

## Prediction of Components of Borderline Personality Disorder Based on Attachment Styles in Students of Tabriz University, Iran

Ebrahim Akbari<sup>1\*</sup>, Majid Mahmoud Alilou<sup>1</sup>, Reza Ilbeygi<sup>2</sup>, Zeinab Azimi<sup>3</sup>, Abdollah Ghasempour<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Department of Psychology, School of Psychology and Educational Sciences, University of Tabriz, Tabriz, Iran

<sup>2</sup>Department of Psychology, School of Humanities, University of Mohaghegh Ardabil, Ardabil, Iran

<sup>3</sup>Department of Psychology, School of Psychology and Educational Sciences, University of Tehran, Tehran, Iran

Received: 31 Jul, 2013      Accepted: 4 Nov, 2013

### Abstract

**Background and Objectives:** Insecurely attachment style is one of effective factors in many mental disorders. The aim of present research was to predict the hopelessness; impulsivity and dissociative and paranoid symptoms in securely; ambivalent and avoidant attachment students.

**Materials and Methods:** The type of the study was descriptive. Subjects of this study were 400 students (200 male and 200 female) from University of Tabriz who were chosen by multistage cluster random sampling. Borderline personality scale (Schizotypal Trait questionnaire-B form) and adult attachment inventory were used for data gathering.

**Results:** There were significant differences in hopelessness; dissociative symptoms, impulsivity and total score of STB between securely attached people and people with avoidant insecurely attachment ( $p < 0.05$ ) and between securely attached people and ambivalent attached people in impulsivity and total score of STB ( $p < 0.05$ ); but no significant differences was found between two above groups in hopelessness and dissociative symptoms ( $p > 0.05$ ), while there wasn't any differences between avoidant and ambivalent attached people in hopelessness; dissociative symptoms, impulsivity and total score of STB ( $p > 0.05$ ).

**Conclusions:** In comparison with securely attached people, people with insecurely avoidant attachment experience more hopelessness; dissociative symptoms and impulsivity; and people with insecurely ambivalent attachment experience more impulsivity. Altogether, insecurely attached people are more prone to borderline personality disorder.

**Keywords:** Borderline personality, Attachment style, Hopelessness, Impulsivity, Dissociative symptoms

\*Corresponding author:

E-mail: e.akbari\_psy@yahoo.com

## مقاله پژوهشی

### پیش‌بینی مؤلفه‌های اختلال شخصیت مرزی بر اساس الگوهای دلبستگی در دانشجویان دانشگاه تبریز

ابراهیم اکبری: گروه روان‌شناسی، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه تبریز، تبریز، ایران، نویسنده رابط:

E-mail: e.akbari\_psy@yahoo.com

مجید محمود علیلو: گروه روان‌شناسی، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه تبریز، تبریز، ایران

رضا ایل بیگی: گروه روان‌شناسی، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه محقق اردبیلی، اردبیل، ایران

زینب عظیمی: گروه روان‌شناسی، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه تهران، تهران، ایران

عبدالله قاسم پور: گروه روان‌شناسی، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه محقق اردبیلی، اردبیل، ایران

دریافت: ۹۲/۵/۹ پذیرش: ۹۲/۸/۱۳

## چکیده

**زمینه و اهداف:** سبک دلبستگی نایمن از جمله عوامل مؤثر در ایجاد بسیاری از اختلالات روانی است. پژوهش حاضر با هدف پیش‌بینی ویژگی‌های ناامیدی، تکانشگری و علائم تجزیه‌ای و پارانوئیدی اختلال شخصیت مرزی در دانشجویان دلبسته ایمن، اجتنابی و اضطرابی انجام شد.

**مواد و روش‌ها:** نوع مطالعه به صورت توصیفی است. آزمودنی‌های پژوهش ۴۰۰ نفر (۲۰۰ مرد و ۲۰۰ زن) از دانشجویان دانشگاه تبریز بودند که با روش نمونه‌گیری تصادفی خوشه‌ای چندمرحله‌ای انتخاب شدند. برای جمع‌آوری داده‌ها از مقیاس شخصیتی مرزی (Schizotypal Trait questionnaire-B form) و مقیاس دلبستگی بزرگسالان (Adults Attachment Inventory) استفاده شده است. برای تحلیل داده‌های آماری پژوهش از روش تحلیل واریانس چند متغیری (MANOVA) و آزمون تعقیبی Tukey استفاده شد.

**یافته‌ها:** نتایج پژوهش نشان داد که میان دلبسته‌های ایمن با دلبسته‌های نایمن اجتنابی در ویژگی‌های ناامیدی، علائم تجزیه‌ای، تکانشگری و نمره کل STB تفاوت معناداری وجود دارد ( $P < 0/05$ )، میان دلبسته‌های ایمن و دلبسته‌های نایمن اضطرابی در ویژگی‌های تکانشگری و نمره کل STB تفاوت معناداری وجود دارد ( $P < 0/05$ ) اما در ویژگی‌های ناامیدی و علائم تجزیه‌ای بین دو گروه فوق تفاوت معناداری مشاهده نشد ( $P > 0/05$ ). در حالی که میان دلبسته‌های نایمن اجتنابی و اضطرابی در ویژگی‌های ناامیدی، علائم تجزیه‌ای، تکانشگری و نمره کل STB تفاوت معناداری وجود داشت ( $P > 0/05$ ).

**نتیجه‌گیری:** افراد دلبسته نایمن اجتنابی ویژگی‌های ناامیدی، علائم تجزیه‌ای و تکانشگری و افراد دلبسته نایمن اضطرابی تکانشگری بیشتری نسبت به افراد دلبسته ایمن تجربه می‌کنند. در مجموع، افراد دلبسته نایمن جهت ابتلا به اختلال شخصیت مرزی مستعدتر هستند.

**کلیدواژه‌ها:** شخصیت مرزی، سبک دلبستگی، ناامیدی، تکانشگری و علائم تجزیه‌ای

## مقدمه

ناپایدار مشخص می‌شود (۱). اختلال شخصیت مرزی در ۱٪ تا ۲٪ جمعیت عمومی وجود دارد و در زن‌ها ۲ بار شایع‌تر از مردهاست (۲). نظریه‌پردازان در تلاشند تا جنبه‌های اصلی اختلال شخصیت مرزی را دریابند که از آن جمله، روابط بین فردی بی‌ثبات، حس پوچی، انفجار خشم، ترس مزمن ترک، عدم تحمل تنهایی، و عدم احساس پایدار نسبت به خود (که ناشی از اختلال در سازه‌های زیربنایی دلبستگی است) می‌باشد (۳). پژوهشگران

اختلالات شخصیت به سه خوشه‌ی A (اغلب غریب، نامتعارف به نظر می‌رسند)، B (اغلب نمایشی، نامتعادل، و هیجانی به نظر می‌رسند)، و C (اغلب مضطرب و هراسان به نظر می‌رسند) تقسیم می‌شوند. اختلال شخصیت مرزی (Borderline Personality Disorder) از خوشه‌ی B، شایع‌ترین اختلال شخصیت در بین مراجعان بالینی است که با نشانه‌هایی شامل رفتار تکانشی، بی‌ثباتی عاطفی، دشواری‌های شناختی ادراکی و روابط

