ابعادشخصیتی سرشت و منش در بیماران مبتلا به اختلال شخصیت مرزی و اختلال دوقطبی نوع دو

پروین رحمتی‌نژاد[۱]، داوود محمدی[۲]، فاطمه شاهی صدرآبادی[۳*]

[۱] کارشناس ارشد روان شناسی بالینی، بیمارستان نکویی- هدایتی - فرقانی- دانشگاه علوم پزشکی قم .قم ایران
[۲] دکترای روان شناسی بالینی.دانشگاه علوم پزشکی قم، قم ایران
[۳] دکترای روان شناسی، دانشگاه فرهنگیان یزد، یزد، ایران

تاریخ دریافت مقاله:۹۸/۱/۱۸ ؛ تاریخ پذیرش:۹۹/۵/۲٤

چکیده

زمینه و هدف: هدف از مطالعه حاضر بررسی و مقایسه ابعاد شخصیتی سرشت و منش در بیماران مبتلا به اختلال شخصیت مرزی و اختلال دوقطبی –II به منظور ارزیابی فرضیه تعلق اختلال شخصیت مرزی در طیف اختلالات خلقی بود.

روش: در این پژوهش که یک مطالعه مقطعی از نوع علی- مقایسه ای بود ٤۳ بیمار مبتلا به اختلال شخصیت مرزی و ٤۷ بیمار مبتلا به اختلال دوقطبی نوع دو مراجعه کننده به بیمارستان نکویی- فرقانی شهر قم با نمونه‌گیری دردسترس انتخاب شدند. این دو گروه با یکدیگر و با ٤٥ فرد سالم بوسیله پرسشنامه ۲٤۰ سوالی سرشت و منش (TCI) مورد مقایسه و ارزیابی قرار گرفتند. داده‌های بدست آمده با استفاده از آزمون های آماری تی مستقل، خی دو، آنووا و آزمون تعقیبی توکی مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

نتایج: نمرات دو گروه نمونه بالینی در ابعاد نوجویی، اجتناب از آسیب و خودراهبری در پرسشنامه سرشت و منش با گروه بهنجار تفاوت معناداری داشتند (P < ۰/۰٥). همچنین، نتایج تحقیق نشان داد که دو گروه بیماران مبتلا به اختلالات دوقطبی–II و اختلال شخصیت مرزی در ابعاد شخصیتی نوجویی، اجتناب از آسیب، پاداش– وابستگی ، همکاری و خودراهبری با یکدیگر شباهت دارند. (P > ۰/۰٥)

بحث: نتایج بدست آمده از پژوهش حاضر حاکی از شباهت بالای ویژگی‌های شخصیتی سرشت و منش در افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی و اختلال دوقطبی –II است. همچنین بر اساس تفاوت‌های شخصیتی مشاهده شده میان دو گروه نمونه بیمار و افراد بهنجار؛ می‌توان ابعاد آسیب‌شناسی این دو گروه را توصیف و تفسیر نمود.

کلمات کلیدی: سرشت و منش، اختلال شخصیت مرزی، اختلال دوقطبی نوع دو، رویکرد طیفی

نویسنده مسئول:
دکترای روان شناسی، دانشگاه فرهنگیان یزد، یزد، ایران

۰۹۱۷۷۲۹۳۱۶۸
E-mail: mohammadi.sd@gmail.com

مقدمه

پژوهش‌هایی که در سال های اخیر در مورد فرضیه طیف دوقطبی صورت گرفته شواهد مستدل و قابل‌توجهی را درباره ارتباط بین اختلالات طیف دوقطبی بویژه دوقطبی نوع دو و اختلال شخصیت مرزی فراهم آورده است. این فرضیه مدعی است که هر دو اختلال شخصیت مرزی و اختلالات طیف دوقطبی تظاهرات مختلفی از یک اختلال زمینه‌ای مشابه هستند.[۱-۴] طرفداران این فرضیه بر این باورند که اختلال شخصیت مرزی باید به عنوان بخشی از اختلالات طیف دوقطبی طبقه‌بندی شود. Akiskal یکی از نظریه‌پردازان بنام حوزه اختلالات خلقی، با توجه به یافته‌های پژوهشی و بالینی خود سعی در رد اعتبار تشخیصی اختلال شخصیت مرزی و مفهوم‌پردازی مجدد آن در اختلالات طیف-دوقطبی داشته است.[۳] علی‌رغم این موضوع، نتایج بدست آمده از سایر تحقیقات تفاوت‌های عمده‌ای را در زمینه روند بیماری، تاریخچه خانوادگی، پدیدارشناسی و پاسخ به درمان میان دو اختلال نشان می‌دهند.[۵و۶]

به اعتقاد صاحب‌نظران، بررسی و ارزیابی رابطه میان اختلالات روان‌شناختی مختلف با رویکرد توصیفی صرف به آن شکلی که در طبقه‌بندی تشخیصی اختلالات روان‌پزشکی (DSM) مشاهده می‌کنیم میسر نبوده و بهتر است علاوه بر مقایسه‌های توصیفی، به نقش عامل‌های بنیادین در سبب‌شناسی و آسیب‌شناسی انواع اختلالات هم پرداخته شود. هر چند که نزدیک به یک قرن قبل، Kraepelin متغیرهای شخصیتی را به عنوان عناصر زمینه‌ای یا ابتدایی برای ایجاد اختلالات سایکوتیک یا خلقی ضروری می‌دانست[۷] اما به نظر می‌رسد تمرکز جدی و عمده بر شناخت نقش عوامل بنیادین زیستی و روانی مشترک از جمله ویژگی‌های شخصیتی پیش‌مرضی، در ابتلا به انواع اختلالات روانی به تازگی آغاز شده است.

