

فهرست

۷	پیشگفتار.....
۱۳	منابع.....
۱۵	فصل ۱: کلیات.....
۱۵	مقدمه.....
۱۷	چشم‌انداز تاریخی اختلال شخصیت مرزی.....
۱۸	مفهوم‌سازی‌های مختلف از اختلال شخصیت مرزی.....
۳۱	تشخیص و طبقه‌بندی BPD بر اساس معیارهای تشخیصی ICD-10.....
۳۱	مدل ابعادی اختلال شخصیت مرزی.....
۳۳	انواع شخصیت مرزی از دیدگاه میلون.....
۴۱	تشخیص افتراقی اختلال شخصیت مرزی از سایر اختلالات.....
۴۴	مکانیسم‌های دفاعی بیماران مبتلا به اختلال شخصیت مرزی.....
۵۴	ارزیابی علایم بیماران مبتلا به اختلال شخصیت مرزی.....
۵۸	فصل ۲: همایندی مرضی و سیر بالینی اختلال شخصیت مرزی.....
۶۰	همایندی مرضی در اختلال شخصیت مرزی.....
۶۴	سیر بالینی و پیش‌آگهی اختلال شخصیت مرزی.....
۶۸	فصل ۳: جرح خویشتن تعمدی.....
۷۰	طبقه‌بندی رفتار جرح خویشتن (SIB).....
۷۱	مدل‌های تبیینی خودزنی.....
۸۲	خودآسیب‌رسانی تعمدی و عملکرد حافظه‌ی سرگذشتی در بیماران مرزی.....
۸۶	فصل ۴: سبب‌شناسی اختلال شخصیت مرزی.....
۸۶	مقدمه.....
۸۷	غفلت و وقایع تروماتیک دوران کودکی.....
۹۷	عوامل ارثی و زیستی.....
۱۰۰	نظریه روابط شیئی کرنبرگ.....
۱۰۷	دیدگاه روابط شیئی مسترسون.....
۱۰۹	مدل مسیرهای چندگانه‌ی زانارینی و فرانکنبورگ.....
۱۱۰	فصل ۵: موضوعات کلی در درمان اختلال شخصیت مرزی.....
۱۱۱	سطوح درمان و مراقبت از بیماران مبتلا به اختلال شخصیت مرزی.....
۱۱۸	ریزش بیماران مبتلا به اختلال شخصیت مرزی از جلسات روان‌درمانی.....
۱۲۲	اصول مصاحبه با بیمار مبتلا به اختلال شخصیت مرزی.....
۱۲۴	فصل ۶: رفتاردرمانی دیالکتیکی.....
۱۲۴	مقدمه.....
۱۲۵	رفتاردرمانی دیالکتیکی.....
۱۲۷	نظریه‌ی زیستی-اجتماعی لینهان.....
۱۳۰	الگوهای رفتاری بیماران مبتلا به اختلال شخصیت مرزی.....
۱۳۵	مفهوم دیالکتیک.....
۱۳۷	مفهوم‌سازی موردی به شیوه‌ی دیالکتیکی.....
۱۳۸	اهداف درمانی.....
۱۴۲	راهبردهای درمانی.....

آموزش مهارت‌ها در رفتاردرمانی دیالکتیکی.....	۱۵۸
اثربخشی رفتاردرمانی دیالکتیکی.....	۱۶۶
فصل ۷: طرحواره‌درمانی اختلال شخصیت مرزی.....	۱۶۸
مدل طرحواره‌درمانی.....	۱۶۸
تغییرات چشمگیر در حالات هیجانی و رفتاری بیماران مبتلا به اختلال شخصیت مرزی، بر اساس ذهنیت‌های طرحواره‌ای.....	۱۶۹
دیدگاه طرحواره‌درمانی نسبت به بیماران مبتلا به اختلال شخصیت مرزی.....	۱۷۵
برقراری تعادل میان حقوق بیمار و حقوق درمانگر.....	۱۷۶
اهداف کلی طرحواره‌درمانی.....	۱۷۷
مراحل درمان.....	۱۷۸
توصیف تفصیلی درمان.....	۱۸۳
ذهنیت کودک رهاشده: راهبردهای درمانی.....	۱۸۶
ذهنیت محافظ بی‌تفاوت: راهبردهای درمانی.....	۱۸۹
ذهنیت والد تنبیه‌گر: راهبردهای درمانی.....	۱۹۳
ذهنیت کودک عصبانی: راهبردهای درمانی.....	۱۹۶
دستورالعمل‌های اصلی برای محدودسازی بیمار.....	۲۰۵
طرحواره‌درمانگران در چه حیطه‌هایی از محدودسازی استفاده می‌کنند؟.....	۲۰۷
مدیریت بحران خودکشی.....	۲۱۰
حل و فصل خاطرات تروماتیک کودکی.....	۲۱۳
مشکلات احتمالی به هنگام اجرای تصویرسازی ذهنی خاطرات تروماتیک.....	۲۱۷
اثربخشی طرحواره‌درمانی برای اختلال شخصیت مرزی.....	۲۱۸
فصل ۸: نظام روان‌درمانی مبتنی بر تحلیل رفتاری شناختی (CBASP).....	۲۲۰
مدل نظری.....	۲۲۱
مراحل و فرآیندهای درمانی در CBASP.....	۲۲۴
کاربردهای CBASP در اختلال شخصیت مرزی.....	۲۳۲
موانع درمانی.....	۲۳۴
اثربخشی CBASP.....	۲۳۴
فصل ۹: سایر رویکردهای درمانی اختلال شخصیت مرزی.....	۲۳۶
درمان‌های دارویی.....	۲۳۶
درمان‌های روانپوشی.....	۲۴۲
سایر رویکردهای درمانی در آمریکای شمالی.....	۲۴۳
سایر رویکردهای درمانی در اروپا.....	۲۴۵
پیوست شماره ۱: تمرین‌های توجه‌آگاهی.....	۲۴۷
اصول و رئوس کلی برای اجرای تمرین‌های توجه‌آگاهی.....	۲۴۷
برگه شماره ۱: رفتاردرمانی دیالکتیکی.....	۲۵۱
برگه شماره ۲.....	۲۵۲
برگه شماره ۳: تمرین اعتبار بخشی به دیگران و به خویشتن.....	۲۵۳
برگه شماره ۴.....	۲۵۴
برگه شماره ۵.....	۲۵۵
برگه شماره ۶: توجه‌آگاهی (هشیاری فراگیر).....	۲۵۶
برگه شماره ۷: کارآمدی بین فردی.....	۲۵۸
برگه شماره ۸: مهارت تحمل پریشانی.....	۲۵۹
برگه شماره ۹.....	۲۶۰
منابع.....	۲۶۲

پیشگفتار

ای کاش آب بودم
گر می شد آن باشی که خود می خواهی
آدمی بودن، حسرتا،
مشکلی است در مرز ناممکن. نمی بینی؟ ...
کاش هنوز به بی خبری قطره ای بودم پاک
از نم باری به کوهپایه ای
نه در این اقیانوس کشاکش بی داد
سرگشته موج بی مایه ای

احمد شاملو، مدایح بی صله

هویت جهانی که در آن به سر می بریم چنان به سرعت تغییر شکل می دهد که ارائه ی نمایشی - حتی کلی- از آن، آسان نیست. این سرعت و بی ثباتی در تمام مظاهر جهان امروز به روشنی نمایان است و انسان، به عنوان محور اصلی این دگرگونی ها، هم زمان «عامل» و «معمول» این جریان ناگزیر قرار گرفته و عرصه ی بروز و ظهور عوارض آن شده است. جوامع مختلف بشری بسته به وضعیتی که در آن به سر می برند، نسبت های متفاوتی با این تغییرات دارند. مدت هاست کشمکش های به وجود آمده از چنین وضعیتی، دغدغه ی اصلی فرهنگ پژوهان ماست. آشوری، انگیزه ی خود را در نوشتن کتابی درباره ی حافظ، یافتن راه حلی برای "چیرگی بر سرگیجه ی برآمده از واماندگی مان در میان دو عالم «شرقی» و «غربی»" می داند. او در دیباچه ی کتابش می نویسد:

"در حقیقت، من در درگیری ها و بحران های فکری ام، و با نظر کردن در فراگیری این بحران در روزگار ما و در میان همه کسانی که ریشه در فرهنگ «ما» دارند و بویژه سرآمدان فرهنگی مان، و در پی سال ها پرسش از معنا و چند و چون این بحران و گشتن در پی ریشه های آن، به این نتیجه رسیدم که برای چاره کردن این بحران، در جایی می باید پلی میان دو پاره ی «شرقی» و «غربی» وجودمان زد. به این معنا که پاره ی «شرقی» را از راه وسایل فهمی که پاره ی «غربی» در اختیار می گذارد، فهمید - البته نه آن گونه که در این یک قرن «شرقیانه» فهمیده ایم - تا بر این «روان پارگی» فرهنگی بتوانیم چیره شویم و از رنج آن برهیم".