شخصیت مرزی در نوجوانی و اوایل بلوغ، و کاهش آهسته‌تر علائم بودند. خلق و خوی دشوار (difficult temperament) در دوران میانی کودکی، سوء استفاده از کودکان، و اضطراب دلبستگی و دلبستگی اجتنابی در دوران نوجوانی نیز پیش‌بینی‌کننده نشانه‌های اختلال شخصیت مرزی در بزرگسالی بودند که در آن خلق و خو به عنوان یک واسطه بین جدایی اولیه و نشانه‌های بعدی اختلال شخصیت مرزی عمل می‌کرد. Critchfield و همکاران (۱۵) نشان دادند که بین سطح خصومت، پرخاشگری و تحریک‌پذیری افراد دچار اختلال شخصیت مرزی با سبک‌های دلبستگی اضطرابی و اجتنابی ارتباط مثبت وجود دارد. Fossati و همکاران (۱۶) دریافتند که دلبستگی نایمن با اختلال شخصیت مرزی و علائم تکانشگری و پرخاشگری مرتبط است. Agrawal و همکاران (۱۷) در پژوهشی مروری دریافتند که بیماران دچار اختلال شخصیت مرزی بیشتر در گروه دلبسته‌های نایمن قرار می‌گیرند. Barone (۸) و Bender و همکاران (۱۸) مشاهده کردند که افراد مبتلا به اختلالات شخصیت خوشه B (مرزی، وابسته، نمایشی و ضداجتماعی) نمرات بالاتری را در سبک‌های دلبستگی نایمن اجتنابی و اضطرابی کسب می‌کنند. Scott و همکاران (۱۹) دریافتند که تکانشگری و عاطفه منفی، رابطه بین اضطراب دلبستگی و علائم اختلال شخصیت مرزی را تعدیل می‌کند. همگام با برخی از مدل‌های نظری در مورد تحول اختلال شخصیت مرزی، مطالعات فوق، نقش محوری دلبستگی را در توسعه این اختلال برجسته می‌کنند (۲۰). با توجه به شباهت این رفتارها به برخی از ویژگی‌های اصلی اختلال شخصیت مرزی (برای مثال، تکانشگری، نقص در خودتنظیمی)، این یافته‌ها نشان می‌دهد که دلبستگی دوسوگرا می‌تواند با تحول این اختلال مرتبط باشد. این یافته با ادبیات موجود در مورد میزان نسبتاً بالای دلبستگی دوسوگرا و آشفته در اختلال شخصیت مرزی سازگار است (۲۱ و ۵). به علاوه، پژوهش‌های اخیر نشان داده‌اند که افراد دچار اختلال شخصیت مرزی در مقایسه با افراد گروه شاهد، نمره‌های بالایی در دلبستگی دوسوگرا و نایمن (fearful) دارند، ترکیبی از این دو سبک دلبستگی، مختص به اختلال شخصیت مرزی است (۲۲ و ۷). بطور کلی می‌توان نتیجه گرفت که با توجه به افزایش این نوع اختلال در جوامع کنونی، تحقیقاتی در مورد سبب‌شناسی و همچنین عوامل مؤثر بر شکل‌گیری این اختلال و به‌خصوص عوامل محیطی که برطبق تحقیقات پیشین، از عوامل مؤثر شناخته شده‌اند، ضروری می‌باشد. هر چند شواهد پژوهشی بیانگر ارتباط سبک‌های دلبستگی نایمن با این اختلال است، اما تاکنون پژوهشی به بررسی مؤلفه‌های سه‌گانه اختلال شخصیت مرزی (ناامیدی، تکانشگری و علائم تجزیه‌ای و پارانوئیدی) (۲۳) در سه سبک دلبستگی ایمن (تجسمی مثبت و حمایتگر از چهره‌ی دلبستگی دارند و در جدایی‌های روزمره کوتاه‌مدت، کمترین آشفتگی را نشان می‌دهند. این تجسم مثبت، احساس خود ارزشمندی را در این افراد افزایش داده و فرد را قادر می‌سازد که عواطف منفی خود را به شیوه‌ای سازنده تعدیل کند)، اجتنابی (در عواطف خود نسبت به مادر بی-تفاوتند که این نشان‌دهنده‌ی عصبانیت و خشم پنهان آنهاست، آنها

اظهار کرده‌اند که تکانشگری، عدم ثبات عاطفی، و آسیب رساندن به خود که از مشخصه‌های اختلال شخصیت مرزی هستند، در موقعیت‌های بین‌فردی رخ می‌دهند و اغلب با رویدادهای واقعی یا خیالی که در روابط رخ می‌دهد، تشدید می‌شوند. به عنوان مثال، ممکن است جدایی‌های ملایم به عنوان طرد، پیشنهاد صمیمیت به صورت فضولی و یا غیر افتادن، و اختلاف‌نظر به عنوان یک حمله، برداشت شود (۴-۵). بنابراین، بی‌ثباتی خلقی در بیماران مبتلا به اختلال شخصیت مرزی، اغلب با ادراک نادرست از وقایع کوچک محیطی راه‌اندازی می‌شود و به سرعت می‌تواند منجر به رفتار تهاجمی، تکانشگرانه‌ی خود مخرب، رفتار میان فردی مختل، و یا انزوای شدید گردد (۳-۵). در این ارتباط، محققان شروع به بررسی کاربردهای بالینی نظریه دلبستگی (attachment) از لحاظ نظری (۶-۷) و تجربی (۹-۱۰) نموده‌اند و تلاش کرده‌اند تا نشان دهند که چگونه انواع دلبستگی و ابعاد آن، به درک آسیب‌شناسی روانی و کیفیت و ماهیت اتحاد درمانی، روند روان‌درمانی، الگوهای انتقال و انتقال متقابل، و نتیجه روان‌درمانی کمک می‌کند. طبق دیدگاه سبب‌شناسی Bowlby (۱۰)، افراد دچار اختلال شخصیت مرزی، دلبستگی نایمن دارند (با نوسان معنادار بین گسستگی و دلبستگی در طول زمان). بی‌تفاوتی والدین در سنین کودکی باعث حساسیت این بیماران به جدایی و از دست دادن شده است و در نتیجه‌ی پاسخ‌های والدین به کودک، مدل درونی خود (درجه‌ی پذیرش و دوست داشتن والدین از دیدگاه کودک) و دیگران (والدین از دید کودک تاچه اندازه در دسترس و پاسخگو بوده‌اند) شکل می‌گیرد که کودک بر اساس این الگوهای شکل گرفته‌شده در روابط بعدی در زندگیش رفتار خواهد کرد. این مدل که تمایل به استمرار در طول دوره‌ی زندگی دارد، باورها و انتظارات فرد را با توجه به تعاملاتش در گذشته، حال و آینده جهت‌دهی می‌کند. Cassidy (۱۱) معتقد است که تجارب دلبستگی، شخصیت کودک را شکل می‌دهد و بسیاری از روان‌آزردگی‌ها و اختلالات شخصیت، حاصل محرومیت کودک از مراقبت‌های مراقب یا عدم ثبات در روابط کودک با فردی است که دلبستگی با او صورت می‌گیرد. اثرات مخرب طرد از طرف مادر در کودکی منتج به رفتارهای کنترل‌گرانه بین فردی (تنبیه‌گر یا انزوا طلبی) در اواسط کودکی می‌شود و اگرچه شاید موجب اختلال شخصیت مرزی نشود ولی اشکال مرزی در دوره‌ی نوجوانی را سبب خواهد شد که در طیف طرد مادرانه، شدیدترین حالت آن غیبت کامل مادرانه می‌باشد. این جدایی طولانی مدت از مادر (۱ ماه یا بیشتر در ۵ سال اول) با آسیب‌شناسی بعدی مرزی در نوجوانی یا بزرگسالی مرتبط است (۱۲). Carlson و همکاران (۱۳) نشان دادند که برخی عوامل نظیر بازنمایی و برداشتی که فرد از خود و دیگران در ذهن دارد، واسطه‌ی ارتباط بین دلبستگی آشفته نوزاد و نشانگان اختلال شخصیت مرزی در بزرگسالی هستند. Crawford و همکاران (۱۴) با تمرکز ویژه بر اثر جدایی از مادر قبل از ۵ سالگی، خط سیر نشانه‌های اختلال شخصیت مرزی را در طول زمان مورد بررسی قرار دادند. جدایی‌های اولیه طولانی به مدت یک ماه یا بیشتر، پیش‌بینی‌کننده نشانه‌های اختلال

