Comparing Quality of Intimate Relationship and Anger Experience in Patients with Borderline Personality and Bipolar–II Disorders

Zohreh Khosravi, Parvin Rahmatinejad*, Azam Farah Bijari

Department of Psychology, Alzahra University, Tehran, Iran

Article Info:

Received: **1 Jan 2015** ***Accepted*****: 24 Jun 2015**

ABSTRACT

Introduction: Because of the high similarity of symptoms and clinical characteristics between borderline personality and bipolar spectrum disorders particularly bipolar-II disorder, some investigators reclassified borderline personality disorder on bipolar spectrum and considered common etiology for two disorders. In the present study in order to evaluate this hypothesis, intimate relationship and anger experience in borderline personality and bipolar-II disorders were compared. ***Materials and Methods:*** A sample consists of 27 borderline personality and 31 bipolar-II disorder outpatients, who were referred to the Psychiatric Ward of Kamkar-arabnia hospital in Qom, Iran were selected through convenience sampling method. They answered to "Quality of relationship inventory" (QRI) and "Multidimensional Anger Inventory" (MAI). The mean of variables in both groups were compared by Independent T-test. ***Results:*** The results of Independent T-test showed that there was no significant difference between two groups in quality of intimate relationship and anger experience. However, borderline and bipolar-II patients had a significant difference in conflict subscale of QRI and anger arousal subscale of MAI. Compared to the bipolar-II patients, borderline patients were obtained higher scores on both subscales. ***Conclusion:*** No significant difference between quality of intimate relationship and anger experience in borderline and bipolar-II groups may suggest authenticity of the hypothesis that borderline disorder belongs to bipolar spectrum and both disorders might have common etiology.

Key words:

1. Anger
2. Borderline Personality Disorder
3. Bipolar Disorder

***Corresponding Author:** Parvin Rahmatinejad

E-mail: *Rahmatinejadp@yahoo.com*

[Downloaded from shefayekhatam.ir on 2024-03-28]

[DOI: 10.18869/acadpub.shefa.3.4.1]

مقایسهٔ کیفیت رابطهٔ صمیمانه و تجربهٔ خشم در بیماران مبتلا به اختلالات شخصیت مرزی و دوقطبی نوع II

زهره خسروی، پروین رحمتی‌نژاد*، اعظم فرح بیجاری

گروه روانشناسی، دانشگاه الزهرا، تهران، ایران

اطلاعات مقاله:
تاریخ دریافت: ۱۱ دی ۱۳۹۳
تاریخ پذیرش: ۳ تیر ۱۳۹۴

چکیده

مقدمه: به دلیل شباهت بالای نشانه‌ها و مشخصات بالینی بین اختلالات طیف شخصیت مرزی و دوقطبی به‌ویژه اختلال دوقطبی -II، برخی از محققان اختلال شخصیت مرزی را با طیف دوقطبی طبقه‌بندی نموده‌اند و برای هر دو اختلال سبب‌شناسی مشترکی را در نظر گرفته‌اند. در مطالعهٔ حاضر به‌منظور ارزیابی این فرضیه، رابطهٔ صمیمی و تجربهٔ خشم در اختلالات شخصیت مرزی و دوقطبی -II مقایسه شده است. **مواد و روش‌ها:** نمونه شامل ۲۷ بیمار اختلال شخصیت مرزی و ۳۱ بیمار اختلال دوقطبی -II است که به بخش روانپزشکی بیمارستان کامکار -عرب‌نیا در قم، ایران ارجاع شده بودند که به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. آن‌ها به پرسشنامهٔ کیفیت رابطه و خشم چند بعدی پاسخ دادند. میانگین متغیرها در دو گروه با استفاده از آزمون تی مستقل مقایسه شد. **یافته‌ها:** نتایج آزمون تی مستقل نشان داد که تفاوت معنی‌داری بین دو گروه در کیفیت رابطهٔ صمیمی و تجربهٔ خشم وجود ندارد. با این حال، بیماران مبتلا به اختلال مرزی و اختلال دوقطبی -II تفاوت قابل‌توجهی در زیرمقیاس تعارض پرسشنامهٔ کیفیت رابطه و زیرمقیاس خشم‌انگیختگی خشم چند بعدی داشتند. در مقایسه با بیماران مبتلا به اختلال دوقطبی -II، بیماران مبتلا به اختلال مرزی نمرات بیشتری در هر دو زیرمقیاس به دست آوردند. **نتیجه‌گیری:** عدم وجود تفاوت معنی‌دار بین کیفیت رابطهٔ صمیمی و تجربهٔ خشم در گروه‌های مبتلا به اختلال مرزی و اختلال دوقطبی -II ممکن است به صحت این فرضیه که اختلال مرزی متعلق به طیف دوقطبی است، اشاره کنند و هر دو اختلال ممکن است سبب‌شناسی مشترکی داشته باشند.

کلید واژه‌ها:
۱. خشم
۲. اختلال شخصیت مرزی
۳. اختلال دوقطبی

* **نویسنده مسئول:** پروین رحمتی‌نژاد
آدرس الکترونیکی: *Rahmatinejadp@yahoo.com*

[Downloaded from shefayekhatam.ir on 2024-03-28]

[DOI: 10.18869/acadpub.shefa.3.4.1]

