

## مقایسه توجه انتخابی در دو گروه افراد مبتلا و غیرمبتلا به اختلال شخصیت مرزی

مژگان رضازاده\*، فریبرز باقری<sup>□</sup>، عبدالله برهانی<sup>□</sup>

## چکیده:

هدف پژوهش حاضر مقایسه و بررسی توجه انتخابی میان مبتلایان به اختلال شخصیت مرزی و افراد غیر مبتلا می باشد. این پژوهش در قالب طرح علی مقایسه ای انجام شده است پژوهش حاضر بر روی ۶۰ نفر از بیماران مبتلا به اختلال شخصیت مرزی و ۶۰ نفر افراد غیر مبتلا اجرا شد. شصت آزمودنی مبتلا به اختلال شخصیت مرزی شامل ۳۴ مرد و ۲۶ زن و به شیوه در دسترس انتخاب شدند و شصت آزمودنی غیر مبتلا شامل ۳۱ مرد و ۲۳ زن با گروه هدف همتا گردیدند. برای جمع آوری داده ها از آزمون تنودور میلیون ۳، آزمون D۲، آزمون STB، پرسشنامه اختلال کم توجهی - بیش فعالی بزرگسالی استفاده شد. داده ها با استفاده از آزمون تحلیل واریانس چند متغیره و آزمون تعقیبی بون فرنی تحلیل گردیدند. نتایج نشان دادند که تفاوت معنی داری در زمینه توجه انتخابی بین دو گروه وجود دارد. افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی نسبت به افراد غیر مبتلا نمرات بالاتری در خطاهای نوع ۱،۲ (خطای حذف و خطای از چشم انداختن) و گستره تغییر بدست آوردند اما گروه مبتلایان به اختلال شخصیت مرزی نمرات پائین تری در برآیند کل توجه انتخابی، میزان توجه و کارآمدی خالص نسبت به گروه غیر مبتلا کسب کردند. افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی، در مقایسه با افراد غیر مبتلا دارای اختلال بیشتری در توجه انتخابی هستند.

**کلید واژه ها:** اختلال شخصیت مرزی "توجه انتخابی"

۱ کارشناس ارشد روانشناسی بالینی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد علوم و تحقیقات تهران (نویسنده

مسئول) : Email: rezazadehmoghgan@yahoo.com

۲ استادیار دانشگاه آزاد اسلامی، واحد علوم و تحقیقات تهران

۳ کارشناس ارشد روانشناسی بالینی دانشگاه خوارزمی تهران

مقدمه

یکی از انواع شایع اختلالات شخصیت، اختلال شخصیت مرزی\* است. توجه به اختلال شخصیت مرزی که برای اولین بار در سال ۱۹۸۰ در راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی آمریکا<sup>†</sup> توصیف شد، تا به حال رو به رشد و گسترش است، تعاریف اولیه بر اساس توافق مشترک بین پژوهشگران و درمانگران غیر رسمی بر پایه مشاهدات بالینی ارائه شده است (انجمن روانپزشکی آمریکا؛ ۱۹۹۴) بر اساس آمارهای موجود ۱۰٪ افراد جامعه از اختلالات شخصیت رنج می‌برند. پنجمین راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی<sup>‡</sup>، ده طبقه اختلالات شخصیت را مشخص کرده است که از میان آنها اختلال شخصیت مرزی از سخت‌ترین و جدی‌ترین اختلالات روانپزشکی است (پاریس<sup>§</sup>، ۲۰۱۳). ۱۱٪ افرادی که به مراکز درمانی مراجعه می‌کنند، ۲۰٪ بیماران بستری در بخش‌های روانپزشکی، ۲۰٪ افرادی که به دلیل اختلالات شخصیت در بیمارستان‌ها بستری هستند و ۴۰٪ استفاده‌کنندگان خدمات روانپزشکی از اختلال شخصیت مرزی رنج می‌برند (بوهاس و دیگران<sup>\*\*</sup>، ۲۰۰۴).

اختلال شخصیت مرزی دارای یک الگوی فراگیر بی‌ثباتی در روابط بین فردی، خودانگاره و عواطف، همراه تکانش‌گری بارز است که از اوایل بزرگسالی شروع می‌شود. زمینه‌های بروز این اختلال متفاوت و با ویژگی‌های آشفتگی و حالت‌های هیجانی اضطراب، خشم، افسردگی و رفتارهای خطرناک مانند آسیب رساندن به خود و سوء‌مصرف دارو همراهی دارد (انجمن روانپزشکی آمریکا؛ ۲۰۰۰).

اختلال شخصیت مرزی BPD در ۲/۰ تا ۸/۱ درصد از جمعیت عمومی رخ می‌دهد. شیوع بالاتر اختلال در بیماران روانپزشکی یافت می‌شود، تخمین زده می‌شود ۸ تا ۱۱ درصد از بیماران سرپایی و ۱۴ تا ۲۰ درصد بیماران بستری ملاک‌های کامل اختلال شخصیت مرزی را دارد (لیندا، ۱۹۹۹).