تبریز به طور تصادفی چهار دانشکده‌ی کشاورزی، شیمی، دامپزشکی، و علوم اجتماعی انتخاب شدند و از این چهار دانشکده، یازده کلاس به طور تصادفی انتخاب و کلیه دانشجویان در آن کلاس‌ها به عنوان نمونه انتخاب شدند. به دانشجویان انتخاب شده چنانچه مایل به شرکت در پژوهش بودند پرسشنامه سبک‌های دلبستگی بزرگسالان (Adults Attachment Inventory, AAI) تحویل داده شد. پس از تکمیل پرسشنامه‌ها و مشخص شدن سبک دلبستگی دانشجویان، به طور تصادفی از بین هر یک از سبک‌های دلبستگی ۳۰ نفر برای پژوهش انتخاب شدند و سپس مقیاس شخصیتی مرزی (Schizotypal Trait questionnaire-B, STB form) اجرا گردید. به منظور رعایت اخلاق پژوهشی نخست توضیحاتی به شرکت کنندگان درباره اهداف کلی پژوهش داده شد و از آنان خواسته شد با دقت و حوصله پرسشنامه‌ها را تکمیل کنند. ترتیب ارائه پرسشنامه‌ها به نمونه‌ی پژوهش داوطلبانه بود تا اثر خستگی روی پاسخ‌ها کنترل شود. معیارهای ورود به پژوهش شامل ارائه رضایت آگاهانه و دانشجو بودن و معیارهای خروج نیز شامل سابقه‌ی بستری در مراکز روانپزشکی و یا مراجعه به روانپزشک به دلیل اختلالات روانی بود.

### ابزار اندازه‌گیری

پرسشنامه سبک‌های دلبستگی Hazen و Shaver: برای تعیین سبک دلبستگی افراد از آزمون دلبستگی بزرگسالان Hazen و Shaver (AAI) استفاده شد که بر مبنای سبک‌های دلبستگی سه‌گانه Ainsworth طراحی شده است و مشتمل بر سه عبارت توصیفی از احساسات فرد درباره‌ی روابط بین فردی است که هر کدام از آنها به یکی از سبک‌های دلبستگی اشاره دارد. این مقیاس دارای دو بخش است که در بخش اول، آزمودنی به هر کدام از سه عبارت توصیفی بر روی یک طیف هفت درجه‌ای لیکرت، از کاملاً مخالفم (نمره ۱) تا کاملاً موافقم (نمره ۷) پاسخ می‌دهد. این سه عبارت در حقیقت میزان هر یک از الگوهای دلبستگی در آزمودنی را می‌سنجد. اما در بخش دوم، آزمودنی یکی از عبارت‌ها را به عنوان مناسب‌ترین توصیف در مورد احساسات خود انتخاب می‌نماید. به عبارتی بخش دوم دسته‌بندی می‌کند که هر آزمودنی در کدام دسته قرار می‌گیرد. چون به دنبال میزان برخورداری آزمودنی از هر یک از الگوهای دلبستگی نبودیم. در این پژوهش نتایج بخش دوم را معیار قرار دادیم. Baldwin و همکارش با انجام شش مطالعه به فاصله زمانی سه تا چهار ماه روی دانشجویان پایایی کلی این مقیاس را ۰/۶۷ گزارش نموده‌اند. به علاوه ضرایب آلفای سبک‌های ایمن، اجتنابی و اضطرابی به ترتیب ۰/۸۰، ۰/۵۷ و ۰/۳۲ گزارش کرده‌اند. در ایران اعتبار برای سبک ایمن (۰/۴۸)، اجتنابی (۰/۵۸) و اضطرابی (۰/۶۵) گزارش شده است. در کل آلفای کرونباخ برای قابلیت اعتماد پرسشنامه هنجاریابی شده در ایران ۰/۷۸ به دست آمد که میزان بالا و قابل قبولی است (۰/۲۴). مقیاس شخصیتی مرزی (STB): این مقیاس بخشی از پرسشنامه صفات اسکیزوتیپی (Schizotypal Trait Questionnaire) و مقیاس شخصیت مرزی است که توسط Claridge و همکارش ساخته

نسبت به مادر خود بی‌اعتماد هستند و از نزدیک شدن به مادر اجتناب می‌کنند. والدین نیز به علائم فرزندان خود حساسیت نشان نمی‌دهند) و اضطرابی (دوسوگرا؛ ابتدا به مادر نزدیک می‌شوند و سپس او را پس می‌زنند. رفتارهایی مانند بی‌قراری، آویختن، و چسبیدن به والدین نشان می‌دهند. تماس با والدین خود را جستجو می‌کنند اما به محض آنکه به مجاورت آنها رسیدند، مقاومت می‌کنند. این افراد در روابط عاطفی خود با دیگران انحصارگرا و وابسته بوده، دائماً نگران طرد شدن و رها شدن از طرف دیگران هستند و با دلبستگی شدید به دیگری، سعی در کاهش اضطراب جدایی خود دارند) (۱۰) در جمعیت دانشجویی نپرداخته است. با بررسی این مؤلفه‌ها (نامیدی؛ علامت هسته‌ای اختلال شخصیت مرزی است که باعث تحمل‌ناپذیری، بی‌ارادگی در انجام کارها و میل به گریز از یک موقعیت در افراد مبتلا به شخصیت مرزی می‌گردد. علائم تجزیه‌ای؛ به از هم گسیختگی در رفتار، اندیشه و احساس گفته می‌شود که در حالت معمول به گونه‌ای هماهنگ با یکدیگر ارتباط دارند. افکار پارانوئیدی؛ افکاری که با انتظار اذیت و آزار از سوی دیگران، بدگمانی، توداری، حسادت، جنجال‌طلبی، بی‌میلی برای پذیرش تقصیر و سردی عاطفی مشخص می‌شود (۲۱) و ارتباط آنها با سبک‌های دلبستگی می‌توان مدلهای مسیر چندگانه را که در ایجاد این اختلال دخیل هستند، پیش‌بینی کرد؛ مانند مدل مسیر چندگانه Zanarini و همکارش (۲۳) که خلق و خوی ذاتی، تجارب دردناک کودکی، و کژکاری‌های نورولوژیک و بیوشیمیایی را سه مؤلفه شکل‌گیری اختلال شخصیت مرزی می‌دانند. به عقیده‌ی آنها، مؤلفه‌ی آخر، احتمالاً نتیجه‌ی ترکیب تجارب ویران‌ساز اولیه و آسیب‌پذیری‌های ذاتی بیماران مرزی است. اهمیت نظری این پژوهش، گسترش منظری جدید به فهم و صورت‌بندی این اختلال، به‌ویژه در پرتو نظریه‌ی الگوهای دلبستگی است. اهمیت عملی پژوهش، توجه به نقش تجارب دوران کودکی این افراد، در کاربندی مناسب و دقیق‌تر مداخلات بالینی است. همچنین روشن ساختن نقش این تجارب در شکل‌گیری اختلال شخصیت مرزی در بزرگسالی می‌تواند به بینش‌های مفیدی از نظر مداخلات در سطح اول پیشگیری منجر گردد و می‌توان از یافته‌های این پژوهش تلویحات عملی متعددی را در زمینه آموزش خانواده‌ها و مداخلات بهنگام‌تر استنتاج نمود. لذا هدف از پژوهش حاضر پیش‌بینی ویژگی‌های نامیدی، تکانشگری و علائم تجزیه‌ای و پارانوئیدی اختلال شخصیت مرزی در دانشجویان دلبسته ایمن، اجتنابی و اضطرابی دانشگاه تبریز می‌باشد.

