

أكرهك تشركني

فهم اضطراب الشخصية الحدية

جيرولد ج. كريسمان
و هال شتراوس

النسخة
الكاملة والمصححة
للكتاب هي طبعة
الإنجليزية الثالثة

مراجعة: سعيد منيسي
تحرير: سهيلة رمضان

الرواق للنشر والتوزيع

I Hate You
Don't Leave Me
Jerold J. Kreisman,
& Hal Straus

ترجمة: محمد الويشي

أكرهك- لا تتركني

فهم

شخصية حادة

تمت مراجعتها وتحديثها بالكامل

جيرولد ج. كريسمان، دكتور في الطب، وهال شتراوس

كتاب الحضيض

"أنا أكرهك - لا تتركني كان أول كتاب يقدم اضطراب الشخصية الحدية

للعامه. نحن جميعًا مدينون للدكتور كريسمان لجهوده الرائدة في رفع مستوى الوعي بهذا الاضطراب العقلي المؤلم. وبما أن البحث والعلاج قد تقدمًا كثيرًا منذ ذلك الحين، فإننا نرحب بهذا التحديث المطلوب لما أصبح الآن نصًا كلاسيكيًا.

—فاليري بور، ماجستير، رئيس ومؤسس العلاج والأبحاث

تقدم الجمعية الوطنية لاضطراب الشخصية، ومؤلف كتاب التغلب على اضطراب الشخصية الحدية

"دكتور. قام كريسمان وهال شتراوس بمراجعة شاملة لكتابهما الكلاسيكي الذي دام عشرين عامًا ليشمل أحدث التطورات في العلاجات والأدوية مع الاحتفاظ بالأسلوب الغني وسهل القراءة للطبعة الأولى. تسلط دراسات الحالة الواقعية والقائمة الواسعة من المراجع الضوء على فهمنا العميق

مكانة الشخصية الحدية ليس فقط لعامه الناس ولكن للمحترقين أيضًا. هذا الكتاب ينتمي إلى رف كتب المرضى وأصدقائهم وعائلاتهم، ولكل من يساعد في شفاءهم.

-راندي كريجر، مؤلف كتاب التوقف عن المشي على قشر البيض ودليل الأسرة

الأساسي لاضطراب الشخصية الحدية

كتاب PERIGEE نشرته مجموعة Penguin Group (الولايات المتحدة الأمريكية) Inc.

375 شارع هدسون، نيويورك، نيويورك 10014 الولايات المتحدة الأمريكية Penguin Group (كندا)، East, Suite 700, Toronto, Ontario M4P 2Y3, Canada
90 Eglinton Avenue (أحد أقسام شركة ، 80 Strand) Penguin Books Ltd., Pearson Penguin Canada Inc. لندن WC2R 0RL، إنجلترا 2, Dublin
Stephen's Green, 25 St. Stephen's Green, Penguin Group (قسم من Penguin Books Ltd.) (أستراليا)، 3124 Camberwell, Victoria
250 Camberwell Road, (قسم من Penguin Books India Pvt. Ltd.) (أستراليا)، 11 مركز المجتمع، بانتشيل بارك،
110 017 -الهند Penguin Group (جنوب أفريقيا)، 67 Apollo Drive, Rosedale, North Shore 0632, New Zealand (أحد أقسام شركة Penguin Books
Penguin Books Ltd., (جنوب أفريقيا) Rosebank, 24 Sturdee Avenue, (Pty) Ltd., 2196 جنوب أفريقيا (Pty) Ltd.,
المكاتب المسجلة: 80 Strand, London WC2R 0RL، إنجلترا

في حين بذل المؤلف قصارى جهده لتوفير أرقام هواتف وعناوين إنترنت دقيقة في وقت النشر، لا يتحمل الناشر ولا المؤلف أي مسؤولية عن الأخطاء
أو للتغييرات التي تحدث بعد النشر، علاوة على ذلك، لا يملك الناشر أي سيطرة ولا يتحمل أي مسؤولية عن مواقع المؤلف أو مواقع الطرف الثالث أو محتواها.

حقوق الطبع والنشر © 2010 بواسطة Hal Straus و Jerold J. Kreisman, MD.
تصميم النص بواسطة تيفاني إستريشر

كل الحقوق محفوظة.
لا يجوز إعادة إنتاج أي جزء من هذا الكتاب أو مسحه ضوئياً أو توزيعه بأي شكل مطبوع أو إلكتروني دون إذن. يرجى عدم المشاركة أو تشجيع فرصة المواد المحمية
بحقوق الطبع والنشر بما يشكل انتهاكاً لحقوق المؤلف. شراء الإصدارات المعتمدة فقط.

PERIGEE هي علامة تجارية مسجلة لشركة Penguin Group (USA) Inc.
التصميم "P" هو علامة تجارية مملوكة لشركة Penguin Group (USA) Inc.

مكتبة الكونغرس بيانات الفهرسة في والنشر

كريسمان، جيرولد ج. (جيرولد جاي)
أنا أكرهك -لا تتركبي: فهم الشخصية الحدية / جيرولد ج. كريسمان وهال شتراوس. -القس والمحدث.

ص. سم.
"كتاب الحضيض."
تتضمن مراجع بليوغرافية وفهرس.
ردمك 1-101-44168-2

1. اضطراب الشخصية الحدية. أي شتراوس، هال. تأليف. عنوان.
RC569.5.B67K74 2010
20100287645852-DC22

تنويه: المعلومات الواردة في هذا الكتاب حقيقية وصحيحة على حد علمنا. يهدف الكتاب فقط إلى أن يكون دليلاً عامًا لنوع معين من اضطراب الشخصية وليس
المقصود منه أن يكون بديلاً للمشورة أو الخدمات الطبية السليمة التي يقدمها الطبيب الشخصي للفارئ الفردي. تم تطوير القصص التي تبدأ العديد من
الفصول، وغيرها من مواد تاريخ الحالة في جميع أنحاء الكتاب، من تركيبات من عدة أشخاص ولا تمثل أي شخص حقيقي، حياً أو ميتاً، أي تشابه مع أي شخص
حقيقي هو غير مقصود ومحض صدفة. يتم تقديم جميع التوصيات هنا دون ضمانات من قبل المؤلفين أو الناشر. ينكر المؤلفون والناشر كل المسؤولية،
المباشرة أو التبعية، فيما يتعلق باستخدام أي معلومات أو اقتراح في هذا الكتاب.

تتوفر معظم كتب Perigee بخصوصيات كمية خاصة للمشتريات بالجملة لترويج المبيعات أو الأقساط أو جمع الأموال أو الاستخدام التعليمي. يمكن أيضاً إنشاء كتب خاصة أو
مقطعات من الكتب لتناسب احتياجات محددة. لمزيد من التفاصيل، اكتب: Penguin Group (USA) Inc., 375 Hudson Street, New York, New York 10014
Special Markets,

محتويات

شكر وتقدير التاسع

المقدمة الحادي عشر

ملاحظة للقارئ الخامس عشر

1. عالم الحدود 1

2. الفوضى والفراغ 22

3. جذور المتلازمة الحدية 54

4. جمعية الحدود 74

5. التواصل مع خط الحدود 101

6. التعامل مع الحدود 123

7. طلب العلاج 142

8. مناهج العلاج النفسي المحددة 176

9. الأدوية: العلم والوعد 192

10. الفهم والشفاء 204

الملحق أ. تصنيفات DSM-IV-TR 223

الملحق ب. تطور متلازمة الشريط الحدودي 229

الموارد 241

الحواشي 247

الفهرس 261

شكر وتقدير

تطلبت الجهود اللازمة لإكمال هذه الطبعة الجديدة مساعدة كبيرة وصبرًا. بدأت المساعدة مع بروس سيمور من Goodeye Photoshare (goodeye-photoshare.com)، الذي تبرع بالكثير من الوقت والجهد في المشكلات الفنية التي أدت إلى إنتاج المخطوطة. صديق عزيز آخر، يوجين هورويتز، قام بتدليك ألغاز الكمبيوتر المحبطة. ساعدت سكرتيريتي، جنيفر جاكوب وسيندي فريدلي، في جمع المقالات والكتب المدمجة في العمل. قامت لين كليبل، أمينة المكتبة النشيطة في مركز ديپول الصحي في سانت لويس، بتتبع المراجع المفيدة.

لقد أظهر شركائي وفريق العمل التابع لشركة Allied Behavioral Consultants في سانت لويس قدرًا كبيرًا من الصبر، والذين أتاحوا لي الحرية لمتابعة هذه المهمة. زوجتي، جودي، وأطفالي، جيني، وآدم، وبريت، وأليسيا، والصغار، أوين وأودري ولاعب سيتم تسميته لاحقًا، وافقوا بشجاعة على تفويت بعض مباريات الكرة، والعديد من المسرحيات، والكثير من الأفلام. بينما كنت أستمتع بأوقات الظهيرة المشمسة في البحث والكتابة.

× شكر وتقدير

نود أن نشكر وكيلتنا، دانييل إيجان ميلر، في Browne & Miller Literary Associates وجون داف وجانيت شو، الناشر والمحرر لدينا، على التوالي، في Perigee/Penguin ولعب الجميع أدوارًا مهمة في تشكيل محتويات هذا الكتاب.

مقدمة

عندما تم نشر الطبعة الأولى من كتاب أنا أكرهك - لا تتركني في عام 1989 لم يكن هناك سوى القليل جدًا من المعلومات المتاحة لعامة الناس حول موضوع اضطراب الشخصية الحدية. كان البحث عن أسباب وعلاج اضطراب الشخصية الحدية في بداياته. المقالات القليلة التي ظهرت في المجلات الاستهلاكية حددت بشكل غامض هذا الاضطراب عندما بدأ يتسلل إلى "الوعي الأمريكي". لم تكن هناك تقريبًا أي كتب عن اضطراب الشخصية الحدية للمريض أو عائلة المريض وأصدقائه المقربين. لقد كان الرد على كتابنا، سواء في هذا البلد أو في الخارج بترجماته الأجنبية، أمرًا ممتعًا للغاية. يبدو أن نيتي لإنتاج عمل يمكن الوصول إليه لعامة الناس، ولكنه عملي للمحترفين ذوي المراجع المفيدة، قد تحققت.

من الواضح أن القول بأن الكثير قد حدث في هذا المجال على مدى عشرين عامًا هو قول مبالغ فيه. تم نشر العديد من الكتب الأخرى حول اضطراب الشخصية الحدية، بما في ذلك كتابنا "أحيانًا أنصرف بجنون" (2004) الذي يصف تجربة هذا المرض من وجهة نظر

الأفراد المصابين وأفراد الأسرة والمهنيين المعالجين. إن الفهم الأكبر للمسببات والآثار البيولوجية والوراثية والنفسية والاجتماعية وأساليب العلاج قد أضاف بشكل كبير إلى معرفتنا. لذلك كان التحدي المتمثل في كتابة هذه الطبعة الثانية هو تسليط الضوء على أهم التطورات وشرحها، وتقديم معلومات مرجعية مفيدة للمحترفين، مع إدارة طول الكتاب حتى يتمكن من الاستمرار في العمل كمقدمة جذابة للمهنيين. BPD للقارئ العادي. ولتحقيق هذا التوازن، احتاجت بعض الفصول فقط إلى التحديث، ولكن تمت إعادة كتابة الفصول الأخرى، خاصة تلك المتعلقة بالجذور البيولوجية والوراثية المحتملة للمتلازمة، على نطاق واسع من أجل دمج أحدث الأبحاث العلمية. بالإضافة إلى ذلك، تطورت أساليب العلاج النفسي والعلاجات الدوائية المحددة إلى حد أنه كان من الضروري تضمين فصول جديدة تمامًا حول هذه المواضيع. يستمر اعتماد الكتاب على قصص حالات من الحياة الواقعية، لإعطاء القارئ نظرة ثاقبة لما هي عليه الحياة في ظل الخط الحدودي ومعه. في هذه الطبعة، على الرغم من تغيير خلفية هذه القصص لتعكس التغييرات في المجتمع الأمريكي. من قرن إلى آخر. ربما كان أكبر تغيير عن الطبعة الأولى هو تغيير النغمة العامة: فبينما كان تشخيص المرضى قاتمًا بشكل مفهوم قبل عقدين من الزمن، أصبح الآن (استنادًا إلى العديد من الدراسات الطولية) أكثر إيجابية.

ومع ذلك، وعلى الرغم من هذه التطورات، فمن المخيب للآمال أن نراجع مقدمة الطبعة الأولى ونذكر أن سوء الفهم، وخاصة الوصمة، لا تزال متفشية. يظل اضطراب الشخصية الحدية مرضًا لا يزال يربك عامة الناس ويرعب العديد من المهنيين. في الآونة الأخيرة، في عام 2009 ذكرت مقالة في مجلة تايم أن "الخطوط النظامية هي أكثر ما يخشاه علماء النفس المرضى" و"ليس لدى أي معالجين أي فكرة عن كيفية علاجهم".

وكما لاحظت مارشا لينهان، الخبيرة الرائدة في اضطراب الشخصية الحدية، فإن "الأفراد الحدوديين هم المعادل النفسي لمرضى الحروق من الدرجة الثالثة. إنهم ببساطة، إذا جاز التعبير، ليس لديهم بشرة عاطفية. حتى

أدنى لمسة أو حركة يمكن أن تسبب معاناة هائلة،¹ ومع ذلك، فإن تطوير علاجات وأدوية محددة تستهدف هذا الاضطراب (انظر الفصلين 8 و9) قد وفر بعض الراحة من الأعباء التي يتحملها المرضى، وربما الأهم من ذلك، الوعي العام بهذا الاضطراب. لقد نما التعامل مع الأعمال التجارية بشكل ملحوظ عما كان عليه في عام 1989 وكما سترون في قسم الموارد في نهاية هذا الكتاب، فقد تزايد عدد الكتب والمواقع الإلكترونية ومجموعات الدعم.

ولعل أوضح علامة على الاعتراف العام كانت في عام 2008 عندما حدد الكونجرس شهر مايو باعتباره "شهر التوعية باضطراب الشخصية الحدية".

ومع ذلك، لا تزال هناك تحديات ضخمة، وخاصة المالية، إن التعويض عن الخدمات الطبية المعرفية ضئيل بشكل مخجل وغير متناسب. مقابل ساعة واحدة من العلاج النفسي، تدفع معظم شركات التأمين (وكذلك الرعاية الطبية) أقل من 8% من معدل السداد المخصص لعملية جراحية بسيطة في العيادات الخارجية، مثل عملية إعتام عدسة العين لمدة خمس عشرة دقيقة. البحث عن اضطراب الشخصية الحدية كان أيضًا غير كافٍ. يبلغ معدل انتشار اضطراب الشخصية الحدية مدى الحياة بين السكان ضعف معدل انتشار مرض انفصام الشخصية والاضطراب ثنائي القطب مجتمعين، ومع ذلك يخصص المعهد الوطني للصحة العقلية (NIMH) أقل من 2 بالمائة من الأموال المخصصة لدراسات تلك الأمراض للبحث في اضطراب الشخصية الحدية. 2. بينما تحاول بلدنا التحكم في تكاليف الرعاية الصحية، يجب علينا أن نفهم أن الاستثمار في الأبحاث سيؤدي في النهاية إلى تحسين صحة هذا البلد وبالتالي خفض تكاليف الرعاية الصحية على المدى الطويل. ولكننا سنحتاج إلى إعادة تقييم الأولويات التي نعطيهها للموارد المحدودة، وإدراك أن التقنين قد يؤثر ليس فقط على تقديم الرعاية ولكن أيضًا على التقدم نحو تحقيق أهداف الرعاية الصحية.

دواء.

لقد أشار الكثيرون في المجال العام والمهني إلى النشر الأصلي لهذا الكتاب على أنه "كلاسيكي" في هذا المجال.

بعد عقدين من الزمن، كان من العمل المحبب إعادة النظر في عملنا وتحديث البيانات الضخمة المتراكمة خلال هذه الفترة.

ويحدوني الأمل في ذلك من خلال تحديث وتجديد جهدنا الأصلي

يمكننا أن نلعب دورًا صغيرًا في تصحيح سوء الفهم ومحو وصمة العار المرتبطة باضطراب الشخصية الحدية والاحتفاظ بشرف الإشارة إليها على نطاق واسع كمورد أساسي.

—جيرولد ج. كريسمان، دكتور في الطب

ملاحظة للقارئ

تتبع معظم الكتب المتعلقة بالصحة عددًا من المبادئ التوجيهية للأسلوب (على سبيل المثال، دليل النشر للجمعية النفسية الأمريكية) التي تم تصميمها لتقليل وصمة العار المرتبطة بالمرض واستخدام تسميات جنسانية صحيحة سياسيًا. على وجه التحديد، لا يُنصح بالإحالة إلى فرد ما بسبب مرض ما (على سبيل المثال، "عادةً ما يكون الشخص المصاب بالفصام..."). وبدلاً من ذلك، تتم الإشارة إلى فرد تظهر عليه أعراض المرض (على سبيل المثال، "المريض الذي تم تشخيصه على أنه مصاب بالفصام عادة ما يكون لديه..."). كما يتم تجنب الضمائر الخاصة بالجنس؛ بدلاً من ذلك، يتم تنظيم الجمل في بناء جملة سلبي أو تستخدم تركيبات "هو/هي، هو/هي".

ورغم أن هذه التوصيات جديدة بالنسبة في بعض النواحي، إلا أنها تؤدي إلى تعقيد عملية توصيل المعلومات. على الرغم من أننا نمقت عدم الاحترام الضمني والتجريد من الإنسانية عند الإشارة إلى الأشخاص حسب حالتهم الطبية ("افحص المرارة في الغرفة المجاورة!"), إلا أننا اخترنا، من أجل الوضوح والكفاءة، أن نشير أحياناً إلى الأفراد حسب حالتهم الصحية. تشخيص.

16 ملاحظة للقارئ

على سبيل المثال، نستخدم مصطلح "الحدود (الحدود)" كنوع من الاختصار لتمثيل التسمية الأكثر دقة، "الإنسان (البشر) الذين يظهرون (أعراض) أعراض تتفق مع تشخيص اضطراب الشخصية الحدية، كما تم تعريفها في الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات العقلية الصادر عن الجمعية الأمريكية للأطباء النفسيين ، الطبعة الرابعة، مراجعة النص " (DSM-IV-TR) وللسبب نفسه، نقوم بتبديل الضمان في كل مكان، بدلاً من تحميل القارئ بتركيبة "هو/هي، هو/هي". ونحن على ثقة من أن القارئ سوف يمنحنا هذه الحرية لتبسيط النص.

الفصل الأول

عالم الحدود

بدا كل شيء وبدأ غير واقعي. لا شيء كان على ما هو عليه.
هذا ما أردته: أن أكون وحدي مع نفسي في عالم آخر
حيث الحقيقة غير صحيحة ويمكن للحياة أن تختبئ من نفسها.
- من رحلة النهار الطويل إلى الليل، بقلم يوجين أونيل

اعتقد الدكتور وايت أن الأمر سيكون واضحًا نسبيًا، على مدى السنوات الخمس التي قضاها في علاج جنيفر، كانت تعاني من مشاكل طبية قليلة. اعتقد أن آلام معدتها ربما كانت بسبب التهاب المعدة، لذلك عالجها بمضادات الحموضة. ولكن عندما أصبحت آلام معدتها أكثر حدة على الرغم من العلاج وثبت أن الاختبارات الروتينية طبيعية، أدخل الدكتور وايت جنيفر إلى المستشفى.

وبعد إجراء فحص طبي شامل، استفسر الدكتور وايت عن الضغوط التي قد تتعرض لها جنيفر في العمل والمنزل. وقد اعترفت بسهولة بأن وظيفتها كمديرة لشؤون الموظفين في إحدى الشركات الكبرى كانت مرهقة للغاية، ولكن على حد تعبيرها: "يعمل الكثير من الناس في وظائف ضاغطة". وكشفت أيضًا أن حياتها المنزلية كانت أكثر نشاطًا في الآونة الأخيرة: فقد كانت تحاول التأقلم مع الممارسة القانونية المزدحمة لزوجها بينما كانت تتولى مسؤوليات كونها أمًا. لكنها شككت في ارتباط هذه العوامل بآلام المعدة التي تعاني منها.

عندما أوصى الدكتور وايت جنيفر بطلب استشارة نفسية، قاومت في البداية، ولم يكن ذلك إلا بعد انزعاجها

تحولت إلى طعنات ألم لدرجة أنها وافقت على مضض على رؤية الطبيب النفسي الدكتور جراي.

التقيا بعد بضعة أيام. كانت جينيفر امرأة شقراء جذابة تبدو أصغر من عمرها بثمانية وعشرين عامًا. كانت ترقد على السرير في غرفة بالمستشفى تم تحويلها من حجرة مجهولة إلى مخبأ شخصي. جلس حيوان محشو بجانبها في السرير وآخر على المنضدة بجانب عدة صور لزوجها وابنها. تم عرض بطاقات التهنته بدقة في خط على طول حافة النافذة، وتحيط بها تنسيقات الزهور.

في البداية، كانت جينيفر رسمية للغاية، وأجابت على جميع أسئلة الدكتور جراي بجدية كبيرة. ثم مارحت قائلة إن وظيفتها "تدفعني لرؤية طبيب نفسي". كلما تحدثت لفترة أطول، بدت أكثر حزنا. أصبح صوتها أقل استبدادًا وأكثر طفولية.

أخبرته كيف أن الترقية الوظيفية كانت تتطلب المزيد من المتطلبات، وهي مسؤوليات جديدة جعلتها تشعر بعدم الأمان. كان ابنها البالغ من العمر خمس سنوات يلتحق بالمدرسة، الأمر الذي كان بمثابة انفصال صعب لكليهما. كانت الخلافات مع زوجها آلان تتزايد. ووصفت تقلبات مزاجية سريعة وصعوبة في النوم.

انخفضت شهيتها بشكل مطرد وبدأت في فقدان الوزن. لقد تضاعف تركيزها وطاقاتها ودافعها الجنسي.

أوصى الدكتور جراي بتجربة الأدوية المضادة للاكتئاب، مما أدى إلى تحسين أعراض المعدة لديها ويبدو أنها أعادت أنماط نومها إلى طبيعتها. وفي غضون أيام قليلة، أصبحت جاهزة للخروج ووافقت على مواصلة العلاج في العيادات الخارجية.

خلال الأسابيع التالية، تحدثت جينيفر أكثر عن تربيته. نشأت في بلدة صغيرة، وكانت ابنة رجل أعمال بارز وزوجته الاجتماعية. كان والدها، وهو شيخ في الكنيسة المحلية، يطلب الكمال من ابنته وشقيقها الأكبر سنًا. وكان يذكر الأطفال باستمرار بأن المجتمع كان يدينهم في سلوكهم. درجات جينيفر، وسلوكها، وحتى أفكارها لم تكن جيدة بما فيه الكفاية. كانت تخشى والدها، ومع ذلك كانت تسعى إليه باستمرار - وبدون جدوى -

موافقة. ظلت والدتها سلبية ومنفصلة. قام والداها بتقييم أصدقائها، وكثيرًا ما اعتبروهم غير مقبولين. ونتيجة لذلك، كان لديها عدد قليل من الأصدقاء وعدد أقل من التواريخ.

وصفت جينيفر مشاعرها المتقلبة، والتي يبدو أنها تفاقمت عندما بدأت الدراسة الجامعية. بدأت الشرب لأول مرة، وأحيانًا بشكل مفرط. وبدون سابق إنذار، ستشعر بالوحدة والاكتئاب، ثم تغمرها السعادة والحب.

في بعض الأحيان، كانت تنفجر في حالة من الغضب ضد أصدقائها، وهي نوبات من الغضب تمكنت بطريقة ما من قمعها عندما كانت طفلة.

وفي هذا الوقت تقريبًا بدأت أيضًا تقدر اهتمام الرجال، وهو الأمر الذي كانت تتجنبه دائمًا في السابق.

على الرغم من أنها استمتعت بكونها مرغوبة، إلا أنها شعرت دائمًا بأنها "تخدعهم" أو تخدعهم بطريقة ما. وبعد أن بدأت بمواعدة رجل، كانت تقوم بتخريب العلاقة من خلال إثارة الصراع.

التقت بالآن عندما كان يكمل دراساته في القانون. لقد رفع دعوى قضائية ضدها بلا هوادة ورفض طردها عندما حاولت التراجع. كان يحب أن يختار ملابسها وينصحها بالطريقة

المشي، وكيفية التحدث، وكيفية تناول الطعام المغذي. أصر على مرافقته إلى صالة الألعاب الرياضية حيث كان يمارس التمارين الرياضية بشكل متكرر.

وأوضحت: "لقد أعطاني آلان هوية". لقد نصحتها حول كيفية التفاعل مع شركائه وعملاته في المجتمع، ومتى تكون عدوانية، ومتى تكون رزينة. لقد طورت مجموعة من "لاعبي الذخيرة" -الشخصيات أو الأدوار التي يمكن أن تستدعيها إلى المسرح عند الإشارة.

تزوجا بإصرار آلان قبل نهاية سنتها الأولى. تركت المدرسة وبدأت العمل كموظفة استقبال، لكن صاحب عملها أدرك ذكائها وقام بترقيتها إلى وظائف أكثر مسؤولية.

لكن في المنزل بدأت الأمور تسوء. تسببت مهنة آلان واهتمامه بكمال الأجسام في قضاء المزيد من الوقت بعيدًا عن المنزل، وهو ما كرهته جينيفر. في بعض الأحيان كانت تبدأ الشجار فقط لإبقائه في المنزل لفترة أطول قليلًا. في كثير من الأحيان، كانت تستغزه ليضرها. وبعد ذلك كانت تدعوه لممارسة الحب معها.

كان لدى جينيفر عدد قليل من الأصدقاء. لقد قللت من قيمة المرأة باعتبارها ثرثرة وغير مثيرة للاهتمام. وأعربت عن أملها في أن توفر ولادة سكوت، التي تأتي بعد عامين من زواجها، الراحة التي كانت تفتقر إليها. شعرت أن ابنها سيحبها دائمًا وسيكون موجودًا دائمًا من أجلها. لكن متطلبات الرضيع كانت ساحقة، وبعد فترة، قررت جينيفر العودة إلى العمل.

على الرغم من الثناء المتكرر والنجاحات في العمل، استمرت جينيفر في الشعور بعدم الأمان، وأنها كانت "تتظاهر بذلك". لقد مارست الجنس مع زميل لها في العمل كان يكبرها بأربعين عامًا تقريبًا.

قالت للدكتور جراي: "عادةً ما أكون بخير". "لكن هناك جانب آخر يتولى زمام الأمور ويسيطر علي. أنا أم جيدة، لكن جانبي الآخر يجعلني عاهرة؛ يجعلني أتصرف بجنون!"

استمرت جينيفر في السخرية من نفسها، خاصة عندما تكون بمفردها؛ في أوقات العزلة، كانت تشعر بالتخلي عنها، وهو ما أرجعته إلى عدم جدارتها. سيهددها القلق بالتغلب عليها ما لم تجد نوعًا من التحرر. أحيانًا

كانت تنغمس في الشراهة عند تناول الطعام، بمجرد تناول وعاء كامل من خليط البسكويت، كانت تقضي ساعات طويلة في النظر إلى صور ابنها وزوجها، في محاولة "لإبقائهما على قيد الحياة في ذهني".

كان المظهر الجسدي لجينيفر في جلسات العلاج يتقلب بشكل كبير، عندما كانت تأتي مباشرة من العمل، كانت ترتدي بدلة عمل تنضح بالنضح والرقى.

لكنها كانت تظهر في أيام الإجازة مرتديةً بنطالًا قصيرًا وجواربًا حتى الركبة، وشعرها مضفرًا؛ في هذه المواعيد كانت تتصرف كفتاة صغيرة ذات صوت عالٍ ومفردات محدودة.

في بعض الأحيان كانت تتحول مباشرة أمام أعين الدكتور جراي. يمكن أن تكون ذات بصيرة وذكاء، وتعمل بشكل تعاوني من أجل فهم أكبر لذاتها، ثم تصبح طفلة، ومغرية ومغرية، وتعلن أنها غير قادرة على العمل في عالم البالغين. يمكن أن تكون ساحرة ومتملقة أو متلاعبة وعدائية. يمكنها الخروج من جلسة واحدة، متعقدة بعدم القيام بذلك أبدًا

للعودة، وفي الجلسة التالية ترتعد خوفاً من أن يرفض الدكتور جراي رؤيتها مرة أخرى.

شعرت جنيفر وكأنها طفلة ترتدي درع شخص بالغ. لقد كانت في حيرة من أمرها من الاحترام الذي تلقتته من البالغين الآخرين؛ وتوقعت منهم أن يروا من خلال تنكرها في أي لحظة، ليكشفوا عنها كإمبراطورة بلا ملابس. كانت بحاجة إلى شخص يحبها ويحميها من العالم. لقد سعت بشدة إلى التقرب، ولكن عندما اقترب شخص ما أكثر من اللازم، هربت.

تعاين جنيفر من اضطراب الشخصية الحدية (BPD). انها ليست وحدها. وتقدر الدراسات الحديثة أن 18 مليون أو أكثر يُظهر الأمريكيون (ما يقرب من 6 بالمائة من السكان) الأعراض الأولية لاضطراب الشخصية الحدية، وتشير العديد من الدراسات إلى أن هذا الرقم أقل من التقدير. الرعاية النفسية، ويتم تشخيص هذا الاضطراب.

إنها واحدة من أكثر اضطرابات الشخصية شيوعًا. 4.3.2 ومع ذلك، على الرغم من انتشارها، لا تزال اضطراب الشخصية الحدية غير معروفة نسبيًا لعامة الناس. اسأل الرجل في الشارع عن القلق، أو الاكتئاب، أو إدمان الكحول، وربما يكون قادرًا على تقديم وصف سطحي، إن لم يكن دقيقًا من الناحية الفنية، للمرض. اطلب منه تعريف اضطراب الشخصية الحدية، وربما سينظر إليك نظرة فارغة. من ناحية أخرى، اسأل طبيبًا متخصصًا في الصحة العقلية عن هذا الاضطراب، وستحصل على إجابة مختلفة تمامًا. سوف تتنهد بعمق وتصرح أنه من بين جميع المرضى النفسيين، فإن الخطوط الحدودية هي الأكثر صعوبة، والأكثر رعبًا، والأكثر التي يجب تجنبها - أكثر من مرضى الفصام، وأكثر من مدمني الكحول، وأكثر من أي مريض آخر. لأكثر من عقد من الزمان، كان اضطراب الشخصية الحدية كامناً كنوع من "العالم الثالث" من المرض العقلي - غامض، وضخم، وغامض.

لم يتم التعرف على اضطراب الشخصية الحدية (BPD) جزئيًا بسبب التشخيص

لا تزال جديدة نسبياً. لسنوات، تم استخدام "الخط الحدودي" كقائمة شاملة للمرضى الذين لا يتناسبون مع التشخيصات الأكثر رسوخاً.

فالأشخاص الذين وُصفوا بأنهم "حدوديون" بدوا أكثر مرضاً من المصابين بالعصاب (الذين يعانون من قلق شديد ثانوي للصراع العاطفي)، ومع ذلك أقل مرضاً من الذهانيين (الذين يجعل انفصالهم عن الواقع أداء وظائفهم الطبيعية مستحيلاً).

يتعايش هذا الاضطراب أيضاً مع أمراض عقلية أخرى ويحد منها: الاكتئاب، والقلق، والاضطراب ثنائي القطب (الهوس الاكتئابي)، والفصام، واضطراب الجسدية (الوساوس)، واضطراب الهوية الانفصالية (تعدد الشخصية)، واضطراب نقص الانتباه/فرط النشاط. (ADHD) واضطراب ما بعد الصدمة، وإدمان الكحول، وتعاطي المخدرات (بما في ذلك الاعتماد على النيكوتين)، واضطرابات الأكل، والرهاب، واضطراب الوسواس القهري، والهستيريا، والاعتلال الاجتماعي، واضطرابات الشخصية الأخرى.

على الرغم من أن مصطلح الشريط الحدودي تمت صياغته لأول مرة في الثلاثينيات، إلا أن الحالة لم يتم تعريفها بوضوح حتى السبعينيات. لسنوات عديدة، لم يتمكن الأطباء النفسيون من الاتفاق على وجود منفصل للملازمة، ناهيك عن الأعراض المحددة اللازمة للتشخيص. ولكن مع بدء المزيد والمزيد من الأشخاص في البحث عن علاج لمجموعة فريدة من مشاكل الحياة، تبلورت معالم الاضطراب. في عام 1980، تم تعريف تشخيص اضطراب الشخصية الحدية لأول مرة في الطبعة الثالثة للجمعية الأمريكية للطب النفسي من الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات العقلية (III-DSM-وهو "الكتاب المقدس" التشخيصي لمهنة الطب النفسي. منذ ذلك الحين، تم إنتاج العديد من التنقيحات للدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات العقلية، أحدثها هو DSM-IV-TR الذي نُشر في عام 2000.

على الرغم من أن المدارس المختلفة في الطب النفسي لا تزال تتشاجر حول طبيعة اضطراب الشخصية الحدية وأسبابه وعلاجه، إلا أنه يتم التعرف على هذا الاضطراب رسمياً باعتباره مشكلة صحية عقلية كبيرة في أمريكا اليوم. في الواقع، يستهلك مرضى اضطراب الشخصية الحدية نسبة أكبر من خدمات الصحة العقلية مقارنة بأولئك الذين لديهم أي تشخيص آخر. بالإضافة إلى ذلك، تؤكد الدراسات أن حوالي 90 بالمائة من المرضى الذين يعانون من تشخيص اضطراب الشخصية الحدية يشتركون أيضاً في تشخيص نفسي رئيسي آخر على الأقل. 8

في العديد من النواحي، كانت المتلازمة الحدية في الطب النفسي بمثابة الفيروس في الطب العام: مصطلح غير دقيق لمرض غامض ولكنه خبيث يكون علاجه محبطًا، ويصعب تحديده، ويستحيل على الطبيب شرحه لمريضه بشكل مناسب.

الحدود الديموغرافية

من هم الأشخاص الحدوديين الذين نلتقي بهم في الحياة اليومية؟ إنها كارول، صديقة منذ المدرسة الابتدائية. بسبب إهانة بسيطة، تتهمك بطعناتها في ظهرها وتخبرك أنك لم تكن صديقًا لها على الإطلاق. بعد أسابيع أو أشهر، تعاود كارول الاتصال بك، بلطف وبلا مبالاة، وكأن شيئًا لم يحدث بينكما.

إنه بوب، رئيس في مكتبك. في أحد الأيام، يشيد بوب بجهودك في مهمة روتينية؛ وفي يوم آخر، يوبخك على خطأ بسيط. في بعض الأحيان يكون متحفظًا وبعيدًا؛ وفي أحيان أخرى يصبح فجأة ويصخب "أحد الأولاد".

إنها أرلين، صديقة ابنك. أسبوع واحد، هي صورة 'preppy' في اليوم التالي، هي مثال للبنانك. لقد انفصلت عن ابنك ذات ليلة، لتعود بعد ساعات، متعهدة بإخلاص لا نهاية له.

إنه برييت، جارك المجاور. غير قادر على التعامل مع زواجه المنهار، فهو ينكر خيانة زوجته الواضحة في نفس واحد، ثم يتحمل اللوم الكامل على ذلك في اليوم التالي. إنه يتمسك بشدة بعائلته، وينتقل من الشعور بالذنب وكراهية الذات إلى الهجمات العنيفة على زوجته وأطفاله الذين اتهموه "ظلمًا".

إذا بدا الأشخاص في هذه الملفات القصيرة غير متناسقين، فلا ينبغي أن يكون ذلك مفاجئًا - فالتناقض هو السمة المميزة لاضطراب الشخصية الحدية. نظرًا لعدم القدرة على تحمل مفارقة الأكل، فإن الخطوط الحدودية هي عبارة عن مفارقات مشي، وهي مفارقة بشرية. إن عدم ثباتهم هو السبب الرئيسي الذي يجعل مهنة الصحة العقلية تواجه مثل هذه الصعوبة في تحديد مجموعة موحدة من المعايير للمرض.

إذا كان هؤلاء الأشخاص يبدون مألوفين للغاية، فلا ينبغي أن يكون الأمر كذلك

مفاجئ. هناك احتمالات جيدة أن يكون لديك زوج أو قريب أو صديق مقرب أو زميل في العمل على الحدود. ربما تعرف القليل عن اضطراب الشخصية الحدية (BPD) أو تتعرف على الخصائص الحدية بداخلك.

على الرغم من أنه من الصعب الحصول على فهم قوي للأرقام، إلا أن المتخصصين في الصحة العقلية يتفقون عمومًا على أن عدد الخطوط الحدودية بين عامة السكان أخذ في التزايد -وببوتيرة سريعة -على الرغم من أن بعض المراقبين يزعمون أن الأمر يتعلق بالمعالجين. الوعي بالاضطراب الذي ينمو بدلاً من عدد الحدود.

هل الشخصية الحدية هي في الواقع "طاعون" في العصر الحديث أم أن مجرد تسمية تشخيصية جديدة ؟ على أية حال، فقد قدم الاضطراب رؤية جديدة للإطار النفسي للعديد من الحالات ذات الصلة. لقد ربطت العديد من الدراسات اضطراب الشخصية الحدية مع

فقدان الشهية، والشره المرضي، واضطراب فرط الحركة ونقص الانتباه، وإدمان المخدرات، والانتحار بين المراهقين -وكلها تزايدت بشكل مثير للقلق على مدى العقد الماضي. كشفت بعض الدراسات عن اضطراب الشخصية الحدية في ما يقرب من 50 بالمائة من جميع المرضى الذين تم إدخالهم إلى منشأة بسبب اضطرابات الأكل. وقد وجدت دراسات أخرى أن أكثر من 50 بالمائة من متعاطي المخدرات يستوفون أيضًا معايير الإصابة باضطراب الشخصية الحدية.

إن ميول التدمير الذاتي أو الإيحاءات الانتحارية شائعة جدًا بين الحدود، وهي في الواقع أحد المعايير المحددة للمتلازمة. يحاول ما يصل إلى 70 بالمائة من مرضى اضطراب الشخصية الحدية الانتحار. تبلغ نسبة حالات الوفاة المؤتقة عن طريق الانتحار حوالي 8 إلى 10 بالمائة، بل إنها أعلى بالنسبة للمراهقين الحدوديين. إن تاريخ محاولات الانتحار السابقة، والحياة الأسرية الفوضوية، ونقص أنظمة الدعم تزيد من احتمالية حدوث ذلك. يتضاعف الخطر أكثر بين مرضى الحدود الذين يعانون أيضًا من اضطرابات الاكتئاب أو الهوس الاكتئابي (ثنائي القطب)، أو من إدمان الكحول أو تعاطي المخدرات. 11.01

كيف يقوم الأطباء بتشخيص الأمراض النفسية

قبل عام 1980، وصفت الطبعتان السابقتان من الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات العقلية الأمراض النفسية

بمصطلحات وصفية. ومع ذلك، تم تعريف DSM-III

الاضطرابات النفسية وفقًا لنماذج منظمة وثنوية ؛ أي أنه تم اقتراح العديد من الأعراض التي توجي بتشخيص معين. وعندما يتم استيفاء عدد معين من هذه المعايير، يعتبر الفرد مستوفيًا للمتطلبات الثنائية للتشخيص. ومن المثير للاهتمام أنه في التنقيحات الأربعة للدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات العقلية (DSM) منذ عام 1980 لم يتم إجراء سوى تعديلات طفيفة على التحدي.

المعايير الوطنية لاضطراب الشخصية الحدية. كما سنرى قريبًا، هناك تسعة معايير مرتبطة باضطراب الشخصية الحدية، ويكون الفرد مؤهلاً للتشخيص إذا أظهر خمسة أو أكثر من المعايير التسعة.

وقد أثار النموذج القاطع الجدل بين الأطباء النفسيين، وخاصة فيما يتعلق بتشخيص اضطرابات الشخصية. على عكس معظم الأمراض النفسية الأخرى، يُعتقد أن اضطرابات الشخصية تتطور في مرحلة البلوغ المبكر وتستمر لفترات طويلة. تميل سمات الشخصية هذه إلى أن تكون دائمة ولا تتغير إلا تدريجيًا مع مرور الوقت. ومع ذلك، فإن نظام التعريفات التصنيفي قد يؤدي إلى تغيير تشخيصي مفاجئ وغير واقعي. فيما يتعلق باضطراب الشخصية الحدية، فإن المريض الحدي الذي يظهر خمسة أعراض لاضطراب الشخصية الحدية يتوقف نظرًا عن اعتباره حديًا إذا تغير أحد الأعراض. يبدو أن مثل هذا "العلاج" المتسرع لا يتوافق مع مفهوم الشخصية.

اقترح بعض الباحثين تعديل الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات العقلية (DSM) ليتوافق مع النهج البعدي للتشخيص. ومن شأن هذا النموذج أن يحاول تحديد ما يمكن أن نطلق عليه "درجات الحدود الحدودية"، حيث من الواضح أن بعض الخطوط الحدودية تعمل على مستوى أعلى من غيرها. يقترح هؤلاء المؤلفون أنه بدلاً من استنتاج أن الفرد هو أو لا يكون حديًا، يجب التعرف على الاضطراب على نطاق واسع.

ومن شأن هذا النهج أن يضع أوزانًا مختلفة لبعض المعايير المحددة، اعتمادًا على الأعراض التي أظهرت الأبحاث أنها أكثر انتشارًا واستمرارية. يمكن لمثل هذه الطريقة أن تطور نموذجًا أوليًا تمثيليًا "نقيًا" للحدود، يمكنه توحيد المقاييس بناءً على مدى "تطابق" المريض مع الوصف. يمكن استخدام نهج الأبعاد لقياس الوظيفية

تلف. بهذه الطريقة، سيتم تحديد الحد الأعلى أو الأدنى للأداء من خلال قدرتها على إدارة مهامها الحياتية المعتادة. هناك منهجية أخرى تقيس سمات معينة، مثل الاندفاع، والبحث عن الجديد، والاعتماد على المكافأة، وتجنب الضرر، والعصابية (التقاط خصائص مثل التعرض للإجهاد، وضعف التحكم في الاندفاع، والقلق، والقدرة على المزاج، وما إلى ذلك) المرتبطة باضطراب الشخصية الحدية. 12، 13، 14 مثل هذه التعديلات قد تقيس التغيرات ودرجات التحسن بشكل أكثر دقة، بدلا من مجرد تحديد وجود أو عدم وجود الاضطراب.

لفهم الفرق بين هذين التعريفين

دعونا نفكر في الطريقة التي ننظر بها إلى "النوع الاجتماعي". إن تحديد ما إذا كان الشخص ذكرا أم أنثى هو تعريف قاطع، يعتمد على عوامل وراثية وهرمونية موضوعية. ومع ذلك، فإن تسميات الذكورة أو الأنوثة هي مفاهيم ذات أبعاد تتأثر بالمعايير الشخصية والثقافية وغيرها من المعايير الأقل موضوعية. من المحتمل أن تتضمن التكرارات المستقبلية للدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات العقلية سمات تشخيصية ذات أبعاد.

تشخيص اضطراب الشخصية الحدية

أحدث DSM-IV-TR يسرد تسعة معايير قاطعة لاضطراب الشخصية الحدية، خمسة منها يجب أن تكون موجودة للتشخيص. 15 للوهلة الأولى، قد تبدو هذه المعايير غير متصلة أو مرتبطة فقط بشكل محيطي. ومع ذلك، عند استكشافها بعمق، يُنظر إلى الأعراض التسعة على أنها مرتبطة بشكل معقد، وتتفاعل مع بعضها البعض بحيث يؤدي أحد الأعراض إلى ظهور آخر مثل مكابس محرك الاحتراق.

يمكن تلخيص المعايير التسعة على النحو التالي (يتم وصف كل منها

في العمق في الفصل: 2)

1. الجهود المحمومة لتجنب الهجر الحقيقي أو المتخيل.

2. العلاقات الشخصية غير المستقرة والمكثفة.

3. عدم وجود إحساس واضح بالهوية.

4. الاندفاع في السلوكيات التي قد تلحق الضرر بالنفس، مثل تعاطي المخدرات، والجنس، السرقة، والقيادة المتهورة، والإسراف في تناول الطعام.
5. التهديدات أو الإيذاءات الانتحارية المتكررة، أو تشويه الذات السلوكيات.
6. تغيرات مزاجية حادة وتفاعل شديد مع الموقف.

الضغوط.

7. مشاعر الفراغ المزمنة.
8. إظهار الغضب بشكل متكرر وغير مناسب.
9. مشاعر عابرة مرتبطة بالتوتر بعدم الواقعية أو جنون العظمة.

يمكن تجميع هذه الكوكبة المكونة من تسعة أعراض في أربعة المجالات الأساسية التي يتم توجيه العلاج إليها بشكل متكرر:

1. عدم الاستقرار المزاجي (المعايير 1، 6، 7، 8).
2. الاندفاع والسلوك الخطير غير المنضبط (المعايير 4 و 5).
3. علم النفس المرضي بين الأشخاص (المعياران 2 و 3).
4. تشوهات الفكر والإدراك (المعيار 9).

الهيموفيليا العاطفية

تحت التسميات السريرية يكمن الألم الذي يعاني منه الحدوديون وعائلاتهم وأصدقائهم. بالنسبة للخط الحدودي، فإن معظم الحياة عبارة عن أفعوانية عاطفية لا هواة فيها دون وجهة واضحة. بالنسبة لأولئك الذين يعيشون مع منطقة الحدود أو يحونها أو يعالجونها، يمكن أن تبدو الرحلة جامحة ويائسة ومحبطة.

يتم استفزاز جينيفر والملايين من الحدود الأخرى للغضب بشكل لا يمكن السيطرة عليه ضد الأشخاص الذين يحبونهم كثيرًا. إنهم يشعرون بالعجز والفراغ، مع هوية ممزقة بسبب التناقضات العاطفية الشديدة.

تأتي التغيرات المزاجية بسرعة، وبشكل متفجر، وتحمل الحدود

من أعالي الفرخ إلى أعماق الإكتئاب. يمتلئ بالغضب في ساعة، ويهدأ في الساعة التالية، وغالبًا ما يكون لديه القليل من المعرفة حول سبب دفعه إلى هذا الغضب. بعد ذلك، يؤدي عدم القدرة على فهم أصول الحلقة إلى زيادة كراهية الذات والاكتئاب.

يعاني الشريط الحدودي من نوع من «الهيموفيليا العاطفية»؛ إنها تفتقر إلى آلية التخثر اللازمة لتخفيف طفرات مشاعرها.

قم بوخز "الجلد" الحساس للخط الحدودي وسوف تنزف عاطفيًا حتى الموت. إن فترات الرضا المستمرة تعتبر غريبة على الحدود. يستنزفه الفراغ المزمّن حتى يضطر إلى فعل أي شيء للهروب. في قبضة هذه المستويات المنخفضة، يكون الخط الحدودي عرضة لعدد لا يحصى من الأفعال المتهورة والمدمرة للذات - الإفراط في تعاطي المخدرات والكحول، وتناول الماراثونات، والصيام عن فقدان الشهية، والتطهير الشرهي، وغزوات القمار، ونوبات التسوق، والاختلاط الجنسي، وتشويه الذات. وقد يحاول الانتحار، في كثير من الأحيان ليس بنية الموت، ولكن ليشعر بشيء ما، ما، ليؤكد أنه على قيد الحياة.

يعترف أحد الحدود: "أنا أكره الطريقة التي أشعر بها". "عندما أفكر في الانتحار، يبدو الأمر مغريًا جدًا، وجذابًا للغاية. في بعض الأحيان يكون هذا هو الشيء الوحيد الذي أتعلق به. من الصعب ألا أرغب في إيذاء نفسي. يبدو الأمر كما لو أنني إذا أذيت نفسي، فسيختفي الخوف والألم.

من الأمور المركزية في متلازمة الشريط الحدودي هو الافتقار إلى الإحساس الأساسي بالهوية. عند وصف أنفسهم، عادةً ما ترسم الخطوط الحدودية صورة ذاتية مشوشة أو متناقضة، على عكس المرضى الآخرين الذين لديهم عمومًا إحساس أكثر وضوحًا بمن هم.

للتغلب على الصورة الذاتية غير الواضحة والسلبية في الغالب، يبحث الأشخاص الحدوديون، مثل الممثلين، باستمرار عن "الأدوار الجيدة"، و"الشخصيات" الكاملة التي يمكنهم استخدامها لملء فراغ هويتهم. لذا فإنهم غالبًا ما يتكيفون مثل الحرباء مع البيئة أو الموقف أو رفاق اللحظة، تمامًا مثل الشخصية الرئيسية في فيلم زيليج للمخرج وودي آلن، الذي يتخذ حرفيًا شخصية وهوية ومظهر الأشخاص من حوله.

إن إغراء تجارب النشوة، سواء تم تحقيقها عن طريق الجنس، أو المخدرات، أو وسائل أخرى، يكون في بعض الأحيان أمرًا ساحقًا بالنسبة للحدود.

في حالة النشوة، يمكنه العودة إلى العالم البدائي حيث تندمج الذات والعالم الخارجي، وهو شكل من أشكال الطفولة الثانية. خلال فترات الوحدة والفراغ الشديدين، سيستمر الحد الفاصل في تعاطي المخدرات، أو نوبات تعاطي الكحول، أو المغامرات الجنسية (مع شريك واحد أو أكثر)، والتي تستمر أحياناً لأيام في كل مرة. يبدو الأمر كما لو أنه عندما يصبح النضال من أجل العثور على الهوية غير محتمل، يكون الحل إما فقدان الهوية تماماً أو تحقيق مظهر الذات من خلال الألم أو الخدر.

غالبًا ما تتميز الخلفية العائلية للخط الحدودي بإدمان الكحول والاكتئاب والاضطرابات العاطفية. إن الطفولة الحدودية غالباً ما تكون ساحة معركة مقفرة، مليئة بحطام اللامبالاة، أو الرفض، أو غياب الوالدين، والحرمان العاطفي، والإساءة المزمنة. لقد وجدت معظم الدراسات تاريخاً من الاعتداء النفسي أو الجسدي أو الجنسي الشديد لدى العديد من المرضى الحديين. في الواقع، فإن تاريخ سوء المعاملة، أو الشهود على العنف، أو إبطال الخبرة من قبل الوالدين أو مقدمي الرعاية الأولية يميز المرضى الحديين عن المرضى النفسيين الآخرين. 71.61

تستمر هذه العلاقات غير المستقرة إلى مرحلة المراهقة والبلوغ، حيث تكون الارتباطات الرومانسية مشحونة للغاية وعادةً ما تكون قصيرة العمر. سوف يلاحق الخط الحدودي الرجل (أو المرأة) بشكل محموم يومًا ما ويرسله للتعبئة في اليوم التالي. عادةً ما تكون القصص الرومانسية الأطول -والتي تقاس عادةً بالأسابيع أو الأشهر بدلاً من السنوات -مليئة بالاضطراب والغضب والعجب والإثارة.

الانقسام: الأبيض والأسود عالم الحدود

ينقسم عالم الحدود، مثل عالم الطفل، إلى أبطال وأشرار. طفل عاطفياً، لا يستطيع الحد الفاصل أن يتسامح مع التناقضات والغموض البشري؛ فهو لا يستطيع التوفيق بين الصفات الجيدة والسيئة لشخص آخر في فهم ثابت ومتناسك

من ذلك الشخص. في أي لحظة معينة، يكون المرء إما "صالحًا" أو "شريرًا"؛ لا يوجد بينهما، ولا توجد منطقة رمادية. يتم فهم الفروق الدقيقة والظلال بصعوبة كبيرة، هذا إذا تم استيعابها على الإطلاق. العشاق والزملاء، الأمهات والآباء، الأشقاء، الأصدقاء، والمعالجون النفسيون قد يصبحون محبوبين في يوم من الأيام، ويتم التقليل من قيمتهم تمامًا ورفضهم في اليوم التالي.

عندما يخيب الشخص المثالي أخيرًا (كما نفعل جميعًا، عاجلاً أم آجلاً)، يجب على الحد الفاصل إعادة هيكلة تصوره الصارم وغير المرن بشكل جذري. إما أن يتم نفي المعبود إلى الزنزانة أو أن ينفي الشريط الحدودي نفسه من أجل الحفاظ على الصورة "الخيرية" للشخص الآخر.

هذا النوع من السلوك، المسمى "الانقسام"، هو آلية الدفاع الأساسية التي يستخدمها الشريط الحدودي. يُعرف الانقسام من الناحية الفنية بأنه الفصل الصارم بين الأفكار والمشاعر الإيجابية والسلبية تجاه الذات والآخرين؛ أي عدم القدرة على تجميع هذه المشاعر. يمكن لمعظم الأفراد تجربة التناقض وإدراك حالتين شعوريتين متناقضتين في وقت واحد؛ تتحرك الخطوط الحدودية بشكل مميز ذهائياً وإيائياً، غير مدركين تمامًا لحالة عاطفية واحدة بينما هم منغمسون في حالة عاطفية أخرى.

يخلق الانقسام منفذًا للهروب من القلق: عادةً ما يواجه الحد الفاصل صديقًا مقربًا أو علاقة (أطلق عليه "جو") كشخصين منفصلين في أوقات مختلفة. في أحد الأيام، يمكنها أن تعجب بـ "Good Joe" دون تحفظ، وترى أنه جيد تمامًا؛ صفاته السلبية غير موجودة؛ لقد تم تطهيرهم ونسبوا إلى "باد جو". وفي أيام أخرى، يمكنها أن تحتقر "باد جو" تمامًا وبلا ذنب، وتغضب من شره دون أن تلوم نفسها -في الوقت الحالي لا توجد سماته الإيجابية؛ إنه يستحق الغضب تمامًا.

يقصد حماية الخط الحدودي من وابل من المشاعر والصور المتناقضة -ومن القلق الناتج عن محاولة التوفيق بين تلك الصور -فإن آلية الانقسام غالبًا ما تحقق تأثيرًا معاكسًا، وهو ما يثير السخرية: تصبح التآكلات في نسيج الشخصية كاملة، مزقت. يتغير الإحساس بهويتها الخاصة وهويات الآخرين بشكل أكثر دراماتيكية ومتكررة.

العلاقات العاصفة

على الرغم من الشعور باستمرار بأنه ضحية للآخرين، إلا أن خط الحدود يسعى يائسًا إلى إقامة علاقات جديدة؛ لأن العزلة، حتى لو كانت الوحدة مؤقتة، لا تطاق أكثر من سوء المعاملة. للهروب من الوحدة، ستهرب الحدود إلى حانات العزاب، وأحضان الشاحنات الصغيرة الأخيرة، في مكان ما - في أي مكان - لمقابلة شخص قد ينقذها من عذاب أفكارها. يبحث خط الحدود باستمرار عن السيد جودبار.

في البحث الدؤوب عن دور منظم في الحياة، تنجذب الحدود عادةً إلى الآخرين الذين يتمتعون بسمات شخصية تكملية وتنجذب إليهم. على سبيل المثال، فإن الشخصية النرجسية المسيطرة لزوج جنيفر ألقتها في دور محدد جيدًا دون بذل الكثير من الجهد. كان قادرًا على منحها هوية حتى لو كانت الهوية تنطوي على الخضوع وسوء المعاملة.

ومع ذلك، بالنسبة للحدود، غالبًا ما تتفكك العلاقات بسرعة. يتطلب الحفاظ على القرب من الخط الحدودي فهمًا للملازمة والاستعداد للسير على حبل طويل ومحقوق بالمخاطر. إن القرب الزائد عن الحد يهدد الحدود بالاختناق. إن الحفاظ على مسافة بينك وبين شخص ما أو ترك خط حدودي بمفرده - حتى لفترات قصيرة - يذكرك بإحساس الهجر الذي شعر به عندما كان طفلاً.

وفي كلتا الحالتين، يتفاعل الخط الحدودي بشكل مكثف. بمعنى ما، فإن الخط الحدودي يشبه المستكشف العاطفي الذي يحمل فقط خريطة سطحية للعلاقات بين الأشخاص؛ يجد صعوبة بالغة في قياس المسافة النفسية المثالية عن الآخرين، وخاصة الأشخاص المهمين. للتعويض، فهو ينتقل ذهنيًا وإيائيًا من التشبث بالتبعية إلى التلاعب الغاضب، ومن تدفقات الامتنان إلى نوبات الغضب غير العقلاني. يخاف الهجر فيتمسك، يخاف الإكتمال فيبتعد. إنه يرغب في العلاقة الحميمة ويخاف منها في نفس الوقت. ينتهي به الأمر بصد أولئك الذين يريد التواصل معهم كثيرًا.

مشاكل العمل ومكان العمل

على الرغم من أن الحدود تواجه صعوبات بالغة في إدارة حياتهم الشخصية، إلا أن العديد منهم قادرون على العمل بشكل منتج في موقف العمل - خاصة إذا كانت الوظيفة منظمة بشكل جيد، ومحددة بوضوح، وداعمة. يؤدي البعض أداءً جيدًا لفترات طويلة، ولكن بعد ذلك فجأة - بسبب تغيير في الهيكل الوظيفي، أو تحول جذري في الحياة الشخصية، أو مجرد الملل البسيط والرغبة في التغيير - يغادرون فجأة أو يخربون مناصبهم ويذهبون إلى الوظيفة، الفرصة القادمة. يشكو العديد من الأشخاص الحدوديين من أمراض طبية بسيطة متكررة أو مزمنة، مما يؤدي إلى زيارات الطبيب المتكررة والإجازات المرضية. 18 يمكن لعالم العمل أن يوفر لهم ملأً من فوضى علاقاتهم الاجتماعية. لهذا السبب، تعمل الخطوط الحدودية بشكل أفضل في بيئات العمل شديدة التنظيم. كما أن المهن المساعدة - الطب، والتمريض، ورجال الدين، والاستشارة - تجتذب أيضًا العديد من الحدود الذين يسعون جاهدين لتحقيق القوة أو السيطرة التي تستعصي عليهم في العلاقات الاجتماعية. ولعل الأهم من ذلك هو أن الخطوط الحدودية في هذه الأدوار يمكن أن توفر الرعاية للآخرين - وتحظى بالاعتراف من الآخرين - الذين يتوقون إليها في حياتهم الخاصة. غالبًا ما تكون الخطوط الحدودية ذكية جدًا وتعرض قدرات فنية مذهلة؛ وبفضل سهولة الوصول إلى المشاعر القوية، يمكنهم أن يكونوا مبدعين وناجحين على المستوى المهني.

لكن الوظيفة شديدة التنافسية أو غير المنظمة، أو المشرف شديد الانتقاد، يمكن أن تؤدي إلى غضب شديد لا يمكن السيطرة عليه وفراط الحساسية تجاه الرفض الذي يكون الحد الفاصل عرضة له.

يمكن للغضب أن يتغلغل في مكان العمل ويدمر الحياة المهنية حرفيًا.

"مرض المرأة"؟

وحتى وقت قريب، أشارت الدراسات إلى أن عدد النساء في الحدود الفاصلة يفوق عدد الرجال بما يصل إلى ثلاثة أو أربعة إلى واحد. ومع ذلك، أكثر

تؤكد الأبحاث الوبائية الحديثة أن معدل الانتشار متشابه في كلا الجنسين، على الرغم من أن النساء يدخلن العلاج بشكل متكرر.

علاوة على ذلك، فإن شدة الأعراض والإعاقة تكون أكبر بين النساء. قد تساعد هذه العوامل في تفسير سبب زيادة تمثيل الإناث في التجارب السريرية. ولكن قد تكون هناك عوامل أخرى تساهم في الانطباع بأن اضطراب الشخصية الحدية هو "مرض نسائي".

يشعر بعض النقاد أن نوعًا من التحيز السريري يعمل مع التشخيص الحدي: فقد ينظر المعالجون النفسيون إلى مشاكل الهوية والاندفاع على أنها أكثر "طبيعية" لدى الرجال؛ ونتيجة لذلك، قد لا يتم تشخيص اضطراب الشخصية الحدية بين الذكور. عندما يمكن اعتبار السلوك المدمر لدى النساء نتيجة لخلل في المزاج، فإن السلوك المماثل لدى الرجال قد يُنظر إليه على أنه معادٍ للمجتمع. وفي حين يمكن توجيه النساء في مثل هذه المآزق نحو العلاج، فقد يتم توجيه الرجال بدلاً من ذلك عبر نظام العدالة الجنائية حيث قد يفتنون من التشخيص الصحيح إلى الأبد.

اضطراب الشخصية الحدية في الفئات العمرية المختلفة

العديد من سمات متلازمة الشريط الحدودي -الاندفاع، والعلاقات المضطربة، والارتباك في الهوية، وعدم استقرار الحالة المزاجية -هي عقبات تنموية كبيرة لأي مراهق. في الواقع، إنشاء هوية أساسية هو المسعى الأساسي لكل من المراهق والحدود. ويترتب على ذلك أن تشخيص اضطراب الشخصية الحدية يتم تشخيصه بشكل أكثر شيوعًا بين المراهقين والشباب مقارنة بالفئات العمرية الأخرى

يبدو أن اضطراب الشخصية الحدية نادر عند كبار السن. تظهر الدراسات الحديثة أن الانخفاض الأكبر في تشخيص اضطراب الشخصية الحدية يحدث بعد منتصف الأربعينيات. من هذه البيانات، يفترض بعض الباحثين أن العديد من البالغين الأكبر سنًا "ينضجون" ويكتسبون قدرين على تحقيق الاستقرار

متأخر، بعد فوات الوقت. ومع ذلك، يجب على كبار السن أن يتعاملوا مع التدهور التدريجي في الأداء البدني والعقلي، والذي يمكن أن يكون عملية تكيف محفوفة بالمخاطر لبعض الخطوط الحدودية للشيوخ. من أجل هوية هشة،

مهمة تغيير التوقعات وتعديل الصورة الذاتية يمكن أن تؤدي إلى تفاقم الأعراض. إن خط الشخوخة مع الأمراض النفسية المستمرة قد ينكر تدهور الوظائف، ويلقي باللوم على الآخرين في أوجه القصور، ويصبح بجنون العظمة على نحو متزايد؛ وفي أحيان أخرى، قد يبالغ في الإعاقات ويصبح أكثر اعتماداً.

العوامل الاجتماعية والاقتصادية

تم تحديد علم الأمراض الحدودي في جميع الثقافات والطبقات الاقتصادية في الولايات المتحدة. ومع ذلك، كانت معدلات الإصابة باضطراب الشخصية الحدية أعلى بشكل ملحوظ بين المنفصلين أو المطلقين أو الأرمال أو الذين يعيشون بمفردهم، وبين ذوي الدخل المنخفض والتعليم. إن عواقب الفقر على الرضع والأطفال -ارتفاع مستويات التوتر، وانخفاض التعليم، والافتقار إلى رعاية جيدة للأطفال، والرعاية النفسية، ورعاية الحمل (ربما يؤدي إلى إصابات الدماغ أو سوء التغذية) -قد تؤدي إلى ارتفاع معدل الإصابة باضطراب الشخصية الحدية. بين الفقراء.

الحدود الجغرافية

على الرغم من أن معظم الصياغات النظرية والدراسات التجريبية لمتلازمة الشريط الحدودي قد أجريت في الولايات المتحدة، إلا أن بلداناً أخرى -كندا والمكسيك وإسرائيل والسويد والدنمارك ودول أوروبا الغربية الأخرى والاتحاد السوفيتي السابق- قد اعترفت بالأمراض الحدودية بين سكانها.

الدراسات المقارنة شحيحة ومتناقضة في هذه المرحلة.

على سبيل المثال، تشير بعض الدراسات إلى ارتفاع معدلات الإصابة باضطراب الشخصية الحدية بين المصابين بالذعر، بينما لا تؤكد دراسات أخرى هذه النتيجة. وجدت بعض الدراسات معدلات أعلى لاضطراب الشخصية الحدية بين الرجال الأمريكيين الأصليين. الدراسات المتنسقة هزيلة ولكنها يمكن أن توفر نظرة ثاقبة حول تربية الأطفال والخيوط الثقافية والاجتماعية التي تشكل النسيج السببي للمتلازمة.

السلوك الحدي في المشاهير والشخصيات الخيالية

سواء كانت الشخصية الحدية ظاهرة جديدة أو مجرد تسمية جديدة لمجموعة طويلة الأمد ومترابطة من المشاعر الداخلية والسلوكيات الخارجية، فهو موضوع يحظى ببعض الاهتمام في مجتمع الصحة العقلية. يعتقد معظم الأطباء النفسيين أن متلازمة بورديرلاين كانت موجودة منذ فترة طويلة؛ أن بروزه المتزايد لا ينتج كثيرًا عن انتشاره (مثل مرض معد أو حالة موهنة مزمنة) في أذهان المرضى ولكن من وعي الأطباء. والحقيقة أن العديد من الأطباء النفسيين يعتقدون أن بعض حالات "العصاب" الأكثر إثارة للاهتمام التي ذكرها سيجموند فرويد في مطلع القرن العشرين سوف يتم تشخيصها اليوم بوضوح باعتبارها حالات حدودية.

ومن خلال إدراكها بهذه الطريقة، تصبح متلازمة الخط الحدي منظورًا جديدًا مثيرًا للاهتمام يمكن من خلاله فهم بعض شخصياتنا الأكثر تعقيدًا - في الماضي والحاضر، والحقيقية والخيالية.

وعلى العكس من ذلك، يمكن فهم الشخصيات والشخصيات المعروفة على أنها توضح جوانب مختلفة من المتلازمة. وعلى هذا المنوال، تكهن كتاب السيرة وغيرهم بأن المصطلح قد ينطبق على شخصيات واسعة النطاق مثل الأميرة ديانا، ومارلين مونرو، وزيلدا فيتزجيرالد، وتوماس وولف، وتي إي لورانس، وأدولف هتلر، ومعمر القذافي. يمكن للنقاد الثقافيين ملاحظة السمات الحدودية في بلانش دوبوا في عربة اسمها الرغبة، ومارثا في من يخاف فيرجينيا وولف؟، وسالي باولز في ملهى، وترايفيس بيكل في سائق التاكسي، وهوارد بيل في الشبكة، وكارمن في أوبرا بيزنه. على الرغم من أنه قد يتم رصد أعراض أو سلوكيات حدودية في هذه الشخصيات، إلا أنه لا ينبغي افتراض أن اضطراب الشخصية الحدية يتسبب بالضرورة أو يدفع إلى تصرفات أو مصائر جذرية لهؤلاء الأشخاص الحقيقيين أو الشخصيات الخيالية أو الأعمال التي يظهرون فيها.

ربما كان هتلر، على سبيل المثال، مدفوعًا بخلل عقلي

20أنا أكرهك. لا تنركي

والقوى المجتمعية أكثر بروزًا في نفسيته من اضطراب الشخصية الحدية؛ ربما كانت الأسباب الجذرية لانتحار مارلين مونرو (المرعوم) أكثر تعقيدًا من القول ببساطة أنه كان بسبب اضطراب الشخصية الحدية. هناك القليل من الأدلة على أن مؤلفي كتاب Taxi Driver أو Network كانوا كذلك

تحاول بوعي إنشاء بطل الرواية الحدودي. ما تقدمه متلازمة بورديراين هو منظور آخر يمكن من خلاله تفسير وتحليل هذه الشخصيات الرائعة.

التقدم في البحث والعلاج

منذ نشر الطبعة الأولى من هذا الكتاب، تم تحقيق خطوات كبيرة في البحث في الأسباب الجذرية لاضطراب الشخصية الحدية واضطراب الشخصية الحدية.

علاجها. إن التقدم في فهمنا للأسس البيولوجية والفسيوولوجية والوراثية للأمراض النفسية يشهد تطوراً هائلاً. يتم إلقاء الضوء على التفاعلات بين أجزاء مختلفة من الدماغ وكيفية تقاطع العواطف والتفكير التنفيذي. يتم فهم أدوار الناقلات العصبية والهرمونات والتفاعلات الكيميائية في الدماغ بشكل أفضل. الضعف الوراثي-

وتجري حاليًا دراسة كيفية تشغيل الجينات وإيقافها، والتصادم مع أحداث الحياة لتحديد أداء الشخصية.

لقد تطورت تقنيات العلاج النفسي الجديدة.

تؤكد الدراسات طويلة المدى أن العديد من المرضى يتعافون بمرور الوقت بل ويتحسنون بشكل ملحوظ. على مدى عقد من الزمن، حقق 86% من المرضى الحدين راحة مستمرة من الأعراض، ما يقرب من نصف هؤلاء خلال العامين الأولين. ومع ذلك، على الرغم من انخفاض الأعراض المحددة، فإن العديد من هؤلاء المرضى يستمرون في النضال في البيئات الاجتماعية وبيئات العمل أو المدرسة. على الرغم من أن معدلات التكرار تصل إلى 34 بالمائة، إلا أنه بعد عشر سنوات، يتم تحقيق الشفاء التام والكامل مع الأداء الاجتماعي والمهني الجيد في 50 بالمائة من المرضى. 22.12 يتحسن العديد من المرضى الحدين دون علاج ثابت، على الرغم من أن العلاج المستمر يسرع التحسن. 32

مسألة "علم الأمراض" الحدودي

بدرجة أو بأخرى، نواجه جميعًا نفس المشكلات التي يواجهها خط الحدود: التهديد بالانفصال، والخوف من الرفض، والارتباك بشأن الهوية، ومشاعر الفراغ والملل. كم منا لم يكن لديه بعض العلاقات المكثفة وغير المستقرة؟ أو طار في حالة من الغضب بين الحين والآخر؟ أو شعرت بجاذبية حالات النشوة؟ أو هل تخشى البقاء وحيدًا، أو تمر بتقلبات مزاجية، أو تتصرف بطريقة مدمرة للذات بطريقة ما؟

إذا لم يكن هناك شيء آخر، فإن اضطراب الشخصية الحدية يعمل على تذكيرنا بأن الخط الفاصل بين "طبيعي" و"مرضي" قد يكون في بعض الأحيان خطأً رقيقًا جدًا. هل نظهر جميعًا، بدرجة أو بأخرى، بعض أعراض الشخصية البوردلينية؟ الجواب هو نعم على الأرجح. في الواقع، قد يعتقد الكثير منكم الذين يقرأون هذا الفصل الأول أن هذا يبدو مثلك أو مثل شخص تعرفه. ومع ذلك، فإن العامل الذي يميزنا هو أننا لا نخضع جميعًا لسيطرة المتلازمة إلى الدرجة التي تعطل حياتنا أو تتحكم فيها. يمثل اضطراب الشخصية الحدية، من خلال المشاعر المتطرفة والفكر والسلوك، بعضًا من أفضل وأسوأ ما في الشخصية الإنسانية -وفي مجتمعنا في السنوات الأولى من القرن الحادي والعشرين. ومن خلال استكشاف أعماقها وحدودها، قد نواجه أوسع غرائزنا وأعلى إمكاناتنا -والطريق الصعب الذي يجب أن نسير فيه للانتقال من نقطة إلى أخرى.

الفصل الثاني

الفوضى والفراغ

كل شيء هو نزوة، إنهم يحبون دون قياس أولئك الذين سوف يكرهونهم قريبًا دون سبب.

-توماس سيدنهام، طبيب إنجليزي في القرن السابع عشر

"الهستيريا"، أي ما يعادل الشخصية الحدية اليوم

تقول كاري، وهي أخصائية اجتماعية في وحدة الطب النفسي في مستشفى كبير: "أنساءل أحياناً عما إذا كان الشيطان ممسوساً بي". "أنا لا أفهم نفسي. كل ما أعرفه هو أن شخصيتي الحدودية هذه أجبرتني على الحياة حيث قمت بعزل الجميع. لذا فهو وحيد جداً.

تم تشخيص إصابة كاري بمتلازمة الشريط الحدودي بعد اثنين وعشرين عامًا من العلاج والأدوية والعلاج في المستشفى لمجموعة متنوعة من الأمراض العقلية والجسدية. وبحلول ذلك الوقت، كان ملفها الطبي يشبه جواز سفر مهترئ، وكانت صفحاته مختومة بـ "المناطق" النفسية العديدة التي سافرت عبرها.

"لسنوات كنت أذهب إلى المستشفيات وخارجها، لكنني لم أجد معالجًا يفهمني ويعرف ما كنت أعانيه".

انفصل والدا كاري عندما كانت طفلة رضيعة، وقامت والدتها المدمنة على الكحول بتربيتها حتى بلغت التاسعة من عمرها. اعتنت بها مدرسة داخلية لمدة أربع سنوات بعد ذلك.

عندما كانت في الحادية والعشرين من عمرها، أصيبت باكتئاب شديد

لها أن تطلب العلاج. تم تشخيصها وعلاجها من الاكتئاب في ذلك الوقت. وبعد سنوات قليلة، بدأت حالتها المزاجية تنقلب بشكل كبير وتم علاجها من الاضطراب ثنائي القطب (الهوس والاكتئاب).

طوال هذه الفترة، تناولت جرعة زائدة من الأدوية بشكل متكرر وجرحت معصمها عدة مرات.

وتتذكر قائلة: "كنت أرح نفسي وأتناول جرعة زائدة من المهدئات أو مضادات الاكتئاب أو أي عقار آخر كنت أتناوله". "لقد أصبح أسلوب حياة تقريبًا."

في منتصف العشرينيات من عمرها، بدأت تعاني من الهلوسة السمعية وأصبحت بجنون العظمة الشديد. في هذا الوقت دخلت المستشفى لأول مرة وتم تشخيص إصابتها بالفصام.

وفي وقت لاحق من حياتها، دخلت كاري إلى المستشفى في وحدة رعاية القلب عدة مرات بسبب آلام شديدة في الصدر، وتم التعرف لاحقًا على أنها مرتبطة بالقلق. مرت بفترات من الشرابة عند الأكل والصيام بسبب الجوع. وعلى مدى عدة أسابيع، سيختلف وزنها بما يصل إلى سبعين رطلاً.

عندما كانت في الثانية والثلاثين من عمرها، تعرضت للاغتصاب الوحشي على يد أحد الأطباء العاملين في المستشفى الذي كانت تعمل فيه. بعد فترة وجيزة، عادت إلى المدرسة وانجذبت إلى علاقة جنسية مع إحدى أستاذاتها. بحلول سن الثانية والأربعين، امتلأت مجموعتها من الملفات الطبية بكل تشخيص يمكن تخيله تقريبًا، بما في ذلك الفصام، والاكتئاب، والاضطراب ثنائي القطب، والوساوس المرضية، والقلق، وفقدان الشهية العصبي، والعجز الجنسي، واضطراب ما بعد الصدمة.

على الرغم من مشاكلها العقلية والجسدية، تمكنت كاري من أداء عملها بشكل جيد إلى حد ما. وعلى الرغم من أنها غيرت وظائفها بشكل متكرر، إلا أنها تمكنت من الحصول على درجة الدكتوراه في العمل الاجتماعي. حتى أنها كانت قادرة على التدريس لفترة في كلية صغيرة للنساء.

لكن علاقاتها الشخصية كانت محدودة للغاية. "العلاقات الوحيدة التي أقمتها مع الرجال كانت تلك التي تعرضت فيها للإيذاء الجنسي. لقد أراد عدد قليل من الرجال الزواج مني، لكن لدي مشكلة كبيرة في التقرب مني أو لمسي. لا أستطيع تحمل ذلك. يجعلني

24 أنا أكرهك، لا تتركني

تريد الركض. لقد كنت مخطوبة عدة مرات، لكن كان علي أن أنهئها. من غير الواقعي بالنسبة لي أن أعتقد أنني يمكن أن أكون زوجة لأي شخص.

أما بالنسبة للأصدقاء، فتقول: "أنا منشغلة جدًا بنفسي. أقول كل ما أفكر فيه، أو أشعر به، أو أعرفه، أو لا أعرفه. من الصعب جدًا بالنسبة لي أن أهتم بأشخاص آخرين."

بعد أكثر من عشرين عامًا من العلاج، تم التعرف أخيرًا على أعراض كاري وتشخيصها على أنها اضطراب الشخصية الحدية. نشأ الخلل الوظيفي لديها من سمات شخصية متأصلة ودائمة، وهي أكثر دلالة على اضطراب الشخصية أو "السمه" من أمراض "الحالة" العابرة التي تم تشخيصها سابقًا.

وتقول اليوم: "إن الجزء الأصعب من كونك شخصية حدودية هو الفراغ والوحدة وشدة المشاعر". "السلوكيات المتطرفة تجعلني في حيرة من أمري. في بعض الأحيان لا أعرف ما أشعر به أو من أنا".

أدى الفهم الأفضل لمرض كاري إلى علاج أكثر اتساقًا. كانت الأدوية مفيدة في علاج الأعراض الحادة وتوفير الغراء للحفاظ على إحساس أكثر تماسكًا بالذات. وفي الوقت نفسه، اعترفت بالقيود المفروضة على الأدوية.

ساعدنا طبيبها النفسي، بالتعاون مع أطبائها الآخرين، على فهم العلاقة بين شكاواها الجسدية وقلقها وتجنب الاختبارات الطبية والأدوية والعمليات الجراحية غير الضرورية. وقد تم توجيه العلاج النفسي إلى "المدى الطويل"، مع التركيز على اعتمادها على الآخرين وتحقيق استقرار هويتها وعلاقاتها، بدلاً من التركيز على سلسلة لا نهاية لها من حالات الطوارئ الحادة.

كان على كاري، البالغة من العمر ستة وأربعين عامًا، أن تتعلم أن مجموعة كاملة من السلوكيات السابقة لم تعد مقبولة. "ليس لدي خيار جرح نفسي، أو تناول جرعة زائدة، أو دخول المستشفى بعد الآن.

أقسمت أنني سأعيش وأتعامل مع العالم الحقيقي، لكنني سأخبرك أنه مكان مخيف. لست متأكدًا بعد ما إذا كان بإمكانني القيام بذلك أو ما إذا كنت أرغب في القيام بذلك.

الخط الحدودي: اضطراب الشخصية

إن رحلة كاري عبر هذه المتاهة من الأعراض والتشخيصات النفسية والطبية تجسد الارتباك واليأس الذي يعاني منه الأفراد المصابون بمرض عقلي وأولئك الذين يخدمونهم. على الرغم من أن تفاصيل حالة كاري قد تعتبر متطرفة من قبل البعض، فإن الملايين من النساء والرجال يعانون من مشاكل مماثلة في العلاقات، والعلاقة الحميمة، والاكتئاب، وتعاطي المخدرات. ربما لو تم تشخيص حالتها في وقت مبكر وبشكل أكثر دقة، لكانت قد نجت من بعض الألم والشعور بالوحدة.

على الرغم من أن الشخصيات الحدية تعاني من مجموعة متشابكة من الأعراض المؤلمة التي تعطل حياتهم بشدة، إلا أن الأطباء النفسيين بدأوا مؤخرًا فقط في فهم هذا الاضطراب وعلاجه بشكل فعال. ما هو "اضطراب الشخصية"؟ ماذا بالضبط الحدود الحدية؟

كيف تتشابه الشخصية الحدية مع الاضطرابات الأخرى وتختلف عنها؟ كيف تتناسب متلازمة الشريط الحدودي مع المخطط العام للطب النفسي؟ هذه أسئلة صعبة حتى بالنسبة للمتخصصين، لا سيما في ضوء الطبيعة المراوغة والمتناقضة للمرض وتطوره الغريب في الطب النفسي.

يشير أحد النماذج المقبولة على نطاق واسع إلى أن الشخصية الفردية هي في الواقع مزيج من المزاج (الخصائص الشخصية الموروثة، مثل نفاذ الصبر، والتعرض للإدمان، وما إلى ذلك) والشخصية (القيم النمائية الناشئة عن البيئة وتجارب الحياة) - وبعبارة أخرى مزيج "الطبيعة والتنشئة". قد ترتبط خصائص المزاج بالعلامات الجينية والبيولوجية، وتتطور في وقت مبكر من الحياة، ويُتَظَر إليها على أنها غرائز أو عادات. تظهر الشخصية بشكل أبطأ في مرحلة البلوغ، وتتشكل من خلال اللقاءات في العالم. من خلال عدسة هذا النموذج، يمكن النظر إلى اضطراب الشخصية الحدية على أنه مجموعة ناتجة عن اصطدام الجينات والبيئة.^{1, 2}

يعد اضطراب الشخصية الحدية (BPD) أحد اضطرابات الشخصية العشرة المذكورة في IV-TR: DSM- في مصطلحات DSM- يتم تصنيف اضطرابات الشخصية على المحور III. (انظر الملحق أ للحصول على مناقشة أكثر تفصيلاً للتصنيف في DSM-IV-TR.) وتتميز هذه الاضطرابات بمجموعة من السمات النامية التي تصبح بارزة في سلوك الفرد. هذه السمات غير مرنة نسبياً وتؤدي إلى أنماط غير قادرة على التكيف في الإدراك والتصرف والتواصل مع الآخرين.

في المقابل، فإن اضطرابات الحالة (المحور الأول في DSM-IV-TR) لا تكون عادةً دائمة مثل اضطرابات السمات. اضطرابات الحالة، مثل الاكتئاب، والفصام، وفقدان الشهية العصبي، والاعتماد على المواد الكيميائية، تكون في كثير من الأحيان محدودة بالوقت أو بالحلقة. وقد تظهر الأعراض فجأة ثم تزول، حيث يعود المريض إلى حالته "الطبيعية".

في كثير من الأحيان ترتبط هذه الأمراض بشكل مباشر باختلال التوازن في الكيمياء الحيوية للجسم ويمكن علاجها في كثير من الأحيان بالأدوية، والتي تقضي فعليًا على الأعراض.

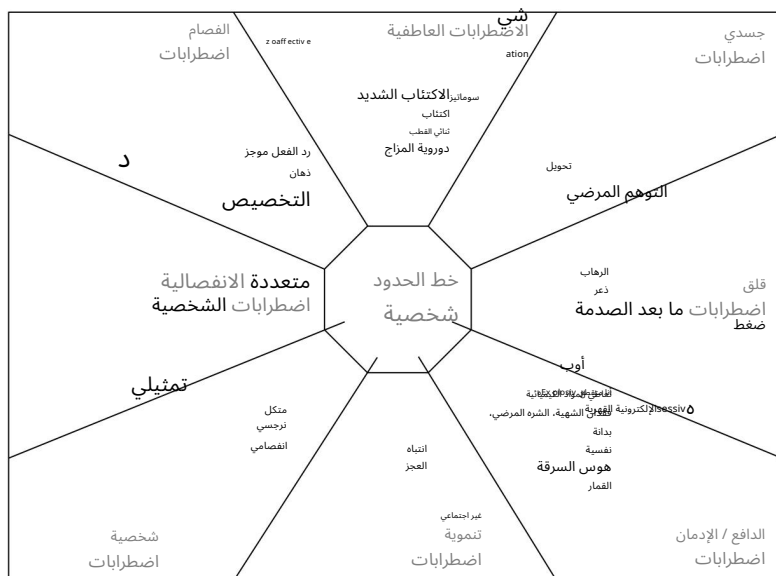
من ناحية أخرى، تميل أعراض اضطراب الشخصية إلى أن تكون سمات أكثرديمومة وتغير فقط بشكل تدريجي؛ الأدوية بشكل عام أقل فعالية. تتم الإشارة إلى العلاج النفسي في المقام الأول، على الرغم من أن العلاجات الأخرى، بما في ذلك الأدوية، قد تخفف العديد من الأعراض، وخاصة الإثارة الشديدة أو الاكتئاب (انظر الفصل 9). تعد اضطرابات الشخصية الحدية وغيرها من الاضطرابات تشخيصًا ثانويًا، حيث تصف الأداء المميز الأساسي للمريض الذي تظهر عليه أعراض أكثر حدة وبارزة لاضطراب الحالة.

