



Evaluation of Personality Disorders in Female Bodybuilders Using Millon Clinical Multi-Axis Inventory-III (MCMI-III)

Elham Zeinali^{id}, Mehrnaz Azadyekta, Nazanin Parhizgar*^{id}

Department of Psychology, Faculty of Educational Sciences and Psychology, Islamshahr Branch, Islamic Azad University, Islamshahr, Iran.

Abstract

Background and aim: Among the various characteristics, the one that can help a person to know himself and others better is personality. Many studies have shown that athletes are more prone to personality disorders compared to the general public. Therefore, this study aims to investigate the prevalence of personality disorders in female bodybuilders.

Methods: This research was a descriptive cross-sectional study. The subjects included 100 female bodybuilders in Qarchak city of Varamin in Tehran province in 2020 with 10 active clubs in this city who were selected through available sampling. Millon Clinical Multiaxial Inventory (MCMI-III) questionnaire was used to collect research data.

Results: The age range of bodybuilders was 18-57 years with a mean of 32.37% and SD = 8.72. Most of the participants had a diploma. The results showed that there was a significant difference at the level of $\alpha = 0.01$ between the theoretical means with the experimental means in the "hysterical" and "narcissistic" scales related to the patterns of clinical personality as well as in the "borderline" and "paranoid" scales which related to severe personality pathology. In these scales, unlike "borderline", the experimental means are higher than the theoretical average.

Conclusion: The findings showed that the prevalence of narcissistic, hysterical, and paranoid disorders in female bodybuilders was higher than expected while borderline personality disorder was lower than expected.

Please cite as: Zenali, Elham, Mehrnaz Azadyekta, and Nazanin Parhizgar. "Evaluation of Personality Disorders in Female Bodybuilders Using Millon Clinical Multi-Axis Inventory-III (MCMI-III)". SOREN journal. 2022; 2 (3): 55-61 [In Persian].

Article history:

Received
2021/12/30
Accepted
2022/01/08

Keywords:

- Personality Disorders
- Hysterionic
- Narcissism
- Paranoid
- Millon Clinical Multiaxial Inventory-III

Corresponding Author

Name: Nazanin Parhizgar
Email Address: Parhizgar1722@gmail.com
ORCID ID: 0000-0003-3078-497X

ارزیابی اختلالات شخصیت در ورزشکاران بدنساز زن با استفاده از پرسشنامه چندمحوری بالینی میلون ۳ (MCMI-III)

الهام زینالی^{ID}، مهرناز آزادیکتا، نازنین پرهیزگار^{ID*}

گروه روانشناسی، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، واحد اسلامشهر، دانشگاه آزاد اسلامی، اسلامشهر، ایران.

چکیده

تاریخچه مقاله

دریافت: ۱۴۰۰/۱۰/۰۹

پذیرش: ۱۴۰۰/۱۰/۱۸

واژگان کلیدی

اختلالات شخصیت،

هیسترونیک،

خودشیفته،

پارانویید،

پرسشنامه بالینی

چندمحوری میلون ۳.

سابقه و هدف: از میان ویژگی‌های مختلف، آن‌چه می‌تواند به انسان کمک کند تا خود و دیگران را بهتر بشناسد، شخصیت است. تحقیقات بسیاری مستعدتر بودن ورزشکاران به اختلالات شخصیت را در مقایسه با جامعه‌ی عمومی نشان داده‌اند. از این‌رو، هدف کلی انجام این تحقیق، بررسی شیوع اختلال شخصیت در ورزشکاران بدنساز زن بود. **روش کار:** این پژوهش، از نوع توصیفی-مقطعی و زمینه‌یابی است. آزمودنی‌ها شامل ۱۰۰ نفر ورزشکار بدنساز زن شهر قرچک ورامین در سال ۱۳۹۹ با تعداد ۱۰ باشگاه فعال در این شهر بود که از طریق نمونه‌گیری دردسترس انتخاب شدند. جهت گردآوری داده‌های پژوهش، از پرسشنامه MCMI-III استفاده شد.

یافته‌ها: دامنه‌ی سنی بدنسازان ۵۷-۱۸ سال با میانگین ۳۲،۳۷٪ و $SD=۸/۷۲$ بود. بیشترین مدرک تحصیلی شرکت‌کنندگان دیپلم بود. نتایج نشان داد که تفاوت معنی‌داری در سطح $\alpha=۰/۰۱$ بین میانگین نظری با میانگین‌های تجربی در مقیاس‌های «هیسترونیک» و «خودشیفته» مرتبط با سبک‌های الگوهای شخصیتی بالینی و هم‌چنین در مقیاس‌های «مرزی» و «پارانویید» مرتبط با آسیب‌شناسی شخصیتی شدید وجود دارد. در مقیاس‌های مذکور بر خلاف «مرزی»، میانگین‌های تجربی بالاتر از میانگین نظری می‌باشند.

نتیجه‌گیری: یافته‌ها حاکی از آن بود شیوع اختلالات خودشیفته، هیسترونیک و پارانویید در بدنسازان زن بالاتر از حد متوسط (موردانتظار) می‌باشد، در حالی که اختلال شخصیت مرزی پایین‌تر از حد متوسط (موردانتظار) است.

مقدمه

با توجه به این که در پیدایش شخصیت عوامل ژنتیک (۱)، هورمون‌ها و محیط (۲) نقش دارند، برخی محققین از ورزش نیز به‌عنوان وسیله‌ای برای تربیت و شکل‌پذیری شخصیت یاد کرده‌اند. رابطه بین شخصیت و ورزش می‌تواند یکی از موضوعات اصلی مطالعه در روانشناسی ورزشی باشد (۳).

