MEJDS. 2018; 8:33.
Published online 2018 Nov. **Research Article**

Personality Traits in Patients with Bipolar Disorder Type 1, Major Depression Disorder and their Normal Peers: A comparative Study

Farideh Samadi Bahrami[1], * Saeedeh Zenoozian[2], Mohammadreza Beliad[3]

Author Address
1. MSc in Clinical Psychology, Department of Psychology, Karaj Branch, Islamic Azad University, Karaj, Iran;
2. PhD in clinical Psychology, Department of Psychology, Zanjan University of Medical Sciences, Zanjan, Iran;
3. PhD of psychology, Department of Psychology, Karaj Branch, Islamic Azad University, Karaj, Iran.
***Corresponding Author Address:** Moazzen Blvd, Rajai Shahr, Karaj, Alborz Province.
Email: Zenoozian@yahoo.com

Received: 2017 January 21; **Accepted:** 2017 August 20

Abstract

Background & Objective: Major depressive disorder (MDD) and bipolar disorder (BD) are among the world's major mood disorders with around 6.7 percent of the world population suffering from the former and one percent from the latter. The purpose of this study was to compare personality traits in patients with type 1 bipolar disorder and major depressive disorder and their normal peers.

Methods: This research employed a causal-comparative design. The study population consisted of all patients with type 1 bipolar disorder and major depressive disorder- aged 19-60 years old- who received treatment in Iran Psychiatric Hospital located in Tehran during the first half of 2012. A total of 90 participants representing individuals with bipolar personality disorder, major depressive disorder and normal individuals were recruited through convenience sampling in equal numbers. The participants in the three groups were matched for age and sex. The research instruments was Milon Clinical Multidimensional Scale (MCMI II). Multivariate analysis of variance (MANOVA) was used to test the research hypotheses.

Results: The result revealed significant differences between people with type 1 bipolar disorder and normal people in all personality traits except for the characteristics of schizoid and obsessive-compulsive features($P<0.05$). Significant differences were found between normal people and patients major depressive disorder in personality traits ($P<0.05$). In other words, people with major depression have periods of prolonged depression or sadness associated with social abandonment, pessimism about others and the future, susceptibility to exclusion.

Conclusion: Concurrent bipolar disorder and personality disorders can have negative impacts on individuals including the increased risk of suicide. Research evidence suggests that suicide risk is likely to be greater in people with bipolar disorder and personality disorder. The coexistence of the personality characteristics studied in this study also has an impact on the outcome of the treatment as it affects both the response to the treatment and the severity of the symptoms. The existence of such consequences shows that the clinical presentation of patients who are simultaneously afflicted with mood disorders and personality disorder are worse than those who only show symptoms of one of these disorders. Thus, identification of the personality traits associated with each of the disorders can help psychologists to provide therapeutic solutions.

Keywords: Personality Traits, Bipolar Disorder Type 1, Major Depressive Disorder.

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-11-04]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1397.8.0.26.1]

Copyright © 2016, MEJDS. This is an open-access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International License (http://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/) which permits copy and redistribute the material just in noncommercial usages, provided the original work is properly cited.

مجله مطالعات ناتوانی ۱۳۹۷؛ (۸):۳۳.

انتشار برخط آبان‌ماه ۱۳۹۷ مقاله پژوهشی اصیل

مقایسهٔ ویژگی‌های شخصیتی در افراد بهنجار و بیماران مبتلا به اختلال دوقطبی نوع یک و اختلال افسردگی اساسی

فریده صمدی بهرامی[۱]، *سعیده زنوزیان[۲]، محمدرضا بلیاد[۳]

توضیحات نویسندگان

۱. کارشناسی‌ارشد روان‌شناسی بالینی، واحد کرج، دانشگاه آزاد اسلامی، کرج، ایران؛

۲. دکترای تخصصی روان‌شناسی بالینی، گروه روان‌شناسی، دانشگاه علوم‌پزشکی زنجان، زنجان، ایران؛

۳. دکتری روان‌شناسی، گروه روان‌شناسی، واحد کرج، دانشگاه آزاد اسلامی، کرج، ایران.

***آدرس نویسندهٔ مسئول:** استان البرز، کرج، رجایی‌شهر، بلوار مؤذن.

***رایانامه:** Zenoozian@yahoo.com

تاریخ دریافت: ۲ بهمن۱۳۹۵؛ **تاریخ پذیرش:** ۳۰مرداد۱۳۹۶

چکیده

هدف: در بین افرادی‌که به‌علت مشکلات روان‌شناختی نیاز به‌کمک و درمان دارند، اختلال‌های خلقی مشکل شایعی است و اختلال دوقطبی (BD) و اختلال افسردگی اساسی (MDD) از اختلال‌های خلقی بسیار رایج با شیوعی به‌ترتیب حدود ۱درصد و ۶/۷درصد هستند. این دو اختلال به‌دلیل شیوع زیاد و ماهیت بازگشتی و عودکنندگی سالانه هزینه‌های گزافی به جامعه تحمیل می‌کنند؛ بنابراین هدف از مطالعهٔ حاضر شناخت ویژگی‌های شخصیتی در بیماران مبتلا به اختلال دوقطبی نوع یک و اختلال افسردگی اساسی و افراد بهنجار و مقایسهٔ آن‌ها است.

روش‌بررسی: به‌منظور انجام این پژوهش که مطالعه‌ای علی‌مقایسه‌ای بود، ۹۰ آزمودنی ازطریق نمونه‌گیری دردسترس از بین بیماران بستری و سرپایی مراجعه‌کننده در شش‌ماههٔ اول سال ۱۳۹۴ و کارمندان شاغل در بیمارستان روان‌پزشکی ایران، انتخاب شده و در سه گروه اختلال دوقطبی نوع یک (N=۳۰) و اختلال افسردگی اساسی (N=۳۰) و گروه بهنجار (N=۳۰) قرار گرفتند. سپس آزمون میلون ۲ (MCMI-2) به‌صورت انفرادی اجرا شد. تجزیه‌وتحلیل داده‌ها نیز بااستفاده از نرم‌افزار SPSS صورت گرفت. جهت مقایسهٔ میانگین ویژگی‌های شخصیتی سه گروه مطالعه‌شده، آزمون آماری تحلیل واریانس چندمتغیره و برای مقایسهٔ دوبه‌دو گروه‌ها در هریک از ویژگی‌های شخصیتی، آزمون تعقیبی توکی به‌کار گرفته شد.

یافته‌ها: نتایج حاصل از این پژوهش نشان داد بین افراد مبتلا به اختلال دوقطبی نوع یک و افراد بهنجار در تمامی ویژگی‌های شخصیتی به‌استثنای ویژگی‌های اسکیزوئید و وسواسی تفاوت معنادار مشاهده می‌شود ($p<۰/۰۵$). همچنین در آزمون میلون، بین افراد بهنجار و مبتلا به اختلال افسردگی اساسی در ویژگی‌های شخصیتی اسکیزوئید، اجتنابی، ضداجتماعی، منفعل/پرخاشگر، خود تخریب‌گر، اسکیزوتایپال، مرزی و پارانوئید تفاوت معنادار وجود دارد ($p<۰/۰۵$). همچنین در این پژوهش بین افراد مبتلا به اختلال دوقطبی نوع یک و اختلال افسردگی اساسی در ویژگی‌های اسکیزوئید و نمایشی و خودشیفته، تفاوت معنادار یافت می‌شود ($p<۰/۰۵$).

