

مقایسه کارکرد های اجرایی و دشواری در نظم بخشی هیجانی در معتادان با صفات شخصیت مرزی بالا و پایین

منصور بیرامی^۱، یزدان موحدی^۱، رضا سپهوند^{۲*}، رضا محمدزادگان^۱، یونس قاسم بکلو^۱، سجاد وکیلی^۱

^۱گروه روان شناسی، دانشگاه تبریز، تبریز، ایران، ^۲گروه روانشناسی عمومی، دانشگاه زاهدان، زاهدان، ایران

تاریخ وصول: ۱۳۹۵/۶/۲۴ تاریخ پذیرش: ۱۳۹۵/۳/۱۲

چکیده

زمینه و هدف: اختلال شخصیت مرزی یکی از مشکلات مهم سلامت است که با عواقب نامطلوب برای افراد در خانواده‌ها مطرح است، پژوهش حاضر با هدف مقایسه کارکردهای اجرایی و دشواری در نظم بخشی هیجانی در معتادان با صفات شخصیت مرزی بالا و پایین انجام شد.

روش بررسی: طرح پژوهش حاضر علی - مقایسه‌ای بود. جامعه آماری پژوهش، شامل کلیه مردان سوء مصرف کننده مواد بود که در سال ۱۳۹۲ به مراکز ترک اعتیاد مراجعه کرده بودند. ۸۰ نفر معتاد، با روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شده و با استفاده از پرسشنامه صفات شخصیت مرزی (STB) در دو گروه ۴۰ نفری به صورت معتادان با صفات مرزی بالا و پایین قرار گرفتند. سپس آزمون دسته‌بندی کارت‌های ویسکانسین و مقیاس دشواری در نظم بخشی هیجانی روی دو گروه اجرا شد. داده‌های آماری با استفاده از آزمون تحلیل واریانس چند متغیری مانوا و آزمون LSD تجزیه و تحلیل شدند.

یافته‌ها: نتایج نشان داد که معتادان با صفات مرزی بالا نسبت به معتادان با صفات مرزی پایین در آزمون دسته‌بندی کارت‌های ویسکانسین عملکرد ضعیف‌تری داشته و تعداد خطای درجاماندگی ($p=0/018$) و خطای کل ($p=0/002$) آنها بالاتر است. همچنین معتادان با صفات مرزی بالا، نمرات بالاتری در متغیر دشواری در نظم بخشی هیجانی ($p=0/002$) نسبت به معتادان با صفات شخصیت مرزی پایین دارند.

نتیجه‌گیری: نتایج نشان داد که معتادان با صفات مرزی بالا، عملکرد ضعیف‌تری در کارکرد های اجرایی و سطوح بالاتری از دشواری در نظم بخشی هیجانی دارند که این امر می‌تواند ناشی از تأثیر وابستگی دارویی بر عملکرد عصب شناختی آنها باشد که منجر به عملکرد ضعیف تر این افراد در مقایسه با معتادان با صفات مرزی پایین شده است.

واژه‌های کلیدی: کارکرد های اجرایی، دشواری در نظم بخشی هیجانی، صفات شخصیت مرزی، سوء مصرف مواد

* نویسنده مسئول: رضا سپهوند، زاهدان، گروه روانشناسی عمومی، دانشگاه زاهدان، زاهدان، ایران

Email: Sepahvand.reza68@gmail.com

مقدمه

اختلال شخصیت مرزی یکی از مشکلات مهم سلامت عمومی است که با عواقب نامطلوب قابل توجهی برای افراد، خانواده‌ها و جوامع همراه است. این اختلال با مشکلات مداوم هیجانی (مانند خشم)، رفتاری (آسیب به خود)، شناختی (تجزیه) و بین فردی (روابط آشفته) مشخص می‌شود (۱). اختلال شخصیت مرزی شدیداً با سوء مصرف مواد مرتبط است (۲ و ۳). اختلال شخصیت مرزی با ویژگی‌هایی همچون تکانشگری، احساس مزمن پوچی، اختلال هویت، فقدان کنترل خشم، تغییرات خلقی شدید و فراوان، رفتارهای تهدید کننده زندگی که در اوایل بزرگسالی شروع می‌شود، مشخص می‌گردد (۴ و ۲). مطالعه‌هایی که افراد سوء مصرف کننده مواد را بررسی کرده‌اند، نشان داده‌اند که میزان اختلال شخصیت مرزی در دامنه ای از ۱۹ درصد تا بیشتر از ۴۶ درصد قرار دارد (۵ و ۶). همچنین برخی مطالعه‌ها مطرح کرده‌اند که بیش از ۶۷ درصد از افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی، همزمان واجد ملاک‌های تشخیصی یک اختلال سوء مصرف مواد نیز هستند، با این حال هنگامی که سوء مصرف مواد به عنوان یکی از ملاک‌های تشخیص شخصیت مرزی حذف شد این رقم به ۵۷ درصد کاهش یافت که باز هم برای جمعیت مرزی رقم بالایی است (۷ و ۸). بسیاری از پژوهشگران معتقدند که افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی بیش از هر اختلال روانپزشکی دیگر (به استثنای اختلال

