

Borderline Personality Disorder: A Study Based on Quantitative Meta-analysis Approach

Motahareh Allahrabbi¹, Hossein Baghouli^{2*}, Majid Barzegar², Ghasem Naziri²

1. Phd. Student in Psychology, Department of Psychology, Marvdasht Branch, Islamic Azad University, Marvdasht, Iran.

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

ARTICLE INFORMATION

Article type

Original research

Pages: 129-149

Corresponding Author's Info

Email:

a.aghajani147@gmail.com

Article history:

Received: 2024/02/04

Revised: 2024/05/30

Accepted: 2024/06/02

Published online: 2025/02/28

Keywords:

Borderline personality disorder

Effect size

Quantitative meta-analysis

ABSTRACT

Background and Aim: Considering that in the families of patients with borderline personality disorder, parents tend to trivialize their child's painful emotional experiences and even attribute them to the child's personal defects. The present study was conducted with the aim of quantitatively combining the results of research related to borderline personality disorder in 2023. **Methods:** This study is applied in its purpose and employs a mixed-method approach. Using meta-synthesis and the fourth version of Comprehensive Meta-Analysis software, it searched for articles related to borderline personality disorder in children under 8 years old in reliable Persian-language databases, including the Research Institute for Information Science and Technology database, the Jihad University of Tehran database, the Comprehensive Internal Journals System, the Human Sciences Portal, the Noor Specialized Journals database, the Tebyin Digital Library, the Iranian Research Institute for Information Science and Technology, and foreign databases including Springer, ScienceDirect, Google Scholar, Elsevier, Dart-Europe.eu, Etd.Lsu.edu, and Zpid.de, which were eligible to enter the research and related to the causes and factors of borderline personality disorder. The statistical population of the research consisted of articles published between 2013 and 2023 in the field of borderline personality disorder. After retrieving the relevant works, 38 domestic articles and 27 foreign articles met the research criteria and were selected for analysis. **Results:** The results of the meta-analysis of 45 variables showed that the variables, primary emotional characteristics, self-esteem, depression, psychological pain, object relations, trauma, mentalization, emotional dysregulation, self-worth, difficulty in regulating emotions, mindfulness, negative spiritual coping, communication skills, psychological flexibility, and self-compassion had the most significant impact on borderline personality disorder. The findings also showed heterogeneity among the observed effect sizes, indicating the existence of mediating variables influencing the research results. **Discussions:** A review of the studies indicates that borderline personality disorder is associated with multiple factors. These interconnections highlight the complexity of the disorder and the necessity for multidimensional therapeutic approaches tailored to the individual needs of each patient.



This work is published under CC BY-NC 4.0 licence. © 2022 The Authors.

How to Cite This Article: Baghouli, H., Allahrabbi M., Barzegar M., Naziri Gh (2025). Borderline Personality Disorder: A Study Based on Quantitative Meta-analysis Approach. *JECHE*, 5(4, 18): 129-149. DOI: 10.32592/jече.5.4.129



CrossMark



فصلنامه سلامت و آموزش در اوان کودکی



زمستان ۱۴۰۳، دوره ۵، شماره ۴ (پیاپی ۱۸)، صفحات ۱۴۹-۱۲۹

اختلال شخصیت مرزی: مطالعه‌ای مبتنی بر رویکرد فراتحلیل کمی

مطهره اله‌ربی^۱، حسین بقولی^{۲*}، مجید برزگر^۲، قاسم نظیری^۲

۱. دانشجوی دکتری تخصصی روانشناسی، گروه روان‌شناسی، واحد مروودشت، دانشگاه آزاد اسلامی، مروودشت، ایران

۲. استادیار، گروه روان‌شناسی، واحد مروودشت، دانشگاه آزاد اسلامی، مروودشت، ایران

اطلاعات مقاله	چکیده
نوع مقاله: علمی پژوهشی صفحات: ۱۲۹-۱۴۹ اطلاعات نویسنده مسئول: ایمیل: a.aghajani147@gmail.com	زمینه و هدف: نظر به اینکه در خانواده‌های بیماران اختلال شخصیت مرزی، والدین تجربه‌های هیجانی دردناک فرزندان را ناچیز و بی‌اهمیت قلمداد می‌کنند و حتی آن‌ها را به نقص‌های شخصی خود کودک نسبت می‌دهند، پژوهش حاضر با هدف ترکیب کمی نتایج پژوهش‌های انجام‌شده مرتبط با اختلال شخصیت مرزی در سال ۱۴۰۲ انجام شده است.
سابقه مقاله تاریخ دریافت مقاله: ۱۴۰۲/۱۱/۱۵ تاریخ اصلاح مقاله: ۱۴۰۳/۰۳/۱۰ تاریخ پذیرش نهایی: ۱۴۰۳/۰۳/۱۲ تاریخ انتشار: ۱۴۰۳/۱۲/۱۰	روش پژوهش: پژوهش حاضر از لحاظ هدف کاربردی و از لحاظ روش از نوع پژوهش‌های آمیخته است. این پژوهش با استفاده از روش فراترکیب و نرم‌افزار جامع فراتحلیل نسخه چهارم (CMA4) به جست‌وجوی مقالات مرتبط با موضوع اختلال شخصیت مرزی کودکان زیر ۸ سال در پایگاه‌های معتبر فارسی‌زبان شامل پایگاه اطلاعاتی پژوهشگاه علوم و فناوری اطلاعات، پایگاه جهاد دانشگاهی دانشگاه تهران، سامانه جامع مجلات داخلی، پرتال جامع مقالات علوم انسانی، پایگاه مجلات تخصصی نور، کتابخانه دیجیتالی تبیان، سامانه پژوهشگاه علوم و فناوری اطلاعات ایران و موتور جست‌وجوی مرکز توسعه علوم و فناوری پیشرفته و پایگاه‌های اطلاعاتی معتبر خارجی شامل Etd.Lsu.edu، Dart-Europe.eu، Elsevier، Google Scholar، ScienceDirect، Springer و Zpid.de که واجد شرایط ورود به پژوهش و مرتبط با علل و عوامل اختلال شخصیت مرزی بودند، پرداخته شد. جامعه آماری پژوهش شامل مقالات بازه زمانی ۲۰۱۳ الی ۲۰۲۳ معادل ۱۳۹۲ الی ۱۴۰۲ در حوزه اختلال شخصیت مرزی بوده است. بعد از بازیابی آثار بازیابی‌شده، تعداد تعداد ۳۸ مقاله داخلی و ۲۷ مقاله خارجی معیارهای بررسی پژوهش را داشتند و به‌عنوان نمونه بررسی انتخاب شدند.
واژگان کلیدی اختلال شخصیت مرزی، اندازه اثر، فراتحلیل کمی.	یافته‌ها: نتیجه فراتحلیل ۴۵ متغیر نشان داد که متغیرهای خصیصه‌های هیجانی اولیه، عزت‌نفس، افسردگی، درد روانی، روابط ابژه، تروما، ذهنی‌سازی، بدتنظیمی هیجان، ارزش خود، دشواری در تنظیم هیجان، ذهن آگاهی، مقابله معنوی منفی، مهارت‌های ارتباطی، انعطاف‌پذیری روان‌شناختی و شفقت به خود بیشترین تأثیر را بر اختلال شخصیت مرزی داشته‌اند. یافته‌ها همچنین نشان داد که ناهمگونی بین اندازه‌های اثر مشاهده‌شده دال بر وجود متغیرهای میانجی است که نتایج تحقیقات را تحت تأثیر خود قرار داده است.
	نتیجه‌گیری: بررسی پژوهش‌ها نشان می‌دهد که اختلال شخصیت مرزی با عوامل متعددی مرتبط است. این ارتباطات متقابل نشان‌دهنده پیچیدگی اختلال و ضرورت رویکردهای درمانی چندبعدی و متناسب با نیازهای فردی هر بیمار است.

انتشار این مقاله به صورت دسترسی آزاد مطابق با CC BY-NC 4.0 صورت گرفته است.

تمامی حقوق انتشار این مقاله متعلق به نویسنده است.



شیوه استناد به این مقاله

اله ربی، مطهره؛ بقولی، حسین؛ برزگر، مجید؛ نظیری، قاسم (۱۴۰۳). اختلال شخصیت مرزی: مطالعه‌ای مبتنی بر رویکرد فراتحلیل کمی. فصلنامه سلامت و آموزش در اوان کودکی، ۵ (۴): ۱۲۹-۱۴۹.

مقدمه

شخصیت^۱ مجموعه‌ای از ویژگی‌های روانی است که در افراد مختلف به صورت نسبتاً پایدار وجود دارد و بر افکار و نحوه رفتارهای آنان تأثیرگذار خواهد بود (گلستانی‌نژاد و محمدی، ۲۰۲۰). به طور کلی شخصیت گرایش‌ها و صفات منحصر به فردی را در برمی‌گیرد که به تفاوت‌های فردی در رفتار، ثبات در طول رفتار و تداوم رفتار در موقعیت‌های مختلف منجر خواهد شد (قادری و همکاران، ۲۰۲۰). محققان معتقدند که صفات شخصیتی افراد می‌تواند زمینه شکل‌گیری ویژگی‌های بهنجار و یا نابهنجار شخصیت را فراهم آورد. بر این اساس، یکی از عوامل مهم در ایجاد اختلالات روان‌شناختی^۲ ابعاد شخصیتی هستند که در بروز اختلالات شخصیت نقش اساسی ایفا می‌کنند (نوزری‌گرایی و همکاران، ۲۰۲۰). هرگاه ویژگی‌های شخصیتی افراد آن‌چنان انعطاف‌ناپذیر و غیرانطباقی باشد که کارکردهای فرد را تا حد زیادی مختل کند، به عنوان اختلال شخصیت شناخته می‌شود. این اختلال در نوجوانی یا اوایل بزرگسالی ایجاد می‌شود و در طول زمان پایدار خواهد بود و موجب ناخشنودی خواهد شد (آبرامو و همکاران^۳، ۲۰۱۹). اختلالات شخصیت^۴ اختلالی مزمن و شایع است که شیوع آن در جمعیت عمومی ۱۰ تا ۲۰ درصد برآورد شده است. افراد با اختلال شخصیت، اغلب اعصاب‌خردکن، پر توقع و یا انگلی برچسب می‌خورند. به طور کلی چیزی در حدود نیمی از بیماران روان‌پزشکی، به اختلال شخصیت مبتلا هستند که اغلب اختلالات دیگر نیز در آن‌ها مشاهده می‌شود (شفیع‌زاده و همکاران، ۲۰۲۰). البته قابل ذکر است که ممکن است افراد تا سنین نسبتاً بالاتر عمر مورد توجه بالینی قرار نگیرند (بخشی‌زاده و ره‌نژاد، ۲۰۱۹).

