

The comparison of differentiation and integration of self in individuals with borderline personality disorder, bipolar disorder and normal samples

Karbalaei Mehrizi Z. *MSc*[✉], Farah Bidjari A. *PhD*¹, KHodabakhsh R. *PhD*¹

[✉] *Department of Clinical Psychology, Faculty of Educational Sciences and Psychology, Alzahra University, Tehran, Iran*

¹ *Department of Clinical Psychology, Faculty of Educational Sciences and Psychology, Alzahra University, Tehran, Iran*

Received: 2013.12.31 Accepted: 2014.4.14

Abstract

Introduction: The purpose of this study was to compare differentiation and integration of self in individuals with borderline personality disorder, bipolar disorder and normal samples.

Method: This is a causal-comparative study. The samples included 30 subjects with BPD, 27 subjects with BD and 30 individuals from general population of Tehran who were selected (all three groups) by the way of accessibility sampling. The instruments of study were differentiation of self inventory (45 items) and integrative self- knowledge inventory (12 items). Then, data were analyzed by one-way ANOVA.

Results: Findings indicated significant difference in self-integration of the groups of BPD, BD and normal. The score of BPD group was lower than BD. With regard to self-differentiation, there was no significant difference between BPD and BD samples, but groups of BD and normal significantly differed from each other in the subscales of emotional cutoff and fusion with others related to self-differentiation.

Conclusion: To conclude, we can say that people with BPD experience more difficulty in differentiation and integration of self than BD individuals. In addition, BPD and BD are of different type than the same.

Keywords: Self-Integration, Self-Differentiation, Borderline Personality Disorder, Bipolar Disorder

مقایسه تمایز یافتگی و انسجام خود در افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی، افراد مبتلا به اختلال دوقطبی و افراد بهنجار

زهرا کربلایی مهریزی[✉]، اعظم فرح بیجاری^۱، روشنک خدابخش^۱

[✉]گروه روانشناسی بالینی، دانشکده علوم تربیتی و روان شناسی، دانشگاه الزهراء، تهران، ایران
^۱گروه روانشناسی بالینی، دانشکده علوم تربیتی و روان شناسی، دانشگاه الزهراء، تهران، ایران

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۳/۱/۲۵

تاریخ دریافت: ۱۳۹۲/۱۰/۳

چکیده

مقدمه: هدف پژوهش حاضر مقایسه تمایز یافتگی و انسجام خود در افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی، افراد مبتلا به اختلال دوقطبی و افراد بهنجار بود.

روش: پژوهش از نوع علی-مقایسه ای است. نمونه شامل ۳۰ فرد مبتلا به اختلال دوقطبی، ۲۷ فرد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی و ۳۰ نفر از جمعیت عمومی استان تهران می باشد که هر سه گروه به روش در دسترس انتخاب شدند. ابزار پژوهش شامل پرسش نامه ۴۵ سوالی تمایز یافتگی خود و پرسش نامه ۱۲ سوالی خودشناسی انسجامی می باشد. برای تجزیه و تحلیل داده ها از آزمون آماری تحلیل واریانس یک راهه استفاده شد.

یافته ها: نتایج تحلیل واریانس نشان داد انسجام خود بین هر سه گروه افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی، افراد دوقطبی و افراد بهنجار از نظر آماری تفاوت معناداری دارد و نمرات گروه مرزی از گروه دوقطبی کمتر بود. تمایز یافتگی بین دو گروه افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی و افراد دوقطبی تفاوت معناداری نداشت ولی این مولفه بین دو گروه اختلال شخصیت مرزی و بهنجار تفاوت معناداری در دو خرده مقیاس گریز عاطفی و هم آمیختگی با دیگران نشان داد.

نتیجه گیری: در یک نتیجه گیری کلی می توان گفت که افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی مشکلات بیشتری در تمایز یافتگی و انسجام خود و در مجموع هسته خود، نسبت به افراد مبتلا به اختلال دوقطبی دارند و این دو اختلال بیشتر متفاوتند تا مشابه .

کلید واژه ها: تمایز یافتگی خود، انسجام خود، اختلال شخصیت مرزی، اختلال دوقطبی

مقدمه

می‌کند که تأکیدی که نظریات روابط موضوعی دارند بر چندگانگی (Multiplicity) و ناپیوستگی (Discontinuity) خود است. به دلیل آنکه افراد تعاملات متعدد و موضوعات مختلف دارند تجربه خویشتن آن‌ها نیز ناپیوسته است ولی باید توجه نمود که هسته احساس خود، پیوستگی تجربه ذهنی است یعنی این احساس که اگر چه منی متغیر با محتوای دگرگون شده وجود دارد ولی این تفاوت‌ها در من به منزله صور کم و بیش نامتغیر خود می‌باشند و من امروز تداوم من دیروز و روزهای پیش از آن است [۶]. *تقریبانی*، کریستوفر و هارگیس [۷] بیان کردند که خودشناسی انسجامی (Integrative Self Knowledge) به تلاش فرد در یکپارچه کردن تجربه خود در گذشته، حال و آینده در جهت سازش و ارتقا خود اشاره دارد. از نظر آن‌ها این مدل به منظور درک یکپارچگی از فرآیندهای درون خود و همچنین آگاهی از فرآیندهای درون خود و آگاهی بیش از پیش از پویای درون روانی ساخته شده است و دارای دو وجه تجربه‌ای و تاملی است که پردازش شناختی اطلاعات مرتبط با خود در زمان حال و گذشته را در برمی‌گیرد. به نظر میچل در مشاهده و تامل که متناظر با وجوه تجربه و تامل در مدل خودشناسی انسجامی نیز می‌باشد، هم خود و هم موضوع نقش دارند.