در میان نظریات مختلفی که در رابطه با شخصیت و عناصر مربوطه و آسیب‌شناسی روانی وجود دارد، الگوی biopsychosocial شخصیت که از سوی Cloninger ارائه گردیده از اهمیت بسزایی برخوردار است.[۸و۹] در این الگو، شخصیت از دو بعد بزرگ سرشت temperament و منش character تشکیل شده است. سرشت، اشاره به نوع گرایش فرد در پاسخ‌گویی خودکار به محرک‌های هیجانی دارد که عمدتا اساس ژنتیکی داشته و صرف‌نظر از نوع فرهنگ و یادگیری اجتماعی، در طول زندگی نسبتاً ثابت است.[۱۰] سرشت خود، متشکل از چهار بعد اجتناب از آسیب، نوجویی، پاداش-وابستگی و پشتکار می‌باشد. منش اشاره به تفاوت‌های فردی در روابط افراد با دیگران دارد که از تعاملات غیرخطی میان سرشت، محیط خانوادگی و تجارب زندگی فرد بوجود می‌آید.[۱۰] سه بعد منش عبارتند از : خودراهبری self-directedness ، خودفراروی self-transcendence و همکاریcooperativeness .

تحقیقات حاکی از آن است که افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی، در "پرسشنامه سرشت و منش" عمدتاً در اجتناب از آسیب، نوجویی، خودفراروی و نمرات پایین در خودراهبری، وابستگی به پاداش و همکاری نمرات بالا کسب می‌کنند.[۹و۱۱-۱۶]

به اعتقاد این محققان نمره بالا در زیرمقیاس اجتناب از آسیب، ویژگی‌های اضطرابی و خجالتی بودن این بیماران را توجیه می‌کند. تکانشگری و واکنش‌های شدید و ناگهانی می‌تواند برخاسته از سرشت "نوجویی" نیرومند در این بیماران باشد و انزوا و سردی این بیماران نیز به علت پاداش وابستگی پایین در ابعاد سرشتی است. Abraham & Zeigler-Hill چنین ترکیبی را دلیل بی‌ثباتی خلقی در بیماران مبتلا به اختلال شخصیت مرزی می‌دانند.[۱۵]

نتایج بدست آمده از مطالعات مختلف حاکی از آن است که بیماران مبتلا به اختلال دوقطبی در مقایسه با افراد سالم در بعد نوجویی[۱۷] اجتناب از آسیب[۱۴و۱۷-۱۹] و پاداش وابستگی[۱۴] و نمرات پایین در پشتکار[۲۰] و خودراهبری[۱۴و۱۷] نمرات بالا بدست می‌آورند.

مطالعات مقایسه‌ای صورت گرفته بر اساس ویژگی‌های شخصیتی و شخصیت پیش‌مرضی در افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی و اختلال دوقطبی بسیار محدود است. نتایج حاصل از یک تحقیق که به مقایسه ویژگی‌های شخصیتی دو اختلال می‌پرداخت نشان داد که روان‌رنجورخویی neuroticism بالا (مرتبط با بی‌ثباتی عاطفی) و موافقت‌جویی پایین، از ابعاد شخصیتی مشابه در افراد مبتلا به شخصیت مرزی و اختلال دوقطبی است. اما افراد مبتلا به شخصیت مرزی نسبت به افراد مبتلا به اختلال دوقطبی، نمرات بالاتری در بعد سرشتی اجتناب از آسیب harm avoidance کسب کردند.[۶]

براساس آنچه گفته شد لازم است پژوهش‌های بیشتری برای ارزیابی مجدد اعتبار مفهومی اختلال شخصیت مرزی در رویکرد مقوله‌ای DSM صورت بگیرد. بدین منظور باید شواهد تجربی کافی در زمینه سبب‌شناسی و آسیب‌شناسی مشترک اختلال شخصیت مرزی با اختلالات طیف دوقطبی بالاخص در حوزه عوامل شخصیتی و پیش‌مرضی فراهم آید. این موضوع، بویژه در زمینه کشف شباهت‌ها و تفاوتهای میان اختلال شخصیت مرزی و اختلال دوقطبی نوع دو، به دلیل شباهت بالای علامت‌شناختی از اهمیت بیشتری برخوردار است.

به عبارت دیگر، برای شناخت هر بیشتر رابطه میان این دو اختلال، علاوه بر تمرکز بر روی مطالعات مربوط به پدیدارشناسی، لازم است که از لحاظ عوامل شخصیتی اثرگذار نیز، به بررسی و مقایسه این دو اختلال پرداخت. این درحالی است که پژوهش‌های صورت گرفته در این زمینه محدود است. با توجه به مطالب فوق هدف از این مطالعه ارزیابی دو اختلال شخصیت مرزی و اختلال دوقطبی دو نوع دو در ابعاد سرشت و منش و مقایسه آن با گروه بهنجار بود.

