

گرایش‌های شخصیتی خودتخریبی در بیماران مبتلا به اسکروز مولتیپل: شواهد و افق‌ها

Self – destructive personality tendencies in multiple sclerosis patients: evidence and prospects

Sahar Tahbaz Hosseinzadeh, Ph.D.

Nima Ghorbani, Ph.D.

Seyyed Masoud Nabavi, Ph.D.

دکتر سحر طهباز حسین‌زاده *

دکتر نیما قربانی **

دکتر سید مسعود نبوی ***

Abstract

In order to study self-destructive tendencies in autoimmune patients based on "teleological coherence hypothesis", personality characteristics of 30 Multiple Sclerosis patients were assessed by using Shedler-Westen Assessment Procedure (SWAP-200). Based on this hypothesis all of the systems of an organism including psychological and immunological systems are struggling to achieve a final goal: to develop a distinct identity and to distinguish self from non-self. The results showed that these patients had some traits of dependent, borderline and depressive personality disorders ($T > 50$) in which obviously, self-destructive tendencies can be detected. On the other hand, avoidant personality features –which have a considerable overlap with self-defeating personality disorder, based on previous studies- got a higher score in MS patients compared to other personality disorders ($T=46.80$). Thus, MS – as an autoimmune disease in which immune system is fighting against self - is accompanied with self-destructive features at the psychological level. The implication of these results is that trying to reduce these destructive tendencies at the psychological level can improve somatic symptoms of autoimmune disease.

Key words: personality, self-destruction, multiple sclerosis

چکیده

در این پژوهش به‌منظور بررسی گرایش‌های شخصیتی خودتخریبی در بیماران خودایمنی بر اساس فرضیه همگونی غایی، ۳۰ بیمار مبتلا به اسکروز مولتیپل توسط سیستم ارزیابی روند ارزیابی شدلر- وستن - ۲۰۰۰ از نظر گرایش‌های شخصیتی ارزیابی شدند. بر اساس این فرضیه کلیه سیستم‌های ارگانیسم اعم از روانشناختی و ایمنی شناختی در پی دستیابی به یک هدف غایی هستند: کسب هویتی مستقل و تمایز خود از غیر خود. نتایج پژوهش نشان داد بیماران مبتلا به اسکروز مولتیپل دارای رگه‌هایی از اختلالات شخصیت وابسته، مرزی و افسرده هستند ($T > 50$) که در همگی این طبقات تشخیصی عادت به "خودتخریبی" به وضوح به چشم می‌خورد. از سوی دیگر، گرایش‌های شخصیتی اجتنابی نیز - که در پژوهش‌های قلبی با خودتخریبی همپوشی داشته‌اند- در مقایسه با سایر ویژگی‌های شخصیتی در بیماران مبتلا به اسکروز مولتیپل نمره بالاتری کسب کردند ($T = 46.80$). به این ترتیب بیماری اسکروز مولتیپل نه عنوان یک بیماری خودایمنی، با فعالیت خودتخریبی در سطح سیستم روانشناختی همراه است و به منظور بهبود علائم جسمی بیماری، تمرکز بر کاهش خودتخریبی روانشناختی می‌تواند موثر واقع شود.

واژه‌های کلیدی: شخصیت، خودتخریبی، مولتیپل اسکروز

email: stahbaz61@yahoo.com

* دکتری روانشناسی سلامت، دانشگاه تهران

** عضو هیات علمی دانشگاه تهران

*** عضو هیات علمی دانشگاه شاهد

Received: 1 Feb 2011

Accepted: 6 Apr 2011

پذیرش: ۹/۱/۱۳۹۰

دریافت: ۲۳/۱۱/۱۳۹۰

مقدمه

اسکروز مولتیپل^۱ یکی از شایعترین بیماری‌های سیستم عصبی مرکزی است که اغلب علت آن را یک بیماری خودایمنی^۲ در نظر می‌گیرند (وینکلمن، انگل، اپل، و زتل، ۲۰۰۷؛ بارتمار، ترپ، ۲۰۰۱؛ بو، ودلر، نیلند، و همکاران، ۲۰۰۳؛ پترسون، بو، مارک و همکاران، ۲۰۰۱). به‌طور کلی از دو منظر می‌توان به بررسی اختلالات روانشناختی همراه با این بیماری پرداخت:

