

یاخته های نو در روان شناسی

سال هشتم، شماره ۲۵، زمستان ۱۳۹۱

صفحات مقاله: ۱۶-۵

تاریخ وصول: ۱۳۹۱/۳/۱۵ - تاریخ پذیرش: ۱۳۹۱/۱۱/۲

مقایسه سرشت افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی با گروه بهنجار: ارزیابی بر اساس رویکرد کلونینگر

زهره استادیان خانی*
علی اصغر اصغر نژاد فرید**
دکتر حمیدرضا حاتمی***
ولی الله اکبری****

چکیده

هدف اصلی پژوهش حاضر، بررسی ابعاد سرشت در اختلال شخصیت مرزی با تاکید بر رویکرد کلونینگر بود. نمونه مورد مطالعه شامل ۳۰ مرد زندانی مبتلا به اختلال شخصیت مرزی بود که توسط روانپزشک تشخیص اختلال شخصیت مرزی را در محور II بر اساس DSM-IV-TR دریافت کرده بودند. روش نمونه‌گیری به صورت در دسترس انجام گرفت. ابعاد مختلف سرشت بر اساس مقیاس‌های پرسشنامه سرشت و منش (TCI) سنجیده شد. تحقیق حاضر از نوع علی مقایسه‌ای بود. نتایج تحلیل داده‌ها با استفاده از روش آماری تحلیل واریانس یک‌راهه نشان داد که، بیماران مبتلا به اختلال شخصیت مرزی، نوجویی بالاتری دارند. این نوجویی بالا ناشی از تاثیر خرده مقیاس‌های هیجان‌پذیری، تکانشوری و بی‌نظمی بود، بین خرده مقیاس‌های پرونریزی، در دو گروه تفاوت معنی‌داری مشاهده نشد. هم‌چنین بین آسیب‌پرهیزی و خرده‌مقیاس‌های آن در دو گروه تفاوت معنی‌داری یافت نشد. بین پاداش‌وابستگی و خرده مقیاس‌های آن شامل دل‌بستگی و وابستگی تفاوت معنی‌داری یافت نشد. تنها تفاوت معنی‌دار مربوط به خرده مقیاس احساساتی بودن بعد پاداش وابستگی است. بین بعد پشتکار در دو گروه تفاوت معنی‌داری دیده نشد.

واژه‌های کلیدی: اختلال شخصیت مرزی، سرشت.

* کارشناس ارشد روانشناسی بالینی، دانشگاه علوم و تحقیقات تهران. (نویسنده مسئول): zr.ostad@gmail.com

** استادیار دانشگاه علوم پزشکی تهران. Ali.asgharnejad@gmail.com

*** استادیار دانشگاه جامع امام حسین (ع). hhatami83@yahoo.com

**** استادیار دانشگاه علوم پزشکی قم، dr.akbari1@gmail.com

مقدمه

اختلال شخصیت یک بیماری شایع و مزمن است که شیوع آن بین ۱۵-۱۰ درصد جمعیت عمومی تخمین زده می شود. اختلال شخصیت مرزی^۱، دسته ای حائز اهمیت از اختلالات شخصیت است که نزدیک به ۲-۱ درصد جمعیت عمومی به آن مبتلا هستند. بیماران مبتلا به اختلال شخصیت مرزی بی ثباتی عاطفی دارند و رفتارهای اقدام به خودکشی از خود نشان می دهند، میزان خودکشی در مبتلایان به اختلال شخصیت مرزی حدود ۱۰ درصد قابل مقایسه با دیگر اختلالات روانپزشکی مانند افسردگی اساسی و اسکیزوفرنی است (سارویک^۲ و همکاران، ۲۰۰۲). علاوه بر این حدود ۶۹٪ تا ۷۵٪ از افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی رفتارهای خودزنی دارند (کلارکین^۳، ۱۹۹۶). فراوانی رفتارهای خودزنی در این اختلال، بیشتر از سایر تشخیص های روانپزشکی است (استنلی، وینچل، مولچو، سیمون و استنلی^۴، ۱۹۹۲). می توان گفت شیوه رفتاری این بیماران، تمایل به ابراز هیجانات شدید است (اکبری دهقی، ۱۳۸۶). احساسات مزمن تهی بودن، با آنها همراه است؛ به همین دلیل به طور فعال و خلاقانه در جستجوی سرگرمی در زندگی خود هستند. بیماران مبتلا به اختلال شخصیت مرزی خشم های غیر قابل کنترل دارند، و هرگز قادر نیستند که تاثیرات خلقشان را روی دیگران پیش بینی کنند (میلون، گراسمن، میگر و رامنس^۵، ۲۰۰۴). بیماران مبتلا به اختلال شخصیت مرزی، بطور مکرر دوره های طولانی و شدید از برانگیختگی آزارنده هر روزه، در موقعیت های مختلف زندگی را گزارش می کنند (سیگلی مایر، گراتول و بوهاس^۶، ۲۰۰۱). علی رغم این تابلوی بالینی دشوار، بیماران مبتلا به اختلال شخصیت مرزی مطابق با عوامل رنج دهنده و مرگ آور، توجه پژوهشی و تمرکز بالینی گسترده، دریافت نکرده اند (فرتوک؛ لزنوگر، کارکین، هارمن و استنلی^۷، ۲۰۰۵). تشخیص در مبتلایان به اختلال شخصیت مرزی بیشتر بر اساس مصاحبه و معیارهای بالینی است. سیستم های طبقه بندی مورد استفاده از جمله DSM بیشتر بر پایه توصیف بالینی موارد نمونه ای، تنها به توصیف اختلالات شخصیت می پردازد. در حالی که تشخیص های مطرح شده می تواند پایایی ضعیفی داشته باشد. این رویکرد توصیفی صرف به فهم عوامل سبب شناختی، زمینه ساز و آسیب زا در اختلال کمک نمی کند و لزوم یافتن همسته های تجربی و تعیین کننده های زیستی بیش از پیش احساس می شود. فهم بیشتر ما در فرایندهای زمینه ساز زیست شناختی می تواند به درک بهتر ما از اختلال، طراحی روش های تشخیصی با اعتبار و پایایی بیشتر و طراحی روش های درمانی موثرتر یاری رساند (علی ملایری، کاویانی، اسعدی، و فریدحسینی، ۱۳۸۷). در این پژوهش سعی بر آن است تا نقش سرشت و پایه های زیستی در اختلال شخصیت مرزی بر مبنای نظریه روانی-زیستی

