

مقایسه مزاج‌های عاطفی و طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه در افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی، اختلال دوقطبی و افراد بهنجار

تاریخ دریافت: ۹۲/۶/۵

تاریخ پذیرش: ۹۳/۶/۸

قسیم نبی زاده چیانه*، حمید پورشریفی**، علیرضا فرنام***، هاله قادری****، بهجت انصاری زنگکانی*****، نرمین شیرعلی زاده*****

چکیده

مقدمه: یک مناقشه حل نشده بر سر اینکه آیا اختلال شخصیت مرزی و اختلال دوقطبی باید در یک طیف مشابه در نظر گرفته شوند یا نه وجود دارد. هدف مطالعه حاضر فهم بیشتر در مورد تشابهات و تفاوت‌های بین دو اختلال به وسیله بررسی مزاج‌های عاطفی و طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه در افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی، اختلال دوقطبی و افراد بهنجار است.

روش: پژوهش حاضر یک مطالعه توصیفی - مقایسه‌ای است که ۹۰ نفر، شامل ۳۰ بیمار اختلال شخصیت مرزی (۱۵ زن و ۱۵ مرد)، ۳۰ بیمار دوقطبی (۱۵ زن و ۱۵ مرد) و ۳۰ نفر افراد بهنجار (۱۵ زن، ۲۵ مرد) انتخاب شده با روش نمونه‌گیری در دسترس، در آن شرکت داشتند. برای جمع‌آوری داده‌ها در این مطالعه، از پرسشنامه مشخصات جمعیت شناختی، مصاحبه بالینی ساختار یافته برای تشخیص اختلالات محوری I، مصاحبه بالینی ساختار یافته برای تشخیص اختلالات محوری II، مقیاس پریشانی روان‌شناختی کسلر، نسخه کوتاه ارزیابی مزاج ممفیس، پیژا، پاریس و سن دیگو و پرسشنامه طرح‌واره‌های ناسازگار یانگ استفاده شد. داده‌های به دست آمده با استفاده از روش‌های آمار توصیفی و تحلیل واریانس چند متغیره تجزیه و تحلیل شدند.

یافته‌ها: در پژوهش حاضر افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی در مقایسه با بیماران دوقطبی و افراد بهنجار در ۱۸ طرح‌واره ناسازگار اولیه و مزاج‌های عاطفی نمرات بالاتری را به دست آوردند؛ همچنین بیماران دوقطبی در مزاج‌های عاطفی ادواری خوبی و تحریک پذیر و طرح‌واره‌های رها شدگی/ بی‌ثباتی، بی‌اعتمادی/ بدرفتاری، انزوای اجتماعی/ بیگانگی، آسیب پذیری نسبت به ضرر یا بیماری، خود تحول نیافته/ گرفتار، استحقاقی/ بزرگ منشی، پذیرش جویی/ جلب توجه و تنبیه نسبت به گروه افراد بهنجار تفاوت معناداری نشان دادند و نمرات بالاتری را به دست آوردند.

نتیجه‌گیری: مطالعه حاضر نشان داد مزاج‌های عاطفی و طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه در اختلال شخصیت مرزی نسبت به اختلال دوقطبی شدت بیشتری دارند. این یافته‌ها بر تمایز بین دو اختلال تأکید می‌کند و بنابراین می‌توان چنین نتیجه‌گیری کرد که دو اختلال بیشتر متفاوتند تا مشابه. به طور کلی ارتباط قابل توجهی بین سطوح بالای مزاج‌های عاطفی و طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه با اختلال شخصیت مرزی وجود دارد. در نهایت ترکیب خاصی از حساسیت مزاج‌های عاطفی و طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه، با نوع خاصی از آسیب‌شناسی روانی مرتبط است.

واژه‌های کلیدی: مزاج‌های عاطفی، طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه، اختلال شخصیت مرزی و اختلال دوقطبی

gnabizadeh@gmail.com

poursharifi_h@yahoo.com

alirezafarnam@yahoo.com

helaleh.ghaderi@gmail.com

bahjat_ansari@yahoo.com

narmin_sh37@yahoo.com

* نویسنده مسئول: کارشناس ارشد روان‌شناسی عمومی دانشگاه تبریز، تبریز، ایران

** دانشیار، گروه روان‌شناسی دانشگاه تبریز، تبریز، ایران

*** دانشیار، گروه روان‌پزشکی دانشگاه علوم پزشکی تبریز، تبریز، ایران

**** کارشناس ارشد روان‌شناسی بالینی دانشگاه آزاد واحد علوم و تحقیقات آذربایجان غربی، ارومیه، ایران

***** کارشناس ارشد روان‌شناسی عمومی دانشگاه آزاد اسلامی ارومیه، ارومیه، ایران

***** مدرس دانشگاه پیام نور بوکان، ارومیه، ایران

مقدمه

پژوهشگران به طور فزاینده‌ای بر نقش شناخت ناسازگار در گسترش و حفظ اختلال شخصیت مرزی تأکید می‌کنند. اختلال شخصیت مرزی به طور گسترده‌ای به وسیله عاطفه‌ی فراگیر، روابط بین فردی مختل، آشفتگی هویت، شناخت مختل و ناپایداری رفتار و همچنین میزان بالای رفتارهای خودکشی و خودزنی مشخص می‌شود [۵، ۶]. نظریه درمان متمرکز بر طرح‌واره، بیان می‌کند که طرح‌واره‌ها در اوایل زندگی رشد می‌یابند و به وسیله محیط دوره‌ی کودکی شکل می‌گیرند. محیط‌خانوادگی آشفته که به وسیله ترکیبی از هیجان‌های ابراز شده بالا، سوء استفاده، غفلت و عدم صلاحیت، به طور نظری به رشد طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه^۲ (EMSs) کمک می‌کند. این محیط‌های تربیتی دوره‌ی کودکی با اختلال شخصیت مرزی مرتبط‌اند و بعضی از نظریه‌ها مطرح می‌کنند که ممکن است، رشد و حفظ نشانه‌های اختلال شخصیت خاصی نتیجه ترکیب ویژه‌ای از طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه باشد. [۷].

یانگ ابتدا مطرح کرد که طرح‌واره‌های ناسازگار رها شدگی، وابستگی، بی‌اعتمادی، بدرفتاری، اطاعت، محرومیت‌هیجانی و خود انضباطی ناکافی به طور خاصی برای اختلال شخصیت مرزی، دارای اهمیت هستند؛ در حالی که فرمول بندی اصلی یانگ حمایت‌های اولیه را در پی داشت، یافته‌ها ناهمگن بودند. مطالعات همبستگی بالایی را بین طرح‌واره‌های خویشتن داری و خود انضباطی ناکافی و علائم اختلال شخصیت مرزی نشان داده‌اند [۷]. اختلال شخصیت مرزی همچنین با طرح‌واره‌های وابستگی، بی‌کفایتی، نقص، شرم و رها شدگی مرتبط بود [۸].

در پژوهش ریوس^۳ و تایلور^۴ طرح‌واره رها شدگی به صورت منحصر به فردی با اختلال شخصیت مرزی رابطه داشت. اسپت^۵ و همکاران در مطالعه‌ای رابطه بین پنج حوزه طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه و نشانگان اختلال شخصیت مرزی را بررسی کردند؛ نتایج مطالعه آنها نشان داد که حوزه بریدگی و طرد و حوزه محدودیت‌های مختل با آسیب‌شناسی اختلال شخصیت‌مرزی مرتبط است، شایان ذکر است که

اختلال شخصیت‌مرزی یکی از شایع‌ترین اختلالات شخصیت در بیماران بستری و در مراجعان به کلینیک‌های روان‌شناسی و روانپزشکی است. بیماران مبتلا به اختلال شخصیت‌مرزی در مرز روان رنجوری و روان‌پریشی قراردارند و مشخصه بارز آن‌ها ناپایداری در خلق، حالات-عاطفی، رابطه با واقعیت و خود انگاره است. به نظر می‌رسد، این بیماران همیشه در بحران به سر می‌برند. چرخش‌های سریع خلق، رفتارهای غیرقابل پیش‌بینی، خودزنی‌های مکرر، هم‌زمان بودن احساس خصومت و وابستگی، و روابط بین فردی آشفته و به‌هم‌ریخته از خصوصیات بارز این نوع اختلال شخصیت است. همچنین، تکانشی بودن، احساس مزمن پوچی و فقدان احساس هویت، دوباره‌سازی در روابط بین فردی و خودکشی از دیگر ویژگی‌های این اختلال است [۱، ۲].

اختلال دوقطبی^۱ (BD) یکی از بیماری‌های عاطفی است که تقریباً یک و نیم درصد جمعیت را متأثر می‌سازد و اثرات آن موجب ناتوانی، بیماری و مرگ و میر ناشی از خودکشی می‌شود. این بیماری با عودهای مکرر و دوره‌های ضمنی که شامل اختلال‌هایی در خلق، خواب، رفتار، ادراک و شناخت می‌باشد، مشخص می‌شود [۳].

برای تبیین آسیب‌شناسی اختلال‌های هیجانی از دیدگاه شناختی بخش بزرگی از بررسی‌ها، نظریه‌ها و الگوهای آسیب شناختی بر تبیین اختلال‌های هیجانی بر پایه پردازش‌شناختی اطلاعات هیجانی متمرکز شده‌اند. این پژوهش‌ها و الگوها به طور کلی دریافته‌اند که ساختارهای شناختی، دست اندر کار ساخت فعالانه ادراک و تجربه هستند [۴] و تجارب هیجانی برآیند این فعالیت می‌باشند؛ ولی پژوهشگران در زمینه جزئیات این فرایند اتفاق نظر ندارند. برخی از آن‌ها بر این باورند که عنصر اصلی در پردازش شناختی، حالت‌های هیجانی هستند؛ از سوی دیگر نظریه‌هایی هستند که باور دارند عنصر کلیدی در پردازش شناختی، اطلاعات هیجانی، ویژگی‌ها و باورها و تجارب هیجانی بنیادین فرد است [۴].

2- Early Maladaptive self-schemas

3- Reeves

4- Taylor

5- Specht

1- Bipolar Disorder

کاربرد نظریه طرح‌واره را برای شخصیت‌های مبتلا به هیپومانوی و طیف دوقطبی حمایت می‌کند [۱۵].