ویژگی اصلی و مشترک اختلالات شخصیت، رفتارهای خشک و غیر قابل انعطاف است و از آنجا که این رفتارها مانع سازگاری فرد با فعالیت‌های روزمره و محیط پیرامون خواهد شد و روابط شخص را با دیگران مختل خواهد کرد، بسیار آسیب‌زننده خواهد بود. افراد مبتلا به اختلال شخصیت اغلب خود، دیگران و رویدادهای موجود را به گونه‌ای متفاوت ادراک می‌کنند. در نتیجه ادراک آن‌ها از محیط و موقعیت‌های مختلف زندگی ادراکی دقیق نخواهد بود. همچنین با توجه به اینکه رفتار این افراد مطابق با ادراک آن‌ها شکل خواهد گرفت، رفتاری نامناسب بوده و مورد پذیرش دیگران قرار نخواهد گرفت (آشوری و وحدت‌پناهی، ۲۰۲۰). در این بین، یکی از اختلالات شخصیتی که شیوع بسیار بالایی دارد، اختلال شخصیت مرزی^۵ است. نرخ شیوع این اختلال در جامعه ۱۶ درصد تخمین زده شده است که می‌تواند تا ۵۹ درصد نیز افزایش پیدا کند. همچنین نرخ شیوع این اختلال در مراکز خدمات بهداشتی و درمانی اولیه حدود ۶ درصد، در افرادی که به کلینیک‌های بهداشت روانی سرپایی مراجعه می‌کنند، حدود ۱۰ درصد و در بیماران بستری در بیمارستان‌های روانی حدود ۲۰ درصد است (محمدی و همکاران، ۲۰۲۱). شیوع بالای این اختلال سبب شده است که پژوهشگران و درمانگران توجه بیشتری نسبت به این اختلال در مقایسه با سایر اختلالات نشان دهند. با وجود اینکه افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی علائم متفاوتی از خود بروز می‌دهند، اما ویژگی‌های مشترکی نیز دارند که تکانشگری بارز و بی‌ثباتی در سه زمینه روابط بین فردی، خلق و خودانگاره مهم‌ترین آن هستند (رستمی‌فرد و سجادیان، ۲۰۲۱). اختلال شخصیت مرزی، الگوی فراگیری از بی‌ثباتی در روابط میان فردی، خودانگاره و عواطف است که با تکانشگری بارز همراه است. این اختلال از نوجوانی آغاز می‌شود و در زمینه‌های مختلف بروز پیدا می‌کند؛ در اوایل بزرگسالی به اوج خود می‌رسد و در میانسالی کاهش پیدا می‌کند. خودکشی و تلاش برای آسیب رساندن به خود، شاخص اصلی این اختلال است. افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی حساسیت افراطی نسبت به محرک‌های هیجانی از خود نشان می‌دهند (انجمن روان‌شناسان آمریکا، ۲۰۱۹) و تغییرپذیری عاطفی

۱. Personality

۲. Psychological Disorder

۳. Abramov, G & et al

۴. Personality disorder

۵. Borderline personality disorder

بالا و شدت عاطفه بالاتری نسبت به افراد با اختلالات دیگر شخصیت دارند (سفاری و همکاران، ۲۰۲۱؛ لاونستین^۱ و همکاران، ۲۰۱۹؛ براون^۲ و همکاران، ۲۰۱۸؛ دیکسون^۳ و همکاران، ۲۰۲۰؛ گاردنر^۴ و همکاران، ۲۰۱۷). از طرفی با وجود اینکه علائم اختلال شخصیت مرزی از نوجوانی تا بزرگسالی کاهش پیدا می‌کند، اما اختلالات روان‌شناختی که در طول مدت بیماری ممکن است در فرد ایجاد شوند، نظیر علائم اختلال افسردگی اساسی^۵، مصرف الکل و مصرف مواد مخدر، به احتمال بسیار زیادی همراه با تأثیرات منفی ناشی از آن تا بزرگسالی ادامه خواهند داشت و سبب بروز مشکلاتی برای شخص خواهند شد. بنابراین بحران‌های مکرر، بستری شدن در بیمارستان، خودآزاری، اقدام به خودکشی، اعتیاد، علائم افسردگی، اضطراب و پرخاشگری به‌خوبی نشان می‌دهند که چرا اختلال شخصیت مرزی به‌عنوان یکی از پرهزینه‌ترین اختلالات حوزه روان مطرح است (پرواز و همکاران، ۲۰۲۰).

در این راستا، عوامل زمینه‌ساز بسیار زیادی برای اختلال شخصیت مرزی بیان شده است. در برخی پژوهش‌ها سوءرفتارهای دوران کودکی، به‌ویژه سوءرفتارهای هیجانی، عاملی زمینه‌ساز در آسیب‌شناسی اکثر اختلالات شخصیت، از جمله اختلال شخصیت مرزی مطرح شده است. همچنین محیط خانوادگی به شدت ناکارآمد و آشفته نیز می‌تواند به بروز ویژگی‌های اختلال شخصیت مرزی منجر شود (احمدیان و همکاران، ۲۰۲۱). همچنین در مطالعات دیگری نشان داده شد که فعالیت بالای سیستم بازدارنده رفتاری می‌تواند به‌عنوان عامل مستعدکننده فرد در ابتلا به اختلالات درونی‌سازی و فعالیت بالای سیستم فعال‌ساز رفتاری به تکانشگری منجر شود و زمینه بروز اختلالات برونی‌سازی شده را فراهم کند. بنابراین با توجه به اینکه احساس پوچی و اضطراب دائمی در اختلالات درونی‌سازی 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 (طاهری و همکاران، ۲۰۲۰). وجود نقص و مشکل در روابط کودکی این بیماران نیز سبب می‌شود که آن‌ها در تعاملات بین فردی خود در بزرگسالی نیز دچار مشکل شوند و نتوانند ارتباط مناسبی با دیگران و محیط پیرامون خود برقرار کنند. بنابراین روابط موضوعی مختل در بزرگسالی سبب ایجاد شخصیت نایمن خواهد شد که ویژگی اصلی اختلال شخصیت مرزی است. همچنین فشارهای روانی یکی دیگر از عوامل بسیار مهم و تأثیرگذار در شکل‌گیری اکثر اختلال‌ها، از جمله اختلال شخصیت مرزی، محسوب می‌شوند (سیروس و همکاران، ۲۰۲۱). از طرف دیگر، با توجه به رشد روزافزون رویکردهای روان‌زیست‌شناختی در تبیین اختلالات شخصیت، شواهد محکمی در زمینه تأثیر فرایندهای زیستی و عصبی در اختلال شخصیت مرزی حاصل شد (چلیانلو و همکاران، ۲۰۲۱).

بررسی پژوهش‌های پیشین نیز گواه بر اهمیت دوران کودکی درخصوص بروز این اختلال در دوره‌های رشدی بعدی بوده است؛ به‌عنوان مثال، احمدیان و همکاران (۲۰۲۱) پژوهشی را با عنوان ارتباط سوءرفتار هیجانی دوران کودکی و خصایص اختلال شخصیت مرزی در نوجوانان: نقش میانجی ذهنی‌سازی و تنظیم هیجان بررسی کردند. طرح پژوهش از نوع توصیفی هم‌بستگی بوده و برای این منظور، ۳۱۷ نفر از نوجوانان ۱۷-۱۲ ساله شهر تهران با استفاده از نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. نتایج نشان داد که تجارب آسیب‌زای دوران کودکی به‌صورت مستقیم و غیرمستقیم از طریق بدتنظیمی هیجانی و کارکرد انعکاسی بر ویژگی‌های شخصیت مرزی تأثیر دارد.

دستاورد پژوهش انفعال و همکاران (۲۰۲۱) که با هدف پیش‌بینی صفات سازمان شخصیت مرزی براساس ترومای دوران کودکی و جو عاطفی خانواده در افراد معتاد به مواد مخدر در بین تمامی افراد دارای اختلال سوءمصرف مواد مخدر مراجعه‌کننده

۱. Lowenstein, L. F. & et al

۲. Brown, W. C & et al

۳. Dixon-Gordon, K. L. & et al

۴. Gardner, K. J. & et al

۵. Major Depressive Disorder

به مراکز ترک اعتیاد شهر شیراز انجام شد، حاکی از آن بود که بین صفات سازمان شخصیت مرزی با ترومای دوران کودکی رابطه مستقیم و معنادار و بین صفات سازمان شخصیت مرزی با جو عاطفی خانواده رابطه معکوس و معناداری وجود دارد. بین صفات سازمان شخصیت مرزی با ابعاد سوءاستفاده عاطفی، سوءاستفاده فیزیکی و سوءاستفاده جنسی رابطه مستقیم و معنادار وجود دارد. بین صفات سازمان شخصیت مرزی با ابعاد تأیید کردن، هدیه دادن، تشویق کردن، اعتماد و احساس امنیت رابطه معکوس و معنادار وجود دارد.

جهانگیری و پورمحمد (۲۰۱۹) نیز طی پژوهشی نقش تروماهای دوران کودکی^۱ و سبک‌های دلبستگی^۲ را در پیش‌بینی صفات شخصیت مرزی در جمعیت غیربالینی بررسی کردند. بدین منظور، یک نمونه ۲۳۶ نفری از دانشجویان دانشگاه شیراز به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. نتایج ضریب هم‌بستگی و تحلیل رگرسیون چندگانه نشان داد صفات شخصیت مرزی با همه انواع تروماهای دوران کودکی و همچنین سبک‌های دلبستگی اجتناب و دوسوگرا هم‌بستگی مثبت معنی‌دار دارد. همچنین نتایج تحلیل رگرسیون چندگانه نشان داد از بین متغیرهای مورد اندازه‌گیری، به ترتیب غفلت هیجانی، دلبستگی اجتناب و سوءاستفاده هیجانی بیشترین سهم را در پیش‌بینی تغییرات صفات شخصیت مرزی داشته و روی هم رفته ۲۴ درصد از تغییرات آن را پیش‌بینی می‌کند.

کلانزاده و پورنقاش تهرانی (۲۰۱۸) نیز پژوهشی را با هدف بررسی ارتباط بین خشونت‌های خانوادگی و تبعات روانی آن با اختلال شخصیت مرزی و سوء مصرف الکل انجام دادند. روش پژوهش توصیفی از نوع هم‌بستگی است. آزمودنی‌ها شامل ۲۲۰ نفر از زنان و مردان (۱۱۰ مرد و ۱۱۰ زن) خشونت‌دیده استان تهران بودند. یافته‌ها نشان داد تجربه خشونت در کودکی باعث افزایش مؤلفه‌های اضطراب، اختلال در عملکرد اجتماعی، افسردگی و کاهش سلامت روان می‌شود. نتایج حاکی از ارتباط معنادار میان اختلال شخصیت مرزی و سوء مصرف الکل با انواع خشونت بود.

دستآورد پژوهش پورشه‌ریار و همکاران (۲۰۱۸) که با هدف بررسی رابطه تجربه آزار هیجانی کودکی و ویژگی‌های اختلال شخصیت مرزی در بزرگ‌سالی: نقش واسطه‌ای سبک‌های دلبستگی و تنظیم هیجانی انجام شد، حاکی از آن بود که سبک دلبستگی ناایمن مضطرب و مشکلات در تنظیم هیجانی می‌تواند با واسطه‌گری کامل، ویژگی‌های اختلال شخصیت مرزی را پیش‌بینی کند.

مهری‌نژاد و تاجیک‌نژاد (۲۰۱۶) نیز طی پژوهشی به بررسی رابطه بین بدرفتاری‌ها و فقدان‌های دوران کودکی و بدتنظیمی هیجانی با اختلال شخصیت مرزی پرداختند. بدین منظور، نمونه‌ای به تعداد ۱۵۵ زن و ۱۵۵ مرد و در مجموع ۳۱۰ نفر از جامعه دانشگاه آزاد ساری انتخاب شدند. نتایج نشان داد که بین انواع تجارب آسیب‌زای دوران کودکی و فقدان‌های اولیه با اختلال شخصیت مرزی ارتباط معناداری وجود دارد و تجارب آسیب‌زای دوران کودکی با میانجیگری بدتنظیمی هیجانی می‌تواند در بزرگ‌سالی، فرد را برای مبتلا شدن به اختلال شخصیت مرزی آسیب‌پذیر کند.

