

دليل ضروري لفهم اضطراب الشخصية
الحدية ومعاشته

إزالة الغموض عن اضطراب الشخصية الحدية

مكتبة | 1309

الدكتور روبرت أو. فريدل

بالاشتراك مع ليندا إف. كوكس؛ أخصائية اجتماعية سريرية معتمدة،
وكارين فريدل

”يعد هذا الكتاب مصدرًا مهمًا...مرجعي لكن يمكن أن يقرأه أي شخص. إنه يظهر
التعاطف مع المرضى وأسرهـم.“

- الدكتور دونالد دبليو. بلاك، ونانسي إس. بلوم، الحائزة على درجة الماجستير في العمل
الاجتماعي

نسخة منقحة

مكتبة جرير
JARIR BOOKSTORE
... not just a Bookstore ... ليست مجرد مكتبة ...

نسخة منقحة

إزالة الغموض عن اضطراب الشخصية الحدية

دليل ضروري لفهم اضطراب الشخصية
الحدية ومعايشته

مكتبة | 1309

الدكتور روبرت أوه. فريدل

بالاشتراك مع ليندا إف. كوكس، أخصائية اجتماعية سريرية معتمدة،
وكارين فريدل



مكتبة جرير

JARIR BOOKSTORE

... not just a Bookstore

... ليست مجرد مكتبة

للتعرف على فروعنا

نرجو زيارة موقعنا على الإنترنت www.jarir.com

للمزيد من المعلومات الرجاء مراسلتنا على: jbpublications@jarirbookstore.com

تحديد مسؤولية / إخلاء مسؤولية من أي ضمان

هذه ترجمة عربية لطبعة اللغة الإنجليزية. لقد بذلنا قصارى جهدنا في ترجمة هذا الكتاب، ولكن بسبب القيود المتأصلة في طبيعة الترجمة، والنااتجة عن تعقيدات اللغة، واحتمال وجود عدد من الترجمات والتفسيرات المختلفة للكلمات وعبارات معينة، فإننا نعلن وبكل وضوح أننا لا نتحمل أي مسؤولية ونخلي مسؤوليتنا بخاصة عن أي ضمانات ضمنية متعلقة بملاءمة الكتاب لأغراض شرائه العادية أو ملاءمته لغرض معين. كما أننا لن نتحمل أي مسؤولية عن أي خسائر في الأرباح أو أي خسائر تجارية أخرى، بما في ذلك على سبيل المثال لا الحصر، الخسائر العرضية، أو المترتبة، أو غيرها من الخسائر.

الطبعة الأولى 2021

حقوق الترجمة العربية والنشر والتوزيع محفوظة لمكتبة جرير

ARABIC edition published by JARIR BOOKSTORE.
Copyright © 2021. All rights reserved.

23 8 23 مكتبة
t.me/soramnqraa

ملاحظة: المعلومات الواردة في هذا الكتاب صحيحة وكاملة حسب علمنا. والفرض الوحيد منه أن يكون تثقيفياً لمن يرغب في معرفة المزيد عن ظروفه الصحية. وليس المقصود منه بأي حال من الأحوال أن يكون بديلاً أو نقيضاً أو مخالفاً للنصائح التي يسديها إليك طبيبك. ونحن نوصي بشدة أن تتبع نصائحه. فالمعلومات الواردة به ذات طبيعة عامة ولا يتحمل المؤلفون أو الناشر أية ضمانات عنها. ولا يتحمل المؤلفون أو الناشر أية مسؤولية تتعلق باستخدام هذا الكتاب. كما تم تغيير أسماء وتفاصيل التعريف الخاصة بالأشخاص المرتبطين بالحالات الموصوفة في الكتاب، وأي تشابه للواقع هو من قبيل المصادفة البهتة.

إن الناشر لا يتحمل أية مسؤولية عن مواقع الإنترنت (أو محتوياتها) غير المملوكة له.

Copyright© 2018 by Robert o. Friedel

This edition published by arrangement with Da Capo Lifelong Books, an imprint of Hachette Books, an imprint of Perseus Books, LLC, a subsidiary of Hachette Book Group, Inc., New York, New York, USA.
All rights reserved.

REVISED EDITION

Borderline Personality Disorder *Demystified*

An Essential Guide for
Understanding and Living with BPD

Robert O. Friedel, MD

with Linda F. Cox, LCSW, and Karin Friedel

الإشادة بالنسخة المنقحة من الكتاب

"رائع! هذا الكتاب عبارة عن حديث واضح وإنساني من طبيب مختص في علم الأمراض عن اضطراب نفسي قضى حياته المهنية يعالجه ويدرسه، ليواجه وصمة اضطراب الشخصية الحديّة بالأمل والدعم. هذا كتاب يقدم لقرائه المعرفة والإلهام".

— د. جون جي. جوندرسون، أستاذ الطب النفسي في كلية الطب بجامعة هارفارد وكبير مستشاري رعاية مرضى الشخصية الحديّة في مستشفى ماكلين

"حماس الدكتور فريدل وخبرته الطويلة في علاج المرضى المصابين باضطراب الشخصية الحديّة واضحان في كل صفحة، فهذا الكتاب عبارة عن مزيج متوازن من المعلومات الضرورية للمرضى والعائلات ولمحات عامة حديثة عن المجالات ذات الصلة؛ بدءاً من علم الأعصاب وصولاً إلى العلاج".

— د. كريستيان إشمال، أستاذ ومدير قسم الطب النفسي الجسدي والعلاج النفسي بمعهد سنترال إنستيتيوت أوف ميناتل هيلث (مانهايم، ألمانيا)

"هذا الكتاب الحافل بالمعلومات والرفقة يبدد الأساطير ويستبدل بسوء الفهم ثروة من المعرفة حتى يتمكن المرضى من الحصول على مساعدة فعالة. إنه كتاب واضح وموجز وسهل قراءته. لا يعد هذا الكتاب مفيداً فقط لأولئك الذين يعانون اضطراب الشخصية الحديّة وأحبائهم، ولكن أيضاً لمتخصصي الصحة العقلية الذين يرغبون في معرفة المزيد عن هذا الاضطراب وما يكون عليه الحال للمصابين به".

— د. جون ليفيسلي

"يقدم هذا الكتاب نظرة عامة لاضطراب الشخصية الحديّة مستنيرة علمياً ومكتوبة بشكل حساس. فالدكتور فريدل أكاديمي نادر يجمع بين منظور إنساني مؤثر حول هذه المتلازمة السريرية الصعبة وفهم عميق وواسع للجانب العلمي الذي ينمو بسرعة".

— د. كينيث إس. كيندلير

" هذا كتاب رائع. يجب أن يقرأه أولئك الذين يعانون اضطراب الشخصية الحدية
ويجب أن يقرأه أيضاً من لديهم أحبباء يعانون هذا الاضطراب " .

— د. إميل إف. كوكارو، أستاذ كرسي إي. سي. مانينج، قسم
الطب النفسي وعلم الأعصاب السلوكي بجامعة شيكاغو

إشادة بالنسخة الأولى

" يقدم الدكتور فريدل خلاصة موجزة ومنظمة جيداً لأحدث المعلومات حول كل ما
تحتاج إلى معرفته حول الأسباب الطبية لاضطراب الشخصية الحدية وعلاجه. هذا
الكتاب سهل القراءة ومليء بالمعلومات المفيدة والمقالات القصيرة الممتعة " .

— د. لاري جيه. سيفير، أستاذ الطب النفسي ومدير برنامج
أبحاث اضطرابات المزاج والشخصية بكلية طب مونت سيني

" لقد اعتنى الدكتور فريدل شخصياً بالمرضى الذين يعانون اضطراب الشخصية
الحدية، وأجرى أبحاثاً دوائية مهمة مع المرضى الذين يعانون هذا الاضطراب، ونظم
العديد من الندوات المحلية لتوعية الآخرين بهذا المرض. وكما سيفهم القراء أثناء
تنقلهم بين صفحات هذا الكتاب، فإن دكتور فريدل " عاش " مع المشكلة وبرزها
بوضوح " .

— د. إس. تشارلز شولتز، أستاذ ورئيس قسم الطب النفسي،
جامعة مينيسوتا

" وصلت المساعدة أخيراً يمكن للأشخاص الذين يعانون اضطراب الشخصية
الحدية وعائلاتهم وأصدقائهم الآن فهم هذه الحالة الطبية العصبية الحيوية
المحيرة وكيفية الحصول على المساعدة لها. لقد لخص الدكتور فريدل عقوداً من
البحث والخبرة السريرية في هذا الكتاب المليء بالمعلومات. سيكون القارئ سعيداً
بالفصول التي تتناول التشخيص والأسباب المحتملة والدوائر العصبية المضطربة
والأدوية والعلاج النفسي والمستقبل المليء بالأمل " .

— د. بيرنارد دي. بيتمان، أستاذ ورئيس قسم الطب النفسي،
جامعة ميسوري، كولومبيا

"لابد أن يقرأ هذا الكتاب كل من يعاني اضطراب الشخصية الحديّة وللعائلات والأزواج والأصدقاء ومهنيي الصحة العقلية الذين يتعاملون مع المصابين بهذا المرض".

— د. كينيث آر. سيلك، أستاذ ورئيس مشارك في الشؤون السريرية والإدارية، قسم الطب النفسي، كلية الطب بجامعة ميشيغان.

"كتاب الدكتور فريدل يزيل بشكل فريد الغموض عن اللغز السريري الصعب المتمثل في اضطراب الشخصية الحديّة، ما نتج عنه رسالة للمرضى وأحبائهم هم في أمس الحاجة إليها، وهي أن هناك أملاً، كما انطوى الكتاب على البيانات العلمية لدعمها".

— د. وارين تي. جاكسون، وعضو بأمريكان بورد أوف برفيشنال سيكولوجي، برنامج اضطراب الشخصية الحديّة، قسم الطب النفسي والبيولوجيا العصبية السلوكية، جامعة ألاباما في برمنجهام

"يحتوي هذا الكتاب على وصف ثري صادق لاضطراب الشخصية الحديّة الذي يمكّننا من الشعور بالآثار المدمرة لهذا المرض على حياة الأشخاص المصابين به وكذلك أسرهم. لن يساعد هذا الكتاب أولئك الذين يعانون اضطراب الشخصية الحديّة على فهم مرضهم فقط، لكن كذلك أنفسهم".

— د. ستيفن سيكوندا

"حقًا، كما يقول الدكتور فريدل، في التعامل مع هذه الحالة المعرفة هي أفضل شيء. والمعرفة هي بالضبط أفضل ما قدمه في هذا الكتاب".

— د. دون آر. شولته

"اضطراب الشخصية الحديّة هو اضطراب معقد وغير متجانس، لكن الدكتور فريدل ينجح في نسج قصة متماسكة تزيل الغموض عن الاضطراب بالنسبة للقارئ".

— د. هاجوب إس. أكيسكال، أستاذ علم النفس ومدير مركز ذا

إنترناشونال مود، جامعة كاليفورنيا، سان دييجو

"هذا الكتاب هو دليل رائع للمرضى والأشخاص المقربين منهم، كما أنه سيساعد المهنيين الذين يعملون مع هؤلاء المرضى على تحسين معرفتهم والتدخلات العلاجية للاضطراب".

— د. سايبين هيربيرتز، جامعة أخن تكنيكال، ألمانيا

**إزالة
الغموض
عن اضطراب
الشخصية الحدية**

من تأليف روبرت أو.ه. فريدل أيضًا

Current Psychiatric Diagnosis&Treatment

Cognitive and Emotional Disturbances in the Elderly: Clinical Issues

تخليدًا للذكرى

دينيس

المحتويات

مكتبة

t.me/soramnqraa

تصدير بقلم الدكتور دونالد ديليو بلاك

ونانسي بلم، الحاصلة على درجة الماجستير

1	في الخدمة الاجتماعية
5	توطئة بقلم جيم وديان هول
9	مقدمة

13	ما اضطراب الشخصية الحدية وكيف يُشخص؟	الأول
35	أنت لست وحدك	الثاني
57	تاريخ اضطراب الشخصية الحدية	الثالث
73	أسباب اضطراب الشخصية الحدية	الرابع
87	تعقب مسار الاضطراب	الخامس
105	اضطراب الشخصية الحدية لدى الأطفال	السادس
127	اضطراب الشخصية الحدية والمخ	السابع
149	الاضطرابات المصاحبة الشائعة	الثامن
173	العناصر الأساسية للعلاج	التاسع
179	الأدوية	العاشر

199	العلاجات النفسية	الحادي عشر
215	الاستخدام المتكامل للأدوية والعلاج النفسي	الثاني عشر
225	عندما يصاب شخص تحبه باضطراب الشخصية الحدية	الثالث عشر
239	الأبحاث: السبب الجوهري للأمل	الرابع عشر
253	كلمة أخيرة	
255	قاموس	
261	المراجع	
279	المصادر	
289	شكر وتقدير	
291	فهرس	
309	عن المؤلف	

تصدير

بقلم د. دونالد دبليو براك، ونانسي بلم،
الحاصلة على درجة الماجستير في الخدمة الاجتماعية

لقد حدث الكثير منذ عام 2004، عندما صدرت الطبعة الأولى من هذا الكتاب، والخبر السار هو أنه منذ أول مرة نشر فيها ذلك الدليل الإرشادي الذي كتبه د. فريدل، زادت بشدة كمية وجودة الأبحاث التي تناولت موضوع اضطراب الشخصية الحدية. والآن، بدلاً من وجود برنامج علاجي واحد قائم على الأدلة (كما وصف في الطبعة الأولى)، يصف د. فريدل سبعة برامج طُورت خصيصاً لمعالجة اضطراب الشخصية الحدية. كما أن تطور العلاج الدوائي أدى إلى فهم أفضل لدور الدواء في معالجة مرضانا المصابين باضطراب الشخصية الحدية. علاوة على أننا تعلمنا الكثير عن الاضطراب ذاته، بما في ذلك مساره، وعوامل الخطورة، والأسباب المحتملة. وجارٍ البحث عن جذوره الجينية، وهو بحث ستتسارع وتيرته خلال العقد القادم، حيث تتوافر المزيد من المعلومات حول الأطفال والمراهقين المصابين باضطراب الشخصية الحدية؛ ما يعطي الأمل للآباء والأمهات الذين هم في حيرة من أمرهم بشأن أفضل السبل للتعامل مع الاضطراب الذي يعانيه أبنائهم.

لحسن الحظ، يُظهر العمل الدقيق الذي قام به زملاؤنا "ماري زاناريني" و"جون جوندرسون" وآخرون أن الاضطراب الذي كان يعتقد في السابق أنه مزمن (وحتى ميئوس منه) يتحسن المصابون به في الواقع تحسناً كبيراً، حتى وإن كان على مدار بضع سنوات. وعلى الرغم من هذه الأخبار السارة، فما زلنا لا نعرف الكثير عن سبب

إصابة الأشخاص بهذا الاضطراب، ولا يمكننا التنبؤ بأي علاج سيكون أكثر فاعلية لفرد بعينه. وحتى عندما تتحسن حالة مرضانا، لا يصل أداء أغلبهم إلى المستوى ذاته الذي يطمنونه (ونتمناه نحن أيضاً)، ولذلك، فلا يزال العمل مستمرًا.

إذن، إلام يقودنا هذا؟ يظل اضطراب الشخصية الحدية تحديًا لمرضانا وهؤلاء الذين يعالجونهم. في كثير من الأحيان، يقف الوصم المجتمعي المستمر عائقًا أمام محاولات العلاج. وهذا موثق في العديد من الدراسات، فقد أجرينا دراسة مؤخرًا عن التصرفات التي تبناها مختصو الصحة العقلية فيما يتعلق باضطراب الشخصية الحدية. لقد أصابنا الذهول عندما علمنا أن العديد من الأطباء النفسيين والمعالجين لا يزالون يتبنون توجهات وتصرفات سلبية تجاه مرضاهم، ويحقرّون الاضطراب ويحطون منه. يقول العديدون إنهم لا يحبذون العمل مع مرضى اضطراب الشخصية الحدية، ولكن هذا لا يبرر هذه التصرفات، خاصة بين هؤلاء المسؤولين عن رعاية المرضى. فنحن غالبًا ما نتساءل كيف يعيش مرضانا مع اضطراب لا يرغبون في وجوده ويتسبب لهم في مأساة لا توصف، فمرضانا يستحقون ما هو أفضل من هذا بكثير.

وهذا يعيدنا مجددًا للحديث عن هذا الكتاب؛ لأن أفضل طريقة لمحاربة التصرفات السلبية، كما تعلمنا خلال عملنا، هي توعية المختصين بهذا الاضطراب. لقد أُلّف د. فريدل هذا الكتاب الرائع من أجل توعية الأشخاص العاديين والمختصين على حد سواء، باضطراب الشخصية الحدية. إن هذا الكتاب أبهنا في عام 2004، وكنا نرشحه بحماس لمرضانا وأفراد عائلاتهم منذ ذلك الحين. وعلى الرغم من وجود الكثير من المؤلفات المتخصصة عن اضطراب الشخصية الحدية، فأغلب المعلومات غير متاحة للجمهور من غير المتخصصين. والآن، بعد مضي أربعة عشر عامًا، نُقح الكتاب ليشمل أحدث الأبحاث وليخرج في أسلوب يجعل أصعب الأفكار مفهومة.

من ضمن الدروس المستفادة من تطوير وبحث برنامج تدريب الأنظمة للتنبؤ العاطفي وحل المشكلات (STEPPS) في جامعة أيوا هو ضرورة تمكين المرضى من تحمل مسؤولية رعايتهم والمشاركة فيها، فنحن نعلمهم كيفية التحكم في أعراض المرض التي يعانونها، لكن الأمر متروك للمريض لممارسة مهاراته المكتسبة حديثًا ومن ثم تعزيزها. الدرس الذي لا يقل أهمية هو الأثر الإيجابي الذي تحقق من توفير التوعية لأفراد الأسرة ومختصي الصحة العقلية للسماح لهم بالاستجابة للمريض بطريقة تعزز من مهارته بشكل أكبر. إن هذا الكتاب يدعم هذه الأهداف بشدة،

وسيصبح هذا الكتاب مصدرًا مهمًا لمرضاينا وللأشخاص الذين تضمهم شبكة الدعم الخاصة بهم، حيث سيتمكنهم من فهم اضطراب الشخصية الحدية وعلاجه بشكل أفضل. إنه كتاب مرجع، لكن يمكن قراءته بوصفه كتابًا عامًا. إنه يظهر التعاطف مع المرضى وأسرتهم الذين لم يحظوا سوى بالقليل من التعاطف. أخيرًا، إنه يقدم الأمل، حيث لم يكن هناك أمل. شكرًا لك د. فريدل.

توطئة

جيم وديان هول

بعد زيارتنا لعمتنا العجوز، أمينة مكتبة متقاعددة في مونتور، بولاية أوهايو، كانت ترسلنا دائماً إلى مكتبتي بارنمير ونوبل مع قائمة من الكتب الجديدة التي تحتاج إليها - وهذا هو سبب ذهابنا للمكتبة في ذلك اليوم في صيف 2004، محمليين بأخر قوائمها. لقد أنجزنا المهمة، وتجولنا في قسم علم النفس بالمكتبة، حيث كنا نبحث لفترة كبيرة إلى حد ما لنرى ما إذا كان هناك أي شيء على هذه الأرفف يتناول موضوع اضطراب الشخصية الحديّة.

وفي ذلك الوقت، كانت عائلتنا في غمار بأسها بسبب ابنتنا الحبيبة البالغة التي شُخصت حالتها مؤخراً بالإصابة باضطراب الشخصية الحديّة، حيث انحصرت حياتنا في الخمس عشرة سنة الماضية في الصخب والفوضى، بينما كنا نحاول أن نفهم طبيعة مرضها المعذب بينما كانت هي تحاول وتسعى للعلاج، ولكنها ظلت تعاني من أجل البقاء. لقد بدا أن معايير التشخيص تطابق بوضوح الأعراض البادية عليها، لكن العلاج العلمي الحاذق كان نادراً؛ لذا كنا نأمل أن نعثر على مصدر، لكننا لم نجد الكثير - حتى ذلك اليوم الصيفي، حيث وجدنا هذا الكتاب للدكتور روبرت أو. فريدل. وبمجرد أن ألقينا نظرة على محتوياته التي تبدأ بفصل "أنت لست وحدك" وتنتهي بفصل "السبب الجوهري للأمل"، اشترينا الكتاب وقرأناه على الفور.

في البداية، يكشف كتاب د. فريدل النقاب عن إجابات أسئلة ملحة: ما اضطراب الشخصية الحديّة في الواقع؟ ما العلاج والدواء المطلوب لمواجهة هذه المأساة؟ ما سببه؟ كيف يمكن أن يساعد المريض بصفته أفراد عائلته؟ لقد تحولت أسئلتنا ومخاوفنا العميقة بشأن من نحب إلى شيء يبدو حله مستعصياً.

وبالنسبة لنا، كان هذا الكتاب بمنزلة سلم قوي بدأنا في صعوده.

لقد كتب د. روبرت فريدل عنوان بريده الإلكتروني في كتابه، فبدأنا في التواصل معه. لقد بدأت معرفتنا عن اضطراب الشخصية الحديّة تتخذ شكلاً جدياً بسبب المصادر الواردة في الكتاب علاوة على موقع مماثل على شبكة الإنترنت bpddemystified.com.

ولحسن الحظ، عاشت ابنتنا في الساحل الشرقي، حيث كان هناك بعض العلاجات المتاحة لاضطراب الشخصية الحديّة. ومع البحث الموسع وتغير الظروف المعيشية بدأت في علاج متعمق يعرف باسم العلاج السلوكي الجدلي. لقد اختارت أن تستمر في ترسيخ حياتها من خلال إرشادات العلاج السلوكي الجدلي ومبادئه جنباً إلى جانب مع الأدوية المستهدفة.

لقد احتوى الكتاب على مفاهيم أساسية وجوهرية تقر بأن اضطراب الشخصية الحديّة هو مرض عقلي خطير، وأن المعالجين الأكفاء موجودون، والأهم بالنسبة لنا؛ أن العائلات مهمة! كان هذا مفيداً على نحو مدهش بالنسبة لنا، فعندما تسعى عائلة أحد المرضى لتعلم كيفية التعامل مع المرض، فإن بإمكانها تغيير الطريقة التي تتحرك بها العائلة على نحو يدعم علاج مريضها ويسره.

فبدأنا السعي خلف الدعم، وكانت المعرفة التي اكتسبناها من هذا الكتاب ومن خلال تعلم المزيد عن المرض العقلي هي ما جعلت عائلتنا متماسكة. لقد حضرنا في البداية اجتماعات التحالف الوطني للأمراض العقلية والتحالف الوطني للتوعية باضطراب الشخصية الحديّة، حيث يقدم التحالف الوطني للتوعية باضطراب الشخصية الحديّة برنامجاً يدعى الروابط العائلية. وينطوي هذا البرنامج على معلومات وأبحاث حالية عن اضطراب الشخصية الحديّة، ومهارات التعامل الفردي الأسري الفعال المستند إلى العلاج السلوكي الجدلي، والتواصل العائلي، ومهارات حل المشكلات، وجماعة الدعم التي تبني شبكة لأفراد العائلة. فالتواصل العائلي يمدنا بأدوات محددة للتغيير، ومن خلال مجهوداتنا لتعلم المهارات التي تدرس في الدورة واستغلالها، بدأت الطريقة التي تتحرك بها عائلتنا تتغير، بداية منا نحن.

ويقدم التحالف الوطني للأمراض العقلية دورة دراسية عائلية مجانية رائعة تدعى من عائلة إلى أخرى، التي صممت لتساعد مانحي الرعاية على فهم الأفراد الذين يعانون أمراضاً عقلية خطيرة ودعمهم مع الحفاظ في الوقت ذاته على رفاقتهم. إنها مصممة بصفة خاصة للآباء والأشقاء والأزواج والأبناء البالغين وغيرهم من الأشخاص المهمين الذين يعانون مرضاً عقلياً مزمناً وحاداً، ومن ضمنها اضطراب الشخصية الحدية (للمزيد من المعلومات: زر موقع www.nami.org/programs). وبعد الانتهاء من هذه الدورات القوية، أخذنا تدريباً لندرس هذه الدورات، وبهذه الطريقة تعلمنا المزيد عن أنفسنا مع كل صف ندرسه.

ومن خلال عملية التعلم والتدريب، أصبحنا متطوعين نشطين ونعمل في مجال تثقيف الأسرة وكذلك نعمل على محاربة الوصم المجتمعي والتحييزات المستمرة ضد هذا المرض رغم مرور عقود من البحث. واليوم، نترأس الفرع المحلي للتحالف الوطني للأمراض العقلية في كوربوس كريستي، بولاية تكساس.

تمثل العائلات أهمية قصوى بالنسبة للمصابين بمرض عقلي. نحن جميعاً في مركب واحدة، وفي الأثناء التي يسير فيها المريض في الطريق المؤدية إلى استعادة صحته، فالعائلة قد تساعده على هذا أو تفرقه في مستمتع. في العديد من الحالات، يكون دعم العائلة لأفرادها أمراً دائماً، فتعلم كيفية بناء نظام دعم عائلي مناسب قد يغير حياة المريض، وإذا التقطت هذا الكتاب، فتكاد نجزم أنك تبحث عن التغيير. وعلى الرغم من عملنا في تثقيف الأسر وزيادة الوعي عن اضطراب الشخصية الحدية، ظللنا معجبين مخلصين لدكتور فريدل، نحمل دائماً كتبه معنا إلى الاجتماعات والمؤتمرات والاتفاقيات.

مكتبة
t.me/soramnqraa

مقدمة

خلال الأربعة عشر عامًا التي تلت صدور أول طبعة من هذا الكتاب، طرأت تطورات مهمة على معرفتنا بشأن اضطراب الشخصية الحدية، بما فيها عوامل الخطورة الجينية والبيئية لاضطراب الشخصية الحدية، وكذلك أسس البيولوجيا العصبية لهذا الاضطراب، والتغيرات المتعلقة بتشخيصه وعلاجه. ولقد أدت هذه المجموعة من المعلومات إلى زيادة هائلة في الاهتمام والبحث فيما يتعلق بهذا الاضطراب الشديد الذي من المحتمل أن يكون قاتلاً، ويصيب ما يتراوح من 4 إلى 6% من سكان الولايات المتحدة، فعلى سبيل المثال زاد عدد الاقتباسات من الأبحاث الواردة ضمن إطار "اضطراب الشخصية الحدية" حسب ما تبين من محرك بحث المكتبة الوطنية للطب (PubMed) تقريباً بمقدار الضعف في هذه السنوات الأربع عشرة. وهذه الزيادة تعد أكثر من مذهلة عندما تضع في اعتبارك أن نسبة خمسين بالمائة من المقالات الأولى نشرت من فترة تزيد على سبعين عاماً. علاوة على زيادة التمويل الفيدرالي والخاص للمنح البحثية المخصصة لدراسة الأوجه المتعددة للاضطراب، بالإضافة إلى أن أساليب علاج اضطراب الشخصية الحدية، طرأ عليه تغيير وتحسن كبير بسبب التدخلات الدوائية والعلاجية النفسية والجماعية والتعليمية.

ولم يقتصر الأمر على زيادة ملاحظة المجتمع الطبي لاضطراب الشخصية الحدية، لكن الوعي وتقبل التشخيص بالإصابة باضطراب الشخصية الحدية قد زاد بشكل هائل بين السكان، مصحوباً بعدد مقدمي الرعاية الصحية المدربين

والمخضرمين في معالجة الاضطراب. وأخيرًا، وزعت منظمات مساندة للمرضى وعائلاتهم، مثل مشروع بلاك شيب الذي أسس حديثًا والتحالف الوطني للتوعية باضطراب الشخصية الحديّة (NEA-BPD)، والتحالف الوطني للأمراض العقلية (NAMI)، أحدث المعلومات عن اضطراب الشخصية الحديّة للأفراد ممن هم في حاجة إلى الشعور بأن هناك أملًا في تحسن حياتهم بالإضافة إلى أحبائهم. علاوة على ذلك يطور مشروع بلاك شيب مؤسسة خاصة للتركيز على اضطراب الشخصية الحديّة حيث يمكن ترجمة المعلومات الإضافية على الفور إلى وعي متزايد وعلاج مطور ومتاح بسهولة أكبر لهذا الاضطراب.

إن الغرض الأساسي الكامن وراء تأليفي هذا الكتاب هو تقديم مراجعة شاملة عن هذا الاضطراب الطبي المؤذي الذي يساء فهمه في كثير من الأحيان، فنادرًا ما يظن في الأساطير العديدة حول هذا الموضوع، وعندما يحدث ذلك، فغالبًا ما يتم تجاهل الحقائق. إلى حد ما، يتضاءل عدد الأساطير التي تدور حول اضطراب الشخصية الحديّة وتصبح أقل مصداقية، لكن العديد منها يظل كما هو. ومن ضمن أكثر الأساطير تدميرًا من بينها هو أن اضطراب الشخصية الحديّة معيق بشدة وغير قابل للعلاج وأن التشخيص قد يتعذر إجراؤه على من هم دون الثامنة عشرة من عمرهم، وهي السن التي من المرجح أن تظهر فيها الأعراض لأول مرة (عملت أنا وأطباء نفسيون آخرون على تقييم وعلاج العديد من المرضى المصابين باضطراب الشخصية الحديّة الذين يستوفون المعايير التشخيصية للاضطراب في سن المراهقة وأوائل العشرينيات). تتسبب الآثار الناتجة عن هذه الأساطير والأساطير الأخرى في معاناة غير ضرورية ولا تحتمل وفقدان كبير للأمل لأولئك المتضررين بشكل مباشر أو غير مباشر من الاضطراب.

لقد عانت شقيقتي الصغرى اضطراب الشخصية الحديّة؛ لذا فلقد عرفت أنا شخصيًا كيف يمكن أن يكون المفهوم الخاطئ عن الاضطراب مدمرًا والحزن الذي يعتصر قلب كل فرد من أفراد العائلة (الفصل الثاني). وفي حالة شقيقتي، كان يُعتقد في البداية أن مظاهر الاضطراب متعمدة، ما تسبب في ضرر إضافي. ومع ذلك، أثبتت لي التجارب مع المرضى الآخرين وعائلاتهم أن هذا الاضطراب أصبح قابلاً للمعالجة بشكل أكبر الآن مما كان عليه منذ جيلين، وزادت إمكانية التحكم فيه مع وجود الرعاية المناسبة. منذ صدور الطبعة الأولى من هذا الكتاب، وقد اكتشفت أسباب أخرى تبث الأمل في النفوس.

أشعر بامتنان شديد عندما أتلقى اتصالات من قراء الطبعة الأولى الذين تجدد لديهم الأمل والدافع للعثور على مختصين ماهرين مكنوهم في النهاية من عيش حياة سعيدة ومثمرة. وأملني هو أن تساعدكم هذه النسخة المنقحة من الكتاب على تحقيق النتائج ذاتها.

الأول

ما اضطراب الشخصية الحديّة وكيف يُشخّص؟

غالبًا ما تختلف أسباب الإصابة باضطراب الشخصية الحديّة في الدرجة والنوع من شخص لآخر، لذا فمن المنطقي أن تختلف الأعراض أيضًا بشكل كبير في النوع والشدة. بكلمات أخرى، ليس هناك وصف واحد يناسب الجميع يعبر عن سبب إصابة شخص ما باضطراب الشخصية الحديّة أو كيف يجعلهم الاضطراب يشعرون ويفكرون ويتصرفون. ومع ذلك، بمجرد فهم الأعراض الأساسية، فعادة ما يصبح واضحًا للفرد والعائلة أن اضطراب الشخصية الحديّة موجود، وأنه هو المتسبب الأساسي في الصعوبات التي يمرون بها، فمجرد إدراكك لإصابتك باضطراب الشخصية الحديّة وهو الخطوة المهمة الأولى نحو استعادتك للسيطرة على حياتك. هناك بحث جيد للغاية يثبت أن اضطراب الشخصية الحديّة هو نتيجة لاضطرابات بيولوجية وكيميائية تصيب مسارات معينة من مسارات المخ التي تتحكم في وظائف محددة داخله، فأنت مولود بهذه الاضطرابات، وعادة ما تتفاقم تلك الاضطرابات مع الأحداث التي تمر بها بعد ميلادك. ووفقًا لأحدث الاستبيانات التي أجريت في الولايات

المتحدة، يصيب اضطراب الشخصية الحديّة 6% من السكان، ومن الواضح أن ذلك الاضطراب أكثر شيوعًا من انفصام الشخصية واضطراب ثنائي القطب (المعروف أيضًا باسم الهوس الاكتئابي). كان يُعتقد فيما مضى أن اضطراب الشخصية الحديّة يصيب النساء أكثر مما يصيب الرجال، لكن هذه البيانات قيد البحث الآن. ولذلك، قد يقدر الآن أن نحو شخص من بين سبعة عشر شخصًا في الولايات المتحدة يعاني اضطراب الشخصية الحديّة.

أعراض اضطراب الشخصية الحديّة

لكي تشخص بإصابتك باضطراب الشخصية الحديّة، يجب أن تشعر أو يظهر عليك على الأقل خمسة أعراض من أصل تسعة أعراض مدرجة في الجدول 1-2 الوارد في هذا الكتاب. يمكن تقسيم هذه الأعراض إلى أربع مجموعات مختلفة (الجدول 1-1)، أو كما يشير إليه العديد من الخبراء في مجال اضطراب الشخصية الحديّة، الأبعاد أو النطاقات السلوكية.

الجدول 1-1

النطاقات السلوكية الأربعة لاضطراب الشخصية الحديّة

1. صعوبة التحكم في المشاعر
2. الاندفاع
3. ضعف الإدراك والتفكير المنطقي
4. علاقات مضطربة بشكل ملحوظ

لا يعاني الكثير من المصابين باضطراب الشخصية الحديّة جميع الأعراض الموجودة في كل من النطاقات الأربعة المتعلقة بسلوكيات المصابين، لكن أغلبهم يعاني عرضًا واحدًا على الأقل من الأعراض الواردة في كل نطاق. يجد العديد من

المرضى أن ترتيب أعراض الاضطراب في هذه النطاقات الأربعة يسهل عليهم التعرف على الأعراض التي تظهر عليهم وتذكرها ومعرفة الآثار المترتبة عليها. وبشكل عام، ربما يتسم الأشخاص المصابون باضطراب الشخصية الحدية بأنهم مأساويون وعاطفيون بدرجة مفرط ومتقلبو المزاج.

النطاق 1: صعوبة التحكم في المشاعر

يعتقد العديد من الخبراء في هذا المجال أن الصعوبة الكامنة في التحكم في المشاعر هي القوة الدافعة خلف العديد من الأعراض الأخرى لاضطراب الشخصية الحدية. إذا كنت تعاني اضطراب الشخصية الحدية، فربما تتغير مشاعرك سريعاً، وربما تجد صعوبة في تلقي الاستجابات العاطفية والتعبير عنها، خاصة عندما تتعلق بأحداث مزعجة، وربما تبالغ في رد فعلك على الأحداث اليومية. ومع ذلك، في بعض الأوقات الأخرى قد تبدو استجاباتك العاطفية غير حادة، لا شيء سوى أن ردود فعل عاطفية بدرجة مفرطة قد أعقبتها في وقت لاحق. وفيما يلي سنبين مؤشرات الأعراض الرئيسية الأخرى لصعوبة التحكم في المشاعر عند المصابين باضطراب الشخصية الحدية.

تقلبات المزاج والتقلل الانفعالي

غالباً ما تتسم مشاعر الأشخاص المصابين باضطراب الشخصية الحدية بعدم الاستقرار الشديد وتعرضها للتغيرات السريعة التي يصعب التحكم فيها، وهذا ما يطلق عليه اسم **عدم الثبات الانفعالي**. وهذه المشاعر غير المستقرة قد تتضمن مشاعر سلبية، مثل القلق، والغضب، والخوف، والوحدة، والحزن، والاكتئاب. وفي قليل من الأحيان قد ينطوي التقلل العاطفي على مشاعر إيجابية، مثل السعادة، والمرح، والحماس، والحب. فربما تتذبذب مشاعرك بسرعة من الشعور الجيد إلى الشعور السيئ، وقد يحدث هذا في بعض الأحيان لأسباب ظاهرة، لكن في بعض الأوقات الأخرى تكون الأسباب غير واضحة. وبسبب هذه التقلبات السريعة في المزاج، وبما أنك أكثر عرضة للإصابة بالاكتئاب ونوبات من **الاضطراب الاكتئابي الرئيسي** من الأشخاص غير المصابين باضطراب الشخصية الحدية، ففي بعض الأوقات قد تُشخص إصابتك بأنها اضطراب ثنائي القطب (الذي أشار إليه الأطباء النفسيون فيما مضى باضطراب الهوس الاكتئابي).

ربما تبدو مشاعرك أيضاً **مفرطة النشاط**؛ وهذا يعني أنك قد تبالغ في رد فعلك بشدة تجاه بعض المواقف. على سبيل المثال: ربما تشعر بالغضب الشديد بسبب الانتقادات البناءة، أو حالات الانفصال التي لا مفر منها، أو الخلافات التي يتقبلها الناس بصدور رحب. قد تتسبب هذه الأحداث في موجات من القلق أو الحزن أو الغضب أو الاكتئاب، علاوة على أنك قد تجد نفسك تعاني صعوبة في تهدئة انفعالاتك وتهدئة نفسك من خلال التركيز على أفكار مطمئنة أو من خلال الانخراط في أنشطة عادة ما تكون لطيفة وصحية. وفي أثناء هذه النوبات التي تتسم بالإفراط الشديد في الانفعالات، أو "العواصف الانفعالية" كما يطلقون عليها، قد تشعر باليأس لدرجة أنك تلجأ إلى تناول المشروبات الكحولية أو تعاطي المخدرات من أجل الشعور بالراحة، أو تثور في موجة من الغضب أو الحنق، أو تنخرط في سلوكيات مدمرة مثل جرح النفس. كما تشير الأبحاث الحديثة إلى أن الأشخاص المصابين باضطراب الشخصية الحديّة يعانون صعوبة في تحديد استجاباتهم الانفعالية والتعرف على استجابات الآخرين الانفعالية بدقة، ولا يمكنهم تحقيق التوازن بين المشاعر المختلطة كما ينبغي ولديهم استجابات حادة تجاه الانفعالات السلبية، فعلى سبيل المثال: ربما تجد نفسك تفرط في التعاطف مع مشاعر الآخرين وربما تشعر بالغضب على نحو مفرط عندما يمرون بتجارب سلبية، وربما تشعر أيضاً كما لو أن هذه الأحداث تحدث لك أنت. بعبارة أخرى، أنت تتفاعل بقوة مع نكبات الآخرين مثل ظروفهم المعيشية أو مشكلاتهم أو أي موقف سلبي يمرون به.

لقد أخبرتني إحدى المريصات بأنه في مثل هذه الأوقات "يبدو الأمر كأن هناك من يفرس خنجرًا في قلبي"، كما أخبرتني بأن ليس بالضرورة أن يحدث لأشخاص حقيقيين لكي يؤثر فيها؛ فقد يؤثر الموقف فيها إذا كانت تشاهد فيلمًا أو إعلانًا تليفزيونيًا. إنها تعلم أن الموقف غير حقيقي، لكنها تشعر كأنه حقيقي ويحدث لها، كما أخبرتني بأنها في مثل هذه الأوقات، تشعر بأن الألم الذي ينتج عن انخراطها العاطفي في هذه المواقف يدوم بعض الوقت، وهذه سمة أخرى من سمات عدم السيطرة على الانفعالات في اضطراب الشخصية الحديّة. علاوة على أنك ربما تكتشف حين تشعر بالغضب أن مشاعرك لا تعود كسابق عهدها بالقدر ذاته من السرعة الذي تعود به مشاعر الأشخاص الذين لا يعانون اضطراب الشخصية الحديّة.

ربما تصبح أيضاً شديد الحساسية تجاه سلوكيات الآخرين السلبية الحقيقية أو المتصورة تجاهك: فأنت في بحث دائم عن أقل الإشارات مثل وجه عابس أو حاجب

مرفوع أو تغير طفيف في نبرة صوت الشخص أو أي شيء قد يشير إلى أنه منزعج أو يشعر بالغضب منك. عندما تعتقد أنك تكتشف ردود الفعل الحرجة هذه، بغض النظر عن كونها لطيفة، فقد تكون استجابتك غالباً غير متناسبة مع الموقف. لعلك تشعر بالقلق وتأنيب الذات والغضب غير المبرر في هذه الظروف، وعلى الرغم من أنك قد تكون مدركاً بعض الشيء أنك تفرط في رد فعلك، تكون المشاعر حقيقية جداً وقوية جداً بحيث لا يمكن تجاهلها.

القلق

إن نوبات القلق الشديد هي عرض شائع في اضطراب الشخصية الحدية، فقد اعتقد أول الأطباء النفسيين الذين كتبوا بالتفصيل عن اضطراب الشخصية الحدية، أن "القلق هو المحرك" الذي يقود الأعراض الانفعالية الأخرى للاضطراب مثل الغضب والأعراض السلوكية مثل الاندفاع. قد ينتج عن القلق الأعراض الجسدية الخاصة بالتوتر، بما فيها الصداع النصفي، وألم الظهر، وآلام المعدة، وتهيج القولون العصبي، وضربات القلب السريعة، وبرودة في اليدين، وارتفاع درجة الحرارة المفاجئ والتعرق المفرط.

قد يصل القلق إلى درجة من الأعراض الهائلة المعيقة التي يشار إليها باسم نوبات الهلع التي تكون شديدة للغاية لدرجة أنك تشعر بأنك تحتضر وربما تتوجه لغرفة الطوارئ من أجل الرعاية الفورية. عندما يكون القلق أقل شدة من نوبة الهلع، فقد يكون أكثر سيطرة على حياتك ويستمر لفترة أطول، أو قد يتطور القلق إلى غضب ويأس وأعراض جسدية. ربما تحاول أيضاً محاولة تخفيف القلق من خلال الانخراط في سلوكيات اندفاعية سنستعرضها فيما يلي.

الغضب الشديد أو الصعوبة في التحكم في الغضب

يعد الصعوبة في التحكم في الغضب أحد الأعراض الأكثر شيوعاً وتدميراً لاضطراب الشخصية الحدية لدرجة أنه يندرج في اثنين من معايير التشخيص التسعة للاضطراب. قد تشعر بالانزعاج والغضب معظم الوقت، وقد تكون مجادلاً في الكثير من الأحيان وسريع الانفعال ومتهكماً، وربما تصبح أيضاً حانقاً أو غاضباً في بعض الأحيان في حالات لا تتطلب استجابات مثل هذه، فأقل حدث أو تفاعل يمكن أن يؤدي إلى ثورة من الغضب، وربما تقول بعد ذلك وتفعل أشياء مدمرة تماماً وتندم لاحقاً على قيامك بها. يعاني الأفراد المصابون باضطراب الشخصية الحدية نوبات غضب

واكتئاب أكثر حدةً وبوتيرة أكبر من الأفراد العاديين، وقد تتقلب انفعالاتهم بين الغضب والقلق وغيرهما من الانفعالات الأخرى بسهولة أكبر أيضًا.

قد تدرك في غمار نوبات الغضب هذه أنك تبالغ في رد فعلك، لكنك تبدو عاجزًا عن التحكم في الانفعالات القوية التي تجتاحك، وبخصوص هذا الشأن تقول إحدى المريضات: "أعلم أن زوجي لا يستحق كل هذا القدر من الغضب وسوء المعاملة اللذين ألقيهما عليه، لكن هو الوحيد الذي يبقى بجوارى في معظم الأوقات وأنا واثقة تمامًا بأنه لن يتركني وحدي. من الواضح أنني غير قادرة على التحكم في الغضب، ففي وقتها أفكر في أنه يستحق هذا الغضب؛ لذا أصبه عليه". لقد تعلم كلٌّ من عائلتك وزوجتك أو شريكك وغيرهم من المقربين منك أنه يجب عليهم توخي الحذر الشديد بشأن ما يقولونه أو يفعلونه، ويلق الكثيرون قائلين: "أنا شديد الحذر طوال الوقت، فلا أعرف أبدًا ما الذي سأفعله قد يتسبب في انفجاره في نوبة من الغضب". يمكن أن يؤدي هذا القلق من جانب عائلتك إلى مستوى مرتفع ومستمر من التوتر في منزلك. وبما أنك حساس جدًا للمشاعر السلبية للآخرين، فقد يؤدي ذلك إلى جعل الحالة المعيشية المتوترة أصلًا أسوأ.

الشعور المزمن بالخواء

من ضمن المشاعر القوية الأخرى التي قد تشعر بها هي الشعور بالخواء المستمر. وهذا الشعور بالخواء غالبًا ما يصحبه شعور بالملل والوحدة، ومن ثم فقد يؤدي بك هذا الشعور إلى السخط تجاه الأشخاص الموجودين في حياتك والسخط من حياتك بشكل عام، والسخط من حياتك قد يجعلك تميل إلى تغيير أصدقائك وعملك بشكل مستمر، وربما يجعلك تميل أيضًا إلى الدخول في علاقات قصيرة. ولبعض من الوقت، قد تبدو هذه التغييرات مثيرة للغاية وتخفف مؤقتًا من الشعور بالخواء والوحدة والملل، لكن المشاعر السلبية تعود بعد فترة، وتظل هذه الأنماط الحياتية المتقلبة تكرر نفسها.

لقد أخبرتني إحدى المريضات خلال لقائنا الأول بأن مشاعر الخواء والملل هذه كانت قوية للغاية لدرجة أنها شعرت كأن هناك فجوة كبيرة بداخلها لا تزول. ولقد كانت هذه الفجوة تختفي عند الدخول في علاقة جديدة، ولولفترة قصيرة، لكن هذه الفجوة تظهر مجددًا بكامل قوتها عندما تتشاجر مع شريك حياتها أو عندما يتركها، ثم أضافت أنه عندما يكون هذا الشعور بالخواء الشديد، فإنه يتسبب لها في

ألم عاطفي لدرجة أنها كانت على استعداد لفعل أي شيء تقريبًا لتخفيفه، حتى إنها قد تجرح أو تحرق نفسها، على الرغم من أن الألم العاطفي كان يعود دائمًا بعد ذلك بوقت قصير.

هناك مريضة أخرى، سأصف حالتها بالتفصيل في الفصل الثاني، أخبرتني سابقًا في أثناء علاجها بأنها عندما كانت تشعر بالخواء والملل لفترة طويلة، كانت تترك زوجها دون سابق إنذار وتساfer إلى مدينة أخرى. وهناك كانت تدخل في علاقات جديدة قصيرة قد تدوم لمدة يومين أو ثلاثة أيام، ثم تعود لمنزلها مرة أخرى. وعلى الرغم من أنها كانت تشعر مؤقتًا بالإثارة والسعادة والرضا في هذه الرحلات القصيرة، ففي النهاية كان يدهمها الشعور بالذنب والندم على سلوكها هذا، وتمتد اضطرابها للتعامل مع زوجها بشأن تبرير هذا الغياب، غير أن هذا النمط استمر حتى تمكنت من فهم طبيعة المشاعر والمواقف الحياتية التي تثير هذا السلوك فيها، ثم أصبحت تتخذ الإجراءات المناسبة لتسيطر عليها. لحسن الحظ، لقد كان زوجها قادرًا على مسامحتها على هذا السلوك حتى أصبحت قادرة على تبني استجابات أكثر فاعلية تجاه هذا الخواء والملل اللذين شعرت بهما في الكثير من الأحيان.

النطاق 2: الاندفاع

إن الميل إلى السلوك المندفع المدمر للذات شائع وقوي للغاية لدى الأشخاص المصابين باضطراب الشخصية الحدية لدرجة أن بعض الخبراء في المجال يعتبرونه العرض الأكثر ضررًا من بين أعراض الاضطراب، كما يعتقدون أن هذا العرض أكثر تدميرًا من الأعراض الأخرى المتعلقة بالتقلل الانفعالي وضعف التفكير المنطقي. إن الاندفاع بمفرده، بالإضافة إلى وسائل الأعراض الشديدة الأخرى، هما أفضل مؤشرات للتنبؤ بنتائج الاضطراب على المدى الطويل، فالأشخاص المصابون باضطراب الشخصية الحدية الذين لا يتلقون علاجًا ويتسمون بالاندفاع الشديد يكون سير مرضهم على الأرجح أسوأ من هؤلاء الذين لا يتسمون بالاندفاع. وتشير بعض الأبحاث إلى أن الاندفاع في الأشخاص الذين يعانون اضطراب الشخصية الحدية يأتي نتيجة لحالة من عدم التوازن بين الأجهزة العصبية (مسارات الخلايا العصبية) المتحكمة في المشاعر والتفكير المنطقي الذي ينظم السلوك المندفع (الفصل السادس). فيما يلي تعريف بالمجموعة الرئيسية لأعراض اضطراب الشخصية الحدية التي تندرج تحت فئة الاندفاع.

إذا كنت تعاني اضطراب الشخصية الحديّة، فمن المحتمل أن تتصرف باندفاع، كأن تتناول الطعام بشراهة، وتنفق المال بتهور على الملابس أو غيرها من الأغراض، وربما تنخرط في سلوكيات مندفعة أخرى أكثر ضررًا مثل المقامرة الجامحة، والإفراط في تناول المشروبات الكحولية وتعاطي المخدرات، والعلاقات الجنسية المحرمة غير الآمنة، والعنف؛ الأفعال العدائية أو الأفعال غير القانونية المتكررة، مثل القيادة السريعة في حالات الثمل، وسرقة المحلات.

فعلى سبيل المثال: عندما كانت تشعر إحدى المريضات بالضيق والخواء من داخلها، كانت تذهب للتسوق من المتاجر الباهظة ثم تسرق الملابس والأغراض الأخرى، على الرغم من أنها تستطيع أن تدفع ثمنها بسهولة. وقبل أن تتمكن من السيطرة على هذه الأفعال بالكامل، ألقي القبض عليها بتهمة سرقة المحلات وأدينّت لارتكابها جناية. وعندما كانت تشعر مريضة أخرى بأنها مهملة ومهجورة على وجه التحديد، أو عندما كان ينتقدها زوجها، كانت تذهب إلى الحانات وتقرط في الشرب وتقيم علاقات مع الغرباء، وقالت إن سلوكها هذا كان محاولة منها للشعور بطريقة أفضل حيال نفسها ولكي "تنتقم" من زوجها. كانت هذه النوبات تقود في بعض الأحيان إلى إقامة علاقات عابرة مع غرباء ما تسبب في تدمير احترامها لنفسها وتدمير علاقتها مع زوجها. لقد انطوت هذه النوبات أيضًا على خطر كبير كتعرضها للأذى الشديد، خاصة أنها لا تعلم الكثير عن الشخص الذي تقيم معه العلاقة، علاوة على أنها لم تتمكن من حماية نفسها بالشكل الصحيح من الأمراض المنقولة بسبب هذه العلاقات.

هناك أبحاث كثيرة عن سيطرة السلوك المندفع على الأشخاص المصابين باضطراب الشخصية الحديّة وعواقبه. ومع ذلك، هناك أبحاث نادرة عن الأحداث والبوادر التحذيرية التي تؤدي إلى ذلك السلوك، ولم يتسم بعض المصابين باضطراب الشخصية الحديّة باندفاع أكبر من البعض الآخر، فبشكل عام، غالبًا ما تأتي السلوكيات المندفعة بعد نوبات من العواصف الانفعالية واضطرابات في العلاقات الوثيقة، ولاسيما الهجر أو التهديد به، كما تبدو هذه النوبات أكثر شيوعًا لدى الأشخاص المصابين باضطراب الشخصية الحديّة الذين تعرضوا للأذى الجسدي أو الاستغلال الجنسي في أثناء طفولتهم. ولتلبية هذا المعيار التشخيصي على وجه التحديد، سيظهر نمط من السلوكيات الاندفاعية في طريقتين على الأقل من طرق التدمير الذاتي التي ذكرتها آنفًا.

السلوك الانتحاري المتكرر وبوادره والتهديد به أو السلوك المؤذي للذات

تعد أعراض السلوك الانتحاري المتكرر وبوادره والتهديد به أو السلوك المؤذي للذات مجموعة بارزة من أعراض الاندفاع التي تحدث للعديد من الأشخاص المصابين باضطراب الشخصية الحدية وليس جميعهم. ويشار إلى هذه المجموعة باسم **الأفعال الانتحارية**، وتتراوح شدة هذه السلوكيات ما بين الأفعال شديدة الخطورة التي ربما تكون مهددة للحياة دون قصد والأفعال الأقل خطورة التي غالباً ما تكون محاولات للتحكم في الأعراض المؤلمة أو في موقف ما أو لجذب الانتباه أو السعي خلف المساعدة. ربما تؤذي نفسك جسدياً عن طريق إيذاء نفسك؛ إصابة نفسك بالجروح أو خدش معصميك أو ساعديك أو فخذيك أو أي أجزاء أخرى من جسدك، أو حرق جلدك بالسجائر، أو تعاطي جرعة زائدة من العقاقير. وفي بعض الأحيان، ربما تفعل هذه الأشياء في رغبة ملحة منك لحمل الآخرين على الاعتناء بك، أو "الانتقام" منهم، أو فرض طريقتك عليهم.

وفي أغلب الأحيان ربما تؤذي نفسك لتساعد على تخفيف الألم الذي تشعر به عندما يصل إلى حد لا يمكنك تحمله. قالت لي إحدى المريضات التي جرحت فخذها بشفرة حلاقة: "عندما أرى الدم وأشعر بالألم، يختفي الألم والمشاعر المميته للذات أشعر بهما بداخلي بطريقة ما لبعض الوقت، وأستعيد سيطرتي على ذاتي وأتواصل مع العالم". وفي هذه الأوقات، ربما تخفف هذه الأفعال، ولو بدرجة قليلة بعض الشيء، من شدة الألم الداخلي الذي تشعر به.

وبالنسبة لهؤلاء الأشخاص الذين ينخرطون في واحد أو اثنين من هذه المظاهر المتعلقة باضطراب الشخصية الحدية، فعلى الأرجح تبدو هذه المظاهر مفاجئة لكم ولأفراد عائلتكم بالمثل، علاوة على أن هذا النوع الصارخ من السلوكيات، في حالاته النادرة، تم تهويله في الأفلام، فعلى سبيل المثال: الشخصية التي لعبتها "جلين كلوز" في الفيلم الكلاسيكي *Fatal Attraction* في عام 1987 بينت هذا العرض وأعراضاً أخرى من أعراض اضطراب الشخصية الحدية. لقد انخرطت في سلوكيات جرح النفس مرتين في الفيلم، ففي مشهد في بداية الفيلم، جرحت معصمها عندما حاولت الشخصية التي جسدها الممثل "مايكل دوجلاس" إنهاء علاقته بها، ولقد أقتعه هذا بالعدول عن فكرته. وفي مشهد النهاية، قامت الشخصية التي جسدها "جلين كلوز" بوخز ساقها بسن السكين دون وعي منها حتى أدمت ساقها في أثناء حديثها مع زوجة

الشخصية التي أداها "مايكل دوجلاس" قبل أن تهجم عليها. ولأسباب درامية، يقدم هذا الفيلم أعراض اضطراب الشخصية الحدية في أعنف صورها؛ لذا يرجى الانتباه إلى أن هذه السلوكيات متطرفة عن السلوكيات النموذجية التي يظهرها الأشخاص المصابون باضطراب الشخصية الحدية.

غالباً ما أسأل المرضى الذين تورطوا في سلوك إيذاء النفس ما إذا كانوا يتذكرون متى أول مرة فعلوا فيها هذا، ومن أين أتت هذه الفكرة، وتحت أي ظروف فعلوا هذا في الأصل، وعادة ما تأتي إجاباتهم متشابهة إلى حد كبير، فالحدث الأول وقع عادة عندما كانوا في سن المراهقة؛ وعادة ما كان استجابة لخلاف حاد مع والديهم أو نتيجة لتهديد صديقهم أو صديقتهم بهجرهم. ومن المثير للدهشة أن هناك عدداً من مرضاي لا يمكنهم تذكر ما الذي حفزهم على ارتكاب هذه الأفعال غير الطبيعية؛ فالفكرة خطرت على بالهم فجأة هكذا. بينما قال الآخرون إن فعل هذا هو أمر شائع لدى الجميع. وبمجرد أن يفعلوا ذلك، تكون النتيجة الفورية هي قلة الألم العاطفي وزيادة في اهتمام واعتناء الآخرين بهم عندما يعلمون بما فعلوه. فهذه الاستجابة التي تصدر عن الآخرين هي ما تدفعهم إلى التورط في هذه السلوكيات المؤذية للنفس وهي التي تجعل المريض يكرر فعلته استجابةً منه للفترات التي يعاني فيها الضغوط الشديدة والصدمات العاطفية. أعتقد أن من المدهش وكذلك المحزن أن يحدث مثل هذا السلوك بشكل عفوي من شخص في سن الشباب. لا أعتقد أن فكرة إيذاء النفس بهذه الطرق وفي ظل هذه الظروف تحدث عفويًا للعديد من الأفراد غير المصابين باضطراب الشخصية الحدية، لكنها تحدث.

ليس هناك عرض واحد بمفرده من أعراض الإصابة باضطراب الشخصية الحدية يشير بكل تأكيد إلى إصابة الشخص بهذا الاضطراب، لكن إذا تورطت في سلوك إيذاء النفس من الأنواع المذكورة، فإنني أنصحك بزيارة طبيب نفسي مدرب وخبير في التعامل مع اضطراب الشخصية الحدية ليحدد هل تعانيه أم لا.

متلازمة مونشاوزن (الاضطراب المفتعل)

تعد متلازمة مونشاوزن ضمن أشكال سلوك إيذاء الذات الصادمة والحادة التي قد تحدث للأشخاص المصابين باضطراب الشخصية الحدية، فعادة ما يؤدي المصابون بهذا الاضطراب أنفسهم عمدًا، لكن بطريقة يبدو بها هذا الإيذاء مرضًا طبيًا غير زائف، فعلى سبيل المثال: قد يضيفون قطرة دماء على بولهم ليبدو الأمر

كأن جهازهم البولي ينزف، أو قد يُحدثون التهابًا جلدًا خطيرًا ثم يسعون لطلب المساعدة الطبية، ثم يجرون التحاليل لتحديد الطبيعة الغامضة للمرض، وغالبًا ما يحدث هذا لفترة زمنية طويلة وبتكاليف باهظة. وفي أثناء هذه النوبات، يتلقى الشخص كمًا هائلًا من الرعاية الطبية والاهتمام.

هناك العديد من الأشخاص الذين يعانون متلازمة مونشاووزن يعملون بشكل مباشر في مهن طبية، لذا فهم على دراية كافية بأعراض وعلامات الأمراض التي يصعب تشخيصها عادة. وتتضمن الحالات الأكثر مأسوية سلوكيات مؤذية للذات بشدة مثل حقن الوريد بمادة تحمل عدوى؛ ما يؤدي إلى انتشار عدوى داخلية من مصدر مجهول في أنحاء الجسد، فيتطلب الأمر دراسات تشخيصية طبية مكثفة وعلاجًا مكثفًا. وفي أكثر الحالات تطرفًا، يستطيع الأشخاص المصابون بمتلازمة مونشاووزن ممن لديهم معرفة طبية كبيرة إظهار أعراض ينتج عنها عمليات متعددة غير ضرورية.

متلازمة مونشاووزن بالوكالة (الاضطراب المفتعل المفروض على الغير- سابقًا، الاضطراب المفتعل بالوكالة)

من ضمن الأنماط الحادة التي تندرج ضمن متلازمة مونشاووزن هي متلازمة مونشاووزن بالوكالة. وفي هذا الاضطراب، يتسبب مانح الرعاية أو أحد الوالدين، والذي عادة ما يكون هذا الشخص هو الأم، في مرض الطفل بشكل متكرر ثم يسعى خلف الرعاية الطبية والاهتمام من أجل الطفل. وبهذه الطريقة، يتلقى مانح الرعاية أيضًا الاهتمام والدعم والرعاية والتعاطف من المختصين الطبيين والعائلة والأصدقاء، وللأسف يموت بعض هؤلاء الأطفال قبل اكتشاف السبب الحقيقي لمرضهم. مجددًا، أرغب في التشديد على أن متلازمة مونشاووزن و متلازمة مونشاووزن بالوكالة تحدث بنسب طفيفة بين الأشخاص المصابين باضطراب الشخصية الحدية، ومع ذلك، عند ملاحظة هذه الحالات الخطرة، فمن الضروري أن يعتبر اضطراب الشخصية الحدية عاملًا مساهمًا كبيرًا فيها. وللأسف، إذا لم يُنتبه إلى المشكلة الأساسية للاضطراب الحدي ولم تُعالج، فمن المرجح أن تستمر السلوكيات، بغض النظر عن العواقب الطبية والقانونية والشخصية المحتملة. بيد أنه إذا شُخص الاضطراب على أنه الاضطراب الحدي وبدأ الشخص في العلاج، فهناك أمل في الشفاء.

ملاحظة: ينص الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات العقلية، الإصدار الخامس، على أن "الإيذاء الجسدي المتعمد للنفس في حالة عدم وجود نية انتحارية يمكن أن يكون عرضًا أيضًا للاضطرابات عقلية أخرى مثل اضطراب الشخصية

الحدية. أما الاضطراب المفتعل فيقتضي أن يكون حث إيذاء النفس مقترناً بالخداع". لقد حُددت مسألة الخداع المتعمد في الإصدار الخامس من الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات العقلية لتمييز هذا السلوك لدى الأفراد المصابين باضطراب الشخصية الحدية عن أولئك الذين تُشخص إصابتهم باضطراب العرض الجسدي، حيث يُقترح أن يكون السلوك غير مقصود. لا أعرف أي دليل يدعم هذا التمييز، وعدم وجود دليل ليس مفاجئاً، بالنظر إلى عدد الآليات النفسية البدائية، مثل النوبات الانفصالية والتفكير والنوبات الذهانية القصيرة الأخرى، التي تمت ملاحظتها في المرضى الذين يعانون اضطراب الشخصية الحدية.

خطر الانتحار في اضطراب الشخصية الحدية

من أكثر الحالات تطرفاً في سلوك إيذاء النفس هو الانتحار. إن خطر ارتكاب محاولات انتحار ناجحة تزداد بشكل كبير لدى الأشخاص المصابين باضطراب الشخصية الحدية، فمن الواضح أن بعض الأشخاص المصابين بالاضطراب يميلون إلى الانتحار، فإذا كنت تعاني اضطراب الشخصية الحدية، فربما تراودك بالفعل أفكار حول إنهاء حياتك، أو ربما تمنيت لو لم تولد من الأساس. من المهم أن تدرك الفرق بين إيذاء نفسك للأسباب التي ناقشتها فيما سبق والنية الواضحة لارتكاب الانتحار، ويتطور السلوك غير الانتحاري لإيذاء الذات من مرحلة إلى أخرى على نحو نمطي حتى يصل إلى السلوك الانتحاري، وقد تختلف مدة هذه المراحل من شخص لآخر، لكن محتواها متسق إلى حد كبير. إن أول مرحلة في هذه العملية هي أن تراودك أفكار بأن الحياة لا تستحق العيش، أو بأنها مؤلمة للغاية، والمرحلة التي تليها هي التفكير في الانتحار ذاته، ويكون هذا التفكير في البداية بين الفينة والأخرى، ثم تزداد وتيرته أكثر فأكثر، فربما تجد حينها نفسك تخطط كيف ستقدم على الانتحار وربما تقني الأشياء اللازمة للقيام بالأمر (عادة، تنتحر النساء من خلال تناول جرعة زائدة من العقاقير؛ والرجال بطرق أكثر عنفاً مثل استخدام المسدس)، وهذه المرحلة شديدة الخطورة تقود الشخص المصاب باضطراب الشخصية الحدية للإقدام على الانتحار، والمرحلة التي تليها تكون المرحلة الأخيرة، وهي محاولة الانتحار نفسها.

هناك ظروف معينة تزيد من خطر ارتكابك للانتحار إذا كنت تعاني اضطراب الشخصية الحدية، ومن ضمن هذه الظروف وجود تاريخ عائلي من الانتحار، وتورطك في أفعال متهورة بشدة، ولا سيما تناول المتكرر للمشروبات الكحولية والمواد

المخدرة الأخرى، وارتكاب سلوكيات سابقة مؤذية للذات، والشروع في محاولات الانتحار الفاشلة. إذا كانت تتوافر لديك أي من تلك الظروف، فخطر ارتكاب للانتحار يقدر ما بين 4 إلى 9%. وسواء اندرجت تحت هذه الفئة شديدة الخطورة أم لا، أو إذا أدركت في أي وقت أنك تعاني أي عرض من أعراض الانتحار السابقة، أو كنت لا تشعر بالأمان لأي سبب كان، فلا بد لك من الحصول على المساعدة في أسرع وقت، وإذا كنت تظن أنك تعاني خطر ارتكاب الانتحار، ينبغي أن تتصل على الفور بالخط الساخن لمنظمة ناشونال سويسايد بريفنشن 1-800-273-8255 أو اتصل على رقم 911، ثم تواصل مع طبيبك النفسي أو معالجك إذا كنت تتابع مع أحدهم، وإذا لم تتمكن من الاتصال، فتوجه إلى أقرب غرفة طوارئ لك.

هناك عدد من الأسباب الأخرى التي قد تكمن خلف تعرضك لخطر ارتكاب الانتحار بشكل أكثر من المتوسط، فعلى سبيل المثال: هناك اضطرابات شائعة يعانيها المصابون باضطراب الشخصية الحدية مثل اضطراب الاكتئاب الشديد والاضطراب ثنائي القطب، كما أن الشخص المصاب باضطراب الشخصية الحدية الذي يتلقى علاجاً لأحد هذه الاضطرابات لكن لا يتلقى علاجاً فعالاً لاضطراب الشخصية الحدية يكون أكثر عرضةً لخطر ارتكاب الانتحار. وسأتناول هذين الاضطرابين بشكل مفصل في الفصل الثامن من هذا الكتاب، بما فيه مدى ارتباطهما باضطراب الشخصية الحدية. علاوة على أن هؤلاء الأشخاص الذين يعانون اضطراب الشخصية الحدية ممن تعرضوا للأذى الجسدي أو الاستغلال الجنسي في طفولتهم أو فترة مراهقتهم، أو ممن يتعرضون للإساءة حالياً، هم أكثر عرضة لارتكاب الانتحار عن غيرهم من المصابين بالاضطراب الذين لم يمروا بهذه التجارب؛ لذا من غير المفاجئ أن هؤلاء الذين يتسمون بأنهم أكثر اندفاعاً هم الأكثر عرضةً لهذا الخطر.

وفي النهاية، إذا لم تكن لديك أي نيات انتحارية لكنك ترتكب الأفعال التي تنطوي على سلوك إيذاء الذات من أجل تخفيف الألم العاطفي وللتعامل مع المواقف الصعبة، فمن السهل أن يتجاهل الآخرون وجود تهديد حقيقي لسلامتك، ومثلما حدث في قصة: "الفتى الذي ادعى وجود ذئب"، فإن ارتكاب أفعال لها إيحاءات انتحارية متكررة قد ينتج عنها أن يغفل مانحو الرعاية عن موقف الانتحار الحقيقي بسبب السلوكيات ذات الإيحاءات الانتحارية وقد يمنعهم هذا من منحك الرعاية العاجلة التي تحتاج إليها. من ثم، من المهم أن تعلم كيف تتعرف على محفزات السلوك الموحى بالانتحار وتوقفها، وينبغي أن تناقش هذه المحفزات مع معالجك أو طبيبك النفسي، وينبغي أن

تعمل معه من أجل وضع خطة علاجية محددة وتنفيذها. من المهم أيضاً أن تتعلم أنت وعائلتك عوامل خطر الانتحار لدى المصابين باضطراب الشخصية الحدية، والمشاركة في وضع خطتك والبقاء متبهين باستمرار لزيادة تعرضك لخطر ارتكابك للانتحار (انظر الفصل 8).

النطاق 3: ضعف الإدراك والتفكير المنطقي

غالباً ما يقول المصابون باضطراب الشخصية الحدية إنهم يعانون مشكلة في ذاكرتهم، خاصة عند التعرض للضغط والتوتر. ولعلك تسيئ فهم التجارب أيضاً، أو ربما تتوقع أسوأ الأفكار أو السلوكيات من الآخرين، حتى لو لم تكن مقصودة. ربما تعاني صعوبة في التركيز وفي تنظيم أفكارك وأفعالك، وربما تعجز عن التفكير في مشكلة معقدة بشكل مناسب وتعجز عن تحديد البدائل المعقولة وعواقب الأفعال المتهورة التي تُقدم عليها. علاوة على أن ما يقرب من ثلث الأشخاص المصابين باضطراب الشخصية الحدية يمرون بنوبات من **الهوسة السمعية**؛ ويعني هذا أن تسمع أصواتاً وعادة ما تكون أصواتاً سلبية متآمرة تختلقها بداخلك. وربما ينتج عن هذه الصعوبات في إدراك الحقيقة والأحداث المهمة، بالإضافة إلى الصعوبات التي تواجهها في التفكير والاستدلال، إلى اتخاذ قرارات خطأ لها عواقب وخيمة للغاية. وعلى الرغم من أن هذه المشكلات غير مدرجة في المعيار التشخيصي لاضطراب الشخصية الحدية، فالاختبارات النفسية والنفسية العصبية الدقيقة تبين أنها حاضرة وتشكل ملامح مهمة للاضطراب.

على سبيل المثال: يبدو أن مشكلات الذاكرة والتفكير المنطقي متعلقة بالحالة العاطفية عند أغلب الأشخاص، سواء كانوا يعانون اضطراب الشخصية الحدية أم لا. لقد مر أغلبنا بلحظات كنا فيها عاجزين عن أن نتذكر بدقة تفاصيل حدث وقع في أثناء تعرضنا لضغط عاطفي هائل، مثل اندلاع حريق في المنزل أو حادث سيارة خطير أو أي حادثة تثير قلقاً شديداً أو غضباً حاداً. نحن ندرك أن قدرتنا على التفكير المنطقي في هذه الأوقات تكون أيضاً معطلة، فعندما نصل لهذه المرحلة التي نشعر فيها بالذعر أو الغضب الشديد، نكون عاجزين عن اتخاذ قرارات متعقطة ومتأنية، كما نفضل في الأوقات الأخرى، فإذا كنت تعاني اضطراب الشخصية الحدية، فقد تعاني مشكلات في الذاكرة والتفكير واتخاذ القرارات عندما تعاني أقل قدر من الضغط

والتوتر، ومن ثم فإن تحملك للضغط عادةً ما يكون أقل من الأشخاص الذين لا يعانون الاضطراب.

لقد ناقشنا سابقاً الصعوبة التي يعانيها الأشخاص المصابون باضطراب الشخصية الحدية فيما يتعلق بالتحكم في الانفعالات؛ لذلك ليس من المستغرب أنك قد تواجه صعوبة في المشاركة في محادثات معقولة لحل المشكلات عندما تمر بحالة من الإفراط في الانفعالات، أو قد تواجه صعوبة في أن تتذكر بدقة محتوى هذه المواقف بعد ذلك. وبعبارة أخرى، غالباً ما يقف الإفراط في الانفعالات الشائع لدى المصابين باضطراب الشخصية الحدية عقبة في طريق التفكير المنطقي الطبيعي في المواقف الاجتماعية أو التفاعلية. وهذه الصعوبة في التفكير الاجتماعي تعيق بشدة قدرتك على اكتساب المهارات اللازمة لتكوين علاقات شخصية ناضجة وناجحة ودائمة. ويتناول القسم التالي المتعلق بالعلاقات الضعيفة هذه المشكلة بمزيد من التفصيل.

التفكير المنقسم: الحياة في عالم من الأبيض والأسود

يقول العديد من الأشخاص المصابين باضطراب الشخصية الحدية إنهم يرون أنفسهم والأشخاص الآخرين والعالم بشكل عام إما أبيض أو أسود، وإما جيداً أو سيئاً، فهم يعانون صعوبة في التعامل بكفاءة مع المناطق الرمادية، خاصة عندما يتعلق الأمر بالعلاقات. ربما تمر بوقت عصيب في تقييم السمات الإيجابية في نفسك وفي الآخرين بدقة وتقارنها بسمات لا تروقك. وهذه المشكلة تكون أحياناً بسبب ميلك إلى المبالغة في الاستجابة العاطفية لأحداث سلبية، والاستجابة بشكل أقل من الطبيعي للأحداث الإيجابية ومواجهة مشكلة فيما يتعلق بالتفكير الاجتماعي.

ولا شك أن هذه المناطق الرمادية تشكل الغالبية العظمى من التجارب البشرية، ومن ثم، ربما يكون من الصعب عليك أن تصل إلى رأي متوازن ومعقول ومتكامل بشكل جيد عن الأشخاص، خاصة المهمين بالنسبة لك. وهذا يصعب عليك التعامل مع العلاقات الوثيقة بطرق إيجابية تمكّنك من التأقلم مع مواطن الضعف المعقولة في الآخرين، وهذا يتبعه بشكل منطقي أن ترى الطرق الفعالة لمساعدة الآخرين على التكيف مع عيوبك تحدياً. وإلى حد ما، قد يتسبب هذا، عندما تظهر عليك أعراض الاضطراب، أن تظن بشكل غير واقعي أن مشكلاتك هي في الأساس نتيجة لسلوكيات الأشخاص الآخرين، لا لسلوكياتك.

يعتبر بعض الخبراء في مجال اضطراب الشخصية الحدية "انقسام التفكير" أساس مشكلة الاضطراب.

نوبات قصيرة من التفكير الارتياحي والهلاوس السمعية

عادةً ما يكون الأشخاص المصابون باضطراب الشخصية الحدية كثيري الشك، فهم عادة يتوقعون أن ينتقدهم الآخرون بشدة وأن يتصرفوا بسلبية شديدة معهم عن الأشخاص الذين لا يعانون الاضطراب، فعند تعرض بعض الأشخاص الذين يعانون اضطراب الشخصية الحدية لضغط شديد (عادة النقد)، أو الهجر سواء كان متخيلاً أو حقيقياً، أو عند وقوعهم تحت تأثير الكحوليات أو المخدرات، أو عند تعاملهم مع فئات معينة من المنشطات مثل الأمفيتامينات، أو أنواع معينة من مضادات الاكتئاب، يصبحون شديدي الارتياح لدرجة أنهم يواجهون صعوبة في التفكير العقلاني. وفي أثناء هذه النوبات القصيرة من التفكير الارتياحي، ربما تظن خطأ أن الآخرين يخططون لإلحاق الضرر بك أو أن شريك حياتك يخونك. ربما تمتد هذه النوبات لبضع ساعات أو لعدة أيام، أو حتى لمدة أطول.

هناك دليل حديث على أن نحو ثلث المصابين باضطراب الشخصية الحدية ربما يعانون هلاوس سمعية، مثل سماع أصوات غريبة أو موسيقى أو غيرهما من الأصوات.

الأعراض الانفصالية

ربما تلاحظ أن هناك فترات من الوقت الذي تعجز فيه عن تذكر أي شيء، وهذا هو ما يطلق عليه اسم **النوبات الانفصالية**. وفي أشد الحالات قد تكون النوبات الانفصالية حادة للغاية لدرجة أن الشخص ينفصل بالفعل عن مشاعره وتفكيره وسلوكه ويخلق مؤقتاً شخصية أو شخصيتين منفصلتين عنه. وعندما يحدث هذا يشار إليه باسم "تعدد الشخصيات". تعد النوبات الانفصالية أمراً شائعاً إلى حد ما في اضطراب الشخصية الحدية، لكن الحالات الواضحة من تعدد الشخصيات التي شهدتها خلال مسيرتي المهنية لم تصل إلى عشرة أشخاص. لا يعتقد بعض الخبراء أن هذه الحالات موجودة، وربما يكون هذا سبب عدم ذكره في الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات النفسية (الإصدار الخامس). وأعتقد أن هذا الموضوع المهم سيناقش في الإصدار التالي من الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات النفسية.

التفكير السحري

ربما تراودك أفكار غريبة، مثل الأفكار غير الواقعية والخيالية. **والتفكير السحري** هو استخدام الأفكار والمعتقدات التي لا تمت للواقع بأي صلة لحل التحديات والمشكلات التي تواجهها في حياتك، فعلى سبيل المثال: ربما تظن أنك ستصبح محامياً أو

مهندسًا معماريًا بطريقة ما ، على الرغم من أنك نجحت بصعوبة في التخرج في المدرسة الثانوية، أو ربما تظن أنك عراف، ثم تبدأ في التصرف بطرق تتسق مع هذه المعتقدات.

تبدُّد الشخصية وتبدُّد الواقع

في أثناء نوبات تبدد الشخصية تشعر بأنك تعيش بعيدًا عن الواقع، كأنك في حلم ومنفصل بشكل غريب عن العالم أو أنك خارج جسدك. لقد أبلغني مرضاي بأنهم في هذه الأوقات يشعرون بالخدر أو الفراغ. من ضمن الأمثلة الغريبة على تبدد الشخصية التي ألقيت على مسامعي كانت من مريضة قالت لي إنها كثيرًا ما تدمج شخصيات ومواقف من الكتب أو التلفزيون في تفكيرها، كأن هذه الشخصيات أو الأحداث حقيقية.

وفي حالة تبدد الواقع، تشعر بأنك طبيعي، لكن ما يحيط بك أو الأشخاص الموجودة فيها يبدوون مشوهين في الشكل أو اللون أو الحركة أو السلوك.

الصورة الذاتية أو الإحساس بالذات غير المستقر

ربما تشعر بين الحين والآخر بأن تقديرك لذاتك متدنٍ وأن أفكارك عن نفسك تتوقف عادة على توجهات وسلوكيات الأشخاص القريبين منك تجاهك، فإذا كانوا محبين ومهتمين، تشعر بأنك جيد، لكن أقل نقد بناء منهم ربما يتسبب لك في ضيق هائل ويخلق لديك مشاعر بانعدام القيمة واليأس. بغض النظر عما حققته، فلا يبدو أنه يعادل آراء الآخرين. وبعبارة أخرى، ربما تشعر بأن تقديرك لذاتك غالبًا ما يعتمد على مواقف الآخرين تجاهك.

من المرجح أنك تألف الشعور بعدم الثقة بهويتك، وماهيتك الحقيقية، والقيم التي تؤمن بها بحق، والحياة المهنية التي ينبغي أن تسعى خلفها، والقضايا التي تساندها. قد تجد صعوبة في الشعور "بالتركيز" في تحديد هدف ثابت في حياتك يخدم استقرارك ويوفر لك النزاهة والقدرة على التنبؤ، وراحة البال، فقد قال لي أحد المرضى: "أشعر بأنني أبتنى سمات الأشخاص الذين أكون معهم، وبأنني في أمس الحاجة إلى أن أنال إعجابهم؛ حيث أبتنى أساليبهم وطريقتهم في الكلام وتصرفاتهم سريعًا، حتى تلك التي لا أتفق فيها معهم عادة، فرأي الأشخاص الآخرين فيَّ مهم أكثر بكثير بالنسبة لي من آرائي ومعتقداتي. أشعر كأن هناك خواء بداخلي لا يملؤه سوى الأشخاص الآخرين".

في بعض الأوقات، ربما تمتد هذه النزعة في التحلي بالمرونة الشديدة فيما يتعلق بمعتقداتك وتوجهاتك وتفضيلاتك من أجل إرضاء الآخرين إلى العلاقات الجنسية وينتج عنها علاقات جنسية متعددة، ولا سيما عندما تكون تحت الضغط أو تأثير المشروبات الكحولية أو المخدرات، فربما تبدو معتقداتك الأساسية غير ثابتة وأن معاييرك الداخلية لا تكفي لإرشادك إلى المسارات أو الأفعال المناسبة. أود التشديد على أن ظهور هذه الصفات هي إحدى سمات اضطراب الشخصية الحدية ولا تعني أنك بلا أخلاق أو معتقدات أخلاقية، فالأشخاص المصابون باضطراب الشخصية الحدية يبدون عاجزين عن الصمود باستمرار أمام حاجتهم القوية إلى تلقي الاستحسان.

لعل هناك أوقاتاً تتمنى فيها التراجع إلى النقيض تماماً، وحينها ربما تصبح انتقاديًا وغير مرن وجامد الفكر بشأن أفكار بعينها، إلى حد إهانتك للآخرين. ونتيجةً لهذه المشكلات، فمن المفهوم أنه ربما تبلي بلاءً أفضل في المواقف المستقرة المنظمة جيدًا، وبخاصة مع الأشخاص ذوي السلوكيات والقيم الشخصية الثابتة والصادقة.

النطاق 4: علاقات مضطربة بشكل ملحوظ

بالنظر إلى النطاقات الثلاثة لأعراض اضطراب الشخصية الحدية التي ناقشناها بالفعل، فليس من المستغرب أن تتسم حياتك بعلاقات شخصية مضطربة، فعادةً ما تكون العلاقات أكثر اضطراباً كلما كانت مع أشخاص أكثر قرباً منك، ففي مرحلة الطفولة والمراهقة المبكرة عادة ما تكون المشكلات الرئيسية في العلاقات مع الآباء، وأفراد العائلة الآخرين، والمعلمين، والأصدقاء. وفي الفترة المتأخرة من المراهقة قد تقع المشكلات مع الأحباب، وفي مرحلة البلوغ مع الأزواج، والأبناء، وزملاء العمل، وأصحاب العمل.

نمط لعلاقات شخصية غير مستقرة وحادة

يعاني الأشخاص المصابون باضطراب الشخصية الحدية صعوبات بالغة في تكوين علاقات مؤتمنة، و متماسكة، مستقلة، ومتوازنة مع الآباء وأفراد العائلة الآخرين والأقران وزملاء العمل وغيرهم. إن الاضطرابات في إدراك عواطفهم وقيمهم بشكل واقعي، والتعاطف مع مشاعر الآخرين، تمثل تحديات كبيرة، فلعلك لاحظت

أنك تتقلب بشكل كبير وسريع في مشاعرك ومواقفك تجاه هؤلاء الأشخاص المهمين للغاية بالنسبة لك. ونتيجة لهذا التفكير المنقسم، فربما تتصور في بعض الأوقات أن شخصاً ما رائع للغاية لدرجة لا يمكن أن يشبهه فيها أحد، وأنه قادر على أن يجعلك تشعر بالسعادة والأمان والأهمية والحيوية تحت أي ظرف. وبعبارة أخرى، أنت تفرط في تقدير وتعظيم هذا الشخص الذي يلعب دوراً محورياً في إحساسك بالرفاهية بشكل غير واقعي. ربما تجد نفسك تتشبث بشدة بهؤلاء الأشخاص وتقلق باستمرار بشأن سعادتهم ونجاحهم وإخلاصهم لك، لدرجة أنك قد تتصل بهم لتطمئن نفسك بأنهم على خير ما يرام؛ لأنك تظن أن سعادتك ونجاحك يتوقفان عليهم بدرجة كبيرة. بالتأكيد، ليس هناك من يستطيع أن يعيش على هذه التوقعات غير الواقعية. وعندما تشعر بالإحباط لأن العلاقة لا يمكنها أن تضي الاستمرار على مشاعرك وحياتك، ربما تتغير فجأة في موقفك إلى النقيض، فعلى سبيل المثال: بعد فترة قصيرة، قد تتصور أن الشخص الآخر غير مهتم وغير داعم وأناثي بل انتقامي بدرجة أكبر بكثير مما عليه الأمر في الواقع. وعندما تفعل هذا، تقلل من أهمية الشخص وتبدأ في تصيد الأخطاء في كل لحظة من لفتاته. ولن يمكنك تحمل هذا الموقف لفترة طويلة؛ لذا فربما تتركه أو تتأرجح فجأة لتعود إلى سابق عهدك معهم، وتكرر السلوك ذاته وتدور في هذه الحلقة المفرغة مراراً وتكراراً. وفي النهاية، عادة ما ينتج عن هذا النمط السلوكي المجهد نهايات مؤلمة لأغلب علاقاتك؛ ما يؤكد خوفك من الهجر ويعزز.