شخصیت ضد اجتماعی) همزمان واجد معیارهای تشخیصی یک اختلال سوء مصرف مواد نیز هستند (۸). همچنین پیشنهاد شده است که افراد با اختلال شخصیت مرزی نسبت به افراد بدون این اختلال در سنین پایین تری مصرف مواد را شروع می‌کنند (۹ و ۱۰). در این میان مطالعه نشان داده‌اند که همبودی اختلال شخصیت مرزی با اختلال سوء مصرف مواد با پیش آگهی بدتر از هر دو اختلال مرتبط است (۹). برای مثال همبودی اختلال شخصیت مرزی در میان بیماران سوء مصرف کننده با سطوح بالاتری از مصرف مواد (۱۱) افزایش شدید علایم سوء مصرف [۱۲] و میزان بالای رفتارهای خطرناک مصرف دارو (۱۱) مرتبط است. از طرفی یکی از عوامل مهم تأثیرگذار بر روی اختلال سوء مصرف مواد که در بسیاری از پژوهش‌ها (۱۷-۱۳) بر آن تأکید شده است دشواری در نظم بخشی هیجانی است. یعنی ممکن است مکانیسم نظم بخشی هیجانی فاکتور مهمی در چارچوب اختلال سوء مصرف مواد باشد (۱۸). تعاریف خاص دشواری در نظم بخشی هیجانی از نظر محققان متفاوت است (۱۹). با وجود تعاریف زیاد برای دشواری در نظم بخشی هیجانی آنچه که به نظر در میان این تعاریف مشترک است وجود بی‌ثباتی هیجانی، واکنش‌پذیری عاطفی، تحریک‌پذیری و فقدان خود تنظیمی هیجانی است (۲۰ و ۱۵). یافته‌های بسیاری نقش دشواری در نظم بخشی هیجانی را در اختلال سوء مصرف مواد برجسته کرده

اند(۱۵ و ۱۴). همچنین شواهدی یافت شده است که اختلال سوء مصرف مواد بیشترین میزان دشواری در نظم بخشی هیجانی را نشان می‌دهد(۲۲ و ۲۱). این یافته‌ها سطوح بالاتری از بی‌نظمی هیجانی را در میان سوء مصرف کنندگان مواد با ویژگی‌های اختلال شخصیت مرزی در مقایسه با سوء مصرف کنندگان بدون اختلال شخصیت مرزی ارائه می‌کنند.

در این راستا، فرضیه‌ای که اخیراً مورد بحث واقع شده، بر نقش آسیب کارکردهای اجرایی در اعتیاد به سوء مصرف مواد تأکید می‌کند(۲۳). هر چند تعاریف متفاوت است، ولی کارکردهای اجرایی به طور کلی به مجموعه‌ای از مهارت‌های لازم برای فعالیت مستقل و هدفمند شامل بسیاری از عملکردهای عصب شناختی سطح بالاتر مانند حافظه کاری، کنترل مهاری، سازماندهی، برنامه‌ریزی مجدد گفته می‌شود(۲۴ و ۲۵) که برای سازگاری موفقیت‌آمیز حیاتی هستند، زیرا آنها رفتارهای معطوف به هدف و ظرفیت مدیریت محرک‌های چندگانه و یا اجرای درخواست‌ها را تسهیل می‌کنند(۲۶-۲۸). در این رابطه مطالعه‌های بسیاری بر نقش آسیب کارکردهای اجرایی در سوء مصرف مواد پرداخته‌اند. فیلد و فولرتون(۲۹) در مطالعه‌ای مطرح کردند که عملکرد عصب شناختی معنادان به هروئین تفاوت معنی‌داری با گروه کنترل دارد و وضعیت معنادان به طور قابل توجهی نگران کننده است. همچنین نول و همکاران(۳۰) مطرح کردند که افراد معتاد نقص‌های جدی در

کارکردهای اجرایی از جمله بازداری پاسخ، تصمیم‌گیری و حل مسئله، استدلال انتزاعی و تغییر توجه دارند، این آسیب‌ها احتمالاً با نابهنجاری‌های کارکردی و ساختاری در قطعه فرونتال رابطه دارد(۳۱). همچنین کورین(۳۲) نشان داد که معتادان به هروئین به مراتب تعداد بیشتری از خطای درجاماندگی و چرخش در طراحی الگوها و استفاده محدود از فضای کاغذ در مقایسه با افراد غیر معتاد نشان می‌دهند.

در این میان با توجه به رشد سریع اعتیاد در جامعه و تأثیر آن در عملکرد همه جانبه فردی و اجتماعی، شناخت و ارزیابی دقیق ابعاد گوناگون این بیماری می‌تواند به روشن شدن ارتباط متغیرهای مختلف کمک کند، بنابراین با توجه به مسائل مطرح شده بالا و اهمیت موضوع، پژوهش حاضر به بررسی و مقایسه کارکردهای اجرایی و دشواری در نظم بخشی هیجانی در معتادان با صفات شخصیت مرزی بالا و پایین پرداخته است.

روش بررسی

طرح پژوهش حاضر از نوع مطالعه علی - مقایسه‌ای بود. جامعه آماری پژوهش، شامل کلیه مردان سوء مصرف کننده مواد در شهرستان خوی بود که در سال ۱۳۹۲ به مراکز بازتوانی و ترک اعتیاد (۴ مرکز) مراجعه کردند. از هر مرکز ۲۰ نفر به صورت در دسترس انتخاب شدند و در کل ۸۰ نفر

(۶ ماده) را می‌سنجد (۳۴). ضرایب پایایی به وسیله بازآزمایی در فاصله چهار هفته برای کل مقیاس شخصیت مرزی ۸۴ درصد و خرده مقیاس‌های ناامیدی ۵۳ درصد، تکانشگری ۷۲ درصد و علایم تجزیه‌ای و پارانوئیدی وابسته به استرس ۵۰ درصد گزارش شده است (۳۴). ضرایب آلفا برای کل مقیاس ۷۷ درصد و برای خرده مقیاس‌های ناامیدی ۶۴ درصد، تکانشگری ۵۸ درصد و علایم تجزیه‌ای و پارانوئیدی وابسته به استرس ۵۷ درصد می‌باشد (۳۴). در پژوهش حاضر ضریب آلفا برای کل مقیاس ۷۵ درصد به دست آمد.

