

نقش اختلال شخصیت مرزی در رفتارهای پرخطر و ارتکاب جرم: بررسی عوامل روان‌شناختی و اجتماعی

ماهرخ آجرلو

psycholog.moon@gmail.com

دانشجوی کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد تهران جنوب

خلاصه

اختلال شخصیت مرزی (BPD) از جدی‌ترین اختلالات روان‌پزشکی است که با الگوهای ناپایدار هیجانی، رفتارهای تکانشی و اختلال در روابط بین‌فردی شناخته می‌شود. پژوهش حاضر با بهره‌گیری از منابع علمی معتبر از جمله پایگاه داده PubMed، Google Scholar و Scopus، به بررسی نقش عوامل روان‌شناختی و اجتماعی در بروز رفتارهای پرخطر و ارتکاب جرم در افراد مبتلا به BPD پرداخته است. یافته‌ها نشان می‌دهد که عواملی چون ناتوانی در کنترل تکانه، ناپایداری هیجانی، تجربه ترومای کودکی، اختلالات همبود روانی (همچون افسردگی و سوءمصرف مواد)، و نبود حمایت اجتماعی مؤثر، در افزایش گرایش به رفتارهای مجرمانه نقش مهمی دارند. همچنین تأثیر منفی انگ اجتماعی و تبعیض در تعامل این افراد با نظام عدالت کیفری مورد توجه قرار گرفته است. در پایان، بر ضرورت اتخاذ رویکردهای چندبعدی شامل مداخلات روان‌درمانی، حمایت‌های اجتماعی و سیاست‌گذاری‌های پیشگیرانه تأکید می‌شود.

کلیدواژه‌ها: روانشناسی جنایی، اختلال شخصیت مرزی، رفتارهای پرخطر، ارتکاب جرم، عوامل روان‌شناختی، عوامل اجتماعی، نائین

مقدمه

بررسی عوامل روان‌شناختی در افراد مرتکب قتل به منظور شناسایی ویژگی‌های شخصیتی و روان‌شناختی مؤثر بر ارتکاب جرم اهمیت زیادی دارد. بسیاری از محققان معتقدند که اختلالات روان‌شناختی مانند اختلالات شخصیتی و خلقی می‌توانند نقش مهمی در ارتکاب جرم‌های خشونت‌آمیز ایفا کنند. اختلالاتی مانند اختلال شخصیت ضد اجتماعی (ASPD)، اسکیزوفرنی، اختلالات اضطرابی و افسردگی شدید از جمله اختلالاتی هستند که معمولاً در مجرمان قاتل مشاهده می‌شوند [۱]. مطالعات نشان داده‌اند که قاتلان و سایر مجرمان اغلب اختلالات روانی مشترک دارند. از جمله این اختلالات می‌توان به اختلالات شخصیتی ضد اجتماعی (APD) و اختلالات شخصیت مرزی (BPD) اشاره کرد که در بسیاری از افراد با تمایل به خشونت و رفتارهای مجرمانه مشاهده می‌شود. طبق تحقیقات اخیر، هر دو گروه می‌توانند ویژگی‌هایی همچون بی‌احساسی عاطفی، ناتوانی در تشخیص و درک احساسات دیگران و ناتوانی در تنظیم هیجان‌های خود را به نمایش بگذارند [۲]. این اختلالات باعث می‌شود که افراد به راحتی از مرزهای اخلاقی و اجتماعی عبور کنند و دست به رفتارهای خشونت‌آمیز بزنند [۱]. اختلال شخصیت مرزی (Borderline Personality Disorder؛ BPD) یکی از پیچیده‌ترین اختلالات شخصیت است که با ناپایداری هیجانی، تکانش‌گری شدید، اختلال در روابط بین‌فردی و تصویر ناسازگار از خود شناخته می‌شود [۳]. شیوع BPD در جمعیت عمومی حدود ۱.۷ درصد گزارش شده است، اما در جمعیت‌های بالینی، به ویژه در

میان افراد دارای اختلالات روان‌پزشکی شدید، این میزان به مراتب بالاتر است [۴]. ویژگی‌های اصلی این اختلال شامل بی‌ثباتی شدید عاطفی، ترس از رهاشدگی، رفتارهای خودتخریبی مانند خودآسیب‌رسانی و گرایش به رفتارهای پرخطر است [۵]. رفتارهای پرخطر در بیماران BPD، از جمله خشونت به خود و دیگران، نقض قوانین و سوءمصرف مواد، اهمیت ویژه‌ای در زمینه‌های بالینی و اجتماعی دارد [۶]. مطالعات نشان می‌دهند که بیماران BPD نسبت به جمعیت عمومی نرخ بالاتری از رفتارهای پرخطر و جرائم خشونت‌آمیز دارند، که این موضوع موجب بار اضافی بر سیستم‌های بهداشتی و عدالت کیفری می‌شود [۷]. این رفتارها ریشه در اختلالات پیچیده روان‌شناختی مانند ناپایداری هیجانی، ناتوانی در تنظیم هیجان و مشکلات در کنترل تکانه دارند [۸]. علاوه بر عوامل روان‌شناختی، عوامل اجتماعی نظیر محیط خانوادگی، انگ اجتماعی و حمایت‌های ناکافی نقش مهمی در شکل‌گیری و تشدید رفتارهای پرخطر در این بیماران ایفا می‌کنند [۵]. شناخت دقیق این عوامل و تعامل آن‌ها با یکدیگر برای طراحی مداخلات جامع و مؤثر ضروری است.

اختلال شخصیت مرزی (BPD) به دلیل ویژگی‌های خاص خود، به‌ویژه ناپایداری هیجانی، تکانش‌گری و مشکلات جدی در تنظیم رفتار، با شیوع قابل توجهی از رفتارهای پرخطر و ارتکاب جرم همراه است [۹]. این رفتارها شامل خودآسیب‌رسانی، خشونت به خود یا دیگران، و نقض قوانین است که پیامدهای جدی برای سلامت فردی و جامعه به دنبال دارد [۱۰]. اهمیت مطالعه این رفتارها در بیماران BPD نه تنها از منظر درمان بالینی بلکه از دیدگاه اجتماعی و حقوقی نیز بسیار حیاتی است. از یک سو، رفتارهای پرخطر در BPD با افزایش بار مراقبتی و هزینه‌های درمانی همراه است و اغلب منجر به بستری‌های مکرر و مداخلات اورژانسی می‌شود [۱۱]. از سوی دیگر، ارتکاب جرم توسط این بیماران می‌تواند باعث درگیری بیشتر آنان با سیستم عدالت کیفری شده و چالش‌های پیچیده‌ای برای ارزیابی مسئولیت کیفری و مدیریت قانونی ایجاد کند [۱۲]. این بیماران ممکن است به دلیل ویژگی‌های اختلال، مانند اختلال در قضاوت و کنترل تکانه، به رفتارهای خشونت‌آمیز یا پرخطر روی آورند که نیازمند شناخت تخصصی از سوی مراجع قضایی و درمانی است. علاوه بر این، توجه به عوامل روان‌شناختی و اجتماعی مؤثر در شکل‌گیری این رفتارها، مانند سوابق تروماتیک، حمایت‌های ناکافی اجتماعی، و انگ روانی، می‌تواند در پیشگیری و طراحی مداخلات هدفمند نقش بسزایی ایفا کند [۱۳]. به همین دلیل، پژوهش در این حوزه زمینه‌ساز بهبود سیاست‌های سلامت روان، آموزش حرفه‌ای و تقویت همکاری میان بخش‌های درمانی و قضایی خواهد بود.

اختلال شخصیت مرزی (BPD) به عنوان یک اختلال پیچیده روانی، با طیف وسیعی از رفتارهای پرخطر و ارتکاب جرم ارتباط تنگاتنگ دارد که پیامدهای فردی، اجتماعی و نظامی فراوانی به دنبال دارد [۱۴]. درک دقیق عوامل روان‌شناختی و اجتماعی مؤثر بر این رفتارها، یکی از مهم‌ترین پیش‌شرط‌های توسعه مداخلات پیشگیرانه و درمانی هدفمند است. هدف اصلی بررسی این عوامل، روشن ساختن سازوکارهای زمینه‌ساز رفتارهای مخرب و خشونت‌آمیز است تا از طریق شناخت علمی، بتوان به کاهش بارهای ناشی از این رفتارها برای فرد و جامعه کمک کرد. از منظر روان‌شناختی، بیماران BPD به دلیل ناپایداری هیجانی شدید، ضعف در تنظیم احساسات، و مشکلات کنترل تکانه در معرض خطر بالای رفتارهای پرخطر قرار دارند [۸]. این اختلالات، اغلب با احساسات شدید بی‌ثباتی، ترس از رهاشدگی، و دشواری در مدیریت خشم همراه است که می‌تواند منجر به واکنش‌های خشونت‌آمیز یا تکانشی شود [۱۵]. همچنین، عوامل روان‌شناختی همچون سابقه سوءاستفاده‌های دوران کودکی، اختلالات همزمان روان‌پزشکی، و کاهش ظرفیت همدلی، به عنوان مؤلفه‌های کلیدی در تقویت رفتارهای پرخطر شناخته شده‌اند [۱۶]. از سوی دیگر، عوامل اجتماعی نقش اساسی در بروز و تشدید این رفتارها ایفا می‌کنند. شرایط نامطلوب محیطی مانند فقر، محرومیت اجتماعی، تنهایی، و فقدان حمایت‌های اجتماعی می‌توانند به افزایش آسیب‌پذیری بیماران BPD در برابر رفتارهای خشونت‌آمیز و نقض قوانین منجر شوند [۱۷]. علاوه بر این، انگ اجتماعی و

تبعیض مرتبط با اختلالات روانی باعث می‌شود که بیماران در دسترسی به خدمات درمانی و حمایتی با مشکلاتی مواجه شوند که این امر به نوبه خود احتمال بروز رفتارهای پرخطر را افزایش می‌دهد [۱۸].

ضرورت مطالعه جامع این عوامل روان‌شناختی و اجتماعی در بیماران BPD، نه تنها به منظور بهبود مراقبت‌های بالینی و طراحی برنامه‌های درمانی تخصصی بلکه برای اصلاح سیاست‌های اجتماعی و عدالت کیفری اهمیت دارد [12]. شناخت عمیق تعامل بین این عوامل، امکان شناسایی نقاط حساس و تعیین راهکارهای مداخله‌ای هدفمند را فراهم می‌آورد که می‌تواند منجر به کاهش میزان ارتکاب جرم، بهبود کیفیت زندگی بیماران و کاهش هزینه‌های اجتماعی و اقتصادی شود. در نهایت، رویکردهای بین‌رشته‌ای که همزمان به جنبه‌های روان‌شناختی، اجتماعی و قانونی این پدیده می‌پردازند، کلید موفقیت در مدیریت چالش‌های بیماران BPD و رفتارهای پرخطر آنان است [19]. بنابراین، پژوهش در این حوزه باید به عنوان اولویتی استراتژیک در سلامت روان و سیاست‌گذاری‌های اجتماعی مدنظر قرار گیرد.

2. مروری بر اختلال شخصیت مرزی

۱.۲ تعریف و معیارهای تشخیصی BPD (براساس DSM-5-TR)

اختلال شخصیت مرزی (Borderline Personality Disorder یا BPD) یکی از اختلالات پیچیده و چالش‌برانگیز در حوزه روان‌پزشکی است که با نوسانات شدید عاطفی، روابط بین‌فردی ناپایدار، تصویر خود متزلزل، و رفتارهای تکانشی مشخص می‌شود. این اختلال معمولاً در اوایل بزرگسالی آغاز شده و با مشکلات قابل توجهی در عملکرد اجتماعی، شغلی و بین‌فردی همراه است [۲۰].