در حالت سلامتی، تداوم از گذشته به حال وجود دارد و فقدان حس روشن هویت یعنی گذشته‌ای که در آینده تداوم یابد، سبب رهایی انسان از فعالیت مشخص می‌شود. بخشی از حس تداوم خود در این است که فرد تغییرات شرایط فعلی اش را مربوط به بیماری بداند و متوجه باشد که هنوز همان فرد است و تغییرات ذهنی او مربوط به روند بیماری است [۸]. علاوه بر این به دلیل اهمیت خود در حال حاضر مهم‌ترین و رایج‌ترین اشکالات و اختلالات رفتاری را به خود نسبت داده اند [۱]. مونی [۳] در جمع بندی مطالعاتش اختلال در خود را هسته آسیب شناسی اختلالات شخصیت و به ویژه اختلال شخصیت مرزی می‌داند. در DSM نیز یکی از ملاک‌های تشخیصی اختلال مرزی، اختلال در حس خود و خودانگار عنوان شده است.

نظریه پردازان روان‌پویشی (مالر، کوهوت، وینی‌کات و ...) اشکال خاص آسیب شناسی اختلالات را متناظر با احساس درونی و ذهنی از خود در ارتباط با موضوع یا آبه می‌دانند. کوهوت برای توصیف اختلالات روانی از اصطلاح اختلالات ارتباطی آبه خویشتن (Self-Object Relational Disorder) بهره گرفت. انواع اختلالات در این رویکرد بر حسب شدت طبقه‌بندی می‌شوند. سایکوز نمایانگر گسیختگی بسیار شدید خودند. مشخصه حالات مرزی تضعیف یا آشفستگی در ساختار خود است. نوروزهای روانی در مقایسه با حالات مرزی شدت کمتری دارند و ناکارآمدی کمتری را سبب می‌شوند و بی‌ثباتی خفیف در خلق دارند [۹]. کرنبرگ نیز بیان کرد که سطح روان‌آزردگی دارای ایگو منسجم و مفهوم خود باثبات است و آسیب در واقعیت آزمایشی وجود ندارد ولی فرد در سطح مرزی آسیب در واقعیت آزمایشی به معنی ناتوانی در ظرفیت

در پژوهش‌های جدید روانشناختی مفهوم خود (Self) از جمله موضوعاتی است که توجه زیادی را به خود جلب کرده است [۱]. خود مجموعه‌ای از افکار، احساسات، تجارب مختلف زندگی، عقاید، تصورات و ادراک آگاهانه و ناآگاهانه‌ای است که فرد درباره ارزش، نقش و حالات جسمانی خود دارد. خود، محیط ذهنی و باطنی افراد بوده و مرکز و منشا تجارب شخصی و هسته مرکزی شخصیت است [۲]. نظریه تکاملی بوئن نیز متمرکز است بر این که چگونه حس خود (احساس هویت) افراد در زمینه دلبستگی هیجانی در خانواده چندنسلی بروز می‌یابد [۳]. به نظر بوئن [۴] تمایز یافتگی خود یعنی تجربه صمیمیت همراه با حفظ استقلال. بالا بودن تمایز یافتگی همراه است با حس قوی از خود داشتن.

هدف اصلی تفکیک خویشتن، توازن میان احساسات و شناخت است. افرادی که بیشترین امتزاج را بین افکار و احساساتشان دارند، ضعیفترین کارکرد را دارند؛ آن‌ها احتمالا تحت سلطه واکنش‌های عاطفی خودکار یا غیرارادی هستند و معمولا در برابر سطوح پایین اضطراب هم دچار بدکارکردی می‌شوند. از آنجایی که آنان قادر به تفکیک افکار از احساسات نیستند، در تفکیک خویش از سایرین نیز مشکل دارند. افراد تمایز یافته احساس خود قوی و خودپنداره مثبت تری دارند و افراد تمایز نیافته هویت فردی مستقلی ندارند [۵].

به نظر بوئن [۴] تمایز یافتگی دارای دو بعد درون فردی و بین فردی است. سطح درون فردی تمایز بین احساسات هیجانی از تفکر منطقی را بیان می‌کند و سطح بین فردی تعادل بین استقلال و حفظ روابط نزدیک با دیگران. بر اساس نظر بوئن چهار مولفه برای تمایز یافتگی مطرح شده است: واکنش پذیری هیجانی، جایگاه من، گریز هیجانی و هم آمیختگی با دیگران. واکنش پذیری هیجانی (Emotional Reactivity) حالتی است که در آن، احساسات فرد بر عقل و منطقی غلبه دارد و تصمیم‌گیری‌های فرد فقط بر اساس واکنش‌های هیجانی صورت می‌گیرد. جایگاه من (I position) به معنای داشتن عقاید و باورهای مشخص در زندگی است. افراد تمایز یافته از هویت شخصی قوی یا جایگاه من نیرومندی برخوردارند و به خاطر کسب رضایت دیگران، رفتار و عقاید خود را تغییر نمی‌دهند.

گریز هیجانی (Emotional Cut Off) موجب فاصله‌گیری هیجانی از دیگران، انکار و فاصله‌گیری رفتاری می‌شود، در حالیکه آمیختگی با دیگران (Fusion With Others) از دست دادن خود برای دریافت پذیرش دیگران است. آمیختگی با دیگران مبهم بودن مرزهای بین خود و دیگران در یک سیستم هیجانی است و ممکن است بین سیستم‌های هیجانی و عقلانی روی دهد.

