مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی کردستان /دوره هجدهم/پاییز ۱۳۹۲/۱۲-۱

بررسی نیمرخ شخصیتی، هوشی و هیجانی در اختلال شخصیت مرزی

فاتح رحمانی[۱]، محمدعلی کیانی[۲]، فرزین رضاعی[۳]، مرضیه نصوری[۴] ، مدبر آراسته[۵]

۱. استادیار گروه روانشناسی، دانشگاه کردستان، سنندج، ایران

۲. دانشور روانشناسی، دانشگاه کردستان، سنندج، ایران

۳. استادیار گروه روانپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی کردستان، سنندج، ایران (نویسنده مسوول)، تلفن ثابت: ۶۶۶۰۰۲۵-۰۸۷۱، frrezaie@yahoo.com

۴. دانشگاه کردستان، سنندج، ایران

۵. استادیار گروه روانپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی کردستان، سنندج، ایران

چکیده

مقدمه: شاید بتوان بخشی از تفاوتهای گستردهٔ بیماران دارای اختلال شخصیت مرزی را برحسب تمایزهای مشخصی در شخصیت،آسیب‌شناسی روانی، وضعیت هوشی و هیجانی این بیماران توضیح داد. هدف از پژوهش حاضر، بررسی نیمرخ‌های این بیماران از زوایای ذکر شده است.

روش بررسی : مطالعهٔ حاضر، از نوع توصیفی- مقایسه‌ای است. از میان بیماران مراجعه کننده به مراکز درمانی شهر سنندج، که با تشخیص روانپزشکان، مبتلا به اختلال شخصیت مرزی بوده و همکاری در پژوهش حاضر را پذیرفتند، ۳۰ نفر انتخاب شدند. بعد از ثبت ویژگی‌های جمعیت‌شناختی، نخست با آزمون میلون ۳، جهت تأیید و کمی کردن تشخیص اولیه و سپس، با استفاده از پرسشنامهٔ وضعیت هیجانی و آزمون هوشی وکسلر بزرگسال، مورد ارزیابی قرار گرفتند. گروه ۳۰ نفری همتای این بیماران نیز به‌همین ترتیب مورد ارزیابی قرار گرفتند. نتایج، با تحلیل نیمرخ و تحلیل واریانس یکراهه، با استفاده از نرم‌افزار SPSS مورد مقایسه قرار گرفتند.

یافته‌ها: تحلیل داده‌ها، بیانگر تفاوت معنادار دو گروه، در تمام نیمرخ‌های آزمون‌های میلون ۳، وکسلر بزرگسال، و وضعیت هیجانی بود. تحلیل منفرد مقیاس‌ها، بیانگر تفاوت‌های آنها در گسترهٔ وسیعی از متغیرهای شخصیتی، هوشی و هیجانی بود.

نتیجه‌گیری: نتایج، دربردارندهٔ نقش مهمی برای مؤلفه‌های هیجانی در زیربنای اختلال شخصیت مرزی و همایندی بسیاری از علائم اختلالات بالینی و شخصیتی در این بیماران است. متغیرهای هوشی این بیماران نیز قادر است بخش مهمی از علائم این اختلال را تبیین کند. به‌نظر می‌رسد درک عمیق‌تر مشکلات شناختی، عاطفی و رفتاری این بیماران، مستلزم توجهی خاص به این متغیرهاست.

کلیدواژه‌ها: اختلال شخصیت مرزی، آسیب‌شناسی روانی، شخصیت، هوش

وصول مقاله: ۹۱/۵/۲۳ اصلاحیه نهایی:۹۲/۱/۱۷ پذیرش:۹۲/۲/۴

مقدمه

اختلال شخصیت مرزی، بیماری روانی پیچیده‌ای است که با نارسایی‌های متعددی در روابط بین‌فردی، خودپنداره و کنش‌های شناختی، هیجانی و رفتاری مشخص می‌شود. مشخصه‌های اختلال شخصیت مرزی بی ثباتی مفرط و فراگیر هیجانات، خودپندار و روابط بین‌فردی و همچنین، تحریک پذیری قابل توجه است. معیارهای تشخیصی DSM-IV-TR برای اختلال شخصیت مرزی شامل تلاش‌های دیوانه‌وار برای جلوگیری از ترک شدن، بی ثباتی

[Downloaded from sjku.muk.ac.ir on 2026-11-12]

شدید ارتباطی، عاطفی و خودپندار، تکانشگری و دشواری در کنترل خشم، خودزنی، احساس مزمن پوچی، افکار پارانویید و نشانه‌های تجزیه‌ای است (۱). با وجود آنکه این اختلال بسیار مخرب است، مطالعات انجام شده در مورد این اختلال بالینی ناتوان کننده بسیار محدود (۳و۲) و پژوهش‌های بیشتری برای درک و مدیریت آن لازم است (۴).

شیوع اختلال شخصیت مرزی، در حدود ۲٪ جمعیت عمومی، ۱۰٪ بیماران سرپایی کلینیک‌های سلامت روانی، و ۲۰٪ بیماران بستری روانپزشکی برآورد می‌شود. نزدیک به نصف بیماران مبتلا به اختلالات روانی، دارای اختلال شخصیت هستند، و در میان جمعیت بالینی دارای اختلال شخصیت، این اختلال، در ۳۰٪ تا ۶۰٪ موارد مشاهده می‌شود. شیوع این اختلال، بیش از سایر اختلالات شخصیت است (۶و۵). این اختلال، از نوجوانی آغاز می‌شود، در اوایل بزرگسالی به اوج می‌رسد و در میانسالی کاهش می‌یابد (۷). افراد مبتلا به این اختلال، دارای مزمن‌ترین علائم آسیب‌شناسی روانی و روانپزشکی هستند که هنوز شیوه‌های درمانی کاملاً مؤثری برای آنها ارائه نشده است (۸). تحقیقات متعددی به همراهی اختلال شخصیت مرزی و سایر اختلالات محور I و II در DSM-IV-TR پرداخته و وجود بسیاری از اختلالات بالینی را تأیید کردند (۱۲-۹ و ۷).