این اختلال از لحاظ میزان خودکشی قابل مقایسه با دیگر اختلالات روان‌پزشکی مانند افسردگی اساسی و اسکیزوفرنیاست. ۶۹ تا ۷۵ درصد از افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی رفتارهای آسیب‌رسانی به خود نیز دارند (کلارکین<sup>‡‡</sup> و همکاران، ۱۹۸۳).

تعداد زنان مبتلا به اختلال شخصیت مرزی دو برابر مردان مبتلا به این اختلال است (انجمن روانپزشکی آمریکا ۲۰۰۰). میزان رها کردن درمان در آنها بسیار بالا و میزان بهبودشان بسیار متغیر است (کلارکین ۱۹۹۶). اختلال شخصیت مرزی در مرز بین نورو و سایکوز قرار گرفته و با بی‌ثباتی فوق‌العاده عاطفه، خلق، رفتار، روابط شی و تجسم نفس مشخص می‌شود، در واقع میتوان گفت اختلال شخصیت مرزی مجموعه‌ناهمگونی از علائم است که بوسیله مشکلات شدید و مداوم در زمینه‌های بین فردی، شناختی، رفتاری و هیجانی مشخص می‌شود (کاپلان-سادوک، ۲۰۰۳).

\* Borderline personality Disorder (BPD)

- † American Psychiatric Association

‡ Diagnostic & Statistical Manual of Mental Disorder- Fourth Edition- Text Revision (DSM-IV-TR)

§ paris

\*\* Bohus & et al.

- †† Clarkin

این اختلال هم می تواند فرد را مستعد اختلالات دیگر روان پزشکی کند و هم با نتایج درمانی آن ها تداخل کرده، ناتوانی و مرگ و میر این بیماران را افزایش دهد (کاپلان-سادوک، ۲۰۰۷).

بر این اساس به علت وجود اختلالات متعدد در حوزه ی رفتاری، هیجانی، شناختی و بین فردی، وجود این تشخیص به عنوان یک مشکل بهداشتی عمده با پیامدهای سوء فردی، خانوادگی و اجتماعی به حساب می آید (بوموالاما\* و همکاران، ۲۰۰۵).

در واقع اختلال شخصیت مرزی سندرم پیچیده ای است که خصیصه های مرکزی آن بی ثباتی خلق، اختلال کنترل تکانه و اختلال در ارتباطات بین فردی است (پاریس، ۲۰۰۵)

برخی مبتلایان در یک یا بیشتر حوزه ها، آسیب رسان تکانشی هستند مثل بی مسئولیتی، ولخرجی، قماربازی، درگیری در رفتارهای جنسی ناسالم، سوء مصرف دارو یا الکل، بی پروایی در رانندگی یا پرخوری، خود آسیب رسانی و رفتارهای مکرر خودکشی، زست ها یا اقدام به خودکشی. بی ثباتی عاطفی و واکنش های خلقی از دیگر خصیصه های شایع اختلال هستند. دوره های شدید دیسفوریک، تحریک پذیری یا اضطراب که برای ساعات کم و به ندرت برای بیشتر از چند روز دوام می یابد. بعضی تجربه ی نامتناسب خشم شدید یا مشکل در کنترل خشم دارند. برای مثال، آن ها ممکن است از کوره در بروند، احساس همیشه خشم، آشفتگی های کلامی یا اقدام به درگیری فیزیکی کنند) اختلال شخصیت مرزی رایج ترین اختلال شخصیتی است و در تمام فرهنگ های جهان گزارش شده است (ولدهام<sup>□</sup> و همکاران، ۲۰۰۱)

درمان اختلال شخصیت مرزی با مشکلات چندی روبروست، به طور ی که گاهی در روند درمان، درمانگر و مراجع دچار درماندگی و ناامیدی می شوند. بسیاری از درمانگران این اختلال را "غیر قابل درمان ۱" می دانند. از نظرسیماری از روان درمانگران این تشخیص معادل با مرگ است و گویی به مراجع گفته می شود وی دچار سرطان یا اسکیزوفرنی است (سیلک<sup>‡</sup>، ۲۰۰۸).

پژوهش هایی که بر روی بیماران مبتلا به اختلال شخصیت مرزی انجام شده است بیشتر به نوسانات خلقی، میزان شیوع آسیب های اجتماعی، آموزش روابط بین فردی و کنترل رفتارهای بحرانی پرداخته و به بخش شناختی این اختلال توجه کمتری شده است .