1. Borderline Personality Disorder(BPD)
2. Svrakik
3. Clarkin
4. Stanley, Winchel, Molcho, Simeon, Stanley
5. Millon, Grossman, Meagher, Ramnath
6. Stiglmayr, Gratwohol, Bohus
7. Fertuck, Lenzenweger, Hoermann, Stanly

کلونینگر مورد بررسی قرار گیرد. سرشت^۱، پاسخ‌دهی هیجانی خودکار است که در موقعیت‌های گوناگون اتفاق می‌افتد، تا اندازه‌ی زیادی در زمان تولد وجود داشته و در طول زندگی ثابت می‌ماند (بیرت و ویدا^۲، ۲۰۰۴). مفهوم سرشت بر جنبه‌های هیجانی، انگیزشی و سازشی شخصیت تأکید دارند. بر اساس مدل مطرح شده توسط کلونینگر سرشت شامل چهار بعد است: آسیب‌پرهیزی^۳ (HA)، نوجویی^۴ (NS)، وابستگی به پاداش^۵ (RD)، پشتکار^۶ (P)، که به ترتیب به عنوان زیربنای تفاوت‌های ارثی در پاسخ‌دهی خودکار فرد به خشم، تازگی و انواع گوناگون پاداش تعریف شده‌اند. در یک مطالعه نسبتاً گسترده بر روی دو قلوها شواهدی دال بر تأیید چهار بعد سرشت که عبارتند از نوجویی، آسیب‌پرهیزی، وابستگی به پاداش و پشتکار، صورت گرفت و نشان داد که هر یک از این ابعاد به تنهایی از نظر ژنتیکی همگن و با یکدیگر متباین هستند (استالینگز، هویت، کلونینگر، هس و ایوز^۷، ۱۹۹۴). این صفات سرشتی چهار گانه به طور تنگاتنگ با چهار هیجان بنیادی ترس (اجتناب از آسیب)، خشم (نوجویی)، دلبستگی (وابستگی به پاداش) و چیرگی^۸ (پشتکار) همبسته هستند. تفاوت‌های فردی در سرشت و هیجان‌های پایه، پردازش اطلاعات حسی را تعدیل می‌نمایند و به طور جدی ویژگی‌های یادگیری اولیه، به ویژه شرطی سازی تداعی پاسخ‌های رفتاری ناهشیار را شکل می‌دهند. به عبارت دیگر، صفات سرشت به عنوان سوگیری‌های ارثی در هیجان‌پذیری^۹ و یادگیری مفهوم سازی شده‌اند که زیربنای کسب عادات و صفات رفتار خودکار و مبتنی بر هیجان را، که بدو در زندگی فرد قابل مشاهده و نسبتاً در فراخنای زندگی او پایدارند، تشکیل می‌دهند. این مدل چهار نظام مغزی قابل تفکیک را برای برانگیختگی رفتاری (نوجویی)، بازداری رفتاری (اجتناب از آسیب)، وابستگی اجتماعی (وابستگی به پاداش) و تقویت سهمی (پشتکار) متمایز می‌کند (سادوک^{۱۰}، سادوک و رویز، ۲۰۰۹). نوجویی بازتابی از یک سوگیری ارثی در شروع یا برانگیخته شدن رویکرد اشتیاقی در پاسخ به تازگی، رویکرد مثبت به نشانه‌های پاداشی، اجتناب فعال از نشانه‌های شرطی تنبیه و فرار ماهرانه از تنبیه غیر شرطی است، تمامی این رفتارها، به عنوان بخشی از یک نظام یادگیری ارثی هم‌پراش دارای تغییرات همگام، مفروض‌اند. مقیاس نوجویی خود نیز به چهار خرده مقیاس اکتشافی (هیجان‌پذیری)، تکانشوری، ولخرجی (دست‌دلبازی) و بی‌نظمی تقسیم می‌شود. بعد نوجویی (NS) با بعد برون‌گرایی آیزنک و هیجان‌طلبی زاگرمین برابری می‌کند. مطالعات زیستی نشان داده‌اند که نوجویی بالا با کاهش فعالیت در قشر پیش‌پیشانی چپ،

1. temperament
2. Birt, Vaida
3. haram avoidance(HA)
4. novelty seeking(NS)
5. reward dependence(RD)
6. persistence(P)
7. Stallings, Hewitt, Cloninger, Heath & Eaves
8. mastery
9. emotionality
10. Sadok, Sadok & Ruize