نتیجه‌گیری: براساس تفاوت معنادار در ویژگی‌های شخصیتی در افراد مبتلا به اختلال افسردگی و دوقطبی نوع یک درمقایسه با افراد سالم، توجه به این امور در طرح‌ریزی درمانی مؤثر ضروری است.

کلیدواژه‌ها: ویژگی‌های شخصیتی، اختلال دوقطبی نوع یک، اختلال افسردگی اساسی.

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-11-04]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1397.8.0.26.1]

حق انتشار محفوظ است © ۱۳۹۵، مجله مطالعات ناتوانی. این یک مقاله با دسترسی آزاد است که تحت مجوز اختیار_غیرتجاری ۴/۰ بین‌المللی (https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/deed.fa) منتشر شده است که به شما اجازه می‌دهد که مواد منتشر شده در این مقاله را با شرط ارجاع مناسب به نسخهٔ اصلی، به‌طور غیرتجاری نسخه‌برداری و توزیع کنید.

۱ مقدمه

در بین افرادی که به‌دلیل مشکلات روان‌شناختی نیاز به کمک و درمان دارند، اختلال‌های خلقی مشکل شایعی بوده و اختلال دوقطبی (BD) و اختلال افسردگی اساسی (MDD) از اختلال‌های خلقی بسیاررایج با شیوعی به‌ترتیب حدود ۱ درصد و ۶/۷ درصد هستند. اختلال افسردگی اساسی (MDD) بیماری ناتوان‌کننده‌ای است که فعالیت‌های فرد را عمیقاً تحت‌تأثیر قرار می‌دهد و اخیراً نشان داده شده که این بیماری دومین علت عمدهٔ ناتوانی در سراسر جهان است. اختلال دوقطبی نوع یک (BDI) نیز اختلال شدیدی بوده که با داشتن حداقل یک حملهٔ مانی یا مختلط و گاهی حملات افسردگی عمده در سیر بالینی مشخص می‌شود. این دو اختلال به‌دلیل شیوع زیاد و ماهیت بازگشتی و عودکنندگی سالانه هزینه‌های گزافی به جامعه تحمیل می‌کنند (۱،۲).

علل ایجادکنندهٔ اختلال‌های خلقی کاملاً شناخته‌شده نیست. به‌بیان‌دیگر هیچ عاملی به‌تنهایی نمی‌تواند اختلال‌های خلق را تبیین کند. ازاین‌رو شماری از عوامل متفاوت گردهم می‌آیند تا شروع این اختلال‌ها را توضیح دهند. به‌نظر می‌رسد نبودن تعادل شیمیایی در مغز نقش اساسی در رشد این اختلال‌ها داشته باشد؛ اما عواملی همچون هورمون‌ها، تنظیم‌کننده‌های عصبی و ژنتیک و گاهی حملات افسردگی اساسی را هم در بروز این اختلالات دخیل می‌دانند. البته این عوامل عصبی‌زیستی ممکن است بیماری‌پذیری‌هایی باشند که خطر اختلال‌های خلق را در متن سایر عوامل آغازگر یا فشارزا افزایش می‌دهند (۳). برخی از روان شناسان عوامل روانی‌اجتماعی (محیطی) و برخی دیگر عوامل عصبی‌زیستی یا عوامل روان‌شناختی را مطرح می‌کنند و هرکدام از دیدگاه‌ها تبیین‌های مختلفی را بیان کرده‌اند.

یکی از عوامل ایجاد و تداوم اختلال‌های خلقی شخصیت است. شخصیت می‌تواند به‌عنوان عاملی محافظت‌کننده از وقوع این اختلال‌ها بکاهد. شخصیت از عوامل زمینه‌ساز اختلال افسردگی اساسی (MDD) و اختلال دوقطبی نوع (BPI) I بوده و نقش اساسی در ایجاد و تداوم این اختلال‌ها دارد. ازجهتی‌دیگر، شخصیت به‌عنوان عاملی محافظت‌کننده می‌تواند از وقوع این اختلال ها بکاهد (۱). پژوهش‌های مختلف نشان داده‌اند که ازطریق ویژگی‌های شخصیتی می‌توان وجود علائم خاص افسردگی را پیش‌بینی کرد (۴) .پژوهش‌ها بیان می‌کنند بیشتر بیماران مبتلا به اختلال‌های روان‌پزشکی دست‌کم یک‌اختلال اضافی دارند. همبودی بین اختلال‌های شخصیت و بیماری روانی می‌تواند نشانه‌های مرضی و درمان و پیش‌آگهی بیماری را تغییر دهد (۵). همبودی اختلال‌های شخصیت و اختلال‌های خلقی طی دههٔ گذشته توجه بسیاری از پژوهشگران را به‌خود جلب کرده است. حجم عمده‌ای از این مطالعات به بررسی میزان شیوع اختلال‌های شخصیت در بیماران مبتلا به افسردگی اساسی پرداخته‌اند. بااین‌وجود، نتایج حاصل از پژوهش‌های متعددی نیز همبودی اختلال‌های شخصیت و اختلال دوقطبی را مدنظر قرارداده و بر وجود ارتباط میان اختلال دوقطبی و اختلال‌های شخصیت دلالت دارند (۶). مرور مطالعات از سال ۱۹۹۰ مشخص کرده همبودی اختلال‌های شخصیت و اختلال افسردگی باعث نتایج بدتری در کارکرد اجتماعی و سطوح بیشتر علائم باقیمانده و پاسخ درمانی ضعیف‌تر می‌شود. برخی معتقد هستند مشخصه‌های شخصیتی مانعی در راه درمان افسردگی است. همبودی دو یا چند اختلال شخصیت با اختلال افسردگی اساسی کیفیت زندگی و سن شروع افسردگی را کاهش می‌دهد. اگر ویژگی شخصیتی در عود افسردگی نقش داشته باشد، می‌توان برای افزایش تأثیر درمان اختلال‌های خلقی به اختلال‌های شخصیت نیز اندیشید.

همچنین، شباهت زیادی بین علائم بیماری دوقطبی، به‌خصوص فازمانیا با تعدادی از اختلال‌های شخصیت وجود دارد. اختلال شخصیت به‌طورکلی در ۵۰ درصد بیماران روان‌پزشکی دیده می‌شود که باعث دشوارشدن درمان این اختلال‌ها شده و در بیماری دوقطبی نیز باعث افزایش دفعات عود، پیش‌آگهی بد و علائم باقی‌مانده بیشتر در بین مراحل فعال بیماری می‌شود. عده‌ای معتقدند برخی ویژگی‌های شخصیتی مانعی در راه درمان اختلالات خلقی است. همچنین محققان دریافته‌اند که وجود ویژگی‌های اختلال‌های شخصیتی به‌ویژه کلاستر B در افراد مبتلا به اختلال‌های خلقی می‌تواند خطر خودکشی را در این افراد افزایش دهد (۷).

