

ترجمه و روان‌سنجی فهرست اختلالات شخصیتی بر مبنای DSM-V

وحیده نیری^۱، شیوا ثریا^۱، لیلا کمال‌زاده^۱، سید وحید شریعت^۲، سید منصور برقی^۳، عصمت بیات^۴، کاوه علوی^{۴*}

چکیده

زمینه و هدف: اختلالات شخصیت در بین بیماران روانپزشکی، از موارد شایع است. این اختلالات می‌توانند در کنار سایر بیماری‌های روانپزشکی وجود داشته باشند یا فرد را برای ابتلا به آنها مستعد کنند. افراد مبتلا به اختلالات شخصیت، معمولاً نسبت به بیماری خود آگاهی ندارند و درمان آنها بسیار پیچیده و مشکل است. پژوهش حاضر با هدف تعیین روایی معیار و سازه ابزار تشخیص اختلالات شخصیت بر اساس ویراست پنجم DSM-V انجام شد.

روش بررسی: این پژوهش به صورت مقطعی با طرح همبستگی بود. در این پژوهش فهرست اختلالات شخصیتی بر مبنای DSM-V ترجمه شد و روان‌سنجی آن در زبان فارسی تعیین گردید. روایی پرسشنامه به روش روایی همزمان با استفاده از پرسشنامه نئو (NEO) تعیین شد. ۷۴ بیمار و ۲۹ دانشجوی مبتلا به اختلالات شخصیت که ابتلای آنها به وسیله مصاحبه بالینی مشخص شده بود دو پرسشنامه را تکمیل کردند. ارتباط بین وجوه پرسشنامه اختلالات شخصیت و ابعاد پرسشنامه نئو، به وسیله آزمون همبستگی پیرسون تعیین گردید.

یافته‌ها: بین ابعاد مختلف پرسشنامه اختلالات شخصیت و ابعاد متناظر آنها در پرسشنامه نئو، ارتباط همبستگی وجود داشت ($p < 0.001$).

نتیجه‌گیری: نتایج پژوهش حاضر نشان داد ترجمه فارسی PID-5 در مقایسه با پرسشنامه نئو، از روایی معیار، سازه و همگرایی مناسبی برخوردار است.

کلید واژه‌ها: اختلالات شخصیت؛ تکرارپذیری نتایج؛ شخصیت؛ اختلالات روانی؛ اختلالات روانی - تشخیص بیماران؛ دانشجویان.

^۱گروه روانپزشکی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران.

^۲مرکز تحقیقات بهداشت روان، گروه روانپزشکی، دانشکده علوم رفتاری و سلامت روان، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران.

^۳دانشگاه علوم پزشکی قم، قم، ایران.

^۴مرکز تحقیقات بهداشت روان، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران.

*نویسنده مسئول مکاتبات:

کاوه علوی، مرکز تحقیقات بهداشت روان، گروه روانپزشکی، دانشکده علوم رفتاری و سلامت روان، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران؛

kavehalavi@yahoo.com

تاریخ دریافت: ۹۵/۳/۹

تاریخ پذیرش: ۹۵/۵/۱۹

لطفاً به این مقاله به صورت زیر استناد نمایید:

Nayeri V, Soraya Sh, Kamalzadeh L, Shariat SV, Borghei SM, Bayat E, et al. Translation and psychometric of personality disorders inventory according to DMS-V. Qom Univ Med Sci J 2017;10(12): 87-98.

مقدمه

اختلالات شخصیت شامل مجموعه‌ای از نگرش‌ها و رفتارهای پایدار است که به‌طور قابل توجهی از آنچه مورد انتظار جامعه فرد است، انحراف دارد (۱-۳). این اختلالات شیوع نسبتاً بالایی دارند و ۴-۱۵٪ جمعیت عمومی و ۵۱-۸۶٪ بیماران روانپزشکی را درگیر می‌کنند (۵،۴). به‌طور سنتی، اختلالات شخصیت به‌صورت مقوله‌ای طبقه‌بندی می‌شوند و در چهارمین ویراست راهنمای تشخیص و آماری اختلالات روانی (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders -IV) در ۱۰ طبقه تشخیصی قرار داده شده‌اند (۶). با این حال، رویکرد مقوله‌ای هم در توصیف و هم در عمل، با انتقاداتی مواجه بوده که به‌همین دلیل، رویکرد ابعادی به‌جای آن پیشنهاد شده است (۷-۹). بر همین اساس، ابزارهای متعددی مانند پرسشنامه ابعاد اختلالات شخصیتی

(Dimensions of Personality Pathology-Basic Questionnaire) برای ارزیابی ابعادی اختلالات شخصیت پیشنهاد شده‌اند (۱۰). در این ابزارها به جای آنکه ارزیاب پاسخ دهد که فرد دچار نوع ویژه‌ای از اختلال شخصیت هست یا خیر؟ تعیین می‌کند فرد تا چه اندازه‌ای واجد صفت یا صفات شخصیتی ویژه است (۱۱،۱۲). یکی از الگوهای رایج در این مورد، الگوی پنج عامل بزرگ شخصیت (FFM) می‌باشد (۱۳،۱۴). برخی پژوهشگران معتقدند می‌توان اختلالات شخصیت را براساس ابعاد الگوی پنج عامل بزرگ شخصیت توصیف کرد. این گروه بر این باورند که افتراق بین ویژگی‌های عمومی و ناسازگارانه بیش از آنکه تفاوت‌های کیفی باشد، کمی است (۱۰). این گروه از پژوهشگران، نقش قابل توجهی در بازنگری در مورد اختلالات شخصیت پنجمین ویراست راهنمای تشخیص و آماری اختلالات روانی (DSM-5) داشته‌اند (۹). باوجودی که ابزارهای طراحی‌شده براساس FFM چهارچوبی فراگیر برای توصیف شخصیت و اختلالات آن فراهم می‌آورند، در مورد اینکه آیا می‌توان با استفاده از خصوصیات شخصیتی، اختلالات شخصیت را تشخیص داد، اختلاف نظر وجود دارد (۱۵،۱۶). ازجمله برخی از پژوهشگران چنین استدلال می‌کنند که ابزارهای طراحی‌شده بر مبنای FFM، گویه‌های کافی برای ارزیابی اختلالات شخصیت ندارند، لذا برای شناسایی

اختلالات شخصیت، باید جنبه‌های بیشتری از شخصیت را بررسی کرد (۱۷،۱۸). براساس جنبه‌های بالا، ابزار جدیدی برای ارزیابی شخصیت در DSM-5 طراحی شد و برای طراحی این ابزار، ابتدا ۳۷ صفت رایج شخصیتی انتخاب گردید. این صفات چهار بُعد اصلی اختلالات ناسازگارانه شخصیت را می‌سنجند. همچنین یک بُعد جدید برای صفات خاص سایکوتیک مرتبط با خوشه A اختلالات شخصیتی در DSM-IV در نظر گرفته شده است (۱۹). گویه‌هایی برای سنجش این ۳۷ صفت، طراحی و در نمونه‌های بزرگ بیماران مورد استفاده قرار گرفتند. این صفات پس از انجام تحلیل عاملی اکتشافی و تأییدی، به ۲۵ صفت و ۵ عامل تقسیم شدند (۱۹). این ابزار، اکنون یکی از پرکاربردترین مقیاس‌های سنجش اختلالات شخصیت بوده و به زبان‌های متعددی ترجمه شده است (۲۳-۲۰).