نخست، از طریق تحقیقات مقطعی^۳ و جزئی‌نگر متعددی که به بررسی اختلالات روانشناختی همراه بیماری اسکروز مولتیپل پرداخته‌اند. به عبارت دیگر، بررسی پژوهش‌هایی که همراهی کنونی اختلالات روانشناختی و اسکروز مولتیپل را مورد بررسی قرار داده‌اند بدون نظریه‌پردازی در خصوص زمینه‌ها و بسترهای شخصیتی بیش زمینه بروز مشکلات روانشناختی کنونی. بر اساس نتایج این تحقیقات، افسردگی، اختلال روانشناختی غالب در بیماران مبتلا به اسکروز مولتیپل است و نرخ شیوع آن در طول زندگی بیماران حدود ۵۰ درصد و شیوع سالانه آن در این بیماران ۲۰ درصد است (ژوزه سا، ۲۰۰۸). اختلال دوقطبی نیز همچون افسردگی در میان این بیماران شایع است. نتایج پژوهش شیفر و همکاران (۱۹۸۶) نرخ شیوع اختلال دوقطبی را در طول زندگی بیماران مبتلا به اسکروز مولتیپل دو برابر جمعیت غیربیمار مطرح کرده است. سایر اختلالات روانشناختی شایع در این بیماران شامل اضطراب (ژوزه سا، ۲۰۰۸)، علام سایکوتیک در بیماری‌هایی که واجد ضایعات لوب گیجگاهی هستند (فاینستاین، ۲۰۰۶)، سطوح بالای نوززگرای، کاهش همدلی، همسازی و وظیفه‌شناسی (بندیکت و همکاران، ۲۰۰۱)، ارزش خود پایین و استفاده از سبک‌های مقابله اجتنابی (اوزورا، اردبرگ، سگا، ۲۰۱۰) می‌باشند.

دوم، مطالعاتی که کوشیده‌اند با اتخاذ دیدگاهی کل‌نگرانه^۴ تر به بررسی ویژگی‌های شخصیتی زمینه ساز بروز بیماری‌های خودایمنی نظیر اسکروز مولتیپل بپردازند. به عبارت دیگر، این مطالعات به جای تمرکز بر اختلالات حاد و علامتی (نظیر اختلالات محور I) به بررسی بسترهای شخصیتی‌ای می‌پردازند که زمینه را برای بروز نشانه‌های حاد روانشناختی (وستن، گابارد، بلاگوو، ۲۰۰۶) از یک سو، و بیماری‌های جسمانی خاص از سوی دیگر فراهم می‌کنند. یکی از این دیدگاه‌های کل‌نگرانه برای تبیین ارتباط میان بیماری‌های جسمی و روانشناختی - به ویژه بیماری‌های خودایمنی - مفروضه "همگونی غایی"^۵ است. بر اساس مفروضه "همگونی غایی" (بوث، آشبریج، ۱۹۹۲، ۱۹۹۳)، بیماری‌های

1. Multiple Sclerosis (MS)

2. autoimmune

3. cross-sectional

4. holistic

5. teleological coherence

خودایمنی با خودتخریبی در سطح سیستم روانشناختی همراه خواهند بود. بر اساس این فرض می‌توان شاهد یک هم‌ریختی^۱ در کلیه سیستم‌های یک ارگانیسم اعم از سیستم عصبی، ایمنی، غدد درون ریز و روانشناختی بود (بوث و آشبریج، ۱۹۹۳، ۱۹۹۲)؛ کلیه این سیستم‌ها می‌کوشند از طریق طی این فرایند شکل‌گیری به " هویت خود"^۲ به عنوان هدفی غایی دست یافته و آن را حفظ نمایند. همین هدف غایی است که ارتباط میان سیستم‌های مختلف ارگانیسم را روشن می‌کند. به اعتقاد بوث (۱۹۹۲)، ماهیت ارتباط میان سیستم‌های مختلف ارگانیسم تحت تاثیر الزام " هماهنگی اهداف"^۳ آنها قرار می‌گیرد؛ یعنی همه سیستم‌ها در پی دستیابی به یک هدف می‌باشند؛ هویت خود؛ و زمانی که هدف هر سیستم در جهت دستیابی به هویتی مستقل در کنار اهداف سایر سیستم‌ها قرار می‌گیرد کارکرد هر سیستم بیشتر قابل پیش‌بینی و درک می‌گردد. به این ترتیب بر اساس این فرضیه، همه سیستم‌ها در پی تشکیل مرز میان خود و غیرخود به منظور دستیابی به هویت خود هستند و چنانچه این هدف در یکی از سیستم‌ها محقق نشود، احتمال محقق نشدن آن در سایر سیستم‌ها افزایش می‌یابد.

با توجه به دو منظر یاد شده در بالا، و نیز با توجه به اینکه عمده پژوهش‌های انجام شده در زمینه ارتباط اختلالات روانشناختی و بیماری اسکروز مولتیپل رویکردی جزئی‌نگرانه و عمدتاً مبتنی بر نظریه نخست را انتخاب کرده و تنها به بررسی اختلالات و مشکلات موردی و حاد همراه با این بیماری پرداخته‌اند، خلاء مطالعه‌ای که با دیدی کل‌نگرانه به بررسی ویژگی‌های شخصیتی بیماران مبتلا به اسکروز مولتیپل پرداخته و سعی در تبیین ارتباط این زمینه‌های شخصیتی و نوع بیماری جسمی داشته باشد، وجود دارد.

این پژوهش در صدد مطالعه ویژگی‌ها و اختلالات شخصیتی بیماران مبتلا به اسکروز مولتیپل - به عنوان یک بیماری خودایمنی - و تبیین ارتباط این دو حوزه - روان - بدن - است. با توجه به مفروضه " همگونی غایی" احتمال مشاهده اختلالات شخصیتی که نشان دهنده خودتخریبی در فرد هستند، در بیماران مبتلا به اسکروز مولتیپل بالا خواهد بود. با توجه به نتایج پژوهش هاپریج، زیمرمن، چلمینسکی (۲۰۰۶)، اختلال شخصیت خودشکست جویی با اختلالات شخصیت افسرده، مرزی و اجتنابی همبودی^۴ بالایی دارد و بر توان پیش‌بینی سایر طبقات تشخیصی محور II^۵ نمی‌افزاید. بنابراین، احتمال مشاهده اختلالات شخصیت افسرده، مرزی و اجتنابی در این بیماران بالاست.