در پژوهش کارابل و همکاران، نشان داده شد که ۱۰ تا ۳۰ درصد بیماران مبتلا به اختلال افسردگی دارای اختلال شخصیت مرزی و ۲ تا ۲۰ درصد نمایشی و ۵ تا ۱۰ درصد ویژگی‌های شخصیت ضداجتماعی هستند. همچنین در مطالعهٔ تمنایی‌فر باعنوان همبودی اختلالات شخصیت کلاستر B و اختلال افسردگی، نتایج مشخص کرد ویژگی‌های شخصیت مرزی و نمایشی در بیماران مبتلا به اختلال افسردگی اساسی بیش از افراد بهنجار دیده می‌شود.

ازطرف‌دیگر بیماران دارای آسیب شخصیتی کمتر احتمال دارد درمان کافی دریافت کرده و دوره های طولانی‌تر بیماری را تجربه می‌کنند (۷،۸).

اطلاعات دربارهٔ عوامل خطرساز اختلال‌های خلقی برای روان‌شناسان به‌منظور تعیین افرادی که درمعرض خطر بیشتری برای ابتلا بوده، ضروری به‌نظر می‌رسد؛ زیرا علاوه‌بر اینکه هزینهٔ اقتصادی ناشی‌از این اختلال‌ها بسیار هنگفت است، آسیب فردی آن نیز محاسبه‌شدنی نیست و نه‌تنها باعث آسیب و درد فرد می‌شود بلکه به زندگی خانوادگی فرد نیز صدمه می‌رساند. باتوجه به‌میزان زیاد عود این اختلال‌ها شایسته است به‌عوامل زمینه‌ساز عود توجه بیشتری شود تا در درمان آن‌ها سایر عوامل هم مدنظر قرارگرفته و درصورت امکان بتوان با درمان مشکلات زمینه‌ای از عودشان پیشگیری کرد. یکی از این عوامل زمینه‌ساز ویژگی‌های شخصیتی بوده که شناخت ویژگی‌های شخصیتی مرتبط با هریک از این اختلال‌ها ممکن است هم در پیشگیری و هم در درمان این اختلال ها مؤثر واقع شود. ابتلای هم‌زمان اختلال‌های دوقطبی و اختلال‌های شخصیت می‌تواند اثرات منفی برای افراد داشته باشد. ازجمله مشکلات بسیار مهم افزایش احتمال بروز نشانه‌هایی در فرد بوده که با خودکشی در ارتباط است. شواهد پژوهشی نشان می‌دهد احتمال خودکشی در افراد دچار اختلال دوقطبی و اختلال شخصیت همبود، بیشتر است؛ بنابراین پژوهش حاضر باهدف شناخت ویژگی‌های شخصیتی در افراد مبتلا به اختلال

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-11-04]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1397.8.0.26.1]

افسردگی اساسی و اختلال دوقطبی نوع یک و افراد بهنجار و مقایسهٔ آن‌ها انجام گرفت.

۲ روش بررسی

پژوهش حاضر مطالعه‌ای پس‌رویدادی علی‌مقایسه‌ای بود که با نمونه های بالینی دارای ملاک های لازم جهت شرکت در پژوهش انجام شد. در این پژوهش، ابتدا افراد با تشخیص اختلال دوقطبی نوع یک و اختلال افسردگی اساسی (براساس مصاحبهٔ ساختاریافته منطبق بر ملاک‌های متن راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی (DSM-IV-TR)) انتخاب شده و از هر دو گروه مقیاس چندمحوری بالینی میلون (MCMI-II) به‌عمل آمد. تجزیه‌وتحلیل داده‌ها، بااستفاده از نرم‌افزار SPSS صورت گرفت. جهت مقایسهٔ میانگین ویژگی‌های شخصیتی سه گروه مطالعه‌شده، آزمون آماری تحلیل واریانس چندمتغیره و برای مقایسهٔ دو به‌دو گروه ها در هر یک از ویژگی‌های شخصیتی، آزمون تعقیبی توکی به‌کار گرفته شد. به‌لحاظ اخلاقی نیز در این پژوهش، جمع‌آوری اطلاعات پس از جلب رضایت آزمودنی‌ها و ارائهٔ توضیحات لازم از نظر محرمانه‌ماندن اطلاعات انجام و از آن‌ها جهت شرکت در تحقیق، رضایت‌نامه اخذ شد.

جامعهٔ مطالعه‌شده در این پژوهش تمامی بیماران (زن ومرد) ۱۹ تا ۶۰ ساله مبتلا به اختلال دوقطبی نوع یک و اختلال افسردگی اساسی بودند که در طی شش ماه اول سال ۱۳۹۴ به‌صورت بستری یا سرپایی به بیمارستان روان‌پزشکی ایران واقع در تهران مراجعه و تشخیص بالینی یادشده را منطبق بر ملاک‌های متن راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی (DSM-IV-TR) توسط یک‌روان‌پزشک دریافت کردند.

نمونهٔ بیمار که شامل بیماران (زن و مرد) مبتلا به اختلال دوقطبی نوع یک و اختلال افسردگی اساسی بود، در نمونه‌های بستری در بخش ها، توسط مطالعهٔ پروندهٔ بیماران و در نمونه های مراجعهٔ سرپایی توسط ارجاع روان‌پزشک بودند. گروه بهنجار نیز از میان کارمندان داوطلب بیمارستان انتخاب شد.

حجم نمونه شامل ۶۰ نفر نمونهٔ بیمار (۳۰ نفر اختلال دوقطبی نوع یک و ۳۰ نفر اختلال افسردگی اساسی) و ۳۰ نفر نیز از کارکنان بیمارستان که از نظر سن و جنس با گروه نمونه همتاسازی شده بودند و سابقهٔ بیماری اعصاب و روان نداشتند برای گروه کنترل انتخاب شدند. روش نمونه‌گیری به‌صورت دردسترس بود.

از معیارهای ورود افراد به پژوهش، داشتن حداقل مدرک سیکل و محدودهٔ سنی ۱۹ تا ۶۰ ساله و معیارهای خروج شامل عقب‌ماندگی ذهنی و ابتلا به سایر بیماری‌های روان‌پزشکی محور یک و سوءمصرف مواد بود.

ابتدا بیماران مبتلا به اختلال دوقطبی نوع یک و اختلال افسردگی اساسی توسط روان‌پزشک شناسایی شدند. سپس، بعد از برقراری ارتباط با آزمودنی‌ها و کسب رضایت از آن‌ها، پرسشنامه به‌صورت انفرادی و در اتاق درمانی توسط پژوهشگر از آزمودنی‌ها دریافت و تکمیل شد. طی اجرای پژوهش آزمودنی‌هایی که به پرسشنامهٔ پژوهش پاسخ‌نداده یا در پاسخ‌دهی به آزمون ناقص عمل کردند، کنار گذاشته شده و آزمودنی‌های دیگری جایگزین شدند.

