ORIGINAL ARTICLE

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

Maryam Taghavijeloudar[1],
Roshanak Khodabakhsh Pirkalani[2],
Zohreh Khosravi[3]

[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 tsaks

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)

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-12]

[DOR: 20.1001.1.17359260.1400.31.205.11.7]

پژوهشی

مجله دانشگاه علوم پزشکی مازندران
دوره سی و یکم شماره ۲۰۵ بهمن سال ۱۴۰۰ (۶۱-۵۲)

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. علی‌رغم اهمیت موضوع، مطالعات اندکی به‌طور مستقیم این دو گروه از بیماران را مقایسه کرده‌اند. هدف این مطالعه مقایسه نیمرخ شناختی بیماران مبتلا به اختلال دو قطبی و شخصیت مرزی از منظر سوگیری توجه بود.

مواد و روش‌ها: در این مطالعه علی- مقایسه‌ای، سوگیری توجه در ۵۲ بیمار مبتلا به اختلال دو قطبی نوع II و ۵۰ بیمار مبتلا به اختلال شخصیت مرزی مراجعه‌کننده به کلینیک‌های روان‌شناختی و روان‌شناسی شهرستان بابل، ارزیابی و با گروه کنترل سالم (۵۰ نفر از کادر درمان) مقایسه شد. داده‌های جمع‌آوری شده از آزمون رایانه‌ای تکلیف شناختی کاوش نقطه (Dot-probe) و پرسشنامه درجه‌بندی مانیای یانگ با روش آماری تی مستقل تجزیه و تحلیل شدند.

یافته‌ها: میانگین سنی و جنسیت (زن، مرد) گروه‌های نمونه اختلالات دوقطبی II ۱/۷۳±۲۵/۰۰ سال، (۵۲، ۴۸) درصد و شخصیت مرزی ۲/۸۷± ۲۷/۳۳ سال، (۶۱، ۳۹) درصد و گروه کنترل سالم ۲/۳۴±۲۶/۴۷ سال،(۵۰، ۵۰) درصد بود. بر اساس یافته‌ها، میانگین نمرات و انحراف استاندارد سوگیری توجه در افراد سالم و افراد مبتلا به اختلالات دوقطبی II و مرزی به ترتیب برابر ۶/۵۷±۱۱/۳۶ (P=۰/۰۰۱۲)، ۶/۸۵±۱۹/۶۷ (P=۰/۰۰۲۵) و ۵/۸۵±۲۶/ ۱۶ (P=۰/۰۰۳) بود.

استنتاج: هر دو گروه بالینی در تکالیف سوگیری توجه عملکرد ضعیف‌تری نسبت به گروه کنترل سالم داشتند. بیماران مبتلا به اختلال دو قطبی نقص‌های بیش‌تری را در سوگیری توجه نسبت به بیماران اختلال شخصیت مرزی و کنترل سالم نشان دادند. این تفاوت‌ها، پیشنهاد می‌کند که ابعاد شناختی ممکن است به روشن‌سازی 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 می‌باشد. اختلال دو قطبی دارای ویژگی‌هایی نظیر ناپایداری عاطفی و تکانشگری، اقدام به خودکشی مکرر

مولف مسئول: روشنک خدابخش پیرکلانی- تهران: خیابان ده ونک، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی E-mail: rkhodabakhsh@alzahra.ac.ir
۱. دانشجوی دکتری روان‌شناسی ، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه الزهرا، تهران، ایران
۲. دانشیار، گروه روان‌شناسی، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه الزهرا، تهران، ایران
۳. استاد، گروه روان‌شناسی، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه الزهرا، تهران، ایران
تاریخ دریافت : ۱۴۰۰/۷/۱۹ تاریخ ارجاع جهت اصلاحات :۱۴۰۰/۸/۳ تاریخ تصویب :۱۴۰۰/۱۰/۲۸

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-12]
[DOR: 20.1001.1.17359260.1400.31.205.11.7]

و وهله‌هایی که در آن ها علائم افسردگی و هایپومانیا (مانند: تحریک پذیری، خشم، بی‌قراری روانی- حرکتی و افکار سبقت جویانه) به صورت آمیخته وجود دارند، می‌باشد. این درصورتی است که اختلال شخصیت مرزی در برخی علائم مانند بی ثباتی 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 تعریف های 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 دو قطبی 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 مشخص‌کردن 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 که اختلال دو قطبی 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 دو قطبی 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 دو قطبی و اختلال شخصیت مرزی تحت تاثیر 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 آن‌چه‌که 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).