آزمون دسته بندی کارت‌های ویسکانسین توانایی انتزاع و تغییر راهبردهای شناختی را در پاسخ به بازخوردهای محیطی ارزیابی می‌کند (۳۵). این آزمون متشکل از ۶۴ کارت غیر متشابه با شکل‌های متفاوت (مثلث، ستاره، صلیب و دایره) و رنگ‌های مختلف است. برای اجرای آزمون ابتدا ۴ کارت الگو در مقابل آزمودنی قرار داده می‌شود. آزمون گر ابتدا رنگ را به عنوان اصل دسته‌بندی در نظر می‌گیرد بدون آنکه این اصل را به آزمودنی اطلاع دهد و از وی می‌خواهد بقیه کارت‌ها را یک به یک در زیر چهار کارت الگو قرار دهد. بعد از هر کوشش به آزمودنی گفته می‌شود جایگذاری وی صحیح است یا خیر. اگر آزمودنی بتواند به طور متوالی ۱۰ دسته‌بندی صحیح انجام دهد اصل دسته‌بندی تغییر می‌یابد و اصل بعدی شکل خواهد بود. تغییر اصل فقط با تغییر دادن الگوی

حجم نمونه را تشکیل دادند. برای تفکیک گروه‌ها از پرسشنامه صفات شخصیت مرزی استفاده شد. به طوری که از بین تمام افراد مراجعه کننده به مراکز ۴۰ نفر که در پرسشنامه صفات شخصیت مرزی نمرات بالاتر از نقطه برش ۱۰ کسب کردند به عنوان افراد دارای صفات شخصیت مرزی بالا و ۴۰ نفر دیگر از این افراد مراجعه کننده به مراکز که نمرات کمتر از نقطه برش ۱۰ گرفتند به عنوان افراد دارای صفات شخصیت مرزی پایین انتخاب شدند. در نهایت پس از تفکیک گروه‌ها، آزمون کارت‌های ویسکانسین و مقیاس دشواری در نظم بخشی هیجانی بر روی آنها اجرا گردید. دو گروه از نظر ویژگی‌های جمعیت شناختی مانند جنسیت، تأهل، سن، تحصیلات و قومیت همتا شدند. همچنین قبل از تجزیه و تحلیل داده‌ها، اندازه‌های از دست رفته به روش جایگزین کردن میانگین اصلاح شدند

مقیاس صفات شخصیت مرزی، بخشی از پرسشنامه صفات اسکیزوتایپی و مقیاس صفات شخصیت مرزی است که به وسیله کلاریج و بروکز ساخته شده است (۳۳) و به صورت بلی و خیر جواب داده می‌شود. جواب بلی نمره ۱ و جواب خیر نمره صفر می‌گیرد. محمذاده و همکاران با انطباق نسخه ویرایش شده این آزمون با ملاک‌های راهنمای تشخیصی و آماری (DSM-IV) ۲۰ ماده معرفی کرده‌اند که ۳ عامل ناامیدی (۷ ماده)، تکانشگری (۷ ماده) و علایم تجزیه‌ای و پارانوئیدی وابسته به استرس

بازخورد بلی و خیر انجام می‌شود. بدین ترتیب پاسخ صحیح قبلی در اصل جدید پاسخ غلط تلقی می‌شود. اصل بعدی تعداد است و بعد سه اصل به ترتیب تکرار می‌شوند. زمانی آزمون متوقف می‌شود که آزمودنی بتواند با موفقیت ۶ طبقه را به طور صحیح دسته‌بندی کند. اعتبار این آزمون برای نقایص شناختی به دنبال آسیب‌های مغزی بالای ۰/۸۶ گزارش شده است (۲۴). پایایی این آزمون بر اساس ضریب توافق ارزیابی کنندگان ۰/۸۳/۳۶ و در نمونه ایرانی با روش باز آزمایی ۰/۸۵ گزارش شده است (۳۷).

مقیاس دشواری در نظم بخشی هیجانی یک ابزار ۳۶ سوالی است که به وسیله گراتز و روئمر ساخته شده است (۳۸) و نمره گذاری گویه‌ها در آن از طریق یک درجه‌بندی لیکرت ۵ درجه‌ای صورت می‌گیرد. نمرات بالاتر نشان دهنده دشواری‌های بیشتر در نظم بخشی هیجانی است. این مقیاس سطح معمول دشواری در نظم بخشی هیجانی افراد را در شش حوزه شامل؛ عدم پذیرش پاسخ‌های هیجانی (عدم پذیرش)، مشکل در درگیر شدن در رفتار هدفمند (اهداف)، مشکل در کنترل تکانه (تکانشگر)، فقدان آگاهی هیجانی (آگاهی)، دسترسی محدود به راهبردهای تنظیم هیجان (راهبردها) و فقدان وضوح هیجانی (وضوح) را اندازه گیری می‌کند. ضرایب اعتبار کل مقیاس با استفاده از روش همسانی درونی ۹۳ درصد و برای هر کدام از شش زیر مقیاس دشواری در نظم بخشی هیجانی ضرایب آلفای کرونباخ بیشتر

از ۸۰ درصد به دست آمده است. ضریب اعتبار بازآزمایی در یک دوره ۴ تا ۸ هفته‌ای ۸۸ درصد به دست آمده است (۳۸). همچنین در این پژوهش ضریب اعتبار کل با استفاده از آلفای کرونباخ ۸۶ درصد به دست آمده است.

داده‌های جمع‌آوری شده با استفاده از نرم‌افزار SPSS و آزمون‌های آمار توصیفی، آنالیز واریانس چند متغیره، گالموگروف - اسمیرنف و مقایسه های زوجی LSD تجزیه و تحلیل شدند.

یافته‌ها

در جدول ۱ میانگین و انحراف استاندارد نمره‌های شرکت کنندگان دو گروه در آزمون کارت‌های ویسکانسین و دشواری در نظم بخشی هیجانی ارایه شده است. چنان که نتایج نشان می‌دهد میانگین گروه معنادان با صفات شخصیت مرزی بالا در همه متغیرها بالاتر از میانگین گروه معنادان با صفات شخصیت مرزی پایین است.

