

رابطه صفات شخصیتی مرزی و سایکوپاتیک با کیفیت خواب در دانشجویان دانشگاه تبریز

سپیده فرج‌پور نیری^{۱*}
میکائیل بخشش بروجنی^۲

چکیده

هدف پژوهش حاضر بررسی تأثیرات ساختاری صفات شخصیت سایکوپاتیک و صفات شخصیت مرزی بر کیفیت خواب بود. از این رو ۲۶۰ نفر (۱۰۲ آقا و ۱۵۸ خانم) از دانشجویان دانشگاه تبریز با استفاده از نمونه‌گیری خوشه‌ای چندمرحله‌ای انتخاب شدند و توسط پرسشنامه‌های کیفیت خواب پیتربرگ (PSQI)، صفات شخصیت سایکوپاتیک لوینسون و صفات شخصیت مرزی (STB) مورد ارزیابی قرار گرفتند. جهت تحلیل نتایج از روش مدل‌یابی معادلات ساختاری بهره گرفته شد. یافته‌ها نشان داد که صفات شخصیت سایکوپاتی و صفات شخصیت مرزی بر کیفیت خواب تأثیر منفی دارند و در این بین، صفات شخصیت مرزی تأثیر به‌مراتب بیشتری نسبت به صفات شخصیت سایکوپاتیک بر کیفیت خواب داشته و موجب تخریب گسترده‌تری می‌شود.

واژگان کلیدی: کیفیت خواب، صفات شخصیت، سایکوپاتی، مرزی

مقدمه

خواب فرآیندی است که مغز برای عملکرد مناسب به آن نیاز دارد و مشکل خواب منجر به تغییرات موقتی در خلق و شناخت می‌گردد. این عامل با مکانیسم‌های مغزی کاهش یافته در منطقه قشر پیش‌پیشانی^۱ همراه است. حالت مشابهی در برخی از اختلالات روان‌شناختی وجود دارد. برای مثال، حالات روان‌شناختی همچون اختلالات عاطفه، سایکوزها و رفتار ضداجتماعی، با ناهنجاری‌های ساختاری و عملکردی در قشر پیش‌پیشانی در ارتباطند (کاهن‌گرین، کیلگر، کمپوری، بالکین و کیلگور^۲، ۲۰۰۷).

۱_ کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، دانشگاه تبریز (نویسنده مسئول) Email: sepidfarajpour@gmail.com

۲_ کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، دانشگاه تبریز

1- prefrontal cortical

2- Kahn-Greene, Killgore, Kamimori, Balkin, & Killgore

فصلنامه پژوهش‌های نوین روان‌شناختی

ویژه‌نامه اولین کنگره دوسالانه تازه‌های روان‌شناسی و علوم رفتاری دانشگاه تبریز ۱۶ و ۱۷ مهرماه ۱۳۹۸

مطالعات حال حاضر نشان‌دهنده تمرکز روزافزون بر رابطه بین اختلالات خواب و اختلالات رفتاری است و مطالعات بالینی و حیوانی منعکس‌کننده تأثیر محرومیت از خواب بر پرخاشگری و کنترل تکانه هستند (سمیز و همکاران^۱، ۲۰۰۸). اغلب افراد دچار اختلالات کنترل تکانه، اختلالات خواب دارند. حتی در افراد سالم، محرومیت از خواب منجر به ایجاد مشکل در شناخت، تصمیم‌گیری و شاید دشواری در کنترل تکانه می‌شود (اچسون، ریچاردس و دویت^۲، ۲۰۰۷). از جمله اختلالات دارای صفات شخصیتی تکانه‌ای، دو اختلال مرزی و سایکوپاتی هستند. این دو اختلال مکرراً در زمینه نشانگان، ابعاد شخصیتی، نرخ شیوع، عوامل خطر^۳ و نتایج درمانی، همپوشانی دارند اما برخی تفاوت‌های رفتاری نیز بین این دو وجود دارد (پاریس^۴، ۱۹۹۷). از سایر ویژگی‌های این دو اختلال می‌توان به خشم و خصومت، پرخاشگری و تحریک‌پذیری، خطرپذیری اشاره کرد (سادوک، سادوک و روئیز^۵، ۱۳۹۵).

در مطالعه اچسون و همکاران (۲۰۰۷)، محرومیت از خواب بر نمرات بسیاری از ابزارهای اندازه‌گیری رفتارهای تکانه‌ای مؤثر نبود، اما به‌طور متفاوتی نمرات مقیاس خطرپذیری را تغییر داد. همچنین، در مقیاس ماتریس ارزیابی عصب روان‌شناختی خودکار (ANAM)^۶، محرومیت از خواب در زنان و نه در مردان، با کاهش خطرپذیری همراه بود. مقیاس خطرپذیری بادکنکی (BART)^۷ نیز نشان داد که محرومیت از خواب با خستگی ادراک‌شده و عملکرد مختل در مقیاس توجه و کارایی شناختی همبند است. محرومیت از خواب منجر به کاهش در خلق مثبت می‌شود که در طول روز پایدار است. وی میانجی احتمالی این عوامل را فعالیت تغییر یافته^۸ در بخش‌های مغزی همچون مناطق پیش‌پیشانی و قشر کناره‌ای^۹ می‌داند.