شامل ناحیه‌ی پیش‌پیشانی میانی مرتبط با افزایش فعالیت در افراد با نمره‌گذاری بالا در اجتناب از آسیب، همبسته است. این یافته پیشنهاد می‌کند که قشر پیش‌پیشانی میانی ممکن است یک جای مهم در پردازش تعارضات گرایش-اجتناب باشد. همچنین نوجویان معمولاً هم نسبت به محرک‌ها و هم آرام‌بخش‌ها حساس هستند. آن‌ها به راحتی با استفاده از بنزودیازپین‌ها پیش‌آرمیده^۱ می‌شوند، آن چنان که با استفاده از آمفتامین‌ها، که منجر به زوال و خرابی در پردازش اطلاعات می‌شوند، بیش برانگیخته^۲ می‌گردند. علاوه بر این بررسی ژن‌های کاندید شده‌ی دخیل در انتقال عصبی، نظیر ژن انتقال‌دهنده‌ی دوپامین (DRD۴) شواهدی از ارتباط با نوجویی را نشان می‌دهند (سادوک، سادوک و رویز، ۲۰۰۹).

اجتناب از آسیب سوگیری ارثی در بازداشت رفتار در پاسخ به نشانه‌های تنبیه و غیر پاداشی ناکام کننده می‌باشد، که به چهار خرده‌مقیاس نگرانی-بدبینی، ترس از عدم موفقیت، کمروئی و خستگی‌پذیری تقسیم می‌شود. بررسی‌های عصب‌شناختی ثابت می‌کنند که اجتناب از آسیب با تفاوت‌های فردی در شرطی شدن انزجاری کلاسیک همبسته است. همچنین اجتناب از آسیب به سیستم بازدارنده‌ی رفتار نسبت به علائم تنبیه یا استیصالی که به سبب فعالیت‌های سروتونین بدست آمده، وابسته بوده و مشابه روان‌رنجوری در نظریه آیزنک است (بیرت و ویدا، ۲۰۰۴). نتایج مطالعات حاصل از توموگرافی نشر پوزیتون^۳ (PET) نشان داد که اجتناب از آسیب با افزایش فعالیت در مدار پارالیمبیک جلویی، به ویژه رافه‌ی راست و اینسولا، قشر اوربیتوفرونتال راست و قشر پره فرونتال میانی چپ همبسته است. غلظت بالای گابا پلازما نیز با اجتناب از آسیب پایین همبسته شده است. یافته‌ها از نقش گابا و فرافکن‌های سروتونرژیک نشأت گرفته از رافه پشتی، به عنوان زیربنای تفاوت‌های فردی در بازداری رفتاری، حمایت می‌کند، که این امر به وسیله اجتناب از آسیب سنجیده می‌شود. وابستگی به پاداش بازتابی از یک سوگیری ارثی در حفظ و نگهداری رفتار در پاسخ به علائم اجتماعی است که شامل خرده‌مقیاس‌های احساساتی بودن، دلبستگی و وابستگی می‌شود. وابستگی به پاداش (RD) به سیستم نگاه‌دارنده‌ی رفتاری در غیاب تقویت مداوم مربوط بوده و توسط فعالیت مرکز نورآدرنرژیک شرطی می‌شود و به دلبستگی اجتماعی مربوط است (بیرت و ویدا، ۲۰۰۴).

پشتکار یک سوگیری ارثی را در حفظ و نگهداری رفتار علی‌رغم ناکامی و خستگی و تقویت‌های متناوب منعکس می‌سازد (سادوک و سادوک، ۲۰۰۷، ترجمه رضاعی، ۱۳۸۸). پشتکار می‌تواند با استفاده از اثر خاموشی^۴ تقویت سهمی به طور عینی سنجیده می‌شود؛ به گونه‌ای که افراد با پشتکار نسبت به خاموشی رفتاری که قبلاً به طور متناوب تقویت شده بیشتر از افرادی که به

1. over sedated
2. over stimulated
3. Positron Emission Tomography (PET)
4. extinction