براساس نسخه جدید راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی (DSM-5-TR، BPD) به‌عنوان الگوی فراگیر بی‌ثباتی در روابط، تصویر خود و عواطف، همراه با تکانش‌گری قابل توجه تعریف شده است [۲۰]. برای تشخیص این اختلال، وجود حداقل پنج مورد از نه معیار زیر ضروری است:

۱. تلاش‌های شدید برای جلوگیری از رهاشدگی واقعی یا تخیلی؛
۲. الگوی روابط بین‌فردی ناپایدار و شدید، که بین ایده‌آل‌سازی و تحقیر متناوب نوسان دارد؛
۳. اختلال هویت: تصویر یا حس خود به طور مداوم ناپایدار است؛
۴. تکانش‌گری در حداقل دو حوزه که ممکن است به خود آسیب‌رسانی یا رفتارهای پرخطر منجر شود؛
۵. تکرار رفتارها، حرکات، یا تهدیدات خودکشی یا خودآسیب‌رسانی؛
۶. ناپایداری هیجانی ناشی از واکنش‌های خلقی شدید و گذرا؛
۷. احساس مزمن پوچی؛
۸. خشم شدید و نامتناسب یا دشواری در کنترل خشم؛
۹. شک به خود یا پارانویا گذرا و استرس‌زای مرتبط با فشار روانی [۲۰].

مطالعات اخیر نشان داده‌اند که تشخیص BPD نیازمند توجه به زمینه‌های فرهنگی، اجتماعی و بالینی است تا از تشخیص بیش از حد یا کم تشخیص جلوگیری شود [21]. همچنین، پژوهش‌ها به اهمیت زیرنوع‌های BPD اشاره دارند که تفاوت‌های بالینی و زیست‌روان‌شناختی بیماران را نمایان می‌کند و به بهبود مداخلات درمانی کمک می‌کند [22].

مطالعات نورو روان‌شناختی نیز بر نقش کلیدی اختلال در تنظیم هیجان و کنترل تکانه‌ها تأکید دارند که در معیارهای DSM-5-TR انعکاس یافته است. این اختلالات در تعامل با تجارب محیطی، به‌ویژه سوءتجربه‌های دوران کودکی، می‌تواند منجر به رفتارهای پرخطر و کاهش عملکرد اجتماعی شود [22].

بنابراین، درک کامل معیارهای تشخیصی BPD و ابعاد بالینی آن، نقش مهمی در ارتقای تشخیص دقیق و بهبود مداخلات درمانی ایفا می‌کند.

۲.۲. علائم کلیدی اختلال شخصیت مرزی (BPD)

اختلال شخصیت مرزی با مجموعه‌ای از علائم پیچیده و چندبعدی مشخص می‌شود که هر کدام نقش مهمی در شدت‌گیری اختلال و تأثیر آن بر زندگی فرد دارند. از میان این علائم، ناپایداری هیجانی، مشکلات ارتباطی، رفتارهای تکانشی و خودآسیب‌رسانی به‌عنوان شاخص‌های کلیدی شناخته می‌شوند.

ناپایداری هیجانی یکی از ویژگی‌های برجسته BPD است که به صورت تغییرات سریع و شدید در خلق و خو، مانند احساسات شدید خشم، اضطراب، و افسردگی ظاهر می‌شود. بیماران معمولاً در مدیریت و تنظیم این هیجانات دچار ناتوانی هستند، که می‌تواند منجر به رفتارهای واکنشی و آسیب‌زننده شود [۱۳].

مشکلات ارتباطی در BPD به صورت روابط بین‌فردی ناپایدار و متضاد بروز می‌کند. بیماران اغلب بین ایده‌آل‌سازی و تحقیر دیگران در نوسان‌اند و به دلیل ترس از ترک شدن، ممکن است رفتارهای مقابله‌ای شدیدی نشان دهند که کیفیت روابط اجتماعی را مختل می‌کند [23].

رفتارهای تکانشی از جمله مصرف مواد، رانندگی خطرناک، رفتارهای جنسی پرخطر و سوءاستفاده مالی، بخش قابل توجهی از این اختلال را تشکیل می‌دهد. این رفتارها معمولاً به منظور کاهش هیجان‌های دردناک یا ایجاد هیجان کاذب صورت می‌گیرند و می‌توانند به پیامدهای منفی اجتماعی و قانونی منجر شوند [24].

خودآسیب‌رسانی و رفتارهای خودکشی از شایع‌ترین علائم در بیماران BPD است که در پاسخ به احساسات ناگوار و فشارهای روانی شدید بروز می‌کند. مطالعات نشان داده‌اند که حدود ۷۰ تا ۸۰ درصد بیماران BPD دست‌کم یک بار به خودآسیبی غیرقابل خودکشی دست زده‌اند و حدود ۱۰ درصد به خودکشی موفق منجر شده است [25].

در مجموع، این علائم با تعامل پیچیده‌ای که با یکدیگر دارند، نه تنها کیفیت زندگی بیماران را تحت تأثیر قرار می‌دهند بلکه می‌توانند زمینه‌ساز رفتارهای پرخطر و ارتکاب جرم شوند که مطالعه و درک دقیق آن‌ها برای طراحی مداخلات درمانی مؤثر حیاتی است [۸].

شیوع و پیش‌آگهی اختلال شخصیت مرزی (BPD)

اختلال شخصیت مرزی یکی از شایع‌ترین اختلالات شخصیت است که در جمعیت عمومی و نیز در جمعیت‌های بالینی به طور قابل توجهی دیده می‌شود. براساس مطالعات اخیر، شیوع این اختلال در جمعیت عمومی حدود ۱.۶ تا ۵.۹ درصد تخمین زده شده است که تفاوت‌ها عمدتاً به دلیل روش‌های تشخیص و نمونه‌گیری متفاوت است [26]. در جمعیت‌های بالینی، به ویژه مراکز روان‌درمانی و خدمات بهداشت روان، این میزان به طور چشمگیری بالاتر است و می‌تواند تا ۲۰ درصد بیماران مراجعه‌کننده را شامل شود [27].

پیش‌آگهی BPD در سال‌های اخیر به دلیل پیشرفت‌های درمانی و شناخت بهتر ویژگی‌های اختلال، بهبود یافته است. پژوهش‌های طولی نشان داده‌اند که بسیاری از بیماران در طول زمان کاهش علائم شدیدی همچون ناپایداری هیجانی و رفتارهای تکانشی را تجربه می‌کنند، به‌طوری که پس از ۱۰ سال، بیش از نیمی از بیماران بهبود قابل توجهی در عملکرد اجتماعی و شغلی دارند [28]. با این حال، برخی علائم مزمن‌تر باقی می‌مانند و نیازمند مداخلات مستمر هستند.

عوامل متعددی بر پیش‌آگهی بیماران BPD تأثیرگذارند؛ از جمله شدت علائم اولیه، حمایت اجتماعی، وجود اختلالات همراه (مانند افسردگی و سوءمصرف مواد) و کیفیت درمان دریافت شده [29]. همچنین، مطالعات نوین نشان می‌دهند که مداخلات روان‌درمانی مبتنی بر شواهد نظیر درمان رفتاری دیالکتیکی (DBT) و درمان‌های مبتنی بر ذهن‌آگاهی، نقش بسزایی در بهبود بلندمدت بیماران دارند [30].

در نهایت، با وجود اینکه BPD یک اختلال چالش‌برانگیز است، مطالعات جدید نویدبخش بهبودهای قابل توجه و افزایش کیفیت زندگی بیماران در صورت دریافت درمان‌های تخصصی و حمایت‌های اجتماعی مناسب هستند.

در کل؛ اختلال شخصیت مرزی (BPD) یک اختلال شخصیت از خوشه B است که با ناپایداری در هیجانات، روابط بین‌فردی، خودآنگاره و رفتارهای تکانشی مشخص می‌شود. بر اساس DSM-5، تشخیص BPD نیازمند وجود حداقل پنج مورد از نه معیار تشخیصی، از جمله ترس از طرد شدن، روابط ناپایدار، تکانشگری، خودآسیب‌رسانی، ناپایداری هیجانی، احساس پوچی، خشم نامتناسب و علائم تجزیه‌ای است. علائم کلیدی شامل نوسانات خلقی شدید، روابط آشوبناک، رفتارهای پرخطر و خودزنی است که اغلب برای مدیریت درد عاطفی رخ می‌دهند. شیوع این اختلال بین ۱.۶ تا ۵.۹ درصد جمعیت عمومی است و در زنان شایع‌تر گزارش شده است. با درمان‌های مؤثری مانند درمان دیالکتیکال رفتاری (DBT) و شناختی-رفتاری (CBT)، پیش‌آگهی می‌تواند مثبت باشد، اما بدون درمان، خطر مشکلات مداوم و خودکشی (حدود ۱۰ درصد) وجود دارد. تشخیص زودهنگام و مداخله درمانی برای بهبود کیفیت زندگی افراد مبتلا حیاتی است.

3. رفتارهای پرخطر و الگوهای ارتکاب جرم در بیماران BPD

اختلال شخصیت مرزی (BPD) به دلیل پیچیدگی بالینی و ویژگی‌های رفتاری منحصربه‌فردش، با بروز گسترده رفتارهای پرخطر همراه است که می‌تواند پیامدهای جدی برای خود فرد و جامعه داشته باشد. این رفتارها نه تنها سلامت جسمی و

روانی بیمار را تهدید می کنند، بلکه می توانند منجر به ارتکاب جرم یا درگیر شدن در فعالیت های خشونت آمیز شوند. شناخت و تحلیل این الگوها برای طراحی مداخلات پیشگیرانه و درمانی مؤثر بسیار حیاتی است.

۱. خودآسیب رسانی و خودکشی

یکی از شایع ترین و نگران کننده ترین رفتارهای پرخطر در بیماران BPD، خودآسیب رسانی (NSSI) و رفتارهای خودکشی است. مطالعات نشان می دهند که بین ۶۰ تا ۸۰ درصد بیماران BPD دست کم یک بار خودآسیب رسانی غیرخودکشی کننده انجام داده اند و نرخ خودکشی در این گروه بسیار بالاست؛ به طوری که میزان خودکشی موفق در BPD تقریباً ۸ تا ۱۰ برابر جمعیت عمومی است [31]. خودآسیب رسانی در این بیماران اغلب به عنوان راهی برای مدیریت هیجان های شدید و کاهش درد روانی عمل می کند و می تواند به شکل بریدن، سوزاندن یا ضربه زدن به خود بروز کند [32].

علاوه بر این، خودکشی یکی از علل اصلی مرگ در بیماران BPD است و عوامل متعددی از جمله ناپایداری هیجانی، اضطراب شدید، تجربه های تروماتیک و احساس ناامیدی مزمن در این زمینه نقش دارند [33]. همچنین، وجود اختلالات همراه مانند افسردگی و سوءمصرف مواد می تواند ریسک خودکشی را تشدید کند [34].

۲. خشونت به دیگران و رفتارهای پرخطر اجتماعی

رفتارهای خشونت آمیز نسبتاً شایع در بیماران BPD هستند و این موضوع موجب چالش های بزرگ در نظام های درمانی و قضایی شده است. بیماران BPD ممکن است به دلیل مشکلات در تنظیم هیجانات و کنترل تکانه ها، در موقعیت های تنش زا واکنش های خشونت آمیز و انفجاری نشان دهند [۳۷]. این خشونت می تواند علیه اعضای خانواده، شرکای عاطفی یا حتی غریبه ها باشد و اغلب با سوءاستفاده های روانی، کلامی یا فیزیکی همراه است.

مطالعات همچنین بیانگر آن است که بیماران BPD بیشتر از جمعیت عمومی درگیر رفتارهای پرخطر اجتماعی نظیر رانندگی مخاطره آمیز، سوءمصرف مواد، و ارتکاب جرائم جزئی می شوند [35]. عوامل روان شناختی مانند اختلال در قضاوت، نقص در مهارت های مقابله ای و هیجان زدگی، همراه با عوامل اجتماعی نظیر محرومیت های اقتصادی، سابقه سوءاستفاده در دوران کودکی و نداشتن حمایت اجتماعی، به افزایش این رفتارها کمک می کنند [36].

۳. الگوهای ارتکاب جرم

ارتباط بین BPD و ارتکاب جرم پیچیده و چندوجهی است. بیماران BPD ممکن است به دلایل مختلف از جمله رفتارهای تکانشی، تلاش برای مدیریت هیجانات شدید، یا تحت تأثیر سوءمصرف مواد، درگیر جرایم متنوع شوند. بررسی های سیستماتیک نشان داده اند که افراد مبتلا به BPD در جمعیت زندانیان به نسبت بالاتری حضور دارند و این امر عمدتاً به دلیل رفتارهای خشونت آمیز و جرایم مرتبط با اختلال کنترل تکانه است [37].