در خارج از کشور نیز پورتر^۳ و همکاران (۲۰۱۹) در پژوهش خود به بررسی ناملایمات دوران کودکی و اختلال شخصیت مرزی به صورت فراتحلیل پرداختند. در مجموع، ۹۷ مطالعه اختلال شخصیت مرزی را با کنترل غیربالینی ($k=40$) و بالینی ($k=70$) مقایسه کردند. فراتحلیل مطالعات موردشاهدی نشان داد که احتمال گزارش مشکلات دوران کودکی در افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی نسبت به افراد کنترل غیر بالینی بیشتر است. این اثر در هنگام در نظر گرفتن مطالعات هم‌گروهی گذشته‌نگر و اپیدمیولوژیک کمتر بود. یافته‌ها در میان زیرگروه‌های ناملایمات با سوءاستفاده عاطفی و غفلت که بیشترین تأثیرات را نشان

۱. Childhood traumas

۲. Attachment styles

۳. Porter, C. & et al

می‌دهد، معنی‌دار بود. افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی ۳/۱۵ برابر بیشتر از سایر گروه‌های روان‌پزشکی مشکلات دوران کودکی را گزارش می‌کردند.

کایسر^۱ و همکاران (۲۰۱۷) نیز سوگیری توجه برای محرک‌های عاطفی در اختلال شخصیت مرزی را به صورت فراتحلیل بررسی کردند. یازده مطالعه استروپ عاطفی با ۲۴۴ بیمار اختلال شخصیت مرزی، ۲۵۵ فرد عادی، اما با نشانه‌های کمی از اختلال شخصیت مرزی وارد پژوهش شدند. یافته‌ها نشان داد محرک‌های عاطفی در دوران کودکی و آسیب‌های روانی این دوران نقش برجسته‌ای در اختلال شخصیت مرزی افراد دارند.

با توجه به مطالب ذکر شده، دوران کودکی نقش مهمی در شکل‌گیری اختلال شخصیت مرزی دارد. از این رو، در این نوشتار تلاش است تا با مرور نظریه‌های موجود در حیطه اختلال شخصیت مرزی به عوامل تشدیدکننده شیوع این اختلال پی برد و به این سؤال پاسخ داد که براساس پژوهش‌های انجام‌شده مهم‌ترین عوامل دخیل اختلال شخصیت مرزی کدام‌اند؟

روش پژوهش

پژوهش حاضر از لحاظ هدف کاربردی و از لحاظ روش از نوع پژوهش‌های آمیخته است. روش انجام مطالعه حاضر به شیوه نظام‌مند با کاربست مطالعات پیشین در قالب مقاله با استفاده از روش فراتحلیل است و شرکت‌کنندگان آن کلیه متون منتشرشده در این حیطه‌اند. جهت شناسایی منابع مهم حوزه اختلال شخصیت مرزی کودکان زیر هشت سال، به جست‌وجوی موضوع در پایگاه‌های معتبر جست‌وجوی داخلی مانند مرکز اطلاعات علمی جهاد دانشگاهی^۲، پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی^۳، بانک اطلاعات نشریات کشور^۴ و مرجع دانش، پایگاه مجلات تخصصی نور^۵، ناشر تخصصی کنفرانس‌های ایران^۶، کتابخانه دیجیتالی تبیان، سامانه پژوهشگاه علوم و فناوری اطلاعات ایران و موتور جست‌وجوی مرکز توسعه علوم و فناوری پیشرفته و پایگاه‌های اطلاعاتی معتبر خارجی شامل Elsevier، Google Scholar، ScienceDirect، Springer، Dart-Europe.eu، Etd.Lsu.edu و Zpid.de که شرایط ورود به پژوهش [مقالات چاپ‌شده در سایت‌های معتبر بین سال‌های ۱۳۹۲ تا ۱۴۰۲ و ۲۰۱۳ تا ۲۰۲۳ با موضوعات مرتبط با علل و عوامل اختلال شخصیت مرزی باشند؛ مقالات از نظر روش شناختی اعتبار لازم (مناسب بودن روش و حجم نمونه و مناسب بودن روش آماری) را داشته باشند، مقالات به صورت چاپ کامل در دسترس باشند؛ مقالات داده‌های کافی را برای اندازه اثر گزارش کرده باشند] و مرتبط با علل و عوامل اختلال شخصیت مرزی بودند، پرداخته شد. درواقع، جامعه آماری پژوهش مقالات بازه زمانی ۲۰۱۳ الی ۲۰۲۳ معادل ۱۳۹۲ الی ۱۴۰۲ در حوزه اختلال شخصیت مرزی بود. درنهایت، تعداد ۳۸ مقاله داخلی و ۲۷ مقاله خارجی منتشرشده در بازه زمانی ۱۰ سال اخیر در حیطه اختلال شخصیت مرزی شناخته شدند. چکیده‌های منتشرشده نیز گنجانده نشده‌اند؛ زیرا اطلاعات ارائه‌شده در چکیده‌ها محدود و اغلب بررسی نشده است. درنهایت با لحاظ کردن ملاک‌های ورود، تعداد ۳۸ مقاله داخلی و ۲۷ مقاله خارجی جست‌وجوشده در پایگاه‌های معتبر برگزیده شد و از بین آن‌ها مواردی که اندازه اثر را گزارش نکرده بودند، حذف و درنهایت با در نظر گرفتن ملاک‌های خروج، تعداد ۳۱ مقاله فارسی و ۱۰ مقاله انگلیسی به منظور انجام فرایند فراتحلیل کمی وارد نرم‌افزار جامع فراتحلیل نسخه چهارم (CMA4) شدند.

۱. Kaiser, D. & et al

۲. <https://www.sid.ir/fa/journal/>

۳. www.ensani.ir

۴. www.magiran.com

۵. [https://www.noormags.ir/](http://www.noormags.ir/)

۶. www.civilica.ir

ابزارهای پژوهش

همان‌طور که اشاره شد، ابزار و مشارکت کنندگان مطالعه حاضر، مقاله‌های معتبر که در ۱۰ سال اخیر در پایگاه‌های داخلی منتشر شده‌اند، بوده است.

شیوه اجرا

در ابتدا به‌منظور بالا بردن کیفیت کار و اطمینان از مرتبط بودن مطالعات، جست‌وجوی منابع توسط دو نفر که آشنایی کامل به روش‌های جست‌وجوی منابع اطلاعاتی داشته باشند، به‌صورت جداگانه انجام گرفت. سپس براساس روش مرور منظم، کلیه مؤلفه‌هایی که در این تحقیقات ذکر شدند، جمع‌آوری و سپس براساس اشتراک مؤلفه‌ها در هر تحقیق و بیشترین فراوانی، شناسایی و به‌عنوان واحدهای تحلیل مورد استفاده قرار گرفتند. در مرحله بعد، تمام عناوین و چکیده منابع موجود در پایگاه‌های اطلاعاتی یادشده توسط پژوهشگران تهیه شد. پس از بررسی مقالات موجود، مقالات دارای شرایط لازم مشخص شدند و مورد مطالعه و خلاصه‌برداری قرار گرفتند. سپس اطلاعات مورد نیاز وارد نرم‌افزار CMA نسخه چهارم تحلیل شدند و تحلیل‌های مورد نیاز به‌منظور بررسی سؤالات بر روی داده‌ها صورت گرفت. فراتحلیل اساساً از مراحل یک پژوهش علمی پیروی می‌کند و تقریباً همان مراحل پژوهش کمی را دارد، با این تفاوت که در اینجا واحد نمونه‌گیری به‌جای فرد یا مشارکت‌کننده یک مطالعه است و چون درواقع ترکیب داده‌های چند پژوهش برای تولید یک برآورد واحد است، کاربرد سراسر روش‌های چندعاملی است. پژوهشگر می‌تواند مطالعات موجود در یک موضوع، در زمان‌ها، جوامع و یا حتی کشورهای مختلف را از طریق فراتحلیل مطالعه کند. دوازه گام اساسی برای فراتحلیل وجود دارد که عبارت از تعریف مسئله، بیان تفصیلی معیارهای انتخاب مطالعات، کدگذاری مطالعات، جست‌وجوی مطالعات، انتخاب مطالعات برای فراتحلیل، ارزیابی مطالعات انتخاب‌شده، خلاصه کردن نتایج مطالعات، محاسبه اندازه‌های اثر، توصیف و تفسیر اندازه‌های اثر، تجزیه و تحلیل توصیفی پژوهش‌ها، تدوین سؤال‌ها و فرضیه‌های پژوهش و ترکیب مطالعات و انتخاب نوع تحلیل هستند. جهت بررسی سؤالات پژوهش از اندازه اثر به تفکیک هر مداخله، اندازه اثر ترکیبی با دو مدل اثرات ثابت و تصادفی، آزمون همگنی^۱ و آماره S-F^۲ استفاده شد. این نکته قابل ذکر است که رویکرد مورد استفاده در این پژوهش جهت جمع‌آوری اطلاعات و محاسبه اندازه اثر، رویکرد هانتر و اشمیت^۳ بود. همچنین در این پژوهش برنامه مداخله‌ای به کار گرفته نشد، اما به‌منظور رعایت اصول اخلاقی منبع تمامی مقالات به کار گرفته شده ذکر شدند و استنادی کامل انجام شد.

یافته‌ها

طبق بررسی انجام‌شده، درخصوص متغیرهای مورد بررسی در پژوهش‌ها، تعداد ۱۳۳ متغیر در پژوهش‌های فارسی و ۴۴ متغیر در پژوهش‌های انگلیسی توسط پژوهشگران هدف قرار داده شد که پس از حذف متغیرهای تکراری، تعداد نهایی به ۴۷ متغیر سبک مقابله‌ای (اجتناب و جبران افراطی)، احساس تنهایی^۴ (سکاگ^۵ و همکاران، ۲۰۲۲)، ارزش خود^۶، اضطراب^۷، افسردگی^۸ کنوالین^۹ و همکاران، ۲۰۲۱؛ کلاین^{۱۰}، ۲۰۱۹)، انعطاف‌پذیری^{۱۱} و انعطاف‌پذیری شناختی^{۱۲} پذیرش و عمل، آزار و آسیب کودکی (آزار

