مقاله تحقیقی

مجلهٔ دانشگاه علوم پزشکی بابل
دوره شانزدهم، شمارهٔ ۷، تیر ۱۳۹۳، صفحه ۶۲-۵۵

ارتباط سبک‌های پردازش هیجان و ناگویی خلقی با علائم اختلال شخصیت مرزی

سجاد بشرپور(PhD)[1*]، احمد طلوعی مهماندوست علیا(MA)[2]، محمد نریمانی(PhD)[1]، اکبر عطادخت(PhD)[1]

۱- گروه روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه محقق اردبیلی
۲- دانشگاه آزاد اسلامی واحد علوم و تحقیقات اردبیل

دریافت: ۹۲/۶/۱۷، اصلاح: ۹۲/۸/۱۵، پذیرش: ۹۲/۱۲/۱۵

خلاصه

سابقه و هدف: بدتنظیمی هیجانی به عنوان یک ویژگی محوری افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی توصیف شده است، جهت تعیین سهم نسبی این عامل در علائم بیماران مبتلا به اختلال شخصیت مرزی پژوهش حاضر با هدف بررسی ارتباط سبک‌های پردازش هیجان و ناگویی خلقی با علائم اختلال شخصیت مرزی انجام گرفت.

مواد و روشها: این مطالعه توصیفی به روش همبستگی از نوع پیش‌بینی بر روی ۱۵۰ نفر از دانشجویان دانشگاه آزاد اردبیل در سال تحصیلی ۹۲-۹۱ که به روش نمونه گیری تصادفی انتخاب شدند، انجام گردید. از دانشجویان خواسته شد در محل کلاسها و به صورت انفرادی به مقیاسهای شخصیت مرزی، سبک‌های پردازش هیجان و ناگویی خلقی پاسخ دهند. سپس داده ها مورد تحلیل قرار گرفتند.

یافته ها: نتایج نشان داد که علائم شخصیت مرزی با مزاحمت ($r_{=}$۰/۳۵؛ $p<$۰/۰۰۱)، فقدان مناسبت ($r_{=}$۰/۲۱؛ $p<$۰/۰۰۹)، تجزیه ($r_{=}$۰/۲۵؛ $p<$۰/۰۰۲)، ناموزونی ($r_{=}$۰/۴۴؛ $p<$۰/۰۰۱)، سرکوبی ($r_{=}$۰/۱۹؛ $p<$۰/۰۲)، عدم کنترل ($r_{=}$۰/۴۲؛ $p<$۰/۰۰۱) و دشواری در شناسایی احساسات ($r_{=}$۰/۳۷؛ $p<$۰/۰۰۱)، دشواری در توصیف احساسات ($r_{=}$۰/۳۲؛ $p<$۰/۰۰۱)، تمرکز بر تجارب بیرونی ($r_{=}$۰/۱۷؛ $p<$۰/۰۳) و ناگویی خلقی ($r_{=}$۰/۳۶؛ $p<$۰/۰۰۱) ارتباط مثبت دارد. همچنین نشان داد که ۳۲ درصد واریانس علائم شخصیت مرزی به وسیله سبک های پردازش هیجان (۲۱/۱۳؛ $p<$۰/۰۰۱) و ۱۵ درصد واریانس آن به وسیله ناگویی خلقی ($F=$۲۵/۰۵؛ $p<$۰/۰۰۱) تبیین می‌شود.

نتیجه گیری: این نتایج نشان می دهند که علائم اختلال شخصیت مرزی در جامعه عمومی را می توان تا حدی بر اساس سبک های پردازش هیجان و ناگویی خلقی پیش بینی کرد.

واژه های کلیدی: سبک های پردازش هیجان، ناگویی خلقی، اختلال شخصیت مرزی.

مقدمه

اختلال شخصیت مرزی، یک اختلال روانی ناتوان کننده است که با الگوی فراگیر بی ثباتی در تنظیم عاطفه، کنترل تکانه، روابط بین فردی و خودانگاره مشخص می‌شود، این اختلال به دلیل اینکه با آسیب های شدید روانی اجتماعی و میزان بالای مرگ و میر ناشی از خودکشی ارتباط دارد اخیراً به عنوان یک مشکل سلامت عمومی در نظر گرفته شده است (۱). اختلال شخصیت مرزی ۲-۱ درصد جامعه عمومی را گرفتار می سازد و در نوجوانان شیوع بالاتری نسبت به بزرگسالان دارد (۲). اصلی‌ترین معیار تشخیصی اختلال شخصیت مرزی بی ثباتی عاطفی است که منجر به خشم نامناسب، احساسات مزمن پوچی و سرعت بالای نوسانات خلقی می شود (۳). مطالعات موجود نشان می دهند که بیماران مبتلا به اختلال شخصیت مرزی تغییر پذیری عاطفی بالا و شدت عاطفه بالاتری نسبت به مبتلایان به سایر اختلالات شخصیت دارند (۴). برخی نظریه ها نیز بر حساسیت افراطی بیماران شخصیت مرزی نسبت به محرکهای هیجانی تأکید دارند (۵). Levine و همکاران دریافتند که بیماران مبتلا به شخصیت مرزی از نظر ظرفیت های پردازش هیجان با افراد گروه کنترل تفاوت دارند، به این صورت که آنها در مقایسه با گروه های کنترل دشواریهای بیشتری در بازشناسی، تمایز و یکپارچه ساختن هیجانها دارند و با شدت بالاتری نسبت به محرکهای هیجانها پاسخ می دهند (۶). Stiglmayr و همکاران نشان دادند که بیماران دارای اختلال شخصیت مرزی در مقایسه با گروه کنترل دوره طولانی تر و شدت بالاتری از حالات ادراک شده تنش آزارنده گزارش می کنند (۷). شواهد از اختلال در پردازش هیجان در افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی حکایت دارند(۵). پردازش هیجان فرآیندی است که به موجب آن آشفتگی های هیجانی جذب می-شوند یا به طریقی کاهش پیدا می کنند (۸). شواهد زیادی نشان می‌دهند که تنظیم و پردازش مناسب هیجان با موفقیت یا عدم موفقیت در حوزه‌های مختلف زندگی مرتبط است (۱۰و۹). مشخص شده است که استفاده از راهبردهای شناختی نظیر ارزیابی مجدد، شدت تجارب منفی را کاهش می دهد (۱۲و۱۱). Domes و همکاران دریافتند که بیماران دارای اختلال شخصیت مرزی در مقایسه با گروه