الجهود المضنية لتجنب الهجران الحقيقي أو المتخيل

يجد الأشخاص المصابون باضطراب الشخصية الحديّة أنفسهم عالقين في معضلة محيرة محبطة ومثيرة للتوتر، فمن جانب ربما يملكك خوف قوي، غالباً ما يكون غير حقيقي وجنونياً من أن تتعرض للهجر. بل يكون الانفصال ولو لفترة قصيرة عن الأشخاص المهمين بالنسبة لك الذين تعتمد عليهم صادمًا وقد ينتج عنه حالة من الانفجار الحاد في الأعراض لديك. وعلى الجانب الآخر، ربما يراودك في بعض الأوقات شعور مماثل قوي بالخوف من التورط السريع في علاقة وثيقة مع شخص آخر، أو من فقدان إحساسك بالفردية والتحكم بالذات، أو من تعرضك للأذى إذا ساءت العلاقة. ولعلك قد تشعر بأنك ستنهار أو ستوقف عن الحياة إذا أصبحت قريباً للغاية من أشخاص آخرين.

على سبيل المثال: اشتكت إحدى المريضات اللاتي أعالجهن، السيدة "ديفيس"، التي سأناقش حالتها في الفصل التالي، مرات عدة من أن زوجها كان بعيداً في صف دراسي ما أو أنه يدرس كثيراً ويتركها بمفردها، وعندما كان يحدث هذا، كانت تشعر بالهجران والقلق والغضب. وفي هذه الأوقات، لم تكن تذهب إلى العمل، ما عرض عملها للخطر، أو كانت تخوض علاقات قصيرة مع رجال آخرين؛ ما عرض زواجها للانحيار. لقد قضت السيدة "ديفيس" شهوراً تتطلع بفارغ الصبر إلى إجازة قررت هي وزوجها أن يتجولا خلالها معاً في أنحاء البلاد بالسيارة. وفي الليلة الثالثة من الرحلة، شعرت بأنها مقيدة وحبيسة. وفي إحدى الليالي بينما كان زوجها غارقاً في النوم غادرت غرفتهما في المنزل في منتصف عاصفة مطيرة، ولا شيء عليها سوى ثياب النوم. وبعد أن سارت لعدة كيلومترات في الطريق الصحراوي، وصلت إلى كايينة هاتف وتمكنت بطريقة ما من الاتصال بي، وبعد مناقشة طويلة تمكنت من استجماع شتاتها وعادت للنزل ولزوجها، وأكملت الرحلة. وبعد عودتهما للمنزل ولحياتهما الروتينية، بدأت تشعر مجدداً بالقلق والوحدة والغضب أغلب الوقت، لأنه كان بعيداً عنها أغلب الوقت.

فبالنسبة لبعض الأشخاص المصابين باضطراب الشخصية الحدية، قد يكون موضوع الانفصال والهجران والوحدة والقرب أكثر تعقيداً من هذا المثال، فقد قال لي أحد المرضى: "في بعض الأوقات تكون لديّ رغبة ملحة في أن أكون بمفردي، وأن أبتعد عن كل شيء وكل شخص أعرفه. لا أظن أن هذا سببه خوفاً من الاقتراب بشدة من أي شخص، أو من أن أفقد فرديتي. إن هذه الرغبة الملحة تحدث عندما تراودني مشاعر قوية بالغضب والقنوط أو حتى الندم والخجل. أشعر بأنني أخفقت في هذه الحياة وأرغب في أن أحيى حياة جديدة تماماً في مكان لا يعرفني فيه أحد حيث لا يمكنني أن أقع في المشكلات مجدداً. في أغلب الوقت أدرك أن هذه المشاعر القوية وهذا الاندفاع غير حقيقي. أنا أعني تماماً أن الصعوبات التي أواجهها ستذهب معي. لكن في ذلك الوقت، تبدو المشاعر حقيقية جداً، ويبدو أن الهروب هو الحل الأفضل".

من الواضح أن التدايعات التي تصيب الأشخاص الذين يعانون اضطراب الشخصية الحدية نتيجة للصعوبات التي تكتنف العلاقات المذكورة أنفاً تشمل معظم جوانب الحياة. ومن ضمن الأشياء التي قد لا تكون ظاهرة لك هو تقدير مدى تأثيرها على علاقاتك مع الأطباء الذين يحاولون مساعدتك على فهم اضطرابك والتعامل معه بطرق أكثر فاعلية وواقعية. وبسبب هذه المشكلة، تركز معظم المناهج التي

يتبناها المعالجون النفسيون في علاج المصابين باضطراب الشخصية الحدية على إقامة تحالف علاجي بين المريض والطبيب المعالج وتحسينه باستمرار. إن نجاح علاجك يتوقف بدرجة كبيرة على قدرتك على الاشتراك في هذا العمل وأن تتسم بالمرونة بشكل متزايد في تفكيرك وسلوكياتك داخل العلاج وخارجه (سنتطرق لهذه الموضوعات بالتفصيل في الفصول 9-12)، فعلى سبيل المثال: ميلك للانخراط في التفكير بطريقة الكل أو لا شيء أو أبيض أو أسود والتعامل مع طبيبك المعالج من هذا المنطلق يأتي بنتائج عكسية في علاجك؛ لذا فإن تجنب هذه الميول مهم للغاية.

الجدول 2-1

المعايير التشخيصية لاضطراب الشخصية الحدية

يسرد هذا الجدول أعراض اضطراب الشخصية الحدية كما هي موصوفة في *الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات العقلية* الصادر عن الجمعية الأمريكية للطب النفسي، الإصدار الخامس المنشور في عام 2013. هذه القائمة الرسمية للاضطرابات العقلية في الولايات المتحدة التي أعدها خبراء في كل اضطراب تحت رعاية الجمعية الأمريكية للطب النفسي. ويشمل ذلك المعايير التشخيصية لكل من هذه الاضطرابات ويعتبر المعيار الذهبي في معظم أنحاء العالم. وفقًا لتعريف اضطراب الشخصية الحدية في هذا الدليل، فإن الأشخاص المصابين بالاضطراب يعانون مجموعة واسعة من الأعراض، المدرجة أدناه، ولكن ليس بالضرورة أن يكون لدى كل فرد جميع الأعراض المذكورة.

هو عبارة عن نمط عام من عدم استقرار العلاقات الشخصية والصورة الذاتية والعواطف، ومن الاندفاعية الملحوظة ويبدأ مع البلوغ المبكر ويظهر خلال مجموعة متنوعة من السياقات، كما هو مبين في خمسة (أو أكثر) من المعايير التالية:

1. الجهود المضنية لتجنب الهجران الحقيقي أو المتخيل. ملحوظة: لا تدرج السلوك الانتحاري أو المشوه للذات المتناول في المعيار 5 (أدناه).
2. نمط من العلاقات الشخصية غير المستقرة والحادة يتسم بالتحول بين نقيضين من التعظيم إلى التحفيز.

3. اضطراب الهوية: صورة ذاتية أو إحساس بالذات غير مستقر بشكل ملحوظ ومستمر.
4. الاندفاع في جانبين على الأقل من الجوانب التي يُحتمل فيها إيذاء الذات (على سبيل المثال، الإنفاق، الجنس، إساءة استخدام العقاقير، القيادة المتهوره، الإفراط في تناول الطعام). ملاحظة: لا تدرج السلوك الانتحاري أو المؤذي للنفس المتناول في المعيار 5.
5. السلوك الانتحاري أو بوادر الانتحار أو التهديدات المتكررة بالانتحار أو السلوك المشوه للذات.
6. عدم الاستقرار العاطفي بسبب التفاعلات المزاجية الملحوظة (على سبيل المثال، عُسْر المزاج النوبي الحاد، أو الاستثنائية، أو القلق الذي يستمر عادةً لبضع ساعات ونادرًا ما يزيد على بضعة أيام).
7. الشعور المزمن بالخواء.
8. الغضب الشديد غير المناسب أو صعوبة التحكم في الغضب (على سبيل المثال، العصبية المتكررة، والغضب المستمر، والشجارات الجسدية المتكررة).
9. أفكار ارتيابية عابرة مرتبطة بالتوتر أو أعراض انفصالية شديدة.

المصدر: *الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات العقلية*، الإصدار الخامس. (أرلينغتون، فيرجينيا: الجمعية الأمريكية للطب النفسي، 2013).

الثاني

أنت لست وحدك

مكتبة
t.me/soramnqraa

أخبرني الكثير من المرضى بأنهم عندما كانوا صغارًا، أدركوا أن هناك شيئًا مختلفًا أو خطبًا ما بهم. وبغض النظر عن الطرق التي اعتقدوا أنهم مختلفون بها، وكيف بدا أن حياتهم تؤكد هذا الاختلاف، فإن النتيجة النهائية واحدة، وهي أنهم يعتقدون أن لا أحد يفهمهم تمامًا وأنهم يشعرون بعزلة مؤلمة، فإذا كنت تعاني اضطراب الشخصية الحديّة، فقد تفكر بهذه الطريقة وتشعر بهذا الشعور أيضًا: أنك وحدك وتحت رحمة الأعراض التي تصيبك، ونوباتك الانفعالية العاتية، وسلوكياتك الاندفاعية، وأفكارك غير المعتادة، وشكوكك بنفسك، وعلاقاتك المضطربة. قد تعتقد أن هذه المشكلات تفصلك عن الآخرين، والأسوأ من ذلك، أنك قد تعتقد أنك من تسببت في هذه الحالة أو أنك تستحقها.

في هذا الفصل، ستقرأ قصصًا حقيقية لشخصين مصابين باضطراب الشخصية الحديّة. أتمنى أن تساعدك هاتان القصتان على إدراك أنك لست وحدك، فهما قصتان شخصيتان تحملان معاني رائعة بالنسبة لي؛ إحداها لأختي "دينيس"، والأخرى للسيدة "ديفيس"، إحدى أوائل مرضاي باضطراب الشخصية الحديّة. من أجل مراعاة السرية، غيرت القليل من التفاصيل في قصتها، فهذه التفاصيل ليست

مهمة لأغراضنا هنا، لكنها قد تساعد على التعرف على هويتها. على الرغم من أنك سترى تشابهات في هذه القصص، فإنك ستجد اختلافات جوهرية أيضاً، كما ما بها، أعتقد أنك قد تتعرف على بعض سمات حياتك الخاصة في مواضع منها.

"دينيس"

ولدت أختي "دينيس" بعد عام ونصف العام من ولادتي، ولا أستطيع أن أتذكر عنها ذكريات محددة بوضوح عندما كانت طفلة صغيرة. يبدو أن صورها خلال هذه الفترة، بالإضافة إلى القصص التي رواها لي والداي وأفراد عائلتي الصغيرة والكبيرة، تطفئ على ذكرياتي الشخصية عنها، لكن بالنظر إلى الغرض من هذه القصة، ربما يكون من الأنسب على أي حال أن أبدأ ببعض ذكرياتي عن والدتنا، التي كانت شخصية محورية في حياة "دينيس".

كما وصفت في الفصل الأول، فإن الشعور بالخواء والصورة الذاتية السلبية هي من بين الأعراض الرئيسية لاضطراب الشخصية الحدية. في الفصل التالي، سأناقش الآراء الأولى التي اقترحها المحللون النفسيون بأن هذه الأعراض هي نتيجة سوء رعاية الأم غير القادرة على توفير الدفء والحنان لأطفالها. من الصعب بالنسبة لي التوفيق بين هذا الطرح وملاحظات وخبراتي مع والدتنا. فإن إحدى أكثر ذكرياتي قوة عنها هي الطريقة التي كان يستنير بها وجهها كلما رأت أحد أفراد العائلة، فكانت مشاعر السعادة والارتياح تجتاحني عندما تشع عليّ إشراقة ابتسامة أمي ودفء حنانها. وكنت أراقبها وهي تمنح الحب ذاته لكل فرد من أفراد عائلتنا، وصولاً إلى أصغر أبناء أحفادها، وأشاهدهم يستجيبون مثلي. لم يكن هناك أي شك: لقد أحببتنا أمي جميعاً حباً عميقاً لا لبس فيه.

بدا أن الجميع يشعر بهذا ويفهمه ما عدا "دينيس" التي كانت تبدو في كثير من الأحيان غير مرتاحة مع أمي، كانت أمي تعرف هذا أيضاً بالتأكيد. في وقت لاحق من حياتها، حاولت أن تشرح لي سبب اعتقادها أن "دينيس" غالباً ما تكون تعيسة للغاية وتواجه الكثير من الصعوبات، فكانت تعتقد أن السبب الرئيسي لمشكلات "دينيس" هو أن أمي قد تلقت مخدراً خفيفاً في أثناء ولادتها وأن الدواء قد أثر على مخ دينيس. لم تكن قد تلقت مخدراً في أثناء ولادة أخي الأكبر أو فيّ، وقد رفضت بالتأكيد تناول أي شيء في أثناء ولادة أختي وأخي اللذين ولدا بعد "دينيس". عندما سألت أمي عن سبب إيمانها بهذا الأمر بقوة، قالت إن السبب هو أن "دينيس" تتصرف بشكل مختلف

عن تصرفاتنا منذ ولادتها. ومضت لتشرح أن "دينيس" بالمقارنة بنا كانت أكثر بكاءً، ولم تكن تأكل جيداً، وكانت تنزع بسهولة أكبر بسبب أي تغيير في الروتين، وكان من الصعب تهدئتها عندما تكون مستاءة.

في طفولتها المبكرة، كانت "دينيس" تتشبث بأمي عندما كان يزورنا الأقارب والجيران، وكانت تعبس باستمرار ولا تبتسم بحرارة أو كثيراً، وأعتقد أن هناك صورة واحدة فحسب التقطت لها وهي تبتسم عندما كانت طفلة، وكانت صورة الطفولة الوحيدة لها التي تظهرها أمي. بعد سنوات، أخبرتني "دينيس" بأنها كانت وهي طفلة تشعر دومًا بأنها مختلفة عن بقيةنا، وأنها كانت أكثر شعورًا بالقلق وأقل سعادة. كانت تعتقد أيضًا أن أمي وأبي يحبانها أقل مما يحبان بقيةنا، وكانت تستاء من ذلك.

أصبحت صعوبات "دينيس" أكثر وضوحًا عندما وصلت إلى سن المراهقة. كان طبعها وسلوكها يسوءان تدريجيًا. كان الأكثر وضوحًا وإزعاجًا للأسرة هونويات غضبها التي كان يمكن أن تتحول بسرعة إلى نوبات هياج. عندما كان يحدث هذا، يصبح الوضع غير آمن على الإطلاق، فكانت تهاجمنا جميعًا لفظيًا وجسديًا، بمن في ذلك أمي وأبي. كانت أختي بياتريس، الأصغر سنًا من "دينيس" بعامين، هدفًا دائمًا لغضبها وهجومها، وكانت "دينيس" تقذف أيضًا أو تكسر أي شيء في يدها، حتى خرفيات أمي. كان المزعج بشكل خاص هو حقيقة أنه لا يبدو أن أي قدر من التهدة أو التهديد المناسب بالعقاب، أو حتى العقاب نفسه، كان له أي تأثير على هذه النوبات أو تلك المستقبلية. وإذا كان هناك أي شيء له تأثير، فإن التأديب المناسب كان يبدو أنه يجعل الموقف أسوأ. بالنسبة لبقيةنا نحن الأطفال، كان يبدو أن هناك معيارين من السلوك في العائلة: معيار لنا والمعيار الأكثر تسامحًا لـ "دينيس".

ليس من المستغرب أن الأسرة كانت تعتقد أن "دينيس" تعتمد كل ذلك بكل بساطة، وكنا نأمل أن نتخلص منه، لكننا كنا قلقين لأنها كانت أيضًا تمر بنوبات من القلق يصاحبها شكاوى من تقلصات شديدة في المعدة تمنعها من الذهاب إلى المدرسة. عندما كانت "دينيس" تشعر بالقلق، كانت تعتمر يديها وتلف خصلات من شعرها وتجذبها لدرجة أنه كان يظهر في فروة رأسها بقع صلح. كان الطبيب يطمئن والديَّ بأنها "عصبية" فحسب.

عندما أعود بالذاكرة إلى تلك الأعوام، أتذكر بقوة حادثتين غيرتا انطباعي عن "دينيس" ونهجي نحوها وقد كنا في منتصف فترة المراهقة. الحادثة الأولى وقعت في فصل الشتاء، وكان هناك جليد على الأرض، وكنت أنظف مضارب الجولف الخاصة

بي استعدادًا للربيع، لكن أحدها كان مفقودًا. بحثت في كل مكان في المنزل، لكنني لم أجد شيئًا، ومرت "دينيس" بجانبني، لذلك سألتها ما إذا كانت قد رأته، فقالت بهدوء نعم؛ كانت قد كسرتة إلى نصفين وألقت به في الثلج خلف المنزل. بدا أننا نتشاجرنا بشأن شيء ما قبل بضعة أسابيع، ومن ثم كسرتة. في البداية، كنت أعتقد أنها تسخر مني، فكانت تعلم أنني كنت قد عملت وادخرت الأموال لشراء هذه المضارب. لا شك أن ما من أحد كان سيفعل مثل هذا الشيء، ولا حتى، "دينيس". ثم تذكرت الخزف المكسور، وعلى الرغم من أن المضارب كانت بالنسبة لي، في ذلك العمر، أكثر قيمة من الخزفيات، فإنني كنت أعرف مدى تقدير والدتي للخزف. بعد ذلك عندما ذاب الثلج ووجدت المضرب المكسور، أدركت أن شيئًا ما مختلف بالفعل في "دينيس"، وربما كان من الأفضل ألا أستفزها بأي طريقة ولأي سبب.

تعزز انطباعي بأن "دينيس" تعاني مشكلات حقيقية بعد بضعة أشهر، ففي منتصف مشاجرة كبيرة مع أمي، أعلنت "دينيس" باندفاع أنها ستفادر المنزل. كان هذا تهديدًا جديدًا؛ لذلك لم تكن أمي تعرف كيف تتعامل معه، لكن لا يعني الأمر أن ذلك كان سيحدث أي فرق؛ لأنها بالفعل خرجت من الباب في غضون لحظات قليلة. وعندما لم تعد إلى المنزل لتناول العشاء في ذلك المساء، غادرت والدتي وأبي في السيارة ليبحثا عنها. بالنظر إلى الدرجة التي كانت تصل إليها عندما تكون غاضبة، لم أكن أعتقد أنهما سيجدانهما حتى تكون مستعدة للعودة إلى المنزل. وتبين هذا بعد يومين، فقد عثرت "دينيس" على دار عبادة صغيرة كانت تظل مفتوحة طوال الليل، وبقيت هناك تعيش فقط على الماء، ثم عادت إلى المنزل وشرحت أين كانت، واستمرت الحياة كما كانت من قبل. كانت "دينيس" تبلغ من العمر خمسة عشر عامًا في ذلك الوقت. بعد ذلك، حاولت ألا أتشاجر معها، وربما يعد هذا هو السبب - ولو جزئيًا - أن كلاً منا أصبح قريبًا من الآخر بمرور السنين.

أحد الأشياء التي كانت تحيرنا بشأن "دينيس" هي الحالة الجيدة التي كانت تصبح عليها فيما بين نوباتها، فخلال هذه الفترات من الهدوء النسبي، كانت تتفوق في الدراسة وتكون سعيدة ومهتمة بالآخرين وحتى مرحلة في المنزل، وتتسجم مع صديقاتها، وكانت تشترك في فريق التشجيع في مدرستها الثانوية، ومع ذلك كان كل هذا في مهب الريح، وكان يمكن أن يتغير كل شيء في غضون لحظات. في أفضل حالاتها، كانت دينيس ذكية ومبدعة وحساسة وجذابة وراغبة في فعل أشياء جيدة للآخرين، ولكن للأسف لم تكن تستطيع البقاء على هذا المستوى باستمرار.

حاولت "دينيس" الصمود لتحقيق الاستقرار في حياتها. بعد تخرجها في المدرسة الثانوية، كانت تذهب مع والدي إلى مدينة نيويورك لتعمل لدى الشركة ذاتها التي يعمل بها منذ نحو عام، وبدا أن ذلك يسير على ما يرام لفترة من الوقت، لكنها في النهاية أصبحت تشعر بالملل وعدم الرضا، فقد كانت لا تزال تعاني. في النهاية، قررت "دينيس" أنها بحاجة إلى حياة أكثر هدوءًا وتنظيمًا وانضباطًا؛ لذلك في سن التاسعة عشرة انزلت في دار العبادة (كان هذا تقريبًا في عام 1957). وبسبب قيود الاتصال خلال السنة الأولى، تلقت أمي وأبي خطابًا منها، وكانت الزيارات تقتصر على زيارة واحدة في الشهر لكل منهما. بينما كنت أقرأ خطاباتهما لاحقًا، شعرت بأن هذه قد تكون الفترة الأكثر هدوءًا في حياتها. وبعد خمسة أشهر في دار العبادة، كتبت لنا "دينيس":

"لا يبدو ممكنًا أنه قد مرت هذه الفترة الطويلة منذ أن كنت في المنزل، ولكن من نواح أخرى يبدو لي أنني لم أعرف قط أو يمكن أن أتمنى أن أعيش حياة أخرى غير هذه. لا يعني ذلك أنني لم أفتقدكم أيضًا، بل على العكس من ذلك، يبدو أنني أحبكم وأقدركم وأشعر بأنني أقرب إليكم جميعًا الآن أكثر مما كنت في المنزل. لقد وجدت الكثير من السلام والسعادة هنا".

وبعد عام من عزلتها، أرسلت الرسالة الآتية لأبي بوصفها "باقة زهور".

عزيزي أبي،

بعد أن عشت معك لمدة تسعة عشر عامًا تقريبًا، لم أعرفك حق المعرفة وأحبك إلا في الصيف الماضي حينما كنت أذهب معك (من العمل وإليه) وأزورك في لحظات غريبة خلال اليوم.

لقد أخبرتك كثيرًا منذ سبتمبر الماضي أنني أفكر فيك وأدعوك كل يوم. حسنًا، هذا حقيقي، وعندما أفكر فيك أدرك أنني أحبك كثيرًا لأنك كل شيء في حياتي. لقد تعلمت منك عدم الأنانية والحب غير المشروط. إنك كل شيء لعائلتنا. أتمنى لك حياة سعيدة.

يحفظكم الله.

ابنتكم المحبة دينيس

بعد ثلاثة أشهر، توقفت الخطابات وفقًا لنظام دار العبادة للحد من التواصل الخارجي خلال السنة الثانية من التدريب. وعلى الرغم من أنها بقيت هناك في ذلك العام، فإنه لا يوجد تسجيل لما كانت تفكر فيه أو تشعر به خلال هذه الفترة، ولكن

قبل عام واحد من انتهاء فترة عزلتها، خلصت "دينيس" إلى أن حياتها في دار العبادة كانت مقيدة للغاية، وعادت إلى المنزل.

في هذه المرحلة، قررت "دينيس" أنها ترغب في أن تكون معلمة. وعلى الرغم من عدم حصولها على شهادة البكالوريوس وما بعدها من تعليم وتدريب، فإنها حصلت على وظيفة في مدرسة ابتدائية في حاجة ماسة إلى المعلمين، كما أنها ارتبطت عاطفياً بأحد الأشخاص، لكنها لم تكن سعيدة بنفسها أو بحياتها لفترة طويلة للغاية. كانت تربطها علاقة وثيقة ولكنها مضطربة بشاب كانت تحبه. ومع ذلك، بعد نحو عام، انفصلا. وفي غضون ستة أشهر، في سن الثالثة والعشرين، قررت "دينيس" قبول عرض زواج من رجل كانت تعرفه منذ منتصف سن المراهقة.

بدأ أن زواج "دينيس" وعلاقتها بزوجها جعلها تتمتع ببعض الاستقرار لعدة سنوات، حتى أنجبت طفلها الأول. فعلى الرغم من أنها عملت بجهد لتكون زوجة وأماً صالحة، فإن المسئوليات والضغط كانت تشدد عليها بمرور الوقت، وكانت تفتقر إلى المرونة لمواجهةها، فعادت لها نوبات الغضب والقلق والاكتئاب، وزادت الخلافات مع زوجها حتى إنهما انفصلا بعد ولادة طفلها الثاني. وأخذت "دينيس" الطفلين وعاشت مع والديها. ولكن في غضون عام، عادت إلى زوجها، وسرعان ما أنجبا طفلاً ثالثاً.

في ذلك الوقت، كانت "دينيس" توشك على إكمال عامها الثلاثين. كنت قد تزوجت؛ وأنجبت أربعة أطفال، وبدأت تدريب الإقامة في الطب النفسي في جامعة ديوك، على بعد نحو ثمانمائة كيلومتر من "دينيس" ومنزل طفولتنا، وبدأت ألقى المكالمات الهاتفية منها خلال هذه الفترة. ومن خلال جملتين في أولى هذه المكالمات، أدركت أن "دينيس" تمر بمشكلة خطيرة. كان صوتها رتيباً منخفضاً خالياً من أي حيوية أو حماس. وفي بعض الأحيان، كانت تعاني الاكتئاب لعدة أيام عندما يحدث شيء سيئ لها، لكن هذا كان مختلفاً. كانت "دينيس" تفصح عن القليل من المعلومات بشكل عفوي، فكان عليّ أن أطرح عليها الأسئلة لمواصلة المحادثة.

بعد بضع دقائق، لاحظت أن "دينيس" تغغم بكلمات، لذلك سألتها إذا كانت قد تناولت شيئاً، فقالت إنها تناولت بعض الأدوية، وكشفت تدريجياً أنها أصيبت بالاكتئاب بشكل متزايد خلال الأشهر القليلة الماضية وأصبحت الآن ذات ميول انتحارية. وبعد الكثير من الإقناع ومناقشة الأمر مع زوجها، وافقت "دينيس" على الذهاب إلى المستشفى، حيث يمكنها الحصول على رعاية آمنة ومناسبة. وقد بدأ أن حالتها تحسنت بما يكفي للعودة إلى المنزل بعد أسبوعين، رغم أنها لم تستعد عافيتها.

منذ ذلك الوقت، كان من النادر أن يمر شهر دون أن ألقى مكالمة هاتفية مماثلة لتلك التي وصفتها من فوري. بدأت "دينيس" العلاج النفسي، لكن الطبيب النفسي، كما كان شائعاً في ذلك الوقت، لم يكن قد تلقى أي تدريب محدد في اضطراب الشخصية الحدية. ولم تشهد "دينيس" إلا تحسناً طفيفاً، وتسببت مضادات الاكتئاب الوحيدة المتاحة في ذلك الوقت في زيادة وزنها، وهو ما كرهته، كما جعلتها كثيرة الشك لدرجة أنها أصابتها بهوس الارتياب أحياناً؛ لذلك رفضت تناولها. ووفقاً لزوجها، اتجهت بعد ذلك إلى معاقرة الشراب يومياً وبدأت في إهمال الأطفال والمنزل، رغم أنها كانت حتى ذلك الحين مدبرة منزل جيدة وأماً محبة. كان الوضع يتدهور بشكل سريع حتى إنني اقترحت على "دينيس" زوجها أن يأتيا لزيارة عائلتي حتى تخضع لتقييم في ديوك، ووافقت.

قام أحد أعضاء هيئة التدريس في قسم الطب النفسي، وهو رجل كنت معجباً بمهاراته الطبية السريرية كثيراً، بتقييم "دينيس"، وأخبرها بأنها بحاجة إلى التوقف عن الشراب لعدة أسابيع حتى يتمكن من فحصها بدقة والتوصل إلى تشخيص أكثر وضوحاً. وفعلت ذلك، لكن حالتها لم تتحسن. ونظراً لأن "دينيس" لم تستجب إلى مضادات الاكتئاب المتعددة، فقد اقترح طبيبها النفسي أن تتلقى دورة العلاج بالصدمات الكهربائية.

غالباً ما يستخدم العلاج بالصدمات الكهربائية للمرضى الذين يعانون نوبات اكتئاب حادة أو نوبات هوس ولا يستجيبون للأدوية أو تتسبب لهم الأدوية في آثار جانبية خطيرة. تتكون دورة العلاج بالصدمات الكهربائية عادة من ثماني جلسات فردية أو أكثر. خلال كل علاج، يتم تخدير المرضى بمخدر سريع المفعول، ثم يتم توصيل كمية من التيار الكهربائي المتحكم فيه بعناية للرأس؛ ما يؤدي إلى نوبة متعمدة ذات شدة ومدة مضبوطة، ويتم التخلص من تقلصات العضلات المصاحبة للنوبة عن طريق الاستخدام المتزامن لمرخي العضلات. من غير المعروف كيف يسبب العلاج بالصدمات الكهربائية تأثيراً علاجياً، ولكنه يمكن مقارنته إلى حد ما بتوصيل التيار الكهربائي لصدر الشخص الذي يعاني توقف القلب أو عدم انتظام ضربات القلب لاستعادة نبض القلب الطبيعي. بعد العلاج بالصدمات الكهربائية، تحسنت حالة "دينيس" إلى حد كبير، وبدا أنها عادت طبيعية مرة أخرى، لذا عادت إلى المنزل.

مرة أخرى، بدا أن "دينيس" بحالة جيدة. في عمر الأربعة والثلاثين، التحقت هي وأختنا الأصغر "بياتريس" بكلية محلية للحصول على شهادة في التمريض. كتبت

"دينيس" خلال هذه الفترة عددًا من القصائد، نُشر بعضها، وما يلي يشير إلى أنها كانت لا تزال تكافح كل يوم، ولكن بتبصر كبير.

هوية

لأنها أُمِّي، صرتُ أنا.
لأنه أبِي، صرتُ أنا.
لأنهما والداي، صرتُ ما أنا عليه الآن،
ودونهما، ما كنتُ أنا.

لأنها مدرستي، صرتُ أنا.
لأنها دار عبادتي، صرتُ أنا.
بسبب العرف، والطاعة، والامتثال،
وعلى الرغم من العرف، كنتُ أنا.

بسبب ثلاث حروب، صرتُ أنا
بسبب وابل التقاليد، صرتُ أنا.
بسبب الخوف عامًا بعد عام،
وعلى الرغم من الخوف، كنتُ أنا.

بسبب زماني، صرتُ أنا.
بسبب ظروفي، صرتُ أنا.
بسبب أن مآلي الموت.
وعلى الرغم من أن مآلي الموت، كنتُ أنا.

لأن هناك اهتمامًا، صرتُ أنا.
لأن هناك تشاركًا، صرتُ أنا.
لأن هناك مصيرًا، وجفاءً، وتباغضًا،
وعلى الرغم من مصيري، كنتُ أنا.

أتأرجح بين قبول القبولة ورفضها.
والقبول والرفض معًا لا ينفعان
أتأرجح بين قبول الناس ورفضهم
هل هذا كل ما أجنّيه؟ هل هذه هي قيمتي؟

من خلال كل هذا أرى
بمزيد تبصر أنني هكذا أكون أنا
أقاتل كل يوم لئلا أذبل،
هويتي هي حقيقتي؛ إذا أردت أن أكون حرة

تخرجت "دينيس" وكانت الأولى على دفعتها وقدمت خطاب الوداع، وعملت ممرضة لبضع سنوات، ولكن بعد ذلك بدأت حالتها تتدهور مرة أخرى. عندما كانت "دينيس" في أواخر الثلاثين من عمرها، تلقيت منها اتصالاً هاتفياً مشابهاً لتلك المكالمات التي تلقيتها منها قبل عقد من الزمن؛ نبرة الصوت نفسها، لكن الكلمات كانت أقل وضوحاً. تحدثنا، ووعدتني بأن تتوقف عن معايرة الشراب، على الرغم من اعتقادها أنه لا جدوى من ذلك. لقد توقفت عن الشرب لفترة من الوقت، لكنها كانت بصعوبة ترعى زوجها وأطفالها، وبدأ زوجها وأطفالها يبتعدون عنها وبدأت تشعر بأنهم يتخلون عنها بشكل متزايد.

في هذه الأوقات، كانت "دينيس" تتصل بأمي، التي كانت تعيش في مكان قريب وتفعل كل ما في وسعها لمساعدة "دينيس" على تنظيف منزلها وتقديم التشجيع لها. كانت "دينيس" تتواصل أيضاً مع "بياتريس" التي كانت تحاول كذلك مساعدتها بقدر الإمكان. كان من الصعب معرفة ما يمكن أن يساعدها وما هو غير ذلك. كان الحال يسير لبضعة أسابيع أو حتى شهر أو شهرين على ما يرام، ولكن بشكل عام، كان التدهور مستمرًا. وعلى الرغم من أن القلق ظل يسيطر على عائلة "دينيس" وعائلتنا، فإنه لم يكن لدينا فكرة عن الأحوال التي تنتظرنا نحن و"دينيس".

في نحو الساعة الحادية عشرة في مساء يوم ميلاد "دينيس" الثالث والأربعين، تلقيت مكالمة هاتفية من أمي (كان أبي قد توفي قبل تسعة أعوام)، وكانت "دينيس" قد ذهبت لتناول العشاء مع زوجها وأطفالها احتفالاً بيوم ميلادها. وكانت تتناول الشراب منذ وقت متأخر من بعد الظهر، وفي منتصف العشاء، اختنقت بقطعة من الطعام. كان هذا حدثاً مألوفاً لدى الأشخاص الذين يحتسون الكثير من الشراب، لأن الشراب يثبط ردة فعل البلعوم، فذهبت "دينيس" على عجل إلى حمام السيدات، مشيرة إلى أنها بخير، ولكن عُثر عليها فاقدة للوعي على الأرض بعد عشر دقائق.

نُقلت "دينيس" على الفور إلى أقرب مستشفى، حيث اكتُشف أنها تعاني تلفاً كبيراً في المخ نتيجة لعدم وصول الأكسجين إليه. وبقيت في غيبوبة ووضعت على كل أجهزة دعم الحياة الضرورية وقد قيم فريق من أطباء الأعصاب حالة "دينيس"

وأخبر زوجها وبقيّة العائلة بأخبار مفاجئة، فعلى الأرجح لن تستعيد "دينيس" وعيها أبداً.

بعد شهور من الرعاية على مدار الساعة، أزيل عنها جهاز التنفس وبدأت تتلقى الطعام من خلال أنبوب تغذية. ثم نُقلت إلى مرفق الرعاية طويل الأجل الذي عملت فيه ممرضة، واستمر قلق العائلة. كانت العائلة بأكملها تزورها بانتظام، لكن والدتي كانت تذهب لرؤية "دينيس" كل يوم، وتحمّمها، وتغير لها ملابسها، وتتحدث معها بهدوء. كانت الأنسجة التي لم تلتف في المخ هي فقط المتعلقة بالنبضات المنتظمة لقلبها وتنفسها والتواء عضلاتها من حين لآخر، بما في ذلك عضلات وجهها التي تجعلها تبدو مبتسمة أو متجهمّة.

كان من الصعب إقناع أمي بأن تأخذ إجازة من زيارتها لـ "دينيس". فقد كانت تقضي جزءاً كبيراً من كل زيارة في الدعاء من أجل شفائها. كانت تقول إن البقاء مع "دينيس" ليس عبئاً، بل إنه جعلها قادرة أخيراً على إعطاء "دينيس" الحب والرعاية التي كانت دوماً ما تحاول منحهما لها، لكن "دينيس" كانت تقاومها. ومرت شهور دون تغير إيجابي، وكانت حالتها العامة تتدهور تدريجياً ولكن بشكل ملحوظ.

يمر أحياناً الأشخاص المشابهة حالتهم لحالة "دينيس" بقدر كبير من العذاب واليأس حتى إن إخوتي وأختي وأنا بدأنا نناقش أفكارنا ومشاعرنا حول ما يجب أن نفعله. كانت عائلة "دينيس" ومعظم أفراد عائلتنا يعيشون في شمال نيو جيرسي في ذلك الوقت فيما عدا أنا. وحينئذٍ كانت المناقشات القانونية حول مصير كارين آن كوينلان قد اختتمت مؤخراً بقرار من المحكمة العليا في نيو جيرسي بالسماح بإزالة أنظمة دعم الحياة الاستثنائية عن الأشخاص الذين ماتوا إكلينيكيّاً؛ لذلك كان هذا الخيار البديل حاضرًا في أذهاننا. وخلال الفترة اللاحقة لوفاة والدنا قبل سنوات، ذكرت "دينيس" نفسها أنها لن ترغب أبداً في اتخاذ إجراءات استثنائية لإبقائها على قيد الحياة إذا كانت ميتة إكلينيكيّاً.

في النهاية قررنا التحدث مع زوج "دينيس". كان هو والأطفال الثلاثة، الذين أصبحوا الآن في فترة المراهقة، يعانون كثيراً. ويمكنني إلا أن أتخيل الأضرار التي لحقت بكل منهم. وبتردد كبير، كشف أنه يعتقد أنه يجب إزالة أنبوب التغذية عن "دينيس"، وكان يعلم أن هذا سيؤدي إلى وفاتها، لكنه كان قلقاً بشكل متزايد بشأن الأطفال، فقلنا له إننا ندمم فكرته وتحدثنا مع والدتنا.

أخذت أُمي تدعولها كثيراً وتحدثت مع رجال الدين وكانت عملية اتخاذ القرار عصبية عليها. وبكثير من الألم، وافقت على أنه أمر شديد القسوة على أطفالها أن يروا أمهم تموت بهذا البطء أمام أعينهم، فبتنا متفقين على ما يلزم فعله، لكننا لم ندرك أن المشكلات القانونية والأخلاقية سيقررهما الآخرون.

كانت هناك معضلتان: الأولى هي أن "دينيس" كانت تخضع لرعاية طبيب متدين في مستشفى يخضع لهيئة دينية؛ لذا، فقد عارض هو وإدارة المستشفى قرارنا لأسباب أخلاقية. فاضطررنا إلى الاستعانة بمحام للحصول على تصريح من المحكمة. أما المعضلة الثانية فكانت أن قرار كوينلان لم يقدم سابقة واضحة تمامًا في قضايا مثل حالة "دينيس".

أدلى جميع أفراد الأسرة بشهادتهم في جلسة علنية، ونشرت الصحف القصة. تحدث القاضي مع أطفال "دينيس"، وأدلت الأسرة بشهادتها في المحكمة للتحقق من رغبات "دينيس" فيما يتعلق بعدم رغبتها في اتخاذ أي إجراءات استثنائية لإبقائها على قيد الحياة إذا لم يكن هناك أمل في التعافي. وكان التماسنا للمحكمة بالإجماع: "الإعلان عن فقدانها للأهلية وتعيين زوجها وصيًا قانونيًا والسماح بإنهاء هذه المعاناة". قبل القاضي الالتماس، لكنه لم يصدر حكمًا محددًا بإزالة أنبوب التغذية، وعلى الرغم من أن زوجها طلب إزالته، فإن الطبيب رفض. وقد توفيت "دينيس" بعد سبعة أشهر عن عمر يناهز الخامسة والأربعين، بعد أن ظلت في غيبوبة لمدة عام وثمانية أشهر من وقت الحادث حتى وفاتها.

رأيت أن طرح وجهة نظر أخرى بشأن "دينيس" ستكون قيمة؛ لذلك طلبت من بياتريس أن تكتب بعضًا من ذكرياتها. كانت "بياتريس" أقرب إلي "دينيس" في جوانب عديدة مني أنا وإخوتي.

أختنا بياتريس

كانت "دينيس" أكبر مني بعامين ونصف العام، وكفي تفهم علاقتنا، يجب أن تعرف شخصيتي ومكاني في العائلة. كنت الرابعة بين خمسة أطفال، والبنت الثانية، ولدي شقيقان أكبر مني وأخ أصغر.

أخبرني والداي وأجدادي بأنني كنت طفلة سعيدة منذ اللحظة التي ولدت بها. كان الأقارب والضيوف يجذبون نحوني، وكنت أحب والدي وإخوتي.

بالنظر إلى الماضي، أدرك الآن أنني كنت على دراية بالاضطراب الناجم في الأسرة عن حالة أختي وأنتني كنت أحاول دائمًا أن أجعل الجميع يضحكون لتخفيف التوترات التي حدثت في ذلك الوقت، فأصبحت شخصيتي متكيفة للغاية بسبب حالة "دينيس" وأصبحت صانعة السلام.

أعتقد أن أختي كانت تحبني بعمق، لكن مشاعرها كانت تتضارب مع تقدمنا في السن. خلال الفترات التي كانت فيها بحالة "جيدة"، كانت شخصية ودودًا وحنونًا حيث تقدم لي النصائح الرائعة وتكوني لي ملابسني عندما أريد الخروج. كانت مصدرًا للبهجة في هذه الأوقات، كانت أختًا كبيرة رائعة يمكنني أن أفعل أي شيء من أجلها.

ومع ذلك، لم أكن على علم دائمًا بالتغيرات التي تحدث عندما يظهر جانبها المظلم، ففي بعض الأحيان كنت أستعير شيئًا من ملابسها دون استئذنها، ولم تكن تقول شيئًا مطلقًا، لكن لاحقًا كنت أكتشف أن إحدى تنوراتي أو قمصاني المفضلة لديّ اختفت. وسرعان ما تعلمت ألا أقترب منها. وعندما تقدمنا في السن ودخلنا المدرسة الثانوية، لم تكن أي منا قريبة من الأخرى. ففي عطلات نهاية الأسبوع، كنت أبقى في أحد منازل صديقاتي، بينما كانت "دينيس" تنام طوال اليوم في غرفتنا وتسدل الستائر. **مكتبة سر من قرأ**

لاحقًا، عندما كان أطفالنا صغارًا، قضينا أحوامًا جيدة. كنا قريبين للغاية من "دينيس"، لكنها كانت تكره الانفصال. فإذا كنت أخطط لذلك لأي سبب كان، كانت تبدأ هي بالابتعاد عني قبل أيام أو حتى أسابيع من ابتعادي.

التحقنا معًا بكلية التمريض، عندما كنت في الثانية والثلاثين من عمري وكانت هي في الرابعة والثلاثين. كانت متفوقة وكانت تحصل على أعلى الدرجات، بينما كنت طالبة متوسطة وليس متفانية ومتحمسة مثلها، ومن عام 1972 إلى شهر يناير عام 1975، كنا نذهب معًا في سيارتها ونقضي من أربع إلى ثماني ساعات في الكلية، حيث كونا مجموعة جميلة من الأصدقاء في المعامل وعلى الغداء. كانت الأمور تبدو عادية تمامًا، لكن في فبراير عام 1975، قبل وقت قصير من تخرجنا، دون خطاب أو مكالمات هاتفية، لم تأت ذات يوم لتأخذني معها. وذهبت في النهاية إلى الصف في ذلك اليوم لأجد "دينيس" تجلس في مقعدها المعتاد، ولم ترفع نظرها أو تشعر بوجودي. بعد انتهاء الصف، عندما حاولت أن أقترب منها، تجاهلتني وخرجت دون أن تنطق بكلمة. اتصلت بها في منزلها لاحقًا، لكنها لم

ترد. وبينما كنت أحضر حفل التخرج الذي أقامته الكلية، لم تحضر هي هذا الحفل ثم بدأنا العمل في المستشفى نفسه في ذلك الخريف، لكننا لم نتطرق أبدًا إلى ما حدث في الكلية. قبل فترة طويلة، عدنا إلى روتين أختنا القديمة - كنت أعاملها أفضل معاملة؛ وكانت "دينيس" تأخذ ما تريد وترفض كل شيء آخر.

أصبحت "دينيس" ممرضة متخصصة في طب الشيخوخة وكانت تحظى باحترام وحب كبير من قبل مرضاها.

ومع مرور السنين، عاقرت "دينيس" الشراب تدريجيًا بصورة روتينية أكثر فأكثر، وبدأت في الاتصال بي في جميع ساعات الليل، وكنت أستمع إلى صيحاتها غير المتسقة إلى أن تعلق الخط. ثم بدأت في الاتصال لتخبرني بأنها ستنتحر. وكنت أهرع إلى منزلها لأجدها قد تناولت جرعة زائدة من أحد العقاقير أو، في عدة مناسبات، متسببة في جرح في معصمها. وقد نقلت إلى المستشفى بعد هذه النوبات دون أن يحدث تحسن كبير.

قبل عيد ميلادها الثالث والأربعين بقليل، أصبحت غاضبة للغاية من أمي، ورفضت رؤيتها أو حتى التحدث معها. وتألمت والدتي كثيرًا لذلك، وكان بإمكانني أن أشعر بالألم في صوتها عندما كانت تتصل بي. وأدرت كم سيكون من العبث محاولة تغيير عقلية "دينيس"، لكنني كنت أتصل بها على أي حال لأخبرها بأنه إذا لم تمنح والدتها الوقت الذي تستحقه، فلن يكون لدي وقت لها بعد الآن، وأخبرتها بالأمر. تتصل بي مرة أخرى.

لكنها لم تفعل ذلك. وفي مساء عيد ميلادها، اختنقت من الطعام، وبدلاً من التسبب في مشكلة في المطعم، ذهبت إلى حمام السيدات، حيث فقدت وعيها. حيث لم يصل الأكسجين إلى دماغها، وأصيبت بنوبة، وعندما وصلت إلى المستشفى بعد أربعين دقيقة أو أكثر، أعلن الأطباء أنها قد توفيت إكلينيكيًا، ووضعت على جهاز التنفس.

كان لدى "دينيس" الكثير لتقدمه، وعندما استطاعت، أعطته بروح سخية. وعلى الرغم من أن جميع أفراد عائلتنا غالبًا كان يقلق بشأنها ويغضب منها في بعض الأحيان، فإننا كنا نعرف أنها تعاني كثيرًا في حياتها، وكنا نحباها بشدة وقد ترك هذا في كل منا ندوبًا عاطفية. لقد ماتت في سن صغيرة للغاية، ولا أزال أفتقدها كثيرًا.

السيدة "ديفيس"

يبدأ تدريب التخصص في الطب النفسي عادةً بالتأوب السريري على وحدات المرضى النفسيين. هنا، يكون المقيمون (الأطباء الملتحقون ببرنامج تدريب رسمي في تخصص طبي) مسؤولين عن الكثير من الرعاية اليومية للمرضى، تحت إشراف أحد أعضاء هيئة التدريس.

بعد قضاء عام ونصف العام إلى عامين من التدريب على عدد من خدمات المرضى المتخصصة في الاضطرابات النفسية، يواصل أطباء الطب النفسي تعليمهم في العيادات الخارجية للطب النفسي، حيث يتعلمون في هذه العيادات علاج المرضى المصابين بأمراض مزمنة؛ ولكنهم لا يتطلبون رعاية داخلية. جزء مهم جداً من هذا التدريب هو تعلم مهارات أنواع مختلفة من العلاج النفسي. ويشمل العلاج النفسي الديناميكي تعلم وتطبيق مجموعة محددة من المعرفة حول العمليات والسلوكيات النفسية المعقدة. لتعلم هذه المهارات، يجب أن ينخرط الطبيب في مهمتين في وقت واحد: أولاً، سلسلة من الندوات والكتب حول الموضوع، وثانياً، علاج المرضى باستخدام المعرفة التي اكتسبها الطبيب، وذلك تحت توجيه وإشراف دقيق من أحد أعضاء هيئة التدريس. ليس كل المرضى النفسيين مرشحين مناسبين للعلاج النفسي الديناميكي؛ لذلك يجب على الأطباء المقيمين اختيار عدد قليل من المرضى بعناية، من بين أولئك الذين يتولون أمرهم في العيادة، والذين يعتقدون أنهم سيستفيدون من هذا النوع من العلاج النفسي.

كنت طبيباً مقيماً مشاركاً في هذه العملية عندما قابلت السيدة "ديفيس" لأول مرة، حيث أتت إلى عيادة ديوك للطب النفسي، والتي كان يعمل بها أطباء مقيمون، لأنها لم تكن قادرة على تحمل الرسوم العادية للمعالجين الذين تلقوا تدريباً كاملاً. عندما قابلت السيدة "ديفيس" لأول مرة، كانت فنية طبية تبلغ من العمر 22 عاماً وزوجة لطالب في السنة الأولى في كلية القانون. كانت شابة حسنة المظهر وأنيقة وجذابة تعاني حالة مرضية خفيفة إلى معتدلة، خاصة من القلق. خلال المقابلة الأولية، أخبرتني بأنها تسعى للحصول على مساعدة من أجل نوبات القلق والاكئاب المتكررة التي تسببها.

قالت السيدة "ديفيس" إنها عانت هذه المشكلات بشكل متقطع منذ سنوات المراهقة المبكرة، ومع ذلك فقد زادت وتيرتها وشدتها منذ أن انتقلت هي وزوجها، قبل ثلاثة أشهر، من مدينة في الغرب الأوسط حتى يتمكن زوجها من الالتحاق بكلية

القانون. كانا قد تزوجا قبل بضعة أشهر من انتقالهما، ولم تكن قد ابتعدت من قبل عن عائلتها لمثل هذه الفترة الممتدة. عُيِّنت السيدة "ديفيس" في مستشفى ديوك، واعتمدت هي وزوجها على هذا الدخل، حيث كانت قد أنهت تدريبها قبل بضعة أشهر من زواجها، وكانت هذه أول وظيفة لها بدوام كامل.

بينما كنت أسجل التاريخ الطبي للسيدة "ديفيس" وأجري فحصًا نفسيًا لها، لم ألاحظ أي مؤشرات على وجود نوبات ذهانية أو سلوكيات تشير إلى الافتقار إلى ضبط النفس. كانت ذكية، وبدت ثاقبة الفكر ومرتزة، وكانت ترغب في إيجاد سبب معاناتها القلق والاكتئاب وفي إجراء كل التغييرات اللازمة لتعيش حياة أفضل. باختصار، بدت السيدة "ديفيس" مريضة مثالية للعلاج النفسي الديناميكي. لقد راجعت ملاحظاتي مع مشرفي، الذي اقترح أن الاختبارات النفسية الإسقاطية قد تساعد على تحديد ما إذا كنا نفتقد شيئًا مهمًا.

هناك فئات عديدة من الاختبارات النفسية التي تُستخدم لتقييم الحالة النفسية للمريض. الهدف من الاختبارات الإسقاطية هو كسب نظرة ثاقبة عن جوانب القلق والصراع الداخلي للمريض، وتحديد أنواع التكيفات النفسية أو "الدفاعات" النفسية التي يستخدمها عادة للتعامل مع تحديات الحياة (مؤشر على مرونته)، وبعض من هذه الأنماط التكيفية النفسية أكثر فاعلية من الأخرى. وبعبارة أخرى، يمكن لبعض الناس تحمل توتر نفسي أكبر مقارنة بالآخرين قبل ظهور أعراض مثل القلق والاكتئاب وحتى الأعراض الأكثر بدائية مثل التفكير الارتياحي. كان الاختباران الأكثر استخدامًا من هذا النوع في ذلك الوقت هما اختبار تفهّم الموضوع واختبار رورشاخ، ويتكون اختبار الإدراك الموضوعي من مجموعة من ثلاثين صورة لفرد أو أكثر، حيث يُطلب من المريض تأليف قصة بناءً على كل صورة، أما رورشاخ فهو اختبار بقعة الحبر المعروف.

وافقت السيدة "ديفيس" على الاختبار، وبعد ذلك تقابلت مع الطبيبة النفسية التي أدارت وفسرت هذه الاختبارات، وهي عضو هيئة تدريس ذات سمعة ممتازة، فاستعرضت الطبيبة النفسية الفاحصة النتائج معي وأكدت لي أنها لا تستطيع تحديد سبب لتجنب استخدام العلاج النفسي الديناميكي في علاج السيدة "ديفيس".

مع هذه التأكيدات، راجعت مع السيدة "ديفيس" القواعد الأساسية للعلاج، وكان من المتوقع أن تحضر جلسة مدتها خمسون دقيقة مرتين في الأسبوع وأن تحضر في الموعد المحدد، كما كان من المتوقع أن تتحدث السيدة "ديفيس"، بكل ما لديها

من قدرة على الحديث، عما يخطر ببالها مهما كان مؤلماً أو صعباً دون تعديل أو تنقيح لأفكارها. بالإضافة إلى ذلك، كان من المتوقع أن تدفع السيدة "ديفيس" رسوم العيادة كل شهر، وأعتقد أنها كانت دولاراً واحداً لكل جلسة.

في المقابل، شرحت أن مسؤولياتي في العلاج هي أن أكون هناك في الموعد المحدد لكل جلسة، وأن أستمع وأسجل بعناية ما تقوله، وفي النهاية أخبرتها بأن لدينا مسؤولية متبادلة، في آخر عشر أو خمس عشرة دقيقة من كل جلسة، لمحاولة فهم معاني ما تحدثت عنه في ذلك اليوم. وأشرت إلى أنه في وقت مبكر من العلاج، من المحتمل أن أقدم تعليقات (تفسيرات) للمعلومات أكثر مما فعلت، لكنها ستصبح أكثر مهارة في العملية مع تقدم العلاج.

بدأ عملنا معاً حيث تعلم كلانا ببطء عملية العلاج النفسي، وكنت ألتقي كل أسبوع بمشرفي وأقرأ له كل كلمة قالتها السيدة "ديفيس"، والتي تمكنت من تسجيلها، بالإضافة إلى تعليقاتي وأسئلتني النادرة في أثناء الجلسة، كما عبرت أيضاً عن أفكارنا حول معنى الأمور التي ناقشتها أنا والسيدة "ديفيس" قبل إنهاء كل جلسة. كان مشرفي بعد ذلك يحاول مساعدتي على فهم الطبقات الواعية واللاواعية المختلفة لمعنى كلمات مريضتي وموضوعات الجلسات بشكل أفضل.

بدأ كل شيء يسير على ما يرام لمدة ستة أسابيع تقريباً. بعد ذلك، في أثناء إحدى الجلسات التي بدت في البداية عادية مثلها مثل الجلسات الأخرى، عبرت السيدة "ديفيس" بشكل متزايد عن شكوكها في رئيسة قسمها في العمل، وزوجها، وأخيراً أنا. فقد ادعت أننا نتأمر عليها وأنتي خالفت وعدي معها بالحفاظ على سرية الجلسات. لم تجد أي محاولة لطمأننتها من خلال إخبارها بأنني لم أتحدث مع أي من الشخصين نفعاً، فقد أصبحت السيدة "ديفيس" مصابة بجنون الارتباب ومضطربة بشكل متزايد أمام عيني. لم تكن هناك إشارات تحذيرية يمكنني اكتشافها بمعرفتي ومهاراتي المحدودة، وأذكر بوضوح أنني كنت مندهشاً، ومرتبكاً، وقلماً بعض الشيء. ما سبب هذه الاستجابة لدى مريضتي؟

حاولت بسرعة أن أشتت انتباه السيدة "ديفيس" عن أفكارها الارتبابية وأجعلها تركز على الأمور الروتينية في العمل والمنزل. بشكل ملحوظ، وفي غضون نحو خمس دقائق، بدأت تهدأ وأصبحت أقل ارتباباً. وبنهاية الجلسة، عادت السيدة "ديفيس" إلى طبيعتها كما كانت عندما بدأت الجلسة. بدت لي أنها بحالة جيدة، وبعد دراسة متأنية، اعتقدت أنه من الآمن لها المغادرة.

ومن حسن الحظ أنه كان لديّ موعد مع مشرفي في وقت لاحق من ذلك اليوم. وقد استمع بعناية إلى تقريرتي، وطرح عليّ عدة أسئلة، ثم أسند ظهره إلى الكرسي، وفكر فيما حدث. وبعد عدة دقائق، مال نحوني قائلاً بلطف: "مرحباً بك في العالم الغامض لاضطراب الشخصية الحديّة". ومضى يخبرني بسمات الاضطراب، وكذلك أنها كانت معروفة في أواخر الستينيات. لا أتذكر أنني سمعت بالتشخيص قبل ذلك، على الرغم من مناوباتي العديدة على خدمات المرضى، ونصحني بالذهاب إلى مكتبة كلية الطب وإجراء بعض القراءات الجادة والمكثفة عن اضطراب الشخصية الحديّة قبل جلستي العلاجية التالية مع السيدة "ديفيس".

لم تكن مهمة القراءة هذه عملاً روتينياً سهلاً، فالمصادر المعتادة للمعلومات كانت قليلة المساعدة، ولم تحتوِ معظم كتب الطب النفسي الرائدة في ذلك الوقت إلا على الحد الأدنى من المعلومات المفيدة. ولم يتضمن الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات العقلية الصادر عن الجمعية الأمريكية للطب النفسي، في الإصدارين الأول والثاني، أي شيء عن اضطراب الشخصية الحديّة. ولم يكن أمامي إلا أن أضيع وقتي في إجراء بحث شامل موسع من المصادر الأولية؛ أي من المقالات الأصلية في المجلات العلمية والكتب الأكاديمية النادرة المكتوبة عن ذلك الاضطراب.

تركتني قراءاتي الأولية لهذه المصادر في حيرة من أمري حول تشخيص اضطراب الشخصية الحديّة وجعلتني محبباً إلى حد ما بشأن تشخيص السيدة "ديفيس". لم يكن هناك اتفاق واضح بين عدد من الخبراء حول ماهية الأعراض التي تحدد اضطراب الشخصية الحديّة. بل إن البعض أشار إلى هذا الاضطراب على أنه "تشخيص بديل للمرضى الذين لا تنطبق عليهم معايير أي اضطراب آخر"، وهو ما قد يكون سبباً لعدم احتواء الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات العقلية في إصداره الثاني على اضطراب الشخصية الحديّة. بقدر ما كان هذا محيراً، كان هناك غموض حول العلاجات المحددة لاضطراب الشخصية الحديّة، بخلاف التحليل النفسي، الذي اعتبره معظم المؤلفين غير فعال، واعتبره بعضهم ضاراً.

عدت لإبلاغ مشرفي بما وجدته ولطلب توجيهاته قبل زيارتي التالية للسيدة "ديفيس". من خلال ما قرأته، علمت أن انفصالها القصير عن الواقع في جلسة العلاج حدث لبعض المرضى الذين يعانون اضطراب الشخصية الحديّة الذين عولجوا بالعلاج النفسي الديناميكي أو التحليل النفسي. في الواقع، كان ذلك إحدى سمات الاضطراب من وجهة نظر بعض الأطباء، كما أن التغيير الكبير في تشخيص

السيدة "ديفيس" يشير بوضوح إلى ضرورة اتباع نهج علاجي مختلف. وقد أوعز لي مشرفي بتقليل عدد زيارتنا العلاجية لتكون زيارة واحدة في الأسبوع، وبالتغيير إلى العلاج النفسي الداعم، كما اقترح أن أكون حريصاً بشأن استخدام الأدوية؛ لأنها نادراً ما تكون مفيدة للمرضى الذين يعانون اضطراب الشخصية الحدية وقد يجعلهم أسوأ.

وهكذا بدأ عملنا معاً مرة أخرى. أولاً: كان عليّ أن أتحدث مع السيدة "ديفيس" حول تشخيصها الجديد المحتمل وتغييرنا في إستراتيجية العلاج. لم أكن متأكداً من كيفية إثارة موضوع التشخيص؛ لأنني كنت قلقاً من أن يجعلها ذلك أكثر قلقاً، خاصة لأنني لم أستطع أن أصف لها بوضوح المشكلات التشخيصية والعلاجية المربكة. ومع ذلك، اعتقدت أن من الأفضل أن أخبرها بما تعلمته عن الاضطراب وأن نتعامل مع النتائج بقدر استطاعتنا، وبعدها نناقش التغييرات في العلاج.

عندما التقينا بعد ذلك، أخبرت السيدة "ديفيس" بالمعلومات التي جمعتها. في البداية، كانت خائفة ومنزعجة، ثم بعد بعض المناقشات هدأت، وتحدثنا عن التغييرات المحتملة في العلاج. قللنا الوتيرة وغيرنا نوع العلاج، واقترحت أن نلتقي مرة واحدة فقط في الأسبوع وأن نركز على تلك القضايا الأكثر صلة بحياتها حالياً، مع تركيز أقل على ماضيها. وشرحت أنني سأطرح المزيد من الأسئلة وسأبدي المزيد من التعليقات في أثناء الجلسة، وأنا سنركز على إستراتيجيات حل المشكلات، ثم طرحت إمكانية استخدام القليل من الأدوية، إذا بدا ذلك مناسباً في وقت ما في المستقبل. وافقت السيدة "ديفيس" على التغيير في العلاج، لكنها كانت قلقة بشأن الدواء، فأخبرتها بأننا لن نتسرع في استخدام الدواء، لكننا سننتظر حتى نحصل على مزيد من المعلومات، وكان ذلك جيداً بالنسبة لها.

مع تقدم العلاج، اكتسبت ببطء صورة أوضح عن تعقيد مشكلات السيدة "ديفيس"، فقد ظهر نمط تدريجياً من الطريقة التي كانت تتعامل بها مع حياتها اليومية، وعلاقتها بزوجها، وتحديات العمل، و"حنينها إلى مسقط رأسها". على سبيل المثال: كما علمنا، كانت تغضب من زوجها في كثير من الأحيان؛ لأنه لا يخصص وقتاً أطول لها في المساء وفي عطلات نهاية الأسبوع، بدلاً من دراسة القانون. كان هذا مصدرًا رئيسياً لكثير من الخلافات معه، فقد فهمت جزئياً أنه بحاجة إلى الدراسة لتحقيق أداء جيد في الكلية، ومع ذلك واجهت صعوبة في حل مشاعرها المتضاربة حول هذه القضية، حيث كانت نادراً ما تتغلب على الشعور بالفراغ الذي تسبب فيه

ذلك والخوف من أنه لا يهتم بها. كانت تلك المشاعر تزداد قوة حتى وصلت إلى النقطة التي أصبحت فيها غاضبة للغاية ويأسه من الحصول على الاهتمام. من حين لآخر، في هذه الأوقات، كانت السيدة "ديفيس" تذهب إلى المطار، وتعود إلى مسقط رأسها، وتقيم علاقة لمدة يومين أو ثلاثة أيام مع صديقها القديم من الكلية. لقد أخبرتني بعد إحدى هذه الرحلات المندفعة أن هذا الشاب لطيف جداً معها، ويقدرها، ويقضي معها وقتاً طويلاً، ثم ناقشنا عواقب هذه الرحلة على علاقتها بزوجها وعلى وظيفتها إذا غادرت خلال أسبوع العمل. وناقشنا أيضاً البدائل التي كانت متاحة لها للتعامل مع وحدتها وشعورها باليأس بطرق غير ضارة.

لقد استغرق الأمر عدة أشهر من العمل في العلاج حتى ندرك الوقت الذي تكون فيه السيدة "ديفيس" في خطر كبير للقيام بهذه الرحلات. لقد كافحنا لنساعدها على إيجاد طرق أفضل للتعامل مع شعورها بالرفض من قبل زوجها، وشعورها بالهجر، والمشاعر الأخرى التي تعرضها للخطر. كما اتفقت أنا وهي على أن تتصل بي في أي وقت من النهار أو الليل قبل أن تغادر ولكن بدا أن كل ذلك لم يجد نفعاً.

كانت هناك مشكلة أخرى وهي علاقة السيدة "ديفيس" برئيسة القسم الذي تعمل به. وكما وصفتها السيدة "ديفيس"، بدت المشرفة امرأة حسنة النية، ذات كفاءة وحماسية، ولكنها كانت صارمة. كانت السيدة "ديفيس" تتصور باستمرار أنها غير داعمة وكثيرة الانتقاد. وكانت استجابتها على أي انتقادات حقيقية أو متصورة منها إما التجهم أو الدخول في نوبات غضب، فقد أخبرتني بأنها خلال إحدى تلك المرات، وفي خضم نوبة غضب عارمة، ذهبت إلى موقف سيارات المستشفى للبحث عن سيارة رئيسة القسم حتى تُحدث بها بعض الخدوش، ولحسن الحظ لم تستطع العثور عليها. وكالعادة، ناقشت أنا وهي الأحداث التي أدت إلى نوبة الغضب، ومدى احتياجها إلى الوظيفة، والطرق البديلة للتعامل مع هذه المواقف. ومرة أخرى فهمت السيدة "ديفيس" القضايا المطروحة، لكن لم يبد أن هذا كان له أي تأثير واضح على شعورها أو سلوكها. في ذلك الوقت، كنت أشعر باليأس قليلاً؛ لأن سلوكياتها كانت تعرض زواجها وعملها لخطر كبير. كان مشرف العلاج داعماً لي، لكنه لم يقدم لي أي علاجات بديلة، ونصحني بالأشعر بالإحباط وأن أوصل العلاج مع مريضتي.

في هذه المرحلة، تذكرت مريضاً كنت قد عالجت في العام السابق في خدمة المرضى الداخليين. كان هذا الرجل، الذي يعمل طبيب أسنان، يعاني نوبات قلق متكررة وشديدة لدرجة أنها تجعله غير قادر على العمل أو حتى الاعتناء بنفسه.

لم يقلل العلاج النفسي من هذه النوبات، ولا مضادات القلق المعتادة أو مضادات الاكتئاب التي كانت متوافرة في ذلك الوقت، فقد كان يحتاج إلى دخول المستشفى بشكل متكرر لفترات قصيرة حتى يعود إلى حالته الطبيعية مرة أخرى؛ لأنه لم يتناول مهدئات كبرى فقط (نشير إليها الآن باسم **مضادات الذهان**)، فاقترحت على مشرفي بعد ذلك أن نعطيه منها، ولكن بجرعات منخفضة جداً. ونجح العلاج بشكل جيد، حيث قلل من الأعراض وعدد مرات دخوله المستشفى، بالإضافة إلى تحسين أدائه في العمل. سأصف هذا المريض بمزيد من التفصيل في نهاية الفصل العاشر.

بناءً على هذه التجربة، اعتقدت أن هذه الفئة من الأدوية (مضادات الذهان)، بجرعات منخفضة للغاية، قد تساعد السيدة "ديفيس" في السيطرة على سلوكها بشكل أفضل، على الرغم من أن هذه النتيجة لم تُحل في الأدبيات العلمية. لقد أثرت هذه المشكلة مع السيدة "ديفيس" وقلت لها إنني راجعت الدوريات العلمية بدقة، بحثاً عن بعض المساعدة لها. وقد أشارت معظم الدراسات التي أجريت على استخدام هذه الأدوية بجرعات أعلى مما كنت أقترحه إلى حدوث آثار سلبية على الأشخاص الذين يعانون اضطراب الشخصية الحدية وكانت متشائمة للغاية، ولم تبد الأدوية أنها تساعد الأشخاص المصابين بهذا الاضطراب، إذا كان لها تأثير، فهو أن العديد من الأشخاص المصابين باضطراب الشخصية الحدية يسيئون استخدام مضادات القلق (التي سميت فيما بعد بالمهدئات الصغرى) مثل الفاليوم والليبريوم والمبروبامات، فعادة ما تنتج الجرعات القياسية من مضادات الاكتئاب ومضادات الذهان آثاراً جانبية ضارة.

ومع ذلك، بسبب تجربتي في العام السابق، اقترحت على السيدة "ديفيس" أنه قد يكون من المفيد تجربة جرعة منخفضة جداً من المهدئات الكبرى، خاصةً أنها لم تنفصل عن الواقع إلا مرة واحدة في وقت مبكر في علاجها معي، فأخذت تسألني كثيراً عن الدواء، ثم قالت "غير موافقة على الإطلاق" عندما أخبرتها بأن فئة الأدوية التي أقترحها تستخدم عادة للأشخاص الذين يعانون الفصام أو اضطراب الهوس الاكتئابي الشديد (ثنائي القطب)، وإن كانت بجرعات أعلى بكثير.

استمر العلاج لعدة أشهر أخرى مع القليل من التحسن، ثم لأسباب لا تزال غير واضحة بالنسبة لي، وافقت السيدة "ديفيس" على تجربة الدواء. وبعد أن وصفت بعناية الآثار الجانبية المحتملة للدواء، بدأت بجرعة منخفضة جداً من دواء يسمى ستيلازين (ترايفلوبيرازين)، بمقدار مليجرام واحد كل صباح. كانت الجرعة

المعتادة من هذا الدواء هي عشرين إلى أربعين مليجرامًا في اليوم. وبعد أسبوع، ذكرت أن شعورها بالقلق والغضب قد انخفض قليلاً. وانتظرنا أسبوعًا آخر، لكن لم يحدث المزيد من التحسن، لذلك رفعت الجرعة إلى مليجرامين في اليوم، ثم أخبرتني بأنه حدث انخفاض ملحوظ في ردود فعلها العاطفية، ونوبات الغضب، والسلوكيات الاندفاعية، وبعض التحسن في قدرتها على خوض نقاشات هادئة إلى حد ما ومعقولة مع زوجها حول مشكلاتهما.

حدث التحسن الكبير الأول في العلاج النفسي بعد ذلك بوقت طويل، فقد اتصلت بي في وقت متأخر ذات ليلة من المطار قبل صعودها الطائرة مباشرة؛ الأمر الذي لم تفعله من قبل، وتحدثنا لبعض الوقت عن الأحداث التي وقعت خلال الأيام القليلة الماضية، وعواقب مغادرتها، والحاجة إلى جلسة علاج طارئة في اليوم التالي، وأي شيء آخر كان يمكنني التفكير فيه لمنعها من الصعود إلى الطائرة. وأخيرًا، وافقت على العودة إلى المنزل ورؤيتي في اليوم التالي. وقد قامت بعدد قليل للغاية من الرحلات الجوية غير المجدولة بعد ذلك.

حدث أيضًا تقدم في جوانب أخرى، حيث قلت نوبات غضبها في العمل، وقل شعورها بالصداع الحاد والأعراض الجسدية الأخرى للتوتر. وقل إفراطها في شراء الأشياء، وهو مصدر آخر للمشكلات في المنزل، في الوتيرة والحدة. وبدأت أكثر قدرة على تذكر وتطبيق العمل الذي قمنا به في العلاج.

بينما كانت السيدة "ديفيس" تتقدم في العلاج، كانت تخبرني بالأشياء المندفعة التي كانت قد فكرت في فعلها لكنها لم تفعلها فتقول: "قبل أن أفعل ذلك، كنت أسمعك تقول: 'ما المشكلات التي تواجهينها حاليًا في حياتك، ما حلولك البديلة، وما العواقب؟'، وأنت ستسأل: 'ما الخيار الذي تريه الأفضل؟'؛ لذلك أحاول الآن أن أفهم ذلك كله قبل أن أراك، وأحاول فعله".

بعد مرور عام آخر من العلاج، وصلت السيدة "ديفيس" إلى مرحلة باتت فيها انفعالاتها مستقرة بشكل جيد، وكانت معظم قراراتها مناسبة، فقد أقامت السيدة "ديفيس" زوجها علاقة مرضية للطرفين، وكانت تعمل بشكل جيد، ولم تعد تشعر باليأس كونها تعيش بعيداً عن والديها، وكوّنت عددًا من الصداقات في ديوك وفي حيها.

فاقتربت أن نخفض وتيرة جلسات العلاج تدريجيًا، لكنني حرصت على إخبار السيدة "ديفيس" بأن بإمكاننا دائمًا زيادتها مرة أخرى إذا لزم الأمر. في العام

التالي كانت تراني فحسب من أجل فحوص الأدوية، عندما يكون لديها مشكلة تحتاج إلى مساعدتي، أو لمجرد التواصل معي لتؤكد لنفسها أنني متاح إذا لزم الأمر (بحلول ذلك الوقت، كنت قد أكملت تدريبي وصررت عضو هيئة تدريس في ديوك). واستمر هذا النمط من العلاج لعدة سنوات أخرى، ثم أصبحت عضواً في هيئة التدريس في جامعة واشنطن في سياتل. كنت أدرك حينها تماماً الحساسية غير العادية التي لدى السيدة "ديفيس"، وغيرها من الأشخاص المصابين باضطراب الشخصية الحدية نحو الفراق؛ لذلك، قبل أشهر من الانتقال، طلبت منها أن تأتي لنا نقاش الأمر معاً. وقضينا الأشهر القليلة التالية لذلك في العمل على مشاعرنا ومخاوفنا من مغادرتي. وأوصيتها بالتواصل مع عدد من زملائي حتى تستطيع الاستمرار في تناول الأدوية والحصول على مساعدة أخرى إذا لزم الأمر. ولحسن الحظ، بدأت أنها تشعر بالارتياح نحو أحد من هؤلاء الأطباء وسمحت لي بأن أطلعها على عملنا معاً.

لا أزال أفكر في السيدة "ديفيس" من آن لآخر، متمنياً أن تكون هي وعائلتها على ما يرام، وأن تبقى ممتنة للغاية لكل الذي تعلمناه معاً عن اضطراب الشخصية الحدية. أعتقد أنك قد تفهم الآن سبب أهمية هاتين القصتين بالنسبة لي. على الرغم من وجود أوجه تشابه بينهما، فإن النتائج مختلفة تماماً. لم تُعالج مرض "دينيس" بشكل جيد، وأدى ذلك في النهاية إلى وفاتها المبكرة، ولم يكن من المفترض أن ينتهي الأمر هكذا، وأتساءل ما المسار الذي كانت ستسلكه حياة "دينيس" إذا تلقت الأدوية والعلاج المتاحين الآن للأشخاص الذين يعانون اضطراب الشخصية الحدية. لم يكن معظمها متاحاً للمرضى في ذلك الوقت، كما أن "دينيس" لجأت في النهاية إلى الكحول في محاولة للحد من معاناتها، لكن السيدة "ديفيس" لم تصل إلى هذا المستوى من اليأس. كان هذا اختلافاً جوهرياً، كما سنناقش لاحقاً في هذا الكتاب. إذا تلقيت المساعدة الصحيحة، فمن غير المرجح أن تصل إلى مستوى اليأس الذي وصلت له "دينيس"، فأنت لديك فرصة لتلقي العلاج الفعال للاضطراب الذي تعانيه أفضل من الذي كان متوافراً قبل ذلك، سنناقش من الفصل العاشر إلى الثاني عشر عمليات العلاج المتعلقة بذلك. لكن كي تستفيد استفادة كاملة من المعلومات المتعلقة بالعلاج، سيكون من المفيد لك أن تتعلم المزيد عن تاريخ اضطراب الشخصية الحدية وأسبابه وطبيعته.

الثالث

تاريخ اضطراب الشخصية الحديّة

مكتبة
t.me/soramnqraa

عندما أستقر أنا والمريض على تشخيص حالته بالإصابة باضطراب الشخصية الحديّة، يركز بشدة على معنى اسم المرض وطبيعته. ومن الشائع أن يجري بحثًا عن الموضوع عبر الإنترنت وتصادفه مصطلحات مثل "الذهان الحدي" و"الفصام الحدي" و"ما قبل الفصام". من المفهوم أن هذه المصطلحات يمكن أن تكون مخيفة، ومن ثم تتطلب تفسيرًا.

إن معاني مصطلح "الحديّة" والمعايير التشخيصية لاضطراب الشخصية الحديّة تغيرت لدرجة كبيرة على مدار السنوات الثماني المنصرمة، فمصطلحات مثل الذهان الحدي والفصام الحدي وما قبل الفصام بالإضافة إلى مصطلحات وتعريفات مختلفة لاضطراب الشخصية الحديّة، استخدمت في مرحلة ما في أثناء تطور المعرفة المتعلقة بهذا المرض. وفي هذا الفصل، أتتبع تطور المفاهيم الرئيسية حول الخصائص التشخيصية لاضطراب الشخصية الحديّة لتمييز تلك الأفكار التي صمدت أمام اختبار الزمن عن تلك التي غض الطرف عنها نتيجة لمزيد من الخبرة والبحث، كما أفرارن بين المفاهيم الخاصة بالقضايا التشخيصية الأساسية التي تتعلق باضطراب الشخصية الحديّة، وتلك المفاهيم التي يدرسها الخبراء في هذا المجال.

أدرك أن بعض ما يرد في هذا الفصل قد يبدو للوهلة الأولى مجردًا بعض الشيء وغير مرتبط بشكل خاص بالتعامل مع المشكلات التي يسببها اضطراب الشخصية الحدية في حياتك. ثق بي ولولبعض الوقت، حيث سأستمر في استخدام هذه المعلومات والبناء عليها في العديد من الفصول التالية. أعتقد أن الجهد الذي تكرسه لتتعلم أقصى ما يمكنك تعلمه عن اضطراب الشخصية الحدية ستجني ثماره في النهاية بشكل جيد من خلال اكتسابك قدرًا من التحكم في حياتك أكثر مما كنت تفعل في الماضي. ففي معظم مجالات الحياة، المعرفة هي ما تمنحك الأفضلية.

تطور تشخيص اضطراب الشخصية الحدية

لقد ذكر مصطلح اضطراب الشخصية الحدية لأول مرة رسميًا عام 1980 في الإصدار الثالث من الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات العقلية، غير أن أعراض الاضطراب عرفت منذ ثلاثة آلاف عام.

كشف العالم النفسي الراحل "ثيودور ميلون"، أستاذ علم النفس بجامعة ميامي وهارفارد، والخبير في تقييم الشخصية واضطراباتهما، عن عدد من المنشورات التاريخية والمراجع الطبية التي تصف الأشخاص الذين تظهر عليهم أعراض نعتبرها الآن متسقة مع أعراض اضطراب الشخصية الحدية، وبعض هذه التقارير تظهر في كتابات "هومر" و"أبقراط" و"أريتاوس". لقد اشتهر الأخير بوصفه لأعراض الأمراض ومهاراته التشخيصية. وفي فترة أحدث، وصف "ثيوفيل بونيت" عام 1684، و"صمويل شاخت" و"إرنست هيرشل" في القرن الثامن عشر، و"جولز بايلارجر"، و"فابريتنس"، و"كارل كالباوم" في القرن التاسع عشر حالات طبية تشبه إلى حد كبير اضطراب الشخصية الحدية. ومع ذلك، خلال هذه الفترة، لم يكن هناك مصطلح وصفي أو تشخيصي ثابت لسلك هؤلاء المرضى.

وفي العقود الأولى من القرن العشرين، كانت هناك زيادة متواضعة في اهتمام المجتمع الطبي بهؤلاء الأفراد الذين نشخصهم الآن باضطراب الشخصية الحدية. وفي عام 1921، عرّف الطبيب النفسي الألماني "إميل كريبلين"، الذي اشتهر بعمله الرائع في وصف وتصنيف الاضطرابات العقلية، مجموعة من المرضى الذين ظهرت عليهم الأعراض الأساسية لاضطراب الشخصية الحدية. وبعد مرور عامين، قدم الطبيب النفسي الأوروبي "كورت شنايدر" وصفًا آخر للمرضى الذين نشخصهم الآن بإصابتهم بالاضطراب.

جذور التحليل النفسي لاضطراب الشخصية الحديّة

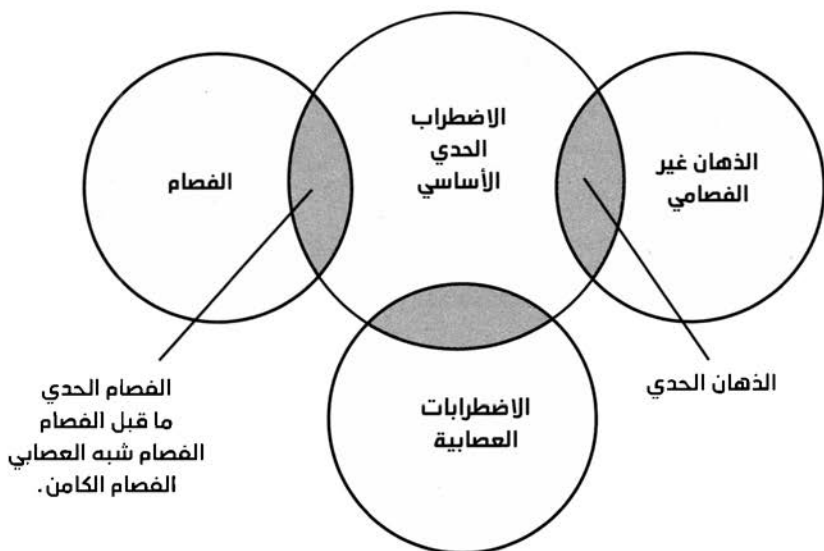
وفي الوقت ذاته، كانت أفكار التحليل النفسي لعالم الأعصاب والطبيب النفسي النمساوي "سيجموند فرويد"، مؤسس التحليل النفسي، مهيمنة على الطب النفسي الأمريكي. ومن ثم، فليس من المستغرب الإسهام الرائع الذي قدمه التحليل النفسي فيما يتعلق بمفهومنا عن اضطراب الشخصية الحديّة.

في أثناء هذه الفترة، شخّص المحللون النفسيون عددًا من المرضى بأنهم لا يندرجون تحت أي فئة تشخيصية موجودة، وهؤلاء المرضى تلقوا العلاج من خلال التحليل النفسي؛ لأنهم بدوا أنهم يعانون القلق والاكتئاب والأعراض الأخرى التي كان يعتقد وجود أصل عصابي لها، وفي ذلك الوقت، كانت كل الاضطرابات العقلية التي ليس لها أعراض نفسية تدرج تحت فئة الاضطرابات العصائية. على الرغم من أن المرضى الذين تظهر عليهم أعراض اضطراب الشخصية الحديّة يبدون للوهلة الأولى كمرضى العصاب، فلقد لاحظ معالجوهم اختلافات مهمة في أثناء تقديم العلاج، فعلى سبيل المثال: بعض من هؤلاء المرضى بدت عليهم ملامح الذهان لفترات قصيرة في أثناء جلسات العلاج وخارجها. علاوة على أنهم لم يبد عليهم تحسن نتيجة التحليل النفسي، وعلى الرغم من أنه بدا أنهم يفهمون معاني المعلومات والمفاهيم العامة التي طرحت في أثناء العلاج، وبدا أنهم يتحسنون في بعض الأحيان، لقد كان التحسن مؤقتًا. لذلك، إذا حدث تقدم، فإن الانتكاسات كانت شائعة وعادة ما تكون كاملة.