-
1. *isomorphism*
 2. *self-identity*
 3. *harmony of purpose*
 4. *comorbidity*

روش

شرکت‌کنندگان و طرح پژوهش

آزمودنی‌های این مطالعه شامل بیماران مبتلا به اسکروز مولتیبل (۲۵ زن و ۵ مرد، میانگین سنی ۲۹/۴۰، انحراف معیار ۶/۸۵) بوده است. در این گروه ۴۶/۷ درصد افراد متأهل، ۵۰ درصد مجرد، و ۳/۳ درصد مطلقه بوده و سطح تحصیلات آزمودنی‌ها در این گروه شامل دیپلم ۲۶/۷ درصد، فوق دیپلم ۱۰ درصد، کارشناسی ۵۶/۷ درصد و کارشناسی ارشد ۶/۷ درصد بوده است. بیماران مبتلا به اسکروز مولتیبل از میان بیماران مراجعه‌کننده به یک کلینیک خصوصی نورولوژی انتخاب شده‌اند.

ابزار

در این مطالعه به منظور تشخیص شخصیت، به جای استفاده از روش‌های سطحی و متداول نظیر ابزارهای خودگزارشی، از روند ارزیابی شدلر- وستن^۱ (۲۰۰۰) که یک *Q-sort* است استفاده شده است. در روش *Q-sort* ابراز ارزیابی شامل تعدادی عبارت است که آزمونگر پس از انجام مصاحبه‌ای جامع و دقیق با آزمودنی بر اساس محتوای گفته‌های آزمودنی و نیز مشاهدات وی از لحن و زبان بدن او این عبارات را به طبقات مشخصی - که از پیش تعداد آنها تعیین شده است - اختصاص می‌دهد. در هر طبقه تعداد معینی عبارت باید قرار گیرند. در نهایت، پس از تکمیل طبقه‌بندی، به تفسیر نمرات و طبقات پرداخته می‌شود (بلاک، ۱۹۷۸). ابزار *Q-sort* مورد استفاده در این مطالعه، این ابزار شامل یک مصاحبه مقدماتی است که به‌طور متوسط به ۲/۵ الی ۳ ساعت زمان نیاز دارد. پس از انجام مصاحبه فوق، آزمونگر بر اساس مشاهدات و نیز اطلاعات خود از آزمودنی به طبقه‌بندی ۲۰۰ کارت می‌پردازد.

روند ارزیابی شدلر- وستن مجموعه‌ای از ۲۰۰ عبارت یا ماده توصیف‌کننده شخصیت است که هر عبارت روی یک کارت مجزا چاپ شده است. برای توصیف یک بیمار، متخصص بالینی این عبارات را به ۸ طبقه تقسیم می‌کند: از عباراتی که توصیف‌کننده فرد نیستند (با ارزش صفر) تا عباراتی که کاملاً توصیف‌کننده فرد هستند (با ارزش ۷) و در هر یک از این طبقات هشتگانه تعداد ثابتی عبارت طبقه‌بندی می‌شوند. این ابزار متغیرهای ملاکی نظیر میزان کارکرد سازش یافته و متغیرهای مربوط به تاریخچه خانوادگی و تحولی را پیش‌بینی می‌کند (بردلی، جنی، وستن، ۲۰۰۵؛ راس، هیم، وستن، ۲۰۰۳؛ شدلر، وستن، ۲۰۰۴a؛ وستن، شدلر، دورت، گلس، و مارتنز، ۲۰۰۳).

طرح اولیه آیت‌ها در ابتدا توسط جاناتان شدلر فراهم شده و سپس در طی یک دوره ۷ ساله توسط شدلر و وستن مورد بازنگری، اصلاح و توسعه قرار گرفت (شدلر، وستن، ۱۹۹۸). مجموعه نهایی آیت‌ها ترکیبی است از سازه‌هایی که از منابع مختلف جمع‌آوری شدند: ملاک‌های محور *DSM-III-R II* و *DSM-IV*، آیت‌های منتخب از محور یک که می‌توانند نشان‌دهنده آسیب‌شناسی شخصیت باشند (نظیر افسردگی و اضطراب)، ادبیات بالینی در خصوص اختلالات شخصیت که طی ۵۰ سال گذشته جمع‌آوری شده‌است، نتایج پژوهش‌ها در زمینه مقابله و مکانیزم‌های دفاعی، نتایج پژوهش‌ها درباره آسیب‌شناسی بین فردی در بیماران مبتلا به اختلال شخصیت، نتایج پژوهش‌ها درباره صفات شخصیتی بهنجار و سلامت روانشناختی، نتایج پژوهش‌ها درباره ویژگی‌های روانشناختی اختلالات شخصیت که از زمان تشکیل محور ۲ انجام شده‌اند، مصاحبه‌های مقدماتی گسترده که در آنها مشاهده‌گران به تماشای نوار ویدیویی مصاحبه‌های بیماران مبتلا به اختلالات شخصیت پرداخته و سعی کردند آنها را با استفاده از روند *Q-sort* توصیف کنند، و در نهایت تجربه بالینی سازندگان تست (وستن، شدلر، ۱۹۹۹a). به علاوه، در حین کار به صورت مداوم با گرفتن بازخورد از متخصصانی که این ابزار را به کار می‌بردند و با طرح سوالاتی نظیر "آیا می‌توانستید چیزهایی را که به نظر روانشناختی بیشترین اهمیت را درباره این بیمار داشتند، توصیف کنید؟" به اضافه، ویرایش، بازنویسی، و بازنگری عبارات پرداخته شده است.