فرآیند تفکیک در معنای بوونی مانند مراحل تحولی خود در نظریات روان‌پویشی در نهایت منجر به خودی منسجم و باثبات و هویت فردی مستقل می‌شود. از دیدگاه نظریات روان‌پویشی در جریان روابط موضوعی مرزها مشخص می‌شود و در وهله‌های بعدی سازمان بخشی و تقویت خود منسجم ادامه می‌یابد. میچل بیان

میلون ۳ و مصاحبه ساختار یافته (SCID) نیز اجرا شد و افراد با نمره ۲۱ و بالاتر و معادل با نرخ پایه ۸۵ و بالاتر در زیر مقیاس شخصیت مرزی و همچنین برخی دیگر با مصاحبه ساختار یافته مبتلا به اختلال شخصیت مرزی تشخیص داده شدند. تشخیص افراد مبتلا به اختلال دوقطبی نیز علاوه بر تشخیص روانپزشک، بر اساس پرسش نامه اختلال خلقی (MDQ) انجام شد و افراد مطابق با دستورالعمل پرسشنامه غربال گری شدند.

به منظور تشخیص مجدد اختلال دوقطبی از پرسشنامه اختلال خلقی MDQ استفاده شد. این پرسشنامه در سال ۲۰۰۰ میلادی توسط هیرشفلد و همکاران ساخته شد و دارای ۱۵ سوال است. در ایران نیز این پرسشنامه در سال ۱۳۸۴ در اصفهان مورد بررسی قرار گرفت و با حجم نمونه کم تنها عوامل، حساسیت و ویژگی آن به ترتیب ۰/۹۴ و ۰/۳۶ اعلام شد. در پژوهش مسائلی و همکاران، اعتبار این پرسشنامه به روش آلفای کرونباخ ۰/۸۱ گزارش شد [۱۵].

به منظور تشخیص مجدد اختلال شخصیت مرزی، از پرسشنامه میلون و مصاحبه ساختار یافته استفاده شد. آزمون بالینی چند محوری میلون-۳ (MCMIII-III؛ میلون، ۱۹۹۴) یک مقیاس خودسنجی با ۱۷۵ گویه ی بلی و خیر است که ۱۴ الگوی بالینی شخصیت و ۱۰ نشانگان بالینی را می سنجد و برای بزرگسالان ۱۸ سال به بالا استفاده می شود. مطالعات مختلف نشان دهنده ی اعتبار نسبتاً خوب این پرسشنامه است.

SCID یک مصاحبه نیمه ساختار یافته است و تشخیص های آن بر اساس DSM-IV می باشد. SCID-II یک مصاحبه نیمه ساختاریافته برای ارزیابی ۱۰ اختلال شخصیت محور ۲ است (جفری جونز، ۱۹۸۴). اختلال شخصیت مرزی در این مصاحبه ۱۵ سوال از ۱۱۹ سوال را به خود اختصاص داده است این مصاحبه به صورت خود گزارشی اجرا می شود و سپس فرد مصاحبه گر در مورد سوالاتی که مراجع پاسخ مثبت داده است به مصاحبه بر اساس دفترچه می پردازد [۱۶]. در مطالعه بختیاری (۱۳۷۹) روایی محتوایی و صوری نسخه ترجمه شده آزمون به وسیله سه تن از اساتید روان شناسی بالینی تایید شد و اعتبار این آزمون به شکل طرح آزمون- بازآزمون و به فاصله یک هفته انجام شد و ضریب اعتبار ۰/۸۷ به دست آمد [۱۶].

پرسش نامه خودشناسی انسجامی (ISK): این آزمون توسط قربانی در سال ۱۳۸۵ و بر اساس بازنگری در نظریه دو وجهی خودشناسی تجربه ای و تاملی ساخته شده است. این آزمون دارای ۱۲ سوال است و پاسخ دهنده در مورد هر سوال، وضعیت خود را روی یک پیوستار پنج درجه ای از عمدتاً نادرست تا عمدتاً درست مشخص می کند. در مطالعه قربانی و واتسن آلفای به دست آمده برای این مقیاس در ایران ۰/۸۱ و در آمریکا ۰/۸۳ بوده است [۱۵]. طهماسب و همکاران گزارش کردند که خودشناسی در پیش بینی سلامت روان در قیاس با پنج عامل بزرگ شخصیت دارای روایی افزایشی است و فراتر از این، عامل های شخصیتی توان تبیین سلامت روان