پژوهش ایرلند و کالپین^{۱۰} (۲۰۰۶) با نمونه ۱۸۴ جوان و نوجوان مجرم نشان داد که پرخاشگری با کاهش توأم کیفیت و کمیت خواب گزارش شده مرتبط است. طبق نتیجه ابزارهای سنجش پرخاشگری، میزان افزایش یافته خصومت پیش‌بین کاهش فعلی ساعات خواب و افزایش مشکل در کیفیت خواب می‌گردند.

بیدار ماندن‌های متوالی با افزایش معنی‌دار در نشانگان خود گزارشی آسیب‌شناسی روانی، شامل شکایت‌های بدنی، نگرانی، افسردگی و پارانوایا همراه بوده است؛ اما در اختلالات مرتبط با نگرانی، نشانگان مانیا، مرزی، اسکیزوفرنیک یا حالات ضداجتماعی فرقی با حالت اولیه نکردند (کاهن‌گرین و همکاران، ۲۰۰۷).

افراد مرزی کاهش کیفیت خواب را گزارش کرده‌اند، به‌طوری‌که ۶۰ درصد افرادی که تشخیص اختلال مرزی را دریافت کرده‌اند حداقل یک نشانگان مزمن از خواب مختل داشته‌اند (سلبی^{۱۱}، ۲۰۱۳). افراد مرزی از نظر چرخه خواب‌و بیداری نیز با افراد بهنجار تفاوت دارند. در روزهای کاری و یا تعطیل بیشتر از افراد بهنجار در بستر می‌مانند. حدود یک ساعت دیرتر از افراد بهنجار از خواب بیدار

1- Semiz& et.al

2- Acheson, Richards, & de Wit

3- risk factor

4- Paris

5- Sadock, Sadock, & Ruiz

6- Automated Neuropsychological Assessment Matrix

7- Balloon Analogue Risk Task

8- altered activity

9- parietal cortices

10- Ireland & Culpin

11- Selby

فصلنامه پژوهش‌های نوین روان‌شناختی

ویژه‌نامه اولین کنگره دوسالانه تازه‌های روان‌شناسی و علوم رفتاری دانشگاه تبریز ۱۶ و ۱۷ مهرماه ۱۳۹۸

می‌شوند و مدت‌زمان کلی خواب شبانه‌شان متغیرتر از افراد عادی است (هاین، گویل، برتون و گادبت^۱، ۲۰۱۶). مشکلات خواب در افراد مرزی، با خواب‌آلودگی در طول روز، خستگی و حس کرختی بیش‌ازحد که مانع اتمام کارهای روزمره باشد، همراه است. همچنین تجربه اختلال خواب در افراد مرزی، با افزایش میزان مشکل در تنظیم هیجانی، روابط اجتماعی، میزان حافظه و کاهش توانایی خود مراقبتی همراه است. نرخ خود مراقبتی کاهش یافته این افراد، تنظیم مشکلات هیجانی، اجتماعی و شناختی را تحت شعاع قرار می‌دهد (سلیبی، ۲۰۱۳).

طبق فراتحلیل حافظی (۲۰۱۳)، مشکلات خواب و مرتبط با خواب در افراد مرزی شایع هستند. فراوان‌ترین این موارد عبارت‌اند از: (۱) کیفیت پایین خواب، (۲) مدت‌زمان پایین خواب، (۳) کوتاه بودن نهمتگی در خواب (REM^۲، ۴) کوتاه بودن مدت‌زمان خواب (عمیق بودن خواب به‌خصوص در مرحله چهارم)، (۵) بیدار شدن‌های مداوم (مشکل در تداوم خواب)، (۶) نهمتگی افزایش یافته خواب، (۷) مدت‌زمان طولانی خواب (REM^۳ و ۸) وجود تفاوت در نتایج ابزارهای عینی و ذهنی خواب (افراد مرزی تمایل دارند که مشکلات خواب خود را بیش برآورد کنند).

