

تعیین رابطه خودزنی و اختلال شخصیت در سربازان

فرهاد آوخ کیسمی^۱، * علی مهدوی^۲، محمد رضا ابراهیمی^۱

چکیده

مقدمه: اختلالات روانی علت مهمی از بیماری‌ها در میان سربازان می‌باشد و دلیل شایعی برای معافیت از خدمت سربازی بوده است. این مطالعه با هدف تعیین رابطه خودزنی و اختلال شخصیت در سربازان انجام گرفت.

روش بررسی: در این مطالعه موردی - شاهدهی ۳۰ سرباز مراجعه کننده به درمانگاه یک بیمارستان روانپزشکی (گروه مورد) و ۳۰ سرباز مراجعه کننده به درمانگاه یک مرکز نظامی غیرروانپزشکی (گروه شاهد) به صورت تصادفی انتخاب شدند. افراد تحت مصاحبه بالینی و معاینه روانی قرار گرفتند و اختلالات شخصیت در این بیماران براساس معیارهای DSM-IV-TR تشخیص داده شد. فراوانی خودزنی و اختلال شخصیت در میان این افراد مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها: در این بررسی ۶۳/۳٪ از سربازان مورد و ۶/۷٪ از گروه شاهد سابقه خودزنی داشتند. ۵۶/۷٪ بیماران روانپزشکی و ۲۰٪ سربازان شاهد مشخصه‌های اختلالات شخصیت داشتند. بطور کلی در گروه مورد ۷۸/۹٪ از افرادی که خودزنی داشتند در مقابل ۱۸/۲٪ افراد بدون سابقه خودزنی دارای اختلال یا صفات شخصیت کلاستر B بودند که از نظر آماری اختلاف معنی‌داری وجود داشت ($p=0/002$). این اختلاف در گروه شاهد نیز معنی‌دار باقی ماند ($p=0/003$).

بحث و نتیجه گیری: با توجه به ارتباط خودزنی با شخصیت کلاستر B و همچنین تکانشگری بودن این شخصیت‌ها، با بررسی قبیل از ورود به خدمت سربازی و شناسایی و درمان پیشگیرانه یا معاف کردن موارد شدید می‌توان از بروز خودزنی و خودکشی جلوگیری کرد.

کلمات کلیدی: سربازان، اختلال شخصیت، خودزنی

مقدمه

خودزنی (self-mutilation) به ایجاد زخم در بدن خود بدون قصد خودکشی گفته می‌شود [۱]. نام‌های دیگر برای این رفتار شامل صدمه سطحی به خود (self-harm) [۲]، رفتارهای خود آسیب رسان (self-injurious behavior) [۳] و جرح خویشتن (self-wounding) [۴] می‌باشد. خودزنی اغلب در بیمارستان‌های روانی و همچنین در کلینیک‌های سرپایی دیده می‌شود [۵]. این رفتار در بیماران ممکن است با انواع تشخیص از جمله سوء مصرف مواد، اختلال خوردن، اختلال استرس پس از سانحه (PTSD)، افسردگی شدید، اختلالات اضطرابی و اسکیزوفرنی [۶، ۷] و همچنین هر یک از اختلالات شخصیت [۸] به‌ویژه اختلال شخصیت مرزی [۹، ۷] همراه باشد.

خودزنی در افراد سالم نیز رخ می‌دهد. در حدود ۴٪ از جمعیت عمومی و ۱۴٪ از دانشجویان سابقه خودزنی گزارش شده است [۵]. اخیراً یک مطالعه نشان داده است ۳۵٪ از دانشجویان حداقل یک بار رفتار خودآزاری در طول عمر خود انجام داده‌اند [۱۰]. شواهدی وجود دارد که در سال‌های اخیر خودزنی بیشتر رایج شده است. به طوری که مطالعات مختلف میزان بالاتری از خودزنی در افراد نسل جوان را گزارش کرده‌اند [۱۱، ۷، ۱۲].