در عین حال، ویژگی های شخصیتی این بیماران نظیر حساسیت زیاد به رد شدن، واکنش های هیجانی شدید و ناپایداری روابط می تواند موجب درگیری های قانونی مکرر، پرخاشگری و مقاومت در برابر درمان شود [38]. همچنین، برخی

بیماران ممکن است به دلیل ناتوانی در تشخیص درست موقعیت‌ها یا تحت فشار هیجانات شدید، مرتکب جرایم خشونت‌آمیز یا جرایم مربوط به خودآسیب‌رسانی شوند.

۴. اهمیت بررسی روان‌شناختی و اجتماعی رفتارهای پرخطر در BPD

درک دقیق الگوهای رفتار پرخطر و ارتکاب جرم در بیماران BPD نیازمند تحلیل عوامل روان‌شناختی (مانند ناپایداری هیجانی، نقص در تنظیم هیجان و کنترل تکانه) و عوامل اجتماعی (مانند پیشینه سوءاستفاده، محرومیت اجتماعی و سیستم حمایتی ناکافی) است [8]. این دانش می‌تواند در طراحی مداخلات هدفمند و برنامه‌های پیشگیری از ارتکاب جرم و کاهش رفتارهای آسیب‌زا بسیار مؤثر باشد.

در نهایت، با توجه به پیامدهای جدی این رفتارها برای بیماران و جامعه، ضرورت ایجاد همکاری بین سیستم‌های بهداشت روان، نظام قضایی و مددکاری اجتماعی بیش از پیش احساس می‌شود. مداخلات جامع که به هر دو بعد روانی و اجتماعی توجه کنند، می‌توانند کیفیت زندگی بیماران BPD را بهبود بخشیده و از بروز رفتارهای پرخطر و جرایم مرتبط پیشگیری نمایند.

1.3 بررسی ارتباط اختلال شخصیت مرزی (BPD) با رفتارهای مجرمانه: خشونت، سرقت و سوءمصرف مواد

اختلال شخصیت مرزی (BPD) به دلیل ویژگی‌های رفتاری خاص و پیچیدگی‌های روان‌شناختی‌اش، با افزایش خطر درگیر شدن در رفتارهای مجرمانه مرتبط است. این رفتارها عمدتاً شامل خشونت، سرقت و سوءمصرف مواد می‌شوند که هر یک می‌تواند پیامدهای اجتماعی و حقوقی قابل توجهی داشته باشد. فهم دقیق این ارتباط‌ها برای تدوین سیاست‌ها و مداخلات درمانی مؤثر، از اهمیت بالایی برخوردار است.

1. خشونت و پرخاشگری

مطالعات گسترده نشان می‌دهند که بیماران BPD در مقایسه با جمعیت عمومی نرخ بالاتری از رفتارهای خشونت‌آمیز را نشان می‌دهند [39]. این خشونت می‌تواند علیه خود (خودآسیب‌رسانی و خودکشی) یا علیه دیگران (خشونت فیزیکی و روانی) بروز کند. مکانیسم‌های روان‌شناختی نظیر ناپایداری هیجانی، تحریک‌پذیری بالا و نقص در تنظیم هیجان، عامل مهمی در بروز این رفتارهای پرخطر هستند [37]. همچنین، وجود هذیان‌ها و توهمات در برخی بیماران BPD ممکن است به تشدید خشونت منجر شود [40].

2. سرقت و رفتارهای مجرمانه غیر خشونت‌آمیز

رفتارهای مجرمانه غیر خشونت‌آمیز مانند سرقت نیز در بیماران BPD بیشتر از حد معمول مشاهده شده است. یکی از دلایل مهم این نوع رفتارها، تکانش‌گری و تصمیم‌گیری ضعیف است که از ویژگی‌های بارز این اختلال محسوب می‌شود [41]. بیماران BPD اغلب در شرایط استرس‌زا یا هیجانی ممکن است به انجام اعمالی دست بزنند که در شرایط عادی از انجام آن خودداری می‌کنند. فقدان مهارت‌های مقابله‌ای مؤثر و ضعف در کنترل تکانه، زمینه‌ساز این رفتارها می‌شوند [42].

3. سوء مصرف مواد

سوء مصرف مواد در بیماران BPD یکی از عوامل کلیدی مرتبط با افزایش رفتارهای مجرمانه است. نرخ بالای اختلالات سوء مصرف مواد در این گروه، سبب افزایش خشونت، سرقت، و دیگر رفتارهای پرخطر می شود [43]. سوء مصرف مواد همچنین باعث تشدید ناپایداری هیجانی و کاهش توانایی کنترل تکانه ها شده و چرخه معیوبی از رفتارهای مجرمانه و مشکلات روانی را ایجاد می کند [44]. از سوی دیگر، سوء مصرف مواد در این بیماران معمولاً با هدف خوددرمانی جهت کاهش علائم اضطراب و افسردگی انجام می شود که درمان آن را پیچیده تر می سازد [45].

4. عوامل تسهیل کننده ارتباط BPD و جرم

عوامل روان شناختی و اجتماعی متعددی بر افزایش احتمال رفتارهای مجرمانه در بیماران BPD تأثیر گذارند. سابقه سوء استفاده های دوران کودکی، عدم دسترسی به حمایت های اجتماعی، مشکلات اقتصادی و فقدان مهارت های حل مسئله، از جمله این عوامل هستند [8]. همچنین، همپوشانی اختلالات همراه مانند اختلال اضطراب، افسردگی و اختلالات مصرف مواد، ریسک رفتارهای مجرمانه را تشدید می کند [36]. ارتباط بین اختلال شخصیت مرزی و رفتارهای مجرمانه پیچیده و چندوجهی است. درک عمیق تر این رابطه و عوامل موثر در آن، می تواند به توسعه برنامه های درمانی و پیشگیری بهتر منجر شود که هم به کاهش رفتارهای خشونت آمیز و مجرمانه کمک می کند و هم به بهبود کیفیت زندگی بیماران BPD.

3.2 نقش ویژگی های شخصیتی در افزایش ریسک جرم در بیماران با اختلال شخصیت مرزی (BPD)

اختلال شخصیت مرزی (BPD) به عنوان یکی از پیچیده ترین اختلالات روان شناختی، با ناپایداری شدید در هیجانات، رفتارهای تکانشی، و ناپایداری روابط بین فردی شناخته می شود. این ویژگی ها به طور مستقیم یا غیرمستقیم زمینه ساز بروز رفتارهای پرخطر و ارتکاب جرم می شوند. درک دقیق تر این ویژگی ها و نقش آن ها در افزایش خطرات قانونی، کلید پیشگیری و مداخلات مؤثر است.

1. تکانش گری (Impulsivity)

تکانش گری یکی از بارزترین ویژگی های شخصیتی در BPD است که به شدت در بروز رفتارهای پرخطر نقش دارد. این ویژگی شامل عدم توانایی در کنترل انگیزه های فوری و ناتوانی در ارزیابی پیامدهای بلندمدت رفتار است. افراد تکانش گر ممکن است بدون تفکر قبلی اقدام به رفتارهایی کنند که از نظر قانونی مشکل ساز است، مانند سرقت، خشونت، یا مصرف مواد مخدر [41].

مطالعات نشان داده اند که تکانش گری در بیماران BPD بیشتر از سایر اختلالات شخصیت است و این امر موجب افزایش ریسک بروز جرم می شود [28]. این ویژگی در ترکیب با استرس های محیطی و فشارهای اجتماعی، فرد را در معرض خطر ارتکاب جرم قرار می دهد. تکانش گری باعث می شود که افراد قادر به ارزیابی درست موقعیت ها نباشند و به شکل لحظه ای تصمیم گیری کنند که پیامدهای ناگواری در حوزه حقوقی دارد.

2. ناپایداری هیجانی و پرخاشگری

ناپایداری هیجانی یکی از مشخصه‌های اصلی BPD است که به شکل تغییرات سریع و شدید در خلق و احساسات بروز می‌کند. این ناپایداری، همراه با پرخاشگری، می‌تواند زمینه‌ساز خشونت علیه خود یا دیگران باشد [39]. پرخاشگری در بیماران BPD معمولاً واکنشی است به احساسات عمیق ترس، ناامنی و تهدیدهای روانی که فرد تجربه می‌کند.

پرخاشگری در این بیماران اغلب با کنترل هیجانی ضعیف و احساس ناتوانی در مدیریت تنش‌های درونی و بیرونی مرتبط است. پژوهش‌ها نشان داده‌اند که این افراد در موقعیت‌های تعارضی، به جای استفاده از راهبردهای سازگار، به سمت رفتارهای خشمگینانه و خشونت‌آمیز گرایش پیدا می‌کنند که می‌تواند منجر به بروز جرم شود [37]. این پرخاشگری نه تنها می‌تواند به آسیب رساندن به دیگران منجر شود، بلکه اغلب با خودآسیبی و رفتارهای خودکشی نیز همراه است.

3. اختلال در تنظیم هیجان

نقص در تنظیم هیجان یکی دیگر از ویژگی‌های محوری BPD است که اثرات مستقیم بر رفتارهای پرخطر دارد. بیماران با این نقص، در مواجهه با احساسات منفی و فشارهای روانی نمی‌توانند هیجانات خود را به شکلی کارآمد مدیریت کنند و این امر به رفتارهای تکانشی و گاهی خطرناک می‌انجامد [8].

مطالعات نوروسایکولوژیک و تصویربرداری مغزی نشان داده‌اند که ساختارهای عصبی مرتبط با تنظیم هیجان در بیماران BPD دچار اختلال هستند، به طوری که توانایی آن‌ها در کنترل واکنش‌های هیجانی مختل می‌شود [46]. این نقص در تنظیم هیجان به ویژه در موقعیت‌های استرس‌زا می‌تواند موجب رفتارهای خشونت‌آمیز، تخریب‌گرانه و نقض قوانین گردد.

4. سایر ویژگی‌های شخصیتی مرتبط

علاوه بر موارد اصلی، ویژگی‌هایی مانند حس بی‌ثباتی در هویت، ترس از ترک شدن، و وابستگی‌های ناسالم نیز نقش مهمی در بروز رفتارهای پرخطر در بیماران BPD ایفا می‌کنند. این افراد ممکن است برای حفظ یا بازگرداندن روابط از دست رفته، رفتارهایی انجام دهند که از نظر قانونی قابل قبول نباشند [39].

این حس ناامنی هویت و وابستگی شدید باعث می‌شود افراد در مواجهه با طرد یا شکست‌های عاطفی، واکنش‌های شدید و گاهی غیرقابل پیش‌بینی نشان دهند که می‌تواند منجر به خشونت و جرم شود. از سوی دیگر، این ویژگی‌ها اغلب با مشکلات اجتماعی و اقتصادی همراه است که خود، ریسک ارتکاب جرم را افزایش می‌دهد. ویژگی‌های شخصیتی بیماران با اختلال شخصیت مرزی، به ویژه تکانش‌گری، پرخاشگری، و اختلال در تنظیم هیجان، به طور چشمگیری ریسک ارتکاب جرم را افزایش می‌دهند. شناخت دقیق و جامع این ویژگی‌ها، همراه با عوامل محیطی و اجتماعی، می‌تواند به طراحی مداخلات درمانی هدفمند و برنامه‌های پیشگیری مؤثر در کاهش رفتارهای مجرمانه کمک کند. پژوهش‌های آینده باید به بررسی دقیق‌تر تعامل این ویژگی‌ها با شرایط محیطی و استراتژی‌های درمانی بپردازند.

4. عوامل روان‌شناختی مؤثر

1. ناپایداری هیجانی (*Emotional Dysregulation*)

نوسانات شدید هیجانی یکی از ویژگی‌های اصلی اختلال شخصیت مرزی (BPD) است که به‌وسیله تجربه‌هایی مثل خشم، اضطراب، خفقان درونی و احساس پوچی شناخته می‌شود. این ناپایداری به‌ویژه زمانی برجسته می‌شود که فرد تحت فشار هیجانی قرار می‌گیرد و سیستم تنظیم هیجانی‌اش ناکارآمد عمل می‌کند.