### مواد و روش‌ها

در این پژوهش که از نوع توصیفی است، متغیر اختلال شخصیت مرزی و مؤلفه‌های آن در سه گروه از دانشجویان دلبسته‌ی ایمن، اجتنابی و اضطرابی مقایسه شده‌اند. جامعه آماری این پژوهش کلیه دانشجویان مقطع کارشناسی دانشگاه تبریز در سال تحصیلی ۹۱-۱۳۹۰ بود. از جامعه مذکور، ۴۰۰ نفر به صورت نمونه‌گیری تصادفی خوشه‌ای چندمرحله‌ای انتخاب شدند و پرسشنامه‌های پژوهش را کامل کردند. از بین دانشکده‌های دانشگاه

شده و توسط Rawlings و همکاران مورد تجدیدنظر قرار گرفته است. Mohammad Zadeh و همکاران (۲۵) با انطباق نسخه‌ی ویرایش شده‌ی این آزمون با ملاک‌های راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی علاوه بر ۱۸ ماده‌ی اولیه ۶ ماده دیگر نیز به آن افزودند. بنابراین مقیاس اختلال شخصیتی مرزی ۲۴ ماده دارد (۴ ماده وزن عاملی کمتر از ۰/۳۰ داشته و از تحلیل حذف شدند؛ بنابراین در بررسی نهایی تنها ۲۰ ماده دارای اعتبار و روایی مناسب بودند) که به صورت بلی/ خیر پاسخ داده می‌شوند. این مقیاس سه عامل ناامیدی (ماده‌های؛ ۲، ۳، ۴، ۸، ۱۰، ۱۲، ۱۴)، تکانشگری (ماده‌های؛ ۱، ۲، ۵، ۶، ۹، ۱۱، ۱۳، ۱۵، ۱۷) و علائم تجزیه‌ای و پارانوئیدی وابسته به استرس (ماده‌های؛ ۷، ۹، ۱۶، ۱۸، ۱۹، ۲۰) را می‌سنجد. Rawlings و همکاران، آلفای کرونباخ را برای مقیاس شخصیتی مرزی ۰/۸ و روایی همزمان این مقیاس را با مقیاس‌های روان‌آزردگی و روان‌گسستگی پرسشنامه شخصیتی آیزنک (Eysenck personality questionnaire) به ترتیب ۰/۶۴ و ۰/۴۴ گزارش کرده‌اند. در ایران Mohammad Zadeh و همکاران (۲۵) برای کل مقیاس اختلال شخصیت مرزی و خرده‌مقیاس‌های ناامیدی، تکانشگری و علائم تجزیه‌ای و پارانوئیدی وابسته به استرس، به ترتیب ضریب اعتبار بازآزمایی ۰/۸۴، ۰/۵۳، ۰/۷۲ و ۰/۵۰ و ضریب آلفای کرونباخ ۰/۷۷، ۰/۶۴، ۰/۵۸ و ۰/۵۷ گزارش کرده‌اند. در پژوهش حاضر پایایی کل مقیاس شخصیت مرزی و خرده‌مقیاس‌های ناامیدی، تکانشگری و علائم تجزیه‌ای به ترتیب برابر با ۰/۷۳، ۰/۶۳، ۰/۵۸ و ۰/۵۶ بدست آمد. تجزیه و تحلیل آماری به‌وسیله نرم افزار آماری SPSS نسخه ۱۶ انجام گرفت. برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از روش‌های آمار توصیفی (میانگین و انحراف معیار)، تحلیل واریانس چندمتغیری (MANOVA) و آزمون تعقیبی Tukey استفاده شد و  $P < 0/05$  به عنوان اختلاف آماری معنادار در نظر گرفته شد.

جدول ۲: نتایج آزمون‌های معناداری تحلیل واریانس چند متغیری روی میانگین نمرات ناامیدی، تکانشگری، علائم تجزیه‌ای و نمره کل آزمون در افراد دلبسته ایمن، اجتنابی و اضطرابی

نام آزمون	مقدار	Fنسبت	فرضیه df	خطا df	P
اثر بیلابیلی	۰/۰۷	۴/۱۹	۶	۶۲۶	۰/۰۰۱
لابدبا ویلکز	۰/۹۳	۴/۲۶	۶	۶۲۴	۰/۰۰۱
اثر هنتینگ	۰/۰۸	۴/۳۳	۶	۶۲۲	۰/۰۰۱

با توجه به F و P محاسبه شده، مشاهده می‌شود که بین نمرات سه گروه دلبسته در ناامیدی ( $F=4/52$  و  $P < 0/01$ )، تکانشگری ( $F=9/09$  و  $P < 0/001$ )، علائم تجزیه‌ای ( $F=9/47$  و  $P < 0/001$ ) و نمره کل آزمون ( $F=11/3$  و  $P < 0/001$ ) تفاوت معنی‌داری وجود دارد (جدول ۳).

جدول ۳: نتایج تحلیل واریانس چند متغیری روی نمرات ناامیدی، تکانشگری، علائم تجزیه‌ای و نمره کل آزمون در سه گروه مورد بررسی

متغیرها	مجموع مجذورات	df	میانگین مجذورات	Fنسبت	P
ناامیدی	۳۴/۳	۲	۱۷/۱	۴/۵۲	۰/۰۱
تکانشگری	۷۱/۵	۲	۳۵/۷	۹/۰۹	۰/۰۰۱
علائم تجزیه‌ای	۴۰/۷	۲	۲۰/۳	۹/۴۷	۰/۰۰۱
نمره کل آزمون	۴۲۶/۶	۲	۲۱۳/۳	۱۱/۳	۰/۰۰۱

نتایج آزمون تعقیبی Tukey نشان داد که تفاوت معناداری بین میانگین نمرات ویژگی ناامیدی گروه دلبسته ایمن و اجتنابی وجود دارد (جدول ۴)، در حالی که تفاوت معنی‌داری میان میانگین نمرات گروه دلبسته ایمن و اضطرابی و گروه دلبسته اجتنابی و اضطرابی وجود ندارد. همچنین، تفاوت معنی‌داری میان میانگین نمرات تکانشگری گروه دلبسته ایمن با گروه‌های دلبسته اجتنابی و اضطرابی وجود دارد، در حالی که تفاوت معنی‌داری میان گروه دلبسته اجتنابی و اضطرابی وجود ندارد. علاوه بر این، تفاوت معنی‌داری میان میانگین نمرات علائم تجزیه‌ای گروه دلبسته ایمن و اجتنابی وجود دارد، در حالی که تفاوت معنی‌داری میان میانگین نمرات گروه دلبسته ایمن و اضطرابی و گروه دلبسته اجتنابی و اضطرابی وجود ندارد. سرانجام، تفاوت معنی‌داری میان میانگین گروه دلبسته ایمن با گروه‌های اجتنابی و اضطرابی در نمره کل

در نمونه‌ی آماری این پژوهش، ۵۰٪ (۲۰۰ نفر) از آزمودنی‌ها مرد و ۵۰٪ (۲۰۰ نفر) زن؛ ۸۹/۵٪ (۳۵۸ نفر) مجرد و ۱۰/۵٪ (۴۲ نفر) متأهل؛ ۳۰/۷۵٪ (۱۲۳ نفر) بومی و ۶۹/۲۵٪ (۲۷۷ نفر) غیربومی بودند. میانگین و انحراف معیار سنی آزمودنی‌ها  $20/87 \pm 2/92$  سال بود. در جدول ۱ یافته‌های توصیفی مربوط به ناامیدی، تکانشگری، علائم تجزیه‌ای و پارانوئیدی وابسته به استرس و نمره کل مقیاس شخصیتی مرزی (STB) در سه گروه مورد بررسی ارائه شده است.

