

رابطه تأهل و جنسیت با اثر موقعیتهای آزارنده در کُنشهای هوشی مراجعان دارای اختلال

شخصیت مرزی

فاتح رحمانی^۱

استادیار گروه روانشناسی، دانشگاه کردستان

محمدعلی کیانی

دانشور گروه روانشناسی، دانشگاه کردستان

فرزین رضاعی

استادیار گروه روانپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی کردستان

مرضیه نصوری

کارشناس ارشد روانشناسی بالینی، دانشگاه کردستان

دریافت مقاله: ۹۱/۵/۸ پذیرش مقاله: ۹۱/۹/۱۴

چکیده

هدف: بررسی رابطه متغیرهای خانوادگی و اختلال شخصیت مرزی، عمدتاً نادیده گرفته شده است. هدف از پژوهش حاضر، بررسی رابطه جنسیت و تأهل با اثر استرس‌زاهای آزمایشگاهی در وضعیت هوشی مراجعان دارای اختلال شخصیت مرزی است.

روش: روش پژوهش آزمایشی و از طرح پیش آزمون - پس آزمون با گروه کنترل استفاده شد. از میان مراجعه کننده‌های به مراکز مشاوره‌ای شهر سنندج، که با تشخیص روانپزشکان، دارای اختلال شخصیت مرزی بودند، ۱۵ نفر زن و به‌همین تعداد مرد انتخاب شدند. گروه آزمایشی و گروه هم‌تای آن، پس از ثبت ویژگی‌های جمعیت-شناختی و اجرای اولیه آزمون‌ها، با گذشت دو هفته، استرسور آزمایشگاهی را تجربه کردند تا واکنش آنها به شکست مشخص شود و متعاقب آن مجدداً مورد ارزیابی قرار گرفتند. ابزارهای جمع‌آوری اطلاعات، آزمون میلون ۳ و آزمون هوشی و کسلر بزرگسال بود. نتایج حاصل، با استفاده از تحلیل کوواریانس چند متغیری و یک متغیری، با استفاده از SPSS-20 تحلیل شدند.

یافته‌ها: نتایج، بیانگر ارتباط معنادار تأهل و جنسیت با فعالیتها هوشی مراجعان، در پاسخ به استرسورهای آزمایشگاهی بود (از $p < 0/008$ تا $p < 0/05$). طبق نتایج، متغیرهای تأهل و جنسیت در تعامل با علائم اختلال شخصیت مرزی، در توان به‌کارگیری توانایی‌های هوشی مراجعان، در موقعیتهای ناخوشایند، مداخله می‌کنند.

نتیجه‌گیری: نقش مهمی برای متغیرهای تأهل و جنسیت در درک سازش‌یافتگی هوشی و اجتماعی مراجعان دارای اختلال شخصیت مرزی قابل توجه است. به نظر می‌رسد درک عمیق‌تر مشکلات هوشی و رفتاری این مراجعان، مستلزم توجهی خاص به این متغیرهاست.

کلیدواژه‌ها: اختلال شخصیت مرزی، کنش‌وری عقلانی، تأهل، جنسیت

مقدمه

اختلال شخصیت مرزی، بیماری روانی پیچیده‌ای است که با نارسایی‌های متعددی در کنش‌وری در روابط بین-شخصی، خودپندار و کنشهای شناختی، هیجانی، و رفتاری مشخص می‌شود. گرایش به هیجانهای شدید، برانگیختگی، و شدت در روابط اغلب در طول عمر این افراد، آنها را همراهی می‌کند (انجمن روانپزشکی آمریکا^۱، ۲۰۰۰). با وجود آنکه این اختلال بسیار مخرب است، مطالعات انجام شده در مورد آن بسیار محدود است (کریک، موری-کلوز، و وودز^۲، ۲۰۰۵؛ بلیبرگ^۳، ۲۰۰۱). افراد دارای این اختلال، دارای مزمن‌ترین علائم آسیب‌شناسی روانی و روانپزشکی هستند و هنوز شیوه‌های درمانی کاملاً مؤثری برای آن ارائه نشده (جاد و مک‌گلاشان^۴، ۲۰۰۳، ۲۰۰۱؛ پاریس^۵، ۲۰۰۸، ۲۳-۲۲) و پژوهشهای بیشتری برای درک و اداره‌ی این شرایط بالینی ناتوان کننده لازم است (لایب، زانارینی، شمahl، لینهان و بوهوس^۶، ۲۰۰۴). تلاشهایی که در جهت شناخت دقیق‌تر این اختلال صورت گرفته است را می‌توان از سه زاویه دانست: اختلالهای روانی همایند، بی‌نظمی‌ها و مشکلات عاطفی، و نارسایی‌های شناختی.

این اختلال، از نوجوانی آغاز می‌شود، در اوایل بزرگسالی به اوج می‌رسد و در میانسالی کاهش می‌یابد. مطالعات کریک، موری-کلوز و وودز (۲۰۰۵) نشان داده‌است که در مواردی که اشکال این اختلال در کودکان مشاهده می‌شود، معمولاً، علائم، در طول زمان پایدار می‌مانند. این اختلال، بیشتر در زنان تشخیص داده می‌شود تا در مردان (۷۵ درصد موارد تشخیص داده شده زن هستند). شیوع اختلال شخصیت مرزی حدود ۲٪ جمعیت عمومی، حدود ۱۰٪ مراجعان سرپایی کلینیکهای سلامت روانی، و حدود ۲۰٪ مراجعان بستری روانپزشکی، برآورد می‌شود. نزدیک به نصف بیماران دارای اختلالهای روانی، دارای اختلال شخصیت هستند و در میان جمعیت بالینی دارای اختلال شخصیت، این اختلال، در ۳۰٪ تا ۶۰٪ موارد مشاهده می‌شود. شیوع این اختلال، بیش از سایر اختلالهای شخصیت است (کازدین^۷، ۲۰۰۰، ۴۴۲-۴۴۰؛ اسوراکیک و کلونینگر^۸، ۲۰۰۹).

تحقیقات زیادی نشان داده‌اند که بی‌نظمی عاطفی محور نارساکنشی موجود در اختلال شخصیت مرزی و یکی از نشانه‌های مشخص کننده آن است (انجمن روانپزشکی آمریکا، ۲۰۰۰؛ بورنو والووا، گراتز، داوترز، بتینا^۹ و همکاران، ۲۰۰۸؛ گراتز^{۱۰}، ۲۰۰۶؛ لوین، مارزیالی، و هوود^{۱۱}، ۱۹۹۷). لازم است این مجموعه را به دشواری این افراد در پیشرفت در تحصیل و فعالیتهای شغلی، افزود تا پرسشهای مربوط به ارتباط وضعیت هیجانی و مشکلات

1. American Psychiatric Association (APA)

2. Crick, Murray-Close & Woods

3. Bleiberg

4. Judd & McGlashan

5. Paris

6. Lieb, Zanarini, Schmahl, Linehan & Bohus

7. Kazdin

8. Svrakic & Cloninger

9. Bornovalova, Gratz, Daughters & Bettina

10. Gratz

11. Levine, Marziali & Hood

مربوط به کنشهای شناختی و بین‌شخصی قابل طرح شود (گراتز، تال، رینولدز، کورتنی^۱ و همکاران، ۲۰۰۹). افراد مبتلا به این اختلال، فراوانی و شدت بیشتری را در هیجانهای بررسی شده توسط خودسنجی نشان می‌دهند (ابنر-پرایمر، ولج، گروسمن، ریش^۲ و همکاران، ۲۰۰۷؛ لینهان، بهوس و لینچ^۳، ۲۰۰۷؛ جاکوب گوینزلر، زیمرمن، شیل^۴ و همکاران، ۲۰۰۸). پژوهشهای مختلف بر برانگیختگی (لینکس و هسلگراو^۵، ۲۰۰۰)، خشم (جاکوب و همکاران، ۲۰۰۸؛ گاردنر، لینلوفت، لیهی، و کودری^۶، ۱۹۹۱) و شرم (گراتز، لوزنتهال، تال، لجوس و گاندرسون^۷، گاندرسون^۷، ۲۰۱۰؛ کراو^۸، ۲۰۰۴؛ روشلایب، گوتلر، هرمانلایب، گوتلر، هرمان^۹ و همکاران، ۲۰۰۷)، تنش و اضطراب (استیگلمایر، گرائول، لینهان، ایهورست^{۱۰} و همکاران، ۲۰۰۵)، ترس (آرنتز، کلومن، و سیسوردا^{۱۱}، ۲۰۰۵) و مجموع هیجانهای منفی (والترز^{۱۲}، ۲۰۰۶) تأکید دارند.

تخریبهای مکرر و شدیدی که این اختلال ایجاد می‌کند مربوط به تمام گستره زندگی فرد و شامل از دست دادن شغل، از هم گسستن تحصیل، و شکست در ازدواج است (سورایک و کلونینگر، ۲۰۰۹). سطح پایین پیشرفت شخصی (تحصیلی و شغلی) از ویژگیهای شناخته‌شده آنهاست (جاد و مک‌گلاشان، ۲۰۰۳). اصولاً، این بیماران سطح پیشرفت پایینی دارند (گاندرسون و لینکس^{۱۳}، ۲۰۰۸). نارساکنشی‌ها و مشکلات این افراد در پردازش خبر (اطلاعات) پیچیده (استیونز و بورکهاردت، هاوتزینگر، شوارتز و آنکل^{۱۴}، ۲۰۰۴؛ اسپروک، رادر، کندال، و یودر^{۱۵}، ۲۰۰۰)، نارسایی در کنشهای اجرایی مانند، تصمیم‌گیری و طرحریزی، در تصمیم‌گیری و پاسخدهی برانگیخته، و نیز در شناخت طرحریزی (بازانیسراجرز، داوسون، تایلور^{۱۶} و همکاران، ۲۰۰۲) و فراموشی (کورفاین و هوولی^{۱۷}، ۲۰۰۰)، از جمله مشکلات این مراجعان است. پژوهشهای فراوانی نشان داده‌اند که این بیماران کاستی‌هایی در آزمونهای هوشی، مانند آزمون وکسلر بزرگسالان دارند. مواردی مانند، استفاده از کلمات، از هم گسستن مرزهای بین مفاهیم، و خطاهای مربوط به تفکر منطقی در آزمونهای کلامی (جاد و مک‌گلاشان، ۲۰۰۳) از این موارد است. نتایج حاصل از بررسی آزمایشی رنتروپ، باکنستراس، جانتش، کایسر^{۱۸} و همکاران

1. Gratz, Tull, Reynolds, Courtney
2. Ebner-Priemer, Welch, Grossman, & Reisch
3. Linehan, Bohus, & Lynch
4. Jacob, Guenzler, Zimmermann & Scheel
5. Links & Heslegrave
6. Gardner, Leibenluft, O'Leary & Cowdry
7. Gratz, Rosenthal, Tull, Lejuez & Gunderson
8. Crowe
9. Rüsck, Lieb, Göttler & Hermann
10. Stiglmayr, Grathwol, Linehan & Ihorst
11. Arntz, Klokman & Sieswerda
12. Walters
13. Gunderson & Links
14. Stevens, Burkhardt, Hautzinger, Schwarz & Unckel
15. Sprock, Rader, Kendall, & Yoder
16. Bazanis, Rogers, Dowson, & Taylor
17. Korfine & Hooley
18. Rentrop, Backenstrass, Jaentsch & Kaiser

(۲۰۰۸) نشان داد که ناتوانی در بازداری پاسخها، نارسایی محوری احتمالی در مراجعان مبتلا به اختلال شخصیت مرزی، در مقایسه با گروه کنترل غیربالینی است. این مسئله می‌تواند به‌طور معکوس بر کنش‌وری عقلی این مراجعان اثرگذار باشد و موجب تنش، کاهش مهارگری، و اختلال در کنش‌وری عقلی شود.