مواد و روش‌ها

این پژوهش یک مطالعه مقطعی از نوع علی – مقایسه ای بود . جامعه آماری شامل تمامی بیماران مراجعه‌کننده به بخش اعصاب و روان بیمارستان نکویی- فرقانی شهر قم بودند که توسط روان-پزشک و بر اساس ملاک‌های DSM-V تشخیص اختلال شخصیت مرزی و اختلال دوقطبی نوع دو دریافت می‌کردند. ٤٧ بیمار مبتلا به اختلال دوقطبی نوع دو و ٤٣ بیمار مبتلا به شخصیت مرزی با روش نمونه‌گیری دردسترس و با توجه به امکانات پژوهشگر و مطالعات پیشین انتخاب شدند. ملاک‌های ورود به پژوهش عبارت بود از: سن بالای ۱۸ سال، برخورداری از حداقل سواد خواندن و نوشتن، رضایت آگاهانه برای شرکت در تحقیق و وضعیت خلق یوتایمیک در بیماران مبتلا به اختلال دوقطبی. ملاک‌های خروج از مطالعه عبارت بودند از: اختلالات غددی و نورولوژیکی، عقب-ماندگی ذهنی تایید شده و همایندی با سایر اختلالات روان‌پزشکی. ٤٥ نفر از کارکنان کادر پرستاری بیمارستان نیز به صورت دردسترس به عنوان گروه بهنجار انتخاب شدند. سه گروه در متغیرهایی مانند سن و جنسیت همتا شدند. روش اجرای پژوهش به این شکل بود که از بین بیماران مراجعه‌کننده سرپایی به بخش اعصاب و روان بیمارستان نکویی- فرقانی، بیمارانی که توسط روان‌پزشک و براساس ملاک‌های DSM-V تشخیص اختلال شخصیت مرزی و دوقطبی نوع دو می‌گرفتند برای اجرای پژوهش به تیم تحقیق ارجاع داده می‌شدند. برای تایید خلق یوتایمیک در بیماران مبتلا به اختلال دوقطبی و نیز بررسی وضعیت خلقی در گروه اختلال شخصیت مرزی، از مقیاس افسردگی همیلتون و مقیاس مانیای یانگ استفاده شد. در صورتی که نمره بیماران در این مقیاس‌ها کمتر از نقطه برش بود وارد مطالعه می‌شدند.

مقیاس رتبه‌بندی افسردگی همیلتون Hamilton Depression Rating Scale (HDRS)

در پژوهش حاضر از این ابزار برای سنجش وجود افسردگی و شدت آن استفاده گردید. این مقیاس ٢٤ گویه دارد که ابعاد مختلف افسردگی (رفتاری، شناختی، هیجانی، جسمانی، مسائل شغلی، اختلالات خواب، مشکلات جنسی، احساس گناه و هیپوکندریا) را ارزیابی می‌کند. مقیاس رتبه‌بندی همیلتون توسط مصاحبه کننده اجرا و روی مقیاس لیکرت نمره گذاری می‌شود. حساسیت و اختصاصی بودن آن در مطالعات مختلف تایید گردیده بطوری که حساسیت آن در تشخیص افسردگی ۰/۸۷ و نقطه برش آن نیز ۱۷ تخمین زده شده است.[۲۱] در جمعیت ایرانی یک مطالعه، پایایی بین ارزیاب‌ها را ۰/۹۵ گزارش داده است.[۲۲]

مقیاس سنجش مانیای یانگ Young Mania Rating Scale (YMRS)

این ابزار برای سنجش علائم مانیا در بیماران مورد استفاده قرار گرفت. این مقیاس دارای ۱۱ گزینه است که بر اساس مصاحبه بالینی با بیمار نمره گذاری می‌شوند. نمره کلی مقیاس بین ۰تا ٦٠ و نقطه برش آن نیز ۱۷ است. در جمعیت ایرانی ضریب روایی این مقیاس ۰/۹۲ گزارش شده است. همچنین ضریب پایایی مقیاس بر اساس آلفای کرونباخ ۰/۷۲ برای گروه بیمار و پایایی بین ارزشیابان را هم ۰/۹٦ بدست آمده است.[۲۳]

پرسشنامه سرشت و منش کلونینجر Cloninger temperament and Character Inventory (TCI)

برای سنجش ابعاد سرشت و منش شخصیت، از پرسشنامه شخصیتی کلونینجر (۱۹۹۲) استفاده شد.[۲۴] این پرسشنامه دو فرم ۲۴۰ و ۱۲۵ سوالی دارد که در این پژوهش، از فرم ۲۴۰ سوالی آن استفاده گردید. پرسشنامه سرشت و منش کلونینجر، چهار خرده مقیاس در بعد سرشت (نوجویی، آسیب پرهیزی، وابستگی پاداش و پشتکار) و ۳ خرده مقیاس در بعد منش (خودراهبری، همکاری و خودفراروی) را ارزیابی می‌کند. آزمودنی ها در یک مقیاس ۵ گزینه‌ای (کاملاً مخالفم) تا (کاملاً موافقم) به سوالات پاسخ می‌دهند. Sher & Bartholow پایایی بازآزمایی این پرسشنامه با فاصله دو هفته را ۰/۷۷ گزارش کردند.[۲۵] فرم فارسی این پرسشنامه توسط کاویانی و پورناصح اعتباریابی شده و ضرایب پایایی بازآزمایی خرده مقیاس‌های این پرسشنامه در دامنه ۰/۷۳ (برای وابستگی پاداش) تا ۰/۹ (برای خودراهبری) و آلفای کرونباخ خرده مقیاس‌ها را از ۰/٦٦ (برای خودراهبری) تا ۰/۹ (برای پشتکار) گزارش کرده‌اند.[۲۵]

روش تجزیه و تحلیل

داده‌های پژوهش در نرم افزار SPSS-24 و با استفاده از شاخص های آمار توصیفی (میانگین، انحراف استاندارد) و نیز آزمون تی مستقل، خی‌دو، تحلیل واریانس تک متغیره، آزمون تعقیبی توکی برای مقایسه‌های چندگانه مورد تحلیل قرار گرفتند.

