

An experimental investigation of emotional reactivity in aversive situations, and delayed emotional recovery, in patients with borderline personality disorder

Rahmani F. PhD¹, Kiani MA. PhD¹, Rezaie F. MD², Nasuri M. MSc[✉]

¹ Department of Psychology, Faculty of Human Sciences, University of Kurdistan, Sanandaj, Iran

² Department of Psychiatry, Quds Hospital, Kurdistan University of Medical Sciences, Sanandaj, Iran

[✉] Department of Psychology, Faculty of Human Sciences, University of Kurdistan, Sanandaj, Iran

Submitted: 2012.5.29

Accepted: 2013.5.31

Abstract

Introduction: Emotional disorders are at the base of the borderline personality disorder [BPD]. The present study was an attempt to investigate reactive negative emotions provoked against aversive situations and the delayed emotional recovery in patients with BPD.

Method: It was a quasi-experimental study with pretest-posttest design. The population of the study included all the patients with BPD visiting psychiatric offices and counseling centers in Sanandaj in 2011. Participant selection was done using purposive sampling. 30 patients with BPD accepted to take part in the study. They were assessed using MCMI-III and emotional state questionnaire to prepare a baseline for later evaluations of their emotional state. Then, they underwent the experimental factor (Emotional Reaction to Failure, which prepares an aversive situation). Their emotional state was assessed twice during the experiment and once after with a 90 minutes delay in order to determine their delayed emotional recovery. The results were compared with their fallow, non-patient group.

Results: The results showed significant differences between the two groups. Depressive feelings remained high in the BPD group during the delayed emotional recovery.

Conclusion: The BPD group had a higher negative emotionality against the aversive situation and depressive feelings showed a longer delay in recovery. These results support the close relationship between BPD and mood disorders.

Keywords: Borderline Personality Disorder, Emotional State, Aversive Situations

بررسی واکنش‌پذیری هیجانی در موقعیت‌های آزارنده، و تأخیر در بازگشت به خط پایه، در بیماران مبتلا به اختلال شخصیت مرزی

فاتح رحمانی^۱، محمد علی کیانی^۱، فرزین رضاعی^۲، مرضیه نصوری[✉]

^۱ گروه روانشناسی، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه کردستان، سنندج، ایران
^۲ گروه روانپزشکی، بیمارستان قدس، دانشگاه علوم پزشکی کردستان، سنندج، ایران
[✉] گروه روانشناسی، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه کردستان، سنندج، ایران

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۲/۳/۱۰

تاریخ دریافت: ۱۳۹۱/۳/۹

چکیده

مقدمه: اختلال‌های هیجانی در زیر بنای علائم اختلال شخصیت مرزی قرار دارند. پژوهش حاضر با تعیین واکنش‌های هیجانی به موقعیت‌های آزارنده، در بیماران دارای اختلال شخصیت مرزی، و آزمون تأخیر در بهبود وضعیت هیجانی، پس از تجربه هیجان‌های ناخوشایند صورت گرفت.

روش: پژوهش از نوع نیمه-آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه گواه بود. جامعه آماری شامل کلیه مراجعه‌کنندگان به مراکز مشاوره و مطب‌های روانپزشکان، در پاییز ۱۳۹۰ بود که دارای تشخیص اختلال شخصیت مرزی بودند. روش نمونه‌گیری به صورت نمونه‌گیری هدفمند بود. ۳۰ بیمار که با تشخیص روانپزشکان، دارای اختلال شخصیت مرزی بوده و همکاری در پژوهش حاضر را پذیرفتند، از میان بیماران مراجعه‌کننده به مراکز درمانی شهر سنندج، انتخاب شدند و با آزمون میلون ۳ ارزیابی شدند. وضعیت هیجانی خط پایه آن‌ها نیز، با استفاده از پرسشنامه وضعیت هیجانی، مشخص شد. سپس، متغیر آزمایشی (آزمون واکنش هیجانی به شکست، با هدف ایجاد موقعیتی آزارنده) اعمال شد و وضعیت هیجانی آزمودنی‌ها طی اجرای متغیر آزمایشی، ۲ مرتبه و بعد از آن، با فاصله ۹۰ دقیقه‌ای از اتمام آزمایش، مجدداً ارزیابی شد. گروه هم‌تا نیز همان سیر را طی کردند.

یافته‌ها: تحلیل داده‌ها، بیانگر تفاوت معنادار دو گروه، در نتایج آزمون‌ها بود. اما، در مورد بازگشت به خط پایه، تنها احساس‌های افسرده‌وار، تأخیری طولانی داشتند.

نتیجه‌گیری: گروه بیماران دارای اختلال شخصیت مرزی واکنش‌پذیری هیجانی شدیدتری به موقعیت‌های آزارنده دارند و واکنش‌های هیجانی افسرده‌وار آن‌ها، پایداری بیشتری از خود نشان می‌دهند. این نتایج، تأیید‌کننده پیوند اختلال شخصیت مرزی و اختلال‌های خلقی است.

کلیدواژه‌ها: اختلال شخصیت مرزی، وضعیت هیجانی، موقعیت‌های آزارنده

مقدمه

اختلال شخصیت مرزی، اختلال شخصیتی شدیدی است که با بی‌نظمی شدید و گسترده هیجان، رفتار و شناخت، مشخص می‌شود [۱]. این اختلال، با ناپایداری گسترده و مفرط در عاطفه، خودپنداره، روابط بین‌شخصی و همچنین برانگیختگی شدید، متمایز می‌شود. بیماران مبتلا به این اختلال، در قلمروهای مختلف دچار اختلال هستند و حضور تمام آن‌ها برای تشخیص لازم است؛ مواردی از قبیل، ناپایداری خلقی، برانگیختگی و روابط بی‌ثبات [۲]. حدود دو درصد از جمعیت عمومی، ده درصد از بیماران روانپزشکی سرپایی و ۳۰ تا ۶۰ درصد بیماران مبتلا به سایر اختلال‌های شخصیت، از این بیماری رنج می‌برند. افکار شدید پارانوئید وابسته به تنیدگی‌ها یا تجارب تفرقی در ۳۰ تا ۷۵ درصد آن‌ها گزارش شده است. خودکشی و تلاش برای آسیب‌زدن به خود، شاخص این اختلال است. ۷۰ تا ۷۵ درصد این بیماران، سابقه حداقل یک مرتبه آسیب به خود را دارند. این اعمال، از خراش‌های جزئی، کوبیدن سر به دیوار، سوزاندن با سیگار، تا دوزهای بالای داروها، خودزنی با چاقو، و خفه شدن گسترده‌اند. برآورد میزان مرگ در اثر خودکشی بین ۸ تا ۱۰ درصد بیماران بستری گزارش شده است [۳].

سیر بیماری عموماً در جهت بی‌ثباتی مزمن در اوایل بزرگسالی است. تخریب حاصل از این اختلال رایج و شدید است، از دست دادن‌های مکرر شغل، تحصیل از هم گسیخته، ازدواج از هم گسسته، از جمله این موارد هستند [۴]. انجمن روانپزشکی آمریکا [۲]، درمان بیماران دارای اختلال شخصیت مرزی را چالش برانگیز دانسته‌اند. تا سال‌های اخیر، اختلال شخصیت مرزی درمان‌ناپذیر فرض می‌شد [۵]. شاید ناشناخته ماندن این اختلال، دلیلی برای این امر باشد.

بی‌نظمی رفتاری، ناتوانی در تفسیر علامت‌های هیجانی و ناتوانی در تنظیم واکنش‌ها، از ابعاد اصلی این اختلال است و با تحول نارسای هیجانی در ارتباط است و موجب می‌شود که واکنش‌های آن‌ها به‌صورت افراط و تفریط باشد [۶، ۷]. پژوهش‌هایی برای بررسی نقش بی‌نظمی در هیجان‌های مختلف، در این اختلال صورت گرفته است؛ از جمله خشم و مهار آن [۸]، شرم [۹، ۱۰]، تنش و اضطراب [۱۱]، ترس [۱۲]، و برانگیختگی [۱۳]. هویت نیز با سلامت روان رابطه دارد و یک حس پایدار از هویت به صورت مثبت، بهزیستی روانی را تسهیل می‌کند [۱۴]. در پژوهش /میدیان [۱۵] نیز آشفتگی هویت، مکانیزم‌های دفاعی رشدنیافته، آسیب در سنجش واقعیت و ترس از صمیمیت به عنوان مؤلفه‌های مهمی از اختلال شخصیت مرزی قابل مشاهده شدند. در تمام این پژوهش‌ها از ابزارهای خودسنجی برای بررسی میزان حضور و شدت احساس‌های آزمودنی‌ها استفاده شده است.