مقارنات مع الاضطرابات الأخرى

نظرًا لأن المتلازمة الحدية غالبًا ما تتنكر على أنها مرض مختلف وغالبًا ما ترتبط بأمراض أخرى، غالبًا ما يفشل الأطباء في إدراك أن اضطراب الشخصية الحدية قد يكون عنصرًا مهمًا في تقييم المريض. ونتيجة لذلك، فإن الحد الفاصل غالبًا ما يصبح، مثل كاري، مريضًا يسافر كثيرًا، ويتم تقييمه من قبل مستشفيات متعددة

يمكن أن يتفاعل اضطراب الشخصية الحدية مع الاضطرابات الأخرى بعدة طرق (انظر الشكل 2-11²،³). يمكن أن يتعاضد اضطراب الشخصية الحدية مع اضطرابات الحالة (المحور الأول) بطريقة يتم تمويه علم الأمراض الحدي. على سبيل المثال، قد يكون اضطراب الشخصية الحدية مغموزا في أعقاب حالة اكتئاب أكثر وضوحا وشدة. بعد حل الاكتئاب باستخدام الأدوية المضادة للاكتئاب، قد تظهر الخصائص الحدية وعندما يتم التعرف عليها على أنها بنية الشخصية الأساسية التي تتطلب المزيد من العلاج.

ثانيًا، قد يكون اضطراب الشخصية الحدية مرتبطًا ارتباطًا وثيقًا وربما يساهم في تطور اضطراب آخر. على سبيل المثال، الاندفاع، والتدمير الذاتي، والصعوبات في التعامل مع الآخرين، والصورة الذاتية المنكمشة، والتقلب المزاجي الذي يظهر غالبًا لدى المرضى الذين يعانون من مادة ما.



الشكل 1-2. رسم تخطيطي لموقف اضطراب الشخصية الحدية فيما يتعلق بالاضطرابات النفسية الأخرى.

قد تكون إساءة المعاملة أو اضطرابات الأكل أكثر انعكاسًا لاضطراب الشخصية الحدية من اضطراب المحور الأول الأساسي. على الرغم من أنه يمكن القول بأن تعاطي الكحول المزمن يمكن أن يغير في النهاية خصائص الشخصية بطريقة يمكن أن يتطور فيها النمط الحدي بشكل ثانوي، إلا أنه يبدو من المرجح أن تتطور أمراض الشخصية الأساسية أولاً وتؤدي إلى إدمان الكحول.

قد يكون من الصعب حل مسألة ما هي الدجاجة وما هي البيضة، ولكن تطور الأمراض المرتبطة باضطراب الشخصية الحدية قد يمثل نوعًا من الضعف النفسي للإجهاد. مثلما أن بعض الأفراد لديهم استعدادات وراثية وبيولوجية للإصابة بالأمراض الجسدية -مثل النوبات القلبية، والسرطانات، واضطرابات الجهاز الهضمي، وما إلى ذلك - فإن العديد منهم أيضًا لديهم ميول محددة بيولوجيًا للإصابة بالأمراض النفسية، خاصة عندما يضاف التوتر إلى الضعف الأساسي تجاه اضطراب الشخصية الحدية. وهكذا، تحت الضغط، يلجأ أحد الحدود إلى المخدرات، ويصاب آخر باضطراب في الأكل، ويصاب آخر بالاكتئاب الشديد.

ثالثًا، قد يحاكي اضطراب الشخصية الحدية (BPD) اضطرابًا آخر تمامًا لدرجة أنه قد يتم تشخيص المريض خطأً على أنه مصاب بالفصام أو القلق أو مرض ثنائي القطب أو اضطراب نقص الانتباه/فرط النشاط (ADHD) أو أمراض أخرى.

المقارنة مع مرض انفصام الشخصية عادة ما يكون مرضى الفصام أكثر خطورة من مرضى الحدود وأقل قدرة على التعامل بالآخرين والاتصال بهم. قد يعاني كلا النوعين من المرضى من نوبات ذهانية مضطربة، ولكنها عادةً ما تكون أقل اتساقًا وأقل انتشارًا بمرور الوقت بالنسبة للخطوط الحدودية. من الأرجح أن يعتاد مرضى الفصام على الهلوسة والأوهام، وغالبًا ما يكونون أقل انزعاجًا منها. بالإضافة إلى ذلك، قد يكون كلاهما مدمرًا ومشوشًا للذات، ولكن في حين أن الخط الحدودي عادة ما يعمل بشكل مناسب، فإن المصاب بالفصام يكون أكثر ضعفًا اجتماعيًا.

المقارنة مع الاضطرابات العاطفية (الاضطرابات ثنائية القطب والاكتئاب)

تعتبر "تقلبات المزاج" و "تسارع الأفكار" من الشكاوى الشائعة لدى المرضى، والتي تكون الاستجابة التشخيصية السريعة لها من قبل الطبيب السريري هي تشخيص الاكتئاب أو الاضطراب ثنائي القطب (الهوس الاكتئابي).

ومع ذلك، فإن مثل هذه الأعراض تتوافق مع اضطراب الشخصية الحدية، وحتى اضطراب فرط الحركة ونقص الانتباه، وكلاهما أكثر انتشارًا بشكل ملحوظ من الاضطراب ثنائي القطب.

الاختلافات بين هذه المتلازمات مثيرة. بالنسبة لأولئك المصابين بالاضطراب ثنائي القطب أو الاكتئاب، تمثل نوبات الاكتئاب أو الهوس انحرافات جذرية في الأداء. تستمر التغيرات المزاجية من أيام إلى أسابيع. وفي الفترات الفاصلة بين التقلبات المزاجية، يحافظ هؤلاء الأفراد على حياة طبيعية نسبيًا ويمكن عادةً علاجهم بفعالية باستخدام الأدوية. في المقابل، عادةً ما تواجه الخطوط الحدودية صعوبات في الأداء (على الأقل داخليًا) حتى عندما لا تظهر تقلبات مزاجية بارزة. عند تدمير الذات، أو التهديد بالانتحار، أو فرط النشاط، أو التعرض لتقلبات مزاجية واسعة وسريعة، قد يبدو الخط الحدودي ثنائي القطب، ولكن التغيرات المزاجية على الخط الحدي تكون أكثر عابرة (تستمر لساعات، بدلاً من أيام أو أسابيع)، وأكثر في كثير من الأحيان رد فعل على المحفزات البيئية.³

اضطراب الشخصية الحدية واضطراب فرط الحركة ونقص الانتباه

يتعرض الأفراد المصابون باضطراب فرط الحركة ونقص الانتباه إلى تدافع مستمر من الإدراك الوامض. مثل الخطوط الحدودية، غالبًا ما يعانون من تغيرات مزاجية شديدة، وأفكار متسارعة، والاندفاع، ونوبات الغضب، ونفاد الصبر، وانخفاض القدرة على تحمل الإحباط؛ لديك تاريخ من تعاطي المخدرات أو الكحول (التطبيب الذاتي) والعلاقات المعذبة؛ ويشعرون بالملل بسهولة. في الواقع، تتوافق العديد من سمات الشخصية الحدية مع "مزاج اضطراب فرط الحركة ونقص الانتباه النموذجي"، مثل البحث المتكرر عن الجديد (البحث عن الإثارة) إلى جانب الاعتماد المنخفض على المكافأة (عدم الاهتمام بالعواقب المباشرة). وليس من المستغرب أن العديد من الدراسات وقد لاحظت الارتباطات بين هذه التشخيصات. أشارت بعض الدراسات المستقبلية إلى أن الأطفال الذين تم تشخيص إصابتهم باضطراب فرط الحركة ونقص الانتباه كثيرًا ما يصابون باضطراب في الشخصية،

وخاصة اضطراب الشخصية الحدية (BPD) مع تقدمهم في السن. لقد قرر الباحثون بأثر رجعي أن البالغين الذين تم تشخيصهم باضطراب الشخصية الحدية غالبًا ما يكون لديهم تشخيص اضطراب فرط الحركة ونقص الانتباه في مرحلة الطفولة. يبقى نفس الاضطراب لإثارة مزيد من التحقيق. ومن المثير للاهتمام أن إحدى الدراسات أظهرت أن علاج أعراض اضطراب فرط الحركة ونقص الانتباه أدى أيضًا إلى تحسين أعراض اضطراب الشخصية الحدية لدى المرضى الذين تم تشخيص إصابتهم بكل الاضطرابين.

اضطراب الشخصية الحدية والألم

لقد ثبت أن الخطوط الحدودية تعكس ردود فعل متناقضة تجاه الألم. أظهرت العديد من الدراسات انخفاضًا ملحوظًا في الحساسية للألم الحاد، خاصة عند إيذاء النفس (انظر "التدمير الذاتي" في الصفحة 45). ومع ذلك، تظهر الخطوط الحدودية حساسية أكبر للألم المزمن. تبدو "مفارقة الألم" هذه فريدة من نوعها بالنسبة للخطوط الحدودية ولم يتم تفسيرها بشكل مرض. يفترض البعض أن الألم الحاد، خاصة عندما يحدث ذاتيًا، يلي بعض الاحتياجات النفسية للمريض ويرتبط بالتغيرات في نشاط الدماغ الكهربائي وربما الإطلاق السريع للمواد الأفيونية الذاتية، وهي مخدرات الجسم. ومع ذلك، فإن الألم المستمر، الذي يتم تجربته خارج نطاق سيطرة الشريط الحدودي، قد يؤدي إلى حماية مسكنة داخلية أقل ويسبب المزيد من القلق. 01.9

اضطراب الشخصية الحدية واضطراب الجسدية قد يركز الحد على أمراضه الجسدية، ويشكو بصوت عالي وبشكل كبير للعاملين في المجال الطبي ومعارفه. من أجل الحفاظ على علاقات التبعية معهم، قد يُنظر إليه على أنه مجرد مصاب بالوساوس المرضية، في حين يتم تجاهل الفهم الأساسي لمشاكله تمامًا. اضطراب الجسدية هو حالة تحددها الشكاوى الجسدية المتعددة للمريض (بما في ذلك الألم، وأعراض المعدة، والعصبية، والجنسية)، وغير المبررة.

بأي حالة طبية معروفة. في حالة الوسواس المرضي، يكون المريض مقتنعًا بأنه مصاب بمرض رهيب على الرغم من التقييم الطبي السلبي.

اضطراب الشخصية الحدية والاضطرابات الانفصامية تشمل الاضطرابات الانفصامية ظواهر مثل فقدان الذاكرة، والشعور بعدم الواقعية تجاه الذات (تبدد الشخصية) أو تجاه البيئة (الاعترا ب عن الواقع). الشكل الأكثر تطرفًا للانفصال هو اضطراب الهوية الانفصامية (DID)، والذي يشار إليه سابقًا باسم "الشخصية المتعددة". ما يقرب من 75% من الأفراد الذين يعانون من اضطراب الشخصية الحدية يعانون من بعض الظواهر الانفصالية. 11 إن انتشار اضطراب الشخصية الحدية في أولئك الذين يعانون من الشكل الأكثر شدة من الانفصال، اضطراب الشخصية الانفصامية، كتشخيص أولي هو أكبر، 21 كلا الاضطرابين يشتركان في أعراض مشتركة -الاندفاع، ونوبات الغضب، والغضب. علاقات مضطربة، وتغيرات حادة في المزاج، وميل إلى تشويه الذات، غالبًا ما يكون هناك تاريخ طفولة من سوء المعاملة أو الإساءة أو الإهمال.

اضطراب الشخصية الحدية واضطراب ما بعد الصدمة

اضطراب ما بعد الصدمة (PTSD) هو مجموعة معقدة من الأعراض التي تتبع حدثًا صادمًا شديد الخطورة، مثل كارثة طبيعية أو قتال. ويتميز بالخوف الشديد، وإعادة التجربة العاطفية للحدث، والكوابيس، والتفكير، والاستجابة المفاجئة المبالغ فيها، وتجنب الأماكن أو الأنشطة المرتبطة بها، والشعور بالعجز. نظرًا لأن اضطراب الشخصية الحدية واضطراب ما بعد الصدمة يرتبطان في كثير من الأحيان بتاريخ من سوء المعاملة الشديدة في مرحلة الطفولة وبمعسكان أعراضًا مماثلة -مثل ردود الفعل العاطفية الشديدة والاندفاع -فقد افترض البعض أنهما نفس المرض. على الرغم من أن بعض الدراسات تشير إلى أنها قد تحدث معًا بنسبة تصل إلى 50 بالمائة أو أكثر من الوقت، إلا أنها اضطرابات مختلفة بشكل واضح مع معايير تعريف مختلفة.

اضطراب الشخصية الحدية واضطرابات الشخصية المرتبطة بها تتداخل العديد من خصائص اضطراب الشخصية الحدية مع خصائص اضطرابات الشخصية الأخرى. على سبيل المثال، تشترك الشخصية التابعة مع الحدي في سمات التبعية، وتجنب الوحدة، والعلاقات المتوترة. لكن الشخصية الاعتمادية تفتقر إلى التدمير الذاتي والغضب والتقلبات المزاجية التي تتسم بها الحدود. وبالمثل، تظهر الشخصية الفصامية علاقات سيئة مع الآخرين وصعوبة في الثقة، ولكنها أكثر غرابة وأقل تدميراً للذات. غالبًا ما يُظهر المريض خصائص كافية لاثنتين أو أكثر من اضطرابات الشخصية لتبرير التشخيص لكل منها.

على سبيل المثال، قد يُظهر المريض خصائص تؤدي إلى تشخيص كل من اضطراب الشخصية الحدية واضطراب الشخصية الوسواس القهري.

في DSM-IV-TR، يتم تجميع اضطراب الشخصية الحدية في مجموعة من اضطرابات الشخصية التي تعكس بشكل عام سمات دراماتيكية أو عاطفية أو غير منتظمة (انظر الملحق أ). أما الاضطرابات الأخرى في هذه المجموعة فهي اضطرابات الشخصية النرجسية والمعادية للمجتمع والهستيرية، والتي غالبًا ما يُقارن بها اضطراب الشخصية الحدية.

يظهر كل من الحدود والنرجسيين حساسية مفرطة تجاه النقد. الفشل أو الرفض يمكن أن يعجل بالاكئاب الشديد. كلاهما يستغل الآخرين. كلاهما يتطلب اهتمامًا مستمرًا تقريبًا. ومع ذلك، فإن الشخصية النرجسية تعمل عادةً على مستوى أعلى.

يُظهر إحساسًا متضخمًا بأهمية الذات (أحيانًا يخفي انعدام الأمن اليائس)، ويظهر ازدراء للآخرين، ويفتقر حتى إلى ما يشبه التعاطف. في المقابل، يتمتع الخط الحدودي بتدني احترام الذات ويعتمد بشكل كبير على طمأننة الآخرين.

يتمسك الخط الحدودي بشدة بالآخرين وعادة ما يكون أكثر حساسية لرد فعلهم.

كما هو الحال مع الشريط الحدودي، تظهر الشخصية المعادية للمجتمع الاندفاع، وضعف تحمل الإحباط، والعلاقات المتلاعبة. ومع ذلك، فإن الشخصية المعادية للمجتمع تفتقر إلى الشعور بالذنب أو الضمير؛ إنه أكثر انفصالًا ولا يدمر نفسه عمدًا.

تشارك الشخصية التمثيلية مع الميول الحدية المتمثلة في البحث عن الاهتمام والتلاعب وتغيير المشاعر. ومع ذلك، فإن الممثل المسرحي عادة ما يطور أدوارًا وعلاقات أكثر استقرارًا. وعادة ما يكون أكثر تألقاً في الكلام والأسلوب، وتكون ردود أفعاله العاطفية مبالغ فيها. الجاذبية الجسدية هي الشغل الشاغل للمسرحي. قارنت إحدى الدراسات الأداء النفسي والاجتماعي لدى المرضى الذين يعانون من اضطراب الشخصية الحدية، أو الفصام، أو الوسواس القهري، أو اضطرابات الشخصية المتجنبة والمرضى الذين يعانون من الاكتئاب الشديد. كان المرضى الذين يعانون من اضطرابات الشخصية الحدية والفصامية أكثر ضعفاً وظيقاً بشكل ملحوظ من أولئك الذين يعانون من اضطرابات الشخصية الأخرى وأولئك الذين يعانون من الاكتئاب الشديد. 41

غالبًا ما يرتبط اضطراب الشخصية الحدية وتعاطي المواد المخدرة باضطراب الشخصية الحدية وتعاطي المواد الكيميائية. ما يقرب من ثلث أولئك الذين تم تشخيصهم مدى الحياة بـ تعاطي المخدرات يستوفون أيضًا معايير اضطراب الشخصية الحدية. وأكثر من 50% من مرضى اضطراب الشخصية الحدية يتعاطون المخدرات أو الكحول. 15,16 قد يعكس الكحول أو المخدرات سلوكيات معاقبة الذات أو الغضب أو الاندفاع، أو الرغبة الشديدة في الإثارة، أو آلية للتعامل مع الوحدة. قد يكون الاعتماد على المخدرات بديلاً لتعزيز العلاقات الاجتماعية، أو طريقة مألوفة ومريحة لتحقيق الاستقرار أو العلاج الذاتي للحالات المزاجية المتقلبة، أو وسيلة لتأسيس بعض الشعور بالانتماء أو تحديد الهوية الذاتية. هذه التفسيرات المحتملة لجاذبية تعاطي المواد الكيميائية هي أيضًا بعض المعايير المحددة لاضطراب الشخصية الحدية.

الحد الفاصل لفقدان الشهية/الشهه المرضي أو
الحد من فقدان الشهية / الشهه المرضي؟

لقد أصبح فقدان الشهية العصبي والشهه المرضي من المشاكل الصحية الرئيسية في هذا البلد، وخاصة بين الشابات. تتغذى اضطرابات الأكل على التفور الأساسي من جسد الفرد والرفض العام لهويته. مريضة فقدان الشهية ترى نفسها

في أقصى درجات الأسود أو الأبيض المطلق - إما السمينة (التي تشعر بها دائمًا) أو النحافة (التي تشعر أنها لا تحققها تمامًا أبدًا).

نظرًا لأنها تشعر دائمًا بأنها خارجة عن السيطرة، فإنها تستخدم بشكل متهور التجويع أو الشرهية والتطهير للحفاظ على وهم ضبط النفس. إن تشابه هذا النمط مع النمط الحدي دفع العديد من المتخصصين في الصحة العقلية إلى استنتاج وجود علاقة قوية بين الاثنين. في الواقع، تؤكد العديد من الدراسات ارتفاع معدل انتشار اضطرابات الشخصية لدى أولئك الذين يعانون من اضطرابات الأكل، وعلى العكس من ذلك، تكرار حدوث اضطرابات الشخصية لدى أولئك الذين يعانون من أي اضطراب في الأكل.

اضطراب الشخصية الحدية والسلوكيات القهرية قد تعكس بعض السلوكيات القهرية أو المدمرة أنماطًا حدودية. على سبيل المثال، سيستمر المقامر القهري في المقامرة على الرغم من نقص الأموال. ربما يبحث عن الإثارة من عالم عادة ما يتركه يشعر بالملل والقلق والخدر.

أو قد تكون المقامرة تعبيرًا عن العقاب الذاتي المنذع. غالبًا ما يقوم سارقو المتاجر بسرقة العناصر التي لا يحتاجون إليها. خمسون بالمائة من المصابين بالشره المرضي يظهرون هوس السرقة أو تعاطي المخدرات أو الاختلاط. 81 عندما تكون هذه السلوكيات محكومة بالإكراه، فإنها قد تمثل حاجة إلى الشعور أو الحاجة إلى إلحاق الألم بالنفس.

غالبًا ما يعكس الاختلاط الحاجة إلى الحب المستمر والاهتمام من الآخرين، من أجل الحفاظ على مشاعر إيجابية تجاه الذات.

يفتقر الخط الحدودي عادة إلى احترام الذات بشكل ثابت وإيجابي ويتطلب طمأنينة مستمرة. قد ترى المرأة الحدية، التي تفتقر إلى احترام الذات، أن جاذبيتها الجسدية هي مصدر قوتها الوحيد وقد تحتاج إلى تأكيد قيمتها من خلال الانخراط في لقاءات جنسية متكررة. مثل هذه التدخلات تتجنب الألم الناتج عن كونها بمفردها وتخلق علاقات مصطنعة يمكنها التحكم فيها بالكامل. الشعور بالرغبة يمكن أن يغرس الشعور بالهوية. عندما يصبح العقاب الذاتي جزءًا بارزًا من الديناميكا النفسية، فإن الإذلال والإهانة

قد تدخل الانحرافات المازوخية في العلاقات. من هذا المنظور، من المنطقي التكهن بأن العديد من البغايا والممثلين والعارضات الإباحية قد يكونون على الحدود.

قد تؤدي الصعوبات في العلاقات إلى تفكير وسلوكيات شعائرية خاصة، والتي غالبًا ما يتم التعبير عنها على أنها هواجس أو إكراه. قد يصاب الخط الحدودي برهاب محدد لأنه يستخدم التفكير السحري للتعامل مع المخاوف. قد تتطور الانحرافات الجنسية كآلية للتعامل مع العلاقة الحميمة.

نداء الطوائف

ولأن الخطوط الحدودية تتوق إلى التوجيه والقبول، فإنها قد تنجذب إلى القادة الأقوياء للمجموعات المنضبطة. يمكن أن تكون العبادة جذابة للغاية لأنها توفر القبول الفوري وغير المشروط، والحميمية التلقائية، والزعيم الأبوي الذي يمكن أن يصبح مثاليًا بسهولة. يمكن أن يكون الخط الحدودي عرضة للغاية لمثل هذه النظرة العالمية بالأبيض والأسود حيث يتم تجسيد "الشر" من قبل العالم الخارجي ويتم تضمين "الخير" داخل مجموعة العبادة.

اضطراب الشخصية الحدية والانتحار

يحاول ما يصل إلى 70% من مرضى اضطراب الشخصية الحدية الانتحار، ويقترّب معدل الانتحار التام من 10% أي ما يقرب من ألف ضعف المعدل المشاهد بين عامة السكان. في المجموعة المعرضة للخطر من المراهقين والشباب (الذين تتراوح أعمارهم بين خمسة عشر إلى تسعة وعشرين عامًا)، تم تشخيص اضطراب الشخصية الحدية في ثلث حالات الانتحار. اليأس، والعدوانية الاندفاعية، والاكتئاب الشديد، والاستخدام المتزامن للمخدرات، وتاريخ من سوء معاملة الأطفال يزيد من خطر الإصابة. على الرغم من أن أعراض القلق غالبًا ما ترتبط بالانتحار في أمراض أخرى، إلا أن الأشخاص الحدوديين الذين يظهرون قلقًا كبيرًا هم في الواقع أقل عرضة للانتحار.

التعريف السريري للحدود اضطراب في الشخصية

التعريف الرسمي الحالي لعلم الأمراض الحدي موجود في المعايير التشخيصية DSM-IV-TR لاضطراب الشخصية الحدية. 22 يؤكد هذا التعيين على السلوك الوصفي والقابل للملاحظة.

يتم تأكيد تشخيص اضطراب الشخصية الحدية (BPD) عندما يتم تشخيص خمسة على الأقل من الحالات التالية:
انخفاض تسعة معايير موجودة.

"الآخرون يتصرفون بي، فأنا موجود"

المعيار 1، الجهود المحمومة لتجنب الهجر الحقيقي أو المتخيل.

وكما أن الرضيعة لا تستطيع التمييز بين الغياب المؤقت لأمها و"فنائها"، فإن الحد الفاصل غالباً ما يعاني من الوحدة المؤقتة كعزلة دائمة. ونتيجة لهذا فإن الخط الحدودي يصبح مكتئباً بشدة بسبب التخلي الحقيقي أو المتصور من قبل الآخرين المهمين، ثم يغضب من العالم (أو أي شخص مفيد) لأنه حرّمها من هذا الإشباع الأساسي.

يمكن حتى قياس المخاوف من الهجر عند الخط الحدودي في الدماغ. استخدمت إحدى الدراسات التصوير المقطعي بالإصدار البوزيتروني لإثبات أن النساء المصابات باضطراب الشخصية الحدية عانين من تغيرات في تدفق الدم في مناطق معينة من الدماغ عندما تعرضن لذكريات الهجر. 23 خاصة عندما يكون بمفردهن، قد تفقد الخطوط الحدودية الإحساس بالوجود والشعور بالواقع. وبدلاً من اعتناق مبدأ الوجود لديكارت "أنا أفكر، إذن أنا موجود"، فإنهم يعيشون وفق فلسفة أقرب إلى مبدأ "الآخرون يؤثرون علي، إذن أنا موجود".

كتب اللاهوتي بول تيليش أن "الوحدة لا يمكن التغلب عليها إلا من قبل أولئك الذين يستطيعون تحمل العزلة". نظراً لأن الخط الحدودي يجد صعوبة بالغة في تحمل العزلة، فقد وقع في فخ لا هوادة فيه

الوحدة الميتافيزيقية التي يأتي منها الراحة الوحيدة في شكل الوجود الجسدي الآخرين. لذلك غالبًا ما تندفع إلى حانات العزاب أو غيرها من الأماكن المزدحمة، وغالبًا ما تكون النتائج مخيبة للآمال -أو حتى عنيفة.

في مارلين: قصة لا توصف، يتذكر نورمان روستن كراهية ماري لين مونرو لكونها وحيدة. وبدون وجود أشخاص حولها باستمرار، ستقع في فراغ "لا نهاية له ومرعب". 42 بالنسبة لمعظمنا، يشاقق معظمنا إلى العزلة، ونعتز بها، وهي فرصة نادرة للتأمل في الذكريات والأمور المهمة لرفاهيتنا -فرصة لنعود إلى الاتصال بأنفسنا، لنعيد اكتشاف هويتنا: "إن جدران الغرفة الفارغة هي مرايا تضاعف إحساسنا بأنفسنا وتضاعفه"، كما كتب الراحل جون أديك في كتابه "الفنطور".

لكن الحد الفاصل، مع أضعف إحساس بالذات، ينظر إلى الوراء فقط إلى الأفكار الفارغة. تلخص العزلة حالة الدعر التي عاشها الشريط الحدودي عندما كان طفلاً عندما واجه احتمال هجر الوالدين: من سيعتني بي؟

لا يمكن تخفيف ألم الوحدة إلا من خلال إنقاذ عاشق بحجم الخيال، كما تعبر عنه كلمات أغاني الحب التي لا تعد ولا تحصى.

البحث الدؤوب عن السيد/السيدة. يمين

المعيار 2. العلاقات الشخصية غير المستقرة والمكثفة، مع تحولات ملحوظة في المواقف تجاه الآخرين (من المثالية إلى المثالية). تخفيض قيمة العملة أو من التشبث بالتبعية إلى العزلة والتجنب). وأنماط بارزة من التلاعب بالآخرين.

ترتبط علاقات الحدود غير المستقرة ارتباطًا مباشرًا بعدم تحمله للانفصال وخوفه من العلاقة الحميمة. عادةً ما يكون الخط الحدودي تابعًا ويتشبهًا ومثاليًا حتى يصد الحبيب أو الزوج أو الصديق أو يحبط هذه الاحتياجات بنوع من الرفض أو اللامبالاة، ثم يتجه الخط الحدودي إلى الطرف الآخر -تخفيض قيمة العملة، ومقاومة العلاقة الحميمة، والتجنب التام. أ

ويتطور صراع مستمر بين الرغبة في الاندماج والعناية من ناحية، والخوف من الإغراق من ناحية أخرى. بالنسبة للخط الحدودي، يعني الغمر طمس الهوية المنفصلة، وفقدان الاستقلالية، والشعور بالعدم.

ويتأرجح الحد الفاصل بين الرغبة في القرب للتخفيف من الفراغ والملل، والخوف من العلاقة الحميمة، التي يُنظر إليها على أنها سارق الثقة بالنفس والاستقلال.

في العلاقات، تترجم هذه المشاعر الداخلية بشكل كبير إلى اقتراحات مكثفة ومتغيرة ومتلاعبة. غالبًا ما يفرض الخط الحدودي مطالب غير واقعية على الآخرين، ويبدو للمراقبين على أنهم مدللون. يتجلى التلاعب من خلال الشكاوى الجسدية والوسواس، والتعبير عن الضعف والعجز، والأفعال الاستفزازية، والسلوكيات المازوخية. غالبًا ما تُستخدم التهديدات أو الإيماءات الانتحارية لجذب الانتباه والإنقاذ.

قد يستخدم الخط الحدودي الإغواء كإستراتيجية تلاعب، حتى مع شخص معروف بأنه غير مناسب ولا يمكن الوصول إليه، مثل المعالج أو الوزير.

على الرغم من حساسيته الشديدة تجاه الآخرين، إلا أن الحدود تفتقر إلى التعاطف الحقيقي. قد يشعر بالفزع عند مقابلة أحد معارفه، مثل المعلم أو زميل العمل أو المعالج، خارج مكان عمله المعتاد لأنه من الصعب تصور أن هذا الشخص لديه حياة منفصلة. علاوة على ذلك، قد لا يفهم أو يشعر بالغيرة الشديدة من الحياة المنفصلة لمعالجه، أو حتى من المرضى الآخرين الذين قد يواجههم.

يفتقر الخط الحدودي إلى "ثبات الموضوع"، أي القدرة على فهم الآخرين كبشر معقدين ومع ذلك يمكنهم التواصل بطرق متسقة. يختبر الخط الحدودي شخصًا آخر على أساس آخر لقاء له، وليس على أساس سلسلة متسقة وأوسع من التفاعلات. لذلك، لا يظهر أبدًا تصور ثابت يمكن التنبؤ به لشخص آخر - فالخط الحدودي، كما لو كان مصابًا بنوع من فقدان الذاكرة المستهدف، يستمر في الاستجابة لذلك الشخص كشخص جديد في كل مناسبة.

بسبب عدم قدرة الخط الحدودي على رؤية الصورة الكبيرة والتعلم

من الأخطاء السابقة، ولملاحظة الأنماط في سلوكه، فإنه غالباً ما يكرر العلاقات المدمرة. على سبيل المثال، عادة ما تعود الأنثى الحدودية إلى زوجها السابق الذي كان يسيء معاملتها، والذي يشرع في إساءة معاملتها مرة أخرى؛ كثيراً ما يتزاوج خط الحدود الذكوري مع نساء متشابهات وغير مناسبات يكرر معهن الانتماءات السادية-أوشيسيتية. وبما أن التبعية الحدية غالباً ما تكون متخفية في صورة شغف، فإن الزوج يستمر في العلاقة المدمرة "لأنني أحبه". وفي وقت لاحق، عندما تتفكك العلاقة، يمكن لأحد الشريكين إلقاء اللوم على أمراض الطرف الآخر. وهكذا، كما يُسمع غالباً في مكتب المعالج، "زوجتي الأولى كانت على الحدود!"

إن مهمة الحدود التي لا نهاية لها هي العثور على مقدم رعاية مثالي يكون معطاءً وموجوداً في كل مكان. غالباً ما يؤدي البحث إلى شركاء يعانون من أمراض تكملية: فكلاهما يفتقر إلى البصيرة في التدمير المتبادل بينهما. على سبيل المثال، تتوق ميشيل بشدة إلى الحماية والراحة من رجل. يُظهر مارك ثقة بالنفس شجاعة؛ على الرغم من أن الثقة بالنفس تغطي شعوره العميق بعدم الأمان، إلا أنها تناسب فاتورة ميشيل. تمامًا كما تحتاج ميشيل إلى مارك ليكون فارسها الأبيض الذي يحميها، يحتاج مارك إلى أن تظل ميشيل عاجزة ومعتمدة على إحسانه. بعد فترة من الوقت، فشل كلاهما في الارتقاء إلى مستوى الصور النمطية المخصصة لهما. لا يستطيع مارك تحمل الجروح النرجسية الناجمة عن التحدي أو الفشل ويبدأ في تغطية إحباطاته بالكحول والإيذاء الجسدي لميشيل. تقع ميشيل تحت نيره المسيطر، لكنها تشعر بالخوف عندما ترى نقاط ضعفه. يؤدي عدم الرضا إلى مزيد من الاستفزازات والمزيد من الصراع.

نظرًا لأنه مصاب بكرهية الذات، فإن الشريط الحدودي لا يثق في تعبيرات الآخرين عن الاهتمام. مثل غروشو ماركس، لن ينتمي أبدًا إلى النادي الذي قد يكون عضوًا فيه. سام، على سبيل المثال، كان طالبًا جامعياً يبلغ من العمر 21 عامًا وكانت شكواه الرئيسية في العلاج هي "أحتاج إلى موعد". كان سام رجلًا جذابًا يعاني من مشاكل خطيرة في التعامل مع الآخرين، وكان يتقرب بشكل مميز من النساء الذين يعتبر أنه لا يمكن الوصول إليهم. ومع ذلك، كلما تم قبول مبادراته، قلل على الفور من قيمة المرأة باعتبارها لم تعد مرغوبة.

40 أنا أكرهك، لا تتركني

كل هذه الخصائص تجعل من الصعب على الحدود تحقيق علاقة حميمة حقيقية. تقول كاري: "لقد أراد عدد قليل من الرجال الزواج مني، لكن لدي مشكلة كبيرة في التقرب مني أو لمسي. لا أستطيع تحمل ذلك." ولا يبدو أن الخط الحدودي يكتسب ما يكفي من الاستقلال ليعتمد عليه بطرق صحية، وليس بطرق يائسة. يتم التضحية بالمشاركة الحقيقية من أجل التبعية المطلوبة والحاجة الماسة للانضمام إلى شخص آخر من أجل إكمال هوية الفرد، كنوع من التوائيم السيامية للزوج.

"أنت تكملني"، العبارة الشهيرة من فيلم جيرى ماغواير، تتحول إلى هدف بعيد المنال يكون دائمًا بعيد المنال.

من أنا؟

المعيار: 3. اضطراب الهوية الملحوظ والمستمر الذي يتجلى في الصورة الذاتية غير المستقرة أو الشعور بالذات.

تفتقر الخطوط الحدودية إلى إحساس أساسي ثابت بالهوية، تمامًا كما تفتقر إلى تصور جوهري ثابت للآخرين. لا يقبل الحد الفاصل ذكائها أو جاذبيتها أو حساسيتها كصفات ثابتة، بل كصفات نسبية يجب إعادة اكتسابها باستمرار والحكم عليها مقارنة بالآخرين. قد تنظر المرأة الحدية إلى نفسها على أنها ذكية، على سبيل المثال، بناءً على نتائج اختبار الذكاء الذي تم إجراؤه للتو. في وقت لاحق من ذلك اليوم عندما ترتكب "خطأً غريبًا" ستعود لرؤية نفسها على أنها "غبية". تعتبر الحدود نفسها جذابة حتى ترى امرأة تشعر أنها أجمل، ثم تشعر بأنها قبيحة. من المؤكد أن الحد الفاصل يحسد قبول بوباي لذاته - "أنا ما أنا عليه." وكما هو الحال في علاقاتها الوثيقة، يصبح الحد الفاصل غارقًا في نوع من فقدان الذاكرة - تجاه نفسها. يصبح الماضي غامضًا. إنها تشبه إلى حد كبير المديرية المطلوبة التي تسأل نفسها والآخرين باستمرار: "نعم، إذن؟ ماذا فعلت بالنسبة لي في الآونة الأخيرة؟"

بالنسبة للخط الحدودي، يتم تصنيف الهوية على منحني. ومن هي (وما تفعله) اليوم يحدد قيمتها. مع القليل من الاهتمام لما حدث من قبل. لا يسمح الخط الحدودي لنفسها بأي أمجاد تستقر عليها. مثل سيزيف، محكوم عليها بدرجة بولدر مرارًا وتكرارًا إلى أعلى التل، وتحتاج إلى إثبات نفسها مرارًا وتكرارًا. لا يتم تحقيق احترام الذات إلا من خلال إثارة إعجاب الآخرين، لذا فإن إرضاء الآخرين يصبح أمرًا بالغ الأهمية لحب نفسها.

في كتابه مارلين، يصف نورمان ميلر كيف أصبح بحث ماري لين مونرو عن الهوية هو القوة الدافعة لمارلين، واستوعب جميع جوانب حياتها:

ما هو هاجس الهوية! نحن نبحث عنه، لأن الإحساس الخاص عندما نكون في هويتنا الخاصة هو أننا نشعر بالصدق عندما نتحدث، ونشعر بالواقع، وهذه الظاهرة الصغيرة من المشاعر الطيبة تخفي سرًا وجوديًا لا يقل أهمية عن علم النفس مثل الكوجيتو. باختصار، الأمر ليس أقل من أن الحالة العاطفية للشعور بالواقع هي، لأي سبب كان، أعلى بكثير من الشعور بالفراغ في الذات بحيث يمكن أن تصبح بالنسبة لأبطال الرواية مثل مارلين دافقا أقوى من غريزة الجنس، أو الجوع للمنصب أو المال. سيخلى البعض عن الحب أو الأمان قبل أن يجروا على فقدان راحة الهوية

لاحقًا، وجدت مارلين قوت يومها في التمثيل، لا سيما في فيلم "The طريقة":

سوف تنصرف الممثلون في الطريقة ؛ وقد تم تصميم أسلوبهم مثل التحليل النفسي نفسه، لإطلاق الحمم العاطفية، وبالتالي تمكين الممثل من التعرف على أعماقه، ثم يمتلكها بما يكفي ليصبح مملوكًا لدوره. صفقة سحرية. يمكننا أن نفكر في مارلون براندو في فيلم "الترام".

الرغبة المسماة. إن امتلاك الدور هو بمثابة ساتوري (أو إضاءة بديهية) بالنسبة للممثل، لأن هوية المرء يمكن أن تشعر بالكمال طالما أنه يعيش في الدور.

ويرتبط نضال الخط الحدودي في تأسيس هوية متسقة بالشعور السائد بعدم الأصالة، وهو الشعور المستمر بـ "تزييفها". معظمنا يواجه هذا الإحساس في أوقات مختلفة من حياتنا. عندما يبدأ المرء وظيفة جديدة، على سبيل المثال، يحاول أن يبتجأ من المعرفة والثقة. وبعد اكتساب الخبرة، تصبح الثقة حقيقية بشكل متزايد لأن المرء قد تعلم النظام ولم يعد بحاجة إلى تزييفه. وكما كتب كيرت فون نيغوت: "نحن ما نطاهر بأننا عليه". أو كما يقول البعض: "تظاهر بالأمر حتى تتمكن من تحقيقه".

لا يصل الخط الحدودي أبداً إلى نقطة الثقة هذه. لا يزال يشعر وكأنه يزيّف الأمر ويخشى أن يتم اكتشافه عاجلاً أم آجلاً. ويصدق هذا بشكل خاص عندما يحقق الخط الحدودي نوعاً ما من النجاح - فهو يبدو في غير محله، وغير مستحق.

ربما ينشأ هذا الإحساس المزمّن بكونك مزيفاً أو زائفاً في مرحلة الطفولة. كما تم استكشافه في الفصل 3: غالباً ما ينمو ما قبل الحدود وهو يشعر بأنه غير أصيل بسبب الظروف البيئية المختلفة - حيث يعاني من الاعتداء الجسدي أو الجنسي أو يضطر إلى تبني دور شخص بالغ بينما لا يزال طفلاً أو أن يكون والدًا لوالده المريض. وعلى الطرف الآخر، قد يتم تثبيطه عن النضوج والانفصال، وقد يقع في فخ دور الطفل المعال، بعد مرور وقت مناسب للانفصال. في كل هذه المواقف، لا يتطور الحد الفاصل أبداً إحساساً منفصلاً بالذات، ولكنه يستمر في "تزييف" الدور الذي حدده شخص آخر. ("إنه لا يختار رأياً أبداً"، هكذا وصف ليو تولستوي إحدى شخصياته، "إنه يرتدي فقط ما يناسب ذوقه.") إذا فشل في الدور، فإنه يخشى أن يُعاقب؛ إذا نجح، فهو متأكد من أنه سيتم الكشف عنه قريباً كمحتال وسيتعرض للإذلال.

غالبًا ما تكون المحاولات غير الواقعية لتحقيق حالة من الكمال جزءًا من النمط الحدودي. على سبيل المثال، قد يحاول المصاب بفقدان الشهية الحدي الحفاظ على وزن منخفض وثابت ويصاب بالرعب إذا تغير الوزن بمقدار رطل واحد فقط، غير مدرك أن هذا التوقع غير واقعي. من خلال إدراك أنفسهم على أنهم ثابتون، وليس في حالة تغيير ديناميكية، قد تنظر الخطوط الحدودية إلى أي اختلاف عن هذه الصورة الذاتية القابلة للتغيير على أنها محطمة.

على العكس من ذلك، قد يبحث الحد الفاصل عن الرضا في الاتجاه المعاكس - من خلال تغيير الوظائف والمهن والأهداف والأصدقاء بشكل متكرر، وأحيانًا حتى الجنس. ومن خلال تغيير المواقف الخارجية وإجراء تغييرات جذرية في نمط الحياة، يأمل في تحقيق الرضا الداخلي. بعض حالات ما يسمى بأزمة منتصف العمر أو الحيض عند الذكور

يمثل التوقف المؤقت محاولة متطرفة لدرء المخاوف من الموت أو التعامل مع خيبات الأمل في خيارات الحياة. قد يغير الخط الحدودي للمراهق باستمرار زمرة أصدقائه - من "لاعبى الاسطوانات" إلى "الإرهاق" إلى "العقول" إلى "المهووسين" - على أمل تحقيق شعور بالانتماء والقبول. حتى الهوية الجنسية يمكن أن تكون مصدر ارتباك بالنسبة للحدود. وقد لاحظ بعض الكتاب زيادة في حالات المثلية الجنسية، وازدواجية التوجه الجنسي، والانحرافات الجنسية بين الشخصيات الحدودية.

تعتبر الجماعات الدينية التي تعد بالقبول غير المشروط، وإطار اجتماعي منظم، وهوية مقيدة عوامل جذب قوية للشخصية الحدية. عندما تندمج هوية الفرد ونظام القيم مع هوية المجموعة المتقبلة، يتولى زعيم الفصل سلطة غير عادية - إلى درجة أنه يستطيع حث أتباعه على محاكاة أفعاله، حتى لو كانت قاتلة، كما شهدنا في مذبحة جونز تاون في عام 1978 الصراع المميت مع فرع داود في عام 1993 والانتحار الجماعي لعبادة بوابة السماء في عام 1997.

حاول آرون، بعد ترك الكلية، تهدئة مشاعره بعدم الهدف من خلال الانضمام إلى "Moonies" لقد ترك الطائفة بعد عامين، ليعود بعد عامين آخرين من فقدان الاتجاه

التجول بين المدن والوظائف المختلفة. وبعد عشرة أشهر ترك المجموعة مرة أخرى، ولكن هذه المرة، بسبب افتقاره إلى مجموعة ثابتة من الأهداف أو الشعور المريح بمن هو أو بما يريد، حاول الانتحار.

إن ظاهرة "الانتحار الجماعي"، وخاصة بين المراهقين، قد تعكس نقاط الضعف في تكوين الهوية. يقفز معدل الانتحار الوطني بشكل كبير بعد انتحار شخصية مشهورة، مثل مارلين مونرو أو كيرت كوبين. قد تعمل نفس الديناميكيات بين المراهقين الذين لديهم هياكل هوية هشة: فهم عرضة للميول الانتحارية لزعيم مجموعة الأقران أو مجموعة مراهقة انتحارية أخرى في نفس المنطقة.

الشخصية المندفعة

المعيار. 14. الاندفاع في مجالين على الأقل يحتمل أن يدمر الذات، على سبيل المثال، تعاطي المخدرات، والاختلاط الجنسي، والقمار، والقيادة المنهورة، والسرقة.

والإفراط في الإنفاق، أو الإفراط في تناول الطعام.

قد تكون سلوكيات الحد الفاصل مفاجئة ومتناقضة، لأنها تنجم عن مشاعر قوية ولحظية، وهي تصورات تمثل لقطات معزولة وغير مترابطة من التجربة. إن الحاضر الفوري موجود في عزلة، دون الاستفادة من تجربة الماضي، أو الأمل في المستقبل. ولأن الأنماط التاريخية، والاتساق، والقدرة على التنبؤ غير متاحة عند الحد الفاصل، فإن أخطاء مماثلة تتكرر مرارا وتكرارا.

يقدم فيلم Memento لعام 2001 بشكل مجازي ما يواجهه خط الحدود بشكل منتظم. بعد إصابته بفقدان الذاكرة على المدى القصير، يجب على محقق التأمين ليونارد سيلبي أن يعلق صور بولارويد والملاحظات اللاصقة في جميع أنحاء غرفته - وحتى رسائل الوشم على جسده - لتذكير نفسه بما حدث قبل ساعات أو دقائق فقط. (في أحد مشاهد مطاردة السيارات، وهو يحاول الانتقام لمقتل زوجته، لا يستطيع أن يتذكر ما إذا كان يطارد شخصًا ما أم أنه مطارد!) يوضح الفيلم بشكل درامي وحدة الرجل.

الذي يشعر دائماً "وكأنني استيقظت للتو". قد يكون الصبر المحدود لدى الحدود والحاجة إلى الإشباع الفوري مرتبطًا بالسلوكيات التي تحدد معايير اضطراب الشخصية الحدية الأخرى: قد ينشأ الصراع الاندفاعي والغضب من الإحباطات الناجمة عن علاقة عاصفة (المعيار 2)؛ التغيرات المزاجية السريعة (المعيار 6) قد تؤدي إلى نوبات اندفاعية. قد تنشأ نوبات الغضب غير المناسبة (المعيار 8) من الفشل في السيطرة على الدوافع؛ قد تنجم سلوكيات التدمير الذاتي أو تشويه الذات (المعيار 5) عن إحباطات الحدود.

في كثير من الأحيان، تكون التصرفات الاندفاعية مثل تعاطي المخدرات والكحول بمثابة دفاعات ضد مشاعر الوحدة والهجر.

كانت جويس امرأة مطلقة تبلغ من العمر 31 عامًا، وتحولت بشكل متزايد إلى الكحول بعد طلاقها وزواج زوجها لاحقًا. على الرغم من جاذبيتها وموهبتها، إلا أنها تركت عملها يتدهور وأمضت المزيد من الوقت في الحانات. قالت لاحقًا: "لقد صنعت مهنة من خلال التجنب". وعندما أصبح الألم الناتج عن الوحدة والشعور بالهجر أكبر من اللازم، كانت تستخدم الكحول كمخدر. كانت أحيانًا تلتقط الرجال وتأخذهم معها إلى المنزل. ومن المميزات أنها بعد تناول مثل هذه المشروبات الكحولية أو الإفراط في ممارسة الجنس، كانت توبخ نفسها بالذنب وتشعر بأنها تستحق أن يهجرها زوجها. ثم سبداً الدورة مرة أخرى، لأنها تحتاج إلى مزيد من العقاب لعدم قيمتها. وهكذا أصبح التدمير الذاتي وسيلة لتجنب الألم وآلية لإبقائه كتكفير لخطاياها.

التدمير الذاتي

المعيار 5. التهديدات أو الإيماءات أو السلوكيات الانتحارية المتكررة أو سلوكيات تشويه الذات.

تعد التهديدات والإيماءات الانتحارية -التي تعكس ميل الشريط الحدودي للاكتئاب الشديد واليأس وموهبته في التلاعب بالآخرين -من السمات البارزة لاضطراب الشخصية الحدية.

ما يصل إلى 75% من الخطوط الحدودية لديها تاريخ من تشويه الذات، والغالبية العظمى من هؤلاء قاموا بمحاولة انتحار واحدة على الأقل. 82 في كثير من الأحيان، التهديدات المتكررة أو محاولات الانتحار الفاترة ليست رغبة في الموت بل بالأحرى رغبة في الموت. طريقة لتوصيل الألم ونداء للآخرين للتدخل. لسوء الحظ، عندما تتكرر هذه الإيماءات الانتحارية بشكل معتاد، غالبًا ما تؤدي إلى السيناريو المعاكس تمامًا، حيث يشعر الآخرون بالضجر ويتوقفون عن الاستجابة، مما قد يؤدي إلى محاولات أكثر جدية تدريجيًا. يعد السلوك الانتحاري أحد أصعب أعراض اضطراب الشخصية الحدية التي يصعب على الأسرة والمعالجين التعامل معها: فالتعامل معه يمكن أن يؤدي إلى مواجهات غير منتجة لا نهاية لها. فتجاهلها يمكن أن يؤدي إلى الوفاة (انظر الفصول 6-8).

على الرغم من أن العديد من المعايير المحددة لاضطراب الشخصية الحدية تتضاءل بمرور الوقت، إلا أن خطر الانتحار يستمر طوال دورة الحياة. 92 إن الحدود الحدودية التي لديها تاريخ من الاعتداء الجنسي في مرحلة الطفولة أكثر عرضة لمحاولة الانتحار بعشر مرات. 03 تشويه الذات - إلا عندما يرتبط بشكل واضح مع الذهان - هو السمة المميزة لاضطراب الشخصية الحدية. هذا السلوك، الذي يرتبط ارتباطًا وثيقًا باضطراب الشخصية الحدية أكثر من أي مرض نفسي آخر، قد يأخذ شكل جروح ذاتية في الأعضاء التناسلية أو الأطراف أو الجذع. بالنسبة لهذه الخطوط الحدودية، يصبح الجسد بمثابة خريطة طريق يتم إبرازها من خلال جولة مدى الحياة في الندوب التي أحدثها الإنسان بنفسه. تعد شفرات الحلاقة والمقص والأظافر والسجائر المشتعلة من أكثر الأدوات المستخدمة شيوعًا؛ الاستخدام المفرط للمخدرات أو الكحول أو الطعام يمكن أن يسبب الضرر أيضًا.

في كثير من الأحيان، يبدأ تشويه الذات كعمل متهور ومعاقبة للذات، ولكن مع مرور الوقت قد يصبح إجراءً شعائريًا مدروسًا. في مثل هذه الحالات، قد يخدش الخط الحدودي مناطق الجسم المغطاة بالملابس - وهو ما يوضح التناقض الشديد للخط الحدودي: فهو يشعر بأنه مجبر على معاقبة نفسه بشكل صارخ، ومع ذلك فهو يخفي بعناية الدليل على محنته. على الرغم من أن الكثير من الناس يقومون بالوشم لأسباب تزيينية، إلا أنه على المستوى المجتمعي تزايد الانبهار بالوشم والثقب خلال العامين الماضيين.

قد لا تكون العقود الماضية اتجاهًا للموضة بقدر ما تكون انعكاسًا للاتجاهات الحدودية في المجتمع (انظر الفصل 4).

كانت جنيفر (انظر الفصل الأول) تليبي حاجتها إلى إلحاق الألم بنفسها عن طريق خدش معصميهما وبطنها وخصرها، مما يترك آثارًا عميقة على أصابع اليد يمكن تغطيتها بسهولة.

في بعض الأحيان يكون العقاب الذاتي غير مباشر. قد يكون الخط الحدودي في كثير من الأحيان ضحية "لأشياء الحوادث" المتكررة. قد يثير معارك متكررة. في هذه الحوادث، يشعر الخط الحدودي بقدر أقل من المسؤولية المباشرة؛ الظروف أو غيرها توفر له العنف.

فعندما انفصل هاري، على سبيل المثال، عن صديقته، ألقى باللوم على والديه. كان يعتقد أنهم لم يكونوا داعمين أو ودودين بما فيه الكفاية، وعندما أنهت علاقتها بعد ست سنوات، كان يائسًا. وفي الثامنة والعشرين من عمره استمر في العيش في شقة دفع ثمنها والديه وعمل بشكل متقطع في مكتب والده. لقد حاول الانتحار في وقت مبكر من حياته، لكنه قرر أنه لن يمنح والديه "الرضا" بقتل نفسه، وبدلاً من ذلك، انخرط في سلوكيات خطيرة بشكل متزايد. تعرض للعديد من حوادث السيارات، بعضها وهو في حالة سكر، واستمر في القيادة على الرغم من إلغاء رخصة قيادته. كان يتردد على الحانات حيث كان يتشاجر أحيانًا مع رجال أكبر منه بكثير. لقد أدرك هاري مدى تدمير سلوكه، وكان يتمنى أحيانًا "أن أموت في إحدى هذه الأوقات".

يمكن تفسير هذه السلوكيات والتهديدات التدميرية الدرامية بعدة طرق. قد يعكس الألم الذي يسببه الشخص لنفسه حاجة الشريط الحدودي إلى الشعور، للهروب من الخدر المغلف.

تشكل الخطوط الحدودية نوعًا من الفجوة العازلة التي لا تحميهم من الأذى العاطفي فحسب، بل تعمل أيضًا كحاجز عن أحاسيس الواقع. ومن ثم، تصبح تجربة الألم رابطًا مهمًا للوجود. ومع ذلك، في كثير من الأحيان، لا يكون الألم الناتج قويًا بما يكفي لتجاوز هذا الحاجز (على الرغم من أن الدم والدم

قد تكون الندبات رائعة بالنسبة لملاحظة الخط الحدودي)، وفي هذه الحالة قد يجبره الإحباط على تسريع محاولات إحداء الألم.

يمكن أن يكون الألم الناجم عن الذات بمثابة إلهاء عن أشكال المعاناة الأخرى. كانت إحدى المريضات، عندما تشعر بالوحدة أو الخوف، تقطع أجزاء مختلفة من جسدها كوسيلة "لإبعاد ذهني" عن الوحدة. آخر قد يضرب رأسها في خضم الصداق النصف المرتبط بالتوتر. قد يكون تخفيف التوتر الداخلي هو السبب الأكثر شيوعًا لإيذاء النفس،¹³

يمكن أيضًا أن يكون سلوك الإضرار بالنفس بمثابة كفارة عن الخطيئة. أحد الرجال، الذي يشعر بالذنب بعد تفكك زواجه الذي ألقى باللوم فيه على نفسه تمامًا، كان يشرب الجين مرارًا وتكرارًا - وهو الطعام الذي كان يكرهه - حتى وصل إلى نقطة التهوع. فقط بعد تحمل هذا الانزعاج والإذلال، سيشعر بالخلاص والقدرة على العودة إلى روتينه المعتاد.

قد يتم استخدام السلوك المؤلم والمدمر للذات في محاولة لتقييد الأفعال التي يُعتقد أنها خارجة عن السيطرة بشكل خطير. قام أحد المراهقين بقطع يديه وقضيبه لثني نفسه عن ممارسة العادة السرية، وهو عمل اعتبره مقيتًا. وكان يأمل أن تمنعه ذكرى الألم من الاستمرار في هذا السلوك البغيض.

قد تنجم الأفعال (أو التهديدات) المتهورة والمدمرة للذات عن الرغبة في معاقبة شخص آخر، غالبًا ما يكون على علاقة وثيقة. وصفت إحدى النساء باستمرار سلوكها غير الشرعي (الذي غالبًا ما يتضمن طقوسًا ماسوشية ومهينة) لصديقها. حدثت هذه الأمور دائمًا عندما كانت غاضبة وأرادت معاقبته.

وأخيرًا، يمكن أن يتطور سلوك التدمير الذاتي من الحاجة التلاعبية إلى التعاطف أو الإنقاذ. قامت إحدى النساء، بعد خلافات مع صديقها، بقطع معصمها بشكل متكرر أمامه، مما أجبره على تأمين المساعدة الطبية لها.

تكرر العديد من الخطوط الحدودية الشعور بالألم أثناء تشويه الذات و

حتى الإبلاغ عن نشوة هادئة بعد ذلك. قبل أن يؤذوا أنفسهم، قد يشعرون بتوتر شديد، أو غضب، أو حزن عارم؛ بعد ذلك هناك إحساس بالتححر والراحة من القلق.

قد ينجم هذا الراحة عن عوامل نفسية أو فسيولوجية، أو مزيج من الاثنين معا. لقد أدرك الأطباء منذ فترة طويلة أنه بعد الصدمة الجسدية الشديدة، مثل جروح المعارك، قد يشعر المريض بالهدوء غير المتوقع ونوع من التخدير الطبيعي على الرغم من نقص الرعاية الطبية. افترض البعض أنه خلال هذه الأوقات، يفرز الجسم مواد بيولوجية، تسمى الإندورفين، وهي العقاقير الأفيونية الداخلية في الجسم (مثل المورفين أو الهيروين)، والتي تعمل كعلاج ذاتي للجسم للألم.

تغيرات مزاجية جذرية

المعيار 6. عدم الاستقرار العاطفي بسبب التفاعل الملحوظ للمزاج مع التحولات العرضية الشديدة للاكتئاب أو التهيج أو القلق، وعادة ما يستمر بضع ساعات ونادراً ما يزيد عن بضعة أيام.

ويخضع الخط الحدودي لتقلبات مزاجية مفاجئة، تدوم لفترات قصيرة —ساعات عادةً. مزاجه الأساسي ليس عادةً هادئاً ومنضبطاً، ولكنه في أغلب الأحيان إما مفرط النشاط ولا يمكن كبحه أو متشائم وساخر ومكتئب.

كانت أودري تشعر بالدوار من الإثارة عندما غمرت أوين بالقبيلات بعد أن فاجأها بالزهور التي اشتراها في طريق عودته إلى المنزل من العمل. أثناء اغتساله لتناول العشاء، تلقت أودري مكالمات من والدتها، التي وبختها مرة أخرى لعدم اتصالها للسؤال عن آلام جسدها المستمرة. بحلول الوقت الذي عاد فيه أوين من الحمام، كانت أودري قد تحولت إلى هاريدان غاضب، تصرخ في وجهه لأنه لم يساعد في تناول العشاء. لم يكن بإمكانه إلا أن يجلس هناك، مذهولاً ومربكاً من التحول.

دائماً نصف فارغ

المعيار 7. مشاعر الفراغ المزمنة.

نظراً لافتقارهم إلى الإحساس الأساسي بالهوية، فإن الخطوط الحدودية تعاني عادةً من الشعور بالوحدة المؤلمة التي تحفزهم على البحث عن طرق لملء "الثغرات".

هذا الإحساس المؤلم، الذي يكاد يكون جسدياً، يرنى له هاملت في مسرحية شكسبير: "لقد فقدت مؤخراً كل مرح -ولكن لماذا لا أعرف -، وتخلت عن كل عادة التمارين؛ وفي الواقع، فإن الأمر يتعارض بشدة مع مزاجي، لدرجة أن هذا الإطار الجميل للأرض يبدو لي نتوءاً عقيماً».

عرّف تولستوي الملل بأنه "الرغبة في الرغبات". في هذا السياق يمكن ملاحظة أن بحث الحدود عن طريقة لتخفيف الملل غالباً ما يؤدي إلى مغامرات متهورة تؤدي إلى أعمال مدمرة وعلاقات مخيبة للآمال. في نواح عديدة، يبحث الخط الحدودي عن علاقة أو تجربة جديدة ليس لجوانبها الإيجابية ولكن للهروب من الشعور بالفراغ، وتمثيل المصائر الوجودية للشخصيات التي وصفها سارتر وكامو وفلاسفة آخرون.

كثيراً ما يواجه الشخص الحدودي نوعاً من القلق الوجودي، والذي يمكن أن يشكل عقبة كبيرة في العلاج لأنه يستنزف الطاقة التحفيزية للتحسن. من هذه الحالة الشعورية تشع العديد من السمات الأخرى لاضطراب الشخصية الحدية. قد يبدو الانتحار هو الرد العقلاني الوحيد على حالة الفراغ الدائمة. إن الحاجة إلى ملء الفراغ أو تخفيف الملل يمكن أن تؤدي إلى نوبات من الغضب والاندفاع الذي يلحق الضرر بالنفس، وخاصة تعاطي المخدرات. قد يكون الشعور بالهجر أكثر حدة. قد تضعف العلاقات.

لا يمكن إنشاء إحساس مستقر بالذات في قوقعة فارغة. وعدم الاستقرار المزاجي قد ينجم عن الشعور بالوحدة. في الواقع، غالباً ما يعزز الاكتئاب ومشاعر الفراغ بعضهما البعض.

الثور الهائج

المعيار 8. الغضب الشديد وغير المناسب، أو عدم السيطرة على الغضب، على سبيل المثال، إظهار الغضب بشكل متكرر، والغضب المستمر، والشجار الجسدي المتكرر.

إلى جانب عدم الاستقرار العاطفي، يعد الغضب أكثر أعراض اضطراب الشخصية الحدية استمراريًا مع مرور الوقت

إن نوبات الغضب على الحدود لا يمكن التنبؤ بها بقدر ما هي مخيفة. لا تتناسب مشاهد العنف مع الإحباطات التي تثيرها. تعتبر المشاجرات المنزلية التي قد تنطوي على مطاردات بسكاكين الجزار والأطباق التي تم رميها نموذجية للغضب الحدودي. قد يشتعل الغضب بسبب جريمة معينة (وغالبًا ما تكون تافهة)، ولكن تحت الشرارة تكمن ترسانة من الخوف من التهديد بخيبة الأمل والهجر. بعد خلاف حول ملاحظة تافهة حول أساليب الرسم المتناقضة، التقط فينسنت فان جوخ سكين الجزار وطارد صديقه العزيز، بول غوغان، حول منزله وخارج الباب. ثم صب غضبه على نفسه، مستخدمًا نفس السكين لتقطيع جزء من أذنه.

غالبًا ما يتم توجيه الغضب الشديد والقريب جدًا من السطح إلى أقرب العلاقات على الحدود: الزوج، والأطفال، والآباء.

قد يمثل الغضب الحدي صرخة طلبًا للمساعدة، أو اختبارًا للإخلاص، أو خوفًا من العلاقة الحميمة - مهما كانت العوامل الأساسية، فإنه يدفع أولئك الذين هم في أمس الحاجة إلى الحد الفاصل بعيدًا. قد يكون الزوج أو الصديق أو الحبيب أو أحد أفراد الأسرة الذي يبقى على الرغم من هذه الاعتداءات صبورًا ومتفهمًا للغاية، أو في بعض الأحيان يكون منزعجًا للغاية. في مواجهة هذه الثورات، يكون التعاطف أمرًا صعبًا ويجب أن تعتمد العلاقة على كل الموارد المتاحة من أجل التغلب عليها (انظر الفصل الخامس).

غالبًا ما ينتقل الغضب إلى البيئة العلاجية، حيث يصبح الأطباء النفسيون وغيرهم من المتخصصين في الصحة العقلية هم المسؤولين عن العلاج

هدف. كاري، على سبيل المثال، غالبًا ما كانت تقضب ضد معالجها النفسي، وتبحث باستمرار عن طرق لاختبار مدى التزامه بالبقاء معها في العلاج. يصبح العلاج محفوفًا بالمخاطر في هذه الحالة (انظر الفصل 7)، واضطر العديد من المعالجين إلى ترك مرضى الحدود لهذا السبب. سيحاول معظم المعالجين، كلما أمكن ذلك، الحد من عدد المرضى الحديين الذين يعالجونهم.

في بعض الأحيان أنصرف بجنون

المعيار 9. أفكار أو أعراض جنون العظمة العابرة المرتبطة بالتوتر تفكك شديد.

تتضمن التجارب الذهانية الأكثر شيوعًا للخط الحدودي مشاعر عدم الواقعية والأوهام المصحوبة بجنون العظمة. تتضمن المشاعر غير الواقعية الانفصال عن التصورات المعتادة. يشعر الفرد أو من حوله بعدم الواقعية. يعاني بعض الأشخاص الحدوديين من نوع من الانقسام الداخلي، حيث يشعرون أن جوانب مختلفة من شخصيتهم تظهر في مواقف مختلفة. يمكن أن تشمل التصورات المشوهة أيًا من الحواس الخمس.

قد يصبح الخط الحدودي ذهانيًا عابرًا عند مواجهة المواقف العصبية (مثل الشعور بالتخلي) أو عند وضعه في محيط غير منظم للغاية. على سبيل المثال، لاحظ المعالجون نوبات من الذهان أثناء التحليل النفسي الكلاسيكي، الذي يعتمد بشكل كبير على الارتباط الحر والكشف عن الصدمات الماضية في بيئة غير منظمة. قد يتم تحفيز الذهان أيضًا عن طريق تعاطي المخدرات غير المشروعة. على عكس المرضى الذين يعانون من أمراض ذهانية، مثل هوس الفصام، والاكتهاب الذهاني، أو الأمراض العضوية/المخدرات، فإن الذهان الحدي عادة ما يكون لمدة أقصر ويُنظر إليه على أنه أكثر إثارة للخوف للمريض ويختلف تمامًا عن تجربته العادية. ومع ذلك، بالنسبة للعالم الخارجي، فإن ظهور الذهان في اضطراب الشخصية الحدية قد لا يمكن تمييزه، في الشكل الحاد، عن التجارب الذهانية التي يمر بها الشخص.

هذه الأمراض الأخرى. والفرق الرئيسي هو المدة: ففي غضون ساعات أو أيام قد تختفي الانقطاعات عن الواقع، حيث يعيد الحد الحدودي ضبط الأداء المعتاد، على عكس الأشكال الأخرى من الذهان.

الفسيفساء الحدودية

من الواضح أن اضطراب الشخصية الحدية أصبح معترفًا به من قبل متخصصي الصحة العقلية باعتباره أحد الأمراض النفسية الأكثر شيوعًا في هذا البلد. يجب أن يكون المحترف قادرًا على التعرف على ميزات اضطراب الشخصية الحدية لعلاج أعداد كبيرة من المرضى بشكل فعال. يجب أن يكون الشخص العادي قادرًا على التعرف عليهم لفهم الأشخاص الذين يشاركونهم حياته بشكل أفضل.

أثناء استيعاب هذا الفصل، سوف يلاحظ القارئ الذكي أن هذه الأعراض تتفاعل عادة؛ فهي أقل شبيهًا بالبحيرات المعزولة من الجداول التي تغذي بعضها البعض وتندمج في النهاية في الأنهار ثم في الخلجان أو المحيطات. كما أنها مترابطة.

إن الأخاديد العميقة التي حفرتها فيضانات العواطف هذه لا تُعلم الحدود فحسب، بل أيضًا أجزاء من الثقافة التي يعيش فيها.

كيف تتشكل هذه العلامات في الفرد وتنعكس في مجتمعنا سيتم استكشافها في الفصول التالية.

الفصل الثالث

جذور متلازمة الحدود

كل العائلات السعيدة تشبه بعضها البعض؛ كل عائلة غير سعيدة هي غير سعيدة
بطريقتها الخاصة.

—من أنا كارزينا، ليلو تولستوي

لم يكن النمو سهلاً على ديكسي أندرسون. نادراً ما كان والدها في المنزل، وعندما كان كذلك، لم يقل الكثير. لسنوات، لم تكن تعرف حتى ما الذي يفعله من أجل لقمة العيش، فقط أنه كان غائباً طوال الوقت. ووصفته مارغريت، والدة ديكسي، بأنه "مدمن عمل".

طوال طفولتها، شعرت ديكسي أن والدتها كانت تخفي شيئاً ما، على الرغم من أن ديكسي لم تكن متأكدة تماماً من هويته.

ولكن عندما بلغ ديكسي الحادية عشرة، تغيرت الأمور. قالت والدتها إنها كانت "مطورة مبكرة"، على الرغم من أن ديكسي لم تكن متأكدة حقاً مما يعنيه ذلك. كل ما كانت تعرفه هو أن والدها أصبح فجأة في المنزل أكثر من أي وقت مضى، وكان أيضاً أكثر انتباهاً.

استمتعت ديكسي بالاهتمام الجديد والشعور الجديد بالقوة الذي شعرت به عندما انتهى من لمسها. وبعد أن ينتهي كان يفعل ما تطلبه منه.

في نفس الوقت تقريباً، أصبح ديكسي فجأة أكثر شهرة في حي العائلة الثرى في ضواحي شيكاغو.
الأطفال

بدأوا يقدمون لها مخابثهم السرية من القدر، وبعد بضع سنوات، الفطر والنشوة.

كانت المدرسة المتوسطة عائقا. في منتصف اليوم الدراسي، انتهى بها الأمر إلى الشجار مع بعض الأطفال الآخرين، الأمر الذي لم يزعجها على الإطلاق: لقد كانت قاسية؛ كان لديها أصدقاء ومخدرات. كانت رائعة.

وفي إحدى المرات، قامت بلكم مدرس العلوم لديها، حيث شعرت أنه أحرق حقًا. لم يأخذ الأمر جيدًا على الإطلاق وذهب إلى المدير الذي طردها.

في سن الثالثة عشرة، زارت طبيبها النفسي الأول، الذي شخّص حالتها على أنها مفردة النشاط وعالجها بالعديد من الأدوية التي لم تجعلها تشعر بأنها جيدة مثل الحشيش. قررت الهرب، حزممت حقيبتها طوال الليل، واستقلت الحافلة إلى الطريق السريع، وأخرجت إبهامها، وفي غضون دقائق قليلة كانت في طريقها إلى لاس فيغاس.

الطريقة التي رأت بها مارغريت الأمر، بغض النظر عما فعلته، بدا دائمًا أن الأمر نفسه مع ديكسي: ابنتها الكبرى لا يمكن أن تكون سعيدة. من الواضح أن ديكسي ورثت جينات والدها، وكانت تنتقد دائمًا الطريقة التي تبدو بها مارغريت والطريقة التي تحتفظ بها بالمنزل. لقد جربت كل شيء لإنقاذ وزنها - الأفيثامينات، والخمر، وحتى عملية المعدة - ولكن يبدو أن لا شيء قد نجح.

لقد كانت سمينية دائمًا، وستظل كذلك دائمًا.

كثيرا ما تساءلت عن سبب زواج روجر منها. لقد كان رجلاً وسيماً. منذ البداية لم تستطع أن تفهم لماذا يريدّها. وبعد فترة أصبح من الواضح أنه لا يريدّها: لقد توقف ببساطة عن العودة إلى المنزل ليلاً.

كان ديكسي هو النقطة المضبوطة الوحيدة في حياة مارغريت. وكانت ابنتها الأخرى، جولي، تعاني من السمعة المفرطة في سن الخامسة وبدأ أنها قضية خاسرة. لكن مارغريت ستفعل أي شيء من أجل ديكسي. تمسكت بابنتها مثل حبل النجاة. لكن كلما تشبّثت مارجريت أكثر، زاد استياء ديكسي منها. أصبحت أكثر تطلّبًا، وكانت تصاب بنوبات غضب وتصرخ بشأن وزن والدتها. يمكن للأطباء أن يفعلوا ذلك

لا شيء لمساعدة مارجريت. قالوا إنها كانت تعاني من الهوس الاكتئابي وكانت مدمنة على الكحول والأمفيتامينات. في المرة الأخيرة التي كانت فيها مارجريت في المستشفى، أعطوها علاجًا بالصدمات الكهربائية. والآن مع رحيل روجر وهروب ديكسي دائمًا، كان العالم يقترب.

بعد بضعة أشهر محبومة في فيجاس، انطلقت ديكسي إلى لوس أنجلوس، والتي كانت نفس قصة فيجاس: لقد وُعدت بالسيارات والمال والأوقات الطيبة. حسنًا، لقد ركبت الكثير من السيارات، لكن الأوقات الجيدة كانت قليلة ومتباعدة. كان أصدقائها خاسرين، وفي بعض الأحيان كان عليها أن تنام مع رجل "لاقتراض" بضعة دولارات. أخيرًا، عادت إلى المنزل، ولم يكن لديها سوى بضعة دولارات في بنطالها الجينز.

وصلت ديكسي لتجد روجر قد ذهب ووالدتها وسط ضباب كثيف من الاكتئاب والخدر الناجم عن المخدرات. في ظل كل هذه الكآبة في المنزل، لم يمض وقت طويل قبل أن تعود ديكسي إلى عاداتها في تناول الكحول والمخدرات. في الخامسة عشرة من عمرها، دخلت المستشفى مرتين بسبب تعاطيها للمواد الكيميائية وتم علاجها من قبل عدد من المعالجين. في السادسة عشرة، حملت من رجل التقت به قبل بضعة أسابيع فقط.

تزوجته بعد فترة وجيزة من اختبارات الحمل.

وبعد سبعة أشهر، عندما ولدت كيم، بدأ الزواج في الانهيار. كان زوج ديكسي ضعيفًا وسليبا ولم يتمكن من تنظيم حياته، ناهيك عن توفير بيئة منزلية قوية لطفلها.

وبحلول الوقت الذي بلغ فيه الطفل ستة أشهر من العمر، كان الزواج قد انتهى، وانتقل ديكسي وكيم للعيش مع مارجريت. عندها أصبحت ديكسي مهووسة بوزنها. كانت تقضي أيامًا كاملة دون أن تأكل، ثم تأكل بشكل محموم وبكثافة ثم تتقيأ كل شيء في المرحاض. ما لم تستطع التخلص منه عن طريق القيء، تخلصت منه بطرق أخرى: تناولت مربعات من إكس-لاكس كما لو كانت حلوى. كانت تمارس الرياضة حتى يبلل العرق ملابسها وكانت منهكة للغاية بحيث لا تستطيع الحركة. لقد انخفض وزنها، لكن صحتها ومزاجها انخفض أيضًا. توقفت دورتها الشهرية. طاقتها

تضائل. ضعفت قدرتها على التركيز. أصبحت مكتئبة للغاية بشأن حياتها، ولأول مرة بدا الانتحار وكأنه بديل حقيقي.

في البداية، شعرت بالأمان والراحة عندما دخلت المستشفى مرة أخرى، ولكن سرعان ما عادت شخصيتها القديمة. وبحلول اليوم الرابع كانت تحاول إغواء طبييها؛ وعندما لم يستجب، هدته بكل أنواع الانتقام. وطالبت بامتيازات إضافية واهتمام خاص من الممرضات ورفضت المشاركة في أنشطة الوحدة.

وبنفس السرعة التي دخلت بها المستشفى، أعلنت شفاءها وطالبت بالخروج بعد أيام من دخولها. وفي العام التالي، سيتم إدخالها إلى المستشفى عدة مرات. كانت تزور أيضًا العديد من المعالجين النفسيين، الذين يبدو أن لا أحد منهم يفهم أو يعرف كيفية علاج التغيرات المزاجية الدرامية، والاكتئاب، والوحدة، واندفاعها مع الرجال والمخدرات. بدأت تشك في أنها يمكن أن تكون سعيدة على الإطلاق.

لم يمض وقت طويل قبل أن تتقاتل مارغريت وديكسي مرة أخرى ويصرخان على بعضهما البعض. بالنسبة لمارغريت، كان الأمر أشبه برؤية نفسها تكبر من جديد وترتكب نفس الأخطاء. ولم تعد تحمل مشاهدته لفترة أطول.

كان والد مارغريت مثل روجر، رجل وحيد وغير سعيد ولم يكن له علاقة كبيرة بأسرته. كانت والدتها تدير الأسرة مثلما كانت مارغريت تدير عائلتها. وكما تشبثت مارغريت بدكسي، كذلك تشبثت والدتها بمارغريت، وحاولت يائسة تشكيلها في كل خطوة على الطريق. تم تغذية مارجريت بأفكار والدتها ومشاعرها، وطعامًا كافيًا للكتيبة. في سن السادسة عشرة، كانت تعاني من السممة المفرطة وتتناول كميات كبيرة من الأمفيتامينات التي وصفها لها طبيب الأسرة لقمع شهيتها. في سن العشرين، كانت تشرب الكحول وتتعاوى فيورينال لإبعادها عن الأمفيتامينات.

لم تكن مارغريت قادرة أبدًا على إرضاء والدتها حتى مع احتدام الصراع المستمر بينهما من أجل السيطرة. لا يمكن

مارغريت يرجى ابنتها أو زوجها. أدركت أنها لم تكن قادرة أبدًا على إسعاد أي شخص، ولا حتى نفسها. ومع ذلك فقد استمرت في محاولة إرضاء الأشخاص الذين لن يكونوا سعداء.

الآن، مع رحيل روجر ومرض ديكسي الشديد، بدت حياة مارغريت وكأنها تنهار. أخبرت ديكسي والدتها أخيرًا كيف اعتدى عليها روجر جنسيًا. وقبل أن يغادر روجر، كان يتفاخر بكل شيء عن نسائه. وعلى الرغم من كل شيء، ما زالت مارغريت تفتقده.

لقد كان وحيدًا، كما تعلم، تمامًا كما كانت.

أدرك ديكسي أن الوقت قد حان لفعل شيء حيال محنة هذه العائلة التي تدمر نفسها بنفسها. أو على الأقل نفسها على أي حال. ستكون الوظيفة هي الأولوية الأولى، وهي شيء لمحاربة الملل الذي لا هوادة فيه. لكنها كانت في التاسعة عشرة من عمرها ولديها طفل يبلغ من العمر عامين وليس لها زوج، ولم تتخرج بعد من المدرسة الثانوية.

وبدافعها القهري المميز، التحقت ببرنامج معادلة المدرسة الثانوية وحصلت على شهادتها في غضون أشهر. وفي غضون أيام من حصولها على شهادتها، كانت تتقدم بطلب للحصول على قروض ومنح للالتحاق بالجامعة.

بدأت مارغريت في رعاية كيم، وبدأ الترتيب وكأنه قد ينجح من نواحٍ عديدة: فقد أعطت تربية كيم لمارغريت بعض المعنى في حياتها، وكانت لدى كيم خدمة رعاية أطفال مدمجة، وكان لدى ديكسي الوقت للقيام بمهمتها الجديدة في حياة. لكن سرعان ما أظهر النظام تصدعات: فقد أصبحت مارغريت في بعض الأحيان في حالة سكر أو اكتئاب شديد لدرجة أنها لم تتمكن من تقديم أي مساعدة. عندما حدث هذا، كان لدى ديكسي حل بسيط: أنها ستهدد بأخذ كيم بعيدًا عن مارغريت. من الواضح أن كل من الجدة والحفيدة في حاجة ماسة إلى بعضهما البعض، لذلك كان ديكسي قادرًا على السيطرة الكاملة على الأسرة.

من خلال كل ذلك، تمكنت ديكسي من إيجاد الوقت للرجال، على الرغم من أن اتصالاتها المتكررة كانت عادةً قصيرة المدة. ويبدو أنها تتبع نمطًا معينًا: كلما بدأ رجل في الاعتناء بها، شعرت بالملل. كان الرجال البعيدون الأكبر سنًا - الأطباء غير المتوفرين، والمعارف المتزوجين، والأساتذة - هم نوعها المعتاد، لكنها كانت تتركهم في اللحظة التي يستجيبون فيها لمغازلاتها. الصغير

الرجال الذين واعدتهم كانوا جميعًا أعضاء في الكنيسة التي كانت تعارض بشدة ممارسة الجنس قبل الزواج.

تجنب ديكسي النساء ولم يكن لديه صديقات. لقد اعتقدت أن النساء ضعيفات وغير مثيرات للاهتمام. كان للرجال، على الأقل، بعض الأهمية. كانوا حمقى إذا استجابوا لمغازلتها ومنافقون إذا لم يفعلوا.

مع مرور الوقت، كلما نجحت ديكسي في دراستها، أصبحت أكثر خوفًا. كان بإمكانها متابعة اهتمام معين -المدرسة، أو رجل معين -بلا هوادة، وبصورة شبه هوسية، لكن كل نجاح كان يحفزها على مطالب أعلى وأكثر غير واقعية. على الرغم من الدرجات الجيدة، كانت تنفجر في الغضب وتهدد بقتل نفسها عندما يكون أداؤها أقل من توقعاتها في الامتحان.

في مثل هذه الأوقات، كانت والدتها تحاول موااساتها، لكن مارغريت أصبحت أيضًا منشغلة بالانتحار، وغالبًا ما كانت الأدوار تنعكس. كانت الأم وابنتها تنتقلان مرة أخرى داخل وخارج المستشفى في محاولة للتغلب على الاكتئاب وتعاطي المواد الكيميائية.

مثل والدتها وجدتها، لم تكن كيم تعرف والدها جيدًا أيضًا. في بعض الأحيان كان يأتي للزيارة. في بعض الأحيان كانت تذهب إلى المنزل الذي يتقاسمه مع والدته. لقد بدا دائمًا محرجًا من حولها.

مع انفصال والدتها وعدم فعالية جدتها أو انشغالها بمشاكلها الخاصة، سيطرت كيم على المنزل عندما كانت في الرابعة من عمرها. لقد تجاهلت ديكسي التي ردت بتجاهلها. إذا أصيبت كيم بنوبة غضب، فسوف تستسلم مارغريت لرغباتها.

كانت الأسرة في حالة شبه مستمرة من الفوضى. بعض-

في بعض الأحيان كانت مارغريت وديكسي في المستشفى في نفس الوقت، مارغريت بسبب شربها، وديكسي بسبب الشره المرضي. سذهب كيم بعد ذلك إلى منزل والدها، على الرغم من أنه لم يكن قادرًا على الاعتناء بها واستقوم والدته برعايتها.

ظاهريًا، بدت كيم ناضجة بشكل غريب بالنسبة لطفلة تبلغ من العمر ست سنوات.

60أنا أكرهك - لا تتركبي

رغم الفوضى المحيطة بها. بالنسبة لها، كان الأطفال الآخرون "مجرد أطفال"، دون تجربتها. لم تكن تعتقد أن نوع النضج الخاص بها كان غير عادي على الإطلاق: لقد شاهدت صورًا قديمة لأمها وجدتتها عندما كانا في مثل عمرها، وفي اللقطات كان لهما جميعًا نفس المظهر.

عبر الأجيال

في كثير من النواحي، تعد ملحمة عائلة أندرسون نموذجية للحالات الحديثة: فالعوامل التي تساهم في متلازمة الخط الحدي غالبًا ما تتجاوز الأجيال. غالبًا ما تكون سلسلة نسب اضطراب الشخصية الحدية مليئة بمشاكل عميقة وطويلة الأمد، بما في ذلك الانتحار، وسفاح القربى، وتعاطي المخدرات، والعنف، والخسائر، والشعور بالوحدة.

وقد لوحظ أن الخطوط الحدودية غالبًا ما يكون لها أمهات حدوديات، اللاتي دورهن لديهن أمهات حدوديات. هذا الاستعداد الوراثي لاضطراب الشخصية الحدية يثير عددًا من الأسئلة، مثل: كيف تتطور السمات الحدية؟ كيف يتم نقلهم من خلال الأكاذيب العائلية؟ هل تم بالفعل مناقشتها على الإطلاق؟

في دراسة جذور هذا المرض، تعمل هذه الأسئلة على إحياء السؤال التقليدي "الطبيعة مقابل التنشئة" (أو المزاج مقابل الشخصية). إن النظريتين الرئيسيتين حول أسباب اضطراب الشخصية الحدية -إحداهما تؤكد على الجذور التنموية (النفسية)، والأخرى على الأصول البنيوية (البيولوجية والوراثية) -تعكسان المعضلة.

فئة نظرية ثالثة، تركز على العوامل البيئية والاجتماعية والثقافية، مثل بنيتنا المجتمعية المجزأة سريعة الخطى، وتدمير الأسرة النووية، وزيادة معدلات الطلاق، وزيادة الاعتماد على الرعاية النهارية غير الأبوية، وزيادة الحراك الجغرافي، والأنماط المتغيرة كما أن أدوار الجنسين مهمة أيضًا (انظر الفصل 4). (على الرغم من أن الأبحاث التجريبية حول هذه العناصر البيئية محدودة، إلا أن بعض المتخصصين يتوقعون أن هذه العوامل تميل إلى زيادة انتشار اضطراب الشخصية الحدية.

