



دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی

گروه: روانشناسی

پایاننامه جهت دریافت درجه کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی

عنوان:

ارزیابی و مقایسه ابعاد سرشتی و منشی بیماران PTSD و BPD

استاد راهنما:

دکتر تورج هاشمی

اساتید مشاور:

دکتر عباس بخشی پور

دکتر فاطمه رنجبر

پژوهشگر:

آیدا عبدالله زاده جدی

سپاس و قدردانی

« در آغاز هیچ نبود، کلمه بود؛ و آن کلمه خدا بود»

منت ایزد یکتا را که توفیق تحصیل علم و دانش را بر من ارزانی داشت و در سایه‌ی الطاف و رحمت بی‌دریغش لذت آموختن را تجربه نمودم.

در طی سالهای تحصیل و نیز در مراحل انجام این پژوهش از راهنمایی‌ها و یاری اساتید و دوستان گرانقدرم بهره‌جسته‌ام که این فرصت را برای سپاس و قدردانی از این بزرگواران مغتنم می‌شمارم، بی‌شک نگارش پژوهش حاضر بدون مساعدت این بزرگواران که همواره مدیون زحماتشان می‌باشم مقدور نمی‌بود:

استاد راهنمای این پژوهش، جناب آقای دکتر هاشمی، که در طی سالهای تحصیل همواره از ایشان درس علم و ادب و معرفت آموخته‌ام و ایشان الگویی تمام‌عیار از استادی گرانقدر و بزرگواری می‌باشند که در راه کمک به اشاعه علم و ادب از هیچ کوششی فروگذاری نمی‌کنند و حضور پرمایه و راهنمایی‌های بی‌دریغشان، باعث دلگرمی‌ام در تمامی مراحل این پژوهش بود.

استاد مشاور پژوهش، جناب آقای دکتر بخشی‌پور، استاد صاحب‌نظر و گرانقدری که در طی سالهای تحصیل از حضور علمی و نظرات برجسته ایشان بهره‌جسته و شاگردی ایشان افتخاری است بی‌بدیل در کارنامه علمی‌ام. استاد داور پژوهش، جناب آقای دکتر علیلو، استاد صاحب‌نظر و گرانقدری که همواره از نظرات عالی‌ه‌ی ایشان بهره‌جسته‌ام و افتخار تجربه شاگردی ایشان نیز بی‌تردید تجربه‌ای است گرانقدر.

همچنین از استاد مشاور دوم پژوهش، خانم دکتر رنجبر که در فراهم نمودن مقدمات پژوهش مرا یاری نمودند کمال تشکر را دارم.

یاری و مساعدت همکاران گرامی، آقای دکتر محقق، آقای عبادی، آقای جاوید، خانم دکتر هریزچی، خانم یونسی و دوستان عزیزم خانم قربان‌زاده، خانم حبیب‌یار و خانم هاشمی و سایر عزیزانی که فرصت ذکر نام تمامی آنها مقدور نمی‌باشد را گرامی داشته و از خداوند منان برای تمامی این بزرگواران آرزوی توفیق و سربلندی روزافزون دارم.

نام خانوادگی: عبدالله زاده جدی	نام: آیدا
عنوان پایان نامه: ارزیابی و مقایسه ابعاد سرشتی و منشی بیماران PTSD و BPD	
استاد راهنما: دکتر تورج هاشمی	اساتید مشاور: دکتر عباس بخشی پور و دکتر فاطمه رنجبر
مقطع تحصیلی: کارشناسی ارشد	دانشگاه تبریز: دانشکده روانشناسی
واژه‌های کلیدی: ابعاد سرشتی و منشی، اختلال استرس پس از سانحه، اختلال شخصیت مرزی	
<p>چکیده:</p> <p>از زمان مطرح شدن اختلال استرس پس از سانحه (PTSD) در سومین طبقه‌بندی تشخیصی و آماری اختلالات روانی (DSM-III) وجوه مشترک این اختلال با اختلال شخصیت مرزی (BPD)؛ در سبب‌شناسی مشابه به خصوص وجود تاریخچه ترومای کودکی در اکثریت افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی و نیز شباهت نشانه‌های این دو اختلال در دشواری تنظیم خلق، کنترل تکانه و مشکلات در روابط بین فردی، باعث ایجاد بحث‌های علمی و پژوهشی در باب تشخیص افتراقی و بررسی وجوه تشابه و افتراق این دو اختلال شده است.</p> <p>این پژوهش با هدف ارزیابی و مقایسه ابعاد سرشتی و منشی دو اختلال استرس پس از سانحه و اختلال شخصیت مرزی انجام پذیرفته است. ۲۶ بیمار مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه و ۲۶ بیمار مبتلا به اختلال شخصیت مرزی بستری بصورت نمونه در دسترس انتخاب شدند و پس از مصاحبه تشخیصی پرسشنامه ۱۲۵ سئوالی سرشت و منش (TCI-125) توسط بیماران تکمیل گردید. گروه کنترل شامل ۲۶ فرد فاقد تاریخچه روانپزشکی نیز پرسشنامه را تکمیل نمودند.</p> <p>نتایج حاصل از تحلیل ممیزی نشان‌دهنده قدرت تمییز بالای ابعاد سرشتی نوجویی، آسیب‌پرهیزی و پاداش وابستگی در تفکیک دو گروه بیمار از یکدیگر می‌باشد. علاوه بر این ابعاد همکاری، خودراهبری، پاداش وابستگی و آسیب‌پرهیزی قادر به تمییز گروه بیماران مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه از افراد عادی می‌باشند. در تمییز بیماران مرزی از افراد عادی؛ ابعاد خودراهبری، نوجویی و همکاری دارای قدرت تفکیک بالایی می‌باشند. این یافته‌ها تلویحات نظری و عملی در جهت بهبود تشخیص افتراقی دو اختلال فراهم می‌نماید.</p>	