شیوع این اختلالات ۶ تا ۹ درصد است (۴) که شامل مجموعه‌ای از اختلال‌های روان‌شناختی با ویژگی رفتارهای خشک و غیرقابل انعطاف می‌باشند. این رفتارها با جلوگیری از سازگاری با الزام‌های زندگی و اختلال در روابط فردی به اشخاص آسیب می‌رساند و در طول زندگی تداوم داشته و با انتظارات فرهنگی، به‌میزان قابل‌ملاحظه‌ای مغایرت دارند (۵).

اختلالات شخصیتی در ورزشکاران از طبقه‌بندی منظمی پیروی می‌کنند. مقیاس‌های شخصیت از نظر شدت در دو دسته الگوهای

شخصیت بالینی و آسیب‌های شخصیت شدید قرار می‌گیرند. مقیاس‌های علائم بالینی نشان‌دهنده شرایط سندرم است و به دو دسته مقیاس سندرم بالینی و مقیاس سندرم شدید قرار می‌گیرند (۵). الگوی شخصیت بالینی شامل اسکیزوئید، اجتنابی، مالیخولیایی، وابسته، تاریخی، آشفته (جدید در میلون ۴ (MCMI-IV))، خودشیفتگی، ضداجتماعی، سادیستی، اجباری، منفی‌گرایی، و مازوخیست می‌باشد (۶). آسیب‌های شدید شخصیت مانند اختلال‌های اسکیزوتایپال، مرزی و پارانویید با ویژگی اصلی خصیصه‌های خشک و انعطاف‌ناپذیر منجر به رفتارهای تکراری می‌شوند (۷). مقیاس سندرم بالینی شامل طیفی از اختلالات اضطراب، سوماتوفرم، طیف دوقطبی، افسردگی مداوم، وابستگی به الکحل، وابستگی به دارو و اختلال استرس پس از سانحه و مقیاس سندرم شدید شامل طیفی از اختلالات اسکیزوفرنیک، افسردگی اساسی و اختلال هذیانی می‌باشد (۶). بر اساس پنجمین راهنمای آماری و تشخیصی اختلال‌های روانی (DSM-5)، اختلال شخصیت شامل سه گروه است

است (۱۸). از سویی دیگر در پژوهشی که روی ورزشکاران حرفه‌ای در ایران انجام شده است نشان داد شایع‌ترین اختلال شخصیت هیستریونیک بود (۱۹).

وقوع آسیب به‌طور معمول در بیشتر ورزش‌ها مشاهده می‌شود که جنبه روانی، یکی از آنهاست. اگر چه مطالعات روانشناختی زیادی در مورد ویژگی‌های شخصیتی ورزشکاران وجود دارد، اما مطالعات روانپزشکی در مورد اختلالات شخصیتی ورزشکاران در ایران بسیار کم است. با توجه به این ضرورت در این پژوهش در پی شناسایی و سطوح، سبک‌های الگوهای شخصیتی بالینی، آسیب‌شناسی شخصیتی شدید، سندرم‌های بالینی و سندرم‌های بالینی شدید در ورزشکاران بدنساز زن ساکن قرچک و رامین هستیم.

مواد و روش‌ها

روش تحقیق مقاله حاضر با توجه به موضوع و اهداف مطالعه، از نوع توصیفی-مقطعی و زمینه‌یابی و روش‌های جمع‌آوری داده‌ها از طریق روش میدانی بود.

نمونه و جامعه آماری: نمونه مورد مطالعه در این پژوهش شامل ۱۰۰ نفر از جامعه آماری ورزشکاران بدنساز زن ساکن شهر قرچک و رامین در سال ۱۳۹۹ با تعداد ۱۰ باشگاه فعال در این شهر بود. معیارهای ورود به مطالعه جنسیت زن دارای توانایی خواندن حداقل کلاس هشتم و بالای ۱۸ سال بود که به روش نمونه‌گیری "در دسترس" انتخاب شدند.

روش جمع‌آوری داده: در جمع‌آوری داده‌ها به‌منظور بررسی جنبه‌های مختلف تئوری و نظری پژوهش، ادبیات و پیشینه پیرامون موضوع از بررسی مقالات و متون به‌دست آمده از پایگاه‌های داده استفاده شد. سپس به‌منظور بررسی اختلالات شخصیت پرسشنامه میلون بکار گرفته شد. فرم سوالات به دلیل همزمانی انجام مطالعه با شیوع ویروس کرونا و لزوم رعایت پروتکل‌های بهداشتی در سال ۱۳۹۹ به‌صورت اینترنتی در اختیار شرکت‌کنندگان قرار گرفت. آزمودنی‌ها کاملاً آگاهانه و با اختیار کامل مجاز به پاسخ‌دهی پرسشنامه بودند. می‌توانستند در صورت عدم تمایل به ادامه پاسخ‌دهی از پژوهش خارج شوند.

ابزار پژوهش: پرسشنامه میلون (Millon Clinical Multiaxial Inventory (MCMI-III) به‌عنوان ابزار پژوهش استفاده شد. پرسشنامه چندمحوری بالینی میلون توسط تئودور میلون، روانشناس بالینی و شخصیت در سال ۱۹۷۷ بر اساس نظریه زیستی-روانی-اجتماعی تهیه و در سال ۱۹۹۰ در آن تجدیدنظر شد. این آزمون به منظور عملیاتی کردن مدل آسیب‌شناسی روانی میلون استفاده می‌شود و تاکنون چهار بار مورد تجدیدنظر قرار گرفته است (MCMI-I, MCMI-II, MCMI-III, MCMI-IV). به چاپ چهارم راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی DSM-IV متصل و بر روی نمونه‌های بالینی استاندارد شده است (۱۸).

