusion: According to our findings, personality disorders are common in the community. One in five persons was detected as having personality disorders. Understanding the epidemiology of personality disorders and the relevant comorbidities in general population is important for policy-making in mental health programs at community level.

Citation: Sepehri M, Farhang S, Barzegar H, Fakhari A, Dastgiri S. The Prevalence of Personality Disorders: A Cross Sectional Study in Tabriz. *Depiction of Health* 2017; 8(2): 67-74.

1. Assistant Professor, Department of Community and Family Medicine, School of Medicine, Tabriz University of Medical Sciences, Tabriz, Iran
 2. Department of Psychiatry, Research Center of Psychiatry and Behavioral Sciences, Tabriz University of Medical Sciences, Tabriz, Iran
 3. Research Center of Psychiatry and Behavioral Sciences, Tabriz University of Medical Sciences, Tabriz, Iran
 4. Department of Psychiatry, Research Center of Psychiatry and Behavioral Sciences, Tabriz University of Medical Sciences, Tabriz, Iran
 5. Social Determinants of Health Research Center, Tabriz University of Medical Sciences, Tabriz, Iran
- (Email: dastgiris@tbzmed.ac.ir)



© 2017 The Author(s). This work is published by *Depiction of Health* as an open access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution License (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/>). Non-commercial uses of the work are permitted, provided the original work is properly cited.

شیوع اختلال شخصیت: یک مطالعه مقطعی در تبریز

مریم سپهری^۱، سارا فرهنگ^۲، حبیبه برزگر^۳، علی فخاری^۴، سعید دستگیری^{۵*}

چکیده

زمینه و اهداف: اختلال شخصیت یکی از اختلالات مهم در روان‌پزشکی است که با عواقب مهمی در سلامت عمومی همراه است و می‌تواند روند درمان سایر بیماری‌ها را دچار مشکل سازد. هدف پژوهش حاضر بررسی شیوع اختلال شخصیت در نمونه‌ای از جمعیت عمومی شهر تبریز بوده است.

مواد و روش‌ها: در پژوهش مقطعی حاضر، ۱۵۰ نفر از مراجعین و کارکنان مراکز بهداشتی-درمانی سطح شهر تبریز در طیف سنی ۱۸-۶۲ سال انتخاب شدند. ابزار به کار رفته جهت جمع‌آوری داده‌ها MMPI فرم کوتاه (۷۱ سؤال) بوده است. پس از تکمیل پرسشنامه‌ها پروفایل بالینی هر فرد با استفاده از نرم افزار MMPI ترسیم و سپس توسط روان‌شناس بالینی تفسیر گردید.

یافته‌ها: شیوع کلی اختلال شخصیت در جمعیت مطالعه ۲۰٪ (فاصله اطمینان ۹۵٪: ۲۶/۴-۱۳/۵)، در زنان ۲۳/۷ (فاصله اطمینان ۹۵٪: ۳۲/۱-۱۵/۲)، و متأهلین ۲۰/۹٪ (فاصله اطمینان ۹۵٪: ۲۸/۵-۱۳/۳) بوده است.

نتیجه‌گیری: با توجه به نتایج شیوع در جمعیت مطالعه، ۱ فرد از هر ۵ نفر به نوعی با اختلال شخصیت مواجه می‌باشد، و از آنجایی که این اختلال روی جوانب مختلف زندگی افراد و حتی بر روند درمان سایر بیماری‌ها تأثیرگذار است؛ به نظر می‌رسد بررسی‌های جامع‌تر و دقیق‌تر در سطح جامعه برای بررسی بار واقعی بیماری، جهت سیاست‌گذاری‌های لازم در برنامه‌های آینده سلامت روان عمومی و مداخلات پیشگیری لازم است.

کلیدواژه‌ها: شیوع، اختلالات شخصیت، MMPI

نحوه استناد به این مقاله: سپهری م، فرهنگ س، برزگر س، فخاری ع، دستگیری س. شیوع اختلال شخصیت: یک مطالعه مقطعی در تبریز. تصویر سلامت ۱۳۹۶؛ ۸(۲): ۶۷-۷۴.

۱. متخصص پزشکی اجتماعی، دانشگاه علوم پزشکی تبریز، تبریز، ایران

۲. روان‌پزشک، مرکز تحقیقات روان‌پزشکی و علوم رفتاری دانشگاه علوم پزشکی تبریز، تبریز، ایران

۳. روان‌شناس بالینی، مرکز تحقیقات روان‌پزشکی و علوم رفتاری دانشگاه علوم پزشکی تبریز، تبریز، ایران

۴. روان‌پزشک، مرکز تحقیقات روان‌پزشکی و علوم رفتاری دانشگاه علوم پزشکی تبریز، تبریز، ایران

۵. مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی موثر بر سلامت تبریز، دانشگاه علوم پزشکی تبریز، تبریز، ایران (Email: dastgiris@tbzmed.ac.ir)

حقوق برای مؤلف(ان) محفوظ است. این مقاله با دسترسی آزاد در تصویر سلامت تحت مجوز کربینو کامنز (<http://creativecommons.org/licenses/bync/4.0/>) منتشر شده که طبق مفاد آن هرگونه استفاده غیر تجاری تنها در صورتی مجاز است که به اثر اصلی به نحو مقتضی استناد و ارجاع داده شده باشد.