برخی از محققان، اختلال شخصیت مرزی را حاصل تعامل پویایی مزاج (تفاوت‌های فردی در واکنش‌پذیری هیجانی، حرکتی و خود‌نظم‌جویی (self-regulation)، سلطه عاطفه منفی، سطح پایین مهارگری، و فقدان حس بهم پیوسته از خود و دیگران می‌

دانند [۱۶]. تحقیقات زیادی نشان داده‌اند که بی‌نظمی عاطفی، محور نارساکنشی موجود در اختلال شخصیت مرزی و یکی از نشانه‌های متمایز کننده آن است [۱]. این بی‌نظمی به صورت واکنش‌های هیجانی قوی به محرک هیجانی و بازگشت کند به سطح هیجانی خط پایه است. آن‌ها به کندی از حالت هیجانی برانگیخته به حالت عادی بازمی‌گردند، به سختی احساس‌های منفی خود را متمایز می‌کنند و غالباً از اصطلاحات کلی مانند "احساس بد" استفاده می‌کنند [۶، ۷، ۹]. افراد مبتلا به این اختلال، فراوانی و شدت بیشتری را در هیجان‌های بررسی شده توسط خود سنجی، نشان می‌دهند. این بیماران هیجان منفی بیشتر، هیجان مثبت کمتر، و شدت بیش‌تر هیجان منفی را از خود نشان می‌دهند [۸، ۱۷، ۱۸]. هیجان‌ات قوی توأم با مهار شناختی ضعیف ممکن است به رفتارهای خود آسیب‌رسان منجر شود [۱۹]. احتمالاً، تنیدگی نقش مهمی در ظهور نشانه‌های محوری این اختلال ایفا می‌کند. نتایج پژوهش گلاسر، ون‌اس، منجلرز، و ماین-جرمیز [۲۰]، نشان داد که ظهور نشانه‌های مرضی در واکنش به تنیدگی، می‌تواند بخشی از تشخیص اختلال شخصیت مرزی باشند.

برخی از محققان، خشم را در محور اختلال شخصیت مرزی قلمداد کرده‌اند [۲۱]. در این بیماران، خشم، احساس‌های مختلفی مانند کهرتری، شرم، آسیب‌دیدگی، یأس، غبطه، انتقام، و اندوه را مانند چتری می‌پوشاند. حتی، برخی معتقدند خشم این بیماران می‌تواند به‌عنوان نتیجه شرم آن‌ها تلقی شود [۲۲]. محققان دیگر، اختلال شخصیت مرزی را پاسخ شرم مزمن می‌دانند [۲۳] یا شرم را هیجانی محوری در اختلال شخصیت مرزی تلقی می‌کنند [۲۴]. شرم، غالباً پاسخ هیجانی ثانویه‌ای، مانند خشم یا غیظ را برمی‌انگیزد، که هدف از به کار گیری آن خنثی‌سازی یا کنار آمدن با احساس شرم است [۲۵]. از این زاویه، شرم، با خودکشی، رفتارهای خودزنی، خشم و برانگیختگی مزمن، پیوند محکمی دارد [۲۶]. شناخت‌هایی که باتلر و همکاران [۲۷] در مورد افراد دارای اختلال شخصیت مرزی به دست آورده‌اند نیز نمایانگر حضور گسترده احساس کهرتری در این بیماران است.

با توجه به موارد فوق، مطالعات فراوانی در مورد وضعیت هیجانی بیماران دارای اختلال شخصیت مرزی صورت گرفته است. تحقیقاتی که به بررسی هیجان‌های غالب آن‌ها پرداخته‌اند نسبتاً جدیدند و عمدتاً به بررسی آزمایشی وضعیت هیجانی و واکنش‌پذیری بیماران در برابر شرایط تنیدگی‌زا پرداخته‌اند. تنها پژوهشی که مستقیماً به این مهم پرداخته‌اند [۹] بود که در پژوهشی نیمه-تجربی به بررسی واکنش‌های هیجانی (به ویژه شرم) بیماران دارای اختلال شخصیت مرزی در برابر تجربه‌های منفی پرداخت و کندی بازگشت به وضعیت هیجانی خط پایه را در این بیماران (در مدت زمان ۵ دقیقه) مورد مطالعه قرار داد.

تحقیق حاضر، تنها پژوهشی است که برای برجسته کردن وضعیت هیجانی و هیجان‌های منفی بیماران دارای اختلال شخصیت مرزی، در پژوهشی نیمه-تجربی واکنش‌پذیری آن‌ها را در برابر

موقعیت‌های آزارنده مورد آزمون قرار داده است. چنین پژوهشی، می‌تواند به درک نکات مهمی در آسیب‌شناسی روانی و تبیین مؤلفه‌های این اختلال بیانجامد. بنابراین، پژوهش کنونی برای کاهش خلاء مربوط به شناسایی گستره حضور احساس‌های منفی و نقش برانگیزاننده موقعیت‌های آزارنده در رابطه با این احساس‌ها، تدوین شد و در پی گسترش پژوهش‌های موجود از طریق آزمون واکنش‌پذیری هیجانی به تنیدگی‌زای آزمایشگاهی و واریسی تأثیر این تنیدگی‌زاهای بر پاسخدهی بیماران در گستره هیجان‌های خاص اضطراب، اندوه، تحقیر، خشم، استیصال، بی‌حوصلگی و شرم است. فرض این بود که بیماران سرپایی دارای اختلال شخصیت مرزی (در مقایسه با بیماران فاقد اختلال شخصیت) واکنش‌پذیری هیجانی فاعلی بالاتری به موقعیت تنیدگی‌زا دارند، و همچنین بازگشت با تأخیر به سطوح برانگیختگی هیجانی اولیه. مطالعه این احساس‌ها، احتمالاً، به درک بیشتر مؤلفه‌های هیجانی این اختلال، منجر می‌شود.

روش

پژوهش حاضر از نوع طرح‌های "نیمه-آزمایشی" (quasi-experimental design) است. برای تعیین گستره اثرگذاری متغیرهای مستقل بر وضعیت هیجانی آزمودنی‌ها، از طرح پیش-آزمون و پس-آزمون با دو گروه استفاده شد. جامعه مورد نظر پژوهش، بیماران دارای اختلال شخصیت مرزی بودند که سابقه روان‌گسستگی (psychosis) و آشفتگی (mania) نداشتند و در زمان اجرای آزمون‌ها، دارای مسمومیت دارویی و مشکلات طبی بازدارنده نبودند. معیارهای ورود، شامل حضور اختلال شخصیت مرزی، تحصیلات در حد دبیرستان، و سن از ۱۸ تا ۴۵ سال و معیارهای خروج، شامل سابقه وهله‌های آشفتگی، اختلال‌های روان‌گسسته، افسردگی شدید، و قرار داشتن در مسمومیت دارویی یا ترک دارو بود. در طرح کنونی، انتخاب تصادفی بیماران و گروه گواه از میان جامعه مربوطه امکان‌پذیر نبود. بنابراین، به‌خاطر عدم امکان دسترسی به مجموع بیماران دارای اختلال شخصیت مرزی، انتخاب بیماران از میان مراجعان به تعدادی از مراکز درمانی و مطب‌های روانپزشکان صورت گرفت. گروه گواه نیز، با توجه به مشخصه‌های جمعیت‌شناختی گروه آزمایشی از میان بستگان بیماران گروه آزمایشی و سایر داوطلبان انتخاب شدند و مورد مقایسه قرار گرفتند. شرط قرار گرفتن در گروه گواه، که گروه غیر بالینی بود، فقدان نشانه‌های مرضی مشخص، به‌ویژه، علائم اختلال شخصیت مرزی بود.