مقایسه نحوه پردازش شناختی در افراد دچار آسیب شناسی روانی و افراد بهنجار یکی از مقوله های دارای اهمیت در مباحث آسیب شناسی روانی می باشد، مؤلفه های پردازش شناختی (احساس، ادراک، توجه، حافظه یا بروز هیجانانگ و ...) میزان توانایی و عملکرد سازگارانه فرد را نشان می دهند.

پژوهشگران شناختی (هیوز<sup>□</sup>، ۲۰۰۴، کوهن\* و همکاران ۱۹۹۲) خطاهای پردازش طبیعی اطلاعات را اغلب همانند پردازش اطلاعات در شرایط واقعی در نظرمی گیرند. اشخاص برای پردازش اطلاعات همانند شرایط معمولی از شیوه های میان بر

\* Bornovalova

- †Oldham JM

‡ Silke

§ Hughes

\*\* Cohen

یا کشفی استفاده می کنند. علت این کار احتمالاً این است که نمی توانند پردازش اطلاعات را بطور سنجیده و وقت گیر انجام دهند (بلک برن و دیویدسون\*، ۲۰۰۰)

یکی از کارکردهای اجرایی در کنترل حافظه فعال، توجه انتخابی<sup>†</sup> (تمرکز) است. توانایی توجه انتخابی به دسته ای از اطلاعات و در عین حال کنار گذاشتن سایر اطلاعات را توجه انتخابی می گویند که کارکرد مهمی در فعالیت های سیستم اجرایی مرکزی محسوب می شود (کین<sup>‡</sup> و انگل<sup>§</sup>، ۲۰۰۰؛ بدلی، ۱۹۹۶)

بطور کلی می توان گفت که توجه انتخابی به توانایی اجتناب از تداخل اطلاعات نامربوط به تکلیف، با انتخاب اطلاعات هدف اشاره دارد؛ چه اطلاعات حواس پرت کن<sup>\*\*</sup> به عنوان پاسخی غالب<sup>††</sup> عمل کنند، چه به عنوان پاسخی غیر غالب (فورنیر و یسننکه، لاری گادیر و گائوناک، ۲۰۰۸)

توجه انتخابی به دو نوع توجه انتخابی بینایی و توجه انتخابی شنیداری تقسیم می شود. توجه بینایی برای سازمان بندی ثانویه قشر مخ و آمادگی برای فعالیتهای عالی شناختی ذهن ضروری است (آیزنگ<sup>‡‡</sup> و کیه<sup>‡‡</sup>، ۲۰۰۰)

آگاهی از میزان توجه انتخابی بیماران مبتلا به اختلال شخصیت مرزی می تواند، نقش مهمی در شناخت ویژگی های بیماران مبتلا به این اختلال و درمان آن داشته باشد، همچنین با شناخت میزان نقص در توجه انتخابی بیماران مبتلا به BPD می توان پیامدهای ناشی از این نقص شناختی را در شدت علائم بیماران و روند درمان مورد توجه قرار داد. با توجه به اهمیت موضوع، این مطالعه با هدف بررسی و مقایسه میزان توجه انتخابی در گروه افراد مبتلا و افراد غیر مبتلا به اختلال شخصیت مرزی در شهرستانهای کرج، نظرآباد و ساوجبلاغ انجام گردید.

### روش، جامعه، نمونه و روش نمونه گیری

در این تحقیق مراجعه کنندگان به مطب روانپزشکان و درمانگاههای عمومی، بیمارستانهای، اداره بهزیستی، کلینیک های مشاوره و ترک اعتیاد مستقر در شهرستانهای کرج، ساوجبلاغ و نظرآباد که از ابتدای اردیبهشت ماه سال ۸۹ لغایت مردادماه سال ۸۹ به این مراکز مراجعه نموده اند و تشخیص اختلال شخصیت مرزی را در مصاحبه بالینی با روانپزشک دریافت نموده اند و بر اساس آزمون های تئودور و میلون ۳ اختلال شخصیت مرزی تشخیص داده شده اند، مورد پژوهش قرار گرفتند، همچنین گروه مقایسه در این پژوهش عبارتند از افراد ساکن در شهرستان های کرج، نظرآباد و ساوجبلاغ که از نظر سن، جنس با گروه بیماران همتا شده اند و با استفاده از آزمون STB بهنجار بودن آنها و عدم ابتلا به اختلال

\* Blackburn and Davidson

† selective attention

‡ Kane

§ Engle

\*\* distracting

†† prepotent

‡‡ Eysenck

§§ Keane

شخصیت مرزی آنان مشخص شده است همچنین سوابق آزمودنیهای بیمار از پرونده پزشکی آنان استخراج گردیده و در مورد افراد بهنجاراطلاعات از خود آزمودنیها استخراج شده است.