۱. Heterogeneity

۲. Number of missing studies that would bring p-value to > alpha

۳. Hunter, L. & Schmidt, F.

۴. Feeling lonely

۵. Skaug, E. & et al.

۶. Self-worth

۷. Anxiety

۸. Depression

۹. Konvalin, F & et al

۱۰. Klein, R.

۱۱. Flexibility

۱۲. Cognitive flexibility

هیجانی کودکی^۱، بدرفتاری‌های دوران کودکی^۲، آزار جنسی^۳، طرد^۴، عدم پذیرش پاسخ هیجان^۵، آسیب کودکی^۶ و سابقه آسیب^۷، آسیب به خود^۸، بخشودگی^۹ (امبرامو و همکاران، ۲۰۲۲)، تحمل آشفتگی^{۱۰}، تروما^{۱۱} (ترومای اولیه زندگی، ترومای کودکی (سوءاستفاده جنسی، عاطفی، فیزیکی) (هاسیا^{۱۲}، ۲۰۲۳؛ اوتو^{۱۳} و همکاران، ۲۰۲۱؛ پیکرینگ^{۱۴}، ۲۰۲۱؛ هافمن^{۱۵}، ۲۰۱۹؛ لایبن و همکاران^{۱۶}، ۲۰۱۹؛ مارتین بلانکو^{۱۷}، ۲۰۱۸؛ بارلو و پوران^{۱۸}، ۲۰۱۸؛ داویسون^{۱۹} و همکاران، ۲۰۱۷؛ زنارینی و فرانکینبورگ^{۲۰}، ۲۰۱۷)، تمایز یافتگی خود^{۲۱} (برش هیجانی، جایگاه من، واکنش‌پذیری هیجانی) (افشانی و همکاران، ۲۰۲۱)، توانمندی ایگو^{۲۲}، خانواده (جو عاطفی خانواده (تأیید کردن، هدیه دادن، تشویق کردن، اعتماد، احساس امنیت) (انفعال و همکاران، ۲۰۲۱)، خشونت خانوادگی^{۲۳} (زادافشار و همکاران، ۲۰۲۰)، فرزندپروری (کائور و سانچز^{۲۴}، ۲۰۲۳)، حمایت اجتماعی (تدانی و همکاران، ۲۰۲۲؛ اسچولز^{۲۵} و همکاران، ۲۰۲۲)، روابط شیء (خودمیان بینی، بیگانگی، بی‌کفایتی اجتماعی، روابط ابژه) (بیانی و همکاران، ۲۰۲۳)، درد روانی (سالکی و همکاران، ۲۰۲۳؛ فرتاک^{۲۶} و همکاران، ۲۰۱۶)، دسترسی محدود به راهبردها، ذهن آگاهی و ذهنی‌سازی (صبور و همکاران، ۲۰۲۳)، ذهنیت طرح‌واره و طرح‌واره ناسازگار (کانست^{۲۷} و همکاران، ۲۰۲۰)، رفتارهای خودجراحی غیر خودکشی (خودآزاری) (ریچل و کائس^{۲۸}، ۲۰۲۱)، شخصیت (سازمان شخصیت، روان‌رنجورخویی، سبک دل‌بستگی (اجتناب، اضطرابی، دوسوگرا، نایمن) (اسکات^{۲۹} و همکاران، ۲۰۱۹؛ بنی^{۳۰} و همکاران، ۲۰۱۷؛ فوناگی و بتمن^{۳۱}، ۲۰۱۷)، سبک هویت (تعهد، سردرگمی، هنجاری)، شفقت به خود (انزوا، خودداری، خودشفقتی، مهربانی) (کینگ و و انگ^{۳۲}، ۲۰۱۷؛ وارین^{۳۳}، ۲۰۱۵)، عزت‌نفس (پل^{۳۴} و همکاران، ۲۰۲۰)، مشکلات فردی و بین‌فردی، مکانیسم دفاعی (رشدیافته، نوروپیک) (زادافشار و همکاران، ۲۰۲۰)، مهارت‌های ارتباطی، ناامیدی (رضایی و همکاران، ۲۰۲۰)، نشخوار فکری، نظریه ذهن، هوش هیجانی (استقلال، حل مسئله، خودشکوفایی، کنترل تکانه)، هیجان (راهبردهای منفی تنظیم هیجان، راهبردهای شناختی هیجان

۱. Childhood emotional abuse
۲. Childhood abuse
۳. Sexual harassment
۴. Rejection
۵. Failure to accept the emotional response
۶. Childhood trauma
۷. Self-harm
۸. Forgiveness
۹. Confusion tolerance
۱۰. Trauma
۱۱. Hasya, N. H.
۱۲. Otto, B. & et al
۱۳. Pickering, T. G.
۱۴. Hoffman, L.
۱۵. Lubin, H. & et al
۱۶. Martin-Blanco A.,
۱۷. Barlow, D. H, & Purand, V. M.
۱۸. Davison, D. & et al
۱۹. Zanarini, M. C., Frankenburg, F. R.
۲۰. Differentiate yourself
۲۱. Ego strength
۲۲. Family violence
۲۳. Kaur, M., & Sanches, M.
۲۴. Schulze, A. & et al
۲۵. Fertuck, E & et al.
۲۶. Kunst, H. & et al
۲۷. Reichl, C., & Kaess, M.
۲۸. Scott, L & et al
۲۹. Beeney, J & et al
۳۰. Fonagy, P., & Bateman, A. W.
۳۱. Keng, S. L., & Wong, Y. Y.
۳۲. Warren, R.
۳۳. Pohl, S. & et al

(ارزیابی مجدد مثبت، نظم جویی، سرزنش خود و دیگران، برنامه ریزی کردن، دیدگاه گیری، راهبردهای سازگارانه و ناسازگارانه) (وارین، ۲۰۱۵؛ چاپمن^۱، ۲۰۱۹)، طرح واره هیجانی، عدم وضوح هیجانی، فقدان آگاهی هیجانی، ناگویی خُلقی، ناگویی هیجانی، تنظیم هیجان ناسازگار، نظم جویی هیجان، مقابله معنوی منفی، آسیب پذیری هیجانی، دشواری در تنظیم هیجان و کنترل تکانه، بدتنظیمی هیجان، سبک های پردازش هیجان (ناموزونی، عدم کنترل، مزاحمت)، خصیصه های هیجانی اولیه (بازیگوشی، خشم، غمگینی، جست وجوگری)، احساس پوچی مزمن (میلر^۲ و همکاران، ۲۰۲۰؛ ۲۰۲۱)، آسیب اجتماعی (بنی^۳ و همکاران، ۲۰۱۸)، باورهای محافظت از خود، بیماری های جسمی، تغییرات درون فردی (ابرامو^۴ و همکاران، ۲۰۲۲)، خطرات روانی اجتماعی (گوپتا^۵ و همکاران، ۲۰۲۳)، روابط اجتماعی، عاملیت شخصی (هاشورث^۶ و همکاران، ۲۰۲۱)، علائم روان پریشی (کاولیتی^۷ و همکاران، ۲۰۲۱)، فرایندهای اجتماعی عاطفی موقعیتی (کائورین^۸ و همکاران، ۲۰۲۰)، ناتوانی عملکردی، ویژگی های شخصیت مرزی (اسچولز و همکاران، ۲۰۲۲) اصلاح شد.

در این بین، در ۳۱ مقاله فارسی و ۱۰ مقاله انگلیسی که ضریب همبستگی و ضرایب رگرسیون گزارش شده بود، متغیرهای اصلی مرتبط با اختلال شخصیت مرزی برابر با ۳ متغیر ملاک (نشخوار فکری، آسیب به خود و رفتارهای خودجرحی غیر خودکشی) و ۴۵ متغیر پیش بین، جمعاً ۴۸ متغیر بود. این ۴۸ متغیر وارد نرم افزار فراتحلیل نسخه ۴ شدند و اندازه اثر برای آن ها با برآورد آماره Z فیشر محاسبه شد. در جدول ۱ فراوانی و شدت اثر متغیر اختلال شخصیت مرزی به عنوان متغیر پیش بین و در جدول ۲ فراوانی و شدت اثر متغیرها بر اختلال شخصیت مرزی به عنوان متغیر ملاک ارائه شده است.

جدول ۱- شدت اثر متغیرها بر اختلال شخصیت مرزی به عنوان متغیر ملاک

متغیر پیش بین	متغیر ملاک	فراوانی	درصد فراوانی	اندازه اثر (Z فیشر)
اختلال شخصیت مرزی	نشخوار فکری	۱	۳۳/۳۳	۰/۸۳
	آسیب به خود	۱	۳۳/۳۳	۰/۳۰
	رفتارهای خودجرحی غیر خودکشی	۱	۳۳/۳۳	۰/۱۲
	جمع	۳	$\cong ۱۰۰/۰۰$	

جدول ۲ نشان می دهد که در ۳ مورد، اختلال شخصیت مرزی به عنوان متغیر پیش بین بر متغیرهای ملاک مورد مطالعه قرار گرفته و اندازه اثر براساس آماره Z فیشر حاکی از آن است که دامنه اثر بین ۰/۱۲ تا ۰/۸۳ بوده است.

جدول ۲- شدت اثر متغیرها بر اختلال شخصیت مرزی به عنوان متغیر ملاک

متغیر پیش بین	متغیر ملاک	فراوانی	درصد فراوانی	اندازه اثر (Z فیشر)*
خصیصه های هیجانی اولیه	اختلال شخصیت مرزی	۱	۱/۴۷	۰/۵۹
راهبردهای ناسازگار تنظیم شناختی هیجان		۴	۵/۸۸	-۰/۳۴
راهبردهای سازگار تنظیم شناختی هیجان		۳	۴/۴۱	۰/۳۵
عزت نفس		۱	۱/۴۷	-۰/۵۲
بخشودگی		۱	۱/۴۷	-۰/۲۴

۱. Chapman J
۲. Miller, C. & et al
۳. Beeney et al., 2018
۴. Abramov, G. & et al
۵. Gupta, N. & et al
۶. Hashworth, T & et al
۷. Cavelti, M. & et al.
۸. Kaurin, A. & et al.

ادامه جدول ۲- شدت اثر متغیرها بر اختلال شخصیت مرزی به عنوان متغیر ملاک

متغیر پیش‌بین	متغیر ملاک	فراوانی	درصد فراوانی	اندازه اثر (Z فیشر)
حمایت اجتماعی	اختلال شخصیت مرزی	۲	۲/۹۴	-۰/۲۶
افسردگی		۲	۲/۹۴	۰/۷۲
درد روانی		۱	۱/۴۷	۰/۸۳
هوش هیجانی		۲	۲/۹۴	-۰/۳۶
روابط ابژه		۱	۱/۴۷	۰/۷۱
تروما		۵	۷/۳۵	۰/۶۱
توانمندی ایگو		۱	۱/۴۷	۰/۱۷
خلق و خو		۱	۱/۴۷	۰/۲۸
سازمان شخصیت		۱	۱/۴۷	۰/۴۸
بدرفتاری‌های دوران کودکی		۱	۱/۴۷	۰/۲۹
ذهنی سازی		۱	۱/۴۷	-۱/۰۲
بدتنظیمی هیجان		۲	۲/۹۴	۰/۷۴
طرح‌واره ناسازگار اولیه		۱	۱/۴۷	۰/۴۴
سبک مقابله‌ای جبران افراطی		۱	۱/۴۷	۰/۳۱
ارزش خود		۱	۱/۴۷	-۰/۶۹
احساس تنهایی		۱	۱/۴۷	۰/۳۸
ناامیدی		۱	۱/۴۷	۰/۲۱
روابط شیء		۱	۱/۴۷	۰/۲۷
مکانیسم دفاعی		۱	۱/۴۷	۰/۴۲
طرح‌واره هیجانی		۱	۱/۴۷	۰/۳۹
جو عاطفی خانواده		۱	۱/۴۷	-۰/۴۰
سبک دل‌بستگی دوسوگرا و ناایمن		۴	۵/۸۸	۰/۳۳
سبک دل‌بستگی ایمن		۱	۱/۴۷	-۰/۱۷
تمایز یافتگی خود		۲	۲/۹۴	-۰/۲۶
عدم تحمل آشفتگی		۱	۱/۴۷	-۰/۲۱
دشواری در تنظیم هیجان		۲	۲/۹۴	۰/۶۶
آسیب کودکی		۲	۲/۹۴	۰/۲۷
سبک هویت هنجاری و تعهد		۱	۱/۴۷	-۰/۲۸
سبک هویت سردرگمی		۱	۱/۴۷	۰/۲۰
اضطراب		۱	۱/۴۷	۰/۱۹
ذهن آگاهی		۱	۱/۴۷	-۰/۵۶
مقابله معنوی منفی		۱	۱/۴۷	۰/۶۰
خشونت‌های خانوادگی		۱	۱/۴۷	۰/۳۲
کودک‌آزاری و غفلت		۱	۱/۴۷	۰/۲۱
مهارت‌های ارتباطی		۱	۱/۴۷	-۰/۴۶
انعطاف‌پذیری روان‌شناختی		۱	۱/۴۷	-۰/۸۱

ادامه جدول ۲- شدت اثر متغیرها بر اختلال شخصیت مرزی به عنوان متغیر ملاک

متغیر پیشین	متغیر ملاک	فراوانی	درصد فراوانی	اندازه اثر (z فیشر)
ناگویی خلقی	اختلال شخصیت	۳	۴/۴۱	۰/۳۲
سبک‌های پردازش هیجان		۱	۱/۴۷	۰/۲۷
رابطه والد-فرزندی	مرزی	۱	۱/۴۷	-۰/۲۷
شفقت به خود		۳	۴/۴۱	-۰/۵۰
جمع		۶۸	۱۰۰/۰	*

جدول ۲ نشان می‌دهد که در ۴۵ مورد، اختلال شخصیت مرزی به عنوان متغیر ملاک مورد مطالعه قرار گرفته و اندازه اثر به صورت مثبت و منفی بین ۰/۱۷ تا ۱/۰۲ بوده است. پس از محاسبه اندازه اثر، لازم است بررسی شود که آیا این مقدار اندازه اثر برای قبول یا رد فرضیه صفر مناسب است یا نه؟ برای این منظور، از مقادیر کوهن^۱ استفاده شد (جدول ۳).