با استفاده از روش نمونه‌گیری هدفمند، براساس ارجاع متخصصان اعصاب و روان، ۳۰ بیمار گروه نمونه، از بین ۴۰ مراجعه‌کننده به مطب‌های روانپزشکان و بیمارستان روانپزشکی قدس، با توجه به پذیرش بیمار برای شرکت در پژوهش، در وهله اول، مصاحبه بالینی براساس DSM-IV و آزمون میلیون ۳، انتخاب شدند. در آغاز، مصاحبه تشخیصی براساس DSM-IV، توسط متخصصان

اعصاب و روان، از آن‌ها به عمل آمد و سپس، جهت اجرای آزمون‌ها به آزمونگرها ارجاع داده شدند. آزمودنی‌های غیربالینی، عمدتاً از میان بستگان بیماران انتخاب شده و براساس سن، جنس و تحصیلات با آن‌ها هم‌تا بودند. برای اطمینان از هم‌تا بودن گروه‌ها، وضعیت جمعیت‌شناختی آن‌ها مورد مقایسه قرار گرفت و عدم تفاوت معنادار دو گروه، هم‌تا بودن آن‌ها را تأیید کرد. برای کنترل تأثیر متغیر سن، آزمودنی‌ها از ۱۸ تا ۴۵ سال انتخاب شدند یعنی حد فاصل زمان آغاز اختلال و زمانی است که ممکن است علائم اختلال رو به کاهش برود. میانگین سن آزمودنی‌های گروه آزمایشی ۲۷/۴۸ و انحراف استاندارد آن ۷/۴۷ بود. در گروه هم‌تای آن، میانگین سن آزمودنی‌ها ۲۶/۶۴ و انحراف استاندارد آن ۷/۱۶ بود. برای کنترل تأثیر متغیر تحصیلات، آزمودنی‌هایی برای پژوهش در نظر گرفته شدند که حداقل تحصیلات آن‌ها دیپلم و حداکثر تحصیلات آن‌ها لیسانس بود. هردو گروه در فرایند آزمایش قرار گرفتند و متغیر آزمایشی (که با عنوان آزمون واکنش هیجانی به شکست معرفی می‌شود) بر آن‌ها اعمال شد. جهت تعیین خط پایه، بر روی آن‌ها پرسشنامه وضعیت هیجانی اجرا گردید و با آزمون واکنش هیجانی به شکست، متغیر آزمایشی اعمال گردید. سپس، با فاصله ۹۰ دقیقه‌ای، با پرسشنامه وضعیت هیجانی، مجدداً مورد آزمون قرار گرفتند. مراحل آزمون، برای آزمودنی‌های گروه گواه نیز، با همان ترتیب، صورت گرفت.

با توجه به احساس‌های ناخوشایند گروه بالینی در پایان آزمایش، آزمون‌گر با هدف رفع حالات منفی آن‌ها، با ارزیابی هوشی و اطمینان بخشی از واقعیت‌های توانایی‌های آن‌ها، به آن‌ها اطمینان داد که از لحاظ متغیرهای بررسی شده مشکلی ندارند.

آزمون میلیون ۳ (MCMI-III): این پرسشنامه توسط تئودور میلیون در سال ۱۹۸۱ طراحی شد و شامل ۱۷۵ جمله کوتاه توصیف خود با پاسخ‌های بلی و خیر است که برای بزرگسالان ۱۸ سال به بالا استفاده می‌شود و شامل ۱۴ الگوی بالینی شخصیت و ۱۰ نشانگان بالینی است. اعتبار و روایی این آزمون بالاست [۲۸]. در ایران، شریفی، مولوی، و نامداری [۲۹]، این پرسشنامه را هنجاریابی کردند که همبستگی نمرات خام اولین اجرا و بازآزمایی آن در دامنه ۰/۸۲ (اختلال هذیانی) تا ۰/۹۸ (اختلال شخصیت اسکیزوئید) گزارش شد. همچنین در این مطالعه، اعتبار آزمون از طریق روش همسانی درونی محاسبه شد و ضریب آلفای مقیاس‌ها در دامنه ۰/۸۷ (وابستگی به الکل) تا ۰/۹۶ (اختلال استرس پس از ضربه) به‌دست آمد.

پرسشنامه وضعیت هیجانی: این آزمون، پرسشنامه خودسنجی است با ۱۰ ماده مختلف جهت ارزیابی پاسخ هیجانی فاعلی (subjective emotional response assessments) که آزمودنی با توجه به آن‌ها، احساس‌های خود را مشخص می‌کند. این ابزار که توسط محققان ساخته شده است مشابه ارزیابی خلق در جلسات درمانگری شناختی-رفتاری است و تنها به توصیف حضور و شدت احساس‌های شناخته شده بیمار پرداخته است.

آزمون هوشی کتل [۳۲، ۳۳] است که در آغاز هر بخش، مثال‌هایی برای آموزش پاسخ دهی درست به آن ارائه شده است. سؤال‌های ارائه شده، بسیار دشوارند و کمتر از ۱/۱ افراد قادر به پاسخ درست به آن‌ها هستند. بنابراین، آزمودنی‌ها یاد می‌گیرند که چگونه به سؤال‌ها پاسخ دهند، اما تنها ممکن است بتوانند به یک یا دو مورد از آن‌ها پاسخ درست دهند. پاسخ درست بیش از این، به احتمال بسیار زیاد، تصادفی است. به‌طور کلی، این پرسش‌ها موجب برانگیختن احساس شکست و ناتوانی می‌شوند. این نرم‌افزار، به‌این دلیل "واکنش هیجانی به شکست" نام گرفته است که به‌طور متناوب، در آغاز، میانه و پایان آزمون، به ارزیابی وضعیت هیجانی آزمودنی، با استفاده از پرسشنامه وضعیت هیجانی می‌پردازد، تا اثرگذاری آن تصریح شود. اگرچه، در آغاز موقعیت آزردهنده‌ای برای آزمودنی‌ها ایجاد می‌شود، اما، ارزیابی هوشی بعدی و تفسیر نهایی آزمونگر مبنی بر نداشتن مشکل هوشی، موجب می‌شود که شکست و تصور پایین بودن سطح ظرفیت یا توان ذهنی آزمودنی‌ها، اشتباه آزمونگر قلمداد شود. طبق ارزیابی صورت گرفته، اعتبار پرسشنامه تدوین شده در حد مناسبی است [۳۰].

یافته‌ها

توصیف و تحلیل یافته‌های پژوهش در چهار مرحله صورت گرفت: توصیف نتایج آزمون میلیون ۳، به تفکیک گروه، جهت تأیید تشخیص روان‌پزشکی اولیه، توصیف نتایج پرسشنامه وضعیت هیجانی آزمودنی‌ها به تفکیک گروه، تحلیل تفاوت‌های دو گروه، در گستره احساس‌های مختلف، در ارزیابی‌های مکرر طی اجرای آزمایش، تحلیل تفاوت‌های دو گروه در احساس‌های مختلف، در پس‌آزمون با کنترل اثر پیش‌آزمون برای بررسی وضعیت آسیب‌شناختی آزمودنی‌ها، نتایج آزمون میلیون ۳، در جدول ۱، ارائه شد.

هریک از مواد، شامل توصیف یک حالت هیجانی (مانند، نگران هستیم، یا، احساس بی‌ارزشی می‌کنم)، و درجه‌بندی شدت احساس‌ها از ۰ (هیچ)، تا ۶ (بسیار شدید) است. هماهنگ با شیوه‌های مورد استفاده در مطالعات قبلی، در مورد ارزیابی واکنش‌پذیری به تنیدگی زوای آزمایشگاهی [۹]، در سراسر آزمایش، از آزمودنی‌ها خواسته شد که سطوح اضطراب، اندوه، تحقیر، شرم، خشم، و استیصال خود را، همراه با توصیف‌های کلی‌تر از حالات عاطفی خود، شامل، بی‌حوصلگی، ناراحتی، و بی‌ارزشی، و توصیف کلی از حالت عاطفی خود، به‌صورت نامتمايز "احساس بد"، که در لحظه آزمون تجربه می‌کنند، مشخص کنند. با توجه به اینکه تمام مواد آزمون بیانگر احساس‌های منفی و دردناک هستند، در گستره صفر تا ۶۰، هرچه نمره آزمودنی بالاتر باشد احساس‌های ناخوشایندتری را تجربه می‌کند. وضعیت هیجانی آزمودنی‌ها در ۴ مرتبه مختلف در طی اجرای آزمایش ارزیابی شد.

انواع مختلفی از پرسشنامه‌های وضعیت هیجانی ساخته شده است که دارای ویژگی‌های مشابه هستند. اما، هیچکدام تمام گستره هیجان‌های مورد نظر پژوهشگر را در بر نمی‌گرفتند. بنابراین، محقق ناچار به افزودن تعدادی از مواد به آزمون، جهت بررسی احساس‌های دیگر شد. طبق ارزیابی صورت گرفته، قابلیت اعتماد (reliability) پرسشنامه تدوین شده در حد مناسبی است [۳۰].