اگرچه هیچ مطالعه‌ی تجربی منتشر شده‌ای در این باره وجود ندارد، اما مشاهدات بالینی خبر از افزایش شیوع اختلال شخصیت مرزی^۱ (BPD) در جامعه‌ی ما می‌دهند. این امر، دلایل بی‌شمار، پیچیده و متقابلی دارد، اما برخی از آنها، به محاق رفتن آرامش و ثبات گذشته، ضعیف شدن کارکرد خانواده، و زوال نسبی برخی از ارزش‌هاست. تقریباً تردیدی وجود ندارد که گذشته از محیط خانواده، محیط اجتماعی - فرهنگی نیز تأثیری قدرتمند، اما غیرمستقیم در شکل‌گیری BPD دارد. برای مثال، پاریس (۱۹۹۴)، که یکی از مشهورترین صاحب‌نظران در حوزه‌ی BPD است، بیان می‌کند که جوامع، برحسب میزان انسجام و یکپارچگی‌شان در مقاطع مختلف زمانی تغییر می‌کنند و کودکانی که در جامعه‌ای منسجم رشد می‌کنند، تا اندازه‌ای از ابتلا به صفات مرتبط با BPD در امان می‌مانند. در همین راستا، میلون (۲۰۰۴) معتقد است که فشارها و الزامات اجتماعی - فرهنگی نافذ و گسترده، نقش مهمی در شکل‌گیری تمامی الگوهای شخصیت مرزی ایفا می‌کنند. این امر، به‌ویژه زمانی که آداب و ارزش‌های جامعه بی‌ثبات و سیال می‌شود، از اهمیت بیشتری برخوردار می‌شود. وضعیت فرهنگی سیال و بی‌شکل^۲ و خالی از مرزهای واضح (یعنی، مشخصه‌ی اصلی دوران مدرن فعلی)، در روابط بین فردی پرنوسان و عواطف بی‌ثبات (یعنی، مشخصه‌های اصلی BPD) به مشهودترین شکل ممکن انعکاس می‌یابد. انسان امروز، تحت تأثیر صنعتی شدن سریع، مهاجرت، ارتباطات انبوه، تغییرپذیری، و بن‌بست‌های معنایی ژرف، با زوال تدریجی معیارها و ارزش‌های سنتی دیرینه مواجه است و از هر دوره‌ی تاریخی دیگری، پریشان‌روزگارتر و ناامیدتر، به زندگی ادامه می‌دهد. امروزه، انسان به‌جای مجموعه‌ی ساده و منسجمی از باورها، ارزش‌ها و شیوه‌های عمل مشخص، خود را در مواجهه با هنجارها و سبک‌های زندگی پیوسته در حال تغییری می‌یابد، که نه تنها معنای آنها دائماً و از جهات مختلف زیر سؤال می‌روند، بلکه کسی هم از ثبات و دوام آنها خبری ندارد. شایگان در کتاب «افسون زدگی جدید: هویت چهل‌تکه و تفکر سیار» از تکوین «انسان چهل‌تکه» ای خبر می‌دهد که دیگر به یک هویت معین تعلق ندارد و مآلاً و ناچاراً، چندهویتی است. در چنین وضعیتی، بیماران مبتلا به BPD که اساساً بی‌ثبات و متزلزل‌اند، اساساً در زمینه‌ی هویت دچار مشکلاتی هستند و انسجام شخصیتی در آنها ضعیف است، سرنوشت پیچیده‌تری می‌یابند.

با تمام این اوصاف، «دنیا زشتی کم ندارد. زشتی‌های دنیا بیشتر بود اگر آدمی بر آنها دیده بسته بود. اما آدمی چاره‌ساز است»^۳ و کتاب حاضر نیز با همین حساسیت و ناامید نماندن و دیده نبستن بر مشکلی نگاشته شده، که «اختلال شخصیت مرزی» نام گرفته است. کتاب پیش رو، هر چند اختلال شخصیت مرزی را نه در جامعه‌ای خاص، بلکه به‌صورت کلی بررسی می‌کند، اما یکی از انگیزه‌های

1 - Borderline Personality Disorder

2 - amorphous

۳ - صدای ابراهیم گلستان بر مستند "خانه سیاه است"، ساخته‌ی فروغ فرخزاد.

مؤلفان آن، به‌کارگیری روش‌های درمانی اخیر BPD و فایق آمدن بر بخش کوچکی از مشکلاتی است که گریبان‌گیر جامعه‌ی کنونی ماست و آشوری از آن به «روان‌پارگی» تعبیر می‌کند.

اکثر درمان‌گرانی که در محیط‌های بالینی با بیماران مبتلا به اختلال شخصیت مرزی روبرو شده‌اند، با این واقعیت موافقت می‌کنند که درمان این دسته از بیماران کار دشواری است. الگوهای رفتاری مشکل‌زا (مثل، استفاده مکرر از دونیمه‌سازی، تماس‌های تلفنی پیاپی و...)، تهدید به خودکشی‌ها، و نوسانات خلقی از مهمترین دلایل نگرانی درمان‌گران به هنگام کار با بیماران مبتلا به BPD است. کریستین بیلز^۱ در دیباچه کتاب «درک و درمان اختلال شخصیت مرزی: راهنمایی برای متخصصان و خانواده‌ها» (نوشته گاندرسون و هافمن^۲، ۲۰۰۵) به سیر تاریخی BPD اشاره کرده و بیان می‌کند که از سال‌های ۱۹۴۰ تا اوایل دهه‌ی ۱۹۹۰ حرف زدن درباره‌ی اختلال شخصیت مرزی با نوعی وحشت عجیب همراه بود. در آن دوره به درمان‌گران توصیه می‌شد که در یک دوره زمانی واحد، بیش از یک نفر از چنین بیمارانی را در کلینیک خود نپذیرند. [همان‌طور که یانگ و همکاران (۲۰۰۳) نیز به‌خوبی اشاره کرده‌اند، «افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی اغلب کمترین دلسوزی و بیشترین سرزنش را از درمان‌گران دریافت می‌دارند»]. اما از دهه‌ی ۱۹۹۰ به بعد، با ظهور دور جدیدی از انواع درمان‌ها و پژوهش‌ها، این باورها به‌تدریج تغییر کرد. در زمینه آسیب‌شناسی و درمان BPD اتفاقات تازه‌ای در این دوران رخ داد که بطور خلاصه به برخی از آنها اشاره می‌شود:

- ۱- پژوهش‌های اپیدمیولوژیک وسیع درباره‌ی BPD؛ که طی آن معلوم شد سیر بالینی این اختلال آن چنان هم که سابق بر این تصور می‌شد، نامیدکننده نیست. در واقع، بررسی‌ها نشانگر آن است که بیش از یک‌پنجم مقاله‌هایی که از ۱۹۹۰ تا ۲۰۰۱ در زمینه‌ی اختلالات شخصیت، در مجله‌های معتبر دنیا به چاپ رسیده‌اند، به‌طور ویژه به BPD اختصاص داشته‌اند. ملاک برگزیدن این مقاله‌ها به این صورت بود که بایستی در عنوان آنها عبارت BPD درج شده باشد و یا این‌که چکیده‌ی مقالات از ارتباط اختصاصی با BPD حکایت کنند. زمانی که این پژوهش به مجله اختلالات شخصیت محدود شد، رقم فوق به یک‌چهارم افزایش یافت (لینهان^۳ و همکاران، ۲۰۰۱).
- ۲- پژوهش‌های داروشناختی؛ که به‌طور گسترده‌ای نشان داد می‌توان به اکثر بیماران مبتلا به BPD از طریق دارو کمک کرد.
- ۳- یافته‌های جدیدی که شرایط تروماتیک متنوعی را در گذشته بیماران مرزی محرز می‌ساخت؛ شاید بتوان اثر هرمان^۴ (۱۹۹۹) تحت عنوان "Trauma and Recovery" را یکی از کتاب‌های

1 - Christian Beels
2 - Gunderson & Hoffman
3 - Linehan
4 - Herman

پیشگام در این حوزه قلمداد کرد.