حوزه‌ی مورد بررسی دیگر در پژوهش حاضر مزاج‌های عاطفی^۷ بود. مطالعات مطرح می‌کنند که هم بیماران دوقطبی و هم بیماران مرزی دارای صفات بدتنظیمی مزاجی هستند. در مطالعه چند مرکزی ملی فرانسه^۸ به نام EPIDEP روی ۴۵۰ بیمار MDE یک قطبی و دوقطبی نوع دو، در بین مزاج‌های مورد بررسی، این بار هم مزاج ادواری خوبی و هم مزاج هیجان زدگی^۹ به طور معناداری در بیماران دوقطبی بیشتر بودند ولی تنها مزاج ادواری خوبی بود که به طور معنادار در بیماران دارای سابقه خانوادگی اختلال دو قطبی بالا بود [۱۶]. در بررسی رابطه هر یک از مواد مقیاس مزاج ادواری خوبی، با سابقه خانوادگی اختلال دو قطبی نیز، مواد مربوط به «واکنش پذیری خلق^{۱۰}»، «انرژی» و «فعالیت روانی- حرکتی و روانی^{۱۱}» دارای رابطه معنی داری بودند و «تغییرات سریع در خلق و انرژی» دارای بالاترین خطر نسبی برای سابقه خانوادگی اختلال دو قطبی بودند [۱۷].

نتایج مطالعه مروری ریمر^{۱۲}، اکیسکال، ریمر و اکیسکال نشان داد مزاج‌های عاطفی (ادواری خوبی، افسرده، تحریک پذیر، هیجان زدگی و اضطرابی) به عنوان صفت مرتبط مقدم بر اختلال‌های خلقی کوچک و عمده وجود دارند. همچنین مطالعات ژنتیک مولکولی^{۱۳} ارتباط قوی مرکز سروتونرژیک (افسرده، ادواری خوبی، تحریک‌پذیر و اضطرابی) و دوپامینرژیک (مزاج هیجان زدگی) مطرح می‌کنند که پتانسیل ژنتیکی دوره‌های خلقی عمده در این مزاج‌ها قرار دارد. در مطالعات بیماران دوقطبی بهبودیافته نمرات ادواری خوبی و هیجان زدگی بالایی را نشان دادند [۱۸]. همچنین نتایج مطالعه پریوچی و همکاران، این دیدگاه را که مزاج‌های عاطفی بر ویژگی‌های بالینی دوقطبی بر اساس خصوصیات دوره‌ای و بالینی، تاریخچه خانواده و همبودی‌های محور I و II تأثیر می‌گذارد، حمایت

این حوزه‌ها به ترتیب واریانس مشترکی با آسیب‌شناسی افسردگی و اختلال شخصیت ضد اجتماعی دارند [۹].

بال^۱ و سسرو^۲ در پژوهشی رابطه بین اختلال شخصیت، طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه و مشکلات روان‌شناختی را بررسی نمودند. نمونه پژوهش، افرادی مبتلا به اختلال شخصیت وابسته، ضد اجتماعی، مرزی و افسرده خو بودند. نتایج نشان دادند که رابطه معناداری بین شدت اختلال شخصیت و طرح‌واره‌های ناسازگار (رهاشدگی/ بی‌ثباتی، محرومیت هیجانی، بی‌اعتمادی/ بدرفتاری، نقص/ شرم، آسیب پذیری نسبت به ضرر یا بیماری، را با اختلال شخصیت مرزی مرتبط دانستند) وجود دارد [۱۰]. همچنین مطالعات نشان داده‌اند، بین طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه ترک شدن، بی‌اعتمادی/ آزار دیدن و مشکلاتی از قبیل دوری‌گزینی اجتماعی در اختلال شخصیت مرزی ارتباط وجود دارد [۱۱]. هالورسن^۳ و همکاران رابطه مثبت طرح-واره‌های ناسازگار اولیه با اجتناب از آسیب و رابطه منفی با خود جهت دهی، پایداری و همکاری را مطرح کردند [۱۲]. حقیقت منش و همکاران نقش طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه به خصوص، دو حوزه گسستگی/ طرد شدگی، خود پیروی/ کارآمدی مختل شده در گرایش افراد به سوی ارتکاب رفتارهای تجاوزکارانه، تأکید کردند [۱۳].

در مطالعه گلدبرگ و همکاران، بیماران دوقطبی نسبت به بیماران گروه افسرده یک قطبی و افراد گروه کنترل در طرح‌واره‌های شناختی و نگرش‌های ناکارآمد نمرات متوسطی به دست آوردند [۱۴]. در پژوهش هاوک^۴، پراونچر^۵ و آرتنز^۶ طرح‌واره استحقاق/ بزرگ منشی و خود کنترلی و خود تنظیمی ناکافی به طور مثبتی خطر رشد اختلال دوقطبی را پیش‌بینی می‌کردند؛ در حالی که محرومیت هیجانی این خطر را به طور منفی پیش‌بینی می‌کرد. آزمودنی‌هایی که در خطر بالایی بودند؛ به جز در بازداری هیجانی، EMSs بالایی را نشان دادند. این سه طرح‌واره با ترکیب آسیب پذیری برای اختلال و پریشانی روانی به طور معناداری عضویت گروهی را پیش‌بینی می‌کردند. این مطالعه

7- Affective temperaments
8- French national multi-site study
9- hyperthermic
10- Mood reactivity
11- Psychomotor and mental activity
12- Rihmer
13- Molecular genetics

1- Ball
2- Cecero
3- Halvorsen
4- Hawke
5- Provencher
6- Arntz

دارای اختلال شخصیت مرزی، اختلال دوقطبی و افراد بهنجار است.

روش

طرح پژوهش: پژوهش حاضر به لحاظ هدف از نوع بنیادی و به لحاظ نحوه جمع‌آوری داده‌ها از نوع پس رویدادی (علی-مقایسه‌ای) است.

آزمودنی‌ها: در این پژوهش، ۹۰ نفر که شامل ۳۰ فرد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی (۱۵ زن و ۱۵ مرد) و ۳۰ فرد مبتلا به اختلال دوقطبی (۱۵ زن و ۱۵ مرد) و ۳۰ فرد بهنجار (۱۵ زن و ۱۵ مرد) بود. افراد بهنجار از جمعیت بهنجار شهر تبریز که سابقه‌ی بیماری روانی نداشتند و از نظر متغیرهای جمعیت شناختی از قبیل سن، جنس، میزان تحصیلات، سطح اجتماعی-اقتصادی، شغل و وضعیت تأهل، با گروه بیماران هم‌تا سازی شدند، انتخاب گردیدند.

روش نمونه‌گیری در پژوهش حاضر، روش نمونه‌گیری در دسترس بود که از افراد بستری در بیمارستان روانی و جمعیت بهنجار شهر تبریز انتخاب شدند.

ملاک‌های ورود به مطالعه حاضر برای آزمودنی‌های بیمار، داشتن حداقل تحصیلات ابتدایی، وقوف به زمان و مکان، غالب بودن تشخیص اختلال شخصیت مرزی و اختلال دوقطبی در مواردی که تشخیص‌های هم‌آیند وجود داشت، جهت‌یابی سالم و همکاری و رضایت بیمار برای شرکت در مطالعه بود. همچنین نداشتن سابقه‌ی بیمار روانی، عدم مراجعه به کلینیک‌های روان‌شناسی و روانپزشکی، نداشتن هیچ‌گونه ناراحتی جدی روانی، عدم مصرف داروهای اعصاب و روان و نداشتن فرد دارای اختلال روانی در بستگان درجه اول و در نهایت اکتساب نمره کمتر از ۲۴ در مقیاس‌های پریشانی روان‌شناختی کسلر (K-10)، از ملاک‌های ورود افراد بهنجار، برای شرکت در پژوهش بود.

ابزار

۱- پرسشنامه مشخصات جمعیت شناختی: پرسشنامه‌ای محقق ساخته و شامل اطلاعات جمعیت شناختی پایه، مانند جنسیت، سن، وضعیت شغلی، میزان تحصیلات، وضعیت تأهل، سابقه مصرف مواد، طبقه اقتصادی-اجتماعی، سابقه بستری و رفتارهای پرخطر بود.

می‌کند [۱۹]. در پژوهش نیلسون و همکاران بیماران مرزی در مقایسه با بیماران دوقطبی و گروه کنترل در همه ابعاد مزاج‌های عاطفی به جز مزاج هیجان زدگی که نمرات آن‌ها پایین‌تر بود، به طور معناداری نمرات بالاتری به دست آوردند. علاوه بر این بیماران مرزی در همه مقیاس‌های طرح‌واره‌های ناسازگار به استثنای شکست برای پیشرفت، خود تحول نیافته/ گرفتار، ایثار و استحقاق/ بزرگ منشی در مقایسه با گروه کنترل و بیماران دوقطبی نمرات بالاتری بدست آوردند. همچنین در این مطالعه بیماران دوقطبی در بیشتر ابعاد، نمرات بالاتری از گروه کنترل به دست آوردند؛ اما فقط در مزاج ادواری خوبی و خود کنترلی پایین سطح معنادار پایین‌تری داشتند [۲۰]. همچنین در پژوهش نیلسون و همکاران در دارو درمانی بین گروه‌های مورد مطالعه تفاوت معناداری وجود داشت. استفاده از داروهای ضد افسردگی بیشتر در بیماران مرزی متداول بود؛ در حالی که استفاده از لیتیوم^۱، داروهای ضد صرع^۲ و ضد جنون‌ها^۳ در بیماران دوقطبی متداول‌تر بود. در بیماران مرزی، ضد افسردگی‌ها^۴ عمدتاً برای کاهش نشانه‌های تکانشگری و خشم تجویز شده بودند. چون نتیجه تأثیر آنها به وسیله مطالعات نشان داده شده بود [۲۰]. دو گروه بیماران، در درمان‌های اضطرابی^۵، خواب آور^۶ و روان‌درمانی^۷ تفاوتی نداشتند. هیچ یک از بیماران در طول دوره بررسی سوء مصرف مواد نداشتند [۲۰]. از این رو سؤال اساسی پژوهش حاضر این است که آیا بیماران مبتلا به اختلال شخصیت مرزی و اختلال دوقطبی از نظر نیمرخ شناختی و مزاجی با همدیگر تفاوت دارند؟ به عبارتی آیا به واسطه ابعاد مختلف طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه و مزاج‌های عاطفی می‌توان بیماران مبتلا به اختلال شخصیت مرزی و اختلال دوقطبی را از یکدیگر تفکیک نمود؟ (آیا اختلال شخصیت مرزی و اختلال دوقطبی به یک طیف مشابه تعلق دارند یا نه؟).

به طور کلی هدف پژوهش حاضر تعیین و مقایسه شدت مزاج‌های عاطفی و طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه در افراد

- 1- Lithium
- 2- Antiepileptics
- 3- Antipsychotics
- 4- Antidepressants
- 5- Anxiolytics
- 6- Hypnotics
- 7- Psychotherapy

استفاده از روش باز آزمایی به فاصله یک هفته ۰/۸۷ به دست آمد [۲۵].

