

מבחני אישיות בשיטת דיווח עצמי בקרב מטופלים בשלב המאוזן של הפרעה דו־קוטבית

תקציר:

הסברה היא, כי בהפרעה דו־קוטבית חייבים להתקיים אנדופנוטיפים כלשהם. האנדופנוטיפים להפרעה דו־קוטבית עשויים להימצא בווריאציות מסוימות באישיות. באגבי וריידר סיכמו את המחקרים בתחום עד כה וציינו כי נראה שנוירוטיות גבוהה ונטייה להימנעות מפגיעה, מאפייני אישיות הקשורים זה לזה, מצויים הן בקרב מטופלים בעלי הפרעה דו־קוטבית והן בקרב מטופלים בעלי דיכאון חד־קוטבי, בעוד שנטייה לחיפוש אחר ריגושים מצויה רק בקרב מטופלים בעלי הפרעה דו־קוטבית. מאחר שכל המאפיינים הללו מושפעים מאוד ממצב הרוח, חיוני לבחון את ספרות המחקר הנוגעת דווקא למטופלים בשלב האאוטימי, כדי להעריך עד כמה והאם ממצאים אלו מורים על מאפייני אישיות אמתיים ולא על המצב הקליני. מחקרים חשובים אחדים נערכו מאז פרסומו באגבי וריידר את סקירתם. אנו מתמקדים בסקירה זו רק במחקרים אמפיריים שעשו שימוש במדגמים נאותים משתי הקבוצות – הן מטופלים בעלי הפרעה דו־קוטבית המצויים בשלב האאוטימי (כדי לצמצם את דילמת התכונה לעומת מצב) והן מושאי השוואה בריאים. במאמר זה אנו מתמקדים במבחני הערכת אישיות אקספליציטיים – כלומר, שאלוני הערכת אישיות בדיווח עצמי – הנמצאים במחקרים רבים: במבחן Temperament and Character Inventory (TCI) המבוסס על התיאוריה הפסיכוביולוגית של קלונינגר באשר למזג ואישיות, במבחן NEO-R להערכת אישיות המבוסס על מודל חמשת הגורמים של קוסטה ומקריי, ובסולם (סקלה) האימפולסיביות של בארט (BIS-11). אין ממד בודד של 'אישיות' שיכול לשמש כסמן פסיכולוגי להפרעה דו־קוטבית. הממצאים הישנים יותר, המופיעים בסקירה של באגבי וריידר, ואשר מגדירים חיפוש אחר ריגושים כסמן, לא שוחזרו במחקרים אלו. מבין תכונות האישיות שנסקרו כאן, התכונה שסביר שתתברר כסמן או כאנדופנוטיפ היא אימפולסיביות, כפי שזו נמדדת בשאלון BIS-II.

ימימה אושר¹
יהודית בלון²
יולי ברסודסקי¹

¹המרכז לבריאות הנפש באר שבע, משרד הבריאות והפקולטה למדעי הבריאות, אוניברסיטת בן גוריון בנגב, באר שבע
²הפקולטה למדעי הבריאות, אוניברסיטת בן גוריון בנגב, באר שבע

מילות מפתח: דו־קוטבית; אישיות; דיווח עצמי.
:KEY WORDS Bipolar disorder; Personality; Self-report

הקדמה

הפרעה אפקטיבית דו־קוטבית היא מחלה פסיכיאטרית קשה, המאופיינת בתקופות של דיכאון ושל מאניה, בדרך כלל עם תקופות של הפוגה (remission) (איזון נפשי, מצב אימוטימי) בין אירוע למשנהו. השכיחות נמדדת בשיעור של 1%-3% מכלל האוכלוסייה, ללא הבדלי מגדר, וההפרעה עלולה לפגוע קשות בניהול תקין של החיים ולגרום לנכות כללית. ההנחה ההגיונית הבסיסית היא, כי בהפרעה דו־קוטבית אמורים להתקיים אנדופנוטיפים כלשהם. האנדופנוטיפים להפרעה דו־קוטבית עשויים להימצא בווריאציות מסוימות באישיות [6]. קרפלין הגדיר הפרעה דו־קוטבית כמחלה אפיזודית עם פרקי זמן של התאוששות בין התקפים (שבהם חוזרת האישיות למצבה הרגיל). Goodwin ו־Jamison [13] מציינים את הבעיות המתודולוגיות הרבות המקשות על החקר האישיות הדו־קוטבית, ובהן בעיית ה"מצב ותכונה" וההטרונגניות של ביטויי המחלה ושל האבחנות. כמו כן, הם מציינים שמרבית המחקרים הראשונים התאפיינו במתודולוגיה

לקויה, במדדים בעייתיים ובתכנון בלתי מספק, וכן בקבוצות בקרה שלא ענו על הדרישות. הם מסכמים כי "המחקר כיום סותר לרוב את הטענה שאישיותם של מטופלים בעלי הפרעה דו־קוטבית שונה במהותה מזו של אנשים שאינם סובלים מהפרעות מצב רוח".