لا تشير الأدلة المتوفرة إلى أي سبب محدد -أو حتى نوع السبب -لاضطراب الشخصية الحدية. بل إن مجموعة من العوامل الوراثية والتنموية والبيولوجية العصبية والاجتماعية تساهم في تطور المرض.

الجذور الوراثية والعصبية

تشير الدراسات العائلية إلى أن أقارب الدرجة الأولى من ذوي الحدود الحدية هم أكثر عرضة عدة مرات لإظهار علامات اضطراب الشخصية، وخاصة اضطراب الشخصية الحدية، من عامة الناس. كما أن أفراد العائلة المقربين هم أيضًا أكثر عرضة للإصابة باضطرابات المزاج والانفجارات وتعاطي المخدرات. 1 ومن غير المرجح أن يساهم جين واحد في الإصابة باضطراب الشخصية الحدية؛ وبدلاً من ذلك، كما هو الحال مع معظم الاضطرابات الطبية، يتم تنشيط العديد من مواضع الكروموسومات أو إخضاعها -ربما تتأثر بالعوامل البيئية -في تطور ما نسميه اضطراب الشخصية الحدية.

وقد تم إثبات الارتباطات البيولوجية والتشريحية مع اضطراب الشخصية الحدية. في كتابنا "أحياناً أتصرف بجنون"، ناقش بمزيد من التفصيل كيف تؤثر جينات معينة على الناقلات العصبية (هرمونات الدماغ، التي تنقل الرسائل بين خلايا الدماغ). 2. الخلل في بعض هذه الناقلات العصبية، مثل السيروتونين، والنوربينيفرين، والدوبامين، وغيرها، ترتبط بالانفجارات، واضطرابات المزاج، وغيرها من خصائص اضطراب الشخصية الحدية. تؤثر هذه الناقلات العصبية أيضًا على توازن إنتاج الأدرينالين والستيرويد في الجسم. ارتبطت بعض الجينات التي تؤثر على هذه الناقلات العصبية بالعديد من الأمراض النفسية. ومع ذلك، أظهرت الدراسات ذات النتائج المتغيرة أن الجينات المتعددة (المتداخلة مع الضغوطات البيئية) تساهم في التعبير عن معظم الاضطرابات الطبية والنفسية.

إن التعاطي المتكرر للطعام والكحول والمخدرات الأخرى على الحدود -والذي يتم تفسيره عادةً على أنه سلوك مدمر للذات -قد يُنظر إليه أيضًا على أنه محاولة لعلاج الاضطرابات العاطفية الداخلية ذاتيًا.

تشير الخطوط الحدودية في كثير من الأحيان إلى التأثيرات المهددة لتشويه الذات؛ وبدلاً من الشعور بالألم، فإنهم يشعرون بالراحة المهددة أو الإلهاء عن الألم النفسي الداخلي. قد يؤدي تشويه الذات، مثل أي صدمة أو إجهاد جسدي آخر، إلى إطلاق الإندورفين - وهي مواد طبيعية شبيهة بالمخدرات في الجسم توفر الراحة أثناء الولادة، والصدمات الجسدية، والجري لمسافات طويلة، وغيرها من الأنشطة المرهقة جسدياً. .

ترتبط التغيرات في عملية التمثيل الغذائي للدماغ ومورفولوجيته (أو بنيته) أيضًا باضطراب الشخصية الحدية. يعبر مرضى الخط الحدودي عن فرط نشاط في جزء الدماغ المرتبط بالعاطفة والاندفاع (المناطق الحوفية)، وانخفاض النشاط في القسم الذي يتحكم في التفكير العقلاني وتنظيم العواطف (قشرة ما قبل الجبهية). (لوحظت اختلالات مماثلة في المرضى الذين يعانون من الاكتئاب والقلق.) بالإضافة إلى ذلك، ترتبط التغيرات في الحجم في هذه الأجزاء من الدماغ أيضًا باضطراب الشخصية الحدية وترتبط بهذه التغيرات الفسيولوجية. قد تكون هذه التغيرات في الدماغ مرتبطة باضطراب الشخصية الحدية. الإصابة أو المرض. هناك نسبة كبيرة من المرضى الحديين لديهم تاريخ من الصدمات الدماغية، والتهاب الدماغ، والصرع، وصعوبات التعلم، واضطراب فرط الحركة ونقص الانتباه، ومضاعفات الحمل.4 وتنعكس هذه التشوهات في عدم انتظام موجات الدماغ (EEG) أو مخطط كهربية الدماغ، والخلل الأيضي، وتخفيض حجم المادة البيضاء والرمادية.

نظرًا لأن الفشل في تحقيق الارتباط الصحي بين الوالدين والطفل قد يؤدي إلى أمراض شخصية لاحقة، فإن الضعف الإدراكي من جانب الطفل وأو الوالدين قد يعيق العلاقة.

بما أن أحدث الأبحاث تشير بقوة إلى أن اضطراب الشخصية الحدية قد يكون موروثًا جزئيًا على الأقل، فقد يعاني كل من الوالدين والطفل من خلل في الاتصال المعرفي وأو العاطفي. قد يؤدي ضعف التواصل مع الآخرين إلى إدامة حالات عدم الأمان والعيوب الاندفاعية والعاطفية التي تؤدي إلى الإصابة باضطراب الشخصية الحدية.

الجذور التنموية

تركز النظريات التنموية حول أسباب اضطراب الشخصية الحدية على التفاعلات الدقيقة بين الطفل ومقدمي الرعاية، خاصة خلال السنوات القليلة الأولى من الحياة. تعتبر الأعمار التي تتراوح بين ثمانية عشر شهرًا وثلاثين شهرًا، عندما يبدأ الطفل النضال من أجل الحصول على الاستقلالية، حاسمة بشكل خاص. يقاوم بعض الآباء بشدة تقدم الطفل نحو الانفصال ويصرون بدلاً من ذلك على التعايش المتحكم فيه والحصري والخانق في كثير من الأحيان. وعلى الجانب الآخر، فإن الآباء الآخرين يقدمون تربية غير منتظمة (أو بتعبيرين) خلال معظم فترة تربية الطفل، وبالتالي يفشلون في توفير الاهتمام الكافي لمشاعر الطفل وتجاربها والتحقق من صحتها.

يمكن أن يؤدي أي من سلوك الوالدين المتطرف -السيطرة السلوكية المفرطة و/أو قلة المشاركة العاطفية- إلى فشل الطفل في

تطوير إحساس إيجابي ومستقر بالذات وقد يؤدي إلى حاجة مستمرة ومكثفة للارتباط ومخاوف مزمنة من الهجر.

في كثير من الحالات، تأخذ العلاقة المكسورة بين الوالدين والطفل الشكل الأكثر خطورة المتمثل في فقدان الوالدين المبكر أو الانفصال المؤلم لفترة طويلة، أو كليهما. كما هو الحال مع ديكسي، فإن العديد من الخطوط الحدودية لها أب غائب أو مضطرب نفسيًا. تميل الشخصيات الأم الأولية (التي قد تكون الأب في بعض الأحيان) إلى أن تكون غير منتظمة ومكتئبة ولديها أمراض نفسية كبيرة، غالبًا ما تكون اضطراب الشخصية الحدية. غالبًا ما تتميز الخلفية العائلية لخط الحدود بسفاح القربى والعنف و/أو إدمان الكحول. تُظهر العديد من الحالات وجود علاقة عدائية أو قتالية مستمرة بين الأم وطفل ما قبل الحد الحدودي.

نظرية العلاقات بين الأشياء والفصل والتفرد في مرحلة الطفولة

تؤكد نظرية علاقات الأشياء، وهي نموذج لنمو الرضيع، على أهمية تفاعلات الطفل مع بيئته

يعارض الغرائز النفسية الداخلية والدوافع البيولوجية غير المرتبطة بالأحاسيس خارج نفسه. ووفقاً لهذه النظرية، فإن علاقات الطفل مع "الأشياء" (الأشخاص والأشياء) في بيئته تحدد أدائه اللاحق.

تم إنشاء نموذج علاقات الكائن الأساسي للمراحل المبكرة من نمو الرضيع بواسطة ماريغريت ماهر وزملائها. 5. وافترضوا أن أول شهر أو شهرين من حياة الرضيع تتميز بالنسيان لكل شيء باستثناء نفسه (مرحلة التوحد). خلال الأشهر الأربعة أو الخمسة التالية، والتي تم تحديدها بالمرحلة التكافلية، يبدأ في التعرف على الآخرين في عالمه، ليس ككائنات منفصلة، ولكن كامتدادات لنفسه.

في فترة الانفصال والتفرد التالية، والتي تمتد عبر سن سنتين إلى ثلاث سنوات، يبدأ الطفل في الانفصال والانفصال عن مقدم الرعاية الأساسي ويبدأ في إنشاء إحساس منفصل بالذات. يعتبر ماهر وآخرون أن قدرة الطفل على اجتياز هذه المرحلة من النمو بنجاح أمر بالغ الأهمية للصحة العقلية اللاحقة.

خلال فترة الانفصال والتفرد بأكملها، يبدأ الطفل النامي في رسم الحدود بين الذات والآخرين، وهي مهمة معقدة بسبب صراعين مركزيين -الرغبة في الاستقلالية مقابل احتياجات القرب والتبعية، والخوف من الانغماس مقابل احتياجات القرب والتبعية. الخوف من الهجر.

هناك عامل معقد آخر خلال هذا الوقت وهو أن الرضيع في مرحلة النمو يميل إلى إدراك كل فرد في البيئة كشخصيتين منفصلتين. على سبيل المثال، عندما تكون الأم مرتاحة وحساسة، يُنظر إليها على أنها "صالحة تمامًا". عندما لا تكون متاحة أو غير قادرة على الراحة والتهندة، يُنظر إليها على أنها أم منفصلة "سيئة للغاية". وعندما تغادر بصره، يراها الرضيع وكأنها هلكت، وذهبت إلى الأبد، ويكي لعودتها للتخفيف من اليأس والذعر. ومع نمو الطفل، يتم استبدال هذا "الانقسام" الطبيعي بدمج صحي لصفات الأم الجيدة والسيئة، ويتم استبدال قلق الانفصال بمعرفة أن الأم

توجد حتى عندما لا تكون حاضرة جسديًا وستعود بمرور الوقت -وهي ظاهرة تُعرف عادةً باسم ثبات الكائن (انظر الصفحة 67) ويهيمن على هذه المعالم التنموية دماغ الطفل النامي، والذي يمكن أن يفسد التكيف الطبيعي.

يقسم ماهلر التفرد والانفصال إلى أربع مراحل فرعية متداخلة.

مرحلة التمايز (5-8 أشهر). في هذه المرحلة من التطور، يصبح الرضيع واعيًا بعالم منفصل عن أمه. تبدأ "الابتسامة الاجتماعية" -رد فعل على البيئة، ولكنها موجهة في الغالب إلى الأم. قرب نهاية هذه المرحلة، يظهر الرضيع الجانب المقابل من نفس الاستجابة -"القلق الغريب" -التعرف على الأشخاص غير المألوفين في البيئة.

إذا كانت العلاقة مع الأم داعمة ومريحة، فإن ردود الفعل تجاه الغرباء تتميز بشكل رئيسي بالعجب الفضولي. إذا كانت العلاقة غير داعمة، يكون القلق أكثر وضوحًا. يبدأ الطفل بتقسيم المشاعر الإيجابية والسلبية تجاه الأفراد الآخرين، معتمداً على التقسيم للتعامل مع هذه المشاعر المتضاربة.

مرحلة الممارسة (8-16 شهرًا). تتميز مرحلة التدريب بزيادة قدرة الرضيع على الابتعاد عن أمه، أولاً عن طريق الزحف، ثم المشي. تتخلل هذه الفواصل القصيرة لقاءات متكررة من أجل "الاطمئنان" و"التزود بالوقود"، وهو سلوك يوضح التناقض الأول لدى الطفل تجاه نموه.

استقلال.

مرحلة التقارب (16-25 شهرًا). في مرحلة التقارب، يثير عالم الطفل المتوسع الاعتراف بأنه يمتلك هوية منفصلة عن من حوله. إن لم الشمل مع الأم والحاجة إلى موافقتها يشكل إدراكًا عميقًا بأنها والآخرين أشخاص حقيقيون منفصلون. ومع ذلك، في مرحلة التقارب، يواجه كل من الطفل والأم صراعات ستحدد قابلية التعرض لمتلازمة الشريط الحدودي في المستقبل.

يتمثل دور الأم خلال هذا الوقت في تشجيع تجارب الطفل مع التفرد، وفي الوقت نفسه توفير خزان ثابت وداعم للتزود بالوقود. لا يطور الطفل العادي البالغ من العمر عامين رابطة قوية مع والديه فحسب، بل يتعلم أيضًا الانفصال عنهما مؤقتًا بالحزن بدلاً من الغضب أو نوبة الغضب. عند لم شمله مع أحد الوالدين، من المرجح أن يشعر الطفل بالسعادة وكذلك الغضب بسبب الانفصال. وتتعاطف الأم الحاضنة مع الطفل وتقبل غضبه دون انتقام. بعد العديد من حالات الانفصال ولم الشمل، يتطور لدى الطفل إحساس دائم بالذات، والحب والثقة لوالديه، وتناقض صحي تجاه الآخرين.

ومع ذلك، تميل أم ما قبل الحدي إلى الاستجابة لطفلها بطريقة مختلفة - إما عن طريق دفع طفلها بعيدًا قبل النصيح وتثبيت لم الشمل (ربما بسبب خوفها من التقارب) أو عن طريق الإصرار على التشبث بالتكافل. (ربما بسبب خوفها من الهجر والحاجة إلى العلاقة الحميمة). في كلتا الحالتين، يصبح الطفل مثقلًا بمخاوف شديدة من الهجر و/أو الإحاطة التي تنعكس عليه بمخاوف الأم نفسها.

ونتيجة لذلك، لا ينمو الطفل أبدًا ليصبح إنسانًا منفصلاً عاطفياً. في وقت لاحق من الحياة، يعكس عدم قدرة الخط الحدودي على تحقيق العلاقة الحميمة في العلاقات الشخصية هذه المرحلة الرضعية. عندما يواجه أحد البالغين الحد الفاصل من التقارب، فإنه قد يبعث من الطفولة إما مشاعر الهجر المدمرة التي أعقبت دائمًا محاولاتها العقيمة في العلاقة الحميمة أو الشعور بالاختناق من خنق الأم المستمر. إن تحدي مثل هذه الضوابط يخاطر بفقدان حب الأم؛ إرضاءها يخاطر بخسارة نفسه.

هذا الخوف من الغمر يوضحه بشكل جيد تي إي لورانس (لورانس العرب)، الذي يكتب وهو في الثامنة والثلاثين من عمره عن خوفه من القرب من أمه المتطرفة: "أشعر بالرعب من معرفتها أي شيء عن مشاعري، أو قناعاتي، أو طريق الحياة.

مرحلة ثبات الكائن (25-36 شهرًا). بحلول نهاية السنة الثانية من العمر، ويفترض أن مستويات النمو السابقة قد تقدمت بشكل مرض. يدخل الطفل مرحلة ثبات الشيء، حيث يدرك الطفل أن غياب الأم (وغيرهم من مقدمي الرعاية الأساسيين) لا يعني تلقائيًا إبادة. يتعلم الطفل تحمل التناقضات والإحباطات.

نشوئها. يتم التعرف على الطبيعة المؤقتة لغضب الأم. يبدأ الطفل أيضًا في فهم أن غضبه لن يدمر أمه. يبدأ في تقدير مفهوم الحب والقبول غير المشروط ويطور القدرة على المشاركة والتعاطف. يصبح الطفل أكثر استجابة للأب والآخرين في البيئة. تصبح الصورة الذاتية أكثر إيجابية، على الرغم من جوانب النقد الذاتي للضمير الناشئ.

إن مساعدة الطفل في كل هذه المهام هي أشياء انتقالية -وسائل الراحة المألوفة (الدببة والدمى والبطانيات) التي تمثل الأم ويحملها الطفل في كل مكان للمساعدة في تخفيف الانفصال. إن شكل الجسم ورائحته وملامسه هي تمثيلات جسدية للأم المريحة. تعد الأشياء الانتقالية واحدة من أولى التنازلات التي يقوم بها الطفل النامي في التفاوض على الصراع بين الحاجة إلى تأسيس الاستقلالية والحاجة إلى التبعية. في النهاية، في التطور الطبيعي، يتم التخلي عن الكائن الانتقالي عندما يكون الطفل قادرًا على استيعاب صورة دائمة لشخصية الأم المهدئة والواقية.

تقترح النظريات التنموية أن الخط الحدودي غير قادر أبدًا على التقدم إلى مرحلة ثبات الكائن. وبدلاً من ذلك، يتم تثبيت الخط الحدودي في مرحلة تطويرية مبكرة، حيث يظل الانقسام وآليات الدفاع الأخرى بارزة.

نظرًا لأنهم محصورون في صراع مستمر لتحقيق ثبات الكائن والثقة والهوية المنفصلة، فإن الحدود الحدودية للبالغين تستمر في الاعتماد على الأشياء الانتقالية من أجل التهدئة. على سبيل المثال، كانت إحدى النساء تحمل دائمًا في حقيبتها مقالًا صحفيًا يحتوي على اقتباسات من طبيبها النفسي. عندما كانت تحت الضغط،

كانت تخرجها، وتطلق عليها اسم "البطانية الأمنية". إن رؤية اسم طبييها مطبوعًا عزز وجوده واهتمامه المستمر بها.

كانت الأميرة ديانا أيضًا تشعر بالراحة في الأشياء الانتقالية، حيث احتفظت بمجموعة من عشرين حيوانًا محبوسًا -"عائلي"، كما أطلقت عليها -عند أسفل سريرها. . . وكما لاحظ عشيقها جيمس هيويت، "كانوا يرقدون في صف واحد، نحو ثلاثين من الحيوانات المحبوبة -الحيوانات التي كانت معها في طفولتها، والتي خبأتها في سريرها في بارك هاوس والتي كانت تريحها وتمثل لها شعورًا بالطمأنينة". أمنية معينة." عندما كانت تذهب في رحلات، كانت ديانا تأخذ معها دمية دب مفضلة.7 قد تمثل الأفعال الخرافية الطقسية، عند القيام بها بشكل متطرف، استخدامًا حدوديًا للأشياء الانتقالية. على سبيل المثال، قد يكون لاعب الكرة الذي يرتدي نفس الجوارب أو يرفض الحلاقة أثناء وجوده في وسط خط الضرب، عرضة للخرافات السائدة في الرياضة؛ فقط عندما تتكرر مثل هذه السلوكيات بشكل قهري وغير مرن وتتداخل مع الأداء الروتيني، يعبر الشخص الحدود إلى متلازمة الشريط الحدي.

صراعات الطفولة

إن إحساس الطفل المتطور بثبات الأشياء يواجه تحديًا مستمرًا مع تقدمه خلال مراحل النمو. يواجه الطفل الصغير، المنبهر بالحكايات الخيالية المليئة بالشخصيات الجيدة والسيئة، العديد من المواقف التي يستخدم فيها الانقسام كاستراتيجية أساسية للتكيف. (على سبيل المثال، لا يمكن تصور سنو وايت إلا على أنها الخير المطلق والملكة الشريرة على أنها الشر المطلق؛ ولا تثير الحكاية الخيالية التعاطف مع الملكة التي قد تكون نتاج تربية فوضوية أو انتقادات لتعايش البطلة- (التكرار مع الرجال السبعة قصار القامة!) على الرغم من ثقته الآن في حضور الأم الدائم، إلا أن الطفل المنتماني لا يزال يتعين عليه مواجهة الخوف من فقدان حبها. الطفل البالغ من العمر أربع سنوات الذي وبخ عليه

كونك "سيئًا" قد يشعرك بالتهديد بسحب حب الأم؛ فهو لا يستطيع حتى الآن أن يتصور احتمال أن الأم قد تعبر عن إحباطاتها بشكل منفصل تمامًا عن سلوكه، كما أنه لم يتعلم أن الأم يمكن أن تكون غاضبة ومع ذلك تحبه بنفس القدر في نفس الوقت.

في نهاية المطاف، يواجه الأطفال قلق الانفصال عند بدء المدرسة. "رهاب المدرسة" ليس رهابًا حقيقيًا ولا يرتبط حصريًا بالمدرسة نفسها، ولكنه يمثل بدلاً من ذلك التفاعل الدقيق بين قلق الطفل وردود أفعال الوالدين الذين قد يعززون تشبث الطفل بتناقضهم بشأن الانفصال.

صراعات المراهقين

تتكرر قضايا الانفصال والتفرد خلال فترة المراهقة، عندما تصبح أسئلة الهوية والقرب من الآخرين مرة أخرى اهتمامات حيوية. خلال مرحلتَي التقارب في مرحلة الطفولة والمراهقة، يكون الأسلوب الأساسي للتواصل لدى الطفل أقل تفاعلًا من التفاعل مع الآخرين، وخاصة الوالدين. فبينما يحاول الطفل البالغ من العمر عامين الحصول على استحسان وإعجاب الوالدين من خلال تشكيل هويته لمحاكاة مقدمي الرعاية، يحاول المراهق محاكاة أقرانه أو يتبنى سلوكيات تختلف عن وعي -بل وتعارض -مع سلوكيات الوالدين. في كلتا المرحلتين، لا يعتمد سلوك الطفل على الاحتياجات الداخلية المحددة بشكل مستقل بقدر ما يعتمد على الاستجابة للأشخاص المهمين في البيئة المباشرة. ومن ثم يصبح السلوك سعيًا لاكتشاف الهوية بدلاً من تعزيز هوية راسخة.

قد تفكر مراقبة غير آمنة في الحديث عن صديقها إلى ما لا نهاية بطريقة "إنه يحبني، إنه لا يحبني"، يؤدي الفشل في دمج هذه المشاعر الإيجابية والسلبية وإنشاء تصور ثابت ومتسق للآخرين إلى استمرار الانقسام كآلية دفاع. فشل المراهق في الحفاظ على الأشياء

يؤدي الثبات إلى مشاكل لاحقة في الحفاظ على علاقات متسقة مبنية على الثقة، وإنشاء إحساس أساسي بالهوية، والتسامح مع القلق والإحباط.

في كثير من الأحيان، تبنى العائلات بأكملها نظامًا حدوديًا للتفاعل، حيث تندمج الهويات غير المتميزة لأفراد الأسرة مع بعضها البعض وتنفصل عن بعضها البعض بالتناوب. ميلاني، الابنة المراهقة في إحدى هذه العائلات، كانت مرتبطة بشكل وثيق بوالدتها المصابة بالاكتئاب المزمن، والتي شعرت بأن زوجها المغازل قد تولى عنها. ومع غياب زوجها في كثير من الأحيان عن المنزل وأطفالها الآخرين في سن أصغر بكثير، كانت الأم تلتصق بابنتها المراهقة، وتروي تفاصيل حميمة عن الزواج غير السعيد وتغزو خصوصية المراهقة بأسئلة تطفلية حول أصدقائها وأنشطتها. تداخلت مشاعر ميلاني بالمسؤولية عن سعادة والدتها لدرجة أنها لم تتمكن من تلبية احتياجاتها الخاصة. حتى أنها اختارت كلية قريبة حتى تتمكن من الاستمرار في العيش في المنزل. في نهاية المطاف، أصيبت ميلاني بفقدان الشهية العصبي، والذي أصبح آليتها الأساسية للشعور بالسيطرة والاستقلال والراحة.

وبالمثل، شعرت والدته ميلاني بالمسؤولية والذنب تجاه مرض ابنتها. طلبت الأم الراحة من خلال عمليات الإنفاق الباهظة (التي أخفتها عن زوجها) ثم غطت الفواتير بسرقة الأموال من الحساب البنكي لابنتها.

لقد حوصرت الأم والأب والابنة في مستنقع عائلي مختل، ولم يكونوا على استعداد لمواجهة ولم يتمكنوا من الهروب منه. في مثل هذه الحالات، قد يتطلب علاج الحد الحدودي علاج الأسرة بأكملها (انظر الفصل 7).

الصدمات

يمكن للصدمات الكبرى -فقدان الوالدين، والإهمال، والرفض، والاعتداء الجسدي أو الجنسي -خلال السنوات الأولى من النمو أن تزيد من احتمالية الإصابة باضطراب الشخصية الحدية في مرحلة المراهقة والبلوغ. في الواقع، تاريخ القضية

من المرضى على الحدود عادة ما يكونون ساحات معارك مقفرة، يعانون من المنازل المحطمة، والإساءة المزمنة، والحرمان العاطفي. وصف نورمان ميلر تأثير غياب الوالدين على مارلين مونرو، التي لم تعرف والدها قط. على الرغم من أن غيابه قد يساهم في عدم استقرارها العاطفي في وقت لاحق من حياتها، إلا أنه من المفارقات أن يكون أيضًا أحد القوى المحفزة في حياتها المهنية:

عادةً ما يكتشف الممثلون العظماء أن لديهم الموهبة من خلال البحث أولاً في محاولة يائسة للعثور على هوية. إنها ليست هوية عادية تناسبهم، ولا يمكن لأي يأس عادي أن يدفعهم.

القوة التي تدفع الممثل العظيم في شبابه هي الطموح المجنون. إن اللاشعري والجنون هما عرابا الممثل العظيم. الطفل الذي يفتقد أحد والديه هو دراسة في البحث عن الهوية وسرعان ما يصبح مرشحاً للممثل (نظراً لأن الطريقة الأكثر إبداعاً لاكتشاف هوية جديدة وممكنة هي من خلال الملاءمة الوثيقة للدور).⁸

وبالمثل، فإن الأميرة ديانا، التي رفضتها والدتها وترعرعت على يد أب بارد ومنعزل، أظهرت خصائص مماثلة. قالت مربيتها السابقة ماري كلارك: "كنت أعتقد دائماً أن ديانا ستكون ممثلة جيدة جداً لأنها ستلعب أي دور تختاره".

نشأت مارلين في دار للأيتام خلال سنوات عديدة من طفولتها المبكرة، وكان عليها أن تتعلم كيفية البقاء على قيد الحياة مع الحد الأدنى من الحب والاهتمام. لقد كانت صورتها الذاتية هي التي عانت أكثر من غيرها وأدت إلى سلوكها المتلاعب مع العشاق في وقت لاحق من حياتها. بالنسبة لديانا، فإن "مشاعرها العميقة بعدم الجدارة" (على حد تعبير شقيقها تشارلز) أعاقَت علاقاتها مع الرجال. "كنت أبقى دائماً [أصدقائي] بعيداً، واعتقدت أنهم جميعاً يمثلون مشكلة، ولم أتمكن من التعامل مع الأمر عاطفياً. لقد كنت في حالة من الإحباط الشديد، على ما أعتقد.

البالغين بالطبع؛ ولا يوجد تاريخ لجميع البالغين الحديين

من الصدمة أو سوء المعاملة. علاوة على ذلك، فإن معظم الدراسات حول آثار صدمة الطفولة تعتمد على استنتاجات من تقارير البالغين وليس على الدراسات الطولية التي تتبع الأطفال الصغار حتى مرحلة البلوغ. أخيرًا، أظهرت دراسات أخرى أشكالاً أقل تطرفاً من سوء المعاملة في تاريخ الحدود الحدودية، وخاصة الإهمال (أحياناً من الأب) والرابطة الزوجية الصارمة والمتشددة التي تستبعد الحماية والدعم الكافيين للطفل. 11، 21، 31 مع ذلك تشير الكمية الكبيرة من الأدلة القصصية والإحصائية إلى وجود صلة بين الأشكال المختلفة للإساءة والإهمال واضطراب الشخصية الحدية.

الطبيعة ضد الطبيعة

لا شك أن مسألة "الطبيعة والتنشئة" هي مسألة قديمة ومثيرة للجدل وتنطبق على العديد من جوانب السلوك البشري. هل يصاب الشخص باضطراب الشخصية الحدية بسبب مصير بيولوجي موروث من الوالدين - أو بسبب الطريقة التي يتعامل بها الوالدان مع التربية - أو أساء التعامل معها؟ هل تسبب العلامات البيوكيميائية والعصبية للاضطراب المرض أم أنها ناجمة عن المرض؟ لماذا يصاب بعض الأشخاص باضطراب الشخصية الحدية على الرغم من تنشئتهم الصحية على ما يبدو؟ لماذا لا يتطور لدى الآخرين، المثقلين بخلفية مليئة بالصدمة والإساءة،؟

يمكن أن تؤدي معضلات "الدجاجة أو البيضة" هذه إلى افتراضات خاطئة. على سبيل المثال، يمكن للمرء أن يستنتج، بناءً على نظريات النمو، أن الاتجاه السببي يتجه نحو الأسفل تمامًا؛ وهذا يعني أن الأم المنعزلة والمنفصلة ستنتج طفلاً حدوديًا غير آمن. لكن العلاقة قد تكون أكثر تعقيداً، وأكثر تفاعلية من ذلك: فالرضيع المصاب بالمغص، وغير المستجيب، وغير الجذاب قد يولد خيبة الأمل والانفصال لدى الأم. بغض النظر عما يأتي أولاً، يستمر كلاهما في التفاعل وإدامة أنماط العلاقات الشخصية، والتي قد تستمر على مدار سنوات عديدة وتمتد إلى علاقات أخرى.

الأب، وقبول العائلة والأصدقاء، والتعليم المتفوق، والقدرات الجسدية والعقلية -كلها أمور ستساعد في تحديد الصحة العاطفية النهائية للفرد.

على الرغم من عدم وجود دليل يدعم جينًا محددًا لاضطراب الشخصية الحدية، فقد برزت البشر نقاط ضعف صبغية يتم التعبير عنها لاحقًا على أنها مرض معين، اعتمادًا على مجموعة متنوعة من العوامل المساهمة -إحياءات وصدمات الطفولة، وأحداث التوتر المحددة في الحياة، والتغذية الصحية، والحصول على الرعاية الصحية، وما إلى ذلك وهلم جرا. وكما افترض البعض أن العيوب البيولوجية الموروثة في استقلاب الجسم للكحول قد تترافق مع ميل الفرد إلى تطوير إدمان الكحول، لذلك قد يكون هناك استعداد وراثي لاضطراب الشخصية الحدية، بما في ذلك ضعف بيولوجي في استقرار المزاج والدوافع.

نظرًا لأن العديد من الحدود تعلم أنه يجب عليهم رفض طرق التفكير إما الأسود أو الأبيض، فقد بدأ الباحثون في تقدير أن النموذج الأكثر ترجيحًا لاضطراب الشخصية الحدية (ولمعظم الأمراض الطبية والنفسية) يعترف بالعديد من العوامل المساهمة - الطبيعة والتنشئة -العمل والتفاعل في وقت واحد. الشخصية الحدية عبارة عن نسيج معقد، مطرز بشكل غني بخيوط متقاطعة لا تعد ولا تحصى.

الفصل الرابع

جمعية الحدود

حيث لا توجد رؤية، يموت الناس.

—امثال ٢٩:١٨

الدول مثل الرجال. أنها تنمو من الشخصيات البشرية.

-من جمهورية أفلاطون

منذ البداية لم تكن ليزا بارلو قادرة على فعل أي شيء بشكل صحيح. كان شقيقها الأكبر هو الفتى الذهبي: درجات جيدة، مؤدب، رياضي، مثالي. وكانت أختها الصغرى، التي كانت تعاني من الربو، تحظى أيضًا باهتمام مستمر. لم تكن ليزا جيدة بما فيه الكفاية أبدًا، خاصة في نظر والدها. وتذكرت كيف كان يذكر أطفاله الثلاثة باستمرار بأنه بدأ بلا شيء، وأن والديه لم يكن لديهما المال، ولم يهتموا به، وكانوا يشربون كثيرًا. ولكنه كان قد انتصر. لقد شق طريقه من خلال المدرسة الثانوية والكلية ومن خلال العديد من الترقيات في بنك الاستثمار الوطني. في عام 1999 جمع ثروة من طفرة أسهم الدوت كوم، لكنه خسرها كلها بعد عام بعد بعض الأخطاء المهنية.

كانت أولى ذكريات ليزا عن والدتها هي استلقاءها على الأريكة إما مريضة أو تتألم، وتطلب من ليزا القيام بعمل روتيني أو آخر في المنزل. حاولت ليزا جاهدة رعاية والدتها

واقناعها بالتوقف عن تناول مسكنات الألم والمهدئات التي بدت وكأنها تجعلها ضبابية وبعيدة.

شعرت ليذا أنها إذا كانت جيدة بما فيه الكفاية، فلن تتمكن من تحسين والدتها فحسب، بل يمكنها أيضًا إرضاء والدها. على الرغم من أن درجاتها كانت دائمًا ممتازة (حتى أفضل من درجات أخيها)، إلا أن والدها كان دائمًا يسيء إلى إنجازاتها: كانت الدورة سهلة للغاية أو كان بإمكانها أن تحصل على نتائج أفضل من A+ أو A في مرحلة ما، اعتقدت أنها قد ترغب في أن تصبح طبيبة، لكن والدها أقنعها بأنها لن تتمكن من ذلك أبدًا.

في طفولتها ومراهقتها، كانت عائلة بارلو تنتقل باستمرار، لمتابعة أي وظيفة أو ترقية سعى إليها والدها. من أوماها إلى سانت لويس إلى شيكاغو وأخيرًا إلى نيويورك. كرهت ليذا هذه الحركات وأدركت لاحقًا أنها استاءت من والدتها إلى الأبد.

معرضة عليهم. كل عامين، يتم حزم ليذا وشحنها مثل الأمتعة إلى مدينة جديدة غريبة حيث ستلتحق بمدرسة جديدة مليئة بالطلاب الجدد الغريبين. (بعد سنوات كانت تروي هذه التجارب لمعالجها النفسي على أنها "الشعور وكأنها ضحية مختطفة أو عبدة"). وبحلول الوقت الذي وصلت فيه العائلة إلى نيويورك، كانت ليذا في المدرسة الثانوية. لقد تعهدت بعدم تكوين صداقات أخرى أبدًا حتى لا تضطر إلى قول وداعًا مرة أخرى.

انتقلت العائلة إلى منزل فخم في إحدى ضواحي نيويورك الفاخرة. من المؤكد أن المنزل كان أكبر والعشب مشذبًا أكثر، لكن ذلك لم يقترب من التعويض عن الصداقات التي تركتها وراءها. نادرًا ما يعود والدها إلى المنزل في المساء، وعندما يفعل، يكون الوقت متأخرًا ويبدأ في الشرب والاحتجاج على ليذا ووالدتها لعدم قيامهما بأي شيء طوال اليوم. عندما كان والدها يشرب كثيرًا، أصبح عنيفًا، وفي بعض الأحيان كان يضرب الأطفال بقوة أكبر مما كان ينبغي. كان الوقت الأكثر رعبًا على الإطلاق عندما كان في حالة سكر وكانت والدتهما تتناول مسكنات الألم؛ ثم لم يكن هناك من يعتني بالأسرة، باستثناء ليذا، وكانت تكره ذلك.

في عام 2000، بدأ كل شيء في التفكك. بطريقة ما، خسرت شركة والدها (أو والدها نفسه، لم تكن متأكدًا من أي منهما) كل شيء عندما انهار سوق الأسهم. أصبح والدها فجأة في خطر فقدان وظيفته، وإذا فعل ذلك، فسيستعين على عائلة بارلو أن تفعل ذلك

انتقل مرة أخرى إلى منزل أصغر في حي أقل رغبة. يبدو أنه يلوم عائلته وخاصة ليزا. وبعد ذلك، في صباح صاف ومشرق من شهر سبتمبر عام 2001، نزلت ليزا إلى الطابق السفلي لتجد والدها مستلقًا على الأريكة، والدموع تنهمر على خديه، ولولا آثار الكحول الناجمة عن نوبة شرب في الليلة السابقة، لكان قد قُتل في مكتبه في مركز التجارة العالمي.

لعدة أشهر بعد ذلك كان والدها عاجزًا وكذلك والدتها. لقد انفصلا في النهاية بعد ستة أشهر. خلال هذه الفترة، شعرت ليزا بالضيق والعزلة. كان الأمر مشابهاً لما شعرت به في صف علم الأحياء عندما كانت تنظر حولها في الغرفة وتلاحظ الأطفال الآخرين وهم يحدقون في مجاهرهم، ويدونون الملاحظات، ويبدو أنهم يعرفون بالضبط ما يجب عليهم فعله، بينما تصيح هي مضطربة، ولا تفهم تمامًا ما يجب عليهم فعله. كان متوقعًا منها وتشعر بالخوف الشديد من طلب المساعدة.

وبعد فترة توقفت عن المحاولة. في المدرسة الثانوية بدأت تتسكع مع "الأطفال الخطأ". لقد تأكدت من أن والدها رآهما ومدى فظاعة ملبسهما. كانت أجساد العديد من أصدقائها مغطاة -حرفيًا تقريبًا -بالوشم وثقوب الجسم، وأصبح صالون الوشم المحلي منزلًا ثانيًا ليزا أيضًا.

لأن والدها أصر على أنها لن تتمكن من الاستمرار بينما كانت الطبيبة ليزا تمرض. وفي أول وظيفة لها في المستشفى، التقت "بروح متحررة" أرادت جلب خبرته في التمرريض إلى المناطق المحرومة. كانت ليزا مفتونة به وتزوجا بعد وقت قصير من لقاءهما. أصبح شرب الخمر "الاجتماعي" المعتاد أكثر وضوحًا مع مرور الأشهر، وبدأ بضربها. ظلت ليزا تشعر بالكدمات والإرهاق، وما زالت تشعر أن ذلك كان خطأها -فهي لم تكن جيدة بما فيه الكفاية، ولم تستطع أن تجعله سعيدًا. قالت إنه لم يكن لديها أصدقاء، لأنه لم يسمح لها بالحصول على أي أصدقاء، لكنها عرفت في أعماقها أن ذلك يرجع أكثر إلى مخاوفها من القرب.

شعرت بالارتياح عندما تركها أخيرًا. لقد أرادت الانفصال لكنها لم تستطع قطع الحبل بنفسها. ولكن بعد الراحة جاء الخوف:

"الآن ماذا أفعل؟"

بين تسوية الطلاق وراتبها، كان لدى ليزا ما يكفي من المال للعودة إلى المدرسة. هذه المرة كانت مصممة على أن تصبح طبيبة، مما أثار صدمة والدها، حيث تم قبولها في كلية الطب، لقد بدأت تشعر بالارتياح مرة أخرى، بالتقدير والاحترام.

ولكن بعد ذلك في كلية الطب عادت الشكوك الذاتية. قال المشرفون عليها إنها كانت بطيئة جدًا، وخرقاء في الإجراءات البسيطة، وغير منظمة. لقد انتقدوها لعدم طلبها الاختبارات الصحيحة أو الحصول على نتائج المختبر في الوقت المناسب. فقط مع المرضى شعرت بالراحة، معهم يمكنها أن تكون من أرادت أن تكون:

لطيف ورحيم عند الحاجة إلى ذلك، ومواجهه ومتطلب عندما يتطلب الأمر ذلك.

شهدت ليزا أيضًا قدرًا كبيرًا من التحيز في كلية الطب.

كانت أكبر سناً من معظم الطلاب الآخرين. كانت لديها خلفية مختلفة كثيرًا؛ وكانت امرأة. أطلق عليها العديد من المرضى اسم "الممرضة"، وبعض المرضى الذكور لم يرغبوا في "عدم وجود طبيبة". لقد شعرت بالألم والغضب لأن المجتمع ومؤسساته، مثل والديها، سلبتها أيضًا كرامتها.

ثقافة التفكك

تأخذ النظريات النفسية بعدًا مختلفًا عند النظر إليها في ضوء الثقافة والفترة الزمنية التي تنبثق منها.

في مطلع القرن، على سبيل المثال، عندما كان فرويد يصوغ النظام الذي سيصبح أساس الفكر النفسي الحديث، كان السياق الثقافي عبارة عن مجتمع فيكتوري منظم بشكل رسمي. كانت نظريته القائلة بأن الأصول الأساسية للعصاب هي قمع الأفكار والمشاعر غير المقبولة - العدوانية والجنسية بشكل خاص - كانت منطقية تمامًا في هذا السياق الاجتماعي الصارم.

والآن، بعد مرور أكثر من قرن من الزمان، يتم التعبير عن الفرائز العدوانية والجنسية بشكل أكثر صراحة، وأصبح الوسط الاجتماعي أكثر ارتباطًا. ما يعنيه أن تكون رجلاً أو امرأة هو أكثر من ذلك بكثير

غامضة في الحضارة الغربية الحديثة مما كانت عليه في أوروبا في مطلع القرن. أما الهياكل الاجتماعية والاقتصادية والسياسية فهي أقل ثباتاً. وحدة الأسرة والأدوار الثقافية أقل تحديداً، ومفهوم "التقليدي" في حد ذاته غير واضح.

على الرغم من أن العوامل الاجتماعية قد لا تكون أسباباً مباشرة لاضطراب الشخصية الحدية (أو أشكال أخرى من المرض العقلي)، إلا أنها على الأقل تأثيرات غير مباشرة مهمة. تتفاعل العوامل الاجتماعية مع اضطراب الشخصية الحدية بعدة طرق ولا يمكن تجاهلها. أولاً، إذا نشأ علم الأمراض الحدي في وقت مبكر من الحياة -وتشير الكثير من الأدلة في هذا الاتجاه -فمن المرجح أن تكون الزيادة في علم الأمراض مرتبطة بالأنماط الاجتماعية المتغيرة لبنية الأسرة والتفاعل بين الوالدين والطفل. وفي هذا الصدد، من المفيد دراسة التغيرات الاجتماعية في مجال أنماط تربية الأطفال، واستقرار الحياة المنزلية، وسوء معاملة الأطفال وإهمالهم.

ثانياً، التغيرات الاجتماعية ذات الطبيعة الأكثر عمومية لها تأثير متفاقم على الأشخاص الذين يعانون بالفعل من المتلازمة الحدية. على سبيل المثال، يصعب التعامل مع الافتقار إلى البنية في المجتمع الأمريكي بشكل خاص. حيث يواجهون عادةً مشاكل هائلة في إنشاء البنية لأنفسهم. تميل أنماط أدوار المرأة المتغيرة (المهنة مقابل ربة المنزل، على سبيل المثال) إلى تفاقم مشاكل الهوية. في الواقع، يعزو بعض الباحثين بروز اضطراب الشخصية الحدية بين النساء إلى صراع الدور الاجتماعي، الذي أصبح الآن منتشرًا على نطاق واسع في مجتمعنا. قد تنتقل شدة اضطراب الشخصية الحدية في هذه الحالات بدورها إلى الأجيال القادمة من خلال التفاعلات بين الوالدين والطفل، مما يضعف التأثيرات بمرور الوقت.

ثالثاً، قد يُنظر إلى الاعتراف المتزايد باضطرابات الشخصية بشكل عام، والشخصية الحدية بشكل أكثر تحديداً، على أنه استجابة طبيعية وحتمية لثقافتنا المعاصرة أو تعبير عنها. كما أشار كريستوفر لاش في ثقافة النرجسية،

كل مجتمع يعيد إنتاج ثقافته -معايير، وافتراضاته الأساسية، وأساليبه في تنظيم الخبرة -في المجتمع

الفرد، في شكل شخصية. وكما قال دوركهيم فإن الشخصية هي الفرد اجتماعيا

بالنسبة للكثيرين، فقدت الثقافة الأمريكية الاتصال بالماضي وبقيت غير متصلة بالمستقبل. إن طوفان التقدم التقني والمعلومات الذي اجتاحت أواخر القرن العشرين وأوائل القرن الحادي والعشرين، والذي شمل الكثير منه أجهزة الكمبيوتر وأجهزة المساعد الرقمي الشخصي والهواتف المحمولة وما إلى ذلك، غالبًا ما يتطلب التزامًا فرديًا أكبر بالدراسة والممارسة الانفرادية، وبالتالي التضحية توفير فرص للتفاعل الاجتماعي الحقيقي. وفي الواقع، فإن الانشغال -كما يقول البعض الهوس -بأجهزة الكمبيوتر وغيرها من الأدوات الرقمية، وخاصة بين الشباب فيما يسمى عادة "وسائل التواصل الاجتماعي" (فيسبوك، وماي سبيس، وتويتر، ويوتيوب، وما إلى ذلك)، قد يؤدي إلى سخرية القدر. مزيد من الاستغراق في الذات وتفاعل جسدي أقل؛ الرسائل النصية، والمدونات، والنشر، والتغريد كلها تتجنب التواصل البصري. وقد ساهمت معدلات الطلاق المتزايدة، والتوسع في استخدام الرعاية النهارية، وزيادة الحراك الجغرافي، في خلق مجتمع يفتقر إلى الثبات والموثوقية. تصبح العلاقات الشخصية والحميمية والدائمة صعبة أو حتى مستحيلة التحقيق، ويترتب على ذلك الشعور بالوحدة العميقة والانغماس في الذات والفراغ والقلق والاكتئاب وفقدان احترام الذات.

تمثل متلازمة الشريط الحدودي استجابة مرضية لهذه الضغوط. وبدون مصادر خارجية للاستقرار والتحقق من الجدارة، فإن الأعراض الحدودية للتفكير الأسود والأبيض، والتدمير الذاتي، والتغيرات المزاجية الشديدة، والاندفاع، والعلاقات الضعيفة، وضعف الشعور بالهوية، والغضب تصبح ردود فعل مفهومة للتوترات في ثقافتنا. إن السمات الحدية، التي قد تكون موجودة إلى حد ما لدى معظم الناس، يتم استنباطها -وربما حتى تربيتها -على نطاق واسع بسبب الظروف الاجتماعية السائدة.

وقد عبّر لويس ساس، كاتب نيويورك تايمز، عن الأمر بهذه الطريقة:

ربما تحتاج كل ثقافة إلى كبش فداء خاص بها كتعبير عن علل المجتمع. تمامًا كما تجسدت حالات الهستيريا في زمن فرويد

إن القمع الجنسي في تلك الحقبة، والخط الحدودي، الذي تنقسم هويته إلى أجزاء كثيرة، يمثل تفكك الوحدات المستقرة في مجتمعنا.

ورغم أن الحكمة التقليدية تفترض أن الحالة المرضية الحدية قد زادت على مدى العقود القليلة الماضية، فإن بعض الأطباء النفسيين يعتقدون أن الأعراض كانت شائعة بنفس القدر في أوائل القرن العشرين. ويزعمون أن التغيير لا يكمن في مدى انتشار الاضطراب، بل في حقيقة أنه أصبح الآن يتم تحديده وتعريفه رسميًا، وبالتالي يتم تشخيصه بشكل متكرر أكثر. وحتى بعض حالات فرويد المبكرة، التي تم فحصها في ضوء المعايير الحالية، يمكن تشخيصها اليوم على أنها شخصيات حدودية.

ومع ذلك، فإن هذا الاحتمال لا يقلل بأي حال من الأحوال من أهمية العدد المتزايد من المرضى الحديين الذين ينتهي بهم الأمر في مكاتب الأطباء النفسيين والاعتراف المتزايد بالخصائص الحدية في عموم السكان. في الواقع، السبب الرئيسي وراء تحديده وتغطيته على نطاق واسع في الأدبيات السريرية هو انتشاره في كل من البيئات العلاجية والثقافة العامة.

انهيار الهيكل:

مجتمع مجزأ

قليلون قد يجادلون في فكرة أن المجتمع أصبح أكثر انقسامًا منذ نهاية الحرب العالمية الثانية. لقد تم استبدال الهياكل العائلية القائمة منذ عقود - الأسرة النووية، والأسرة الممتدة، والأسر ذات الأجر الواحد، والاستقرار الجغرافي - بمجموعة واسعة من الأنماط والحركات والاتجاهات. ارتفعت معدلات الطلاق. لقد ارتفع تعاطي المخدرات والكحول وإهمال الأطفال وإساءة معاملتهم بشكل كبير. فقد أصبحت الجريمة والإرهاب والاعتقالات السياسية منتشرة على نطاق واسع، بل أصبحت في بعض الأحيان شائعة تقريبًا. فترات

لقد أصبحت حالة عدم اليقين الاقتصادي، التي تجسدت في سيناريوهات الازدهار والكساد المتقلبة، هي القاعدة، وليس الاستثناء.

وقد يكون بعض هذه التغيرات مرتبطاً بفشل المجتمع في تحقيق نوع من "التقارب الاجتماعي". كما هو مذكور في الفصل الثالث، خلال مرحلة الانفصال والتفرد، يغامر الرضيع بحذر بالابتعاد عن أمه ولكنه يعود إلى دفئها المطمئن وألفها وقبولها. غالبًا ما يؤدي تعطيل دورة التقارب هذه إلى انعدام الثقة، والعلاقات المضطربة، والفراغ، والقلق، وصورة ذاتية غير مؤكدة -وهي الخصائص التي تشكل متلازمة الشريط الحدودي. وبالمثل، قد نرى أن الثقافة المعاصرة تتداخل مع "التقارب الاجتماعي" الصحي من خلال عرقلة الوصول إلى المراسى المريحة. ولم يكن هذا الاضطراب أكثر وضوحاً في أي وقت من الأوقات مما كان عليه في العقد الأول من القرن الحادي والعشرين، حيث تعرض للانهايار الاقتصادي، والركود، وخسارة الوظائف، وحبس الرهن العقاري، وما إلى ذلك. في معظم مناطق البلاد، فإن الحاجة إلى دخلين للحفاظ على مستوى معيشي لائق تجبر العديد من الآباء على التخلي عن واجباتهم الأبوية تجاه الآخرين؛ لا تزال الإجازة الوالدية مدفوعة الأجر أو الرعاية النهارية في الموقع للآباء الجدد نادرة نسبياً ومحدودة دائماً تقريباً. إن الوظائف، فضلاً عن الضغوط الاقتصادية والاجتماعية، تشجع على التحرك المتكرر، وهذا التنقل الجغرافي بدوره يبعدنا عن جذورنا المستقرة، كما حدث في عائلة ليزا. نحن نفقد (أو فقدنا بالفعل) وسائل الراحة التي توفرها الأسرة المجاورة والأدوار الاجتماعية المتسقة.

وعندما تختفي أدوات العرف، فقد يحل محلها شعور بالهجر، والانجراف في مياه مجهولة. يفترق أطفالنا إلى الإحساس بالتاريخ والانتماء والحضور الراسخ في العالم. لتأسيس شعور بالسيطرة والألفة المريحة في مجتمع منعزل، قد يلجأ الفرد إلى نطاق واسع من السلوكيات المرضية -إدمان المخدرات، واضطرابات الأكل، والسلوكيات الإجرامية، وما إلى ذلك.

إن فشل المجتمع في توفير التقارب بروابط مطمئنة ومستقرة ينعكس في سلسلة لا هودة فيها من التغيرات المجتمعية الكاسحة.

الحركات على مدى الخمسين عاما الماضية. لقد انتقلنا من "عقد نحن" المتفجر الموجه نحو الآخرين والنضال من أجل العدالة الاجتماعية في الستينيات، إلى "عقد أنا" النرجسي في السبعينيات، إلى المادية المادية والبحث عن الأرقام. أحد "عقد" Whee في الثمانينات.

أعقب فترة التسعينيات المزدهرة والمستقرة نسبياً العقد الأول من القرن الحادي والعشرين المضطرب: الازدهار والكساد المالي، والكوارث الطبيعية (كاترينا والأعاصير الأخرى، والتسونامي الكبرى، والزلازل، والحرائق)، والحرب الطويلة، والحركات الاجتماعية والسياسية (مناهضة الحرب، وحقوق المثليين). - يعيدنا إلى دائرة كاملة تقريباً إلى الستينيات.

كان أحد أكبر الخاسرين في هذه التحولات التكتونية هو الولاءات الجماعية، أي الإخلاص للعائلة، والحي، والكنيسة، والمهنة، والبلد. مع استمرار المجتمع في تعزيز الانفصال عن الأشخاص والمؤسسات التي توفر التقارب المطمئن، يستجيب الأفراد بطرق تحدد فعلياً متلازمة الخط الحدي: انخفاض الإحساس بالهوية المصادق عليها، وتدهور العلاقات بين الأشخاص، والعزلة والوحدة، والملل، و(دون قوة استقرار الضغوط الجماعية) الاندفاع.

ومثل عالم الحدود، فإن عالمنا، في كثير من النواحي، عالم مليء بالتناقضات الهائلة. نحن نفترض أننا نؤمن بالسلام، لكن شوارعنا وأفلامنا وتلفزيوننا ورياضاتنا مليئة بالعنصرية والعنف. نحن أمة تأسست عملياً على مبدأ "ساعد جارك"، ومع ذلك فقد أصبحنا واحداً من أكثر المجتمعات المحافظة سياسياً، والأكثر انشغالا بذاتها، والمادية في تاريخ البشرية. يتم تشجيع الحزم والعمل. إن التفكير والتأمل يعادلان الضعف وعدم الكفاءة.

تناشدنا القوى الاجتماعية المعاصرة أن نحتضن قطبية أسطورية -أسود أو أبيض، صواب أو خطأ، جيد أو سيئ -بالاعتماد على حيننا إلى أوقات أبسط، إلى طفولتنا. يقدم النظام السياسي مرشحين يتبنون مواقف قطبية: "أنا على حق، والشخص الآخر على خطأ". أمريكا جيدة. والاتحاد السوفييتي هو «إمبراطورية الشر»؛ إيران والعراق وكوريا الشمالية هي "محور الشر". وتحثنا الطوائف الدينية على الاعتقاد بأن جماعتهم هي الوحيدة

الطريق إلى الخلاص. النظام القانوني، المبني على فرضية أن الشخص إما مذنّب أو غير مذنّب مع وجود مساحة ضئيلة أو معدومة للمناطق الرمادية، يديم الأسطورة القائلة بأن الحياة عادلة في جوهرها ويمكن تحقيق العدالة -أي أنه عندما يحدث شيء سيئ، فإنه بالضرورة ويترتّب على ذلك أنه خطأ شخص آخر ويجب على هذا الشخص أن يدفع.

إن طوفان المعلومات والبيانات الترفيحية يجعل الأمر صعبًا عبادة لتحديد الأولويات في الحياة. ومن الناحية المثالية، نحن -كأفراد وكمجتمع -نحاول تحقيق التوازن بين رعاية الجسد والعقل، بين العمل والترفيه، بين الإثارة والمصلحة الذاتية. ولكن في مجتمع مادي على نحو متزايد، فإن الانتقال من الحزم إلى العدوانية هو خطوة صغيرة، ومن الفردية إلى الغتراب، ومن الحفاظ على الذات إلى الانغماس في الذات.

أدى التيجل المتزايد باستمرار للتكنولوجيا إلى السعي الهاجس للدقة. حلت الآلات الحاسبة محل جداول الضرب وقواعد الشرائح التي حفظناها، ثم حلت محلها أجهزة الكمبيوتر، التي أصبحت منتشرة في كل جانب من جوانب حياتنا تقريبًا -سياراتنا، وأجهزتنا، وهواتفنا المحمولة -التي تعمل على تشغيل أي آلة أو جهاز كانت عليه. جزء من. يريح الميكرووييف البالغين من واجبات الطهي. يعفي الفيلكرو الأطفال من تعلم كيفية ربط أربطة الحذاء. يتم التضحية بالإبداع والاجتهاد الفكري من أجل الراحة والدقة.

كل هذه المحاولات لفرض النظام والعدالة على عالم عشوائي وغير عادل بطبيعته تؤكد صراع الحدود العقيم لاختيار الأسود أو الأبيض فقط، الصواب أو الخطأ، الجيد أو السيئ. لكن العالم ليس عادلاً ولا دقيقاً في جوهره؛ وهي تتألف من تفاصيل فرعية تتطلب أساليب أقل تبسيطاً. يمكن للحضارة السليمة أن تتقبل الغموض غير المريح. إن محاولات القضاء على عدم اليقين أو تجاهلها لا تؤدي إلا إلى تشجيع المجتمع الحدودي.

سيكون من السذاجة الاعتقاد بأن التأثير التراكمي لكل هذا

إن التغيير -الجذب المؤلم للقوى المتعارضة- لم يكن له أي تأثير على نفسيّتنا. بمعنى ما، نحن جميعاً نعيش في نوع من "المنطقة الحدودية" -بين أمريكا المزدهرة، الصحية، ذات التكنولوجيا المتقدمة، على

من ناحية، وفقر الفقر والتشرد وتعاطي المخدرات والأمراض العقلية من ناحية أخرى؛ بين الحلم بعالم عاقل وآمن ومأمون وكابوس المحرقة النووية المجنون.

لقد جاء ثمن التغيير الاجتماعي في هيئة إجهاد واضطرابات جسدية مرتبطة بالتوتر، مثل النوبات القلبية، والسكتات الدماغية، وارتفاع ضغط الدم. ويتعين علينا الآن أن نواجه احتمال أن تصبح الأمراض النفسية جزءاً من الثمن النفسي.

الرغبة من المستقبل

على مدى العقود الأربعة الماضية، شهدت الأوضاع العلاجية تغييراً أساسياً في تعريف علم النفس المرضى، بدءاً من العصاب العرضي وحتى اضطرابات الشخصية. منذ عام 1975 كتب الطبيب النفسي بيتر ل. جيوفاتشيني: «يواجه الأطباء باستمرار عددًا متزايدًا على ما يبدو من المرضى الذين لا يتناسبون مع فئات التشخيص الحالية.

[إنهم لا يعانون من] أعراض محددة ولكن من شكاوى غامضة وغير محددة. . . . عندما أشير إلى هذا النوع من المرضى، يعرف الجميع تقريبًا إلى من أشير.» 3 ابتداءً من الثمانينيات، أصبحت مثل هذه التقارير شائعة، حيث حلت اضطرابات الشخصية محل العصاب الكلاسيكي باعتبارها علم الأمراض البارز. ما هي العوامل الاجتماعية والثقافية التي أثرت على هذا التغيير في علم الأمراض؟ يعتقد الكثيرون أن أحد العوامل هو تخفيض قيمة الماضي:

أن تعيش اللحظة هو الشغف السائد، أن تعيش من أجل نفسك، وليس من أجل أسلافك أو الأجيال القادمة. . . . إننا نفقد بسرعة الإحساس بالاستمرارية التاريخية، والشعور بالانتماء إلى سلسلة متعاقبة من الأجيال التي نشأت في الماضي وتمتد إلى المستقبل.

إن فقدان الاستمرارية التاريخية يصل إلى الخلف والأمام على السواء: إن تخفيض قيمة الماضي يكسر الارتباط الإدراكي بالتاريخ.

المستقبل، الذي يصبح مجهولاً على نطاق واسع، مصدراً للخوف بقدر ما هو مصدر للأمل، ورمال متحركة واسعة، يصبح من الصعب للغاية تخلص النفس منها. يُنظر إلى الوقت على أنه نقاط معزولة بدلاً من اعتباره سلسلة منطقية ومتواصلة من الأحداث المتأثرة بإنجازات الماضي والفعل الحاضر وتوقع المستقبل.

إن الاحتمال الذي يلوح في الأفق بوقوع حدث كارثي -التهديد بالإبادة النووية، أو هجوم إرهابي ضخم آخر مثل أحداث 11 سبتمبر، أو الدمار البيئي بسبب ظاهرة الاحتباس الحراري، وما إلى ذلك -يساهم في عدم إيماننا بالماضي وخوفنا من المستقبل. تظهر الدراسات التجريبية مع المراهقين والأطفال باستمرار "الوعي بالخطر، واليأس بشأن البقاء على قيد الحياة، ومنظور زمني قصير، والتشاؤم بشأن القدرة على الوصول إلى أهداف الحياة. يتم ذكر الانتحار مرارًا كاستراتيجية للتعامل مع التهديد. وقد وجدت دراسات أخرى أن التهديد بالحرب النووية يدفع الأطفال إلى نوع من "مرحلة البلوغ المبكر"، على غرار النوع الذي شهدناه عند الأطفال قبل الحدود. (مثل ليزا) الذين يضطرون للسيطرة على العائلات التي خرجت عن نطاق السيطرة بسبب

اضطراب الشخصية الحدية، والإدمان على الكحول، والاضطرابات العقلية الأخرى.6 يتوقع العديد من الشباب الأمريكيين الذين تتراوح أعمارهم بين أربعة عشر واثني عشر وعشرين عامًا الموت قبل سن الثلاثين، وفقًا لدراسة أجريت عام 2008 ونشرت في مجلة صحة المراهقين. وخلصت الدراسة إلى أن واحدًا من كل خمسة عشر شابًا (6.7%) أعرب عن مثل هذه "القدرة غير الواقعية". وتستند النتائج إلى أربع سنوات من بيانات المسح التي شملت 4201 مراهقًا، والتي أجراها بين عامي 2002 و2002 معهد التواصل بشأن مخاطر المراهقين التابع لمركز أنينبرج للسياسة العامة. وعلى الرغم من انخفاض معدل الانتحار بين الأشخاص الذين تتراوح أعمارهم بين عشرة وأربعة وعشرين عامًا، إلا أن الانتحار يظل السبب الرئيسي الثالث للوفاة في هذه الفئة العمرية.7 ويجسد الخط الحدودي، كما رأينا، هذا التوجه نحو "الآن". ومع القليل من الاهتمام بالماضي، فإن الحدود تكاد تكون بمثابة فقدان للذاكرة الثقافية؛ خزنة ذكرياته الدافئة (التي تدعم معظمنا في الأوقات العصيبة) أصبحت فارغة. ونتيجة لذلك، فهو محكوم عليه بالعذاب دون أن يتنفس، ولا مخبأً للذكريات أكثر سعادة

مرات لتجاوز الفترات الصعبة. غير قادر على التعلم من أخطائه، فهو محكوم عليه بتكرارها.

من غير المرجح أن ينشغل الآباء الذين يخشون المستقبل باحتياجات الجيل القادم. يصبح الوالد الحديث، المنفصل عاطفياً والمغترب -ولكنه في الوقت نفسه مدلاً ومفرطاً -مرشحاً محتملاً لتشكيل الشخصيات الحدودية المستقبلية.

غابة العلاقات بين الأشخاص

ولعل التغييرات الاجتماعية المميزة على مدى الخمسين عامًا الماضية جاءت في مجال الأعراف والأدوار والممارسات الجنسية -بدءاً من الحياة الجنسية المكبوتة في الخمسينيات، إلى اتجاهات "الحب الحر" و"الزواج المفتوح" في الثورة الجنسية في الستينيات. وإلى إعادة التقييم الجنسي على نطاق واسع في ثمانينيات القرن العشرين (والتي نتجت في جزء كبير منها عن الخوف من مرض الإيدز وغيره من الأمراض التي تنتقل عن طريق الاتصال الجنسي)، وإلى حركات المثليين والمثليات على مدى العقد الماضي. لقد أدى الانتشار الهائل لمواقع التعارف و"المطابقة" ووسائل التواصل الاجتماعي إلى تسهيل إقامة اتصال شخصي لدرجة أن "شريط الالتقاط" القديم أصبح غير ذي صلة على نحو متزايد. يمكن الآن بدء العلاقات الرومانسية أو الجنسية البريئة -أو غير المشروعة -بوضع نقرات على لوحة المفاتيح أو برسالة نصية. لم تحسم هيئة المحلفين بعد ما إذا كان الفضاء الإلكتروني قد "أضفى الحضارة" على عالم العلاقات الشخصية أم أنه حوله إلى غابة خطيرة أكثر من أي وقت مضى.

ونتيجة لهذه القوى وغيرها من القوى المجتمعية، أصبح من الصعب على نحو متزايد تحقيق والحفاظ على الصداقات العميقة والدائمة، وعلاقات الحب، والزواج. ستين بالمائة من حالات الزواج للأزواج الذين تتراوح أعمارهم بين العشرين والخامسة والعشرين تنتهي بالطلاق؛ ويبلغ الرقم 50% لمن هم فوق الخامسة والعشرين. 8 وحتى في عام 1982 أشار لاش إلى أنه "بينما تصبح الحياة الاجتماعية أكثر وأكثر حربية وهمجية، فإن العلاقات الشخصية، التي توفر ظاهرياً الراحة من تلك الظروف، تتخذ طابع الحرب". القتال. 9

ومن المفارقات أن الخطوط الحدودية قد تكون مناسبة تمامًا لهذا النوع من الخفافيش. تناسب حاجة الرجل النرجسي إلى السيطرة وأن يكون محبوبًا

حسنًا مع حاجة المرأة الحدودية المتناقضة إلى السيطرة عليها ومعاقبته. النساء الحدوديات، كما رأينا مع ليزا في بداية هذا الفصل، غالبًا ما يتزوجن في سن مبكرة هربًا من فوضى الحياة الأسرية. إنهم يتشبثون بالأزواج المسيطرين الذين يعيدون خلق مستنقع الحياة المنزلية معهم، كلاهما قد يدخل في نوع من "صفعة" . . .

شكرا. كنت بحاجة لذلك! ثنائي سادي مازوخي. والأمر الأقل شيوعًا، ولكنه لا يزال شائعًا، هو عكس هذه الأدوار، حيث يرتبط الذكر الحدودي بشريكة نرجسية.

الماسوشية هي سمة بارزة في العلاقات الحدودية. إن الاعتماد المقترن بالألم يثير العبارة المألوفة "الحب يؤلم". عندما كان طفلًا، يعاني الشريط الحدودي من الألم والارتباك في محاولة إقامة علاقة ناضجة مع والدته أو مقدم الرعاية الأساسي. وفي وقت لاحق من الحياة، يقوم الشركاء الآخرون -الزوج، والأصدقاء، والمعلم، وصاحب العمل، والوزير، والطبيب -بتجديد هذا الارتباك المبكر.

إن النقد أو الإساءة يعزز بشكل خاص الصورة الذاتية للحدود بأنها عديمة القيمة. على سبيل المثال، لخصت علاقات ليزا اللاحقة مع زوجها والمشرفين عليها، المشاعر العميقة لانعدام القيمة التي كانت متأصلة في انتقادات والدها المستمرة.

في بعض الأحيان تتحول المعاناة المازوخية على الحدود إلى سادية. على سبيل المثال، كانت "آن" أحيانًا تشجع زوجها "لاري" على الشرب، لعلها بمشكلة الشرب التي يعاني منها. ثم تحرض على الشجار، وهي تدرك تمامًا ميول لاري العنيفة عندما يكون في حالة سكر. بعد تعرضها للضرب، كانت آن ترتدي كدماتها مثل شرائط المعركة، لتذكير لاري بعنفه، وتصر على الخروج في الأماكن العامة، حيث تشرح آن علاماتها على أنها "حوادث"، مثل "الاصطدام بالأبواب". بعد كل حلقة، كان لاري يشعر بالندم الشديد والإذلال، في حين قدمت آن نفسها على أنها شهيدة طالت معاناتها. وبهذه الطريقة استخدمت آن ضربها لعقاب لاري. ويصبح تحديد هوية الضحية الحقيقية في هذه العلاقة غامضًا بشكل متزايد.

حتى عندما تنقطع العلاقة على ما يبدو، يعود الخط الحدودي زاحفًا لمزيد من العقاب، ويشعر أنه يستحق التشهير. إن العقوبة مألوفة بشكل مريح، وأسهل في التعامل معها من احتمال العزلة المخيف أو شريك مختلف.

السيناريو النموذجي للعلاقات الاجتماعية الحديثة هو نمط "الحبيب المتداخل"، والذي يُطلق عليه عادة "الألواح الخشبية" - وهو إنشاء قصة حب جديدة قبل قطع الرومانسية الحالية. يجسد الخط الحدودي هذه الحاجة المستمرة للشراكة: فبينما يتسلى الخط الحدودي صالة العلاقات الرياضية في الغابة، لا يستطيع التخلي عن الشريط السفلي حتى يمسك بقوة بالشريط الأعلى. عادة، لن يترك الخط الحدودي زوجته الحالية المسينة حتى يظهر "الفارس الأبيض" الجديد في الأفق على الأقل.

فترات من الأعراف الاجتماعية الجنسية المريحة والأقل تنظيمًا للعلاقات الرومانسية (كما كانت في أواخر الستينيات والسبعينيات) أكثر صعوبة في التعامل مع الحدود؛ ومن المفارقة أن زيادة الحرية والافتقار إلى البنية يؤديان إلى حبس الشريط الحدودي، الذي يعاني من إعاقة شديدة في ابتكار نظام قيمه الفردي. على العكس من ذلك، يمكن أن تكون فترة الانسحاب الجنسي في أواخر الثمانينات (والتي ترجع جزئيًا إلى وباء الإيدز) علاجية للشخصيات الحدية. تفرض المخاوف الاجتماعية حدودًا صارمة لا يمكن تجاوزها إلا تحت خطر التعرض لضرر جسدي كبير؛ الاندفاع والاختلاط لهما الآن عقوبات صارمة في شكل الأمراض المنقولة جنسياً، والانحرافات الجنسية العنيفة، وما إلى ذلك. يمكن أن يساعد هذا الهيكل الخارجي في حماية الشريط الحدودي من التدمير الذاتي.

تغيير أنماط دور الجنسين

في وقت سابق من القرن الماضي، كانت الأدوار الاجتماعية أقل، ومحددة بشكل جيد، ويمكن دمجها بسهولة أكبر. كانت الأم عاملة في المنزل، مسؤولة عن الأطفال. تدفقت الاهتمامات الخارجية، مثل المشاركة المدرسية والهوايات والأعمال الخيرية، بشكل طبيعي من

هذه الواجبات، كما تم الجمع بين عمل الأب ورؤية المجتمع بسلاسة. وعملت أدوارهم معًا بشكل متزامن.

ومع ذلك، فإن تعقيدات المجتمع الحديث تملي على الفرد تطوير عدد كبير من الأدوار الاجتماعية، والتي لا يتم دمج الكثير منها بسهولة. الأم العاملة، على سبيل المثال، لديها دورين متميزين ويجب أن تكافح من أجل أداء كليهما بشكل جيد. تطالب سياسات معظم أصحاب العمل بأن تفصل الأم العاملة بين المنزل ومكان العمل؛ ونتيجة لذلك، تشعر العديد من الأمهات بالذنب أو الإحراج عندما تؤثر المشاكل من إحداها على الأخرى.

يجد الأب العامل أيضًا أدوار العمل والمنزل مقسمة. لم يعد صاحب البقالة المحلية التي تعيش فوق المتجر، وعلى الأرجح أنه يعمل على بعد أميال من المنزل ولديه وقت أقل بكثير ليقضيه مع عائلته. علاوة على ذلك، يلعب الأب الحديث دورًا تشاركيًا متزايدًا مع المسؤولية العائلية.

يعد تغيير أنماط الأدوار على مدى الخمسة والعشرين عامًا الماضية أمرًا أساسيًا للنظريات حول سبب تحديد اضطراب الشخصية الحدية بشكل أكثر شيوعًا لدى النساء. في الماضي، كان للمرأة دورة حياة واحدة في الأساس: الزواج (عادة في أواخر سن المراهقة أو أوائل العشرينات)، وإنجاب الأطفال، والبقاء في المنزل لتربية هؤلاء الأطفال، وقمع أي طموحات مهنية. وعلى النقيض من ذلك، تواجه المرأة الشابة اليوم مجموعة محيرة من النماذج والتوقعات - من المرأة العاملة العازبة، إلى المرأة العاملة المتزوجة، إلى الأم الحاضنة التقليدية، إلى "الأم الخارقة" التي تسعى جاهدة إلى تحقيق النجاح - الزواج، والعمل، وإنجاب الأطفال بنجاح.

لقد اختبر الرجال أيضًا أدوارًا وتوقعات جديدة، بالطبع، ولكن ليس على نطاق واسع جدًا - أو متعارض مثل النساء.

اليوم، من المتوقع أن يكون الرجال أكثر حساسية وانفتاحًا وأن يلعبوا دورًا أكبر في تربية الأطفال مقارنة بالعصور السابقة، ومع ذلك فإن هذه الصفات والمسؤوليات تتناسب عادةً مع الدور العام لـ "المُعيل" أو "المُعيل المشارك". ومن النادر، على سبيل المثال، الرجل الذي يتخلى عن طموحاته المهنية من أجل دور «رب البيت»، ولا يتوقع منه ذلك.

لدى الرجال عدد أقل من التعديلات التي يجب عليهم إجراؤها أثناء تطور العلاقات والزواج. على سبيل المثال، عادة ما تملي عمليات النقل احتياجات الرجل المهنية، لأنه في أغلب الأحيان هو المعيل الأساسي للأجر. طوال فترة الحمل والولادة وتربية الأطفال، تحدث تغييرات قليلة في الواقع اليومي للرجل. لا تتحمل المرأة فقط المتطلبات الجسدية للحمل والولادة ويجب أن تترك وظيفتها للولادة، ولكنها أيضًا هي التي يجب أن تعود إلى العمل أو تتخلى عن حياتها المهنية. ومع ذلك، في العديد من الأسر ذات العائل المزدوج، على الرغم من أنه قد لا يتم ذكر ذلك صراحة، فإن المرأة تتحمل ببساطة المسؤولية الأساسية عن صيانة المنزل. هي التي تقوم عادةً بتعديل خططها للبقاء في المنزل مع طفل مريض أو انتظار قدوم المُصلح.

ورغم أن النساء كافحن بنجاح لتحقيق المزيد من الخيارات الاجتماعية والمهنية، فربما كان لزاماً عليهن أن يدفعن ثمنًا باهظًا في هذه العملية: اتخاذ قرارات حياتية مؤلمة بشأن الحياة المهنية، والأسرة، والأطفال؛ توترات في علاقاتهن مع أطفالهن وأزواجهن؛ والضغط الناتج عن اتخاذ هذه القرارات والتعايش معها؛ والارتباك حول من هم ومن يريدون أن يكونوا. من هذا المنظور، من المفهوم أن النساء يجب أن يرتبطن بشكل أوثق باضطراب الشخصية الحدية، وهو اضطراب يكون فيه الارتباك بين الهوية والأدوار من المكونات المركزية.

التوجه الجنسي والحدود

قد يلعب التوجه الجنسي أيضًا دورًا في ارتباك دور الخط الحدودي. وتمشيا مع هذه النظرية، يقدر بعض الباحثين زيادة كبيرة في معدل الانحرافات الجنسية بين الخطوط الحدودية. 11.01 تشمل العوامل البيئية التي قد تساهم نظريًا في تطوير الهوية الجنسية الافتقار إلى قدوة، والاعتداءات الجنسية، والحاجة النهم إلى المودة، والاهتمام، وعدم الراحة مع جسده، والمعلومات الجنسية غير المتسقة.

أنماط الأسرة وتربية الطفل

منذ نهاية الحرب العالمية الثانية، شهد مجتمعنا تغيرات مذهلة في أنماط الأسرة وتربية الأطفال:

• كانت مؤسسة الأسرة النووية في تدهور مستمر. وبسبب الطلاق إلى حد كبير، فإن نصف الأطفال الأمريكيين الذين ولدوا في التسعينيات سيقضون جزءًا من طفولتهم في منزل وحيد الوالدين.

• أدت الهياكل الأسرية البديلة (مثل "الأسر المختلطة"، حيث يتحد أحد الوالدين مع أطفال مع أسرة أخرى مكونة من أحد الوالدين لتشكيل وحدة عائلية جديدة) إلى حالات يتم فيها تربية العديد من الأطفال على يد أشخاص آخرين غير والديهم الحقيقيين. وفقًا لإحدى الدراسات، فإن 63% فقط من الأطفال الأمريكيين ينشأون مع كلا الوالدين البيولوجيين - وهي أدنى نسبة في العالم الغربي. [13] وبسبب زيادة الحراك الجغرافي، من بين عوامل أخرى، فإن الأسرة الممتدة التقليدية، مع الأجداد والأشقاء وأبناء العمومة والعلاقات الأسرية الأخرى التي تعيش على مقربة شديدة، تكاد تنقرض، مما يترك الأسرة النووية غير مدعومة فعليًا.

• ارتفع عدد النساء العاملات خارج المنزل بشكل كبير. أربعون في المائة من النساء العاملات أمهات لأطفال دون سن الثامنة عشرة؛ 71 في المائة من جميع الأمهات العازبات يعملن. 41

• نتيجة لعمل المرأة خارج المنزل، يتم وضع عدد أكبر من الأطفال في أشكال مختلفة من الرعاية النهارية أكثر من أي وقت مضى - وفي سن مبكرة جدًا. وقد زاد عدد الأطفال الرضع في الرعاية النهارية بنسبة 45 في المائة خلال الثمانينات

*تشير الأدلة بوضوح إلى أن حالات الاعتداء الجسدي والجنسي على الأطفال قد زادت بشكل ملحوظ على مدى السنوات الخمس والعشرين الماضية.

ما هي الآثار النفسية لهذه التغيرات في تربية الأطفال على كل من الأطفال والآباء؟ على الرغم من أن العديد من هذه التغيرات (مثل الأسر المختلطة) جديدة جدًا بحيث لا يمكن أن تكون موضوعًا لدراسات مكثفة طويلة الأمد، إلا أن الأطباء النفسيين وخبراء التنمية يتفقون عمومًا على أن الأطفال الذين ينشأون في بيئات تتسم بالاضطرابات أو عدم الاستقرار أو سوء المعاملة يكونون أكثر عرضة للخطر. خطر حدوث مشاكل عاطفية وعقلية في مرحلة المراهقة والبلوغ. علاوة على ذلك، فإن الآباء في مثل هذه البيئات هم أكثر عرضة للإصابة بالتوتر والشعور بالذنب والاكتئاب وانخفاض احترام الذات - وكلها خصائص مرتبطة باضطراب الشخصية الحدية.

إساءة معاملة الأطفال وإهمالهم: تدمير الثقة

أصبحت إساءة معاملة الأطفال وإهمالهم مشاكل صحية كبيرة. في عام 2007، شارك حوالي 5.8 مليون طفل في ما يقدر بـ 3.2 مليون من تقارير وادعاءات إساءة معاملة الأطفال في الولايات المتحدة، [17] وتقدر بعض الدراسات أن 25 بالمائة من الفتيات يتعرضن لشكل من أشكال الاعتداء الجنسي (من الوالدين أو غيرهم) بحلول الوقت الذي يبلغن فيه العمر. البلوغ. 81

تشمل خصائص الأطفال الذين يتعرضون للإيذاء الجسدي في سن ما قبل المدرسة التثبيط، والاكتئاب، وصعوبات التعلم، ومشاكل السلوك (مثل فرط النشاط ونوبات الغضب الشديدة)، وضعف التحكم في الانفعالات، والعُدوانية، ومشاكل العلاقات مع الأقران.

قال جون لينون: "العنف يولد العنف"، وهذا صحيح بشكل خاص في حالة الأطفال الذين تعرضوا للضرب. ولأن أولئك الذين يتعرضون للإيذاء غالباً ما يصبحون مسيئين هم أنفسهم، فإن هذه المشكلة يمكن أن تدوم من تلقاء نفسها على مدى عقود وأجيال عديدة. وفي الواقع، فإن حوالي 30% من الأطفال الذين تعرضوا للإيذاء والإهمال سوف يسيئون معاملة أطفالهم فيما بعد، مما يؤدي إلى استمرار الحلقة المفرغة.

إن حدوث سوء المعاملة أو الإهمال بين الحدود مرتفع بما يكفي ليكون عاملاً يفصل اضطراب الشخصية الحدية عن اضطرابات الشخصية الأخرى. وبعد الإيذاء اللفظي أو النفسي هو الشكل الأكثر شيوعاً، يليه الإيذاء الجسدي ثم الاعتداء الجنسي. قد يكون الاعتداء الجسدي والجنسي أكثر دراماتيكية بطبيعته، لكن الطفل الذي يتعرض للإيذاء العاطفي يمكن أن يعاني من فقدان كامل لاحترام الذات.

يمكن أن يتخذ الإساءة العاطفية للطفل عدة أشكال:

•التدهور -التقليل باستمرار من قيمة إنجازات الطفل وتضخيم سوء السلوك. وبعد فترة يقتنع الطفل بأنه سيء بالفعل أو لا قيمة له.

•عدم التوفر -يظهر الآباء الغائبون نفسياً القليل من الاهتمام بنمو الطفل ولا يقدمون أي عاطفة في أوقات الحاجة.

•الهيمنة -استخدام التهديدات الشديدة للسيطرة على سلوك الطفل. وقد قارن بعض خبراء تنمية الطفل هذا النوع من الإساءة بالتقنيات التي يستخدمها الإرهابيون لغسل أدمغة الأسرى

تذكر من قصة ليزا أنها ربما عانت من كل هذه الأشكال من الإساءة العاطفية: كان والدها يعنفها باستمرار قائلاً إنها "ليست جيدة بما فيه الكفاية"; نادراً ما كانت والدتها تدافع عن ليزا، وكانت دائماً تقريباً تخضع لزوجها في جميع القرارات المهمة؛ واعتبرت ليزا عمليات الترحيل العديدة التي قامت بها العائلة على أنها "عمليات اختطاف".

إن نمط الطفل المهمل، كما وصفه عالم النفس هيو ميسيلدين، يعكس معضلات الحدود في الحياة اللاحقة:

إذا عانيت من الإهمال في طفولتك، فقد يدفعك ذلك إلى الانتقال من شخص إلى آخر، على أمل أن يعوضك أحد ما ينقصك. قد لا تكون قادراً على الاهتمام كثيراً

نفسك، وتعتقد أن الزواج سينتهي هذا، ثم تجد نفسك في موقف يندر بالخطر من كونك متزوجًا ولكن غير مرتبط عاطفيًا. . . . علاوة على ذلك، فإن الشخص الذي يعاني من الإهمال في خلفيته يكون دائمًا مضطربًا وقلقًا، لأنه لا يستطيع الحصول على الرضا العاطفي. . . . تساعد هذه التحركات المضطربة والمتهورة على خلق وهم العيش عاطفيًا. . . . قد يكون مثل هذا الشخص، على سبيل المثال، مخطوبًا ليتزوج من شخص واحد ويقيم في نفس الوقت علاقات جنسية مع شخصين أو ثلاثة آخرين. أي شخص يقدم الإعجاب والاحترام يروق لهم، ولأن حاجتهم إلى المودة كبيرة جدًا، فإن قدرتهم على التمييز تضعف بشدة.

من خلال ما نفهمه عن جذور اضطراب الشخصية الحدية (انظر الفصل 3)، فإن سوء المعاملة أو الإهمال أو الانفصال المطول في مرحلة الطفولة المبكرة يمكن أن يعطل بشكل كبير عملية بناء الثقة لدى الرضيع النامي.

احترام الذات والاستقلالية مشلولان. القدرة على التعامل مع الانفصال وتكوين الهوية لا تسير بشكل طبيعي. عندما يصبحون بالغين، قد يستعيد الأطفال الذين تعرضوا للإبذاء علاقات محبطة مع الآخرين. وقد يصبح الألم والعقاب مرتبطين بالتقارب، حيث يتوصلون إلى الاعتقاد بأن "الحب يؤلم". ومع نزوح الحد الفاصل، قد يصبح تشويه الذات وكيلاً للوالد المسيئ.

أبناء الطلاق: الأب المختفي

بسبب الطلاق في المقام الأول، يتم تربية عدد أكبر من الأطفال دون الحضور الجسدي و/أو العاطفي لوالدهم أكثر من أي وقت مضى. لأن معظم المحاكم تمنح الأطفال للأم في الحضانة

وفي هذه الحالات، فإن الغالبية العظمى من المنازل ذات الوالد الوحيد ترأسها الأمهات. وحتى في حالات الحضانة المشتركة أو حقوق الزيارة الليبرالية، فإن الأب، الذي من المرجح أن يتزوج مرة أخرى بعد الطلاق مباشرة ويؤسس أسرة جديدة، غالبًا ما يتلاشى من تربية الطفل.

