

مقایسه میزان شیوع اختلالات شخصیت در مردان و زنان

به‌وسیله نمرات خام تعدیل شده آزمون میلون III

روشنک خدابخش^۱

تاریخ دریافت مقاله: ۱۳۹۱/۰۳/۲۴

تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۹۱/۱۲/۲۰

چکیده

مطالعه حاضر به منظور بررسی میزان شیوع اختلالات شخصیت در نمونه‌ای از جمعیت زنان و مردان بزرگسال سالم و بیمار ساکن در چند شهر ایران انجام شده است. به این منظور ۹۸۰ نفر به عنوان نمونه این تحقیق انتخاب شدند که شامل ۵۹۹ زن و ۳۸۱ مرد است. روش نمونه‌گیری در این پژوهش از نوع داوطلبانه و در دسترس بود. سپس زنان و مردان با اجرای تست میلون ۳ در مقیاس‌های شخصیتی مورد بررسی و مقایسه قرار گرفتند. طرح تحقیق این پژوهش، از نوع علی/مقایسه‌ای بود. ابزار مورد استفاده در این تحقیق، پرسشنامه اختلال شخصیتی میلون ۳ (توسط خدابخش ۱۳۸۰ برای اولین بار در ایران هنجاریابی مقدماتی شده است) می‌باشد. برای تجزیه تحلیل داده‌ها از آزمون‌های t و f استفاده شد. نتایج بیانگر تفاوت معنادار در پاره‌ای از مقیاس‌های شخصیتی این دو جنس بود.

کلید واژه: اختلالات شخصیت، تفاوت‌های جنسیتی، آزمون میلون ۳.

مقدمه

اختلالات شخصیت یکی از موارد شایع در جوامع است و به دلیل اهمیت آن که می‌تواند مشکلات وافر و بزرگ و عمیقی در جوامع و به ویژه در بهداشت روانی خانواده‌ها به بار آورد، لازم است همواره پژوهش‌هایی در رابطه با آنها انجام شود.

مبتلایان به اختلالات شخصیت، بیشترین مشکل را در عشق و کار دارند، لذا بسیاری از خانواده‌های مشکل‌دار، نا به سامان و متلاشی که درگیر بسیاری از بیماری‌ها و گرفتاری‌های دیگر نظیر اعتیاد، فحشا و بزهکاری هم می‌شوند و از طریق ژنتیک و یا یادگیری‌های محیطی این معضلات رابه نسل‌های بعد و کودکان بی دفاع خود نیز انتقال می‌دهند از افرادی هستند که دارای علائم این اختلالات هستند.

بنابراین در سطور زیر ضمن اشاراتی به انواع اختلالات مورد بحث، نمونه‌هایی از اطلاعات و آمارهایی که توصیفی از برخی از ویژگی‌های این اختلالات و آثار و عوارض آنهاست، مطرح می‌نمایم.

اختلالات شخصیت در سه خوشه A: (عجیب و غریب / نامتعارف) شامل پارانوئید، اسکیزوئید و اسکیزوتایپی، B: (نمایشی، هیجانی، متلون) شامل خودشیفته، نمایشی، مرزی و ضد اجتماعی، C: (مضطرب / هراسان) شامل اجتنابی، وابسته و وسواس اجبار و نیز اختلال شخصیت افسرده که در بررسی تازه پیشنهاد شده، مطرح است (کرینگ، دیویسون، نیل، جانسون ۲۰۰۷)

آمارها نشان می‌دهد که بین ۱۰ تا ۱۳ درصد از جامعه دچار اختلال شخصیت می‌باشند. این اعداد به نظر (گوندerson ۱۹۸۴) و (پفول ۱۹۹۰) به نقل از

1- Kring Davison Neale & Johnson

2- Gunderson

3- Pfohl

خدابخش ۱۳۸۰) در جوامع پائین از نظر اجتماعی / اقتصادی و جوامع ناپایدار و تحت فشار، بالاتر است. مطالعات اخیر نشان می‌دهد ۱۰ الی ۲۰ درصد از شیوع در جمعیت عمومی است (کاپلان^۱ ۲۰۰۷ پاریس^۲ ۲۰۰۷ به نقل از ترابیان، خدابخش ۱۳۹۱).

هدف از این پژوهش بررسی فراوانی ویژگی‌های اختلالات شخصیت در جامعه بزرگسال سالم و بیمار ایرانی با توجه بر مقایسه جنسیتی در بین زنان و مردان است، و ضرورت‌هایی بر آن مترتب است که در زیر مطرح می‌شود:

فراوانی این اختلالات همراه با زمینه‌ساز بودن آن در بسیاری از مشکلات اجتماعی و بیماری‌های محور یک و اثرات منفی آنها بر درمان‌های روانشناسی و روانپزشکی حساسیت و ضرورت این مطالعات را به شدت وضوح بخشیده، مبرهن می‌سازد. در زیر نمونه‌هایی از آن بیان می‌شود:

تحقیقات متعدد نشان می‌دهد که بیش از ۱۵ درصد از بستری‌های بیمارستانی مستقیم یا غیرمستقیم به خاطر اختلالات شخصیت بوده است. ۵۰ درصد از بقیه بیماران بستری همراه با مشکل خود اختلال شخصیت هم دارند، که به نحوی پاسخ به درمان را کم اثرتر می‌سازد (زانارینی^۳ ۱۹۸۹، کاستلو^۴ ۱۹۹۶).

شیوع اختلالات شخصیت در موارد مختلف متفاوت است. به عنوان مثال در برنامه‌های ترک اعتیاد سرپائی شیوع اختلال شخصیت ضد اجتماعی بیشتر و در کلینیک‌های سرپائی روانشناختی شیوع این اختلال کمتر است.

همبستگی‌های کاملاً تأیید شده‌ای بین اختلال شخصیت و معضلات اجتماعی وجود دارد. طبق آمارهای (کاپلان و سادوک^۵ ۱۹۹۶) بین ۷۰ تا ۸۵ درصد

1- Kaplan

2- Paris

3- Zaranini

4- Castello

5- Kaplan & Sadock

بزهکاری و جنایات توسط افراد مبتلا به اختلال شخصیت انجام می‌شود، ۷۰ تا ۹۰ درصد از معتادان به الکل، اختلال شخصیت دارند.