این مقاله حاصل پایان نامه احمد طلوعی مهماندوست علیا دانشجو کارشناس ارشد روانشناسی بالینی دانشگاه آزاد اسلامی واحد علوم تحقیقات اردبیل می باشد.

* مسئول مقاله: دکتر سجاد بشرپور
آدرس: اردبیل، دانشگاه محقق اردبیلی، دانشکده علوم تربیتی و روان شناسی، گروه روان شناسی تلفن: ۰۴۵۱-۵۵۱۰۱۳۲
e-mail: Basharpoor_sajjad@yahoo.com

[DOR: 20.1001.1.15614107.1393.16.7.6.8]
[DOI: 10.18869/acadpub.jbums.16.7.55]

کنترل سالم در تکلیف فراموش کردن جهت داده شده (Directed forgetting task) بازداری ضعیفی در مقابل محرکهای هیجانی منفی نشان می دهند (۱۳). مطالعات Arntz و همکاران و Sieswerda و همکاران نیز نشان می دهند که بیماران مبتلا به شخصیت مرزی در سرکوب محرکهای هیجانی منفی در طول انجام تکلیف استروپ هیجانی بدتر عمل می کنند (۱۵و۱۴). از طرف دیگر در میان تلاشهای نظری متنوعی که برای فهم اختلال شخصیت مرزی انجام گرفته علاقه زیادی نیز به فرضیات مطرح شده توسط محققین نشان داده شده است (۱۷و۱۶). Bateman و همکاران اختلال شخصیت مرزی را به عنوان یک اختلال ذهنی سازی (Disorder of mentalization) مطرح کردند و یک رویکرد روان پویشی خاص معطوف به ذهنی سازی را برای این اختلال در نظر گرفتند (۱۸). ذهنی‌سازی به فرآیندی اشاره دارد که توسط افراد برای درک جهان اجتماعی به وسیله تصویر سازی حالات روانی تعیین کننده رفتارهای خود و دیگران در تعاملات اجتماعی، بکار گرفته می شود. در میان همپوشهای مفهومی مختلف سازه ذهنی سازی، Choi-kain و همکاران ایده آگاهی از عاطفه (یا فقدان آن) را مطرح کردند که خیلی نزدیک به مفهوم ناگویی خلقی (Alexithymia) است (۱۷). ناگویی خلقی که از نظر لغوی به معنای نداشتن واژگان برای هیجانات می باشد، به دشواری در خودتنظیمی هیجانی و ناتوانی در پردازش شناختی اطلاعات هیجانی گفته می-شود(۱۹). افراد دارای ناگویی خلقی در بازشناسی و توصیف علائم هیجانهای شخصی و به هم پیوستگی احساساتشان مشکل جدی دارند و این امر بازخوردها، احساسات، تمایلات و سایق‌های آنها را محدود می‌سازد، ناتوانی در به کارگیری احساسات به عنوان علائم مشکلات هیجانی، فقدان جلوه‌های عاطفی چهره و دشواری در تمایز بین حالات هیجانی و حس‌های بدنی در افرادی با خصوصیات آلکسی تایمی مشهود است (۲۰). Spina نیز در پژوهشی با هدف بررسی رابطه ویژگی‌های شخصیت و ناگویی خلقی مشاهده کرد که بین روان‌رنجورخویی و ناگویی خلقی رابطه مثبت معنی‌داری وجود دارد(۲۱). در مطالعه Berenbaum همبستگی معنی داری بین تشخیص اختلال شخصیت مرزی و خرده مقیاس های ناگویی خلقی مشاهده شد (۲۲). Evren و همکاران نشان دادند که جوان‌تر بودن، شدت تجربه علائم تجزیه‌ای، مشکل در شناسایی احساسات، افسردگی، اضطراب شدت ویژگی‌های شخصیت مرزی را پیش بینی می کند (۲۳). Nicolo و همکاران نیز نشان دادند که سطوح بالای ناگویی خلقی با سطوح بالای آسیب-شناسی روانی کلی و تجلیات روابط بین فردی ناکارآمد در افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی همراه می باشد(۲۴). در مطالعه Loas و همکاران نیز آزمودنی-های مبتلا به اختلال شخصیت مرزی در مقایسه با آزمودنی های سالم ناگویی خلقی بالایی داشتند(۲۵).

شواهد موجود نشان می‌دهند که افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی آشفتگی‌هایی در پردازش شناختی هیجان دارند. پژوهش‌های مرتبط با ناگویی خلقی نیز این سازۀ را به عنوان یک صفت شخصیتی که بیانگر نقص در پردازش شناختی اطلاعات هیجانی است مورد تأیید قرار می دهند(۲۶). مطالعه نقش سبک‌های متفاوت پردازش هیجان و سهم نسبی هر یک از مؤلفه های ناگویی خلقی که می تواند گام مهمی در ارتقاء دانش نظری در خصوص این اختلال و همچنین طراحی برنامه های درمانی داشته باشد در مطالعات قبلی مورد بررسی قرار نگرفته است. با توجه به اهمیت موضوع، پژوهش حاضر با هدف بررسی ارتباط سبک‌های پردازش هیجان و ناگویی خلقی با علائم اختلال شخصیت مرزی در دانشجویان انجام گرفت.