در ادامه به منظور بررسی معنی‌داری تفاوت بین گروه‌ها، ابتدا فرض نرمال بودن توزیع گروه‌ها با آزمون گالموگروف - اسمیرنف بررسی شد که نمره Z این آزمون برای هر دو گروه در دو آزمون کارکردهای اجرایی و دشواری در نظم بخشی هیجانی معنی‌دار نشد و این بدین معنی است که توزیع این گروه‌ها با توزیع نرمال تفاوت معنی‌داری ندارد، بنابراین فرض نرمال بودن برقرار است (جدول ۲).

همچنین برای استفاده از آزمون تحلیل واریانس مفروضه همگنی واریانس‌ها با استفاده از آزمون لون (Levene) مورد بررسی قرار گرفت. براساس نتایج، پیش فرض همگنی واریانس‌ها در آزمون کسارت‌های ویسکانسین [$p = 0/289, F = 1/138$] و دشواری در نظم بخشی هیجانی [$F = 0/509, F = 0/441$] و $p = 0/509$ و مؤلفه‌های آنها در هر دو گروه تأیید شد، این آزمون برای هیچ کدام از متغیرها معنی‌دار نبود. بنابراین پس از اطمینان از اینکه داده‌های مورد بررسی همه شرایط استفاده از آزمون تحلیل واریانس را دارند، این آزمون استفاده شد.

نتایج تحلیل واریانس چند متغیره در جدول ۳ نشان داد که بین دو گروه معتادان با صفات شخصیت مرزی بالا و پایین حداقل از نظر یکی از متغیرها تفاوت معنی‌دار وجود دارد. طبق جدول ۳ سطوح معنی‌داری همه آزمون‌ها قابلیت استفاده از تحلیل واریانس چند متغیری را مجاز می‌شمارند. بدین ترتیب به منظور بررسی تفاوت میانگین دو گروه در آزمون کارت های ویسکانسین و دشواری در نظم بخشی هیجانی و مؤلفه‌های آنها از آزمون تحلیل واریانس چند متغیره استفاده شد و نتایج آن در جدول ۴ گزارش شده است.

همان‌طور که در جدول ۴ نشان داده شده است، بین دو گروه در متغیرهای خطای درجاماندگی [$F = 6/918, F = 10/04, p = 0/010$]، خطای کل [$F = 10/04, p = 0/002$] و اختلال در انجام رفتار های هدفمند

اختلال در کنترل تکانه [$F = 6/42, p = 0/013$]، اختلال در کنترل تکانه [$F = 9/90$]، دشواری در نظم بخشی هیجانی کل [$F = 9/99, p = 0/002$] تفاوت معنی‌داری مشاهده شد، اما در متغیرهای عدم پذیرش پاسخ‌های هیجانی [$F = 0/17, P = 0/898, F = 0/17$]، فقدان آگاهی هیجانی [$F = 0/061, F = 3/20, P = 0/805$]، ضعف راهبردهای تنظیم هیجانی [$P = 0/077$] تفاوت معنی‌دار مشاهده نشد. بنابراین برای بررسی چگونگی تفاوت در گروه‌ها از آزمون تعقیبی LSD استفاده شد که نتایج آن در جدول ۵ ارائه شده است. همان‌طور که نتایج آزمون مقایسه‌های زوجی LSD نشان می‌دهد بین میانگین دو گروه در متغیرهای اختلال در انجام رفتارهای هدفمند، اختلال در کنترل تکانه، فقدان وضوح هیجانی و کل دشواری در نظم بخشی هیجانی در سطح $0/05$ تفاوت معنی‌دار وجود دارد و معتادان با صفات شخصیت مرزی بالا در این متغیرها نسبت به گروه معتادان با صفات شخصیت مرزی پایین نمرات بالاتری دارند، اما در متغیرهای عدم پذیرش پاسخ‌های هیجانی، آگاهی هیجانی و ضعف راهبردهای تنظیم هیجانی بین دو گروه تفاوت معنی‌داری وجود ندارد. همچنین از نظر متغیرهای خطای درجاماندگی و خطای کل در بین نمرات دو گروه در سطح $0/05$ تفاوت معنی‌دار وجود دارد، یعنی نمرات مربوط به خطای درجاماندگی و خطای کل در گروه معتادان با صفات شخصیت مرزی بالا نسبت به گروه معتادان با صفات شخصیت مرزی پایین، بیشتر است.

نتایج تحلیل واریانس چند متغیره در جدول ۳ نشان داد که بین دو گروه معتادان با صفات شخصیت مرزی بالا و پایین حداقل از نظر یکی از متغیرها تفاوت معنی‌دار وجود دارد. طبق جدول ۳ سطوح معنی‌داری همه آزمون‌ها قابلیت استفاده از تحلیل واریانس چند متغیری را مجاز می‌شمارند. بدین ترتیب به منظور بررسی تفاوت میانگین دو گروه در آزمون کارت های ویسکانسین و دشواری در نظم بخشی هیجانی و مؤلفه‌های آنها از آزمون تحلیل واریانس چند متغیره استفاده شد و نتایج آن در جدول ۴ گزارش شده است.