بین ۲۴ تا ۸۷ درصد از بیماران مبتلا به اختلال شخصیت دچار افسردگی هم می‌باشند و درصد بالائی از بیماران افسرده که به خوبی به درمان ضد افسردگی پاسخ نداده و یا ته‌مانده‌ای از علائم دارند دچار اختلال شخصیت می‌باشند. این ارقام در بررسی کوریل، سیمرمان و کورتال^۱، ۵۳ درصد در مقابل ۲۰ درصد و در بررسی شه آ^۲ ۱۹۹۴ (به نقل از خدابخش ۱۳۹۸) ۷۰ درصد در مقابل ۵۰ درصد بود.

باز به‌عنوان نمونه شواهدی وجود دارد که وابسته‌ها از اختلال در خوردن رنج می‌برند (برونشتایل^۳ ۲۰۰۱) در فراتحلیل خود راجع به رابطه بین وابستگی و علائم اختلال در خوردن دریافت که ارتباط مثبتی بین آنورکسیا و بولیمیا و وابستگی وجود دارد (برونشتایل ۲۰۰۱ به نقل از میلون^۴ ۲۰۰۴).

به‌عنوان نمونه‌ای دیگر، اختلال در شخصیت مرزی یکی از شایع‌ترین اختلالات شخصیت در بیماران بستری و در مراجعان به کلینیک‌های روانشناسی بالینی و روانپزشکی است (نوردال و نایستر^۵، ۲۰۰۵؛ سادوک و سادوک، ۲۰۰۵). خطر بالایی از خودکشی ۷/۵ درصد آنها، لینهان و هرده^۶ (۱۹۹۹) در این بیماران وجود دارد. طبق آمارها حدود ۱۰ درصد از این بیماران در اثر خودکشی فوت می‌کنند

1- Coryell Zimmerman & Corental

2- Shea

3- Bornstail

4- Millon

5- Nordhal & Nysaeter

6- Linehan & Heard

(پریس^۱، ۱۹۹۳) و در مجموع، ناتوانی‌های قابل ملاحظه‌ای را در زندگی مبتلایان ایجاد می‌کند (APA^۲، ۲۰۰۰).

از نگاه اقتصادی باید گفت بیماران دارای مشکلات شخصیتی، بیماران پر هزینه‌ای هستند: نمونه آن، باز شخصیت مرزی است. این اختلال، که اختلال نسبتاً شایعی است (۱/۱ تا ۲/۵ درصد در جمعیت عمومی بزرگسال)، هزینه بالایی را بر جامعه تحمیل می‌کند (لینهان و هرد، ۱۹۹۹؛ ون اسلت^۳ و همکاران، ۲۰۰۲). میزان مبتلایان به این اختلال، با افزایش شدت اختلال در جامعه افزایش می‌یابد و هر چقدر شدت بیشتر باشد، نیاز به مراقبت‌های بهداشتی و درمان (و بالمآل هزینه‌ها) افزایش پیدا می‌کند. بر اساس برآورد انجمن روانپزشکی آمریکا، میزان شیوع این اختلال از ۱۰ درصد در بیماران بستری تا ۵۰ درصد در بیماران بستری در واحدهای تخصصی بیمارستانی متفاوت است (APA، ۲۰۰۰).

برای درک بهتر هزینه‌بری این بیماری‌ها توجه به اثربخشی یا عدم آن در مطالعات متفاوت درمان این اختلالات نیز خود یک شاخص می‌باشد:

هرچند برخی از مطالعات از اثربخشی روش‌های درمانی دارویی و روان‌درمانی‌های فردی و گروهی، شناختی، حمایتی، روان‌پویشی کوتاه و دراز مدت رفتاری و رفتاری دیالکتیکی در انواع این اختلالات سخن گفته‌اند (اسپری^۴ ۲۰۰۳، ۲۰۰۳ به نقل از فیت^۵ ۲۰۰۹، اسکدال و دمتری^۶ ۲۰۰۶، جوپلینگ^۷ ۲۰۰۱، پری^۸ ۲۰۰۵ و دی سیلو، دوگان و مک کارتی^۹ ۲۰۰۴ به نقل از کرینگ و

-
- 1- Paris
 - 2- American Psychiatric Association
 - 3- Van Asselt
 - 4- Sperry
 - 5- Faith
 - 6- Eskedal & Demetri
 - 7- Jopling
 - 8- Perry
 - 9- D Silva Duggan & McCarthy

همکاران ۲۰۰۷)، ولی برخی از پژوهشگران در فراتحلیل‌های خود بعضی نتایج را به چالش کشاندند (سالکین^۱ ۲۰۰۲ به نقل از کرینگ^۲ و همکاران ۲۰۰۷) و برخی نیز عقیده دارند که هنوز فقدان پژوهش در زمینه درمان‌های مؤثر وجود دارد (فیت، ۲۰۰۹).

توجه به طول درمان و تعداد جلسات (۳ سال یا بیشتر اسپری ۲۰۰۳، ۴ جلسه در هفته به مدت یک سال یا بیشتر کرینگ و همکاران ۲۰۰۷) می‌توان به هزینه‌بری این مشکلات بیشتر پی برد.

از سوی دیگر علی‌رغم وجود این بیماران در بین افراد عادی، عدم پذیرش نابهنجاری از سوی خود آنها و تردید در عدم سلامت ایشان از سوی دیگران، گاه ویژگی‌ها و شدت این مشکلات به قدری است که حتی تا سرحد جنون هم پیش می‌رود. این مسئله در شخصیت‌های مرزی همراه با حملات میکروسایکاتیک به خوبی روشن است. لذا کرنبرگ اصطلاح "سازمان شخصیت مرزی" را در مورد مورد کسانی به کار می‌برد که ساختار ایگویی پایدار اما آسیب دیده دارند. مشخصه‌های آسیب‌شناختی این گروه، آنها را از آسیب‌شناسی خفیف‌تر نورزها و آسیب‌شناسی شدیدتر سایکوزها متمایز می‌کند. بر این اساس، این دسته از بیماران در منطقه‌ای مرزی میان نورز و سایکوز قرار دارند (کرنبرگ، ۱۹۷۶).

بنابراین بررسی راجع به این مشکلات و به ویژه شیوع‌شناسی آن در جوامع مختلف و علی‌الخصوص در گروه‌های متفاوت از جمله گروه‌های جنسیتی، بسیار واجد اهمیت است و مانند تمامی بررسی‌های همه‌گیری شناختی ما را به علل و در نتیجه نحوه مهار و مقابله با آن و تبعات آن قادر می‌نماید، به‌خصوص در کشورمان که وجود این‌گونه بررسی‌ها بسیار محدود و جدید است.