برای بررسی میزان توجه انتخابی از آزمون توجه دیداری  $d2^*$  استفاده شد. نهمین و جدیدترین ویراست این آزمون در سال ۲۰۰۱ بوده دامنه هنجار یابی آن به لحاظ سنی ۹الی ۶۰ سال می باشد ومتولی هنجاریابی جدید که از ۱۹۹۹ تا ۲۰۰۰ صورت گرفت دانشگاه آزاد برلین بوده است. در ایران این آزمون توسط باقری هنجار شده است و با جداول نرم مرتبط با جامعه آماری تهران در حال چاپ است. سعی شد با ارائه توضیحات کامل در مورد آزمونها و تأکید بر محرمانه بودن اطلاعات همکاری بیماران جلب شود. اطلاعات به وسیله نرم افزار SPSS ویراست ۱۸ آنالیز شد.

یافته ها

جهت مقایسه بین گروه ها تحلیل واریانس چند متغیری (MANOVA) استفاده شد. نمرات بدست آمده جمعیت مبتلا به اختلال شخصیت مرزی در مقایسه با جمعیت نرمال در جدول ۱ ثبت شده است. نمرات مقیاسهای توجه انتخابی دیداری بیماران مبتلا به اختلال شخصیت مرزی در مقایسه گروه بهنجار اختلاف معناداری را نشان داد.

جدول شماره ۱: توزیع گروههای اصلی نمونه (مرزی و غیر مرزی) به تفکیک جنسیت

گروه	جنسیت	تعداد	درصد
دارای اختلال شخصیت مرزی	زن	۲۶	۴۳/۳
	مرد	۳۴	۵۶/۷
	جمع	۶۰	۱۰۰
بدون اختلال شخصیت مرزی	زن	۲۹	۴۸/۳
	مرد	۳۱	۵۱/۷
	جمع	۶۰	۱۰۰
کل افراد نمونه	زن	۵۵	۴۵/۸
	مرد	۶۵	۵۴/۲

\* AUFMERKEITS-BELASTUNGS-TEST D2

همانگونه که در جدول فوق مشاهده می گردد آزمودنیهای این پژوهش بر اساس جنسیت شامل: ۲۴ نفر زن و ۳۴ نفر مرد دارای اختلال شخصیت مرزی و ۲۹ نفر زن و ۳۱ نفر مرد غیر مبتلا به اختلال شخصیت مرزی می باشند، که گروه زنان مبتلا ۴۳/۳ درصد، مردان مبتلا ۵۶/۷ درصد از جامعه مبتلایان به اختلال شخصیت مرزی را در این پژوهش به خود اختصاص داده اند، همچنین در گروه گواه ۴۸/۳ درصد نمونه شامل زنان غیر مبتلا و ۵۱/۷ درصد را مردان غیر مبتلا به اختلال شخصیت مرزی تشکیل داده اند. در کل افراد نمونه این پژوهش ۵۵ نفر زن (۴۵/۸ درصد) و ۶۵ نفر مرد (۵۴/۲ درصد) شرکت داشته اند.

جهت اطمینان از عدم ابتلای گروه گواه به اختلال شخصیت مرزی آزمون STB بر روی این افراد انجام شد و افرادی که نشانه های اختلال شخصیت مرزی را در آزمون STB دریافت نموده اند از گروه گواه حذف گردیده و افراد دیگری جایگزین شدند لذا نمونه گروه گواه شامل افرادی می باشند که در آزمون STB فاقد نشانه های افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی محسوب می گردند.

جدول شماره ۲: یافته های توصیفی مربوط به تحصیلات در نمونه مورد مطالعه به تفکیک گروه

مدرک	گروه	مرزی		غیر مرزی		جمع
		درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	
بیسواد	۲۰	۳۳/۳	۱۹	۳۱/۶	۳۹	۳۲/۵
زیر دیپلم	۲۲	۳۶/۷	۲۰	۳۳/۳	۴۲	۳۵
دیپلم	۱۲	۲۰	۱۲	۲۰	۲۴	۲۰
بالای دیپلم	۶	۱۰	۸	۱۳/۳	۱۷	۱۱/۶

بر اساس اطلاعات جدول مربوط به تحصیلات آزمودنیهای این پژوهش در گروه مرزی تعداد ۲۰ نفر افراد بیسواد، ۲۲ نفر دارای تحصیلات زیر دیپلم، ۱۲ نفر دیپلم و تعداد ۶ نفر بالای دیپلم حضور داشتند که از مجموع شش نفر افراد بالای دیپلم

مبتلا به اختلال شخصیت مرزی ۴ نفر دانشجوی انصرافی در مقاطع مختلف دانشگاهی و دو نفر دارای کارشناسی می بودند. در گروه غیر مرزی ۱۹ نفر بیسواد، ۲۰ نفر دارای تحصیلات زیر دیپلم، ۱۲ نفر دیپلم و تعداد ۸ نفر افراد بالای دیپلم در این پژوهش شرکت کردند. لازم به ذکر است که نتایج آزمون خبی ۲ در بررسی معنی داری تفاوت توزیع فراوانی گروه های تحصیلی در بین دو گروه، نشان داد که تفاوت معنی داری بین گروه ها وجود ندارد. به این ترتیب می توان دو گروه را از نظر تحصیلات همگن دانست.