مقدمه

طبقه‌بندی اختلال شخصیت مرزی (BPD)[1] و اختلالات خلقی[2] همواره از مباحث چالش‌برانگیز در حیطهٔ روانپزشکی بوده است (۱). به‌ویژه مرزبندی بین اختلال شخصیت مرزی و اختلال دوقطبی نوع دو (BD-II)[3] با توجه به هم‌پوشی گستردهٔ علایم میان این دو اختلال، مجادلات فراوانی را در بین متخصصان حوزهٔ آسیب‌شناسی و طبقه‌بندی اختلالات روانی به همراه داشته است. انجمن روانپزشکی آمریکا ملاک‌هایی مانند الگوی بی‌ثبات و پرتنش روابط فردی (که با نوسان بین دو قطب آرمانی کردن و بی‌ارزش نمودن مشخص می‌شود)؛ بی‌ثباتی بارز و مستمر خودپنداره، رفتار تکانشی؛ تهدید (ژست) یا رفتارهای انتحاری مکرر یا رفتار خودزنی؛ بی‌ثباتی عاطفی به‌دلیل ماهیت واکنشی خلق؛ خشم شدید و نامتناسب یا اختلال در کنترل خشم و تفکر پارانوئید موقت وابسته به استرس یا علایم تجزیه‌ای شدید را از نشانه‌های بارز افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی می‌داند. از سوی دیگر بر اساس ملاک‌های انجمن روانپزشکی آمریکا در سال ۲۰۰۰ افراد مبتلا به اختلال دوقطبی نیز با علایمی نظیر بی‌ثباتی خلق به شکل هیپومانیا، مانیا[4]، افسردگی و نیز دوره‌های مختلط[5]، تکانشگری، پرخاشگری، تحریک‌پذیری، قضاوت ضعیف، عدم توانایی برای تمرکز و حواس‌پرتی مشخص می‌شوند.

با توجه به شباهت زیاد علایم دو اختلال، مطرح شدن مباحث و مسائلی مانند دشواری در تمایز و تشخیص‌گذاری صحیح به‌ویژه در ارزیابی‌های مقطعی (۲)، طبقه‌بندی دقیق (۴ ،۳) و نیز نرخ بالای همایندی[6] میان اختلال شخصیت مرزی و اختلال دوقطبی باعث شده است که محققان و متخصصان حوزهٔ آسیب‌شناسی این سؤال را مطرح کنند که آیا اختلال شخصیت مرزی طبقهٔ تشخیصی مستقلی است یا در طبقهٔ اختلالات خلقی مفهوم‌پردازی دقیق‌تری خواهد داشت (۸-۵).

آکیسکال[7] از جمله نظریه‌پردازان حوزهٔ اختلالات خلقی، اعتبار تشخیصی اختلال شخصیت مرزی را زیر سؤال برده و آن را در اختلالات طیف دوقطبی[8]، مفهوم‌پردازی مجدد نموده است. به اعتقاد آکیسکال و همکاران اختلال شخصیت مرزی و اختلالات طیف دوقطبی سبب‌شناسی مشترکی دارند. آن‌ها معتقدند که اختلال شخصیت مرزی، اختلال افسردگی آتیپیک[9] و اختلالات طیف دوقطبی -II در بستر زیستی -روانی مشترکی که همان خلق ادواری[10] است و واکنش‌پذیری خلقی[11] و حساسیت بین‌فردی[12] را شامل می‌شود شکل می‌گیرند (۱۱-۹). به اعتقاد این صاحب‌نظران خلق ادواری منجر به تجارب مشابه در روابط بین‌فردی و تنظیم هیجانی در افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی و اختلالات طیف دوقطبی می‌شود (۱۲).

در راستای این فرضیه می‌توان به توصیفات بالینی و تجربی کیفیت روابط بین‌فردی و تنظیم هیجان در اختلال شخصیت مرزی و اختلال دوقطبی اشاره کرد. بر اساس مفهوم‌پردازی‌های بالینی روابط بین‌فردی شدیداً آشفته و بی‌ثباتی هیجانی به‌ویژه تجربهٔ شدید خشم از مهم‌ترین ملاک‌های تشخیصی اختلال شخصیت مرزی به شمار می‌روند (۱۳). بی‌ثباتی هیجانی عموماً به هیجانات منفی مربوط می‌شود اما به نظر می‌رسد که خشم و عصبانیت به‌عنوان هیجان اصلی در اختلال شخصیت مرزی می‌باشد. بر این اساس افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی نسبت به افراد بهنجار معمولاً خشم بیشتری را ابراز می‌کنند (۱۴). افراد مبتلا به اختلال دوقطبی نیز در مقایسه با افراد بهنجار بیشتر مستعد تجربهٔ هیجان خشم و عوارض ناشی از آن هستند (۱۵).

تحقیقاتی که در این زمینه صورت گرفته است اهمیت هیجان خشم را در اختلال دوقطبی نشان می‌دهد. برای مثال کارولان و پاور[13] برای بررسی هیجان‌های پایه در طول دوره‌های اختلال دوقطبی، پژوهشی را انجام دادند. نتایج پژوهش حاکی از آن بود که وجد[14]، خشم و ترس، از هیجان‌های اصلی در دورهٔ مانیا است. درحالی که ترس، نفرت، غم و خشم از هیجان‌های اصلی در دورهٔ افسردگی می‌باشد. این پژوهشگران چنین استنباط کردند که خشم از هیجان‌های پایه و عمده در اختلال دوقطبی است (۱۶).

از طرفی کیفیت تجربه و کنترل هیجان خشم، نقش مهمی را در تنظیم روابط صمیمانه و تعاملات بین‌فردی و اجتماعی ایفاء می‌کند. برای مثال شواهد به‌دست آمده از تحقیقات روان‌شناختی، حاکی از آن است که حملات خشم سهم عمده‌ای در مشکلات بین‌فردی در محیط خانوادگی و شغلی دارند (۱۵). نظریه‌پردازانی نظیر لینهان[15] (۱۷) و گاندرسون[16] و لینکز[17] (۱۳) که اختلال در روابط صمیمانه را یکی از ویژگی‌های محوری اختلال شخصیت مرزی می‌دانند به نقش مهم تجربهٔ خشم شدید در آشفتگی روابط صمیمانه این بیماران اشاره کرده‌اند. همچنان‌که بر اساس شواهد بالینی به‌دست آمده نیز افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی اغلب در تنظیم هیجان خشم بخصوص در روابط بین‌فردی دچار مشکل هستند (۱۷، ۱۳).