إن الاتجاه الأخير في تربية الأطفال، نحو تقاسم أكثر مساواة للمسؤوليات الأبوية بين الأم والأب، يجعل الطلاق أكثر إزعاجاً للطفل. من الواضح أن الأطفال يستفيدون من الأبوة والأمومة المزدوجة، لكنهم أيضًا يخسرون أكثر عندما يتفكك الزواج، خاصة إذا حدث الانفصال خلال السنوات التكوينية عندما لا يزال لدى الطفل العديد من مراحل النمو الحاسمة التي يتعين عليه اجتيازها.

تشير الدراسات حول آثار الطلاق عادةً إلى الانزعاج العميق، والعوز، والتراجع، وقلق الانفصال الحاد المرتبط بمخاوف الهجر لدى الأطفال في سن ما قبل المدرسة. 22 تم العثور على عدد كبير من الأشخاص الذين يعانون من الاكتئاب 32 أو غير الاجتماعي في المراحل اللاحقة من مرحلة الطفولة. 42 في الواقع، المراهقون الذين يعيشون في أسر ذات والد واحد ليسوا أكثر عرضة للانتحار فحسب، بل أكثر عرضة للمعاناة من الاضطرابات النفسية، بالمقارنة مع المراهقين الذين يعيشون في أسر سليمة. 52

أثناء الانفصال والطلاق، تزداد حاجة الطفل إلى العلاقة الحميمة الجسدية. على سبيل المثال، من المعتاد أن يطلب الطفل وقت الانفصال من أحد الوالدين أن ينام معه. إذا استمرت هذه الممارسة وأصبح النوم في نفس السرير حاجة للوالدين أيضًا، فقد يتعرض شعور الطفل بالاستقلالية والسلامة الجسدية للتهديد. وهذا، إلى جانب الشعور بالوحدة والإصابة بالترجسية الشديدة الناجمة عن الطلاق، يضع بعض الأطفال في خطر كبير لتوقف النمو، أو، إذا أصبحت الحاجة إلى المودة والطمأنينة يائسة، للاعتداء الجنسي. قد يطلب الأب المنفصل عن المنزل المزيد من الوقت مع طفله للتخفيف من مشاعر الوحدة والحرمان لديه. إذا أصبح الطفل مصدرًا للصواعق بسبب استياء والده ومرارته، فقد يكون مرة أخرى أكثر عرضة لخطر سوء المعاملة.

في كثير من حالات انفصال الوالدين، يصبح الطفل بيدقًا في معركة مدمرة بين والديه. ديفيد، الأب المطلق الذي عادة ما يتجاهل امتيازات الزيارة، طلب فجأة من ابنته البقاء معه كلما كان

غاضبة من والدتها. كانت هذه الزيارات عادة غير سارة للطفلة وكذلك لأبيها وعائلته الجديدة، ولكنها كانت تستخدم كعقاب لزوجته السابقة، التي كانت تشعر بالذنب والعجز تجاه طلباته. أصبح بوبي متورطًا في صراعات بين والديه المطلقين عندما أعادت والدته والده بشكل دوري إلى المحكمة للحصول على المزيد من أموال إعالة الطفل. إن رشاوى الهدايا المادية أو التهديدات بقطع الدعم عن المدرسة أو صيانة المنزل هي أسلحة شائعة تستخدم بين أولياء الأمور الذين يتقاتلون بشكل مستمر؛ عادة ما تكون الرشاوى والتهديدات أكثر ضررًا على الأطفال منها على الوالدين.

وقد يتم جر الأطفال إلى معارك قضائية وإجبارهم على الإدلاء بشهادتهم بشأن والديهم. في هذه المواقف، لا يمكن للوالدين ولا المحاكم ولا منظمات الرعاية الاجتماعية حماية الطفل، الذي غالبًا ما يُترك مع شعور بالعجز الغامر (تستمر الصراعات على الرغم من مساهماته)، أو بالقوة المسكرة (تتحكم شهادته في المعركة بين أقاربه). آباء). قد يشعر بالغضب من وطرته ومع ذلك يخشى أن يتخلى عنه الجميع. كل هذا يصبح أرضًا خصبة لتطوير علم الأمراض الحدي.

بالإضافة إلى الطلاق، ساهمت قوى مجتمعية قوية أخرى في ظهور "متلازمة الأب الغائب". لقد شهد نصف القرن الماضي نضج أطفال الآلاف من قدامى المحاربين - الحرب العالمية الثانية، والحرب الكورية، وفيتنام، والخليج العربي، والعراق - ناهيك عن العديد من الناجين من معسكرات الاعتقال ومعسكرات الاعتقال.

لم يكن العديد من هؤلاء الآباء غائبين خلال فترات كبيرة من نمو أطفالهم فحسب، بل وُجد أن العديد منهم أصيبوا باضطرابات ما بعد الصدمة وتأخر الحداد ("الحزن المتأثر") المرتبط بالقتال الذي أثر أيضًا على نمو الطفل. 62 بحلول عام 40 ، 1970 بالمائة من أسرى الحرب العالمية الثانية والحرب الكورية تعرضوا للموت العنيف عن طريق الانتحار أو القتل أو حوادث السيارات (معظمها حوادث سيارة واحدة لراكب واحد). وقد استمر نفس الاتجاه مع الأطباء البيطريين في حرب العراق. بحسب الجيش الأمريكي

تشير الأرقام إلى أن خمسة جنود يومياً حاولوا الانتحار في عام 2007 مقارنة بأقل من جندي واحد يومياً قبل الحرب. غالبًا ما يعاني أطفال الناجين من المحرقة من صعوبات عاطفية شديدة، ترجع جذورها إلى الصدمة النفسية الهائلة التي تعرض لها آباؤهم. 29 يمكن أن تؤدي متلازمة الأب الغائب إلى عواقب مرضية. في كثير من الأحيان، في الأسر التي مزقتها الطلاق أو الموت، تحاول الأم التعويض بأن تصبح الوالدة المثالية، وترتب كل جانب من جوانب حياة طفلها؛ ومن الطبيعي أن تكون لدى الطفل فرصة محدودة لتطوير هويته الخاصة. بدون حماية أحد الوالدين، يمكن أن تكون العلاقة بين الأم والطفل قريبة جدًا بحيث لا تسمح بالانفصال الصحي.

على الرغم من أن الأم تسعى في كثير من الأحيان إلى تعويض الأب المفقود، إلا أنه في كثير من الحالات يكون الطفل هو الذي يحاول في الواقع استبدال الأب الغائب. في غياب الأب، تتضاعف قوة العلاقة التكافلية مع الأم بشكل كبير. يكبر الطفل بنظرة مثالية للأم وتخيلات تحاول إرضائها إلى الأبد. وقد يستمر اعتماد الوالدين على الطفل، مما يتعارض مع النمو والتفرد، مما يؤدي إلى زرع بذور اضطراب الشخصية الحدية.

ممارسات تربية الأطفال المسموح بها

إن الممارسات الحديثة المتساهلة في تربية الأطفال، والتي تنطوي على نقل المهام الأبوية التقليدية إلى وكالات خارجية - المدرسة، ووسائل الإعلام، والصناعة - أدت إلى تغيير كبير في نوعية العلاقات بين الوالدين والطفل. وقد حل محل "غريزة" الوالدين الاعتماد على الكتب وخبراء تربية الأطفال. تربية الأطفال، في العديد من الأسر، تأخذ المقعد الخلفي لمتطلبات المهن المرذوقة.

يصبح "الوقت الجيد" تعبيرًا ملطفًا ناجمًا عن الشعور بالذنب يعني "الوقت غير كافي".

كثير من الآباء يبالغون في التعويض عن طريق الاهتمام باحتياجات الطفل العملية والترفيهية. مع توفير القليل من الدفء الحقيقي. ينظر الآباء النرجسيون إلى أطفالهم على أنهم امتدادات

أنفسهم أو كأشياء/ممتلكات، وليس كبشر منفصلين. ونتيجة لذلك، يختنق الطفل في حالة الاهتمام العاطفي البعيد، مما يؤدي إلى إحساس مبالغ فيه بأهميته، ودفاعاته التراجعية، وفقدان الإحساس بالذات.

التنقل الجغرافي: أين الوطن؟

نحن نتحرك أكثر من أي وقت مضى. يمكن أن يؤدي التنقل الجغرافي الأكبر إلى تحقيق فوائد تعليمية غنية وتبادل ثقافي للطفل، ولكن عمليات النقل العديدة غالبًا ما تكون مصحوبة أيضًا بشعور بانعدام الجذور. لقد وجد بعض الباحثين أن الأطفال الذين يتنقلون بشكل متكرر ويبقون في مكان واحد لفترات قصيرة فقط غالبًا ما تكون لديهم استجابات مشوشة، أو لا توجد استجابة على الإطلاق، للسؤال البسيط، "أين منزلك؟"

ونظرًا لأن فرط الحركة يرتبط عادةً بأنماط الحياة ذات التوجه الوظيفي ومتطلبات العمل، فإن أحد الوالدين أو كليهما في الأسر المتنقلة يميل إلى العمل لساعات طويلة وبالتالي يكون متاحًا بشكل أقل لأطفاله. ومع وجود عدد قليل من الثوابت الكافية في بيئتهم لتوفير التوازن الأخير للتنمية، فإن التنقل يضيف قوة تخریبية أخرى -حيث يتحول العالم إلى حديقة حيوانات من الأماكن والوجوه المتغيرة. وقد يكبر مثل هؤلاء الأطفال وهم يشعرون بالملل والوحدة، ويبحثون عن التحفيز المستمر. وباضطرارهم باستمرار إلى التكيف مع المواقف والأشخاص الجدد، فقد يفقدون الإحساس المستقر بالذات الذي تشجعه المراكز المجتمعية الآمنة. على الرغم من أنهم رشيقون اجتماعيًا، إلا أنهم، مثل ليزا، يشعرون عادةً أنهم يتظاهرون بذلك برشاقة.

ومع زيادة الحراك الجغرافي، يضعف استقرار الحي، وأنظمة المدارس المجتمعية، والمؤسسات الكنسية والمدنية، والصداقات. فقدت الانتماءات التقليدية. حوالي 44% من الأميركيين يعترفون بانتمائهم إلى كنيسة مختلفة عن تلك التي نشأوا فيها. 03 أصبحت الأجيال تفصل بينها مسافات طويلة، والعائلة الممتدة

يتم فقدان الدعم العاطفي ورعاية الأطفال. ينشأ الأطفال دون معرفة أجدادهم وعماتهم وأعمامهم وأبناء عموماتهم، ويفقدون ارتباطهم القوي بالماضي ومصدر الحب والدفع لتعزيز النمو العاطفي الصحي.

صعود عائلة فو

ومع تفكك المجتمع، وتفكك الزيجات، وتفكك الأسر، فليس من قبيل الصدفة أن يؤدي هذا العقد إلى ظهور "الأسرة الزائفة"، أو المجتمع الافتراضي، لتحل محل مجتمعات الماضي الحقيقية. ويتجلى هذا التوق إلى الانتماء إلى "القبيلة" في مجموعة متنوعة من الطرق: إذ يعرف مشجعو كرة القدم أنفسهم بأنهم "أمة رايدر"، ينتظر 30 مليون شخص لساعات كل أسبوع للتصويت لمفضلهم الأمريكي المفضل، لمجرد أن يكونوا جزءًا من مجموعة أكبر ذات هدف "مشترك"؛ وينضم ملايين الشباب إلى فيسبوك وماي سبيس ليكونوا أعضاء في شبكة اجتماعية إلكترونية واسعة. قبل خمسين عامًا في روايته "مهد القطة"، أطلق كيرت فونيجت على هذه "الروابط" على نحو مازح (ولكن بشكل نبوي) اسم "الغرناقالون" -مجموعة من الأشخاص الذين يختارون، أو يزعمون أن لديهم، هوية أو هدفًا مشتركًا، ولكن ارتباطهم المتبادل هو في الواقع لا معنى له. وضرب المؤلف مثالين، نبات الثورة الأمريكية وشركة جنرال إلكتريك؛ إذا كتب فونيجت الرواية اليوم، فمن الممكن أن تكون الأمثلة بسهولة فيسبوك أو تويتر.

منذ عام 2003 ارتفعت مواقع الشبكات الاجتماعية من نشاط متخصص إلى ظاهرة يشارك فيها عشرات الملايين من مستخدمي الإنترنت. أكثر من النصف (55%) من جميع الشباب الأمريكيين الذين يستخدمون الإنترنت والذين تتراوح أعمارهم بين اثني عشر إلى سبعة عشر عامًا يستخدمون مواقع الشبكات الاجتماعية عبر الإنترنت، مثل MySpace و Facebook تشير الأدلة الأولية إلى أن المراهقين يستخدمون هذه المواقع في المقام الأول للتواصل والبقاء على اتصال ووضع خطط مع الأصدقاء، وتكوين صداقات جديدة. ومع ذلك، قد لا يكون الدافع "نقيًا". على سبيل المثال، دراسة أجريت عام 2007 من قبل

لقد وجدت شركة ميكروسوفت (التي ينبغي أن تعرف شيئاً عن هذا الموضوع) أن "الأنا" هي المحرك الأكبر للمشاركة: حيث يساهم الأشخاص في "زيادة رأس مالهم الاجتماعي والفكري والثقافي".

تويتر، أحدث "غضب" إلكتروني يجتاح الأمة (المزيفة)، لا يخلج من نزعتة النرجسية. "التغريد" هو نوع من خدمة الرسائل النصية الفورية، والمقصود منه هو الإعلان (بـ 140 حرفاً أو أقل) عن "ما أفعله" لمجموعة من "المتابعين". ليس هناك ادعاء بأن المقصود من الاتصال هو أن يكون في اتجاهين

شارع.

قليلون قد يجادلون في النرجسية المتزايدة في الثقافة الأمريكية.

تم توثيق الدافع النرجسي في البداية من خلال مقال توم وولف التاريخي "The Me Decade" في عام 1976 وثقافة النرجسية لكريستوفر لاش في عام 1978، وقد تم إثبات الدافع النرجسي منذ ذلك الحين من خلال مجموعة واسعة من الاتجاهات الثقافية: تلفزيون الواقع الذي يحول المشاركين في العلف إلى مشاهير فوريين. -للمشاهير؛ الجراحة التجميلية تنفجر في صناعة النمو. التساهل مع الوالدين، وعبادة المشاهير، والشهوة للنروة المادية، والآن تعمل الشبكات الاجتماعية على خلق مجموعة خاصة من الأصدقاء المزيفين. كما جان م.

لاحظ توينج ودبليو كيث كامبل في كتابهما وباء النرجسية: (2009) "لقد جلبت الإنترنت تكنولوجيا مفيدة، لكنها جلبت أيضاً إمكانية الشهرة الفورية و"انظر إلي!" عقلية. . يسعى

الناس إلى إنشاء "علامة تجارية شخصية" (وتسمى أيضاً "العلامة التجارية الذاتية")، وتغليف أنفسهم مثل منتج ليتم بيعه. إنه ابتكار تكنولوجي تحويلي، رغم أنه يمكننا أن نقول بأمان إن الباحثين والأطباء ينبغي لهم أن يراقبوا تأثيره النفسي الإجمالي، ناهيك عن الخطر الجسدي المحتمل الكامن، وخاصة بالنسبة للشباب.

الفصل الخامس

التواصل مع الحدود

على ما يرام . . . ماذا تريدني ان اقول؟ هل تريد مني أن أقول إنه مضحك، حتى تناقضني وتقول إنه محزن؟ أم تريدني أن أقول إنه أمر محزن حتى تتمكن من الالتفاف وتقول لا، إنه أمر مضحك. يمكنك أن تلعب تلك اللعبة الصغيرة اللعينة بالطريقة التي تريدها، كما تعلم!

—من يخاف من فيرجينيا وولف؟، بقلم إدوارد ألي

يغير الخط الحدودي شخصيتها مثل منظار دوار، ويعيد ترتيب الزجاج المجزأ من كيانها إلى تشكيلات مختلفة -كل مجموعة مختلفة، ولكن كل منها، هي. مثل الحباء، يحول الشريط الحدودي نفسه إلى أي شكل تتخيل أنه سيسعد المشاهد.

يمكن أن يكون التعامل مع السلوك الحدي محبطًا لكل شخص على اتصال منتظم بالشخصية الحدية لأنه، كما رأينا، فإن انفجارات الغضب، والتقلبات المزاجية السريعة، والشك، والأفعال المتهورة، والانفجارات غير المتوقعة، وأفعال التدمير الذاتي، والاتصالات غير المتسقة هي أمور مفهومة. مزجة لكل من حولهم

سننصف في هذا الفصل طريقة متسقة ومنظمة للتواصل مع الخطوط الحدودية -نظام -SET-UP الذي يمكن فهمه بسهولة واعتماده من قبل العائلة والأصدقاء والمعالجين لاستخدامه على أساس يومي، والذي قد يساعد في إقناع الحد الفاصل للنظر في العلاج (انظر الفصل 7).

تطور نظام SET-UP إطار منظم للتواصل مع الحدود في الأزمات. خلال مثل هذه الأوقات، يتم إعاقة التواصل مع الشريط الحدودي بسبب مجال القوة الداخلية الفوضوي الذي لا يمكن اختراقه، والذي يتميز بثلاث حالات شعورية رئيسية: الوحدة المربعة، والشعور بسوء الفهم، والعجز الساحق.

ونتيجة لذلك، غالبًا ما يكون الأفراد المعنيون غير قادرين على التفكير بهدوء مع الحدود، ويضطرون بدلاً من ذلك إلى مواجهة نوبات الغضب، والتدمير الاندفاعي، والتهديدات أو الإيماءات بإيذاء النفس، والمطالب غير المعقولة بالرعاية. يمكن أن تساعد الاستجابات المكشوفة في معالجة المخاوف الأساسية، وتخفيف الصراع الحدودي، ومنع "الانهيار" الذي يؤدي إلى صراع أكبر.

على الرغم من أنه تم تطوير SET-UP للحدود في الأزمات، إلا أنه يمكن أن يكون مفيدًا أيضًا للآخرين الذين يحتاجون إلى اتصالات موجزة ومتسقة، حتى عندما لا يكونون في أزمة.

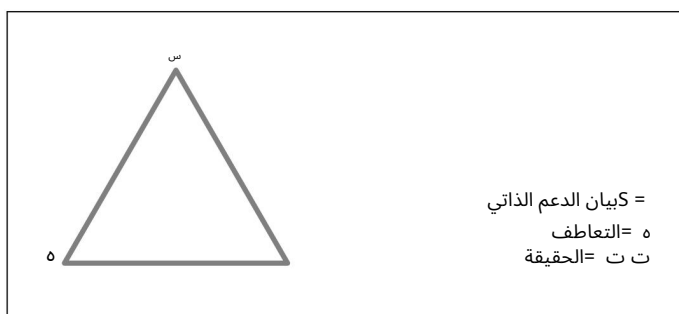
ضبط الاتصالات

- "SET" الدعم والتعاطف والحقيقة - هو نظام اتصال مكون من ثلاثة أجزاء (انظر الشكل (1-5) أثناء مواجهات السلوك المدمر، أو جلسات اتخاذ القرار المهمة، أو غيرها من الأزمات، ينبغي للتفاعلات مع الحدود أن تستدعي العناصر الثلاثة جميعها.

يرمز UP إلى التفاهم والمثابرة ، وهي الأهداف التي تحاول جميع الأطراف تحقيقها.

تستدعي المرحلة S من هذا النظام، وهي مرحلة الدعم، بيانًا شخصيًا للقلق. "أنا قلق حقًا بشأن ما تشعر به" هو مثال على بيان الدعم. يتم التركيز على مشاعر المتحدث الخاصة وهو في الأساس تعهد شخصي بمحاولة تقديم المساعدة.

في مقطع التعاطف ، يحاول المرء الاعتراف بالمشاعر الفوضوية للحدود من خلال عبارة "أنت": "كم هو فظيع



الشكل 5-1

لا بد أنك تشعر. "ومن المهم عدم الخلط بين التعاطف والتعاطف ("أشعر بالأسف الشديد من أجل الحقيقة. "الحقيقة هي الحد الذي لا يمكنه الإجابة على السؤال: "إلى متى يمكنني أن أكون متعاطفًا؟" التجربة المؤلمة للخط الحدودي، وليس على تجربة المتحدث. عبارة مثل "أعرف مدى سوء شعورك" تستدعي ردًا ساخرًا، أنت لا تعرفه حقًا، ولا يؤدي إلا إلى تفاقم الصراع.

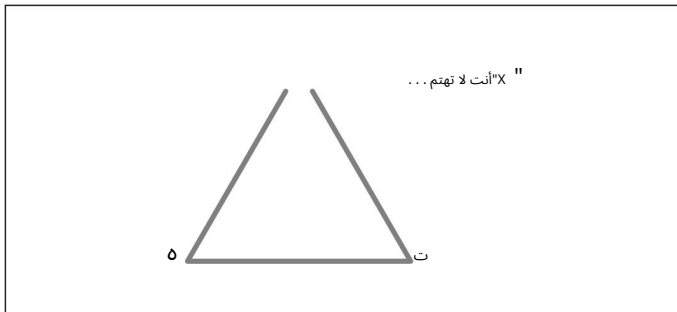
يؤكد بيان ، الذي يمثل الحقيقة أو الواقع، على أن الحد الفاصل هو المسؤول في النهاية عن حياته وأن محاولات الآخرين للمساعدة لا يمكن أن تستبق هذه المسؤولية الأساسية. في حين أن الدعم والتعاطف عبارة عن عبارات ذاتية تؤكد ما يشعر به المديرون، فإن عبارات الحقيقة تعترف بوجود مشكلة وتتناول القضية العملية والموضوعية المتعلقة بما يمكن القيام به لحلها. "حسنًا، ماذا ستفعل حيال ذلك؟" هو أحد الاستجابة الأساسية للحقيقة . تشير تعبيرات الحقيقة المميزة الأخرى إلى الأفعال التي يشعر المتحدث بأنه مضطر إلى اتخاذها ردًا على سلوكيات الحد الفاصل، والتي ينبغي التعبير عنها بطريقة واقعية ومحايدة ("هذا ما حدث... وهذه هي العواقب...

وهذا ما أستطيع أن أفعله. . . ما كنت تنوي القيام به؟"). ولكن ينبغي ذكرها بطريقة تتجنب اللوم والعقاب السادي

("هذه فوضى كبيرة أوقعنا فيها!", "لقد رتبت سريرك؛ استلقي فيه الآن!")، يعد جزء الحقيقة من نظام SET هو الأكثر أهمية والأصعب على الخط الحدودي قبوله لأن الكثير من عالمه يستبعد أو يرفض العواقب الواقعية.

يجب أن يحاول الاتصال بالخط الحدودي تضمين الرسائل الثلاث جميعها. ومع ذلك، حتى لو تم ذكر الأجزاء الثلاثة جميعها، فقد لا يدمج الخط الحدودي جميعها. تنتج الاستجابات المتوقعة عندما لا يتم ذكر أحد هذه المستويات بوضوح أو "لا يتم سماعه".

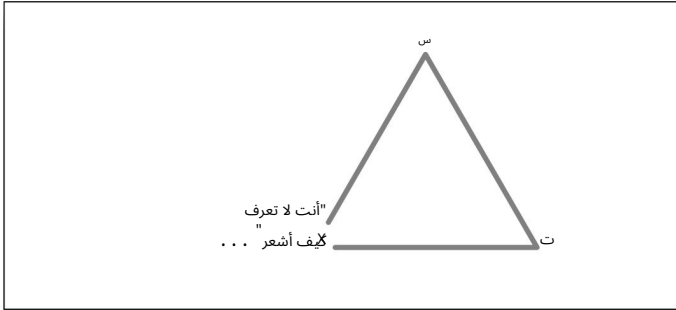
على سبيل المثال، عندما يتم تجاوز مرحلة الدعم في هذا النظام (انظر الشكل 2-5) فإن الحد الفاصل يتهم الآخر بعدم الاهتمام أو عدم الرغبة في التعامل معه. ومن ثم يميل الخط الحدودي إلى استبعاد المزيد من التبادلات على أساس أن الشخص الآخر لا يهتم، أو حتى أنه قد يتمنى له الأذى. اتهام الحدود بـ "أنت لا تهتم!" يشير عادةً إلى أنه لم يتم دمج بيان الدعم.



الشكل 5-2

يؤدي عدم القدرة على إيصـال جزء التعاطف من الرسالة (انظر الشكل 3-5) إلى مشاعر مفادها أن الشخص الآخر لا يفهم ما يمر به الحد الفاصل. ("أنت لا تعرف ما أشعر به!") هنا، سيبرر الحد الفاصل رفضه

الاتصال بالقول أنه أسيء فهمه. وبما أن الشخص الآخر لا يستطيع تقدير الألم، فقد يتم التقليل من قيمة استجاباته. عندما لا يتم قبول عروض الدعم أو التعاطف عند الحدود، لا يتم سماع المزيد من الاتصالات.

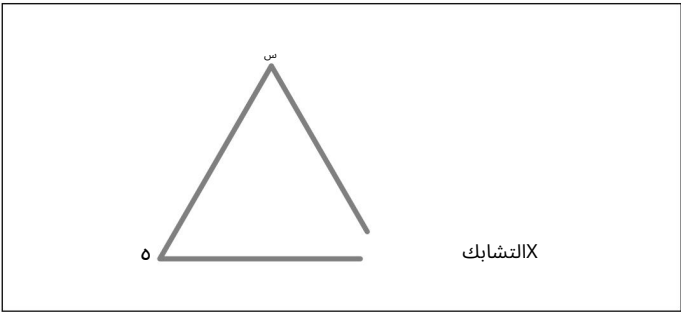


الشكل 3-5

عندما لا يتم التعبير عن عنصر الحقيقة بشكل واضح (انظر الشكل 4-5)، يظهر موقف أكثر خطورة. يفسر الحد الفاصل إذعان الآخرين بطرق يجدها أكثر راحة لاحتياجاته، عادة كتأكيد على أن الآخرين يمكن أن يكونوا مسؤولين عنه حقًا، أو أن تصورات الخاصة مشتركة ومدعومة عالميًا.

يتفكك الاندماج الهش للخط الحدودي مع هؤلاء الأشخاص الآخرين في النهاية عندما تصبح العلاقة غير قادرة على تحمل ثقل توقعاته غير الواقعية. وبدون الحقيقة والمواجهة المعلنة بوضوح، يظل الخط الحدودي متشابكًا بشكل مفرط مع الآخرين. وبعد تلبية احتياجاته، سيصر الحد الفاصل على أن كل شيء على ما يرام، أو على الأقل أن الأمور سوف تتحسن. وفي الواقع، فإن الدليل على هذا التشابك غالبًا ما يكون غيابًا مؤقتًا للصراع: إذ سيظهر الخط الحدودي قدرًا أقل من العداء والغضب. ومع ذلك، عندما تُحبط توقعاته غير الواقعية في النهاية، تنهار العلاقة في دوامة نارية من الغضب وخيبة الأمل.

106 أنا أكرهك - لا تتركني



الشكل 5-4

معضلات الحدود

يمكن استخدام مبادئ الإعداد في مجموعة متنوعة من الإعدادات في محاولة لنزع فتيل المواقف غير المستقرة. فيما يلي بعض المآزق الحدودية النموذجية التي يمكن فيها استخدام استراتيجية SET.

ملعون إذا فعلت، وملعون إذا لم تفعل

غالبًا ما يؤدي الارتباك الحدودي إلى رسائل متناقضة للآخرين. في كثير من الأحيان، ينقل الخط الحدودي موقفًا واحدًا بالكلمات، ولكنه يعبر عن رسالة متناقضة بالسلوك. على الرغم من أن خط الحدود قد لا يكون واعيًا بهذه المعضلة، إلا أنه كثيرًا ما يضع صديقًا أو قريبًا في موقف لا يربح فيه، حيث يُدان الشخص الآخر بغض النظر عن الاتجاه الذي يسلكه.

الحالة 1: غلوريا وأليكس. تخبر غلوريا زوجها أليكس أنها بائسة ومكتئبة. تقول إنها تخطط لقتل نفسها لكنها تمنعه من طلب المساعدة لها.

في هذا الموقف، يواجه أليكس رسالتين متناقضتين: (1) رسالة غلوريا العلنية، والتي تنص بشكل أساسي على ما يلي: "إذا كنت تهتم بي، فسوف تحترم رغباتي ولن تتحدى استقلاليتي للتحكم في مصيري وحتى الموت، إذا أنا اخترت";

و(2) الرسالة المعاكسة، التي تم نقلها في نفس إعلان نواياها، والتي تقول: "من أجل الله، إذا كنت تهتم بي، ساعدني، ولا تدعني أموت".

إذا تجاهل أليكس تصريحات غلوريا، فسوف تتهمه بالبرود وعدم الاهتمام. إذا حاول أن يذكر الأسباب التي تمنعها من قتل نفسها، فإنها ستحبطه بحجج مضادة لا هوادة فيها وستدينه في النهاية لعدم فهمه لألمها حقًا. إذا اتصل بالشرطة أو طبيبها، فسوف يرفض طلباتها ويثبت أنها لا تستطيع الوثوق به.

نظرًا لأن غلوريا لا تشعر بالقوة الكافية لتحمل المسؤولية عن حياتها، فإنها تتطلع إلى أليكس لتحمل هذا العبء. تشعر بالإرهاق والعجز في أعقاب اكتئابها. من خلال جذب Alex إلى هذه الدراما، فإنها تجعل منه شخصية في مسرحيتها المكتوبة، مع نهاية غير مؤكدة لا يمكن حلها بنفسها، ولكن بواسطة Alex. تواجه تناقضها بشأن الانتحار من خلال تسليمه مسؤولية مصيرها.

علاوة على ذلك، تقسم غلوريا الأجزاء السلبية من اختياراتها المتاحة وتسقطها على أليكس، وتحفظ لنفسها الجانب الإيجابي من التناقض. بغض النظر عن رد فعل أليكس، سيتم انتقاده. إذا لم يشفع بشكل فعال، فهو غير مهتم وبلا قلب، و"بُساء فهمها بشكل مأساوي". إذا حاول إيقاف محاولاتها الانتحارية، فهو مسيطر وغير حساس، بينما هي مجردة من احترامها لذاتها.

وفي كلتا الحالتين، تتصور غلوريا نفسها شهيدة عاجزة وصالحة للذات -ضحية حرمها أليكس من تحقيق إمكاناتها الكاملة. أما أليكس فهو ملعون إذا فعل وملعون إذا لم يفعل!

قد تكون مبادئ الإعداد مفيدة في مواجهة موقف صعب مثل هذا. من الناحية المثالية، يجب أن تشمل إجابات Alex الجوانب الثلاثة لمثلث SET. يجب أن يكون بيان Alex's S بمثابة إعلان عن التزامه تجاه Gloria ورغبته في مساعدتها: "أنا قلق للغاية بشأن مدى سوء شعورك ورغبتك في المساعدة".

لأنني احبك." إذا تمكن الزوجان من تحديد مجالات الاهتمام المحددة التي تزيد من معاناتها، فيمكنه اقتراح حلول وإعلان استعداده للمساعدة: "أعتقد أن بعضًا من هذا قد يكون مرتبطًا بالمشاكل التي كنت تواجهها مع شريك حياتك". رئيس. دعونا نناقش بعض البدائل. ربما يمكنك أن تطلب النقل. أو إذا كانت الوظيفة تسبب لك هذه الصعوبة الكبيرة، أريدك أن تعلم أنه لا بأس بالنسبة لي إذا كنت تريد الاستقالة والبحث عن وظيفة أخرى.

يجب أن يحاول بيان E نقل وعي Alex بألم غلوريا الحالي وفهمه لكيفية دفعها لمثل هذه الظروف القاسية إلى التفكير في إنهاء حياتها: "لا بد أن الضغط الذي تعرضت له خلال الأشهر العديدة الماضية أصبح لا يطاق. كل هذا العذاب يجب أن يقودك إلى الحافة، إلى النقطة التي تشعر فيها أنك لا تستطيع الاستمرار بعد الآن.

يجب أن يحدد الجزء الأكثر أهمية من عبارة Alex's T معضلة "ملعون إذا فعل، وملعون إذا لم يفعل" التي لا يمكن الدفاع عنها. يجب عليه أيضًا أن يحاول توضيح ازدواجية غلوريا بشأن الموت من خلال الاعتراف بأنه بالإضافة إلى ذلك الجزء منها الذي يريد إنهاء حياتها، هناك جزء آخر منها يرغب في الخلاص والمساعدة. قد تكون ردود Alex's T شيئًا من هذا القبيل: "أدرك مدى شعورك بالسوء ورغبتك في الموت. أعلم أنك قلت أنه إذا كنت أهتم بك على الإطلاق، فيجب أن أتركك وشأنك. ولكن إذا كنت أهتم، كيف يمكن أن أجلس وأشاهدك وأنت تدمر نفسك؟ إن تنبيهك لي بشأن خططك الانتحارية يخبرني أنه بقدر ما ترغب في الموت، هناك على الأقل جزء منك لا يريد أن يموت. وهذا هو الجزء الذي أشعر أنه يجب علي الرد عليه. أريدك أن تأتي معي لرؤية طبيب لمساعدتنا في حل هذه المشاكل.

اعتمادًا على فورية الظروف، يجب أن يصر أليكس على إجراء تقييم نفسي لغلوريا قريبًا، أو إذا كانت في خطر وشيك، فيجب عليه أن يأخذها إلى غرفة الطوارئ أو يطلب المساعدة من الشرطة أو المسعفين.

في هذه المرحلة قد يتفاقم غضب غلوريا عندما تلوم

أليكس إجبارها على دخول المستشفى. لكن تصريحات الحقيقة يجب أن تذكر غلوريا بأنها ليست هناك بسبب ما فعله أليكس

فعلت، ولكن بسبب ما فعلته غلوريا -التهديد بالانتحار. قد يحتاج الحد في كثير من الأحيان إلى التذكير بأن ردود أفعال الآخرين تجاهه تعتمد في المقام الأول على ما يفعله ، وأنه يجب عليه تحمل المسؤولية عن العواقب، بدلاً من إلقاء اللوم على الآخرين بسبب الاستجابات الواقعية لسلوكه.

عندما ينتهي الخطر المباشر، يجب أن تشير عبارات IT اللاحقة إلى أنماط غلوريا غير المنتجة في التعامل مع التوتر والحاجة إلى تطوير طرق أكثر فعالية للتعامل مع حياتها.

يجب أن تتضمن اعتبارات الحقيقة أيضًا كيفية تعامل غلوريا وأليكس تؤثر السلوكيات على بعضهم البعض وعلى زواجهم. وبمرور الوقت، قد يكونون قادرين على إيجاد نظام للاستجابة لبعضهم البعض، إما بمفردهم أو في إطار العلاج، مما يلبي احتياجات كليهما.

هذا النوع من المشاكل شائع بشكل خاص داخل العائلات ذات الحدود الحدودية التي تظهر سلوكيات بارزة مدمرة للذات.

قد يمثل المراهقون الجانحون أو الانتحاريون، ومدمنو الكحول، ومرضى فقدان الشهية معضلات مماثلة غير مربحة لعائلاتهم. إنهم يقاومون المساعدة بشدة، بينما يتصرفون بطرق واضحة مدمرة للذات. وفي العادة، فإن المواجهة المباشرة التي تعجل بحدوث أزمة هي الطريقة الوحيدة للمساعدة. توصي بعض المجموعات، مثل مدمني الخمر المجهولين، بمواقف مواجهة موحدة حيث تواجه العائلة أو الأصدقاء أو زملاء العمل، غالبًا مع مستشار، المريض بسلوكه الإدماني ويطلبون العلاج.

وتعتقد مجموعات "الحب القاسي" أن الاهتمام الحقيقي يجبر الفرد على مواجهة عواقب سلوكياته بدلا من حمايته منها. على سبيل المثال، قد تصر مجموعات "الحب القاسي" لآباء المراهقين على إدخال المراهق الذي يتعاطي المخدرات إلى المستشفى أو منعه من دخول المنزل. يركز هذا النوع من النهج على عنصر الحقيقة في مثلث الإعداد ولكنه قد يتجاهل قسمة الدعم والتعاطف. لذلك، قد تكون هذه الأنظمة ناجحة جزئيًا فقط بالنسبة للخط الحدودي، الذي قد يمر عبر الحركات

والتغيير الذي تفرضه عليه مواجهات الحقيقة ؛ ومع ذلك، فإن الافتقار إلى الرعاية والثقة التي يوفرها الدعم والتعاطف يعيق دافعه للتغيير المخلص والدائم.

الشعور بالسوء تجاه الشعور بالسوء

عادةً ما تستجيب الخطوط الحدودية للاكتئاب أو القلق أو الإحباط أو الغضب بطبقات أكثر من هذه المشاعر نفسها. بسبب كمالية الخط الحدودي وميله إلى إدراك الأشياء بتطرف أبيض وأسود، فإنه يحاول طمس المشاعر غير السارة بدلاً من فهمها أو التعامل معها. وعندما يجد أنه لا يستطيع ببساطة محو هذه المشاعر السيئة، فإنه يصبح أكثر إحباطًا أو شعورًا بالذنب. وبما أن الشعور بالسوء أمر غير مقبول، فإنه يشعر بالسوء تجاه الشعور بالسوء. عندما يجعله هذا يشعر بالسوء، فإنه يقع في دوامة لا نهاية لها على ما يبدو.

أحد أهداف معالجي الحدود وغيرهم من العلاقات الوثيقة هو اختراق هذه الطبقات المتعاقبة لتحديد الشعور الأصلي ومساعدة الحدودي على قبوله كجزء من نفسه.

يجب أن يتعلم الحد الفاصل أن يسمح لنفسه بتصرف المشاعر "السيئة" دون توبيخ أو ذنب أو إنكار.

الحالة 2: نيل والأصدقاء، نيل، موظف بنك يبلغ من العمر ثلاثة وخمسين عامًا، عانى من نوبات الاكتئاب لأكثر من نصف حياته. توفي والده نيل عندما كان صغيرًا، وقامت أخته الكبرى غير المتزوجة بتربيته في الغالب، والتي كانت باردة ومفرطة في النقد. وكانت متعصبة دينيًا، وكانت تصر على حضوره قداس الكنيسة يوميًا، وكثيرًا ما اتهمته بارتكاب تجاوزات خاطئة.

نشأ نيل ليصبح رجلًا سلبيًا تهيمن عليه زوجته.

لقد نشأ على الاعتقاد بأن الغضب غير مقبول ونفى الشعور بالغضب تجاه الآخرين. لقد كان مجتهدًا ويحظى بالاحترام في وظيفته، لكنه لم يتلق سوى القليل من المودة من زوجته. لقد رفضت محاولاته الجنسية مما أحبطه واكتئابته. كان نيل يغضب في البداية من زوجته بسبب رفضها، ثم يشعر بالذنب

يغضب على نفسه لأنه غضب، ثم يقع في حالة من الاكتئاب. تغلغل هذه العملية في مجالات أخرى من حياة نيل. كلما مر بمشاعر سلبية كان يضغط على نفسه للتخلص منها. وبما أنه لم يتمكن من السيطرة على مشاعره الداخلية، فقد أصبح محبطًا وخائب الأمل بشكل متزايد من نفسه. وتفاقم اكتابه. حاول أصدقاء نيل مواساته. أخبروه أنهم يقفون خلفه ومتواجدون متى أراد التحدث. وتعاطفوا مع انزعاجه في العمل ومشاكله في التعامل مع زوجته. وأشاروا إلى أنه "كان يشعر بالسوء أكثر من الشعور بالسوء"، وأنه ينبغي له أن يستقيم. لكن هذه النصيحة لم تساعد على الإطلاق؛ في الواقع، شعر نيل بالسوء لأنه شعر الآن أنه خذل أصدقاءه فوق كل شيء آخر. كلما حاول إيقاف مشاعره السلبية، كلما شعر بالفشل، وأصبح أكثر اكتئابًا.

يمكن لبيانات SET-UP أن تساعد نيل في مواجهة هذه المعضلة. تلقى نيل الكثير من الدعم والتعاطف من أصدقائه، لكن رسائل الحقيقة الخاصة بهم لم تكن مفيدة. بدلاً من محاولة محو مشاعره غير السارة (اقتراح كل شيء أو لا شيء)، يجب على نيل أن يفهم ضرورة قبولها كحقيقة ومناسبة، ضمن سياق غير حكمي. وبدلاً من إضافة المزيد من إدانة الذات، وهو ما يسمح له بالاستمرار في الانغماس في مستنقع عبارة "ويل لي"، يجب عليه بدلاً من ذلك مواجهة النقد والعمل على التغيير.

المزيد من بيانات الحقيقة ستعترف بأسباب سلوك نيل السلبي وسلوكيات زوجته والآخرين في حياته. ويجب أن يدرك أنه، إلى حد ما، يضع نفسه في موقف التعرض للإساءة من قبل الآخرين. وعلى الرغم من أنه يستطيع العمل على تغيير هذا الوضع في المستقبل، إلا أنه يجب عليه الآن التعامل مع الطريقة التي تسير بها الأمور حاليًا. وهذا يعني الاعتراف بغضبه، وأن لديه أسبابًا تجعله غاضبًا، وأنه ليس لديه خيار سوى قبول غضبه، لأنه لا يستطيع إخفاؤه، على الأقل ليس على الفور.

على الرغم من أنه قد يندم على وجود مشاعر غير مقبولة، إلا أنه

لا يستطيع تغييرها (مقولة مشابهة لتلك المستخدمة في مدمني الخمر المجهولين). إن قبول هذه المشاعر غير المريحة يعني قبول نفسه كإنسان غير كامل والتخلي عن الوهم بأنه قادر على التحكم في العوامل التي لا يمكن السيطرة عليها. إذا استطاع نيل أن يتقبل غضبه، أو حزنه، أو أي شعور غير سار، فإن ظاهرة "الشعور السيء تجاه الشعور السيء" سوف يتم إيقافها. يمكنه المضي قدمًا لتغيير جوانب أخرى من حياته.

لقد نتج الكثير من النجاح في حياة نيل عن بذل المزيد من الجهد: فالدراسة بجدية أكبر عادة ما تؤدي إلى درجات أفضل. عادة ما يؤدي التدريب بجهد أكبر إلى أداء أفضل. لكن بعض المواقف في الحياة تتطلب العكس. كلما صرّت على أسنانك وقبضت قبضتيك وحاولت النوم، زادت احتمالية بقائك مستيقظًا طوال الليل. كلما حاولت أن تجعل نفسك تسترخي، كلما زاد التوتر.

غالبًا ما يتحرر الحد الفاصل في هذه المعضلة عندما لا يتوقع ذلك -عندما يسترخي، ويصبح أقل هوشًا ومتطلبًا لذاته، ويتعلم قبول نفسه. ليس من قبيل الصدفة أن الشخص الحدودي الذي يبحث عن علاقة حب صحية يجدها في كثير من الأحيان عندما يكون أقل يأشًا من المشاركة في أنشطة تحقيق الذات. لأنه في هذه المرحلة يكون أكثر جاذبية للآخرين وأقل ضغوطًا للتوصل إلى حلول فورية وغير واقعية للوحدة.

الضحية الدائمة

كثيرًا ما يورط الخط الحدودي نفسه في مآزق يصبح فيها ضحية. نيل، على سبيل المثال، يرى نفسه كشخصية لا حول لها ولا قوة ويتصرف الآخرون بناءً عليها. في كثير من الأحيان، لا يدرك الشخص الحدودي أن سلوكه استفزازي أو خطير، أو أنه قد يدعو إلى الاضطهاد بطريقة ما. المرأة التي تختار باستمرار الرجال الذين يسيئون معاملتها، عادة ما تكون غير مدركة للأنماط التي تكررها. تتضمن وجهة نظر الخط الحدودي المنقسمة لنفسه أ

جزء خاص معنوي وجزء غاضب وغير مستحق ويستحق العقاب مأسوئياً. على الرغم من أنه قد لا يكون مدرّكاً لجانب واحد أو آخر. في الواقع، غالباً ما يكون نمط هذا النوع من الإيذاء "المدعوم" مؤشراً قوياً على أمراض اضطراب الشخصية الحدية.

على الرغم من أن كونك ضحية هو أمر مزعج للغاية، إلا أنه قد يكون أيضاً دوراً جذاباً للغاية. إن المتشرد الذي لا حول له ولا قوة، والذي تضربه البحار المضطربة في عالم غير عادل، جذاب للغاية لبعض الناس. إن التوافق بين المتشرد العاجز والشخص الذي يشعر بالحاجة القوية لإنقاذ الآخرين والعناية بهم يرضي احتياجات كلا الطرفين. يجد الشريط الحدودي "شخصاً غريباً لطيفاً" يعد بالحماية الكاملة والشاملة. ويحقق الشريك رغبته الخاصة في الشعور بالقوة والحماية والأهمية والحاجة -ليكون الشخص الذي "يأخذها بعيداً عن كل هذا".

الحالة 3: أنيت. ولدت أنيت لعائلة سوداء فقيرة، وفقدت والدها في سن مبكرة جداً عندما هجر المنزل.

واحتلت سلسلة من الرجال الآخرين كرسي "الأب" في المنزل لفترة وجيزة. في النهاية تزوجت والدتها مرة أخرى، لكن زوجها الثاني كان أيضاً يشرب الخمر ويشرب الخمر. عندما كانت أنيت على وشك

في الثامنة من عمرها، بدأ زوج أمها بالاعتداء عليها وعلى أختها جنسياً. كانت أنيت تخشى إخبار والدتها، التي تفاخرت بحصول الأسرة أخيراً على بعض الأمان المالي. لذا سمحت أنيت بمواصلة الأمر -"من أجل والدتها".

في السابعة عشرة، حملت أنيت وتزوجت والد الطفل. تمكنت من التخرج من المدرسة الثانوية، حيث كانت درجاتها جيدة بشكل عام، لكن جوانب أخرى من حياتها كانت في حالة اضطراب: كان زوجها يشرب الخمر ويركض مع نساء أخريات. بعد

بينما بدأ بضربها. واستمرت في تحمل المزيد من أبنائه، متذمرة ومتحملة -"من أجل الأطفال".

بعد ست سنوات وثلاثة أطفال، تركها زوج أنيت.

أثار رحيله نوعاً من الارتياح القلق، حيث انتهت الرحلة البرية أخيراً، لكن المخاوف بشأن ما يجب فعله بعد ذلك كانت تلوح في الأفق بشكل يندب بالسوء.

حاولت أنيت والأطفال تسهيل الأمور، لكنها شعرت دائماً بالإرهاق. ثم التقت بجون، الذي كان في الخامسة والعشرين من عمره تقريباً

أكبر منها بسنوات (رفض أن يخبرها بعمره بالضبط) وبدأ أن لديه رغبة حقيقية في الاعتناء بها. لقد أصبح الأب الصالح الذي لم تنجيه أنيت من قبل. كان يشجعها ويحميها. نصحتها بكيفية ارتداء الملابس وكيفية التحدث. وبعد فترة، أصبحت أنيت أكثر ثقة بنفسها، وحصلت على وظيفة جيدة، وبدأت تستمتع بحياتها.

وبعد بضعة أشهر، انتقل جون للعيش هنا نوعًا ما. كان يعيش معها في عطلات نهاية الأسبوع ولكنه كان ينام بعيدًا خلال الأسبوع بسبب مهام العمل التي جعلت "النوم في المكتب أكثر ملاءمة".

في أعماقها، عرفت أنيت أن جون متزوج، لكنها لم تسأل أبدًا. عندما أصبح جون أقل موثوقية، وابتعد أكثر، وأصبح عمومًا أكثر انفصالًا، ظلت متماسكة في غضبها. لكن في العمل، ظهر هذا الغضب، وتم تجاهلها في العديد من الترقيات. قال المشرفون عليها إنها تفتقر إلى المؤهلات الأكاديمية للآخرين وأنها كانت قاسية، لكن أنيت لم تقبل هذه التفسيرات.

وعزت غضبها الرفض إلى التمييز العنصري. أصبحت مكتئبة أكثر فأكثر ودخلت المستشفى في النهاية.

في المستشفى، انفجرت حساسيات أنيت العنصرية. كان معظم الأطباء من البيض، وكذلك معظم الممرضات ومعظم المرضى الآخرين. ديكور المستشفى كان «أبيض» والوجبات «بيضاء». كل الغضب المتراكم على مر السنين يتركز الآن على تمييز المجتمع ضد السود. ومن خلال التركيز حصريًا على هذه القضية العالمية، تجنب أنيت شياطينها الشخصية.

كان هدفها الأكثر تحديدًا هو هاري، المعالج بالموسيقى ضمن طاقم المستشفى. شعرت أنيت أن هاري (الذي كان أبيض البشرة) أصر على تشغيل الموسيقى "البيضاء" فقط، وأن مظهره وسلوكه بالكامل يجسدان "اللباس". نفست أنيت عن غضبها على هذا المعالج، وكانت تبتعد بغضب عن جلسات العلاج بالموسيقى.

على الرغم من أن هاري كان خائفًا من الانفجارات، إلا أنه سعى وراء أنيت. يعكس بيان الدعم الخاص به قلقه الشخصي بشأن ما حدث

تقدم أنيت في برنامج المستشفى. أعرب هاري عن تعاطفه مع أنيت من خلال التعبير عن اعترافه بمدى الإحباط الذي تشعر به عند التعرض للتمييز، واستشهد بتجاربه الخاصة كواحد من اليهود الوحيدين في برنامج التعليمي. ثم حاول هاري مواجهة قضايا الحقيقة أو الواقع في حياة أنيت، مشيرًا إلى أن الاحتجاج على التمييز العنصري لا جدوى منه دون الالتزام بالعمل على تغييره. وقال هاري إن حاجة أنيت للبقاء ضحية، منعها من تحمل أي مسؤولية عما حدث في حياتها. يمكن أن تشعر بأن لها ما يبررها في شتم الأقدار بدلاً من التحقيق بشجاعة في دورها في الاستمرار في استغلالها من قبل الآخرين. ومن خلال لف نفسها بحجاب من الغضب العادل، كانت أنيت تتجنب أي نوع من أنواع الفحص الذاتي المخيف أو المواجهة التي قد تؤدي إلى التغيير، وبالتالي كانت تديم عجزها وعجزها. وهذا جعلها غير قادرة على إجراء تغييرات "من أجلها".

في جلسة العلاج بالموسيقى التالية، لم تخرج أنيت من الغرفة. وبدلاً من ذلك، واجهت هاري والمرضى الآخرين. اقترحت تشغيل أغاني مختلفة. في الاجتماع التالي، وافقت المجموعة على تشغيل بعض الأغاني الاحتجاجية المتعلقة بالحقوق المدنية من اختيار أنيت.

كان رد هاري بمثابة مثال لمبادئ الإعداد وكان من الممكن أن يكون مفيداً لرئيس أنيت وأصدقائها -أي شخص يواجه نوبات غضبها بشكل منتظم.

يمكن لاتصالات الإعداد أن تحرر الحدود أو أي شخص مقيد في دور الضحية من خلال الإشارة إلى مزايا كونه ضحية (يتم الاعتراف به، والظهور بلا لوم على النتائج السيئة، والتنصل من المسؤولية) وعيوبه (التخلي عن الاستقلالية، والحفاظ على التبعية المذلة، والبقاء ثابتين وغير متحركين وسط معضلات الحياة). ومع ذلك، يجب على "الضحية" الحدودية أن تسمع الأجزاء الثلاثة من الرسالة، وإلا فسيتم فقدان تأثير الرسالة. إذا كانت "الحقيقة ستحرك"، فيجب أن يصاحبها الدعم والتعاطف لضمان سماعها.

السعي لمعنى

يرتبط الكثير من السلوك الدرامي لخط الحدود ببحثه المطول عن شيء يملأ الفراغ الذي يطارده باستمرار. تعد العلاقات والمخدرات من الآليات التي يستخدمها الخط الحدودي لمكافحة الوحدة والتقاط الإحساس بالوجود في عالم يبدو حقيقياً.

الحالة: 4عني. "أعتقد أنني أحب أكثر من اللازم" قال ريتش في وصف مشاكله مع صديقته. لقد كان رجلاً مطلقاً في الثلاثين من عمره، وكان لديه سلسلة من العلاقات الكارثية مع النساء. هو

سوف يتشبث بهؤلاء النساء بقلق شديد، ويغمرهن بالهدايا والاهتمام. ومن خلالهم شعر بالكمال والحي والاكتمال. لكنه طالبهم -ومن الأصدقاء الآخرين -بالطاعة الكاملة.

وبهذه الطريقة، شعر بأنه مسيطر، ليس فقط عليهم، بل على الأهم من وجوده.

لقد أصيب بالذهول عندما تصرفت هؤلاء النساء بشكل مستقل. لقد تملق وأصر وهدد. لدرء الشعور بالفراغ المنتشر في كل مكان، حاول السيطرة على الآخرين؛ إذا رفضوا الامتثال لرغباته، أصبح ريتش مكتئباً بشكل خطير وخرج عن نطاق السيطرة. كان يلجأ إلى الكحول أو المخدرات لاستعادة إحساسه بالوجود أو الأصالة. في بعض الأحيان كان يتشاجر أو يجرح نفسه عندما يخشى أن يفقد الاتصال بمشاعره الحسية أو العاطفية. عندما لم يعد الغضب والألم يجلبان تغييرات، كان يتعامل مع امرأة أخرى ترى أنه "يساء فهمه" ويحتاج فقط إلى "حب امرأة صالحة". وبعد ذلك ستبدأ العملية من جديد.

كان ريتش يفتقر إلى البصيرة في معضلته، وأصر على أن ذلك كان دائماً "خطأ العاهرة". لقد رفض أصدقائه باعتبارهم غير مهتمين أو غير متفهمين -فهم لم يكونوا قادرين على تقديم الدعم أو التعاطف.

كانت النساء اللواتي انخرط معهن متعاطفات في البداية. لكنهن افتقرن إلى عنصر الحقيقة. كان على الأغنياء أن يواجهوا الجوانب الثلاثة.

في هذه الحالة، فإن رسالة K تنقل الاهتمام بريتش.

سيقبل الجزء E دون تحدي شعور ريتش "بالحب أكثر من اللازم" ولكنه سيساعده أيضًا على فهم إحساسه بالفراغ وحاجته إلى ملئه.

ستحاول رسالة الحقيقة الإشارة إلى الأنماط الموجودة في حياة ريتش والتي يبدو أنها تتكرر إلى ما لا نهاية. يجب أن تساعد الحقيقة أيضًا ريتش على إدراك أنه يستخدم النساء كما يتعاطى المخدرات ويشوه نفسه -كأشياء أو مناورات لتخفيف الخدر والشعور بالكمال. وطالما استمر ريتش في البحث خارج نفسه عن الرضا الداخلي، فإنه سيظل محببًا وخائب الأمل، لأنه لا يستطيع السيطرة على القوى الخارجية وخاصة غيرها، كما يستطيع السيطرة على نفسه.

على سبيل المثال، على الرغم من جهود المسعورة لتنظيمها، ستحتفظ صديقتها الجديدة ببعض الاستقلالية خارج نطاق سيطرة ريتش. أو قد يفقد وظيفة جديدة بسبب عوامل اقتصادية قد تلغي الوظيفة. لكن ريتش يستطيع التحكم في قواه الإبداعية، وفوضوله الفكري، وما إلى ذلك. الاهتمامات الشخصية المستقلة -الكتب، والهوايات، والفنون، والرياضة، والتمارين الرياضية - يمكن أن تكون بمثابة مصادر موثوقة ودائمة للرضا، والتي لا يمكن التخلص منها بسهولة.

البحث عن الثبات

إن التكيف مع عالم غير متسق وغير جدير بالثقة يمثل مشكلة كبيرة بالنسبة للحدود. يفترق الكون الحدودي إلى النمط والقدرة على التنبؤ. لا يمكن الاعتماد على الأصدقاء والوظائف والمهارات أبدًا. يجب على الحدي أن يستمر في اختبار وإعادة اختبار كل هذه الجوانب من حياته؛ إنه في خوف دائم من أن يتحول الشخص أو الموقف الموثوق به إلى العكس تمامًا -الخيانة المطلقة. البطل يصبح شيطانا. الوظيفة المثالية تصبح لعنة وجوده. ولا يمكن للحدود أن تتصور تلك الشخصية

يمكن أن يستمر ثبات الكائن المرئي أو الظرفي. ليس لديه أمجاد يستريح عليها. يجب عليه أن يبدأ كل يوم من جديد في محاولة بآسة ليثبت لنفسه أنه يمكن الوثوق بالعالم. فقط لأن

طلوع الشمس في الشرق منذ آلاف السنين لا يعني أن ذلك سيحدث اليوم. ويجب عليه أن يرى ذلك بنفسه كل يوم.

الحالة 5: بات وباك. كانت بات امرأة جذابة تبلغ من العمر تسعة وعشرين عامًا في طور الطلاق من زوجها الثاني. كما هو الحال مع زوجها الأول، انهمته بأنه مدمن على الكحول وإساءة معاملتها. محاميه، جيك، اعتبرها ضحية مؤسفة تحتاج إلى الحماية. وكان يتصل بها بشكل متكرر ليتأكد من أنها بخير. بدأوا يتناول الفداء معًا. ومع استمرار القضية، أصبحوا عشاق. انتقل جيك من منزله وابتعد عن زوجته وولديه. على الرغم من عدم الطلاق بعد، انتقلت بات للعيش معه.

في البداية، أعجب بات بذكاء جيك وخبرته. وعندما شعرت بالضعف والعزل، بدأ هو "كبيرًا وقويًا". ولكن مع مرور الوقت أصبحت تطالب بشكل متزايد. طالما كان جيك وقائيًا، كان بات هادئًا. ولكن عندما بدأ في تقديم المطالب، أصبحت عدائية. لقد استاءت من ذهابه إلى العمل وخاصة تورطه في قضايا الطلاق الأخرى. قاومت زيارته له

الأطفال واتهمته باختيارهم عليها. كانت تبدأ حججًا وحشية غالبًا ما بلغت ذروتها في اندفاعها خارج المنزل لقضاء الليل مع "صديق أفلاطوني" ذكر.

كان بات يفتقر إلى ثبات الكائن (انظر الفصل 2 والملحق ب). كان لا بد من اختبار الصداقات وعلاقات الحب باستمرار لأنها لم تشعر أبدًا بالأمان مع أي اتصال بشري. وكانت حاجتها إلى الطمأنينة لا تشبع. لقد مرت بعلاقات أخرى لا حصر لها بدت فيها لأول مرة ساذجة وبحاجة إلى الرعاية ثم اختبرتها بمطالب شنيعة. انتهت جميع العلاقات بالهجر الذي كانت تخافه بالضبط، ثم تكرر العملية في علاقتها الرومانسية القادمة.

في البداية، عندما رأت بات أن جيك داعم ومطمئن، جعلت علاقتها مثالية. ولكن عندما أظهر علامات على أنه يعمل بشكل منفصل، غضبت وشتمته وشوهدت سمعته. عندما كان في المكتب، كانت تتصل به باستمرار

لأنها، كما قالت، "نسيته". بالنسبة لأصدقائها، بدا جيك وكأنه شخصين مختلفين تمامًا، أما بالنسبة لبات فقد كان كذلك.

تتطلب مواجهات SET لعدم ثبات الكائن التعرف على هذه المعضلة الحدودية. يجب أن تنقل بيانات الدعم أن الرعاية مستمرة وغير مشروطة. لسوء الحظ، تواجه باريدلاين صعوبة في فهم أنها لا تحتاج إلى كسب القبول بشكل مستمر. إنها في خوف دائم من إمكانية سحب الدعم إذا لم تكن راضية في أي وقت. وهكذا فإن محاولات الطمأنينة لا تنتهي ولا تكفي أبدًا.

يجب أن تؤكد رسالة التعاطف فهمًا مفاده أن بات لم يتعلم بعد أن يثق في محاولات جيك المستمرة لتوفير الراحة. يتعين على جيك أن ينقل وعيه بالمخاوف المروعة التي تعاني منها بات ومدى خوفها من أن تكون بمفردها.

يجب أن تتضمن إعلانات الحقيقة محاولات للتوفيق بين الأجزاء المنقسمة. يتعين على جيك أن يوضح أنه يهتم ببات طوال الوقت، حتى عندما يشعر بالإحباط منها. ويجب عليه أيضًا أن يعلن نيته في عدم السماح بإساءة معاملته. إن الاستسلام لمطالب بات لن يؤدي إلا إلى المزيد من المطالب. إن محاولة إرضاء بات وإرضائه هي مهمة مستحيلة، لأنها لا تنتهي أبدًا، وستنشأ دائمًا مخاوف جديدة. من المحتمل أن تتطلب الحقيقة العلاج المستمر لكليهما، إذا أريد لعلاقتهم أن تستمر.

غضب البراءة

غالبًا ما يكون الغضب الحدي مرعبًا بسبب عدم القدرة على التنبؤ به وحدته. قد تثار بسبب أحداث غير مهمة نسبيًا وتنفجر دون سابق إنذار. قد تكون موجهة إلى الأشخاص الذين تم تقديرهم سابقًا. وكثيراً ما يصاحب التهديد بالعنف هذا الغضب. كل هذه الميزات تجعل الغضب الحدي مختلفاً كثيراً عن الغضب النموذجي.

في لحظة، يمكن أن تتحول بات من امرأة مطيعة، تابعة، طفولية إلى هاربي متطلبة، تصرخ. في إحدى المناسبات، اقترحت عليها أن تتناول هي وجيك وجبة غداء هادئة معًا.

ولكن عندما أخبرها جيك أنه يجب عليه الذهاب إلى المكتب، بدأت فجأة بالصراخ عليه على بعد بوصات من وجهه، واتهمته بتجاهل احتياجاتها. لقد هاجمت بشراسة رجولته، وإخفاقاته كزوج وأب، ومهنته. وهددت بإبلاغ نقابة المحامين عنه بتهمة سوء السلوك. عندما فشلت محاولات جيك لتهدئتها، كان يغادر المكان بصمت، الأمر الذي أثار حفيظة بات أكثر. ولكن عندما يعود، سيتصرف كلاهما وكأن شيئاً لم يحدث على الإطلاق.

يجب أن تتناول مبادئ الإعداد أولاً قضايا السلامة. يجب احتواء التقلبات. في السيناريو أعلاه، يجب أن تأتي رسائل الدعم والتعاطف الخاصة بـ Jake أولاً، على الرغم من أن بات من المحتمل أن يرفضها باعتبارها غير صادقة. في مثل هذه الحالات، ليس من الحكمة أن يستمر جيك في المجادلة بأنه يهتم ويتفهم انزعاجها.

يجب عليه أن ينتقل فوراً إلى أقوال الحقيقة، والتي يجب أن تنص أولاً على عدم إيذاء أي منهما جسدياً للآخر. يجب عليه أن يطلب منها بحزم التراجع، للسماح ببعض المسافة الجسدية.

يمكنه أن يبلغها برغبته في التواصل معها بهدوء. إذا لم تسمح بذلك، فيمكنه الإعلان عن نيته في المغادرة حتى يهدأ الوضع، وعندها يمكنهم استئناف المناقشات.

يجب عليه أن يحاول تجنب الصراع الجسدي، على الرغم من استفزازات بات. على الرغم من أن بات قد ترغب دون وعي في أن يتقلب عليها جيك جسدياً، إلا أن هذه الحاجة تستند إلى تجارب غير صحية من ماضيها، ومن المحتمل أن تستخدم لاحقاً لانتقاده أكثر.

غالباً ما تكون تصريحات الحقيقة التي يتم الإدلاء بها أثناء المواجهات الغاضبة موجّهة بشكل أفضل نحو الديناميكيات الأساسية بدلاً من توجيهها نحو تفاصيل الصدام. إن المزيد من النقاش حول ما إذا كان اصطحاب بات لتناول الغداء أكثر أهمية من الذهاب إلى المكتب ربما لن يكون مثمراً.

ومع ذلك، قد يلبي جيك حاجة بات الواضحة للقتال ورغبتها المحتملة في التغلب عليها والأذى. وقد يواجه أيضًا سلوك بات باعتباره حاجة للرفض. هل هي خائفة جدًا من توقع الرفض لدرجة أنها تعجل به من أجل "الإسراع وتجاوزه"؟

مع"؟ رسالة الحقيقة الأساسية هي أن هذا السلوك يدفع جيك بعيدًا. قد يتساءل عما إذا كان هذا هو ما يريد بات حقًا.

الحاجة إلى الاتساق

يجب أن تكون جميع بيانات الحقيقة صحيحة بالفعل. بالنسبة للخط الحدودي، الذي يعيش بالفعل في عالم من التناقضات، فمن الأسوأ بكثير إطلاق تهديدات خاملة بشأن العواقب غير المنفذة لفعل ما بدلاً من السماح بشكل سلمي باستمرار السلوكيات غير اللائقة. في فيلم "الجابية القاتلة"، على سبيل المثال، أظهرت أليكس فورست، الشخصية الأنثوية الرئيسية في الفيلم الشهير عام 1987 (الذي لعب دوره جلين كلوز)، العديد من السمات الحدودية "الكتابية" إلى أقصى الحدود. الدخول في علاقة غرامية مع دان غالاغر (مايكل دوغلاس)، وهو رجل متزوج وثري، ترفض تركها، حتى بعد أن أصبح من الواضح أن دان لن يترك زوجته أبدًا. بنهاية الفيلم تم تدمير دان وعائلته وأليكس أو اقتربوا منه. لقد اعتاد أليكس على مقاومة الرفض من خلال التلاعب بالآخرين. إن قول دان بأنه سينهي العلاقة دون القيام بذلك بشكل لا لبس فيه كان أمرًا مدمرًا.

بالطبع، لم يكن يعلم أنه بعد انتهاء علاقة مكثفة، لا يستطيع الطرف الحدودي أن "يصبح مجرد أصدقاء" -وهي علاقة "بينية" يجدها الطرف الحدودي غير محتملة.

ولأن الحدود تواجه صعوبة كبيرة في المراوغة، فلا بد من دعم النوايا بأفعال واضحة يمكن التنبؤ بها. إن قيام أحد الوالدين بتهديد ابنه المراهق بإلغاء الامتيازات الخاصة بسلوكيات معينة ثم عدم تنفيذ وعده يؤدي إلى تفاقم المشكلة. المعالج الذي يدعي وضع حدود للعلاج -تحديد الرسوم، والحد من المكالمات الهاتفية، وما إلى ذلك -ولكن بعد ذلك لا يتابع، يدعو إلى زيادة الاختبارات الحدودية.

غالبًا ما يتم طرح الحدود الحدودية في المواقف التي تكون فيها التهديدات والإجراءات الدرامية هي السبيل

الوحيد لتحقيق ما هو مطلوب. نحن فقط

يرى الحد الحدودي أن القبول مشروط، لذلك يمكن أيضًا رؤية الرفض بهذه الطريقة. يشعر الحد الفاصل أنه إذا كان جذابًا بما فيه الكفاية، أو ذكيًا بما فيه الكفاية، أو غنيًا بما فيه الكفاية، أو متطلّبًا بما فيه الكفاية، فسوف يحصل في النهاية على ما يريد. كلما تمت مكافأة السلوك الفطيع، كلما زاد استخدام الحدود لمثل هذه المناورات.

على الرغم من أن مبادئ الإعداد قد تم تطويرها للعمل مع المرضى الحديين، إلا أنها يمكن أن تكون مفيدة للتعامل مع الآخرين.

عند توقف الاتصال، يمكن أن يساعد الإعداد في التركيز على الرسائل التي لم يتم إرسالها بنجاح. إذا شعر الفرد أنه لا يحظى بالدعم أو الاحترام، أو أنه يُساء فهمه، أو إذا رفض معالجة المشكلات الواقعية، فيمكن اتخاذ خطوات محددة لتعزيز هذه المجالات الضعيفة. في عالم اليوم المعقد، تعد مجموعة واضحة من مبادئ الاتصال التي تتضمن الحب والعقل ضرورية للتغلب على محن الفوضى الحدودية. يتطلب التواصل المثمر الفهم والمثابرة. إن فهم الديناميكيات الأساسية للتواصل واحتياجات الشريك يعزز مبادئ ISET. المثابرة ضرورية لإحداث التغيير. بالنسبة للعديد من الحدود، قد يكون وجود شخصية ثابتة وغير قابلة للتطبيق في حياتهم (جار، صديق، معالج) أحد أهم متطلبات الشفاء. قد لا يساهم مثل هذا الشخص إلا قليلاً فيما عدا اتساقه وقبوله (في مواجهة الاستفزازات المتكررة)، ومع ذلك يزود الخط الحدودي بنموذج للثبات في عالم الحدود الفوضوي.

الفصل السادس

التعامل مع الحدود

لكنه إنسان، ويحدث له شيء قبيح.

لذلك يجب الاهتمام، ولا يجوز له أن يقع في قبره مثل الكلب العجوز. يجب الاهتمام في النهاية بمثل هذا

شخص.

—من موت بائع متجول، بقلم آرثر ميلر

لم يكن أحد يعرف تمامًا ما يجب فعله مع راي. لقد كان يدخل ويخرج من المستشفيات وزار العديد من الأطباء على مر السنين، لكنه لم يستطع البقاء لفترة طويلة في العلاج. ولا يمكنه البقاء في وظيفة. عملت زوجته دينيس في عيادة طبيب الأسنان وقضت معظم وقت فراغها مع أصدقائها، متجاهلة بشكل عام شكاوى راي من آلام في الصدر والصداع وآلام الظهر والاكنتاب.

كان راي هو الطفل الوحيد لأبوين ثريين ومحميين. عندما كان في التاسعة من عمره، انتحر شقيق والده. على الرغم من أنه لم يعرف عمه جيدًا أبدًا، إلا أنه أدرك أن والده تأثراً كثيرًا بالانتحار. بعد هذا الحدث، أصبح والده أكثر حماية وأصروا على البقاء في المنزل وعدم الذهاب إلى المدرسة كلما شعر بالمرض. في سن الثانية عشرة، أعلن راي أنه مصاب بالاكتئاب وبدأ يرى ما تطور إلى موكب من المعالجين.

كطالب غير مهبال، ذهب إلى الكلية حيث التقى دينيس. كانت المرأة الوحيدة التي أبدت أي اهتمام به، وبعد فترة قصيرة تزوجا. كلاهما استقال

الكلية وذهب إلى العمل بإخلاص، لكنه اعتمد على والدي راى لدعم أسرته وعلاج راى المستمر.

كان الزوجان يتنقلان بشكل متكرر. كلما شعرت دينيس بالملل من الوظيفة أو الموقع، كانوا ينتقلون إلى جزء مختلف من البلاد.

ستحصل بسرعة على وظيفة جديدة وأصدقاء جدد، لكن راى واجه صعوبة كبيرة وسيظل عاطلاً عن العمل لعدة أشهر.

وعندما بدأ كلاهما في شرب المزيد، اشتد قتالهما.

عندما يتشاجرون، كان راى يغادر أحياناً ويعود للعيش مع والديه، حيث سيبقى حتى تبدأ الأسرة في الشجار، ثم يعود إلى دينيس.

في كثير من الأحيان، كانت زوجة راى ووالداه يخبرونه بمدى سئهم من تقلب مزاجه وشكاويه الطبية المتعددة، لكنه بعد ذلك كان يهدد بقتل نفسه ويصاب والديه بالذعر. وأصرروا على رؤية أطباء جدد وسافروا به حول البلاد للتشاور مع العديد من الخبراء. لقد قاموا بترتيب العلاج في العديد من المؤسسات المرموقة، ولكن بعد فترة قصيرة، كان راى يرفض دائماً النصائح الطبية، وكان والداه يرسلان له أجرة الطائرة إلى المنزل. لقد تعهدوا باستمرار بحجب المزيد من الدعم المالي لكنهم لم يلتزموا أبداً بكلمتهم.

أصبح الأصدقاء والوظائف ضبابية لا يمكن تمييزها عن اللقاءات غير المرضية. كلما خاب أمل أحد معارفك أو مهنة جديدة بأي شكل من الأشكال، استقال راى. عصر والديه أيديهما. لقد تجاهله دينيس بشكل أساسي. واصل راى الخروج عن نطاق السيطرة دون أن يوقفه أحد، بما في ذلك نفسه.

التعرف على اضطراب الشخصية الحدية في الأصدقاء والعلاقات

على السطح، قد يكون من الصعب جدًا تحديد الشخصية الحدية، على الرغم من الاضطرابات البركانية الكامنة. على عكس كثير من الأشخاص المصابين باضطرابات نفسية أخرى، مثل الفصام، وثنائي القطب

مرض (الهوس الاكتئابي)، أو إدمان الكحول، أو اضطرابات الأكل - يمكن أن يعمل الخط الحدودي عادةً بشكل جيد للغاية في العمل والمواقف الاجتماعية دون أن يبدو مريضًا بشكل علني. في الواقع، بعض السمات المميزة للسلوك الحدي هي الانفجارات المفاجئة وغير المتوقعة للغضب، أو الشك الشديد، أو الاكتئاب الانتحاري من شخص بدا "طبيعيًا".

عادةً ما تكون الانفجارات المفاجئة التي تحدث على الشريط الحدودي مخيفة ومحيرة للغاية - سواء بالنسبة إلى الشريط الحدودي نفسه أو بالنسبة إلى المقربين منه. بسبب الطبيعة المفاجئة والمتطرفة للسرطان.

إذا كانت هناك أعراض بارزة، فمن الممكن بسهولة تضليل الطرف المعني وعدم إدراك أنه مظهر شائع لاضطراب الشخصية الحدية وليس مرضًا أساسيًا منفصلًا. على سبيل المثال، الشخص الذي يحاول قتل نفسه عن طريق تناول جرعة زائدة أو قطع معصميه قد يتم تشخيص إصابته بالاكتئاب ويوصف له أدوية مضادة للاكتئاب وعلاج نفسي قصير وداعم. إذا كان المريض يعاني من الاكتئاب الكيميائي، فمن المفترض أن يؤدي هذا النظام إلى تحسين حالته ويجب أن يتعافى بسرعة نسبية وبشكل كامل.

ومع ذلك، إذا كانت السلوكيات المدمرة قد أثارها اضطراب الشخصية الحدية، فسوف يستمر إيذاء نفسه دون توقف بسبب العلاج. حتى لو كان يعاني من الاكتئاب والحدود (مزيج مشترك)، فإن هذا النهج لن يعالج المرض إلا بشكل جزئي وسيترتب على ذلك المزيد من المشاكل. إذا لم يتم التعرف على السمات الحدية، فإن استمرار السلوكيات الانتحارية أو غيرها من السلوكيات المدمرة، على الرغم من العلاج، يصبح محيرًا ومحبطًا للمريض والطبيب وجميع المعنيين.

آبي، عارضة أزياء تبلغ من العمر ثلاثة وعشرين عامًا، عولجت في وحدة الإدمان على المواد الكيميائية من إدمان الكحول. لقد استجابت بشكل جيد للغاية لهذا البرنامج، ولكن مع استمرارها في الامتناع عن تناول الكحول، أصبحت تعاني من الشره المرضي بشكل قهري. ثم دخلت بعد ذلك إلى وحدة اضطرابات الأكل حيث عولجت مرة أخرى بنجاح.

وبعد بضعة أسابيع، بدأت تعاني من نوبات دعر شديدة

في المتاجر والمكاتب، حتى أثناء قيادتها لسيارتها، وفي النهاية أصبحت تخاف من مغادرة منزلها. بالإضافة إلى هذه الرهاب، أصبحت أكثر اكتئاباً. عندما فكرت في دخول عيادة الرهاب، اكتشف استشاري الطب النفسي أن جميع الأعراض التي تعاني منها تمثل اضطراب الشخصية الحدية وأوصى بدلاً من ذلك بإدخالها إلى وحدة الطب النفسي المتخصصة في الحالات الحدية.

حيث ركزت علاجاتها السابقة حصرياً على إدمان الكحول أو الشره المرضي، فقد أخذ هذا العلاج في المستشفى نظرة أكثر شمولية لحياتها وعلاجها.

في النهاية، تمكنت آبي من ربط مشاكلها بعلاقتها المتناقضة المستمرة مع والديها، اللذين تدخلوا في محاولاتها للانفصال والنضج والاستقلالية.

لقد أدركت أن أمراضها المختلفة كانت في الواقع وسيلة للهروب من مطالب والديها دون الشعور بالذنب. لقد شغلت الشره المرضي والشرب والقلق كل طاقتها، مما صرفها عن معالجة الخلافات مع والديها. علاوة على ذلك، فإن دورها "المريض" أعفاها حتى من الشعور بأنها ملزمة بالعمل على هذه العلاقة. ومن المفارقات أن الأمراض جعلتها أيضاً مرتبطة بوالديها: نظرًا لأنهما كانا يعانيان من مشاكل زوجية خطيرة (كانت والدتها مدمنة على الكحول وكان والدها يعاني من الاكتئاب المزمن)، فقد تمكنت من البقاء بالقرب منهما من خلال تكرار أدوارهما المرضية.

وبعد فترة قصيرة من العلاج في المستشفى، واصلت العلاج النفسي الفردي في العيادات الخارجية. تحسنت حالتها المزاجية وتلاشى قلقها ورهابها. كما واصلت الامتناع عن الكحول والتطهير.

توضح حالة آبي كيف أن السلوك الاستهلاكي البارز قد يمثل في الواقع ويخفي اضطراب الشخصية الحدية، حيث تكون واحدة أو أكثر من سماته -العلاقات غير المستقرة، أو الاندفاع، أو تغيرات المزاج، أو الغضب الشديد، أو التهديدات الانتحارية، أو اضطرابات الهوية، أو الشعور بالفراغ، أو الجهود المحمومة لتجنب الهجر -يؤدي إلى أعراض نفسية قد تؤدي عن طريق الخطأ إلى تشخيص غير كامل أو حتى تشخيص خاطئ.

التأقلم والمساعدة

من المهم أن تتذكر أن اضطراب الشخصية الحدية هو مرض، وليس محاولة متعمدة لجذب الانتباه. يفترق الخط الحدودي إلى الأحذية، ناهيك عن الأحذية التي يمكن من خلالها رفع نفسه. من غير المجدي أن نغضب أو نتملق ونتوسل إلى الحد الفاصل من أجل التغيير؛ وبدون المساعدة والتحفيز لا يستطيع تعديل سلوكه بسهولة.

لكن هذا لا يعني أن الحدي عاجز ولا يجب أن يتحمل مسؤولية سلوكه. في الواقع، فإن العكس هو الصحيح. ويجب عليه أن يقبل، دون عذر أو حماية، العواقب الحقيقية لأفعاله، حتى لو كان في البداية عاجزا عن تغييرها. بهذه الطريقة، لا يختلف اضطراب الشخصية الحدية (BPD) عن أي إعاقة أخرى. إن الفرد الذي يستخدم كرسيًا متحركًا سيثير التعاطف، لكنه لا يزال مسؤولاً عن إيجاد إمكانية الوصول إلى الكراسي المتحركة إلى الأماكن التي يرغب في الذهاب إليها، وعن الحفاظ على سيارته في حالة جيدة بما يكفي لنقله إلى هناك.

عادةً ما تؤدي السلوكيات المتطرفة على الحدود إما إلى رد فعل عنيد "أنت كسول لا تصلح لشيء تنهد، اجمع نفسك معًا وحلّق يمينًا"، أو تملق "أيها الطفل المسكين، لا يمكنك فعل ذلك؛ لا يمكنك فعل ذلك". سأعتني بك" ربت على رأسك، يجب أن يكون الجميع على دراية بكيفية أن تفاعلاتهم قد تشجع أو تمنع السلوكيات الحدودية. يجب على أولئك الذين يتفاعلون مع الخط الحدودي أن يحاولوا السير على خط رفيع للغاية بين تقديم الطمأنينة حول جدارة الخط الحدودي من ناحية، وتأكيد التوقعات الضرورية من ناحية أخرى. ويجب عليهم أن يحاولوا الاستجابة بشكل داعم، ولكن دون المبالغة في رد الفعل. يمكن للمودة واللمس الجسدي، مثل العناق وإمساك اليد، أن توصل إلى الحد الفاصل أنه شخص ذو قيمة، ولكن إذا كان استغلاليًا، فسوف يعيق الثقة. إذا أدى الاهتمام إلى الإفراط في الحماية، فإن الحد الفاصل يتوقف عن الشعور بالمسؤولية عن سلوكه.

في معظم الإعدادات، يتم التركيز على أجزاء الحقيقة في الإعداد

يمكن أن تسمح المبادئ التوجيهية (انظر الفصل 5) بوضع مبادئ توجيهية معقولة، ولكن عندما يتم التهديد بالانتحار، فعادةً ما يكون الوقت قد حان للاتصال بأخصائي الصحة العقلية أو منشأة منع الانتحار. ولا ينبغي لنا أن نسمح للتهديدات بالانتحار بأن تتحول إلى "ابتزاز عاطفي"، حيث يتم التلاعب بالصديق أو القريب للتصرف وفقاً لما تتطلبه الحدود. يجب أن تؤخذ التهديدات على محمل الجد وأن يتم مواجهتها بردود فعل سريعة ويمكن التنبؤ بها وواقعية، مثل مطالبة الخط الحدودي بالحصول على مساعدة مهنية (الرد على الحقيقة).

جاك، رجل أعزب يبلغ من العمر 41 عامًا، عمل بدوام جزئي أثناء محاولته العودة إلى المدرسة. استمرت والدته الأرملة في دعمه ماليًا، وكلما فشل في العمل أو المدرسة أو في علاقة، كانت تعزز عزله، من خلال إصراره على أنه لا يستطيع النجاح في تحقيق أهدافه واقتراحه العودة إلى "المنزل" ليعيش معها. لم يقتصر العلاج على مساعدة جاك على فهم رغبته في البقاء عاجزًا وجني الفوائد المتأصلة للعجز فحسب، بل شمل أيضًا مواجهة حاجة والدته للحفاظ على السيطرة ودورها في إدامة اعتماده.

لا يتطلب الأمر سوى ممثل واحد في الدراما لبدء التغيير. يمكن لوالدة جاك أن تستجيب لتبعيته من خلال استجابات الإعداد التي تعبر عن اهتمامها (الدعم)، وتفهمها (التعاطف)، واعترافها بالواقع (الحقيقة) -حاجة جاك إلى تحمل المسؤولية عن أفعاله. إذا كانت والدته غير راغبة في تغيير سلوكها، فيجب على جاك أن يدرك دورها في مشاكله وينأى بنفسه عنها.

التعامل مع الغضب الحدودي

بعد فترة، بالنسبة لشخص قريب من الحد الفاصل، قد تصبح السلوكيات غير المتوقعة شائعة وبالتالي "لا يمكن التنبؤ بها". واحدة من أكثر هذه الاضطرابات شيوعًا هي نوبات الغضب التي تأتي عادةً دون سابق إنذار وتظهر بشكل غير متناسب.

يجب على الصديق المقرب أو القريب أو زميل العمل أن يقاوم إغراء "محاربة النار بالنار". كلما أصبح خط الحدود أعلى وأكثر غضبًا، كلما أصبح الشخص الآخر أكثر هدوءًا وأكثر هدوءًا، وبالتالي يرفض التعاون في تفاقم الجو العاطفي، وتسلط الضوء على الشدة الغريبة النسبية لغضب الخط الحدودي. إذا شعر الشخص المعني باحتمال حدوث عنف جسدي، فعليه مغادرة المكان على الفور. في كثير من الأحيان لا يمكن تفسير الغضب الحدي، لذا فإن المناقشة والمناقشة غير ضرورية وقد تؤدي فقط إلى تأجيل الموقف. وبدلاً من ذلك، ينبغي للمرء أن يحاول تهدئة الصراع من خلال الاعتراف بالاختلاف في الرأي والموافقة على الاختلاف.