از آنجاکه صفات شخصیتی هم در دیدگاه واژه‌شناختی و هم در دیدگاه مفهومی، کاملاً وابسته به فرهنگ است، لذا به‌سبب تفاوت‌های فرهنگی نمی‌توان مستقیماً از پرسشنامه‌هایی که در سایر فرهنگ‌ها و زبان‌ها شکل گرفته، استفاده کرد.

با نظر به اینکه هنوز مشخصات روان‌سنجی پرسشنامه شخصیتی DSM-5 (PID-5) در زبان فارسی بررسی نشده است، این مطالعه با هدف تعیین روایی معیار PID-5 با استفاده همزمان از مصاحبه بالینی و پرسشنامه پنج عاملی (NEO-FFI) در دانشجویان پزشکی و بیماران سرپایی روانپزشکی دچار اختلالات شخصیت صورت گرفت.

روش بررسی

پژوهش حاضر به‌صورت توصیفی - مقطعی در دانشجویان پزشکی و بیماران سرپایی روانپزشکی دچار اختلالات شخصیت انجام شد. روایی نسخه فارسی ابزار PID-5 با استفاده از روایی سازه و همگرا تعیین شد. ابزار DSM-5 (PID-5) از ۲۲۰ سؤال تشکیل شده و هر سؤال در یک مقیاس چهارتایی {بسیار غلط یا اغلب غلط (۰)، گاهی یا قدری غلط (۱)، گاهی یا قدری درست (۲) و بسیار درست یا اغلب درست (۴)} نمره‌دهی می‌شود. این سؤالات ۲۵ وجه از صفات شخصیتی را می‌سنجند که در PID-5 به آنها وجه گفته می‌شود.

برای ارزیابی هر وجه، ۱۴-۴ سؤال گنجانده شده است (۲۴). متن پرسشنامه آزادانه در پایگاه اینترنتی انجمن روانپزشکی عناوین حوزه‌ها، وجه‌های مرتبط، ترجمه پیشنهادی و شماره سؤالات مربوط به هر کدام از آنها در جدول شماره ۱ آورده شده است.

جدول شماره ۱: عناوین حوزه‌ها، وجه‌های مرتبط، ترجمه پیشنهادی و شماره سؤالات مربوط به هر کدام از آنها (۱۸)

عنوان اصلی حوزه	ترجمه پیشنهادی	عنوان اصلی وجه	ترجمه پیشنهادی	تعداد سؤالات	سؤالات
		Anxiousness	مضطرب بودن	۹	۱۷۴، ۱۴۱، ۱۳۰، ۱۱۰، ۱۰۹، ۹۶، ۹۵، ۹۳، ۷۹
		Emotional Lability	ناپایداری هیجانی	۷	۱۸۱، ۱۶۵، ۱۳۸، ۱۲۲، ۱۰۲، ۶۲، ۱۸
		Hostility	خصومت	۱۰	۲۱۶، ۱۸۸، ۱۷۰، ۱۵۸، ۱۱۶، ۹۲، ۸۵، ۳۸، ۳۲، ۲۸
Negative Affect	عاطفه منفی	Perseveration	درجاذدگی	۹	۱۳۷، ۱۲۸، ۱۲۱، ۱۰۰، ۸۰، ۷۸، ۶۰، ۵۱، ۴۶
		Restricted Affectivity	عاطفه‌پذیری محدود	۷	۱۸۴، ۱۶۷، ۱۰۱، ۹۱، ۸۴، ۴۵، ۸
		Separation Insecurity	ناامنی در جدایی	۷	۱۷۵، ۱۴۹، ۱۲۷، ۶۴، ۵۷، ۵۰، ۱۲
		Submissiveness	سلطه‌پذیری	۴	۲۰۲، ۶۳، ۱۵، ۹
		Anhedonia	بی‌لذتی	۸	۱۸۹، ۱۵۷، ۱۵۵ (معکوس)، ۱۲۴، ۳۰، ۲۶، ۲۳، ۱
		Depressivity	افسردگی‌پذیری	۱۴	۱۶۹، ۱۶۸، ۱۶۳، ۱۵۱، ۱۴۸، ۱۱۹، ۱۰۴، ۸۶، ۸۱، ۶۶، ۶۱، ۲۷، ۲۱۲، ۱۷۸
Detachment	گسیختگی	Intimacy Avoidance	گریز از صمیمیت	۶	۲۰۳، ۱۴۵، ۱۲۰، ۱۰۸، ۹۷ (معکوس)، ۸۹
		Withdrawal	انزوا	۱۰	۱۸۶، ۱۸۲، ۱۶۱، ۱۴۷، ۱۳۶، ۱۳۶، ۸۲، ۷۵، ۲۰، ۱۰
		Suspiciousness	شکاکیت	۶	۱۹۰، ۱۳۳ (معکوس)، ۱۳۱، ۱۱۷، ۱۰۳، ۲
		Attention Seeking	توجه‌جویی	۸	۲۱۱، ۱۹۱، ۱۷۳، ۱۱۳، ۱۱۱، ۷۴، ۴۳، ۱۴
		Callousness	سنگدلی	۱۴	۱۸۳، ۱۶۶، ۱۵۳ (معکوس)، ۹۰، ۷۳، ۷۲، ۵۴، ۱۹، ۱۳، ۱۱، ۲۰۸، ۲۰۷، ۲۰۰، ۱۹۸
Antagonism	ستیزه‌گری	Deceitfulness	فریبکاری	۱۰	۲۱۸، ۲۱۴، ۲۰۶ (معکوس)، ۱۴۲، ۱۳۴، ۱۲۶، ۷۶، ۵۶، ۵۳، ۴۱
		Grandiosity	خودبزرگ‌بینی	۶	۱۹۷، ۱۸۷، ۱۷۹، ۱۱۴، ۶۵، ۴۰
		Manipulativeness	دغلکاری	۵	۲۱۹، ۱۸۰، ۱۶۲، ۱۲۵، ۱۰۷
		Distractibility	حواس‌پرتی	۹	۱۹۹، ۱۴۴، ۱۳۲، ۱۱۸، ۸۸، ۶۸، ۴۷، ۲۹، ۶
		Impulsivity	نکانشگری	۶	۲۰۴ (معکوس)، ۵۸، ۲۲، ۱۷، ۱۶، ۴
		Irresponsibility	مسئولیت‌ناپذیری	۷	۲۱۰ (معکوس)، ۲۰۱، ۱۷۱، ۱۶۰، ۱۵۶، ۱۲۹، ۳۱
Disinhibition	مهارگسیختگی	Rigid Perfectionism	کمال‌طلبی نامتعطف	۱۰	۲۲۰، ۱۹۶، ۱۷۶، ۱۴۰، ۱۳۵، ۱۲۳، ۱۱۵، ۱۰۵، ۴۹، ۳۴
		Risk Taking	خطرپذیری	۱۴	۸۷ (معکوس)، ۷ (معکوس)، ۳۵ (معکوس)، ۳۹، ۳۹، ۴۸، ۶۷، ۶۹، ۸۷ (معکوس)، ۹۸ (معکوس)، ۱۱۲، ۱۵۹، ۱۶۴ (معکوس)، ۱۹۵ (معکوس)، ۲۱۵ (معکوس)
		Unusual Beliefs & Experiences	باورها و تجارب نامعمول	۸	۲۰۹، ۱۹۴، ۱۵۰، ۱۴۳، ۱۳۹، ۱۰۶، ۹۹، ۹۴
Psychoticism	روان‌پریشگرایی / سایکو‌تسیزم	Eccentricity	غرابت	۱۳	۲۰۵، ۱۸۵، ۱۷۲، ۱۵۲، ۷۱، ۷۰، ۵۵، ۵۲، ۳۳، ۲۵، ۲۴، ۲۱، ۵
		Perceptual Dysregulation	کژتنظیمی ادراکی	۱۲	۲۱۷، ۲۱۳، ۱۹۳، ۱۹۲، ۱۵۴، ۸۳، ۷۷، ۵۹، ۴۴، ۴۲، ۳۷، ۳۶

