



An Analysis of the Foundations and Principles of Borderline Personality Disorder

Mutahera Elah Rabi ¹, Hossein Bagholi ^{*2}, Majid Barzgar ³, Qasim Naziri ⁴

¹ PhD student in psychology, Morovdasht Branch, Islamic Azad University, Morovdasht, Iran.

² Assistant Professor, Department of Psychology, Marodasht Branch, Islamic Azad University, Marodasht, Iran.

³ Assistant Professor, Department of Psychology, Marodasht Branch, Islamic Azad University, Marodasht, Iran.

⁴ Assistant Professor, Department of Clinical Psychology, Shiraz Branch, Islamic Azad University, Shiraz, Iran.

* Corresponding author: bhossein@gmail.com

Received: 2024-10-28

Accepted: 2024-11-04

Abstract

Background and Aim: Borderline Personality Disorder (BPD) is one of the most common personality disorders, highlighting a pressing need for research due to its profound effects on individuals, families, and society at large. This study aims to investigate the foundational concepts and principles underlying Borderline Personality Disorder.

Methods: The research utilizes a descriptive-analytical approach based on library resources.

Results: The findings indicate that there are numerous contributing factors associated with Borderline Personality Disorder. Certain studies suggest that childhood maltreatment, especially emotional abuse, serves as a significant risk factor in the development of various personality disorders, including BPD. Furthermore, an extremely dysfunctional and chaotic family environment may trigger characteristics linked to Borderline Personality Disorder. Additional research has demonstrated that increased activity in the behavioral inhibition system may make individuals more susceptible to internalizing disorders, while heightened activity in the behavioral activation system can result in impulsive behavior and promote the onset of externalizing disorders.

Conclusion: Considering that feelings of emptiness and persistent anxiety are common in internalizing disorders alongside impulsivity, reckless behavior, and suicidal tendencies found in externalizing disorders, it seems that individuals with Borderline Personality Disorder exhibit heightened sensitivity within both brain-behavior systems.

Keywords: Borderline Personality Disorder, Behavioral effects, Cognitive influences, Hereditary factors

© 2019 Journal of New Approach to Children's Education (JNACE)



This work is published under CC BY-NC 4.0 license.

© 2022 The Authors.

How to Cite This Article: Bagholi, H, et al. (2025). An Analysis of the Foundations and Principles of Borderline Personality Disorder. *JNACE*, 6(4): 126-139.





بررسی مبانی و اصول اختلال شخصیت مرزی

مطهره اله ربی^۱، حسین بقولی^{۲*}، مجید برزگر^۳، قاسم نظیری^۴

^۱ دانشجوی دکتری روانشناسی، واحد مرودشت، دانشگاه آزاد اسلامی، مرودشت، ایران
^۲ استادیار گروه روانشناسی، واحد مرودشت، دانشگاه آزاد اسلامی، مرودشت، ایران
^۳ استادیار گروه روانشناسی، واحد مرودشت، دانشگاه آزاد اسلامی، مرودشت، ایران.
^۴ استادیار گروه روانشناسی بالینی، واحد شیراز، دانشگاه آزاد اسلامی، شیراز، ایران.
* نویسنده مسئول: bhossein@gmail.com

تاریخ پذیرش مقاله: ۱۴۰۳/۰۸/۱۴

تاریخ دریافت مقاله: ۱۴۰۳/۰۸/۰۷

چکیده

زمینه و هدف: یکی از اختلالات شخصیتی که شیوع بسیار بالایی دارد، اختلال شخصیت مرزی است. نیاز به پژوهش در زمینه اختلال شخصیت مرزی به دلیل تأثیرات گسترده‌ای که بر فرد، خانواده و جامعه دارد، بسیار محسوس است. بر این اساس هدف از پژوهش حاضر بررسی مبانی و اصول اختلال شخصیت مرزی است. روش: تحقیق حاضر به روش توصیفی تحلیلی انجام گرفته است و از منابع کتابخانه‌ای استفاده شده است. یافته‌ها: بررسیها نشان داد عوامل زمینساز بسیار زیادی برای اختلال شخصیت مرزی بیان شده است. در برخی پژوهشها سوءرفتارهای دوران کودکی، به‌ویژه سوءرفتارهای هیجانی، عاملی مهم در آسیناسی اکثر اختلالات شخصیت، همانند اختلال شخصیت مرزی مطرح شده است. همچنین محیط خانوادگی به‌شدت ناکارآمد و آشفته نیز می‌تواند منجر به بروز ویژگیهای اختلال شخصیت مرزی گردد. همچنین در مطالعات دیگری نشان داده شد که در ابتلا به اختلالات درون‌ساز و فعالیت بالای سیستم فعالساز رفتاری، فعالیت بالای سیستم بازدارنده رفتاری می‌تواند به‌عنوان عامل مستعد کننده فرد، منجر به تکانشگری شده و زمینه بروز اختلالات درون‌ساز شده را فراهم خواهد ساخت. نتیجه‌گیری: با توجه به اینکه احساس پوچی و اضطراب دائمی در اختلالات درون‌ساز و تکانشگری، رفتارهای بی‌محابا و اقدام به خودکشی در اختلالهای برونی‌سازی وجود دارد، به نظر می‌رسد که حساسیت بالای هر دو سیستم مغزی-رفتاری، در افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی وجود دارد.

واژگان کلیدی: اختلال شخصیت مرزی، تأثیرات رفتاری، تأثیرات شناختی، عوامل وراثتی

تمامی حقوق نشر برای فصلنامه رویکردی نو بر آموزش کودکان محفوظ است.

شبهه استناد به این مقاله: اله ربی، مطهره؛ بقولی حسین؛ برزگر، مجید؛ نظیری، قاسم. (۱۴۰۳) بررسی مبانی و اصول اختلال شخصیت مرزی. فصلنامه رویکردی نو بر آموزش کودکان، ۶(۴): ۱۳۹-۱۲۶.

مقدمه

این اختلال با چالش‌هایی مانند نوسانات شدید خلقی، احساسات پوچی و ترس از رها شدن دست‌وپنجه نرم می‌کنند. باوجود این مشکلات، برخی متخصصان به دلیل انگ اجتماعی و پیچیدگی در درمان، از تشخیص این اختلال پرهیز می‌کنند (Tedesco et

اختلال شخصیت مرزی یک وضعیت روان‌پزشکی جدی است که با مشکلات در تنظیم احساسات، هویت و روابط بین‌فردی همراه با رفتارهای خودتخریبی مشخص می‌شود. افراد مبتلا به

اختلال قرار دارند، نوجوانان هستند، به‌گونه‌ای که شیوع آن در این قشر بیشتر از جمعیت عمومی است و ۱۱ درصد از بیماران سرپایی و ۴۹ درصد از بیماران بستری در این گروه سنی قرار دارند (احمدیان و همکاران ۱۴۰۰).

عوامل سبب‌شناختی و عوامل خطرناک بسیار زیادی برای اختلال شخصیت مرزی شناخته شده است که به عوامل محیطی و سرشتی طبقه‌بندی می‌شوند (رستمی فر و سجادیان، ۱۴۰۰). بر این اساس شناسایی این عوامل اولین قدم در راستای بهبود وضعیت روانی این بیماران است که این مهم از طریق انجام مطالعات هدفمند قابل‌دستیابی است. در واقع اختلال شخصیت مرزی به‌عنوان یکی از مهم‌ترین اختلالات شخصیت که تأثیرات عمیقی بر زندگی افراد دارد.

روش پژوهش

این پژوهش به روش توصیفی تحلیلی انجام شد. ابزار پژوهش: با بهره گرفتن از منابع کتابخانه‌ای به بررسی مبانی و اصول اختلال شخصیت مرزی پرداخته شد.

یافته‌ها

اختلال شخصیت مرزی^۱

اختلال شخصیت مرزی (BPD) یکی از انواع اختلالات روانی است که در نسخه پنجم کتاب راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی (DSM-5) توصیف شده است. این اختلال با ویژگی‌هایی چون ناپایداری شدید در روابط بین فردی، خودشناسی و عواطف و همچنین رفتارهای تکانشی بارز شناخته می‌شود. الگوهای رفتاری مرتبط با این اختلال معمولاً از اوایل بزرگسالی آغاز می‌شوند و در زمینه‌های مختلف زندگی فرد مشهود هستند. اختلال شخصیت مرزی به‌عنوان یک الگوی مشهود و فراگیر از ناپایداری در تعاملات اجتماعی، شناخت از خود و احساسات به شمار می‌آید. این ناپایداری معمولاً با رفتارهای تکانشی و غیرقابل‌پیش‌بینی همراه است که می‌تواند تأثیرات عمیقی بر جنبه‌های مختلف زندگی فرد، از جمله روابط شخصی و حرفه‌ای، بگذارد. در نتیجه، این اختلال به‌طور گسترده‌ای می‌تواند کیفیت زندگی افراد مبتلا را تحت تأثیر قرار دهد و نیاز به مداخلات درمانی مناسب را برجسته می‌سازد (Widiger et al, 2024).