מבחני דיווח עצמי להערכת אישיות דוגמת TCI ו־NEO (המתוארים בהמשך) נחקרו רבות בקרב אוכלוסיות בריאות, והגורמים בהם חולצו אמפירית, תוך שימוש בשיטות שונות לניתוח גורמים. הגורמים תוקפו עבור תרבויות שונות, ותורשתיותן של הסקאלות הוערכה באופנים הניתנים לשחזור בכ-50%, מידת תורשתיות הדומה לתורשתיותן של הפרעות נפשיות קשות. לפיכך, חקר סקאלות דיווח עצמי אלו בקרב אנשים המצויים בשלב האאוטימי של הפרעה דו־קוטבית הוא צעד מתבקש.

Bagby ו־Ryder [3] סיכמו את המחקרים בתחום עד כה. הם ציינו, כי נוירוטיות גבוהה ונטייה להימנעות מפגיעה, הן ככל הנראה מאפייני אישיות הקשורים זה לזה, המצויים הן בקרב מטופלים בעלי הפרעה דו־קוטבית והן בקרב מטופלים בעלי

טבלה 1:

סיכום המחקרים המשווים בין מטופלים בעלי הפרעה דרקוטבית מסוג 1, המצויים בשלב האאוטימי, לקבוצת בקרה בריאה באמצעות מבחן המזג והאישיות של קלונינגר. ממדי המזג הם חיפוש אחר ריגושים (NS), הימנעות מפגיעה (HA), תלות בתגמול (RD) והתמדה (PI). הממד האחרון היה במקורו תת-סקאלה של תלות בתגמול, אך לאחר מכן הוכח שהוא גורם עצמאי. ממדי האישיות הם הכוונה עצמית (ISD), שיתוף פעולה (COP) והתעלות מעבר לעצמי (ST)

אנגסטורם 2004		אלמידה 2011		הארלי 2011 ²		סקאלת TCI
הפרעה דרקוטבית N=75	קבוצת בקרה N=100	הפרעה דרקוטבית N=67	קבוצת בקרה N=67	הפרעה דרקוטבית N=60	קבוצת בקרה N=87	
(5.0) 17.8	(5.3) 18.1	(5.99) **20.13	(3.66) 17.14	(6.66) 18.78	(5.73) 17.37	חיפוש אחר ריגושים
(7.1) 16.1	(6.2) 14.5	(7.09) **20.15	(4.10) 9.26	(8.57) **18.78	(6.38) 11.91	הימנעות מפגיעה
(3.4)*13.8	(3.6) 15.1	(3.98) 14.64	(2.86) 15.91	(6.40) 23.37	(5.74) 22.43	תלות בתגמול
(1.9) 3.6	(1.7) 3.7	(1.82) 4.69	(1.44) 5.06	(10.50) 22.75	(8.65) 26.06	התמדה
(6.7) 31.7	(6.4) 33.1	(8.08) **27.70	(4.13) 37.67	(8.51) **31.13	(6.11) 37.34	הכוונה עצמית
(5.0) *32.3	(4.2) 34.2	(5.82) **30.21	(2.92) 33.90	(6.89) 33.88	(5.92) 35.57	שיתוף פעולה
(6.2) 12.0	(5.9) 12.8	(5.73) **18.69	(5.15) 12.74	(12.30) **22.43	(10.99) 15.39	התעלות מעבר לעצמי

*p < 0.01, **p < 0.05

²חברי קבוצת הבקרה הבריאה היו קרובי משפחה, שאינם לוקים בהפרעה, והמבחן שבו נעשה שימוש היה TCI-R – גרסה מאוחרת יותר של TCI, שבה הורחבו סקאלות התלות בתגמול והתמדה

ו-McCree [9]. נוסף על כך, מצאנו סדרה של ארבעה מחקרים העומדים בקריטריונים שלנו ואשר עוסקים בהיבט נוסף של האישיות, אימפולסיביות, כפי שהיא נמדדת בסקאלת האימפולסיביות של בארט (BIS-11) [23].

