

Differences and Similarities in Attentional Bias between Patients with Bipolar II Disorder and Borderline Personality Disorder

Maryam Taghavijeloudar¹,
Roshanak Khodabakhsh Pirkalani²,
Zohreh Khosravi³

¹ PhD Student in Psychology, Faculty of Education and Psychology, Alzahra University, Tehran, Iran

² Associate Professor, Department of Psychology, Faculty of Education and Psychology, Alzahra University, Tehran, Iran

³ Professor, Department of Psychology, Faculty of Education and Psychology, Alzahra University, Tehran, Iran

(Received October 11, 2021 ; Accepted Jan 18, 2022)

Abstract

Background and purpose: The boundary between bipolar disorder and borderline personality disorder has always been a matter of debate. Despite the importance of this issue, only a few studies have directly compared these two groups. The main purpose of this study was to compare the cognitive profile of patients with bipolar disorder and borderline personality disorder in terms of attentional bias.

Materials and methods: In this causal-comparative study, attentional bias was compared between 52 patients with bipolar II disorder and 50 patients with borderline personality disorder attending cognitive disorder and psychological clinics in Babol, Iran. Also, 50 healthy individuals were studied as control group. Dot-probe task was done and Young Mania Rating Scale was completed. Data were then analyzed using independent T-test.

Results: The mean age and sex (F and M) of patients with bipolar II and borderline disorders and healthy controls were 25 ± 1.73 (52% and 48%), 27.33 ± 2.87 (61% and 39%), and 26.47 ± 2.34 (50% and 50%), respectively. Mean scores for attentional bias in control group and patients with bipolar II and borderline disorders were 11.36 ± 6.57 ($P=0.0012$), 19.67 ± 6.85 ($P=0.0025$), and 16.26 ± 5.85 ($P=0.003$), respectively.

Conclusion: In current study, both patient groups had poor performance in attentional bias tasks compared with control group. Patients with bipolar disorder showed more deficits in attention bias than patients with borderline personality disorder and healthy individuals. According to the differences in attention bias found in this study, cognitive studies may help to clarify the boundaries between bipolar disorder and borderline personality disorder.

Keywords: borderline personality disorder, bipolar disorder type II, attention bias, cognitive tasks

J Mazandaran Univ Med Sci 2022; 31 (205): 52-61 (Persian).

* **Corresponding Author:** Roshanak Khodabakhsh Pirkalani - Faculty of Education and Psychology, Alzahra University, Tehran, Iran (E-mail: rkhodabakhsh@alzahra.ac.ir)

بررسی تمایزها و تشابه های سوگیری توجه در افراد مبتلا به اختلال دوقطبی نوع II و افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی

مریم تقوی جلودار^۱
روشنک خدابخش پیرکلانی^۲
زهره خسروی^۳

چکیده

سابقه و هدف: مرز بین اختلال دو قطبی و اختلال شخصیت مرزی همواره بحث برانگیز بوده است. علی رغم اهمیت موضوع، مطالعات اندکی به طور مستقیم این دو گروه از بیماران را مقایسه کرده اند. هدف این مطالعه مقایسه نیمرخ شناختی بیماران مبتلا به اختلال دو قطبی و شخصیت مرزی از منظر سوگیری توجه بود.

مواد و روش ها: در این مطالعه علی-مقایسه ای، سوگیری توجه در ۵۲ بیمار مبتلا به اختلال دو قطبی نوع II و ۵۰ بیمار مبتلا به اختلال شخصیت مرزی مراجعه کننده به کلینیک های روان شناختی و روان شناسی شهرستان بابل، ارزیابی و با گروه کنترل سالم (۵۰ نفر از کادر درمان) مقایسه شد. داده های جمع آوری شده از آزمون رایانه ای تکلیف شناختی کاوش نقطه (Dot-probe) و پرسشنامه درجه بندی مانیای یانگ با روش آماری تی مستقل تجزیه و تحلیل شدند.

یافته ها: میانگین سنی و جنسیت (زن، مرد) گروه های نمونه اختلالات دوقطبی II $25/00 \pm 1/73$ سال، (۴۸، ۵۲) درصد و شخصیت مرزی $27/33 \pm 2/87$ سال، (۳۹، ۶۱) درصد و گروه کنترل سالم $26/47 \pm 2/34$ سال، (۵۰، ۵۰) درصد بود. بر اساس یافته ها، میانگین نمرات و انحراف استاندارد سوگیری توجه در افراد سالم و افراد مبتلا به اختلالات دوقطبی II و مرزی به ترتیب برابر $11/36 \pm 6/57$ ($P=0/0012$)، $19/67 \pm 6/85$ ($P=0/0025$) و $16/26 \pm 5/85$ ($P=0/0003$) بود.

استنتاج: هر دو گروه بالینی در تکالیف سوگیری توجه عملکرد ضعیف تری نسبت به گروه کنترل سالم داشتند. بیماران مبتلا به اختلال دو قطبی نقص های بیش تری را در سوگیری توجه نسبت به بیماران اختلال شخصیت مرزی و کنترل سالم نشان دادند. این تفاوت ها، پیشنهاد می کند که ابعاد شناختی ممکن است به روشن سازی مرزهای بین این دو اختلال کمک کنند.