اختلال شخصیت مرزی (BPD) یک اختلال روانی است که به‌طور قابل‌توجهی بر افکار و احساسات فرد نسبت به خود و دیگران تأثیر می‌گذارد و می‌تواند مشکلاتی را در زندگی روزمره ایجاد کند. این اختلال شامل دشواری‌هایی در ادراک از خود، مدیریت عواطف و ناپایداری در روابط عاطفی است. افراد

(al, 2024). چنین اختلالی از بازه زمانی نوجوانی شروع شده و می‌تواند در بسترهای متعددی بروز نماید، اوج آن در بزرگسالی است و در میان‌سالی شاهد تعدیل آن هستیم. تلاش برای آسیب زدن به خوب و خودکشی، می‌توانند نشانه‌های مهمی از این اختلال باشند. آن دسته از افرادی که به اختلال شخصیت مرزی مبتلا هستند، نسبت به محرک‌های هیجانی، حساسیت افراطی بروز می‌دهند و در مقایسه با دیگر افراد با اختلالات دیگر، تغییرپذیری عاطفی بالا و شدت عاطفی بالاتری دارند (صفری و همکاران، ۱۴۰۰).

افراد مبتلا به اختلالات شخصیت ممکن است با مشکلاتی در تنظیم احساسات، روابط میان‌فردی و کنترل رفتارهای خود روبرو شوند. این اختلال‌ها در دسته‌بندی‌های مختلفی قرار می‌گیرند که بر اساس ویژگی‌های خاص هر اختلال تمایز می‌یابند، همانند اختلال شخصیت ضداجتماعی، اختلال شخصیت مرزی و اختلال شخصیت خودشیفته. اختلال شخصیت مرزی، با ناپایداری شدید در روابط میان‌فردی، خودانگاره و احساسات و همچنین رفتارهای تکانشی مشخص می‌شود. ممکن است افراد مبتلا به این اختلال تجربیاتی از جمله ترس شدید از ترک شدن، احساسات بی‌ارزشی و تغییرات شدید در احساسات و رفتارها داشته باشند (Wolf et al, 2023). اولین بار (Stern 1938) از اصطلاح مرزی برای بیمارانی استفاده کرد که در مرز حالات نوروتیک یا سایکوتیک قرار داشتند؛ آن دسته از افرادی که رفتارها و فرآیندهای سایکوتیک به دلیل فشار روانی شدید تجربه می‌کند (Hooley et al, 2012). به‌منظور تبیین شکل‌گیری اختلال شخصیت مرزی، نخستین کوشش‌ها به سنت روانکاوی برمی‌گردد و برای تبیین پاتوژنز (پدید آیی) از سه دیدگاه عمده روان‌پویشی بهره گرفته شد. در آن دسته از بیمارانی که به اختلال شخصیت مرزی مبتلا هستند، پرخاشگری مازاد و یا افراطی از خود نشان می‌دهند، یعنی بر اساس مسائل سرشتی زیربنایی و یا با توجه به ناکامی نیازهای اولیه آن‌ها توسط مراقبانی که غیرحساس هستند، میزان پرخاشگری آن‌ها، در سطح بیشتر از حد معمول بوده است.

یکی از ناتوان‌کننده‌ترین و پیچیده‌ترین اختلالات شخصیت، اختلال شخصیت مرزی است. این اختلال به‌عنوان یک مشکل روان‌شناختی پیچیده و تأثیرگذار بر زندگی افراد و جامعه، نیازمند توجه ویژه‌ای است. نرخ شیوع این اختلال ۱/۶ درصد تخمین زده شده است و می‌تواند تا ۵/۹ درصد نیز افزایش یابد (محمدی و همکاران، ۱۴۰۰). شیوع اختلال شخصیت مرزی، در حدود ۲ درصد از جمعیت عمومی، ۱۰ درصد بیماران سرپایی کلینیک‌های سلامت روانی و ۲۰ درصد از بیماران بستری روان‌پزشکی برآورد می‌شود. در این میان، گروهی که بیشتر از گروه‌های دیگر در معرض این

مبتلا به BPD معمولاً در مرز بین روان‌نژندی و روان‌پریشی قرار دارند و ویژگی‌هایی چون ناپایداری عاطفی، تغییرات شدید خلق‌وخو، رفتارهای غیرقابل‌پیش‌بینی و تصویر ناپایدار از خود را از خود نشان می‌دهند. این افراد به شدت از احساس رهاشدگی و بی‌ثباتی می‌ترسند و تحمل تنهایی برایشان دشوار است. با این حال، خشم، رفتارهای تکانشی و نوسانات مکرر خلقی می‌تواند موجب دوری دیگران شود، حتی زمانی که آن‌ها تمایل به برقراری روابط عمیق و پایدار دارند. روابط بین فردی این افراد معمولاً بی‌ثبات و متغیر بوده و شامل تجربیات شدید و پرتنش می‌شود. این وضعیت غالباً به آرمان‌گرایی غیرواقعی نسبت به دوستان یا معشوق‌ها منجر می‌شود که در نهایت به ناامیدی و سرخورده‌گی آنان می‌انجامد. به‌طور کلی، اختلال شخصیت مرزی به‌عنوان یک اختلال عمیق شخصیتی شناخته می‌شود که با چالش‌هایی در تنظیم احساسات، کنترل تکانه‌ها و بی‌ثباتی در روابط اجتماعی و تصویر از خود مشخص می‌شود (Biskin, 2021).

بروز و سیر اختلال شخصیت مرزی

اختلال شخصیت مرزی (BPD) دارای سیر بسیار متغیری است و معمولاً الگوی رایج آن شامل ناپایداری مزمن از اوایل بزرگسالی همراه با حملات شدید عدم کنترل هیجانی و رفتارهای تکانشی هست. این افراد به‌طور مکرر به مراکز بهداشتی و درمانی روان مراجعه می‌کنند و خطر آسیب‌های ناشی از این اختلال، به‌ویژه خودکشی، در سال‌های جوانی به بالاترین حد خود می‌رسد. با این حال، با افزایش سن، این خطرها به تدریج کاهش می‌یابند. در حالی که تمایل به تجربه هیجان‌ات شدید، تکانشگری و روابط پرشور اغلب در طول زندگی ادامه دارد، شرکت در برنامه‌های درمانی می‌تواند به بهبودی قابل‌توجهی منجر شود. این بهبودی ممکن است گاهی اوقات در سال اول درمان آغاز گردد. در دهه‌های چهارم و پنجم زندگی، بسیاری از افراد مبتلا به این اختلال به ثبات بیشتری در روابط و عملکرد حرفه‌ای خود دست می‌یابند. تحقیقات پیگیری بر روی افراد تحت درمان در کلینیک‌های سرپایی بهداشت روان نشان می‌دهد که پس از حدود ده سال، نیمی از این افراد دیگر الگوی رفتاری متناسب با تمام ملاک‌های اختلال شخصیت مرزی را ندارند و بهبود قابل‌توجهی را تجربه کرده‌اند (American Psychiatric Association, 2019). در برخی موارد نادر، ممکن است در کودکان و نوجوانان ویژگی‌های شخصیتی خاص و ناسازگار به‌صورت واضح و مداوم مشاهده شود. این ویژگی‌ها معمولاً مختص یک مرحله خاص از رشد نیستند و نمی‌توان آن‌ها را به اختلالات روانی دیگر نسبت داد. در این موارد،

می‌توان از طبقه‌بندی اختلال شخصیت برای نسل جوان نیز استفاده کرد. نکته حائز اهمیت این است که صفات اختلال شخصیت که در دوران کودکی ظهور می‌کنند، عموماً تا دوران بزرگسالی تغییر نمی‌کنند. برای تشخیص اختلال شخصیت در افراد زیر ۱۸ سال، علائم باید حداقل به مدت یک سال ادامه داشته باشند. با این حال، در مورد اختلال شخصیت ضداجتماعی، تشخیص این اختلال در زیر ۱۸ سال امکان‌پذیر نیست. هرچند تعریف می‌کند که آغاز یک اختلال شخصیتی نباید پس از اوایل بزرگسالی باشد، اما ممکن است این افراد در سنین بالاتر نیز به توجه بالینی نیازی نداشته باشند. اختلال شخصیت می‌تواند به دلیل فقدان حمایت‌های کلیدی (مانند همسر) یا تغییرات در شرایط اجتماعی پایدار، نظیر از دست دادن شغل، تشدید یابد. همچنین، ظهور تغییرات شخصیتی در میان‌سال یا سال‌های پایانی زندگی نیازمند ارزیابی جامع است تا تغییرات احتمالی ناشی از بیماری‌های جسمی یا اختلال مصرف مواد شناسایی شوند. این بازنویسی با دقت به شرایط خاص تشخیصی و سیر تحولی اختلال شخصیت در سنین مختلف توجه داشته و جوانب مختلف آن را به‌صورت فنی‌تر و دقیق‌تر بیان کرده است (Wright & Ringwald, 2022).

