تمایز بالینی اختلال دوقطبی نوع دو از اختلال شخصیت مرزی در مصاحبهٔ تشخیصی

فهیم طاهری*، فیروزه کاظمی، مبینا طاهری

۱- دانشجوی دکتری، گروه روانشناسی، واحد اصفهان (خوراسگان)، دانشگاه آزاد اسلامی، اصفهان، ایران

۲- کارشناسی ارشد روان‌شناسی بالینی، واحد خمینی شهر، دانشگاه آزاد اسلامی، اصفهان، ایران

۳- کارشناسی ارشد روان‌شناسی بالینی خانواده، واحد خمینی شهر، دانشگاه آزاد اسلامی، اصفهان، ایران

چکیده

افتراق اختلال دوقطبی نوع دو از اختلال شخصیت مرزی به‌دلیل همپوشانی نوسان خلق، تحریک‌پذیری، تکانشگری، خودآسیبی و آشفتگی خواب دشوار است. هدف این مقاله، سنتز انتقادی شواهد مرتبط و پیشنهاد چارچوبی مقدماتی برای سازمان‌دهی مصاحبهٔ افتراقی بزرگسالان است. مقاله با روش مرور روایتی هدفمند تدوین شده و بر راهنمای تشخیصی، مرورهای مرتبط و مطالعات مقایسه‌ای و طولی تکیه دارد. در تفسیر منابع، شواهد اختصاصی دوقطبی نوع دو از یافته‌های مربوط به کل اختلالات دوقطبی و مطالعات تک‌تشخیصی تفکیک شدند. حاصل این سنتز، پنج حوزهٔ به‌هم‌پیوستهٔ سازمان زمانی تغییر خلق، وابستگی به محرک‌های بین‌فردی، نیاز به خواب، افزایش انرژی و فعالیت و وضعیت خارج از اپیزودهای مشخص است. این حوزه‌ها برای تبدیل روایت مراجع به پرسش‌های قابل پیگیری انتخاب شده‌اند و ترتیب آنها نشان‌دهندهٔ وزن تشخیصی یا استقلال آماری نیست. شناسایی دورهٔ متمایز تغییر خلق و انرژی یا فعالیت، همراه با احراز سایر معیارهای هیپومانیا، بررسی افسردگی اساسی و نبود سابقهٔ مانیا، برای ارزیابی دوقطبی نوع دو ضروری است. در مقابل، مشکلات فراگیر هویت و روابط و واکنش‌پذیری بین‌فردی باید در کنار مجموع معیارهای شخصیت مرزی بررسی شوند. تفاوت‌های گروهی، به‌ویژه در نمونه‌های کوچک یا مختلط، به‌تنهایی برای تشخیص فردی کافی نیستند. بر این اساس، راهنمای گام‌به‌گام مصاحبه با پنج خروجی موقت شامل احتمال بیشتر هر یک از دو اختلال، احتمال همبودی، تشخیص جایگزین و شواهد ناکافی ارائه می‌شود. این چارچوب مقدماتی در مطالعهٔ مستقلی آزمون نشده و افزایش دقت تشخیص یا کاهش خطا با استفاده از آن هنوز اثبات نشده است؛ کاربرد پیشنهادی آن، سامان‌دادن به گردآوری و تفسیر اطلاعات در کنار مصاحبهٔ جامع و پیگیری طولی است.

واژگان کلیدی: اختلال دوقطبی نوع دو؛ اختلال شخصیت مرزی؛ تشخیص افتراقی؛ هیپومانیا؛ بی‌ثباتی عاطفی؛ مصاحبهٔ بالینی

۱ مقدمه

اختلال دوقطبی نوع دو و اختلال شخصیت مرزی در نظام‌های تشخیصی کنونی دو اختلال متمایز محسوب می‌شوند، اما مرز میان آنها در عمل بالینی همیشه به‌آسانی قابل تشخیص نیست. در DSM-5-TR، تشخیص اختلال دوقطبی نوع دو مستلزم وجود دست‌کم یک اپیزود هیپومانیک و یک اپیزود افسردگی اساسی، بدون سابقهٔ اپیزود مانیک است. در مقابل، اختلال شخصیت مرزی با الگویی فراگیر از بی‌ثباتی روابط بین‌فردی، خودپنداره و عواطف، همراه با تکانشگری مشخص می‌شود (انجمن روان‌پزشکی آمریکا، ۲۰۲۲). پاریس و بلک (۲۰۱۵) نیز بر اهمیت حفظ تمایز تشخیصی این دو اختلال، با وجود همپوشانی پدیداری قابل توجه آنها، تأکید کرده‌اند. مرورهای جدیدتر نیز این همپوشانی را یکی از عوامل دشوارکنندهٔ تشخیص می‌دانند (برک و همکاران، ۲۰۲۵؛ لایشسرینگ و همکاران، ۲۰۲۴).

دشواری زمانی آشکارتر می‌شود که مراجع به‌جای ارائهٔ تاریخچه‌ای منظم از اپیزودهای خلقی، از بالا و پایین‌شدن خلق، عصبی‌شدن ناگهانی، انرژی زیاد، بی‌خوابی، تصمیم‌های ناگهانی یا رفتارهای پرخطر سخن می‌گوید. این توصیف‌ها به خودی خود برای تعیین تشخیص کافی نیستند. مرور نظام‌مند ماسو رودریگز و همکاران (۲۰۲۱) بر مطالعاتی که اختلال دوقطبی و شخصیت مرزی را مستقیماً مقایسه کرده بودند نشان داد که نشانه‌های افسردگی و اضطراب، بی‌تنظیمی هیجان، افکار خودکشی، برخی الگوهای تکانشگری و سابقهٔ تجارب آسیب‌زای کودکی می‌توانند در هر دو اختلال دیده شوند. در عین حال، شواهد مقایسه‌ای نشان می‌دهند که نحوهٔ سازمان‌یافتن این ویژگی‌ها در طول زمان و بافت بین‌فردی یکسان نیست.

روگرو و همکاران (۲۰۱۰) در ۶۱۰ بیمار سرپایی، ارتباط اختلال شخصیت مرزی با سابقهٔ خودگزارش‌شدهٔ دریافت تشخیص دوقطبی را بررسی کردند. تشخیص دوقطبی در ارزیابی ساختاریافتهٔ کنونی این افراد تأیید نشده بود. احتمال گزارش این سابقه در افراد مبتلا به شخصیت مرزی بیشتر بود، اما نشانگر منفردی با برتری بالینی روشن شناسایی نشد. در تحلیل چندمتغیره، احساس پوچی مزمن ارتباط مستقل آماری داشت، ولی نویسندگان برتری بالینی آن را محدود دانستند. این مطالعه ارتباط تشخیصی را نشان می‌دهد و فرایند استدلال درمانگران یا علت خطای تشخیصی را مستقیماً آزمون نمی‌کند. از سوی دیگر، هیپومانیا ممکن است هنگام مراجعه در دورهٔ افسردگی کمتر به‌خاطر آورده یا گزارش شود و تشخیص دوقطبی نوع دو به تأخیر بیفتد (برک و همکاران، ۲۰۲۵).

مسئلهٔ اصلی آن است که بسیاری از ویژگی‌هایی که در نگاه نخست دوقطبی یا مرزی به نظر می‌رسند، اختصاصیت تشخیصی محدودی دارند. تحریک‌پذیری می‌تواند بخشی از هیپومانیا باشد، اما در افسردگی با ویژگی‌های مختلط، اختلال شخصیت مرزی، اختلال‌های مرتبط با تروما، اضطراب، اختلال کم‌توجهی ـ بیش‌فعالی و وضعیت‌های مرتبط با مواد نیز مشاهده شود. خودآسیبی از نظر تشخیصی و درمانی در شخصیت مرزی اهمیت فراوانی دارد، اما به این اختلال اختصاص ندارد. تکانشگری نیز در هر دو اختلال دیده می‌شود و مطالعات مستقیم نشان داده‌اند که تفاوت افتراقی بیشتر به کیفیت، پایداری، محرک و رابطهٔ آن با حالت‌های خلقی مربوط است تا صرف وجود تکانشگری (هنری و همکاران، ۲۰۰۱؛ بوئن و همکاران، ۲۰۱۵).

بنابراین، پرسش مناسب در مصاحبهٔ افتراقی این نیست که آیا مراجع نوسان خلق، تکانشگری یا کم‌خوابی دارد؟ پرسش دقیق‌تر آن است که این تغییر چه زمانی آغاز می‌شود، چه مدت ادامه می‌یابد، چگونه پایان می‌گیرد، با چه محرکی ارتباط دارد، هم‌زمان چه تغییری در نیاز به خواب، انرژی و فعالیت رخ می‌دهد، تا چه اندازه با خط پایهٔ معمول فرد متفاوت است و فرد در فواصل میان این وضعیت‌ها چگونه عمل می‌کند؟

بیز و همکاران (۲۰۱۴) و سپس بیز و همکاران (۲۰۱۹) در مرورهای اختصاصی افتراق دوقطبی نوع دو و شخصیت مرزی، سیر طولی، نحوهٔ شروع، پدیدارشناسی حالت‌های خلقی، تنظیم هیجان، تاریخچهٔ خانوادگی و الگوی روابط و شخصیت را از حوزه‌های سودمندتر افتراق دانسته‌اند؛ در مقابل، عواملی مانند خودآسیبی، تکانشگری یا پاسخ قبلی به درمان، در صورت استفاده به‌تنهایی، ارزش افتراقی محدودتری دارند.

هدف مقالهٔ حاضر، تبدیل حوزه‌های افتراقی معرفی‌شده در مرورهای پیشین (بیز و همکاران، ۲۰۱۴؛ بیز و همکاران، ۲۰۱۹) به چارچوبی مقدماتی و پرسش‌محور است. پنج حوزه بر اساس قابلیت پیگیری در تاریخچهٔ مراجع و ارتباط آنها با سیر علائم انتخاب شده‌اند: سازمان زمانی تغییر خلق، وابستگی به محرک‌های بین‌فردی، نیاز به خواب، افزایش انرژی و فعالیت و وضعیت خارج از اپیزودهای مشخص. این انتخاب، تصمیمی مفهومی و بالینی برای سازمان‌دهی مصاحبه است و حاصل تحلیل عاملی، تعیین وزن تشخیصی یا اعتبارسنجی ابزار نیست. تاریخچهٔ خانوادگی، سیر تحولی و اطلاعات جانبی در سراسر ارزیابی به کار می‌روند؛ قرارگرفتن آنها در بخش شاخص‌های کمکی به معنای اهمیت کمتر یا ارزش افتراقی پایین‌تر نیست.

۲ روش بررسی منابع

این مقاله یک مرور روایتی هدفمند با تمرکز بر مصاحبهٔ افتراقی بزرگسالان است. پرسش مرور این بود که کدام ویژگی‌های زمانی، زمینه‌ای و رفتاری می‌توانند گردآوری اطلاعات لازم برای افتراق دوقطبی نوع دو، شخصیت مرزی و همبودی آنها را هدایت کنند. در بازبینی منابع تا ۱۳ سپتامبر ۲۰۲۶، جست‌وجوی موضوعی، جست‌وجوی عنوان و شناسه دیجیتال مقالات و بررسی فهرست منابع مرورهای کلیدی به کار رفت. منابع از رکوردهای نمایه‌شده در PubMed، نمایهٔ استنادی Scite و صفحات ناشران بازیابی و تطبیق داده شدند. هدف، انتخاب شواهد مرتبط با این پرسش بود و نه بازیابی جامع همهٔ مطالعات موجود.