گرفته می شود. در بستر جامعه افراد دارای اختلال شخصیت با احتمال بیشتری ممکن است بیکار باشند یا طلاق بگیرند و همانطور که ذکر شد خیلی بیشتر احتمال دارد اختلالات شخصیت، مکرراً با اختلالات محور I رخ دهد (۱۹)، خصوصاً مشکلات همزمان سلامت به صورت اختلالات خلقی، اضطراب و اختلالات مصرف مواد داشته باشند (۱۹ و ۲۰). در افراد با اختلالات محور I حضور اختلالات شخصیت با شدت بیشتر سایکوپاتولوژی، سطوح پایین تر عملکرد روانی اجتماعی و مشکلات بین فردی مرتبط است (۲۱). وقتی که اختلال شخصیت مورد توجه و درمان قرار نمی گیرد، در این افراد نسبت به سایرین، به طور قابل توجهی، منافع کمتری از درمان های مرتبط با اختلالات محور I حاصل می شود (۱۹ و ۲۲). با این وجود آمار دقیقی از اختلالات شخصیت در ایران وجود ندارد و معدود مطالعات مبتنی بر جمعیت که در مورد اختلالات روان پزشکی در ایران انجام شده اند؛ اختلالات شخصیت را پوشش نمی دهند. ولی با توجه به مطالعات مختلف شیوع اختلالات شخصیت در بیماران مبتلا به اختلالات روان پزشکی در ایران نیز همچون سایر نقاط دنیا بالاست (۲۳ و ۲۴). در یک مطالعه که در کرمانشاه انجام شده شیوع اختلال شخصیت در جمعیت عمومی کرمانشاه ۸/۶ درصد برآورد شده است (۲۴). همچنین در مطالعه دیگری در کرمانشاه میزان شیوع اختلالات شخصیت در بین بیماران بستری بخش های روان پزشکی بیمارستان فارابی کرمانشاه ۶۷/۵ درصد برآورد شده است (۲۵).

با توجه به مطالب ذکر شده بررسی شیوع اختلال شخصیت در جمعیت عمومی می تواند دید کلی در مورد ارزیابی وضعیت جامعه در مورد این اختلال ایجاد، و به برنامه ریزی های آینده در حوزه سلامت روان برای این بیماری کمک نماید.

مواد و روش ها

این مطالعه با حجم نمونه ۱۵۰ نفر از مراجعین و کارکنان مراکز بهداشتی درمانی سطح شهر تبریز به روش نمونه گیری در دسترس و در فاصله بین شهریور تا دی ماه ۹۴ انجام شده است. این مطالعه بخشی از مطالعه ای است که جهت بررسی روایی ابزار غربالگری اختلال شخصیت (SAPAS) انجام شده است.

معیارهای خروج: افراد زیر ۱۸ سال، افراد دارای بیماری شدید روانی

ابزار به کار رفته در این مطالعه MMPI ۷۱ سؤالی بوده و تکمیل پرسشنامه ها با کمک روان شناسان بالینی آموزش دیده انجام شده است. در ابتدای هر پرسشنامه متن مصوب کمیته اخلاق دانشگاه درج شده بود، و در ابتدای مصاحبه ضمن توضیح هدف مطالعه برای هر فرد، تأکید می گردید که برای شرکت در مطالعه، کاملاً آزاد هستند و همچنین تأکید می گردید که پرسشنامه ها بدون نام و اطلاعات درج شده افراد محرمانه