تخریب‌های مکرر و شدیدی که این اختلال ایجاد می‌کند مربوط به تمام گسترهٔ زندگی فرد و شامل از دست دادن شغل، ترک تحصیل و شکست در ازدواج است (۱۳ و ۸ و ۶). مشکلات این افراد در پردازش پیچیده اطلاعات (۱۵و۱۴)، نارسایی در کارکردهای اجرایی مانند، تصمیم‌گیری و برنامه‌ریزی و نیز در شناخت برنامه ریزی (۱۶) و فراموشی (۱۷)، از جمله مشکلات این بیماران است. پژوهش‌های فراوانی نشان داده‌اند که این بیماران کاستی‌هایی در آزمون‌های هوشی مانند آزمون وکسلر بزرگسالان دارند. مواردی مانند استفاده از کلمات، از هم گسستن مرزهای بین مفاهیم و خطاهای مربوط به تفکر منطقی در آزمون‌های کلامی (۸) از این موارد است. نتایج حاصل از بررسی آزمایشی رنتروپ و همکاران (۱۸) نشان داد که ناتوانی در بازداری پاسخ‌ها، نارسایی محوری احتمالی در بیماران مبتلا به اختلال شخصیت مرزی است. این مسئله می‌تواند به‌طور معکوس بر عملکرد هوشی این بیماران اثرگذار باشد و موجب تنش، کاهش بازداری و اختلال در عملکردهوشی شود.

تحقیقات زیادی نشان داده‌اند که بی‌ثباتی هیجانی محور اختلال عملکرد موجود در اختلال شخصیت مرزی و یکی از نشانه‌های مشخص کنندهٔ آن است (۲۳- ۱۸و۱). افراد مبتلا به این اختلال، فراوانی و شدت بیشتری را در هیجان‌های بررسی شده توسط خودسنجی نشان می‌دهند (۲۶-۲۴). پژوهش‌های مختلف بر تحریک‌پذیری (۲۷)، خشم (۲۸و۲۶) و شرم (۳۱-۲۹)، تنش و اضطراب (۳۲) ، ترس (۳۳) و مجموع هیجان‌های منفی (۳۴) تأکید دارند.

مهمترین محورهای پژوهش‌های یاد شده در مورد اختلال شخصیت مرزی را می‌توان در سه دسته قرار داد: همراهی با اختلالات دیگر (تصریح وضعیت آسیب‌شناختی بیماران)، وضعیت هیجانی (به‌عنوان مؤلفه‌های بنیادی این اختلال)، و آثار منفی اختلال شخصیت مرزی در زندگی فرد بیمار (به‌ویژه در مورد سطح توانایی‌های بیماران). به‌این ترتیب، وضعیت آسیب‌شناختی، هیجانی و هوشی این بیماران، کانون بررسی‌های آن بوده است.

با این وجود، اختلال شخصیت مرزی در قلمروهای مختلف، از جمله نشانه‌شناسی و پیامدهای فردی و اجتماعی ابهام‌های متعددی دارد (۸). اگرچه آزمون میلون به طور گسترده برای ارزیابی بیماران دارای اختلالات شخصیت، به‌ویژه در مقایسه با سایر گروه‌های مرضی، مورد استفاده قرار گرفته است

[Downloaded from sjku.muk.ac.ir on 2026-11-12]

(۳۸-۳۵)، اما، برای تعیین گسترهٔ تفاوت‌های شناختی و عاطفی گروه بیماران دارای اختلال شخصیت مرزی با افراد بهنجار، پژوهشی یافت نشد. به این ترتیب، سه مؤلفهٔ مهم مربوط به این اختلال، گسترهٔ نشانه‌شناسی[۱]، نیمرخ هوشی و نیمرخ هیجانی بیماران دچار اختلال شخصیت مرزی، موضوع پژوهش کنونی را تشکیل دادند. هدف از پژوهش حاضر، شناخت نیمرخ هوشی، شخصیتی و بالینی بیماران دارای اختلال شخصیت مرزی بر اساس آزمون‌های وکسلر بزرگسال و میلون۳، و تمایز وضعیت هیجانی آنها، بر اساس پرسشنامهٔ وضعیت هیجانی بود.

روش بررسی

پژوهش حاضر از نوع طرح‌های توصیفی-مقایسه‌ای[۲] است. جامعهٔ مورد مطالعه، بیماران مبتلا به اختلال شخصیت مرزی فاقد تاریخچهٔ سایکوز[۳] و مانیا[۴] بودند که در زمان اجرای آزمون‌ها، دچار مسمومیت دارویی و مشکلات طبی قابل توجه نبودند. به خاطر عدم دسترسی به مجموع بیماران مبتلا به اختلال شخصیت مرزی، انتخاب تصادفی بیماران و گروه شاهد از میان جامعهٔ مربوطه امکان‌پذیر نبود. بنابراین، انتخاب بیماران، به‌صورت نمونه‌گیری در دسترس، از میان مراجعان به تعدادی از مراکز درمانی و مطب‌های روانپزشکان، در پاییز ۱۳۹۰ صورت گرفت. گروه شاهد نیز با توجه به مشخصه‌های جمعیت‌شناختی گروه بیمار، از میان بستگان آنها و سایر داوطلبان انتخاب و مقایسه شدند. شرط قرار گرفتن در گروه شاهد فقدان نشانه‌های مرضی مشخص به‌ویژه علائم اختلال شخصیت مرزی بود.

برای اطمینان از همتا بودن گروه‌ها، وضعیت جمعیت‌شناختی آنها مورد مقایسه قرار گرفت و عدم تفاوت معنادار دو گروه، همتا بودن آنها را تأیید کرد. با توجه به اینکه گروه غیربالینی، مراجعه کنندهٔ مراکز درمانی نبودند و با توجه به نتایج آزمون میلون، می‌توان آن را غیربالینی دانست. برای کنترل تأثیر متغیر سن، آزمودنی‌های از ۱۸ تا ۴۵ سال انتخاب شدند (یعنی حد فاصل زمان آغاز اختلال و زمانی که ممکن است علائم اختلال کاهش یابد). برای کنترل تأثیر متغیر تحصیلات، آزمودنی‌هایی برای پژوهش در نظر گرفته شدند که حداقل تحصیلات آنها دیپلم و حداکثر تحصیلات آنها لیسانس بود.

به‌طور خلاصه، معیارهای ورود گروه بالینی، شامل حضور اختلال شخصیت مرزی، تحصیلات حداقل دیپلم و سن از ۱۸ تا ۴۵ سال و معیارهای خروج شامل؛ سابقهٔ اپیزودهای مانیا، اختلالات روان‌پریشی، افسردگی شدید، قرار داشتن در مسمومیت دارویی شدید، یا ترک دارو بود.