جست‌وجوی تکمیلی با ترکیب اصطلاحات اختلال دوقطبی نوع دو، اختلال شخصیت مرزی، تشخیص افتراقی، بی‌ثباتی عاطفی، واکنش‌پذیری بین‌فردی و خواب انجام شد. جست‌وجوی عنوان مرورهای بیز و همکاران و مطالعات مقایسه‌ای مورد استناد آنها نیز مسیر مکمل شناسایی منابع بود. در انتخاب منابع، راهنمای تشخیصی معتبر، مرورهای اختصاصی افتراق، مرورهای نظام‌مند و فراتحلیل‌ها و مطالعات مقایسه‌ای مستقیم در اولویت قرار گرفتند. محدودهٔ انتشار از پیش تعیین‌شده‌ای اعمال نشد؛ منابع قدیمی در صورت اهمیت تشخیصی یا مقایسهٔ مستقیم حفظ شدند. منابع انگلیسی و فارسی بررسی شدند. برای شواهد ایرانی، جست‌وجوی هدفمند عنوان و موضوع در صفحات نشریات و نمایه‌های علمی فارسی انجام شد.

نمونه‌ای از عبارت جست‌وجوی تکمیلی به این صورت بود:

("bipolar II" AND "borderline personality disorder") AND ("differential diagnosis" OR "affective instability" OR sleep OR "interpersonal reactivity")

معیار ورود به سنتز، ارتباط روشن منبع با تعریف تشخیصی، افتراق بالینی، سیر طولی، همبودی یا محدودیت روش‌های تشخیص بود. مطالعات تک‌تشخیصی فقط برای توصیف پدیدارشناسی یا زمینه بالینی به کار رفتند و شاهد مستقیم برتری افتراقی تلقی نشدند. مطالب غیرعلمی و منابع فاقد ارتباط مشخص با پرسش مقاله کنار گذاشته شدند. برای مقایسهٔ شواهد منتخب، طرح مطالعه، ترکیب تشخیصی نمونه، شیوهٔ سنجش، یافتهٔ اصلی و محدودیت مؤثر بر تفسیر استخراج شد. تفاوت آماری گروهی از عملکرد تشخیصی فردی، و یافتهٔ مستقیم از پیشنهاد تفسیری نویسندگان تفکیک شد. این مرور شمارش جامع رکوردها، غربالگری مستقل چندارزیاب یا ارزیابی رسمی خطر سوگیری ندارد. مؤلفه‌های SANRA برای بررسی وضوح

هدف، شرح جست‌وجو، کفایت استناد و کیفیت استدلال مدنظر قرار گرفتند؛ استفاده از این مؤلفه‌ها به معنای نظام‌مندبودن مرور یا دریافت تأیید مستقل کیفیت نیست (بیتگه و همکاران، ۲۰۱۹).

در این سنتز، شواهد در سه سطح کاربردی خوانده شدند: مقایسهٔ مستقیم دوقطبی نوع دو با شخصیت مرزی؛ مطالعات دوقطبی با نمونه مختلط یا نامشخص از نظر زیرنوع؛ و منابع توصیفی یا تشخیصی. این تفکیک، رتبه‌بندی رسمی کیفیت نیست. از یافته‌های گروه دوم و سوم برای تعیین وزن اختصاصی شاخص‌های دوقطبی نوع دو استفاده نشد. پنج حوزه نیز بر اساس قابلیت پیگیری در مصاحبه سازمان یافتند، نه تعداد مطالعات موافق یا فرض استقلال آنها.

جدول ۱ ویژگی‌ها و حدود تفسیر مطالعات منتخب

مطالعه و طرح	نمونه یا دامنهٔ بررسی	یافتهٔ مرتبط	حد تفسیر
ماسو رودریگز و همکاران (۲۰۲۱) مرور نظام‌مند	۲۸ مطالعهٔ مقایسه‌ای	همپوشانی بالینی همراه با تفاوت‌هایی در خلق، روابط و تنظیم هیجان	همهٔ مطالعات مختص دوقطبی نوع دو نیستند؛ روش‌ها و نمونه‌ها ناهمگون هستند.
روگرو و همکاران (۲۰۱۰) مطالعهٔ درمانگاهی	۶۱۰ بیمار سرپایی	ارتباط شخصیت مرزی با سابقهٔ خودگزارش‌شدهٔ تشخیص دوقطبی تأییدنشده	علت خطای تشخیصی یا فرایند استدلال درمانگر سنجیده نشده است.
رایش و همکاران (۲۰۱۲) مقایسهٔ بالینی	۲۹ نفر شخصیت مرزی؛ ۲۵ نفر دوقطبی نوع دو یا سیکلوتایمی	تفاوت در نوع، فراوانی و شدت انتقال‌های عاطفی	گروه مقایسه شامل سیکلوتایمی است؛ افراد دارای همبودی کنار گذاشته شدند.
تساناس و همکاران (۲۰۱۶) پایش طولی روزانه	۴۸ نفر دوقطبی؛ ۳۱ نفر شخصیت مرزی؛ ۵۱ فرد سالم	تفاوت الگوهای تغییرپذیری در ثبت روزانه	دوقطبی به نوع دو محدود نبود؛ خودگزارش‌دهی و نبود تأیید بالینی مستمر.
رایش و همکاران (۲۰۱۹) مقایسهٔ مقطعی	۱۴ زن با شخصیت مرزی؛ ۱۵ زن با دوقطبی نوع دو	واکنش‌پذیری بین‌فردی و تکانشگری بیشتر در گروه مرزی	نمونهٔ کوچک و محدود به زنان؛ دقت تشخیصی فردی آزمون نشده است.
پالمر و همکاران (۲۰۲۱) غربالگری در بستری	۷۵۷ نفر در کل؛ ۱۳۰ دوقطبی؛ ۶۰ مرزی؛ ۱۸ همبود	ارتباط برخی ماده‌های خلقی و رفتاری با تشخیص ترخیص	زیرنوع دو جداگانه اعتبارسنجی نشد؛ تشخیص مرجع بالینی بود.
فورنارو و همکاران (۲۰۱۶) فراتحلیل	۴۲ مقاله؛ شش مطالعه در زیرگروه نوع دو	همبودی قابل توجه با عدم قطعیت بین مطالعات	برآورد شیوع، دقت یک شاخص افتراقی یا احتمال ثابت فردی نیست.
منیمن و همکاران (۲۰۱۸) نمونه‌برداری تجربه	۳۸ مرزی؛ ۱۵ افسردگی؛ ۱۴ دوقطبی؛ ۶۲ سالم	برخی پویایی‌های شرم و گناه نسبتاً اختصاصی‌تر بودند	گروه دوقطبی کوچک و مقایسه‌های اصلی ترکیبی بودند؛ تعمیم اختصاصی به نوع دو محدود است.
مظفری و همکاران (۱۳۹۷) مقایسهٔ بالینی ایرانی	۲۵ نفر مرزی؛ ۲۷ نفر دوقطبی نوع دو	تفاوت معناداری در کارکردهای اجرایی یافت نشد	نبود تفاوت معنادار، همسانی یا بی‌فایدگی همهٔ سنجه‌های شناختی را اثبات نمی‌کند.

یادداشت: جدول ۱ خلاصهٔ مطالعات منتخب است و فهرست جامع منابع مرور محسوب نمی‌شود. اندازهٔ کل نمونه، تعداد افراد در هر مقایسهٔ تشخیصی و شیوهٔ احراز تشخیص باید جداگانه در نظر گرفته شوند. معنی‌داری آماری نیز معادل دقت تشخیصی کافی در یک فرد نیست.

۳ همپوشانی بالینی دو اختلال

همپوشانی میان اختلال دوقطبی نوع دو و اختلال شخصیت مرزی در چند حوزهٔ مهم رخ می‌دهد: نوسان خلق، بی‌ثباتی عاطفی، تحریک‌پذیری، تکانشگری، خلق افسرده، اضطراب، خودآسیبی، رفتارهای پرخطر، آشفتگی خواب و مشکلات بین‌فردی. مرور نظام‌مند ماسو رودریگز و همکاران (۲۰۲۱)، که ۲۸ مطالعهٔ مقایسه‌ای مستقیم را دربر گرفت، نشان داد که دو اختلال در بسیاری از ویژگی‌های بالینی همپوشانی دارند، اما تفاوت‌هایی نیز در پایداری مشکلات بین‌فردی، راهبردهای تنظیم هیجان، برخی ویژگی‌های خلقی و نحوهٔ بروز تکانشگری مشاهده می‌شود.

تکانشگری نمونه‌ای روشن از محدودیت استدلال مبتنی بر یک نشانهٔ منفرد است. هنری و همکاران (۲۰۰۱) و بوئن و همکاران (۲۰۱۵) در مقایسه‌های مستقیم نشان دادند که تکانشگری در هر دو اختلال وجود دارد، اما نیمرخ و رابطهٔ آن با سایر ویژگی‌های بالینی متفاوت است. مرور نظام‌مند ماسو رودریگز و همکاران (۲۰۲۱) نیز نتیجه گرفت که شواهد بیشتر با صفت‌گونه‌تر بودن تکانشگری در شخصیت مرزی و حالت‌وابسته‌تر بودن بخشی از آن در اختلال دوقطبی سازگار هستند. بااین‌حال، این تفاوت یک گرایش گروهی است و در فرد منفرد نباید به قاعدهٔ تشخیصی تبدیل شود.

رایش و همکاران (۲۰۱۲) در مقایسهٔ ۲۹ فرد مبتلا به شخصیت مرزی با ۲۵ فرد مبتلا به دوقطبی نوع دو یا سیکلوتایمی، تفاوت‌هایی در نوع، فراوانی و شدت انتقال‌های عاطفی یافتند. انتقال‌های مرتبط با خشم، اضطراب و افسردگی در گروه شخصیت مرزی و انتقال‌های مرتبط با سرخوشی در گروه مقایسه برجسته‌تر بود. وجود سیکلوتایمی در گروه مقایسه و کنارگذاشتن همبودی، تعمیم یافته‌ها به افتراق دوقطبی نوع دو در جمعیت بالینی معمول را محدود می‌کند. بنابراین، این مطالعه به بررسی کیفیت تغییر هیجان کمک می‌کند و قاعدهٔ تشخیصی فردی به دست نمی‌دهد.

۴ مدت و سازمان زمانی تغییرات خلقی

در DSM-5-TR، اپیزود هیپومانیک دورهٔ متمایزی از خلق غیرعادی و به‌طور پایدار بالا، گشاده یا تحریک‌پذیر، همراه با افزایش غیرعادی و پایدار انرژی یا فعالیت است که دست‌کم چهار روز متوالی، در بیشتر ساعات روز و تقریباً هر روز ادامه دارد. در این دوره، دست‌کم سه نشانهٔ همراه لازم است؛ اگر خلق فقط تحریک‌پذیر باشد، دست‌کم چهار نشانه لازم است. نشانه‌های همراه شامل افزایش اعتمادبه‌نفس یا بزرگ‌منشی، کاهش نیاز به خواب، افزایش گفتار، پرش افکار یا شتاب ذهنی، حواس‌پرتی، افزایش فعالیت هدفمند یا بی‌قراری روانی‌حرکتی و درگیری در فعالیت‌های بالقوه زیان‌بار هستند. تغییر عملکرد باید نسبت به حالت معمول روشن و برای دیگران قابل مشاهده باشد. شدت دوره نباید به اختلال بارز عملکرد یا ضرورت بستری ناشی از همان دوره برسد؛ وجود ویژگی‌های روان‌پریشانه در چنین دوره‌ای با هیپومانیا سازگار نیست و ارزیابی مانیا را ایجاب می‌کند. انتساب علائم به مواد، داروها یا علل پزشکی نیز باید بررسی شود (انجمن روان‌پزشکی آمریکا، ۲۰۲۲).

