

بررسی ارتباط میان صفات شخصیتی و مکانیزم‌های دفاعی مرزی با ابتلا به بیماری مالتیپل اسکلروزیس

سمیه رباط‌میلی^۱، سمیرا نوردی^۲

و ندا حاجی‌رضایی^۳

مالتیپل اسکلروزیس افزون بر درگیری‌های نورولوژیک، با فشارهای روان‌شناختی قابل توجهی همراه است و می‌تواند الگوهای شخصیتی و سبک‌های مقابله‌ای فرد را تحت تأثیر قرار دهد. صفات شخصیتی و مکانیزم‌های دفاعی به‌ویژه دفاع‌های مرزی نیز می‌توانند در نحوه ادراک بیماری، تنظیم هیجان و سازگاری با علائم مزمن نقش تعیین‌کننده‌ای داشته باشند. بنابراین، بررسی ارتباط میان صفات شخصیتی و مکانیزم‌های دفاعی مرزی با ابتلا به مالتیپل اسکلروزیس می‌تواند به درک عمیق‌تر از عوامل روانی مرتبط با آسیب‌پذیری و پیامدهای این بیماری کمک کند. هدف پژوهش حاضر بررسی ارتباط میان صفات شخصیتی و مکانیزم‌های دفاعی مرزی، با ابتلا به بیماری مالتیپل اسکلروزیس بود. به همین منظور ۸۲ نفر از افراد مبتلا به ام‌اس که به کلینیک تخصصی ام‌اس در تهران مراجعه کرده بودند به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب و از نظر صفات مرزی و مکانیزم‌های دفاعی مورد ارزیابی قرار گرفتند. نتایج تحلیل رگرسیون لجستیک نشان داد که بین عامل ناامیدی و بیماری ام‌اس رابطه معکوس و معناداری وجود دارد، به عبارت دیگر برای عامل ناامیدی می‌توان نتیجه گرفت که برای هر یک واحد افزایش در نمره‌ی عامل ناامیدی بخت مبتلا بودن به ام‌اس حدود ۲۷ درصد کاهش پیدا می‌کند. همچنین افراد مبتلا به ام‌اس بیشتر از سبک‌دفاعی روان‌رنجور استفاده می‌کنند. برای سبک دفاعی روان‌آزرده می‌توان نتیجه گرفت که برای هر یک واحد افزایش در نمره‌ی سبک دفاعی روان‌آزرده بخت مبتلا بودن به ام‌اس ۸/۵ درصد بیشتر می‌شود می‌توان گفت که رابطه میان صفت ناامیدی و ابتلا به ام‌اس معکوس بود و افراد مبتلا به ام‌اس بیشتر از مکانیزم دفاعی روان‌رنجور استفاده می‌کنند، این نتایج می‌تواند به درمانگران بالینی برای شناخت بهتر مسیر و برنامه درمانی این افراد کمک کند.

واژه‌های کلیدی: مالتیپل اسکلروزیس، صفات شخصیت، مکانیزم دفاعی، شخصیت مرزی

مقدمه

ام‌اس یک بیماری التهابی و خودایمنی است که در آن غلاف‌های میلین سلول‌های عصبی در مغز و نخاع آسیب می‌بینند. این آسیب‌دیدگی می‌تواند در توانایی بخش‌هایی از سیستم عصبی که مسئول

۱. گروه روان‌شناسی بالینی، واحد علوم و تحقیقات، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران

۲. گروه پزشکی، دانشگاه تهران، تهران، ایران

۳. گروه روان‌شناسی بالینی، واحد علوم و تحقیقات، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران (نویسنده مسؤل). nedahajirezaei71@gmail.com

ارتباط هستند اختلال ایجاد کند و باعث به وجود آمدن علائم و نشانه‌های زیاد جسمی شود. (کامپسن و کولز، ۲۰۰۸b) در این بیماری التهابی، در توانایی بخش‌هایی از سیستم عصبی که مسئول ارتباط هستند (ارتباط سلول‌های عصبی مغز و نخاع با یکدیگر) اختلال ایجاد کند و باعث به وجود آمدن علائم و نشانه‌های زیاد جسمی شود. (کامپسن و کولز، ۲۰۰۸a) (صحرائیان و همکاران، ۲۰۱۰) (سندگل و همکاران، ۲۰۱۷) در بیماری ام‌اس، پوشش دستگاه عصبی مرکزی از جمله مغز، عصب بینایی و نخاع شوکی، دچار آسیب می‌شوند. (اعتمادی فر و همکاران، ۲۰۱۳) این بیماری اغلب در سنین ۲۰-۴۰ سال بروز می‌کند. (رهنما و همکاران، ۲۰۱۶) دورانی که فرد بیش‌ترین مسئولیت‌های خانوادگی و اجتماعی را بر عهده دارد و سنین باروری اوست. (آقاباقری و همکاران، ۲۰۱۲) فرد مبتلا به ام‌اس دچار تاری دید، ضعف در اندام‌ها، دوپینی، سرگیجه، عدم تعادل، اختلالات ادراری، کاهش قوای ذهنی، افسردگی و مشکلات هیجانی می‌شوند. (اعتمادی فر و همکاران، ۲۰۱۲) در موارد حاد آن، منجر به نایبایی و فلج می‌گردد. (حدادی، ۲۰۱۳)

بر پایه ی شواهد بالینی، شایع‌ترین عوارض این بیماری، خستگی، ضعف جسمانی، گرفتگی عضلانی، و ... می‌باشد. (سلطانی و همکاران، ۲۰۰۹) تعادل یکی از مشکلات شایع بیماران مبتلا به MS می‌باشد. در این بیماران ضعف عضلانی و اسپاسیتی با درگیر کردن توالی انقباض‌های عضلانی توانایی تعادل را تحت تاثیر قرار می‌دهد. (فروویک و همکاران، ۲۰۰۰). بعد از تروما، ام‌اس یکی از بیماری‌هایی است که به کرات به عنوان یک بیماری نورولوژیکال غیر تروماتیک شناخته شده است که از معمول‌ترین علل ناتوانی در بزرگسالان جوان و میان‌سالان می‌باشد. (بوخانان و همکاران، ۲۰۱۰) (صحرائیان، ۲۰۰۸) شمار بیماران زیر شانزده سال مبتلا به ام‌اس تا سال ۲۰۰۸ طی یک سال افزایش یافته است. متوسط سن ابتلا به ام‌اس در تهران ۲۷ سال است. استرس و تنش‌های وارده در بروز و تشدید این بیماری غیرقابل انکار است. (صحرائیان، ۲۰۰۸) تقریباً ۱۳۰ سال از کشف این بیماری می‌گذرد. علت آن همچنان نامعلوم بوده و درمان قطعی برای آن وجود ندارد. (ت. و. یوسفی، ۲۰۱۳)

این بیماری در زنان تقریباً سه برابر شایع‌تر از مردان است و دامنه‌ی سنی آن از ۲ تا ۸۰ سالگی گزارش شده و بین ۲۰ تا ۴۰ سالگی شایع‌تر است. (مسیبی، جعفری و فیاض‌انوش، ۲۰۱۷) بیماری‌هایی که به نوعی باعث ایجاد اختلال در سیستم دفاعی و ایمنی بدن می‌شود در زنان بیش از مردها مشاهده می‌شود که بیماری‌های پوستی، روماتیسم مفصلی و ام‌اس از این جمله‌اند. (لطفی، ۲۰۰۹) بنابر آمار جهانی سایت انجمن ام‌اس جهانی، بیش از ۲/۳ میلیون نفر در جهان مبتلا به ام‌اس می‌باشند. در سال ۸۶ تحقیقی به صورت مقطعی بر روی تمام بیماران مبتلا به ام‌اس عضو انجمن مازندران (۵۸۲ نفر، ۴۲۱ زن

و ۱۶۱ مرد) انجام گرفته، بیماری در جنس مونث ۲/۶ برابر، در افراد متأهل ۱/۹ برابر، افراد تحصیل کرده ۱/۲ برابر و ساکنین شهرها ۲/۳ برابر شایع تر بوده، سابقه پایین بیماری در اقوام نزدیک و عدم وجود بیماری زمینه‌ای در قسمت اعظم بیماران (۸۰ درصد). مازندران جزو مناطق با شیوع متوسط بالای ام‌اس می‌باشد. یافته‌های این تحقیق بیانگر آن است که در طبقات اجتماعی اقتصادی بالا با سطح تحصیلات بالا و سطح درآمد و شغل بالا بیماری ام‌اس بیشتر دیده می‌شود. (ت. و. یوسفی، ۲۰۱۳).

ام‌اس رایج‌ترین بیماری غیر تروماتیکی که در دهه‌ی سوم یا چهارم زندگی بر سیستم عصبی مرکزی افراد تأثیر می‌گذارد، مدت مدیدی است که با انواع اختلالات عاطفی مرتبط دانسته شده است. (کلینند، متیوز و هاپر، ۱۹۷۰) بیماران جوان‌تر با حقیقت داشتن یک بیماری مزمن با پیش‌آگهی ناشناخته روبرو می‌شوند که برای تنظیم شرایط به روابط بین فردی پایدار و ارتباط خوب نیاز دارند. (نورثراپ، ۲۰۰۵) به تازگی روشن شده است که هر تغییر رفتار تداعی شده با ام‌اس با بدکارکردی اجرایی در آزمایش‌های نوروسایکولوژی همبستگی دارد. (بندیکت و همکاران، ۲۰۰۱) هویدا است که هر تغییر رفتاری یک نشانه‌ای دارد، که همان مقابله‌ی منفی در برابر بار مسئولیتی مراقب و سطح کیفیت زندگی است (نایت، دورکس و گادفری، ۱۹۹۷).