ابزارهای مورد استفاده در این پژوهش عبارت بودند از: آزمون میلون ۳ (MCMI-III)، آزمون تجدید نظر شده هوش بزرگسالان وکسلر (WAIS-R) و پرسشنامهٔ وضعیت هیجانی.

آزمون میلون ۳ (MCMI-III): این پرسشنامه توسط تئودور میلون در سال ۱۹۸۱ طراحی شد و شامل ۱۷۵ جمله کوتاه توصیف خود با پاسخ‌های بلی و خیر است که برای بزرگسالان ۱۸ سال به بالا استفاده می‌شود و شامل ۱۴ الگوی بالینی شخصیت و ۱۰ نشانگان بالینی است. اعتبار و روایی این آزمون بالاست (۳۹). در ایران نیز، این پرسشنامه هنجاریابی شد که همبستگی نمرات خام اولین اجرا و بازآزمایی آن در دامنه‌ی ۰/۸۲ (اختلال هذیانی) تا ۰/۹۸ (اختلال شخصیت اسکیزوئید) گزارش شد (۴۰). همچنین در این مطالعه ، پایایی آزمون از طریق روش همسانی درونی محاسبه شد و ضریب آلفای مقیاس‌ها در دامنهٔ ۰/۸۷ (وابستگی به الکل) تا ۰/۹۶ (اختلال استرس پس از سانحه) به‌دست آمد.

---

[۱]. (همایندی اختلالات بالینی و شخصیتی با اختلال شخصیت مرزی)

[2]. Descriptive-comparative design

[3]. psychosis

[4]. mania

[Downloaded from sjku.muk.ac.ir on 2026-11-12]

آزمون تجدید نظر شده هوش بزرگسالان وکسلر (WAIS-R)[1] (۱۹۸۱، ۱۹۵۸): متشکل از مجموعه‌ای از آزمون‌های هوشی است که به صورت فردی اجرا می‌شوند که حوزه‌های مختلف هوشی را می سنجد و نتایجی فراهم می‌کند که جنبه‌هایی از شخصیت را نیز در بر می‌گیرد. اولین پژوهش از نسخه فارسی آزمون تجدید نظر شده هوش بزرگسالان وکسلر در سال ۱۳۷۴ در ایران هنجاریابی شد. این هنجاریابی، بر اساس نسخه‌ای صورت گرفت که توسط براهنی از نسخهٔ انگلیسی سال ۱۹۸۱ ترجمه شده بود، و سپس مورد انطباق با زبان و فرهنگ ایران قرار گرفت. قابلیت اعتماد این آزمون از طریق بازآزمایی در سطح خرده آزمون‌ها بین ۰/۵۸ تا ۰/۸۷ و در سطح بهره‌های هوشی، بین ۰/۷۶ تا ۰/۹۴ گزارش شد و قابلیت اعتماد از طریق دو نیمه کردن به روش زوج و فرد در سطح خرده آزمون‌ها بین ۰/۶۷ تا ۰/۷۹ و در سطح هوشبهرها بین ۰/۹۲ تا ۰/۹۵ به دست آمد (۴۱و ۴۰).

پرسشنامهٔ وضعیت هیجانی: این آزمون، پرسشنامهٔ خودسنجی است با ۱۰ مادهٔ مختلف جهت ارزیابی پاسخ هیجانی ذهنی[2] که آزمودنی با توجه به آنها، احساس‌های خود را مشخص می‌کند. هریک از مواد، شامل توصیف یک حالت هیجانی (مانند، نگران هستم، یا، احساس بی‌ارزشی می‌کنم)، و درجه‌بندی شدت احساس‌ها از ۰ (هیچ)، تا ۶ (بسیار شدید) است. از آزمودنی‌ها خواسته می‌شود که سطوح اضطراب، اندوه، تحقیر، شرم، خشم، و درماندگی خود را، همراه با توصیف‌های کلی‌تر از حالات عاطفی خود، شامل، بی‌حوصلگی، ناراحتی، و بی‌ارزشی، و توصیف کلی از حالت عاطفی خود، به‌صورت نامتمایز "احساس بد"، که در لحظهٔ آزمون تجربه می‌کنند، مشخص کنند (۲۹). با توجه به اینکه تمام مواد آزمون بیانگر احساس‌های منفی و دردناک هستند، هرچه نمرهٔ آزمودنی بالاتر باشد احساس‌های ناخوشایندتری را تجربه می‌کند.

مواد تشکیل دهندهٔ پرسشنامهٔ وضعیت هیجانی، توصیف‌های صریحی در مورد احساسی است که بیمار، هم‌اکنون یا غالباً، تجربه می‌کند. این مواد، معادل عبارت‌هایی است که در قسمت ارزیابی خُلق، در جلسات CBT، از بیمار خواسته می‌شود با استفاده از آنها خود را توصیف کند. مواد این پرسشنامه، برای بررسی اعتبار صوری، به متخصصان روانپزشکی و روانشناسی ارائه شد، که آنها را تأیید کردند. همچنین، برای ارزیابی روایی آن، این ابزار روی ۳۰ نفر دانشجو اجرا شد، آلفای کرونباخ این نتایج، معادل ۰/۹۳ بود (۴۲).

روش اجرا

برای انتخاب گروه بالینی، در ابتدا مصاحبهٔ تشخیصی براساس DSM-IV، توسط متخصصان اعصاب و روان به عمل آمد. سپس آزمودنی‌ها جهت اجرای آزمون‌ها به آزمونگرها ارجاع داده شدند. بدین ترتیب، ۳۰ بیمار از میان ۴۰ مراجعه کننده به مطب‌های روانپزشکان و بیمارستان روانپزشکی قدس، باتوجه به پذیرش بیمار برای شرکت در پژوهش، مصاحبهٔ بالینی بر اساس DSM-IV و آزمون میلون ۳، انتخاب شدند. آزمودنی‌های غیربالینی، براساس سن، جنس و تحصیلات با آنها همتا شدند. سپس، آزمودنی‌های دو گروه، با استفاده از ابزارهای پژوهش، ارزیابی گردیدند و نتایج مورد مقایسه قرار گرفت.

