

تمایز افراد مبتلا و غیر مبتلا به میگرن بر اساس اختلال شخصیت مرزی Discrimination of people with and without migraine on the basis of borderline personality disorder

Masoumeh Azizi *

Faculty of humanistic, Zabol University, Zabol

Arash Shahbaziyan Khonigh

M.A in Educational Psychology of Azarbaijan Shahid

Madani University, Tabriz

معصومه عزیزی (نویسنده مسئول)

گروه علم اطلاعات و دانش شناسی، دانشکده ادبیات و علوم انسانی، دانشگاه زابل

آرش شهبازیان خونیق

کارشناسی ارشد روانشناسی تربیتی، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی،

دانشگاه شهید مدنی آذربایجان، تبریز

Abstract

Given the importance of psychological factors of personality in the development and exacerbation of symptoms of migraine, this study aimed to determine the role of borderline personality disorder components in discrimination of people with and without migraine. The research method was causal-comparative and statistical population included all patients of Khatam hospital in Zahedan who during 2017 was due to headache. Among patients with headache, were identified as migraine patients with a definite diagnosis by the neurologist and Ahvaz Migraine Questionnaire. Using the software Gpower 105 people with migraine and 105 without migraine subjects were considered as examples who had not experienced any headaches. They completed Ahvaz Migraine a headache questionnaire and Leichsenring Borderline Personality inventory. Data analyzed using descriptive statistics and discriminant analysis. Discriminant analysis results showed that reality testing of the damaged component has the highest discrimination power between two groups of people with and without migraine were. Next distinctive components respectively the identity confusion, fear of intimacy and the primary defense mechanisms were. Also, the results of the discriminant analysis showed that most people without migraine were correctly distinguished from other people with the highest percentage of detection (85.7%) and 81% of the people in two groups according to the function was properly reclassified. The results have important implications in changing the psychological state of patients and attention to the borderline personality disorder, in order to alleviate the symptoms of a migraine.

Keywords: Borderline Personality Disorder, Migraine, Discrimination

چکیده

با عنایت به اهمیت عوامل شخصیتی به عنوان فاکتورهای روان شناختی مؤثر در ارتباط با سردردهای میگرنی، مطالعه حاضر با هدف تعیین نقش مؤلفه های اختلال شخصیت مرزی در تمایز گذاری بین افراد مبتلا و غیر مبتلا به میگرن صورت پذیرفت. روش پژوهش حاضر، علی-مقایسه‌ای بود و جامعه آماری کلیه بیماران سردردی مراجعه کننده به بیمارستان خاتم الانبیاء شهر زاهدان در سال ۱۳۹۶ بودند که با استفاده از Gpower تعداد ۱۰۵ مبتلا به میگرن با تشخیص قطعی نورولوژیست و پرسشنامه میگرن اهواز شناسایی و با نمونه گیری در دسترس به عنوان نمونه در نظر گرفته شد و با ۱۰۵ نفر از افراد غیر مبتلا مقایسه شدند. ابزار گردآوری اطلاعات پرسشنامه های سردرد میگرن اهواز و سیاهه شخصیت مرزی لیچسنرینگ بود. داده های حاصل با استفاده از نرم افزار آماری SPSS.22 و شاخص های آمار توصیفی و آزمون تحلیل تشخیصی تحلیل و تفسیر شدند. نتایج آزمون تحلیل تشخیصی نشان داد که مؤلفه واقعیت آزمایی آسیب دیده دارای بالاترین توان تمایز بین دو گروه مبتلا و غیر مبتلا به میگرن بود. مؤلفه های بعدی متمایز کننده گروه ها به ترتیب آشفتگی هویت، ترس از صمیمیت و مکانیسم های دفاعی اولیه بودند. همچنین اکثر افراد غیر مبتلا به میگرن با بالاترین درصد تشخیص (۸۵/۷ درصد) به درستی از سایر افراد متمایز شده بودند و ۸۱ درصد از افراد دو گروه طبق تابع به دست آمده به طور صحیح مجدداً طبقه بندی شده بودند. نتایج حاصل، تلویحات مهمی در زمینه توجه به ساختار روان شناختی و ویژگی های شخصیت مرزی در پیش آگهی بیماری میگرن دارد.

واژگان کلیدی: اختلال شخصیت مرزی، میگرن، تمایز

ویرایش نهایی: مهر ۹۸

پذیرش: تیر ۹۷

دریافت: خرداد ۹۷

نوع مقاله: پژوهشی

مقدمه

سردردهای میگرنی^۱ از شایع ترین سردردهای مزمن ناتوان کننده محسوب شده و به عنوان یک بیماری مغز و اعصاب از شایع ترین مشکلات نورولوژیکی^۲ است (هارنود، وانگ و کائو، ۲۰۱۵). این بیماری از نظر کلینیکی به دو صورت کلی میگرن کلاسیک^۳ و میگرن