این شروط برای احراز هیپومانیا لازم هستند، اما به‌تنهایی تشخیص دوقطبی نوع دو را کامل نمی‌کنند. دست‌کم یک اپیزود افسردگی اساسی و نبود سابقهٔ مانیا نیز باید احراز شود. در ارزیابی شخصیت مرزی، وجود دست‌کم پنج معیار از نه معیار،

شروع الگو تا اوایل بزرگسالی، حضور آن در زمینه‌های متعدد و شروط عمومی اختلال شخصیت بررسی می‌شوند. بی‌ثباتی هویت یا حساسیت به رهاشدگی، به‌تنهایی برای این تشخیص کافی نیست (انجمن روان‌پزشکی آمریکا، ۲۰۲۲).

در اختلال شخصیت مرزی، تغییرات هیجانی می‌توانند سریع‌تر و وابسته‌تر به رویدادهای محیطی، به‌ویژه وقایع بین‌فردی، ظاهر شوند. بااین‌حال، تبدیل این تفاوت به فرمول ساده چند ساعت برابر با شخصیت مرزی و چند روز برابر با دوقطبی از نظر علمی قابل دفاع نیست. افراد مبتلا به اختلال دوقطبی می‌توانند درون یک اپیزود خلقی نیز تغییرات قابل توجهی در شدت و کیفیت هیجان تجربه کنند و وجود ویژگی‌های مختلط می‌تواند تصویر خلقی را پیچیده‌تر سازد. از سوی دیگر، پریشانی عاطفی در شخصیت مرزی نیز الزاماً پس از چند ساعت پایان نمی‌یابد.

بنابراین، مدت باید همراه با مرزهای زمانی دوره بررسی شود. پرسش مهم این است که آیا می‌توان برای تغییر مورد نظر آغاز، تداوم و پایان نسبتاً مشخصی تعیین کرد. در یک اپیزود هیپومانیک، ممکن است مراجع و اطرافیان بتوانند دوره‌ای را شناسایی کنند که در آن چندین جنبه از عملکرد فرد به‌طور هم‌زمان از خط پایهٔ معمول فاصله گرفته‌اند. در مقابل، بی‌ثباتی عاطفی شخصیت مرزی ممکن است بیشتر با نوسان‌های مکرر درون‌روزی و تغییرات مرتبط با تحولات رابطه‌ای همراه باشد.

تساناس و همکاران (۲۰۱۶) با پایش روزانهٔ ۴۸ فرد مبتلا به اختلال دوقطبی، ۳۱ فرد مبتلا به شخصیت مرزی و ۵۱ فرد سالم، تفاوت‌هایی در تغییرپذیری خلق یافتند که پرسش‌نامه‌های هفتگی همان مطالعه آشکار نمی‌کردند. گروه دوقطبی در گزارش مورد استناد، به دوقطبی نوع دو محدود نبود و داده‌ها بر خودگزارش‌دهی تکیه داشتند؛ ارزیابی بالینی مستمر برای تأیید همهٔ تغییرات نیز انجام نشده بود. ازاین‌رو، ثبت طولی خلق در این مقاله به‌عنوان راهی برای تکمیل اطلاعات در موارد مبهم پیشنهاد می‌شود، نه روشی با دقت تشخیصی اثبات‌شده برای چارچوب حاضر.

عامل مهم دیگر، بازگشت به خط پایه است. پایان یک دورهٔ مشخص افزایش انرژی، فعالیت یا تغییر خواب و بازگشت نسبی به سطح معمول عملکرد، از سازمان اپیزودیک حمایت می‌کند. بااین‌حال، این اصل نباید به تقابل ساده دوقطبی = کاملاً طبیعی میان اپیزودها و شخصیت مرزی = دائماً علامت‌دار تبدیل شود. افراد مبتلا به دوقطبی نوع دو ممکن است در دوره‌های بین‌اپیزودی نیز نشانه‌های افسردگی، اضطراب یا اختلال عملکرد داشته باشند (برک و همکاران، ۲۰۲۵). در اختلال شخصیت مرزی نیز شدت نشانه‌ها در طول زمان ثابت نیست و می‌تواند کاهش یا افزایش یابد (لایشسرینگ و همکاران، ۲۰۲۴). آنچه باید بررسی شود، میزان برجستگی سازمان اپیزودیک در برابر الگوی فراگیرتر دشواری‌های تنظیم هیجان، هویت و روابط است.

۵ محرک‌های بین‌فردی و واکنش‌پذیری عاطفی

حساسیت به طرد و رهاشدگی و واکنش‌های هیجانی مرتبط با روابط، از ویژگی‌های شناخته‌شدهٔ شخصیت مرزی هستند (انجمن روان‌پزشکی آمریکا، ۲۰۲۲؛ لایشسرینگ و همکاران، ۲۰۲۴). رایش و همکاران (۲۰۱۹) در مقایسهٔ ۱۴ زن مبتلا به شخصیت مرزی و ۱۵ زن مبتلا به دوقطبی نوع دو، واکنش‌پذیری عاطفی بین‌فردی، انتقال‌های عاطفی منفی، اضطراب صفتی و تکانشگری بیشتری در گروه شخصیت مرزی گزارش کردند. طرح مقطعی، نمونهٔ کوچک و محدودبودن نمونه به زنان، دامنهٔ استنباط را محدود می‌کند. این پژوهش میزان واکنش‌پذیری را سنجیده است و اعتبار تشخیصی سرعت فروکش‌کردن هیجان پس از حل تعارض را مستقیماً نشان نمی‌دهد.

در مصاحبهٔ بالینی، صرف پرسش آیا قبل از تغییر حالتان اتفاقی افتاد؟ کافی نیست. رویدادهای پراسترس می‌توانند پیش از بروز یا تشدید نشانه‌ها در اختلال‌های مختلف رخ دهند و وجود یک محرک بین‌فردی، به‌تنهایی، شخصیت مرزی را از اختلال دوقطبی متمایز نمی‌کند. به همین ترتیب، وجود یک رویداد پراسترس یا تغییر الگوی خواب پیش از شروع یک دورهٔ خلقی، به‌خودی‌خود ساختار اپیزودیک آن دوره را منتفی نمی‌کند.

در مصاحبه می‌توان میزان وابستگی شروع، تداوم و کاهش شدت هیجان به یک رویداد بین‌فردی را بررسی کرد. برای مثال، تغییر حالت پس از پاسخ‌ندادن شریک عاطفی و سپس برقراری دوبارهٔ ارتباط، اطلاعاتی دربارهٔ رابطهٔ هیجان و موقعیت فراهم می‌کند. بااین‌حال، سرعت آرام‌شدن پس از دریافت اطمینان نه معیار تشخیصی شخصیت مرزی است و نه یک شاخص افتراقی اعتبارسنجی‌شده در چارچوب حاضر. این پرسش‌ها ماهیت اکتشافی دارند و باید همراه با تاریخچهٔ روابط، هویت و مجموع معیارهای تشخیصی تفسیر شوند.

در مقابل، اگر دورهٔ افزایش انرژی و فعالیت پس از یک رویداد بین‌فردی آغاز شده باشد، باید بررسی شود آیا با تغییر وضعیت همان رابطه سریعاً فروکش می‌کند یا به‌صورت تغییری چندحوزه‌ای در خواب، انرژی، فعالیت، گفتار و رفتار ادامه می‌یابد. بنابراین، تمایز مفیدتر نه محرک وجود دارد یا ندارد، بلکه میزان وابستگی سیر حالت به محرک است.

این تمایز را می‌توان با بازسازی یک توالی زمانی دقیق بررسی کرد: پیش از تغییر چه اتفاقی افتاد؟، وقتی شرایط رابطه تغییر کرد، حالت شما چه تغییری کرد؟، آیا بعد از حل تعارض نیز همان افزایش انرژی یا تغییر رفتار ادامه داشت؟، آیا دوره‌های مشابهی بدون چنین اتفاقی داشته‌اید؟ و آیا این حالت فقط در ارتباط با همان فرد دیده می‌شد یا در سایر حوزه‌های زندگی نیز ادامه داشت؟

در تفسیر این توالی، وجود عامل آغازگر باید از وابستگی مستمر حالت به موقعیت متمایز شود. این تمایز برای توصیف سیر تجربه مفید است، اما به‌تنهایی وزن تشخیصی معینی ندارد. نوع هیجان نیز اهمیت دارد: در یک مطالعهٔ نمونه‌برداری تجربه با ۳۸ فرد مبتلا به شخصیت مرزی، ۱۵ فرد مبتلا به افسردگی اساسی، ۱۴ فرد مبتلا به دوقطبی و ۶۲ فرد سالم، واکنش‌پذیری بین‌فردی شرم و گناه و ماندگاری شرم نسبتاً اختصاصی‌تر بودند، درحالی‌که بی‌ثباتی خشم و تحریک‌پذیری بیشتر ماهیتی فراتشخیصی داشت (منیمن و همکاران، ۲۰۱۸). کوچکی گروه دوقطبی و شیوهٔ ترکیب گروه‌های مقایسه، تعمیم این یافته‌ها به دوقطبی نوع دو را محدود می‌کند.

پیام بالینی: رویداد پیشایند، نوع هیجان، تداوم آن و تغییرات پس از دگرگونی موقعیت را جداگانه ثبت کنید. هیچ‌یک از این اطلاعات، بدون بررسی سایر معیارها، شخصیت مرزی یا دوقطبی نوع دو را تأیید یا رد نمی‌کند.

۶ کاهش نیاز به خواب در برابر بی‌خوابی

خواب یکی از حوزه‌هایی است که اگر به‌طور سطحی بررسی شود، می‌تواند به بیش‌تشخیصی هیپومانیا بینجامد. خواب کمتر و کاهش نیاز به خواب یک مفهوم نیستند. در معیارهای هیپومانیا، کاهش نیاز به خواب یکی از نشانه‌های ممکن است؛ برای مثال، فرد ممکن است پس از چند ساعت خواب احساس کند استراحت کافی داشته است (انجمن روان‌پزشکی آمریکا، ۲۰۲۲). این نشانه در همهٔ اپیزودهای هیپومانیک الزامی نیست و فقدان آن نیز هیپومانیا را رد نمی‌کند.

بی‌خوابی ماهیت متفاوتی دارد. فرد ممکن است تمایل به خواب داشته باشد، اما به علت اضطراب، نشخوار فکری، آشفتگی هیجانی، تعارض یا برانگیختگی نتواند به خواب رود یا خواب خود را حفظ کند. در چنین وضعیتی، کمبود خواب معمولاً با

خستگی، خواب‌آلودگی یا کاهش عملکرد روز بعد همراه است. در مقابل، کاهش نیاز به خواب در هیپومانیا زمانی ارزش افتراقی بیشتری پیدا می‌کند که فرد با وجود کاهش محسوس ساعات خواب، احساس خستگی متناسب نداشته و هم‌زمان افزایش انرژی یا فعالیت نشان دهد.

این تمایز اهمیت ویژه‌ای دارد، زیرا مشکلات خواب در اختلال شخصیت مرزی نیز شایع هستند. سلبی (۲۰۱۳) در یک مطالعهٔ همه‌گیرشناختی نشان داد که ویژگی‌های شخصیت مرزی با مشکلات مزمن شروع و تداوم خواب و پیامدهایی مانند خواب‌آلودگی و خستگی روزانه ارتباط دارند. بنابراین، جملهٔ سه شب تقریباً نخوابیدم بدون بررسی کیفیت تجربه، شواهد کافی برای هیپومانیا فراهم نمی‌کند.