نتیجه مطالعه طاهری فرد، ابوالقاسمی و حاجیلو (۲۰۱۵)، از مقایسه ۵۰ فرد مبتلا به اختلال شخصیت ضداجتماعی، ۵۰ فرد مبتلا به اختلال مرزی و ۵۰ فرد سالم به‌عنوان گروه کنترل، نشان داد که مبتلایان به این دو اختلال کیفیت خواب پایین‌تری نسبت به افراد گروه کنترل داشته‌اند. پژوهش سمیز و همکاران (۲۰۰۸) نیز نشان داد که بسیاری از مبتلایان به اختلال شخصیت ضداجتماعی در مقایسه با گروه کنترل، کیفیت خواب مختلفی دارند. کیفیت خواب ادراک‌شده پایین‌تر، تأخیر خواب طولانی‌تر، طول مدت خواب پایین‌تر و بالاتر بودن سطح کژ کاری در طول روز نمونه‌ای از این کیفیت مختل است. همچنین، رابطه مستقیم معناداری بین سطوح پرخاشگری و مختل شدن کیفیت خواب در این افراد گزارش شده است. در پژوهشی دیگر، ونوین، کارستن و لانس^۴ (۲۰۱۷) گزارش کردند که مشکل خواب رابطه مثبتی با نشانگان تکانشی در اختلال -شخصیت ضداجتماعی دارد، اما این تأثیر بعد از کنترل کردن دو عامل افسردگی و سو مصرف مواد به‌صورت بی‌معنی درآمده است.

در میان مردان ضداجتماعی که نرخ بالای پرخاشگری دارند، میزان افزایش‌یافته‌ای از موج کند خواب (SWS)^۵، گزارش شده است که ممکن است مبین آسیب‌شناسی مغزی خاص و یا تأخیر در تحول الگوهای خواب انسان باشد. از منظر پژوهش خواب، به نظر می‌رسد، وابسته‌های بیولوژیکی دخیل در پرخاشگری تکانشی شدید ویژگی‌های مشابهی را در زنان و مردان ایجاد کند. همچنین ممکن است مجرمان ضداجتماعی دچار مشکل در حفظ سطوح نرمال برانگیختگی در طول روز، حس خستگی در عصر کنند و شب‌هنگام خواب عمیق‌تری داشته باشند (لیندبرگ و همکاران^۶، ۲۰۰۹).

با توجه به اهمیت مسئله، وجود تناقضات در یافته‌های پژوهشی و همچنین در نظر گرفتن ناکافی بودن پژوهش‌های مشابه در باب اختلالات شخصیتی و کیفیت خواب، پژوهش حاضر به بررسی کیفیت خواب در دانشجویان دارای علائم شخصیت مرزی و سایکوپاتیک در نمونه‌ای متشکل از دانشجویان دانشگاه تبریز پرداخته است.

1- Huynh, Guilé, Breton, & Godbout

2- rapid eye movement sleep

3- non rapid eye movement sleep

4- Van Veen, Karsten, & Lancel

5- slow wave sleep

6- Lindberg et al

روش

پژوهش حاضر با توجه به اهداف، از نوع بنیادی و از نظر شیوه گردآوری داده‌ها، جزو پژوهش‌های توصیفی همبستگی است که در آن روابط علی ساختاری بین متغیرها مورد بررسی قرار گرفته است. جامعه مورد مطالعه شامل دانشجویان غیر بالینی زن و مرد دانشگاه تبریز در سال تحصیلی ۹۷-۹۸ بود. بر اساس روش‌های آماری مورد استفاده برای برازش مسیرهای علی، ۲۷۰ نفر با روش نمونه‌گیری خوشه‌ای چندمرحله‌ای انتخاب شده و پس از رعایت موارد اخلاقی، به پرسشنامه‌ها پاسخ دادند. پس از بررسی‌های اولیه ۱۰ پرسشنامه به علت ناقص بودن اطلاعات و دیگر مشکلات کنار گذاشته شدند. داده‌ها با استفاده از نرم افزارهای SPSS²² و AMOS²⁴ تحلیل شدند.

ابزارهای اندازه‌گیری

پرسشنامه شاخص کیفیت خواب پیتسبرگ (PSQI)¹: بویس، رینولدز لی، مونک، برمن و کاپفر^۲ (۱۹۸۹) این پرسشنامه را برای اولین بار ساخته و معرفی کردند. این پرسشنامه جهت اندازه‌گیری کیفیت و الگوهای خواب در افراد بزرگسال استفاده می‌شود. در این پرسشنامه، خواب با کیفیت مناسب را از نامناسب با ارزیابی هفت ویژگی خواب افراد در طول یک‌ماه گذشته تفکیک می‌کند. این موارد عبارت‌اند از: ۱- کیفیت ذهنی خواب، ۲- تأخیر در به خواب رفتن، ۳- طول مدت خواب، ۴- کارایی خواب، ۵- اختلالات خواب، ۶- مصرف داروهای خواب‌آور، ۷- اختلال عملکرد روزانه. امتیازدهی به پاسخ‌ها بر اساس مقیاس صفر تا سه صورت می‌گیرد که امتیاز ۳ مشخص‌کننده حداکثر منفی در مقیاس لیکرت است، مجموع امتیاز ۵ یا بیشتر نشان‌دهنده کیفیت نامطلوب خواب است. بویس و همکاران (۱۹۸۹) انسجام درونی پرسشنامه را با استفاده از آلفای کرونباخ ۰/۸۳ به دست آوردند. در نسخه ایرانی این پرسشنامه روایی ۰/۸۶ و پایایی ۰/۸۹ به دست آمد (شهری‌فر، ۱۳۸۸؛ به نقل از محمد حیدری، احتشام زاده و مرعشی، ۱۳۸۹).