1. migraine

2. neurological

3. Harnod, Wang & Kao

4. classic

شایع دیده می‌شود. در سردرد میگرنی کلاسیک، ابتدا اورا^۱ و سپس سردرد بروز می‌کند. اورا نشانه‌های عصبی برگشت پذیری هستند که به دلیل اسپاسم عروق مغزی پدید می‌آیند و به گونه‌های مختلفی نظیر تار شدن دید، پیدایش لکه‌های سیاه یا پدیدار شدن خطوط نورانی زیکزاک که در جلوی چشم‌ها بروز می‌کند، توسط فرد بیان می‌شوند. سردرد میگرنی بدون اورا یا سردرد میگرنی شایع به طور معمول دو طرفه است و در اطراف چشم‌ها رخ می‌دهد. همراه با تهوع ولی بدون سمپتوم‌های فوکال^۲ نورولوژیک، سردرد متوسط تا شدید، دارای کیفیت نبض زدن که با فعالیت بدتر می‌شود و با حملات متعدد همراه است (سنو و پارک^۳، ۲۰۱۸). میگرن به صورت سردردی عودکننده، ضربان دار و معمولاً یک طرفه در فواصل حملات بدون درد بروز می‌کند که به مدت ۴ تا ۷۲ ساعت طول می‌کشد. غالباً همراه با بی‌اشتهایی، تهوع و در مواردی استفراغ و در تعدادی از بیماران همراه با اختلالات حسی، حرکتی یا خلقی و سایر نشانه‌های اختلال کارکرد عصبی می‌باشد (توماسو^۴ و همکاران، ۲۰۱۴). میگرن با اختلال بارز در تمام جنبه‌های زندگی و پیامدهای ناشی از ناتوان‌کنندگی خود، هزینه بالایی را در سیستم مراقبت درمانی به خود اختصاص داده (گرین^۵، ۲۰۱۱) و با وجود شیوع کمتر نسبت به سردردهای تنشی^۶، دارای شدت بیشتر و قدرت ناتوان‌کنندگی بالاتری می‌باشد (چپروس و ابرین^۷، ۲۰۱۳). نتایج مطالعات انجام‌شده در این زمینه حاکی از تأثیر میگرن بر کاهش میزان کیفیت زندگی (لئوناردی، راگی، بوسون و آمیکو^۸، ۲۰۱۰)، کیفیت خواب (دیکمن، باووز و آیدینلار^۹، ۲۰۱۵) و رضایت از زندگی (سواری، ۱۳۹۲) بوده است.

هرچند این سردرد در آغاز به صورت دوره‌ای است؛ لیکن این باور وجود دارد که وجود اختلالات روان‌شناختی در مبتلایان به میگرن می‌تواند این بیماری را به صورت مزمن و روزانه نمایان ساخته و منجر به کاهش احتمال بهبودی گردد (بلداسی^{۱۰} و همکاران، ۲۰۱۵؛ یاداو، کالیتا و میسرا^{۱۱}، ۲۰۱۰، ناش و دبارگه^{۱۲}، ۲۰۰۶). به‌رغم بررسی گسترده از لحاظ اپیدمیولوژی و پیامدهای سوء میگرن، پژوهش در زمینه آگاهی و دانش عمومی نسبت به عوامل روان‌شناختی مؤثر بر این بیماری همچنان، اندک است. یکی از عامل‌های روان‌شناختی مؤثر بر میگرن، توجه به ساختار شخصیتی افراد مبتلا به میگرن باشد. شخصیت، بیانگر الگویی گسترده از عادات شناختی، عاطفی و خصوصیات بارز رفتاری است که در طول زمان نسبتاً ثابت باقی مانده و از یک ماتریس یا شبکه پیچیده شامل وضعیت بیولوژیکی و تجربیات آموخته‌شده به وجود می‌آید (کیورک، ویلیامز، چانن و برک^{۱۳}، ۲۰۱۵). شخصیت افراد به‌طور ناگهانی و یا تصادفی شکل نمی‌گیرد؛ بلکه محصول تعدادی از عوامل است که هر فرد را از دیگری متمایز می‌سازد (مهتا^{۱۴}، ۲۰۱۲). صفات منفی و اختلالات شخصیتی که اغلب در مبتلایان به میگرن یافت می‌شود، نتیجه‌ای از تجربه درد نیست، بلکه در حقیقت، پیش از شروع درد وجود داشته است. به‌عبارتی دیگر، بیماران میگرنی، دارای رگه‌های شخصیتی خاص و یا اختلال شخصیت هستند که می‌تواند در شروع یا شدت میگرن تأثیر داشته باشد. بیماران مبتلابه میگرن، شخصیت‌های جبری و ویژگی‌های شخصیتی منفی دارند و بیماران مذکور غالباً از سازمان شخصیت مرزی^{۱۵} رنج می‌برند (هیوبر و هنریچ، ۲۰۰۳). شخصیت مرزی یک الگوی نافذ از بی‌ثباتی در روابط بین شخصی، خودانگاره و عواطف و تکانش‌گری قابل توجه است که از اوایل بزرگسالی شروع شده و در موقعیت‌های مختلف خود را نشان می‌دهد (انجمن روانپزشکی آمریکا^{۱۶}، ۲۰۱۳). اختلال شخصیت مرزی شامل ۴ مؤلفه آشفتنگی هویتی^{۱۷}، مکانیزم‌های دفاعی اولیه آسیب‌دیده^{۱۸}، واقعیت‌آزمایی آسیب‌دیده^{۱۹} و ترس از