به‌طور کلی، پژوهش‌های یاد شده بیانگر گستره وسیع مشکلات روانشناختی همراه این اختلال، مشکلات هیجانی و شناختیکه در محور این اختلال قرار دارند و آثار منفی آنها در زندگی فرد مراجع (مرتبط با سطح تواناییها/ظرفیتهای مراجعان) است. اختلال شخصیت مرزی، در بردارنده ابهام‌های متعددی در قلمرو نشانه‌شناسی، علت‌شناسی و پدیدایی، عوامل مرتبط، و پیامدهای فردی و اجتماعی است (جاد و مک‌گلاشان، ۲۰۰۳). اگرچه این اختلال بیشتر در زنان قابل مشاهده است (۷۵ درصد)، پژوهشی در زمینه بررسی جنبه‌های مختلف این اختلال، بین دو جنس، یافت نشد. از سوی دیگر، تأهل از جمله متغیرهایی است که رابطه پیچیده‌ای با اختلال‌های روانی دارد. تغییرات مهم زندگی (از جمله ازدواج) تنیدگی‌زا هستند و در نظر گرفتن آنها برای درک بهتر اختلالها ضروری است (انجمن روانپزشکی آمریکا، ۲۰۰۰). تأهل از منابع تنیدگی است و می‌تواند بر وخامت وضعیت روانشناختی مراجعان بیافزاید (سادوک و سادوک^۱، ۲۰۰۳). اما، ازدواج موفق از جمله مواردی است که ممکن است است اثری پایدارتر از درمان دارویی و شناختی در تغییر شکل شخصیت فرد به‌شیوه‌ای بنیادی داشته باشد. افراد متأهل کمتر از سایرین در برابر اختلال‌های روانی آسیب‌پذیرند (رالف^۲، ۲۰۰۹). از سوی دیگر، هولمز و راهه^۳ (۱۹۶۷) نشان دادند که بین شدت تغییرات زندگی (از جمله ازدواج) و شدت اختلال‌های روانی ارتباط وجود دارد. در نمره سطح تنیدگی هولمز و راهه، که شدت استرس نمره‌ای بین صفر و صد می‌گیرد (صفر بدون استرس و صد بدترین استرس)، نمره ۵۰ به ازدواج اختصاص داده شده است که قابل توجه است (سادوک و سادوک، ۲۰۰۳).

نکات ذکر شده مبین ابهام قابل توجه در شناخت اختلال شخصیت مرزی و عوامل مرتبط با آن است. با توجه به اینکه محققان دو متغیر مهم را در نظر دارند که داده‌های اندکی در مورد آنها وجود دارد، انجام چنین مطالعه‌ای ضروری است. به این ترتیب، هدف از پژوهش حاضر، مطالعه نقش تأهل و جنسیت در تأثیر موقعیت‌های آزرانده بر کارآمدی هوشی مراجعان دارای اختلال شخصیت مرزی، براساس آزمون هوشی و کسلر بزرگسال بود. با توجه به داده‌های فوق، فرض محققان این است که زنان و افراد مجرد دچار این اختلال آسیب‌پذیرتر از مردان و افراد متأهل هستند.

روش

پژوهش حاضر از نوع طرح‌های "آزمایشی"^۴ است. برای تعیین گستره اثرگذاری متغیر مستقل بر کنش‌های شناختی آزمودنیها، از طرح پیش‌آزمون^۵ و پس‌آزمون^۶ با دو گروه استفاده شد. آزمون هوشی و کسلر، قبل و بعد از قرار گرفتن در موقعیت آزمایشی اجرا شد. اعمال متغیر مستقل و اندازه‌گیری متغیر وابسته برای هر دو گروه در

1. Sadock, & Sadock

2. Ralph

3. Holmes & Rahe

4. quasi-experimental design

5. pre-test

6. post-test

شرایط یکسان صورت گرفت. جامعه مورد نظر پژوهش، مراجعان دارای اختلال شخصیت مرزی فاقد تاریخچه روان‌گسستگی^۱ و آشفتگی^۲ بودند که در زمان اجرای آزمونها، تحت تأثیر مسمومیت دارویی و مشکلات طبی قابل توجه نبودند. به‌خاطر عدم دسترسی به مجموع بیماران دارای این اختلال، انتخاب تصادفی آنها امکان‌پذیر نبود. بنابراین، انتخاب مراجعان، به‌صورت نمونه‌گیری هدفمند، از میان مراجعان به تعدادی از مراکز درمانی و مطب‌های روانپزشکان، در پاییز ۱۳۹۰، با استفاده از مصاحبه بالینی براساس DSM-IV صورت گرفت. به این ترتیب که متخصص ارجاع دهنده از آزمودنی می‌خواست که در پژوهشی شرکت کند که به شناخت بیشتر مشکلات او کمک می‌کند. نتایج آزمونها، مورد استفاده باید به روانپزشک ارائه می‌شد. گروه گواه نیز، با توجه به مشخصه‌های جمعیت‌شناختی گروه آزمایشی از میان بستگان بیماران گروه آزمایشی و سایر داوطلبان از میان بستگان و آشنایان افرادی که در مراکز درمانی شاغل بودند-انتخاب شده 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. معیارهای ورود، شامل حضور اختلال شخصیت مرزی، تحصیلات در حد دیپلم (سطح تحصیلات مناسب برای استفاده از آزمونها، میلون و وکسلر)، و سن از ۱۸ تا ۴۵ سال (۱۸ سالگی، حداقل لازم برای تشخیص اختلال شخصیت مرزی و ۴۵ سالگی، سنی است که از آن پس علائم اختلال ممکن است کاهش یابد) و معیارهای خروج، شامل سابقه دوره‌های آشفتگی، اختلال‌های روان‌گسسته، افسردگی شدید، و قرار داشتن در مسمومیت دارویی شدید، یا ترک دارو (مجموع این شرایط مانع اجرای آزمونها هستند) بود.

برای اطمینان از همتا بودن گروهها، وضعیت جمعیت‌شناختی آنها (سن، تحصیلات و نسبت جنسی و تأهل دو گروه) مورد مقایسه قرار گرفت و عدم تفاوت معنادار دو گروه، همتا بودن آنها را تأیید کرد. برای کنترل تأثیر متغیر سن، آزمودنی‌های از ۱۸ تا ۴۵ سال انتخاب شدند (یعنی حد فاصل زمان آغاز اختلال و زمانی 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. تعداد زنان و مردان در هر دو گروه آزمایشی و گواه، ۱۵ نفر (حداقل لازم برای انجام محاسبات آماری پارامتریک^۳) و تعداد متأهلین در گروه آزمایشی ۱۳ و در گروه گواه ۱۴ نفر بود (جدول، ۱).

جدول ۱. مشخصات جنس و تأهل آزمودنیها

مشخصه گروه	زن		مرد		متأهل	مجرد	مرد	زن
	متأهل	مجرد	متأهل	مجرد				
گروه مرزی	۷	۸	۶	۹	۱۳	۱۷	۱۵	۱۵
گروه غیرمرزی	۷	۸	۷	۸	۱۴	۱۶	۱۵	۱۵

۱. psychosis

۲. mania

۳. با توجه به اینکه یافتن مراجعان دارای اختلال شخصیت مرزی که با پژوهشگر همکاری کنند کار بسیار دشواری است، امکان‌پذیر نبود که با توجه انتظارات از نتایج با استفاده از فرمولهای آماری، تعداد مناسب آزمودنی انتخاب شود. بنابراین، به حداقل تعداد لازم اکتفا شد.

از هر دو گروه آزمودنی‌ها، آزمونه‌های میلیون ۳، وضعیت هیجانی و وکسلر بزرگسال گرفته شد. دو هفته بعد، آزمون واکنش هیجانی به شکست، و متعاقب آن آزمون مجدد وضعیت هیجانی و وکسلر بزرگسال، بر روی آنها اجرا شد. سپس، نتایج دو گروه مورد مقایسه قرار گرفت. فایده‌ی همکاری در پژوهش برای هر دو گروه، امکان بهره‌مندی رایگان از آزمونه‌های میلیون و وکسلر بود که برای گروه مرزی، مهم و یاری‌دهنده‌ی درمانگران آنها در تداوم درمان و برای گروه گواه کنجکاوی‌ها و رغبت‌های شخصی بود.

ابزارهای پژوهش: الف- پرسشنامه‌ی میلیون ۳ (MCMI-III): این پرسشنامه توسط تتودور 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. در ایران، شریفی، مولوی، و نامداری (۱۳۸۶)، این پرسشنامه را بر روی ۲۸۳ بیمار، هنجاریابی کردند که همبستگی نمرات خام اولین اجرا و بازآزمایی آن در دامنه‌ی ۰/۸۲ (اختلال هذیانی) تا ۰/۹۸ (اختلال شخصیت اسکیزوئید) گزارش شد. همچنین در این مطالعه، پایایی آزمون از طریق روش همسانی درونی محاسبه شد و ضریب آلفای مقیاس‌ها در دامنه‌ی ۰/۸۷ (وابستگی به الکل) تا ۰/۹۶ (اختلال استرس پس از ضربه) به دست آمد. از این پرسشنامه تنها در جهت تأیید و کمی‌سازی تشخیص روانپزشکان استفاده شد.

ب- آزمون تجدید نظر شده هوش بزرگسالان وکسلر^۱ (WAIS-R) (۱۹۸۱، ۱۹۵۸): متشکل از مجموعه‌ای از آزمونه‌های هوشی است که به صورت فردی اجرا می‌شوند، حوزه‌های مختلف هوشی را می‌سنجد و نتایجی فراهم می‌کند که جنبه‌هایی از شخصیت را نیز دربرمی‌گیرد (گرات-مارنات، ۲۰۰۹). دلیل این مسئله، نقش ابزاری کنش‌های عقلی در درک محیط و روابط بین‌شخصی و کنش‌های فردی و اجتماعی است. قابلیت اعتماد این آزمون از طریق بازآزمایی در سطح پاره‌تستها بین ۰/۵۸ تا ۰/۸۷ و در سطح بهره‌های هوشی، بین ۰/۷۶ تا ۰/۹۴ گزارش شد و قابلیت اعتماد از طریق دو نیمه کردن به روش زوج و فرد در سطح خرده‌آزمونها بین ۰/۶۷ تا ۰/۷۹ و در سطح هوشبهرها بین ۰/۹۲ تا ۰/۹۵ به دست آمد (شریفی و نامداری، ۱۳۸۶؛ عابدی، امید و رضایت، ۱۳۷۴).