آنها در نظر گرفته شد. سپس ترجمه نهایی در اختیار شش روانپزشک عضو هیأت علمی دانشگاه قرار گرفت تا هر سؤال را از نظر واضح بودن، در یک مقیاس سه تایی (واضح، بی‌نظر، ناواضح) نمره‌گذاری کنند. اگر بیشتر از یک نفر سؤال را واضح نمی‌دانست، متن سؤال ویرایش می‌شد. همچنین، در یک ستون جلوی متن سؤالات وجه متناظر آن در PID-5 نوشته شد و از روانپزشکان درخواست گردید تا در یک مقیاس پنج تایی مشخص کنند که این سؤال تا چه اندازه با مفهوم وجه نوشته شده (کاملاً مرتبط، نسبتاً مرتبط، بی‌نظر، نسبتاً نامرتب و کاملاً نامرتب) مرتبط است. اگر بیش از یک نفر گزینه‌های نسبتاً نامرتب یا کاملاً نامرتب را انتخاب کرده بود، در گروه پژوهشگران این سؤال بررسی می‌شد تا درباره حذف یا ویرایش آن تصمیم‌گیری شود. در این مرحله عملاً هیچ سؤالی حذف نشد.

جهت تعیین روایی صوری، پرسشنامه به ۱۰ بیمار سرپایی روانپزشکی و ۱۵ دانشجوی داده شد تا به شکل مشابهی وضوح سؤالات را تعیین کنند. بیماران طوری انتخاب شدند که شدت بیماری آنها در حدی نباشد که امکان بررسی سؤالات را نداشته باشند. براساس این دیدگاه‌ها، ویراست نهایی پرسشنامه تهیه شد. برای سنجش خصوصیات روان‌سنجی PID-5، این پرسشنامه به ۷۴ بیمار سرپایی و ۲۹ دانشجوی پزشکی دچار اختلال شخصیت داده شد. دانشجویان مبتلا به اختلال شخصیت از مصاحبه با ۱۴۳ دانشجوی پزشکی انتخاب شدند. با تمامی افراد، مصاحبه تشخیصی براساس مصاحبه نیمه‌ساختاریافته براساس DSM-IV برای اختلالات شخصیت (محور II) یا SCID-II انجام شد. مصاحبه‌ها توسط سه دستیار روانپزشکی آشنا به این نظام طبقه‌بندی، انجام گرفت. برای هماهنگی ابتدایی، تعداد ۱۰ مصاحبه با افراد سالم و بیماران روانپزشکی دچار اختلال محور II صورت گرفت و روند تشخیص‌گذاری مرور شد.

معیارهای ورود به مطالعه در مورد دانشجویان پزشکی شامل: رضایت به شرکت در مطالعه و عدم ابتلا به اختلالات مازور روانپزشکی (اسکیزوفرنیا، اختلال اسکیزوافکتیو، اختلال دوقطبی نوع ۱ و اختلال افسردگی مازور) بود. در مورد بیماران، علاوه بر رضایت شرکت در مطالعه، با بررسی پرونده روانپزشکی آنها، نوع اختلال تعیین می‌شد.

نمرات سؤالات مربوط به هر وجه با هم جمع می‌شوند و "نمره خام‌وجه" را تشکیل می‌دهند. میانگین نمرات خام هر وجه نیز تعیین می‌شود. جمع میانگین‌های مربوط به وجوه مرتبط با هر حوزه، نمره آن حوزه را تعیین می‌کند. میانگین نمره هر وجه، حاصل تقسیم جمع نمرات تک‌تک سؤالات مرتبط با آن وجه بر تعداد سؤالات هر وجه است. چنین میانگینی برای حوزه‌ها نیز تعیین می‌شود. در هر وجه، اگر بیشتر از ۲۵٪ سؤالات پاسخ داده نشده باشد، نمره آن وجه تعیین نمی‌شود. به همین منظور، آزمودنی تشویق می‌شود تمام سؤالات را پاسخ دهد، اما اگر ۲۵٪ یا کمتر از ۲۵٪ سؤالات مرتبط با یک وجه پاسخ داده نشده باشد، پیش‌نمره آن وجه محاسبه می‌شود. برای محاسبه پیش‌نمره، ابتدا نمرات سؤالات پاسخ داده شده در آن وجه جمع می‌شود تا نمره خام نسبی تعیین گردد. سپس این نمره در تعداد کل سؤالات آن وجه ضرب می‌شود. عدد به دست آمده بر تعداد سؤالات پاسخ داده شده تقسیم می‌شود تا پیش‌نمره طبق فرمول زیر محاسبه گردد:

$$\text{نمره خام نسبی} \times \text{تعداد سؤالات آن وجه} = \frac{\text{تعداد سؤالات پاسخ داده شده}}{\text{پیش‌نمره}}$$

اگر عدد به دست آمده اعشاری باشد، می‌توان آن را گرد کرد. در مورد حوزه‌ها، اگر نمره خام یا پیش‌نمره هریک از وجوه مرتبط با آن قابل محاسبه نباشد (بیشتر از ۲۵٪ عدم پاسخ‌دهی)، نمره آن حوزه قابل تعیین نیست.

در مطالعه حاضر، برای ترجمه پرسشنامه، ابتدا یک روانپزشک و سه دستیار روانپزشکی آشنا به زبان انگلیسی، مستقلاً سؤالات پرسشنامه را ترجمه کردند. بعد در یک کار گروه ۴ نفره (متشکل از یک روانپزشک و سه دستیار روانپزشکی) این ترجمه‌ها مطابقت یافت و ویرایش شد. متن ویرایش شده به یک روانپزشک مسلط به هر دو زبان فارسی و انگلیسی که از روند ترجمه مطلع نبود داده شد تا ترجمه فارسی را دوباره به انگلیسی برگرداند. ترجمه انگلیسی به دست آمده با متن اصلی مطابقت داده شد و روند تصحیح ترجمه آن قدر ادامه یافت تا سؤالات فارسی حتی الامکان ترجمه دقیق سؤالات انگلیسی باشند. با این حال، از آنجا که برخی سؤالات به شکل اصطلاحات رایج در زبان انگلیسی بودند، بر حسب ضرورت، معادل‌های مناسب فارسی برای

همچنین معیارهای ورود این افراد به مطالعه: عدم ابتلا به اختلالات ماژور روانپزشکی (شامل اسکیزوفرنیا، اختلال اسکیزوافکتیو، اختلال دوقطبی نوع ۱ و اختلال افسردگی ماژور)، داشتن تحصیلات حداقل سوم راهنمایی و سن بین ۸۰-۱۶ سال بود.