1. aura
2. focal symptoms
3. Seo & Park
4. Tommaso
5. Green
6. tension headaches
7. Chiros & O'Brien
8. Leonardi, Raggi, Bussone & Amico
9. Dikmen, Yavuz & Aydinlar
10. Baldacci
11. Yadav, Kalita & Misra
12. Nash & Thebarge
13. Quirk, Williams, Chanen & Berk
14. Mehta
15. borderline personality
16. american psychiatric association
17. identity confusion
18. primary defense mechanisms
19. reality testing of damaged

صمیمیت است (سورو و بکر^۲، ۲۰۰۹). آشفتگی هویت به معنای رنج بردن فرد از نوعی سردرگمی و آشفتگی نقشها می باشد؛ مکانیسم های دفاعی اولیه نیز به دفاع روانی فرد برای گریز از تجربه احساسات و تعارض های ناهشیار درونی اطلاق می گردد که یکی از کارکردهای «من» می باشند. همچنین، طبق واقعیت آزمایی آسیب دیده، فرد توانایی شناختی واقعی رویدادهای مختلف و تغییر مجدد واقعیت را نداشته و بر اساس مؤلفه ترس از نزدیکی، از نزدیک شدن و برقراری رابطه صمیمی با دیگران اجتناب می نماید؛ به عبارت دیگر، افراد شخصیت مرزی دچار نوعی سردرگمی هویت و استفاده مکرر از مکانیزم های دفاعی روان شناختی رشدنیافته هستند. آنان ظرفیت برقراری انسجام بین ملاک های اجتماعی واقعی را نداشته و از صمیمیت با سایرین خودداری می نمایند (جورجنسن^۳، ۲۰۰۹). نشانه های میگردن در زیرگروه اختلال شخصیت مرزی دیده شده است. در مطالعه ای، افرادی که از اختلال شخصیت مرزی برخوردار بودند، بیشتر از بقیه و با شدت بیشتری به میگردن دچار می شدند (راثبارت، احدی و ایوانز^۴، ۲۰۰۰). اختلال مذکور با تأثیر گذاشتن بر سیستم بیولوژیکی افراد منجر به تشدید حملات میگردنی می گردد (پیمان نیا و موسوی، ۱۳۹۳).

در مجموع، مرور مطالعات پیشین در حوزه میگردن نشان داد که پژوهشی که تمایز افراد مبتلا و غیر مبتلا به میگردن بر اساس اختلال شخصیت مرزی را بررسی کند، یافت نشد. همچنین، پژوهش های بسیار اندکی ارتباط بیماری میگردن را با اختلال شخصیت مرزی بررسی کرده بودند. بنابراین نیاز به پژوهش های بیشتری در این زمینه احساس می شد. ضمن اینکه در پژوهش حاضر نیز از روش تحلیل تشخیصی استفاده شد که مبتنی بر تحلیل فرد است و به دست آوردن گروه های مختلف از افراد بر اساس چندین متغیر را فراهم می سازد. از دیدگاه علمی نیز، تمایز افراد مبتلا و غیر مبتلا به میگردن بر اساس اختلال شخصیت مرزی می تواند به طراحی برنامه های مداخلاتی علمی در آنها کمک کند. با نظر به تفاوت های جغرافیایی بارز در شیوع و اپیدمیولوژی میگردن و همچنین نقش اختلالات روان شناختی در بروز و تشدید این بیماری، مطالعه حاضر با هدف تعیین نقش مؤلفه های اختلال شخصیت مرزی در تمایز گذاری بین افراد مبتلا و غیر مبتلا به میگردن انجام شد.

روش

روش پژوهش حاضر از لحاظ هدف در دسته تحقیقات بنیادی و از لحاظ نحوه گردآوری اطلاعات جزو پژوهش های علی-مقایسه ای است. جامعه آماری شامل دو گروه بود؛ گروه اول کلیه بیمارانی بود که در طول سال ۱۳۹۶ به علت سردرد به بیمارستان خاتم الانبیاء شهر زاهدان مراجعه کرده بودند. از بین بیماران مراجعه کننده با شکایت سردرد، مبتلایان به میگردن با تشخیص قطعی توسط پزشک متخصص (نورولوژیست) و پرسشنامه میگردن اهواز شناسایی و به عنوان نمونه در نظر گرفته شدند. با در نظر گرفتن اندازه اثر ۰/۲۵ (اندازه اثر متوسط) و مقدار آلفای ۰/۰۵ کل حجم نمونه پیشنهادی ۲۱۰ نفر به دست آمد؛ به عبارتی ۱۰۵ نفر افراد مبتلا به میگردن و ۱۰۵ نفر افراد غیر مبتلا در نظر گرفته شدند. با روش نمونه گیری در دسترس و پس از بررسی ملاک های ورود به پژوهش افراد میگردنی مراجعه کننده به بیمارستان مورد نظر و علاقه مند به شرکت در پژوهش، پس از توضیح اهداف پژوهش پرسشنامه های مربوطه را تکمیل نمودند. معیارهای ورود به مطالعه کلیه بیماران مبتلا به میگردن بوده اند که هیچ گونه سردرد دیگری نداشتند. همچنین، داشتن پرونده پزشکی و دریافت تشخیص زیر نظر متخصص (نورولوژیست)، سابقه حداقل ۵ حمله، حملات سردرد به مدت ۴ تا ۷۲ ساعت، حملات سردرد یک طرفه، ضرباندار، شدت متوسط تا شدید، وجود تهوع یا استفراغ و نبود ترس از نور و ترس از صوت یا یکی از آنها، از دیگر معیارهای ورود به مطالعه بود. عدم ابتلا به اختلالات روانپریشی، بروز هر عارضه ای مثل گوارشی یا هر عارضه ناخواسته دیگر که مانع پاسخگویی بیماران شود، نداشتن وابستگی به مواد یا سوء مصرف مواد و عدم ابتلا به اختلال پزشکی عمده یا اختلال عصب شناختی یا بیماری جسمانی مزمن، بروز سردرد و عدم توانایی ذهنی جهت تکمیل ابزارهای مطالعه از جمله شرایط خروج از مطالعه بود. همچنین، با نمونه گیری در دسترس تعداد ۱۰۵ نفر طبق پرسش از افراد مذکور و اظهارات آنان، هیچ گونه سردرد شدیدی را تجربه نکرده بودند، به عنوان گروه غیر مبتلا انتخاب شدند. داده ها با استفاده از نرم افزار آماری SPSS.22 و شاخص های آمار توصیفی و آزمون تحلیل تشخیصی تحلیل و تفسیر شدند. برای جمع آوری اطلاعات از پرسشنامه سردرد میگردن اهواز، پرسشنامه اختلال شخصیت مرزی استفاده شد.