وستن و شدلر (۱۹۹۹b) به منظور طراحی طبقه بندی جدیدی از اختلالات محور ۲ که بیش از طبقه بندی *DSM* مبتنی بر یافته‌های تجربی بوده و نیز حوزه‌های متعدد کارکرد فرد را اعم از الگوهای فکری، احساسی، انگیزشی و رفتاری - که بنا بر تعریف تشکیل‌دهنده شخصیت هستند (میشل، شدا، ۱۹۹۵؛ وستن، ۱۹۹۵) - نتیجه بررسی‌های انجام شده بر روی ۴۹۶ بیمار را با استفاده از ابزار روند ارزیابی شدلر- وستن به روش تحلیل *Q* مورد بررسی قرار دادند. این روش شباهت میان افراد را از طریق بررسی همبستگی میان توصیف هر فرد بر اساس روند ارزیابی شدلر- وستن با سایر افراد به دست می‌آورد. به عبارت دیگر، در روش تحلیل *Q* تمامی آیت‌های ۲۰۰ گانه روند ارزیابی شدلر- وستن به منظور تشخیص شباهت بیماران با یکدیگر مورد استفاده قرار می‌گیرند و به این ترتیب شکل بندی شخصیت هر بیمار در طیف گسترده‌ای از آیت‌ها بررسی می‌شود.

شیوه تفسیر نتایج روند ارزیابی شدلر- وستن (۲۰۰۰): شیوه‌های زیادی برای انتخاب آیت‌های یک مقیاس تشخیصی وجود دارد، این ابزار روش مقایسه با الگو را به کار می‌برد. الگوی تشخیصی، توصیف روند ارزیابی شدلر- وستن - ۲۰۰۰ از یک اختلال شخصیت شناخته شده در شکل کامل یا خالص آن است. از خلال تحقیقات انجام شده، الگوهای تشخیصی روند ارزیابی شدلر- وستن - ۲۰۰۰ برای طیف وسیعی از اختلالات شخصیت گسترش یافته است و علاوه بر اختلالاتی که در *DSM-IV* ذکر شده

(مانند شخصیت پارانویید)، اختلالات دیگری را هم در بر می‌گیرد که در *DSM-IV* ذکر نشده‌اند (مانند شخصیت افسرده با کارکرد بالا) (شدلر، ۲۰۰۹). به این ترتیب، روند ارزیابی شدلر- وستن- ۲۰۰۰ به طور کلی نتایج را در قالب سه دسته‌بندی ارائه می‌دهد: ۱- طبقه‌بندی اختلالات شخصیت بر اساس *DSM-IV* ۲- نشانگان شخصیت روند ارزیابی شدلر- وستن- ۲۰۰۰ که بر اساس روش تحلیل عامل *Q* به دست آمده‌اند و ۳- ساختارهای دوازده گانه شخصیت که بر اساس تحلیل عاملی مواد ۲۰۰ گانه روند ارزیابی شدلر- وستن به دست آمده‌اند. در این مطالعه نتایج دو دسته‌بندی اول ارائه شده‌اند. تشخیص از طریق "مقایسه با الگو" همانطور که از نام آن پیداست، شامل ارزیابی میزان شباهت یا هماهنگی میان توصیف روند ارزیابی شدلر- وستن- ۲۰۰۰ از یک بیمار با الگوهای تشخیصی است. شباهت بیشتر، نشان‌دهنده تشخیص قابل‌کاربردتر است. میزان شباهت یا هماهنگی در قالب یک نمره عددی و با استفاده از نمره استاندارد (نمره *T*) بیان می‌شود. الگوهای تشخیصی نشان‌دهنده اجماع نظر متخصصان بالینی با تجربه است (شدلر، ۲۰۰۹). اختلالاتی که نمره *T* آنها بیش از ۶۰ باشد، از نظر بالینی قابل تشخیص‌گذاری می‌باشند و نمرات *T* میان ۵۰ و ۶۰ نشان‌دهنده رگه‌های شخصیتی مرتبط با اختلال مورد نظر می‌باشند اما شدت آنها در حد اختلال نیست. نمرات *T* کمتر از ۴۰ از نظر بالینی قابل تفسیر در نظر گرفته نمی‌شوند.