بسیاری از افراد مبتلا به اختلال دوقطبی نیز مشکلاتی را در زمینهٔ روابط بین‌فردی از جمله روابط صمیمانه و تنظیم هیجانی تجربه می‌کنند (۷). پرخاشگری و تحریک‌پذیری و به‌طور کلی تجربهٔ شدید هیجان خشم نیز به روابط بین‌فردی در افراد مبتلا به اختلال دوقطبی آسیب جدی وارد می‌کند (۱۸). همان‌طور که مطالعات شیوع‌شناسی نشان داده‌اند احتمال کمتری وجود دارد که افراد مبتلا به اختلال دوقطبی ازدواج کنند (۱۹). همچنین بر

[1] Borderline personality disorder
[2] Affective disorder
[3] Bipolar disorder-II
[4] Mania
[5] Mixed states
[6] Comorbidity
[7] Akiskal
[8] Bipolar disorder spectrum
[9] Atypical depression
[10] Cyclothymic temperament
[11] Affective reactivity
[12] Interpersonal sensitivity
[13] Carolan and Power
[14] Happiness
[15] Linehan
[16] Gunderson
[17] Links

[Downloaded from shefayekhatam.ir on 2024-03-28]
[DOI: 10.18869/acadpub.shefa.3.4.1]

اساس این یافته‌ها بیماران مبتلا به اختلال دوقطبی، اغلب روابط زناشویی[18] و صمیمانهٔ مختلی دارند (۲۰).

مرور مطالعات پیشین حاکی از آن است که در تحقیقات مقایسه‌ای بین این دو اختلال از دیدگاه‌های مختلف زیست‌شناختی، علامت‌شناختی، پاسخ به درمان و سیر بیماری به بررسی و مقایسهٔ این دو اختلال پرداخته شده است (۲۱) اما پاریس و همکاران با اشاره به نتایج مطالعات مروری خود بر طرح‌ریزی پژوهش‌های مختلف برای مقایسه و بررسی اختلال در عملکرد روابط بین‌فردی و تنظیم هیجانی این دو اختلال تأکید کرده‌اند.

به اعتقاد این پژوهشگران تحقیقات بیشتر در این زمینه، از آن رو اهمیت دارد که اختلال در روابط صمیمانه، ابراز صمیمت در روابط نزدیک و تنظیم هیجانی مختل به‌ویژه در زمینهٔ هیجان خشم نیز از ویژگی‌های عمده در افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی و دوقطبی -II است (۲۲). بر همین اساس لازم است که برای شناخت بیشتر و درک بهتر از ماهیت رابطهٔ میان دو اختلال شخصیت مرزی و اختلال دوقطبی -II، کیفیت روابط صمیمانه و تجربهٔ هیجانی خشم به‌صورت متغیرهای مرتبط با هم در میان افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی و اختلال دوقطبی -II، مورد بررسی و مقایسه قرار گیرد.

به‌طور کلی این پژوهش، به بررسی و مقایسهٔ کیفیت روابط صمیمانه و تجربهٔ خشم در افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی و اختلال دوقطبی -II با هدف کسب اطلاعات بیشتر از رابطهٔ میان این دو اختلال انجام گرفته شد؛ بنابراین تحقیق حاضر به دنبال پاسخگویی به این سؤال است که آیا افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی و اختلال دوقطبی -II تجارب مشابهی در کیفیت روابط صمیمانه و هیجان خشم دارند یا خیر؟ نتایج پژوهش می‌تواند شواهدی را در تأیید یا رد فرضیهٔ تعلق اختلال شخصیت مرزی در اختلالات طیف دوقطبی فراهم آورد.

مواد و روش‌ها

طرح پژوهش

پژوهش حاضر بر اساس هدف، از نوع بنیادی و بر اساس روش گردآوری اطلاعات، از نوع مطالعات توصیفی و پس‌رویدادی است که برای بررسی و مقایسهٔ کیفیت روابط صمیمانه و تجربهٔ خشم در افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی و اختلال دوقطبی -II صورت پذیرفته است.

آزمودنی‌ها

جامعهٔ آماری پژوهش را کلیهٔ بیماران مراجعه‌کننده به درمانگاه بخش روانپزشکی بیمارستان کامکار -عرب‌نیا شهر قم تشکیل می‌دادند که بر اساس ملاک‌های DSM-IV-TR به اختلال شخصیت مرزی و اختلال دوقطبی -II دچار بوده‌اند. روش نمونه‌گیری در پژوهش حاضر به شیوهٔ در دسترس بودن و حجم نمونه، ۵۷ نفر بوده است. با توجه به بازهٔ زمانی سه‌ماهه برای انجام پژوهش، تعداد ۲۷ بیمار مبتلا به اختلال شخصیت مرزی و ۳۱ بیمار مبتلا به اختلال دوقطبی -II که در وضعیت خلق ثابت قرار داشتند به‌صورت در دسترس انتخاب شدند. معیارهای ورود بیماران اختلال شخصیت مرزی و اختلال دوقطبی -II شامل موارد توانایی خواندن و نوشتن در سطح کلاس هشتم، سن بالاتر از ۱۸ سال و نداشتن اختلال همایند دیگر بود همچنین در مورد بیماران مبتلا به اختلال دوقطبی لازم بود بیماران در هنگام اجرای پژوهش در وضعیت خلقی ثابت باشند. معیار خلق ثابت برای افراد مبتلا به اختلال دوقطبی از آن‌رو اهمیت داشت که ممکن است علایم خلقی افسردگی و یا شیدایی، پاسخگویی به سؤالات پرسشنامه را تحت تأثیر قرار دهد. آزمودنی‌ها از نظر سن، جنسیت و وضعیت تأهل و مصرف دارو یکسان‌سازی شدند.