آزمون واکنش هیجانی به شکست: این ابزار متغیر آزمایشی پژوهش است که با نام آزمون ظرفیت‌های فکری به بیماران ارائه می‌شود، نرم‌افزاری کامپیوتری است که با الگوبرداری از نرم‌افزار شناخته شده PASAT-C توسط محققان ساخته شد؛ یک ابزار تنیدگی‌زای آزمایشگاهی برای القای پریشانی به‌صورت اضطراب، ناکامی و تحریک‌پذیری [۹، ۳۱]. اما، برتری‌های قابل توجهی به آن دارد. تمام مراحل اجرای این آزمون، به‌طور خودکار و بدون نقش آزمونگر قابل اجراست. این آزمون، شامل دو بخش سؤال‌های

جدول ۱. توصیف آماری نتایج آزمون میلیون ۳، به تمایز گروه‌های بالینی و غیر بالینی

شاخص	بالینی		غیر بالینی		شاخص	بالینی		غیر بالینی	
	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین		انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین
افشاء	۵۹/۹۲	۳۰/۳۷	۶۱/۴۶	۱۶/۵۴	اسکیزوتیپال	۲۲/۶	۳۸	۲۷/۱۴	۱۷/۷۹
مطلوبیت	۳۷/۷۳	۲۶/۸۳	۶۷/۰۷	۱۸/۶۱	مرزی	۲۲/۴۶	۴۳/۱۲	۳۲/۴۳	۱۷/۴۶
بدنمایی	۵۱/۰۸	۳۱/۹۹	۳۱/۴۳	۲۶/۳	پارانویید	۲۳/۰۴	۳۹/۸۱	۳۷/۵	۲۰/۸۵
اسکیزویید	۳۹/۳۸	۲۱	۲۸/۲۵	۲۰/۳	۱. اضطرابی	۳۲/۰۹	۴۸/۰۴	۳۴/۵	۲۴/۷۴
اجتنابی	۴۳/۹۶	۲۰/۸۵	۳۰/۸۲	۱۵/۵۹	۱. بدنی شکل	۲۳/۸۶	۳۹/۸۱	۲۷/۵	۲۲/۱۴
افسرده	۶۱/۸۵	۳۰/۵۵	۴۰/۸۶	۲۶/۹۹	آشفتگی	۲۵/۵۱	۴۴/۷۳	۲۷/۱۸	۲۴/۷۶
وابسته	۳۸/۸۱	۲۶/۰۳	۲۴/۴۶	۱۸/۲۴	افسرده‌خوبی	۲۴/۵۱	۴۶/۶۵	۲۸/۹۶	۱۸/۷
نمایشی	۴۳/۴۲	۲۲/۳۶	۵۲/۲۱	۲۶/۱	وابستگی به الكل	۱۷/۷	۲۹/۶۵	۱۵/۶۱	۱۱/۱۹
خوددوستاندار	۳۴/۰۴	۱۹/۵۹	۴۷/۵	۲۰/۳۹	وابستگی به مواد	۲۱/۹۵	۲۸/۶۲	۲۰/۶۱	۱۲/۱۷
ضداجتماعی	۴۳/۰۴	۲۲/۱۲	۳۱/۱۱	۱۵/۱۹	تنیدگی پس‌ضربه‌ای	۳۶/۹۸	۴۱/۸۱	۲۲/۴۳	۲۵/۷۶
آزارگر	۴۳/۲۷	۲۴/۱۷	۳۲/۲۹	۱۸/۹۶	اختلال تفکر	۲۵/۷	۵۱/۶۹	۲۵/۸۶	۲۳/۲۵
وسواسی	۳۵/۴۶	۲۲/۶۴	۵۷/۶۸	۱۸/۷۹	افسردگی مه‌اد	۲۵/۰۸	۴۵/۱۹	۲۴/۴۶	۲۴/۱۵
منفی‌نگر	۴۷/۵	۲۴/۱۲	۳۶/۶۴	۲۰/۴۲	اختلال هذیانی	۲۲/۸۶	۳۲/۳۵	۲۱/۸۹	۱۹/۶۹
آزارپذیر	۴۲/۵	۲۱/۵	۳۱/۲۵	۲۱/۵۵					

آزمون میلون ۳، وضعیت روان‌شناختی فرد را از زوایای مختلف با ۲۷ متغیر کمی در اختیار ما قرار می‌دهند. برای مشاهده دقیق وضعیت هیجانی آزمودنی‌ها، نتایج پرسشنامه وضعیت هیجانی، قبل، در حین و بعد از مداخله آزمایشی، در جدول ۲ ارائه شد. بر حسب داده‌های به دست آمده، برای مقایسه گروه‌ها و آزمون تأثیر متغیرهای مستقل، و برای کنترل اثر پیش‌آزمون، از تحلیل واریانس یک‌راهه، تحلیل کوواریانس و اندازه‌های مکرر برای مقایسه چند گروه، استفاده شد.

جدول ۲. توصیف آماری نتایج پرسشنامه وضعیت عاطفی، به تفکیک گروه

شاخص	مرتبه آزمون		اول		دوم		سوم		چهارم	
	تعداد	گروه	انحراف میانگین	انحراف معیار	انحراف میانگین	انحراف معیار	انحراف میانگین	انحراف معیار	انحراف میانگین	انحراف معیار
اضطراب	۱۵	بالینی	۲/۴۶	۱/۹۳	۳/۸۶	۱/۸۸	۴/۴۳	۱/۶۴	۳/۰۷	۱/۸۸
	۱۵	غیربالینی	۱/۷۹	۱/۵۲	۲/۰۷	۱/۵۶	۲/۰۵	۱/۵۵	۱/۸۹	۱/۳۷
اندوه	۱۵	بالینی	۲/۱۴	۱/۹۴	۳/۲۹	۱/۸۴	۳/۶۸	۱/۷۲	۲/۸۲	۱/۹۱
	۱۵	غیربالینی	۱/۳۶	۱/۵۲	۱/۷۵	۱/۷۸	۱/۸۶	۱/۷۶	۱/۶۴	۱/۶۶
فقدان انرژی	۱۵	بالینی	۲/۰۷	۲	۳/۱۸	۱/۷۹	۳/۳۲	۱/۸۵	۲/۹۶	۲/۰۶
	۱۵	غیربالینی	۱/۲۹	۱/۳	۱/۶۸	۱/۴۴	۱/۸۶	۱/۵۶	۱/۴۶	۱/۵۵
تحقیر	۱۵	بالینی	۱/۴۶	۱/۸۶	۲/۲۵	۱/۹۴	۲/۷۵	۱/۹۶	۱/۵۴	۲
	۱۵	غیربالینی	-۰/۶۱	۱/۳۱	-۰/۸۹	۱/۱۷	-۰/۹۳	۱/۱۵	-۰/۶۱	۱/۲۹
شرم	۱۵	بالینی	۱/۰۴	۱/۴	۲/۲۹	۱/۵۴	۳/۱۱	۱/۶۶	۲/۰۴	۱/۸۱
	۱۵	غیربالینی	-۰/۶۴	۱/۱۳	-۰/۸۶	۱/۲۴	۱/۰۴	۱/۲۷	۱/۲۵	۱/۴۸
ناراحتی	۱۵	بالینی	۲/۲۱	۲/۱۸	۳	۱/۹۶	۳/۷۵	۲/۰۷	۲/۹۳	۲/۱۹
	۱۵	غیربالینی	۱/۲۵	۱/۶	۱/۵۷	۱/۵	۱/۸۶	۱/۶۷	۱/۶۸	۱/۶۳
نارزندگی	۱۵	بالینی	-۰/۸۹	۱/۲۹	۱/۹۶	۱/۸۹	۲/۷۵	۲/۱۴	۱/۳۶	۱/۹۷
	۱۵	غیربالینی	-۰/۵۴	۱/۲	-۰/۶۱	۱/۲	-۰/۸۹	۱/۴	-۰/۵	۱/۰۷
خشم	۱۵	بالینی	۲	۲/۳۲	۲/۸۶	۲/۲۱	۳/۳۲	۲/۳۶	۲/۲۵	۲/۲
	۱۵	غیربالینی	۱/۱۱	۱/۶۶	۱/۱۸	۱/۶۳	۱/۶۴	۱/۸۵	۱/۳۲	۱/۶۶
استیصال	۱۵	بالینی	۱/۵۷	۲/۰۴	۲/۲۹	۲/۱۱	۲/۷۱	۲/۱۲	۱/۶۸	۲/۰۴
	۱۵	غیربالینی	-۰/۵۴	۱/۲۹	-۰/۷۱	۱/۳۸	۱/۱۱	۱/۷۷	-۰/۷۹	۱/۵
احساس بد [بدون تمایز]	۱۵	بالینی	۱/۸۶	۱/۸۸	۳/۱۴	۱/۹	۴/۱۱	۱/۸۱	۲/۵۲	۲/۱۴
	۱۵	غیربالینی	-۰/۸۶	۱/۵۶	۱/۱۸	۱/۶۱	۱/۸۶	۱/۸۶	۱/۰۷	۱/۵۸