این بیماری دارای علائم و نشانه‌های مختلفی است و همچنین عوارض و عواقب متفاوتی به همراه دارد. کم توانی و نهایتاً ناتوانی، محدودیت‌های حرکتی، استرس، اختلالات روحی-روانی و عصبی، افسردگی و ... از عوارض مهم و عمده‌ای است که می‌تواند در زندگی فردی و اجتماعی این بیماران اثر گذاشته و بیماران مبتلا به ام‌اس را مبدل به افرادی و گوشه‌گیر نماید. تحرک بیماران در جامعه می‌تواند آن‌ها را از هرگونه انزوآوری دور نماید و در اجتماع حضور یابند و از فرصت‌های برابر با دیگر افراد جامعه کسب نمایند و در پیشرفت‌هایی که کشور به دست می‌آورد سهیم باشند. اگر آن‌ها نتوانند در جامعه حضور یافته، تحرکی نداشته باشند باعث پیشرفت بیماری در خود گردند اعتماد به نفس و امید به زندگی در آن‌ها کاهش یابد (خادمیان و بیاتی، ۲۰۱۳).

بیش از ۵۰ درصد بیماران مبتلا به ام‌اس، در دوره‌ی بیماری خود، افسردگی را تجربه می‌کنند. (آرنت و همکاران، ۲۰۰۲) در میان این بیماران تجربه‌ی اضطراب و نگرانی مزمن نیز رایج است، و تقریباً به ۳۰ درصد بیماران مبتلا به ام‌اس سمپتوم‌هایی که شامل اختلال اضطراب فراگیر است را تجربه می‌کنند (بروس و لینچ، ۲۰۱۰) شواهد حاکی از آن است که بسیاری از بیماران ام‌اس، آشفتگی شخصیتی را هم در طول بیماری به همراه دارند. از رایج‌ترین تغییرات شخصیتی بیماران ام‌اس می‌توان به عدم تناسب با جامعه، بازداری زدایی، فقدان علاقه و هیجان، تغییر هیجانی (تغییر شدید و

اغراق آمیز خلق، تجربه‌ی احساسات بسیار قوی مانند گریه یا خنده‌ی غیرقابل کنترل، مشکل کنترل تکانه (بروس و لینچ، ۲۰۱۰) در پژوهش دیگری با عنوان «ویژگی‌های شخصیتی و اختلالات در بیماران مبتلا به مالتیپل اسکلروزیس: ارزیابی و درمان» اینگونه بیان می‌شود که تشخیص و شناخت صفات و اختلالات شخصیتی و نقص در عملکرد بیماران ام‌اس، پایه و اساس چند مدل نظری علمی و شاخص است. نشانگان روان‌پزشکی در ام‌اس می‌تواند به دو سمپتوم شناختی و سمپتوم رفتاری تقسیم گردد (اشتاتپلو و همکاران، ۲۰۱۰) پژوهش کمال‌نظری و همکاران به بررسی صفات و اختلالات شخصیت افراد مرزی و والدین آن‌ها پرداخته‌اند و ارتباط معناداری پیدا کرده‌اند (کمال و همکاران، ۲۰۱۸).

یکی از شایع‌ترین اختلالات شخصیت، اختلال شخصیت مرزی است (ملایری و همکاران، ۲۰۰۸) اختلال شخصیت مرزی مشخص کننده‌ی یک عده از بیماران مشکل است که در مرز بین بیماران نوروتیک و بیماران سایکوتیک قرار دارند (ریبئی کناری، ۲۰۱۵) این اختلال، یک اختلال روانی ناتوان کننده است که با الگوی فراگیر بی‌ثباتی در تنظیم عاطفه، کنترل تکانه، روابط بین فردی و خودانگاره مشخص می‌شود. این اختلال به دلیل این که با آسیب‌های شدید روانی اجتماعی و میزان بالای مرگ و میر ناشی از خودکشی ارتباط دارد اخیراً به عنوان یک مشکل سلامت عمومی در نظر گرفته شده است (اسکدول و همکاران، ۲۰۰۲). اصلی‌ترین معیار تشخیصی اختلال شخصیت مرزی بی‌ثباتی عاطفی است که شامل: خشم نامناسب، احساسات مزمن پوچی، و سرعت بالای نوسانات خلقی، روابط فردی بی‌ثبات، ترس از رها شدن، خودزنی، احساس بی‌قراری یا افسردگی، کج خلقی، تحریک‌پذیری یا اضطراب دوره‌ای شدید و همچنین تکانشگری و رفتارهای پرخطر می‌باشد (ابراهیم زاده، نجفی و صباحی، ۲۰۲۰، ۲۰۱۴). آوخ کیسمی، ابراهیمی و مهدوی (۲۰۱۳) در پیگیری‌های طولانی‌مدت بیماران شخصیت مرزی، ناپایداری عاطفی و تکانش‌گری، پایداری‌ترین و مهم‌ترین نشانه بالینی برای فهم بهتر آسیب‌شناسی این اختلال بوده است (افتخار و شعبانی، ۲۰۰۹). همچنین ناپایداری عاطفی و تکانشگری، نه به عنوان اپیزودهایی در طول زندگی فرد، که به عنوان صفت و بخشی از منش و کاراکتر در فرد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی وجود دارد (افتخار و شعبانی، ۲۰۰۹).

با وجود ابهاماتی که در عوامل سبب‌شناسی، زمینه‌ساز و آشکارکننده‌ی اختلال مذکور وجود دارد، اما مطالعات متعددی به بررسی عوامل خطری که هم در بروز اختلالات شخصیت بالاخص اختلال شخصیت مرزی و هم در پایداری و نگهداری اختلال دخیل می‌باشند، پرداخته‌اند که این عوامل عبارتند از: سبک دلبستگی، تروما، مکانیزم‌های دفاعی، شاخص‌های زیستی، عوامل ژنتیکی و عوامل

محیطی (ابراهیم زاده، نجفی و صباحی، ۲۰۲۰، افتخار و شعبانی، ۲۰۰۹، هاشمی و عبدالله زاده جدی، ۲۰۱۳، بووینز، ۲۰۱۰). از آنجایی که این پژوهش توانایی بررسی تمام عوامل خطر را ندارد، صرفاً به مکانیزم‌های دفاعی پرداخته خواهد شد. مکانیزم‌های دفاعی می‌تواند نقش مهمی در عملکرد شخصیت انطباقی و پاتولوژیک داشته باشد. طبق نظر کرامر، مکانیزم‌های دفاعی را تحت عنوان ساختارهایی تعریف می‌کند که نیروهای متضاد علیه فشار غرایز برای تخلیه می‌باشند. مکانیزم‌های دفاعی، شیوه‌های ناهوشیاری هستند افراد به‌طور ناخودآگاه در برابر رخدادهای اضطراب‌آور (در برابر فشارهای غرایز دورنی و فشارهای بیرونی) به کار می‌برند، تا از خود در برابر آسیب‌های روانی محافظت کنند؛ خصوصاً آنهایی که عزت‌نفس و خودپنداره فرد را تهدید می‌کنند (ایوانیکا، گرهان و اولاجاسی، ۲۰۱۷).

مکانیزم‌های دفاعی کلاسیک که در ادبیات روان‌تحلیلی توصیف شده‌اند، در طیف نابالغ تا بالغ جاگذاری می‌شوند. این درجه بلوغ در واقع نمایانگر درجه سازگاری مکانیزم دفاعی و سنی که معمولاً ابراز می‌شود است. برای مثال کنش‌نمایی به منظور محافظت در برابر فشار هیجانی به طور معمول در کودکی رخ می‌دهد و زمانی که در بزرگسالی به کار گرفته شود، مکانیزم دفاعی به شدت نامناسب است. یک کودک برای مواجهه با تروما، از مکانیزم‌های دفاعی متناسب با سن اما ناپخته استفاده می‌کند، تا حدی که این دفاع‌ها بخشی منش و شخصیت او می‌شود. جالب توجه است که شواهد نشان می‌دهد دفاع‌های نابالغ می‌توانند کودکان را نسبت به دفاع‌های بالغ و میانی (نوروتیک) بهتر محافظت کنند (بووینز، ۲۰۱۰).