1- Salekin

2- Kerenberg

3- Kerenberg

جنسیت و اختلال شخصیت:

شیوع‌شناسی در مبحث اختلالات شخصیت در جنسیت‌های مختلف متفاوت است. احتمال اینکه زنان، مرزی، نمایشی یا وابسته باشند و مردان ضد اجتماعی، خودشیفته و وسواسی/ اجباری بیشتر تشخیص داده شوند، بیشتر است (کرینگ و همکاران ۲۰۰۷).

در مطالعه دیگر نیز اختلال شخصیت پارانوئید، خودشیفته، ضداجتماعی، و وسواسی/ اجباری در میان مردان شایع‌تر و اختلال نمایشی، مرزی و وابسته در میان زنان شایع‌تر اعلام شده است (گوندسون، ۱۹۸۴ و پفول، ۱۹۹۰).

در یک بررسی دیگر هم معلوم شده است که اختلال شخصیت وابسته هم که ۲۵ درصد از تمام اختلالات شخصیت است در زن‌ها شایع‌تر از مردان گزارش شده است (کاپلان و سادوک، ۱۳۸۹).

در جدول (۱) نرخ و برتری فراوانی جنسیتی اختلالات شخصیت درج شده است.

جدول شماره ۱- نرخ و برتری فراوانی جنسیتی اختلالات شخصیت

ردیف	اختلال	شیوع به درصد	نسبت جنسیتی
۱	پارانوئید	۲	مردان به زنان
۲	اسکیزوئید	<۲	مردان به زنان
۳	اسکیزوتایپی	<۱	مردان به زنان
۴	ضداجتماعی	۲	مردان به زنان
۵	مرزی	۱	زنان به مردان
۶	نمایشی	۲	مردان به زنان
۷	خود شیفته	<۱	مردان به زنان
۸	اجتنابی	۵	مردان = زنان
۹	وابسته	۱/۵	زنان به مردان
۱۰	وسواس / اجبار	۲	مردان به زنان

(تورجنس و همکاران ۲۰۰۱ به نقل از کتاب روانشناسی مرضی کرینگ، دیویسون، نیل، جانسون ۲۰۰۷)

جدول شماره ۲- نرخ و برتری فراوانی جنسیتی اختلالات شخصیت در جامعه و سری‌های درمان

اختلال	شیوع در جامعه برحسب درصد	شیوع در سری‌های درمان برحسب درصد	نسبت جنسیتی
پارانویید	۰/۷-۵/۱	۴/۲	> مردان
اسکیزوئید	۰/۹-۱/۷	۱/۴	> مردان
اسکیزوتایپی	۰/۶-۱/۱	۰/۶	> مردان
ضداجتماعی	۱/۲-۴/۱	۳/۶	> مردان
مرزی	۰/۵-۳/۹	۹/۳	> زنان
نمایشی	۰/۲-۰/۹	۱	> زنان
خود شیفته	۰/۰-۲/۲	۲/۳	> مردان
اجتنابی	۱/۸-۶/۴	۱۴/۷	> مردان
وابسته	۰/۱-۰/۸	۱/۴	> زنان
وسواس/ اجبار	۴/۷	۸/۷	> مردان

(DSM.IV.TR به نقل از کتاب روانشناسی مرضی کرینگ، دیویسون، نیل، جانسون ۲۰۱۰)

تحلیل‌های متفاوتی در مورد این تفاوت‌ها وجود دارد، برخی از پژوهشگران گفته‌اند که ملاک‌های تشخیصی DSM-IV بعضاً ویژگی‌های زنان را آسیب‌شناختی تعبیر کرده است. مثلاً شخصیت هیستریونیک یا نمایشی شامل ملاک‌های ناپایداری هیجانی، تمرکز بر ظاهر جسمانی، فریبندگی یا اغواگری جنسی است که اساساً این صفات در زنان شایع‌تر است. البته در واکنش به این انتقادات DSM-IV در ملاک‌ها تجدید نظر نموده و برخی را باز تعریف کرده است. مثلاً "تمرکز بر ظاهر جسمانی" به "استمرار استفاده از ظاهر برای جلب

توجه" تغییر یافت که برای مردان هم قابل انطباق است (هارتوونگ و ویدیگر ، ۱۹۹۸).

البته تصورات قالبی جنسیتی هنوز هم تشخیص‌ها را تحت تأثیر قرار می‌دهد (گارب ، ۱۹۹۷) نشان داد با اسم‌گذاری زنانه یا مردانه به یک نسخه یکسان، متخصصان بالینی که آن متن را می‌خوانند دو نوع تشخیص متفاوت مثلاً برای زنان مرزی و برای مردان ضداجتماعی را مطرح می‌سازند که حکایت روشنی در خصوص سوگیری جنسیتی و افکار قالبی است (کرینگ و همکاران، ۲۰۰۷).

سبب شناسی اختلالات شخصیت:

مباحث سبب شناسی این اختلالات، بسیار گوناگون است و از همسانی برخوردار نیستند. یعنی برخی از آنها به علت شناختی‌های ژنتیکی نزدیک بوده و از مدل‌های وراثتی در جهت تبیین آنها استفاده می‌شود. برخی نیز بیشتر محیطی شناخته می‌شوند و برای تبیین‌های سبب شناختی از مدل‌های تحلیلی، تربیتی یا خانوادگی برخوردارند. برای مثال در ادامه به برخی از آنها اشاره می‌شود:

در رویکرد به اختلال شخصیت خود شیفته رویکردهای متنوعی وجود دارد: ماترسون (۱۹۹۹، ۱۹۹۸) بیان کرده است که وجه مشترک رویکردهای روان تحلیل‌گری این است که بر تجربیات منفی دوران کودکی به عنوان عاملی مهم در سبب‌شناسی اختلال شخصیت خودشیفته تمرکز کرده‌اند. البته، شایان ذکر است که این دیدگاه در زمینه سبب‌شناسی خودشیفتگی، تفاوت محرز با مدل یادگیری خودشیفتگی میلون دارد که فرض می‌کند خودشیفتگی از والدینی یاد

1- Hartung & Widiger

2- Garb

3- Matter son

گرفته می‌شود که در فرزندپروری خود اغراق آمیز عمل می‌کنند (کمپل و بامیستر، ۲۰۰۶).