מחקרים המתבססים על TCI

בהתבסס על התיאוריה הפסיכוביולוגית של Cloninger וחב' [7], מבחן TCI שבו 240 שאלות מודד ארבעה ממדים של מזג ושלושה ממדים של 'אישיות'. ממדי המזג הם חיפוש אחר ריגושים (NS), הימנעות מפגיעה (HA), תלות בתגמול (RD) והתמדה (P). הממד האחרון היה במקורו תת-סקאלה של תלות בתגמול, אך לאחר מכן הוכח שהוא גורם עצמאי. ממדי האישיות הם הכוונה עצמית (SD), שיתוף פעולה (COP) והתעלות מעבר לעצמי (ST). הציונים לממדים השונים מורכבים מכמה תת-סקאלות (להוציא התמדה), שלמען הבהירות נמנע מלפרט כאן. מצאנו שני מחקרים [12,2] שעמדו במלואם בקריטריונים שהצבנו. נמצא מחקר נוסף [14] שכלל נבדקים ללא הפרעה דרקוטבית מסוג 1 בשלב האאוטימי, אך במחקר זה נעשה שימוש בגרסה שונה מעט של מבחן TCI, וכן נבדקו קרובי משפחה שאינם לוקים בהפרעה כמושאי השוואה בריאים. בטבלה 1 מסוכמים הממצאים (המוצגים כממוצעים עם סטיית התקן בסוגרים).

מחקרים המתבססים על NEO-PI-R

מבחן האישיות NEO-Personality Inventory Revised (NEO-PI-R) מבוסס על מודל חמשת הגורמים של Costa ו-McCree [9]. מבחן זה הוא שאלון דיווח עצמי ובו 240 פריטים, והוא מספק ציונים מסכמים ל"חמשת הגורמים הגדולים" של האישיות: נירוטיות (N), מוחצנות (E), פתיחות להתנסויות (O), נעימות (A) ומצפוניות (C). לא מצאנו כל מחקר העושה שימוש ב-NEO-PI-R, המשווה ישירות מדגם של מטופלים בעלי הפרעה דרקוטבית מסוג 1

דיכאון דרקוטבי, בעוד שנטייה לחיפוש אחר ריגושים מצויה רק בקרב מטופלים בעלי הפרעה דרקוטבית. על פי המודל של קלונינגר, נטייה מוגברת לחיפוש אחר ריגושים (וכן מידה מועטה של הימנעות מפגיעה) קשורה לאימפולסיביות [8]. על פי המודל שפיתחו Costa ו-McCray [9], אימפולסיביות היא תת-סקאלה של נירוטיות [N5], אך אפשר גם לראות בה מאפיין המשקף מצפוניות נמוכה [8]. אין פלא, אפוא, שבכמה מחקרים חדשים עולה טענה, כי בקרב מטופלים בעלי הפרעה דרקוטבית, המצויים בשלב האאוטימי, ניכרת מידה מוגברת של אימפולסיביות [22]. היות שכל המאפיינים הללו מושפעים מאוד ממצב הרוח, חיוני לבחון את ספרות המחקר הנוגעת דווקא למטופלים בשלב האאוטימי, כדי להעריך האם ממצאים אלו מורים על מאפייני אישיות אמתיים ולא על המצב הקליני, ובאיזו מידה.

מחקרים חשובים אחדים נערכו מאז פרסמו Bagby ו-Ryder [3] את סקירתם. אנו מתמקדים בסקירה זו רק במחקרים אמפיריים שעשו שימוש במדגמים נאותים משתי הקבוצות – הן מטופלים בעלי הפרעה דרקוטבית סוג 1 המצויים בשלב האאוטימי (כדי לצמצם את דילמת התכונה לעומת מצב) והן מושאי השוואה בריאים. איננו כוללים בסקירתנו מחקרים שבהם היה מדגם מעורב של מטופלים בעלי הפרעה דרקוטבית מסוג 1 ומסוג 2, מכיוון שאי אפשר לקבוע האם סטייה מן התוצאות התקינות נובעת מהמדגם של בעלי הפרעה דרקוטבית מסוג 1 או מסוג 2, והיות שמדגמים של בעלי הפרעה דרקוטבית מסוג 2 עלולים לכלול מטופלים שאובחנו כך בטעות ולמעשה הם בעלי הפרעת אישיות גבולית. מאמר זה מתמקד במבחני הערכת אישיות אקספליציטיים – כלומר, שאלוני הערכת אישיות בדיווח עצמי. במחקר שאנו מתעתדים לערוך, אנו מבקשים לחקור גם מדדים אימפליציטיים (בהערכה עקיפה, התנהגותיים). במחקרים רבים המשתמשים במבחני הערכת אישיות אקספליציטיים בחרו החוקרים להיעזר במבחן Temperament and Character Inventory (TCI) Inventory, המבוסס על התיאוריה הפסיכוביולוגית של Cloninger וחב' [7] באשר למזג ואישיות, או במבחן NEO-R Costa הערכת אישיות המבוסס על מודל חמשת הגורמים של