مصاحبه باید از شمارش ساعات خواب فراتر رود. ابتدا خط پایهٔ فرد مشخص می‌شود: در حالت معمول برای اینکه روز بعد سرحال باشید چند ساعت خواب لازم دارید؟ سپس دورهٔ مشکوک بررسی می‌شود: در آن دوره تقریباً چند ساعت می‌خوابیدید؟ پس از آن باید پرسید: با این مقدار خواب خسته بودید؟، می‌خواستید بیشتر بخوابید ولی نمی‌توانستید، یا احساس می‌کردید اصلاً به خواب بیشتری احتیاج ندارید؟ و روز بعد انرژی و میزان فعالیت شما چگونه بود؟

هم‌زمانی خواب با رفتار اهمیت زیادی دارد. اگر کاهش خواب با افزایش فعالیت هدفمند، شروع پروژه‌های متعدد، پرحرفی، افزایش معاشرت یا رفتارهای غیرمعمول دیگری همراه باشد، ارزش افتراقی آن برای هیپومانیا افزایش می‌یابد. اگر فرد با وجود خواب کم، خسته، دچار مشکل تمرکز و در تلاش برای جبران خواب باشد، استنباط کاهش نیاز به خواب ضعیف‌تر می‌شود.

۷ تغییر انرژی و فعالیت هدفمند

هیپومانیا را نباید صرفاً از روی کیفیت خلق شناسایی کرد. برخی افراد دورهٔ هیپومانیک را به‌صورت حال بسیار خوب گزارش نمی‌کنند و ممکن است بیشتر تحریک‌پذیری یا افزایش غیرمعمول انرژی و فعالیت را تجربه کنند. از سوی دیگر، شادی، اعتمادبه‌نفس یا تحریک‌پذیری گذرا به‌تنهایی برای استنباط هیپومانیا کافی نیست. افزایش فعالیت یا انرژی در DSM-5-TR بخشی از ساختار تعریف اپیزود هیپومانیک است و باید نسبت به وضعیت معمول فرد تغییر محسوسی ایجاد شده باشد (انجمن روان‌پزشکی آمریکا، ۲۰۲۲).

به همین دلیل، گزارش ذهنی انرژی‌ام زیاد شده بود باید در مصاحبه به نمودهای رفتاری ترجمه شود. درمانگر باید بداند فرد در آن دوره واقعاً چه کرده است: چند ساعت فعال بوده، چه پروژه‌هایی را آغاز کرده، میزان معاشرت یا تماس‌های او چه تغییری داشته، آیا فعالیت شغلی یا تحصیلی افزایش یافته، آیا زمان بیشتری بیرون از خانه سپری کرده، خرج‌کردن یا فعالیت جنسی تغییر کرده و آیا زمان استراحت کاهش یافته است.

پالمر و همکاران (۲۰۲۱) در ۷۵۷ بیمار بستری یک واحد اختلالات خلقی، رابطهٔ ماده‌های دو ابزار غربالگری با تشخیص‌های ترخیص را بررسی کردند. در کل نمونه، ۱۳۰ نفر تشخیص دوقطبی، ۶۰ نفر تشخیص شخصیت مرزی و ۱۸ نفر هر دو تشخیص را داشتند. خلق بالا، بزرگ‌منشی، افزایش انرژی، فشار گفتار، کاهش نیاز به خواب و بیش‌فعالی با تشخیص دوقطبی ارتباط داشتند؛ خودآسیبی یا سابقهٔ اقدام به خودکشی و برخی ویژگی‌های دیگر با شخصیت مرزی مرتبط بودند. این نتایج برای دوقطبی نوع دو به‌طور جداگانه اعتبارسنجی نشده‌اند. تشخیص مرجع نیز تشخیص بالینی ترخیص بود و بر مصاحبهٔ پژوهشی ساختاریافتهٔ مستقل تکیه نداشت. بنابراین، اندازه کل نمونه نباید با تعداد افراد در مقایسهٔ اختصاصی دو تشخیص یکسان گرفته شود و ماده‌های معنادار نباید به معیار قطعی تبدیل شوند.

همین منطق دربارهٔ رفتارهای پرخطر کاربرد دارد. خرید غیرمعمول، رانندگی خطرناک، مصرف مواد یا افزایش فعالیت جنسی زمانی بیشتر از هیپومانیا حمایت می‌کنند که بخشی از یک دورهٔ مشخص افزایش انرژی و فعالیت باشند. اگر چنین رفتارهایی در مراحل مختلف زندگی، در پاسخ به هیجان‌های شدید یا بحران‌های رابطه‌ای و بدون تغییر سازمان‌یافتهٔ خواب، انرژی و فعالیت تکرار شده باشند، باید احتمال تکانشگری پایدارتر و زمینه‌وابسته‌تر را نیز بررسی کرد.

اطلاعات جانبی در این محور اهمیت ویژه‌ای دارد. فرد ممکن است هیپومانیا را نه به‌عنوان بیماری، بلکه به‌عنوان دوره‌ای از بهره‌وری یا بهتر بودن تجربه کرده باشد. گزارش اعضای خانواده یا افراد نزدیک دربارهٔ تغییر سرعت گفتار، خواب، حجم فعالیت، خرج‌کردن یا رفتار اجتماعی می‌تواند به تعیین تفاوت با خط پایهٔ واقعی کمک کند.

۸ وضعیت بین‌اپیزودی

پنجمین حوزه، بررسی روابط، هویت، تنظیم هیجان و عملکرد فرد خارج از اپیزودهای خلقی مشخص است. این ارزیابی مکمل بازسازی اپیزودهاست و نباید وجود فواصل کاملاً بی‌علامت را پیش‌فرض بگیرد.

در اختلال دوقطبی نوع دو، بخش مهمی از تغییرات بالینی در قالب اپیزودهای خلقی سازمان می‌یابد. بااین‌حال، تصور اینکه فرد مبتلا به دوقطبی باید میان اپیزودها کاملاً بدون علامت و دارای عملکرد طبیعی باشد، نادرست است. نشانه‌های زیرآستانه‌ای افسردگی و اضطراب، دشواری‌های شناختی یا اختلال عملکرد ممکن است بین اپیزودها نیز باقی بمانند (برک و همکاران، ۲۰۲۵).

در اختلال شخصیت مرزی نیز فراگیر بودن به معنای ثابت‌بودن شدت علائم در هر لحظه از زندگی نیست. شواهد طولی نشان می‌دهند که شدت ویژگی‌های شخصیت مرزی می‌تواند به‌طور قابل توجهی تغییر کند و بسیاری از افراد در طول زمان بهبود علامتی نشان می‌دهند (لایشسنرینگ و همکاران، ۲۰۲۴). بنابراین، تقابل درست این نیست که دوقطبی اپیزودیک است و شخصیت مرزی همیشه پایدار و بدون تغییر. پرسش سودمندتر آن است که آیا در طول سال‌ها و در موقعیت‌های مختلف، یک الگوی فراگیرتر از دشواری در هویت، روابط و تنظیم هیجان باقی مانده است یا مشکلات عمدتاً در ارتباط با اپیزودهای خلقی ظاهر می‌شوند.

برای مثال، تکانشگری‌ای که فقط طی دوره‌های مشخص افزایش انرژی و فعالیت رخ داده و خارج از آنها بسیار کمتر است، ساختاری متفاوت از تکانشگری‌ای دارد که از نوجوانی یا اوایل بزرگسالی در روابط، خرج‌کردن، مصرف مواد، رفتار جنسی یا تصمیم‌های ناگهانی و در موقعیت‌های متعدد تداوم یافته است.

همین تمایز در روابط اهمیت دارد. آیا آشفتگی روابط عمدتاً هم‌زمان با اپیزودهای افسردگی یا افزایش انرژی و فعالیت تشدید می‌شود یا روابط نزدیک در طول سال‌ها با حساسیت شدید به رهاشدگی، نوسان در نزدیکی و فاصله، تعارض‌های مکرر و تغییرات شدید در ارزیابی دیگران همراه بوده‌اند؟

هویت نیز باید طولی ارزیابی شود. افزایش اعتمادبه‌نفس یا بزرگ‌منشی طی یک دورهٔ هیپومانیک با بی‌ثباتی فراگیر در تصویر فرد از خود، اهداف، ارزش‌ها و جهت زندگی یکسان نیست. لایشسنرینگ و همکاران (۲۰۲۴) بی‌ثباتی خودپنداره، عواطف و روابط را از عناصر مرکزی تظاهر شخصیت مرزی توصیف کرده‌اند.

بنابراین، مفهوم وضعیت بین‌اپیزودی باید به‌عنوان مقایسهٔ سازمان بالینی در طول زمان فهمیده شود، نه جست‌وجوی یک دورهٔ کاملاً بی‌علامت.

۹ شاخص‌های کمکی برای تشخیص افتراقی

پنج حوزهٔ پیشنهادی، ترتیب گردآوری اطلاعات را مشخص می‌کنند. بافت مراجعه، تاریخچهٔ خانوادگی، سیر تحولی و اطلاعات جانبی در تفسیر همهٔ حوزه‌ها نقش دارند؛ عنوان شاخص کمکی در این مقاله بیانگر وزن کمتر این اطلاعات نیست.

بافت مراجعه

تفسیر شاخص‌های افتراقی باید با توجه به بافت ارجاع و نوع جمعیت مراجعه‌کننده انجام شود. بااین‌حال، مقالهٔ حاضر نرخ‌های پایه یا شیوع دو اختلال را در محیط‌های بالینی مختلف به‌طور نظام‌مند بررسی نکرده است؛ بنابراین، از بافت مراجعه در این مقاله فقط به‌عنوان یک ملاحظهٔ کیفی در تفسیر یافته‌ها استفاده می‌شود و نه مبنایی برای وزن‌دهی عددی یا محاسبهٔ احتمال تشخیصی.

تاریخچهٔ خانوادگی

وجود سابقهٔ معتبر اختلال دوقطبی در خویشاوندان، به‌ویژه بستگان درجه اول، می‌تواند احتمال پیش‌آزمون اختلال دوقطبی را افزایش دهد، اما نه وجود آن تشخیص را اثبات می‌کند و نه فقدان آن دوقطبی را رد می‌کند. بیز و همکاران (۲۰۱۴) و بیز و همکاران (۲۰۱۹) تاریخچهٔ خانوادگی را در کنار سیر بیماری و پدیدارشناسی حالت‌های خلقی از حوزه‌های مفید افتراق معرفی کرده‌اند. بنابراین، تاریخچهٔ خانوادگی بهتر است به‌عنوان تعدیل‌کنندهٔ احتمال تشخیصی در نظر گرفته شود، نه یک نشانهٔ مستقل.

هویت و روابط

بی‌ثباتی خودپنداره، احساس پوچی، ترس برجسته از رهاشدگی و روابط ناپایدار، زمانی که در طول زمان و موقعیت‌های متعدد دیده شوند، احتمال شخصیت مرزی را افزایش می‌دهند. بیز و همکاران (۲۰۲۱) نیز در یک مطالعهٔ طبقه‌بندی، مشکلات هویت و روابط را از متغیرهای مؤثر در تمایز افراد مبتلا به شخصیت مرزی و اختلال دوقطبی یافتند. بااین‌حال، عملکرد مدل برای شناسایی شخصیت مرزی ضعیف‌تر بود و افراد دارای همبودی از مطالعه حذف شده بودند؛ بنابراین، این یافته‌ها نیز نباید به معیار فردی قطعی تبدیل شوند.