پایایی توصیف‌های شخصیت روند ارزیابی شدلر- وستن- ۲۰۰۰ بر اساس همبستگی بین ارزیاب‌ها از ۰/۷۵ تا ۰/۸۱ بر اساس فرمول اسپیرمن - براون گزارش شده است (شدلر، وستن، ۱۹۹۸). این ابزار پس از طی مراحل ترجمه و ترجمه مجدد^۲ و کنترل نهایی صحت ترجمه فارسی و انگلیسی توسط سازنده ابزار در این پژوهش مورد استفاده قرار گرفت.

روش اجرا

آزمودنی‌ها پس از اعلام رضایت از مشارکت در پژوهش و نیز با رعایت تمامی اصول اخلاقی مورد آزمون قرار گرفتند. گروه نمونه به صورت انفرادی در محل کلینیک نورولوژی به مدت ۲/۵ ساعت (به‌طور متوسط) مورد مصاحبه قرار گرفتند. آزمودنی‌هایی که به دلیل پایین بودن تحصیلات (تحصیلات کمتر از دیپلم)، ناتوانی جسمی و یا عدم تمایل به شرکت در آزمون، امکان پاسخگویی نداشتند از نمونه مورد مطالعه کنار گذاشته شدند. پس از مصاحبه ۲/۵ ساعته کارت‌های ۲۰۰ گانه برای هر آزمودنی به صورت مجزا مورد طبقه‌بندی و تحلیل قرار گرفتند.

1. prototype matching
2. back-translation

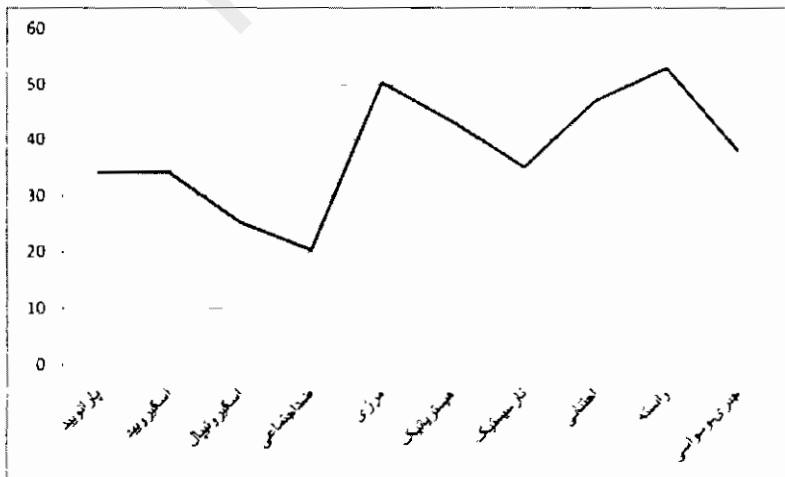
یافته‌ها

یافته‌ها نشان دادند اختلالات شخصیت وابسته و مرزی به ترتیب بالاترین نمرات را در میان سایر اختلالات شخصیت *DSM-IV* در میان بیماران مبتلا به اسکروز مولتیپل کسب نموده‌اند. با توجه به میانگین نمرات کسب شده در این اختلالات، مشاهده می‌شود که بیماران مبتلا به اسکروز مولتیپل واجد رگه‌هایی از این دو اختلال می‌باشند. به این ترتیب، با توجه به بالا بودن رگه‌های اختلال شخصیت مرزی در بیماران مبتلا به اسکروز مولتیپل بخشی از فرضیه مطالعه حاضر مورد تایید قرار می‌گیرد. جدول ۱ نتایج اختلالات شخصیت بیماران مبتلا به اسکروز مولتیپل را بر اساس طبقه‌بندی *DSM-IV* نشان می‌دهد.

جدول ۱. اختلالات شخصیت بیماران مبتلا به اسکروز مولتیپل بر اساس طبقه‌بندی *DSM-IV*

میانگین	انحراف معیار	
۳۴/۱۷	۱۳/۸۹	پارانویید
۳۴/۲۰	۱۳/۰۰	اسکیزوئید
۲۵/۲۰	۱۱/۷۸	اسکیزوتیپال
۲۰/۳۳	۱۱/۵۴	صدا اجتماعی
۵۰/۳۳	۱۷/۹۲	مرزی
۴۳/۰۳	۱۸/۶۶	همنزیگ
۳۵/۰۰	۲۰/۳۶	نارسیستیک
۴۶/۸۰	۱۵/۹۱	اجتنابی
۵۴/۸۷	۲۳/۴۴	وابسته
۲۷/۹۲	۱۷/۳۴	وسواسی-جبری