1. fear of intimacy

2. Sauro & Becker

3. Jorgensen

4. Rothbart, Ahadi & Evans

۱. پرسشنامه سردرد میگرن اهواز^۱: پرسش نامه حاضر توسط نجاریان در سال ۱۳۷۶ ساخته و اعتبار یابی شد. شکل اولیه آن ۵۸ سؤال داشت. شکل نهایی آن دارای ۲۵ سؤال بود. این پرسشنامه فقط دارای یک عامل و گزینه پاسخ‌های آن هرگز، به‌ندرت، گاهی اوقات و اغلب اوقات می‌باشد که از ۱ تا ۴ نمره‌گذاری شده و حداقل نمره آن ۲۵ و حداکثر ۱۰۰ می‌باشد. پایایی آن به دو صورت محاسبه شده که پایایی باز آزمایی این پرسشنامه ۰/۸۰ و ضریب آلفای کرونباخ آن ۰/۹۱ به دست آمد. روایی هم‌زمان آن با پرسشنامه اضطراب و افسردگی در بیمارستان و سه خرده مقیاس بالینی حالات هیستریک، هیپوکندریک و حالات اضطرابی و سواسی MMPI فرم کوتاه در سطح بالا و معنی‌دار بود (نجاریان، ۱۳۷۶). در مطالعه حاضر نیز پایایی پرسش نامه با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ ۰/۷۲ محاسبه شد.

۲. پرسشنامه اختلال شخصیت مرزی^۲: پرسشنامه شخصیت مرزی با ۵۳ گویه به منظور سنجش صفات شخصیت مرزی در نمونه‌های بالینی و غیر بالینی بر اساس مفهوم کرنبرگ از سازمان‌بندی شخصیت مرزی و همچنین ملاک‌های تشخیصی DSM-IV تدوین شده است (لیچسنرینگ^۳، ۱۹۹۹). ابزار مذکور به‌صورت بلی و خیر جواب داده می‌شود. به هر سؤالی که فرد جواب بله داده است نمره یک تعلق می‌گیرد و هر سؤالی که جواب خیر به آن‌ها داده شده است عدد صفر تعلق می‌گیرد. این پرسشنامه شامل خرده مقیاس‌های آشفتگی هویتی، مکانیسم‌های دفاعی اولیه، واقعیت آزمایی آسیب‌دیده و ترس از صمیمیت می‌باشد و در مطالعات ابعادی الگوهای مرزی اختلالات کاربرد دارد (محمدزاده، گودرزی، تقوی و ملازاده، ۱۳۸۴). نتایج پژوهشی بررسی همسانی درونی و اعتبار باز آزمایی یک هفته‌ای آن را بالا گزارش کرده و آلفای کرونباخ ۰/۶۸ تا ۰/۹۱ با تعداد نمونه ۴۸۴ نفری و ضریب اعتبار باز‌آزمایی ۰/۷۳ تا ۰/۸۹ با تعداد نمونه ۱۰۱ نفری به‌دست‌آمده است. روایی هم‌زمان با ضریب ۰/۷۰ و همستگی خرده مقیاس‌ها با کل مقیاس و با یکدیگر با ضریب ۰/۷۱ و ۰/۸۰ و سه نوع اعتبار باز‌آزمایی، دونیمه سازی و همسانی درونی به ترتیب ۰/۸۰، ۰/۸۳ و ۰/۸۵ به دست آمد (لیچسنرینگ، ۱۹۹۹). در پژوهش حاضر نیز، اعتبار این ابزار با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ برای کل مقیاس شخصیت مرزی ۰/۸۴ و برای مؤلفه‌ی آشفتگی هویت ۰/۸۱، مؤلفه مکانیسم‌های دفاعی اولیه ۰/۸۴، مؤلفه واقعیت آزمایی آسیب‌دیده ۰/۸۳، مؤلفه ترس از صمیمیت ۰/۸۳ حاصل گردید.