مواد و روشها

این مطالعه توصیفی به روش همبستگی از نوع پیش‌بینی بر روی ۱۵۰ نفر از دانشجویان دختر و پسر دوره های کارشناسی و کارشناسی ارشد دانشگاه آزاد اردبیل در نیمسال دوم تحصیلی ۹۲-۹۱ که به روش نمونه گیری تصادفی ساده انتخاب شدند، انجام گردید. برای جمع آوری اطلاعات نیز از ابزارهای زیر استفاده شد:

۱- مقیاس شخصیت مرزی(STB): این مقیاس بمنظور سنجش الگوهای شخصیت مرزی ساخته شده است و شامل ۲۴ مادۀ می‌باشد که به صورت بلی-خیر جواب داده می شود، جواب بلی نمره یک و جواب خیر نمره صفر می‌گیرد. این مقیاس سه عامل ناامیدی، عامل تکانشگری و علائم تجزیه ای و پارانوئیدی وابسته به تنیدگی دارد. Jackson و همکاران ضریب اعتبار باز آزمایی این آزمون را ۰/۶۱ گزارش کرده اند (۲۷). همچنین Rawlings و همکاران ضریب آلفای ۸۰٪ را گزارش کرده اند (۲۸). تحقیقی هم که توسط Shankar روی بیماران بالینی با تشخیص اختلال شخصیت مرزی انجام گرفته، روایی افتراقی و روایی سازه STB را تأیید کرده است (۲۹). در ایران، Mohammadzadeh و همکاران ضریب اعتبار بازآزمایی در فاصله چهار هفته کل مقیاس STB را ۸۴٪، و خرده مقیاس نا امیدی، تکانشگری و علائم تجزیه ای و پارانوئیدی وابستگی به تنیدگی را به ترتیب ۵۳٪، ۷۲٪، ۵۰٪ گزارش کرده اند. ضریب آلفا برای کل مقیاس ۷۷٪ و برای خرده مقیاس های نا امیدی ۶۴٪، تکانشگری ۵۸٪ و علائم تجزیه ای و پارانوئیدی وابستگی به تنیدگی ۵۷٪ می باشد. همچنین، STB از روایی (عاملی و افتراقی) مطلوبی در ایران برخوردار است (۳۰).

۲-مقیاس پردازش هیجانی: مقیاس پردازش هیجانی توسط Bakr و همکاران ساخته شده و یک مقیاس خود گزارشی ۳۸ آیتمی است که برای اندازه گیری سبک های پردازش هیجانی استفاده می شود. هر ماده بر اساس مقیاس لیکرت پنج درجه ای (کاملاً مخالفم تا کاملاً موافقم) درجه بندی می شود. این مقیاس دارای ۸ خرده مقیاس (مزاحمت، سرکوب، فقدان مناسبت، عدم کنترل، تجزیه، اجتناب، ناموزونی و برونی‌سازی شده) می باشد. ویژگی های روان سنجی در نسخه تجدید نظر شده بخصوص در رابطه با تشخیص تفاوت بین گروهها امیدوارکننده است. ضرایب آلفای کرونباخ و بازآزمایی این مقیاس به ترتیب ۹۲٪، ۷۹٪ گزارش شده است، به منظور تعیین ضریب اعتبار، این مقیاس با تنظیم هیجان همبسته شد و نتایج نشان داد که بین این دو مقیاس همبستگی منفی (r=۰/۵۴) معنی داری وجود دارد (۲۰). ضریب آلفای کرونباخ خرده مقیاسهای این آزمون در پژوهش حاضر نیز در دامنه ۰/۷۳ تا ۹۵٪ محاسبه گردید.

۳-مقیاس ناگویی خلقی تورنتو: این پرسش‌نامه توسط Baghy و همکاران ساخته و یک پرسشنامه خود سنجی ۲۰ سوالی است که دارای سه بعد دشواری در تشخیص و شناسایی احساسات (۷ سوال)، دشواری در توصیف احساسات (۵ سوال) و تمرکز بر تجارب بیرونی (۸ سوال) می باشد. سوال ها بر حسب معیار ۵ نقطه ای لیکرت از کاملا موافقم (۱) تا کاملا مخالفم (۵) نمره گذاری می شود و نمره ۶۰ به بالا به عنوان ناگویی خلقی با شدت زیاد و

[DOR: 20.1001.1.15614107.1393.16.7.6.8]
[DOI: 10.18869/acadpub.jbums.16.7.55]

نمره های ۵۲ به پایین به عنوان ناگویی خلقی با شدت کم در نظر گرفته می شوند (۱۹). در نسخه فارسی مقیاس ناگویی خلقی ضرایب آلفای کرونباخ برای کل مقیاس ۰/۸۵ و برای خرده مقیاسهای دشواری در تشخیص و شناسایی احساسات، دشواری در توصیف احساسات و تمرکز بر تجارب بیرونی به ترتیب ۰/۸۲، ۰/۷۵ و ۰/۷۲ محاسبه شده است (۳۱).