طور پیوسته تقویت شده اند مقاومت می کنند (کاوایانی، ۱۳۸۶). افراد با پشتکار بالا، بدون آنکه تقویتی در کار باشد، تلاش بیشتری را برای یادگیری به خرج می دهند. براساس یک گزارش، پلی مورفسم در لوکوس ژن گیرنده ی ۵-HT هم با وابستگی به پاداش و هم با پشتکار همبسته است (سادوک، سادوک و رویز، ۲۰۰۹). بین ابعاد سرشت با یکدیگر نوعی تعامل وجود دارد. در خصوص تعامل بین نوجویی و اجتناب از آسیب، مطالعات نشان داده اند اشخاصی که هم در اجتناب از آسیب و هم در نوجویی بالا هستند مظنون به داشتن تعارض های گرایش-اجتناب مکرر می باشند (سادوک، سادوک و رویز، ۲۰۰۹). هنگامی که از دیدگاه سرشت بنگریم، صفات سرشتی مانند نوجویی (ناشی از عملکرد سطوح بالای دوپامین مغز)، در بیشتر اختلالات خوشه B به خصوص اختلال شخصیت مرزی شایع است. بر اساس تحقیقات اختلال شخصیت مرزی با آسیب پرهیزی نسبتاً بالا و پاداش وابستگی پایین مشخص می شود. کورنر، گرول، استیونسون و میرزا^۱ در سال ۲۰۰۷ به این نتیجه رسیدند که میزان آسیب پرهیزی و نوجویی در بیماران مرزی بالاتر از گروه بهنجار است. فاسینو^۲ و همکاران در سال ۲۰۰۹ تعامل سرشت مبتلایان به اختلال شخصیت مرزی و والدینشان را مورد بررسی قرار دادند، نتایج نشان داد که بین نوجویی و آسیب پرهیزی بیماران مرزی با گروه کنترل تفاوت معنی دار وجود دارد، همچنین بین نوجویی پدران افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی با گروه بهنجار تفاوت معنی دار بود، این امر نشان دهنده ی تاثیر وراثتی عامل نوجویی است (فاسینو و همکاران، ۲۰۰۹). مبتلایان به اختلال شخصیت مرزی در برخی حوزه ها مانند بی مسولیتی، ولخرجی و قماربازی دارای رفتار تکانشی، یعنی به نوعی آسیب رسان تکانشی هستند (اولدهام^۳ و همکاران، ۲۰۰۱). برلین^۴ و همکاران در پژوهش خود به این نتیجه رسیدند که مبتلایان به اختلال شخصیت مرزی با توجه به تحقیقات آزمایشگاهی و خود گزارش دهی دارای سرشتی تکانشگر هستند (برلین و همکاران، ۲۰۱۰). نتایج تحقیقات سولوف^۵ و همکارانش (۲۰۰۳)، مسکلوزکی^۶ و همکاران (۲۰۰۹) و چپمن^۷ و همکاران (۲۰۱۰) نشان داد که مبتلایان به اختلال شخصیت مرزی دارای سرشتی تکانشگر هستند. نتایج تحقیق جویس^۸ و همکارانش نشان دهنده رابطه بین تکانشگری و دوپامین در اختلال شخصیت مرزی بود که این امر نشان دهنده تاثیر عامل زیستی-سرشتی در اختلال شخصیت مرزی است (جویس و همکاران، ۲۰۰۹). در مورد ارتباط

1. Korner, Gerull, Stevenson & Meares
2. Fassino
3. Oldham
4. Berlin
5. Soloff
6. McCloskey
7. Chapman
8. Joyce

بین آزمون قمار و تکانشگری مطالعه زرماتن^۱ و وندرلیندن همکاران در سال ۲۰۰۵ نشان داد که بین کمبود تعمق قبلی و انتخاب بیشتر از کارت های زیان آور در آزمون قمار ارتباط وجود دارد. این امر نشان دهنده کمبود تعمق در بیماران مرزی و تکانشگری آنهاست. پژوهشی در خصوص هنجاریابی پرسشنامه سرشت و منش کلونینگر در جمعیت ایرانی صورت گرفته است (کاویانی و پورنصاح، ۱۳۸۴). با توجه به کاربرد این تست در درک و تشخیص اختلالات، لزوم بررسی آن در زندانیان احساس می شود، چرا که عوامل شخصیتی به ویژه ابعاد سرشت می تواند زمینه ساز ارتکاب جرم در افراد گردد. شناسایی خصوصیات سرشتی زندانیان می تواند، به اتخاذ رفتارهای مناسب در جامعه، در جهت جلوگیری از وقوع جرم کمک نماید.

فرضیه های تحقیق

بین نوجویی بیماران مبتلا به اختلال شخصیت مرزی با گروه بهنجار تفاوت معنی داری وجود دارد. بین آسیب پرهیزی بیماران مبتلا به اختلال شخصیت مرزی با گروه بهنجار تفاوت معنی داری وجود دارد. بین پاداش-وابستگی بیماران مبتلا به اختلال شخصیت مرزی با گروه بهنجار تفاوت معنی داری وجود دارد.

بین پشتکار بیماران مبتلا به اختلال شخصیت مرزی با گروه بهنجار تفاوت معنی داری وجود دارد.

نمونه و روش نمونه گیری

این پژوهش از نوع پس رویدادی (علی-مقایسه ای) با جامعه آماری شامل کلیه افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی بود که توسط روانپزشک در محور II تشخیص اختلال شخصیت مرزی را دریافت کرده بودند. نمونه آماری شامل ۳۰ نفر مرد زندانی مبتلا به اختلال شخصیت مرزی شهر قم بود که توسط روانپزشک زندان و کمیسیون پزشکی، تشخیص اختلال شخصیت مرزی را محور DSM IV-TR، II دریافت کرده اند. با توجه به شیوع کم اختلال شخصیت مرزی، کلیه مواردی که امکان دسترسی به آنها وجود داشت و حاضر به همکاری می شدند، مورد بررسی قرار گرفتند. بنابراین روش نمونه گیری به صورت در دسترس انجام شد. زندانیان براساس مصاحبه بالینی و تشخیص روانپزشک وارد مطالعه شدند. سن جمعیت مورد مطالعه در محدوده سنی ۳۰-۱۸ سال و جنسیت همه آزمودنی ها مرد بود. وضعیت تحصیلی افراد شامل دو گروه دیپلم و زیر دیپلم بود. ۲۴ نفر از آزمودنی ها مجرد و بقیه متاهل بودند. ۱۹ نفر دارای شغل آزاد (۶۳،۳٪)؛ ۹ نفر کارگر (۳۰٪) و ۲ نفر از آنها قبل از زندانی شدن بیکار بودند (۶،۷٪). معیارهای ورود به مطالعه ابتدا به اختلال شخصیت مرزی براساس مصاحبه بالینی و تشخیص روانپزشک، سن بالای ۱۸ سال و کسب رضایت آگاهانه از بیمار بود. مقایسه با ۳۰ نفر فرد بهنجار، که به صورت در دسترس انتخاب شده بودند، صورت گرفت. ملاک بهنجاری عدم سابقه ی روانپزشکی افراد بود. این افراد از نظر سن، جنس، شغل و تحصیلات با گروه مبتلا به اختلال شخصیت مرزی همگن شدند. به دلیل محدودیت اجرایی