خود برای متمایز کردن خود از غیر خود، محرک های درونی و بیرونی و برقراری انسجام بین ملاکهای اجتماعی و واقعی را دارند و همچنین در هویت خود سردرگم اند و هویت انسجام نیافته ناشی از سازه خود را دارند [۱۰]. برخی از مطالعات هیگینز [۱۱] نیز اگرچه به اختلال در تمایز یا انسجام در اختلالاتی مثل اختلال دو قطبی اشاره نکرده اند ولی به تفاوت در سطح خود واقعی، ایده آل و بایسته و همچنین اختلال در روابط موضوعی (هانس و همکاران [۱۲]) در این اختلال اشاره کرده اند. با توجه به اینکه پژوهش های انجام شده در زمینه بررسی تمایز و انسجام خود در اختلالات روانی محدود می باشد و با توجه به اهمیت بررسی سازه خود در اختلالات؛ پژوهش حاضر با استفاده از دو پرسشنامه تمایز یافتگی خود و خودشناسی انسجامی به بررسی تمایز و انسجام خود در دو اختلال شخصیت مرزی و دوقطبی می پردازد. همچنین با توجه به چالش های زیادی که در زمینه ابعادی (Dimensional) بودن این دو اختلال وجود دارد و این موضوع که برخی از مطالعات اختلال شخصیت مرزی را به عنوان بخشی از سندرم اختلال دو قطبی در نظر گرفته اند [۳، ۱۳] و برخی از مطالعات نیز با تعیین اثربخشی درمان های دارویی و روانشناختی سعی در تعیین رابطه بین این دو اختلال کرده اند [۱۴] مقایسه این دو مولفه در این دو اختلال می تواند به روشن شدن بهتر رابطه این دو اختلال حداقل در سطح خود شود بنابراین هدف پژوهش حاضر مقایسه تمایز یافتگی و انسجام خود در افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی، افراد مبتلا به اختلال دوقطبی و افراد بهنجار می باشد.

روش

پژوهش حاضر از لحاظ جمع آوری داده ها از نوع علی - مقایسه ای است. جامعه آماری کلیه زنان مراجعه کننده به درمانگاه ها و بخش های روانپزشکی بیمارستان های امام حسین (ع)، طالقانی و لقمان در استان تهران در طی ۴ ماهه اول سال ۹۲ می باشند که براساس ملاکهای DSM_IV_TR توسط روانپزشک تشخیص اختلال شخصیت مرزی و یا اختلال دوقطبی برای آن ها داده شده بود. نمونه پژوهش شامل ۲۷ بیمار مبتلا به اختلال شخصیت مرزی و ۳۰ بیمار مبتلا به اختلال دو قطبی بود که به روش در دسترس انتخاب شدند.

معیارهای ورود بیماران شامل محدوده سنی ۱۸ تا ۴۵ سال، داشتن تحصیلات سیکل تا فوق لیسانس، عدم وجود اختلال پزشکی در محور III، عدم تشخیص عقب ماندگی ذهنی، وقوف به زمان و مکان، جهت یابی سالم و همکاری، رضایت افراد و دریافت درمان های یکسان (دارو درمانی و آموزش خانواده) می باشد. گروه بهنجار نیز شامل ۳۰ نفر از جمعیت بهنجار استان تهران بود که سابقه بیماری روانی نداشته و از طریق پرسش نامه سلامت عمومی (GHQ) و با کسب نمره کمتر از ۲۳، غربال و وارد پژوهش شدند و با گروه بیماران همتا شدند. جهت تشخیص افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی علاوه بر تشخیص روانپزشک، آزمون

در جدول ۱ ارائه شده است. به منظور تعیین معناداری تفاوت بین میانگین این سه گروه از نظر انسجام خود و تمایز یافتگی (خرده مقیاس‌های جایگاه من، واکنش هیجانی، گریز عاطفی و آمیختگی) ابتدا آزمون پیش فرض همگنی واریانس‌ها و سپس آزمون آنووا انجام شد.

جدول ۱. فراوانی متغیرهای جمعیت شناختی در گروه‌ها

متغیر جمعیت شناختی	دوقطبی	مرزی	بهنجار
محدوده	۴	۱۲	۱۱
سنی	۱۷	۱۳	۱۲
وضعیت	۹	۲	۷
تاهل	۱۴	۱۴	۱۸
سایر	۸	۹	۱۲
سیکل	۸	۴	۰
تحصیلات	۵	۴	۴
دیپلم/ فوق دیپلم	۱۵	۱۰	۱۲
لیسانس به بالا	۱۰	۱۳	۱۴

جدول ۲. نتایج آزمون لوین برای بررسی همگنی واریانس‌ها

متغیر	Sig	df 2	df 1	F مقدار
تمایز یافتگی	۰/۱۲۱	۸۴	۲	۱/۶۱
انسجام خود	۰/۲۳۴	۸۴	۲	۱/۲۳

جدول ۳. خلاصه تحلیل واریانس برای مقایسه میانگین‌های انسجام خود، تمایز یافتگی و خرده مقیاس‌های تمایز یافتگی خود

متغیر وابسته	واریانس	درجه آزادی	مجموع مجذورات	میانگین مجذورات	نسبت F	سطح معناداری
انسجام خود	واریانس بین گروهی	۲	۵۱۰۹/۰۲	۲۵۵۴/۵۱	۴۱/۶۷	۰/۰۰۱
	واریانس درون گروهی	۸۴	۵۰۲۶/۹۳	۶۱/۳۰		
	جمع	۸۶	۱۰۱۳۵/۹۵			
جایگاه من	واریانس بین گروهی	۲	۵۵۲۶/۷۵	۲۷۶۸/۳۷	۶/۱۲	۰/۰۳
	واریانس درون گروهی	۸۴	۳۷۹۹۰/۸۳	۴۵۲/۲۷		
	جمع	۸۶	۴۳۵۲۷/۵۸			
واکنش‌پذیری	واریانس بین گروهی	۲	۴/۶۸	۲/۳۴	۰/۳۸	۰/۹۶
	واریانس درون گروهی	۸۴	۵۱۲۸/۱۶	۶۱/۰۵		
	جمع	۸۶	۵۱۳۲/۸۵			
گریز	واریانس بین گروهی	۲	۶۰/۸۱	۳۰/۴۰	۰/۷۵	۰/۴۷
	واریانس درون گروهی	۸۴	۳۴۰۳/۹۰	۴۰/۵۲		
	جمع	۸۶	۳۴۶۴/۷۱			
هم آمیختگی	واریانس بین گروهی	۲	۱۲۶۷/۳۷	۶۳۳۱/۸۵	۸/۱۸	۰/۰۱
	واریانس درون گروهی	۸۴	۶۵۰۸/۰۳	۷۷/۴۷		
	جمع	۸۶	۷۷۷۵/۷۴			
هم آمیختگی	واریانس بین گروهی	۲	۸۸۱/۸۹	۴۴۰/۹۴	۶/۱۸	۰/۰۳
	واریانس درون گروهی	۸۴	۵۹۹۰/۳۳	۷۱/۳۱		
	جمع	۸۶	۶۸۷۲/۲۳			