روش اجرا: جهت جمع آوری اطلاعات لازم برای این پژوهش بعد از اخذ مجوزهای لازم به معاونت آموزشی دانشگاه آزاد واحد اردبیل مراجعه و لیست تمامی دانشجویان در اختیار قرار گرفت، بعد از انتخاب نمونه آماری به اعضای نمونه در محل کلاسها مراجعه و بعد از تبیین اهداف پژوهش و جلب همکاری آنها برای مشارکت در پژوهش از آنها خواسته شد به مقیاس شخصیت مرزی، مقیاس پردازش هیجان و مقیاس ناگویی خلقی تورنتو پاسخ دهند. دانشجو بودن، داشتن سن در دامنه ۳۵-۱۸ سال معیارهای ورود و داشتن هر نوع اختلال روان‌پزشکی به غیر از اختلال شخصیت مرزی جزء معیارهای خروج این مطالعه بودند. برای تحلیل داده‌ها نیز از آزمونهای ضریب همبستگی پیرسون و تحلیل رگرسیون چند متغیری استفاده و $P<0/05$ معنی دار در نظر گرفته شد.

یافته ها

تعداد ۱۵۰ آزمودنی با میانگین سنی ۵/۴۹±۲۳/۹۵) سال در این پژوهش شرکت داشتند که تعداد ۶۶ نفر (۴۴ درصد) آنها دختر و ۸۴ نفر (۵۶ درصد) پسر بودند. از نظر رشته تحصیلی ۶۲ نفر در رشته های علوم انسانی، ۴۹ نفر در رشته های علوم پایه، ۵ نفر در رشته های کشاورزی، ۲۵ نفر در رشته های فنی و ۸ نفر در رشته های پزشکی مشغول به تحصیل بودند. ۱۰۵ نفر (۷۰ درصد) از آزمودنیها مجرد، ۴۲ نفر (۲۸ درصد) متأهل و ۳ نفر (۲درصد) نیز مطلقه بودند.

جدول ۱ ماتریس همبستگی سبک‌های پردازش هیجان با علائم اختلال شخصیت مرزی (ناامیدی، تکانشوری و تجزیه و پارانویا) را نشان می‌دهد.

نتایج جدول ۲ ماتریس همبستگی بین ناگویی خلقی و علائم اختلال شخصیت مرزی (ناامیدی، تکانشوری و تجزیه و پارانویا) را نشان می دهد.

جدول ۳ نشان می دهد که سبک پردازش ناموزونی در گام اول ۱۸ درصد واریانس ($F=۳۰/۷۸$؛ $p<۰/۰۰۱$)، سبک عدم کنترل بر هیجان در گام دوم ۹ درصد واریانس ($F=۲۵/۶۹$؛ $p<۰/۰۰۱$) و سبک مزاحمت در گام سوم ۵ درصد ($F=۲۱/۱۳$؛ $p<۰/۰۰۱$) از واریانس علائم شخصیت مرزی را تبیین می کنند. نتایج این جدول نشان میدهد که این سه سبک پردازش هیجان در مجموع ۳۲ درصد از کل واریانس علائم شخصیت مرزی را توجیه می کنند.

نتایج تحلیل رگرسیون گام به گام علائم شخصیت مرزی بر اساس سه مؤلفه ناگویی خلقی نیز نشان داد ۱۵ درصد از کل واریانس علائم اختلال شخصیت مرزی بر اساس ناگویی خلقی پیش‌بینی می‌شود ($F=۲۵/۰۵$؛ $p<۰/۰۰۱$). نتایج ضرایب رگرسیون نیز نشان داد که از بین سه مؤلفه ناگویی خلقی دشواری در تشخیص و شناسایی احساسات توانست این میزان واریانس را تبیین کند ($t=۱/۰۱$؛ $p<۰/۰۰۱$).

جدول ۱. میانگین، انحراف معیار و ضرایب همبستگی نمرات آزمودنیها در مقیاسهای شخصیت مرزی و سبک های پردازش هیجان

متغیرها	M ±(SD)	ناامیدی	تکانشوری	تجزیه و پارانویا...	مزاحمت	فقدان مناسبت	تجزیه	ناموزونی	سرکوبی	عدم کنترل	اجتناب	برونی سازی شده
شخصیت مرزی	۱۲/۳۵ ±(۶/۴۹)	(۰/۰۰۱)۰/۸۳**	۰/۷۹** (۰/۰۰۱)	۰/۶۲** (۰/۰۰۱)	۰/۳۵** (۰/۰۰۱)	۰/۲۱** (۰/۰۰۹)	۰/۲۵** (۰/۰۰۲)	۰/۴۴** (۰/۰۰۱)	۰/۱۹* (۰/۰۲)	۰/۴۲** (۰/۰۰۱)	۰/۰۴ (۰/۵۵)	۰/۰۳ (۰/۷۰)
ناامیدی	۳/۴۱ ±(۳/۳۹)		۰/۴۶** (۰/۰۰۱)	۰/۳۷** (۰/۰۰۱)	۰/۱۳ (۰/۱۰)	۰/۰۹ (۰/۲۷)	۰/۱۱ (۰/۱۶)	۰/۳۲** (۰/۰۰۱)	۰/۰۵ (۰/۵۴)	۰/۳۸** (۰/۰۰۱)	۰/۰۲ (۰/۷۶)	−۰/۱۰ (۰/۲۲)
تکانشوری	۵/۴۳ ±(۲/۹۰)			۰/۴۴** (۰/۰۰۱)	۰/۳۹** (۰/۰۰۱)	۰/۱۵ (۰/۰۶)	۰/۱۸* (۰/۰۲)	۰/۳۴** (۰/۰۰۱)	۰/۲۴** (۰/۰۰۴)	۰/۳۱** (۰/۰۰۱)	۰/۰۵ (۰/۵۴)	− ۰/۰۶ (۰/۴۰)
تجزیه و پارانویای وابسته به تنیدگی	۲/۶۰ ±(۱/۶۵)				۰/۲۹** (۰/۰۰۱)	۰/۲۰* (۰/۰۱)	۰/۳۲** (۰/۰۰۱)	۰/۳۷** (۰/۰۰۱)	۰/۲۹** (۰/۰۰۱)	۰/۱۵ (۰/۰۶)	۰/۰۵ (۰/۵۳)	۰/۰۸ (۰/۲۸)
مزاحمت	۲۲/۲۰ ±(۵/۷۴)					۰/۲۸** (۰/۰۰۱)	۰/۳۹** (۰/۰۰۱)	۰/۴۴** (۰/۰۰۱)	۰/۱۴ (۰/۰۹)	۰/۵ (۰/۵۵)	۰/۲۶** (۰/۰۰۱)	۰/۳۰** (۰/۰۰۱)
فقدان مناسبت	۱۴/۹۲ ±(۴/۰۵)						۰/۱۶** (۰/۰۴)	۰/۳۰** (۰/۰۰۱)	۰/۱۰ (۰/۲۲)	۰/۰۸ (۰/۳۳)	۰/۱۵* (۰/۵۵)	۰/۲۶** (۰/۰۰۱)
تجزیه	۱۱/۲۷ ±(۳/۴۳)							۰/۴۰** (۰/۰۰۱)	۰/۳۴** (۰/۰۰۱)	۰/۰۱ (۰/۸۸)	۰/۰۵ (۰/۴۹)	۰/۱۳ (۰/۱۰)
ناموزونی	۱۹/۵۹ ±(۵/۰۲)								۰/۴۳** (۰/۰۰۱)	۰/۳۱** (۰/۰۰۱)	۰/۲۲** (۰/۰۰۱)	۰/۱۲ (۰/۱۷)
سرکوبی	۱۲/۶۰ ±(۴/۱۰)									۰/۱۵* (۰/۰۵)	۰/۱۱ (۰/۱۸)	−۰/۱۵* (۰/۰۵)
عدم کنترل	۱۲/۶۵ ±(۴/۳۹)										۰/۰۶ (۰/۴)	−۰/۲۵** (۰/۰۰۶)
اجتناب	۹/۸۹ ±(۲/۵۸)											۰/۱۹* (۰/۰۲)
برونی سازی شده	۸/۹۶ ±(۲/۲۸)											