University of Tabriz

Faculty of Education and Psychology

M.A. Dissertation
For Achievement M.A. Degree in clinical psychology

Title

Investigating and Comparing Temperament and Character
Dimensions in PTSD and BPD

Supervisor:
Dr. Touraj Hashemi

Advisor:
Dr. Abbas Bakhshipour
Dr. Fateme Ranjbar

Researcher:
Aida Abdalezade Jeddi

Surname: Abdalezade Jeddi	Name: Aida
Title: Investigating and Comparing Temperament and Character Dimensions in PTSD and BPD.	
Degree: M.A.	Major: Clinical Psychology
University: Tabriz	Faculty: Educational Science and Psychology
Key Words: Temperament and Character Dimensions, PTSD, BPD	
<p>Abstract</p> <p>Since Post traumatic Stress Disorder (PTSD) inclusion in DSM_III, its similar aspects with Borderline Personality Disorder (BPD) like history of childhood trauma observed in majority of BPDs, and symptom similarity such as disability in mood regulation, impulsivity and problems in interpersonal relations, has been a field of discussion about these disorders discriminative diagnosis.</p> <p>In this study we tried to investigate and compare temperament and character dimensions of these disorders. For this, 26 inpatient of each group has been selected and after psychiatric interview, inpatients completed Temperament and Character Inventory (TCI-125). Our control group was included of 26 healthy individual without psychiatric history.</p> <p>Results from discriminative analysis showed that Novelty-Seeking, Harm-Avoidance and Reward-Dependence dimensions can discriminate between two inpatient groups. Moreover, Co-operativeness, Self-Directedness, Harm-Avoidance and Reward-Dependence dimensions have ability to discriminate PTSD inpatients from healthy ones. In discriminating BPD inpatients from healthy group, Self-Directedness, Novelty-Seeking and co-operativeness showed high discriminating power. This results can help to improve our information in discriminative diagnosis of these disorders.</p>	

فهرست مطالب

فصل اول

- ۱-۱. مقدمه ۲
- ۱-۲. بیان مسئله ۳
- ۱-۳. اهمیت و ضرورت پژوهش ۱۳
- ۱-۴. اهداف ۱۴
- ۱-۴-۱. هدف اصلی ۱۴
- ۱-۴-۲. اهداف فرعی ۱۴
- ۱-۵. فرضیه و سئوالات ۱۴
- ۱-۶. متغیرهای پژوهش و تعریف آنها ۱۵
- ۱-۷. تعریف مفهومی و عملیاتی متغیرها ۱۵

فصل دوم

- ۲-۱. چارچوب نظری ۲۱
- ۲-۲. تعریف اختلال استرس پس از سانحه ۲۲
- ۲-۲-۱. تاریخچه ۲۴
- ۲-۲-۲. همه گیر شناسی ۲۴
- ۲-۲-۳. سبب شناسی ۲۶
- ۲-۳. تعریف اختلال شخصیت مرزی ۳۹
- ۲-۳-۱. همه گیر شناسی ۴۱
- ۲-۳-۲. سبب شناسی ۴۱
- ۲-۴. پیشینه‌ی پژوهشی ۴۸
- ۲-۵. نظریه زیستی- روانی شخصیت ۵۴
- ۲-۵-۱. سرشت و منش ۵۷
- ۲-۶. توصیفات پایه‌ای از مقیاس‌های شخصیتی ۶۱

۶۱	..... ۲-۶-۱. آسیب‌پرهیزی
۶۳	..... ۲-۶-۲. نوجویی
۶۴	..... ۲-۶-۳. پاداش وابستگی
۶۶	..... ۲-۶-۴. پشتکار
۶۸	..... ۲-۶-۵. خودراهبری
۶۹	..... ۲-۶-۶. همکاری
۷۰	..... ۲-۶-۷. خودفراروی

