

## مقایسه نظم جویی هیجانی افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی، اختلال دو قطبی I و افراد بهنجار بیمارستان روان پزشکی تبریز در سال ۱۳۹۳

وحید صبری\*، شهرام محمدخانی\*\*، جعفر حسنی\*\*\*، اصغر ارفعی\*\*\*\*

\*دانشجوی کارشناسی ارشد دانشگاه خوارزمی تهران  
\*\*دانشیار گروه روان شناسی بالینی دانشگاه خوارزمی تهران  
\*\*\*دانشیار گروه روان شناسی بالینی دانشگاه خوارزمی تهران  
\*\*\*\*دانشیار گروه روان پزشکی دانشگاه علوم پزشکی تبریز

### چکیده

ارتباط بین اختلال شخصیت مرزی و اختلال دو قطبی موضوعی پیچیده است که نظرات متناقضی درباره آن وجود دارد و مشکلات هیجانی هم بعد اصلی مشکلات این دو گروه بیماری را شکل می دهد. هدف مطالعه حاضر مقایسه مشکلات نظم جویی هیجانی بین بیماران مبتلا به اختلال شخصیت مرزی، اختلال دو قطبی I و افراد بهنجار بوده است. روش پژوهشی حاضر از نوع علی-مقایسه ای است و ۲۵ نفر بیمار مبتلا به اختلال شخصیت مرزی، ۲۵ نفر بیمار مبتلا به اختلال دو قطبی I هم به طور دسترس از بیماران بستری شده در بیمارستان روان پزشکی رازی تبریز ۲۵ نفر افراد عادی هم به شیوه همتاسازی انتخاب گردیدند سپس برای ارزیابی تشخیصی بیماران از مصاحبه ساختاریافته SCID-II و SCID-CV و برای ارزیابی مشکلات نظم جویی هیجانی از پرسش نامه مشکلات نظم جویی هیجانی (DERS) استفاده گردید. داده ها با استفاده از تحلیل واریانس یک طرفه ANOVA تحلیل شده است. نتایج نشان می دهد که از لحاظ مشکلات نظم جویی هیجانی بین گروه ها تفاوت معناداری وجود دارد. هم چنین در بررسی خرده مقیاس ها بیماران مبتلا به اختلال شخصیت مرزی در دشواری در رفتار هدفمند، دسترسی محدود به راهبردهای نظم جویی هیجانی و دشواری در کنترل تکانه از دو گروه نمره بیشتری را کسب کردند و در خرده مقیاس های فقدان وضوح هیجانی، فقدان آگاهی هیجانی و عدم پذیرش هیجان ها بین بیماران مبتلا به اختلال شخصیت مرزی و اختلال دو قطبی I تفاوتی وجود نداشت ولی هر دو گروه از افراد بهنجار نمره بیشتری را کسب کردند. پس می توان نتیجه گرفت که مشکلات نظم جویی هیجانی در بین بیماران مبتلا به اختلال شخصیت مرزی بیش از بیماران مبتلا به اختلال دو قطبی I است.

کلید واژه: اختلال شخصیت مرزی، اختلال دو قطبی I، مشکلات نظم جویی هیجانی

وصول مقاله: ۹۳/۷/۲۰

تایید مقاله: ۹۳/۱۱/۱۹

شماره تماس: ۰۴۱۴۲۴۹۳۵۲۷

vahidsabri87@gmail.com

نویسنده پاسخ گو: دانشکده روان شناسی بالینی دانشگاه خوارزمی تهران، ایران

### مقدمه

مشخص می گردد و در اوایل جوانی شروع می شود. اختلال شخصیت مرزی به وسیله یک منظومه ناهمگنی از علائم مشخص شده است که این منظومه علائم، مشکلاتی را در ابعاد بین فردی، شناختی، رفتاری و هیجانی در برمی گیرد.

اشخاص مبتلا به اختلال شخصیت مرزی<sup>۲</sup> بسیار احتمال دارد که در محور I دچار یک اختلال اضطرابی مثل اختلال فشار روانی پس از سانحه یا یک اختلال خلق مثل افسردگی یا اختلال دو قطبی گردد. یکی از بیشترین نقاط مشترک اختلال شخصیت مرزی با اختلال دو قطبی<sup>۳</sup> است که حتی موجب تشخیص های اشتباه بین دو اختلال می شود که مطالعه راگرو<sup>۴</sup> و همکاران (۳) نشان می دهد که حدود

اختلال شخصیت مرزی<sup>۱</sup> یکی از شایع ترین اختلال های روان پزشکی است (۱)؛ که درباره آن کتاب ها و مقاله های زیادی نوشته شده است ولی با این حال اختلال کمتر شناخته شده ای است. میزان شیوع این اختلال در بین جمعیت عمومی بین ۵٫۹-۱٫۶٪ و در بین بیماران سرپایی در حدود ۱۰٪ و در بین بیماران روان پزشکی بستری شده در حدود ۲۰٪ و دامنه این اختلال بین جمعیت های بالینی مبتلا به اختلال شخصیت از ۶۰-۳۰٪ است (۲). راهنمای طبقه بندی DSM-IV-TR اختلال شخصیت مرزی را به عنوان یک الگوی فراگیر ناپایداری در روابط بین شخصی، خود پنداره و عواطف که به وسیله تکانش گری