تلاش برای رسیدن به یک طبقه‌بندی مناسب در مورد رفتارهای خودزنی بیش از سه دهه ادامه دارد. با این وجود، تنها جایی که در چهارمین ویرایش کتابچه تشخیصی و آماری اختلالات روانی (DSM-IV-TR) به خودزنی اشاره شده، در بخش اختلال شخصیت بوده است. از سوی دیگر برخی مطالعات نشان داده‌اند که خودزنی به عنوان یک تشخیص جدا و نیز در افراد سالم رخ می‌دهد. در نتیجه بسیاری از محققان بر روی خودزنی به عنوان یک پدیده رفتاری مجزا و نه به عنوان نشانه‌ای از اختلال شخصیت مرزی، مطالعه کرده‌اند. در حال حاضر، درک اولیه از خودزنی، از جمله طبقه‌بندی، تشخیص و

درمان آن هنوز هم وجود ندارد [۵]. درک بهتر از رفتارهای خودزنی برای درمان مؤثر آن بسیار مهم است. تاکنون هیچ درمان ثابت شده‌ای برای خودزنی وجود ندارد. نشان داده شده است که رفتار درمانی دیالکتیکی در زنان مبتلا به اختلال شخصیت مرزی باعث کاهش تعداد موارد خودزنی و بستری در بیمارستان شده است، هر چند تحقیقات بیشتر برای تعیین میزان اثربخشی این مداخله مورد نیاز است [۱۳].

به نظر می‌رسد برش پوست رایج‌ترین شکل از خودزنی است که در حداقل ۷۰٪ از افراد دیده شده است. بین ۲۱ تا ۴۴٪ از آنها به خود ضربه زده و بین ۱۵ تا ۳۵٪ بدن خود را می‌سوزانند [۳، ۱۱، ۱۴، ۱۵]. بیشتر افراد برای خودزنی، بیش از یک روش استفاده می‌کنند. سن شروع معمولاً بین ۱۴ تا ۲۴ سال است [۳، ۱۵].

روانپزشکان خاطر نشان می‌کنند که افرادی که اقدام به خودزنی می‌کنند جرح خویشتن را در طول سال‌ها و به صورت مزمزمن انجام می‌دهند. خودزنی در ۳۰٪ افرادی که به سوء مصرف داروهای خوراکی می‌پردازند و ۱۰٪ سوء مصرف کنندگان تزریقی پذیرفته شده در واحدهای درمان مواد مشاهده می‌شود. این بیماران معمولاً در دهه سوم زندگی بوده و ممکن است مجرد یا متأهل باشند. اکثر آنان خودزنی را با ظرافت و نه با خشونت انجام می‌دهند. بریدن در خلوت و با تیغ ریش تراشی، کار، شیشه و یا آینه صورت می‌گیرد. مچ دست، بازو، ران‌ها و پاها بیشتر و صورت، سینه و شکم کمتر بریده می‌شوند. اکثر افراد خودزن ادعا می‌کنند که هیچ دردی حس نمی‌کنند. دلایلی هم که ارائه می‌کنند خشم نسبت به خود یا دیگری، رفع تنش یا میل به مردن است. اکثر این افراد، مبتلا به اختلالات شخصیت و درونگرا و نوروتیک‌تر از گروه شاهد بوده و رفتار خصمانه‌تری دارند. سوء مصرف الکل و سایر مواد، شایع است و اکثر افراد خودزن سابقه اقدام به خودکشی دارند [۱]. هنوز معلوم نیست که آیا خودزنی در زنان شایع‌تر است یا مردان، اگر چه برخی از محققان بیان کرده‌اند که خودزنی در زنان شایع‌تر است. در میان مطالعات بر روی بیماران، در حالی

با توجه به وجود موارد مبتلا به خودزنی در سیستم‌های نظامی و مشکلاتی که این رفتار برای فرد و ارگان‌های ذیربط ایجاد می‌کند ما در این مطالعه بر آن شدیم تا به بررسی موارد خودزنی در میان سربازان و همچنین بررسی شخصیتی آنها بپردازیم. لذا این مطالعه با هدف تعیین رابطه خودزنی و اختلال شخصیت در سربازان انجام گرفت.