همان‌طور که در جدول ۴ نشان داده شده است، بین دو گروه در متغیرهای خطای درجاماندگی [$F = 6/918, F = 10/04, p = 0/010$]، خطای کل [$F = 10/04, p = 0/002$] و اختلال در انجام رفتار های هدفمند

همان‌طور که در جدول ۴ نشان داده شده است، بین دو گروه در متغیرهای خطای درجاماندگی [$F = 6/918, F = 10/04, p = 0/010$]، خطای کل [$F = 10/04, p = 0/002$] و اختلال در انجام رفتار های هدفمند

جدول ۱: آماره های توصیفی (میانگین و انحراف معیار) دو گروه در آزمون کارت های ویسکانسین و دشواری در نظم بخشی هیجانی و مولفه های آنها

تعداد	میانگین (انحراف استاندارد)	گروه ها	مولفه ها	تعداد	میانگین (انحراف استاندارد)	گروه ها	مولفه ها
۸۰	(۴/۰۵) ۱۶/۸۵	صفات مرزی بالا	فقدان آگاهی	۸۰	(۵/۴۰) ۸/۴۰	صفات مرزی بالا	خطای
	(۴/۴۲) ۱۶/۶۲	صفات مرزی پایین	هیجانی		(۶/۰۵) ۵/۰۲	صفات مرزی پایین	درجاماندگی
۸۰	(۶/۶۳) ۲۴/۳۶	صفات مرزی بالا	دسترسی محدود به راهبردها	۸۰	(۶/۲۴) ۱۳/۹۲	صفات مرزی بالا	خطای کل
	(۶/۴۴) ۲۱/۷۴	صفات مرزی پایین			(۷/۱۹) ۹/۱۵	صفات مرزی پایین	
۸۰	(۲/۹۴) ۱۴/۱۳	صفات مرزی بالا	فقدان وضوح	۸۰	(۵/۳۰) ۱۷/۷۳	صفات مرزی بالا	عدم پذیرش
	(۴/۲۱) ۱۱/۴۸	صفات مرزی پایین	هیجانی		(۵/۳۴) ۱۷/۵۷	صفات مرزی پایین	پاسخ های هیجانی
					(۴/۱۹) ۱۷/۷۱	صفات مرزی بالا	مشکل در درگیر شدن در رفتار
۸۰	(۱۵/۰۴) ۱۰۹/۸۷	صفات مرزی بالا	نظم بخشی هیجانی (کل)	۸۰	(۴/۳۳) ۱۵/۲۹	صفات مرزی پایین	هدفمند
					(۴/۹۹) ۱۹/۹۸	صفات مرزی بالا	مشکل در کنترل
	(۱۸/۳۴) ۹۸/۰۱	صفات مرزی پایین		۸۰	(۵/۰۸) ۱۶/۴۴	صفات مرزی پایین	تکانه

جدول ۲: نتایج آزمون گالموگروف - اسمیرنف دو گروه در آزمون کارت های ویسکانسین و دشواری در نظم بخشی هیجانی

سطح معنی داری	Z	آزمون گالموگروف - اسمیرنف
۱/۱۱۸	۰/۵۵۹	کارت های ویسکانسین (خطای کل)
۰/۱۶۴	۰/۹۱۳	دشواری در نظم بخشی هیجانی (کل)

جدول ۳: نتایج آزمون تحلیل واریانس چند متغیری برای دوگروه

سطح معنی داری	F	ارزش	نام آزمون
۰/۰۰۳	۲/۱۵	۰/۲۹	اثر پیلایی
۰/۰۰۳	۲/۱۵	۰/۷۱	لانداى ويلكز
۰/۰۰۳	۲/۱۵	۰/۴۱	اثر هتلینگ
۰/۰۰۳	۲/۱۵	۰/۴۱	بزرگترین ریشه روی

جدول ۴: نتایج تحلیل واریانس چند متغیره دو گروه در آزمون کارت های ویسکانسین و دشواری در نظم بخشی هیجانی و مولفه های آنها

منبع پراکنندگی	متغیر وابسته	مجموع مجزورات	درجه آزادی	میانگین مجزورات	F	سطح معنی داری
گروه	خطای درجاماندگی	۲۲۷/۸۱	۱	۲۲۷/۸۱	۶/۹۱۸	۰/۰۱۰
	خطای کل	۴۵۶/۰۱	۱	۴۵۶/۰۱	۱۰/۰۴	۰/۰۰۲
	عدم پذیرش پاسخهای هیجانی	۰/۴۷۳	۱	۰/۴۷۳	۰/۰۱	۰/۸۹۸
	مشکل در درگیر شدن در رفتار هدفمند	۱۱۷/۰۲	۱	۱۱۷/۰۲	۶/۴۲	۰/۰۱۳
	مشکل در کنترل تکانه	۲۵۱/۲۴	۱	۲۵۱/۲۴	۹/۹۰	۰/۰۰۲
	فقدان آگاهی هیجانی	۱/۱۰۳	۱	۱/۱۰۳	۰/۰۶	۰/۸۰۵
	دسترسی محدود به راهبردها	۱۳۷/۱۵	۱	۱۳۷/۱۵	۳/۲۰۷	۰/۰۷۷
	فقدان وضوح هیجانی	۱۴۰/۴۵	۱	۱۴۰/۴۵	۱۰/۶۲	۰/۰۰۲
	نظم بخشی هیجانی (کل)	۲۸۱۵/۰۰	۱	۲۸۱۵/۰۰	۹/۹۹	۰/۰۰۲

بحث

پیشنهاد کردند که اعتیاد دارویی می‌تواند منجر به نقص در هفت حوزه عصب شناختی گردد که شامل؛ کاهش خود انگیزگی، مشکل روانی یا تغییرات رفتاری، مشکل در حفظ توجه، تکانشگری، مختل شدن آگاهی اجتماعی، مختل شدن بینش، مختل شدن استدلال انتزاعی است. این اختلالات در هفت حوزه، در واقع اختلال عملکردهای اجرایی قشر فرونتال(به خصوص بدکاری هایسینگولیت قدامی و قشر پره فرونتال(۴۲ و ۴۱) هستند که می‌توانند به سه حوزه عمده توجه، کنترل تکانه، انعطاف‌پذیری و استدلال انتزاعی طبقه‌بندی گردند. در این رابطه طبق مدل وینشتین و شافر(۴۰)، پائو و همکاران(۴۳) پیشنهاد می‌کنند که مواد مخدر(به عنوان مثال هروئین که یک ضد درد و آرامبخش قوی است) می‌تواند با عبور از سد خونی مغزی منجر به عوارض قابل توجه عصب