1. Borderline personality disorder

2 Borderline Personality Disorder

3 Bipolar disorder

4 Ruggiero

۴۰٪ بیماران مبتلا به شخصیت مرزی قبلاً به اشتباه تشخیص اختلال دو قطبی را دریافت کرده‌اند که دلیل اصلی آن شباهت معیارهای تشخیصی بین دو اختلال است. رابطه بین این دو اختلال بسیار بحث‌انگیز است که تشخیص اختلال شخصیت مرزی از شکل‌های مختلف و معین اختلال دو قطبی را مشکل می‌سازد (۴). برخی گزارش‌ها نشان داده‌اند که همپوشی بین دو سازه نشان‌دهنده این است که اختلال شخصیت مرزی در واقع بخشی از طیف دو قطبی است (۴)؛ که در این مدل اختلال دو قطبی نوع یک در یک طرف طیف و اختلال شخصیت مرزی در طرف دیگر طیف قرار دارد و اختلال دو قطبی نوع دو نیز بین این دو قرار دارد و بیش‌ترین شباهت را در بین شخصیت مرزی و دو قطبی نوع دو مطرح می‌کنند. هم‌چنین رویکرد دیگری این تشخیص اشتباه را ناشی از ناتوانی نظام‌های طبقه‌بندی می‌داند که در اختلال شخصیت مرزی آن قدر ملاک‌ها گسترده است که تشخیص اشتباه داده می‌شود (۵) و رویکرد دیگری اختلال دو قطبی را ریسک فاکتوری برای اختلال شخصیت مرزی در نظر می‌گیرد و معتقد است که ابتلا در اوایل نوجوانی به اختلال دو قطبی خطر اختلال شخصیت مرزی را بالا می‌برد (۶) و رویکرد مخالفش اختلال شخصیت مرزی را ریسک فاکتوری برای ابتلا به اختلال دو قطبی می‌داند و معتقدند که ابتلا به اختلال دو قطبی بعد از اختلال شخصیت مرزی نسبت به دیگر اختلالات شخصیت بیشتر است (۷). در زمینه همپوشی علائم بین این دو اختلال ریشه مشترک این دو اختلال مطرح است (۸)، مثل زن‌ها که هنوز این حوزه به بررسی‌های بیشتری نیاز دارد. هم‌چنین همپوشی بین این دو اختلال در یک تحقیق طولی ۴ ساله نشان داده شد که تشخیص اختلال دو قطبی به جای اختلال شخصیت مرزی نسبت به دیگر اختلالات شخصیت به‌طور معناداری بیشتر است (۷). در باره رابطه بین این دو اختلال مطالعات مختلفی صورت گرفته است، مثلاً نود و همکاران نشان دادند که بیماران مبتلا به اختلال شخصیت مرزی نسبت به افراد دو قطبی شدت کمتری را در تغییر از سرخوشی به افسردگی نشان می‌دهند (۹). هم‌چنین پروژی و همکارانش (۴) به این نتیجه رسیدند که تشخیص اختلال دو قطبی بدون علایم اختلال شخصیت مرزی بیشتر از تشخیص اختلال دو قطبی با علایم شخصیت مرزی است.

نظم‌جویی هیجان به‌عنوان یکی از متغیرهای روان‌شناختی مورد توجه بسیاری از پژوهش‌گران قرار گرفته است. نظم‌جویی هیجان فرآیندی است که از طریق آن افراد هیجان‌های خود را به‌صورت هشدار یا ناهشدار تعدیل می‌کند (۱۰). نظم‌جویی هیجانی فرآیندی اطلاق می‌شود که به منظور کاهش، افزایش یا نگهداشت تجارب هیجانی مورد استفاده می‌گردد (۱۱). پژوهش‌های انجام شده نشان می‌دهد که نظم‌جویی هیجانی سازگاران با عزت نفس و تعاملات اجتماعی مثبت مرتبط است (۱۲). هم‌چنین شواهد زیادی نشان می‌دهد نظم‌جویی هیجانی با موفقیت یا عدم موفقیت در حوزه‌های مختلف زندگی مرتبط است و بروز مشکل در نظم‌جویی هیجانی با الگوهای مختلف

آسیب روانی مانند اختلال شخصیت مرزی، اختلال افسردگی اساسی، اختلال دو قطبی، اختلال اضطراب اجتماعی، اختلال اضطراب فراگیر و اختلال خوردن مرتبط است و راه‌بردهای نظم‌جویی شناختی هیجان نیز به‌عنوان نحوه تفکر افراد پس از بروز یک تجربه منفی یا واقعه آسیب‌زا نیز با آسیب‌های روانی مرتبط است (۱۰).