مناسب‌ترین شیوهٔ مقایسهٔ نیمرخ‌های آزمون‌ها، استفاده از تحلیل نیمرخ است. لازم به ذکر است که درک توان و ضعف آزمودنی‌ها در بسیاری از خرده‌آزمون‌های آزمون هوشی وکسلر بزرگسال، تنها با استفاده از تحلیل نیمرخ امکان‌پذیر است (۴۳). تحلیل داده‌ها، با استفاده از نرم‌افزار SPSS-20، در دو مرحله صورت گرفت:

[1] . Wechsler Adult Intelligence Scale-Revised
[2] .subjective emotional response assessments

[Downloaded from sjku.muk.ac.ir on 2026-11-12]

مقایسهٔ نیمرخ‌های آزمون‌های میلون ۳، وکسلر و وضعیت هیجانی گروه‌های مورد مقایسه (بر حسب جنسیت و وضعیت تأهل) با استفاده از تحلیل نیمرخ برای پیشگیری از خطای کرویت مقایسهٔ مقیاس‌های منفرد تشکیل دهندهٔ نیمرخ‌های دارای تفاوت آماری معنادار با استفاده از تحلیل واریانس یکراهه انجام شد.

از همه شرکت کنندگان رضایت آگاهانه اخذ گردید و بیمارانی که از شرکت در مطالعه امتناع نمودند درمان استاندارد را دریافت نمودند.

نتایج

در این پژوهش تعداد ۳۰ نفر از بیماران مبتلا به اختلال شخصیت مرزی و ۳۰ نفر از بستگان از نظر ویژگی‌های شخصیتی، هوش و هیجانی مورد بررسی قرار گرفتند. برای مشخص کردن مهمترین تعیین‌کننده‌های تفاوت معنادار گروه‌ها، در تحلیل نیمرخ مقیاس‌های اختلالات شخصیتی و بالینی آزمون میلون۳، مقیاس‌های این آزمون، با استفاده از تحلیل واریانس یک راهه مقایسه شدند. نتایج در جدول ۱ ارائه شد.

جدول ۱، تحلیل واریانس یک راههٔ مقایسهٔ نتایج گروه‌های بیمار و شاهد در آزمون میلون ۳

نوع مقیاس	شخصیتی			بالینی		
منبع واریانس	میانگین	F	معناداری	منبع	میانگین	F	معناداری
اسکیزوئید	۱۶۷۱	۳/۹	۰/۰۵	اضطراب	۲۴۷۱	۳/۰۴	۰/۰۸۷
اجتنابی	۲۳۲۷	۶/۹۴	۰/۰۱۱	بدنی‌شکل	۲۰۴۲	۳/۸۶	۰/۰۵۵
افسرده خویی	۵۹۳۹	۷/۱۸	۰/۰۱	دوقطبی	۴۱۵۳	۶/۵۸	۰/۰۱۳
وابسته	۲۷۷۳	۵/۵۶	۰/۰۲۲	افسرده خویی	۴۲۱۸	۸/۹۷	۰/۰۰۴
نمایشی	۱۰۴۱	۱/۷۵	۰/۱۹	وابستگی به الکل	۲۶۶۰	۱۲/۳۴	۰/۰۰۰
خودشیفته	۲۴۴۳	۶/۱	۰/۰۱۷	وابستگی‌دارویی	۸۶۴	۲/۸	۰/۰۵
ضداجتماعی	۱۹۱۹	۵/۴	۰/۰۲۴	PTSD	۵۰۶۲	۷/۲۹	۰/۰۰۹
پرخاشگر	۱۶۲۶	۳/۴۸	۰/۰۶۸	اختلال فکر	۳۳۸۰	۵/۶۵	۰/۰۲۱
وسواسی	۰/۶۶۵۴	۱۵/۴۸	۰/۰۰۰	افسردگی اساسی	۵۷۹۲	۹/۵۷	۰/۰۰۳
پرخاشگر انفعالی	۱۵۸۹	۳/۲	۰/۰۷۹	اختلال هذیانی	۱۴۷۳	۳/۲۵	۰/۰۷۷
خود-تخریبگر	۱۷۰۶	۳/۶۸	۰/۰۶				
اسکیزوتایپال	۱۵۸۹	۳/۸۸	۰/۰۵				
مرزی	۱۵۳۹	۳/۸۴	۰/۰۲۵				
پارانویید	۷۱/۷۹	۰/۱۴۹	۰/۷				

طبق داده‌های جدول ۱، مقایسهٔ نتایج دو گروه در مقیاس‌های شخصیتی و بالینی آزمون میلون ۳، نشان‌دهندهٔ تفاوت معنادار گروه‌ها در ۱۶ مورد از آنهاست. با توجه به این نتایج، می‌توان متغیرهای متمایز کنندهٔ گروه‌های مقایسه را ویژگی‌های شخصیت اسکیزوئید، اجتنابی، افسرده خویی، وابسته، خودشیفته، ضداجتماعی، وسواسی، اسکیزوتایپال و مرزی (در مقیاس‌های اختلالات شخصیت) و مقیاس‌های دوقطبی، افسرده خویی، وابستگی به الکل و دارو، اختلال استرس پس از سانحه، اختلال فکر و افسردگی اساسی دانست؛ تنها در دو مورد از مقیاس‌ها، میانگین بیماران دارای اختلال شخصیت مرزی کمتر از گروه مقایسه بوده است؛ مقیاس‌های خودشیفتگی و وسواسی.

[Downloaded from sjku.muk.ac.ir on 2026-11-12]

همچنین، برای مشخص کردن مهمترین تعیین‌کننده‌های تفاوت معنادار گروه‌ها، در تحلیل نیمرخ مقیاس‌های هوشی وکسلر بزرگسال، مقیاس‌های این آزمون، با استفاده از تحلیل واریانس یک راهه مقایسه شدند (جدول ۲).