واژه های کلیدی: اختلال شخصیت مرزی، اختلال دوقطبی II، سوگیری توجه، تکالیف شناختی

مقدمه

تمایزها و تشابه بین اختلال دو قطبی
Bipolar disorder type II (BD) و اختلال شخصیت مرزی
Borderline personality disorder (BPD) سال هاست
که به عنوان یک چالش مهم برای درمانگران و محققان مطرح می باشد. اختلال دو قطبی دارای ویژگی هایی نظیر ناپایداری عاطفی و نکانشگری، اقدام به خودکشی مکرر

E-mail: rkhodabakhsh@alzahra.ac.ir

مؤلف مسئول: روشنک خدابخش پیرکلانی - تهران: خیابان ده ونک، دانشکده علوم تربیتی و روان شناسی

۱. دانشجوی دکتری روان شناسی، دانشکده علوم تربیتی و روان شناسی، دانشگاه الزهراء، تهران، ایران

۲. دانشیار، گروه روان شناسی، دانشکده علوم تربیتی و روان شناسی، دانشگاه الزهراء، تهران، ایران

۳. استاد، گروه روان شناسی، دانشکده علوم تربیتی و روان شناسی، دانشگاه الزهراء، تهران، ایران

تاریخ دریافت: ۱۴۰۰/۷/۱۹ تاریخ ارجاع جهت اصلاحات: ۱۴۰۰/۸/۳ تاریخ تصویب: ۱۴۰۰/۱۰/۲۸

و وهله‌هایی که در آن‌ها علائم افسردگی و هایپومانیا (مانند: تحریک پذیری، خشم، بی‌قراری روانی - حرکتی و افکار سبقت جویانه) به صورت آمیخته وجود دارند، می‌باشد. این در صورتی است که اختلال شخصیت مرزی در برخی علائم مانند بی‌ثباتی عاطفی همپوشانی قابل ملاحظه‌ای با اختلال دو قطبی نشان می‌دهد. در مقابل مشخصه‌هایی مانند علائم تجزیه‌ای، احساس پوچی مزمن و آشفتگی هویت، مختص به اختلال شخصیت مرزی می‌باشد. با توجه به همبودی بالا و تعریف‌های بالینی هم‌پوشان میان اختلال دوقطبی و اختلال شخصیت مرزی، تمایز این دو اختلال کاری دشوار است، به‌طوری که افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی اغلب به اشتباه دچار اختلال دوقطبی تشخیص داده می‌شوند (۱).

برخی پژوهشگران پیشنهاد می‌کنند که اختلال شخصیت مرزی بخشی از طیف اختلال دوقطبی است (۳،۲). Akiskal، اعتبار تشخیصی اختلال شخصیت مرزی را زیر سوال برده و آن را در اختلالات طیف دو قطبی، مفهوم پردازی مجدد کرده است. به اعتقاد Akiskal و همکاران (۱۹۹۹)، اختلال شخصیت مرزی و اختلالات طیف دو قطبی سبب‌شناسی مشترکی دارند (۲). در سال‌های اخیر تحقیقات زیادی در راستای فرضیه آزمایی دیدگاه ابعادی Akiskal به این دو طیف از اختلالات شخصیت مرزی و دو قطبی انجام شده است. برای مثال، Rodriguez و همکاران (۲۰۲۱)، در یک مرور سیستماتیک، اختلال شخصیت مرزی و اختلال دو قطبی را با توجه به یافته‌های تصویربرداری عصبی، عملکردهای عصبی - روانی و مشخصه‌های بالینی به منظور مشخص کردن بیش‌تر تداخل این دو اختلال مورد بررسی قرار دادند (۴). نتایج تحقیقات آن‌ها نشان داد علائم افسردگی در اختلال شخصیت مرزی نسبت به اختلال دو قطبی زودتر ظاهر می‌شود. از طرفی بیماران دو قطبی علائم مانیک یا آمیخته بیش‌تری را نشان دادند. به‌طور کل، این داده‌های کلینیکی شواهدی قابل توجهی از مشخصه‌های هم‌پوشان در این دو اختلال را نشان دادند.

از سوی دیگر مطالعات متعددی شواهدی را در حمایت از این فرض مخالف که اختلال دوقطبی و اختلال شخصیت مرزی ماهیت تشخیصی مجزا و متفاوت دارند بیان کرده‌اند (۷،۶،۵،۱). برای مثال Villarroel و همکاران (۲۰۲۰)، در مطالعه خود اختلال شخصیت مرزی و اختلال دوقطبی II را از منظر ویژگی‌های شخصیتی با استفاده از مدل پنج عاملی شخصیت مورد بررسی قرار دادند که با وجود نمره بالا در روان رنجورخویی (Neuroticism) و نمره پایین در برون‌گرایی تفاوت‌های زیادی را باهم نشان دادند که نشانگر ناهمگونی زیاد این دو اختلال و عدم حمایت از رویکرد ابعادی دارد (۷). در نهایت می‌توان گفت که طرفداران و مخالفان این دو دسته فرضیه برای یافتن شواهد تایید یا ردکننده، بر ساس مولفه‌های مختلف زیست‌شناختی (۸)، پاسخ به درمان (۱۰،۹)، سیر بیماری (۱۱)، علامت‌شناسی (۱۲)، سبب‌شناسی (۱۳)، مکانیزم‌های دفاعی ابتدایی (۱۴) و همبودی بین دو اختلال (۱۵) به بررسی و مقایسه این دو اختلال پرداخته‌اند.