اطلاعات جانبی

اطلاعات افراد نزدیک به‌ویژه برای شناسایی هیپومانیا اهمیت دارند. فرد ممکن است افزایش انرژی، کاهش نیاز به خواب یا افزایش فعالیت را بیماری تلقی نکرده باشد. گزارش همسر، اعضای خانواده یا فرد دیگری که او را در دوره‌های مختلف دیده است می‌تواند به تعیین تغییر نسبت به خط پایه کمک کند. بااین‌حال، اطلاعات جانبی نیز ممکن است تحت تأثیر تعارض‌های رابطه‌ای، سوگیری حافظه یا برداشت شخصی قرار گیرد و باید با سایر داده‌ها تلفیق شود.

سن شروع و سیر تحولی

سن شروع به‌تنهایی ارزش افتراقی کافی ندارد. بااین‌حال، بازسازی مسیر تحولی می‌تواند روشن کند که دشواری‌های تنظیم هیجان، هویت و روابط از چه زمانی و در چه بافت‌هایی وجود داشته‌اند و آیا پیش از ظهور نخستین اپیزود خلقی نیز حضور داشته‌اند. در مقابل، تاریخچه‌ای از دوره‌های نسبتاً متمایز افسردگی و افزایش انرژی و فعالیت در طول سال‌ها می‌تواند از سازمان اپیزودیک حمایت کند.

پاسخ قبلی به درمان

پاسخ مثبت به تثبیت‌کننده‌های خلق، داروهای ضدروان‌پریشی یا روان‌درمانی تشخیص را اثبات نمی‌کند. پاسخ درمانی تحت تأثیر نوع مداخله، همبودی‌ها، دوز، مدت درمان، پایبندی، اثرات غیراختصاصی و سیر طبیعی بیماری قرار می‌گیرد. مرورهای افتراقی نیز پاسخ درمانی را در مقایسه با سیر، تاریخچهٔ خانوادگی و پدیدارشناسی، شاخص کم‌اختصاص‌تری دانسته‌اند (بیز و همکاران، ۲۰۱۴).

۱۰ نشانه‌های دارای ارزش افتراقی محدود

برخی ویژگی‌ها به‌دلیل برجستگی بالینی ممکن است بیش از ارزش افتراقی واقعی خود در تصمیم‌گیری تشخیصی وزن بگیرند.

خودآسیبی و اقدام به خودکشی

رفتارهای خودآسیب‌رسان و اقدام به خودکشی در اختلال شخصیت مرزی از نظر بالینی بسیار مهم هستند، اما به این اختلال اختصاص ندارند. اختلال دوقطبی نوع دو نیز با بار قابل توجه رفتار خودکشی همراه است (برک و همکاران، ۲۰۲۵). از این رو، خودآسیبی باید از نظر کارکرد، محرک، زمان‌بندی، قصد مرگ، ارتباط با اپیزود افسردگی یا ویژگی‌های مختلط و الگوی تکرار بررسی شود. بیز و همکاران (۲۰۱۴) نیز خودآسیبی عمدی را در مقایسه با سیر بیماری و پدیدارشناسی خلقی، شاخص افتراقی کم‌اختصاص‌تری دانسته‌اند.

تحریک‌پذیری

تحریک‌پذیری می‌تواند بخشی از هیپومانیا باشد، اما در شخصیت مرزی و طیف گسترده‌ای از اختلال‌های دیگر نیز دیده می‌شود. زمانی ارزش آن در جهت هیپومانیا افزایش می‌یابد که در یک دورهٔ مشخص همراه با افزایش فعالیت یا انرژی و سایر ویژگی‌های هیپومانیک باشد. تحریک‌پذیری منفرد یا واکنشی نباید با هیپومانیا یکسان گرفته شود.

تکانشگری

تکانشگری نیز در هر دو اختلال مشاهده می‌شود. تفاوت احتمالی بیشتر به پایدار یا حالت‌وابسته بودن آن، بافت وقوع و همراهی آن با افزایش انرژی و فعالیت مربوط است (هنری و همکاران، ۲۰۰۱؛ بوئن و همکاران، ۲۰۱۵؛ ماسو رودریگز و همکاران، ۲۰۲۱).

افسردگی و اضطراب

افسردگی و اضطراب در هر دو اختلال شایع هستند و به‌تنهایی تمایز مناسبی ایجاد نمی‌کنند. این مسئله در دوقطبی نوع دو اهمیت ویژه‌ای دارد، زیرا بار بیماری غالباً تحت سلطهٔ دوره‌های افسردگی قرار دارد و هیپومانیا ممکن است کمتر شناسایی شود (برک و همکاران، ۲۰۲۵).

بی‌خوابی

بی‌خوابی در شخصیت مرزی و بسیاری از اختلال‌های دیگر دیده می‌شود (سلبی، ۲۰۱۳). ارزش افتراقی خواب بیشتر در تمایز میان بی‌خوابی همراه با خستگی و کاهش واقعی نیاز به خواب همراه با افزایش انرژی و فعالیت قرار دارد.

مصرف مواد، روابط آشفته و رفتارهای جنسی پرخطر

این ویژگی‌ها نیز در هر دو اختلال و تشخیص‌های متعدد دیگر دیده می‌شوند. ارزش آنها زمانی افزایش می‌یابد که مشخص شود آیا رفتار بخشی از یک اپیزود افزایش انرژی و فعالیت است یا در پاسخ به آشفتگی‌های هیجانی و رابطه‌ای و در دوره‌های متعدد زندگی رخ می‌دهد.

۱۱ همبودی اختلال دوقطبی و اختلال شخصیت مرزی

یکی از خطاهای مهم در تشخیص افتراقی آن است که دو اختلال به‌صورت یا این، یا آن در نظر گرفته شوند. وجود یکی از دو تشخیص، تشخیص دیگر را به‌طور خودکار منتفی نمی‌کند.

فورنارو و همکاران (۲۰۱۶) در مرور نظام‌مند و فراتحلیل ۴۲ مقاله، برآورد تعدیل‌شدهٔ همبودی شخصیت مرزی در افراد مبتلا به دوقطبی را با روش برش و پُرکردن، ۲۱٫۶ درصد با فاصلهٔ اطمینان ۹۵ درصد از ۱۷ تا ۲۷٫۱ درصد گزارش کردند. برآورد تعدیل‌شدهٔ دوقطبی در افراد مبتلا به شخصیت مرزی ۱۸٫۵ درصد بود و فاصلهٔ اطمینان آن از ۱۲٫۷ تا ۲۶٫۱ درصد امتداد داشت. در زیرگروه دوقطبی نوع دو، برآورد همبودی شخصیت مرزی ۳۷٫۷ درصد با فاصلهٔ اطمینان ۲۱٫۹ تا ۵۶٫۶ درصد بود که از شش مطالعه به دست آمد. پهنای این فاصله و ناهمگنی مطالعات، عدم قطعیت برآورد را نشان می‌دهد. این ارقام به جمعیت‌های بررسی‌شده مربوط هستند و احتمال ثابت تشخیص در فرد مراجعه‌کننده محسوب نمی‌شوند.

پیام بالینی این یافته روشن است: یافتن شواهد معتبر برای اپیزود هیپومانیک نباید موجب توقف ارزیابی ویژگی‌های شخصیت مرزی شود. به همان اندازه، وجود آشفتگی هویت، حساسیت به رهاشدگی یا خودآسیبی نباید مانع جست‌وجوی اپیزودهای معتبر هیپومانیک شود.

در فرد دارای همبودی ممکن است دو سطح سازمان بالینی هم‌زمان دیده شوند: از یک سو، دوره‌های متمایز افزایش انرژی و فعالیت همراه با تغییر خواب و، در برخی موارد، کاهش نیاز به خواب؛ و از سوی دیگر، الگویی فراگیرتر از دشواری در روابط، هویت و تنظیم هیجان که خارج از این اپیزودها نیز قابل پیگیری است.

در پایان ارزیابی، پنج خروجی موقت باید از یکدیگر متمایز بمانند:

۱. شواهد بیشتر به نفع دوقطبی نوع دو، مشروط به احراز معیارهای کامل آن؛

۲. شواهد بیشتر به نفع شخصیت مرزی، مشروط به احراز معیارهای کامل آن؛

۳. احتمال همبودی، در صورت وجود شواهد جداگانه و کافی برای هر دو تشخیص؛

۴. تشخیص جایگزین؛

۵. شواهد ناکافی و نیاز به اطلاعات تکمیلی یا پیگیری طولی.

۱۲ تشخیص‌های جایگزین

محدودکردن ارزیابی به دوقطبی نوع دو و شخصیت مرزی می‌تواند دوگانهٔ کاذب دیگری ایجاد کند. نوسان خلق، تحریک‌پذیری، کم‌خوابی، تکانشگری و رفتارهای پرخطر در اختلال‌های متعدد دیگری نیز رخ می‌دهند (انجمن روان‌پزشکی آمریکا، ۲۰۲۲).

اختلال دوقطبی نوع یک

وجود سابقهٔ یک اپیزود مانیک معتبر، تشخیص دوقطبی نوع دو را منتفی می‌کند. بررسی باید بر ویژگی‌های همان دوره متمرکز باشد؛ سابقهٔ بستری به‌تنهایی، بدون روشن‌شدن علت آن، شاهد مانیا نیست. اختلال بارز عملکرد، ضرورت بستری ناشی از دورهٔ خلقی یا وجود ویژگی‌های روان‌پریشانه در دورهٔ خلق بالا یا تحریک‌پذیر همراه با افزایش انرژی، ارزیابی دقیق مانیا را ضروری می‌کند (انجمن روان‌پزشکی آمریکا، ۲۰۲۲).

اختلال افسردگی اساسی

در صورت وجود اپیزود افسردگی اساسی، نبود شواهد کافی برای هیپومانیا باید به ادامهٔ بررسی افسردگی اساسی و سایر احتمال‌ها منجر شود. نبود گزارش هیپومانیا با رد قطعی آن یکسان نیست؛ در موارد مبهم، بازسازی تاریخچه و اطلاعات جانبی لازم است. دوره‌های کوتاه‌تر از حداقل زمانی هیپومانیا نیز نباید به‌طور خودکار شخصیت مرزی یا افسردگی اساسی تلقی شوند؛ در صورت انطباق با معیارها، سایر اختلالات مشخص یا نامشخص دوقطبی و مرتبط نیز مطرح هستند (انجمن روان‌پزشکی آمریکا، ۲۰۲۲).

اختلال سیکلوتایمیک

در افرادی که طی دوره‌ای طولانی نوسان میان نشانه‌های هیپومانیک و افسردگی را تجربه می‌کنند، اما این نشانه‌ها معیارهای کامل اپیزود هیپومانیک و افسردگی اساسی را برآورده نمی‌کنند، اختلال سیکلوتایمیک باید در تشخیص افتراقی بررسی شود (انجمن روان‌پزشکی آمریکا، ۲۰۲۲). اهمیت این احتمال در آن است که نوسان مزمن خلق می‌تواند در ارزیابی سطحی با بی‌ثباتی عاطفی شخصیت مرزی اشتباه شود. در مصاحبه باید روشن شود که تغییرات در قالب الگویی طولی از نشانه‌های خلقی زیرآستانه‌ای سازمان یافته‌اند یا عمدتاً با رویدادهای بین‌فردی، مشکلات هویت و الگوی فراگیر بی‌تنظیمی هیجان پیوند دارند.