وجود علائم سایکوتیک با مصاحبه بالینی و با استفاده از سؤالات مرتبط در مصاحبه بالینی نیمه‌ساختاریافته براساس DSM-IV (SCID) تعیین گردید. جهت ورود به مطالعه، از مصاحبه ساختاریافته بالینی برای اختلالات محور II در DSM-IV (SCID-II) استفاده شد. این یک مصاحبه بالینی نیمه‌ساختاریافته است که توسط First و همکاران (سال ۱۹۹۷)، مستقیماً براساس معیارهای تشخیصی DSM-IV تهیه گردید. (۲۵). این مصاحبه توسط بالینگر آموزش دیده انجام می‌شود و ساختار آن شبیه مصاحبه ساختاریافته بالینی برای اختلالات محور I در DSM-IV (SCID-I) است. در SCID-II، ۱۰ اختلال شخصیتی که در متن DSM-IV تعریف شده‌اند در کنار اختلالات شخصیت افسرده و منفعل - پرخاشگر که در ضمیمه DSM-IV آمده، بررسی می‌شود. ارزیابی اختلالات شخصیت در SCID-II (هم به صورت مقوله‌ای و هم به صورت ابعادی) در ارزیابی مقوله‌ای انجام می‌گیرد. هرگاه تعداد معیارهای بالینی برای تشخیص هر اختلال به تعداد معیارهای تعیین شده در DSM-IV برسد (عموماً ۴-۵ معیار برای هر اختلال)، تشخیص اختلال شخصیت خاص مطرح می‌شود (۲۶).

برای بررسی پایایی SCID-II؛ Maffei و همکاران، ضریب پایایی بین ارزیاب‌ها را در تشخیص مقوله‌ای اختلالات شخصیت بین ۰/۴۸-۰/۹۸ و ضریب همبستگی داخل دسته (ICC) پایایی بین تشخیص‌های ابعادی ارزیاب‌ها را بین ۰/۹۰-۰/۹۸ گزارش کردند. این پژوهشگران، ضریب همبستگی مربوط به ثبات داخلی را نیز ۰/۷۱-۰/۹۸ محاسبه کردند. در مجموع، این پژوهش نشانگر پایایی بین ارزیاب‌ها و ثبات داخلی مطلوب SCID-II بود (۲۷).

Lobbsteal و همکاران نیز پایایی بین ارزیاب‌ها را هم در تشخیص مقوله‌ای اختلالات شخصیت و هم در تشخیص ابعادی، عالی گزارش کردند (۲۸).

در زبان فارسی، مطالعات در مورد ارزیابی روایی و پایایی SCID-II اندک بوده است.

بختیاری در پژوهشی بر روی بیماران مبتلا به اختلال بدشکلی بدن، روایی صوری و محتوایی این مصاحبه را به کمک سه نفر از روانشناسان عضو هیأت علمی دانشگاه، مناسب و پایایی بازآزمایی یک‌هفته‌ای SCID-II را ۰/۸۷ گزارش کرد (۲۹).

جهت روایی همگرایی ابزار، از پرسشنامه شخصیتی NEO-PI استفاده شد. این ابزار براساس مدل پنج عاملی، موسوم به پنج عامل بزرگ طراحی شده است (۳۰). فرم ویرایش شده این پرسشنامه توسط McCrae و Costa (سال ۱۹۹۲) ارائه شده است و ۲۴۰ سؤال دارد که براساس مقیاس لیکرت پنج‌تایی (از صفر تا ۴) نمره‌گذاری می‌شود (۳۱). هریک از پنج عامل روان‌رنجورگرایی، برون‌گرایی، گشودگی، توافق‌پذیری و باوجدان بودن شامل ۴۸ ماده است و هر عامل خود دارای شش جنبه یا مقیاس فرعی است. با توجه به زمان‌گیر بودن فرم کامل پرسشنامه، مقیاس کوتاه‌تر آن، موسوم به NEO-FFI، حاوی ۶۰ سؤال (هر عامل ۱۲ سؤال) براساس تحلیل عاملی پرسشنامه اصلی معرفی شده است (۳۱). در این فرم کوتاه‌شده، جنبه‌های فرعی ابعاد بالا بررسی نمی‌شود، اما شیوه نمره‌گذاری مشابه است. همبستگی ۲ فرم پرسشنامه براساس مطالعه McCrae و Costa، بالاتر از ۰/۶۸ بوده است. McCrae و Costa (سال ۱۹۹۲)، ضریب آلفای کرونباخ پرسشنامه کوتاه را بین ۰/۶۸ (برای موافق بودن) تا ۰/۸۶ (برای روان‌رنجورگرایی) (۲۹) و Holden (سال ۱۹۹۹)، ضریب آلفا را بین ۰/۷۶ (برای گشودگی) تا ۰/۸۷ (برای روان‌رنجورگرایی) گزارش کردند (۳۲). این ضرایب در پژوهش ملازاده (۱۳۸۱) نیز بین ۰/۷۳ (برای گشودگی) تا ۰/۸۵ (برای مسئولیت‌پذیری) گزارش شد (۳۳). حجم نمونه براساس فرمول زیر به نحوی تعیین گردید که بتوان ضرایب همبستگی در حد ۰/۲ را، با فرض $\alpha=0/5$ و $\beta=0/2$ ، در کل نمونه، معنی‌دار به دست آورد.

براساس محدودیت در ارجاع بیماران، در نهایت ۷۴ بیمار سرپایی روانپزشکی دچار اختلالات شخصیت گوناگون و ۱۴۳ دانشجوی پزشکی به صورت در دسترس طبق فرمول زیر انتخاب شدند:

$$n \geq \left(\frac{Z_{1-\alpha/2} + Z_{1-\beta}}{\frac{1}{2} \log_e \frac{1+r}{1-r}} \right)^2 + 3$$

داده‌های به دست آمده با استفاده از نرم‌افزار آماری SPSS نسخه ۲۲ تحلیل شدند.

اما با ۱۸ سطح از این پرسشنامه، همبستگی منفی و معنی‌دار داشت. ضریب همبستگی بین نمرات خطرگریزی و ۱۱ سطح از PID-5 بین ۰/۱۴۹- تا ۰/۳- و در چهار مورد بین ۰/۳- تا ۰/۴- بود. این ضریب در مورد سطوح "مضطرب بودن"، "افسردگی‌پذیری" و "انزوا" از ۰/۴- بزرگتر بود (به ترتیب، $r = -0/471$ ، $r = -0/429$ و $r = -0/427$). از بین سطوح PID-5، نمرات ۱۴ سطح، همبستگی معنی‌داری با نمرات نوجویی نداشتند. تنها سطحی که همبستگی مثبت و معنی‌داری با نوجویی داشت، سطح "کمال‌طلبی نامنعطف" بود ($r = 0/197$). ۱۰ سطح دیگر، همبستگی منفی و معنی‌داری با نوجویی داشتند که بزرگترین ضریب همبستگی، مربوط به رابطه سطح "تکانشگری" و نوجویی بود ($r = -0/326$). تنها بین نمرات سه سطح از سطوح PID-5 و نمره بُعد وابستگی به پاداش، همبستگی مثبت و معنی‌داری دیده شد و البته این ضریب همواره کمتر از ۰/۳ بود. بین نمره سطح "سلطه‌پذیری" و نمره بُعد "وابستگی به پاداش"، همبستگی منفی و معنی‌داری وجود داشت ($r = -0/182$). در سایر موارد ضرایب همبستگی از نظر آماری معنی‌دار نبودند.