متغیرهای زیادی در بیماری اختلال دوقطبی و اختلال شخصیت مرزی تحت تأثیر این بیماری‌ها و گذشت زمان دچار آسیب می‌شوند، که در این میان سوگیری‌های شناختی به منظور تمایزگذاری میان این دو اختلال بسیار مورد توجه قرار گرفته است (۱۷،۱۶). سوگیری شناختی، تمایل ذهنی برای انجام خطاهای یکسان و تکراری است که ممکن است بارها در زندگی روزمره ما رخ دهد (۱۸). بنابراین سوگیری شناختی، در نهایت ممکن است به تحریف ادراکی، قضاوت نادرست، تفسیر غیرمنطقی یا آنچه که به‌طور گسترده، بی‌خردی نامیده می‌شود، منجر شود (۱۹). براساس مطالعات Miller و همکاران (۲۰۰۹)، انواع متعددی از سوگیری‌های شناختی وجود دارد، از جمله سوگیری توجه، سوگیری حافظه و خطا در قضاوت‌های آماری و نگرش‌های اجتماعی که در تمام انسان‌ها رایج است (۱۹).

از میان انواع سوگیری‌های شناختی، سوگیری توجه از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است، زیرا که سوگیری صرفاً به این خاطر که افراد به برخی چیزها اعتقاد دارند اتفاق نمی‌افتد، بلکه به خاطر پردازش‌های توجه اتفاق می‌افتد (۲۰). در واقع، سوگیری توجه (Attentional Bias)، نوعی سوگیری شناختی است که در آن توجه انتخابی به محرک‌های هیجانی اختصاص داده می‌شود و محرک‌های خنثی نادیده گرفته می‌شوند (۲۱). در راستای سوگیری‌های مربوط به توجه در بیماران دو قطبی Gotlib و همکاران (۲۰۰۵) در مطالعه خود با استفاده از آزمون استروپ هیجانی، آزمون رمزگردانی خودارجاع و تکلیف به یادآوری اتفاقی، کودکان مبتلا به اختلال دو قطبی را با بستگان درجه یک این کودکان و گروه کنترل سالم مورد مقایسه قرار داده و نشان دادند که این کودکان سوگیری به کلماتی که با تهدید اجتماعی توأم است را بیش‌تر نشان می‌دهند و افرادی که خطر ابتلا به این بیماری در آن‌ها بالاست، در یادآوری کلمات منفی، نمره‌های بالاتری را نسبت به افرادی که خطر ابتلا به این بیماری در آن‌ها پایین است، کسب کرده‌اند (۲۲).

مرور مطالعات پیشین نشان می‌دهد، علی‌رغم این‌که تحقیقات بسیاری بر اهمیت بررسی سوگیری‌های شناختی در اختلال دوقطبی و شخصیت مرزی توافق نظر دارند (۲۳-۲۶)، تحقیقات بسیار محدودی مستقیماً اختلال شخصیت مرزی و دوقطبی را از منظر سوگیری توجه مورد مقایسه قرار داده‌اند و اغلب از داده‌های تجربی برای تصریح رابطه میان دو اختلال استفاده شده است. لذا هدف مطالعه حاضر، بررسی مقایسه‌ای سوگیری توجه در بیماران مبتلا به اختلال دو قطبی و اختلال شخصیت مرزی و با گروه کنترل افراد سالم، به منظور تمایز گذاری میان این دو گروه بود.

مواد و روش‌ها

پژوهش حاضر از نوع علی-مقایسه‌ای (پس‌رویدادی) (Causal-comparative research) است (۲۷).

جامعه آماری این مطالعه شامل تمامی بیماران ۴۰-۲۰ سال مراجعه‌کننده به کلینیک‌های اعصاب و روان شهرستان بابل، که براساس ملاک‌های پنجمین راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی (۲۸) و به تشخیص روانپزشک دچار اختلال شخصیت مرزی و اختلال دو قطبی نوع II بوده‌اند، می‌باشد. نمونه‌گیری به شیوه در دسترس صورت گرفت. با استناد به منابع آماری که حداقل تعداد نمونه مورد نیاز در تحقیقات علی-مقایسه‌ای را تعیین کرده و همچنین با در نظر گرفتن حجم نمونه در پیشینه پژوهشی مربوطه و امکانات، مقدورات و زمان، حجم نمونه برای گروه بیماران مبتلا به اختلال دو قطبی نوع II، ۵۲ نفر و برای بیماران مبتلا به اختلال شخصیت مرزی نیز ۵۰ نفر در نظر گرفته شد، که این افراد در دو گروه سازماندهی شدند (۲۹، ۳۰). ملاک‌های ورود به پژوهش عبارت بود از: سواد خواندن و نوشتن، نداشتن اختلالات همایند دیگر و وضعیت خلقی ثابت برای بیماران دوقطبی در هنگام پاسخگویی به تکالیف شناختی و رضایت آگاهانه برای شرکت در تحقیق. ملاک‌های خروج از پژوهش نیز عبارت بودند از: سوء سابقه مصرف مواد، سابقه ضربه به سر، صرع (epilepsy)، اختلالات غددی و نورولوژیکی، عقب ماندگی ذهنی تایید شده و همایندی با سایر اختلالات روانپزشکی. همچنین ۵۰ نفر از کارکنان کادر درمان نیز به عنوان گروه کنترل سالم و به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. افراد گروه کنترل توسط روانپزشک مورد مصاحبه قرار می‌گرفتند و در صورت داشتن علائم افسردگی و خلق بالا در زمان پژوهش یا سابقه اختلالات دوقطبی در گذشته و تشخیص اختلال شخصیت مرزی از پژوهش حذف می‌شدند. سه گروه در متغیرهای جنسیت، سن و میزان تحصیلات با یکدیگر هم‌تا شدند.