نظریه پردازان زیادی معتقدند که بد تنظیمی هیجانی یک نقش مرکزی و مهم در سبب‌شناسی و تحول اختلال شخصیت مرزی دارد که باعث افزایش بی‌ثباتی عاطفی می‌شود (۱۳) و نقص در تنظیم هیجان در بیماران مبتلا به اختلال شخصیت مرزی باعث مشکلات دیگر این اختلال مثل ناپایداری عاطفی، بد تنظیمی شناختی، مشکلات بین فردی و مشکلات رفتاری می‌گردد که می‌توان با توجه به پیگیری‌های صورت گرفته بد تنظیمی هیجانی را به عنوان سازوکار نگه‌دارنده و تداوم‌بخش اختلال شخصیت مرزی در نظر گرفت (۱۴). بد تنظیمی هیجانی ناتوانی در دادن پاسخ‌های منعطف و مدیریت هیجان‌هاست. اگر چه این تعریف ساده به نظر می‌رسد تفاوت‌های قابل توجهی در پدیده‌های مورد مطالعه بد تنظیمی هیجانی در بیمار مرزی را شامل می‌شود. برخی محققان بر حساسیت هیجانی و برخی دیگر بر شدت عاطفی یا پایداری عاطفی و برخی نیز بر آسیب‌پذیری هیجانی تمرکز می‌کنند. با وجود پیچیدگی‌های این سازه تعجب‌آور نیست. یکی از راه‌های فهمیدن این رویکردهای مجزا این است که بد تنظیمی هیجانی را به‌عنوان فرآیند، ترکیب چندگانه عناصر تعاملی نه به‌عنوان آخرین مرحله در نظر گرفته شود (۱۵). مدیریت و تنظیم مناسب هیجان‌ها یکی از بنیادهای بهزیستی و سلامت روان‌شناختی به شمار می‌رود، تنظیم هیجانی فرآیندهای هوشیار یا ناهشدار (خودکار یا کنترل‌شده) را در برمی‌گیرد که برای افزایش، نگهداری یا کاهش یک یا چند مؤلفه پاسخ هیجانی مورد استفاده قرار می‌گیرد (۱۶). به عبارتی، این فرآیندها راه‌هایی هستند که انسان‌ها از طریق آن‌ها تجربه و بیان هیجانی خود را تحت فشار کنترل می‌کنند. این راه‌بردها مواردی مانند سرکوبی، بازداری و باز ارزیابی شناختی هستند (۱۷).

با توجه به ضرورت تشخیص درست که برای ارائه درمان مناسب برای بیمار و کاهش هزینه‌ها برای بیمار و مؤسسات خدمات درمانی ضروری است و با توجه به این که هر دو این اختلال بیشتر در زمینه‌های هیجانی مشکلاتی دارند همان‌طور که فرا تحلیل بازت (۱۸) نشان می‌دهد که مشکلات نظم‌جویی هیجانی یکی از مولفه‌های مشترک بین این دو اختلال است ولی مطالعه ای وجود ندارد که بتواند مشکلات نظم‌جویی هیجانی را در سطح جزئی بررسی نماید و تفاوت‌های جزئی بین این دو اختلال را در این مقوله بررسی نماید پس هدف مطالعه حاضر واضح‌تر کردن یکی از جنبه‌های مشترک بین این دو اختلال است. بیشترین تشابهی که بین دو اختلال شخصیت مرزی و دو قطبی وجود بعد مشکلات هیجانی است که در مطالعه حاضر برای این که بیماران را از تشخیص اشتباه دور ساخت و به درمان بیماران کمک کرد مشکلات تنظیم هیجانی را بین بیماران مبتلا به اختلال شخصیت

مرزی و دو قطبی مورد بررسی قرار می‌دهد.

## روش

در پژوهش حاضر جامعه آماری در دسترس بیماران دارای اختلال شخصیت مرزی و اختلال دو قطبی بستری شده در بیمارستان روان پزشکی رازی تبریز در سال ۱۳۹۳ است و نمونه هم به‌طور دسترس، برای هریک از گروه‌ها ۲۵ نفر (۲۵ نفر دارای اختلال شخصیت مرزی و ۲۵ نفر اختلال دو قطبی) از جامعه مورد نظر انتخاب شدند و یک گروه مقایسه ۲۵ نفری از افراد سالم به شیوه هم‌تا سازی با نمونه‌های انتخابی از لحاظ سنی، تحصیلی و جنسی انتخاب گردید.

پرسش‌نامه مشکلات تنظیم هیجانی (DERS): این پرسش‌نامه دارای ۳۶ آیت‌هست و پاسخ‌ها نیز در یک طیف لیکرت ۵ درجه‌ای قرار گرفته است که ۱. به معنای تقریباً هرگز، ۲. به معنای گاهی اوقات، ۳. به معنای نیمی از اوقات، ۴. به معنای اکثر اوقات و ۵. به معنای تقریباً همیشه است. تحلیل عاملی روی این ماده‌ها ۶ عامل عدم پذیرش پاسخ‌های هیجانی، دشواری در انجام رفتار هدفمند، دشواری در کنترل تکانه، فقدان آگاهی هیجانی، دسترسی محدود به راه‌بردهای تنظیم هیجانی و عدم وضوح هیجانی را نشان می‌دهد. نتایج نشان می‌دهد که این مقیاس از همسانی درونی بالای ۰/۹۳ برخوردار است (۰/۹۹). هر ۶ زیر مقیاس پرسش‌نامه حاضر از آلفای کرونباخ ۰/۸۰ برخوردار است و هم بستگی معناداری با پرسش‌نامه پذیرش و عمل دارد و بر اساس داده‌های حاصل از پژوهش عزیزی، میرزایی و شمس (۲۰)، میزان آلفای کرونباخ ۰/۹۲ برآورد شده است. این پرسش‌نامه دارای یک نمره کلی که از مجموع ۶ خرده مقیاس به دست می‌آید و ۶ نمره خرده مقیاس‌ها است.