شواهد تجربی وضوح نقش دفاع‌ها را در توسعه و رشد کودکی و بزرگسالی، کارکردهای اجتماعی بزرگسالی، سلامت جسمانی، آسیب‌های روانی آشکار کرده‌اند (پرسنیاک، اولسن و مک‌گرگور، ۲۰۱۰) دفاع‌ها ممکن است در تفاوت‌گذاری میان اختلالات مشابه سودمند باشند. اختلالات شخصیتی کلاستر B چند اختلال هستند که به دشواری تفاوت‌گذاری می‌شوند با ادبیاتی که با ملاک‌های همپوش، کاموریدیتی بالا و اعتبار تفکیک‌کننده ی پایین، نشان داده می‌شوند (پرسنیاک، اولسن و مک‌گرگور، ۲۰۱۰) اساساً اختلال شخصیت مرزی بر خلاف دیگر اختلالات شخصیت، نوع شدید یک مکانیزم دفاعی نرمال نیست، بلکه مکانیزم‌های دفاعی که متناسب با مراحل اولیه رشد شخصیت هستند، در بزرگسالی با وجود نامتعارف بودنشان تکرار می‌شوند و تنظیم مکانیزم‌های دفاعی مختل می‌گردد (بووینز، ۲۰۱۰). حدود پنجاه سال پیش کرنبرگ مقاله‌ای تاثیرگذار و راه‌گشا ارائه داد که در آن رویکرد خود نسبت به ویژگی‌های اساسی و ماهیت آسیب‌شناسی روانی اختلال مرزی را به تفصیل

تشریح کرد. در این مقاله برای اختلال شخصیت مرزی پنج مکانیزم دفاعی را عنوان کرد: ناارزنده سازی، همه توانی، آرمانی سازی بدوی، همانندسازی فرافکنانه و دویاره سازی (کرنبرگ، ۱۹۶۷). در پژوهش های چند دهه ی اخیر، مکانیزم های ذکر شده با تشخیص اختلال شخصیت مرزی به شدت مرتبط بودند. برخی از پژوهش ها و مطالعات مقطعی نشان داده اند که افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی، به طور قابل توجهی، نمرات بالاتری را در دفاع های رشد نیافته به دست آورده اند. این افراد در میان سه سبک مکانیزم های دفاعی رشد یافته، رشد نیافته و روان آزرده، بیشتر سبک دفاعی رشد نیافته شامل پرخاشگری منفعلانه، واکنش سازی، بی ارزش سازی، انکار، جداسازی و بدنی سازی را از خود نشان می دهند. همچنین از میان دفاع های روان آزرده، مکانیزم دفاعی خنثی سازی را نشان دادند (ابراهیم زاده، نجفی و صباحی، ۲۰۲۰).

بیماران مرزی در قیاس با سایر بیماران از مکانیسم های دونیمه سازی و گذار به عمل (کنش نمایی) بیشتر، و از مکانیسم های سرکوبی، والایش و شوخی کمتر استفاده می کنند. همچنین مکانیسم های مثل، خودبیمارانگاری، فرافکنی، گذار به عمل، و ابطال (خنثی سازی)، بیماران مرزی را از بیماران مبتلا به سایر اختلالات شخصیت متمایز می کند. همچنین پژوهشگرانی که جهت گیری شناختی رفتاری دارند، اشاره کرده اند که بیماران مبتلا به BPD به کرات از دونیمه سازی (تفکر دوقطبی) استفاده می کنند. در اختلال شخصیت مرزی، تنظیم معیوب مکانیزم های دفاعی طبیعی است، و در به کارگیری هرگونه استراتژی دفاعی شکست می خورند و این موضوع باعث استرس هیجانی شدید می شود، به شدت مکانیزم های نابالغ را استفاده می کنند و حتی زمانی که تهدید برطرف شده است، نمی توانند به درستی دست از این دفاع (ها) بکشند (بوینز، ۲۰۱۰).

برخلاف علاقه ی شدید متخصصان بالینی پویشی، تحقیقات به نسبت کمی در این حوزه صورت گرفته است. این حلاء بیشتر به دلیل نبود روش های قابل اطمینان برای ارزیابی وجود تعدادی از دفاع ها، یا حداقل انگیزه های آگاهانه آنهاست. در ۲۰ سال گذشته، تنها شش پژوهش منتشر شده است که تلاش کردند مکانیزم های دفاعی که توسط بیماران مرزی به کار گرفته می شود را ترسیم کنند و تنها پنج پژوهش از آنها تلاش کردند که بفهمند آیا این مکانیزم ها می تواند بیماران مرزی را از بیمارانی با تشخیص متفاوت متمایز کند (زنارینی، واینگروف و فرانکبرگ، ۲۰۰۹). در دهه های اخیر در ایران پژوهشی با عنوان «مقایسه ی صفات شخصیتی خودشیفته، ضداجتماعی و مرزی در زندانیان معتاد، غیرمعتاد و افراد عادی» (محمدزاده و آقایی، ۲۰۱۴) و همچنین پژوهشگرانی همچون ملایری و همکاران (ملایری و همکاران، ۲۰۰۸) نیز به بررسی صفات اختلال شخصیت مرزی در افراد مختلف

پرداخته‌اند. در سال ۲۰۲۱ زارع‌نژاد، انفعال و امیدوار (انفعال و همکاران، ۲۰۲۱) در پژوهش خود از اهمیت خانواده و نوع ارتباط آن‌ها با کودکان خود، در پیش‌بینی صفات شخصیتی مرزی از دوران کودکی مؤثر است. کرنبرگ در چندین مقاله تئوری خود در ارتباط با اختلال شخصیت مرزی و مکانیزم‌های دفاعی را تبیین کرده است. (کرنبرگ، ۱۹۶۷) آلن عباس با اهتمام همکاران خود این اختلال را توصیف و با به کارگیری رویکرد روان‌پویشی کوتاه مدت و فشرده سعی در درمان این بیماران داشته است (مسر و عباس، ۲۰۱۰، سلباکن و عباس، ۲۰۱۶).

روش

از آنجایی که هدف پژوهش حاضر، تعیین ارتباط میان صفات شخصیتی مرزی و مکانیزم‌های دفاعی این اختلال با ابتلا به بیماری ام‌اس است، بنابراین این تحقیق توصیفی از نوع همبستگی و پس‌رویدادی بود. داده‌های مورد نیاز در این تحقیق با استفاده از پرسش‌نامه تهیه شده است. پرسش‌نامه‌های مورد استفاده، پرسش‌نامه‌ی مقیاس شخصیت مرزی (STB) و پرسش‌نامه‌ی مکانیزم‌های دفاعی (DSQ) بود. پرسش‌نامه مقیاس شخصیت مرزی توسط جکسون و کلاریج (۱۹۹۱) طراحی گردیده است. این پرسش‌نامه در آکسفورد و بر اساس ملاک‌های DSM-III ساخته شده است و در سال ۲۰۰۱ نیز مورد بررسی مجدد قرار گرفته است. مقیاس شخصیت مرزی یکی از وضعیت‌های رایج مرزی یعنی اختلال شخصیت مرزی را توصیف می‌کند که الگوهای رفتاری بی‌ثبات بین فردی از قبیل دوسوگرایی و مشکلات کنترل هیجانی را شامل می‌شود. STB ویژگی‌های مرزی را در افراد بهنجار و بر اساس مدل پیوستاری ویژگی‌های روانی می‌سنجد. در ایران محمدزاده و همکارانش در سال ۲۰۰۵ این مقیاس را به فارسی برگردانده‌اند. این مقیاس در بررسی خصلت‌های مرزی در جمعیت غیربالینی و بر اساس مدل ابعادی و پیوستاری نشانه‌شناسی اختلالات روانی کاربرد دارد. این پرسش‌نامه در تحقیقات مختلف در داخل و خارج مورد استفاده قرار گرفته و روایی و پایایی آن مورد تایید قرار گرفته است. روالینگ و همکاران (۲۰۰۱) ضریب آلفای ۰/۸۰ را برای این مقیاس گزارش کرده‌اند. روایی هم‌زمان این مقیاس با مقیاس‌های روان‌رنجورخوبی و روان‌پریشی‌گرایی EPQ در فرهنگ اصلی به ترتیب ۰/۶۴ و ۰/۴۴ گزارش شده است. علی‌رغم کاربرد بیشتر این مقیاس در جمعیت غیربالینی، تحقیقی که توسط شانکار بر روی بیماران بالینی که تشخیص اختلال شخصیت مرزی داشتند انجام گرفته، روایی افتراقی و روایی سازه این پرسش‌نامه را تایید کرده است. از آنجا که ابزارهای ذکر شده، در بیماران بالینی کاربرد دارد، از آن‌ها نمی‌توان در مطالعات مربوط به گروه بهنجار استفاده نمود. در مقابل مزیت STB در این

است که از آن در تحقیقات غیربالینی و برای سنجش خصلت مرزی در جمعیت عمومی استفاده می‌شود.