جدول ۳- توزیع فراوانی طبقات اندازه اثر متغیرها بر اختلال شخصیت مرزی

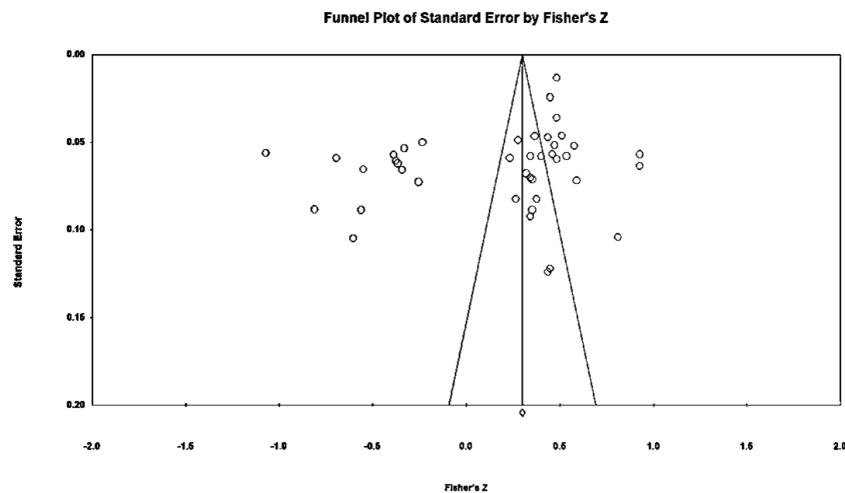
دامنه تغییر شدت بر اساس معیارهای کوهن	فراوانی	درصد فراوانی
شدت تأثیر زیر ۰/۳ (کم)	۱۷	۳۷/۷۸
بین ۰/۳ تا ۰/۵ (متوسط)	۱۴	۳۱/۱۱
۰/۵ و بالاتر (زیاد)	۱۴	۳۱/۱۱
جمع	۴۵	۱۰۰/۰

بر اساس جدول ۳ و منطبق با مقادیر کوهن، اندازه اثر به دست آمده در بازه اول کوچک است و فرضیه مورد مطالعه از قوت کافی برخوردار نیست. همچنین وقتی مقدار ۲ در بازه دوم (بین ۰/۳ تا ۰/۵) باشد، یعنی اندازه اثر متوسط و در نهایت هنگامی که مقدار ۲ در بازه سوم باشد، شدت تأثیر زیاد ارزیابی می‌شود. بر طبق این طبقه‌بندی، کمتر از یک سوم اندازه اثرها در پژوهش حاضر در طبقه کم قرار گرفته‌اند و این بدان معنی است که تقریباً یک سوم متغیرها از قوت کافی برخوردار نبوده و تأثیرگذاری و تأثیرپذیری آنها بر هم ضعیف خواهد بود. دوسوم دیگر اندازه اثرها (به میزان برابر) در سطح متوسط و زیاد، یعنی بیشتر از ۰/۳، قرار گرفته است. بر اساس جدول کوهن، متغیرهای این گروه (گروه طبقه متوسط) نسبت به گروه قبل از قوت و اطمینان بیشتری برخوردار است و متغیرهایی که در طبقه سوم قرار گرفته‌اند، دارای اطمینان بسیار بالایی هستند، یعنی اینکه با بررسی و آزمون مجدد این متغیرها، به احتمال بسیار زیاد تأثیرگذاری آنها تأیید خواهد شد. متغیرهای گروه سوم عبارت از خصیصه‌های هیجانی اولیه، عزت نفس، افسردگی، درد روانی، روابط ابژه، تروما، ذهنی‌سازی، بدتنظیمی هیجان، ارزش خود، دشواری در تنظیم هیجان، ذهن آگاهی، مقابله معنوی منفی، مهارت‌های ارتباطی، انعطاف‌پذیری روان‌شناختی و شفقت به خود هستند که بیشترین تأثیر را بر اختلال شخصیت مرزی داشته‌اند.

آزمون تعداد مطالعات لازم برای انجام فراتحلیل در این پژوهش با استفاده از برآورد شاخص تعداد ایمن از خطای روزنتال^۲ انجام شد و نشان داد باید تعداد ۵۷۷۶ مطالعه دیگر به مطالعات اضافه و بررسی شود تا مقدار P دو دامنه از ۰/۰۵ تجاوز نکند. این بدین معنی است که باید ۵۷۷۶ مطالعه دیگر انجام شود تا در نتایج نهایی محاسبات و تحلیل‌ها خطایی رخ دهد و این نتیجه، دقت و صحت بالای اطلاعات و نتایج به دست آمده در این پژوهش را نشان می‌دهد. تعداد ۵۷۷۶ مورد مطالعه فاصله از خطا مقدار مناسب و قابل توجهی است.

۱. Cohn

۲. Rosental N



شکل ۱- نمودار فانل^۱ (قیفی) پژوهش‌های اختلال شخصیت مرزی

با توجه به نمودار فایل یا قیفی پژوهش حاضر (شکل ۱)، از آنجا که متغیرهای مطالعات در بالای نمودار جمع شده است، بر عدم وجود سوگیری انتشار دلالت دارد. نتایج روش اصلاح و برازش نیز نشان داد ۵ مطالعه دیگر باید انجام شود تا این فراتحلیل به صورت کامل و عاری از نقص درآید. این ۵ مطالعه باعث می‌شود ارزش مشاهده‌شده ۰/۱۶ و ۰/۱۳ به ترتیب به مقادیر ۰/۲۰ و ۰/۱۸ اصلاح شود.

در ادامه فرایند پژوهش می‌بایست معناداری اندازه‌های اثر رتبه‌بندی شده (در جدول ۳) از نظر آماری موردآزمون قرار گیرد. از این رو، فرض صفر (H_0) و خلاف (H_1) برای اثر ثابت و تصادفی (H_0): میان اندازه اثرهای به‌دست آمده تفاوت معنادار وجود ندارد؛ H_1 : میان اندازه اثرهای به‌دست آمده تفاوت معنادار وجود دارد) مطرح و آزمون شد. منطبق با جدول ۴، با توجه به اینکه در سطح اطمینان ۹۵ درصد، سطح معنی‌داری از میزان خطا کوچک‌تر است، H_0 رد و H_1 پذیرفته می‌شود. یعنی میان اندازه اثرهای به‌دست آمده تفاوت معنادار وجود دارد و این به معنای ناهمگون بودن اندازه اثرهای به‌دست آمده است. این ناهمگونی یافته‌ها نشان از وجود متغیری تعدیل‌کننده نیز دارد که نتایج بررسی روی متغیرهای به‌دست آمده را تحت تأثیر قرار داده است.

جدول ۴- آزمون معناداری اندازه اثر

مدل	آماره Z	سطح معناداری	سطح خطا
اثر ثابت	۲۲/۱۶	۰/۰۰۰۱	۰/۰۵
اثر تصادفی	۲/۲۷	۰/۰۰۰۱	۰/۰۵

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف ترکیب کمی نتایج پژوهش‌های انجام‌شده مرتبط با اختلال شخصیت مرزی در سال ۱۴۰۲ انجام شد. در این پژوهش، بعد از جست‌جو در منابع اطلاعاتی مختلف، تعداد ۳۸ مقاله داخلی و ۲۷ مقاله خارجی شناسایی شدند که بعد از بررسی براساس معیارهای ورود و خروج از بین آن‌ها تعداد ۳۱ مقاله داخلی و ۱۰ مقاله خارجی بررسی شدند. این مقالات تعداد ۴۵ متغیر را به‌عنوان متغیر پیش‌بین اختلال شخصیت مرزی هدف قرار داده بودند و نتیجه فراتحلیل ۴۵ متغیر نشان داد که متغیرهای خصیصه‌های هیجانی اولیه، عزت نفس، افسردگی، درد روانی، روابط ابژه، تروما، ذهنی‌سازی، بدتنظیمی هیجان، ارزش خود،

۱. Funnel

دشواری در تنظیم هیجان، ذهن آگاهی، مقابله معنوی منفی، مهارت‌های ارتباطی، انعطاف‌پذیری روان‌شناختی و شفقت به خود بیشترین تأثیر را بر اختلال شخصیت مرزی داشته‌اند. از بین متغیرهای ذکر شده، مواردی همچون تروما و خصیصه‌های هیجانی اولیه مرتبط با دوران کودکی فرد بودند. در این راستا، پورتر و همکاران (۲۰۱۹) در متاآنالیز خود نشان دادند که ناملایمات دوران کودکی به‌طور قابل توجهی با اختلال شخصیت مرزی مرتبط است، به‌ویژه سوءاستفاده عاطفی و غفلت که بیشترین تأثیرات را داشته‌اند. کایسر و همکاران (۲۰۱۷) سوگیری توجه برای محرک‌های عاطفی را بررسی کردند و نقش برجسته‌ای برای آن در اختلال شخصیت مرزی یافتند. در مجموع، این پژوهش‌ها نشان می‌دهند که اختلال شخصیت مرزی با عوامل متعددی از جمله تجارب دوران کودکی، واکنش‌های عاطفی، فرایندهای تصمیم‌گیری، حساسیت به طرد و تأثیرات اجتماعی مرتبط است. این ارتباطات متقابل نشان‌دهنده پیچیدگی اختلال و ضرورت رویکردهای درمانی چندبُعدی و متناسب با نیازهای فردی هر بیمار است. درواقع، بین فرزندان مراقبان اولیه‌ای که خودشان نیز دارای رفتارهای مرزی هستند، به‌جای اینکه حالت‌های هیجانی‌شان مورد ارزیابی انعکاسی قرار بگیرند و در موردشان تأمل شود (و به‌جای کمک به آرام‌سازی)، اغلب احساسات و هیجاناتشان توسط مراقبان اولیه‌شان به اشتباه برجسب‌گذاری می‌شود و شخصی و خودپسندانه تلقی می‌شوند. بنابراین، در این افراد نقایصی در زمینه درک هیجانی، حس خودکارکرد، انعکاسی و درک علیت اجتماعی شکل می‌گیرند و توسعه می‌یابند. به‌علاوه، طبق نظر مسترسون، چون مراقبان اولیه بیماران مرزی اغلب ترس‌های زیادی از طردشدگی خودشان دارند، ممکن است از کودکان خود به‌عنوان موضوعاتی انتقالی استفاده کنند که به آن‌ها حس امنیت می‌دهند که این امر به نوعی روابط منجر می‌شود که در آن نقش‌ها وارونه شده‌اند؛ این نوع روابط اغلب بین بیماران مرزی و والدینشان مشاهده می‌شوند. افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی در واکنش به تهدیدات مکرر رها شدن از جانب مراقب اولیه‌ای که نمی‌تواند استقلال یا احساسات فرزند کوچک خود را تحمل کند، در مقابل افسردگی ناشی از رهاشدگی آسیب‌پذیر می‌شوند که این بیانگر این اعتقاد آن‌هاست که وجود خودشان به وجود یک دیگری بستگی دارد که ارضاکننده نیازهاست و باعث حفظ زندگی‌شان می‌شود (کلاین، ۲۰۱۹).