انواع اختلال شخصیت مرزی

اختلال شخصیت مرزی (BPD) معمولاً با مشکلات روانی عمیق و ناپایداری هیجانی همراه است، اما شواهد بالینی نشان می‌دهند که این اختلال دارای طیف‌های متنوعی از شدت و نشانه‌ها است. این تنوع به متخصصان بهداشت روان اجازه می‌دهد تا زیرگروه‌های مختلفی از اختلال را شناسایی کنند که هر کدام می‌تواند ویژگی‌ها و الگوهای رفتاری متفاوتی را نشان دهد. این دسته‌بندی‌ها به روان‌درمانگران و روان‌پزشکان کمک می‌کند تا با درک دقیق‌تر از نوع خاص اختلال در هر فرد، درمان‌های مؤثرتر و مناسب‌تری را متناسب با نیازها و ویژگی‌های شخصیتی هر بیمار طراحی کنند. در نتیجه، این رویکرد طیفی به تشخیص اختلال شخصیت مرزی باعث بهبود فرآیند درمانی و افزایش شانس موفقیت در مدیریت علائم و بهبود کیفیت زندگی افراد مبتلا می‌شود.

شخصیت مرزی ناامید

افراد مبتلا به این نوع از اختلال شخصیت مرزی، ترکیبی از الگوهای وابستگی و اجتنابی را در رفتارهای خود نشان می‌دهند. این افراد به‌طور معمول نسبت به یک یا دو نفر از افراد مهم در زندگی‌شان دل‌بستگی شدیدی پیدا می‌کنند. ویژگی‌های برجسته در این گروه شامل اجتناب از رقابت، وفاداری افراطی، تبعیت

همچنین، لجاجت و تمایل به انتقاد دائمی از دیگران به عنوان نشانه‌های بارز این افراد شناخته می‌شود (Zhang et al, 2018).

شخصیت مرزی خود تخریبگر

در تمامی انواع اختلال شخصیت مرزی، رفتارهای خودتخریبی مشاهده می‌شود که در برخی موارد حتی به خودزنی منجر می‌گردد؛ اما در شخصیت مرزی خودتخریب‌گر، این رفتارها نقشی محوری در ارضای الگوهای خودآزارانه دارند که به‌طور ویژه با این نوع از شخصیت مرزی مرتبط است. این افراد، همچون افراد دارای تیپ کج خلق، از توانایی لازم برای ایجاد ارتباطات مثبت و روابط سالم با دیگران برخوردار نیستند. با این حال، برخلاف تیپ کج خلق، شخصیت‌های مرزی خودتخریب‌گر به تدریج به افراد پرخاشگر و تندخو تبدیل نمی‌شوند. به جای آن، ویژگی‌های خودآزارانه آن‌ها بیشتر به صورت درونی عمل کرده و احساسات منفی و مخرب به سمت خودشان هدایت می‌شود (Stricker & Pietrowsky, 2022).

۲-۴. دیدگاه‌های اختلال شخصیت مرزی

بسیاری از پژوهشگران معتقدند که اختلال شخصیت مرزی نتیجه تعامل پیچیده‌ای بین عوامل ژنتیکی، زیستی، اجتماعی و روان‌شناختی است. علاوه بر این، محیط خانوادگی ناپایدار، مشکلات روانی والدین و روش‌های نادرست فرزندپروری نیز در شکل‌گیری این اختلال نقش دارند. تحقیقات نشان می‌دهند که برخی عوامل ژنتیکی و زیستی احتمال ابتلا به این اختلال را افزایش می‌دهند. برای مثال، ویژگی‌هایی همچون ناپایداری عاطفی، تکانشگری و نوروتیسیزم (تمایل به تجربه احساسات منفی) تا حدی دارای پایه‌های ارثی هستند. علاوه بر این، شواهد زیادی وجود دارد که نشان می‌دهد عوامل عصب‌شناختی نیز در رشد این اختلال مؤثر هستند. به‌طور کلی، عوامل مؤثر بر بروز اختلال شخصیت مرزی به دو دسته عمده تقسیم می‌شوند: عوامل محیطی و عوامل سرشتی. عوامل محیطی شامل مواردی مانند جدایی‌های اولیه، تعارضات شدید در خانواده، مشکلات ارتباطی بین والدین و تجربه سوءاستفاده‌های جسمی و جنسی در دوران کودکی هستند که همگی می‌توانند زمینه‌ساز توسعه این اختلال باشند. از سوی دیگر، عوامل سرشتی به ویژگی‌های ذاتی و ژنتیکی افراد اشاره دارند که می‌توانند به‌عنوان بستر زیستی برای بروز اختلال شخصیت مرزی عمل کنند (Paris, 2021).

مازوخیستی و چسبندگی انگل‌وار است. آن‌ها اغلب با اضطراب‌های ناشی از عدم احساس امنیت، درماندگی، خودتردیدی و ضعف در احساس خودکارآمدی مواجه هستند. برخی دیگر از این افراد ویژگی‌های شخصیتی افسرده را نشان می‌دهند. آن‌ها معمولاً به مراجع قدرت احترام زیادی می‌گذارند، فاقد حس شوخ‌طبعی هستند و به‌طور کلی افرادی جدی به حساب می‌آیند. این افراد تمایل دارند که دائماً مورد تشویق و حمایت قرار گیرند و از سوی دیگران پذیرفته شوند. در صورتی که این انتظارات برآورده نشود، ممکن است نسبت به افراد محبوب خود خشم بروز دهند. در موارد شدید، این خشم می‌تواند به خودتخریبی، خودزنی و حتی اقدام به خودکشی منجر شود (محمودعلیلو، ۱۳۹۹).

شخصیت مرزی تکانشی^۲

شخصیت مرزی تکانشی ترکیبی از ویژگی‌های هیستریانیک و ضداجتماعی را به نمایش می‌گذارد. افراد با این نوع شخصیت، نیاز مبرمی به جلب توجه دارند و در صورتی که نتوانند این نیاز را برآورده کنند، رفتارهایشان به تدریج تکانشی‌تر و بی‌مسئولیت‌تر می‌شود. در حالی که اکثر شخصیت‌های مرزی به دلیل ناتوانی در مدیریت هیجانات منفی شناخته می‌شوند، افرادی با گرایش‌های هیستریانیک قوی‌تر، از نظر رفتاری بسیار فعال‌تر و از نظر ذهنی بی‌نظم‌تر عمل می‌کنند. این افراد نه تنها در مواجهه با هیجانات منفی دچار مشکل هستند، بلکه حتی با هیجانات مثبت نیز به درستی برخورد نمی‌کنند. آن‌ها ممکن است شادی‌های افراطی، معاشرت‌های بیش‌ازحد و هیجان‌های سطحی و نامتناسب را نشان دهند. در برخی موارد، این افراد حس قضاوت، نزاکت و رعایت آداب اجتماعی را کاملاً از دست داده و رفتارهای غیرقابل پیش‌بینی و ناهنجار از خود بروز می‌دهند (Schmeck et al, 2023).

شخصیت مرزی بدخلق و بهانه‌گیر^۳

شخصیت مرزی کج خلق ترکیبی از ویژگی‌های منفعل-پرخاشگر را بروز می‌دهد. این افراد در مواجهه با شرایط استرس‌زا واکنش‌های شدیدی نشان می‌دهند و در صورتی که نتوانند موقعیت را به درستی کنترل کنند، رفتارهای آن‌ها به شکل فزاینده‌ای غیرقابل پیش‌بینی و ناپایدار می‌شود. با گذشت زمان، این افراد تحریک‌پذیرتر، ناشکیاتر و در ابراز نارضایتی‌های خود صریح‌تر و مستقیم‌تر می‌گردند. حسادت به موفقیت و شادی دیگران، همراه با حالاتی از بدبینی، خشم، عبوسی و رنجش مداوم، از ویژگی‌های رایج در این تیپ شخصیتی است.

اختلال شخصیت مرزی از نگاه نظریه روانکاوی

نظریه روانکاوی یکی از جامع‌ترین چارچوب‌ها برای تبیین اختلال شخصیت مرزی است. بر اساس این نظریه، افراد مبتلابه این اختلال از توانایی برقراری ارتباط با واقعیت برخوردار هستند، اما در مواجهه با تعارضات، به‌جای استفاده از مکانیسم‌های دفاعی پیچیده‌تر مانند والایش یا جابجایی، به مکانیسم‌های دفاعی ابتدایی‌تر مانند انکار و دویاره‌سازی روی می‌آورند. شکل‌گیری این مکانیسم‌ها اغلب نتیجه تجربیات ناپایدار در دوران کودکی و ارتباطات ناکارآمد با سرپرستان است که منجر به ایجاد بازنمایی‌های ناپخته و ناقص از «خود» و «دیگری» می‌شود. سرپرستان این افراد که به وابستگی کودک به خود تمایل دارند، نه‌تنها از تلاش‌های کودک برای دستیابی به فردیت و استقلال حمایت نمی‌کنند، بلکه ممکن است این تلاش‌ها را با تنبیه پاسخ دهند. چنین رویکردهایی مانع از آن می‌شود که کودک بتواند یک حس منسجم و سالم از خود و دیگران را توسعه دهد و همین مسئله در بزرگسالی به مشکلات عمیق در روابط بین‌فردی و هویت‌یابی منجر می‌شود (Vizgaitis & Lenzenweger, 2022).