טבלה 2:
סיכום מחקר שנערכה בו השוואה בין נתונים של מטופלים הלוקים בהפרעה דרקוטבית מסוג 1 בשלב האוטומי לנתונים של נבדקים מהמדגם הנורמטיבי באמצעות NEO-PI-R [2]

קיום ועמיתים, 2012		מדגם נורמטיבי ^a (N=692)	סקאלת NEO
הפרעה דרקוטבית מסוג 1 (N=85)	97.8 (26)		
מוחצנות	107.5 (24)	108.4 (18)	93.0 (21)
פתיחות להתנסויות	103.0* (14)	108.5 (17)	108.4 (18)
נעימות	116.0* (17)	120.5 (15)	108.5 (17)
מצפוניות	113.6* (24)	121.6 (21)	108.5 (17)

*גודל אפקט קטן ($0.2 < D < 0.50$)

לשימוש ככלי אבחון או ככלי לזיהוי אמין של אנשים בסיכון. כפי שנכתב ביחס לפסיכופרמקולוגיה מבוססת ראיות, קיים פער עצום בין מציאת הבדלים בין קבוצות לבין הבחנות שיש לעשות ברמת הפרט [5].

מבין תכונות האישיות שנסקרו כאן, התכונה שסביר שתתברר כסמן או כאנדופנוטיפ היא אימפולסיביות, כפי שהיא נמדדת בשאלון BIS-II. בשלושה מתוך ארבעה מחקרים נמצא, כי מטופלים בעלי הפרעה דרקוטבית מסוג 1 המצויים בשלב האוטומי השיגו באופן קבוע ציונים גבוהים יותר בכל שלוש תת-הסקאלות, וכן הגיעו לציון כולל גבוה יותר בשאלון BIS-II ביחס לנבדקים הבריאים בקבוצת

- **לא ניתן כיום להצביע על תכונת אישיות אחת, מכלל התכונות שנמדדו במבחנים של דיווח עצמי, המאפיינת חולים דרקוטביים (bi-polar) במצבם האוטומי.**
- **בסקירה זו לא שוחזרו הממצאים הקודמים, שלפיהם תכונות של נירוטיות, הימנעות מכגיעה, וחיפוש אחר ריגושים אפיינו חולים במצב דרקוטבי.**
- **עולה מהסקירה שלנו, כי אימפולסיביות היא התכונה המתאימה ביותר בהגדרת האנדופנוטיפ למחלה דרקוטבית.**

האימפולסיביות נעשו נורמליים ככל שהם התקדמו ממצב מאני או מעורב למצב אוטומי, הציונים בשאלון BIS-II נותרו גבוהים במהלך השלב האוטומי, ואף לאחר שהמטופלים פיתחו דיכאון. בדומה לכך, Swann וחב' [30] מצאו, כי ציונים כוללים בשאלון BIS נותרו זהים בקרב מטופלים בעלי הפרעה דרקוטבית בשלב האוטומי (N=22) ובשלב המאני (N=12) (אין ידוע אם הנבדקים לקו בהפרעה דרקוטבית מסוג 1, מסוג 2, או האם הקבוצה הייתה מעורבת). בנייתו-על שנערך לאחרונה נמצא ראיות מוצקות לכך שאימפולסיביות, כפי שהיא נמדדת בשאלון BIS-II, גבוהה במידה ניכרת בקרב מטופלים בעלי הפרעה דרקוטבית בהשוואה לקבוצת הבקרה [26]. סקירה זו כללה מחקרים

בשלב האוטומי לקבוצת בקרה בריאה. עם זאת, מצאנו מחקר אחד [17] המשווה את ציוניהם של מטופלים קוריאנים בעלי הפרעה דרקוטבית מסוג 1 בשלב האוטומי לציוני מדגם נורמטיבי של נבדקים קוריאנים, אשר התפרסמו 20 שנה קודם לכן. התוצאות מסוכמות בטבלה 2.