۴- ابداع روش‌های درمانی جدید برای BPD. شناخت‌درمانی (بک^۱، فریمن^۲ و همکاران، ۱۹۹۰)، درمان عقلانی-انگیزشی^۳ (الیس^۴، ۲۰۰۱)، درمان مقابله‌ی شناختی^۵ (شاروف^۶، ۲۰۰۲)، درمان شناختی-تکاملی^۷ (لیوتی^۸، ۲۰۰۲)، طرحواره‌درمانی^۹ (یانگ^{۱۰} و همکاران، ۲۰۰۳)، درمان مدیریت خویشتن^{۱۱} (لانگلی^{۱۲}، ۱۹۹۴)، رویکرد بستری بیمارستانی پاره‌وقت^{۱۳} (بتمن و فوناگی^{۱۴}، ۱۹۹۹)، درمان شناختی-تحلیلی^{۱۵} (ریل و کر^{۱۶}، ۲۰۰۲) و رفتاردرمانی دیالکتیکی (لینهان، ۱۹۹۳) نمونه‌هایی از روش‌های درمانی ابداعی برای BPD به‌شمار می‌آیند. برخی از این روش‌های درمانی، تمام اختلالات شخصیت را هدف قرار می‌دهند (مثل طرحواره‌درمانی)؛ درحالی‌که برخی از آنها عمدتاً برای جمعیت بیماران مرزی طراحی شده است (مثل درمان مدیریت خویشتن لانگلی و رفتاردرمانی دیالکتیکی لینهان).

اگرچه هنوز هم بسیاری از متخصصان، کار با بیماران مرزی را امری دشوار می‌دانند، ولی این طرز فکر به استواری گذشته نیست و در نتیجه‌ی اطلاعات فزاینده‌ای که در سال‌های اخیر در رابطه با آسیب‌شناسی و درمان BPD بدست آمده است، این نگرش بتدریج در حال تغییر است. مفاهیم «رویاروسازی همدلانه» و «بازوالدینی حدودمرزدار» از رویکرد طرحواره‌درمانی یانگ، و «اعتباربخشی» از رویکرد لینهان، مثال‌هایی هستند که در ایجاد نگرشی مراقبت‌آمیز از بیماران مرزی نقش داشته‌اند.

کتاب حاضر در ۹ فصل تنظیم شده است. دو فصل اول کتاب به موضوعات نظری بنیادین در زمینه‌ی BPD، (مثل توصیف بالینی BPD به صورت کامل، انواع BPD، تشخیص افتراقی، سیر بالینی و همایندی مرضی و ...) پرداخته است. از آنجا که جرح‌خویشتن تعمودی یکی از برجسته‌ترین و دردناک‌ترین مشکلات پیش روی بیماران مرزی و درمانگران آنهاست، تصمیم گرفتیم که فصل جداگانه‌ای به آن اختصاص دهیم. بنابراین در فصل سوم، به شش مدل تبیینی جرح‌خویشتن اشاره شده و به دنبال آن، مدلی تحولی (رشدی) برای ارتباط جرح‌خویشتن با بدرفتاری‌های کودکی، مورد بحث قرار گرفته است. فصل چهارم کتاب، سبب‌شناسی BPD را به تفصیل بررسی کرده است. فصل پنجم، به یکسری موضوعات کلی در حوزه‌ی درمان BPD اختصاص یافته و مقدمه و پیش‌درآمدی بر چهار فصل بعدی به‌شمار می‌آید. فصل ششم کتاب نیز به معرفی درمان رفتاری دیالکتیکی (DBT)^{۱۷} از

1 - Beck

3 - rational emotive therapy

5 - cognitive coping therapy

7- cognitive evolutionary therapy

9- schema therapy

11- self-management therapy

13- partial hospitalization approach

15- Cognitive Analytic Therapy

17- Dialectical Behavioral Therapy

2 - Freeman

4 - Ellis

6 - Sharoff

8 - Liotti

10 - Young

12 - Langley

14 - Bateman & Fonagy

16- Ryle & Kerr

مارشا لینهان پرداخته است. DBT که توسط دکتر مارشا لینهان ابداع شده است، در ابتدا برای درمان آن دسته از بیماران مرزی که به شدت خودکشی‌گرا بودند، به کار گرفته شد. این روش درمانی که اصول غربی تغییر رفتار را با اصول شرقی پذیرش و هشیاری فراگیر ترکیب کرده است، کارایی خود را برای مشکلاتی غیر از BPD نیز نشان داده است. امروزه DBT به تنهایی و یا در کنار سایر روشهای درمانی، برای درمان این اختلالات بکار برده می‌شود: اختلال استرس پس از آسیب (بکر و زیفرت^۱، ۲۰۰۱)، سوءمصرف مواد (لینهان و همکاران، ۲۰۰۲)، اختلالات خوردن (تلچ^۲ و همکاران، ۲۰۰۱) و بیماران افسرده کهنسال (لینچ^۳ و همکاران، ۲۰۰۳). یکی دیگر از کاربردهای جالب DBT، اثر بخشی آن در کاهش علائم اختلال نافرمانی مقابله‌جویانه^۴ (ODD) است. مشابهت‌های رفتاری ODD و BPD، استفاده از این روش را جهت درمان نوجوانان مبتلا به ODD برای روزمری^۵ و همکاران وی (۲۰۰۶) توجیه کرد. عدم تنظیم عواطف و هیجان‌ها، مشکلات در روابط بین‌فردی و پاسخ ضعیف به استرس از مشابهت‌های عمده این دو اختلال است. به لحاظ تئوریک این امکان وجود دارد که افراد مبتلا به BPD و کودکان مبتلا به ODD بیش از حد به پاداش‌های بیرونی حساس باشند، کم‌اینکه نظام گرایشی رفتاری (BAS)^۶ نسبتاً قوی برای هر دو اختلال نیز گزارش شده است (ون گوزن^۷ و همکاران، ۲۰۰۴؛ فارمر^۸ و نلسون-گری، ۱۹۹۵).

فصل هفتم کتاب نیز به طرحواره‌درمانی یانگ برای بیماران مبتلا به BPD اختصاص یافته است. نگرش دلسوزانه و -تا اندازه‌ای- مادرانه‌ی لینهان نسبت به بیماران مرزی، شباهت زیادی با دیدگاه انسان‌مدارانه‌ی یانگ دارد. هر دو معتقدند که متون قدیمی آسیب‌شناسی روانی، درباره‌ی بیماران مرزی به اشتباه قضاوت کرده‌اند، این افراد واقعاً اهل دست‌کاری دیگران نیستند و پشت رفتارهای نابسامان و بی‌ثبات و خشم و ویرانگر آنها، کودک تنها و کم سن و سالی قرار دارد که به شدت نیازمند محبت مادر است؛ مادری که یا حضور فیزیکی نداشته، یا اگر هم بصورت جسمی در کنار کودک بوده، حضور روانشناختی واقعی نداشته است. در فصل هشتم به کاربردهای نظام روان‌درمانی مبتنی بر تحلیل رفتاری شناختی^۹ (CBASP) در BPD پرداخته است. این روش توسط مک‌کالاح^{۱۰} و به منظور درمان افسردگی مزمن طراحی شده است. اولین کسانی که CBASP را برای درمان اختلالات شخصیت، من جمله BPD بکار گرفته‌اند، دریسکال^{۱۱} و همکارانش (۲۰۰۴) بوده‌اند. اگرچه CBASP کارایی خود را

1 - Becker & Zayfert

3 - Lynch

5 - Rosemery

7 - van Goozen

9- Cognitive Behavioral Analysis System of Psychotherapy (CBASP)

10- McCullough

11- Driscoll

2 - Telch

4 - oppositional defiant disorder

6 - behavioral approach system

8 - Farmer

در درمان افسردگی مزمن نشان داده است (برای مثال، کلر و همکاران، ۲۰۰۰) اما در حال حاضر داده‌ی منتشر شده‌ی چندانی برای اثربخشی آن بر BPD در دست نیست. فصل پایانی کتاب نیز اشاره‌هایی به درمان‌های دارویی، درمان‌های سایکودینامیک و سایر روش‌های درمانی در آمریکای شمالی و اروپا داشته است.

گردآوری و نگارش کتاب حاضر، از زمستان ۱۳۸۶ آغاز، و در زمستان ۱۳۸۹ پایان یافته است. پس از سه سال کار فشرده، امیدواریم مجموعه‌ای فراهم آمده باشد که اطلاعات نسبتاً جامعی را در زمینه‌ی توصیف بالینی، سبب‌شناسی و روش‌های درمانی BPD، به صورت منسجم و قابل‌قبول ارائه کرده باشد. از کلیه صاحب‌نظران، همکاران و محققان دانشگاهی خواهشمندیم کاستی‌های این اثر را با دیده اغماض بنگرند و با مذاقه‌ی اشکالات علمی آن، ما را در چاپ‌های بعدی کتاب یاری دهند.