جدول ۲، تحلیل واریانس یک راهۀ مقایسۀ نتایج گروه‌های بیمار و شاهد در آزمون هوشی وکسلر بزرگسال

نوع مقیاس	کلامی			عملی		
منبع واریانس	میانگین	F	معناداری	منبع	میانگین	F	معناداری
اطلاعات	۰/۲۸۶	۰/۰۵	۰/۸۱۷	تکمیل تصاویر	۳/۵	۰/۶۴۶	۰/۴۲۵
فراخنای حافظه	۲۴/۴۵	۵/۶۳	۰/۰۲۱	تنظیم تصاویر	۱۷/۱۶	۳/۷۱	۰/۰۳
محاسبه	۱/۷۹	۰/۳۹۶	۰/۵۳۲	مکعب‌ها	۲/۵۷	۰/۵	۰/۴۸۳
واژگان	۰/۸۷۵	۰/۲۵۵	۰/۶۱۵	الحاق قطعات	۳/۰۲	۰/۸۱۱	۰/۳۷۲
درک مطلب	۲۷/۱۶	۴/۴۴	۰/۰۴	رمزنویسی	۴۲۳	۲/۱۵	۰/۱۴۸
شباهتها	۴/۵۷	۰/۶۴	۰/۴۳				

طبق داده‌های جدول ۲، مقایسۀ نتایج دو گروه، در مقیاس‌های آزمون هوشی وکسلر بزرگسال، نشان‌دهندۀ تفاوت معنادار گروه‌ها در سه مورد از آنهاست؛ فراخنای حافظه، درک مطلب، و تنظیم تصاویر. در هرسه مورد از مقیاس‌های یاد شده سطح کارآمدی گروه دارای اختلال شخصیت مرزی، به‌طور معناداری پایین‌تر از گروه مقایسه بود.

برای مشخص کردن مهمترین تفاوت گروه‌ها آزمون وضعیت هیجانی، مقیاس‌های این آزمون با استفاده از تحلیل واریانس یک راهه مقایسه شدند (جدول ۳).

جدول ۳، تحلیل واریانس یک راهه برای مقایسۀ نتایج گروه‌های بیمار و شاهد، در آزمون وضعیت هیجانی

منبع واریانس	میانگین	F	معناداری	منبع	میانگین	F	معناداری
اضطراب	۲۸/۵۷	۱۱/۳۲	۰/۰۰۱	ناراحتی	۵۰/۱۶	۱۶/۰۵	۰/۰۰۰
اندوه	۴۲/۸۷	۱۷/۴۵	۰/۰۰۰	کهتری	۵۲/۰۷	۲۰/۶۵	۰/۰۰۰
فقدان انرژی	۵۰/۱۶	۱۶/۱۸	۰/۰۰۰	خشم	۵۰/۱۶	۱۳/۷۲	۰/۰۰۰
تحقیرشدگی	۳۹/۴۵	۱۴/۴۵	۰/۰۰۰	درماندگی	۳۰/۰۲	۱۱/۵۱	۰/۰۰۱
شرم	۱۳/۰۲	۶/۰۲	۰/۰۱۷	توصیف کلی	۴۰/۷۷	۱۳/۰۴	۰/۰۰۱

طبق داده‌های جدول ۳، مقایسۀ نتایج دو گروه، در مواد آزمون وضعیت هیجانی، نشان‌دهندۀ تفاوت معنادار گروه‌ها در تمام آنهاست؛ در تمام آیتم‌های پرسشنامه، نمرات گروه دارای اختلال شخصیت مرزی، به‌طور معناداری، بالاتر از گروه مقایسه بود.

بحث

پژوهش حاضر با هدف مطالعۀ دقیق‌تر بیماران دارای اختلال شخصیت مرزی صورت گرفت. گروه بیماران و گروه شاهد از لحاظ وضعیت بالینی، هوشی و هیجانی مورد مقایسه قرار گرفتند. نتایج، بیانگر تفاوت‌های قابل ملاحظۀ گروه‌ها در طیف وسیعی از متغیرهای مورد مطالعه بود و می‌توان بر

[Downloaded from sjku.muk.ac.ir on 2026-11-12]

اساس معتبرترین الگوهای تفسیری آزمون‌های مورد استفاده، مهمترین تفاوت‌های گروه بالینی را از گروه دیگر متمایز کرد. مهمترین یافتهٔ پژوهش حاضر، تدوین نیمرخ نتایج بیماران دارای اختلال شخصیت مرزی در تستهای MCMI-III، و وکسلر بزرگسال بود. نتایج آزمون میلون نشان داد که نمرهٔ گروه بیمار در مقیاس‌های شخصیت اسکیزوئید، اجتنابی، افسرده خویی، وابسته، ضداجتماعی، اسکیزوتایپال و مرزی بالا و در مقیاس‌های خودشیفته و وسواسی پایین می‌باشد. همچنین، نمرهٔ گروه مذکور در مقیاس‌های بالینی دوقطبی، افسرده خویی، وابستگی به الکل و دارو، اختلال استرس پس از سانحه، اختلال فکر و افسردگی اساسی بالا می‌باشد. نتایج آزمون هوشی وکسلر بزرگسالان نشان داد که نمرهٔ بیماران در سه خرده آزمون فراخنای حافظه، درک مطلب، و تنظیم تصاویر پایین می‌باشد. نتایج آزمون وضعیت هیجانی نیز بیانگر بالا بودن نمرهٔ بیماران در تمام هیجان‌های منفی است. این نتایج را می‌توان به‌شرح زیر تفسیر نمود.

مهمترین یافته‌های پژوهش کنونی را می‌توان در سه دسته قرار داد: ۱-مشکلات همراه با اختلال شخصیت مرزی، که تصریح کنندهٔ علائم مرضی این بیماران است؛ ۲-علائم شناختی اختلال شخصیت مرزی که با پایین بودن سطح توانایی‌ها و ظرفیت‌های شناختی این بیماران مرتبط است؛ و ۳-تعامل هیجان‌ها در این اختلال، که در محور آن قرار می‌گیرد. براین اساس، وضعیت آسیب‌شناختی، هوشی و هیجانی این بیماران، به‌دقت ترسیم می‌شود.

در نگاهی کلی، گروه دارای اختلال شخصیت مرزی در آزمون میلون دارای علائم خلقی (اعم از دو قطبی و افسردگی)، وابستگی به الکل و دارو و اختلال فکر بودند. آنها دارای گسترهٔ وسیعی از مشخصه‌های شخصیتی مرضی از افسرده‌خو، وابسته، و اجتنابی، تا اسکیزوئید و اسکیزوتایپال، و حتی خودشیفته، ضداجتماعی و وسواسی بودند. به‌این ترتیب، می‌توان تأیید این نکتهٔ مهم را در نتایج مشاهده کرد که برای بیماران دارای اختلال شخصیت مرزی، برافراشتگی در هریک از مقیاس‌ها، امکان‌پذیر است و می‌توان گستردگی نشانه‌شناسی اختلال شخصیت مرزی را نتیجه گرفت. این نتایج، با پژوهش‌های متعددی همسو است (۴۴و۴۳ و۳۹). در همین راستا، پژوهش‌های انجام شده، بر حضور اختلالات بالینی و شخصیتی مختلف در افراد دارای اختلال شخصیت مرزی، تأکید داشتند (۱۱-۹ و۷ و ۵). نشانه‌شناسی افراد دارای اختلال شخصیت مرزی بسیار متنوع است. هریک از مقیاس‌های بالینی یا شخصیتی می‌تواند برافراشته باشد و اختلالات خلقی و سوء مصرف مواد نیز بسیار شایع هستند (۳۹).