یافته ها

اطلاعات بالینی شامل: ۵۴ نفر از آزمودنی‌ها مبتلا به میگرن کلاسیک (۵۱/۴ درصد) و ۵۱ نفر مبتلا به میگرن شایع می‌باشند (۴۸/۶ درصد). مدت ابتلای ۳۶ نفر (۳۴/۳ درصد) کمتر از یک سال، ۲۷ نفر (۲۵/۷ درصد) بین ۱ تا ۵ سال، ۲۹ نفر (۲۷/۶ درصد) بین ۶ تا ۱۰ سال و ۱۳ نفر (۱۲/۴ درصد) بیشتر از ده سال مبتلا به میگرن می‌باشند. همچنین ۷۵ نفر از افراد مذکور (۷۱/۴ درصد) سابقه ابتلا به میگرن در خانواده داشته و ۳۰ نفر (۲۸/۶ درصد) چنین وضعیتی نداشته‌اند. همچنین، بر اساس اطلاعات جمعیت شناختی در هر دو گروه، غالب افراد زن و با مدرک تحصیلی دیپلم می‌باشند. به علاوه در گروه مبتلا به میگرن میانگین سنی ۳۴/۳۳ و در گروه غیر مبتلا میانگین سنی ۳۶/۸۷ سال می‌باشد.

جدول شماره ۱. میانگین و انحراف معیار متغیرهای پیش‌بین برای دو گروه مبتلا و غیر مبتلا به میگرن

متغیرهای پیش‌بین	گروه مبتلا به میگرن تعداد: ۱۰۵	انحراف معیار	گروه غیر مبتلا به میگرن تعداد: ۱۰۵	انحراف معیار	آماره F	سطح معناداری
آشفتگی هویت	۷/۰۶	۱/۴۳	۵/۴۳	۱/۵۸	۶۰/۷۹	۰/۰۰۱
مکانیسم‌های دفاعی اولیه	۵/۹۶	۱/۳۱	۵/۲۰	۱/۸۳	۱۱/۹۹	۰/۰۰۱
واقعیت آزمایی آسیب‌دیده	۴/۴۷	۱/۳۳	۲/۹۴	۱/۲۳	۷۵/۱	۰/۰۰۱
ترس از صمیمیت	۵/۶۱	۱/۳۰	۴/۳۹	۱/۲۴	۴۸/۸	۰/۰۰۱

۱. Ahvaz Migraine Questionnaire

۲. borderline personality inventory

۳. Leichsenring

در جدول ۱ میانگین و انحراف معیار متغیرهای پیش‌بین برای دو گروه مبتلا و غیر مبتلا به میگرن و نتایج آزمون ANOVA برای بررسی معناداری تفاوت بین دو گروه ارائه شده است. همان‌طور که مشاهده می‌شود میان دو گروه از نظر مؤلفه‌های مؤلفه آشفتگی هویت، مکانیسم‌های دفاعی اولیه، واقعیت آزمایی آسیب دیده و ترس از صمیمیت تفاوت معنادار آماری وجود دارد ($P < 0/05$). برای تمایز دو گروه مبتلا و غیر مبتلا به میگرن بر اساس متغیرهای پیش‌بین از یک تجزیه تابع تشخیص به روش همزمان استفاده شد. در تحلیل حاضر به علت بودن دو گروه از آزمودنی‌ها یک تابع تشخیص به دست آمد.

جدول شماره ۲. خلاصه توابع تشخیصی کانونی و نتایج آزمون لاندای ویکلز برای بررسی تمایز دو گروه مبتلا و غیر مبتلا به میگرن

تعداد تابع	مقادیر ویژه	همبستگی کانونیک	درصد از واریانس کل	لاندای ویکلز	مجدور کای	درجه آزادی	سطح معناداری
۱	۰/۶۲	۰/۶۲	۱۰۰	۰/۶۱	۹۹/۱۵	۴	۰/۰۰۱

همان‌طور که در جدول ۲ مشاهده می‌شود، یک تابع تشخیصی کانونی شناسایی شد که این تابع ۱۰۰ درصد از کل واریانس را تبیین می‌نماید. همچنین، مقدار لاندای ویکلز برابر ۰/۶۱ و مجدور کای معادل آن برابر با ۹۹/۱۵ است که نشان می‌دهد به‌طور معنی‌داری توان تمایز بین گروه‌ها وجود دارد ($P < 0/05$).