فصل سوم

۷۶	..... ۳-۱. نوع پژوهش
۷۶	..... ۳-۲. جامعه، نمونه و روش نمونه‌گیری
۷۶	..... ۳-۳. ابزارهای پژوهش
۷۶	..... ۳-۳-۱. آزمون سرشتی-منشی کلونینجر
۷۷	..... ۳-۳-۲. مصاحبه بالینی ساختاری بر اساس DSM-IV
۷۸	..... ۳-۴. روش اجرا
۷۸	..... ۳-۵. روش تجزیه و تحلیل داده‌ها

فصل چهارم

۸۰	..... ۴-۱. مقدمه
۸۲	..... ۴-۲. بخش استنباطی
۸۳	..... ۴-۳. بررسی سؤال‌های پژوهشی

فصل پنجم

۹۹	..... ۵-۱. بحث و نتیجه‌گیری
۱۰۸	..... ۵-۲. محدودیت‌های پژوهش
۱۰۹	..... ۵-۳. پیشنهادات پژوهشی
۱۱۰	..... منابع و مآخذ

فهرست جداول و نمودارها

- نمودار ۱-۱ طرح زیستی روانی شخصیت در مدل نظری کلونینجر ۱۱
- شکل ۲-۱ مدل بارلو و دوراند برای اختلال PTSD ۳۸
- جدول ۲-۱ تفاوت‌های اساسی بین سرشت و منش ۵۹
- جدول ۲-۲ سیستم‌های مغزی و نوروترانسمیترهای مرتبط با ابعاد سرشتی ۶۰
- شکل ۲-۲ پیوستار سه بعد سرشتی ۶۶
- شکل ۲-۳ پیوستار ابعاد منشی ۷۱
- نمودار ۴-۱ مقایسه نمرات هفت بعد سرشتی و منشی در سه گروه مورد مطالعه ۸۰
- جدول ۴-۱ شاخص‌های مرکزی و پراکندگی ابعاد سرشتی و منشی سه گروه مورد مطالعه ۸۱
- جدول ۴-۲ مقادیر ویژه تابع‌های تشخیصی ۸۳
- جدول ۴-۳ ماتریس ساختاری ۸۵
- جدول ۴-۴ مقادیر ویژه تابع تشخیصی گروه PTSD و BPD ۸۶
- جدول ۴-۵ ماتریس ساختاری گروه PTSD و BPD ۸۷
- جدول ۴-۶ مقادیر ویژه برای دو گروه PTSD و عادی ۸۸
- جدول ۴-۷ ماتریس ساختار دو گروه PTSD و عادی ۸۹
- جدول ۴-۸ مقادیر ویژه برای دو گروه BPD و عادی ۹۰
- جدول ۴-۹ ماتریس ساختار گروه BPD و عادی ۹۱
- جدول ۴-۱۰ آزمون باکس ۹۲
- جدول ۴-۱۱ تحلیل واریانس چندمتغیره ۹۳
- جدول ۴-۱۲ آزمون HSD برای مقایسه‌های زوجی ۹۴

فصل اول:

کلیات پژوهش

۱-۱. مقدمه

تشخیص افتراقی اختلالات همپوش از مهمترین حیطه های پژوهشی در زمینه اختلالات روانی می باشد که در مطالعه آسیب شناسی روانی و دستیابی به درمان مناسب، حوزه ای بسیار اساسی و نیازمند توجه ویژه می باشد. بنا به تعریف، تشخیص، فرآیند تعیین میزان همپوشی مشکلات خاص فرد با معیارهای یک بیماری خاص می باشد. بنابراین دستیابی به برنامه درمانی کارآمدتر نیاز به تشخیص هرچه دقیق تر اختلالات دارد.

همپوشی اختلالات در برخی نشانگانها و عوامل زیر بنایی سبب ساز از جمله مسائلی است که تشخیص و درمان اختلالات را با مشکل مواجه میسازد. بنابراین تحقیقات گسترده و دقیق در این زمینه می تواند راهگشای شناخت دقیق تر و ایجاد روش های درمانی اختصاصی تر برای اختلالات بالینی باشد.

از جمله اختلالات همپوش که در برخی موارد تشخیص افتراقی را با مشکل مواجه می سازد اختلال شخصیت مرزی^۱ و اختلال استرس پس از حادثه^۲ می باشند. عوامل سبب شناختی مشابه از جمله وجود یک تروما در تاریخچه فردی، شباهت برخی نشانگان و علائم و وجود همزمان این دو اختلال در تعداد قابل توجهی از بیماران و نیز ارتباط سببی مطرح شده در برخی موارد، تشخیص افتراقی این دو اختلال را با مشکل مواجه می سازد.