یا در رویکرد به اختلال شخصیت اسکیزوتایپی عوامل ژنتیک و بررسی وابستگان نسبی مطرح می‌شود و نیز سوءتغذیه پیش از تولد عاملی مخاطره‌آمیز در این زمینه گزارش شده است (هالجین و همکاران، ۲۰۰۳).

همچنین در رویکرد به اختلال شخصیت اسکیزوئید عوامل ژنتیک و بررسی وابستگان نسبی مطرح می‌شود و نیز مشکل در ساختار مغز (کاهش حجم لوب گیجگاهی) (ساراسون و ساراسون، ۱۹۸۷).

از سوی دیگر گفته شده آسیب‌های دوران کودکی می‌تواند پیش‌بین اختلال شخصیت در بزرگسالی باشد (کوهات، ۱۹۷۱، کوهات، ۱۹۷۷، اتوی و ویگنولز، ۲۰۰۶ به نقل از کرینگ، ۲۰۱۰).

علائم، ویژگی‌ها و تصویر بالینی اختلالات:

هر کدام از اختلالات خوشه‌های سه گانه ویژگی‌های خاصی دارند که به برجسته‌ترین آن اشاره می‌کنیم:

مشخصه بیماران اختلال شخصیت پارانوئید، وجود شکاکیت مفرط است (کاپلان و سادوک ۲۰۰۷).

بیماران اختلال شخصیت اسکیزوتایپال نیز نحوه تفکری بسیار منحصر به فرد، افکار عجیب و همچنین افکار منتسب به خود دارند (کاپلان و سادوک ۲۰۰۷).

مشخصه بیماران اختلال شخصیت اسکیزوئید، بی‌علاقگی به روابط اجتماعی، بی‌علاقگی به روابط جنسی، فعالیت‌های لذت بخش اندک، بدون دوست

1- Salekin

2- Haljin

3- Sarason & Sarason

4- Kohut, Otway & Vignots

صمیمی، بی تفاوت به تحسین یا انتقاد، منزوی، سرد و بی احساس (کاپلان و سادوک ۲۰۰۷).

شخصیت‌های ضد اجتماعی دارای الگوی بازگشت کننده رفتار ضد اجتماعی، متخلفانه و جنایتکارانه هستند (ماج، اکسیکال، مزیح و اوکاشا، ۲۰۰۵)، همچنین الگوی فراگیر بی توجهی به حقوق دیگران، علائم اختلالات سلوک در کودکی و نوجوانی، رفتارهای غیرمسئولانه، پرخاشگرانه و تکانشی است (کرینگ و همکاران ۲۰۰۷).

بیماران مبتلا به اختلال شخصیت مرزی در مرز نوز و پسیکوز قرار دارند و مشخصه بارز آنها ناپایداری خلق، حالات عاطفی، رابطه با واقعیت و خودانگاره است. به نظر می‌رسد، این بیماران همیشه در بحران به سر می‌برند. چرخش‌های سریع خلق، رفتارهای غیرقابل پیش‌بینی، خودزنی‌های مکرر، همزمان بودن احساس خصومت و وابستگی و روابط بین فردی آشفته و به هم ریخته از خصوصیات بارز این نوع اختلال شخصیت است. همچنین، تکانشی بودن، احساس مزمن پوچی و فقدان احساس هویت، دوپاره‌سازی در روابط بین فردی، و خودکشی از دیگر ویژگی‌های این اختلال است (APA، ۲۰۰۰).

شخصیت‌های نمایشی دارای رفتار بیش از حد نمایشی و توجه طلبانه، با احساساتی دراماتیک و اغواگرانه است (کرینگ و همکاران ۲۰۰۷).

شخصیت‌های خودشیفته دارای دیدگاهی پر طمطراق در مورد توانایی خود، خیال‌پردازی‌های راجع به موفقیت‌های بزرگ و نیاز به توجه مدام و ستایش بیش از حد است (کرینگ و همکاران ۲۰۰۷).

شخصیت‌های وابسته دارای مشکل در تصمیم‌گیری، مسئولیت‌پذیری به تنهایی، احساس درماندگی در تنهایی به علت عدم اعتماد به نفس، جستجوی مضطربانه روابط جدید و اشتغال ذهنی با ترس و حالات اتکائی است (DSM-IV-TR، 2007).

شخصیت‌های وسواس / اجبار با اشتغال ذهنی با مقررات، جزئیات و سازماندهی، کمال‌طلبی مفرط، انعطاف‌ناپذیری، خست، سرسختی، کارمداری و اکراه در کار سپاری به دیگران است (DSM-IV-TR، 2007).

البته باید گفت هم نوع بهنجار از این تیپ‌ها و صفات شخصیتی وجود دارد و هم انواع فرعی این پدیده مطرح شده است که در زیر به مواردی به‌عنوان مثال اشاره می‌شود:

مثلاً مکانیسم‌های پارانوئید بخش طبیعی از ماتریس‌های تکامل روانی هستند، توسعه ضروری ویژگی‌های اصلی باید در انسان‌ها وجود داشته باشد، اما اگر چند برابر شود یا زیاد شود مشکل شخصیت پارانوئید می‌شود.

نمونه طبیعی نمونه هشیار است که (اولدهام و موریس^۱، ۱۹۹۵) آن را معرفی کرده‌اند. آنها افرادی هشیار و بسیار مستقل هستند و نسبت به آزادی و قدرت حساس هستند. در برخورد با دیگران بسیار محتاط بوده و فقط بعد از ملاحظات دقیق وارد رابطه می‌شوند (دیویدسون^۲، ۲۰۰۷).

(اولدهام و موریس، ۱۹۹۵) همچنین انواع فرعی شخصیت اسکیزوئید شامل (تأثیرناپذیر، دور، شخصیت‌زدائی شده، بی‌حال) را هم معرفی کرده‌اند.

1- Oldham & Morris

2- Daivdson

یا فردی با اختلال شخصیت اسکیزوتایپی تمایل به تجربه عجیب و غیرعادی دارد که افراد سالم ممکن است با درجه خفیف‌تری این تجربه را داشته باشند (هاسلم و کیم^۱، ۲۰۰۲).

همچنین انواع فرعی شخصیت‌نمایشی هم شامل (هیستریونیک‌نمایشی، هیستریونیک‌پرنشاط، هیستریونیک‌خشنود، هیستریونیک‌متلاطم، هیستریونیک‌فریکار)، معرفی شده است (میلون و دیویس^۲، ۲۰۰۰).