در ایران محمدزاده و همکاران (۲۰۰۵) به اعتبارسنجی این مقیاس پرداخته‌اند. در مورد روایی هم‌زمان این مقیاس با شاخص‌های روان‌رنجورخویی و روان‌پریشی به ترتیب ۰/۲۹ و ۰/۴۶ همبستگی دارد. این پژوهش‌گران همچنین به منظور بررسی پایایی این مقیاس، از سه روش بازآزمایی، دونیمه‌سازی و ضریب همسانی درونی استفاده کردند. ضریب پایایی بازآزمایی برای کل مقیاس در فاصله چهار هفته، ۰/۸۴ گزارش شد که ضریب مطلوبی می‌باشد و از ضریب گزارش شده در فرهنگ اصلی (۰/۶۱) توسط جکسون و کلاریج (۱۹۹۱) و ۰/۸۰ توسط راولینگ و همکاران (۲۰۰۱) مطلوب‌تر می‌باشد. این ضریب برای عامل‌ها هم بین ۰/۵۰ تا ۰/۷۲ محاسبه شد. همچنین ضریب پایایی به روش همسانی درونی برای کل مقیاس و عامل‌های آن بین ۰/۵۳ تا ۰/۷۷ گزارش شد. در این پژوهش، ماده‌های ۴، ۶، ۱۳، ۱۹، از نسخه اصلی به دلیل این که وزن عاملی کمتر از ۰/۳۰ داشتند از تحلیل حذف شدند. آن‌ها گزارش کرده‌اند که برای این مقیاس سه عامل ناامیدی، تکانشگری و علایم تجزیه‌ای-پارانوئیدی وابسته به استرس را استخراج نمود. علاوه بر این مقیاس سه نوع روایی دیگر (همزمان، افتراقی و همبستگی خرده مقیاس‌ها با کل مقیاس و یکدیگر) معنی‌دار بوده است و سه نوع پایایی (بازآزمایی، همسانی درونی و تصنیفی) بررسی شد. آن‌ها گزارش کرده‌اند که مقیاس شخصیت مرزی در جامعه‌ی ایرانی خصوصیات روان‌سنجی مطلوبی دارد و از آن می‌توان در تحقیقات روان‌شناسی و روان‌پزشکی استفاده کرد. آن‌ها مقیاس‌ها را بر اساس DSM-IV-TR تغییر داده و پس از تغییرات در نهایت یک مقیاس ۲۰ سوالی طراحی گردید. این مقیاس به صورت بلی/خیر جواب داده می‌شود، برای نمره‌گذاری مقیاس به جواب بلی نمره ۱ و جواب خیر نمره صفر داده می‌شود و برای به دست آوردن نمره کل، کل نمرات حاصله با هم جمع می‌شود و برای به دست آوردن نمره‌ی هر عامل نمره‌ی عبارت مربوطه به هر عامل، با هم جمع می‌گردد.

پرسش‌نامه‌ی سبک‌های دفاعی توسط اندرز و همکاران (۱۹۹۳) تنظیم شد. این پرسش‌نامه بر اساس پرسش‌نامه اولیه‌ی باند و همکاران که (۱۹۸۳) تهیه شده بود تحول یافت. در ابتدا باند (۱۹۸۳) با استفاده از روش تحلیل عاملی، ۴ عامل را در این پرسش‌نامه از یکدیگر متمایز کرد: الگوهای عملی سازش‌نیافته، دفاع‌های تحریف تصویر ذهنی، دفاع‌های خودقربانی، و دفاع‌های سازش یافته. به علت مشکلات ساختاری، آندروز و همکاران (۱۹۹۳) دیگر باز نسخه‌ای از پرسش‌نامه سبک‌های دفاعی را با ۴۰ عبارت و ۲۰ مکانیزم دفاعی تدوین نمودند. آنان پس از انجام بررسی‌های تحلیل عاملی توانستند ۲۰

مکانیزم دفاعی را در ۳ عامل از یکدیگر متمایز نمایند: ۱- سبک رشد یافته ۲- سبک روان آزرده ۳- سبک رشد نیافته. نی شی مورا (۱۹۹۸) فرم اولیه این پرسش نامه را مورد تحلیل قرار داد و به ۳ عامل رشد نیافته را به شکلی دیگر دسترسی پیدا نمود. همچنین سامالتی و همکاران (۱۹۹۶) نیز فرم اولیه این پرسش نامه را مورد تحلیل عاملی قرار دادند و ۴ عامل رشد نیافته، رشد یافته، مرزی و روان آزرده را از یکدیگر متمایز نمودند. هایشی و همکاران (۲۰۰۴) پرسش نامه سبک دفاعی را بر ۶۰۶ نفر ژاپنی اجرا نمودند و بر اساس تحلیل عوامل مبتنی بر واریماکس به ۴ عامل دست یافتند. عامل نخست ترکیبی از دفاع های رشد یافته و رشد نیافته بود. عامل دوم دفاع های رشد نیافته آندروز را در برمی گرفت و تنها، مکانیزم تشکل واکنشی که در لیست آندروز نوعی دفاع روان آزرده بود در این فهرست جای می گرفت و عامل سوم ملغمه ای از دفاع های روان آزرده آندروز و دفاع های رشد نیافته بود.

روتا و همکاران (۲۰۰۶) در بررسی فرم ۴۰ سوالی پرسش نامه سبک های دفاعی، ۴ عامل را از یکدیگر متمایز نمودند: سبک رشد نیافته، سبک رشد یافته، دفاع های تحریف شده، و دفاع های روان آزرده.

در ایران نیز حیدری نسب و همکاران (۲۰۰۷) در نمونه های ایرانی (در دو گروه بالینی و غیر بالینی) این پرسش نامه را مورد مطالعه و واریس های روان سنجی قرار دادند. در این تحقیق اعتبار محتوا و همگرا DSQ با استفاده از جمع بندی نظر متخصصان و نیز استفاده از آزمون NEO مورد بررسی قرار گرفت و نتایج نمایان گر اعتبار قابل قبول در نمونه های ایرانی بود. همچنین اعتبار سازه از طریق بررسی همبستگی های هر یک از ماده های پرسش نامه با عامل ها مورد محاسبه قرار گرفت و اعتبار سازه DSQ نیز به طور مناسب گزارش گردید. همچنین ضریب پایایی این پرسش نامه با استفاده از آلفای کرونباخ در دانش آموزان ۰/۷۱ و در دانشجویان ۰/۷۸ و ضریب همبستگی بین دو نیمه ۰/۵۴ گزارش گردیده است. نتایج حاصل از باز آزمایی DSQ در نمونه های دانشجویی و دانش آموزی نیز نمایان گر پایایی قابل قبول می باشد که مقدار آن در دانشجویان بین ۰/۹۱-۰/۳۲ و در دانش آموزان بین ۰/۸۲-۰/۴۰ گزارش گردیده است و تمام همبستگی ها معنادار بوده اند.

در این پژوهش منظور از نمره استاندارد سبک های دفاعی نمره ای است که فرد به سوالات ۴۰ گویه ای پرسش نامه می دهد. مقیاس نمره گذاری به صورت لیکرت می باشد که فرد به هر سوال میزان موافقت خود را در یک مقیاس ۹ درجه ای اعلام می کند. از عدد ۱ که کاملاً مخالف است تا عدد ۹ که کاملاً موافق است این مقیاس نمره گذاری شده است.

جهت تجزیه و تحلیل داده ها در سطح توصیفی از روش میانگین و انحراف استاندارد استفاده شد. برای تحلیل داده ها از تحلیل رگرسیون لجستیک دو ارزشی استفاده شده است.

یافته ها

هدف از پژوهش حاضر بررسی ارتباط میان صفات شخصیتی و مکانیزم‌های دفاعی مرزی با بیماری مالتیپل اسکلروزیس است. بدین منظور تعداد ۱۸۳ نفر در این پژوهش شرکت کردند که با استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس به عنوان نمونه پژوهش انتخاب شدند و به صورت داوطلبانه به پرسشنامه‌های پژوهش پاسخ دادند. ۷۶ نفر در گروه مبتلا به ام‌اس و ۱۰۴ نفر در گروه غیرمبتلا به ام‌اس قرار گرفتند. ۱۴۴ نفر از شرکت کنندگان زن و ۲۷ نفر مرد بودند و ۹ نفر جنسیت خود را مشخص نکرده بودند. در ابتدا جهت آماده‌سازی داده‌ها پالایش شدند و از روش جایگزین کردن میانگین برای داده‌های از دست‌رفته استفاده شد. تعداد ۳ نفر براساس داده‌های پرت حاصل از نمودار جعبه‌ای از تحلیل حذف شدند. از روش‌های آمار توصیفی به منظور بررسی داده‌های دموگرافیک آزمودنی‌ها استفاده شد. سایر اطلاعات دموگرافیک آزمودنی‌ها در جدول ۱ گزارش شده‌است.