از زمان مطرح شدن اختلال استرس پس از سانحه در سومین طبقه بندی تشخیصی و آماری اختلالات روانی (DSM_III) تشابهات این دو اختلال توجه برخی پژوهشگران و محققان را به خود جلب نموده و زمینه ساز حیطه پژوهشی جدیدی در این باب شده است. از اولین افرادی که به این تشابهات توجه کردند گندرسون^۳ و

^۱. Borderline Personality Disorder (BPD)

^۲. Post Traumatic Stress Disorder (PTSD)

^۳. Gunderson

سابو^۱ (۱۹۹۳) را می‌توان نام برد. هرمان^۲، پری^۳ و واندرکولک^۴ (۱۹۸۹) در مطالعه‌ای با تمرکز بر نشانگان این دو اختلال وجوه تشابه آنها از جمله دشواری در تنظیم خلق، کنترل تکانه، مشکلات در روابط بین فردی را مورد مطالعه قرار دادند.

همچنین فرضیه مطرح شده توسط بکر^۵ (۲۰۰۰)، مبنی بر یکسان بودن این دو اختلال، باعث ایجاد بحث‌های علمی و سیاسی شده و توجه بیشتری را به این موضوع معطوف کرده است.

ارزیابی و مقایسه ابعاد زیر بنایی شخصیت، بر اساس مدل کلونینجر^۶، گامی در جهت مطالعه دقیق‌تر شباهت‌ها و نکات افتراق و به پیرو آن بهبود تشخیص افتراقی در این زمینه خواهد بود.

در مدل کلونینجر هفت بعد شکل‌دهنده زیربنایی شخصیت بیان می‌شوند که چهار بعد سرشتی به ابعاد ژنتیک محور و سه بعد منشی به ابعاد محیط محور اشاره دارند. معنی‌دار بودن همپوشی ابعاد زیر بنایی شخصیت در دو اختلال استرس پس از حادثه و اختلال شخصیت مرزی، زمینه‌ای برای اثبات فرضیه یکسانی این دو اختلال (مطرح شده توسط بکر)، و تفاوت‌های معنی‌دار در این ابعاد گامی در جهت بهبود تشخیص افتراقی این دو اختلال فراهم خواهد نمود.

۱-۲. بیان مسئله

اختلال استرس پس از حادثه (PTSD) عبارت است از مجموعه‌ای از علائم نوعی که در پی مواجهه با حوادث آسیب‌زای زندگی پیدا می‌شود، فرد با ترس و درماندگی به این تجربه پاسخ می‌دهد، واقعه را دائماً در ذهن خود مجسم می‌کند و در عین حال می‌خواهد از یادآوری آن اجتناب کند. برای اینکه بتوان تشخیص

¹.Sabo

².Herman

³.Perry

⁴.Van der kolk

⁵.Becker

⁶.Cloninger

این اختلال را مطرح کرد علایم مزبور باید لااقل یک ماه طول کشیده باشد و بر حوزه های مهم زندگی بیمار نظیر حوزه های خانوادگی و شغلی او تاثیر چشمگیری نهاده باشد. فشاری که موجب PTSD می شود به قدری ناتوان کننده است که تقریبا هرکسی را از پا در می آورد. این فشار می تواند از تجربه جنگ ، شکنجه، بلاهای طبیعی ، حمله ، تجاوز و سوانح جدی نظیر تصادف با ماشین و آتش سوزی ناشی شده باشد. افراد مبتلا ، واقعه آسیب را در رویا و نیز در افکار روزانه خود مجددا تجربه می کنند ، از هر چیزی که واقعه را به خاطرشان بیاورد قاطعانه دوری می کنند و دچار کرختی پاسخدهی ، همراه با حالت برانگیختگی مفرط هستند، سایر علایم عبارت است از افسردگی ، اضطراب و مشکلات شناختی نظیر ضعف تمرکز (کاپلان^۱ و سادوک^۲ ۲۰۰۷).

بیماران مبتلا به اختلال شخصیت مرزی (BPD)، در مرز روان نژندی و روانپریشی قرار دارند و مشخصه آنها ناپایداری حالت عاطفی ، خلق، رفتار و روابط موضوعی و خودانگاره است. بیماران دچار اختلال شخصیت مرزی تقریبا همیشه به نظر میرسد که در بحران به سر می برند. چرخشهای سریع خلق در اینها شایع است. اینگونه بیماران ممکن است حملات روانپریشی با عمر کوتاه داشته باشند که حملات میکروسایکوتیک^۳ خوانده می شود اما حملات تمام عیار و شدید روانپریشی در اینها دیده نمی شود. در واقع علایم روانپریشی که بیماران دچار اختلال شخصیت مرزی پیدا می کنند تقریبا همیشه محدود ، گذرا و مشکوک است. رفتار این بیماران بسیار غیر قابل پیش بینی است و از همین رو آنها تقریبا هیچ وقت به آن مقدار کارایی که در توانشان است ، دست نمی یابند. اینگونه بیماران برای جلب کمک دیگران ، ابراز خشم و یا برای کرخت کردن

^۱. Kaplan

^۲. Sadock

^۳. Micropsychotic

خود در برابر حالت عاطفی فلج کننده ای که دارند ممکن است رگ دست خود را بزنند یا به اشکال دیگر خودزنی کنند.