اختلال شخصیت یک الگوی بادوام از تجارب درونی و رفتار فرد است که به طور مشخص با انتظارات فرهنگی از رفتار افراد تفاوت دارد (۱). این الگو با ثبات و دوام است و شروع آن را می توان در نوجوانی یا اوایل جوانی ردیابی کرد. این الگو همچنین غیرقابل انعطاف و فراگیر است و در محدوده وسیعی از موقعیت های اجتماعی و شخصی مشاهده می شود و به آشفتگی قابل توجه یا نقص در عملکرد اجتماعی، شغلی یا دیگر حیطه های مهم منجر می شود (۲). در چهارمین ویرایش راهنمای آماری و تشخیصی اختلالات روانی بین اختلالات محور I و II تفاوت قایل شده است. اختلالات شخصیت، اختلالات محور II هستند که بر خلاف اکثر سندرم های بالینی محور I معمولاً دوره بهبود مشخصی ندارند و در طول زمان از نظر شدت بیماری یا بهبود آن تغییر خاصی نشان نمی دهند. فرد مبتلا به اختلال شخصیت اغلب به یکی از اختلالات روانی محور I نیز مبتلاست (۳). اختلالات شخصیت معمولاً پیامد تعاملات پیچیده بین ژنتیک فرد و محیط هستند (۴). همچنین این اختلال یک مشکل مهم سلامت در جهان محسوب می شود (۵)، و یکی از سخت ترین شرایط در درمان های روان پزشکی است و به طور ذاتی با موربیدیتی همراه می باشد و به طور معنی داری مورتالیته را هم به علل طبیعی و هم غیر طبیعی افزایش می دهد (۶ و ۷). در سطح جامعه اختلال شخصیت یک اختلال روانی شایع است و بار سلامت عمومی قابل ملاحظه ای دارد. در مطالعه پیمایشی سلامت روان که توسط سازمان بهداشت جهانی با استفاده از اطلاعات ۱۳ کشور با درآمد بالا، متوسط و پایین انجام شده، شیوع این اختلال در جمعیت عمومی ۶/۱ درصد برآورد شده است (۸). در حالی که در برخی مطالعات، طیف شیوع بین ۳ تا ۱۰ درصد جمعیت برآورد شده (۵)، و در بعضی دیگر این میزان بین ۷/۳ تا ۱۵/۷ درصد در جمعیت عمومی بوده است (۹ و ۱۰). این میزان در افرادی که به دنبال درمان هستند بالاتر می باشد؛ به طوری که در جمعیت های با مشکلات روانی تقریباً از ۳۰ درصد در خارج بیمارستان (۱۱) ۴۰ درصد در داخل بیمارستان (۱۲) تا بالای ۷۰ درصد در افراد زندانی دچار اختلال روانی متفاوت است (۱۳). به نظر می رسد ریشه مشکلات و معضلات اجتماعی که منجر به ارتکاب جرم می شود به طور مستقیم و غیر مستقیم ارتباط نزدیک با شخصیت انسان دارد. برخی از مطالعات انجام شده در زندان های ایران نشان می دهد حدود ۸۷/۵ درصد زندانیان مشکوک به داشتن نوعی اختلال روانی هستند (۱۴). در مطالعات مختلف رقم ذکر شده برای اختلالات شخصیت در بین زندانیان بین ۱۱ تا ۶۴ درصد متفاوت بوده است (۱۵ و ۱۶). هم در زمینه مراقبت سلامت اولیه و هم در مراقبت های روان پزشکی بیمارانی که از اختلال شخصیت به عنوان بیماری همراه رنج می برند، پیامدهای درمانی بدتری دارند (۵). تشخیص اختلال شخصیت به عنوان عامل خطر برای افکار و رفتار خودکشی (۱۷) و کیفیت پایین زندگی (۱۸) در نظر

بهنجار به دست نمی‌دهد. بنابراین نمره های بسیار بالا را می‌توان با اطمینان نسبتاً زیاد تفسیر کرد اما برافراشتگی های متوسط باید با احتیاط تفسیر شود (۲۶).

مدت‌ها فرم اصلی پرسشنامه در ایران استفاده می‌شد که اجرای آن معایبی داشت؛ از جمله این‌که بسیار طولانی و وقت‌گیر بود. علاوه بر این سؤالاتی در این فرم با توجه به فرهنگ غربی گنجانده شده بود که مطابقتی با شرایط فرهنگی ایران نداشت، با توجه به این مسائل دکتر اخوت، براهنی، شاملو و نوپرست ۷۱ سؤال از پرسشنامه MMPI را اقتباس و با توجه به فرهنگ ایرانی تدوین، انطباق و هنجاریابی کردند و یک رشته فعالیت‌های پژوهشی را آغاز نمودند (۲۸).

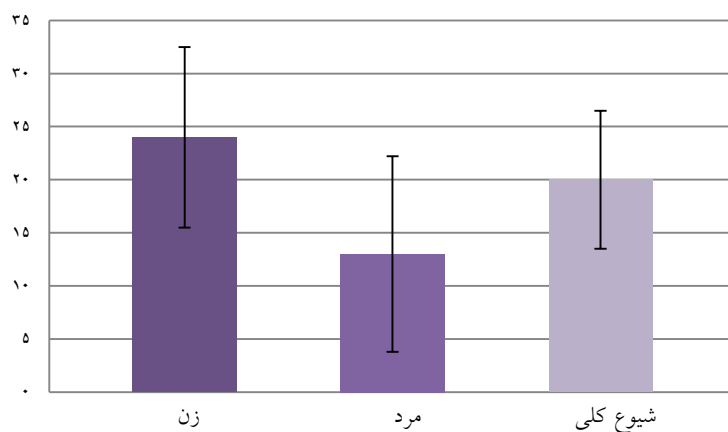
MMPI دارای سه مقیاس روایی و ۱۰ مقیاس بالینی است (۲۶)، که در فرم کوتاه ۸ مقیاس بالینی دارد و در فرم تطبیق شده ایرانی مقیاس درونگرایی اجتماعی و زنانگی - مردانگی حذف شده است. به طور کلی این پرسشنامه دارای مقبولیت و کاربرد بسیار در سطح جهان است و از نظر جامعیت در قیاس با سایر ابزارهای موجود سنجش شخصیت از نظر فنی و بالینی شرایط بهتری دارد (۲۸).