این پرسشنامه یک پرسشنامه خودسنج استاندارد شده است که دومین پرسشنامه پراهمیت پس از پرسشنامه چندوجهی مینه‌سوتا (MMPI) است. پرسشنامه دارای ۱۷۵ جمله دوگزینه‌ای «بله» و «خیر» و دارای ۲۴ مقیاس بالینی و ۴ شاخص روایی است که ۱۴ مقیاس آن به سنجش الگوهای بالینی شخصیت براساس محور دو DSM-IV می‌پردازد

گروه A مشتمل بر اختلال شخصیت اسکیزوئید، پارانوئید، اسکیزوتایپی است. گروه B مشتمل است بر اختلالات شخصیت نمایشی، خودشیفته، ضداجتماعی و مرزی. گروه C، دوری‌گزینی، وابسته، وسواسی نه جبری، و منفعل مهاجم را شامل می‌گردد. دسته‌بندی دیگری بوسیله میلون (۱۹۸۱) ارائه شده است که برحسب شدت، اختلال مرزی، پارانوئید، و اسکیزوتایپی در پایین‌ترین سطح یکپارچگی شخصیتی می‌گنجد و دارای اختلال عمیق در روابط بین فردی و الگوهای رفتاری توأم با آشفتگی و سردرگمی هستند. در دسته دیگر اختلال‌های وسواسی جبری، منفعل، مهاجم، اسکیزوئید و اجتنابی قرار دارند و بوسیله روابط بین فردی همراه با دوسوگرایی مشخص می‌شوند. در دسته سوم اختلال‌های شخصیت وابسته، نمایشی، خودشیفته و ضداجتماعی قرار می‌گیرند (۸). تحقیقات نشان می‌دهد که ورزشکاران حرفه‌ای عزت‌نفس، احساس جسمانی و سلامت روانی بالاتری دارند که این ویژگی‌ها با سطح اضطراب و افسردگی، اختلال اضطراب اجتماعی و وجود علائم جسمی ارتباط منفی دارند (۹). در ورزشکاران احتمال بیماری‌های جسمی مرتبط با استرس، بیماری‌های روانی و افت عملکرد رفتار کاهش می‌یابد (۱۰) که البته با پیشرفت ورزشی و بهزیستی روانی ارتباط مثبت دارد (۱۱).

اختلال شخصیت در ورزشکاران از این جهت حائز اهمیت است که ممکن است باعث به‌وجود آمدن الگوهای پایدار رفتاری شود که در بسیاری از جنبه‌های مهم زندگی مانند روابط اجتماعی، خانوادگی و کاری تأثیر منفی گذاشته و پیامدها و عواقب نامناسب و نامطلوبی به‌همراه داشته باشد (۱۲).

مطالعه‌ای بر روی ۱۰۱ ورزشکار مصری برای بررسی میزان اختلالات مختلف شخصیتی انجام شد. نتایج نشان داد که بسیاری از آن‌ها حداقل دارای یک اختلال شخصیت بودند که شایع‌ترین آن‌ها اختلال وسواس اجباری، مرزی، خودشیفته و مختلط بود. ممکن است ورزش به دلایلی مختلف چنین افرادی را جذب کند زیرا عزت‌نفس آن‌ها را افزایش می‌دهد یا مکانی را برای رفتارهای وسواسی اجباری فراهم می‌کند (۱۳). از طرفی برون‌گرایی، کمال‌گرایی و ویژگی‌های شخصیتی خودشیفته شایع‌ترین ویژگی‌های شخصیتی در ورزشکاران است. علاوه بر این، مشخص شده است که ویژگی‌های شخصیتی با عملکرد ورزشکاران ارتباط دارد (۱۴). برخی از مطالعات انجام شده نشان می‌دهند ورزشکاران زن از نظر ویژگی‌های شخصیتی از مردان رقابتی‌تر هستند (۱۵). همچنین ورزشکاران زن متاهل از نظر ویژگی‌هایی مانند رضایت، روان رنجوری و گشودگی تفاوت قابل توجهی با ورزشکاران زن مجرد دارند. در حالی که در برون‌گرایی و وظیفه‌شناسی تفاوت معنی‌داری ندارند (۱۶).

در ایران الگوی سلامت ذهنی مشابه کشورهای غربی است ولی به‌نظر می‌رسد شیوع اختلالات روانپزشکی بیشتر می‌باشد (۱۷). مطالعات انجام شده در جمعیت عمومی ایران نشان می‌دهد شایع‌ترین اختلالات شخصیت شامل افسردگی، اختلال وسواس، هیستریونیک، وابسته-افسرده و مختلط می‌باشد. هم‌چنین بین مردان و زنان تفاوت معناداری در بعضی از مقیاس‌ها وجود دارد. در زنان سوماتوفرم، دوقطبی، مانیک، دیس تایمی، سندروم پس از سانحه، اختلال تفکر و افسردگی مازور شایع‌تر از مردان گزارش شده است. در حالی که شایع‌ترین اختلالات شخصیت در زنان، پرخاشگر منفعل، خودتحقیری و مرزی گزارش شده

نتایج

از ۱۰۰ شرکت‌کننده در پژوهش حاضر، دامنه‌ی سنی بدنسازان ۵۷-۱۸ سال با میانه ۳۲٫۳۷٪ و SD ۸٫۷۲ بود. سطح تحصیلات کم‌تر از دیپلم ۱۶٪، دیپلم ۴۰٪، لیسانس ۳۸٪ و فوق‌لیسانس و بالاتر ۶٪ مشاهده شد. ۳۹٪ افراد شرکت‌کننده مجرد و بقیه متاهل بودند.