بیماران دچار اختلال شخصیت مرزی چون احساس وابستگی و خصومت را همزمان دارند ، روابط بین فردیشان آشفته و بهم ریخته است. ممکن است به کسی که احساس نزدیکی با او می کنند وابسته شوند و از طرف دیگر نسبت به دوستان صمیمی خود هم احساس سرخوردگی پیدا کنند و خشمی بسیار زیاد ابراز کنند. آنها اغلب از احساس مزمن پوچی و بی حوصلگی و فقدان احساس هویت یکدست شاکی اند و وقتی تحت فشار قرار می گیرند ، از این شکایت می کنند که اکثر اوقات علی رغم ابراز شدید حالات عاطفی دیگر بسیار افسرده اند (همان منبع).

کارکرد بیماران مبتلا به اختلال شخصیت مرزی به گونه ای است که روابط آنها مختل می شود ، چون همه افراد را خوب مطلق یا بد مطلق می پندارند؛ یعنی افراد به نظر آنها یا حامی آنهایند و لذا باید به آنها دل بست و یا منفور و آزارگرند و احساس امنیت آنها را مختل می کنند ، چون همین که می بینند بیمار به آنها وابسته شده او را ترک می کنند و از این رو تهدیدی برای او محسوب می شوند. در نتیجه این دو نیم سازی است که بیمار ، افراد خوب را آرمانی می بیند و افراد بد را به کلی فاقد ارزش. به همین دلیل است که این بیماران هر زمان از فرد یا گروه متفاوتی حمایت می کنند. برخی متخصصان بالینی مشخصه های اصلی بیماران مبتلا به اختلال شخصیت مرزی را این مفاهیم ذکر می کنند : هراس عام ، اضطراب عام ، دودلی عام و رفتار جنسی آشوبناک (همان منبع).

در بحث سبب شناسی اختلالات، PTSD تنها اختلالی است که از سبب‌شناسی آن مطمئن هستیم: فرد یک تروما را تجربه می‌کند و بدن‌بال آن، اختلال شکل می‌گیرد. البته گسترش و شدت نشانه‌های بیماری به عوامل زیستی، روانی و اجتماعی فرد آسیب دیده نیز بستگی دارد (بارلو^۱ و دوراند^۲ ۲۰۰۲).

جنگ و سوء استفاده‌های جنسی بیشترین فراوانی را در بین تروماها دارند. میزان شیوع این اختلال در زنان دو برابر مردان است. برخی بررسی‌ها نشان می‌دهد که استرس‌های زندگی باعث افزایش حالت اضطراب منتشر و فوبیک می‌شوند. در مقابل PTSD به عنوان پی‌آمد یک حادثه زندگی مصیبت بار معرفی شده است (کاپلان و سادوک ۲۰۰۵).

در مورد عوامل مستعدساز اختلال مرزی مطالعات متعددی به تجارب تروماتیک در سنین کم اشاره کرده‌اند. مدل جدید سبب شناسی این اختلال، مدلی سه قسمتی شامل ترومای کودکی، سرشت آسیب پذیر و یک سری حوادث رهاساز^۳ محیطی می‌باشد. روانپزشکی پویا و بیولوژیکی، ترکیب حوادث تروماتیک کودکی و آسیب پذیریه‌های بیولوژیکی حتمی را در سبب شناسی این اختلال پذیرفته است (همان منبع).

یکی از عوامل تاثیر گذار روانی اجتماعی که توجه زیادی به خود جلب کرده است احتمال سهم ترومای اولیه بویژه سوء استفاده جسمی و جنسی است. مطالعات مختلفی نشان داده‌اند که این افراد نسبت به سایر بیماران دارای مشکلات روانپزشکی، سابقه سوء استفاده بیشتری را در گذشته خود گزارش کرده‌اند (گلدمن^۴، دانجلو^۵، دماسو^۶ و مزاکاپا^۷ ۱۹۹۲ و آگاتا^۸ ۱۹۹۰).