مصاحبه ساختاریافته SCID: SCID) یک مصاحبه نیمه ساختاریافته است که تشخیص‌هایی را براساس DSM-IV فراهم می‌کند. SCID دارای دو نسخه جداگانه برای اختلالات محور I و محور II است. در بررسی پایایی به روش آزمون-بازآزمون ۱۰۴ نفر از مراجعان در دو نوبت با فاصله سه تا هفت روز مورد ارزیابی قرار گرفتند. توافق تشخیصی برای اکثر تشخیص‌های خاص و کلی متوسط تا خوب بود که کاپای به دست آمده بالاتر از ۰/۶ بود و توافق کلی یا کاپای مجموع برای کل تشخیص‌های فعلی ۰/۵۲ که پایایی به دست آمده توسط تهیه کنندگان این ابزار ۰/۶۱ است و برای کل تشخیص‌های طول عمر ۰/۵۵ و در نسخه اصلی ۰/۶۸ به دست آمده است و اکثر مصاحبه کنندگان و مصاحبه شوندگان قابلیت اجرای نسخه فارسی SCID را مطلوب گزارش کردند (۲۱). هم چنین برای سنجش ۱۲ اختلال شخصیت محور II براساس DSM-IV نیز به کار می‌رود که با اجرا روی ۳۲ بیمار مبتلا به اختلال شخصیت ضریب توافق کاپا بر وجود هر نوع اختلال شخصیت ۰/۷۵ و در دامنه بین ۰/۶۱ (برای اختلال شخصیت پارانوئید) تا ۰/۸۱ (برای اختلال شخصیت اجتنابی)، متفاوت است. ضریب پایایی

آزمون-بازآزمون نسخه فارسی SCID-II به فاصله یک هفته ۰/۸۷ گزارش شده است (۲۲).

## نتایج و یافته‌ها

این مطالعه دارای سه گروه مستقل بود که نتایج تحلیل شاخص‌های جمعیت شناختی نشان می‌دهد که میانگین سن گروه مبتلا به اختلال شخصیت مرزی  $37/64 \pm 5/52$ ؛ میانگین سنی گروه مبتلا به اختلال دو قطبی  $34/28 \pm 7/09$  و میانگین سنی گروه کنترل  $36/56 \pm 6/09$  است. از نظر آماری تفاوت سنی بین گروه‌ها معنی‌دار نبود ( $P=0.18$ ) هم چنین از نظر سطح تحصیلی آزمودنی‌های شرکت‌کننده تفاوت بین گروه‌ها نیز معنی‌دار نیست ( $P=0.27$ ).

برای مقایسه میانگین گروه‌های مورد مطالعه از لحاظ مشکلات تنظیم هیجانی از تحلیل واریانس یک‌طرفه استفاده شده است که تحلیل واریانس نشان می‌دهد؛ تفاوت میانگین مشکلات تنظیم هیجانی بین سه گروه مورد نظر از لحاظ آماری معنادار است یعنی بین گروه‌ها از لحاظ مشکلات تنظیم هیجانی تفاوت معناداری وجود دارد ( $P=0/001$ ) (رجوع کنید به جدول ۲). برای مقایسه زوجی گروه‌ها از آزمون تعقیبی توکی استفاده شده است که نشان می‌دهد تفاوت میانگین بین هر یک از زوج‌ها از لحاظ آماری معنادار است (رجوع کنید به جدول ۳). هم چنین بررسی خرده مقیاس‌های پرسش‌نامه مشکلات تنظیم هیجان نشان می‌دهد که تفاوت میانگین بین گروه‌های در خرده مقیاس‌های دشواری در رفتار هدفمند، دسترسی محدود به راه‌بردهای تنظیم هیجانی، دشواری در کنترل تکانه‌ها، عدم وضوح هیجانی، فقدان آگاهی هیجانی و عدم پذیرش پاسخ‌های هیجانی از لحاظ آماری معنادار است ( $P=0/001$ ) (رجوع کنید به جدول ۲)، که همانند نمره کل برای مقایسه زوجی گروه‌ها از آزمون تعقیبی توکی استفاده شده است (رجوع کنید به جدول ۳).