روش بررسی

در این مطالعه که به صورت مورد-شاهدی انجام شد دو گروه از سربازان در سال ۱۳۹۲-۱۳۹۱ وارد مطالعه شدند. گروه اول (مورد) به صورت تصادفی از میان سربازانی انتخاب شدند که به یکی از مراکز روانپزشکی ارتش ارجاع داده شده بودند و گروه دوم (شاهد) از بین سربازانی بودند که با سایر دلایل (غیرروانپزشکی) به یکی دیگر از مراکز درمانی ارتش مراجعه کرده بودند. تعداد افراد مورد نیاز برای هر یک از گروه‌ها بر اساس فرمول حجم نمونه حداقل ۳۰ نفر در نظر گرفته شد. پروتکل مطالعه در کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی ارتش مورد تأیید قرار گرفت. با توجه به عدم انجام مداخله درمانی و عدم ثبت مشخصات فردی به موافقت شفاهی اکتفا شد و افراد در صورت عدم تمایل شرکت در تحقیق از طرح کنار گذاشته شدند.

ابتدا افراد مورد مطالعه در هر دو گروه تحت مصاحبه بالینی و معاینه روانی قرار گرفته و اختلالات و بیماری‌های روانپزشکی بر اساس معیارهای تشخیصی DSM-IV-TR توسط دو روانپزشک با تجربه تشخیص داده شد. داده‌ها شامل اطلاعات دموگرافیک (سن، تحصیلات و وضعیت تأهل)، سابقه خودزنی و تشخیص اختلالات شخصیتی با استفاده از فرم اطلاعاتی ثبت شد. پس از تکمیل اطلاعات، داده‌ها وارد نرم افزار SPSS نسخه ۱۶ گردید. تجزیه و تحلیل با استفاده از آمار توصیفی و مقایسه‌ای انجام شد. در کلیه تحلیل‌ها میزان $p < 0.05$ به عنوان سطح معنی‌دار در نظر گرفته شد.

که Zlotnick و همکاران [۷] شیوع بیشتر خودزنی را در زنان بیان کرده‌اند، چند مطالعه دیگر گفته‌اند که شیوع در مردان و زنان یکسان است [۱۴، ۱۱، ۹]. دو مطالعه در میان افراد سالم نیز تفاوت جنسیتی را پیدا نکردند [۱۱، ۱۰].

مطالعات برای یافتن ارتباط میان خودزنی و متغیرهای روانشناختی بسیار صورت گرفته است. یافته‌ها مبنی بر وجود ارتباط خودزنی با صفات شخصیت مرزی [۱۶، ۸]، خودکشی [۱۷، ۳]، اختلالات تجزیه‌ای [۱۸، ۱۶، ۱۴، ۱۲، ۱۱، ۸] و اضطراب [۱۱، ۹] وجود دارد. اختلال PTSD نیز به نظر می‌رسد اغلب در افرادی که به خود آسیب می‌رسانند رخ می‌دهد [۱۲].

اختلال شخصیت (personality disorder) به تعریف DSM-IV-TR عبارت است از تجارب درون ذهنی و رفتاری با دوامی که بر معیارهای فرهنگی منطبق نیست، نفوذی غیرقابل انعطاف دارد، از نوجوانی یا جوانی شروع می‌شود، در طول زمان تغییر نمی‌کند و موجب ناخشنودی فرد و مختل شدن کارکردهایش می‌شود. شخصیت (personality) را می‌توان کلیت منحصر به فردی از صفات هیجانی و رفتاری توصیف کرد که در زندگی روزمره به چشم می‌خورد و معمولاً ثابت و قابل پیش بینی است. هرگاه این کلیت چنان تفاوت کند که از طیف متنوعی که در اکثر افراد یافت می‌شود، فراتر رود و هرگاه صفات شخصیتی، غیر قابل انعطاف و غیرانطباقی باشد و کارکردهای فرد را مختل سازد یا رنج و عذاب درون ذهنی برایش ایجاد کند، تشخیص اختلال شخصیت را می‌توان مطرح کرد [۱۹]. بیماران با اختلال شخصیت دارای صفات شخصیتی انعطاف‌ناپذیر و ناسازگارانه و دچار اختلال کارکردی قابل ملاحظه و مزمن هستند. بیشتر آنها معتاد به مواد هستند. به علاوه بسیاری از مجرمان و زندانیان اختلال شخصیت دارند. اختلال شخصیت همچنین فاکتور پیشگویی‌کننده‌ای برای دیگر اختلالات روانپزشکی (همانند سوءمصرف مواد، خودکشی، اختلالات خلقی و اختلالات اضطرابی و...) است و با نتایج درمانی بیماری‌های محور یک تداخل ایجاد می‌کند. همچنین با افزایش ناتوانی و بیماری و مرگ و میر همراه است [۱۹].