۴- مقیاس پریشانی روان شناختی کسلر (K-10):^۹ مقیاس پریشانی روان شناختی کسلر ویژه شناسایی اختلالات روانی در جمعیت عمومی توسط کسلر و همکارانش در سال ۲۰۰۲ به دو صورت ۱۰ سوالی (K) ۱۰ و ۶ سوالی (K-6) تدوین شده و در مطالعات مختلف مورد استفاده قرار گرفته است. سؤالات این دو فرم به صورت لیکرتی از "هیچ وقت" تا "همیشه" بوده و بین صفر تا چهار نمره گذاری می‌گردد؛ لذا حداکثر نمره در K-10 برابر با ۴۰ و در K-6 برابر با ۲۴ می‌باشد. ولدهوزن^{۱۰}، سیرنی^{۱۱}، کوردیاک^{۱۲} و استراینر^{۱۳} در سال ۲۰۰۷ حساسیت K-6 را در مقایسه با مصاحبه تشخیصی بین المللی جامع (CIDI)^{۱۴} برای اختلالات مختلف محاسبه و دریافتند که حساسیت آن برای آن دسته از بیمارانی که همزمان چند اختلال را داشتند؛ بسیار بالا و حساسیت آن برای افرادی که از یک اختلال رنج می‌بردند، برای اکثر اختلالات مناسب و فقط برای اختلال گذر هراسی از بقیه اختلالات پایین‌تر بود. فوروکاوا^{۱۵}، کسلر، اسلید^{۱۶} و آندروز^{۱۷} در یک مطالعه کشوری پرسشنامه‌های K-10، K-6 و فرم ۱۲ سوالی پرسشنامه سلامت عمومی (GHQ-12)^{۱۸} را با استفاده از CIDI مورد اعتبار یابی و مقایسه قرار دادند. آنان نتیجه گرفتند که برای شناسایی اختلالات خلقی و اضطرابی فرم K-10 از K-6 کارایی بالاتری دارد و هر دوی این مقیاس-ها از GHQ-12 کارآمدتر می‌باشند [۲۶]. در مقیاس K-10 نمرات زیر ۲۰ در طیف بهنجار، نمرات ۲۰-۲۴ دارای پریشانی روان شناختی خفیف، نمرات ۲۵-۲۹ دارای پریشانی روان شناختی متوسط و نمره ۳۰ و بالاتر از آن با پریشانی روان شناختی شدید همراه است [۲۷].

۲- مصاحبه بالینی ساختار یافته برای تشخیص اختلالات محور I (SCID-I)^۱: مصاحبه بالینی ساختار یافته برای تشخیص اختلالات محور یک مصاحبه‌ای انعطاف‌پذیر است که توسط فرست^۲ و همکاران تهیه شد [۲۱]. تران^۳ و اسمیت ضریب کاپای ۰/۶۰ را به عنوان ضریب پایایی بین ارزیاب‌ها برای SCID گزارش کرده‌اند [۲۲]. شریفی و همکاران این مصاحبه را پس از ترجمه به زبان فارسی، بر روی نمونه ۲۹۹ نفری اجرا کردند. توافق تشخیصی برای اکثر تشخیص‌های خاص و کلی، متوسط یا خوب بود (کاپای بالاتر از ۰/۶۰ درصد). توافق کلی (کاپای کل تشخیص‌های فعلی ۰/۵۲ و برای کل تشخیص‌های طول عمر ۰/۵۵) به دست آمده نیز خوب بود [۲۳].

۳- مصاحبه بالینی ساختار یافته برای تشخیص اختلالات محور II (SCID-II)^۴: این ابزار یک مصاحبه تشخیصی نیمه ساختار یافته می‌باشد که فرست و همکاران برای سنجش ۱۰ اختلال شخصیت محور II بر اساس DSM-IV و همچنین اختلال شخصیت منفعل- پرخاشگر تدوین کرده‌اند. با این ابزار می‌توان اختلالات محور II را به دو شکل طبقه‌بندی^۵ (وجود داشتن یا نداشتن اختلال شخصیت) یا ابعادی^۶ (توجه به ملاک‌های اختلال شخصیت) تشخیص داد. در رابطه با پایایی SCID-II^۷ مطالعاتی انجام شده است که همگی پایایی بالای این آزمون را نشان داده‌اند. ضریب کاپا برای بیماران از ۰/۲۴ برای اختلال شخصیت وسواسی تا ۰/۷۴ برای اختلال شخصیت نمایشی (با کاپای کلی ۰/۵۳) متغیر بود و برای بیماران غیر روانپزشکی، توافق بین ارزیابان به طور قابل ملاحظه‌ای کمتر و کاپای کلی ۰/۳۸ گزارش شد [۲۴]. روایی محتوایی^۸ نسخه ترجمه شده آزمون در ایران در پژوهش بختیاری تأیید شد و ضریب پایایی این آزمون نیز با

9- Kessler Psychological Distress Scale (K10)
10- Veldhuizen
11- Cairney
12- Kurdyak
13- Streiner
14- Composite International Diagnostic Interview
15- Furukawa
16- Slade
17- Andrews
18- General Health Questionnaire -12

1- Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders (SCID-I)
2- First
3- Tran
4- Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis II Disorders (SCID-II)
5- Categorical
6- Dimensional
7- Reliability
8- Content validity

روش همسانی درونی و باز آزمایی بر روی یک نمونه ۵۶۴ نفری از دانشجویان آمریکایی به ترتیب ۰/۹۵ و ۰/۸۱ گزارش نمودند. روایی همگرایی پرسشنامه با ابزارهای اندازه‌گیری درماندگی روان‌شناختی^۵، اعتماد به نفس^۶، آسیب‌پذیری شناختی برای افسردگی^۷ و علائم اختلالات شخصیت^۸ بررسی گردید و نشان داده شد که طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه ارتباط منفی با ویژگی‌های مثبت، مانند اعتماد به نفس و عاطفه مثبت و ارتباط مثبت با صفاتی همچون اختلال شخصیت، درماندگی، هیجان منفی و اختلال عملکرد و نگرش دارند [۲۹].

در ایران یوسفی و همکاران روایی و پایایی پرسشنامه طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه را بر روی یک نمونه ۵۷۹ نفری در دو مرحله (مرحله اول ۳۹۴ نفر و مرحله دوم ۱۸۵ نفر) بررسی نمودند و پایایی آن را به روش آلفای کرونباخ و دو نیمه کردن در کل نمونه به ترتیب ۰/۹۱ و ۰/۸۶، در دختران ۰/۸۷ و ۰/۸۴ و در پسران ۰/۸۴ و ۰/۸۱ گزارش نمودند. آنان میزان آلفای کرونباخ را برای همه عامل‌ها بالاتر از ۰/۸۱ و برای کل پرسشنامه ۰/۹۱ به دست آوردند. بالاترین میزان آلفای کرونباخ مربوط به عامل انزوای اجتماعی / بیگانگی ($\alpha = 0.91$) و پایین‌ترین میزان مربوط به عامل خویش‌نماری و خود انضباطی ناکافی ($\alpha = 0.81$) به دست آمد. روایی همگرایی نمرات کل پرسشنامه با ابزارهای اندازه‌گیری درماندگی روان‌شناختی، عاطفه مثبت و عاطفه منفی، اعتماد به نفس، آسیب‌پذیری شناختی برای افسردگی، علائم اختلالات شخصیت و فهرست واریسی تجدید نظر شده علائم ۹۰ سؤال (SCL-90-R)^۹ بررسی نمودند و همبستگی برای شش ملاک یاد شده را به ترتیب ۰/۳۷، ۰/۳۴، ۰/۴۰، ۰/۳۹، ۰/۳۵ و ۰/۳۶ گزارش نمودند ($P < 0.001$). در نهایت نتایج حاصل از تحلیل عاملی همسو با پژوهش‌های انجام گرفته نشان دادند که ابزار فوق برای تحقیقات بالینی و افراد بهنجار در ایران قابل استفاده است [۳۰]. همچنین در پژوهش ناصری و همکاران پایایی پرسشنامه بر روی نمونه ۴۰ نفری از افراد متأهل

۵- نسخه کوتاه ارزیابی مزاج ممفیس، پیزا، پاریس و سن دیگو (TEMPS-A)^۱: برای ارزیابی مزاج‌های عاطفی از نسخه کوتاه ارزیابی مزاج ممفیس، پیزا، پاریس و سن دیگو (TEMPS-A) استفاده شد. این پرسشنامه دارای پنج زیر مقیاس است که مزاج‌های ادواری خوبی، افسرده، تحریک‌پذیر، هیجان زدگی، و اضطرابی را اندازه‌گیری می‌کند. این آزمون شامل ۳۹ عبارت است که از پاسخ‌دهنده پرسیده می‌شود که بگوید عبارت مورد نظر او را توصیف می‌کند یا نه [۲۸].

TEMPS-A یک پرسشنامه خودگزارش‌دهی از نوع بله، خیر می‌باشد، که برای تعیین مزاج در بیماران و افراد سالم طراحی شده است. عبارت‌های پرسشنامه بر اساس ضوابط تشخیصی فرمول‌بندی شده به وسیله اکیسکال و همکاران سابق او بسط داده شده‌اند؛ ضریب آلفای کافی برای ثبات درونی مقیاس‌های ادواری خوبی ۰/۹۱، افسرده ۰/۸۱، زودرنج ۰/۷۷، هیجان زدگی ۰/۷۶، و اضطرابی ۰/۶۷ در مطالعه اکیسکال و همکاران به دست آمد. به طور کلی مطالعه اکیسکال و همکاران نشان داد که نسخه کوتاه TEMPS-A یک مقیاس دارای اعتبار روان‌سنجی و ثبات درونی کافی است [۲۸].