ج- پرسشنامه‌ی وضعیت هیجانی: این آزمون، پرسشنامه‌ی خودسنجی است با ۱۰ ماده‌ی مختلف جهت ارزیابی پاسخ هیجانی فاعلی^۲ که آزمودنی با توجه به آنها، احساس‌های خود را مشخص می‌کند. هریک از مواد، شامل توصیف یک حالت هیجانی (مانند، نگران هستم، یا، احساس بی‌ارزشی می‌کنم)، و درجه‌بندی شدت احساسها از ۰ (هیچ)، تا ۶ (بسیار شدید) است. در واقع، ماده‌های این آزمون پاسخ به پرسش "چه احساسی دارید؟" است. به کارگیری این پرسشنامه برای تصریح حضور احساس‌های منفی آزمودنیها طی آزمایش بود. هماهنگ با شیوه‌های مورد استفاده در مطالعات قبلی، در مورد ارزیابی واکنش‌پذیری به تنیدگی‌زاهای آزمایشگاهی، در سراسر آزمایش، از آزمودنیها خواسته شد که سطوح اضطراب، اندوه، تحقیر، شرم، خشم، و استیصال خود را، همراه با توصیف‌های کلی‌تر از

1. Wechsler

2. Wechsler Adult Intelligence Series-Revised

3. subjective emotional response assessments

حالات عاطفی خود، شامل، بی‌حوصلگی، ناراحتی، و بی‌ارزشی، و توصیف کلی از حالت عاطفی خود، به صورت نامتمایز "احساس بد"، که در لحظهٔ آزمون تجربه می‌کنند، مشخص کنند (گراتز، روزنتال، تال، لژوز، و گاندرسون، ۲۰۱۰). با توجه به اینکه تمام مواد آزمون بیانگر احساسهای منفی و دردناک هستند، در گسترهٔ صفر تا ۶۰ هرچه نمرهٔ آزمودنی بالاتر باشد احساسهای ناخوشایندتری را تجربه می‌کند. وضعیت هیجانی آزمودنی‌ها در ۴ مرتبهٔ مختلف در طی اجرای آزمایش ارزیابی شد.

انواع مختلفی از پرسشنامه‌های وضعیت هیجانی ساخته شده است که دارای ویژگیهای مشابه هستند. اما، هیچکدام تمام گسترهٔ هیجانهای مورد نظر پژوهشگر را دربر نمی‌گیرند. بنابراین، محقق ناچار به افزودن تعدادی از مواد به آزمون، جهت بررسی احساسهای دیگر شد. این آیتم‌ها شامل عبارتهای توصیف کنندهٔ احساس کهرتری یا حقارت، استیصال یا درماندگی و احساس شکست بود. طبق ارزیابی صورت گرفته، سطح آلفای کرونباخ این پرسشنامه معادل ۰/۹۶ است (نصوری، ۱۳۹۰).

د- استرسور آزمایشگاهی با نام آزمون واکنش هیجانی به شکست^۱

این ابزار با عنوان "واکنش هیجانی به شکست" که با نام آزمون ظرفیتهای فکری به آزمودنی‌ها ارائه شد، نرم-افزاری کامپیوتری است که تمام مراحل آن به‌طور خودکار و بدون نقش آزمونگر قابل اجراست و با الگوبرداری از نرم‌افزار PASAT-C (براون، لژوز، کاهلر و استرانگ^۲، ۲۰۰۲؛ لژوز، کاهلر و براون^۳، ۲۰۰۳؛ داوترز، لژوز، کاهلر، استرانگ، و براون^۴، ۲۰۰۵) ساخته شده است. این آزمون، شامل سؤلهای بسیار دشوار آزمون هوشی کنترل است، که کمتر از ۱/۱۰۰۰۰۰ افراد قادر به پاسخ درست به آنها هستند. بنابراین، حتی آزمودنیهای باهوش‌تر عهدهٔ حل آنها بر نمی‌آیند. به‌طور کلی، این ابزار موجب برانگیختن احساس شکست و ناتوانی می‌شوند. این نرم‌افزار، به‌این دلیل "واکنش هیجانی به شکست" نام گرفته است که به‌طور متناوب، در میان پرسشهای هوشی، به ارزیابی وضعیت هیجانی آزمودنی، براساس پرسشنامهٔ وضعیت هیجانی، می‌پردازد تا اثرگذاری آن تصریح شود.

محقق، با استفاده از این ابزار، موقعیتی آزاردهنده فراهم می‌سازد که آزمودنی شکست، ناتوانی و استیصال را همراه با نارزنده‌سازی خود، تجربه کند. نظر مشخص آزمودنیها این بود که احساسهای خیلی بدی را در خود تجربه می‌کنند. بررسی بالینی گروه ۳۰ نفری دانشجویانی که نرم‌افزار واکنش هیجانی به شکست در مورد آنها اجرا شد، بیانگر اثرگذاری موفق این ابزار بود. نتایج آزمون، بر حسب پرسشنامهٔ واکنش هیجانی، در جدول ۱، ارائه شده است. مصاحبهٔ بالینی با آزمودنی‌ها، متعاقب اجرای آزمون نیز، بیانگر اثرگذاری آن به‌شیوهٔ مورد نظر پژوهشگران بود.

نتایج

تحلیل داده‌ها در دو سطح صورت گرفت:

^۱ این ابزار، ابزار ارزیابی نیست که روایی یا پایایی داشته باشد. بلکه، مجموعه‌ای از آزمونهای دشوار هوشی برگرفته از دشوارترین مواد آزمون هوشی معروف کنترل است که آزمودنی‌ها، اعم از مراجع و بهنجار، در آن شکست می‌خورند.

^۲ Brown, Lejuez, Kahler & Strong

^۳ Lejuez, Kahler & Brown

^۴ Daughters, Lejuez, Kahler, Strong & Brown

- تأیید تشخیص مراجعان و تفاوت آنها با گروه گواه، با استفاده از آزمون میلون ۳ (جدولهای ۲ و ۳)
 - تحلیل کوواریانس نتایج آزمون هوشی و کسلر بزرگسال گروه‌های آزمایشی و گواه به تفکیک جنسیت و تأهل و بررسی اثر تعاملی آنها
- در آغاز توصیف آماری نتایج پژوهش، در جدولهای ۲ و ۳ ارائه می‌شود و بعد تحلیل آنها ارائه می‌شود.

جدول ۲. توصیف آماری نتایج آزمون میلون ۳ به‌تمايز جنسیت و گروه

آماره شاخص	تعداد	جنسیت گروه			زن			مرد	
		میانگین	معیار	انحراف	میانگین	معیار	انحراف	بالینی	غیربالینی
افشاء	۳۰	۶۶/۷۳	۲۲/۷۸	۶۳/۴۲	۱۱/۷۷	۵۴/۹۳	۳۴/۸۳	۶۰	۱۹/۶۳
مطلوبیت	۳۰	۴۵/۵۵	۲۶/۱۶	۶۷	۱۶/۱۳	۳۲	۲۶/۵۴	۶۷/۱۲	۲۰/۷۹
بدنمایی	۳۰	۵۹/۰۹	۲۷/۴۴	۳۶/۷۵	۲۸/۹	۴۵/۲۰	۳۴/۶۶	۲۷/۴۴	۲۴/۳۵
اسکیزوید	۳۰	۴۷/۶۴	۱۹/۶۳	۳۵/۸۳	۲۵/۳۸	۳۳/۳۳	۲۰/۶۷	۲۲/۵۶	۱۳/۷۶
اجتنابی	۳۰	۴۵/۴۵	۱۸/۸۱	۳۰/۸۳	۱۸/۵۷	۴۲/۸۷	۲۲/۸۲	۳۰/۸۱	۱۳/۶
افسرده	۳۰	۷۰/۴۵	۲۸/۷۴	۴۵/۹۲	۳۱/۳۲	۵۵/۵۳	۳۱/۲۳	۳۷/۰۶	۲۳/۵۹
وابسته	۳۰	۳۹/۴۵	۲۷/۴۹	۲۵/۱۷	۲۰/۶۳	۳۸/۳۳	۲۵/۸۹	۲۳/۹۴	۱۶/۹۱
نمایشی	۳۰	۵۰/۰۹	۲۱/۵	۵۲/۷۵	۲۶/۸۷	۳۸/۵۳	۲۲/۴۱	۵۱/۸۱	۲۶/۳۸
خوددوستدار	۳۰	۳۸/۷۳	۱۷/۸۶	۵۰/۵	۲۰/۰۷	۳۰/۶	۲۰/۶۸	۴۵/۲۵	۲۰/۹۸
ضداجتماعی	۳۰	۳۷/۵۵	۱۷/۴۳	۲۷/۰۸	۹/۸۳	۴۷/۰۷	۲۴/۸۱	۳۴/۱۲	۱۷/۹۴
آزارگر	۳۰	۴۱	۱۹/۶۵	۳۵/۵	۱۶/۵۸	۴۴/۹۳	۲۷/۵۸	۳۳/۶۲	۲۱
وسواسی	۳۰	۴۵/۳۶	۲۲/۷۸	۶۳	۹/۷۶	۲۸/۲	۲۰/۲۸	۵۳/۶۹	۲۲/۹۴

جدول ۲. توصیف آماری نتایج آزمون میلیون ۳ به‌تعمایز جنسیت و گروه (ادامه)

آماره شاخص	تعداد	زن		مرد	
		بالینی	غیربالینی	بالینی	غیربالینی
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
منفی‌نگر	۳۰	۵۲/۳۶	۲۰/۲۲	۲۴/۰۸	۱۵/۹۲
آزارپذیر	۳۰	۴۱/۹۱	۱۹/۹۹	۳۵/۳۳	۲۱/۶۵
اسکیزوتایپال	۳۰	۴۲/۵۵	۱۹/۷۹	۳۳/۰۸	۱۸/۸۸
مرزی	۳۰	۴۷/۰۹	۲۰/۷۹	۳۴/۴۲	۱۵/۱۵
پارانویید	۳۰	۴۴/۱۸	۱۸/۱۸	۳۹/۱۷	۱۹/۸۸
۱. اضطرابی	۳۰	۵۲/۳۶	۳۳/۸۴	۳۸/۸۳	۲۷/۳۶
۱. بدنی‌شکل	۳۰	۴۷/۵۵	۲۴/۰۷	۳۴/۱۷	۲۷/۳۱
آشفته‌گی	۳۰	۵۰/۰۹	۲۴/۲۳	۲۸/۵۸	۲۳/۸۶
افسرده‌خوبی	۳۰	۵۲/۱۸	۲۶/۳۹	۳۰/۲۵	۲۲/۰۶
وابستگی به الکل	۳۰	۲۳/۰۹	۱۴/۵۲	۱۴/۵	۷/۵۳
وابستگی به مواد	۳۰	۲۰/۵۵	۶/۸۶	۱۹/۶۷	۱۴/۸۱
تندگی‌پس- ضربه‌ای	۳۰	۴۵/۲۷	۲۷/۸۹	۲۹	۳۰/۱۴
اختلال تفکر	۳۰	۵۷	۲۶/۰۲	۳۸/۶۷	۲۹/۷
افسردگی مه‌ماد	۳۰	۵۲	۲۲/۴۲	۳۰/۳۳	۲۹/۶۸
اختلال هذیانی	۳۰	۳۱/۵۵	۲۰/۴۹	۲۴/۹۲	۲۴/۶۴

همچنانکه مشاهده می‌شود، نتایج تأیید کننده تشخیص‌های متخصصان اعصاب و روان در مورد حضور منظومه اختلال شخصیت مرزی در گروه بالینی هستند.