اختلال شخصیت مرزی از نگاه نظریه روابط موضوعی

مسئله اصلی در اینجا نحوه همانندسازی کودکان با افرادی است که وابستگی عاطفی شدیدی به آن‌ها دارند. این فرآیند به شکل‌گیری تصاویر ذهنی درونی منجر می‌شود که بخشی از هویت فرد را تشکیل داده و الگوهای رفتاری و نحوه تعامل او با محیط اطرافش را شکل می‌دهد. در این راستا، ارزش‌های شکل‌گرفته در دوران کودکی ممکن است در دوران بزرگسالی با اهداف و خواسته‌های شخصی فرد دچار تضاد شوند. در افرادی که به اختلال شخصیت مرزی دچار هستند، ایده‌آل‌سازی می‌تواند به‌شدت مخاطره‌آمیز باشد، چراکه به ایجاد انتظارات غیرواقعی و اغلب متناقض منجر می‌شود. هنگامی که «خود» یا «دیگری» نتوانند این انتظارات را برآورده سازند، فرد به‌طور ناگهانی از ایده‌آل‌سازی به‌سوی بی‌ارزش کردن یا حتی تخریب کامل «خود» یا «دیگری» تغییر موضع می‌دهد. این پدیده که به‌عنوان «دویاره‌سازی» شناخته می‌شود، همراه با ایده‌آل‌سازی و بی‌ارزش‌سازی مداوم، نه‌تنها روند درمان را پیچیده‌تر می‌کند، بلکه به دلیل شدت انتقال و انتقال متقابل، می‌تواند منجر به تخلیه شدید انرژی روانی شود (تهامی، ۱۴۰۱).

نظریه بیوسوشیال لینهان

نظریه لینهان در مورد اختلال شخصیت مرزی (BPD) تأکید می‌کند که این اختلال ناشی از ترکیب آسیب‌پذیری‌های زیستی

و محیط خانوادگی ناکارآمد است. در زیر به جزئیات اصلی این نظریه پرداخته شده است: تعریف: لینهان اشاره می‌کند که افراد مبتلابه BPD دارای یک آسیب‌پذیری ذاتی در تنظیم هیجانات خود هستند. این آسیب‌پذیری به آن‌ها اجازه نمی‌دهد که به‌خوبی احساسات خود را مدیریت کنند. محیط بی‌اعتبارکننده: زمانی که افراد با چنین آسیب‌پذیری به محیط خانوادگی‌ای وارد می‌شوند که قادر به تأمین نیازهای هیجانی آن‌ها نیست، مشکلات جدی‌تر ایجاد می‌شود. والدین ناکارآمد که به هیجانات و نیازهای کودک توجه نمی‌کنند، می‌توانند به افزایش آسیب‌پذیری و دشواری در یادگیری مهارت‌های اساسی برای مدیریت احساسات منجر شوند. جبرگرایی متقابل: لینهان تأکید می‌کند که رابطه فرد با محیطش تعاملی و دوسویه است. رفتار هر فرد تحت تأثیر متقابل شخصیت و محیط قرار دارد. این نکته به‌ویژه در نظریه‌های یادگیری اجتماعی مطرح می‌شود. همه افراد آسیب‌پذیر به BPD مبتلا نمی‌شوند: یکی از نکات کلیدی نظریه لینهان این است که همه افراد با آسیب‌پذیری هیجانی لزوماً دچار اختلال شخصیت مرزی نمی‌شوند. علاوه بر آسیب‌پذیری هیجانی، وجود یک محیط خانوادگی بی‌ثبات و ناکارآمد ضروری است تا این آسیب‌پذیری به BPD منجر شود. این دیدگاه جامع نه‌تنها به شناخت بروز BPD کمک می‌کند، بلکه بر اهمیت ایجاد محیط‌های حمایتی و خانوادگی سالم برای پیشگیری از بروز این اختلال تأکید دارد (Sharp & Miller, 2022).

دیدگاه شناختی^۴

یکی از نظریه‌پردازان شناختی برجسته در زمینه اختلال شخصیت مرزی، (Krol 1993) است. او اشاره می‌کند که افراد مبتلابه این اختلال معمولاً ظاهری مهربان و دوستانه از خود نشان می‌دهند، اما در واقع در درون خود با افکار ناخوشایند و بیانات عاطفی شدید درگیرند که ریشه در تجربیات شخصی آن‌ها دارد. در حقیقت، جریان آگاهی این افراد به‌طرز عمیقی تحت تأثیر تاریخچه زندگی منحصربه‌فردشان قرار می‌گیرد و منطق آن‌ها غالباً با تجارب گذشته‌شان پیوند خورده است. کرول بر این باور است که شخصیت مرزی در واقع شباهت زیادی به اختلال استرس پس از سانحه^۵ (PTSD) دارد، زیرا اکثر افرادی که دچار این اختلال هستند، سابقه‌ای از تجربیات تروماتیک دارند که بر روان آن‌ها تأثیر گذاشته است. به نقل از Beck و همکارانش در سال ۱۹۹۰، Pretzer تأکید می‌کند که افکار دوگانه به‌عنوان تحریفات شناختی مرکزی در این افراد وجود دارند. این افکار دوطرفه به شکل مزمنی در تفکر آن‌ها ریشه دوانده و به بروز مشکلات عمیق‌تری در روابط بین فردی و

توسعه عواطف سالم شوند. تضادهای ارتباطی شدید میان والدین: این نوع تضادها می‌تواند بر توانایی کودک برای مدیریت روابط عاطفی و کنش‌های اجتماعی تأثیر منفی بگذارد. سوءاستفاده‌های جسمی و جنسی در دوران کودکی: این تجارب عمیقاً بر انسجام روانی و احساس ارزشمندی فرد تأثیر می‌گذارند و می‌توانند به بروز BPD منجر شوند. این عوامل معمولاً به ویژگی‌های ژنتیکی و بیولوژیکی مربوط می‌شوند: تاریخچه خانوادگی اختلالات روانی: وجود اختلالات خلقی مانند افسردگی و اختلالات مرتبط با کنترل تکانه، مانند سوءمصرف مواد، در خانواده می‌تواند خطر ابتلا به BPD را افزایش دهد. آسیب‌های عصب‌شناختی و بیوشیمیایی: نقص‌های بیوشیمیایی، به‌ویژه در سیستم‌های هورمونی و عصبی، می‌توانند نقش مهمی در ایجاد علائم BPD داشته باشند. اختلالات مربوط به عملکرد مغزی، به‌ویژه در نواحی مرتبط با تنظیم احساسات و رفتار، می‌تواند منجر به آسیب‌پذیری‌های خاصی شود. شناخت دقیق‌تری از عواملی که می‌توانند به بروز اختلال شخصیت مرزی منجر شوند، به متخصصین کمک می‌کند تا استراتژی‌های درمانی مؤثرتری را توسعه دهند و رویکردهای پیشگیرانه مناسبی را به کار گیرند. این نیاز به مداخله زودهنگام و حمایت از افرادی که در معرض خطر هستند، احساس می‌شود (Lentz et al, 2010).

عوامل زیست‌شناختی

محققان در بطن یک فراتحلیل به این موضوع اشاره داشتند که بیماران اختلال شخصیت مرزی تعدیلی معنادار در حجم ماده حجم خاکستری^۷ (GMW) و چگالی ماده خاکستری^۸ (GMD) در قشر پیشانی میانی دوطرف^۹ (MPFC)، قشر اوربیتو فرونتال میانی^{۱۰} (OFC) قشر سینگولیت قدامی دو طرف^{۱۱} (ACC) آمیگدال^{۱۲} دوطرف و قشر پارا هیپوکامپوس راست و افزایش در حجم ماده خاکستری و چگالی ماده خاکستری در پریکنئوس دو طرف، قشر پاراسینگولیت راست و قشر سینگولیت عقبی در مقایسه با گروه کنترل سالم نشان می‌دهند. Yang و همکاران در سال ۲۰۱۶ در یک فراتحلیل دیگر چنین نتیجه‌گیری کردند که آن دسته از افرادی که به اختلال شخصیت مرزی مبتلا هستند، در مقایسه با گروه کنترل به این نتیجه رسیدند که افزایشی در ماده خاکستری را در ناحیه حرکتی مکمل دوطرف^{۱۳} (SMA) که شامل سینگولیت خلفی راست^{۱۴} (PCC)، قشر حرکتی نخستین دوطرف^{۱۵} (PMC)، شکنج پیشانی میانی راست^{۱۶} (MFG) دیده می‌شود و پریکنئوس دوطرف شامل قشر سینگولیت خلفی راست می‌شود (محمدزاده، ۱۳۹۹).

تنظیم هیجانات منجر می‌شود. این ویژگی‌ها و الگوهای تفکر به‌هم‌پیوسته می‌توانند بر رفتار و احساسات افراد مبتلا تأثیرگذار باشند و راه را برای چالش‌های روانی بیشتری هموار کنند (Shiner, 2022).