نتایج

٤۳ بیمار مبتلا به شخصیت مرزی (با میانگین سنی ۲۵/۲۱ و انحراف استاندارد ۲/۵۷) و ٤۷ بیمار مبتلا به اختلال دوقطبی نوع دو (با میانگین سنی ۲٦/۳٦ و انحراف استاندارد ۲/۳۲) در پژوهش شرکت داشتند. ۲٦ نفر (٦۰/٤۷٪) از بیماران مبتلا به شخصیت مرزی زن و ۱۷ نفر (۳۹/۵۳ ٪) نیز مرد بودند. ۲۲ نفر (٤٦/۸۰٪) از بیماران مبتلا به دوقطبی نوع دو زن و ۲۵ نفر (۵۳/۲۰٪) نیز مرد بودند. میانگین سنی و انحراف استاندارد گروه بهنجار برابر با ۳/۱۵ ± ۲۷/۱۰ بود. ۲۸ نفر (٦۲/۲۲٪) از گروه نمونه بهنجار زن و ۱۷ نفر (۳۷/۷۸٪) مرد بودند. جدول شماره ۱ سایر داده‌های بالینی گروه نمونه بالینی را نشان می‌دهد.

همان‌طور که جدول ۱ نشان می‌دهد میانگین سن شروع بیماری در بیماران مبتلا به شخصیت مرزی کمتر از بیماران مبتلا به اختلال دوقطبی است و بین این دو گروه تفاوت معناداری در متغیر سن شروع بیماری وجود داشت (P =۰/۰۵). بین دو گروه بیماران مبتلا به شخصیت مرزی و دوقطبی نوع دو در میانگین تعداد دفعات بستری‌های پیشین و اقدام به خودکشی نیز تفاوت معنی‌داری دیده می‌شود: به ترتیب (P =۰/۰۳ و P =۰/۰۵). در گروه بیماران مبتلا به شخصیت مرزی میانگین موارد اقدام به خودکشی و دفعات بستری بالاتر است. در متغیرهای سابقه مصرف مواد و الکل و سابقه خانوادگی اختلالات خلقی تفاوت معناداری بین دو گروه نمونه بالینی مشاهده نشد.

جدول ۱: برخی اطلاعات بالینی در دو گروه بیماران مبتلا به اختلال شخصیت مرزی و دوقطبی نوع دو و مقایسه آنها با یکدیگر

	شخصیت مرزی	دوقطبی نوع دو	آزمون T یا X^2	P
میانگین سن شروع بیماری	۱۷/۱۲ ± ۱/۰۱	۲۳/۱۹ ± ۳/۸۹	t = ٤/۲۹	۰/۰۵
میانگین تعداد بستری های پیشین	٤/۳۲ ± ۱/۲۳	۱/۷۸ ± ۱/۰۰	t = ۵/۲٦	۰/۰۳
میانگین تعداد دفعات اقدام به خودکشی	۷/۲۰ ± ۲/۲٤	۳/٦۷ ± ۲/۲۹	t = ۳/۹٦	۰/۰۵
سابقه مصرف مواد و الکل	۲٦ (٦۰/٤٦)	(٤٦/۸۰)۲۲	x^2=۱/۲٤	۰/۲۳
سابقه خانوادگی اختلالات خلقی (درصد)	۱۷ (٪ ٤۱/۸٦)	۲۰ (٪٤۲/۵۵)	x^2=۱/۰۳	۰/٤۵
میانگین و انحراف استاندارد HDRS	۱۱/۲۷ ± ۵/۷۹	۱۳/۳۰ ± ٤/۲٦	t = ۱/۵۲	۰/۲۹
میانگین و انحراف استانداردYMRS	۳/۱۰ ± ۲/۰۸	۲/۱۵ ± ۱/۳۹	t = ۰/۹٤	۰/۳٦

جدول ۲: نتایج بدست آمده از تحلیل واریانس تک متغیره برای مقایسه میانگین سه گروه در نمرات TCI

متغیر	شخصیت مرزی Mean (SD)	دوقطبی دو Mean (SD)	گروه بهنجار Mean (SD)	آزمون آنوا f	آزمون آنوا p	Tukey Post Hoc
نوجویی	۲٤/۱۷ (٦/۳٥)	۲۲/۱۲ (٥/۲۷)	۱٥/٤۳ (٤/٤٤)	۷/۸٥	۰/۰۳۱	A=B>C
اجتناب از آسیب	۲۱/۱۳ (۷/٦۲)	۱۹/۲٤ (٥/۲٥)	۱۱/۱٦ (٦/٥۰)	٦/۷۸	۰/۰۳٤	A=B>C
پاداش –وابستگی	۲٦/۰۳ (۸/۲۹)	۲٥/۱٤ (٥/۱۸)	۲۸/۱٥ (٦/٥۳)	۲/۰۰	۰/۱۰۳	A=B=C
پشتکار	۲۰/۱۱ (٦/۱۱)	۲۸/۰۰ (٤/۲۹)	۳۰/٤۳ (٦/۸۲)	٦/۳۲	۰/۰٤۳	A<B=C
خودراهبری	۱۸/۱۰ (۳/۲۱)	۲۰/۲۰ (٤/۱۳)	۲٦/٥٦ (٦/۱۲)	٦/۹۲	۰/۰٤٦	A=B<C
همکاری	۳۲/۱٦ (٤/۸۸)	۳۳/۲٤ (٤/٥٦)	۳۳/۱٥ (۷/۱٦)	۱/۹۲	۰/٦۷۸	A=B=C
خودفراروی	۲۳/۰۸ (٤/۲٥)	۱٥/۱۳ (٥/۹٥)	۱۷/۱۳ (۸/۱۰)	٦/۳۹	۰/۰۲٤	A>B=C