نمرات بُعد پشتکار با چهار سطح از سطوح PID-5، همبستگی مثبت و معنی‌داری داشت که بزرگترین ضریب همبستگی به رابطه سطح "مسئولیت‌ناپذیری" و "پشتکار" مربوط بود ($r = 0/320$). این ضریب در مورد سه سطح نیز منفی و معنی‌دار بود که در قوی‌ترین ارتباط به ۰/۳۳۹- می‌رسید (مربوط به سطح "کمال‌طلبی نامنعطف").

تنها در دو مورد همبستگی بین نمرات بُعد خودراهبری و سطوح PID-5 از نظر آماری معنی‌دار نبود و در سایر موارد، همبستگی مثبت و معنی‌داری بین سطوح PID-5 و نمرات خودراهبری دیده شد. این ضریب در سه مورد از ۰/۴ فراتر رفت و در بزرگترین مورد (سطح "شکاکیت") به ۰/۴۷۱ رسید. تنها شش سطح از PID-5 با نمرات بُعد همکاری، همبستگی مثبت و معنی‌داری داشتند که همواره با ضریب همبستگی کمتر از ۰/۲ همراه بود. در ده مورد نیز بین سطوح PID-5 و نمرات خودفراروی، همبستگی منفی و معنی‌داری وجود داشت. قوی‌ترین همبستگی به سطح "باورها و تجارب غیرمعمول" مربوط بود ($r = -0/242$). در سایر موارد، ضریب همبستگی از نظر آماری معنی‌دار نبود.

علاوه بر توصیف آماری براساس شاخص‌های میانگین \pm انحراف معیار، میانه و دامنه تغییرات گزارش شد. توصیف برای هر وجه و هر حوزه نیز به‌طور جداگانه انجام گرفت. برای تعیین روایی همگرا از همبستگی نمرات وجوه مختلف PID-5 با ابعاد مختلف پرسشنامه نشو و ضریب همبستگی پیرسون استفاده شد. مقدار α ، ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

یافته‌ها

در پایان نمونه‌گیری، ۲۱۷ نفر وارد مطالعه شدند. از بین آنها، ۷۴ بیمار و ۱۴۳ دانشجوی پزشکی دچار اختلالات شخصیت، بررسی شدند. میانگین متوسط سن این افراد، $28/1 \pm 9/6$ سال بود که در محدوده ۱۶-۷۸ سال (میانه ۲۵ سال) قرار داشتند.

از میان افراد دچار اختلال شخصیت، ۵ نفر (۲/۳٪) در کلاستر A، ۴۴ نفر (۲۰/۳٪) در کلاستر B و ۴۵ نفر (۲۰/۷٪) در کلاستر C اختلالات شخصیت قرار داشتند و ۹ نفر (۴/۱٪) نیز دچار سایر انواع اختلالات شخصیت بودند یا به مخلوطی از اختلالات شخصیت کلاسترهای مختلف مبتلا بودند (جدول شماره ۲).

جدول شماره ۲: خصوصیات جمعیت‌شناختی واحدهای مورد پژوهش ($n=217$)

خصوصیت	طبقات	فراوانی	درصد فراوانی
جنسیت	مرد	۷۳	۳۳/۶
	زن	۱۴۴	۶۶/۴
	زیردیپلم	۱۴	۶/۵
سطح تحصیلات	دیپلم	۳۰	۱۳/۸
	فوق‌دیپلم و لیسانس	۱۹	۸/۸
	فوق‌لیسانس و دکتری	۹	۱/۴
	دانشجوی پزشکی	۱۴۳	۶۵/۹
	نامشخص	۲	۰/۹
وضعیت تأهل	مجرد	۱۳۱	۶۰/۴
	متاهل	۶۹	۳۱/۸
	جداشده	۴	۱/۸
	نامشخص	۱۳	۶/۰

براساس نتایج جدول شماره ۳، بُعد خطرگریزی با هیچ‌کدام از سطوح PID-5، همبستگی مثبت و معنی‌داری نداشت.

جدول شماره ۳: ضرایب همبستگی پیرسون بین سطوح مختلف شخصیت بر اساس PID-5 و ابعاد مختلف شخصیت بر اساس NEO-FFI