ابزار استفاده‌شده در این پژوهش، مقیاس چندمحوری بالینی میلون (MCMI II) بود. این پرسشنامه، از پرسشنامه‌های پرکاربرد روان‌شناسی در سال‌های اخیر است. هدف عمده از ساخت نسخهٔ II این پرسشنامه، کوتاه و کوچک‌کردن پرسشنامه، برای ترغیب استفاده از آن و در عین‌حال حفظ کارآیی در تشخیص گستره‌ای از اختلال‌ها بوده که مخاطبان آن افراد بیشتر از ۱۸ سال و دارای توانایی خواندن حداقل کلاس هشتم است. فرم تجدیدنظرشدهٔ آن از ۱۷۵ جملهٔ کوتاه خودتوصیفی با پاسخ‌های «بله» و «خیر» تشکیل شده که برای اجرای فردی و گروهی مناسب است. این آزمون ۲۲ مقیاس بالینی دارد که متشکل است از الگوهای شخصیتی (مقیاس‌های اسکیزوئید، اجتنابی، وابسته، نمایشی، خودشیفته، ضداجتماعی، آزارگری، وسواس_اجباری، فعل‌پذیر_پرخاشگر و آزارطلبی) و الگوهای شدید شخصیت (شامل اسکیزوتایپال و مرزی و پارانویید) و نشانگان بالینی (مقیاس های اضطراب، بدنی شکل، اختلال دوقطبی، کژخویی، وابستگی الکلی، وابستگی دارویی، اختلال تفکر، افسردگی اساسی و اختلال هذیانی). البته باتوجه به اهداف تحقیق نشانگان بالینی، تحلیل نشدند. این پرسشنامه یک‌عامل تعدیل‌کننده (X) و یک‌مقیاس اعتبار (V) و دو مقیاس سنجش گرایش‌های پاسخ براساس نظریهٔ میلون (Z و Y) را نیز شامل می‌شود. پرسشنامهٔ میلون ازجمله پرسشنامه‌های منحصربه‌فردی است که در آن بر اختلال‌های شخصیت و نشانه‌هایی که اغلب با این اختلال‌ها همراه بوده، تأکید می‌شود. میلون MCMI-II را در سال ۱۹۸۷ و براساس نظریهٔ زیستی‌روانی‌اجتماعی و تجربهٔ بالینی و پژوهشی خود ساخت و با انگیزهٔ گنجاندن و یک‌پارچه سازی پژوهش‌ها و نظریه‌های بیشتر دربارهٔ اختلال‌های شخصیت با حفظ ویژگی‌های اصلی MCMI و با ۱۷۵ ماده و در ۲۲ مقیاس کلیدگذاری شد (۹،۱۰).

نمرهٔ برش در این پرسشنامه ۸۵ است. تعیین نمرهٔ برش، براساس توان پیش‌بینی مثبت پرسشنامه، مطرح شده که ویژگی خاصی برای پرسشنامه محسوب می شود. توان پیش‌بینی مثبت، یعنی تا چه اندازه نمرهٔ پرسشنامه وجود یک‌ویژگی را که به‌وسیلهٔ دیگر شاخص‌ها مثلاً مصاحبهٔ بالینی تشخیص داده و تأیید شده، درست اندازه‌گیری می‌کند. توان پیش‌بینی مثبت MCMI-II بین ۰/۳۰ تا ۰/۸۰ بیان شده است؛ اما دربارهٔ MCMI-III اگرچه این توان قوی برآورد شده، درمقایسه نیمی از توان پرسشنامه MCMI-II بوده است و این محاسبه در عمل ارائه نشده و نیاز به بررسی بیشتر دارد (۱۱).

این آزمون را اولین‌بار خواجه موگهی در سال ۱۳۷۲ در ایران معرفی کرد و مطالعه‌ای مقدماتی برای هنجاریابی آن در شهر تهران انجام شد. ضریب پایایی آزمون ازطریق همسانی درونی داده‌ها ۰/۸۰ و به‌روش بازآزمایی ۰/۸۶ گزارش شده است (۱۲).

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-11-04]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1397.8.0.26.1]

۳ یافته‌ها

در این پژوهش نمونهٔ مطالعه‌شده در کل شامل ۹۰ نفر بود که ۳۰ نفر در گروه بهنجار و ۳۰ نفر در گروه افسردگی و ۳۰ نفر در گروه اختلال دوقطبی نوع یک، انتخاب و جایگزین شدند. بیشتر افراد در کل نمونه و گروه‌های مطالعه‌شده در دامنهٔ سنی ۳۱تا۴۰ سال قرار داشتند. بیش از ۵۰درصد افراد در کل نمونه و همچنین در دو گروه بیمار، مرد و ۵۶/۷درصد افراد گروه بهنجار، زن بودند.

جدول ۱. بررسی و مقایسهٔ سه گروه مطالعه‌شده از لحاظ اطلاعات جمعیت‌شناختی

		بهنجار (n=۳۰)		افسردگی(n=۳۰)		اختلال دوقطبی(n=۳۰)	
		تعداد	(درصد)	تعداد	(درصد)	تعداد	(درصد)
جنسیت	مرد	۱۳	(۱۴/۴)	۱۶	(۱۷/۷)	۲۱	(۲۳/۳)
	زن	۱۷	(۱۸/۸)	۱۴	(۱۵/۵)	۹	(۱۰)
وضعیت تأهل	مجرد	۹	(۱۰)	۹	(۱۰)	۱۵	(۱۶/۶)
	متاهل	۲۱	(۲۳/۳)	۲۱	(۲۳/۳)	۱۵	(۱۶/۶)
تحصیلات	سیکل	۲	(۲/۲)	۷	(۷/۷)	۶	(۶/۶)
	دیپلم	۱۱	(۱۲/۲)	۱۷	(۱۸/۸)	۱۲	(۱۳/۳)
	تحصیلات دانشگاهی	۱۶	(۱۷/۷)	۵	(۵/۵)	۱۰	(۱۱/۱۱)

در جدول ۱ اطلاعات جمعیت‌شناختی مربوط به اعضای نمونهٔ مطالعه‌شده به‌تفکیک برای اعضای گروه‌های بهنجار و دارای اختلال افسردگی و گروه اختلال دوقطبی نوع یک ارائه شده است. تفاوت‌نداشتن گروه‌های مطالعه‌شده از نظر متغیرهای جمعیت‌شناختی بررسی شد. جهت مقایسهٔ گروه‌ها، به‌دلیل اسمی‌بودن مقیاس متغیرها، از آزمون خی‌دو استفاده شد. براساس نتایج به‌دست‌آمده، تفاوت معناداری در ویژگی‌های مذکور بین گروها مشاهده نشد؛ بنابراین سه گروه از لحاظ متغیرهای بالا همتا بودند.

جدول ۲. توزیع میانگین و انحراف استاندارد سن آزمودنی‌ها به‌تفکیک سه گروه مطالعه‌شده

گروه	بهنجار		افسردگی		اختلال دوقطبی	
	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد
	۳۳/۶۳	۷/۳۱	۳۹/۱۳	۱۰/۵۷	۳۸/۴۴	۱۱/۴۷

در جدول ۲ میانگین و انحراف استاندارد سن آزمودنی‌ها نشان داده شده است. مقایسهٔ سن در سه گروه مشخص کرد گروه‌ها به‌لحاظ سنی با هم تفاوت معناداری ندارند.