جدول ۳. همبستگی درون‌گروهی تجمعی (ماتریس ساختار) بین متغیرهای پیش‌بین، ضرایب استاندارد شده و ضرایب استاندارد نشده

متغیرهای پیش‌بین	همبستگی درون‌گروهی تجمعی	ضرایب استاندارد شده	ضرایب استاندارد نشده
آشفتگی هویت	۰/۶۸	۰/۵۳	۰/۳۵
مکانیسم‌های دفاعی اولیه	۰/۳۰	۰/۱۱	۰/۰۷
واقعیت آزمایی آسیب دیده	۰/۷۶	۰/۵۰	۰/۳۹
ترس از صمیمیت	۰/۶۲	۰/۳۵	۰/۲۷

همان‌طور که در جدول ۳ مشاهده می‌شود، بر اساس وزن‌های به‌دست‌آمده از متغیرهای پیش‌بین، مؤلفه واقعیت آزمایی آسیب دیده با بالاترین مقدار همبستگی (۰/۷۶) دارای بالاترین توان تمایز بین دو گروه بود. مؤلفه‌های بعدی متمایزکننده گروه‌ها به ترتیب آشفتگی هویت با مقدار همبستگی (۰/۶۸)، ترس از صمیمیت با مقدار همبستگی (۰/۶۲) و مکانیسم‌های دفاعی اولیه با مقدار همبستگی (۰/۳۰) بودند.

همچنین، نتایج طبقه‌بندی افراد در گروه‌های مبتلا و غیر مبتلا به میگرن بر اساس تابع تشخیص نشان داد که ۸۰ نفر (۷۶/۲ درصد) افراد مبتلا به میگرن و ۹۰ نفر (۸۵/۷ درصد) افراد غیر مبتلا به میگرن به‌طور صحیح تشخیص داده شده‌اند. همچنین افراد غیر مبتلا به میگرن با بالاترین درصد تشخیص (۸۵/۷ درصد) نشان می‌دهد که اکثر این افراد به‌درستی از سایر افراد متمایز شده‌اند. نتایج این طبقه‌بندی مجدد (۸۱ درصد) نشانگر توان مؤلفه‌های مذکور در تمایز میان گروه‌های مبتلا و غیر مبتلا به میگرن بود.

بحث و نتیجه‌گیری

مطالعه حاضر با هدف تعیین نقش مؤلفه‌های اختلال شخصیت مرزی در تمایز گذاری بین افراد مبتلا و غیر مبتلا به میگرن صورت گرفت. نتایج آزمون تحلیل تشخیصی نشان داد مؤلفه واقعیت آزمایی آسیب‌دیده دارای بالاترین توان تمایز بین دو گروه مبتلا و غیر مبتلا به میگرن بود و مؤلفه‌های بعدی متمایزکننده گروه‌ها به ترتیب آشفتگی هویت، ترس از صمیمیت و مکانیسم‌های دفاعی اولیه بودند. همخوان با یافته حاضر، نتایج پژوهشی نشان داد که ویژگی‌های خاص میگرن در زیرگروه اختلال شخصیت مرزی وجود دارد. بیماران میگرنی که هم‌زمان اختلال شخصیت مرزی هم داشتند به لحاظ بالینی از سایر بیماران میگرنی با شدت بیشتری به میگرن دچار می‌شدند (راثبارت و همکاران، ۲۰۰۰). به‌علاوه، یافته‌های مطالعات متعدد حاکی از تأثیر و ارتباط ابعاد و ویژگی‌های شخصیتی با میگرن

بوده است (توماسو و همکاران، ۲۰۱۴؛ پیمان نیا و همکاران، ۱۳۹۳؛ طوبایی و فراش بندی، ۱۳۸۹، هدبورگ، آندربرگ و موهر^۱، ۲۰۱۱). منطبق با مبانی نظری، افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی از ظرفیت کافی جهت متمایز کردن خود از غیر خود برخوردار نبوده و برقراری انسجام بین ملاک‌های اجتماعی واقعی در این افراد به شکل آسیب‌دیده می‌باشد (جورجنسن، ۲۰۰۹). به علاوه، با بی‌ثباتی عاطفی، خلق‌وخو و رفتار دچار نوعی سردرگمی هویت می‌شوند. همچنین، دفاع‌های روان‌شناختی نخستین از قبیل فرافکنی، انکار، تجزیه و دنیومه سازی، نشانگر گرایش‌ها و تمایلات دفاعی رشدنیافته‌ای است که با منابع و انگیزه‌های درونی ناهشیار گره‌خورده‌اند و از صمیمیت و ارتباط نزدیک با سایرین خودداری می‌نمایند (جورجنسن، ۲۰۰۹).