نمودار ۱. اختلالات شخصیت بیماران مبتلا به اسکروز مولتیپل بر اساس *DSM-IV*

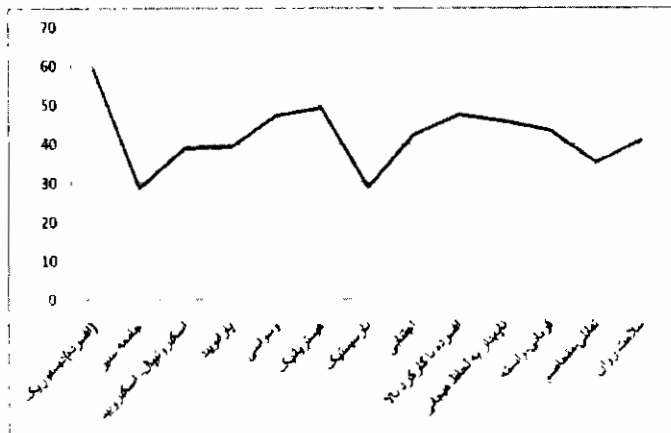


از سوی دیگر، نتایج تحلیل Q نشان دادند شخصیت دیسفوریک (افسرده) بالاترین نمره را در میان طبقات موجود در تحلیل Q در بیماران مبتلا به اسکروز مولتیپل به دست آورده است. با توجه به هم-پوشی ملاک‌های اختلال شخصیت خودشکست جو و افسرده (هاپریتج، زیمرمن، چلمینسکی، ۲۰۰۶)، نمره بالای شخصیت دیسفوریک در بیماران مبتلا به اسکروز مولتیپل نیز فرضیه مطالعه حاضر را مورد تایید قرار می‌دهد. جدول ۲ نتایج ویژگی‌های شخصیتی بیماران مبتلا به اسکروز مولتیپل را بر اساس نتایج تحلیل Q نشان می‌دهد.

جدول ۲. ویژگی‌های شخصیتی بیماران مبتلا به اسکروز مولتیپل بر اساس نتایج تحلیل Q

میانگین	انحراف معیار	
۵۹/۱۷	۲۵/۰۲	شخصیت دیسفوریک (افسرده)
۲۸/۷۷	۱۳/۵۹	شخصیت فدا اجتماعی - جامعه ستیز
۲۸/۹۰	۱۶/۵۰	شخصیت اسکیزوئید - اسکیزوئیدال
۳۹/۱۰	۱۵/۸۲	شخصیت پارانوئید
۴۷/۳۴	۱۹/۷۴	شخصیت وسواسی - حوری
۴۹/۳۰	۱۹/۸۳	شخصیت هیستریاتیک
۲۸/۹۷	۱۵/۳۴	شخصیت نارسیتک
۴۲/۳۰	۱۷/۳۵	شخصیت اجتنابی
۳۷/۴۴	۱۹/۳۲	شخصیت افسرده با کارکرد بالا
۲۵/۷۰	۱۷/۴۲	شخصیت ناپایدار به لحاظ هیجانی
۲۲/۳۷	۲۰/۱۴	شخصیت وابسته - درهلی
۳۵/۸۳	۱۱/۴۸	شخصیت متخاصم - تقلبی
۴۰/۶۷	۲۵/۷۲	سلامت روان

نمودار ۲. ویژگی‌های شخصیتی بیماران مبتلا به اسکروز مولتیپل بر اساس تحلیل Q



بحث و نتیجه‌گیری

یافته‌ها نشان داد بیماران مبتلا به اسکروز مولتیپل دارای رگه‌هایی از اختلالات شخصیت وابسته، مرزی، و افسرده هستند. و شاخص سلامت روان این بیماران نیز پایین است. از سوی دیگر، در این بیماران پس از دو اختلال شخصیت وابسته و مرزی، اختلال شخصیت اجتنابی بالاترین میزان نمره را به خود اختصاص داد. بر اساس مفروضه همگونی غایی (بوث، آشبریج، ۱۹۹۲، ۱۹۹۳) کلیه سیستم‌های ارگانیک در پی دستیابی به هویتی متمایز و به عبارتی تمایز خود و غیر خود می‌باشند. بر اساس همین مفروضه میان سیستم‌های مختلف ارگانیک شاهد "هماهنگی اهداف" هستیم که به موجب آن دستیابی به هویتی مستقل و متمایز، هدف غایی کلیه سیستم‌ها - اعم از سیستم ایمنی، سیستم عصبی، سیستم غدد درون ریز و سیستم روانی فرد- است. بر این اساس، به هم خوردن مرز خود/ غیر خود در سطح یک سیستم با تخریب این مرز در سطح سایر سیستم‌ها همراه خواهد بود. به این ترتیب، بیماری خود ایمنی با گرایش‌های شخصیتی خودتخریبی و خودشکست جو همراه خواهد بود. از این دیدگاه ساخت آنتی بادی علیه سیستم ایمنی خود بدن در بیماری‌های خود ایمنی، استعاره‌ای بدنی (پروم، ۲۰۰۲، ۲۰۰۷) است از مکانیسم‌های تخریبی سیستم روانی فرد علیه خود. این مکانیسم‌های تخریبی در سیستم روانشناختی می‌توانند اشکالی بسیار ظریف‌تر از آسیب‌های عمدی به خود نظیر اقدام به خودکشی، رفتارهای جرح خویشتن (سوزاندن، بریدن، خراش دادن بخش‌هایی از بدن) - که عمدتاً در اختلال شخصیت مرزی دیده می‌شوند- به خود بگیرند؛ اشکالی نظیر گرایش‌های خودانتقادی، خودسرزنش‌گری، درگیر شدن در روابطی که فرد را مورد سوء استفاده جسمانی و یا عاطفی قرار می‌دهند، ناتوانی در بهره‌گیری از کمک دیگران به هنگام نیاز، و سایر رفتارهای خودتخریب‌گرانه نظیر مانع تراشی بر سر راه موفقیت‌های شخصی (نظیر ناتوانی در به پایان رساندن تکالیف و وظایفی که فرد توانایی انجامشان را دارد، اهمال‌کاری...)، عدم توانایی در لذت بردن از تجربیات زندگی و گرایش به تنبیه خود که همگی بر اساس تعریف **DSM- R - III** معیارهای تشخیصی اختلال شخصیت خودشکست‌جو به شمار می‌روند (کاس، اسپیتزر، ویلیامز، ویدیگر، ۱۹۸۹).