جدول ۳. تحلیل اندازه‌های مکرر واکنش‌های هیجانی به شکست در طول آزمایش

احساس بیان شده	منبع واریانس	لامبدای ویلکز	درجه آزادی	F	معناداری	مجذور اتا
اضطراب	سری زمانی	۰/۵۶	۳	۲۰/۹۹	۰/۰۰۱	۰/۴۷
	سری زمانی × گروهها	۰/۸۷	۳	۳/۸۵	۰/۰۱۴	۰/۱۶
اندوه	سری زمانی	۰/۷۶	۳	۸/۳۴	۰/۰۰۱	۰/۲۴
	سری زمانی × گروهها	۰/۹۲	۳	۲/۱۹	۰/۱۲	۰/۰۸
فقدان انرژی	سری زمانی	۰/۶۹	۳	۱۲/۱۲	۰/۰۰۱	۰/۳۱
	سری زمانی × گروهها	۰/۹۱	۳	۲/۵۹	۰/۰۸۴	۰/۰۹
تحقیر	سری زمانی	۰/۸۳	۳	۵/۲۶	۰/۰۰۴	۰/۱۷
	سری زمانی × گروهها	۰/۹۳	۳	۲/۰۹	۰/۰۶۷	۰/۰۷
شرم	سری زمانی	۰/۵۹	۳	۱۸/۷۲	۰/۰۰۱	۰/۴۱
	سری زمانی × گروهها	۰/۷۵	۳	۵/۸	۰/۰۰۱	۰/۲۵
ناراحتی	سری زمانی	۰/۶۹	۳	۱۱/۸۶	۰/۰۰۱	۰/۳۱
	سری زمانی × گروهها	۰/۹۲	۳	۲/۲۴	۰/۱۱۶	۰/۰۸
کهنتری	سری زمانی	۰/۶۲	۳	۱۶/۱۶	۰/۰۰۱	۰/۳۸
	سری زمانی × گروهها	۰/۷۸	۳	۷/۵۲	۰/۰۰۱	۰/۲۲
خشم	سری زمانی	۰/۷۸	۳	۷/۵۵	۰/۰۰۱	۰/۲۲
	سری زمانی × گروهها	۰/۹۵	۳	۱/۵۲	۰/۱۱۴	۰/۰۵
استیصال	سری زمانی	۰/۷۴	۳	۹/۳۸	۰/۰۰۱	۰/۲۶
	سری زمانی × گروهها	۰/۹۵	۳	۱/۵۳	۰/۲۲۵	۰/۰۶
تجربه کلی احساس بد	سری زمانی	۰/۵۱	۳	۲۵/۱۶	۰/۰۰۱	۰/۴۹
	سری زمانی × گروهها	۰/۸۸	۳	۳/۷۳	۰/۰۳	۰/۱۲

برای فهم این مسئله، دو گروه بالینی و غیربالینی، در دومین و سومین ارزیابی وضعیت هیجانی طی آزمایش، با استفاده از تحلیل کوواریانس برای مقایسه دو گروه (با کوواریات اولین ارزیابی وضعیت هیجانی)، مورد مقایسه قرار گرفتند. نتایج در جدول ۴ ارائه شدند.

نتایج، بیانگر این است که تفاوت آزمودنی‌های دو گروه، در تمام مواد آزمون وضعیت هیجانی، معنادار دارند. از آغاز، از دومین تا سومین ارزیابی وضعیت هیجانی، تمام احساس‌های منفی بیماران دارای اختلال شخصیت مرزی شدیدتر از گروه مقایسه است. بنابراین، تفاوت معنادار دو گروه، مربوط به روند افزایش احساس‌های دردناک طی اجرای آزمایش است؛ گذار از ارزیابی دوم به سوم معنادار نبوده است. اگرچه فرایند تشدید یا برانگیختگی برخی از این احساس‌ها، مانند گروه دیگر بود، اما، در تمام مراحل ارزیابی، احساس‌های منفی گروه بالینی، در مقایسه با خط پایه، به‌طور معناداری شدیدتر از گروه دیگر بودند.

برای بررسی تفاوت در بازگشت به خط پایه در صورت برانگیختن یا تشدید احساس‌های دردناک، دو گروه، از تحلیل کوواریانس، جهت مقایسه وضعیت هیجانی دو گروه، یک ساعت و نیم پس از پایان آزمایش، با کوواریات آخرین پرسشنامه اجرا شده در پایان آزمایش (مرتبه سوم)، که احساس‌های دردناک دو گروه در اوج خود هستند، استفاده شد. نتایج مربوطه در جدول ۵ خلاصه شده است.

برای بررسی تفاوت واکنش هیجانی بیماران دارای اختلال شخصیت مرزی، به موقعیت آزارنده (دربدارنده شکست و نارزنده سازی)، در مقایسه با گروه کنترل، از تحلیل اندازه‌های مکرر، جهت مقایسه نتایج پرسشنامه وضعیت هیجانی در ارزیابی از دو گروه استفاده شد. نتایج در جدول ۳ ارائه شد.

نتایج نشان می‌دهند که میزان لامبدای ویلکز برای سری زمانی \times گروه‌ها، در احساس‌های اضطراب، شرم، کهتری، و گزارش کلی احساس بد، از ۰/۷۵ تا ۰/۸۸ با سطح معناداری ۰/۰۰۰۱ تا ۰/۰۳ گسترده است (که کمتر از آلفای ۰/۰۵ است). بنابراین می‌توان نتیجه گرفت که از میان احساس‌هایی که، براساس پیشینه پژوهش، در فرضیه آمده است، تفاوت گروه‌ها در اضطراب، شرم و کهتری، به استثنای خشم، معنادار است. اما، نتایج دو گروه در سایر احساس‌ها، غیر از توصیف کلی احساس بد، معنادار نیست. این موارد، عمدتاً احساس‌های افسرده‌وار هستند. همچنین، میزان مجذور اتا از ۰/۱۲ تا ۰/۲۵ است که بیانگر میزان تأثیر متوسط برای متغیر مستقل (تجربه شکست و ناکامی) در متغیر وابسته (گزارش احساس‌های منفی اضطراب، شرم، کهتری، و احساس بد) است.

اما، ممکن است عدم تفاوت معنادار گروه‌ها در خشم و احساس‌های افسرده‌وار در تمام طول آزمایش به همان صورت نبوده باشد. به عبارت دیگر، ممکن است برانگیخته شدن این احساس‌ها در گروه بالینی، در هر سطح از آزمایش، متفاوت با گروه دیگر بوده باشد.