واستنادًا إلى هذه الخبرات، بدأ بعض المحللين النفسيين في ذكر ملاحظاتهم في المؤلفات الطبية. وعندما قاموا بهذا، تكهّنوا بفئة التشخيص وطبيعة وأسباب الاضطراب الذي أثر على هؤلاء المرضى. وخلال هذه الفترة ظهرت مصطلحات مثل "الذهان الحدي" و"ما قبل الفصام" و"الفصام شبه العصابي" و"الفصام الكامن" في محاولات لتصنيف هذه المجموعة من المرضى بدقة. لقد تداخلت حدود هذه الاضطرابات بين الأعراض الرئيسية لأعراض اضطراب الشخصية الحديّة التي وصفت من قبل والاضطرابات الأخرى (انظر الشكل 3-1). ومع ذلك، لم يكن هناك إجماع واضح في هذا المجال فيما يتعلق بالاسم والمعايير التشخيصية المناسبة، أو الأسباب، أو العلاجات الأكثر فاعلية للاضطراب الحدي، حتى إن بعض المحللين النفسيين في ذلك الوقت اقترحوا أن التشخيص باضطراب الشخصية الحديّة يفتقر إلى الصلاحية والنزاهة. لقد أطلقوا عليه اسم "تشخيص سلة المهملات" وأشاروا

إلى أنه لا يستخدم إلا؛ لأن الأشخاص الذين يعانون هذه الأعراض لا يناسبهم بدقة أي تصنيف تشخيصي موجود. ولسوء الحظ، لا يزال هناك بعض المتخصصين في الصحة العقلية الذين لا يعتقدون أن اضطراب الشخصية الحدية هو مرض عقلي مختلف. وسوف نذكر الدليل على أنه مرض عقلي مختلف في باقي هذا الفصل وفي فصول أخرى من هذا الكتاب.

المفاهيم الأولى عن حدود اضطراب الشخصية الحدية،



الشكل 3-1

أدولف ستيرن ومجموعة الحديّة

في عام 1938، وفي خضم هذا الغموض الذي يكتف هذا الاضطراب، نشر المحلل النفسي الأمريكي "أدولف ستيرن" مقالاً مثل نقطة تحول، حيث عرف في هذا المقال ما اعتقد أنها كانت السمات الرئيسية وطبيعة اضطراب الشخصية الحديّة؛ لقد وصف سبب اعتقاده لتصرف هؤلاء المرضى بالطريقة التي فعلوها، سواء في أثناء جلسات العلاج أو خارجها، وقدم إرشادات معدلة لهذا العلاج الذي وجده أكثر فاعلية من التحليل النفسي التقليدي. لقد أشار "ستيرن" إلى هؤلاء المرضى باسم "مجموعة

الحدية". وبسبب وصفه الواضح والشامل لهؤلاء المرضى، أرجع العديدون الفضل إلى "ستيرن" بصفته الشخص المسئول عن تعميم الاضطراب وتعريف سماته الرئيسية واستخدام كلمة "الحدية" كمصطلح تشخيصي لهؤلاء المرضى. وضع "ستيرن" قائمة تتألف من عشر سمات لمجموعته الحدية:

1. النرجسية
2. النزيف النفسي
3. فرط الحساسية الجامح
4. الصلابة النفسية والجسمانية - "الشخصية الجامدة"
5. تفاعلات علاجية سلبية
6. شعور متأصل مستمر بالدونية، المترسخة بعمق في شخصية المرضى
7. المازوخية
8. حالة عضوية من انعدام الثقة أو القلق الشديد
9. استخدام آلية الإسقاط
10. صعوبات في التفكير الواقعي، وبخاصة في العلاقات الشخصية.

ولأن مقال "ستيرن" نشر في الأساس للمحللين النفسيين الآخرين، فمعاني بعض هذه المصطلحات من المحتمل ألا تكون واضحة بالنسبة لك، لكنني أظن إن فهمتها كما عناه "ستيرن" قد تكون مجدية لعدة أسباب.

أولاً: ستري عددًا هائلًا من أوجه التشابه بين هذه السمات ومعايير التشخيص الحالي وسمات اضطراب الشخصية الحدية الذي وصفته في الفصل الأول. إن اتساق أعراض الشخصية الحدية على مدار ثمانين عامًا من الملاحظة الدقيقة والبحث يوفر دليلًا جزئيًا على أن التشخيص صحيح ونزيه.

ثانيًا: مقال "ستيرن" كان الأول من بين بضعة مقالات قليلة للغاية أثرت بشكل كبير وحفزت التفكير اللاحق والبحث فيما يتعلق باضطراب الشخصية الحدية، ويشار إلى هذا في المؤلفات البحثية باسم **المقال المؤثر**، فعلى سبيل المثال: عندما ناقش "ستيرن" الأسباب المحتملة لاضطراب الشخصية الحدية، قال: "هذه المجموعة لا تشعر مطلقًا بالأمان المستمد من الشعور بالحب، الذي يعد حقًا طبيعيًا لكل طفل، فهؤلاء المرضى يعانون سوء تغذية (نرجسية) وجدانية"، وتشير كلمة "النرجسية" هنا إلى قدرة المرء على تقدير أو حب نفسه، فهؤلاء الذين يقدرون أنفسهم بدرجة كبيرة

لغاية هم فوق المستوى الطبيعي لتقدير الذات، ونحن نطلق عليهم اسم النرجسيين. أما من ابتلوا بالشك المزمّن في الذات وقلة إكبار الذات هم عادة تحت المستوى الطبيعي للنرجسية. وأشار "ستيرن" إلى مفاهيم الحرمان الأبوي المبكر والصدمات المبكرة الأخرى بوصفها عوامل خطر تعرضك للإصابة باضطراب الشخصية الحديّة. ومنذ ذلك الحين، تواتر عدد من الدراسات البحثية على دعم هذه المفاهيم.

ثالثاً: يعتقد "ستيرن" أن أحد الأسباب الكامنة وراء الاضطراب هونزعة متأصلة أو فطرية لدى الفرد للإصابة به. وبفعل هذا، توقع بشكل صحيح قبل خمسين عاماً هوية عوامل الخطر الجينية والبيولوجية الأخرى للإصابة باضطراب الشخصية الحديّة، إذ تقدر نسبة وراثه هذا الاضطراب الآن بنسبة 60%؛ ما يعني الدرجة التي تُعزى فيها أعراض الاضطراب إلى عوامل وراثية. أما النسبة المتبقية، وهي 40%، فعزى إلى عوامل بيئية، كما هو مذكور في الفصل الرابع.

رابعاً: لقد اعتقد "ستيرن" أن التعرف على المجموعة الحديّة من المرضى كان ضرورياً إذا كان من المقرر أن يكون العلاج النفسي ناجحاً. وعلى الرغم من أنه تمسك بأن التحليل النفسي ما زال ممكناً، فلقد اعتقد أن هناك عدة تعديلات ينبغي إضافؤها على العلاج، فقال إن من المهم أن يكون المعالج داعماً للغاية للمريض وأن يحذر كل الحذر من أن يبدو انتقادياً. لقد شدد على أن الاهتمام ينبغي أن ينصب على مشكلات العلاقة بين المريض والمعالج، لا على مشكلات الماضي أو تفسير المشاعر والأفعال. كان هذا يعني أن قضايا الاتكال المفرط، وسلوكيات التثبيت، والتوقعات غير الواقعية، وردود الفعل السلبية المفرطة يجب التعامل معها باستمرار ودون انتقاد. لقد دمج العديد من هذه المبادئ في العلاجات الخاصة بالاضطرابات الحديّة التي طوّرت على مدى العقود العديدة الماضية (انظر الفصلين 11 و12).

فيما يلي وصف لسمات اضطراب الشخصية الحديّة كما عرفها "ستيرن" في عام 1938:

1. النرجسية: لقد ذكر "ستيرن" أن 75% على الأقل من مرضاه في مجموعة الحديّة لم يتلقوا عاطفة صحية وعضوية من أمهاتهم في السنوات الأولى من حياتهم. لقد اعتقد أن هذا، إما وحده أو بالإضافة إلى عوامل حرمان مبكرة أخرى، نتج عنه نقص جوهرى في الثقة بالنفس وتقدير الذات لدى هؤلاء المرضى؛ ما جعلهم أكثر عرضة لمعاناة من مستويات عالية من القلق بوصفها استجابة للشعور بالضغط. لقد اعتبر "ستيرن" القلق الناتج عن هذا النقص

الجوهري في الثقة بالذات هو "المحرك" الذي تسبب في ظهور الأعراض الأخرى على مرضى المجموعة الحديثة.

2. **النزيف النفسي**، لقد صاغ "ستيرن" هذا المصطلح ليصف مرضى المجموعة الحديثة الذين لم يتمكنوا من الصمود عند تعرضهم لتجارب مؤلمة وصادمة وانهاروا عند تعرضهم للضغط.

3. **فرط الحساسية الجامح**؛ إن المرضى في مجموعة "ستيرن" الحديثة "يشعرون بالإهانة والأذى على الدوام من خلال الملاحظات التافهة... وأحياناً تراودهم الأفكار الارتياحية بشكل طفيف". واعتبر "ستيرن" أن فرط الحساسية ناتج عن انعدام الأمان الراسخ في الشخصية المشار إليها آنفاً؛ الأمر الذي "يقتضي الحذر والوعي غير المبررين من التعرض للخطر". تشبه هذه السمة بوضوح أعراض عدم الاستقرار العاطفي والأفكار الارتياحية المرتبطة بالتوتر، والتي تجدها مندرجة في معايير التشخيص الحالية لاضطراب الشخصية الحدية (الجدول 2 - 1 في الفصل الأول).

4. **الصلابة النفسية والجسمانية - الشخصية الجامدة**، لقد استجابت مجموعة "ستيرن" الحدية للإجهاد الناتج عن القلق الخارجي والداخلي بصلابة جسدية ونفسية على حد سواء، ولقد تجلّى هذا في الاستجابات المتكررة للتصورات والأفكار والعواطف والأفعال الجسدية والألم. وشدد "ستيرن" على عدم تحملهم للتغيير واستجاباتهم غير المرنة للحالات المسببة للضغط الموجودة منذ الطفولة.

5. **تفاعلات علاجية سلبية**، لقد لاحظ "ستيرن" أن مرضاه من المجموعة الحديثة يعيشون داخل حيز ضيق للغاية من الأمان؛ ما سبب لهم الاستجابة بالقلق والغضب والإحباط والاكْتئاب تجاه أي تعليقات يلقيها معالجهم حيث يعتبرونها مضرّة بتقديرهم لذواتهم، ففي أغلب الوقت تفاعل المرضى بشكل سلبي (كما لو أنهم رفضوا) بدلاً من الترحيب بالاكْتشافات المفيدة المحتملة والتعليقات التي يجريها معالجهم في أثناء العلاج. وما زال العديد من المعالجين مترددين بشأن معالجة هؤلاء المرضى المصابين باضطراب الشخصية الحدية بسبب تلك الاستجابة السلبية الشائعة في العلاج. تتشابه هذه السمة مع أعراض الغضب الشديد غير المناسب أو عدم الاستقرار العاطفي التي تعد معياراً حالياً لتشخيص اضطراب الشخصية الحدية (الجدول 1-2 في الفصل الأول).

6. الإحساس بالدونية، وفقاً لـ "ستيرن"، عانى المرضى في المجموعة الحديثة شعوراً متواصلاً بالدونية يؤثر على شخصيتهم بالكامل تقريباً. إن هذا الإحساس بالدونية لا تغيره أي إنجازات، مهما كانت مهمة، ويخلق فجوة كبيرة بين التوقعات العادية للأداء الرشيد وقدراتهم المتصورة. وهذه الفجوة ينتج عنها قلق شديد، ونقم بسبب العجز عن الأداء وانهايار في حالة من الفطور.

7. المازوخية، لقد ذكر "ستيرن" أن الضرر الذي يلحقه الشخص بنفسه بكل أنواعه كان متفشياً في الحياة الشخصية والمهنية والاجتماعية لهذه الجماعة من المرضى، والسلوكيات المدمرة للذات وأذية النفس والأفعال الانتحارية ("أي إيذاء للذات غير مميت وخطير ومتعمد سواء كان بقصد الانتحار أو لا"، وفقاً لتعريف جيه. إم. جي ويليامز) تشكل معياراً تشخيصياً في اضطراب الشخصية الحديثة (الجدول 1-2 في الفصل الأول).

8. حالة "جسدية" من انعدام الثقة أو القلق. يشير هذا إلى الافتقار إلى الاعتداد بالذات أو الثقة بالنفس التي يبدو أنها كانت موجودة دائماً في هذه المجموعة من المرضى. يشير "ستيرن" إلى أن هذا يبدو له أصل "جسدي" - أي بيولوجي. هذا العجز المتأصل يفسر الصعوبات التي يواجهها المرضى الذين يعانون اضطراب الشخصية الحديثة في اكتساب الثقة بالنفس من خلال الخبرة، وتحسين الأداء، والنمو الشخصي. وهذه السمة لها بعض أوجه التشابه مع معيار اضطراب الهوية في معايير التشخيص الحالي لاضطراب الشخصية الحديثة (الجدول 1-2 في الفصل الأول).

9. استخدام آلية الإسقاط. يرى "ستيرن" أن هناك رابطاً بين الأشخاص في المجموعة الحديثة وهؤلاء المرضى الذين يعانون الاضطرابات الذهانية (الشكل 3-1). والإسقاط هو محاولة نفسية غير واعية للتعامل مع القلق من خلال نسب سمات المرء غير المقبولة للعالم الخارجي. وفي مجموعة الحديثة، قد يؤدي هذا إلى توقع الحقد من الآخرين، وإلى التفكير الارتياحي عند الوقوع تحت وطأة الضغط الشديد. ترتبط هذه السمة بالأفكار الارتياحية المدرجة في معايير التشخيص الحالي لاضطراب الشخصية الحديثة (الجدول 1-2 في الفصل الأول).

10. صعوبات في التفكير الواقعي. يشير "ستيرن" إلى أن المجموعة الحديثة تواجه عدداً لا بأس به من الصعوبات فيما يتعلق بإدراك بيئتهم بشكل دقيق والتفكير

بواقعية. كانت الأمثلة الرئيسية التي استخدمها لتوضيح هذه الصعوبات هي المواقف والسلوكيات المشوهة لمرضاه تجاه المعالج. فمن ناحية وجد أن المجموعة الحديثة نظرت إلى المعالج على أنه شخص كلي القدرة، وكامل المعرفة، وقوي للغاية ويبدو أن يجعلهم يشعرون بالسعادة والأمان، ومن ثم سيتشبثون به باستماتة؛ ومن ناحية أخرى، استجابوا بشكل سلبي للغاية لأي تعليقات توضيحية أو إرشادية من قبل المعالج، التي عادة ما ينظرون إليها على أنها هجوم على تقديرهم الهش لذواتهم أو هويتهم الهشة. وفي ظل هذه الظروف، غالباً ما يستجيب المرضى بالقلق والغضب والإحباط والانفصال العاطفي عن المعالج. ربما تتعرف على وجه التشابه بين هذه الاستجابات ونمط العلاقات الشخصية غير المستقرة الحادة التي تعد معياراً حالياً لاضطراب الشخصية الحدية (الجدول 1-2 في الفصل الأول).

هناك سبعة معايير من بين التسعة معايير التي نستخدمها الآن لتشخيص اضطراب الشخصية الحدية مذكورة في هذه المعايير العشرة التي وصفها "ستيرن" في عام 1938. وأعتقد أنه من المذهل أنه أسس نتائجه بشكل أساسي على المؤلفات الطبية الشحيحة التي كانت موجودة آنذاك وعلى ملاحظاته السريرية. وفي العقود التي أعقبت مقال "ستيرن"، ظهرت مقالات أخرى، والتي تزايد عددها على الرغم من قلتها بصفة عامة، وفصول كتب تتناول اضطراب الشخصية الحدية ظهرت وقدمت إسهامات مهمة للمؤلفات الطبية. أعتقد أنك ستجد أن تطور التفكير فيما يتعلق باضطراب الشخصية الحدية يمثل قصة مفيدة وشاققة. فعلى الأقل، ستدحض عدداً من الأساطير التي تدور حول الاضطراب، ولا سيما أسطورة عدم صحة تشخيص الإصابة باضطراب الشخصية الحدية.

روبرت نايت والحالات الحديثة

أما المساهمة الكبرى التالية التي ساعدتنا على التعرف على اضطراب الشخصية الحدية وفهمه، فقد جاءت على يد المحلل النفسي "روبرت نايت" في أربعينيات القرن العشرين. لقد قدم "نايت" مفاهيم من مجال علم نفس الأنا في الإطار المفاهيمي التحليلي النفسي للاضطراب الحدي الذي وضعه "ستيرن". يعالج علم نفس الأنا تلك العمليات العقلية التي تمكنا من الاندماج والتعامل بفاعلية مع أفكارنا ومشاعرنا واستجاباتنا لأحداث الحياة اليومية، هذه تسمى وظائف الأنا.

لقد اعتقد "نايت" أن وظائف الأنا يصيبها خلل في اضطراب الشخصية الحديّة بما فيها التحكم في المشاعر، والتفكير العقلاني، والتكامل فيما بين المشاعر والدوافع والأفكار، التخطيط الواقعي، التكيف الناجح مع العالم من حولنا، والانخراط في علاقات ناضجة، وإخضاع الطاقة الناتجة عن الدوافع البدائية والأساسية وإعادة توجيهها بشكل فعال. وكان يعتقد أيضاً أن وظائف الأنا الأخرى قد سلمت من الخلل في اضطراب الشخصية الحديّة، بما في ذلك الذاكرة، وإجراء العمليات الحسابية، وبعض الأعمال المعتادة، ونحن نعلم الآن أن هذه الوظائف الأخيرة تتعطل أيضاً بشكل طفيف لدى الأفراد المصابين باضطراب الشخصية الحديّة. وأشار "نايت" إلى الأعراض التي تظهر على هؤلاء المرضى واختلالات وظائف الأنا التي وصفها باسم "الحالات الحديّة".

أوتو كيرنبرج وتنظيم الشخصية الحديّة

وبعد مضي عقدين من الزمان، اقترح المحلل النفسي الأمريكي "أوتو كيرنبرج" أن الأشخاص المصابين باضطراب الشخصية الحديّة يمثلون عدداً مميزاً من الأفراد الذين يمكن تحديدهم من خلال تنظيم سمات شخصياتهم. واقترح استخدام نموذج للمرض العقلي، والذي تم تحديده من خلال ثلاثة أنواع مميزة من الشخصية: تنظيم الشخصية الذهانية الذي يعبر عنه الأفراد الذين لديهم استعداد للإصابة بالاضطرابات الذهانية مثل الفصام، وتنظيم الشخصية العصابية، الذي يعبر عنه الأفراد الذين لديهم استعداد للإصابة بأمراض عقلية أقل حدة مثل القلق والعصاب الاكتئابي؛ وتنظيم الشخصية الحديّة، ويمثلها الأشخاص الذين وقعوا بين النوعين الأولين ويظهرون الأعراض التي نشير إليها الآن باسم اضطراب الشخصية الحديّة. كما أورد عمله المزيد من التفاصيل المرتبطة باستنتاجات "نايت" فيما يتعلق بأن تنظيم الشخصية الحديّة يمثل ضعفاً أساسياً ومستمرّاً في وظائف الأنا.

بالإضافة إلى ذلك، يظل "كيرنبرج" أكثر تفاؤلاً بشأن فاعلية العلاج النفسي التحليلي المعدل للمرضى ذوي الشخصية الحديّة من العديد من زملائه. وهو يعتقد أن العلاج إذا أجري بشكل صحيح في التحليل النفسي، فقد تحدث تغييرات إيجابية ودائمة في التنظيم الأساسي لشخصيات المصابين بهذا الاضطراب. إن ذلك المزيج من نموذج "كيرنبرج" مع تفاؤله بشأن العلاج وإسهاماته الواضحة في المؤلفات

الطبية أثار ما كنا في أمس الحاجة إليه وهو زيادة الاهتمام باضطراب الشخصية الحدية بين الأطباء النفسيين.

كيف أصبح اضطراب الشخصية الحدية تشخيصًا معترفًا به؟

روي جرينكر ومتلازمة الحدية

جاءت المساهمة المهمة التالية التي تساعدنا على فهم اضطراب الشخصية الحدية على يد "روي جرينكر" وزملائه في عام 1968. ففي هذا العام، نشروا نتائج البحث التجريبي الأول الذي أجري على المصابين باضطراب الشخصية الحدية. وبدلاً من تأسيس بحثهم على مفاهيم وإستراتيجيات التحليل النفسي، قرر "جرينكر" وفريقه البحثي أن السلوك اللفظي وغير اللفظي هما البيانات الأساسية للطب النفسي العلمي، لذا حاولوا وصف وتصنيف وقياس وظائف الأنا التي يعيقها اضطراب الشخصية الحدية من الناحية السلوكية.

ومن خلال هذه البيانات، خلص "جرينكر" وزملاؤه إلى أن الخلل المحدد الذي يصيب وظائف الأنا يميز "متلازمة الحدية"، كما أسموها، عن باقي الاضطرابات العقلية الأخرى. وهذا الخلل الوظيفي في الأنا يظهر في أربع سمات سلوكية تميز المصابين بهذا الاضطراب بشكل كبير، وهذه السلوكيات هي: 1- حالة انفعالية طاغية من الغضب المعلن، 2- خلل في العلاقات العاطفية؛ 3- اعتلال في الهوية الذاتية؛ و4- الوحدة الاكتئابية.

تظل هذه المعايير السلوكية التي ميّز بها "جرينكر" متلازمة الحدية معايير صالحة لتشخيص الإصابة باضطراب الشخصية الحدية، كما يمكنك أن ترى في الجدول 1-2 في الفصل 1. لقد كان البحث التجريبي الذي أجراه "جرينكر" وزملاؤه مهمًا؛ لأنه قدم نموذجاً بحثياً للتعرف على سمات اضطراب الشخصية الحدية، كما شجّع على إجراء مزيد من الأبحاث لتوضيح السمات التشخيصية الرئيسية للاضطراب والتحقق منها.

جون جندرسون ومرضى الحدية \ اضطراب الشخصية الحدية

"جون جندرسون" هو الطبيب النفسي بمستشفى هارفارد ماكلين، الذي كان أول أكبر إسهاماته في مجال اضطراب الشخصية الحدية في عام 1975، عندما نشر،

بالاشتراك مع "مارجريت سينجر"، مقالاً مهمّاً للغاية تحت عنوان "تحديد مرضى الحديّة: نظرة عامة"، واستعرض هذا المقال الذي لاقى استحساناً هائلاً جميع الكتابات المتعلقة باضطراب الشخصية الحديّة الموجودة آنذاك وجمعها، وأعاد تعريف السمات الأساسية للاضطراب. ولقد حفز الحماس الهائل الذي قوبل به المقال "جنديسون" وزملاءه على تطوير أداة بحثية منظمة، وهي المقابلة التشخيصية لمرضى الحديّة (DIB). وتمكن الباحثون حول العالم من خلال هذه الأداة من إجراء دراساتهم على عدد متجانس من مرضى الحديّة أكثر مما مضى وتمكنوا من مقارنة نتائج هذه الدراسات بشكل سليم أكثر. كان هذا إنجازاً بحثياً كبيراً، حفز قدرًا كبيراً من الأبحاث بكل أنواعها حول الاضطراب الحدي.

إن معظم الأبحاث المبدئية التي أجراها "جنديسون" وزملاؤه ركزت على تحديد مجموعة من المعايير التشخيصية لاضطراب الشخصية الحديّة التي ميزت بينه وبين الاضطرابات العقلية الأخرى بوضوح.

لقد أعقب هذا العمل دراسةً بحثيةً تجريبيةً كبرى قادها "روبرت سبيتزر"، الطبيب النفسي من جامعة كولومبيا، وقدمت هذه الدراسات الأساس المنطقي العلمي الأولي لتأكيد صحة الاضطراب الحدي وتسببت في إدراجه في الإصدار الثالث من الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات العقلية الذي نُشر في عام 1980.

إن إدراج اضطراب الشخصية الحديّة (اسمه الرسمي) في الإصدار الثالث من الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات العقلية مثل تنويجاً للمجهود الذي بذله الأطباء النفسيون الذين ذكرتهم فيما سبق وغيرهم، من أجل تعريف وتوثيق وجود مرض عقلي يتسبب في معاناة كبيرة لكنه لم يحظ بالاهتمام الكافي من جانب المجتمع الطبي.

ومن دلالات الاعتراف المتزايد بالاضطراب الحدي بوصفه مرضاً سريريّاً معترفاً به، زيادة عدد المقالات البحثية حول الاضطراب في المؤلفات الطبية. في منتصف السبعينيات، استشهدت المكتبة الوطنية للطب بنحو مائة مقالة بحثية خضعت لمراجعة الأقران حول اضطراب الشخصية الحديّة. وبحلول منتصف الثمانينيات، قفز العدد إلى ما يقرب من ألف مقال؛ وفي عام 2004 وصل عددها لما يقرب من ثلاثة آلاف؛ وحتى كتابة هذه السطور أصبح الآن عددها أكثر من ثمانية آلاف.

التغيرات الحديثة في اضطراب الشخصية الحدية

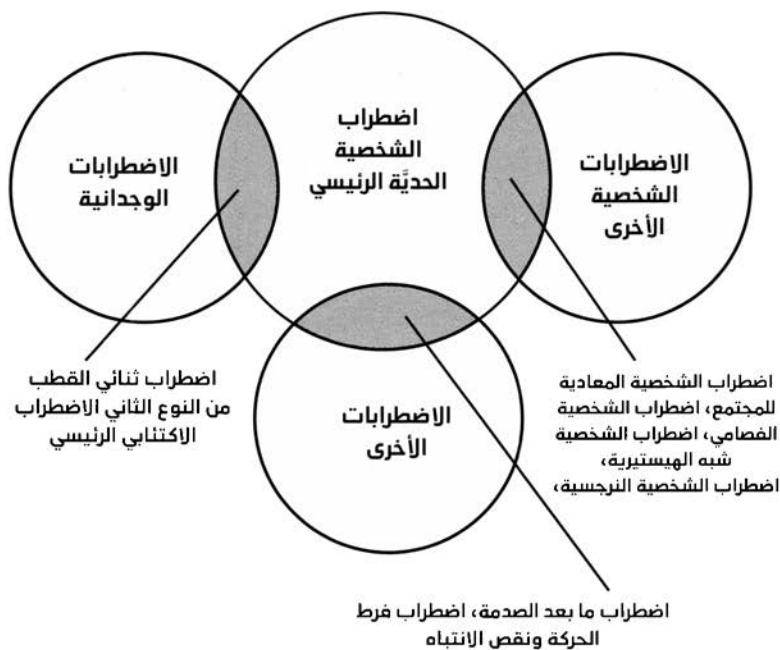
لقد كانت النتيجة الرئيسية للبحث المستوحى من أداة تصنيف " جندرسون " التشخيصية للاضطراب الحدي عبارة عن تغيير في التمييز بين اضطراب الشخصية الحدية والاضطرابات العقلية الأخرى التي كانت أعراضها تتشابه معه. في البداية، اعتبر تمييز الفرق بين اضطراب الشخصية الحدية والفصام والاضطرابات الذهانية غير الفصامية الأكثر أهمية (الشكل 1-3)، وظل هذا المفهوم السائد حتى أواخر السبعينيات.

إن البيانات الناتجة عن عدد من إستراتيجيات البحث المختلفة، بما في ذلك الدراسات الجينية والوبائية والوصفية، غيرت تفكيرنا بشكل كبير في هذا المجال. أولاً: يبدو من الواضح الآن أن الاضطراب الحدي لا علاقة له بالاضطرابات الفصامية. ثانياً: يبدو أن هناك بعض الروابط الأساسية أو صلة، غير معروفة حتى الآن، بين اضطراب الشخصية الحدية والاضطرابات العقلية الأخرى مثل الاضطرابات الوجدانية (الاضطراب الاكتئابي الرئيسي والاضطراب ثنائي القطب من النوع الأول)؛ واضطراب شرب الكحول وغيره من اضطرابات تعاطي المخدرات؛ اضطراب ما بعد الصدمة، واضطراب فرط الحركة ونقص الانتباه، واضطرابات الشخصية الأخرى خاصة اضطرابات الشخصية المعادية للمجتمع، واضطراب الشخصية الفصامية، اضطراب الشخصية شبه الهستيرى، واضطراب الشخصية النرجسية (انظر الشكل 2-3 لمزيد من المعلومات). لقد تناولت العديد من هذه الاضطرابات النفسية بالتفصيل في الفصل الثامن.

الأسس العصبية البيولوجية لاضطراب الشخصية الحدية

أشارت العديد من دراسات التصوير العصبي والدراسات البيوكيميائية والجينية التي أجريت في الثمانينيات إلى أن اضطراب الشخصية الحدية مقترن باضطرابات بيولوجية عصبية في مسارات عصبية محددة في المخ (الفصل السابع)، فعلى سبيل المثال، بينت دراسات التصوير العصبي تغييرات في بنية ووظيفة مناطق دماغية مرتبطة بعدد من أعراض الاضطراب، مثل الاستجابة الانفعالية، والتحكم في المشاعر والسلوك، وتكامل الأفكار، والتفكير العقلاني، كما تم تحديد اضطرابات في الناقلات العصبية والمعدلات العصبية.

المفاهيم الحالية لاضطراب الشخصية الحدية



الشكل 2-3

وعلى الرغم من أن قابلية انتقال السمات التشخيصية المختلفة للاضطراب الحدي بالوراثة متفاوتة إلى حد كبير، فإن قابلية انتقال الاضطراب بالوراثة بصفة عامة تقدر بنحو 60%. هذه الحقيقة لها آثار كبيرة على فهمنا للتفاعل بين عوامل الخطر الجينية والبيئية لكل من هذه السمات التشخيصية (انظر الفصل الرابع).

دخول الدواء في علاج اضطراب الشخصية الحدية

في عام 1979، تحديث أنا و"جون برينكلي" و"بيرنارد بيتمان" الفكرة السائدة التي تقول إن الدواء ليس له قيمة في علاج اضطراب الشخصية الحدية. لقد قدمنا دليلاً من خلال خمس دراسات حالة على أن الجرعة المنخفضة من مضادات الذهان (يشار إليها الآن بالجيل الأول من مضادات الذهان) بدت فعالة في تخفيف بعض الأعراض (الفصل العاشر). وفي عام 1986، نشر فريقنا البحثي دليلاً على هذا الاقتراح في

دراسة من دراستين قائمتين على المقارنة بالعلاج الوهمي عن استخدام الدواء مع مصابي اضطراب الشخصية الحديّة.

ثم دُكرت نتيجة مماثلة في مقالة "بول سولوف" وزملائه اللاحقة، الذين استخدموا مادة مختلفة من مضادات الذهان. منذ ذلك الحين، دعمت الدراسات المنضبطة عن المواد المماثلة النتائج الأصلية ووسعت نطاقها. بالإضافة إلى ذلك، أبلغ عن فاعلية الأدوية في الفئات الأخرى في علاج أعراض الاضطراب الحدي (انظر الفصل العاشر).

تطبيق علاجات نفسية خاصة باضطراب الشخصية الحدية

في عام 1991، قدمت "مارشا لينهان" العلاج السلوكي الجدلي، وهو شكل محدد مدروس بعناية من العلاج النفسي للمرضى الذين يعانون اضطراب الشخصية الحديّة الميالين لسلوكيات إيذاء النفس والذين يحتاجون إلى دخول المستشفى ويطلبون ذلك بشكل متكرر ولفترات وجيزة. منذ ذلك الحين، طورت أشكالاً أخرى من العلاج النفسي لاضطراب الشخصية الحدية بصفة خاصة (الفصل الحادي عشر).

تطوير منظمات المناصرة والتعليم والدعم للأفراد الذين يعانون اضطرابات الشخصية الحديّة وأسرهم

على مدى السنوات العشرين الماضية، تأسس عدد من منظمات الدعم والمناصرة، ووسعت نطاق اهتمامها لتعزيز الوعي والمعرفة حول اضطراب الشخصية الحديّة وعلاجه، وأبرزها التحالف الوطني للتوعية باضطراب الشخصية الحديّة، ومركز موارد اضطراب الشخصية الحديّة، وجمعية النهوض بعلاج وأبحاث اضطراب الشخصية، ومشروع بلاك شيب، والتحالف الوطني للأمراض العقلية (انظر المصادر). بشكل عام، تتمثل مهمة هذه المنظمات في زيادة الوعي باضطراب الشخصية الحدية وعلاجاته، وتوفير أسماء الأطباء المهرة في تشخيص وعلاج الاضطراب الحدي، وتوفير الدعم والتوعية لأولئك الذين يعانون الاضطراب ولعائلاتهم وأصدقائهم، فعلى سبيل المثال: تم تطوير مركز موارد اضطراب الشخصية الحديّة لمساعدة

الأفراد الذين قد يعانون اضطراب الشخصية الحديّة وعائلاتهم من خلال تحديد الأطباء المهرة وذوي الخبرة في تشخيصه وعلاجه ولتقديم معلومات مفيدة أخرى. يسعى البعض (مثل مشروع بلاك شيب والتحالف الوطني للأمراض العقلية) أيضًا إلى زيادة تمويل الأبحاث الفيدرالية والخاصة المخصصة لاضطراب الشخصية الحديّة وتقليل وصمة العار المرتبطة بالاضطراب.

الخلاصة

بعد ثلاثة آلاف عام من تسجيل أعراض المرض الذي سُمى بأسماء مختلفة، تطور مصطلح "اضطراب الشخصية الحديّة"، ويرجع الفضل في توليف الاسم التشخيصي الحالي في القرن العشرين إلى مجموعة "ستيرن" الحديّة، وحالات "نايت" الحديّة، وتنظيم الشخصية الحدية لـ "كرنبيج"، ومتلازمة "جرينكر" الحديّة، ومرضى "جوندرسون" الحديين ليصبح اضطراب الشخصية الحديّة. بالإضافة إلى ذلك، فإن شرعية المعايير الحالية لاضطراب الشخصية الحدية، يدعمها عدد من الدراسات البحثية التجريبية المحكمة.

تمثلت التطورات المهمة الأخرى في مجال الاضطراب الحدي في تحسن ملحوظ في فهم مدى انتشاره وتأثيراته المعوقة، وطبيعته الأساسية، وتطوير طرق محددة وفعالة للعلاج الدوائي والنفسي، وسنتطرق إلى هذه القضايا بالتفصيل في فصول لاحقة من هذا الكتاب.

الرابع

أسباب اضطراب الشخصية الحديّة

بعد أن يطمئن المرضى أنهم لا يعانون اضطراباً قد يؤدي إلى الفصام أو اضطراب ذهاني حاد آخر، يريد الكثير منهم وأسرههم معرفة أسباب اضطراب الشخصية الحديّة. ربما تكون قرأت أو سمعت عن أن هذا الاضطراب ينتج عن الطريقة التي نشأت بها؛ وهي أنك لم تحصل على ما يكفي من الحب والمودة من والدتك أو أن والدك كان انتقاديًا وغير ودي وذا مشاعر فاترة. ربما تكون قد تعلمت أيضاً أن آباء الأشخاص الذين يعانون اضطراب الشخصية الحديّة لا يوفرون حياة منزلية منسجمة وداعمة ومتزنة لأطفالهم، وأن هناك جدالات متكررة ونوبات غضب في الأسرة، ويتركز الكثير منها بشكل مباشر أو غير مباشر على الطفل المصاب. بالإضافة إلى ذلك، غالباً ما يُقال إن الاعتداء العاطفي والجسدي في مرحلة الطفولة هي تجارب شائعة للأفراد المصابين باضطراب الشخصية الحديّة وعوامل خطيرة تؤدي إلى الإصابة بهذا الاضطراب. وللأسف، قد تكون حتى عانيت صدمة أو أكثر من

هذه الصدمات وأنت طفل، واستنتجت، بشكل معقول تمامًا، أن تجاربك المبكرة هي السبب وراء الصعوبات الحالية التي تواجهها.

لقد سادت هذه المفاهيم الأولية لأسباب اضطراب الشخصية الحدية لعقود كثيرة، رغم حقيقة أنها كانت تعتمد بالأساس على إفادات غير موثقة يقدمها المرضى لمعالجيهم، وأنه لم يكن هناك الكثير من الأبحاث التجريبية لدعم هذه المعتقدات. فعندما أجريت الدراسات في هذا الجانب، أثبتت النتائج جزئيًا فقط الملاحظات الأصلية، وهي أن نحو 50% من الأشخاص الذين يعانون اضطراب الشخصية الحدية مروا بصدمة أو أكثر من هذه الصدمات المبكرة، ولكن الـ 50% الآخرين المصابين بالاضطراب الذين لم يمروا بهذه أصيبوا بالاضطراب أيضًا. بالإضافة إلى ذلك، عانى العديد من الأطفال هذه الصدمات ولكن لم يصابوا باضطراب الشخصية الحدية، فماذا نستخلص من هذه النتائج؟

هل أسباب اضطراب الشخصية الحدية بيئي أم بيولوجي؟

كشفت الدراسات البحثية التي تناولت هذا الأمر على مدار العقود العديدة الماضية عن تغيرات بيولوجية في مسارات عصبية معينة لدى الأشخاص المصابين باضطراب الشخصية الحدية مقارنة بالأشخاص الأصحاء، وهذه المسارات مسئولة عن السيطرة على السلوكيات الرئيسية التي تتأثر سلبًا لدى الأفراد المصابين بالاضطراب، مثل التنظيم العاطفي، والسيطرة على الاندفاع والتصور والتفكير، والعلاقات. وكشف هذا العمل عن تغييرات هيكلية ووظيفية متسقة ومحددة في هذه المسارات الدقيقة لدى الأشخاص المصابين باضطراب الشخصية الحدية. وهناك أدلة على أن العوامل الوراثية تسهم أيضًا في خطر كبير في تطور الاضطراب. وأخيرًا، وجدت الدراسات أن الأفراد الذين تعرضوا لإساءة عاطفية أو جسدية خطيرة ومستمرة في أثناء الطفولة هم الأكثر عرضة للإصابة باضطراب الشخصية الحدية من أولئك الذين لم يتعرضوا لهذا، ومن المهم أن تفهم أنت وعائلتك أن العوامل البيولوجية والبيئية تسهم في خطر الإصابة باضطراب الشخصية الحدية.

لا تجيب هذه النتائج عن السؤال، أيهما أكثر أهمية من الآخر؟ تكمن المشكلة في هذا السؤال في أنه يشير إلى وجود انفصال بين وظائف *الذهن والمخ*. وعلى الرغم من نظرية رينيه ديكارت الشائعة حول الانفصال بين *المخ والذهن*، فلا يوجد شيء

من هذا القبيل، فكل الوظائف النفسية وغير النفسية للمخ تعتمد على نشاط مسارات عصبية محددة في المخ. في جزء لاحق من هذا الكتاب (الفصل السابع)، سأصف بعض العلاقات الرئيسية بين الوظائف النفسية التي تتأثر باضطراب الشخصية الحدية والمسارات العصبية المحددة التي تتحكم في هذه الوظائف. ينشأ سؤال آخر من هذه المعلومات: إذا كانت العبارة السابقة المكتوبة بالخط المائل حقيقية، كيف تؤدي عوامل الخطر البيئية لاضطراب الشخصية الحدية إلى تعريض الأفراد للإصابة بالاضطراب من خلال الآليات العصبية البيولوجية؟

عوامل الخطر في مقابل الأسباب

استناداً إلى الأدلة البحثية الحالية، فمن المعقول أن نستنتج أن اضطراب الشخصية الحدية هو نتيجة التفاعل بين عوامل الخطر البيولوجية والبيئية. تختلف عوامل الخطر عن الأسباب، فعندما تسبب الموقف أفي الموقف ب، فإن هذا يعني وجود علاقة خطية تفاعلية، ففي كل مرة يحدث فيها الموقف (أ)، سينتج عنه الموقف (ب). على سبيل المثال: إذا ورث شخص ما الجين الخاص بمرض هنتغتون، وهو مرض تنكسي قاتل في الدماغ، فعلى حد علمنا الحالي، سيصاب بهذا الاضطراب حتماً. في هذه الحالة، جين واحد معيب يسبب الاضطراب، وهو وحده ضروري وكاف للقيام بذلك. ولا يبدو أن الجينات الأخرى أو عوامل الخطر البيئية تسهم في الإصابة بالمرض.

لكن هذا ليس صحيحاً بالنسبة لمعظم الاضطرابات الطبية، فعلى سبيل المثال، في حالة مرض السكري، نعرف أن هناك أكثر من عشرين جيناً، إذا كان غير طبيعي، يعرض الشخص لخطر الإصابة بالاضطراب. ويبدو أنه لا بد من الجمع بين أربعة أو خمسة على الأقل من هذه الجينات غير الطبيعية لتعريض الفرد لخطر الإصابة بمرض السكري، بالإضافة إلى أنه من الممكن أن يصاب بعض الأشخاص الذين لديهم كمية كبيرة من عوامل الخطر الجينية بمرض السكري، بينما لا يصاب آخرون ممن لديهم تركيبة جينية مماثلة، كما تعتمد الإصابة بمرض السكري جزئياً على سلوك هؤلاء الأفراد، سيكون هؤلاء الأفراد الذين لديهم عوامل سببية بيئية إضافية لمرض السكري، مثل النظام الغذائي السيئ، والوزن الزائد، وإهمال ممارسة التمارين الرياضية، أكثر عرضة للإصابة بمرض السكري. في بعض الحالات، يبدو أن هذه العوامل البيئية تُحدث فرقاً بين الإصابة بالمرض من عدمه.

بعبارة أخرى، هناك إما تأثير تراكمي أو تفاعلي لدرجة عوامل الخطر الوراثية والبيئية المتعددة. كلما زادت شدة الخطر الوراثي، قل الخطر البيئي المطلوب للإصابة بالاضطراب. وكلما قل الخطر الوراثي، زادت شدة المخاطر البيئية المطلوبة. يتفق معظم الخبراء الآن على أن حدوث الطفرات في عدد من الجينات تبدو ضرورية للإصابة بالعديد من الاضطرابات الطبية، بما في ذلك اضطراب الشخصية الحدية. ويشار إليها بالاضطرابات متعددة الجينات، أي الاضطرابات التي تتطلب تفاعل عدد من الطفرات الجينية قبل أن يظهر الاضطراب نفسه.

لذلك، يبدو من المحتمل الآن أن التأثيرات التراكمية أو التفاعلية للاضطرابات الجينية والبيئية تعمل بوصفها عامل الخطر الكلي للإصابة باضطراب الشخصية الحدية

عوامل الخطر البيولوجية

عندما كان عمري نحو عشرين عاماً، أتذكر أنني سألت جدتي عن سبب اعتقادها بوجود مثل هذه الاختلافات الكبيرة في شخصيات أفراد عائلتنا - إخواني وأخواتي وأنا وأبناء عمومتنا وغيرهم من أفراد العائلة الممتدة، فقالت: "روبرت، لقد رأيت ما يقرب من مائة طفل يولدون في العائلة بأكملها على مدار حياتي [لقد نشأت في عائلة كبيرة من أصول فرنسية كندية]. مع استثناءات قليلة جداً، فإن الطريقة التي تكون عليها وأنت رضيع هي نفسها التي تكون عليها وأنت طفل، ثم مراهق، ثم بالغ. لم أر أيًا منكم يتغير كثيرًا طوال حياته، أعتقد إلى حد كبير أننا نظل على الطريقة التي نولد بها".

لقد خرجت جدتي من المدرسة في سن الثانية عشرة لطهي الطعام والتنظيف والاعتناء بأبيها وستة أشقاء أكبر، فقد قالت العائلة إن والدتها تركتهم لتوفير رعاية أفضل لأحد أشقائهم المصاب بإعاقة شديدة. ويبدو أن ما افتقرت إليه الجدة في التعليم الرسمي، عوضته بمهارات الملاحظة الشديدة والفتنة. نحن نعلم الآن أن العديد من الخصائص التي نستخدمها لتحديد الشخصية يمكن أن تُعزى إلى العوامل الوراثية والبيئية.

هناك نوعان من عوامل الخطر البيولوجية التي تسهم في الإصابة بأي مرض طبي ومساره. إنها عوامل وراثية (جينية) وعوامل تؤدي إلى نمو غير طبيعي للجنين خلال الحمل، ويمكن لأي نوع من هذين النوعين للعوامل البيولوجية التي تؤثر على المخ

أن تعرض الشخص لخطر الإصابة باضطراب الشخصية الحدية، ولكن في معظم الحالات، تكون العوامل الوراثية هي المهيمنة.

عوامل الخطر الجينية

يقدم عدد من الدراسات التي نشرت خلال العقدين الماضيين أدلة على أن هناك قابلية لانتقال اضطراب الشخصية الحدية بالوراثة. وعلى الرغم من أن هذه القابلية الوراثية تختلف باختلاف سمات الشخصية، فإن المظاهر السلوكية المختلفة لاضطراب الشخصية الحدية تبدو أن لها قابلية كلية للانتقال بالوراثة تقارب الـ 60% (تذكر أن "الوراثة" هنا تشير إلى درجة التأثير الجيني على السلوك). يعتقد الخبراء الآن أن ما يورث هو الطفرات الجينية، التي تضعف مكوناً أو أكثر من مكونات الوظائف الطبيعية للأنظمة العصبية المحددة التي تتحكم في الخصائص السلوكية الأساسية لاضطراب الشخصية الحدية: تنظيم العواطف، والتحكم في الاندفاع، والإدراك والتفكير، والعلاقات. يُعتقد أن عدد كل هذه التغيرات الجينية وأهميتها يحددان مدى احتمالية إصابة الأفراد باضطراب الشخصية الحدية.

لذلك، فإن اضطراب الشخصية الحدية أكثر شيوعاً في العائلات التي لديها أفراد لديهم تاريخ مرضي لهذا الاضطراب أو اضطرابات أخرى تشترك في بعض السمات السلوكية والطفرات الجينية المرتبطة باضطراب الشخصية الحدية، مثل الاضطراب ثنائي القطب، واضطراب ما بعد الصدمة، واضطراب تناول الشراب وغيره من اضطرابات التعاطي الأخرى، والعديد من اضطرابات الشخصية الأخرى. يبدو أيضاً أن هذه الاضطرابات تنتقل وراثياً ومرتبطة بالتشوهات التي تحدث في بعض المسارات العصبية نفسها مثل تلك المتأثرة باضطراب الشخصية الحدية (انظر الفصل السابع لمزيد من المعلومات حول المسارات العصبية التي يبدو أنها تنظم الخصائص المتأثرة باضطراب الشخصية الحدية).

عوامل الخطر التطورية

بالإضافة إلى عوامل الخطر الجينية، من الممكن أيضاً أن الأنظمة العصبية المرتبطة بالأعراض الرئيسية لاضطراب الشخصية الحدية تتطور بشكل غير طبيعي لدى بعض الأشخاص المصابين بالاضطراب، إما قبل الولادة أو بعدها بفترة قصيرة. وقد تُزيد تشوهات النمو هذه من خطر الإصابة باضطراب الشخصية الحدية إذا أثرت على

الأنظمة العصبية التي تتحكم في سمات الاضطراب، لكن ما الذي قد يسبب مثل هذه التغيرات داخل الرحم ومع نمو الأطفال الرضع؟ هناك على الأقل احتمالان. أولاً: يحتوي المخ على ما يقرب من مائة مليار من العصبونات (الخلايا العصبية). ولكي يؤدي المخ جميع وظائفه بشكل صحيح، لا بد أن تكون هذه الخلايا العصبية مرتبة تشريحياً بطريقة معينة، فيجب أن تصطف بدقة في كل من المسارات والدوائر العديدة التي تتحكم في جميع وظائف المخ، مثل الرؤية والسمع والأنشطة الحركية والعاطفة والتحفيز والتفكير. تحدث اضطرابات النمو (على سبيل المثال، بعض أنماط إعاقات الفكر والتعلم) عندما لا تصطف بعض المسارات العصبية ولا تعمل بشكل صحيح. بالنظر إلى العدد الهائل من المسارات والوصلات العصبية في المخ، فمن المفهوم أن بعض هذه المسارات والوصلات لا تتطور دائماً بشكل صحيح. وكلما زاد عدد الوصلات العصبية غير الصحيحة في المخ، زادت احتمالية الإصابة باضطراب في النمو العقلي.

ثانياً: قد تحدث تشوهات النمو هذه بسبب عوامل جسدية خارجية تؤثر سلباً على نمو المخ الطبيعي في أثناء الحمل أو بالقرب من ميعاد الولادة. قد تشمل هذه العوامل سوء التغذية، والتشوهات الخلقية، واستخدام الأم لمواد مضرّة للجنين، مثل الكحول والنيكوتين وبعض الأدوية، وقلة تدفق الدم للجنين. هناك احتمال صغير أن أمي كانت محقة في اعتقادها بأن استخدام المخدر في أثناء ولادة أختي "دينيس" أسهم في إصابتها باضطراب الشخصية الحديّة، رغم أنه ليس هناك دليل تجريبي أعرفه لدعم هذا الاستنتاج.

كما ذكرت أعلاه، هناك دليل على أن الاضطرابات الجينية تؤثر على الأنظمة العصبية التي تتحكم في السمات السلوكية لاضطراب الشخصية الحديّة، وعندئذ يمكن أن تفسر الاضطرابات الجينية أقاويل بعض آباء الأطفال المصابين باضطراب الشخصية الحديّة بأن هؤلاء الأطفال "مختلفون" منذ الولادة أو الطفولة المبكرة.

عوامل الخطر البيئية

من الواضح أن عوامل الخطر البيولوجية وحدها تعرّض الأشخاص إلى خطر الإصابة باضطراب الشخصية الحديّة، وقد أوضح العديد من الدراسات بشكل متكرر أن عوامل الخطر البيئية تزيد أيضاً من خطر إصابة الأفراد بالاضطراب، وعوامل الخطر البيئية التي يتم ملاحظتها بشكل متكرر بين الأشخاص المصابين باضطراب

الشخصية الحديثة هي الافتراق المبكر أو الفقد، والإساءة المستمرة، والأبوة والأمومة غير الفعالة، وربما العادات الاجتماعية السلبية.

مكتبة

t.me/soramnqraa

الافتراق المبكر أو الفقد

نسبة كبيرة من الأشخاص المصابين باضطراب الشخصية الحديثة لديهم تاريخ من الافتراق في الطفولة المبكرة عن أحد والديهم أو كليهما. في هذه العائلات، ينفصل الوالدان أو يفترقان، أو يموت أحدهما أو يهجر الأسرة في وقت مبكر من حياة الطفل. ويعاني بعض آباء المرضى الذين يعانون اضطراب الشخصية الحديثة اضطرابات عقلية منقولة وراثياً، بما في ذلك الاضطراب ثنائي القطب أو الاكتئاب الحاد أو الإفراط في تناول الشراب أو السلوكيات المعادية للمجتمع، بما في ذلك الإجرام. وتؤثر هذه الاضطرابات بشكل واضح على قدرة هؤلاء الآباء على توفير رعاية جيدة ويمكن أن تؤدي إلى انفصالهما جسدياً أو عاطفياً أو الاثنين معاً عن طفلهما.

سوء معاملة الأطفال

بعد الانتهاك العاطفي والجسدي المبكر من بين الصدمات الأكثر شيوعاً التي يتعرض لها الأفراد المصابون باضطراب الشخصية الحديثة، والاعتداء الجسدي المتكرر أكثر شيوعاً بين النساء منه لدى الرجال المصابين بهذا الاضطراب، في حين أن الاعتداء الجسدي طويل الأمد أكثر شيوعاً بين الرجال. وقد يحدث مثل هذا الانتهاك من قبل أحد أفراد الأسرة أو من قبل شخص خارج الأسرة، ويرتبط الاعتداء المستمر، بارتفاع معدل حدوث السلوك المؤذي للنفس والانتحار بين الأشخاص المصابين باضطراب الشخصية الحديثة.

الأبوة والأمومة غير الفعالة

هناك أدلة كثيرة على أن العديد من الأشخاص الذين يعانون اضطرابات الشخصية الحديثة عانوا تربية سيئة من قبل الوالدين. في هذه الحالات، هناك مجموعة كبيرة من إخفاقات الوالدين في رعاية أطفالهما، مثل الرعاية غير المتناغمة وغير المتضمنة للدعم والاستجابة والمحبة من أحد الوالدين أو كليهما، وتشمل التربية السيئة أيضاً تقديم قدوة سيئة للطفل. تفشل الجدالات المتكررة والشجار والانفصال في تزويد الأطفال بملاذ آمن في المنزل، كما تفشل في تقديم أمثلة للأطفال عن كيفية التعامل بفاعلية مع مشكلات الحياة، وبإستراتيجيات ومهارات للتعامل مع

التوترات والصراعات العاطفية الداخلية الخاصة بهم. وأخيرًا، يمكن أن تتضمن التربية السيئة الفشل في حماية الطفل من الإساءة المتكررة من قبل الوالد الآخر، أو فرد آخر من الأسرة، أو شخص خارجي.

وتجدر الإشارة إلى أن عوامل الخطر البيئية المتطابقة هذه قد تؤدي إلى اضطرابات نفسية وجسدية مختلفة، بناءً على مجموعة عوامل الخطر الجينية الفريدة لدى الشخص. بالإضافة إلى ذلك، في حالة عدم وجود عوامل خطر بيولوجية كبيرة للاضطرابات العقلية، يمكن لبعض الأطفال، ربما لأنهم يتمتعون بمستوى عالٍ من المرونة الفطرية، أن يتحملوا ضغوطاً بيئية شديدة دون ظهور عواقب نفسية خطيرة طويلة المدى.

العادات الاجتماعية السلبية

أشار العالم النفسي والأكاديمي الراحل ثيودور ميلون إلى أن هناك اتجاهين اجتماعي وثقافي في الثقافة الغربية يعرضان الناس لخطر إضافي للإصابة باضطراب الشخصية الحدية، وهما: (1) العادات الاجتماعية التي تزيد من سوء العلاقات المتوترة بين الوالدين والطفل بدلاً من معالجتها و(2) تراجع قدرة المؤسسات على تعويض الضرر الناجم عن هذه العلاقات المتوترة.

قد يكون الأطفال الذين يعانون صعوبات متأصلة في دمج المعلومات والمشاعر، ومن تربية تتطوي على الإهمال والتناقض من قبل الوالدين، عرضة للتغير المستمر في الأنماط والقيم الثقافية التي تضيف إلى افتقارهم إلى رؤية متماسكة ومستقرة لأنفسهم وحياتهم، وقد تكون علاقاتهم أيضاً أقل استقراراً من علاقات الأجيال السابقة. أدت التغييرات المجتمعية والتقنية إلى انخفاض فهم الأطفال لقيمة عمل الوالدين وعمل الآخرين، عما كان عليه الحال في الماضي. وجعلت هذه التغييرات أيضاً من الصعب على الآباء المساعدة في تشجيع السلوك المناسب ودعم البيئة المستقرة مقارنة بالأجيال السابقة. كما أن المجتمع نفسه نادراً ما يزود الأطفال المعرضين لخطر الإصابة باضطراب الشخصية الحدية بقيم يمكنهم الاقتداء بها التي من شأنها أن تساعد في استقرار نظرتهم المتذبذبة إلى الحياة. في مثل هذه البيئة غير المستقرة، لا يستطيع هؤلاء الأطفال الشعور بالأمان نحو مصيرهم وما يخبئه المستقبل لهم، ومن المحتمل أن تكون الصور الفضة والمزعجة في كثير من الأحيان على التلفزيون، بشكل عام، أكثر ضرراً من كونها مفيدة في وضع حدود

واضحة ومتسقة لسلوك الأطفال الذين هم في أمس الحاجة إلى مثل هذه الحدود. تشير التقديرات إلى أن المراهق الأمريكي العادي البالغ من العمر ثمانية عشر عاماً يقضي وقتاً على الإنترنت أكثر من الذي يقضيه في التفاعل مع والديه أو في المدرسة. وأخيراً، يؤدي توافر المخدرات والتساهل تجاهها من قبل أقرانهم إلى تقليل قدرة هؤلاء الأطفال والمراهقين على تعديل عواطفهم وسلوكياتهم المندفعة بشكل صحيح، والتفكير بوضوح، وتكوين علاقات ناضجة وسليمة بشكل متزايد.

إن العادات الاجتماعية التقليدية التي كانت تهدف إلى دعم العادات المنزلية لم تعد تفعل ذلك بشكل متسق، ومن غير المحتمل أيضاً أن تنجح مجموعات الأقران في هذا الجانب، على سبيل المثال: لم يعد أفراد الأسرة الممتدة، الذين ينتشرون في كثير من الأحيان في جميع أنحاء البلاد، وكذلك الجيران والمدارس ودور العبادة وغيرها من المنظمات المجتمعية، يلعبون الأدوار المحورية في المساعدة على تشكيل أنظمة القيم للأطفال، كما كانوا يفعلون في السابق، ففي المجتمع الأمريكي الحديث، لم يعودوا يوفرون شبكة الأمان نفسها للأطفال المعرضين للخطر كما كانوا يفعلون في السابق.

كما هي الحال بالنسبة لجميع عوامل الخطر البيئية، ليس المقصود أن عوامل الخطر الاجتماعية والثقافية تسبب اضطراب الشخصية الحدية. ومع ذلك، فمن المحتمل أن تضيف أو تتفاعل مع العبء البيئي الإجمالي للمخاطر على الأطفال والمراهقين المعرضين بالفعل لخطر متأصل للإصابة بالاضطراب.

كيف تؤثر عوامل الخطر البيئية على المخ؟

هل هناك عواقب دائمة على نمو المخ لدى الأطفال الذين يتعرضون لتجارب مؤذية طويلة الأمد في وقت مبكر جداً من الحياة؟ وبشكل أكثر تحديداً، هل الحدوث المبكر للتوتر البيئي المستمر يغير بشكل لا رجعة فيه النظم العصبية المهمة للأفراد الذين يصابون باضطراب الشخصية الحدية؟ تتطلب الإجابة عن هذه الأسئلة بعض المعرفة عن الكيفية التي ينمو بها المخ والكيفية التي تؤثر بها التجربة فيه.

يستمر مخ الإنسان في النمو بشكل جيد حتى العقد الثاني من عمره. ومن المعروف الآن أن المخ يكون لديه خلايا عصبية خلال مرحلة الطفولة تفوق تلك الموجودة بعد بضع سنوات من ذلك. ويبدو أن هذا "الفائض" المبكر من الخلايا العصبية يوفر للبشر قدرة استثنائية على التكيف وقيمة للبقاء؛ إذ نستخدم تلك المسارات العصبية

المهمة للبقاء في بيئاتنا الخاصة، ومن ثم تتطور بشكل كبير، وفي ظل ظروف معينة، قد تكون هذه المسارات هي التي تتحكم في القدرات الجسدية التي تمكننا من الصيد، أو القتال، أو الزراعة، أو البناء. وفي بيئة تتطلب مثل هذه المهارات، فإن المسارات العصبية التي تتولى هذه الوظائف سوف تتطور بصورة أكبر من تلك التي تُستخدم بشكل أقل. بالإضافة إلى ذلك، فالأشخاص الذين يملكون مواهب متأصلة في هذه الجوانب سيكون لديهم فرصة أكبر للبقاء على قيد الحياة والإنتاج من الأفراد الأقل موهبة.

في المجتمعات الأخرى، تكون القدرات الفكرية أكثر طلباً وذات مكافأة أكبر من المواهب الجسدية. وفي هذه المجتمعات، نتيجة للحاجة البيئية، ستتطور المسارات العصبية التي تسيطر على العمليات الفكرية بشكل تفضيلي، وهؤلاء الأفراد الموهوبون بطبيعتهم في الوظائف الفكرية هذه سيكونون، في المتوسط، أفضل من أولئك الذين لديهم مواهب فكرية أقل تأصلاً.

بغض النظر عن درجة القدرة المتأصلة، يستجيب المخ لمتطلبات البيئة عن طريق تحويل التغذية من المسارات العصبية غير المستخدمة إلى تلك التي تستخدم بشكل أكبر، وهذه العملية "تشذب" المسارات العصبية الأقل استخداماً في المخ، ومن ثم تحافظ على الطاقة من أجل النمو والتطور وضمان التعلم والأداء الأمثل في المناطق الأكثر أهمية. إن تنمية القدرات الأساسية وخفض القدرات الأقل أهمية تمكن المخ من العمل بكفاءة وفاعلية في بيئات متعددة.

دعونا نعد الآن إلى السؤال الذي أثير أعلاه: ما الآثار التي تتركها عوامل الخطر البيئية على وظائف المخ لدى الأطفال؟ الإجابة عن هذا السؤال قيد البحث حالياً. على سبيل المثال: لقد ثبت أن هناك وظيفة دماغية غير طبيعية في مناطق معينة من مخ النساء المصابات باضطراب الشخصية الحدية اللاتي تعرضن لاعتداءات جسدية في أثناء الطفولة. مثل هذه الوظيفة غير الطبيعية ليست موجودة في النساء اللاتي تعرضن أيضاً لاعتداء لكنهن لا يعانين الاضطراب. وعلى الرغم من أن هناك تفسيرات مختلفة لهذا الاستنتاج، فهو يثير احتمالية أن التغيرات طويلة المدى في المسارات العصبية المهمة قد تكون نتيجة للصدمات المبكرة التي تتفاعل مع عوامل الخطر المتأصلة لاضطراب الشخصية الحدية. يمكن لهذه التغيرات وغيرها في وظائف المخ الناتجة عن التجارب البيئية المؤذية الأخرى أن تكون بمنزلة آلية تتفاعل من خلالها عوامل الخطر البيئية مع عوامل الخطر البيولوجية المتأصلة. وقد تزيد

عوامل الخطر البيئية الأخرى من احتمال إصابة الأفراد الذين تعرضوا لهذه التجارب الضارة باضطراب الشخصية الحدية.

من وجهة نظر بيولوجية فإن سلوكيات التهميش غير الداعمة من قبل الوالدين قد تتسبب في أن يصبح نظام الخوف لدى الطفل شديد الحساسية ومبالغاً في رد الفعل دائماً، بالإضافة إلى ذلك، قد يدمر الاعتداء طويل المدى وظيفة مسارات معينة للذاكرة ومن ثم يحمي الطفل من الألم العاطفي للتفكير في هذه الاعتداءات، لكن، لاحقاً في الحياة، قد يؤدي قمع الأحداث غير السعيدة في الذاكرة إلى سوء التكيف وحتى إلى نوبات انفصالية لا تُذكر خلالها التجارب المهمة.

الافتراق المبكر عن الأب أو الأم أو تقصيرهما في تادية دورهما قد يؤدي إلى خوف دائم من الفراق وضعف القدرة على تطوير شعور مناسب بتقدير الذات. وعلى الرغم من أن التغييرات التي تحدث في المخ بسبب التجارب السلبية المتكررة يبدو من الصعب القضاء عليها كلياً، فإنه يمكن تعديلها بشكل كبير، فهناك عدد من الطرق لإحداث هذه التعديلات في الأشخاص الذين يعانون اضطراب الشخصية الحدية، وسأناقشها بإسهاب في الفصلين العاشر والحادي عشر.

كيف تتفاعل عوامل الخطر البيولوجية والبيئية؟

بالنسبة للجزء الأكبر، فإن الضغوط البيئية، مثل تلك الموصوفة سابقاً ضارة بالأطفال، بمن في ذلك أولئك الذين يولدون دون أي تشوهات تتعلق بالجينات أو النمو، وعند إضافتها إلى عوامل الخطر الجينية لاضطراب الشخصية الحدية، يبدو أن عوامل الخطر البيئية تعزز بشكل كبير من خطر إصابة هؤلاء الأطفال بالاضطراب وزيادة شدته، ويشار إلى هذا باسم نموذج الاستعداد - الضغط.

أحد الأسئلة التي يطرحها نموذج الاستعداد - الضغط هو: أي من تجارب الحياة تزيد بشكل أكبر من خطر الإصابة باضطراب الشخصية الحدية؟ كما ذكرنا سابقاً، فإن العواقب النفسية طويلة المدى للتجارب المؤذية التي مر بها الأشخاص الذين يعانون اضطراب الشخصية الحدية تعتمد على التغييرات في المسارات العصبية المنوطة بأعراض الاضطراب. وفي هذه الحالة، يبدو أن مدى ضرر كل عامل من عوامل الخطر البيئية يختلف باختلاف طبيعة الضغط ومدته وشدته والأعراض المحددة للاضطراب المعني، ومن ثم فكل منها يختلف في الشدة من طفل إلى آخر.

وإذا أردت مناقشة مستوى أعقد من هذه المسألة، فاعلم أن هناك خلافاً بشأن أي من عوامل الخطر البيئية والبيولوجية أكثر خطورة، على سبيل المثال: "مارشا لينهان"، عالمة النفس في جامعة واشنطن، التي طورت نوعاً محدداً من العلاج لاضطراب الشخصية الحدية (انظر الفصل الحادي عشر)، تعتقد أن الأشخاص المصابين بهذا الاضطراب لديهم استعداد بيولوجي لاضطراب العواطف، وتؤكد أن هذا القصور البيولوجي المتأصل يتفاقم بسبب الآباء الذين يعاقبون هؤلاء الأطفال أو يحطون من قدرهم، بدلاً من محاولة فهمهم ومساعدتهم على التعامل مع افتقارهم للسيطرة على عواطفهم (أي التحقق من صحة مشكلتهم).

ومع ذلك، تشير "ماري زاناريني" من جامعة هارفارد و"بول لينكس" من جامعة غرب أونتاريو إلى أن العجز المتأصل والتعلم الخاطئ للتحكم في الاندفاع هو السمة الرئيسية للاضطراب. ويؤكد "أوتو كيرنبرج" وزملاؤه من جامعة كورنيل و"باتريشيا جود" و"توماس ماك جلاشان" من جامعة ييل أن الاضطراب الرئيسي الذي يؤدي إلى الإصابة باضطراب الشخصية الحدية هو العلاقة السيئة بالوالدين؛ العلاقة التي تفشل في الحفاظ على سلامة الرضيع وبقائه على قيد الحياة من خلال رعاية وحماية أبوية. وينتج عن هذا الخلل الانقسام في التفكير والتناظر المعرفي، وهما من السمات المميزة لاضطراب الشخصية الحدية.

حتى وقت قريب، لم تكن هناك معطيات موضوعية لدعم أي من هذه الفرضيات أو دحضها، ولكن في عام 2013، قدم "تيد ريتشبورن كجنيرود"، و"كين كيندلر" وزملاؤهما أدلة تشير إلى أن المعيارين 4 و5، اللذين يشكلان البعد الاندفاعي للاضطراب، يتمتعان بأعلى نسبة لقابلية الانتقال بالوراثة، كما تشير أدلتهم إلى أن عوامل الخطر الجينية التي تشكل البعد الشخصي (المعايير 1 و2 و3 و9) لديها أدنى نسبة من قابلية الانتقال بالوراثة، ووجدوا أيضاً أن أحد عوامل الاضطراب العامة له تأثير متأصل قوي على جميع المعايير التسعة للاضطراب، في حين أن خمسة من التأثيرات الجينية التسعة الخاصة بالمعايير كانت منعدمة أو لا تذكر. يبدو أن هذه النتائج تدعم فرضية "زاناريني" و"لينكس" وليس تلك الخاصة "بكيرنبرج" و"ماكجلاشان"، كما هو مذكور سابقاً. ولا يزال يتعين تحديد الآثار المترتبة لهذه النتائج، حيث يجب أن تكرر الدراسات الأخرى هذه النتائج.

من المهم للغاية لهؤلاء المصابين باضطراب الشخصية الحدية، وكذلك لأبائهم وأخواتهم وعائلاتهم أن يفهموا أنه لم يُثبت أن أيًا من عوامل الخطر البيئية التي

ناقشتها تسبب إصابة باضطراب الشخصية الحديّة. تذكر أن العديد من الأشخاص الذين يتعرضون للعوامل ذاتها من اعتداء، وفراق، وتريبة سيئة لا يصابون باضطراب الشخصية الحديّة، وأن بعض المرضى الذين يعانون اضطراب الشخصية الحديّة لم يعانون إلا من القليل، إن وجد، من عوامل الخطر البيئيّة هذه. يبدو الآن على الأرجح أنه لا بد من حدوث بعض من المزج والتفاعل والتوازن الدقيق بين عوامل الخطر البيولوجية والبيئية كي يصاب الشخص باضطراب الشخصية الحديّة. هناك حاجة للمزيد من الأبحاث لتحليل التفاعلات الدقيقة وتأثيرات عوامل الخطر هذه على تطور كل من الأعراض المحددة للاضطراب، وستؤدي هذه المعرفة إلى وجود المزيد من برامج العلاج الدوائي والنفسي التي تستهدف المصابين بهذا الاضطراب على نحو خاص.

الآثار الرئيسية لهذه النتائج

من الواضح أن هناك مجموعة متزايدة من الأدلة التي تشير إلى أن كلاً من العوامل البيولوجية والبيئية تزيد من خطر الإصابة باضطراب الشخصية الحديّة. ومن بين الاستنتاجات المهمة التي يمكننا استخلاصها من هذه النتائج أنها توفر أساساً علمياً لاستخدام كل من الأدوية والعلاج النفسي في علاج المرضى المصابين بالاضطراب. من المهم للغاية أن ندرك تماماً أهمية هذه النقطة، فأنا أعالج بعض المرضى المصابين بدرجة متوسطة إلى شديدة من اضطراب الشخصية الحديّة ويعارضون في البداية استخدام الأدوية المناسبة، ومن بينهم مرضى يعانون درجة عالية من الاندفاعية، التي، كما لوحظ، تتأثر بشكل كبير بمتغيرات بيولوجية. يمكن للمرء أن يفترض منطقيّاً من هذه النتيجة أن هذه الأعراض المتأثرة بيولوجياً إلى حد كبير ستتم معالجتها بشكل أكثر فاعلية بالتدخل الدوائي مقارنة بالعلاج النفسي.

كما وصفت في الفصل الثاني، زادت السيدة "ديفيس" بشكل كبير من مدة علاجها بمقاومة الدواء في أثناء المرحلة المبكرة من علاجها. ومن المثير للاهتمام أن نشاطها المندفع كثيراً ما أعاق تقدمها. ونتيجة لذلك، لم تكن قادرة على الاستفادة بشكل كافٍ من المشكلات التي تم العمل عليها في العلاج النفسي إلى أن أدى العلاج المناسب لها إلى تقليل شدة الأعراض التي تعانيتها إلى المستوى الذي مكّنها من تطبيق المعلومات التي تعلمتها في العلاج بشكل فعال.

كما تدعم البيانات المتعلقة بدرجة قابلية الأعراض الأخرى للانتقال بالوراثة الحاجة إلى العلاج النفسي. أرى مرضى يعانون اضطراب الشخصية الحديّة على استعداد تام لتناول الأدوية، على أمل الحصول على علاج سريع وغير مؤلم لما يواجهونه من مشكلات، فهم يقاومون الانخراط في العلاج النفسي والعمل الشاق والتغييرات التي ينطوي عليها العلاج. ونتيجة لذلك، يفضلون في تعلم المعلومات وتطوير المهارات التي كانوا سيكتسبونها بشكل طبيعي عندما كانوا أصغر سنًا، لكنهم لم يكونوا قادرين على ذلك لأن أعراض اضطرابهم تدخلت.

أخيراً، كانت تجربتي هي أن العديد من المرضى يصبحون أقل مقاومة لمتابعة أي من أشكال العلاج عندما يفهمون أهمية كل من العوامل البيولوجية والبيئية المرتبطة باضطراب الشخصية الحديّة التي ناقشناها في هذا الفصل. ولهذا السبب أخذ الوقت الكافي كي أشرح بعناية للمرضى الجدد الأساس المنطقي الكامن وراء هذا المكون العلاجي المزدوج الحاسم لاتفاقية العمل الخاصة بنا. إن رفض المريض مبدئياً الموافقة على إستراتيجية العلاج هذه لا يفسد الأمر، كما كان الحال مع السيدة "ديفيس" في الفصل الثاني؛ لأنني أجد أن معظم المرضى يوافقون في النهاية على استخدام كلتا الطريقتين عندما تكون علاقتنا كمريض وطبيب أكثر تطوراً ويتقنون بالتوصيات التي أقدمها. وسيكون من الظلم والتناقض أن أقترح على المرضى في العلاج أن يكونوا مرنين وأن يفكروا في إجراء تغييرات كبيرة في سلوكهم، بينما لم أظهر بنفسي درجة معقولة من هذه المرونة.

الخامس

تعقب مسار الاضطراب

من ضمن الملامح الأساسية لأي مرض هو طبيعة مساره، وهذا يعني تطوره المعتاد خلال عدة مراحل إلى أن يصل إلى نهايته القصوى سواء كان هذا بعلاج أو دونه. وهناك عدة سمات تحدد مسار الاضطراب، والمسببات (المجموعة المحددة من عوامل الخطر الجينية والبيئية التي تؤثر على مواطن ضعف كل فرد)، وسن بداية ظهور الأعراض، وطبيعة الأعراض وشدتها وتطورها، والظهور الحاد أو المزمن أو العرضي للأعراض، واستجابات الاضطراب للعلاج، والمآل أو النتيجة المحتملة للاضطراب بشكل عام.

بؤادر اضطراب الشخصية الحدية عند الأطفال

لقد عززت مجموعة الأدلة المتزايدة على أن اضطراب الشخصية الحدية له عوامل خطر جينية وبيئية من اهتمامنا بالتقارير التي تتناول اضطرابات سلوكية مشابهة في الأطفال. قد يكون السلوك المبكر في الطفولة بادرة تنذر بوجود الاضطراب في

مرحلتى المراهقة والبلوغ. ومثل هذه الاضطرابات لدى الأطفال وتدايها أمر معقد وغير مفهوم. (أصفها بالتفصيل في الفصل التالي).

اضطراب الشخصية الحدية في المراهقة

إذا كان هناك أي أعراض سلوكية تشبه تلك التي تحدث لدى المصابين باضطراب الشخصية الحدية ظهرت في مرحلة الطفولة، وهو أمر غير شائع، فعادة ما تستمر هذه الأعراض في التطور في أثناء دخول هؤلاء الأطفال إلى مرحلة ما قبل المراهقة، وليس بالضرورة أن تتطور هذه الأعراض لتصل إلى اضطراب الشخصية الحدية، فالنطاق الكامل لأعراض اضطراب الشخصية الحدية غالبًا ما يفصح عن نفسه في أثناء سنوات المراهقة الأولى ومرحلة الشباب، فهذه الفترة هشة جدًا في حياة هؤلاء الأشخاص المعرضين لخطر الإصابة بالاضطراب. إن الأعراض التي تميز بداية ظهور اضطراب الشخصية الحدية في المراهقين تتشابه إلى حد كبير مع تلك التي تظهر على البالغين (الفصل الأول)، لذلك، يتمكن مقدمو الرعاية الصحية العقلية ممن هم على دراية باضطراب الشخصية الحدية من تشخيص الاضطراب بدقة في مرحلة البلوغ في الكثير من الأحيان.

وعلى الهامش، من الجدير بالذكر أنه عندما نشرت الطبعة الأولى من هذا الكتاب في عام 2004، كان الرأي السائد بين العديد من ممارسي الرعاية الصحية العقلية هو أنه من غير المناسب التشخيص بالإصابة باضطراب الشخصية الحدية قبل سن الثامنة عشرة. لقد درست هذه الفكرة في العديد من البرامج التدريبية وكانت سائدة بين الممارسين على الرغم من الذكر الواضح للمعايير في الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات العقلية، في إصداره الرابع، الذي نشر في عام 2000، في تشخيص الإصابة بالاضطراب في المراهقين. إن الانفصال بين هذا الموقف الخاطئ والحقائق كان ممتدًا وضايرًا حتى إن "أندرو شانين" وزملاءه نشروا مقالاً علميًا بعنوان Personality Disorder in Adolescents: The Diagnosis That Dare Not Speak Its Name. لقد عرض هذا المقال دراسة حالة لفتاة شابة تعاني اضطراب الشخصية الحدية، وإن كانت مقاومة التشخيص بالإصابة في المراهقين تراجعت إلى حد ما، فانتبه إلى أنه ما زال شائعًا. وإذا سمعت هذا الخطأ من ممارس، فخذ رأي شخص لديه دراية وخبرة أكبر في هذا المجال.

على الرغم من أن المراهقين الذين يعانون اضطراب الشخصية الحدية لديهم أعراض مماثلة لتلك التي تظهر على البالغين، فهذه الأعراض تتغير تبعاً للمرحلة العمرية. ففي دراسة عن المراهقين المصابين باضطراب الشخصية الحدية الذين يتلقون علاجاً بالمستشفيات أظهر الثلثان أعراض عدم الاستقرار العاطفي، والغضب الجامح، والشعور بالخواء أو الملل، والاندفاع، والتهديد بالانتحار أو بوادره. من المثير للدهشة في هذه الدراسة هو الإبلاغ عن أن ثلث المشاركين في الدراسة فقط عانوا علاقات غير مستقرة، وهناك عدد أقل من ذلك كان يُعتقد أنه يعاني اضطرابات في الهوية. ومع ذلك، وبما أنني اعتيت بالعديد من المراهقين المصابين باضطراب الشخصية الحدية في مركز علاج سكني، لاحظت أن الغالبية منهم تظهر لديهم هذه المشكلات، ونظراً لأن هذه الأعراض مهمة في اضطراب الشخصية الحدية، فيجب دراسة عينة كبيرة وتمثيلية من المراهقين المصابين بهذا الاضطراب لحل هذا التناقض في الملاحظات والتقارير غير المؤكدة. وبخلاف ذلك، كان معدل حدوث اضطراب الشخصية الحدية بين جميع الحالات، وملامح أعراض الأفراد المصابين بهذا الاضطراب في هذه الدراسة، متشابهة لدى المراهقين والبالغين.

هناك دراسة متابعة تشير إلى أنه عندما يصبح المراهقون المشخصون بإصابتهم باضطراب الشخصية الحدية شباباً بالغين، يظل أقل من نصفهم مستوفين لمعايير الاضطراب، وهذا لا يعني أن من لم يعودوا يستوفون المعايير ليست لديهم أعراض؛ بل إنهم لا يعانون القدر ذاته من الأعراض اللازمة لاستيفاء المعايير الفئوية (خمسة أعراض) للدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات العقلية في إصداره الخامس. فربما يستوفون ثلاثة أو أربعة من المعايير التسعة الواردة في الجدول 1-2 التي تسبب مشكلات معيقة، لكنهم لا يستوفون المعايير الكاملة للتشخيص. فعلى سبيل المثال، في إحدى الدراسات، وُجد أن هناك ثلاثة أعراض للاضطراب الحدي أكثر ثباتاً واستقراراً بمرور الوقت من الأعراض الأخرى، وهذه الأعراض الثلاثة هي: الشعور بالخواء أو الملل، والغضب الشديد غير المناسب، وعدم الاستقرار العاطفي. قد تكون هذه الأعراض معيقة تماماً، ومع ذلك قد لا يستوفي المريض العدد المطلوب من معايير التشخيص للاضطراب، لذلك ربما لا يبدأ العلاج المطلوب أو يتوقف، وهذا هو أحد عيوب النظام الفئوي لتشخيص اضطرابات الشخصية التي استخدمت في الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات العقلية في إصداره الثالث والخامس.

قد تشب الخلافات بين المراهقين المصابين باضطراب الشخصية الحديّة والوالدين والأشقاء بشكل متكرر أكثر مما كانت عليه في مرحلة الطفولة، وتصبح حادة للغاية وغير متناسبة مع موضوع الخلاف. وبالإضافة إلى نوبات الغضب الشديدة، فقد تظهر أعراض أخرى لضعف التحكم الانفعالي، مثل نوبات حادة من الكآبة أو الحزن أو القلق.

من الملامح الأخرى لضعف التحكم الانفعالي في اضطراب الشخصية الحديّة هو أنه بمجرد أن تقع الاستجابة الانفعالية المفرطة، فيتطلب الأمر قدرًا كبيرًا من الوقت حتى يعود المريض إلى طبيعته، وهذا هو ما يحدث بالفعل مع المصابين باضطراب الشخصية الحديّة من المراهقين، فربما يظهر بعضهم حماسًا بالغًا تجاه نشاط ما في البداية، يتبعه الاتجاه إلى الشعور بالملل السريع. والاهتمامات ستتغير بسرعة من مجال لآخر. علاوة على أن المراهقين غالبًا ما يعانون صعوبة في إنجاز المشروعات التي تتطلب متابرة. وكما سنشير في موضع لاحق من هذا الفصل، فهذه السمات لاضطراب الشخصية الحديّة تؤدي إلى صعوبات في تكوين علاقات صداقة مفيدة ومستمرة، وفي بعض الحالات الاستثنائية، تقام العلاقات وتنتهي فجأة. لاحظ أن بعض الأعراض المذكورة سابقًا تتداخل مع أعراض فرط الحركة ونقص الانتباه، وهو اضطراب يحتمل أن يصاب به الأشخاص خمس مرات أكثر من احتمال إصابة الأشخاص باضطراب الشخصية الحديّة، وقد يربك هذا المشخّص وهذا ما نتناوله في الفصل الثامن.

الاندفاع

ربما تظهر السلوكيات السيئة الخطيرة التي تنطوي على قدر من التمرد بشكل عام في المراهقين الذين شخّصوا بإصابتهم باضطراب الشخصية الحديّة أو من ستتطور لديهم الأعراض. ربما ينطوي هذا على النفور من تأدية الواجبات المنزلية أو حتى رفضها، أو قيادة سيارة العائلة قبل إصدار رخصة، أو معاقرة الشراب أو تعاطي المخدرات، أو البقاء خارج المنزل حتى بعد الميعاد المحدد، أو السرقة، أو ارتداء الحلي والملابس والظهور بتصفيفات شعر خارجة عن حدود المقبول من العائلة أو خارجة عن الأعراف المجتمعية، أو السلوك الجنسي الخاطئ؛ أو التغيب عن المدرسة، أو عقد صداقات مع المراهقين الآخرين الذين ينخرطون في السلوكيات ذاتها. ربما

يرتكب بعض المراهقين المصابين باضطراب الشخصية الحدية أفعالاً مدمرة مثل تحطيم الأثاث أو ممتلكات الغير، أو مهاجمة الأقران والأشقاء وحتى الوالدين جسدياً. إن المراهقين الذين يعانون اضطراب الشخصية الحدية ربما يظهرون أيضاً سلوكاً مؤذياً للذات في البداية، وعادة ما تكون هذه السلوكيات مثل خدش أو جرح المعصمين أو الذراعين أو الساقين بآلة حادة، أو إلحاق الأذى الجسدي بأنفسهم بأي طريقة أخرى، أو تعاطي جرعات زائدة من الأسبرين أو أي أدوية أخرى متوافرة في المنزل، وغالباً ما تكون هذه السلوكيات وغيرها من الأفعال المؤذية استجابة لشجار مع الوالدين أو أي شخص مهم آخر، أو للانفصال الفعلي أو التهديد بالانفصال الصادر من الأشخاص الآخرين المهمين بالنسبة لهم، أو لضبطهم منخرطين في سلوكيات سيئة خطيرة يحاسب عليها القانون، وعندما يحاول الآباء تعديل هذه السلوكيات، غالباً ما تتفاقم حالة الأبناء بدلاً من أن تتحسن. لذلك يجب أن يجد الآباء طرقاً بديلة للتعامل مع هذه السلوكيات، وسنناقش هذا الموضوع لاحقاً في هذا الكتاب (الفصل الثالث عشر).