سطح	روان‌رنجورگرایی	برونگرایی	گشودگی	توافق‌پذیری	با وجدان بودن
بی‌لذتی	۰/۶۶۲	-۰/۶۴۵	-۰/۱۱۹	-۰/۳۱۷	-۰/۲۹۶
	p<۰/۰۰۱	p<۰/۰۰۱	۰/۱۰۸	p<۰/۰۰۱	p<۰/۰۰۱
مضطرب بودن	۰/۶۷۶	-۰/۴۳۹	۰/۲۵	-۰/۳۱۲	-۰/۲۶۴
	p<۰/۰۰۱	p<۰/۰۰۱	۰/۷۴	p<۰/۰۰۱	p<۰/۰۰۱
توجه‌جویی	۰/۸۷	۰/۲۴۱	۰/۲۱۱	-۰/۱۶۶	-۰/۹۰
	۰/۲۹۳	-۰/۲۶۱	۰/۰۴	۰/۰۲۵	۰/۲۲۷
سنگدلی	p<۰/۰۰۱	p<۰/۰۰۱	-۰/۶۳	-۰/۵۴۵	-۰/۳۱۰
	۰/۳۷۸	-۰/۱۰۳	۰/۳۹۸	p<۰/۰۰۱	p<۰/۰۰۱
فریبکاری	p<۰/۰۰۱	۰/۱۶۶	۰/۳۴	-۰/۴۷۳	-۰/۳۳۰
	۰/۷۰۴	-۰/۴۰۸	-۰/۲۷	-۰/۳۱۳	-۰/۳۱۸
افسردگی‌پذیری	p<۰/۰۰۱	p<۰/۰۰۱	۰/۷۱۹	p<۰/۰۰۱	p<۰/۰۰۱
	۰/۵۹۸	-۰/۳۳۸	۰/۵	-۰/۳۱۶	-۰/۴۲۶
حواس‌پرتی	p<۰/۰۰۱	p<۰/۰۰۱	۰/۹۴۴	p<۰/۰۰۱	p<۰/۰۰۱
	۰/۴۱۸	-۰/۱۹۷	۰/۱۳۶	-۰/۳۹۱	-۰/۲۳۳
غرابیت	p<۰/۰۰۱	۰/۰۸	۰/۰۶۶	p<۰/۰۰۱	۰/۰۰۱
	۰/۶۰۹	-۰/۱۸۴	۰/۱۳۲	-۰/۲۰۷	-۰/۲۲۶
ناپایداری هیجانی	p<۰/۰۰۱	۰/۰۱۳	۰/۰۷۶	۰/۰۰۵	۰/۰۰۲
	۰/۱۴۷	۰/۶۷	۰/۱۹۰	-۰/۳۹۳	-۰/۶۴
خودبزرگ‌بینی	۰/۰۴۷	۰/۳۷	۰/۰۱	p<۰/۰۰۱	۰/۳۹
	۰/۴۳۵	-۰/۲۵۶	۰/۸۳	-۰/۴۷۸	-۰/۱۶۷
خصومت	p<۰/۰۰۱	p<۰/۰۰۱	۰/۲۶۷	p<۰/۰۰۱	۰/۰۲۴
	۰/۴۱۵	-۰/۱۱۱	۰/۱	-۰/۳۱۳	-۰/۴۰۴
تکانشگری	p<۰/۰۰۱	۰/۱۳۶	۰/۹۹۳	p<۰/۰۰۱	p<۰/۰۰۱
	۰/۱۴۹	-۰/۲۲۰	-۰/۱۸۵	-۰/۲۰۴	-۰/۷۲
گریز از صمیمیت	۰/۰۴۴	۰/۰۰۳	۰/۰۱۲	۰/۰۰۶	۰/۳۳
	۰/۳۸۹	-۰/۲۴۴	۰/۶۲	-۰/۴۱۶	-۰/۵۵۰
مسئولیت‌ناپذیری	p<۰/۰۰۱	۰/۰۰۱	۰/۴۰۶	p<۰/۰۰۱	p<۰/۰۰۱
	۰/۲۰۶	۰/۵۷	۰/۱۴۶	-۰/۴۲۱	-۰/۲۳۲
دغل‌کاری	۰/۰۰۵	۰/۴۴	۰/۰۴۹	p<۰/۰۰۱	۰/۰۰۲
	۰/۴۵۴	-۰/۱۸۸	۰/۹۳	-۰/۳۱۳	-۰/۱۷۲
کژ تنظیمی ادراکی	p<۰/۰۰۱	۰/۰۱۱	۰/۲۱۱	p<۰/۰۰۱	۰/۰۲
	۰/۴۸۴	-۰/۳۱۴	-۰/۳۴	-۰/۲۶۶	-۰/۱۰۵
درج‌زدگی	p<۰/۰۰۱	p<۰/۰۰۱	۰/۶۴۹	p<۰/۰۰۱	۰/۱۵۹
	۰/۷۰	-۰/۲۰۸	-۰/۱۸۵	-۰/۲۴۷	۰/۳۸
عاطفه‌پذیری محدود	۰/۳۵	۰/۰۰۵	۰/۰۱۲	p<۰/۰۰۱	۰/۶۱۳
	۰/۲۷۷	-۰/۱۳۳	۰/۹۰	-۰/۱۸۵	۰/۲۵۰
کمال‌طلبی نامتعطف	p<۰/۰۰۱	۰/۰۷۲	۰/۲۲۳	۰/۰۱۲	p<۰/۰۰۱
	۰/۸۶	۰/۱۴۵	۰/۲۱۲	-۰/۲۰۴	-۰/۱۹۴
خطر‌پذیری	۰/۲۴۵	۰/۰۵	۰/۰۰۴	۰/۰۰۶	۰/۰۰۸
	۰/۵۵۸	-۰/۱۳۴	-۰/۲۷	-۰/۲۶۱	۰/۲۸۷
ناامنی در جدایی	p<۰/۰۰۱	۰/۰۷	۰/۷۱۵	p<۰/۰۰۱	p<۰/۰۰۱
	۰/۴۴۸	-۰/۱۲۵	-۰/۴	۰/۳۴	-۰/۷۷
سلطه‌پذیری	p<۰/۰۰۱	۰/۰۹۲	۰/۹۵۸	۰/۶۴۶	۰/۳
	۰/۴۳۹	۰/۲۳۲	۰/۳۷	-۰/۴۸۱	-۰/۹۸
شکاکیت	p<۰/۰۰۱	۰/۰۰۲	۰/۶۱۹	p<۰/۰۰۱	۰/۱۸۸
	۰/۲۳۸	-۰/۲	۰/۱۰۶	-۰/۲۷۴	-۰/۳۱
باورها و تجارب نامعمول	۰/۰۰۱	۰/۹۸	۰/۱۵۲	p<۰/۰۰۱	۰/۶۷۶
	۰/۳۵۹	-۰/۵۰۸	-۰/۱۳۶	-۰/۲۳۱	۰/۱۱۴
انزوا	p<۰/۰۰۱	p<۰/۰۰۱	۰/۰۶۷	p<۰/۰۰۱	۰/۱۲۴

<۰/۰۵* p<۰/۰۱** p<۰/۰۰۱*** p<۰/۰۰۱<۰/۰۰۱ p ns non-significant

بحث

در مطالعه حاضر، بین اغلب وجوه شخصیتی بر اساس PID-5 و بُعد روان‌رنجورگرایی از NEO-FFI، همبستگی مثبت و معنی‌داری دیده شد، همچنین قوی‌ترین ضریب همبستگی بین رابطه سطح افسردگی‌پذیری و روان‌رنجورگرایی ($r=0/704$) وجود داشت. در مطالعه‌ای که توسط Few (سال ۲۰۱۲) انجام شد، بین فاکتور عاطفه‌پذیری منفی و روان‌رنجورگرایی در پرسشنامه NEO همراهی مثبت قوی وجود داشت ($r=0/66$) و بین فاکتور گسیختگی در PID-5 و برونگرایی در NEO، رابطه منفی قوی وجود داشت ($r=-0/66$). بین فاکتور ستیزه‌گری در PID-5 و فاکتور توافق‌پذیری NEO نیز رابطه منفی قوی وجود داشت ($r=-0/55$). همچنین بین مهار گسیختگی در PID-5 و باوجدان‌بودن، رابطه منفی قوی بود ($r=-0/47$)، اما بین روان‌پیشگرایی در PID-5 و فاکتور گشودگی در NEO، ارتباط قابل توجهی وجود نداشت ($r=-0/03$). به علاوه، فاکتور روان‌پیشگرایی، بیشترین همراهی مثبت را با روان‌رنجورگرایی و همراهی منفی با وجدان‌گرایی، توافق‌پذیری و برونگرایی داشت (۳۴).

در مطالعه حاضر در مورد برون‌گرایی با اغلب وجوه شخصیتی، همبستگی منفی و معنی‌داری وجود داشت. این ضریب، به خصوص در مورد بی‌لذتی ($r=-0/645$) و انزوا ($r=-0/508$)، همبستگی قوی‌تری را نشان داد. در مطالعه‌ای که توسط نادیا الدجانی (سال ۱۳۹۴) انجام شد، افسردگی‌پذیری با روان‌رنجورگرایی، ارتباط قوی و مثبتی داشت ($r=0/78$) و برونگرایی، ارتباط منفی و متوسطی داشت ($r=-0/49$). در این مطالعه، بین روان‌پیشگرایی در PID-5 و گشودگی در پرسشنامه نئو، ارتباط مثبت متوسطی وجود داشت ($r=0/02$). طیف همبستگی بین مخالفت‌جویی و توافق‌پذیری نیز در مورد عاطفه منفی و روان‌رنجورگرایی، $0/80 - 0/60$ بود (۲۲).