دیدگاه تکاملی رشد عصبی^۶

در رویکرد تکاملی، نیازهای اصلی ارگانیسم‌ها شامل بقا، سازگاری و تولیدمثل است که به‌ویژه در نظریه میلون نمایان می‌شود. هر یک از این نیازها به‌طور خاص به چگونگی رفتار و تعاملات اجتماعی انسان‌ها مرتبط است: میلون تأکید می‌کند که ارگانیسم‌ها باید شادابی و لذت را به حداکثر رسانده و درد را به حداقل برسانند. این انگیزه اصلی موجودات زنده، آن‌ها را به جستجوی منابع، غذا و تأمین نیازهای اولیه سوق می‌دهد. در این بخش، ارگانیسم‌ها باید به‌طور فعال با چالش‌های محیطی سازگار شوند. این سازگاری می‌تواند به صورت‌های مختلف، از سازگاری منفعلانه تا تغییر محیط برای برآورده کردن نیازها بروز کند. تأثیرات منفی محیط می‌تواند توانایی افراد برای سازگاری را تحت تأثیر قرار دهد. تولیدمثل به ارگانیسم‌ها این امکان را می‌دهد که نسل خود را ادامه دهند و این مسئله شامل انتخاب همسر و ارتباطات اجتماعی مؤثر است که کیفیت روابط اجتماعی را تعیین می‌کند. Milone (1987) همچنین بر اهمیت تعاملات اجتماعی در زمینه‌ی سازگاری تأکید می‌کند. بدرفتاری‌های خانوادگی و مشکلات ارتباطی می‌توانند به‌شدت بر روابط خانوادگی و اجتماعی تأثیر بگذارند. خانواده‌هایی که درگیر این مسائل هستند، معمولاً در ایجاد ارتباطات مثبت با دیگران دچار مشکل می‌شوند و این می‌تواند به عدم ارتباط کودکان با دیگر اعضای خانواده (مانند عمه، دایی، پدربزرگ و مادربزرگ) منجر شود. این تحلیل نشان می‌دهد که عدم نتایج مثبت در روابط اجتماعی می‌تواند بر تمام جنبه‌های زندگی یک فرد تأثیر منفی بگذارد و به ایجاد مشکلات روان‌شناختی منجر شود (Krause-Utz, 2022).

عوامل مؤثر بر اختلال شخصیت مرزی

اختلال شخصیت مرزی یک اختلال پیچیده است که عوامل متعددی در توسعه و بروز آن نقش دارند. این عوامل را می‌توان به دو دسته کلی عوامل محیطی و عوامل سرشتی تقسیم کرد: این عوامل شامل تجارب و شرایط زندگی هستند که می‌توانند بر آسیب‌شناسی روانی مرزی تأثیر بگذارند: فقدان‌ها و جدایی‌های اولیه: از دست دادن والدین یا جدایی‌های زودرس می‌تواند احساس بی‌ثباتی و ناامنی شدید در فرد ایجاد کند. روابط خانوادگی ناپایدار: محیط‌های خانوادگی که در آن‌ها اعتماد و حمایت عاطفی وجود ندارد، می‌توانند سبب ایجاد مشکل در

می‌یابد. این کاهش می‌تواند به محدودیت‌های شناختی و عاطفی این افراد کمک کند. پیوند با اختلالات روانی دیگر: وجود ناقل‌های ژنتیکی در خانواده، ممکن است خطر ابتلا به BPD را افزایش دهد. همچنین، بیماران دارای اختلالات نورولوژیکی به‌طور شگفت‌انگیزی شش برابر بیشتر از افراد سالم به‌عنوان مبتلابه BPD شناسایی می‌شوند. اختلال شخصیت مرزی به‌طور جدی تحت تأثیر عوامل بیولوژیکی قرار دارد. آسیب به لوب پیشانی می‌تواند نقش مهمی در بروز و شدت علائم این اختلال ایفا کند که نیاز به مداخلات درمانی مناسب و مؤثر را بیش‌ازپیش ضروری می‌سازد (Barlow & Durand, 2020).

تجربیات استرس‌زای دوران کودکی

تجربیات دردناک و آسیب‌زا در دوران کودکی، نقش کلیدی در بروز اختلال شخصیت مرزی (BPD) ایفا می‌کنند. به‌ویژه، عواملی مانند غفلت فیزیکی و بدرفتاری جنسی می‌توانند اثرات مخربی بر رشد عاطفی و روانی فرد داشته باشند. استرس‌زاهای اولیه: افرادی که در کودکی با استرس‌ها و تجربیات ناگوار مواجه بوده‌اند، احتمال بیشتری دارد که به BPD مبتلا شوند. این تجربیات می‌توانند شامل: غفلت فیزیکی، سوءاستفاده جنسی، سوءاستفاده و غفلت: مطالعات نشان داده‌اند که تقریباً ۷۰ درصد از افراد مبتلابه BPD، غفلت هیجانی و سوءاستفاده جنسی را گزارش کرده‌اند. تحقیقات نشان می‌دهند که افراد مبتلابه BPD به‌طور قابل‌توجهی بیشتر از گروه کنترل، تجربیات سوءاستفاده را گزارش می‌کنند. بااین‌حال، این مطالعات عمدتاً بر اساس یادآوری خاطرات گذشته انجام می‌شوند و ممکن است محدودیت‌هایی ازجمله عدم در نظر گرفتن علل دیگر را داشته باشند. به‌ویژه، سوءاستفاده جنسی در دوران کودکی به‌عنوان یک پیش‌بین قوی برای بروز BPD در بزرگسالی شناخته شده است (Pickering, 2021).

تأثیرات اختلال شخصیت مرزی

تأثیرات عاطفی

یکی از ویژگی‌های بارز اختلال شخصیت مرزی (BPD)، بی‌ثباتی عاطفی است که معمولاً با نوسانات شدیدی در خلق‌وخو همراه می‌شود. این نوسانات می‌توانند شامل افسردگی، تحریک‌پذیری و خشم شدید باشند. افراد مبتلابه این اختلال به‌طور مداوم در تضاد با محیط و روابط خود قرار دارند که این موضوع باعث افزایش احساس تنش و سردرگمی در آن‌ها می‌شود.

تحقیقات نشان می‌دهد که دل‌بستگی نایمن و سبک‌های دل‌بستگی حل‌نشده، تأثیر قابل‌توجهی بر بیوشیمی و رفتارهای افراد مبتلابه اختلال شخصیت مرزی دارند. در ادامه به بررسی این عوامل می‌پردازیم: افراد مبتلابه BPD با سبک‌های دل‌بستگی حل‌نشده معمولاً سطوح پایین‌تری از پلاسمای اکسی‌توسین را تجربه می‌کنند. اکسی‌توسین به‌عنوان «هورمون عشق و پیوند» شناخته می‌شود و نقش مهمی در ایجاد اعتماد و ارتباطات عاطفی دارد. دل‌بستگی نایمن می‌تواند تأثیر کمتری بر سیستم‌های هیجانی ایجاد کند و بر پاسخ‌های فرد به استرس و تنش تأثیرگذار باشد. دل‌بستگی نایمن به‌عنوان یک عامل پیش‌بینی‌کننده در تأثیر اکسی‌توسین بر محور HPA (محور هیپوتالاموس-هیپوفیز-آدرنال) شناسایی شده است. محور HPA نقش حیاتی در تنظیم پاسخ‌های استرسی دارد و نوسانات در عملکرد آن می‌تواند منجر به اختلالات عاطفی و رفتاری شود. سطوح پایین اویپوئدهای درون‌زاد با برخی از ویژگی‌های BPD، مانند احساس پوچی مزمن، دیسفورا و حس بی‌ارزشی مرتبط است. این ارتباط ممکن است به توضیح رفتارهای خودآزاری کمک کند. رفتارهای مکرر جرح‌خویشتن ممکن است تلاشی برای افزایش سطوح اویپوئدهای درون‌زاد باشد که به افراد احساس آرامش و تسکین موقتی می‌دهد. همچنین، سطوح پایین تستوسترون در بین مردان و زنان مبتلابه BPD مشاهده شده است. این امر می‌تواند بر رفتارهای اجتماعی و احساسات مرتبط با قدرت و کنترل تأثیر بگذارد. ارتباط میان دل‌بستگی، سطح هورمون‌ها و پاسخ‌های عاطفی در افراد مبتلابه اختلال شخصیت مرزی، نشان‌دهنده پیچیدگی‌های درمان این اختلال است. بهبود درک ما از این عوامل می‌تواند به طراحی مداخلات درمانی مؤثرتر کمک کند (Morris, 2023).