پرسشنامه سایکوپاتی لوینسون: لوینسون، کپهل و فیتزپاتریک^۳ (۱۹۹۵) این آزمون ۲۶ آیتمی را جهت بررسی اجزای اصلی شخصیت سایکوپات در نمونه‌های غیرجنایی و غیر بالینی طراحی کردند. آزمون متشکل از دو عامل سایکوپاتی اولیه و ثانویه (مطرح‌شده توسط کارپمن^۴ در سال ۱۹۴۸) بوده و سؤالات در طیف لیکرت ۴ درجه‌ای (نمره یک بسیار مخالف و نمره چهار بسیار موافق) طراحی شده‌اند. دامنه نمره کلی سایکوپاتی ۲۶-۱۰۴ است و نمرات بالاتر برابر با شدت بالاتر سایکوپاتی در افراد است. سایکوپاتی اولیه، شامل سایکوپاتی واقعی^۵ با ویژگی‌های سنگدلی، بازی دادن، غیر هیجانی بودن^۶ هستند و سایکوپاتی ثانویه از طریق طریق رفتارهای ضداجتماعی و کنترل نشده‌ای شناخته می‌شود که در نتیجه عدم تنظیم هیجانی به وجود آمده‌اند (برای مثال تکانه‌ای بودن بسیار زیاد). طبق گزارش لوینسون و همکاران (۱۹۹۵) سایکوپاتی اولیه با حساسیت و آمادگی به ملالت^۷، تخریب‌گری^۸، هیجان هیجان خواهی و رفتار ضداجتماعی، رابطه مستقیم و با عواملی مانند اجتناب از آسیب رابطه معکوس دارد. سایکوپاتی ثانویه با عوامل نگرانی، تخریب‌گری، حساسیت به ملالت و رفتار ضداجتماعی رابطه مستقیم و با نمره معدل افراد رابطه معکوس دارد (به نقل از

1- Pittsburgh Sleep Quality Index

2- Buysse, Reynolds Iii, Monk, Berman, & Kupfer

3- Levenson, Kiehl, & Fitzpatrick

4- Karpman

5- true

6- unemotional

7- boredom susceptibility

8- disinhibition

فصلنامه پژوهش‌های نوین روان‌شناختی

ویژه‌نامه اولین کنگره دوسالانه تازه‌های روان‌شناسی و علوم رفتاری دانشگاه تبریز ۱۶ و ۱۷ مهرماه ۱۳۹۸

انستیس، گرین، ارنائو و انستیس^۱، (۲۰۱۷). ضریب آلفای این پرسشنامه در پژوهش انستیس و همکاران (۲۰۱۷)، ۰/۸۳ برای سایکوپاتی اولیه و ۰/۷۴ برای سایکوپاتی ثانویه بود.

پرسشنامه شخصیت مرزی: این پرسشنامه توسط کلاریج و بروکس^۲ (۱۹۸۴) در دانشگاه آکسفورد ساخته شد و راولینگز، کلاریج و فریمن^۳ (۲۰۰۱) آن را مورد تجدیدنظر قرار دادند. محمد زاده، گودرزی، تقوی و ملازاده (۱۳۸۴) با استفاده از نسخه ویرایش شده این آزمون و با انطباق آن با ملاک‌های DSM-IV-TR علاوه بر ۱۸ ماده اولیه ۶ ماده دیگر نیز به آن افزودند. این پرسشنامه دارای ۲۴ ماده است که به صورت بلی/ خیر پاسخ داده می‌شود. پاسخ بلی نمره یک و پاسخ خیر نمره صفر می‌گیرد. این مقیاس سه عامل ناامیدی، تکانش‌گری ناامیدی و عامل علائم تجزیه‌ای و پارانوئیدی وابسته به استرس را اندازه‌گیری می‌نماید. راولینگز و همکاران (۲۰۰۱) ضریب آلفای ۰/۸۰ را برای پرسشنامه شخصیت مرزی گزارش کرده‌اند. محمد زاده و همکاران (۱۳۸۴) ضریب اعتبار باز آزمایشی برای کل مقیاس شخصیت مرزی و خرده مقیاس‌های ناامیدی، تکانش‌گری و علائم تجزیه‌ای پارانوئیدی وابسته به استرس را به ترتیب ۰/۸۴، ۰/۵۳، ۰/۷۲ و ۰/۵۰. و با ضریب آلفای ۰/۷۷، ۰/۶۴، ۰/۵۸ و ۰/۵۷ گزارش نموده‌اند.