ضعف الإدراك والتفكير المنطقي والوظائف المعرفية الأخرى

هناك دراسات قليلة للغاية بحثت هذه المجموعة من الأعراض لدى المراهقين. تشير هذه الدراسات والتقارير غير المؤكدة إلى أن اضطراب الهوية والشك والتفكير الارتياحي والنوبات الانفصالية التي ربما تحدث للمراهقين المصابين باضطراب الشخصية الحدية، على الرغم من أنها قد لا تكون بالقدر ذاته من الوضوح لدى البالغين، وتشير التجارب السريرية إلى أن المراهقين المصابين باضطراب الشخصية الحدية لديهم صعوبة فيما يتعلق بقدرتهم على التفكير بمستوى مساوٍ لأقرانهم، خاصة في المواقف الاجتماعية أو عندما يكونون تحت وطأة الضغط العاطفي.

اختلال العلاقات

يقع المراهقون، بوصفهم مجموعة، في معضلة كبرى تتعلق بالتطور الطبيعي. فمن جانب، يستمرون في الاعتماد على آبائهم والآخرين في العديد من الضروريات اليومية، وعلى الجانب الآخر، يكافحون من أجل زيادة استقلاليتهم، وغالباً ما يكون هذا خارجاً عن قدرتهم في استخدام هذه الاستقلالية بحكمة. وفي أثناء هذه الفترة من التطور، من المهم تعزيز مفهوم أن أغلب العلاقات القوية والمستمرة تبنى على الاعتماد المتبادل، لا على الاتكالية ولا على الاستقلالية.

وبالتدرّج، يصبح تحقيق الاعتماد المتبادل الناضج في العلاقات مهمة صعبة لكل المراهقين، حتى بالنسبة لغير المصابين باضطراب الشخصية الحديّة. وبما أن السمات الأساسية للاضطراب تتضمن صراعات حادة حول الاتكالية والعجز الحقيقي عن تكوين علاقات سليمة ومتوازنة مع أي شخص، فليس من المستغرب أن يعاني المراهقون المصابون باضطراب الشخصية الحديّة هذه العمليات الطبيعية في مرحلة النضوج أكثر مما يعانيه الآخرون غير المصابين بالاضطراب.

ونتيجة لهذا، ربما تصبح العلاقات مع الآباء وأفراد العائلة الآخرين والأصدقاء مضطربة بشكل متزايد. وكثيرًا ما يصبح الآباء "أعداء" بين عشية وضحاها، حيث إن المراهقين المصابين باضطراب الشخصية الحديّة تتحول علاقاتهم الاعتمادية والتشبيثية والمتضاربة من والديهم إلى شخص أو أكثر من أقرانهم. ربما يكوّنون في البداية علاقة صداقة وثيقة للغاية أو علاقتين مع مراهقين من الجنس نفسه. ومع ذلك، لا تمر مدة طويلة قبل أن تتحول علاقاتهم إلى علاقات عاطفية مع الجنس الآخر، وهذه العلاقات غالبًا ما تكون حادة وقصيرة، وربما تنطوي على نشاط جنسي سابق لأوانه، وعندما تنتهي هذا العلاقة لأي سبب كان، غالبًا ما ينتج عنها "انهيار" وظيفي كبير. فعلى سبيل المثال: ربما يعجز المراهق عن الذهاب للمدرسة أو إنجاز فروضه المدرسية، وربما ينسحب من التفاعل مع العائلة والأصدقاء، وربما يتطور الأمر لأعراض جسدية مثل الصداع وألم المعدة.

اضطراب الشخصية الحديّة في المرحلة المبكرة من البلوغ

إن أعراض اضطراب الشخصية الحديّة لا تعرف حياة بعض الأشخاص بشكل كبير حتى السنوات الأخيرة من مراهقتهم؛ أي حتى أوائل العشرينيات أو حتى بعد ذلك، ففي أوائل العشرينيات تصبح حياة الجميع معقدة وصعبة، فالضغوطات التي يتعرض لها الشخص بسبب تركه للمنزل ومتطلبات التعليم الجامعي والعمل والزواج وتربية الأطفال تتطلب المزيد من الاعتماد على الذات والانضباط الذاتي والقدرة على الاعتماد المتبادل السليم، ومن أجل تحقيق النجاح يجب أن نثق ونشارك أعباءنا مع الآخرين ونساعدهم في حمل أعبائهم. والأشخاص المصابون باضطراب الشخصية الحديّة عادة ما يعانون صعوبة كبيرة في تطوير مهارات التكيف هذه قبل وفي أثناء هذه الفترة الحرجة من حياتهم. إن عجزهم على التعامل بكفاءة واتساق مع الضغوط

الطبيعية للنضوج هو نتيجة لأعراض الاضطراب العاطفية والاندفاعية والإدراكية والجسدية. ربما تحدث هذه الأعراض للمرة الأولى، أو لو كانت بالفعل حاضرة، فلعلمها تكون أكثر حدة أو أكثر تواتراً مع تقدم العمر. إن حدة أعراض اضطراب الشخصية الحدية قد تختلف بشكل كبير بين الشباب الذين يعانون الاضطراب، وبناءً عليه سيتسبب هذا في اختلاف درجات الاضطرابات في حياتهم.

وقبل البدء في العلاج، يخبرني العديد من مرضاي الجدد ممن هم في منتصف العشرينيات من العمر ويعانون اضطراب الشخصية الحدية بدرجة معتدلة بأن الحياة تبدو كأنها تمر من أمامهم، فهم يشاهدون أصدقاءهم وهم يكملون تعليمهم الجامعي ويحصلون على وظائف جيدة ذات مستقبل واعد ويتزوجون وينجبون أطفالاً بينما هم لم يحققوا سوى القليل من هذه الأشياء، إن لم يحققوا أي شيء أصلاً. وعندما يسألون عن سبب تفكيرهم في هذا، فالإجابات الشائعة التي نحصل عليها هي الافتقار للدافع، وعدم وجود خطة حياتية معقولة، وشعور غير متجانس بماهيتهم، ومجرد شعور غامض بقيمتهم ومواطن قوتهم ونقاط ضعفهم، وما يعجبهم وما يبغضونه، مع عدم وجود مسار واضح للمستقبل. إنهم غالباً ما يعيشون مع والديهم، وكثير منهم لا يعملون، ويتناولون المشروبات الكحولية ويتعاطون المخدرات بوصفها وسيلة لتهدئة أنفسهم عند تعرضهم للصدمة على وجه التحديد، بالإضافة إلى قلة أعداد أصدقائهم المقربين مقارنة بأقرانهم ولديهم شعور شديد بالريبة تجاه الآخرين. يمكن تلخيص العديد من هذه الأعراض والسلوكيات بمصطلح "ضعف شديد في الهوية".

الطبيعة العرضية للأعراض

بغض النظر عن ميعاد الظهور الأول لأعراض اضطراب الشخصية الحدية ونوعها وشدتها، فهي غالباً ما تحدث بشكل عرضي أو على هيئة نوبات في ظل خلفية سلوك طبيعي أو هامشي إلى حد ما، فعادة ما تحفز هذه النوبات من خلال التجارب المجهدّة التي تنطوي على خسائر شخصية كبيرة أو خلافات. وفي أوقات أخرى، تكون ردّاً على العواقب الوخيمة لسلوكيات مثل الفشل في المدرسة أو العمل، والسرقة، والقيادة المتهورة أو القيادة في أثناء السكر، وتعاطي الكحول والمخدرات. علاوة على أن التجمعات العائلية في العطلات أو المناسبات الأخرى تكون مرهقة بشكل خاص، وقد تؤدي أيضاً إلى تفاقم الأعراض. في بعض الأحيان لا يكون واضحاً للشخص أو العائلة سبب حدوث هذه الأعراض، ولكن القاسم المشترك هو أن الشخص المصاب

باضطراب الشخصية الحديّة يرى نفسه عادةً على أنه الشخص المنبوذ في العائلة؛ شخص بعيد جدًا ومختلف عن أفراد الأسرة الآخرين لدرجة أنهم لا يندمجون مع العائلة، وينتج عن هذا الإدراك الذاتي مشاعر الغضب والقلق والحزن والغيرة، ومثل هذا الجو المتوتر ينتج عنه شعور أفراد الأسرة والأصدقاء بضرورة التعامل بحذر باستمرار لمنع وقوع حادث كبير في يوم من المفترض أن يكون يومًا احتفاليًا وممتعًا. وبالتدرّج تعلم عائلة الشخص المصاب باضطراب الشخصية الحديّة الظروف التي من المرجح أن تحدث فيها نوبات الأعراض، وتبدأ في التخوف من هذه المناسبات، فعلى سبيل المثال: غالبًا ما تؤدي التجمعات العائلية خلال الإجازات أو في الاحتفالات الخاصة إلى عودة الأعراض لدى الفرد المصاب باضطراب الشخصية الحديّة، حتى لو كان في فترة العلاج. ومن ضمن المحفزات الأخرى الشجارات أو الانفصال عن الشريك، فيصبح مرور الشخص المصاب بالاضطراب وعائلته بهذه التجارب بشكل متكرر أمرًا محببًا ومثبّطًا، وعادة ما تتفاقم هذه التجارب وتحدث بشكل متكرر بمرور الوقت. إنه أمر محير بشكل خاص لأنه بين النوبات، قد لا تظهر على الشخص المصاب باضطراب الشخصية الحديّة الأعراض بشكل نسبي، ويبلي بلاءً حسنًا للغاية. هذه الفترات التي يخلو فيها سلوك الشخص من الأعراض تجعل من الصعب تحمل الانتكاس التالي؛ لأن الانتكاسات تبدو متعمدة واستفزازية عن قصد.

مستويات مختلفة من حدة اضطراب الشخصية الحديّة

تختلف أعراض اضطراب الشخصية الحدية وشدهته بين المصابين به، إذ يعاني بعضهم أعراضًا خفيفة للغاية ويستجيبون للعلاج بشكل جيد وسريع، ويعاني البعض الآخر أعراضًا أكثر حدة. وبالنسبة لهم، تكون خطة العلاج أكثر تعقيدًا، ويستغرق العلاج وقتًا أطول. هذا الاختلاف في الشدة هو سمة مشتركة للعديد من الأمراض، فعلى سبيل المثال: قد يستجيب بعض الأشخاص المصابين بأشكال خفيفة من مرض السكري جيدًا للتغيرات في النظام الغذائي ولا يحتاجون إلا إلى الأدوية الفموية لتقليل عواقب مرضهم بشكل ملحوظ. أما مرضى السكري الآخرون فيحتاجون إلى قيود غذائية شديدة وحقن الأنسولين المتعددة اليومية، وقد يظلون في حالة من صعوبة التحكم ويصابون بمشكلات طبية ثانوية خطيرة. وكما اكتشف "بول لينكس" و"رونالد هيسليجر" في دراستهما، فإن الشدة هي مؤشر مهم للنتيجة طويلة المدى لاضطراب الشخصية الحدية، فمن المهم أن نتذكر أنه إذا كنت تعاني أنت أو أحد

أفراد أسرتك اضطراب الشخصية الحدية الحاد، فإن الوضع ليس ميثوسًا منه، وهذا يعني أنه سيتعين عليك بذل المزيد من الجهد والصبر للقيام بعمل أفضل.

بغض النظر عن شدة الاضطراب، فإن الأطباء النفسيين وغيرهم من الأطباء ومختصي الصحة العقلية المتخصصين في علاج الأشخاص المصابين بهذا المرض أصبحوا الآن أكثر تفاؤلاً بشأن النتائج الناجحة مما كانوا عليه قبل عقد من الزمان، ويعتمد هذا التفاؤل، جزئيًا، على نتائج البحث حول العلاج التي سأناقشها لاحقًا في هذا الفصل وفصول أخرى. بالإضافة إلى ذلك، فإن فهمنا للطبيعة الأساسية لاضطراب الشخصية الحدية يتزايد الآن بسرعة أكبر مما كان عليه في الماضي، وإحراز التقدم في العلاجات المصممة خصيصًا للأشخاص الذين يعانون اضطراب الشخصية الحدية مستمر، ونحن نعلم الآن أن التحسن الكبير قد ينجم عن الجهود المشتركة للشخص المصاب باضطراب الشخصية الحدية وعائلته.

أنا أعي أن عدم قدرة آباء المراهقين والشباب الذين يبدو أنهم يعانون اضطراب الشخصية الحدية على العثور على طبيب نفسي محلي أو غيره من أطباء الرعاية الصحية العقلية ممن لديهم خبرة في علاج الأشخاص الذين يعانون اضطراب الشخصية الحدية قد يكون محبطًا، فإذا كنت تواجه هذه الصعوبة، يرجى الرجوع إلى المصادر في نهاية هذا الكتاب؛ قد يكون مشروع بلاك شيب ومركز موارد اضطراب الشخصية الحدية مفيدًا بشكل خاص.

الخطأ في تشخيص اضطراب الشخصية الحدية

يسعى العديد من الأشخاص المصابين باضطراب الشخصية أو عائلاتهم أولاً إلى المساعدة الطبية في أثناء تلك الفترة من حياتهم التي تبدأ من المراهقة إلى سنوات البلوغ المبكرة. وبعض الآباء يستشيرون الأطباء النفسيين أو مختصي الصحة العقلية عن الأعراض الانفعالية والسلوكية، بينما يتوجه الآخرون إلى طبيبيهم المعتاد ليشتكوا من أعراض جسدية. وللأسف، غالبًا ما لا يتعرفون على المرض الأساسي لاضطراب الشخصية الحدية في البداية. وفي هذه الحالة، يبدأ الشخص المصاب باضطراب الشخصية الحدية سلسلة من التقييمات النفسية والاجتماعية والفحوص الطبية المحبطة والفاشلة. وينتج عن هذا غالبًا التشخيصات الخاطئة والعلاجات غير الفعالة التي تجلب على أقصى تقدير راحة جزئية ومؤقتة وإحباطًا وشعورًا متزايدًا باليأس.

وعند هذه المرحلة، يمر الأشخاص المصابون باضطراب الشخصية الحدية بمنعطف في حياتهم. وإذا تم تشخيصهم بشكل صحيح، وإذا أمدتهم الأطباء المؤهلون بالعلاج، فإن رحلة العلاج تسير بشكل جيد، حيث تصبح أعراض اضطراب الشخصية الحدية تحت السيطرة، والأفراد المصابون به قد يستقرون ويتعرفون على هويتهم الحقيقية ومواطن قوتهم، أما في غياب التشخيص الصحيح والرعاية الفعالة فتكون النتائج أقل ملاءمة.

مآل اضطراب الشخصية الحدية

لقد اعتقد العديد من الأطباء النفسيين ومختصي الصحة العقلية الآخرين حتى وقت قريب أن مآل المصابين باضطراب الشخصية الحدية ضعيف للغاية أو "حذر". وهذا التشاؤم استند، جزئياً، إلى طبيعة الأعراض ذات النوبات الحادة المتكررة للاضطراب. علاوة على أن توقع المآل كان مدعوماً بالفشل الواضح مع العديد من المرضى فيما يتعلق بالاستجابة بشكل جيد للاستخدامات القياسية للعلاج النفسي والأدوية التي ثبت أنها مفيدة للمرضى الذين يعانون اضطرابات عقلية أخرى، مثل الاكتئاب والقلق. وفي النهاية، قد يكون التصور السائد حول سوء التشخيص للأفراد المصابين بالاضطراب ناتجاً عن مجموعة متنوعة من العيوب في تصميم الدراسات البحثية المبكرة التي تقيّم نتائج علاج اضطراب الشخصية الحدية، فعلى سبيل المثال: تتضمن هذه الدراسات عادة عدداً قليلاً نسبياً من المرضى الذين يعانون اضطراب الشخصية الحدية الحاد ممن تلقوا علاجاً في المستشفيات في البداية، ولم تتضمن الدراسات غالباً مجموعة مقارنة، فمن المتوقع أن تؤدي هذه العوامل إلى التحيز إلى النتائج السلبية. وبشكل عام، كانت النتائج المستخلصة من هذه الدراسات المبكرة هي أن العديد من المرضى الذين يعانون اضطراب الشخصية الحدية الحاد كان أداءهم ضعيفاً على المدى القصير ولكنهم كانوا أفضل إلى حد ما على المدى الطويل.

لقد ألقت الدراسات الجينية الكمية والمعقدة الحديثة المستندة إلى عينات سكانية ضوءاً جديداً على مآل اضطراب الشخصية الحدية (انظر الفصل الثالث). تشير دراسات التوأم من مرحلة المراهقة إلى مرحلة البلوغ للأفراد المصابين باضطراب الشخصية الحدية إلى أن إسهام العوامل الجينية يزداد بمرور الوقت، حيث يتناقص تأثير العوامل البيئية بشكل متناسب ثم يظل ثابتاً، وهذا يعني أنه مع تقدم المريض

في العمر، من المرجح أن يلعب الاستعداد الجيني لاضطراب الشخصية الحدية دوراً أكبر من العوامل البيئية، كما أن هناك دليلاً واضحاً على وجود تفاعل مع البيئة الجينية، فعلى سبيل المثال: ثبت أن معدل قابلية انتقال اضطراب الشخصية الحدية بالوراثة أقل (24%) لدى الأفراد الذين لديهم تاريخ من الاعتداء الجسدي، بينما ثبت أن معدل قابلية انتقال الاضطراب بالوراثة أعلى (47%) لدى الأفراد الذين ليس لديهم تاريخ من الاعتداء (انظر الفصل الثالث). لقد اكتشفت مثل هذه الدراسات أيضاً أن الأعراض المختلفة للاضطراب الحدي لها معدلات مختلفة من قابلية الانتقال بالوراثة، وهذه النتائج لها آثار كبيرة على استخدام تدخلات علاجية محددة للاضطراب (انظر الفصلين العاشر والحادي عشر).

تشير دراسات حديثة أخرى إلى أن التشاؤم بشأن مآل الاضطراب غير مبرر، وتبين هذه الدراسات أن العديد من الأشخاص المصابين باضطراب الشخصية الحدية يستجيبون بشكل جيد لأنظمة علاجية محددة وأشكال خاصة من العلاج النفسي المصمم خصيصاً لعلاج الاضطراب. تشير بعض الأدلة إلى أن نسبة 60 إلى 75% من الأشخاص المصابين بالاضطراب يتحسنون بشكل كبير بمرور الوقت عندما تتحقق نتائج العلاج، وهذا لا يعني أنهم لن تظهر عليهم أعراض الاضطراب مجدداً، بل يعني أن الأعراض قلت حدتها بشكل كبير وأنها تسبب إزعاجاً وإعاقة أقل لحياة المرضى وعائلاتهم.

آثار العلاج على النتائج

لقد شددت على أنه إذا كنت أنت أو أحد أفراد أسرته مصاباً باضطراب الشخصية الحدية، فيجب أن تكون متفائلاً، لكنني أعلم أن قول هذا أسهل من فعله، فما تريده هو أسباب قوية لتكون متفائلاً. ففي المجتمع الطبي، أفضل سبب ملموس لتصديق أي ادعاء هو تقييم نتائج الدراسات البحثية التي أجريت بشكل جيد التي تختبر الادعاء بشكل صحيح. وفيما يلي ثلاث دراسات مهمة للأشخاص الذين يعانون اضطراب الشخصية الحدية خضعوا للتقييم على مدى سنوات عديدة، كل واحدة منها ستعطيك سبباً للشعور بالأمل، وهدفي الرئيسي من استعراض هذه الدراسات الخاصة بمسار اضطراب الشخصية الحدية هو تزويدك بأسباب وجيهة للبدء في العلاج والاستمرار عليه، وتُظهر هذه الدراسات أن العلاج المناسب هو أفضل أمل لك للسيطرة على حياتك.

في عام 2014، أُبلغت "ماري زاناريني" وزملاؤها في مستشفى ماكلين بجامعة هارفارد في بوسطن نتائج دراسة متابعة استطلاعية مدتها ستة عشر عامًا على 290 مريضًا من مرض اضطراب الشخصية الحديّة الذين تلقوا علاجهم في البداية بالمستشفى (الدراسة الاستطلاعية هي دراسة تجرّ قبل الدراسة بغية جمع معلومات محددة، بدلاً من جمعها بعد علاج المرضى. وهذه الدراسات تزيد من دقة وصحة النتائج). لقد شُخص كل المرضى بعناية بأداة مناسبة لتقييم الأعراض واستوفوا المعايير التشخيصية الواردة في الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات العقلية، في إصداره الثالث (وهو الإصدار المستخدم وقت إجراء الدراسة الاستطلاعية). خضع المرضى للتقييم على فترات مدتها سنتان لمدة ستة عشر عامًا بعد دخولهم المستشفى في البداية وبعد انضمامهم للدراسة. لقد ظلوا في مستويات مختلفة من العلاج في أثناء الدراسة. وفي وقت المتابعة تلقوا إعادة تقييم مكثفة لأعراضهم واستجاباتهم للعلاج.

وأبلغ باحثو الدراسة عن ثلاثة استنتاجات رئيسية:

1. بعد عامين من العلاج، أُبلغ أن 60% من المرضى تماثلوا للشفاء من اضطراب الشخصية الحديّة. (عرّفت الدراسة كلمة "شفاء" بأنها حالة تعافٍ من الأعراض، أو أن يصبح المرضى لا يستوفون معايير التشخيص في الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات العقلية التي تشخص الإصابة باضطراب الشخصية الحديّة، وأن وظائفهم الاجتماعية والمهنية في حالة جيدة).
2. هناك ستة عوامل اكتشف أنها تتنبأ باحتمالية أفضل للشفاء من أعراض اضطراب الشخصية الحديّة. وهذه العوامل الإيجابية هي عدم وجود استشفاءات نفسية سابقة، ومعدل ذكاء أعلى من أولئك الذين أظهروا تحسناً أقل، وسجل مهني جيد خلال العامين السابقين لدخول المستشفى، وغياب اضطراب الشخصية المرتبط بالقلق، والانبساطية الشديدة، والقبول العالي.

3. ووجد أن لبعض العوامل تأثيرًا، إما بشكل مباشر أو عكسي، على مقدار الوقت الذي يستغرقه المريض للتعافي: مقدار تجنب المريض اتصالات شخصية معينة، ودرجة الاعتمادية، والأسلوب التفاعلي التعاوني، وغياب المحن في الحياة (سواء في مرحلة الطفولة أو مرحلة البلوغ)، وعدم وجود أمراض نفسية إضافية رئيسية في المريض أو في العائلة.

في دراسة سابقة، أُبلغ هؤلاء الباحثون أن عودة ظهور اضطراب الشخصية الحديّة كان نادرًا في المرضى الذين تلقوا علاجًا مكثفًا وتمائلوا للشفاء من الاضطراب. لقد خلص الباحثون إلى أنه عندما شعر أفراد هذه المجموعة من المرضى المصابين باضطراب الشخصية الحديّة الذين تلقوا العلاج المكثف بأن هناك من يفهمهم وتعلموا كيفية السيطرة والتكيف بفاعلية أكبر على الأعراض التي تصيبهم، أحرزوا تقدمًا في اتجاه التعافي من الأعراض، وكانوا قادرين على الاستمرار في التحسن على مدار الدراسة.

علوة على أن هؤلاء المرضى شهدوا انخفاضًا هائلًا في أعراض كل من الأبعاد الأربعة لاضطراب الشخصية الحديّة. ومع ذلك، بينت الأبعاد والأعراض المختلفة داخل هذه الأبعاد أنماطًا مختلفة من التحسينات بمرور الوقت. فمن جانب، كانت الاضطرابات الانفعالية أكثر استمراراً وظلت موجودة في 60 إلى 80% من المرضى خلال ست سنوات. ومن جانب آخر، تراجعت بعض السلوكيات الاندفاعية، خاصة تشويه الذات ومحاولات الانتحار وتعاطي العقاقير والسلوكيات الجنسية السيئة، بشكل كبير غالبًا بمقدار الثلثين من معدل حدوثها الأولي. أما السلوكيات الاندفاعية الأخرى، مثل الإفراط في تناول الطعام، والحدة اللفظية، ونوبات الإسراف في الإنفاق، فقد انخفضت بنسبة الثلث فقط في فترة المتابعة التي استمرت ست سنوات.

بمرور الوقت، انخفضت الأعراض الإدراكية والتفاعلية لاضطراب الشخصية الحديّة بشكل أكبر من الأعراض الانفعالية، ولكن أقل من الأعراض الاندفاعية. انخفضت الأفكار الشبيهة بالذهان من نحو 50 إلى 20% من المرضى في خلال ست سنوات، وانخفضت نسبة الأفكار الغريبة من 85 إلى 50% من المرضى.

كما تحسنت بعض الجوانب في العلاقات الشخصية التفاعلية أكثر من غيرها، فعلى مدى ست سنوات، انخفضت الصعوبات مع المعالجين من 50 إلى 10% من المرضى، كما انخفضت العلاقات العاصفة / التلاعب / السادية، والمطالبة / الاستحقاق من 60-80% إلى 25-50%، وأبلغ عن انخفاض نسبة عدم تحمل

الشعور بالوحدة، أو الهجر، أو الاعتمادية من 90% من المرضى الذين يعانون اضطراب الشخصية الحديّة إلى 60%.

تشير نتائج هذه الدراسة إلى أن اضطراب الشخصية الحديّة يتميز بنوعين متميزين من الأعراض: أحدهما يمثل الجانب الأكثر تقلبًا أو استمرارية للاضطراب الحدي، مثل الشعور المزمن بالغضب أو الفراغ، والرغبة، وصعوبة تحمل العزلة، والخوف من الهجران. يبدو أن هذه الأعراض تتغير بشكل أبطأ ولا يزال أغلب المرضى الذين يعانون اضطراب الشخصية الحديّة يبلغون عن معاناتهم منها حتى بعد مرور ست سنوات من بدء العلاج، بينما تتضمن الأعراض الأخرى للاضطراب تشويه الذات، ومحاولات الانتحار، والأفكار شبه الذهانية، وتراجع العلاج، ومشكلات في العلاقات مع المعالج، وهي مظاهر المرض الحاد. وهذه الأعراض تتراجع بسرعة نسبيًا.

الدراسة التعاونية الطويلة لاضطراب الشخصية

مؤل المعهد الوطني للصحة العقلية، الدراسة التعاونية الطويلة لاضطراب الشخصية التي نشرت في عام 2003، تلك الدراسة التي تضمنت تعاون المواقع البحثية في أقسام الطب النفسي في جامعات براون وكولومبيا وهارفارد وتكساس إيه أند إم وفاندريلت وييل. لقد صممت لدراسة نتائج أربعة اضطرابات شخصية ومن ضمنها اضطراب الشخصية الحديّة.

لقد أبلغت هذه المجموعة عن الأسباب المحتملة "للتعافي" المفاجئ لدى 160 مريضاً مصاباً باضطراب الشخصية الحديّة من المنضمين للدراسة، حيث قلت المعايير التشخيصية لدى ثمانية عشر مريضاً بمقدار معيارين أو أقل خلال الأشهر الستة الأولى من الدراسة، ومن بين هؤلاء المرضى الثمانية عشر، عانى واحد فقط الانتكاس في تقييم المتابعة لمدة عامين.

لقد وجد أن التحسن السريع في عشرة من ثمانية عشر مريضاً نتج عن التغييرات الظرفية التي أدت إلى التخفيف من المواقف البيئية المجهدة للغاية، وعادةً ما تضمن ذلك إما إقامة علاقات مع شركاء جدد أو ترك علاقات مرهقة للغاية. وهذا التغيير لم يكن عاديًا، حيث أبلغ عنه في أقل من 6% من مرضى الدراسة.

هناك خمسة مرضى آخرين، ارتبط التعافي السريع للاضطراب الحدي بالعلاج الناجح للاضطرابات العقلية الحادة التي تزامن حدوثها مع اضطراب الشخصية الحديّة. ومن بين هذه الاضطرابات: **اضطراب الهلع**، وتعاطي العقاقير، والاضطراب

الاكتئاب الرئيسي الشديد، والاضطراب ثنائي القطب (انظر الفصل الثامن لمزيد من المعلومات حول هذه الاضطرابات).

النتائج المهمة التي تشير إليها هذه الدراسة هي أن 11% فقط من عينة مكونة من 160 مريضاً باضطراب الشخصية الحدية شهدوا تعافياً ملحوظاً في الأعراض في ستة أشهر، ومع ذلك فقد بقيت جميع هذه الحالات باستثناء حالة واحدة في حالة التعافي لمدة عامين. من المحتمل أنه إذا تكررت هذه الدراسة الآن باستخدام المزيد من الأدوية الحديثة والعلاج النفسي والتغيرات السلوكية (على سبيل المثال، التوقف عن تناول الكحول)، ستكون هذه النتائج أكثر إذهالاً.

دراسة لينكس وهيسلجرايف

نشر "بول لينكس" و"رنالد هيسلجرايف" من تورنتو، كندا، سلسلة من التقارير عن دراسات استطلاعية عن النتائج المتعلقة بثمانية وثمانين مريضاً باضطراب الشخصية الحدية. وخلال هذه الدراسات خضع مرضى الاضطراب لتقييم بعد فترة تتراوح ما بين سنتين إلى سبع سنوات من التقييم الأول.

لقد وُصف 47% من المرضى بأنهم يعانون اضطراب الشخصية الحدية المستمر أو الثابت خلال المتابعة التي استمرت سبع سنوات. تتوافق هذه النتيجة مع تلك التي توصل إليها باحثون آخرون، الذين يقدرون الاستقرار طويل المدى لاضطراب الشخصية الحدية بما يتراوح بين 51% و57%. قد تكون هذه الاختلافات في الاستجابة للعلاج واستقرار الاضطراب نتيجة لعامل واحد أو عدة عوامل.

وعلى سبيل المثال: تمكن هذان الباحثان أيضاً من تحديد العوامل التي كانت تنبئ بشكل كبير بالنتائج طويلة المدى لاضطراب الشخصية الحدية. لقد شكّل المستوى الأولي للاندفاع 25% من الفروق في نتائج متابعة استمرت لمدة سبع سنوات؛ بعبارة أخرى، تنبأ المستوى الأولي العالي من الاندفاع باحتمالية أكبر للإصابة باضطراب الشخصية الحدية المستمر من المستوى الأولي المنخفض (هذا ليس مفاجئاً نظراً لارتفاع نسبة قابلية الانتقال بالوراثة فيما يتعلق بالسلوك الاندفاعي في المرضى الذين يعانون اضطراب الشخصية الحدية). لقد كان المرضى الذين شُخصت حالتهم في البداية باضطراب الشخصية الحدية والذين شُخصت حالتهم أيضاً باضطراب تعاطي العقاقير أكثر عرضة بمقدار الضعف للإصابة باضطراب الشخصية الحدية عند المتابعة عن هؤلاء المرضى الذين لم تُشخص حالتهم باضطراب تعاطي العقاقير. كما تم اكتشاف مؤشرين مهمين آخرين للتنبؤ بمسار ونتائج الاضطراب الحدي في

هذه الدراسة. لقد تنبأ المستوس الحاد من أعراض الاضطراب الحدي الذي يصاحبه تاريخ من الاعتداء الجسدي في مرحلة الطفولة بنتائج أسوأ من المستوس ذي الأعراض الأقل حدة غير المصحوب بالاعتداء الجسدي في مرحلة الطفولة.

لقد خلص باحثو الدراسة إلى أن الأفراد الذين يعانون اضطراب الشخصية الحديّة المستمر يظهرون عادةً مستويات عالية من الاندفاع، وأن الاندفاع هو المحرك الذي يبدو أنه يديم الاضطراب على مدار حياتهم، فعلى سبيل المثال: أشاروا إلى أن تعديل السلوك الاندفاعي بالأدوية والعلاج الموجه للتحكم في الاندفاع، قد يمكن المرضى الذين يعانون اضطراب الشخصية الحديّة من تطوير علاقات أكثر استقرارًا وذات مغزى.

إجمالاً، فإن هذه الدراسات التي تشخص اضطراب الشخصية الحديّة مفيدة ومشجعة وتساعد على تبديد الأسطورة القائلة بأن الاضطراب مزمن دائمًا واستجابته للعلاج ضعيفة، إنها تشير بقوة إلى أنه مع العلاج الفعال والتحكم بشكل أفضل في السلوك الاندفاعي، وخاصة تعاطي العقاقير، ستشهد تحسناً كبيراً في العديد من الأعراض. لا تتحسن جميع الأعراض بالدرجة نفسها، لكنها تتحسن جميعاً. إن العامل الرئيسي الذي يحدد معدل ودرجة تحسّنك هو بقاءك في العلاج ما دام ذلك ضرورياً.

ماذا يحدث إذا لم تتلقَّ العلاج أو توقفت عنه قبل الأوان؟

للأسف، لا يسعى العديد من الأشخاص المصابين باضطراب الشخصية الحديّة، لسبب أو لآخر، إلى الحصول على الرعاية، أو يتركون العلاج قبل الأوان. قد يكون السبب هو أنهم يخشون العلاج، أو أن برنامج العلاج الخاص بهم لا يسير كما يملو لهم. والبعض الآخر قد لا يكون قادراً على تحمل تكاليف الرعاية المناسبة أو لا يتلقون الدعم المطلوب بشدة من أسرهم أو أزواجهم. والبعض الآخر غير راغب أو غير قادر على التخلي عن الكحول والمخدرات و/ أو الأنشطة والسلوكيات الأخرى التي تمنعهم من الاستفادة من العلاج. وللأسف، لا يستطيع الآخرون العثور على طبيب نفسي ومعالج في مجتمعهم ممن يتمتعون بالمهارة في تشخيص وعلاج اضطراب الشخصية الحديّة ويكونون مخصصين للعمل مع المرضى المصابين بهذا

الاضطراب. وفي النهاية، هناك مؤشرات على أن نسبة كبيرة من الأفراد المصابين باضطراب الشخصية الحدية في حالة إنكار كبير لوجود أي خطأ بهم، على الرغم من أن لديهم أعراضاً مشابهة لأعراض أولئك الذين يتلقون العلاج. ويستمر هذا الإنكار مع كثير من هؤلاء الأفراد ويسبب قدرًا كبيرًا من الصعوبات مع أسرهم وأصدقائهم وزملائهم في العمل وما إلى ذلك. ونظرًا لأن هذه المجموعة من الأفراد لا يلتفت إليهم أصحاب المهن الطبية كثيرًا، فلا يُعرف سوى القليل عن العوامل الحاسمة التي تفصلهم عن الأفراد المصابين باضطراب الشخصية الحدية الذين يسعون للحصول على الرعاية.

ليس من المستغرب أن مآل هذا الاضطراب ليس إيجابيًا تقريبًا بالنسبة لأولئك الأفراد الذين لا يتلقون العلاج، أو الذين يتركون العلاج مبكرًا، كما هي الحال بالنسبة لأولئك الذين استقروا بنجاح على الدواء والذين يشاركون في العلاج ويدومون عليه حتى يتعلموا باستمرار إدارة حياتهم بمهارة وفعالية أكبر.

لذلك، مع تقدمك في السن، إذا لم تتلق علاجًا فعالًا، فمن المحتمل أنك ستواجه مشكلات كبيرة ومرتفعة في الزواج، والعمل، والحياة الاجتماعية، وأنظمة الدعم. إن حالات الطلاق، والانفصال عن العائلات الأصلية، والفصل من العمل، وتغيير الوظائف بشكل متكرر، وعدم القدرة على الحفاظ على الصداقات السليمة والحفاظ على سكن ثابت أمر شائع لدى الأفراد الذين لا يتلقون الرعاية المناسبة. كلما تأخر العلاج لفترة أطول، ازداد عدد العواقب الوخيمة التي يتعذر تجنبها على حياتك، وازدادت صعوبة طلب المساعدة وإجراء التغييرات اللازمة لوقف دوامة الهبوط.

ودون العلاج المناسب، وبحلول الوقت الذي تصل فيه إلى منتصف العمر، من المحتمل أن تكون حالتك الاجتماعية والاقتصادية قد تدهورت بشكل كبير، وسوف تصبح أكثر فقرًا على الصعيدين المالي والاجتماعي. فبالنسبة للجيل السابق، بدا هذا المصير حتميًا لمعظم الأشخاص الذين عانوا اضطراب الشخصية الحدية، لكن الحال تغير، فهناك أنواع مختلفة من المساعدة متاحة الآن - المساعدة التي ستوفر لك الفرصة لإنقاذ حياتك. وأنا أحتك على البحث عن هذه المساعدة والاستفادة منها، نادرًا ما يكون قد فات الأوان للقيام بذلك.

السادس

اضطراب الشخصية الحديّة لدى الأطفال

عادة ما يتم تشخيص اضطراب الشخصية الحديّة لأول مرة في مرحلة المراهقة أو في بداية فترة البلوغ، لكن قبل أن تصبح الأعراض واضحة تمامًا، هناك مؤشرات على مشكلات سلوكية لوحظت عند الأطفال الذين سيصابون بالاضطراب في النهاية. ويكون لدى بعض هؤلاء الأطفال أعراض مشابهة لتلك الموجودة لدى المراهقين والبالغين المصابين بالاضطراب، بينما لا يكون البعض الآخر كذلك. يستكشف هذا الفصل ما يبدو أنه الأعراض المبكرة ومسار تطور الاضطراب عند الرضع والأطفال. سوف تجد أيضًا بعض الاقتراحات حول كيفية ضمان تقييم طفلك بشكل صحيح بالنسبة لاضطراب الشخصية الحديّة أو الاضطرابات السلوكية الأخرى، وعلاجه بشكل فعال إذا لزم الأمر. ومن المفترض أن يكون هذا الفصل مفيدًا بشكل خاص للآباء الذين يعانون أطفالهم، نوبات غضب متكررة، أو العناد والعصيان، أو عدم احترام الوالدين والمعلمين وغيرهم من ذوي السلطة، أو الكذب، أو السرقة، أو جرح الآخرين عمدًا. إذا لاحظت عددًا من هذه السمات لدى طفلك وتتمنى فهم

أصولها وماهية الإجراءات التي يجب اتخاذها، فسوف تجد بعض الإجابات عن أسئلتك في هذا الفصل.

هل يؤثر اضطراب الشخصية الحديّة على الأطفال ؟

عندما يُسأل آباء الأفراد المصابين باضطراب الشخصية الحديّة في أي مرحلة لاحظوا لأول مرة أن هناك شيئاً ما خطأ في أطفالهم، فإنهم يقدمون إجابات مختلفة. يقول البعض إنهم لاحظوا على الطفل ممارسته لقليل من السلوكيات غير المعتادة حتى أصبح مرهقاً؛ ويفيد البعض أنهم اكتشفوا المشكلات في وقت مبكر من الأسابيع الأولى من أعمار أطفالهم، وتذكر الأمهات أنهن لاحظن اختلافات في مزاج الطفل مقارنة بأخواته أو إخوانه الذين في عمره نفسه. وبدا أن الأطفال الرضع المصابين بالاضطراب "يعانون أكثر من ألم المعدة"، ويكون أكثر، وبيتسمون ويضحكون أقل، ويعانون اضطرابات النوم، وينزعجون بسهولة أكبر بسبب التغييرات في الروتين، ويكون من الصعب تهدئتهم عندما ينزعجون.

في مرحلة الطفولة المبكرة، وُصف بعض الأطفال الذين تم تشخيصهم لاحقاً باضطراب الشخصية الحديّة بأن متطلباتهم أكبر ويحتاجون إلى اهتمام أكبر مقارنة بإخوانهم وأخواتهم، فيبدو أن بعضهم أكثر قلقاً، ويعاني نوبات حزن أكبر، ويكون أكثر حساسية تجاه النقد، وأكثر انزعاجاً من التغييرات في الروتين أو الخطط، وأسرع غضباً، ومن السهل شعورهم بالإحباط، وعندما يشعرون بالإحباط قد يعانون نوبات غضب شديدة. وقد يواجهون صعوبة كبيرة في الانفصال عن المنزل للذهاب إلى المدرسة، وقد يعانون تحت الضغط أعراضاً جسدية، مثل جذب خصلات شعرهم، والشعور بتقلصات متكررة في المعدة، والصداع، ومعاناة مشكلات في الأكل، ونمط نوم غير طبيعي.

على الرغم من شهادات الآباء هذه، فإننا لم نجتمع إلا القليل من المعلومات منهجياً حول الأفراد الذين يعانون اضطراب الشخصية الحديّة وهم في مرحلة الطفولة، فلم يذهب الكثير من البالغين المصابين باضطراب الشخصية الحديّة إلى الأطباء النفسيين عندما كانوا أطفالاً، ويعتقد البعض أن هذا يرجع إلى أن نسبة انتشار الاضطراب بين النساء إلى الذكور تبلغ ثلاثة إلى واحد (يبدو أن هذه النسبة بين الجنسين تتناقص مع المعلومات التي جُمعت بدقة أكبر)، فنسبة الفتيات اللاتي عادة ما يذهبن إلى الأطباء النفسيين والمختصين في مجال الرعاية الصحية الذهنية

أقل من الصبية؛ لأنهن على الأرجح لا يفصحن عن مشكلاتهن. علاوة على ذلك، إذا ذهبت الفتيات إلى الأطباء وهن في مرحلة الطفولة، فربما يكون تم تشخيصهن ببعض التشخيصات الأخرى. وعلى الأرجح يتم تشخيص الأولاد خطأً باضطرابات التحكم في الاندفاع.

سبب آخر يجعلنا غير متأكدين من أي أعراض للأطفال الذين تم تشخيصهم لاحقاً باضطراب الشخصية الحدية هو أن ذكريات المراهقين والبالغين المصابين بالاضطراب، وذكريات آبائهم، غالباً ما تكون مشوهة بسبب تفاعلاتهم الصعبة مع مرور الوقت حيث تشوش مثل هذه الصعوبات على ذكريات الناس وتؤدي إلى معلومات قد لا تكون دقيقة.

ليس من المستغرب إذن أن يكون هناك عدد قليل من المقالات في الأدبيات الطبية التي تقدم دراسات منهجية لخصائص اضطراب الشخصية الحدية عند الأطفال؛ لذلك لا يوجد اتفاق واضح حول ما إذا كان الاضطراب موجوداً في أثناء الطفولة وماهية معايير التشخيص التي يجب اتباعها.

في الواقع، بعض الكتب الأكاديمية الأكثر شيوعاً حول اضطراب الشخصية الحدية لا تذكر حتى الاضطراب عند الأطفال، ومن ثم إذا كان لديك طفل يعاني مشكلات سلوكية كبيرة، فإنني أظن أنه ثبت أنه من الصعب الحصول على تشخيص ومعلومات واضحة حول خطة علاج شاملة وفعالة.

قبل المضي قدماً، سأدرج النقاط الرئيسية التي يجب فهمها حول اضطراب الشخصية الحدية عند الأطفال:

1. التشخيص الصحيح لاضطراب الشخصية الحدية عند الأطفال مهمة صعبة

وغير مؤكدة، فالمعايير المختلفة لاضطراب الشخصية الحدية لدى الأطفال لا تتفق جيداً بعضها مع بعض، وتتداخل إلى حد ما مع اضطرابات سلوكية أخرى في مرحلة الطفولة. في هذا الفصل سأستعرض النماذج التشخيصية المختلفة لاضطراب الشخصية الحدية عند الأطفال، واضطرابات الطفولة الأخرى التي تشبه اضطراب الشخصية الحدية. وسأستعرض أيضاً مسار الأمراض التي تشبه الاضطراب عند الأطفال، فعلى سبيل المثال: يبدو أن بعض الأطفال، وليس كلهم، الذين تظهر عليهم أعراض اضطراب الشخصية الحدية أو اضطراب آخر في الطفولة، يستمرون في المعاناة من هذه الاضطرابات وهم بالغون. والغرض من هذا الاستعراض هو التأكيد لك

على صعوبة إجراء تشخيص "صحيح" للاضطرابات السلوكية العادية لدى الأطفال، وتزويدك بالمعلومات حول البدائل التشخيصية الأكثر احتمالاً لدى طفلك. في هذا القسم، سأناقش أيضاً أهمية الوصول إلى أفضل تشخيص ممكن لأي مرض سلوكي خطير لدى طفلك.

2. توجد نتائج متسقة للخلل البيولوجي لدى الأطفال المصابين باضطراب الشخصية الحدية. هذا صحيح بشكل أساسي في جميع الدراسات التي تناولت عامل الخطر البيولوجي لدى الأطفال. على الرغم من أنه إدراك مؤلم، فإنه قد يساعدك على فهم أن طفلك يعاني مشكلة طبية حقيقية وأنه ليس ببساطة يسئ التصرف ويحتاج إلى تأديب أكثر صرامة من الأطفال الآخرين.
3. تبدو عوامل الخطر البيئية لاضطراب الشخصية الحدية عند الأطفال مماثلة لتلك التي لدى البالغين المصابين بهذا الاضطراب. سيساعدك التعرف على عوامل الخطر هذه على مساعدة طفلك بشكل أكثر فاعلية.
4. أهمية التوقيت. سأقدم لك إرشادات حول الوقت المناسب لتقييم طفلك بشكل احترافي وكيفية تحديد أفضل مساعدة لطفلك ولك، حتى تتمكن من تعلم إستراتيجيات جديدة من شأنها أن تُحدث فرقاً.
5. هناك القليل من المعلومات المؤكدة حول فاعلية العلاجات الدوائية والنفسية المحددة للأطفال المصابين بهذا الاضطراب. ومع ذلك، هناك تقارير متناقلة في الأدبيات الطبية تفيد بأن الاستخدام الحكيم للأدوية مع الأطفال الذين يعانون اضطرابات سلوكية حادة تشبه اضطراب الشخصية الحدية تفيد هؤلاء الأطفال وتعزز علاجهم وتدخلاتك.

تعريف اضطراب الشخصية الحدية لدى الأطفال

تشابهت الأوصاف المبكرة لاضطراب الشخصية الحدية عند الأطفال مع العملية المبكرة عند البالغين الموضحة في الفصل الثالث. على سبيل المثال: كانت هناك تقارير من قبل الأطباء النفسيين للأطفال، بناءً على ملاحظاتهم السريرية، تفيد بأنه كانت هناك مجموعة من الأطفال يعانون اضطرابات في الإدراك الصحيح والاستجابات المناسبة للعديد من تجاربهم اليومية. وقد ثبت أن هؤلاء الأطفال يفتقرون إلى التجارب الممتعة المبكرة، ويعانون فرط الحساسية، وعدم تحمل الضغط، وانخفاض تحمل الإحباط، والعدوان تجاه الوالدين وأفراد الأسرة الآخرين،

وصعوبة التفكير المنطقي. والكثير من هذه الأعراض مشابهة لمعايير اضطراب الشخصية الحدية (انظر الفصل الأول). وقد ظهر عدد محدود من التقارير المماثلة لاحقاً في الأدبيات الطبية التي تصف على نطاق واسع الأطفال الذين تظهر عليهم هذه الملامح وغيرها مما يشبه اضطراب الشخصية الحدية لدى المراهقين والبالغين. وبينما أصيب بعض هؤلاء الأطفال لاحقاً باضطراب الشخصية الحدية، أصيب أطفال آخرون باضطرابات مختلفة، ويشير هذا إلى أن الأطفال الذين يعانون هذه المشكلات ليسوا بالضرورة مصابين باضطراب الشخصية الحدية أو الاضطرابات المصاحبة لها أيضاً (انظر الفصل 8).

أبحاث بشأن تشخيص اضطراب الشخصية الحدية لدى الأطفال

في محاولة لتحديد معايير تشخيصية صحيحة لاضطراب الشخصية الحدية لدى الأطفال، قُدمت ثلاث مجموعات مختلفة من المعايير بناءً على بحث تجريبي في الثمانينيات. ففي عام 1982، قام "جولز بيمبوراد" وزملاؤه في جامعة هارفارد بمراجعة منهجية لتجاربتهم مع 24 طفلاً يتلقون العلاج في المستشفيات، حيث اختبروا لأن أعراضهم كانت مشابهة لتلك الموصوفة سابقاً في الأدبيات الطبية بوصفها متوافقة مع اضطراب الشخصية الحدية. بشكل عام، وجدوا أن هؤلاء الأطفال يعانون صعوبة في أداء وظائفهم بشكل أساسي في كل الجوانب، ولم يسمح لهم أي عرض واحد بإجراء التشخيص. كانت الأعراض المحددة التي وصفت هؤلاء الأطفال بشكل أفضل هي:

- تأخر في النمو بشكل عام.
- تحولات سريعة من الحالات العصائية إلى الحالات الشبيهة بالذهان.
- قصور كبير في التعامل بشكل فعال مع القلق.
- الميل المفرط للانتقال من التفكير الواقعي إلى التخيل والتفكير الشاذ.
- العلاقات المضطربة بشكل كبير مع الوالدين والأشقاء وأفراد الأسرة الآخرين والأطفال الآخرين.
- ضعف ضبط النفس مع صعوبة التعامل مع الإحباط والغضب؛ ما يؤدي إلى نوبات غضب شديدة وفراط نشاط محموم دون هدف محدد.

- أعراض ضعف الأداء الاجتماعي، وإخفاق ملحوظ في التعلم من التجربة، وسوء الهندام، وصعوبة التكيف مع التغيير، والعلامات العصبية الخفيفة (على سبيل المثال: ضعف طفيف في التنسيق والإدراك والأداء الفكري)، وتقلبات ملحوظة في مستويات الأداء بين انخفاض وارتفاع.

وقد أشير إلى أنه مثلما كانوا يعانون ضعف الأداء في بعض الأوقات، كما توضح الأعراض المذكورة أعلاه، فإن أداء هؤلاء الأطفال يكون في أوقات أخرى مثل أداء أقرانهم.

تتمثل دقة أي مجموعة من معايير التشخيص في قدرتها على تحديد مجموعة من المرضى سيعانون من المسار نفسه من المرض والنتيجة. في إحدى دراسات المتابعة التي شملت الأطفال الذين تم تشخيصهم باضطراب الشخصية الحدية، تابعت "دونا لوفجرين" و"جولز بيمبوراد" وزملاؤهما تسعة عشر طفلاً (تتراوح أعمارهم ما بين ستة إلى عشرة أعوام) دخلوا المستشفى واستوفوا معايير بيمبوراد للاضطراب. وكانت النتيجة الرئيسية في الدراسة هي أن ستة عشر من تسعة عشر طفلاً استوفوا لاحقاً معايير تشخيص اضطراب الشخصية، بعد عشرة إلى عشرين عاماً من تقييمهم لأول مرة من قبل مختصي الصحة العقلية. ومع ذلك، تم تشخيص ثلاثة منهم فقط باضطراب الشخصية الحدية وهم بالفون (امرأتان ورجل واحد)، بينما تم تشخيص خمسة باضطراب الشخصية المعادية للمجتمع وهم بالفون (جميعهم رجال). واقترح باحثو الدراسة أن اضطراب الشخصية الحدية في الطفولة، الذي تم تشخيصه بمعايير بيمبوراد، يبدو أنه مقدمة لمجموعة واسعة من اضطرابات الشخصية لدى البالغين. وتشير نتائج هذه الدراسة إلى أن معايير بيمبوراد لا تميز بوضوح بين الأطفال المصابين باضطراب الشخصية الحدية، وأولئك الذين يعانون اضطرابات أخرى في الشخصية.

نشرت نتائج المحاولة الثانية لتحديد الاضطراب عند الأطفال في عام 1986 من قبل "ديبورا جرينمان" و"جون جوندرسون" وزملائهما في مستشفى ماكلين بجامعة هارفارد. فقد درسوا ستة وثمانين طفلاً في المستشفى من أجل استكشاف مدى صلاحية مصطلح "اضطراب الشخصية الحدية" في الأطفال وعلاقته بالاضطراب عند البالغين. وللقيام بذلك، قدموا نسخة معدلة من المقابلة التشخيصية المنقحة لاضطراب الشخصية الحدية لاستخدامها مع الأطفال. ومن بين ستة وثمانين طفلاً خضعوا للدراسة، استوفى سبعة وعشرون هذه المعايير.

وقد خرجت هذه الدراسة بعدد من النتائج، حيث إن ثلثي الأطفال الذين انطبقت عليهم معايير البالغين المعدلة لاضطراب الشخصية الحدية انطبقت عليهم أيضاً المعايير التي حددها "بيمبوراد". كان جميع الأطفال الذين تم تشخيصهم باضطراب الشخصية الحدية في هذه الدراسة يعانون اضطرابات في التحكم في الاندفاع والتفكير والعلاقات الشخصية. وعلى عكس البالغين، كان الأطفال الذين انطبقت عليهم معايير جرينمان / جوندرسون للبالغين لاضطراب الشخصية الحدية أكثر عرضة للاعتداء على الآخرين بدلاً من إيذاء أنفسهم. أخيراً، وجدت الدراسة العديد من عوامل الخطر البيولوجية والبيئية لاضطراب الشخصية الحدية الموصوفة لدى البالغين (انظر الفصل الرابع) في الأطفال المصابين بهذا الاضطراب. واستنتج باحثو الدراسة أن هناك اختلافات كافية بين معاييرهم الخاصة باضطراب الشخصية الحدية لدى الأطفال، ومعايير بيمبوراد للإشارة إلى أن هناك حاجة إلى مجموعة معايير أكثر تمييزاً لتحديد الأطفال المصابين باضطراب الشخصية الحدية.

في الوقت نفسه الذي كانت فيه دراسة بيمبوراد وجرين مان/ جندرسون قيد التقدم، استخدم "دونالد كوهين" وزملاؤه في جامعة ييل أسلوباً مختلفاً لتحديد التصنيف التشخيصي المناسب للأطفال المصابين بـ "المتلازمة الحدية"، كما أشاروا إليه. في عام 1983 اقترحوا أنه يجب تضمين اضطراب الشخصية الحدية في المجموعة الكبيرة للاضطرابات العقلية في مرحلة الطفولة المرتبطة بالتشوهات الناتجة عن حدوث خلل في نمو المخ (انظر الفصل الرابع)، وقد استند اقتراحهم جزئياً على شيوع الاضطرابات الفسيولوجية في وظائف المخ لدى هؤلاء الأطفال ممن هم عادة في سن الرابعة.

في هذا الوقت، حددوا نمطاً من خمسة مجالات لخلل النمو لدى هؤلاء الأطفال. ونتيجة لدراسة مستفيضة لهؤلاء الأطفال، تناولوا الأمر بالتفصيل ونشروا مجموعة من المعايير التشخيصية في عام 1993 للاضطراب وأعادوا تسميته باضطراب النمو المتعدد المعقد. (لم يُدرج هذا الاضطراب في الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات العقلية كاضطراب عقلي).

يعاني الأطفال المصابون باضطراب النمو المتعدد المعقد ضعفًا في تنظيم عواطفهم، بما في ذلك القلق، بما يتجاوز ذلك الذي شوهد في الأطفال ذوي العمر العقلي نفسه، وهو ما يصاحبه العرضان التاليان:

1. القلق العام الشديد، أو التوتر، أو سرعة الانفعال
2. مخاوف ورهاب غير عادي
3. نوبات هلع متكررة أو ربع أو فيضان من القلق
4. نوبات من السلوك غير المنظم تستمر من دقائق إلى أيام مع تطور سلوكيات غير ناضجة وبدائية ومؤذية للنفس
5. تقلبات عاطفية كبيرة وواسعة لأسباب بيئية أو بدونها
6. تواتر مرتفع لردود فعل القلق غير العادية كفترات مستمرة من القهقهة التي لا يمكن التحكم فيها أو الدوار أو الضحك أو ردود الفعل "السخيفة" التي لا تتناسب مع الموقف.

يُظهر الأطفال المصابون باضطراب النمو المتعدد المعقد خللاً مستمرًا في سلوكهم الاجتماعي وحساسيتهم مقارنة بالأطفال الآخرين ممن هم في أعمارهم. فهم يظهرون سلوكيات تشمل عدم الاهتمام الاجتماعي أو الانفصال أو التجنب أو الانسحاب على الرغم من أنهم يكونون مؤهلين اجتماعيًا (أحيانًا)، خاصة مع البالغين. وغالبًا ما تبدو علاقاتهم ودية وتعاونية ولكنها في الواقع سطحية وقائمة على تلبية احتياجاتهم المادية، حيث يتسبب لهم هذا الاضطراب في مواجهة صعوبة في تكوين العلاقات أو الحفاظ عليها مع الأطفال الآخرين وفي تكوين علاقات مضطربة مع البالغين. وغالبًا ما يظهرون درجات عالية من التناقض، ولا سيما تجاه آبائهم ومقدمي الرعاية؛ ما يجعلهم يظهرون سلوكيات التشبث، أو التسلط، أو الاحتياج، أو العدوان أو المعارضة، بما في ذلك التحول السريع لسلوكيات الكراهية والحب تجاه آبائهم أو معلمهم أو المعالجين. كما أنهم يعجزون عن التعاطف مع الآخرين، أو قراءة مزاجهم أو فهمه بدقة.

يعاني الأطفال المصابون باضطراب النمو المتعدد المعقد أيضًا خللاً في المعالجة المعرفية (التفكير)، والذي يتضح من خلال أحد الأمور التالية:

- اضطرابات التفكير مقارنة بالأطفال الآخرين ممن هم في العمر نفسه، بما في ذلك التدخلات المفاجئة وغير المنطقية في عمليات التفكير العادية
- التفكير السحري
- تكوين كلمات جديدة أو استخدام كلمات لا معنى لها بشكل متكرر
- التفكير السلبي
- أفكار غير منطقية أو غريبة بشكل صارخ
- الخلط بين الحياة الواقعية والخيالية
- الارتباك وسهولة الالتباس (على سبيل المثال، صعوبة في فهم المواقف الاجتماعية وإبقاء الأفكار "مستقيمة")
- الأوهام، بما في ذلك تخيلات التفوق الشخصي، والشواغل الارتياحية، والانخراط المفرط مع الشخصيات الخيالية، والتخيلات المبالغ فيها للقوى الخاصة، والتفكير المرجعي.

لا بد أن تستمر الأعراض السابقة لأكثر من ستة أشهر وألا ينطبق على الطفل معايير مرض التوحد.

مقتبس بإذن من شركة ليبينكوت وإيليامز وويلكينز من توبين كي إي، ديكينز إي إم، بيرسون جي إس، وكوهين دي جيه، "المتلازمة الشخصية الحديثة في الطفولة" و"الفصام عند الأطفال" بوصفهما اضطراب نمو، *دورية الأكاديمية الأمريكية لطب نفس الأطفال والمراهقة* 1993، 32:775-782.

لعلك لاحظت تداخلاً كبيراً بين هذه المعايير، ومعايير بيمبوراد، وتلك الخاصة باضطراب الشخصية الحديثة عند البالغين، مع التأكيد على ثلاثة من الأبعاد الأربعة لاضطراب الشخصية الحديثة:

مكتبة
t.me/soramnqraa

1. عدم التحكم في المشاعر
2. ضعف الإدراك والتفكير
3. العلاقات المضطربة بشكل ملحوظ

لاحظ "كوهين" وزملاؤه أن المسار النهائي للاضطراب غير معروف. ومع ذلك، فقد أشاروا إلى أن إعادة تأطير مشكلات هؤلاء الأطفال من كونها سلوكيات متعمدة إلى اضطرابات نموراثية مكنّ آباءهم بشكل أفضل من استيعاب حالة أطفالهم وتعلم كيفية التعامل بشكل أفضل مع الاضطراب، كما أشاروا إلى الفوائد المحتملة للأدوية عند الأطفال المصابين باضطراب النمو المتعدد المعقد، وخاصة الجرعات المنخفضة من مضادات الذهان، وكما سأستعرض في الفصل العاشر، فقد ثبت أن هذه الفئة من الأدوية مفيدة في علاج اضطراب الشخصية الحديّة عند البالغين. يعتقد "كوهين" وزملاؤه أن الاستخدام الحكيم للأدوية يمكنّ الأطفال الذين يعانون اضطراب النمو المتعدد المعقد من التعلم بسهولة والتواصل بشكل أكثر فاعلية. وهذا الاستنتاج حول التكامل بين استخدام الأدوية والعلاج مع الأطفال هو على وجه التحديد ما يوصى بمراعاته في علاج المراهقين والبالغين (انظر الفصل الثاني عشر).

اضطرابات سلوكية أخرى لدى الأطفال مشابهة لاضطراب الشخصية الحديّة

هناك ثلاثة اضطرابات أخرى مدرجة في الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات العقلية في إصداره الخامس يمكن الخلط بينها وبين البدايات المبكرة للاضطراب الشخصية الحديّة، وهي اضطراب التحدي المعارض، واضطراب السلوك، واضطراب فرط الحركة ونقص الانتباه، وهي من بين اضطرابات الطفولة الأكثر شيوعاً عند الأطباء النفسيين للأطفال. وهناك اضطراب طفولة رابع، يُدعى الاضطراب الانفجاري المتقطع، وأدرج لأول مرة في الإصدار الخامس من الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات العقلية، وتتشابه أعراضه أيضاً مع العديد من أعراض اضطراب الشخصية الحديّة والاضطرابات الثلاثة الأخرى. وغالباً ما يكون من الصعب تمييز هذه الاضطرابات بعضها عن بعض عند الأطفال. قد يصبح التشخيص الصحيح واضحاً فقط عند بعض الأطفال عندما يصلون إلى مرحلة المراهقة. ومع ذلك، نظراً لأن أعراض هذه الاضطرابات تتداخل إلى حد ما مع أعراض اضطراب الشخصية الحديّة، فمن المهم أن يكون لديك معايير تشخيص واضحة لهم حتى تستطيع تجنب، عند الإمكان، التشخيص الخاطئ والمعالجة غير الملائمة.

اضطراب التحدي المعارض

يكون لدى الأطفال الذين يعانون اضطراب التحدي المعارض نمط من السلوكيات السلبية والعدائية والمتحدية التي تستمر ستة أشهر على الأقل والتي لا يتم ملاحظتها بشكل شائع عند الأطفال ذوي الأعمار ومستويات النمو نفسها، وخلال هذه الفترة، تظهر أربعة أو أكثر من الأعراض التالية:

- فقدان الأعصاب بشكل متكرر
- الشجار في كثير من الأحيان مع البالغين
- تحدي الامتثال لطلبات أو قواعد البالغين أو رفض ذلك
- تعمد إزعاج الآخرين بشكل متكرر
- غالبًا ما يلوم الآخرين على أخطائه أو سلوكه السيئ
- غالبًا ما يكون حساسًا أو من السهل إزعاجه من قبل الآخرين
- غالبًا ما يكون غاضبًا ومستاءً
- غالبًا ما يكون حاقدًا أو انتقاميًا

من أجل تشخيص اضطراب التحدي المعارض، يجب أن يتسبب الاضطراب السلوكي في مشكلات كبيرة للطفل في الأداء الاجتماعي والدراسي، وألا تنطبق على الطفل معايير اضطراب السلوك أو المزاج أو الذهان.

ضع في اعتبارك أن هؤلاء الأطفال لا يُظهرون اضطرابات التفكير التي تظهر عند الأطفال المصابين باضطراب الشخصية الحدية أو اضطراب النمو المتعدد المتعاقد، أو اضطرابات تشتت الانتباه التي تُلاحظ عند الأطفال المصابين باضطراب فرط الحركة ونقص الانتباه، ولا يعانون السلوكيات الاندفاعية التي تظهر عند الأطفال المصابين بهذه الاضطرابات واضطراب السلوك.

اضطراب السلوك

اضطراب السلوك هو نمط متكرر ومستمر من السلوك ينتهك فيه الطفل أو المراهق الحقوق الأساسية للآخرين أو قواعد المجتمع. يتم تشخيص هذا الاضطراب من خلال وجود ثلاثة أو أكثر من المعايير التالية التي ينبغي أن تكون قد حدثت خلال الاثني عشر شهرًا الماضية، مع وجود معيار واحد على الأقل في الأشهر الستة الماضية:

- كثيرًا ما يدمر الأطفال المصابون باضطراب السلوك الممتلكات عن طريق إشعال النيران بها عمدًا بقصد إحداث دمار كبير، أو عن طريق التدمير المتعمد للممتلكات بخلاف الحريق.
- يكون هؤلاء الأطفال مخادعين ولصوصًا: يقتحمون منازل الآخرين أو سياراتهم؛ غالبًا ما يكذبون للحصول على سلع أو خدمات أو لتجنب الالتزامات - أي أنهم "يخدعون" الآخرين؛ أو يسرقون الأشياء ذات القيمة الكبيرة دون مواجهة الضحية، على سبيل المثال، عن طريق السرقة من المتاجر أو التزوير.
- يرتكب الأطفال المصابون باضطراب السلوك انتهاكات جسيمة للقواعد مثل: البقاء في الخارج ليلاً على الرغم من حظر آبائهم لذلك، وذلك قبل سن الثالثة عشرة؛ الهروب من المنزل في الليل مرتين على الأقل في أثناء العيش مع الوالدين أو مع من يقوم مقامهما، أو مرة واحدة دون العودة لفترة طويلة؛ وغالبًا ما يتغيّبون عن المدرسة بدءًا من سن الثالثة عشرة.

بعض الأطفال الذين يتم تشخيصهم باضطراب الشخصية الحدية في الطفولة يتم تشخيصهم بعد ذلك باضطراب السلوك في مرحلة المراهقة، ويبدو أن هذا يحدث عند الصبية أكثر من الفتيات، لأسباب غير معروفة. يعتبر التمييز بين اضطراب السلوك واضطراب الشخصية الحدية أمرًا بالغ الأهمية؛ لأن طرق العلاج مختلفة بشكل كبير. على سبيل المثال: لا تقيد الأدوية والعلاج النفسي على وجه التحديد الأطفال الذين يعانون اضطراب السلوك، بينما يبدو أن لدهما بعض الفوائد للأطفال المصابين باضطراب الشخصية الحدية.

اضطراب فرط الحركة ونقص الانتباه

سأصف المعايير التشخيصية لاضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه بمزيد من التفصيل في الفصل الثامن، والمعايير هي نفسها للأطفال. مرة أخرى، من الضروري التمييز بين اضطراب الشخصية الحدية واضطراب فرط الحركة ونقص الانتباه؛ لأن الطرق العلاجية المعروف أنها فعالة لكل اضطراب مختلفة تمامًا. ومع ذلك، لا يمكننا دائمًا التمييز بينهما؛ لأن هذين الاضطرابين قد يحدثان معًا. وعندما يحدث ذلك، يكون علاج كلا الاضطرابين ضروريًا.

الاضطراب الانفجاري المتقطع

أدرج الاضطراب السلوكي الرابع والأخير للطفولة الذي قد يشبه اضطراب الشخصية الحدية في الإصدار الخامس من الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات العقلية باعتباره الاضطراب الانفجاري المتقطع، ويتطلب هذا التشخيص استيفاء المعايير التشخيصية التالية:

- أن يعاني الشخص نوبات سلوكية متكررة تتمثل في الإخفاق في السيطرة على الاندفاعات العدوانية كما يتضح من خلال: (1) العدوان اللفظي أو الجسدي على الممتلكات أو الحيوانات أو الأفراد الآخرين؛ أو (2) نوبات سلوكية ثلاثة تنطوي على إتلاف الممتلكات أو تدميرها أو الاعتداء الجسدي الذي يتضمن أذى جسدياً ضد الحيوانات أو الأفراد الآخرين خلال فترة اثني عشر شهراً.
- أن يكون حجم العدوانية لا يتناسب بشكل كبير مع الاستفزاز أو أي ضغوط نفسية.
- ألا تكون النوبات العدوانية المتكررة متعمدة، بل اندفاعية أو قائمة على الغضب.
- أن تتسبب النوبات العدوانية المتكررة في حدوث مشكلة ملحوظة في الأداء الشخصي أو ضعف في الأداء المهني أو الأداء المرتبط بالتأمل مع الآخرين، أو أن تكون مرتبطة بعواقب مالية أو قانونية.
- العمر الزمني هو ست سنوات على الأقل.
- لا تُفسر النوبات العدوانية المتكررة بشكل أفضل من خلال اضطراب عقلي آخر أو حالة طبية أخرى، أو التأثيرات الفسيولوجية لمادة ما . بالنسبة للأطفال الذين تتراوح أعمارهم بين 6 و8 سنوات ينبغي عدم النظر إلى السلوك العدواني الذي يحدث كجزء من اضطراب التكيف على أنه هذا التشخيص.

لا نعرف إلى أي مدى تنطبق على الأطفال المصابين بالاضطراب الانفجاري المتقطع المعايير الحالية لاضطراب الشخصية الحدية، ويبدو أن أعراض الاضطراب متكررة، ومن المرجح أن يستمر العديد من هؤلاء الأطفال في مواجهة صعوبات في مرحلة البلوغ. أظن أن عدداً من الأطفال الذين تنطبق عليهم معايير الاضطراب الانفجاري المتقطع يعانون البدايات المبكرة لاضطراب الشخصية الحدية، أو

اضطراب السلوك، أو اضطراب النمو، وكلها تشترك في الأعراض وعوامل الخطر، وأن التشخيص الأكثر ملاءمة قد يصبح واضحاً بمرور الوقت.

هل ينبغي أن يشخّص الأطفال باضطراب الشخصية الحديّة؟

في البداية، قد يبدو من الضار تصنيف الأطفال بأي اضطراب عقلي في مرحلة مبكرة من حياتهم، خاصة عندما لا نكون متأكدين بعد من كيفية تشخيص اضطراب الشخصية عند الأطفال بطريقة صحيحة وموثوقة. إن الإيحاء بأن القيام بذلك لن يؤدي إلى بعض التأثيرات السلبية هو إنكار لحقيقة وجود التصورات السلبية حول الاضطرابات العقلية، ولكن يجب أن تزن عواقب مثل هذه التوجهات مقابل الآثار الضارة قصيرة وطويلة المدى على الطفل والأسرة نتيجة عدم معالجة الاضطراب على الفور.

أهمية الكشف المبكر عن اضطراب الشخصية الحديّة لدى الأطفال

على الرغم من الكم الضئيل للمعلومات الحاسمة المتوافرة عن اضطراب الشخصية الحديّة لدى الأطفال، لا يزال من المهم فهم ما هو معروف، وذلك لعدة أسباب. أولاً، قد يكون الأطفال المصابون باضطراب الشخصية الحديّة، أو هؤلاء المعرضون لخطر الإصابة بالاضطراب وهم في مرحلة المراهقة أو البلوغ، تعرضوا للصدمات البيئية التي ذكرتها في الفصل السابق، فإذا انطبق بوضوح على الأطفال معايير من اثنين إلى ثلاثة من النماذج البحثية لاضطراب الشخصية الحديّة المذكورة أعلاه، وحددت هذه الإشارات في وقت مبكر، يمكن للأطباء النفسيين الخبراء أن يقترحوا خطوات لحمايتهم ولمساعدة آبائهم. ثانياً، إذا كانت أعراض الطفل حادة بما يكفي، قد تساعد الأدوية والطرق العلاجية المناسبة على تقليل حدتها، وسيمكّن هذا طفلك من الاستفادة من التدخلات التعليمية المناسبة وتقليل الآثار قصيرة وطويلة المدى للاضطراب. ومن ثم، يعتقد معظم الخبراء في المجال أن هذه السلوكيات ينبغي ألا تترك دون علاج. وأخيراً، يمكن للطفل ووالديه أن يتلقوا العلاج والمشورة لتعلم الطرق التكيفية للتعامل مع أعراض الاضطراب.

إذا كنت تشك أن طفلك يعاني أعراض اضطراب الشخصية الحدية، أو أيًا من الاضطرابات التي ذكرتها، فمن المهم أن تسعى للحصول على المساعدة فورًا لتحديد طبيعة المشكلة ولبدء العلاج المناسب إذا تطلب الأمر ذلك. تذكر أن طفلك قد يكون مصابًا بمرض يحتاج إلى علاج وليس عنيداً يحتاج إلى تأديب إضافي. كلما سارعت بعلاج طفلك، ستنتهي معاناته سريعاً وسيقل الضرر الذي سيلحق به على المدى الطويل. اسأل نفسك: إذا كان طفلي يعاني أعراضاً لمرض جسدي شديد، فهل سأنتظر لتقييمها؟ دعونا نتفحص إذن الدليل على أن اضطراب الشخصية الحدية لدى الأطفال له أسباب بيولوجية وبيئية، كما هي الحال معه عند البالغين.

عوامل الخطر البيولوجية لاضطراب الشخصية الحدية لدى الأطفال

كما هو موضح في الفصل الرابع، بناءً على الدراسات الجينية الكمية المتكررة، من المقبول الآن أن نقول إن نسبة الإصابة باضطراب الشخصية الحدية عن طريق الجينات الوراثية نحو 60%، وهي أحد أعلى معدلات الوراثة لجميع الاضطرابات العقلية. خلال العديد من فصول هذا الكتاب، سأقدم أيضاً أدلة علمية أخرى تشير إلى وجود تغيرات مهمة في مسارات المخ التي تتحكم في السلوكيات التي يظهرها الأفراد المصابون باضطراب الشخصية الحدية. لم يعد علماء الطب يناقشون هذه النتائج، فقد أصبحت حقائق. الاستمرار في الاعتقاد، باستثناء الحالات الخفيفة إلى المتوسطة، بأنه يمكن علاج الاضطراب فقط عن طريق العلاج النفسي هو ببساطة العيش في إنكار ضار، كما أنه يحرم طفلك من تلقي رعاية صحيحة لاضطراب طبي خطير.

عوامل الخطر البيئية لاضطراب الشخصية الحدية لدى الأطفال

استقصى عدد كبير من الدراسات البحثية المتعلقة بالأطفال الذين يعانون أعراضاً مشابهة لاضطراب الشخصية الحدية لدى البالغين والمراهقين عوامل الخطر البيئية لهؤلاء الأطفال، وميزة هذه الدراسات التي تعتمد على ذكريات البالغين المصابين

باضطراب الشخصية الحدية، أو تلك الخاصة بأبائهم، هي أنه توجد احتمالية أقل لحدوث تشوهات للذاكرة جراء الوقت أو آثار التجارب المؤلمة.

في الدراسة الأولى لهذا النوع لدى الأطفال، فحص "جاسوانت جوزدر"، و"جويل باريس" وزملاؤهما في جامعة ماكجيل السجلات الطبية لثمانية وتسعين طفلاً تم قبولهم في برنامج العلاج اليومي بسبب مشكلات سلوكية خطيرة. وانطبق على واحد وأربعين من هؤلاء الأطفال معايير جرينمان/ جندرسون لاضطراب الشخصية الحدية، وقد تم استخدام الخمسة والسبعين طفلاً المتبقين كمجموعة مقارنة. وقد أظهرت نتائج هذه الدراسة أن عوامل الخطر البيئية للأطفال الذين يستوفون معايير الطفولة لاضطراب الشخصية الحدية مشابهة لتلك الخاصة بالبالغين المصابين باضطراب الشخصية الحدية. ومقارنة بالأطفال الذين لا تنطبق عليهم المعايير، فإن أولئك الذين يستوفون المعايير قد تعرضوا لاعتداء وايداء جسدي وإهمال شديد بشكل أكبر. وكانت الأدلة على الإساءة المستمرة وإهمال الوالدين واضحة بشكل أكبر لدى الأطفال الذين تنطبق عليهم معايير جرينمان/ جندرسون لاضطراب الشخصية الحدية. ومع ذلك، فإن نتائج هذه الدراسة كانت محددة بحقيقة أنه تم استخدام مراجعات السجلات الطبية، بدلاً من التقييمات المباشرة للأطفال وأولياء أمورهم.

عولجت مشكلة جمع البيانات بهذه الطريقة في إحدى دراسات المتابعة في جامعة مكجيل على يد "فيليس زلكوفيتش"، و"باريس"، وزملائهما. فقد قيموا مباشرة ستة وثمانين طفلاً في برنامج العلاج اليومي وأجروا حوارات على الأقل مع أحد الآباء. وانطبق على خمسة وثلاثين من الأطفال معايير جرينمان/ جندرسون لاضطراب الشخصية الحدية، وشكل بقية الأطفال مجموعة المقارنة، فالأطفال الذين مروا بتجارب اعتداء جسدي كانت احتمالات إصابتهم باضطراب الشخصية الحدية أعلى أربع مرات من الأطفال المنتمين لمجموعة المقارنة. وكانت مشاهدة العنف عاملاً آخر يعرض الأطفال لخطر الإصابة باضطراب الشخصية الحدية.

منذ أن نُشرت هذه المقالات العلمية، أصبحت المعلومات الإضافية التي تدعم النتائج الأولية متاحة وتعطي مصداقية للموقف القائل بأن اضطراب الشخصية الحدية هو نتيجة عوامل الخطر البيولوجية الضرورية المتأصلة التي تتفاعل مع عوامل الخطر البيئية. وعلى الرغم من أن العوامل البيئية وحدها لا تسبب اضطراب الشخصية الحدية، فالدليل قوي جداً على أنها تزيد من احتمالية أن يتطور الاضطراب بسهولة أكبر لدى الأطفال الذين لديهم عوامل خطر وراثية (انظر الفصل الرابع).

متى ينبغي تقييم طفلك ؟

بمجرد تقدمك في المهمة الصعبة المتمثلة في قبول احتمالية أن يظهر على طفلك أعراض اضطراب خطير ويحتاج إلى علاج، يبدأ التحدي التالي، إذ تحتاج الآن إلى تحديد طبيب نفسي للأطفال يتمتع بالمعرفة والخبرة والكفاءة على نطاق واسع في مجال الاضطرابات العقلية في مرحلة الطفولة. إن المبادئ المتضمنة في العلاج والرعاية الشاملة لطفلك مشابهة إلى حد ما لتلك التي تنطبق على المراهقين والبالغين. وبالتأكيد، هناك عدد من الاختلافات المهمة المتعلقة بالعمر، مثل مستويات الاتصال المختلفة المطلوبة مع الأطفال.

في ظل ظروف معينة، ليس قرارًا صعبًا على الآباء فهم الحاجة إلى طلب المساعدة لأطفالهم الذين يعانون مشكلة سلوكية، فإذا كانت سلوكيات طفلك خطيرة للغاية لدرجة أنها تعطل بانتظام روتين أسرتك المعتاد والمناسبات الخاصة، وتعارض بشكل خطير مع الدراسة وكذلك حياة ورفاهية الطفل وأفراد الأسرة الآخرين والأصدقاء، فمن الواضح أن الوقت قد حان للحصول على المساعدة.

لكنني لا أقصد التقليل من أهمية هذا القرار؛ الأمر ببساطة أنه ليس من السهل اتخاذ مثل هذه الخطوة، فمدى تساهل الأشخاص مع اضطرابات السلوك أمر مختلف، فقد تطلب بعض العائلات المساعدة في وقت مبكر عن الآخرين، لكن هل مستوى التساهل لدى الأسرة هو أفضل دليل؟ قد تتمتع بعض العائلات بمستوى عالٍ من التساهل لدرجة أن الطفل الذي يحتاج بشدة إلى الرعاية لا يحصل عليها.

في كثير من الأحيان، لا يتعلق الأمر بالتساهل بقدر ما يتعلق بقبول احتمال أن طفلكم قد يحتاج إلى مساعدة طبية. إنني أتفهم كم من الصعب على الآباء التفكير في احتمال إصابة أطفالهم بخلل ذهني أو جسدي خطير، فنحن الآباء نعلق آمالاً كبيرة على أطفالنا لدرجة أنه قد يكون من الصعب علينا قبول حتى أوجه القصور الطفيفة لديهم. ومن الأصعب التفكير في أنهم ربما يعانون مشكلة خطيرة؛ حيث يتعارض فعل ذلك مع أحلامنا بالنسبة لهم وهو أمر مؤلم للغاية.

ومع ذلك، فإن المساعدة الفعالة متاحة، ولا يتعين على طفلك أن يستمر في المعاناة. أمل أن تكون هذه المعرفة عزاء لك؛ إذ تتمثل إحدى مهامنا الرئيسية نحن الآباء في مساعدة أطفالنا على فهم نقاط قوتهم وحدودهم، وتحديد أفضل السبل لمساعدتهم في بناء حياة جيدة ضمن هذه الحدود. هذا عمل شاق للغاية، ولكن نظرًا

لأنني وزوجتي كثيرًا ما شجع وطمأن كلُّ منا الآخر، فهذه إحدى الطرق التي نستحق بها لقب آباء (لدينا أربعة أطفال وثمانية أحفاد - نحن نفهم الأمر).
لذلك بغض النظر عن مستوى التساهل والقبول لديك، أقترح عليك أن تنظر إلى ما يلي كإرشادات للذهاب بطفلك لطبيب نفسي للأطفال من أجل تقييمه:

1. هناك اختلاف كبير بين سلوك طفلك وسلوك إخوته أو الأطفال الآخرين من العمر نفسه، أو هناك تغيير جوهري في السلوك. يشمل هذا الحالة المزاجية، والقلق، والحزن، ونوبات الغضب، وتجنب التواصل الاجتماعي، وضعف الأداء في الدراسة.
2. مخاوف لدى أفراد الأسرة والأصدقاء والمعلمين وقادة دار العبادة وغيرهم بشأن سلوك طفلك وأدائه.
3. شكوك في أن هذه قد لا تكون مجرد مرحلة يمر بها الطفل، ولكنها نمط ثابت من السلوكيات التي تظهر وتزداد سوءًا.
4. تحديد أن طفلك يعاني العديد من الأعراض التي تُصنف على أنها خصائص اضطراب الشخصية الحدية، أو الأعراض المدرجة كخصائص لاضطرابات الطفولة المماثلة التي ناقشتها في هذا الفصل.

كيف تجد مساعدة طبية؟

بالنسبة لمعظم الآباء، ما أن يُتخذ القرار للسعي للحصول على مساعدة، تكون الخطوتان التاليتان هما تحديد أفضل مساعدة متاحة ثم تحديد الموعد الأول.
في المجتمعات المتوسطة والكبيرة، من الأسهل العثور على العديد من الأطباء المهرة في الطب النفسي للأطفال مقارنة بالمجتمعات الأصغر، فإذا كنت تسكن بالقرب من إحدى كليات الطب، فإن معظم أقسام الطب النفسي لديها قسم لطب نفس الأطفال والمراهقين، أما إذا كنت لا تعيش بالقرب من إحدى الجامعات، فعادة ما يكون لدى المجتمعات الكبيرة ومتوسطة الحجم مجموعة أو أكثر من الأطباء النفسيين للأطفال وغيرهم من العاملين في مجال الصحة العقلية للأطفال.
يمكن أيضاً أن يكون لأطباء نفس الأطفال ممارسات فردية في كل من المجتمعات الصغيرة والكبيرة، وعادة ما يعملون بشكل وثيق مع غيرهم من المتخصصين في

مجال الصحة من المدربين والمهرة في رعاية الأطفال، ويمكن أن تجد مصدرًا آخر للمساعدة من خلال نظام الرعاية الصحية المدرسية للطفل.

كيف تحدد مدى كفاءة اختصاصي الصحة العقلية الذي تتعامل معه

يتمتع بعض أطباء الأطفال النفسيين وزملائهم بخبرة ومهارات أكثر من غيرهم في تشخيص وعلاج الأطفال الذين قد يكونون في المراحل المبكرة من اضطراب الشخصية الحدية، أو اضطراب آخر يشبه اضطراب الشخصية الحدية. وينبغي ألا يستغرق الأمر وقتًا أطول بكثير من المقابلة الأولى مع أحدهم لتحديد ما إذا كان الشخص الذي تواصلت معه يتمتع بمستوى الخبرة الذي تبحث عنه.