ومن الممكن إجراء المزيد من المناقشات لاحقًا عندما يكون الجو أكثر استقرارًا.

العيش مع تقلبات المزاج الحدودية

يمكن أن تكون التغيرات المزاجية السريعة محيرة بنفس القدر للحدود ولمن حوله. منذ سن مبكرة، كانت ميريديث دائمًا على علم بتقلب مزاجها. يمكنها دون سبب أن ترتفع إلى مستويات عالية من الإثارة والفرح، لكنها تهبط، دون سابق إنذار، إلى أدنى مستويات اليأس. كان والداها يتسامحان مع تقلب مزاجها من خلال الالتفاف حولها بلطف، دون تحدي انزعاجها أبدًا. في المدرسة، كان الأصدقاء يأتون ويذهبون، منزعين من عدم قدرتها على التنبؤ.

أطلق عليها البعض اسم "الهوس الاكتئابي" وحاولوا إبعادها عن فظاظتها.

قال زوجها بن إنه انجذب إلى "لطفها" و"إحساسها بالمرح". لكن ميريديث يمكن أن تتغير بشكل كبير، من المرح إلى الانتحار. وبالمثل، فإن تفاعلاتها مع بن ستتغير من المشاركة المبهجة إلى العزلة الكثيرة. كانت حالتها المزاجية لا يمكن التنبؤ بها على الإطلاق، ولم يكن بن متأكدًا أبدًا من كيفية العثور عليها عند عودته في نهاية اليوم. في بعض الأحيان كان يشعر أنه يجب عليه ذلك

أدخل منزلهم عن طريق وضع قبعته على عصا ووضعها في المدخل لمعرفة ما إذا كان سيتم احتضانها أو تجاهلها أو إطلاق النار عليها.

كان بن محبوبًا في سيناريو حدودي نموذجي "ملعون إذا فعلت وملعون إذا لم تفعل". إن مواجهة اكتئابها من شأنه أن يدفعها إلى المزيد من الانسحاب والغضب، لكن تجاهلها قد يظهر عدم الاهتمام. ومع ذلك، فإن الاعتماد على مبادئ الإعداد من شأنه أن يعالج معضلته من خلال الإصرار على مساهمة ميريديث في كيفية تفاعله (والآخرين) مع حالتها المزاجية.

بالنسبة لميريديث، كانت هذه التغيرات في الحالة المزاجية، وعدم الاستجابة لمجموعة متنوعة من الأدوية، مؤلمة بنفس القدر. وكانت مهمتها هي التعرف على مثل هذه التقلبات، وتحمل مسؤولية حدوثها، وتعلم التكيف من خلال التعويض عن وجودها. عندما تكون في حالة من الاكتئاب، يمكنها لاحقًا التعرف عليه وتعلم كيفية الشرح للآخرين من حولها أنها كانت في مرحلة هبوطية وستحاول العمل قدر استطاعتها. إذا كانت مع أشخاص لا تستطيع أن تشرح لهم موقفها بشكل مريح، فيمكن لميريديث أن تظل بعيدة عن الأنظار وتحاول بنشاط تجنب التعامل مع بعض المطالب المفروضة عليها. قد يتضمن الهدف الرئيسي إنشاء الثبات -المواقف والسلوكيات المتسقة والموثوقة -تجاه نفسها والآخرين.

التعامل مع الاندفاع

يمكن أن تكون الأفعال المندفعة محبطة للغاية للأصدقاء والعلاقات على الحدود، خاصة إذا كانت الأفعال مدمرة للذات.

يكون الاندفاع مثيرًا للقلق بشكل خاص عندما يظهر (كما يحدث غالبًا) عند نقطة مستقرة نسبيًا في حياة الخط الحدودي. في الواقع، قد تنبع السلوكيات الاندفاعية على وجه التحديد لأن الحياة تستقر وأن الحدود تشعر بعدم الارتياح في دولة خالية من الأزمات.

لاري، على سبيل المثال، كان في زواج ممل بشكل مريح. متزوج منذ أكثر من عشرين عامًا، ونادرًا ما كان يتفاعل هو وفيليس. قامت بتربية أبنائها بينما كان لاري يكبح في شركة كبيرة.

كانت حياته عبارة عن سجن فرضه على نفسه من الروتين اليومي والسلوكيات القهرية. كان يستغرق ساعات في ارتداء ملابسه حتى يرتب ملابسه على هذا النحو. في الليل قبل النوم، كان يمارس طقوسًا للحفاظ على شعور بالسيطرة - كان لا بد من فتح أبواب الخزانة بطريقة خاصة، ويجب تنظيف حوض الحمام بعناية، وترتيب الصابون وأدوات المرحاض بنمط معين.

ولكن ضمن هذا الروتين الصارم، كان لاري يسكر بشكل متهور، أو يتشاجر، أو يغادر المدينة فجأة لمدة يوم كامل دون سابق إنذار. وفي مناسبتين تناول جرعة زائدة من دواء القلب "يبري كيف كان شعوره". كان عادةً يمتص غضب فيليس بأن يصبح حزينًا وهادئًا، لكنه كان يهاجمها بين الحين والآخر، في كثير من الأحيان بسبب أمور تافهة.

كان يظل جافًا لعدة أشهر، وبعد ذلك، بينما كان يتلقى الثناء على امتناعه عن التصويت، كان يشرب الخمر بصوت عالٍ وبسوء. وتوسلت زوجته وأصدقائه ومستشاروه وهددوا، لكن دون جدوى.

قد تساعد تقنيات الإعداد فيليس في التعامل مع اندفاع لاري. بدلاً من التوسل والتهديد، قد تؤكد على اهتمامها بلاري (الدعم) وإدراكها المتزايد بأنه أصبح غير راضٍ أكثر فأكثر عن حياته (التعاطف).

من شأن بيانات الحقيقة أن تنقل عدم رضاها عن وضعهم الحالي والحاجة الماسة إلى القيام بشيء حيال ذلك، مثل الدخول في العلاج.

ومن المفيد أيضًا في كثير من الأحيان أن تكون قادرًا على التنبؤ بالسلوكيات المندفعة من تجارب الماضي. على سبيل المثال، بعد فترة من الرصانة، قد تذكر فيليس لاري، بطريقة محايدة وواقعية، أنه في الماضي، عندما سارت الأمور على ما يرام، تراكمت عليه الضغوط التي انفجرت في الإفراط في الشرب. من خلال الإشارة إلى الأنماط السابقة، يمكن للمرء أن يساعد الحد الفاصل على أن يصبح أكثر وعيًا بالمشاعر التي تسبق بداية الاندفاع. ويجب أن يكون ذلك مصحوبًا ببيانات الدعم، حتى لا يتم تفسيره على أنه هزيمة لانتقادات "ها أنت ذا مرة أخرى". بهذه الطريقة، يتعلم الشريط الحدودي

أن السلوكيات التي اعتبرها فوضوية ولا يمكن التنبؤ بها يمكن في الواقع توقعها وفهمها وبالتالي السيطرة عليها.

ومع ذلك، حتى لو شعرت بالانتقاد على الحدود، فإن التنبؤ يمكن أن يحفز التناقض الذي يحفزها على عدم تكرار الأنماط المدمرة، "فقط لأظهر لك!"

أخيرًا، أثناء العلاج، بدأ لاري يرى أن سلوكياته التي تبدو غير متوقعة تمثل غضبًا على نفسه وعلى الآخرين. لقد أدرك كيف سيصبح مسيئًا لزوجته أو يبدأ في الشرب عندما يشعر بالإحباط من نفسه. وهذا السلوك المتهور سيؤدي إلى الشعور بالذنب وتأديب الذات، والذي بدوره يعمل على تكفير خطاياها. عندما بدأ لاري في تقدير نفسه بشكل أكبر واحترام مَنُله ومعتقداته، تضاءلت أنشطته التدميرية.

فهم مشاعرك الخاصة

عندما تنضم إلى الخط الحدودي في رحلته في الأفغانية، يجب أن تتوقع أيضًا تجربة مجموعة متنوعة من المشاعر، وخاصة الذنب والخوف والغضب. عندما يدمر نفسه، قد يبدو الحد الفاصل عاجزًا ويلقي المسؤولية عن سلوكه على الآخرين، الذين قد يقبلونه بسهولة. الشعور بالذنب هو منبط قوي للمواجهة الصادقة. وبالمثل، فإن الخوف من الأذى الجسدي -للحدود أو للآخرين أو لنفسك -قد يكون أيضًا رادعًا قويًا لبدء التفاعلات. الغضب هو رد فعل شائع عندما تشعر، كما يحدث بشكل متكرر، بأنه يتم التلاعب بك أو ببساطة لا تحب أو تفهم سلوكًا معينًا.

كانت والدة لويس تتصل بلويس بشكل متكرر، وتشكو من الصداع الشديد والشعور بالوحدة والاشمئزاز العام من الحياة. مع وفاة والدها منذ فترة طويلة وإبعاد إخوتها عن العائلة، كانت لويس "الابنة الصالحة"، والطفلة الوحيدة التي اهتمت بها.

شعرت لويس بالذنب عندما كانت والدتها وحيدة وتتألم. بالرغم من

حب لويس لأُمها ومشاعر الذنب التي أثارته والدتها، بدأت لويس تشعر بالغضب عندما رأت والدتها تصبح أكثر عجزاً وغير راغبة في الاعتناء بنفسها. بدأت لويس تدرك أن اعتماد والدتها المتزايد عليها قد استغلها. ولكن عندما عبرت لويس عن غضبها، أصبحت والدتها أكثر بكاءً وعجزاً، وشعرت لويس بمزيد من الذنب، وتكررت الدورة مرة أخرى. فقط عندما فكت لويس نفسها من هذا النظام المتشابك، اضطرت والدتها إلى تحقيق اكتفاء ذاتي أكثر صحة.

مشاكل الأبوة والأمومة الخاصة

تصف معظم الخطوط الحدودية الطفولة بسمات مميزة.

في كثير من الأحيان، كان أحد الوالدين مفقوداً أو غائباً في كثير من الأحيان؛ كان لديه اهتمامات خارجية أو هوايات أو متطلبات مهنية تستغرق وقتاً طويلاً؛ أو تعاطي الكحول أو المخدرات.

إذا كان كلا الوالدين يعيشان في المنزل، فإن علاقتهما غالباً ما تكون غير متناغمة. كان هناك في كثير من الأحيان نقص في الإجماع حول تربية الأطفال، وبالتالي، تولى أحد الوالدين، عادة الأم، دور الأبوة والأمومة الأساسي. ونادراً ما يكون هؤلاء الآباء قادرين على تقديم جبهة موحدة وتعاونية لأطفالهم. بالنسبة لمثل هؤلاء الأطفال، فإن العالم مليء بالتناقضات والبطلان.

عندما يحتاج الطفل إلى البنية، فإنه يتلقى التناقضات؛ وعندما يحتاج إلى الحزم، فإنه يحصل على التناقض. وبالتالي، يُحرم الخط الحدودي المستقبلي من فرصة تطوير هوية أساسية متسقة.

قد تكون والدة الشريط الحدودي مريضة بشكل صارخ، ولكن في أغلب الأحيان تكون أمراضها خفية للغاية. وقد ينظر إليها الآخرون على أنها "الأم المثالية" بسبب "إخلاصها" الكامل لأطفالها. لكن الملاحظة الأعمق تكشف انخراطها المفرط في حياة أطفالها، وتشجيعها للاعتماد المتبادل،

وعدم رغبتها في السماح لأطفالها بالنضوج والانفصال بشكل طبيعي.

إن محاولة الحفاظ على تربية متسقة للأطفال بعد الانفصال أو الطلاق تمثل تحديًا خاصًا. قد يكون الاتساق صعبًا على الوالد الحدودي، الذي قد يستخدم الأطفال بوعي أو بغير وعي لمواصلة المعركة مع زوجها. يجب على الوالد الآخر أن يحاول التقليل من الصراعات من خلال أن يكون انتقائيًا للغاية في "اختيار معاركه". إن محاولة الدفاع عن النفس أو مناقشة الاتهامات لن تغير من الاستياء ولن تؤدي إلا إلى إرباك الأطفال. غالبًا ما يكون أفضل نهج هو إعادة توجيه المحادثة بعيدًا عن العلاقة الشخصية. حاول أن تجعل زوجتك تركز فقط على "ما هو أفضل للأطفال". عادة، يمكن إيجاد أرضية مشتركة وتقليل الصراع إلى الحد الأدنى.

الفواصل

الانفصال عن الوالدين، خاصة خلال السنوات القليلة الأولى من الحياة، أمر شائع في السيرة الذاتية. على السطح، قد تبدو هذه الانفصالات غير ذات أهمية، إلا أن لها تأثيرات عميقة.

على سبيل المثال، ولادة شقيق تأخذ الأم بعيدا عن أنشطتها العادية لبضعة أسابيع، ولكن عندما تعود، فإنها لم تعد تستجيب للطفل الأكبر؛ في نظر الطفل الأكبر، اختفت الأم، وحل محلها شخص مختلف - شخص لديه الآن واجبات الأمومة مع شقيقه الأصغر. بالنسبة للطفل السليم في بيئة صحية، يمكن التغلب على هذه الصدمة بسهولة، ولكن بالنسبة إلى الحد الفاصل في بيئة حدودية، فقد تكون واحدة من سلسلة من الخسائر والهجر المتصور. كما أن الأمراض الممتدة، أو السفر المتكرر، أو الطلاق، أو وفاة أحد الوالدين تحرم الرضيع النامي من الأمومة المستمرة في الأوقات الحرجة، مما قد يتعارض مع قدراته على تنمية الثقة والثبات في عالمه غير المستقر وغير الموثوق.

صدمة إساءة معاملة الأطفال

يعد الاعتداء الجسدي و/أو الجنسي الشديد بمثابة صدمة شائعة في تاريخ الشخصية الحدية. عندما يتعرض طفل للإيذاء، فإنه يلوم نفسه دائماً لأن هذا (بوعي أو بغير وعي) هو أفضل البدائل المتاحة. إذا ألقى اللوم على الشخص البالغ، فسوف يشعر بالرعب من اعتماده على غير الأكفاء الذين لا يستطيعون الاعتناء به. إذا لم يلوم أحداً، يصبح الألم عشوائياً ولا يمكن التنبؤ به، وبالتالي أكثر رعباً لأنه لا أمل لديه في السيطرة عليه. إن إلقاء اللوم على نفسه يجعل فهم الإساءة أسهل وبالتالي السيطرة عليها - فقد يشعر أنه تسبب في الإساءة بطريقة أو بأخرى، وبالتالي سيكون قادراً على إيجاد طريقة لإنهائها، أو سيستسلم ويقبل أنه "سئ".

في هذه المواقف، يتعلم باريدلاين في وقت مبكر من حياته أنه سيء، وأنه يتسبب في حدوث أشياء سيئة. يبدأ في توقع العقاب وقد يشعر بالأمان فقط عند العقاب. لاحقاً، قد يكون تشويه الذات في بعض الأحيان هو الطريقة الحدية لإدامة هذا الشعور المألوف والأمن بالتعرض للتوبيخ. وقد يرى الإساءة كنوع من الحب فيكرر الإساءة مع أبنائه.

كشخص بالغ، يظل محبوباً في عالم الطفل المربك، حيث يجتمع الحب والكراهية، ولا يوجد سوى الخير والشر ولا يوجد بينهما، ولا يتسق إلا التناقض.

يمكن أن يتخذ الإساءة أشكالاً أكثر دقة من العنف الجسدي أو النشاط الجنسي المنحرف. الإساءة العاطفية - التي يتم التعبير عنها في شكل مضايقة لفظية، أو سخرية، أو إذلال، أو صمت بارد - يمكن أن تكون مدمرة بنفس القدر.

لم تستطع ستيفاني إرضاء والدها أبداً. عندما كانت صغيرة، كان يناديها بـ "السمينة" ويضحك على محاولاتها الفتاة المسترجلة الخرقاء لإرضائه من خلال ممارسة الرياضة. لقد كانت "غبية" عندما كانت درجاتها أقل من الكمال وعندما كسرت الأطباق أثناء محاولتها تنظيف المطبخ. لقد سخر من ثوبها بدون حمالات في ليلة الحفلة الراقصة، وفي يوم التخرج، أصر على أنها لن تصل إلى أي شيء.

كشخص بالغ، كانت ستيفاني دائماً غير متأكدة من نفسها، ولم تثق أبداً بالتعليقات اللطيفة وكانت تحاول يائسة إرضاء الأشخاص الذين كان من المستحيل إرضائهم. وبعد سلسلة طويلة من العلاقات المدمرة، التقت ستيفاني أخيراً بتيد، الذي بدا مهتماً وداعماً.

ومع ذلك، في كل منعطف، حاولت ستيفاني تخريب العلاقة من خلال اختبار ولائه باستمرار والتشكيك في التزامه، مقتنعة بأنه لا يمكن لأي شخص تقدره أن يقدرها.

كان على تيد أن يفهم خلفية ستيفاني وأن يدرك أن الثقة لا يمكن أن تنشأ بشكل واقعي إلا على مدى فترات طويلة من الزمن. ليس الجميع على استعداد للانتظار. كان تيد.

التعرف على اضطراب الشخصية الحدية في مرحلة المراهقة

بحكم التعريف، فإن صراعات المراهقة واضطراب الشخصية الحدية متشابهة جدًا: كل من المراهق الطبيعي والصراع الحدودي من أجل الفردية والانفصال عن الوالدين، ويبحثون عن روابط مع الأصدقاء والتماهي مع المجموعات، ويحاولون تجنب الوحدة، ويميلون إلى الابتعاد عن الآخرين. من خلال التغيرات المزاجية الدراماتيكية، ويكونون عرضة للاندفاع بشكل عام. إن سهولة تشتيت انتباه المراهق تشبه صعوبة الحدود.

متقن لإلزام نفسه بهدف والمتابعة. عادةً ما تكون أنماط الملابس الغريبة لدى المراهقين، وعادات الأكل في عصور ما قبل التاريخ، والموسيقى الثاقبة، محاولات لتكوين هوية مميزة والارتباط بمجموعات محددة من الأقران، وهي جهود مماثلة لتلك التي تبذلها الحدود.

قد يستمتع المراهق العادي إلى موسيقى كثيفة، ويكتب شعراً متشائماً، ويمجد المشاهير الانتحاريين، ويصرخ بشكل درامي، ويبيكي، ويهدد. ومع ذلك، فإن المراهق العادي لا يقطع معصميه، أو يسرف في تناول الطعام أو يتطهر عدة مرات في اليوم، أو يصبح مدمناً على المخدرات، أو يهاجم أمه؛ وهذه التطرفات هي التي تتوقع تطور اضطراب الشخصية الحدية.

سوف ينكر بعض الآباء خطورة مشاكل المراهق (جرعة زائدة من المخدرات، على سبيل المثال) من خلال تجاهلها باعتبارها محاولة نموذجية من المراهق لجذب الانتباه. على الرغم من أنه صحيح أن الأطفال

غالبًا ما يسعى الشخص إلى جذب الانتباه بطرق درامية، ولا تعد محاولات الانتحار أو أي سلوكيات مدمرة أمرًا "طبيعيًا". فهي تشير بدلاً من ذلك إلى احتمال وجود شخصية حدودية أولية أو اضطراب آخر ويجب تقييمهما من قبل متخصص. بالمقارنة مع المراهقين الذين يعانون من اضطرابات نفسية أخرى، يعاني المراهقون الحديون من بعض الأمراض والاختلالات الأكثر خطورة. يُظهر المراهقون الحديون معدلات أعلى للإصابة بالأمراض المنقولة جنسيًا والمشاكل الطبية طوال حياتهم. وهم أكثر عرضة لتعاطي الكحول والسجائر والمخدرات الأخرى. وعادة ما يدرك الآخرون -الآباء والمعلمون وأصحاب العمل والأصدقاء -عندما يعبر المراهق العادي الحدود إلى سلوك حديوي، حتى قبل المراهق نفسه. يعد تعاطي المخدرات المستمر، أو العلاقات المضطربة المتسلسلة، أو الصيام الناتج عن فقدان الشهية، مؤشرات موثوقة على احتمال وجود مشاكل أعمق. يجب أن يكون أسلوب أداء المراهق بأكمله هو محور الفحص، وليس الأعراض الفردية. وهذا أمر بالغ الأهمية بشكل خاص عند النظر في احتمالية الانتحار.

بعد الانتحار سببًا رئيسيًا للوفاة بين المراهقين، وهو منتشر بشكل خاص عند الأطفال الذين يعانون من الاكتئاب، ويتعاطون المخدرات، ويتصرفون بشكل متهور أو عنيف، ولا يحتفظون إلا بأنظمة دعم قليلة -وكلها سمات بارزة لاضطراب الشخصية الحدية.3,2 التهديدات بإيذاء النفس ينبغي دائمًا أن تؤخذ على محمل الجد. إن محاولات تشويه الذات أو إيذاء النفس "فقط من أجل الاهتمام" يمكن أن تنحرف بشكل مأساوي. الآباء والأمهات الذين يحاولون التمييز بين "الانتحار الحقيقي" و"البحث عن الاهتمام" يخطئون الهدف، فكلهما سلوكيات مرضية خطيرة وتتطلب العلاج، وغالبًا ما يكون العلاج في المستشفى.

العمل مع الحدود

في بيئة العمل، غالبًا ما يُنظر إلى الخطوط الحدودية على أنها "غريبة" أو "غريبة الأطوار": فقد يميلون إلى عزل أنفسهم، وتجنب الاتصالات الشخصية، وإبعاد الآخرين مع هالة من الفزعة والشك والشك.

أو الانحراف. يشكو البعض عادةً من أمراض جسدية أو مشاكل شخصية، وأحياناً يصابون بنوبات من جنون العظمة والغضب. وقد يتصرف البعض الآخر بشكل طبيعي تمامًا في موقف العمل، لكنهم يبدوون محرجين أو غير مرتاحين مع زملاء العمل خارج مكان العمل.

قام العديد من أصحاب العمل بتنفيذ برامج مساعدة الموظفين (EAPs) والمستشارين الداخليين، وأقسام الإحالة المصممة في البداية لمساعدة الموظفين على التعامل مع مشاكل تعاطي الكحول والمخدرات. واليوم، تتوفر أيضًا العديد من برامج EAPs لمساعدة العمال على مواجهة المشكلات العاطفية الأخرى بالإضافة إلى الصعوبات القانونية والمالية.

العديد من مستشاري EAP مجهزون جيدًا لتحديد سمات تعاطي الكحول أو المخدرات، أو الأمراض النفسية البارزة مثل الاكتئاب أو الذهان. لكنهم قد يكونون أقل دراية بالأعراض الأكثر تعقيدًا لاضطراب الشخصية الحدية. على الرغم من أن مشرف الموظف وزملاء العمل والمستشار، وحتى الموظف نفسه قد يكون على علم ببعض السلوكيات المختلة أو التخريبية، فقد لا تتم إحالة الحد الفاصل للعلاج لأن سلوكياته لا يمكن أن ترتبط بشكل واضح باضطراب أكثر شيوعًا.

قد يشك صاحب العمل المحتمل في وجود خصائص حدودية لدى مقدم الطلب الذي لديه تاريخ من التغييرات الوظيفية المتكررة. غالبًا ما يتم تفسير هذه الإنهاءات من خلال "الصراعات الشخصية" (وهذا غالبًا ما يكون دقيقًا). قد ينشأ فصل وظيفي آخر عن تغيير كبير - مشرف جديد، أو نظام كمبيوتر جديد، أو تعديل في الوصف الوظيفي - مما أدى إلى تعطيل روتين منظم للغاية (وربما رتيب).

نظرًا لأن الحد الأدنى قد يكون مبدئيًا ومتفانيًا للغاية، فيمكن أن يكون الموظف الأكثر قيمة. عندما يعمل على مستوى أعلى، يمكن أن يكون ملونًا ومحفزًا وملهمًا للآخرين. تعمل معظم الخطوط الحدودية على النحو الأمثل في بيئة منظمة ومحددة بشكل جيد حيث يتم تحديد التوقعات بوضوح.

سيكون زملاء العمل أكثر راحة مع الحدود عندما إنهم يدركون ميله لرؤية العالم باللون الأسود أو الأبيض و

قبول حاجته إلى بنية محددة جيداً. يجب عليهم تجنب "المزاح" معه والابتعاد عن السخرية "اللطيفة" التي قد يساء فهمها في كثير من الأحيان. قد يكون من المفيد التوسط إذا أصبح الخط الحدودي هدفاً لنكات الآخرين.

يمكن أن تساعد المجالات المتكررة على العمل الجيد، والاعتراف بالأخطاء، دون إدانة، مع اقتراحات للتحسين، في أداء الحد الأدنى في مكان العمل.

وبالمثل، عندما يكون الحد الفاصل في منصب تنفيذي، فمن المهم للموظفين أن يتعرفوا على تفكيره الأسود أو الأبيض ويتعلموا كيفية التعامل معه. يجب أن تعلم الموظفون توقع وقبول قابلية التغيير مع الحد الأدنى من مشاعر الأذى. وينبغي عليهم أن يتجنبوا التورط في الحجج المنطقية، لأن الاتساق قد لا يكون ممكناً دائماً بالنسبة للحدود. يجب عليهم البحث عن حلفاء في أماكن أخرى في المنظمة لتقديم تعليقات وتقييمات موثوقة.

اللعب مع الحدود

في اللعب، عادة ما يكون الخط الحدودي غير قابل للتنبؤ به وفي بعض الأحيان يكون مربكاً للغاية. قد يواجه صعوبة كبيرة في الترفيه واللعب بجدية لا تتناسب مع الطبيعة المريحة للنشاط. قد يكون شريكك المعين حديثاً في لعبة التنس الزوجي والذي يبدو في البداية لطيفاً بما فيه الكفاية، ولكن مع استمرار اللعبة يصبح محبطاً وغاضباً بشكل متزايد. على الرغم من تذكيره باستمرار بأن "هذه مجرد لعبة"، إلا أنه قد يتسكع ويلعن نفسه ويرمي المضرب ويقسم على التخلي عن هذه الرياضة. قد يكون مدرب ابنك في الدوري الصغير الذي يعمل بشكل جيد مع الأطفال، لكنه يصبح فجأة مسيئاً للغاية للحكم المراهق أو يهين بغضب ابنه -الذي يُنظر إليه على أنه امتداد لنفسه -الذي يضرب بالقواعد المحملة. على الرغم من أن هذه الأمثلة قد تصف سمات تشبه الحدود لدى بعض الأشخاص الذين ليسوا في الواقع حدوداً،

عندما تكون هذه السلوكيات متطرفة أو تمثل نمطًا ثابتًا، فقد تكون مؤشرات على شخصية حدية حقيقية.

تتعارض شدة الخط الحدودي مع قدرته على الاسترخاء والاستمتاع. محاولات الآخرين للمزاح قد تحبطه وتثير غضبه. يكاد يكون من المستحيل "إخراجه منه". إذا اخترت الاستمرار في لعب التنس مع شريكك الحدودي، فإن الاستخدام الحكيم لمبادئ الإعداد قد يجعل التجربة أكثر احتمالاً.

الحدود الناضجة

قد يظل لدى البالغين ذوي الأداء العالي الذين لا يتعافون تمامًا وظائف ناجحة، ويتولون أدوارًا عائلية تقليدية، ولديهم كادر من الأصدقاء وأنظمة الدعم. وقد يعيشون حياة مُرضية بشكل عام داخل ركنهم المنفصل من الوجود، على الرغم من الإحباطات المتكررة تجاه أنفسهم والآخرين الذين يعيشون في هذا المكان.

ومع ذلك، فإن الحدود الوظيفية المنخفضة تواجه صعوبة أكبر في الحفاظ على الوظيفة والأصدقاء، وقد تفتقر إلى أنظمة الأسرة والدعم؛ قد يسكنون "تقوًا سوداء" أكثر عزلة ويأشأ داخل عالمهم الشخصي.

من الشائع في معظم الخطوط الحدودية عنصر عدم القدرة على التنبؤ والسلوك غير المنتظم. قد يكون الأمر أكثر وضوحًا عند الفرد المنعزل المنعزل، لكن أولئك الذين يعرفون رجل العائلة الراضي جيدًا يمكنهم أيضًا اكتشاف التناقضات في سلوكه التي تتناقض مع العقلانية السطحية. في العمل، حتى رجل الأعمال أو المحترف الناجح قد يكون معروفًا من قبل أولئك الذين يعملون معه بشكل وثيق أنه غريب بعض الشيء، حتى لو لم يتمكنوا من تحديد ما الذي يبرز حالة عدم التوازن تلك.

مع تقدم العديد من الخطوط الحدودية في السن، فإنها قد "تنضج". يبدو أن الاندفاع وتقلب المزاج وسلوكيات التدمير الذاتي تتضاءل

بكثافة درامية. قد يكون هذا النمط انعكاسًا موضوعيًا للتغيير أو تقييمًا شخصيًا لأولئك الذين يعيشون أو يعملون مع الشريط الحدودي؛ ربما يكون أصدقاء وعشاق الخط الحدودي قد تكيفوا مع تصرفاته الخاطئة بمرور الوقت ولم يعودوا يلاحظون أو يستجيبون لها

الفاحشة.

ربما يكون السبب في ذلك هو أنه استقر في أسلوب حياة أكثر روتينية لم يعد يتطلب نوبات دورية -الإفراط في الشرب، أو التهديد بالانتحار، أو غيرها من الإيماءات الدرامية -لتحقيق احتياجاته. ربما مع التقدم في السن، يفقد الخط الحدودي الطاقة أو القدرة على التحمل للحفاظ على الوتيرة المحمومة للحياة الحدودية. أو ربما تكون هناك ببساطة عملية شفاء طبيعية تحدث لبعض الخطوط الحدودية عندما تنضج. على أية حال، تتحسن معظم الخطوط الحدودية بمرور الوقت، مع العلاج أو بدونه. والواقع أن أغلبهم يمكن اعتبارهم "متعافين" بمعنى أنهم لم يعودوا يستوفون خمسة من المعايير التسعة المحددة.

إن التشخيص على المدى الطويل لهذا المرض المدمر يبعث على الأمل للغاية (انظر الفصل 7).

وبالتالي، يمكن لأولئك الذين يشاركون الحياة مع الشريط الحدودي أن يتوقعوا أن تصبح سلوكياته مع مرور الوقت أكثر احتمالاً. في هذه المرحلة، تصبح ردود الفعل غير المتوقعة أكثر قابلية للتنبؤ بها، وبالتالي أسهل في إدارتها، ويصبح من الممكن للحدود أن تتعلم كيف تحب وأن تُحب بطريقة أكثر صحة.

الفصل السابع

البحث عن العلاج

سأمنحه عامًا إضافيًا وبعد ذلك سأذهب إلى لورد.

-من آني هول، بقلم وودي آلن، عن طبيبه النفسي

اتصل بي الدكتور سميث، وهو طبيب نفسي معروف على المستوى الوطني، بشأن ابنة أخيه. كانت مكتئبة وبحاجة إلى معالج نفسي جيد. كان يتصل ليقول أنه أوصى بي.

كان ترتيب الموعد أمرًا صعبًا. لم تتمكن من إعادة ترتيب جدول أعمالها ليناسب جدول أعمالي، لذلك قمت بتعديل جدول أعمالي وأعدت ترتيبه ليناسب جدول أعمالها. لقد شعرت بالضغط لكي أكون متعاونًا وذكيا، حتى يكون إيمان الدكتور سميث بي مبررًا. لقد افتتحت للتو ممارستي المهنية وأحتاج إلى بعض التحقق من مهاراتي المهنية. ومع ذلك كنت أعرف أن هذه المشاعر كانت علامة سيئة: كنت متوترة.

كانت جولي جذابة بشكل لافت للنظر، طويلة وشقراء، كان من الممكن أن تصبح عارضة أزياء بسهولة. كانت طالبة قانون، وكانت في الخامسة والعشرين من عمرها، ذكية وفصيحة. لقد وصلت متأخرة بعشر دقائق ولم تعتذر عن هذا الأمر أو حتى تعترف به. عندما نظرت عن كثب، رأيت أن مكياج عينيها كان ثقيلًا بعض الشيء، كما لو كانت تحاول إخفاء الحزن والإرهاق بداخلها.

كانت جولي الطفلة الوحيدة، وتعتمد بشكل كبير على والديها الناجحين،

الذين كانوا يسافرون دائمًا. ولأنها لم تستطع تحمل البقاء بمفردها، فقد خاضت سلسلة من الأمور. عندما يقطع الرجل العلاقة، تصبح مكتئبة للغاية حتى الشروع في العلاقة الغرامية التالية. لقد كانت الآن "بين العلاقات". لقد تركها أحدث رجل لها و"لم يكن هناك من يحل محله".

لم يمض وقت طويل قبل أن يصبح علاجها روتينيًا. ومع اقتراب الجلسة من نهايتها، كانت تطرح دائمًا شيئًا مهمًا، لذا كانت مواعيدنا تنتهي متأخرة قليلًا. أصبحت المكالمات الهاتفية بين الجلسات أكثر تكرارًا واستمرت لفترة أطول.

على مدى الأسابيع الستة التالية التقينا مرة واحدة في الأسبوع، ولكننا اتفقنا بعد ذلك على زيادة عدد المرات إلى مرتين في الأسبوع. تحدثت عن وحدتها والصعوبات التي واجهتها مع الانفصال، لكنها استمرت في الشعور باليأس والوحدة. أخبرتني أنها غالبًا ما تنفجر غضبًا ضد أصدقائها، على الرغم من أنه كان من الصعب بالنسبة لي أن أتخيل هذه الانفجارات لأنها كانت محتشمة جدًا في مكتبي. كانت تعاني من مشاكل في النوم، وانخفضت شهيتها، وبدأت تفقد وزنها.

بدأت تتحدث عن الانتحار. لقد وصفت لها أدوية مضادة للاكتئاب، لكنها شعرت باكتئاب أكبر ولم تتمكن من التركيز في المدرسة. أخيرًا، بعد ثلاثة أشهر من العلاج، أبلغت عن تزايد أفكارها الانتحارية وبدأت تتخيل نفسها وهي تشق نفسها. أوصيت بدخول المستشفى، فقبلت ذلك على مضض. ومن الواضح أن هناك حاجة إلى مزيد من العمل المكثف للتعامل مع هذا الاكتئاب المستمر.

المرة الأولى التي رأيت فيها الغضب كانت يوم دخولها المستشفى، عندما كانت جولي تصف قرارها بالمجيء إلى المستشفى. وبكت بهدوء، تحدثت عن الخوف الذي شعرت به عندما شرحت دخولها إلى المستشفى لوالدها.

وفجأة قسى وجهها وقالت: هل تعرفين ماذا فعلت تلك العاهرة؟ مرت لحظة قبل أن أدرك أن جولي كانت تشير الآن إلى إيرين، الممرضة التي أدخلتها إلى الوحدة. وصفت جولي بغضب عدم اهتمام الممرضة، وارتباكها مع جهاز قياس ضغط الدم، واختلاطها بجهاز قياس ضغط الدم.

صينية الغداء. تحول جمالها الأثيري إلى وجه من الغضب والرعب. قفزت عندما قصفت الطاولة.

وبعد بضعة أيام، كانت جولي تحفز وحدة المستشفى بمطالبها وخطبها. وحاول بعض الممرضات والمرضى تهدئتها واسترضائها؛ شعر الآخرون بالغضب عندما أصيبت بنوبات غضب (وأشياء) وخرجت من الجلسات الجماعية. "هل تعرف ماذا فعل مريضك هذا الصباح يا دكتور؟" سألت إحدى الممرضات عندما خطوت على الأرض. كان التركيز واضحًا على "أنت"، كما لو كنت مسؤولاً عن سلوك جولي وأستحق توبيخ الموظفين لعدم سيطرتي عليها. "أنت مفرط في الحماية. إنها تتلاعب بك. يجب مواجعتها."

لقد جئت على الفور للدفاع عن نفسي وعن جولي. أجبت: "إنها بحاجة إلى الدعم والرعاية". "إنها بحاجة إلى إعادة تربية الوالدين.

إنها بحاجة إلى أن تتعلم الثقة. كيف يجرؤون على التشكيك في حكمي! هل أجروا على السؤال عنه؟

طوال الأيام القليلة الأولى، اشتكت جولي من الممرضات والمرضى الآخرين والأطباء الآخرين. قالت إنني كنت أنفهم وأهتم، وكان لدي رؤية ومعرفة أكبر بكثير من المعالجين الآخرين الذين قابلتهم.

وبعد ثلاثة أيام، أصرت جولي على الخروج من المستشفى. كانت الممرضات متشككات. لم يعرفوها جيدًا بما فيه الكفاية. لم تتحدث كثيرًا عن نفسها معهم أو في العلاج الجماعي. وكانت تتحدث فقط مع طبيبيها، لكنها أصرت على أن أفكارها الانتحارية قد تبددت وأنها بحاجة إلى "العودة إلى حياتي". وفي النهاية أذنت بالخروج.

وفي اليوم التالي دخلت غرفة الطوارئ وهي في حالة سكر وهي مصابة بجروح في معصمها. لم يكن لدي أي خيار سوى إعادة إدخالها إلى الجناح.

على الرغم من أن الممرضات لم يقلن أبدًا: "لقد أخبرتك بذلك"، إلا أن نظراتهن المتغترسة كانت لا لبس فيها ولا تطاق. بدأت أتجنبهم أكثر مما كنت عليه حتى تلك اللحظة. لقد استأنفت علاج جولي على أساس فردي وأبعدتها عن الجلسات الجماعية.

وبعد يومين طلبت تسريحها. عندما رفضت

الطلب، انفجرت. قالت: "اعتقدت أنك تثق بي". "اعتقدت أنك تفهمني. كل ما يهملك هو القوة. أنت فقط تحب السيطرة على الناس!

اعتقدت أنها ربما كانت على حق. ربما أكون مسيطرًا جدًا، وغير آمن جدًا. أم أنها كانت تهاجم فقط ضعفي، وحاجتي إلى أن يُنظر إلي على أنني مهتم وثقة؟ هل كانت مجرد تأجيل ذنبي وماسوشي؟ هل كانت هي الضحية هنا أم كنت أنا؟

قالت: "اعتقدت أنك مختلف". "اعتقدت أنك كنت مميزا. اعتقدت أنك تهتم حقًا. "اعتقدت أن المشكلة كانت

أيضا.

وبحلول نهاية الأسبوع، كانت شركة التأمين تتصل بي يوميًا لتتساءل عن استمرار إقامتها. سجلت ملاحظات التمريض إصرارها على أنها لم تعد تدمر نفسها، وواصلت الضغط من أجل الخروج من المستشفى. اتفقنا على إخراجها من المستشفى، ولكن جعلناها تستمر في برنامج المستشفى النهاري، حيث يمكنها حضور المجموعات المقررة في المستشفى خلال النهار والعودة إلى المنزل في فترة ما بعد الظهر. في يومها الثاني في برنامج العيادات الخارجية، وصلت متأخرة، أشعثًا، ومصابة بالجوع. لقد روت وهي تبكي لقاءها المهلهل في الليلة السابقة مع شخص غريب في الحانة. أصبح الوضع أكثر وضوحًا بالنسبة لي. لقد كانت تتوسل من أجل الحدود والضوابط والبنية لكنها لم تستطع الاعتراف بهذه التبعية. فتصرفت بشكل شنيع لضرورة الضوابط، ثم غضبت وأنكرت رغبتها فيها.

كان بإمكانني رؤية هذا، لكنها لم تستطع. تدريجيًا توقفت عن التطلع إلى رؤيتها. وفي كل جلسة، كنت أتذكر فشلي، ووجدت نفسي أتمنى لها الشفاء أو أن تختفي. عندما أخبرتني أنه ربما يكون طبيب زميلتها القديمة في السكن أفضل لها، فسرت ذلك على أنه رغبة في الهروب من نفسها ومن المشكلات الحقيقية التي تواجهها. كنت أعرف أن التغيير في هذه المرحلة سيؤدي إلى نتائج عكسية بالنسبة لها، لكن بصمت تمنيت أن تغير الأطباء من أجلي. كانت لا تزال تحدث عن قتل نفسها، وتخيلت بالذنب أن الأمر سينتهي تقريرًا

راحة لي إذا فعلت. لقد غيرتني تغييراتها - من مازوشي إلى سادي.

خلال أسبوعها الثالث في المستشفى النهاري، شنت مريضة أخرى نفسها أثناء وجودها في المنزل خلال عطلة نهاية الأسبوع. شعرت جولي بالخوف، وغضبت: "لماذا لم تعلم أنت وهؤلاء الممرضات أنه سيقتل نفسه؟" صرخت. "كيف سمحت له أن يفعل ذلك؟ لماذا لم تحميه؟"

لقد دمرت جولي. من كان سيحميها؟ من الذي سيجعل الألم يختفي؟ أدركت أخيرًا أنه يجب أن تكون جولي. لم يعيش أي شخص آخر داخل جلدنا. لا يمكن لأي شخص آخر أن يفهمها ويحميها تمامًا. لقد بدأ الأمر يبدو منطقيًا بالنسبة لي، وبعد فترة، بالنسبة لجولي.

لقد استطاعت أن ترى أنه بغض النظر عن مدى صعوبة محاولتها الهروب من مشاعرها، فإنها لم تستطع الهروب من كونها نفسها. على الرغم من أنها أرادت الهروب من الشخص السيئ الذي اعتقدت أنها كذلك، كان عليها أن تتعلم قبول نفسها وعيوبها وكل شيء. في نهاية المطاف، سوف ترى أن مجرد كونها جولي أمر جيد.

انتقل غضب جولي من الموظفين تدريجيًا نحو المريض المنتحر، الذي "لم يمنح نفسه فرصة". وعندما رأت مسؤوليته، بدأت ترى مسؤوليتها. واكتشفت أن الأشخاص الذين يهتمون بها حقًا لم يسمحوا لها بفعل ما تريد، كما فعل والديها. في بعض الأحيان، كانت الرعاية تعني وضع الحدود. في بعض الأحيان كان ذلك يعني إخبارها بما لا تريد سماعه. وأحياناً كان ذلك يعني تذكيرها بمسؤوليتها تجاه نفسها.

ولم يمض وقت طويل قبل أن نبدأ جميعًا — جولي والموظفين وأنا — العمل معًا. توقفت عن المحاولة جاهدة لأن أكون محبوبًا، وحكيماً، وغير مخطئ؛ كان الأهم أن تكون متسقًا وموثوقًا - أن تكون هناك.

وبعد عدة أسابيع، غادرت جولي برنامج العيادات الخارجية بالمستشفى وعادت إلى مكتبنا للعلاج. كانت لا تزال وحيدة وخائفة، لكنها لم تعد بحاجة إلى إيذاء نفسها. حتى أكثر أهمية،

لقد كانت تتقبل حقيقة أنها تستطيع النجاة من الوحدة والخوف، لكنها لا تزال قادرة على الاهتمام بنفسها.

وبعد فترة، وجدت جولي رجلًا جديدًا بدا مهتمًا بها حقًا. أما بالنسبة لي، فقد تعلمت بعضًا من نفس الأشياء التي تعلمتها جولي، وهي أن المشاعر الكريهة تحدد هويتي إلى حد كبير، وأن قبول هذه الأجزاء غير السارة من نفسي يساعدني على فهم مرضاي بشكل أفضل.

بداية العلاج

غالبًا ما يجد المعالجون الذين يعالجون الشخصية الحدية أن قسوة العلاج تضع ضغطًا كبيرًا على قدراتهم المهنية، وكذلك على صبرهم. قد تكون جلسات العلاج عاصفة ومحبطة ولا يمكن التنبؤ بها. تستمر فترة العلاج بوتيرة تشبه السلحفاة وقد تتطلب سنوات لتحقيق التغيير الحقيقي. يترك العديد من المرضى الحديين العلاج في الأشهر القليلة الأولى.

العلاج صعب للغاية لأن الحدود تستجيب له بنفس الطريقة التي يستجيب بها للعلاقات الشخصية الأخرى. سوف يرى البور-ديرلاين المعالج على أنه مهتم ولطيف في لحظة ما، ومخادع ومخيف في اللحظة التالية.

في العلاج، يمكن أن يكون الخط الحدودي مطلبًا للغاية، ومعتمدًا، ومتلاعبًا. ليس من غير المألوف أن يتصل المريض الحدي بالهاتف بشكل متواصل بين الجلسات ثم يظهر بشكل غير متوقع في مكتب المعالج، ويهدد بإيذاء نفسه جسديًا ما لم يجمع المعالج معه على الفور. الخطب الغاضبة ضد المعالج وعملية العلاج شائعة.

في كثير من الأحيان، يمكن أن يكون الحد الفاصل مدركًا جدًا لحساسية المعالج ويدفعه في النهاية إلى الغضب والإحباط والشك في الذات واليأس.

بالنظر إلى المجموعة الواسعة من الأسباب المساهمة المحتملة لاضطراب الشخصية الحدية، و

ويغض النظر عن السلوكيات المتطرفة المعنية، هناك مجموعة واسعة من طرق العلاج يمكن التنبؤ بها. وفقًا لـ "المبادئ التوجيهية الممارسة لعلاج المرضى الذين يعانون من اضطراب الشخصية بورديرلاين" الصادر عن الجمعية الأمريكية للطب النفسي، فإن "العلاج الأساسي لاضطراب الشخصية الحدية هو العلاج النفسي، الذي يكمله العلاج الدوائي الذي يستهدف الأعراض". -إعدادات العلاج المرئي أو الجماعي أو العائلي. ويمكن أن يستمر داخل أو خارج المستشفى. يمكن الجمع بين أساليب العلاج، مثل الفردية والجماعية. بعض أساليب العلاج تكون أكثر "نفسية"، أي أنها تؤكد على العلاقة بين التجارب السابقة والمشاعر اللاواعية مع السلوكيات الحالية. هناك أساليب أخرى أكثر معرفية وتوجيهية، وتركز أكثر على تغيير السلوكيات الحالية بدلاً من استكشاف الدوافع اللاواعية بالضرورة. بعض العلاجات محدودة المدة، ولكن معظمها مفتوح النهاية.

عادة ما يتم تجنب بعض العلاجات. ونادرا ما يتم استخدام تعديل السلوك الصارم. يمكن أن يكون التحليل النفسي الكلاسيكي على الأريكة مع استخدام "الارتباط الحر" في بيئة غير منظمة

مدمرة للخط الحدودي الذي قد تطفئ دفاعاته البدائية. نظراً لأن التنويم المغناطيسي يمكن أن يؤدي إلى حالة نشوة غير مألوفة تؤدي إلى الذعر أو حتى الذهان، فإنه عادةً ما يتم تجنبه كأسلوب علاجي.

أهداف العلاج

تسعى جميع أساليب العلاج إلى تحقيق هدف مشترك: أداء أكثر فعالية في عالم يُنظر إليه على أنه أقل غموضاً وأقل ضرراً وأكثر متعة. تتضمن العملية عادةً تطوير نظرة ثاقبة لعدم إنتاجية السلوكيات الحالية.

هذا هو الجزء السهل. والأكثر صعوبة هو عملية إعادة صياغة الأفكار القديمة وتطوير طرق جديدة للتعامل مع ضغوط الحياة.

الجزء الأكثر أهمية في أي علاج هو العلاقة بين

المريض والمعالج. يشكل هذا التفاعل الأساس للثقة والثبات والعلاقة العاطفية الحميمة. يجب أن يصبح المعالج شخصية موثوقة ومرآة تعكس هوية متسقة ومتطورة. بدءاً من هذه العلاقة، يتعلم الحد الفاصل أن يمد الآخرين بالتوقعات والثقة المناسبة.

الهدف الأساسي للمعالج هو العمل على فقدان (وليس الاحتفاظ) بمريضه. ويتم ذلك من خلال توجيه انتباه المريض إلى مناطق معينة للفحص، وليس من خلال السيطرة عليه.

على الرغم من أن المعالج يعمل بمثابة الملاح، حيث يشير إلى المناظر الطبيعية المثيرة للاهتمام ويساعد على إعادة توجيه مسار الرحلة حول ظروف العواصف، إلا أن المريض هو الذي يجب أن يظل ثابتاً في مقعد الطيار. يتم أيضاً تضمين العائلة والأحباء أحياناً في هذه الرحلة. الهدف الرئيسي هو عودة المريض إلى المنزل وتحسين العلاقات، وليس التخلي عنها.

بعض الناس يخافون من الطب النفسي والعلاج النفسي، ويعتبرون العملية شكلاً من أشكال "السيطرة على العقل" أو تعديل السلوك.

يتم ارتكابها على مرضى عاجزين يعتمدون على أنفسهم والذين تم تشكيلهم في روبوتات بواسطة ساحرين ملتحين يشبهون السفينغاليين. الهدف من العلاج النفسي هو مساعدة المريض على التفرد وتحقيق المزيد من الحرية والكرامة الشخصية. لسوء الحظ، كما يعتقد بعض الناس خطأً أنه يمكن تنويمك مغناطيسياً ضد إرادتك، يعتقد البعض الآخر أنه يمكن "علاجك" ضد إرادتك. وكثيراً ما تصور الثقافة الشعبية، وخاصة السينما، "المنكمش" على أنه إما أحمق متلعثم، يحتاج إلى العلاج أكثر من مرضاه، أو مجرم شائن ورائع. مثل هذه المخاوف غير العقلانية قد تحرم الناس من فرص الهروب من الأسر الذي فرضوه على أنفسهم وتحقيق قبول الذات.

مدة العلاج

بسبب شهرة التحليل النفسي في الماضي، والذي يتطلب بطبيعته عدة سنوات من العلاج المكثف والمتكرر،

ينظر معظم الناس إلى أي شكل من أشكال العلاج النفسي على أنه ممتد وممتد، وبالتالي مكلف للغاية. إن إضافة الأدوية والعلاجات المتخصصة إلى الأسلحة العلاجية هي استجابة للحاجة إلى طرق علاج عملية وبأسعار معقولة. تلتئم العظام المكسورة وتخفّى التهابات، لكن التذبذبات في النفس قد تتطلب علاجًا أطول.

إذا انتهى العلاج بسرعة، فقد يتساءل المرء عما إذا كان سطحيًا جدًا. وإذا امتد لسنوات عديدة، فقد يتساءل المرء عما إذا كانت مجرد لعبة فكرية هي التي تثيري المعالجين النفسيين بينما تستعيد مرضاهم المعتمدين والعاجزين ماليًا.

كم من الوقت يجب أن يستمر العلاج؟ الجواب يعتمد على الأهداف المحددة. قد يتم حل أعراض محددة ومستهدفة -مثل الاكتئاب، أو القلق الشديد، أو نوبات الغضب -في فترات زمنية قصيرة نسبيًا، مثل أسابيع أو أشهر. وإذا كان الهدف هو إعادة الهيكلة بشكل أعمق، فستكون هناك حاجة إلى مدة أطول.

بمرور الوقت، عادة ما يتم "شفاء" اضطراب الشخصية الحدية. وهذا يعني أن المريض، حسب التعريف الدقيق، لم يعد يُظهر خمسة من المعايير التسعة المحددة للدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات العقلية (DSM-IV) ومع ذلك، قد يستمر بعض الأفراد في المعاناة من أعراض الإعاقة، الأمر الذي قد يتطلب العلاج المستمر.

قد ينقطع العلاج. ليس من غير المعتاد أن تنخرط الخطوط الحدودية في عدة جولات منفصلة من العلاج، مع معالجين مختلفين وتقنيات مختلفة. قد تكون فترات الراحة في العلاج مفيدة لترسيخ الأفكار، أو تجربة رؤى جديدة، أو مجرد اللحاق بالحياة وإتاحة الوقت للنمو والنضج. إن القيود المالية، أو التغيرات الكبيرة في الحياة، أو مجرد الحاجة إلى فترة راحة من شدة العلاج قد تتطلب فترة مستقطعة. في بعض الأحيان قد تكون سنوات العلاج ضرورية لتحقيق تغييرات جوهرية في الأداء.

عندما تأتي التغييرات ببطء، قد يكون من الصعب تحديد ما إذا كان ينبغي المضي قدمًا في المزيد من العمل، أو ما إذا كان "هذا أفضل ما يمكن تحقيقه". يجب على المعالج أن يأخذ في الاعتبار ميل الحد الحدودي للهروب من المواجهات مع سلوكياته غير الصحية وميله إلى التشبث بالاعتماد على المعالج (وغيره).

بالنسبة لبعض الخطوط الحدودية، قد لا ينتهي العلاج رسميًا أبدًا. وقد يستمدون فائدة كبيرة من الاتصالات المتقطعة المستمرة مع معالج موثوق به، يمكن اعتبار مثل هذه الترتيبات بمثابة "توقيفات للتزود بالوقود" على الطريق نحو مزيد من الاستقلالية، بشرط ألا يعتمد المريض على هذه الاتصالات في قيادة حياته.

كيف يعمل العلاج النفسي

كما سنرى لاحقًا في هذا الفصل والفصل التالي، هناك العديد من الأساليب العلاجية الراسخة لعلاج اضطراب الشخصية الحدية. قد يستمرون في إعدادات فردية أو جماعية أو عائلية. معظمها مستمدة من اتجاهين أساسيين: العلاج النفسي الديناميكي والعلاج السلوكي المعرفي. في السابق، يتم استخدام مناقشة الماضي والحاضر لاكتشاف الأنماط التي قد تشكل مستقبلًا أكثر إنتاجية. هذا النوع من العلاج أكثر كثافة، حيث يتم إجراء الجلسات عدة مرات في الأسبوع وتستمر عادةً لفترة أطول. يجب أن يستخدم العلاج الفعال صيغة منظمة ومتسقة ذات أهداف واضحة. ومع ذلك، يجب أن تكون هناك مرونة للتكيف مع الاحتياجات المتغيرة. تركز الأساليب السلوكية المعرفية على تغيير عمليات التفكير الحالية والسلوكيات المتكررة التي تسبب الإعاقة؛ هذا النوع من العلاج أقل اهتمامًا بالماضي.

يكون العلاج أكثر تركيزًا على المشكلة وغالبًا ما يكون محدودًا بالوقت. تجمع بعض برامج العلاج بين كلا الاتجاهين.

مهما كان الهيكل، يحاول المعالج توجيه العملاء لفحص تجربتهم ويكون بمثابة محك لتجربة السلوكيات الجديدة. في نهاية المطاف، يبدأ المريض في قبول خياراته في الحياة وتغيير صورته الذاتية باعتباره بديلاً عاجزاً تحركه قوى خارجة عن إرادته. ينشأ جزء كبير من هذه العملية من العلاقة الأساسية بين المعالج والمريض. في كثير من الأحيان، في أي علاج، يتطور لدى كليهما مشاعر شديدة، تسمى النقل والتحويل المضاد.

نقل

يشير التحويل إلى إسقاطات المريض غير الواقعية على المعالج للمشاعر والمواقف التي سبق أن مر بها من أشخاص مهمين آخرين في حياة المريض. على سبيل المثال، قد يغضب المريض بشدة من الطبيب، ليس بناءً على اتصالات الطبيب، ولكن بناءً على مشاعر مفادها أن الطبيب يشبه إلى حد كبير والدته، التي أثارت منه الكثير من الغضب في الماضي. أو قد تشعر المريضة بأنها وقعت في حب معالجها الذي يمثل شخصية الأب الخيالية والقوية والحامية. إن التحويل في حد ذاته ليس سلبيًا ولا إيجابيًا، ولكنه دائمًا تشويه، وإسقاط لمشاعر الماضي على الأشياء الحالية.

من المرجح أن يكون النقل الحدي غير متناسق للغاية، تمامًا مثل الجوانب الأخرى من حياة المريض. سوف يرى الحد الفاصل المعالج على أنه مهتم وقادر وصادق في لحظة ما، ومخادع ومخادع وعديم الشعور في اللحظة التالية. هذه التشوهات تجعل إقامة تحالف مع المعالج أكثر صعوبة. ومع ذلك، فإن إنشاء هذا التحالف والحفاظ عليه هو الجزء الأكثر أهمية في أي علاج.

في المراحل الأولى من العلاج، يرغب الشخص الحدودي في التقرب من المعالج ويخشى منه. يريد أن يتم الاعتناء به لكنه يخشى أن يتم التغلب عليه والسيطرة عليه. يحاول إغراء الطبيب بالعناية به ويتمرد على محاولاته "السيطرة على حياته". عندما يظل المعالج ثابتًا ومتسقًا في تحمل خطاياه، يتطور ثبات الكائن - يبدأ الحد الفاصل في الثقة بأن المعالج لن يتخلى عنه.

من رأس جسر الثقة هذا، يمكن للخط الحدودي أن يغامر بعلاقات جديدة ويقيم اتصالات أكثر ثقة. ومع ذلك، في البداية، قد يكون من الصعب الحفاظ على مثل هذه الصداقات الجديدة بالنسبة لخط الحدود، الذي ربما كان ينظر في الماضي إلى تشكيله لتحالفات جديدة كشكل من أشكال الخيانة. وقد يخشى أيضًا أن يشعر رفيقه أو صديقه أو معالجه بالغيرة والغضب إذا قام بتوسيع اتصالاته الاجتماعية.

مع تقدم الحدود، يستقر في تبعية أكثر راحة وثقة. وبينما يستعد للإنهاء، قد يكون هناك مرة أخرى اضطراب في العلاقة. قد يتألم لطرق عمله السابقة ويستاء من حاجته للمضي قدمًا؛ قد يشعر وكأنه سباح متعب يدرك أنه قد سبح بالفعل أكثر من نصف المسافة عبر البحيرة، والآن بدلاً من العودة إلى الشاطئ يجب أن يستمر إلى الجانب الآخر قبل أن يستريح.

في هذه المرحلة، يجب أن يتعامل الخط الحدودي أيضًا مع انفصاله ويدرك أنه، وليس المعالج، هو من أحدث التغيير. مثل دامبو، الذي يعزو قدرته على الطيران في البداية إلى "ريشته السحرية" ولكنه يدرك بعد ذلك أن ذلك يرجع إلى مواهبه الخاصة، يجب أن يبدأ الخط الحدودي في التعرف على قدراته الخاصة وقبولها على العمل بشكل مستقل. وعليه أن يطور آليات جديدة للتكيف لتحل محل تلك التي لم تعد فعالة.

ومع تحسن الخط الحدودي، تقل شدة النقل. يصبح الغضب والسلوكيات الاندفاعية وتغيرات المزاج -التي غالبًا ما تكون موجهة إلى المعالج أو لصالحه -أقل حدة. قد تتلاشى التبعية المذعورة تدريجيًا وتحل محلها ثقة متزايدة بالنفس؛ يندلع الغضب بشكل أقل في كثير من الأحيان، ويحل محله تصميم أكبر على تولي مسؤولية حياته. ويتضاءل نفاذ الصبر والنزوة، لأن الخط الحدودي يبدأ في تطوير إحساس منفصل بالهوية يمكن أن يتطور دون الحاجة إلى ارتباط طفيلي.

النقل المضاد

يشير التحويل المضاد إلى ردود أفعال المعالج العاطفية تجاه المريض، والتي لا تعتمد على اعتبارات واقعية بقدر ما تعتمد على تجارب المعالج واحتياجاته السابقة. ومن الأمثلة على ذلك الطبيب الذي يرى أن المريض أكثر احتياجًا وعجزًا مما هو عليه الحال حقًا بسبب حاجة الطبيب إلى أن يكون راعيًا، وأن يرى نفسه عطوفًا، ويتجنب المواجهة.

غالبًا ما يكون الخط الحدودي شديد الإدراك تجاه الآخرين، بما في ذلك المعالج. غالبًا ما تثير هذه الحساسية مشاعر المعالج الخاصة التي لم يتم حلها. إن احتياجات الطبيب للتقدير والمودة والسيطرة يمكن أن تدفعه أحيانًا إلى سلوك غير لائق. قد يكون مفرطًا في حماية المريض ويشجع على التبعية.

قد يكون مسيطرًا بشكل مفرط ويطلب المريض بتنفيذ توصياته. وقد يشكو من مشاكله الخاصة ويحث المريض على الاهتمام به. يجوز له استخراج معلومات من المريض لتحقيق مكاسب مالية أو مجرد الدغدغة. بل وقد يدخل في علاقة جنسية مع المريضة "لتعليم العلاقة الحميمة".

قد يبرر المعالج كل هذه الأمور باعتبارها ضرورية للمريض "المريض جدًا"، لكنها في الواقع تلبّي احتياجاته الخاصة. إن مشاعر التحويل المضاد هذه هي التي تؤدي إلى معظم الأمثلة على السلوك غير الأخلاقي بين الطبيب أو المعالج الموثوق به والمريض.

يمكن أن يثير الخط الحدودي مشاعر الغضب والإحباط والشك في الذات واليأس لدى المعالج والتي تعكس مشاعره.

من خلال تحفيزه للعواطف التي تتحدى قيمته المهنية، قد يواجه المعالج كراهية حقيقية للمريض وينظر إليه على أنه غير قابل للعلاج. يمكن أن يكون علاج الشخصية الحدية مثيرًا للغضب لدرجة أن مصطلح "الخط الحدودي" قد تم استخدامه بشكل غير دقيق في بعض الأحيان من قبل المتخصصين باعتباره تسمية مهينة لأي مريض مزعج للغاية أو لا يستجيب بشكل جيد للعلاج. في هذه الحالات، يعكس "الخط الحدودي" بشكل أكثر دقة إحباط المعالج من التحويل المضاد أكثر من التشخيص العلمي لمريضه.

المريض المعالج "الصالح"

يمكن لجميع العلاجات الموصوفة في هذا الكتاب أن تكون طرقًا مثمرة للمريض الحدي، على الرغم من عدم وجود تقنيات علاجية أثبتت أنها علاجية بشكل موحد في جميع الحالات. ال

العامل الوحيد الذي يبدو أنه يرتبط باستمرار بالتحسن هو وجود علاقة إيجابية قائمة على الاحترام المتبادل بين المريض والمعالج.

وحتى عندما ينجح الطبيب في علاج واحد أو أكثر من مرضى الحدود، فإن هذا لا يضمن النجاح التلقائي في علاج الآخرين. عادة ما يكون العامل الأساسي المحدد للنجاح هو الشعور الإيجابي المتفائل المشترك بين المشاركين، وهو نوع من العلاج "المناسب" للمريض.

من الصعب تحديد التوافق الجيد بدقة، ولكنه يشير إلى قدرات كل من المريض والمعالج على تحمل الاضطرابات المتوقعة في العلاج، مع الحفاظ على تحالف قوي مع استمرار العلاج.

دور المعالج

نظرًا لأن علاج اضطراب الشخصية الحدية قد يستلزم مزيجًا من العديد من العلاجات -العلاجات النفسية الفردية والجماعية والعائلية، والأدوية، والاستشفاء -فقد يكون دور المعالج في العلاج متنوعًا مثل العلاجات المختلفة المتاحة. قد يكون الطبيب تصادميًا أو غير توجيهي؛ يمكنه إما أن يحث ويقترح بشكل عفوي أو يبدأ عددًا أقل من التبادلات ويتوقع أن يتحمل المريض عبئًا أكبر في عملية العلاج. والأهم من الطبيب أو طريقة العلاج المعينة هو الشعور بالراحة والثقة الذي يشعر به كل من المريض والمعالج. يجب على كليهما أن يتصور الالتزام والموثوقية والشراكة الحقيقية من الآخر.

ولتحقيق هذا الشعور بالراحة المتبادلة، يجب على كل من المريض والطبيب فهم الأهداف المشتركة ومشاركتها. وينبغي أن يتفقوا على الأساليب وأن يكون لديهم أساليب متوافقة. والأهم من ذلك، يجب على المعالج أن يعرف متى يعالج مريضًا حدوديًا.

يجب أن يشك المعالج في أنه يتعامل مع اضطراب الشخصية الحدية عندما يتعامل مع مريض يتضمن تاريخه النفسي السابق تشخيصات متناقضة، أو دخوله عدة مرات إلى المستشفى، أو تجارب العديد من الحالات.

الأدوية. قد يُبلغ المريض عن أنه "تم طرده" من العلاجات السابقة وأصبح شخصًا غير مرغوب فيه في غرفة الطوارئ المحلية، بعد أن تردد على غرفة الطوارئ مرات كافية ليحصل على لقب (مثل "الجرعة الزائدة إيدي") من الطاقم الطبي.

سيكون الطبيب ذو الخبرة أيضًا قادرًا على الوثوق بردود أفعاله المضادة للانتقال إلى المريض. عادة ما تثير الخطوط الحدودية ردود فعل عاطفية قوية جدًا من الآخرين، بما في ذلك المعالجين. إذا شعر المعالج في وقت مبكر من التقييم بمشاعر قوية بالرغبة في حماية المريض أو إنقاذه، أو المسؤولية تجاه المريض، أو الغضب الشديد تجاه المريض، فيجب عليه أن يدرك أن استجاباته الشديدة قد تشير إلى ردود أفعال تجاه ملل. -شخصية ديرلاين .

اختيار المعالج

قد يكون أداء المعالجين ذوي الأساليب المختلفة جيدًا على قدم المساواة مع الخطوط الحدودية. على العكس من ذلك، فإن الأطباء الذين يمتلكون خبرة خاصة أو اهتمامًا باضطراب الشخصية الحدية والذين يعملون بشكل جيد بشكل عام مع المرضى الحديين لا يمكنهم ضمان النجاح مع كل مريض.

يمكن للمريض الاختيار من بين مجموعة متنوعة من المتخصصين في الصحة العقلية. على الرغم من أن الأطباء النفسيين، بعد تدريبهم الطبي، لديهم سنوات من التعرض لتقنيات العلاج النفسي (وكأطباء، هم المهنيون الوحيدون القادرون على التعامل مع الأمراض الطبية المتزامنة، ووصف الأدوية، وترتيب العلاج في المستشفى)، إلا أن هناك متخصصين ماهرين آخرين -علماء النفس. والأخصائيون الاجتماعيون والمستشارون والمرضى النفسيين والأطباء النفسيين -قد يكتسبون أيضًا خبرة في العلاج النفسي مع المرضى الحديين.

بشكل عام، يمتلك المعالج الذي يعمل بشكل جيد مع اضطراب الشخصية الحدية صفات معينة يمكن للمريض المحتمل التعرف عليها عادةً. يجب أن يكون من ذوي الخبرة في علاج اضطراب الشخصية الحدية وأن يظل متسامحًا ومتقبلًا لمساعدة المريض على تطوير ثبات الأشياء (انظر الفصل 2). وينبغي أن يكون مرنا ومبتكرا، من أجل التكيف معه

الالتواءات التي من خلالها قد يؤدي العلاج بالشريط الحدودي إلى تحريفه. ويجب أن يتمتع بروح الدعابة، أو على الأقل حس واضح بالتناسب، حتى يقدم نموذجًا مناسبًا للمريض ويحمي نفسه من الشدة القاسية التي يتطلبها هذا العلاج.

مثلما يقوم الطبيب بتقييم المريض أثناء مقابلات التقييم الأولية، كذلك يجب على المريض تقييم الطبيب لتحديد ما إذا كان بإمكانهم العمل معًا بشكل فعال.

أولاً، يجب على المريض أن يفكر فيما إذا كان مرتاحًا لشخصية المعالج وأسلوبه. هل سيتمكن من التحدث معه بصراحة وصراحة؟ هل هو مخيف جدًا، أو انتهازي جدًا، أو ضعيف جدًا، أو مغر جدًا؟

ثانياً هل تقييم الطبيب المعالج وأهدافه يتطابق مع تقييم المريض؟ يجب أن يكون العلاج عبارة عن تعاون يتشارك فيه الطرفان نفس وجهة النظر ويستخدمان نفس اللغة. ما الذي يجب أن يأمل العلاج في تحقيقه؟ كيف ستعرف عندما تصل إلى هناك؟ حول كم من الوقت يجب أن يستغرق؟

وأخيراً، هل الطرق الموصى بها مقبولة للمريض؟ يجب أن يكون هناك اتفاق على نوع العلاج النفسي المطلوب والوتيرة المقترحة للاجتماعات. هل سيجتمع الطبيب والمريض بشكل فردي أم مع الآخرين؟ فهل سيكون هناك مزيج من الأساليب، التي قد تشمل، على سبيل المثال، العلاج الفردي على أساس أسبوعي، إلى جانب الاجتماعات المشتركة المتقطعة مع الزوج؟ هل سيكون العلاج أكثر استكشافية أم أكثر دعمًا؟ هل من المحتمل أن يتم استخدام الأدوية أو العلاج في المستشفى؟ ما هي أنواع الأدوية وأي المستشفيات؟

تتطلب فترة التقييم الأولية هذه عادةً مقابلة واحدة على الأقل، وفي كثير من الأحيان أكثر من ذلك. يجب على كل من المريض والطبيب تقييم قدرتهم واستعدادهم للعمل مع الآخر. ينبغي الاعتراف بمثل هذا التقييم كنوع من التبادل "بلا خطأ": فهو غير ذي صلة وربما من المستحيل إلقاء اللوم على المعالج أو المريض لعدم القدرة على إقامة علاقة. من الضروري فقط تحديد ما إذا كان التحالف العلاجي ممكنًا. ومع ذلك، إذا كان أ

يستمر المريض في العثور على كل معالج نفسي يقابله غير مقبول، ويجب التشكيك في التزامه بالعلاج. ربما يبحث عن الطبيب "المثالي" الذي سيعتني به أو يستطيع التعامل به. أو ينبغي عليه أن يأخذ في الاعتبار احتمالية أنه يتجنب العلاج فحسب، وربما ينبغي عليه اختيار طبيب غير كامل والاستمرار في مهمة التحسن.

الحصول على رأي ثانٍ

بمجرد بدء العلاج، ليس من غير المعتاد أن يتوقف العلاج ويبدأ، أو أن يتغير شكل العلاج بمرور الوقت. قد تكون التعديلات ضرورية لأن الحدود قد تتطلب تغييرات في علاجه مع تقدمه.

ومع ذلك، في بعض الأحيان، يكون من الصعب التمييز بين الوقت الذي يتعطل فيه العلاج وبين الوقت الذي يعمل فيه على التغلب على المشكلات المؤلمة. في بعض الأحيان يكون من الصعب الفصل بين التبعة والخوف من المضي قدماً وبين الإدراك المؤلم للأعمال غير المكتملة. وفي مثل هذه الأوقات، سينشأ سؤال حول ما إذا كان ينبغي المضي قدماً على نفس المنوال أو التراجع وإعادة تجميع صفوفهم. هل يجب أن يبدأ العلاج بإشراك أفراد الأسرة؟ هل ينبغي النظر في العلاج الجماعي؟

هل يجب على المعالج والمريض إعادة تقييم الأدوية؟ في هذه المرحلة قد تتم الإشارة إلى التشاور مع طبيب آخر. غالباً ما يقترح المعالج المعالج هذا الأمر، لكن في بعض الأحيان يجب على المريض أن يفكر في هذا الخيار من تلقاء نفسه.

على الرغم من أن المريض قد يخشى أن يشعر الطبيب بالإهانة عندما يطلب رأيًا ثانيًا، إلا أن المعالج المختص والواثق لن يعترض على مثل هذا الطلب أو يتخذ موقفًا دفاعيًا عنه. ومع ذلك، فهو مجال للاستكشاف في العلاج نفسه، من أجل تقييم ما إذا كانت رغبة المريض في إجراء تقييم ثاني قد تشكل هروبًا من المشكلات الصعبة أو تمثل توبيخًا غاضبًا غير واعي. الرأي الثاني قد يكون مفيدًا لكلا

المرضى والطبيب في تقديم نظرة جديدة على التقدم المحرز في العلاج.

الحصول على أقصى استفادة من العلاج

إن تقدير العلاج كتحالف تعاوني هو الخطوة الأكثر أهمية في تعظيم العلاج. وكثيراً ما يغيب عن الخط الحدودي هذا المبدأ الأساسي. وبدلاً من ذلك، فإنها تتعامل في بعض الأحيان مع العلاج كما لو كان الهدف هو إرضاء الطبيب أو القتال معه أو الحصول على الرعاية أو التظاهر بعدم وجود مشاكل. ينظر بعض المرضى إلى العلاج على أنه فرصة للهروب أو التعادل أو الحصول على حليف. لكن الهدف الحقيقي من العلاج يجب أن يكون التحسن.

قد يحتاج الخط الحدودي إلى التذكير بشكل متكرر بمعايير العلاج. يجب أن يفهم القواعد الأساسية، بما في ذلك توفر الطبيب والقيود المفروضة عليه، وقيود الوقت والموارد، والأهداف المشتركة المتفق عليها.

يجب ألا يغيب عن بال المريض حقيقة أنه يكرس نفسه ووقته وموارده بشجاعة للمهمة المخيفة المتمثلة في محاولة فهم نفسه بشكل أفضل وإحداث تغييرات في نمط حياته. ولذلك فإن الصدق في العلاج له أهمية قصوى من أجل المريض. يجب ألا يخفي المناطق المؤلمة أو يلعب مع المعالج الذي عهد إليه برعايته. يجب أن يتخلى عن حاجته للسيطرة أو الرغبة في أن يكون محبوباً من قبل المعالج. في سعي الحدودي لإرضاء دور مفترض، قد يغيب عن باله حقيقة أنه ليس من واجبه إرضاء المعالج بل العمل معه كشريك.

والأهم من ذلك، يجب أن يشعر المريض دائماً بأنه يتعاون بشكل فعال في علاجه. يجب عليه أن يتجنب إما القيام بدور سلبي تماماً، والإذعان تماماً للطبيب، أو أن يصبح منافساً تنافسياً ومثيراً للجدل، وغير راغب في الاستماع إلى مساهمات المعالج. إن تشكيل علاقة قابلة للحياة مع المعالج يصبح أول و،

في البداية، هذه هي المهمة الأكثر أهمية في الشروع في رحلة نحو الصحة العقلية.

النهج العلاجية

يقسم العديد من الأطباء التوجهات العلاجية إلى علاجات استكشافية وداعمة. على الرغم من تداخل كلا الأسلوبين، إلا أنهما يتميزان بكثافة العلاج والتقنيات المستخدمة. كما سنرى في الفصل التالي، يتم استخدام عدد من استراتيجيات العلاج لعلاج اضطراب الشخصية الحدية. يستخدم البعض أسلوباً أو آخر؛ يجمع البعض بين عناصر كلاهما.

العلاج الاستكشافي

العلاج النفسي الاستكشافي هو تعديل للتحليل النفسي الكلاسيكي. تعقد الجلسات عادة مرتين أو أكثر في الأسبوع. هذا النوع من العلاج أكثر كثافة من العلاج الداعم (انظر الصفحة 161) وله هدف أكثر طموحاً وهو تغيير بنية الشخصية. يقدم المعالج القليل من التوجيه المباشر للمريض، ويستخدم المواجهة بدلاً من ذلك للإشارة إلى مدى تدمير سلوكيات معينة وتفسير السوابق اللاواعية على أمل القضاء عليها.

كما هو الحال في أشكال العلاج الأقل كثافة، ينصب التركيز الأساسي على قضايا الحاضر. إن إعادة البناء الجيني، مع تركيزه على قضايا الطفولة والنمو، أمر مهم، ولكن يتم التركيز عليه بشكل أقل من التحليل النفسي الكلاسيكي. تتمثل الأهداف الرئيسية في المراحل المبكرة والمتداخلة من العلاج في تقليل السلوكيات التي تدمر الذات وتدمر عملية العلاج (بما في ذلك إنهاء العلاج قبل الأوان)، وترسيخ التزام المريض بالتغيير، وإنشاء نظام موثوق وموثوق به. العلاقة بين المريض والطبيب. تؤكد المراحل اللاحقة على العمليات

لصياغة إحساس منفصل ومقبول ذاتيًا بالهوية، وإقامة علاقات ثابتة وثقة، والتسامح مع الوحدة والانفصال (بما في ذلك الانفصال عن المعالج) بشكل تكيفي.3,2 يكون التحويل في العلاج الاستكشافي أكثر كثافة وبروزًا منه في العلاج الداعم. يتم تجربة الاعتماد على المعالج، جنبًا إلى جنب مع المثالية والتقليل من القيمة، بشكل أكثر حماسًا، كما هو الحال في التحليل النفسي الكلاسيكي.

العلاج الداعم

عادةً ما يتم إجراء العلاج النفسي الداعم مرة واحدة أسبوعيًا. تحل النصائح المباشرة والتعليم والطمأنينة محل المواجهة وتفسير المواد اللاواعية المستخدمة عادة في العلاج الاستكشافي.

والمقصود من هذا النهج هو أن يكون أقل شدة وأن يعزز دفاعات أكثر تكيفًا من العلاج الاستكشافي. في العلاج النفسي الداعم، قد يعزز الطبيب الكبت، مما يثبط مناقشة الذكريات المؤلمة التي لا يمكن حلها. بدلاً من التشكيك في جذور المخاوف الوسواسية البسيطة، قد يشجعها المعالج على أنها "هوايات" أو غرابة بسيطة. على سبيل المثال، قد لا يتم تحليل حاجة المريض للحفاظ على شقته نظيفة من حيث الأسباب، ولكن يتم الاعتراف بها كوسيلة مفيدة للاحتفاظ بشعور التمكن والسيطرة عند الشعور بالإرهاق.

وهذا يتناقض مع التحليل النفسي، حيث يكون الهدف هو تحليل الدفاعات ومن ثم القضاء عليها.

من خلال التركيز على القضايا الحالية والأكثر عملية، يحاول العلاج الداعم قمع السلوكيات الانتحارية وغيرها من سلوكيات التدمير الذاتي بدلاً من استكشافها بالكامل. يتم التعرف على الأفعال الاندفاعية والعلاقات الفوضوية بين الأشخاص ومواجهتها، دون الحاجة بالضرورة إلى اكتساب نظرة ناقبة على العوامل الأساسية التي تسببت فيها.

قد يستمر العلاج الداعم بشكل منتظم لبعض الوقت قبل أن يتضاءل إلى التكرار المطلوب. متقطع

قد تستمر الاتصالات إلى أجل غير مسمى، وقد يكون استمرار توفر المعالج أمرًا مهمًا للغاية. وينتهي العلاج تدريجيًا عندما تتشكل علاقات دائمة أخرى وتصبح الأنشطة الممتعة أكثر أهمية في حياة المريض.

في العلاج الداعم، يميل المريض إلى أن يكون أقل اعتمادًا على المعالج ويشكل انتقالًا أقل كثافة. على الرغم من أن بعض الأطباء يجادلون بأن هذا النوع من العلاج من غير المرجح أن يحدث تغييرًا دائمًا في المرضى الحديين، إلا أن آخرين قد أحدثوا تأثيرًا كبيرًا.

لا يمكن إجراء تعديلات سلوكية لدى المرضى الذين يعانون من هذا النوع من العلاج.

العلاجات الجماعية

إن معالجة الحدود في مجموعة أمر منطقي تمامًا. تسمح المجموعة للمريض الحدي بتخفيف حدة المشاعر الموجهة نحو فرد واحد (مثل المعالج) من خلال التعرف على المشاعر التي يحفزها الآخرون. في المجموعة، يمكن للحدود أن تتحكم بسهولة أكبر في الصراع المستمر بين القرب العاطفي والمسافة؛ على عكس العلاج الفردي، الذي يتم فيه تسليط الضوء عليه دائمًا، يمكن للخط الحدودي أن يجذب انتباه المجموعة أو يتجنبه. قد تكون المواجهات التي يقوم بها أعضاء المجموعة الآخرون في بعض الأحيان مقبولة بسهولة أكبر من تلك التي تحدث من المعالج المثالي أو الذي تم التقليل من قيمته، لأنه قد يُنظر إلى النظر على أنه شخص "يفهم حقًا ما أمر به". إن طبيعة الخط الحدودي المتطلب، والتمركز حول الذات، والانسحاب الانعزالي، والكشط، والانحراف الاجتماعي يمكن أن يتم تحديدها بشكل أكثر فعالية من قبل أقران المجموعة. بالإضافة إلى ذلك، قد يقبل الحد الفاصل بسهولة أكبر تعبيرات المجموعة عن الأمل والاهتمام والإيثار. 6,5,4

يمكن أن يكون تقدم أعضاء المجموعة الآخرين بمثابة نموذج للنمو. عندما يحقق مريض جماعي هدفًا ما، فإنه يكون بمثابة مصدر إلهام للآخرين في المجموعة، الذين لاحظوا نموه وكان لديهم

شارك بشكل غير مباشر نجاحاته. إن التنافس والمنافسة التي تتميز بها العلاقات الحدودية تظهر بوضوح داخل إطار المجموعة ويمكن تحديدها ومعالجتها بطرق لا يمكن الوصول إليها في العلاج الفردي. في مجموعة مختلطة (أي مجموعة تحتوي على حدود وظيفية أقل وأعلى أو غير حدودية)، قد يستفيد جميع المشاركين. يمكن للمرضى الأصحاء أن يكونوا بمثابة نماذج لطرق عمل أكثر تكيفًا. وبالنسبة لأولئك الذين يجدون صعوبة في التعبير عن المشاعر، يمكن للحدود أن ترد بالمثل من خلال إظهار قدر أكبر من الوصول إلى المشاعر. وأخيرًا، توفر المجموعة مختبرًا تجريبيًا حيا، حيث يمكن للحدود تجربة أنماط مختلفة من السلوك مع أشخاص آخرين، دون التعرض لخطر العقوبات من "العالم الخارجي".

ومع ذلك، فإن الميزات التي تجعل العلاج الجماعي علاجًا جذابًا للخطوط الحدودية هي الأسباب ذاتها التي تجعل العديد من هؤلاء المرضى يقاومون الإعدادات الجماعية. إن الطلب على الاهتمام الفردي، والحسد وعدم الثقة في الآخرين، والرغبة المتناقضة في التقارب الشديد والخوف منه، كلها عوامل تساهم في إحجام العديد من المرضى الحديين عن الدخول في العلاج الجماعي. يمكن للحدود الوظيفية الأعلى أن تتسامح مع هذه الإحباطات الناجمة عن العلاج الجماعي وتستخدم تجارب "في الجسم الحي" لمعالجة العيوب في الارتباط المتبادل.

ومع ذلك، فإن الخطوط الحدودية ذات الأداء الأدنى لن تنضم في كثير من الأحيان، وإذا حدث ذلك، فلن تبقى.

قد يواجه المريض الحدي عقبات كبيرة في العلاج الجماعي الديناميكي النفسي. غالبًا ما يمنع انشغاله بذاته وافتقاره إلى التعاطف من التورط في مشاكل الآخرين. إذا كانت مخاوف الحدود منحرفة للغاية أو كانت المادة مكثفة للغاية، فقد يشعر بالعزلة والانفصال. على سبيل المثال، قد يخشى المريض الذي يناقش سفاح القربى في مرحلة الطفولة، أو الممارسات الجنسية المنحرفة، أو التعاطي الشديد للمواد الكيميائية من أنه قد يصدّم أفراد المجموعة الآخرين. وفي الواقع، قد يواجه بعض الأعضاء صعوبة في التعامل مع المواد المزعجة. قد تشترك بعض الخطوط الحدودية في الشعور بأن المعالج لا يلبي احتياجاتهم. في مثل هذه الحالات

قد يحاولون الاعتناء ببعضهم البعض بالطرق التي تخيلوا أنه يمكن الاعتناء بهم. قد يؤدي هذا إلى اتصالات بين المرضى خارج إطار المجموعة وإدامة احتياجات التبعية أثناء محاولتهم "علاج" بعضهم البعض. عادةً ما تنتهي العلاقات الرومانسية أو التعاملات التجارية بين أعضاء المجموعة بشكل كارثي، لأن هؤلاء المرضى لن يكونوا قادرين على استخدام المجموعة بشكل موضوعي لاستكشاف العلاقة، والتي غالبًا ما تكون استمرارًا لعمليات بحث غير منتجة يجب الاهتمام بها.