نتایج

جدول (۱) میانگین و انحراف استاندارد متغیرهای مورد مطالعه را نشان می‌دهد.

جدول (۱): میانگین و انحراف استاندارد متغیرهای مورد بررسی (تعداد=۳۶۰)

متغیر	میانگین	انحراف استاندارد
سایکوپاتی	۵۶/۷۸	۶/۵۷۱
مرزی	۷/۴۶	۴/۸۸۷
کیفیت خواب	۶/۲۸	۳/۴۰۲

جدول (۲) آماره‌های توصیفی و همبستگی تمام متغیرهای مکنون و آشکار در مطالعه حاضر را ارائه می‌دهد. اعداد پرننگ ایتالیک ضریب آلفای کرونباخ هر متغیر را نشان می‌دهد. ضریب همسانی درونی برای ابزارهای خود گزارشی (جدول ۲) بین ۰/۷۰ تا ۰/۸۴ است. گفتنی است تمامی همبستگی‌های بین متغیرهای مورد مطالعه در این پژوهش در سطح ۰/۹۹ معنی‌دار بودند. رابطه سایکوپاتی با مرزی بیش‌ترین همبستگی را با میزان ۰/۴۴ به خود اختصاص داده است.

1- Anestis, Green, Arnau, & Anestis

2- Claridge & Broks

3- Rawlings, Claridge, & Freeman

فصلنامه پژوهش‌های نوین روان‌شناختی

ویژه‌نامه اولین کنگره دوسالانه تازه‌های روان‌شناسی و علوم رفتاری دانشگاه تبریز ۱۶ و ۱۷ مهرماه ۱۳۹۸

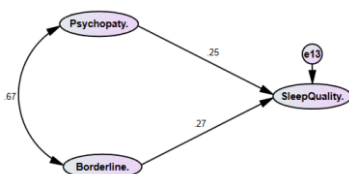
جدول (۲): همبستگی پیرسون و آلفای کرونباخ متغیرهای پژوهش

نام متغیر	۱	۲	۳
۱. سایکوپاتی	۰/۷۳		
۲. مرزی	۰/۴۳۷**	۰/۸۴	
۳. کیفیت خواب	۰/۲۲۰**	۰/۳۱۲**	۰/۷۰

شاخص کای اسکوئر برای ارزیابی برازش کلی مدل و تعیین میزان شدت اختلاف بین ماتریس‌های کوواریانس برآورد شده و مشاهده شده تعریف می‌شود (هو، بنتلر و کانو^۱، ۱۹۹۲). در واقع برای این شاخص باید مقدار سطح معناداری بیشتر از ۰/۰۰۵ باشد ($p\text{-value} < 0/005$) ولی این شاخص به شدت تحت تأثیر اندازه نمونه است و در نمونه‌های بالا عموماً برازش خوب مدل را نشان می‌دهد. از سویی دیگر وقتی تعداد نمونه کم باشد، توانایی لازم در تشخیص خوب یا ضعیف بودن برازش مدل را ندارد. با توجه به این محدودیت، معمولاً شاخص نسبت کای اسکوئر به درجه آزادی نیز گزارش می‌شود که تأثیر مقدار نمونه را در شاخص کای اسکوئر به حداقل می‌رساند، تاباچنیک و فیدل^۲ (۲۰۰۷) مقدار بین ۱ تا ۳ را بعنوان بهترین نسبت برای این شاخص در نظر گرفته‌اند. در مدل فرضی پژوهش، این مقدار برابر ۲/۳۷۶ به دست آمد که حاکی از برازش کاملاً مناسب مدل است (جدول ۳). تمامی مقادیر ارائه‌شده در جدول (۳) نشان از برازش خوب و نسبتاً مطلوب مدل فرضی ما دارد. شکل (۱)، مدل ضرایب استاندارد شده را نشان می‌دهد.

جدول (۳): شاخص‌های کلی برازش مدل مفروض

GFI	TLI	RFI	IFI	NFI	CFI	P	CMIN/df	Df	CMIN	RMSEA
۰/۹۵	۰/۸۸	۰/۸۱	۰/۹۲	۰/۸۷	۰/۹۱	۰/۰۰۰	۲/۳۷۶	۲۵	۵۹/۴۱	۰/۰۷۴



شکل (۱): مدل ضرایب استاندارد شده

همچنین محاسبه مجموع اثرات مستقیم و غیرمستقیم متغیرها روی کیفیت خواب در جدول (۴) ارائه شده است. با توجه به داده‌های جدول (۴)، سایکوپاتی با ضریب بتای ۰/۲۴۸ بر کیفیت خواب تأثیر دارد؛ به عبارت دیگر، یک واحد تغییر در انحراف معیار آن باعث می‌شود تا انحراف معیار کیفیت خواب به اندازه ۰/۲۴۸ واحد تغییر کند. همچنین شخصیت مرزی با ضریب بتای ۰/۲۶۵ بر کیفیت خواب نیز تأثیر دارند، به عبارت دیگر، یک واحد تغییر در انحراف معیار آن باعث می‌شود تا انحراف معیار کیفیت خواب به اندازه ۰/۲۶۵ واحد تغییر کند.