جدول ۳. توصیف آماری نتایج آزمون میلیون ۳ به‌تمايز تأهل و گروه

گروه	متأهل		مجرد		جنسیت
	بالینی	غیربالینی	بالینی	غیربالینی	
آماره					
شاخص	انحراف	میانگین	انحراف	میانگین	تعداد
افشاء	معیار	۶۱/۷	معیار	۴۹/۵	۳۰
مطلوبیت	۶/۴۶	۷۴/۱	۱۳/۶۷	۶۱/۷	۳۰
بدنمایی	۲۰/۵۵	۵۰/۳	۱۴/۵	۶۹/۲۳	۳۰
اسکیزو	۲۲/۱	۶۱/۹	۲۵/۸	۳۲/۹	۳۰
بید	۲۲/۷	۳۸/۷	۲۱	۲۲/۸	۳۰
اجتنابی	۱۶/۸	۵۳	۳۷/۳	۱۳/۳	۳۰
افسرده	۲۳	۷۰/۷	۱۵/۳	۲۹/۱	۳۰

جدول ۳. توصیف آماری نتایج آزمون میلیون ۳ به‌تمايز تأهل و گروه (ادامه)

شماره شاخص	تعداد	جنسیت گروه		متأهل		مجرد	
		بالینی	غیربالینی	بالینی	غیربالینی	بالینی	غیربالینی
انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین
وابسته	۳۰	۵۰/۸	۲۵/۸۴	۲۸/۴	۱۸/۱	۳۰	۲۳/۲
نمایشی	۳۰	۴۲/۴	۲۱/۳	۵۳/۷	۲۸/۱	۴۴/۲	۲۳/۸
خوددوستدار	۳۰	۳۳/۳	۱۵/۳	۴۲/۵	۱۶/۳	۳۴/۶	۲۲/۷
ضداجماعی	۳۰	۴۵/۲	۱۶/۵۳	۳۲/۳	۱۵/۷۸	۴۱/۵	۲۵/۹
آزارگر	۳۰	۵۰/۹	۱۷/۴	۲۹/۷	۱۸/۴	۳۷/۷	۲۷/۳
وسواسی	۳۰	۵۰/۴۵	۱۹/۴	۵۸/۳	۲۱/۵	۲۴/۵	۱۸/۴
منفی‌نگر	۳۰	۵۵/۶	۱۹/۱	۳۶/۲	۲۰/۲	۴۱/۵	۲۶/۲
آزارپذیر	۳۰	۴۷/۷	۱۹/۴۷	۳۰/۹	۲۳/۸	۳۸/۷	۲۲/۷
اسکیزوتایپال	۳۰	۴۱	۲۱	۲۵/۳	۱۸/۴	۳۵/۸	۲۴/۱۵
مرزی	۳۰	۵۰/۱	۱۵/۹	۳۲/۸	۱۸/۴	۳۸	۲۵/۶
پارانویید	۳۰	۴۶/۱	۱۷/۶	۳۱/۱	۲۰/۶	۳۵/۲	۲۵/۹
۱. اضطرابی	۳۰	۶۱/۴۵	۲۴/۴	۳۴/۸	۲۶/۹	۳۸/۲	۳۴/۲
۱. بدنی‌شکل	۳۰	۴۵/۵۵	۲۱/۱	۲۴/۸	۲۰/۴	۳۵/۶	۲۵/۶
آشفتگی	۳۰	۵۳/۱	۲۷/۴	۲۶/۵	۲۴/۵	۳۸/۶	۲۳
افسرده‌خوبی	۳۰	۵۴/۵۵	۲۱/۹	۲۴/۱	۱۸/۳۵	۴۰/۹	۲۵/۴
وابستگی به الکل	۳۰	۳۱/۱	۱۱	۱۴	۸/۸	۲۳/۵	۲۱/۷
وابستگی به مواد	۳۰	۲۰/۲۷	۱۱/۵	۱۶/۸	۷/۵	۳۴/۷	۲۵/۹
تنیدگی پس-ضربه‌ای	۳۰	۴۳/۲	۲۸	۲۱/۶	۲۷/۲	۴۰/۸	۲۷/۱
اختلال تفکر	۳۰	۵۸/۴	۲۰/۵	۳۲/۹	۲۳/۷	۴۶/۸	۲۳/۶
افسردگی مه‌اد	۳۰	۵۱/۳	۲۰/۹	۲۴	۲۱/۴	۴۰/۷	۲۷/۶
اختلال هذیانی	۳۰	۳۸/۵۵	۲۲	۱۶/۴	۱۱/۵	۲۷/۸	۲۳

همچنانکه مشاهده می‌شود، نتایج تأییدکننده تشخیصهای متخصصان اعصاب و روان در مورد حضور منظومه اختلال شخصیت مرزی در گروه بالینی هستند.

جدول ۴. توصیف آماری نتایج آزمون هوشی تجدید نظر شده و کسلسر به تمایز جنسیت و گروه

انحراف معیار	مرد		زن		جنسیت		تعداد	مرتبۀ آزمون	آماره شاخص	
	غیربالیینی		غیربالیینی		گروه					
	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	بالیینی	غیربالیینی				
۱۰/۱۸	۹۲/۶۲	۷/۹۸	۹۰/۱۲	۹/۸۴	۹۵/۷۵	۱۰/۲۴	۹۰	۱۵	اول	کلی
۱۲/۵۹	۹۷/۰۶	۸/۹۷	۹۲/۳۵	۱۱/۷۳	۱۰۰/۵۸	۱۰/۵۹	۹۰/۱۸	۱۵	دوم	
۹/۷۹	۹۸/۲۵	۹/۹۲	۹۶/۳۴	۱۰/۷۹	۱۰۲/۷۵	۱۰/۷۸	۹۶	۱۵	اول	هوش
۱۰/۷۴	۹۹/۷۵	۹/۱۹	۹۶	۱۰/۵	۱۰۳/۵۸	۱۱/۱۴	۹۲/۴۵	۱۵	دوم	کلامی
۱۰/۸۶	۸۸/۶۹	۸/۶۵	۸۴/۳۴	۹/۶	۸۷/۲۵	۹/۸۱	۸۴/۴۵	۱۵	اول	هوش
۱۵/۶۱	۹۴/۹۴	۱۰/۹۶	۸۹/۵۹	۱۲/۸۱	۹۶/۹۲	۹/۹۷	۸۸/۴۵	۱۵	دوم	غیرکلامی
۲/۲۵	۸/۵	۲/۲۴	۹	۲/۲۵	۸/۸۳	۲/۶۶	۸/۴۵	۱۵	اول	اطلاعات
۲/۴۲	۸/۶۲	۲/۳	۸/۸۲		۸/۸۳	۲/۹	۸/۳۶	۱۵	دوم	
۲/۳۱	۷/۱۲	۲/۱۶	۶/۱۸	۱/۷	۸/۸۳	۱/۵۱	۷/۰۹	۱۵	اول	فراخوانی حافظه
۲/۴۲	۷/۶۲	۲/۲۱	۶/۶۵	۲/۱۵	۹/۴۲	۲/۳۴	۷/۴۵	۱۵	دوم	
۲/۷۴	۹/۰۶	۲/۳۰	۸/۵	۸/۵	۸/۸۳	۱/۷۹	۸	۱۵	اول	محاسبه
۲/۴۵	۹/۱۲	۲/۳۶	۸/۹۴	۱/۵۱	۹/۴۲	۲/۰۵	۷	۱۵	دوم	
۱/۳۶	۹/۱۲	۲/۰۹	۹/۴۱	۱/۹۵	۹/۸۳	۱/۹۹	۸/۸۲	۱۵	اول	واژگان
۲/۳۴	۹/۵	۱/۵	۸/۸۸	۱/۵۶	۹/۴۲	۱/۸۵	۸/۷۳	۱۵	دوم	
۲/۰۶	۱۳/۸۸	۲/۷۷	۱۲/۰۶	۲/۱۹	۱۴/۳۳	۲/۶۹	۱۳/۶۴	۱۵	اول	درک مطلب
۲/۴۲	۲/۶۲	۲/۸۳	۱۱/۴۱	۲/۳۷	۱۳/۸۳	۲/۱۸	۱۱/۸۲	۱۵	دوم	
۲/۶۵	۹/۶۹	۲/۶۳	۸/۸۲	۱/۸۳	۱۰/۵	۳/۳	۱۰/۴۵	۱۵	اول	شبهاتها
۲/۱۴	۱۰/۰۶	۲/۷۱	۱۰/۱۲	۱/۷۱	۱۱/۲۵	۳/۱۶	۱۰/۱۸	۱۵	دوم	
۲/۸۸	۷/۵	۱/۹۳	۶/۸۸	۲/۳۹	۶/۹۲	۲/۰۷	۶/۵۵	۱۵	اول	تکمیل تصاویر
۲/۹۴	۸/۱۲	۱/۳۵	۶/۷۶	۲/۷۶	۸/۱۷	۲	۷/۲۷	۱۵	دوم	
۲/۳۹	۸/۳۸	۱/۶۹	۶/۷۱	۲/۳۹	۷/۹۲	۲/۲	۷/۶۴	۱۵	اول	تنظیم تصاویر
۳/۹	۹/۵۶	۲/۵۶	۷/۸۲	۴/۳۴۵	۹/۸۳	۲/۸۹	۹/۱۸	۱۵	دوم	
۲/۵۶	۹	۲/۳۱	۹/۷۱	۱/۹۷	۹/۳۳	۲/۲۵	۹/۳۶	۱۵	اول	مکعب‌ها
۳/۰۷	۹/۶۹	۳	۱۰/۱۸	۱/۷۸	۱۰/۵	۱/۶	۸/۸۲	۱۵	دوم	
۱/۹	۷/۱۹	۲/۱۶	۶/۸۲	۲	۶/۷۵	۱/۵	۶/۰۹	۱۵	اول	الحاق قطعات
۱/۸۱	۸/۹۴	۲/۴۲	۷/۳۵	۲/۱۴	۸/۲۵	۲	۷/۲۷	۱۵	دوم	
۱/۹	۸/۵	۲/۱۹	۶/۸۲	۳۹/۶۱	۱۹/۰۸	۲/۳۴	۸/۶۴	۱۵	اول	رمزنویسی
۲/۲۳	۹/۱۹	۲/۵۲	۸/۶۵	۱/۴۹	۱۱/۲۵	۲/۱۶	۹/۴۵	۱۵	دوم	

توصیف نتایج این جدول، وضعیت گروهها را با توجه به هنجارهای آزمون و کسلسر نمایان می‌سازد.