جدول ۳. میانگین نمرات ویژگی‌های شخصیتی به‌تفکیک گروه‌های مطالعه‌شده و نتایج آزمون تحلیل واریانس چندمتغیره

گروه	بهنجار		افسردگی		اختلال دوقطبی			
	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد	مقدار F	مقدار p
۱.اسکیزوئید	۶۷/۵۰	۱۷/۹۷	۸۴/۲۳	۱۸/۵۵	۷۳/۶۹	۱۴/۲۴	۷/۳۷	<۰/۰۰۱
۲.اجتنابی	۴۸/۷۳	۲۶/۸۵	۷۳/۲۷	۲۲/۵۶	۷۱/۰۷	۲۵/۳۸	۸/۸۱	<۰/۰۰۱
۳.وابسته	۶۱/۷۳	۳۰/۴۳	۷۴/۱۷	۲۰/۷۶	۷۷/۷۹	۱۱/۴۳	۴/۲۱	۰/۰۲۰
۴.نمایشی	۶۲/۵۰	۲۰/۱۲	۶۴/۰۳	۱۹/۸۵	۷۵/۹۰	۱۴/۳۷	۴/۶۸	۰/۰۲۰
۵.خودشیفته	۷۲/۳۰	۱۴/۹۱	۷۴/۷۳	۱۳/۷۶	۸۴/۷۹	۱۶/۳۱	۵/۷۱	<۰/۰۰۱
۶.ضداجتماعی	۵۹/۸۰	۱۰/۵۷	۷۳/۵۷	۱۸/۷۱	۸۱/۱۰	۲۱/۹۵	۱۱/۰۵	<۰/۰۰۱
۷.پرخاشگر/ آزارگر	۷۰/۰۷	۱۴/۷۵	۷۷/۳۳	۱۴/۹۰	۸۰/۲۸	۱۴/۷۶	۳/۷۳	۰/۰۳۰
۸.وسواسی	۸۲/۳۳	۱۲/۸۱	۷۵/۳۷	۱۹/۹۶	۷۵/۰۷	۱۳/۸۰	۲	۰/۱۴۰
۹.منفعل/پرخاشگر	۴۳/۸۷	۲۴/۸۳	۸۶/۲۳	۲۰/۴۹	۷۸/۷۶	۲۱/۲۲	۳۰/۸۳	<۰/۰۰۱
۱۰.خود تخریب‌گر	۴۷/۷۳	۲۵/۴۱	۷۸/۳۷	۱۶/۶۳	۷۹/۵۹	۲۱/۴۸	۲۱/۰۵	<۰/۰۰۱
۱۱.اسکیزوتایپال	۶۰/۰۷	۱۳/۴۶	۸۶/۵۰	۲۱/۳۸	۸۲/۳۸	۱۸/۹۰	۱۸/۲۵	<۰/۰۰۱
۱۲.مرزی	۴۳/۱۷	۱۹/۱۰	۷۴/۳۳	۱۸/۸۶	۷۱/۸۶	۲۱/۰۲	۲۳/۱۷	<۰/۰۰۱
۱۳.پارانوئید	۶۵/۷۰	۹/۲۲	۷۵/۲۳	۱۴/۴۵	۸۳/۳۸	۱۸/۶۰	۱۰/۹۱	<۰/۰۰۱

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-11-04]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1397.8.0.26.1]

در جدول ۳ آمار توصیفی مربوط به میانگین و انحراف معیار نمرات ویژگی‌های شخصیتی به‌تفکیک برای گروه‌های بهنجار و دارای اختلال افسردگی و گروه اختلال دوقطبی نوع یک و همچنین نتایج آزمون آماری تحلیل واریانس چندمتغیره ارائه شد. پیش از انجام این آزمون، مفروضه‌های آن شامل نرمال‌بودن توزیع نمرات و همسانی ماتریس کوواریانس‌ها و همگنی واریانس متغیرهای وابسته تحت بررسی قرار گرفت. نتایج این آزمون نشان داد تفاوت معنادار بین ویژگی‌های شخصیتی افراد بهنجار و بیماران مبتلا به اختلال دوقطبی نوع یک و اختلال افسردگی وجود دارد ($p<۰/۰۵$).

جدول ۴. آزمون تعقیبی توکی برای مقایسهٔ میانگین نمرهٔ گروه‌ها در هریک از ویژگی‌های شخصیتی

متغیر وابسته	گروه ۱	گروه ۲	تفاوت میانگین ۲ ـ ۱	خطای استاندارد	مقدارp
اسکیزوئید	بهنجار	افسردگی	ـ۱۶/۷۳	۴/۴۰	<۰/۰۰۱
		دوقطبی	ـ۶/۱۸	۴/۴۴	۰/۳۴۰
	دوقطبی	افسردگی	ـ۱۰/۵۴	۴/۴۴	۰/۰۴۹
اجتنابی	بهنجار	افسردگی	ـ۲۴/۵۳	۶/۴۵	<۰/۰۰۱
		دوقطبی	ـ۲۲/۳۳	۶/۴۰	<۰/۰۰۱
	دوقطبی	افسردگی	ـ۲/۱۹	۶/۵۰	۰/۹۳۰
وابسته	بهنجار	افسردگی	ـ۱۲/۴۳	۵/۷۷	۰/۰۰۸
		دوقطبی	ـ۱۶/۰۵	۵/۸۲	۰/۰۰۲
	دوقطبی	افسردگی	۳/۶۳	۵/۸۲	۰/۸۱۰
نمایشی	بهنجار	افسردگی	ـ۱/۵۳	۴/۷۳	۰/۹۴۰
		دوقطبی	ـ۱۳/۳۹	۴/۷۷	۰/۰۲۰
	دوقطبی	افسردگی	ـ۱۱/۸۶	۴/۷۷	۰/۰۳۹
خودشیفته	بهنجار	افسردگی	ـ۲/۴۳	۳/۸۷	۰/۸۱۰
		دوقطبی	ـ۱۲/۴۹	۳/۹۰	<۰/۰۰۱
	دوقطبی	افسردگی	۱۰/۰۶	۳/۹۰	۰/۰۳۰
ضداجتماعی	بهنجار	افسردگی	ـ۱۳/۷۷	۴/۵۶	<۰/۰۰۱
		دوقطبی	ـ۲۱/۳۰	۴/۶۰	<۰/۰۰۱
	دوقطبی	افسردگی	۷/۵۳	۴/۶۰	۰/۲۴۰
پرخاشگر/آزارگر	بهنجار	افسردگی	ـ۷/۲۶	۳/۸۲	۰/۱۴۰
		دوقطبی	ـ۱۰/۲۰	۳/۸۵	۰/۰۳۰
	دوقطبی	افسردگی	۲/۹۴	۳/۸۵	۰/۷۳۰
وسواسی	بهنجار	افسردگی	۶/۹۶	۴/۰۹	۰/۲۱۱
		دوقطبی	۷/۲۶	۴/۱۳	۰/۱۹۰
	دوقطبی	افسردگی	۰/۳۰	۴/۱۳	۰/۹۹۷
منفعل/پرخاشگر	بهنجار	افسردگی	ـ۴۲/۳۶	۵/۷۳	<۰/۰۰۱
		دوقطبی	ـ۳۴/۸۹	۵/۸۰	<۰/۰۰۱
	دوقطبی	افسردگی	ـ۷/۴۷	۵/۸۰	۰/۴۱۰
خودتخریب‌گر	بهنجار	افسردگی	ـ۳۰/۶۳	۵/۵۴	<۰/۰۰۱
		دوقطبی	ـ۳۱/۸۵	۵/۵۹	<۰/۰۰۱
	دوقطبی	افسردگی	۱/۲۱	۵/۵۹	۰/۹۶۰
اسکیزوتایپال	بهنجار	افسردگی	ـ۲۶/۴۳	۴/۷۰	<۰/۰۰۱
		دوقطبی	ـ۲۲/۳۱	۴/۷۴	۰/۰۱۰
	دوقطبی	افسردگی	ـ۴/۱۲	۴/۷۴	۰/۶۶۱
مرزی	بهنجار	افسردگی	ـ۳۱/۱۶	۵/۰۷	<۰/۰۰۱
		دوقطبی	ـ۲۸/۶۹	۵/۱۲	<۰/۰۰۱
	دوقطبی	افسردگی	ـ۲/۴۷	۵/۱۲	۰/۸۸۰
پارانوئید	بهنجار	افسردگی	ـ۹/۵۳	۳/۷۵	۰/۰۴۰