یافته‌ها

۳۰ نفر از سربازان در هر یک از دو گروه مورد و شاهد وارد مطالعه شدند. میانگین سنی افراد گروه مورد $21/9 \pm 2/2$ سال و در گروه شاهد $21/6 \pm 2/8$ سال بود. میانگین سال‌های تحصیل افراد مورد و شاهد به ترتیب $8/8 \pm 3/2$ سال و $10/9 \pm 2/7$ سال بود. ۱۱ نفر ($37/6\%$) از افراد مورد متأهل بودند. در افراد شاهد ۱ نفر ($3/3\%$) متأهل وجود داشت. بررسی سابقه خودزنی در بین افراد نشان داد که ۱۹ نفر ($63/3\%$) افراد مورد و ۲ نفر ($6/7\%$) افراد شاهد سابقه خودزنی داشتند. آزمون کای اسکوار اختلاف معنی‌داری بین دو گروه از نظر شیوع خودزنی نشان داد ($p < 0/001$).

بررسی صفات شخصیتی و اختلالات شخصیت در بین افراد مورد نشان داد که ۱۳ نفر ($43/3\%$) اختلال شخصیت نداشتند و بقیه افراد ($56/7\%$) مشخصه‌های اختلالات شخصیت را داشتند. در گروه شاهد نیز ۲۴ نفر (80%) اختلال شخصیت نداشتند و ۲۰٪ افراد مشخصه‌های اختلالات شخصیت را داشتند. جدول ۱ فراوانی اختلال شخصیت را در بین افراد دو گروه، نشان می‌دهد. جدول ۲ رابطه خودزنی با اختلال شخصیت را در گروه مورد نشان می‌دهد. همان‌طور که مشخص است در میان افرادی که در گروه مورد خودزنی داشتند، اختلال شخصیت کلاستر B در ۶ نفر (شامل ۳ نفر $15/8\%$) مرزی و ۳ نفر $15/8\%$) نمایشگری و صفات شخصیت کلاستر B در ۹ نفر ($47/4\%$) وجود داشت. به‌طور کلی ۱۵ نفر ($78/9\%$) از افراد مورد که خودزنی داشتند در مقابل ۲ نفر ($18/2\%$) افراد بدون سابقه خودزنی دارای اختلال یا صفات شخصیت کلاستر B بودند که از نظر آماری اختلاف معنی‌داری وجود داشت ($p = 0/002$). از ۲ نفر سرباز دارای سابقه خودزنی در گروه شاهد یک نفر اختلال شخصیت مرزی و یک نفر اختلال شخصیت نمایشگری داشت. در این گروه نیز رابطه معنی‌دار بین وجود اختلال شخصیت کلاستر B با سابقه خودزنی وجود داشت ($p = 0/003$).

جدول ۱- فراوانی انواع اختلالات و صفات شخصیتی در بین سربازان مورد مطالعه

گروه مطالعه		نوع اختلال شخصیت
مورد	شاهد	
۳ ($10/0\%$)	۱ ($3/3\%$)	اختلال شخصیت مرزی
-	-	اختلال شخصیت ضداجتماعی
۴ ($13/3\%$)	۱ ($3/3\%$)	اختلال شخصیت نمایشگری
۱۷ ($56/7\%$)	۳ ($10/0\%$)	اختلال یا صفات شخصیت کلاستر B
۱۰ ($33/3\%$)	۱ ($3/3\%$)	صفات شخصیتی کلاستر B
-	۲ ($6/7\%$)	اختلال شخصیت کلاستر A
-	۱ ($3/3\%$)	اختلال شخصیت نامعین (NOS)