جدول ۴. تحلیل کوواریانس نتایج گروه‌ها در آزمون‌های دوم تا چهارم وضعیت هیجانی (با کوواریت خط پایه)

منبع واریانس	متغیر وابسته	میانگین مجذورات	درجه آزادی	F	معناداری	مجذور اتا
اضطراب	دوم	۲۸/۷۶	۱	۱۲/۳۱	۰/۰۰۱	۰/۱۸۸
	سوم	۳۵/۱۷	۱	۱۸/۱	۰/۰۰۰۱	۰/۲۵۴
	دوم	۱۶/۰۲	۱	۶/۷۴	۰/۰۱۲	۰/۱۱۳
اندوه	سوم	۲۹/۲۲	۱	۱۱/۶۴	۰/۰۰۱	۰/۱۸
	دوم	۱۱/۴۹	۱	۹/۸۷	۰/۰۰۳	۰/۱۵۷
فقدان انرژی	سوم	۱۲/۷۵	۱	۶/۸	۰/۰۱۲	۰/۱۱۴
	دوم	۱۳/۲۸	۱	۶/۱۵	۰/۰۱۶	۰/۱۰۴
تحقیق‌شدگی	سوم	۳۰/۴۸	۱	۱۳/۱۸	۰/۰۰۱	۰/۱۹۹
	دوم	۱۸/۰۲	۱	۱۵/۷۲	۰/۰۰۰۱	۰/۲۲۹
شرم	سوم	۴۷/۹	۱	۲۴/۶	۰/۰۰۰۱	۰/۳۱۷
	دوم	۷/۹۱	۱	۵/۶۵	۰/۰۲۱	۰/۰۹۶
ناراحتی	سوم	۲۲/۲۳	۱	۱۰/۱۵	۰/۰۰۲	۰/۱۶۱
	دوم	۱۵/۰۱	۱	۱۱	۰/۰۰۲	۰/۱۷۲
احساس کهتری	سوم	۳۲/۷۶	۱	۱۵/۴۴	۰/۰۰۰۱	۰/۲۲۶
	دوم	۱۶/۹۱	۱	۷/۵۲	۰/۰۰۸	۰/۱۲۴
خشم	سوم	۱۷/۶۹	۱	۵/۶۵	۰/۰۲۱	۰/۰۹۶
	دوم	۶/۸۷	۱	۵/۳۵	۰/۰۲۵	۰/۰۹۲
استیصال	سوم	۸/۰۵	۱	۳/۹۱	۰/۰۵	۰/۰۶۹
	دوم	۲۳/۱۵	۱	۱۱/۶۹	۰/۰۰۱	۰/۱۸۱
تجربه کلی احساس بد	سوم	۳۶/۸۴	۱	۱۴/۸	۰/۰۰۰۱	۰/۲۱۸

جدول ۵. نتایج تحلیل کوواریانس نتایج گروه‌ها در چهارمین آزمون وضعیت هیجانی (با کواریانس مورد سوم)

منبع واریانس	میانگین مجزورات	درجه آزادی	F	معناداری	مجذور اتا
اضطراب	۰/۳۱	۱	۰/۲۱	۰/۳۳	۰/۰۰۴
اندوه	۰/۰۵	۱	۰/۰۲	۰/۴۴	۰/۰۰۰۱
فقدان انرژی	۱/۶۴	۱	۱	۰/۱۶	۰/۰۱۹
تحقیرشدگی	۰/۱۲	۱	۰/۰۶	۰/۴۱	۰/۰۰۱
شرم	۰/۰۹	۱	۰/۰۴	۰/۴۲	۰/۰۰۱
ناراحتی	۰/۰۱۲	۱	۰/۰۰۵	۰/۴۹	۰/۰۰۰۱
احساس کهنتری	۰/۰۰۱	۱	۰/۰۰۰	۰/۴۹	۰/۰۰۰۱
خشم	۰/۰۰۳	۱	۰/۰۰۱	۰/۴۹	۰/۰۰۰۱
استیصال	۰/۲۴	۱	۰/۱۵	۰/۳۵	۰/۰۰۳
تجربه کلی احساس بد	۰/۰۱	۱	۰/۰۰۵	۰/۴۷	۰/۰۰۰۱

در همان سطح بالا باقی بماند یا کاهشی کمتر از گروه دیگر پیدا کند. با توجه به اینکه شدت احساس‌های منفی کاملاً کاهش نیافته است، ممکن است بتوان عدم تفاوت معناداری گروه‌ها را مربوط به کندی تغییرات هر دو گروه دانست. بنابراین، با مقایسه نتایج گروه‌ها در چهارمین آزمون وضعیت هیجانی، با کوواریانس اولین مورد (خط پایه)، شاید بتوان به ارزیابی متفاوتی در مورد تفاوت دو گروه در برخی از احساس‌های منفی دست یافت و بتوان به شیوه‌ای دیگر همان اهداف را دنبال کرد. نتایج، در جدول ۶ ارائه شده است.

همچنان که از نتایج آشکار است، هیچ تفاوت معناداری بین دو گروه از لحاظ هیچ‌یک از مواد پرسشنامه وضعیت هیجانی، در چهارمین آزمون وضعیت هیجانی، که یک ساعت و نیم بعد از اتمام آزمایش صورت گرفت، با کوواریانس سومین مورد، وجود ندارد. با توجه به یافته‌های ارائه شده در مورد دو گروه، عدم تفاوت به‌این معنا است که سطح برانگیختگی احساس‌های منفی هر دو گروه به‌طور مشابهی کاهش یافته است. در چنین شرایطی است که در ارزیابی آماری، تفاوتی بین دو گروه مشاهده نمی‌شود. انتظار محققان این بود که احساس‌های منفی گروه بالینی

جدول ۶. نتایج تحلیل کوواریانس نتایج گروه‌ها در پنجمین آزمون وضعیت هیجانی (با کواریانس اولین مورد)

منبع واریانس	میانگین مجزورات	درجه آزادی	F	معناداری	مجذور اتا
اضطراب	۹/۸۱	۱	۴/۷۷	۰/۰۱۷	۰/۰۸۳
اندوه	۶/۳	۱	۳/۰۷	۰/۰۴۳	۰/۰۵۵
فقدان انرژی	۱۰/۲۴	۱	۶/۴۶	۰/۰۰۷	۰/۱۰۹
تحقیرشدگی	۱/۱۴	۱	۰/۷۸۹	۰/۱۸۹	۰/۱۵
شرم	۴/۲۷	۱	۱/۹	۰/۰۸۷	۰/۰۳۵
ناراحتی	۲/۴۷	۱	۲/۱۸	۰/۰۷۳	۰/۰۴
احساس کهنتری	۵/۰۵	۱	۲/۸۴	۰/۰۴۹	۰/۰۵۱
خشم	۰/۷۲	۱	۰/۵۳۶	۰/۲۳۴	۰/۰۱
استیصال	۰/۰۱	۱	۰/۰۱	۰/۴۶	۰/۰۰۰۱
تجربه کلی احساس بد	۴/۴۳	۱	۲/۶۶	۰/۰۵۵	۰/۰۵

ارزیابی مانع ظهور تفاوت گروه‌ها در ارزیابی چهارم با کوواریانس سومین ارزیابی شد. دو گروه، با وجود حذف اثر پیش‌آزمون، هنوز هم متفاوت مانده‌اند.

بحث

پژوهش حاضر، به ارزیابی و مقایسه تأثیر موقعیت آزارنده در وضعیت عاطفی بیماران دارای اختلال شخصیت مرزی و گروه غیربالینی پرداخت. بیماران دارای اختلال شخصیت مرزی دارای تجربه مکرر طیف وسیعی از هیجان‌های منفی هستند. حضور خشم

نتایج این ارزیابی، مبین این است که با گذشت یک ساعت و نیم از تجربه پرتنش عاطفی آزمودنی‌ها و با وجود اقدام آزمون‌گر جهت کاهش تنش آن‌ها، هنوز تفاوت دو گروه در برخی از تجربه‌های عاطفی منفی، نسبت به خط پایه، معنادار است. نتایج، مبین تفاوت دو گروه در چهار مورد از احساس‌های منفی است: اضطراب، اندوه، فقدان انرژی، و احساس کهنتری؛ احساس‌هایی که مستقیماً با نشانگان افسردگی همراهند. شاید بتوان این احساس‌ها را مواردی از تجربه هیجانی دانست که بعد از برانگیخته شدن در افراد مرزی، به کندی کاهش می‌یابند. بنابراین، میزان تفاوت در سومین مرتبه

پرخاشگری، که در هسته مرضی این اختلال جای دارند، در واکنش به استرس‌های آزمایشگاهی قابل توجه است. اما، نتایج این پژوهش، نکته مهمی به تحقیقات انجام گرفته می‌افزاید، که حضور احساس کهنتری در میان واکنش‌های هیجانی بیماران است؛ احساسی که با وجود حضور در یافته‌های بالینی، تصریحی در مورد آن صورت نگرفته بود.