آنالیز آماری: هدف آنالیز آماری بررسی شیوع اختلال شخصیت در نمونه مورد مطالعه بود. از نرم افزار SPSS برای محاسبه فراوانی و آمار توصیفی، و نرم افزار اکسل برای شیوع و فاصله اطمینان استفاده شده است.

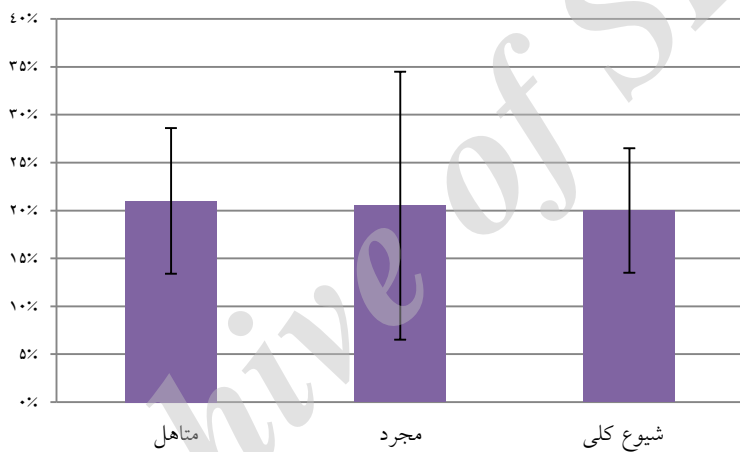
یافته ها

میانگین سنی افراد شرکت کننده $(\pm 9/45)$ ۳۷/۱۶ بوده است. از نظر جنسیت و وضعیت تأهل به ترتیب، ۶۴/۷ درصد (۹۷ نفر) شرکت کنندگان زن و ۳۳/۳ درصد (۱۱۰ نفر) متأهل بودند. از نظر سطح تحصیلات بیشترین فراوانی در سطح کارشناسی ۴۸/۷ درصد (۷۳ نفر) و کمترین، بی‌سواد ۰/۷ درصد (یک نفر) بوده است. براساس MMPI برای ۳۰ نفر از ۱۵۰ شرکت کننده اختلال شخصیت مطرح گردیده است. شیوع کلی ۲۰٪ (با فاصله اطمینان ۹۵٪: ۱۳/۵-۲۶/۴) برآورد شده است. از ۳۰ فرد مبتلا، ۲۳ نفر زن با شیوع ۲۳/۷٪ (با فاصله اطمینان ۹۵٪: ۱۵/۲-۳۲/۱)، ۷ مرد با شیوع ۱۳/۲٪ (با فاصله اطمینان ۹۵٪: ۴-۲۲/۳) (نمودار ۱)، ۲۳ نفر متأهل ۲۰/۹٪ (با فاصله اطمینان ۹۵٪: ۱۳/۳-۲۸/۵) و ۷ نفر مجرد ۲۰/۵٪ (با فاصله اطمینان ۹۵٪: ۶/۹-۳۴/۱)، محاسبه شده است (نمودار ۲). همچنین شیوع در سطوح مختلف تحصیلی برآورد گردیده است (جدول ۱). در نمودار ۳ شیوع بر حسب سطح تحصیلات نشان داده شده است.