جدول ۲- بررسی رابطه اختلالات و صفات شخصیتی با خودزنی در بین سربازان

مقدار p	خودزنی		نوع اختلال شخصیت
	بله	خیر	
0/279	۳ ($15/8\%$)	-	دارد اختلال شخصیت مرزی
-	۱۶ ($84/2\%$)	۱۱ (100%)	ندارد
-	-	-	دارد اختلال شخصیت ضداجتماعی
-	۱۹ (100%)	۱۱ (100%)	ندارد
>0/999	۳ ($15/8\%$)	۱ ($9/1\%$)	دارد اختلال شخصیت نمایشگری
-	۱۶ ($84/2\%$)	۱۰ ($90/9\%$)	ندارد
*0/002	۱۵ ($78/9\%$)	۲ ($18/2\%$)	دارد اختلال یا صفات شخصیت کلاستر B
-	۴ ($21/1\%$)	۴ ($81/8\%$)	ندارد
*0/049	۹ ($47/4\%$)	۱ ($9/1\%$)	دارد صفات شخصیتی کلاستر B
-	۱۰ ($52/6\%$)	۱۰ ($90/9\%$)	ندارد

* معنی دار در سطح $p < 0/05$

بحث و نتیجه‌گیری

این پژوهش با هدف تعیین فراوانی خودزنی و رابطه آن با اختلال شخصیت در سربازان انجام شد. همچنین فراوانی خودزنی در افراد بیمار $63/3\%$ و در افراد سالم (گروه شاهد) $6/7\%$ بود. در بین سربازان گروه بیمار با سابقه خودزنی، $78/9\%$ صفات یا اختلال شخصیت کلاستر B داشتند که نشان‌دهنده ارتباط معنی‌دار بین این دو بود.

در مطالعه‌ای که فارسی و همکارانش [۲۰] بر روی ۳۰۱ نفر از سربازان ارتش در سال ۸۶-۱۳۸۵ انجام دادند به بررسی ارتباط بین افسردگی با سابقه خودزنی پرداختند. این مطالعه نشان داد که بین خودزنی و افسردگی ارتباط معنی‌داری وجود ندارد. فراوانی خودزنی در این مطالعه ۵٪ به‌دست آمد [۲۰].

که آموزش کادر نظامی در پادگان‌ها در راستای برخورد و تشخیص بیماری و بالا بردن سطح آگاهی فرماندهان و همچنین از میان برداشتن موانع قانونی و حقوقی که سد راه درمان این بیماران است، راهکاری مناسب جهت تشخیص زودتر این اختلال و بروز کمتر و خفیف‌تر آن است [۲۲].

مطالعه‌ای در لهستان توسط Florowski و همکارانش در سال ۱۹۹۴ بر اساس نتایج تحلیل بایگانی‌های پزشکی یک بیمارستان روانپزشکی انجام شد و بازنشستگی زودتر از موعد در کارکنان ارتش را مورد بررسی قرار دادند. اختلالات شخصیت در ۵۵/۳٪ موارد علت ترک زودرس از خدمت ارتش بود و در ۹۴٪ موارد علایم عدم سازگاری در سال اول خدمت رخ داد [۲۳].

به‌طور کلی یافته‌های این بررسی در تأیید این فرضیه است که خودزنی با شخصیت کلاستر B رابطه دارد و با توجه به تکانشگری بودن این شخصیت‌ها (که نشان دهنده مشکلات عملکردی و عدم توانایی خدمت سربازی این بیماران می‌باشد) بررسی قبل از ورود به خدمت سربازی و شناسایی و درمان پیشگیرانه یا معاف کردن موارد شدید می‌تواند از بروز خودزنی و خودکشی جلوگیری کرد.

در پایان با توجه به ارتباط معنی‌دار خودزنی و شخصیت کلاستر B در محیط‌های نظامی، پیشنهاد می‌شود قبل از شروع خدمت سربازان از نظر خودزنی بررسی شده و در صورت وجود این اختلال، انجام آزمون شخصیت، ارجاع به روانپزشک و بررسی از نظر وجود اختلال شخصیت کلاستر B اقدام شود، و در صورت تشخیص این اختلال شخصیت، در مورد معاف از رزم و نگهداری و حمل اسلحه یا معاف کردن مشمول با توجه به شدت اختلال شخصیت تصمیم‌گیری شود.