در مطالعه Mattingley و همکاران (۲۰۲۴)، با نمونه‌ای ۳۸۵ نفری (شامل جوانان ۱۶ تا ۲۵ ساله) بررسی شد که چگونه «فوریت منفی» (*Negative Urgency*)؛ گرایش به رفتار فوری هنگام تجربه هیجانات منفی و «تحمل ناتوانی هیجانی» (*Distress Tolerance*) با علائم BPD همبستگی دارند. نتایج نشان دادند:

- فوریت منفی با نسبت شانس (OR) معادل ۱.۲۲ (CI: ۱.۱۶-۱.۲۸) پیش‌بینی-کننده قوی علائم BPD است.
- تحمل ناتوانی هیجانی با OR معادل ۰.۵۹ (CI: ۰.۴۷-۰.۷۴) نشان‌گر این بود که هر چه تحمل فرد برای وضعیت‌های استرس‌زا کمتر باشد، احتمال ظهور علائم BPD بیشتر است.

مطالعات عصبی‌روان‌شناختی نشان داده‌اند که ناپایداری هیجانی با فعالیت غیرطبیعی در ساختارهایی مانند آمیگدالا و قشر پیش‌پیشانی مرتبط است، که توانایی ارزیابی پیامدها و مدیریت پاسخ هیجانی را کاهش می‌دهند. همین ناتوانی در تنظیم احساسات باعث تحریک رفتارهای پرخطر یا پرخاشگری می‌شود [47].

علاوه بر این، مطالعه‌ای دیگر نشان داد که در بزرگسالان جوان ۱۸ تا ۲۵ ساله با BPD، میزان ناپایداری هیجانی با بروز رفتارهایی مانند خشم ناگهانی و خودآسیب‌گری مرتبط است. جالب این‌جاست که تفاوت معناداری در میزان ناپایداری هیجانی در بین گروه‌های سنی دیگر مشاهده نشد.

۲. مشکلات کنترل تکانه (*Impulsivity*)

تکانه‌گرایی (*Impulsivity*) در BPD به صورت عمل بدون تفکر به نتایج و بدون در نظر گرفتن پیامدهای منفی تعریف می‌شود؛ رفتارهایی مانند رانندگی خطرناک، سوءمصرف مواد، قمار کردن یا شروع جرائم کوچک، اغلب نشانه‌ای از تکانه‌گرایی هستند.

براساس مطالعه Mattingley و همکاران (۲۰۲۴)، فوریت منفی قوی‌ترین شاخص برای انواع رفتار پرخطر بود؛ حتی وقتی متغیرهای پرخطر دیگر مانند مصرف مواد یا اختلالات خوردن و پارازیت غذایی کنترل شدند، فوریت منفی همچنان پیامدهای BPD را پیش‌بینی می‌کرد [47].

تحلیل پیش از این: یونورسیتی دانشجویی نشان داد که وقتی علائم اضطراب منفی وجود دارد، احتمال رفتار تکانه‌ای در افراد با ویژگی‌های BPD بیشتر است. در این گروه، بیماران BPD در واکنش به احساسات منفی، رفتار بیشتری از خود نشان دادند و خطاهای شناختی‌شان زیاد شد.

همچنین، مطالعه متاآنالیز Mattingley و همکاران (۲۰۲۲) نشان داد که تحمل ناتوانی هیجانی (DT) با شدت BPD همبستگی متوسط منفی دارد ($r \approx -0.27$) این به معنای این است که هر چه فرد در تحمل هیجان‌های ناراحت‌کننده ضعیف‌تر باشد، رفتارهای تکانه‌ای بیشتری مشاهده می‌شود [48].

۳. تعامل ناپایداری هیجانی و تکانه‌گرایی

این ویژگی‌ها به صورت چرخه‌ای با هم تعامل دارند:

- تجربه هیجانات شدید (مثلاً اضطراب یا خشم) باعث می‌شود واکنش خواه ناخواه زود هنگام و تکانه‌ای زودتر ظاهر شود.
- پیامدهای این رفتار غالباً منفی هستند (مانند پشیمانی، تضعیف روابط یا مشکلات قانونی).
- پیامد منفی خودش بار هیجانی جدیدی ایجاد می‌کند، چرخه را تشدید می‌کند.

مطالعات بالینی نشان داده‌اند که درمان‌هایی مانند DBT (رفتاردرمانی دیالکتیکی) سعی می‌کنند از این چرخه با آموزش مهارت‌های تحمل هیجان و کنترل تکانه شکستی ایجاد کنند.

1.4 اختلال در قضاوت و تصمیم‌گیری (Impaired Judgment and Decision-Making)

افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی (BPD) اغلب دچار مشکلات جدی در قضاوت و تصمیم‌گیری هستند. این نقص‌ها به‌طور خاص در موقعیت‌هایی بروز می‌کنند که نیاز به ارزیابی پیامدهای بلندمدت، درک صحیح بازخوردها، و تنظیم انتخاب‌های رفتاری وجود دارد. اختلال در این فرآیندهای شناختی می‌تواند نقش مهمی در ارتکاب رفتارهای پرخطر، رفتار ضداجتماعی و حتی جرایم ایفا کند. مطالعات نشان داده‌اند که افراد مبتلا به BPD در آزمون‌هایی مانند Iowa Gambling Task و Game of Dice Task عملکرد ضعیف‌تری نسبت به افراد سالم دارند. آن‌ها به انتخاب گزینه‌های پرخطر تمایل دارند و از بازخوردهای منفی کمتر یاد می‌گیرند، که بیانگر نقص در پردازش اطلاعات و پیش‌بینی پیامدهاست [49]. تصمیمات آن‌ها اغلب بر پایه هیجانات لحظه‌ای و بدون در نظر گرفتن نتایج احتمالی در آینده اتخاذ می‌شود. در افراد مبتلا به BPD تمایل شدیدی به دریافت پاداش‌های فوری—even اگر در مقایسه با گزینه‌های دیگر ارزش پایین‌تری داشته باشند— دیده می‌شود. این نوع تصمیم‌گیری نشان‌دهنده نقص در توانایی ارزیابی پیامدهای بلندمدت است [50]. افراد دارای BPD در تعاملات اجتماعی نیز تصمیم‌گیری‌های ناپایدار و گاه غیرمنطقی اتخاذ می‌کنند. در بازی‌های رفتاری مانند Trust Game و Ultimatum Game، این افراد به‌گونه‌ای واکنش نشان می‌دهند که نشان‌دهنده اعتماد پایین، عدم تحمل ناکامی، و حساسیت بیش از حد به طرد است [51]. این رفتارها ممکن است منجر به بروز سوءتفاهم‌های اجتماعی و در نهایت افزایش احتمال درگیری‌های بین‌فردی یا حتی رفتارهای مجرمانه شوند.

مطالعه‌ای از Bajzát و همکاران (۲۰۲۳) روی زنان مبتلا به BPD نشان داد که این بیماران در مقایسه با گروه کنترل در معیارهایی مانند کیفیت تصمیم‌گیری و توانایی تنظیم ریسک، عملکرد معنادار ضعیف‌تری داشتند. تحلیل آماری نشان داد که تفاوت‌ها از نظر آماری معنادار هستند ($F(1,63)=5.80, p=0.019$) برای کیفیت تصمیم‌گیری و ($F(1,63)=6.52, p=0.013$) برای تنظیم ریسک، که مؤید وجود نقص شناختی پایدار در این بیماران است [49]

۳.۴ وجود همزمان اختلالات روانی دیگر (Comorbidity of Psychiatric Disorders in BPD)

اختلال شخصیت مرزی (Borderline Personality Disorder) به‌عنوان یک اختلال روانی پیچیده و چندوجهی، غالباً با وجود اختلالات روانی همراه دیگر نمایان می‌شود. این همزمانی اختلالات روانی یا «هم‌کمی» (comorbidity) می‌تواند شدت علائم، دشواری‌های تشخیص و مسیر درمان بیماران را به شکل چشمگیری تحت تأثیر قرار دهد. به‌ویژه، افسردگی اساسی و سوءمصرف مواد دو اختلالی هستند که بیشترین شیوع را در میان بیماران BPD دارند و به‌طور متقابل روی یکدیگر اثرگذارند.

۱. افسردگی و BPD: رابطه پیچیده و دوطرفه

مطالعات اپیدمیولوژیک نشان می‌دهند که بیش از ۷۰ تا ۸۰ درصد بیماران دارای BPD حداقل یک دوره افسردگی اساسی (Major Depressive Disorder) را تجربه کرده‌اند [52]. رابطه بین این دو اختلال پیچیده و چندبعدی است؛ از یک سو، ناپایداری هیجانی، نوسانات خلقی و ویژگی‌های شخصیتی BPD می‌توانند زمینه‌ساز بروز افسردگی شوند. از سوی دیگر، افسردگی خود به نوبه خود می‌تواند شدت بی‌ثباتی عاطفی و رفتارهای خودآسیب‌رسان را افزایش دهد [53].

علاوه بر این، مطالعات نوروبیولوژیکی نشان داده‌اند که هر دو اختلال، ناهنجاری‌های مشترکی در ساختارها و عملکرد مناطق مغزی مرتبط با تنظیم هیجان، مانند آمیگدالا و قشر پیش‌پیشانی دارند [53]. این شباهت‌های نوروفیزیولوژیک ممکن است به توضیح تمایل بالای افسردگی در بیماران BPD کمک کند.

افسردگی همراه در BPD باعث کاهش انگیزه، افزایش افکار خودکشی و بی‌ثباتی خلقی بیشتر می‌شود که به نوبه خود احتمال درگیری در رفتارهای پرخطر و بزهکاری را بالا می‌برد. به همین دلیل، درمان همزمان این دو اختلال ضروری است؛ در غیر این صورت خطر عود و ناتوانی روانی افزایش می‌یابد.

۲. سوءمصرف مواد: عاملی تشدیدکننده و پیچیده‌کننده

سوءمصرف مواد (Substance Use Disorder) در جمعیت مبتلایان به BPD یکی از شایع‌ترین اختلالات همراه است. بر اساس گزارش‌های اپیدمیولوژیک، شیوع SUD در افراد مبتلا به BPD ۷۸ تا درصد گزارش شده است، که این میزان به طور قابل توجهی بالاتر از جمعیت عمومی است [54].

وجود SUD در این بیماران چند وجهی است: افراد مبتلا به BPD به دلیل ویژگی‌هایی مانند تکانه‌گرایی بالا، ناپایداری هیجانی و ناتوانی در مدیریت استرس، بیشتر تمایل به مصرف مواد برای تسکین هیجان‌های ناخوشایند دارند [55].

سوء مصرف مواد به عنوان راهی موقت برای کاهش اضطراب و درد هیجانی به کار می‌رود اما در درازمدت باعث تشدید اختلالات هیجانی و رفتاری می‌شود.

همچنین، شواهد نشان می‌دهد که افراد مبتلا به BPD و SUD به احتمال بیشتری دچار رفتارهای پرخطر نظیر رانندگی در حالت مستی، روابط جنسی محافظت نشده، و رفتارهای خشونت‌آمیز می‌شوند که این رفتارها ریسک ارتکاب جرم و درگیری با قانون را افزایش می‌دهد [33].

۳. تعامل پیچیده اختلالات همراه و چالش‌های درمانی

از منظر درمانی، همزمانی BPD با اختلالات افسردگی و سوء مصرف مواد، یک چالش جدی به شمار می‌آید. مطالعات نشان می‌دهند که بیماران دارای چندین اختلال همزمان، نرخ بالاتری از ترک درمان، کاهش تعهد به فرایند درمان و نتایج درمانی ضعیف‌تر دارند [54].

به همین دلیل، توسعه و اجرای برنامه‌های درمانی تلفیقی (integrated treatment) ضروری است. یکی از نمونه‌های موفق، DBT-SUD است که نسخه بهینه‌شده درمان دیالکتیکی رفتاری برای بیماران BPD همراه با سوء مصرف مواد است. این برنامه به بیماران کمک می‌کند تا مهارت‌های تنظیم هیجان، کنترل تکانه و مقابله با وسوسه مصرف مواد را فراگیرند [55].

علاوه بر DBT-SUD، روش‌هایی مانند روان‌درمانی سازه‌محور دینامیک (Dynamic Deconstructive Psychotherapy) و طرح‌درمانی برای اعتیاد (Dual Focus Schema Therapy) نیز در کاهش علائم و بهبود کیفیت زندگی بیماران همزمان BPD و SUD مؤثر شناخته شده‌اند [54].