جدول ۱: میانگین و انحراف معیار ناامیدی، تکانشگری، علائم تجزیه‌ای و نمره کل آزمون در افراد دلبسته ایمن، اجتنابی و اضطرابی

گروه‌ها	تعداد افراد	ناامیدی	تکانشگری	علائم تجزیه‌ای	نمره کل
		میانگین	میانگین	میانگین	میانگین
دلبسته ایمن	۳۰	۱/۹۸±۲	۲/۷۶±۲/۰۵	۱/۵۸±۱/۶۳	۶/۳۲±۴/۶۸
دلبسته اجتنابی	۳۰	۲/۷۶±۱/۹۸	۳/۸۷±۱/۹۱	۲/۴۳±۱/۳۵	۹/۰۶±۴/۰۶
دلبسته اضطرابی	۳۰	۲/۴۱±۱/۸۲	۳/۴۹±۱/۹۶	۲/۰۲±۱/۳۵	۷/۹۳±۴/۱۸

شخصیت مرزی وجود دارد، در حالی که تفاوت معنی داری میان گروه دلبسته اجتنابی و اضطرابی وجود ندارد (جدول ۴).

جدول ۴: نتایج آزمون تعقیبی Tukey برای مقایسه افراد دلبسته ایمن، اجتنابی و اضطرابی از نظر ویژگی‌های ناامیدی، تکانشگری، علائم تجزیه‌ای و نمره کل آزمون

متغیرها	(۱) سبک دلبستگی	(۲) سبک دلبستگی	تفاوت میانگین (۱-۲)	P
ناامیدی	ایمن	اجتنابی	-۰/۸۸۱	۰/۰۲۸
	اجتنابی	اضطرابی	-۰/۴۴۴	۰/۲۴۳
تکانشگری	ایمن	اضطرابی	۰/۳۴۶	۰/۴۲۴
	اجتنابی	اضطرابی	-۱/۱۰۹	۰/۰۰۱
علائم تجزیه‌ای	ایمن	اضطرابی	-۰/۸۳۳	۰/۰۲۲
	اجتنابی	اضطرابی	۰/۳۷۵	۰/۳۷۹
نمره کل	ایمن	اضطرابی	-۱/۸۵۲	۰/۰۰۱
	اجتنابی	اضطرابی	-۰/۴۴۳	۰/۰۷۲
	ایمن	اضطرابی	۰/۴۰۹	۰/۱۲۲
	ایمن	اضطرابی	-۳/۸۴۳	۰/۰۰۱
	ایمن	اضطرابی	-۱/۸۴۲	۰/۰۲۱
	اجتنابی	اضطرابی	۰/۱۳۱	۰/۱۶۱

\*P < ۰/۰۵

## بحث

نظریه دلبستگی یک نظریه قدرتمند در زمینه ایجاد و تداوم مشکلات میان‌فردی و سازگاری و آسیب‌های شخصیتی ارائه می‌دهد و ثابت شده است که تحقیق در این زمینه، رویکردی قدرتمند برای بررسی اختلال شخصیت مرزی است. یافته‌های اخیر حاصل از مطالعات درمانی، علوم اعصاب، و مطالعات تحولی (developmental)، بر اهمیت دلبستگی تأکید کرده‌اند و آن را به عنوان یک سازه اجتماعی، شناختی و عاطفی، مفهوم‌سازی کرده‌اند که با نشانه‌های اختلال شخصیت مرزی ارتباط دارد. تحقیقات همچنین نشان می‌دهد که دلبستگی ایمن و داشتن برداشت‌های مثبتی از خود و دیگران، در برابر بسیاری از علائم و نشانه‌های این اختلال به صورت یک ضربه‌گیر عمل می‌کند (۲۶). هدف از پژوهش حاضر پیش‌بینی ویژگی‌های ناامیدی، تکانشگری و علائم تجزیه‌ای و پارانوئیدی اختلال شخصیت مرزی در دانشجویان دلبسته ایمن، اجتنابی و اضطرابی بود. نتایج نشان داد که افراد دلبسته ایمن، ناامیدی و علائم تجزیه‌ای و پارانوئیدی کمتری نسبت به افراد دلبسته اجتنابی تجربه می‌کنند. با این وجود، تفاوتی میان آنها و افراد دلبسته اضطرابی وجود ندارد. همچنین بین افراد دلبسته اجتنابی و اضطرابی از لحاظ ناامیدی و علائم تجزیه‌ای و پارانوئیدی تفاوت معناداری مشاهده نشد. به علاوه پژوهش حاضر نشان داد که افراد دلبسته ایمن تکانشگری کمتری نسبت به افراد دلبسته اجتنابی و اضطرابی تجربه می‌کنند، در حالی که بین دو گروه از افراد دلبسته اجتنابی و اضطرابی تفاوتی از لحاظ تکانشگری مشاهده نشد. در پایان مشخص شد که افراد دلبسته ایمن نسبت به افراد دلبسته اجتنابی و اضطرابی نمره کمتری در نمره کل STB بدست می‌آورند. با این حال تفاوتی بین افراد دلبسته اجتنابی و اضطرابی از این نظر مشاهده نشد. یافته‌های پژوهش حاضر در زمینه تفاوت معنادار میان دانشجویان دلبسته ایمن و اجتنابی در ویژگی‌های ناامیدی، علائم تجزیه‌ای، تکانشگری و نمره کل STB و دلبسته‌های اضطرابی در ویژگی‌های تکانشگری و نمره کل STB، با یافته‌های Levy و همکاران (۲۶)،

Crawford و همکاران (۱۴)، Carlson و همکاران (۱۳)، Critchfield و همکاران (۱۵)، Fossati و همکاران (۱۶)، Agrawal (۱۷)، Barone (۸) و Bender و همکاران (۱۸) همسو است. بعضی از این پژوهشگران در پژوهش‌های خود به این نتیجه رسیدند که اختلال شخصیت مرزی و ویژگی‌های آن با سبک‌های دلبستگی اجتنابی و اضطرابی ارتباط مثبت دارد و افراد دارای اختلالات شخصیت (مرزی و اسکیزوتایپال) بیشتر دارای سبک‌های دلبستگی اجتنابی و اضطرابی هستند. با نظر به مفهوم آفرینی-های مبتنی بر روابط بین شخصی آشفته در تبیین شخصیت مرزی و ریشه‌یابی آن در نظریه دلبستگی، یافته‌های این پژوهش دور از انتظار نبود. نتایج این پژوهش با پژوهش‌های Simeon و همکاران (۲۷) و Zweig-Frank و همکارش (۲۸) ناهمسو می‌باشد. این مطالعات از لحاظ طرح تحقیق با هم تفاوت داشته‌اند و از پرسشنامه دلبستگی AAI استفاده نکرده‌اند. طبق مشاهدات Agrawal و همکاران (۱۷)، در همه تحقیق‌هایی که از نظر طرح تحقیق مشابه بوده‌اند و از پرسشنامه دلبستگی AAI استفاده شده است، ۵۰ تا ۸۰ درصد بیماران مرزی با علائم اصلی، تحت عنوان سبک دلبستگی نایمن طبقه‌بندی شده‌اند. افراد در الگوی دلبستگی نایمن اجتنابی بیشترین نایمنی را نشان می‌دهند؛ در کودکی ابتدا گاهی به مادرشان نزدیک می‌شوند، سپس از تماس با او اجتناب می‌کنند، و گاهی رفتارهای متناقضی بروز می‌دهند. آنها جزو کودکانی بوده‌اند که با آنها بدرفتاری شده و یا فراموش شده‌اند. دلبستگی نایمن اجتنابی و اضطرابی حاصل دسترسی بی‌ثبات به موضوع دلبستگی است. این بی‌ثباتی و نوسان می‌تواند خود را در بی‌نظمی‌ها و نوسانات شخصیتی همچون ناپایداری خلق، تصور از خود، روابط بین فردی و تکانشگری آشکار سازد (۱۴). چنانچه یافته‌های پژوهش حاضر و نتایج همسو، این فرضیه را همراهی می‌نماید. اگر دلبستگی نایمن اجتنابی و اضطرابی را محصول تجربه دسترسی بی‌ثبات بینیم، نوعی پیش‌بینی‌پذیری و کنترل-ناپذیری به ذهن متبادر می‌گردد. بنابراین می‌توان نتیجه گرفت که با تداخلی از فقدان موضوع یا بی‌ثباتی دسترسی موضوع و روند مختل پردازش‌های شناختی روبرو هستیم. چنین گمانه‌زنی‌هایی در چارچوب رویکردهای تحولی قابل طرح و بررسی است. در رویکرد شناختی به شخصیت مرزی، مفاهیمی مثل مفروضه‌های ناکارآمد، نقص و نارسایی در رمزگردانی و اندوزش (۲۱) مطرح است که در پیگیری‌های تحولی، برآمده از اتفاقات و تجربه‌های اولیه زندگی است. این تجارب اولیه در قالب الگوهای ارتباطی روانشناختی از جمله اختلال شخصیت مرزی محصول پدیدارشناختی این مسیر است. همچنان‌که یافته‌های پژوهش حاضر نشان می‌دهد، که افراد با تجربه‌های اولیه نامطلوب (سبک دلبستگی نایمن) ناامیدی، علائم تجزیه‌ای (دلبسته‌های اجتنابی) و تکانشگری و در مجموع شخصیت مرزی (دلبسته‌های اجتنابی و اضطرابی) بالاتری را گزارش کرده‌اند. اضطراب بالا و پرخاشگری می‌تواند سبک‌های دلبستگی نایمن را به اختلال شخصیت مرزی مرتبط سازد. الگوی ضعیف رابطه‌ی خود با دیگران، استرس و