در مطالعه‌ای که توسط Klonsky و همکارانش [۵] بر روی ۱۹۸۶ نفر از سربازان تازه استخدام نیروی هوایی آمریکا انجام شد (۶۲٪ مرد بودند) افراد دارای سابقه و بدون سابقه خودزنی از نظر شخصیت و روانشناسی مورد مقایسه قرار گرفتند. در حدود ۴٪ از شرکت‌کنندگان سابقه خودزنی گزارش کردند که این افراد در مقایسه با شرکت‌کنندگان بدون سابقه خودزنی دارای علایم اختلال شخصیت مرزی، اختلال شخصیت اسکیزوتایپال، اختلال شخصیت وابسته و اختلال شخصیت اجتنابی (درون‌گزینه) بودند و علایم اضطراب و افسردگی را بیشتر از خود نشان دادند. این مطالعه بیان کرد، افرادی که مبادرت به خودزنی می‌کنند، بیشتر از سایرین دارای اختلالات شخصیت هستند [۵]. در این مطالعه فراوانی خودزنی در افراد بدون سابقه روانپزشکی مشابه مطالعه ما بود و همچنین میزان بروز بیشتر خودزنی در افراد دارای اختلال شخصیت نیز با نتایج ما یکسان است.

در مطالعه‌ای که توسط Bohnker و همکارانش [۲۱] بر روی ۱۵۰ بیمار با تشخیص بیماری روانپزشکی که در ناو هواپیمابر مشغول بودند، انجام شد، اختلالات محور دو یا اختلالات شخصیت (۱۲۰ نفر) از اختلالات محور یک (۴۶ نفر) شایع‌تر بود و اختلالات شخصیت در سربازان از پرسنل کادر ناو شایع‌تر بوده است. در این مطالعه شیوع رفتارهای خودکشی در ۶۸٪ از بیماران دیده شد که مشابه نتایج مطالعه ما در گروه مورد (سربازان بیمار) می‌باشد.

حسینی و همکارانش [۲۲] مطالعه‌ای بر روی ۱۵۰ نفر از کارکنان بیمار بستری و مراجعین سرپایی نظامی که خودزنی کرده و به یک بیمارستان روانپزشکی نظامی مراجعه کرده بودند، انجام دادند. آنها دریافتند که بیشتر بیماران خودزن، مبتلا به اختلال شخصیتی مرزی (۷۴٪) و سپس اختلال شخصیتی ضد اجتماعی (۸٪) بودند. همچنین بیشتر بیماران خودزن دارای علایم خودزنی قبلی (۸۵/۱٪) بودند. آنها نتیجه‌گیری کردند بیشتر این بیماران که دارای سابقه خودزنی بودند، از نظر احتمال انجام خودزنی قابل پیش‌بینی هستند و پیشنهاد دادند