با توجه به جداول ۱ و ۲ و با تأکید بر اینکه تفاوت اندکی بین میانه و میانگین وجود دارد و از آنجائی که میزان ضریب کجی و ضریب کشیدگی کمتر از رقم ۱ است، می‌توان مطرح نمود که توزیع‌های فوق، مفروضه نرمال بودن را دارا هستند و می‌توان از میانگین به‌عنوان معرف شاخص گرایش مرکزی استفاده نمود و از مدل‌های آماری پارامتریک استفاده بعمل آورد.

با توجه به جدول ۳ و با تأکید بر میزان مقادیر t به‌دست آمده، می‌توان مطرح نمود که تفاوت معنی‌داری در سطح $\alpha = 0/01$ بین میانگین نظری با میانگین‌های تجربی در مقیاس‌های «هیسترونیک» و «خودشیفته» مرتبط با سبک‌های الگوهای شخصیتی بالینی وجود دارد. بنابراین، با توجه به اینکه در مقیاس‌های مذکور، میانگین‌های تجربی بالاتر از میانگین نظری می‌باشند، عنوان می‌شود که مقیاس‌های مذکور در ورزشکاران بدنساز بالاتر از حد متوسط (موردانتظار) است. در حالی که در دیگر مقیاس‌های مرتبط با سبک‌های الگوهای شخصیتی بالینی، تفاوت معنی‌داری در سطح $\alpha = 0/05$ میانگین‌های تجربی و میانگین نظری وجود نداشته و تفاوت آنها در حد یکسان می‌باشد و عنوان می‌شود که دیگر مقیاس‌ها در ورزشکاران بدنساز در حد متوسط (موردانتظار) است.

و ۱۰ مقیاس دیگر نشانگان بالینی را براساس محور یک می‌سنجد. نقطه‌های برش ۷۵ تا ۸۵ به عنوان الگوها و سبک‌های شخصیتی و نقطه برش ۸۵ به بالا به عنوان نشانه‌ی الگوهای بالینی شخصیت به‌شمار می‌روند. میلیون و همکارانش در مجموع میزان اعتبار آزمون را ۰/۷۸ بدست آوردند. شریفی (۱۳۹۱) توان پیش‌بینی مثبت مقیاس‌ها را در دامنه‌ی ۰/۹۲ تا ۰/۹۸ و توان پیش‌بینی منفی مقیاس‌ها را از ۰/۹۳ تا ۰/۹۹ گزارش نمود. توان تشخیص کل مقیاس‌ها در دامنه‌ی ۰/۵۸ تا ۰/۸۳ نشان داده شده است. همچنین روایی آزمون از طریق روش همسانی درونی محاسبه شده و ضریب آلفای مقیاس‌ها در دامنه‌ی ۰/۸۵ تا ۰/۹۷ گزارش شده است (فتحی آشتیانی و داستانی، ۱۳۹۷). ضریب آلفای مقیاس‌های ۲۰ و ۲۶ MCMI، ۰/۸۰ و برای مقیاس‌های افسردگی و وسواس عملی به ترتیب بالاتر از ۰/۹۰ و پایین‌تر از ۰/۶۶ است. اعتبار بازآزمایی MCMI اصلی با فاصله زمانی ۳۷۹ روز ضریبی با میانگین ۰/۶۹ برای مقیاس‌های شخصیت و ۰/۶۷ برای مقیاس‌های بالینی را نشان داده است که بیانگر سطح متوسطی از ثبات بلندمدت است. اگر ۱۲ سوال یا بیشتر بی‌پاسخ و یا دو پاسخ داشته باشد، پرسشنامه نامعتبر خواهد بود (۲۰).

تجزیه و تحلیل آماری داده‌ها: تجزیه و تحلیل آماری به کمک نرم‌افزار SPSS23 انجام شد. از جداول آمار توصیفی به‌منظور توصیف اختلال شخصیت استفاده شده و در آن نما، میانه و میانگین به‌عنوان شاخص‌های گرایش مرکزی، دامنه تغییرات، واریانس و انحراف معیار به‌عنوان شاخص‌های پراکندگی و خطای معیار، ضریب کجی و ضریب کشیدگی به‌عنوان شاخص‌های توزیع محاسبه شدند. در راستای تحلیل داده‌ها و هدف پژوهش (بررسی اختلال شخصیت در ورزشکاران بدنساز)، از مدل آماری t تک‌گروهی استفاده شد.

جدول ۱: توصیف آماری مرتبط با مقیاس‌های سبک‌های الگوهای شخصیتی بالینی و آسیب‌شناسی شخصیتی شدید در ورزشکاران بدنساز زن.