عوامل وراثتی

تحقیقات نشان می‌دهند که اختلالات کارکرد مغزی، به‌ویژه در لوب پیشانی، با اختلال شخصیت مرزی (BPD) ارتباط نزدیکی دارند. این ناحیه از مغز مسئول تنظیم رفتار، تصمیم‌گیری و مدیریت تکانه‌ها است. بررسی‌های انجام‌شده بر روی بیماران مبتلابه BPD نشان می‌دهد که آن‌ها معمولاً در آزمون‌های عصب‌شناختی مربوط به کارکرد لوب پیشانی عملکرد ضعیفی دارند. چالش‌های شناختی: افراد مبتلابه BPD در جوانب مختلفی ازجمله تنظیم احساسات و رفتارهای تکانشی دچار مشکل هستند. این چالش‌ها می‌توانند منجر به نوسانات شدید خلق‌وخو و تضاد در روابط بین‌فردی شوند. کاهش متابولیسم گلوکز: مطالعات نشان داده‌اند که سطح متابولیسم گلوکز در لوب پیشانی بیماران مبتلابه BPD به‌طور قابل‌توجهی کاهش

روان‌پویایی، افراد با شخصیت مرزی تمایل دارند تجربه‌های تجزیه و تفکیک‌شده‌ای از خود داشته باشند. آن‌ها قادر نیستند جنبه‌های مثبت و منفی خود و دیگران را به‌طور هم‌زمان ادغام کنند. این وضعیت باعث می‌شود که افراد همیشه یا خود را به‌شدت مثبت ارزیابی کنند یا به‌شدت منفی که این ناتوانی در ادغام، در بسیاری از موارد منجر به نوسانات شدید عاطفی می‌شود. بر اساس نظریه روابط شیء، این مشکلات در ادراک و ارزیابی ناشی از ناتوانی فرد در پیشرفت مؤثر در مراحل اولیه رشد هست. در این مراحل، فرد باید بتواند حس منسجم‌تری از خود و دیگران را ایجاد کرده و هویت شخصی خود را شکل دهد. زمانی که این پروسه به‌درستی انجام نمی‌شود، افراد به‌نوعی از رفتارها و افکار تحریف‌شده دچار می‌شوند که به انسجام و ثبات شخصیت آن‌ها آسیب می‌زند. علاوه بر این، یکی دیگر از جنبه‌های شناختی که در افراد مبتلابه BPD مختل شده است، توانایی حل مسئله هست. این افراد اغلب در شرایط استرس‌زا یا عاطفی نمی‌توانند به‌خوبی مسائل را تحلیل کنند و راه‌حل‌های مؤثری ارائه دهند. ناتوانی در حل مسئله می‌تواند منجر به انتخاب‌ها و رفتارهای مشکل‌ساز و ناسازگارانه شود که چالش‌های بیشتری را در روابط و زندگی روزمره این افراد ایجاد می‌کند (Crotty et al, 2023).

تأثیرات رفتاری

اختلال شخصیت مرزی (BPD) به‌واسطه ویژگی‌های عاطفی و شناختی خود، عوامل بسیاری را در بروز رفتارهای ناسازگارانه به‌وجود می‌آورد. تحقیقات نشان می‌دهند که مشکلات در تنظیم هیجان و نواقص شناختی، به‌ویژه در حل مسائل، نقش کلیدی در این فرآیند دارند. این دو عامل به‌طور عمده باعث بروز رفتارهایی همچون سوء‌مصرف مواد، ریسک‌پذیری، هیجان‌خواهی شدید و خودآسیبی می‌شوند. رفتارهای ناسازگارانه در افراد مبتلابه اختلال شخصیت مرزی معمولاً به‌عنوان واکنش‌هایی به پریشانی عاطفی شدید دیده می‌شوند. وقتی افراد در مواجهه با احساسات غیرقابل‌کنترل قرار می‌گیرند، در تلاش برای کاهش تنش، به رفتارهای تکانشی و مضر روی می‌آورند. این رفتارها می‌توانند به شکل تلاش‌های نامناسب برای فرار از احساسات یا تسکین آن‌ها ظهور کنند. این نوع رفتارها نه‌تنها بر سلامت جسمی و روانی فرد آسیب می‌زنند، بلکه نیز بر کیفیت زندگی روزمره و روابط بین فردی تأثیرات مخربی دارند. افراد مبتلابه این اختلال معمولاً در برقراری و حفظ روابط سالم با دیگران مشکل دارند. تنش‌های عاطفی و رفتارهای غیرقابل‌پیش‌بینی ممکن است منجر به‌تنهایی و انزوای اجتماعی شوند (Kramer et al, 2022).

الف. آسیب‌پذیری احساسی

در قلب این وضعیت، یک آسیب‌پذیری عاطفی وجود دارد که افراد را مستعد واکنش‌های شدید عاطفی می‌کند. این آسیب‌پذیری می‌تواند منجر به رفتارهای مشکل‌ساز شود که در نتیجه عدم توانایی در مدیریت و تنظیم احساسات بروز می‌یابند.

ب. تأثیرات ژنتیکی و محیطی

این آسیب‌پذیری عموماً ناشی از ترکیبی از عوامل ژنتیکی و تجربیات اولیه زندگی است. تمایل ژنتیکی به اختلال در تنظیم هیجان‌ها در محیط‌های ناپایدار و بی‌اعتماد شکل می‌گیرد. در شرایط شدیدتری، این بی‌ثباتی ممکن است نتیجه تجربه انواع مختلف سوءاستفاده‌ها باشد که بر اساس این تجربیات، فرد نمی‌تواند مهارت‌های لازم برای مدیریت موقعیت‌های عاطفی خود را توسعه دهد. اختلال در تنظیم احساسات در افراد مبتلابه BPD معمولاً به استفاده از روش‌های ناسازگار و مخرب برای واکنش به ناکامی‌های عاطفی اشاره دارد. این شامل:

- آگاهی محدود از احساسات: افراد معمولاً در شناسایی و درک احساسات خود مشکل دارند.
- پذیرش احساسات: ناتوانی در پذیرش و تحمل احساسات منفی مانند غم و خشم.
- مدیریت رفتار: عدم توانایی در کنترل رفتارها در برابر احساسات شدید.
- تعدیل برانگیختگی هیجانی: نقص در تنظیم و کاهش برانگیختگی هیجانی.

تحقیقات نشان می‌دهند که افراد مبتلابه اختلال شخصیت مرزی تنظیم احساسات را چالش‌برانگیز می‌دانند. این مشکلات نه‌تنها بر سلامت روانی آن‌ها تأثیر می‌گذارد، بلکه به روابط بین فردی و کیفیت زندگی آن‌ها نیز آسیب می‌زند. این عوامل می‌تواند به ایجاد یک چرخه معیوب منجر شود که در آن احساسات غیرقابل‌کنترل، رفتارهای ناسازگار دیگری را به‌دنبال داشته باشد که دوباره بر احساسات و روابط تأثیر منفی می‌گذارد (Levy, 2020).

۲-۷-۲. تأثیرات شناختی

افراد مبتلابه اختلال شخصیت مرزی (BPD) معمولاً خود را به‌طور شدید، ناسازگار و ساده‌انگارانه ارزیابی می‌کنند. این خودارزیابی منجر به ظهور طیف وسیعی از افکار تحریف‌شده درباره خود، دیگران و دنیای پیرامونشان می‌شود. این تحریفات نه‌تنها دیدگاه‌های آن‌ها را به واقعیت تغییر می‌دهند، بلکه بر چگونگی تعاملشان با دیگران نیز تأثیر می‌گذارد. از منظر

تأثیرات بین فردی

در مطالعات صورت گرفته، تعدادی از تحقیقات مورد بررسی قرار گرفته‌اند تا اختلال عملکرد بین فردی در افراد مبتلابه اختلال شخصیت مرزی شناسایی شود. چهار حوزه اصلی در این زمینه مشخص شده است: شناخت اجتماعی؛ این حوزه به نحوه تفسیر افراد از موقعیت‌های بین فردی مربوط می‌شود. نتایج نشان می‌دهد که افراد مبتلابه اختلال شخصیت مرزی با چالش‌هایی در تشخیص عاطفی، سوگیری‌های ادراکی و نقص در نظریه ذهن (ناتوانی در درک و تفسیر صحیح وضعیت روانی دیگران) مواجه هستند و توانایی محدودی در حل مسائل اجتماعی دارند. واکنش‌پذیری به عوامل استرس‌زای بین فردی؛ شواهد نشان می‌دهند که افراد با ویژگی‌های شخصیتی مرزی معمولاً واکنش‌های قوی‌تری به محرک‌های بین فردی نشان می‌دهند که این موارد عمدتاً با افزایش احساسات منفی همراه است. پرخاشگری بین فردی؛ مبتلایان به این اختلال ممکن است به دلیل ناپایداری عاطفی و عدم مدیریت هیجان‌ها، رفتارهای پرخاشگرانه بیشتری در روابط خود بروز دهند. اعتماد و همکاری؛ این افراد معمولاً در ایجاد و حفظ اعتماد در روابط دچار مشکل می‌شوند که می‌تواند بر همکاری و تعاملات مثبت بین فردی تأثیر منفی بگذارد. این یافته‌ها می‌تواند به مفهوم‌سازی و درمان اختلال شخصیت مرزی، به‌ویژه در بهبود مهارت‌های اجتماعی و روابط بین فردی، کمک کند (هاشم زاده، ۱۴۰۳).

۲-۸. درمان اختلالات شخصیت مرزی

در گذشته، اختلال شخصیت مرزی به‌عنوان یک معضل جدی در عرصه درمان شناسایی می‌شد و نگرانی‌های زیادی از سوی متخصصان پزشکی بابت چالش‌های آن وجود داشت. با این حال، پیشرفت‌های اخیر در زمینه درمان باعث شده است که بسیاری از افراد مبتلابه این اختلال، بهبودهای قابل‌توجهی در علائم خود را تجربه کنند و کیفیت زندگی‌شان به‌طور محسوسی افزایش یابد. روش‌های درمانی متنوعی برای این اختلال وجود دارد که به‌طور معمول شامل گزینه‌های زیر هست:

روان‌درمانی: این روش به‌عنوان درمان اصلی برای اختلال شخصیت مرزی شناخته می‌شود. افرادی که با این اختلال دست‌وپنجه نرم می‌کنند، معمولاً در کنترل احساسات و انگیزه‌های خود دچار مشکلاتی هستند و ممکن است در حفظ روابط مثبت با دیگران دشواری داشته باشند. این افراد اغلب احساس پوچی می‌کنند، تغییرات ناگهانی در خلق‌وخو experiences دارند و گاهی به خود آسیب می‌رسانند. نگرانی از ترک شدن و تغییرات سریع در دیدگاه نسبت به دیگران معمولاً

جزء مشکلات اصلی آن‌هاست. این چالش‌ها سبب می‌شود که قرارگیری در هر نوع درمانی برای آن‌ها سخت شود. حتی اگر بتوانند به درمان پیوندند، بسیاری از آن‌ها به دلیل مشکلات ارتباطی و عاطفی، در ادامه مسیر درمان به مشکل برمی‌خورند و ممکن است قبل از پایان آن، درمان را رها کنند. روش‌های روان‌درمانی مانند رفتاردرمانی دیالکتیکی (DBT) و درمان مبتنی بر ذهنیت (MBT) به‌طور اختصاصی برای کمک به این دسته از افراد طراحی شده‌اند.