أولاً: حدد ما إذا كانوا يقيمون ويعالجون الأطفال الذين يعانون المشكلات السلوكية التي يظهرها طفلك، ثم اسأل، في ضوء تجربتهم، عن التشخيصات المختلفة التي قد تنطبق على مثل هؤلاء الأطفال، فإذا قدموا لك عددًا من التشخيصات التي نوقشت في هذا الفصل، فاسألهم عما إذا كانوا قد فحصوا أطفالاً يعانون أعراضاً تشبه اضطراب الشخصية الحدية، فإذا لم يكن قد مر عليهم مثل هذه الحالات، فلن أستبعدهم بالضرورة، بسبب عدم وجود اتفاق حول هذه المسألة بين مختصي الرعاية الصحية العقلية. ومع ذلك، إذا أخبروك بأنهم لا يؤمنون بإجراء تشخيصات للأطفال، أو بتشخيص المراهقين باضطراب الشخصية الحدية، فاسألهم عن خطة العلاج وما تتضمنه. إن الغرض الرئيسي من محاولة تحديد التشخيص الصحيح، أو البدائل التشخيصية المعقولة، هو أن التشخيص يوفر أدلة مهمة لمزيد من التقييم ولتخطيط طريقة العلاج.

ثانياً: يتردد العديد من الآباء في الموافقة على استخدام الأدوية لعلاج أطفالهم الذين يعانون اضطراب الشخصية الحدية أو اضطرابات سلوكية أخرى، وأنا أفهم مخاوفهم؛ فلا توجد حتى الآن دراسات منضبطة كثيرة حول فاعلية الأدوية وسلامتها مع الأطفال المصابين بهذه الاضطرابات، باستثناء اضطراب فرط الحركة ونقص الانتباه. ومع ذلك، هناك بعض التقارير التي تظهر أن بعض الأدوية يمكن أن تكون مفيدة جدًا لهؤلاء الأطفال، فعلى سبيل المثال: يبدو أن بعض الأطفال المصابين باضطراب الشخصية الحدية، واضطرابات النمو المعقدة المتعددة، والاضطراب الانفجاري المتقطع يستفيدون من الأدوية، وخاصة الجرعات المنخفضة من

مضادات الذهان من الجيل الثاني (انظر الفصل العاشر). إنني أحثك على قراءة الفصل العاشر بعناية وعلى تفتح ذهنك بشأن طريقة العلاج الممكنة هذه. إذا كنت لا تزال متردداً، فاطرح على نفسك سؤالاً: هل سأحرم طفلي من استخدام الأنسولين إذا كان يعاني مرض السكري بدرجة متوسطة إلى شديدة؟

إذا كان الطبيب النفسي للأطفال لا يستخدم الأدوية المدرجة في الفصل العاشر، إلى جانب العلاج النفسي والاستشارات الأسرية، فقد لا أجد إليه كخيار. كن حذراً بشكل خاص إذا أخبروك بأنهم لا يؤمنون باستخدام أي أدوية للأطفال، وأنهم يركزون بشكل أساسي على العلاج النفسي المكثف للمرضى الداخليين أو الخارجيين باعتباره نهج العلاج الوحيد القابل للتطبيق، وكذلك كن حذراً إذا قيل لك إن الأدوية هي الأساس وأن المطلوب هو قليل من العلاج.

تذكر أننا غير قادرين حتى الآن على تحديد التشخيص الدقيق ومسار المرض للعديد من الأطفال، لذلك يبدو لي أنه من المعقول أن تجد طبيباً نفسياً يعرف الأدبيات الطبية ذات الصلة، ومتفتحاً فيما يتعلق باحتمالات التشخيص المختلفة وأساليب العلاج، ويتواصل جيداً معك ومع طفلك. ونظراً لمستوى معرفتنا الحالي بشأن اضطراب الشخصية الحدية عند الأطفال، فمن المحتمل أن يقدم هذا الطبيب لك ولطفلك أفضل مساعدة متاحة الآن وفي المستقبل.

العلاج النفسي

هناك عدد من أساليب العلاج النفسي المختلفة والفعالة للمراهقين والبالغين المصابين باضطراب الشخصية الحدية. بالإضافة إلى ذلك، هناك خبرات تعليمية للآباء والعائلات. من المفهوم أنه يجب تعديل هذه الأساليب حتى تكون مفيدة للأطفال، فعلى سبيل المثال: في حالة العلاج النفسي لدى الأطفال، من المهم فهم أن القدرة على التفكير بتجرد لا تحدث بشكل طبيعي حتى سن الثانية عشرة، وهي حقيقة انعكست في التغيير الملحوظ في المادة التعليمية المقدمة للأطفال في المدرسة في الصفين السادس والسابع، وصعوبة التفكير المنطقي هي أحد الأعراض الرئيسية لاضطراب الشخصية الحدية، وقد لوحظ ضعف معالجة المعلومات السمعية لدى الأطفال المصابين بهذا الاضطراب؛ لذلك يجب على المعالجين وأولياء أمور الأطفال المصابين التركيز على تطوير طرق لتقديم تعويضات في هذه الجوانب وغيرها.

على سبيل المثال: يواجه الأطفال بشكل عام صعوبة في وصف مشاعرهم بدقة، ويبدو أن هذا صحيح حتى بالنسبة للمراهقين والبالغين المصابين باضطراب الشخصية الحدية؛ ويدرب الأطباء النفسيون وأطباء الأطفال مرضاهم من الأطفال، ويساعدونهم بلطف على فهم مشاعرهم من خلال استخدام الأساليب الشائعة للعلاج باللعب، والعلاج باللعب يستخدمه المعالج للتواصل مع الأطفال بسبب الخلل الذي يعانونه في المهارات اللفظية مقارنة بالبالغين وبسبب الصعوبة في التفكير الواعي والتجريدي، ويتكون بشكل أساسي من استخدام المعالج للألعاب والأجهزة الأخرى مع الطفل ومطالبته برواية القصص. غالبًا ما يكون الأطفال رواة مبدعين، والقصص التي يروونها تكشف عادةً عن المخاوف والأفكار المتضاربة والمشاعر والمشكلات التي لا يستطيعون التعبير عنها بطريقة أخرى.

بالإضافة إلى ذلك، تعد استجاباتك اليومية لطفلك جزءًا مهمًا من عملية العلاج. وكجزء من العلاج، سوف تتعلم طرقًا جديدة لتفسير رسائل طفلك ومساعدته على فهم المشاعر والسلوكيات، ثم توجيه هذه الطاقات في اتجاهات أكثر إيجابية. قد تستفيد أيضًا من قراءة كتاب "روس جرين" *The Explosive Child* (انظر مراجع هذا الفصل)، فهو يقدم عددًا من الإستراتيجيات المفيدة لإرشادك في التعامل مع وضعك.

الخلاصة

تشير الأدبيات العلمية إلى أن اضطراب الشخصية الحدية قد يسهل تمييزه لدى بعض الأطفال ومع ذلك يصعب التمييز بين هذا الاضطراب والاضطرابات العقلية الأخرى في مرحلة الطفولة التي تكون أعراضها مشابهة، ومن ثم تتمثل الطريقة المعقولة في الحصول على الرعاية من طبيب نفسي للأطفال وفريق علاج على دراية بالتحديات التشخيصية والعلاجية لاضطراب الشخصية الحدية. من الناحية المثالية، يجب أن يكون هؤلاء المتخصصون من ذوي المهارات العالية والخبرة، ومنفتحين ومرنين في مناهجهم تجاه الأدوية والعلاج النفسي، ومتاحين لك في أوقات الأزمات، ويسهل عليك أنت وطفلك التواصل معهم.

السابع

اضطراب الشخصية الحديّة والمخ

من المهم أن تكتشف قدر الإمكان الطبيعة الأساسية لأعراضك، فعندئذ فقط ستفهم ببساطة سبب شعورك وتصرفك بالطريقة التي تشعر وتتصرف بها. إن تعلم الأسس البيولوجية لاضطراب الشخصية الحديّة قد يساعدك على إزالة الغموض عنه وتقبله بشكل أكبر.

هناك معتقد شائع يقول إن الطب الحديث لا يعرف ما يكفي عن الطريقة التي يعمل بها المخ لكي يفسر أي اضطراب عقلي بالنسبة لمستوى حدوثه داخل المخ. لقد قال أحد المتشائمين: "إذا كان المخ بسيطاً بما يكفي لفهمه، فلم نكن أيضاً لنفهمه". وفي العقدين الماضيين أو العقود الثلاثة الماضية، كان هذا بالفعل ينطبق إلى حد كبير على التخصصات الطبية في كل من الطب النفسي والعصبي. وهناك على الأقل ثلاثة أسباب لهذا، السبب الأول هو أن المخ على عكس بقية أعضاء الجسد مغلق بإحكام بالجمجمة، فبينما توفر الجمجمة حماية كبيرة لهذا العضو الأكثر أهمية، فقد حدث أيضاً من وصول الباحثين والأطباء الذين يحاولون الكشف عن أغاز المخ.

والسبب الثاني، هو أن المخ، بصفته العضو الرئيسي في جسد الإنسان، يُعد أكثر تعقيداً بكثير من أي عضو آخر من حيث بنيته ووظائفه الفسيولوجية وعملياته البيوكيميائية. إن تعقيد المخ والمستوى غير الطبيعي لنشاطه يظهران جلياً في كمية التغذية المطلوبة لكي يعمل بشكل سليم. وعلى الرغم من أن المخ يمثل نسبة 1 إلى 5% فقط من إجمالي وزن الإنسان، فهو يتلقى 20% من الدم الذي يضخه القلب كل دقيقة، وهذا النصيب غير المتكافئ في مصدر الطاقة الرئيسي في الجسد تمنحنا تقييماً واضحاً لأهمية مهامه وضخامتها، علاوة على أن المخ يستخدم تقريباً ثلاثين ألف جين في الجينوم البشري، وهو أكثر مما تستخدمه أي بنية أخرى في الجسد.

السبب الثالث، كما أشار إليه عالم وطبيب الأعصاب العالمي الشهير "أنطونيو داماسيو"، هو أن الاهتمام باكتشاف آلية عمل المخ تم تشييطه بشكل كبير من خلال مفهوم انقسام "الذهن-المخ" الذي اقترحه منذ قرون الفيلسوف الشهير "رينيه ديكارت". لقد كان ادعاء "ديكارت" هو أن وظائف الذهن ليست لها قاعدة ملموسة في البنية البيولوجية ووظائف المخ، لكنها كانت ذات طبيعة ميتافيزيقية. لقد وصل تأثير "ديكارت" على قادة الفكر في عصره وهؤلاء الذين اتبعوه لدرجة عرقلت البحث في هذا المجال المهم للعديد من الأجيال.

ولحسن الحظ، خاصة على مدار العقود العديدة الماضية، تسبب التقدم التكنولوجي الهائل، لا سيما في مجال التصوير العصبي، ومنهجيات علم الوراثة البشرية الكمية، بالإضافة إلى نتائج الأبحاث الأخرى المتعلقة بوظائف المخ، في زيادة هائلة في معرفتنا بالمخ والكيفية التي يوجه بها وظائف الجسد والسلوك الإنساني. إن المناقشة العميقة لهذه التطورات السريعة ليست هي موضوع هذا الكتاب، ولكن ما يخدم أهداف موضوعنا الأساسي هو أن نفهم: أن أعراض اضطراب الشخصية الحديثة اتضح بشكل رئيسي أنها نتيجة لاضطرابات متأصلة ومكتسبة في التشوهات البيوكيميائية والفسيولوجية في الجهاز العصبي الذي ينظم النشاط الانفعالي، والتحكم في الاندفاع، والتفكير، والعلاقات. وهذا الأمر صحيح سواء كانت هذه التشوهات أصلها متعلق بعوامل جينية أو عوامل تتعلق بالنمو أو البيئة (كما هو مبين في الفصل الرابع).

قبل فحص الاضطرابات العصبية البيولوجية المكتشفة في الأشخاص المصابين باضطراب الشخصية الحديثة، من المهم أن نحدد السلوكيات المعينة المزمع فحصها من منظور المجال العصبي البيولوجي. وستفي المادة المعروضة في القسم التالي بهذا الغرض.

النطاقات السلوكية الأساسية لاضطراب الشخصية الحديّة

يقول "جوزيف ليدوكس" ، عالم الأعصاب البارز في جامعة كورنيل، في أحد كتبه التي تناولت العلاقة بين السلوك ووظائف المخ، *The Emotional Brain* : "إن مستوى التحليل السليم لوظيفة نفسية هو المستوى الذي تتمثل فيه هذه الوظيفة في المخ". ومن أجل فهم بنية المخ والوظائف التي يعتقد أنها تتسبب في اضطراب الشخصية الحديّة، سأعرض عليكم بإيجاز النطاقات الأربعة الرئيسية والسلوكيات التي يؤثر عليها الاضطراب الحدي (انظر الفصل 1) ، ومن ثم سأبين أسسها العصبية الحيوية.

النطاق 1. صعوبة التحكم في المشاعر

إذا كنت تعاني اضطراب الشخصية الحديّة، فلعلك لاحظت أن مشاعرك تتأثر بثلاث طرق: درجة استجابتك الانفعالية، ومعدل التغير في انفعالاتك، ومعدل العودة إلى مستوياتك المعتادة.

الدرجة غير المتناسبة من الاستجابات الانفعالية

بالنسبة للشخص العادي، تكون الاستجابات العاطفية متناسبة مع الأحداث التي تسببها، فعلى سبيل المثال: عادة ما سيثير حادث سلبي صغير استجابة انفعالية صغيرة متناسبة، سواء كانت هذا الاستجابة غضبًا أو حزنًا أو قلقًا. وبالمثل، فإن التعرض لمثيرات أقوى ستسبب في استجابة أقوى بشكل تناسبي. إن الاستجابة العاطفية تكون مساوية إلى حد ما إلى الحدث الذي أدى إليها.

إذا كنت مصابًا باضطراب الشخصية الحديّة، فغالبًا ما تعاني استجابات غير متناسبة مع الموقف. لعلك تستجيب انفعاليًا بشكل مبالغ فيه تجاه العديد من أحداث الحياة، فعلى سبيل المثال: قد يتسبب نقد بئء طفيف وجهه إليك شريكك في إثارة استجابة تتم عن غضب جم من جانبك، ما يؤدي إلى خلاف حاد. وربما يؤدي الانفصال لفترة قصيرة عن شخص مهم لك في قدر مبالغ فيه من القلق أو الحزن أو الغضب. وقد تتسبب الأحداث الأكثر جدية، مثل إنهاء علاقة وثيقة، في ردود فعل انفعالية حادة وآثار سلوكية، بما فيها مجموعة من الأفعال المدمرة المؤذية للذات. وفي أوقات أقل ربما تتفاعل انفعاليًا بشكل أقل من العادي مع مواقف مزعجة، ثم تشعر بالسوء بعد ذلك دون أن تعرف السبب.

علاوة على الصعوبة في التحكم في درجة استجاباتك الانفعالية، فربما تعاني تغييرات سريعة في انفعالاتك. فعلى سبيل المثال: ربما تتأرجح من الشعور بالضيق إلى الشعور بالاكْتئاب أو الغضب. وكما تتذكر من الفصل الأول، فهذه التغييرات السريعة في الحالة المزاجية قد تتسبب في تشخيص حالتك على نحو غير دقيق باضطراب ثنائي القطب.

تأخر عودة الانفعالات إلى مستواها المعتاد

بمجرد أن تمر بحالة من الانفعال المبالغ فيه، ربما تكتشف أن الأمر يتطلب وقتاً أطول حتى تعود انفعالاتك مجدداً إلى مستواها المعتاد عما يستغرقه الأمر مع الأشخاص الآخرين. وهذه هي سمة أخرى من سمات عدم الانتظام الانفعالي الذي يمر به الأشخاص المصابون باضطراب الشخصية الحدية.

وبناء على ذلك، يبدو أن آلية عمل المخ التي تتحكم في هذه السمات الثلاث للاستجابة الانفعالية في الأشخاص المصابين باضطراب الشخصية الحدية لا تعمل بشكل صحيح. وينتج عن هذا استجابات انفعالية تكون حادة للغاية وطويلة في بعض الأوقات لدرجة أنه يشار إليها باسم "العواصف الانفعالية".

النطاق 2. الاندفاع

يعاني معظم الأشخاص المصابين باضطراب الشخصية الحدية صعوبة في التحكم بكفاءة في اندفاعاتهم والتصرف بشكل معقول وعقلاني، وبخاصة عندما يكونون في حالة من الانفعال الشديد. وفي هذه الأوقات، ربما تجد أنه من الصعب للغاية، إن لم يكن مستحيلًا، تهدئة نفسك والتفكير في الموقف بإمعان واتخاذ قرار متوازن متعلق بالكيفية التي تعالج بها الموقف على أكمل وجه، ومن ثم تنفيذه.

يستطيع أغلب الأشخاص تذكر التجارب التي تغلبت فيها الانفعالات لفترة قصيرة على تفكيرهم العقلاني وتحكمهم في أنفسهم، ويقولون أو يفعلون أشياء باندفاع يندمون عليها لاحقاً. ومع ذلك، في أغلب الأوقات، حتى عند التعرض للضغط والتوتر، يكونون قادرين على ضبط انفعالاتهم والتصرف بشكل ملائم. ومع ذلك، تكون آليات المخ المسؤولة عن تنظيم السلوك المنذف لدى الأشخاص المصابين باضطراب الشخصية الحدية معطلة، مما يصعب من أمر اتخاذ ردود فعل عقلانية ومناسبة وتنفيذها.

النطاق 3. ضعف الإدراك والتفكير المنطقي

هناك عدد من المشكلات المتعلقة بالإدراك والتفكير المنطقي تحدث للمصابين باضطراب الشخصية الحدية، وهذه المشكلات تظهر على وجه التحديد عند التعرض للضغط وعندما تصبح في حالة من الانفعال الشديد. ومع ذلك، فالعديد منها قد يظهر بدرجة أكثر خفاءً في معظم الأوقات. وهناك دليل كبير على أن أنظمة المخ التي تتحكم في أنشطة الإدراك لا تعمل بشكل سليم لدى الأشخاص المصابين باضطراب الشخصية الحدية.

ومن الأعراض الرئيسية في هذا النطاق التفكير الازدواجي المؤقت المرتبط بالتعرض للضغط والتوتر ونوبات الانفصال، ولعلك أيضًا تتوقع أن ينتقدك الآخرون بشدة والتصرف معك بناءً على ذلك. ربما تشكك في قيمك ومعتقداتك الأساسية، ومواطن قوتك ونقاط ضعفك، ومن ثم لا تكون لديك خطة مدروسة ومعقولة لمستقبلك. وقد تواجه صعوبة في رؤية المشكلات المعقدة في الحياة اليومية وتحقيق التوازن بينها وحلها، ولكنك تتصور وتتفاعل مع الناس والمواقف إما سوداء أو بيضاء، والناس جميعهم إما جيّدون وإما سيئون. وأخيراً، لعلك تعاني صعوبة في التفكير المنطقي في المشكلات المعقدة، وإيجاد حلول بديلة والتعرف على مزايا وسلبيات هذه البدائل، ومن ثم اختيار أنسب استجابة، بدلاً من اتباع إجراء أقل فائدة ترغب في القيام به.

النطاق 4. علاقات مضطربة بشكل ملحوظ

يعتبر معظم الخبراء في مجال اضطراب الشخصية الحدية العجز عن إقامة علاقات ناضجة صحية مترابطة والحفاظ عليها هو المحرك الأساسي لاضطراب الشخصية الحدية، هناك إشارات من أمهات أشخاص مصابين باضطراب الشخصية الحدية بأنهن لاحظن صعوبة في التواصل مع أبنائهن المصابين باضطراب الشخصية الحدية منذ ميلادهم مقارنة مع تجاربهن مع أبنائهن الآخرين. ففي البداية عندما كانوا رضعًا، كانوا أكثر قلقًا، ويكون بشكل متكرر وسريع، وكان ينزعجون بسهولة وكانت هناك صعوبة في تهدئتهم عن إختوتهم ممن هم في أعمارهم تقريبًا. وعندما دخلوا مرحلة الطفولة المبكرة، أظهروا سلوكيات التعلق التي تباينت بشكل ملحوظ بين التثبيت المفرط والاعتمادية ورفض محاولات التقارب.

وفي مرحلة ما قبل المدرسة، تحمل هؤلاء الأطفال الانفصال بصعوبة أعلى من المتوسط، وهي سمة استمرت مع انتقالهم إلى تجارب المدرسة المبكرة. لقد عانوا

أيضاً صعوبة في التفاعل مع الأطفال الآخرين بطريقة تتناسب مع عمرهم، وأبدوا التجهم والكآبة والسلوك الانعزالي الذي تخلله نوبات من العدوان اللفظي والجسدي. وظلت هذه السمات تصحبهم خلال مرحلة ما قبل البلوغ، وأحياناً ما شهدت زيادة كبيرة في الحدة والنطاق في مرحلتي البلوغ والمراهقة. وأغلب هؤلاء المراهقين لا يتلقون المساعدة المتخصصة، فتستمر أعراض اضطراب الشخصية الحدية، وخاصة الصعوبات المتعلقة بإقامة علاقات ناجحة، في الزيادة خلال السنوات الأكثر صعوبة من الشباب. لقد أصبحت الأعراض المستمرة للاضطراب الحدي أكثر وضوحاً مع استمرارهم في التخلف عن مجموعة أقرانهم على الصعيد الاجتماعي وفي نواحٍ أخرى (انظر الفصل الأول).

فهم سلوكيات اضطراب الشخصية الحدية على مستوى المخ

لم يعاني الأشخاص المصابون باضطراب الشخصية الحدية صعوبة في التحكم في وانفعالاتهم واندفاعاتهم وصعوبات التفكير والاستدلال والحفاظ على علاقات إيجابية مستقرة أكثر من الأشخاص الذين لا يعانون الاضطراب؟ إن فهم إجابة هذا السؤال يتطلب أن تفهم بعض الشيء الطريقة التي يعمل بها المخ. ومرة أخرى، تحمل معي هنا بعض الشيء، أعتقد أنك قد تجد هذا أسهل إلى حد ما لتقوم به وأكثر متعة مما تظن.

إن المخ يحتوي على ما يقرب من مائة مليار خلية عصبية، وهذه الخلايا العصبية لها وظيفة رئيسية واحدة: نقل النبضات العصبية إلى خلية عصبية أخرى من خلال الرسل الكيميائية (التي "تنطلق") عندما تتعرض للتحفيز بدرجة معينة بفعل الخلايا العصبية الأخرى. وهذه الحقيقة تثير سؤالاً على الفور، فإذا كان المخ يتألف من خلايا وظيفتها هي أن تنطلق أو لا تنطلق، كيف تنتج الأفعال أو الوظائف المختلفة في المخ؟ بعبارة أخرى، كيف يمكن أن ينتج عن انطلاق هذه الخلايا العصبية حواس مختلفة مثل الرؤية والشم واللمس، علاوة على الحركات الجسدية والانفعالات والمحفزات والأفكار؟ هل الخلايا العصبية التي تنتج عنها هذه الأفعال مختلفة في الأساس، أم هل تستخدم رسالاً كيميائية مختلفة، يطلق عليها اسم النواقل العصبية؟ إلى حد ما، يكون للأنماط المختلفة من الخلايا العصبية وظائف مختلفة في كل مسار عصبي، لكن هذه الخلايا العصبية ذاتها موجودة في العديد من المسارات، والمسارات

تستخدم النواقل العصبية ذاتها في الأساس، ومن ثم فالاختلافات في نوع الخلية والرسل الكيميائية ليست السبب الرئيسي خلف وظائف المخ المختلفة.

العلاقة بين المسارات العصبية والسلوك

إن الطريقة التي ينتج بها نشاط الخلايا العصبية في المخ ووظائف مختلفة غير مفهومة بشكل كامل، لكن من الواضح أنها تفعل ذلك في الأساس بسبب موقعها في المخ وارتباط بعضها ببعض والمسارات العصبية المنفصلة وبعض أعضاء الجسم، فعلى سبيل المثال: ينتج عن تحفيز الخلايا العصبية التي تصل بشبكية العين بذلك الجزء من المخ المختص بمعالجة المعلومات البصرية (القشرة البصرية) الصور البصرية، وإذا كان هذا المسار به خلل في أي نقطة على طوله، فلن نرى بشكل جيد، أو لن نرى على الإطلاق. وبالمثل، فالنشاط في الخلايا العصبية التي تربط المناطق الأخرى للقشرة بالعضلات ينتج عنها انقباض في العضلات ومن ثم في الحركة، فمن المعروف أن المسارات العصبية التي تتحكم في وظائف جسدية مماثلة تقع في مناطق محددة من المخ وهي متماثلة في جميع الأشخاص وفي الفصائل والفئات المختلفة من الحيوانات.

إن هذه الأمثلة مباشرة إلى حد ما، لكنها لا تجيب عن السؤال الأصعب المتعلق بالطريقة التي تنتج بها الخلايا العصبية في المخ الانفعالات والذكريات والتفكير والتحكم في الاندفاع وإقامة العلاقات. والإجابة معروفة جزئياً، فإلى حد كبير، يتحكم النشاط في مسارات ودوائر عصبية محددة في هذه الوظائف وغيرها، وهذا يعني، كما يحدث في الرؤية والحركة، أن نشاط المخ في مسارات أخرى معينة يؤدي إلى انفعالات محددة، بينما يؤدي النشاط في مسارات أخرى إلى التحكم في الاندفاعات والذكريات والأفكار، ومن ثم، فإن أهمية موقع المسارات العصبية أمر بالغ الأهمية في تحديد وظائفها.

التفاعل بين مسارات المخ

على الرغم من أن وظائف المخ المختلفة يحددها نشاط الخلايا العصبية في مسارات المخ المختلفة، فهذه المسارات العصبية لا تعمل بعضها بمعزل عن بعض لكنها تتفاعل في مواضع معينة في المخ. وهذا هو ما يمكن المعلومات الموجودة في مسار ما من التكامل والتأثير في نشاط المسارات الأخرى.

فعلى سبيل المثال: يولد النشاط في مسارات محددة للذاكرة ذكريات محددة. لكن قد يكون له تأثير أيضاً على نشاط الممرات التي تولد الانفعالات، ومن ثم قد تولد الذكرى السعيدة شعوراً بالسعادة، وقد تتسبب ذكرى أخرى في الشعور بالتعاسة الشديدة، والعكس صحيح أيضاً، فربما تولد الحالة الانفعالية ذكريات تتفق مع هذا الانفعال، فعندما نشعر بالسعادة، نميل إلى تذكر الذكريات السارة والسعيدة ونتصرف بطريقة تنم عن البهجة، وعندما نشعر بالحزن، نميل إلى تذكر الأحداث الحزينة والتعيسة في حياتنا، وتعلو وجوهنا تعبيرات تنم عن الحزن ونتصرف بكآبة. إن الانفعالات لها تأثير كبير على تغيير قدرتنا على تذكر أحداث بعينها، فالأحداث المرتبطة بمشاعر قوية غالباً ما نتذكرها بقوة أكبر ولمدة أطول من الأحداث التي تحمل قليلاً من الثقل الانفعالي. نحن أيضاً نعرف أنه إذا أسفر حدث ما عن انفعالات قوية للغاية ومزعجة، فقد تتعطل الذاكرة الدقيقة لهذا الحدث، وربما تنسى أو تكبت الأجزاء المهمة المتعلقة بهذا الحدث.

تتضمن معالجة الذاكرة عدداً من الوظائف الدماغية المنفصلة بينها وظائف بسيطة وأخرى تندمج في سلوكيات معقدة للغاية. ويتضمن هذا الروائح والصور المنفصلة والكلمات والأصوات والعناصر المكانية، والأشخاص الآخرين وملابسهم وسلوكياتهم وروائحهم وما إلى ذلك، والمحتوى الانفعالي (سواء كان انفعالاً واحداً أو عدة انفعالات مختلفة) - التي تختلف على مدار الوقت. وهذا التعقيد يستوجب تدخل أنظمة معالجة عصبية كثيرة ومحددة وأقل تعقيداً. يشار إلى اندماج هذه الأنظمة العصبية المتعددة في المخ باسم "المعالجة الموزعة"، وهذا المفهوم يشير ببساطة إلى الوظائف المخية المعقدة التي لا تحدث في دائرة واحدة أو منطقة واحدة من المخ، لكنها تتضمن التكامل المتزامن للمعلومات التي جُمعت من المناطق الدماغية العديدة.

النواقل العصبية ووظيفة المخ

وتتسبب الخلايا العصبية في انطلاق أو عدم انطلاق الخلايا العصبية الأخرى من خلال إطلاق النواقل العصبية، التي تتفاعل مع مستقبلاتها المحددة في العصب التالي. إن تفاعل هذه الرسل الكيميائية مع مستقبلاتها لها تأثير من اثنين في النهاية، فإما أن تزيد من احتمالية انطلاق العصب التالي أو تقلل منها، ومن ثم يكون تأثير الناقل العصبي إما محفزاً أو مثبطاً.

ومن أهم الناقل العصبية التي تنطلق في المخ بوفرة الناقلان **الجلوتامات**، ناقل عصبي محفز، و**حمض جاما أمينوبيوتيريك**، ناقل عصبي مثبط. وهذان الرسولان الكيميائيان يستخدمان في كل مسارات المخ ودوائره.

علاوة على أن النشاط في مسارات المخ تحفزه أو تثبطه المواد الكيميائية ذات التأثير النفسي التي تدعى المعدلات العصبية، مثل **الدوبامين والسيروتونين والأسيتيل كولين والنورإبينفرين**. وعلى النقيض من مئات ملايين الخلايا العصبية في المخ التي تستخدم الناقل العصبية الجلوتامات وحمض جاما أمينوبيوتيريك، هناك عدد قليل نسبي من الخلايا العصبية التي تستخدم المعدلات العصبية. تشير التقديرات إلى أن المخ يحتوي على مئات الآلاف من الخلايا العصبية المنتجة للدوبامين، غير أن الدوبامين والمعدلات العصبية الأخرى لها تأثير كبير على نشاط المخ ووظيفته، فعلى سبيل المثال: خسارة قدر من عصبونات الدوبامين في أحد المسارات تؤدي إلى الإصابة بمرض باركنسون، كما يرتبط مرض ألزهايمر بخسارة الخلايا العصبية التي تفرز الأسيتيل كولين.

الأنظمة العصبية المتعلقة باضطراب الشخصية الحدية

والآن بعد أن فهمت قليلاً العلاقة بين المسارات العصبية للمخ والسلوك، فأنت مستعد للنظر إلى الأنظمة العصبية المحددة واضطرابات الناقل العصبية التي تصاحب أعراض اضطراب الشخصية الحدية وسلوكياته. تدعم البيانات المستخلصة من عدد مختلف من الدراسات أربع نتائج: الأولى، إن مسارات المخ التي تعالج الاستجابات الانفعالية تبدو في حالة نشاط شديد في مخ الأشخاص المصابين باضطراب الشخصية الحدية، والثانية، إن مسارات المخ المسؤولة عن السيطرة على الاندفاعات تبدو مستوياتها أقل من الناقل العصبي المثبط حمض جاما أمينوبيوتيريك، والثالثة، هناك دليل على أن النشاط في المناطق المهمة في المخ المسؤولة عن التفكير العقلاني والاستدلال المنطقي وإقامة علاقات مستقرة تُعطل لدى المصابين باضطراب الشخصية الحدية، والرابعة، تأسيس علاقات شخصية سوية والحفاظ عليها يتوقف على العمل الطبيعي المتكامل للعديد من المسارات المذكورة، لذا فمن المقترح أن الوظائف الشاذة في هذه الأنظمة العصبية المهمة والمميزة مسؤولة عن

- الأبعاد السلوكية الرئيسية لدى المصابين باضطراب الشخصية الحديّة. ولأكون أكثر دقة، فهذه الدوائر العصبية التي يبدو أنها تعرضت للخلل في الاضطراب هي:
- عدم القدرة على السيطرة على المشاعر: اللوزة الدماغية.
 - الاندفاع: القشرة الحزامية الأمامية والقشرة الأمامية الجبهية المدارية.
 - ضعف الإدراك الحسي المعرفي: القشرة الجبهية الظهرية وأنظمة القشرة الجبهية الأخرى.
 - العلاقات المضطربة بشكل ملحوظ: الأنظمة المعالجة الموزعة تحت القشرية والقشرية المتعددة.

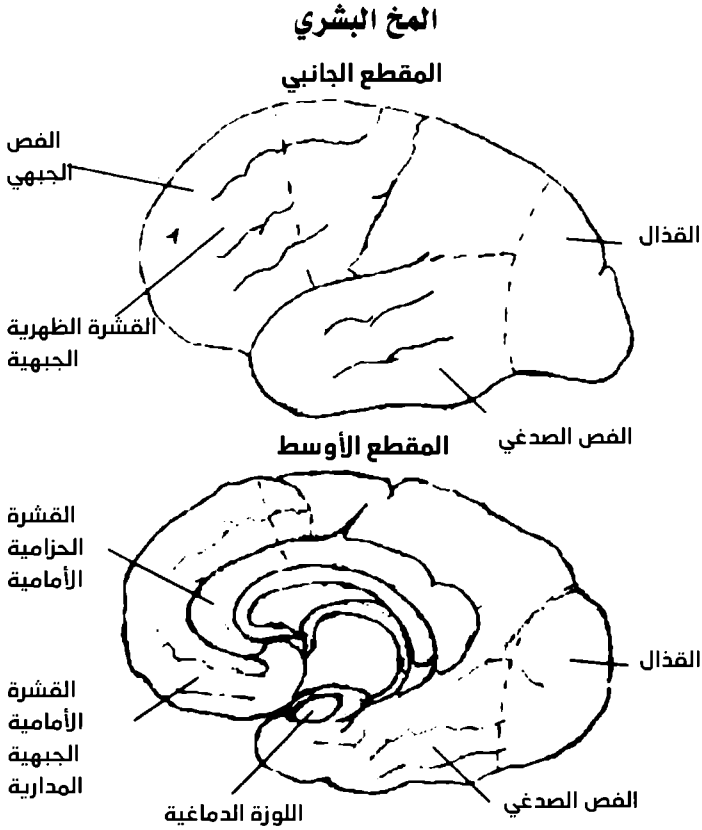
الأنظمة العصبية الخاصة بالانفعال

لقد أبلغ الباحثون باستمرار عن استجابات انفعالية شاذة لدى الأشخاص المصابين باضطراب الشخصية الحديّة. فعلى سبيل المثال: يظهر الأشخاص المصابون باضطراب الشخصية الحديّة ردود فعل أكبر على صور الوجوه التي ترتسم عليها تعبيرات مخيفة وغاضبة مقارنة بالصور التي بها وجوه لها تعبيرات عاطفية محايدة. ويتحكم في "استجابة الخوف" هذه بنية في المنطقة الوسطى من الفص الصدغي الأمامي بالمخ التي تسمى اللوزة الدماغية (انظر الشكل 7-1)، واللوزة الدماغية هي البنية الوسطى في الجهاز العصبي المسؤولة عن معالجة الانفعالات ومهمتها الرئيسية هي:

- تحديد الأهمية الانفعالية للمعلومات الجديدة على ضوء التجارب السابقة، ونقل هذه المعلومات إلى الدوائر العصبية الأخرى للمزيد من التفسير وللتصرف بطريقة مناسبة.
- الترتيب السريع للاستجابات الغريزية والمكتسبة للمحفزات وإطلاقها على مستوى اللاوعي.
- تقديم الخطوات الأولى المهمة في تطوير الاستجابات الانفعالات المشروطة.

تنتقل المعلومات وتُعالج من خلال المسارات والبنى الرئيسية للوزة الدماغية كما هو موضح في الشكل 7-2، وتنقسم المعلومات الحسية الواردة في إحدى بنى التقوية والمعالجة الموجودة في المخ وتدعى **المهاد**، فهناك جزء من الإشارة يُرسل للوزة الدماغية ويعالج سريعاً من أجل تحديد أهميته الانفعالية استناداً إلى تجارب

سابقة، ثم تبدأ اللوزة الدماغية في إطلاق الاستجابات السلوكية والداخلية التلقائية المناسبة، ويتضمن هذا استجابات جسدية ونفسية وهرمونية مبرمجة تتناسب مع الموقف بشكل أكبر.

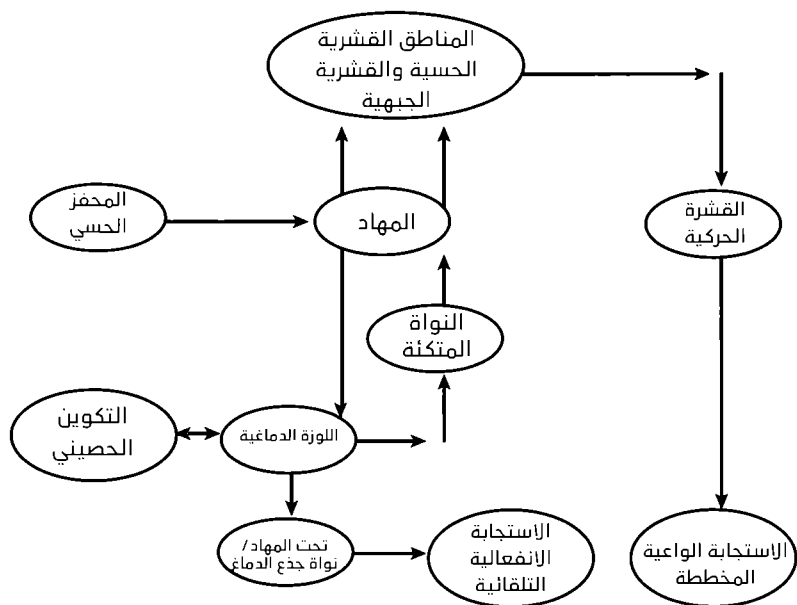


الشكل 7-1 يبين كلٌّ من المقطع الجانبي والأوسط للمخ للمناطق المهمة في الجهاز العصبي والمسارات التي تتحكم في الانفعالات (اللوزة الدماغية والقشرة الأمامية الجبهية المدارية) والتحكم في الاندفاعات (القشرة الحزامية الأمامية والقشرة الأمامية الجبهية المدارية)، والإدراك والتفكير المنطقي (القشرة الظهرية الجبهية)

أما بقية المعلومات التي تُعالج في المهاد، فتوجه إلى مناطق القشرة الجبهية من أجل تقييم أدق واتخاذ قرار مناسب، ويوفر لنا هذا النظام الأبطأ قرارات أدق من تلك التي تُتخذ في جهاز اللوزة الدماغية السريع؛ ما يتيح قدرًا من التحكم الواعي، الذي

تحفزه البنيات والمسارات المتعلقة بالقشرة الحزامية الأمامية، ومن ثم فإن هذا النظام يقلل من السلوكيات الاندفاعية غير الملائمة.

الدوائر العصبية للانفعال



الشكل 7-2: تعالج المعلومات الواردة من المحفز الحسي وتنقسم في بنية المخ العميقة، المهاد، وينتقل جزء من الإشارة إلى اللوزة الدماغية، حيث تحدد الأهمية الانفعالية وتنطلق الاستجابة التلقائية المناسبة. وتنقل بعض من هذه المعلومات من اللوزة الدماغية إلى النواة المتكئة، حيث تعالج بشكل أكبر من أجل تحديد المستويات المناسبة للمحفزات والمشجعات الإيجابية والسلبية، ثم تنقل المسارات في البنية العميقة للمخ المعلومات إلى القشرة الأمامية الجبهية المدارية من أجل إدراك واع بالاستجابات الانفعالية التي نطلق عليها اسم المشاعر. وفي النهاية، ينتقل جزء من المعلومة الحسية الأصلية التي انقسمت في المهاد إلى مناطق القشرة الحسية من أجل تقييم واع أدق من ذلك الذي حدث في المستويات الأسرع والأقل دقة من منطقة تحت القشرية غير الواعية.

البيولوجيا العصبية لاستجابات الخوف المشروط

ربما يوضح مثال محدد العملية المعقدة المبينة أعلاه، فمن أفضل المجموعات التي درست فيما يتعلق بالانفعال السلوكي الذي يتحكم به نظام اللوزة الدماغية هي مجموعات استجابات الخوف المشروط. إنها تلك الاستجابات السريعة التلقائية

التي نتخذها عندما نتعرض إلى مواقف مؤذية، فعلى سبيل المثال: الطفل الصغير الذي يتعرض للأذى الجسدي المتكرر من أقرانه في ساحة اللعب، قد يكون استجابة خوف يعممها على كل المناطق المشابهة. إن استجابات الخوف المشروط تبدأ عادة "بتجمد" لطيف في الحركة يتبعه ارتفاع ضغط الدم وزيادة معدل ضربات القلب علاوة على استجابات الغدد الصماء، مثل ارتفاع مستويات الكورتيزول والنورإبينفرين (إن الغدد الصماء تفرز هرمونات من الأعضاء الصماء في مجرى الدم وتنتج آثاراً وقائية واسعة الانتشار في أنحاء الجسد).

من المهم أن نفهم أن هذه الاستجابات الانفعالية تلقائية ولا تخضع للسيطرة الواعية، علاوة على أنه بمجرد أن تحدث استجابة الخوف المشروط، سواء كانت معتدلة أو حادة، يبدو أنها تترسخ في المخ بشكل دائم، وربما تقل بشكل كبير مع الوقت، لكنها تظل موجودة في مكان ما وربما تنشط مجدداً نتيجة لظروف متعددة ومواقف تثير ذكريات الموقف الأصلي. وليس من المستغرب حينئذ أن الأبحاث الحديثة أثبتت أن اللوزة الدماغية تكون أكثر نشاطاً في استجاباتها للمحفزات التي تبعث على التوتر في الأشخاص المصابين باضطراب الشخصية الحدية عن غيرهم من الأشخاص الذين لا يعانون هذا الاضطراب. وهذا النشاط المفرط في اللوزة الدماغية لا يقتصر على الأشخاص المصابين باضطراب الشخصية الحدية، فعلى سبيل المثال: المحاربون القدامى الذين يعانون اضطراب ما بعد الصدمة لديهم ذاكرة حية يخففون من خلالها حدة التجارب القتالية القديمة الصادمة، وعند تصوير أمخاخهم يتبين نشاط عظيم في اللوزة الدماغية عند عرض صور قتالية عليهم أكثر من المحاربين القدامى من ذوي التجارب القتالية المماثلة لكنهم غير مصابين باضطراب ما بعد الصدمة. يبدو أن كلاً من المصابين باضطراب الشخصية الحدية والمحاربين القدامى ممن يعانون اضطراب ما بعد الصدمة في هذه الدراسة، إما أنهم ولدوا بنظام خوف ذي نشاط مفرط بشكل غريزي، أو أن نظام الخوف لديهم أصبح ذا نشاط مفرط استجابة لصدمة مبكرة محفزة للخوف، أو كلا الأمرين.

إن الأشخاص الذين يعانون اضطراب الشخصية الحدية هم أكثر عرضة للإصابة باضطراب ما بعد الصدمة واضطراب الهلع والقلق المزمن من الأشخاص العاديين.

مسارات التحفيز والمكافآت واضطراب الشخصية الحدية

ينقل النظام العصبي للوزة الدماغية انفعالات أخرى بالإضافة إلى الخوف، فعلى سبيل المثال: التجارب المتعلقة بالتحفيز والمكافآت ترتبط في المخ بالانفعالات ارتباطاً وثيقاً. فنحن نتحفز لتأدية هذه الأفعال التي ينتج عنها مكافآت وانفعالات إيجابية، وتجنب المواقف والأفعال التي ينتج عنها استجابات سلبية وانفعالات مزعجة. يمر مسار المخ الذي يتحكم في التحفيز والمكافأة من خلال بنية معالجة المعلومات العميقة في المخ تسمى **النواة المتكئة**، التي ترتبط ارتباطاً وثيقاً بالوزة (انظر الشكل 7-2). وتعد كل من النواة المتكئة والوزة بنى تحت قشرية ضرورية لتحديد الأهمية الانفعالية للتجربة وتعديل الاستجابة المناسبة لها.

يبدو أن عنصر التحفيز / المكافأة في نظام اللوزة الدماغية لا يعمل بشكل طبيعي في الأشخاص المصابين باضطراب الشخصية الحدية. فيبدو أن انخفاض الشعور بالثقة بالنفس وتقدير الذات الذي يميز الاضطراب مرتبط بعدم الشعور بدرجة متناسبة من الرضا عن المكافأة التي تسفر عنها الإنجازات. قد تكون هذه الاستجابة الضعيفة للمكافآت الإيجابية ناتجة عن ضعف وظيفة تحفيز النواة المتكئة في عنصري المكافأة/ التحفيز في نظام اللوزة الدماغية. ومن المفارقات المؤسفة أن الأفراد المصابين باضطراب الشخصية الحدية يبالغون في رد فعلهم تجاه المحفزات السلبية.

يعد النشاط الطبيعي لمعدل الدوبامين العصبي في النواة المتكئة ضرورياً لكي يعمل نظام التحفيز / المكافأة بشكل صحيح (الشكل 7-5)، فهناك دليل على أن نشاط المعدلات العصبية هذه تكون مضطربة لدى الأشخاص المصابين باضطراب الشخصية الحدية. قد يؤدي نشاط الدوبامين غير الطبيعي في النواة المتكئة أيضاً إلى ارتفاع معدلات الاكتئاب وتعاطي العقاقير المرتبط باضطراب الشخصية الحدية. لقد ثبت أن تناول الكحوليات والعديد من الأدوية المسببة للإدمان تحفز مؤقتاً نشاط الدوبامين في هذه المنطقة من المخ.

الانفعال والذاكرة

كما أشرتُ آنفاً، ترتبط الذاكرة بالانفعالات ارتباطاً وثيقاً، ويعد **التكوين الحصيني** إحدى البنى المهمة في المخ المتعلقة بالذاكرة، وهو يقع بجوار اللوزة الدماغية ومتصل بها هيكلياً ووظيفياً بواسطة مسارات عصبية قوية (الشكلان 7-1 و 7-2).

يتيح الموقع التشريحي القريب لهذه البنى مستويات منخفضة إلى متوسطة من التوتر والاستجابة الانفعالية لزيادة الذاكرة، على الرغم أنه من المعروف أن المستويات العالية من الانفعال تتداخل مع تكوين الذاكرة واسترجاعها، وقد تفسر هذه العلاقة بين الاستجابة الانفعالية والذاكرة سبب معاناة بعض الأشخاص المصابين باضطراب الشخصية الحدية من نوبات من هفوات في الذاكرة عندما تعرضهم لضغط شديد تتراوح ما بين القصيرة إلى الطويلة.

لذلك، فمن الثابت إلى حد ما أن الأعراض الانفعالية للاضطراب الحدي والاضطرابات الأخرى التي تحدث مع الاضطراب الحدي (انظر الفصل الثامن)، ترتبط جزئياً باختلالات الوظيفية، وخاصة فرط النشاط، في نظام اللوزة الدماغية.

الأنظمة العصبية للتحكم في الاندفاع

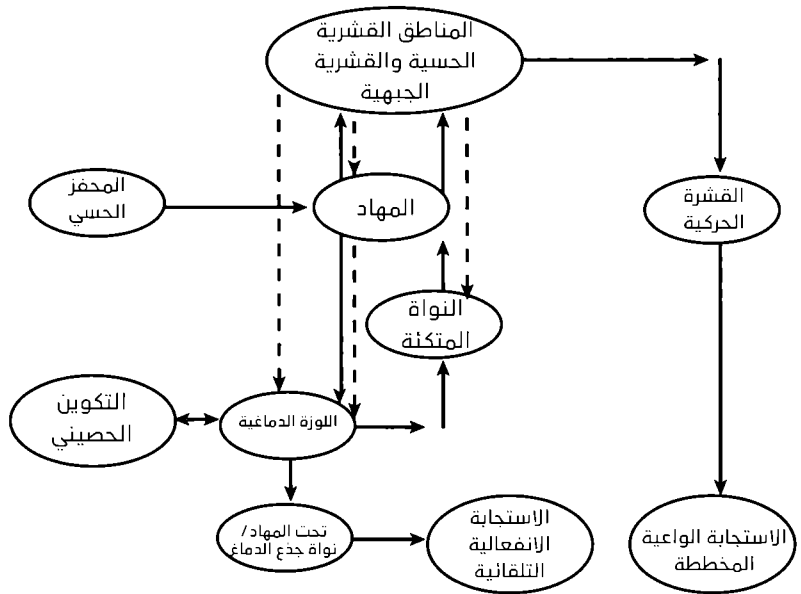
أظهرت الدراسات البحثية أن الأشخاص الذين يعانون اضطراب الشخصية الحدية لديهم انخفاض واضح في بعض الوظائف التي تحدث في الفصوص الجبهية للمخ (انظر الشكل 7-1)، فالمسارات والدوائر العصبية في الفصوص الجبهية هي المسؤولة عن التفكير والتخطيط والاستدلال وتقييم ما يجب القيام به. وبمجرد حدوث هذه العمليات، عادة ما يتم التصرف وفقاً لها، وتتم الخطوة الأخيرة في هذه العملية متعددة الخطوات للتحكم في الاندفاع من خلال منطقتين قشريتين أخريين، وهما القشرة الحزامية الأمامية والقشرة الأمامية الجبهية المدارية (انظر الشكل 7-1)، وغالباً ما يشار إليها باسم "التحكم التنازلي"، وتؤدي هذه الدوائر عدة وظائف، منها:

- التقييم الواعي لأهمية المعلومات المشحونة انفعالياً والمنقولة مباشرة من الأنظمة الحسية، وبشكل غير مباشر من نظام اللوزة الدماغية
- تقييم العواقب المحتملة للاستجابات السلوكية لهذه المحفزات
- دمج وتعديل هذه الاستجابات قبل وفي أثناء العمل
- تخزين هذه المعلومات لاستخدامها في المستقبل

ومن هنا يتضح سبب أهمية وظائف هذه الدوائر المدارية والحزامية الأمامية الجبهية في التحكم في السلوك الاندفاعي (الشكل 7-3)، فهذه الدوائر تمارس تعديلاً تنازلياً واعياً للنشاط التلقائي للبنيات الموجودة في أعماق المخ، مثل تلك الموجودة في نظام اللوزة الدماغية. وعلى حسب الاستنتاجات والقرارات التي تُتخذ

بوعي على المستوى القشري الأعلى، فإما تحفز الأنظمة التلقائية ذات المستوى الأدنى أو تثبط بشكل أكثر ملاءمة. ومع ذلك، فإن هذا التحكم التنازلي غير مكتمل، فعلى سبيل المثال: عندما تكون شديد القلق، ستواجه صعوبة في الاسترخاء، إلا إذا كنت تتناول الأدوية و/ أو طورت مهارات خاصة مثل تلك التي تُدرس في تدريب الارتجاع البيولوجي. لذلك، يبدو أن ضعف هذه الدوائر القشرية أمام الجبهية يؤدي إلى تضائل التحكم في الاندفاعات؛ لأنك أقل قدرة على اتخاذ قرارات سليمة والتصرف بشكل أكثر ملاءمة مما لو كنت هادئاً. تتقدم العملية التنازلية خطياً من المناطق القشرية المسؤولة عن التفكير العقلاني إلى المناطق الحزامية المدارية والأمامية في القشرة الجبهية. ولكن هل هناك أي دليل على وجود نشاط غير طبيعي في هذه المناطق من المخ لدى الأشخاص المصابين باضطراب الشخصية الحديّة؟

الدوائر العصبية للتحكم في الاندفاع



الشكل 7-3: بمجرد معالجة المعلومات على المستوى القشري للمحتوى الواقعي والانفعالي (انظر الشكل 7-2) تمارس المناطق القشرية أمام الجبهية، وخاصة القشرة الحزامية الأمامية والقشرة الأمامية الجبهية المدارية التحكم "التنازلي" من خلال المسارات التي تتصل بالأنظمة تحت القشرية وتحفزها أو تثبطها (الموصوفة في الشكل 7-2) تمثل الخطوط المتقطعة (- -) في الرسم التخطيطي هذه المسارات.

هناك دراسة حديثة تستخدم التصوير بالرنين المغناطيسي الوظيفي (صور ثلاثية الأبعاد للمخ تبين مستويات النشاط أو وظائف المناطق المختلفة في المخ) للأشخاص المصابين باضطراب الشخصية الحدية كشفت بيانات مهمة متعلقة بهذا الموضوع، ففي أثناء محاولات تثبيط الأفعال غير المناسبة، أظهرت عينات الدراسة المصابة باضطراب الشخصية الحدية اتصالاً وظيفياً أقل بشكل كبير بين القشرة الحزامية الأمامية وبنى المنطقة الوسطى للفصوص الجبهية (انظر الشكل 7-1)، مقارنة بالأشخاص غير المصابين بالاضطراب. إن درجة الضعف في النشاط في هذه المنطقة من المخ لدى المصابين باضطراب الشخصية الحدية تقترن بدرجة الاندفاع التي يبدونها.

إن مستوى الاندفاع لدى المصابين باضطراب الشخصية الحدية يرتبط بانخفاض في نشاط المعدل العصبي المثبط حمض جاما أمينوبيوتيريك، وهذا يشبه النتائج التي اكتشفت عن مستويات المعدل العصبي السيروتونين في المسارات التي تتحكم في السلوك الاندفاعي، ويبدو أن المستويات المنخفضة من حمض جاما أمينوبيوتيريك والسيروتونين يسبب زيادة الاندفاع، والأدوية التي تزيد من نشاط السيروتونين في المخ كثيراً ما تساعد المصابين باضطراب الشخصية الحدية على التحكم في سلوكهم الاندفاعي بشكل أفضل. ومن المثير للدهشة أن هذا الأثر لم يحدث بين التحكم في الاندفاع والأدوية التي تعزز من نشاط حمض جاما أمينوبيوتيريك لدى المصابين بالاضطراب.

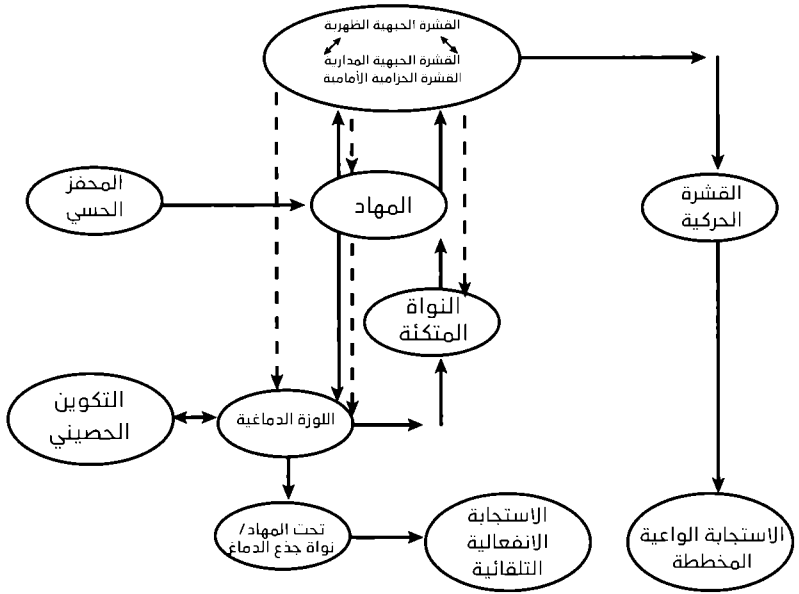
النظم العصبية للإدراك والاستدلال المنطقي

نحن نعلم أن أجزاء المناطق الجانبية (الجانبين الأيمن والأيسر) من الفصوص الجبهية للمخ المرتبطة بالتفكير والتخطيط والاستدلال واتخاذ القرارات- التي يشار إليها أيضاً بالسلوكيات المعرفية. تعد القشرة الظهرية الجبهية والمناطق القشرية المقترنة بها ودوائرها مهمة خاصة في تفعيل الوظيفة المعرفية المناسبة (انظر الشكلين 7-1 و 7-4)، فهذه الدوائر الجبهية تمكننا من: مكتبة سُرَمَن قرأ

- التمييز الدقيق بين المدخلات الحسية المتشابهة (أي النغمات والكلمات ودرجات الألوان)
- التفكير المنطقي
- تطوير إستراتيجيات لحل المشكلات المعقدة
- التفكير المجرد
- تسهيل عمل الذاكرة والتعلم

تتفاعل القشرة الظهرية الجبهية بشكل كبير مع القشرة الجبهية الوسطى والمدارية لتمكننا من التعبير الكامل عن التمييز الإدراكي والذاكرة العاملة والتفكير والاستدلال وما إلى ذلك (انظر الشكل 7-4)، وهذا يشير بقوة إلى احتمالية أن تعزى بعض أعراض اضطراب الشخصية الحدية وسلوكياته إلى اضطرابات في المسارات التي تربط بين هذه البنى وغيرها في المخ، فعلى سبيل المثال: أظهرت دراسات تصوير مخ الأشخاص المصابين باضطراب الشخصية الحدية انخفاضاً كبيراً في النشاط العصبي في منطقة القشرة الجبهية الظهرية في المخ.

الدوائر العصبية للتفكير والاستدلال



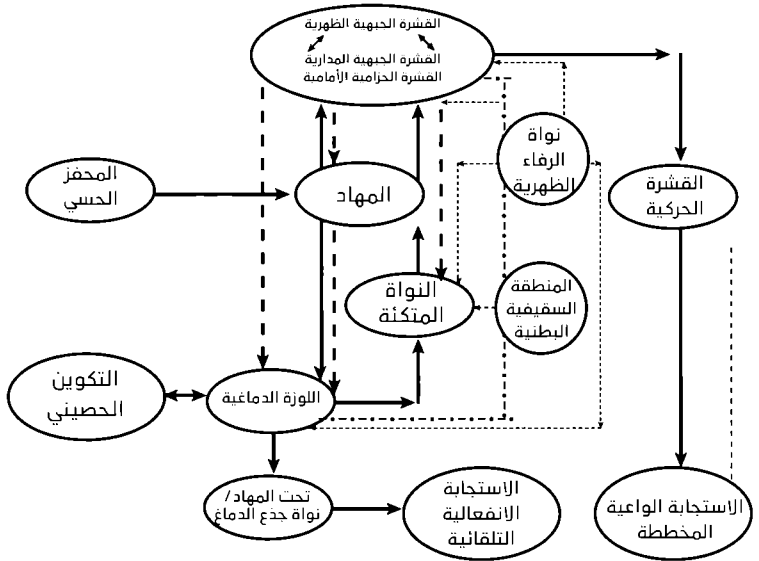
الشكل 7-4: التفكير الدقيق والواضح ومعالجة المعلومات بوعي يعتمد على النشاط في القشرة الجبهية الظهرية. تدمج هذه المعلومات مع القشرة الحزامية الأمامية والقشرة الأمامية الجبهية المدارية وتعالجها بشكل أكبر. تمارس المسارات من مناطق المخ الأخيرة هذه تحكماً "تنازلياً" على السلوكيات الناتجة عن هياكل الدماغ الأعمق الموضحة في الشكلين 7-7 و 7-3.

هناك اختبارات نفسية عصبية محددة صُممت لتقييم وظائف المخ المعرفية، وهذه الاختبارات تثبت باستمرار أن العديد من الأشخاص المصابين باضطراب الشخصية الحدية لديهم خلل أو أكثر في هذه الوظائف، مقارنة بالأشخاص الذين لا يعانون الاضطراب.

اختلال وظائف المعدلات العصبية

تمدنا نتائج الأبحاث بأدلة متعلقة بالاضطرابات الكيميائية في المخ لدى الأشخاص المصابين باضطراب الشخصية الحدية، والتي قد تفسر ضعف التحكم في الانفعالات والاندفاعات واضطراب التفكير والاستدلال، فهناك دليل على أن نشاط هرمون السيروتونين ونشاط هرمون الدوبامين غير طبيعيين في مسارات معينة بداخل امخاخ الأشخاص المصابين باضطراب الشخصية الحدية؛ حيث تنشأ مسارات هرموني السيروتونين والدوبامين في جذع الدماغ وتتوزع بشكل كبير في العديد من البنيات القشرية وتحت القشرية في المخ. وتشمل هذه الأجهزة العصبية الثلاثة المشاركة في اضطراب الشخصية الحدية (الشكل 5-7).

مسارات تعديل السيروتونين والدوبامين



الشكل 5-7: المسارات الموضحة في الشكلين 7-2 و 7-4 تستخدم الناقلات العصبية التحفيزية والمثبطة الجلوتامات وحمض جاما أمينوبوتيريك، على التوالي. يتم تعديل (تحفيز أو تثبيط) النشاط في هذه المسارات بواسطة عدد من الناقلات العصبية الأخرى التي يشار إليها أيضاً باسم المعدلات العصبية. تعود أصول الخلايا العصبية لاثنتين من هذه المعدلات العصبية إلى المنطقة السقفية البطنية (الدوبامين) ونواة الرقاع الظهري (السيروتونين)، وكلاهما يقع في جذع الدماغ. هناك دليل على أن كلا نظامي التعديل العصبي هذين لا يعملان بشكل صحيح في الأشخاص الذين يعانون اضطراب الشخصية الحدية. تمثل هذه الخطوط المتقطعة (---) مسارات السيروتونين وهذه الخطوط والنقاط (---•••) تمثلان مسارات الدوبامين. والخطوط المتقطعة الكبيرة (----) تمثل مسارات التحكم التنازلي

تعمل المعدلات العصبية بشكل انتقائي على زيادة أو تقليل مستوى النشاط في الدوائر العصبية من أجل تحسين الاستجابات المناسبة من جميع الأنواع. ربما يؤثر النشاط غير الطبيعي لهرموني السيروتونين والدوبامين بشدة على المسارات العصبية التي تتحكم في الوظائف السلوكية التي تعاني خلالها لدى الأشخاص المصابين باضطراب الشخصية الحدية. يوفر الدليل على وجود هذه التشوهات الكيميائية لدى الأشخاص المصابين باضطراب الشخصية الحدية الفرصة للأطباء لتطوير واستخدام أساليب علاج دوائية جديدة وأكثر فاعلية (انظر الفصل العاشر).

الخلاصة

إن النشاط غير الطبيعي في نظام اللوزة الدماغية (صعوبة التحكم في المشاعر). بالإضافة إلى انخفاض نشاط النظامين الحزامي الأمامي والمداري (الاندفاع) والنظام الجبهي الظهري (ضعف في كل من الذاكرة، والتعلم، والاستدلال)، يحدث بدرجات مختلفة لدى المصابين باضطراب الشخصية الحدية. ليس هناك داع للاعتقاد بأن جميع المصابين باضطراب الشخصية الحدية يعانون الدرجة ذاتها من الخلل في كل من هذه الأنظمة العصبية. في الواقع، من الواضح أن المصابين باضطراب الشخصية الحدية لديهم مستويات مختلفة من الخلل في كل من النطاقات السلوكية للاضطراب التي تتحكم فيها هذه المسارات العصبية، فبعض الأشخاص يظهر عليهم أعراض صعوبة التحكم في المشاعر بصورة أكبر، في حين أن البعض الآخر يلاقي صعوبة أكبر في التحكم في سلوكهم الاندفاعي، بينما ربما يعاني الآخرون صعوبة أكبر في قدرتهم على الاستدلال والتفكير بوضوح وعقلانية. ولاسيما عند التعرض للضغط. في الواقع، في أوقات التعرض للضغط الشديد قد يفقدون التواصل مع الواقع لفترة وجيزة لدرجة أنهم يصبحون شكاكين للغاية في الأشخاص الآخرين، أو يشعرون بأنهم يمرون بتجارب خروج الروح من الجسد أو أفكار وأحاسيس غريبة أخرى.

مكتبة

t.me/soramnqraa

إن أهم حقيقتين نستخلصهما من هذا الفصل:

1. إن أعراض اضطراب الشخصية الحدية، بطبيعتها، أو عندما تقترن بآثار التجارب البيئية الضارة، تحدث نتيجة اضطرابات في مسارات عصبية معينة في المخ، وليست نتيجة سلوك مقصود أو متعمد.

2. تستمر الأبحاث في تزويدنا بفهم أفضل لهذه الاضطرابات، التي ستؤدي إلى علاجات جديدة وأكثر فاعلية لاضطراب الشخصية الحدية.

الثامن

الاضطرابات المصاحبة الشائعة

إذا كنت مصاباً باضطراب الشخصية الحديّة، فإنك تعاني عددًا من الأعراض والمشكلات السلوكية المقلقة الموصوفة في الفصل الأول. ربما بسبب أن بعض أعراض اضطراب الشخصية الحديّة تتداخل مع الاضطرابات العقلية الأخرى التي تنتقل أيضًا بنسبة كبيرة عن طريق الوراثة، قد تكون أكثر عرضة للإصابة باضطرابات عقلية أخرى من الأشخاص غير المصابين باضطراب الشخصية الحديّة، وتشمل هذه الأعراض:

- الاضطرابات المرتبطة بالمواد الإدمانية
- اضطرابات الحالة المزاجية، ولا سيما الاضطراب الاكتئابي الشديد والاكتئاب الجزئي والاضطراب ثنائي القطب
- اضطراب فرط الحركة وقلّة الانتباه
- اضطرابات القلق
- اضطراب ما بعد الصدمة
- اضطرابات الأكل، خاصة الشره المرضي العصبي وفقدان الشهية العصبي
- الاضطرابات الشخصية الأخرى

غالباً ما يتم تشخيص هذه الاضطرابات بشكل صحيح عند الأشخاص المصابين باضطراب الشخصية الحدية، أما اضطراب الشخصية الحدية. فلا يتم تشخيصه بشكل صحيح إذا صاحبه أحد هذه الاضطرابات الأخرى. وعندما يحدث هذا، غالباً ما يكون علاج الحالات المرضية الأخرى أقل نجاحاً مما هو متوقع، ويرجع ذلك أساساً إلى أن الأعراض غير المعالجة لاضطراب الشخصية الحدية تتداخل مع فاعلية التدخلات العلاجية الأخرى. بالإضافة إلى ذلك، من أجل علاج اضطراب الشخصية الحدية بشكل فعال، يحتاج طبيبك إلى التعرف على الاضطرابات المصاحبة إذا كانت موجودة، ووصف العلاج الإضافي المناسب. كما ذكرت في الفصل الخامس، فإن الاكتشاف المبكر والعلاج الفعال للاضطراب العقلي المصاحب لاضطراب الشخصية الحدية يؤدي في كثير من الأحيان إلى تقليل سريع لأعراض اضطراب الشخصية الحدية في حد ذاتها؛ لذلك من الضروري أن تحاول أنت وطبيبك النفسي تحديد هذه الحالات المصاحبة وبدء العلاجات الإضافية المناسبة على الفور إذا لزم الأمر.

من أجل تزويدك بأوصاف وتعريفات دقيقة للاضطرابات المصاحبة لاضطراب الشخصية الحدية، فقد استخدمت خلال هذا الفصل المعايير التشخيصية للاضطرابات الموضحة في الإصدار الخامس من الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات العقلية، والتي نشرتها الجمعية الأمريكية للطب النفسي واستخدمت بإذن منها. يُستخدم هذا الدليل التشخيصي في معظم أنحاء العالم ويُعد أحد المعايير التشخيصية الرائدة للاضطرابات العقلية.

الاضطرابات المرتبطة بالمواد الإدمانية

كانت هناك مراجعة كبيرة في تصنيف ومعايير الاضطرابات العقلية المدرجة في هذه الفئة في الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات العقلية (الإصدار الخامس) مقارنة بتلك الموجودة في الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات العقلية (الإصدار الرابع)، وإن وصف هذه التغييرات بالتفصيل يتجاوز الهدف من هذا الكتاب ونطاقه عن ما هو واضح هو أنه لا يوجد مؤشر أقوى للنتائج السلبية على شخص يعاني اضطراب الشخصية الحدية، سواء كان يُعالج أو لا يُعالج، من تعاطي الكحول أو المواد الإدمانية.

عند إجراء تقييم دقيق لمجموعة كبيرة من الأشخاص المصابين باضطراب الشخصية الحدية وجد أن غالبيتهم يدمنون المخدرات أو الكحوليات. ويبدو أن

هناك مجموعة متنوعة من الأسباب لهذا، حيث يشير الكثير من الأشخاص المصابين باضطراب الشخصية الحدية إلى أن فعل ذلك بشكل مؤقت يخفف من الألم العاطفي الحاد الذي يشعرون به، خاصة عند الوقوع تحت وطأة التوتر، لكن هذا لا يستمر على المدى الطويل، لذا فإن الاستفادة تكون مؤقتة، وتكون الكلفة المالية والجسدية والمهنية والاجتماعية وغيرها كبيرة، فعلى سبيل المثال: غالبًا ما يخفف استخدام هذه المواد بشكل كبير من اختلالات التفكير المنطقي بالفعل لكنه يزيد من خلل التحكم الانفعالي والاندفاعي، ما يؤدي إلى تفاقم أعراض اضطراب الشخصية الحدية بشكل كبير، كما أنه يقلل بشكل كبير من فاعلية الأدوية والعلاج النفسي للاضطراب. وهذه الأسباب وغيرها هي السبب، ما لم يكن الشخص قادرًا على التعافي من الإدمان، في أن تعاطي المخدرات مؤشر قوي على نتيجة سيئة لشخص يعاني اضطراب الشخصية الحدية. هناك أيضًا دليل على أن بعض التغيرات الجينية التي تجعل الأشخاص عرضة للإصابة باضطراب الشخصية الحدية قد تكون كذلك من بين مجموعة الجينات التي تشكل عوامل خطر للإدمان على الكحول وتعاطي المخدرات.

لذلك، فإنني أنصح مرضاي بشدة بعدم تناول الكحوليات أو تعاطي المخدرات، وتناول الأدوية الموصوفة فقط من أطبائهم، كما أشجع هؤلاء المرضى الذين يعانون اضطراب تعاطي المواد الإدمانية على التسجيل في برنامج العلاج من الكحوليات أو المخدرات. كما أوضحت لبعضهم أنهم قد يستفيدون من تجربة مثبت الحالة المزاجية توبيراميت نظرًا لقدرته على تقليل الرغبة في تناول الكحوليات والمخدرات لدى المرضى المدمنين، لكن يجب أن تضع في اعتبارك أن استخدام توبيراميت لعلاج إدمان الكحوليات هو استخدام غير مصرح للدواء (بمعنى أنه لم تتم الموافقة عليه لهذا الغرض من قبل إدارة الغذاء والدواء)، والآثار الجانبية المحتملة مثل ضعف الذاكرة وانخفاض مستويات البيكربونات في الدم لا بد من مراقبتها بعناية من قبلك ومن قبل طبيبك.

الخلاصة هي أن هناك أملاً ضئيلاً للسيطرة على أعراض اضطراب الشخصية الحدية مع إدمان الكحوليات والمخدرات.

اضطرابات الحالة المزاجية

أظهرت الأبحاث أن نسبة الإصابة بالاضطراب الاكتئابي الرئيسي، والاكتئاب الجزئي، والاضطراب ثنائي القطب تزداد لدى الأشخاص المصابين باضطراب الشخصية

الحدية، فأكثر من 80 في المائة من الأشخاص المصابين باضطراب الشخصية الحدية يصابون بالاضطراب الاكتئابي الرئيسي، بينما يصاب به من 5 إلى 12 بالمائة من الرجال ومن 10 إلى 25 في المائة من النساء من الأشخاص العاديين. وما يقرب من 40 في المائة من الأشخاص المصابين باضطراب الشخصية الحدية سيصابون بالاكتئاب الجزئي.

وبما أن من الشائع أن يصاحب اضطراب الشخصية الحدية نوبات من الاضطراب الاكتئابي الرئيسي والاكتئاب الجزئي، فمن المهم أن تعرف أعراضهما وتبهما طبيبك على الفور إذا ظهرا.

الاضطراب الاكتئابي الرئيسي

إذا أصبت بهذا الاضطراب، فستشعر بخمسة أو أكثر من الأعراض التالية على الأقل لمدة أسبوعين:

- الشعور بالاكتئاب معظم اليوم، وكل يوم تقريباً، والشعور بالحزن أو الفراغ أو اليأس أو ملاحظة الآخرين ذلك. لدى الأطفال والمراهقين، يمكن أن تظهر الحالة المزاجية الاكتئابية بوصفها اضطراباً في المزاج.
- فقدان الاهتمام وعدم الشعور بالمتعة تجاه كثير أو جميع الأنشطة التي عادة ما تجلب لك المتعة.
- فقدان أو اكتساب أكثر من 5 في المائة من وزنك في الشهر، دون تغيير في النظام الغذائي، أو انخفاض أو زيادة في الشهية كل يوم تقريباً.
- معاناة الأرق أو النوم المفرط كل يوم تقريباً.
- حدوث هياج جسدي وعقلي أو تباطؤ في معظم الأوقات، وهو ما قد يلاحظه الآخرون أيضاً.
- الشعور بالإرهاق أو انخفاض مستويات الطاقة كل يوم تقريباً، وقد يؤدي هذا إلى انخفاض ملحوظ في أنشطتك اليومية.
- الشعور بانعدام القيمة أو الذنب المفرط، وهذه المشاعر ليست مجرد لوم ذاتي أو شعور بالذنب تجاه المرض.
- انخفاض القدرة على التفكير أو التركيز، أو الشعور بالتردد لدرجة أن ذلك يتعارض مع قدرتك على أداء الوظائف اليومية بشكل طبيعي.

- أفكار متكررة عن الموت، أو أفكار متكررة حول الانتحار دون خطة محددة، أو محاولة الانتحار.

ستتسبب أعراض الاضطراب الاكتئابي الرئيسي على الأرجح في شعورك الشديد بالحزن وستؤثر سلبًا على مهاراتك الاجتماعية، والمهنية، وغيرها من المهارات الأخرى. قبل أن تستنتج أنك مكتئب، يجب أن يكون واضحًا أن الأعراض التي تشعر بها ليست بسبب آثار أية مادة (على سبيل المثال، المخدرات أو الأدوية)، أو حالة طبية عامة، أو شعور بالحزن نتيجة لفقدان أحبائك.

الاضطراب الاكتئابي المستمر: الاكتئاب الجزئي

تتشابه أعراض الاكتئاب الجزئي مع أعراض الاضطراب الاكتئابي الرئيسي، ولكنها ليست كثيرة وأقل حدة، فإذا كنت تعاني الاكتئاب الجزئي، فستكون مصابًا بالاكتئاب لمدة عامين على الأقل، ويستمر الاكتئاب معظم اليوم، ولأيام أكثر من التي تشعر خلالها بأنك طبيعي.

وفي أثناء الاكتئاب، ستعاني اثنين أو أكثر من الأعراض التالية:

- فقدان الشهية أو الشره
- الأرق أو النوم المفرط
- انخفاض الطاقة أو الشعور بالإرهاق
- تقدير الذات المنخفض
- ضعف التركيز أو صعوبة اتخاذ القرارات
- الشعور باليأس

خلال فترة السنتين هذه، ستشعر بالأعراض المذكورة أعلاه لأكثر من شهرين في آن واحد، وستتسبب الأعراض في شعورك بضيق شديد أو تعارض مع أدائك على الصعيد الاجتماعي أو في العمل أو في مجالات أخرى من حياتك. كي تتأكد من أنك مصاب بالاكتئاب الجزئي، لا بد ألا تشعر بنوبات من الهوس أو النوبات المختلطة أو نوبات الهوس الخفيف أو اضطراب المزاج الدوري.

يجب أن يكون واضحًا أن الأعراض التي تعانيها ليست بسبب تأثيرات أية مادة (على سبيل المثال، مخدر أو دواء)، أو حالة طبية عامة، أو فجعية.

التمييز بين اضطراب الشخصية الحدية والاضطراب الاكتئابي الرئيسي أو الاضطراب الاكتئابي المستمر

هناك تداخل كبير في الأعراض بين اضطراب الشخصية الحدية والاضطراب الاكتئابي الرئيسي والاضطراب الاكتئابي المستمر، لذلك في بعض الأحيان قد يكون من الصعب تحديد ما إذا كنت قد أصبت بنوبة من الاضطراب الاكتئابي الرئيسي أو الاكتئاب الجزئي، أو أنك ببساطة تعاني زيادة في أعراض اضطراب الشخصية الحدية، ولكن هناك بعض الاختلافات بين أعراض هذه الاضطرابات المزاجية وتلك الخاصة باضطراب الشخصية الحدية التي تساعد على التمييز بينهما، إذ إنه أمر مهم لأن علاج كل اضطراب يختلف عن الآخر.

غالباً ما تُثار مشاعر الحزن والاكتئاب والوحدة المرتبطة باضطراب الشخصية الحدية بسبب بعض أحداث الحياة ويبدأ الشعور بها على الفور، وهناك أيضاً اختلاف في جودة الاكتئاب، فعندما ينجم عن اضطراب الشخصية الحدية، فإن الاكتئاب يرتبط غالباً بمشاعر قوية من الفراغ والوحدة ومخاوف الهجر، وتساعد الاختلافات في جودة وحجم الاعتماد على العلاقات في التمييز بين الاضطرابين، فعادةً لا تستمر نوبات الاكتئاب المرتبطة باضطراب الشخصية الحدية لمدة أسبوعين (مثل الاضطراب الاكتئابي الرئيسي) أو عامين (مثل الاكتئاب الجزئي)، ويمكن بسهولة معالجته إذا تحسن الموقف الذي أدى إلى الشعور به.

قد يواجه الأشخاص المصابون باضطراب الشخصية الحدية صعوبة في النوم، أو قد ينامون بشكل مفرط. ومع ذلك، عادة ما ترتبط نوبات اضطراب النوم هذه بضعف أو أزمات حياتية حالية يمكن تحديدها، وتتوقف عند التعامل مع الموقف بنجاح. الأمثلة الأخرى لحالات الاكتئاب الظرفية لاضطراب الشخصية الحدية هي تلك التي تتجلى من خلال الأفكار الانتحارية الحادة والسلوكيات المضرة بالنفس التي تكون نتيجة مباشرة لحدث ظرفي شديد التوتر (على سبيل المثال: جدال حاد مع أحد الوالدين أو شريك الحياة أو المدير)، وعادة ما تكون هذه الأعراض من أعراض اضطراب الشخصية الحدية وليس اضطرابات المزاج.

بعبارة أخرى، عندما تكون مصاباً باضطراب الشخصية الحدية، فقد تشعر بالعديد من أعراض الاضطراب الاكتئابي الرئيسي والاكتئاب الجزئي، خاصة عندما تكون في حالة انفعال وتوتر شديدتين، ولكن من المرجح أن تكون أعراضك ناتجة عن

ضعف التحكم الانفعالي، وهي سمة أساسية لاضطراب الشخصية الحديّة، أكثر من كونها إشارة إلى اضطراب مزاجي عميق الجذور ومستمر.

على الرغم من ذلك، إذا كنت تعتقد أنك تشعر بأعراض أي من هذه الاضطرابات المزاجية، فمن الأفضل أن تخبر على الفور طبيبك النفسي حتى تتمكن من تحديد العلاج الإضافي المناسب. ويتضمن العلاج الإضافي للاضطراب الاكتئابي الرئيسي أو الاكتئاب الجزئي استخدام مضادات الاكتئاب، أو زيادة الجرعة إذا كان أحدها مستخدماً بالفعل. وقد يكون العلاج النفسي الداعم (انظر الفصل الحادي عشر) الذي يركز على الاكتئاب مفيداً أيضاً للمساعدة على تحديد أنماط التفكير والسلوكيات التي تعمل كعوامل خطر لاضطرابات المزاج، ويمكن أن يؤدي إلى سلوكيات جديدة أكثر نجاحاً. في كثير من الأحيان، يكون التغيير المناسب للدواء في اضطراب الشخصية الحديّة الحاد هو الإضافة المؤقتة لجرعة صغيرة من عامل مضاد للذهان والعلاج النفسي، كما هو مذكور آنفاً.

الاضطراب ثنائي القطب

يصاب نحو 10 في المائة من الأفراد المصابين باضطراب الشخصية الحديّة بالاضطراب ثنائي القطب، بينما يصاب به نحو 1 في المائة من الأشخاص العاديين. يشبه الاضطراب ثنائي القطب في بعض النواحي الاضطراب الاكتئابي الرئيسي ولكنه تصاحبه نوبات الهوس والهوس الخفيف، وتعتبر نوبات الهوس الاكتئابي فترات من الحالات المزاجية المضطربة التي تستمر لمدة أسبوع واحد على الأقل، وغالباً ما ترتبط هذه النوبات باضطرابات حادة في اختبار الواقع، مثل أفكار العظمة أو أهام الارتياب. وتتكون نوبات الهوس الخفيف من أربعة أيام على الأقل من الارتفاع الخفيف إلى المعتدل للمزاج، والتفكير الإيجابي المحسن، وزيادة مستويات الطاقة، وهناك أيضاً فترات تحدث خلالها أعراض الهوس أو الهوس الخفيف بالتزامن مع أعراض الاكتئاب، ويُشار إلى هذه الحالات باسم "الحالات المختلطة"، وإذا انطبقت على الفرد معايير كل من نوبات الاضطراب الاكتئابي الرئيسي ونوبات الهوس، فيُعتبر مصاباً باضطراب ثنائي القطب من النوع الأول، وإذا انطبقت عليه معايير كل من نوبات الاضطراب الاكتئابي الرئيسي ونوبات الهوس الخفيف، فيعد مصاباً باضطراب ثنائي القطب من النوع الثاني.

تعني الإصابة بنوبات الهوس أنك تمر بفترة مختلفة وغير طبيعية وممتدة من الحالة المزاجية المضطربة التي تستمر لمدة أسبوع على الأقل.

كي يتم تشخيصك بنوبات الهوس، لابد أن تشعر بثلاثة أو أكثر من الأعراض التالية في أثناء فترة اضطراب حالتك المزاجية، ولا بد أن تكون الأعراض حادة ومستمرة طوال الوقت.

- تضخم الاعتداد بالنفس أو العظمة
- انخفاض الحاجة إلى النوم
- التحدث الزائد أو الضغط لمواصلة الحديث
- ازدحام الأفكار أو الانطباع بأن أفكارك تتسارع
- تشتت الانتباه المفرط
- زيادة في النشاط الهادف، اجتماعياً أو جنسياً، أو في العمل أو المدرسة
- السعي المفرط تجاه الأنشطة الممتعة التي تؤدي في كثير من الأحيان إلى عواقب ضارة، مثل الإفراط في شراء الأشياء أو الرعونة الجنسية أو الاستثمارات التجارية غير الحكيمة

يمكن أن تكون هذه النوبات حادة للغاية وعادة ما تسبب مشكلات واضحة في أدائك في المدرسة وفي العمل وفي العلاقات مع الآخرين. تتطلب نوبات الهوس أحياناً دخول المستشفى لحماية نفسك والآخرين من الضرر، أو إذا كنت تعاني أعراضاً ذهانية.

كما هي الحال مع الاضطرابات المزاجية الأخرى التي وصفتها آنفاً، يجب أن يكون واضحاً أن الأعراض التي تعانيها لا ترجع إلى آثار جانبية (عقار أو دواء) أو حالة طبية عامة، ويجب أيضاً التمييز بين هذه الأعراض وأعراض النوبات المختلطة (انظر صفحة 157)

تشير الإصابة بنوبة الهوس الخفيف إلى أنك تمر بفترة مختلفة ومستمرة من ارتفاع الحالة المزاجية الذي يستمر لمدة أربعة أيام على الأقل ويختلف بشكل واضح عن مزاجك اليومي المعتاد.