معنادان با صفات شخصیت مرزی بالا در آزمون دسته‌بندی کارت‌های ویسکانسین نسبت به معنادان با صفات شخصیت مرزی پایین عملکرد ضعیف‌تری دارند. تفاوت بین عملکرد دو گروه در کارکرد های اجرایی(خطای درجاماندگی و خطای کل) معنی‌دار است. نتایج این مطالعه با یافته‌های لیورز و همکاران(۲۳)، فیلد و فولرتون(۲۹)، نول و همکاران(۳۰)، موزلی و همکاران(۳۱) و کورین(۳۲) هم‌سو است. در این رابطه آردیلا و همکاران(۳۹) مطرح می‌کنند که وابستگی به مواد موجب آسیب‌هایی در عملکرد شناختی از جمله حل مسئله، برنامه‌ریزی، سازمان‌دهی، یادگیری مطالب جدید، توانایی فضایی - بینایی، انعطاف‌پذیری شناختی و مهارت‌های به یاد سپاری می‌شود. همچنین وینشتین و شافر(۴۰)

شناختی در توجه، کنترل تکانه و یا انعطاف‌پذیری ذهنی و استدلال انتزاعی گردد.

یافته دیگر این پژوهش حاکی از آن بود که معتادان با صفات شخصیت مرزی بالا، نمرات بالاتری در متغیر دشواری در نظم بخشی هیجانی نسبت به معتادان با صفات شخصیت مرزی پایین دارند و بین دو گروه تفاوت معنی‌داری وجود دارد. این یافته با یافته‌های استاس و همکاران (۲۵)، فرید و همکاران (۲۷)، نولاند و همکاران (۲۸)، فیلد و همکاران (۲۹)، نول و همکاران (۳۰)، موزلی و همکاران (۳۱) هم‌سو است. در حمایت از این یافته‌ها می‌توان مطرح کرد که دشواری در تنظیم هیجانی با بسیاری از اختلالات روانی گره خورده است. در واقع مطابق با دیدگاه گراس (۴۴) دشواری در نظم بخشی هیجانی در بسیاری از اختلالات مطرح شده در راهنمای تشخیصی و آماری انجمن روانپزشکی آمریکا نقش دارد، به طوری که در بیش از ۵۰ درصد از اختلالات محور I و در همه اختلالات محور II دخیل است. بنابراین دشواری در نظم بخشی هیجانی به عنوان علامت بارز آسیب شناسی روانی در بسیاری از اختلالات به حساب می‌آید (۴۵).

هم‌چنین تنظیم هیجانی شدیداً می‌تواند با علایم اختلال و توانایی فرد برای مقابله تداخل کند. برای مثال دشواری در تنظیم هیجان منفی می‌تواند هم با اختلالات درونی‌سازی همانند اضطراب و افسردگی و هم با اختلالات برونی‌سازی مانند سوء مصرف مواد

و پرخاشگری مرتبط باشد، بنابراین دشواری در تنظیم یک هیجان منفی مانند خشم ممکن است منجر به بروز اختلالات برونی‌سازی مانند کنش نمایی گردد که این کنش نمایی هم به احتمال قوی می‌تواند منجر به اختلالاتی مانند اختلال سوء مصرف مواد در موقعیت‌های استرس‌زا گردد (۴۴). هم‌چنین در حمایت از این یافته‌ها برخی محققان مطرح کرده‌اند که استفاده از مواد مخدر ممکن است مکانیسمی برای تنظیم هیجانی باشد (۴۸-۴۶).

نتیجه‌گیری

علاوه بر موارد فوق، نتایج حاصل از این مطالعه یک هدف درمانی بالقوه مفید را در جمعیت سوء مصرف کننده مواد برجسته می‌کند (دشواری در نظم بخشی هیجانی). به طوری که یافته‌ها دشواری در نظم بخشی هیجانی را شدیداً میانجی‌گر ارتباط بین سوء مصرف مواد و همبودی صفات شخصیت مرزی می‌دانند. بنابراین درمان علایم و نشانه‌های اختلال شخصیت مرزی به طور گسترده و درمان متمرکز بر کاهش دشواری در نظم بخشی هیجانی در میان سوء مصرف کنندگان مواد با همبودی صفات شخصیت مرزی ممکن است در کاهش مصرف مواد مفید باشد. چنان که مطرح شد ادبیات تحقیقی پیشنهاد می‌کند که مصرف مواد ممکن است تابعی برای تنظیم هیجانی باشد.

ضمن اشاره به محدودیت‌های پژوهش حاضر نظیر محدودیت در تعمیم نتایج به تمام افراد معتاد به علت گوناگونی در ماده مصرفی و همچنین همبودی سایر اختلالات به جز موارد یاد شده و همچنین تقابل اعتیاد با اختلالات روانی پیشنهاد می‌شود که پژوهش‌های آتی با در نظر قرار دادن نوع اعتیاد و کنترل دقیق اختلالات همبود انجام گیرد.

تقدیر و تشکر

این مطالعه حاصل طرح تحقیقاتی دانشگاه تبریز می‌باشد. لذا از کلیه شرکت کنندگان تقدیر و تشکر می‌شود.