אימפולסיביות

בסקירה מקיפה שהתפרסמה בשנת 2014 נדון הנושא של אימפולסיביות בקרב מטופלים בעלי הפרעה דרקוטבית המצויים בשלב האוטומי [22]. בסקירה זו בוחנים החוקרים מבחני אישיות בדיווח עצמי ומבחני אישיות התנהגותיים – כל אחד בפני עצמו. מסקנתם הייתה, כי "מחקרים המתבססים על מבחני דיווח עצמי טוענים כי אימפולסיביות היא תכונה המאפיינת את אישיותם של אנשים בעלי הפרעה דרקוטבית, ולא נובעת רק ממצבם". בכל עשרת המחקרים המתבססים על מבחני דיווח עצמי השתמשו החוקרים בגרסה של סקאלת האימפולסיביות של Barratt [4]. ארבעה מדגמים מתוך המדגמים שדווח עליהם במחקרים אלו היו מורכבים רק ממטופלים בעלי הפרעה דרקוטבית מסוג 1 [19, 29]. לחלופין, נבדקים כאלו היו הרוב המכריע במדגם – 90% [18]. הגרסה המצויה כעת בשימוש נרחב, BIS-11 [23], מורכבת מ-30 הצהרות המדורגות בידי המשתתף בסקאלה הנעה בין 1 (לעיתים נדירות/אף פעם) ל-4 (כמעט תמיד/תמיד). נמצא שאימפולסיביות מוחלטת, כפי שהיא נמדדת ב-BIS-11, היא תורשתית ביותר [27]. נוסף לציון הכללי, הופקו מן השאלון שלוש סקאלות מסדר שני, וציוני סקאלות אלו מופיעים בממצאים לעיתים קרובות: קשב, תנועה ואי-תכנון. ציון כללי שבין 52 ו-71 נחשב בטווח התקין, ציון של 72 ומעלה מסווג כאימפולסיביות גבוהה [28]. התוצאות עבור מטופלים בעלי הפרעה דרקוטבית מסוג 1 המצויים בשלב האוטומי ועבור קבוצת בקרה בריאה מסוכמות בטבלה 3. בעוד שבמחקר אחד לא נמצאו הבדלים בציון הכללי, בשלושה מחקרים אחרים נמצא שציוני הנבדקים בעלי הפרעה הדרקוטבית המצויים בשלב האוטומי בסקאלת האימפולסיביות המוחלטת גבוהים במידה רבה מציוני הנבדקים הבריאים בקבוצת הבקרה [18].

דיון

למרות כל המידע שהוצג בסקירה זו, אין ממד בודד של 'אישיות' שיכול לשמש כסמן פסיכולוגי להפרעה דרקוטבית. הממצאים הישנים יותר, המופיעים בסקירה של Bagby ו-Ryder [3], ואשר מגדירים חיפוש אחר ריגושים כסמן, לא שוחזרו במחקרים אלו, אולי משום שאנו התמקדנו דווקא במטופלים אוטומיים ביותר. בעוד שברבים מהמקרים נמצאו הבדלים ניכרים בין ממוצעי הקבוצות, הבדלים אלו לא חזרו על עצמם במחקרים השונים (כמו בהשוואה בין הכוונה עצמית להתעלות מעבר לעצמי במבחן NEO). יתרה מכך, נמצאו הפרשים גדולים בין הקבוצות ששוחזרו בקלות. לדוגמה, ציונים גבוהים בקטגורית ההימנעות מפגיעה מצביעים על קיומה של חפיפה גדולה בציוניהן של קבוצת הנבדקים בעלי הפרעה הדרקוטבית ושל קבוצת הבקרה שבה נבדקים בריאים. חפיפה גבוהה כזו עשויה בהחלט להפוך את ציוני ההימנעות מפגיעה לבלתי-מתאימים

טבלה 3:

סיכום מחקרים שנערכה בהם השוואה בין מטופלים הלוקים בהפרעה דירקוטבית, המצויים בשלב האאוטימי, לבין קבוצת בקרה של נבדקים בריאים באמצעות סקאלת האימפולסיביות של באראט (BIS-II)

לואיס 2009 ²		סטרקובסקי 2010		אקינג' 2011		לומברדו 2012		סקאלת BIS-II
הפרעה דירקוטבית N=36	קבוצת ביקורת N=30	הפרעה דירקוטבית N=28	קבוצת ביקורת N=35	הפרעה דירקוטבית N=71	קבוצת ביקורת N=50	הפרעה דירקוטבית N=54	קבוצת ביקורת N=49	
(8) 58.7	(10) 60.8	(11) **61	(8) 51	(7.8) **74.3	(3) 50.3	(12) *72.9	(9) 52.4	כללי
(3) 14.6	(3) 14.5	(4) 14	(2) 12	(4) **21.2	(2) 18.3	(4) *18.7	(3) 12.3	קשב
(3) 20.2	(4) 22.8	(5) **23	(3) 19	(3) **24.9	(2) 17.0	(5) *26.1	(3) 19.8	תנועה
(4) 23.9	(5) 23.5	(5) *24	(4) 20	(3) **28.1	(3) 21.4	(5) *28.0	(4) 20.3	איתנות