مقیاس‌های شخصیت		شاخص‌های گرایش مرکزی			شاخص‌های پراکندگی		شاخص‌های توزیع		
		نما	میان	میانگین	دامنه تغییرات	واریانس	انحراف معیار	خطای معیار	ضریب کجی
سبک‌های الگوهای شخصیتی بالینی	اسکیزوتید	۷۱	۶۵	۶۲/۵۲	۶۷	۲۳۵/۸۰	۱۵/۳۵	۱/۵۳	-۰/۳۷
	اجتنابی	۵۷	۶۵	۶۵/۵۶	۴۰	۱۲۸/۹۳	۱۱/۳۵	۱/۱۳	-۰/۵۹
	افسردگی/ مالیخولیا	۷۳	۷۱	۶۴/۹۴	۸۹	۶۴۶/۰۵	۲۵/۴۱	۲/۵۴	-۰/۵۱
	وابسته	۶۰	۷۰	۶۵/۹۷	۹۶	۶۲۹/۱۹	۲۶/۳۰	۲/۶۳	-۰/۵۷
	هیسترونیک	۷۵	۷۲	۶۹/۶۴	۴۸	۱۰۰/۰۷	۱۰	۱	-۰/۶۸
	آشفتگی	۶۶	۶۶	۶۷/۳۹	۶۰	۱۷۰/۱۵	۱۳/۰۴	۱/۳۰	-۰/۷۹
	خودشیفته	۶۰	۷۱	۷۳/۰۶	۸۵	۵۰۲/۲۹	۲۲/۴۱	۲/۲۴	-۰/۷۱
	ضداجتماعی	۶۹	۶۹	۶۴/۹۱	۷۱	۱۷۲/۳۰	۱۳/۱۲	۱/۳۱	-۱/۱۰
	سادیستیک	۷۴	۶۸	۶۳/۴۷	۶۸	۲۲۰/۹۵	۱۴/۸۶	۱/۴۸	-۱/۹۷
	اجبارگری	۷۲	۶۶	۶۵/۸۲	۶۲	۱۷۷/۵۸	۱۳/۳۲	۱/۳۳	-۰/۰۴
	منفی‌گرایی	۵۴	۶۹	۶۴/۲۶	۱۱۰	۴۸۴/۶۷	۲۲/۰۱	۲/۲۰	-۱/۰۴
	مازوخیستیک	۶۵	۶۵	۶۳/۵۶	۶۳	۱۷۹/۸۸	۱۳/۴۱	۱/۳۴	-۰/۶۴
آسیب‌شناسی شخصیتی شدید	اسکیزوتایپال	۶۰	۷۱	۶۶/۹۷	۹۵	۲۹۵/۶۸	۱۷/۱۹	۱/۷۱	-۲/۳۰
	مرزی	۲۴	۶۳	۵۴/۴۳	۱۰۰	۹۴۶/۰۶	۳۱/۰۴	۳/۱۰	-۰/۴۳
	پارانوئید	۶۹	۶۹	۶۹/۶۴	۵۵	۱۲۶/۰۱	۱۱/۲۲	۱/۱۲	-۱/۸۲

جدول ۲: توصیف آماری مرتبط با مقیاس‌های سندرم‌های بالینی و سندرم‌های بالینی شدید در ورزشکاران بدنساز زن.

مقیاس‌های شخصیت		شاخص‌های گرایش مرکزی			شاخص‌های پراکندگی			شاخص‌های توزیع		
		نما	میان	میانگین	دامنه تغییرات	واریانس	انحراف معیار	خطای معیار	ضریب کجی	ضریب کشیدگی
سندرم‌های بالینی	اضطراب فراگیر	۷۳	۷۵	۶۸/۰۹	۱۰۳	۸۵۸/۴۸	۲۹/۳۰	۲/۹۳	-۲/۰۱	۲/۹۷
	شکایات جسمانی	۷۴	۷۲	۶۲/۳۰	۶۵	۴۱۶/۴۵	۲۰/۴۰	۲/۰۴	-۱/۵۵	۰/۸۸
	طیف دوقطبی	۸۰	۷۰	۶۵/۷۴	۱۰۳	۵۳۸/۳۹	۲۳/۲۰	۲/۳۲	-۰/۹۶	۰/۶۶
	افسردگی مزمن	۴۶	۶۶	۶۲/۰۷	۷۱	۶۳۳/۳۷	۲۵/۱۶	۲/۵۱	-۰/۱۴	-۱/۴۲
	سوءاستفاده از الکل	-۱۰	۷۱	۵۹/۰۳	۱۰۹	۱۲۸۷/۰۱	۳۵/۸۷	۳/۵۸	-۰/۰۷	-۰/۱۹
	سوءاستفاده از مواد	۷۰	۷۰	۶۴/۰۹	۶۵	۳۵۳/۸۴	۱۸/۸۱	۱/۸۸	-۰/۴۸	-۰/۷۵
	استرس پس از سانحه	۳۷	۷۳	۶۳/۳۷	۹۵	۵۴۳/۳۴	۲۳/۳۱	۲/۳۳	-۰/۸۲	-۰/۱۸
سندرم‌های بالینی شدید	طیف اسکیزوفرنیک	۷۲	۷۱	۶۵/۷۲	۶۳	۱۹۴/۱۸	۱۳/۹۳	۱/۳۹	-۱/۱۹	۱/۲۶
	افسردگی عمده	۱۰۵	۶۲	۶۶/۷۶	۱۰۳	۸۸۷/۸۸	۲۹/۷۲	۲/۹۸	-۰/۳۸	-۰/۵۱
	اختلال هذیانی	۶۰	۶۵	۶۲/۸۵	۱۰۰	۳۹۲/۷۲	۱۹/۹۹	۱/۹۹	-۱/۳۰	۲/۵۸

جدول ۳: t تک‌گروهی مرتبط با مقیاس‌های سبک‌های الگوهای شخصیتی بالینی در ورزشکاران بدنساز زن.