REFERENCES

1. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 4th ed. Washington: DC: Author; 1994; 4:240-270.
2. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th ed. (text revision). Washington: DC; 2000; 4:240-270.
3. Millon T, Davis RD. Disorders of Personality. DSM IV and Beyond (2nd ed). New York: John Wiley & Sons; 1996; 4: 180-200.
4. World Health Organization. The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders. Vienna: World Health Organization; 1993; 5:124-150.
5. Trull TJ, Sher KJ, Minks-Brown C, Durbin J, Burr R. Borderline personality disorder and substance use disorders: a review and integration. *Clinical Psychology Review* 2000; 20: 235–53.
6. Darke S, Williamson A, Ross J, Teesson M, Lynskey M. Borderline personality disorder, antisocial personality disorder and risk-taking among heroin users: findings from the Australian Treatment Outcome Study (ATOS). *Drug and Alcohol Dependence* 2004; 74: 77–83.
7. Skodol AE, Gunderson JG, Pfohl B, Widiger TA, Livesley WJ, Siever LJ. The borderline diagnosis I: Psychopathology, comorbidity, and personality structure. *Biological Psychiatry* 2002; 51: 936–50.
8. Linehan MM, Schmidt H, Dimeff LA, Craft JC, Kanter J, Comtois KA. Dialectical behavior therapy for patients with borderline personality disorder and drug-dependence. *American Journal on Addictions* 1999; 8: 279–92.
9. Links PS, Heslegrave RJ, Mitton JE, van Reekum R, Patrick J. Borderline personality disorder and substance abuse: Consequences of comorbidity. *Canadian Journal of Psychiatry* 1995; 40: 9–14.
10. Ross S, Dermatis H, Levounis P, Galanter M. A comparison between dually diagnosed inpatients with and without Axis II comorbidity and the relationship to treatment outcome. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse* 2003; 29: 263–79.
11. Darke S, Ross J, Williamson A, Teesson M. The impact of borderline personality disorder on 12-month outcomes for the treatment of heroin dependence. *Addiction* 2005; 100: 1121-30.
12. Morgenstern J, Langenbucher J, Labouvie E, Miller KJ. The comorbidity of alcoholism and personality disorders in a clinical population: prevalence and relation to alcohol typology variables. *J Abnorm Psychol* 1997; 106: 74–84.
13. Wilens ET, Martelon MK, Anderson PJ, Abrahamson RS, Biederman J. Difficulties In Emotional Regulation And Substance Use Disorders: A Controlled Family Study Of Bipolar Adolescents. *Drug And Alcohol Dependence* 2013; 132: 114– 21.
14. Aguilar de Arcos F, Verdejo-Garcia A, Ceverino A, Montanez-Pareja M, Lopez- Juarez E, Sanchez-Barrera M, et al. Dysregulation of emotional response in current and abstinent heroin users: negative heightening and positive blunting. *Psychopharmacology (Berl)* 2008; 198: 159–66.
15. Cheetham A, Allen NB, Yucel M, Lubman DI. The role of affective dysregulation in drug addiction. *Clin Psychol Rev* 2010; 30: 621–34.
16. Dorard G, Berthoz S, Phan O, Corcos M, Bungener C. Affect dysregulation in cannabis abusers: a study in adolescents and young adults. *Eur. Child Adolesc Psychiatry* 2008; 17: 274–82.
17. Gonzalez A, Zvolensky MJ, Vujanovic AA, Leyro TM, Marshall EC. An evaluation of anxiety sensitivity, emotional dysregulation, and negative affectivity among daily cigarette smokers: relation to smoking motives and barriers to quitting. *J Psychiatr Res* 2005; 43: 138–47.
18. Lorberg B, Wilens TE, Martelon M, Wong P, Parcell T. Reasons for substance use among adolescents with bipolar disorder. *Am J Addict* 2010; 19: 474–80.
19. Putnam KM, Silk KR. Emotion dysregulation and the development of personality disorder. *Developmental Psychopathology* 2005; 17: 899–925.

20. Althoff RR, Ayer LA, Rettew DC, Hudziak JJ. Assessment of dysregulated children using the Child Behavior Checklist: a receiver operating characteristic curve analysis. *Psychol Assess* 2010; 22: 609-17.
21. Fox HC, Axelrod SR, Paliwal P, Sleeper J, Sinha R. Difficulties in emotion regulation and impulse control during cocaine abstinence. *Drug Alcohol Depend* 2007; 89: 298-301.
22. Fox HC, Hong KA, Sinha R. Difficulties in emotion regulation and impulse control in recently abstinent alcoholics compared with social drinkers. *Addict Behav* 2007; 33: 388-94.
23. Lyvers G, Leggio L, Abenavoli L, Gasbarrini G. Neurobiochemical and clinical aspects of craving in alcohol addiction: A review. *Addictive Behaviors* 2005; 30: 1209-24.
24. Lezak MD. *Neuropsychological assessment*. 3rd ed. New York: Oxford University Press; 1995; 3:420-455.
25. Stuss DT, Benson DF, Clermont R, Della Malva CL, Kaplan EF, Weir WS. Language functioning after bilateral prefrontal leukotomy. *Brain Lang* 1986; 28: 66-70.
26. Alvarez JA, Emory E. Executive function and the frontal lobes: a meta-analytic review. *Neuropsychol Rev* 2006; 16: 17-42.
27. Fried PA, Smith AM. A literature review of the consequences of prenatal marijuana exposure. An emerging theme of a deficiency in aspects of executive function. *Neurotoxicol Teratol* 2001; 23: 1-11.
28. Noland JS, Singer LT, Arendt RE, Minnes S, Short EJ, Bearer CF. Executive functioning in preschool-age children prenatally exposed to alcohol, cocaine, and marijuana. *Alcohol Clin Exp Res* 2003; 27: 647-56.
29. Fields FRJ, Fullerton JR. The influence of heroin addiction on neuropsychological functioning. *Newsletter of Research in Mental Health and Behavioral Science* 1974; 16: 20-5.
30. Noël X, Van der Linden M, d'Acremont M, Bechara A, Dan B, Hanak C, Verbanck P. Alcohol cues increase cognitive impulsivity in individuals with alcoholism. *Psychopharmacology* 2007; 192: 291-8.
31. Moselhy SS, Tavares H, da Silva Lobo DS, Galetti AM, Gentil V. Pathological gambling, gender, and risk-taking behaviors. *Addictive Behaviors* 2004; 29: 1231-5.
32. Korin M, Aubin HJb. Craving's place in addiction theory: Contributions of the major models. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews* 2010; 34: 606-23.
33. Claridge G, Broks P. Schizotypy and hemisphere function: Theoretical considerations and the measurement of schizotypy. *Pers Individ Diff* 1984; 5: 633-48.
34. Mohammad Zadeh A, Goudarzi MA, Taghavi MR, Molazadeh J. The study of factor structure, validity, reliability and standardization of borderline personality scale (STB) in Shiraz. *The Quarterly Journal of Fundamentals of Mental Health* 2005; 7: 75-89.
35. Cavallaro R, Cavedini P, Mistretta P, Bassi T, Angelone SM, Ubbiali A, et al. Basal-cortico-frontal circuits in schizophrenia and obsessive-compulsive disorder: a controlled, double dissociation study. *Biological Psychiatry* 2003; 54: 437-43.
36. Spreen O, Strauss E. *A compendium of neuropsychological tests*. Oxford University Press: New York; 1991; 2:357-370.
37. Naderi N. A study of information processing and some of neuropsychological functions patient with obsessive-compulsive disorder. Tehran: Psychiatry institute of Tehran; 1994; [In Persian].
38. Gratz KL, Roemer L. Multidimensional assessment of emotion regulation and dysregulation: development, factor structure, and initial validation of the Difficulties in Emotion Regulation Scale. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment* 2004; 26: 41-54.
39. Ardila P, Perez J, Sanches M, Peluso MA, Glahn D, Soares JC. Impulsivity and bipolar disorder. *European Neuropsychopharmacology* 2007; 17: 313-20.