## بحث و نتیجه‌گیری

در پژوهش حاضر سعی شد تا مشکلات نظم جویی هیجانی را در بین بیماران مبتلا به اختلال شخصیت مرزی، اختلال دو قطبی I و افراد بهنجار مقایسه کند. نتایج پژوهش حاضر نشان داد که هم بیماران مبتلا به اختلال دو قطبی I و هم بیماران مبتلا به اختلال شخصیت مرزی در نظم جویی هیجان‌های خود دارای مشکلاتی هستند که براساس ملاک‌های DSM-IV-TR یکی از مشکلات عمده این دو گروه مبتلا به بیماری ناتوانی در کنترل و نظم جویی هیجان‌های خود است. هم چنین گروه ۵ (۲۳) نیز در مطالعه خود به این نتیجه دست یافت که نظم جویی هیجان‌ها در بیماران مبتلا به اختلال دو قطبی آسیب دیده است. در مطالعه دیگری ابعاد بی‌ثباتی هیجانی ویژگی مشترک بین

جدول ۲- نتایج تحلیل واریانس ANOVA

متغیر	گروه	N	میانگین	انحراف معیار	F	P
نمره کل	اختلال شخصیت مرزی	۲۵	۱۱۵/۷۶	۱۲/۸۲	۹۱/۰۸	۰/۰۰۱
	اختلال دو قطبی	۲۵	۱۰۴/۱۶	۱۱/۸۲		
	گروه کنترل	۲۵	۷۱/۳۶	۱۱/۵۰		
عدم پذیرش پاسخ‌های هیجانی	اختلال شخصیت مرزی	۲۵	۱۹/۷۲	۴/۳۲	۴۶/۳۱	۰/۰۰۱
	اختلال دو قطبی	۲۵	۱۸/۶	۳/۲۷		
	گروه کنترل	۲۵	۱۰/۳۲	۳/۶۳		
دشواری در رفتار هدفمند	اختلال شخصیت مرزی	۲۵	۱۷/۵۶	۳/۴۱	۲۵/۵۸	۰/۰۰۱
	اختلال دو قطبی	۲۵	۱۵/۱۲	۲/۱۱		
	گروه کنترل	۲۵	۱۱/۹۶	۴/۰۶		
عدم وضوح هیجانی	اختلال شخصیت مرزی	۲۵	۱۴/۸۸	۳/۴۵	۳۳/۱۹	۰/۰۰۱
	اختلال دو قطبی	۲۵	۱۳/۹۶	۲/۶۳		
	گروه کنترل	۲۵	۸/۸۸	۲/۱۶		
دسترس محدود به راه‌دهای تنظیم هیجان	اختلال شخصیت مرزی	۲۵	۲۵/۰۴	۴/۸۸	۵۵/۰۱	۰/۰۰۱
	اختلال دو قطبی	۲۵	۲۱/۵۲	۳/۵۵		
	گروه کنترل	۲۵	۱۳/۷۲	۳/۰۶		
دشواری در کنترل تکانه	اختلال شخصیت مرزی	۲۵	۲۰/۳۲	۳/۰۵	۳۵/۰۲	۰/۰۰۱
	اختلال دو قطبی	۲۵	۱۶/۶۴	۳/۹۸		
	گروه کنترل	۲۵	۱۱/۷۶	۳/۷۸		
فقدان آگاهی هیجانی	اختلال شخصیت مرزی	۲۵	۱۸/۲۴	۳/۸۶	۴/۹	۰/۰۱
	اختلال دو قطبی	۲۵	۱۸/۳۲	۱/۸۸		
	گروه کنترل	۲۵	۷۲/۱۵	۳/۸۶		

در بین دوره‌های خلقی بیماران مبتلا به اختلال خلقی نیز دیده می‌شود (۲۶). با این حال رفتار تکانش‌گرانه بیماران دو قطبی بیشتر دوره‌ای است (۲۷) و در بیماران مبتلا به اختلال شخصیت مرزی بیشتر به شکل یک ویژگی پایدار است (۲۸) و نسبت به بیماران مبتلا به دو قطبی II با شدت بیشتری دیده می‌شود (۲۹). پس چون در بیماران دو قطبی تکانش‌گری دوره است، می‌توان انتظار داشت که میزان آن در بین بیماران دو قطبی کمتر از بیماران مبتلا به اختلال شخصیت مرزی باشد. هم چنین می‌توان از بیشتر بودن رفتارهای تکانشی مثل خودزنی یا دیگرزنی در بین بیماران مبتلا به اختلال شخصیت مرزی نتیجه معکوسی گرفت که ناتوانی در کنترل تکانه‌ها در بین بیماران مبتلا به اختلال شخصیت مرزی باید نسبت به اختلال دو قطبی بیشتر باشد. این ناتوانی در کنترل تکانه‌ها خودش تبیین کننده نتیجه دیگر پژوهش حاضر است که نشان می‌داد افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی بیشتر از افراد مبتلا به اختلال دو قطبی و افراد مبتلا به اختلال دو قطبی بیشتر از افراد سالم در رفتارهای هدفمند دارای مشکل هستند. چون افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی نسبت به سایر اختلالات در شناسایی، تمییز و یک پارچه کردن هیجان‌ات خود و دیگران مشکل دارند (۳۰)، در نتیجه به جای رفتارهای موثر و هدفمند که بتواند