در این تحقیق ما با یک فرضیه اصلی روبه‌رو بودیم که در زیر آمده است: فرضیه پژوهش: بین میزان اختلالات شخصیت در زنان و مردان تفاوت معناداری وجود دارد.

روش

پژوهش کنونی یک تحقیق علی/مقایسه‌ای بود که صرف نظر از حجم نمونه از لحاظ محتوا به مقوله شیوع‌شناسی و فراوانی اختلالات در دو جنس مرتبط است. جامعه آماری این پژوهش جامعه بزرگسالان سالم و بیمار ایران می‌باشد و با توجه به شرایط اجرای آزمون (شرط ۱۹ سال به بالا و حداقل ۸ کلاس سواد) جامعه ایرانی با سواد و بزرگسال جامعه پژوهش حاضر محسوب می‌گردد. تعداد نمونه این تحقیق مجموعاً ۹۸۳ نفر بوده که شامل ۵۹۹ زن و ۳۸۱ مرد است. روش نمونه‌گیری در این پژوهش، از نوع داوطلبانه و در دسترس بود. نمونه‌های سالم از طریق نصب آگهی در اماکن عمومی نظیر مراکز خرید، مجتمع‌های مسکونی، بانک‌ها، دانشگاه‌ها و اعلام در کلاس‌ها مشخص گردید.

1- Haslam & Kim

2- Davis

نمونه‌های بیمار نیز از ۵ مرکز مشاوره روانشناختی خصوصی در مناطق شمال، شمال غرب، شمال شرق، جنوب تهران، یک مرکز در کیش و یک مرکز در کرج انتخاب شد.

دو مرکز مشاوره روانشناختی دانشگاهی (دانشگاه الزهرا و علم و صنعت)، کلینیک روز بیمارستان روزبه، بخش بستری بیمارستان آزادی، بیماران مراجعه کننده به ۴ مطب بیماری‌های داخلی و یک مطب روانپزشکی در تهران، زندانیان محکوم به حبس بندهای مختلف ندامتگاه اوین (جهت نمونه‌های اختلال شخصیت ضداجتماعی و...) نیز جزو نمونه‌گیری بودند. در این تحقیق برای گردآوری اطلاعات، از پرسشنامه اختلال شخصیتی میلیون ۳ استفاده شد.

پرسشنامه چند محوری بالینی میلیون ۳

این آزمون در سال (۱۹۹۶) توسط تئودرمیلون و همکارانش ساخته شد. آزمون مذکور با گذشته‌ای طولانی و اصالتی تئوریک بر مبنای تئوری یادگیری زیستی/ اجتماعی میلیون و با انطباق با DSM-IV به‌عنوان تجدیدنظر در آزمون میلیون ۲ که در سال (۱۹۷۳) ساخته شده بود ارائه گردید (خدابخش ۱۳۸۰). در زمان ساخت آزمون میلیون ۲ میلیون و همکارانش در بررسی آزمون MMPI به این نتیجه رسیدند که دنیای روانشناسی بالینی و روانسنجی در خصوص اختلالات شخصیت دچار کاستی‌های عظیمی است، لذا این گروه با کمک اترن‌ها و رزیدنت‌های بخش روانپزشکی با کوشش فراوان بر مبنای DSM-II آزمون میلیون/ مینه سوتا را ساختند که در سال (۹۷۸) تحت عنوان میلیون ۲ معرفی شد. این پرسشنامه قلم/ کاغذی دارای ۱۷۵ سؤال، ۲۳ مقیاس بالینی بر مبنای DSM-III-R و ۳ مقیاس اعتبار، بد جلوه‌دهی و جامعه‌پسندی بود و هنجاریابی مقدماتی آن در سال (۱۳۷۳) توسط موگهی/ براهنی انجام شد.

میلون ۳ به ۱۰ الگوی شخصیتی (اسکیزوئید، اجتنابی، افسرده، وابسته، نمایی، خود شیفته، ضداجتماعی، خشن / دگرآزار، وسواس / اجبار، منفی‌گرا، خودآزار، سه الگوی شدید بیمارگونه شخصیتی (پارانوئید، مرزی، اسکیزوتایپال)، ۷ سندرم بالینی، (اضطراب، اختلال شبه جسمانی، دوقطبی / شیدائی، افسرده خوئی، وابستگی به الکل، اعتیاد، اختلال در استرس پس از ضربه و سه سندرم شدید بالینی (اختلال تفکر، افسردگی اساسی و اختلال هذیانی) می‌پردازد. این پرسشنامه در سال ۱۳۸۰ توسط روشنگر خدابخش در ایران آماده‌سازی، فارسی و هنجاریابی مقدماتی شد.

پایائی آزمون هم از طریق دونیمه‌سازی محاسبه شده است و آلفای کرونباخ محاسبه شده برابر ۹۰ درصد و ۹۳٪ بوده است که نشانگر همسانی درونی مقیاس‌های این پرسشنامه است. روایی محتوا، روایی وابسته به ملاک و روایی سازه آن، رضایت‌بخش گزارش شده است (خدابخش، ۱۳۸۰).

تجزیه و تحلیل

برای تجزیه تحلیل داده‌ها از آزمون‌های لون (با فرض برابر بودن و نابرابر بودن واریانس‌ها) و همچنین از آزمون تی جهت مقایسه انحراف معیارها استفاده شد.

یافته‌ها

برای دستیابی به نتایج تحقیق از دو سری نمرات، یعنی نمرات خام و نهائی یا تعدیل شده میلون استفاده شد. پس از دستیابی به شاخص‌های آماری دو جنس در هر دو دسته نمرات برای هر کدام از آنها از آزمون‌های آماری F و T استفاده شد. برای انجام آزمون تی مقدمات لازم انجام شد.

نتایج نشان داد که در واریانس‌های اختلال شخصیت وابسته در نمرات خام اختلاف معنادار مشاهده شد. با بررسی اختلاف میانگین‌ها مشخص شد که موارد اختلال شخصیت وابسته در زنان بیشتر است. به علت وسعت مقیاس‌ها فقط به آوردن دو نمونه از جداول به دست آمده در زیر اکتفا شده است.