دکتر مجید محمودعلیلو

روانشناس بالینی و استاد دانشگاه تبریز

محمد امین شریفی

دانشجوی دکتری تخصصی روانشناسی، دانشگاه تبریز

- آشوری، داریوش (۱۳۷۹). *عرفان و زندگی در شعر حافظ*. تهران: نشر مرکز.
- شایگان، داریوش. *افسون‌زدگی جدید: هویت چهل‌تکه و تفکر سیار*. ترجمه فاطمه ولیانی (۱۳۸۶). تهران: فروزان.
- یانگ، جفری. کلوسکو، ژانت. ویشار، مارجوری (۲۰۰۳). *طرحواره درمانی. راهنمای کاربردی برای متخصصان بالینی*. ترجمه حسن حمیدپور و زهرا اندوز (۱۳۸۶). تهران: انتشارات ارجمند.
- Bateman, A., Fonagy, P. (1999). Effectiveness of partial hospitalization in the treatment of borderline personality disorder: A randomized controlled trial. *American Journal of Psychiatry*, 156, 1563-1569.
- Beck, A. T., Freeman, A., & Associates. (1990). *Cognitive therapy of personality disorders*. New York: Guilford.
- Becker, C. B., Zayfert, C. (2001). Integrating DBT-based techniques and concept to facilitate exposure treatment for PTSD. *Cognitive and Behavioral Practice*, 8, 107-122.
- Driscoll, K., Cukrowicz, K., Reardon, M., & Joiner, T. (2004). Simple treatment for complex problems: A flexible cognitive behavioral analysis approach to psychotherapy. Mahweh, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Ellis, A. (2001). *Overcoming destructive beliefs, feelings and behaviors: New directions for rational emotive behavior therapy*. New York: Prometheus Books.
- Farmer, R. F., Nelson-Gray, R. D. (1995). Anxiety, impulsivity and the anxious-fearful and erratic-dramatic personality disorders. *Journal of Research in Personality*, 29, 189-207.
- Gunderson, J. G., Hoffman, P. D. (2005). *Understanding and Treating Borderline Personality Disorder: A Guide for Professionals and Families*. Washington, DC: American Psychiatric Publishing, Inc.
- Herman, J. L. (1992). *Trauma and Recovery*. New York: Basic Books.
- Keller, M. B., McCullough, Jr., J. P., Klein, D. N., et al (2000). A comparison of nefazodone, the cognitive behavioral analysis system of psychotherapy, and their combination for the treatment of chronic depression. *New England Journal of Medicine*, 342, 1462-1470.
- Langley, M. H. (1994). *Self-management therapy for borderline personality disorder: a therapist-guided approach*. New York: Springer.
- Linehan, M. (1993). *Skills Training Manual for Treating Borderline Personality Disorder*. New York: Guilford.
- Linehan, M., Cochran, B. N., Kehrer, C. A. (2001). *Dialectical Behavior Therapy for Borderline Personality Disorder*. In Barlow, D. H. Clinical Handbook of Psychological Disorders: A step-by-step Treatment Manual. New York: Guilford press.

-Linehan, M. M., Dimeff, L. A., Rynolds, S. K., Comtois, K. A., Welch, S. S., Heagerty, P., et al. (2002). Dialectical behavior therapy versus comprehensive validation therapy plus 12step for the treatment of opioid dependent of women meeting criteria for borderline personality disorder. *Drug and Alcohol Dependence*, 67, 13-26.

-Liotti, G. (2002). The inner schema of borderline states and its correction during psychotherapy: A cognitive-evolutionary approach. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 16, 349-366.

-Lynch, T. R., Morse, J. Q., Mendelson, T., Robins, C. J. (2003). Dialectical behavior therapy for depressed older adult: a randomized pilot study. *Journal of Geriatric Psychiatry*, 11, 22-34.

-Rosemery, O., Nelson-Gray, S. P., Keane, R. M., et al. (2006). A modified DBT skills training program for oppositional defiant adolescents: promising preliminary findings. *Behavior Research and Therapy*, 44, 1811-1820.

-Ryle, A., Kerr, I.B. (2002). *Introducing Cognitive Analytic Therapy*. New York: Wiley.

-Sharoff, K. (2002). *Cognitive coping therapy*. New York: Brunner-Routledge.

-Telch, C. F., Agras, W. S., Linehan, M. M. (2001). Dialectical behavior therapy for binge eating disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 69, 1061-1065.

-van Goozen, S. H. M., Cohen-Kettenis, P. T., Snoek, H., Matthys, W., Swaab-Barneveld, H., van Engeland, H. (2004). Executive functioning in children: a comparison of hospitalized ODD and ODD/ADHD children and normal controls. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 45, 284-292.



کلیات

در زندگی، هیچ تهدیدی بدتر از تنها ره‌اشدن نیست؛ تنهای تنها ماندن. آسایش خاطر نهایی همان است که در پایان بیشتر قصه‌های پریان احساس می‌شود: «و آنان تا آخر عمر، با خوبی و خوشی زندگی کردند».

هابرونو بتلهایم - افسون افسانه

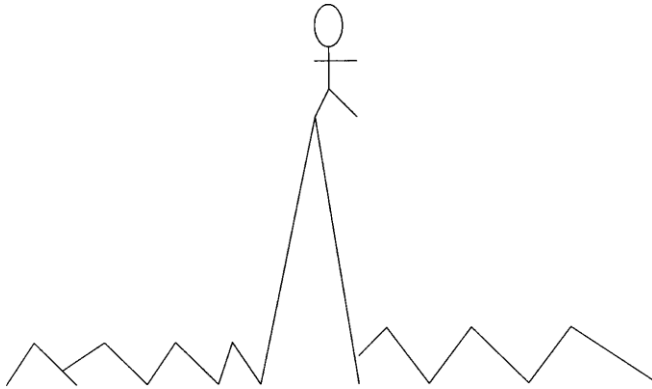
مقدمه

اروین یالوم، روانپزشک اگزستانسیالیستی معاصر، در کتاب «روایت‌هایی از روان‌درمانی: روان‌شناسی وجودی»، ضمن بیان تجارب خود با یک بیمار مبتلا به اختلال شخصیت مرزی، و تشریح علل اکراه خود از پذیرش مسئولیت درمانی او، می‌نویسد: «مرزی؛ اصطلاحی که روانپزشک میانسانی را که از دردمر پرهیز می‌کند به وحشت می‌اندازد».

بیمار مبتلا به اختلال شخصیت مرزی^۱ (BPD)، حساس و شکننده است. فریمن^۲ و همکارانش (۲۰۰۵) آسیب‌پذیری و شکنندگی بیمار مرزی را به "یک لنگه‌پا ایستادن بر روی نوک کوه" تشبیه کرده‌اند (شکل شماره ۱-۱). مقصود از چنین استعاره‌ای این است که سراسیمگی‌ها، تکانشوری‌ها، نوسان‌های خلقی و واکنش‌های رفتاری تند و تیز بیمار مرزی، از سر لجاجت، خودخواهی، کنترل و بازی دادن اطرافیان نیست. بلکه همه‌ی این‌ها، تلاش‌هایی لجام‌گسیخته از سوی انسانی است که از ترس تنهایی و ره‌اشدگی، هر آن، بیم لغزیدن و فروافتادنش می‌رود و تمام سعی خود را می‌کند تا تعادلش را بر نوک قلّه حفظ کند.