*معنی داری در سطح $p<۰/۰۵$ **معنی داری در سطح $p<۰/۰۱$ اعداد داخل پرانتز: سطح معنی داری

[DOR: 20.1001.1.15614107.1393.16.7.6.8]
[DOI: 10.18869/acadpub.jbums.16.7.55]

جدول ۲. میانگین، انحراف معیار و ضرایب همبستگی نمرات آزمودنیها در مقیاسهای شخصیت مرزی و ناگویی خلقی

متغیرها	M (± SD)	ناامیدی	تکانشوری	تجزیه و پارانویا	دشواری در شناسایی احساسات	دشواری در توصیف احساسات	تمرکز بر تجارب بیرونی	ناگویی خلقی
شخصیت مرزی	۱۲/۳۵ ±(۶/۴۹)	۰/۸۳** (۰/۰۰۱)	۰/۷۹** (۰/۰۰۱)	۰/۶۲** (۰/۰۰۱)	۰/۳۷** (۰/۰۰۱)	۰/۳۲** (۰/۰۰۱)	۰/۱۷* (۰/۰۳)	۰/۳۶** (۰/۰۰۱)
ناامیدی	۳/۴۱ ±(۳/۳۹)		۰/۴۶** (۰/۰۰۱)	۰/۳۷** (۰/۰۰۱)	۰/۲۰** (۰/۰۱)	۰/۲۰** (۰/۰۱)	۰/۲۱** (۰/۰۰۹)	۰/۲۵** (۰/۰۰۳)
تکانشوری	۵/۴۳ ±(۲/۹۰)			۰/۴۴** (۰/۰۰۱)	۰/۳۶** (۰/۰۰۱)	۰/۳۴** (۰/۰۰۱)	۰/۰۶ (۰/۴۵)	۰/۳۱** (۰/۰۰۱)
تجزیه و پارانویای وابسته به تنیدگی	۲/۶۰ ±(۱/۶۵)				۰/۲۴** (۰/۰۰۳)	۰/۲۲** (۰/۰۰۸)	۰/۰۰۶ (۰/۹۴)	۰/۲۰** (۰/۰۱)
دشواری در شناسایی احساسات	۱۹/۲۲ ±(۶/۷۹)					۰/۶۸** (۰/۰۰۱)	۰/۵۴** (۰/۰۰۱)	۰/۹۱** (۰/۰۰۱)
دشواری در توصیف احساسات	۱۴/۱۱ ±(۴/۶۷)						۰/۵۰** (۰/۰۰۱)	۰/۸۰** (۰/۰۰۱)
تمرکز بر تجارب بیرونی	۲۲/۵۶ ±(۶/۰۷)							۰/۷۵** (۰/۰۰۱)
ناگویی خلقی	۵۷/۰۱ ±(۱۲/۶۳)							

*معنی داری در سطح p <۰/۰۵ **معنی داری در سطح p< ۰/۰۱ اعداد داخل پرانتز: سطح معنی داری

جدول ۳. نتایج تحلیل رگرسیون گام به گام علائم شخصیت مرزی بر اساس سبک‌های پردازش هیجان

علائم شخصیت مرزی (گام)	متغیرهای پیش بین	R^2	F	Pvalue	B(±SE)	β	Pvalue
۱	ناموزونی	۰/۱۸	۳۰/۷۸	۰/۰۰۱	۰/۵۸ (±۰/۱۰)	۰/۴۳	۰/۰۰۱
۲	ناموزونی	۰/۲۸	۲۵/۶۹	۰/۰۰۱	۰/۴۴ (±۰/۱۰)	۰/۳۲	۰/۰۰۱
	عدم کنترل				۰/۴۶ (±۰/۱۱)	۰/۳۱	۰/۰۰۱
۳	ناموزونی	۰/۳۲	۲۱/۱۳	۰/۰۰۱	۰/۲۸ (±۰/۱۲)	۰/۲۱	۰/۰۱
	عدم کنترل				۰/۵۰ (±۰/۱۱)	۰/۳۴	۰/۰۰۱
	مزاحمت				۰/۲۷ (±۰/۰۹)	۰/۲۴	۰/۰۰۳