جدول شماره ۳- بررسی اختلاف میانگین دو جنس در نمرات خام میلیون 3 در تست تی

مقیاس‌ها	آزمون تی برای برابری میانگین‌ها	T	DF	SIG	MEAN DIFFERENCE	STD ERROR DIFFERENCE
وابسته	فرض برابری واریانس‌ها	۵/۷۶۷	۹۷۸	.۰۰۱	۲/۰۲۳۲	۳۵۰۸
	فرض نابرابری واریانس‌ها	۵/۹۲۷	۸۷۹/۹۸۵	۰۰۱.	۲/۰۲۳۲	۳۴۱۴
نمایشی	فرض برابری واریانس‌ها	۱/۶۳۶-	۹۷۸	۱۰۲.	۴۷۷۴/-	۲۹۱۸
	فرض نابرابری واریانس‌ها	۱/۶۲۴-	۷۸۹/۶۰۵	۱۰۵.	۴۷۷۴/-	۲۹۴۰
خود شیفته	فرض برابری واریانس‌ها	۲/۴۹۸-	۹۷۸	۰/۱۳	۷۱۸۵/-	۲۸۷۶
	فرض نابرابری واریانس‌ها	۲/۵۱۱-	۸۲۳/۳۰۲	۰/۱۲	۷۱۸۵/-	۲۸۶۱
ضداجتماعی	فرض برابری واریانس‌ها	۲/۲۲۶-	۹۷۸	۰/۲۶	۶۷۱۱/-	۳۰۱۵
	فرض نابرابری واریانس‌ها	۲/۲۰۹-	۷۸۸/۱۲۸	۰۲۷	۶۷۱۱/-	۳۰۳۸
خشن/دگرآزار	فرض برابری واریانس‌ها	۱/۰۳۸	۹۷۸	۳۰۰	۳۸۳۳	۳۶۹۳
	فرض نابرابری واریانس‌ها	۱/۰۳۲	۷۹۴/۶۸۸	۳۰۲	۳۸۳۳	۳۷۱۳
وسواسی	فرض برابری واریانس‌ها	۰۶۷/-	۹۷۸	۹۴۷	-۲/۰۴۵۴E-۰۲	۳۰۷۵

مقایسه میزان شیوع اختلالات شخصیت در مردان و زنان

	فرض نابرابری واریانس ها	۰۶۷/-	۸۲۰/۴۱۳	۹۴۷	-۲/۰۴۵۴E-۰۲	۳۰۶۲
خشن/منفعل	فرض برابری واریانس ها	۳/۷۸۷	۹۷۸	۰۰۱	۱/۴۵۶۶	۳۸۴۶
	فرض نابرابری واریانس ها	۳/۸۱۰	۸۲۴/۷۶۱	۰۰۱	۱/۴۵۶۶	۳۸۲۴
خودآزار	فرض برابری واریانس ها	۵/۰۵۷	۹۷۸	۰۰۱	۱/۶۶۷۹	۳۲۹۸
	فرض نابرابری واریانس ها	۵/۱۷۲	۸۶۷/۹۹۷	۰۰۱	۱/۶۶۷۹	۳۲۲۵
اسکیزوتایپی	فرض برابری واریانس ها	۲/۹۷۸	۹۷۸	۰۰۳	۱/۰۸۹۶	۳۶۵۹
	فرض نابرابری واریانس ها	۳/۰۰۷	۸۳۴/۹۹۸	۰۰۳	۱/۰۸۹۶	۳۶۲۴
مرزی	فرض برابری واریانس ها	۴/۵۷۲	۹۷۸	۰۰۱	۱/۷۹۰۵	۳۹۱۷
	فرض نابرابری واریانس ها	۴/۶۴۶	۸۵۱/۷۰۶	۰۰۱	۱/۷۹۰۵	۳۸۵۴
پارانوئید	فرض برابری واریانس ها	۲/۱۴۹	۹۷۸	۰۳۲	۸۳۸۱	۳۹۰۰
	فرض نابرابری واریانس ها	۲/۱۲۶	۷۸۰/۷۴۰	۰۳۴	۸۳۸۱	۳۹۴۲
جامعه پسندی	فرض برابری واریانس ها	۱/۷۳۶-	۹۷۸	۰۸۳	۴۴۳۱/-	۲۵۵۲
	فرض نابرابری واریانس ها	۱/۷۳۶-	۸۰۹/۵۱۸	۰۸۳	۴۴۳۱/-	۲۵۵۲
بد جلوه دهی	فرض برابری واریانس ها	۵/۷۵۳	۹۷۸	۰۰۱	۳/۰۳۸۷	۵۲۸۱
	فرض نابرابری واریانس ها	۵/۸۴۲	۸۴۹/۶۷۲	۰۰۱	۳/۰۳۷۸	۵۲۰۱