1 . Borderline Personality Disorder

2 . Freeman



شکل ۱-۱. ترسیمی استعاری از وضعیت بیمار مبتلا به اختلال شخصیت مرزی (فرین و همکاران، ۲۰۰۵)

بیماران مبتلا به BPD، بین «نزدیک شدن به دیگران» از یک سو و «دوری از آنها و اتکا به خویشتن» از سوی دیگر تردید دارند. وقتی تنها هستند، شدیداً محتاج حضور دیگرانند؛ وقتی به سمت دیگران می‌روند، به دلایل متعدد ناکام می‌شوند. این جزرومد شدید در روابط بین فردی و مصائب حاصل از آن، سبب می‌شود تا «سکوت و بی‌تفاوتی» را به عنوان بهترین راه برای تسکین «درد ناشی از رابطه‌ها» تلقی کنند؛ (حالتی که در نظریه‌ی طرحواره‌درمانی یانگ^۱ (۲۰۰۳)، با عنوان ذهنیت «محافظ بی‌تفاوت»^۲ مشخص می‌شود). ولی این وضع دوام‌دیرپایی ندارد، چرا که درون‌ریزی مکرر ناکامی‌ها، ذره‌ذره انباشته شده و به طغیان‌های ناگهانی خشم منجر می‌شود. هرچند چنین برآشفتگی‌های غیرمنتظره‌ای، از دید یک مشاهده‌گر ناآگاه، ممکن است به «دیوانگی» یا «دستکاری»^۳ دیگران^۳ تعبیر شود، اما واقعیت چیز دیگری است. اگر نگوییم تمام بیماران مرزی، ولی دست‌کم بسیاری از آنها به‌واسطه‌ی گذشته‌ای تلخ و داشتن تجربه‌های شخصی گسترده، دارای درک عمیقی از جنبه‌های مثبت و منفی «مفهوم زندگی» هستند (لینهان^۴، ۱۹۹۳)، از زاویه‌ای متفاوت به روابط انسانی می‌نگرند و نسبت به معانی تلویحی این روابط، حساس‌ترند. بیماران مرزی، استعداد ویژه‌ای برای ادراک حقایق غیرکلامی دارند (نگاه کنید به فرانک و هافمن^۵، ۱۹۸۶)، ولی از آنجا که زبان اساساً از قدرت محدودی برای انتقال تجربه‌ها، به ویژه تجربه‌های شخصی درونی برخوردار است، در نتیجه این بیماران قادر نیستند که «انتزاع یا تجرید نهفته در دل تجارب عمیق انسانی» را در قالب کلمات، و کلمات را در دل جملات ریخته و منظور حقیقی خود را بیان کنند. نرخ بالای الکسی‌تایمی (ناگویی هیجانی) در BPD که در برخی از مطالعات به آن اشاره شده

1 . Young
2. detached protector
3 . manipulation
4. Linehan
5 . Frank & Hoffman

است (برای مثال، گاتمن و لاپورت^۱، ۲۰۰۲) تا اندازه‌ای تاییدگر بیان فوق است. به هیچ عنوان صحبت از برخوردی احساسی و یا غیرعلمی با موضوع نیست، بلکه مقصود از این مقدمه، صرفاً تلاش برای دیدن بیماران مرزی از دریچه‌ای دیگر، و تا حد امکان از زاویه‌ی ذهن خودشان است. اگرچه بسیاری از رفتارهای بیماران مرزی در پاره‌ای از مواقع، حتی برای درمانگران نیز ناراحت کننده یا غیرقابل تحمل است، با این حال، التفات به این اظهار یانگ (۲۰۰۳) که: «افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی اغلب کمترین دلسوزی و بیشترین سرزنش را از درمانگران دریافت می‌کنند»، و فراموش نکردن «درک عمیق بیماران مرزی نسبت به زندگی»، شاید به ما برای اتخاذ رویکردی متواضعانه و توأم با دلسوزی بیشتر، نسبت به بیماران مرزی یاری دهد. فصل اول کتاب حاضر، به توصیف دقیق بیماران مبتلا به اختلال شخصیت مرزی می‌پردازد.

چشم‌انداز تاریخی اختلال شخصیت مرزی

میلون^۲ (۲۰۰۴) معتقد است که درک ما از تاریخچه‌ی اولیه‌ی اختلال شخصیت مرزی، ریشه در فهم ما از تاریخچه‌ی بیماری مانیک-دپرسیون داشته است. از زمان‌های دور، نویسندگان، اشخاصی را با خلق شدید و تغییرپذیر شناسایی کرده بودند. هومر، بقراط و ارسطو، خشم تکانشی، فعالیت شدید، تحریک پذیری و افسردگی را توصیف کرده‌اند، و به توصیف شخصیت‌هایی پرداخته‌اند که این حالت‌ها بر آنها عارض شده است. همانند قسمت اعظم دانش پزشکی و علمی، این نوشته‌های اولیه در قرون وسطی سرکوب، و با آغاز دوره‌ی رنسانس مجدداً احیا شدند. از آن پس، برخی از نویسندگان بر «بی‌ثباتی هیجانی» و برخی دیگر بر «تغییرات ناگهانی از هیجان‌زدگی به افسردگی»، به عنوان جوهره‌ی اصلی نشانگان شخصیت مرزی تاکید نمودند. رابطه‌ی میان شخصیت مرزی و اختلالات عاطفی، حتی تا امروز محلی برای بحث و جدل علمی بوده است.

میلون از توصیف‌های مشاهیری چون کرپلین^۳ (۱۹۲۱)، کرچمر^۴ (۱۹۲۵) و اشنایدر^۵ (۱۹۲۳، ۱۹۵۰) یاد می‌کند. همگی این افراد، به توصیف چیزی پرداخته‌اند که امروزه تحت عنوان شخصیت مرزی می‌شناسیم. جالب این‌که توصیف آنها از شخصیت مرزی، به میزان زیادی در ارتباط با بیماری مانیک-دپرسیون بوده است. کرپلین، چهار نوع خلق و خوی مرتبط به هم را شناسایی کرده است که یکی از آنها (شخصیت تحریک‌پذیر^۶)، به شخصیت مرزی امروزی شباهت دارد. چنین افرادی، نوسان‌های شدیدی در زمینه‌ی تعادل هیجانی داشتند، دچار طغیان‌های خشم بی‌حد و حصر می‌شدند، بی‌دلیل گریه می‌کردند، افکار خودکشی داشتند و شکایت‌های خودبیمارانگاران بر روز می‌دادند. کرچمر، داشتن نگرشی خصمانه

1. Guttman & LaPorte
 2. Millon
 3. Kraepelin
 4. Kretschmer
 5. Schneider
 6. excitable personality

نسبت به دنیا، و همچنین بدخلق بودن به صورت خلقی عصبی، بی‌قرار و خشن را به چنین افرادی نسبت می‌داد. ولی از همه نزدیک‌تر به مفهوم مرزی امروزی، اصطلاح شخصیت بی‌ثبات^۱ شنايدر است که با تغییرات سریع و ناگهانی خلق مشخص می‌شود، که گاهی اوقات حتی یک محرک بسیار کوچک کافی است تا واکنشی شدید و پرخاشگرانه ایجاد کند (میلون، ۲۰۰۴).

در طول دهه‌ی ۱۹۴۰ و ۱۹۵۰، بسیاری از نویسندگان درصدد مفهوم‌سازی شخصیت مرزی برآمدند که ماحصل تلاش‌های آنها، در دیدگاه معاصر انعکاس یافته است. دقیقاً بعد از جنگ جهانی دوم بود که واژه‌ی «مرزی» وارد ادبیات تحلیلی رسمی شد. استرن^۲ (۱۹۳۸) نخستین کسی بود که از واژه‌ی «مرزی» استفاده کرد. او فهرستی از ۱۰ ویژگی اصلی بیماران مرزی را معرفی کرد که مهم‌ترین آنها عبارت بودند از: به‌سرعت خشمگین شدن؛ افسردگی یا اضطراب در واکنش به ارزیابی‌هایی که فرد از عزت نفس خودش می‌کند؛ استفاده از مکانیسم فرافکنی برای نسبت دادن خشم درونی خود به محیط؛ و وجود نقایص و مشکلاتی در «واقعیت‌سنجی». در راستای آراء استرن، اسکیدبرگ^۳ (۱۹۴۷، ۱۹۵۹) نیز موضوعات و درون مایه‌هایی را در این زمینه مطرح کرده که تا به امروز ماندگار بوده است. وی بیان می‌کند: «شخص مرزی به لحاظ کمی، دقیقاً در مرز بین حالات نوروتیک و سایکوتیک قرار ندارد، بلکه از ترکیب این شیوه‌های واکنش (واکنش‌های نوروتیک و سایکوتیک)، چیزی حاصل می‌شود که به لحاظ کیفی متفاوت است». وی معتقد است که افراد مرزی «در بی‌ثباتی خویش، باثباتند» (به نقل از میلون، ۲۰۰۴).

ابتدای دهه‌ی ۱۹۵۰، نقطه‌ی عطفی در شکل‌گیری تاریخچه‌ی واژه‌ی مرزی بود. پیش از این دوره، واژه‌ی مرزی با سندرم‌های اسکیزوفرنیک مرتبط بود، اما با نوشته‌های نایت^۴ (۱۹۵۳) اصطلاح مرزی بیشتر ماهیتی تحلیلی به خود گرفت، نویسندگان با جامعیت بیشتری از آن استفاده کردند و بیشتر به مفهوم معاصر نزدیک شد. نایت بر اهمیت ضعف ایگو و ارتباط آن با ایزوذهای سایکوتیک اشاره کرد، و معتقد بود که کارکردهای ایگوی بهنجار (مثل، انسجام و یکپارچگی^۵، برنامه‌ریزی واقع‌گرایانه، سازگاری با محیط، حفظ روابط شیئی و دفاع‌هایی که علیه تکانه‌های ناهشیار ابتدایی صورت می‌گیرند)، در افراد مرزی به‌شدت ضعیف می‌شوند. به عقیده‌ی نایت، ایگوی فرد مرزی تحت فشار روانی ناشی از وقایع تروماتیک، به‌شدت آسیب می‌بیند (به نقل از میلون، ۲۰۰۴).