وقد تشبه الأعراض إلى حد كبير أعراض نوبات الهوس، ولا بد أن تشعر بثلاثة منها على الأقل من أجل تشخيصك بهذه النوبات، ويجب أن تكون الأعراض مستمرة بدرجة ما طوال الوقت.

إذا كنت تعاني نوبة هوس خفيف، فسيكون هناك تغيير واضح في أداك على غير عادتك، وستكون التغييرات ملحوظة من قبل الآخرين.

على عكس نوبات الهوس، فإن نوبات الهوس الخفيف لن تعيق أداك في العمل، أو تؤثر عليك اجتماعياً، أو في علاقاتك مع الآخرين، أو تتطلب دخول المستشفى لمنع الإضرار بك أو بالآخرين، ولن تعاني أيضاً أعراضاً ذهانية.

ومرة أخرى، يجب أن يكون واضحاً أن الأعراض التي تعانيها ليست بسبب تأثيرات مادة (عقار أو دواء) أو حالة طبية عامة.

النوبات المختلطة

تعني النوبات المختلطة أو الحالة المختلطة أنك تعاني أعراض نوبات الهوس ونوبات الاضطراب الاكتئابي الرئيسي وتطبق عليك معاييرها (بصرف النظر عن المدة) في الوقت نفسه. ويجب أن تظهر الأعراض كل يوم تقريباً لمدة أسبوع واحد على الأقل. سيعيق هذا النوع من اضطراب المزاج أداك في العمل، وسيؤثر فيك اجتماعياً، وفي العلاقات مع الآخرين. وقد تتطلب النوبات المختلطة أيضاً دخول المستشفى لمنع الإضرار بك أو بالآخرين، أو إذا كنت تعاني أعراضاً ذهانية.

كما هي الحال دائماً، يجب أن يكون من الواضح أن الأعراض التي تعانيها ليست بسبب تأثيرات مادة (عقار أو دواء) أو حالة طبية عامة.

قد تحدث نوبات مختلطة بسبب العلاج المضاد للاكتئاب، مثل الأدوية، والعلاج بالصدمات الكهربائية، والعلاج بالضوء. وعندما تكون هذه هي الحالة، ينبغي عدم اعتبار النوبات جزءاً من اضطراب ثنائي القطب من النوع الأول.

بسبب التغيرات الكبيرة في الحالة المزاجية التي يعانيها الأشخاص المصابون بالاضطراب ثنائي القطب، فإن هذا التشخيص غالباً ما يجرى بالخطأ للأشخاص الذين يعانون اضطراب الشخصية الحدية؛ ما يعني أنهم يتلقون علاجاً غير صحيح

وغير فعال. ومع ذلك، يجب أن تكون أنت وطبيبك منبهين لاحتمالية حدوث نوبات اضطراب ثنائي القطب، وخاصة النوع الثاني منه؛ لأن أعراض الهوس الخفيف قد لا تتجلى بوضوح ويمكن عدم الانتباه إليها بسهولة، فإذا اكتشف الفرد أنه مصاب باضطراب ثنائي القطب، فهناك حاجة إلى علاج إضافي. وعادةً ما يتضمن هذا العلاج استخدام مثبت الحالة المزاجية، مثل الليثيوم، أو ديفابروكس، أو لاموتريجين، ومضاد الاكتئاب عند الحاجة.

اضطراب فرط الحركة ونقص الانتباه

هناك دليل قوي على أن اضطراب فرط الحركة ونقص الانتباه أكثر شيوعًا بمعدل خمس مرات بين الأشخاص الذين يعانون اضطراب الشخصية الحدية مقارنةً بالأشخاص العاديين (5 بالمائة مقابل 25 بالمائة)، بالإضافة إلى ذلك، فقد ثبت أن هناك تداخلًا جينيًا بين اضطراب فرط الحركة ونقص الانتباه واضطراب الشخصية الحدية. فمن أعراض اضطراب فرط الحركة ونقص الانتباه انخفاض مدى الانتباه، وسهولة التشتت، وضعف الأداء في الدراسة، والعمل، والجانب الاجتماعي. هناك ثلاثة أنواع فرعية من اضطراب فرط الحركة ونقص الانتباه: أحدها مرتبط بعدم الانتباه وفرط النشاط والاندفاع، والثاني يرتبط غالبًا بقلة الانتباه، والثالث غالبًا بفرط النشاط والاندفاع.

إن اضطراب فرط الحركة ونقص الانتباه أكثر شيوعًا عند الصبية من الفتيات، فالنوع الفرعي المرتبط بفرط النشاط أكثر شيوعًا عند الصبية، في حين أن النوع الفرعي المرتبط بعدم الانتباه (النوع الفرعي ذو مستويات النشاط الطبيعي) موزع بشكل متساوٍ إلى حد ما بين الصبية والبنات. ومن المعروف الآن أن الاضطراب يستمر في أثناء البلوغ لدى نحو 50% من الأفراد الذين يصابون به وهم أطفال. ويحتاج هؤلاء البالغون إلى بدء العلاج أو مواصلته؛ لأن اضطراب فرط الحركة ونقص الانتباه اضطراب وراثي، فهو ينتشر عادة في العائلات.

من المألوف أن يتم تشخيص الأطفال المصابين باضطراب الشخصية الحدية بالخطأ باضطراب فرط الحركة ونقص الانتباه، ويتم علاجهم بالمنشطات مثل ميثيلفينيدات (ريتالين) أو أحد مشتقات الأمفيتامين، مثل أديرال. لا يستجيب الأطفال والبالغون المصابون باضطراب الشخصية الحدية الذين يعالجون بهذه

الأدوية بشكل جيد، بل يكون أداؤهم أسوأ مما يكون عليه بدون هذه الأدوية. ومع ذلك، إذا كان الفرد مُصاباً باضطراب الشخصية الحدية واضطراب فرط الحركة ونقص الانتباه في الوقت ذاته، فهناك بعض التقارير غير المؤكدة التي تقيد بأن الجمع بين منشط وجرعة منخفضة من مضاد الذهان المعالج لأعراض اضطراب الشخصية الحدية يكون له تأثير جيد على أعراض اضطراب فرط الحركة ونقص الانتباه دون التعرض للآثار الضارة للمنشط. في الحالات البسيطة، تكون العلاجات السلوكية وحدها فعالة في اضطراب فرط الحركة ونقص الانتباه.

عدم الانتباه

لاستيفاء معايير اضطراب فرط الحركة ونقص الانتباه لعدم الانتباه، لا بد أن تشعر بستة أعراض أو أكثر من الأعراض التالية لعدم الانتباه وتستمر لمدة ستة شهور على الأقل:

- الإخفاق في كثير من الأحيان في الانتباه للتفاصيل، أو ارتكاب أخطاء طائشة في المدرسة، أو العمل، أو الأنشطة الأخرى.
- مواجهة صعوبة في الحفاظ على انتباهك في المهام أو الأنشطة الدورية.
- الإخفاق باستمرار في متابعة التعليمات وإنهاء العمل المدرسي أو الأعمال المنزلية أو المهام في العمل.
- مواجهة صعوبة في تنظيم المهام والأنشطة.
- تجنب المهام التي تتطلب جهداً ذهنياً مستمراً.
- فقدان العناصر الضرورية للمهام أو الأنشطة، على سبيل المثال، مهام المدرسة والعمل، والأقلام، أو الكتب، أو الأدوات.
- تشتيت الانتباه بسهولة بسبب الأفكار أو الأحداث غير المهمة.
- كثرة النسيان في أثناء الأنشطة اليومية.

فرط النشاط

لاستيفاء معايير اضطراب فرط الحركة ونقص الانتباه المتعلقة بفرط النشاط، لا بد أن تشعر بستة أو أكثر من الأعراض التسعة التالية لفرط النشاط والاندفاع وأن تستمر لستة أشهر على الأقل:

- إظهار التملل من خلال يديك أو قدميك، أو التلوي في مقعدك.
- مواجهة صعوبة في البقاء جالسًا في الفصل الدراسي أو في العمل أو في مواقف أخرى حيث يكون الجلوس شيئًا متوقعًا.
- النشاط المفرط في المواقف التي يكون فيها ذلك غير مناسب، أو الشعور في كثير من الأحيان بعدم الراحة.
- مواجهة صعوبة في الانخراط بهدوء في أنشطة وقت الفراغ.
- الشعور في كثير من الأحيان بأنك مدفوع أو مجبر على فعل شيء ما.
- التحدث بشكل مفرط كثيرًا.

الاندفاع

- تقديم الإجابات قبل أن تتاح الفرصة للآخرين لإكمال أسئلتهم.
- مواجهة صعوبة في انتظار دورك.
- مقاطعة الآخرين أو الدخول في أحاديثهم، على سبيل المثال، عن طريق إقحام نفسك في المحادثات أو الأنشطة الأخرى.

أيًا كانت الأعراض التي تعانيها، يجب أن تكون قد أدت إلى سلوك غير متناسق مع مرحلة نموك من أجل أن يتم تشخيصك باضطراب فرط الحركة ونقص الانتباه. بالإضافة إلى ذلك، يجب أن تكون بعض أعراض فرط النشاط - الاندفاعية أو عدم الانتباه موجودة قبل سن السابعة؛ ويجب أن يكون هناك ضعف في الأداء الاجتماعي أو الدراسي أو المهني؛ وأن يظهر هذا الضعف من الأعراض المذكورة أعلاه في مكانين أو أكثر، على سبيل المثال، في المدرسة أو العمل أو المنزل.

اضطرابات القلق والهلع

إن القلق أحد الأعراض الشائعة لاضطراب الشخصية الحدية، فقد تشعر به بشكل خاص في أوقات التوتر - على سبيل المثال، عندما تواجه نقدًا شخصيًا ورفضًا - أو في أثناء فترات الانفصال عن الأشخاص المهمين جدًا بالنسبة لك. قد يؤدي القلق المتوسط إلى الشدид أيضًا إلى أعراض أخرى، مثل الآلام الجسدية، والصداع، وآلام البطن، ومتلازمة القولون العصبي.

يعاني نحو 90% من الأشخاص المصابين باضطراب الشخصية الحديّة اضطرابات القلق، ويعاني نحو 50% من الأشخاص المصابين باضطراب الشخصية الحديّة شكلاً حاداً للغاية من القلق، يُسمى اضطراب الهلع. يصاحب اضطراب الهلع نوبات هلع غير متوقعة يتبعها على الأقل شهر من القلق المستمر بشأن حدوث نوبة أخرى والعواقب المحتملة للنوبات، أو حدوث تغيير كبير في السلوك المرتبط بالنوبات. يمكن أن تظهر الأعراض بشكل غير متوقع وفجأة دون أسباب واضحة، وتختفي إما بسرعة أو ببطء. قد يخاف الأشخاص أيضاً الذين يعانون نوبات الهلع من إيجاد أنفسهم في ظروف قد يكون الهرب منها صعباً أو محرجاً، مثل المصاعد ومتاجر التسوق ودور السينما، ويشار إلى هذا باسم رهاب الأماكن المغلقة.

نوبات الهلع

في أثناء نوبات الهلع تمر بفترات من الخوف الشديد يصاحبها أربعة أو أكثر من الأعراض التالية التي تتطور فجأة وتصل إلى ذروتها في غضون عشر دقائق:

- إدراك نبضات القلب
- خفقان القلب أو تسارع معدل ضربات القلب
- التعرق
- الارتعاش أو الارتجاف
- ضيق التنفس
- الشعور بالاختناق
- الشعور بألم أو عدم راحة في الصدر
- الغثيان أو ألم في المعدة
- الشعور بالدوار أو عدم الاتزان أو الإغماء
- الشعور بالانفصال عن الواقع أو بالانفصال عن نفسك
- الخوف من فقدان السيطرة أو الجنون
- الخوف من الموت
- الإحساس بالخدر أو الوخز
- قشعريرة البرد أو هبّات الحرارة

إذا كنت تعاني اضطرابات القلق ونوبات الهلع المعيقة، فلا بد لك من طلب العلاج على الفور. ومع ذلك، يجب متابعة العلاج بعناية؛ لأنه من الشائع معالجة هذه الاضطرابات بأدوية معينة، مثل البنزوديازيبينات (مثل إكساناكس أو كلونوبين أو فاليوم)، والتي وُجد أنها ضارة لدى بعض الأشخاص الذين يعانون اضطراب الشخصية الحديّة بسبب احتمالية إدمانها؛ ومن ثم، قد تكون هناك حاجة إلى طرق أخرى، مثل زيادة مؤقتة في الأدوية المضادة للذهان أو مضادات الذهان غير التقليدية أو مضادات الاكتئاب إذا كانت قد استخدمت بالفعل. وقد يكون الشروع في استخدام مضاد للذهان أو مضاد للاكتئاب فعالاً لمعالجة نوبات القلق أو الهلع المتوسطة إلى الشديدة إذا لم تُوصف بالفعل. بالإضافة إلى ذلك، ينبغي الاستعانة بدورة العلاج السلوكي المعرفي المصممة خصيصاً لاستهداف أعراض القلق ونوبات الذعر بوصفه جزءاً من العلاج طويل الأمد لهذه المشكلات.

اضطراب ما بعد الصدمة

إن الأشخاص الذين يعانون اضطراب الشخصية الحديّة تتراوح نسبة إصابتهم باضطراب ما بعد الصدمة بين 26 بالمائة بين المرضى المقيمين في المستشفيات ومرضى العيادات الخارجية و 57 بالمائة من المرضى المقيمين في المستشفيات فحسب. يؤدي اضطراب ما بعد الصدمة إلى تعقيد تشخيص اضطراب الشخصية الحديّة وعلاجه بشكل كبير بسبب تداخل بعض أعراض هذه الاضطرابات. إن حقيقة وجود تاريخ من الصدمات لدى كل شخص مصاب باضطراب ما بعد الصدمة ونحو 50 في المائة من المصابين باضطراب الشخصية الحديّة يعقّد التشخيص في كلا الاضطرابين، ومن ثم فإن ارتفاع معدل الإصابة باضطراب ما بعد الصدمة لدى الأشخاص المصابين باضطراب الشخصية الحديّة ليس مفاجئاً، بالنظر إلى تعرض العديد من الأشخاص المصابين بهذا الاضطراب لصدمات مبكرة ومتكررة. وعلى الرغم من أن بعض المتخصصين قد تكهنوا بأن اضطراب الشخصية الحديّة هو شكل من أشكال اضطراب ما بعد الصدمة، فإن الأبحاث الحديثة تشير إلى أنهما اضطرابان منفصلان.

لاقى مصطلح "اضطراب ما بعد الصدمة" اهتماماً كبيراً، وللأسف، يساء استخدامه كثيراً. سيساعدك التعريف التالي لاضطراب ما بعد الصدمة على تحديد ما إذا كنت تعاني هذا النوع من الاضطراب أم لا.

إذا كنت مصابًا باضطراب ما بعد الصدمة، فلا بد أن تكون تعرضت لصدمة حدث خلالها الأمران التاليان:

- مررت أو شهدت حدثًا ينطوي على إصابة جسيمة فعلية أو مهددة لك أو للآخرين، أو تهديد بالموت لنفسك أو للآخرين، أو موت الآخرين.
- تضمنت استجابتك خوفًا شديدًا أو شعورًا بالعجز أو الرعب.

بالإضافة إلى ذلك، فإنك لا بد أن تكون قد واجهت مرارًا وتكرارًا الحدث الصادم بطريقة أو أكثر من الطرق التالية:

- أن تكون لديك ذكريات مؤلمة متكررة للحدث، بما في ذلك الصور أو الأفكار.
- أن ترى أحلامًا مزعجة ومبهمّة.
- أن تتصرف أو تشعر كأنك تعيش الحدث الصادم مرة أخرى أو تمر بنوبات ارتجاج.
- أن تشعر بضيق نفسي أو ألم جسدي شديد عند التعرض لمواقف تذكرك بالحدث الصادم.

وأن تتجنب المواقف المرتبطة بالصدمة وتحاول تخدير المستوى العام لاستجابتك بثلاث أو أكثر من الطرق التالية:

- تجنب الأفكار أو المشاعر أو الأحاديث المتعلقة بالصدمة.
- بذل مجهود لتجنب الأنشطة أو الأماكن أو الأشخاص الذين يتسببون في استرجاعك للصدمة.
- عدم القدرة على استعادة جزء مهم من الصدمة.
- قلة اهتمام ملحوظ بالأنشطة المهمة أو المشاركة بها.
- الشعور بالانفصال عن الآخرين.
- أن تكون مشاعرك مقيدة. كأن تعجز عن التعبير عن مشاعرك.
- أن يصبح إحساسك بمستقبلك محدودًا؛ كالألا تتوقع بأن يكون لديك وظيفة أو شريك حياة أو أطفال أو دورة حياة عادية.

وأخيراً، أن يكون لديك مستوى مرتفع من الإثارة، وهو ما يشير إليه عرضان أو أكثر من الأعراض التالية:

- مواجهة صعوبة في النوم أو مواصلته.
- أن تكون سريع الغضب أو المرور بنوبات من الغضب.
- مواجهة صعوبة في التركيز أو أن تفرط في الحذر واليقظة.
- أن تكون لديك استجابة جفول متزايدة.

حتى في المستويات الخفيفة من الشدة، فإن اضطراب ما بعد الصدمة يسبب محنة كبيرة أو يتداخل مع حياتك اجتماعياً أو في العمل أو بطرق مهمة أخرى، ويستمر لأكثر من شهر واحد.

من المهم تحديد ما إذا كنت تعاني اضطراب الشخصية الحديّة أو اضطراب ما بعد الصدمة. وإذا كنت مصاباً بكليهما، يجب إعادة تقييم خطة العلاج الخاصة بك من قبل طبيبك النفسي أو طبيب الرعاية الأولية (انظر الفصل التاسع).

اضطرابات الطعام

توصلت دراسة موسعة حديثة أجريت على الأشخاص المصابين باضطراب الشخصية الحديّة الذين تتطلب حالتهم دخول المستشفى إلى أن معدل الإصابة باضطرابات الطعام من جميع الأنواع يتجاوز 50 بالمائة بين هؤلاء المرضى، كما توصلت إلى أن معدل الإصابة بأكثر اضطرابات الطعام شيوعاً؛ الشره المرضي العصبي وفقدان الشهية العصبي، يبلغ 26 في المائة و21 في المائة على التوالي.

الشره المرضي العصبي

تصاحب الشره المرضي العصبي نوبات من الإفراط في تناول الطعام (المعروف أيضاً باسم النهام) والتطهير (القيء الذاتي والاستخدام المفرط للملينات)، والاهتمام البالغ بوزن الجسم والنظام الغذائي وعدم الرضا عن حجم الجسم وشكله. إن العلاج الفعال والشائع للشره المرضي العصبي هو مضادات الاكتئاب (خاصة مثبطات امتصاص السيروتونين الانتقائية)، والعلاج السلوكي المعرفي، وغيرهما من العلاجات. يمكن أيضاً النظر إلى تجربة توبراميت نظراً لتأثيره على استقرار الشهية، لكن ضع في اعتبارك التحذيرات الموضحة في صفحة 151.

عندما تصاب بالشره المرضي العصبي، فإنك تعاني نوبات متكررة من النهام تطوي على:

- تناول، في فترة محددة من الوقت (على سبيل المثال، خلال ساعتين)، كمية من الطعام أكبر من التي يتناولها معظم الناس خلال هذه الفترة.
- فقدان السيطرة على تناول الطعام خلال النوبة.

بعد نوبات النهام، لمنع زيادة الوزن، تحاول التعويض عن طريق القيء، أو إساءة استخدام المليينات أو مدرات البول أو الحقن الشرجية أو الأدوية الأخرى، أو اللجوء إلى الصيام المفرط أو ممارسة الرياضة بإفراط.

حتى يتم تشخيصك بالشره المرضي العصبي، يجب أن تعاني نوبات من الإفراط في تناول الطعام والسلوكيات التعويضية، في المتوسط، مرتين أسبوعياً على الأقل لمدة ثلاثة أشهر.

ومن الأعراض الرئيسية الأخرى تأثر تقديرك لذاتك سلباً من خلال شكل جسمك ووزنك، وألا يحدث الاضطراب فقط في أثناء نوبات فقدان الشهية العصبي (انظر أدناه).

فقدان الشهية العصبي

فقدان الشهية العصبي هو اضطراب طعام حاد وأحياناً مميت يصيب النساء في الغالب، والأشخاص الذين يعانون فقدان الشهية العصبي يشعرون بقلق شديد بشأن وزن أجسامهم وينشغلون بالطعام والسعرات الحرارية، فهم يعتقدون أنهم يعانون زيادة في الوزن حتى عندما يعانون في الواقع نقص الوزن، ويميلون إلى الإفراط في ممارسة الرياضة، ووقف الدورة الشهرية. تستخدم مضادات الاكتئاب، والعلاج السلوكي المعرفي، وغيرها من الطرق العلاجية بشكل شائع لعلاج هذا الاضطراب.

عندما تعاني فقدان الشهية العصبي، فإنك ترفض الحفاظ على وزن جسمك عند الحد الأدنى من الوزن الطبيعي لعمرك أو فوقه، كأن تعمل على فقدان وزنك ليكون أقل من 85 بالمائة من الوزن المفترض لعمرك وطولك، أو الإخفاق في اكتساب وزن خلال فترات النمو؛ ما يؤدي أيضاً إلى خسارة وزنك ليكون أقل من 85 بالمائة من الوزن العادي.

كما أن من أعراض هذا الاضطراب هو أن تشعر بخوف حقيقي من اكتساب الوزن أو السمنة، رغم أنك تعاني النحافة، وبعدم الرضا عن وزن جسمك أو شكله، وأن يتأثر تقديرك لذاتك بوزن جسمك أو شكله. وإذا كنت امرأة في فترة ما قبل انقطاع الطمث، فمن أعراضه أن تفوتك ثلاث دورات شهرية متتالية على الأقل، كما أنك تنكرين بشدة خطورة انخفاض وزنك.

اضطرابات الشخصية الأخرى

لاحظ الأطباء على مدى عقود عديدة أن الأشخاص الذين يعانون اضطراب الشخصية الحديّة يعانون أيضًا أعراض اضطرابات الشخصية الأخرى. في بعض الأحيان، وصل عدد هذه الأعراض إلى النقطة التي يمكن فيها إجراء تشخيص لاضطراب شخصي ثانٍ أو حتى ثالث. وفي أحيان أخرى، لا تنطبق على عدد من أعراض اضطرابات الشخصية الأخرى متطلبات التشخيص، ويقال إن لدى الشخص "سمات" من هذه الاضطرابات.

هناك عشرة اضطرابات شخصية في الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات العقلية - الإصدار الخامس، وهي مجمعة في ثلاث مجموعات بناءً على أبرز خصائصها. فيما يلي ملخص للسمات الرئيسية لكل من هذه الاضطرابات وفقاً للدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات العقلية (الإصدار الخامس).

المجموعة أ (غريبة الأطوار)

اضطراب الشخصية المرتابة

يتسم اضطراب الشخصية المرتابة بنمط مستمر من انعدام الثقة والشك الحاد في الآخرين، مقترن بتوقع غير مبرر لسلوكيات خبيثة، حيث يبدأ ذلك في بداية مرحلة البلوغ. ويصاحب عدم الثقة هذه إحجام عن الثقة بالآخرين، وميل قوي لحمل الأحقاد والهجوم المضاد الفاضب على الاستفزازات البسيطة، والشكوك غير المبررة في إخلاص شريك الحياة.

اضطراب الشخصية شبه الفصامية

ينطوي اضطراب الشخصية شبه الفصامية على نمط من العلاقات الاجتماعية المفككة المرتبطة بنطاق منخفض من التعبير عن المشاعر تجاه الآخرين، وهو

ما يبدأ في مرحلة البلوغ المبكر، والشخص المصاب باضطراب الشخصية شبه الفصامية في العادة:

- لا يسعى إلى علاقات وثيقة أو يستمتع بها، حتى مع العائلة
- يختار الأنشطة الفردية
- تكون لديه رغبة قليلة في العلاقات الجنسية
- لا يستمد سوى القليل من المتعة من أي نشاط
- يفتقر إلى الأصدقاء المقربين
- يبدو غير مبالي بالثناء أو النقد
- يكون باردًا عاطفيًا ومنفصلًا عن الواقع

اضطراب الشخصية الفصامية

يعاني الفرد المصاب باضطراب الشخصية الفصامية صعوبة في تطوير العلاقات الوثيقة نتيجة التصورات الغريبة والتشوهات والسلوكيات غريبة الأطوار التي تبدأ في الظهور في بداية مرحلة البلوغ. يملك هذا الشخص معتقدات غريبة أو تفكيرًا خياليًا، ويتسم بغرابة كلامه وأفكاره، وهو كثير الشك أو مصاب بجنون الارتياب، ولديه نطاق منخفض من المشاعر غير المناسبة، ويظهر سلوكيات غريبة الأطوار، ويفتقر إلى الأصدقاء المقربين، ويعاني قلقًا اجتماعيًا شديدًا مرتبطًا بمخاوف ارتيائية.

المجموعة ب (درامي-انفعالي)

اضطراب الشخصية المعادية للمجتمع

يعاني الأشخاص المصابون باضطراب الشخصية المعادية للمجتمع نمطًا عامًا من تجاهل حقوق الآخرين وانتهاكها، وعادة ما يظهر هذا النمط منذ سن الخامسة عشرة، وعادة ما يُشخص الفرد بهذا الاضطراب في عمر الثمانية عشر عامًا على الأقل، وتتمثل السلوكيات الشائعة في:

- أفعال غير قانونية متكررة تؤدي إلى السجن
- أكاذيب متكررة
- استخدام الأسماء المستعارة و"خداع" الآخرين لتحقيق مكاسب شخصية
- الأفعال الاندفاعية وعدم التخطيط للمستقبل

- الاستهتار بالسلامة الشخصية أو سلامة الآخرين
- اللامسئولية المتكررة فيما يتعلق بالعمل أو السلوك أو الالتزامات المالية
- الافتقار إلى الندم

اضطراب الشخصية شبه الهستيرية

يتسم اضطراب الشخصية شبه الهستيرية بنمط من السلوك الانفعالي الساعي للفت الانتباه والذي يبدأ في مرحلة البلوغ المبكرة. لا يشعر هذا الشخص بالارتياح إلا إذا كان مركز الاهتمام، وهو يلفت الانتباه إليه عن طريق استخدام مظهره الجسدي. يتسم أسلوبه في الكلام بالغموض، وسلوكياته بالتكلف والاستعراض، كما أنه يببالغ في التعبير عن المشاعر، وغالبًا ما يتسم هذا الفرد بعدم النضوج الجنسي، وسطحية المشاعر، وتقلب المزاج، والمغالاة في تقدير حميمية العلاقات.

اضطراب الشخصية النرجسية

يتسم الشخص الذي يعاني اضطراب الشخصية النرجسية بالعظمة، والحاجة إلى الإعجاب، والافتقار إلى التعاطف، وهو ما يبدأ مع بداية مرحلة البلوغ. تشمل هذه السلوكيات والمواقف ما يلي:

- إحساس مبالغ فيه بالأهمية
- الانشغال بأوهام النجاح الكبير والثروة والقوة والجمال والحب المثالي
- شعور قوي بالتميز والقدرة على التعامل مع الأشخاص ذوي المكانة العالية فحسب
- الشعور بالاستحقاق
- استغلال الآخرين
- عدم الرغبة أو عدم القدرة على تحديد أو فهم احتياجات الآخرين ومشاعرهم
- الحقد والحسد
- الغطرسة والغرور

وتشمل هذه المجموعة ب اضطراب الشخصية الحدية كذلك.

المجموعة ج (قلق - خوف)

اضطراب الشخصية الاجتنابية

ينطوي اضطراب الشخصية الاجتنابية على نمط من الشعور بعدم الأهلية والتثبيط الاجتماعي والحساسية المفرطة للنقد، وهو ما يبدأ في مرحلة البلوغ المبكر. يتجنب هذا الشخص مواقف العمل التي تتطلب التواصل الاجتماعي بسبب الخوف من الرفض، ويتردد في الانخراط مع الآخرين ما لم يكن على يقين من كونه محبوباً، ولا يدخل في علاقات حميمة خوفاً من السخرية، ويشعر بأنه غير مؤهل وغير مستحق، ولا يجب مواجهة المواقف الجديدة بسبب هذه المشاعر، ونادراً ما يخاطر أو ينخرط في أنشطة جديدة خوفاً من الإحراج.

اضطراب الشخصية الاعتمادية

يتسم اضطراب الشخصية الاعتمادية بمشاعر قوية من الحاجة للرعاية، والتي ينتج عنها نمط من سلوكيات الخنوع والتشبث ومخاوف الانفصال التي تبدأ في مرحلة البلوغ المبكر، وهذا الشخص المصاب بهذا الاضطراب في العادة:

- يتطلب طمأنة مفرطة في اتخاذ القرارات اليومية
- يريد أن يتحمل الآخرون المسؤولية عن معظم مواقف الحياة الرئيسية
- يخشى الاختلاف بسبب الخوف من فقدان الدعم
- يخاف من تأسيس المشروعات بسبب انعدام الثقة
- يذهب إلى أقصى الحدود للحصول على الرعاية والدعم
- يشعر بعدم الارتياح عندما يكون بمفرده بسبب مخاوف غير واقعية من عدم الأهلية
- يسعى على الفور إلى علاقة وثيقة أخرى عندما تنتهي واحدة
- ينشغل بشكل مفرط بالخوف من تركه يعتني بنفسه

اضطراب الشخصية الوسواسية القهرية

يتسم اضطراب الشخصية الوسواسية القهرية بالانشغال بالنظام والكمال والتحكم الداخلي والتحكم في التعامل مع الآخرين على حساب المرونة والانفتاح والكفاءة، وهو ما يبدأ في مرحلة البلوغ المبكرة. ينشغل الشخص المصاب بالتنظيم بشكل مفرط بحيث يفقد الهدف الرئيسي من النشاط. فهو يميل إلى المثالية بدرجة تتعارض مع

إكمال المهمة، ويفرط في وقت العمل على حساب أنشطة الترفيه وتكوين الصداقات، ويتسم بالدقة المفرطة وعدم المرونة بشأن الأخلاق أو القيم، ويحرص على اكتناز العناصر الأقل قيمة التي ليست لها قيمة عاطفية، ويحجم عن إسناد مهمة أو عمل للآخرين ما لم يكن الشخص الآخر سيؤديها بالطريقة نفسها تمامًا، وينفق المال على مريض، ويتسم بالجمود والعناد.

في إحدى الدراسات الحديثة، أظهر المراهقون المصابون باضطراب الشخصية الحدية مجموعة واسعة من أعراض اضطرابات الشخصية الأخرى مقارنةً بالبالغين، وخاصة الفصام والسلوك السلبي العدواني (لم يعد مدرجًا على أنه اضطراب في الشخصية). وفي دراسة مختلفة أجريت على البالغين المصابين باضطراب الشخصية الحدية، كان اضطراب الشخصية المعادية للمجتمع هو أكثر الاضطرابات المصاحبة لاضطراب الشخصية الحدية من اضطرابات الشخصية الأخرى. وفي إحدى الدراسات الموسعة التي أجريت على البالغين، أظهر الرجال والنساء المصابون باضطراب الشخصية الحدية أنماطًا مختلفة من الاضطرابات المصاحبة، وكانت معايير اضطراب الشخصية المرتابة، والسلبية العدوانية، والرجسية، والمعادية للمجتمع تنطبق على الرجال أكثر من النساء.

يمكن أن يكون المعدل المرتفع للإصابة باضطراب الشخصية الحدية مع اضطرابات الشخصية الأخرى من المضاعفات الرئيسية في تشخيصه وعلاجه، كما يُعد التداخل الكبير في الأعراض بين اضطرابات الشخصية سببًا رئيسيًا وراء الاعتقاد بأن النهج التشخيصي لاضطرابات الشخصية استنادًا إلى أبعاد العرض، مثل عدم السيطرة على الانفعالات والاندفاعية، أكثر دقة وفائدة من النهج الحالي لتحديد الفئات المميزة لاضطرابات الشخصية.

ما سبب أهمية مشكلة وجود اضطرابات مصاحبة؟

هناك احتمال كبير أن تكون بعض أعراضك ناتجة عن اضطراب تصاب به في توقيت الإصابة باضطراب الشخصية الحدية نفسه، وليس اضطراب الشخصية الحدية في حد ذاته. ويجب أخذ هذا الأمر في الاعتبار إذا كانت بعض أعراضك لا تتطابق مع أعراض اضطراب الشخصية الحدية، فمن الضروري أن تضع هذا في الاعتبار؛ لأن هذه الأعراض قد تُعالج بسهولة مما يحسّن حالتك بشكل ملحوظ. يفترض العديد من الأشخاص ببساطة أن هذه الأعراض ناتجة عن إصابتهم باضطراب الشخصية

الحدية، ومن ثم يعتقدون أن خطة علاجهم تفضل. وهذا بدوره يتسبب في توقف عدد من الأفراد عن العلاج، وهو أسوأ خيار يمكنهم اتخاذه.

يمكن علاج هذه الاضطرابات المصاحبة، وهناك أدلة على أن النجاح في علاجها قد يقلل أيضاً بشكل كبير من شدة أعراض اضطراب الشخصية الحدية، والذي قد يمثل بالتأكيد راحة كبيرة.

التاسع

العناصر الأساسية للعلاج

إن العلاج السليم لاضطراب الشخصية الحدية يتضمن المكونات التالية: تحديد طبيب أساسي، وتحديد أنسب مستويات العلاج لك، وتقييم حاجتك للدواء، واختيار نمط العلاج النفسي الأكثر فاعلية بالنسبة لك. سيمدك هذا الفصل بمعلومات عن أول خطوتين من هذه العملية، حتى يمكنك أن تتخذ قرارات مدروسة أكثر عن الرعاية التي تحتاج إليها. علاوة على ذلك سأبين بالتفصيل دور الطبيب الأساسي في العلاج، والعملية التي تستخدمها لتحديد مستواك المناسب من الرعاية في أي وقت. سيغطي الفصلان التاليان موضوعي الدواء والعلاج النفسي.

مكونات علاج اضطراب الشخصية الحدية

أهم خطوة لتلقي العلاج المناسب لاضطراب الشخصية الحدية هو اختيار طبيب نفسي أو أي مختص صحة عقلية آخر بارع في تشخيص ومعالجة الاضطراب. وهذا الشخص سيؤدي وظيفة طبيبك المعالج الأساسي، وستحددان معاً مستوى الرعاية الأقل تقييداً والذي سيمدك بالدرجة القصوى من الأمان والدعم في أي وقت من

أوقات العلاج. وبمجرد تحديد هذا المستوى، ربما تحتاج إلى تجربة عدد من الأدوية قبل أن تجد الدواء أو مجموعة الأدوية التي تسفر عن نتائج ذات آثار جانبية أقل. وعلى الرغم من عدم وجود علاج ذي مفعول فوري لاضطراب الشخصية الحدية، فكثيراً ما يساعد الدواء على تخفيف حدة الأعراض، علاوة على أنه يمهد الطريق أمام أفضل النتائج المحتملة من العلاج النفسي.

إن الامتناع عن تناول المشروبات الكحولية والمخدرات أمر ضروري إذا أردت إحراز أي تقدم في علاجك، ومن الضروري كذلك أن يكون العلاج النفسي جزءاً من خطة العلاج الكلية الخاصة بك، ومن ثم فلا بد من تحديد طريقة العلاج النفسي الأنسب لك، والعلاج النفسي الفردي يوفر أفضل تجربة علاجية طويلة الأمد بالنسبة لمرض اضطراب الشخصية الحدية.

كما أن العمل في مجموعات علاجية والمشاركة في مجموعات الدعم مع أشخاص آخرين مصابين باضطراب الشخصية الحدية قد يكون مفيداً؛ إذ إن إدراك حقيقة أن هناك آخرين أيضاً يعانون هذا الاضطراب وتعلم طرق للتعامل مع الأزمات العاطفية والتحكم بشكل أفضل في السلوكيات الاندفاعية وتحسين مهارات التفكير المنطقي لديك ستعود عليك بالنفع، فعلى سبيل المثال: ستكون أكثر ميلاً إلى عقد علاقات ناجحة والمحافظة عليها. ربما يسهلّ العلاج الجماعي العمل الذي تحققه في العلاج النفسي الفردي ويختصر العملية، ومن المفيد أيضاً أن تعمل مع الآباء والزوج وأفراد العائلة الآخرين من أجل بناء هذه العلاقات المهمة وتقويتها، لكن هذا العمل لا يمكن أن يتم دون التزامك الشديد ومجهودك، أنت وأفراد العائلة المشاركين معك.

لكي تكون جميع أشكال العلاج النفسي فعّالة، فإنها تتطلب تغييرات في العادات السلوكية القديمة السيئة، والتخلص من العادات ليس بالأمر الهين، ولا سيما عندما يجب أن تستبدل بها سلوكيات جديدة تبدو لك في البداية غريبة ومخيفة.

في البداية، يجد العديد من المرضى عملية البدء في تلقي العلاج مرهقة بعض الشيء، لكن أنا أحاول أن أؤكد لهم أنهم ليسوا وحدهم في هذا الصراع من أجل استعادة زمام أمور حياتهم. علاوة على مساعدتي، أثبت أن وجود فريق من المختصين الماهرين ومجموعة كبيرة من الإستراتيجيات على مر الزمان مفيد للغاية. إن زيادة عدد مناهج العلاج وكثافته بالتدرج تعد طريقة فعالة لمساعدتك على فهم مرضك بشكل أفضل والسيطرة عليه، ولتعلم مهارات جديدة بوتيرة معقولة ومقبولة.

تحمل المسؤولية

تتوقف الرحلة الناجحة إلى حياة أكثر استقرارًا وسعادة وإثارة ورضا للأشخاص المصابين باضطراب الشخصية الحدية على عدد من العوامل، لكن من الضروري أن تفهم بوضوح وتؤمن بشدة، أكثر من أي شخص ومن أي شيء، بأنك تمتلك القدرة على امتلاك زمام أمور حياتك وتحمل مسؤولية هذا.

عليك أن تبحث عن أفضل الأطباء المعالجين من أجل مساعدتك على فهم سمات الاضطراب وطبيعته بشكل أكبر، والطرق المحددة التي يؤثر بها على حياتك وما يمكنك فعله للحد من آثاره. يجب أن تتعلم ممارسة الانضباط الذاتي اللازم لفعل ما يجب فعله، ومن المهم أن تشجع عائلتك على تعلم طريقة لمساعدتك وتسمح لهم بذلك. وبعبارة أخرى، يجب أن تتحمل مسؤولية بناء أسس شفائك. ومن ضمن الأشياء المهمة لكي تحقق النجاح الصبر والمثابرة، وعادة لا تكون هاتان الخصلتان نقطتين قويتين لدى المصابين باضطراب الشخصية الحدية. ومع ذلك، فيمكن التحلي بهما، خاصة مع المساعدة الصحيحة، وعند تحقيقك لنجاحات صغيرة وكبيرة، يصبح الفشل أقل شيوعًا.

العثور على طبيب معالج أساسي

إن العثور على طبيب معالج مناسب لمساعدتك من الأمور المهمة. وبالنظر إلى عدد المشكلات وتعقيدها ومقدمي الرعاية العقلية والقرارات المتعلقة بالعلاج الصحيح لاضطراب الشخصية الحدية، فأنت تحتاج إلى طبيب معالج واحد ليلعب دورًا أساسيًا في مساعدتك. ويطلق على هذا الشخص اسم "طبيبك المعالج الأساسي". لقد وصف "جون جوندرسون" في كتابه *Borderline Personality Disorder: A Clinical Guide* مسؤوليات الطبيب المعالج الأساسي على النحو التالي:

- توعية المريض بطبيعة اضطراب الشخصية الحدية وأسبابه.
- التأكد من أن كل التقييمات المناسبة قد أجريت من أجل تحديد احتياجات المريض الخاصة.
- وضع خطة علاج شاملة مع المريض تلبى هذه الاحتياجات على أكمل وجه.
- التأكد من تنفيذ الخطة.
- تحديد سلامة المريض وتقديمه في العلاج بشكل دوري.

- تنفيذ تغييرات في خطة العلاج عند اللزوم.
- التأكد من التواصل مع المعالجين الآخرين المشاركين في علاج المريض، إن وجد.

هناك جدل قائم، حتى بين بعض الخبراء، فيما يتعلق بالمؤهلات والمهارات المطلوبة حتى يكون الطبيب المعالج الأساسي للمصابين باضطراب الشخصية الحدية أكثر كفاءة. لقد قادتني خبرتي إلى أن أقف في صف من يرون أن الاختيار الأمثل لهذا الدور هو طبيب نفسي مدرب وذو خبرة في هذا المجال، فبسبب تدريب الأطباء النفسيين في مجال الطب، فإنهم أكثر قدرة على فهم وشرح الأسس البيولوجية، وكذلك البيئية للاضطراب للمرضى الذين يعانون اضطراب الشخصية الحدية. فكأطباء، اعتاد الأطباء النفسيون اتخاذ قرارات تتعلق بسلامة المرضى واتخاذ إجراءات فورية عند الحاجة، كما أن الأطباء النفسيين مدربون في معظم جوانب العلاج، ولديهم معرفة فريدة حول الاستخدام المناسب للأدوية، وإذا تم تدريبهم بشكل صحيح، فهم على دراية بمعظم العلاجات النفسية الفعالة في علاج الاضطراب الحدي. وأخيراً، كما هي الحال بالنسبة لجميع الأطباء، يتدرب الأطباء النفسيون بشكل تقليدي ويتوقع منهم عموماً أن يكونوا قادة فرق العلاج متعددة التخصصات واتخاذ القرارات السريرية النهائية.

وبما أنني ذكرت هذا، أنا أعلم أنه في العديد من المجتمعات لا يوجد أطباء نفسيون مدربون ولديهم الخبرة الكافية فيما يتعلق باضطراب الشخصية الحدية حتى يشغلوا دور الطبيب المعالج الأساسي. وتحت هذه الظروف، ينبغي أن تختار الطبيب المعالج ذا القدر الأعلى من التدريب والأكثر خبرة في اضطراب الشخصية الحدية، فهذا الطبيب أو هذه الطبيبة أفضل من الطبيب الأقل من حيث التدريب والخبرة، وربما يؤدي دور طبيبك المعالج الأساسي بكفاءة.

وبمجرد اختيار طبيبك الأساسي والانخراط معه، ينبغي أن تضع خطة علاج. هناك عناصر متعددة لخطة العلاج الناجحة لاضطراب الشخصية الحدية التي يجب وضعها بعين الاعتبار، ومن ضمنها تحديد مستوى الرعاية المناسب (على سبيل المثال، مستشفى، أو مؤسسة، أو الذهاب إلى عيادات خارجية بشكل مكثف أو عادي)، واختيار المجموعة المناسبة من الأدوية والعلاج النفسي، ومجموعة العلاج، والمشاركة في مجموعات الدعم.

مستويات الرعاية

إن التقييم الدقيق من قبل طبيب نفسي أو طبيب ماهر آخر يقود إلى تحديد مستوى الرعاية الأنسب لك. إذا كان هناك احتمال كبير لإيذاء النفس أو إيذاء الآخرين، فقد تحتاج إلى دخول المستشفى والخضوع للإشراف الدقيق. إذا لم يكن الأمر كذلك، ولكن أعراضك شديدة ولا يمكن إدارتها بشكل فعال في العيادة الخارجية، فقد تحتاج إلى برنامج دخول جزئي في مستشفى أو دار رعاية سكنية، ولكن في أغلب الأحيان، ستكون الرعاية المكثفة أو العادية في العيادات الخارجية هي الأنسب لعلاجك، وتشمل رعاية العيادات الخارجية المكثفة اجتماعاً أسبوعياً أو كل أسبوعين مع طبيبك النفسي، وجلستين أو أكثر من جلسات العلاج النفسي مع معالجك كل أسبوع، ومدربي الحياة الذين يعملون معك يومين أو أكثر في الأسبوع ويكونون متاحين متى احتجت إليهم.

في بعض الأحيان، قد يكون اتخاذ القرار الأفضل بشأن مستوى الرعاية المناسب أمراً صعباً بالنسبة لك أنت وطبيبك وعائلتك، خاصة في وقت مبكر من عملية العلاج عندما تكون معرفتكما ببعضكما محدودة. قد يكون تغيير مستوى رعايتك ضرورياً في أي وقت في أثناء عملية العلاج. بعد دخولك فترة العلاج، يكون قرار تغيير مستوى الرعاية أسهل من القرار في أثناء العلاج المبكر، بسبب درجة المعرفة والثقة التي تم بناؤها بينك وبين طبيبك وعائلتك. وفي معظم الظروف، كلما بحث أمر تغيير مستوى الرعاية، يجب على الجميع المشاركة في مناقشة شاملة للبدائل والفوائد والمخاطر النسبية من أجل اتخاذ القرار الأفضل. بمجرد تحديد مستوى الرعاية المناسب لك، يحين الوقت لاتخاذ قرارات مهمة بشأن الأدوية والعلاج النفسي. سيوفر لك الفصلان التاليان معلومات حول هذين الجانبين الحرجين في علاجك والتكامل السلس بينهما.

الأدوية

هناك سببان لاستخدام الأدوية في علاج اضطراب الشخصية الحديّة. أولاً: ثبت أنها تساعد على استقرار الاضطرابات الانفعالية، وتقليل الاندفاع، وتعزيز قدرات التفكير والاستدلال، وتحسين العلاقات؛ حيث يقلل هذا التحسن في الأعراض بشكل كبير من معاناتك، ويمكنك من الاستفادة بشكل أكبر من العلاج النفسي. ثانياً: الأدوية فعالة أيضاً في علاج بعض أعراض الاضطرابات العقلية الأخرى التي ترتبط في كثير من الأحيان باضطراب الشخصية الحديّة، مثل الاكتئاب، ونوبات الهلع واضطراب فرط الحركة ونقص الانتباه والاضطرابات الجسدية مثل الصداع النصفي.

من الصعب على الأشخاص الذين يعانون اضطراب الشخصية الحديّة أن يدركوا معاناتهم واضطرابهم، وأن يتعاملوا بفاعلية مع مشكلاتهم، وأن يحرزوا تقدماً حقيقياً في العلاج النفسي عندما لا يكونون قادرين على التحكم بشكل كافٍ في ردود فعلهم الانفعالية والاندفاعية، والتواصل بفاعلية، والتفكير بعقلانية ووضوح، والتفاعل بشكل أكثر فاعلية مع الآخرين. يشعر الكثير من الأشخاص المصابين باضطراب الشخصية الحديّة وكأنهم يخوضون معركة خاسرة؛ لأنهم يعرفون أنه لا يجب ألا يسمحو

لعواطفهم وسلوكياتهم بالخروج عن نطاق السيطرة، لكن لا يبدو أنهم يستطيعون منع ذلك من الحدوث. إنهم يشعرون بالإحباط المستمر؛ لأنهم غير قادرين على ممارسة سيطرة كافية على مشاعرهم واندفاعاتهم، وغير قادرين على التفكير والتصرف بالطريقة التي يرغبون فيها عندما يكونون تحت وطأة التوتر والضغط.

على سبيل المثال: من المهم أن يزداد وعيك بمشاعرك وصراعاتك الداخلية. حاول ألا تهرب منها عند محاولتك الاستجابة بفاعلية على أمر صعب على وجه التحديد، مثل الفراق والحزن والخوف والغضب والمشاعر المؤلمة الأخرى التي تصاحبه. هذه هي الأوقات التي من المرجح أن تفقد فيها ما تعلمته في العلاج وأن تتصرف بطرق مدمرة للذات، مثل الإفراط في الشرب أو تعاطي المخدرات أو إيذاء النفس. يزداد الوضع سوءًا أيضًا لأن الآخرين لا يفهمون سبب فقدانك للسيطرة من وقت لآخر، فغالبًا ما يعتبرون مثل هذا السلوك متعمدًا تمامًا وأنانيًا، وأنت تعلم أن هذا خطأ.

أعتقد أنك ستفاجأ أنت وعائلتك وسترتاح إلى حد كبير عندما تعرف أن الأدوية يمكن أن تساعد على تقليل بعض أعراض اضطراب الشخصية الحدية الأكثر إزعاجًا لك، وبذلك ستكون قادرًا بشكل أفضل على الاستمرار في التعامل مع المواقف الصعبة وتعلم كيفية التعامل مع النزاعات والمشكلات الأخرى بشكل أكثر فاعلية مما كنت عليه في الماضي. تذكر أن السيدة "ديفيس" (الفصل الثاني)، أول مريض مصاب باضطراب الشخصية الحدية أعالجه بالعلاج النفسي، لم تستفد كثيرًا من العلاج حتى وافقت على تناول جرعة صغيرة من الأدوية لمساعدتها.

الأدوية المستخدمة لمعالجة اضطراب الشخصية الحدية

نشرت الجمعية الأمريكية للطب النفسي في عام 2001 ملحقًا لدوريته، الدورية الأمريكية للطب النفسي، بعنوان "إرشادات الممارسة لعلاج مرضى اضطراب الشخصية الحدية". يوصى في هذا الدليل بمضادات الذهان، ومضادات الذهان المطورة للأشخاص المصابين باضطراب الشخصية الحدية الذين يعانون أعراض التفكير المضطرب، مثل جنون الارتياب، وكذلك المزاج المكتئب، والاندفاعية، والسلوكيات المدمرة للذات.

دعمت الدراسات الحديثة لكل من الجيل الأول الأصلي والجيل الثاني من مضادات الذهان الآثار المفيدة لعدد من هذه المضادات في الحد من الأعراض المحددة لاضطراب الشخصية الحديّة، وتشمل هذه الأعراض عدم السيطرة على الانفعالات، والعدوانية الاندفاعية، والاضطرابات المعرفية مثل الشك، والنوبات الحادة من التفكير الارتياحي، وصعوبة الدمج بين الانفعالات، والأفكار التي تؤدي إلى سلوكيات غير عقلانية وغير معقولة.

أوصى دليل عام 2001 بفئة من مضادات الاكتئاب يشار إليها باسم مثبتات إعادة امتصاص السيروتونين الانتقائية باعتبارها العلاج الدوائي الأولي للأشخاص المصابين باضطراب الشخصية الحديّة الذين يعانون الأعراض الانفعالية والاندفاعية المرتبطة بالاضطراب. ومع ذلك، لم تدعم الدراسات الإضافية استخدام مثبتات إعادة امتصاص السيروتونين الانتقائية لعلاج أي أعراض لاضطراب الشخصية الحديّة. يأتي استخدام مثبتات إعادة امتصاص السيروتونين الانتقائية في علاج الأفراد المصابين بهذا الاضطراب الآن في المقام الأول لتخفيف أعراض نوبات الاكتئاب الرئيسية التي قد تحدث مع الاضطراب (انظر الفصل الثامن).

دُرست فئة أخرى من الأدوية، يُشار إليها باسم مثبتات المزاج، لتقييم آثارها على الأعراض الأساسية لاضطراب الشخصية الحديّة. وتدعم النتائج استخدام هذه الأدوية، وخاصة توبيراميت (توباماكس)، ولاموتريجين (لاميكثال)، وفالبروات (ديباكوت). تُظهر هذه الدراسات فوائد في استقرار أعراض الاختلالات المزاجية والاندفاع الضار المصاحب لاضطراب الشخصية الحديّة، ولكن لم يثبت أن هذه الأدوية فعالة في علاج الاضطرابات المعرفية، مثل الشك وجنون الارتياح وصعوبة التفكير.

التسمية المعتمدة على علم الأعصاب للأدوية النفسية

t.me/soramnqraa

لقد أصبح من الواضح بشكل متزايد أن النظام الحالي المستخدم في تسمية فئات من الأدوية النفسية يمكن أن يكون مضللاً بشكل كبير للمريض والطبيب. يمكن لهذا أن يجعل المرضى يقاومون تناول الأدوية لعلاج الاضطرابات عند الحاجة إلى ذلك، فعلى سبيل المثال: من المعروف منذ أكثر من خمسين عاماً أن بعض المرضى الذين يعانون الاكتئاب المعتدل إلى الشديد لا يستجيبون لمضادات الاكتئاب وحدها، لكنهم

يحتاجون إلى تناول مضادات الذهان لزيادة نشاط مضادات الاكتئاب، حتى في حالة عدم وجود أي أعراض ذهانية. وبطبيعة الحال، يتردد بعض المرضى في أخذ العلاج الموصوف للفصام والاضطراب ثنائي القطب عندما لا يعانون أيًا من الاضطرابين أو أية اختلالات نفسية.

لذلك، اقترحت جمعيات علم الأدوية النفسية الست الكبرى في العالم وأجازت التسمية القائمة على علم الأعصاب للأدوية النفسية، وحصلت هذه التسمية على دعم إدارة الغذاء والدواء والعديد من البرامج السريرية والأكاديمية من جميع أنحاء العالم. والغرض الأساسي من الإشارة إلى هذه التسمية هو تعريفك بالاسم وأسباب هذه التسمية الجديدة. ومع ذلك، حتى تصبح هذه التسمية مألوفة وأكثر شيوعًا، فسأشير في هذا الكتاب في معظم الأحيان إلى النظام الحالي لتصنيف الأدوية النفسية. وسأستخدم أيضًا الأسماء التجارية الشائعة للأدوية؛ لأنه من المرجح أنك ستتعرف عليها بهذه الأسماء وليس بأسمائها العلمية التي سأظل أستخدمها في بعض الأحيان.

مضادات الذهان ومضادات الذهان غير التقليدية

إن فئات الأدوية الأكثر دراسة لعلاج اضطراب الشخصية الحدية هي مضادات الذهان، التي يشار إليها الآن باسم الجيل الأول من مضادات الذهان، ومضادات الذهان غير التقليدية، التي يشار إليها أيضًا باسم الجيل الثاني من مضادات الذهان (انظر الجدول 10-1). كان الجيل الأول من مضادات الذهان هي الأدوية الأولى التي وجد أنها فعالة في علاج الاضطرابات الذهانية مثل الفصام والاضطراب ثنائي القطب، وهي تشمل الكلوربيرومازين (ثورازين)، وتريفلوپيرازين (ستيلازين)، هالوبيريديول (هالدول)، وثيوتيكسين (نافاني)، بيرفينازين (تريلافون) والأدوية الأخرى الأقل شيوعًا في هذه الفئة. يعمل الجيل الأول من مضادات الذهان من خلال منع مستقبل محدد للدوبامين دي توفى المخ، ويبدو أن آلية العمل هذه ينتج عنها آثار علاجية وعدد من الآثار الجانبية.

ونظرًا لأن الجيل الأول من مضادات الذهان تميل إلى إحداث اضطرابات في الحركة (مثل خلل الحركة الحاد وخلل الحركة المتأخر - انظر صفحة 185) وغيرها من الآثار الجانبية الإشكالية، فقد طُوّر الجيل الثاني من مضادات الذهان، ويتضمن الجيل الثاني من مضادات الذهان أول دواء تم اكتشافه في هذه الفئة، كلوزابين

(كلوزاريل) وأولانزابين (زيبركسا)، وريسبيريدون (ريسبردال)، وكويتياين (سيروكيويل)، وزيراسيدون (جيودون)، أريبيرازول (أبيليفاي)، ولوراسيدون (لاتودا)، وبريكسبيريزول (ريكستولي)، وغيرها. ويبدو أن الجيل الثاني من مضادات الذهان أكثر فاعلية من الجيل الأول، ويبدو أنه أقل احتمالاً للتسبب في خلل الحركة والآثار الجانبية الأخرى. يحجب الجيل الثاني من مضادات الذهان كلاً من مستقبلات الدوبامين دي توومستقبلات السيروتونين، التي يبدو أنها مسؤولة عن الاختلافات في التأثيرات العلاجية للجيل الثاني من مضادات الذهان وآثارها الجانبية.

مضادات الذهان الخمسة المنتمية للجيل الثاني التي يبدو أنها تستخدم بشكل متكرر مع المرضى الذين يعانون اضطراب الشخصية الحدية في الولايات المتحدة هي أريبيرازول (أبيليفاي)، وأولانزابين (زيبريكسا)، وريسبيريدون (ريسبردال)، وكويتياين (سيروكيويل) ولوراسيدون (لاتودا؛ انظر الجدول 10-1). تمت دراسة زيبريسكا على نطاق واسع في التجارب القائمة على المقارنة بالأدوية الوهمية، وأجريت أكبر تجربتين للحصول على مؤشر إدارة الغذاء والدواء لاضطراب الشخصية الحدية لهذا الدواء. فاستوفت إحدى هاتين التجربتين معايير إدارة الغذاء والدواء، لكن أخفقت التجربة الثانية في ذلك بهامش ضئيل؛ لذلك، لم توافق إدارة الغذاء والدواء الأمريكية على إدراج اضطراب الشخصية الحدية ضمن دواعي استعمال زيبريسكا. ومع ذلك، وبسبب البيانات القوية التي تدعم فاعليته، استمر استخدام زيبريسكا كدواء لاضطراب الشخصية الحدية. في تحليل تلوي لمضادات الذهان لدى الأفراد المصابين بهذا الاضطراب، يبدو أن أبيليفاي وهالدول وزيبريكسا تقلل من أعراض عدم السيطرة على الانفعالات، والاندفاعية، وتضعف الإدراك الحسي المعرفي.

بالإضافة إلى ذلك، أشارت دراسة أجريت عام 2014 من قبل "دونالد بلاك" وزملائه إلى أن الكيتياين (سيروكيويل) عند 150 ملليجراماً و300 ملليجرام في اليوم أفضل من الدواء الوهمي في علاج الأشخاص الذين يعانون اضطراب الشخصية الحدية، ومن المثير للاهتمام أن التأثير يبدو أكبر عند تناول جرعة أقل.

تتمثل الآثار الجانبية الرئيسية لمعظم الجيل الثاني من مضادات الذهان في زيادة الوزن، وارتفاع نسبة الدهون في الدم ومستويات البرولاكتين، وانخفاض تحمل الجلوكوز؛ ما قد يتداخل مع السيطرة على مرض السكري، كما قد تزيد هذه الآثار الجانبية من خطر الإصابة بمرض السكري من النوع الثاني. منذ موافقة إدارة الغذاء

والدواء الأمريكية عليه، استخدمت لاتودا أيضاً بشكل متزايد، على الرغم من عدم وجود أي دراسات منشورة حول آثاره على اضطراب الشخصية الحدية، ويرجع ذلك أساساً إلى قلة آثاره الجانبية مقارنة مع غيره من أدوية الجيل الثاني لمضادات الذهان. لقد وجدت أن لاتودا فعال في جميع الجوانب مثل مضادات الذهان الأخرى من الجيل الثاني، ولكنه أقل احتمالية في التسبب في زيادة الوزن وارتفاع نسبة الدهون في الدم وعدم تحمل الجلوكوز مقارنة بمضادات الذهان الأخرى من الجيل الثاني باستثناء زبيراسيدون (جيودون).

وللأسف، وجد أن جيودون حتى الآن غير فعال في علاج اضطراب الشخصية الحدية عند تناوله عن طريق الفم، حتى بجرعات معتدلة. ومع ذلك، مع الأشخاص الذين يعانون أزمات حادة لاضطراب الشخصية الحدية والذين يتواجدون في غرفة الطوارئ، فقد أفادت التقارير أن الجرعات العضلية من جيودون البالغة عشرة ملليجرامات تقلل بشكل سريع وكبير الأعراض العدوانية والذهانية للاضطراب. لقد توصلت لنتائج مماثلة مع مرضاي المصابين باضطراب الشخصية الحدية الذين يعالجون بجيودون، ولم تتضح بعد آلية العمل وراء اختلاف التأثيرات العلاجية للجيودون الفموي والعضلي في الأدبيات البحثية.

كما هي الحال مع معظم الأدوية، سيستجيب العديد من المرضى الذين يعانون اضطراب الشخصية الحدية بشكل جيد لأحد أدوية الجيل الثاني من مضادات الذهان ولكن ليس لدواء أو أكثر من الأدوية الأخرى في هذه الفئة، أو سيستجيبون لأحد أدوية الجيل الأول من مضادات الذهان. قد يحتاج الطبيب النفسي إلى أن يجرب معك دواءين أو أكثر قبل أن يحدد الدواء الفعال على النحو الأمثل بالنسبة لك.

عادةً ما يبدأ هذا البحث عن أفضل ملاءمة بين الجيلين الأول والثاني من مضادات الذهان والوراثة لدى المريض بمضاد لاتودا (بسبب عدم خطورة آثاره الجانبية) أو أيليفاي (بسبب الأدلة على فاعلية تأثيراته العلاجية بشكل مستمر). وإذا لم يثبت أحدهما فاعليته بشكل كافٍ، وانتقل إلى دواء ثالث. باستخدام هذا النهج المنتظم في اختيار الدواء لمرضى الذين يعانون اضطراب الشخصية الحدية، نادرًا ما أكون غير قادر على المفاضلة بين الجيل الأول أو الثاني من مضادات الذهان من حيث الفاعلية.

كما ذكرت سابقاً، فإن بعض المرضى الذين يبدأون في تناول مضاد للذهان يقلقون بشأن تناول دواء يستخدم بشكل نموذجي للأشخاص الذين يعانون اضطرابات

عقلية أكثر حدة. في مهنة الطب، يُسمح للأطباء باستخدام أدوية لعلاج أمراض غير مدرجة لها من قبل إدارة الغذاء والدواء (يشار إليها باسم "أدوية بدون تصريح")، ويرجع ذلك أساسًا إلى وجود دليل على أنها فعالة في علاج هذه الأمراض الأخرى. ومع ذلك، على الرغم من الأبحاث التي تدعم فاعلية هذه الفئة من الأدوية للأشخاص الذين يعانون اضطراب الشخصية الحديّة، فإن بعض الأطباء يترددون في وصف مضادات الذهان لعلاج الاضطراب، ويتردد بعض المرضى في تناولها بسبب أحد الآثار الجانبية الذي قد ينتج عن هذه الأدوية وهو خلل الحركة المتأخر المعروف بأنه اضطراب حركي غير طبيعي لا إرادي يصيب بشكل نمطي المرضى الذين يتلقون جرعات متوسطة إلى كبيرة من مضادات الذهان.

لا أجد أي دليل في الأدبيات الطبية يربط استخدام مضادات الذهان مع المرضى الذين يعانون اضطراب الشخصية الحديّة بخلل الحركة المتأخر. ومع ذلك، يجب أن تقوم أنت وعائلتك وطبيبك النفسي بتقييم العلامات المبكرة لخلل الحركة المتأخر، والتي تكون عادةً حركات عفوية وخفية للسان والفم والآثار الجانبية الأخرى لهذه الأدوية وغيرها.

مثال على حالة

إذا كنت تعاني اضطراب الشخصية الحديّة ولا تتحسن بالعلاج وحده، وتتردد في تناول هذه الأدوية أو غيرها من الأدوية، أمل أن يشجعك مثال الحالة التالي على القيام بذلك. أتت إحدى مريضاتي المصابات باضطراب الشخصية الحديّة، وهي امرأة في منتصف العشرينيات من عمرها، لرؤيتي في البداية بسبب معاناتها نوبات الاكتئاب المتزايدة وتدهور زواجها. فبعد عامين من الزواج، كان زوجها يرغب في الانفصال عنها بسبب غيرتها الشديدة، ومطالباتها المستمرة بالحصول على الاهتمام والطمأنينة، وجدالاتها المتكررة، ومعاناتها نوبات غضب شديدة، وذكر أنها بسبب غيرتها وحاجتها المستمرة للطمأنينة، تتصل به في العمل عدة مرات في اليوم. وغالبًا ما يجد استحالة مناقشة المشكلات معها بطريقة منطقية؛ لأن تفكيرها في هذه الأوقات لا يكون منطقيًا. كانت المحاولات السابقة لعلاج اكتئابها بمضادات الاكتئاب فعالة بشكل طفيف ولفترة وجيزة.

بعد أن تأكدت من أنها مصابة باضطراب الشخصية الحديّة وناقشت طبيعة الاضطراب مع كل من المريضة وزوجها، قبلًا التشخيص، ووضعت بعد ذلك خطة

علاجية، حيث استمررتنا في استخدام مضادات الاكتئاب؛ لأنني لم أرغب في الخلط بين آثار تقليل جرعات هذا الدواء مع تأثيرات جرعة منخفضة من الجيل الأول من مضادات الذهان كنت أضيفها كل ليلة. وبعد أسبوعين، أبلغتني هي وزوجها عن حدوث تحسن ملحوظ في حالتها المزاجية، وغيرها، وحساسيتها المفرطة للنقد. وباتت تحصل على قسط مريح من النوم، وتوقفت كوابيسها. بالإضافة إلى ذلك، كان هناك تحسن ملحوظ في قدرتهما على مناقشة مشكلاتهما وحلها. وأخيراً، كانت قادرة على الحفاظ على هذا المستوى من التحسن بمرور الوقت والانخراط في علاج نفسي فعال.

قد يبدو هذا المثال مفرطاً في التبسيط، وهو بالتأكيد يصنف كأحدى خبراتي العلاجية الأسهل لعلاج اضطراب الشخصية الحدية، فمن الواضح أن هذه المرأة كانت تعاني مستوى خفيفاً إلى متوسط من الاضطراب. ومع ذلك، أرى استجابات من هذا النوع غالباً بين الأفراد الذين لم يتم تشخيصهم أو علاجهم من قبل.

الدور الخاص للكلوزابين في علاج اضطراب الشخصية الحدية

إذا كانت أعراض اضطراب الشخصية الحدية لدى المريض معتدلة إلى شديدة بشكل ملحوظ ومزعجة، وثبت أنها مقاومة للأدوية في تجارب علاجية دقيقة على كل من الجيل الثاني والأول من مضادات الذهان، فسأناقش مع المريض وعائلته إمكانية استخدام كلوزابين، وهو الدواء الأصلي في فئة الجيل الأول من مضادات الذهان ولا يزال يعتبر المعيار الذهبي للجيل الثاني من مضادات الذهان، لكنه للأسف يمنع إنتاج خلية دم بيضاء معينة؛ ما يعني أنه يقلل كمية هذه الخلايا في الدورة الدموية. في نسبة مئوية صغيرة للغاية من الأفراد الذين يتناولون الكلوزابين، قد يتسبب رد الفعل هذا في حدوث نتائج خطيرة وأحياناً قاتلة إذا لم تتم مراقبته بشكل صحيح. لذلك، فإن العديد من الأطباء النفسيين، خاصة في الولايات المتحدة، يترددون في استخدام هذا الدواء الفعال لعلاج المرضى الذين يعانون أمراضاً عقلية لها دلالات مناسبة (على سبيل المثال، الفصام). وفي محاولة لزيادة الاستخدام المناسب والأمن للكلوزابين في الولايات المتحدة، وافقت مؤخراً إدارة الغذاء والدواء على برنامج إستراتيجية تقييم مخاطر الكلوزابين وتخفيف آثاره، ولهذه المبادرة آثار كبيرة على العلاج الدوائي لاضطراب الشخصية الحدية.

تتمثل أهمية برنامج إستراتيجية تقييم مخاطر الكولزاين وتخفيف آثاره للمرضى الذين يعانون اضطراب الشخصية الحدية بدرجة متوسطة إلى شديدة ولا يجدي مع أعراضه العلاج، في التجارب المبكرة، هو أن الغالبية العظمى من هؤلاء المرضى **أظهروا** استجابات علاجية وأمنة للكولزاين. لقد قمت أنا وتشارلز شولز بكتابة باب حول هذه المسألة في كتاب عن البيولوجيا العصبية للاضطرابات الشخصية من المقرر أن تنشره مطبعة جامعة أكسفورد قريباً. وقد خلصنا بناءً على الدراسات المنشورة بالفعل إلى أن هناك حاجة حقيقية لمزيد من التقييم الدقيق لفاعلية وسلامة الكولزاين لدى المرضى المصابين باضطراب الشخصية الحدية الذين يقاومون هذه الأدوية. لقد عالجت شخصياً ثلاثة مرضى استوفوا المعايير المذكورة أعلاه بالكولزاين. واستجاب الثلاثة بشكل جيد للغاية، واستمروا على هذه الحال خلال مرحلة المتابعة، دون انخفاض حاد في خلايا الدم البيضاء.

مثبتات المزاج

مضادات الصرع

هناك نوعان من مثبتات المزاج أظهرتا فاعليتهما في علاج اضطراب الشخصية الحدية (انظر الجدول 10-1)، ويتضمن أحدهما مضادات الصرع توبراميت (توباماكس) ولاموتريجين (لاميكثال)، ودي فالبروات (ديباكوت)، أما النوع الثاني، وهو فئة بجد ذاته، هو الليثيوم. استخدمت مضادات الصرع في البداية للأشخاص الذين يعانون اضطراب نوبات الصرع الجزئية المعقدة الذي ينشأ في الفص الصدغي الإنسي للمخ. وقد وجد أيضاً أنه يحدث خللاً في هذه المنطقة من المخ عند الإصابة باضطراب الشخصية الحدية. وعلى وجه التحديد، تحتوي هذه المنطقة على اللوزة الدماغية والقشرة الحزامية الأمامية، وهما مسئولان عن تكوين الانفعالات والاندفاع والسيطرة عليهما (انظر الفصل السابع). ومن المعروف أن اللوزة تكون شديدة النشاط والقشرة الحزامية الأمامية ضعيفة التفاعلية، في عدد من الاضطرابات الذهنية، بما في ذلك اضطراب الشخصية الحدية.

يمكن لمضادات الصرع أن تهدئ من نشاط النوبات في هذه المنطقة من المخ، التي تحدث خللاً في الانفعالات والاندفاع. غالباً ما يظهر الأشخاص المصابون باضطراب ثنائي القطب سلوكاً اندفاعياً وتشوهات في التحكم الانفعالي - نوبات

مستمرة من النشوة والاكثاب والتهيج والغضب- ووجد أن مضادات الصرع فعالة في علاج هذه الأعراض. ويبدو أن من المعقول أنه إذا كانت هذه الأدوية مفيدة في علاج اضطراب ثنائي القطب، فقد تكون أيضاً قادرة على تقليل الاضطرابات الانفعالية والسلوكيات ذات الصلة لدى الأشخاص الذين يعانون اضطراب الشخصية الحدية. لا تزال التجارب البحثية المتعلقة باستخدام فالبروات، وتوبيراميت، ولاموتريجين مع المرضى الذين يعانون اضطراب الشخصية الحدية محدودة. ومع ذلك، تشير تحليلات تلوية لهذه الدراسات إلى أنها تقلل بشكل كبير من اختلال الانفعال والاندفاع في الاضطراب (انظر الجدول 10-1).

على مدى العقد الماضي، دُرست فئة مضادات الصرع من مثبتات المزاج بشكل أكثر دقة، وتعتبر الآن الفئة الثانية من الأدوية الفعالة في علاج أعراض اضطراب الشخصية الحدية.

مضادات الصرع مهمة هنا لثلاثة أسباب. أولاً، يبدو أن الآثار العلاجية للأدوية المضادة للصرع تتمثل في تغيير مسارات ناقلات عصبية مختلفة عن تلك التي تتأثر بالجيلين الأول والثاني من مضادات الذهان. تؤثر فئة الأدوية من الجيل الأول من مضادات الذهان بشكل أساسي على نشاط مستقبلات الدوبامين دي تو، وتؤثر فئة الجيل الثاني من مضادات الذهان على كل من مستقبلات الدوبامين دي تو والسيروتونين في المخ (انظر الفصل السابع). يُعتقد أن التأثيرات الطبية للجيلين الأول والثاني من مضادات الذهان تؤدي إلى تحسين أعراض اضطراب الشخصية الحدية في نطاقات عدم الاستقرار الانفعالي والاندفاع والاضطرابات المعرفية. على النقيض من ذلك، يبدو أن مضادات الصرع تعمل من خلال التأثير على نشاط مسارات حمض الجاما-أمينوبيوتيريك والجلوتامات في الجهاز العصبي المركزي. تؤثر هذه الأدوية بشكل رئيسي على الأعراض في نطاق عدم الاستقرار الانفعالي والاندفاع، ولكن ليس في الاضطرابات المعرفية.

الجلوتامات هو الناقل العصبي الرئيسي في المخ، وحمض الجاما - أمينوبيوتيريك (جابا) هو الناقل العصبي الرئيسي المثبط (انظر الفصل السابع). هناك أدلة على وجود نشاط لجابا غير طبيعي ومستويات غير طبيعية من جابا لدى الأفراد المصابين باضطراب الشخصية الحدية، وترتبط هذه الاختلافات بآليات عمل الأدوية الفعالة. يعتمد النشاط الطبيعي للمخ على التوازن التفاعلي للجلوتامات وجابا. ويبدو من المعقول اعتبار أن التشنجات في نشاط أي من هذين الناقلين العصبيين أو كليهما

هي عوامل خطر للإصابة باضطراب الشخصية الحديّة؛ لذلك تمثل مضادات الصرع للأطباء فئة أخرى من الأدوية التي تعمل من خلال آليات المخ المتعلقة باضطراب الشخصية الحديّة، وهذه الأدوية مكملّة لمضادات الذهان. تزيد الوظائف التكميلية لمضادات الذهان ومثبتات المزاج من احتمالية تحقيق الفوائد العلاجية للأفراد المصابين باضطراب الشخصية الحديّة الناتج عن تشوهات كيميائية مختلفة.

ثانيًا: بسبب آليات عملها المختلفة، قد يضيف المعالج النفسي مضادًا للصرع لزيادة تأثيرات مضادات الذهان لدى المرضى الذين يستجيبون جزئيًا لمضادات الذهان.

ثالثًا: يبدو أن مضادات الصرع الثلاثة، وهي توباماكس ولاميكتال وديباكوت، لديها تأثيرات علاجية وآثار جانبية مختلفة لحد ما فيما بينها، وكذلك عن تلك الخاصة بمضادات الذهان، فعلى سبيل المثال: يحتوي لاميكيتال على تأثيرات مضادة للاكتئاب تفوق تأثيرات توباماكس وديباكوت. لذلك، قد يكون لاميكيتال أكثر فائدة للأفراد الذين يعانون نوبات الاكتئاب ذات الصلة باضطراب الشخصية الحديّة التي تكون متكررة وقصيرة ولا يتم التحكم فيها بشكل جيد بواسطة مضادات الاكتئاب التقليدية.

بالإضافة إلى تأثير توويرامات على بعض أعراض اضطراب الشخصية الحديّة، يبدو أنه فعال في تقليل النهم إلى الطعام والكحوليات والمخدرات. ما لا يقل عن 50 في المائة من المرضى المصابين باضطراب الشخصية الحديّة يعتمدون على الكحول والمخدرات أو يعانون اضطرابات تناول الطعام. وأخيرًا، في حين أن ديفالبروات قد يتسبب في زيادة كبيرة في الوزن، يبدو أن لاموتريجين لا يؤثر على الوزن، وكما هو مذكور، قد يؤدي التويرامات إلى تقليل الوزن.

لم توافق إدارة الغذاء والدواء الأمريكية على مضادات الصرع هذه لعلاج اضطراب الشخصية الحديّة؛ لذا يجب مراجعة فوائدها ومخاطرها بعناية مع طبيبك النفسي قبل استخدام أي منها لعلاج أعراض اضطراب الشخصية الحديّة، وينطبق هذا بالتأكيد على أي دواء موصوف لك.

الليثيوم

الليثيوم هو دواء آخر يعمل على استقرار الحالة المزاجية ويمكن أن يكون مفيدًا في علاج اضطراب الشخصية الحديّة. يستخدم هذا الدواء بشكل شائع لعلاج

الأشخاص المصابين بالاضطراب ثنائي القطب، وهناك أوجه تشابه في عدد من أعراض الاكتئاب واضطرابات المزاج الأخرى في الاضطراب ثنائي القطب وأعراض اضطراب الشخصية الحدية، وتشير أوجه التشابه هذه إلى أن الليثيوم يمكن أن يكون مفيداً أيضاً للأشخاص الذين يعانون اضطراب الشخصية الحدية. في التجارب البحثية السريرية العلنية (التي يعرف فيها المريض والطبيب أن الليثيوم يتم تناوله)، بدأ أن الليثيوم فعال مع بعض المرضى الذين يعانون اضطراب الشخصية الحدية (انظر الجدول 10-1). إنه أقل شيوعاً في علاج اضطراب الشخصية الحدية مقارنة بمثبتات المزاج الثلاثة التي ذكرتها أعلاه؛ لأن الليثيوم يمكن أن يحدث تسمماً في مستويات الدم والتي لا تكون أعلى بكثير من تلك العلاجية. يتطلب استخدام الليثيوم هذا مراقبة دقيقة لمستويات الليثيوم في الدم عند بدء العلاج، ومرة واحدة على الأقل أو مرتين في السنة عندما تستقر المستويات. حتى في المستويات العلاجية، قد يقلل الليثيوم من وظائف الغدة الدرقية والكلية. ومع ذلك، إذا فشلت مثبتات المزاج الأخرى في المساعدة، وبدأ أن هذا الدواء مطلوب لمعالجة أعراض المريض المصاب باضطراب الشخصية الحدية، فإن نسبة المخاطرة إلى الفائدة لاستخدام الليثيوم قد تشير في بعض الحالات إلى أنه بديل معقول.

مضادات القلق والمهدئات

القلق وقلة النوم من الأعراض الشائعة لاضطراب الشخصية الحدية، وفئة الأدوية الأكثر استخداماً لهذه الأعراض هي البنزوديازيبينات، مثل ديازيبام (فالسيوم) والبرازولام (زاناكس) وتمازيبام (ريستوريل) وفلورازيبام (دالمين) وتريازولام (هالسيون)، وتشير الدراسات البحثية والتجارب السريرية إلى أن هذه الأدوية يجب أن تستخدم بحذر مع الأشخاص المصابين باضطراب الشخصية الحدية، بسبب احتمالية إدمانها وقدرتها على زيادة السلوك الاندفاعي.

يعاني بعض المرضى أيضاً استجابات سلبية تجاه عقار الزولبيديم - (أمبين) وهو مهدئ يشبه البنزوديازيبينات، مثل العدوانية، والاهتمام المفرط بإرضاء الآخرين، والهياج، والهلوسة، وتبدد الشخصية. إذا كان هذا الدواء موصوفاً لك، فكن على دراية بهذه المشكلات المحتملة.

العناصر الغذائية

كانت "ماري زاناريني" و"فرانسيس فرانكنبرج" من مستشفى ماكلين التابع لجامعة هارفارد أول من أبلغا عن نتائج نهج علاجي إبداعي في علاج اضطراب الشخصية الحديّة، وقد أظهرت الدراسات الشاملة لعدة بلدان أن ارتفاع معدلات استهلاك المأكولات البحرية كان مرتبطاً بانخفاض معدلات الإصابة بالاضطراب ثنائي القطب والاكتئاب. بالإضافة إلى ذلك، في التجارب القائمة على المقارنة بالأدوية الوهمية، استفاد الأشخاص المصابون بالاكتئاب والاضطراب ثنائي القطب من خليط من بعض الأحماض الدهنية الموجودة في زيت السمك. ولتوسيع نطاق هذه الاكتشافات، أجرت "ماري زاناريني" و"فرانسيس فرانكنبرج" دراسة قائمة على المقارنة بالأدوية الوهمية عن تأثيرات أحماض أوميغا 3 الدهنية في النساء المصابات باضطراب الشخصية الحديّة، وأظهرت النتائج انخفاضاً كبيراً في العدوانية والاكتئاب لدى النساء اللاتي عولجن بهذا العنصر الغذائي (المكمل الغذائي) مقارنة بالمجموعة الضابطة، وتكررت هذه النتيجة في دراستين إضافيتين وأظهرت أن التأثير العلاجي صحيح. بالإضافة إلى ذلك، أشارت التقارير إلى عدد قليل من الآثار الجانبية في الدراسات. وأخيراً، قد تختلف آلية عمل أحماض أوميغا 3 الدهنية في اضطراب الشخصية الحديّة، وإن كانت غير معروفة، عن آلية فئات الأدوية الأخرى الفعالة في علاج أعراض الاضطراب، وتؤدي إلى فهم أفضل لطبيعة الاضطراب، وقد يؤدي ذلك إلى طرق علاجية مبتكرة أخرى.

كيفية اختيار الأدوية لمعالجة أعراض اضطراب الشخصية الحديّة

ستلاحظ في الجدول 10-1 أن فئات الأدوية المستخدمة في علاج اضطراب الشخصية الحديّة تؤدي إلى نتائج متداخلة جزئياً ولكنها غير متطابقة، ويشير هذا سؤالين:

لماذا تعتبر فئات مختلفة من الأدوية فعالة بالنسبة لبعض الأعراض نفسها للاضطراب ولكن غير فعالة بالنسبة لأعراض أخرى؟
كيف يقرر طبيبك الأدوية أو مجموعة الأدوية التي ستكون أكثر فائدة لك؟

ستذكر من الفصل السابع أن الأنظمة العصبية في العقل المسؤولة عن تنظيم التحكم الانفعالي، والاندفاعية، والوظائف المعرفية (مثل الذاكرة، والتفكير، والتخطيط)، والعلاقات مع الآخرين (على سبيل المثال، تكوين العلاقات) تبدو متضررة لدى الأشخاص الذين يعانون اضطراب الشخصية الحدية. لتعمل بشكل صحيح، تستخدم كل من هذه الأنظمة العصبية الجلوتامات الناقل العصبي المحفز والناقل العصبي المثبط جابا، وتعديل أفعال هذين الناقلين العصبيين بواسطة ناقلات عصبية أخرى، مثل السيروتونين والدوبامين، وتسمى أيضًا المعدلات العصبية، ولكل من الفئات المختلفة من الأدوية الموصوفة في الجدول 10-1 مواقع عمل مختلفة وتأثيرات مختلفة على نشاط مسارات الجلوتامات وجابا مقارنة بمواقع العمل والتأثيرات البيوكيميائية للمعدلات العصبية مثل الدوبامين والسيروتونين. لذلك، يمكن أن تتأثر السلوكيات نفسها بأنشطة الأدوية المختلفة في مواقع عملها الكيميائية المحددة، في كل من النظام العصبي المحدد الذي يتحكم في هذه السلوكيات.

يبدو الآن أنه من المحتمل أن تكون أعراض اضطراب الشخصية الحدية ناتجة عن تفاعل عوامل الخطر الجينية والتطورية والبيئية (انظر الفصل الرابع). كما هي الحال بالنسبة للعديد من الاضطرابات الطبية، بما في ذلك الاضطرابات العقلية، ربما تكون الطفرات الجينية المتعددة ضرورية للإصابة باضطراب الشخصية الحدية. تعمل هذه التشوهات الجينية على الإضرار ببعض الأنظمة العصبية المرتبطة بالاضطراب في مواقع متعددة في مساراتها العصبية. وعندما يحدث ذلك، فإنها تؤثر على وظائف العديد من آليات الناقل العصبي التي تؤدي إلى أعراض محددة. ولأنه من غير المحتمل أن يحمل كل شخص مصاب باضطراب الشخصية الحدية الطفرات الجينية المتطابقة في المسارات المتأثرة باضطراب الشخصية الحدية، فحده كل عرض تختلف من مريض إلى آخر.