مقیاس سنجش مانیای یانگ (Young Mania Rating Scale): این ابزار برای سنجش شدت علائم مانیا در بیماران مبتلا به اختلال دو قطبی نوع II مورد استفاده قرار گرفت. این مقیاس دارای ۱۱ گزینه است

که براساس مصاحبه بالینی با بیمار نمره گذاری می‌شوند. نمره کلی مقیاس بین ۰ تا ۶۰ و نقطه برش آن نیز ۱۷ است. در جمعیت ایرانی ضریب روایی این مقیاس ۰/۹۲ گزارش شده است. همچنین ضریب پایایی مقیاس براساس آلفای کرونباخ ۰/۷۲ برای گروه بیمار و پایایی بین ارزشیابان را هم ۰/۹۶ به دست آمده است (۳۱).

تکلیف شناختی کاوش نقطه (Dot-probe): برای سنجش و اصلاح سوگیری توجه از تکلیف Dot-probe تصویری که در سال ۲۰۱۷ اصلاح شده، استفاده شده است (۳۲). در این تکلیف از چهره های هیجانی متنفر و خنثی استفاده شد. به کارگیری چهره متنفر به دلایل متعددی صورت گرفت. ابتدا، این که شواهد علمی متعددی وجود دارد مبنی بر این که محرک های مرتبط با نفرت مانند یک چهره هیجانی متنفر، نواحی مغزی را فعال می‌سازد. این نواحی در پردازش سایر محرک های هیجانی از قبیل ترس نیز نقش دارند و در مقایسه با افراد غیر مضطرب، افراد دارای اضطراب، این تصاویر را منفی تر درجه بندی می‌کنند. چهره ۸ نفر، شامل ۴ زن و ۴ مرد، با استفاده از نرم افزار رایانه ای تولید چهره طراحی شد. تصاویر چهره با استفاده از نمونه ایرانی به دست آمده و اعتبار آن در ابراهیمجان مدنظر در پژوهش آمده است (۳۲). از این آزمایش می‌توان برای اندازه گیری و تعیین سوگیری استفاده کرد که در این پژوهش از هر دو امکان استفاده شده است. برای اندازه گیری سوگیری توجه، هر جلسه تکلیف شامل ۴۸ کوشش است که در ۳۲ کوشش آن دو چهره هیجانی خنثی و متنفر به مدت ۰/۵ ثانیه ارائه می‌شوند و اهداف (نقطه) به صورت مساوی در موقعیت چهره هیجانی خنثی و متنفر قرار می‌گیرند. در ۱۶ کوشش باقیمانده نیز دو چهره هیجانی خنثی ارائه می‌شوند. تکلیف با استفاده از یک رایانه لب تاپ اجرا گردید. آزمودنی به فاصله ۵۰ سانتی متر از رایانه قرار می‌گیرد. در شروع تکلیف، کادر خالی و نقطه تثبیت (+) برای مدت ۰/۵ ثانیه ارائه می‌شود. بعد از این مرحله، دو چهره در چپ و راست صفحه نمایش برای مدت ۰/۵ هزارم ثانیه ارائه می‌شود،

تا محل توجه آزمودنی ثابت شود. سپس نقطه ای، جانشین یکی از تصاویر می‌گردد. وظیفه آزمودنی در تکلیف این است که در ابتدای هر کوشش به نقطه تثبیت نگاه کند و در مراحل بعدی به محض دیدن نقطه، به طور دقیق و سریع با فشار دادن کلیدهای جهت نما بر روی صفحه کلید رایانه، جهت نقطه ظاهر شده (چپ یا راست) را مشخص کند و بر این اساس، زمان واکنش آزمودنی تا یک هزارم ثانیه توسط رایانه ثبت می‌گردد. اگر هنگامی که پراب، جانشین تصویر چهره متنفر شود و زمان واکنش آزمودنی کم تر از حالت جانشینی نقطه به جای تصویر چهره خنثی باشد، آزمودنی سوگیری نسبت به محرک های منفی مرتبط با تهدید (مانند: گوش بزنگی) را نشان می‌دهد. اگر برعکس آن اتفاق بیفتد، یعنی هنگامی که پراب، جانشین تصویر چهره خنثی شود و زمان واکنش آزمودنی کم تر از حالت جانشینی پراب به جای تصویر چهره متنفر باشد، اجتناب توجه نسبت به تصویر چهره منفی مطرح می‌شود. ۱۰ کوشش تمرینی خنثی-خنثی نیز جهت آشنایی آزمودنی با تکلیف ارائه گردید. در این آزمون کوشش هایی که در آن ها آزمودنی ها جهت نقطه ارائه شده را اشتباه تعیین کرده بودند به عنوان خطا در نظر گرفته شده و از تحلیل حذف شدند. نمره به دست آمده در این برنامه از تفریق زمان واکنش به محرک های چهره خنثی از زمان واکنش به محرک های چهره متنفر به دست می‌آید.