مقیاس‌های شخصیت		میانگین نظری	میانگین تجربی	میزان t	درجه آزادی	سطح معنی‌داری
سبک‌های الگوهای شخصیتی بالینی	اسکیزوتیپ	۶۵	۶۲/۵۲	-۱/۶۱	۹۹	۰/۱۰۹
	اجتنابی	۶۵	۶۵/۵۶	۰/۴۹	۹۹	۰/۶۲۳
	افسردگی / مالیخولیا	۶۵	۶۴/۹۴	-۰/۰۲	۹۹	۰/۹۸۱
	وابسته	۶۵	۶۵/۹۷	۰/۳۶	۹۹	۰/۷۱۳
	هیسترونیک	۶۵	۶۹/۶۴	۴/۶۳	۹۹	۰/۰۰۱
	آشفته	۶۵	۶۷/۳۹	۱/۸۳	۹۹	۰/۰۷۰
	خودشیفته	۶۵	۷۳/۰۶	۳/۵۹	۹۹	۰/۰۰۱
	ضداجتماعی	۶۵	۶۴/۹۱	-۰/۰۶	۹۹	۰/۹۴۵
	سادیستیک	۶۵	۶۳/۴۷	-۱/۰۲	۹۹	۰/۳۰۶
	اجبارگری	۶۵	۶۵/۸۲	۰/۶۱	۹۹	۰/۵۴۰
	منفی‌گرایی	۶۵	۶۴/۲۶	-۰/۳۳	۹۹	۰/۷۳۷
	مازوخیستی	۶۵	۶۳/۵۶	-۱/۰۷	۹۹	۰/۲۸۶

جدول ۴: t تک‌گروهی مرتبط با مقیاس‌های آسیب‌شناسی شخصیتی شدید، سندرم‌های بالینی و سندرم‌های بالینی شدید در ورزشکاران بدنساز زن.

مقیاس‌های شخصیت		میانگین نظری	میانگین تجربی	میزان t	درجه آزادی	سطح معنی‌داری
آسیب‌شناسی شخصیتی شدید	اسکیزوتایپال	۶۵	۶۶/۹۷	۱/۱۴	۹۹	۰/۲۵۵
	مرزی	۶۵	۵۴/۴۳	-۳/۴۰	۹۹	۰/۰۰۱
	پارانوئید	۶۵	۶۹/۶۴	۴/۱۳	۹۹	۰/۰۰۱
سندرم‌های بالینی	اضطراب فراگیر	۶۵	۶۸/۰۹	۱/۰۵	۹۹	۰/۲۹۴
	شکایات جسمانی	۶۵	۶۲/۳۰	-۱/۳۲	۹۹	۰/۱۸۹
	طیف دوقطبی	۶۵	۶۵/۷۴	۰/۳۱	۹۹	۰/۷۵۰
	افسردگی مزمن	۶۵	۵۹/۰۳	-۱/۶۶	۹۹	۰/۰۹۹
	سوءاستفاده از الکل	۶۵	۶۲/۰۷	-۱/۱۶	۹۹	۰/۲۴۷
	سوءاستفاده از مواد	۶۵	۶۴/۰۹	-۰/۴۸	۹۹	۰/۶۳۰
	استرس پس از سانحه	۶۵	۶۳/۳۷	-۰/۶۹	۹۹	۰/۴۸۶
	طیف اسکیزوفرنیک	۶۵	۶۵/۷۲	۰/۵۱۷	۹۹	۰/۶۰۷
سندرم‌های بالینی شدید	افسردگی عمده	۶۵	۶۶/۷۶	۰/۵۹۱	۹۹	۰/۵۵۶
	اختلال هذیانی	۶۵	۶۲/۸۶	-۱/۰۷	۹۹	۰/۲۸۵

هم‌چنین با توجه به جدول ۴ تفاوت معنی‌داری در سطح $\alpha=0/01$ بین میانگین نظری با میانگین‌های تجربی در مقیاس‌های «مرزی» و «پارانوئید» مرتبط با آسیب‌شناسی شخصیتی شدید وجود دارد. بنابراین، مقیاس «مرزی» پایین‌تر از حد متوسط (موردانتظار) دیده می‌شود. در

حالی که در دیگر مقیاس‌ها، تفاوت معنی‌داری در سطح $\alpha=0/05$ میانگین‌های تجربی و میانگین نظری وجود نداشته و تفاوت آنها در حد یکسان می‌باشد و عنوان می‌شود که دیگر مقیاس‌ها در ورزشکاران بدنساز در حد متوسط (موردانتظار) است.