روند اجرای پژوهش

پس از کسب مجوز از دانشگاه علوم پزشکی قم اقدام به نمونه‌گیری و جمع‌آوری داده‌ها گردید. روش اجرا به این صورت بود که بیمارانی که توسط روان‌پزشک حاضر در درمانگاه تشخیص اختلال شخصیت مرزی و یا اختلال دوقطبی -II را دریافت می‌کردند برای اجرای آزمون به پژوهشگر ارجاع داده می‌شدند. پژوهشگر ابتدا با اجرای پرسشنامهٔ اختلال شخصیت مرزی در مورد افرادی که تشخیص اختلال شخصیت مرزی دریافت کرده بودند و پرسشنامهٔ اختلال خلقی در افرادی که تشخیص اختلال دوقطبی -II داشتند تشخیص روان‌پزشک را تأیید می‌کردند. به بیماران راجع‌به هدف پژوهش توضیحاتی داده شد و به آن‌ها اطمینان داده می‌شد که اطلاعات آن‌ها محرمانه بوده و از آن صرفاً برای مقاصد پژوهشی استفاده خواهد شد. بعد از کسب رضایت بیمار، پرسشنامه‌ها به آن‌ها داده شد و به بیماران گفته می‌شد که محدودیت زمانی وجود ندارد و آن‌ها باید پرسشنامه‌ها را به‌دقت خوانده و علامت بزنند.

ابزار پژوهش

۱- پرسشنامهٔ شخصیت مرزی

لیشنرینگ[19] این پرسشنامه را به‌منظور سنجش اختلال شخصیت مرزی بر اساس ملاک‌های DSM-IV-TR و صفات شخصیت مرزی در نمونه‌های بالینی و غیر بالینی تهیه کرده است (۲۳). پرسشنامهٔ شخصیت مرزی (BPI)[20]، شامل زیرمقیاس‌هایی برای آشفتگی هویتی[21]، مکانیسم‌های دفاعی اولیه[22]، واقعیت‌آزمایی آسیب‌دیده[23] و ترس از صمیمیت[24] می‌باشد. این پرسشنامهٔ مقیاسی ۵۳ پرسشی، خودگزارشی است و به‌صورت بلی یا خیر پاسخ داده می‌شود. به هر پرسشی که فرد پاسخ بلی می‌دهد ۱ نمره داده می‌شود.

[18] Marital
[19] Leichsenring
[20] Borderline personality inventory
[21] Identity diffusion
[22] Primitive defense mechanisms
[23] Impaired reality testing
[24] Fear of closeness

[Downloaded from shefayekhatam.ir on 2024-03-28]
[DOI: 10.18869/acadpub.shefa.3.4.1]

نتایج پژوهش لیشنرینگ بررسی همسانی درونی و اعتبار بازآزمایی یک‌هفته‌ای آن را بالا گزارش کرده است (آلفای کرونباخ ۰/۶۸ تا ۰/۹۱ با تعداد نمونه ۴۸۴ نفری و ضریب اعتبار بازآزمایی ۰/۷۳ تا ۰/۸۹ با تعداد نمونهٔ ۱۰۱ نفری به‌دست آمده است). به‌علاوه در پژوهش لیشرنینگ حساسیت[25] ۸۵٪ تا ۸۹٪ و ویژگی ۷۸٪ تا ۸۶٪ برای این ابزار به‌دست آمده است. این پرسشنامه، در ایران توسط محمدزاده و همکاران در نمونهٔ ۴۱۱ نفری از دانشجویان هنجاریابی گردید (۲۳). در این پژوهش روایی هم‌زمانی با ضریب ۰/۷۰ و همبستگی خرده‌مقیاس‌ها با کل مقیاس و با یکدیگر به‌ترتیب با ضریب ۰/۷۱ و ۰/۸۰ و اعتبار بازآزمایی، دو نیمه‌سازی و همسانی درونی به‌ترتیب ۰/۸۰، ۰/۸۳ و ۰/۸۵ به‌دست آمده است.

۲- پرسشنامهٔ اختلال خلقی

پرسشنامهٔ اختلال خلقی (MDQ)[26] ابزاری سودمند برای غربالگری اختلالات طیف دوقطبی می‌باشد که بر پایهٔ معیارهای تشخیصی DSM-IV-TR و تجربیات بالینی توسط هرشفیلد[27] و همکاران ساخته شده است (۲۴). این ابزار شامل ۱۳ پرسش است که با گزینهٔ بلی یا خیر پاسخ داده می‌شود. پرسشنامهٔ اختلال خلقی، تاریخچهٔ زندگی فرد را از نظر وجود علایم مانیا یا هیپومانیا در طول دوره‌ای که احتمالاً وجود داشته است ارزیابی می‌کند در نهایت سطح اختلال عملکرد فرد ناشی از نشانه‌های بیماری در چهار گروه از «بدون مشکل» تا «مشکلات جدی» رتبه‌بندی می‌شود.

در بررسی‌های انجام شده توسط هرشفیلد و همکاران برای این آزمون ویژگی ۰/۹۰ تا ۰/۹۷ و حساسیت ۰/۲۸ تا ۰/۵۲ گزارش شده است (۲۴). هرمزی این پرسشنامه را روی نمونه‌ای با حجم ۲۰۰ نفر بیمار مبتلا به اختلال دوقطبی هنجاریابی کرد. پایایی پرسشنامه با استفاده از آزمون -بازآزمون ۰/۹۲ و پایایی به تفکیک جنس در زنان ۰/۸۹ و در مردان ۰/۹۴ بود. در این پژوهش حساسیت آزمون با نقطهٔ برش ۵، ۶۳٪ و ویژگی آن ۷۱٪ به‌دست آمده است (۲۴).

۳- پرسشنامهٔ کیفیت روابط

پرسشنامهٔ کیفیت روابط (QRI)[28] توسط پیرس[29] و همکاران برای ارزیابی حمایت‌های دریافتی از روابط با افراد مهم زندگی ساخته شد و دارای ۳ خرده‌مقیاس است که علاوه‌بر حمایت اجتماعی دریافتی از والدین، همسر و دوستان تعارض‌های بین‌فردی و عمق روابط با آن‌ها را نیز می‌سنجد. پرسشنامهٔ کیفیت روابط شامل ۲۹ پرسش است (۲۵). هر یک از پرسش‌ها بر اساس یک طیف ۴ درجه‌ای از نمرهٔ صفر به معنی «هیچ» تا نمرهٔ ۳ به معنی «زیاد» نمره‌گذاری می‌شوند.