پس از انجام مطالعاتی که نشان دادند اختلال شخصیت خودشکست‌جو هم‌پوشی بالایی با اختلالات شخصیت افسرده، اجتنابی و مرزی دارد و بر توان تشخیصی این طبقات نمی‌افزاید (هاپریدج، زیمرمن، چلمینسکی، ۲۰۰۶)، و حذف این اختلال از **DSM- IV**، اکنون سه اختلال شخصیت اجتنابی، مرزی و افسرده نشان‌دهنده گرایش‌های شخصیتی خودتخریبی هستند. به این ترتیب، با توجه به بالا بودن نمرات این سه اختلال در بیماران مبتلا به اسکروز مولتیپل - به عنوان یک بیماری خودایمنی - فرضیه توازی

فعالیت سیستم ایمنی و روانی و ارتباط تنگاتنگ جسم و بدن، تا جایی که نه تنها تغییرات یکی بر دیگری تاثیر می‌گذارد بلکه نوع تغییرات یک سیستم، تعیین کننده نوع تغییرات سیستم دیگر خواهد بود مورد تایید قرار می‌گیرد.

از سوی دیگر، بالا بودن گرایش شخصیتی وابسته در بیماران مبتلا به اسکروز مولتیپل، با توجهی دقیق‌تر به مواد تشخیصی این اختلال در روند ارزیابی شدلر- وستن - ۲۰۰۰ قابل تبیین خواهد گردید. مواد "گرایش دارد چالپوس یا مطیع باشد؛ (مثلاً، به امید جلب حمایت یا تأیید، به چیزها یا کارهایی که راضی نیست تن می‌دهد)"، "مستعد آن است که منفعل و فاقد قاطعیت باشد"، "گرایش دارد احساس کند بی‌کفایت، حقیر، یا شکست خورده است"، "گرایش دارد درگیر روابطی شود که در آن مورد سوءاستفاده احساسی یا جسمانی قرار می‌گیرد"، "گرایش به این دارد که به حد کافی به نیازهای خود اهمیت ندهد؛ به نظر می‌رسد برای درخواست یا به دست آوردن آن چه سزاوارش است خود را محق نمی‌داند"، "به نظر می‌رسد در خصوص دست‌یابی به موفقیت‌ها یا اهدافش دچار بازداری است؛ آرزوها یا دست‌آوردهایش پایین‌تر از توانایی‌های بالقوه اوست"، "گرایش به سرزنش خود دارد یا خود را برای اتفاق‌های بد مسوول می‌داند"، "گرایش به احساس گناه دارد" از مواد تشخیصی اختلال شخصیت وابسته در روند ارزیابی شدلر- وستن - ۲۰۰۰ هستند و به وضوح ماهیت خودتخریبی دارند. نگاهی گذرا به تعریف اختلال شخصیت خودشکست‌جو در *DSM - III - R* این ماهیت خودتخریبی را آشکار می‌کند: "الگویی دیرپا از رفتار خودشکست‌جو که از اوایل بزرگسالی آغاز شده و در بافت‌های مختلف وجود دارد. فرد اغلب از تجارب لذت‌بخش اجتناب کرده و یا این تجارب را خوار می‌شمارد، به روابطی گرایش می‌یابد که در آنها رنج می‌برد، و از یاری رساندن دیگران به خود جلوگیری می‌کند". به این ترتیب، وجود گرایش‌های شخصیتی خودتخریبی در بیماران مبتلا به اسکروز مولتیپل در این مطالعه کاملاً مشهود است.

در آخر باید به این نکته توجه داشت که این مطالعه تنها توازی گرایش‌های خودتخریبی را در سطح سیستم ایمنی و روانی نشان می‌دهد و هیچ گونه نتیجه‌گیری علی را شامل نمی‌شود. به این ترتیب، به منظور دستیابی به ارتباطی علی میان تغییرات این دو سیستم به پژوهش‌های طولی و آینده‌نگر نیازمندیم. از سوی دیگر، مقایسه ویژگی‌های شخصیتی سایر انواع بیماری‌های جسمی (به ویژه بیماری‌های غیر خودایمنی) با بیماری‌های خودایمنی و نیز مقایسه آنها از نظر شدت گرایش‌های خودتخریبی سوال دیگری است که باید در پژوهش‌های آتی پاسخ داده شود؛ نبود گروه کنترل در این مطالعه یکی از محدودیت‌های عمده مطالعه به شمار می‌رود. به علاوه، بررسی تاثیر درمان روانشناختی این گرایش‌ها بر روند بیماری جسمی نیز پرسشی است که می‌تواند جهت بخش پژوهش‌های آتی در این حوزه باشد.