در این بین، با گریزی به سیر اختلال شخصیت مرزی، متون موجود حاکی از آن هستند که اختلال شخصیت مرزی از سیر بسیار متغیری برخوردار است. شایع‌ترین الگوی ثباتی مزمن از اوایل بزرگسالی، همراه با حملات شدید عدم کنترل هیجانی و تکانشگری و میزان زیاد مراجعه به مراکز بهداشتی و بهداشت روان است. آسیب ناشی از این اختلال و خطر خودکشی در سال‌های جوانی در بالاترین حد است و البته با افزایش سن فروکش می‌کند. اگرچه گرایش به هیجانات شدید، تکانشگری و شور و حرارت در روابط اغلب در طول عمر ادامه دارد، اما با شرکت در مداخله درمانی اغلب بهبود می‌یابند. چنین بهبودی گاهی در سال اول درمان آغاز می‌شود. در طی دهه‌های چهارم و پنجم، اکثریت مبتلایان به ثبات بیشتری در روابط و عملکرد حرفه‌ای خود دست می‌یابند. مطالعات پیگیری بر روی افراد شناسایی شده در درمانگاه‌های سرپایی بهداشت روان نشان می‌دهد که پس از حدود ده سال، نیمی از افراد دیگر از الگوی رفتاری منطبق با تمام ملاک‌های تمام‌عیار اختلال شخصیت مرزی برخوردار نیستند (انجمن روان‌شناسان آمریکا، ۲۰۱۹).

در موارد نسبتاً نادری از کودکان و نوجوانان که صفات شخصیتی ویژه و ناسازگارانه فرد به نظر نافذ و مستمر آمده و بعید است که به یک مرحله خاص تکاملی محدود شده یا به اختلال روانی دیگر تعلق داشته باشند، می‌توان طبقه‌بندی اختلال شخصیت را در اطفال یا نوجوانان هم به کار برد. البته باید دانست که صفات یک اختلال شخصیتی که در دوران کودکی ظهور می‌کنند، اغلب تا زندگی بزرگسالی بدون تغییر ادامه پیدا نخواهند کرد. از این رو، جهت تشخیص‌گذاری اختلال شخصیت در یک فرد زیر ۱۸

سال، بایستی علائم حداقل برای مدت یک سال حضور داشته باشند. یک استثنا برای آن، اختلال شخصیت ضداجتماعی است که نمی‌توان در افراد زیر ۱۸ سال تشخیص‌گذاری کرد؛ اگرچه طبق تعریف، شروع یک اختلال شخصیتی الزاماً نباید دیرتر از اوایل بزرگسالی باشد، اما ممکن است افراد تا سنین نسبتاً بالاتر عمر مورد توجه بالینی قرار نگیرند (بخشی‌زاده و رهانژاد، ۲۰۱۹).

ازسوی دیگر، در یک خانواده سالم و مطلوب به‌لحاظ جو روانی، ترجیحات و تمایلات شخصی کودک (مثل لباس‌ها و رنگ اتاق و غیره) به حساب آورده می‌شوند. پاسخ‌های هماهنگ و غیرآزارنده والدین به رشد کودکانه منجر می‌شود که توانایی بهتری در تمایز قائل شدن میان حالات هیجانی خود و دیگران دارند. درمقابل، در یک محیط بی‌اعتبارساز، پاسخ‌های والدین به تظاهرات هیجانی کودک با هیجان‌های زیربنایی او همخوان نیست. به این معنی که یا به کل هیجانات کودک را بی‌پاسخ می‌گذارند و یا اینکه واکنش‌های شدید و منفی نشان می‌دهند. تفاوت‌ها و مغایرت‌های مداوم که کودک بین تجربه درونی خویش با پاسخ‌هایی که از محیط به‌عنوان واقعیت بیرونی خود دریافت می‌کند، شالوده شکل‌گیری بسیاری از نقص‌های رفتاری است که در اختلال شخصیت مرزی با آن مواجه هستیم. مارشا لینهان مطرح می‌کند که اختلال شخصیت مرزی زمانی پدید می‌آید که اشخاصی که نوعی بیماری‌پذیری زیستی در مهار هیجان‌هایشان دارند، در محیط خانوادگی بی‌اعتبارکننده بزرگ می‌شوند. یعنی بیماری‌پذیری سوءتنظیم هیجانی از راه تعامل با تجارب بی‌اعتبارسازی به پیدایش اختلال شخصیت مرزی کمک می‌کند. همچنین شواهد زیادی وجود دارند که نشان می‌دهند عوامل عصب‌شناختی نیز با اختلال شخصیت مرزی ارتباط دارند. درمجموع، عوامل سبب‌شناختی و عوامل خطر ساز متعددی برای اختلال شخصیت مرزی گزارش شده است که در یک تقسیم‌بندی کلی به عوامل محیطی و سرشتی طبقه‌بندی می‌شوند. فقدان‌ها و جدایی‌های اولیه، روابط خانوادگی آشفته، تضادهای ارتباطی شدید میان والدین و سوءاستفاده‌های جسمی و جنسی کودک از جمله عوامل محیطی دخیل در سبب‌شناسی مرزی است. ازطرف دیگر، تاریخچه خانوادگی ابتلا به اختلالات روانی، به‌خصوص اختلالات خلقی و اختلالات مرتبط با کنترل، تکانه آسیب‌پذیری‌های خاص در خلق و خوی بیماران مرزی و آسیب‌های عصب‌شناختی بیوشیمیایی از جمله عوامل سرشتی دخیل در سایکوپاتی مرزی است (زانارینی و فرانکینبورک، ۲۰۱۷).

در خانواده‌های بیماران اختلال شخصیت مرزی، والدین تجربه‌های هیجانی دردناک فرزندان را ناچیز و بی‌اهمیت قلمداد می‌کنند و حتی آن‌ها را به نقص‌های شخصی خود کودک، مثل نداشتن عرضه برای کسب یک دیدگاه مثبت‌تر، بی‌نظمی، تنبلی و غیره نسبت می‌دهند. علاوه‌براین، هیجان‌های مثبت شدید کودک را باز به حساب صفات منفی او می‌گذارند، مثل نداشتن قضاوت و درک درست، تکانشی بودن، بی‌فکر عمل کردن و غیره. شکل افراطی یک محیط خانوادگی بی‌اعتبارساز و بیمارگونه، سوءاستفاده جسمی یا جنسی از کودک است که در آن والد بدرفتار مدعی عشق به کودک است و درعین حال او را آزار می‌دهد. نتیجه نهایی این محیط بی‌اعتبارساز این است که کودک احساسات درونی خویش را عاری از اعتبار بداند و خودش را مجبور کند که راه‌های درست تفکر و احساس را در محیط اطرافش بیابد، نه در درون خویش. بی‌اعتبارسازی هیجان‌ها، به‌ویژه هیجان‌های منفی، از خصایص جوامعی است که اهمیت فوق‌العاده بر موفقیت و خودکنترلی فردی قائل‌اند و حتی آن را رواج هم می‌دهند؛ پدیده‌ای که در فرهنگ جامعه غرب کاملاً متداول است (داویسون و همکاران، ۲۰۱۷). دراین‌بین، آنچه مسلم است این است که تجارب دردناک دوران کودکی ارتباط تنگاتنگی با اختلال شخصیت مرزی دارند. یک عامل خطر محیطی برای اختلال شخصیت مرزی تجربیات استرس‌زا و ناگوار اوایل زندگی، به‌ویژه غفلت فیزیکی و بدرفتاری جنسی است. مطالعات مختلف نشان داده است که مبتلایان به این اختلال شخصیتی بسیار بیشتر از افراد گروه گواه و افراد مبتلا به سایر اختلالات روانی از سوءاستفاده خبر می‌دهند. متأسفانه نمی‌توان از این گونه مطالعات که اغلب بر مبنای یادآوری خاطرات گذشته است و هم‌بستگی‌های میان پدیده‌ها را بدون

در نظر گرفتن علت سوم ارزیابی می‌کنند، نتایج قطعی به دست آورد. حدود ۷۰ درصد مبتلایان غفلت فیزیکی و هیجانی و سوءاستفاده جنسی را گزارش می‌دهند. سوءاستفاده جنسی در اوایل کودکی پیش‌بین قوی برای اختلال شخصیت مرزی در بزرگسالی است (هافمن، ۲۰۱۹). احتمال آنکه بیماران دچار اختلال شخصیت مرزی سابقه جدایی از والدین، بدرفتاری کلامی و بدرفتاری عاطفی را در خلال کودکی گزارش کنند، بسیار بیشتر از سایر بیماران محور II است. شواهد زیادی وجود دارند که تروما و سوءاستفاده در کودکی در سبب‌شناسی تعدادی از اختلالات روانی، به‌خصوص اختلال شخصیت چندگانه، اختلال شخصیت مرزی، اختلال شبه‌جسمی، افسردگی و سوءمصرف مواد دخیل باشند (پیکرینگ، ۲۰۲۱). بدرفتاری جسمی و جنسی در کودکی عامل فشارزای شدیدی است که در ۲۹-۷۱٪ بیماران اختلال شخصیت مرزی یافت شده است. اعتقاد بر این است که این گونه بدرفتاری‌ها در میان اشخاص دچار اختلال شخصیت مرزی بیشتر است تا در میان اشخاص دچار اختلال‌های محور، به‌استثنای اختلال هویت گسستی که نرخ بسیار بالای بدرفتاری کودکی مشخصه آن نیز هست. با توجه به فراوانی علائم گسستی در اشخاص دچار اختلال شخصیت مرزی، می‌توان حدس زد که اختلال شخصیت مرزی و اختلال گسستی احتمالاً با هم ارتباط دارند. در هر دو، استرس مفرط دوران کودکی باعث گسست می‌شود. درحقیقت، در یک مطالعه این نتیجه به دست آمد که اشخاصی که پس از بدرفتاری کودکی دچار گسست شدند، بیشتر احتمال داشت دچار علائم اختلال شخصیت مرزی شوند. از آنجایی که گسست یا تجزیه به‌عنوان پاسخ دفاعی در تروما تشخیص داده شده است، تعجب‌آور نیست که افرادی با تجربه بدرفتاری دوران کودکی، سطوح بالایی از نشانه‌های تجزیه‌ای را نسبت به افرادی که بدرفتاری ندیده‌اند، گزارش دهند (لوبین و همکاران، ۲۰۱۹).

افرادی که حوادث آسیب‌زای زندگی را تجربه می‌کنند- مانند سوءاستفاده جسمی یا جنسی در دوران کودکی یا بی‌توجهی و جدایی از والدین- در معرض افزایش خطر ابتلا به اختلال شخصیت مرزی قرار دارند. در حمایت از این امر، چندین مطالعه دیگر نیز نشان داده‌اند که تشخیص اختلال شخصیت مرزی بیش از سایر اختلالات شخصیتی با کودک‌آزاری همراه است و از آن غفلت می‌شود و دامنه آن بین ۳۰ تا ۹۰٪ در بیماران اختلال شخصیت مرزی است (مارتین بلانکو و همکاران، ۲۰۱۸).

شواهد موجود نشان می‌دهند که دوران کودکی افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی با والدگری متعدّد طلاق، والدین جدایی یا مرگ یکی از افراد مهمّ زندگی، خشونت فیزیکی در خانواده، تجربه بزرگ شدن توسط سایر اعضای خانواده یا در مؤسسات که نسبت مراقب به کودک خیلی پایین است، زندگی خانوادگی آشفته، سطوح بالای استرس تجربه‌شده در خانواده و سوءاستفاده فیزیکی یا جنسی همراه است و در پایان مشکلات مصرف مواد یا دارو، عدم اشتغال تمام‌وقت والدین، بهزیستی پایین و سطوح پایین آموزش آنان، زمینه سوءاستفاده از کودکان و در نتیجه احتمال ابتلا به اختلال شخصیت مرزی را افزایش می‌دهد. اما باوجود دامنه گسترده تحقیقات مبنی بر ارتباط و هم‌بستگی میان صفت شخصیت مرزی و آسیب اوایل کودکی، تمامی افرادی که رویدادهای جنسی، فیزیکی و روان‌شناختی ناسازگارانه را تجربه کرده‌اند، به این اختلال دچار نمی‌شوند (بارلو و پوراند، ۲۰۱۹).