اختلال کم‌توجهی ـ بیش‌فعالی

حواس‌پرتی، پرحرفی، بی‌قراری و تکانشگری ممکن است با هیپومانیا اشتباه شوند. بازسازی سیر تحولی و بررسی مزمن یا اپیزودیک بودن تغییر نسبت به خط پایه برای افتراق اهمیت دارد.

اختلال‌های اضطرابی و مرتبط با تروما

برانگیختگی، بی‌خوابی، تحریک‌پذیری، واکنش‌پذیری عاطفی و مشکلات بین‌فردی می‌توانند در اختلال‌های اضطرابی و مرتبط با تروما نیز ظاهر شوند. رابطهٔ نشانه‌ها با یادآورهای تروما، اجتناب، بازتجربه و برانگیختگی باید در صورت لزوم بررسی شود.

مواد و داروها

رابطهٔ زمانی علائم با مصرف محرک‌ها یا سایر مواد، شروع دارو، افزایش دوز و قطع آن باید بررسی شود. دربارهٔ درمان ضدافسردگی، پیدایش یکی دو علامت مانند بی‌قراری یا تحریک‌پذیری برای احراز هیپومانیا کافی نیست. در مقابل، یک اپیزود کامل هیپومانیک که پس از اثر فیزیولوژیک درمان نیز در سطح نشانگانی کامل ادامه یابد، طبق راهنمای تشخیصی می‌تواند در احراز هیپومانیا منظور شود. این تمایز به ارزیابی دقیق تاریخچهٔ دارویی و سیر علائم نیاز دارد (انجمن روان‌پزشکی آمریکا، ۲۰۲۲).

علل پزشکی

برخی اختلالات غددی، عصبی یا سایر بیماری‌های جسمانی می‌توانند با تغییر خواب، انرژی و رفتار همراه باشند. وجود علائم جسمانی، تغییر ناگهانی غیرمعمول یا شروع دیررس باید احتمال ارزیابی پزشکی را افزایش دهد.

تشخیص جایگزین زمانی اولویت می‌یابد که سیر علائم و معیارهای آن توضیح مناسب‌تری برای مجموع اطلاعات فراهم کنند. در صورت ابهام، حفظ تشخیص موقت و پیگیری طولی از نسبت‌دادن شتاب‌زدهٔ نشانه‌ها به یکی از دو اختلال مناسب‌تر است.

جدول ۲ شاخص‌های بالینی برای سازمان‌دهی مصاحبهٔ افتراقی

این جدول جهت‌گیری‌های نسبی حاصل از منابع مرورشده را خلاصه می‌کند. ردیف‌ها معیارهای متقابل، نشانگرهای مستقل یا امتیازهای قابل جمع نیستند. پشتوانهٔ بعضی ردیف‌ها به کل اختلالات دوقطبی مربوط است و اعتبار اختصاصی آنها برای نوع دو یکسان نیست؛ نوع شواهد و محدودیت‌های مطالعات منتخب در جدول ۱ آمده است.

شاخص بالینی	دوقطبی نوع دو	اختلال شخصیت مرزی	ملاحظهٔ افتراقی
مدت تغییر خلق	برای هیپومانیا، دست‌کم چهار روز متوالی همراه با سایر شروط	تغییرات سریع‌تر و وابسته‌تر به زمینه ممکن است برجسته باشند	مدت به‌تنهایی ملاک تشخیص نیست
مرز زمانی دوره	آغاز و پایان نسبتاً قابل تشخیص و تفاوت محسوس با خط پایه	نوسان‌های مکررتر در ارتباط با موقعیت‌ها و روابط	در هر دو اختلال استثنا و نوسان زمانی ممکن است دیده شود
محرک بین‌فردی	آغاز دوره پس از رویداد پراسترس ممکن است	رابطهٔ هیجان با طرد، تعارض یا تهدید رابطه بررسی می‌شود	واکنش به حل تعارض، پرسش اکتشافی است؛ معیار مستقل نیست
کاهش نیاز به خواب	خواب کمتر بدون خستگی متناسب، همراه با حفظ یا افزایش انرژی و فعالیت	بی‌خوابی و آشفتگی خواب همراه با خستگی روزانه بیشتر دیده می‌شود	کاهش نیاز به خواب برای هر اپیزود هیپومانیک الزامی نیست
انرژی	افزایش محسوس و نسبتاً پایدار نسبت به خط پایه طی دورهٔ مشخص	انرژی ممکن است بیشتر با حالت هیجانی و بافت نوسان کند	گزارش ذهنی باید با شواهد رفتاری بررسی شود

شاخص بالینی	دوقطبی نوع دو	اختلال شخصیت مرزی	ملاحظهٔ افتراقی
فعالیت هدفمند	افزایش فعالیت شغلی، تحصیلی، اجتماعی یا آغاز پروژه‌ها	افزایش فعالیت هدفمند جزء الگوی مرکزی تشخیصی نیست	بی‌قراری ناشی از اضطراب باید تفکیک شود
تحریک‌پذیری	اگر همراه با افزایش انرژی یا فعالیت و سایر نشانه‌های هیپومانیک باشد، ارزش بیشتری دارد	ممکن است در واکنش‌پذیری عاطفی و تعارض بین‌فردی برجسته‌تر باشد	بسیار غیراختصاصی است
تکانشگری	ممکن است طی دوره‌های افزایش انرژی و فعالیت تشدید شود	ممکن است پایدارتر، میان‌موقعیتی‌تر و مرتبط با تنظیم هیجان باشد	در هر دو اختلال و تشخیص‌های دیگر دیده می‌شود
روابط	آشفتگی روابط ممکن است با اپیزودهای خلقی تشدید شود	بی‌ثباتی روابط و حساسیت به رهاشدگی ممکن است فراگیرتر باشد	تاریخچهٔ طولی روابط ضروری است
هویت	اعتمادبه‌نفس یا بزرگ‌منشی می‌تواند اپیزودیک باشد	بی‌ثباتی خودپنداره و احساس پوچی ممکن است فراگیرتر باشد	هیچ‌یک به‌تنهایی تشخیصی نیست
وضعیت بین‌اپیزودی	بازگشت نسبی به خط پایهٔ شناخته‌شده از سازمان اپیزودیک حمایت می‌کند	دشواری‌های روابط، هویت و تنظیم هیجان ممکن است در موقعیت‌های مختلف ادامه یابند	دوقطبی نوع دو می‌تواند علائم باقیمانده و شخصیت مرزی دوره‌های ثبات داشته باشد
تاریخچهٔ خانوادگی	سابقهٔ معتبر دوقطبی می‌تواند احتمال تشخیص دوقطبی را افزایش دهد	سابقهٔ خانوادگی باید بررسی شود؛ در این چارچوب وزن تشخیصی مستقلی برای آن تعیین نشده است	شاخص کمکی است، نه معیار مستقل
اطلاعات جانبی	تغییر قابل مشاهده در خواب، گفتار، انرژی و فعالیت می‌تواند شواهد اپیزود را تقویت کند	نزدیکان ممکن است الگوهای پایدارتر رابطه‌ای و واکنشی را گزارش کنند	اطلاعات جانبی نیز در معرض سوگیری است

یادداشت: جدول ۲ ابزار تشخیص یا غربالگری نیست. تاریخچهٔ خانوادگی و اطلاعات جانبی به تفسیر سایر حوزه‌ها کمک می‌کنند. تشخیص به احراز معیارهای کامل و بررسی همبودی و تشخیص‌های جایگزین وابسته است (انجمن روان‌پزشکی آمریکا، ۲۰۲۲؛ ماسو رودریگز و همکاران، ۲۰۲۱؛ بیز و همکاران، ۲۰۱۴؛ بیز و همکاران، ۲۰۱۹).

۱۳ راهنمای گام‌به‌گام مصاحبهٔ افتراقی

راهنمای جدول ۳ برای سامان‌دادن به مصاحبه پیشنهاد می‌شود. ستون اقدام بعدی، مسیر تکمیل اطلاعات را مشخص می‌کند و تشخیص را از پاسخ به یک پرسش منفرد نتیجه نمی‌گیرد. این راهنما مقدماتی است و در مطالعهٔ مستقلی اعتبارسنجی نشده است.

جدول ۳ راهنمای مقدماتی مصاحبهٔ افتراقی و پیگیری اطلاعات

گام	موضوع بررسی	پرسش یا اطلاعات لازم	اقدام بعدی
۱	بازسازی دوره	آغاز، پایان، تداوم روزانه و تفاوت با خط پایه چیست؟	اگر مرز دوره روشن نیست، تقویم رویدادها و اطلاعات جانبی تکمیل شود.
۲	احراز هیپومانیا	خلق و انرژی یا فعالیت چه تغییری داشته‌اند؟ مدت، نشانه‌های همراه و تغییر عملکرد چگونه بوده‌اند؟	همهٔ شروط هیپومانیا بررسی شوند؛ یک علامت یا خواب کمتر کافی نیست.
۳	شدت و سابقهٔ مانیا	آیا سابقهٔ مانیا، اختلال بارز عملکرد یا روان‌پریشی در دورهٔ مورد نظر وجود دارد؟	در صورت مانیا، دوقطبی نوع دو کنار گذاشته و نوع یک یا توضیح مناسب دیگر بررسی شود.
۴	افسردگی اساسی	آیا دست‌کم یک اپیزود افسردگی اساسی با معیارهای کامل وجود داشته است؟	بدون احراز افسردگی اساسی، صرف هیپومانیا تشخیص نوع دو را کامل نمی‌کند.
۵	علل جایگزین	مواد، داروها، علل پزشکی یا اختلال دیگری سیر علائم را بهتر توضیح می‌دهند؟	رابطهٔ زمانی بررسی و در صورت لزوم ارزیابی تخصصی تکمیل شود.
۶	خواب و رفتار	خواب کمتر با میل به خواب و خستگی همراه بوده یا کاهش نیاز به خواب؟ نمود رفتاری انرژی چیست؟	هم‌زمانی علائم در همان دوره بررسی شود؛ نشانه‌های مرتبط جداگانه جمع زده نشوند.
۷	بافت بین‌فردی	چه رویدادی پیش از تغییر رخ داده و نوع و تداوم هیجان چگونه بوده است؟	اطلاعات زمینه‌ای ثبت شود؛ وجود محرک یا آرام‌شدن سریع تشخیص مستقلی ایجاد نمی‌کند.
۸	الگوی شخصیت	خارج از اپیزودها، هویت، روابط، تکانشگری و تنظیم هیجان چه الگویی دارند؟	معیارهای کامل شخصیت مرزی و شروط عمومی اختلال شخصیت بررسی شوند.
۹	همبودی	آیا هر دو مجموعه معیار، جداگانه و با شواهد کافی احراز می‌شوند؟	در صورت احراز، هر دو تشخیص بررسی شوند؛ یافتن یکی ارزیابی دیگری را متوقف نکند.
۱۰	اطلاعات متعارض	روایت‌ها، خط پایه یا زمان‌بندی چه ابهام‌هایی دارند؟	ابهام ثبت و در صورت لزوم تشخیص موقت حفظ شود؛ پیگیری طولی و اطلاعات جانبی ادامه یابد.
۱۱	جمع‌بندی موقت	کدام نتیجه با مجموع شواهد و معیارها سازگار است؟	نوع دو محتمل‌تر؛ مرزی محتمل‌تر؛ همبودی؛ تشخیص جایگزین؛ یا شواهد ناکافی.

خروجی این فرایند یکی از پنج حالت موقت بیان‌شده در بخش همبودی است. در صورت تناقض روایت‌ها، نامشخص‌بودن خط پایه یا تردید در مدت و شدت علائم، اطلاعات متعارض باید ثبت شوند و نتیجه‌گیری تا ارزیابی تکمیلی به تعویق بیفتد. راهنما جایگزین مصاحبهٔ جامع، احراز معیارهای تشخیصی یا ارزیابی وضعیت بالینی فعلی نیست.