اختلال دو قطبی و اختلال شخصیت مرزی برآورد شده است (۲۴). مقایسه زوجی میانگین‌ها نشان داده است بیماران مبتلا به اختلال شخصیت مرزی نسبت به اختلال دو قطبی از مشکلات نظم‌جویی هیجانی بیشتری رنج می‌برند. مطالعه مستقیمی که مشکلات نظم‌جویی هیجانی را بین این دو گروه مطالعه کرده باشد یافت نشد اما شاید دلیل بیشتر بودن مشکلات نظم‌جویی هیجان در بین بیماران مبتلا به اختلال شخصیت مرزی نسبت به اختلال دو قطبی این باشد که بیماران مبتلا به اختلال شخصیت مرزی هیجان‌های منفی بیشتری را تجربه می‌کنند. مخصوصاً عصبانیت که این هیجان‌های منفی خودش برهم‌زننده نظم‌جویی هیجانی است و هم چنین موقع تجربه عواطف نوسانات سریع و آشفته ساز بیشتری را نشان می‌دهند که این دلایل می‌تواند بیشتر بودن مشکلات نظم‌جویی هیجانی را توجیه نماید (۲۵).

در بررسی خرده‌مقیاس‌ها نتایج نشان می‌دهد که بیماران مبتلا به اختلال شخصیت مرزی نسبت به بیماران مبتلا به اختلال دو قطبی در کنترل تکانه‌های خود با مشکل بیشتری رو به رو می‌شوند. ناتوانی در کنترل تکانه‌ها یا تکانش‌گری یکی از ویژگی‌ها و ملاک‌های DSM-IV-TR برای تشخیص اختلال شخصیت مرزی است و صفت تکانش‌گری

جدول ۳- مقایسه زوجی تفاوت بین گروه‌ها

متغیر	گروه‌ها	تفاوت میانگین‌ها	خطای انحراف میانگین	سطح معناداری
نمره کل	شخصیت مرزی	۱۱/۶۰	۳/۴۱	۰/۰۰۳
	دوقطبی	۴۴/۴۰	۳/۴۱	۰/۰۰۱
	دوقطبی	۳۲/۸۰	۳/۴۱	۰/۰۰۱
عدم پذیرش پاسخ‌های هیجانی	شخصیت مرزی	۱/۱۲	۱/۰۶	۰/۵۵
	دوقطبی	۹/۴۰	۱/۰۶	۰/۰۰۱
	دوقطبی	۸/۲۸	۱/۰۶	۰/۰۰۱
دشواری در رفتار هدفمند	شخصیت مرزی	۲/۴۴	۰/۹۳	۰/۰۳
	دوقطبی	۶/۶۰	۰/۹۳	۰/۰۰۱
	دوقطبی	۴/۱۶	۰/۹۳	۰/۰۰۱
عدم وضوح هیجانی	شخصیت مرزی	۰/۹۲	۰/۷۹	۰/۴۸
	دوقطبی	۶	۰/۷۹	۰/۰۰۱
	دوقطبی	۵/۰۸	۰/۷۹	۰/۰۰۱
دسترس محدود به راهبردهای تنظیم هیجان	شخصیت مرزی	۳/۵۲	۳/۴۱	۰/۰۰۶
	دوقطبی	۱۱/۳۲	۳/۴۱	۰/۰۰۱
	دوقطبی	۷/۸۰	۳/۴۱	۰/۰۰۱
دشواری در کنترل تکانه	شخصیت مرزی	۳/۶۸	۱/۰۳	۰/۰۰۲
	دوقطبی	۸/۵۶	۱/۰۳	۰/۰۰۱
	دوقطبی	۴/۸۸	۱/۰۳	۰/۰۰۱
فقدان آگاهی هیجانی	شخصیت مرزی	۰/۰۸	۰/۹۴	۰/۹۹
	دوقطبی	۲/۵۲	۰/۹۴	۰/۰۰۱
	دوقطبی	۲/۶۰	۰/۹۴	۰/۰۰۱

مشکلات را کاهش دهد، به طیف وسیعی از فرارهای ناامیدانه، مثل اعمال تکانشی یا خودزنی حتی دیگرزنی متوسل می‌شوند که هیچ کدام از این رفتارها، هدفی به جز آرام کردن خود ندارد (۳۱). یکی دیگر از نتایج پژوهش حاضر نشان می‌دهد که افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی نسبت به بیماران مبتلا به اختلال دوقطبی در استفاده از راهبردهای نظم جویی هیجانی با مشکل بیشتری رو به رو می‌شوند. طبق نظریه زیستی-اجتماعی لینهان در باره اختلال شخصیت مرزی افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی از بدو تولد با یک حساسیت هیجانی متولد می‌شوند. این حساسیت منجر به گرایش به تجربه عواطف منفی در طول بافت و موقعیت می‌گردد که یادگیری راهبردهای مناسب نظم جویی هیجان را مشکل ساز می‌کند. این نقص در راهبردهای نظم جویی هیجان احتمالاً باعث گرایش فرد برای انجام رفتارهای نابهنجار منظور مدیریت و کاهش عواطف منفی می‌شود. هم چنین افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی بیش از بیماران دیگر فشار روانی و هیجانات مختل کننده را تجربه می‌نمایند و سطح تحمل فشار روانی پایینی را نیز دارند که نشان می‌دهد این گروه بیماران در پیدا کردن و استفاده از راهبردهای نظم جویی هیجان با مشکل رو به