جدول ۱. شاخص‌های توصیفی متغیرهای پژوهش

sd	M	
۱۱	۴۰	سبک روان‌آزرده
۱۰	۴۳	سبک رشد یافته
۲۶/۸۱	۱۰۸/۴۱	سبک رشد نایافته
۲/۰۹	۲/۷۰	ناامیدی
۱/۷۹	۲/۸۷	تکانشگری
۱/۱۳	۱/۱۰	تجزیه‌ای/پارانوئیدی

بررسی‌ها نشان داد آزمون آمنی‌باس، مدل رگرسیون با مقدار p برابر با ۰/۰۰۷ در سطح ۰/۰۵ معنادار است. در عین حال، از آنجا که مجذور R نگل کرک برای این مدل برابر ۰/۰۸ است تنها حدود ۰/۰۸ از واریانس متغیر وابسته با این مدل توضیح داده می‌شود. تحلیل رگرسیون لجستیک نشان داد که در میان سه عامل مقیاس صفات مرزی (ناامیدی، تکانشگری، تجزیه‌ای/پارانوئیدی)، تنها عامل اول، یعنی ناامیدی، معنادار است، بنابراین می‌توان معادله‌ی رگرسیون فوق را بصورت زیر نوشت

$$\frac{p}{1-p} = e^{\beta_1 x_1} = 0.73^{x_1}$$

که در آن سمت چپ معادله برابر با بخت، یعنی نسبت احتمال ابتلا به احتمال عدم ابتلاست. با توجه به مقدار $\text{Exp}(B_1)$ برای عامل ناامیدی می‌توان نتیجه گرفت که برای هر یک واحد افزایش در نمره‌ی عامل ناامیدی بخت مبتلا بودن به ام‌اس حدود ۲۷ درصد ($1 - 0.73 = 0.27$) کاهش

پیدا می کند. پیش از انجام تحلیل رگرسیون لجستیک نیاز بود که پیش شرط های آن، که در بالا گفته شد، مورد بررسی قرار گیرد. با توجه به متغیر وابسته ی پژوهش، شرط اول برقرار است. برای بررسی شرط دوم از آزمون تشخیص هم خطی چندگانه در تحلیل رگرسیون خطی در نرم افزار SPSS استفاده شد. نتایج در جدول زیر ارائه شده است:

جدول ۲. هم خطی چند گانه سبک های دفاعی

VIF	Tolerance	
۱/۳۰	۰/۷۶	روان آزرد
۱/۰۹	۰/۹۱	رشد یافته
۱/۲۰	۰/۸۳	رشد نایافته

اگر مقدار متغیر VIF برای هر عامل بزرگتر از ۱۰ باشد نشانگر وجود همبستگی قوی میان متغیر های مستقل است. با توجه به جدول فوق تمام نمرات بسیار کمتر از ۱۰ است و بنابراین شرط دوم رگرسیون لجستیک برقرار است. شرط سوم هم با توجه به جدول داده ی پرت موردی که هیچ موردی را به عنوان داده ی پرت تشخیص نداد مورد تایید قرار می گیرد. برای انجام تحلیل رگرسیون لجستیک دو ارزشی از رویه ی تحلیل لجستیک استفاده شد. نتایج آزمون آمنی باس مدل رگرسیون نشان داد که مدل رگرسیون با مقدار p کمتر از ۰/۰۰۱ در سطح ۰/۰۰۵ معنادار است. مجذور R نگل کرک برای این مدل برابر ۰/۲۲۵ است بنابراین حدود ۰/۲۳ از واریانس متغیر وابسته با این مدل توضیح داده می شود. جدول زیر نتیجه ی تحلیل رگرسیون لجستیک را نشان می دهد.

جدول ۸. متغیرهای معادله ی رگرسیون

95% C.I. for EXP(B)		Exp(B)	Sig.	df	Wald	S.E.	B	
Upper	Lower							
۱/۱۲	۱/۰۴	۱/۰۸	۰/۰۰۱	۱	۲۰	۰/۰۱۹	۰/۰۸	روان آزرد
۰/۰۶۶	۰/۹۹	۱/۰۲	۰/۱۲	۱	۲/۳۹	۰/۰۱۷	۰/۰۲	رشد یافته
۱/۰۰۳	۰/۹۷۵	۰/۹۹	۰/۱۳	۱	۲/۲۹	۰/۰۰۷	-۰/۰۱	رشد نایافته
		۰/۲۳	۰/۰۰۱	۱	۱۳/۱۲	۱/۰۳	-۳/۷۶	مقدار ثابت

همانطور که از جدول پیداست، در میان سه عامل پرسشنامه ی سبک های دفاعی، تنها عامل اول، یعنی سبک دفاعی روانی آزرد، معنادار است. با توجه به معناداری آماری مقدار ثابت میتوان معادله ی

$$\frac{p}{1-p} = e^{\beta_0 + \beta_1 x_1} = 0.23 * 1.08^{x_1}$$

رگرسیون فوق را بصورت زیر نوشت:

با توجه به مقدار $\text{Exp}(B_1)$ برای سبک دفاعی روان آزرده میتوان نتیجه گرفت که برای هر یک واحد افزایش در نمره ی سبک دفاعی روان آزرده بخت مبتلا بودن به ام اس ۸٫۵ درصد بیشتر می شود.

بحث و نتیجه گیری

با استفاده از روش تحلیل رگرسیون لجستیک، ارتباط میان متغیرها بررسی گردید. نتایج نشان داد که از میان سه عامل مقیاس صفات مرزی، یعنی عوامل ناامیدی، تکانشگری و علایم تجزیه/پارانوئیدی وابسته به استرس با ابتلا به ام اس تنها عامل ناامیدی معنادار بود؛ به عبارتی ارتباط میان ناامیدی و ابتلا به ام اس معکوس نشان داده شد. در مابقی عوامل ارتباط معناداری یافت نشد. پس می توان نتیجه گرفت که فرض اول تایید نشده است. با توجه به فرضیه اول، یعنی میان صفات شخصیت مرزی و ابتلا به ام اس رابطه است، این یافته ها به صورت ضمنی با پژوهش استاتوپولو (۲۰۱۰)، کمال نظری (۲۰۱۸)، زاربو (۲۰۱۶)، داویدسکو و همکاران (۲۰۲۱)، پوست و همکاران ۲۰۲۱ و ۲۰۲۰ و همچنین ماگیو (۲۰۲۰) ناهمسو است. این پژوهش نشان می دهد که نه تنها کاراکتر فرد در ایجاد بیماری ام اس نقش دارد بلکه خود ماهیت ام اس منجر به تغییر شخصیت فرد می شود. در روش های مقابله با استرس، افراد مبتلا به ام اس از روش هیجان محور استفاده می کنند. این اختلالات شامل اضطراب، تمایل به خودکشی، عدم کنترل رفتار، پرخاشگری، تکانشگری و افسردگی بوده است (مدجو و همکاران، ۲۰۲۰).

نظری کمال (۲۰۱۸) اشاره می دارد که بیماران مبتلا به ام اس دچار اختلالات شخصیت نمایشی هستند که اغلب والدینی با همین اختلال و همچنین اختلال شخصیت خودشیفته دارند و این دو ارتباط معناداری دارند (نظری کمال و همکاران، ۲۰۱۸). بیدادیان این گونه بیان می کند که افراد مبتلا به ام اس باورهای چون، بی ارزشی و دوست داشتنی نبودن، باور به شانس و سرنوشت، باور ناامن بودن دنیا، باور درماندگی و طرح واره ایثار و فداکاری، داشتند و صفاتی چون ناآرزنده سازی خود، شخصیت وابسته، شخصیت خودشیفته، تکانشگری و شتابزدگی، و عدم تحمل ابهام از خود نشان دادند. (بیدادیان و همکاران، ۲۰۱۹). همچنین در بررسی ارتباط میان سبک های دفاعی و ابتلا به بیماری ام اس نیز تنها، عامل سبک دفاعی روان آزرده ارتباط معنادار داشت و در دیگر عوامل ارتباط آماری، معنادار نبود.

در رابطه با فرضیه ی اخیر، نتایج به صورت ضمنی با پژوهش های ساده میر و امیری (۲۰۲۱) پوست و همکاران (۲۰۲۱) وزیری (بدایع، وزیری و لطفی کاشانی، ۲۰۲۱)، محمودفاخه (۲۰۲۱) و بشارت (۲۰۱۷) همسو بود. در این بخش فرضیه دیگری مطرح شد که میان مکانیزم های دفاعی شخصیت

مرزی و ابتلا به ام‌اس رابطه معناداری وجود دارد؛ می‌دانیم که فعال‌کننده‌ی مکانیزم‌های دفاعی، اضطراب است. افرادی که بعد از رویدادهای استرس‌زا، یا تروماتیک، دچار اختلالات اضطرابی شده‌اند، ریسک ابتلایشان به بیماری‌های روان‌تنی بیشتر خواهد بود. (سانگ و همکاران، ۲۰۱۸) به بیان واضح، روابط میان استرس و سیستم ایمنی درهم تنیده و دوسویه است. عواملی همچون تغذیه، مسمویت، مشکلات متابولیکی، عفونت، ورم و آماس در ایجاد استرس ما نقش اساسی دارند و زمانی که سیستم ایمنی به خوبی توان مقابله با این آسیب‌ها را نداشته باشد، رفته رفته بیماری ایجاد می‌شود و اگر این شرایط طولانی گردد، فرد به حالت مداوم در معرض ترشح کورتیزول باشد، و در شرایط استرس مزمن قرار بگیرد، سیستم ایمنی به سمت بیماری‌های چون بیماری‌های عفونی مزمن، بیماری‌های آماسی خودایمنی مزمن و سرطان قرار می‌گیرد (بی و همکاران، ۲۰۱۹).