بعد ذلك، تصبح هذه النقاط المتعددة لخلل الناقل العصبي على طول المسارات العصبية المهمة أهدافاً كيميائية لفئات مختلفة من الأدوية المستخدمة في علاج اضطراب الشخصية الحدية، ونظرًا لأنه قد يكون هناك العديد من المواقع وأنواع الاضطرابات، كما ذكرنا من فورنا، فغالبًا ما تكون هناك حاجة إلى أكثر من دواء واحد لتحقيق التأثيرات العلاجية المطلوبة. بعبارة أخرى، إذا تم "كسر" المسارات العصبية في العديد من مواقع التأثير الكيميائي، فقد تكون الأدوية المختلفة ضرورية

للمساعدة في استعادة هذه المسارات إلى مستوى أكثر طبيعية لتقليل الأعراض المحددة أو القضاء عليها. يتطلب هذا من طبيبك النفسي تحديد الأدوية التي تناسب مجموعة الأعراض الخاصة بك وأسبابها الكيميائية.

الاختيار المتسلسل للأدوية

سيعتمد اختيار الأدوية الأنسب لك على أربعة عوامل على الأقل: أعراض اضطراب الشخصية الحديّة التي تعانيها، والفاعلية المثبتة لأحد الأدوية لعرض أو أكثر من الأعراض، وتحملك للدواء، والتكلفة.

أولاً، تشير الأعراض الرئيسية التي تؤثر عليك إلى فئة الأدوية التي قد تكون أكثر فائدة، فعلى سبيل المثال، لنفترض أنك، مثل معظم المرضى الذين يعانون اضطراب الشخصية الحديّة، تعاني أعراض الغضب والقلق والاكتئاب والاندفاع؛ واضطراباً أو أكثر من الاضطرابات المعرفية، وصعوبة في العلاقات الشخصية. في ظل هذه الظروف، من المرجح أن تستفيد من الأدوية واسعة المجال مثل أحد مضادات الذهان من الجيل الثاني.

ومع ذلك، إذا كنت لا تعاني سلوكيات مدمرة للذات أو عدوانية ظاهرياً، أو أفكاراً ارتيابية أو جنون الارتياب، أو الفصام، أو النوبات الانفصالية، أو صعوبة في التفكير المنطقي، فقد يكون مثبت المزاج، مثل توباماكس، هو الخيار الأول الأكثر ملاءمة. إذا تم تجريب أدوية من الفئتين بشكل منفصل وثبت أنها مفيدة بشكل جزئي فحسب، فقد تحتاج إلى دواء من كل فئة من أجل التحكم في الأعراض بشكل كافٍ للأسباب التي نوقشت في القسم السابق.

العامل الثاني الذي يحدد الاختيار المناسب للأدوية هو قدرتك على تحمل دواء معين أو فئة من الأدوية. يمكن لجميع الأدوية أن تسبب آثاراً جانبية، وبعض الأشخاص يعانون آثاراً جانبية لدواء معين أو فئة من الأدوية أكثر من غيرهم، والهدف الأخير من العلاج الدوائي هو تحقيق المستوى الأمثل للتأثير العلاجي والحد الأدنى من الآثار الجانبية وحدتها، وغالباً ما يتطلب هذا بعض التجربة والخطأ قبل تحديد أفضل الأدوية والجرعات بالنسبة لك.

العامل الأخير في اختيار الدواء المناسب هو التكلفة، فعلى سبيل المثال: على الرغم من أن مضادات الذهان غير التقليدية (الجيل الثاني) تبدو فعالة في علاج بعض أعراض اضطراب الشخصية الحديّة، وقد تكون نسبة الإصابة بسببها بخلل

الحركة المتأخر أقل من مضادات الذهان التقليدية، فقد تجدها باهظة الثمن، لكن هذا الأمر تغير عما كان عليه في الماضي لأن عدداً من هذه الأدوية أصبح متوافراً الآن بشكل عام. إذا كانت الاعتبارات المالية لا تزال مشكلة، فمن الجدير أن تناقش مع طبيبك المخاطر والفوائد النسبية لاستخدام الجيل الأول من مضادات الذهان الأقل تكلفة، مقارنة بالجيل الثاني منها.

تذكر أن وظائف المخ لا تعتمد على المبلغ الذي تدفعه مقابل الدواء، بل إنها تتأثر فحسب بالتناسب بين الدواء الذي تتناوله والكيماويات الحيوية المحددة لمخك، فعلى سبيل المثال: قيل أن يكون الجيل الثاني من مضادات الذهان متوافراً، عالجت عدداً من المرضى بالجيل الأول من مضادات الذهان، وكان لدى العديد منهم استجابة مرضية للغاية. ومع ذلك، بعد أن أصبح الجيل الثاني من مضادات الذهان متاحاً، وبعد أن ناقشنا المزايا النسبية لكلتا الفئتين، قرر بعض مرضاي التحول إلى الجيل الثاني من مضادات الذهان، فأجريت عدة محاولات باستخدام أدوية مختلفة في هذه الفئة. ولكن بدا واضحاً أنه بالنسبة لبعض هؤلاء المرضى، كانت أدويتهم الأصلية أكثر فاعلية من أي أدوية أخرى جربناها من الجيل الثاني من مضادات الذهان، ولذلك عادوا إلى الدواء الأصلي.

ملاحظة شخصية على استخدام مضادات الذهان في علاج اضطراب الشخصية الحدية

تعود اهتماماتي السريرية والبحثية باستخدام مضادات الذهان لعلاج اضطراب الشخصية الحدية إلى عامي الأول في التدريب كطبيب نفسي في المركز الطبي بجامعة ديوك عام 1967، فقد أثرت هذه الاهتمامات في البداية بسبب رجل خضع لرعايتي في خدمة المرضى الداخليين النفسيين.

كان هذا المريض طبيب أسنان غير متزوج يتردد على المستشفى باستمرار بسبب معاناته نوبات قلق حادة، عندما كانت تحدث هذه النوبات، لم يكن يستطيع العمل، وكان يملكه الخوف من عجزه عن الاهتمام بنفسه، فكان يبقى ببساطة في السرير لأيام. كان قد عولج بفئة جديدة من مضادات القلق التي كانت متوافرة في ذلك الوقت، وهي بنزوديازيبينات ديازيبام (الفاليوم) وكلورديازيبوكسيد (ليبريوم)، لكن فاعليتها لم تكن بالقدر المطلوب، وتسببت مضادات الاكتئاب ثلاثية الحلقات التي أكتشفت مؤخراً بشكل رئيسي في آثار جانبية له أو جعلت الأعراض أسوأ. كان

هذا المريض يخضع للعلاج النفسي لسنوات، وكان العلاج الوحيد الذي بدا أنه فعال بشكل مؤقت هو أسبوع أو أسبوعين من خدمة المرضى الداخليين النفسيين. ومن خلال الرعاية والتغذية على مدار الساعة، قلت الأعراض التي يعانيتها تدريجيًا حتى أصبح قادرًا على الاعتناء بنفسه مرة أخرى والعودة إلى العمل. وبعد بضعة أشهر، كان ينتكس ويعود إلى المستشفى.

كان تشخيص هذا الرجل هو عصاب القلق الحاد، ولم يظهر عليه قط أي أعراض للذهان الصريح، ومع ذلك كان يعتمد بشكل كبير على عدد قليل من أقاربه وعلى طبيبه النفسي. وعندما كانت تظهر عليه الأعراض، كان يصبح شديد القلق لدرجة أنه قد يلکم نفسه. لم يكن يعاني نوبات غضب أو أعراض اكتئاب حاد، بل كان كل ما يعانیه هو شعور عميق بالوحدة. لم يكن قط قادرًا على تكوين علاقة ناضجة من أي نوع، حيث كان الناس ينفرون منه باستمرار بسبب اعتماده على الآخرين وتشبثه بهم. لم يكن التشخيص الرسمي لاضطراب الشخصية الحدية موجودًا عندما كنت متدربًا في السنة الأولى؛ لذلك لم يتم تشخيصه بهذا الاضطراب، وحتى لو كان كذلك، فقد كان عدد قليل من الأطباء النفسيين هم الماهرين في علاجه. لا أتذكر وجود أو غياب أعراض أخرى لاضطراب الشخصية الحدية في تاريخ هذا الرجل، لكنني أظن أنه كان ستطبق عليه معايير الاضطراب. كان من الواضح أنه لم تكن للأدوية أو العلاج النفسي الذي استخدم معه أي تأثير مفيد عليه. وبعد قراءة سجلاته الطبية، أدركت أنه لم يسبق له أن جرب أحد المهدئات الرئيسية، وهو ما أطلقنا عليه الفئة الجديدة من الأدوية التي نشير إليها الآن بالجيل الأول من مضادات الذهان، فاقترحت على عضوية التدريس المشرف أن نحاول استخدام جرعة منخفضة جدًا من أحد هذه الأدوية على هذا المريض. في البداية، كان عضوية التدريس هذا متشككًا، لكن الجرعة التي اقترحتها كانت صغيرة للغاية، من 1 إلى 2 مليجرام في اليوم مقارنة بالجرعة المعتادة من عشرة إلى عشرين مليجرامًا يوميًا، فوافق الطبيب، ووافق المريض على الفور عندما ناقشت الفكرة معه.

ودهشنا وسررنا عندما وجدنا أن أعراض المريض خفت حدتها، وقررنا أخيرًا أن المدى العلاجي الأمثل للدواء لهذا المريض هو من 1 إلى 3 مليجرامات يوميًا، وفقًا لمستوى التوتر لديه. أتذكر أن طاقم التمريض، الذي أصبح يعرف هذا المريض جيدًا من خلال تردده الكثير على المستشفى، كان في البداية متشككًا في هذه الفكرة.

لقد اعتاد استخدام هذه الفئة من الأدوية بجرعات أعلى بكثير من قبل أعضاء هيئة التدريس والمتدربين الآخرين.

على الرغم من أننا اعتقدنا جميعاً أن التحسن الملحوظ قد يكون تأثيراً وهمياً، فإنه لم ينتج عن أي دواء آخر في الفئات الأخرى التي جربناها هذا التحسن، فكان الاختبار النهائي هو استجابته طويلة المدى، فبقيت في خدمة المرضى الداخليين لمدة ثلاثة أشهر أخرى ولم أراه يعود إلى المستشفى. وفي وقت لاحق من ذلك العام، تأكدت من طبيبه النفسي أنه كان يستمر في التحسن مقارنة بما كان عليه في الماضي، فقد كان قادراً على العمل بشكل منتظم ونادراً ما كان يعود إلى المستشفى.

في العام التالي، عندما كُلفت بالعمل في العيادات الخارجية، تذكرت تجربتي مع هذا المريض عندما لم ينجح استخدامي للعلاج النفسي مع مريضة لديها تشخيص محتمل باضطراب الشخصية الحدية، وهي السيدة "ديفيس" (انظر الفصل الثاني)، فقد دفعتني استجابتها الإيجابية لدواء مختلف من الجيل الأول لمضادات الذهان إلى الاستمرار في استخدام هذا النهج مع المرضى الآخرين الذين يعانون اضطراب الشخصية الحدية. لقد تحسن العديد، ولكن ليس الكل بالتأكيد، جراء تناوله جرعات منخفضة من هذه الفئة من الأدوية.

في عام 1974، تركت عملي في جامعة ديوك وعملت مديراً لقسم علم الأدوية النفسية في قسم الطب النفسي في كلية الطب بجامعة واشنطن في سياتل. وبعد وصولي، قضيت أنا واثان من أعضاء هيئة التدريس من الأطباء النفسيين في الكلية بعض الوقت في مناقشة خبراتنا المتبادلة في علاج المرضى الذين يعانون اضطراب الشخصية الحدية، وسرعان ما اكتشفنا أننا كنا قد رصدنا النتائج العلاجية نفسها نتيجة استخدام جرعة منخفضة من الجيل الأول من مضادات الذهان مع المرضى المصابين بالاضطراب.

في ذلك الوقت، كان "جون جندرسون" و"مارجريت سينجر" قد نشرتا مقالهما المؤثر عن تشخيص اضطراب الشخصية الحدية، وقد زاد هذا المقال بشكل كبير من الاهتمام بهذه الفئة من المرضى. كنت أنا وزميلاتي "جون برينكلي" و"برنارد بيتمان" قد قررنا أنه لم يكن هناك أي تقرير عن التأثير العلاجي الإيجابي للعلاج بجرعة منخفضة من الجيل الأول من مضادات الذهان للمرضى الذين يعانون اضطراب الشخصية الحدية في الأدبيات الطبية. في الواقع، لم تشجع مجموعة الأدبيات حول هذا الموضوع بشكل عام استخدام أية أدوية لعلاج اضطراب الشخصية

الحدية؛ ومن ثم أجرينا مراجعة لهذه الأدبيات لتحدي الموقف السائد بشأن الأدوية، وأضفنا لهذه المراجعة خمس حالات من تجاربنا السريرية الشخصية مع المرضى المصابين باضطراب الشخصية الحدية الذين كانت استجابتهم إيجابية للجيل الأول من مضادات الذهان، ونشر المقال في عام 1979.

السببان الرئيسيان لكتابتنا لهذا المقال هما لفت انتباه الأطباء النفسيين الآخرين للفائدة المحتملة لاستخدام جرعة منخفضة من الجيل الأول من مضادات الذهان مع المرضى المصابين باضطراب الشخصية الحدية والإشارة إلى أن التجارب السريرية القائمة على المقارنة بالأدوية الوهمية ضرورية لاختبار فرضيتنا. في عام 1986، نشر فريقنا من الباحثين في كلية الطب في فرجينيا وفريق "بول سولوف" في جامعة بيتسبرج في وقت واحد هاتين الدراستين في الدورية العلمية نفسها، أرشيفر أوف جنرال سايكريتي. وقد أشارت الدراستان معاً إلى حدوث تحسن في بعض أعراض اضطراب الشخصية الحدية استجابة للعلاج بجرعة منخفضة من الجيل الأول من مضادات الذهان، ومنذ ذلك الحين، نشرت دراسات إضافية محكمة عن استخدام الجيلين الأول والثاني من مضادات الذهان في علاج اضطراب الشخصية الحدية. وأظهرت جميع هذه الدراسات، باستثناء واحدة، مزايا كبيرة للعلاج بالأدوية المستخدمة مقارنة بالدواء الوهمي مع المرضى الذين يعانون هذا الاضطراب.

أفكار ختامية عن استخدام الأدوية في علاج اضطراب الشخصية الحدية

أتمنى وأتوقع أن يصبح اضطراب الشخصية الحدية قريباً من دواعي الاستعمال المعتمدة من قبل إدارة الغذاء والدواء الأمريكية لدواء أو أكثر من الأدوية، وهو على الأرجح أحد مضادات الذهان. سيكون هذا خطوة مهمة في عملية تأسيس استخدام هذا الدواء والفئات الأخرى من الأدوية مع المصابين باضطراب الشخصية الحدية، وأعتقد أن هذه الخطوة ستزيد من استخدامها مع هؤلاء المرضى وإفادتهم بها. على الرغم من أن هذا الهدف لم يتحقق حتى الآن، فإن "ماري زاناريني" و"تشارلز شولتز" اقتربا مؤخراً بشكل غير عادي من القيام بذلك باستخدام أولانزابين (زيبركسا)، ولا أزال واثقاً بأن الاضطراب سيكون من دواعي الاستعمال ليس فقط للعديد من مضادات الذهان، ولكن أيضاً لواحد أو أكثر من مثبتات المزاج المضادة للصرع وربما أحماض أوميغا 3 الدهنية.

فئة الدواء	الدواء	أعراض تحسنت بواحد أو أكثر من الأدوية في هذه الفئة
مضادات الذهان		
الجيل الأول	ثيوثيكسين (نافان)* هالوبيريدول (هالدول)* تريفلوبيرازين (ستيلازين)* فلوبنثيكسول*	القلق، الوسواس القهري، الاكتئاب، محاولات الانتحار، العدا، إيذاء الذات / الاعتداء، الأوهام، التفكير الارتياحي، الذهان، ضعف الأداء العام
اللانمطية	أولانزابين (زيبريكسا)*	الحدة، القلق، الغضب / العدا، الاكتئاب، إيذاء النفس، العدوانية، الشك، التفكير الارتياحي
الجيل الثاني	أريبيرازول (أبيليفاي)* ريسبيريدون (ريسبردال) + كيتيابين (سيروكويل)* لوراسيدون (لاتودا) - كلوزابين (كلوزاريل)*	الفصام، الحساسية في التعامل مع الآخرين، مشكلات في التعامل مع الآخرين، والأعراض الإيجابية والسلبية والعامّة
مثبتات المزاج		
مضادات الصرع	توبراميت (توباماكس)* لاموتريجين (لاميكثال)* ديفالبروات (ديباكوت)*	عدم استقرار المزاج، الغضب، التهيج، القلق، الاكتئاب، الاندفاع، مشكلات في التعامل مع الآخرين
الليثيوم	أملاح الليثيوم	ضعف الأداء العام
عناصر غذائية	أحماض أوميغا - 3 الدهنية	الحدة، الغضب، الاكتئاب، العدوانية
مضادات أخرى ذات خصائص مختلفة	الأوكسيتوسيك	نتائج متضاربة

*دراسات قائمة على المقارنة بالأدوية الوهمية؛+دراسات عليّة؛ -دراسات غير منشورة

الحادي عشر

العلاجات النفسية

ترجع نحو 60% من خطر تطور أعراض اضطراب الشخصية الحدية إلى عوامل جينية تتسبب في اختلال كيمياء المخ ووظيفته، ويبدو أن هناك قدرًا هائلًا من عوامل الخطر - نحو 40% - متعلقًا بالبيئة وأيضًا ينتج عنها اضطرابات في السلوك ووظيفة المخ.

إن العوامل البيئية والأعراض السلوكية تتسبب أيضًا في النهاية باضطرابات في التطور الطبيعي للأنماط السلوكية الفعالة والعلاقات السليمة؛ ومن ثم من المهم أن تكون لديك علاقة آمنة ناجحة داعمة مع شخص قادر على مساعدتك على التعلم عن مرضك وكيف يؤثر على حياتك، ويعلمك كيف تحدث هذه التغييرات التي تمكنك من استعادة السيطرة بشكل أفضل على انفعالاتك وسلوكياتك الاندفاعية والأنماط الفكرية والعلاقات المضطربة التي هي من سمات اضطراب الشخصية الحدية. ويلبي المعالج النفسي المؤهل هذه الاحتياجات ويؤدي أدوارًا أخرى مهمة أيضًا. يعد العلاج النفسي مهمًا إذا كنت ترغب في فرض السيطرة القصوى على الأعراض التي تعانيتها وعلى حياتك. لقد كان وما زال هناك عجز في المعالجين المدربين جيدًا وذوي الخبرة فيما يتعلق بعلاج اضطراب الشخصية الحدية، لكن حدث مؤخرًا

تغييرات هائلة في النهج المستخدم في العلاج النفسي لاضطراب الشخصية الحديّة، وهذه التطورات تبشر بأن العلاج سيكون متاحًا بصورة أكبر وأن فاعليته ستزداد بالنسبة لاضطراب الشخصية الحدية واضطرابات الشخصية الأخرى. ومن المشجع للغاية زيادة عدد المعالجين الذين يتعلمون مهارات العلاج النفسي اللازم لمساعدة المرضى المصابين باضطراب الشخصية الحديّة ويكتسبون الخبرة اللازمة لاستخدام هذه المهارات بكفاءة.

قد يكون العلاج النفسي مثيرًا ومثيرًا للاهتمام، بل إنه قد يكون ممتعًا أيضًا، فالعديد من الأشخاص ينظرون إلى العلاج النفسي على أنه تجربة غامضة ومخيفة إلى حد ما، ويخشون أن تكون القضايا الأساسية التي تثار في أثناء العلاج سلبية، ولعلك قد تتفاجأ عندما تتعرف في أثناء العلاج على عدد من السمات الإيجابية والمهارات التي لديك، وتتعلم الطريقة التي يمكنك أن تستخدم بها نقاط القوة هذه لمصلحتك. يمنحك هذا الفصل نظرة عامة موجزة عن العلاج النفسي الذي ثبتت فاعليته مع المصابين باضطراب الشخصية الحديّة. يمكنك مناقشة هذه الأنواع مع المعالجين المحتملين لتقرر أنسب طريقة لك لتمضي فيها؛ لأنه يبدو أن الأشكال المختلفة للعلاج تعمل بكفاءة أكبر مع المرضى ممن لديهم ملامح محددة للأعراض.

العلاج الدوائي والعلاج النفسي: نهج مزدوج

قبل أن تنتقل إلى العلاجات النفسية لاضطراب الشخصية الحديّة، أود أن أشدد على سبب الأهمية والنفع الشديد للسعي خلف كل من الدواء والعلاج النفسي، فكما ذكرنا في الفصل السابق، فإن الاستخدامات الأساسية للأدوية في العلاج هي من أجل تقليل وتخفيف أعراض الاضطراب المزعجة التي تكون في بعض الأحيان مزمنة لدى المصابين، والتي لا يمكن معالجتها من خلال العلاج النفسي. إن التحسن السريع في هذه الأعراض المزعجة لاضطراب الشخصية الحديّة والاضطرابات التي تصاحبه الذي تلمسه بسبب هذه الأدوية سيخفف عنك بشكل كبير ويساعدك على بدء تحالفات علاجية سليمة وموثوق بها مع الأطباء النفسيين والمعالجين. وكثيرًا ما يكون العلاج الدوائي مجرد مرحلة مبدئية في العلاج الأمثل من اضطراب الشخصية الحديّة، والعلاج النفسي يمكنك من قطع أشواط أكبر بكثير في رحلة علاجك، ولهذا السبب أوصي بكل من الأدوية والعلاج النفسي من أجل علاج فعال من اضطراب الشخصية الحديّة.

بالتأكيد، لا تستطيع الأدوية أن تمدك بمعلومات عن اضطراب الشخصية الحديّة، لكن من خلال تقليل حدة الأعراض التي تعانيتها، تمكّنك الأدوية من فهم المعلومات الجديدة التي ستتعلمها من العلاج واستيعابها وتطبيقها بشكل صحيح. ولكي تصبح شخصاً متزناً ذا توجهات متوازنة وعلاقات سليمة ومناهج حياتية فعالة، يجب أن تكون قادراً على إدراك الانفعالات الخفية في نفسك وفي الآخرين، والتمييز بين هذه الانفعالات والأفكار وتلك غير الدقيقة، والتمييز بين الفرص التي تجلب لك سعادة ورضاً دائماً وتلك التي تثيرك في البداية فقط لكنها تضرك على المدى البعيد. ولكي تنجز المستوى الثاني من العلاج بنجاح، فكثيراً ما يكون المعالج البارِع ضرورياً لمساعدتك على اكتساب فهم أوسع وتقدير أكبر لنقاط القوة وأوجه القصور لديك في التفاعلات المهمة والمعقدة في انفعالاتك ومعرفتك وحكمتك، خاصة في أثناء تطبيقها على علاقتك. وتصبح هذه السمات واضحة بشكل أكبر مع مساعدة الأدوية المناسبة، لكن ليس هناك دواء في حد ذاته يحتوي على مثل هذه المعلومات. ومن خلال عمل العلاج النفسي يتمكن المرء من الوصول إلى هذه المعرفة المهمة.

اضطراب الشخصية الحديّة - علاجات نفسية محددة

لفهم الأصول والأساس المنطقي والمكونات الرئيسية لأشكال العلاج الحالية، من المفيد أن نفهم كيفية استخدام العلاج النفسي تاريخياً لمعالجة اضطراب الشخصية الحدية.

قبل خمسة وعشرين عاماً مضت، ظل الأساس المنطقي للعلاجات النفسية لاضطراب الشخصية الحديّة فلسفياً وتجريبياً بدلاً من أن يقوم على الأدلة. كان هناك بحث جاد مستخدم في اختبار كلٍّ من النظريات الأساسية لأغلب نماذج العلاج ونتائجه. لقد وُصفت حدود العلاج النفسي لاضطراب الشخصية الحديّة خلال هذه الفترة بوضوح في مقال مؤثر ودقيق عن الاضطراب نشره المحلل النفسي الأمريكي "أدولف ستيرن" عام 1938، وقال فيه إن التحليل النفسي التقليدي لم يحرز تقدماً ملحوظاً في المرضى المصابين باضطراب الشخصية الحديّة، وأشار إلى التعديلات التي وجدها مفيدة في تجاربه السريرية، وهناك عدد من هذه التعديلات وُظفت في العلاج النفسي المحدد لاضطراب الشخصية الحديّة المستخدم الآن.

وبما أن التحليل النفسي والنماذج التقليدية للجيل الأول من العلاج النفسي أثبتا عدم فاعليتهما النسبية مع العديد من الأشخاص المصابين باضطراب الشخصية

الحديّة، فلقد صُمم عدد من العلاجات النفسية المحددة لاضطراب الشخصية الحديّة على مدار الخمسة وعشرين عاماً الماضية، ومن بينها سبعة علاجات أثبتت الأبحاث كفاءتها ودعمتها بالأدلة:

1. العلاج السلوكي الجدلي
2. العلاج القائم على التعقل
3. العلاج النفسي المعتمد على التحويل
4. العلاج المرتكز إلى المخطط
5. الإدارة النفسية الجيدة
6. التدريب التنظيمي لتوقع الانفعالات وحل المشكلات
7. العلاج النفسي الجماعي من خلال التعامل مع الآخرين

لاحظ أنه ليس هناك أي من العلاجات المحددة لاضطراب الشخصية الحديّة المذكورة هنا خضعت للاختبار الدقيق في غياب الأدوية، علاوة على أن أنماط وجرعات الأدوية لم يبلغ عنها، وهذا متغير غير منضبط خطير يربك نتائج هذه الدراسات. وبسبب هذا التغافل عن ذكر نمط الأدوية وجرعاتها، خلص العديد من المعالجين إلى أن العلاج وحده كان مسؤولاً عن أي جوانب للتحسن في عينة الدراسة. وحتى وقت قريب، كان هناك افتراض يتردد ذكره كثيراً مفاده أن الأدوية لا تعود بنفع كبير في علاج مرضى اضطراب الشخصية الحديّة وهي على أقصى تقدير مكمل للعلاج النفسي. ومن المعترف به بشكل متزايد أن الأدوية المناسبة تقلل بشدة من أعراض معينة لاضطراب الشخصية الحدية، ومن ثم تمكّن وتعزز فاعلية العلاج. المهم هنا هو أنه يجب أن تكون متشككاً في أي معالج يعارض استخدام الأدوية في علاج اضطراب الشخصية الحدية، إلا إذا كانت أعراضك تتراوح في حدتها ما بين الخفيفة إلى المعتدلة، ففي ظل هذه الظروف، تعد تجربة العلاج النفسي في غياب الأدوية بديلاً معقولاً.

العلاج السلوكي الجدلي

إن العلاج السلوكي الجدلي اختبر في الدراسات المحكمة أكثر من أي نوع آخر من أنواع علاجات اضطراب الشخصية الأخرى، وهو مستخدم على نطاق واسع.

لقد وضعت عالمة النفس بجامعة واشنطن في سياتل، "مارشا لينهان"، منهج العلاج السلوكي الجدلي خصيصاً للأشخاص المصابين باضطراب الشخصية الحدية، ولا سيما هؤلاء الذين ينخرطون بشكل كبير في سلوكيات تدمير وإيذاء الذات ومن تتطلب حالتهم إقامة لفترات قصيرة في المستشفى بسبب سلوكياتهم هذه. يقوم العلاج السلوكي الجدلي على نظرية تقول إن أعراض اضطراب الشخصية الحدية تنتج من خلل بيولوجي في آية المخ التي تنظم الاستجابات الانفعالية. إن الآثار السلوكية المبكرة لأوجه الخلل هذه تعاضم عندما يتفاعل الطفل الذي لديه عامل خطر وراثي للإصابة بالاضطراب مع أشخاص لا يفهمون ألمه الانفعالي ولا يقرون بصحته ولا يساعدونه على تعلم مهارات التكيف الفعالة حتى يحدوا من معاناته.

لقد لاقى العلاج السلوكي الجدلي استحساناً كبيراً في علاج اضطراب الشخصية الحدية بسبب النتائج التي حققها في العديد من الدراسات البحثية، ولا سيما في الحد من الانتحار والسلوكيات المؤذية للذات والذهاب المتكرر للمستشفى، وفي تحسين التكيف الاجتماعي. ويمكن للعديد من معالجي الصحة العقلية تعلم العلاج السلوكي الجدلي واستخدامه، وعلى الرغم من أن هناك ورشاً متاحة للأطباء المعالجين لمعرفة المزيد عن العلاج السلوكي الجدلي، يجب أن يكون المعالج المدرب جيداً قد حضر دورة تدريبية مكثفة لمدة عشرة أيام. وكل عام يتلقى المزيد من المعالجين هذا المعيار الذهني من تدريب العلاج السلوكي الجدلي، ولكن لا توجد شهادة رسمية للمعالجين الذين يستخدمون العلاج السلوكي الجدلي.

تشابك أهداف العلاج السلوكي الجدلي إلى حد ما مع أهداف العلاج النفسي الداعم الفردي، خاصة التي تستخدم الأساليب السلوكية المعرفية، لكن النهج العلاجي يستند إلى مفهوم نظري مختلف ويوظف عدداً من الإستراتيجيات العلاجية المختلفة. ويهدف العلاج السلوكي الجدلي للإقرار بصحة مشاعرك المتعلقة بعدم التحكم في الانفعالات والمشكلات الناتجة عنها، لكنه يوازن هذا التقبل من خلال تشجيعك على إحداث تغييرات مثمرة. كما يركز العلاج السلوكي الجدلي على تطوير مهارات محددة لعلاج المعارضة أو الجدل أو التوترات أو الصراعات التي تنشأ في حياة الأشخاص المصابين باضطراب الشخصية الحدية، مثل حاجة المريض المتصورة إلى مستوى عالٍ من الاعتماد على المعالج والآخرين، والخوف والشعور بالذنب اللذين يثيرهما مثل هذا الاعتماد.

هناك اختلافات أخرى تميز العلاج السلوكي الجدلي عن النماذج الأخرى من العلاجات النفسية المخصصة لاضطراب الشخصية الحدية، فالعلاج السلوكي الجدلي يتألف من جلسة معالجة نفسية فردية مرة في الأسبوع على يد معالج مدرب على العلاج السلوكي الجدلي وجلسة مدتها ساعتان ونصف ساعة للتدريب على مهارات العلاج السلوكي الجدلي مرتين في الأسبوع وهو علاج جماعي، ومقابلة أسبوعية مع فريق المعالجين المختصين برعايتك. وفي العلاج السلوكي الجدلي عادة ما لا يتم تشجيعك على اللجوء إلى المستشفى أو تناول الأدوية كوسيلة للسيطرة على التوتر الانفعالي؛ لأن الهدف من العلاج هو تعلم التحكم في الصراعات الحالية والأزمات الانفعالية بطريقة أكثر فاعلية من المستخدمة سابقاً. ومن الجدير بالذكر أنه في دراسة ما كان مزيج العلاج السلوكي الجدلي ومضادات الذهان (لكن ليس مثبتات إعادة امتصاص السيروتونين الانتقائية مثل عقار فلوكسيتين المضاد للاكتئاب (بروزاك)) أكثر فاعلية من العلاج السلوكي الجدلي وحده أو مضادات الذهان بمفردها. إن المعالجين المدربين البارعين المتخصصين في العلاج السلوكي الجدلي موجودون في العديد من المجتمعات. ومع ذلك، كما سنذكر لاحقاً، ليس هناك دليل على أن العلاج السلوكي الجدلي أكثر فاعلية من أي نموذج آخر من العلاجات النفسية لاضطراب الشخصية الحدية.

العلاج القائم على التعقل

لقد صمم كلٌّ من "أنثوني بيتمان" و"بيتر فوناجي" العلاج القائم على التعقل. وعلى عكس النظرية الكامنة خلف العلاج السلوكي الجدلي، التي تفترض أن اضطراب الشخصية الحدية هو نتيجة للتفاعل بين صعوبة متأصلة في التحكم في الانفعالات المصحوب ببيئة تكرر هذه الصعوبة الفطرية ولا تقبلها، يقترح "بيتمان" و"فوناجي" أن اضطراب الشخصية الحدية قائم على التفاعل بين الاضطرابات الموروثة والمكتسبة في العمليات الدماغية التالية:

1. التأثيرية الوجدانية، أو مدى الاستجابات الانفعالية وشدتها وملاءمتها
2. التحكم في الاندفاع
3. إدارة العلاقات مع الآخرين
4. المعرفة، أو الإدراك الضمني والصريح وتفسير الذات وكذلك الأشخاص الآخرين والأحداث وتكاملهم المتماسك

هذه هي البؤر الرئيسية في العلاج القائم على العقل ويشار إليها مجتمعة باسم "العقل".

بعبارة أخرى، ادعى "بيتمان" و"فوناجي" أن الأفراد الذين يعانون اضطراب الشخصية الحدية يواجهون صعوبات أساسية متأصلة في عقلنة الوظائف المعرفية المذكورة آنفاً. وهذا ما ينتج عنه اضطرابات ثانوية في استجاباتهم الانفعالية والتحكم في الاندفاع وإدارة العلاقات مع الآخرين؛ لأنها لا يمكنها أن تتكامل في مجموعة متماسكة، ونتيجة لهذه الصعوبات الأساسية وللأهمية الكبرى التي ينطوي عليها تطوير علاقات إيجابية قوية، تحدث التغييرات في العلاج في الغالب نتيجة العمل التفاعلي بين المعالج والمريض.

إن التطبيق السريري للعلاج القائم على العقل له أربع سمات. الأولى: يركز المعالج على أفكار المريض الحالية ومشاعره وأمنيته ورغباته. الثانية: تجنب النقاشات التي لا تتعلق بمشاعر المريض تجاه الواقع. الثالثة: خلق مناخ علاجي يشجع على المناقشات المفتوحة للأفكار والمشاعر. الرابعة: لا بد أن تكون الأفكار والمشاعر قيد المناقشة واضحة وجليّة قبل التصرف بشأنها. بإيجاز، إن آلية التغيير الأساسية في العلاج القائم على العقل هي تعزيز العقل في سياق انضباط علاقة المريض بالمعالج.

وكما هي الحال في العلاج السلوكي الجدلي والعلاجات النظرية الأخرى، تتمثل قيود العلاج القائم على العقل الرئيسية في أنه قائم على المفاهيم واستخدامه محدود للغاية وغير مرّن لاستيعاب التباين الكبير داخل النطاقات المتعددة لاضطراب الشخصية الحدية. (سنناقش هذا الموضوع بالتفصيل فيما يلي).

العلاج النفسي المعتمد على التحويل

إن العلاج النفسي المعتمد على التحويل هو شكل آخر متخصص من العلاج طور خصيصاً للمرضى الذين يعانون اضطراب الشخصية الحدية. إنه يرتكز بقوة على مبادئ النفسية الديناميكية. على عكس العديد من أشكال العلاج الأخرى لاضطراب الشخصية الحدية، فالعلاج النفسي المعتمد على التحويل يقترح أن الاضطرابات النفسية في الشكل الأساسي أو هيكل الشخصية تكمن وراء الأعراض المحددة للاضطراب. إن الاضطرابات التي تقسم تصورات الفرد إلى طرفين سيئٍ وصالح لها أهمية خاصة في العلاج النفسي المعتمد على التحويل. ينتج عن هذا تناقض خطير

في كل من الأفكار والمشاعر التي تحدد طريقة المريض في الشعور بنفسه والآخرين. باختصار، إنها تحدد تجاربه وتفسيراته للواقع.

يركز العلاج النفسي المعتمد على التحويل مبدئياً على اتفاق سلوكي يعقده المعالج مع المريض ويقرآن فيه بأنه من المحتمل جداً أن تتعرض علاقاتهما للتهديد في أثناء العلاج وأنه يجب حلها بشكل صحيح. ينتقل العلاج بعد ذلك لتعديل الاضطرابات النفسية الأولية وتقليل الأعراض، ويتم ذلك بشكل أساسي عن طريق فحص وفهم وتحسين تفاعلات المريض مع المعالج.

يتمثل الهدف الأساسي في برنامج العلاج النفسي المعتمد على التحويل في تكامل التمثيلات المستقطبة للذات والآخرين، أو تقليل التفكير المنقسم. من الواضح أن أسلوب العلاج ومختصر ومنظم، وهذا يعطي المريض الفرصة لدمج التصورات والأفكار والانفعالات التي كانت مقسمة وغير منظمة في السابق، إذ يوفر المعالج بيئة انفعالية ومعرفية "متناسكة" ويتوقع أن يكون لدى المريض نهج مدروس ومنضبط للحالات والسلوكيات المعرفية والانفعالية. يعمل المعالج على توضيح العلاقة العلاجية وتحديدها وتفسيرها في اللحظة الراهنة (يشار إليها باسم "التحويل") التي تقود المريض إلى إعادة فحص المعلومات المتباينة.

يتمثل أحد القيود المهمة للعلاج النفسي المعتمد على التحويل في أن العلاج النفسي الديناميكي من هذا النوع غير مناسب لجميع المرضى الذين يعانون اضطراب الشخصية الحدية، فقد لا يمتلك بعض المرضى قوة الأنا (المرونة) لتحمل الانفعالات الناجمة عن التعامل مع الآخر التي تنشأ في هذا الشكل من العلاج. وقد لا تكون لديهم سيطرة كافية على سلوكياتهم الاندفاعية أو لا يملكون الوقت أو الموارد المالية لتكريسها لعملية العلاج. بالإضافة إلى ذلك ليس كل المعالجين النفسيين لديهم التدريب والخبرة والمهارة لتقديم هذا النوع من العلاج للمرضى الذين يعانون اضطراب الشخصية الحدية. وكما هي الحال مع جميع أشكال العلاج النفسي للاضطراب، يجب تحديد هذه المشكلات ومراعاتها قبل إجراء العلاج النفسي المعتمد على التحويل.

العلاج المرتكز إلى المخطط

يقدم العلاج الذي يركز إلى المخطط تكاملاً منظماً لتقنيات العلاج النفسي الديناميكي والداعم والمعرفي السلوكي. يعتمد العلاج المرتكز إلى المخطط

على فرضية أن الأشخاص الذين يعانون اضطراب الشخصية الحدية لديهم بنية شخصية أكثر صلابة، ومشكلات نفسية مزمنة، ومعتقدات عميقة ولكنها غير دقيقة. ومن بين أصعب التحديات في علاج اضطراب الشخصية الحدية التحول السريع في الحالة المزاجية والأفكار، خاصة من الحب للكراهة ونطاق الأعراض التي يعانيها المريض وحدتها. وفي محاولة للتعامل مع هذه التهديدات المهمة للعلاج، يجمع العلاج المرتكز إلى المخطط سلوكيات المرضى في خمس شخصيات، أو مخططات، التي "يتقلب" مريض اضطراب الشخصية الحدية بينها في محاولة للتغلب على الصعوبات التي يواجهها، وهذه المخططات الخمسة هي: (1) الطفل المهجور والمشوش، (2) الطفل الغاضب والمندفع، (3) الحامي المستقل، (4) الوالد المعاقب، (5) الشخص البالغ السليم.

هناك أربع آليات للشفاء وتغيير العلاج الأساسي لاضطراب الشخصية الحدية مع العلاج المرتكز إلى المخطط وهي (1) "إعادة التربية المحدودة" من قبل المعالج؛ (2) العمل الذي يركز على الانفعالات، باستخدام الصور والحوارات بشكل أساسي؛ (3) إعادة الهيكلة المعرفية والتعليم؛ و(4) تحطيم وإعادة بناء الأنماط السلوكية غير الفعالة والضارة.

وبسبب الأساليب المفاهيمية المختلفة المستخدمة، هناك مشكلة كبيرة في العلاج المرتكز إلى المخطط وهي أنه لا توجد نظرية واحدة أو مجموعة متكاملة من النظريات التي توجه المعالج والمريض بوضوح خلال عملية العلاج. كما هي الحال مع جميع أشكال العلاج النفسي لاضطراب الشخصية الحدية، ليس كل الأفراد المصابين بهذا الاضطراب مرشحين مناسبين لتلقي العلاج المرتكز إلى المخطط، وعدد المعالجين المدربين خصيصاً في مجال العلاج المرتكز إلى المخطط محدود.

الإدارة النفسية الجيدة

تدمج الإدارة الجيدة للطب النفسي وسائل مختلفة في علاج اضطراب الشخصية الحدية، وتشمل العلاج النفسي الديناميكي وإدارة الحالة والعلاج الدوائي. يستخدم العلاج النفسي المستخدم في الإدارة الجيدة للحالة التدخلات المعرفية والسلوكية والديناميكية النفسية، ويركز بشكل خاص على الجوانب المتصلة بالعلاقات في الاضطراب التي ينتج عنها أنماط تعلق مضطربة، كما يركز على التنظيم الفعال للعاطفة في العلاقات.

يستهدف العلاج الدوائي في الإدارة النفسية الجيدة الأعراض ويعطي الأولوية لعلاج تقلب المزاج والاندفاع والعدوانية. وهذا يعد التزامًا بالدليل الإرشادي للممارسات إيه بي إيه 2001 لعلاج المرضى الذين يعانون اضطراب الشخصية الحدية. لقد أصبح المكون الدوائي لهذا الدليل الإرشادي قديمًا للغاية بسبب نتائج الأبحاث الحديثة (انظر الفصل العاشر). ومع ذلك، هناك دليل على أن الإدارة النفسية الجيدة فعالة مثل العلاج السلوكي الجدلي عند استخدامها من قبل الأطباء النفسيين وغيرهم من المعالجين الذين يفهمون مبادئ وعمليات الإدارة النفسية الجيدة ولديهم اهتمام شديد بعلاج الأفراد الذين يعانون اضطراب الشخصية الحدية.

يبدو أن تحسن أعراض المرضى مع الإدارة النفسية الجيدة يستمر لمدة عامين على الأقل بعد عام واحد من العلاج. عندما اختبر الباحثون الإدارة النفسية الجيدة، جرى وصف نهج العلاج النفسي في دليل مكتوب، لكن الدليل لم يتم نشره بعد، لذلك لا يمكن استخدامه على نطاق واسع.

إن الأدلة التي تدعم هذا النوع من العلاج النفسي لاضطراب الشخصية الحدية محدودة، ومع ذلك، ينبغي عدم استبعادها. لقد صمم هذا النمط العلاجي كلٌّ من "جون جندرسون" و"بول لينكس". يتمتع "جندرسون" بخبرة واسعة في علاج المرضى وإجراء البحوث ونشر المقالات العلمية حول اضطراب الشخصية الحدية، ويحظى باحترام كبير في هذا المجال. بالإضافة إلى ذلك، هناك حاجة كبيرة لمزيد من الأطباء النفسيين وغيرهم من المتخصصين في الصحة العقلية للمشاركة في رعاية المرضى الذين يعانون اضطراب الشخصية الحدية، ويعتبر كتيب "جندرسون" المنشور مؤخراً حول الإدارة النفسية الجيدة بمنزلة شرح واضح وموجز للأساس المنطقي والتطبيق السريري للعمليات المستخدمة في الإدارة النفسية الجيدة.

التدريب التنظيمي لتوقع الانفعالات وحل المشكلات

إن التدريب التنظيمي لتوقع الانفعالات وحل المشكلات هو برنامج تعليمي جماعي لمرضى العيادات الخارجية صممه "نانسي بلم"، الحاصلة على ماجستير في الخدمة الاجتماعية، وزملاؤها لتكملة العلاج النفسي الفردي والأدوية للمرضى الذين يعانون اضطراب الشخصية الحدية وليس استبداله، ولهذا السبب يسميه مصمموه "بالقيمة المضافة". تتمثل الأهداف المعلنة للبرنامج في تثقيف المرضى وأولئك الموجودين في نظام دعمهم حول اضطراب الشخصية الحدية، وتعليم

تنظيم الانفعالات ومهارات الإدارة السلوكية، وتعزيز فاعلية نظام دعمهم المستمر (الأشخاص المهمين، وأفراد الأسرة، ومقدمي العلاج). لقد جمع البرنامج قاعدة أدلة كبيرة تُثبت أنه يقلل بشكل فعال من الاكتئاب، وأعراض اضطراب الشخصية الحدية، واستخدام خدمات الرعاية الصحية. لقد خضع برنامج التدريب التنظيمي لتوقع الانفعالات وحل المشكلات للاختبار والاستخدام في الولايات المتحدة وهولندا. وفي برنامج التدريب التنظيمي لتوقع المشاعر وحل المشكلات، يُنظر إلى اضطراب الشخصية الحدية على أنه اضطراب في التنظيم الانفعالي والسلوكي، بما في ذلك الاضطرابات الإدراكية والحسية والمعرفية مثل تفكير الكل أو لا شيء (المنقسم). لقد صُمم لمعالجة الأعراض الرئيسية للاضطراب ولتجنب قيود العلاج السلوكي الجدلي والعلاج القائم على العقل، فالعلاج السلوكي الجدلي يتطلب التزاماً زمنياً كبيراً ويحدد أن العلاج الفردي والتدريب على المهارات تُدار فقط بواسطة معالجين مؤهلين في العلاج السلوكي الجدلي. يتكون برنامج التدريب التنظيمي لتوقع الانفعالات وحل المشكلات من جلسة مدتها ساعتان أسبوعياً على مدار عشرين أسبوعاً، بالإضافة إلى العلاج الفردي مع المعالج الحالي للمريض. الأهم من ذلك، في بعض الحالات، يؤدي شرط تقديم كل من العلاج الفردي والتدريب على المهارات بواسطة أولئك المدربين على العلاج السلوكي الجدلي، إلى فصل المرضى عن معالجتهم الحاليين. أخيراً، يشير مصممو برنامج التدريب التنظيمي لتوقع الانفعالات وحل المشكلات إلى أن العلاج الجدلي السلوكي والعلاج القائم على العقل لا يمكن الوصول إليهما بسهولة، ويحتاجان لعمل مكثف ويستغرقان وقتاً طويلاً، ويتطلبان تدريباً كبيراً للمعالجين.

العلاج الجماعي من خلال التعامل مع الآخرين

لقد ثبت الآن أن الاضطرابات الكبيرة في العلاقات هي أحد النطاقات الرئيسية الأربعة للأعراض المحددة لاضطراب الشخصية الحدية. يُظهر عدد من الأفراد المصابين بهذا الاضطراب تحسناً في إطار المجموعة، وخاصة التحسن في مهارات العلاقات. قد تساعد بيئة العلاج الجماعي أيضاً في تحسين التحكم الانفعالي والاندفاع والاضطرابات المحددة في الإدراك والتفكير المنطقي وحل المشكلات. يتسبب الأفراد المصابون باضطراب الشخصية الحدية في اضطرابات معينة في العائلات. علاوة على ذلك، كما رأينا، فإن اضطراب الشخصية الحدية وراثي حيث إنه

موجود بشكل شائع لدى أفراد الأسرة الآخرين (كما هي الحال مع الاضطرابات مثل الاكتئاب وتعاطي المواد الإدمانية وغيرها). يزيد التفاعل بين عوامل الخطر الوراثية والبيئية من خطر الإصابة باضطراب الشخصية الحدية ومن درجة شدته؛ لذا لقد أثبت تطوير برامج تعليمية وعلاجية لأفراد الأسرة، خصوصاً الوالدين والشركاء، فاعليته لمساعدتهم على فهم كيفية تحسين تفاعلهم مع أفراد أسرهم الذين يعانون اضطراب الشخصية الحدية. تقدم برامج الأسرة معلومات حول اضطراب الشخصية الحدية، وتعلم العائلات مهارات التأقلم من أجل رفاهيتها، وتوفر فرصة لتطوير شبكة دعم.

على الرغم من أن المشاركة في مثل هذه المجموعات قد يكون مفيداً، فيجب عليك التعامل معها بحذر، فيمكن أن تصاب بضرر جسيم إذا تصرف فرد أو أكثر في المجموعة بطريقة غاضبة أو متلاعبة أو خبيثة أو بطريقة غير لائقة ومدمرة تجاه عضو آخر في المجموعة أو المجموعة ككل. دون وجود قائد أو ميسر مدرب للتدخل للتعامل مع الموقف بسرعة وبشكل صحيح، قد يتعرض أحد أعضاء المجموعة، وحتى المجموعة نفسها، لضرر كبير.

قبل الانضمام إلى إحدى مجموعات الدعم، يجب أن تسعى للحصول على توصيات حول المجموعات المحلية من مختصي الصحة العقلية الذين يعملون مع الأشخاص المصابين باضطراب الشخصية الحدية. بالإضافة إلى ذلك، قد يكون من المفيد طلب معلومات من أعضاء هذه المجموعات قبل الانضمام.

التطلع للأمام: مستقبل العلاج النفسي المخصص لاضطراب الشخصية الحدية

هناك مجموعة من الخبراء خلصوا إلى أن كل العلاجات الحالية عليها قيود هائلة، ونحن في حاجة إلى إجراء تغييرات كبيرة في نهجنا العلاجي.

كان أكثر هؤلاء الخبراء إنتاجاً وإبداعاً هو د. "دبليو جون ليفسلي"، الأستاذ المتفرغ في قسم الطب النفسي في جامعة كولومبيا البريطانية في كندا. لخص "ليفسلي" تفكيره ودمج أفكار خبراء آخرين في هذا المجال في كتاب حديث لتشجيع تطوير نموذج علاجي جديد لاضطرابات الشخصية. ويسمى هذا النموذج بالعلاج المعياري المدمج.

يقترح "ليفسلي" وزملاؤه أن الأساليب الحالية للعلاج تعني أن العلاج يجب أن يقتصر على واحد فقط من العلاجات التي ناقشتها سابقاً. بالإضافة إلى ذلك، لا

تعالج أي من هذه الأساليب الاختلافات الشاسعة في أعراض اضطراب الشخصية، وخاصة اضطراب الشخصية الحدية، سواء من الناحية المفاهيمية أو في الممارسة. بعبارة أخرى، فإن القيد الرئيسي لنماذج العلاج النفسي الحالية هو أنها محدودة للغاية من حيث النطاق والعمق. إن حدود المرونة الفردية والغريزية والمكتسبة لكل مريض ستمنع ذلك المريض من تحقيق الفوائد المثلى التي قد يوفرها دمج نوع آخر من العلاج.

لقد أراد مصممو العلاج المعياري المدمج التغلب على هذه القيود. يجمع هذا النهج بين عدد من مبادئ العلاج والإستراتيجيات والطرق المشتقة من جميع العلاجات الفعالة ويطبقها لعلاج أوجه خلل معينة. وبهذه الطريقة، يُحسن العلاج المعياري المدمج تلك النماذج التي تفترض خللاً واحداً وتطبق عدداً محدوداً من طرق العلاج المحدودة.

تُعرف "وحدة العلاج" في العلاج المعياري المدمج بأنها "سلسلة مترابطة من تدخلات المعالج التي تستهدف خللاً وظيفياً محدداً". بعض الوحدات مشتقة من التدخلات العلاجية التي اختبرت في التجارب البحثية التجريبية، والبعض الآخر يوصي به المعالجون من ذوي الخبرة والمهارة العالية في علاج مجالات معينة من اضطراب الشخصية المرضية النفسية. يوفر العلاج المعياري المدمج إرشادات لمطابقة مجالات علم النفس المرضي مع وحدات العلاج المناسبة. تجمع وحدات العلاج في العلاج المعياري المدمج في وحدات عامة أو شائعة موجودة في جميع العلاجات، ووحدات محددة مصممة لعلاج اختلالات معينة غير موجودة في جميع المرضى. يقع الاختيار على مجموعتين من الوحدات من جميع نماذج العلاج الحالية، والمراحل الخمس لوحدات المعالجة العامة والمحددة في العلاج المعياري المدمج هي: (1) السلامة، (2) الشمول، (3) التنظيم والتعديل، (4) الاستكشاف والتغيير، (5) الدمج والتوليف. وللعلاج المعياري المدمج بنية انتقائية وقد تكون مربكة. ومن خلال فهم التقدم خلال هذه المراحل الخمس، يمكن للمعالج أن يحد من هذا الالتباس.

تركز جميع العلاجات الفعالة لاضطرابات الشخصية على إنشاء إحساس جيد متكامل و متماسك بهوية المريض الذاتية وعلى ضعف المريض المزمن في العلاقات الشخصية. ومن ثم، فإن وحدات العلاج الشائعة في العلاج المعياري المدمج تتضمن اتفاقاً منظماً على قواعد العلاج، وتحالفاً علاجياً بين المريض والمعالج، يتمسك فيه

مكتبة

t.me/soramnqraa

المعالج باستمرار بالإطار العلاجي؛ ويتحقق فيه من صحة محتوى وشرعية تجارب المريض؛ وينطوي على ما يدفع المريض للتغيير؛ وعلى عمليات توعوية للمريض لاكتساب فهم واضح للذات والآخرين إلى جانب القدرة على التفكير بعناية في الحالات العقلية لكليهما، وبذلك تضمن الأهداف الأولية للعلاج في مراحل الأمان والشمول والتنظيم والتعديل. يختلف التقدم خلال هذه المراحل الأساسية من العلاج وفقاً لمدى شدة اضطراب المريض ومدى مرونته.

ومع توجيه أهداف العلاج للوحدات المشتركة وتحقيق الأهداف المرتبطة بها، يتقدم المريض والمعالج إلى وحدات العلاج المحددة التي تلبى الاحتياجات الفردية للمريض على أفضل وجه. عادةً ما تكون مراحل العلاج هذه هي المراحل الأخيرة من التنظيم والتعديل والاستكشاف والتغيير والدمج والتوليف. ولقد صممت وحدات خاصة لكل مريض وفقاً لمستوى مرونته وأعراضه الخاصة. يوفر هذا النهج العملي للعلاج المعياري المدمج المرونة والنطاق والعمق للمعالجة التي تفتقر إليها نماذج العلاج الحالية.

إن وحدات العلاج ليست منفصلة أو متصلة، ولكنها تتداخل وتتقدم أو تتراجع في الوقت نفسه وبشكل مستقل. لذلك، فإن الإطار المفاهيمي الذي توفره هذه المراحل الخمس من العلاج يساعد المعالج والمريض على تحديد مكانهما في العلاج والتركيز بشكل فعال على العمل الذي يقومون به.

ومن الإستراتيجيات الأخرى المهمة في العلاج المعياري المدمج دمج المفاهيم والأساليب التي توجه العلاجات الحالية. يذكر "ليفلسلي" وزملاؤه أن هناك حاجة إلى مزيد من البحث والمعرفة قبل أن يصبح ذلك ممكناً. نظراً لأن وصف العلاج المعياري المدمج قد نشر من فوره، فإن القليل من المعالجين هم من لديهم معرفة كبيرة به أو لديهم خبرة في استخدامه لعلاج اضطراب الشخصية الحدية. ومع ذلك، فقد أعرب العديد من قادة الفكر في هذا المجال عن دعمهم لهذه الطريقة. أعتقد أن العلاج المعياري المدمج سيصبح أكثر شيوعاً وسيصبح متاحاً في المستقبل القريب. وحتى ذلك الحين، تابع العلاج المتاح لك والأنسب لك.

إستراتيجيات العثور على معالج

إذا كنت تشك في أنك أو أحد أفراد أسرتك مصاب باضطراب الشخصية الحديّة، فمن المحتمل أن يكون لديك عدد من الأسئلة حول كيفية العثور على الرعاية المثلى. يمكنك استخدام الإرشادات التالية للبحث عن معالج في منطقتك.

أولاً: حدد ما إذا كان أي معالج في مجتمعك يتمتع بالمهارات والخبرة اللازمة لعلاج اضطراب الشخصية الحدية بفاعلية.

ثانياً: اكتشف ما إذا كانوا يدمجون استخدام الأدوية في علاج الاضطراب. وإذا كان طبيباً نفسياً، فاسأله عن الأدوية التي يستخدمها ولأي غرض، وقارن إجاباته بالمعلومات الواردة في الفصل العاشر.

ثالثاً: استفسر عن نهج العلاج النفسي الذي يستخدمه المعالج، وقارنه بأعراضك والعلاجات الموضحة في هذا الفصل لمعرفة ما إذا كانت ملائمة.

رابعاً: حدد ما إذا كان المعالج، بإذن كتابي منك، يتشاور مع أفراد الأسرة المقربين وطبيب الأدوية النفسية (طبيب نفسي) عند الحاجة في أثناء التقييم والعلاج.

غالباً ما تكون المهمة الأولى، وهي العثور على معالج يعالج المرضى الذين يعانون اضطراب الشخصية الحديّة، هي الأكثر صعوبة. لا يزال العديد من المجتمعات في الولايات المتحدة يفتقر إلى معالجين يتمتعون بالمهارات والخبرة والالتزام المطلوبة لتوفير مستوى الرعاية الذي يُعتبر الآن المعيار المقبول. إذا لم تتمكن من إيجاد معالج، فاتصل بمركز موارد اضطراب الشخصية الحديّة من خلال الموقع الإلكتروني الخاص به (bpdresourcecenter.org) أو عبر الهاتف (888-694-2273). لقد وضع المركز القائمة الأكثر شمولاً للأطباء في الولايات المتحدة الذين يكرسون جهودهم لعلاج المرضى الذين يعانون اضطراب الشخصية الحديّة.

الثاني عشر

الاستخدام المتكامل للأدوية والعلاج النفسي

زاد فهمنا لطبيعة اضطراب الشخصية الحديّة وطريقة علاجه في العشرين سنة الماضية. حتى الآن، يقول العديد من الخبراء في هذا المجال، في أفضل الأحوال، إن الأدوية لعبت دوراً ضئيلاً في علاج اضطراب الشخصية الحديّة وأنه يجب التوقف عن استخدامها بعد الاستخدام قصير المدى فقط. ودعا آخرون بشدة إلى أن العلاج النفسي هو العلاج الشرعي الوحيد للمرضى الذين يعانون اضطراب الشخصية الحديّة وأن الأدوية ليس لها دور في علاج هذا الاضطراب بخلاف الاضطرابات المتزامنة مثل الاكتئاب والقلق. في الواقع، حتى بعض المنظمات المهنية المرموقة لا تزال تؤكد أنه ينبغي عدم استخدام الأدوية لعلاج الاضطراب. أزال الخبراء في هذا المجال الكثير من السلبية المتعلقة باستخدام الأدوية في ظل الظروف المناسبة في علاج اضطراب الشخصية الحديّة. الدليل العلمي الداعم لاستخدامها أقوى بكثير اليوم مما كان عليه في السابق قبل خمسة عشر عاماً. وقد تم استعراض المسألة المتعلقة بأفضل السبل للجمع بين استخدام الأدوية والعلاج

النفسي في كتاب "دبليو جون ليفسلي" وزملائه الأخير حول منهج علاجي نفسي معياري مدمج ونموذجي لاضطرابات الشخصية (انظر الفصل الحادي عشر). في أحد الفصول الافتتاحية لهذا الكتاب، أعطى المحررون الأولوية للسلامة، وبناء التحالف بين المريض والمعالج، ودوافع المريض، وأشاروا إلى أن الأدوية فعالة في علاج الأعراض المقاومة للعلاج النفسي لحالات الاندفاعية المعتدلة إلى الشديدة، والاضطرابات العاطفية، والخلل المعرفي. فمن النادر الآن أن نرى مريضاً مصاباً باضطراب الشخصية الحدية ولا يعالج بالأدوية، وإن كان في بعض الحالات أقل من المستوى الأمثل.

المهمة الأساسية الآن للطبيب النفسي الذي يعالج مريضاً مصاباً باضطراب الشخصية الحدية هو تقرير، إذا لزم الأمر، الطريقة الأفضل لاستخدام الأدوية مع العلاج النفسي لتحقيق النتائج المثلى، ولقد ناقشت أنا ودكتور "كين سيلك" هذه المسألة الموجودة في أحد فصول كتاب "ليفسلي"، الذي كتب للأطباء السريريين والنفسيين، وفيما يلي ملخص لنقاطنا الرئيسية:

فريق العلاج السريري

يواصل بعض الأطباء النفسيين تقديم جميع طرق الرعاية للمرضى المصابين باضطراب الشخصية الحدية وعائلاتهم. وهذا يعني أنهم يوفرون التدخل في الأزمات، وإدارة الأدوية، والعلاج النفسي الفردي والجماعي، والعلاج الأسري. ومع ذلك، أوقف معظم الأطباء النفسيين الذين يعالجون هذا الاضطراب استخدام هذه الطريقة بسبب أن وقتهم محدود، وأن الأدوية المناسبة تسفر عن استجابات سريعة لدى المرضى، وأن المرضى يميلون بقوة إلى "الانفصام" عن العلاقات الوثيقة (هذا هو أحد مظاهر الانفصام الشائع في اضطراب الشخصية الحدية). وليس من العملي ببساطة أن يقوم الطبيب النفسي بتأدية كل هذه الوظائف بنفسه.

يبدو أن نموذج العلاج الذي ينطوي على اثنين أو أكثر من الأطباء السريريين أصبح هو نمط الرعاية الأكثر شيوعاً وفعالية، وهذا يعني أنه بات من الشائع الآن لطبيب نفسي ومعالج أو أكثر من المعالجين التعاون في علاج الأفراد المصابين باضطراب الشخصية الحدية وعائلاتهم. والشروط الحدودية لهذا التعاون معقدة ويجب فهمها بوضوح والاتفاق عليها وممارستها باستمرار من قبل جميع الأطراف المعنية إذا كان لهذا النموذج من الرعاية أن ينجح. بسبب طبيعة اضطراب

الشخصية الحديثة، سيصاب المريض بمستويات متفاوتة من شدة الاضطراب بمرور الوقت، وغالباً ما ستتغير حالته السريرية بسرعة. فيجب على أعضاء فريق العلاج فهم أدوارهم والاستعداد لتقديم الاستجابات العلاجية المناسبة والسريعة، سواء كان المريض مصاباً بدرجة حادة من اضطراب الشخصية الحديثة، أو بمستويات ثابتة ولكن متفاوتة من الشدة والمرونة، أو خفيفة جزئياً. ويجب على كل أعضاء فريق العلاج، وكذلك المريض والعائلة، فهم الأدوية ونمط العلاج النفسي المستخدم، والأغراض، وماهية النتائج المتوقعة. ببساطة، يجب أن يعمل الفريق معاً؛ لذا فإن الجهود العلاجية المتسقة والمنسقة ضرورية.

بناء علاقة تعاونية بين مقدمي الرعاية

للحصول على أقصى فائدة من العلاج، ستحتاج إلى أن توضح لطبيبك النفسي أو معالجك وطبيبك النفسي، المعلومات التالية قبل أن تبدأ في العلاج. سواء كنت تعمل مع طبيب واحد أو مع فريق مكون من معالج وطبيب نفسي، ينبغي أن تراجع بدقة البنود المحددة للعلاج مع جميع المعنيين برعايتك. بالإضافة إلى ذلك، يجد الكثير من الأطباء أنه من المفيد تضمين أفراد العائلة المهمين، عند الحاجة، في مرحلتي التقييم والعلاج. وفقاً لموقفك، قد يكون هؤلاء الأفراد الزوج أو الشريك أو الوالدين، وفي بعض الأحيان الأشقاء والأطفال (كما ذكرت في الفصل السابق، يساعد تضمين العائلة في عملية العلاج المريض على بناء شبكة دعم وزيزود عائلته وأحباءه بمعرفة مهمة وآليات مواجهة). يعتبر كل من توجهك وتوجه الطبيب النفسي والمعالج حول إشراك أفراد الأسرة في العلاج أمراً مهماً يجب مناقشته وحسمه قبل بدء العلاج. وأخيراً، تعرف على اسم أي دواء موصوف، وأغراضه المحددة والنتائج المتوقعة، وإطاره الزمني للعمل، وحدوده العلاجية، وآثاره الجانبية المحتملة قصيرة وطويلة المدى. يجب مراجعة الأمور التالية بدقة مع طبيب نفسي أو مجموعة من مقدمي الرعاية.

الطبيب النفسي الشخصي

1. وضح ما إذا كان يمكن استخدام أي من الأدوية الموصوفة "حسب الحاجة"، وإذا كان الأمر كذلك، فما شروط القيام بهذا؟
2. اطلب من الطبيب النفسي أن يشرح لك كيفية عمل الأدوية والعلاج النفسي معاً في خطة العلاج الشاملة.

3. حدد مع الطبيب النفسي حدود فاعلية الأدوية والعلاج النفسي في حالتك.
4. حدد بوضوح متى وتحت أي ظروف يكون من المناسب لك الاتصال به بين المواعيد.

مزيج من مقدمي العلاج

1. التقرير بأن اختصاصي الأدوية النفسية (الطبيب النفسي) والمعالجين يعتقدون أن اضطراب الشخصية الحدية حالة طبية تتطلب غالباً تناول الأدوية والانخراط في العلاج النفسي لتحسين الوعي الذاتي الانفعالي، والتحكم الذاتي الانفعالي والسلوكي، والتفكير، والاستدلال، وتكامل الأفكار والمشاعر التي تعزز مهاراتك الحياتية. إذا كانت هناك معارضة بين المجموعة حول طبيعة الاضطراب وشدته والعوامل البيئية التي تؤثر عليك، فلا بد لك من التفكير في البحث عن مقدمي علاج آخرين.
2. التقرير بأن الطبيب النفسي والمعالجين يفهمون بوضوح أدوارهم في الفريق التعاوني بالإضافة إلى أدوار أعضاء الفريق الآخرين، وأنهم يحترمون ويدعمون عمل زملائهم. ينبغي لأي عضو في الفريق ألا يستهين بمهارة أهمية عمل الأعضاء الآخرين.
3. الاتفاق على التوقيت والشروط التي يجب عليك، وفقاً لها، الاتصال بكل عضو من أعضاء الفريق (بصرف النظر عن المواعيد العادية). ما العضو الذي يجب عليك الاتصال به في حالة الأزمات والمواقف الأخرى التي لا يمكن تأجيلها حتى الاجتماع التالي المقرر؟ مع تقدم العلاج، ستصبح الحاجة إلى هذه الاتصالات نادرة.
4. إدراك أن المعالجين قد يستفسرون عن امتثالك للأدوية ويسألون عن فاعليتها وآثارها الجانبية، وأن الطبيب النفسي قد يستفسر عن المواضيع الرئيسية التي يجري العمل عليها حالياً في العلاج. تعد مشاركة هذا المعلومات أمراً ضرورياً لكل طبيب حتى يتم تنسيق رعايتك بشكل صحيح.

مثال حالة لعلاج مدمج: السيدة "ب"

يوضح مثال الحالة التالي استخدام الأدوية مع العلاج النفسي في حالة السيدة "ب"، وهي امرأة عزباء تبلغ من العمر اثنين وعشرين عاماً ومصابة باضطراب الشخصية

الحدية. أحالها معالجها إلي لتلقي العلاج النفسي لأن خللها الانفعالي، وضعف التحكم في سلوكها، وضعف عمليات التفكير لديها تؤثر بالسلب على علاقاتها وعملها في العلاج.

عندما قابلت السيدة "ب"، رأيت أمامي امرأة شابة أنيقة تعاني بعض الحزن. كان حديثها عفويًا ومتناسكًا ومترابطًا. لم يكن هناك دليل على معاناتها تشوهات نفسية حركية. فكما قالت، كانت الحالة المزاجية السائدة لديها هي التهيج والشعور المزمن باليأس. كانت السيدة "ب" قد بدأت العلاج قبل عدة أشهر مع معالج نفسي مدرب وماهر في علاج (خاصة في العلاج السلوكي الجدلي) الأفراد المصابين باضطراب الشخصية الحدية، ولكن على الرغم من أنها كانت تخضع لجلسة علاج نفسي فردية أسبوعية وجلستين جماعيتين للتدريب على المهارات لمدة ساعة ونصف الساعة في الأسبوع، لم تحرز أي تقدم في العلاج، وقد أحالها المعالج لي لمزيد من التقييم لإيجاد ما إذا كانت الأدوية ستؤتي بثمارها، وكانت شروط هذا الاقتراح واضحة: ستستمر السيدة "ب" في العلاج النفسي، وسيواصل المعالج معي إذا تطلب الأمر. لم تكن الأدوية بأية حال بديلاً للعلاج، بل كانت تهدف إلى استكمالها بتقليل بعض الأعراض المزعجة لاضطراب الشخصية الحدية التي كانت تعانيها، وتشمل هذه الأعراض نوبات غضب شديدة داخل جلسات العلاج وخارجها، وسلوكيات مؤذية للذات (بعض منها كان يتطلب زيارات منتظمة لغرفة الطوارئ)، وشكوك في معالجها، ونوبات انفصالية قصيرة عند التعرض للتوتر. في البداية، رفضت السيدة "ب" هذا الاقتراح، رغم أن معالجها أخبرها بهذا الاحتمال قبل بدء العمل معًا، لكن في النهاية شعرت بالإحباط بسبب عدم إحراز أي تقدم في العلاج، لذلك وافقت على هذا الخيار وقابلتني.

خلال العشر دقائق الأولى أو ما يزيد من التقييم المبدئي، كانت السيدة "ب" حذرة بعض الشيء في إجاباتها، فكنت أتوقف وأعلق على أنها تبدو مترددة في الإجابة بشكل كامل عن الكثير من أسئلتني، وسألتها بشكل مباشر عن السبب. وفي النهاية، اعترفت بأنها خائفة من أنه إذا أعطت إجابات صريحة عن بعض أسئلتني، قد أحكم عليها بأن حالتها خطيرة بحيث لا يمكنها الاستمرار في العمل مع معالجها الحالي، فطمأنتها بأن الهدف من التقييم هو تحديد ما إذا كانت الأدوية ستقلل حدة بعض الأعراض التي تعانيها بحيث تجعل العلاج النفسي أكثر فاعلية مما كان عليه، وأضفت أنه في حديثي الأول مع المعالج، كان يتوق لاستمرار عمله معها؛ وأنني أتمنى

أن أستطيع جعل عملها مع معالجها أكثر فائدة، فبدت السيدة "ب" مسترخية بعض الشيء، واستمرت في التقييم.

لم تقل إنها تعاني أي أعراض أو أن لديها تاريخاً من نوبات الاكتئاب الشديد أو الهوس الخفيف أو اضطراب فرط الحركة ونقص الانتباه أو القلق أو نوبات الهلع أو اضطراب الوسواس القهري أو اضطرابات تناول الطعام، ولم يكن لديها تاريخ من الإصابة بأمراض خطيرة أو إجراء عمليات جراحية ولم تكن تتناول أي دواء.

ذكرت السيدة "ب" أن الاكتئاب والقلق يبدو أنهما مرضان وراثيان في الأسرة المباشرة والممتدة، لكنها لم تكن على علم بوجود تاريخ للعائلة من الإصابة باضطرابات تعاطي المواد الإدمانية أو اضطرابات تناول الطعام أو اضطراب فرط الحركة ونقص الانتباه. وأنكرت السيدة "ب" أي تاريخ من التعرض للاعتداء الجسدي أو الجنسي أو العاطفي على يد عائلتها أو الآخرين. بصورة عامة، كانت ترى أنها النقطة السوداء في العائلة. فقد تخرج كل أفراد عائلتها المباشرة من الكلية، لكن كان من الصعب عليها أن تتفوق في الدراسة. وقد تدرجت لتصبح معلمة، لكنها واجهت صعوبة في التحكم في أعصابها مع مشرفيها وبعض زملائها من المعلمين؛ ما أدى إلى فصلها في إحدى المرات.

وقد قالت إنها كانت تعاني القلق والاكتئاب منذ الطفولة وأن معاناتها زادت تدريجياً حتى دخلت المدرسة الإعدادية. في ذلك الوقت، زادت حدة الأعراض بشكل كبير، وزادت نوبات غضبها، وكانت تدخل في شجارات جسدية وشفهية مستمرة مع أشقائها، وأحياناً مع والديها. وخلال السنة الأولى من هذا الاضطراب المتزايد بسرعة في المنزل، بدأت تحدث جروحاً وخدوشاً في ساعديها عندما تكون غاضبة. وذكرت السيدة "ب" أن فكرة القيام بذلك خطرت لها ذات يوم؛ لذا حاولت تنفيذها، فقد قالت إن ذلك ساعدها على الهدوء والتحكم بشكل أفضل في مشاعرها لعدة ساعات على الأقل. ومع ذلك، عندما اكتشف والداها هذا السلوك بعد تعرضها لنوبة حادة من إحداث الجروح والتزيف، أخذوها إلى غرفة الطوارئ. وهناك أخذت ما كانت تعتقد أنه جرعة صغيرة من مهدئ خفيف ثم خرجت. بعد ذلك، عانت نوبات مشابهة عدة مرات في الشهر وكانت في بعض الأحيان حادة بما يكفي لتؤدي إلى الدخول إلى غرفة الطوارئ، وذكرت السيدة "ب" أنها لم تكن تفكر في الانتحار ولم تدخل المستشفى. وأنكرت أي استخدام مفرط للكحول أو التعرض لمشكلات قانونية، لكنها اعترفت بتجربتها لبعض العقاقير المخدرة، وبعض الممارسات الجنسية العارضة.

وعندما سألتها عن طبيعة نوبات الاكتئاب التي تتعرض لها، قالت إنها تحدث بعد معاناتها حالة خيبة أمل شديدة، والتي عادة ما تكون انفصالها عن شريك حياتها أو صديق آخر، وشعورها بالذنب بسبب هذه المشاجرات أو بعض السلوكيات السيئة الأخرى، وكانت تختفي تدريجياً على مدار عدة أيام.

كانت السيدة "ب" دائماً ما تشعر بأن الآخرين ينتقدونها وسيئون التفكير بها. كانت هناك أوقات، بينما تشعر بالتوتر، تعتقد فيها أن عائلتها ومعارفها يخططون لإيذائها بطريقة ما. وفي أثناء بعض نوبات التوتر الحادة كانت "تنفصل" عن الواقع لمدة خمس عشرة دقيقة أو أكثر، ولم تكن تستطيع تذكر الأحداث والمناقشات التي وقعت في أثناء هذه الفترة. بالإضافة إلى ذلك، أشارت إلى أنه في الأمور المهمة وفي العلاقات الوثيقة كانت تجد صعوبة في الموازنة بين تفكيرها ومشاعرها وأنها كانت تميل إلى رؤية الأشياء بطريقة غير مرنة.

وأخيراً، كانت تجد صعوبة في إقامة علاقات وثيقة منذ طفولتها، حتى مع والديها وأشقائها وأفراد عائلتها الآخرين. خارج العائلة، كانت تقيم بعض الصداقات، لكن هذه العلاقات كانت تنتهي بشعورها بالخيانة وخبية الأمل تجاه الشخص الآخر. وعندما ارتبطت عاطفياً بأحدهم، كانت كثيراً ما تتشاجر معه، لأنها كانت تعتقد أنه لا يهتم بها بما يكفي وفي النهاية اعتقدت أنه يخونها، ثم انفصلت عنه.

عندما سألتها عن تجاربها في العلاج، اعترفت بأنها رغم إعجابها بمعالجتها، فإنها لم تحرز أي تقدم في العلاج، فقد قالت: "ربما لأنني لا أحاول بما يكفي. كما أنني لا أبدو قادرة على فهم كل شيء أتعلمه في العلاج، وعندما أفهم يؤثر الغضب والاكتئاب عليّ بالسلب، ولا يمكنني ممارسة السلوكيات الجديدة أو حتى التفكير فيها عندما أحتاج إلى ذلك".

بعد التقييم، سألت السيدة "ب" عما إذا كانت تود سماع أفكاره بشأن المصدر المحتمل لما تواجهه من صعوبات، وكيفية تأثير ذلك على حياتها، والفائدة الممكنة للأدوية في مساعدتها في العلاج وخارجه، فوافقت، لذلك أعطيتها تقييمي. اتفقت مع اعتقاد معالجها بأنها كانت تعاني مستوى معتدلاً من اضطراب الشخصية الحدية. كانت نوبات اكتئابها تلك المرتبطة عادةً باضطراب الشخصية الحدية وليست واحدة من اضطرابات الاكتئاب الشديد. واستعرضت معها أعراض اضطراب الشخصية الحدية التي تعانيها وأعطيتها عدة أمثلة للآثار التي تركتها على حياتها (على سبيل المثال، ظهر عليها في بعض الأحيان أنها تعاني درجة متوسطة من الانفصام، خاصة

عند مناقشة مشاعرها وأفكارها تجاه عائلتها وأصدقائها) ، ثم ناقشت معها بعد ذلك العوامل البيئية والبيولوجية التي تعرّض الأفراد لخطر الإصابة باضطراب الشخصية الحديّة، فقد بدا أنها لم تتعرض في حياتها للكثير من العوامل البيئية المعتادة المؤدية للإصابة بهذا الاضطراب، وقد أشار هذا إلى أن العوامل الجينية كان لها دور في الغالب في إصابتها، وناقشنا الآثار المترتبة على هذا الاستنتاج. وعلى وجه الخصوص، أنه يمكن استخدام بعض الأدوية للمساعدة في علاج الخلل الذي حدث في مسارات المخ لديها، وأكدت أن عدم إحرازها لتقدم في العلاج يعود في الأغلب إلى اضطرابات في هذه المسارات وليس لعدم بذلها للجهد.

كانت السيدة "ب" قلقة في البداية، فقد تسببت لها أدوية مثبتات إعادة امتصاص السيروتونين الانتقائية التي كانت تتناولها في الماضي في آثار جانبية، وعلى وجه التحديد زيادة الوزن، وانخفاض رغبتها الجنسية، وتسطيح في معظم عواطفها، وكانت قلقة أيضاً من أن تغير الأدوية من شخصيتها، فأخبرتها بأن الآثار الجانبية يمكن أن تقل من خلال الاختيار الدقيق للأدوية وحجم جرعاتها، وسرعة تغييرها إذا لزم الأمر. كما علقنا على أن الخلل الوظيفي الذي تعانيه في عدة مسارات في المخ منعها من معرفة نفسها على حقيقتها وقدراتها الحقيقية وعيش حياتها بشكل مثالي، وأنهينا جلستنا بمناقشة حول الإجراءات التالية: قررت أن أناقش ما توصلت إليه من نتائج وتوصيات مع معالجها واقترحت أن نتحدث معه عن الفوائد والأخطار النسبية لإضافة دواء إلى بروتوكول علاجها. وبعد ما يقرب من أربعة أسابيع، تلقيت مكالمة هاتفية من السيدة "ب" ، فبعد دراسة متأنية والتحدث مع معالجها، وافقت على أن تبدأ في تناول الأدوية.

في بداية مقابلتنا الثانية، استعرضنا أنا والسيدة "ب" الأمور الرئيسية التي كنا قد ناقشناها في السابق، ثم سألتها عن ماهية الأعراض التي كانت أكثر إزعاجاً لها وعمّا إذا كانت ترغب في تخفيفها بشكل كبير عن طريق الدواء إن أمكن، فسرعان ما ذكرت الغضب المفرط، والسلوكيات اللفظية والجسدية العدوانية المؤذية للنفس، والارتياح، ونوبات "الانفصام" ، وصعوبة تكوين العلاقات.

أخبرتها بأن بعض هذه الأعراض كانت أكثر احتمالاً من غيرها للاستجابة للعلاج الطبي، وناقشنا الفئتين الرئيسيتين من الأدوية وهما نقطتا البداية المعتادة في العلاج، وهما الجيل الثاني من مضادات الذهان ومثبتات المزاج، وأخبرتها بأنه بسبب أعراض الانفصام والنوبات الانفصالية والارتياح التي تعانيها، بدت أن فئة

الأدوية المضادة للذهان هي الأفضل. واقترح أن نبدأ بتجربة لوراسيدون (لاتودا)؛ في تجربتي، أظهر فاعلية كبيرة للعديد من الأعراض التي ذكرتها، وناقشنا أيضاً الآثار الجانبية المحتملة.

وبعد أن تزودت بكل المعلومات المتعلقة بالأدوية التي من المحتمل أن أعطيها لها، وافقت السيدة "ب" على تجربة لاتودا بتناول عشرين ملليجراماً منه كل يوم عند وقت النوم، واتفقنا أن تعود في غضون أسبوع لتقييم الدواء. كما أعطيتها أيضاً رقمي هاتفي الخليوي وهاتف المنزل بتعليمات للاتصال إذا شعرت بأعراض جانبية خطيرة في هذه الأثناء. في جلسة المتابعة، كانت الإشارات الأولى مشجعة، فقد أخبرتني بأنها لم تتعرض لنوبات غضب أو غيرها من نوبات الاضطراب في المزاج بشكل متكرر. وبدأت تشعر بهدوء لم تشعر به في السابق، ورصدت انخفاضاً في أفكارها الارتياحية ورغباتها في إلحاق الأذى بنفسها. كانت استجابتها الأولى لهذا الدواء مباشرة، لكن كان من المبكر تحديد الفاعلية الكاملة لهذه الجرعة على كل أعراضها، واستمرت في تناول جرعة العشرين ملليجراماً من لاتودا لثلاثة أسابيع أخرى، ثم أعدنا تقييم حالتها، وفي أثناء هذه الفترة، كانت قد شعرت بتحسن تدريجي في معظم أعراضها، بما في ذلك انخفاض خفيف إلى معتدل في اضطرابي الارتياح والانفصام واختفاء نوبات الانفصال، ولكن بعد شهر، أخبرتني السيدة بأنه لم يحدث تحسن كبير منذ الزيارة السابقة، لذلك زدنا من الجرعة لتكون أربعين ملليجراماً في اليوم.

وعلى مدار الثلاثة أشهر التالية، رأينا أن هذه الجرعة مثالية لأعراض السيدة "ب"، وأنها لم تكن تعاني آثاراً جانبية ملحوظة. ووافق معالجها على أن أعراضها وقدرتها على العمل داخل العلاج وخارجه تحسنت بشكل كبير، ولم يكن يبدو أن هناك أي سبب لتغيير أو زيادة الأدوية التي كانت تتناولها.

هذا مثال لمريضة مصابة باضطراب الشخصية الحدية لكنها لا تعاني أية اضطرابات مصاحبة. من واقع خبرتي، هذه الحالة نادرة الحصول، فمعظم المرضى المصابين باضطراب الشخصية الحدية يعانون اضطراباً أو أكثر من الاضطرابات المصاحبة، والتي عادة ما تكون نوبات اكتئاب شديدة أو اضطراب فرط الحركة ونقص الانتباه أو اضطراب تعاطي المواد الإدمانية، حيث يسهم كل من هذه الاضطرابات في تعقيد العلاج. يهدف مثال الحالة هذا في المقام الأول إلى توضيح مدى أهمية دمج استخدام الأدوية والعلاج النفسي في علاج المرضى المصابين باضطراب الشخصية الحدية، كما يوضح العمل التعاوني للأطباء النفسيين الذين يصفون الأدوية والمعالجين الذين يقدمون تدخلات العلاج النفسي.