همان‌گونه که در جدول ۳ مشاهده می‌شود، توجه به نسبت F و سطح معناداری (۰/۰۰۱) نشان می‌دهد که میانگین سه گروه مرزی، دوقطبی و بهنجار در انسجام خود تفاوت معناداری ($p < ۰/۰۵$) دارند. همچنین سه گروه در تمایز یافتگی نیز تفاوت

را دارند [۱۷]. آلفای کرونباخ این مقیاس در مطالعه طاهیار و همکاران [۱۸] ۰/۸۳ بود.

پرسش‌نامه تمایز یافتگی خود (DSI): این آزمون را اسکورون و فریدلندر در ۱۹۹۸ تهیه کرده‌اند و دارای ۴۵ سوال است که در مقیاس ۶ درجه ای لیکرت از ۱ (به هیچ وجه درباره من دست نیست) تا ۶ (کاملاً درباره من درست است) درجه‌بندی شده و دارای چهار خرده مقیاس واکنش هیجانی، جایگاه من، گریز عاطفی و آمیختگی است. اعتبار پرسشنامه و خرده آزمونهای آن به ترتیب برای کل پرسش‌نامه ۰/۷۲، واکنش هیجانی ۰/۸۱، جدایی هیجانی ۰/۷۶، آمیختگی با دیگران ۰/۷۹ و موقعیت من ۰/۶۴ گزارش شده است [۱۹].

همبستگی درونی پرسش‌ها را با آلفای کرونباخ برای پرسشنامه و خرده آزمون‌های آن به ترتیب کل پرسش‌نامه ۰/۸۸، واکنش هیجانی ۰/۸۳، جدایی هیجانی ۰/۸۰، آمیختگی با دیگران ۰/۸۲ و موقعیت من ۰/۸۰ گزارش کردند [۲۰].

یافته‌ها

تعداد کل شرکت کنندگان پژوهش ۸۷ نفر که شامل ۳۰ نفر فرد مبتلا به اختلال دوقطبی، ۲۷ نفر فرد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی و ۳۰ نفر فرد بهنجار می‌باشد. یافته‌های آمار جمعیت شناختی

از آنجایی که سطح معناداری F در آزمون لوین بزرگتر از ۰/۰۵ است، همگنی واریانس‌ها تایید می‌شود. بنابراین استفاده از آزمون تحلیل واریانس جهت بررسی فرضیه‌ها با فرض همگنی واریانس‌ها بلامانع است.

معناداری دارند. در میان خرده مقیاس های تمایز یافتگی، بین میانگین متغیرهای گریز عاطفی (سطح معناداری ۰/۰۱) و هم آمیختگی با دیگران (سطح معناداری ۰/۰۳) بین سه گروه تفاوت معناداری وجود دارد ($p < ۰/۰۵$). علاوه بر این یافته ها نشان می دهد که تفاوت میانگین سه گروه در دو خرده مقیاس جایگاه من و واکنش پذیری عاطفی معنادار نمی باشد ($p > ۰/۰۵$).

نتیجه آزمون تعقیبی شفه در جدول ۴ آورده شده است. مطابق با جدول ۴ مشاهده می شود که میانگین هر سه گروه در انسجام خود تفاوت معناداری دارند. در مورد تمایز یافتگی فقط تفاوت میانگین دو گروه مرزی و بهنجار معنادار می باشد ($p < ۰/۰۵$) و بین دو گروه دیگر مرزی - دوقطبی و دوقطبی - بهنجار تفاوت میانگین ها معنادار نمی باشد ($p > ۰/۰۵$). در زمینه خرده مقیاس های تمایز یافتگی نیز تحلیل واریانس نشان داد که تفاوت میانگین ها در متغیرهای گریز عاطفی و هم آمیختگی معنادار است و آزمون تعقیبی شفه نشان می دهد که این تفاوت معنادار در متغیر گریز عاطفی بین دو گروه مرزی و بهنجار وجود دارد ($p < ۰/۰۵$) و میانگین ها بین دو گروه دوقطبی - مرزی و دوقطبی - بهنجار تفاوت ندارد. علاوه بر این تفاوت میانگین ها در خرده مقیاس هم آمیختگی نیز بین دو گروه مرزی و بهنجار وجود دارد ($p < ۰/۰۵$) و بین دو گروه دوقطبی - مرزی و دوقطبی - بهنجار این تفاوت معنادار نمی باشد.