*p < 0.05, **p < 0.01
^a90% מן הנבדקים בקבוצה לקו בהפרעה דירקוטבית מסוג 1, והיתר לקו בהפרעה דירקוטבית מסוג 2 או בהפרעה לא משויכת

רק אם האמירה אפיינה אותך במשך רוב חיך, לכל הפחות החל בשנות בגרותך המוקדמות". הניסיון הקליני שצברנו עולה בקנה אחד עם גישתו של אהרן בק, הטוען שתפיסת-העצמי של מטופלים בעלי מצבי רוח בלתי יציבים מעוותת, לא רק ביחס להווה, אלא גם ביחס לעבר ולעתיד. לא הצלחנו למצוא מחקר, שבו ניתן שאלון TEMPS-A לקבוצה גדולה ומוגדרת היטב של נבדקים בעלי הפרעה דירקוטבית מסוג 1, שעמדו בקריטריונים הרגילים של אאוטימיה. המחקר הקרוב ביותר לכך היה מחקר שבו ציוני מצב הרוח הממוצעים של קבוצת הנבדקים היו דומים בקירוב לתוניהם המשמשים כנקודות החתך להגדרת אאוטימיה [20]. מסיבה זו, לא כללנו בסקירה זו מחקרים העושים שימוש בשאלון TEMPS-A.

מספר תכונות ספציפיות, כמו אימפולסיביות גבוהה יותר, עשויות להיות רווחות יותר בקרב מטופלים בעלי הפרעה דירקוטבית המצויים בשלב האאוטימי לעומת חברי קבוצת הבקרה הבריאים, והן אף עשויות לבוא לידי שימוש בפענוח המבנה הגנטי הסבוך העומד בבסיס הפרעה זו [16]. לאימפולסיביות עשויות אף להיות השלכות פרוגנוסטיות קליניות. נאספו ראיות המעידות על כך, שאימפולסיביות עשויה להיות הגורם לפגיעה כללית בתפקוד בקרב מטופלים בעלי הפרעה דירקוטבית, המצויים בשלב האאוטימי, גם כאשר מביאים בחשבון את תסמיני הדיכאון ואת מספר האשפוזים [15]. יש אף ראיות לכך שציוני BIS-II גבוהים יותר, אף בשעה שהמטופלים בעלי הפרעה הדירקוטבית מסוג 1 מצויים בשלב האאוטימי, עולים בקנה אחד עם אירועי עבר של התנהגות אובדנית [21]. מאפיינים אחרים הרווחים בקרב מטופלים בעלי הפרעה דירקוטבית, כמו הפרעות אישיות מסוימות ונטייה מוגברת להפרעות שימוש בחומרים ממכרים, עשויים לסייע בהבנת התורשתיות והמבנה הגנטי של הפרעה הדירקוטבית. בהמשך, גישה חדשה, כגון ניתוח גורמים של תוצאות מצרור מבחני אישיות על מגדמים גדולים מאוד של מתמודדים [25] עשויה לקדם את החיפוש אחר אנדופנוטיפ המתבטא באישיות המעיד על הפרעה זו. גישה נוספת היא חקר הקשר בין הממצאים האישיותיים וממצאים גנטיים בקרב מטופלים בעלי הפרעה דירקוטבית [24]. רצוי בהמשך לקיים מחקרים כאלו במדגמים של מטופלים אאוטימיים ומסוג 1 בלבד. עם זאת, כנגד כל תכונה שהוזכרה ברשימה זו אפשר למנות מטופלים רבים הלוקים בהפרעה דירקוטבית, שתכונה זו אינה ניכרת בהם כמצופה, וכן אנשים בריאים רבים שהיא ניכרת בהם. לפיכך, מסקנתנו היא שבעוד שמאפייני אישיות מסוימים