مفهوم‌سازی‌های مختلف از اختلال شخصیت مرزی

پس از استرن و نایت، مفهوم‌سازی‌های مختلفی درباره‌ی ماهیت BPD انجام شده است. کرنبرگ (۱۹۷۵) از اصطلاح مرزی برای توصیف انواع پاتولوژی منش^۶ استفاده کرد (که شرح کامل آن در

1 . labile personality
2 . Stern
3 . Schמידeberg
4 . knight
5 . integration
6 . character pathology

فصل سبب‌شناسی BPD آمده است). مفهوم‌سازی دوم که بر اساس مطالعات دهه‌ی ۱۹۶۰ و ۱۹۷۰ انجام شده، بیان می‌دارد که بیماران مبتلا به BPD گرایش عمیقی برای تجربه‌های شبه‌سایکوتیک یا سایکوتیک گذرا دارند. بر این اساس، وندر^۱ (۱۹۷۷)، BPD را جزیی از اختلالات طیف اسکیزوفرنیا می‌دانست. مفهوم‌سازی سوم که به آکسکال^۲ (۱۹۸۱) و استون^۳ (۱۹۸۰) تعلق دارد، بر اساس تجارب بالینی و پژوهش‌های تجربی دهه‌ی ۱۹۸۰ شکل گرفته است. این دو پژوهشگر، بر حالات دیسفوریک و بی‌ثباتی عاطفی بیماران مرزی تاکید کرده و معتقدند که BPD نوعی افسردگی یا افسرده‌خویی است (به نقل از پاریس^۴، ۲۰۰۸). مفهوم‌سازی‌های چهارم و پنجم درباره‌ی سایکوپاتولوژی مرزی، در طول دهه‌ی ۱۹۹۰ شکل گرفته‌اند. زانارینی^۵ و همکاران (۱۹۹۳) پیشنهاد کرده‌اند که بهتر است BPD را جزیی از اختلالات طیف کنترل‌تکانه تلقی کنیم؛ یعنی، مشکلی که احتمالاً به اختلالات سوء‌مصرف مواد، شخصیت ضداجتماعی، و شاید اختلالات خوردن ارتباط دارد. از طرف دیگر و تقریباً در همان دوره‌ی زمانی، ون‌درکولک^۶ و همکارانش (۱۹۹۱) پیشنهاد کرده‌اند که بهتر است BPD به عنوان نوعی PTSD مزمن و پیچیده تلقی شود. در واقع، این دیدگاه نظری معتقد است که BPD، نوعی اختلال طیف تروما است که با PTSD و اختلالات تجزیه‌ای ارتباط دارد^۷ (به نقل از زانارینی و فرانکنبورگ^۸، ۱۹۹۷). با این همه، گودمن^۹ و همکارانش (۲۰۰۹) معتقدند که BPD را نمی‌توان بر اساس اختلالات همبود محور I تبیین کرد. به عقیده‌ی آنها، BPD مقوله‌ی تشخیصی معتبری است که پیش‌آیندهای^{۱۰} ژنتیکی، آمادگی‌ها^{۱۱} یا آسیب‌پذیری‌های^{۱۲} بیولوژیکی، پیش‌آیندهای روانی‌اجتماعی، و پاسخ درمانی خاص خود را داراست و همگی این موارد، تا اندازه‌ای برای BPD، اختصاصی به حساب می‌آیند.

توصیف علایم بالینی اختلال شخصیت مرزی

اگرچه ویژگی‌های شخصیت مرزی در مقاله‌های سایکوانالیتیک قدیمی و توسط افرادی نظیر، مور^{۱۳} (۱۹۲۱)، ریچ^{۱۴} (۱۹۲۵)، اوبرندورف^{۱۵} (۱۹۳۰)، گلاور^{۱۶} (۱۹۳۲)، کاسانین^{۱۷} (۱۹۳۳)،

1 . Wender

3 . Stone

5 . Zanarini

2 . Akiskal

4 . Paris

6 . van der Kolk

۷ . گاندرسون (۲۰۰۹) در مقاله‌ای مروری، پنج مرحله را در تاریخ شکل‌گیری BPD برشمرده است: مرحله اول را سال‌های قبل از ۱۹۷۰ تشکیل می‌دهد. در این مرحله، واژه «مرزی» از اصطلاحات متداول در متون روانکاوی بود. مرحله دوم از ۱۹۷۰ تا ۱۹۸۰ تشکیل می‌شود. در این دوره، BPD به عنوان نوعی سندرم (نشانه‌گان) تعریف شد. با ورود BPD به DSM-III، مرحله سوم (از ۱۹۸۰ تا ۱۹۹۰) شروع می‌شود. در این مرحله، BPD به عنوان نوعی اختلال شخصیت مفهوم‌سازی شد. در این دوره بالینگران شعار مشترکی داشتند: «عقل حکم می‌کند که متخصص بالینی سراغ بیمار مبتلا به BPD نرود!». مرحله چهارم که از ۱۹۹۰ تا ۲۰۰۰ ادامه داشت، دوره‌ای بود که درمان‌های مختلفی، من جمله رفتاردرمانی دیالکتیکی لینهان (۱۹۹۳) ارائه شد. به عقیده‌ی گاندرسون (۲۰۰۹)، دوره پنجم که از ۲۰۰۰ تا ۲۰۰۹ و احتمالاً بعد از آن نیز ادامه دارد، مرحله‌ای است که پژوهش‌های بسیاری بر روی جنبه‌های بیولوژیکی BPD انجام گرفته و حتی برخی از صاحب‌نظران، BPD را به عنوان نوعی بیماری مغزی تلقی کرده‌اند. برای دریافت اطلاعات بیشتر، به منبع زیر مراجعه کنید:

Gunderson, J. G. (2009). Borderline Personality Disorder: Ontogeny of a Diagnosis. *Am J Psychiatry* 166, 530–539.

8 . Frankenburg

10 . antecedents

12 . vulnerability

14 . Reich

16 . Glover

9 . Goodman

11 . susceptibility

13 . Moore

15 . Oberndorf

17 . Kasanin

و فین^۱ (۱۹۸۹) مورد مشاهده و بحث قرار گرفته (به نقل از استون و هافمن^۲، ۲۰۰۵)، اما اصطلاح «مرزی» اولین بار توسط آدولف استرن (۱۹۳۸) استفاده شده است. استرن، برای توصیف بیمارانی از این اصطلاح استفاده کرد که در مرز حالات نورو تیک و سایکوتیک قرار داشتند؛ بیمارانی که تحت فشار روانی شدید به رفتارها و فرایندهای فکری سایکوتیک دچار می شدند و سرعاً به سطوح سالم تری از کارکرد روانی باز می گشتند. در طول ۶ دهه‌ی گذشته، پژوهشگران و نظریه پردازان متعددی به بسط بینش و درک وسیع تر ما از اصطلاح مرزی کمک کرده اند (میلر^۳ و همکاران، ۲۰۰۸) که پیش از این بدانها اشاره شد. پژوهش‌های مرتبط با اختلالات شخصیت، عمدتاً شامل کلاستر B می شود، به ویژه این که ادبیات پژوهشی مربوط به این کلاستر، تا ابتدای دهه‌ی ۱۹۹۰ به میزان زیادی متمرکز بر BPD بوده است (هولدویک^۴ و همکاران، ۱۹۹۸).