شیوه اجرا: مطابق با کد اخلاق این پژوهش به شماره IR.UMZ.REC.1400.047، همه افراد شرکت کننده در پژوهش بعد از غربالگری در یک مصاحبه بالینی کوتاه شرکت داده شدند و در صورت تأیید ویژگی های مورد نظر توسط مصاحبه گر، هدف پژوهش برای آن ها شرح داده شد. سپس رضایت نامه شرکت در پژوهش را تکمیل کردند و برای انجام آزمایش، زمانی برایشان در نظر گرفته شد. به شرکت کنندگان گفته شد که دو تا سه ساعت قبل از شرکت در آزمایش، به هیچ وجه از دارو یا ماده مخدری استفاده نکنند، چرا که

ممکن است بر روی زمان واکنش آن‌ها اثر بگذارد. پس از آن برای انجام تکالیف شناختی Dot-probe در یک اتاق آرام، با یک میز و صندلی که بر روی آن یک رایانه ۱۵ اینچ و یک جعبه پاسخ به منظور ثبت زمان واکنش قرار داده شده بود قرار گرفتند. فاصله آزمودنی تا صفحه نمایش گر ۵۰ سانتی متر در نظر گرفته شده بود. پس از جمع‌آوری پرسشنامه‌ها و استخراج داده‌ها ابتدا اطلاعات به صورت کدهایی روی برگه‌های مخصوص درج شد، سپس اطلاعات کدگذاری شده به رایانه داده شد و به کمک نرم‌افزار آماری (SPSS) آنالیز گردید. همچنین داده‌ها با استفاده از آمار توصیفی و استنباطی مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. در بخش آمار توصیفی، داده‌های جمعیتی از پرسشنامه استخراج و سپس فراوانی و درصد فراوانی، میانگین، انحراف معیار آن‌ها، در جدول یک بعدی محاسبه شد. در بخش آمار استنباطی، فرضیه‌های تحقیق به ترتیب مطرح شده و مورد تجزیه و تحلیل قرار می‌گیرند، جهت تبیین داده‌ها از آزمون تحلیل واریانس چند متغیری و آزمون تی مستقل استفاده شد.

یافته‌ها

یافته‌های مربوط به ویژگی‌های جمعیت شناختی گروه نمونه: در این مطالعه، ۵۲ بیمار مبتلا به اختلال دو قطبی II با میانگین سنی و انحراف استاندارد $1/73 \pm 25/00$ سال، ۵۰ بیمار مبتلا به اختلال شخصیت مرزی با میانگین سنی و انحراف استاندارد $2/87 \pm 27/33$ سال و ۵۰ نفر سالم (گروه کنترل) با میانگین سنی و انحراف استاندارد $2/34 \pm 26/47$ سال مورد بررسی قرار گرفتند. ۲۸ نفر (۵۲ درصد) از بیماران اختلال دو قطبی II زن و ۲۴ نفر (۴۸ درصد) مرد بودند. همچنین، ۳۰ نفر (۶۱ درصد) از بیماران اختلال شخصیت مرزی زن و ۲۰ نفر (۳۹ درصد) مرد بوده‌اند و درخصوص گروه کنترل، ۲۵ نفر (۵۰ درصد) مرد و ۲۵ نفر (۵۰ درصد) زن بودند. میانگین و انحراف استاندارد سال‌های تحصیلات در گروه اختلال دو قطبی II، اختلال شخصیت مرزی و گروه کنترل به

ترتیب برابر با $2/01 \pm 16/12$ سال، $1/87 \pm 14/36$ سال و $2/33 \pm 17/82$ سال بود.

جدول شماره ۱ داده‌های مربوط به دامنه سنی هر دو گروه نمونه طیف دوقطبی و شخصیت مرزی را نشان می‌دهد. همان‌طور که در جدول شماره ۱ مشاهده می‌شود بیش‌ترین درصد فراوانی مختص به دامنه سنی میانسال (۲۳ تا ۲۷ سال) می‌باشد که به ترتیب ۴۸ درصد برای گروه طیف دو قطبی و ۴۴ درصد برای گروه طیف شخصیت مرزی ثبت شده است. این در صورتی است که کم‌ترین درصد فراوانی به دامنه سنی ۲۷ سال به بالا اختصاص دارد که به ترتیب ۱۸ درصد برای گروه طیف دو قطبی و ۲۴ درصد برای گروه طیف شخصیت مرزی ثبت شده است. داده‌های به دست آمده از بررسی ویژگی‌های جمعیت شناختی هر دو گروه نمونه نشان می‌دهد که درصد فراوانی بیماری طیف دو قطبی (۳۵ درصد) در سنین زیر ۲۳ سال به مراتب بیش‌تر از بیماری شخصیت مرزی (۲۸ درصد) می‌باشد. این در صورتی است که درصد فراوانی بیماری شخصیت مرزی در گروه سنی بالای ۲۷ سال از بیماری دو قطبی بیش‌تر مشاهده است.