نارسایی‌های شناختی این بیماران، در حافظه، پردازش و ادراک آنها مشهود بود. تمرکز آنها پایین و این امر با کاستی در سرعت پردازش آنها همراه است. این نکات، تأیید کنندهٔ پژوهش‌های بیانگر سطح پایین هوش عمومی این بیماران در موقعیت‌های اجتماعی غیرکلامی است (۴۶، ۴۵، ۴۳، ۳۹). جزئیات قابل توجه این نارسایی‌ها و پیامدهای بین‌فردی و اجتماعی آنها را می‌توان به‌طور خلاصه ارائه داد. نخستین موردی که قابل مشاهده است تفاوت‌های مربوط به معلومات عمومی است. نارسایی در این زمینه، با دشواری درک قراردادهای رفتاری و درک ضوابط اخلاقی و اجتماعی همزمان است و می‌توان آنها را با قضاوت اجتماعی و به‌کارگیری ظرفیت‌های خود در جهت سازش با محیط مشاهده کرد. مشکلات بیماران در پاسخ انطباقی به موقعیت‌هایی است که مستلزم انتخاب شیوه‌های مؤثرند و دشواری به‌کارگیری دانش موجود به شیوه‌ای درست، تبیین کنندهٔ مشکلات بیماران درحل مسئله است. به‌طور کلی، این بیماران از نظر کیفیت تماس غیرکلامی با محیط و در درک درست موقعیت‌های بین‌فردی غیرکلامی سطح پایینی دارند و این امر، پایین بودن توان آنها را در طرح‌ریزی، تفسیر و پیش‌بینی دقیق رخدادهای اجتماعی و فرهنگی تبیین می‌کند.

[Downloaded from sjku.muk.ac.ir on 2026-11-12]

پژوهش‌های پیشین بر تخریب شناختی و عملکرد پایین در افراد دارای اختلال شخصیت مرزی، تأکید داشتند (۱۷-۱۳و ۸). نیمرخ تفاوت‌های گروه‌ها از زاویهٔ هوشی، بر حسب آزمون هوشی وکسلر بزرگسال، بیانگر درجهٔ همراهی علائم اختلال شخصیت مرزی با ظرفیت‌های شناختی و کُنشی این بیماران است. اما یافته‌های موجود توصیف مشخص‌تری از نیمرخ نتایج بیماران دارای اختلال شخصیت مرزی در آزمون هوشی وکسلر بزرگسال نمایان می‌سازند؛ تفاوت در خرده آزمون‌های فراخنای حافظه، درک مطلب و تنظیم تصاویر. این تفاوت‌ها، علاوه براینکه بیانگر تفاوت در پردازش پیچیده اطلاعات (۱۵و۱۴)، از هم گسستن مرزهای بین مفاهیم، و خطاهای مربوط به تفکر منطقی (۸)، نارسایی در کنشهای اجرایی مانند، تصمیم‌گیری و طرحریزی، در تصمیم‌گیری و پاسخدهی برانگیخته، و نیز در شناخت طرحریزی (۱۶) و فراموشی (۱۷) را نمایان ساخت. اما مشکلات مربوط به تمرکز و سرعت پردازش، ناتوانی در حافظهٔ کوتاه مدت، به‌کارگیری دانش موجود، توانایی حل مسئله، تماس غیرکلامی با محیط، و پایین بودن هوش عمومی در موقعیتهای اجتماعی غیرکلامی را نیز به آنها افزود. از سوی دیگر، اگرچه می‌توان نقش‌های مختلف علّت و معلولی را برای متغیرهای شناختی، در رابطه با نشانه‌شناسی اختلال شخصیت مرزی در نظر گرفت. اما، آنچه ذکر شد، حداقل بخشی از این بیماری هستند و پدید آمدن بخش مهمی از علائم آنها را تبیین می‌کنند.

اما نیمرخ تفاوت‌های گروه‌ها از زاویهٔ هیجانی، علاوه براین که تأیید کنندهٔ محور هیجانی مرضی موجود در زیربنای این اختلال است (۲۹و۲۲ و ۲۰)، می‌تواند مهمترین نشانه‌های آنها را، مانند احساس مزمن پوچی، بی‌ثباتی در احساسها، روابط بین‌فردی یا خودپنداره آنها را، همراه با خودزنی و کنش‌نمایی، تبیین کند. پژوهش‌های انجام گرفته بر هیجانهای خشم (۲۸و۲۶)، شرم (۳۱-۲۹)، تنش و اضطراب (۳۲) و ترس (۳۳) در بیماران مبتلا به اختلال شخصیت مرزی متمرکز بودند. اما، پژوهش حاضر، هیجانهای غم و اندوه، بی‌حوصلگی یا فقدان انرژی، و به‌ویژه حقارت و درماندگی را نیز به آنها می‌افزاید. بنابراین، احساسی که در هیچ پژوهش قبلی مورد توجه قرار نگرفته است، و می‌تواند برای شیوه‌های درمانگری مختلف، مهم باشد، احساس حقارت است. اما، شاید مهمترین نکتهٔ پژوهش حاضر این است که نمی‌توان هیچ یک از هیجان‌های منفی را شاخص متمایز کنندهٔ بیماران دارای اختلال شخصیت مرزی تلقی کرد. هنگامی که تمامی هیجان‌های منفی در این بیماران بالاست، تعیین مشخصهٔ اختلال براساس نوع هیجان منفی امکان‌ناپذیر است. برای چنین تمایزی مقایسهٔ گروه‌های وسیع‌تری از اختلال‌ها لازم است.