40. Weinstein CS, Shaffer HJ. Neurocognitive aspects of substance abuse treatment: A psychotherapist's primer. *Psychotherapy* 1993; 30: 317-33.
41. Fishbein DH, Eldreth B, Hyde C, Matochik J, London E, Contoreggi C, et al. Risky decision making and the anterior cingulate in abstinent drug addicts and nondrug users. *Brain Research* 2005; 23:119-36.
42. Ersche KD, Roiser JP, Clark L, London M, Robbins TW, Sahakian BJ. Punishment induces risky decision making in methadone maintained opiate users but not in heroin users or healthy volunteers. *Neuropsychopharmacology* 2005; 30; 2115-24.
43. Pau WHC, Lee MCT, Chan FSF. The Impact Of Heroin On Frontal Executive Functions. *Archives Of Clinical Neuropsychology*. 2002;17;663-670.
44. Gross JJ. The emerging field of emotion regulation: An integrative review. *Review of General Psychology* 1998; 2: 271-99.
45. Beauchaine TP, Gatzke-Kopp L, Mead HK. Polyvagal theory and developmental psychopathology: Emotion dysregulation and conduct problems from preschool to adolescence. *Biological Psychology*. 2006; [Epub ahead of print]. Retrieved October 21, 2006, from http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?db=pubmed&cmd=Search&itool=pubmed_AbstractPlus&term=%22MeadHK%22%5BAuthor%5D.
46. Mirin SM, Weiss RD, Michael J. Psychopathology in substance users: diagnosis and treatment. *Am J Drug Alcohol Abuse* 1987; 14: 139-57.
47. Hayes SC, Wilson KG, Gifford EV, Follette VM, Strosahl K. Experiential avoidance and behavioral disorders: a functional dimensional approach to diagnosis and treatment. *J Consult Clin Psychol* 1996; 64: 1152-68.
48. Linehan MM, Dimeff LA, Reynolds SK, Comtois KA, Welch SS, Heagerty P. Dialectical behavior therapy versus comprehensive validation plus 12-step for the treatment of opioid dependent women meeting criteria for borderline personality disorder. *Drug Alcohol Depend* 2002; 67: 13-26.

Comparison of Executive Function and Difficulties in Emotion Regulation in Addicted with Upper and Lower Borderline Personality Traits

Bayrami M¹, Movahedi Y¹, Sepahvand R², Mohammadzadegan R¹, GasemBaklu Y¹, Vakilee S¹

¹Department of Psychology, University of Tabriz, Tabriz, Iran, ²Department of General Psychology, Zahedan University, Zahedan, Iran.

Received: 15 Sep 2015 Accepted: 1 Jun 2016

Abstract

Background & aim: Borderline Personality Disorder is one of the most important health problems of people with undesirable consequences on family councils. The aim of the present study was to compare the executive function and difficulties in emotion regulation in addicted with upper and lower borderline personality traits.

Methods: The present causal-comparative study included all male drug abusers who had been referred to addiction treatment centers. 80 addicts were selected by accessible sampling method and using a borderline personality traits (STB). Then, they were divided into two groups of 40 people for drug addicts in high and low. Using The Wisconsin Card Sorting Test and the scale of difficulty in the emotional regulation was conducted on two groups. Statistical data using multivariate analysis of variance MANOVA and LSD test were analyzed.

Results: The results indicated that compared to drug addicts with high borderline traits, the ones with low borderline traits had lower performance in Wisconsin Card Sorting Test and the number of perseveration errors ($p = 0.018$) and total error ($p = 0.002$) was higher. Moreover, addicts with high borderline traits varied significantly higher scores in difficulty in emotional regulation ($p=0.002$) of the drug with low borderline personality traits.

Conclusion: The results indicated that addicts with high borderline traits, had weaker performance in executive function and higher levels of difficulty with emotional regulation. This may be due to neurological effects of drug addiction on their performance which leads to poorer performance compared with drug people with low borderline traits.

Keywords: executive functioning, difficulties in emotion regulation, borderline personality traits, addiction

Corresponding author: Sepahvand R, Department of General Psychology, Zahedan University, Zahedan, Iran.

Email: sepahvand.reza68@gmail.com

Please cite this article as follows:

Bayrami M, Movahedi Y, Sepahvand R, Mohammadzadegan R, GasemBaklu Y, Vakilee S. Comparison of Executive Function and Difficulties in Emotion Regulation in Addicted with Upper and Lower Borderline Personality Traits. *Armaghane-danesh* 2016; 21 (4): 382-395.