و امکان ابتلایی زندانیان به سایر اختلالات روان پزشکی، گروه بهنجار از بین افراد غیر زندانی انتخاب شد. ابزار سنجش، آزمون سرشت و منش (TCI) که شامل چهار مقیاس نوجویی، آسیب پرهیزی، پاداش وابستگی و پشتکار بود، به جز پشتکار، سایر ابعاد سرشت دارای خرده مقیاس هستند، در سایر پژوهش ها تاکنون به بررسی خرده مقیاس های سرشت پرداخته نشده است.

ابزار پژوهش

ابعاد مختلف سرشت براساس ۶۰ عبارت سنجش سرشت در پرسشنامه سرشت و منش TCI مورد سنجش قرار گرفت. این پرسشنامه توسط رابرت کلونینگر و همکارانش (۱۹۹۴) به منظور سنجش ابعاد مختلف سرشت و منش طراحی شد. منظور از سرشت، پاسخ های خود کار هیجانی به تجربه ها و رویدادهاست که تا درجاتی موروثی بوده و در طول زندگی فرد ثابت می باشند. چهار بعد سرشت مورد نظر TCI عبارتند از نوجویی، آسیب پرهیزی، وابستگی به پاداش و پشتکار. همه ی ابعاد سرشت (به استثناء بعد پشتکار) دارای چهار خرده مقیاس هستند. کایوانی و پورناصح در سال ۱۳۸۴ به منظور اعتباریابی پرسشنامه سرشت و منش، آزمون TCI را روی ۱۲۱۲ نفر از شهر تهران به صورت تصادفی انجام داد. سپس برای دستیابی به ضریب پایایی^۲، به باز-آزمایی پرسشنامه بر روی ۱۰۱ نفر از آزمودنی ها (به صورت تصادفی) پرداخت. این مرحله بین یک تا دو ماه پس از مرحله اول آزمون برگزار شد. همچنین برای دستیابی به ضریب روائی^۱، ۱۰۰ نفر از آزمودنی ها مورد مصاحبه توسط دو روانشناس قرار گرفتند و ویژگی های شخصیتی آن ها براساس فهرست واریسی برآمده از نظریه شخصیتی کلونینگر روی یک مقیاس (۱۰-۰) درجه بندی کمی شد. میزان روائی^۳ برای نوجویی ۰/۸۶، آسیب پرهیزی ۰/۸۷، وابستگی به پاداش ۰/۷۳ و پشتکار ۰/۷۹ بدست آمد.

یافته های پژوهش

جهت تجزیه و تحلیل داده ها، از آزمون تحلیل واریانس یک راهه^۴ استفاده شد. نتایج حاصل از این تحقیق در جداول ۱ تا ۴ قابل مشاهده می باشد.

1. Temperament and Character Inventory(TCI)
2. reliability
3. validity
4. anova

جدول (۱) تحلیل واریانس نوجویی و خرده مقیاس های آن
در افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی و گروه بهنجار

منبع ارزیابی	منابع تغییر	مجموع مجذورات	df	میانگین مجذورات	F	سطح معنی داری
نوجویی (NA)	بین گروهی	۸۶/۴	۱	۸۶/۴	۷/۰۶	۰/۰۱۰
	درون گروهی	۷۰۹/۳۳	۵۸	۱۲/۲۳		
	کل	۷۹۵/۷۳	۵۹			
هیجان پذیری (NS۱)	بین گروهی	۳/۲۶	۱	۳/۲۶	۴/۰۶	۰/۰۰۴۹
	درون گروهی	۴۶/۶۶	۵۸	۰/۸۰		
	کل	۴۹/۹۳	۵۹			
تکانشوری (NS۲)	بین گروهی	۸/۰۶	۱	۸/۰۶	۳/۵۰	۰/۰۶۶
	درون گروهی	۱۳۳/۳۳	۵۸	۲/۲۹		
	کل	۱۴۱/۴۰	۵۹			
برون ریزی (NS۳)	بین گروهی	۵/۴۰	۱	۵/۴۰	۲/۷۸	۰/۱۰۱
	درون گروهی	۱۱۲/۵۳	۵۸	۱/۹۴		
	کل	۱۱۷/۹۳	۵۹			
بی نظمی (NS۴)	بین گروهی	۵/۴۰	۱	۵/۴۰	۳/۲۱	۰/۰۷۸
	درون گروهی	۹۷/۳۳	۵۸	۱/۶۷		
	کل	۱۰۲/۷۳	۵۹			

جدول (۲) تحلیل واریانس آسیب پرهیزی و خرده مقیاس های آن
در افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی و گروه بهنجار