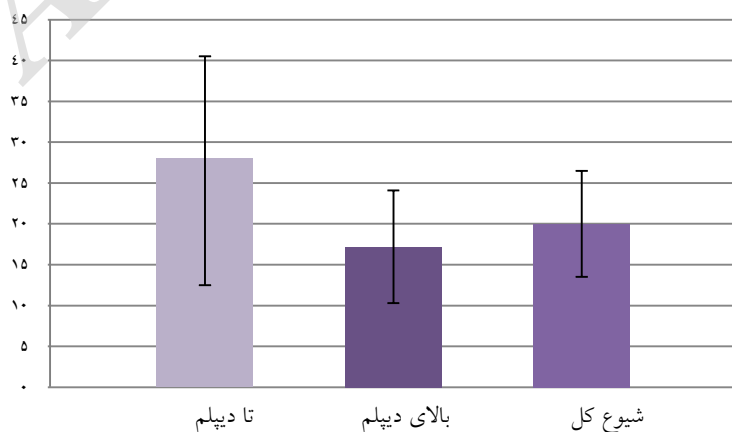
خواهد بود. زمان مورد نیاز برای تکمیل هر پرسشنامه حدود ۴۰ دقیقه بوده است. برای تعیین وضعیت بیماری، ابتدا مشخصات افراد و پاسخ هر یک از سؤالات وارد نرم افزار MMPI گردیده است تا پروفایل بالینی هر فرد ترسیم گردد و سپس یک روان‌شناس بالینی مجرب و مسلط به تفسیر MMPI بر اساس پروفایل بالینی در دسترس، برای هر فرد وضعیت اختلال شخصیت را به صورت وجود یا عدم وجود گزارش نموده است. **MMPI (۷۱) سؤالی:** پرسشنامه شخصیتی چندوجهی مینه‌سوتا (MMPI)، پرسشنامه استاندارد برای فراخوانی دامنه گسترده‌ای از ویژگی‌های خود - توصیفی و نمره‌گذاری آن‌هاست که یک شاخص کمی از سازگاری هیجانی فرد و نگرش او نسبت به شرکت در آزمون را به دست می‌دهد. این آزمون مشهورترین و پرمصرفترین پرسشنامه شخصیتی است که به عنوان یک ابزار عینی برای تشخیص بیماری‌های روانی تدوین شده است. این آزمون، یک پرسشنامه خودسنجی با پاسخ‌های "بلی" یا "خیر" است (۲۶). تدوین اولیه MMPI در سال ۱۹۴۰ توسط استارک آر. هته وی (Starke- R.Hetheway) و جی چانلی مک‌کینلی (J.Chanley Mckinley) در دانشگاه مینه‌سوتا با ۵۰۴ ماده آغاز شد. بعدها با اندکی تغییرات و حذف و اضافه کردن تعداد ماده‌ها به ۵۶۶ افزایش یافت. به علت انتقادهایی که وارد بود از جمله کهنگی فزاینده و مشکلات دیگر، هنجاریابی مجدد آزمون انجام شد و در سال ۱۹۸۹ به ۵۶۷ سؤال تغییر یافت و همچنین در سال ۱۹۹۲ MMPI-A مربوط به نوجوانان با ۴۷۸ ماده منتشر گردید. پژوهش‌های انجام شده در مورد پایایی این ابزار نشان می‌دهد که این آزمون از سطوح ثبات کوتاه مدت و همسانی درونی برخوردار است. به عنوان مثال هانسلی، هنسون و پارکر (Hunsley, Hanson, Parker) با انجام یک مطالعه فراتحلیلی بر روی مطالعات انجام شده در این زمینه در گستره زمانی ۱۹۷۰ تا ۱۹۸۱، چنین نتیجه گرفتند که همه مقیاس‌های آزمون کاملاً دارای پایایی هستند و دامنه تغییرات ضرایب پایایی آن‌ها از (۰/۷۱) مقیاس مانیا تا (۰/۸۴) (مقیاس روانی) در نوسان است. در پژوهش هانسلی و همکاران (۱۹۸۸) میانه دامنه ضرایب پایایی برای بیماران روانپزشکی حدود (۰/۸۰) و برای افراد بهنجار حدود (۰/۷۰) گزارش شده است. ضرایب پایایی دو نیمه آزمون بیشتر در حد متوسط بوده و دامنه تغییرات آن از ۰/۵۰ تا ۰/۹۶ با میانه بالاتر از ۰/۷۰ است (۲۶). بارزش‌ترین کاربرد MMPI در تفکیک افراد نابهنجار به طور عام و تعیین شدت کلی ناراحتی به طور خاص است. ولی MMPI در تمایز دقیق‌تر اشکال مختلف آسیب‌های روانی توفیق کمتری داشته است (۲۷). یک نکته احتیاطی که از ساختار MMPI اصلی ناشی می‌شود، این است که معمولاً اطلاعات زیادی درباره جمعیت



نمودار ۱. شیوع و فاصله اطمینان بر حسب جنسیت



نمودار ۲. شیوع و فاصله اطمینان بر حسب وضعیت تأهل



نمودار ۳. شیوع و فاصله اطمینان بر حسب سطح تحصیلات

جدول ۱. شیوع و فاصله اطمینان

	متغیر	فراوانی	شیوع	فاصله اطمینان
جنسیت	زن	۲۳	٪۲۳،۷	۱۵،۲ - ۳۲،۱
	مرد	۷	٪۱۳،۲	۴ - ۲۲،۳
وضعیت تاهل	متاهل	۲۳	٪۲۰،۹	۱۳،۳ - ۲۸،۵
	مجرد	۷	٪۲۰،۵	۶،۹ - ۳۴،۱
وضعیت تحصیلات	راهنمایی	۴	٪۴۰	۹،۶ - ۷۰
	دیپیرستان	۱	٪۳۳،۳	-۲۰ - ۸۶،۶
	دیپلم	۴	٪۲۱	۲،۷ - ۳۹،۳
	کاردانی	۵	٪۴۱،۶	۱۳،۷ - ۶۹،۵
	کارشناسی	۱۲	٪۱۶،۴	۷،۹ - ۲۴،۹
	ارشد	۲	٪۱۰،۵	-۳،۲ - ۲۴،۳
	دکتر	۱	٪۸،۳	-۷،۳ - ۲۳،۹

بحث

هدف از این مطالعه بررسی شیوع اختلال شخصیت در جمعیت مورد مطالعه بوده است. شیوع اختلال شخصیت در نمونه بررسی شده ۲۰٪ با فاصله اطمینان ۹۵ درصد (۱۳/۵-۲۶/۴) برآورد شده است.