۶- پرسشنامه طرح‌واره‌های ناسازگار یانگ (YSQ-S3)^۲: این پرسشنامه که توسط یانگ ساخته شده، دارای ۹۰ ماده است که ۱۸ حیطه از طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه را اندازه می‌گیرد. هر ماده به کمک مقیاس درجه‌بندی شش گزینه‌ای نمره‌گذاری می‌شود (۱= کاملاً در مورد من نادرست است، تا ۶= کاملاً در مورد من درست است). نمره‌های این آزمون با جمع نمرات ماده‌های هر زیر مقیاس به دست می‌آید. به بیان دیگر، هر زیر مقیاس دارای پنج ماده است که یک نوع طرح‌واره ناسازگار اولیه را اندازه می‌گیرد. کمینه و بیشینه نمره‌های طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه بین یک تا شش می‌باشد که نمره بالا نشان دهنده میزان بالای طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه در آزمودنی‌ها است. یانگ، نورمن^۳ و توماس^۴ پایایی این پرسشنامه را به

- 1- The short version of the Temperament Evaluation of the Memphis, Pisa, Paris, and San Diego Autoquestionnaire (TEMPS-A)
- 2- Young Schema Questionnaire (YSQ-S3)
- 3- Norman
- 4- Thomas

5- Psychological distress

6- Self-esteem

7- Cognitive vulnerability for depression

8- Personality disorder symptoms

9- Symptom Checklist-90-Revised (SCL-90-R)

بررسی قرار گرفت. نتایج این آزمون نشان داد که برابری ماتریس کوواریانس در سه گروه مورد مطالعه محقق نشده است. لذا به جای شاخص لامبدای ویلکز اثر پیلای گزارش می‌شود همچنین برای بررسی پیش فرض برابری واریانس خطای متغیرها از آزمون لون^۴ استفاده گردید. نتایج این آزمون‌ها نیز نشان داد که واریانس متغیرهای ادواری خوبی، هیجان زدگی و اضطراب در سه گروه پژوهش برابر بوده و ولی مقادیر بدست آمده در دو متغیر افسرده و تحریک پذیر بیانگر عدم برابری واریانس این دو متغیر است، که در این جا با توجه به برابری گروه‌ها و تعداد نمونه نسبتاً بزرگ محدودیتی برای انجام آزمون MANOVA وجود ندارد؛ بنابراین آزمون تحلیل واریانس چند متغیری قابل اجرا است. در ابتدا از آزمون‌های چند متغیره تحلیل واریانس برای تعیین اثر مستقیم متغیر گروه بر متغیرهای پژوهش استفاده شد. نتایج این آزمون نشان داد که اثر کلی گروه معنادار است. همچنین بین سه گروه حداقل در یکی از متغیرها پژوهش تفاوت معنادار وجود دارد. همان طور که در جدول سه مشاهده می‌شود، مقدار اثر پیلایی که قدرتمندترین آزمون از میان چهار آزمون می‌باشد، در سطح $P=0/001$ معنادار است.

با توجه به نتایج ارائه شده در جدول ۴ بین سه گروه مورد مطالعه در مزاج‌های عاطفی ادواری خوبی، افسرده، تحریک‌پذیر، اضطراب و نمره کل تفاوت معناداری وجود دارد ($P=0/001$). فقط در مزاج هیجان زدگی تفاوت معناداری بین سه گروه وجود نداشت. در راستای تعیین تفاوت‌های زوجی گروه‌های مورد مطالعه از آزمون تعقیبی توکی^۵ (HSD) استفاده شد. داده‌های مربوط به این آزمون در جدول ۵ درج گردیده است.

عادی به روش آلفای کرونباخ برای تمام عامل‌ها بالاتر از $0/70$ و برای کل پرسشنامه $0/87$ به دست آمد. بالاترین میزان آلفای کرونباخ مربوط به عامل بازداری هیجانی ($0/93$) و پایین‌ترین میزان مربوط به عامل معیارهای سرسختانه/عیب‌جویی افراطی ($0/70$) بود [۳۹].

روند اجرای پژوهش: برای تشخیص بیماران مورد نظر، علاوه بر مصاحبه بالینی ساختار یافته، بررسی سوابق تشخیصی و پرونده بیمار به طور کامل صورت گرفت. در مورد دو گروه بیمار ابتدا از هر بیمار مصاحبه تشخیصی ساختار یافته به عمل آمد و پس از تأیید تشخیص مورد نظر توسط یک روان‌پزشک و اطمینان از فرایند تشخیص، بیماران به صورت مجدد تشخیص گذاری شدند؛ لازم به ذکر است که در چندین مورد هم برای به یقین رسیدن در تشخیص، از تفسیر نیمرخ آزمون‌های میلون^۱ و شخصیت سنخ چند وجهی مینه سوتا^۲ (که توسط همکاران در بخش انجام می‌گرفت) مزید بر سایر اطلاعات استفاده شد. در نهایت با تطبیق تشخیص قطعی روان‌پزشک و روان‌شناس و به اتمام رسیدن فرایند تشخیص، مراحل بعدی جهت تکمیل سایر آزمون‌ها انجام می‌شد. لازم به ذکر است که نمونه مورد نظر در طی هشت ماه از بیمارستان رازی تبریز (یازده بخش ابوریحان، طوس، سینا، زکریا، لقمان، فارابی، سالمندان، حیان، درمان یک، درمان دو و بوعلی)، بیمارستان روانپزشکی فجر تبریز و افراد بهنجار از جمعیت عمومی سطح شهر تبریز انتخاب شدند.

یافته‌ها

در جداول ۱ و ۲ یافته‌های توصیفی (میانگین و انحراف معیار) مربوط به مزاج‌های عاطفی و طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه هر یک از گروه‌های اختلال شخصیت مرزی، اختلال دوقطبی و افراد بهنجار ارائه شده است.

پیش فرض‌های لازم برای اجرای آزمون MANOVA عبارتند از: ۱- استقلال: هر نمره مستقل از نمرات دیگر است؛ ۲- نمرات در جامعه نرمال باشد؛ ۳- واریانس‌ها همگن باشند؛ ۴- کوواریانس‌ها همگن باشند. مفروضه برابری ماتریس کوواریانس به وسیله آزمون باکس^۳ مورد

1- Millon (MCMI-III)

2- Minnesota Multiphasic Personality Inventory

3- Box's Test

4- Levene's Test

5- Tukey (HSD)

جدول ۱) میانگین و انحراف معیار گروه‌های سه‌گانه در مزاج‌های عاطفی

مزاج	گروه‌ها	میانگین (انحراف معیار)	مزاج	گروه‌ها	میانگین (انحراف معیار)
ادواری خوبی	مرزی	۴/۳۶ (۱/۸۰)	هیجان زدگی	مرزی	۸/۸۰ (۲/۲۸)
	دوقطبی	۴/۰۳ (۲/۰۵)		دوقطبی	۵/۷۳ (۲/۹۷)
	بهنجار	۳/۹۶ (۱/۹۶)		بهنجار	۳/۲۳ (۲/۵۹)
افسرده	مرزی	۲/۲۳ (۱/۰۴)	اضطراب	مرزی	۵/۱۳ (۲/۲۲)
	دوقطبی	۱/۲۶ (۱/۰۴)		دوقطبی	۱/۶۶ (۱/۸۴)
	بهنجار	۱/۵۵ (۱/۱۳)		بهنجار	۱/۲۳ (۱/۵۲)
تحریک پذیر	مرزی	۲۵/۷۳ (۵/۷۸)	نمره کل	مرزی	۵/۰۶ (۲/۱۸)
	دوقطبی	۱۵/۸۰ (۵/۷۸)		دوقطبی	۲/۸۰ (۱/۸۲)
	بهنجار	۱۰/۴۶ (۵/۳۰)		بهنجار	۱/۳۳ (۱/۲۱)

جدول ۲) میانگین و انحراف معیار گروه‌های سه‌گانه در طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه

طرح‌واره	گروه‌ها	میانگین (انحراف معیار)	طرح‌واره	گروه‌ها	میانگین (انحراف معیار)
رها شدگی / بی‌ثباتی	مرزی	۲۲/۶۰ (۴/۱۱)	استحقاق / بزرگ منشی	مرزی	۲۲/۵۶ (۵/۵۴)
	دوقطبی	۱۹/۱۳ (۴/۲۸)		دوقطبی	۱۷/۶۶ (۶/۲۳)
	بهنجار	۱۶/۲۰ (۴/۵۰)		بهنجار	۱۲/۳۰ (۴/۶۹)
بی‌اعتمادی / بدرفتاری	مرزی	۱۹/۷۰ (۶/۱۲)	خویش‌داری و خود انضباطی ناکافی	مرزی	۲۱/۷۶ (۵/۶۷)
	دوقطبی	۱۳/۹۳ (۴/۷۵)		دوقطبی	۱۶/۷۶ (۷/۱۲)
	بهنجار	۱۲/۴۶ (۳/۴۸)		بهنجار	۱۰/۴۰ (۴/۰۲)
محرومیت هیجانی	مرزی	۱۷/۸۳ (۵/۶۶)	اطاعت	مرزی	۱۸/۰۶ (۷/۲۶)
	دوقطبی	۱۳/۲۶ (۵/۷۱)		دوقطبی	۱۲/۸۳ (۵/۱۸)
	بهنجار	۱۰/۲۳ (۴/۴۶)		بهنجار	۱۲/۱۳ (۵/۱۳)
نقص / شرم	مرزی	۲۰/۹۳ (۴/۷۷)	ایثار	مرزی	۱۷/۹۳ (۵/۷۳)
	دوقطبی	۱۸/۷۳ (۶/۶۶)		دوقطبی	۱۰/۸۰ (۴/۴۳)
	بهنجار	۱۷/۰۳ (۵/۸۴)		بهنجار	۸/۵۶ (۳/۷۴)
انزوای اجتماعی / بیگانگی	مرزی	۲۳/۴۶ (۵/۸۸)	پذیرش جویی / جلب توجه	مرزی	۲۱/۸۶ (۵/۵۰)
	دوقطبی	۲۱/۹۳ (۵/۹۸)		دوقطبی	۱۲/۷۳ (۵/۱۹)
	بهنجار	۱۶/۸۰ (۴/۹۵)		بهنجار	۹/۳۶ (۳/۶۸)
وابستگی / بی‌کفایتی	مرزی	۲۰/۸۶ (۵/۰۲)	منفی‌گرایی / بدبینی	مرزی	۱۴/۷۰ (۵/۱۱)
	دوقطبی	۱۵/۰۳ (۵/۰۶)		دوقطبی	۱۱ (۴/۴۳)
	بهنجار	۱۳/۴۳ (۵/۰۹)		بهنجار	۹/۳۳ (۳/۶۵)
آسیب‌پذیری نسبت به ضرر یا بیماری	مرزی	۱۹/۷۳ (۶/۹۲)	بازداری هیجانی	مرزی	۱۹/۴۰ (۶/۶۹)
	دوقطبی	۱۳/۸۰ (۴/۹۲)		دوقطبی	۱۲/۹۰ (۶/۷۲)
	بهنجار	۱۲/۹۳ (۴/۸۲)		بهنجار	۹/۱۶ (۳/۶۸)
خود تحول نیافته / گرفتار	مرزی	۲۱/۱۰ (۳/۷۳)	معیارهای سرسختانه / عیب‌جویی افراطی	مرزی	۱۹/۲۰ (۵/۳۹)
	دوقطبی	۱۹/۴۰ (۴/۳۷)		دوقطبی	۱۷/۳۶ (۵/۶۰)
	بهنجار	۱۸/۳۳ (۴/۱۳)		بهنجار	۱۱/۸۶ (۵/۱۹)
شکست	مرزی	۲۲/۴۳ (۴/۲۴)	تنبیه	مرزی	۱۴/۷۶ (۶/۰۲)
	دوقطبی	۲۰/۴۳ (۴/۲۸)		دوقطبی	۱۰ (۴/۵۵)
	بهنجار	۱۴/۸۰ (۳/۸۵)		بهنجار	۱۰/۳۶ (۳/۸۵)