طرح احساس حقارت با وجود یافته‌های مبتنی بر حضور احساس شرم در اختلال شخصیت مرزی، دارای اهمیت فراوان است. این دو احساس وجوه مشترک زیادی دارند. برای مثال، هردو از جمله احساس‌های دردناکی هستند که مربوط به ارزیابی واقعی یا تصوری دیگران، نقاط ضعف و مشکلات خود فرد، و منبع واکنش‌های عاطفی و رفتاری مختلف هستند. این دو احساس با وجود ظاهر مشابه، تفاوت‌های مهمی دارند. می‌توان شرم را احساسی آنی، وابسته به حضور دیگران، و احتمالاً گذرا دانست. درصورتیکه، کهتری، احساسی عمیق‌تر و مربوط به ارزیابی طولانی مدت فرد از خودش (در وهلهٔ اول) و از ارزیابی دیگران از خودش (در وهلهٔ دوم) دانست. اگرچه، بسیاری از نکاتی که در مورد احساس شرم بیان شده است، در مورد احساس کهتری نیز صادق است، اما رابطهٔ آنها با خودپنداره بیمار، که یکی از نشانه‌های مرضی را در اختلال شخصیت مرزی تشکیل می‌دهد، متفاوت است. به‌این ترتیب، ممکن است به اشتباه بسیاری از جنبه‌های اختلال شخصیت مرزی با احساس شرم در رابطه قرار گرفته باشند.

[Downloaded from sjku.muk.ac.ir on 2026-11-12]

محدودیتهای پژوهش

مهمترین محدودیت‌های این پژوهش، از سویی عدم امکان انتخاب تصادفی آزمودنی‌ها بود، که به‌واسطهٔ عدم دسترسی به جمعیت بیماران، تعمیم نتایج را دشوار می‌سازد، و از سوی دیگر، محدودیت مربوط به تعداد ابزارهای اندازه‌گیری بود، که دسترسی به داده‌های لازم را برای نتیجه‌گیری، با مشکل مواجه می‌سازد.

نتیجهٔ گیری

مجموع یافته‌های پژوهش حاضر شامل دو قلمرو مهم است. نخست، امکان تدوین نیمرخ بیماران دارای اختلال شخصیت مرزی در معتبرترین آزمون‌های هوشی و شخصیتی (میلون ۳ و وکسلر بزرگسال) و دوم، تبیین حضور مؤلفه‌های هیجانی، کاستی‌های مشخص در توانایی‌های هوشی و حضور همزمان علائم بالینی و شخصیتی مشخص، مربوط به نشانه‌شناسی بالینی و اختلال‌های شخصیت، در اختلال شخصیت مرزی. به‌نظر می‌رسد درک عمیق‌تر مشکلات شناختی، عاطفی و رفتاری این بیماران، مستلزم توجهی خاص به این متغیرهاست.

تشکر و قدردانی

بدینوسیله از مرکز درمانی بیماری‌های رفتاری، با مدیریت جناب آقای شیرزاد سیفی، که با در اختیار قرار دادن امکانات مرکز، امکان آزمون بیماران را فراهم ساخت کمال تشکر را داریم.

Reference

1. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders Text Revision (DSM-IV-TR), 4th ed. Washington, DC: American Psychiatric Association, 2000.
2. Crick, N. R., Murray–Close, D., And Woods, K. Borderline personality features in childhood: A short-term longitudinal study. Development and Psychopathol.2005; 17: 1051–1070.
3. Bleiberg, E. Treating personality disorders in children and adolescents: A relational approach. New York: Guilford Press, 2001.
4. Lieb, K., Zanarini, M. C., Schmahl, C., Linehan, M. M, &Bohus, M. Borderline personality disorder. The Lance 2004; 364: 9432-9455.
5. Kazdin, A. E. Encyclopedia of psychology: 8 Volume Set. USA: Oxford University Press, 2000.
6. Svrakic, D. M. &Cloninger, C. R. Personality disorders. In B. J. Sadock& V. A. Sadock, (Eds.), Kaplan &Sadock's comprehensive textbook of psychiatry. New York: Williams & Wilkins, 2005.
7. Paris, J. Treatment of borderline personality disorder. New York: Guilford Press, 2008.
8. Judd, P. H. and McGlashan, T. H. A Developmental Model of Borderline Personality Disorder: Understanding Variations in Course and Outcome. Washington, DC; American Psychiatric Publishing Inc. 2003.
9. Gunderson, J. G, Weinberg, I, Daversa, M. T, Kueppenbender, K. D, Zanarini, M. C., Shea, M. T., et al. Descriptive and Longitudinal Observations on the Relationship of Borderline Personality Disorder. The American Journal of Psychiatry; 2006: 163:1173.
10. Zanarini, M. C, Frankenburg, F. R, Hennen, J, D Bradford R, & Silk, K. R. Axis I comorbidity in patients with borderline personality disorder: 6-year follow-up and prediction. The American Journal of Psychiatry.2004; 161: 2108-14.
11. Becker, D. F; Grilo, C. M, Edell, W. S, &McGlashan, T. H. Comorbidity of borderline personality disorder with other personality disorders in hospitalized patients. The American Journal of Psychiatry.2000; 157: 2011-2017.

[Downloaded from sjku.muk.ac.ir on 2026-11-12]