از طرف دیگر ناملایمات و آشفتگی‌های دوران کودکی، از جمله سوءاستفاده‌های عاطفی و سوءاستفاده‌های جنسی، فیزیکی، مورد غفلت عاطفی واقع شدن، در دسته‌ی تروماهایی قرار دارند که فرد را به سمت بیماری‌های خود ایمنی بالاخص ام‌اس سوق می‌دهند؛ همانطور که پژوهش‌های پاست و همکاران ارتباط قوی میان ناملایمات کودکی، اختلالات مرتبط با تروما و بیماری‌های خودایمنی وجود دارد و بارها سوءاستفاده‌ی عاطفی در این بیماران گزارش شده است. (پوست و همکاران، ۲۰۲۰، ۲۰۲۱) اختلالات اضطرابی، زن بودن، همایندی اختلالاتی همچون افسردگی، حمایت اجتماعی محدود، سوءاستفاده‌ها و غفلت‌های عاطفی دوران کودکی می‌تواند افراد را به سمت بیماری ام‌اس ببرد که خود نشان‌دهنده‌ی موقعیت‌های اضطرابی در زندگی این افراد است (کروستیل و فاین اشتاین، ۲۰۰۷). همین مساله و ادغام پیشینه عاطفی و هیجانی فرد مبتلا به ام‌اس و نیز استعداد آسیب‌پذیری وی، نه تنها منجر به ابتلا به ام‌اس بلکه باعث افزایش خستگی در افراد مبتلا به ام‌اس می‌شود. (پوست و همکاران، ۲۰۲۰) خستگی در ام‌اس همچون خستگی روانی است که در نتیجه‌ی آسیب‌های تروماتیک ایجاد می‌شود. از طرفی دیگر، خستگی ام‌اس، یک مورد تعارضی و نمادی از مسدود شدن عاطفه است و برای فهم درست این فرآیند باید وقایع ناهوشیار را ارزیابی کنیم و تعارض‌های شخصی و مکانیزم‌های دفاعی را مورد بررسی قرار دهیم (پوست و همکاران، ۲۰۲۱).

زندگی ما سراسر از رویدادهای اضطرابی و استرس‌زاست، ایگو مرتباً سعی می‌کند بین درخواست‌های کورکورانه و نامعقول نهاد و فرامن و همچنین درخواست‌های نامعقول دنیای بیرونی (که در بالا به آن اشاره کردیم) سازش برقرار کند، پس در این زمان به صورت قابل پیش‌بینی واکنش نشان می‌دهد و اضطراب بالا می‌آید. از آن پس مجبور می‌شود که برای دفاع از خودش در برابر این اضطراب‌ها، از

مکانیزم دفاعی استفاده کند. مکانیزم‌های دفاعی، مسئولیت محافظت از من را در مواجهه با شکل‌های مختلف اضطراب دارند (فروید، ۱۹۸۹). مکانیزم‌های دفاعی بهنجار هستند و همه از آن‌ها استفاده می‌کنند، اما استفاده‌ی افراطی از آن‌ها، منجر به رفتار وسواسی، مکرر و روان‌رنجوری می‌شود (شریعت، ۲۰۱۲). دفاع‌ها برای کنترل عواطف ما به کار می‌آیند و این کار منجر به کاهش احساسات منفی می‌شود. دفاع‌ها از طریق تغییر نگرش یا درک ما در مورد واقعیت، حالت احساسی ما را تغییر می‌دهند و انگیزه‌ها و آرزوهای نامطلوب ما را نیز دور می‌کنند (فردریکسون، ۲۰۱۸) و پیامدهای ناتوانی در تنظیم سالم هیجانات در محدوده‌ای از پریشانی شخصی و شاد بودن تا الگوهای رفتاری خودتخریب‌گر و از لحاظ اجتماعی ناسازگار قرار می‌گیرد (تن‌هاوه دلایه و نبورسکی، ۲۰۲۰).

بیماری‌های مزمنی همچون ام‌اس، چالش‌های خودآسیب‌زننده‌ای برای فرد ایجاد می‌کند که به شکل عاطفی و هیجانی، شناختی و حتی فیزیولوژیکال خودش را نشان می‌دهد. پس برای مقابله با آسیب‌ها و تهدیدها، مکانیزم‌های دفاعی به کار می‌افتند. مکانیزم‌های دفاعی، رابطه‌ی تنگاتنگی با تحمل استرس و نوع سازگاری که هر فرد در موقعیت استرس‌زا انتخاب می‌کند، دارد. همچون روش‌های مقابله‌ای مطالعاتی که روی هیجان‌مدار و دوری‌کننده و غیرقابل انعطاف استفاده می‌کنند (کرامت کار، وایت هد و اسمیت، ۲۰۱۹؛ گورتی و همکاران، ۲۰۱۰؛ عبدخدایی و همکاران، ۲۰۱۸؛ محمودفخه، سهرابی و عمانی، ۲۰۲۱) در پژوهش خود به این موضوع اشاره کرد که افراد مبتلا به ام‌اس بیشتر از مکانیزم‌های رشدنیافته و روان‌رنجور استفاده می‌نمایند. استفاده از مکانیزم‌های رشدنیافته همچون خودبیمارانگاری، بدنی‌سازی، کنش‌نمایی، پرخاشگری منفعلانه، واپس‌روی، و دفاع‌های روان‌رنجور مانند مهار کردن، جابه‌جایی، سرکوبی، دلیل تراشی، مجزاسازی و تجزیه از جمله دفاع‌های نورو تیک (قربانی، ۲۰۰۳). در افراد مبتلا به ام‌اس است. با این حال باید خاطر نشان کرد که استفاده از دفاع‌ها برای سازگاری افراد با محیط اطراف و برقراری ارتباط و عدم فروپاشی یکپارچگی خود مورد استفاده قرار می‌گیرد و این به نشانه‌ی رفتار ناسالم نمی‌باشد.

پژوهش‌ها نشان داده‌اند که افراد مبتلا به ام‌اس بالاخص در زنان، گرفتن حمایت اجتماعی، سن، سطح ناتوانی و همچنین ادراکشان از موقعیت استرس‌آور چگونه است و معتقدند که این افراد با خلق پایین و افسرده، در طول زندگی با رویدادهای استرس‌آور مواجه شده‌اند؛ (کرامت کار، وایت هد و اسمیت، ۲۰۱۹) همانطور که از یافته‌های پژوهش حاضر، به این موضوع اشاره شده است که افراد مبتلا به ام‌اس شاخص ناامیدی را نشان داده‌اند. افراد مبتلا به ام‌اس، به خصوص زنان، کمتر خوش‌بین هستند و کمتر

از مردان به دنبال استراتژی‌های بهبود می‌گردند. استروبر (اشتروبر، ۲۰۱۸) معتقد است که افراد مبتلا به ام‌اس دارای صفات شخصیت D هستند یعنی پراسترس و روان‌رنجور. افراد مبتلا به ام‌اس از خنده و گریه‌های ناگهانی، رفتارهای تکانشی خود نیز گزارش دادند همچون پژوهش‌های خلیلی (خلیلی، ۲۰۱۳).

از آنجایی که مکانیزم دفاعی، یک سری فرآیند شناختی خودکار است که از افراد در برابر اضطراب، ادراک خطر و یا عوامل تنش‌آور درونی و بیرونی محافظت می‌کنند، لپتیک فرضیه خود را این‌گونه بسط داده است که مکانیزم دفاعی انکار از میان تمامی دفاع‌های افراد مبتلا به ام‌اس، به بیمار کمک می‌کند تا ناراحتی‌اش را کاهش دهد (مانند شوخی، خوش‌بینی و اجتناب رفتاری از محرک‌های تداعی‌کننده) و این مساله با سلامتی درازمدت بیمار در ارتباط است. همچنین با توجه به این که سبک دلبستگی ناایمن با پریشانی روان‌شناختی، نارضایتی از روابط، خصومت، ناسازگاری، و سطوح بالاتری از اندوه، اضطراب و افسردگی رابطه دارد، احتمال دارد افراد مبتلا به ام‌اس، در طول زندگی خود فشار روانی بیشتری را نسبت به افرادی با دلبستگی ایمن تجربه کنند و تحمل نمایند (بشارت و همکاران، ۲۰۱۷) بشارت در پژوهش خود به این نتیجه دست یافت که افراد مبتلا به ام‌اس در دفاع‌های روان‌رنجور و رشدنیافته نمره بالاتری کسب کرده‌اند (بشارت و همکاران، ۲۰۱۷) همانطور که در پژوهشی دیگر این معیار برآورد شده است و دفاع‌ها یکسان است (محمودفخه، سهرابی و عمانی، ۲۰۲۱) در پژوهش حاضر نیز مشاهده شد که بیماران مبتلا به ام‌اس نمره‌ی بالایی در دفاع روان‌رنجوری گرفته‌اند که تنها در بخش دفاع رشدنیافته با این دو پژوهش مغایرت دارد. لیکن با توجه به این که افراد مبتلا به ام‌اس در برخورد با منابع استرس، منفعل و هیجانی، و اجتناب‌کننده برخورد می‌کنند (لود و همکاران، ۲۰۱۰).