اعتبار و پایایی پرسشنامهٔ کیفیت روابط در تحقیقات خارجی مورد تأیید قرار گرفته است (۲۵). حسینی قدمگاهی با ترجمه و تنظیم مجدد و تغییراتی در شکل و محتوای فرم ترجمه شدهٔ قبلی اقدام به محاسبهٔ پایایی این پرسشنامه از طریق بازآزمایی کرده و ضریب r=۰/۸۳ برای کل پرسشنامه و ضرایب زیر را برای خرده‌مقیاس‌ها به‌دست آورد. برای حمایت اجتماعی r=۰/۷۱ برای عمق روابط r=۰/۷۰ و برای روابط تعارضی r=۰/۸۳ محاسبه شد.

۴- پرسشنامهٔ خشم چندبعدی

پرسشنامهٔ خشم چندبعدی (MAI)[30]، یک آزمون ۳۰ پرسشی است که توسط سیگل[31] در سال ۱۹۸۶ برای سنجش خشم طراحی شده است (۲۶). پرسش‌های آزمون پنج بعد خشم‌انگیختگی، موقعیت‌های خشم‌انگیز، نگرش‌خصمانه، خشم بیرونی و خشم درونی را در مقیاس ۵ درجه‌ای لیکرت از نمرهٔ ۱ (کاملاً نادرست) تا نمرهٔ ۵ (کاملاً درست) می‌سنجد. ویژگی‌های روان‌سنجی مقیاس خشم چندبعدی در پژوهش‌های صورت گرفته در خارج از کشور تأیید شده است (۲۶).

در فرم فارسی این مقیاس، آلفای کرونباخ پرسش‌های هر یک از زیرمقیاس‌ها در مورد یک نمونه ۱۸۰ نفری از دانشجویان ۰/۸۸، ۰/۹۳، ۰/۷۳، ۰/۹۴ و ۰/۹۰ محاسبه شد که بیانگر همسانی درونی خوب آزمون است (۲۶). ضرایب همبستگی بین ۷۶ نفر از نمونهٔ مذکور در دو نوبت با فاصلهٔ دو هفته به‌ترتیب: r=۰/۶۵ برای انگیختگی، r=۰/۷۲ برای موقعیت‌های خشم‌انگیز، r=۰/۷۰ برای نگرش خصمانه، r=۰/۶۸ برای خشم بیرونی و r=۰/۸۴ برای خشم درونی محاسبه شد که نشان‌دهندهٔ رضایت‌بخش بودن پایایی بازآزمون این مقیاس است.

تحلیل داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS 16، در دو سطح آمار توصیفی به‌منظور محاسبهٔ میانگین و انحراف استاندارد دو گروه و در سطح آمار استنباطی با استفاده از آزمون تی مستقل صورت گرفت.

یافته‌ها

اطلاعات به‌دست آمده از خصوصیات جمعیت‌شناختی دو گروه نمونه در جدول ۱ خلاصه شده است. همان‌طور که در جدول ۲ مشاهده می‌شود نتایج آزمون تی مستقل در زیرمقیاس‌های کیفیت روابط صمیمانه حاکی از آن است که فقط در زیرمقیاس تعارض، تفاوت نمرات میان دو گروه معنی‌دار است (t=۲/۶۷۸). حال آنکه میانگین نمرات کیفیت روابط صمیمانه در خرده‌مقیاس‌های حمایت دریافتی و صمیمیت تفاوت معنی‌دار آماری ندارند.

با توجه به جدول ۳ بر اساس نتایج آزمون تی مستقل در خرده‌مقیاس‌های پرسشنامهٔ خشم چندبعدی، تفاوت میانگین نمرات دو گروه فقط در خرده‌مقیاس خشم‌انگیختگی معنی‌دار است (t=۲/۲۷) و در سایر خرده‌مقیاس‌ها تفاوت آماری معنی‌داری مشاهده نشد.

[25] Sensitivity
[26] Mood disorder questionnaire
[27] Hirschfeld
[28] Quality of relationship inventory
[29] Pierce
[30] Multidimensional anger inventory
[31] Siegel

[Downloaded from shefayekhatam.ir on 2024-03-28]
[DOI: 10.18869/acadpub.shefa.3.4.1]

جدول ۱- اطلاعات جمعیت‌شناختی دو گروه نمونه.

اطلاعات جمعیت‌شناختی گروه‌ها: تعداد (درصد)		BPD	BD-II
فراوانی		۲۷ (٪۴۸/۸)	۳۱ (٪۵۳/۲)
جنس	زن	۱۵ (٪۵۵/۶)	۱۶ (٪۴۸/۴)
	مرد	۱۲ (٪۴۴/۴)	۱۵ (٪۵۱/۶)
سن	کمتر از ۲۰ سال	۴ (٪۱۴/۸)	۶ (٪۱۹/۳)
	بین ۲۰ تا ۴۰ سال	۱۵ (٪۵۵/۵)	۱۹ (۶۱/۲)
	بالای ۴۰ سال	۸ (٪۲۹/۶)	۶ (٪۱۹/۳)
وضعیت تأهل	مجرد	۱۹ (٪۷۰/۴)	۱۹ (٪۶۱/۳)
	متأهل	۳ (٪۱۱/۱)	۱۰ (٪۳۲/۲)
	مطلقه	۵ (٪۱۸/۵)	۲ (٪۶/۴)

جدول ۲- نتایج آزمون تی مستقل در خرده‌مقیاس‌های کیفیت روابط بین دو گروه نمونه.

متغیرها	گروه‌ها	میانگین	انحراف استاندارد	t	P
حمایت دریافتی	BPD	۱۱/۵۰	۷/۳۲	-۰/۵۲	۰/۶۱
	BD-II	۱۳/۳۸	۶/۶۷۸		
تعارض	BPD	۲۵/۴۸	۵/۸۱	۲/۶۷۸	۰/۰۱
	BD-II	۲۰/۵۴	۷/۸۸		
صمیمیت	BPD	۱۵/۷۵	۲/۰۶	۱/۰۷	۰/۲۹۸
	BD-II	۱۲/۵۳	۵/۷۳		

جدول ۳- نتایج آزمون تی مستقل در خرده‌مقیاس‌های خشم چندبعدی بین دو گروه نمونه.