تمت إحالة إيلين، وهي امرأة تبلغ من العمر تسعة وعشرين عامًا، للعلاج الجماعي بعد عامين من العلاج النفسي الفردي. إيلين، الابنة الكبرى بين أربع بنات، تعرضت للاعتداء الجنسي من قبل والدها، بدءًا من سن الخامسة تقريبًا واستمر لأكثر من عشر سنوات. لقد اعتبرت والدتها ضعيفة وغير فعالة، وأن والدها متطلب وغير قادر على إرضاءه. في مرحلة المراهقة، أصبحت تعتني بجميع أفراد الأسرة. عندما تزوجت أخواتها وأنجبت أطفالًا، ظلت إيلين عازبة، ودخلت الكلية ثم تخرجت من المدرسة. كان لديها عدد قليل من الصديقات وكانت تواعد بشكل غير منتظم. كانت علاقاتها الرومانسية الوحيدة تتضمن اثنين من المشرفين المتزوجين الأكبر سنًا. كانت تركز معظم وقتها خارج العمل لتنظيم وظائف الأسرة، ورعاية أفراد الأسرة المرضى، ورعاية المشاكل العائلية بشكل عام.

طلبت إيلين، المنعزلة والمكتئبة، العلاج الفردي. وبعد أن أدركت القيود المفروضة على أدائها الاجتماعي، طلبت لاحقًا إحالة للعلاج الجماعي. هناك، سرعان ما أسست مكانتها كمساعدة للآخرين، نافية أي مشاكل خاصة بها.

غالبًا ما كانت تغضب من المعالج، الذي كانت تعتبره غير مفيد بما يكفي لأعضاء المجموعة.

شجع أعضاء المجموعة إيلين على دراسة القضايا التي لم تكن قادرة على مواجهتها في السابق - عبوسها المستمر وتعبيرات وجهها المخيفة وتبادلاتها اللفظية الغاضبة بمهارة. على الرغم من أن هذه العملية استغرقت عدة أشهر محبطة، إلا أنها تمكنت في النهاية من الاعتراف بازديادها للنساء، وهو ما أصبح واضحًا في إطار المجموعة. أدركت إيلين أن لها

كان الغضب من المعالج الذكر ينقل في الواقع غضبًا من والدها وتعرف على محاولاتها القهرية لتكرار علاقة الأب وابنته مع رجال آخرين. بدأت إيلين في تجربة المجموعة بطرق جديدة للتفاعل مع الرجال والنساء.

وفي الوقت نفسه، تمكنت من التراجع عن الانغماس الخائف في مشاكل أسرتها.

تجمع معظم العلاجات القياسية (انظر الفصل 8) بين العلاج الجماعي والعلاج الفردي. بعض الأساليب (مثل العلاج المبني على العقلية (MBT) تكون ديناميكية نفسية واستكشافية مع توجيه أقل من المعالج. البعض الآخر (مثل العلاج السلوكي الجدلي [DBT] وأنظمة التدريب على القدرة على التنبؤ العاطفي وحل المشكلات [STEPPS]) أكثر دعمًا وسلوكيًا وتعليميًا، مع التركيز على المحاضرات والواجبات المنزلية والنصائح، بدلاً من التفاعلات غير المباشرة.

العلاجات العائلية

العلاج الأسري هو نهج منطقي لعلاج بعض مرضى الحدود، الذين غالبًا ما يخرجون من علاقات مضطربة مع الآباء المنخرطين في صراعات مستمرة قد تؤدي في النهاية إلى توريط زوجاتهم وأطفالهم على الحدود.

على الرغم من أن العلاج الأسري يتم تنفيذه أحيانًا مع المرضى الخارجيين، إلا أنه غالبًا ما يبدأ في وقت الأزمات، أو أثناء الإقامة في المستشفى. وفي مثل هذه المرحلة قد يكون من السهل التغلب على مقاومة الأسرة للمشاركة في العلاج.

غالبًا ما ترفض عائلات الحدود الحدودية علاج سبعة

أسباب ظرفية. قد يشعرون بالذنب تجاه مشاكل المريض ويخافون من إلقاء اللوم عليهم. كما أن الروابط في الأنظمة العائلية الحدودية غالبًا ما تكون جامدة جدًا؛ غالبًا ما يكون أفراد الأسرة متشككين في الغرباء ويخافون من التغيير. رغم أن أفراد الأسرة قد يتواطؤون في إدانة سلوكيات المريض

(بوعي أو بغير وعي)، غالبًا ما يكون موقف الأسرة هو "اجعله أفضل، لكن لا تلومنا، لا تشركننا، والأهم من ذلك كله، لا تغيرنا".

ومع ذلك، فمن الضروري الحصول على بعض الدعم من الأسرة، لأنه بدونها قد يتم تخريب العلاج. بالنسبة للمراهقين والشباب، يشمل العلاج الأسري المريض ووالديه، وأحيانًا إخوته. بالنسبة للبالغين المتزوجين أو المنخرطين بشكل جدي في علاقة رومانسية، غالبًا ما يشمل العلاج الأسري الزوج أو الحبيب وأحيانًا أطفال الزوجين. (من المؤسف أن العديد من وثائق التأمين لا تغطي العلاج المسمى "العلاج الزوجي" أو العلاج الأسري). وعادة ما تتبنى ديناميكيات التفاعل الأسري الحدودي أحد النقيضين - إما متشاكين بشدة أو منفصلين للغاية. في الحالة الأولى، من المهم بناء تحالف مع جميع أفراد الأسرة، لأنه بدون دعمهم قد لا يتمكن المريض من مواصلة العلاج بشكل مستقل. عندما تكون الأسرة منفصلة، يجب على المعالج أن يقيم بعناية التأثير المحتمل لمشاركة الأسرة: إذا كانت المصالحة ممكنة وصحية، فقد تكون هدفًا مهمًا؛ ومع ذلك، إذا بدا أن المصالحة قد تكون ضارة أو غير واقعية بشكل يائس، فقد يحتاج المريض إلى التخلي عن خيالات لم الشمل. في الواقع، قد يصبح الحداد على فقدان العلاقة الأسرية المثالية معلمًا رئيسيًا في العلاج. 7 أفراد الأسرة الذين يقاومون العلاج النفسي الاستكشافي قد لا يكونون على الرغم من ذلك على استعداد للانخراط في تنسيق نفسي تعليمي، كما هو معروض في برنامج العلاج STEPPS (انظر الفصل 8).

دخلت ديبى، وهي امرأة تبلغ من العمر ستة وعشرين عامًا، إلى المستشفى ولديها تاريخ من الاكتئاب وتشويه الذات وإدمان الكحول والشره المرضي. كشفت اجتماعات تقييم الأسرة عن علاقة متناقضة ولكنها داعمة بشكل أساسي مع زوجها. بدأ مسار العلاج بالتركيز على حوادث الاعتداء الجنسي التي لم يتم الكشف عنها سابقًا من قبل أحد الجيران الأكبر سنًا، بدءًا من عمر المريض حوالي ثماني سنوات. بالإضافة إلى الاعتداء الجنسي عليها، كان هذا الصبي

كما أجبرها على مشاركة الخمر معه ثم جعلها تشرب بوله من الزجاج، والتي كانت تنقيأها فيما بعد. لقد قام أيضًا بقطعها عندما حاولت رفض تقدمه.

تم إعادة تمثيل هذه الأحداث الماضية في حالتها المرضية الحالية. مع تكشف هذه الذكريات، أصبحت ديبى أكثر وعيًا بالغضب الطويل الأمد تجاه والدها السلبي المدمن على الكحول وضد والدتها الضعيفة وغير المهتمة، والتي اعتبرتها غير قادرة على حمايتها.

على الرغم من أنها حافظت سابقًا على علاقة سطحية بعيدة مع والديها، إلا أنها طلبت الآن فرصة للقاءهما في العلاج الأسري لتكشف عن آلامها السابقة وخيبة أملها فيهما.

وكما تنبأت، كان والداها غير مرتاحين للغاية لهذه الاكتشافات. ولكن لأول مرة تمكنت ديبى من المواجهة

إدمان والدها على الكحول وخيبة أملها فيه وفي انفصال والدتها. وفي نفس الوقت أكد الجميع حبهم

لبعضهم البعض واعترفوا بصعوبات التعبير عنه. على الرغم من أنها أدركت أنه لن تكون هناك تغييرات كبيرة في علاقتهم، إلا أن ديبى شعرت أنها أنجزت الكثير وكانت أكثر راحة في قبول المسافة والفشل في التفاعلات العائلية.

تشبه الأساليب العلاجية للعلاج الأسري تلك المستخدمة في العلاج الفردي. التاريخ الشامل مهم وقد يشمل بناء شجرة العائلة. قد يحفز مثل هذا المخطط استكشاف كيفية تأثير الأجداد، أو العرابين، أو الذين يحملون الاسم نفسه، أو غيرهم من الأقارب المهمين على التفاعلات العائلية عبر الأجيال.

كما هو الحال في العلاج الفردي والجماعي، قد تكون أساليب العلاج الأسري في المقام الأول داعمة تربوية أو استكشافية ترميمية. في الأول، الأهداف الأساسية للمعالج هي التحالف مع الأسرة؛ تقليل الصراعات، والشعور بالذنب، والدفاعية؛ وتوحيدهم في العمل نحو أهداف داعمة لبعضهم البعض. يعتبر العلاج الأسري الاستكشافي الترميمي أكثر طموحًا، وموجهًا أكثر نحو الاعتراف

الأدوار التكميلية للأعضاء داخل نظام الأسرة ومحاولة تغيير هذه الأدوار بشكل فعال.

في مرحلة ما من العلاج، ركزت إيلين على علاقتها مع والديها. وبعد مواجهتهم بالكشف عن الاعتداء الجنسي الذي تعرض له والدها، استمرت في الشعور بالإحباط تجاههم.

رفض كلا الوالدين إجراء المزيد من المناقشة حول الإساءة وتثبيتها عن الاستمرار في العلاج. كانت إيلين في حيرة من سلوكهم - ففي بعض الأحيان كانوا يعتمدون بشدة ويتشبثون؛ وفي أحيان أخرى شعرت بأنها طفولية، خاصة عندما كانوا يشيرون إليها باستمرار بلقب طفولتها. طلبت إيلين عقد اجتماعات عائلية، فوافقوا عليها على مضض.

خلال هذه اللقاءات، اعترف والد إيلين تدريجيًا بأن اتهاماتها صحيحة، على الرغم من استمراره في إنكار أي تذکر مباشر لاعتدائه. أدركت والديها أنها لم تكن متاحة عاطفياً لزوجها وأطفالها من نواح عديدة، وأدركت مسؤوليتها غير المباشرة عن سوء المعاملة. علمت إيلين لأول مرة أن والدها قد فعل ذلك أيضًا.

تعرض للاعتداء الجنسي خلال طفولته. نجح العلاج في إطلاق الهياكل العظمية من خزانة الأسرة وإقامة تواصل أفضل داخل الأسرة. بدأت إيلين ووالدها لأول مرة في التحدث مع بعضهما البعض كبالغين.

العلاجات الفنية والتعبيرية

تتطلب العلاجات الفردية والجماعية والعائلية من المرضى التعبير عن أفكارهم ومشاعرهم بالكلمات، ولكن غالبًا ما يكون المريض الحدي معاقًا إلى حد ما في هذا المجال، ومن المرجح أن يظهر مخاوف داخلية من خلال الأفعال بدلاً من اللفظ. تستخدم العلاجات التعبيرية الفن والموسيقى والأدب والحركة الجسدية والدراما لتشجيع التواصل بطرق غير تقليدية.

في العلاج بالفن، يتم تشجيع المرضى على إنشاء رسومات،

اللوحات والكولاج والصور الشخصية والنحت الطيني والدمى وما إلى ذلك التي تعبر عن المشاعر الداخلية. قد يتم تقديم كتاب من الصفحات الفارغة للمرضى، حيث تتم دعوتهم لرسم تمثيلات لمجموعة متنوعة من التجارب، مثل الأسرار الداخلية، أو القرب، أو المخاوف الخفية. يستخدم العلاج بالموسيقى الألحان وكلمات الأغاني لتحفيز المشاعر التي قد لا يمكن الوصول إليها. غالبًا ما تطلق الموسيقى العنان للمشاعر وتعزز التأمل في بيئة هادئة. تستخدم حركة الجسم والرقص المجهود البدني للتعبير عن المشاعر. وفي نوع آخر من العلاج التعبيري يسمى الدراما النفسية، يقوم المرضى و"المعالج" بتمثيل المشكلات المحددة للمريض.

العلاج بالقراءة هو أسلوب علاجي آخر يقرأ فيه المرضى ويناقشون الأدب والقصص القصيرة والمسرحيات والشعر والأفلام ومقاطع الفيديو. إدوارد ألبى من يخاف من فيرجينيا وولف؟ هي مسرحية مشهورة للقراءة، وخاصة الأداء، لأن مشاهدتها العاطفية توفر التنفيس عندما يقرأ المرضى سطورًا من الغضب وخيبة الأمل تعكس مشاكل في حياتهم الخاصة.

كان اكتئاب إيرين المزمع مرتبطًا بالاعتداءات الجنسية التي تعرضت لها في سن مبكرة من شقيقها الأكبر والتي بدأت تذكرها مؤخرًا فقط. عندما كانت في الخامسة والعشرين من عمرها وتعيش بمفردها، غمرتها ذكريات هذه اللقاءات المبكرة واحتاجت في النهاية إلى دخول المستشفى مع تفاقم اكتئابها. ولأنها شعرت بالذنب واللوم الذاتي، لم تكن قادرة على التعبير عن ذكرياتها للآخرين أو السماح لنفسها بذلك.

تجربة الغضب الكامن.

خلال برنامج العلاج التعبيري الذي يجمع بين الفن والموسيقى، عمل المعالجون مع إيرين لمساعدتها على أن تصبح أكثر وعيًا بالغضب الذي كانت تتجنبه. تم تشجيعها على رسم ما شعرت به من غضب أثناء تشغيل موسيقى الروك الصاخبة النابضة في الخلفية. وأذهلت نفسها، فرسمت قضيبيًا، ثم أضافت إليه تشوهات مشوهة. في البداية كانت خائفة وممرجة من هذه الرسومات، وسرعان ما جعلتها تدرك غضبها ورغبتها الواضحة في الانتقام وتقبلها أكثر.

وبينما كانت تناقش ردود أفعالها العاطفية تجاه الرسومات، بدأت في وصف إساءة معاملتها في الماضي والمشاعر المصاحبة لها.

في نهاية المطاف، بدأت تتحدث بشكل أكثر انفتاحًا، بشكل فردي مع الأطباء، وفي مجموعات، مما أتاح لها الفرصة لتطوير السيطرة على هذه التجارب المخيفة ووضعها في منظورها الصحيح.

العلاج في المستشفيات

يشكل مرضى الحد الحدي ما يصل إلى 20 بالمائة من جميع المرضى النفسيين في المستشفى، وبعد اضطراب الشخصية الحدية أكثر اضطرابات الشخصية شيوعًا التي تتم مواجهتها في المستشفى. 8 ميول الحد الحدي للاندفاع وسلوكيات التدمير الذاتي (الانتحار والمخدرات) الجرعات الزائدة)، والنوبات الذهانية القصيرة هي المسببات الحادة المعتادة للعلاج في المستشفى.

يوفر المستشفى بيئة منظمة للمساعدة في احتواء وتنظيم عالم الحدود الفوضوي. يقدم دعم ومشاركة المرضى والموظفين الآخرين الحد الفاصل مع ردود فعل مهمة تتحدى بعض تصوراتهم وتؤكد صحة تصورات أخرى.

تقلل المستشفى من صراعات الحدود في العالم الخارجي وتوفر فرصة أكبر للفحص الذاتي المكثف.

كما أنه يسمح بفترة راحة من العلاقات المكثفة بين الحدود والعالم الخارجي (بما في ذلك مع معالجه)، ويسمح بنشر هذه الشدة على الموظفين الآخرين داخل محيط المستشفى. في هذه البيئة الأكثر حيادية يمكن للمريض إعادة تقييم أهدافه الشخصية وبرنامج العلاج.

في البداية، عادةً ما يحتج الخط الحدودي للمرضى الداخليين على القبول، ولكن بحلول وقت الخروج قد يكون متخفيًا تمامًا في المستشفى، وغالبًا ما يكون خائفًا من الخروج. لديه حاجة ملحة إلى الرعاية، ولكن في نفس الوقت قد يصبح قائلًا للجناح

محاولة السيطرة على المرضى الآخرين و"مساعدتهم". في بعض الأحيان يبدو أنه غارق في مشاكله الكارثية؛ وفي مناسبات أخرى يُظهر إبداعًا ومبادرة عظيمة.

من المميز أن الخط الحدودي في المستشفى يخلق خطوة رائعة من الانقسام والتماهي الإسقاطي (انظر الفصل 2 والملحق ب) مع الموظفين. بعض الموظفين ينظرون إلى الحدود على أنها لعبة مثيرة للشفقة ولكنها جذابة؛ يراه الآخرون على أنه مناور سادي وحسابي. تظهر هذه الآراء المتباينة عندما يقوم المريض بتقسيم الموظفين إلى توقعات جيدة (داعمة ومتفهمة) وتوقعات سيئة للغاية (مواجهة ومتطلبة)، مثلما يفعل مع الأشخاص الآخرين في حياته. عندما يقبل الموظفون التوقعات المعينة - سواء كانت "جيدة" ("أنت الشخص الوحيد الذي يفهمني") و"سيئة" ("أنت لا تهتم حقًا؛ أنت فقط من أجل الراتب") - اكتملت دائرة التعريف الإسقاطي: اندلع الصراع بين الموظفين "الجيدين" والموظفين "السيئين".

وفي خضم هذا الصراع، يلخص الخط الحدودي في المستشفى أنماطه الشخصية في العالم الخارجي: رغبة مغرية في الحماية، مما يؤدي في النهاية إلى خيبة الأمل، ثم إلى مشاعر الهجر، وأخيرًا إلى سلوكيات تدمير الذات والانفعالات العاطفية.

تراجع.

الاستشفاء الحاد

منذ التسعينيات، أدت زيادة تكاليف الرعاية في المستشفيات وزيادة القيود على التأمين إلى إعادة هيكلة برامج العلاج في المستشفيات. معظم حالات دخول المستشفى اليوم تعجل بها الأزمات الحادة التي قد تكون خطيرة، بما في ذلك محاولات الانتحار، والنوبات العنيفة، والنوبات الذهانية، أو نوبات التدمير الذاتي (تعاطي المخدرات، وفقدان الشهية/الشهية المرضي غير المنضبط، وما إلى ذلك).

عادة ما يستمر العلاج في المستشفى على المدى القصير لعدة أيام. يتم إجراء تقييم جسدي وعصبي كامل. ال

تركز بيئة المستشفى على الهيكل وتحديد الحدود. يتم التأكيد على الدعم والعلاقة الإيجابية. يركز العلاج على الاستجابات العملية والتكيفية للاضطرابات. يتم تقييم المهارات الحياتية المهنية واليومية. يتم بدء الاجتماعات المشتركة مع العائلة، عندما يكون ذلك مناسبًا. قد يساعد العقد الرسمي بين المريض والموظفين في ترسيخ التوقعات والحدود المتبادلة. قد يحدد هذا العقد برنامج العلاج اليومي، الذي يجب على المريض حضوره، والأهداف المحددة للمريض من الإقامة في المستشفى، والتي يوافق الموظفون على معالجتها معه.

تشمل الأهداف الأساسية للعلاج قصير المدى في المستشفى حل الأزمات المتسارعة وإنهاء السلوكيات المدمرة. على سبيل المثال، سيُطلب من زوجة المريض الذي لديه أفكار بإطلاق النار على نفسه إزالة الأسلحة من المنزل. يتم تحديد نقاط القوة الشخصية والبيئية وتعزيزها. يتم الكشف عن مشكلات العلاج الهامة أو إعادة تقييمها، وقد يوصى بتعديل أساليب العلاج النفسي والأدوية.

يقتصر الاستكشاف الأعمق لهذه المشكلات على وحدة المرضى الداخليين قصيرة المدى، ويتم متابعتها بشكل أكثر شمولاً في العيادات الخارجية أو في برنامج أقل كثافة، مثل الاستشفاء الجزئي (انظر الصفحة 174). وبما أن الاهتمام الأساسي هو إعادة المريض إلى العالم الخارجي في أسرع وقت ممكن وتجنب التراجع أو الاعتماد على المستشفى، فإن خطط الخروج والرعاية اللاحقة تبدأ فور دخوله المستشفى.

الاستشفاء طويل الأمد

اليوم، أصبح الاستشفاء المكثف نادرًا جدًا ومخصصًا للأثرياء جدًا أو لأولئك الذين لديهم تغطية تأمينية استثنائية للأمراض النفسية. في العديد من الحالات التي تتم فيها الإشارة إلى الرعاية المستمرة على المدى الطويل، ولكن الحبس في الإقامة لمدة أربع وعشرين ساعة ليس ضروريًا، يمكن أن يستمر العلاج في بيئة أقل تقييدًا، مثل الاستشفاء الجزئي. أنصار العلاج في المستشفى على المدى الطويل

يدركون مخاطر التراجع إلى دور أكثر عجزًا، لكنهم يجادلون بأن التغيير الحقيقي في الشخصية يتطلب علاجًا مكثفًا وواسع النطاق في بيئة خاضعة للرقابة. تشمل مؤشرات الحبس طويل الأمد انخفاض الحافز بشكل مزمن، والدعم الاجتماعي غير الكافي أو الضار (مثل الوقوع في شرك نظام عائلي مرضي)، والضعف الشديد في الأداء الذي يحول دون الحصول على وظيفة أو الاكتفاء الذاتي، والفشل المتكرر في العمل. العلاج في العيادات الخارجية والاستشفاء القصير. مثل هذه الميزات تجعل العودة المبكرة إلى البيئة الخارجية غير محتملة.

خلال فترات الاستشفاء الطويلة، قد تكون البيئة أقل تنظيمًا. ويتم تشجيع المريض على تحمل المزيد من المسؤولية المشتركة للعلاج. بالإضافة إلى الاهتمامات العملية الحالية، يستكشف الموظفون والمريض الأنماط النموذجية السابقة للسلوك وقضايا النقل. يمكن للمستشفى أن يعمل كمختبر، حيث يقوم الحد الفاصل بتحديد مشاكل محددة وتجارب مع الحلول في تفاعلاته مع الموظفين والمرضى الآخرين.

وفي نهاية المطاف، دخلت جينيفر (انظر الفصل الأول) إلى مستشفى طويل الأمد. أمضت الأشهر القليلة الأولى في الخزانة، بالمعنى الحرفي والمجازي. كانت تجلس في كثير من الأحيان في خزانة غرفة نومها، مختبئة من الموظفين. وبعد فترة أصبحت أكثر انخراطًا مع معالجها النفسي، وغضبت منه وحاولت إثارة غضبه. وطالبت بالتناوب وتوسلت إلى المغادرة. وبينما كان الموظفون متماسكين، تحدثت أكثر عن والدها، وكيف كان مثل زوجها، وكيف كان مثل جميع الرجال. بدأت جينيفر بمشاركة مشاعرها مع الموظفين، وهو الأمر الذي كان دائمًا صعبًا بسبب عدم ثقها بالنساء وعدم احترامها لهن. وفي وقت لاحق أثناء دخولها المستشفى، قررت الطلاق من زوجها والتنازل عن حضانه ابنها. على الرغم من أن هذه التصرفات أضرت بها، إلا أنها اعتبرت أنها "أنانية غير أنانية" -فمحاولة الاعتناء بنفسها كان أكثر شيء يمكن أن تفعله من أجل التضحية بالنفس والاهتمام بمن تحب. عادت في النهاية إلى المدرسة وحصلت على شهادة مهنية.

إن أهداف الاستشفاء الأطول تمتد إلى أهداف قصيرة المدى

الرعاية - ليس فقط لتحديد المناطق المختلة ولكن أيضًا لتعديل هذه الخصائص. إن زيادة التحكم في الدوافع، وتقليل التقلبات المزاجية، وزيادة القدرة على الثقة والتواصل مع الآخرين، وإحساس أكثر تحديدًا بالهوية، والتسامح بشكل أفضل مع الإحباط، هي أوضح علامات العلاج الناجح في المستشفى. يمكن تحقيق الأهداف التعليمية والمهنية خلال فترة العلاج المكثف في المستشفى.

يستطيع العديد من المرضى بدء الالتزام بالعمل أو المدرسة أثناء انتقالهم من المستشفى. قد تكتمل التغييرات في ترتيبات المعيشة غير الصحية -مثل الخروج من المنزل، أو الطلاق، وما إلى ذلك.

أكبر خطر محتمل من العلاج في المستشفى على المدى الطويل هو الانحدار. إذا لم يواجه الموظفون المريض ويحفزونه بشكل فعال، فقد يصبح الخط الحدودي غارقًا في موقف أكثر عجزًا، حيث يصبح المريض أكثر اعتمادًا على الآخرين لتوجيه حياته.

الاستشفاء الجزئي

الرعاية الجزئية (أو النهارية) في المستشفى هي أسلوب علاجي يحضر فيه المريض أنشطة المستشفى خلال جزء أو معظم اليوم ثم يعود إلى المنزل في المساء. يمكن أيضًا إجراء برامج المستشفى الجزئية في المساء، بعد العمل أو المدرسة، وقد تسمح بأماكن للنوم عندما لا تكون البدائل متاحة.

يسمح هذا النهج لخط الحدود بمواصلة المشاركة في برنامج المستشفى، والاستفادة من كفاءة وهيكل الرعاية في المستشفى، مع الحفاظ على وضع معيشي مستقل. يحدث الاعتماد على المستشفى بشكل أقل تكرارًا مما يحدث في المستشفى على المدى الطويل. نظرًا لأن العلاج الجزئي في المستشفى عادةً ما يكون أقل تكلفة بكثير من الرعاية التقليدية للمرضى الداخليين، فإنه عادةً ما يُفضل لاعتبارات التكلفة.

الحدوديون الذين يحتاجون إلى المزيد من العناية المركزة، ولكن ليس الإشراف لمدة أربع وعشرين ساعة، والذين يتعرضون لخطر الانحدار الشديد إذا تم إدخالهم إلى المستشفى، والذين يقومون بالانتقال من المستشفى إلى

العالم الخارجي، الذين يجب عليهم الحفاظ على مساعيهم المهنية أو الأكاديمية أثناء حاجتهم إلى رعاية في المستشفى، أو الذين يعانون من قيود مالية شديدة على الرعاية، قد يستفيدون جميعًا من هذا النهج. تتشابه بيئة المستشفى وأهداف العلاج مع أهداف برنامج المرضى الداخليين المرتبط به.

ثواب العلاج

كما سنرى في الفصلين التاليين، عادةً ما يجمع علاج اضطراب الشخصية الحدية بين أساليب العلاج النفسي المعيارية والأدوية التي تستهدف أعراضًا محددة. بينما كان يُعتقد في وقت ما أن اضطراب الشخصية الحدية هو تشخيص لليأس والتهيج، فإننا نعلم الآن أن التشخيص بشكل عام أفضل بكثير مما كان يعتقد سابقًا. ونحن نعلم أن معظم هؤلاء المرضى يتركون فوضى ماضيهم ويواصلون حياة منتجة.

قد تكون عملية العلاج شاقة. ولكن نهاية

الرحلة تفتح آفاقًا جديدة.

قالت إحدى المريضات لطبيبتها: "لقد تحدثت دائمًا عن القبول غير المشروط، وفي مكان ما في

الماضي القريب بدأت أشعر بذلك أخيرًا. إنه لأمر رائع. .

. لقد منحتني مكانًا آمنًا لأكشف

عنه وأكشف عنه. لقد فقدت في مكان ما داخل ذهني.

لقد منحتني ما يكفي من القبول والحرية حتى أسمح لنفسي الحقيقية بالخروج أخيرًا.

الفصل الثامن

محدد ج العلاج النفسي اقترب

هناك وحش في لي... إنها تخيفني، إنه يجعلني أذهب لأعلى ولأسفل وللخلف وللأمام، وأنا أكره ذلك. ساموت

إذا لم يسمح بذلك

أنا وحدي.

-من مذكرات مريض على الحدود

الحياة الحقيقية تُعاش عندما تحدث تغييرات صغيرة.

-ليو تولستوي

اضطراب الشخصية الحدية هو المرض النفسي الوحيد الذي يوجد حوله عدد أكبر من الدراسات المبنية على الأدلة التي تثبت فعالية العلاجات النفسية الاجتماعية مقارنة بالعلاجات الدوائية (المخدرات). وبالتالي، على عكس علاج معظم الاضطرابات الأخرى، يُنظر إلى الأدوية على أنها مكونات ثانوية للعلاج النفسي. لم يثبت أن العديد من أساليب العلاج النفسي فعالة فحسب، بل إن المسعى الشاق والمكثف في بعض الأحيان للعلاج النفسي أثبت أيضًا أنه فعال من حيث التكلفة لعلاج اضطرابات الشخصية.

لقد قطع العلاج النفسي كعلاج لاضطراب الشخصية الحدية شوطًا طويلًا منذ نشر الطبعة الأولى لهذا الكتاب. بفضل البحث الدقيق والتحسين المستمر من قبل الأطباء، ظهرت مدرستان أساسيتان للعلاج -النهج السلوكي المعرفي والديناميكي النفسي. في كل فئة تم تطوير العديد من الاستراتيجيات المتميزة، كل منها مدعومة بمجموعتها الخاصة

المبادئ والتقنيات النظرية. تجمع العديد من استراتيجيات العلاج النفسي بين الجلسات الجماعية والفردية. على الرغم من أن بعضها أكثر ديناميكية نفسية، وبعضها أكثر سلوكية، إلا أن معظمها يجمع بين عناصر كليهما. جميعهم يحتضنون التواصل الذي يعكس -SET

مميزات UP التي طورها المؤلف الرئيسي وتمت مناقشتها بالتفصيل في الفصل الخامس: دعم المريض، والتعاطف مع صراعاته، ومواجهة الحقيقة أو قضايا الواقع، إلى جانب فهم القضايا والتفاني في المواجهة في العلاج .

علاج.

لقد حاول أنصار العديد من أساليب العلاج توحيد تقنياتهم العلاجية، على سبيل المثال، من خلال تجميع أدلة إرشادية للمساعدة في توجيه الممارسين في إجراء العلاج المحدد. وبهذه الطريقة، من المأمول أن يتم العلاج بشكل متسق وبنفس القدر من الفعالية، بغض النظر عن الممارس. (ويمكن إجراء تشبيه واضح، وإن كان فظًا، بشركة الأغذية ذات الامتياز، مثل ستاربكس أو ماكدونالدز، التي تعمل على توحيد مكوناتها بحيث يصبح مذاق القهوة أو الهامبرغر هو نفسه بغض النظر عن مكان شرائها). كما يعمل التوحيد القياسي أيضًا على تسهيل جمع الأدلة. في الدراسات الخاضعة للرقابة، والتي يمكن أن تدعم أو تدحض فعالية نهج معين للعلاج النفسي.

النظرية الأساسية للتوحيد القياسي هي أنه كما أنه لن يحدث فرقًا كبيرًا من الذي يعطي المريض عقار البروزاك جسديًا (طالما تناوله)، فإنه لن يحدث فرقًا كبيرًا من الذي قدم العلاج النفسي، طالما كان المريض حاضرًا. ومع ذلك، فإن التفاعلات بين الأشخاص تختلف بالتأكيد عن تناول حبوب منع الحمل وهضمها، لذلك ربما يكون من السذاجة الافتراض مسبقًا أن جميع المعالجين النفسيين الذين يتبعون نفس الإرشادات سوف ينتجون نفس النتائج مع المرضى. في الواقع، أشار جون جي جوندرون، دكتور في الطب، وهو رائد في دراسة اضطراب الشخصية الحدية، إلى أن المطورين الأصليين لهذه التقنيات الناجحة يتمتعون بـ

الكاريزما والثقة البارزتين، والتي قد لا يمتلكها الأتباع بالضرورة.2 بالإضافة إلى ذلك، قد يجد العديد من المعالجين مثل هذا النهج المقيد غير مرين للغاية.3 على الرغم من أن استراتيجيات العلاج النفسي المختلفة تؤكد على الفروق، إلا أنها تمتلك العديد من القواسم المشتركة. كل محاولة لوضع أهداف واضحة مع المريض. الهدف الأساسي المبكر هو تعطيل سلوكيات التدمير الذاتي والمدمرة للعلاج. جميع العلاجات الرسمية "البديوية" مكثفة، وتتطلب اتصالاً مستمراً عادة مرة واحدة أو أكثر في الأسبوع. تدرك كل هذه العلاجات حاجة المعالج إلى الحصول على تدريب ودعم عالي وخاص. ويتطلب العديد منها الإشراف و/أو التعاون مع أعضاء الفريق الآخرين. يكون المعالجون أكثر تفاعلاً مع المرضى بشكل نشط مقارنةً بالتحليل النفسي التقليدي. نظرًا لأن هذه العلاجات تتطلب الكثير من الوقت والجهد، وعادة ما تكون باهظة الثمن، وغالبًا ما لا يغطيها التأمين بالكامل (على سبيل المثال، لا يغطي التأمين اجتماعات الفريق بين المعالجين، كما هو مطلوب في العلاج السلوكي المعرفي الرسمي -راجع الصفحة 179)، فإن معظم الدراسات التي تستكشف فعاليتها قد تم إجراؤها في الجامعة أو البيئات المدعومة بالمنح. معظم بروتوكولات العلاج المجتمعية والخاصة التي تحاول إعادة إنتاج نهج معين هي تعديلات مبتورة للبرامج الرسمية.

لم يعد الأمر مجرد مسألة "العثور على أي طبيب نفسي يمكنه علاجي" (على الرغم من أنه من الممكن بالطبع أن أكون محظوظًا بهذه الطريقة).

في مجتمعنا المعقد، يجب أن يأخذ المريض في الاعتبار جميع أنواع العوامل: الوقت والتنفقات، وخبرة المعالج وتخصصه، وما إلى ذلك. والأهم من ذلك، يجب أن يكون المريض مرتاحًا للمعالج وأسلوبه المحدد في العلاج. لذا يُنصح القارئ بقراءة ما تبقى من هذا الفصل مع التركيز على الأقل على التعرف على أساليب محددة، حيث من المحتمل أن يراها (ومختصراتها) مرة أخرى في مرحلة ما أثناء العملية العلاجية.

العلاجات المعرفية والسلوكية

تركز الأساليب السلوكية المعرفية على تغيير عمليات التفكير الحالية والسلوكيات المتكررة التي تسبب الإعاقة؛ هذا النوع من العلاج أقل اهتمامًا بالماضي من الأساليب الديناميكية النفسية (انظر الصفحة 183). يكون العلاج أكثر تركيزًا على المشكلة وغالبًا ما يكون محدودًا بالوقت.

العلاج السلوكي المعرفي (CBT)

يركز نظام العلاج السلوكي المعرفي، وهو نظام علاجي طوره آرون بيك، على تحديد الأفكار والسلوكيات التخريبية واستبدالها بمعتقدات وردود أفعال مرغوبة أكثر. 4 المحاولات النشطة للإشارة إلى التفكير المشوه ("أنا شخص سيء"; "الجميع يكرهني") والسلوكيات المحبطة ("ربما أستطيع تناول مشروب واحد فقط") تقترن بالواجبات المنزلية المصممة لتغيير هذه المشاعر والأفعال. ويمكن استخدام التدريب على الحزم، وفصول إدارة الغضب، وتمارين الاسترخاء، وبروتوكولات إزالة التحسس. عادة، يكون العلاج السلوكي المعرفي محدودًا بالوقت، وأقل كثافة من البروتوكولات الأخرى، وبالتالي أقل تكلفة عادةً. برامج العلاج التالية مستمدة من العلاج السلوكي المعرفي.

العلاج السلوكي الجدلي (DBT)

إن العلاج السلوكي المعرفي، (DBT) الذي طورته مارشا م. لينهان، الحاصلة على درجة الدكتوراه في جامعة واشنطن، هو اشتقاق للعلاج السلوكي المعرفي القياسي الذي قدم أكثر الدراسات الخاضعة للرقابة التي توضح فعاليته. تشير جدلية العلاج إلى هدف حل "الأصداق" المتأصلة التي يواجهها مرضى اضطراب الشخصية الحدية. أي الحاجة إلى التفاوض على حالات الشعور المتناقضة على الحدود، مثل الحب ثم الكراهية لنفس الشخص أو الموقف. الجدلية الأساسية في هذا النظام هي الحاجة إلى حل المفارقة التي يحاولها المريض

بأقصى ما تستطيع ويتم حثها على أن تكون راضية عن جهودها، ومع ذلك تسعى جاهدة في الوقت نفسه إلى التغيير أكثر والقيام بعمل أفضل. 5. يفترض العلاج السلوكي المعرفي (DBT) أن المرضى الحديين يمتلكون ضعفاً وراثياً/بيولوجياً تجاه التفاعل العاطفي المفرط. تفترض وجهة النظر هذه أن الجهاز الحوفي، وهو الجزء من الدماغ الأكثر ارتباطاً بالاستجابات العاطفية، يكون مفرط النشاط في الحدود.

العامل الثاني المساهم، وفقاً لممارسي العلاج السلوكي المعرفي، هو البيئة المُبطلة؛ أي أن الآخرين يرفضون أو يناقضون أو يرفضون مشاعر الفرد النامية. وفي مواجهة مثل هذه التفاعلات، يصبح الفرد غير قادر على الثقة بالآخرين أو بردود أفعاله. العواطف غير المنضبطة ومتقلبة.

في المراحل الأولى من العلاج، يركز العلاج السلوكي المعرفي على نظام هرمي من الأهداف، حيث يواجه أولاً السلوكيات الأكثر خطورة، ومن ثم أسهل السلوكيات التي يجب تغييرها. الأولوية القصوى التي يتم تناولها على الفور هي التهديد بالانتحار وسلوكيات إيذاء النفس. الهدف الثاني هو القضاء على السلوكيات التي تتعارض مع العلاج، مثل المواعيد الفائتة أو عدم إكمال الواجبات المنزلية. وتتمثل الأولوية الثالثة في معالجة السلوكيات التي تتعارض مع نوعية الحياة الصحية، مثل الأفعال القهرية التخريبية، أو الاختلاط، أو السلوك الإجرامي؛ ومن بين هذه التغييرات، يتم استهداف التغييرات الأسهل أولاً. رابعاً: التركيز على زيادة المهارات السلوكية.

يتكون البرنامج المنظم من أربعة مكونات رئيسية:

1. العلاج النفسي الفردي الأسبوعي لتعزيز ما تعلمه من جديد

المهارات وتقليل السلوكيات التي تهزم الذات.

2. العلاج الجماعي الأسبوعي للمهارات الذي يستخدم مواد تعليمية حول اضطراب الشخصية

الحدية والعلاج السلوكي المعرفي، والواجبات المنزلية، والمناقشة لتعليم تقنيات التحكم في

العواطف بشكل أفضل، وتحسين الاتصالات بين الأشخاص، وتعزيز الوعي الذهني -وهو

مصطلح يصف الاعتبار الموضوعي للمشاعر الحالية، غير الملوثة بالمؤثرات العقلية. اجترار

الماضي أو المستقبل أو من خلال القدرة العاطفية.

3.التدريب عبر الهاتف (ميزة فريدة من نوعها في العلاج السلوكي المعرفي) لمساعدة المرضى على التغلب على الضغوط المتنامية قبل أن يصبحوا حالات طوارئ؛ يمكن إجراء المكالمات للمدربين تحت الطلب في أي وقت، ولكنها تعتبر غير مناسبة إذا تم إجراؤها بعد أن تصرف المريض بطريقة مدمرة.

4.عقد اجتماعات أسبوعية بين جميع أعضاء الفريق المعالج لتعزيز المهارات والتحفيز ومكافحة الإرهاق. يتم منح المرضى كل أسبوع "بطاقة مذكرات" DBT لملئها يوميًا.

تهدف المذكرات إلى توثيق سلوكيات التدمير الذاتي، وتعاطي المخدرات، والمشاعر التخريبية، وكيفية تعامل المريض مع مثل هذه الضغوط اليومية.

التدريب على الأنظمة من أجل القدرة على التنبؤ العاطفي و حل المشكلات (STEPPS)

هناك اختلاف آخر قائم على العلاج السلوكي المعرفي وهو STEPPS، الذي تم تطويره في جامعة أيوا. مثل DBT، يركز STEPPS على عدم قدرة الحدود على تعديل العواطف والدوافع. تم بناء التعديلات الفريدة لبرنامج STEPPS جزئيًا على الرغبة في تطوير برنامج أقل تكلفة. STEPPS هو نموذج العلاج الجماعي، دون جلسات فردية. تم تصميمه أيضًا ليكون أقصر - ويتكون من عشرين مجموعة أسبوعية مدة كل منها ساعتان (مقارنة بالالتزام النموذجي لمدة عام واحد المتوقع في العلاج السلوكي المعرفي). يؤكد هذا البرنامج أيضًا على أهمية إشراك الأنظمة الاجتماعية الحدودية في العلاج. يمكن أن تشمل جلسات التدريب التربوي "أفراد الأسرة، أو أشخاص آخرين مهمين، أو متخصصي الرعاية الصحية، أو أي شخص يتفاعلون معه بانتظام، والذين يرغبون في مشاركة المعلومات حول اضطرابهم." 6 يجسد برنامج STEPPS ثلاثة مكونات أساسية:

1. تعمل الجلسات على التثقيف حول اضطراب الشخصية الحدية والمخطط (التشوهات المعرفية عن الذات والآخرين، مثل الشعور بعدم القدرة على الحب، وعدم الثقة، والشعور بالذنب، وانعدام الهوية، والخوف من فقدان السيطرة، وما إلى ذلك).

2. يتم تدريس مهارات التحكم بشكل أفضل في العواطف، مثل إدارة المشكلات، وتشثيت الانتباه، وتحسين التواصل.

3. أما المكون الثالث فيعلم المهارات السلوكية الأساسية، مثل الأكل الصحي، ونظام النوم الصحي، وممارسة الرياضة، وتحديد الأهداف.

المرحلة الثانية من خطوات STEPPS هي السلام (تحديد الأهداف، الثقة، إدارة الغضب، التحكم في الاندفاع، سلوك العلاقة، كتابة السيناريو، التدريب على الحزم، رحلتك، مراجعة المخططات). وهذا عبارة عن تمديد مرتين شهريًا لمدة عام واحد لـ "ندوات" التدريب على المهارات، والتي تعزز نموذج STEPPS على عكس العلاج السلوكي المعرفي (DBT) الذي تم تصميمه ليكون مستقلًا بذاته ويثبط مساهمات العلاج الأخرى، تم تصميم STEPPS لاستكمال المشاركة العلاجية الأخرى.

العلاج الذي يركز على المخطط (SFT)

يجمع SFT بين عناصر النظريات المعرفية والجشطلتية والديناميكية النفسية. تم تطوير SFT بواسطة جيفري يونج، دكتوراه، أحد طلاب آرون بيك، وهو يتصور السلوك غير التكيفي الناشئ عن المخططات. في هذا النموذج، يتم تعريف المخطط على أنه رؤية للعالم تم تطويرها بمرور الوقت لدى طفل ضعيف بيولوجيًا ويواجه عدم الاستقرار أو الإفراط في الدلال أو الإهمال أو سوء المعاملة. المخططات هي محاولات الطفل للتعامل مع هذه الإخفاقات في التربية. تصبح آليات التكيف هذه غير قادرة على التكيف في مرحلة البلوغ. مفهوم المخططات مستمد من النظريات الديناميكية النفسية. يحاول SFT تحدي هذه الاستجابات المشوهة وتعليم طرق جديدة للتعامل من خلال عملية يشار إليها باسم إعادة الأبوة والأمومة.

يمكن تجميع المخططات المتعددة في خمسة أنماط مخططات أساسية، والتي من خلالها يتعرف مرضى الحد الفاصل والتي ترتبط متأخرًا بأعراض الحد الفاصل:

1. الطفل المهجور والمُساء إليه (مخاوف الهجر)

2. الطفل الغاضب (الغضب، الاندفاع، عدم استقرار المزاج، العلاقات غير المستقرة)

3.الوالد العقابي (إيذاء النفس، والاندفاع)

4.الحامي المنفصل (التفكك، انعدام الهوية، مشاعر

الفراغ)

5.البالغ الأصحاء (دور المعالج كنموذج للمريض -يهدئ ويحمي الأوضاع الأخرى)

استراتيجيات العلاج المحددة مناسبة لكل وضع. على سبيل المثال، يؤكد المعالج على رعاية ورعاية وضع الطفل المتبرع به والمسيء إليه. يتم تشجيع التعبير عن المشاعر في وضع Protector. Detached تحاول "إعادة الأبوة والأمومة" توفير احتياجات الطفولة غير الملباة. المعالجون أكثر انفتاحًا من العلاجات التقليدية، وغالبًا ما يتشاركون الهدايا وأرقام الهواتف والمعلومات الشخصية الأخرى، ويقدمون أنفسهم على أنهم "حقيقيون" و"صادقون" و"مهتمون". يعد نقل الدفء والثناء والتعاطف من السمات المهمة للعلاج. يتم تشجيع المرضى على القراءة عن المخطط واضطراب الشخصية الحدية. يتم استخدام تقنيات الجشطالت، مثل لعب الأدوار، وتمثيل الحوار بين الأوضاع، وتقنيات التصور (تصور السيناريوهات المجردة ولعب الأدوار). يتم استخدام التدريب على الحزم والأساليب السلوكية المعرفية الأخرى. الخطر المحتمل في SFT هو المواجهة الحدودية في "إعادة الأبوة والأمومة". يجب أن يكون المعالجون يقظين للغاية فيما يتعلق بمخاطر النقل وانحدار التحويل المضاد (انظر الفصل 7).

العلاجات الديناميكية النفسية

تستخدم الأساليب الديناميكية النفسية عادةً مناقشة الماضي والحاضر، بهدف اكتشاف الأنماط التي قد تشكل مستقبلًا أكثر إنتاجية. عادة ما يكون هذا النوع من العلاج أكثر كثافة -حيث يتم إجراء جلسات عدة مرات في الأسبوع -من العلاج

النهج المعرفي السلوكي. يجب على المعالج أن يطبق صيغة منظمة ومتسقة ذات أهداف واضحة، مع أن يكون مرناً بدرجة كافية للتكيف مع الاحتياجات المتغيرة.

العلاج القائم على العقلية (MBT)

العقلية، وهو مصطلح وضعه بيتر فوناجي، دكتوراه، يصف كيف يفهم الناس أنفسهم والآخرين وبيئتهم.

وباستخدام العقلية، يفهم الفرد سبب تفاعله مع الآخرين بالطريقة التي يتصرفون بها، الأمر الذي يؤدي بدوره إلى القدرة على التعاطف مع مشاعر الآخرين. 8 ويتداخل هذا المصطلح مع مفهوم العقل النفسي (فهم العلاقة بين المشاعر والعواطف). السلوكيات واليقظة (هدف في العلاج السلوكي المعرفي، انظر أعلاه). يرى فوناجي أنه عندما يتعطل التطور العقلي الطبيعي الذي يبدأ في مرحلة الطفولة المبكرة، تتطور أمراض البالغين، وخاصة اضطراب الشخصية الحدية. يعتمد هذا التصور على نظريات الديناميكية النفسية للارتباط الصحي بشخصية الأبوة والأمومة (انظر الفصل 3). عندما يكون الطفل غير قادر على الارتباط بشكل مناسب مع أحد الوالدين، فإنه يواجه صعوبة في فهم مشاعر الوالدين أو مشاعره الخاصة. ليس لديه سياق صحي يمكن أن يبنى عليه العواطف أو السلوكيات. لا يمكن الحفاظ على ثبات الكائن. يطور الطفل مخاوف الهجر أو الانفصال عن الآخرين. قد ينشأ هذا الفشل التنموي إما من مزاج الطفل (القيود البيولوجية أو الجينية) أو من أمراض الوالدين، والتي قد تتكون من الإساءة الجسدية أو العاطفية أو الهجر، أو خنق الاستقلال بشكل غير مناسب، أو من كليهما.

يعتمد العلاج السلوكي المعرفي (MBT) على افتراض أن المعتقدات والدوافع والعواطف والرغبات والأسباب والاحتياجات يجب فهمها أولاً من أجل العمل على النحو الأمثل مع الآخرين. تم توثيق البيانات المؤكدة حول فعالية هذه الطريقة من قبل بايثمان وفوناجي، بشكل أساسي داخل بيئة المستشفى الجزئية اليومية في إنجلترا. 9.01 في هذا التصميم، يحضر المرضى إلى المستشفى خلال النهار، خمسة أيام في الأسبوع لمدة ثمانية عشر شهرًا. يشمل العلاج العلاج الجماعي الموجه نحو التحليل النفسي ثلاث مرات في الأسبوع. والعلاج النفسي الفردي، والعلاج التعبيري الذي يتكون من برامج الفن والموسيقى والدراما النفسية.

والأدوية حسب الحاجة. تُعقد اجتماعات يومية للموظفين وتتوفر الاستشارات. يركز المعالجون، الذين يستخدمون نظامًا يدويًا، على الحالة الذهنية الحالية للمريض، ويحددون التشوهات في الإدراك، ويحاولون بشكل تعاوني توليد وجهات نظر بديلة عن نفسه وعن الآخرين. في حين أن الكثير من التقنيات السلوكية تذكرنا بالعلاج السلوكي المعرفي، فإن بعض البنية الديناميكية النفسية للعلاج السلوكي المعرفي تتداخل مع العلاج النفسي الذي يركز على التحويل. (TFP).

العلاج النفسي الذي يركز على التحويل (TFP)

TFP هو برنامج يدوي قام أوتو كيرنبرجر، دكتور في الطب، وزملاؤه في جامعة كورنيل بتطويره من جذور التحليل النفسي التقليدية. 12، 11 يركز المعالج في البداية على تطوير عقد فهم الأدوار والقيود في العلاج. مثل العلاج السلوكي المعرفي، تدور المخاوف المبكرة حول خطر الانتحار، وانقطاع العلاج، وخيانة الأمانة، وما إلى ذلك. مثل طرق العلاج الأخرى، يعترف TFP بدور الضعف البيولوجي والوراثي الذي يتصادم مع الإحباطات النفسية المبكرة. آلية الدفاع الأساسية التي تظهر لدى المرضى الحديين هي نشر الهوية، والذي يشير إلى إحساس مشوه وغير مستقر بالذات، وبالتالي الآخرين. يشير انتشار الهوية إلى تصور الذات والآخرين كما لو كانوا مشوهين، وتشوهات شبيهة في مرآة بيت المرح. بالكاد يمكن إدراكها وغير جوهري عند اللمس. هناك سمة أخرى لاضطراب الشخصية الحدية وهي الانقسام المستمر، وتقسيم التصورات إلى ثنائيات متطرفة ومعاكسة من الأسود أو الأبيض، أو الصواب أو الخطأ، مما يؤدي إلى الاعتقاد بأن الذات أو الآخر أو الموقف هو جيد أو سيئ للغاية. من الصعب فهم قبول فكرة أن الشخص الصالح يمكن أن يخيب تعيينه؛ وهكذا يتحول الشخص الصالح سابقاً إلى شخص سيء تماماً. (سلاحظ القارئ المحترف أن التشوهات في عقلية MBT تشمل مفاهيم نشر الهوية وتقسيمها ؛ وصعوبة التطرف الثنائي تشير إلى المفارقات الجدلية التي تم نظيرها في DBT.)

تفترض نظرية TFP أن نشر الهوية وتقسيمها هما عنصران أساسيان مبكران في التطور الطبيعي. ومع ذلك، في اضطراب الشخصية الحدية، يتعطل التكامل الطبيعي والمتطور للمشاعر والتصورات المتضادة بسبب تقديم الرعاية المحبط. إن الخط الحدودي عالق عند مستوى غير ناضج من الأداء. تنتج مشاعر الفراغ والتقلبات العاطفية الشديدة والغضب والعلاقات الفوضوية عن هذا التفكير الأسود والأبيض. يتكون العلاج من جلسات فردية مرتين أسبوعيًا، يتم فيها فحص العلاقة مع المعالج. إن تجربة التحول هنا والآن (انظر الفصل 7) تسمح للمريض أن يختبر في لحظة الانقسام السائد في تجربته الحياتية. ويصبح مكتب المعالج أشبه بالمختبر، حيث يمكن للمريض أن يفحص مشاعره في بيئة آمنة ومحمية، ومن ثم يوسع فهمه إلى العالم الخارجي.

إن الجمع بين الفهم الفكري والخبرة العاطفية في العمل مع المعالج يمكن أن يؤدي إلى التكامل الصحي بين هوية وتصورات الآخرين.

مقارنة العلاجات

قد تساعد المقالة القصيرة في توضيح كيف يمكن للمعالجين الذين يستخدمون هذه الأساليب المختلفة التعامل مع نفس الموقف في العلاج:

وصلت جودي، وهي محاسبة عازبة تبلغ من العمر تسعة وعشرين عامًا، إلى مكتب معالجه النفسي وهي في حالة من الانزعاج الشديد، بعد أن دخلت في جدال حاد مع والدها، وصفها خلاله بـ "الفاسقة". عندما استفسر طبيبها عن سبب افترائه، أصبحت جودي أكثر انزعاجًا، وانتهمت المعالج بالوقوف إلى جانب والدها وإلقاء صندوق مناديل عبر الغرفة.

قد يركز معالج العلاج السلوكي المعرفي (DBT) على غضب جودي وانفجارها الجسدي. قد يتعاطف مع إحباطها ويتقبلها

لفتة متهورة، ثم اعمل معها للتنفيس عن إحباطها دون أن تصبح عنيفة. وقد يناقش أيضًا طرق التعامل مع إحباطها مع والدها.

قد يحاول معالج SFT أولاً تصحيح فهم جودي الخاطئ له وطمأننتها بأنه ليس غاضبًا منها وأنه يقف إلى جانبها تمامًا.

في العلاج، MBT، قد يحاول الطبيب إقناع جودي بربط ما تشعر به وتفكر فيه في هذه اللحظة. وقد يحاول أيضًا توجيهها إلى التفكير (العقلية) حول ما افترضت أن والدها كان يتفاعل معه أثناء محادثتهما.

قد يستكشف معالج TFP كيف تقارنه جودي بوالدها. قد يركز على مشاعرها المتغيرة بشدة تجاهه في تلك اللحظة من العلاج.

علاجات أخرى

كما تم وصف عدد من أساليب العلاج الأخرى، الأقل دراسة. قام روبرت جريجوري ومجموعته في جامعة ولاية نيويورك في سيراكيوز بتطوير بروتوكول يدوي، وهو العلاج النفسي التفكيكي الديناميكي (DDP)، الموجه بشكل خاص نحو المرضى الحديين الذين يمثلون تحديًا أكبر أو الذين يعانون من اضطرابات معقدة مثل تعاطي المخدرات. 13 جلسة أسبوعية فردية موجهة نحو الديناميكية النفسية موجهة نحو تنشيط التصورات الإدراكية الضعيفة ومساعدة المريض على تطوير إحساس أكثر تماسكًا وتماسكًا بالذات والآخرين.

العلاج القائم على التحالف (ABT) الذي تم تطويره في مركز أوستن ريجز في ستوكبريدج، ماساتشوستس، هو نهج ديناميكي نفسي يركز بشكل خاص على السلوكيات الانتحارية والتدمير الذاتي. 41 تمامًا مثل TFP، ينصب التركيز على العلاقة العلاجية. وكيف يؤثر على تصرفات الشريط الحدودي التي تؤدي لنفسه.

تم تصميم العلاج النفسي الديناميكي المكثف قصير المدى (ISTDP).

لعلاج المرضى الذين يعانون من اضطرابات الحدية وغيرها من اضطرابات الشخصية، تم تطويره من قبل مجموعة كندية. 15
تركز الجلسات الفردية الأسبوعية على المشاعر اللاواعية المسؤولة عن الدفاعات والروابط بين هذه المشاعر والصدمات
الماضية. ومن المتوقع بشكل عام أن يستمر العلاج لمدة ستة أشهر تقريبًا.

أدرك الممارسون من تشيلي صعوبة توفير رعاية فردية مكثفة للمرضى الحديين، وقاموا بتطوير نظام علاج جماعي،
العلاج الانتقائي المتقطع المستمر (ICE).16 يتم إجراء جلسات علاج جماعي أسبوعية مدتها تسعون دقيقة في دورات من عشر
جلسات. ويمكن للمرضى الاستمرار في جولات أخرى، حسب اختيارهم هم ومعالجهم. توجه وجهة النظر الديناميكية النفسية
فهم المريض، ولكن يتم تقليل التفسيرات. الجزء الأول من كل جلسة عبارة عن فترة مفتوحة وداعمة يتم فيها تشجيع المناقشة
غير المنظمة؛ يتم ترتيب النصف الثاني مثل الفصل الدراسي، حيث يتم تدريس مهارات التعامل مع المشاعر الصعبة (كما هو
الحال في DBT وSTEPPS).

ما هو العلاج الأفضل؟

تسعى جميع تصميمات العلاج "الحساء الأبدي" هذه إلى توحيد العلاج، باستخدام البرامج اليدوية في معظمها، وقد حاولت
تطوير دراسات مضبوطة لتحديد مدى فعاليته.

كاسي، لقد طورت جميعها دراسات توضح تفوق العلاج الرسمي على "العلاج المعتاد" المقارن وغير المحدد والداعم. وقد
قامت بعض الأبحاث بدراسة النتائج المقارنة بين هذه العلاجات.

قارنت إحدى الدراسات نتائج علاجات العيادات الخارجية لمدة عام للمرضى على الحدود بثلاثة طرق مختلفة: العلاج
السلوكي المعرفي (DBT) وPFT، والعلاج الداعم الديناميكي النفسي. أظهر المرضى في المجموعات الثلاث تحسنًا في
الاكتئاب والقلق والتوتر.

التفاعلات الاجتماعية والأداء العام. أظهر كل من PFT و DBT انخفاضًا كبيرًا في التفكير الانتحاري. كان أداء TFP والعلاج الداعم أفضل في تقليل الغضب والاندفاع. كان أداء TFP أفضل في الحد من التهيج والاعتداء اللفظي والجسدي.

قارنت دراسة هولندية مدتها ثلاث سنوات نتائج علاج مرضى الحدود مع SFT مقابل TFP.18 بعد السنة الأولى، شهدت كلا مجموعتي العلاج انخفاضات كبيرة مماثلة في أعراض اضطراب الشخصية الحدية وتحسين نوعية الحياة. ومع ذلك، بحلول السنة الثالثة، أظهر مرضى SFT تحسنًا أكبر بكثير وكان عدد المتسربين أقل. قارنت دراسة لاحقة من هولندا فعالية تكلفة هذين التصميمين للعلاج النفسي. 91 حاول هذا البحث قياس تكلفة العلاج مع التحسن في نوعية الحياة مع مرور الوقت (يتم تحديده بواسطة استبيان ذاتي). على الرغم من أن مقاييس جودة الحياة بعد TFP كانت أعلى قليلًا مما كانت عليه بعد SFT، إلا أن التكلفة الإجمالية للتحسين المقارن كانت أكثر كفاءة بشكل ملحوظ مع SFT.

على الرغم من أن هذه الدراسات هي محاولات مثيرة للإعجاب لمقارنة العلاجات المختلفة، إلا أنها جميعًا يمكن انتقادها. إن اختيار المريض والعلاج، وصحة التدابير المستخدمة، ووفرة المتغيرات غير المنضبطة التي تؤثر على أي دراسة علمية تجعل محاولات مقارنة الاستجابات السلوكية البشرية صعبة للغاية. سوف تسلط الدراسات المستمرة على أعداد أكبر من السكان الضوء على الأساليب العلاجية التي ستكون مفيدة للعديد من المرضى بشكل عام. ولكن نظرًا للاختلافات المعقدة المتأصلة في الحمض النووي لدينا، والتي تجعل شخص ما مختلفًا تمامًا عن الآخر، فإن الكشف عن العلاج "الأفضل" الذي سيكون مثاليًا لكل فرد أمر مستحيل بالتأكيد. قد لا يكون العلاج الذي يُظهر التفوق لدى غالبية المرضى في إحدى الدراسات هو الخيار الأمثل بالنسبة لك. ولا يقل هذا الأمر في مجال الأدوية، حيث نجد مفاشا واحدًا لا يناسب الجميع.

وبالتالي، فإن النقطة الأساسية التي يجب استخلاصها من هذه الدراسات ليست ما هو العلاج الذي يعمل بشكل أفضل، ولكن ما هو العلاج النفسي الذي يمكن استخلاصه؟

تعمل ! لسوء الحظ، تم تخفيض قيمة العلاج النفسي مجازيًا وحرفيًا على مر السنين. يتم سداد تكاليف الخدمات النفسية بشكل عام بمعدل أقل بشكل ملحوظ من الخدمات الطبية.

إن دفع التأمين للطبيب لمدة ساعة من التفاعل غير التدخلي مع المريض (النظام الغذائي والتعديلات السلوكية لمرض السكري، أو تعليمات حول رعاية جرح يلتئم، أو العلاج النفسي) هو جزء صغير من المبلغ مقابل إجراء طبي روتيني (بسيط). التدخل الجراحي، حقن الستيرويد، إلخ). مقابل ساعة واحدة من العلاج النفسي، يدفع برنامج Medicare ومعظم شركات التأمين الخاصة أقل من عُشر معدل السداد الموجه للعديد من العمليات الجراحية البسيطة للمرضى الخارجيين.

وبينما تواصل الولايات المتحدة سعيها لتوفير الرعاية الصحية لعدد أكبر من الناس بطرق ميسورة التكلفة، فسوف تكون هناك إغراءات لفرض علاجات تظهر أنها متكافئة إلى حد كبير، ولكنها أقل تكلفة. وسيكون من المهم الحفاظ على المرونة في مثل هذا النظام، حتى لا نشوه سمعة فن الطب، الذي يسمح بالفردية في العلاقة المقدسة بين الطبيب والمريض.

الأبحاث المستقبلية والعلاجات المتخصصة لاضطراب الشخصية الحدية

في المستقبل، قد تشير التطورات في الأبحاث الجينية والبيولوجية إلى كيفية "تخصيص" العلاجات لمرضى محددين.

مثلما لا يوجد دواء واحد أفضل من غيره في علاج جميع مرضى اضطراب الشخصية الحدية، لا يمكن لأي نهج علاجي واحد أن يكون أفضل للجميع، على الرغم من محاولات مقارنة الأساليب. يجب على المعالجين توجيه أساليب علاجية محددة لتلبية احتياجات المرضى المختلفة، بدلاً من محاولة تطبيق أفضل نهج خيالي على كل فرد. على سبيل المثال، قد يستجيب المرضى الحديون الذين لديهم ميول انتحارية كبيرة أو المنخرطون في سلوكيات خطيرة لتشويه أنفسهم في البداية بشكل أفضل للأساليب المعرفية/السلوكية، مثل العلاج السلوكي المعرفي.

قد يستجيب المرضى ذوو الأداء العالي بشكل أفضل للدinاميكية النفسية

البروتوكولات. قد تفضل القيود المالية أو الجدولية علاجات محدودة الوقت، في حين أن أنماط الحياة المدمرة المتكررة قد تملي الحاجة إلى بروتوكولات أطول أجلا وأكثر كثافة.

مثلما طورت معظم التخصصات الطبية (مثل طب العيون) مجالات تخصص فرعية للحالات المعقدة أو لأجزاء العضو المعنية (مثل شبكية العين والقرنية)، فإن العلاج الأمثل لاضطراب الشخصية الحدية قد يتجه في نفس الاتجاه. على سبيل المثال، يمكن لمراكز الرعاية المتخصصة لاضطراب الشخصية الحدية، والتي تضم متخصصين ذوي خبرة ومدرّبين تدريبيًا خاصًا، أن تقدم أنظمة علاج أكثر كفاءة.

الفصل التاسع

الأدوية: العلم والوعد

حبة واحدة تجعلك أكبر، وحبة واحدة تجعلك أصغر. . .

-من رواية "الأرنب الأبيض" بقلم جيفرسون إيرلدين

الأطباء هم الرجال الذين يصفون أدوية لا يعرفون عنها سوى القليل، لعلاج أمراض لا يعرفون عنها سوى القليل، لبشر لا يعرفون عنها شيئًا.

-فولتير

في حين أن العلاج النفسي هو العلاج الأساسي المعترف به لاضطراب الشخصية الحدية، فإن معظم خطط العلاج تتضمن توصيات لإدراج العلاج الدوائي. ومع ذلك، فإن الأدوية غالبًا ما تمثل معضلات مشحونة للغاية للمرضى الحديين. وال البعض يسحرهم الوعد المغري بالأدوية «لشفاء» حدودهم. ويخشى آخرون أن يتحولوا إلى زومبي ويقاومون أي دواء. نظرًا لأن العلماء لم يعزلوا بعد فيروس Borderlinus ، فلا يوجد "مضاد حيوي" واحد يعالج جميع جوانب اضطراب الشخصية الحدية. ومع ذلك، فإن الأدوية مفيدة في علاج الأعراض المصاحبة (مثل مضادات الاكتئاب لعلاج الاكتئاب)، وفي ترويض الخصائص التي تهزم الذات، مثل الاندفاع.

وعلى الرغم من شكوى فولتير، فإن الأطباء يتعلمون المزيد والمزيد عن كيفية وسبب علاج الأدوية للأمراض. تساعدنا الاكتشافات الجديدة في علم الوراثة والبيولوجيا العصبية لاضطراب الشخصية الحدية على فهم كيف ولماذا يمكن أن تكون هذه الأدوية فعالة.

علم الوراثة

بطبيعة الحال، احتدمت حجج رعاية الطبيعة حول أسباب الأمراض الجسدية والعقلية لعقود من الزمن، ولكن مع توسع المعرفة بالوراثة، ورسم الخرائط الجينية، وعلم الوراثة الجزيئية على مدى ربع القرن الماضي، أصبح الدور الذي تلعبه الطبيعة مفهوماً بشكل أفضل. أحد الأساليب لحل هذا الجدل هو من خلال استخدام "دراسات التوائم": في هذا النوع من الدراسات، يتم فحص التوائم المتماثلة (التي تمتلك نفس التركيب الجيني) والتي يتم تبنيها في أسر مختلفة بعد سنوات للتأكد من وجود المرض. إذا أظهر أحد التوأمين اضطراب الشخصية الحدية، فإن احتمال أن يتم تشخيص إصابة الآخر، الذي نشأ في بيئة مختلفة، باضطراب الشخصية الحدية هو أيضًا ما يصل إلى 35 بالمائة إلى 70 بالمائة تقريبًا في بعض الدراسات، مما يعطي وزنًا أكبر لحجة الطبيعة. السمات، مثل القلق، والقدرة العاطفية، والميول الانتحارية، والاندفاع، والغضب، والبحث عن الإثارة، والعُدوان، والتشوهات المعرفية، والارتباك في الهوية، ومشاكل العلاقات، يمكن أن تكون أيضًا وراثية للغاية.

يمتد الوراثة أيضًا إلى أفراد الأسرة، يُظهر أقارب خطوط الحدود معدلات أكبر بكثير من اضطرابات المزاج والاندفاع، وتعاطي المخدرات، واضطرابات الشخصية، وخاصة اضطراب الشخصية الحدية والشخصية المعادية للمجتمع.

تنبثق إنسانيتنا من سلسلة الكروموسومات المعقدة والفريدة من نوعها التي تحدد الفرد. على الرغم من أن جينًا واحدًا محددًا وحده لا يحدد مصيرنا، إلا أن مجموعة من رموز الحمض النووي الموجودة على كروموسومات مختلفة تساهم في قابلية التعرض للمرض. وقد ارتبطت الجينات الفردية بمرض الزهايمر، وسرطان الثدي، وأمراض أخرى. ومع ذلك، فإن مواقع الكروموسومات الأخرى والعوامل البيئية تساهم أيضًا في

ute. لقد حددت الوراثة الجزيئية تغيرات جينية محددة (تعدد الأشكال) المرتبطة باضطراب الشخصية الحدية. ومن المثير

للاهتمام أن هذه

تشارك الجينات في إنتاج واستقلاب الناقلات العصبية، السيروتونين، النورإبينفرين، والدوبامين. تسهل هذه الناقلات العصبية التواصل بين خلايا الدماغ وتؤثر على الجينات التي يتم تشغيلها أو إيقافها. ارتبطت التغيرات في هذه الناقلات العصبية باضطرابات المزاج، وخلل تنظيم النبضات، والانفصال، وحساسية الألم.

علم الغدد الصم العصبية

تم تضمين الناقلات العصبية الأخرى للغدد الصماء (الهرمونات) في علم الأمراض الحدي. وقد لوحظ خلل في تنظيم (aspartate) NMDA (N-methyl-D- في اضطراب الشخصية الحدية (وكذلك في بعض الأمراض الأخرى) ويرتبط بالانفصال، والنوبات الذهانية، وضعف الإدراك، تم إثباته في اضطراب الشخصية الحدية (BPD) وارتبط بالتجارب الانفصالية، وعدم حساسية الألم خاصة بين الأفراد الذين يقومون بتشويه أنفسهم)، وتعاطي المواد الأفيونية. الأسيتيل كولين هو ناقل عصبي آخر يؤثر على الذاكرة، والانتباه، والتعلم، والمزاج، والعدوان، والسلوك الجنسي، والذي تم إثباته يرتبط باضطراب الشخصية الحدية.5 يمكن أن يؤدي الإجهاد المزمن أو المتكرر أيضًا إلى تعطيل توازن الغدد الصم العصبية. ينشط التوتر محور الغدة النخامية والكظرية (HPA)، الذي يفرز الكورتيزول وينشط جهاز المناعة في الجسم. في حالة الإجهاد الحاد المعتاد، يقوم هذا النظام بتنشيط آليات "القتال والهروب" في الجسم بطريقة مثمرة. تعمل آلية التغذية المرتدة الداخلية مثل منظم الحرارة ثم تدور

أسفل المحور وإعادة الجسم إلى التوازن. ومع ذلك، فإن الإجهاد المستمر يفكك دائرة التجدد وتستمر إنذارات الإجهاد بلا هوادة، مما يحدث تأثيرًا سلبيًا على الجسم، بما في ذلك الانكماش في المناطق المميزة من الدماغ. وقد لوحظ هذا النمط في العديد من الاضطرابات، بما في ذلك اضطراب الشخصية الحدية (BPD) واضطراب ما بعد الصدمة (PTSD) والاكتئاب الشديد، وبعض اضطرابات القلق.

الخلل العصبي

كثيراً ما ترتبط الاضطرابات في وظائف المخ باضطراب الشخصية الحدية. مجموعة فرعية كبيرة من المرضى الحديين لديهم تاريخ من صدمات الرأس، والتهاب الدماغ، والصرع، وصعوبات التعلم، وتشوهات مخطط كهربية الدماغ، (EEG) واختلال نمط النوم، و"العلامات الناعمة" العصبية غير الطبيعية والدقيقة. 7 تصوير الدماغ المتطور -مثل التصوير بالرنين المغناطيسي الوظيفي (التصوير بالرنين المغناطيسي الوظيفي)، والتصوير المقطعي المحوسب (CT) والتصوير المقطعي (PET) (التصوير المقطعي بإصدار البوزيترون)، والتصوير المقطعي المحوسب بإصدار الفوتون الواحد - (SPECT) قد أوضح بعض التشريح. الانحرافات كال والفسيولوجية المرتبطة باضطراب الشخصية الحدية. كما ذكرنا سابقاً (انظر الفصل (3) يبدو أن هذه الدراسات تشير ضمناً إلى فرط نشاط تلك الأجزاء من الدماغ المرتبطة بالاستجابة العاطفية (الجهاز الحوفي)، والذي يتضمن هياكل دماغية عميقة مثل اللوزة الدماغية، والحصين، والتلفيف الحزامي، في حين أظهرت- نقص نشاط الأجزاء الخارجية من الدماغ المرتبطة بالتفكير التنفيذي والتحكم، مثل قشرة الفص الجبهي.

الاعتبارات المستقبلية

ومع هذه التطورات في علم الوراثة وعلم الأحياء العصبي، سوف يتمكن العلماء في نهاية المطاف من تصنيف عروض فرعية مختلفة وأكثر تميزاً لعلم الأمراض، واستناداً إلى هذه المعرفة، قد يتمكن الأطباء من "تخصيص" دواء معين بشكل أكثر دقة لمرضى معين. ولنستخدم تشبيهاً: إن فهمنا الحالي للأمراض النفسية يشبه تقريباً فهمنا للعدوى في أوائل ومنتصف القرن العشرين، قبل أن يتمكن الأطباء من زراعة العامل المسبب للعدوى بشكل كافٍ. في ذلك الوقت، كان من المسلم به عمومًا أن جميع المضادات الحيوية مفيدة بنفس القدر، وكان البنسلين فعالاً بنفس القدر.

بين جميع المرضى الذين يعانون من الالتهابات، مثل أي مضاد حيوي آخر. ومع ذلك، عندما اكتشف العلماء كيفية زراعة سلالات فردية من البكتيريا.

tertia وتحديد حساسيتهم لمضادات حيوية معينة، يمكن للأطباء أن يصفوا دواءً محددًا يتمتع بأكبر احتمال للنجاح. وبعبارة أخرى، لم يكن الأطباء يعالجون العدوى أو الالتهاب الرئوي فحسب؛ كانوا يعالجون سلالة محددة من الميكروبات العنقودية الذهبية. وعلى نحو مماثل، نأمل في المستقبل أن نتمكن من "ثقافة" المرض النفسي وتحديد العلاج الأفضل.

سوف نقوم بمعالجة الخصائص البيولوجية الفريدة للفرد، وليس مجرد التشخيص. ونتيجة لذلك، فإن مفهوم "خارج التسمية" (الذي يوصف فيه دواء لحالة لم تتم الموافقة عليها رسميًا - انظر الصفحة 200) سيصبح موضع نقاش، حيث سيتم توجيه الدواء نحو عملية بيولوجية محددة، بدلاً من تشخيص معين.

الأدوية

أدت الاكتشافات في مجالات علم الوراثة وعلم وظائف الأعضاء المزدهرة إلى ظهور أدوية جديدة للعديد من الحالات الجسدية والعقلية.

لقد تم تحقيق تقدم كبير في علم الصيدلة، وخاصة في مجال التكنولوجيا الحيوية؛ باختصار، تم تطوير العديد من أدوية العلاج النفسي في العشرين عامًا الماضية، وتشير الأدلة إلى أن بعضها أثبتت فعاليتها في علاج اضطراب الشخصية الحدية، على الرغم من عدم وجود دواء مستهدف على وجه التحديد لعلاج اضطراب الشخصية الحدية، فقد أثبتت الأبحاث أن ثلاث فئات أساسية من الأدوية - مضادات الاكتئاب، ومثبتات المزاج، ومضادات الذهان (مضادات الذهان) - تعمل على تحسين العديد من السلوكيات غير القادرة على التكيف المرتبطة بهذا الاضطراب.

مضادات الاكتئاب

لقد درست معظم الأبحاث استخدام مضادات الاكتئاب، وخاصة مثبطات إعادة امتصاص السيروتونين (SSRIs) أو (SRIs). هؤالء

تشمل الأدوية بروزاك (فلوكستين)، وزولوفت (سيرترالين)، وباكسيل أو بيكسيغا (باروكستين)، ولوفوكس (فلوفوكسامين)، وسيليكسا (سيتالوبرام)، وليكسابرو (إسكينالوبرام - المرتبط بالسيتالوبرام). وكما هو متوقع، كانت هذه الأدوية فعالة في علاج عدم استقرار المزاج والأعراض المرتبطة بالاكتئاب، مثل الشعور بالفراغ، وحساسية الرفض، والقلق. بالإضافة إلى ذلك، ثبت أن منبهات استرداد السيروتونين (SRIs) تقلل من الغضب غير المناسب ونوبات الغضب، والسلوك العدواني، والاندفاع المدمر، والأفعال المشوهة للذات، حتى في حالة عدم وجود أعراض الاكتئاب. في العديد من الدراسات، كان من الضروري تناول جرعات أعلى من المعتاد من هذه الأدوية (على سبيل المثال، 80 > ملغ من بروزاك، 200 > ملغ من زولوفت يوميًا) للحصول على تأثير إيجابي. لم يتم دراسة مجموعة ذات صلة من الأدوية، منبهات إعادة امتصاص السيروتونين والنورإبينفرين، (SNRIs) على نطاق واسع، ولكن قد يكون لها تأثيرات إيجابية مماثلة. وتشمل هذه الأدوية إيفكسور (فينلافاكس-ين)، وبريستيك (ديسفينلافاكسين - المرتبط بالفينلافاكسين)، وسيم-بالتا (دولوكستين).

كما تمت دراسة مضادات الاكتئاب القديمة، مثل مضادات الاكتئاب ثلاثية الحلقات (TCAs) ومنبهات أوكسيديز أحادي الأمين (MAOIs). تشمل مضادات الاكتئاب ثلاثية الحلقات Elavil (أميتريبتيلين)، Tofranil (إيميبرا-مين)، Pamelor أو Aventyl (نورتريبتيلين)، Vivactil (بروتريبتيلين)، Sinequan (دوكسيبين)، Norpramin (ديسبيرامين)، Surmontil (pine)، Asenden (amoxa- تريميمبرامين)، وآخرون. وكانت هذه الأدوية عمومًا أقل فعالية، وفي بعض الحالات قللت من التحكم العاطفي. لذلك، يجب على المريض المصاب باضطراب الشخصية الحدية أن يكون حذرًا من الأدوية الموصوفة في فئة TCA.

لقد أظهرت منبهات Parnate (tranylcypromine) و Nardil (phenelzine) IMAOI الأكثر استخدامًا في الولايات المتحدة - فعالية في علاج اضطراب الشخصية الحدية مقارنة بتلك الخاصة بـ SRIs. ومع ذلك، تميل منبهات MAOI إلى أن تكون لها آثار جانبية أكثر، وتكون أكثر خطورة في حالة الجرعة الزائدة، وتتطلب قيودًا غذائية وأدوية متزامنة، وبالتالي يتم استخدامها بشكل أقل بكثير.

مثبتات المزاج

تشمل هذه المجموعة من الأدوية الليثيوم، وهو عنصر طبيعي، وأدوية مضادة للنوبات -ديباكوت (فالبروات)، وتيجريتول (كار-بامازيبين)، وتريلبتال (أوكسكاربازيبين -المرتبط بالكاربامازيبين)، ولاميكيتال (لاموتريجين)، وتوباماكس (توبيرامات). توصي إرشادات APA بهذه المجموعة كعلاج مساعد عندما تكون الـ SRIS أو التدخلات الأخرى غير فعالة أو فعالة جزئيًا فقط. تساعد هذه الأدوية، بجرعات نموذجية، على استقرار الحالة المزاجية وتقليل القلق والتحكم بشكل أفضل في الاندفاع والعدوان والتهيج والغضب. نيورونتين (جابانتين)، ديلانتين (فينيتوين)، جاباتريل (تيجابين)، كيبيرا (ليف-تيراسيتام)، وزونيجران (زونيساميد) موجودة أيضًا في هذه الفئة من الأدوية، لكن الدراسات التي تختبر فعاليتها في مرضى اضطراب الشخصية الحدية كانت محدودة.

مضادات الذهان

يوصى بهذه الأدوية للعلاج الأولي للشبهات الإدراكية الإدراكية لدى المرضى الحديين. إن جنون العظمة، والأعراض الانفصالية، والشعور بعدم الواقعية (المعايير 9 في الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات العقلية -راجع الفصل 2) هي أهداف أساسية. بالاشتراك مع مثبتات استرداد السيروتونين الانتقائية، تعمل هذه الأدوية، عادةً بجرعات أقل من المعتاد، على تخفيف مشاعر الغضب والعدوانية. استقرار المزاج. وتقليل القلق والتفكير الوسواسي والاندفاع والحساسية بين الأشخاص.

أجريت دراسات مبكرة على مضادات الذهان القديمة، مثل Thora-zine (كلوربرومازين)، (perphe-nazine)، Haldol (haloperidol)، Navane (thiothixene)، Loxitane (loxapine). Stelazine (trifluoperazine)، Trilafon كما أثبتت الأدوية الأحدث، التي تسمى مضادات الذهان غير التقليدية، فعاليتها مع آثار جانبية أقل تعقيدًا بشكل عام. وتشمل هذه زيبركسا (أولانزابين)، سيروكويل (كيتيابين)، ريسبردال (ريسبيريدون)، أيليفيا (أريبيريذول)، وكلوزاريل (كلوزا-باين). الأدوية الأخرى في هذه الفئة -إنفيجا (بالبيريدون -المرتبط بالريسبيريدون)، فانابت (إلوبيريذون)، سافريس (أسينابين)، وجيودون

(زيبراسيدون) - إما لم تتم دراستها أو أنها أسفرت عن نتائج متناقضة.

مزايا القلق

على الرغم من أن العوامل المضادة للقلق مفيدة للغاية في علاج القلق، فقد ثبت أنها تزيد من الاندفاع ويمكن إساءة استخدامها والتسبب في الإدمان. تشمل هذه المهدئات، الموجودة في المقام الأول في الفئة المعروفة باسم بن زوديازيبينات، زاناكس (ألبرازالوم)، وأتيفان (لورازيبام)، والفاليوم (ديازيبام)، ولبيريوم (كلورديازيبوكسيد)، من بين مهدئات أخرى. حقق كلونوبين (كلونازيبام)، وهو البنزوديازيبين طويل المفعول والذي قد يكون له تأثير أكبر على السيروتونين، نجاحًا في علاج أعراض العدوان والقلق، وربما يكون البنزوديازيبين الوحيد الذي قد يكون مفيدًا لاضطراب الشخصية الحدية.

الخصوم الأفيونية

يمنع ريفيا (النالتريكسون) إطلاق الجسم للإندورفين الخاص به، والذي يحفز التسكين ومشاعر البهجة. تشير بعض التقارير إلى أن هذا الدواء قد يمنع سلوك تشويه الذات.

علاجات أخرى

لم تكن العلاجات المثلية أو العلاجية بالأعشاب ناجحة عمومًا، باستثناء تحضير الأحماض الدهنية أوميغا 3. وجدت إحدى الدراسات الصغيرة أن المادة قللت من العدوانية والاكتئاب بين النساء

تم دراسة مادتين تعدلان الغلوتامات الناقل العصبي في اضطراب الشخصية الحدية. تم الإبلاغ عن أن الحمض الأميني N-acetylcysteine - و Rilutek (riluzole) وهو دواء يستخدم لعلاج التصلب الجانبي الضموري (مرض - Lou Gehrig) له أهمية كبيرة.