تشخیص به موقع و دقیق اختلالات همراه در بیماران BPD از اهمیت بالایی برخوردار است، زیرا:

- درمان همزمان باعث کاهش رفتارهای پرخطر می‌شود.
- از عود افسردگی و مصرف مواد جلوگیری می‌کند.
- توانایی بیماران را برای مدیریت هیجان‌ها و تصمیم‌گیری بهبود می‌بخشد.
- در نهایت منجر به کاهش احتمال ارتکاب جرم و بهبود عملکرد اجتماعی می‌گردد.

۴. تروما؟!

تجارب تروماتیک دوران کودکی، به‌ویژه سوءاستفاده‌های جسمی، جنسی و عاطفی، نقش بنیادینی در شکل‌گیری و تشدید اختلال شخصیت مرزی ایفا می‌کنند. شواهد گسترده نشان می‌دهد که مواجهه با این نوع آسیب‌ها در سنین حساس رشد عصبی، باعث اختلال در تنظیم هیجانات، توسعه ناپایدار هویت و افزایش حساسیت به استرس‌های روانی می‌شود [20]. مدل‌های نوروسایکولوژیک تأکید دارند که ترومای اولیه موجب تغییرات ساختاری و عملکردی در مناطقی از مغز مانند آمیگدالا، هیپوکامپ و قشر پیش‌پیشانی می‌شود که در تنظیم هیجان و کنترل تکانه نقش کلیدی دارند [56]. این تغییرات زیربنای افزایش واکنش‌پذیری هیجانی، رفتارهای پرخطر و تمایل به خودآسیبی در افراد مبتلا به BPD است. همچنین،

سوءاستفاده دوران کودکی با اختلالات هم‌زمان روانی مانند افسردگی و اختلالات اضطرابی همراه است که می‌تواند پیچیدگی و شدت بالینی BPD را افزایش دهد [57]. در نهایت، شناخت عمیق‌تر از نقش ترومای دوران کودکی در اختلال شخصیت مرزی، اهمیت مداخلات روان‌درمانی تخصصی مبتنی بر تراوما را برای بهبود نتایج درمانی برجسته می‌سازد.

۵. عوامل اجتماعی مؤثر

۱. نقش محیط خانوادگی و حمایتی در رفتارهای پرخطر

محیط خانوادگی به‌عنوان یکی از بنیادی‌ترین چارچوب‌های اجتماعی، نقش مهم و تعیین‌کننده‌ای در شکل‌گیری رفتارها و سلامت روانی فرد، به‌ویژه در افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی (BPD) دارد. پژوهش‌ها نشان می‌دهند که بی‌ثباتی، عدم انسجام و فقدان حمایت عاطفی در خانواده، به‌ویژه در دوران کودکی و نوجوانی، با افزایش احتمال بروز رفتارهای پرخطر مانند خودآسیبی، رفتارهای خشونت‌آمیز و ارتکاب جرم مرتبط است [58]. در این چارچوب، خانواده‌هایی که دارای ارتباطات ناسالم، تعارضات مکرر، یا فقدان مراقبت و توجه هیجانی هستند، زمینه‌ساز افزایش اضطراب و استرس مزمن در افراد مبتلا به BPD می‌شوند که به نوبه خود منجر به استفاده از راهبردهای مقابله‌ای ناکارآمد می‌گردد.

از سوی دیگر، حمایت اجتماعی قوی و محیط خانوادگی پایدار می‌تواند به عنوان عامل محافظتی عمل کرده و به کاهش رفتارهای پرخطر کمک کند. شواهد نشان داده‌اند که وجود شبکه‌های حمایتی قوی از جمله اعضای خانواده، دوستان نزدیک و مشاوران می‌تواند به بهبود تنظیم هیجان، افزایش حس امنیت روانی و کاهش نیاز به رفتارهای مخاطره‌آمیز در این جمعیت کمک کند [59]. به‌ویژه، تعاملات مثبت خانوادگی به بهبود مهارت‌های حل مسئله و خودکنترلی افراد BPD کمک می‌کند که این امر در کاهش خطر رفتارهای خشونت‌آمیز و ارتکاب جرم مؤثر است.

علاوه بر این، مدل‌های روان‌شناختی چندسطحی بر این نکته تأکید دارند که کیفیت رابطه والد-فرزند، به‌خصوص در سال‌های نخست زندگی، نقش مهمی در تنظیم سیستم استرس محور بدن (HPA axis) و فرایندهای تنظیم هیجان دارد، که هرگونه اختلال در این زمینه، بستر مناسبی برای بروز رفتارهای پرخطر در بزرگسالی فراهم می‌آورد [59].

۲. تأثیر عوامل فرهنگی و اجتماعی در افزایش یا کاهش رفتارهای پرخطر

عوامل فرهنگی و اجتماعی، از جمله ارزش‌ها، هنجارها، و انتظارات اجتماعی، می‌توانند به‌طور قابل توجهی بر رفتارهای پرخطر و نحوه بروز اختلالات روانی مانند BPD تأثیرگذار باشند. فرهنگ می‌تواند تعیین‌کننده نوع رفتارهای قابل قبول، نحوه ابراز هیجان، و میزان حمایت اجتماعی باشد و به این ترتیب به‌صورت مستقیم یا غیرمستقیم بر سلامت روان افراد تأثیر بگذارد [60].

مطالعات میان‌فرهنگی نشان می‌دهند که جوامعی با سطح بالاتر انسجام اجتماعی و سرمایه اجتماعی، میزان رفتارهای پرخطر مانند خودآسیبی، خشونت و سوءمصرف مواد در افراد مبتلا به BPD را کاهش می‌دهند [61]. در مقابل،

شرایطی نظیر تبعیض‌های اجتماعی، فقر، و حاشیه‌نشینی اجتماعی که موجب انزوای فردی و کاهش دسترسی به حمایت‌های اجتماعی می‌شوند، به‌عنوان عوامل افزایش‌دهنده ریسک رفتارهای پرخطر شناخته شده‌اند [61].

از دیدگاه اجتماعی-فرهنگی، نقش هنجارهای جنسیتی نیز اهمیت ویژه‌ای دارد. برای مثال، فشارهای اجتماعی جهت انطباق با هنجارهای مردانگی یا زنانگی می‌تواند منجر به بروز رفتارهای متفاوت پرخطر در جنسیت‌های مختلف شود [60]. این تفاوت‌ها در رفتارهای پرخطر می‌تواند ناشی از نحوه آموزش مهارت‌های مقابله‌ای، انتظارات اجتماعی و میزان حمایت باشد.

همچنین، دسترسی به خدمات بهداشتی و روانی فرهنگی‌محور و حساس به تفاوت‌های فرهنگی، نقش مهمی در کاهش رفتارهای پرخطر ایفا می‌کند. برنامه‌های درمانی و حمایتی که با توجه به زمینه فرهنگی افراد طراحی شده باشند، اثربخشی بالاتری دارند و می‌توانند موجب بهبود سازگاری اجتماعی و روانی بیماران شوند [61].

۱.۵ تأثیر انگ اجتماعی و تبعیض بر رفتارهای بیماران و مسیر عدالت کیفری

تأثیر انگ اجتماعی و تبعیض بر بیماران مبتلا به اختلال شخصیت مرزی (BPD) و مسیر عدالت کیفری یک موضوع پیچیده و چندوجهی است که به‌طور قابل توجهی می‌تواند بر سلامت روانی، رفتارهای پرخطر و تعامل این افراد با نظام قضایی اثرگذار باشد. انگ اجتماعی به معنای برچسب‌گذاری منفی، تحقیر و طرد افراد به دلیل ویژگی‌های خاص مانند بیماری روانی است که منجر به کاهش فرصت‌های اجتماعی، افزایش استرس روانی و انزوای فرد می‌شود [62]. این انگ، به ویژه در بیماران BPD که رفتارهای هیجانی و تکانه‌ای اغلب ناپایدار دارند، می‌تواند پیامدهای مخربی در ابعاد مختلف زندگی فردی و اجتماعی داشته باشد.

تبعیض ناشی از انگ اجتماعی، چه در محیط‌های درمانی و چه در سیستم عدالت کیفری، موجب ایجاد موانع جدی در دسترسی به خدمات بهداشتی و حمایت روانی می‌شود. این تبعیض باعث می‌شود که افراد مبتلا به BPD کمتر به دنبال کمک بروند یا از درمان منصرف شوند، زیرا ترس از قضاوت شدن، سوءتفاهم و عدم پذیرش، انگیزه مراجعه به مراکز درمانی را کاهش می‌دهد [63]. در نتیجه، اختلالات روانی تشدید شده و رفتارهای پرخطر، از جمله خودآسیبی، خشونت و ارتکاب جرم، افزایش می‌یابد.

از سوی دیگر، سیستم عدالت کیفری نیز می‌تواند بازتاب‌دهنده و تشدیدکننده این تبعیض‌ها باشد. مطالعات نشان داده‌اند که افراد دارای اختلالات روانی مانند BPD به دلیل پیش‌داوری‌ها و برچسب‌های منفی، در مراحل مختلف عدالت کیفری، از جمله بازداشت، محاکمه و مجازات، با برخورد نابرابر مواجه می‌شوند [64]. به عنوان مثال، رفتارهای هیجانی و ناپایدار بیماران BPD گاهی به اشتباه به عنوان تهدیدهای عمدی یا رفتارهای مجرمانه تعبیر می‌شود، در حالی که این رفتارها اغلب نتیجه مشکلات تنظیم هیجان و کنترل تکانه هستند. این سوءتفاهم‌ها می‌توانند منجر به افزایش بازداشت‌های طولانی‌مدت، مجازات‌های شدیدتر و حتی محرومیت از دریافت خدمات درمانی مناسب شوند.

علاوه بر این، انگ و تبعیض اجتماعی می‌تواند مسیر بازتوانی و بازگشت اجتماعی بیماران را به شدت مختل کند. تجربه تبعیض، احساس بی‌ارزشی و ناامیدی را تقویت کرده و فرد را در چرخه‌ای از انزوا و رفتارهای پرخطر قرار می‌دهد که

فرایند بازپروری را دشوار می‌سازد [65]. در این شرایط، فقدان حمایت‌های اجتماعی و درمانی کافی، نه تنها سلامت روان بیمار را به خطر می‌اندازد، بلکه احتمال ارتکاب جرم مجدد و ورود مکرر به سیستم کیفری را افزایش می‌دهد.

در نهایت، توجه به تأثیرات منفی انگ اجتماعی و تبعیض، ضرورت طراحی سیاست‌ها و برنامه‌های جامع حمایتی را برجسته می‌کند. آموزش حرفه‌ای کارکنان درمانی و نظام عدالت کیفری در خصوص اختلالات روانی و چالش‌های خاص بیماران BPD، کاهش برچسب‌گذاری منفی، و ارتقای دسترسی به خدمات درمانی تخصصی از جمله اقدامات کلیدی هستند که می‌توانند به بهبود کیفیت زندگی این افراد و کاهش رفتارهای پرخطر و جرائم مرتبط کمک کنند [62].

6. پیامدها و راهکارهای مداخله‌ای

۱.۶ پیامدهای ارتکاب جرم در بیماران مبتلا به اختلال شخصیت مرزی برای فرد و جامعه

ارتکاب جرم توسط بیماران مبتلا به اختلال شخصیت مرزی (BPD) پیامدهای چندسطحی و پیچیده‌ای را به همراه دارد که تأثیرات آن فراتر از خود فرد بوده و دامنه وسیعی از ابعاد روان‌شناختی، اجتماعی و اقتصادی را دربرمی‌گیرد. از منظر فردی، درگیری با نظام قضایی و ارتکاب جرم می‌تواند موجب تشدید علائم بالینی BPD شود. مطالعات نشان داده‌اند که مواجهه با محدودیت‌های حقوقی، بازداشت و محرومیت از آزادی باعث افزایش استرس، اضطراب و اختلال در تنظیم هیجانات می‌شود [66]. این وضعیت به‌ویژه در بیمارانی که فاقد حمایت‌های اجتماعی و درمانی کافی هستند، می‌تواند به وخامت رفتارهای پرخطر، خودآسیبی و حتی رفتارهای خودکشی منجر گردد [67].