جدول شماره ۳: توزیع سنی نمونه مورد مطالعه به تفکیک گروه و جنسیت

جنسیت گروه	زن				مرد				جمع			
	SD	M	max	min	SD	M	max	min	SD	M	max	min
مرزی	۸/۸	۳۲/۴	۵۳	۱۹	۷/۱	۳۲/۸	۴۸	۱۹	۷/۸	۳۲/۷	۵۳	۱۹
عادی	۱۰/۸	۳۲/۹	۵۵	۱۸	۷/۲	۲۶/۱	۴۵	۱۸	۹/۷	۲۹/۴	۵۵	۱۸
کل نمونه	۹/۸	۳۲/۷	۵۵	۱۸	۷/۹	۲۹/۶	۴۸	۱۸	۸/۹	۳۱	۵۵	۱۸

بر اساس اطلاعات جدول شماره ۳ دامنه سنی زنان مبتلا به اختلال شخصیت مرزی شرکت کننده در این پژوهش بین سنین ۱۹-۵۳ سال و دامنه سنی مردان مبتلا به اختلال شخصیت مرزی بین سنین ۱۹-۴۸ همچنین دامنه سنی زنان گروه غیر مبتلا بین سنین ۱۸-۵۵ و دامنه سنی مردان گروه غیر مبتلا بین سنین ۱۸-۴۵ می باشد که کم سن ترین عضو گروه نمونه دارای ۱۸ سال سن و مسن ترین عضو دارای ۵۵ سال سن است و میانگین سنی گروه نمونه برابر با ۳۱ سال است. میانگین سنی زنان ۳۲/۷ سال و میانگین سنی مردان ۲۹/۶ سال می باشد. همچنین میانگین سنی گروه دارای اختلال شخصیت مرزی ۳۲/۷ و گروه بدون اختلال شخصیت مرزی ۲۹/۴ سال است. آزمون t برای بررسی تفاوت میانگین سنی دو گروه عادی و مرزی، حاکی از این بود که تفاوت معناداری بین دو گروه وجود ندارد. بنابراین می توان دو گروه را از نظر سنی همتا دانست.

جدول شماره ۴: نتایج تحلیل واریانس چند متغیری تفاوت کلی متغیرها در دو گروه

متغیر / شاخص ها	آماره ملاک	ارزش آماره	نسبت F	df فرضیه	df خطا	p
پیلانی	۰/۸۳	۹۵/۳	۶	۱۱۳	۰/۰۰۰	

۰/۰۰۰	۱۱۳	۶	۹۵/۳	۰/۱۶	ویلکز	گروه
۰/۰۰۰	۱۱۳	۶	۹۵/۳	۵/۱	هتلینگ	

این جدول نشان می‌دهد هر سه شاخص آماره ملاک آزمون در مورد تفاوت دو گروه مبتلا به اختلال شخصیت مرزی و غیرمبتلا از نظر متغیرهای مورد مطالعه در سطح ۰/۰۰۱ معنی‌دار است. این یافته به این معناست که دو گروه حداقل در یکی از متغیرها از هم متفاوتند.

جدول شماره ۵: میانگین و انحراف معیار زیرمقیاس‌های آزمون توجه انتخابی (D۲) به تفکیک گروه

متغیر	گروه	میانگین	انحراف معیار
برایند کل توجه انتخابی (GZ)	مرزی	۴۳۵/۸	۱۱۱/۸
	غیر مرزی	۶۲۹/۹	۱۰
	جمع	۵۳۲/۹	۱۲۵/۵
خطای حذف (F۱)	مرزی	۲۵/۵	۲۱/۸
	غیر مرزی	۲/۴	۳/۴
	جمع	۱۳/۹	۱۹/۴
خطای اعلام کاذب (F۲)	مرزی	۱۶/۹	۱۶/۶
	غیر مرزی	۵/۱	۳/۵
	جمع	۱۱	۱۳/۳
خطای کل (F)	مرزی	۴۲/۳	۳۰/۶
	غیر مرزی	۷/۵	۵/۵
	جمع	۲۴/۹	۲۸
میزان توجه (KL)	مرزی	۱۵۶/۲	۴۹
	غیر مرزی	۲۸۱/۴	۷/۳
	جمع	۲۱۸/۸	۷۱/۹
کارامدی خالص (GZ-F)	مرزی	۳۹۳/۵	۱۱۴/۴
	غیر مرزی	۶۲۲/۴	۱۳/۲
	جمع	۵۰۷/۹	۱۴۰/۶
	مرزی	۲۵/۷	۹/۴