واقعیت‌آزمایی سنجی مناسب که منعکس‌کننده تمایز میان خود و بازنمایی‌هایی شی است، از وجه مشخصه اصلی «سازمان شخصیت مرزی» به حساب می‌آید. در واقع، بیماران شخصیت مرزی مشکلاتی در زمینه بازنمایی خود به صورت یکپارچه و کلی در حالت‌های خلقی مختلف تجربه نموده و چنین مساله‌ای باعث می‌شود گسستگی‌هایی به شکل لحظه به لحظه در بازنمایی خود این افراد به وجود آید. لذا این افراد در هنگام مواجهه با موقعیت‌های اضطراب‌آور و فشار روانی، در قسمت‌هایی از مغز منجر به تغییر در رگ‌های خونی و عصبی شده و به احتمال زیاد از حیث فیزیولوژی بروز میگرن را تشدید می‌نماید (لیتهارت، جریس، بوسما و پنینکس^۲، ۲۰۱۳). از منظر روان‌تحلیلی ویژگی برجسته اختلال شخصیت مرزی فقدان یکپارچگی در بازنمایی و هویت خود است که به نوعی آشفتگی هویت را در افراد مبتلا ایجاد می‌نماید (جورجنسن، ۲۰۰۹). به علاوه، وجه مشخصه اختلال شخصیت مرزی نقایص شدیدی در شکل‌گیری و حفظ روابط صمیمانه ایجاد نموده و افراد مبتلا به اختلال مذکور توانایی ضعیفی در ابراز صمیمیت دارند. بنابراین، اختلال در روابط بین فردی و صمیمانه را می‌توان نوعی ترس از رهاشدگی و حساسیت نسبت به طرد در این افراد دانست و به همین علت ممکن است که موقعیت‌های حساس نتوانند ادراک مناسبی از حمایت اجتماعی کسب نموده و لذا، این فشار روانی منجر به تشدید حملات میگرنی گردد (پینکوس^۳، ۲۰۱۸). به عبارت دیگر، افراد مذکور از نزدیک شدن به دیگران ترس دارند و در روابط با دیگران حساسیت از خود نشان می‌دهند، لذا، ممکن است با احساس عدم کفایت در مقایسه با دیگران و دست‌کم گرفتن خود، احساس عدم آرامش و ناراحتی محسوس در جریان ارتباط با دیگران داشته و از تظاهرات بالینی و مشکلات جسمانی نظیر سردرد بیشتری رنج ببرند (اشتون و مایکل^۴، ۲۰۱۷). همچنین به اعتقاد محققان استفاده مکرر افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی از مکانیسم‌های دفاعی ابتدایی نظیر ایده آل سازی، بی‌ارزش‌سازی، انکار و دنیومه سازی منجر به رفتارهای بسیار گسسته، بی‌ثبات و متضاد در این افراد می‌شود (دجونج، پتریکیو، فنما و آرتز^۵، ۲۰۱۷). به عبارتی، این افراد با استفاده مکرر از مکانیسم‌های اولیه رشد نیافته، در موقعیت‌های معمولی که ممکن است سایر افراد آن را بی‌اهمیت تلقی نمایند، به صورت هیجانی واکنش نشان داده و این امر سردرد را در آنان افزایش می‌دهد (باچ و فارل^۶، ۲۰۱۸).

در مجموع، نتایج حاصل، تلویحات مهمی در زمینه توجه به ساختار روان‌شناختی و ویژگی‌های شخصیت مرزی در پیش‌آگهی بیماری میگرن دارد. لذا، می‌توان گفت اختلال شخصیت مرزی می‌تواند در عود و مزمز شدن میگرن نقش تبیین‌کنندگی داشته و این اختلال در ارزیابی و سازگاری بیماران مبتلابه میگرن تأثیر دارد. از تلویحات یافته حاضر این است که بیماری میگرن از ابعاد روان‌شناختی تأثیر می‌پذیرد؛ به‌گونه‌ای که می‌تواند حملات میگرنی را برای بیماران ناتوان‌کننده نماید. با عنایت به یافته‌های پژوهش حاضر، به نظر می‌رسد توجه بیشتر بر جنبه‌های روان‌شناختی و روان‌درمانی‌های متناسب با صفات شخصیت مرزی می‌تواند در کاهش درد بیماران میگرنی مفید باشد. از جمله محدودیت‌های مطالعه حاضر، سوگیری آزمودنی‌ها به علت استفاده از پرسشنامه خود سنجی بود. توصیه می‌گردد در این راستا توجه به مؤلفه‌های اختلال شخصیت مرزی در تدوین پروتکل‌های درمانی مناسب، مورد اتمام قرار گیرد. به‌علاوه، استفاده از شیوه‌های مختلف روان‌درمانی بر کاهش میگرن افراد مبتلابه اختلال شخصیت مرزی به مراکز درمانی پیشنهاد می‌گردد.

تشکر و قدردانی: پژوهشگران از کلیه بیماران میگرنی بیمارستان خاتم‌الانبیا شهر زاهدان که در پژوهش شرکت داشتند و همچنین نورولوژیست‌های این بیمارستان، تشکر و سپاسگزاری می‌نمایند. همچنین، هیچ‌گونه تعارض منافی در پژوهش حاضر وجود ندارد.

1. Hedborg, Anderberg & Muhr
2. Ligthart, Gerrits, Boomsma & Penninx
3. Pincus
4. Ashton & Michael
5. De Jonge, Petrykiv, Fennema & Arts
6. Bach & Farrell