1- Hu, Bentler, & Kano

2- Tabachnick & Fidell

فصلنامه پژوهش‌های نوین روان‌شناختی

ویژه‌نامه اولین کنگره دوسالانه تازه‌های روان‌شناسی و علوم رفتاری دانشگاه تبریز ۱۶ و ۱۷ مهرماه ۱۳۹۸

جدول (۴): مقادیر استاندارد مسیرهای مستقیم

متغیر مستقل	متغیر وابسته	اثرات مستقیم
سایکوپاتی	کیفیت خواب	۰/۲۴۸ (۰/۰۳۳)
مرزی	کیفیت خواب	۰/۲۶۵ (۰/۰۲۶)

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر به بررسی رابطه کیفیت خواب با اختلال شخصیت مرزی و سایکوپاتیک در میان دانشجویان دانشگاه تبریز پرداخته است. نتایج پژوهش نشان داد که افراد دارای صفات شخصیت مرزی و سایکوپاتیک نرخ پایین کیفیت خواب دارند. این یافته با پژوهش‌هایی همچون سمیز و همکاران (۲۰۰۸)، طاهری فرد و همکاران (۲۰۱۵)، هم‌سو و با نتایج پژوهش‌های ونوین و همکاران (۲۰۱۷) ناهم‌سو است.

طبق فراتحلیل کامفویس، میرلو، کولهاس و لانس^۱ (۲۰۱۲)، خواب بی‌کیفیت ممکن است عامل بالقوه‌ای در پرخاشگری و خشونت باشد و رابطه بین این دو می‌تواند از طریق تأثیر کمبود خواب بر عملکرد قشری پیش‌پیشانی تبیین گردد. این عامل به عدم کنترل بر هیجان‌ها و نقص در تنظیم تکانه‌های پرخاشگرایانه، به‌گونه‌ای که مناسب موقعیت باشد، می‌انجامد. همچنین محور سروتونرژیک مرکزی^۲ و محور هیپوتالاموس-هیپوفیز آدرنال^۳ نیز مؤثر انگاشته شده‌اند. بنا به پژوهش ونوین و همکاران (۲۰۱۷)، اختلال خواب به اختلالات ساختاری و عملکردی در قشر پیش‌پیشانی افراد اختلال شخصیت مرزی و اختلال شخصیت ضداجتماعی می‌انجامد و آسیب‌پذیری این افراد نسبت به ناتوانی در کنترل تکانه افزایش می‌دهد. از سوی دیگر، رفتارهای تکانه‌ای با استرس بیشتر و بیش برانگیختگی همراه است که خود منجر به مختل شدن خواب می‌گردد. لذا، چرخه معیوبی از نشانگان مرزی و سایکوپاتیک و خواب مختل بروز پیدا می‌کند. همچنین، طبق فراتحلیل تصویربرداری مغزی فعالیت آمیگدالا و تنظیم پیش‌پیشانی آن، محرومیت از خواب با کاهش بیانگری هیجانی، اختلال در شناسایی هیجانی و افزایش تحریک‌پذیری هیجانی همراه است. شواهدی از نقص تنظیم هیجانی در بی‌خوابی^۴ و خواب باکیفیت پایین وجود دارد (بتی، کیل، اسپای و بیلو^۵، ۲۰۱۵). در مقابل، برانگیختگی هیجانی ناشی از نشانگان اختلال مرزی می‌تواند منجر به ایجاد اختلال در خواب این افراد گردد.

دلیل احتمالی دیگر رابطه موجود بین اختلال مرزی و اختلالات خواب، مشکلات تنظیم هیجانی، نشخوار ذهنی و یا تعارض‌های بین فردی در خلال روز است. چنین تجاربی ممکن است به‌صورت دشواری در به خواب رفتن، بیداری‌های متناوب به علت اشتغال ذهنی در مورد مشکلات و یا برانگیختگی بالا باشد (سلبی، ریبریرو و جوینر^۶، ۲۰۱۳). هم‌سو با این موضوع، ممکن است هیجان‌پذیری افراد مرزی، منجر به ایجاد برانگیختگی پیش از خواب گردد. این نوع برانگیختگی، حالتی از فعالیت بالای شناختی، فیزیولوژیکی و هیجانی قبل از خواب است که منجر به تأخیر افتادن شروع خواب و ایجاد بی‌خوابی می‌گردد (سانهد و جانسون فرجمارک^۷، ۲۰۱۳).