جدول شماره ۱: داده‌های مربوط به دامنه سنی گروه‌های نمونه

دامنه سنی گروه‌های نمونه	کنترل تعداد (درصد)	دوقطبی تعداد (درصد)	شخصیت مرزی تعداد (درصد)
زیر ۲۳ سال	۱۵ (۳۰)	۱۸ (۳۵)	۱۴ (۲۸)
۲۳ تا ۲۷ سال	۲۰ (۴۰)	۲۵ (۴۸)	۲۴ (۴۴)
۲۷ سال به بالا	۱۵ (۳۰)	۹ (۱۷)	۱۲ (۲۴)

سوگیری توجه: جدول شماره ۲ نتایج حاصل از سوگیری توجه در افراد مبتلا به اختلالات طیف دوقطبی، افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی و افراد سالم (گروه کنترل) را نشان می‌دهد. همان‌طور که در جدول شماره ۲ مشاهده می‌شود، میانگین نمرات و انحراف استاندارد سوگیری توجه در افراد سالم و افراد مبتلا به اختلالات دوقطبی و مرزی به ترتیب برابر $11/36 \pm 6/57$ ، $19/67 \pm 5/85$ و $16/26 \pm 5/85$ به دست آمد. نتایج حاصل از سوگیری توجه نشان می‌دهد که میانگین نمرات در افراد سالم به مراتب بیش‌تر از افراد

مبتلا با اختلال طیف دوقطبی و شصصیت مرزی بوده است. جهت بررسی معنادار بودن تفاوت در دو گروه از آزمون T مستقل استفاده شد. نتایج حاصل از آزمون T مستقل نشان داد $t(98) = 5/255$ بوده و با توجه به این که $P < 0/05$ می توان نتیجه گرفت که میزان سوگیری توجه در افراد مبتلا به اختلالات طیف دوقطبی با افراد مبتلا به اختلال شصصیت مرزی تفاوت معناداری وجود دارد. بر اساس نتایج به دست آمده، میزان سوگیری توجه در افراد مبتلا به اختلالات طیف دوقطبی $2/4$ نمره بیش تر از نمرات سوگیری توجه در افراد مبتلا به اختلال شصصیت مرزی می باشد. شایان ذکر است، تفاوت های نمره سوگیری توجه در این دو اختلال، متأثر از وضعیت افراد دارای این دو اختلال در زمان پاسخ دهی به سؤال های پرسشنامه بوده است. به بیان دیگر وضعیت زمان پاسخگویی به سوال ها نیز در این تفاوت اثر گذار است.

جدول شماره ۲: سوگیری توجه در افراد سالم و مبتلا به اختلالات

گروه	تعداد	انحراف معیار $\pm$ میانگین	سطح معنی داری
کنترل	۵۰	$11/368 \pm 6/576$	$0/0012$
دوقطبی	۵۲	$19/665 \pm 6/1854$	$0/0025$
مرزی	۵۰	$16/265 \pm 5/855$	$0/003$

بحث

بر اساس یافته های مربوط به ویژگی های جمعیت شناختی پژوهش حاضر، میانگین سنی بیماران مبتلا به اختلال دوقطبی ($25/0 \pm 1/73$) سال کم تر از میانگین سنی گروه سالم ($26/47 \pm 2/34$) سال مشاهده شد. این در صورتی است که میانگین سنی بیماران مبتلا به اختلال شصصیت مرزی ($27/33 \pm 2/87$) سال کمی بالاتر از گروه سالم بود. در خصوص جنسیت بیماران، در هر دو گروه بیماران مبتلا به اختلال دوقطبی و شصصیت مرزی تعداد زن ها بیش تر از مرد ها مشاهده شد. نکته قابل توجه دیگر در خصوص ویژگی های جمعیت شناختی تحقیق حاضر، میانگین بالاتر سال های تحصیلات در گروه مبتلا به اختلال دوقطبی نسبت به اختلال شصصیت مرزی می باشد.

نتایج به دست آمده در این پژوهش در خصوص سوگیری توجه در دو گروه بالینی نشان داد نمرات سوگیری توجه در افراد مبتلا به اختلال دوقطبی ($19/67 \pm 6/85$) شدید تر از نمرات سوگیری توجه اختلال شصصیت مرزی ($11/36 \pm 6/57$) و گروه کنترل سالم ($16/26 \pm 5/85$) می باشد. این بدان معنی است که بیماران مبتلا به اختلال دوقطبی نقص های بیش تری را در سوگیری توجه نسبت به گروه بیماران مبتلا به اختلال شصصیت مرزی نشان می دهند. در تبیین نتایج باید گفت، بیماران دارای اختلال های دوقطبی به دلیل این که نوعی توجه انتخابی به محرک های هیجانی دارند و محرک های خنثی را نادیده می گیرند در حوزه توجه دچار سوگیری بیش تری می شوند. به بیانی دیگر این بیماران به دلیل دوقطبی شدن رفتار، توجه انتخابی گزینشی و تمایل برای توجه به محرک های هیجان انگیز بنابر شرایط روحی و رفتاری نشان می دهند و در روند زندگی خود، در شرایط متفاوت به صورت گزینشی به محرک ها توجه می کنند به گونه ای که بیش تر در نظر آن ها هیجان انگیز جلوه کند. به بیانی دیگر، محرک های مورد توجه افراد دارای اختلال دوقطبی به دلیل ساختارهای مغزی متفاوت در حوزه توجه، با محرک های مدنظر برای توجه افراد دارای اختلال شصصیت مرزی متفاوت است و همین مسأله می تواند دلیل تفاوت در میزان سوگیری توجه در بیماران دارای اختلال شصصیت مرزی و دوقطبی باشد.