References

1. Favazza AR, Rosenthal RJ. Diagnostic issues in self-mutilation. *Hospital & community psychiatry*. 1993;44(2):134-140.
2. Pattison EM, Kahan J. The deliberate self-harm syndrome. *The American journal of psychiatry*. 1983;140(7):867-872.
3. Herpertz S. Self-injurious behaviour. Psychopathological and nosological characteristics in subtypes of self-injurers. *Acta psychiatrica Scandinavica*. 1995;91(1):57-68.
4. Tantam D, Whittaker J. Personality disorder and self-wounding. *The British journal of psychiatry : the journal of mental science*. 1992;161:451-464.
5. Klonsky ED, Oltmanns TF, Turkheimer E. Deliberate self-harm in a nonclinical population: prevalence and psychological correlates. *The American journal of psychiatry*. 2003;160(8):1501-1508.
6. Haw C, Hawton K, Houston K, Townsend E. Psychiatric and personality disorders in deliberate self-harm patients. *The British journal of psychiatry : the journal of mental science*. 2001;178(1):48-54.
7. Zlotnick C, Mattia JI, Zimmerman M. Clinical correlates of self-mutilation in a sample of general psychiatric patients. *The Journal of nervous and mental disease*. 1999;187(5):296-301.
8. Herpertz S, Sass H, Favazza A. Impulsivity in self-mutilative behavior: psychometric and biological findings. *Journal of psychiatric research*. 1997;31(4):451-465.
9. Stanley B, Gameroff MJ, Michalsen V, Mann JJ. Are suicide attempters who self-mutilate a unique population? *The American journal of psychiatry*. 2001;158(3):427-432.
10. Gratz KL. Measurement of deliberate self-harm: Preliminary data on the Deliberate Self-Harm Inventory. *Journal of psychopathology and behavioral assessment*. 2001;23(4):253-263.
11. Briere J, Gil E. Self-mutilation in clinical and general population samples: prevalence, correlates, and functions. *The American journal of orthopsychiatry*. 1998;68(4):609-620.
12. Shearer SL. Phenomenology of self-injury among inpatient women with borderline personality disorder. *The Journal of nervous and mental disease*. 1994;182(9):524-526.
13. Scheel KR. The empirical basis of dialectical behavior therapy: Summary, critique, and implications. *Clinical Psychology: Science and Practice*. 2000;7(1):68-86.
14. Nijman HL, Dautzenberg M, Merckelbach HL, Jung P, Wessel I, del Campo JA. Self-mutilating behaviour of psychiatric inpatients. *European psychiatry : the journal of the Association of European Psychiatrists*. 1999;14(1):4-10.
15. Favazza AR, Conterio K. Female habitual self-mutilators. *Acta psychiatrica Scandinavica*. 1989;79(3):283-289.
16. Zweig-Frank H, Paris J, Guzder J. Psychological risk factors and self-mutilation in male patients with BPD. *Canadian journal of psychiatry. Revue canadienne de psychiatrie*. 1994;39(5):266-268.
17. Turell SC, Armsworth MW. Differentiating incest survivors who self-mutilate. *Child abuse & neglect*. 2000;24(2):237-249.
18. Brodsky BS, Cloitre M, Dulit RA. Relationship of dissociation to self-mutilation and childhood abuse in borderline personality disorder. *The American journal of psychiatry*. 1995;152(12):1788-1792.
19. Angstman KB, Rasmussen NH. Personality disorders: review and clinical application in daily practice. *American family physician*. 2011;84(11):1253-1260.
20. Farsi Z, Jabari Moroe M, Saghiri Z. The relationship between depression with self injury in Army soldiers seen in a Military Medical Outpatient Clinic in Tehran. *Ann Mil Health Sci Res*. 2010;8(2):104-111.
21. Bohnker B, McEwen G, Blanco J, Feeks E. Psychiatric diagnoses aboard an aircraft carrier. *Aviation, space, and environmental medicine*. 1992;63(11):1015-1018.
22. Hoseini SR, Donyavi V, Shafiqhi F, Rohani SM, Kazemi J, Gharahkhani S. The frequency of Suicidal-thinking in NEZAJA personnel in Tehran at 2004-5 year. *Ann Mil Health Sci Res*. 2008;5(4):1443-1446.
23. Florkowski A, Caban J, Zboralski K. Mental disorders in active service men as a reason for premature discharge from the army. *Psychiatria polska*. 1994;28(3):321-327.

The relation of self-mutilation and personality disorders among military soldiers

Avakh F¹, *Mahdavi A², Ebrahimi MR¹

Abstract

Background: Mental disorders are one of most common reason for early separation of soldiers from the military service. The purpose of this study was to evaluate the relation of self-mutilation and personality disorder among soldiers.

Materials and methods: In this case-control study, 30 soldiers referred to an army psychiatric hospital (cases) and 30 soldiers referred to another military health center (controls) were evaluated for personality disorders by clinical interviews on the basis of DSM-IV criteria. The frequency of self-mutilation and personality disorders were then analyzed by SPSS statistical software.

Results: Totally, 63.3% of case group and 6.7% of control group had history of self-mutilation. The frequency of personality disorders was 56.7% and 20% in cases and controls, respectively. In case group, 78.9% and 18.2% of patients, respectively, with and without a history of self-mutilation, had cluster B personality disorder ($P=0.002$). This difference remain significant among control group ($P=0.003$).

Conclusion: Regarding the relationship between self-mutilation with cluster B personality and impulsivity of these personalities, detection and preventive treatment of patients or exempt in severe cases prior to entering military service may be useful for reducing the incidence of self-mutilation and suicide.

Keywords: Soldiers, Personality Disorder, Self-Mutilation

1. Fellowship in military psychiatry,
Department of psychiatry, AJA
University of Medical Sciences,
Tehran, Iran

2. Fellowship in military psychiatry,
Department of psychiatry, AJA
University of Medical Sciences,
Tehran, Iran
(*Corresponding author)
a.mahdavi30@gmail.com