منبع ارزیابی	منابع تغییر	مجموع مجذورات	df	میانگین مجذورات	F	سطح معنی داری
آسیب پرهیزی (HA)	بین گروهی	۱/۰۶	۱	۱/۰۶	۰/۰۰۸	۰/۷۶۶
	درون گروهی	۶۹۲/۸۶	۵۸	۱۱/۹۴		
	کل	۶۹۳/۹۳	۵۹			
نگرانی و بدبینی (HA۱)	بین گروهی	۰	۱	۰	۰/۰۰۱	۱
	درون گروهی	۸۷	۵۸	۱/۵۰		
	کل	۸۷	۵۹			
ترس از عدم قطعیت (HA۲)	بین گروهی	۰/۰۶	۱	۰/۰۶	۰/۰۰۳	۰/۸۵۴
	درون گروهی	۱۱۲/۵۳	۵۸	۱/۹۴		
	کل	۱۱۲/۶۰	۵۹			
شرم در روبرو شدن با غریبه ها (HA۳)	بین گروهی	۱/۶۶	۱	۱/۶۶	۱/۰۴	۰/۳۱۰
	درون گروهی	۹۲/۲۶	۵۸	۱/۵۱		
	کل	۹۳/۹۳	۵۹			
خستگی پذیر (HA۴)	بین گروهی	۰/۲۶	۱	۰/۲۶	۰/۲۰	۰/۶۵۵
	درون گروهی	۷۶/۶۷	۵۸	۱/۳۳		
	کل	۷۶/۹۳	۵۹			

جدول ۳) تحلیل واریانس پاداش وابستگی و خرده مقیاس های آن
در افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی و گروه بهنجار

منبع ارزیابی	منابع تغییر	مجموع مجذورات	df	میانگین مجذورات	F	سطح معنی داری
پاداش وابستگی (RD)	بین گروهی	۸/۰۶	۱	۸/۰۶	۱/۷۵	۰/۱۹۰
	درون گروهی	۲۶۶/۳۳	۵۸	۴/۹۵		
	کل	۲۷۴/۴۰	۵۹			
احساساتی (RD۱)	بین گروهی	۶/۶۶۷	۱	۶/۶۶۷	۵/۹۲	۰/۰۱۸
	درون گروهی	۶۵/۲۶	۵۸	۱/۱۲		
	کل	۷۱/۹۳	۵۹			
دلبستگی (RD۲)	بین گروهی	۰/۲۶	۱	۰/۲۶	۰/۱۵	۰/۶۹۹
	درون گروهی	۱۰۲/۴۶	۵۸	۱/۷۶		
	کل	۱۰۲/۷۳	۵۹			
وابستگی (RD۳)	بین گروهی	۰/۶۰	۱	۰/۶۰	۰/۴۲	۰/۵۱۸
	درون گروهی	۸۲/۳۳	۵۸	۱/۴۲		
	کل	۸۲/۹۳	۵۹			

جدول ۴) تحلیل واریانس پشتکار در افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی و گروه بهنجار

منبع ارزیابی	منابع تغییر	مجموع مجذورات	Df	میانگین مجذورات	F	سطح معنی داری
پشتکار (P)	بین گروهی	۰/۲۶	۱	۰/۲۶	۰/۱۶	۰/۶۸۵
	درون گروهی	۹۳/۱۳	۵۸	۱/۶۰		
	کل	۹۳/۴۰	۵۹			

نتایج تحلیل واریانس نمره های سرشت در دو گروه مبتلا به اختلال شخصیت مرزی و گروه بهنجار نشان داد، بیماران مبتلا به اختلال شخصیت مرزی در کل نوجویی بالاتری نسبت به گروه بهنجار دارند و این نوجویی بالاتر ناشی از تاثیر خرده مقیاس های هیجان پذیری، تکانشوری و بی نظمی است، در حالی که از بین خرده مقیاس های نوجویی تنها برون ریزی دو گروه دارای تفاوت معنی دار نمی باشد. هم چنین نتایج تحلیل واریانس نمره های آسیب پرهیزی نشان داد که بین آسیب پرهیزی دو گروه شامل خرده مقیاس های بدبینی و نگرانی، ترس از عدم قطعیت، شرم در روبرو شدن با غریبه ها و خستگی پذیری دو گروه، تفاوت در سطح ۰/۰۵ معنی دار نمی باشد. با توجه به جدول شماره ۳، بین پاداش وابستگی و خرده مقیاس های دلبستگی و وابستگی تفاوت معنی داری وجود ندارد، تنها تفاوت معنی دار مربوط به خرده مقیاس احساساتی بودن بعد پاداش وابستگی است. همان گونه که در جدول شماره ۴ قابل مشاهده است، بین بعد سرشتی پشتکار در دو گروه تفاوت معنی داری دیده نشد.