بحث

مطالعه حاضر با هدف بررسی بررسی اختلال شخصیت در ورزشکاران بدنساز زن در شهر قرچک ورامین انجام شد. با توجه به میزان شیوع انواع اختلال شخصیت در جمعیت عمومی می‌توان گفت اختلالات روان در سراسر جمعیت ورزشکاران نیز وجود دارد که نیاز به درکی بهتر از این اختلالات در محیط‌های ورزشی را یادآور می‌شود. از نکات مهم این مطالعه آن است که بسیاری از این ورزشکاران پیش از ورود به باشگاه‌های ورزشی نیز با این مشکلات دست‌وپنجه نرم می‌کرده‌اند. داشتن بیماری روانی سبب می‌شود شخص به‌عنوان یک پدیده ثانوی به یک گروه اقتصادی-اجتماعی معین بپیوندد. یافته‌های پژوهشی از مطالعات اپیدمیولوژیک در مورد اختلالات شخصیت در ایران، شیوع اختلالات روانپزشکی را ۱۰/۸۱٪ گزارش کرده است که بیشتر این مقدار را زنان تشکیل می‌دهند و اضطراب و اختلال خلقی نیز به ترتیب ۸/۲۵٪ و ۴/۳۹٪ هستند (۱۷). در پژوهشی دیگر بر روی ۷۳۷ بیمار ایرانی ارجاع‌شده به درمانگاه روانپزشکی که با هدف بررسی شیوع اختلالات شخصیت با کمک ابزار میلیون ۳ انجام شد، شایع‌ترین سندروم‌های بالینی متوسط؛ دیس تایمی، شایع‌ترین سندروم شدید؛ اختلال تفکر و شایع‌ترین سندروم بالینی؛ سندروم استرس پس از سانحه گزارش شد. هم‌چنین شیوع تشخیص الگوهای شخصیت در این جمعیت بالا بود (۱۸). یک مطالعه نیز بر روی ۱۶۰ ورزشکار حرفه‌ای در ایران با کمک ابزار میلیون ۳ در محدوده‌ی سنی ۴۰-۱۸ سال انجام شد که ۸۳/۱۳٪ حداقل یک اختلال شخصیت را داشتند و شایع‌ترین اختلالات به ترتیب، ۶۸/۷۵٪ هیستریونیک، ۳۴/۳۸٪ خودشیفته و ۷/۵٪ وسواسی جبری بودند (۱۹). با توجه به این پیشینه نتایج ما نشان داد اختلال هیستریونیک، خودشیفته و پارانوئید نسبت به جامعه‌ی عمومی در بدنسازان زن بیشتر است که البته با نتایج پژوهش‌های پیشین از نظر اختلال هیستریونیک و خودشیفته هم‌راستا می‌باشد (۱۹ و ۱۳). برخلاف گزارش محققان مصری (۱۳) اختلال مرزی در پژوهش حاضر کمتر از حد جامعه‌ی موردانتظار دیده شد؛ از آن جایی که مشخصه‌ی اصلی و بارز اختلال مرزی بی‌ثباتی شدید در حالات رفتاری و هیجانی می‌باشد، شاید انجام تمرینات ورزشی در تعدیل این حالات بی‌تأثیر نباشد. از طرفی یافته‌های محققان هماهنگ با نظریاتی است که بی‌ثباتی در روابط بین فردی هسته آسیب‌شناسی اختلال مرزی می‌باشد (۲۱) ولی عمدتاً افراد ورزشکار در ویژگی‌های شخصیتی برون‌گرایی، سازگاری، ثبات و تجربه‌اندوزی نمرات بالاتری نسبت به هم‌تایان غیرورزشکار کسب کرده‌اند (۲۲) که این یافته‌ها از نتایج پژوهش ما حمایت می‌کنند.

اختلالات در میان ورزشکاران دختر در سنین بالاتر بیشتر رواج دارد. در یک بررسی بر روی ۱۴۰۰ دانش‌آموز پایه متوسطه در ایران که با هدف ارزیابی اختلالات شخصیتی خوشه B صورت گرفت، شیوع اختلالات به ترتیب عبارت بودند از: اختلال هیستریونیک ۱۴/۷٪؛ مرزی ۱/۹٪؛ خودشیفته ۱/۳٪ و ضداجتماعی ۱/۱٪ که نتایج پژوهش ما را در رابطه با اختلال خودشیفته و هیستریونیک حمایت می‌کند (۲۳). بیشتر بودن اختلال خودشیفته و هیستریونیک در میان ورزشکاران را می‌توان به تمایل این افراد برای مرکز توجه بودن و دیده شدن دانست که شاید

ناشی از تأثیرات فرهنگی حاکم بر جامعه باشد. به‌طوری که فرهنگ با اشتغال ذهنی افراد به صورت‌های مختلف از جمله جذابیت، محافظه‌کاری و غیره می‌تواند یکی از دلایل بالاتر بودن اختلال خودشیفته، هیستریونیک و پارانوئید باشد. از طرفی افراد مصرف‌کننده استروئیدهای آندروژنیک آنابولیک بیشتر از افراد غیرمصرف‌کننده در معرض ابتلا به اختلال‌های شخصیتی از جمله ختلال شخصیت نمایشی، خودشیفتگی، وسواسی، منفعل پرخاشگر و پارانوئید قرار دارند. زیرا استروئیدها عمدتاً با انگیزه‌ی اصلی افزایش عملکرد و بهبود تصویر بدن استفاده می‌شوند. شاید یکی از دلایل بیشتر بودن اختلال پارانوئید در پژوهش ما ناشی از مصرف استروئیدهای آنابولیک توسط بدنسازها باشد (۲۴) ولی به‌طور قطعی نمی‌توان در این مورد اظهارنظر کرد. از این‌رو، توجه جدی می‌تواند راهنمای خوبی برای تشخیص و درمان این اختلالات در جامعه‌ی بدنسازان و ورزشکاران باشد که مستعدتر از جامعه‌ی عمومی نسبت به این اختلالات هستند.

محدودیت: مرتبط بودن پژوهش با گروه بدنسازان زن، تعمیم نتایج به مردان را مشکل می‌کند. از طرفی پیشینه پژوهش اندک در حیطه کاربرد ابزار پژوهش در گروه زنان بدنساز در ایران از محدودیت‌های جدی این پژوهش بود. هم‌چنین با توجه به همه‌گیری کرونا تنها ابزاری که برای جمع‌آوری داده‌ها استفاده شد، پرسشنامه به‌صورت آنلاین بود که باید تعمیم یافته‌ها با احتیاط صورت گیرد.