از دیگر ابعاد یافته های این پژوهش که شواهد بالینی با اهمیتی را در راستای هدف اصلی این مطالعه فراهم می کند، وجود تفاوت معنادار بین این دو گروه در سوگیری توجه است. این یافته علاوه بر این که به شفاف سازی مرزهای این دو اختلال کمک می کند، با یافته های پژوهش های پیشین که قائل بر وجود تفاوت های کمی و کیفی بالینی و شناختی بین اختلال دوقطبی و اختلال شصصیت مرزی، می باشند ($10-15$)، همسو است. از طرفی این یافته با یافته های برخی دیگر از مطالعات که شواهدی از مشخصه های هم پوشان در این دو اختلال

فراهم کرده و از این فرضیه که اختلال شخصیت مرزی و اختلالات طیف دوقطبی از ویژگی‌های مشابهی برخوردارند و اختلال شخصیت مرزی را بخشی از طیف اختلالات دوقطبی می‌دانند (۱۲، ۲۲)، ناهمسو می‌باشد.

مطالعه حاضر از جمله معدود مطالعاتی است که به‌طور اختصاصی به بررسی و مقایسه سوگیری توجه در دو گروه از بیماران مبتلا به اختلال شخصیت مرزی و اختلال دوقطبی می‌پردازد. یافته‌های این نوع پژوهش‌ها می‌تواند محققان و متخصصان حوزه آسیب‌شناسان روانی را در طراحی و اجرای تحقیقات بیش‌تر در زمینه بررسی تفاوت‌ها و شباهت‌های عصب روان‌شناختی بیماران مبتلا به اختلال شخصیت مرزی و اختلال دوقطبی هدایت نماید. از جمله محدودیت‌های پژوهش حاضر عبارت‌اند

از: نمونه‌گیری در دسترس و ناهمگونی نمونه‌ها، عدم کنترل تأثیرات مصرف دارو از جمله داروهای ضداضطراب بر عملکرد بیماران در اجرای آزمون، عدم کنترل بهره‌هوشی بیماران، عدم کنترل طول مدت بیماری و نادیده گرفتن تفاوت‌های جنسیتی.

سپاسگزاری

نویسندگان این مقاله بدین وسیله کمال تشکر و قدردانی خود را از تمام افرادی که در انجام این پژوهش ما را یاری کردند اعلام می‌دارند. همچنین از داوران محترم نشریه که در ارتقای سطح علمی و کیفیت مقاله یاری کردند، تشکر می‌شود. این مقاله برگرفته از رساله دکتری نویسنده اول می‌باشد.

References

1. Zimmerman M. Improving the Recognition of Borderline Personality Disorder in a Bipolar World. *J Pers Disord* 2016; 30(3): 320-335.
2. Akiskal HS. Demystifying borderline personality disorder: critique of the concept and unorthodox reflections on its natural kinship with the bipolar spectrum. *Acta Psychiatr Scand* 2004; 110(6): 401-407.
3. Agius M, Murphy CL, Zaman R. Under-diagnosis of bipolar affective disorder in A bedford CMHT. *Psychiatr Danub* 2010; 22 (Suppl 1): S36-37.
4. Akiskal HS, Pinto O. The evolving bipolar spectrum: prototypes I, II, III, and IV. *Psychiatr Clin North Am* 1999; 22(3): 517-534.
5. Massó Rodriguez A, Hogg B, Gardoki-Souto I, Valiente-Gómez A, Trabsa A, Mosquera D, et al. Clinical Features, Neuropsychology and Neuroimaging in Bipolar and Borderline Personality Disorder: A Systematic Review of Cross-Diagnostic Studies. *Front Psychiatry* 2021; 12: 681876.
6. Bassett D, Mulder R, Outhred T, Hamilton A, Morris G, Das P, et al. Defining disorders with permeable borders: you say bipolar, I say borderline! *Bipolar disord* 2017; 19(5): 320-323.
7. Bayes A, Parker G, Fletcher K. Clinical differentiation of bipolar II disorder from borderline personality disorder. *Curre Opin psychiatry* 2014; 27(1): 14-20.
8. Villarroel J, Salinas V, Silva H, Herrera L, Montes C, Jerez S, et al. Beyond the categorical distinction between borderline personality disorder and bipolar ii disorder through the identification of personality traits profiles. *Fron psychiatry* 2020; 11: 552.
9. Belli H, Ural C, Akbudak M. Borderline personality disorder: bipolarity, mood stabilizers and atypical antipsychotics in treatment. *J Clin Med Res* 2012; (5): 301-308.
10. Reich DB, Zanarini MC, Fitzmaurice G.