دارو: در عین زمان این امکان وجود دارد که به‌منظور رسیدن به نتایج بیشتر، در روان‌درمان، دارودرمانی را نیز مدنظر قرار داد. به‌منظور کمک به فرایند درمان نشانه‌هایی همانند تغییرات خلقی و یا افسردگی، متخصص بهداشت روان، به درمان دارویی نیز اتکا می‌کند. داروهای نورولپتیک (ضد جنون)، به‌منظور کنترل کردن خصومت، خشم و بازه‌های پسیکوتیک گذرا، می‌تواند از داروهای ضدافسردگی به‌منظور درمان خلق و بیمار بهره گرفته شد. در بین داروهای دیگری که می‌توان مورد استفاده قرار داد، کربنات لیتیوم و ضد تشنج‌ها می‌توانند مدنظر قرار گیرند.

بحث و نتیجه‌گیری

تحقیقات متعددی به بررسی عوامل مختلف مرتبط با اختلال شخصیت مرزی پرداخته‌اند. این مطالعات نشان می‌دهند که ترکیبی از عوامل زیستی، روانی و اجتماعی در بروز و توسعه این اختلال نقش دارند. (Katakis et al (2023) از طریق یک فراتحلیل، اثربخشی درمان‌های سرپایی و اجتماعی را در بهبود علائم اختلال شخصیت مرزی، اضطراب و افسردگی بررسی کردند و دریافتند که این روش‌ها نتایج قابل‌توجهی در کاهش علائم دارند. (McLaren et al (2022) نیز رابطه بین پیش‌ذهنی و اختلال شخصیت مرزی را بررسی کردند و چنین نتیجه‌گیری کردند که این رابطه برای اختلال شخصیت مرزی مشابه سایر اختلالات روانی است. (Degaspero et al (2021) بر اساس تحلیل سیستم‌های مغزی نشان دادند که الگوی فعالیت مغزی خاصی در بیماران با اختلال شخصیت مرزی وجود دارد، اما این الگو در مطالعات مختلف متفاوت است. (Hanegraaf et al (2021) تأکید کردند که این افراد نقص‌هایی در شناسایی احساسات چهره و تعاملات اجتماعی دارند. همچنین، (Wen et al (2021) نشان دادند که حساسیت به طرد در این اختلال به‌طور گسترده‌ای وجود دارد و تحت تأثیر سن و جنسیت قرار نمی‌گیرد. (Porter et al (2019) نیز ارتباط قوی‌ای بین نامالایمات دوران کودکی و توسعه اختلال شخصیت مرزی پیدا کردند. مطالعات دیگر مانند (Kaiser et al (2017) و (Paret et al (2017) به بررسی جنبه‌های خاصی از فرآیندهای

4. Cognitive perspective	۴. دیدگاه شناختی	و بهانه‌گیر
5. Post-traumatic stress disorder	۵. اختلال استرس پس از سانحه	
6. Evaluatory-Neurodevelopmental perspective	۶. دیدگاه تکاملی رشد عصبی	
7. grey matter volume	۷. حجم ماده خاکستری	
8. grey matter density	۸. چگالی ماده خاکستری	
9. bilateral medial prefrontal cortex	۹. قشر پیشانی میانی دوطرف	
10. medial orbital frontal cortex	۱۰. قشر اوربیتو فرونتال میانی	
11. bilateral anterior cingulate cortex	۱۱. قشر سینگولیت قدامی دوطرف	
12. Bilateral amygdale	۱۲. آمیگدال	
13. bilateral supplementary motor area	۱۳. ناحیه حرکتی مکمل دوطرف	
14. posterior cingulated cortex	۱۴. سینگولیت خلفی راست	
15. bilateral primary motor cortex	۱۵. قشر حرکتی نخستین دوطرف	
16. right middle frontal gyrus	۱۶. شکنج پیشانی میانی راست	

منابع فارسی

- احمدیان، ف؛ پور شریفی، ح؛ راجزی، س. (۱۴۰۰). ارتباط سوء رفتار هیجانی دوران کودکی و خصایص اختلال شخصیت مرزی در نوجوانان: نقش میانجی ذهنی سازی و تنظیم هیجان. پایان نامه کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، گروه روانشناسی بالینی.
- تهامی، ت. (۱۴۰۱). رابطه سبک دلبستگی و هیجان خواهی با اختلال شخصیت مرزی در نمونه غیر کلینیکی. پایان نامه کارشناسی ارشد، موسسه آموزش عالی خردگرایان مطهر.
- رستمی فر، ر و سجادیان، پ. (۱۴۰۰). بررسی نقش کنترل فکر، ذهن آگاهی، تحمل پریشانی و ناگویی خلقی در پیش بینی علائم اختلال شخصیت مرزی در دانش آموزان دختر مقطع دوره متوسطه. پایان نامه کارشناسی ارشد روانشناسی عمومی، موسسه آموزش عالی فیض الاسلام، دانشکده علوم انسانی.
- صفری، م، اسماعیل پور، خ. و بخشی پور، ع. (۱۴۰۰). رابطه عملکرد خانواده و توان مندی ایگو با نشانگان اختلال شخصیت مرزی. پایان نامه کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، دانشگاه تبریز، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی.
- محمدزاده، ع. (۱۳۹۹). تبیین صفات اسکیزوتایپی و مرزی بر پایه سبک های دلبستگی و صفات بنیادی شخصیت. مجله روانپزشکی و روانشناسی بالینی ایران (اندیشه و رفتار)، ۱۸(۴)، ۳۳۰-۳۳۲.

شناختی و تأثیرات دوران کودکی بر این اختلال پرداختند و نتایج مشابهی را گزارش کردند. با وجود پیشرفت‌های قابل توجهی که در درک اختلال شخصیت مرزی به دست آمده، هنوز نیاز به تحقیقاتی وجود دارد که بتوانند به طور جامع و دقیق، عوامل مؤثر بر این اختلال را تحلیل کنند و به ارائه راهکارهای بهینه برای درمان و مدیریت آن بپردازند. این پژوهش با هدف بررسی جامع‌تر و ارائه مدل‌های جدیدتر برای توضیح چگونگی تأثیر عوامل مختلف بر توسعه و پایداری این اختلال طراحی شده است. با توجه به اینکه بسیاری از پژوهش‌های پیشین بر روی جنبه‌های خاصی از اختلال تمرکز داشته‌اند، این تحقیق به بررسی تعاملات پیچیده‌تر و چندبعدی میان عوامل مختلف مانند بی‌ثباتی عاطفی، عملکرد بازتابی و ناملايمات دوران کودکی می‌پردازد. همچنین، این مطالعه قصد دارد به تحلیل دقیق‌تری از تأثیر عوامل زیستی و اجتماعی بپردازد که می‌تواند به توسعه استراتژی‌های درمانی جدید و مؤثرتر کمک کند. به علاوه، این پژوهش به بررسی تفاوت‌های فردی و اجتماعی در بروز و پیشرفت اختلال شخصیت مرزی می‌پردازد که می‌تواند به درک بهتر و جامع‌تری از این اختلال منجر شود و در نهایت به بهبود کیفیت زندگی افراد مبتلا کمک کند. این پژوهش همچنین به بررسی روش‌های نوین درمانی و تأثیرات طولانی‌مدت آن‌ها بر بیماران می‌پردازد که می‌تواند گامی مهم در ارتقای استراتژی‌های درمانی باشد.

موازين اخلاقی

در این مطالعه اصول اخلاق در پژوهش شامل اخذ رضایت آگاهانه از شرکت کنندگان و حفظ اطلاعات محرمانه آنها رعایت گردیده است.

تشکر و قدردانی

پژوهشگران مراتب قدردانی و تشکر خود را از کلیه شرکت کنندگان این پژوهش که با استقبال و بردباری، در روند استخراج نتایج همکاری نمودند، اعلام می‌دارند.

تعارض منافع

نویسندگان این مطالعه هیچ گونه تعارض منافی در انجام و نگارش آن ندارند.