12. Sadock, B. J. &Sadock, V. A. Kaplan and Sadock pocket handbook of clinical psychiatry(fifth edition). N.Y. Lippincott Williams & Wilkins, 2010.
13. Gunderson, J., G, Links P. Borderline Personality Disorder: A Clinical Guide. Second Edition. Washington, DC.; American Psychiatric Press, Inc. 2008.
14. Stevens A, Burkhardt M, Hautzinger M, Schwarz J,&Unckel C. Borderline personality disorder: impaired visual perception and working memory. Psychiatry Research.2004; 125: 257–267.
15. Sprock J, Rader T. J, Kendall J. P, & Yoder C. Y. Neuropsychological functioning in patients with borderline personality disorder. Journal of Clinical Psychol. 2000; 56: 1587–1600.
16. Bazanis E, Rogers, R. D, Dowson, J. H, Taylor, P, Meux, C, Staley, C, et al. Neurocognitive deficits in decision-making and planning of patients with DSM-III-R borderline personality disorder. Psychol. Medicine.2002; 32: 1395–1405.
17. Korfine L, & Hooley J.M Directed forgetting ofemotional stimuli in borderline personalitydisorder.Journal of Abnormal Psychol. 2000; 109: 214–221.
18. Rentrop, M., Backenstrass, M., Jaentsch, B., Kaiser, S., Roth, A., Unger, J., et al. Response Inhibition in Borderline Personality Disorder: Performance in a Go/Nogo Task. Psychopathol 2008; 41:50–57.
19. Silbersweig, D, Clarkin, J. F, Goldstein, M., Kernberg, O. F, Tuescher, O. L Failure of Frontolimbic Inhibitory Function in the Context of Negative Emotion in Borderline Personality disorder. The American Journal of Psychiatry. 2007;164: 1832-1842.
20. Gratz, K. L, Tull, M. T, Reynolds, A. K., Courtney B, Bagge, L., Latzman, R. D., et al. Extending extant models of the pathogenesis of borderline personality disorder to childhood borderline personality symptoms: The roles of affective dysfunction, disinhibition, and self- and emotion-regulation deficits. Development and Psychopathol 2009; 21:1263–1291.
21. Bornovalova, M. A., Gratz, K. L., Daughters, S. B., Bettina, N., Delany-Brumsey, A., Lynch, T. R., et al. A multimodal assessment of the relationship between emotion dysregulation and borderline personality disorder among inner-city substance users in residential treatment.Journal of Psychiatric Research.2008; 42: 717–726.
22. Gratz, K. L. Risk factors for deliberate self-harm among female college students: The role and interaction of childhood maltreatment, emotional inexpressivity, and affect intensity/reactivity. American Journal of Orthopsychiatry 2006, 76, 238–250.
23. Levine, D., Marziali, E., & Hood, J. Emotion processing in borderline personality disorders.Journal of Nervous and Mental Disease.1997; 185: 240–246.
24. Ebner-Priemer UW, Welch SS, Grossman P, Reisch T, Linehan MM, Bohus M. Psychophysiological ambulatory assessment of affectivedysregulation in borderline personality disorder. Psychiatry Research 2007; 150: 265-275.
25. Linehan, M. M., Bohus, M., & Lynch, T. Dialectical behavior therapy for pervasive emotion dysregulation: theoretical and practical underpinnings. In J. Gross (Ed.), Handbook of emotion regulation. New York: Guilford Press, 2007.
26. Jacob G, Guenzler AC, Zimmermann S, Scheel CN, Rüsch N, Leonhart R, et al. Time course of anger and other emotions in women with borderline personality disorder: A preliminary study. Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry 2008; 39:391-402.

[Downloaded from sjku.muk.ac.ir on 2026-11-12]

27. Links PS, Heslegrave RJ. Prospective studies of outcome: Understanding mechanisms of change in patients with borderline personality disorder. Psychiatric Clinics of North America. 2000; 23:137- 50.
28. Gardner DL, Leibenluft E, O'Leary KM, Cowdry RW. Self-ratings of anger and hostility in borderline personality disorder. Journal of Nervous and Mental Disorder 1991;179:157-61.
29. Gratz KL, Rosenthal MZ, Tull MT, Lejuez CW, Gunderson JG. An experimental investigation of emotional reactivity and delayed emotional recovery in borderline personality disorder: the role of shame. Comprehensive Psychiatry 2010; 51: 275-285.
30. Crowe M.; Never good enough, part: shame or borderline personality disorder? Journal of Psychiatry and Mental Health Nursing 2004; 11: 327-334.
31. Rüsch, N., Lieb, K., Göttler, I., Hermann, C.,Scharmm, E., Richter, H., et al. Shame and implicit self-concept in women with borderline personality disorder, The American Journal of Psychiatry 2007; 164: 500.
32. Stiglmayr, C. E., Grathwol, T., Linehan, M. M., Ihorst, G., Fahrenberg, J., &Bohus, M. Aversive tension in patients with borderline personality disorder: A computer-based controlled field study. ActaPsychiatricaScandinavica 2005;111: 372–379.
33. Arntz, A., Klokman, J., &Sieswerda, S. An experimental test of the schema mode model of borderline personality disorder.Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry 2005; 36: 226–239.
34. Walters, K. N. Emotional responses to social rejection and failure among persons with borderline personality features. [Dissertation]. University of Alberta; 2006.
35. Tasić JK, Sapic R, Valkanou M. Where is "I" in addiction? (A link between personality disorders and drug addiction). European Psychiatry 2011;26.
36. Lukic, B. Perunicic, I. Mandic, V. Tosevski, D. L. Dimensions of personality and suicidal attempts. European Psychiatry, 2010; 25.
37. Ramos V, Leal I, Maroco J. Borderline Personality Disorder in adolescents - personality traits in the adolescents and in the parents. European Psychiatry 2009; 24.
38. Franklin, J. C. Heilbron, N. Guerry, J. D. Bowker, K. B. Blumenthal, T. D. Antisocial and borderline personality disorder symptomatologies are associated with decreased prepulse inhibition: The importance of optimal experimental parameters. Personality and Individual Differences, 2009;47.
39. Groth-Marnat, G. Handbook of Psychological Assessment—5th ed. New Jersey: John Wiley & Sons, Inc. 2009.
40. Sarifi, AA, Molavi H, Namdari K. The validity of MCMI-III(Millon,) Scales . Knowledge &Research in Aapplied Psychology 2008;34: 27-38.
41. Abedi, M. R., Omidi, A., Rezaie, T. A. Norming and evaluating the validity and reliability of Wechsler Adult Intelligence Scale-Revised in Iran [Dissertation]. Tehran: Iran University of Medical Sciences; 1994.
42. Nasuri, M. Rezaei, F. Rahmani, F. An experimental investigation of emotional reactivity and inhibition in intellectual functioning, in borderline personality disorder. [Dissertation]. Sanandaj-Iran: The University of Kurdistan. 2012.
43. Tulsky, D. S., Zhu, J. &Prifitera, A. Assessment of Adult Intelligence With the WAIS-Ill. In, Goldstein, G. &Hersen, M. Handbook of psychological assessment - 3rd ed. N.Y.: Elsevier Science Ltd. 2000.
44. Millon, T. & Meagher, S. E., The Millon clinical multiaxial inventory-III (MCMI-III). In Hersen, M. (Editor). Comprehensive handbook of psychological assessment: Volume 1, personality assessment. New Jersey: John Wiley & Sons, Inc. 2004

[Downloaded from sjku.muk.ac.ir on 2026-11-12]

45. Kaufman, A. S. &Lichtenberger.Assessing adolescent and adult intelligence. New Jercy: John Wiley and Sons Inc. 2006
46. Zhu, J., Weiss, L. G., Prifitera, A., and Coalson, D. The Wechsler intelligence scales for children and adults. In Hersen, M. (Editor).Comprehensive handbook of psychological assessment: Volume 1, Intellectual and neuropsychological assessment. New Jersey: John Wiley & Sons, Inc. 2004.

[Downloaded from sjku.muk.ac.ir on 2026-11-12]