۱۴ پرسش‌های تکمیلی برای روشن‌کردن تجربه مراجع

پرسش‌های زیر نمونه‌هایی برای روشن‌کردن تجربه هستند و مجموعهٔ کامل یا ابزار نمره‌گذاری‌شده محسوب نمی‌شوند. پرسش باز باید مقدم باشد و پیگیری اختصاصی بر اساس پاسخ مراجع انجام شود.

۱. وقتی از تغییر حال خود صحبت می‌کنید، آخرین نمونهٔ مشخص آن چه زمانی شروع شد و در هر روز چه اتفاقی افتاد؟

۲. در حالت معمول چقدر می‌خوابیدید و در آن دوره خواب، خستگی و فعالیت روز بعد چه تغییری داشت؟ آیا فرصت خواب داشتید و می‌خواستید بیشتر بخوابید؟

۳. این تغییر را در رفتار خود چگونه دیدید؟ کدام فعالیت‌ها، تصمیم‌ها یا گفت‌وگوها با حالت معمول شما تفاوت داشتند؟

۴. پیش از تغییر هیجان چه اتفاقی افتاده بود و پس از تغییر شرایط، تجربه شما چگونه ادامه یافت؟ نوع هیجان چه بود و چه مدت باقی ماند؟

۵. خارج از این دوره‌ها، تصویر شما از خودتان، روابط نزدیک و شیوه تصمیم‌گیری‌تان در طول زمان چگونه بوده است؟

۶. چه کسی این تغییرات را از نزدیک دیده است و چه سند یا رویدادی می‌تواند به روشن‌شدن زمان آنها کمک کند؟

۷. چه بخشی از این تاریخچه هنوز برای خود شما نامشخص است یا با گزارش دیگران تفاوت دارد؟

۱۵ بحث

سهم این مرور، سازمان‌دهی منابع ناهمگون در قالب حوزه‌هایی است که مصاحبه‌گر می‌تواند آنها را در تاریخچهٔ مراجع پیگیری کند. این سهم ماهیت کاربردی و مفهومی دارد. شواهد موجود از اهمیت سیر زمانی و بافت نشانه‌ها حمایت می‌کنند، اما اعتبار مجموعهٔ پنج‌حوزه‌ای حاضر یا برتری آن بر مصاحبهٔ معمول را اثبات نمی‌کنند (ماسو رودریگز و همکاران، ۲۰۲۱؛ بیز و همکاران، ۲۰۱۴؛ بیز و همکاران، ۲۰۱۹). بنابراین، ادعای مقاله به پیشنهاد چارچوبی مقدماتی برای گردآوری و تفسیر اطلاعات محدود می‌شود.

مرز اصلی استنباط، فاصلهٔ میان تفاوت گروهی و تصمیم فردی است. یک ویژگی ممکن است به‌طور متوسط در شخصیت مرزی بیشتر دیده شود، اما همپوشانی توزیع‌ها، همبودی و تفاوت نرخ‌های پایه، کاربرد آن را در تشخیص فردی محدود کند. برای مثال، نتایج پالمر و همکاران از یک جمعیت بستری و تشخیص‌های دوقطبی به‌صورت کلی به دست آمده است، درحالی‌که مطالعهٔ رایش بر نمونهٔ کوچکی از زنان مبتلا به دوقطبی نوع دو و شخصیت مرزی متمرکز بود. این دو منبع باید در حدود جمعیت و روش خود تفسیر شوند و نمی‌توان آنها را تأییدهای هم‌ارز یک قاعدهٔ واحد دانست (رایش و همکاران، ۲۰۱۹؛ پالمر و همکاران، ۲۰۲۱).

تفاوت ظاهری میان ارزش افتراقی خودآسیبی در برخی مطالعات و غیراختصاصی‌بودن آن در مرورهای بالینی، الزاماً تناقض نیست. پالمر و همکاران ارتباط یک مادهٔ غربالگری با تشخیص ترخیص را در یک جمعیت معین بررسی کردند؛ مرورهای افتراقی بر کافی‌نبودن خودآسیبی برای تعیین تشخیص تأکید دارند. متغیر مرتبط با تشخیص در سطح گروهی می‌تواند هم‌زمان برای تصمیم مستقل دربارهٔ یک فرد ناکافی باشد. نوع ابزار، انتخاب نمونه، تشخیص مرجع و حضور یا حذف همبودی باید در تفسیر این تفاوت‌ها لحاظ شوند (بیز و همکاران، ۲۰۱۴؛ پالمر و همکاران، ۲۰۲۱).

در حوزهٔ هیجان نیز همهٔ تغییرات ارزش یکسان ندارند. شواهد واکنش‌پذیری بین‌فردی از مطالعاتی با روش‌ها و مقیاس‌های زمانی متفاوت حاصل شده‌اند. مقایسهٔ پرسش‌نامه‌ای یک هفتهٔ گذشته با ثبت چندبارهٔ تجربه در روز، دو نوع داده فراهم می‌کند. یافته‌های مربوط به شرم و گناه نشان می‌دهند که ثبت نوع هیجان می‌تواند به توصیف بالینی کمک کند، اما

محدودیت نمونه‌ها مانع تبدیل این یافته‌ها به نشانگر اختصاصی دوقطبی نوع دو و شخصیت مرزی است (رایش و همکاران، ۲۰۱۹؛ منیمن و همکاران، ۲۰۱۸).

پنج حوزهٔ پیشنهادی از یکدیگر مستقل نیستند. کاهش نیاز به خواب، افزایش انرژی و افزایش فعالیت ممکن است نمودهای مرتبط یک دوره باشند؛ مرزبندی زمانی و وضعیت خارج از اپیزود نیز به یک تاریخچهٔ مشترک تکیه دارند. به همین دلیل، شمارش تعداد حوزه‌های همسو یا جمع‌کردن ردیف‌های جدول می‌تواند اطمینان کاذب ایجاد کند. تفسیر باید بر انسجام و کیفیت شواهد، احراز معیارها و بررسی توضیح‌های جایگزین استوار باشد و نه بر تعداد علامت‌های هم‌جهت.

مطالعهٔ روگرو و همکاران نشان می‌دهد شخصیت مرزی با سابقهٔ دریافت تشخیص دوقطبی تأییدنشده در ارزیابی پژوهشی ارتباط دارد. این نتیجه ضرورت بازبینی تشخیص‌های قبلی را مطرح می‌کند، اما نشان نمی‌دهد کدام خطای شناختی درمانگر علت تشخیص پیشین بوده است. توضیح این خطا با تمرکز بر یک نشانهٔ برجسته، فرضیه‌ای قابل بررسی است و نباید یافتهٔ مستقیم این مطالعه معرفی شود. اتکای سابقهٔ تشخیص به خودگزارش‌دهی نیز احتمال خطای یادآوری را باقی می‌گذارد (روگرو و همکاران، ۲۰۱۰).

همبودی، مهم‌ترین محدودیت صورت‌بندی‌های دوگانه است. مطالعاتی که افراد دارای هر دو تشخیص را کنار می‌گذارند، مقایسهٔ گروه‌های متمایزتری فراهم می‌کنند، اما مسئلهٔ بالینی هم‌زمانی دو الگو را کمتر بازنمایی می‌کنند. در راهنمای پیشنهادی، مسیر ارزیابی شخصیت مرزی پس از یافتن هیپومانیا بسته نمی‌شود. به همین ترتیب، وجود معیارهای شخصیت مرزی نباید مانع بررسی مستقل اپیزود افسردگی اساسی، هیپومانیا و سابقهٔ مانیا شود (رایش و همکاران، ۲۰۱۲؛ بیز و همکاران، ۲۰۲۱؛ فورنارو و همکاران، ۲۰۱۶).

ثبت خلق، خواب و فعالیت، تقویم رویدادها و اطلاعات نزدیکان می‌توانند موارد نامشخص تاریخچه را روشن کنند. بااین‌حال، پایش روزانه جایگزین تشخیص مرجع نیست و تحت تأثیر پایبندی، حافظه، حالت فعلی و شیوهٔ گزارش قرار می‌گیرد. در صورت تعارض منابع اطلاعات، مصاحبه‌گر باید منشأ اختلاف و زمان مشاهدهٔ هر گزارش را بررسی کند؛ برتری خودکار یک منبع بر سایر منابع قابل فرض نیست (تساناس و همکاران، ۲۰۱۶).

شواهد زیستی و محاسباتی نیز تاکنون جایگزین قابل اتکایی برای ارزیابی بالینی فراهم نکرده‌اند. بیز و همکاران (۲۰۱۹) نشان می‌دهند که تفاوت‌های گزارش‌شده در حوزه‌هایی مانند ژنتیک، ریتم‌های زیستی و تصویربرداری هنوز برای هدایت مستقل تشخیص افتراقی کفایت نمی‌کنند. در حوزهٔ یادگیری ماشین نیز دارگل و همکاران (۲۰۲۶) در یک مرور دامنه‌ای تنها پنج مطالعهٔ واجد شرایط با مجموع ۵۹۱ شرکت‌کننده یافتند و عملکرد مدل‌های طبقه‌بندی را متغیر گزارش کردند. بنابراین، این حوزه‌ها در وضعیت کنونی باید منابع پژوهشی یا مکمل بالقوه تلقی شوند، نه جایگزینی برای بازسازی تاریخچهٔ طولی، مصاحبهٔ تشخیصی و قضاوت بالینی.

در شواهد ایرانی، مظفری، رحمتی‌نژاد و محمدی در مقایسهٔ ۲۵ بیمار مبتلا به شخصیت مرزی و ۲۷ بیمار مبتلا به دوقطبی نوع دو، تفاوت معناداری در کارکردهای اجرایی نیافتند (مظفری و همکاران، ۱۳۹۷). این نتیجه از کاربرد مستقل آزمون‌های به‌کاررفته برای افتراق حمایت نمی‌کند، اما بدون بررسی توان و دقت برآوردها، همسانی دو گروه را نیز اثبات نمی‌کند. مطالعهٔ کامی و همکاران، پدیدارشناسی و ویژگی‌های بیماران بستری مبتلا به شخصیت مرزی را توصیف کرده و گروه مقایسهٔ

دوقطبی نداشته است (کامی و همکاران، ۱۴۰۳). بنابراین، برای توصیف زمینه بالینی بومی قابل استفاده است و شاهد مستقیم اعتبار افتراقی چارچوب حاضر نیست.

آزمون بعدی این چارچوب باید ابتدا وضوح پرسش‌ها، قابلیت اجرا و توافق ارزیابان را بررسی کند. برای سنجش ارزش افزوده تشخیصی، می‌توان مصاحبهٔ معمول و مصاحبهٔ مبتنی بر این راهنما را با تشخیص مرجع ساختاریافته و ارزیاب مستقل مقایسه کرد و افراد دارای همبودی و تشخیص‌های جایگزین را نیز در نمونه نگه داشت. زمان مصاحبه، موارد نامشخص، توافق تشخیصی و دقت طبقه‌بندی از پیامدهای قابل بررسی هستند. این مسیر، پیشنهاد پژوهش آینده است و هیچ‌یک از این ارزیابی‌ها در مقالهٔ حاضر انجام نشده است.