جدول ۵. توصیف آماری نتایج آزمون هوشی تجدید نظر شده و کسپلر به تمایز تأهل و گروه

آماره شاخص	مرتبه آزمون	تعداد	جنسیت		متأهل				مجرد	
			گروه		غیربالینی		بالینی		غیربالینی	
			انحراف میانگین	انحراف معیار	انحراف میانگین	انحراف معیار	انحراف میانگین	انحراف معیار	انحراف میانگین	انحراف معیار
کلی	اول	۱۵	۹۳	۶/۶۳	۹۳/۳۱	۹/۲۵	۸۸/۱۸	۹/۵۹	۹۴/۵۳	۱۱/۴۸
هوش	دوم	۱۵	۹۴/۱۸	۸/۲۲	۹۷/۹۲	۱۱/۰۷	۸۹/۷۶	۱۰/۰۱	۹۹/۱۳	۱۳/۳۵
کلامی	اول	۱۵	۹۹/۵۵	۷/۰۵	۹۸/۶۲	۸/۴۸	۹۳/۹۴	۱۱/۲۷	۱۰۰/۵۳	۱۱/۷۵
هوش	دوم	۱۵	۹۶/۹۱	۱۰/۰۱	۹۸/۴۶	۷/۹۶	۹۳/۱۲	۹/۹۳	۱۰۳/۹۳	۱۲/۱۷
غیرکلامی	اول	۱۵	۸۷/۲۷	۶/۹	۸۹/۶۲	۹/۴۳	۸۲/۴	۹/۷۷	۸۶/۷۳	۱۰/۹۲
اطلاعات	دوم	۱۵	۹۲/۷۳	۱/۷۹	۹۸/۵۴	۱۴/۵۶	۸۶/۸۲	۱۰/۶۶	۹۳/۴	۱۴/۷۶
فراخوانی	اول	۱۵	۹/۲۷	۲/۴۵	۸/۳۸	۲/۵۷	۸/۴۷	۲/۳۵	۸/۸۷	۱/۹۲
حافظه	دوم	۱۵	۸/۷۳	۳/۰۴	۸/۶۹	۲/۷۸	۸/۵۹	۲/۲۱	۸/۷۳	۲/۱۲
محاسبه	اول	۱۵	۷/۱۸	۱/۷۸	۸/۳۱	۲/۵	۶/۱۲	۲	۷/۴۷	۱/۹۲
واژگان	دوم	۱۵	۸	۱/۷۹	۷/۶۲	۲/۶	۶/۲۹	۲/۳۱	۹/۰۷	۳/۳
درک	اول	۱۵	۹/۳۶	۲/۰۱	۸/۹۲	۲/۵	۸/۱۲	۱/۸۳	۹	۲/۱۴
مطلب	دوم	۱۵	۹/۲۷	۲	۹/۵۴	۲/۵	۷/۴۷	۲/۴۳	۹	۱/۶۵
شباهتها	اول	۱۵	۹/۶۴	۱/۳۶	۹/۴۶	۱/۶۱	۸/۸۸	۲/۳۷	۹/۴	۱/۷۲
تکمیل	دوم	۱۵	۹/۴۵	۱/۰۴	۹/۰۸	۱/۵	۸/۴۱	۱/۸	۹/۸	۲/۳۷
تصاویر	اول	۱۵	۱۴	۲/۰۵	۱۴/۱۵	۱/۹۵	۱۱/۸۲	۲/۹۴	۱۴	۲/۲۷
تنظیم	دوم	۱۵	۱۲/۵۵	۱/۴۴	۱۳/۸۵	۱/۶۸	۱۰/۹۴	۲/۹۵	۱۳/۶	۲/۸۷
تصاویر	اول	۱۵	۱۱/۱۸	۲/۹۳	۱۰/۱۵	۱/۵۷	۸/۳۵	۲/۴۷	۹/۹۳	۲/۸۹
مکعب‌ها	دوم	۱۵	۱۱	۲/۵۷	۱۰/۶۹	۲/۱	۹/۵۹	۲/۹۴	۱۰/۴۷	۲/۰۳
الحاق	اول	۱۵	۷/۰۹	۱/۸۷	۶/۹۲	۲/۲۹	۶/۵۳	۲/۰۳	۷/۵۳	۲/۹۷
قطعات	دوم	۱۵	۷/۷۳	۱/۷۹	۷/۹۲	۲/۶	۶/۴۷	۱/۳۳	۸/۳۳	۳/۰۶
رمز نویسی	اول	۱۵	۶/۷۳	۱/۹	۸	۱/۶۸	۷/۲۹	۱/۹۶	۸/۳۳	۲/۸۷
	دوم	۱۵	۸/۷۳	۳/۴۷	۱۰/۳۸	۳/۸۸	۸/۱۲	۲/۲	۹/۰۷	۴/۱۷
	اول	۱۵	۱۰/۲۷	۲/۱	۹/۶۹	۲/۰۲	۹/۱۲	۲/۲۹	۸/۶۷	۲/۴۷
	دوم	۱۵	۱۰/۱۸	۱/۹۴	۱۰/۵۴	۲/۲۲	۹/۲۹	۲/۹۵	۹/۶	۲/۸۷
	اول	۱۵	۶	۱/۵۵	۷	۲/۲	۶/۸۸	۲/۳۹	۷	۱/۷۳
	دوم	۱۵	۷/۰۹	۲/۳	۸/۶۲	۱/۸۵	۷/۴۷	۲/۴۴	۸/۶۷	۲/۰۹
	اول	۱۵	۸/۵۵	۲/۰۷	۹/۸۵	۲/۰۳	۶/۸۸	۲/۱۲	۹/۱۳	۲/۱
	دوم	۱۵	۹/۶۴	۱/۹۱	۱۰/۶۹	۲/۰۲	۸/۵۳	۲/۶	۹/۵۳	۲/۳۲

توصیف نتایج این جدول نیز، وضعیت گروهها را با توجه به هنجارهای آزمون و کسپلر نمایان می‌سازد. نتایج حاصل از آزمون میلیون ۳، بیانگر تأیید حضور اختلال شخصیت مرزی در تمام آزمودنیهای گروه بالینی و عدم حضور اختلالهای شخصیتی و بالینی در گروه گواه بود (جدول، ۴). تحلیل کوواریانس نتایج آزمون هوشی و کسپلر بزرگسال گروههای آزمایشی و گواه نیز به تفکیک جنسیت و تأهل و اثر تعاملی آنها، درجدولهای ۵ و ۶ ارائه شد.

جدول ۶. تحلیل واریانس یکسویه نتایج مقیاس شخصیت مرزی MCMI-III گروه‌های

مقایسه

منبع واریانس	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	معناداری
بین گروهی	۱۵۳۹/۷	۱	۱۵۳۹/۷	۳/۸۴	۰/۰۲۷
درون گروهی	۲۰۸۴۹/۵	۵۸	۴۰۰/۹۵		
کلی	۲۲۳۸۹/۲	۵۹			

نتایج به‌دست آمده بیانگر این است که گروه بالینی و تأهل، از سویی و گروه بالینی و جنسیت، از سوی دیگر با واکنش عقلی بیماران دارای اختلال شخصیت مرزی به موقعیت آزارنده و شکست یا ارزیابی منفی کارآمدی حاصل از آن، به‌صورت بازدارنده یا کاهش معنادار کارآمدی عقلی، براساس آزمون استاندارد هوشی و کسلر، در تعامل هستند. به‌عبارت دیگر، شکست یا ارزیابی منفی از ظرفیتهای هوشی بیماران دارای اختلال شخصیت مرزی، پیامدهای یکسانی در سطح کاهش معنادار کارآمدی عقلی آنها را در پی ندارد. بلکه، این پیامدها در رابطه با وضعیت تأهل و جنسیت آزمودنی تغییر می‌کنند.

جدول ۷. تحلیل کوواریانس چند متغیری نتایج گروه‌ها، بر حسب متغیرهای جنس و تأهل، در

آزمون هوشی و کسلر

منبع واریانس	لامدای	درجه	F	معناداری	مجذور	توان
گروه	۰/۶۵۹	۱	۱/۲۷	۰/۲۹	۰/۳۴	۰/۵۳
جنسیت	۰/۵۴۹	۱	۲/۰۱	۰/۰۷	۰/۴۵	۰/۷۷
تأهل	۰/۷۲۷	۱	۰/۹۲	۰/۵۳	۰/۲۷	۰/۳۸
گروه × جنسیت	۰/۵۱۸	۱	۲/۲۸۶	۰/۰۳۹	۰/۴۸۲	۰/۸۳
گروه × تأهل	۰/۴۳۷	۱	۳/۱۶۱	۰/۰۰۷	۰/۵۶۳	۰/۹۵
گروه × جنسیت ×	۰/۶۶۵	۱	۱/۲۴	۰/۳	۰/۳۳۵	۰/۵۲

نتایج جدول ۷، نشان می‌دهد که بین جنسیت و گروه، از سویی، و بین تأهل و گروه از سوی دیگر، تعامل معناداری وجود دارد. به‌عبارت دیگر، دو جنس و دو گروه متأهل و مجرد، در گروه‌های بالینی و غیربالینی، کارآمدی متفاوتی از خود نشان داده‌اند.

جدول ۸. تحلیل کوواریانس تک متغیری نتایج گروهها، بر حسب متغیرهای جنس و تأهل، در خرده‌آزمونهای آزمون هوشی و کسلر

منبع واریانس	پاره تست	میانگین مجزورات	درجه آزادی	F	معناداری	مجذور اتا	توان آماری
	محاسبه	۶/۴۲۵	۱	۵/۱۳۲	۰/۰۳	۰/۱۳۲	۰/۶
گروه × جنسیت	تکمیل تصاویر	۶/۶۹	۱	۳/۶۵	۰/۰۳۲	۰/۰۹	۰/۴۶
	مکعب‌ها	۱۲/۷۵	۱	۵/۸۳	۰/۰۲۱	۰/۱۳۶	۰/۶۵
	اطلاعات	۵/۷۴	۱	۴/۸	۰/۰۳۵	۰/۱۱۵	۰/۵۷
	فراخوانی حافظه	۳۶/۳۵	۱	۷/۸۸	۰/۰۰۸	۰/۱۷۶	۰/۷۸
گروه × تأهل	محاسبه	۵/۰۱۲	۱	۴	۰/۰۵	۰/۱	۰/۴۹
	واژگان	۶/۶	۱	۳/۳	۰/۰۳۸	۰/۰۸	۰/۴۳

با توجه به نتایج آزمون‌نیها و با در نظر گرفتن نتایج جدول ۶، معناداری اثر تعاملی گروه × جنسیت به این دلیل است که در خرده‌آزمونهای محاسبه، و مکعب‌ها، زنها کاهش معناداری را نمایان ساخته‌اند و مردها، در خرده‌آزمون تکمیل تصاویر، از سوی دیگر، اثر تعاملی گروه × تأهل ناشی از این است که در فراخوانی حافظه، محاسبه، و واژگان، افراد مجرد کاهش معناداری را نمایان ساخته‌اند و در خرده‌آزمون اطلاعات، افراد متأهل.