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-11-04]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1397.8.0.26.1]

	دوقطبی	۱۷/۶۷ـ	۳/۷۸	<۰/۰۰۱
دوقطبی	افسردگی	۸/۱۴	۳/۷۸	۰/۰۸۰

جهت مقایسهٔ دوبه‌دوی گروه‌ها در هریک از ویژگی‌های شخصیتی، آزمون تعقیبی توکی به‌کار گرفته شد. براساس اطلاعات ارائه‌شده در جدول ۴، بین افراد بهنجار و مبتلا به اختلال افسردگی اساسی در ویژگی‌های شخصیتی اسکیزوئید($p<۰/۰۰۱$)، اجتنابی ($p<۰/۰۰۱$)، ضداجتماعی ($p<۰/۰۰۱$)، منفعل/پرخاشگر ($p<۰/۰۰۱$)، خودتخریب‌گر ($p<۰/۰۰۱$)، اسکیزوتایپال ($p<۰/۰۰۱$)، مرزی ($p<۰/۰۰۱$) و پارانوئید ($p=۰/۰۴۰$) تفاوت معنادار وجود دارد. بین افراد مبتلا به اختلال دوقطبی نوع یک و افراد بهنجار در تمامی ویژگی‌های شخصیتی به‌استثنای ویژگی‌های اسکیزوئید و وسواسی تفاوت معنادار مشاهده می‌شود ($p<۰/۰۵$). همچنین بین افراد مبتلا به اختلال دوقطبی نوع یک و اختلال افسردگی اساسی در ویژگی‌های اسکیزوئید ($p=۰/۰۴۹$) و نمایشی ($p=۰/۰۳۹$) و خودشیفته ($p=۰/۰۳۰$)، تفاوت معنادار یافت می‌شود؛ اما در سایر گزینه‌ها مقایسه‌ها تفاوت معناداری را نشان نمی‌دهد.

۴ بحث

نتایج حاصل از این پژوهش نشان داد تفاوت بین گروه‌ها در تمامی ویژگی‌های شخصیتی به‌جز اختلال شخصیت وسواسی‌جبری معنادار است. تفاوت‌نداشتن گروه‌ها در اختلال وسواسی‌جبری به‌واسطهٔ مطالعات اخیر تأیید می‌شود؛ درواقع این مطالعات بیان می‌کنند اختلال وسواسی‌جبری می‌تواند با هر دو اختلال افسردگی اساسی و اختلال دوقطبی همراه شود (۲۵،۲۷). به‌عبارت‌دیگر همان‌طورکه در افسردگی خشم پنهان وجود دارد و به درون برگردانده می‌شود در افراد با ویژگی‌های وسواسی نیز خشم پنهان وجودداشته که فرد آن را به درون برمی‌گرداند (۲۶). همچنین به‌دلایل ناشناخته اختلال شخصیت وسواسی‌جبری در مواقع فراوانی با اختلال دوقطبی همراه می‌شود (۲۵).

یافته‌های پژوهش حاضر همانند مطالعات پیشین تفاوت افراد بهنجار و مبتلا به اختلال افسردگی اساسی را در ویژگی‌های شخصیتی اسکیزوئید، اجتنابی، ضداجتماعی، خودتخریبگر، پرخاشگر منفعل، اسکیزوتایپال، مرزی و پارانوئید بیان می‌کند (۱۴،۲۳،۲۴). به‌عبارت‌دیگر افراد مبتلا به افسردگی عمده دوره‌های طولانی خلق افسرده یا غمگینی همراه با کناره‌گیری اجتماعی و بدبینی دربارهٔ دیگران و آینده و حساسیت درقبال طرد را نشان می‌دهند (۱۴) و درصورت برآورده‌نشدن این نیازها دچار پریشانی هیجانی می‌شوند. خشم آن‌ها برانگیخته‌شده و این خشم را به‌صورت غیرمستقیم و پرخاشگری نافعال ابراز می‌دارند (۹،۱۳). همبودی این عنصر پرخاشگر نافعال با افسردگی خودمختار به‌واسطهٔ مطالعهٔ بک و مطالعهٔ جوفی و رگان تشریح شده است. همچنین هماهنگ با مطالعهٔ حاضر، مطالعات پیشین نیز بین ویژگی‌ها و اختلال‌های شخصیت با همبودی و آسیب‌شناسی و درمان اختلال افسردگی اساسی همبستگی‌هایی یافته‌اند (۲۲ـ۱۷).

در تبیین این نتایج می‌توان گفت برطبق مدل آسیب‌پذیری یا آمادگی، افراد دارای ویژگی‌های شخصیتی خاص، بیشتر دچار افسردگی می‌شوند (۱۷). این افراد در وضعیت استرس‌زا درمقابل افسردگی آسیب‌پذیر هستند؛ بنابراین اگر ویژگی شخصیتی در عود افسردگی نقش داشته باشد، می‌توان برای افزایش تأثیر درمان اختلال‌های خلقی به اختلال‌های شخصیت نیز اندیشید (۱۷،۱۹،۲۰،۲۳).