يقلل بشكل غير قادر على السلوك المضر بالنفس في اثنين من المرضى الحدوديين. 11

توصي إرشادات الممارسة الخاصة بـ APA بهذه الأدوية

استهداف مجموعة أعراض محددة. تقسم الإرشادات أعراض اضطراب الشخصية الحدية إلى ثلاث مجموعات أساسية: عدم استقرار المزاج، والتحكم في خلل الاندفاع، والتشوهات المعرفية الإدراكية. يتم تلخيص خوارزمية طرق العلاج الموصى بها، مع تكتيكات بديلة إذا كان الاختيار السابق غير فعال، في الجدول 1-9.

الجدول 1-9. العلاج الدوائي لعلاج أعراض اضطراب الشخصية الحدية			
الاختبار الرابع	الاختبار الثالث	الاختبار الثاني	الاختبار الأول
إضافة MS	مختلف SRI أو MAOI إلى مختلف MAOI	NL كلونازيبام؛ أو قم بالتبديل	سري
	دقيقة، التثبيت النفسي المعتدل، أو قم بخلل التحكم	أصف NL	سري
	إضافة SRI أو MAOI أو مختلف NL		NL
	إدراكي التشوهات		

= SRI مثبط امتصاص السيروتونين. قد يتطلب جرعات أعلى من المعتاد

= INL الذهان. عادة بجرعات منخفضة

= MAOI مثبط أوكسيداز أحادي الأمين

SM=مثبت المزاج

كلمة حول الاستخدام "خارج التسمية".

لم توافق إدارة الغذاء والدواء الأمريكية (FDA) رسميًا على أي دواء لعلاج اضطراب الشخصية الحدية، لذلك تعتبر جميع الأدوية المستخدمة بشكل شائع لعلاج اضطراب الشخصية الحدية "خارج التصنيف".

على الرغم من أن مصطلح "خارج التسمية" قد يكون غير مقبول، إذا لم يكن يبدو محفوفًا بالمخاطر تمامًا بالنسبة للمبتدئين، فإن الوصفات الطبية خارج التسمية شائعة جدًا لمجموعة واسعة من الحالات. نظرًا لأن شركة الأدوية تنفق ما يقرب من مليار دولار في المتوسط لطرح الدواء في السوق، فإن العديد من الشركات لا تسعى للحصول على الموافقة لمجموعة واسعة من الحالات أو خارج نطاقات الجرعات الضيقة، حيث أن هذه الاستراتيجيات

قد يؤدي ذلك إلى تضيق فرص موافقة إدارة الأغذية والعقاقير (FDA) وزيادة تكلفة التطوير بشكل كبير. على سبيل المثال، على الرغم من أنه من المعروف أن مبيطات استرداد السيروتونين (SRI) تفيد العديد من الحالات، بما في ذلك الاكتئاب، واضطراب ما بعد الصدمة، وأمراض القلب، وبعض اضطرابات الأتم، فإن الشركة المصنعة للأدوية قد لا ترغب في استيعاب النفقات الإضافية للحصول على موافقة إدارة الغذاء والدواء -ولا تخاطر برفض إدارة الغذاء والدواء. من خلال التقدم بطلب لاستخدام المصلق لجميع هذه المؤشرات و/أو نطاقات الجرعات الواسعة. عندما يصف الطبيب دواءً لحالة غير معتمدة، أو بجرعة خارجة عن التوصيات، فإنه يعتبر "خارجًا عن التسمية".

ولسوء الحظ، قد ترفض وكالات الرعاية المدارة الموافقة على هذه الوصفات الطبية "غير المصرح بها" (المكلفة في بعض الأحيان).

الأدوية العامة

بعبارة أبسط، يحتوي الدواء العام على نفس العنصر الأساسي أو النشاط الموجود في التركيبة الأصلية؛ بشكل عام، يكون دائمًا أقل تكلفة. ومع ذلك، هذا لا يعني أن الدواء العام مطابق لنظيره الذي يحمل العلامة التجارية. تعتبر إدارة الغذاء والدواء الأمريكية الدواء العام "مكافئًا" للدواء ذي العلامة التجارية إذا كانت مستويات الدم لدى المتطوعين الأصحاء في حدود 20 بالمائة من الاختلاف، وهو فرق كبير في بعض المرضى. قد يختلف الدواء العام أيضًا عن الأصل في مكوناته غير النشطة ونظام التوصيل الخاص به (على سبيل المثال، قرص أو كبسولة). علاوة على ذلك، قد يختلف نوع عام بشكل كبير عن الآخر (نظرًا، قد يصل الاختلاف في مستوى الدم إلى 40 بالمائة). الدرس المستفاد هنا هو أنه إذا كان التحول إلى دواء عام سيؤدي إلى توفير كبير، فقد يكون الأمر يستحق المحاولة. ومع ذلك، إذا تكررت الأعراض، فمن الأفضل العودة إلى الدواء ذو العلامة التجارية. بالإضافة إلى ذلك، إذا كنت تتناول دواءً عامًا فعالًا، فلا تنتقل إلى دواء عام آخر. انتبه أيضًا إلى أن بعض الصيدليات وبعض الأطباء يتلقون مكافآت مقابل تحويل المرضى إلى الأدوية الجينية.

علاج الانقسام

يتلقى العديد من المرضى الرعاية من أكثر من مزود واحد. في كثير من الأحيان، يمكن أن يتم إدارة العلاج من قبل متخصص غير طبي (أخصائي نفسي، أو أخصائي اجتماعي، أو مستشار)، في حين يتم إدارة الأدوية من قبل طبيب (طبيب نفسي أو طبيب رعاية أولية).

وتشمل مزايا هذا البروتوكول انخفاض النفقات (وبالتالي حساب تشجيعه من قبل شركات الرعاية المدارة)، وإشراك المزيد من المهنيين، والفصل بين قضايا العلاج والأدوية. لكن هذا الفصل يمكن أن يكون أيضًا عيبًا، لأنه يسمح للمرضى بتقسيم مقدمي الخدمة إلى "أطباء جدد" و "أطباء سيئين" والارتباك بشأن

علاج. يعد التواصل الوثيق بين المتخصصين الذين يعالجون نفس المريض أمرًا ضروريًا لنجاح العملية. في معظم الحالات، قد يكون الطبيب النفسي الماهر في كل من تقنيات الإدارة الطبية والعلاج النفسي هو النهج المفضل.

هل يمكن علاج الخطوط الحدودية؟

مثلما هو الحال مع الاضطراب نفسه، فإن آراء المتخصصين حول تشخيص المصابين باضطراب الشخصية الحدية قد انقلبت من طرف إلى آخر. في الثمانينيات، كان يُعتقد عمومًا أن اضطرابات الشخصية على المحور الثاني دائمة ومستقرة مع مرور الوقت. أكد الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات العقلية (DSM-III) أن اضطرابات الشخصية "تبدأ في مرحلة الطفولة أو المراهقة وتستمر في شكل مستقر (دون فترات مغفرة أو تفاقم) إلى حياة البالغين." وكان هذا التصور على النقيض من معظم اضطرابات المحور الأول (مثل الاكتئاب الشديد، إدمان الكحول، والاضطراب ثنائي القطب، والفصام، وما إلى ذلك)، والتي كان يُعتقد أنها أكثر عرضية واستجابة للعلاج الدوائي. الانتحار

اقتربت المعدلات في اضطراب الشخصية الحدية من 10 بالمائة. 31 تشير كل هذه الاعتبارات إلى أن تشخيص اضطراب الشخصية الحدية من المحتمل أن يكون سيئًا. ومع ذلك، أظهرت الدراسات طويلة المدى المنشورة على مدى السنوات العديدة الماضية تحسُّنًا ملحوظًا بمرور الوقت. 51.41 في هذه الدراسات، وتتبع الخطوط الحدودية على مدى فترة عشر سنوات، لم يعد ما يصل إلى ثلثي المرضى يظهرون خمسة من العيوب التسعة ومعايير اضطراب الشخصية الحدية، وبالتالي يمكن اعتبارها "معالجة"، لأنها لم تعد تستوفي تعريف الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات العقلية (DSM) الرسمي. حدث التحسن مع العلاج أو بدونه، على الرغم من أن المرضى الذين تم علاجهم حققوا مغفرة أسرع. بقي معظم المرضى في العلاج، وتضاءلت الانتكاسات مع مرور الوقت. على الرغم من هذه النتائج المتفائلة، فقد تم اكتشاف أيضًا أنه على الرغم من أنه لم يعد من الممكن تصنيف هؤلاء المرضى رسميًا على أنهم "حدوديون"، إلا أن بعضهم استمر في مواجهة صعوبة في التعامل مع الآخرين مما أضعف علاقاتهم الاجتماعية والمهنية. يشير هذا إلى أن الأعراض الأكثر حدة وبروزًا لاضطراب الشخصية الحدية (التي تحدد الاضطراب في المقام الأول)، مثل السلوكيات الانتحارية أو تشويه الذات، والاندفاع المدمر، والتفكير شبه الذهاني، تستجيب بسرعة أكبر للعلاج أو الوقت من الأعراض الأخرى. أعراض مزاجية أكثر ديمومة (مخاوف من الهجر، ومشاعر الفراغ، والتبعية، وما إلى ذلك). باختصار، على الرغم من أن التكهّن أفضل بكثير مما كان يعتقد في الأصل، إلا أن بعض الحدود لا تزال تعاني من المشكلات المستمرة.

أولئك الذين يتغلبون على المرض يظهرون قدرة أكبر على الثقة وإقامة علاقات مرضية (حتى لو لم تكن قريبة جدًا في بعض الأحيان). لديهم إحساس أوضح بالهدف وفهم أكثر استقرارًا لأنفسهم. ومن ثم، حتى لو ظلت القضايا الحدودية قائمة، فإنها تصبح حدوداً أفضل.

الفصل العاشر

الفهم والشفاء

الآن، كما ترى، يتطلب الأمر كل ما يمكنك القيام به من الجري للبقاء في نفس المكان. إذا كنت تريد الوصول إلى مكان آخر، فيجب عليك الركض

على الأقل مرتين أسرع من ذلك.

- من خلال المرأة، بقلم لويس كارول

"أشعر أن لدي فراغًا بداخلي لا أستطيع ملئه أبدًا." إليزابيث، امرأة جذابة وذكية تبلغ من العمر ثمانية وعشرين عامًا، أُحيلت في الأصل للعلاج من قبل طبيب عائلتها. لقد تزوجت منذ ست سنوات من رجل يكبرها بعشر سنوات وكان رئيسها في وقت ما. قبل خمسة أشهر، أنجبت طفلتها الأولى، وهي ابنة، وأصبحت الآن تعاني من اكتئاب شديد.

لقد كانت تتوق إلى شيء يمكن أن تعتبره خاصًا بها، وهو شيء من شأنه أن "يُظهر أن بقية العالم يعرفون أنني كنت هنا". في داخلها، شعرت أن "نفسها الحقيقية" كانت مستنقًا من المشاعر الطفولية، وأنها كانت دائمًا تخفي مشاعرها، التي كانت "قبيحة وسيئة". تحولت هذه الإدراكات إلى كراهية للذات. أرادت أن تستسلم.

وفقًا لإحصائياتها، كانت إليزابيث قد انخرطت في تسع علاقات خارج نطاق الزواج على مدار السنوات الست الماضية، وكلها مع رجال التقت بهم من خلال العمل. بدأوا بعد وقت قصير من وفاة والدها. كانت معظمها عبارة عن علاقات سيطرت عليها بالكامل، أولاً من خلال بدايتها ومن ثم إنهاؤها. لقد وجدت أنه من المثير أن يبدو هؤلاء الرجال

في حيرة شديدة من تقدمها ثم من رفضها المفاجئ. لقد استمتعت بالتقارب الجسدي، لكنها اعترفت بأنها تخشى التورط العاطفي أكثر من اللازم. وعلى الرغم من أنها سيطرت على هذه العلاقات، إلا أنها لم تجد لها أبدًا مرضية جنسية؛ ولم تكن تستجيب جنسيًا لزوجها. واعترفت بأنها استخدمت الجنس لتحقيق "مساواة" العلاقات، وللبقاء في السيطرة؛ شعرت بأمان أكبر بهذه الطريقة. شعرت أن عقلها وشخصيتها لم يكنا كافيين لاحتواء الرجل.

نشأت إليزابيث في عائلة كاثوليكية من الطبقة العاملة، وكان لديها ثلاثة أشقاء أكبر منها وأخت أصغر، غرقوا في حادث سباحة في سن الخامسة. كانت إليزابيث في الثامنة من عمرها فقط في ذلك الوقت ولم يكن لديها سوى القليل من الفهم للحدث باستثناء ملاحظة أن والدتها أصبحت أكثر انسحابًا.

لطالما كانت إليزابيث تتذكر أن والدتها كانت شديدة الانتقاد، وكانت تتهم إليزابيث باستمرار بأنها "سيئة". عندما كانت فتاة صغيرة، أصرت والدتها على حضورها إلى الكنيسة معها، وأجبرت والدها على بناء مذبح في غرفة نوم إليزابيث. شعرت إليزابيث بأنها أقرب إلى والدها، وهو رجل سلمي وهادئ تسيطر عليه زوجته. وعندما دخلت سن البلوغ، أصبح أكثر بعدًا وأقل حنونًا.

كبرت، كانت إليزابيث هادئة وخجولة. رفضت والدتها تورطها مع الأولاد وكانت تراقب عن كثب صداقاتها مع الفتيات. كان من المتوقع أن يكون لديها أصدقاء "مقبولون". كان إخوتها دائمًا المفضلين لدى والدتها. كانت إليزابيث تمزح معهم، وتحاول أن تكون "واحدة من الرجال". حصلت إليزابيث على درجات جيدة في المدرسة الثانوية لكنها لم تشجع على الذهاب إلى الكلية.

بعد التخرج، بدأت العمل بدوام كامل كسكرتيرة. ومع مرور الوقت، تصاعدت الخلافات مع والدتها. حتى في المدرسة الثانوية، كانت والدة إليزابيث تتهمها بأنها "متشردة" وتتهمها باستمرار بالاختلاط على الرغم من أنها لم تكن لديها خبرة جنسية. وبعد فترة من الوقت، وبعد أن تحملت منافسات الصراخ مع والدتها، وفرت ما يكفي من المال لتنقل بمفردها.

خلال هذه الاضطرابات، انفصل لويد، رئيس إيزابيث، عن زوجته وتورط في طلاق مؤلم. عرضت إيزابيث العزاء والتعاطف. وقد رد بالتشجيع والدعم. بدأوا المواعدة وتزوجوا بعد وقت قصير من الانتهاء من طلاقه. وبطبيعة الحال، وبختها والدتها لأنها تزوجت من رجل مطلق، وخاصة رجل يكبرها بعشر سنوات وكاثوليكي ساقط.

وظل والدها منفصلا. توفي بعد عام واحد من زواج إيزابيث.

وبعد خمس سنوات، كان زواجها يتفكك، وكانت إيزابيث تلوم زوجها. رأت لويد على أنه "لص" سرق شبابها. كانت في التاسعة عشرة من عمرها فقط عندما التقت به، وكانت في حاجة إلى رعاية شديدة لدرجة أنها استبدلت شبابها بالأمان - السنوات التي كان بإمكانها فيها "تجربة ما أردت أن أكونه، كان من الممكن أن يكون، كان ينبغي أن يكون كذلك." "

في المراحل الأولى من العلاج، بدأت إيزابيث بالحديث عن ديفيد، آخر وأهم علاقتها الغرامية. كان يكبره باثني عشر عامًا، وكان صديقًا قديمًا للعائلة وكاهن الرعية. لقد كان شخصًا معروفًا ومحبوبًا من قبل جميع أفراد عائلتها، وخاصة والدتها.

لقد كان الرجل الوحيد الذي شعرت إيزابيث بالارتباط به. وكانت هذه هي العلاقة الوحيدة التي لم تسيطر عليها. على نحو متقطع، على مدى عامين، كان ينهي العلاقة فجأة ثم يعيد إحياؤها. وفي وقت لاحق، اعترفت لطبيبها النفسي بأن ديفيد هو والد طفلها. ويبدو أن زوجها لم يكن على علم بذلك.

أصبحت إيزابيث أكثر انسحابًا. وتدهورت علاقتها بزوجها الذي كان يسافر كثيرًا. أصبحت أكثر نفورًا من والدتها وإخوتها وسمحت بذلك

صداقاتها القليلة تتخبط. قاومت محاولات إشراك زوجها في العلاج. وشعرت أن لويد وطبيبها تواطأوا وفضلوا "جانبه". لذلك، حتى العلاج عزز اعتقادها بأنها لا تستطيع أن تثق أو تضع ثقتها في أي شخص لأنها لن تؤدي إلا إلى خيبة الأمل. يبدو أن كل أفكارها ومشاعرها مثقلة

بالتناقضات، وكأنها في متاهة من الطرق المسدودة.

بدأ أن حياتها الجنسية هي السبيل الوحيد للخروج من المتاهة.

غالبًا ما كان معالجها هدفًا لشكاواها لأنه كان "المسيطر". كانت تصرخ في وجهه وتتهمه بعدم الكفاءة وتهدهده بوقف العلاج. كانت تأمل أن يغضب، ويصرخ، ويتوقف عن رؤيتها، أو يصبح دفاعيًا ويتوسل إليها للبقاء، لكنه لم يفعل أيًا من ذلك، وانتقدت هدوءه كدليل على أنه ليس لديه أي مشاعر.

وعلى الرغم من أنها كانت معتادة على رحلات عمل زوجها المتكررة، إلا أنها بدأت تشعر بالخوف أكثر عندما تُترك بمفردها. خلال هذه الرحلات، ولأسباب لم تتضح لها بعد، كانت تنام على الأرض. عندما عاد لويد، كانت غاضبة منه باستمرار.

أصبحت أكثر اكتئابًا. أصبح الانتحار قدرًا وليس خيارًا، وكأن كل شيء يؤدي إلى هذه النهاية.

أصبح تصور إليزابيث للواقع أكثر ضعفًا: فقد كانت تتوق إلى أن تكون مصابة بالذهان، وأن تعيش في عالم خيالي حيث يمكنها "الذهاب إلى أي مكان" في ذهنها. سيكون العالم بعيدًا جدًا عن الواقع، ولن يتمكن أحد -ولا حتى أفضل طبيب نفسي - من الوصول إليها و"رؤية ما تحتها".

في أحلام اليقظة، تصورت نفسها محمية من قبل رجل وسيم وقوي يقدر كل صفاتها الرائعة وكان منتهيًا إلى ما لا نهاية. لقد تخيلته مدرسًا سابقًا، ثم طبيبها النسائي، ثم الطبيب البيطري للعائلة، وفي النهاية طبيبها النفسي. اعتبرت إليزابيث أن كل هؤلاء الرجال أقوياء، لكنها عرفت أيضًا في قرارة نفسها أنهم غير متاحين. ومع ذلك، في خيالاتها، غمرهم سحرها وانجذبوا إليها بشكل لا يقاوم. عندما لم يتبع الواقع نصها -عندما لم يرد أحد هؤلاء الرجال على مغازلاتها بقوة -أصبحت يائسة وتكره نفسها، وشعرت أنها لم تكن جذابة بما فيه الكفاية.

في كل مكان نظرت إليه، رأت نساء أجمل وأذكى وأفضل. تمت أن يكون شعرها أجمل وأن يكون لون عينيها مختلفًا.

بشرتها أكثر وضوحا. وعندما نظرت في المرأة، لم تر صورة امرأة شابة جميلة، بل رأت عجوزًا عجوزًا ذات ثديين مترهلين، وخصر عريض، وساقين ممثلتين. لقد أحقرت نفسها لكونها امرأة قيمتها الوحيدة هي جمالها. وكانت تتوق إلى أن تكون رجلاً، مثل إخوتها، "لذلك فإن عقلي يحسب".

في عامها الثاني من العلاج في العيادات الخارجية، عانت إليزابيث من عدة خسائر، بما في ذلك وفاة عمها المفضل الذي كانت قريبة منه. كانت تطاردها أحلام وكوابيس متكررة لا تستطيع تذكرها عندما تستيقظ. أصبحت

أصبح أكثر اكتئابًا وميلًا إلى الانتحار وتم إدخاله إلى المستشفى أخيرًا.

ومع المزيد من العلاج المكثف، بدأت تتذكر أحداث الطفولة المؤلمة، وفتحت صندوق باندورا المليء بالذكريات الغامرة. وتذكرت الضرب الجسدي المبرح على يد والدتها، ثم بدأت تتذكر الاعتداءات الجنسية التي تعرضت لها والدتها - وهي الحلقات التي قامت فيها والدتها بوضع الدوش المهبلية والحقن الشرجية ومداعبتها من أجل "تنظيف" مهبلها. بدأت هذه الطقوس عندما كانت إليزا بيت في الثامنة من عمرها تقريبًا، بعد وقت قصير من وفاة أختها، واستمرت حتى سن البلوغ. تضمنت ذكرياتها النظر في وجه والدتها وملاحظة التعبير الحميد المسالم. كانت هذه هي الأوقات الوحيدة التي يمكن أن تتذكرها إليزابيث عندما بدأ أن والدتها لم تكن ترفض ذلك.

وتذكرت إليزابيث أنها كانت تجلس بمفردها في الخزانة لساعات عديدة، وكثيرًا ما كانت تنام على الأرض خوفًا من التعرض للتحرش في سريره.

في بعض الأحيان كانت تنام مع شريط أو جائزة فازت بها في المدرسة. لقد وجدت هذه التصرفات مريحة وواصلتها كشخص بالغ، وغالبًا ما كانت تفضل الأرضية على سريره وتقضي الوقت بمفردها في غرفة هادئة أو خزانة مظلمة.

تحدثت إليزابيث في المستشفى عن الجوانب المختلفة لشخصيتها. لقد وصفت تخیلاتها بأن تكون أشخاصًا مختلفين، بل إنها أعطت هذه الأجزاء من الشخصية أسماء منفصلة. كانت هذه الشخصيات نساء مستقلات، وكان لديهن مواهب فريدة، وكانن إما يحظين بإعجاب الآخرين أو يتجنبن الاتصالات الاجتماعية بشكل متفطرس. إليزابيث

شعرت أنها كلما أنجزت شيئًا ما أو نجحت، كان ذلك بسبب مواهب إحدى هذه القطاعات الشخصية المنفصلة. لقد واجهت صعوبة كبيرة في دمج هذه المكونات في مفهوم ذاتي مستقر.

ومع ذلك، فقد تعرفت على هذه الأجزاء باعتبارها أجزاء من شخصيتها، ولم تسيطر على عملها أبدًا. لم تعاني من فترات واضحة من فقدان الذاكرة أو الانفصال، ولم تعتبر أعراضها جوانب من اضطراب الهوية الانفصامية (شخصية متعددة) -على الرغم من أن هذه المتلازمة ترتبط في كثير من الأحيان باضطراب الشخصية الحدية.

استخدمت إليزابيث هؤلاء "النساء الأخريات" للتعبير عن الرغبات والمشاعر التي اضطرت هي نفسها إلى قمعها. معتقدة أنها لا قيمة لها، شعرت أن هذه الهويات الجزئية الأخرى كانت كيانات منفصلة وأقوى. تدريجيًا، في المستشفى، تعلمت أنهم كانوا دائمًا جزءًا منها. الاعتراف بهذا أعطاهم الراحة والأمل.

بدأت تعتقد أنها أقوى وأقل جنونًا مما تخيلت، مما يمثل نقطة تحول في حياتها.

لكنها لم تستطع أن تعلن النصر بعد. ومثل ضابط ميداني، أمرت مختلف جوانب شخصيتها بالوقوف أمامها، وخلصت إلى أنهم لا يستطيعون خوض المعركة دون عزيمة موحدة. كانت إليزابيث -جوهر كيانها -لا تزال خائفة من التغيير، والحب، والنجاح، ولا تزال تبحث عنيًا عن الأمان، ولا تزال تهرب من العلاقات. إن قبول نفسها سيكون أصعب مما تخيلت.

وبعد عدة أسابيع غادرت إليزابيث المستشفى واستمرت في رعاية المرضى الخارجيين. ومع تحسنها، تدهورت علاقتها بزوجها. ولكن بدلًا من إلقاء اللوم على نفسها، كما كانت تفعل عادةً، حاولت حل الخلافات والبقاء معه. لقد نأت بنفسها عن الاتصالات غير الصحية مع أفراد الأسرة.

لقد طورت المزيد من احترام الذات الإيجابي. بدأت في أخذ دورات جامعية وحققت أداءً جيدًا بشكل ملحوظ، وحصلت على جوائز أكاديمية. نامت مع جازنتها الأولى تحت وسادتها، كما فعلت عندما كانت طفلة. التحقت لاحقًا بكلية الحقوق وحصلت على جوائز تقديرية

كونها الطالبة الأولى في فصلها. لقد طورت علاقات جديدة مع الرجال والنساء، ووجدت أنها مرتاحة في هذه العلاقات، دون الحاجة إلى السيطرة عليها. أصبحت أكثر رضاً بأنوثتها.

وشيئاً فشيئاً، بدأت إليزابيث في التعافي. شعرت "برفع الستائر". قارنت هذا الشعور بالبحث عن قطعة أثرية ثمينة في عليّة مظلمة مليئة بالخردة - كانت تعلم أنها موجودة في مكان ما، لكنها لم تتمكن من رؤيتها بسبب كل الفوضى. وعندما عثرت عليه أخيراً، لم تتمكن من الوصول إليه لأنه كان "مدفوناً تحت كومة من القمامة عديمة الفائدة". لكن بين الحين والآخر كان بإمكانها رؤية طريق واضح للوصول إلى الجسم، كما لو أن وميضاً من البرق قد أضاء العفرفة للحظة قصيرة.

كانت الومضات قصيرة جداً. ظهرت الشكوك القديمة مثل الوجوه القبيحة في بيت المرح في مدينة الملاهي. في كثير من الأحيان، شعرت كما لو كانت تصعد سلماً كهربائياً إلى الأسفل، وتكافح لصعود درجة واحدة فقط لتسقط درجتين. ظلت ترغب في بيع نفسها على المكشوف ومنح الفضل للآخرين لإنجازاتها. لكن التحدي الحقيقي الأول الذي واجهته، وهو أن تصبح محامية، كان حقيقة واقعة تقريباً. قبل خمس سنوات، لم تكن قادرة على التحدث عن المدرسة، ناهيك عن أنها كانت لديها الشجاعة للالتحاق بها. بدأت نعمة اكتئابها تتغير: فقد أدركت أن اكتئابها بسبب الفشل يتطور الآن إلى خوف من النجاح.

النمو والتغيير

"التغيير هو عمل شاق حقيقي!" لاحظت إليزابيث في كثير من الأحيان. إنه يتطلب التراجع الواعي عن المواقف غير الصحية والإرادة لبناء أسس صحية. وهو يستلزم التعامل مع الانقطاع الجذري للتوازن القائم منذ فترة طويلة.

مثل التطور الدارويني، يحدث التغيير الفردي بشكل غير محسوس تقريباً، مع الكثير من التجربة والخطأ. الفرد غريزي

يقاوم الطفرة. قد يعيش في نوع من المستنقع، لكنه مستنقع ؛ فهو يعرف مكان وجود التماسيح، وما يوجد في كل المستنقعات والمستنقعات. إن ترك مستنقعه يعني المغامرة في المجهول وربما الوقوع في مستنقع أكثر خطورة.

وبالنسبة للخط الحدودي، الذي تم ترسيم عالمه بشكل واضح بمعايير الأسود والأبيض، فإن عدم اليقين بشأن التغيير يشكل تهديداً أكبر. وقد تتمسك بأحد الطرفين خوفاً من السقوط في هاوية الطرف الآخر دون حسيب ولا رقيب. على سبيل المثال، تجوع مريضة فقدان الشهية الحدية نفسها بسبب الرعب من أن تناول الطعام -حتى ولو لقمة صغيرة -سيؤدي إلى فقدان السيطرة تماماً والسمنة غير القابلة للشفاء.

إن خوف الخط الحدودي من التغيير ينطوي على عدم ثقة أساسي في "مكابه". في الأشخاص الأكثر صحة، تسمح هذه المكابح النفسية بالهبوط التدريجي من قمة الحالة المزاجية أو السلوك إلى التوقف اللطيف في "المنطقة الرمادية" من المنحدر. خوفاً من أن مجموعة الغرامل الخاصة به لن تصمد، يعتقد خط الحدود أنه لن يتمكن من التوقف، وأنه سينزل خارج نطاق السيطرة إلى أسفل التل.

التغيير، مهما كان تدريجياً، يتطلب تغيير ردود الفعل التلقائية. إن وضع الحد الفاصل يشبه إلى حد كبير طفلاً يلعب لعبة "اجعلي أرمش" أو "اجعلي أضحك"، وكيفاح ببسالة لخلق رمش أو ضحك بينما يلوح طفل آخر بيده أو يصنع وجوهاً مضحكة. لا يمكن تعديل ردود الفعل هذه، التي نشأت على مدى سنوات عديدة، إلا من خلال بذل جهد واعي ومحفز.

ينخرط البالغون أحياناً في مسابقات إرادة مماثلة. رجل يواجه كلباً غاضباً ينبح في حي غريب يقاوم رد الفعل التلقائي للهروب من الخطر. إنه يدرك أنه إذا ركض، فمن المرجح أن يلحق به الكلب ويشكل تهديداً أكبر. وبدلاً من ذلك، يتخذ الإجراء المعاكس (وعادةً ما يكون أكثر حكمة) -فهو يقف ساكناً تماماً، ويسمح للكلب بشمه، ثم يمشي ببطء.

يتطلب التغيير النفسي مقاومة ردود الفعل التلقائية غير المنتجة واختيار بدائل أخرى بوعي وإرادتها -اختيارات مختلفة، بل ومضادة، عن ردود الفعل التلقائية.

في بعض الأحيان تكون طرق التصرف الجديدة مخيفة، لكنها عادةً ما تكون طرقًا أكثر فعالية للتكيف. شرعت إليزابيث وطبيبها النفسي في رحلتها للتغيير في العلاج النفسي الفردي الأسبوعي المنتظم. ركزت الاتصالات الأولية على الحفاظ على سلامة إليزابيث. التقنيات والاقتراحات المعرفية الملونة الاتصالات المبكرة.

لعدة أسابيع قاومت إليزابيث توصية الطبيب

بدأت بتناول دواء مضاد للاكتئاب، لكن بعد وقت قصير من موافقتها على الدواء لاحظت تحسنًا ملحوظًا في مزاجها.

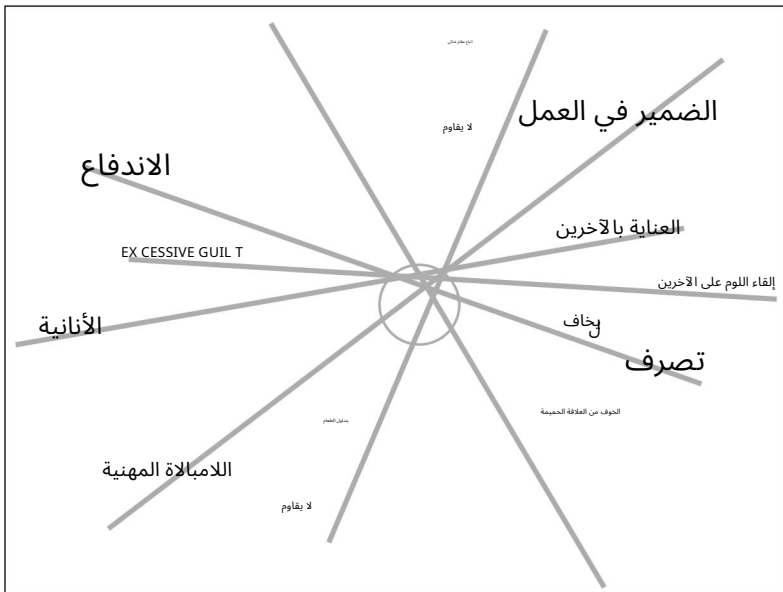
بدايات التغيير: التقييم الذاتي

يتضمن التغيير في الخط الحدودي ضبطًا دقيقًا أكثر من إعادة البناء الكاملة. في خطط النظام الغذائي العقلائي لإنقاص الوزن، والتي تقاوم دائمًا الرغبة في فقدان كميات كبيرة من الوزن بسرعة كبيرة، فإن أفضل النتائج تأتي ببطء وتدرجي مع مرور الوقت حيث من المرجح أن يستمر فقدان الوزن. وعلى نحو مماثل، من الأفضل أن يبدأ تغيير الخط الحدودي تدريجيًا، مع تعديلات طفيفة فقط في البداية، ولابد أن يبدأ بالتقييم الذاتي: فقبل التخطيط لمسار جديد، يتعين على المرء أولاً أن يتعرف على موقفه الحالي ويفهم في أي اتجاه يجب أن يتقدم التعديل.

تخيل الشخصية كسلسلة من الخطوط المتقاطعة، يمثل كل منها سمة شخصية معينة (انظر الشكل (10-1) يقع طرفا كل سمة في نهاية الخط، مع وجود الأرضية الوسطى في المنتصف. على سبيل المثال، في سطر "الضمير في العمل"، قد يشير أحد الطرفين إلى الاهتمام المفرط أو "إدمان العمل"، والطرف الآخر إلى "عدم المسؤولية" أو "اللامبالاة"؛ والوسط سيكون موقفاً في مكان ما بين هذين النقيضين، مثل "المؤيدة الهادئة للاحترافية". إذا كان هناك سطر "الاهتمام بالمظهر"، فقد يمثل أحد طرفيه "الاهتمام النرجسي بالمظهر السطحي"، والطرف الآخر، "عدم الاهتمام التام". من الناحية المثالية، قد يبدو تركيب شخصية الفرد مثل قضبان عجلة مستديرة تمامًا، مع تقاطع كل هذه الخطوط بالقرب من نقاط المنتصف في "محور" العجلة.

وبطبيعة الحال، لا يوجد أحد "متمحور" بشكل كامل طوال الوقت. من المهم تحديد كل سطر يرغب في التغيير فيه وتحديد موقع الشخص على هذا الخط بالنسبة إلى المنتصف. يصبح التغيير بعد ذلك عملية معرفة مكانك وإلى أي مدى تريد الذهاب إلى المنتصف. وباستثناء الأطراف القصوى، لا يوجد موضع معين "أفضل" أو "أسوأ" في جوهرة من موضع آخر.

إنها مسألة معرفة الذات (تحديد موقع الذات على الخط) والتحرك في الاتجاه التكيفي.



الشكل 10-1. الشخصية كسلسلة من الخطوط المتقاطعة.

على سبيل المثال، إذا عزلنا خط "الاهتمام بالآخرين" (انظر الشكل 10-2)، فإن إحدى النهايتين ("التضحية بالنفس المفرطة في الاهتمام") تمثل النقطة التي يتعارض فيها الاهتمام بالآخرين مع الاهتمام بالنفس؛ قد يحتاج مثل هذا الشخص إلى تكريس نفسه تمامًا للآخرين حتى يشعر بأنه جدير بالاهتمام. قد يُنظر إلى هذا الموقف على أنه نوع من "الأنانية".

عدم الأنانية، "لأن" اهتمام" مثل هذا الشخص يعتمد على المصلحة الذاتية اللاواعية. وعلى الطرف الآخر ("لا تهتم") يوجد شخص لا يبدى أي اهتمام بالآخرين، والذي "يهتم فقط بالرقم واحد". وفي المنتصف يوجد نوع من التوازن، مزيج من الاهتمام

للآخرين والالتزام برعاية احتياجات الفرد أيضًا.

الشخص الذي تكمن سمة التعاطف في هذه المنطقة الوسطى يدرك أنه فقط من خلال الاهتمام باحتياجاته المهمة أولاً يمكنه أن يأمل في مساعدة الآخرين، وهو نوع من "الأنانية غير الأنانية".



الشكل 2-10 خط السمات الشخصية "رعاية الآخرين".

يحدث التغيير عندما يكتسب المرء الوعي لوضع نفسه بشكل موضوعي على الطيف ومن ثم التعويض عن طريق تعديل السلوك في الاتجاه نحو الوسط. الفرد الواقعي

إذا حدد كالي موقعه الحالي على يسار نقطة المنتصف فإنه سيحاول أن يقول "لا" للآخرين في كثير من الأحيان ويحاول عمومًا أن يكون أكثر حزمًا. الشخص الذي يضع نفسه على يمين نقطة المنتصف سوف يعوض باتجاه المنتصف باختيار مسار عمل أكثر حساسية لاحتياجات الآخرين. ويعكس هذا الموقف تحذيرات العالم القديم هيليل: "إذا لم أكن لنفسي فمن سيكون لي؟ ولكن إذا كنت لنفسي فقط، فمن أنا؟ إذا ليس الآن متى؟"

وبطبيعة الحال، لا أحد يقيم "في الوسط" طوال الوقت؛ يجب على المرء أن يضبط وضعه باستمرار على الخط، وأن يوازن التآرجع عندما يميل كثيرًا في اتجاه أو آخر.

ممارسة التغيير

يتطلب التغيير الحقيقي أكثر من مجرد تجربة محاولات معزولة لتغيير ردود الفعل تلقائية؛ أنه ينطوي على استبدال السلوكيات القديمة مع

جديدة تصبح في النهاية طبيعية ومريحة مثل القديمة. إنها أكثر من مجرد سرقة بهدوء من الكلب المعادي؛ إنه تعلم كيفية تكوين صداقات مع هذا الكلب وأخذة في نزهة على الأقدام.

في وقت مبكر، عادة ما تكون مثل هذه التغييرات غير مريحة. ولاستخدام القياس، قد يقرر لاعب التنس أن ضربته الخلفية غير الموثوقة تحتاج إلى تحسين. لذلك يشرع في سلسلة من دروس التنس لتحسين سكتة دماغه. التقنيات الجديدة التي يتعلمها لتحسين لعبته تؤدي في البداية إلى نتائج سيئة. الأسلوب الجديد ليس مريحًا مثل أسلوبه القديم. يميل إلى العودة إلى أسلوبه السابق. فقط بعد الممارسة المستمرة يكون قادرًا على القضاء على عاداته السيئة السابقة وغرس "الذاكرة العضلية" الأكثر فعالية والأكثر راحة في نهاية المطاف. وبالمثل، فإن التغيير النفسي يتطلب اعتماد ردود أفعال جديدة لتحل محل ردود الفعل القديمة. فقط بعد الممارسة المستمرة يمكن لمثل هذا الاستبدال أن يحدث بشكل فعال ومريح، وبالتالي بشكل دائم.

تعلم كيفية العرج

إذا كانت رحلة الألف ميل تبدأ بخطوة واحدة، فإن رحلة الحدود عبر عملية الشفاء تبدأ بعرج واحد. يعد التغيير صراعًا هائلاً على الحدود، وهو أصعب بكثير من الصراعات الأخرى بسبب السمات الفريدة للاضطراب. يتضافر الانقسام وعدم ثبات الأشياء (انظر الفصل 2) ليشكلا حاجزًا خطيرًا ضد الثقة بالنفس وبالآخرين وتطوير علاقات مريحة.

من أجل البدء في التغيير، يجب أن يخرج الحد الفاصل من موقف مستحيل: لكي يقبل نفسه والآخرين، يجب عليه أن يتعلم الثقة. ولكن الثقة بالآخرين تعني في الحقيقة البدء في الثقة بنفسه، أي بتصوراته الخاصة عن الآخرين. . ويجب عليه أيضًا أن يتعلم قبول اتساقهم وموثوقيتهم -وهي مهمة كبيرة بالنسبة لشخص يعتقد، مثل طفل صغير، أن الآخرين "يختفون".

عندما يغادرون الغرفة. قالت إليزابيث لطبيبها النفسي في وقت مبكر من علاجها: "عندما لا أستطيع رؤيتك، يبدو الأمر كما لو أنك غير موجود".

مثل أي شخص مصاب في ساقه، يجب أن يتعلم الخط الحدودي أن يعرج. إذا بقي طريق الفراش، ستضمحل عضلات ساقه وتنقبض؛ إذا حاول ممارسة الرياضة بقوة شديدة، فسوف يتعرض لساقه مرة أخرى بشكل أكثر خطورة. وبدلاً من ذلك، يجب أن يتعلم كيف يعرج عليها، وأن يضع ما يكفي من الوزن على الساق لبناء القوة تدريجيًا، ولكن ليس لدرجة إجهاضها ومنع الشفاء (تحمّل ألم الساق الخفيف، ولكن ليس الساحق)، وبالمثل، فإن التعافي عند الخط الحدودي يتطلب ممارسة ما يكفي من الضغط من خلال تحدي نفسه للمضي قدمًا.

مع تقدم علاج إليزابيث، أفسحت التداخلات المعرفية المجال أمام نهج أكثر ديناميكية نفسية، مع تركيز المزيد من الاهتمام على الروابط بين تجاربها السابقة وأدائها الحالي.

خلال هذا التحول، تضاءلت تدخلات المعالج وأصبحت إليزابيث مسؤولة عن المزيد من العلاج.

ترك الماضي وراء

تشكل رؤية الحد الفاصل للعالم، مثل رؤية معظم الناس، من خلال تجارب طفولته التي كانت فيها الأسرة بمثابة نموذج مصغر للكون. ومع ذلك، على عكس الأفراد الأصحاء، لا يمكن للخط الحدودي أن يفصل نفسه بسهولة عن أفراد الأسرة الآخرين، ولا يمكنه أن يفصل عائلته عن بقية العالم.

غير قادر على رؤية عالمه من خلال عيون البالغين، يستمر الشريط الحدودي في تجربة الحياة كطفل - بمشاعر الطفل الشديدة ومنظوره. عندما يُعاقب طفل صغير أو يُوبخ، فإنه يرى نفسه سيئًا بلا شك؛ لا يستطيع أن يتصور احتمال أن تمر الأم بيوم سيء. عندما ينضج الطفل السليم، يرى أن عالمه المتوسع أكثر تعقيدًا وأقل تعلقًا بالكلاّب. لكن الحد الفاصل يظل عالقًا: طفل في جسد شخص بالغ.

كتب جراهام جرين في كتابه القوة: "هناك دائمًا لحظة واحدة في مرحلة الطفولة يفتح فيها الباب ويسمح للمستقبل بالدخول".

والمجد. في معظم مراحل الطفولة الحدودية، تصل مسؤوليات مرحلة البلوغ في وقت مبكر جدًا؛ يفتح الباب على نطاق أوسع من أي وقت مضى، لكنه لا يستطيع مواجهة الضوء. أو ربما يكون الانفتاح الذي لا هوادة فيه هو الذي يجعل مواجهته أمرًا صعبًا للغاية.

ويأتي التغيير في الحد الفاصل عندما يتعلم رؤية التجارب الحالية -ومراجعة ذكريات الماضي -من خلال "عدسات" البالغين.

إن "الرؤية" الجديدة أشبه بمشاهدة فيلم رعب قديم على شاشة التلفزيون لم تشاهده منذ سنوات: الفيلم، الذي كان مرعبًا للغاية على الشاشة الكبيرة، يبدو مروعاً -بل وسخيفاً -على شاشة صغيرة مع إضاءة الأضواء؛ لا يمكنك فهم سبب خوفك الشديد عندما رأيته للمرة الأولى.

عندما كانت إيزابيث في رحلتها في العلاج النفسي، بدأت تنظر إلى مشاعر طفولتها المبكرة في ضوء مختلف. بدأت تتقبلهم، وتدرك قيمة تجربتها الخاصة؛ أدركت أنه لولا تلك المشاعر والتجارب المبكرة، لم تكن لتتمكن من جلب نفس الحماس والحافز الذي كانت تجلبه إلى حياتها المهنية الجديدة في القانون. قالت: «المشاعر التي ولدت في طفولتي لا تزال تطاردني. لكنني أرى ذلك في ضوء مختلف. إن نفس الطرق التي كرهتها أقبلها الآن كجزء مني.

لعب اليد الموزعة

إن أكبر عائق أمام التغيير هو ميله إلى التقييم بشكل متطرف. يجب أن يكون الحد الفاصل إما مثاليًا تمامًا أو فاشلاً تمامًا؛ إنه يصنف نفسه إما بـ A+ أو، بشكل أكثر شيوعًا، بـ F. وبدلاً من التعلم من F، فإنه يرتديها مثل الحرف القرمزي، وبالتالي يرتكب نفس الأخطاء مرارًا وتكرارًا. غافلاً عن أنماط سلوكه، والأنماط التي ينطلق منها. يمكنه التعلم والنمو.

نظرًا لعدم رغبته في اللعب بتوزيع الورق الذي تم توزيعه له، يستمر خط الحدود في الانحناء في كل مرة، ويفقد رهانه المسبق، في انتظار توزيع أربع ضربات إرسال ساحقة. إذا لم يكن متأكدًا من فوزه، فلن يلعب

يُسَلَّم. ويأتي التحسن عندما يتعلم قبول توزيع الورق كما هو، ويدرك أنه إذا لعب بمهارة، فلا يزال بإمكانه الفوز.

أحياناً ما يصاب الخط الحدودي، مثل كثير من الناس، بالشلل بسبب التردد. البدائل المختلفة تبدو ساحقة، والحدود تبدو عاجزة عن اتخاذ أي قرار. ولكن عندما ينضج، تبدو الخيارات أقل إثارة للخوف، وربما تصبح مصدر فخر واستقلال متزايد. عند هذه النقطة تدرك الحدود أنها تواجه قرارات هي وحدها القادرة على اتخاذها. لاحظت إليزابيث: "أكتشفت أن جذور ترددي هي بداية النجاح. أعني أن عذاب الاختيار هو أنني فجأة أرى الاختيارات.

تحديد الحدود: إنشاء هوية

أحد الأهداف الأساسية للخط الحدودي هو إنشاء إحساس منفصل بالهوية والتغلب على الميل إلى الاندماج مع الآخرين. ومن الناحية البيولوجية، فإن الأمر يشبه الانتقال من شكل حياة طفيلي إلى حالة من التعايش وحتى الاستقلال. يمكن أن يكون التكافل أو الاستقلال أمراً مرعباً، وتجد معظم الحدود أن الاعتماد على أنفسهم يشبه المشي لأول مرة.

في علم الأحياء، يعتمد وجود الطفيلي بشكل كامل على الكائن المضيف. إذا امتص القراد الطفيلي الكثير من الدم من الكلب المضيف، يموت الكلب وسرعان ما يتبعه القراد. تعمل العلاقات الإنسية بشكل أفضل عندما تكون أقل طفيلية وأكثر تكافلية.

في حالة التكافل، يزدهر كائن حيان معاً بشكل أفضل، لكن قد يعيشان بشكل مستقل. على سبيل المثال، قد يساعد الطحالب التي تنمو على شجرة الشجرة عن طريق تظليلها من أشعة الشمس المباشرة، وتساعد نفسها من خلال الوصول إلى مخزون الشجرة الكبير من المياه الجوفية. ولكن إذا مات الطحلب أو الشجرة، فقد يستمر الآخر في البقاء، ولكن بشكل أقل جودة. يعمل الخط الحدودي أحياناً كطفيلي قد يؤدي اعتماد المتطلب إلى تدمير الشخص الذي ينتمي إليه في النهاية

انه يتمسك بقوة. عندما يغادر هذا الشخص، قد يتم تدمير الخط الحدودي. إذا استطاع أن يتعلم كيفية إقامة علاقات تعاونية أكثر مع الآخرين، فقد يتعلم الجميع العيش برضا أكبر.

بدأت راحة إيلزابيث المتزايدة مع الآخرين بعلاقتها بطبيبها النفسي. بعد أشهر من اختبار ولائه من خلال توبيخه وانتقاده والتهديد بإنهاء العلاج، بدأت إيلزابيث تثق في التزامه تجاهها. وبدأت تتقبل عيوبه وأخطائه، بدلاً من أن تعتبرها دليلاً على حتمية خذلانه لها. وبعد فترة، بدأت إيلزابيث في منح نفس الثقة النامية للآخرين في حياتها.

وبدأت تتقبل نفسها وعيوبها وكل شيء، تمامًا كما كانت تتقبل الآخرين بنفس الطريقة.

ومع استمرار إيلزابيث في التحسن، أصبحت أكثر ثقة بأنها لن تفقد "جوهرها الداخلي". حيث كانت ذات يوم تتجمع بين مجموعة من الناس، وتشعر بالخل الذاتي وفي غير مكانها، يمكنها الآن أن تشعر بالراحة مع الآخرين، وتسمح لهم بتحمل المسؤولية عن أنفسهم وهي عن نفسها. حيث شعرت ذات مرة بأنها مضطرة إلى تبني دور من أجل الاندماج في المجموعة، يمكنها الآن التمسك بإحساسها الذاتي الأكثر ثباتًا وثباتًا؛ الآن يمكنها "البقاء على نفس اللون" بسهولة أكبر. إن إنشاء هوية ثابتة يعني تطوير القدرة على الوقوف بمفردك دون الاعتماد على شخص آخر يمكن الاعتماد عليه. إنه يعني الثقة في حكم الفرد وقرائنه ثم التصرف بدلاً من انتظار تعليقات الآخرين ثم الرد.

بناء العلاقات

وبما أن الخط الحدودي يشكل إحساسًا جوهريًا متميزًا بالهوية، فإنه يميز نفسه أيضًا عن الآخرين. يتطلب التغيير تقدير الآخرين كأشخاص مستقلين والتعاطف لفهم نضالاتهم. يجب ألا يقتصر الأمر على عيوبهم وعيوبهم

يجب الاعتراف بها ولكن يجب فهمها أيضًا على أنها منفصلة عن الخط الحدودي نفسه، وجزء من عملية العقلية (انظر الفصل 8).

وعندما تفشل هذه المهمة، تتعثر العلاقات. حزنّت الأميرة ديانا على فقدان حلمها بالزواج الخيالي من الأمير تشارلز: "كان لدي الكثير من الأحلام عندما كنت فتاة صغيرة. أردت، وتمنيت. . . أن زوجي سوف يعتني بي. سيكون بمثابة الأب، وسيدعمني ويشجعني. . .

لكنني لم أحصل على أي من ذلك. لم أستطع

أن أصدق ذلك. لم أحصل على أي من ذلك. لقد كان الأمر بمثابة انقلاب للأدوار.»¹

يجب أن يتعلم الخط الحدودي دمج الجوانب الإيجابية والسلبية للأفراد الآخرين. عندما يريد الحد الفاصل التقرب من شخص آخر، عليه أن يتعلم أن يكون مستقلًا بما يكفي ليكون معتمدًا عليه بطرق مريحة، وليس يائسة. يتعلم أن يعمل بشكل تكافلي، وليس طفيلي. يطور الحد الفاصل للشفاء ثباتًا تجاه نفسه وحول الآخرين؛ تتطور الثقة في الآخرين وفي تصوراتهم الخاصة. يصبح العالم أكثر توازنًا، وأكثر بينهما.

وكما هو الحال في تسلق الجبل، فإن التجربة الكاملة تأتي عندما يتمكن المتسلق من تقدير كل المناظر: أن ينظر إلى الأعلى ويقي هدفه نصب عينيه، وينظر إلى الأسفل ويتعرف على تقدمه أثناء تقدمه، وأخيرًا، أن يستريح، وينظر حوله، ويعجب بالمنظر من مكانه الحالي. جزء من التجربة هو إدراك أنه لا أحد يصل إلى القمة على الإطلاق؛ الحياة عبارة عن صعود مستمر إلى أعلى الجبل. إن قدرًا كبيرًا من الصحة العقلية هو القدرة على تقدير الرحلة - أن تكون قادرًا على فهم صلاة الصفاء التي يتم التذرع بها في معظم الاجتماعات المكونة من اثنتي عشرة خطوة: "اللهم امنحني السكينة لقبول الأشياء التي لا أستطيع تغييرها، والشجاعة لتغيير الأشياء". أستطيع، والحكمة لمعرفة الفرق.

التعرف على تأثير التغيير على الآخرين

عندما يدخل الفرد العلاج لأول مرة، فإنه غالبًا لا يفهم أنه هو ، وليس الآخرين، من يجب عليه إجراء التغييرات، لكن،

عندما يقوم بإجراء تغييرات، يجب على الأشخاص المهمين في حياته التكيف أيضًا. العلاقات المستقرة هي أنظمة ديناميكية متقلبة وصلت إلى حالة من التوازن. عندما يقوم شخص واحد في هذا النظام بإجراء تغييرات كبيرة في طرق تواصله، يجب على الآخرين التكيف من أجل استعادة التوازن، وهي حالة من التوازن.

إذا لم تحدث هذه التعديلات، فقد ينهار النظام وقد تتحطم العلاقات.

على سبيل المثال، تستشير أليسيا معالجًا نفسيًا لعلاج الاكتئاب الشديد والقلق. في العلاج، تنتقد زوجها آدم المدمن على الكحول، الذي تلومه على شعورها بعدم القيمة. وفي نهاية المطاف، أدركت دورها في هذا الزواج المنهار - حاجتها إلى جعل الآخرين يعتمدون عليها، وحاجتها المتبادلة إلى إخراجهم، ومخاوفها من الوصول إلى الاستقلال. بدأت في إلقاء اللوم على آدم بشكل أقل. إنها تطور اهتمامات وعلاقات جديدة ومستقلة. توقف نوبات البكاء. توقفت عن الشجار حول شربه. يتغير توازن الزواج.

قد يجد آدم الآن أن الوضع أصبح غير مريح أكثر مما كان عليه من قبل. قد يصعد من شرب الخمر في محاولة غير واعية لإعادة التوازن القديم وإجبار أليسيا على العودة إلى دورها الشهيد في الرعاية. قد يتهمها برؤية رجال آخرين ويحاول تعطيل علاقتهم. الأمر الذي لا يطاق بالنسبة له الآن.

أو يمكنه أيضًا أن يبدأ في رؤية ضرورة التغيير ومسؤوليته في الحفاظ على هذا التوازن المرضي.

وقد ينتهز الفرصة ليرى أفعاله بشكل أكثر وضوحًا ويعيد تقييم حياته، تمامًا كما رأى زوجته تفعل.

قد تكون المشاركة في العلاج تجربة قيمة لكل شخص متأثر. كلما أصبحت إيزابيث أكثر إثارة للاهتمام ومعرفة، بدا لها زوجها أكثر جهلًا. كلما أصبحت أكثر انفتاحًا - كلما زادت قدرتها على إدراك الموقف باللون الرمادي - كلما أصبح أبيض وأسود أكثر انتظامًا.

لإعادة التوازن. شعرت أنها "تترك شخصًا وراءها". كان ذلك الشخص هو هي، أو، بشكل أقرب، جزء منها لم تعد بحاجة إليه أو تريده. لقد كانت، على حد تعبيرها، "تكبر".

مع انتهاء علاج إيلزابيث، أصبحت تقابل طبيبها بشكل أقل انتظامًا، ومع ذلك كان لا يزال يتعين عليها التعامل مع أشخاص مهمين آخرين في حياتها. تشاجرت مع شقيقها الذي رفض الاعتراف بمشكلة المخدرات، واتهمها بأنها "مغرورة" و"تستخدم حماقتها النفسية الجديدة كذخيرة". لقد تجادلوا بمرارة حول عدم التواصل داخل الأسرة. أخبرها أنه حتى بعد كل "الانكماشات"، فإنها لا تزال "مخطئة".

تشاجرت مع والدتها التي ظلت متطلبة ومنتزعة وغير قادرة على إظهار أي حب لها. لقد تعارضت مع زوجها الذي أعلن حبه لكنه استمر في شرب الخمر بكثرة وانتقد رغبتها في مواصلة تعليمها. رفض مساعدة ابنهما وبعد فترة اشتبهت في أن غيابه المتكرر كان مرتبطًا بعلاقة غرامية مع امرأة أخرى.

وأخيرًا، بدأت إيلزابيث تدرك أنها لا تملك القدرة على تغيير الآخرين. لقد استخدمت تقنيات SET لمحاولة فهم أفراد العائلة بشكل أفضل والحفاظ على حدود الحماية لنفسها، مما قد يحميها من الانجرار إلى المزيد من الصراعات. بدأت تتقبلهم كما هم، وتحبهم بأفضل ما تستطيع. وتستمر في حياتها الخاصة. لقد أدركت الحاجة إلى أصدقاء جدد وأنشطة جديدة في حياتها.

أطلقت إيلزابيث على هذا اسم "العودة إلى المنزل".

الملحق أ

تصنيفات DSM-IV-TR

تم نشر الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات العقلية، الطبعة الرابعة، مراجعة النص (DSM-IV-TR) من قبل الجمعية الأمريكية للطب النفسي في عام 2000 ويحاول هذا العمل تقييم الأمراض النفسية من خلال خمسة محاور.

يُدرج المحور الأول معظم الاضطرابات النفسية، باستثناء اضطرابات الشخصية والتخلف العقلي.

يسرد المحور الثاني اضطرابات الشخصية ودرجات التخلف العقلي.

يتكون المحور الثالث من أي حالات طبية عامة مصاحبة.

ويشير المحور الرابع إلى المشاكل النفسية والاجتماعية والبيئية التي قد تؤدي إلى تعقيد التشخيص والعلاج.

يقدم المحور الخامس تقييم الطبيب للمستوى العام لأداء المريض في التقييم العالمي للأداء الوظيفي

مقياس (GAF) الذي يقيم نطاق الأداء من 0 إلى 100.

المحور الأول التشخيص

(قائمة جزئية مع بعض الأمثلة)

عادةً ما يتم تشخيص الاضطرابات لأول مرة في مرحلة الطفولة أو الطفولة أو المراهقة

اضطراب التعلم

قصور الانتباه وفرط الحركة

توحد

توريت

الهذيان والخرف وفقدان الذاكرة والاضطرابات المعرفية الأخرى

هذيان التسمم بالمواد

مرض الزهايمر

الخرف بسبب صدمة الرأس

الاضطرابات المرتبطة بالمواد

إدمان الكحول

تعاطي الكوكايين

تعاطي الحشيش

تعاطي الأمفيتامين

التسمم بالهلوسة

الفصام والاضطرابات الذهانية الأخرى

فُصام

اضطرابات المزاج

اضطراب اكتئابي حاد

اضطراب الاكتئاب الجزئي

اضطراب ثنائي القطب من النوع الأول

اضطراب ثنائي القطب من النوع الثاني

اضطرابات القلق

اضطراب الهلع

رهاب

اضطراب ما بعد الصدمة

اضطراب القلق الاجتماعي

اضطراب الوسواس القهري

اضطراب القلق العام

الاضطرابات الجسدية

اضطراب الجسدية

التوهم المرضي

اضطراب التحويل

اضطراب تشوه الجسم

الاضطرابات المفتعلة

إطرابات إنفصامية

اضطراب الهوية الانفصامية

(شخصية متعددة)

فقدان الذاكرة الانفصالي

شroud فصامي

اضطرابات الهوية الجنسية والجنسانية

سرعة القذف

التشنج المهبل

الاستثارة

الولع الجنسي بالأطفال

الوثن

226الملحق أ

اضطرابات الاكل
فقدان الشهية العصبي
الشراهة المرضي العصبي

اضطرابات النوم
الأرق الأولي
اضطراب المشي أثناء النوم

اضطرابات التحكم في الانفعالات

الخلل الانفعالي المتقطع
هوس السرقة
القمار المرضي
هوس نتف الشعر (سحب الشعر أو الحاجب)

اضطرابات التكيف
مع مزاج مكتئب
مع القلق

المحور الثاني تشخيص اضطرابات الشخصية

(القائمة الكاملة)

المجموعة أ (غريبة، غريبة الأطوار)
اضطراب الشخصية الارتيابية
اضطراب الشخصية الفصامانية
اضطراب الشخصية الفصامية

المجموعة ب (درامية، عاطفية)
اضطراب الشخصية المعادي للمجتمع
اضطراب الشخصية الحدية

اضطراب الشخصية الهستيري اضطراب الشخصية النرجسية

المجموعة ج (القلق، الخوف)

اضطراب في الشخصية الانطوائية

اضطراب الشخصية الاعتمادية

اضطراب الوسواس القهري

التعريفات التشخيصية المستقبلية

تعتمد تسمياتنا الحالية التي تحدد اضطراب الشخصية الحدية على تحقيق الحد الأدنى من الأعراض الوصفية المدرجة في TR DSM-IV الخاص بـ APA يكون الفرد مصابًا باضطراب الشخصية الحدية إذا أظهر خمسة على الأقل من المعايير التسعة (انظر الفصل (2) وبالتالي فإن الشخص الذي تظهر عليه خمسة أعراض، على سبيل المثال، ثم يتمكن بعد ذلك من إزالة عرض واحد فقط، يُعفى على الفور من التشخيص.

ومع ذلك، فإن هذا النموذج القاطع لا يعكس التصور التقليدي للشخصية، وهو أن الشخصية لا تتغير فجأة. وبالتالي، فمن المحتمل جدًا أن تدمج تعريفات DSM المستقبلية لـ BPD ميزات الأبعاد. في هذا النموذج يمكن النظر في درجة الأداء أو الإعاقة. وبشكل أكثر تحديدًا، سيكون الطبيب قادرًا على أن يأخذ في الاعتبار عند التقييم درجة الخصائص المحددة (مثل الاندفاع، والقدرة العاطفية، والاعتماد على المكافأة، وتجنب الأذى، وما إلى ذلك) -وليس فقط وجود هذه الأعراض -لتشخيص (أو عدم التشخيص). (اضطراب الشخصية الحدية.

الهدف من تغييرات الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات العقلية هو أن هذه التعديلات ستقيس التغييرات ودرجات التحسن بشكل أكثر دقة، بدلاً من مجرد تحديد وجود الاضطراب أو عدمه.

ملحق ب

تطور متلازمة الحدود

لقد تطور مفهوم الشخصية الحدية في المقام الأول من خلال الصياغات النظرية لكتاب التحليل النفسي.

معايير DSM-IV-TR الحالية - وهي مبادئ يمكن ملاحظتها وموضوعية وموثوقة إحصائيًا لتعريف هذا الاضطراب - مستمدة من الكتابات الأكثر تجريدًا والتأملية لمنظري التحليل النفسي على مدار المائة عام الماضية.

فرويد

خلال عصر سيغموند فرويد في مطلع القرن العشرين، كان الطب النفسي فرعًا من فروع الطب يرتبط ارتباطًا وثيقًا بعلم الأعصاب. تم تعريف المتلازمات النفسية من خلال سلوكيات يمكن ملاحظتها مباشرة، على عكس الآليات غير القابلة للملاحظة أو العقلية أو "اللاواعية"، وكانت معظم أشكال المرض العقلي تعزى إلى الانحرافات الفسيولوجية العصبية.

على الرغم من أن فرويد نفسه كان عالمًا فيزيولوجيًا عصبيًا ذا خبرة،

استكشف العقل من خلال بوابات مختلفة. لقد طور مفهوم اللاوعي وبدأ إرثًا من الاستكشاف النفسي - وليس الفسيولوجي - للسلوك البشري. ومع ذلك، فقد ظل مقتنعًا بأن الآليات الفسيولوجية سيتم الكشف عنها في نهاية المطاف لتتوافق مع نظرياته النفسية.

بعد أكثر من قرن من عمل فرويد التاريخي، وصلنا إلى دائرة كاملة تقريبًا: اليوم، يتم تحديد التصنيفات التشخيصية مرة أخرى من خلال طواهر يمكن ملاحظتها، وتستكشف حدود جديدة للبحث في اضطراب الشخصية الحدية وأنواع أخرى من الأمراض العقلية مرة أخرى العوامل الفيزيولوجية العصبية، مع الاعتراف بتأثيرها. من العوامل النفسية والبيئية.

إن تفسير فرويد للعقل اللاوعي هو أساس التحليل النفسي. ورأى أن المرض النفسي ناتج عن الصراع بين الدوافع البدائية اللاواعية وحاجة العقل الواعي إلى منع هذه الأفكار المقيتة غير المقبولة من الدخول إلى الوعي. استخدم لأول مرة التنويم المغناطيسي، ولاحقًا "الارتباط الحر" وغيره من تقنيات التحليل النفسي الكلاسيكية، لاستكشاف نظرياته.

ومن المفارقات أن فرويد قصد أن يكون التحليل النفسي الكلاسيكي في المقام الأول أداة تحقيقية وليس شكلًا من أشكال العلاج. قضايا التاريخة الملونة - "الرجل الجرد"، "الرجل الذئب"، "هانز الصغير"،

تم نشر "آنا أو" وما إلى ذلك لدعم نظرياته المتطورة بقدر ما لتعزيز التحليل النفسي كوسيلة للعلاج. يعتقد العديد من الأطباء النفسيين الحاليين أن هؤلاء المرضى، الذين شعر فرويد أنهم يعانون من الهستيريا وأنواع أخرى من العصاب، سيتم تحديدهم اليوم بوضوح على أنهم حدوديون.

كتاب التحليل النفسي ما بعد فرويد

كان المحللون النفسيون الذين اتبعوا فرويد هم المساهمين الرئيسيين في المفهوم الحديث لمتلازمة الشريط الحدودي. 1 في عام 1925،

وصفت شخصية فيلهلم رايش المندفعة محاولات تطبيق التحليل النفسي على بعض الاضطرابات الشخصية غير العادية التي واجهها في عيادته. ووجد أن "الشخصية المندفعة" غالبًا ما تكون مغمورة في حالتين شعوريتين متناقضتين بشكل حاد في نفس الوقت، ولكنها كانت قادرة على الحفاظ على الحالات دون إزعاج واضح من خلال آلية الانقسام -وهو المفهوم الذي أصبح مركزيًا لجميع النظريات اللاحقة حول متلازمة الشريط الحدي، وخاصة متلازمة كيرنبرج (انظر الصفحة 234).

في أواخر عشرينيات وأوائل ثلاثينيات القرن العشرين، قام أتباع المحللة النفسية البريطانية ميلاني كلاين بالتحقيق في حالات العديد من المرضى الذين بدوا بعيدًا عن تناول التحليل النفسي. ركز الكلينيون على الديناميكيات النفسية بدلاً من العوامل البيولوجية الدستورية.

تمت صياغة مصطلح "الخط الحدودي" لأول مرة من قبل أدولف ستيرن في عام 1938 لوصف مجموعة من المرضى الذين لا يبدو أنهم يتناسبون مع التصنيفات التشخيصية الأولية لـ "العصاب" و"الذهان". ومن الواضح أن هؤلاء الأفراد كانوا أكثر مرضًا من المرضى العصبيين -في الواقع "مريضون جدًا بالنسبة للتحليل النفسي الكلاسيكي" -ومع ذلك، فإنهم، مثل المرضى الذهانيين، لا يسيئون تفسير العالم الحقيقي باستمرار. على الرغم من أنهم، مثل المصابين بالعصاب، أظهروا نطاقًا واسعًا من أعراض القلق، إلا أن المرضى العصبيين عادةً ما كان لديهم إحساس أكثر صلابة واتساقًا بالهوية ويستخدمون آليات تكيف أكثر نضجًا.

طوال الأربعينيات والخمسينيات من القرن العشرين، بدأ محللون نفسيون آخرون في التعرف على مجموعة من المرضى الذين لا يتناسبون مع الأوصاف المرضية الموجودة. وبدأ أن بعض المرضى يعانون من اضطراب عصبي أو أعراض خفيفة، ولكن عندما انخرطوا في العلاج النفسي التقليدي، وخاصة التحليل النفسي، "انحلوا". وبالمثل، فإن الاستشفاء قد يؤدي أيضًا إلى تفاقم الأعراض وزيادة السلوك الطفولي للمريض واعتماده على المعالج والمستشفى.

قد يبدو أن المرضى الآخرين يعانون من الذهان الشديد، وغالبًا ما يتم تشخيصهم بالفصام، لكنهم يتعافون بشكل مفاجئ وغير متوقع خلال فترة زمنية قصيرة جدًا. (مثل هذا التحسن الدراماتيكي

232الملحق ب

لا يتوافق هذا مع المسار المعتاد لمرض انفصام الشخصية). لا يزال هناك مرضى آخرون أظهروا أعراضًا توجي بالاكنتاب، لكن تقلباتهم المزاجية الجذرية لم تتناسب مع المظهر المعتاد للاضطرابات الاكتئابية.

كما أكدت الاختبارات النفسية وجود تصنيف جديد وفريد من نوعه، كان أداء بعض المرضى طبيعيًا في الاختبارات النفسية المنظمة (مثل اختبارات الذكاء)، ولكن في الاختبارات الإسقاطية غير المنظمة التي تتطلب استجابات شخصية سردية (مثل اختبار بقع جبر رورشاخ)، كانت استجاباتهم أقرب بكثير إلى استجابات المرضى الذهانيين، الذين أظهروا التفكير والتخيل على مستوى أكثر رجعية وأكثر طفولية.

خلال فترة ما بعد الحرب هذه، ركز المحللون النفسيون على جوانب مختلفة من المتلازمة، سعيًا إلى تطوير تحديد موجز. كان الوضع في كثير من النواحي مثل الحكاية القديمة للرجال العميان الذين وقفوا حول فيل ولمسوا أجزائه التشريحية المختلفة، محاولين التعرف عليها. وقد وصف كل رجل حيوانًا مختلفًا، بالطبع، اعتمادًا على الجزء الذي لمسه. وبالمثل، تمكن الباحثون من لمس وتحديد جوانب مختلفة من متلازمة الشريط الحدودي، لكنهم لم يتمكنوا من رؤية الكائن الحي بالكامل.

وقد احتشد العديد من الباحثين (زيليورج وهوش وبولاتين وبيتشوفسكي وآخرون) 5,4,3، والدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات العقلية (DSM-II (1968) حول الجوانب الشبيهة بالفصام في الاضطراب، مستخدمين مصطلحات مثل "الفصام المتنقل"، "ما قبل الفصام"، "الفصام العصبي الكاذب"، و"الفصام الكامن" لوصف المرض. وركز آخرون على افتقار هؤلاء المرضى إلى إحساس أساسي ثابت بالهوية.

في عام 1942، وصفت هيلين دويتش مجموعة من المرضى الذين تغلبوا على الشعور الجوهري بالفراغ عن طريق تغيير تجاربهم العاطفية الداخلية والخارجية بما يتناسب مع الأشخاص والمواقف التي كانوا منخرطين فيها في تلك اللحظة. وقد أطلقت على هذا الميل لتبني صفات الآخرين كوسيلة لكسب هبهم أو الاحتفاظ به اسم "الشخصية كما لو". وفي عام 1953 أعاد روبرت نايت إحياء مصطلح "الخط الحدودي" في كتابه.

لقد أدرك أنه على الرغم من أن بعض المرضى أظهروا أعراضًا مختلفة بشكل ملحوظ وتم تصنيفهم بتشخيصات مختلفة، إلا أنهم كانوا يعبرون عن مرض مشترك .

بعد نشر عمل نايت، أصبح مصطلح الخط الحدودي أكثر شيوعًا، وأصبحت إمكانية استخدام مفهوم الخط الحدودي العام لستيرن كتشخيص أكثر قبولًا. في عام 1968 حدد روي غرينكر وزملاؤه أربعة أنواع فرعية من المريض الحدي: (1) مجموعة شديدة الإصابة تقترب من المصاب بالذهان؛ (2) مجموعة "الحدود الأساسية" ذات العلاقات الشخصية المضطربة، وحالات الشعور الشديدة، والشعور بالوحدة؛ (3) مجموعة "كما لو" تتأثر بسهولة بالآخرين وتفتقر إلى الهوية المستقرة؛ و (4) مجموعة ضعيفة إلى حد ما تعاني من ضعف الثقة بالنفس والحدود على الطرف العصبي من الطيف. ومع ذلك، حتى مع كل هذه الأبحاث الرائدة واسعة النطاق، كان تشخيص الشخصية الحدية، بين الأطباء العاملين، لا يزال قائمًا. لا تزال غارقة في الغموض. وقد اعتبره الكثيرون بمثابة "سلة مهملات للتشخيص"، أو مكان "للتخلص" من هؤلاء المرضى الذين لم يتم فهمهم جيدًا، أو الذين قاوموا العلاج، أو الذين لم يتحسنوا ببساطة؛ ظل الوضع على هذا النحو حتى السبعينيات.

نظرًا لأن الشخصية الحدية أصبحت محددة بشكل أكثر صرامة ويمكن تمييزها عن المتلازمات الأخرى، فقد جرت محاولات لتغيير الاسم الغامض. في مرحلة ما، تم النظر لفترة وجيزة في "الشخصية غير المستقرة" أثناء تطوير DSM-III.

ومع ذلك، فإن أمراض الشخصية الحدية ثابتة نسبيًا وثابتة (على الأقل لفترة طويلة) على الرغم من فوضاها، فهي مستقرة بشكل متوقع في حالة عدم استقرارها. لم يتم اقتراح أي أسماء أخرى بشكل بارز كبديل.

في ستينيات وسبعينيات القرن العشرين، تطورت مدرستان فكريتان رئيسيتان لتحديد مجموعة متسقة من المعايير لتحديد متلازمة الشريط الحدودي. مثل بعض التخصصات الأخرى في العلوم الطبيعية والاجتماعية، تم تقسيم الطب النفسي أيدولوجيا إلى قسمين أساسيين

234الملحق ب

المعسكرات -أحدهما موجه نحو المفهوم، والآخر أكثر تأثراً بالسلوك الوصفي الذي يمكن ملاحظته والذي يمكن إعادة اختباره ودراسته بسهولة أكبر في ظل ظروف المختبر.

وقد طورت المدرسة التجريبية، بقيادة جون ج. جوندرسون من جامعة هارفارد والتي يفضلها العديد من الباحثين، تعريفاً منظماً وأكثر سلوكية، تعريفاً يعتمد على معايير يمكن ملاحظتها، وبالتالي أكثر سهولة في البحث والدراسة. هذا التعريف هو الأكثر قبولاً على نطاق واسع، وقد تم اعتماده في عام 1980 من قبل DSM-III وتم تكراره في DSM-IV (انظر الفصل 2).

أما المدرسة الأخرى الأكثر توجهاً نحو المفهوم، والتي يقودها أوتو كيرنبرج من جامعة كورنيل ويفضلها العديد من المحللين النفسيين، فتقترح نهجاً أكثر بنية نفسية يصف المتلازمة بناءً على الأداء داخل النفس وآليات الدفاع بدلاً من السلوكيات العلنية.

"الشخصية الحدودية" لكيرنبرج المنظمة (BPO)"

في عام 1967، قدم أوتو كيرنبرج مفهومه لمنظمة الشخصية الحدية (BPO)، وهو مفهوم أوسع من اضطراب الشخصية الحدية الحالي في DSM-IV. يضع تصور كيرنبرج عملية BPO في منتصف الطريق بين تنظيم الشخصية الشخصية العصابية والذهانية. 10,11 إن المريض المصاب بـ BPO، كما حدده كيرنبرج، يكون أقل ضعفاً من المريض الذهاني، الذي تكون تصوراتهِ للواقع ملتوية بشدة، مما يجعل الأداء الطبيعي مستحيلاً. ومن ناحية أخرى، فإن الحدي أكثر إعاقة من الشخص ذو الشخصية العصبية المنظمة، والذي يعاني من قلق لا يطاق نتيجة للصراعات العاطفية. عادة ما يكون إدراك الشخص العصابي للهوية ونظام آليات الدفاع أكثر تكيفاً من إدراك الحدود.

يشمل BPO المحور الثاني الآخر، أو الاضطرابات المميزة،

مثل اضطرابات الشخصية المزعورة، والفصامية، والمعادية للمجتمع، والهستيرية، والنرجسية. بالإضافة إلى ذلك، فهو يشمل الوسواس القهري واضطرابات القلق المزمنة، والوسواس المرضية، والرهاب، والانحرافات الجنسية، وردود الفعل الانقصاصية (مثل اضطراب الهوية الانقصاصية -المعروف أيضًا باسم اضطراب تعدد الشخصيات). في نظام كيرنبرج، سيشكل المرضى الذين تم تشخيص إصابتهم باضطراب الشخصية الحدية حاليًا حوالي 10 إلى 25 بالمائة فقط من المرضى المصنفين على أنهم مصابون باضطراب الشخصية الحدية.

يُنظر إلى المريض الذي تم تشخيص إصابته باضطراب الشخصية الحدية على أنه يشغل مستوى أداء أقل ومستوى خطورة أعلى ضمن تشخيص IBPO الشامل.

على الرغم من أن نظام كيرنبرج لم يتم اعتماده رسميًا من قبل الجمعية البرلمانية للأسوية، إلا أن عمله كان له (ولا يزال) تأثيرًا كبيرًا كنموذج نظري لكل من الأطباء والباحثين.

بشكل عام، يؤكد مخطط كيرنبرج على الآليات الداخلية المستنبطة التي تمت مناقشتها أدناه.

الشعور المتغير بالواقع

مثل العصاب، تحتفظ الخطوط الحدودية بالاتصال بالواقع في معظم الأوقات؛ ومع ذلك، تحت الضغط يمكن أن يتراجع الخط الحدودي إلى حالة ذهانية قصيرة. مارجوري، امرأة متزوجة تبلغ من العمر تسعة وعشرين عامًا، طلبت العلاج من زيادة الاكتئاب والتنافر الزوجي. كانت مارجوري، وهي امرأة ذكية وجذابة، تتحدث بهدوء طوال جلساتها الثماني الأولى. لقد وافقت بفاغ الصبر على إجراء مقابلة مشتركة مع زوجها، لكنها أصبحت خلال الجلسة صاخبة وعدوانية على نحو غير معهود. تخلت عن مظهرها المتمثل في ضبط النفس، وبدأت في توبيخ زوجها بسبب أطعمة شهية مزعومة. واتهمت معالجها بالوقوف إلى جانب زوجها ("أنتم أيها الرجال تلتصقون ببعضكم البعض دائمًا!") واتهمت كلاهما بالتورط في مؤامرة ضدها. إن التحول المفاجئ من امرأة مسترخية ومكتئبة بشكل معتدل إلى امرأة غاضبة ومصابة بجنون العظمة هو سمة مميزة لهذا النوع من حدود الواقع سريعة التغير التي يتم ملاحظتها في الشريط الحدودي.

نقاط ضعف غير محددة في الأداء

تواجه الخطوط الحدودية صعوبة كبيرة في تحمل الإحباط والتعامل مع القلق. في إطار كيرنبرج، السلوك المتهور هو محاولة لنزع فتيل هذا التوتر. تحتوي الخطوط الحدودية أيضًا على أدوات ليميشن فرعي معيبة؛ أي أنهم غير قادرين على توجيه الإحباطات والانزعاجات بطرق تكيف اجتماعيًا. على الرغم من أن الخطوط الحدودية قد تظهر قدرًا كبيرًا من التعاطف والدفء والشعور بالذنب، إلا أن هذه المعارض غالبًا ما تكون إيماءات روتينية وأكثر تلعًا لأعراض العرض فقط، بدلاً من التعبير الحقيقي عن المشاعر. في الواقع، قد يتصرف الحد الفاصل كما لو أنه نسي تمامًا انصبًا دراميًا حدث قبل لحظات فقط، مثل الطفل الذي يخرج فجأة من نوبة غضب مبتسمًا وضاحًا.

التفكير البدائي

الحدود قادرة على الأداء الجيد في عمل منظم أو بيئة مهنية، ولكن تحت السطح توجد شكوك وشكوك ومخاوف خطيرة. قد تكون عمليات التفكير الداخلي للخطوط الحدودية غير معقدة وبدائية بشكل مدهش، ومموهة بواجهة ثابتة من الابتذال المتعلم والمتدرب.

أي ظرف يخترق الهيكل الواقعي الذي يحمي الخط الحدودي قد يطلق العنان لطوفان من المشاعر الفوضوية المخبأة في الداخل. يوضح مثال مارجوري (أعلاه) هذه النقطة.

تكشف الاختبارات النفسية الإسقاطية أيضًا عن عمليات التفكير البدائية عند الحدود. تثير هذه الاختبارات -مثل اختبار رورشاخ واختبار الإدراك الموضوعي - (TAT) ارتباطات بمحفزات غامضة، مثل بقع الحبر أو الصور، التي يخلق المريض قصة حولها. الاستجابات الحدية تشبه عادةً استجابات مرضى الفصام وغيرهم من المرضى الذهانيين. على عكس الاستجابات المتماسكة والمنظمة التي يتم ملاحظتها عادة بين المرضى العصائيين، فإن الاستجابات الموجودة في الخطوط الحدودية غالبًا ما تصف صورًا بدائية غريبة.

قد يرى الشريط الحدودي حيوانات شريرة تأكل بعضها البعض، بينما يرى الشخص العصابي فراشة.

آليات الدفاع البدائية

إن آلية التعامل مع الانقسام (انظر الفصل الثاني) تحافظ على تصور الحدود لعالم التطرف -وجهة نظر يكون فيها الأشخاص والأشياء إما طيبين أو سيئين، ودودين أو معادين، محبوبين أو مكروهين -من أجل الهروب من هذا الوضع. القلق من الغموض وعدم اليقين.

في تصور كيرنبرج، يؤدي الانقسام غالبًا إلى "التفكير السحري": حيث تُستخدم الخرافات، والرهاب، والهواجس، والأفعال القهرية كتعويضات لدرء المخاوف اللاواعية. يؤدي الانقسام أيضًا إلى آليات دفاع مشتقة:

•المثالية البدائية -وضع شخص أو شيء بإصرار في فئة "كل الخير" وذلك لتجنب القلق المصاحب للاعتراف بأخطاء ذلك الشخص.

•تخفيض قيمة العملة -وجهة نظر سلبية لا هوادة فيها لشخص أو كائن. عكس المثالية. باستخدام هذه الآلية، يتجنب الخط الحدودي الشعور بالذنب الناتج عن غضبه، فالشخص "السيء للغاية" يستحق ذلك تمامًا.

•القدرة المطلقة -شعور بالقوة غير المحدودة حيث يشعر المرء بأنه غير قادر على الفشل أو حتى في بعض الأحيان على الموت. (القوة المطلقة هي أيضًا سمة شائعة في الشخصية النرجسية).

•الإسقاط -التنصل من السمات غير المقبولة للذات ونسبتها للآخرين.

•التحديد الإسقاطي -وهو شكل أكثر تعقيدًا من أشكال الإسقاط حيث يواصل جهاز العرض المشاركة التلاعبية المستمرة مع شخص آخر، وهو موضوع الإسقاط. الشخص الآخر "يرتدي" هذه الأشياء غير المقبولة

خصائص جهاز العرض، الذي يعمل على ضمان استمرار التعبير عنها.

على سبيل المثال، يجد مارك، وهو شاب متزوج تم تشخيص حالته على أنه حدودي، أن دوافعه السادية والغاضبة غير مقبولة ويسقطها على زوجته سالي. ثم ينظر مارك (بأسلوبه الأبيض والأسود) إلى سالي على أنها "امرأة غاضبة تمامًا". يتم تفسير جميع أفعالها على أنها سادية. إنه "يضغط على أزرارها" دون وعي لانتزاع ردود غاضبة، مما يؤكد توقعاته. بهذه الطريقة، يخشى مارك ويتحكم في الوقت نفسه في تصويره لسالي.

المفهوم المرضي للذات

يصف "انتشار الهوية" مفهوم كيرنبرج حول افتقار الحدود إلى إحساس أساسي ومستقر بالهوية. هوية الخط الحدودي هي اتساق $ell-O$ يمكن تشكيله في أي تكوين يحتوي عليه، ولكنه ينزلق من بين يديك عندما تحاول التقاطه. يؤدي هذا النقص في الجوهر مباشرة إلى اضطرابات الهوية المبينة في المعيار 3 من وصف DSM-IV لاضطراب الشخصية الحدية (انظر الفصل 2).