نتیجه‌گیری

نتایج پژوهش حاضر را می‌توان از دو منظر بررسی کرد: از جهت همسو بودن آنها با یافته‌های پژوهشهای گذشته و با توجه به معانی خرده‌آزمونهای متمایز کننده تفاوت نتایج آزمون هوشی و کسلر بین گروههای آزمایش و کنترل. قلمرویی که پژوهش حاضر به آن پرداخت، مطالعه نقش تأهل و جنسیت در تأثیر موقعیتهای آزارنده بر کارآمدی هوشی مراجعان دارای اختلال شخصیت مرزی، براساس آزمون هوشی و کسلر بزرگسال بود. این تحقیق، مشخص کننده کاستی‌های این مراجعان در آزمون هوشی و کسلر بزرگسالان است. مواردی مانند، استفاده از کلمات، از هم گسستن مرزهای بین مفاهیم، و خطاهای مربوط به تفکر منطقی در آزمونهای کلامی (جاد و مک-گلاشان، ۲۰۰۳) در این پژوهش تأیید شد.

اختلال شخصیت مرزی، در بردارنده ابهام‌های متعددی در قلمرو نشانه‌شناسی، علت‌شناسی و پدیدآیی، عوامل مرتبط، و پیامدهای فردی و اجتماعی است (جاد و مک‌گلاشان، ۲۰۰۳). توجه به تأهل از این زاویه اهمیت داشت که یکی از عوامل استرس‌زای مهم زندگی است (رالف، ۲۰۰۹) که تا حدود زیادی اجتناب‌ناپذیر است. همچنین، توجه به جنسیت از این لحاظ مهم بود که پژوهشی در مورد تعامل جنسیت و تخریب‌های موجود در زندگی این مراجعان یافت نشد. ممکن است نقش تأهل و جنسیت مربوط به تعامل خاص آنها با استرسها و تجربه شرایط ناخوشایند باشد. به‌طور کلی، پژوهشهای قبلی نیز بر مشکلات هیجانی در محور این اختلال و آثار منفی آن در زندگی فرد مراجع (مرتبط با سطح تواناییها/ظرفیتهای مراجعان) متمرکز بودند.

یکی از مهمترین محورهای یافته‌های پژوهش کنونی، تبیین درجه تأثیر علائم اختلال شخصیت مرزی در زندگی مراجعان است که ارتباط نزدیکی با نشانه‌شناسی و سطح تواناییها / ظرفیتهای مراجعان دارد. به این ترتیب، الزام بررسی وضعیت آسیب‌شناختی و هوشی و هیجانی این مراجعان، تبیین می‌شود. نتایج این پژوهش با

پژوهش‌های پیشین که بر تخریب شناختی و کنش‌وری پایین در افراد دارای اختلال شخصیت مرزی، تأکید داشتند (گاندرسون و لینکس، ۲۰۰۸؛ استیونز و همکاران، ۲۰۰۴؛ جاد و مک‌گلاشان، ۲۰۰۳؛ بازانیس و همکاران، ۲۰۰۲؛ اسپروک، رادر، کندال، و یودر، ۲۰۰۰؛ کورفاین و هوولی، ۲۰۰۰) همسو است. نیمرخ تفاوت‌های گروه‌های جنسیتی (زن و مرد) از زاویه هوشی، بر حسب آزمون هوشی و کسلر بزرگسال، بیانگر درجه همراهِ علائم اختلال شخصیت مرزی با ظرفیتهای شناختی و کنشی این مراجعان است.

با توجه به نتایج پژوهش می‌توان نه‌تنها همسویی آنها را با پژوهش‌های پیشین یافت، بلکه نتایج این پژوهش به تبیین بیشتر آنها کمک می‌کند. تحقیق حاضر این نکته را تأیید کرد که بی‌نظمی عاطفی محور نارساکنشی موجود در اختلال شخصیت مرزی است (انجمن روانپزشکی آمریکا^۱، ۲۰۰۰؛ بورنو والوا و همکاران، ۲۰۰۸؛ گراتز، ۲۰۰۶؛ لوین، مارزیالی، و هوود، ۱۹۹۷) و کار بر روی آن توان پیش‌بینی نارساکنشی‌های هوشی مراجعان دارای اختلال شخصیت مرزی را داراست. به‌این ترتیب، دشواری این افراد در پیشرفت در تحصیل و فعالیت‌های شغلی، پرسش‌های مربوط به ارتباط وضعیت هیجانی و مشکلات مربوط به کنش‌های شناختی و بین-شخصی نمایان‌تر می‌شود (گراتز و همکاران، ۲۰۰۹). نقش شکست و استرس‌های موجود در محیط در تخریب‌های مکرر و شدیدی موجود در این اختلال، مربوط به تمام گستره زندگی فرد و شامل از دست دادن شغل، از هم گسستن تحصیل، و شکست در ازدواج است (سوراکیک و کلونینگر، ۲۰۰۹). همچنین می‌توان فهمید که چرا سطح پایین پیشرفت شخصی (تحصیلی و شغلی) از ویژگی‌های شناخته‌شده آنهاست (جاد و مک‌گلاشان، ۲۰۰۳؛ ویدیگر، ترول، کلارکین، ۱۹۹۴) و چرا، این بیماران سطح پیشرفت پایینی دارند (گاندرسون و لینکس، ۲۰۰۸). نارساکنشی‌ها و مشکلات این افراد در پردازش خبر (اطلاعات) پیچیده (استیونز و همکاران، ۲۰۰۴؛ اسپروک، رادر، کندال، و یودر، ۲۰۰۰)، و نارسایی در کنش‌های اجرایی مانند، تصمیم‌گیری و طرح‌ریزی، در تصمیم‌گیری و پاسخدهی برانگیخته، و نیز در شناخت طرح‌ریزی (بازانیس و همکاران، ۲۰۰۲) و فراموشی (کورفاین و هوولی، ۲۰۰۰)، نیز نمایان‌تر می‌شود. احتمالاً، ناتوانی در بازداری پاسخها، به‌عنوان نارسایی محوری احتمالی در مراجعان مبتلا به اختلال شخصیت مرزی (رنتروپ و همکاران، ۲۰۰۸)، می‌تواند به‌طور معکوس بر کنش‌وری عقلی این مراجعان اثرگذار باشد و موجب تنش، کاهش مهارگری، و اختلال در کنش‌وری عقلی شود.

توجه به نتایج آزمودنی‌ها در پاره‌تست‌ها و معنای خاص آنها، موجب می‌شود که نتایج پژوهش با جزئیات بیشتری تفسیر شوند. کارآمدی در مقیاس‌های هوشی و کسلر و مشکلات در آن، در چند شیوه معنادار خلاصه‌سازی شده است که مورد اتفاق پژوهشگران است. یکی از مهمترین این موارد، دسته‌بندی آنها به درک مطلب کلامی، سازمان‌یافتگی ادراکی، حافظه کاری و سرعت پردازش است (تولسکی، ژو و پرفیتر^۲، ۲۰۰۰). اما، یافته‌های به-دست آمده در هیچ یک از موارد دسته‌بندی شده قرار نمی‌گیرد. طبق یافته‌های پژوهش، خرده‌آزمون‌های واژگان^۳ و اطلاعات^۴ مربوط به دسته درک مطلب کلامی^۵ تکمیل تصویر^۱ و طرح مکعب‌ها^۲، مربوط به سازماندهی ادراکی^۳؛

1. American Psychiatric Association (APA)

2. Tulskey & Prifitera

3. Vocabulary

4. Information

5. Verbal Comprehension

ادراکی^۳؛ محاسبه^۴ و فراخوانی حافظه^۵ مربوط به حافظه^۶ کاری^۷ است. هیچ موردی مربوط به سرعت پردازش^۸ به- دست نیامد. در خرده‌آزمونهای محاسبه، و مکعب‌ها، زنها کاهش معناداری را نمایان ساخته‌اند و مردها، در خرده- آزمون تکمیل تصاویر. از سوی دیگر، در فراخوانی حافظه، محاسبه، و واژگان، افراد مجرد کاهش معناداری را نمایان ساخته‌اند و در خرده‌آزمون اطلاعات، افراد متأهل. در خرده‌آزمون محاسبه، زنان مجرد گروه بالینی بدترین وضعیت را دارند و مردان متأهل بهترین وضعیت را. اما، در تکمیل تصاویر، زنان مجرد بدترین وضعیت را دارند و زنان متأهل بهترین وضعیت را.

همچنانکه ذکر شد، در خرده‌آزمونهای محاسبه، و مکعب‌ها، زنها کاهش معناداری را نمایان ساخته‌اند و مردها، در خرده‌آزمون تکمیل تصاویر. نتایج زنها در خرده‌آزمون محاسبه احتمالاً نمایانگر تخریب تمرکز آنها بر اثر اضطراب است که از مهمترین عوامل مؤثر بر نتایج این پاره تست است. این نتایج، به‌نوعی بیانگر شیوه تعامل فرد با محیط است (گراث-مارنات، ۲۰۰۹) و می‌تواند ناشی از محدودیت دامنه توجه و تمرکز یا پریشانی حواس، تحت تأثیر فشار زمانی باشد. البته، مشکل با تحصیل و محیط مدرسه می‌تواند موجب عصبی شدن در مواجهه با کارهای شبیه تکالیف مدرسه گردد. دلیل دیگر شکست نیز ممکن است منفی‌نگری (کوفمن و لیختنبرگر^۹، ۲۰۰۶) یا عدم حضور دفاعهای مبتنی بر عقلی‌سازی باشد (کلرمن و بوری^۹، ۲۰۰۷). اما، نتایج آزمودنی‌ها در خرده‌آزمون مکعب-ها، بیانگر مشکلات آنها در مفهوم‌پردازی غیر کلامی است و از سطح تمرکز و توان حفظ تلاش آنها متأثر می‌شود. می‌توان، مهارتهای غیر کلامی حل مسئله را، به‌واسطه نقش آنها در تحلیل مسئله به اجزاء تشکیل دهنده آن و ترکیب مجدد این اجزاء به کل بهم‌پیوسته، همراه با لزوم استفاده از منطق و استدلال در جهت حل مسائل روابط فضایی، در نتایج، مؤثر دانست. سازمان‌یافتگی ادراکی، بصری‌سازی فضایی، و مفهوم‌پردازی انتزاعی، سرعت پردازش خبر، تحمل ناکامی و توان بهره‌مندی از پسخوراند، می‌توانند در نتایج مؤثر باشد. اگرچه، این مقیاس با هوش عمومی پیوند نزدیکی دارد اما با فرهنگ و آموزش همبستگی پایینی دارد. نمرات پایین با تمرکز پایین، و مشکل در حفظ تلاش پایدار نیز در ارتباط است (گراث-مارنات، ۲۰۰۹). از زاویه هیجانی، واکنش‌پذیری یا برانگیختگی، تمرکز یا پریشانی حواس، اضطراب (به‌خاطر فشار زمانی)، تحمل ناکامی، برانگیختگی، بی‌انعطافی، سرعت پردازش، خودپندار، توان سود بردن از پسخوراند، و احتیاط، بر این نتایج مؤثرند (کوفمن و لیختنبرگر، ۲۰۰۶). این پاره‌تست نیازمند ظرفیت انتزاع و مفهوم‌پردازی همراه با طرح‌ریزی، قضاوت، تحلیل بصری و مهارتهای هماهنگی بصری-حرکتی است. به‌همین خاطر، افراد دارای اضطراب مفرط ممکن است یا به‌خاطر اضطراب شدید با این خرده‌آزمون مشکل پیدا کنند یا به‌خاطر بازخورد انتزاعی که برای موفقیت در آن ضروری

1. Picture Completion
2. Block Design
3. Perceptual Organization
4. Arithmetic
5. Digit Span
6. Working Memory
7. Processing Speed
8. Kaufman & Lichtenberger
9. Kellerman & Burry

است. خُلق افسرده نیز به‌واسطه‌ی نیاز به تحلیل و ترکیب پیچیده در مدت زمان مشخص، می‌تواند بر نتایج اثر منفی داشته باشد (کلرمن و بوری، ۲۰۰۷).