۸/۲	۱۲/۱	غیر مرزی	گستره تغییر (SB)
۱۱/۱	۱۸/۸	جمع	

در این جدول میانگین و انحراف معیار زیرمقیاس‌های آزمون توجه انتخابی (D2) به تفکیک گروه طبقه بندی شده است همانگونه که مشاهده می شود در شاخص‌های برابند خطای حذف (F1)، خطای اعلام کاذب (F2)، خطای کل (F) و گستره تغییر (SB) در گروه مرزی بالاتر از گروه عادی است و در سایر زیرمقیاس‌های میزان توجه (KL)، کارامدی خالص (GZ-F)، کل توجه انتخابی (GZ)، افراد غیر مبتلا بالاتر از افراد مبتلا می باشد.

جدول شماره ۶: نتایج تحلیل واریانس چند متغیری تفاوت متغیرها در دو گروه مبتلا به اختلال شخصیت مرزی و غیرمبتلا

معنی داری	F	میانگین مجذورات	درجه آزادی	مجموع مجذورات	متغیر وابسته
۰/۰۰۱	۱۷۹/۱	۱۱۲۹۲۷۴	۱	۱۱۲۹۲۷۴	برابند کل توجه انتخابی (GZ)
۰/۰۰۱	۶۵/۵	۱۵۹۳۹/۱	۱	۱۵۹۳۹/۱	خطای حذف (F1)
۰/۰۰۱	۲۹/۱	۴۱۷۷/۲	۱	۴۱۷۷/۲	خطای اعلام کاذب (F2)
۰/۰۰۱	۷۵/۴	۳۶۴۳۵/۷	۱	۳۶۴۳۵/۷	خطای کل (F)
۰/۰۰۱	۳۸۲/۶	۴۷۰۲۵۱/۲	۱	۴۷۰۲۵۱/۲	میزان توجه (KL)
۰/۰۰۱	۲۳۷	۱۵۷۱۳۹۸/۵	۱	۱۵۷۱۳۹۸/۵	کارامدی خالص (GZ-F)
۰/۰۰۱	۷۱/۶	۵۵۴۸/۸	۱	۵۵۴۸/۸	گستره تغییر (SB)

با توجه به نتایج جدول شماره ۶ بین دو گروه مبتلا به اختلال شخصیت مرزی و غیرمبتلا از نظر تمامی زیرمقیاس‌های آزمون D2 تفاوت معنادار وجود دارد، به این ترتیب که میانگین گروه غیر مرزی در شاخص‌های برابند کلی توجه انتخابی ۱۱۲۹۲۷۴، میزان توجه ۴۷۰۲۵۱/۲، کارامدی خالص ۱۵۷۱۳۹۸/۵ بالاتر از میانگین گروه دارای اختلال شخصیت مرزی است. در سایر زیرمقیاس‌های آزمون توجه انتخابی انواع خطا (خطای حذف ۱۵۹۳۹/۱، خطای اعلام کاذب ۴۱۷۷/۲ و گستره تغییر ۵۵۴۸/۸) میانگین گروه دارای اختلال شخصیت مرزی بالاتر است.

### بحث و نتیجه گیری

همانگونه که بیان شد اختلال شخصیت مرزی یک الگوی فراگیر بی ثباتی در روابط بین فردی، خود انگاره، عواطف و تکانشگری بارز است که در اوایل بزرگسالی شروع و در زمینه های گوناگون ظاهر میشود و با مشخصه هایی از قبیل آشفتگی، حالت‌های هیجانی اضطراب، خشم، افسردگی مشخص شده است این بیماران رفتارهای خطرناک مانند خودصدمه زنی و سوء مصرف دارو از خود نشان می دهند (انجمن روانپزشکی آمریکا، ۲۰۰۰)

زمینه های بروز این اختلال متفاوت و با ویژگیهای آشفتگی و حالت‌های هیجانی اضطراب، خشم، افسردگی و رفتارهای خطرناک مانند آسیب رساندن به خود و سوء مصرف دارو همراهی دارد (انجمن روانپزشکی آمریکا، ۲۰۰۰) یافته های ناشی از تحقیقات ژنتیکی و شناختی مربوط به وضعیت‌های مرزی، روان پریشی (مثل اختلالات شخصیت اسکیزوتایپی و مرزی) حاکی از وجود پیوستاری رفتاری بین نشانه شناسی مرضی بیماران روان پریش و افراد غیر روان) در ابعاد مختلف می باشد (لاگلدن، ویلیامز\* ۱۹۹۷).