متغیرها	گروه‌ها	میانگین	انحراف استاندارد	t	P
خشم انگیختگی	BPD	۴۴/۳۳	۱۱/۱۰۴	۲/۲۷	۰/۰۲۷
	BD-II	۳۸/۰۹	۹/۸۰۵		
موقعیت‌های خشم انگیز	BPD	۲۳/۴۴	۸/۵۸۱	۰/۸۶	۰/۳۹
	BD-II	۲۱/۵۴	۸/۰۷۸		
خصومت	BPD	۳۳/۹۶	۸/۳۵۹	۰/۴۸	۰/۶۲۸
	BD-II	۳۳/۰۰	۶/۶۷۸		
خشم درونی	BPD	۲۰/۸۵	۴/۴۶۰	۰/۲۸	۰/۷۸
	BD-II	۲۰/۵۱	۴/۵۹۶		
خشم بیرونی	BPD	۱۱/۲۵	۳/۴۴۸	-۰/۶۳	۰/۵۳۱
	BD-II	۱۱/۸۰	۳/۱۵۶		
نمرهٔ کلی خشم	BPD	۱/۳۲	۲۳/۸۹۷	۱/۱۵	۰/۲۵۵
	BD-II	۱/۲۴	۲۳/۷۴۵		

[Downloaded from shefayekhatam.ir on 2024-03-28]
[DOI: 10.18869/acadpub.shefa.3.4.1]

بحث و نتیجه‌گیری

هدف از پژوهش حاضر مقایسهٔ کیفیت روابط صمیمانه و تجربهٔ خشم در افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی و اختلال دوقطبی -II بود. نتایج به‌دست آمده نشان داد که به‌طور کلی در هر دو مؤلفهٔ کیفیت روابط صمیمانه و تجربهٔ خشم، تفاوت معنی‌داری بین دو گروه وجود ندارد. از آنجایی‌که مطالعات مقایسه‌ای بسیار محدودی در زمینهٔ کیفیت روابط و تجربهٔ خشم میان بیماران مبتلا به اختلال شخصیت مرزی و اختلال دوقطبی -II صورت گرفته است، مقایسهٔ نتایج این پژوهش با نتایج پژوهش‌های پیشین با محدودیت مواجه می‌شود؛ اما در راستای یافته‌های پژوهش حاضر می‌توان به مطالعات آکیسکال و همکاران (۹)، پریوگی[32] و همکاران (۱۱)، لویت[33] و همکاران (۲۷)، دلتیتو[34] و همکاران (۲۸)، سامدب و تیلوتاما[35] (۲۹) و ویلسون[36] و همکاران (۳۰) اشاره داشت که نتایج تحقیقات آن‌ها حاکی از آن است که همپوشی قابل‌توجهی بین تظاهرات بالینی و صفات بلندمدت در بیماران گروه مرزی و اختلال دوقطبی -II وجود دارد.

از دیگر نتایج پژوهش حاضر این بود که گروه اختلال شخصیت مرزی میانگین نمرات بالاتری در زیرمقیاس تعارض کیفیت روابط به دست آوردند. به‌نظر می‌رسد که افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی تعارضات بیشتری را در مقایسه با افراد مبتلا به اختلال دوقطبی -II در روابط بین‌فردی خود تجربه می‌کنند. نتایج این پژوهش هم‌راستا با نتایج تحقیقات بالینی و تجربی صورت گرفتهٔ پیشین است که نشان داده‌اند افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی عملکرد ضعیف در روابط بین‌فردی دارند و تعارضات شدیدی را در روابط صمیمانهٔ خود تجربه می‌کنند (۳۱) مبانی تحقیقاتی و بالینی می‌تواند در تفسیر و تعبیر این یافته نقش مهمی داشته باشند.

عمده مطالعات مربوط به اختلال شخصیت مرزی نقش تجارب اولیهٔ زندگی بخصوص رابطهٔ والد -کودک را در ایجاد اختلال شخصیت مرزی برجسته ساخته‌اند (۳۲). در این رابطه، تحقیقات گذشته‌نگر تأثیرات تجارب ارتباطی سال‌های ابتدایی زندگی به‌ویژه غفلت و بدرفتاری‌های اولیه از سوی والدین و افراد نزدیک را در ایجاد روابط بین‌فردی آشفته، پرتعارض و پرتنش در بزرگسالان مبتلا به اختلال شخصیت مرزی نشان داده‌اند. این روابط بین‌فردی بی‌ثبات و پرتعارض از ویژگی‌های کلیدی و ملاک‌های تشخیصی مهم اختلال شخصیت مرزی به‌شمار می‌روند (۳۲). بر اساس مطالعهٔ حاضر احتمالاً افراد مبتلا به اختلال دوقطبی -II تجارب آسیب‌زای کمتری را در رابطه با مراقبان خود از جمله والدین داشته‌اند.

همسو با نتایج پژوهش حاضر که افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی نسبت به افراد مبتلا به اختلال دوقطبی -II میانگین نمرات بالاتری در خرده‌مقیاس «خشم‌انگیختگی» به‌دست آوردند، تحقیق ویلسون و همکاران (به نقل از پاریس و همکاران) که شدت خشم را بین دو گروه مقایسه کرده‌اند نیز نشان داد افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی میزان بالاتری از هیجان خشم و تکانش‌گری را در مقایسه با افراد مبتلا به دوقطبی تجربه می‌کنند (۲۲).

همسو با یافته‌های پیشین، علایم مانیا یا هیپومانیا و گاهی برخی از انواع افسردگی؛ با تحریک‌پذیری، پرخاشگری و بی‌قراری توصیف می‌شوند که می‌توانند شدت و فراوانی تجربهٔ هیجانی خشم را تحت تأثیر قرار داده و آن را افزایش دهند (۳۳). در این پژوهش نیز احتمالاً وضعیت خلقی ثابت و مصرف دارو، تجربهٔ ذهنی ناشی از هیجان خشم را در این بیماران تحت تأثیر قرار داده است.