درمقابل، پایین بودن بازده مردها در مقیاس تکمیل تصاویر، بیانگر مشکلات آنها در هشیاری به جزئیات پیرامون، تماس با واقعیت، و توان تمایز جزئیات اساسی و غیراساسی است. این نتایج در واقع، آزمون غیرکلامی اطلاعات عمومی است و یکی از دلایل افزایش خطاها، ناتوانی در تمایز هیجانی خود از موضوع است. از سوی دیگر، می‌توان تمرکز ضعیف، پاسخ سریع و عدم تحلیل کل تصویرهای ارائه شده را در نتایج مؤثر دانست (گراث-مارنات، ۲۰۰۹). نکته‌ی مهم این است که عدم یکپارچگی شخصیت می‌تواند از طریق تکمیل تصاویر آشکار شود. از آنجا که هشیاری و توجه به جزئیات، و آزمون واقعیت، از عوامل مهم مرتبط با این مقیاس است، تحریف واقعیت، یکی از مهمترین عوامل شخصیتی مؤثر در نتایج است (کوفمن و لیختنبرگر، ۲۰۰۶). می‌توان عوامل شناختی از قبیل تمرکز و تمرکز بر جزئیات را نیز مهم تلقی کرد. اما، مهم این است که فکر پارانوئید می‌تواند به‌واسطه‌ی نگرانی مفرط با جزئیات نامربوط و تمرکز بر انگیزشهای شخصی فرض شده برای افراد به‌تصویر کشیده شده، مانع موفقیت در این پاره‌تست گردد (کلرمن و بوری، ۲۰۰۷).

همچنین، در فراخوانی حافظه، محاسبه، و واژگان، افراد مجرد کاهش معناداری را نمایان ساخته‌اند و در خرده‌آزمون اطلاعات، افراد متأهل. از آنجا که، خرده‌آزمون فراخوانی حافظه، آزمون حافظه‌ی کوتاه مدت و توجه است، تمرکز و توجه، توان تغییر الگوهای فکری (پردازش)، و یادآوری سریع، بر نتایج آن مقیاس مؤثرند. موفقیت در این آزمون نیازمند تماس بدون آسیب با واقعیت است، که به‌صورت دریافت باز اطلاعات وارد شده مشخص می‌شود. از سوی دیگر، این آزمون، مانند محاسبه، آسیب‌پذیرترین خرده‌آزمون در مقابل اضطراب است. بنابراین، زنها مجرد نامناسب‌ترین وضعیت را دارند. ممکن است اضطراب، از طریق مشکلات تمرکز، چنین نقش تخریبی داشته باشد (گراث-مارنات، ۲۰۰۹). اما، احتمالاً اضطراب موقعیتی، بیش از اضطراب رگه‌ای یا مزمن در نتایج، مشکل ایجاد کند (کوفمن و لیختنبرگر، ۲۰۰۶). قابل توجه است که موفقیت تحصیلی تأثیری در موفقیت در این خرده‌آزمون ندارد و شکست می‌تواند ناشی از بی‌انعطافی آزمودنی در تغییر موضع خود باشد (کلرمن و بوری، ۲۰۰۷). شکست در خرده‌آزمون محاسبه، می‌تواند با طغیانگری علیه جهان خارجی نیز در ارتباط باشد. بنابراین، افرادی که مسؤولیت اعمال خود را نمی‌پذیرند یا تعامل سازنده‌ای با محیط پیرامونی خود ندارند، ممکن است نتوانند نمرات خوبی از این خرده‌آزمون بدست آورند. این مسئله با میانگین بالاتر گروه مجرد در وابستگی دارویی، ارتباط مستقیم دارد (گراث-مارنات، ۲۰۰۹).

نتایج مقیاس محاسبه نیز تأیید کننده‌ی تخریب تمرکز بر اثر اضطراب است. همچنین، کاهش بازدهی در این مقیاس، به‌نوعی بیانگر شیوه‌ی تعامل آنها با محیط است (گراث-مارنات، ۲۰۰۹؛ کلرمن و بوری، ۲۰۰۷). بازخورد منفی نگر و مشکل با تحصیل و محیط مدرسه نیز می‌تواند موجب عصبی شدن در مواجهه با کارهای شبیه تکالیف مدرسه گردد (کوفمن و لیختنبرگر، ۲۰۰۶). مقایسه‌ی نتایج آزمودنی‌ها در خرده‌آزمون واژگان، که پایاترین و مقاومترین خرده‌آزمون در برابر نارسایی عصب‌شناختی و اختلالهای روانشناختی است نیز نکات مهمی را آشکار می‌سازد. دو مورد مهم از توانایی‌ها یا رگه‌های مربوط به این پاره‌تست، تحول زبان و دامنه‌ی افکار، تجارب، یا رغبت‌هایی است که آزمودنی کسب کرده است. افزون بر تحول زبان، می‌توان سطح پایین غنای افکار، حافظه‌ی بلند مدت، و مفهوم‌پردازی آزمودنی را نیز از نتایج آزمون دریافت (گراث-مارنات، ۲۰۰۹)؛ نتایجی که از

تحصیل و انگیزش آزمودنی تأثیرپذیر است. اما، بالینی این مقیاس، بیانگر سبک دفاعی سرکوبی بر نتایج مؤثر است؛ حتی خفیف‌ترین پیوند با تعارضها منجر به تخریب اکتساب لغات و یادآوری آنها می‌شود (کوفمن و لیختنبرگر، ۲۰۰۶؛ کلرمن و بوری، ۲۰۰۷).

نتایج گروه متأهل در خرده‌آزمون اطلاعات، بیانگر محدودیت دامنه دانش روزمره آنها، کنجکاوی عقلانی یا میل به جمع‌آوری دانش، هشیاری روزمره به جهان، و حافظه بلند مدت است. این مقیاس، برخلاف محاسبه، رمزنویسی و مکعب‌ها، مانند واژگان در برابر آسیب عصب‌شناختی و اختلال روانشناختی بسیار مقاوم‌اند و در برابر متغیرهای موقعیتی مانند اضطراب یا خستگی نیز حساس نیستند. اما، با هوش عمومی و سطح آموزشی در ارتباط است و کارآمدی در اطلاعات را نمایان می‌سازد. (گراث-مارنات، ۲۰۰۹). گاهی نمرات پایین، می‌تواند به معنای تمایل به تسلیم، خصومت با کارهای شبیه مدرسه، یا روی آورد کمال‌طلب باشد (کوفمن و لیختنبرگر، ۲۰۰۶). در هر صورت، دامنه رغبتها و استفاده از حقایق کلامی، که به‌طور صوری آموخته شده‌اند یا در مورد محیط کسب شده‌اند بر نتایج آزمون مؤثرند (کلرمن و بوری، ۲۰۰۷).

با توجه به نتایج، در خرده‌آزمون محاسبه، زنان مجرد گروه بالینی بدترین وضعیت را دارند و مردان متأهل بهترین وضعیت را. شیوه تعامل مبتنی بر اضطراب با محیط موجب تخریب تمرکز و کاهش بازدهی زنان مجرد، در مقیاس محاسبه است (گراث-مارنات، ۲۰۰۹). لازم است محدودیت دامنه توجه، اضطراب، تمرکز، پریشانی حواس، تأثر از فشار زمانی (اثر اضطراب و تمرکز بر نتایج) نیز در نظر گرفته شود. نباید، مشکل با تحصیل و محیط مدرسه و بازخورد منفی نگر را نیز باید در نظر گرفت (کوفمن و لیختنبرگر، ۲۰۰۶).

در مقابل، در تکمیل تصاویر، که در واقع، آزمون غیر کلامی اطلاعات عمومی است، زنان مجرد بدترین وضعیت را دارند و زنان متأهل بهترین وضعیت را. مشکلات در هشیاری به جزئیات پیرامون، تماس با واقعیت، و توان تمایز جزئیات، همراه با تمرکز ضعیف، پاسخ سریع و عدم تحلیل کل تصویر بر نتایج مؤثرند (گراث-مارنات، ۲۰۰۹). مهم این است که عدم یکپارچگی شخصیت می‌تواند از طریق تکمیل تصاویر آشکار شود و تحریف واقعیت، یکی از مهمترین عوامل شخصیتی مؤثر در نتایج آن است (کوفمن و لیختنبرگر، ۲۰۰۶). همچنانکه ذکر شد، تفکر پارانویید، همراه با نگرانی‌های فراوان آزمودنی‌ها بر توان تمرکز و تمرکز بر جزئیات آزمودنی نیز مؤثرند (کلرمن و بوری، ۲۰۰۷).

برای تبیین برتری نتایج آزمون هوشی و کسلر در مردان، می‌توان به شرایط هورمونی و وضعیت زندگی اجتماعی زنان اشاره کرد. به این ترتیب، فزونی استرس در زندگی زنان با فزونی آسیب‌پذیری آنها از استرس، همراه و در اختلال شخصیت مرزی جلوه‌گر می‌شود. همچنین، برای تبیین نقش مطلوب متغیر تأهل در نتایج آزمون هوشی و کسلر، سه فرض قابل تأمل است. نخست، تأثیر وضعیت روان‌شناختی بر رخداد ازدواج، به این معنا که از میان مراجعان دارای اختلال شخصیت مرزی، احتمالاً بیشتر، کسانی ازدواج می‌کنند که دارای ظرفیتهای روانشناختی بیشتری هستند. فرض دوم، تأثیر ازدواج بر وضعیت شناختی است؛ به این معنا که در کنار استرسهای ناشی از زندگی زناشویی، حمایت و امتیازهای آن موجب بهبود وضعیت روانشناختی افراد دارای اختلال شخصیت مرزی می‌شود. فرض سوم، مبتنی بر همراهی افزایش سن با ازدواج است. به این معنا که، افراد متأهل سن بالاتری دارند و تجارب آنها بر تأثر آنها از استرس مؤثر است.