A = گروه نمونه اختلال شخصیت مرزی، B = گروه نمونه اختلال دوقطبی دو ، C = گروه کنترل

با توجه به جدول شماره دو ، گروه های نمونه شخصیت مرزی و دوقطبی نوع دو در ابعاد نوجویی، اجتناب از آسیب، پشتکار، خودراهبری و خودفراروی با گروه بهنجار تفاوت معنادار داشتند. بین سه گروه، در نمرات بعد شخصیتی پاداش- وابستگی و همکاری، تفاوت معناداری مشاهده نشد. مقایسه دو گروه نمونه بالینی اختلال شخصیت مرزی و دوقطبی نوع دو نیز حاکی از آن بود که گروه نمونه اختلال شخصیت مرزی نمرات بالاتر در بعد شخصیتی خودفراروی و نمرات پایین‌تری در بعد شخصیتی پشتکار نسبت به گروه دوقطبی نوع دو بدست آورده بودند.

بحث

هدف از این مطالعه، بررسی و مقایسه ابعاد شخصیتی سرشت و منش در بیماران مبتلا به شخصیت مرزی و دوقطبی نوع دو با یکدیگر و با گروه بهنجار بود. نتایج نشان داد که دو گروه نمونه بالینی در ابعاد نوجویی، اجتناب از آسیب و خودراهبری با گروه بهنجار تفاوت دارند. نتایج بدست آمده از مطالعه حاضر، موید مطالعات پیشین است.[۱۳و۱۷و۱۸و۲٦]

همچنین، دو گروه بیماران مبتلا به اختلال شخصیت مرزی و دوقطبی نوع دو، در ابعاد شخصیتی نوجویی، اجتناب از آسیب، پاداش- وابستگی، همکاری و خودراهبری، با یکدیگر مشابه بودند. تفاوت معنادار بین دو گروه فقط در دو بعد خودفراروی و پشتکار مشاهده شد. از یافته‌های پژوهش می‌توان چنین استنباط نمود که احتمالا ویژگی‌های سرشت و منش مشترک، باعث ایجاد و تداوم علائم مشابه در بین بیماران مبتلا به اختلال شخصیت مرزی و دوقطبی نوع دو می‌شود.

به اعتقاد کلونینجر و همکارانش الگوی شخصیتی که همزمان نوجویی و اجتناب از آسیب بالا را در بربگیرد یک تعارض روی‌آوری- اجتناب را بوجود می‌آورد که سبب بی‌ثباتی خلق می‌شود[۲۷] و بی ثباتی خلق از علائم اصلی بیماران مبتلا به اختلال شخصیت مرزی و دوقطبی نوع دو است. علاوه بر این، نمره بالا در بعد شخصیتی نوجویی می‌تواند عامل تکانشگری بالا[۲۸و۲۹] در بیماران مبتلا به دوقطبی نوع دو و اختلال شخصیت مرزی باشد. در راستای نظریات جدید، می‌توان به مفهوم Affective temperament اشاره کرد که ارتباط منطقی بین اختلالات محور دو با اختلالات طیف دوقطبی را توجیه می‌کند. سرشت عاطفی یک وضعیت بیولوژیک و شامل سطوح مختلف انرژی و کیفیات خلقی است که نوع و چگونگی واکنش نسبت به محرک‌های بیرونی را تعیین می‌کند.[۳۰] به اعتقاد آکیسکال ویژگی‌هایی نظیر ثبات در طول زمان، شروع زودرس و مزمن بودن، وجهه شباهت میان مفاهیم سرشت و شخصیت است.[۳۱] با توجه به آنچه گفته شد Bradford Reich و همکارانش این فرضیه را پیشنهاد داده‌اند که اختلال دوقطبی و اختلال شخصیت مرزی ممکن است در سرشت چرخه‌ای که واکنش‌پذیری عاطفی و حساسیت در روابط بین‌فردی را در بر

می‌گیرد وجه اشتراک داشته باشند.[۳۲] MacKinnon و همکارانش نیز معتقدند که بی‌ثباتی عاطفی از ژنوتیپ مشترکی منشاء می‌گیرد که تحت تاثیر عوامل روانی- اجتماعی و محیطی می‌تواند فنوتیپ‌های متفاوتی داشته باشد.[٤] برای روشن‌تر شدن موضوع می‌توان به مطالعه Paris و همکارانش اشاره کرد که نشان دادند بی‌ثباتی عاطفی در اختلال شخصیت مرزی به محرک‌های محیطی وابسته است درحالی‌که در اختلال دوقطبی این نوع بی‌ثباتی عاطفی غیرمعمول است.[٤] همسو با این مطالعه، پژوهش Bradford Reich و همکارانش نیز حاکی از آن بود که افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی، در پاسخ به واکنش‌های محیطی، اضطراب، خشم شدید، ناراحتی و تحریک‌پذیری بیشتری را در مقایسه با افراد مبتلا به اختلال دوقطبی تجربه می‌کنند.[۳۲]