بیماری ام‌اس یک بیماری پیچیده است که از زمان شروع بیماری تا مراحل آتی، تمام جوانب زندگی فرد من جمله، خلق، شخصیت، رفتار و حتی نوع ارتباط با پیرامون و اطرافیان را تحت تاثیر قرار می‌دهد؛ و به نوعی کل زندگی فرد را مختل می‌کند. این موضوع نشان می‌دهد که فرد مبتلا به ام‌اس دایما در شرایط استرس و موقعیت بحرانی قرار دارد که نه تنها ماهیت ناشناخته و نسبتاً غیرقابل پیش‌بینی بیماری ام‌اس بلکه کنترلی که فرد در زندگی از دست می‌دهد منجر به اضطراب دو چندان می‌شود. همین مساله می‌تواند فرد مبتلا را به دام اختلالات روانی متعدد بیندازد. اگرچه شیوع اختلالات روانی در ام‌اس گزارش شده است اما در درمان اختلالات شخصیتی این بیماران اطلاعات محدودی در دسترس است. یافته‌های اخیر نشان می‌دهند که تشخیص زودهنگام و درمان اختلالات شخصیتی

بیماران ام اس می تواند کیفیت زندگیشان را بالاتر ببرد (اشتاتپلو و همکاران، ۲۰۱۰). ۲۰ تا ۴۰ درصد بیماران بعد از ابتلا، شروع به تغییر در شخصیت می کنند، که این تغییر با زودرنجی و بی تفاوتی عاطفی (هیجانی) خودش را نشان می دهد. از طرف دیگر اختلالات شخصیتی و ویژگی های شخصیتی به شدت به قالب های متفاوت آسیب روانی در بیماران ام اس مرتبط است و در روی روند بیماری تاثیر می گذارد (اشتاتپلو و همکاران، ۲۰۱۰). با این حال این سوال پابرجاست که آیا افراد خاصی درگیر بیماری ام اس می شوند؟ آیا تجربیات قبل از بیماری، رویدادهای تروماتیک، موقعیت ها و رخداد های اضطراب زا عواملی بودند که فرد برای مقابله با آن ها به مکانیزم های دفاعی خاصی روی بیاورد و به واسطه آن تغییراتی در شخصیت فرد ایجاد شود و او را به سمت اختلال روانی منحصری ببرد تا بستری برای ابتلا به بیماری ناتوان کننده ای همچون ام اس برای فرد ایجاد کند؟

References

- Abdekhodaie, Z., Shahidi, S., Mazaheri, M. A., Panaghi, L., & Nejati, V (2018). Psychological strategies for dealing with disease in patients with MS. *Journal of Health Psychology*.
- Agha-Bagheri, H., Mohammad-Khani, P., Emrani, S., & Farahmand, V (2012). The efficacy of mindfulness-based cognitive therapy group on increasing subjective well-being and hope in patients with multiple sclerosis. *Journal of Clinical Psychology*, 4(1), 23–31.
- Arnett, P. A., Higginson, C. I., Voss, W. D., Randolph, J. J., & Grandey, A. A (2002). Relationship between coping, cognitive dysfunction and depression in multiple sclerosis. *The Clinical Neuropsychologist*, 16(3), 341–355. <https://doi.org/10.1076/clin.16.3.341.20062>
- Avakh Kisomi, F., Mahdavi, A., & Ebrahimi, M (2013 [2013]). *Determining the relationship between self-injury and personality disorder in soldiers* [In Persian]. *Ibn Sina*, 15(4), 24–29. <https://www.sid.ir/fa/Journal/ViewPaper.aspx?ID=254877>
- Badaye, A., Vaziri, S., & Lotfi Kashani, F (2021). Developing a psychosomatic symptoms model based on emotion regulation, defense mechanisms, and attachment styles mediated by distress level in psychosomatic patients. *Hormozgan Medical Journal*, 25(3), 98–103. <https://doi.org/10.34172/hmj.2021.11>
- Basharpoor, S., Mehmandoustolya, A. T., Narimani, M., & Atadokht, A (2014). Relation of emotion processing styles and alexithymia with symptoms of borderline personality disorder. [Journal details not provided].
- Benedict, R. H. B., Priore, R. L., Miller, C., Munschauer, F., & Jacobs, L (2001). Personality disorder in multiple sclerosis correlates with cognitive impairment. *The Journal of Neuropsychiatry and Clinical Neurosciences*, 13(1), 70–76.
- Besharat, M., Golpashin, R. A., Farahmand, H., & Ebrahimi, F (2017 [2017]). *Comparing attachment styles, defensive styles, and resilience in patients with multiple sclerosis (MS) and healthy individuals* [In Persian]. *Psychological Sciences*, 16(64), 478–493. <https://www.sid.ir/fa/Journal/ViewPaper.aspx?ID=481550>
- Bidarian, M., Tabatabaei, K. R. Z., Nasermoghaddasi, A., & Ahmadi, F. A (2019 [2019]). *Psychological antecedents of transition to secondary progressive MS: A qualitative study* [In Persian]. *Khatam Al-Anbia Neuroscience Journal*, 8(4), 29–38.
- Bowins, B (2010). Personality disorders: A dimensional defense mechanism approach. *American Journal of Psychotherapy*, 64(2), 153–169.
- Bruce, J. M., & Lynch, S. G (2010). Personality traits in multiple sclerosis: Association with mood and anxiety disorders. *Journal of Psychosomatic Research*.
- Buchanan, R. J., Minden, S. L., Chakravorty, B. J., Hatcher, W., Tyry, T., & Vollmer, T (2010). A pilot study of young adults with multiple sclerosis: Demographic, disease, treatment, and psychosocial characteristics. *Disability and Health Journal*, 3(4), 262–270.
- Cleeland, C. S., Matthews, C. G., & Hopper, C. L (1970). MMPI profiles in exacerbation and remission of multiple sclerosis. *Psychological Reports*, 27(2), 373–374.
- Compston, A., & Coles, A (2008). Multiple sclerosis. *The Lancet*, 372(9648), 1502–1517.

- Davidescu, E. I., Odajiu, I., Tulbă, D., Cucu, C., & Popescu, B. O. (2021). Characteristic personality traits of multiple sclerosis patients: A unicentric prospective observational cohort study. *Journal of Clinical Medicine*, 10(24), 5932.
- Delabieh, J. T. H., & Naborsky, R. (2020 [2020]). *Mastering intensive short-term dynamic psychotherapy: The unconscious roadmap* [In Persian]. Arjmand Publications.
- Ebrahimzadeh, N., Najafi, M., & Sabahi, P. (2020 [2020]). *Discriminant analysis of individuals with borderline personality symptoms vs. non-borderline individuals based on attachment style, defense mechanisms, and object relations* [In Persian]. *Clinical Psychology*, 12(1). <https://www.sid.ir/fa/Journal/ViewPaper.aspx?id=547950>
- Eftekhari, M., & Shabani, A. (2009 [2009]). *Borderline personality disorder is not a type of bipolar disorder* [In Persian]. *Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology*, 15(2).
- Enfeal, N., Omidvar, B., & Zare'nejad, M. (2021 [2021]). *Predicting borderline personality organization traits based on childhood trauma and family emotional climate in substance-dependent individuals* [In Persian]. *Pazhooan Scientific Journal*, 19(3), 1–11.
- Etemadifar, M., Sajjadi, S., Nasr, Z., Firoozeei, T. S., Abtahi, S.-H., Akbari, M., & Fereidan-Esfahani, M. J. (2013). Epidemiology of multiple sclerosis in Iran: A systematic review. *European Neurology*, 70(5–6), 356–363.
- Far, M. A., Sharifi, A., Mirahmadi, S., & Tabrizi, N. (2012 [2012]). *Multiple sclerosis: MS disease* [In Persian]. Qa'ed Publications.
- Fredrickson, J. (2018 [2018]). *Defense mechanisms according to Frederickson* [In Persian]. Parandeh Publications.
- Freud, A. (1989). The ego and id (1923). *TACD Journal*, 17(1), 5–22.
- Frzovic, D., Morris, M. E., & Vowels, L. (2000). Clinical tests of standing balance: Performance of persons with multiple sclerosis. [Journal details not provided], 81, 215–222.
- Ghorbani, N. (2003 [2003]). *Short-term dynamic psychotherapy: Foundations and techniques* [In Persian]. SAMT Publications.
- Goretti, B., Portaccio, E., Zipoli, V., Razzolini, L., & Amato, M. P. (2010). Coping strategies, cognitive impairment, psychological variables and their relationship with quality of life in multiple sclerosis. *Neurological Sciences*, 31(Suppl 2), S227–S230. <https://doi.org/10.1007/s10072-010-0372-8>
- Haddadi, A. (2013 [2013]). *A history of multiple sclerosis (MS) in Iran from the beginning to the end of 1212 (Solar Hijri)* [Descriptive-comparative analytical study] [In Persian]. Faculty of Literature and Humanities, University of Isfahan.
- Hashemi, T., & Jaddi, A. A. Z. (2013 [2013]). *Behavioral activation system and behavioral inhibition system in borderline personality disorder* [In Persian]. *Journal of Research in Behavioral Sciences*, 11(3), 157–165. <https://www.sid.ir/fa/journal/ViewPaper.aspx?ID=202170>
- Iwanicka, K., Gerhant, A., & Olajossy, M. (2017). Psychopathological symptoms, defense mechanisms, and time perspectives among individuals with alcohol dependence presenting different coping patterns. *PeerJ*, 5, e3576.
- Jamshid, L. (2009 [2009]). *Multiple Sclerosis Association* [In Persian]. *Payam-e MS*, (25–26).
- Kamal, M. N., Samouei, R., Sarrafzadeh, S., Tamannaefar, S., Ghaebi, N., & Behrouzi, R. (2018). Relation between personality disorders and characteristics of multiple sclerosis patients and their parents. *Journal of Education and Health Promotion*, 7, 106.
- Keramat Kar, M., Whitehead, L., & Smith, C. M. (2019). Characteristics and correlates of coping with multiple sclerosis: A systematic review. *Disability and Rehabilitation*, 41(3), 250–264. <https://doi.org/10.1080/09638288.2017.2008295>
- Kernberg, O. (1967). Borderline personality organization. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 15(3), 641–685.
- Khademian, T., & Bayati, R. (2013 [2013]). *Social factors influencing social mobility among MS patients in Tehran* [In Persian]. *Iranian Sociological Studies Quarterly*.
- Khalili, P. (2013 [2013]). *Emotional vulnerability in patients with multiple sclerosis: The predictive role of personality traits* [In Persian]. [Thesis]. Semnan University.
- Knight, R. G., Devereux, R. C., & Godfrey, H. P. (1997). Psychosocial consequences of caring for a spouse with multiple sclerosis. *Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology*, 19(1), 7–19.
- Lieb, K., Zanarini, M. C., Schmahl, C., Linehan, M. M., & Bohus, M. (2004). Borderline personality disorder. *The Lancet*, 364(9432), 453–461. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(04\)16770-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(04)16770-6)
- Lode, K., Bru, E., Klevan, G., Myhr, K. M., Nyland, H., & Larsen, J. P. (2010). Coping with multiple sclerosis: A 5-year follow-up study. *Acta Neurologica Scandinavica*, 122(5), 336–342.