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-12]

[DOR: 20.1001.1.17359260.1400.31.205.11.7]

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). درواقع، سوگیری توجه (Attentional Bias)، نوعی سوگیری‌شناختی 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 توام 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 سوگیری‌های‌شناختی در اختلال دوقطبی و شخصیت مرزی توافق نظر دارند (۲۶-۲۳)، 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 روش ها

پژوهش حاضر از نوع علی- مقایسه ای (پس رویدادی) (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(۳۰،۲۹). 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 11 گزینه است

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-12]
[DOR: 20.1001.1.17359260.1400.31.205.11.7]

که براساس مصاحبه بالینی با بیمار نمره‌گذاری 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، این‌که شواهد علمی متعددی وجود دارد مبنی بر این‌که محرک‌های مرتبط با نفرت مانند یک چهره هیجانی متنفر، نواحی مغزی را فعال می‌سازد. این نواحی در پردازش سایر محرک‌های هیجانی از قبیل ترس نیز نقش دارند و در مقایسه با افراد غیرمضطرب، افراد دارای اضطراب، این تصاویر را منفی‌تر درجه‌بندی می‌کنند. چهره ۸ نفر، شامل ۴ زن و ۴ مرد، با استفاده از نرم‌افزار رایانه‌ای تولید چهره طراحی شد. تصاویر چهره با استفاده از نمونه ایرانی به‌دست آمده و اعتبار آن در ابرازهیجان مدنظر در پژوهش آمده است(۳۲). از این آزمایه می‌توان برای اندازه‌گیری و تعیین سوگیری استفاده کرد که در این پژوهش از هر دو امکان استفاده شده است. برای اندازه‌گیری 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) به‌صورت 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 سانتی‌متر از رایانه قرار می‌گیرد. درشروع تکلیف، کادرخالی و نقطه تثبیت (+) برای مدت ۰/۵ ثانیه ارائه می‌شود. بعداز 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 نقطه‌ای، 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، به‌طوردقیق 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 کم‌تر از حالت جانشینی نقطه به جای تصویر چهره خنثی باشد، آزمودنی سوگیری نسبت به محرک‌های 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 کم‌تر 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 کوشش‌هایی که در آن‌ها آزمودنی‌ها جهت نقطه ارائه شده را اشتباه تعیین کرده بودند به عنوان خطا در نظر گرفته شده و از تحلیل حذف شدند. نمره به‌دست آمده در این برنامه از تفریق زمان واکنش به محرک‌های چهره خنثی از زمان واکنش به محرک‌های چهره متنفر به‌دست 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 ویژگی‌های مورد نظر توسط مصاحبه‌گر، هدف پژوهش برای آن‌ها شرح داده شد. سپس رضایت‌نامه 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

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-12]

[DOR: 20.1001.1.17359260.1400.31.205.11.7]

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 نمایش‌گر ۵۰ سانتی‌متر در نظر گرفته شده بود.

پس از جمع‌آوری پرسشنامه‌ها و استخراج داده‌ها ابتدا اطلاعات به‌صورت 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 تجزیه‌وتحلیل قرار گرفت. در بخش آمار توصیفی، داده‌های جمعیتی از پرسشنامه استخراج و سپس فراوانی و درصد فراوانی، میانگین، انحراف معیار آن‌ها، در جدول یک‌بعدی محاسبه شد. در بخش آمار استنباطی، فرضیه‌های تحقیق به‌ترتیب مطرح‌شده و مورد تجزیه و تحلیل قرار می‌گیرند، جهت تبیین داده‌ها از آزمون تحلیل واریانس چند متغیری وآزمون تی مستقل استفاده شد.