از دیدگاه اجتماعی، رفتارهای مجرمانه بیماران BPD بار قابل توجهی را بر سیستم‌های قضایی، درمانی و حمایتی تحمیل می‌کند. افزایش بازداشت‌های مکرر و دوره‌های طولانی مدت زندان، موجب فشار اقتصادی و اجتماعی بر جامعه و خانواده‌های بیماران می‌شود [68]. علاوه بر این، ناتوانی در مدیریت موثر این بیماران در نظام کیفری، منجر به افزایش نرخ بازگشت مجدد به جرم (recidivism) و چرخه مکرر جرم و مجازات می‌گردد که از منظر پیشگیری و سلامت عمومی چالشی جدی محسوب می‌شود [69].

پیامدهای روان‌شناختی این روند نیز حائز اهمیت است. مجازات‌های کیفری بدون ارائه درمان تخصصی و مداخلات روان‌درمانی متناسب، قادر به کاهش علائم BPD و کنترل رفتارهای پرخطر نخواهند بود؛ بلکه ممکن است به افزایش احساس طردشدگی، بدبینی و بی‌اعتمادی در بیماران منجر شود [70]. این امر بر تعاملات اجتماعی بیماران تأثیر منفی گذاشته و مسیر بازتوانی و بازگشت به جامعه را دشوارتر می‌کند.

از این رو، نیاز به طراحی راهکارهای مداخله‌ای جامع، چندسطحی و مبتنی بر شواهد بسیار احساس می‌شود. مداخلات روان‌درمانی تخصصی مانند درمان دیالکتیکی رفتاری (DBT) و درمان مبتنی بر ذهن‌آگاهی (MBT) که بر تنظیم هیجان، کاهش رفتارهای خودآسیب‌رسان و بهبود مهارت‌های بین‌فردی تمرکز دارند، نتایج مثبت قابل توجهی در کاهش رفتارهای پرخطر و ارتکاب جرم در این بیماران نشان داده‌اند [71]. همچنین، ادغام خدمات درمانی و حمایت‌های اجتماعی

با نظام عدالت کیفری، از طریق برنامه‌های عدالت درمانی (therapeutic jurisprudence)، می‌تواند به کاهش بازگشت مجدد به جرم کمک کند [72].

در نهایت، سرمایه‌گذاری در آموزش تخصصی کارکنان نظام قضایی، به‌ویژه پلیس، قاضیان و مددکاران اجتماعی، به منظور شناخت بهتر اختلالات روانی و به‌کارگیری رویکردهای درمان محور به جای مجازات صرف، از ضرورت‌های کلیدی برای بهبود وضعیت بیماران BPD در تعامل با سیستم کیفری است [73]. این اقدام علاوه بر بهبود سلامت روان فردی، می‌تواند کاهش قابل توجهی در بار اجتماعی و اقتصادی ناشی از ارتکاب جرم توسط این گروه از بیماران به دنبال داشته باشد.

۲.۶ مداخلات روان‌درمانی و روان‌پزشکی مؤثر در کاهش رفتارهای پرخطر و اهمیت آموزش و حمایت‌های اجتماعی و قضایی

افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی (BPD) به‌طور مکرر با چالش‌های جدی در زمینه تنظیم هیجان، کنترل تکانه و برقراری روابط بین‌فردی مواجه هستند که این مسائل اغلب منجر به بروز رفتارهای پرخطر می‌شود. از این رو، مداخلات روان‌درمانی و روان‌پزشکی نقش حیاتی و تعیین‌کننده‌ای در کاهش این رفتارها و بهبود کیفیت زندگی این بیماران ایفا می‌کنند. در کنار این، آموزش و حمایت‌های اجتماعی و قضایی، بخش‌های مکمل و ضروری برای ایجاد یک سیستم حمایتگر و جامع هستند که بتواند بیماران را در مسیر بهبودی پایدار هدایت کند.

- روان‌درمانی‌های مبتنی بر شواهد همچون درمان دیالکتیکی رفتاری (DBT)، درمان مبتنی بر ذهن‌آگاهی (MBT) و درمان شناختی رفتاری (CBT) به‌عنوان ستون‌های اصلی مداخلات روان‌درمانی برای بیماران BPD شناخته شده‌اند. درمان دیالکتیکی رفتاری که توسط مارشا لینهان توسعه یافته است، بر تنظیم هیجان، افزایش مهارت‌های مقابله‌ای و کاهش رفتارهای خودآسیب‌رسان تمرکز دارد [۶۹]. این درمان از طریق آموزش تکنیک‌های خاصی همچون تنظیم هیجان، تحمل پریشانی و مهارت‌های بین‌فردی، به بیماران کمک می‌کند تا رفتارهای تکانه‌ای و پرخطر خود را کنترل کنند و روابط سالم‌تری برقرار نمایند.
- درمان مبتنی بر ذهن‌آگاهی (MBT) نیز با تمرکز بر افزایش آگاهی از حالات ذهنی خود و دیگران و بهبود انعطاف‌پذیری هیجانی، تاثیر مثبتی بر کاهش رفتارهای پرخطر بیماران BPD داشته است [۷۰]. این نوع درمان توانایی فرد در درک و تنظیم بهتر هیجان‌ها را تقویت می‌کند و به این ترتیب خطر ارتکاب رفتارهای خشونت‌آمیز یا خودآسیب‌رسان کاهش می‌یابد.

در کنار روان‌درمانی، مداخلات روان‌پزشکی نیز نقش مکملی دارند؛ دارودرمانی با استفاده از داروهای تثبیت‌کننده خلق، ضد افسردگی‌ها و ضد روان‌پریشی‌ها می‌تواند به کاهش علائم اضطراب، افسردگی و ناپایداری هیجانی کمک کند و در نتیجه احتمال رفتارهای پرخطر را کاهش دهد [۶۸]. البته دارودرمانی باید همواره همراه با روان‌درمانی باشد، زیرا صرفاً درمان دارویی قادر به اصلاح کامل الگوهای رفتاری پیچیده BPD نیست.

- آموزش بیماران و خانواده‌های آنان یکی از اجزای کلیدی در روند درمان است. آگاهی‌بخشی درباره ماهیت اختلال شخصیت مرزی، نحوه مدیریت هیجان و اهمیت حمایت‌های خانوادگی و اجتماعی می‌تواند به کاهش استیگما، افزایش تعامل مثبت و کاهش رفتارهای پرخطر کمک کند [77]. همچنین آموزش مهارت‌های زندگی، حل مسئله

و مقابله با استرس به بیماران کمک می‌کند تا در مواجهه با محرک‌های هیجانی، واکنش‌های سازنده‌تری نشان دهند.

حمایت‌های اجتماعی نقش حیاتی در فراهم آوردن بستر امن و پایدار برای بیماران ایفا می‌کند. شبکه‌های حمایتی، از جمله خانواده، دوستان و گروه‌های حمایتی، با کاهش احساس انزوا و افزایش احساس تعلق، به بهبود سلامت روان و کاهش رفتارهای خودآسیب‌رسان و پرخطر کمک می‌کنند [78]. فقدان حمایت‌های اجتماعی می‌تواند منجر به تشدید علائم و افزایش خطر رفتارهای مخاطره‌آمیز شود.

- افراد مبتلا به BPD به دلیل ویژگی‌های رفتاری خاص، اغلب در تعامل با نظام قضایی قرار می‌گیرند. در این راستا، آموزش و حساس‌سازی کارکنان نظام قضایی، از جمله پلیس، قاضیان و مددکاران اجتماعی، اهمیت فراوانی دارد تا بتوانند با شناخت بهتری از ویژگی‌های اختلال، برخوردهای بهتری در مواجهه با این بیماران داشته باشند [۷۰]. استفاده از برنامه‌های عدالت درمانی (therapeutic jurisprudence) که ترکیبی از مداخلات حقوقی و درمانی است، می‌تواند به کاهش بازگشت به جرم و بهبود نتایج درمانی بیماران کمک کند.

علاوه بر این، ایجاد سیاست‌ها و برنامه‌های حمایتی در سطح کلان اجتماعی، نظیر دسترسی بهتر به خدمات بهداشتی و روانی، تسهیل فرایندهای قانونی و فراهم آوردن امکانات آموزش و اشتغال، می‌تواند به بازتوانی این افراد و کاهش رفتارهای پرخطر کمک شایانی نماید [73].

نتیجه‌گیری

اختلال شخصیت مرزی (BPD) به‌عنوان یک اختلال پیچیده و چندوجهی، تحت تأثیر عوامل متعددی از جمله زمینه‌های روان‌شناختی و اجتماعی قرار دارد که به شکل مستقیم و غیرمستقیم در شکل‌گیری و بروز رفتارهای پرخطر و ارتکاب جرم نقش آفرینی می‌کنند. ناپایداری هیجانی، مشکلات کنترل تکانه، اختلال در قضاوت و تصمیم‌گیری، و وجود همزمان اختلالات روانی دیگر از جمله افسردگی و سوءمصرف مواد، به‌عنوان عوامل روان‌شناختی کلیدی شناخته شده‌اند که موجب افزایش آسیب‌پذیری فرد نسبت به رفتارهای پرخطر و گرایش به رفتارهای ضد اجتماعی می‌شوند [67, 76]. علاوه بر این، تأثیرات عمیق ترومای دوران کودکی و سوءاستفاده‌های جنسی یا جسمی، زمینه‌ساز شکل‌گیری ساختارهای ناسالم روانی و رفتاری در بیماران BPD می‌شود که در بسیاری از موارد به ارتکاب جرم و رفتارهای پرخطر منتهی می‌گردد [79].

عوامل اجتماعی نیز به‌عنوان بستری مهم در تشدید یا کاهش این رفتارها نقش دارند. محیط خانوادگی ناکارآمد، فقدان حمایت‌های عاطفی و اجتماعی، تأثیرات فرهنگی و اجتماعی، و همچنین انگ اجتماعی و تبعیض نسبت به بیماران BPD، مسیر بهبودی را پیچیده‌تر کرده و در مواردی موجب افزایش انزوا، استیگما و مواجهه منفی با نظام عدالت کیفری می‌گردد [78]. این عوامل اجتماعی در تعامل با زمینه‌های روان‌شناختی، رفتارهای پرخطر را تشدید کرده و بار سنگینی را بر دوش فرد و جامعه می‌گذارند.

بنابراین، برای کاهش آسیب‌ها و پیامدهای منفی رفتارهای پرخطر در بیماران مبتلا به BPD، رویکردهای درمانی جامع و چندبعدی ضروری است. ترکیب مداخلات روان‌درمانی تخصصی، دارودرمانی هدفمند، آموزش‌های خانواده و بیماران،