چانگ و گال (۲۰۰۶) به نقل از حامدی [۲۳] بیان کردند که در فرهنگ های جمع گرا بیشتر بر آمیختگی تاکید می شود و مطالعه برهمند [۲۴] نیز نشان داد که هر دو گروه زنان مبتلا به اختلال روانی و گروه سالم تمایز خود پایی داشتند. در واقع به نظر می رسد که افراد در فرهنگ جمع گرای ایران و در گروه زنان در مجموع دارای تمایز یافتگی پایی باشند.

علت مشاهده نشدن تفاوت معنادار در خرده مقیاس جایگاه من نیز با عامل فرهنگی جمع گرایی ایران قابل توضیح است. مطالعات مختلف به عنوان مثال حامدی [۲۳] در مطالعه خود بیان می کند

بحث

هدف از این پژوهش بررسی و مقایسه تمایز یافتگی خود و انسجام خود در اختلال دوقطبی و شخصیت مرزی می باشد. شبیه این پژوهش در ایران انجام نشده و کمتر پژوهشی نیز این دو سازه را در این دو اختلال بررسی کرده اند. نتایج پژوهش حاکی از تایید فرضیه اول و دوم می باشد. یافته های فرضیه اول نشان می دهد که اگرچه بین تمایز خود دو گروه مرزی و دوقطبی تفاوت معنادار وجود ندارد ولی تمایز یافتگی گروه مرزی از دوقطبی پایی تر است و این تفاوت میانگین تمایز یافتگی خود در گروه مرزی از گروه بهنجار

جدول ۴. مقایسه میانگین ها در سه گروه از نظر انسجام خود، تمایز یافتگی و خرده مقیاس های آن

متغیر وابسته	گروه ها	تفاوت های میانگین ها	خطای استاندارد	سطح معناداری
انسجام خود	دوقطبی و مرزی	۱۱/۳۳	۲/۱۲	۰/۰۰۱
	دوقطبی و بهنجار	-۸/۰۰	۲/۰۲	۰/۰۱
	مرزی و بهنجار	-۱۹/۳۳	۲/۱۲	۰/۰۰
تمایز یافتگی	دوقطبی و مرزی	۸/۶۰	۵/۶۴	۰/۳۱
	دوقطبی و بهنجار	-۱۱/۰۳	۵/۴۹	۰/۱۳
	مرزی و بهنجار	-۱۹/۶۳	۵/۶۴	۰/۰۰۳
گریز عاطفی	دوقطبی و مرزی	۴/۸۷	۲/۳۳	۰/۱۱۹
	دوقطبی و بهنجار	-۴/۵۶	۲/۲۷	۰/۱۳۹
	مرزی و بهنجار	-۹/۴۴	۲/۳۳	۰/۰۰۱
هم آمیختگی	دوقطبی و مرزی	۲/۲۷	۲/۲۴	۰/۵۹۸
	دوقطبی و بهنجار	-۵/۳۳	۲/۱۸	۰/۰۵۶
	مرزی و بهنجار	-۷/۶۱	۲/۲۴	۰/۰۰۴

جسمانی نظیر مالتیپیل اسکروز [۱۸] خودشناسی سازش نایافته (توجه به خود مخرب) در اختلالات عاطفی و اضطراب و پیش بینی بیماری، نشانه های مرضی و سرزندگی بر اساس خودشناسی [۲۹]، نقش خودشناسی انسجامی در تعدیل رابطه استرس ادراک شده با ویژگی های روانشناختی در بیماران سرطانی و نارسایی کرونر قلب [۳۰] را خبر می دهند. مطالعه موسوی و قریانی [۳۱] نیز حاکی از همبستگی منفی نمرات خودشناسی انسجامی با آسیب های روانشناختی بود. مطالعه لیشرینگ، کونست و هایبر (۲۰۰۲) به نقل از محمدزاده و رضایی [۱۰] نشان داد بین سردرگمی هویت و انسجام نیافتگی آن، دفاع های نخستین و آزمون گری واقعیت با رفتارهای ضد اجتماعی، روان آزردهی و مشکلات بین فردی همبستگی وجود دارد.

قریبانی، کریستوفرو واتسون [۷] نشان دادند که آگاهی از تجربه خود به عنوان یک فرآیند هسته ای انطباقی روانشناختی محسوب می شود و دیدگاه های نظری گوناگون آگاهی از تجربه خود را به عنوان یک فرآیند هسته ای انطباقی روانشناختی معرفی کرده اند. بنابراین واقف نبودن به تجربه خود در طی زمان فرد را به سوی ناراحتی روانشناختی سوق می دهد. از نظرمیچل نیز آسیب روانی در ارتباط با عدم وحدت خود و متفاوت بودن صور متعدد تجربه فرد از "خود" است [۶].

به نظر می رسد هم بیماران مبتلا به اختلال شخصیت مرزی و هم دوقطبی در پردازش اطلاعات مرتبط با خود و آنچه که میچل درک خود ثابت با وجود من های متغیر دیروز و امروز و تعاملات مختلف در طی روابط موضوعی مختلف می داند و مدل خودشناسی انسجامی، شناخت آن را انسجام در سطح خودشناسی و پیوستگی تجربه خود در طی زمان می داند، دچار مشکل شده اند. بخشی از تجربه خود و پیوستگی آن مربوط به زمانی می شود که فرد بیمار می شود. سیمز [۸] بیان می کند که بخشی از حس تداوم خود در این است که فرد تغییرات شرایط فعلی اش را مربوط به بیماری بداند و فرد می داند که هنوز همان فرد است و تغییرات ذهنی او مربوط به دخالت روند بیماری است. در دوره بیماری افراد تجارب مختلفی دارند مثل در هم افراد مبتلا به اختلال دوقطبی و هم مرزی در این دوران بالقوه احتمال روان پریشی وجود دارد و کرنبرگ در سال ۱۹۹۴ نیز بیان کرد که روان پریشی با چند پارگی و گم گشتگی تقریباً کامل هویت و فقدان نیرومندی "من" مشخص می شود. در نتیجه در این بیماران، این فازهای بیماری بر روی درک خود ثابت و منسجم اثر دارد و این در مورد افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی بیشتر نمود پیدا می کند. در نظریات روان پویایی کوهات و کرنبرگ نیز افراد مرزی به انسجام درونی و هویت مستقل دست نیافته اند. این نظریات چنین استنباطی را برای اختلالات دوقطبی بیان نکرده اند.