رو هستند و راهبردهای مقابله ای برای مدیریت این دوره‌های پرفشار و پرنش رشد و توسعه نیافته است (۱۳). یکی از مشکلات پژوهش حاضر این است که برای جمع آوری اطلاعات از بیماران بستری، استفاده شده است، چون در بیمارستان تحت دارو درمانی قرار گرفته و به احتمال زیاد بسیاری از علائم کنترل شده یا کاهش یافته است. پس تا حدودی این مشکلات نظم جویی هیجانی کمتر شده است. محدودیت دیگر مشکل همبودی با اختلال دیگر بود که با توجه به محدودیت زمانی چاره ای جز انجام پژوهش وجود نداشت که بهتر است در پژوهش‌های بعدی از افراد مبتلایی برای جمع آوری اطلاعات استفاده شود که بیماری همبود دیگری نداشته باشند.

### تقدیر و تشکر

بر خود واجب می‌دانیم که از تمام کارکنان و اساتید بیمارستان رازی تبریز که از ابتدای پروژه تا انتها همکاری لازم را داشتند تشکر نماییم. هم چنین از تمامی بیمارانی که در طی پژوهش همکاری لازم را به عمل آوردند بسیار سپاسگزاریم.

## References

- 1-Davison, D., Neal, j., Kring, A., Johnson, S. (2007). *Abnormal Psychology*. Translated by H. Shamsipour. Arjomand press.(Persian)
- 2- Alilou. M., Shrif. A. (2011). *Borderline personality disorder*. Arjomand press (Persian)
- 3-Ruggero, C. J., Zimmerman, M., Chelminski, I., & Young, D. Borderline personality disorder and the misdiagnosis of bipolar disorder. *Journal of psychiatric research*, 2010; 44(6), 405-408.
- 4- Perugi, G., Fornaro, M., & Akiskal, H. S. Are atypical depression, borderline personality disorder and bipolar II disorder overlapping manifestations of a common cyclothymic diathesis? *World Psychiatry*. 2011; 10(1), 45-51.
- 5-Black, W. D. Jess, G. F. (2010).borderline, bipolar, or both? Frame your diagnosis on the patient history. *Journal Current Psychiatry*. 2010; 9.1.
- 6- Goldberg, J. F., & Garno, J. L... Age at onset of bipolar disorder and risk for co morbid borderline personality disorder. *Bipolar disorders*, 2009; 11(2), 205-208.
- 7- Gunderson, J., Weinberg, I., Daversa, M., Kueppenbender, K., Zanarini, M., Shea, M., & Dyck, I. Descriptive and longitudinal observations on the relationship of borderline personality disorder and bipolar disorder. *American Journal of Psychiatry*, 163(7). 2006; 1173-1178.
- 8- Christensen,v. M., & Vedel Kessing, L. Do personality traits predict first onset in depressive and bipolar disorder?. *Nordic Journal of Psychiatry*, 2006; 60(2), 79-88.
- 9-Renaud, S., Corbalan, F., & Beaulieu, S... Differential diagnosis of bipolar affective disorder type II and borderline personality disorder: analysis of the affective dimension. *Comprehensive psychiatry*. 2012; 53(7), 952-961.
- 10- Hasani, J; Miraghaee. AM. Relationship between cognitive emotion regulation strategies with suicidal ideas. *Contemporary Psychology*.1391; 7(1). (Persian)
- 11- Hasani. J. Psychometric properties of Cognitive Emotion Regulation Questionnaire. *Journal clinical psychology* (2010).3. (7). (Persian)
- 12- Alilou. M, Ghsempour, 0A, Azimi, Z, Akbari, Fahmi. S. The role of emotional regulation strategies in predicting borderline personality traits, *Psychology Clinical in Behavior & Thought* .(2012).6(24).(Persian)
- 13-Glenn,C.R.,&Klonsky,E.D.Emotionderegulation as a core feature of borderlinepersonality disorder. *Journal of Personality Disorders*, 2009; 23(1), 20-28.
- 14- Stepp, S. D., Scott, L. N., Morse, J. Q., Nolf, K. A., Hallquist, M. N., & Pilkonis, P. AEmotion deregulation as a maintenance factor of borderline personality disorder features. *Comprehensive psychiatry*.2013.
- 15- Carpenter, R. W. & Trull, T. J. Components of Emotion Deregulation in Borderline Personality Disorder: A Review. *Current Psychiatry Rep*. DOI.2013; 10.1007/s11920-012-0335-2
- 16- Eftekhari, A., Zoellner, L. A., & Vigil, S. A. Patterns of emotion regulation andpsychopathology. *Anxiety, Stress, & Coping*, 2009; 22(5), 571-586.
- 17- Manee, F. M. Emotion Deregulation in Individuals with Risky Sexual Behaviors and Normal people. *Journal of Mazandaran University of Medical Sciences (JMUMS)*. 2014 ; 23 (109).(Persian)
- 18- Henry, C., Mitropoulou, V., New, A. S., Koenigsberg, H. W., Silverman, J., & Siever, L. J. Affective instability and impulsivity in borderline personality and bipolar II disorders: similarities and differences. *Journal of psychiatric research*. 2001; 35(6), 307-312
- 19- Gratz, K. L., & Roemer, L. Multidimensional assessment of emotion regulation and deregulation: Development, factor structure, and initial validation of the difficulties in emotion regulation scale. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 2004; 26(1), 41-54
- 20- Azizi, A.R; Shams, J; Mirzaee, A. The study of relationship distress tolerance and emotion regulation with student dependence on cigarettes. *Journal Hakim*. 1389; 13(1), 11-18[Persian]
- 21- Sharifi, V; Mohammadi, MR; Amini, H; Kaviani, H; Semnani, Y; Shabani, A& et all. Reliability and validity Persian version of the structured interview based on DSM-IV-TR. *New cognitive science*. 1383; 6(1, 2).(Persian)
- 22- Ansari, A., Gharraee, B, & Kazerouni, A. P Personality Disorders and Coping Strategies in Female Sex-workers. *Iranian Journal of Psychiatry and ClinicalPsychology*, 2011; 171.71-75. (Persian)
- 23- Gruber, J. When feeling good can be bad: Positive emotion persistence (PEP) in bipolar disorder.