در پژوهش حاضر، نمرات گشودگی در اغلب موارد با نمرات وجوه شخصیتی، همبستگی معنی‌داری نداشت و در مواردی که ضریب همبستگی از نظر آماری معنی‌دار بود، این ضریب هیچ‌گاه از محدوده $\pm 0/25$ فراتر نمی‌رفت. در مطالعه‌ای که توسط Quilty و همکاران (سال ۲۰۱۲)، انجام شد نمرات بُعد گشودگی با فاکتور خطرپذیری ارتباط معنی‌داری داشت ($r=0/33$).

همچنین بین روان‌رنجورگرایی و توافق‌پذیری، ارتباط واضح منفی و معنی‌دار وجود داشت ($r=-0/33$) در ضمن، عاطفه منفی با اضطراب، ارتباط مثبت و گسستگی با گشودگی، ارتباط منفی داشت (۳۵).

در پژوهش حاضر در بُعد توافق‌پذیری با وجوهی چون سنگدلی ($r=-0/545$)، فربکاری ($r=-0/473$)، خصومت ($r=-0/478$) و شکاکیت ($r=-0/481$)، همبستگی منفی و معنی‌دار بود. در مطالعه‌ای که (سال ۲۰۱۲) توسط Thomas انجام شد بین فاکتور مخالفت‌جویی با فاکتور توافق‌پذیری، ارتباط قوی وجود داشت؛ در حالی که مهار گسیختگی با باوجدان بودن، هیچ ارتباطی نداشت. کمال‌طلبی نامتعطف نیز با فاکتور روان‌رنجورگرایی، همچنین با فاکتور عاطفه منفی، ارتباط قوی داشت و فاکتور شکاکیت با هیچ فاکتوری ارتباط نداشت (۳۶).

در مطالعه حاضر باوجدان بودن در سه مورد، همبستگی منفی و معنی‌داری داشت که قوی‌ترین همبستگی مربوط به حوزه کمال‌طلبی نامتعطف با ضریب $r=-0/373$ بود. تنها در مورد سطح مسئولیت‌ناپذیری و باوجدان بودن، همبستگی مثبت و معنی‌داری وجود داشت. همبستگی نسبتاً قابل توجهی نیز بین این بُعد شخصیت و وجه حواس‌پرتی ($r=-0/426$) مشاهده گردید. در مطالعه Zimmermann (سال ۲۰۱۴)، روان‌پیشگرایی از PID-5 با ضریب $0/34$ ، ارتباط مثبت و معنی‌دار و با روان‌رنجورگرایی و برونگرایی، رابطه منفی و معنی‌داری داشت (۲۳). در مطالعه‌ای که توسط Watson و همکاران (سال ۲۰۱۳) انجام شد مهار گسیختگی با برونگرایی، ارتباط مثبت (با ضریب $0/20$ و $p < 0/05$) داشت (۳۷). در مطالعه Gore (سال ۲۰۱۳)، عاطفه منفی با روان‌رنجورگرایی، ارتباط مثبت (با ضریب $0/64$) داشت (۳۸). همچنین در مطالعه‌ای که Few (سال ۲۰۱۳) انجام داد عاطفه منفی با روان‌رنجورگرایی، ارتباط مثبت (با ضریب $0/87$ و $p < 0/01$) و با برونگرایی، ارتباط منفی (با ضریب $-0/38$ و $p < 0/01$) و با توافق‌پذیری و باوجدان بودن نیز ارتباط منفی داشت. از طرف دیگر بین گسستگی، ستیزه‌گری و مهار گسیختگی و روان‌پیشگرایی از PID-5 با توافق‌پذیری و باوجدان بودن، ارتباط منفی معنی‌داری وجود داشت ($p < 0/01$) (۳۴).

تشکر و قدردانی

بدین وسیله مراتب تشکر خود را از واحدهای پژوهش که با تکمیل ابزار پژوهش ما را یاری رساندند اعلام می‌داریم. از کمک دکتر مسعود احمدزاد اصل در روش‌شناسی مطالعه تشکر می‌شود. این مقاله نتیجه پایان‌نامه دوره دستیاری نویسنده اول مقاله (به شماره ثبت ۱۸۸۴) می‌باشد.

از محدودیت‌های این مطالعه می‌توان به زیادبودن تعداد پرسش‌ها و شبیه‌بودن محتوای بعضی از آنها با یکدیگر که برای شرکت‌کنندگان در این مطالعه ایجاد ابهام کرده بود اشاره کرد.

نتیجه‌گیری

با توجه به مطالعه انجام‌شده به نظر می‌رسد ترجمه فارسی PID-5 در مقایسه با پرسشنامه نئو از روایی معیار همگرای مناسبی برخوردار است. لذا بهتر است برای تعمیم نتایج، این مطالعه در یک جامعه آماری که به وضعیت جمعیت عمومی نزدیکتر است انجام شود.

References:

1. Walter M. Personality disorder and addiction. In: McKay M, Wood JC, Brantley J. Co-occurring addictive and psychiatric disorders: Practical DBT exercises for learning mindfulness, interpersonal effectiveness, emotion regulation & tolerance. New York: Springer; 2015. p. 137-48.
2. Ogloff JR, Davis MR. Psychopathy and antisocial personality disorder. In: Bruinsma G, Weisburd D. Encyclopedia of criminology and criminal justice. New York: Springer; 2014. p. 4116-26.
3. Edvinsson D, Lindström E, Bingevors K, Lewander T, Ekselius L. Gender differences of axis I and II comorbidity in subjects diagnosed with attention-deficit hyperactivity disorder as adults. Acta Neuropsychiatr 2013;25(3):165-74.
4. Tyrer P, Reed GM, Crawford MJ. Classification, assessment, prevalence, and effect of personality disorder. Lancet 2015;385(9969):717-26.
5. Walcott G, Martin J, Hickling F. The prevalence of personality disorder in a psychiatric and substance abuse population in Jamaica. West Indian Med J 2013;62(5):458-62.
6. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 5th ed. Washington, DC: American Psychiatric Association Pub; 2013.
7. Clark LA. Assessment and diagnosis of personality disorder: Perennial issues and an emerging reconceptualization. Annu Rev Psychol 2007;58:227-57.
8. Widiger TA, Simonsen E. Alternative dimensional models of personality disorder: Finding a common ground. J Pers Disord 2005;19(2):110-30.
9. De Fruyt F, De Clercq B, De Bolle M, Wille B, Markon K, Krueger RF. General and maladaptive traits in a five-factor framework for DSM-5 in a university student sample. Assessment 2013;20(3):295-307.
10. Miller JD, Bagby RM, Pilkonis PA, Reynolds SK, Lynam DR. A simplified technique for scoring DSM-IV personality disorders with the five-factor model. Assessment 2005;12(4):404-15.
11. Pham-Scott A. Scoring the DSM-IV personality disorders using the five-factor model: Development and validation of normative scores for North American, French, and Dutch-Flemish samples. J Pers Disord 2008;22(5):433-50.
12. Wright AG, Thomas KM, Hopwood CJ, Markon KE, Pincus AL, Krueger RF. The hierarchical structure of DSM-5 pathological personality traits. J Abnorm Psychol 2012;121(4):951-57.
13. Widiger TA, Mullins-Sweatt SN. Five-factor model of personality disorder: A proposal for DSM-V. Annu Rev Clin Psychol 2009;5:197-220.