بر اساس آخرین پیمایش ملی سلامت روان در ایران شیوع اختلالات روانی به طور کلی (با فاصله اطمینان ۹۵٪: ۲۴/۴-۲۲/۴) ۲۳/۶٪ برآورد شده است که در زنان ۲۶/۵٪ و مردان ۲۰/۸٪ بوده است. اما در این مطالعه شیوع اختلال شخصیت به طور مجزا بررسی نشده است (۲۹). در مطالعه ای که در سال ۱۳۷۹ در نمونه ای از جمعیت عمومی کرمانشاه انجام شده بود، شیوع اختلال شخصیت ۸/۶ درصد برآورد شده بود (۲۴). چندین مطالعه در زندانهای ایران جهت بررسی اختلال شخصیت انجام شده، که در همه شیوع این اختلال بالا بوده است. از جمله مطالعه‌ای در زندان شهرکرد بین سالهای ۷۹-۸۰ که شیوع کلی بین مجرمین مرد ۵۵/۲ درصد عنوان شده است. در این مطالعه ابزار جمع آوری داده ها مصاحبه بالینی بر پایه ملاک تشخیصی ICD 10 بوده است و در مواردی که شک تشخیصی داشتند از MMPI 2 به عنوان ابزار کمکی استفاده کرده بودند (۳۰). همچنین مطالعه ای در زندان مرکزی سنندج شیوع را ۵۵/۸ درصد نشان داده است (۳۱).

در مطالعات سایر کشورها، مطالعه ای که جهت بررسی شیوع اختلال شخصیت در اسلو نروژ و بر اساس مصاحبه ساختار یافته DSM III-R انجام شده بود شیوع ۱۳/۱ درصد برآورد گردیده که در زنان ۱۴/۶ درصد و مردان ۱۳/۷ درصد بوده است (۳۲). در مطالعه ای در بریتانیا، شیوع در جمعیت عمومی ۱۰/۷ درصد و شیوع وزن داده شده (۶/۷٪-۲/۹٪) ۴/۴ درصد بوده است (۲۰). در امریکا نیز چند مطالعه انجام شده، در یکی از مطالعات (NCS-R) که ابزار سنجش DSM IV/IPDE بوده، شیوع کلی

۹/۱٪ درصد برآورد گردیده است (۳۳)؛ در حالی که در مطالعه دیگری (سنجه مورد استفاده DSM IV/ SCID II) شیوع ۱۵/۷ درصد بوده است (۳۴). نمونه مورد بررسی در این مطالعات، نمونه ای از جامعه (Community) بوده است (۲۰ و ۳۴-۳۲).

در مطالعه ای در استرالیا که شیوع و توزیع سنی اختلال شخصیت را در زنان مورد بررسی قرار داده بود، شیوع (۲۴/۹٪-۱۸/۷٪) ۲۱/۸ درصد گزارش شده است (۳۵).

تفاوت‌های مشاهده شده در میزان شیوع در مطالعه ما می‌تواند ناشی از تفاوت در پروسه نمونه گیری، جمع آوری داده ها، تفاوت در سنجه های به کار رفته و روش مصاحبه باشد (۲۰). ابزار به کار گرفته شده در تمام مطالعات بر اساس DSMIII یا DSM IV بوده است؛ در حالی که در مطالعه ما MMPI فرم کوتاه بوده است، که توسط این ابزار، نمره های بسیار بالا را می‌توان با اطمینان نسبتاً زیاد تفسیر کرد، اما برافراشتگی های متوسط باید با احتیاط تفسیر شود (۲۶).

همچنین شرایط اقتصادی اجتماعی، فرهنگی، جغرافیایی، زمان انجام مطالعه، ترکیب جمعیتی و ویژگی های نمونه مورد بررسی تا حدی می‌تواند توجیه کننده تفاوت‌ها باشد (۲۴). مثلاً از نظر حجم نمونه مطالعه ما با بقیه مطالعات تفاوت زیادی دارد و فاصله اطمینان در این مطالعه طیف وسیعی را در بر می‌گیرد که نشان دهنده دقت پایین تر مطالعه است و به علت حجم نمونه کم می‌باشد. به علاوه نمونه گیری در این مطالعه به صورت در دسترس و در مراکز بهداشتی بوده است. بنابراین نمونه انتخاب شده در این مطالعه نماینده کل جمعیت نیست و قابل تعمیم به کل جامعه نمی‌باشد. علاوه بر این در اکثر مطالعات، اختلالات شخصیت با سطح تحصیلی و اجتماعی اقتصادی پایین تر رابطه دارد. در حالی که بیشتر افراد حاضر در مطالعه ما دارای سطح تحصیلات بالا (لیسانس و بالاتر) بودند، که این مسأله نیز احتمالاً

مشاوره‌ای و درمانی بهره‌مند گردند. علاوه بر این از دیدگاه تحقیقاتی، یافتن ابزارهایی که با صرف زمان کمتر در غربالگری و بیماریابی مؤثر باشند، کمک بزرگی به پزشکان، حرفه‌ای‌های بخش سلامت و بیماران خواهد بود.