علاوه بر تجارب نامطلوب دوران کودکی، اشکالاتی عاطفی در رابطه با مادر و مراحل شکل‌گیری شخصیت مستقل و سرشتی (زانارینی و فرانکینبورگ، ۲۰۱۷)، سبک‌های دل‌بستگی (سکات و همکاران، ۲۰۱۹؛ بنی و همکاران، ۲۰۱۷؛ فوناگی و بتن، ۲۰۱۷) در بروز اختلال شخصیت مرزی دخیل هستند. شخصیت مرزی بر کارکردهای عاطفی، شناختی و رفتاری فرد تأثیر می‌گذارد که نتیجه ترکیب آن‌ها شاخص‌ترین ویژگی تشخیصی اختلال شخصیت مرزی، یعنی اختلال در کارکرد روابط بین‌فردی، است (زانارینی و فرانکینبورگ، ۲۰۱۷). علاوه بر این، تأثیرات عاطفی (گاردنر و همکاران، ۲۰۱۷) و تأثیرات بین‌فردی از دیگر اثرات اختلالات شخصیت مرزی است.

یافته‌ها همچنین نشان دادند که ناهمگونی بین اندازه‌های اثر مشاهده‌شده دالّ بر وجود متغیرهای میانجی است که نتایج تحقیقات را تحت تأثیر خود قرار داده است. بنابراین با وجود اینکه پژوهش‌های مختلفی در زمینه علل و عوامل اختلال شخصیت مرزی انجام شده که ابعاد مختلفی از این اختلال را بررسی کرده‌اند، اما بین این پژوهش‌ها ناهمگنی وجود دارد. ناهمگنی یا ناهمگونی، عبارت از تفاوت بین نتایج تحقیقات است. این ناهمگونی یا تفاوت نتایج می‌تواند به علل مختلف ایجاد شود. برای تشخیص دقیق‌تر ناهمگونی، از آزمون Q استفاده می‌شود. این آزمون مانند کای اسکوئر میزان تفاوت را در مجموعه‌ای از آزمایشات اندازه‌گیری می‌کند و به ما می‌گوید که آیا میزان آن بیشتر از مقدار موردانتظار است یا نه. در اینجا فرضیه صفر بیانگر عدم معنی‌داری اندازه اثرهای به‌دست آمده است و فرضیه مقابل بر وجود تفاوت معنی‌دار میان اندازه اثرهای به‌دست آمده دلالت دارد.

با توجه به اینکه ویژگی‌های نمونه‌های آماری مطالعات موردنظر کاملاً تفکیک‌شده و شفاف نبود، امکان تقسیم مطالعات به زیرگروه‌ها براساس متغیرهای تعدیلگر وجود نداشت. بنابراین، در شناسایی متغیرهای تعدیل‌کننده محدودیت وجود داشته است. از این‌رو، نظر به اینکه دستاورد فراتحلیل کمی حاکی از ناهمگونی اندازه اثرات مشاهده‌شده بود و این ناهمگونی نشان از وجود متغیری تعدیل‌کننده است، در چنین شرایطی با توجه به اینکه پژوهش حاضر جهت رفع این مسئله با محدودیت مواجه بوده است، به پژوهشگران حیطه فراتحلیل پیشنهاد می‌شود متغیر یا متغیرهای مداخله‌گری را بررسی کنند که ممکن است این ناهمگونی به‌علت تأثیر احتمالی آن‌ها رخ داده باشد. این کار به‌وسیله طبقه‌بندی داده‌ها به حداقل دو گروه فرعی با توجه به متغیرهایی که به‌طور نظری برای این گروه‌بندی مناسب هستند، صورت می‌گیرد (متغیرهایی مانند جنس یا سطح تحصیلات). سپس باید برای هر کدام از گروه‌های فرعی، فراتحلیل‌های جداگانه‌ای انجام شود. با توجه به بررسی انجام‌شده، اختلال شخصیت مرزی با عوامل متعددی مرتبط است که نشان‌دهنده پیچیدگی اختلال و ضرورت رویکردهای درمانی چندبعدی و متناسب با نیازهای فردی هر بیمار است. در این راستا، انجام پژوهشی با هدف یکپارچه‌سازی و تجزیه و تحلیل منظم اطلاعات موجود از پژوهش‌های مختلف می‌تواند درک بهتر و جامع‌تری از اختلال شخصیت مرزی و علل زمینه‌ای آن فراهم آورد. از این‌رو، پیشنهاد می‌شود متخصصان و پژوهشگران حیطه اختلال شخصیت مرزی، شناسایی الگوهای مهم و تعیین ارتباطات قوی‌تر بین عوامل مختلف و اختلال شخصیت مرزی را هدف قرار دهند.

پیروی از اصول اخلاق پژوهش

این مقاله به‌صورت بررسی متون تدوین شده و عوامل انسانی در آن دخالت داده نشده است. اما به‌منظور رعایت امانت‌داری متون، منابع تمامی متون استفاده‌شده ارائه شده‌اند.

حامی مالی

مقاله حاضر فاقد حامی مالی بوده و هزینه‌های آن از سوی نویسنده اول که دانشجوی دکترای رشته روان‌شناسی است، تأمین شده است.

نقش هریک از نویسندگان

تمامی نویسندگان سهم یکسانی در نگارش مقاله داشته‌اند.

تضاد منافع

مقاله حاضر با اصول نشریه تضاد منافع ندارد.

References

- Abramov, G., Kautz, J., Miellet, S., & Deane, F. P. (2022). The influence of attachment style, self-protective beliefs, and feelings of rejection on the decline and growth of trust as a function of borderline personality disorder trait count. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 44(3), 773-786. [10.1007/s10862-022-09965-9](https://doi.org/10.1007/s10862-022-09965-9)
- Afshani, A., Esmailian, N., Dehghani, M., & Mazaheri, M. A. (2022). The Prediction of Borderline Personality Characteristics based on Attachment Styles and Self-Differentiation: The Mediating Role of Emotion Regulation. *Journal of Family Research*, 17(4), 613-631. [10.52547/JFR.17.4.613](https://doi.org/10.52547/JFR.17.4.613)
- Ahmadian, F., Pour Sharifi, H. and Rajazi, 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. [link](#)
- American Psychiatric Association. (2019). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. 5th ed. Washington D.C. [link](#)
- Arwaneh, P., Abdi, R. and Chelebianlu, G. (2019). Relationships between abnormal dimensions of personality and characteristics of cluster personality disorders c. *Master's thesis in general psychology*, Shahid Madani University of Azerbaijan, Faculty of Educational Sciences and Psychology. [link](#)
- Ashuri, A. and Vahdat Shariat Panahi, M. (2020). Prevalence of group B personality disorders in people suffering from sexual sadomasochism in Tehran in 2018-2019. *Thesis of Doctor of General Medicine*, Tehran Islamic Azad University of Medical Sciences, Faculty of Medicine. [link](#)
- Bakhshizadeh, A., & Rahanejad, A. M. (2019). Predicting of borderline personality disorder (BPD) based on emotional intelligence, apathy and empathy among the soldiers admitted to a military hospital. *Revista Latinoamericana de Hipertensión*, 14(1), 75-82. [link](#)
- Barlow, D. H, & Durand, V. M. (2018). *Essential of Abnormal Psychology*. California: Thonson wad worth. [link](#)
- Bates ME, Buckman JF, Vaschillo EG, Fonoberov VA, Fonoberova M, Vaschillo B, et al. (2011). The redistribution of power: neurocardiac signaling, alcohol and gender. *PLoS ONE* 6 (12): e28281. [10.1371/journal.pone.0028281](https://doi.org/10.1371/journal.pone.0028281)
- Bayani, B., Jafari, A., Shafie Abadi, A., & Hoseinian, S. (2023). The prediction Model of OCD personality based on complex trauma and object relation with mediating role of ego strength in conflicting couples. *Journal of Applied Family Therapy*, 4(5), 1-20. [10.22034/aftj.2023.340783.1566](https://doi.org/10.22034/aftj.2023.340783.1566)
- Beeney, J. E., Stepp, S. D., Hallquist, M. N., Scott, L. N., Wright, A. G., Ellison, W. D., & Pilkonis, P. A. (2017). Attachment and social cognition in borderline personality disorder: Specificity in relation to antisocial and avoidant personality disorders. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment*, 6(3), 207-15. [10.1037/per0000110](https://doi.org/10.1037/per0000110)
- Brown, W. C., Tragesser, S. L., Tomko, R. L., Mehl, M. R., & Trull, T. J. (2018). Recall of expressed affect during naturalistically observed interpersonal events in those with borderline personality disorder of depressive disorder. *Assessment*, 21(1), 73-81. [10.1177/1073191113504618](https://doi.org/10.1177/1073191113504618)
- Cavelti, M., Thompson, K., Chanen, A. M., & Kaess, M. (2021). Psychotic symptoms in borderline personality disorder: developmental aspects. *Current opinion in psychology*, 37, 26-31. [10.1016/j.copsyc.2020.07.003](https://doi.org/10.1016/j.copsyc.2020.07.003)
- Chalblianlou, G., Abdi, R., Nozari, F. and Vakili Harris, sh. (2022). Clustering of borderline and narcissistic personality disorders based on personality and character dimensions in men with substance abuse. *Addiction Research*, 16(63), 121-144. [10.52547/etiadjpajohi.16.63.121](https://doi.org/10.52547/etiadjpajohi.16.63.121)
- Chapman J, Jamil RT, Fleisher C. (2021). Borderline Personality Disorder. [Updated 2022 Jan 25]. In: *StatPearls [Internet]*. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2022 Jan. [link](#)

- Davison, D., Neal, J., Kring, A., Johnson, S. (2017). *Abnormal Psychology*. New York: Wiley. [link](#)
- Dixon-Gordon, K. L., Peters, J. R., Fertuck, E. A., & Yen, S. (2017). Emotional processes in borderline personality disorder: An update for clinical practice. *Journal of Psychotherapy Integration*, 27(4), 425–438. [10.1037/int0000044](#)
- Enfeal, N., Omidhar, B. and Zarenejad, M. (2021). Prediction of borderline personality organization traits based on childhood trauma and family emotional climate in drug addicts. *Pajouhan Scientific Journal*, 19 (3), 1-11. [10.61186/psj.19.3.1](#)
- Fertuck, E. A., Karan, E., & Stanley, B. (2016). The specificity of mental pain in borderline personality disorder compared to depressive disorders and healthy controls. *Borderline personality disorder and emotion dysregulation*, 3, 1-8. [10.1186/s40479-016-0036-2](#)
- Fonagy, P., & Bateman, A. W. (2017). Mentalizing and borderline personality disorder. *Journal of Mental Health*, 16(1), 83-101. [10.1080/09638230601182045](#)
- Gardner, K. J., Qualter, P., & Tremblay, R. (2017). Emotional functioning of individuals with borderline personality traits in a nonclinical population. *Psychiatry research*, 176, 208-212. [10.1016/j.psychres.2009.08.001](#)
- Ghadri, M., Salahian, A. and Mehdi Iraqi, M. (2020). Investigating the prevalence of personality disorders in divorced women covered by welfare in Sanandaj city. *Master's thesis in Educational Psychology*, Payam Noor University, Kurdistan Province, Payam Noor Center, Sanandaj. [link](#)
- Golestani Nejad, R. and Mohammadi Ahmadabadi, N. (2020). The mediating role of stressful life events in the relationship between personality traits and readiness for addiction in women referred to addiction treatment clinic in Yazd. *Master's Thesis in Educational Psychology*, Payam Noor University, Yazd Province, Payam Noor Taft Center.
- Gupta, N., Gupta, M., Madabushi, J. S., & Zubiar, F. (2023). Integrating psychosocial risks with emerging evidence for borderline personality disorders in adolescence: An update for clinicians. *Cureus*, 15(6): e40295. [10.7759/cureus.40295](#)
- Hashworth, T., Reis, S., & Grenyer, B. F. (2021). Personal agency in borderline personality disorder: The impact of adult attachment style. *Frontiers in psychology*, 12, 669512. [10.3389/fpsyg.2021.669512](#)
- Hasya, N. H. (2023). THE IMPACT OF CHILDHOOD TRAUMA ON BORDERLINE PERSONALITY DISORDER. *Journal of Psychiatry Psychology and Behavioral Research*, 4(2), 33-36. [10.21776/ub.jpbr.2023.004.02.9](#)
- Hoffman, L. (2019). *Foundations of family therapy: A conceptual framework for systems change*. New York: Basic Books. [link](#)
- 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. [10.1159/000448624](#)
- Kaur, M., & Sanches, M. (2023). Parenting role in the development of borderline personality disorder. *Psychopathology*, 56(1-2), 109-116. [10.1159/000524802](#)
- Kaurin, A., Beeney, J. E., Stepp, S. D., Scott, L. N., Woods, W. C., Pilkonis, P. A., & Wright, A. G. (2020). Attachment and borderline personality disorder: Differential effects on situational socio-affective processes. *Affective science*, 1(3), 117-127. [10.1007/s42761-020-00017-7](#)
- Keng, S. L., & Wong, Y. Y. (2017). Association among self-compassion, childhood invalidation, and borderline personality disorder symptomatology in a Singaporean sample. *Borderline personality disorder and emotion dysregulation*, 4, 24. [10.1186/s40479-017-0075-3](#)
- Klein, R. (1988). Introduction to the disorders of the self. In J. F. Masterson & R. Klein (Eds.), *Psychotherapy of the disorders of the self*. New York: Brunner/Mazel. [10.4324/9780203776551](#)