اگرچه، احساس کهنتری و تحقیر شدگی را تنها در یافته‌های بالینی می‌توان مشاهده کرد [۲۶، ۲۷] و یافته پژوهشی در مورد نقش آن‌ها در این بیماران، یافت نشد، اما، احساس‌های دیگری که مورد مطالعه قرار گرفته‌اند با یافته‌های این پژوهش هماهنگ هستند. پژوهش‌های انجام شده در پی درک نقش بی‌نظمی در هیجان‌های مختلف، در این اختلال، بودند؛ از جمله شرم [۹، ۱۰]، خشم و مهار آن [۸]، تش و اضطراب [۱۱]، ترس [۱۲]، و برانگیختگی [۱۳]. چگونه می‌توان یافته‌های این پژوهش را به مجموعه یافته‌های بالینی و پژوهشی موجود در مورد ناپهنجاری‌های هیجانی در افراد دارای اختلال شخصیت مرزی پیوند داد؟ احتمالاً، مهمترین نکته‌ای که این پژوهش به یافته‌های قبلی می‌افزاید، واکنش‌پذیری هیجانی در شرایط تنیدگی و موقعیت‌های آزار دهنده است؛ که در زندگی اجتناب‌ناپذیرند.

نکته مهم دیگر، رابطه و پیوند بین احساس‌های شرم و کهنتری است. می‌توان شرم را احساسی آنی، وابسته به حضور دیگران، و احتمالاً گذرا دانست. در صورتی که، کهنتری، احساسی عمیق‌تر و مربوط به ارزشیابی فرد از خودش (در وهله اول) و ارزشیابی او از ارزیابی دیگران در مورد وی (در وهله دوم) دانست. این دو احساس وجوه مشابه زیادی دارند. مهم این است که بسیاری از نکاتی که در مورد احساس شرم بیان شده است در مورد احساس کهنتری نیز صادق است؛ به ویژه، رابطه آن‌ها با خودپندار.

شدت بیش‌تر واکنش‌های عاطفی منفی در بیماران دارای اختلال شخصیت مرزی با پژوهش حاضر و سایر تحقیقات، از جمله تحقیق والترز [۶] نیز همسو است که نشان داد که اشخاص دارای اختلال شخصیت مرزی می‌توانند واکنش‌پذیری بیشتری به تنیدگی‌زاهای اجتماعی از خود نشان دهند؛ واکنش هیجانی بیماران دارای اختلال شخصیت مرزی، به رویدادهای کوچک یا بی‌اهمیت برای دیگران (مانند، آزدگی در چهره کسی، یا، یک تن صدای بدون هیجان)، بیش‌تر است. همچنین، افراد دارای این اختلال، شدت عاطفی بالاتری را در پاسخ به رویدادهای منفی نشان می‌دهند تا افراد دارای سایر اختلال‌های شخصیت. اما، این واکنش‌پذیری هیجانی خاص هیجان‌های منفی است. اگر چه، پژوهش‌های پیشین، به ویژه گراتر [۹]، پایداری احساس‌های منفی این بیماران را بعد از تغییرات بیرونی مطرح کرده‌اند، اما زمان مورد نظر آن‌ها از چند دقیقه فراتر نرفته است. در این پژوهش، مشخص شد که زمان پایداری احساس‌های افسرده‌وار (از جمله، اندوه، فقدان انرژی، و استیصال) در این بیماران می‌تواند تا بیش از یک ساعت ادامه یابد.

و شرم و نقش آن‌ها در منظومه نشانه‌های مرضی این بیماران، بیش از سایر احساس‌های منفی مورد پژوهش قرار گرفته است؛ خشم، از نشانه‌های متمایزکننده این اختلال و شرم، احساسی است که، طبق تحقیقات، در زیر بنای علائم این اختلال قرار دارد. یافته‌های پژوهش، بیانگر این بودند که شدت بیشتر احساس‌های منفی تجربه شده در افراد دارای اختلال شخصیت مرزی، در پاسخ به موقعیت‌های آزارنده، در مقایسه با گروه غیربالینی، گستره وسیعی از احساس‌های منفی را در برمی‌گیرد. این نتایج، به درک بیش‌تر این اختلال می‌انجامد و پیامدهای نامطلوب آن در زندگی فردی و اجتماعی بیماران را نمایان‌تر می‌سازد.

قرار دادن واکنش‌پذیری هیجانی در کانون این پژوهش، از این‌رو قابل دفاع است که اختلال شخصیت مرزی، با بی‌نظمی شدید و گسترده هیجان، رفتار و شناخت، مشخص می‌شود [۱، ۲]، که به صورت واکنش‌های هیجانی قوی به محرک هیجانی و بازگشت‌گند به سطح هیجانی خط پایه، قابل تمایز است. افراد دارای اختلال شخصیت مرزی، هم گستره وسیع‌تری از هیجان‌های منفی را در برابر تجربه‌های ناخوشایند تجربه می‌کنند و هم، در احساس‌های افسرده‌وار مدت زمان بیشتری را در وضعیت برانگیختگی به سر می‌برند. عدم حضور خشم و پرخاشگری در میان واکنش‌های هیجانی منفی این بیماران به موقعیت‌های آزارنده، احتمالاً، بیانگر بازداری آن‌ها تحت تأثیر موقعیت آزمایشی است. اما، شرم و کهنتری، در همه جا حاضرند. به نظر می‌رسد، شرم و کهنتری، از میان احساس‌های منفی این بیماران، در واکنش به شرایط آزارنده، نقش مشخص‌تری ایفا می‌کنند.

پژوهش والترز [۶] مبین این بود که اشخاص دارای اختلال شخصیت مرزی، در مقایسه با گروه‌های غیربالینی، سطوح بالاتر شدت عاطفی منفی را همراه با سطوح مشابه عواطف مثبت از خود نشان می‌دهند. همچنین، شدت عاطفه منفی ارزیابی شده براساس آزمون‌های خودسنجی با نشانه‌های اختلال شخصیت مرزی همبسته‌اند و تنیدگی، نقش بنیادی در ظهور نشانه‌های مرضی محوری ایفا می‌کند. گلاسر، ون‌اس، منجلرز، و ماین-جرمیز [۲۰]، به این نتیجه رسیدند که نشانه‌های مرضی واکنشی در برابر تنیدگی، می‌توانند بخشی از تشخیص اختلال شخصیت مرزی باشند. علاوه بر تأیید موارد یاد شده، یافته‌های پژوهش، با این مطلب همسو است که بی‌نظمی هیجانی، آسیب‌پذیری هیجانی و ناتوانی در تنظیم پاسخ‌های هیجانی، از دیگر ویژگی‌های مهم این بیماران است [۷]. نکته مهم این است که در این بیماران، احساس شرم، ترس از شرمندگی و تحقیر شدن را در سطح بالایی تجربه می‌کنند [۷، ۳۴]. اما، طبق یافته‌های پژوهش، شاید موقعیت‌ها یا همراهی حضور رگه‌های شخصیتی بازدارنده بتواند موجب حذف خشم از میان نشانه‌های مرضی اختلال شخصیت مرزی شود، اما احساس‌های فعل‌پذیر مانند شرم و کهنتری در همه جا حضور دارند و گستره زندگی فرد را در بر می‌گیرند. در پژوهش مشابهی که توسط گراتر [۹] انجام گرفت نیز جای خالی واکنش‌های خشم و

افزوده می‌گردد. اگرچه، یافته‌های این پژوهش هیچگونه تبیینی در مورد نقش انحصاری احساس‌هایی مانند کهنتری در سایر نشانه‌های مرضی بیماران فراهم نمی‌سازد، اما نشان می‌دهد که می‌توان آن‌ها را به‌عنوان بخشی از اختلال شخصیت مرزی دانست. شاید با طرح مفهوم خود پندار بتوان به تبیین بهتری از جلوه‌های منفی مختلف هیجان‌پذیری این بیماران دست یافت. احتمالاً، تعدادی از احساس‌های منفی این بیماران، واکنشی به تخریب خودپندار آنان باشد؛ تخریبی که تابع شرایط آزاردهنده بیرونی (احتمالاً در گذشته) است. نکته مهمی که برای چنین پژوهشی، امتیاز مثبتی به شمار می‌رود، مشابهت قابل ملاحظه نشانه‌های مرضی اختلال شخصیت مرزی در گروه‌های سنی و جنس مختلف، صرف‌نظر از نژاد و فرهنگ است. به این ترتیب، بدون اینکه بتوان مدعی تعمیم‌پذیری نتایج این پژوهش به جامعه بیماران مبتلا به اختلال شخصیت مرزی بود، امید است نتایج به دست آمده، در پژوهش‌های دیگر نیز تأیید شوند.

تشکر و قدردانی: در پایان محقق لازم می‌داند از زحمات جناب آقای دکتر شیرزاد سیفی و همه‌ی همکاران مرکز مشاوره‌ی بیماری‌های رفتاری سنندج، که صمیمانه و بی‌دریغ در انجام این پژوهش مشارکت داشتند قدردانی کند.