جدول شماره ۴- تست تی در بررسی اختلاف میانگین و دو جنس

در نمرات نهایی آزمودنی‌های میلیون ۳

آزمون تی برای تساوی میانگین‌ها	T	DF	معناداری	تفاوت میانگین‌ها	STD.ERROR DIFFERENCE	95% CONFIDENCE INTERVAL OF THE DIFFERENCE	
						LOWER	UPPER
مقیاس‌ها							
اجتنابی	۳/۹۰۶-	۹۷۸	۰۰۱	۵/۹۳۹۸-	۱/۵۲۰۷	۸/۹۲۳۹-	۲/۹۵۵۶-
	۳/۷۹۹-	۷۳۴/۸۸۷	۰۰۱	۵/۹۳۹۸-	۱/۵۶۳۵	۹/۰۰۹۳-	۲/۸۷۰۳-
افسرده	۵/۱۷۰-	۹۷۸	۰۰۱	۹/۷۲۶۹-	۱/۸۸۱۳	۱۳/۴۱۸۸-	۲/۰۳۵۱-
	۵/۲۰۳-	۸۲۶/۱۷۹	۰۰۱	۹/۷۲۶۹-	۱/۸۶۹۳	۱۳/۳۹۶۱-	۶/۰۵۷۷-
وابسته	۴۳۵/-	۹۷۸	۶۶۴	۶۷۵۳/-	۱/۵۵۲۷	۳/۷۲۲۳-	۲/۳۷۱۸
	۴۴۳/-	۸۵۷/۲۳۶	۶۵۸	۶۷۵۳/-	۱/۵۲۴۶	۳/۶۶۷۶-	۲/۳۱۷۱
نمایشی	۹/۱۷۷	۹۷۸	۰۰۱	۱۱/۸۸۸۸	۱/۲۹۵۵	۹/۳۴۶۵	۱۴/۴۳۱۰
	۹/۶۸۲	۹۳۷/۰۵۴	۰۰۱	۱۱/۸۸۸۸	۱/۲۲۷۹	۹/۴۷۹۱	۱۴/۲۹۸۴
ضداجتماعی	۲/۲۹۹	۹۷۸	۰۲۲	۲/۹۸۱۶	۱/۲۹۶۷	۴۳۷۰	۵/۵۲۶۲
	۲/۲۴۲	۷۴۱/۳۷۱	۰۲۵	۲/۹۸۱۶	۱/۳۲۹۹	۳۷۰۷	۵/۵۹۲۵
خشن/دگرآزار	۵/۱۸۷	۹۷۸	۰۰۱	۵/۴۷۰۸	۱/۰۵۴۷	۳/۴۰۱۰	۷/۵۴۰۶
	۵/۰۴۵	۷۳۴/۹۲۸	۰۰۱	۵/۴۷۰۸	۱/۰۸۴۴	۳/۳۴۱۹	۷/۵۹۹۸
وسواسی	۷/۲۳۵	۹۷۸	۰۰۱	۸/۸۴۲۴	۱/۲۲۲۱	۶/۴۴۴۱	۱۱/۲۴۰۷
	۷/۸۲۰	۹۷۰/۳۴۷	۰۰۱	۸/۸۴۲۴	۱/۱۳۰۸	۶/۶۲۳۴	۱۱/۰۶۱۵
خشن/منفعل	۳۳۵	۹۷۸	۷۳۸	۵۰۳۵	۱/۵۰۳۶	۲/۴۴۷۲-	۳/۴۵۴۲
	۳۲۸	۷۴۹/۶۶۳	۷۴۲	۵۰۳۵	۱/۵۳۷۳	۲/۵۱۴۵-	۳/۵۲۱۵
اسکیزوتایپی	۷۷۵	۹۷۸	۴۳۸	۱/۱۵۰۴	۱/۴۸۴۱	۱/۷۶۱۹-	۴/۰۶۲۶
	۷۵۴	۷۳۶/۷۱۵	۴۵۱	۱/۱۵۰۴	۱/۵۲۴۸	۱/۸۴۳۱-	۴/۱۴۳۸
پارانویید	۴/۹۳۴	۹۷۸	۰۰۱	۶/۴۶۰۴	۱/۳۰۹۴	۳/۸۹۰۸	۹/۱۱۰۹
	۴/۷۸۵	۷۲۷/۵۰۶	۰۰۱	۶/۴۶۰۴	۱/۳۵۰۱	۳/۸۰۹۸	۹/۱۱۰۹

در نمرات تعدیل شده تست میلیون اختلاف معناداری در واریانس‌های اختلال شخصیت اجتنابی، افسرده، وابسته، نمایشی، ضداجتماعی، خشن/ دگرآزار، وسواس/ اجبار، خشن/ منفعل، اسکیزوتایپی و پارانوئید مشخص شد. با بررسی اختلاف میانگین‌ها با آزمون تی مشخص شد که موارد اختلال شخصیت نمایشی،

ضداجتماعی، خشن / دگرآزار، وسواس / اجبار و پارانوئید در زنان بیشتر است و موارد اختلال شخصیت اجتنابی، در مردان میزان بیشتری داشت.

نتایج با توجه به اینکه T به دست آمده در مقیاس‌های برشمرده از T بحرانی دو دامنه (با درجه آزادی‌های) مرتبط بزرگ‌تر است، بنابراین فرض صفر در موارد مذکور رد می‌شود و می‌توان ادعا کرد که با ۹۵ درصد اطمینان تفاوت معناداری بین این دو گروه از آزمودنی‌ها وجود دارد.

بحث و نتیجه‌گیری

نتایج نشان داد که در واریانس‌های اختلال شخصیت وابسته در نمرات خام اختلاف معنادار مشاهده شد. با بررسی اختلاف میانگین‌ها مشخص شد که موارد اختلال شخصیت وابسته در زنان بیشتر است.

این نتیجه با مطالعات (کرینگ و همکاران، ۲۰۰۷، گوندرسون، ۱۹۸۴ و پفول ۱۹۹۰، و کاپلان و سادوک، ۱۳۸۹) هم سو بود.

در نمرات تعدیل شده موارد اختلال شخصیت نمایشی، ضداجتماعی، خشن / دگرآزار، وسواس / اجبار و پارانوئید در زنان بیشتر است و موارد اختلال شخصیت اجتنابی، در مردان میزان بیشتری داشت.

در مطالعه خدابخش (۱۳۸۰) با آزمون میلیون ۲ اختلاف معناداری در واریانس‌های اختلال شخصیت اسکیزوئید، اجتنابی، خودشیفته، ضداجتماعی، خشن / دگرآزار، وسواس / اجبار، اسکیزوتایپی و مرزی مشاهده شد. با بررسی اختلاف میانگین‌ها با آزمون تی مشخص شد که موارد اختلال شخصیت اجتنابی و وسواس / اجبار، در زنان بیشتر بوده و موارد اختلال شخصیت اسکیزوتایپی و ضد اجتماعی در مردان میزان بیشتری داشت.

پس ملاحظه شد در میزان اختلال شخصیت وسواس / اجبار در این دو مطالعه همسوئی وجود داشت ولی در موارد اختلال شخصیت ضد اجتماعی و

اسکیزوتایپی همسوئی دیده نشد. همچنین مطالعات کرینگ و همکاران (۲۰۰۷) فقط در مورد افزایش اختلال شخصیت اجتنابی در مردان همسوئی دیده شد. همچنین با مطالعات (گوندرسون ۱۹۸۴ و پفول ۱۹۹۰)، در موارد اختلال شخصیت پارانوئید، ضداجتماعی، وسواسی / اجباری و اختلال نمایشی ناهمسو اعلام شده است. همچنین این نتایج با نتایج کاپلان و سادوک (۱۳۸۹) و نیز در موارد برشمرده اخیر ناهمسو بود و در اختلال نمایشی، نیز با مطالعه میلون و دیویس (۲۰۰۰) ناهمسو می باشد.

باید خاطر نشان کرد نمرات خام و تعدیل شده میلون ۳ نیز در نتایج اثرگذار است و گاه نتایج متفاوتی را به بار می آورد که از لحاظ روانسنجی واجد اهمیت و توجه است.