منابع

- Benedict, R. H. B., Priore, R. L., Miller, C., Munschauer, F. et al. (2001). *Personality disorder in multiple sclerosis correlates with cognitive impairment. Journal of Neuropsychiatry and Clinical Neuroscience*, 13, 130-54
- Bjartmar, C., & Trapp, B. D. (2001). *Axonal and neuronal degeneration in multiple sclerosis: mechanisms and functional consequences. Current Opinions in Neurology*, 14, 271-278
- Block, J. (1978). *The Q- sort method in personality assessment and psychiatric research*. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press. (Original work published 1961)
- Bo, L., Vedeler, C. A., Nyland, H. et al. (2003). *Subpial demyelination in the cerebral cortex of multiple sclerosis patients. Journal of Neuropathology and Experimental Neurology*, 62, 723-732
- Booth, R. J., & Ashbridge, K. R. (1992). *Teleological coherence: exploring the dimensions of the immune system. Scandinavian journal of immunology*, 36, 751-759
- Booth, R. J., & Ashbridge, K. R. (1993). *A fresh look at the relationship between the psyche and immune system: teleological coherence and harmony of purpose. The journal of mind-body health*, vol 9, no.2, p.4-23
- Bradley, R., Jenei, J., & Westen, D. (2005). *Etiology of borderline personality disorder: disentangling the contributions of intercorrelated antecedents. Journal of Nervous and Mental Disease*, 193, 24-31
- Broom, B. C. (2002). *Somatic metaphor: a clinical phenomenon pointing to a new model of disease, personhood and physical reality. Advances in mind-body medicine*, 18, 16-29
- Broom, B.C. (2007). *Meaning-full disease*. London: Karnac.
- Feinstein, A. (2006). *Mood disorders in multiple sclerosis and the effects on cognition. Journal of Neurology Science*, 245, 63-66
- Huprich, S. K., Zimmerman, M. A., & Chelminski, I. (2006). *Should self-defeating personality disorder be revisited in the DSM? Journal of personality disorders*, 20,4, 388-400
- Jose Sa, M. (2008). *Psychological aspects of multiple sclerosis. Clinical Neurology and Neurosurgery*, 110, 868-877
- Kass, F., Spitzer, R. L., Williams, J. B. W., & Widiger, T. (1989). *Self-defeating personality disorder and DSM-III-R: development of the diagnostic criteria. The American Journal of Psychiatry*, 146, 1022-1026
- Mischel, W., & Shoda, Y. (1995). *A cognitive-affective system theory of personality: reconceptualizing situations, dispositions, dynamics, and invariance in personality structure. Psychological Review*, 102, 246-268

- Ozura, A., Erdberg, P., & Sega, S. (2010). *Personality characteristics of multiple sclerosis patients: a Rorschach investigation. Clinical Neurology and Neurosurgery, 112*, 629-632
- Peterson, J. W., Bo, L., Mork, S. et al. (2001). *Transected neuritis, apoptotic neurons, and reduced inflammation in cortical multiple sclerosis lesions. Annual Neurology, 50*, 389-400
- Russ, E., Heim, A., & Westen, D. (2003). *Parental bonding and personality pathology assessed by clinician report. Journal of Personality Disorders, 17*, 522-536
- Schiffer, R. B., Wineman, N. M., & Weitkamp, L. R. (1986). *Association between bipolar affective disorder and multiple sclerosis. American Journal of Psychiatry, 143*, 94-95
- Shedler J. (2009) *The Efficacy of Psychodynamic Psychotherapy. <http://www.internationalpsychoanalysis.net.2009.11.12>. In press, American Psychologist.*
- Shedler, J., & Westen, D. (1998). *Refining the measurement of axis II: a Q- sort procedure for assessing personality pathology. Assessment, 5*, 335-355
- Shedler, J., & Westen, D. (2004a). *Dimensions of personality pathology: an alternative to the Five Factor Model. American Journal of Psychiatry, 161*, 1743-1754
- Westen, D. (1995). *A clinical- empirical model of personality: life after the Mischelian ice age and the NEO-lithic era. Journal of Personality, 63*, 495-524
- Westen, D., & Shedler, J. (1999a). *Revising and assessing axis II, part I: developing a clinically and empirically valid assessment method. American Journal of Psychiatry, 156*, 258-272
- Westen, D., & Shedler, J. (1999b). *Revising and assessing axis II, part II: toward an empirically based and clinically useful classification of personality disorders. American Journal of Psychiatry, 156*, 273-285
- Westen, D., Gabbard, G., & Blagov, P. (2006). *Back to the future: Personality structure as a context for psychopathology. In R.F. Krueger & J. L.Tackett (Eds.), Personality and psychopathology (pp.335-384). New York: Guilford.*
- Westen, D., Shedler, J., Durrett, C., Glass, S., & Martens, A. (2003). *Personality diagnosis in adolescence: DSM- IV Axis II diagnoses and an empirically derived alternative. American Journal of Psychiatry, 160*, 952-966
- Winkelmann, A., Engel, C., Apel, A., & Zettl, U. K. (2007). *Cognitive impairment in multiple sclerosis. Journal of Neurology, 254*, 35-42