جدول ۳) آزمون‌های چند متغیره جهت معنی داری هر متغیر مستقل در مزاج‌های عاطفی

اثر	شاخص	ارزش	F	درجه آزادی فرضیه	درجه آزادی خطا	P	مجذور اتا
گروه	اثر پیلایی	۰/۷۱۱	۹/۲۶	۱۰	۱۶۸	۰/۰۰۱	۰/۳۵۶
	لامبدای ویلکز	۰/۳۵۶	۱۱/۲۰	۱۰	۱۶۶	۰/۰۰۱	۰/۴۰۳
	اثر هتلینگ	۱/۶۱	۱۳/۲۴	۱۰	۱۶۴	۰/۰۰۱	۰/۴۴۷
	بزرگ‌ترین ریشه روی	۱/۴۸	۲۵/۰۰۲	۵	۸۴	۰/۰۰۱	۰/۵۹

جدول ۴) نتایج تحلیل واریانس چند متغیره بین گروه‌های سه‌گانه در مزاج‌های عاطفی

مزاج	SS	df	MS	F	P	مجذور اتا
ادواری خوبی	۴۶۶/۴۲	۲	۲۳۳/۲۱	۳۳/۷۰	۰/۰۰۱	۰/۴۳۷
افسرده	۲۷۴/۱۵	۲	۱۳۷/۰۷	۳۸/۵۳	۰/۰۰۱	۰/۴۷۰
تحریک پذیر	۲۱۲/۲۶	۲	۱۰۶/۱۳	۳۳/۲۹	۰/۰۰۱	۰/۴۳۴
هیجان زدگی	۱۱/۴۶	۲	۵/۷۳	۱/۴۹	۰/۲۳۰	۰/۰۳۳
اضطراب	۲۰/۸۲	۲	۱۰/۴۱	۹/۶۹	۰/۰۰۱	۰/۱۸۲
نمره کل	۳۶۰/۱/۸۶	۲	۱۸۰/۹۳	۵۶/۸۴	۰/۰۰۱	۰/۴۳۷

جدول ۵) نتایج آزمون تعقیبی توکی برای مقایسه مزاج‌های عاطفی در گروه‌های سه‌گانه

متغیر مستقل	گروه منبع	گروه مقایسه	تفاوت میانگین‌ها	خطای استاندارد	P
ادواری خوبی	شخصیت مرزی	دوقطبی	۳/۰۶	۰/۶۷۹	۰/۰۰۱
	شخصیت مرزی	بهنجار	۵/۵۶	۰/۶۷۹	۰/۰۰۱
	دوقطبی	بهنجار	۲/۵۰	۰/۶۷۹	۰/۰۰۱
افسرده	شخصیت مرزی	دوقطبی	۳/۴۶	۰/۴۸۷	۰/۰۰۱
	شخصیت مرزی	بهنجار	۳/۹۰	۰/۴۸۷	۰/۰۰۱
	دوقطبی	بهنجار	۰/۴۳۳	۰/۴۸۷	۰/۶۴۸
تحریک پذیر	شخصیت مرزی	دوقطبی	۲/۲۶	۰/۴۶۰	۰/۰۰۱
	شخصیت مرزی	بهنجار	۳/۷۳	۰/۴۶۰	۰/۰۰۱
	دوقطبی	بهنجار	۱/۴۶	۰/۴۶۰	۰/۰۰۶
هیجان زدگی	شخصیت مرزی	دوقطبی	۰/۳۳۳	۰/۵۰۵	۰/۷۸۸
	شخصیت مرزی	بهنجار	۰/۸۶۶	۰/۵۰۵	۰/۲۰۶
	دوقطبی	بهنجار	۰/۵۳۳	۰/۵۰۵	۰/۵۴۴
اضطراب	شخصیت مرزی	دوقطبی	۰/۹۶۶	۰/۲۶۷	۰/۰۰۱
	شخصیت مرزی	بهنجار	۱/۰۶	۰/۲۶۷	۰/۰۰۱
	دوقطبی	بهنجار	۰/۱۰۰	۰/۲۶۷	۰/۹۲۶
نمره کل	شخصیت مرزی	دوقطبی	۹/۹۳	۱/۴۵	۰/۰۰۱
	شخصیت مرزی	بهنجار	۱۵/۲۶	۱/۴۵	۰/۰۰۱
	دوقطبی	بهنجار	۵/۳۳	۱/۴۵	۰/۰۰۱

است. نتایج مشخصه‌ی آماری لامبدای ویلکز نشان داد که اثر گروه بر ترکیب طرح‌واره‌های ناسازگار معنادار می‌باشد. آزمون فوق‌قابلیت استفاده از تحلیل واریانس چند متغیره (MANOVA) را تأیید می‌کند. نتایج نشان داد که حداقل بین یکی از متغیرهای مورد بررسی در بین دو گروه مورد بررسی تفاوت معناداری وجود دارد. بنابراین نتایج تحلیل واریانس چند متغیره تفاوت معنادار سه گروه را در طرح‌واره‌های ناسازگار تأیید می‌کند.

با توجه به نتایج ارائه شده در جدول ۷ مشاهده می‌شود که بین سه گروه مورد مطالعه در نمره ۱۸ طرح‌واره‌های ناسازگار تفاوت معناداری وجود دارد. در راستای تعیین تفاوت‌های زوجی گروه‌های مورد مطالعه از آزمون تعقیبی (HSD) توکی استفاده شد. داده‌های مربوط به این آزمون در جدول ۸ درج شده است.

مقایسه‌های زوجی نشان می‌دهد که در طرح‌واره‌های ناسازگار رها شدگی / بی‌ثباتی، بی‌اعتمادی / بدرفتاری، محرومیت هیجانی، نقص / شرم، انزوای اجتماعی / بیگانگی، وابستگی / بی‌کفایتی، آسیب‌پذیری نسبت به ضرر یا بیماری، شکست، استحقاق / بزرگ منشی، خویشتن‌داری و خود انضباطی ناکافی، اطاعت، منفی‌گرایی / بدبینی، بازداری هیجانی بین دو گروه مبتلا به اختلال شخصیت مرزی و گروه مبتلا به اختلال دوقطبی تفاوت معناداری وجود داشت و گروه مبتلا به اختلال شخصیت مرزی بالاتری را بدست آوردند. بین دو گروه اختلال شخصیت مرزی و گروه افراد بهنجار در تمامی ۱۸ طرح‌واره تفاوت معناداری وجود دارد و نمرات گروه اختلال شخصیت مرزی نسبت به گروه افراد بهنجار بالاتر بود. همچنین بین دو گروه مبتلا به اختلال دوقطبی و افراد بهنجار در طرح‌واره‌های رها شدگی / بی‌ثباتی، بی‌اعتمادی / بدرفتاری، انزوای اجتماعی / بیگانگی، آسیب‌پذیری نسبت به ضرر یا بیماری، خود تحول نیافته / گرفتار، استحقاق / بزرگ منشی، پذیرش جویی / جلب توجه و تنبیه تفاوت معناداری وجود داشت و گروه افراد مبتلا به اختلال دوقطبی نمرات بالاتری را کسب کردند.

مقایسه‌های زوجی نشان می‌دهد که در مزاج‌های ادواری خوبی، افسرده، تحریک‌پذیر و اضطرابی گروه مبتلا به اختلال شخصیت مرزی دارای تفاوت معناداری با گروه مبتلا به اختلال دوقطبی و گروه افراد بهنجار بوده و نمرات بالاتری را به دست آوردند. همچنین گروه مبتلا به اختلال دوقطبی در مقایسه با گروه افراد بهنجار در مزاج‌های ادواری خوبی و تحریک‌پذیر تفاوت معناداری داشتند، اما در سه مزاج افسرده، هیجان‌زدگی و اضطرابی تفاوت بین این دو گروه معنادار نبود، هر چند که به غیر از نمره مزاج اضطرابی در دو مزاج افسرده و هیجان‌زدگی با وجود عدم معناداری گروه مبتلا به اختلال دوقطبی نمرات خام بالاتری را کسب کردند.

برای مقایسه طرح‌واره‌های ناسازگار نیز از تحلیل واریانس چند متغیره استفاده شد. مفروضه برابری ماتریس کوواریانس به وسیله آزمون باکس مورد بررسی قرار گرفت. نتایج این آزمون نشان داد که برابری ماتریس کوواریانس در سه گروه مورد مطالعه محقق نشده است. اما از آنجا که نمونه‌ها با N برابر مورد مطالعه قرار گرفته‌اند و به طور نسبی بزرگ بودند، لذا معناداری آزمون باکس حساسیت زیادی برای نتایج تحلیل واریانس چند متغیره به وجود نمی‌آورد. همچنین برای بررسی پیش فرض برابری واریانس خطای متغیرها از آزمون لون استفاده گردید. نتایج این آزمون‌ها نیز نشان داد که غیر از واریانس متغیرهای بی‌اعتمادی / بدرفتاری، محرومیت هیجانی، آسیب‌پذیری نسبت به ضرر یا بیماری، خویشتن‌داری و خود انضباطی ناکافی، شکست و بازداری هیجانی بقیه ۱۲ طرح‌واره دیگر در سه گروه پژوهش برابر بوده، که در این جا نیز مشابه آزمون باکس با توجه به برابری گروه‌ها و تعداد نمونه نسبتاً بزرگ، عدم برابری واریانس خطا در شش طرح‌واره ذکر شده محدودیتی برای انجام آزمون MANOVA به وجود نمی‌آورد. آزمون‌های چند متغیره تحلیل واریانس برای تعیین اثر مستقیم متغیر گروه بر متغیرهای پژوهش استفاده شد. نتایج این آزمون نشان داد که اثر کلی گروه معنادار است. همچنین بین سه گروه حداقل در یکی از متغیرها پژوهش تفاوت معنادار وجود دارد. همان طور که در جدول ۶ مشاهده می‌شود، مقدار اثر پیلایی معنادار است، همچنین مقدار آماره لامبدای ویلکز، در سطح $P=0/001$ معنادار

جدول ۶) آزمون‌های چند متغیره جهت معنی داری هر متغیر مستقل در طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه

اثر	شاخص	ارزش	F	درجه آزادی فرضیه	درجه آزادی خطا	سطح معنی داری	مجذور اتا
گروه	اثر پیلاپی	۰/۹۸۱	۳/۷۹	۳۶	۱۴۲	۰/۰۰۱	۰/۴۹۰
	لامبدای ویلکز	۰/۲۰۴	۴/۷۱	۳۶	۱۴۰	۰/۰۰۱	۰/۵۴۸
	اثر هتلینگ	۲/۹۸۶	۵/۷۲۳	۳۶	۱۳۸	۰/۰۰۱	۰/۵۹۹
	بزرگ‌ترین ریشه روی	۲/۶۴۴	۱۰/۴۲۹	۱۸	۷۱	۰/۰۰۱	۰/۷۲۶

جدول ۷) نتایج تحلیل واریانس چند متغیره بین گروه‌های سه‌گانه در طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه

مجدور اتا	P	F	MS	df	SS	طرح‌واره
۰/۳۷۳	۰/۰۰۱	۲۵/۸۹	۷۹۱/۰۷	۲	۱۵۸۲/۱۵	رها شدگی / بی ثباتی
۰/۴۰۴	۰/۰۰۱	۲۹/۴۷	۹۷۳/۶۷	۲	۱۹۴۷/۳۵	بی اعتمادی / بدرفتاری
۰/۱۷۰	۰/۰۰۱	۸/۹۲	۳۱۵/۴۱	۲	۶۳۰/۸۲	محرومیت هیجانی
۰/۴۲۷	۰/۰۰۱	۳۲/۳۶	۷۱۸/۰۳	۲	۱۴۳۶/۰۶	نقص / شرم
۰/۵۵۰	۰/۰۰۱	۵۳/۰۹	۱۲۵۵/۰۱	۲	۲۵۱۰/۰۲	انزوای اجتماعی / بیگانگی
۰/۲۰۹	۰/۰۰۱	۱۱/۴۸	۲۲۶/۳۴	۲	۴۵۲/۶۸	وابستگی / بی کفایتی
۰/۳۴۹	۰/۰۰۱	۲۳/۲۸	۸۰۴/۵۴	۲	۱۶۰۹/۰۸	آسیب پذیری نسبت به ضرر یا بیماری
۰/۲۵۶	۰/۰۰۱	۱۴/۹۹	۴۳۶/۹۴	۲	۸۷۳/۸۸	خود تحول نیافته / گرفتار
۰/۱۶۸	۰/۰۰۱	۸/۸۱	۲۱۱/۰۷	۲	۴۲۲/۱۵	شکست
۰/۲۷۶	۰/۰۰۱	۱۶/۶۰	۳۰۷/۹۱	۲	۶۱۵/۸۲	استحقاق / بزرگ منشی
۰/۲۹۵	۰/۰۰۱	۱۸/۲۲	۴۳۸/۶۳	۲	۸۷۷/۲۶	خوشتن داری و خود انضباطی ناکافی
۰/۲۶۳	۰/۰۰۱	۱۵/۵۵	۴۳۹/۰۷	۲	۸۷۸/۱۵	اطاعت
۰/۰۷۲	۰/۰۳۸	۳/۳۹	۱۱۴/۷۰	۲	۲۲۹/۴۰	ایثار
۰/۲۱۰	۰/۰۰۱	۱۱/۵۵	۳۶۵/۷۳	۲	۷۳۱/۴۶	پذیرش جویی / جلب توجه
۰/۲۹۲	۰/۰۰۱	۱۷/۹۳	۴۵۹/۲۱	۲	۹۱۸/۴۲	منفی گرایی / بدبینی
۰/۲۲۹	۰/۰۰۱	۱۲/۹۰	۴۱۰/۹۷	۲	۸۲۱/۹۵	بازداری هیجانی
۰/۰۷۴	۰/۰۳۵	۳/۴۸	۵۸/۴۱	۲	۱۱۶/۸۲	معیارهای سرسختانه / عیب جویی افراطی
۰/۳۸۸	۰/۰۰۱	۲۷/۵۲	۴۷۰/۰۱	۲	۹۴۰/۰۲	تنبیه

جدول ۸) نتایج آزمون تعقیبی توکی برای مقایسه طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه در گروه‌های سه‌گانه

متغیر مستقل	گروه منبع	گروه مقایسه	تفاوت میانگین‌ها	خطای استاندارد	P
رها شدگی / بی ثباتی	شخصیت مرزی	دوقطبی	۴/۹۰	۱/۴۲	۰/۰۰۳
	شخصیت مرزی	بهنجار	۱۰/۲۶	۱/۴۲	۰/۰۰۱
	دوقطبی	بهنجار	۵/۳۶	۱/۴۲	۰/۰۰۱
بی اعتمادی / بدرفتاری	شخصیت مرزی	دوقطبی	۵	۱/۴۸	۰/۰۰۳
	شخصیت مرزی	بهنجار	۱۱/۳۶	۱/۴۸	۰/۰۰۱
	دوقطبی	بهنجار	۶/۳۶	۱/۴۸	۰/۰۰۱
محرومیت هیجانی	شخصیت مرزی	دوقطبی	۵/۲۳	۱/۵۳	۰/۰۰۳
	شخصیت مرزی	بهنجار	۵/۹۳	۱/۵۳	۰/۰۰۱
	دوقطبی	بهنجار	۰/۷۰	۱/۵۳	۰/۸۹۲
نقص / شرم	شخصیت مرزی	دوقطبی	۷/۱۳	۱/۲۱	۰/۰۰۱
	شخصیت مرزی	بهنجار	۰/۸۶۶	۱/۲۱	۰/۰۰۱
	دوقطبی	بهنجار	۰/۵۳۳	۱/۲۱	۰/۱۶۴

جدول ۸) نتایج آزمون تعقیبی توکی برای مقایسه طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه در گروه‌های سه‌گانه (ادامه جدول)					
۰/۰۰۱	۱/۲۵	۹/۱۳	دوقطبی	شخصیت مرزی	انزوای اجتماعی / بیگانگی
۰/۰۰۱	۱/۲۵	۱۲/۵۰	بهنجار	شخصیت مرزی	
۰/۰۲۴	۱/۲۵	۳/۲۶	بهنجار	دوقطبی	
۰/۰۰۵	۱/۱۴	۳/۷۰	دوقطبی	شخصیت مرزی	وابستگی / بی‌کفایتی
۰/۰۰۱	۱/۱۴	۵/۳۶	بهنجار	شخصیت مرزی	
۰/۳۱۸	۱/۱۴	۱/۶۶	بهنجار	دوقطبی	
۰/۰۰۱	۱/۵۱	۶/۵۰	دوقطبی	شخصیت مرزی	آسیب‌پذیری نسبت به ضرر یا بیماری
۰/۰۰۱	۱/۵۱	۱۰/۲۳	بهنجار	شخصیت مرزی	
۰/۰۴۲	۱/۵۱	۳/۷۳	بهنجار	دوقطبی	
۰/۳۹۱	۱/۳۹	۱/۸۳	دوقطبی	شخصیت مرزی	خود تحول نیافته / گرفتار
۰/۰۰۱	۱/۳۹	۷/۳۳	بهنجار	شخصیت مرزی	
۰/۰۰۱	۱/۳۹	۵/۵۰	بهنجار	دوقطبی	
۰/۰۰۱	۱/۲۶	۴/۷۶	دوقطبی	شخصیت مرزی	شکست
۰/۰۰۲	۱/۲۶	۴/۴۰	بهنجار	شخصیت مرزی	
۰/۹۵۵	۱/۲۶	-۰/۳۶۶	بهنجار	دوقطبی	
۰/۰۰۷	۱/۱۱	۳/۴۶	دوقطبی	شخصیت مرزی	استحقاق / بزرگ منشی
۰/۰۰۱	۱/۱۱	۶/۴۰	بهنجار	شخصیت مرزی	
۰/۰۲۶	۱/۱۱	۲/۹۳	بهنجار	دوقطبی	
۰/۰۰۱	۱/۲۶	۵/۷۶	دوقطبی	شخصیت مرزی	خویش‌داری و خود انضباطی ناکافی
۰/۰۰۱	۱/۲۶	۷/۲۳	بهنجار	شخصیت مرزی	
۰/۴۸۱	۱/۲۶	۱/۴۶	بهنجار	دوقطبی	
۰/۰۰۴	۱/۳۷	۴/۵۶	دوقطبی	شخصیت مرزی	اطاعت
۰/۰۰۱	۱/۳۷	۷/۶۰	بهنجار	شخصیت مرزی	
۰/۰۷۵	۱/۳۷	۳/۰۳	بهنجار	دوقطبی	
۰/۳۱۳	۱/۵۰	۲/۲۰	دوقطبی	شخصیت مرزی	ایثار
۰/۰۲۹	۱/۵۰	۳/۹۰	بهنجار	شخصیت مرزی	
۰/۴۹۷	۱/۵۰	۱/۷۰	بهنجار	دوقطبی	
۰/۵۴۴	۱/۴۵	۱/۵۳	دوقطبی	شخصیت مرزی	پذیرش جویی / جلب توجه
۰/۰۰۱	۱/۴۵	۶/۶۶	بهنجار	شخصیت مرزی	
۰/۰۰۲	۱/۴۵	۵/۱۳	بهنجار	دوقطبی	
۰/۰۰۱	۱/۳۰	۵/۸۳	دوقطبی	شخصیت مرزی	منفی‌گرایی / بدبینی
۰/۰۰۱	۱/۳۰	۷/۴۳	بهنجار	شخصیت مرزی	
۰/۴۴۲	۱/۳۰	۱/۶۰	بهنجار	دوقطبی	
۰/۰۰۱	۱/۴۵	۵/۹۳	دوقطبی	شخصیت مرزی	بازداری هیجانی
۰/۰۰۱	۱/۴۵	۶/۸۰	بهنجار	شخصیت مرزی	
۰/۸۲۳	۱/۴۵	۰/۸۶۶	بهنجار	دوقطبی	
۰/۲۴۷	۱/۰۵	۱/۷۰	دوقطبی	شخصیت مرزی	معیارهای سرسختانه / عیب‌جویی افراطی
۰/۰۲۸	۱/۰۵	۲/۷۶	بهنجار	شخصیت مرزی	
۰/۵۷۳	۱/۰۵	۱/۰۶	بهنجار	دوقطبی	
۰/۱۵۲	۱/۰۶	۲	دوقطبی	شخصیت مرزی	تنبیه
۰/۰۰۱	۱/۰۶	۷/۶۳	بهنجار	شخصیت مرزی	
۰/۰۰۱	۱/۰۶	۵/۶۳	بهنجار	دوقطبی	

بحث

نتایج حاصل از مقایسه سه گروه در مزاج‌های عاطفی ادواری خویی، افسرده، تحریک‌پذیر، اضطراب و نمره کل تفاوت معناداری را نشان می‌دهد؛ فقط در مزاج هیجان زدگی تفاوت معناداری بین سه گروه وجود نداشت. همچنین مقایسه‌های زوجی دو اختلال بررسی شده تفاوت‌های قابل توجهی را در مزاج‌های عاطفی نشان دادند. بیماران مبتلا به اختلال شخصیت مرزی در همه ابعاد مزاج‌های عاطفی به جز مزاج هیجان زدگی (نمره خام بالاتر بود، اما تفاوت معنادار نیست)، به طور معناداری نمرات بالاتری نسبت به گروه بیماران دوقطبی و گروه افراد بهنجار را به دست آوردند که این یافته همسو با پژوهش [۲۰] می‌باشد. این تفاوت‌ها بیانگر این موضوع است که بدتنظیمی مزاجی (خلقی) در مجموع در بیماران مبتلا به اختلال شخصیت مرزی در مقایسه با بیماران دوقطبی به طور قابل ملاحظه‌ای شدیدتر است. در مجموع مطالعات مطرح می‌کنند که هم بیماران دوقطبی و هم بیماران مرزی دارای صفات بدتنظیمی مزاجی هستند [۳۱، ۳۲، ۳۳، ۳۴] هر چند بعضی از مطالعات نیز هیچ تفاوت معناداری را بین دو اختلال در شماری از ابعاد مزاجی پیدا نکرده‌اند [۳۵]. اگر چه بیماران دوقطبی در بیشتر ابعاد، نسبت به گروه بهنجار نمرات بالاتری را به دست آوردند؛ اما تفاوت بین این دو گروه فقط در مزاج ادواری خویی و تحریک‌پذیر معنادار بود. هر چند که گروه مبتلا به اختلال دوقطبی به غیر از نمره مزاج اضطرابی، در دو مزاج افسرده و هیجان زدگی با وجود عدم معناداری، نمرات خام بالاتری را کسب کردند، می‌توان گفت که مزاج ادواری خویی و تحریک‌پذیر پیش‌بینی کننده بهتری برای اختلال دوقطبی می‌باشند؛ مزاج ادواری خویی ممکن است صفت پایدارتری در اختلال دوقطبی باشد.