یافته ها

یافته های مربوط به ویژگی‌های جمعیت شناختی

گروه نمونه: در این مطالعه، ۵۲ بیمار مبتلا به اختلال دو قطبی II با میانگین سنی و انحراف استاندارد۱/۷۳ ±۲۵/۰۰ سال، ۵۰ بیمار مبتلا به اختلال شخصیت مرزی با میانگین سنی و انحراف استاندارد۲/۸۷ ± ۲۷/۳۳ سال و ۵۰ نفر سالم (گروه کنترل) با میانگین سنی و انحراف استاندارد ۲/۳۴ ±۲۶/۴۷ سال مورد بررسی قرار گرفتند. ۲۸ نفر (۵۲ درصد) از بیماران اختلال دو قطبی II زن و ۲۴ نفر (۴۸ درصد) مرد بودهاند. 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 ۲/۰۱ ±۱۶/۱۲سال ، ۱/۸۷ ±۱۴/۳۶سال و ۲/۳۳ ±۱۷/۸۲ سال بود.

جدول شماره ۱ داده های مربوط به دامنه سنی هر دو گروه نمونه طیف دوقطبی و شخصیت مرزی را نشان می‌دهد. همان‌طورکه در جدول شماره ۱ مشاهده می‌شود بیش‌ترین درصد فراوانی مختص به دامنه سنی میانسال (۲۳ تا ۲۷ سال) می‌باشد که به‌ترتیب 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 سنی۲۷ سال به بالا اختصاص دارد که به‌ترتیب ۱۸ درصد برای گروه طیف دو قطبی و ۲۴ درصد برای گروه طیف شخصیت مرزی ثبت شده است. داده‌های به‌دست آمده از بررسی ویژگی‌های جمعیت‌شناختی 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 درصورتی است که درصد فراوانی بیماری شخصیت مرزی در گروه سنی بالای ۲۷ سال از بیماری دو قطبی بیش تر مشاهده است.

جدول شماره ۱ : داده‌های مربوط به دامنه سنی گروه‌های نمونه

دامنه سنی گروه های نمونه	کنترل تعداد (درصد)	دوقطبی تعداد (درصد)	شخصیت مرزی تعداد (درصد)
زیر۲۳ سال	۱۵ (۳۰)	۱۸ (۳۵)	۱۴ (۲۸)
۲۳ تا۲۷ سال	۲۰ (۴۰)	۲۵ (۴۸)	۲۴ (۴۴)
۲۷سال 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. همان‌طورکه 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 ۶/۵۷±۱۱/۳۶، ۶/۸۵ ± ۱۹/۶۷ و ۵/۸۵ ±۱۶/۲۶ به دست آمد. نتایج حاصل از سوگیری توجه نشان می‌دهد که میانگین نمرات در افراد سالم به مراتب بیش‌تر از افراد

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-12]
[DOR: 20.1001.1.17359260.1400.31.205.11.7]

مبتلا با اختلال طیف دوقطبی و شخصیت مرزی بوده است. جهت بررسی معنادار بودن تفاوت در دوگروه از آزمون T مستقل استفاده شد. نتایج حاصل از آزمون T مستقل نشان داد ۵/۲۵۵= (۹۸) t بوده و باتوجه به این‌که P<۰/۰۵ می‌توان نتیجه گرفت که میزان سوگیری توجه در افراد مبتلا به اختلالات طیف دوقطبی با افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی تفاوت معناداری وجود دارد. بر اساس نتایج به‌دست آمده، میزان سوگیری توجه در افراد مبتلا به اختلالات طیف دوقطبی ۲/۴ نمره بیش‌تر از نمرات سوگیری توجه در افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی می‌باشد. شایان ذکر است، تفاوت‌های نمره سوگیری توجه در این دو اختلال، متاثر از وضعیت افراد دارای این دو اختلال در زمان پاسخ‌دهی به سؤال‌های پرسشنامه بوده است. به بیان دیگر وضعیت زمان‌پاسخگویی به سوال‌ها نیز در این تفاوت اثرگذار است.

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

گروه	تعداد	انحراف معیار ± میانگین	سطح معنی داری
کنترل	۵۰	۱۱/۳۶۸ ± ۶/۵۷۶	۰/۰۰۱۲
دوقطبی	۵۲	۱۹/۶۶۵ ± ۶/۸۵۴	۰/۰۰۲۵
مرزی	۵۰	۱۶/۲۶۵ ± ۵/۸۵۵	۰/۰۰۳