1. Barlow
2. Durand
3. Trigger
4. Golman
5. D'Angelo
6. DeMaso
7. Mezzacappa
8. Ogata

واگنر^۱ و لینهان^۲ (۱۹۹۴) در تحقیق خود نشان دادند زنانی که ملاکهای اختلال شخصیت مرزی و رفتارهای خودکشی داشتند در ۷۶٪ موارد، به نوعی تاریخچه سوء استفاده جنسی را در کودکی خود گزارش داده اند و این گروه دارای تاریخچه سوء استفاده جنسی از بین بیماران مبتلا به اختلال شخصیت مرزی، جدی ترین تلاشهای خودکشی را انجام داده بودند.

در یک مطالعه وسیع محققان نرخ بالاتری از سوابق سوء استفاده در افراد مرزی یافتند. در این مطالعه ۹۱٪ بیماران مرزی، سوء استفاده‌های جسمی و جنسی و ۹۲٪ مورد غفلت واقع شدن از سوی والدین در سنین کودکی و نوجوانی را گزارش کردند (زنارینی^۳ ۱۹۹۷).

اختلال شخصیت مرزی در زنان دو برابر مردان شایع است، بنابراین فهم تاثیر سوء استفاده های جنسی باعث فهم بیشتر سبب شناسی این اختلال می شود، دختران دو الی سه برابر بیشتر از پسران مورد سوء استفاده جنسی قرار می گیرند (هرمان و همکاران، ۱۹۸۹).

بسیاری از مطالعات اولیه نشاندهنده وجود اختلالات محور یک و دو در والدین کودکان مرزی می باشد (زنارینی و همکاران ۲۰۰۰؛ ترول^۴ ۲۰۰۱؛ روت شیلده^۵، زیمرمان^۶ ۲۰۰۲؛ جویس^۷ ۲۰۰۳؛ تورگنسن^۸ ۲۰۰۰؛ کوئنبرگ^۹ و همکاران، ۲۰۰۲).

¹ Wagner

² Linehan

³ Zanarini

⁴ Trull

⁵ Rothschild

⁶ Zimmerman

⁷ Joyce

⁸ Torgensen

⁹ Koenigsberg

برخی مطالعات بررسی کننده‌ی اختلالات والدین بیماران مرزی نیز الگوی بیمارگونه شخصیت والدین بیماران مرزی را عامل کژکاریهای خانوادگی زمینه ساز سواستفاده های جسمی و جنسی فرد می‌داند (گلدستون^۱ و همکاران ۱۹۹۹؛ پارکر^۲ و همکاران ۱۹۹۹؛ لاپورت^۳ و گوتمن^۴ ۲۰۰۱؛ ترول ۲۰۰۱).

بر اساس ارتباط احتمالی تاریخچه سوء استفاده در سنین کودکی با اختلال شخصیت مرزی، گوندرسون و سابو (۱۹۹۳) شباهت اختلال شخصیت مرزی را با اختلال استرس پس از حادثه مطرح کردند. آنها وجوه تشابه زیادی را بین این دو الگوی رفتاری مشاهده کردند. از جمله ملاکهای مشابه در دو اختلال: اشکال در تنظیم خلق، اشکال در کنترل تکانه و اشکال در روابط بین فردی می باشد. هرمان و همکاران (۱۹۸۹) مطالعات مشابهی را انجام دادند.

برخی نویسندگان معتقدند که آنچه اختلال شخصیت مرزی نامیده میشود تنها حالتی از PTSD در بین زنان است و تشخیص PTSD تاکید بر قربانی بودن بیماران را برجسته میکند. بنابراین تشخیص دقیق این دو اختلال بحث برانگیز و با اهمیت می باشد (بکر ۲۰۰۰). این مشاهدات همگی حمایت کننده این فرضیه هستند که اختلال شخصیت مرزی احتمالاً توسط ترومای اولیه شکل می پذیرد. البته لازم به ذکر است که تمامی بیماران مرزی نشانگان مشابه بیماران مبتلا به اختلال استرس پس از حادثه را دارا نمی باشند.

اختلال شخصیت مرزی بین افرادی که گذر سریع به فرهنگی دیگر دارند نیز مشاهده شده است، مشکلات هویتی، احساس پوچی، ترس از طرد و آستانه تحریک پایین در مهاجران کودک و بزرگسال دیده شده است

¹ Goldstone

² Parker

³ Laporte

⁴ Guttman

(لاکسنایر^۱، گانه وونک^۲ و استریف^۳ ۱۹۸۲ / اسخیری^۴، انابی^۵ و بای^۶ و اللانی^۷ ۱۹۸۲). این مشاهدات حمایت

حمایت بیشتری از احتمال وجود ترومای اولیه در افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی را مطرح می‌سازد.

لازم به یادآوری است که سابقه ترومای کودکی شامل سوءاستفاده جسمی و جنسی در برخی اختلالات

روانی دیگر مانند اختلالات شبه جسمی، پانیک و اختلال هویت تجزیه ای نیز مطرح می‌باشد. بعلاوه ۲۰ الی

۴۰ درصد افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی سابقه آشکار سوءاستفاده را مطرح نمی‌کنند (گندرسون و

سابو ۱۹۹۳).