در تبیین و تفسیر این یافته نکته‌ی مهم و چشمگیر در وضعیت روانی بیماران مرزی، عاطفه‌ی قوی ولی بی‌ثبات از نظر هیجانی است. عاطفه‌ی بیمار ممکن است از حالت سرخوشی به افسردگی و از قدرشناسی به عصبانیت و انتقاد تغییر کند. عاطفه‌ی بیمار رابطه‌ی تنگاتنگی با محتوای گذشته او و طرز تلقی او از مصاحبه گر دارد. عاطفه‌ی بی‌ثبات بیمار موازی خلق بی‌ثبات اوست و این موضوع را می‌-

توان از صحبت‌های بیمار راجع به حوادث زندگی‌اش دریافت [۳۶].

بیشتر طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه به طور معناداری در اختلال شخصیت مرزی در مقایسه با اختلال دوقطبی بالاتر بودند. موارد ذکر شده بر این موضوع که اختلال شخصیت مرزی دامنه‌ی گسترده‌ای از باورهای پریشان و منفی را (درباره خودشان و ارتباط با دیگران) در مقایسه با بیماران دوقطبی تحمل می‌کنند، مورد تأیید قرار می‌دهد. بنابراین اگر چه طرح‌واره‌های ناسازگار که به وسیله YSQ-3 اندازه گیری شدند، آسیب‌پذیری‌های شناختی را در هر دو اختلال شخصیت مرزی مطرح می‌سازند، [۷، ۳۷، ۳۸، ۳۹] و اختلال دوقطبی [۷، ۳۹، ۴۰، ۴۱] اما با توجه به نتایج به دست آمده آسیب‌پذیری‌های شناختی در اختلال شخصیت مرزی خیلی شدیدتر و محرزتر می‌باشند.

در نهایت این یافته نیز همسو با پژوهش‌های پیشین [۲۰] است. به طور کلی تفاوت گروه‌های سه‌گانه پژوهش حاضر در طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه را همسو با نظریه‌های موجود [۴] نشان دهنده توانایی تبیین آسیب‌شناسی اختلال‌های هیجانی از منظر دیدگاه شناختی (تبیین اختلال‌های هیجانی بر پایه پردازش شناختی اطلاعات هیجانی) است.

در نتیجه مطالعه حاضر مطرح می‌کند که اختلال شخصیت مرزی در مقایسه با گروه دوقطبی و افراد بهنجار، مزاج‌های عاطفی و طرح‌واره‌های ناسازگارتری دارند. بنابراین بد کارکردی روانی ممکن است در اختلال شخصیت مرزی نسبت به اختلال دوقطبی نافذتر و پیچیده‌تر باشد.

تفاوت‌های معنادار در دو گروه بیمار در مزاج‌های عاطفی و طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه در دو گروه بیمار، فرضیه اکیسکال^۱ را مبتنی بر این که اختلال شخصیت مرزی متعلق به طیف اختلال دوقطبی است، به چالش کشیده و رد می‌نماید و همسو با یافته‌های پیشین مبنی بر تمایز و استقلال دو اختلال شخصیت مرزی و اختلال دوقطبی می‌باشد.

با توجه به این که این تفاوت‌های معنادار در مزاج‌های عاطفی نیز دیده می‌شود و با توجه به آنچه در ادبیات پژوهشی و نظری در مورد ثبات و پایداری و ریشه‌های

توجهی را بین دو اختلال در اکثریت ابعاد سؤال‌های اندازه‌گیری شده نشان داد و این فرض که این دو اختلال را باید در یک طیف واحد طبقه‌بندی کرد، زیر سؤال می‌برد.

به عبارت دیگر اگر دو اختلال به صورت ابعادی مرتبط باشند، بدون شک چنین تفاوت‌هایی اتفاق خواهد افتاد؛ بنابراین مطالعه حاضر از تفاوت‌ها و عدم تجانس‌های این دو اختلال حمایت می‌کند. به طور کلی یافته‌های به دست آمده دو مفهوم مهم و برجسته را در بر داشتند. همان‌طور که در بخش‌های قبلی بحث شد، گاهی ویژگی‌ناپایداری عاطفی منجر به سردرگمی تشخیصی بین اختلال شخصیت مرزی و اختلال دوقطبی می‌شود که در نهایت ممکن است به تشخیص اشتباهی و درمان نامناسب منجر گردد. تفاوت‌های یافت شده در این مطالعه به دانش و اطلاعات ما در زمینه ویژگی‌های اختلالات و بویژه دو اختلال محوری این پژوهش می‌افزاید و بنابراین ممکن است در فرایند تشخیص هر چند اندک، اما سودمند واقع گردد. علاوه بر این یافته‌های به دست آمده می‌تواند برای تلاش‌های کنونی در جهت ترسیم وجه مشخصه‌های اختلال‌های خلقی آموزنده و حاوی اطلاعات ارزنده باشند.

در پژوهش حاضر به دلیل طولانی شدن فرایند کار، پژوهشگر قادر به بررسی بیماران دوقطبی نوع II نبود، که خود می‌تواند نتایج و یافته‌های با ارزشی را فراهم کند و لازم است در پژوهش‌های آتی این نوع اختلال دوقطبی مورد بررسی قرار گیرد. خود گزارشی دهی بودن ابزار مورد استفاده در گروه افراد بهنجار و عدم امکان نمونه‌گیری تصادفی نیز از محدودیت‌های مطرح می‌باشد. با توجه به اینکه هر دو گروه بیماران مورد مطالعه از بیماران بستری در بیمارستان‌های رازی و فجر انتخاب شده‌اند؛ بنابراین احتمال تأثیر شدت نشانگان و نیز داروهای مصرفی بر یافته‌های پژوهش حاضر وجود دارد و بنابراین در تعمیم این نتایج به بیماران سرپایی مبتلا به این دو اختلال بایستی احتیاط نمود.

انجام بررسی‌های مشابه بر روی بیماران سرپایی، بیماران مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه، افسردگی اساسی و سایر بیماری‌هایی که با اختلال شخصیت مرزی همبودی دارند، نیز می‌تواند، نتایج با ارزشی با این یافته‌ها به دست

ژنتیکی انواع مزاج‌ها ذکر شد، می‌توان مطرح نمود که بیماران مبتلا به این دو اختلال، تفاوت‌های فاحشی در دو عامل وسیع هیجانی و عاطفی (مزاج‌های عاطفی) و عامل شناختی (طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه) داشته و در نتیجه نمی‌توانند حالاتی از یک اختلال واحد باشند.

با توجه به نتایج ذکر شده تفاوت‌های دو گروه اختلال شخصیت مرزی و اختلال دوقطبی در مزاج‌های عاطفی و طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه به گونه‌ای است که می‌توان از تفاوت‌های این دو عامل عاطفی و شناختی جهت کمک به تشخیص افتراقی دو گروه استفاده نمود. نقش معنادار مزاج‌های ادواری خویی، افسرده، تحریک پذیر، اضطراب و پنج حوزه طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه (حوزه بریدگی و طرد، حوزه خود گردانی و عملکرد مختل، حوزه محدودیت‌های مختل، حوزه دیگر جهت مندی و حوزه گوش به زنگی بیش از حد و بازداری) در تفکیک و تمیز گروه اختلال شخصیت مرزی از گروه اختلال دوقطبی در چارچوب رفتارهای تکانشی و هیجان خواهانه و محیط بی اعتبار ساز دوره کودکی افراد مرزی قابل فهم می‌باشد و همچنین به طور جزئی‌تر نقش معنادار متغیرهای انزوای اجتماعی/بیگانگی، افسرده، نقص/ شرم، ادواری خویی، منفی‌گرایی/بدبینی، تحریک پذیر، خویش‌تن‌داری و خود انضباطی ناکافی، بازداری هیجانی، آسیب پذیری نسبت به ضرر یا بیماری، اضطراب، شکست، رها شدگی/بی‌ثباتی، محرومیت هیجانی، استحقاق/ بزرگ منشی، اطاعت، بی‌اعتمادی/ بدرفتاری، وابستگی/ بی‌کفایتی در تفکیک و تمیز اختلال دوقطبی از اختلال شخصیت مرزی با توجه به پیشینه نظری و پژوهشی قابل تبیین می‌باشد.

با بررسی یافته‌های به دست آمده از مطالعه انجام شده، سؤال اجتناب ناپذیری که در ذهن شکل می‌گیرد این است که یافته‌های حاضر چگونه ارتباط فرضی بین اختلال شخصیت مرزی و اختلال دوقطبی را جمع بندی می‌کند. همان‌طور که در بخش‌های قبلی ذکر شد، نتایج نشان داد که مزاج‌های عاطفی برای اختلال شخصیت مرزی محوری‌تر و قابل توجه‌تر هستند. بنابراین بیماران مبتلا به اختلال شخصیت مرزی ویژگی‌هایی را که به طور سنتی با اختلالات طیف دوقطبی مرتبط است، نشان می‌دهند؛ با وجود این، در واقع مطالعه حاضر تفاوت‌های معنادار و قابل

Based Psychotherapeutics. *J Nerv Ment Dis.* 2008; (196):207-10.

15- Hawke LD, Provencher MD, Arntz A. Early Maladaptive Schemas in the risk for bipolar spectrum disorders. *J Affect Disord.* 2011; (133):428-36.

16- Akiskal HS, Akiskal K, Allilaire J, Azorin J, Bourgeois M, Sechter D, et al. Validating affective temperaments in their subaffective and socially positive attributes: psychometric, clinical and familial data from a French national study. *J affect Disord.* 2005; 85(1-2):29.