بحث و نتیجه گیری

همان گونه که در بخش یافته ها مشاهده شد، میزان نوجویی مبتلایان به اختلال شخصیت مرزی در مقایسه با گروه بهنجار بالاتر است، بین آسیب پرهیزی و پشتکار دو گروه تفاوت معنی داری مشاهده نمی شود، همچنین در پاداش وابستگی دو گروه نیز تفاوت معنی داری وجود ندارد، تنها تفاوت در خرده مقیاس احساساتی بودن بعد پاداش وابستگی است. نتایج تحقیقات پوکروپ^۱ در سال ۲۰۰۲ نشان داد که بیماران مبتلا به اختلال شخصیت مرزی در بعد سرشت، دارای آسیب پرهیزی بالا، نوجویی بالا و پاداش وابستگی پایین هستند. در پژوهشی که در سال ۲۰۰۶، تحت عنوان سرشت و منش بیماران مبتلا به اختلال شخصیت مرزی، صورت گرفت، سرشت بیماران مرزی به علت آسیب پرهیزی بالا (مضطرب و خجالتی) و نوجویی بالا (تکانشی، واکنشی سریع) و پاداش وابستگی پایین (سرد و منزوی) ناپایدار است (زیگلر-هیل و آبراهام، ۲۰۰۶). در سال ۲۰۰۹ فریز^۲ و همکارانش به ارزیابی شخصیت و تکانشگری پرداختند، نتایج این پژوهش نشان داد که تفاوت معنی داری بین نوجویی و آسیب پرهیزی افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی با گروه کنترل وجود دارد، همچنین نتایج حاکی از تکانشگری بیماران مرزی و رابطه میان تکانشگری و نوجویی بود (فریز و همکاران، ۲۰۰۹). علی ملایری و همکاران در سال ۱۳۸۶ به این نتیجه رسیدند؛ که نوجویی و آسیب پرهیزی افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی بالاتر است. در سال ۲۰۱۱، ون دیجیک^۳ و همکاران به این نتیجه رسیدند تکانشگری و نوجویی در اختلال شخصیت مرزی بالا است. همچنین در سال ۱۳۸۷ فرید حسینی و همکاران به این نتیجه رسیدند که یکی از علل بروز رفتارهای تکانه‌ای در فرد مبتلا به خوشه (BPD) این است که این افراد پاداش کمتر و آنی را به پاداش بیشتر ولی با تاخیر در آینده ترجیح می دهند، که این نوع راهکار تصمیم گیری، می تواند منجر به بروز رفتارهای تکانه‌ای شود. در رفتارهای تکانه‌ای نیز پاداش آنی با ضرر و زیان بیشتری در آینده همراه است ولی تحمل تاخیر پاداش و اجتناب از آن را ندارد و بر اساس احساسات تصمیم می گیرند، این امر همچنین با نتیجه تحقیق حاضر یعنی تفاوت معنی دار بین خرده مقیاس احساساتی بودن در بعد سرشتی پاداش وابستگی همسو است. با توجه به تحقیقات پیشین می توان دریافت که نوجویی و آسیب پرهیزی مهمترین تعیین کننده هادر تشخیص اختلال شخصیت مرزی است، تفاوت معنی دار نوجویی در بیماران مرزی و گروه بهنجار و تأیید این امر در پژوهش حاضر و سایر پژوهش ها، نشان از سرشتی بودن این عامل دارد. از میان خرده مقیاس های نوجویی نیز، تکانشوری و رفتار تکانشی مهمترین و تعیین کننده ترین عوامل در تشخیص اختلال شخصیت مرزی به عنوان یک اختلال آسیب رسان فردی-اجتماعی است. تفاوت بین آسیب پرهیزی در این تحقیق و تحقیقات پیشین ممکن است ناشی از عوامل شخصیتی دیگر و یا وجود برخی از اختلالات همزمان (همچون اختلال شخصیت ضداجتماعی) باشد. همچنین عوامل تربیتی و محیطی نیز می

1. Pukrop
2. Fereaz
3. Van Dijk

تواند زمینه ساز ارتکاب جرم در این افراد باشد. یکی دیگر از علل تفاوت نیز می تواند ناشی از این امر باشد که نمونه مورد بررسی در این تحقیق زندانیان بوده اند. از محدودیت های پژوهش حاضر عدم مقایسه زندانیان مبتلا به اختلال شخصیت مرزی با زندانیان غیر مبتلا می باشد، که احتمال دارد نتایج بدست آمده را تحت تاثیر قرار دهد. پیشنهاد می شود تا در تحقیقات بعدی، اولاً زندانیان مبتلا به اختلال شخصیت مرزی با زندانیان غیر مبتلا مورد مقایسه قرار گیرند. ثانیاً مقایسه بین زندانیان مبتلا به اختلال شخصیت مرزی با بیماران غیر زندانی مبتلا به اختلال شخصیت مرزی صورت پذیرد.

منابع

اکبری دهقی، اشرف (۱۳۸۶). مقایسه عملکرد حافظه رویدادی بیماران مبتلا به اختلال شخصیت مرزی با گروه غیربیمار. پایان نامه کارشناسی ارشد، انستیتو روانپزشکی تهران.

سادوک، بنیامین جیمز و سادوک، ویرجینیا آلکوت (۲۰۰۷). خلاصه روانپزشکی (علوم رفتاری / روانپزشکی بالینی). مترجم: فرزین رضاعی (۱۳۸۸). جلد دوم، تهران: انتشارات ارجمند.

فرید حسینی، فرهاد؛ علی ملایری، نوشین؛ اسعدی، محمد؛ اختیاری، حامد؛ صفایی، هومن و عدالتی، هانیه (۱۳۸۸). ارزیابی تصمیم گیری در شرایط مخاطره آمیز در بیماران مبتلا به اختلال شخصیت مرزی و ضدا اجتماعی. مجله علمی پژوهشی اصول بهداشت روانی، سال یازدهم، شماره دوم.

کاویانی، حسین (۱۳۸۶). نظریه زیستی شخصیت. تهران: انتشارات نشر کاویان.

کاویانی، حسین و پورناصح، محمد (۱۳۸۴). اعتباریابی و هنجارسنجی پرسشنامه سرشت و منش کلونینگر، مجله دانشکده پزشکی علوم پزشکی تهران، سال ۶۳، شماره دوم.