مهمترین محدودیت‌های این پژوهش، از سویی امکان ناپذیری انتخاب تصادفی آزمودنی‌ها بود، که به واسطه‌ی عدم دسترسی به جمعیت بیماران، تعمیم نتایج را دشوار می‌سازد، و از سوی دیگر، محدودیت مربوط به تعداد گروه‌های مورد مقایسه بود که گستره‌ی نتایج را کاملاً متمایز نمی‌سازد. از سوی دیگر، محدودیت مربوط به تعداد ابزارهای اندازه‌گیری نیز قابل توجه است که دسترسی به داده‌های لازم را برای نتیجه‌گیری، با مشکل مواجه می‌سازد. اما، با افزایش تعداد آنها، میزان همکاری و درجه‌ی دقت آزمودنی‌ها کاهش می‌یابد. تنها کاری که می‌توان جهت تصریح بیشتر نتایج و افزایش دقت داده‌ها انجام داد، افزایش تعداد مراجعان مورد ارزیابی است. این کار می‌تواند در جهت بررسی تعامل متغیرها، بسیار مفید باشد. نتایج پژوهش هم از زاویه‌ی نظری قابل توجه است و هم مورد استفاده‌ی مشاوران است. از جنبه‌های نظری، دانش مربوط به وضعیت بالینی، شناختی و عاطفی مراجعان دارای اختلال شخصیت مرزی افزایش می‌یابد و از جنبه‌ی عملی، هم می‌توان در مداخلات درمانی محدودیت‌های این افراد را در نظر گرفت و هم این محدودیت‌ها را جزء اهداف درمان در نظر گرفت.

سپاس و قدردانی

نویسندگان بر خود لازم می‌دانند از مرکز مشاوره بیماری‌های رفتاری شهر سنج و کلینک‌های تخصصی روانپزشکی، بیماران شرکت کننده در پژوهش و کلیه کسانی که در انجام این پژوهش همکاری و مشارکت داشته‌اند تقدیر و تشکر نمایند.

عابدی محمد رضا، امیدى عبدالم، رضایت اکبر (۱۳۷۴). هنجاریابی و بررسی مقدماتی اعتبار و پایایی آزمون هوشی تجدید نظر شده وکسلر بزرگسالان در ایران [پایان‌نامه کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی]. تهران: دانشگاه علوم پزشکی ایران.

شریفی، علی اکبر، مولوی، حسین، نامداری، کوروش (۱۳۸۶). روایی تشخیصی آزمون بالینی چند محوری میلون ۳. دانش و پژوهش در روانشناسی، ۳۴، ۳۸-۲۷.

نصوری، مرضیه (۱۳۹۰). بررسی آزمایشی واکنش‌پذیری هیجانی و بازداری کنشهای عقلی، در مراجعان مبتلا به اختلال شخصیت مرزی [پایان‌نامه کارشناسی ارشد]. سندج: دانشگاه کردستان.

American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders Text Revision (DSM-IV-TR), 4th ed.* Washington, DC: American Psychiatric Association.

Arntz, A., Klokman, J., & Sieswerda, S. (2005). An experimental test of the schema model of borderline personality disorder. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 36, 226-239.

Bazanis E, Rogers, R. D, Dowson, J. H, Taylor, P, Meux, C, Staley, C, Nevinson-Andrews, D, Taylor, C, Robbins, T.W, Sahakian, B. J. (2002). Neurocognitive deficits in decision-making and planning of patients with DSM-III-R borderline personality disorder. *Psychological Medicine*; 32: 1395-1405.

Bleiberg, E. (2001). *Treating personality disorders in children and adolescents: A relational approach.* New York: Guilford Press.

Bornovalova, M. A., Gratz, K. L., Daughters, S. B., Bettina, N., Delany-Brumsey, A., Lynch, T. R., et al. (2008). A multimodal assessment of the relationship between emotion dysregulation and borderline personality disorder among inner-city substance users in residential treatment. *Journal of Psychiatric Research*, 42, 717-726

Brown, R. A, Lejuez, C. W, Kahler, C. W, Strong, D. (2002). Distress tolerance and duration of past smoking cessation attempts. *Journal of Abnormal Psychology*, 111:180-5.

Crick, N. R., Murray-Close, D., & Woods, K. (2005). Borderline personality features in childhood: A short-term longitudinal study, *Development and Psychopathology*, 17, 1051-1070.

Crowe M (2004). *Never good enough, part 1 : shame or borderline personality disorder? Journal of Psychiatry and Mental Health Nursing.* 11:327-334.

- Daughters, S. B, Lejuez, C. W, Kahler, C. W, Strong, D. R, Brown, R. A. (2005) Psychological distress tolerance and duration of most recent abstinence attempt among residential treatment-seeking substance abusers. *Psychology of Addiction Behaviors*;19:208-11.
- Ebner-Priemer, U. W.; Welch, S. S.; Grossman, P.; Reisch, T.; Linehan, M. M.; Bohus, M. (2007). Psychophysiological ambulatory assessment of affective dysregulation in borderline personality disorder. *Psychiatry Research*, 150(3), 265-275.
- Gardner, D., L, Leibenluft, E, O'Leary, K., M, Cowdry, R., W. (1991). Self-ratings of anger and hostility in borderline personality disorder. *Journal of Nervous and Mental Disorder* ;179:157-61.
- Gratz, K. L. (2006). Risk factors for deliberate self-harm among female college students: The role and interaction of childhood maltreatment, emotional inexpressivity, and affect intensity/reactivity. *American Journal of Orthopsychiatry*, 76, 238–250.
- Gratz, K. L, Tull, M. T, Reynolds, A. K., Courtney B, Bagge, L., Latzman, R. D., Daughters, S. B., & Lejuezb, C. W. (2009). Extending extant models of the pathogenesis of borderline personality disorder to childhood borderline personality symptoms: The roles of affective dysfunction, disinhibition, and self- and emotion-regulation deficits. *Development and Psychopathology*; 21, 1263–1291.
- Gratz, K. L. ; Rosenthal, M. Z.; Tull, M. T.; Lejuez, C.W.; Gunderson, J. G. (2010). An experimental investigation of emotional reactivity and delayed emotional recovery in borderline personality disorder: the role of shame. *Comprehensive Psychiatry*, 51(3), 275-285.
- Groth-Marnat, G. (2009). *Handbook of Psychological Assessment* —5th ed. New Jersey: John Wiley & Sons, Inc.
- Gunderson, J., G, Links P. (2008). *Borderline Personality Disorder: A Clinical Guide. Second Edition*. Washington, DC.; American Psychiatric Press, Inc.
- Holmes, T. H., Rahe, R. H. (1967). The social readjustment rating scale. *Journal of Psychosomatic Research*, 11(2), 213-218.
- Jacob, G. ; Guenzler, A.C.; Zimmermann, S.; Scheel, C. N.; Rüscher, N.; Leonhart, R.; Nerb, J.; Lieb, K. (2008). Time course of anger and other emotions in women with borderline personality disorder: A preliminary study. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 39(3), 391-402.

- Judd, P. H. and McGlashan, T. H. (2003). A Developmental Model of Borderline Personality Disorder: Understanding Variations in Course and Outcome. Washington, DC; American Psychiatric Publishing, Inc.
- Kaufman, A. S. & Lichtenberger (2006). Assessing adolescent and adult intelligence. New Jersey, John Wiley & Sons, Inc.
- Kazdin, A. E. (2000). *Encyclopedia of psychology: 8 Volume Set*. USA, Oxford University Press.
- Kellerman, H. & Burry, A. (2007). *Handbook of Psychodiagnostic Testing Fourth Edition*. New York, Springer Science_Business Media, LLC.
- Korfine L, & Hooley J.M (2000). Directed forgetting of emotional stimuli in borderline personality disorder. *Journal of Abnormal Psychology*; 109: 214–221.
- Lejuez, C. W, Kahler, C. W, Brown, R. A. (2003). A modified computer version of the Paced Auditory Serial Addition Task (PASAT) as a laboratory-based stressor. *Behavior Therapy*, 26:290-3.
- Levine, D., Marziali, E., & Hood, J. (1997). Emotion processing in borderline personality disorders. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 185, 240–246.
- Lieb, K., Zanarini, M. C., Schmahl, C., Linehan, M. M, & Bohus, M. (2004). Borderline personality disorder. *The Lancet*; 364, 9432-9455.
- Linehan, M. M., Bohus, M., & Lynch, T. (2007). Dialectical behavior therapy for pervasive emotion dysregulation: theoretical and practical underpinnings. In J. Gross (Ed.), *Handbook of emotion regulation*. New York: Guilford.
- Links, P.S.; Heslegrave, R.J. (2000). Prospective studies of outcome: Understanding mechanisms of change in patients with borderline personality disorder. *Psychiatric Clinics of North America*, 23(1), 137-50.
- Paris, J. (2008). *Treatment of borderline personality disorder*. The Guilford Press.
- Ralph C. (2009). *History of Psychiatry*. In B. J. Sadock & V. A. Sadock, (Eds.), *Kaplan & Sadock's comprehensive textbook of psychiatry*. New York: Williams & Wilkins.
- Rentrop, M., Backenstrass, M., Jaentsch, B., Kaiser, S., Roth, A., Unger, J., Weisbrod, M., & Renneberg, B. (2008). Response Inhibition in Borderline Personality Disorder: Performance in a Go/Nogo Task. *Psychopathology*; 41:50–57.

- Rüsch, N., Lieb, K., Göttler, I., Hermann, C., Scharmm, E., Richter, H., Jacob, G. A., Corrigan, P. W., & Bohus, M. (2007). Shame and implicit self-concept in women with borderline personality disorder, *The American Journal of Psychiatry*; 164(3), 500.
- Sadock, B. J. & Sadock, V. A. (2003). *Kaplan & Sadock's Synopsis of psychiatry, ninth edition*. N.Y. Lippincott Williams & Wilkins.
- Sprock J, Rader T. J, Kendall J. P, & Yoder C. Y. (2000). Neuropsychological functioning in patients with borderline personality disorder. *Journal of Clinical Psychology*; 56: 1587–1600.
- Stevens A, Burkhardt M, Hautzinger M, Schwarz J, & Unckel C. (2004). Borderline personality disorder: impaired visual perception and working memory. *Psychiatry Research*; 125: 257–267.
- Stiglmayr, C. E., Grathwol, T., Linehan, M. M., Ihorst, G., Fahrenberg, J., & Bohus, M. (2005). Aversive tension in patients with borderline personality disorder: A computer-based controlled field study. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 111, 372–379.
- Svrakic, D. M. & Cloninger, C. R. (2005). Personality disorders. In B. J. Sadock & V. A. Sadock, (Eds.), *Kaplan & Sadock's comprehensive textbook of psychiatry*. New York: Williams & Wilkins.
- Tulsky, D. S., Zhu J., Prifitera, A. (2000). Assessment of Adult Intelligence With the WAIS-II. In, *Handbook of psychological assessment*, by, Goldstein, G., Hersen, M. Oxford: Elsevier Science Ltd.
- Walters, K. N. (2006). Emotional responses to social rejection and failure among persons with borderline personality features. Thesis of the degree of M. A. In the Department of Psychology, University of Alberta.
- Wechsler, D. (1997) *Wechsler Adult Intelligence Scale*, 3rd edn. Psychological Corporation, Cleveland, Ohio.