واژه نامه

۱. اختلال شخصیت مرزی
 ۲. شخصیت مرزی تکانشی
 ۳. شخصیت مرزی بدخلق
1. Borderline personality disorder
 2. Impulsive Borderline
 3. Dysphoric Borderline

- Hashemzadeh Chekan, M. (2024). Comparing the effectiveness of dialectical behavior therapy, schema therapy and cognitive analytic therapy in reducing symptoms in people with borderline personality disorder. Doctoral Thesis, Islamic Azad University, Ardabil Branch, Faculty of Humanities. [Persian]
- Hooley, J. M., Cole, S. H., & Gironde, S. (2012). Borderline personality disorder. In T. A. Widiger (Ed.), *The Oxford handbook of personality disorders* (pp. 409-436). Oxford University Press.
- Kaiser, D., Jacob, G.A., Domes, G., & Arntz, A. (2017). Attentional Bias for Emotional Stimuli in Borderline Personality Disorder: A Meta-Analysis. *Psychopathology*, 49 (6), 12-35.
- Katakis, P., Schlief, M., Barnett, Ph., Rains, L., Rowe, S., Pilling, S., Johnson, S. (2023). Effectiveness of outpatient and community treatments for people with a diagnosis of 'personality disorder': systematic review and meta-analysis. *BMC Psychiatry*, (23), 1-29.
- Kramer, U., Eubanks, C. F., Bertsch, K., Herpertz, S. C., McMain, S., Mehlum, L., ... & Zimmermann, J. (2022). Future challenges in psychotherapy research for personality disorders. *Current psychiatry reports*, 24(11), 613-622.
- Krause-Utz A. (2022). Dissociation, trauma, and borderline personality disorder. *Borderline personality disorder and emotion dysregulation*, 9(1), 14.
- Lentz, V., Robinson, J., & Bolton, J. (2010). Childhood adversity, mental disorder comorbidity, and suicidal behavior in schizotypal personality disorder. *Journal of Nervous & Mental Disease*, 198 (11), 795-801.
- Levy, K. N. (2020). The implications of attachment theory and research for understanding borderline personality disorder. *Development and psychopathology*, 17(4), 959-986.
- Mahmoud Alilo, M. (2019). Investigating the relationship between childhood misbehavior, early losses and separations, and emotional dysregulation with borderline personality disorder. *Journal of Psychological Achievement*, 4(2). 65-88. [Persian]
- محمدی، ع، محمود علیلو، م. و بخشی پور، ع. (۱۴۰۰). اثربخشی رفتار درمانی دیالکتیکی و تحریک مکرر مغناطیسی فراجمله ای قشر پیش پیشانی خلفی-جانبی بر نشانه های اختلال شخصیت مرزی. پایان نامه کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، دانشگاه تبریز، پردیس بین‌المللی ارس.
- محمودعلیلو، م. (۱۳۹۹). بررسی رابطه بین بد رفتاری‌های دوران کودکی، فقدانها و جداییهای اولیه و بدتنظیمی هیجانی با اختلال شخصیت مرزی. *مجله دست آوردهای روانشناختی*، ۴(۲). ۶۵-۸۸
- هاشم زاده چکان، م. (۱۴۰۳). مقایسه اثربخشی رفتاردرمانی دیالکتیک، طرحواره درمانی و رواندرمانگری شناختی تحلیلی بر کاهش نشانگان در افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی. رساله دکتری تخصصی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد اردبیل، دانشکده علوم انسانی.

فهرست منابع

- Ahmadian, F., Pour Sharifi, H. and Rajezi, S. (2021). The relationship between childhood emotional maltreatment and borderline personality disorder traits in adolescents: the mediating role of mentalization and emotion regulation. Master's thesis in clinical psychology, University of Welfare and Rehabilitation Sciences, Department of Clinical Psychology. [Persian]
- American Psychiatric Association. (2019). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. 5th ed. Washington D.C.
- Barlow, D. H., & Durand, V. M. (2020). *Abnormal psychology: An integrative approach Canada*: Wadsworth Group.
- Biskin RS. (2021). The lifetime courses of borderline personality disorder. *Can J Psychiatry*, 7(60), 303-308.
- Crotty, K., Viswanathan, M., Kennedy, S., Edlund, M. J., Ali, R., Siddiqui, M., ... & Gartlehner, G. (2023). Psychotherapies for the treatment of borderline personality disorder: A systematic review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*.
- Degasperi, G., Cristea, I., Rosa, E., Costa, C., & Gentili, C. (2021). Parsing variability in borderline personality disorder: a meta-analysis of neuroimaging studies. *Translational Psychiatry*, (11), 3-14.
- Hanegraaf, L., Baal, S., Hohwy, J., Verdejo-Garcia, A. (2021). A systematic review and meta-analysis of 'Systems for Social Processes' in borderline personality and substance use disorders. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, (127), 572-592.

- Safari, M., Ismailpour, Kh., & Bakshipour, A. (2021). The relationship between family functioning and ego strength with borderline personality disorder symptoms. Master's thesis in clinical psychology, Tabriz University, Faculty of Educational Sciences and Psychology. [Persian]
- Schmeck, K., Weise, S., Schlüter-Müller, S., Birkhölzer, M., Fürer, L., Koenig, J., ... & Kaess, M. (2023). Effectiveness of adolescent identity treatment (AIT) versus DBT-a for the treatment of adolescent borderline personality disorder. *Personality disorders: theory, research, and treatment*, 14(2), 148
- Sharp, C., & Miller, J. D. (2022). Ten-year retrospective on the DSM-5 alternative model of personality disorder: Seeing the forest for the trees. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment*, 13(4), 301.
- Shiner, R. L. (2022). An agenda for establishing the DSM-5 alternative model of personality disorder (AMPD) trait model in adolescence: Comment on Clark and Watson (2022).
- Stricker, J., & Pietrowsky, R. (2022). Incremental validity of the ICD-11 personality disorder model for explaining psychological distress. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment*, 13(2), 97.
- Tahami, T. (2022). The relationship between attachment style and sensation seeking with borderline personality disorder in a non-clinical sample. Master's thesis, Motaher Institute of Higher Education. [Persian]
- Tedesco, V., Day, N. J. S., Lucas, S., & Grenyer, B. F. S. (2024). Diagnosing borderline personality disorder: Reports and recommendations from people with lived experience. *Personality and Mental Health*, 18(2), 107-121.
- Vizgaitis, A. L., & Lenzenweger, M. F. (2022). Identity and personality pathology: A convergence across the DSM-5 personality disorder model and the alternative model for personality disorders. *Journal of Personality Disorders*, 36(5), 537-558.
- Wen, Zh., Na, H., Xuechen, D., & Junyi, L. (2021). The relationship between rejection sensitivity and borderline personality features: A meta-analysis. *Advances in Psychological Science*, 29 (7), 1179-1194.
- McLaren, V., Gallagher, M., Chris, J., Hopwood, J., & Sharp, C. (2022). Hypermentalizing and Borderline Personality Disorder: A Meta-Analytic Review. *The Expanding Scope of Mentalization-Based Treatments*, 75 (1), 10-15.
- Mohammadi, A., Mahmoud Alilou, M., & Bakshipour, A. (2021). Effectiveness of dialectical behavior therapy and repeated transcranial magnetic stimulation of posterior-lateral prefrontal cortex on symptoms of borderline personality disorder. Master's thesis in clinical psychology, Tabriz University, Ares International Campus. [Persian]
- Mohammadzadeh, A. (2019). Explanation of schizotypal and borderline traits based on attachment styles and basic personality traits. *Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology (thought and behavior)*, 18(4), 322-330. [Persian]
- Morris, S. B. (2023). Meta-analysis in organizational research: A guide to methodological options. *Annual Review of Organizational Psychology and Organizational Behavior*, 10, 225-259.
- Paret, C., Jennen-Steinmetz, C., Schmahl, C., 2017. Disadvantageous decisionmaking in borderline personality disorder: Partial support from a meta-analytic review. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews* (72), 301-309.
- Paris, J. (2021). Treatment of borderline personality disorder: A guide to Evidence-Based Practice. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 52 (7), 520-521.
- Pickering, T. G. (2021). *Ambulatory Monitoring and Blood Pressure Variability*. London: Science.
- Porter, C., Palmier-Claus, J., Branitsky, A., Mansell, W., Warwick, H., & Varese, F. (2019). Childhood adversity and borderline personality disorder: a meta-analysis. *Systematic Review/Meta-Analysis*, 141 (1), 6-20.
- Rostami Far, R., & Sajjadian, P. (2021). Investigating the role of thought control, mindfulness, distress tolerance and dyslexia in predicting the symptoms of borderline personality disorder in high school female students. Master's thesis in general psychology, Faizul Islam Institute of Higher Education, Faculty of Humanities. [Persian]

- interpersonal disorders: Comment on Widiger and Hines (2022).
- Zhang, C., Yu, H., Meng, Y. J., Li, X. J., Liang, S., Li, M. L. Ma, X. (2018). Common and distinct patterns of grey matter alterations in borderline personality disorder and bipolar disorder: voxel-based meta-analysis. *The British Journal of Psychiatry*, 1-9.
- Widiger, T. A., Hines, A., & Crego, C. (2024). Evidence-Based Assessment of Personality Disorder. *Assessment*, 31(1), 191-198.
- Wolf, K., Scharoba, J., Noack, R., Keller, A., & Weidner, K. (2023). Subtypes of borderline personality disorder in a day-clinic setting—Clinical and therapeutic differences. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment*, 14(5), 555–566.
- Wright, A. G., & Ringwald, W. R. (2022). Personality disorders are dead; long live the