- Affective lability in bipolar disorder and borderline personality disorder. *Compr Psychiatry* 2012; 53(3): 230-237.
11. Zanarini MC, Frankenburg FR, Hennen J, Reich DB, Silk KR. Axis I comorbidity in patients with borderline personality disorder: 6-year follow-up and prediction of time to remission. *Am J Psychiatry* 2004; 161(11): 2108-2114.
 12. Renaud S, Corbalan F, Beaulieu S. Differential diagnosis of bipolar affective disorder type II and borderline personality disorder: analysis of the affective dimension. *Compr Psychiatry* 2012; 53(7): 952-961.
 13. Henry C, Mitropoulou V, New AS, Koenigsberg HW, Silverman J, Sivever LJ. Affective instability and impulsivity in borderline personality and bipolar II disorders: similarities and differences. *J Psychiatr Res* 2001; 35(6): 307-312.
 14. Nilsson AK, Jorgensen CR, Straarup KN, Licht RW. Severity of affective temperament and maladaptive self-schemas differentiate borderline patients, bipolar patients, and controls. *Compr Psychiatry* 2010; 51(5): 486-491.
 15. Khosravi Z, Rahmati-nejad P. Relationship between borderline personality disorder and bipolar disorder type 2 based on borderline personality organization. *J Thought Behav* 1393; 9(32): 46-37 (Persian).
 16. Frias A, Baltasar I, Birmaher B. Comorbidity between bipolar disorder and borderline personality disorder: prevalence, explanatory theories, and clinical impact. *J Affect Disord* 2016; 202: 210-219.
 17. Bradley JC, Chen HM, Crawford J, Eckert J, Ernazarova K, Kurzeja T, et al. Creating electrical contacts between metal particles using directed electrochemical growth. *Nature* 1997; 389(6648): 268-271.
 18. Price RB, Wallace M, Kuckertz JM, Amir N, Graur S, Cummings L, et al. Pooled patient-level meta-analysis of children and adults completing a computer-based anxiety intervention targeting attentional bias. *Clin Psychol Rev* 2016; 50: 37-49.
 19. MacLeod C, Grafton B. Anxiety-linked attentional bias and its modification: illustrating the importance of distinguishing processes and procedures in experimental psychopathology research. *Behav Res Ther* 2016; 86: 68-86.
 20. Miller JN, Black DW. Bipolar disorder and suicide: a review. *Curr psychiatry Rep* 2020; 22(2): 6.
 21. West AE, Weinstein SM, Peters AT, Katz AC, Henry DB, Cruz RA, Pavuluri MN. Child-and family-focused cognitive-behavioral therapy for pediatric bipolar disorder: A randomized clinical trial. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2014; 53(11): 1168-1178.
 22. Eysenck MW, Keane MT. Cognitive psychology: A student's handbook. UK: Psychology press; 2013.
 23. Gotlib IH, Traill SK, Montoya RL, Joormann J, Chang K. Attention and memory biases in the offspring of parents with bipolar disorder: indications from a pilot study. *J Child Psychol Psychiatry* 2005; 46(1): 84-93.
 24. Gvirts HZ, Braw Y, Harari H, Lozin M, Bloch Y, Fefer K, & Levkovitz Y. Executive dysfunction in bipolar disorder and borderline personality disorder. *European Psychiatry* 2015; 30(8): 959-964.
 25. Apfelbaum S, Regalado P, Herman L, Teitelbaum J, Gagliesi P. Comorbidity between bipolar disorder and cluster B personality disorders as indicator of affective dysregulation and clinical severity. *Actas Esp Psiquiatria* 2013; 41(5): 269-278.

26. Mozafari MR, Rahmati-nejad P, Mohammadi D. Relationship between borderline personality disorder and bipolar disorder type 2 based on borderline personality organization. *J Thought Behav* 1397; 61(1): 836-846 (Persian).
27. Rezaei Z, Saadat I, Saadat M. Association between three genetic polymorphisms of glutathione S-transferase Z1 (GSTZ1) and susceptibility to bipolar disorder. *Psychiatry Res* 2012; 198(1): 166-168.
28. Frey BB. *The SAGE encyclopedia of educational research, measurement, and evaluation*. Thousand Oaks, California: SAGE Publications, Inc; 2018.
29. American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. 4th ed. (DSM-IV) 2015.
30. Salkind NJ. *Encyclopedia of research design*. Thousand Oaks, California: SAGE Publications, Inc; 2010.
31. Schenker JD, Rumrill JR, Phillip D. Causal-comparative research designs. *J Vocation Rehabil* 2004; 21(3): 117-121.
32. Barketin M, Tavakoli M, Molavi H, Marufi M, Salehi M. Normativeization, creadit and validity of young mania rating scale. *J Psycalogy* 2007; 42(2): 150-166 (Persian).
33. Shafiei H, Zare H. Effectiveness of attention bias modification by computerized attention training on reducing social anxiety of adolescents. *Adv Cogn Sci* 2019; 21(2): 108-120 (Persian).