- Konvalin, F., Grosse-Wentrup, F., Nenov-Matt, T., Fischer, K., Barton, B. B., Goerigk, S., & Reinhard, M. A. (2021). Borderline personality features in patients with persistent depressive disorder and their effect on CBASP outcome. *Frontiers in psychiatry*, 12, 608271. [10.3389/fpsyt.2021.608271](https://doi.org/10.3389/fpsyt.2021.608271)
- Kunst, H., Lobbestael, J., Candel, I., & Batink, T. (2020). Early maladaptive schemas and their relation to personality disorders: A correlational examination in a clinical population. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 27(6), 837-846. [10.1002/cpp.2467](https://doi.org/10.1002/cpp.2467)
- Lowenstein, L. F. (2019). How does borderline personality disorder affect parental care. *Journal of Divorce and Remarriage*, 55, 636-644. [10.1080/10502556.2014.959110](https://doi.org/10.1080/10502556.2014.959110)
- Lubin, H., Read Johnson, D., South wick, S. M. (2019). Impart of childhood abuse on adult psychopathology: A case report. [link](#)
- Martin-Blanco A, Soler J, Villalta L, Feliu-Soler A, Elices M, Perez V. (2014). Exploring the interaction between childhood maltreatment and temperamental traits on the severity of borderline personality disorder. *Compr Psychiatry*. 55(2), 311-8. [10.1016/j.comppsy.2013.08.026](https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2013.08.026)
- Miller, C. E., Townsend, M. L., & Grenyer, B. F. (2021). Understanding chronic feelings of emptiness in borderline personality disorder: a qualitative study. *Borderline personality disorder and emotion dysregulation*, 8, 1-9. [10.1186/s40479-021-00164-8](https://doi.org/10.1186/s40479-021-00164-8)
- Miller, C. E., Townsend, M. L., Day, N. J., & Grenyer, B. F. (2020). Measuring the shadows: A systematic review of chronic emptiness in borderline personality disorder. *PLoS One*, 15(7), e0233970. [10.1371/journal.pone.0233970](https://doi.org/10.1371/journal.pone.0233970)
- Mohammadi, A., Mahmoud Alilo, M. and Bakshipour, A. (2021). Effectiveness of dialectical behavior therapy and repeated transcranial magnetic stimulation of posterior-lateral prefrontal cortex on the symptoms of borderline personality disorder. *Master's thesis in clinical psychology*, Tabriz University, Ares International Campus.
- Nozarigarai, F., Chelbianlu, G. and Abdi, R. (2020). Correlation pattern between abnormal dimensions of personality, brain-behavioral system, anxiety and cluster B personality disorders. *Master's thesis in general psychology*, Shahid Madani University of Azerbaijan, Faculty of Educational Sciences and Psychology. [link](#)
- Otto, B., Kokkelink, L., & Brüne, M. (2021). Borderline personality disorder in a “life history theory” perspective: evidence for a fast “pace-of-life-syndrome”. *Frontiers in Psychology*, 12, 715153. [10.3389/fpsyg.2021.715153](https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.715153)
- Parvaz, R., Chelbianlu, G. and Abdi, R. (2020). The role of abnormal personality dimensions and positive emotional load system in predicting symptoms of borderline personality disorder with the mediation of rejection sensitivity and slow processing speed. *Master's thesis in general psychology*, Shahid Madani University of Azerbaijan, Faculty of Educational Sciences and Psychology. [link](#)
- Pickering, T. G. (2021). Ambulatory Monitoring and Blood Pressure Variability. London: Science. [link](#)
- Pohl, S., Steuwe, C., Mainz, V., Driessen, M., & Beblo, T. (2021). Borderline personality disorder and childhood trauma: Exploring the buffering role of self-compassion and self-esteem. *Journal of Clinical Psychology*, 77(3), 837-845. [10.1002/jclp.23070](https://doi.org/10.1002/jclp.23070)
- Porter, C., Palmier-Claus, J., Branitsky, A., Mansell, W., Warwick, H., & Varese, F. (2019). Childhood adversity and borderline personality disorder: a meta-analysis. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 141(1), 6-20. [10.1111/acps.13118](https://doi.org/10.1111/acps.13118)
- Pour Mohammad, P. and Jahangiri, Z. (2019). The role of childhood traumas and attachment styles in predicting borderline personality traits in a non-clinical population. *New Psychological Research Quarterly*, 14 (54.2), 1-9. [link](#)

- Pournakash Tehrani, S. and Qalandzadeh, Z. (2018). Investigating the relationship between family violence and its psychological consequences with borderline personality disorder and alcohol abuse. *Journal of Psychological Science*, 17(67), 344-337. [link](#)
- Pourshahriar, H., Alizadeh, H. and Rajaeinia, K. (2018). Childhood emotional abuse experience and features of borderline personality disorder in adulthood: the mediating role of attachment styles and emotional regulation. *Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology*, 24 (2), 162-153. [10.32598/ijpcp.24.2.148](#)
- Reichl, C., & Kaess, M. (2021). Self-harm in the context of borderline personality disorder. *Current opinion in psychology*, 37, 139-144. [10.1016/j.copsyc.2020.12.007](#)
- Rezaei, N., Ghaderi, F., & Akrami, N. (2020). The Relationship between Self-Compassion, Perceived Social Support, and Self-esteem with Women's Borderline Personality Symptoms, Mediating Role of Aloneness and Hopelessness. *Journal of Psychological Studies*, 16(3), 57-74. [10.22051/psy.2020.29428.2107](#)
- Rostami Far, R. and Sajjadian, P. (2021). Investigating the role of thought control, mindfulness, distress tolerance and dyslexia in predicting the symptoms of borderline personality disorder in female secondary school students. *Master's thesis in general psychology*, Faizul Islam Institute of Higher Education, Faculty of Humanities. [link](#)
- Saboor, S., Zarbakhsh, M. R., & Khaneh Keshi, A. (2023). Structural model of borderline personality syndrome based on the experience of childhood trauma and emotional dysregulation with the mediating role of mentalization. *Journal of Applied Family Therapy*, 4(3), 337-354. [10.22034/aftj.2023.364889.1783](#)
- Safari, M., Ismailpour, Kh. and Bakshipour, A. (2021). The relationship between family functioning and ego strength with borderline personality disorder. *Master's thesis in clinical psychology*, Tabriz University, Faculty of Educational Sciences and Psychology.
- Saleki, M., Dehghani, M., Mazaheri Tehrani, M. A., & Heidari, M. (2023). Studying the Role of Anxiety and Depression in Predicting the Characteristics of Borderline Personality Disorder with Psychological Pain Modulator. *Journal of Applied Psychological Research*, 14(1), 227-242. [10.22059/japr.2023.331374.644023](#)
- Schulze, A., Cloos, L., Zdravkovic, M., Lis, S., & Krause-Utz, A. (2022). On the interplay of borderline personality features, childhood trauma severity, attachment types, and social support. *Borderline Personality Disorder and Emotion Dysregulation*, 9(1), 35. [10.1186/s40479-022-00206-9](#)
- Scott, L. N., Kim, Y., Nolf, K. A., Hallquist, M. N., Wright, A. G., Stepp, S. D., & Pilkonis, P. A. (2019). Preoccupied attachment and emotional dysregulation: specific aspects of borderline personality disorder or general dimensions of personality pathology?. *Journal of personality disorders*, 27(4), 473-495. [10.1521/pedi_2013_27_099](#)
- Shafizadeh, M., Makvand Hosseini, Sh. and Rezaei, A. (2020). Comparison of personality disorders and traits between people with suicidal thoughts and attempts. *Master's thesis in clinical psychology*, Semnan University, Faculty of Psychology and Educational Sciences. [link](#)
- Siros, M., Mirzaian, B. and Hassanzadeh, R. (2021). The Effectiveness of Functional Analytical Therapy on Object Relations and Coping with Stressful Situations in Patients with Borderline Personality Disorder. *Community Health*, 15(2), 58-50. [10.22123/chj.2021.270512.1664](#)
- Skaug, E., Czajkowski, N. O., Waaktaar, T., & Torgersen, S. (2022). The role of sense of coherence and loneliness in borderline personality disorder traits: a longitudinal twin study. *Borderline personality disorder and emotion dysregulation*, 9(1), 19. [10.1186/s40479-022-00190-0](#)
- Taheri, S., Rah Nejat, A., Manouchehri, M., Sabayan, B., Habi, M., Donyavi, V. And witness Haq Qadam, e. (2020). Comparison of brain-behavioral systems in soldiers diagnosed with disorder or borderline personality traits with healthy soldiers. *Military Psychology*, 11(42), 43-53. [link](#)

- Tajiknejad, M. and Mehrinejad, A. (2016). Investigating the relationship between childhood abuses and losses, emotional dysregulation and borderline personality disorder. *Master's thesis in clinical psychology*, Islamic Azad University, Shahrood branch, Faculty of Literature and Humanities. [link](#)
- Thadani, B., & Pérez-García, A. M. (2022). Functional impairment in borderline personality disorder: The mediating role of perceived social support. *Frontiers in Psychology*, 13, 883833. [10.3389/fpsyg.2022.883833](https://doi.org/10.3389/fpsyg.2022.883833)
- Warren, R. (2015). Emotion regulation in borderline personality disorder: The role of self-criticism, shame, and self-compassion. *Personality and Mental Health*, 9(1),84-6. [10.1002/pmh.1290](https://doi.org/10.1002/pmh.1290)
- Zadafshar, S., & Akrami, N. (2020). The Prediction Model of Borderline Personality Disorder in Women Based on Parent-child Relationship and Perceived Social Support: Mediating Role of Self-compassion, Forgiveness and Self-esteem. *Journal of Woman and Family Studies*, 8(3), 184-204. [10.22051/jwfs.2020.30205.2358](https://doi.org/10.22051/jwfs.2020.30205.2358)
- Zanarini, M. C., Frankenburg, F. R. (2017). Pathways to the development of borderline personality disorder. *J Personality Disorder*. 11(1),93-104. [10.1521/pedi.1997.11.1.93](https://doi.org/10.1521/pedi.1997.11.1.93)