وجود ویژگی‌های پرخاشگر نافعال، اجتنابی، پارانوئید، اسکیزوئید، مرزی اسکیزوتایپال، ضداجتماعی در افراد افسرده درمقایسه با افراد بهنجار مشکلات بین‌فردی و رفتاری را در بیشتر این افراد مطرح می‌کند که این موضوع نشان می‌دهد روان‌درمانی‌های بین‌فردی و رفتاری باید در اولویت درمان قرار گیرند (۲۳ـ۱۹). همچنین باتوجه به اینکه درمان‌های اختلالات محور یک در اثر مداخلهٔ اختلال‌های محور دو پیچیده و دشوار می‌شوند (۱۹،۲۳)، بنابراین درمواقع وجود این ویژگی‌ها در افراد افسرده و به‌خصوص همبودی عنصر ضداجتماعی با افسردگی لازم است پیروی از دستورات دارویی ارزیابی و روان‌درمانی مناسب انتخاب شود.

مرور مطالعات از سال ۱۹۹۰ نشان داده که همبودی اختلال‌های افسردگی و اختلال‌های شخصیت باعث نتایج بدتری در عملکرد اجتماعی و سطوح بیشتر علائم باقی‌مانده و پاسخ درمانی ضعیف می‌شود. برخی معتقد هستند که ویژگی‌های شخصیتی مانعی در راه درمان افسردگی است (۷،۱۵،۲۴).

همچنین براساس نتایج حاصل از این پژوهش، بین افراد مبتلا به اختلال دوقطبی نوع یک و افراد بهنجار در تمامی ویژگی‌های شخصیتی به‌استثنای ویژگی‌های اسکیزوئید و وسواسی تفاوت معنادار وجود دارد. یافته‌های این پژوهش همسو با یافته‌های پژوهش جوکار (۶) است که به این نتیجه رسیدند، میزان همبودی اختلال دوقطبی نوع یک، بیشترین همبودی را با ویژگی‌های اختلال شخصیت مرزی، نمایشی، خودشیفته، ضداجتماعی و پرخاشگر نافعال دارد. پژوهش‌های اپلفام و همکاران (۱۶) نشان از همبودی میان اختلال دوقطبی و کلاستر B اختلال‌های شخصیت بود. نتایج گودمن، جونگ و ترایبسر مشخص کرد ارتباط اختلال دوقطبی نوع یک با اختلال مرزی و شخصیت وسواسی بیشتر است که دربارهٔ شخصیت وسواسی با داده‌های حاصل از این پژوهش مغایرت دیده می‌شود. برخی پژوهشگران علت این تفاوت را علاوه بر مسائل روش‌شناختی، درنظرنگرفتن اختلال‌های شخصیت با اختلال‌های ناشی‌از مصرف مواد و تعامل این دو عامل در بیماران دوقطبی ذکر کرده‌اند (۶،۱۶). در پژوهش‌های صورت‌گرفته بیشترین اختلال شخصیتی که در ارتباط با اختلال دوقطبی تحت مطالعه قرار گرفته، اختلال شخصیت مرزی است (۱۶). این دو اختلال همپوشی زیادی در علائم (بی‌ثباتی خلق و تکانشگری) از خود نشان می‌دهند. درواقع از چالش‌های بسیار بزرگ که متخصصان حوزهٔ درمان و آسیب‌شناسی روانی با آن مواجه هستند تشخیص افتراقی این دو اختلال است. در دهه‌های اخیر این

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-11-04]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1397.8.0.26.1]

موضوع از سوی برخی محققان پیشنهاد شده که اختلال شخصیت مرزی مجدداً باید در طیف اختلال‌های خلقی مفهوم‌سازی شود (۱۶،۱۹). آکیسکال بر این باور است که BPD و اختلال‌های دوقطبی براساس سرشت سیکلوتایمیک که بی‌ثباتی هیجانی و حساس‌بودن بین‌فردی را شامل می‌شود، در یک‌پیوستار قرار می‌گیرند. ازسوی‌دیگر، برخی دیگر از محققان تفاوت‌های مهمی میان این دو اختلال ذکر کرده و آن‌ها را دو اختلال کاملاً متمایز می‌دانند (۱۶). بنا به توصیهٔ DSM-5 حتی یکی از انواع تشخیص افتراقی اختلال شخصیت مرزی اختلال دوقطبی است. مطالعهٔ راگر و همکارانش در سال ۲۰۱۰ بیان کرد حدود ۴۰ درصد از افراد مبتلا به تشخیص اختلال مرزی قبلاً به‌عنوان اختلال دوقطبی تشخیص داده شده بودند. یکی از فرضیه‌های مطرح در این زمینه نقش ژن‌ها در ابتلا به هر دو اختلال است (۱۶،۱۹).

همچنین نتایج حاصل از این پژوهش مشخص کرد بین ویژگی‌های شخصیتی اسکیزوئید و نمایشی و خودشیفته در بیماران مبتلا به افسردگی اساسی و دوقطبی تفاوت معنادار وجود دارد. افسرده‌ها در ویژگی اسکیزوئید و دوقطبی‌ها در ویژگی خودشیفته و نمایشی، نمرات بیشتر را به‌خود اختصاص دادند و در ۱۱ ویژگی شخصیتی دیگر تفاوت معناداری بین دو گروه مشاهده نشد. این یافته‌ها با ادبیات نظری موجود درزمینهٔ اختلال‌های شخصیت اسکیزوئید و خودشیفته هم‌خوان است (۱۶،۱۹،۲۱). شخصیت اسکیزوئید با کناره‌گیری، دخالت‌نکردن در امور روزمره مردم‌گریزی، کناره‌گیری، درونگرایی و غیراجتماعی‌بودن همراه بوده که این ویژگی‌ها با دوره‌های مانیک در افراد مبتلا به اختلال دوقطبی تضاد دارد. همچنین برخی ویژگی‌های دورهٔ مانیک مانند خیالبافی دربارهٔ موفقیت، احساس اعتمادبه‌نفس کاذب و اغراق دربارهٔ توانایی‌ها در اختلال شخصیت خودشیفته دیده می‌شود که این ویژگی‌ها با ویژگی‌های مهم دوره‌های افسردگی تضاد دارد؛ بنابراین تفاوت ببین این دو ویژگی در اختلال افسردگی اساسی و دو قطبی نوع یک توجیه‌پذیر است (۱۶،۲۱).

۵ نتیجه‌گیری

براساس داده‌های به‌دست‌آمده در پژوهش مذکور باید گفت وجود هم‌زمان ویژگی‌های شخصیتی که در این پژوهش بررسی شد، بر نتایج درمان تأثیرگذار است؛ زیرا هم بر شدت علائم می‌افزاید و هم میزان پاسخ‌دهی فرد به درمان را تحت‌تأثیر قرار می‌دهد. وجود چنین پیامدهایی مشخص می‌کند سیمای بالینی بیمارانی که به‌طور هم‌زمان مبتلا به اختلال‌های خلقی و اختلال شخصیت هستند وخیم‌تر از افرادی است که تنها علائم یکی از این اختلالات را نشان می‌دهند. شناسایی ویژگی‌های شخصیتی مرتبط با هریک از اختلال‌ها می‌تواند به روان‌شناسان در جهت ارائهٔ راهکارهای درمانی کمک بسیاری کند.