שהוכללו בהם מטופלים מתבגרים ומבוגרים, מטופלים מאניים או הלוקים בדיכאון וכן מטופלים בשלבי אאוטימיה שונים, ומחקרים שבהם הוכללו מטופלים בעלי הפרעה דירקוטבית מסוג 1 ומסוג 2 גם יחד. אולם במחקר הרביעי שנכלל בסקירה זו, לא נמצאו כל הבדלים בין מטופלים בעלי הפרעה דירקוטבית, המצויים בשלב האאוטימי, לבין נבדקים בריאים [18]. יחד עם זאת, צוין במחקר "גידול ניכר והדרגתי בציוני תת-הסקאלות בין קבוצת המטופלים שבקרבם ההפרעה הדירקוטבית מצויה בהפוגה לבין קבוצת המטופלים המפגינים תסמינים פעילים של ההפרעה" [18]. מחקרים נוספים בעתיד שיתמקדו אך ורק במטופלים בשלב האאוטימי עשויים לסייע להבהרת הנקודה. יש מקום להסתייגות נוספת: תכונות מסוימות עשויות לאפיין מטופלים בעלי הפרעה דירקוטבית (רגישות), אך לאו דווקא לאפיין הפרעה דירקוטבית בלבד (סגוליות). המחקרים שסקרנו בראש הדברים, וכן מחקרים שהופיעו בסקירה שערכו Bagby ו-Ryder [3], נמצאה נטייה רבה להימנעות מפגיעה. אולם כפי ש-Ryder ו-Bagby [3] ציינו במאמרם, נטייה זו נמצאה גם בקרב מטופלים הלוקים בדיכאון חד-קוטבי, וכן במחקרים חדשים יותר ומתוכננים היטב, בקרב מטופלים בעלי דיכאון חד-קוטבי המצויים בשלב האאוטימי [10].

כאשר אנו דנים באישיותו של מטופל, הכוונה היא למצבו הבסיסי והיציב. תכונות רבות מופיעות ונעלמות בקרב מטופלים במהלך אפיזודות אפקטיביות, ואיננו מתייחסים למאפיינים חולפים אלה כחלק מאישיותו של המטופל. רק מחקרים, שמשתתפים בהם נבדקים העוברים הערכה כאשר הם אאוטימיים ככל האפשר, יכולים לספק מידע העונה נאמנה על שאלת קיומם או אי-קיומם של "אישיות דירקוטבית" או "מזג דירקוטבי", היות שמצבי רוח קליניים משפיעים על דיווח עצמי של האישיות (לדוגמה 7 באשר ל-NEO; 38 באשר ל-TCI). Akiskal וחב' [1], לעומת זאת, תומכים במדידת ה"מזג" גם כאשר הנבדקים במצב קשה: "כוונתנו הייתה ללמוד על מזגם של הנבדקים בכל פעם שהיו בהתקף, שהוא כמובן הזמן שבו איש הטיפול זקוק למידע על מזגו של המטופל" [1]. יחד עם זאת, אין ספק שרבים מהפריטים בשאלון TEMPS יושפעו מאוד ממצב דיכאוני או מאני: "אני נפגע בקלות מביקורת או מדחייה", "לעיתים קרובות אני חשה עייפה בלי כל סיבה", "אני חש את כל הרגשות בחדות רבה", וכן הלאה. Akiskal וחב' [1] טוענים, כי זה "לא סביר" שמאפייני המזג שנמדדו תלויים במצב האפקטיבי של הנבדק – מכיוון שהוראות השאלון כוללות את ההוראה "להקיף תשובה חיובית עבור פריט בשאלון TEMPS-A

מחברת מכותבת: ימימה אושר

ת.ד. 4600 באר שבע

טלפון: 08-6401519, פקס: 08-6401727

דוא"ל: yamy@bgu.ac.il

עשויים להיות רווחים בקרב מטופלים בעלי הפרעה דו-קוטבית – ואימפולסיביות היא הבולטת שבהם – במחקרים הקיימים המשתמשים במבחני אישיות אקספליציטיים לא זוהה עד כה אנדופנוטיפ ברור המתבטא באישיות ומעיד על הפרעה זו. ●