ملاحظات اخلاقی

این مطالعه دارای تاییدیه از کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی تبریز می‌باشد.

تضاد منافع

بدینوسیله نویسندگان این مقاله اعلام می‌دارند که هیچ یک از نویسندگان تضاد منافی ندارند.

تقدیر و تشکر

نویسندگان مراتب تشکر و قدردانی صمیمانه خود را از مرکز تحقیقات روانپزشکی و علوم رفتاری دانشگاه علوم پزشکی تبریز، معاونت پژوهشی دانشگاه (طرح با کد ۹۳/۱-۴/۱۲) و کلیه شرکت‌کنندگان در مطالعه اعلام می‌دارند.

روی نتایج حاصل و در نتیجه قابلیت تعمیم‌پذیری نتایج به عموم، تأثیرگذار خواهد بود.

بنابراین با توجه به مطالب ذکر شده و اهمیت موضوع، بهتر است مطالعاتی با هدف اولیه تعیین شیوع و با حجم نمونه مناسب که تا حد امکان نماینده جامعه باشد؛ و همچنین به کارگیری ابزارهایی که بر اساس DSM و مصاحبه‌های ساختاریافته هستند؛ جهت تعیین بار واقعی بیماری انجام پذیرد تا برنامه‌ریزی‌های آینده در این حوزه کارآمدتر باشند.

نتیجه‌گیری

بر اساس مطالعات دیگر کشورها (که در بحث اشاره شد)، حدوداً ۱ نفر از هر ۱۰ نفر از اختلال شخصیت رنج می‌برد (۹). بر اساس مطالعه ما یک نفر از هر ۵ نفر با این اختلال دست به‌گیریان است و با توجه به اینکه این اختلال جوانب مختلف زندگی افراد را تحت تأثیر قرار می‌دهد (عملکرد شغلی، بدتر شدن نتایج درمان سایر اختلالات روانپزشکی)، از دیدگاه سلامت عمومی و سیاست‌گذاری جای تأمل است و لازم است در برنامه‌ریزی‌های حوزه سلامت این مشکل بیشتر مورد توجه قرار گیرد، تا افراد متأثر زودتر شناسایی شوند و از کمک‌های

References

- American psychiatric association. diagnostic and statistical manual _ Text Revision (DSM-IV- TR): 4th ed. NY: American Psychiatric Publishing; 2000.
- Sadock BJ, Sadock VA, Riuz P. Comprehensive textbook of psychiatry: 9th ed. Philadelphia: Lippincott Williams and wilkins; 2009.
- Flick SN, Byrne PP, Cowley DS, Shores MM, Dunner DL. DSM-III-R Personality disorders in a mood and anxiety clinic: Prevalence, comorbidity, and clinical correlates. *Affect disorders*. 1993; 27:71-79. doi: 10.1016/0165-0327(93)90079-Y.
- Montazeri Mohammad S, Mosazadeh H, Taher Neshat Dost H, Abedi Mohammad R, Abedi A. The effectiveness of schema therapy on improving perfectionism and early maladaptive schemes in a Case with obsessive-compulsive personality: A single case study. *Journal of Research in Psychology and Education*. 2017; 2(12): 53-70. [In Persian]
- Tyrer P, Mulder R, Crawford M, et al. Personality disorder: a new global perspective. *World Psychiatry*. 2010; 9(1): 56-60. doi: 10.1002/j.2051-5545.2010.tb00270.x.
- Fok ML, Stewart R, Hayes RD, Moran P. Predictors of natural and unnatural mortality among patients with personality disorder: evidence from a large UK case register. *PLoS ONE*. 2014; 9(7). doi: 10.1371/journal.pone.0100979.
- Fok ML, Hayes RD, Chang CK, Stewart R, Callard FJ, Moran P. Life expectancy at birth and all-cause mortality among people with personality disorder. *Journal of Psychosomatic Research*. 2012; 73(2): 104-107. doi: 10.1016/j.jpsychores.2012.05.001.
- Huang Y, Kotov R, de Girolamo G, et al. DSM-IV personality disorders in the WHO World Mental Health Surveys. *British Journal of Psychiatry*. 2009; 195(1): 46-53. doi: 10.1192/bjp.bp.108.058552.
- Lenzenweger MF. Epidemiology of personality disorder. *Psychiatry Clin North Am*. 2008; 31(3): 395-403. doi: 10.1016/j.psc.2008.03.003.
- Torgersen S. The nature (and nurture) of personality disorders. *Scand J Psychol*. 2009 50(6), 624-32. doi: 10.1111/j.1467-9450.2009.00788.x.
- Zimmerman M, Rothschild L, Chelminski I. The prevalence of DSM-IV personality disorders in psychiatric outpatients. *Am J Psychiatry*. 2005; 162(10): 1911-8. doi: 10.1176/appi.ajp.162.10.1911.
- Newton-Howes G, Tyrer P, Anagnostakis K, Cooper S, Bowden-Jones O, Weaver T. The prevalence of personality disorder, its comorbidity with mental state disorders, and its clinical significance in community mental health teams. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2010; 45(4): 453-60. doi: 10.1007/s00127-009-0084-7.