معناداری وجود ندارد. در پژوهش‌های مرور شده، مطالعه‌ای که به طور اختصاصی به این مسئله پرداخته باشد، یافت نشد. Bowlby (۳۰) در نظریه تحول اجتماعی-هیجانی‌اش، مکانی ویژه برای تجربه جدایی و فقدان کودکی در ایجاد مکانیسم‌های دفاعی، و تحریف سازمان شخصیتی، اختصاص داد. او اختلال‌های روانی به خصوص آسیب‌های شخصیتی را حاصل تجارب بنیادین ناامیدی یا درماندگی دانست که به دلیل فقدان اولیه و ناتوانی در برقراری و حفظ روابط عاطفی پدید می‌آیند. Bowlby استدلال می‌کرد که انواع خاصی از اختلال‌ها، احتمالاً حاصل انواع خاصی از تجارب مراقبتی کودکی، به ویژه تجارب مربوط به دلبستگی مضطرب-اجتنابی، مقاوم و آشفته‌اند. برای مثال، کودکی که علیرغم تلاش‌های فراوان برای ارضای خواسته‌های دو پهلو و انتظارات غیرواقع-بینانه مراقب خود، هیچ‌گاه به رابطه‌ای پایدار و امن دست نیافته است، مشکلات و یا فقدان بعدی را به عنوان شکست دیگری در اثرگذاری بر محیط، به خصوص حفظ رابطه عاطفی، تفسیر می‌کند. کودک به دلیل تجربه‌ی دائمی مراقب تنبیه‌کننده یا عدم دسترسی روانشناختی، احساس دوست داشتنی نبودن را از گفتار و یا رفتار مراقب درک می‌کند (تجربه دلبستگی اجتنابی)، می‌آموزد که از محیط و دیگران انتظارات منفی و خصمانه داشته باشد تا مفید و حمایت‌گر. در چنین محیط بی‌اعتباری، نیازهای کودک در نظر گرفته نمی‌شود، و عدم اعتماد به جهان بیرونی باعث می‌شود کودک احساسات درونی خود را عاری از اعتبار بداند و آنها را در دیگران پیدا کند. این تجارب کودک را مستعد می‌کند که چالش‌ها و مشکلات بعدی زندگی را لاینحل و خود را در برابر گرفتاری‌ها ناتوان بداند (محیط بی‌اعتبارساز که افراد مبتلا به شخصیت مرزی با آن در تعامل هستند= بخشی که در مدل رفتار درمانی دیالکتیکی زیاد کاربرد دارد) (۲۱ و ۱۸ و ۱۵ و ۸). کودکی که ترسیده، از لحاظ زیستی، تمایل به نزدیکی با مراقب دارد. و اگر مراقب، خود منبع ترس باشد، کودک در تناقضی لاینحل قرار می‌گیرد. کودک همزمان باید هم به مراقب نزدیک شود و هم از او بگریزد، که نشاندهنده ریشه‌های اولیه تجزیه و گسست‌اند. هنگامی که توانایی کودک برای تنظیم خود هنوز کافی نباشد، برای مدیریت انگیختگی شدید خویش، دچار چالش می‌شود (۱۲). چنین کودکانی در واکنش به تعارض یا درد درونی، ممکن است جنبه‌های به خصوصی از تجربه را جدا کرده و نتوانند سازمان منسجمی از خود و دیگران را در روابط ایجاد کنند. این کودکان در هنگام مواجهه با آسیب بعدی، احتمالاً از همان روش‌هایی که ابداع کرده‌اند استفاده می‌کنند تا پردازش هیجانی و شناختی طبیعی روی محرک آزارنده انجام نشود. در شرایطی که آسیب شدید یا مکرر باشد، این الگو به نشانه‌های تجزیه و اختلال شخصیت مرزی تبدیل می‌گردد (۲۸-۲۷). Zanarini و همکارش (۲۳) معتقدند سبک یا روش بیماران مرزی برای انتقال افکار، احساسات و تمایلات خود به دیگران، حالتی دراماتیک، مصرانه و شدید دارد که سبک هایپربولیک مبالغه‌آمیز نامیده می‌شود. بیماران مرزی به شدت پافشاری می‌کنند که به شدت دردهای درون ذهنی آنها توجهی نشده است، دردهایی که هیچ کس دیگر قادر به تحمل آن نیست