علی ملایری، نوشین، کاویانی، حسین، اسعدی، محمد و فرید حسینی، فرهاد. (۱۳۸۷). ارزیابی ابعاد شخصیت بر اساس پرسشنامه سرشت و منش کلونینگر TCI-۱۲۵ در بیماران مبتلا به اختلال شخصیت مرزی. مجله دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی تهران، دوره ۶۶، شماره نهم.

- Birt, M. A., & Vaida, A. (2004) Normative data in the Romanian population for temperament and character inventory (TCI) personality Questionnaire. *J Psychiatry Res*, 30(5): 325-42
- Berlin, H., Hamilton, H., Rogers, K., Goldstein, K., Siever, A., New, E., (2010). Neurocognition and temperament in borderline personality disorder. *European Psychiatry*, Volume 25, 828.
- Chapman, A. L., Dixon-Gordon, K. L., Layden, B. K., & Walters, K. N. (2010). Borderline Personality Features Moderate the Effect of a Fear Induction on Impulsivity. *Personality disorder: Theory, Reserch, and Treatment*, Voulum 1, Issue 3, 139-152.
- Clarkin, J. (1996). Treatment of personality disorder. *British Journal of Clinical Psychology*. Volume 9, 63-79.
- Fassino, S., Amianto, F., Gastaldi, F., Abbate-daga, G., Brambilla, F., & Leomlruni, P. (2009). Personality trait interactions in parents of patients with borderline personality disorder: A controlled study using the Temperament and Charavter Inventory. *Psychiatry Research*, 128-133.
- Fereaz, L., Vallez, M., Navarro, J. B., Gelabert, E., Martin-Santos, R., & Subira, S. (2009). Dimensional assessment of personality and impulsiveness in borderline personality disorder. *Personality and Individua Differences*, 46, 140-146.

- Fertuck, E. A., Lenzenweger, M. F., Carkin, J. F., Hoermann, S. & Stanly, B. (2005). Executive neurocognition, memory system and borderline personality disorder. *Clinical Psychology Review*. Volume 26, Issue 3, 346–375.
- Joyce, P. R., McHugh, P. C., Light, K. J., Rowe, s., Miller, A. L., & Kennedy, M. A. (2009). Relationships Between Angry-Impulsive Personality Trait and Genetic Polymorphisms of the Dopamine Transporter. *Biological Psychiatry*, Volume 66, Issue 8, 717-721.
- Korner, A., Gerull, F., Stevenson, J., & Mearns, R. (2007). harm avoidance, self-harm, psychic pain, and the borderline personality: life in a hauntedhouse. *Comperhensive Psychiatr* 333-338.
- Millon, T., Grossman, S., Meagher, C., & Ramnath, R. (2004). *Personality disorder in modern life*. New York: Wiley.
- McCloskey, M. S., New, A. S., Siever, I. J., Goodman, M., Koenigsberg, H. W., Flory, J. D., (2009). Evaluation of behavioral and impulsivity and aggression tasks as endophenotype for borderline personality disorder. *Journal Of Psychiatric Research*, Volume 43, Issue 12, 1036-1048.
- Oldham, J. M., Gabbard, G. O., Goin, M. K., Gunderson, J., Soloff, P., & Spiegel, D. (2001). Practice guideline for the treatment of patient with borderline personality disorder. Practice section of APA.
- Pukrop, R. (2002). Dimensional personality profile of borderline personality disorders and healthy controls. *J Personal Disord*, 47-135 .
- Sadok, B. J., Sadok, V. A., & Ruize, P. (2009). *Kaplan & Sadocks Comprehensive textbook of psychiatry*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Soloff, P. H., Kelly, T. M., Stephen, J., Strotmeyer, K. M., & Malone, J. J. (2003). Impulsivity, gender, and response to fenfluramine challenge in borderline personality disorder. *Psychiatry Research*, Volume 24, 119.
- Stallings, M. C., Hewitt, J. K., Cloninger, C. R., Heath, A. C., & Eaves, L. J. (1994). Genetic and environmental structure of the Tridimensional Personality Questionnaire: Three or four temperament dimensions? *J Pers Soc Psychol*, 70, 127–140.
- Stanley, B., Winchel, R., Molcho, A., Simeon, D., & Stanley, M. (1992). Self mutilation: Psychological and biological correlates. *American Journal of Psychiatry*, 4(2), 149-155.
- Stiglmayr, C. E., Gratwohol, T., & Bohus, M. (2001). States of aversive tension in patients with borderline personality disorder: A control field study. In J. Fahenberg & M. Mytrk, (Eds), *Progress in ambulatory assessment. Computer assisted psychological methods in monitoring and field studies*. 69(10):993.
- Svrakik, D., Draganic, S., Hill, K., Bayon, C., Przybek, T., & Choninger, C. (2002). Temperament, character and personality disorder: Etiologic, diagnostic, treatment issues. *Acta Psychiatr Scand*, 95-189.
- Van Dijk, F. E., Buitelaar, J. K., Verkes, R. J., Kan, C. C., & Lappenscharr, M. (2011). *Comprehensive Psychiatry*. In Press: Corrected Proof.
- Zeigler-Hill, V., & Abraham, J. (2006). Borderline personality features: instability of self-esteem and effect. *J Social and Clinical Psychology*, 65, 668, 28.
- Zemarten, A., & Vnder Linden, M. (2005). Impulsivity and decision making. *J Nerv Ment Dis*, 50-675.