- Current Directions in Psychological Science, 2011; 20, 217-221
- 24- Critchfield, K. L., Levy, K. N., & Clarkin, J. F. The relationship between impulsivity, aggression, and impulsive-aggression in borderline personality disorder: an empirical analysis of self-report measures. *Journal of Personality Disorders*, 2004; 18(6), 555-570
- 25- Swann, A. C., Dougherty, D. M., Pazzaglia, P. J., Pham, M., & Moeller, F. G. Impulsivity: A link between bipolar disorder and substance abuse. *Bipolar Disorders*. 2004; 6, 204-212.
- 26- Swann, A. C., Pazzaglia, P., Nicholls, A., Dougherty, D. M., & Moeller, F. G. Impulsivity and phase of illness in bipolar disorder. *Journal of Affective Disorder*. 2003; 73, 105-111.
- 27- Brown, M. Z., Comtois, K. A., & Linehan, M. M. Reasons for suicide attempts and no suicidal selfinjury in women with borderline personality disorder. *Journal of Abnormal Psychology*. 2002; 111, 198-202.
- 28- Conklin, C. Z., Bradley, R., & Westen, D. Affect regulation in borderline personality disorder. *The Journal of nervous and mental disease*, 2006; 194(2), 69-77.
- 29- Benazzi, F. Borderline personality-bipolar spectrum relationship. *Progress in Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry*, 2006; 30(1), 68-74.
- 30- Sharp, C., Pane, H., Ha, C., Venta, A., Patel, A. B., Sturek, S., & Fonagy, P. Theory of Mind and Emotion Regulation Difficulties in Adolescents with Borderline Traits. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2011; 50(6):563-573.
- 31- Selby, E. A., Anestis, M. D., & Joiner, T. E. Understanding the relationship between emotional and behavioral deregulation: Emotional cascades. *Behavior Research and Therapy*. 2008; 46(5), 593-611.

# Comparison of Difficulty in Emotion Regulation in Patients with Borderline Personality Disorder, Bipolar Disorder & Normal Subject Razi Psychiatric Hospital in Tabriz in 2014

Vahid Sabri\*†- Shahram Mohammadkhani\*- Jafar Hasani\*- Asghar Arfaie\*\*

\*Department of Psychology, School of Psychology and Educational Sciences, Kharazmi University, Tehran. Iran

\*\*Department of Psychiatry, School of Medical. Tabriz University of Medical Sciences. Tabriz. Iran.

## Abstract

*The relationship between borderline personality disorder and bipolar disorder is a complex issue that there are contradictory opinions about that and emotional problems constitutes a main problem of these two forms of the disorder. The purpose of the study was to comparison of emotion regulation problems between patients with borderline personality disorder; bipolar I disorder and normal people. The Method of the research was casual- comparative design and 25 hospitalized patients with borderline personality disorder and 25 hospitalized patients with bipolar I disorder selected through convenience sampling at the Razi Psychiatry hospital of Tabriz, then in order to diagnosis of the patients used Structured Clinical Interview for DSM-II (SCID-II) & Structured Clinical Interview for DSM-Clinical Version (SCID-CV) and also to assessment of emotion regulation problems used Difficulties in Emotion Regulation Scale (DERS) . The data analyzed by ANOVA. The results show that there is a significant difference between two groups in terms of emotion regulation problems. Also, patients with borderline personality disorder gained high scores in difficulty in goal directed behavior; limited access to emotion regulation strategies and difficulty in impulse control subscales than other groups. There is also no difference between patients with BPD and BMD in the absence of emotional clarity, lack of emotional awareness & lack of emotional acceptance subscales, but both groups obtained higher scores than normal people. So, it can be concluded that emotion regulation problems among patients with BPD are more than in patients with BMD.*

**Keywords:** Borderline Personality Disorder, Bipolar Disorder, Emotion Regulation

Received: 12 Oct 2014

Accepted: 8 Feb 2015

†Correspondence: Department of Psychology, School of Psychology and Educational Sciences, Kharazmi University, Tehran. Iran

Tel:0984142493527

E-mail:vahidsabri87@gmail.com