۶ تشکر و قدردانی

بدین‌وسیله از تمامی کارکنان و بیماران مرکز آموزشی درمانی روان‌پزشکی ایران که در انجام این پژوهش همکاری‌های لازم را داشتند، صمیمانه تشکروقدردانی می‌شود.

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-11-04]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1397.8.0.26.1]

References

1. Hoseindoust F, Heshmati R. Comparative Study of Temperament and Character Dimensions of Personality in Patients with Major Depressive Disorder, Bipolar I Disorder and Normal People. SJIMU. 2016; 23 (7) :39-50.[Persian] [Link]
2. America Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders DSM-5. Rezaei F, et al. (Persian translators). Arjmand; 2015. [Link]
3. Khaledian PA. Comparative Study of positive and negative perfectionism in patients with major depressive disorder, bipolar disorder and normal individuals [Master's thesis in General Psychology]. [Tehran]: Al-Zahra University;2011. [Persian] [Link]
4. Gharamaleki RB, Khanjani Z, Babapour J. Comparison of Five Big Personality Factors in Depressive Disorder Patients and Obsessive–Compulsive Disorders with normal individuals. 2013;14(51):110-7. [Persian] [Link]
5. Rahimi A, Porrahimi M, Ahmadpanah M, Shamsaei F, Torabian S. Comorbid personality disorders in patients with bipolar I disorder after treatment of manic phase. Sci J Hamadan Nurs Midwifery Fac. 2014; 22 (1) :15-20. [Persian] [Link]
6. Jokar M. The comorbidity of bipolar disorders and personality disorders, clinical appearance of bipolar patients with and without personality disorder [Master's thesis in clinical psychology].[Tehran, Iran]:University of Welfare and Rehabilitation Sciences; 2011. [Persian] [Link]
7. Tamanaeifar SH, Mohammadkhani P, Pourshahbaz A. The relationship between cluster B personality disorders and major depressive disorder with recurrent depression. Journal of Rehabilitation. 2008;9(3):57-62. [Persian] [Link]
8. Joyce PR, Mulder RT, Luty SE, McKenzie JM, Sullivan PF, Cloninger RC. Borderline personality disorder in major depression: symptomatology, temperament, character, differential drug response, and 6-month outcome. Comprehensive Psychiatry. 2003 Jan 1;44(1):35-43. [Link]
9. Groth-Marnat G. Handbook of Psychological Assessment for clinical psychologists, counselors and psychiatrists. Sharifi HP, Nikkhoo MR. (Persian translator). Tehran: Nashr Sokhan, Volume 1;2011. [Link]
10. Mehrinejad A, Rajabi moghaddam S. Comparing personality traits of allergic rhinitis normal individuals. Scientific Journal of Kurdistan University of Medical Sciences. 2012; 17: 60-53. [Persian] [Link]
11. Chegini M, Delavar A, Garrayi B. Psychometric Characteristics of Millon Clinical Multiaxial Inventory-III. Journal Management System.2013;8(29):135-162. [Persian] [Link]
12. Ahadi H, Meschi F, Imani F, Rahgozar M. Comparing clinical personality questionnaire in the Millon Clinical women. Quarterly Journal of Woman & Scociety.2012;2 (4): 49-72. [Persian] [Link]
13. Moghanloo M. The relationship between the five-factor model of personality, identity styles and religiosity [Master Thesis]. [Tehran, Iran]: Tarbiat Modarres University;2007. [Persian] [Link]
14. Fava M, Farabaugh AH, Sickinger AH, Wright E, Alpert JE, Sonawalla Set al. Personality disorders and depression. Psychological Medicine. 2002 Aug;32(6):1049-57. [Link]
15. Nabizade Chiane G, Hashemi Nosratabad T, Poorsharifi H, Forooreshi M. Character pages and system activation / inhibition in patients with schizophrenia, bipolar disorder and normal individuals. Journal of Clinical Psychology. 2011;2(3):51-62. [Persian] [Link]
16. 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 espanolas de psiquiatria. 2013;41(5):269-78. [Link]
17. Yıldız M, Şahin Ş, Batmaz S, Songur E, Kutlutürk F. The relationship between depression, anxiety, personality traits and coping strategies of patients with euthyroid Hashimoto's Thyroiditis. The European Journal of Psychiatry. 2017 Jul 1;31(3):113-8. [Link]
18. Kövi Z, Odler V, Gacsályi S, Hittner JB, Hevesi K, Hübner A, et al. Sense of coherence as a mediator between personality and depression. Personality and Individual Differences. 2017 Aug 1;114:119-24. [Link]
19. Baryshnikov I, Joffe G, Koivisto M, Melartin T, Aaltonen K, Suominen K, et al. Relationships between self-reported childhood traumatic experiences, attachment style, neuroticism and features of borderline personality disorders in patients with mood disorders. Journal of affective disorders. 2017 Mar

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-11-04]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1397.8.0.26.1]

1;210:82-9. [Link]
20. Baryshnikov I, Suvisaari J, Aaltonen K, Koivisto M, Näätänen P, Karpov B, et al. Self-reported symptoms of schizotypal and borderline personality disorder in patients with mood disorders. European Psychiatry. 2016 Mar 1;33:37-44. [Link]
21. Coleman D, Lawrence R, Parekh A, Galfalvy H, Blasco-Fontecilla H, Brent DA, et al. Narcissistic Personality Disorder and suicidal behavior in mood disorders. Journal of psychiatric research. 2017 Feb 1;85:24-8. [Link]
22. Jylhä P, Rosenström T, Mantere O, Suominen K, Melartin T, Vuorilehto M, et al. Personality disorders and suicide attempts in unipolar and bipolar mood disorders. Journal of affective disorders. 2016 Jan 15;190:632-9. [Link]
23. Berg JM, Kennedy JC, Dunlop BW, Ramirez CL, Stewart LM, Nemeroff CB, et al. The structure of personality disorders within a depressed sample: Implications for personalizing treatment. Personalized medicine in psychiatry. 2017 Mar 1;1:59-64. [Link]
24. Corruble E, Ginestet D, Guelfi JD. Comorbidity of personality disorders and unipolar major depression: a review. Journal of Affective Disorders. 1996 Apr 12;37(2-3):157-70. [Link]
25. Ozdemiroglu F, Sevincok L, Sen G, Mersin S, Kocabas O, Karakus K, et al. Comorbid obsessive–compulsive disorder with bipolar disorder: A distinct form?. Psychiatry research. 2015 Dec 30;230(3):800-5. [Link]
26. Moritz S, Kempke S, Luyten P, Randjbar S, Jelinek L. Was Freud partly right on obsessive–compulsive disorder (OCD)? Investigation of latent aggression in OCD. Psychiatry Research. 2011 May 15;187(1-2):180-4. [Link]
27. Light KJ, Joyce PR, Luty SE, Mulder RT, Frampton CM, Joyce LR, et al. Preliminary evidence for an association between a dopamine D3 receptor gene variant and obsessive-compulsive personality disorder in patients with major depression. American Journal of Medical Genetics Part B: Neuropsychiatric Genetics. 2006 Jun 5;141(4):409-13. [Link]

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-11-04]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1397.8.0.26.1]