۱۶ محدودیت‌ها

انتخاب منابع در این مقاله هدفمند و غیرنظام‌مند است. در نتیجه، احتمال سوگیری انتخاب باقی می‌ماند و یافته‌ها نمایندهٔ برآورد جامع کل ادبیات نیستند. ارزیابی رسمی خطر سوگیری و غربالگری مستقل چندارزیاب انجام نشده و جدول شواهد نیز جایگزین این ارزیابی‌ها نیست.

دوم، بخش قابل توجهی از مطالعات مقایسه‌ای مستقیم دارای نمونه‌های نسبتاً کوچک بوده‌اند. برخی پژوهش‌ها نیز اختلال دوقطبی را به‌صورت یک گروه کلی بررسی کرده‌اند و نتایج آنها الزاماً به‌طور کامل به اختلال دوقطبی نوع دو تعمیم‌پذیر نیست. این محدودیت به‌ویژه هنگام تفسیر تفاوت‌های مربوط به تکانشگری، بی‌ثباتی عاطفی و ویژگی‌های زیستی اهمیت دارد.

سوم، بسیاری از یافته‌های مرورشده تفاوت‌های متوسط گروهی را گزارش می‌کنند. وجود تفاوت آماری میان دو گروه به معنای حساسیت یا ویژگی کافی یک متغیر برای تشخیص فردی نیست. این محدودیت در مطالعات ابزارهای غربالگری، تصویربرداری و یادگیری ماشین اهمیت ویژه‌ای دارد.

چهارم، تقابل مفهومی میان اپیزودیک و فراگیر نیز نباید بیش از حد ساده شود. اختلال دوقطبی نوع دو می‌تواند با نشانه‌های باقیمانده و اختلال عملکرد بین‌اپیزودی همراه باشد و شدت ویژگی‌های شخصیت مرزی نیز در طول زمان تغییر می‌کند. علاوه بر این، همبودی افسردگی، اضطراب، اختلال‌های مرتبط با تروما، اختلال کم‌توجهی ـ بیش‌فعالی و مصرف مواد می‌تواند سازمان زمانی نشانه‌ها را پیچیده‌تر سازد.

پنجم، تشخیص هیپومانیا تا حد زیادی به بازسازی دوره‌های گذشته وابسته است. سوگیری حافظه، فقدان بینش نسبت به دوره‌های افزایش انرژی، برداشت مثبت از هیپومانیا و نبود اطلاعات جانبی می‌توانند دقت ارزیابی را کاهش دهند. استفاده از خط زمانی، تقویم رویدادهای مهم، ثبت خلق و خواب و اطلاعات نزدیکان می‌تواند بخشی از این محدودیت را کاهش دهد.

شواهد ایرانی مستقیم محدود هستند و از نمونه‌های نسبتاً کوچک یا مطالعات تک‌تشخیصی به دست آمده‌اند (مظفری و همکاران، ۱۳۹۷؛ کامی و همکاران، ۱۴۰۳). بررسی قابلیت فهم پرسش‌ها در زبان فارسی و اثر بافت فرهنگی بر گزارش خواب، فعالیت، روابط و رهاشدگی، پیش از ادعای کاربرد عمومی چارچوب ضرورت دارد. این مقاله برای گروه‌های سنی و محیط‌های بالینی مختلف، وزن افتراقی اختصاصی تعیین نمی‌کند.

چارچوب حاضر مقدماتی و اعتبارسنجی‌نشده است. برای آن حساسیت، ویژگی، نمرهٔ برش یا اثر بر کاهش خطای تشخیصی گزارش نمی‌شود. ترتیب حوزه‌ها و پرسش‌ها نیز برتری تجربی ندارد و باید در مطالعات بعدی بررسی شود.

۱۷ نتیجه‌گیری

افتراق دوقطبی نوع دو از شخصیت مرزی به بررسی هم‌زمان سیر علائم، تغییر نسبت به خط پایه، بافت بین‌فردی، خواب، انرژی، فعالیت و وضعیت خارج از اپیزودهای مشخص نیاز دارد. هیچ‌یک از ویژگی‌های مشترک، به‌تنهایی تشخیص را تعیین نمی‌کنند. احراز دوقطبی نوع دو مستلزم بررسی کامل هیپومانیا و افسردگی اساسی و نبود سابقهٔ مانیاست؛ شخصیت مرزی نیز باید بر اساس الگوی فراگیر و مجموع معیارهای آن ارزیابی شود.

راهنمای ارائه‌شده، صورت‌بندی مقدماتی این اطلاعات برای مصاحبه است. کارکرد پیشنهادی آن، کمک به روشن‌کردن ابهام‌های تاریخچه و حفظ احتمال همبودی، تشخیص جایگزین یا تعلیق تشخیص است. اعتبار و ارزش افزوده آن برای دقت مصاحبه، نیازمند ارزیابی مستقل است.

۱۸ منابع

کامی، مریم، پورشهباز، عباس، رضائی، امید، کشاورز اخلاقی، امیرعباس، بنی‌هاشم، سیدشهاب، دهقانی‌زاده، زهرا، علمایی، مرضیه، و نصرت‌آبادی، مسعود. (۱۴۰۳). تظاهرات بالینی و خصایص شخصیتی بیماران بستری مبتلا به اختلال شخصیت مرزی: مطالعه‌ای مقطعی در ایران. *مجله روان‌پزشکی و روان‌شناسی بالینی ایران*، ۳۰، E۴۹۸۲.۱. https://doi.org/۱۰.۳۲۵۹۸/ijpcp.۳۰.۴۹۸۲.۱

مظفری، محمدرضا، رحمتی‌نژاد، پروین، و محمدی، سیدداود. (۱۳۹۷). مقایسه کارکردهای اجرایی در بیماران مبتلا به اختلال شخصیت مرزی و دوقطبی II. *مجله دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی مشهد*، *۶۱*(۱)، ۸۳۶–۸۴۶.

American Psychiatric Association. (2022). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed., text rev.). https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425787

Baethge, C., Goldbeck-Wood, S., & Mertens, S. (2019). SANRA—A scale for the quality assessment of narrative review articles. *Research Integrity and Peer Review, 4*, 5. https://doi.org/10.1186/s41073-019-0064-8

Bayes, A., Parker, G., & Fletcher, K. (2014). Clinical differentiation of bipolar II disorder from borderline personality disorder. *Current Opinion in Psychiatry, 27*(1), 14–20. https://doi.org/10.1097/YCO.0000000000000021

Bayes, A., Parker, G., & Paris, J. (2019). Differential diagnosis of bipolar II disorder and borderline personality disorder. *Current Psychiatry Reports, 21*(12), 125. https://doi.org/10.1007/s11920-019-1120-2

Bayes, A., Spoelma, M. J., Hadzi-Pavlovic, D., & Parker, G. (2021). Differentiation of bipolar disorder versus borderline personality disorder: A machine learning approach. *Journal of Affective Disorders, 288*, 68–73. https://doi.org/10.1016/j.jad.2021.03.082

Berk, M., Corrales, A., Trisno, R., Dodd, S., Yatham, L. N., Vieta, E., McIntyre, R. S., Suppes, T., & Agustini, B. (2025). Bipolar II disorder: A state-of-the-art review. *World Psychiatry, 24*(2), 175–189. https://doi.org/10.1002/wps.21300

Bøen, E., Hummelen, B., Elvsåshagen, T., Boye, B., Andersson, S., Karterud, S., & Malt, U. F. (2015). Different impulsivity profiles in borderline personality disorder and bipolar II disorder. *Journal of Affective Disorders, 170*, 104–111. https://doi.org/10.1016/j.jad.2014.08.033

Dargél, A., Tanya, T., Mahdiabadi, S., Shorr, R., & Pajer, K. (2026). Machine learning approaches to distinguish bipolar disorder from borderline personality disorder: A scoping review. *BMC Psychiatry, 26*, 503. https://doi.org/10.1186/s12888-026-08111-z

Fornaro, M., Orsolini, L., Marini, S., De Berardis, D., Perna, G., Valchera, A., Ganança, L., Solmi, M., Veronese, N., & Stubbs, B. (2016). The prevalence and predictors of bipolar and borderline personality disorders comorbidity: Systematic review and meta-analysis. *Journal of Affective Disorders, 195*, 105–118. https://doi.org/10.1016/j.jad.2016.01.040

Henry, C., Mitropoulou, V., New, A. S., Koenigsberg, H. W., Silverman, J., & Siever, L. J. (2001). Affective instability and impulsivity in borderline personality and bipolar II disorders: Similarities and differences. *Journal of Psychiatric Research, 35*(6), 307–312. https://doi.org/10.1016/S0022-3956(01)00038-3

Leichsenring, F., Fonagy, P., Heim, N., Kernberg, O. F., Leweke, F., Luyten, P., Salzer, S., Spitzer, C., & Steinert, C. (2024). Borderline personality disorder: A comprehensive review of diagnosis and clinical presentation, etiology, treatment, and current controversies. *World Psychiatry, 23*(1), 4–25. https://doi.org/10.1002/wps.21156

Massó Rodriguez, A., Hogg, B., Gardoki-Souto, I., Valiente-Gómez, A., Trabsa, A., Mosquera, D., García-Estela, A., Colom, F., Pérez, V., Padberg, F., Moreno-Alcázar, A., & Amann, B. L. (2021). Clinical features, neuropsychology and neuroimaging in bipolar and borderline personality disorder: A systematic review of cross-diagnostic studies. *Frontiers in Psychiatry, 12*, 681876. https://doi.org/10.3389/fpsyt.2021.681876

Mneimne, M., Fleeson, W., Arnold, E. M., & Furr, R. M. (2018). Differentiating the everyday emotion dynamics of borderline personality disorder from major depressive disorder and bipolar disorder. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment, 9*(2), 192–196. https://doi.org/10.1037/per0000255

Palmer, B. A., Pahwa, M., Geske, J. R., Kung, S., Nassan, M., Schak, K. M., Alarcón, R. D., Frye, M. A., & Singh, B. (2021). Self-report screening instruments differentiate bipolar disorder and borderline personality disorder. *Brain and Behavior, 11*(7), e02201. https://doi.org/10.1002/brb3.2201

Paris, J., & Black, D. W. (2015). Borderline personality disorder and bipolar disorder: What is the difference and why does it matter? *The Journal of Nervous and Mental Disease, 203*(1), 3–7. https://doi.org/10.1097/NMD.0000000000000225

Reich, D. B., Belleau, E. L., Temes, C. M., Gonenc, A., Pizzagalli, D. A., & Gruber, S. A. (2019). Amygdala resting state connectivity differences between bipolar II and borderline personality disorders. *Neuropsychobiology, 78*(4), 229–237. https://doi.org/10.1159/000502440

Reich, D. B., Zanarini, M. C., & Fitzmaurice, G. (2012). Affective lability in bipolar disorder and borderline personality disorder. *Comprehensive Psychiatry, 53*(3), 230–237. https://doi.org/10.1016/j.comppsych.2011.04.003

Ruggero, C. J., Zimmerman, M., Chelminski, I., & Young, D. (2010). Borderline personality disorder and the misdiagnosis of bipolar disorder. *Journal of Psychiatric Research, 44*(6), 405–408. https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2009.09.011

Selby, E. A. (2013). Chronic sleep disturbances and borderline personality disorder symptoms. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 81*(5), 941–947. https://doi.org/10.1037/a0033201

Tsanas, A., Saunders, K. E. A., Bilderbeck, A. C., Palmius, N., Osipov, M., Clifford, G. D., Goodwin, G. M., & De Vos, M. (2016). Daily longitudinal self-monitoring of mood variability in bipolar disorder and borderline personality disorder. *Journal of Affective Disorders, 205*, 225–233. https://doi.org/10.1016/j.jad.2016.06.065