طبق تعریف DSM-IV-TR، بی‌ثباتی هیجانی و آشفتگی در روابط بین‌فردی از ویژگی‌های اساسی اختلال شخصیت مرزی است؛ اما آکیسکال و همکاران این ویژگی‌ها را به بی‌ثباتی‌های خلقی نسبت می‌دهد که زیر آستانهٔ علایم دوقطبی تمام عیار است (۱۰). در تأیید این اظهارات هاولند و تاسه[37] بر اساس تحقیقات خود معتقدند که مشکلاتی مانند اختلافات زناشویی، بی‌ثباتی روابط بین‌فردی، تنش‌های شدید و حملات مداوم خشم، بی‌بندوباری اخلاقی و جنسی، عملکرد شغلی ضعیف و سوءمصرف مواد اغلب به اختلال شخصیت نسبت داده می‌شود اما درعین‌حال این مسائل را می‌توان به‌عنوان عوارض روانی -اجتماعی اختلال خلقی زمینه‌ای در نظرگرفت (۱).

یافته‌های پژوهش حاضر نشان داد که در اغلب خرده‌مقیاس‌های کیفیت روابط صمیمانه و تجربهٔ خشم میان دو گروه نمونه، تفاوت معنی‌داری وجود ندارد. این نتایج می‌توانند تأییدی بر این فرضیهٔ آکیسکال باشند که احتمالاً اختلال شخصیت مرزی را می‌توان در اختلال طیف دوقطبی، مفهوم‌پردازی مجدد نمود و اینکه اختلال شخصیت مرزی و اختلال دوقطبی -II سبب‌شناسی مشترکی دارند که واکنش‌پذیری خلقی و حساسیت بین‌فردی را دربر می‌گیرد. درمجموع، بر اساس یافته‌های پژوهش‌های پیشین و نتایج پژوهش کنونی، ظاهراً تظاهرات بالینی اختلال شخصیت مرزی در حوزهٔ کیفیت روابط صمیمانه و تجربهٔ خشم از اختلال دوقطبی -II طبقه‌بندی شده در محور I تمایز چندانی ندارد. این یافته‌ها به‌طور تلویحی اهمیت توجه به موضوعات مطرح در زمینهٔ طبقه‌بندی اختلالات بر اساس الگوهای طیفی و ابعادی یا مقوله‌ای را برجسته‌تر می‌سازد. به‌نظر می‌رسد که تمرکز تحقیقات بالینی و تجربی بر کشف و آشکارسازی چگونگی طبقه‌بندی اختلال شخصیت مرزی در اختلالات طیف دوقطبی بتواند بسیاری از مسائل مربوط به همبودی، شباهت علامت‌شناختی، الگوی خانوادگی اختلال و سیر و شروع و پیش‌آگهی اختلالات را حل کند.

از بسیاری جهات این پژوهش در نوع خود اطلاعات جدیدی را در مورد ماهیت کیفیت روابط صمیمانه و تجربهٔ خشم در افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی و اختلال دوقطبی -II در

[32] Perugi
[33] Levitt
[34] Deltito
[35] Somdeb and Tilottama
[36] Wilson
[37] Howland and Thase

[Downloaded from shefayekhatam.ir on 2024-03-28]
[DOI: 10.18869/acadpub.shefa.3.4.1]

مقایسه با یکدیگر نشان داده است. با این وجود پژوهش حاضر با چند محدودیت روش‌شناختی نیز روبرو بود. محدودیت‌های روش‌شناختی را می‌توان: استفاده از مقیاس‌های خودگزارشی که ضرورت احتیاط در تفسیر و تعبیر داده‌ها را ایجاب می‌کنند و استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس و آسان به‌جای روش‌های نمونه‌گیری پیچیده‌تر دانست. به‌علاوه عدم کنترل اثرات دارو درمانی و سایر درمان‌ها و کنترل نشدن طول مدت بیماری و شدت علایم در بیماران هر دو گروه که می‌توانند بر تظاهرات بالینی علایم تأثیر بگذارند محدودیت‌هایی را در زمینهٔ تعمیم، تفسیر و تبیین یافته‌ها تحمیل می‌کند.

این پژوهش، کیفیت روابط صمیمانه را که یکی از مؤلفه‌های عمدهٔ روابط بین‌فردی محسوب می‌شود در افراد مبتلا به دو اختلال شخصیت مرزی و دوقطبی -II مورد مقایسه قرار داده است. برای مطالعات آینده می‌توان گفت که مقایسهٔ کارکرد بین‌فردی کلی‌تر این دو گروه از قبیل روابط بین‌فردی در محیط‌های اجتماعی گسترده‌تر برای کشف تفاوت و شباهت‌ها و ماهیت کلی روابط سودمند است. همچنین ویژگی‌های بین‌فردی خاص افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی از قبیل وابستگی، ترس از رها شدن، حساسیت نسبت به طرد و بی‌ثباتی در روابط را می‌توان به‌طور اختصاصی‌تر با گروه اختلال دوقطبی -II مقایسه نمود.

در حوزهٔ هیجان و خلق نیز بررسی‌های بیشتر در زمینهٔ ماهیت و چگونگی تجربهٔ هیجان‌های مختلف از جمله: خشم در موقعیت‌های گسترده مانند روابط بین‌فردی و اجتماعی و با محرک‌های گوناگون فردی و اجتماعی، شناخت ما را از رابطهٔ میان این دو اختلال افزایش خواهد داد. همچنین ترکیب روش‌های کیفی و کمّی در بررسی موضوعات پدیدارشناسانه‌ای مانند کیفیت روابط صمیمانه و تجربهٔ خشم، می‌تواند اعتبار نتایج به‌دست آمده را در پژوهش‌های آتی افزایش دهد. انتخاب حجم نمونهٔ بیشتر و استفاده از روش‌های نمونه‌گیری پیچیده‌تر نیز اقدامات منطقی بعدی برای پژوهش‌های آینده است.

منابع

1. Howland R, Thase MA. Comprehensive review of cyclothymic disorder. J Nerv Ment Dis. 1993; 181(8): 485-93.

2. Magill A. The boundary between borderline personality disorder and bipolar disorder: current concepts and challenges. Can J Psychiatry. 2004; 49(8): 551-6.