که فرهنگی مثل ایران جمع گراست، در فرهنگ های جمع گرا در مقایسه با فرد گرا استقلال شخصی کمتری دیده می شود و روش های تربیتی در فرهنگ های جمع گرا به گونه ای است که جایگاه من (پایداری بر خواسته های شخصی به رغم فشار گروه) کمتر پرورش می یابد. هر چند پژوهش مونی جایگاه من بالاتر افراد بهنجار را نسبت به گروه مرزی نشان داد ولی باید به نوع فرهنگ و جنسیت افراد شرکت کننده در گروه پژوهشی توجه نمود.

در خرده مقیاس واکنش پذیری عاطفی نیز بین سه گروه تفاوت معناداری مشاهده نشد. برخی از مطالعات واکنش پذیری عاطفی بالا در اختلال دوقطبی [۲۵] و واکنش پذیری عاطفی بالا در اختلال شخصیت مرزی [۲۶]، [۲۷]، [۲۸] را گزارش کردند. این مطالعات تجربی و آزمایشگاهی بودند و غالباً واکنش پذیری بالا را با بدتنظیمی مورد مطالعه قرار دادند و یا آن ها را به محرک ها و راه اندازهای بین فردی نظیر طرد و رهاشدگی و دوسوگرایی بین فردی مرتبط دانسته اند. ولی تاکید پژوهش حاضر بر غلبه احساسات بر افکار است و مواد پرسش نامه نیز به این امر می پردازند. همچنین علت مشاهده نشدن تفاوت معنادار این مولفه بین سه گروه میتوان به مزاج عاطفی و هیجانی افراد نمونه یعنی زنان نیز نسبت داد.

تفاوت در تمایز یافتگی بین دو گروه مرزی و بهنجار در دو خرده مقیاس گریز عاطفی و هم آمیختگی معنادار می باشد. خصایص بالینی به خوبی می تواند این نوع روابط را تشریح نماید. این افراد روابط بین فردی بی ثباتی دارند و اغلب بین نزدیک شدن به دیگران و دوری از آن ها و اتکا به خویشتن از سوی دیگر تردید دارند. علاوه بر این چون آن ها تحمل تنهایی را ندارند برای تشفی خود به نحوی دیوانه وار به جستجوی روابطی می پردازند که با آن ها هویت یابی افراطی نمایند و به هم آمیختگی افراطی با دیگران دست می زنند و یا به صورت هیجانی و یا فیزیکی از آن ها دوری می جویند. کر و بوون به نقل از حامدی [۲۳] نیز بیان کردند که افرادی که تمایز یافتگی پایینی دارند هنگامی که در روابط با اضطراب مواجه می شوند تمایل به آمیختگی با دیگران دارند و یا دچار بریدگی هیجانی می شوند. این پژوهش همچنین با پژوهش مونی همسو است. پژوهش او نشان داد که افراد مرزی هم آمیختگی و گریز عاطفی بالاتری نشان می دهند [۳].

فرضیه دوم پژوهش نشان داد که تفاوت معناداری بین میانگین انسجام خود سه گروه وجود دارد. نمرات انسجام خود در افراد بهنجار بالاتر و افراد مرزی پایین ترین نمره انسجام خود را گزارش نشان دادند. مطالعه ای که این سازه را در این دو اختلال بررسی نماید یافت نشد. ولی پایین بودن نمرات انسجام خود در دو گروه بیماران و تفاوت معنادار آن ها از نمونه بهنجار همسو با پژوهش هایی است که خودشناسی انسجامی پایین را در بیماران جسمی و یا با مشکلات روانشناختی گزارش کرده اند. به عنوان مثال مطالعات از خودشناسی انسجامی پایین در افراد مبتلا به اختلالات

نتیجه گیری

هسته شخصیت و خود افراد مرزی نسبت به اختلال دوقطبی است. بنابراین می توان گفت این دو اختلال بیشتر متفاوتند تا مشابه. از جمله محدودیت های پژوهش عدم امکان نمونه گیری تصادفی بود. و پیشنهاد می شود که در تحقیقات آینده این محدودیت ها رفع شود، همچنین بهتر است عوامل مداخله گر نظیر طول مدت بیماری و همپوشی بیماریها کنترل شود. پیشنهاد می شود مشابه این پژوهش در سایر نمونه های بالینی اجرا گردد و برای روشن شدن رابطه بین این دو اختلال، تحقیقات وسیعی صورت گیرد.

تشکر و قدردانی: از کلیه بیماران محترم و افرادی که در بیمارستان های امام حسین (ع)، طالقانی و لقمان در این پژوهش همکاری و هماهنگی نمودند، تشکر و سپاس گذاری می شود.