بحث و نتیجه گیری

نتایج این مطالعه نشان داد که علائم اختلال شخصیت مرزی در جامعه عمومی را می توان تا حدی بر اساس سبک های پردازش هیجان و ناگویی خلقی پیش بینی کرد. نتایج نشان داد که علائم شخصیت مرزی با سبک‌های پردازش هیجان مزاحمت، فقدان مناسبت، تجزیه، ناموزونی، سرکوبی و عدم کنترل ارتباط مثبت معنی داری دارد. این نتایج با یافته های Levine و همکاران (۶)، Stiglmayr و همکاران (۷)، Domes و همکاران(۱۳)، Arnts و همکاران (۱۴) و Siewerrda و همکاران (۱۵) همخوانی دارد سبک پردازش هیجان مزاحمت تجربیات هیجانی مزاحم، ماهیت تکراری و پایدار تجربیات هیجانی منفی و میزان تباهی کمتر احساسات عاطفی ناخوشایند را در بر می گیرد بر اساس نتایج این مطالعه به نظر می رسد که در اختلال شخصیت مرزی به دلیل سوابق رویدادهای آسیب زا تجربیات هیجانی منفی با ماهیت مزاحم پردازش می شوند. ارتباط سبک پردازش فقدان مناسبت با علائم شخصیت مرزی نشانگر وجود نوعی نگرش به هیجانات در مبتلایان به این اختلال است که در آن فرد هیجانات خود را غیر سودمند ارزیابی کرده و معنای آنها را به خوبی درک نمی کند. ناتوانی افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی در درونی ساختن رویدادهای آزارنده منفی منجر به استفاده بیشتر آنها از سبک پردازش تجزیه می گردد. از آنجا که افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی معمولاً هیجانات متنوع و عموماً متناقضی را تجربه می نمایند تجربه هیجانهای ناموزون در آنها بیشتر است. این افراد سعی می کنند

[DOR: 20.1001.1.15614107.1393.16.7.6.8]
[DOI: 10.18869/acadpub.jbums.16.7.55]

جنبه های آزارنده و غیر قابل تحمل خود را یا سرکوب نموده و یا به دیگران فرافکنی کنند و در نهایت به دلیل تکانشی بودن اکثر هیجانات را غیر قابل کنترل ادراک نموده و این امر بصورت غیر قابل پیش بینی رفتارهای آنها خود را نشان می دهد.

نتایج این مطالعه نشان داد علائم شخصیت مرزی با ناگویی خلقی و سه مؤلفه آن یعنی دشواری در شناسایی احساسات، دشواری در توصیف احساسات، تمرکز بر تجارب بیرونی ارتباط مثبت دارد. این نتایج با نتایج Berenbaum و همکاران (۲۲)، Nicole و همکاران (۲۴)، Loas و همکاران (۲۵) همخوان می باشد. مطابق با عقاید Fonagy اگر اختلال شخصیت مرزی یک اختلال ذهنی سازی در نظر گرفته شود باید میزان بالای علائم شخصیت مرزی با میزان بالای ناگویی خلقی همراه باشد (۱۶). نتایج این پژوهش مؤید همین عقیده می باشد. بر این اساس می توان ناگویی خلقی را به عنوان یکی از ویژگیهای اولیه اختلال شخصیت مرزی به حساب آورد نه علامتی اضافه بر علائم دیگر (از جمله افسردگی و اضطراب). ضعف در شناسایی احساسات و تمرکز بیشتر بر جنبه های بیرونی در شناسایی و توصیف می تواند باعث ناتوانی فرد در متمایز ساختن احساسات شده در نهایت منجر به تجربه هیجانهای دوپهلو گردد، چیزی که در اختلال شخصت مرزی مشاهده می شود.

نتایج نشان داد که در گام اول سبک پردازش ناموزونی ۱۸ درصد واریانس، سبک عدم کنترل بر هیجان در گام دوم ۹ درصد واریانس و سبک مزاحمت در گام سوم ۵ درصد از واریانس علائم شخصیت مرزی را تبیین می کنند. این نتایج با یافته های Levine و همکاران (۶)، Stiglmayr و همکاران (۷)، Arntz و همکاران (۱۴)، Sieswerda و همکاران (۱۵) همخوانی دارد. ناتوانی فرد در ادغام جنبه های مثبت و منفی زندگی چون تجربه های هیجانی، روابط بین فردی و غیره باعث می شود که افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی با هیجانهای ناموزون مواجه گردند، تجربه هیجانهای ناموزون هم می تواند به خشم، تکانش وری و اختلال کارکرد در آنها منجر گردد. ناتوانی در کنترل هیجانها که خود می تواند به دلیل ناتوانی در شناسایی آنها بوجود بیاید باعث رفتارهای تکانه ای، نوسانات خلقی، نیاز شدید به کنترل و علائم دیگر اختلال شخصیت مرزی می گردد. وجود افکار مزاحم زیاد در افراد مبتلا به شخصیت مرزی منجر به بکارگیری بازداری طولانی مدت یا سخت در آنها شده و این مکانیسم خود می تواند از سازمان دهی مجدد شخصیت و ثبات جلوگیری نماید.