بحث

بر اساس یافته‌های مربوط به ویژگی‌های جمعیت شناختی پژوهش حاضر، میانگین سنی بیماران مبتلا به اختلال دوقطبی (۱/۷۳±۲۵/۰۰)سال کم‌تر از میانگین سنی گروه سالم (۲/۳۴ ±۲۶/۴۷) سال مشاهده شد. این در صورتی است که میانگین سنی بیماران مبتلا به اختلال شخصیت مرزی (۲/۸۷ ± ۲۷/۳۳) سال کمی بالاتر از گروه سالم بود. درخصوص جنسیت بیماران، در هر دو گروه بیماران مبتلا به اختلال دوقطبی و شخصیت مرزی تعداد زن‌ها بیش‌تر از مردها مشاهده شد. نکته قابل توجه دیگر در خصوص ویژگی‌های جمعیت‌شناختی تحقیق حاضر، میانگین بالاتر سال‌های تحصیلات در گروه مبتلا به اختلال دوقطبی نسبت به اختلال شخصیت مرزی می‌باشد.

نتایج به‌دست آمده در این پژوهش در خصوص سوگیری توجه در دوگروه بالینی نشان داد نمرات سوگیری توجه در افراد مبتلا به اختلال دوقطبی (۶/۸۵ ± ۱۹/۶۷) شدیدتر از نمرات سوگیری توجه اختلال شخصیت مرزی (۵/۸۵ ±۱۶/۲۶) و گروه کنترل سالم (۶/۵۷±۱۱/۳۶) می‌باشد. این بدان معنی است که بیماران مبتلا به اختلال دو قطبی نقص‌های بیش‌تری را در سوگیری توجه نسبت به گروه بیماران مبتلا به اختلال شخصیت مرزی نشان می‌دهند. در تبیین نتایج باید گفت، بیماران دارای اختلال‌های دوقطبی به‌دلیل این‌که نوعی توجه انتخابی به محرک‌های هیجانی دارند و محرک‌های خنثی را نادیده می‌گیرند درحوزه توجه دچار سوگیری بیش‌تری می‌شوند. به بیانی دیگر این بیماران به دلیل دو قطبی شدن رفتار، توجه انتخابی گزینشی و تمایل برای توجه به محرک‌های هیجان انگیز بنابر شرایط روحی و رفتاری نشان می‌دهند و در روند زندگی خود، در شرایط متفاوت به صورت گزینشی به محرک‌ها توجه می‌کنند به گونه‌ای که بیش‌تر در نظر آن‌ها هیجان انگیز جلوه کند. به بیانی دیگر، محرک‌های مورد توجه افراد دارای اختلال دو قطبی به دلیل ساختارهای مغزی متفاوت در حوزه توجه، با محرک‌های مدنظر برای توجه افراد دارای اختلال شخصیت مرزی متفاوت است و همین مسأله می‌تواند دلیل تفاوت در میزان سوگیری توجه در بیماران دارای اختلال شخصیت مرزی و دو قطبی باشد.

از دیگر ابعاد یافته‌های این پژوهش که شواهد بالینی با اهمیتی را در راستای هدف اصلی این مطالعه فراهم می‌کند، وجود تفاوت معنادار بین این دو گروه در سوگیری توجه است. این یافته علاوه بر این‌که به شفاف‌سازی مرزهای این دو اختلال کمک می‌کند، با یافته‌های پژوهش‌های پیشین که قائل بر وجود تفاوت‌های کمّی وکیفی بالینی و شناختی بین اختلال دوقطبی و اختلال شخصیت مرزی، می‌باشند(۱۰-۱۵،۷)، همسو است. از طرفی این یافته با یافته‌های برخی دیگر از مطالعات که شواهدی از مشخصه‌های هم‌پوشان در این دو اختلال

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-12]
[DOR: 20.1001.1.17359260.1400.31.205.11.7]

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 دو قطبی می‌دانند(۲۲،۱۲،۱)، ناهمسو می‌باشد.

مطالعه حاضر ازجمله 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 تاثیرات مصرف دارو از جمله داروهای ضداضطراب بر عملکرد بیماران در اجرای آزمون، عدم کنترل بهره هوشی بیماران، عدم کنترل طول مدت بیماری و نادیده گرفتن تفاوت‌های جنسیتی.

سپاسگزاری

نویسندگان این مقاله بدین‌وسیله 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.

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-12]
[DOR: 20.1001.1.17359260.1400.31.205.11.7]

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; 16(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.

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-12]

[DOR: 20.1001.1.17359260.1400.31.205.11.7]

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 andstatistical 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).

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-12]
[DOR: 20.1001.1.17359260.1400.31.205.11.7]