نظر به نتایج حاصل برای مطالعات شیوع شناسی پیشنهاد می شود چنانچه سنت این گونه مطالعات است در نمونه های در حجم وسیع این نوع بررسی ها انجام شود لذا به نظر می رسد این مطالعات در نمونه های بیشتر و با آزمون های دیگر هم نظیر مصاحبه بالینی پاس از پیتر تایرر، (خدابخش ۱۳۸۰) باید تکرار شود.

منابع

- ۱- ترابیان؛ لیلا، خدابخش؛ روشنگر (۱۳۹۱)، آسیب شناسی اختلال شخصیت مرزی، انتشارات زبان دانشجو، تهران.
- ۲- خدابخش؛ روشنگر (۱۳۸۰)، بررسی تأثیر تغییرات خلق به عنوان عاملی مستقل از شخصیت بر روی درجه بروز علائم و صفات اختلالات شخصیتی، (امکان توجیه علت عدم پایداری زمانی ابزارهای سنجش شخصیت و نیز امکان تقریب و وحدت میان رویکرد مقوله ای و ابعادی)، دانشگاه تهران.
- ۳- خواجه موگهی؛ ناهید (سال تحصیلی ۱۳۷۲-۱۳۷۳)، آماده سازی مقدماتی فرم فارسی پرسشنامه بالینی چند محوری میلون (MCMI-II) در شهر تهران، انستیتو روانپزشکی تهران.

۴- ویتبورن؛ سوزان کراس، هالجین؛ ریچارد پی (۱۳۸۵)، آسیب‌شناسی روانی، ترجمه: سیدمحمدی، تهران، نشر روان.

۵- کاپلان و سادوک، (۱۳۸۹)، خلاصه روانپزشکی علوم رفتاری - روانپزشکی بالینی، ترجمه: فرزین رضاعی، تهران، انتشارات ارجمند، جلد ۳، چاپ اول.

1- American Psychiatric Association, (2000), **Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-IV-TR)**, Fourth edition, 1994: revisd2000. Washington.DC: Author

2- Eskedal, G. A. & Demetri, J. M. (2006), Etiology and treatment of cluster C. Personality disorders, **Journal of Mental Health Counseling**, 28, 1 18.e

3- Costello, C. (1996), **Personality of personality disordered**, New York Wiley.

4- Faith, CH. (2009), Dependent Personality Disorder: A Review of Etiology and Treatment, **Graduate Journal of Counseling Psychology**, Vol. 1: Iss. 2, Article 7.

5- Garb, L.L.N., (1997), Race bias, social class bias, and gender bias in clinical judgment, **Clinical psychology: Science and practice**. 4, 99-120

6- Gunderson J.G. (1984), **Borderline Personality Disorder**. American Psychiatric Press: Washington.

7- Hartung, C.M. & Widiger, T.A., (1998), Gender differences in the diagnosis of mental disorders. Conclusions and controversies of the DSM-IV. **Psychological**, Bull tiny disorders. 123, 260-278

8- Haslam , N. & Kim,H.C. (2002), Categories and continua: Areview of taxometric research, **Genetic, Social, and General psychology Mono graphs**.

9- Jopling, D.A. (2001), **Placebo Insight: The Rationality of Insight-Oriented Psychotherapy**, John Wiley & Sons, Inc. J Clin Psychol 57: 19-36.

10- Kaplan Sadok B. & Sadok erenberg, O (1976), **Clinical psychiatry**. New York: Anderson .

11- Kerenberg, O (1976), **object relations theory and clinical psychoanalysis**, New York : Anerson.

12- Kring, A.M., Johnson, S.L., Davison, G.C. & Neale, J.M. (2010), **Abnormal psychology** (11th ed.,pp.354-374), New York: Wiley & Sons, Inc.

- 13- Kring, A.M., Johnson, S.L., Davison, G.C. & Neale, J.M. (2007), **Abnormal psychology** (10th ed), New York: Wiley & Sons, Inc.
- 14- Linehan, M.M., & Heard, H.L., (1999), **Borderline Personality disorder: Costs, course, and treatment outcomes**. In N.E.Miller, & K.M. Magruder (Eds), *Cost-effectiveness of psychotherapy: A guide for practitioners, rese archers, and policymakers* (PP.291-305), London. Oxford University Press.
- 15- Maj, M., Akiskal, H. Mezzich, J. Okasha, A. (2005), **Personality disorders**, John Willey and son press.
- 16- Millon ,T., Davis, R. (2000), **Personality disorder in modern life**, John Willey and son press.
- 17- Millon,T.,Grossman.s.,Millon.C.,Meagher.,S.Ramnath.,R.(2004) **Personality disorder in modern life**, John Willey and son press.
- 18- Nordahl, H .M hans, M & Nyseater (2005), schema focused therapy for patient with borderline personality disorder: A Single case series. **Journal of behavior therapy and experimental psychiatry**, 36,254 268 .
- 19- Oldham, John M. & Morris, Lois B. (1995), **The New Personality Self-Portrait: Why You Think, Work, Love and Act the Way You Do**. New York: Bantam.
- 20- Perry, J. C. (2005), **Dependent personality disorder**, In G. O.Gabbard, J. S.
- 21- Beck, & J. Holmes (Eds.), **Oxford Textbook of Psychotherapy**, (pp. 321- 328).
- 22- Oxford, NY: Oxford University Press Inc.
- 23- Sadock, B.J., Sadock, V.A.(2005), Kaplan & Sadock's **comprehensive textbook of psychiatry**, (8th ed).philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins.
- 24- Sadock, B.J., Kaplan, H. I. & Hyperlink, (2007), "<http://www.google.com/search?tbo=p&tbn=bks&q=inauthor:%22Virginia+A+Sadock,+M.D.%22>" Sadock, V. A 2007. Kaplan & Sadock's Synopsis of Psychiatry. Lippincott Williams & Wilkins, 2007.
- 25- Sarason, L. & Sarason,B.R. (1989), **Abnormal Psychology**, Sixth Edition. New York: Prentice-Hall.
- 26- Salkin ,R.T.(2002), psychopathy and therapeutic Pessimism Clinical lore or Clinical, **psychology Review**, 22 , 79-112.

27- Sperry, L. (2003), **Handbook of diagnosis and treatment of DSM, IV, TR Personality disorders (2nd ed.)**, New York: Brunner Rutledge.

28- Zanarini, M.C. (1989), The revised diagnostic interview for borderlines: Discriminating BPD from other axis II disorders, **Personality disorders**, 3, 10-18