از دیگر نتایج مطالعه حاضر نمرات مشابه در بعد شخصیتی همکاری بین دو گروه نمونه بالینی بود که هر دو آنها نمرات پایین‌تری نسبت به گروه بهنجار کسب کرده بودند. بر اساس نظریه کلونینجر، نمرات پایین در بعد همکاری، نشان از آشفتگی در روابط بین‌فردی، روابط اجتماعی مختل و رفتارهای ناسازگارانه متعصبانه و متخاصم می‌باشد.[۳۳] نمرات پایین در بعد همکاری، روابط بین‌فردی و اجتماعی مختل در افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی[۳٤] و دوقطبی نوع دو[۳۵و۳٦] را توجیه می‌کند.

بعد شخصیتی خودراهبری، میزان درک افراد از خود به عنوان موجودی مستقل را ارزیابی می‌کند و تحت تاثیر یادگیری و تجارب زندگی شکل می‌گیرد. خودراهبری، بیانگر توانایی فرد در هدایت رفتارهای خود مطابق با اهداف و اصول اخلاقی و قواعد تعیین شده است. اکثر مطالعات، حاکی از آن است که بیماران مبتلا به اختلال شخصیت مرزی و دوقطبی نوع دو، اغلب نمرات پایینی در بعد خودراهبری بدست می‌آورند.[۱۳و۱٤] نمرات پایین در خودراهبری، مشکلات مسئولیت‌پذیری، فقدان اهداف طولانی‌مدت، اعتماد به نفس پایین و درگیری با هویت را توجیه می کند.[۳۷]

در مطالعه حاضر بیماران مبتلا به اختلال شخصیت مرزی و دوقطبی نوع دو نمرات پایینی در بعد پاداش وابستگی بدست آوردند. بعد شخصیتی پاداش- وابستگی ویژگی‌هایی چون صمیمیت در روابط، دلبستگی، گشودگی و احساساتی بودن را توصیف می‌کند. نمره پایین در این بعد، نشان از سردی عواطف، اشکال در دلبستگی و مشکلات وابستگی است. ویژگی‌هایی که اشکال در روابط صمیمانه و دلبستگی[۵و۳۸-٤۰] در بیماران مبتلا به اختلال شخصیت مرزی و دوقطبی نوع دو را توجیه می‌نماید.

نمره بالاتر بیماران مبتلا به اختلال شخصیت مرزی در بعد خودفراروی در مقایسه با بیماران مبتلا به دوقطبی نوع دو و افراد بهنجار را احتمالاً بتوان با تجارب سایکوزهای گذرا و علائم تجزیه‌ای در وقایع شدیدا استرس‌زا که اغلب این بیماران گزارش می‌دهند توجیه نمود.[۳٤] در یک مطالعه مستقل، بارنو و همکاران نیز نشان دادند که افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی، نمرات بالایی در بعد خودفراروی بدست می‌آورند.[٤۱]

به نظر می‌رسد که نیرومندتر بودن بعد خودفراروی و ضعیف‌تر بودن بعد پشتکار در بیماران مبتلا به اختلال شخصیت مرزی نسبت به بیماران مبتلا به اختلال دوقطبی از وجوه تفاوت این دو گروه باشد که منجر به تظاهرات متفاوت بیماری در این افراد، علی‌رغم زمینه‌های سایکوپاتولوژی مشترک، می‌شود. برای مثال، خودفراروی بالاتر منجر به تجارب سایکوتیک بیشتر در بیماران مبتلا به اختلال شخصیت مرزی می‌شود و نمرات پایین‌تر در بعد پشتکار همراه با نمرات پایین در بعد خودراهبری، در این دسته از بیماران، منجر به مشکلات هویتی بیشتر و ناتوانی در هدف‌گذاری و پیگیری طولانی مدت اهداف در زندگی می‌گردد.

مطالعه پیش رو، از جمله معدود مطالعاتی است که در کشور ما، ابعاد شخصیتی سرشت و منش را به طور مستقیم میان دو اختلال مورد بررسی و مقایسه قرار داده است. یافته‌های این پژوهش، می‌تواند ما را در درک بهتر عوامل سبب‌شناختی و آسیب‌شناسی اختلال شخصیت مرزی و دوقطبی نوع دو، یاری دهد. نمونه‌گیری در دسترس، عدم کنترل تاثیرات دارویی در پاسخگویی به سوالات آزمون، عدم کنترل طول مدت بیماری و شدت علائم، از جمله محدودیت‌های تحقیق بود.

نتیجه‌گیری

به طور کلی یافته‌های این پژوهش نشان داد که بیماران مبتلا به شخصیت مرزی و دوقطبی نوع دو در اغلب ابعاد شخصیتی سرشت و منش با یکدیگر مشابه هستند. این یافته‌ها در راستای نظریات مربوط به تعلق اختلال شخصیت مرزی در طیف اختلالات خلقی

است که ادعا می‌کنند هر دو اختلال از سرشت مشترکی برخوردارند که منجر به بروز علائم نسبتاً مشابه می‌شوند. علی‌رغم این موضـوع، نمی‌توان صرفاً بر اساس شباهت در ابعاد شخصیتی، ایـن فرضـیه را مورد تایید قرار داد. در واقـع، نیـاز بـه مطالعـات طـولی و مقطعـی بیشتری در زمینه سبب‌شناسی، آسیب‌شناسی، علامت‌شناسی، پاسـخ به درمان و غیره برای شناخت کافی از آسیب‌شناسی این دو اخـتلال و ارتباط میان آنها وجود دارد.