نتیجه‌گیری

یافته‌ها حاکی از آن بود شیوع اختلالات خودشیفته، هیستریونیک و پارانوئید در بدنسازان زن بیشتر از جامعه‌ی عمومی می‌باشد. در حالی که اختلال شخصیت مرزی کمتر از حد متوسط جامعه مشاهده شد. به‌منظور کم کردن مشکلات روانی و به‌ویژه انتخاب مداخله‌های درمانی جامعه ورزشکاران می‌توان با شناسایی افرادی که در وضعیت نابسامانی قرار دارند، به مرور زمان آگاهی ایجاد کرد و برنامه‌های بهتر و سریع‌تری را برای درمان این اشخاص در نظر گرفت تا نتایج مفیدتر و سودمندتری را در زمان کوتاه‌تری بدست آورد.

تعارض منافع

نویسندگان تصریح می‌نمایند که هیچ‌گونه تضاد منافی در مطالعه حاضر وجود ندارد.

منابع

1. Ross AO. Personality: Theories and Processes. Translated by Jamalfar S. Tehran: Besat Publications; 2014.
2. Siasi A. Personality theories or schools of psychology. Tehran: University of Tehran Publishing Institute; 2012.
3. Rajabzadeh N. Pashang S. Comparison of Narcissistic Personality Disorder and Dramatic Personality Disorder in Bodybuilders and Non-Athletes, 7th International Conference on Psychology and Social Sciences. Tehran; 2016.

4. Mazaheri M. Khalighi N. Raghbi M. Sarabandi H. Prevalence of Personality Disorders Among Female Prisoners of Zahedan Prison. *Zahedan Journal of Research in Medical Sciences*. 2011;13(3):52.
5. Schultz D. Schultz S. *Personality Psychology*. Translated by Sayed Mohammadi Y. Tehran: Varaish Publishing Publications; 2018.
6. Groth-Marnat G W. *Handbook of Psychological Assessment*. 6th Edition; 2016.
7. Saduk Y. Saduk V. *Summary of Kaplan Psychiatry*. Translated by Rezaei F. Tehran: Arjmand; 2018.
8. Ashkani H. Dehbozorgi GR. Shoja A. Epidemiology of Mental Disorders among Male Prisoners in Adel Abad Prison of Shiraz. *Iranian journal of psychiatry and clinical psychology*. 2002;8(2):4-9.
9. Samadzadeh M. Abbasi M. Shahbazzadegan B. Comparison of Sensation Seeking and Self-Esteem with Mental Health in Professional and Amateur Athletes, and Non-Athletes. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*. 2011;15:1942-50.
10. Golby J. Sheard M. Mental Toughness and Hardiness at Different Levels of Rugby League. *Personality and individual differences*. 2004;37(5):933-42.
11. Nezhad M. Besharat M. Relations of Resilience and Hardiness with Sport Achievement and Mental Health in a Sample of Athletes. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*. 2010;5:757-63.
12. Yavari Y. Comparison of Narcissism and Beliefs about Appearance among Elite and Amateur Body Builders. *Sport Psychology Studies*. Mutaleat Ravanshenasi Varzeshi. 2014;3(7):62-49.
13. Hendawy H. Baron D. Sei-Eldawla A. Prevalence of Psychiatric Disorders and Coping Processes in a Sample of Egyptian competitive athletes. *Fac Med Ain Shams Univ*. 2012;60-2.
14. Baron DA. Reardon CL. Baron SH. *Clinical sports psychiatry: An International Perspective*: John Wiley & Sons; 2013.
15. Marczak M. Ginszt M. Five-Factor Model Personality Traits in Sport Climbers. *Journal of Education, Health and Sport*. 2017;7(9):178-83.
16. Baghel B. Krishnan NR. Pahan MK. Comparative Study of Personality Among Unmarried and Married Female Athletes. *International Journal of Creative Research Thoughts (IJCRT)*. 2021;9(7):122-127.
17. Mohammadi M-R. Davidian H. Noorbala AA. Malekafzali H. Naghavi HR. Pouretmad HR, et al. An Epidemiological Ssurvey of Psychiatric Disorders in Iran. *Clinical Practice and Epidemiology in Mental Health*. 2005;1(1):1-8.
18. Dadfar M, Lester D. Prevalence of personality disorders and clinical syndromes using the Millon Clinical Multiaxial Inventory III (MCMI-III) in an Iranian clinical sample. *IJBECs*. 2017;3:36-47.
19. Mallahi A. Sunil Kumar B. Prevalence of Personality Disorders in Iranian Elite Athletes. *International Journal of Health, Physical Education and Computer Science in sports* 2014;16(1):107-110.
20. Sharifi A. Millon – 3. edited by Karami A. Tehran: Ravansanji Publications; 2016
21. Hanaei N. Mahmood Alilou M. Bakhshi Pour Roudsari A. Akbari I. Schematic Mentalities, Child Abuse Experiences, and Attachment Styles in Borderline Personality Disorder. *Clinical Psychology and Personality*. 2015;13(1):101-20.
22. Sookhtezari S. Farzan F. Doosti M. Comparing Personality Traits of Athlete and Non-Athlete Students of Medical Sciences Universities. *Journal of Medicine and Cultivation*. 2019;28:36-47.
23. Fatehizadeh M. Emami T. Najarian B. The Study of Prevalence of Signs of Antisocial, Narcissitic, Histrionic, and Borderline Personality Disorders Among High School Female Students. *Clinical Psychology and Personality*. 2007;5(1):47-60.
24. Narimani M. Ahadi B. Bolboli L. Ghadimi E. The Comparison of Paranoid, Narcissistic, Histrionic, Obsessive-Compulsive Personality disorders in body builder athletes who were consumers of anabolic Androgenic Steroids. *Journal of Personality & Individual Differences*. 2013;2(3).