منابع

1. Karimzadeh M. Investigate the relationship between self-concept, academic self-efficacy and mathematics achievement among female students in Tehran. Tehran; 2001.
2. Jahandideh J. Comparison of differentiation of self and self-concept, social adjustment of students Shahid Beheshti University[Dissertation]. Tehran: Shahid Beheshti University; 2012.
3. Mooney-Reh D. An examination of the significance of differentiation of self in the assessment and treatment of borderline personality disorder[Dissertation]. Australia: University of Wollongong; 2011.
4. Bowen M. Family therapy in clinical practice. London: Jason Anderson; 1978.
5. Skian P, Abedian A, Changizi F. correlation co dependence and differentiation in undergraduate students of Tehran University. Fourth Congress on Student Mental Health, Shiraz; 2008.
6. St Claire M, editor. Introduction to object relations and self psychology, Translated by Tahmasp & aliaghaee. Tehran: Ney; 2007.
7. Ghorbani N, Christopher J, Watson PJ. Comparative analysis of integrative self- knowledge, mindfulness, and private self-consciousness in predicting responses to stress in Iran. Int J Psychol. 2010;45(2):147- 54.
8. Sims A. Symptoms in the Mind: An Introduction to Descriptive psychiatric pathology. Tehran: Research Press; 2004.
9. Baynfnld D. Psychodynamic theory for therapists. tehran2012.
10. Mohammad Zadeh A, Rezai A. Validation of borderline personality questionnaire in the community. J Behav Sci. 2011; 5(3):269-77.
11. Higgins E. Self- discrepancy: A theory relating self and affect. Psychol Rev. 1987(3):219-340.
12. Hansen FC, Torgalsboen AK, Rossberg JI, Andreassen OA, Beel MD, Melle I. Object relations and reality testing in schizophrenia, bipolar disorder, and healthy controls: Differences in profiles and clinical correlates. Comprehen Psychiatr. 2012; 53:1200- 7.
13. Benazzi F. A relationship between bipolar II disorder and borderline personality disorder? Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatr. 2008;32(4):1022-9.
14. Kazemi H, Rasoulzade- Tabatabaei SKD M, Aad-Fallah P, Momeni KH. Comparison of cognitive analytic therapy, cognitive therapy and medication on emotional instability, impulsivity and social instability in bipolar II disorder. J Res Behav Sci. 2012; 5(2):91-9.[Persian]
15. Masaeli N. Investigation psychometric properties of MDQ in Isfahan. J Res Behav Sci. 2012; 4(1):35-43.
16. Mohammad-Khani SH. Structured Clinical Interview for DSM-TR-IV. Tehran: Danzh; 2012.[Persian]
17. Tahmasp A, Ghorbani N, Pourhossein R. Self-integrative and disintegrative: the relationship of self with the Big Five personality dimensions. Psychol Educ Sci. 2005; 36(1 & 2):57-76.
18. Tahbaz S, Ghorbani N, Nabavi M. compared self-destructive and self-coherence in patients with multiple sclerosis and healthy individuals. J Contemp Psychol. 2011; 6(2):44-35.
19. Sanaei-Zaker B. Measures of family and marriage Tehran: Institute for Bessat; 1999.
20. Birami M, Fahimi S, Akbari E, Amiri A. Predict marital satisfaction based on attachment styles and differentiation factors. Mental Health. 2010; 4. [Persian]
21. Greene GJ, Hamilton N, Rolling M. Differentiation of self and psychiatric diagnosis: An empirical study. Family Ther. 1986; 13(2):187- 94.
22. Yousefi Nea. Structural relations to pathological differentiation in Bowen family therapy and well-being, mental health and marital quality health care J Medical Sciences University Shahrekord. 2009;12(3):68-76.
23. Hamedi R. The Study of role of Self-differentiation and Close relationship quality in Single Students with opposite Sex. tehran: alzahra; 2013.

24. Barahmand U. Self differentiation in women with and without mental disorders. *Soc Behav Sci.* 2010(5):559- 62.
25. Bailara K, Demotes- Mainard J, Swendsen J, F M, Leboyer M, Henry C. Emotional hyper – reactivity in normothymic bipolar patients. *Bipolar Disord compilation Blackwell Munksgaard.* 2009(11):63- 9.
26. Sansone LA. Emotional hyper-reactivity in borderline personality disorder. *Psychiatr (Edgmont).* 2010;7(9):16-20.
27. Katherine L, Dixon-Gordon K, Yiu A, Chapman a. Borderline personality features and emotional reactivity: The mediating role of interpersonal vulnerabilities. *Behav Ther Experiment Psychiatr.* 2012; 44:271-8.
28. Rahmani F, Kiani MA, Rezaie F, Nasoori M. An experimental investigation of emotional reactivity in aversive situations, and delayed emotional recovery, in patients with borderline personality disorder. *J Res Behav Sci.* 2012;7(2):91-100. [Persian]
29. Mohammadi S, Ghorbani N, Basharat M. The of self- knowledge in stress, defensive styles, and physical health. *Iranian Psychol.* 2009; 3(10):156-14. [Persian].
30. Ghorbani N, Tahbaza S, Watson PJ, Chen Z. Anger, Defense mechanisms, and integrative self-knowledge in Iranian coronary heart disease and cancer patients. . In J. M. Turner & A. D. Mitchell (Eds.), *Social psychology: New developments* (pp. 75-88). Hauppauge, NY: Nova Science Publishers; 2012.
31. Moosavi A, Ghorbani N. Self-knowledge, self-criticism and mental health. *Psychol Stud.* 2005;2(3):76-91. [Persian]