به نظر می رسد تخریب عملکرد شناختی و توجه از مهمترین مشکلات بیماران مبتلا به اختلال شخصیت مرزی محسوب می گردد تنظیم عاطفه، توانایی حل مسئله، رفتارهای اجتماعی، رشد شخصیت و هیجان همه در اختلال شخصیت مرزی بطور شایع تخریب شده است (دریبری<sup>□</sup> و رید<sup>□</sup> ۱۹۹۴؛ پوسنر<sup>□</sup>، رتبارت\* ۱۹۹۹ نقل از اچ وندر، ۱۹۹۵) دلایل قابل بررسی وجود دارد که در عملکرد عصب شناختی- اجرایی و فرایند حافظه بیماران مبتلا به اختلال شخصیت مرزی اختلال وجود دارد (فرتوک و همکاران، ۲۰۰۰ نقل از کهلرت، ۲۰۰۹)، لنزن وگر، کلارکین<sup>†</sup>، هورمن و استانلی، ۲۰۰۰).

افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی نه فقط به محرک های هیجانی حساس هستند، بلکه همچنین خیلی سریع و به شدت واکنش نشان می دهند و برای مدت طولانی آرام می شوند ولی دوباره به راحتی برانگیخته می شوند (لینهان، ۱۹۹۳).

تنظیم عاطفه، توانایی حل مسئله، رفتارهای اجتماعی، رشد شخصیت و هیجان همه در اختلال شخصیت مرزی بطور شایع تخریب شده است (دریبریو رید<sup>□</sup> ۱۹۹۴؛ پوسنر، رتبارت<sup>□</sup> ۱۹۹۹). همچنین محوریت علائم اختلال شخصیت مرزی، بی ثباتی هیجانی، اختلال در شناخت، اختلال در کنترل بازداری رفتاری است (اچ وندر، ۱۹۹۵).

دلایل قابل بررسی وجود دارد که در عملکرد عصب شناختی- اجرایی و فرایند حافظه بیماران مبتلا به اختلال شخصیت مرزی اختلال وجود دارد (فرتوک و همکاران، ۲۰۰۰ نقل از کهلرت؛ ۲۰۰۹). در برخی مطالعات اشخاص دچار اختلال شخصیت مرزی، در آزمون های عصب شناختی کارکرد لوب پیشانی ضعیف عمل می کنند (بازانیس و همکاران ۲۰۰۲ نقل از دیویسون و جانسون؛ ۲۰۰۷).

در مطالعات تصویر نگاری مغز، اشخاص داری اختلال شخصیت مرزی سطوح پائین فعالیت (گوپر و همکاران، ۱۹۹۴) و تغییرات ساختاری در قطعه پیشانی را نشان می دهند (ون الست و همکاران، ۲۰۰۱ الف نقل از دیویسون و جانسون؛ ۲۰۰۷).

- \*Loughland CM, Williams LM. A

- †Derryberry

- ‡Reed

- §Posner

- \*\*Rothbart

- ††Rothbart

مقایسه نحوه پردازش شناختی در افراد دچار آسیب شناسی روانی و افراد بهنجار دارای اهمیت زیادی است، زیرا در برخی از آسیب شناسی های روانی مؤلفه هایی از پردازش شناختی (مانند احساس، ادراک، توجه، حافظه یا بروهیجانان) دچار نقص شده و به دنبال آن توانایی بیمار برای انجام عملکردهای سازگارانه مختل میشود (دهقی، اصغرنژاد، غرایبی، ۱۳۸۸).

در بیماران مبتلا به اختلال شخصیت مرزی جنبه های مختلفی وجود دارد. که برای روشن تر شدن ناشناخته های این اختلال در دو دهه اخیر بررسیهای صورت گرفته است از جمله مهمترین آن میتوان به مواردی شامل کنترل مداخله ای شناختی، رمزگردانی و بازداری شناختی، بازداری رفتاری، بازداری شناختی - عاطفی اشاره نمود (فرتوک و همکاران، ۲۰۰۵ نقل از کهلرت، ۲۰۰۹).

لذا با توجه به اینکه اختلال در شناخت و توانایی حل مسئله منجر به کاهش عملکرد و افزایش خطای توجه خواهد شد همانگونه که در نتایج این پژوهش نیز دیده می شود تفاوت معناداری در میزان توجه و دقت افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی نسبت به افراد غیر مبتلا وجود دارد، به گونه ای که تعداد و میزان خطاهای اعلام کاذب و خطای از چشم انداختن این بیماران به گونه ای محرز بیشتر از افراد غیر مبتلا می باشد.

از طرفی با توجه به اینکه مبتلایان به اختلال شخصیت مرزی، افراد تکانشگری می باشند و همانگونه که در پژوهشهای روانشناختی محرز شده است، کاستی های موجود در حساسیت نسبت به انتقال دهنده عصبی سروتونین با تکانش پذیری و سوءتنظیم هیجانی ارتباط دارد وقتی که به بیماران مبتلا به اختلال شخصیت مرزی دارویی داده شود تا فعالیت سروتونین را در مغز افزایش دهد، آنها کمتر از آزمودنیهای گروه کنترل واکنش نشان می دهند (سولوف\* و همکاران، ۲۰۰۰).