نتایج تحلیل رگرسیون علائم شخصیت مرزی بر اساس سه مؤلفه ناگویی خلقی نیز نشان داد که دشواری در تشخیص و شناسایی احساسات می تواند ۱۵ درصد از کل واریانس علائم شخصیت مرزی را پیش بینی کند. این نتایج با نتایج Berenbaum (۲۲)، Nicolo و همکاران(۲۴)، Loas و همکاران(۲۵) همسو می باشد. همانطور که در تبیین قبلی هم مطرح شد دشواری در شناسایی احساسات، منجر به تجربه احساسهای نامتمایز در مبتلایان به اختلال شخصیت مرزی می شود این احساس ها همراه با یک برانگیختگی فیزیولوژیک می باشند اما به علت اشکال در تنظیم هیجان این برانگیختگی فعال باقی مانده و از بین نمی رود (۳۲) این چرخه می تواند در علائمی نظیر تکانشی بودن، بی ثباتی هیجانی، افکار انتحاری، پراکندگی هویت و غیره که از علائم اصلی اختلال شخصیت مرزی می باشند، نقش داشته باشد.

نتایج این پژوهش نشان می دهد که نارساییهای پردازش هیجان و ناگویی خلقی که منجر به بدتنظیمی عاطفی و دشواری در تجزیه و تحلیل اطلاعات هیجانی می شود در علائم اختلال شخصیت مرزی نقش دارند. عدم استفاده از نمونه های دارای اختلال شخصیت مرزی و استفاده از روش هبستگی که امکان استنباط نتایج علی را فراهم نمی سازد از جمله محدودیت های پژوهش حاضر بودند. لذا پیشنهاد می شود در تحقیقات آینده از نمونه های بالینی مبتلا به این اختلال شخصیت استفاده شود. تا امکان مقایسه تفاوت های گروهی برای استنباط نتایج علی فراهم گردد. نتایج این پژوهش می توانند در فهم بی ثباتی هیجانی به عنوان اصلی ترین معیار تشخیصی اختلال شخصیت مرزی و به کارگیری روشهای مناسب مداخله در اختلال شخصیت مرزی به کار گرفته شوند.

تقدیر و تشکر

بدینوسیله از معاونت آموزشی دانشگاه آزاد اسلامی واحد علوم تحقیقات اردبیل و کلیه دانشجویان دانشگاه آزاد اسلامی واحد اردبیل که در این پژوهش شرکت داشتند، تشکر و قدردانی می گردد.

[DOR: 20.1001.1.15614107.1393.16.7.6.8]
[DOI: 10.18869/acadpub.jbums.16.7.55]

Relation of Emotion Processing Styles and Alexithymia with Symptoms of Borderline Personality Disorder

S. Basharpoor (PhD) [1], A. Toloi Mehmandoostolya (MA) [2*], M. Narimani (PhD) [1], A. Atadokht (PhD) [1]

1. Department of Educational Science and Psychology, University of Mohaghegh Ardabili, Ardabil, Iran
2. Department of Psychology, Islamic Azad University, Science and Research Branch of Ardabil, Ardabil, Iran

J Babol Univ Med Sci; 16(7); Jul 2014; pp: 55-62

Received: Sep 8th 2013, Revised: Nov 6th 2013, Accepted: Mar 6th 2014.

ABSTRACT

BACKGROUND AND OBJECTIVE: Emotional dysregulation is often described as the central feature of borderline personality disorder (BPD). For determining relative role of this factor in symptoms of patients with borderline personality disorder, the current study was conducted to investigate the relation of emotion processing styles and alexithymia with symptoms of borderline personality disorder.

METHODS: This descriptive study was conducted in correlation and prediction method. One hundred and fifty students of Azad University of Ardabil in 2012-2013 were selected by simple random sampling, they were being asked to respond to borderline personality, emotion processing and alexithymia individually and at classrooms. Then data was analyzed.

FINDINGS: The results showed that borderline personality symptoms have positive relationship with intrusion ($r=0.35$; $p<0.001$), lack of attunement ($r=0.21$; $p<0.009$), dissociation ($r=0.25$; $p<0.002$), discordant ($r=0.44$; $p<0.001$), suppression ($r=0.19$; $p<0.02$), lack of control ($r=0.42$; $p<0.001$), difficulty in identifying feeling ($r=0.37$; $p<0.001$), difficulty in describing feeling ($r=0.32$; $p<0.001$), external orient thinking style ($r=0.17$; $p<0.03$) and alexithymia ($r=0.36$; $p<0.001$). Also the results showed that 32% of variance of borderline personality symptoms was explained by emotion processing styles ($F=21.13$; $p<0.001$) and 15% variance of it was explained by alexithymia ($F=25.05$; $p<0.001$).

CONCLUSION: This result show that symptoms of borderline personality disorder in general population can be predicted partly on emotion processing styles and alexithymia.

KEY WORDS: *Emotion processing styles, Alexithymia, Borderline personality disorder.*

Please cite this article as follows:

Basharpoor S, Toloi Mehmandoostolya A, Narimani M, Atadokht A. Relation of emotion processing styles and alexithymia with symptoms of borderline personality disorder. J Babol Univ Med Sci 2014;16(7): 55-62.

* **Corresponding Author; S. Basharpoor (PhD)**

Address: Department of Psychology, Faculty of Educational Science and Psychology, University of Mohaghegh Ardabili, Ardabil, Iran

Tel: + 98 451 5510132

E-mail: basharpoor_sajjad@yahoo.com

[DOR: 20.1001.1.15614107.1393.16.7.6.8]
[DOI: 10.18869/acadpub.jbums.16.7.55]

References

1.Skodol AE, Gunderson JG, Pfohl B, Widiger TA, Livesley WJ, Siever LJ. The borderline diagnosis: psychopathology, comorbidity, and personality structure. Biol Psychiatry 2002;51(12):936-50.

2.Torgensen S, Kringlen E, Cramer V. The prevalence of personality disorders in a community sample. Arch Gen Psychiatry 2001;58(6):590-6.