- Maggio, M. G., Cuzzola, M. F., Latella, D., Impellizzeri, F., Todaro, A., Rao, G., Manuli, A., & Calabrò, R. S(2020). How personality traits affect functional outcomes in patients with multiple sclerosis: A scoping review on a poorly understood topic. *Multiple Sclerosis and Related Disorders*, 46, 102560.
- Mahmoudfakhe, H., Sohrabi, P., & Amani, A(2021). The effectiveness of a mindfulness training program on defense mechanisms in MS patients. *Journal of Research in Psychopathology*, 2(6).
- Masibi, V. A., Jafari, A. A., & Fayaz Anoush, A(2017 [2017]). *Applying oral history methods to analyze MS prevalence in Pirbakran (1345–2016 SH / 1966–2016)* [In Persian]. *Historical Research (Faculty of Literature and Humanities, University of Isfahan)*, 53(New Series)(3), 93–113. <https://www.sid.ir/fa/journal/ViewPaper.aspx?ID=310505>
- Mohammadzadeh, A., & Aghaei, S(2014 [2014]). *Comparing narcissistic, antisocial, and borderline personality traits among addicted prisoners, non-addicted prisoners, and community controls* [In Persian]. *Addiction Research Quarterly*, 8(32), 157–170.
- Mohammadali, S(2008 [2008]). *Report of the Iranian MS and Neurology Association* [In Persian] (No. 188).
- Molaeiri, N. A., Kaviani, H., Asadi, S. M., & Hosseini, F. F(2008 [2008]). *Assessment of personality dimensions using Cloninger's Temperament and Character Inventory (TCI-125) in borderline personality disorder* [In Persian]. *Journal of the Medical Faculty*, 66(9). <https://www.sid.ir/fa/Journal/ViewPaper.aspx?ID=82851>
- National MS Society(n.d.). MS FAQ: What is MS? <http://www.nationalmssociety.org/What-is-MS/MS-FAQ-s>
- Northrop, D. E(2005). Addressing the specialized needs of younger adults with multiple sclerosis. *The Case Manager*, 16(1), 66–69.
- Presniak, M. D., Olson, T. R., & Macgregor, M. W(2010). The role of defense mechanisms in borderline and antisocial personalities. *Journal of Personality Assessment*, 92(2), 137–145.
- Pust, G. E., Dettmers, C., Randerath, J., Rahn, A. C., Heesen, C., Schmidt, R., & Gold, S. M(2020). Fatigue in multiple sclerosis is associated with childhood adversities. *Frontiers in Psychiatry*, 11, 811.
- Pust, G. E., Randerath, J., Goetzmann, L., Weierstall, R., Korzinski, M., Gold, S. M., Dettmers, C., Ruettner, B., & Schmidt, R(2021). Association of fatigue severity with maladaptive coping in multiple sclerosis: A data-driven psychodynamic perspective. *Frontiers in Neurology*, 12, 652177.
- Rahnema, S., Baghersad, Z., Shirazi, M., Chitsaz, A., & Etemedifar, M(2016). Association between family caregivers' quality of life and psychological capital of patients with multiple sclerosis. *Journal of Isfahan Medical School*, 34(377), 335–340.
- Ravanshenasan Database(n.d.). *Introduction to defense mechanisms* [In Persian]. http://www.ravanshenasan.com/articles.php?article_id=57
- Sadehmir, Z., & Hassan, A(2021 [2021]). *The relationship between life event stress appraisal and personality type in MS patients in Kermanshah* [In Persian]. In *Proceedings of the 9th National Conference on Sustainable Development in Educational Sciences and Psychology, Social and Cultural Studies*.
- Sahraian, M. A., Khorramnia, S., Ebrahim, M. M., Moinfar, Z., Lotfi, J., & Pakdaman, H(2010). Multiple sclerosis in Iran: A demographic study of 8,000 patients and changes over time. *European Neurology*, 64(6), 331–336.
- Sanadgol, N., Shahraki Zahedani, S., Sharifzadeh, M., Khalseh, R., Reza Barbari, G., & Abdollahi, M(2017). Recent updates in imperative natural compounds for healthy brain and nerve function: A systematic review of implications for multiple sclerosis. *Current Drug Targets*, 18(13), 1499–1517.
- Shariat, M(2012 [2012]). *The relationship between attachment styles and defense mechanisms with mental health in undergraduate students* [In Persian]. Faculty of Social Sciences, Imam Khomeini International University.
- Skodol, A. E., Gunderson, J. G., Pfohl, B., Widiger, T. A., Livesley, W. J., & Siever, L. J(2002). The borderline diagnosis I: Psychopathology, comorbidity, and personality structure. *Biological Psychiatry*, 51(12), 936–950.
- Solbakken, O. A., & Abbass, A(2016). Symptom- and personality disorder changes in intensive short-term dynamic residential treatment for treatment-resistant anxiety and depressive disorders. *Acta Neuropsychiatrica*, 28(5), 257–271.
- Song, H., Fang, F., Tomasson, G., Arnberg, F. K., Mataix-Cols, D., Fernández de la Cruz, L., Almqvist, C., Fall, K., & Valdimarsdóttir, U. A(2018). Association of stress-related disorders with subsequent autoimmune disease. *JAMA*, 319(23), 2388–2400. <https://doi.org/10.1001/jama.2018.7028>
- Stathopoulou, A., Christopoulos, P., Soubasi, E., & Gourzis, P(2010). Personality characteristics and disorders in multiple sclerosis patients: Assessment and treatment. *International Review of Psychiatry*, 22(1), 43–54. <https://doi.org/10.3109/09540261003589349>

- Strober, L. B(2018). Quality of life and psychological well-being in the early stages of multiple sclerosis (MS): Importance of adopting a biopsychosocial model. *Disability and Health Journal*, 11(4), 555–561. <https://doi.org/10.1016/j.dhjo.2018.05.003>
- Tavakol, M., & Yousefi, S(2013 [2013]). *Background factors and demographic characteristics of MS patients in Tehran MS Association (2011)* [In Persian]. *Bioethics*, 3(8). <https://www.sid.ir/fa/journal/ViewPaper.aspx?ID=214288>
- Zanarini, M. C., Weingeroff, J. L., & Frankenburg, F. R(2009). Defense mechanisms associated with borderline personality disorder. *Journal of Personality Disorders*, 23(2), 113–121.

Association Between Personality Traits and Borderline Defense Mechanisms With the Onset of Multiple Sclerosis

Somayeh Rabat-Mili¹, Samira Nordi²,
& Neda Haji-Rezaei³

Multiple sclerosis (MS), in addition to its neurological involvement, is accompanied by substantial psychological stress and may influence individuals' personality patterns and coping styles. Personality traits and defense mechanisms particularly borderline defenses can play a decisive role in illness perception, emotion regulation, and adjustment to chronic symptoms. Therefore, examining the association between personality traits and borderline defense mechanisms with the onset of MS may provide deeper insight into psychological factors related to vulnerability and disease outcomes. The present study aimed to investigate the relationship between personality traits and borderline defense mechanisms and the occurrence of MS. For this purpose, 82 individuals with MS who attended a specialized MS clinic in Tehran were selected through convenience sampling and were assessed in terms of borderline traits and defense mechanisms. The results of logistic regression analysis indicated a significant inverse association between the hopelessness factor and MS, such that for each one-unit increase in hopelessness scores, the odds of having MS decreased by approximately 27%. In addition, individuals with MS used neurotic defense styles more frequently. Regarding the neurotic defense style, it can be concluded that for each one-unit increase in neurotic defense style scores, the odds of having MS increased by 8.5%. Overall, the relationship between hopelessness and MS was inverse, and individuals with MS relied more on neurotic defense mechanisms. These findings may assist clinical practitioners in better understanding the psychological pathways involved and in designing more appropriate treatment plans for this population.

Keywords: multiple sclerosis, personality traits, defense mechanisms, borderline personality

1 Department of Clinical Psychology, Science and Research Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran

2 Department of Medicine, University of Tehran, Tehran, Iran

3 Department of Clinical Psychology, Science and Research Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran (Corresponding author). nedahajirezaei71@gmail.com