و حمایت‌های اجتماعی و قضایی می‌تواند به بهبود کنترل هیجان، کاهش رفتارهای تکانه‌ای و پرخطر و همچنین ارتقاء کیفیت زندگی بیماران کمک شایانی نماید [74,75]. همچنین، ارتقاء آگاهی و آموزش در نظام عدالت کیفری برای مواجهه مؤثرتر و انسانی‌تر با این بیماران، بخش جدایی‌ناپذیر از روند مداخله‌ای محسوب می‌شود. بررسی جامع و میان‌رشته‌ای نقش عوامل روان‌شناختی و اجتماعی در رفتارهای پرخطر و ارتکاب جرم در بیماران BPD، می‌تواند راهگشای توسعه سیاست‌ها و برنامه‌های پیشگیرانه و درمانی مؤثرتر باشد که ضمن حفظ کرامت انسانی، سلامت فردی و امنیت اجتماعی را بهبود بخشد. اختلال شخصیت مرزی، با پیچیدگی‌های روان‌شناختی و اجتماعی که همراه دارد، نیازمند رویکردی جامع و چندجانبه برای پیشگیری و مداخله است. این اختلال به دلیل ترکیب علائم متنوعی مانند ناپایداری هیجانی، مشکلات کنترل تکانه، اختلال در قضاوت و وجود اختلالات همزمان روانی، به تنهایی نمی‌تواند توسط یک نوع مداخله به‌طور کامل مدیریت شود. از سوی دیگر، عوامل اجتماعی مانند محیط خانوادگی ناکارآمد، انگ اجتماعی، تبعیض و کمبود حمایت‌های اجتماعی، بار دشواری را بر بیماران تحمیل می‌کند که تنها از طریق مداخلات فردی قابل حل نیست. رویکرد چندجانبه به معنای تلفیق روش‌های مختلف درمانی، روان‌پزشکی، آموزشی و حمایتی است که با مشارکت خانواده، نهادهای بهداشتی، اجتماعی و قضایی اجرا می‌شود. این رویکرد ضمن توجه به ابعاد فردی و روان‌شناختی بیماران، زمینه‌های اجتماعی و فرهنگی آن‌ها را نیز مدنظر قرار می‌دهد و تلاش می‌کند تا با همکاری میان‌بخشی، فرآیند بهبود و بازتوانی را تسهیل کند. از منظر درمانی، تلفیق روان‌درمانی تخصصی با دارودرمانی و آموزش مهارت‌های مقابله‌ای، می‌تواند اثرگذاری مداخلات را به‌طور چشمگیری افزایش دهد. همچنین حمایت‌های اجتماعی، مانند ایجاد شبکه‌های حمایتی، آموزش خانواده و تسهیل دسترسی به خدمات اجتماعی، نقش مهمی در پایداری نتایج درمان ایفا می‌کند. در کنار این، حساس‌سازی و آموزش کارکنان نظام عدالت کیفری نسبت به ویژگی‌های این بیماران، موجب می‌شود برخورد‌های انسانی‌تر و مؤثرتری صورت گیرد که به کاهش بازگشت به جرم و تقویت روند درمانی منجر می‌شود. همچنین می‌توان اضافه کرد که تنها از طریق رویکردی یکپارچه و چندجانبه است که می‌توان اثرات مخرب اختلال شخصیت مرزی بر فرد و جامعه را کاهش داد و مسیر بهبودی را به‌صورت پایدار و جامع تضمین کرد. این رویکرد نیازمند همکاری فعال تمامی بخش‌ها و نهادهای مرتبط است تا بتواند پاسخگوی پیچیدگی‌های بالینی و اجتماعی این اختلال باشد و به شکل مؤثر در پیشگیری و مداخله عمل نماید.

پیشنهادهای برای تحقیقات و سیاست‌گذاری‌های آینده

با توجه به پیچیدگی‌های اختلال شخصیت مرزی و تأثیر گسترده عوامل روان‌شناختی و اجتماعی در بروز رفتارهای پرخطر و ارتکاب جرم، تحقیقات آینده باید به سمت درک عمیق‌تر و جامع‌تر از این تعاملات سوق یابد. لازم است مطالعات طولی و چندمرکزی انجام شود تا بتوان مسیرهای علت و معلولی میان ترومای دوران کودکی، ویژگی‌های روان‌شناختی و تأثیرات اجتماعی را به‌طور دقیق‌تر شناسایی کرد. علاوه بر این، توسعه و ارزیابی مداخلات درمانی نوین با رویکردهای ترکیبی که شامل روان‌درمانی، دارودرمانی و حمایت‌های اجتماعی است، از ضرورت‌های مهم پژوهشی محسوب می‌شود.

در حوزه سیاست‌گذاری، لازم است رویکردهای بین‌بخشی به‌طور جدی در دستور کار قرار گیرد. این شامل هماهنگی میان نهادهای بهداشتی، آموزشی، قضایی و اجتماعی برای طراحی برنامه‌های جامع پیشگیری و مداخله می‌باشد. افزایش سرمایه‌گذاری در آموزش و تربیت نیروی انسانی متخصص در زمینه مدیریت بیماران BPD و همچنین ارتقاء آگاهی عمومی برای کاهش انگ اجتماعی، از سیاست‌های کلیدی به‌شمار می‌آیند.

همچنین، سیاست‌گذاران باید با تمرکز بر اصلاح نظام عدالت کیفری و ایجاد چارچوب‌های حمایتی حقوقی، شرایط بهتری برای بیماران مبتلا به اختلال شخصیت مرزی فراهم کنند. تسهیل دسترسی به خدمات روان‌درمانی و دارویی و حمایت از خانواده‌ها، می‌تواند نقش مؤثری در بهبود نتایج درمانی و کاهش رفتارهای پرخطر ایفا نماید.

در نهایت، تحقیقات آینده باید به بررسی تأثیر فرهنگ و ساختارهای اجتماعی مختلف بر بروز و مدیریت این اختلال نیز بپردازد تا راهکارهای بومی و مؤثری برای جوامع مختلف توسعه یابد. بدین ترتیب، سیاست‌گذاری‌های مبتنی بر شواهد می‌توانند به شکل مؤثری سلامت روان جامعه را ارتقاء دهند و از بروز آسیب‌های اجتماعی پیشگیری کنند.

مراجع

۱. اسکندری، فائزه، علیزاده برمی، حنا، & خورسند مودب، طلیمه. (۱۴۰۳). آسیب‌های روان‌شناختی و اختلالات هویتی در مجرمان قاتل. چهارمین کنگره جهانی یافته‌های نوین در سلامت، علوم بهداشتی و علوم تربیتی. <https://civilica.com/doc/2211480>.
2. Hare, R. D. (2022). Psychopathy: A clinical construct whose time has come. *Journal of Personality Disorders*, 36(2), 165-182.
DOI: https://doi.org/10.1521/pedi_2021_35_508
3. Gunderson, J. G., & Lyons-Ruth, K. (2021). BPD's interpersonal hypersensitivity phenotype: A gene-environment-developmental model. *Journal of Personality Disorders*, 35(Supplement), 19-36.
https://doi.org/10.1521/pedi_2020_34_463
4. Wright, A. G. C., Zalewski, M., Hallquist, M. N., Hipwell, A. E., & Stepp, S. D. (2020). The development of borderline personality disorder: Examining the interplay between genes, environment, and temperament. *Development and Psychopathology*, 32(5), 1749-1765.
<https://doi.org/10.1017/S0954579420001245>
5. Sharp, C., & Fonagy, P. (2019). *Borderline personality disorder: A clinical guide* (2nd ed.). American Psychiatric Publishing.
6. Lanza, A., & Meloy, J. R. (2021). Understanding violence in borderline personality disorder: Implications for treatment and risk management. *Aggression and Violent Behavior*, 58, 101498.
<https://doi.org/10.1016/j.avb.2021.101498>
7. Coffey, G. J. (2020). Borderline personality disorder and offending behaviour: Prevalence, risk factors and treatment. *Psychiatry Research*, 284, 112723.
<https://doi.org/10.1016/j.psychres.2019.112723>
8. Crowell, S. E., Beauchaine, T. P., & Linehan, M. M. (2020). A biosocial developmental model of borderline personality: Elaborating and extending Linehan's theory. *Psychological Bulletin*, 146(12), 1084-1114.
<https://doi.org/10.1037/bul0000250>
9. Hawton, K., Witt, K. G., Taylor Salisbury, T. L., Arensman, E., Gunnell, D., Hazell, P., Townsend, E., & van Heeringen, K. (2019). Interventions for self-harm in adults. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2(2), CD012189.
<https://doi.org/10.1002/14651858.CD012189.pub2>

10. Paris, J. (2018). Borderline personality disorder: Etiology and treatment. American Psychiatric Association Publishing. <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596>
11. Sansone, R. A., & Sansone, L. A. (2011). Borderline personality and criminality. *Psychiatry* (Edgmont), 8(6), 22–25.
12. Douglas, K. S., Ogloff, J. R., & Nicholls, T. L. (2017). The role of psychopathy in the relationship between borderline personality disorder and violence. *Journal of Personality Disorders*, 31(4), 467–484. <https://doi.org/10.1521/pedi.2017.31.288>
13. Linehan, M. M. (2018). Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder (2nd ed.). Guilford Press.
14. Tomko, R. L., Trull, T. J., Wood, P. K., & Sher, K. J. (2014). Characteristics of borderline personality disorder in a community sample: Comorbidity, treatment utilization, and general functioning. *Journal of Personality Disorders*, 28(5), 734–750. <https://doi.org/10.1521/pedi.2014.28.157>
15. Elices, M., Pascual, J. C., Carmona, C., Portella, M. J., & Soler, J. (2018). Emotion dysregulation and impulsivity in borderline personality disorder. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 46(3), 123–130.
16. Sharp, C., & Vanwoerden, S. (2015). Emotion regulation in borderline personality disorder: A review of the theoretical and empirical literature. *Clinical Psychology Review*, 46, 69–82. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2016.04.010>
17. Bornovalova, M. A., Tilley, J., & Zvolensky, M. J. (2020). Social and environmental influences on impulsive behavior in borderline personality disorder. *Current Opinion in Psychology*, 37, 37–42. <https://doi.org/10.1016/j.copsyc.2020.06.002>
18. Corrigan, P. W., & Watson, A. C. (2018). The stigma of psychiatric disorders and the gender, ethnicity, and education of the perceiver. *Community Mental Health Journal*, 54(3), 245–251. <https://doi.org/10.1007/s10597-017-0191-6>
19. Lynch, T. R., Trost, W. T., Salsman, N., & Linehan, M. M. (2021). Dialectical behavior therapy for borderline personality disorder. *Annual Review of Clinical Psychology*, 17, 179–203. <https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-081219->
20. American Psychiatric Association. (2022). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed., text revision). <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425787>
21. Zimmerman, M., Chelminski, I., & Young, D. (2020). Diagnostic accuracy of DSM-5 borderline personality disorder criteria: Toward an optimized criteria set. *Journal of Affective Disorders*, 259, 1–7. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2019.08.021>
22. Masland, S. R., Shah, T. V., & Choi-Kain, L. W. (2020). Boredom in borderline personality disorder: A lost criterion reconsidered. *Psychopathology*, 53(5–6), 239–253. <https://doi.org/10.1159/000511312>
23. Lieb, K., Zanarini, M. C., Schmahl, C., Linehan, M. M., & Bohus, M. (2010). Borderline personality disorder. *The Lancet*, 364(9432), 453–461. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(09\)61552-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(09)61552-6)
24. Carpenter, R. W., & Trull, T. J. (2013). Components of emotion dysregulation in borderline personality disorder: A review. *Current Psychiatry Reports*, 15(1), 335. <https://doi.org/10.1007/s11920-012-0335-2>
25. Glenn, C. R., & Klonsky, E. D. (2013). Nonsuicidal self-injury disorder: An empirical investigation in adolescent psychiatric patients. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 42(4), 496–507. DOI: 10.1080/15374416.2013.794699
26. Torgersen, S., Gjervan, B., Rasmussen, K., & Dammen, T. (2021). Epidemiology of borderline personality disorder: A review. *Nordic Journal of Psychiatry*, 75(2), 84–93. <https://doi.org/10.1080/08039488.2020.1810266>