17- Hantouche E, Akiskal H. Toward a definition of a cyclothymic behavioral endophenotype: which traits tap the familial diathesis for bipolar II disorder? *J Affect Disord.* 2006; 96(3):233-7.

18- Rihmer Z, Akiskal KK, Rihmer A, Akiskal HS. Current research on affective temperaments. *Curr Opin Psychiatr.* 2010; 23(1):12-8.

19- Perugi G, Toni C, Maremmani I, Tusini G, Ramacciotti S, Madia A, et al. The influence of affective temperaments and psychopathological traits on the definition of bipolar disorder subtypes: a study on bipolar I Italian national sample. *J Affect Disorders.* 2012; 136(1):41-9.

20- Nilsson AKK, Jørgensen CR, Straarup KN, Licht RW. Severity of affective temperament and maladaptive self-schemas differentiate borderline patients, bipolar patients, and controls. *Compr Psychiat.* 2010; (51):489-91.

21- First M, Spitzer R, Gibbon M, Williams JB. Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders (clinician version) SCID-I administration booklet. Washington DC: American Psychiatric Association; 1996.

22- Versus Effectiveness TE, Scales C-A. Behavioral assessment in the measurement of treatment outcome. *Comprehensive Handbook of Psychological Assessment, Behav Assessment.* 2004; (3):269-90.

23- Sharifi V, Assadi SM, Mohammadi M, Amini H, Kavaiani H, Semnani Y, Shaabani A, Shahrivar Z, DavariAshtiani R, HakimShoostari M, Seddigh A, Jalali MA Persian Translation of the Structured Clinical Interview for Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition: psychometric properties. *Compr Psychiat.* 2009; (50), 86-91.

24- First MB, Gibbon M, Spitzer RL, Williams JB, Benjamin LS. User guide for the structured clinical interview for DSM-IV. Washington, DC: American Psychiatric Press, Inc; 1997.

25- Bakhtiari M. Investigation of psychiatric disorders in patients with body dysmorphic disorder. unpublished: Tehran University of Medical Sciences; 2001. [Persian].

26- Yaghubi H. Screening of Mental Disorders: Tests position, Determining of Cutoff-point and

دهد و به این ترتیب قادر به بررسی تأثیر شدت نشانگان بر نتایج به دست آمده خواهیم بود.

منابع

1- Nordhal HM, Nysaeter TE. Schema therapy for patient with borderline personality disorder: a single case series. *J Behav Ther Exp Psy.* 2005; (36):254-64.

2- Sadock BJ, Sadock VA. *Comprehensive textbook of psychiatry: New York, USA: Lippincott Williams & Wilkins.*; 2005.

3- Mahon K, Burdick, KE, Szeszko PR. A role for white matter abnormalities in the pathophysiology of bipolar disorder. *Neurosci Biobehav R.* 2010; (34):533-54.

4- Fata L, Birashk B, Atefvahid MK, Dabson KS. Meaning Assignment Structures/ Schema, Emotional States and Cognitive Processing of Emotional Information: Comparing Two Conceptual Frameworks. *J Med Signal and Sensor.* 2005; 11(3):312-26. [Persian].

5- American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual Of Mental Disorders DSM-IV-TR Fourth Edition (Text Revision) Author: AM Psychiatric Association.* 2000.

6- Skodol AE, Bender DS. Why are women diagnosed borderline more than men? *Psychiatr Quart.* 2003; 74(4):349-60.

7- Young JE, Klosko JS, & Weishaar ME. *Schema therapy: A practitioner's guide.* NewYork (NY): Guilford Press; 2003.

8- Jovev M, Jackson HJ. Early maladaptive schemas in personality disordered individuals. *J Pers Disord.* 2004; 18(5):467-78.

9- Specht MW, Chapman A, Cellucci T. Schemas and borderline personality disorder symptoms in incarcerated women. *J Behav Ther Exp Psy.* 2009; (40):256-64.

10- Ball S, Cecero J. Addicted patients with personality disorders: Traits schemas, and presenting problems. *J Pers Disord.* 2001; (15):72-83.

11- Salavati M, YekeYazdandoost R, Kavyani H. *Schema Therapy Clinician Guide for Clinical Psychologist.* Danje publication. 2010. [Persian].

12- Thimm J. Personality early Maladaptive Schemas: A Five- Factor Model Perspective. *J Behav Ther Exp Psy.* 2010; (41):373-80.

13- HaghighatManesh E, AghaMohammadian ShaerBaf HR, GhanbariHashemAbadi BA, Mahram B. Early Maladaptive Schemas and Schema Domains in Rapists. *Iranian J Psychiatr Clin Psy.* 2010; 16(2):145-53. [Persian].

14- Goldberg JF, Gerstein RK, Wenzel SJ, Welker TM, Beck AT. Dysfunctional Attitudes and Cognitive Schemas in Bipolar Manic and Unipolar Depressed Outpatients Implications for Cognitively

- Lyon L, Greening J, Sham P, Farmer A, McGuffin P, Jones I, Craddock N. Cognitive style in bipolar disorder. *Br J Psychiatry*. 2005; 187(5):431-7.
- 41- Scott J, Stanton B, Garland A, Ferrier IN. Cognitive vulnerability in patients with bipolar disorder. *Psychol Med*. 2000; (30):467-72.
- validation. *J Ment Health*. 2008; 1(1):39-51. [Persian].
- 27- Kessler RC, Barker PR, Colpe LJ, Epstein JF, Gfroerer JC, Hiripi E, Howes, MJ, Normand SL, Manderscheid RW, Walters EE, Zaslavsky AM. Screening for serious mental illness in the general population. *Arch Gen Psychiatry*. 2003; (60):184-9.
- 28- Akiskal HS, Mendlowicz MV, Jean-Louis G, Rapaport MH, Kelsoe JR, Gillin JC, et al. TEMPS-A: validation of a short version of a self-rated instrument designed to measure variations in temperament. *J Affect Disorders*. 2005; 85(1):45-52.
- 29- Yousefi N, Etemadi O, Bahrami F, Ahmadi SA, Fatehi zadah MA. Comparing Early Maladaptive Schemas Among Divorced and Non-divorced Couples as Predictors of Divorce. *Iranian J Psychiatr Clin Psy*. 2010; 16(1):21-33. [Persian].
- 30- Yousefi N, Shirbagi N. Validating the Young Early Maladaptive Schema Questionnaire (YEMSQ) among Students. *Iranian J Psychiatr Behav Sciences (IJPBS)*. 2010; 4(1):38-46.
- 31- Savitz J, Van der Merwe L, Ramesar R. Hypomanic, cyclothymic and hostile personality traits in bipolar spectrum illnesses: A family-based study. *J Psychiatr Res* 2008; 42(11):920-9.
- 32- Mendlowicz MV, Jean-Louis G, Kelsoe JR, Akiskal HS. A comparison of recovered bipolar patients, healthy relatives of bipolar probands, and normal controls using the short TEMPS-A. *J Affect Disorders*. 2005; 85(1):147-51.
- 33- Conklin CZ, Bradley R, Westen D. Affect regulation in borderline personality disorder. *J Nerv Ment Dis*. 2006;194(2):69-77
- 34- Koenigsberg HW, Harvey PD, Mitropoulou V, Schmeidler J, New AS, Goodman M, et al. Characterizing affective instability in borderline personality disorder. *Am J Psychiatry* 2002; 159(5):784-8.
- 35- Berrocal C, Moreno MR, Rando M, Benvenuti A, Cassano G. Borderline personality disorder and mood spectrum. *Psychiatry Res*. 2008; 159(3):300-7.
- 36- Othmer E, Othmer SC. The Clinical Interview Using DSM-IV-TR: V. 2. Difficult Patient. 2002.
- 37- Rüscher N, Lieb K, Göttler I, Hermann C, Schramm E, Richter H, et al. Shame and implicit self-concept in women with borderline personality disorder. *Am J Psychiatry*. 2007; 164(3):500.
- 38- Zeigler-Hill V, Abraham J. Borderline personality features: Instability of self-esteem and affect. *J Soc Clin Psychol*. 2006; 25(6):668-87.
- 39- Ball J, Mitchell P, Malhi G, Skillecorn A, Smith M. Schema-focused cognitive therapy for bipolar disorder: Reducing vulnerability to relapse through attitudinal change. *Aust N Z J Psychiatry*. 2003; 37(1):41-8.
- 40- Jones L, Scott J, Haque S, Gordon-Smith K, Heron J, Caesar S, Cooper C, Forty L, Hyde S,

The Comparison of Affective Temperament and Early Maladaptive Self-Schemas in Borderline Personality Patients, Bipolar Patients and Normal Individuals

Nabizadeh -Chianeh, Q. *M.A., Poursharifi, H. Ph.D., Farnam, A. M.D., Qaderi, H. M.A., Ansari-Zangakani. B. M.A., Shiralizadeh, N. M.A.

Abstract

Introduction: There is an unsolved debate on whether borderline personality disorder and bipolar disorder should be considered in similar spectrum or in distinct spectrum. The aim of the present study is to further the understanding of the similarities and differences between the two disorders by investigating borderline patients, bipolar patients and normal people in terms of various affective temperaments and maladaptive self-schemas.

Method: The present descriptive- comparative study consisted of 90 people including 30 Borderline personality patients (15 females and 15 males), 30 bipolar patients (15 females and 15 males) and 30 normal individuals (15 females, 15 males) who had been selected by available sampling. For data gathering Demographic properties questionnaire, Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders, Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis II Disorders, The Kessler Psychological Distress Scale, The short version of the Temperament Evaluation of the Memphis, Pisa, Paris, and San Diego Auto questionnaire, Young Schema Questionnaire were used in this study. The gathered data is analyzed by SPSS-19 and descriptive statistic indexes, and Multivariate Analysis of Variance.

Results: The present study demonstrated significantly higher mean scores on affective temperaments and 18 early maladaptive self-schemas for the borderline patients, Compared to the bipolar patients and the normal people. Also, the bipolar patients differed significantly from normal people by higher mean scores on the cyclothymic and irritable temperament and most of the early maladaptive self-schemas (Abandonment/ instability, Mistrust/abuse, Social isolation/ alienation, Vulnerability to harm or illness, Enmeshment/ undeveloped self, Entitlement/ grandiosity, Approval-seeking/ recognition-seeking, Punitiveness).

Conclusion: The present study showed that affective temperaments and maladaptive self-schemas are more severe in borderline patients than in bipolar patients. These findings point to Distinction between the two disorders and therefore can be concluded that the two disorders differ from most of the same. Overall, there was a noticeable relationship in the high levels of affective temperaments and maladaptive self-schemas with the borderline personality disorder. Finally, Particular combination of sensitivity affective temperaments and maladaptive self-schemas was relevant with special psychopathology species.

Keywords: Affective Temperament, Maladaptive Self-Schemas, Borderline Patients, Bipolar Patients

*Correspondence E-mail:
gnabizadeh@gmail.com