3.Lieb K, Zanarini MC, Schmahl C, Linehan MM, Bohus M. Borderline personality disorder. Lancet 2004;364 (9432):453-61.

4.Henry C, Mitropoulou V, New AS, Koenigsberg HW, Silverman J, Siever LJ. Affective instability and impulsivity in borderline personality and bipolar II disorders: similarities and differences. J Psychiatr Res 2001;35(6):307-12.

5.Baer RA, Peters JR, Eisenlohr-Moul TA, Geiger PJ, Shannon ES. Emotion-related cognitive processes in borderline personality disorder: A review of the empirical literature. Clinical psychology review, 2012; 32: 359-369.

6.Levine D, Marziali E, Hood J. Emotion processing in borderline personality disorders. J Nerv Ment Dis 1997;185(4):240-6.

7.Stiglmayr CE, Shapiro DA, Stieglitz RD, Limberge MF, Bohus M. Experience of aversive tension and dissociation in female patients with borderline personality disorder, a controlled study. J Psychiatr Res 2001;35(2):111-18.

8.Rachman S. Emotional processing. Behav Res Ther 1980;18:51-60.

9.Gross JJ, John OP. Individual differences in two emotion regulation processes: implications for affect, relationships, and well-being. J Pers Soc Psychol 2003;85(2):348-62.

10.Brand M, Roth-Bauer M, Driessen M, Markowitsch HJ. Executive functions and risky decision- making in with opiate dependence. Drug and Alcohol Dependence, 2008; 97(2): 64- 72

11.Tebartz Van Elst L, Hesslinger B, Thiel T, et al. Frontolimbic brain abnormalities in patients with borderline personality disorder a volumetric magnetic resonance imaging study. Biol Psychiatry 2003;54 (2):163-71.

12.Moser JS, Hajcak G, Bukay E, Simons RF. Intentional modulation of emotional responding to unpleasant pictures: an ERP study. Psychophysiology 2006;43(3): 292-6.

13.Domes G, Winter B, Schnell K, Vohs K, Fast K, Herpertz SC. The influence of emotions on inhibitory functioning in borderline personality disorder. Psychol Med 2006;36(8):1163-72.

14.Arntz A, Appels C, Sieswerda S. Hypervigilance in borderline disorder: a test with the emotional stroop paradigm. J Pers Disord 2000;14(4):366-73.

15.Sieswerda S, Arntz A, Mertens I, Vertommen S. Hypervigilance in patients with borderline personality disorder: specificity, automaticity, and predictors. Behav Res Ther 2007;45(5):1011-24.

16.Fonagy P, Luyten P. A developmental mentalization-based approach to the understanding and treatment of borderline personality disorder. Dev Psychopathol 2009;21(4):1355-81.

17.Choi-Kain LW, Gunderson JG. Mentalization: ontogeny, assessment, and application in the treatment of borderline personality disorder. Am J Psychiatry 2008;165(9):1127-35.

18.Bateman AW, Fonagy P. Mentalization based treatment of BPD. J Pers Disord 2004;18(1):36-51.

19.Bagby RM, Taylor GJ, Parker JD. The twenty-item Toronto Alexithymia Scale II. Convergent, discriminant, and concurrent validity. J Psychosom Res 1994;38(3):33-40.

20.Baker R, Thomas S, Thomas PW, Owens M. Development of emotional processing. J Psychosom Res 2007;62(2):167-78.

21.Espina A. Alexithymia in parents of daughters with eating disorders its relationship with psychopathological and personality variables. J Psychosom Res 2003;55(6):553-60.

22.Berenbaum H. Childhood abuse, alexithymia and personality disorder. J Psychosom Res 1996;41(6):585-95.

[DOR: 20.1001.1.15614107.1393.16.7.6.8]
[DOI: 10.18869/acadpub.jbums.16.7.55]

23.Evren C, Cınar O, Evren B. Relationship of alexithymia and dissociation with severity of borderline personality features in male substance-dependent inpatients. Comp Psychiatry 2012;53(6):854-9.
24.Nicolò G, Semerari A, Lysaker PH, et al. Alexithymia in personality disorders: Correlations with symptoms and interpersonal functioning. Psychiatry Res 2011;190(1):37-42.
25.Loas G, Speranza M, Pham-Scottez A, Perez-Diaz F, Corcos M. Alexithymia in adolescents with borderline personality disorder. J Psychosom Res 2012;72(2):147-52.
26.Taylor GJ, Bagby RM, Parker JD. The revised Toronto alexithymia scale: reliability, validity and normative data. Psychotherapy 2003;57(1-2):34- 41.
27.Jackson M, Claridge G. Reliability and validity of a psychotic trait questionnaire [STQ]. Br J Clin Psychol 1991; 30(4):311-23.
28.Rawlings D, Claridge G, Freeman JL. Principal components analysis of the schizotypal personality scale [STA] and the borderline personality scale [STB]. Pers Individ Dif 2001;31(3):409-19.
29.Shankar R. Borderline personality disorder and the psychosis spectrum: A personality and divided visual field study. Oxford University; 1998. [Dissertation]
30.Mohammadzadeh A, Goodarzi MA, Taghavi MR, Mollazadeh M. The study of factor structure, validity, reliability and standardization of borderline personality scale in Shiraz university students. J Fundam Mental Health 2005;27(7):75-89. [in Persian]
31.Besharat MA. Reliability and factorial validity of Farsi version of the Toronto alexithymia Scale with a sample of Iranian students. Psychol Res 2007;101(1):209-20.
32.Frawley W, Smith RN. A processing theory of alexithymia. J Cogn Syst Res 2001;2(3):189-206.

[DOR: 20.1001.1.15614107.1393.16.7.6.8]
[DOI: 10.18869/acadpub.jbums.16.7.55]