ביבליוגרפיה

- Akiskal HS, Akiskal KK, Haykal RF & al, TEMPS-A: Progress towards validation of a self-rated clinical version of the temperament evaluation of the Memphis, Pisa, Paris, and San Diego autoquestionnaire. *J Affect Disord*, 2005;85(1-2):3-16.
- Almeida KM, Nery FG, Moreno RA & al, Personality traits in bipolar disorder type I: A sib-pair analysis. *Bipolar Disord*, 2011;13(7-8):662-9.
- Bagby RM & Ryder AG, Personality and the affective disorders: Past efforts, current models, and future directions. *Curr Psychiatry Rep*, 2000;2(6):465-72.
- Barratt ES, Anxiety and impulsiveness related to psychomotor efficiency. *Percept Mot Skills*, 1959;9:191-198.
- Belmaker R, Bersudsky Y & Agam G, Individual differences and evidence-based psychopharmacology. *BMC Med*, 2012;10:110,7015-10-110.
- Benjamin J, Ebstein RP & Belmaker RH, Genes for human personality traits: "endophenotypes" of psychiatric disorders? *World J Biol Psychiatry*, 2001;2:54-7.
- Cloninger CR, Svrakic DM & Przybeck TR, A psychobiological model of temperament and character. *Arch Gen Psychiatry*, 1993;50(12):975-90.
- Congdon E & Canli T, A neurogenetic approach to impulsivity. *J Pers*, 2008;76(6):1447-84.
- Costa PTJ & McCrea RR, Revised NEO Personality Inventory (NEO-PI-RTM) and NEO Five-Factor Inventory (NEO-FFI): Professional Manual. Odessa, FL, Psychological Assessment Resources, 1992.
- Ekinci O, Albayrak Y & Ekinci AE, Temperament and character in euthymic major depressive disorder patients: The effect of previous suicide attempts and psychotic mood episodes. *Psychiatry Investig*, 2012;9(2):119-26.
- Ekinci O, Albayrak Y, Ekinci AE & Caykoylu A, Relationship of trait impulsivity with clinical presentation in euthymic bipolar disorder patients. *Psychiatry Res*. 2011 Dec 30;190(2-3):259-64.
- Engstrom C, Brandstrom S, Sigvardsson S & al, Bipolar disorder: I. temperament and character. *J Affect Disord*, 2004;82(1):131-4.
- Goodwin F & Jamison K, Manic-depressive Illness. 2nd ed. New York, NY, Oxford University Press, 2007.
- Harley JA, Wells JE, Frampton CM & Joyce PR, Bipolar disorder and the TCI: Higher self-transcendence in bipolar disorder compared to major depression. *Depress Res Treat*, 2011:529-638.
- Jimenez E, Arias B, Castellvi P & al, Impulsivity and functional impairment in bipolar disorder. *J Affect Disord*, 2012;136(3):491-7.
- Jimenez E, Arias B, Mitjans M & al, Association between GSK3beta gene and increased impulsivity in bipolar disorder. *Eur Neuropsychopharmacol*, 2014;24(4):510-8.
- Kim B, Lim JH, Kim SY & Joo YH, Comparative study of personality traits in patients with bipolar I and II disorder from the five-factor model perspective. *Psychiatry Investig*, 2012;9(4):347-53.
- Lewis M, Scott J & Frangou S, Impulsivity, personality and bipolar disorder. *Eur Psychiatry*, 2009;24(7):464-9.
- Lombardo LE, Bearden CE, Barrett J & al, Trait impulsivity as an endophenotype for bipolar I disorder. *Bipolar Disord*, 2012;14(5):565-70.
- Mahon K, Perez-Rodriguez MM, Gunawardane N & Burdick KE, Dimensional endophenotypes in bipolar disorder: Affective dysregulation and psychosis proneness. *J Affect Disord*, 2013;151(2):695-701.
- Nery-Fernandes F, Rocha MV, Jackowski A & al, Reduced posterior corpus callosum area in suicidal and non-suicidal patients with bipolar disorder. *J Affect Disord*. 2012 Dec 15;142(1-3):150-5.
- Newman AL & Meyer TD, Impulsivity: Present during euthymia in bipolar disorder? - a systematic review. *Int J Bipolar Dis*, 2014;2(2).
- Patton JH, Stanford MS & Barratt ES, Factor structure of the Barratt impulsiveness scale. *J Clin Psychol*, 1995;51(6):768-74.
- Porcelli S, Marsano A, Caletti E, Sala M & al, Temperament and Character Inventory in bipolar disorder versus healthy controls and modulatory effects of 3 key functional gene variants. *Neuropsychobiol*, 2017; 76(4): 209-221.
- Qiu F, Akiskal HS, Kelsoe JR & Greenwood TA, Factor analysis of temperament and personality traits in bipolar patients: Correlates with comorbidity and disorder severity. *J Affect Disord*, 2017; 207: 282-290.
- Saddichha S & Schuetz C, Is impulsivity in remitted bipolar disorder a stable trait? A meta-analytic review. *Compr Psychiatry*, 2014;55(7):1479-84.
- Seroczynski AD, Bergeman CS & Coccaro EF, Etiology of the impulsivity/aggression relationship: Genes or environment? *Psychiatry Res*, 1999;86(1):41-57.
- Stanford MS, Mathias CW, Dougherty DM & al, Fifty years of the Barratt impulsiveness scale: An update and review. *Pers Individ Dif*, 2009;47:385-95.
- Strakowski SM, Fleck DE, DelBello MP & al, Impulsivity across the course of bipolar disorder. *Bipolar Disord*, 2010;12(3):285-97.
- Swann AC, Pazzaglia P, Nicholls A & al, Impulsivity and phase of illness in bipolar disorder. *J Affect Disord*, 2003;73(1-2):105-11.