اضطراب بالا در روابط بین فردی، آسیب‌پذیری خلقی در برابر تندی‌ها و مهارت‌های مقابله‌ای محدود، باعث می‌شود که سبک-های دلبستگی نایمن به اختلال شخصیت منجر گردد (۱۶ و ۱۸). در اختلال شخصیت مرزی سطح بالایی از نایمنی در دلبستگی نشان داده می‌شود که منجر به وابستگی مخرب (enmeshed) به اشکال دلبستگی می‌شود و زمانی که همه‌ی مسائل به نوعی به این وابستگی مخرب ارجاع داده می‌شود، الگوی ترک خشمگینانه (angry withdrawal) دیده می‌شود. افراد دچار این اختلال بین مراقبت‌جویی و سواس‌گونه و ترک خشمگینانه در نوسان‌اند. مشتاق به نزدیکی و گرفتن امنیت از اشکال دلبستگی‌شان هستند و در نتیجه گرفتار و آشفته می‌شوند. این امنیت‌جویی اغلب ناکام می‌گردد و خشم و ناامیدی را افزایش می‌دهد که در قالب الگوی ترک خشمگینانه تجلی می‌یابد (۲۹ و ۲۱). شخصیت مرزی ناامید، ترکیبی از الگوهای شخصیتی وابسته یا اجتنابی است. چنین افرادی نوعی دلبستگی سلطه‌پذیرانه نسبت به تنها یک یا دو نفر از چهره-های مهم زندگی خود نشان می‌دهند. وفاداری، تواضع، اجتناب از رقابت، پیروی خودآزارانه و چسبندگی انگل‌وار از صفات آنهاست. به دلیل چنین نیاز عمیقی، با کوچکترین احساس انزوا و تنهایی وحشتزده شده و به راحتی احساس افسردگی، عجز و درماندگی می‌کنند. مسئولیت‌های ساده در نظر این افراد بزرگ جلوه می‌کند، همه چیز را سنگین و شاق درک کرده و زندگی را پوچ و توان-فرسا تلقی می‌کنند (۶). شخصیت مرزی تکانشگر، آمیزه‌ای از الگوهای شخصیت منفی‌گرا (منفعل-پرخاشگر) یا ضداجتماعی است. چنین افرادی باید دائماً از دیگران توجه دریافت کنند در غیر این صورت به گونه‌ای فراینده، تکانشی و بی‌مسئولیت می‌شوند. آنها آمیزه‌ای از فعالیت-دوسوگرایی هستند، به هنگام عدم کنترل، به فردی تبدیل می‌شوند که بیش از پیش غیرقابل پیش‌بینی، ناراحت، تحریک‌پذیر، ناشکیبا، شکایت‌گر، ناراضی و رنجیده-خاطر، لجوج، خشمگین، عبوس و حسود نسبت به شادی و موفقیت دیگران هستند. هیچ‌گاه در زندگی‌شان احساس امنیت نکرده‌اند، لجوج و پرتوقع هستند و ناامیدی و دل‌سردی خود را کاملاً مشهود ابراز می‌کنند. گاهی احساس بی‌ارزشی، پوچی، و بیهودگی را از خود بروز می‌دهند، به شدت سراسیمه و یا عمیقاً افسرده می‌شوند و به خود سرزنشی پرداخته و علائمی دال بر شکل‌گیری هذیان‌های گناه‌نشان می‌دهند (۲۱). اگر مراقبان کودک ظرفیت توسعه یافته‌ای از تفکر در مورد محتوای ذهنی خود و دیگران داشته باشند، احتمال دارد که دلبستگی ایمن را در کودکان‌شان ایجاد کنند که ظرفیت کودک برای درک محتویات ذهن مراقبانش را بالا می‌برد در حالی که در اختلال شخصیت مرزی این توانایی وجود ندارد و این بیماران به شکل دفاعی از تشخیص احساسات خشم خودشان نسبت به مراقبان یا احساس مراقبان نسبت به خود خودداری می‌کنند. که این حالت علائمی از قبیل بی‌ثباتی خود، تکانشگری و احساس پوچی مزمن را توجیه می‌کند (۲۹). از سوی دیگر نتایج پژوهش حاضر نشان داد که بین دو گروه دلبسته اجتنابی و اضطرابی از لحاظ شخصیت مرزی و ویژگی‌های ناامیدی، علائم تجزیه‌ای و تکانشگری تفاوت

(علائم پارانوئیدی). که این علائم نشاندهنده خطای شناختی - ادراکی این بیماران یعنی پارانوئید است. به عقیده‌ی Stadter (به نقل از ۲۳) برای اینکه روابطمان با بیماران را درک کنیم، اول باید بفهمیم که افراد تجربه‌های روانشناختی‌شان را چگونه می‌آفرینند و سازماندهی می‌کنند. Klein، دو موضع روانشناختی را معرفی کرده است: موضع پارانوئید - اسکیزوئید و موضع افسرده‌وار. Ogden موضع سوم را نیز معرفی کرده است: موضع اتیستیک - مجاورت (autistic-contiguous). این موضع، بدوی‌ترین و ابتدایی‌ترین موضع تجربه است: خود و دنیا از طریق سازماندهی‌های تجربه حسی، به شیوه‌ای پیش‌نمادین تجربه می‌شوند. این سازماندهی دو بعد اساسی دارد: سطح پوست و موزونی (rhythmicity). به واسطه حس لمس و از طریق پوست، شخص مرزهای هستی‌اش را تجربه می‌کند و این احساس لمس، پایه و اساس خود منسجم (cohesive self) را تشکیل می‌دهد. به همین ترتیب، فعالیت‌های ریتمیک و موزون (نظیر زمزمه کردن یا تکان خوردن) ممکن است در هنگام اضطراب و پریشان حالی، تشدید شوند. اضطراب غالب در موضع اتیستیک - مجاورت، اضطراب فروپاشی و اضمحلال یا از دست دادن انسجام و یکپارچگی است. مثال آن فرد بیماری است که ترس وحشتناکی از غوطه‌ور شدن در اقیانوس بی‌معنایی، کرختی و بی‌حسی دارد. به همین دلیل همواره نوعی پوسته‌ی صدا اطراف خودش نگاه می‌دارد، به این صورت که همیشه رادیو یا تلویزیون در خانه یا اتومبیل روشن است و تحمل سکوت برای او دشوار خواهد بود. در موضع پارانوئید - اسکیزوئید، مکانیسم غالب، دو نیمه‌سازی است: مقوله‌بندی‌ها، سیاه و سفیداند؛ و جایی برای نقطه‌های خاکستری وجود ندارد. در این موضع، حالات نشاط یا وحشت در اوج خود تجربه می‌شوند. دنیا، دیگران و خود، همگی عرصه‌ی منازعه میان نیروهای دوقطبی است: عشق و نفرت، مرگ و زندگی، خلق و تخریب. افراد شخصیت مرزی همیشه بین تر و آنتی‌تر در نوسان‌اند، به عبارتی؛ بین خوب و بد به یک درک درست و جدید (ستز) نمی‌رسند و همیشه همین دو طیف را دارند؛ که این موضع به الگوهای پریشان روابط اولیه در کودکی بر می‌گردد. رشدیافته‌ترین موضع ذهنی، موضع افسرده‌وار است. ظرفیت تفکر انتزاعی و نمادین در این موضع افزایش می‌یابد و شخص می‌تواند بین چیزهای مختلف، ارتباط معنی‌دار برقرار کند که در هیچ یک از دو موضع قبلی قادر به انجام آن نبود. نتایج به دست آمده با این ایده که سبک‌های دلبستگی ناایمن نقشی اساسی در این اختلال دارند، همسو است. علاوه بر این، نتایج بیانگر این است که رویدادها و تجربیات میان فردی اولیه نقش مهمی در کارکرد شخصیتی و تعاملات بین فردی آینده افراد در زندگی‌شان دارد. عاملی که می‌تواند خود را به صورت الگویی پایدار و مداوم از نارسایی اجتماعی و میان فردی نشان دهد. الگویی که علاوه بر تحریف‌های ادراکی یا شناختی و رفتارهای عجیب و غریب با ناراحتی حاد و ظرفیت اندک برای برقراری روابط صمیمانه همراه است. از محدودیت‌های پژوهش حاضر می‌توان به محدود بودن جامعه آماری پژوهش به دانشجویان

دانشگاه تبریز اشاره کرد که باعث کاهش تعمیم‌پذیری نتایج می‌شود. به علاوه، جمع‌آوری داده‌ها بر اساس مقیاس‌های خود گزارش‌دهی، گزارش‌ها را به دلیل دفاع‌های ناخودآگاه و تعصب در پاسخ‌دهی مستعد تحریف می‌سازد. استفاده از نمونه‌های بالینی مبتلا به اختلالات شخصیت، دانشجویان دانشگاه‌های دیگر و سایر قشرهای جامعه، در بررسی‌های آینده توصیه می‌شود. بر اساس نتایج این بررسی، به نظر می‌رسد تدوین و اجرای برنامه‌های آموزشی مبتنی بر رویکرد دلبستگی با هدف آشنایی خانواده‌ها و والدین جوان با اصول پرورش کودکانی برخوردار از امنیت دلبستگی مناسب می‌تواند در کاهش علائم اختلالات شخصیت از جمله شخصیت مرزی در درازمدت مفید باشد. تحقیقات اخیر متمرکز بر نقش دلبستگی در ایجاد، تداوم، و فرایند تغییر در این اختلال، سازگاری و همسویی نسبتاً خوبی نشان می‌دهد تا آنجا که به یک همگرایی نظری اشاره دارند، و می‌توانند زمینه‌های جدیدی برای تحقیق، و پیشگیری و مداخلات درمانی پیشنهاد دهند. یافته‌های اخیر در سراسر مطالعات تحولی، علم اعصاب، و مطالعات درمانی، به اهمیت بازنمایی‌های دلبستگی اشاره دارند، که به عنوان یک سازه اجتماعی، شناختی و عاطفی، برای بسیاری از علائم اختلال شخصیت مرزی مطرح شده است. این یافته‌ها نشان می‌دهد که جنبه‌های اجتماعی - شناختی اختلال شخصیت مرزی، محوری هستند و با عوامل سرشتی تعامل دارند.