14. Samuel DB, Widiger TA. A meta-analytic review of the relationships between the five-factor model and DSM-IV-TR personality disorders: A facet level analysis. *Clin Psychol Rev* 2008;28(8):1326-42.
15. De Fruyt F, De Bolle M, McCrae RR, Terracciano A, Costa PT. Assessing the universal structure of personality in early adolescence: The NEO-PI-R and NEO-PI-3 in 24 cultures. *Assessment* 2009;16(3):301-11.
16. Edmundson M, Lynam DR, Miller JD, Gore WL, Widiger TA. A five-factor measure of schizotypal personality traits. *Assessment* 2011;18(3):321-34.
17. Watson D, Clark LA, Chmielewski M. Structures of personality and their relevance to psychopathology: II. Further articulation of a comprehensive unified trait structure. *J Pers* 2008;76(6):1545-86.
18. Krueger RF, Derringer J, Markon KE, Watson D, Skodol AE. Initial construction of a maladaptive personality trait model and inventory for DSM-5. *Psychol Med* 2012;42(9):1879-90.
19. Gutiérrez F, Aluja A, Peri JM, Calvo N, Ferrer M, Baillés E, et al. Psychometric Properties of the Spanish PID-5 in a Clinical and a Community Sample. *Assessment* 2015; pii: 1073191115606518. [Epub ahead of print]
20. Bastiaens T, Claes L, Smits D, De Clercq B, De Fruyt F, Rossi G, et al. The Construct validity of the dutch personality inventory for DSM-5 Personality Disorders (PID-5) in a clinical sample. *Assessment* 2016;23(1):42-51.
21. Al-Dajani N, Gralnick TM, Bagby RM. A psychometric review of the personality inventory for DSM-5 (PID-5): Current status and future directions. *J Pers Assess* 2016;98(1):62-81.
22. Zimmermann J, Altenstein D, Krieger T, Holtforth MG, Pretsch J, Alexopoulos J, et al. The structure and correlates of self-reported DSM-5 maladaptive personality traits: Findings from two German-speaking samples. *J Pers Disord* 2014;28(4):518-40.
23. First MB. User's guide for the structured clinical interview for DSM-IV axis II personality disorders: SCID-II. Washington, DC: American Psychiatric Press; 1997.
24. Markon KE, Quilty LC, Bagby RM, Krueger RF. The development and psychometric properties of an informant-report form of the personality inventory for DSM-5 (PID-5). *Assessment* 2013;20(3):370-83.
25. First MB, Gibbon M. The structured clinical interview for DSM-IV axis I disorders SCID-I and the structured clinical interview for DSM-IV axis II disorders SCID-II. In: Stephen N, Haynes SN, Heiby EM. *Comprehensive handbook of psychological assessment*. New Jersey: John Wiley & Sons; 2004. (Vol 2)
26. Maffei C, Fossati A, Agostoni I, Barraco A, Bagnato M, Deborah D, et al. Interrater reliability and internal consistency of the Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis II Personality Disorders (SCID-II), version 2.0. *J Pers Disord* 1997;11(3):279-84.
27. Lobbstaël J, Leurgans M, Arntz A. Inter-rater reliability of the Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders (SCID I) and Axis II Disorders (SCID II). *Clin Psychol Psychother* 2011;18(1):75-9.
28. Bakhtiary M. *Surveying mental disorders in patients with body dysmorphic disorder*. Tehran: Iran University of Medical Science; 2000. [Text in Persian]
29. Goldberg LR. The structure of phenotypic personality traits. *Am Psychol* 1993;48(1):26-34.
30. Costa JP, McCrae R. *Revised NEO Personality Inventory (NEO-PI-R) professional manual*. Odessa, Florida: Psychological Assessment Resources. Inc; 1992.
31. Holden RR. Associations between the holden psychological screening inventory and the neo five-factor inventory in a nonclinical sample. *Psychol Rep* 1992;71(3f):1039-42.
32. Mollazade J. *The relationship between personality factors and coping with marital adjustment in control children*. Tehran: Tarbiat Modarres University; 2001. [Text in Persian]

33. Few LR, Miller JD, Rothbaum AO, Meller S, Maples J, Terry DP, et al. Examination of the Section III DSM-5 diagnostic system for personality disorders in an outpatient clinical sample. *J Abnorm Psychol* 2013;122(4):1057-69.
34. Quilty LC, Ayearst L, Chmielewski M, Pollock BG, Bagby RM. The psychometric properties of the personality inventory for DSM-5 in an APA DSM-5 field trial sample. *Assessment* 2013;20(3):362-9.
35. Thomas KM, Yalch MM, Krueger RF, Wright AG, Markon KE, Hopwood CJ. The convergent structure of DSM-5 personality trait facets and five-factor model trait domains. *Assessment* 2013;20(3):308-11.
36. Watson D, Stasik SM, Ro E, Clark LA. Integrating normal and pathological personality: Relating the DSM-5 trait-dimensional model to general traits of personality. *Assessment* 2013;20(3):312-26.
37. Gore WL, Widiger TA. The DSM-5 dimensional trait model and five-factor models of general personality. *J Abnorm Psychol* 2013;122(3):816-21.

Translation and Psychometric of Personality Disorders Inventory According to DMS-V

Vahideh Nayeri¹, Shiva Soraya¹, Leila Kamalzadeh¹, Seyed Vahid Shariat², Seyed Mansour Borghet³, Esmat Bayat⁴, Kaveh Alavi^{2*}

¹Department of Psychiatry, Faculty of Medicine, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

²Mental Health Research Center, Department of Psychiatry, Faculty of Behavioral Sciences & Mental Health, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

³Qom University of Medical Sciences, Qom, Iran.

⁴Mental Health Research Center, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

*Corresponding Author:
Kaveh Alavi, Mental Health Research Center, Department of Psychiatry, Faculty of Behavioral Sciences & Mental Health, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

Email:
kavehalavi@yahoo.com

Received: 29 May, 2016

Accepted: 9 Aug, 2016

Abstract

Background and Objectives: Personality disorders are prevalent among psychiatric patients. These disorders can exist along with other psychiatric disorders or predispose the patients to them. Patients with personality disorder are usually not aware of their disease, and their treatment is difficult and complicated. The present research was performed with the purpose of determining affected patients usually do not have insight about their condition and it make the treatment a complex and hard process. The aim of current study was to determine construct and criterion validity of personality disorders diagnostic tool according to DSM-V.

Methods: This study was a cross-sectional study with correlational design. In this study, Personality Disorder Inventory was translated based on DSM-V, and its psychometric was determined in Persian. The questionnaire's validity was determined by concurrent validity method using NEO personality inventory. A total of 74 patients and 29 students with personality disorders, whose disorder was recognized by clinical interview, completed two questionnaire. The correlation between domains of the two questionnaires was determined by Pearson correlation test.

Results: There were significant correlations between the domains of Personality Disorder Inventory and those of NEO Personality Inventory ($p < 0.001$).

Conclusion: The results of the present research showed that the Persian version of PID-5 has appropriate criterion, construct, and convergence validity compared to NEO personality inventory.

Keywords: Personality disorders; Reproducibility of results; Personality; Mental disorders; Mental disorders-diagnosis; Patients; Students.