اختلال شخصیت مرزی شایع ترین اختلال شخصیت در محیط‌های روانپزشکی است. شیوع BPD تقریباً ۲٪ در جمعیت کلی، حدود ۱۰٪ در میان بیماران سرپایی کلینیک‌های بهداشت روانی و تقریباً ۲۰٪ در میان بیماران روانی بستری برآورد شده است. دامنه‌ی این اختلال در میان جمعیت‌های بالینی مبتلا به اختلال شخصیت، از ۳۰ تا ۶۰٪ است (انجمن روانپزشکی آمریکا، ۲۰۰۰). همان‌طور که در جدول شماره‌ی ۱-۱ مشاهده می شود، اکثر افراد مبتلا به BPD (۵۰ درصد) در دوره‌ی سنی ۱۸ تا ۲۵ سال، مبتلا به این اختلال تشخیص داده می شوند. همچنین، دو سوم کل جمعیت بیماران مرزی را زنان تشکیل می دهند. این تفاوت جنسیتی احتمالاً تحت تأثیر تفاوت‌های مزاجی^۵ (خلق و خویی) است. شاید زنان در قیاس با مردان، از مزاج شدیدتر و بی ثبات تری برخوردار باشند. با این حال، عوامل محیطی نیز در تبیین این تفاوت جنسیتی نقش دارند، چرا که دختران در مقایسه با پسران، غالباً در معرض آزار جنسی بیشتر (یعنی، یکی از ویژگی‌های کلیدی در تاریخچه‌ی بیماران مرزی) قرار می گیرند. آموزش‌های خانوادگی و تفکر جمعی جامعه نیز زنان را ترغیب می کند که سلطه پذیر باشند و خشم خود را ابراز نکنند. این احتمال نیز وجود دارد که مردان مبتلا به BPD، گروهی باشند که کمتر به این اختلال تشخیص داده می شوند، نه این که واقعا BPD در آنها کمتر است، زیرا مردان به شکل متفاوتی این اختلال را بروز می دهند. مردان، عموماً مزاج پرخاشگرانه تری دارند و به جای اطاعت و توافق گرایی، بیشتر اهل سلطه گری، و به جای درون ریزی عواطف دردناک، بیشتر اهل برون ریزی، کنش نمایی و ابراز آنها به سمت دیگران هستند (یانگ و همکاران، ۲۰۰۳).

ویژگی اصلی BPD، یک الگوی فراگیر بی ثباتی در روابط بین فردی، خودانگاره، عواطف و تکانشگری بارز است که از اوایل بزرگسالی آغاز، و در زمینه‌های گوناگون ظاهر می شود. ملاک‌های تشخیصی DSM-IV-TR در جدول شماره ۲-۱ دیده می شود. طبق DSM-IV-TR، اگر بیماری از

1 . Fine

2 . Hoffman

3 . Miller

4 . Holdwick

5 . temperamental

جدول شماره ۱-۱. ویژگی‌های جمعیت‌شناختی بیماران مبتلا به BPD (گاندرسون، ۲۰۰۸)

شروع اختلال		سن	
درصد		گروه سنی	
٪۱۵		نوجوانی (۱۳ تا ۱۷ سالگی)	
٪۵۰		ابتدای بزرگسالی (۱۸ تا ۲۵ سالگی)	
٪۲۵		دوره‌ی جوانی (۲۶ تا ۳۰ سالگی)	
٪۱۰		بزرگسالی (۳۱ تا ۴۸ سالگی)	
درصد		BPD شیوع	
۳ تا ٪۴		جمعیت عمومی	
٪۱۸ تا ۱۵		جمعیت بیماران بستری	
٪۲۵ تا ۱۵		جمعیت بیماران سرپایی	
٪۷۵ بیماران را زنان تشکیل می‌دهند		جنسیت	
احتمالاً در طبقات پایین از درصد بیشتری برخوردار باشد		وضعیت اقتصادی اجتماعی	

اوایل بزرگسالی لاقلاً پنج مورد از معیارهایی را داشته باشد که در جدول شماره‌ی ۲-۱ فهرست شده است، می‌توان تشخیص اختلال شخصیت مرزی را در موردش مطرح کرد. عامل اصلی و تکرار شونده در ملاک‌های تشخیصی، «بی‌ثباتی» است. در قسمت بعد، هر یک از ملاک‌های تشخیصی به تفصیل بررسی می‌شوند.

اجتناب از رهاشدگی واقعی یا خیالی

افراد مبتلا به BPD کوشش‌های بی‌وقفه‌ای را برای اجتناب از طرد و رهاشدگی^۱ خیالی یا واقعی انجام می‌دهند (ملاک ۱). DSM-III-R هشت ملاک برای BPD در نظر گرفته بود که ملاک هشتم، ترس از طرد و رهاشدگی بود. در DSM-IV تعداد ملاک‌ها به ۹ مورد افزایش یافت و ترس از طرد و رهاشدگی، به ملاک اول انتقال پیدا کرد. ادراک جدایی یا طرد قریب‌الوقوع و یا فقدان ساختار بیرونی ممکن است به دگرگونی‌های عمیق در خودانگاره، عاطفه، شناخت و رفتار منجر شود. این افراد، حساسیت زیادی به شرایط محیطی دارند، ترس‌های شدید مربوط به طرد و رهاشدگی و خشم نامتناسب را حتی در حین مواجهه با یک جدایی کوتاه‌مدت واقع‌گرایانه و یا هنگامی که تغییرات غیر قابل اجتناب در نقشه‌ها پیش می‌آید، تجربه می‌کنند (برای مثال، ناامیدی ناگهانی در واکنش به اعلام پایان وقت جلسه مصاحبه از جانب متخصص بالینی؛ وحشت یا خشم زیاد هنگامی که فرد مورد نظر

جدول شماره ۲-۱. معیارهای تشخیصی DSM-IV-TR در مورد اختلال شخصیت مرزی

- بی‌ثباتی در روابط بین‌فردی، خودانگاره و حالت عاطفی، و نیز آشکارا تکانشی بودن، به صورت الگویی نافذ و فراگیر که از اوایل بزرگسالی شروع شده باشد و در زمینه‌های مختلف به چشم آید، که نشانه‌اش وجود حداقل پنج تا از موارد زیر است:
- (۱) انجام تلاش‌هایی مضطربانه، توأم با سراسیمگی برای اجتناب از ترک شدن واقعی یا تصویری.
 - نکته: شامل رفتارهایی نظیر خودکشی یا خودزنی نمی‌شود؛ این‌ها را جزء معیار ۵ باید برشمرد.
 - (۲) بی‌ثبات و شدید بودن روابط بین‌فردی، به صورت الگویی که مشخصه‌اش تناوب میان دو قطب افراطی است: آرمانی‌نمایی و بی‌ارزش‌نمایی.
 - (۳) آشفتگی هویت؛ بی‌ثبات بودن واضح و دائم خودانگاره یا احساس فرد در مورد خودش.
 - (۴) تکانشی بودن لاف‌زن در دو تا از حوزه‌هایی که بالقوه به فرد صدمه می‌زنند (مثلاً خرج کردن پول، روابط جنسی، سوء مصرف مواد، بی‌ملاحظه رانندگی کردن، شکمبارگی).
 - نکته: شامل رفتارهایی نظیر خودکشی یا خودزنی نمی‌شود؛ این‌ها را جزء معیار ۵ باید برشمرد.
 - (۵) رفتار، گشتار (ژست)، یا تهدید به خودکشی به صورت مکرر، یا خودزنی‌های مکرر.
 - (۶) بی‌ثباتی در حالت عاطفی به صورت واکنش‌پذیری آشکار خلق (مثل ملال، تحریک‌پذیری، یا اضطراب شدید و حمله ای (اپیزودیک) که چند ساعتی طول بکشد و خیلی به ندرت هم بیش از چند روز دوام داشته باشد).
 - (۷) احساس پوچی مزمن.
 - (۸) نامتناسب و شدید بودن خشم یا دشواری در تسلط بر خشم (مثلاً تندخو شدن‌های پیاپی، خشمگین بودن دایمی، نزاع کردن‌های مکرر).
 - (۹) بروز افکار بدگمانانه (پارانویید) یا علایم شدید تجزیه‌ای به صورت گذرا و در مواقع فشار روانی (استرس).

آنها چند دقیقه تاخیر دارد و یا این‌که قرار ملاقات را به‌هم می‌زند). این افراد ممکن است بر این باور باشند که «رهاشدگی یا طرد» به‌طور تلویحی به این معناست که آنها «بد» هستند. این ترس‌های رهاشدگی با عدم تحمل تنهایی و نیاز به بودن با دیگران رابطه دارد. کوشش‌های بی‌وقفه‌ی آنها برای اجتناب از طرد و رهاشدگی، ممکن است شامل اعمال تکانشی همچون آسیب زدن به خود یا رفتارهای انتحاری باشد که به‌طور جداگانه در ملاک ۵ توصیف شده‌اند. برخی از بیماران مرزی ممکن است در کنار موضوع‌های غیرانسانی (مانند یک حیوان خانگی یا اشیاء بی‌جان)، احساس امنیت بیشتری داشته باشند، تا در روابط بین فردی (انجمن روانپزشکی آمریکا، ۲۰۰۰).