منابع

- پیمان نیا، بهرام و موسوی، الهام (۱۳۹۳). مقایسه استرس ادراک‌شده و صفات شخصیتی در بیماران مبتلا به میگرن و افراد سالم. *ماهنامه دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد*، ۲۲(۲): ۱۰۶۹-۱۰۷۸.
- سواری، کریم (۱۳۹۲). رابطه سلامت روانی، رضایت از زندگی و کمال‌گرایی با سردرد میگرن. *مجله دانش و تندرستی*، ۸(۱): ۱-۶.
- طوبایی، شهین و فراش‌بندی، حسن (۱۳۸۹). بررسی ویژگی‌های شخصیتی بیماران مبتلا به سردرد میگرنی. *مجله علوم پزشکی ارومیه*، ۲۱(۲): ۲۸۰-۲۸۵.
- محمدزاده، علی؛ گودرزی، محمدعلی؛ تقوی، سید محمدرضا و ملازاده، جواد (۱۳۸۴). بررسی ساختارعاملی، روایی، پایایی و هنجاریابی مقیاس شخصیتی مرزی (STB) در دانشجویان دانشگاه شیراز. *مجله اصول بهداشت روانی*، ۷(۳۸): ۸۹-۷۵.
- نجاریان، بهمن (۱۳۷۶). ساخت و اعتباریابی پرسشنامه‌ای برای سنجش علائم سردرد میگرن در دانشجویان. *مجله علوم تربیتی و روانشناسی*، ۳۰(۴): ۳۰-۴۳.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5®)*. American Psychiatric Pub.
- Ashton, MC, Michael, C. (2017). *Personality Disorders. Individual Differences and Personality (Third Edition)*; 179-97.
- Bach, B., & Farrell, J. M. (2018). Schemas and modes in borderline personality disorder: The mistrustful, shameful, angry, impulsive, and unhappy child. *Psychiatry research*, 259, 323-329.
- Baldacci, F., Lucchesi, C., Cafalli, M., Poletti, M., Ulivi, M., Vedovello, M., et al. (2015). Migraine features in migraineurs with and without anxiety-depression symptoms: A hospital-based study. *Clinical neurology and neurosurgery*, 132, 74-78.
- Chiros, C., & O'Brien, W. H. (2011). Acceptance, appraisals, and coping in relation to migraine headache: an evaluation of interrelationships using daily diary methods. *Journal of behavioral medicine*, 34(4), 307-320.
- Dikmen, P. Y., Yavuz, B. G., & Aydinlar, E. I. (2015). The relationships between migraine, depression, anxiety, stress, and sleep disturbances. *Acta Neurologica Belgica*, 115(2), 117-122.
- De Jonge, L, Petrykiv, S, Fennema, J, Arts, M. (2017). Relationship between borderline personality disorder and migraine. *European Psychiatry*, 41: 490-497.
- Green, M. W. (2011). Headaches: psychiatric aspects. *Neurologic clinics*, 29(1), 65-80.
- Harnod, T., Wang, Y. C., & Kao, C. H. (2015). Higher risk of developing a subsequent migraine in adults with nonapnea sleep disorders: a nationwide population-based cohort study. *European journal of internal medicine*, 26(4), 232-236.
- Hedborg, K., Anderberg, U. M., & Muhr, C. (2011). Stress in migraine: personality-dependent vulnerability, life events, and gender are of significance. *Upsala journal of medical sciences*, 116(3), 187-199.
- Huber, D., & Henrich, G. (2003). Personality traits and stress sensitivity in migraine patients. *Behavioral medicine*, 29(1), 4-13.
- Jorgensen, C. R. (2009). Identity style in patients with borderline personality disorder and normal controls. *Journal of personality disorders*, 23(2), 101-112.
- Leonardi, M., Raggi, A., Bussone, G., & D'Amico, D. (2010). Health-Related Quality of Life, Disability and Severity of Disease in Patients With Migraine Attending to a Specialty Headache Center. *Headache: The Journal of Head and Face Pain*, 50(10), 1576-1586.
- Leichsenring, F. (1999). Development and first results of the Borderline Personality Inventory: A self-report instrument for assessing borderline personality organization. *Journal of Personality Assessment*, 73(1), 45-63.
- Ligthart, L., Gerrits, M. M., Boomsma, D. I., & Penninx, B. W. (2013). Anxiety and depression are associated with migraine and pain in general: an investigation of the interrelationships. *the Journal of Pain*, 14(4), 363-370.
- Mehta, P. (2012). Personality as a predictor of burnout among managers of manufacturing industries. *Journal of the Indian Academy of Applied Psychology* 32, 321-328.
- Nash, J. M., & Theborge, R. W. (2006). Understanding psychological stress, its biological processes, and impact on primary headache. *Headache: The Journal of Head and Face Pain*, 46(9), 1377-1386.
- Pincus, A. L. (2018). An interpersonal perspective on Criterion A of the DSM-5 Alternative Model for Personality Disorders. *Current opinion in psychology*, 21, 11-17.
- Quirk, S. E., Williams, L. J., Chanen, A. M., & Berk, M. (2015). Personality disorder and population mental health. *The Lancet Psychiatry*.
- Sauro, K. M., & Becker, W. J. (2009). The stress and migraine interaction. *Headache: The journal of head and face pain*, 49(9), 1378-1386.

- Seo, J. G., & Park, S. P. (2018). Significance of fatigue in patients with migraine. *Journal of Clinical Neuroscience*, 50, 69-73.
- de Tommaso, M., Federici, A., Loiacono, A., Delussi, M., & Todarello, O. (2014). Personality profiles and coping styles in migraine patients with fibromyalgia comorbidity. *Comprehensive psychiatry*, 55(1), 80-86.
- Yadav, R. K., Kalita, J., & Misra, U. K. (2010). A study of triggers of migraine in India. *Pain Medicine*, 11(1), 44-47.



شپوشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی
رتال جامع علوم انسانی