سپاسگزاری

محققان از تمامی بیماران و کارکنان بیمارستان نکـویی- فرقـانی که ما را در جمع‌آوری داده‌های پژوهش حمایت کردند، کمال تشکر و قدردانی را دارند.

References

1. Benazzi F. A relationship between bipolar II disorder and borderline personality disorder?*Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry* 2008; 32(4):1022-1029.
2. Benazzi F. Borderline personality and bipolar II disorder in private practice depressed outpatients. Compr Psychiatry 2000; 41; 106-110.
3. Akiskal HS. Demystifying Borderline personality disorder: critique of the concept and unorthodox reflections on its natural kinship with the bipolar spectrum. Acta Psychiatr Scand. 2004; 110:401-7.
4. MacKinnon DF, Pies R Affective instability as rapid cycling: Theoretical and clinical implications for borderline personality and bipolar spectrum disorders. Bipolar Disord .2006; 8; 1-14.
5. Agrawal HR, Gunderson J, Holmes BM, Lyon-Ruth K Attachment studies with bipolar patients: a review. Harvard Rev Psychiat. 2004; 12; 94-104.
6. Paris J, Gunderson J, Weinberg I The interface between Borderline personality disorder and bipolar spectrum disorders. Compr Psychiatry 2007; 48; 145-154.
7. Kraepelin E. Fundamental States, Chapter VII in Manic Depressive Insanity and Paranoia. (Translated by Barclay RM, edited by Robertson GM). Livingstone, Edinburgh, pp. 117–132. 1921.
8. Cloninger CR. A systematic method for clinical description and classification of personality variants: a proposal. Arch Gen Psychiatry 1987; 44: 573–88.
9. Cloninger CR, Svrakic DM, Przybeck TR. A psychobiological model of temperament and character. Arch Gen Psychiatry 1993; 50: 975–90.
10. Svrakic NM, Svrakic DM, Cloninger CR. A general quantitative theory of personality development: Fundamentals of a self-organizing psychobiological complex. Dev. Psycho-pathol. 1996, 8, 247–272.
11. Fassino S, Amianto F, Gastaldi F, Abbate-Daga G, Brambilla F & Leombruni, P. Personality trait interactions in parents of patients with borderline personality disorder: A controlled study using the Temperament and Character Inventory. Psychiatry Res. 2009, 165, 128–136.
12. Calati R, Giegling I, Rujescu D ,Hartmann AM, Moller H , De Ronchi D & Serretti, A.Temperament and character of suicide attempters. Psychiatry Res. 2008, 42, 938–945.
13. Joyce PR, Mulder RT, Luty SE, McKenzie JM, Sullivan PF, Cloninger CR. Borderline personality disorder in major depression: symptomatology, temperament, character, differential drug response and six month outcome. *Compr Psychiatry* 2003; 44:35–43.
14. Brändström S, Sigvardsson S, Cloninger R, Nylander PO. Bipolar Disorder: Temperament and character. J Affect Disorders 2004; 82(1): 131-4.
15. Zeigler-Hill V, Abraham J. Borderline personality features: instability of self-esteem and affect. J Consult Clin Psychol. 2006; 25; 6: 668.
16. Engström C, Svrakic DM, Whitehead C, Przybeck TR, Cloninger CR. Differential diagnosis of personality disorders by the seven-factor model of temperament and character. *Arch Gen Psychiatry* 1993; 50:991–999.
17. Evans L, Akiskal HS, Keck PE, Jr., McElroy SL, Sadovnick AD, Remick RA, et al. Familiality of temperament in bipolar disorder: support for a genetic spectrum. J Affect Disord. 2005; 85(1-2): 153-68.
18. Harly, J.A; Wells, J.E; Frampton, C. M.A; Joyce, P.R. Bipolar Disorder and the TCI: Higher Self-Transcendence in Bipolar Disorder Compared to Major Depression. Depress Res Treat. 2011, doi:10.1155/2011/529638.
19. Loftus, ST. Garno JL, Jaeger J, Malhotra AK. Temperament and character dimensions in bipolar I disorder: a comparison to healthy controls, Psychiatry Res. 2008, 42(13) 1131–1136.
20. Osher Y, Cloninger CR, Belmaker RH. TPQ in euthymic manic-depressive patients. J Psychiatr Res. 1996; 30(5): 353-7.
21. Ballesteros J, Bobes J, Bulbena A. Sensitive to change, discriminative performance and cut off criteria to define

remission for embedded short scale of the Hamilton depression rating scale. J Affect Disord. 2007; 102(3): 93-9.