المفهوم المرضي للآخرين

وكما يصف "انتشار الهوية" افتقار الحد الفاصل إلى مفهوم ثابت للذات، فإن "عدم ثبات الموضوع" يصف الافتقار إلى مفهوم ثابت للآخرين. وكما يعتمد تقديره لذاته على الظروف الحالية، فإن الحد الفاصل بيني موقفه تجاه شخص آخر على آخر لقاء، وليس على تصور أكثر استقرارًا واستمرارية يركز على سلسلة متسقة ومتراصة من التجارب.

في كثير من الأحيان، يكون الشريط الحدودي غير قادر على الاحتفاظ بذكرى

شخص أو كائن عندما يكون هو أو هي أو غير موجود. مثل الطفل الذي يرتبط بجسم انتقالي يمثل شخصية الأم الهادئة (مثل تعلق لينوس ببطانته الفارغة في رسوم الفول السوداني)، يستخدم الخط الحدودي أشياء، مثل الصور والملابس، لمحاكاة وجود شخص آخر .

على سبيل المثال، عندما ينفصل أحد الحدود عن المنزل ولو لفترة قصيرة، فإنه عادة ما يأخذ العديد من الأشياء الشخصية كتذكيرات مهدئة للمحيط المؤلف. ترافقه الدبة والحيوانات المحنطة الأخرى إلى السرير، ويتم وضع لقطات العائلة بعناية في جميع أنحاء الغرفة. وإذا تُرك في المنزل أثناء غياب زوجته، فإنه غالبًا ما يحدق بشوق في صورتها وخزانتها، ويشم وسادتها، بحثًا عن راحة الألفة.

بالنسبة للعديد من الخطوط الحدودية، تعتبر عبارة "بعيدًا عن الأنظار، بعيدًا عن العقل" حقيقة بديهية مؤلمة إلى حد مؤلم. يبدأ الذعر عندما ينفصل الشريط الحدودي عن أحد أفراد أسرته لأن الانفصال يبدو دائمًا. نظرًا لأنه لا يمكن استخدام الذاكرة بشكل مناسب للاحتفاظ بالصورة، فإن الحد الفاصل ينسى كيف يبدو الشيء الذي يهتم به، أو يبدو، أو يشعر به. للهروب من الإحساس المزعور بالهجر والوحدة، يحاول الخط الحدودي التشبث ببأس - بالاتصال والكتابة واستخدام أي وسيلة للحفاظ على الاتصال.

موارد

المواد المطبوعة

لمحات عامة

"اضطراب الشخصية الحدية." مجلة تحالف كاليفورنيا للمرضى العقليين، المجلد. 8، رقم 1997، 1 تعليقات من الخبراء والأسر والأشخاص الذين يعانون من اضطراب الشخصية الحدية.

أحياناً أنصرف بجنون: التعايش مع اضطراب الشخصية الحدية، بقلم ج. ج. كريسمان وإتش. ستراوس. هوبوكين، نيوجيرسي: جون وايلي وأولاده، 2004.

مراجعة تفصيلية لأعراض اضطراب الشخصية الحدية، والعديد منها من وجهة نظر المريض، وتوصيات للتعامل معها؛ موجهة نحو العائلات.

أمل جديد للأشخاص الذين يعانون من اضطراب الشخصية الحدية، بقلم إن آر بوك إيان، وفي. بور، وإن إي فيلاجران. روزفيل، كاليفورنيا: منشورات بريما، 2002.

كتاب قابل للقراءة للشخص العادي مع التركيز على تشخيص أفضل.

فهم وعلاج اضطراب الشخصية الحدية: دليل للمحترفين والعائلات، بقلم جي جي جوندرسون وب.د. هوفمان.

واشنطن العاصمة: النشر الأمريكي للطب النفسي، 2005.مراجعة قابلة للقراءة للأطباء والأسر.

اضطراب الشخصية الحدية: دليل سريري (الطبعة الثانية)، بقلم جي جي جوندرو، واشنطن العاصمة: النشر الأمريكي للطب النفسي، 2008. موجه في المقام الأول للممارسين؛ يتضمن قائمة شاملة من الموارد.

إزالة الغموض عن اضطراب الشخصية الحدية: دليل أساسي لفهم اضطراب الشخصية الحدية والتعايش معه، بقلم آر أو فريدل، نيويورك: مار لوي وشركاه، 2004. دليل مقروء للعائلات.

الحسابات العائلية والشخصية

رقصة صفارة الإنذار: زواجي من خط الحدود: دراسة حالة، بقلم أ. ووكر.

Emmas, PA: Rodale, 2003. تجربة الزوج.

ضائع في المرأة: نظرة من الداخل على اضطراب الشخصية الحدية (الطبعة الثانية)، بقلم ر. موسكوفيتز، دالاس، تكساس: منشورات تايلور، 2001. أوصاف حميمة للألم الحدي.

أخرجني من هنا: تعافيت من اضطراب الشخصية الحدية، بقلم ر. ريلاند، سنتر سيتي، مينيسوتا: دار نشر هارلدون، 2004. شخصية

حساب.

توقف عن المشي على قشر البيض: استعيد حياتك عندما يعاني شخص ما تهتم به من اضطراب الشخصية الحدية، بقلم ر. كريجر و بي تي ماسون.

أوكلاند، كاليفورنيا: منشورات نيو هاربينجر، 1998. دليل إرشادي.

دليل الأسرة الأساسي لاضطراب الشخصية الحدية، بقلم ر. كريجر، سنتر سيتي، مينيسوتا: Hazelden، 2008. متابعة التوقف عن المشي على قشر البيض مع اقتراحات للعائلة.

اضطراب الشخصية الحدية لدى المراهقين: دليل كامل للفهم والتكيف عندما يكون لدى المراهق اضطراب الشخصية الحدية، بقلم مكتبة الإسكندرية

أغيري، بيفرلي، ماساتشوستس: Fair Winds Press، 2007. التعامل مع حدود سنن المراهقين.

النجاة من أحد الوالدين الحدودي: كيفية شفاء جروح طفولتك وبناء الثقة والحدود واحترام الذات، بقلم ك. روث وإف بي فريد مان، أوكلاند، كاليفورنيا: منشورات نيو هاربينجر، 2003. لأطفال الآباء الحدوديين.

المواقع الإلكترونية

بي بي دي سنترال

www.bpdcentral.com من أقدم المواقع وأشملها حيث يحتوي على العديد من الكتب المقترحة

والمقالات.

اضطراب الشخصية الحدية اليوم

www.borderlinepersonalitytoday.com ليسرد

العديد من المقالات والكتب حول اضطراب الشخصية الحدية.

مركز موارد BPD

www.bpdresources.net يوصي بالكتب والمقالات ومقابلات المؤلف والمعلومات العامة

للأفراد والعائلات.

معلومات عن مستشفى نيويورك المشيخي

www.bpdresourcecenter.org يدير قسم وستشستر في مستشفيات جامعة كورنيل وكولومبيا وحدة علاج نشطة يرأسها أوتو كيرنبرج، دكتوراه

في الطب، وموقع ويب إعلامي عام.

ملخص المعهد الوطني للصحة العقلية [www.nimh.nih.gov/health/publications/borderline-personality-disorder-](http://www.nimh.nih.gov/health/publications/borderline-personality-disorder-index.shtml)

ورقة الحقائق/[index.shtml](http://www.nimh.nih.gov/health/publications/borderline-personality-disorder-index.shtml)

معلومات عامة.

معلومات مايو كلينيك

mayoclinic.com/health/borderline-personality-disorder/DS00442 معلومات عامة وإجابات على الأسئلة.

تم إزالة الغموض عن اضطراب الشخصية الحدية

www.bpd-demystified.com هذا موقع تم تحريكه بواسطة روبرت أو. فريدل، دكتوراه في الطب، وهو طبيب

نفسي رائد و

مؤلف كتاب اضطراب الشخصية الحدية إزالة الغموض إد.

شبكة التوعية باضطرابات الشخصية www.pdan.org (PDAN) تعمل PDAN على زيادة الوعي العام حول تأثير اضطراب الشخصية الحدية

على الأطفال والعلاقات والمجتمع.

مواجهة الحقائق

www.bpdfamily.com

أحد أكبر المواقع التي تقدم المعلومات والدعم للعائلات.

244الموارد

تعاقي اضطراب الشخصية الحدية

www.bpdrecovery.com

موقع للأفراد الذين يتعافون ويبحثون عن المساعدة في علاج اضطراب الشخصية الحدية.

مرحبًا بكم في أوز

<http://groups.yahoo.com/group/welcometooz>

لوحة إعلانات لأفراد الأسرة وأحباء الأشخاص المصابين باضطراب الشخصية الحدية.

مرحبًا بكم في — IOZ المحترفين

<http://groups.yahoo.com/group/wtopprofessionals>

لوحة الإعلانات والتواصل عبر البريد الإلكتروني للممارسين العاملين مع BPD.

ملاذ اضطراب الشخصية الحدية

www.mhsanctuary.com/borderline يوفر التعليم والكتب والدعم وقائمة بالأطباء والمعالجين لكل ولاية على حدة.

التحالف الوطني للتعليم من أجل الحدود

اضطراب الشخصية www.borderlinepersonalitydisorder.com (NEA-BPD)

الدعم والتعليم للمرضى والأقارب والمهنيين.

جمعية العلاج والتقدم البحثي ل

اضطراب الشخصية www.tara4bpd.org (TARAAPD) منظمة وطنية غير ربحية تدافع عن الأفراد المصابين باضطراب الشخصية الحدية وأسرهم، وترعى ورش العمل والندوات، وتدير مركزًا وطنيًا للموارد والإحالة، وتوضح قضايا اضطراب الشخصية الحدية لمشريعي الكونجرس.

مراكز العلاج

سكن غوندرسون في مستشفى ماكلين (للسيدات فقط)

115 شارع ميل

بلمونت، MA 02178

617-855-2000

www.gundersonresidence.org

مستشفى نيويورك المشيخي، قسم وستشستر

21 طريق بلومنجديل

وايت بلينز، نيويورك 10605

914-949-8384

مركز أوستن ريجز

25 شارع رئيسي

ستوكبريدج، MA 01262

800-51-ريجس

مستشفى سيلفر هيل

208 طريق الوادي

نيو كنعان، CT

866-542-4455

www.SilverHillHospital.org

مركز SLS السكني

2505 شارع الكرمل

بروستر، نيويورك 10509

8-888-كير-4U

ملحوظات

مقدمة

1. جون كلاود، "عقول على الحافة"، التايم 19 يناير 46-42 (2009): 42-46.
2. جون ج. جوندسون، "اضطراب الشخصية الحدية: تطور التشخيص"، المجلة الأمريكية للطب النفسي 530-539 (2009): 166

1. عالم الحدود

1. Bridget F. Grant, S. Patricia Chou, Rise B. Goldstein, et al., "انتشار الارتباطات والإعاقة والاعتلال المشترك لاضطراب الشخصية الحدية: DSM-IV نتائج المسح الوطني للموجة الثانية حول الكحول والإدمان" الحالات ذات الصلة، مجلة الطب النفسي السريري 533-544 (2008): 69

2. جون ج. جوندسون، اضطراب الشخصية الحدية (واشنطن العاصمة: النشر الأمريكي للطب النفسي، 1984).
3. كلاوس ليب، ماري سي. زاناريني، كريستيان شمهل وآخرون، "اضطراب الشخصية الحدية"، لانسييت 453-461 (2004): 364
4. مارك زيمرمان، ولويس روتشيلد، وإيونا تشيلمينسكي، "انتشار اضطرابات الشخصية DSM-IV في المرضى النفسيين الخارجيين"، المجلة الأمريكية للطب النفسي 162 (2005): 1911-1918

248 ملاحظات

5. دون إ. إس. بندر، أندرو إي. سكودول، ماريا إي. باجانو وآخرون، "التقييم المستقبلي لاستخدام العلاج من قبل المرضى الذين يعانون من اضطرابات الشخصية"، *خدمات الطب النفسي*. 254-257 (2006): 57

6. مارفن سوارتز، دان بليزر، ليندا جورج وآخرون، "تقدير مدى انتشار اضطراب الشخصية الحدية في المجتمع"، *مجلة اضطرابات الشخصية*. 257-272 (1990): 4

7. جيمس ج. هودزيك، تود ج. بوفيلي، جيرولد ج. كريسمان، وآخرون، "دراسة سريرية لعلاقة اضطراب الشخصية الحدية بمتلازمة بريكي (الهستيريا)، واضطراب الجسدية، واضطراب الشخصية المعادية للمجتمع، و اضطرابات تعاطي المخدرات، *المجلة الأمريكية للطب النفسي*. 1598-1606 (1996): 153

8. ماري سي. زاناريني، فرانسيس آر. فرانكنبرج، جون هينين، وآخرون، "الاعتلال المشترك على المحور الأول لدى المرضى الذين يعانون من اضطراب الشخصية الحدية: متابعة لمدة 6 سنوات والتنبؤ بوقت التعافي"، *المجلة الأمريكية للطب النفسي*. 2108-2114 (2004): 161

9. كريج جونسون، وديفيد توبين، وإيمي إنرايت، "انتشار المرضى الحدوديين وخصائصهم السريرية في مجتمع يعاني من اضطرابات الأكل"، *مجلة الطب النفسي السريري*. 9-15 (1989): 50

10. جويل باريس وهالي زويج فرانك، "متابعة لمدة 27 عامًا للمرضى الذين يعانون من اضطراب الشخصية الحدية"، *الطب النفسي الشامل*. 482-484 (2001): 42

11. ألكسندر ماكجير، جويل باريس، آلان ليساج، وآخرون، "عوامل الخطر لاستكمال الانتحار في اضطراب الشخصية الحدية: دراسة الحالات والشواهد للاعتلال المشترك للمجموعة ب والعدوان الاندفاعي"، *مجلة الطب النفسي السريري*. 729-721 (2007): 68

12. توماس ويدجر وبول ت. كوستا جونيور، "اضطرابات الشخصية والشخصية"، *مجلة علم النفس غير الطبيعي*. 78-91 (1994): 103

13. جون إم. أولدهام، "مراقبة المبادئ التوجيهية: المبادئ التوجيهية للممارسة لعلاج المرضى الذين يعانون من اضطراب الشخصية الحدية"، *التركيز*. 396-400 (2005): 3

14. روبرت ل. سبيتزر، مايكل ب. فيرست، جوناثان شيدلر وآخرون، "المنفعة السريرية للأنظمة الخمسة الأبعاد لتشخيص الشخصية"، *مجلة الأمراض العصبية والعقلية*. 356-374 (2008): 196

15. الجمعية الأمريكية للطب النفسي، الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات العقلية، الطبعة الرابعة، مراجعة النص (واشنطن العاصمة: الجمعية الأمريكية للطب النفسي، 2000): 706-710.

ملاحظات 249

16. ليزا لابورت وهيرتا جوتمان. "تجارب الطفولة المؤلمة كعوامل خطر للاضطرابات الحدية وغيرها من اضطرابات الشخصية"، مجلة اضطرابات الشخصية، 247-259 (1996): 10
17. ماري سي. زاناريني، لين يونج، فرانسيس آر. فرانكنبرج وآخرون، "شدة الاعتداء الجنسي على الأطفال المُبلغ عنه وعلاقته بخطورة الأمراض النفسية والإعاقة النفسية الاجتماعية بين المرضى الداخليين على الحدود"، مجلة الأمراض العصبية والنفسية، المرض العقلي 381-387. (2002): 190
18. كارولين ز. كونكلين وودرو ويستون، "اضطراب الشخصية الحدية في الممارسة السريرية"، المجلة الأمريكية للطب النفسي، 867-875. (2005): 162
19. توماس ماكجلاشان، "دراسة متابعة The Chestnut Lodge III، النتيجة طويلة المدى للشخصيات الحدودية"، أرشيف الطب النفسي العام، 20-30 (1986): 43
20. لويس ساس، "الشخصية الحدودية"، مجلة نيويورك تايمز 102. أغسطس (1982): 22
21. ماري سي. زاناريني، فرانسيس آر. فرانكنبرج، جون هينين، وآخرون، "التوقع المسبق لدورة العشر سنوات من اضطراب الشخصية الحدية"، المجلة الأمريكية للطب النفسي، 827-832. (2006): 163
22. ماري سي. زاناريني، فرانسيس آر. فرانكنبرج، د. برادفورد رايش، وآخرون، "الوقت اللازم لتحقيق التعافي من اضطراب الشخصية الحدية واستقرار التعافي: دراسة متابعة مستقبلية لمدة 10 سنوات"، المجلة الأمريكية للطب النفسي، 663-667. (2010): 168
23. كريستوفر بيرلي، إليزابيث بانون، وفلورينا إياتي، "فعالية العلاج النفسي لاضطرابات الشخصية"، المجلة الأمريكية للطب النفسي، 1312-1321. (1999): 156
2. الفوضى والفراغ
1. ستيفانو بالاتي، "اضطرابات الشخصية: الخرافات وعلم الأعصاب"، أطباء الجهاز العصبي المركزي، 53-63. (1997): 2
2. جيرولد ج. كريسمان وهال ستراوس، أحياناً أنصرف بجنون: التعايش مع اضطراب الشخصية الحدية (هوبوكين، نيوجيرسي: جون وايلي وأولاده، 2004): 13.
3. جيس ج. فيدوروفيتش ودونالد ديليو بلاك، "الخط الحدودي، ثنائي القطب، أم كلاهما؟" الطب النفسي الحالي، 21-32. (2010): 9
4. هنريك أنكارساتر، أولا ستالبيرج، توماس لارسون، وآخرون، "تأثير اضطراب فرط الحركة ونقص الانتباه واضطرابات طيف التوحد على المزاج والشخصية والشخصية"

وتتمية الشخصية، "المجلة الأمريكية للطب النفسي، 1239-1244 (2006): 163

5.كارلين جيه ميلر، وجانين د. فلوري، وسكوت آر. ميلر، وآخرون، "اضطراب نقص الانتباه لدى الأطفال/فرط النشاط وظهور اضطرابات الشخصية في مرحلة المراهقة: دراسة متابعة مستقبلية"، مجلة الطب النفسي السريري، 1477-1484 (2008): 69

6.الكنسندرا فيليبسن، ماتياس إف. ليمبرجر، كلاوس ليب، وآخرون، "اضطراب فرط النشاط ونقص الانتباه كعامل محتمل مشدد في اضطراب الشخصية الحدية"، المجلة البريطانية للطب النفسي، 118-123 (2008): 192

7.أندريا فوساتي، ليليانا نوفيل، ديورا دوناتي وآخرون، "تاريخ أعراض نقص الانتباه في مرحلة الطفولة/اضطراب فرط النشاط واضطراب الشخصية الحدية: دراسة مضبوطة"، الطب النفسي الشامل، 369-377 (2002): 43

8.بافيل جولوبشيك، جوناثان سيفر، جيل زالسمان، وآخرون، "ميثلفيني- التاريخ في علاج المراهقات المصابات باضطراب نقص الانتباه/فرط النشاط واضطراب الشخصية الحدية: تجربة أولية مفتوحة التسمية، " علم الأدوية النفسية السريرية الدولية . 228-231 (2008): 23

9.راندي أ. سانسون ولوري أ. سانسون، "الشخصية الحدودية ومفارقة الألم"، الطب النفسي . 40-46 (2007): 4

10.جيمس ج. هودزيناك، تود ج. بوفيلي، جيرولد ج. كريسمان، وآخرون، "دراسة سريرية لعلاقة اضطراب الشخصية الحدية بمتلازمة بريكيه (الهستيريا)، واضطراب الجسدية، واضطراب الشخصية المعادية للمجتمع، و اضطرابات تعاطي المخدرات، المجلة الأمريكية للطب النفسي، 1598-1606 (1996):

11.فيدات سار، غامزي أكوز، نسيم كوغو، وآخرون، "الاعتلال المشترك للاضطراب الانفصالي على المحور الأول في اضطراب الشخصية الحدية وتقارير صدمة الطفولة"، مجلة الطب النفسي السريري، 1583-1590 (2006): 67

12.ريتشارد ب. هورفيتز وبينيت ج. براون، "هل تعد الشخصيات المتعددة حدودًا؟" عيادات الطب النفسي في أمريكا الشمالية، 69-87 (1984): 7

13.جوليا أ. جولير، راشيل يهودا، ليندا م. بيرر وآخرون، "علاقة اضطراب الشخصية الحدية باضطراب ما بعد الصدمة والأحداث المؤلمة"، المجلة الأمريكية للطب النفسي، 2018-2024 (2003): 160

ملاحظات 251

14. أندرو إي. سكودول، جون جي. جونسون، توماس إتش. ماكجلاشان، وآخرون، "الضعف الوظيفي لدى المرضى الذين يعانون من اضطراب الشخصية القسامية أو الحدية أو الاجتنابية أو الوسواس القهري"، *المجلة الأمريكية للطب النفسي*. 276-283 (2002): 159

15. تي جيه ترول، دي جي شير، سي. مينكس-براون، وآخرون، "اضطراب الشخصية الحدية واضطرابات استخدام المواد: مراجعة وتكامل"،

المراجعة النفسية السريرية. 235-253 (2000): 20

16. ماري سي. زاناريني، فرانسيس آر. فرانكنبرج، جون هينين، وآخرون، "الاعتلال المشترك على المحور الأول لدى المرضى الذين يعانون من اضطراب الشخصية الحدية: متابعة لمدة 6 سنوات والتنبؤ بوقت التعافي"، *المجلة الأمريكية للطب النفسي*. 2108-2114 (2004): 161

17. درو ويستين وجيفر هارندن فيشر، "الملامح الشخصية في اضطرابات الأكل: إعادة التفكير في التمييز بين المحور الأول والمحور الثاني"، *المجلة الأمريكية للطب النفسي*. 547-562 (2001): 158

18. ريجينا سي. كاسبر وآخرون، "النشر المرضي: حدوثه وأهميته السريرية لدى المرضى الذين يعانون من فقدان الشهية العصبي"، *أرشيف الطب النفسي العام*. 1030-1035 (1980): 37

19. بيت س. برودسكي، كيفن إم. مالون، ستيفن بي. إليس، وآخرون، "خصائص اضطراب الشخصية الحدية المرتبط بالسلوك الانتحاري"، *المجلة الأمريكية للطب النفسي*. 1715-1719 (1997): 154

20. بول إتش. سولوف، كيفن جي. لينش، توماس إم. كيللي، وآخرون، "خصائص محاولات الانتحار للمرضى الذين يعانون من نوبة اكتئابية كبرى واضطراب الشخصية الحدية: دراسة مقارنة"، *المجلة الأمريكية للطب النفسي*. 601-608 (2000): 157

21. ألكسندر ماكجير، جويل باريس، آلان ليساج، وآخرون، "عوامل الخطر لاستكمال الانتحار في اضطراب الشخصية الحدية: دراسة الحالات والشواهد للاعتلال المشترك للمجموعة ب والعُدوان الاندفاعي"، *مجلة الطب النفسي السريري*. 721-729 (2007): 68

22. الجمعية الأمريكية للطب النفسي. DSM-IV-TR (2000): 706-710.

23. كريستيان ج. شمل، بيرنيت إم. إلزنج، إريك فيرميتن، وآخرون، "الارتباطات العصبية لذكريات الهجر لدى النساء مع وبدون بور-

"اضطراب شخصية دبرلاين"، *الطب النفسي البيولوجي*. 142-151 (2003): 54

24. نورمان روستن، مارلين: قصة غير مروية (نيويورك: المكتبة الأمريكية الجديدة، 112. (1967):

25. نورمان ميلر، مارلين: سيرة ذاتية (نيويورك: جروسيت ودونلاب،

1973): 86.

26. المرجع نفسه، 108.
27. جورج س. زوينكو وآخرون، "الممارسات الجنسية بين المرضى الذين يعانون من اضطراب الشخصية بور-ديرلاري"، المجلة الأمريكية للطب النفسي، 144 (1987): 748-752.
28. باربرا ستانلي، مارك ج. جيمبروف، فينيسيا ميشالسن، وآخرون، "هل محاولات الانتحار التي تشوه نفسها هي مجموعة سكانية فريدة من نوعها؟" المجلة الأمريكية للطب النفسي، 158 (2001): 427-432.
29. راندي أ. سانسون، جورج أ. جاتر، ودوغلاس أ. سونغر، "سلوكيات الأذى الذاتي عبر دورة الحياة: دراسة تجريبية للمرضى الداخليين ذوي الشخصية الحدودية"، الطب النفسي الشامل، 43 (2002): 215-218.
30. بول إتش. سولوف، وكيفن جي. لينش، وتوماس إم. كيللي، "إساءة معاملة الأطفال كعامل خطر للسلوك الانتحاري في اضطراب الشخصية الحدية"، مجلة اضطرابات الشخصية، 16 (2002): 201-214.
31. نيكولاس كليبيندست، مارتين بوهوس، بيترا لوداشر وآخرون، "دوافع الإصابة الذاتية غير الانتحارية بين النساء المصابات باضطراب الشخصية الحدية"، مجلة الأمراض العصبية والعقلية، 196 (2008): 230-236.
32. توماس ه. ماكجلاشان، كارلوس إم. جريلو، تشارلز أ. سانيسلو وآخرون، "انتشار واستقرار معايير DSM-IV الفردية لاضطرابات الشخصية الفصامية، والحدية، والتجنبة، والوسواسية القهرية: نحو نموذج هجين لاضطرابات المحور الثاني"، المجلة الأمريكية للطب النفسي، 162 (2005): 883-889.
3. جذور متلازمة الحدود
1. راندي أ. سانسون ولوري أ. سانسون، "عائلات المرضى الحدوديين: إعادة النظر في البيئة النفسية"، الطب النفسي، 19-24 (2009): 6.
2. جبرولد ج. كريسمان وهال ستراوس، أحياناً أنصرف بجنون: التعايش مع اضطراب الشخصية الحدية (هوبوكين، نيوجيرسي: جون وايلي وأولاده، 2004): 13-15.
3. إريك ليز، بريان جرينفيلد، ميليسا هنري وآخرون، "التصوير العصبي وعلم الوراثة لاضطراب الشخصية الحدية: مراجعة"، مجلة الطب النفسي وعلم الأعصاب، 32 (2007): 162-173.
4. بول أ. أندروولونيس، برنارد سي. جلوك، تشارلز ف. ستروبييل وآخرون، "خلل وظيفي في الدماغ العضوي ومتلازمة الحد"، عيادات الطب النفسي في أمريكا الشمالية، 4 (1980): 47-66.
5. مارجريت ماهلر، فريد باين، وآني بيرجمان، الولادة النفسية للرضيع البشري (نيويورك: الكتب الأساسية، 1975).

ملاحظات 253

6. رسالة من تي إي لورانس إلى شارلوت شو 18) أغسطس. (1927 كما نقلها جون إي ماك، أمير اضطرابنا: حياة تي إي

لورانس (يوسطن: ليتل، براون، 31: 1976)

7. سالي بي سميث، ديانا تبحر عن نفسها (نيويورك: راندوم هاوس،

38: 1999).

8. نورمان ميلر، مارلين: سيرة ذاتية (نيويورك: جروسيت ودنلوب،

86: 1973).

9. ذا ميل أون صنداي 1) يونيو، (1986 كما نقلت في سالي بي. سميث 10: 1999)

10. أندرو مورتون، ديانا: قصتها الحقيقية - بكلماتها الخاصة (جديد

يورك: سايمون اند شوستر، 33-34: 1997)

11. جون ج. جوندروسون، وجون كير، وديان وودز إنجلوند، "الأكاذيب العائلية للخطوط الحدودية: دراسة مقارنة"، أرشيفات

الطب النفسي العام 33-27: 1980) 37

12. هالي فرانك وجويل باريس، "ذكريات تجربة الأسرة في المرضى الحدوديين"، أرشيف الطب النفسي العام (1981) 38

1031-1034.

13. رونالد ب. فيلدمان وهيرتا أ. غونمان، "عائلات المرضى على الحدود: الآباء ذوو التفكير الحرفي، والآباء على الحدود،

وحماية الوالدين"، المجلة الأمريكية للطب النفسي 1396-1392: 1984) 141

4. المجتمع الحدودي

1. كريستوفر لاش، ثقافة النرجسية (نيويورك: ديليو ديليو نورتن، 34: 1978)

2. لويس ساس، "الشخصية الحدودية"، مجلة نيويورك تايمز

13: أغسطس 1982)

3. بيتر ل. جيوفاتشيني، التحليل النفسي لاضطرابات الشخصية (نيويورك: جايسون أرونسون، 1975)

4. كريستوفر لاش 5: 1978)

5. ديفيد س. جرينوالد، لا يوجد سبب للحديث عنه (نيويورك: WW

نورتن، 1987)

6. بول أ. أندرو لويس، اتصالات شخصية، 1987

7. باتريك إي. جاميسون ودان رومر، "القدرة غير الواقعية في أعمار الشباب الأمريكي من 14 إلى 22 عامًا: الانتشار

والخصائص"، مجلة صحة المراهقين 160-154: 2008) 42

8. "عدد حالات الزواج والطلاق ووقتها ومدتها"، الغسل-

طن، العاصمة: مكتب الإحصاء الأمريكي، 10-7: 2005

9. كريستوفر لاش 30: 1978)

254 ملاحظات

10. جورج س. زوبينكو وآخرون، "الممارسات الجنسية بين المرضى الذين يعانون من اضطراب الشخصية بور-ديرلاين"، المجلة الأمريكية للطب النفسي، 144 (1987): 748-752.
11. أوتو كيرنبرج، "منظمة الشخصية الحدودية"، مجلة الجمعية الأمريكية للتحليل النفسي، 641-685 (1967): 15.
12. جيسون فيلدر، "نرتيات وخصائص معيشة الأطفال: مارس"، 2002 التقارير السكانية الحالية، صفحة 547-20 مكتب الإحصاء الأمريكي، 2003.
13. "حالة النقابات"، 2005 تقرير مشروع الزواج الوطني، جامعة روتجرز، 17-21 (2005).
14. جيسون فيلدر، مكتب الإحصاء الأمريكي (2003).
15. إدوارد ف. زيفلر، "حل لأزمة رعاية الأطفال في البلاد"، ورقة مقدمة في منتدى السياسة الصحية الوطنية، واشنطن العاصمة (1987): 1.
16. وزارة الصحة الأمريكية وإدارة الخدمات الإنسانية للأطفال والأسر، سوء معاملة الأطفال: 2003 ملخص النتائج الرئيسية: 4-34.
17. وزارة الصحة الأمريكية وإدارة الخدمات الإنسانية للأطفال والشباب والعائلات، إساءة معاملة الأطفال 2007 (واشنطن العاصمة: مكتب الطباعة الحكومي الأمريكي، 24 (2009): 24).
18. جوديث ل. هيرمان، سفاح القربى بين الأب وابنته (كامبريدج، ماساتشوستس: هارفارد مطبعة الجامعة، 1981).
19. مركز تبادل المعلومات الوطني حول معلومات إساءة معاملة الأطفال وإهمالهم، العواقب طويلة المدى لإساءة معاملة الأطفال وإهمالهم، واشنطن العاصمة، 2005.
20. سوزان جاكوبي، "الإساءة العاطفية للأطفال: الطاعون الخفي"، يري (أكتوبر: 1984) إدينا ج. هنتر، مقتبس في USA Today (أغسطس 11، 1985).
21. ديليو هيو ميسيلدين، طفلك الداخلي في الماضي (نيويورك: سيمون آند شوستر، 1963).
22. جوديث والرسين وجي بي كيلي، "تأثير طلاق الوالدين: تجارب طفل ما قبل المدرسة"، مجلة الأكاديمية الأمريكية للطب النفسي للأطفال، 600-616 (1975): 14.
23. المرجع نفسه.
24. هيدزنتون، "الأطفال والطلاق"، في التفاعل بين الوالدين والطفل: النظرية والبحث والتوقعات، أد. ر. هندرسون، رأي الطب النفسي، 6-15 (1982): 11.
25. ديفيد أ. برنت وآخرون، "اضطرابات ما بعد الصدمة لدى أقران ضحايا الانتحار المراهقين: العوامل المؤهبة والظواهر"،

ملاحظات 255

مجلة الأكاديمية الأمريكية للطب النفسي للأطفال والمراهقين. 209-215. (1995): 34

26. حايم ف. شاتان، "من خلال غشاء الواقع: الحزن المتأثر والتنافر الإدراكي لدى المحاربين القدامى في فيتنام"، رأي الطب النفسي 6: 15. (1982): 11

27. حايم ف. شاتان، "الأنا الممزقة للناجين"، سجلات الطب النفسي

12 (1982): 1031-1038.

28. "قلبي متزايد بشأن ارتفاع حالات انتحار القوات"، 3. CNN.com فبراير/شباط 2008/US/02/01/military.suicides
2008، تمت الزيارة في 18 أغسطس/آب، (2009)

29. حايم ف. شاتان، "أطفال الحرب"، المجلة الأمريكية للطب النفسي العظمي. 289. (1975): 45

30. "الإيمان في التدفق: التغييرات في الانتماء الديني في الولايات المتحدة"، منتدى بيو للدين والحياة العامة، 27 أبريل/نيسان 2009، <http://pewforum.org/Faith-in-Flux.aspx>، تمت الزيارة في 7 يوليو/تموز. (2010)

31. أماندا لينهارت وماري مادن، "مواقع الشبكات الاجتماعية والمراهقون"، مشروع Pew Internet and American Life. 7
2007، www.pewinternet.org/Reports/2007/Social-Networking-Websites-and-Teens.aspx، تم الوصول إليه في 2 سبتمبر. (2009)

32. روبن هامان، "Blogging4business: الشبكات الاجتماعية والعلامات التجارية"،

4. Cybersoc.com، أبريل/نيسان 2007، www.cybersoc.com/2007/04/blogging4busine.html
(تمت الزيارة في 14 سبتمبر/أيلول: 2009) تم تسليم ورقة بحثية في 4 أبريل/نيسان 2007، تلخص نتائج مايكروسوفت.

33. جين إم توبنج ودبليو كيث كامبل، وباء النرجسية: العيش في عصر الاستحقاق (نيويورك: فري برس، 1-4. 2009)

6. التعامل مع الحدود

1. أندرو إم. تشاينين، مارتينا جوفيف، هنري جي. جاكسون، "الوظيفة التكييفية والأعراض النفسية لدى المراهقين الذين يعانون من اضطراب الشخصية الحدية"، مجلة الطب النفسي السريري. 68 (2007): 297-306.

2. ديفيد أ. برنت وآخرون، "عوامل الخطر لانتحار المراهقين"، أرسيفات

الطب النفسي العام. 581-588. (1988): 45

3. ألكسندر ماكجير، جويل باريس، آلان ليساج، وآخرون، "عوامل الخطر لاستكمال الانتحار في اضطراب الشخصية الحدية: دراسة الحالات والشواهد للاعتلال المشترك للمجموعة ب والعدوان الاندفاعي"، مجلة الطب النفسي السريري. 721-729. (2007): 68

256 ملاحظات

7. البحث عن العلاج

1. الجمعية الأمريكية للطب النفسي، "المبادئ التوجيهية الممارسة لعلاج المرضى الذين يعانون من اضطراب الشخصية الحدية"، المجلة الأمريكية للطب النفسي، 2001، 158 ملحق أكتوبر): 4.

2. أوتو كيرنبرج، الظروف الحدودية والترجسية المرضية

(نيويورك: جايسون أرونسون، 1975)

3. جيمس ف. ماسترسون، العلاج النفسي للكبار على الحدود (نيويورك:

برونر/مازيل، 1976)

4. نورمان د. ماكاسكيل، "العوامل العلاجية في العلاج الجماعي مع المرضى الحدوديين"، المجلة الدولية للعلاج النفسي الجماعي

32 (1982): 61-73.

5. ويندي فروبيرج وبرنت د. سليف، "التقلب على العوائق أمام تنفيذ نموذج اليوم للعلاج النفسي الجماعي للمرضى الداخليين"،

المجلة الدولية للعلاج النفسي الجماعي، 37 (1987): 371-388.

6. ليونارد هورويتز، "مؤشرات العلاج الجماعي مع المرضى الحديين والترجسيين"، نشرة عبادة مينينجر: 1 (1987)

248-260.

7. جوديث ك. كريسمان وجيرولد ج. كريسمان، "العلاج الزوجي والعائلي لاضطراب الشخصية الحدية"، في العلاج الأسري

للاضطرابات الشخصية: التقدم في الممارسة السريرية، تحرير. مالكولم م.

ماكفارلين (نيويورك: مطبعة هاوورث، 117-148: 2004)

8. توماس أ. ويديجر وألين ج. فرانسيس، "علم الأوبئة والتشخيص والاعتلال المشترك لاضطراب الشخصية الحدية"، في مجلة

American Psychiatric Press Review of Psychiatry، تحرير. ألين تسمان، روبرت إي.

هالز، وألين جيه فرانسيس، المجلد. 8 (واشنطن العاصمة: 24-8: 1989) American Psychiatric Publishing.

8. أساليب العلاج النفسي المحددة

1. آنا بارتاك، دجورا آي. سويتمان، روس فيرهول وآخرون، "تعزيز حالة العلاج النفسي لاضطرابات الشخصية: منظور متكامل

حول التأثيرات والتكاليف"، المجلة الكندية للطب النفسي، 803-809: 52 (2007)

2. جون جي جوندرسون، اضطراب الشخصية الحدية: دليل سريري، الطبعة الثانية. (واشنطن العاصمة: منشورات الطب النفسي

الأمريكية، 2008)

242-243.

3. كاميو إف. بورتراجر، بروس إف. كوربيتا، شارمين هيجا-ماكميلان، وآخرون، "مواقف مقدمي الخدمات تجاه الممارسات

القائمة على الأدلة: هل

ملاحظات 257

مخاوف بشأن الأدلة أو مع الأدلة؟ خدمات الطب النفسي. 677-681 (2009): 60

4. آرون تي بيك، آرثر فريمان، ودينيس دي ديفيس، العلاج المعرفي لاضطرابات الشخصية، الطبعة الثانية. (نيويورك: جيلفورد، 2006).

5. مارشا م. لينهان، العلاج السلوكي المعرفي للحدود

اضطراب الشخصية (نيويورك: جيلفورد، 2003).

6. نانسي بلوم، بروس بفول، دون سانت جون، وآخرون، "STEPPS" علاج جماعي قائم على الأنظمة السلوكية المعرفية للمرضى الخارجيين المصابين باضطراب الشخصية بورديراين - تقرير أولي"، الطب النفسي الشامل. 301-310 (2002): 43

7. جيفري إي. يونغ، جانيث س. كلوسكو، مارجوري إي. ويشار، المخطط العلاجي: دليل الممارس (نيويورك: جيلفورد، 2003).

8. بيتر فوناجي، "التفكير في التفكير: بعض الاعتبارات السريرية والنظرية في علاج المريض الحدي"، المجلة الدولية للتحليل النفسي 72، ص. 639-656 (1991): 4

9. أنتوني بيتمان وبيتر فوناجي، العلاج القائم على العقلية لاضطراب الشخصية الحدية: دليل عملي (أكسفورد، المملكة المتحدة: مطبعة جامعة أكسفورد، 2006).

10. أنتوني بيتمان وبيتر فوناجي، "متابعة لمدة 8 سنوات للمرضى الذين تم علاجهم من اضطراب الشخصية الحدية: العلاج القائم على التعقيل مقابل العلاج كالمعتاد"، المجلة الأمريكية للطب النفسي. 631-638 (2008): 165

11. أوتو ف. كيرنبرج، مايكل أ. سيلرز، هارولد ديليو كوينينجسبيرج، وآخرون، العلاج النفسي الديناميكي لمرضى الحدود (نيويورك: Basic Books، 1989).

12. فرانك إي. يومانس، جون إف. كلاركين، وأوتو إف. كيرنبرج، كتاب تمهيدي للعلاج النفسي الذي يركز على التحويل للمريض الحدودي (لان هام، دكتوراه في الطب: جايسون أرونسون، 2002).

13. روبرت ج. جريجوري وآنا ل. ريمين، "العلاج البدوي القائم على العلاج النفسي لاضطراب الشخصية الحدية المقاوم للعلاج"، العلاج النفسي: النظرية والبحث والممارسة والتدريب. 15-27 (2008): 45

14. إريك م. بلاكون، "إقامة التحالف واتخاذ التحويل في العمل مع المرضى الانتحاريين على الحدود"، مجلة ممارسات وأبحاث العلاج النفسي. 269-276 (2001): 10

15. ألن عباس، ألبرت شيلدون، جون جيرار، وآخرون، "العلاج النفسي الديناميكي المكثف قصير المدى لاضطرابات الشخصية"
DSM-IV:

تجربة عشوائية محكمة، مجلة الأمراض العصبية والعقلية. 216-211: (2008) 196

16. أنطونيو مينتشاكا، وأوريتا بيريز، وأستريد بيرالتا، "العلاج الانتقائي المتقطع والمستمر: نهج جماعي لاضطراب الشخصية

الحدية،" مجلة ممارسة الطب النفسي. 281-284: (2007) 13

17. جون إف. كلاركين، كينيث إن. ليفي، مارك إف. لينزينوچر وآخرون، "تقييم ثلاثة علاجات لاضطراب الشخصية الحدية: دراسة

متعددة الموجات"، المجلة الأمريكية للطب النفسي. 928-922: (2007) 164

18. جوزفين جيسن-بلو، ريتشارد فان دايك، فيليب سبينهوفن، وآخرون، "العلاج النفسي للمرضى الخارجيين لاضطراب

الشخصية الحدية: تجربة عشوائية للعلاج الذي يركز على المخطط مقابل العلاج النفسي الذي يركز على النقل"، أرشيف الطب

النفسي العام. 649-658: (2006) 63

19. أنطوانيت دي آي فان أسيلت وكرامن د. ديركسن، "العلاج النفسي للمرضى الخارجيين لاضطراب الشخصية الحدية: فعالية

تكلفة العلاج الذي يركز على المخطط مقابل العلاج النفسي الذي يركز على التحويل،"

المجلة البريطانية للطب النفسي. 457-450: (2008) 192

9. الأدوية: العلم والوعد

1. تيد ريتشورن-كجينرود، "علم الوراثة لاضطرابات الشخصية"، العيادات النفسية في أمريكا الشمالية. 440-421: (2008) 31

2. راندي أ. سانسون ولوري أ. سانسون، "عائلات المرضى الحدوديين: إعادة النظر في البيئة النفسية"، الطب النفسي. 24-19:

(2009) 6

3. برناديت جروجان وجوتشوان إي. تساي، "NMDA Neurotransmis-

"كوسيط حاسم لاضطراب الشخصية الحدية"، مجلة الطب النفسي وعلم الأعصاب. 115-103: (2007) 32

4. أنطونيا س. نيو، ماريان جودمان، جوزيف تريفاشر وآخرون، "التطورات الحديثة في الدراسة البيولوجية لاضطرابات الشخصية"،

عيادات الطب النفسي في أمريكا الشمالية. 461-441: (2008) 31

5. بوني جين شتاينبرغ، وروبرت إل. تريستمان، ولاري جيه. سيفر، "أنظمة الناقلات العصبية الكولينية والنورادرينالية وعدم

الاستقرار العاطفي في اضطراب الشخصية الحدية"، في الدراسات البيولوجية والسلوكية العصبية لاضطراب الشخصية الحدية

(واشنطن العاصمة: أمريكيان منشورات الطب النفسي، 62-41: (2005)

6. ماري سي. زاناريني، وكاترين ر. كيمبل، وإيمي أ. ويليامز، "الخلل الوظيفي العصبي في مرضى الحدود وموضوعات التحكم في

المحور الثاني،"

ملاحظات 259

- الدراسات البيولوجية والسلوكية العصبية لاضطراب الشخصية الحدية (واشنطن العاصمة: 2005): 159-175. Publishing, American Psychiatric
7. خوسيه مانويل دي لا فونتي، خوليو بوبس، كورو فيزويتي، وآخرون، "العلامات العصبية الناعمة في اضطراب الشخصية الحدية"، مجلة الطب النفسي السريري، 546-541 (2006): 67
8. إريك ليز، بريان جرينفيلد، ميليسا هنري وآخرون، "التصوير العصبي وعلم الوراثة لاضطراب الشخصية الحدية: مراجعة"، مجلة الطب النفسي وعلم الأعصاب، 162-173 (2007): 32
9. الجمعية الأمريكية للطب النفسي، "المبادئ التوجيهية الممارسة لعلاج المرضى الذين يعانون من اضطراب الشخصية الحدية"، المجلة الأمريكية للطب النفسي، 158 ملحق أكتوبر (2001).
10. ماري سي. زاناريني وفرانيسيس آر. فرانكنبرج، "علاج الأحماض الدهنية أوميغا 3 للنساء المصابات باضطراب الشخصية الحدية: دراسة تجريبية مزدوجة التعمية يتم التحكم فيها بالعلاج الوهمي"، المجلة الأمريكية للطب النفسي، 169-167 (2003): 160
11. أكريستوفر بيتنجر، جون إتش. كريستال، وفلاديمير كوريك، "الأدلة الأولية للتأثيرات المفيدة لعوامل تعديل الغلوتامات في علاج السلوك المضر بالنفس المرتبط باضطراب الشخصية الحدية" (رسالة إلى المحرر)، مجلة السريرية الطب النفسي، 1493-1492 (2005): 66
12. الجمعية الأمريكية للطب النفسي: الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات العقلية، المراجعة، الطبعة الثالثة. (III-R) (DSM-IV) واشنطن العاصمة: الجمعية الأمريكية للطب النفسي، 16. (1987)
13. مايكل ه. ستون، مصير المرضى الحدين: النتيجة الناجحة وممارسة الطب النفسي (نيويورك: جيلفورد، 1990).
14. ماري سي. زاناريني، فرانيسيس آر. فرانكنبرج، جون هينين، وآخرون، "دراسة ماكلين لتنمية البالغين (MSAD): نظرة عامة وآثار السنوات الست الأولى من المتابعة المستقبلية"، مجلة بير. -الاضطرابات الشخصية، 523-505 (2005): 19
15. أندرو إي. سكودول، جون جي. جوندروسون، إم. تريسي شيا، وآخرون، "دراسة اضطرابات الشخصية الطويلة التعاونية: نظرة عامة وانعكاسات"، مجلة اضطرابات الشخصية، 487-504 (2005): 19
10. الفهم والشفاء
1. أندرو مورتون، ديانا: حياتها الجديدة (فيلادلفيا: عبر المحيط الأطلسي المنشورات، 1995): 155.

260ملاحظة

الملحق ب. تطور متلازمة الحدود

1. مايكل إتش. ستون، "متلازمة الحد الفاصل: تطور المصطلح والجوانب الجينية والتشخيص"، المجلة الأمريكية للعلاج النفسي. 345-365 (1977): 31

2. أدولف ستيرن، "تحقيق التحليل النفسي والعلاج في مجموعة بور دير لاين من العصاب"، مجلة التحليل النفسي الفصلية. 467-489 (1938): 7

3. جريجوري زيلبورج، "الفصام المتنقل"، الطب النفسي: 4 (1941): 149-155.

4. بول هوش وفيليب بولاتين، "الأشكال العصبية الزائفة من الفصام-
نيا، "الطب النفسي الفصلية. 248-276 (1949): 23
5. غوستاف بيتشوفسكي، "مشكلة الذهان الكامن"، مجلة الجمعية الأمريكية للتحليل النفسي. 484-503 (1953): 4

6. الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات العقلية، الطبعة الثانية. (دسم-
II) (واشنطن العاصمة: الجمعية الأمريكية للطب النفسي، 1968)

7. هيلين دونيتش، "بعض أشكال الاضطراب العاطفي وعلاقتها بالفصام"، مجلة التحليل النفسي الفصلية. 301-321 (1942): 11

8. روبرت ب. نايت، "الدول الحدودية"، نشرة عيادة مينينجر.
12-17 (1953): 17

9. روي آر. غرينكر، وبياتريس ويربل، وروبرت سي. دراي، The Borderline
متلازمة (نيويورك: الكتب الأساسية، 1968)

10. أوتو كيرنبرج، "منظمة الشخصية الحدودية"، مجلة الجمعية الأمريكية للتحليل النفسي. 641-685 (1967): 15

11. أوتو كيرنبرج، الظروف الحدودية والترجسية المرضية (نيويورك: جيسون أرونسون، 1975).

فهرس

تمثل أرقام الصفحات المكتوبة بالخط المائل المخططات.

وضع الطفل المهجور، 183، 182، الهجر، 15 بعد الطلاق، 96 إعادة
الإنشاء، 118 الفراق، 134 أيليفي، 198 أيت. انظر إساءة العلاج القائم
على التحالف، 13 الطفولة، 208، 184، 169، 166، 65-164، 135-36
113، 93-92، 75، 58، 54، 13العنف المنزلي، 113، 87، 76، 51
عاطفيا، 36-135، 93-94 في الزواج، 88-187 احترام الذات بعد، 94
93، تنشوبه الذات بعد، 135، 94، الجنسي، 208، 169، 168،
164، 135، 113، 92، 58، 54عدم القدرة على التنبؤ، 135 قبول
الغضب، 12-111، 111-12 كشرطي، 122 من العواقب، 127 الذات، 146
12-111، 110 من قبل المعالج، 175 أسنيل كولين، 194 اضطراب
فرط الحركة ونقص الانتباه، 30-27، معهد التواصل حول مخاطر
المراهقين، 85 المراهقون، 37-136، 85، 70-69

قضية، 206، 204، 121، 14-113
الاضطرابات العاطفية، 29، 27
العمر 17-18، 41-140
الشيخوخة، 41-140
أبي، إدوارد، 169، 101
مدمني الخمر المجهولين، 109
إدمان الكحول، 125، 73، 173، 167 في العلاقات، 221

ألين، وودي، 142
العلاج القائم على التحالف (ABT)، 187
التناقض، 7-106، 14
أمريكا
ثقافة، 77-79 سياسة، 82 دين، 82

الجمعية الأمريكية للطب النفسي، 148، 6
الأمفيتامينات، 57
الغضب، 3 قبول، 12-111 العلاج بالفن، 70-169 كتجنب، 114
تعويض، 130 كتحكم، 44-143 غير متناسب، 128، 51، 128 ردود
فعل مع، 21-120 في الوظيفة، 16 في التلاعب، 133، 132 مع
العلاج النفسي، 207، 207، 147، 164-65، 52-51

تقديم الرعاية في، 91، 89-90، 88، صراخًا، 69-68، 55، النقد في،
134، 135، 205، الهوية في، 133، عدم الاتساق في، 135، 134،
133، العلاقة الحميمة في، 97، 96، 66، ترك خلف، 17-21 في
منظور MBT، 184 يتحرك للدخل، 98، 81، 75، إهمال، 94-93، 168،
72، 74-75، مراحل علاقات الكائنات، 68-63، التعلق بين الوالدين
والطفل، 184، 133-134، 98-97، 66، 63، 62، التناؤم في، 85
احترام الذات في، 167، الانفصال في، 35-134، 67، 66، 65، 42،
2،

الانقسام و، 69-68، 65-64، الانتحار في، 85، الصدمة في، 135
170-172، الكنيسة، 98، التشبث، 19-21، كلوزاريل، 198 حالات
الانتحار الجماعي، 44، العلاج السلوكي المعرفي (CBT)، 151، 179
المعرفي، التشوهات الإدراكية، 200، النواصل، انظر أيضًا نظام
للاتصال

التناقضات في، 7-106، المتابعة في، 122، رفض،
120

المجتمع، الشعور، 99، 98،
القدرة التنافسية، 163
المجاملات، 139، 136،
السلوكيات القهرية، 35-34
التصوير المقطعي المحوسب (CT)، 195
الصراع، 120، الطفولة، 69-68، 55، اختيار معاركه، 134
في الزواج، 134، 133، في العلاقات، 124

المواجهة 120، 109، في العلاج الجماعي، 162 في
العلاج النفسي، 160

العواقب، 104
قبول 127 في مجموعات "الحب القاسي"
109
الاتساق، 121، عدم الاتساق، 135، 134، 133،
7، في العلاج النفسي، 146،

النبات، 219، 139، 130، 22-117، انظر أيضًا نبات الكائن الاستمرارية،
التاريخية، 85-84، التناقضات، 80-179، 106-10، التحكم

الغضب مثل، 44-143، التغيير، 12-210، مع اضطرابات الأكل، 211 مع
الفراغ، 116، في الوظيفة، 16، الولدين، 63، 60-59، 57، 55، من
العلاقات، 206، 204-5، طفوس من أجل، 131 من الذات، 117
بواسطة المعالج، 207، 154، 152، آليات التكيف، 153، انظر أيضًا
آليات التكيف الفردية التحويل المضاد، 156، 154-153، 151، الإبداع،
138، النقد، 3-2، في مرحلة الطفولة، 205، 75، 74، رد الفعل على، 32
16، احترام الذات مع 77، قيراط، انظر التصوير المقطعي المحوسب
الطوائف، 44-35، ثقافة BPD، كرد فعل على، 82-79، تجربة، 84-80
المادية في، 83، علاقات حديثة، 79-77، 88، 87-86، النشاط الجنسي
في، 88، 86، الفيكنتوري، 77، ثقافة الترجسية، (لاش)، 100، 79-78
الحضانة، في الطلاق، 96-94، انظر تشويه الذات سيمبالا، 197

العلاج بالرقص، 169، موقتًا للمواعدة، DBT، 86، انظر العلاج
السلوكي الجدلي DDP، انظر تدهور العلاج النفسي التفكير
الديناميكي، 93، درجة من الحدود، 21، 10-9، ديباكوت،
198، التبعة، 133، في العلاج الجماعي، 164، نظام الإعداد
مع، 128، على المعالج، 162، 161،

264 فهرس

الكتاب، 27، 22-23. انظر أيضًا دراسة حالة الأدوية المضادة للاكتئاب، 110
التعويض عن، 130 الفراغ، و، 143 وضع الحامي المنفصل، 183
دويتش، هيلين، 232 تخفيض قيمة العملة، 237 نظريات النمو، 63
التشخيص. انظر أيضًا الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات العقلية،
النهج البعدي، 10-19 اضطرابات الشخصية، 84-85 الدليل التشخيصي
والإحصائي للاضطرابات العقلية (DSM)، 202 DSM-IV-TR،
6، 8-9، 223-27 DSM-III، 26، 32، 110-11 اضطرابات
الحالة في، 26 اضطرابات السمات في، 32، 26 العلاج السلوكي الجدلي 189
، 186-87، 179-81 (DBT) ديانا (أميرة ويلز)، 220، 71، 68، بطاقة مذكرات،
في DID، 181 DBT، انظر التمايز في اضطراب الهوية الانفصامية، 20-219
مرحلة التمايز، 65 ديلانين، 198 التمييز، 114، 115 الاضطرابات الانفصامية،
31، 27 اضطراب الهوية الانفصامية (DID)، 27، 31، 209 (الطلاق)، 91، 86
، 176، الاتساق بعد، 134 الحضانة بعد، 94-96 العنف المنزلي، 113، 87، 76
، 51 السيطرة، وإساءة معاملة الأطفال، 93 المخدرات، انظر العلاج الدوائي؛
تعاطي المخدرات؛ الأسماء الفردية العلاج النفسي التفكيكي الديناميكي 187
(DDP).

الانحراف، 137-38
إيفكسور، 197
الأنا، 99-100
إلا فيل، 197
كبار السن، اضطراب الشخصية الحدية في، 17-18
الابتزاز العاطفي، 128
الهيموفيليا العاطفية، 12، 11
تجنب العواطف، 146 إساءة عاطفية، 36-135، 94-93 الشعور بالذنب،
110-12، 112، 110-11 رد فعل مفرط، 180
التعاطف، 32، 38، 163
شريحة التعاطف، من نظام الإعداد، 105، 104-5، 3-102
مع الغضب، 120 في دراسات الحالة، 117، 116، 115
، 111، 108 مع التناقضات، 110، 109، 108 مع التبعية،
128 مع الفراغ، 117، 116 مع الاندفاع، 131 مع السلبية،
111 مع ثبات الموضوع، 119 مع الصحية، 115

برامج مساعدة الموظفين (EAPs)، 138
السيطرة على الفراغ، و، 116 الاكتئاب، و، 50

نظام الإعداد، و، 117، 116
الإندورفين، 62، 49
الغمر، 38
التشابك، 106
البيئة، 60
التوازن، 22-221
القلق الوجودي، 50
التوقعات في العلاقات، 105 من الأدوار، 89

العلاج النفسي الاستكشافي، 61-160
167-68

الفيس بوك، 99
عائلات، 86، 4، 2، إساءة من قبل، 88-87، 75
، 54، 58، 13
135-36، 164-65، 168، 169، 208
تقديم الرعاية في، 91، 90-88، 88 السيطرة، 63
، 59-60، 55، 57، 59-60، 126 الاعتماد على،
123-24 الدخل المزدوج، 98، 97، 90، 91، 89
، 81،

IEAPs. انظر برامج مساعدة الموظفين اضطرابات الأكل فقدان
الشهية العصبي، 211، 33-34، 113 الشراهة عند تناول الطعام، 4، الشره
المرضي، 125، 33-34، 113 التحكم، 211 كأعراض ثانوية، 8، 23، 125

العلاج الجماعي، STEPPS، 162-65 الشعور بالذنب
بسبب العواطف، 110-12 على الأم، 132-33 العقوبة و، 135
جوندريسون، جون ج، 234، 177-78

هالدول، 198
الهلوسة، 23
الإعاقة، 127
العجز، 127، 128، 132
هيويت، جيمس، 68
التسلسل الهرمي للعلاج، 180
اللاتينيين، 18
الشخصية الهستيرية، 33
هتلر، أدولف، 19-20
الناجون من المحرقة، 97
التوازن، 221
الاستشفاء، دراسة الحالة، 143-46 الحادة، 171-72

معدل BPD عقدًا مع ، 172تفريقًا من . 172
، 170 ، 144-45، 57هدفًا ، 173-74 ، 172طويل
الأجل ، 172-74 جزئيًا ، 174-75 ، 172

أرباب البيوت، HPA. انظر تحت المهادر- الغدة النخامية-
الكظرية
محور
التنويم المغناطيسي، 148
الوسواس المرضي، 30-31
محور الغدة النخامية والكظرية (HPA)،

جليد. انظر العلاج الانتقائي المنقطع والمستمر لإصغاء المثالية على العائلات،
166لألم، 97بدائية، 237للعلاقة، 207، 220، 118الانقسام مع، 13-14
الهوبة، 3مراقة، 69-70في الطفولة، 133، 98نبات، 1219الانتشار، 238
من مصادر خارجية، 43الجنس، 78عدم الاستقرار، 40-42

موسعة، 99-98، 91"عائلة رائفة"، 100-99الوراثة في،
193، 70، 60-54المثالية، 166المصالحة، 166التدمير
الذاتي في، 109الوالد الوحيد، 94، 91الأدوار الاجتماعية
في، 89-88هيكمل، 91تحالف المعالج مع، 167

العلاج الأسري، 165-68
شجرة العائلة، 167
فانابت، 198
الجادبية القاتلة، 121
القدرية، 85
الآباء غائبون، 56، 57، 63، 71، 94، 96-97، 113، 205، 206
المعاملة من قبل، 168 ، 164-65، 135-36، 58، 75، 54بعد الطلاق،
96-94إدمان الكحول، 167أدوار المحاربين القدامى 96-97 ، 88-89

خطأ، 83
"العائلة المزيفة" 99-100
رد "القتال أو الهروب"، 194
فوناجي، بيتر، 184
الارتباط الحر، 148
فرويد، سيغموند، 19، 77، 79-80، 229-30
الإحباط، 110، 111
المستقبل، الخوف من، 84-86

غاباتريل، 198
القمار، 34
جوجين، بول، 51
جنس، انظر أيضا النساء

محددة، 10هوية، 78دورًا، 88-90أدوية عامة، 201إعادة البناء
الجنسي، 160الحراك الجغرافي، 98-99انظر أيضًا عمليات النقل 233
Graham، 216-17 Gregory، Robert J.، 187 Grinker، Roy،
183 Giovachinni، Peter L.، 84 Glutamate، 199 Greene،
Geodon، 198 Gestalt. ولاءات المجموعة، 82

فقدان الهوية (تابع) لـ، 13 في الثقافة الحديثة،
77-78 شظايا الشخصية، 208-9 من خلال العلاج
النفسي، 153 دورًا لـ، 39، 42 احترام الذات،
و04-14، 8-207 منقصلين، 19-218 جنسي،
90 انقسام و، 14 نشر الهوية، 186، 185 المرض،
126، 30-31، 16 الشخصية المندفعة (الرابخ)،
1231 الاندفاع، 44 ظهور، 31-130 من الوحدة،
45 العلاج الدوائي، 200 احترام الذات و، 132
نظام الإعداد لـ، 131 عدم القدرة على التنبؤ،
32-131 التردد، 128، 116 الاستقلال، 128، 116

كيرنبرج، أوتو، 39-234، 185
كلاين، ميلاني، 231
هوس السرعة، 34
كلونوبين، 199
نايت، روبرت، 232-33

لاميكثال، 198 لاش، كريستوفر، 100، 86-79، 78
لورانس، تي إي، 66 النظام القانوني، 83 لينون، جون،
92 ليكسابرو، 197 ليبريوم، 199 متوسط العمر المتوقع،
85 ليمت، 22-121 ليمبج، 16-215 لينهان، مارشا مـ،
179 تجنب الشعور بالوحدة، 37-36، 15 الاندفاع من،
45 لوكسيبتان، 198 لوفوكس، 197

التغيير نحو، 19-218 في العلاقات، 220

الفردية، 83
الرضا الداخلي، 117
البصيرة، 116
التأمين، 172، 178، 190
ديناميكية مكثفة على المدى القصير
العلاج النفسي 187-88 (ISTDP)، العلاج الانتقائي المتقطع
والمستمر 188 (ICE)، العلاقة الحميمة في مرحلة الطفولة، 97، 95
66، في العلاقات، 40، 37-38، 24-23، 15 الإبطال، 180 إنفيجا،
198 أطباء يطيرون في حرب العراق، 96 إستدب. انظر العلاج
النفسي الديناميكي المكثف قصير المدى

التفكير السحري، 35 ماهلر، مارغريت، 64 ميلر، نورمان، 71، 41 انقطاع الطمث
عند الذكور، 143 التلاعب، 38، 133 الفصم من، 132 العلاج النفسي، 147
46-144، 143 من خلال تشويه الذات، 48 من خلال التهديدات بالانتحار، 128
منبطات أكسيداز أحادي الأمين. النظر منبطات أوكسيديز أحادي الأمين مارلين
(ميلر)، 41 مارلين: قصة غير مروية (روستن)، 37 إساءة الزواج في، 88-87
الصراعات في، 134، 133 الطلاق، 96-95، 94، 91، 86، 76 الماسوشية،
35-34 المادية، 83 MBT، انظر معنى العلاج المبني على التعقل، البحث عن،
116 "عقدي، The" (وولف)، 100 كلية الطب، 77دء، انظر نذكار العلاج
الدوائي، 44، 86-85 التعقيل، 220، 184 العلاج القائم على التعقيل 187
(MBT)، 184.

الغيرة، 38
جيرى ماغواير، 40 عاماً
وظيفة
اضطراب الشخصية الحدية في مكان العمل، 39-137
تغييرات متكررة، 138 الانتقال إلى، 90، 81 هيكل، 16

مذبحة جونستاون، 43
مجلة صحة المراهقين، 85
العدالة، 83

مايكروسوفت، 99-100	نوربرامين، 197
أزمة منتصف العمر، 43	المحرقة النووية، التهديد، 85
ميلر، آرثر، 123	الخدر، 47-48، 117
العقل، 180	
ميسلدين، 93-94	ثبات الكائن، 67-69، 64-65، 38 في مرحلة المراهقة، 69-70 في
سوء الفهم، 122	العلاقات، 118 الإبعاد لـ، 119 مع العلاج، 152 علاقات الأشياء،
السجيرة في مكان العمل، 139	63-68 السلوك الموهوس، 161 الاستخدام "خارج التسمية"،
مثبطات أوكسيداز مونوامين (MAOIs)، 197	200-201، 196 إعداد الأحماض الدهنية أوميغا 3، 199 القدرة
مونزو، مارلين، 37، 41، 71	الكلية، 237 أوتيل، يوجين، 1 مضادات الأفيونية، 199 نظام المواد
تغيرات المزاج، 49، 11-12 مع الاضطرابات العاطفية، 29 للفضب،	الأفيونية، 194 العلاج في العلايات الخارجية، انظر الحماية المفرطة
19-20 كأعراض اضطراب الشخصية الحدية، 125 الذين يعيشون	في المستشفى، 127
مع، 200-30 العلاج الدوائي، 200	

أدوية مثبتة للمزاج، 198
الأم الحرجة، 205 الشعور بالذنب، 132-33 العلاقة الحميمة مع، 97، 66
الإهمال من قبل، 168، 74-75، 172 الإفراط في التورط، 133-34 الاعتداء
الجنسي من قبل، 208 العمل، 89، 90، 91

30. أتم، 30 مايو، 1979، 197 نوبات ذعر، 125-26 مقابلة، 30. 82، 179-80.
7 جنون العظمة، 52 طفلي، خط الحدود مثل، 220، 218-19.
الارتباط بين الوالدين والطفل، 110، 98-99، 66، 62.
بازانت، 197 السليسية، 184، 110، 114، 115، 121، 125، 127، 128، 129، 130، 131، 132، 133، 134، 135، 136، 137، 138، 139، 140، 141، 142، 143، 144، 145، 146، 147، 148، 149، 150، 151، 152، 153، 154، 155، 156، 157، 158، 159، 160، 161، 162، 163، 164، 165، 166، 167، 168، 169، 170، 171، 172، 173، 174، 175، 176، 177، 178، 179، 180، 181، 182، 183، 184، 185، 186، 187، 188، 189، 190، 191، 192، 193، 194، 195، 196، 197، 198، 199، 200، 201، 202، 203، 204، 205، 206، 207، 208، 209، 210، 211، 212، 213، 214، 215، 216، 217، 218، 219، 220، 221، 222، 223، 224، 225، 226، 227، 228، 229، 230، 231، 232، 233، 234، 235، 236، 237، 238، 239، 240، 241، 242، 243، 244، 245، 246، 247، 248، 249، 250، 251، 252، 253، 254، 255، 256، 257، 258، 259، 260، 261، 262، 263، 264، 265، 266، 267، 268، 269، 270، 271، 272، 273، 274، 275، 276، 277، 278، 279، 280، 281، 282، 283، 284، 285، 286، 287، 288، 289، 290، 291، 292، 293، 294، 295، 296، 297، 298، 299، 300، 301، 302، 303، 304، 305، 306، 307، 308، 309، 310، 311، 312، 313، 314، 315، 316، 317، 318، 319، 320، 321، 322، 323، 324، 325، 326، 327، 328، 329، 330، 331، 332، 333، 334، 335، 336، 337، 338، 339، 340، 341، 342، 343، 344، 345، 346، 347، 348، 349، 350، 351، 352، 353، 354، 355، 356، 357، 358، 359، 360، 361، 362، 363، 364، 365، 366، 367، 368، 369، 370، 371، 372، 373، 374، 375، 376، 377، 378، 379، 380، 381، 382، 383، 384، 385، 386، 387، 388، 389، 390، 391، 392، 393، 394، 395، 396، 397، 398، 399، 400، 401، 402، 403، 404، 405، 406، 407، 408، 409، 410، 411، 412، 413، 414، 415، 416، 417، 418، 419، 420، 421، 422، 423، 424، 425، 426، 427، 428، 429، 430، 431، 432، 433، 434، 435، 436، 437، 438، 439، 440، 441، 442، 443، 444، 445، 446، 447، 448، 449، 450، 451، 452، 453، 454، 455، 456، 457، 458، 459، 460، 461، 462، 463، 464، 465، 466، 467، 468، 469، 470، 471، 472، 473، 474، 475، 476، 477، 478، 479، 480، 481، 482، 483، 484، 485، 486، 487، 488، 489، 490، 491، 492، 493، 494، 495، 496، 497، 498، 499، 500، 501، 502، 503، 504، 505، 506، 507، 508، 509، 510، 511، 512، 513، 514، 515، 516، 517، 518، 519، 520، 521، 522، 523، 524، 525، 526، 527، 528، 529، 530، 531، 532، 533، 534، 535، 536، 537، 538، 539، 540، 541، 542، 543، 544، 545، 546، 547، 548، 549، 550، 551، 552، 553، 554، 555، 556، 557، 558، 559، 560، 561، 562، 563، 564، 565، 566، 567، 568، 569، 570، 571، 572، 573، 574، 575، 576، 577، 578، 579، 580، 581، 582، 583، 584، 585، 586، 587، 588، 589، 590، 591، 592، 593، 594، 595، 596، 597، 598، 599، 600، 601، 602، 603، 604، 605، 606، 607، 608، 609، 610، 611، 612، 613، 614، 615، 616، 617، 618، 619، 620، 621، 622، 623، 624، 625، 626، 627، 628، 629، 630، 631، 632، 633، 634، 635، 636، 637، 638، 639، 640، 641، 642، 643، 644، 645، 646، 647، 648، 649، 650، 651، 652، 653، 654، 655، 656، 657، 658، 659، 660، 661، 662، 663، 664، 665، 666، 667، 668، 669، 670، 671، 672، 673، 674، 675، 676، 677، 678، 679، 680، 681، 682، 683، 684، 685، 686، 687، 688، 689، 690، 691، 692، 693، 694، 695، 696، 697، 698، 699، 700، 701، 702، 703، 704، 705، 706، 707، 708، 709، 710، 711، 712، 713، 714، 715، 716، 717، 718، 719، 720، 721، 722، 723، 724، 725، 726، 727، 728، 729، 730، 731، 732، 733، 734، 735، 736، 737، 738، 739، 740، 741، 742، 743، 744، 745، 746، 747، 748، 749، 750، 751، 752، 753، 754، 755، 756، 757، 758، 759، 760، 761، 762، 763، 764، 765، 766، 767، 768، 769، 770، 771، 772، 773، 774، 775، 776، 777، 778، 779، 780، 781، 782، 783، 784، 785، 786، 787، 788، 789، 790، 791، 792، 793، 794، 795، 796، 797، 798، 799، 800، 801، 802، 803، 804، 805، 806، 807، 808، 809، 810، 811، 812، 813، 814، 815، 816، 817، 818، 819، 820، 821، 822، 823، 824، 825، 826، 827، 828، 829، 830، 831، 832، 833، 834، 835، 836، 837، 838، 839، 840، 841، 842، 843، 844، 845، 846، 847، 848، 849، 850، 851، 852، 853، 854، 855، 856، 857، 858، 859، 860، 861، 862، 863، 864، 865، 866، 867، 868، 869، 870، 871، 872، 873، 874، 875، 876، 877، 878، 879، 880، 881، 882، 883، 884، 885، 886، 887، 888، 889، 890، 891، 892، 893، 894، 895، 896، 897، 898، 899، 900، 901، 902، 903، 904، 905، 906، 907، 908، 909، 910، 911، 912، 913،

IN-أسيتيل سيستين، 199الترجسية، 32الإباء، 97-98الشبكات
الاجتماعية، 100وء الترجسية، (كامل)، 100نارديل، 197المعهد الوطني
للصحة العقلية xiii (NIMH)، الأمريكيين الأصليين، 18"الطبيعة مقابل التنشئة"،
193، 72-73، 60، "نافا"، 198سلبية، نظر علم المواطف والغدد الصماء
العصبية، 194عضادات الذهان، 198-99نوربتين، 198العصاب، 77، 19
الناقلات العصبية، 194، 194نيوروبك تايمز، 180نظر خلال تخلف
المعجم الخط، 194

بدیل، 199 دواء مضاد للاكتئاب، 125، 196-97، 212
2. مزبل القلق، 199 تخصص، 195-96

268 فهرس

معضلة العلاج الدوائي (تابع) ، 192 دواءً عامًا. 201 دواءً مثليًا للمزاج. 198 مضادات
الذهان. 198-99 "خارج التسمية". 200-201 مضادات الأفيون. 199 العلاج
النفسى مقابل. 176 حسب الأعراض. 200 البرهاب. 126 المظهر الجسدي. 4 الجراحة
التجميلية. 100 أفلاطون. 74 مسرحية. الخطوط الحدودية عند. 40-139 القلبية.
83-82 السياسة. 83-82 اضطراب ما بعد الصدمة (PTSD). 31 الفقر. 18 القوة. 16
السلطة والمجد. (جرين). 17-216 "المبادئ التوجيهية الممارسة لعلاج المرضى الذين
يعانون من اضطراب الشخصية الحدية." 148 مرحلة الممارسة. 65 الدقة. 83 التنبؤ
بالسلوك الحدي. 32-131 التحيز. 77 بريستليك. 197 إسقاط التناقض. 7-106 مع
الموظفين. 171 تحديد إسقاطي. 237 الاختلاط. 35-34 الحماية. 146 السلوك
الاستغراقي. 112 بيروزاك. 197 المسافة النفسية. 15 التحليل النفسي. 148. 149
العلاج النفسي الديناميكي النفسي. 151. 148

تقييم. 58-157 تجنب. 158 العلاج بالقراءة. 169 استراحة.
158. 150 دراسة حالة. 47-142 سلوك معرفي. 82-179
151. مقارنة. 89-186 اتساق في. 146 تحويل مضاد في.
151. 153- 54.

156
تخفيض قيمة العملة. 190 استكشافية. 68-167. 61-160
تردد. 186. 184. 183. 180. 178. 161. 160. 157. 151. 150.
143.

أهداف. 178. 157. 148-49 مجموعة. 82-181. 65-162 الصدق في. 159
طول. 149-51. 147. تلعب. 147. 46-144. 143. تعظيم. 60-159 العلاج
الدوائي مقابل. 176 الديناميكية النفسية. 86-183. 151. 148. العلاقات
خلال. 152 بحثًا عن. 189. 85-184. نتائج. 150 رأي ثان. 158 اتوحد.
177 داعم. 62-161 إنهاء. 153 تحالف علاجي في. 167. 60-157. 55-154
151. 148-49 تحويل في. 53-151 اضطراب ما بعد الصدمة. انظر عقوبة
اضطراب ما بعد الصدمة. 48 الذنب و 53 في العلاقات. 35-34

العنصرية. 115. 114. الغضب. انظر مرحلة التقارب مع
الغضب. 82-81. 66-65 لفرزيون الواقع. 100 الطمأنينة. 119
118. الترفيه. 40-139 الغداء. 48 الانحدار. 75-174. 173.
الرايح. فيلهلم. 231 رفض التواصل. 120 مشروط. 122 حاجة.
21-120

183-86
التنقيف النفسي. 181 العقلية النفسية. 184 الذهان. 53-52 انظر
أيضًا العلاج النفسي للهوس. 24. 20. انظر أيضًا قبول المعالج في.
175 الغضب من. 207. 65-164. 147. 52-51 مقاربات. 91-190
186- 88. 178. 176-77. 157. 160-75. 151. 148. المادة.
168-70

تصور، 107 للحمية الجنسية، 110-11 العلاقات، انظر أيضًا الزواج
بعد انتهاء، 121 تغيير في، 22-219 صراع في، 124 سيطرة، 206
204-5، تنفاة و، 88، 86-87 توازن في، 22-221 توقعات في، 105
في العلاج الجماعي، 164 مثالية، 207، 220، 118 الاستقلال في، 220
عدم الاستقرار في، 40-37، 13 العلاقة الحميمة في، 40، 37-38،
24-23، 15 مع شركاء متزوجين، 206، 204، 121، 14-113 تداخل،
88 المريض المعالج، 167، 60-157، 55-154، 151، 49-148 أثناء
العلاج النفسي، 152 إدوار في، 221 تخريبًا، 136، 58، 136 قبول الذات،
و11 احترام الذات في، 87 عقائًا ذاتيًا في، 35-134 لاسترخاء، 140
الدين، 205، 183 الأمريكية، 82 الكنائس وإعادة التوطين، 98 عمليات
النقل، 124، 98، 90، 81، 75 إعادة الأبوة، 183، 182 القمع، 77
البحث، 193، 189، 85-184، 178، 20، المسؤولية، 217، 146، 127
109، 107، ريفيا، 199 ريلوثيك، 199 ريسبردال، 197 الطقوس، 131
68، التنافس، 163 اختبارات رورشاخ، 236، 232 روستن، نورمان، 37.

انقسام الشخصية، 28، 27، 23، رهاب المدرسة، 169 الإغواء،
38 قبول الذات، 146، 12-11، 110، التقييم الذاتي، 213
14، 12-12 التدمير الذاتي، انظر أيضًا القطع؛

اضطرابات الأكل؛ تعاطي المخدرات؛
الانتحار في الأسر، 109 المعجز مع، 132 من خلال تشويه الذات،
49-145 النشاط الجنسي، 145

احترام الذات، 39، 32
بعد سوء المعاملة، 94، 93، الطفولة، 67
مع النقد، 77 الهوية و، 41-207، 40
الاندفاع و231 في العلاقات، 87

العلاج الذاتي، 61 تشويه الذات، 23 بعد سوء المعاملة، 135، 94، التدمير الذاتي من
خلال، 49-45 العلاج الذاتي، 61 الحساسية، 116 الانفصال مثل الهجر، 134 الفلق،
69-64 في مرحلة الطفولة، 35-134، 67، 66، 65، 63، 42، 2. مرحلة الانفصال
والنفرد، 81، 70-69، 64 صلاة الصفاء، 220 سيروكويل، 198 منبطات إعادة
امتصاص السيروتونين والنورإبينفرين (SNRIs)، 197، منبطات إعادة امتصاص
السيروتونين (SRIs)، 201، 196 نظام SET-UP للاتصالات، انظر أيضًا الأجزاء
الفردية من دراسات حالة SET-UP، 106-21، المحددة، 103، 4-102 استخدامات،
122 الجنسية، 43، انظر أيضًا الاختلاط: التحكم في العلاقات مع، 205 في الثقافة،
88، 86، تطوير، 54 الهوية مع، 90 عبر الإنترنت، 86

السلامة، 129، 120
سفرس، 198
ساس، لويس، 81-80
مخطط، 83-182، 181
مخطط- العلاج المركز 189، 187، 83-182، (SFT)

أوضاع المخطط، 83-182

[illegible]

العلاج النفسي الداعم، 161-62.
 شريحة الدعم، من نظام 102، 104، 104 SET-UP مع
 القضب، 120 في دراسات الحالة، 117، 116، 115-114
 111، 107-8 مع التناقضات، 110، 109، 107-8 مع
 التبعية، 128 مع الفراغ، 117، 116 مع الاندفاع، 131 مع
 السلبية، 111 مع ثبات الموضوع، 119 مع الضحية،
 114-115

القمع، 161
سورمونتيل، 197
سيدنهام، توماس، 22
التكافل، 218-19، 220
المرحلة التكافلية، 64
نظم التدريب العاطفي
القدرة على التنبؤ وحل المشكلات
(الخطوات)، 82-181

198 الوشم، TCAs. 46-47 انظر مضادات الاكتئاب ثنائية الحلقات
25 TFP. 181 مزاجه، Teasing. 139 التدريب عبر الهاتف، Tretinol. 139
236 انظر التحول -اختبار الإدراك الموضوعي للعلاج النفسي المركز
(TAT)، التحالف العلاجي، 151، 154-55، 157-60، 167، 177
المعالج بواسطة، 175 اختيار، 156-57 التحكم بواسطة، 207
151، 153-54، 156 مضاد، 152، 154

الاعتماد على، 162، 161التحالف العائلي من قبل، 167مخاوف من، 149
نبات الشيء مع، 152علاقة مريض مع، 167، 157-60، 154-55، 151،
148-49، شخصية، 177-78 دور، 56-55الرأي الثاني، 158الجنس مع،
154 في SFT، 183، 154، 152، 149العلاج، انظر العلاج النفسي؛
تفكير مشوه، 179 سحري، 35تورازين، 198من خلال المرأة (كارول)، 204
تيليش، بول، 36تأيم، 141، 86-85مجلة تأيم، الثاني عشر نوفمبر، 197
تولستوي، ليو، 176، 54، 50توباماكس، 198اللمس، 127"الحب
القاسي"، 109اضطرابات السمات، 32، 26حالة النبوة، 148التحويل،
151-53. انظر أيضًا التحويل المضاد

مع التبعية، 128مع الفراغ، 117، 116مع الاندفاع، 131
مع السلبية، 111مع نبات الموضوع، 119مع الضحية،
115برامج الاثني عشر خطوة، 220توينج، جان إم، 100
دراسات توام، 193تويتتر، 100

عدم التوفر، 93
الفهم، 122
عدم القدرة على التنبؤ بالإساءة، 135الغضب، 128
19-20، الاندفاع، 32-131بمرور الوقت، 141

أبدايك، جون، 37

القالبيوم، 199
فان جوخ، فنسنت، 51
اللفظ، 170، 169
الإيذاء، 15-112، 107، 87، 47، 15
العنف، 132، 129العنف المنزلي، 113، 87، 76، 51

فيفاكتيل، 197
فولتير، 192
فونيفوت، كورت، 99، 42

في العلاج النفسي الاستكشافي، 161في
العلاج النفسي الداعم، 162
التحويل -العلاج النفسي المركز

189، 187، 86-185 (TFP)، الأشياء الانتقالية، 239، 67-68الصدمة،
انظر أيضًا إساءة استخدام الدماغ، 62في مرحلة الطفولة، 135، 70-72بين
قدامى المحاربين، 96-97القبائل، 99مصادرات نكثاب نلالية الحلفات 197
(TCAs)، تريلافلون، 198تريلايئال، 198النفقة، 118، 117في المعالج، 219، 152
149، جزء الحقيقة، من نظام الإعداد، 127، 106، 4-103مع الغضب،
120-21في دراسات الحالة، 117، 116، 115، 111، 109-110الانساق في، 121
مع التناقضات، 10، 109-108

قدامى المحاربين، 97-96الوزن، 57-56من يخاف
من فرجينيا وولف؟

(أبي)، 169وولف، نوم، 100امرأة تعاني من اضطراب الشخصية
الحدية في، 90، 89، 87، 78، 36، 16-17اضطرابات الأكل، 33حمض أوميجا 3
الدهني، 199دوآ، 90، 88-89عامًا، 91، 90، 89أطباء ييطريون من الحرب
العالمية الثانية، 96عدم القيمة، 87

زاناكس، 199

يونج، جيفري، 182

زولوفت، 197
زونجران، 198
زيبركسا، 198

عن المؤلفين

جيرولد جي كريسمان، دكتوراه في الطب، تخرج من كلية الطب بجامعة كورنيل في مدينة نيويورك، وهو زميل حياة متميز في الجمعية الأمريكية للطب النفسي وأستاذ إكلينيكي مشارك في قسم الطب النفسي بجامعة سانت لويس. بالإضافة إلى المشاركة في تأليف كتاب "أحياناً أنصرف بجنون: العيش مع شخصية حدودية" (2004) كتب الدكتور كريسمان مقالات وفصول كتب حول مجموعة متنوعة من المواضيع. أنا أكرهك - لا تتركني (1989) يعتبر من الكلاسيكيات في الأدبيات الشعبية والأكاديمية حول اضطراب الشخصية الحدية. يحتفظ الدكتور كريسمان بعبادة خاصة في سانت لويس بولاية ميسوري.

هال شتراوس هو مؤلف أو شارك في تأليف سبعة كتب حول موضوعات علم النفس والرياضة والصحة. وقد نشر العديد من المقالات في المجلات الوطنية، بما في ذلك مجلة ليديز هوم، وصحة الرجل، والصحة الأمريكية، وريد بوك، وماكول. وهو مدير المنشورات في جمعية متخصصة طبية ويعيش في منطقة خليج سان فرانسيسكو.