1- Kamphuis, Meerlo, Koolhaas, & Lancel

2- central serotonergic

3- Hypothalamic pituitary-adrenal-axis

4- insomnia

5- Beattie, Kyle, Espie, & Biello

6- Selby, Ribeiro, & Joiner

7- Sunhed & Jansson-Fröjmark

فصلنامه پژوهش‌های نوین روان‌شناختی

ویژه‌نامه اولین کنگره دوسالانه تازه‌های روان‌شناسی و علوم رفتاری دانشگاه تبریز ۱۶ و ۱۷ مهرماه ۱۳۹۸

با توجه به مشکلات بین فردی بسیار شایع در این اختلال، حساسیت هیجانی یکی از مسیرهای تبیینی خواب در افراد مرزی است. به‌علاوه، ممکن است بینش ضعیف به پاسخ‌های هیجانی فرد به استرس، در نتیجه برانگیختگی مخل و هیجان‌های منفی، منجر به افزایش نگرانی و نشخوار ذهنی گردند (گرو، اسمیت، کروول و الیس^۱، ۲۰۱۷).

نمونه‌ای از مطالعاتی که ریشه‌های زیست‌شناختی رفتارهای پرخاشگرانه و ضداجتماعی را بررسی کرده‌اند، مطالعه لیندبرگ و همکاران (۲۰۰۵) با نمونه‌ای متشکل از افراد ضداجتماعی است. نتایج الکتروانسفالوگرافی^۲ (EEG) این افراد مبین فعالیت آلفای^۳ کاهش‌یافته و فعالیت افزایش‌یافته امواج آلفا^۴ و تتا^۵ در لوب پس‌سری^۶ بود. به عقیده این پژوهشگران، ممکن است دشواری افراد ضداجتماعی در بیدار ماندن در طول روز، با دشواری در طی مرحله non-REM مرتبط باشد.

یکی از استنباط‌های حاکی از یافته‌ها این است که شناسایی و درمان اختلالات خواب در افراد با ویژگی‌های سایکوپاتی و یا مرزی، می‌تواند در بهبود علائم مختل شخصیتی در این افراد مؤثر باشد. نمونه پژوهش شامل دانشجویان غیر بالینی بود، لذا برای دستیابی به اطلاعات جامع‌تر و همچنین افزایش تعمیم‌پذیری، پیشنهاد می‌شود پژوهش در نمونه‌های متنوع‌تری همانند طیف بزهکار، نیز اجرا گردد. همچنین، پیشنهاد می‌شود در موارد بالینی، رفتاردرمانی دیالکتیکی^۷ مدنظر قرار داده شود. یکی از مشخصه‌های درمانی این روش، توجه خاص به کیفیت خواب است و به ارتقای توانایی افراد در مدیریت شرایط پر استرس، کاربست مهارت‌های مقابله و افزایش انرژی و تأثیرات مثبت کمک می‌کند (مارا، ۱۳۹۵). در پایان از تمامی دانشجویانی که در پژوهش حاضر مشارکت داشته‌اند، نهایت تشکر و قدردانی می‌شود.

منابع

- سادوک، بنجامین جیمز؛ سادوک، ویرجینیا آلوک و روئیز، پدرو (۱۳۹۵). خلاصه روان‌پزشکی کاپلان و سادوک بر اساس DSM-5، ترجمه فرزین رضاعی، تهران، انتشارات ارجمند.
- مارا، توماس (۱۳۹۵). راهنمای جامع و کاربردی رفتار درمانی دیالکتیکی فردی (ترجمه شیرین ایزدی و مهناز غیاثی)، تهران: انتشارات ارجمند.
- محمد حیدری، علیرضا؛ احتشام زاده، پروین؛ مرعشی، ماندانا (۱۳۸۹). رابطه شدت بی‌خوابی، کیفیت خواب، خواب‌آلودگی و اختلال در سلامت روان با عملکرد تحصیلی در دختران. فصلنامه زن و فرهنگ، ۱ (۴)، ۶۵-۷۶.
- محمد زاده، علی؛ گودرزی، محمدعلی؛ تقوی، سید محمدرضا و ملازاده، جواد (۱۳۸۴). بررسی ساختار عاملی، روایی، پایایی و هنجاریابی مقیاس شخصیتی مرزی (STB) در دانشجویان دانشگاه شیراز. اصول بهداشت روانی، ۷ (۲۸)، ۷۵-۸۹.