گرچه بنظر می‌رسد سوءاستفاده جسمی و جنسی کودکی، نقشی در سبب شناسی اختلال شخصیت مرزی

دارد اما برای ایجاد این اختلال ضروری نیست. زنارینی و فرانکن برگ^۸ (۱۹۹۷) برای یکپارچه سازی جنبه-

های مختلف اختلال شخصیت مرزی مطالعاتی انجام دادند. آنها پیشنهاد کردند که ترومای کودکی با سرشت

مستعد و آسیب پذیر و رهاسازهای محیطی باعث رفتار بی‌ثبات می‌شود. در مورد افرادی که در کودکی

ترومای سوء استفاده را پشت سر گذاشته‌اند و دچار اختلال شخصیت مرزی نشده‌اند، این فرضیه مطرح می-

باشد که چنین افرادی احتمالاً استعداد بیولوژیکی این اختلال را دارا نبوده‌اند.

هرچند که تجربه مشترک ترومای کودکی در اختلال شخصیت مرزی و اختلال استرس پس از حادثه در

برخی پژوهشها (گلدمن، دانجلو، دماسو، مزاکاپا ۱۹۹۲، آگاتا ۱۹۹۰، واگنر و لینهان ۱۹۹۴، زنارینی ۱۹۹۷،

گندرسون و سابو ۱۹۹۳) مورد تاکید قرار گرفته است؛ با این حال نقش زمینه های شخصیتی در وقوع این دو

¹ Laxenaire

² Ganne vevonec

³ Streiff

⁴ Skhiri

⁵ Annabi

⁶ Bi

⁷ Allani

⁸ Frankenberg

اختلال ، قابل انکار نیست، چرا که تفاوت‌های فردی قابل ملاحظه ای در شکل‌گیری اختلال استرس پس از حادثه و اختلال شخصیت مرزی بر اثر تجارب تلخ و تروماتیک دوران کودکی دیده می‌شود و این تفاوتها، انگاره وجود زمینه‌های شخصیتی برای وقوع این اختلالات را تقویت می‌کند. از این رو ، بررسی وجوه مشترک و بنیادی شخصیتی این دو اختلال از جمله خلاء‌های پژوهشی به شمار می‌آید که به نوبه خود پرسشهای غامضی را در خصوص یکسانی یا افتراق این دو اختلال به میان می‌آورند.

از این رو ، چالش نظری و پژوهشی در پی بردن به وجوه اشتراک و افتراق سرشتی و منشی این دو اختلال ، دریچه‌ای نوین به سوی پرسشهایی است که در دهه‌ی اخیر اذهان پژوهشگران را به خود معطوف داشته است. در این میان ظهور نظریه سرشتی- منشی کلونینجر (۱۹۸۷) به بخشی از این چالش‌ها، روشنگری بخشیده و راه را برای ارائه مدل تشخیصی نوین باز کرده است. هم‌از این روست که تلاش‌های پژوهشی به این امر معطوف شده است تا با تطبیق پروفایل‌های سرشتی- منشی این اختلالات ، زمینه‌ساز مداخلات تشخیصی و درمانی موثر باشند.

کلونینجر مدل عمومی برای شخصیت بهنجار و نابهنجار را ارائه داده است. مدل عصبی- زیستی او جنبه‌های ژنوتایپی شخصیت را بررسی می‌کنند و شامل چهار بعد سرشتی و سه بعد منشی می‌باشد. ابعاد سرشتی به سوگیری‌های بدن در تعدیل پاسخ‌های رفتاری در مقابل محرک‌های محیطی اشاره دارد و شامل چهار بعد آسیب‌پرهیزی^۱، نوجویی^۲، پاداش وابستگی^۳ و پشتکار^۴ می‌باشد. ابعاد منشی به تفاوت‌های فردی در مفهوم

^۱. Harm Avoidance (HA)

^۲. Novelty Seeking (NS)

^۳. Reward Dependence (RD)

^۴. Persistence (P)

خود و روابط شیء‌ای اشاره دارد که منعکس کننده‌ی اهداف و ارزش‌های فردی می‌باشد و شامل سه بعد خود راهبری^۱، همکاری^۲ و خود فراروی^۳ می‌باشد (سادوک و سادوک ۲۰۰۵)