منابع

1. Diagnostic and statistical manual of mental disorders Text Revision (DSM-IV-TR). 4 ed. Washington, DC: American Psychiatric Association; 2000.
2. Association A Psychiatric Association. Practice guidelines for the treatment of patients with borderline personality disorder: American Psychiatric Pub; 2001.
3. Kazdin AE. Encyclopedia of psychology: Oxford University Press; 2000.
4. Svrakic DM, Cloninger C. Personality disorders. In: Sadock BJ SV, editor. Kaplan & Sadock's comprehensive textbook of psychiatry(9 ed). New York: Williams & Wilkins; 2005.
5. McMain SF, Links PS, Gnam WH, Guimond T, Cardish RJ. A Randomized Trial of Dialectical Behavior Therapy Versus General Psychiatric Management for borderline personality disorder. The Am J of Psychiatr. 2009; 166(12):1365-75.
6. Walters KN. Emotional responses to social rejection and failure among persons with borderline personality features [Dissertation]: University of Alberta; 2006.
7. Judd PH, McGlashan TH. A developmental model of borderline personality disorder: Understanding variations in course and outcome. Washington DC: American Psychiatric Publishing, Inc; 2003.
8. Jacob G, Guenzler AC, Zimmermann S, Scheel CN, Rüscher N, Leonhart R, Nerb J, Lieb K. Time course of anger and other emotions in women with borderline personality disorder: A preliminary study. J Behav Ther Exp Psychol. 2008; 39(3):391-402.
9. Gratz KL, Rosenthal MZ, Tull MT, Lejuez CW, Gunderson JG. An experimental investigation of

به این صورت حضور افسردگی، به عنوان بخشی از این اختلال نیز تأیید می‌شود [۲، ۳۵].

نکته دیگری که لازم است مورد بررسی قرار گیرد نقش خاص موقعیت‌ها در برانگیختن هیجان‌هاست. شرایط آزمایشی که واکنش‌های عاطفی خاصی را فرا می‌خوانند می‌تواند واکنش‌های عاطفی ناسازگار یا متناوب (alternative) را نیز بازدارد. برای مثال، ممکن است در شرایط مشابه ناکامی یا شکست، در موقعیت زندگی بیمار، واکنش‌پذیری او به صورت‌های متفاوتی ظاهر شود و شامل احساس‌هایی باشد که در موقعیت آزمایشی مشاهده نشد؛ واکنش‌هایی مانند پرخاشگری. چنین تفاوتی احتمالاً به خاطر نقش بازدارنده موقعیت آزمایشی است. به عبارت دیگر، در این پژوهش و تحقیقات مشابه، تنها، بخشی از رفتارهای بیمار قابل مشاهده است. این محدودیت، بیانگر محدودیت‌های شناخته شده روش‌های آزمایشی است.

نتیجه‌گیری

می‌توان یافته‌های پژوهش را به‌صورتی هماهنگ در رابطه با همدیگر قرار داد و مؤلفه‌های مختلف بیماری را متمایز کرد. بخش‌هایی از یافته‌های پیشین تأیید می‌شود و یافته‌هایی، به موارد قبلی

- emotional reactivity and delayed emotional recovery in borderline personality disorder: the role of shame. Compr Psychiatr. 2010; 51(3):275-85.
10. Rüscher N, Lieb K, Göttler I, Hermann C, Schamm E, Richter H, Jacob GA, Corrigan PW, Bohus M. Shame and implicit self-concept in women with borderline personality disorder. Am J Psychiatr. 2007; 164(3):500-8.
 11. Stiglmayr CE, Grathwol T, Linehan MM, Ihorst G, Fahrenberg J, Bohus M. Aversive tension in patients with borderline personality disorder: A computer-based controlled field study. Acta Psychiatr Scand. 2005; 111:372-9.
 12. Arntz A, Klokman J, Sieswerda S. An experimental test of the schema mode model of borderline personality disorder. J Behav Ther Exp Psychol. 2005; 36:226-39.
 13. Links PS HR. Prospective studies of outcome: Understanding mechanisms of change in patients with borderline personality disorder. Psychiatr Clin N Am. 2000; 23:137-50.
 14. Mohammadzadeh A, Rezaei A. Validation of the borderline personality inventory in Iran. J Beh Sc. 2011;5:269-77.
 15. Omidian M. Effect of intervention in identity processing on improving identity problems and mental health of university students. J Behav Sci. 2012; 6:189-206. [Persian]
 16. Silbersweig D, Clarkin J, Goldstein M, Kernberg OF, Tuescher OL. Failure of Frontolimbic Inhibitory Function in the Context of Negative Emotion in Borderline Personality disorder. Am J Psychiatr. 2007; 164:1832-42.
 17. Linehan MM, Bohus M, Lynch T. Dialectical behavior therapy for pervasive emotion

- dysregulation: theoretical and practical underpinnings. In: J G, editor. Handbook of emotion regulation. New York: Guilford Press; 2007.
18. Ebner-Priemer UW, Welch SS, Grossman P, Reisch T, Linehan MM, Bohus M. Psychophysiological ambulatory assessment of affective dysregulation in borderline personality disorder. *Psychiatr Res.* 2007; 150(3):265-75.
 19. Motamedi A, Amirpour B. The effect of thinking styles on anger expression (in-out) and anger control (in-out) in university students. *J Behav Sc.* 2012; 6:17-23.[Persian]
 20. Glaser JP, Van OJ, Mengelers R, Myin-Germeys I. A momentary assessment study of the reputed emotional phenotype associated with borderline personality disorder. *Psychol Med.* 2008;38:1231-9.
 21. Gardner D, Leibenluft E, O'Leary KM, Cowdry RW. Self-ratings of anger and hostility in borderline personality disorder. *J Nerv Mental Disord.* 1991; 179:157-61.
 22. Soloff PH, Lynch, K.G, Kelly TM, Malone KM, Mann JJ. Characteristics of suicide attempts of patients with major depressive episode and borderline personality. *AM J Psychiatr.* 2000; 157:601-9.
 23. Crowe M. Never good enough-part 1: Shame or borderline personality disorder? . *J Psychiatr Ment Health Nurs.* 2004; 11(3):327-34.
 24. Lieb K, Zanarini M, Schmahl C, Linehan MM, Bohus M. Borderline personality disorder. *The Lancet.* 2004;364:9432-55.
 25. Tangney JP, Dearing R. Shamed into anger? The special link between shame and interpersonal hostility,. *Shame and Guilt.* New York: Guilford Press; 2002.
 26. Rüsç N, Corrigan P, Bohus M, Jacob GA, Brueck R, Lieb K. Measuring shame and guilt by self-report questionnaires: A validation study. *Psychiat Res.* 2007; 150(3):313-25.
 27. Butler AC, Brown G, Beck AT, Grisham JR. Assessment of dysfunctional beliefs in borderline personality disorder. *Behav Res Ther.* 2002; 40(1):1231-40.
 28. Groth-Marnat G. Handbook of psychological assessment New Jersey: John Wiley & Sons, Inc; 2009
 29. Sharifi AA , Molavi H, Namdari K. The Validity of MCMI-III (Millon) Scales. *Sci and Res in app psych.* 2008;34:27-38.
 30. Nasuri M. An experimental investigation of emotional reactivity and inhibition of the intellectual functioning, in borderline personality disorder. Sanandaj: University of Kurdistan; 2012. [Persian]
 31. Daughters SB, Lejuez C, Kahler CW, Strong DR, Brown RA. Psychological distress tolerance and duration of most recent abstinence attempt among residential treatment-seeking substance abusers. *Psychol Addict Behav.* 2005;19:208-11.
 32. Cattell RB, Krug S, Barton K. Technical Supplement for the Culture Fair Intelligence Tests, Scales 2 and 3. Champaign: Institute for Personality and Ability Testing; 1973.
 33. Cattell R. Culture Free Intelligence Test, Scale 1, Handbook. Illinois: Institute of Personality and Ability testing; 1949.
 34. Gunderson JG, Links P. Borderline Personality Disorder: A Clinical Guide. 2 ed. Washington DC: American Psychiatric Press, Inc; 2008.
 35. Brown MZ, Linehan LM, Comtois KA, Murray A, Chapman AL. Shame as a prospective predictor of self-inflicted injury in borderline personality disorder: A multi-modal analysis. *Behav Res Ther.* 2009; 47(10):815-22.