- Acheson, A., Richards, J. B., & de Wit, H. (2007). Effects of sleep deprivation on impulsive behaviors in men and women. *Physiology & behavior*, 91(5), 579-587.
- Anestis, J. C., Green, B. A., Arnau, R. C., & Anestis, M. D. (2017). Psychopathic Personality Traits in the Military: An Examination of the Levenson Self-Report Psychopathy Scales in a Novel Sample. *Assessment*, 1-14.
- Beattie, L., Kyle, S. D., Espie, C. A., & Biello, S. M. (2015). Social interactions, emotion and sleep: A systematic review and research agenda. *Sleep medicine reviews*, 24, 83-100.
- Buysse, D. J., Reynolds Iii, C. F., Monk, T. H., Berman, S. R., & Kupfer, D. J. (1989). The Pittsburgh sleep quality

1- Grove, Smith, Crowell, & Ellis

2- Electroencephalography

3- alpha

4- delta

5- theta

6- Occipital lobe

7- dialectical behavior therapy

- index: A new instrument for psychiatric practice and research. *Psychiatry Research*, 28(2), 193-213.
- Grove, J. L., Smith, T. W., Crowell, S. E., & Ellis, J. H. (2017). Preliminary evidence for emotion dysregulation as a mechanism underlying poor sleep quality in borderline personality disorder. *Journal of personality disorders*, 31(4), 542-552.
- Hafizi, S. (2013). Sleep and borderline personality disorder: A review. *Asian journal of psychiatry*, 6(6), 452-459.
- Hu, L. T., Bentler, P. M., & Kano, Y. (1992). Can test statistics in covariance structure analysis be trusted?. *Psychological bulletin*, 112(2), 351.
- Huỳnh, C., Guilé, J. M., Breton, J. J., & Godbout, R. (2016). Sleep-wake patterns of adolescents with borderline personality disorder and bipolar disorder. *Child Psychiatry & Human Development*, 47(2), 202-214.
- Ireland, J. L., & Culpin, V. (2006). The relationship between sleeping problems and aggression, anger, and impulsivity in a population of juvenile and young offenders. *Journal of Adolescent Health*, 38(6), 649-655.
- Kahn-Greene, E. T., Killgore, D. B., Kamimori, G. H., Balkin, T. J., & Killgore, W. D. (2007). The effects of sleep deprivation on symptoms of psychopathology in healthy adults. *Sleep medicine*, 8(3), 215-221.
- Kamphuis, J., Meerlo, P., Koolhaas, J. M., & Lancel, M. (2012). Poor sleep as a potential causal factor in aggression and violence. *Sleep medicine*, 13(4), 327-334.
- Levenson, M. R., Kiehl, K. A., & Fitzpatrick, C. M. (1995). Assessing psychopathic attributes in a noninstitutionalized population. *Journal of Personality and Social Psychology*, 68(1), 151-158.
- Lindberg, N., Tani, P., Putkonen, H., Sailas, E., Takala, P., Eronen, M., & Virkkunen, M. (2009). Female impulsive aggression: A sleep research perspective. *International journal of law and psychiatry*, 32(1), 39-42.
- Lindberg, N., Tani, P., Virkkunen, M., Porkka-Heiskanen, T., Appelberg, B., Naukkarinen, H., & Salmi, T. (2005). Quantitative electroencephalographic measures in homicidal men with antisocial personality disorder. *Psychiatry Research*, 136(1), 7-15.
- Paris, J. (1997). Antisocial and borderline personality disorders: Two separate diagnoses or two aspects of the same psychopathology?. *Comprehensive psychiatry*, 38(4), 237-242.
- Rawlings, D., Claridge, G., & Freeman, J. L. (2001). Principal components analysis of the schizotypal personality scale (STA) and the borderline personality scale (STB). *Personality and Individual Differences*, 31(3), 409-419.
- Selby, E. A. (2013). Chronic sleep disturbances and borderline personality disorder symptoms. *Journal of consulting and clinical psychology*, 81(5), 941-947.
- Selby, E. A., Ribeiro, J. D., & Joiner Jr, T. E. (2013). What dreams may come: Emotional cascades and nightmares in borderline personality disorder. *Dreaming*, 23(2), 126-144.
- Semiz, Ü. B., Algül, A., Başoğlu, C., Ateş, M. A., Ebrinç, S., Çetın, M., ... & Günay, H. (2008). The Relationship Between Subjective Sleep Quality and Aggression in Male Subjects with Antisocial Personality Disorder. *Turkish Journal of Psychiatry*, 19(4), 373-381.
- Sunnhed, R., & Jansson-Fröjmark, M. (2013). Pre-sleep arousal, unhelpful beliefs and maladaptive sleep behaviors as mediators in cognitive behavior therapy for insomnia. *Sleep Medicine*, 14, 158-159.
- Tabachnick, B. G., Fidell, L. S., & Ullman, J. B. (2007). *Using multivariate statistics* (Vol. 5). Boston, MA: Pearson.
- Taherifard, M., Abolghasemi, A., & Hajloo, N. (2015). Positive and negative urgency and sleep quality among patients with borderline and antisocial personality disorders. *Archives of Psychiatry and Psychotherapy*, 4, 105-112.
- Van Veen, M. M., Karsten, J., & Lancel, M. (2017). Poor sleep and its relation to impulsivity in patients with antisocial or borderline personality disorders. *Behavioral Medicine*, 43(3), 218-226.