این ملاک تشخیصی، نتیجه‌ی تلاش‌های دوران‌ساز مسترسون^۱ در شکل‌گیری سازه‌ی مفهومی «مرزی» است. ترس از رهاشدگی، بایستی از اضطراب‌های جدایی -که متداول‌ترند، اما از پاتولوژی کمتری برخوردارند- تمییز داده شود. اگرچه اکثر شخصیت‌های مبتلا به BPD از ترس‌های رهاشدگی خود آگاهند، ولی برخی از آنها در برابر این ترس‌ها، از مکانیسم گذار به عمل (کنش‌نمایی)^۲ استفاده می‌کنند. ممکن است این مکانیسم دفاعی به‌قدری با وجود آنها عجین شده باشد، که نسبت به دلیل

1 . Masterson
2 . acting out

زیربنایی آن (یعنی، ترس از رهاشدگی) آگاه نباشند. همچنین، گاندرسون و سینگر^۱ (۱۹۷۵) و آدلر و بویی^۲ (۱۹۷۹)، اصطلاح «عدم تحمل تنهایی»^۳ را مناسب‌تر از «ترس از رهاشدگی» می‌دانند. در حال حاضر، این ملاک تشخیصی به‌عنوان علامت دل‌بستگی نایمن اولیه، مفهوم‌سازی می‌شود (به نقل از گاندرسون، ۲۰۰۸).

روابط بین فردی بی‌ثبات

یکی از ویژگی‌های اصلی BPD، مشکلات شدید در روابط بین‌فردی است (ملاک ۲). گاندرسون و همکاران (۱۹۹۶) معتقدند که دو ملاک بین‌فردی مهم، یکی اجتناب از رهاشدگی و دیگری روابط بی‌ثبات، به تمایز BPD از سایر اختلالات شخصیت کمک می‌کند (به نقل از استنلی و سیور^۴، ۲۰۱۰). افراد مبتلا به این اختلال، در مقایسه با سایر اختلالات و یا افراد فاقد اختلال شخصیت، با احتمال کمتری ازدواج می‌کنند (شوارتز^۵ و همکاران، ۱۹۹۰)؛ میزان بیشتری از تعارض و متارکه را در روابط رمانتیک تجربه می‌کنند (دیلی^۶ و همکاران، ۲۰۰۰)؛ اصطکاک و تعارضات بیشتری با والدین، همسیرها و دوستان خود پیدا می‌کنند و در کل، سازگاری اجتماعی ضعیف‌تری دارند (جویس^۷، ۲۰۰۳)؛ به نقل از تراکسر^۸ و همکاران، ۲۰۰۸). بیماران مرزی، به دلیل ناتوانی برای تحمل احساسات دوسوگرایانه^۹، گرایش شدیدی به آرمانی‌سازی یا بدنام کردن چهره‌های مهم زندگی^{۱۰} دارند و به همین دلیل، نوسان‌های شدیدی در سطح پرخاشگری و روابط بین‌فردی آنها دیده می‌شود (لویتن و بلات^{۱۱}، ۲۰۱۱). بیماران مرزی ممکن است در ملاقات‌های اول یا دوم، حامیانی بالقوه یا دلدادگانی را به‌صورت ایده‌آل در ذهن خود تجسم کنند؛ ممکن است مایل باشند وقت زیادی را با یکدیگر سپری کنند و در اوایل برقراری رابطه، از جزئیات بسیار خصوصی زندگی یکدیگر مطلع گردند. با وجود این، آنها ممکن است به سرعت از چنین اندیشه‌ای منصرف شده و به این نتیجه برسند که از دید دیگران فاقد ارزشند و احساس کنند که طرف مقابل، به اندازه‌ی کافی به فکرشان نبوده و بخشنده و شایسته نیست. این افراد می‌توانند با دیگران همدلی کرده و نسبت به آنها محبت کنند، ولی تنها بر اساس این انتظار، که در صورت نیاز، طرف مقابل آنها نیز برای برآورده ساختن خواسته‌های آنها، «بخشنده» خواهد بود (انجمن روانپزشکی آمریکا، ۲۰۰۰).

اغتشاش هویت

فقدان احساس هویت یکدست (اغتشاش هویت)، که با خودانگاره یا درک کاملاً بی‌ثبات از خود

1 - Singer

3 - intolerance of aloneness

5 - Schwartz

7 - Joyce

9- ambivalent feelings

11 - Luyten & Blatt

2 - Adler & Buie

4 - Stanley & Siever

6 - Delay

8 - Tragesser

10 - significant others

مشخص می‌شود، یکی دیگر از مشخصه‌های این اختلال است (ملاک ۳). این ملاک تشخیصی نیز تحت تاثیر کرنبرگ و توصیفات او از سازمان شخصیت مرزی است. اغتشاش هویت به مشکلات عام هویتی که بخشی از رشد بهنجار انسان است، اشاره ندارد، بلکه تاکید آن بر دو چیز است: (۱) تحریفات تصویر بدنی (شبه آنچه که در بی‌اشتهایی عصبی و اختلال بدریخت‌انگاری بدن دیده می‌شود)؛ (۲) اختلالات مرتبط با «خود» (گاندرسون، ۲۰۰۸). برخی از مبتلایان به BPD، ممکن است درست در لحظه‌ای که هدف آنها در حال تحقق است، یک الگوی خودناکام‌ساز را نشان دهند، مانند ترک مدرسه درست قبل از فارغ التحصیل شدن، بازگشت شدید به وضعیت بیمارگون، بعد از بحث در مورد این‌که درمان تا چه اندازه خوب پیش رفته است و یا از بین بردن یک رابطه‌ی خوب، هنگامی که انتظار می‌رفت این رابطه پایدار بماند. رفتارهای ناگهانی بیماران مرزی، گاهی به قدری غیرقابل پیش‌بینی یا غیر منتظره است، که باعث گیجی خود بیمار و سردرگمی اطرافیان وی می‌شود. غالباً، نداشتن احساس هویت و هدف در این بیماران باعث می‌شود که اهداف بلندمدت و برنامه‌ریزی در رابطه با آینده نداشته باشند. در خودانگاره‌ی این بیماران، دگرگونی‌های چشمگیر و ناگهانی وجود دارد که با تغییر اهداف، ارزش‌ها و آرزوهای شغلی مشخص می‌شود. ممکن است تغییرات ناگهانی در عقاید و نقشه‌های مربوط به خط مشی شغلی، هویت جنسی، ارزش‌ها و نوع دوستان وجود داشته باشد. این افراد ممکن است به‌طور ناگهانی، نقش خود را از یک متقاضی نیازمند به کمک، به یک انتقام‌جوی عادل^۱ بدرفتاری‌های گذشته تغییر دهند. بیماران مرزی ممکن است عملکرد ضعیفی را در کارهای بدون ساختار و یا موقعیت‌های تحصیلی نشان دهند (انجمن روانپزشکی آمریکا، ۲۰۰۰). نظریه‌پردازان هویت اجتماعی بر این موضوع تاکید دارند که دیدگاه فرد نسبت به خودش، تا اندازه‌ای نتیجه یا انعکاس ارزیابی‌های دیگران از اوست. به اعتقاد آنها، دیدگاه ما نسبت به خودمان، نتیجه‌ی نگرستن به خویشتن از طریق چشم‌های دیگران است و بدین ترتیب است که درمی‌یابیم چه کسی هستیم. هر اندازه که بیماران مرزی در نگاه کردن به خودشان از زاویه‌ی ذهن دیگران دچار مشکل باشند، به همان اندازه هم در شکل‌دهی هویتی منسجم و یکپارچه دچار مشکل خواهند شد (ویلکینسون-رین و وستن^۲، ۲۰۰۰).

در مجموع، وستن و کوهن^۳ (۱۹۹۳) با مرور ادبیات نظری و بالینی، مهم‌ترین ویژگی‌های آشفتگی هویت در BPD را این‌گونه خلاصه کرده‌اند: (۱) بیمار در روابط، آرمان‌ها، ارزش‌ها، و اهدافی که بر روی آنها سرمایه‌گذاری کرده است، بی‌ثباتی نشان می‌دهد؛ (۲) به‌طور موقتی و در پاره‌ای اوقات، بر روی نظام ارزش‌ها و ایده‌آل‌های سرمایه‌گذاری افراطی می‌کند، ولی در نهایت احساس فروپاشی^۴ کرده و پوچی و بی‌معنایی شدیدی را تجربه می‌کند؛ (۳) بی‌ثباتی‌های شدید در رفتار (هم در طول زمان

1 - righteous avenger

2 - Wilkinson-Ryan & Westen

3 -Cohen

4 - break down