تفاوت‌های فردی در این ابعاد، پروفایل شخصیتی خاص فرد را می‌سازد. به نظر کلونینجر ترکیب‌های خاص ابعاد باعث ظهور اختلال خاصی میشوند مثلاً نمرات پایین در سه بعد نوجویی، آسیب پرهیزی و پاداش وابستگی نشانگر نیمرخ شخصیتی اسکیزوئید میباشد. از آزمون سرشتی- منشی کلونینجر^۴ (TCI) می‌توان برای تشخیص اختلالات و نیز بررسی وضعیت بلوغ روانی فرد استفاده نمود؛ برای تشخیص اختلال شخصیت لازم است که نمرات آزمودنی در حد پایین تر از یک سوم در ابعاد خود-راهبری و همکاری باشد، ترکیب نمرات پایین در ابعاد منش و نمرات بالا در ابعاد سرشت، عدم بلوغ فراگیر شخصیت را می‌رساند. چنین افرادی معمولاً نابالغ، غیر منطقی، واکنشی و بی ثبات هستند (شوراکیک^۵ و همکاران ۱۹۹۳). هر قدر نمرات افراد در ابعاد منش افزایش یابد و تعادل بیشتری در نمرات سرشت داشته باشند، بر میزان بهداشت روانی و بلوغ و بالندگی افزوده می‌شود (شوراکیک و همکاران ۱۹۹۳).

هفت بعد سرشتی و منشی مطروحه در مدل نظری کلونینجر که ترکیب آنها طرحی کلی و منسجم از شخصیت هر فرد را می‌سازد در نمودار شماره ۱-۱ قابل مشاهده است:

¹. Self Directedness (SD)

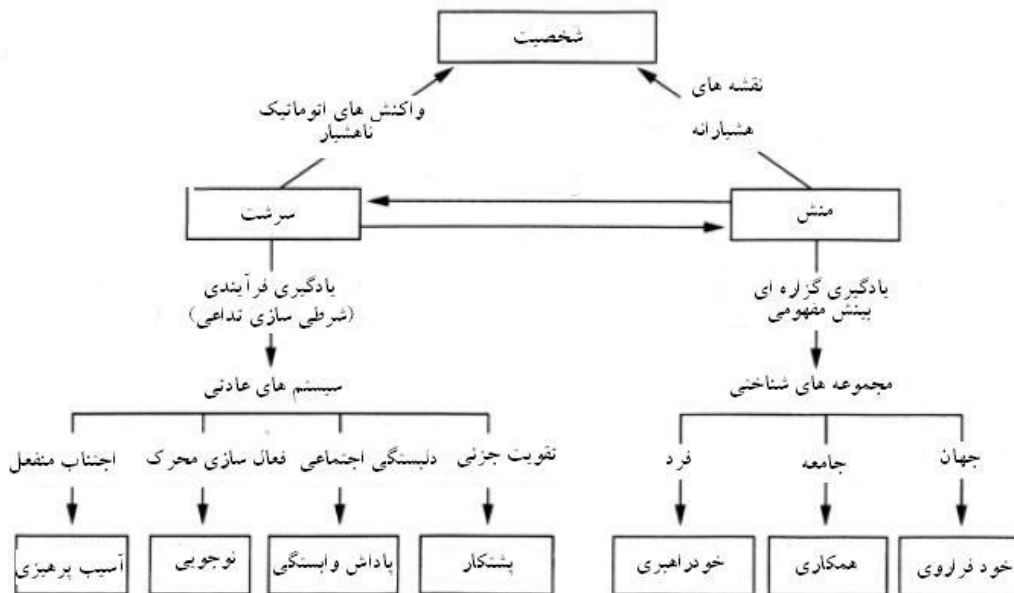
². Co Operativeness (CO)

³. Self Transfrance (ST)

⁴. Temperament and Character Inventory

⁵ Svrakic

نمودار ۱-۱، طرح زیستی روانی شخصیت در مدل نظری کلونینجر



این پژوهش کوششی است در زمینه ارزیابی شباهت ها و تفاوت های ابعاد زیر بنایی اختلال شخصیت مرزی و اختلال استرس پس از سانحه. با توجه به نتایج مطالعاتی که حاکی از ثبات و استقلال ابعاد سرشتی از عوامل محیطی می باشند (کلونینجر ۱۹۸۷، کلونینجر و همکاران ۱۹۹۱، شوراکیک و همکاران ۱۹۹۲، پرنّا^۱ و همکاران ۱۹۹۲، جوفه^۲ و همکاران ۱۹۹۳، استالینگز^۳ و همکاران ۱۹۹۴)، در صورت بدست آمدن نیمرخهای سرشتی مشابه در دو اختلال مطرح در پژوهش، فرضیه همسانی این دو اختلال تقویت میشود و در صورت بدست آمدن نیمرخهای سرشتی - منشی متفاوت، زمینه تشخیص افتراقی دقیق تر و سنجیده تر این دو اختلال فراهم میگردد. از این رو سؤال اساسی این است که آیا مبتلایان به اختلال های PTSD و BPD از نظر

¹ Perna

² Joffe

³ Stallings