### نتیجه‌گیری

یافته‌های این پژوهش نشان می‌دهند که افراد دلبسته ناایمن اجتنابی ویژگی‌های نامیدی، علائم تجزیه‌ای و تکانشگری و افراد دلبسته ناایمن اضطرابی تکانشگری بیشتری نسبت به افراد دلبسته ایمن تجربه می‌کنند. در مجموع، افراد دلبسته ناایمن جهت ابتلا به اختلال شخصیت مرزی مستعدتر هستند. به نظر می‌رسد که نظریه دلبستگی، نظریه‌ای قانع‌کننده برای مفهوم‌سازی ایجاد و تداوم مشکلات میان فردی است که پاتولوژی شخصیت را توصیف می‌کند، و تحقیقات در این زمینه ثابت کرده است که دلبستگی، بستری مناسب برای مطالعه‌ی اختلال شخصیت مرزی و فراز و نشیب‌های آن است.

### تقدیر و تشکر

در پایان پژوهشگران بر خود لازم می‌دانند از تمامی دانشجویان شرکت‌کننده در این پژوهش کمال تشکر و قدردانی را داشته باشند.



## References

- Miyaoka T, Furuya M, Yasuda H, Hayashia M, Inagaki T, Horiguchi J. Yi-gan san for the treatment of borderline personality disorder: An open-label study. *Prog Neuropsy Biol Psych* 2008; **32**: 150-154.
- Maj M, Akishkal HS, Mezzic, JE, Okasa A. *Personality Disorders*. 5<sup>th</sup> ed. WPA series, Wiley Press, 2007; PP: 134.
- Yeomans FE, Levy KN. An object relations perspective on borderline personality. *Acta Neuropsych* 2002; **14**(2): 76-80.
- Silk KR. Borderline personality disorder. Overview of biologic factors. *Psychiatr Clin North Am* 2000; **23**(1): 61-75.
- Levy KN, Clarkin JF, Yeomans FE, Scott LN, Wasserman RH, Kernberg OF. The mechanisms of change in the treatment of borderline personality disorder with Transference Focused Psychotherapy. *J Clin Psychol* 2006; **62**(4): 481-501.
- Levy KN, Meehan KB, Weber M, Reynoso J, Clarkin JF. Attachment and borderline personality disorder: implications for psychotherapy. *Psychopathology* 2005; **38**: 64-74.
- Levy K. The Implications of Attachment Theory and Research for Understanding Borderline Personality Disorder. *Dev Psychopathol* 2005; **17**(4): 959-986.
- Barone L. Developmental protective and risk factors in borderline personality disorder: a study using the Adult Attachment Interview. *Attach Hum Dev* 2003; **5**(1): 64-77.
- Dozier M, Lomax L, Tyrell CL, Lee SW. The challenge of treatment for clients with dismissing states of mind. *Attach Hum Dev*. 2001; **3**(1): 62-76.
- Bowlby J. *Attachment and Loss: Separation, Anxiety, and Anger*. 2<sup>nd</sup> ed. New York, Basic Books, 1973; PP: 9-127.
- Cassidy J. Adult romantic attachments: A developmental perspective on individual differences. *Rev of General Psychol* 2000; **4**(2): 111-131.
- Steele H, Siever L. An attachment perspective on borderline personality disorder: advances in gene-environment considerations. *Curr Psychiatry Rep* 2010; **12**(1): 61-67.
- Carlson EA, Egeland B, Sroufe LA. A prospective investigation of the development of borderline personality symptoms. *Dev Psychopathol* 2009; **21**(4): 1311-1334.
- Crawford TN, Cohen PR, Chen H. Early maternal separation and the trajectory of borderline personality disorder symptoms. *Dev Psychopathol* 2009; **21**(3): 1013-1030.
- Critchfield K, Levy K, Clarkin J, Kernberg O. The Relational Context of Aggression in Borderline Personality Disorder: Using Adult Attachment Style to Predict Forms of Hostility. *J Clin Psychol* 2008; **64**(1): 67-82.
- Fossati A, Feeney J, Carretta L, Grazioli F, Milesi, R, Leonardi B, Maffei C. Modelling the relationships between adult attachment patterns and borderline personality disorder: the role of impulsivity and aggressiveness. *J Soc Clin Psychol* 2005; **24**(4): 520-537.
- Agrawal H, Gunderson J, Gunderson, B, Lyons-Ruth K. Attachment Studies with Borderline Patients. *Harv Rev Psychiatry* 2004; **12**(2): 94-104.
- Bender DS, Farber BA, Geller JD. Cluster B personality traits and attachment. *J Am Acad Psychoanal* 2001; **29**(4): 551-563.
- Scott LN, Levy KN, Pincus AL. Adult attachment, personality traits, and borderline personality disorder features in young adults. *J Pers Disord* 2009; **23**(3): 258-290.
- Kobak R, Zajac K, Smith C. Adolescent attachment and trajectories of hostile-impulsive behavior: Implications for the development of personality disorders. *Dev Psychopathol* 2009; **21**(3): 839-851.
- Mahmoud-Alilou M, Sharifi A. *Dialectical behavior therapy for borderline personality disorder*. Tehran, Tehran Uni Pub, 2011; PP: 20-29 (Persian).
- Choi-Kain LW, Fitzmaurice GM, Zanarini MC, Laverdiere O, Gunderson JG. The relationship between self-reported attachment styles, interpersonal dysfunction, and borderline personality disorder. *J Nerv Ment Dis* 2009; **197**(11): 816-821.
- Zanarini MC, Frankenburg FR. Pathways to the development of borderline personality disorder. *J Pers Disord* 1997; **11**(1): 93-104.
- Bakhsipour Rodsari A, Mansouri A. Comparison of schizotypal dimensions according to the attachment patterns in students of Tabriz University, Iran. *J res Behav Scie* 2011; **9**(1): 24-32 (Persian).
- Mohammad Zadeh A, Goudarzi MA, Taghavi MR, Molazadeh J. The study of factor structure, validity, reliability and standardization of borderline personality scale (STB) in Shiraz. *Quar J of Fund Ment Health* 2005; **7**(27-28): 75-89 (Persian).

26. Levy KN, Meehan KB, Kelly KM, Reynoso J, Clarkin JF, Kernberg OF. Change in attachment patterns and reflective function in a randomized control trial of transference-focused psychotherapy for borderline personality disorder. *J Consult Clin Psychol* 2006; **74**(6): 1027- 1040.
27. Simeon D, Nelson D, Elias R, Greenberg J, Hollander E. Relationship of personality to dissociation and childhood trauma in borderline personality disorder. *CNS Spectrums* 2003; **8**(10): 755-762.
28. Zweig-Frank H, Paris J. Parent's emotional neglect and overprotection according to the recollections of patients with borderline personality disorder. *Am J Psychiatry* 1991; **148**(5): 648-651.
29. Fonagy P, Leigh T, Steele M, Steele H, Kennedy R, Mattoon G, et al. The relation of attachment status, psychiatric classification, and response to psychotherapy. *J Consult Clin Psychol* 1996; **64**(1): 22-31.
30. Bowlby J. *A secure base: Parent-child attachment and healthy human development*. New York, NY, US: Basic Books Inc, 1988; PP: 73-99.