3. Blacker D, Tsuang M. Contested boundaries of bipolar disorder and the limits of categorical diagnosis in psychiatry. Am J Psychiatry. 1998; 155(12): 1733-9.

4. Tyrer S, Brittlebank A. Misdiagnosis of bipolar affective disorder as personality disorder. Can J Psychiatry. 1993; 38(9): 587-9.

5. Zanarini MC, Frankenburg FR, Dubo ED, Sickel AE, Trikha A, Levin A. Axis I comorbidity of borderline personality disorder. Am J Psychiatry. 1998; 155(12): 1733-9.

6. Zanarini MC, Frankenburg FR, Hennen J, Reich DB, Silk KR. Axis I comorbidity in patients with borderline personality disorder: 6-year follow-up and prediction of time to remission. Am J Psychiatry. 2004; 161(11): 2108-14.

7. Gunderson J, Phillips KA. A current view of the interface between borderline personality disorder and depression. Am J Psychiatry. 1991; 148(8): 967-75.

8. Koenigsberg HW, Anwunah I, New AS, Mitropoulou V, Schopick F, Siever LJ. Relationship between depression and borderline personality disorder. Depress Anxiety. 1999; 10(4): 158-67.

9. Akiskal HS, Chen SE, Davis GC, Puzantian VR, Kashgarian M, Bolinger JM. Borderline: an adjective in search of a noun. J Clin Psychiatry. 1985; 46(2): 41-8.

10. Akiskal HS, Djenderedjian AM, Rosenthal RH, Khani MK. Cyclothymic disorder: validating criteria for inclusion in the bipolar affective group. Am J Psychiatry. 1977; 134(11): 1227-33.

11. Perugi G, Toni C, Maria, Traviersoa Ch, Akiskal HS. The role of cyclothymia in atypical depression: toward a data-based reconceptualization of the borderline–bipolar II connection. J Affect Disord. 2003; 73(1-2): 87-98.

12. Akiskal HS. The bipolar spectrum–the shaping of a new paradigm in psychiatry. Curr Psychiatry Rep. 2002; 4(1): 1-3.

13. Gunderson JG, Links PS. Borderline personality disorder: a clinical guide. 2nd ed. American Psychiatric Publishing. Inc. 2008; p. 18-20.

14. Alden SA. Borderline personality disorder and aggression: Exploring mediating and moderating roles of psychophysiological arousal. Emory University. 2008.

[Downloaded from shefayekhatam.ir on 2024-03-28]

[DOI: 10.18869/acadpub.shefa.3.4.1]

15. Bauer MS, Kilbourne AM, Greenwald DE, Ludmane EJ, Mcbride L. Overcoming bipolar disorder: a comprehensive workbook for managing your symptoms and achieving your life goals. New Harbinger Publications. 2009.

16. Carolan LA, Power MJ. What basic emotions are experienced in bipolar disorder? Clin psycho psychot. 2011; 18(5): 366-78.

17. Linehan M. Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder. New York: Guilford Press. 1993; p. 62-3.

18. Wright J, Turkington D, Kingdon DG, Ramirez BM. Cognitive-Behavior therapy for severe mental illness: an illustrated Guide. American psychiatric publishing inc. 2009; p. 211-5.

19. Lieberman DZ, Massey SH, Goodwin FK. The role of gender in single vs married individuals with bipolar disorder. Comp Psychiat. 2010; 51(4): 380-5.

20. Goodwin FK, Jamison K. Manic-depressive illness: bipolar disorder and recurrent depression. 2nd ed. New York: Oxford University Press. 2007.

21. Eftekhar M, Shabani A. Borderline personality disorder is not a subtype of bipolar disorder. J Psychi Cli Psycho. 2009; 15(2): 147-58.

22. Paris J, Gunderson J, Weinberg I. The interface between borderline personality disorder and bipolar spectrum disorders. Comp Psychiat. 2007; 48(2): 145-54.

23. Mohammadzadeh A, Rezaei A. Validation of the borderline personality inventory in Iran. J Behav Sci. 2011; 5(3): 269-77.

24. Hormozi M. The reliability and validity of the Persian version Mood Disorder Questionnaire. PhD thesis. Tehran. Iran University of Medical Sciences, Psychiatric Institute. 2008.

25. Hosseini Ghadamgahi J. Quality of social relationships and coping with stress in coronary heart disease. PhD thesis. Tehran. Iran University of Medical Sciences, Psychiatric Institute. 2008.

26. Besharat M, Habibnejad M. Psychometric characteristics of the multidimensional anger inventory. cont psycho. 2008; 3(2): 14-22.

27. Levitt AJ, Joffe RT, Ennis J, MacDonald C, Kutcher SP. The prevalence of cyclothymia in borderline personality disorder. J Clin Psychiat. 1990; 51(8): 335-9.

28. Deltito J, Martin L, Riefkohl J. Do patients with borderline personality disorder belong to the bipolar spectrum? J Affect Disorders. 2001; 67(1-3): 221-8.

29. Somdeb M, Tilottama M. Personality characteristics and development of psychopathology in bipolar I and borderline personality disorder patients. Psychol Stud. 2013; 58(2): 179-87.

30. Kahr NA, Jorgensen CR, Straarup KN, Licht RW. Severity of affective temperament and maladaptive self-schemas differentiate borderline patients, bipolar patients and controls. Comp Psychiat. 2010; 51(5): 486-91.

31. Drapeau M, Perry CJ, Körner A. Interpersonal behaviours and BPD. Are specific interpersonal behaviours related to borderline personality disorder? An empirical study using the Core Conflictual Relationship Theme standard categories. Arch Psych. 2010; 3(3): 5-10.

32. Fonagy P. Attachment, mentalization and borderline personality disorder. Eur J Psychother couns. 2008; 8(1): 35-47.

33. La´ Talova K. Bipolar disorder and aggression. Int J Clin Pract. 2009; 63(6): 889-99.

[Downloaded from shefayekhatam.ir on 2024-03-28]

[DOI: 10.18869/acadpub.shefa.3.4.1]