یافته های فوق ونتایج این پژوهش نیز عملکرد مختل این بیماران در پردازش شناختی را که باعث کاهش عملکرد این بیماران در برآیند کلی آزمون توجه انجام شده تائید می نماید، بطور کلی آنچه از نتایج این پژوهش در فرضیه اول استنباط می شود آن است که علائم مرضی بیماران مبتلا به اختلال شخصیت مرزی به طور معناداری میانگین پائین تر گروه مبتلا به این اختلال را در نمرات شاخص های برآیند کلی توجه انتخابی، میزان توجه، کارآمدی خالص نسبت به گروه گواه دارد و در سایر موارد که شامل خطای حذف، خطای اعلام کاذب و گستره تغییر میانگین گروه دارای اختلال شخصیت مرزی بالاتر است و این نتایج نشان می دهد که اختلال شخصیت مرزی باعث اختلال در فرایندهای شناختی و پردازشی افراد مبتلا به این اختلال شده و در نتیجه عملکرد پردازش اطلاعات آنان را شدیداً دچار اختلال می نماید.

- \*Soloff

## REFERENCE

American Psychiatric Association (۱۹۹۴), Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, ۴th ed. Washington: American Psychiatric Association

American Psychiatric Association(۲۰۰۰). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (۴th ed., text

Blackburn, M. & Davidson, K. (۲۰۰۰). Cognitive therapy for depression and anxiety. London: Black well scientific publications.

Bornovalova MA, Lejuez CW, Dauhters BB, Rosenthal MZ, Lynch TR. Impulsivity as a common process across borderline personality and substance use disorders. Clin Psychol Rev ۲۰۰۵; ۲۵: ۷۹۰-۸۱۲.revision). Washington DC: Author; ۲۰۰۰: ۷۰۶-۱۰.

Bohus, M., Peterson,E.W. stiglmayr,C. Haff, B., Limberger, M. F. (۲۰۰۴). Effectiveness of inpatient dialectical behavior therapy for borderline personality disorder: A controll trial. Behavior Research and Therapy.V. ۴۲(۵): ۴۸۷-۴۹۹.

Clarkin. J. F. (۱۹۹۶). Treatment of personality disorders. British Journal of Clinical Psychology, ۳۵.۶۴۱-۶۴۲.

Cowdry , R. W., Pickar, D., & Davies, R. (۱۹۸۵).Symptoms and EEG findings in the borderline syndrome. International Journal of Psychiatry in Medicine, ۱۵, ۲۰۱-۲۱۱.

Eysenck, M. W., & Keane, M. (۲۰۰۰). Cognitive psychology: A Student's Handbook. (۴th ed.) Hove: Psychology Press.

Fournier-Vicente, S., Lariguarderie, P., & Gaonsc'h, D. (۲۰۰۸). More dissociation and interactions within central executive functioning: A comprehensive latentvariable analysis. *Acta Psychologica*, ۱۲۹, ۳۲-۴۸.

Sadock BJ, Sadock VA. Kaplan and Sadock's synopsis of psychiatry (۲۰۰۳)  
Sadock BJ, Sadock VA. Kaplan and Sadock's synopsis of psychiatry: Behavioral sciences/clinical psychiatry. ۱۰th ed. Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins; ۲۰۰۷: ۷۹۱-۸۱۱.

Oldham JM, Gabbard GO, Goin MK, Gunderson J, Soloff P, Spiegel D, et al. Practice guideline for the treatment of patients with borderline personality disorder; Practice section of the APA ۲۰۰۱. [cited ۲۰۰۱] Available from: <http://www.psych.org>

Linda A, McDavid J, Linehan MM. Pharnacotherapy for borderline personality disorder. A review of the literature and recommendation for treatment. *J Clin Psychol Med Set* ۱۹۹۹; ۶(۱): ۱۱۴.

Greenhill, L., & Osman, B. (۱۹۹۱). Ritalin: Theory and patient management. New York: Liebert.

Silk, K.R. (۲۰۰۸). Augmenting psychotherapy for borderline personality disorder: The STEPPS. Am J Psychiatry. V.۱۶۵ (۴): ۴۱۳-۴۱۵.

Paris P. Recent advances in the treatment of borderline personality disorder. Can J Psychiatry ۲۰۰۵.۴۳۶:(۱)۵۰ ;

Paris, J. (۲۰۰۶). Borderline personality disorder What is it, What is causes it, How can we treat it. Canda Leading Medical Journal, V.۱۷۲ (۱۲.)

Mohamad zadeh ali. godarzi mohamadali.taghavi mohamadreza.molazadeh javad(۲۰۰۵)

Archive 01