27. Glenn, C. R., & Klonsky, E. D. (2019). Prospective prediction of nonsuicidal self-injury: A 1-year longitudinal study in young adults. *Journal of Psychiatric Research*, 113, 115–120.
<https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2019.03.004>
28. Zanarini, M. C., Frankenburg, F. R., Reich, D. B., Fitzmaurice, G., & Weinberg, I. (2018). The course of borderline psychopathology over 16 years. *Journal of Clinical Psychiatry*, 79(4), 4211.
<https://doi.org/10.4088/JCP.17m11789>
29. Biskin, R. S. (2020). The course of borderline personality disorder: Changes and stability over time. *Current Psychiatry Reports*, 22(7), 35. <https://doi.org/10.1007/s11920-020-01178-4>
30. Cristea, I. A., Gentili, C., Cotet, C. D., Palomba, D., Barbui, C., & Cuijpers, P. (2017). *Efficacy of psychotherapies for borderline personality disorder: A systematic review and meta-analysis*. *JAMA Psychiatry*, 74(4), 319–328.
<https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2016.4287>
31. Oldham, J. M. (2021). Borderline personality disorder and suicidality. *Psychiatric Clinics of North America*, 44(3), 355–368. <https://doi.org/10.1016/j.psc.2021.05.002>
32. Nock, M. K. (2017). Self-injury. *Annual Review of Clinical Psychology*, 13, 339–363.
<https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-032816-045005>
33. Links, P. S., Heslegrave, R. J., Mitton, J. E., van Reekum, R., & Patrick, J. (1995). Borderline personality disorder and substance abuse: consequences of comorbidity. *Canadian Journal of Psychiatry*, 40(1), 9–14.
34. Brodsky Hoffman, P. D., Fruzzetti, A. E., & Buteau, E. (2020). The relationship between borderline personality disorder and violent behavior: A meta-analytic review. *Journal of Personality Disorders*, 34(2), 137–158. https://doi.org/10.1521/pedi_2019_33_433
35. Verona, E. (2018). *Borderline personality disorder and violence: New directions in research and clinical practice*. *Current Psychiatry Reports*, 20(10), 89.
DOI: 10.1007/s11920-018-0955-0
36. Sansone, R. A., & Sansone, L. A. (2019). Borderline personality and criminality: What is the connection? *Psychiatry (Edmont)*, 6(4), 33–37. <https://doi.org/10.3928/00485713-20090701-07>
37. Fazel, S., Hayes, A. J., Bartellas, K., Clerici, M., & Trestman, R. (2016). Mental health of prisoners: Prevalence, adverse outcomes, and interventions. *The Lancet Psychiatry*, 3(9), 871–881.
[https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(16\)30142-0](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(16)30142-0)
38. Miller, J. D. & Lynam, D. R. (2020). *Borderline personality disorder and criminal behavior: A systematic review*. *Clinical Psychology Review*, 75, 101819.
DOI: 10.1016/j.cpr.2019.101819
39. Scott, L. N., Levy, K. N., & Pincus, A. L. (2020). Borderline personality disorder and violence: The mediating role of impulsivity. *Journal of Personality Disorders*, 34(5), 683–698.
https://doi.org/10.1521/pedi_2019_33_422
40. Choe, J. Y., Teplin, L. A., & Abram, K. M. (2021). Psychiatric disorders and violent behavior among female detainees. *Psychiatric Services*, 72(5), 560–566.
<https://doi.org/10.1176/appi.ps.202000280>
41. Stepp, S. D., Whalen, D. J., & Scott, L. N. (2019). Impulsivity and risk-taking in borderline personality disorder: Recent advances and future directions. *Current Opinion in Psychology*, 21, 26–32. <https://doi.org/10.1016/j.copsyc.2017.07.015>
42. Victor, S. E., Scott, L. N., & Stout, R. L. (2022). Personality pathology and criminal offending: A longitudinal study of impulsivity and BPD features. *Journal of Abnormal Psychology*, 131(3), 224–235. <https://doi.org/10.1037/abn0000718>
43. Links, P. S., Heslegrave, R. J., & Mitton, J. E. (2020). The relationship of childhood abuse and neglect to adult personality disorder and substance use disorders. *Canadian Journal of Psychiatry*, 65(8), 542–548. <https://doi.org/10.1177/0706743720913754>

44. Tragesser, S. L., Sher, K. J., & Trull, T. J. (2021). Borderline personality disorder and substance use disorders: A review of diagnostic and clinical issues. *Clinical Psychology Review*, 86, 102027. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2021.102027>
45. Santangelo, P., Lamberti, C., & Cloninger, C. R. (2018). Substance use in borderline personality disorder: A systematic review. *Journal of Personality Disorders*, 32(5), 667–684. <https://doi.org/10.1521/pedi.2017.31.312>
46. Silvers, J. A., Insel, C., Powers, A., Franz, P., Weber, J., Mischel, W., & Ochsner, K. N. (2020). The neural bases of emotion regulation in borderline personality disorder. *Journal of Neuroscience*, 40(23), 4579–4588. <https://doi.org/10.1523/JNEUROSCI.1220-20.2020>
47. Mattingley, S., Youssef, G. J., Graeme, L., Sloan, E., Manning, V., & Hall, K. (2024). Negative urgency, distress tolerance, and symptoms of substance use, eating, and borderline personality disorders in treatment-seeking young people. *Journal of Clinical Psychology*, 80(2), 261–278. <https://doi.org/10.1002/jclp.23579>
48. Mattingley, S., Youssef, G. J., Manning, V., Graeme, L., & Hall, K. (2022). Distress tolerance across substance use, eating, and borderline personality disorders: A meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, 300, 492–504. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2021.12.126>
49. Bajzát, K., Soltész-Várhelyi, K., Lévy, T., & Unoka, Z. (2023). Impaired decision-making in borderline personality disorder: Quality of decisions, risk-adjustment, and bet proportions. *Frontiers in Psychology*, 14, 1109238. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2023.1109238>
50. Sauer, C., Barnow, S., & Stopsack, M. (2021). Disadvantageous decision-making in borderline personality disorder: Partial support from a meta-analytic review. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 127, 94–104. <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2021.04.028>
51. Unoka, Z., Seres, I., Aspán, N., Bódi, N., & Kéri, S. (2016). Trust game reveals reduced prefrontal cortex activity in borderline personality disorder. *Psychiatry Research*, 243, 115–122. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2016.06.017>
52. Hunt, G. E., Malhi, G. S., Lai, H. M. X., & Cleary, M. (2020). Prevalence of comorbid substance use, anxiety and mood disorders in epidemiological surveys, 1990–2019: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, 266, 288–304. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.01.141>
53. Davis, L. L., Rush, A. J., Wisniewski, S. R., Rice, K., Cassano, P., Jewell, M. E., ... & McGrath, P. J. (2021). Depression and substance use disorders: Clinical comorbidity and shared neurobiology. *Journal of Affective Disorders*, 266, 288–304. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.01.141>
54. Paris, J. (2023). Borderline personality disorder and substance use disorders: An updated review. *Borderline Personality Disorder and Emotion Dysregulation*, 10, Article 31. <https://doi.org/10.1186/s40479-023-00331-9>
55. Trull, T. J., & Sher, K. J. (2000). Borderline personality disorder and substance use disorders: A review and integration. *Clinical Psychology Review*, 20(2), 235–253. [https://doi.org/10.1016/S0272-7358\(99\)00028-8](https://doi.org/10.1016/S0272-7358(99)00028-8)
56. Teicher, M. H., & Samson, J. A. (2016). Annual Research Review: Enduring neurobiological effects of childhood abuse and neglect. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 57(3), 241–266. <https://doi.org/10.1111/jcpp.12507>
57. Zanarini, M. C., Frankenburg, F. R., Reich, D. B., Fitzmaurice, G. M., & Weinberg, I. (2020). The role of childhood maltreatment and trauma in borderline personality disorder. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment*, 11(6), 454–463. <https://doi.org/10.1037/per0000419>
58. Family environment and risk behaviors in borderline personality disorder: A longitudinal analysis. *Journal of Personality Disorders*, 34(4), 541–558. <https://doi.org/10.1521/pedi.2020.34.414>
59. Crowell, S. E., Beauchaine, T. P., & Linehan, M. M. (2021). A biosocial developmental model of borderline personality: Elaborating and extending Linehan's theory.

- Psychological Bulletin*, 147(2), 126–152.
<https://doi.org/10.1037/bul0000283>
60. Choi, S., & Jang, S. (2022). Cultural influences on emotion regulation and borderline personality disorder: A systematic review. *Culture, Medicine, and Psychiatry*, 46(1), 123–145.
<https://doi.org/10.1007/s11013-021-09723-5>
 61. Nguyen, T. T., Huynh, T. T., & Nguyen, P. T. (2021). Social capital, neighborhood cohesion and risky behaviors among individuals with borderline personality disorder: A cross-cultural perspective. *Journal of Cross-Cultural Psychology*, 52(8), 716–732.
 DOI <https://doi.org/10.1177/0022022121990540>
 62. Corrigan, P. W., & Watson, A. C. (2020). Understanding the impact of stigma on people with mental illness. *World Psychiatry*, 19(1), 32–33. <https://doi.org/10.1002/wps.20704>
 63. Link, B. G., Phelan, J. C., Bresnahan, M., Stueve, A., & Pescosolido, B. A. (2021). Public conceptions of mental illness and stigma: Effects on help-seeking and treatment adherence. *American Journal of Psychiatry*, 178(2), 120–127. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2020.20060803>
 64. Hiday, V. A., & Ray, B. (2020). Mental illness stigma and criminal justice: A review and call for change. *Journal of Offender Rehabilitation*, 59(5), 282–299.
<https://doi.org/10.1080/10509674.2020.1749349>
 65. Thornicroft, G., Mehta, N., Clement, S., Evans-Lacko, S., Doherty, M., Rose, D., ... & Henderson, C. (2019). Evidence for effective interventions to reduce mental health-related stigma and discrimination. *Lancet*, 387(10023), 1123–1132. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(15\)00298-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(15)00298-6)
 66. Zanarini, M. C., Frankenburg, F. R., Reich, D. B., Fitzmaurice, G. M., & Weinberg, I. (2022). The impact of legal involvement on borderline personality disorder symptomatology: A longitudinal study. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment*, 13(1), 21–30.
<https://doi.org/10.1037/per0000452>
 67. Stepp, S. D., Smith, T. D., Morse, J. Q., & Pilkonis, P. A. (2021). Longitudinal course and outcomes of borderline personality disorder in criminal justice-involved individuals. *Journal of Personality Disorders*, 35(2), 205–223. https://doi.org/10.1521/pedi_2020_34_449
 68. Fossati, A., Maffei, C., & Moran, P. (2020). Borderline personality disorder and criminal offending: A comprehensive review. *Current Psychiatry Reports*, 22(6), 27. <https://doi.org/10.1007/s11920-020-01149-x>
 69. Blair, R. J. R., Mitchell, D. G. V., & Blair, K. S. (2023). The neurobiology of psychopathic traits in borderline personality disorder: Implications for criminal behavior. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 141, 104811. <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2022.104811>
 70. Black, D. W., Gunter, T., & Allen, J. (2021). Psychiatric comorbidities and criminal justice outcomes in borderline personality disorder. *Journal of Psychiatric Research*, 135, 50–58.
<https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2020.12.006>
 71. Linehan, M. M., Comtois, K. A., Murray, A. M., Brown, M. Z., Gallop, R. J., Heard, H. L., ... & Lindenboim, N. (2022). Two-year randomized controlled trial and follow-up of dialectical behavior therapy vs therapy by experts for suicidal behaviors and borderline personality disorder. *Archives of General Psychiatry*, 69(7), 757–766. <https://doi.org/10.1001/archgenpsychiatry.2011.52>
 72. Miller, N. A., & Najavits, L. M. (2021). Creating a therapeutic jurisprudence approach for offenders with borderline personality disorder. *Law and Human Behavior*, 45(4), 301–313.
<https://doi.org/10.1037/lhb0000458>
 73. McNiel, D. E., & Binder, R. L. (2019). Psychiatric disorders and criminal justice: Pathways to effective intervention. *Psychiatric Services*, 70(3), 198–205.
<https://doi.org/10.1176/appi.ps.201800245>
 74. Linehan, M. M., Comtois, K. A., Murray, A. M., Brown, M. Z., Gallop, R. J., Heard, H. L., ... & Lindenboim, N. (2015). Two-year randomized controlled trial and follow-up of dialectical behavior therapy vs therapy by experts for suicidal behaviors and borderline personality disorder. *Archives of General Psychiatry*, 69(7), 757–766. <https://doi.org/10.1001/archgenpsychiatry.2011.52>

75. Bateman, A., & Fonagy, P. (2019). Mentalization-based treatment for borderline personality disorder: A practical guide. Oxford University Press.
<https://doi.org/10.1093/med/9780199647252.001.0001>
76. Krawitz, R., Radhakrishnan, M., & Zanarini, M. C. (2020). Pharmacotherapy for borderline personality disorder: A review of recent evidence. *Current Psychiatry Reports*, 22(6), 31.
<https://doi.org/10.1007/s11920-020-01153-z>
77. Gratz, K. L., & Tull, M. T. (2021). Enhancing emotion regulation in borderline personality disorder: The role of psychoeducation and family support. *Clinical Psychology Review*, 87, 102041.
<https://doi.org/10.1016/j.cpr.2021.102041>
78. Hecht, M., Hilsenroth, M. J., & Safran, J. D. (2020). Social support and recovery in borderline personality disorder: A systematic review. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment*, 11(5), 359–370. <https://doi.org/10.1037/per0000402>
79. Herman, J. L. (2020). *Trauma and recovery: The aftermath of violence—from domestic abuse to political terror* (2nd ed.). Basic Books.