13. Moran P. Developments in the epidemiological study of personality disorders. *Psychiatry*. 2005; 4(3): 4-7. doi: 10.1383/psyt.4.3.4.62444.
14. Shams A. *Prison Pathology: 1th Ed.* Tehran: Raheh Tarbiat Publishing; 2010. [In Persian]
15. Brook D, Taylor C, Gunn J, Maden A. Point prevalence of mental disorder in unconvicted male prisoners in England and Wales. *BMJ*. 1996; 313: 1524-7. doi: 10.1136/bmj.313.7071.1524.
16. Butler T, Andrews G, Allnut S, Sakashita C, Smith NE, Basson J. Mental disorders in Australian prisoners: A comparison with a community sample. *Aust N Z J Psychiatry*. 2006; 40(3): 272-6. doi: 10.1111/j.1440-1614.2006.01785.x.
17. Krysinska K, Heller TS, de Leo D. Suicide and deliberate self-harm in personality disorders. *Curr Opin Psychiatry*. 2006; 19(1): 95-101.
18. Soeteman DI, Verheul R, Busschbach JJ. The burden of disease in personality disorders diagnosis-specific quality of life. *J Pers Disord*. 2008; 22(3): 259-268. doi: 10.1521/pedi.2008.22.3.259.
19. Dolan-Sewell RG, Krueger R, Shea MT. Cooccurrence with syndrome disorders; in W.J. Livesley (Ed): *Handbook of Personality Disorders*. 2001; Guilford Press, New York, 84-104.
20. Coid J, Yang M, Tyrer P, Roberts A, Ullrich S. Prevalence and correlates of personality disorder in Great Britain. *British Journal of Psychiatry*. 2006; 188(5): 423-431. doi: 10.1192/bjp.188.5.423.
21. Norén K, Lindgren A, Hällström T, et al. Psychological distress and functional impairment in patients with personality disorders. *Nord J Psychiatry*. 2007; 61(4): 260-270. doi: 10.1080/08039480701414973.
22. Reich JH, Vasile RG. Effect of personality disorders on the treatment outcome of axis I conditions: an update. *J Nerv Ment Dis*. 1993; 181(8): 475-484.
23. Salehi M, Malekian A, Haghighi M. Personality disorders in treatment – seeking substance dependent patients. *I J P B S*. 2008; 2(2): 10-14.
24. Sadeghi K, Saberi S M, Assareh M. Epidemiological study of psychiatric disorder in Kermanshah Urban Residents. *IJPCP*. 2000; 6(2 and 3):16-26. [In Persian]
25. Shakeri J, Sadeghi K. Prevalence of personality disorders among the hospitalized patients at an educational-treatment center in Kermanshah. *IJPCP*. 2002; 8(1):49-56. [In Persian]
26. Groth-Marnat G: *Handbook of psychological assessment; 5th ed*: New Jersey, Wiley and Sons, 2009.
27. Atkinson R. *Hilgard's introduction to psychology: 3th ed.* Tehran: Arjmand; 2005.
28. Hosseinchari M, Davoudi H, Hooman HA, Sharifi HP. An iranian shortened version of MMPI-2. *Educational Measurement* 2010; 1(3):1-20. [In Persian]
29. Sharifi V, Amin-Esmaeili M, Hajebi A, et al. Twelve-month prevalence and correlates of psychiatric disorders in Iran: the Iranian Mental Health Survey 2011. *Arch Iran Med*. 2015; 18(2): 76-84.
30. Palahang H, Vakilzadeh B, Deris F. The prevalence of personality disorders in male prisoners of Shahr-e-Kord prison. *IJPCP*. 2003; 8(3):57-64. [In Persian]
31. Arasteh M, Sharifi B. Prevalence of psychiatry disorders among prisoners of Sanandaj central jail, western part of Iran. *Fundamentals of Mental Health* 2009; 10(40):311-316. [In Persian]
32. Torgersen S, Kringlen E, Cramer V. The prevalence of personality disorders in a community sample. *Arch Gen Psychiatry*. 2001; 58: 590-6. doi: 10.1001/archpsyc.58.6.590.
33. Lenzenweger Mark F, Lane M, Loranger Armand W, Kessler Ronald C. DSM-IV personality disorders in the National Comorbidity Survey Replication (NCS-R). *Biol Psychiatry*. 2007; 62: 553-64. doi: 10.1016/j.biopsych.2006.09.019.
34. Crawford Thomas N, Cohen P, Johnson Jeffrey G, et al. Self-reported personality disorder in the children in the community sample: convergent and prospective validity in late adolescence and adulthood. *J Personal Disord*. 2005; 19: 30-52. doi: 10.1521/pedi.19.1.30.62179.
35. Shae EQ, Michael B, Julie AP, et al. The prevalence, age distribution and comorbidity of personality disorders in Australian women. *Aust N Z J Psychiatry*. 2017; 51(2):141-150. doi: 10.1177/0004867416649032.