22. Ebrahimi A, Neshatdoost HT, Mousavi SG, Asadollahi GA, & Nasiri H. Controlled randomized clinical trial of spirituality integrated psychotherapy (SIPT), cognitive-behavioral therapy (CBT) and medication intervention on depressive symptoms and dysfunctional attitudes in patients with dysthymic disorder. Adv Biomed Res. 2013; 2(53): 1-7 [In Persian].
23. Barekatin M, Tavakkoli M, Molavi H, Maroofi M, Salehi M. Normality, reliability and validity of Young Mania Rating Scale. *J Psychology* 2007; 2: 150-167 [In Persian]
24. Cloninger CR. The Temperament and Character Inventory (Version 9) In: Cloninger CR, editor. Department of Psychiatry. St. Louis, MO, 63110: Washington University School of Medicine; 1992. Available from PO Box 8134.
25. AliMohammadi AH, Shibani Noghabi F, Zahedi Tajrishi K. Comparison of Temperament- character Personality Characteristics among Addicted, Depressed, Anxious and Normal People. Knowledge & Research in Applied Psychology. 2012, 13(4). 51-60. [In Persian]
26. Kaess M, Resch F, Parzer P, von Ceumern-Lindenstjerna IA, Henze R, Brunner R. Temperamental patterns in female adolescents with Borderline personality disorder. J Nerv Ment Dis. 2013; 201:109–15.
27. Cloninger CR, Praybeck T, Svrakic DM, Wetzel R. The Temperament and Character Inventory: A guide to its development and use. Center for Psychobiology of Personality. St Louis: Washington University; 1994.
28. Lieb K, Zanarini MC, Schmahl C, Linehan MM, & Bohus M. Borderline personality disorder. Lancet 2004, 364(9432), 453–461.
29. Newman A, Meyer TD. Impulsivity: present during euthymia in bipolar disorder? A systematic review. International Journal of bipolar 2014, 2(2). DOI.org/10.1186/2194-7511-2-2.
30. Ehrt U, Brieger P, Marneros A. Temperament and affective disorders-historical basis of current discussion. Fortschr Neurol Psychiatr. 2003; 71:323-31.
31. Akiskal HS, Vázquez GH. Widening the borders of the Bipolar Disorder: validation of the concept of bipolar spectrum. Vertex 2006; 17; 340-6.
32. Bradford Reich D, Zanarini MC, Fitzmaurice G. Affective lability in Bipolar Disorder and Borderline personality disorder. Compr Psychiatry 2012; 53:230-237.
33. Cloninger, CR, Svrakic DM. Personality disorders. In. Sadock. BJ , Sadock VA. (Eds.), *Comprehensive textbook of psychiatry* (Eight Edition, pp. 2063-2105). Philadelphia, Lippincott Williams & Wilkins.2005. The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders Fifth Edition (DSM-5). 2013.
34. Druss, B.G., Hwang, I., Petukhova, M., Sampson, N.A., Wang, P.S., Kessler, R.C., Impairment in role functioning in mental and chronic medical disorders in the United States: results from the National Comorbidity Survey Replication. Mol Psychiatry 2009. 14, 728–737.
35. Huxley, N., Baldessarini, R.J. Disability and its treatment in bipolar disorder patients. Bipolar Disord. 2007, 9, 183–196.
36. Ali Malayeri N , Kaviani H , Asadi S M, FaridHoseini F. Evaluation of personality dimensions using the Cloninger Temperament and Character Inventory in subjects with borderline personality disorders. Tehran University Medical Journal, 2008, 66(9), 633-638. [In Persian]
37. Levy NK, Beeney JE, Temes CM. Attachment and its vicissitudes in borderline personality disorder, Curr Psychiatry Rep. 2011, 13, 50–59.
38. Goodwin FK., Jamison K. Manic-Depressive Illness: Bipolar disorder and recurrent Depression. 2nd Edition. New York, Oxford University Press. 2007.
39. Morriss R., van der Gucht E, Lancaster G, Bentall R. Adult attachment style and perceived criticism as trait or mood dependent features of bipolar 1 disorder: Group Dyn. 2009, 82(3), 267–277.
40. Barnow DS, Ruge J, Spitzer C, Freyberger HJ. Temperament and character in borderline personality disorder. Nervenarzt 2005; 76: 839–48.

Pavin Rahmatinejad[1], Davood Mohammadi[2], Fatemeh Shahi Sadrabadi[3*]

[1] *Msc in Clinical Psychology, Nekoei-Hedayati-Forghani Hospital, Qom University of Medical Science, Qom, Iran*
[2] *Phd in Clinical psychology. Qom University of Medical Science, Qom, Iran*
[3] *Phd in Psychology, Yazd Farhangian University, Yazd, Iran*

Personality Dimensions of Temperament and Character in Patients with Borderline Personality Disorder and Bipolar Disorder II

Received: 7 Apr. 2019; Accepted: 14 Aug. 2020

Abstract

Introduction: The purpose of this study was to investigate and compare personality dimensions of temperament and character in patients with borderline personality and bipolar II disorders in order to evaluate the hypothesis of "belonging of borderline personality disorder in moods disturbance spectrum."

Materials and Methods: 43 patients with borderline personality disorder, 47 patients with bipolar II who were referred to Nekuei-Forghani Hospital in Qom, were selected by convenience sampling. These two groups were evaluated and compared with each other and a total of 45 healthy subjects by a questionnaire of 240 items of temperament and character dimensions (TCI). Data were analyzed by independent sample t-test, Chi-square, ANOVA and Tukey's post hoc test.

Results: There were significant differences between two groups of clinical samples in terms of novelty, harm avoidance and self-direction in TCI with normal group (p<0/05). Also, the results of the study showed that the two groups of patients with borderline personality disorder and bipolar II were similar in novelty-seeking, harm avoidance, reward-dependency, cooperation and self-directedness (p>0/05).

Keywords: Temperament and character, Borderline personality disorder, Bipolar disorder II, Spectrum approach

***Corresponding Author:**
Phd in Psychology, Yazd Farhangian University, Yazd, Iran

Tel: 09177293168
E-mail: mohammadi.sd@gmail.com