عندما يعاني المريض اضطرابات أخرى إلى جانب اضطراب الشخصية الحديّة، تُحدد الأدوية المستخدمة معه، إذا تطلب الأمر، حسب طبيعة الاضطراب المصاحب ومرحلة العلاج الخاصة بأدوية اضطراب الشخصية الحديّة. على سبيل المثال، إذا عانى مريض اضطراب الشخصية الحديّة اضطراب فرط الحركة ونقص الانتباه، فمن الضروري في معظم الحالات، خاصةً في حالة وجود اضطرابات معرفية، استخدام الجيل الثاني من مضادات الذهان، مثل اللاتودا أو الأيليفاي قبل بدء العلاج إما باستخدام دواء قائم على الميثيلفينيدات أو على الأمفيتامين. سيقلل هذا بشكل كبير من احتمالية إثارة عدد من أعراض اضطراب الشخصية الحديّة، وإذا كانت نوبات الاكتئاب الشديد هي الاضطراب المصاحب وكانت بمستوى خفيف إلى شديد، فمن المناسب غالباً بدء العلاج باستخدام الجيل الثاني من مضادات الذهان ومضاد اكتئاب مناسب في الوقت نفسه.

الثالث عشر

عندما يصاب شخص تحبه باضطراب الشخصية الحديّة

إذا كان لديك زوج أو شقيق أو أحد الوالدين أو طفل أو صديق يعاني اضطراب الشخصية الحديّة، إذن فأنت تعرف بشكل مباشر الصعوبات التي لديهم فيما يتعلق بالعلاقات، ولا سيما مع الأشخاص القريبين منهم. وقد تتسبب نوبات الغضب وتقلب المزاج والسلوكيات غير المعقولة والاندفاعية وغير المنتظمة، التي غالباً ما تبدو غير مبررة، في إلحاق ضرر كبير بعلاقاتهم المهمة. وأي محاولة لإيجاد حل معقول للمشكلات يتحول في أغلب الأحيان إلى معركة انفعالية عنيفة، وإذا لم يكن في وسعك إجراء مناقشات فعالة عن الاختلافات، فمن الصعب أن تحافظ على العلاقة وتحسّنها.

وغالباً ما ينتهي الحال بالعائلة والأصدقاء وهم يشعرون بالضيق والإحباط، فلقد حاولوا استرضاء الشخص المصاب باضطراب الشخصية الحديّة، ثم غضبوا منه عندما نفذ صبرهم، ومعظم عائلات الأشخاص المصابين باضطراب الشخصية الحديّة وأصدقائهم يشعرون بالراحة عندما يعلمون أن العلاج الفعال متوافر وأن

هناك طرقًا يمكنهم من خلالها تقديم المساعدة لهم. ومن ضمن أهم التطورات في مجال اضطراب الشخصية الحدية كان البحث حول فاعلية التجارب التعليمية والعلاجية المختلفة للعائلات، وتطوير المنظمات التي يقودها المستهلكون التي تركز على هذا الاضطراب.

اضطراب الشخصية الحدية من الداخل

لكي تكون نافعاً لفرد من العائلة يعاني اضطراب الشخصية الحدية ولكي تحد من الآثار السلبية التي قد تمس بقية العائلة، فمن المهم أن تفهم قدر الإمكان الاضطراب وكيف يؤثر على الأشخاص الذين يعانونه. والجزء الأعظم من هذا الكتاب مخصص لوصف ما يعرف حالياً باسم اضطراب الشخصية الحدية من المنظور السريري، لكن بالنسبة للعائلات وغيرهم من الآخرين الذين ينظرون إلى اضطراب الشخصية الحدية من الخارج، فمن المهم أن تفهم كيف يشعر أربابك ويفكرون في أنفسهم، حتى يتسنى لك بذل قصارى جهدك لدعمهم والإقرار بصحة ما يعانونه.

دراسة شارون جليك ميلر

في عام 1994، نشرت أستاذة علم النفس بقسم الطب النفسي بجامعة فلوريدا، "شارون جليك ميلر"، دراسة عن عشرة مرضى (ثمانى سيدات ورجلان) مصابين باضطراب الشخصية الحدية الذين حصلت منهم على قصص عن حياتهم في سلسلة من المقابلات مدتها تسعون دقيقة على مدار عام. وبعد التحليل الدقيق للبيانات، خلصت إلى أن التقارير الذاتية لهؤلاء المرضى كانت متسقة للغاية بعضها مع بعض، لكنها اختلفت في نواح مهمة معينة عن الوصف السريري التقليدي.

لقد اكتشفت أنه على الرغم من أن الأطباء المعالجين وصفوا هؤلاء المرضى بأنهم يعانون مشكلات متعلقة بالهوية، فيبدو أنهم يشعرون بأن ذاتهم ضعيفة أو معيبة. لقد أبلغوا أن الإستراتيجيات التي استخدموها، مثل تغيير المظهر، قد تبدو مشكلة تتعلق بالهوية، لكنهم كانوا يحاولون غالباً الشعور بتحسّن تجاه أنفسهم. لقد أشاروا أيضاً إلى أنهم لا يفصحون عن مكنوناتهم بسهولة للمعالجين أو الآخرين؛ لأنهم يتوقعون الرفض ويفضلون أن يبدو أنهم يفتقرون إلى الهوية على أن يكون لديهم تأكيد لتصوراتهم عن أنفسهم على أنهم معيبون.

إنهم لا يرون أنفسهم يعانون مرضًا لكن يرون أنهم يعيشون حياة يكافحون فيها باستمرار من أجل التغلب على شعور اليأس. لقد كان هذا موضوعًا رئيسيًا لكيفية إدراكهم لمصيرهم في العالم.

لقد أبلغ أغلب المرضى عن شعورهم بالوحدة والضالة بغض النظر عن إنجازاتهم، وتبدأ هذه المشاعر في الظهور لدى بعض المرضى في طفولتهم ومراهقتهم. أما بالنسبة للغالبية منهم، فهم لا يعرفون أساس هذه المشاعر، على الرغم من أن هناك اثنين من بينهم اعترفوا بوجود مشكلات عائلية وهناك أخرى اعترفت بالتمييز العنصري الذي تعرضت له بسبب السمنة. إن الشعور بالألم الانفعالي واليأس الذي أبلغوا عنه كان طاغيًا. لقد أعربوا جميعًا عن عدم رغبتهم في البقاء على قيد الحياة.

إستراتيجيات التكيف

لقد صمم كل من هؤلاء المرضى إستراتيجيات للتكيف بغية التقليل من شعورهم العميق بالألم واليأس، وهم على أمل دائمًا أن تفلح واحدة من بينها في تقديم يد العون لهم. لقد كانت إستراتيجية التكيف الرئيسية هي حجب أنفسهم أو فصلها عن هذه المشاعر على قدر استطاعتهم، وإذا لم ينجح هذا، يتحول العديد منهم إلى تناول المشروبات الكحولية وتعاطي المخدرات. لقد نظروا إلى غرف نومهم أو شققهم باعتبارها الملاذ الآمن، باستثناء اللحظات التي شعروا فيها بالاكئاب واليأس. ففي هذه الأوقات أدرك البعض أنه كان من الخطر أن يكونوا بمفردهم بسبب الرغبة الملحة في إيذاء أنفسهم التي تراودهم.

وعادة ما تثير المواقف الاجتماعية لديهم إحساسًا حادًا بالضيق وشعورًا بالضالة. لقد نتج عن هذه المشاعر إستراتيجيات مثل مجازاة الحدث، وهو الأمر الذي يتطلب منهم بذل قدر كبير من الطاقة، أو الهروب من الموقف.

من ضمن إستراتيجيات التكيف المحتملة التي كانت غائبة بشكل واضح هي إستراتيجية استخدام الدعم الاجتماعي، فلقد أفاد المرضى باستمرار أنهم لم يشاركوا مشاعرهم بحرية مع عائلتهم وأصدقائهم وحتى مع معالجهم بسبب الخوف من الرفض ومن أن يُنظر إليهم على أنهم عبء. ومع ذلك، فعدم مشاركة معاناتهم لا يزيد شعورهم بالعزلة سوءًا.

كما عانوا صراعًا فيما يتعلق بالإفصاح عن مشاعرهم السلبية لمعالجهم، فإن لم يفعلوا هذا فقد يبدو أن علاجهم لا ينجح، لكنهم إذا شاركوا مشاعرهم

السلبية فإنهم يكشفون عن عدم تحقيق تقدم قد ينتج عنه زيادة في الضغط تؤدي إلى الذهاب للإقامة في المستشفى. لقد اعتبروا الإقامة في المستشفى في البداية متنفساً من المعاناة المستمرة مع اليأس ومن الرغبة في الاختفاء من هذا العالم، لكن بمجرد انتهاء الأزمة، فإنهم يتمنون الخروج من المستشفى. لقد تعلموا أنه لا يمكنهم الإشارة إلى أفكارهم المستمرة عن إيذاء الذات؛ لأن هذا قد يتسبب في إقامتهم في المستشفى بخلاف رغبتهم.

أهمية الكشف عن الذات

من ضمن الاستنتاجات المهمة في هذه الدراسة هي أن المرضى المصابين باضطراب الشخصية الحدية يشعرون براحة أكبر عندما يفصحون عن معلومات في إطار البحث عما يفصحون عنها في إطار آخر بسبب عدم وجود أي صعوبة في إفصاحهم عنها. وهذا يقودهم إلى الاعتقاد بأن الباحثين يفهمونهم أكثر من عائلاتهم وأصدقائهم وحتى معالجهم. لقد أدركوا أنهم يتعاونون مع الباحثين؛ لأنهم كانوا على دراية بما يدور في أنفسهم؛ ما ساعد على تقليل نزاعاتهم حول مسائل الاعتماد على الغير.

أمل أن يساعدك منظور المريض هذا على فهم العديد من المشكلات التي قد تواجهها مع فرد عائلتك المصاب باضطراب الشخصية الحدية والتعامل بشكل أفضل معه. بالتأكيد، لا توجد رؤية واحدة لاضطراب الشخصية الحدية تصور بشكل كاف تجاربهم بأكملها، لكن من الواضح أنه من المفيد لك أن تظل منخرطاً وأن تستمع جيداً لأفراد عائلتك المصابين بهذا الاضطراب. يعد فهم مشاعرهم ووجهات نظرهم خطوة مبكرة مهمة في هذه العملية. قد تكون أفضل إجابة يمكن أن تقولها هي: "أنا أفهم أنه يجب أن يكون من المؤلم للغاية أن تشعر بهذا الشعور"، لكن الإقرار بمعاناتهم هو أكثر فائدة بكثير من تجاهلها أو رفضها. تذكر أن السماح لهم بمعرفة أنك تفهم ما يفكرون فيه أو يشعرون به لا يعني أنك توافق على أسبابهم لهذه الأفكار أو المشاعر.

وجهة نظر العائلة

هناك أدلة متزايدة على أن مشاركة الأسرة المستمرة لذلك الفرد من الأسرة المصاب باضطراب الشخصية الحدية مفيدة للغاية. ومع ذلك، لا يتوافر سوى القليل

من المعلومات المأخوذة من العينات بشكل واضح حول تصورات وتجارب الأسرة؛ أي ما يبدو عليه الحال عندما يكون أحد أفراد الأسرة مصاباً باضطراب الشخصية الحديّة.

وكما تعلمون، لقد نشأت في عائلة مع شقيقة عانت اضطراب الشخصية الحديّة. لقد حاولت أن أنقل بدقة بعض تصوراتي وخبراتي، وكذا تصورات وخبرات والدتي وأختي الأخرى التي لا تعاني الاضطراب. ومع ذلك، فإن القصص من هذا النوع لها قيمة محدودة فقط، فما مدى دقة ذاكرتي؟ وكم مما أتذكره كان متأثراً بالعديد من تجاربي العاطفية العديدة مع "دينيس" على مر السنين وحزني على خسارتها؟ بالإضافة إلى ذلك، لا يعاني جميع الأشخاص المصابين باضطراب الشخصية الحديّة الأعراض نفسها أو يعانون أعراضاً على الدرجة ذاتها من الحدة، وهذا يعني أن عائلات الأشخاص المختلفين المصابين بهذا الاضطراب سيكون لديهم تجارب مختلفة.

أعتقد أن من المجدي إذن مراجعة بعض الدراسات البحثية القليلة الموجودة التي تتطرق إلى الآثار التي تعانيها عائلات المصابين باضطراب الشخصية الحديّة وتصوراتهم.

دراسة جوندرسون / ليو

في عام 1997، نشر "جون جوندرسون" و"كيون ليو"، في مستشفى ماكلين بجامعة هارفارد، دراسة تقارن التصورات الخاصة بإحدى وعشرين امرأة شابة من المصابات باضطراب الشخصية عن عائلتهن بتصورات آبائهن. وكانت هناك نتيجتان رئيسيتان من هذه الدراسة.

أولاً، نظرت النساء إلى بيئتهن الأسرية وعلاقاتهن في الأسرة على أنها أكثر سلبية مما فعل آبائهن. وعلى وجه التحديد، لاحظن تماسكاً أقل، ومزيداً من الصراع، وتنظيماً أقل، وقدرة أقل على التعبير، ودعماً أقل للسلوك المستقل في الأسرة مقارنة بالآباء.

عادة ما ينظر الآباء إلى أسرهم على أنها أكثر صحة، وأقل نزاعاً، وأكثر دعماً للاستقلال مما تفعل بناتهم. وعلى الرغم من هذه التصورات، فلقد كانت بناتهم أكثر سلبية تجاه آبائهن عن أمهاتهن، حيث كانوا يرون أن علاقاتهن مع آبائهن ضعيفة. بالإضافة إلى ذلك، شعرت الفتيات أن قيم آبائهن، مثل الصدق، وتقاليدهم مثل

ارتداء الملابس بشكل أنيق لتناول الطعام، كانت تتعارض مع سلوكهن، وغالبًا ما تكون مختلفة عنها.

رأى كلا الوالدين أن علاقتهما مع ابنتهما المصابة باضطراب الشخصية الحدية ضعيفة، ولا سيما في مجالات التعبير عن المشاعر وإنجاز المهام والتواصل الواضح. يتفق الوالدان كلاهما مع الآخر أكثر مما يتفقان مع ابنتهما. ومن المثير للاهتمام أن الابنة صنفت كلا الوالدين على أنهما ضعيفان في المشاركة العاطفية. لقد خلص "جوندرسون" و"ليو" إلى أنه عند تقييم جودة تربية شخص مصاب باضطراب الشخصية الحدية، فمن المهم معرفة وجهات نظر الوالدين والأشقاء، وقالان نصًا "نعتقد أن الأطباء بحاجة إلى توخي الحذر من تشويه سمعة مرضى اضطراب الشخصية الحدية لوالديهم واتخاذ إجراءات فعالة لسماع وجهات نظر الوالدين والنظر فيها أيضًا".

التأثير على الأطفال الذين تعاني أمهاتهم اضطراب الشخصية الحدية

يمثل التأثير الذي يحدثه الآباء المصابون باضطراب الشخصية الحدية على أطفالهم جانبًا مهمًا آخر في هذه المناقشة. نشرت الطبيبة النفسية للأطفال "مارجريت وايس" وزملاؤها في جامعة ماكجيل في مونتريال دراسة في عام 1996 على واحد وعشرين طفلاً لأمهات مصابات باضطراب الشخصية الحدية، مقارنة بثلاثة وعشرين طفلاً لأمهات يعانين اضطرابات شخصية مختلفة. وفيما يلي بعض المعلومات الأساسية: هناك خطر بنسبة 15% للإصابة بالاضطرابات العقلية لدى أقارب الدرجة الأولى للأشخاص المصابين باضطراب الشخصية الحدية. يعتبر الاكتئاب وإدمان الكحول أكثر التشخيصات شيوعًا في هذه المجموعة، كما أن هناك نحو 10% من الأشخاص المصابين باضطراب الشخصية الحدية لديهم أم مصابة بهذا الاضطراب. وفي هذه الدراسة، كان هناك 24% فقط من النساء في العينة الأصلية من المصابات باضطراب الشخصية الحدية لديهن أطفال. وهذا يتفق مع دراسات أخرى تشير إلى أن عدد النساء المصابات باضطراب الشخصية الحدية لديهن أطفال أقل من المعتاد.

كشفت هذه الدراسة عن عدد أكبر من الاضطرابات النفسية لدى أطفال الأمهات المصابات باضطراب الشخصية الحدية (المجموعة الحدية) مقارنة بأطفال الأمهات المصابات باضطراب شخصي مختلف (المجموعة الضابطة). من ضمن

التشخيصات التي وُجِدَتْ أنها أكثر شيوعاً في المجموعة الحديثة هي اضطراب الشخصية الحدية، واضطراب فرط الحركة ونقص الانتباه، واضطرابات السلوك التخريبية.

كان الاكتشاف المفاجئ هو أن حدوث المزيد من الصدمات لم يسهم في زيادة حدوث الاضطرابات النفسية لدى أطفال الأمهات المصابات باضطراب الشخصية الحدية (سيكون من المهم تحديد ما إذا كانت هذه النتيجة قابلة للتكرار في الدراسات ذات العينات المناسبة وطرق قياس النتيجة الرئيسية للمشاركين في الدراسة). وأخيراً، فليس من المستغرب اكتشاف أن عائلات المجموعة الحديثة كانت أقل استقراراً وأقل تماسكاً وتنظيماً من مجموعة العائلات الضابطة.

لقد استنتج معدو الدراسة أن الأطفال والأمهات في المجموعة الحديثة لديهم نقاط ضعف بيولوجية (جينية) وبنية عائلية معيبة، ويتوافق هذا مع معظم نتائج الأبحاث الأخرى المتعلقة بعوامل الخطر البيولوجية والبيئية لاضطراب الشخصية الحدية (انظر الفصل الرابع).

لا تزال المعلومات الدقيقة غير كافية حول مجموعة تجارب الآباء والأطفال والأزواج من الأشخاص المصابين باضطراب الشخصية الحدية، ربما بسبب وجود العديد من المتغيرات التي يصعب السيطرة عليها، ومع ذلك هناك حاجة ماسة لمثل هذه المعلومات من أجل تحديد الخسائر الحقيقية التي يلحقها اضطراب الشخصية الحدية بجميع الأشخاص المعنيين. ومع ذلك، فمن المعقول أن نستنتج من التقارير غير المؤكدة أن الخسائر التي تلحق بالعائلات جسيمة جداً ويجب اعتبارها مكوناً مهماً في عملية علاج المرضى الذين يعانون اضطراب الشخصية الحدية.

وجهات النظر الأخرى لتأثير اضطراب الشخصية الحدية على العائلة وشركاء الحياة

في عام 1998، نشر "بول ماسون" و"راندي كريجر" أول طبعة من كتابهما *Stop Walking on Eggshells*، الذي صدرت منه نسخة منقحة في 2010، و"ماسون" مستشار مهني معتمد لديه تجارب سريرية في معالجة اضطراب الشخصية الحدية، علاوة على تجربة تدريس متعلقة بهذا، وقد نشر مقالاً بحثياً عن الاضطراب، و"كريجر" هي كاتبة محترفة وسيدة أعمال لديها تجربة شخصية مع شخص مصاب باضطراب الشخصية الحدية. وفي مقدمة كتابهما، قالت "كريجر": "إن أغلب الدراسات [لبيئة عائلة الأشخاص المصابين باضطراب الشخصية الحدية] انتهت

للسلوك الموجه للشخص المصاب باضطراب الشخصية الحديّة بدلاً من سلوك ذلك الشخص تجاه الآخرين".

لقد تواصلت "كريجر" مع عدد كبير من الأشخاص المرتبطين بأشخاص مصابين باضطراب الشخصية الحديّة عبر البريد الإلكتروني، ومن خلال موقعها الإلكتروني، وعن طريق البريد. وبناءً على المعلومات التي جمعتها، طور كل من "كريجر" و"ماسون" تصوّرًا عن أكثر الطرق الشائعة التي يؤثر بها الأشخاص المصابون باضطراب الشخصية الحديّة على الآخرين. فعلى سبيل المثال، إذا كنت مرتبطًا بشخص يعاني اضطراب الشخصية الحديّة، فلعلك تعاني شعورًا بالأسى وقد تمر بمراحل "إليزابيث كليبروس" الخمس للحزن: 1- الإنكار، 2- الغضب، 3- المساومة، 4- الاكتئاب و-5- القبول.

الاستجابات الشائعة الأخرى التي قد تكون لديك هي الحيرة، وفقدان احترام الذات، والشعور بالحصار والعجز، والانسحاب، والشعور بالذنب والعار، والتكيف مع العادات غير الصحية، والعزلة، والحذر المفرط والمرض الجسدي، وتبني الأفكار والمشاعر الحديّة، والاعتماد المتبادل المشترك. حتى هذه القائمة الطويلة من المشكلات التي وصفها أشخاص مرتبطون بشخص مصاب باضطراب الشخصية الحديّة قد لا تعكس العمق الحقيقي لمعاناتك. يعاني الأشخاص المصابون باضطراب الشخصية الحديّة أعراضًا مختلفة ومستويات مختلفة من شدة الأعراض وكل منهم يستجيب بشكل مختلف لأعراضه، فالبعض أكثر غضبًا وانتقامًا من البعض الآخر، وهناك آخرون أقل استعدادًا للبحث عن مساعدة لحل هذه المشكلات ويلقون باللوم على أقاربهم أو شركائهم؛ لذلك من المرجح أن تكون تجاربك مع شخص مصاب باضطراب الشخصية الحديّة متشابهة ومختلفة تمامًا عن تجارب شخص آخر.

يقدم الجزء الثاني من *Stop Walking on Eggshells* عددًا من إستراتيجيات التكيف، بما في ذلك عندما لا يتحمل الشخص المصاب باضطراب الشخصية الحديّة المسؤولية المناسبة ويطلب المساعدة ولكنه يستمر في إلقاء اللوم على الآخرين في مشكلاته.

وبصفته أحد المصادر القليلة للمعلومات من هذا النوع، فليس من المستغرب أن يكون هذا الكتاب قد أثار استجابة كبيرة لدى الأشخاص المتضررين بسبب شخص مصاب باضطراب الشخصية الحديّة، فيبدو أنه يضرب على وتر حساس بشكل خاص

لدى الأشخاص المرتبطين بشخص مصاب بالاضطراب والذي يفتقر إلى البصيرة في مشكلته ولا يرغب في طلب المساعدة.

على الرغم من معاناة الوالدين والأشقاء والأزواج بشدة، يبدو أن أبناء الشخص المصاب باضطراب الشخصية هم الذين يلاقون معاناة أكبر من غيرهم، باستثناء أولئك الذين هم أنفسهم يعانون اضطراب الشخصية الحديثة. لقد علمتني الخبرة على مر السنين أن النصيحة الأكثر نفعاً التي يمكنني تقديمها لك لتقليل معاناتك هي محاولة إقناع من تحب بأنه بحاجة إلى العلاج، وأن تتعلم قدر الإمكان عن الاضطراب وكيفية الاستجابة لأعراضه، للعثور على مجموعة دعم مناسبة ومن ثم الانضمام إليها (انظر قسم المصادر في نهاية الكتاب)، وأن تكون لطيفاً مع نفسك وداعماً قدر الإمكان لأي شخص آخر مشترك في الأمر.

عشرة إرشادات للعائلات

من الواضح أن من الصعب الارتباط بشخص مصاب باضطراب الشخصية الحديثة، والعديد من أفراد الأسرة وشركاء الحياة لديهم ردود فعل قوية من الغضب والاستياء التي تتعارض مع مشاعر التعاطف ورغبتهم في المساعدة. وإليك عشرة إجراءات محددة يمكنك اتخاذها لمساعدة الشخص المصاب باضطراب الشخصية الحديثة في حياتك على التحكم بشكل أفضل في حياته، وستكون هذه الإجراءات أيضاً مفيدة لك في هذه العملية.

1. اكتسب المعرفة. في الواقع تُكسب المعرفة ميزة، فمن الضروري أن تفهم أن الشخص القريب منك المصاب باضطراب الشخصية الحديثة يعاني مرضاً حقيقياً مثل مرض السكري أو أمراض القلب أو ارتفاع ضغط الدم، ونظراً لأنه اضطراب يؤثر على مسارات معينة في المخ تتحكم في المشاعر والسلوك، فلا يمكنك إلا رؤية الأعراض السلوكية فقط، على الرغم من أن الأعراض الجسدية قد تكون موجودة أيضاً (انظر الفصل الأول لمزيد من المعلومات). بالنسبة لمعظم الناس، من الأسهل قبول الأعراض الجسدية كمؤشرات للمرض من الأعراض السلوكية، ولكن إذا فكرت في الأمر، فليس هناك سبب لافتراض أن عضواً معقداً مثل المخ أقل عرضة للإصابة بالأمراض التي تؤثر على السلوك من أعضاء الجسد الأخرى التي ينجم عنها أعراض جسدية. تؤكد التقنيات الطبية المتطورة حديثاً التي تُظهر بنية

المخ ووظيفته غير الطبيعية لدى الأشخاص المصابين باضطراب الشخصية هذا الاستنتاج (انظر الفصل السابع).

من المفيد أيضاً أن ندرك أن الأشخاص المصابين باضطراب الشخصية الحدية لم تصبهم مشكلتهم بشكل أساسي من خلال أفعالهم الخاصة، ولا يستمتعون بالإصابة بهذا الاضطراب. تخيل ما يجب أن يكون عليه الشعور بأنك تحت رحمة قوى بداخلك، ليست لديك سيطرة تُذكر عليها، والتي تسبب لك ألماً انفعالياً شديداً ومشكلات كبيرة في الحياة.

تتمثل الخطوة الأولى الحاسمة في عملية مساعدتهم ومساعدة نفسك في أن تتعلم قدر المستطاع أعراض وطبيعة اضطراب الشخصية الحدية والأسباب المحددة للنوبات الحادة لدى من تحب.

2. تحلّ بالهدوء. حاول أن تظل هادئاً ومشاركاً عند حدوث النوبات. فعادة ما يؤدي رد الفعل الغاضب إلى زيادة المشكلة. اعترف بأنه يجب أن يكون من الصعب تجربة المشاعر التي يعبرون عنها، حتى لو بدت غير متناسبة مع الموقف. هذا لا يعني أنك توافق على هذه المشاعر، أو أنك تعتقد أن الأفعال الناتجة عنها مبررة. إنه لأمر مطمئن لهم إذا استمعت لمشاعرهم والألم الذي يعانونه والصعوبة التي يواجهونها في التعامل مع هذا الألم. تذكر أنك لست مضطراً للدفاع عن نفسك إذا تعرضت للهجوم أو أن تجد حلولاً لهم بنفسك، أو حتى لأفكارهم في إيذاء النفس.

اسمح لهم بمحاولة جعل مستويات استجاباتهم تتماشى مع الموقف الحالي وشجعهم على ذلك. قد تحتاج إلى منحهم القليل من الوقت بمفردهم لتمالك أعصابهم. بعد ذلك، قد يكون من الممكن مناقشة القضايا ذات الصلة بهدوء وعقلانية.

بالإضافة إلى ذلك، لا تتردد في التعبير عن مشاعرك بحرية وصراحة، ولكن باعتدال؛ إذ تشير الأبحاث الحديثة إلى أن الاهتمام بأحد أفراد أسرتك المصاب باضطراب الشخصية الحدية يرتبط بنتائج أفضل من اتباع نهج البرود واللامبالاة؛ لذا لا بد أن تظل مشاركاً.

3. احصل على مساعدة متخصصة. إذا لم يطلب أحد أفراد عائلتك المساعدة المتخصصة، فحثهم بشدة على القيام بذلك. يمكنك تسهيل عملية العثور على أفضل مساعدة باستخدام الإستراتيجيات الواردة في الفصل التاسع. قد يكون من الضروري

أن تقوم بالعمل الأولي اللازم لتحديد الموعد الأول. من المفيد أيضًا أن توافق على الذهاب معهم، خاصة إذا قالوا إنك سبب رئيسي لمشكلاتهم، لكن لا تصر على ذلك. يرفض بعض الأشخاص المصابين باضطراب الشخصية الحدية في البداية طلب المساعدة المتخصصة. أعطهم نسخة من هذا الكتاب، واطلب منهم قراءة المقدمة والفصلين الأولين، فقد يساعدهم ذلك على فهم مشكلاتهم المحتملة جيدًا بما يكفي للموافقة على موعد مبدئي مع طبيب نفسي.

ويصر آخرون من أولئك المصابين باضطراب الشخصية الحدية على رفضهم للمساعدة. وهذه، بالتأكيد، مشكلة كبيرة. لقد طلبت من د. "بيري هوفمان"، الرئيس المؤسس للتحالف الوطني للتوعية باضطراب الشخصية الحدية، بعض النصائح بخصوص هذه المسألة، والتحالف الوطني للتوعية باضطراب الشخصية الحدية هي مجموعة مناصرة لعائلات الأشخاص المصابين باضطراب الشخصية الحدية، وأولئك الذين يعانون هذا الاضطراب (انظر توطئة جيم ودان هال)، فهي تقول:

إن أفضل طريقة للتعامل مع هذه المشكلة من وجهة نظري هي قبول أنه لا يمكنك أن تحمل شخصاً ما على العلاج، فالتوقيت مهم عندما يكون الشخص مستعداً للسمع الفكرة، لكن المحصلة النهائية هي تحرير العائلات من الشعور بالذنب، وفهم أنهم ليسوا أقوياء للتأثير على هذا الهدف. وعلى هذا المنوال، يحتاج الأقارب إلى الحصول على المساعدة والدعم لأنفسهم وهم يشاهدون أحبائهم في خضم معاناة المرض.

4. التزم بالبرنامج. بمجرد تلقي العلاج، شجع أفراد عائلتك المصابين على حضور جلسات العلاج بانتظام، وتناول الدواء كما هو موصوف لهم والأكل وممارسة الرياضة والراحة بشكل مناسب؛ والمشاركة في الأنشطة الترفيهية الصحية. وإذا كان الكحول أو العقاقير الأخرى تمثل مشكلة، فادعم بشدة جهودهم للامتناع تمامًا عن هذه المواد، وشجعهم على الحضور المنتظم في برامج العلاج أو مجموعات المساعدة الذاتية، مثل منظمة مدمني الكحول المجهولين؛ فإن الأمل في تحسين الأعراض الخاصة باضطراب الشخصية الحدية يظل ضئيلاً ما داموا يتعاطون الكحول والمخدرات، لذا ابقَ مثابراً في جهودك لفعل كل ما هو ممكن للمساعدة على تقليل مخاطر هذا السلوك وعدم تمكينه منهم.

5. خطط مسبقاً للسلوكيات المدمرة. ضع مفهوماً واضحاً (قد يكون مكتوباً) للعواقب الواقعية للسلوكيات الإشكالية المدمرة المتكررة، مثل نوبات تعاطي الكحول

والمخدرات، وسلوكيات الإضرار الجسدي بالنفس، والإفراط في الإنفاق والمقامرة. بالإضافة إلى ذلك، اتفق مسبقاً على أفضل السبل للرد على تهديدات إيذاء النفس. لا بد من تحديد المواقف المؤثرة التي تثير غالباً ما هذه السلوكيات، ويجب وضع خطة واضحة للتعامل مع هذه المواقف بشكل أكثر ملاءمة وفاعلية في المستقبل. من الأفضل تطوير هذه الخطة بمساعدة المعالج لهذا الفرد من عائلتك، وشجع وادعم المتابعة المستمرة للخطة.

لقد أثبتت التجربة أنك إذا استجبت بشكل إيجابي للسلوكيات المناسبة لأحبائك، فهذا يشجعهم على تبني طرق جديدة وأكثر نجاحاً في التعامل مع المواقف العصبية، كما أنه يقلل من معدل السلوكيات غير اللائقة التي تسبب مشكلات إضافية. وينبغي عدم استخدام إصدار الإنذارات إلا عندما يفشل كل شيء آخر.

6. كن متفانلاً وإيجابياً. كن إيجابياً ومتفانلاً دائماً بشأن النتائج النهائية للعلاج، خاصةً عندما يعاني الشخص العزيز عليك انتكاسة. إن المسار المعتاد لاضطراب الشخصية الحدية الخاضع للعلاج هو عبارة عن فترات زمنية متزايدة تكون فيها الأعراض غائبة أو قليلة، وتتقطع بنوبات عندما تشتد الأعراض. ومع مرور الوقت، يمكن تحديد الأسباب المحددة لهذه الانتكاسات - فعلى سبيل المثال: الانفصال، والاجتماعات العائلية، وفترات التغيير. بمجرد أن تعرف المواقف والأحداث التي تثير هذه النوبات، يمكنك توقعها، ثم يمكنك اتخاذ خطوات لتطوير استجابات بديلة وأكثر تكيفاً وفاعلية. قد تساعد الاجتماعات العائلية من حين لآخر مع المعالج في توضيح أسباب الانتكاسات وتحديد طرق جديدة لمنعها.

7. تذكر أن المعلومات هي ميزتك. إذا قُدمت في مجتمعك تجارب تعليمية حول اضطراب الشخصية الحدية، مثل مجموعات عائلة العلاج السلوكي الجدلي (انظر المصادر لمزيد من المعلومات)، في مجتمعك، فشارك فيها. من المهم أن تتعلم قدر الإمكان عن اضطراب الشخصية الحدية ودورك في عملية العلاج، حيث إن مشاركتك في مثل هذه المجموعات ستفيدك أنت وأفراد عائلتك المصابين بهذا الاضطراب. إذا كانت مجموعة دعم الأسرة المناسبة لاضطراب الشخصية الحدية نشطة في مجتمعك، فأنا أشجعك على الانضمام إليها. تختلف المشكلات والتحديات التي يواجهها أفراد عائلات الأشخاص الذين يعانون اضطراب الشخصية الحدية بشكل مفهوم عن أولئك الذين يعانون الاضطراب نفسه. إن الاستماع إلى الآخرين الذين

لديهم قصص ومشكلات مماثلة لقصصك، وتعلم مهارات للاحتفاظ بشعورك بالراحة وتعزيزه، وتطوير شبكة الدعم ستكون مفيدة للغاية لك. سيؤدي حضور مثل هذه المجموعة أيضًا إلى التحقق من مشاعرك واهتماماتك، وستكتشف طرقًا جديدة للتعامل مع التحديات الخاصة بك. إن العمل مع الآخرين الذين يمرون بمواقف مماثلة طريقة مثمرة لتعلم المزيد عن اضطراب الشخصية الحدية، وقد تجلب لك راحة كبيرة. وفي النهاية، بمجرد أن تصبح مرتاحًا بشكل معقول للقيام بذلك، فمشاركتك لأفكارك ومشاعرك ومشكلاتك مع أشخاص آخرين يفهمون موقفك بحق قد تكون تجربة مفيدة ومعززة.

8. انضم إلى إحدى منظمات المساعدة غير الرسمية. إذا كان هناك فرع محلي لإحدى منظمات مساعدة المصابين باضطراب الشخصية الحدية في مجتمعك، ففكر بجدية في الانضمام إليه. سيكون لديك بعد ذلك قدر كبير من المعلومات الجديدة حول اضطراب الشخصية الحدية، وما يمكنك القيام به لمساعدة فرد من عائلتك مصاب بهذا الاضطراب ومساعدة نفسك، وستلقى عطفًا ودعمًا متفهمًا لجهودك. إذا لم تكن هناك مجموعة في منطقتك، ففكر في بدء واحدة مع أفراد العائلات الآخرين الذين قابلتهم. فكر أيضًا في الانضمام إلى إحدى مجموعات المناصرة الوطنية لاضطراب الشخصية الحدية. للحصول على معلومات حول مجموعات المناصرة العامة، يمكنك العثور على واحدة أو أكثر مدرجة على شبكة الإنترنت، على سبيل المثال: التحالف الوطني للتوعية باضطراب الشخصية الحدية، والجمعية الوطنية للعلاج والتقدم البحثي لاضطرابات الشخصية. لمزيد من المعلومات، راجع قسم المصادر في هذا الكتاب.

9. شجّع على تحمل المسؤولية والنمو. تذكر أن الشخص المصاب باضطراب الشخصية الحدية هو من تقع على عاتقه المسؤولية عن سلوكه وحياته. وعلى الرغم من صعوبة ذلك في بعض الأحيان، فمن المهم بالنسبة لك إتاحة الفرصة له لخوض مخاطر معقولة من أجل تجربة سلوكيات جديدة. من المهم أيضًا أن تساعد في أن يكون مسئولاً عن عواقب السلوكيات القديمة المدمرة.

إن الاعتماد المفرط على العائلة والأصدقاء ليس مفيدًا على المدى الطويل؛ لذلك احذر من ميل الأشخاص المصابين باضطراب الشخصية الحدية إلى التصرف بشكل متطرف. إن البديل المناسب للاعتمادية المفرطة ليس الاستقلال التام والفوري،

فخلال نوبات التوتر الشديد، قد تميل إلى اقتراح أو قبول اقتراح، بفصل الشخص المصاب بالاضطراب عن العائلة عادةً، وإذا انفصلوا عن العائلة فسيعودون في وقت ما للحصول على المساعدة، وسوف تكرر دورة المشاركة وعدم المشاركة نفسها دون فائدة. من الأفضل لك أن تظل منخرطاً مع من تحب وتساعده تدريجياً على الانتقال إلى مستوى علاقة أكثر نضجاً من التكافل المتبادل.

10. اعتنِ بنفسك. أخيراً، تذكر دائماً أنه لا يمكنك إنقاذ الشخص المصاب باضطراب الشخصية الحدية بمفردك. بناءً على تجربتي الشخصية مع شقيقتي "دينيس" (انظر الفصل الثاني)، يمكنني أن أؤكد لك أن كل ما يمكنك فعله هو بذل قصارى جهدك، بالنظر إلى المعلومات المتوافرة لديك. خذ وقتاً لنفسك لتلبية احتياجاتك الخاصة، وعندئذ عندما يكون الشخص العزيز عليك في أمس الحاجة إلى مساعدتك، ستتمكن من توفيرها.

الرابع عشر

الأبحاث: السبب الجوهري للأمل

هناك الكثير لتتعلمه عن شيوع اضطراب الشخصية الحديثة وأسبابه وطبيعته وطرق علاجه وتشخيصه، ومن الواضح أيضًا أننا لن نتعلم ما نحتاج إلى معرفته دون زيادة كبيرة في كم الأبحاث عالية الجودة في كل من هذه الجوانب؛ حيث تقدم الأبحاث لنا السبب الأفضل للتمسك بالأمل بشأن التمتع بحياة أكثر راحة وإنتاجية مع الاضطراب. يوضح هذا الفصل بعض الأمور الرئيسية في الأبحاث الحالية المتعلقة باضطراب الشخصية الحديثة، ومجالات البحث التي تبشر بإحراز تقدم، كما استعرض أيضًا المصادر المتاحة لتمويل الأبحاث المتعلقة باضطراب الشخصية الحديثة، والمستوى غير الكافي من التمويل للأبحاث في هذا المجال، وكيف يمكنك مساعدة المسعى العام.

من أين تأتي معلومات الأبحاث؟

هناك مصدران رئيسيان لمعلومات الأبحاث، فأما المصدر الأول فهو الإفادات غير الرسمية، والمصدر الثاني هو بيانات بحثية ناتجة عن التجارب، وتأتي الإفادات غير الرسمية من التجارب الشخصية للأطباء والباحثين بينما يتابعون المرضى أو يجرون أبحاثهم، وينشر بعض هؤلاء الأطباء نتائجهم الأكثر غرابة وإثارة في الدوريات العلمية، وقد تمر هذه المعلومات بعد ذلك على الأطباء الآخرين الذين قد يستفيد مرضاهم من هذه النتائج، ولا تمثل الإفادات غير الرسمية عادة عينة عشوائية من المرضى الذين تمت معالجتهم، ولا تجمع بشكل منهجي، ولا تشمل مجموعة ضابطة، وعادة ما تكون نوعية أكثر مما هي كمية، وبعبارة أخرى، لا تعتبر بحثاً بالمعنى الحقيقي للكلمة، ورغم ذلك قد تلهم دراسات الأبحاث.

تستخدم الأبحاث التجريبية تصميمًا بحثيًا أكثر دقةً يشمل اختيار عينة نموذجية من الأشخاص الذين حُددت خصائصهم بدقة والذين خصصوا عشوائيًا لمجموعة تجريبية أو مجموعة ضابطة، واستخدام التدخلات والأدوات المصممة جيدًا والمراقبة لقياس النتائج والتحليل الإحصائي للبيانات. يعتبر معظم خبراء الطب مثل هذه الأبحاث التجريبية المعيار الذهبي لاستخلاص النتائج بشأن صلاحية نتائج الأبحاث واتخاذ القرارات بشأن التطبيق السريري للمعلومات، ولقد حاولت في هذا الكتاب تحديد الطريقة التي تُجمع بها المعلومات؛ لأن هذا يؤثر على مستوى المصدقية بشأن الاستنتاجات المستخلصة من المعلومات.

قيمة المعلومات غير الرسمية

ينبغي عدم الاستهانة بقيمة الإفادات غير الرسمية؛ إذ غالبًا ما توفر الملاحظات السريرية التي رُصدت وسجلت في الأدبيات الطبية أفكارًا مؤثرة تصبح الأساس المفاهيمي لدراسات بحثية دقيقة. على سبيل المثال: كانت الملاحظات غير الرسمية لـ "أدولف سترين" في عام 1938 بشأن الأعراض السريرية لمرضى اضطراب الشخصية الحدية في مجموعته والقيود النفسية والاستجابات للعلاج (انظر الفصل الثالث) مهمة للغاية لتشكيل فكر الأطباء في ذلك الوقت والصياغة اللاحقة للمساعي البحثية التجريبية.

كما تقدم لنا الإفادات غير الرسمية أيضًا معلومات مفيدة تساعدنا على بذل قصارى جهدنا لرعاية المرضى قبل نشر النتائج البحثية الناتجة عن التجارب،

فلن أكون قادرًا على مساعدة مرضاي بالقدر نفسه دون هذه الإفادات غير الرسمية من الأطباء الآخرين. كما أرى أن هذه الإفادات غير الرسمية التي نشرتها، مثل إفادات "جون برينكلي" و"برنارد بيتمان" بشأن استخدام العلاج بالجرعات المنخفضة من مضادات الذهان للمرضى المصابين باضطراب الشخصية الحدية (انظر الفصل العاشر)، كانت ذات قيمة للأطباء والمرضى والباحثين الآخرين قبل اختبار الأفكار بالدراسات المحكمة.

الحاجة للأبحاث التجريبية

لا يمكن للإفادات غير الرسمية وحدها أن تزيد من معرفتنا بالقدر الذي نحتاج إليه، فيجب أن نختبر بدقة تلك الأفكار التي أنتجت مجموعة متسقة وذات مصداقية من الإفادات غير الرسمية من خلال دراسات بحثية تجريبية، فكثير من المعرفة التي نمتلكها الآن عن اضطراب الشخصية الحدية تنبثق من مثل هذه الأبحاث، وهي ضرورية للعديد من الأسباب.

في الدراسات السريرية، تعتمد نتائج الأبحاث الأكثر صلاحية على استخدام مهام عشوائية لموضوعات البحث لتحديد أولئك الذين سيتلقون التدخل المختبر وأولئك الذين سيكونون بمنزلة عناصر مقارنة. بالإضافة إلى ذلك، إذا تم اختيار المجموعتين عشوائيًا من العينة المناسبة لأفراد عموم السكان، فإن النتائج تكون أقل عرضة للتحيز غير المقصود في أخذ العينات.

في معظم الدراسات التجريبية، لتقليل أي تحيزات للباحثين أو الأشخاص المشاركين في الدراسة، تُستخدم المجموعة الضابطة والتجربة مزدوجة التعمية، وتعني تلك التجربة عدم معرفة المشاركين ولا الفاحصين بما إذا كان المشارك في المجموعة التجريبية أم المجموعة الضابطة.

يتطلب البحث السليم استخدام الأدوات التي تحدد بدقة مجموعة البحث المستخدمة، ومقاييس النتائج التي تقيم بشكل صحيح النتائج المعنية. يحصل الباحثون على تحليل إحصائي دقيق للنتائج ويزودون الأطباء بالمعرفة التي يجب عليهم اتباعها.

تمكن الدراسات الحيوانية أيضًا الباحثين من أن يفهموا بشكل أفضل أنظمة المخ المرتبطة بالسلوكيات المتضررة من اضطراب الشخصية الحدية، وليس من الواضح بشكل بديهي أن الأبحاث على الحيوانات يمكن أن تزودنا بمعلومات مهمة

ذات صلة بمشكلة سريرية تخص البشر ومعقدة كاضطراب الشخصية الحديّة. ومع ذلك، فإن آليات المخ التي تتحكم في العديد من سلوكيات الحيوانات محفوظة في مخ الإنسان من قبل العديد من أسلاف التطور البشري. يسمح هذا للباحثين بدراسة عمليات السلوك التشريحية والفسولوجية والكيميائية الحيوية المرتبطة باضطراب الشخصية الحديّة بطرق لم تكن متاحة لولا ذلك.

إن الدراسات الحيوانية مهمة في تحديد العملية الحيوية الأساسية التي ينبغي تقييمها لدى البشر المصابين باضطراب الشخصية الحديّة، باستخدام الأساليب طفيفة التوغل أو غير التوغلية مثل دراسات تصوير الدماغ. تمكن الدراسات الحيوانية أيضاً الباحثين من تقييم فاعلية وأمان العلاجات الدوائية الجديدة لاضطراب الشخصية الحديّة قبل اختبارها على البشر.

ما تعلمناه من الأبحاث

على مدار هذا الكتاب، حاولت أن أوضح لك قدرًا كبيراً من المعلومات حول اضطراب الشخصية الحديّة من خلال الدراسات غير الرسمية والتجريبية، كما استعرضت معلومات عن شيوع اضطراب الشخصية الحديّة لدى عموم السكان، والمعايير الأكثر موثوقية المتاحة لتشخيص الاضطراب، والحالة الحالية لفهمنا لطريقة الإصابة به عند الأطفال وطرق علاجه، والأساس البيولوجي للاضطراب كما نفهمه الآن، وعوامل الخطر الوراثية والبيئية التي تؤدي إلى الإصابة به، والمسار التقليدي للمرض وتشخيصه. وبسبب أهميتها، ناقشت بإسهاب التغيرات الأخيرة في العلاج وأفضل العلاجات الدوائية والنفسية المختبرة لاضطراب الشخصية الحديّة.

لم يكن سيتاح هذا القدر من المعلومات دون الدراسات البحثية التي أجراها الباحثون المخصصون لفهم اضطراب الشخصية الحديّة بشكل أفضل. كما تعلمت، يوجد الكثير من الفجوات في معرفتنا يجب سدها، وللأسف، فإن الأسئلة التي تحتاج إلى إجابات أكبر من عدد الباحثين المؤهلين والتمويل البحثي المتاح للإجابة عنها. فنحن نحتاج على الأقل إلى إستراتيجية من ثلاثة محاور تساعدنا على المضي قدماً. أولاً: يجب أن نركز الموارد المتاحة حالياً على تلك الأسئلة المتعلقة بالاضطراب الأكثر إلحاحاً والتي لديها احتمالية كبيرة لتحقيق مكاسب كبيرة. ثانياً: نحتاج إلى زيادة عدد الباحثين المؤهلين في مجال اضطراب الشخصية الحديّة. ثالثاً: نحتاج إلى زيادة مقدار الأموال البحثية المتاحة لدعم جهودهم البحثية بشكل مناسب.

هناك العديد من الجوانب البحثية الواعدة في مجال اضطراب الشخصية الحدية، وسوف أسرد فيما يلي قائمة بثمانية جوانب أجدها جديرة بالملاحظة:

1. تطوير أساليب زيادة الوعي بين الأشخاص المصابين بهذا الاضطراب وأسرهم.
2. تحديد أكبر لدرجة قابلية انتقال الأعراض الأساسية للاضطراب بالوراثة (الأنماط السلوكية الوراثية- الأعراض المرتبطة بوظائف الدماغ المستقرة والقابلة للقياس التي لها ارتباط جيني واضح) ، مثل الحساسية الانفعالية المتزايدة والصريحة.
3. تحديد أكبر لفاعلية التدخلات الدوائية والنفسية، وتوليقاتها على الأعراض الأساسية المحددة للاضطراب.
4. تعريف أكثر دقة للمسارات العصبية الدقيقة والدوائر والشبكات التي تكمن وراء الأنماط السلوكية الوراثية المتضمنة في الاضطراب.
5. تحسين الاختبارات التي تحدد الاضطراب بدقة أكبر والتي يمكن تكرارها بصورة أكبر من تلك المستخدمة حاليًا.
6. تطوير تصنيف تشخيصي لاضطراب الشخصية الحدية الذي سيكون أكثر فائدة في تطوير واختبار الطبيعة الأساسية للاضطراب وعلاجه.
7. أوصاف مسار المرض في ظل ظروف علاج مختلفة.
8. مزيد من التوضيح لعوامل الخطر الوراثية والتخلقية والبيئية.

فيما يلي عينة انتقائية من هذه الموضوعات لإعطائك فكرة عما قد يحمله المستقبل:

الشيوع

حتى وقت قريب، أشارت أفضل المعلومات المتاحة إلى أن نسبة انتشار اضطراب الشخصية الحدية بين عموم السكان نحو 2% ، بنسبة ثلاثة إلى واحد من الإناث إلى الذكور، وكانت هذه التقديرات تعتمد على عدد محدود من دراسات الأبحاث التي تستخدم منهجيات تختلف بشكل كبير من دراسة إلى أخرى والكثير منها لا يستوفي المعايير الحالية. وتشير الدراسات الحديثة الأكثر شمولاً التي تستخدم المزيد من

أساليب البحث الحالية إلى أن انتشار اضطراب الشخصية الحدية بين عموم السكان يبلغ نحو 6% وأن اختلاف النسب بين الجنسين قد لا يكون موجوداً، ومن المرجح أن نسبة الـ 6% التي جاءت من أحدث مسح سكاني للاضطرابات العقلية لا تزال غير دقيقة. إحدى أكبر المشكلات التي يواجهها الباحثون الذين يجرون الاستبيانات الشعبية الكبيرة هي وجود عدد كبير غير معروف ولكن مشتبه به من الأفراد الذين يعانون اضطراب الشخصية الحدية لكنهم ينكرون هذه الحقيقة تماماً، وهكذا فإن أرقام الانتشار المتاحة الآن تقلل من العدد الحقيقي للأفراد المصابين بهذا الاضطراب.

توفر بيانات الانتشار الدقيقة الأساس المنطقي لتخصيص قدر من الرعاية السريرية، والتدريب، والتمويل البحثي لاضطراب الشخصية الحدية المبرر بمقدار المعاناة والتكاليف الأخرى لهذا الاضطراب على مجتمعنا. كما سترى لاحقاً في هذا الفصل، يبدو أن هناك مبالغ صغيرة من الأموال البحثية المخصصة للاضطراب مقارنة بالأمراض الأخرى ذات الخطورة والانتشار المماثل في عموم السكان.

إستراتيجيات التشخيص

ينطوي جانب مهم آخر من الأبحاث على تطوير نموذج مفاهيمي جديد لتصنيف اضطرابات الشخصية. يبدو واضحاً أننا نتجه نحو إستراتيجيات التشخيص القائمة على الأسباب الجينية والتطورية والبيئية والفسولوجيا المرضية لهذه الاضطرابات. تُستخدم مثل هذه المناهج التشخيصية مع الغالبية العظمى من الاضطرابات. في حالة اضطراب الشخصية الحدية، تشمل هذه النطاقات السلوكية التحكم الانفعالي وتنظيم الاندفاع والتصور والمنطق والعلاقات. لقد خدمنا نهجنا التشخيصي الحالي بشكل جيد لما يقرب من أربعين عاماً، ولكن هناك أدلة متزايدة على أن النهج المناسب القائم على النطاق سيزيد من حساسية التشخيص ودقته، وسيحفز العلاج والأبحاث الأكثر فاعلية. يعتبر هذا بشكل عام أحد أكثر جوانب البحث إثارةً وضرورةً حول اضطراب الشخصية الحدية، وهو موضوع مناقشة مهمة في القسم الثالث من الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات العقلية (الإصدار الخامس).

هناك حاجة لدراسات إضافية كي نحدد بشكل أدق المسارات المختلفة التي يتخذها اضطراب الشخصية الحدية منذ الصغر حتى الشيخوخة. لن يكون الأمر ذاته لدى جميع الأفراد المصابين بالاضطراب؛ لأن المرض يعتمد على عوامل الخطر البيئية والبيولوجية التي تخص حياة كل شخص. سيكون من الصعب تحديد الأشخاص الذين لديهم عوامل خطر مماثلة من أجل تحديد الأسباب المحتملة للمرض. هذا العمل ضروري إذا كنا سنقدم بعض الإجابات الصحيحة لأحد الأسئلة التي من المرجح أن تطرحها أنت وعائلتك: ماذا سيكون شكل مستقبلتي؟

الدراسات الجينية

يمكن أن تساعد المناهج الجينية لدراسة اضطراب الشخصية الحدية في تحديد الفروق الفردية في عوامل الخطر البيولوجية والبيئية للاضطراب، ودرجة الخطر لكل من هذه العوامل. إن الفصل بين هذه الفروق الفردية مهم إذا كنا سنقدر بدقة حدة النطاقات السلوكية المحددة لاضطراب الشخصية الحدية التي يظهرها الفرد، ونحدد الأنماط الأكثر تحديداً وفاعلية لعلاج الشخص في مقابل شخص آخر لديه مجموعة مختلفة من أعراض الاضطراب.

أنت تعرف الآن أن الإصابة باضطراب الشخصية الحدية تحدث نتيجة لعدد من عوامل الخطر الجينية الضرورية، ولا بد أن يكون هناك فقط بعض عوامل الخطر الجينية من بين مجموعة جينية أكبر من عوامل الخطر المتعلقة باضطراب الشخصية الحدية كي تحدث الإصابة به. ونتيجة لذلك، نرى اختلافاً كبيراً في نوع الأعراض وشدها من شخص لآخر، فمن المرجح أن يحملوا أنماطاً جينية مختلفة تعرضهم لخطر الإصابة بالاضطراب.

أخيراً نحتاج إلى تحديد المجموعة الكاملة لعوامل الخطر الجينية لاضطراب الشخصية الحدية ومستوى الخطر لكل عامل، ونحتاج أن نفهم كيف تعمل المجموعات المختلفة لهذه العوامل وتتفاعل مع عوامل الخطر البيئية.

عوامل الخطر البيئية

نحن نعلم أن تعريض الأطفال الذين لديهم استعداد بيولوجي للإصابة باضطراب الشخصية الحدية لعوامل بيئية محددة يزيد من احتمالية إصابتهم بالاضطراب

(انظر الفصل الرابع). ومع ذلك، يتطلب عدد من الأسئلة المهمة بشأن تأثيرات العوامل البيئية على الإصابة باضطراب الشخصية الحدية مزيداً من الدراسة، فعلى سبيل المثال: هل بعض العوامل البيئية أخطر من الأخرى؟ على وجه التحديد، ما العوامل البيئية التي من المرجح أن تنتج تأثيرات تخلقية تعزز أو تقلل من خطر تطوير الخصائص السريية للاضطراب؟

كيف تؤثر عوامل الخطر البيئية على عمل المخ؟

لقد بدأنا نفهم كيف تغير العوامل البيئية دوائر المخ من خلال عمليات الوراثة التخلقية (انظر الفصل الرابع). ستمدنا الدراسات الأكثر تحديداً وتقدماً بمعلومات عن عوامل الخطر البيئية التي من المرجح أن تكون لها آثار ضارة على أعراض معينة وأنماط داخلية لاضطراب الشخصية الحدية. من المهم أيضاً أن نعرف ما إذا كانت هناك فترات نمو حرجة عندما يكون الأطفال ذوو الاستعداد الوراثي لاضطراب الشخصية الحدية أكثر عرضة للتأثيرات البيئية السلبية نتيجة لمستويات النشاط التخلقي.

الأساس البيولوجي العصبي لاضطراب الشخصية الحدية

إن تحديد السلوكيات الدقيقة في كل مجال أساسي لاضطراب الشخصية الحدية يفتح طيفاً جديداً وكبيراً من الدراسات البحثية، وتشمل هذه الدراسات فحص آليات وعمليات المخ التشريحية والفسولوجية والبيوكيميائية التي تتحكم في كل سلوك مرتبط بالاضطراب، ولقد أدت التطورات الحديثة في علم الأعصاب والتكنولوجيا الطبية الحيوية الحديثة، مثل تقنيات التصوير الدماغي، بالفعل إلى حدوث تقدم كبير في هذا المجال. على سبيل المثال: أظهرت مجموعة مختلفة من تقنيات التصوير العصبي للدماغ تعديلات في الهيكل والوظيفة في مناطق مختلفة في المخ لدى الأشخاص المصابين باضطراب الشخصية الحدية وربطت هذه التغيرات بنطاقات سلوكية محددة، مثل الاضطراب الانفعالي والانفعال. نحن نحتاج إلى معرفة المزيد عن دوائر المخ المرتبطة بكل عرض من أعراض اضطراب الشخصية الحدية، وسوف يسهل المزيد من البحث باستخدام المعرفة والتطورات المنهجية التي أجريت بالفعل بشكل كبير البحث المستقبلي في هذا المجال.

بينما تتسع المعرفة في مجالات البحث السابقة، سُنكتشف طرق علاجية فعالة ومحددة لاضطراب الشخصية الحديّة أكثر من تلك المتاحة الآن، فعلى سبيل المثال: سيكون لدينا مؤشرات أكثر دقة لاستخدام الأدوية في علاج اضطراب الشخصية الحديّة وماهية الفئات المحددة للأدوية التي من المرجح أن تكون الأكثر فاعلية في حالة كل فرد (انظر الفصل العاشر). وقد نبدأ بعد ذلك على وجه السرعة في النهج الدوائي الأكثر ملاءمة للأعراض لدى كل مريض، وسيطلب هذا الكثير من الدراسات الإبداعية المنهجية المحكمة لفئات مختلفة من الأدوية المتاحة لنا التي تبشر بالخير على أساس الإفادات غير الرسمية والتجارب الدقيقة المحكمة.

يستخدم الآن عدد من الأساليب العلاجية النفسية المختلفة مع الأشخاص المصابين باضطراب الشخصية الحديّة، لكننا لا نملك الكثير من البيانات عن المؤشرات المحددة لهذه الأساليب وفعاليتها (انظر الفصل الحادي عشر). من الضروري أن تكون لدينا هذه البيانات إذا أردنا وضع خطط العلاج الأكثر فاعلية وشمولية للأشخاص المصابين بهذا الاضطراب، فالنهج الواعد لتعزيز فاعلية تدخلات العلاج النفسي للأفراد المصابين باضطراب الشخصية الحديّة هو العلاج المعياري المدمج، الذي وضعه مؤخرًا "دبليو جون ليفسلي" و"جيانكارلو ديماجيو" و"جون إف كلاركين" (انظر الفصل الحادي عشر). مع ذلك، قبل أن يكون العلاج المعياري المدمج قادرًا على أن يحل محل الأساليب العلاجية الحالية، يلزم إجراء الكثير من الأبحاث التمهوية.

إن الرسالة التي أريد أن تصلك من هذا القسم هو أن هناك عددًا كبيرًا من مجالات البحث المهمة عن اضطراب الشخصية الحديّة التي يمكن أن تثمر عن معلومات مهمة ستجعل حياتك أفضل. السؤال هو: لماذا لا تجرى المزيد من هذه الأبحاث؟

ما الذي يحدد كم الأبحاث التي تجرى بشأن اضطراب الشخصية الحديّة؟

من المفهوم أن معظم الناس لا يفهمون العمليات التي تمكّن البحث الطبي من المضي قدمًا في الولايات المتحدة. هؤلاء الذين يفهمون النظام إما أن يكونوا الباحثين أنفسهم، أو الذين يعانون اضطرابًا، أو على صلة وثيقة بشخص يعاني اضطرابًا. في الواقع، النظام واضح تمامًا. يعتمد مقدار البحث الطبي الذي يجري في أي مجال على هذه العوامل:

1. **الأهمية النسبية للمرض.** إن الأبحاث التي تُجرى عن أمراض القلب والسرطان أكثر من تلك التي تُجرى على الأمراض التي تصيب عددًا أقل من الأشخاص والأقل تهديدًا للحياة. ومع ذلك، فإن بعض الاضطرابات تتلقى تمويلًا للأبحاث أكبر أو أقل مما تتوقع بناءً على مدى انتشارها وشدتها وأهميتها بالنسبة للمجتمع، وهذا يعني أن العوامل الأخرى مهمة أيضًا.
2. **المبلغ الإجمالي للأموال البحثية المتاحة في المجال من جميع المصادر.** بغض النظر عن مدى أهمية مجال البحث، لا يمكن للباحثين الأكاديميين تكريس وقتهم ومواهبهم لمجال ما إذا لم يكن هناك تمويل كافٍ.
3. **مقدار الدعم الشعبي** من الأشخاص والأسر المتأثرين بالاضطراب، سواء كانوا يعملون بشكل فردي أو أعضاء في مجموعات مناصرة غير حكومية. المناصرة حق دستوري لكل مواطن وقد ثبت أنها أداة فعالة للغاية في تعزيز الأموال البحثية واهتمام المجتمع الطبي الأكاديمي بمجالات الاحتياج. فعلى سبيل المثال: ضع في اعتبارك تأثير مجموعات المناصرة على حجم التمويل المخصص لأبحاث الإيدز في هذا البلد.
4. **التصور بأن المرض له أساس بيولوجي محدد، ومن ثم فهو مرض "حقيقي".** لم تقل وصمة العار المرتبطة بهذه الأمراض ولم تزد التمويلات البحثية وخدمات الدعم حتى توافرت مثل هذه الأدلة في مجالات الفصام والاضطرابات العاطفية. وكان قادة وأعضاء مجموعتين من مجموعات المناصرة، وهما التحالف الوطني للتوعية باضطراب الشخصية الحدية وجمعية النهوض بعلاج وأبحاث اضطراب الشخصية الحدية (انظر المصادر)، ذوي فاعلية في المساعدة على توفير التمويل لعدد من المنح البحثية الخاصة باضطراب الشخصية الحدية من المعهد الوطني للصحة العقلية والمصادر الخاصة.
5. **توافر الباحثين المدربين في المؤسسات الأكاديمية.** لا توجد جامعة أو قسم للطب النفسي ممول بشكل جيد بحيث يكون قادرًا على دعم جميع مجالات العمل الأكاديمي الجديرة بالاهتمام؛ لذلك تركز القيادة مواردها المحدودة على تلك المجالات التي تتناسب مع نقاط قوتها التي لديها حاجة أكبر وإمكانات أكبر لتمويل الأبحاث. إذا كان هناك عدد قليل للغاية من طلبات المنح البحثية عالية الجودة في اضطراب الشخصية الحدية، فإن أحد الأسباب هو قلة الأموال لجذب رؤساء الإدارات والفاحصين الشباب الأذكياء إلى الميدان.

التمويلات البحثية الحالية لاضطراب الشخصية الحدية

كما ذكرت أعلاه، تأتي التمويلات البحثية لاضطراب الشخصية الحدية في هذا البلد من مصدرين رئيسيين، حيث يقدم المعهد الوطني للصحة العقلية الدعم المالي الأكبر، وهو وكالة فيدرالية تمثل جزءاً من معاهد الصحة الوطنية، ويقدم المعهد الوطني للصحة العقلية معظم الأموال البحثية المتوافرة للأبحاث الأساسية والسريرية في الاضطرابات العقلية.

يقدم التمويل الإضافي من قبل المنظمات الخاصة، مثل التحالف الوطني لأبحاث الفصام والاضطرابات العاطفية، كما أنشئت منظمة جديدة تسمى بلاك شيب بروجيكت لزيادة الوعي باضطراب الشخصية الحدية وزيادة التمويل البحثي له (انظر أدناه لمزيد من المعلومات، وانظر المصادر لمعلومات التواصل).

المعهد الوطني للصحة العقلية

في عام 2001، نشرت ثلاث مقالات نقدية تصف مستقبل الأبحاث المتعلقة باضطراب الشخصية الحدية في الدورية العلمية *بيولوجيكال سيكيري تي*. نوقشت هذه المقالات في افتتاحية بعنوان "بداية جديدة لأبحاث اضطراب الشخصية الحدية" كتبها "ستيفن هيمن"، الرئيس السابق للمعهد الوطني للصحة العقلية. في افتتاحيته، استعرض هيمن، الطبيب النفسي والعميد الحالي لجامعة هارفارد، قضية أن اضطراب الشخصية الحدية حصل في عام 2001 على 3, 0 في المائة فقط من ميزانية أبحاث المعهد الوطني للصحة العقلية، على الرغم من انتشاره وأهميته السريرية. وذكر أن هذه المستويات المنخفضة من تمويل المعهد لم تكن نتيجة تحديد الأولويات من قبل المعهد، ولكن بسبب قلة عدد طلبات المنح عالية الجودة والباحثين المدربين تدريباً جيداً في مجال اضطراب الشخصية الحدية، كما تكهن "هيمن" في افتتاحيته بأن أحد الأسباب التي قد تجعل الباحثين المؤهلين يتجنبون مجال اضطراب الشخصية الحدية هو الجدل حول النهج التشخيصي الحالي لاضطرابات الشخصية بشكل عام، وقال إن الباحثين الشباب قد يكونون حذرين من تكريس حياتهم الأكاديمية لمجال مثير للجدل.

على الرغم من أن هذا ربما كان إحدى المشكلات في ذلك الوقت، فإنه أقل أهمية مما كان عليه قبل خمسة عشر عاماً. من المعروف أيضاً أن الباحثين سينجذبون

لتلك المجالات المثيرة للاهتمام، والصعبة والمهمة سريريًا والجاهزة لتحقيق نتائج مهمة والممولة بشكل جيد. لديّ أكثر من أربعين عاماً من الخبرة في الطب النفسي الأكاديمي، وقضيت الكثير منها رئيساً لأقسام الطب النفسي حيث كنت أوجه المسارات المهنية البحثية لأعضاء هيئة التدريس الشباب، وقد أدركت من واقع تجربتي أن هذه العوامل أكثر أهمية في اختيار المسار الوظيفي البحثي من عدم وجود جدل في المجال. في الواقع، ينجذب الكثير من أفضل الباحثين إلى المجالات المثيرة للجدل؛ لأن الجدل الأكاديمي يحدد المجالات ذات الفرصة الكبرى. ولذلك، أعتقد أن العامل الحاسم الرئيسي في أبحاث اضطراب الشخصية الحدية هو التمويل الكافي. وفقاً للتقارير الأخيرة، خصص المعهد الوطني للصحة العقلية نحو 5 ملايين دولار سنوياً لأبحاث اضطراب الشخصية الحدية على مدى العقد الماضي. في ديسمبر عام 2016، مرر الكونجرس قانون علاج القرن الواحد والعشرين، والذي أضاف 3, 6 مليار لتمويل الاضطرابات، ومعظمها كان لميزانية المعاهد الوطنية للصحة. وزعت بعض هذه التمويلات بعد ذلك على المعهد الوطني للصحة العقلية، وقد خصص نحو 400 مليون من هذه التمويلات للأبحاث المتعلقة بالأمراض العقلية الخطيرة. وللأسف، أخفقت المعاهد الوطنية للصحة في إدراج اضطراب الشخصية الحدية بوصفه مرضاً عقلياً خطيراً، وهو القرار الذي منع الباحثين في مجال اضطراب الشخصية الحدية من التنافس على التمويل المخصص. في هذا الوقت، هناك إجراء في الكونجرس لتقديم التماس إلى المعهد الوطني للصحة العقلية لمنح الاضطراب تسمية مرض عقلي خطير؛ الأمر الذي من شأنه أن يتيح المنافسة على الصندوق المخصص البالغ 400 مليون دولار. بالنظر إلى البداية المبكرة، ودرجة الإعاقة، وتأثير الاضطراب على الفرد، وعائلته، والمجتمع، يبدو أن هذا التصنيف طال انتظاره كما أنه مبرر جيد.

لتوضيح أهمية هذا التغير من الضروري فهم كيفية توزيع تمويلات المعاهد الوطنية للصحة. تقسم التمويلات البحثية للمعاهد الوطنية للصحة بين الباحثين الذين يعملون في المعاهد الوطنية للصحة في البرنامج الداخلي والذين يعملون عبر البلاد، عادة في المراكز الطبية الأكاديمية، المشار إليها بالبرامج الخارجية. وتتخذ القرارات المتعلقة بالذين يتلقون التمويلات البحثية من المعاهد الوطنية للصحة من قبل مجموعة من الخبراء في عدد كبير من المجالات البحثية، مثل المجالات التي ناقشتها سابقاً. وهذا ما يسمى نظام مراجعة الأقران، وهو مصمم لتمويل طلبات المنح البحثية الواعدة.

مؤسسة برين أند بيهيفيور ريسيرش وبلاك شيب بروجيكت هما مؤسستان بحثيتان خاصتان تقدمان باحثين مهتمين باضطراب الشخصية الحدية وإتاحة الوصول إلى مصادر تمويل بحثية إضافية. بلاك شيب بروجيكت هي مؤسسة أنشئت لدعم الأبحاث المتعلقة باضطراب الشخصية الحدية في سبعة مجالات أساسية، بما في ذلك مصداقية وموثوقية تشخيص الاضطراب، واستقصاءات عوامل الخطر البيئية والجينية المتعلقة بالاضطراب، وعلم الأوبئة والبيولوجيا العصبية، والعلاج الدوائي والنفسي (أعمل كبير المستشارين الطبيين في مؤسسة بلاك شيب بروجيكت، وهو منصب يشمل المسؤولية عن الإشراف على سبع لجان من الخبراء توصي بتخصيص أموالها البحثية).

مؤسسة برين أند بيهيفيور ريسيرش هي مؤسسة راسخة تدعم في الغالب الأبحاث في مجالات الفصام والاضطرابات العاطفية. منذ نحو خمسة عشر عامًا، أبدى روادها اهتمامهم أيضاً بدعم أبحاث اضطراب الشخصية الحدية. إن الاعتراف بالحاجة إلى تمويل إضافي فيدرالي وخاص لأبحاث اضطراب الشخصية الحدية هو علامة واعدة ونتيجة لثلاثة عوامل. أولاً: أصبح من المقبول الآن على نطاق واسع أن اضطراب الشخصية الحدية مرض طبي منتشر بسبب الكثير من المعاناة الإنسانية وله أساس بيولوجي واضح. ثانياً: تم إحراز تقدم كبير في تطوير العلاجات الدوائية والنفسية المحددة والفعالة لاضطراب الشخصية الحدية. ثالثاً: أدى الظهور الأخير لمجموعات المناصرة إلى تعزيز الوعي والمعرفة بالاضطراب من قبل الجمهور والقادة الفيدراليين وأصحاب القطاع الخاص والأكاديميين. هذه هي العوامل نفسها التي اجتمعت قبل خمسة وثلاثين عاماً في مجالات الفصام والاضطرابات العاطفية؛ ما أدى إلى زيادة كبيرة في التمويل والأبحاث في هاتين المجموعتين من الأمراض.

كيف يمكنك المساعدة في تقدم الأبحاث الخاصة باضطراب الشخصية الحدية؟

لقد ذكرت سابقاً، أنه ليس متاحاً لأبحاث اضطراب الشخصية الحدية سوى كم صغير من التمويل والباحثين المؤهلين. قد تتساءل عما إذا كان هناك أي شيء يمكنك فعله للمساعدة في زيادة الأبحاث المتعلقة باضطراب الشخصية الحدية، ومن ثم

مساعدة نفسك أو أحبائك، ولقد أشارت خبرتنا في مجالات الفصام واضطرابات المزاج المذكورة أعلاه إلى أنه لديك تأثير على هذا أكبر مما تتخيل، فأنا أو من بأن الإنجازات الاستثنائية ينجزها أناس عاديون بشغف استثنائي.

بالإضافة إلى جميع الاقتراحات التي قدمتها في هذا الكتاب، أضيف التالي:

1. انضم إلى مجموعة مناصرة خاصة باضطراب الشخصية الحدية، مثل بلاك شيب بروجيكت أو التحالف الوطني للتوعية باضطراب الشخصية الحدية أو التحالف الوطني للأمراض العقلية. أدرجت هذه المجموعات وغيرها في قسم المصادر في هذا الكتاب.

2. إذا كانت لديك أموال شخصية، فأسهم في هذه المؤسسات والمؤسسات البحثية الخاصة التي تدعم فقط أبحاث اضطراب الشخصية الحدية، مثل التحالف الوطني للأمراض العقلية وبلاك شيب بروجيكت. إذا قدمت مساهمة في مؤسسة التحالف الوطني للأمراض العقلية أو مؤسسة براين آند بيهيفور ريسيرش، فاطلب أن يتم توجيه الأموال لأبحاث اضطراب الشخصية الحدية.

3. إذا كان لديك تمويل شخصي وافر، ففكر في دعم رئيس قسم أو أستاذ أو صندوق تمويل في كلية الطب موجهًا فقط لتعزيز الرعاية السريرية والأبحاث والتدريب في مجال اضطراب الشخصية الحدية. تحتاج أقسام الطب النفسي في هذه الكليات إلى مثل هذه الموارد من أجل تخصيص وقت أكاديمي للرعاية والبحث؛ ما يعود بالفائدة على الأفراد المصابين باضطراب الشخصية الحدية وأحبائهم. ببساطة، هناك حاجة إلى المزيد من الأموال لتعليم الطلاب وتدريبهم في المجال، وبالطبع من أجل الأبحاث.

4. اكتب رسائل إلى أعضاء الكونجرس والشيوخ وقم بزيارتهم، كما أن إرسال الرسائل إلى المعهد الوطني للصحة العقلية وإلى مكتب الأبحاث التابع للجمعية الأمريكية للطب النفسي (انظر المصادر) أمر مناسب وفعال.

قد تعتقد أنه سيكون من الأفضل إذا أتت طلبات زيادة الدعم لاضطراب الشخصية الحدية من الأطباء النفسيين وغيرهم من مختصي الصحة العقلية، خاصة هؤلاء العاملين في المؤسسات الأكاديمية، ولكن بعد أن قضيت معظم حياتي المهنية في عدد من المراكز الطبية الأكاديمية، أدركت أن المناصرة من قبل المتخصصين لا

تنجح إلا جزئياً، في حين أن الأكاديميين قادرين على تقديم أحدث التطورات العلمية وغيرها من المعلومات ذات الصلة، فإن مناشداتنا للمساعدة لا تتضمن إلحاح الأشخاص المتأثرين مباشرة بالاضطراب، فمن فضلك لا تقلل من قدرتك على إحداث فارق في هذا المجال، فهو ضخم.

كلمة أخيرة

لقد تم إحراز الكثير من التقدم في فهمنا لأعراض ومسار المرض والأساس البيولوجي له وأسبابه وطرقه العلاجية، حيث تُستبدل بالجهل والتشاؤم المعرفة والتفاؤل، كما أجد أن من المشجع بشكل خاص استمرار الأطباء النفسيين وغيرهم من المتخصصين في الصحة العقلية في معرفة المزيد عن اضطراب الشخصية الحديّة. يقوم الأطباء النفسيون الآن في كثير من الأحيان بإجراء التشخيص المناسب عندما يعاني الأشخاص المصابون بهذا الاضطراب من أعراض انفعالية وجسدية يصعب تشخيصها وعلاجها. بمجرد تحديد تشخيص اضطراب الشخصية الحديّة، يتم الآن إجراء الإحالات بشكل متكرر أكثر للأطباء النفسيين وغيرهم من المتخصصين في الصحة العقلية الذين يتخصصون في علاج هذا الاضطراب المعقد ويتمتعون بالمهارة فيه. وتركز مجموعات المناصرة غير الرسمية ومنظمات التمويل البحثي الخاصة والموارد بشكل خاص على اضطراب الشخصية الحديّة؛ حيث يتزايد حجمهم وتأثيرهم وقدرتهم على تقديم المعلومات والدعم للأشخاص الذين يعانون الاضطراب وعائلاتهم وتوفير المزيد من الأموال البحثية المتاحة.

ليس كل الأطباء النفسيين وأطباء الصحة العقلية الآخرين يتمتعون بالقدر نفسه من الخبرة والكفاءة في تشخيص وعلاج الأشخاص المصابين باضطراب الشخصية الحديّة. ومع ذلك، يوجد الآن عادة طبيب أو أكثر من الأطباء النفسيين، أو الأطباء الآخرين، أو أطباء الصحة العقلية في معظم المجتمعات الذين يمتلكون التدريب

والخبرة والالتزام لتقديم المساعدة، وحتى للعمل أطباء أساسيين، لمن يعانون الاضطراب. لا يتطلب الأمر عموماً أكثر من بعض الأبحاث عبر الإنترنت أو مكالمات هاتفية قليلة إلى مكاتب الأطباء النفسيين المحليين للعثور على أفضل مكان للبدء في تحديد هؤلاء المهنيين، فعلى سبيل المثال: يقدم مركز معلومات اضطراب الشخصية الحدية وبلاك شيب بروجيكت إحالات ومعلومات قيمة.

من المشجع أيضاً أن يشارك المزيد من علماء الطب في جميع أنحاء العالم في أبحاث جادة حول العديد من الجوانب المختلفة لاضطراب الشخصية الحدية، حيث تُجرى دراسات حول مدى انتشار المرض وأسبابه ومساره الطبيعي، كما أن تقنيات البحث المتقدمة، بما في ذلك التصوير الهيكلي والوظيفي للدماغ، والدراسات الجينية، والتحليل البيوكيميائية، والاختبارات النفسية العصبية المتطورة، وتجارب العلاج، جارية في عدد من المراكز الطبية الأكاديمية الرائدة في جميع أنحاء العالم. على الرغم من أن هذه الجهود البحثية في مراحلها الأولية، فإنها تقدم بالفعل أنواع المعرفة التي وصفتها في هذا الكتاب.

إذا كنت مصاباً باضطراب الشخصية الحدية، أو إذا كان أحد أفراد عائلتك أو صديقك المقرب يعاني هذا المرض، يجب أن تشعر بالأمل بشأن الحاضر والتفاؤل بشأن المستقبل. نحن نعرف الآن ما يكفي عن اضطراب الشخصية الحدية لتوفير راحة سريعة وكبيرة للعديد من الأعراض الأكثر إزعاجاً وللمساعدة في إحداث تحسن مستمر ومتزايد في الأعراض المتبقية والمشكلات المرتبطة بها. ستؤدي الأبحاث المستمرة إلى معرفة إضافية وعلاجات أكثر فاعلية ووقاية يوماً ما.

أنا أحتك على مواصلة بذل الجهد لتعلم قدر ما تستطيع عن اضطراب الشخصية الحدية، وأنا واثق بأنك لن تتدم على ذلك.

د. روبرت أو. فريدل

قاموس

الأسيتيل كولين: ناقل عصبي يحفز أو يثبط نشاط الخلايا العصبية في المخ.
الأمفيتامين: منبه للجهاز العصبي المركزي يستخدم لعلاج اضطراب فرط الحركة ونقص الانتباه عند الأطفال أو البالغين.

اللوزة الدماغية: مجموعة من الخلايا العصبية تتخذ شكل اللوزة تقع في الجزء الأوسط من الفص الصدغي للمخ. إنها الهيكل المركزي في نظام المخ الذي يعالج معلومات المشاعر.

القشرة الحزامية الأمامية: شريط من القشرة يقع في الجزء الأوسط من الفص الجبهي للمخ الذي يراقب السلوك ويعدله.

مضاد الذهان: أحد فئة الأدوية المستخدمة لعلاج أعراض الاضطرابات الذهانية مثل الفصام. وباستخدام الجرعات المنخفضة، يبدو أن بعض هذه المضادات فعالة أيضاً لبعض المرضى الذين يعانون اضطراب الشخصية الحدية.

اضطراب الشخصية المعادية للمجتمع: هو اضطراب يتسم بنمط سائد من التجاهل والانتهاك لحقوق الآخرين يظهر منذ سن الخامسة عشرة لدى الفرد حتى عمر ثمانية عشر عاماً على الأقل.

اضطراب فرط الحركة ونقص الانتباه: هو اضطراب تشمل أعراضه قلة الانتباه وسهولة التشتت وضعف الأداء الاجتماعي والمهني والدراسي. هناك ثلاثة أنواع فرعية من اضطراب فرط الحركة ونقص الانتباه: يرتبط أحدها بعدم الانتباه

وفرط النشاط بالإضافة إلى الاندفاع، والثاني في الغالب بعدم الانتباه، والثالث في الغالب بفرط النشاط والاندفاع.

الاضطراب ثنائي القطب من النوع الأول: يشبه الاضطراب الاكتئابي الرئيسي ولكنه مصحوب بنوبات الهوس. يتم تشخيص الفرد بأنه مصاب بالاضطراب ثنائي القطب من النوع الأول إذا انطبقت عليه معايير كل من نوبة الاكتئاب الرئيسي ونوبة الهوس.

الاضطراب ثنائي القطب من النوع الثاني: يشبه الاضطراب الاكتئابي الرئيسي لكنه مصحوب بنوبات الهوس الخفيف. يتم تشخيص الفرد بالاضطراب ثنائي القطب من النوع الثاني إذا استوفى معايير كل من نوبة الاكتئاب الرئيسي ونوبات الهوس الخفيف.

النوبات الانفصالية: فترات من الوقت يكون فيها التفكير والسلوك والذاكرة خارج نطاق وعي الشخص.

الدوبامين: ناقل عصبي يحفز أو يثبط نشاط الخلايا العصبية في المخ.

نشاط الدوبامين: نشاط متعلق بنشاط الناقل العصبي للدوبامين.

القشرة الظهرية الجبهية: مناطق من القشرة تقع في الجزء الجانبي من الفصوص الأمامية للمخ التي تشارك في عمليات التفكير والاستدلال.

الاكتئاب الجزئي: اضطراب مشابه للاضطراب الاكتئابي الرئيسي، ولكن مع أعراض أقل في العدد والحدة. يُعرف أيضاً باسم الاضطراب الاكتئابي المستمر.

وظائف الأنا: تلك العمليات النفسية التي تنظم أفكارنا ومشاعرنا واستجاباتنا للواقع الخارجي.

علم نفس الأنا: قسم من علم النفس يركز على العمليات العقلية التي تمكّننا من التعامل بفاعلية مع أفكارنا ومشاعرنا والاستجابات للواقع الخارجي.

التقلقل الانفعالي: تقلبات مزاجية سريعة غير عادية لا تتناسب مع التجارب التي تثيرها.

الأبحاث التجريبية: دراسات بحثية مصممة بعناية ومنضبطة تؤدي إلى نتائج قابلة للقياس الكمي.

المسببات: أسباب أو أصول الاضطراب الطبي.

الاضطراب المفتعل: الأعراض الجسدية أو النفسية التي يظهرها الفرد عن قصد.

حمض الجاما-أمينوبوتيريك: الناقل العصبي المثبط الأساسي في المخ.

الجلوتامات: الناقل العصبي التحفيزي الأساسي في المخ.

الهلوسة: تجربة حسية زائفة ليس لها منبه خارجي.

التكوين الحصيني: بنية في المخ تقع في الجزء الأوسط من الفص الصدغي بالقرب من اللوزة. تشارك بشكل جذري في عمليات تطوير الذاكرة.

اضطراب الشخصية شبه الهستيرية: اضطراب يتسم بنمط سائد من السلوك الانفعالي والساعي للفت الانتباه حيث يبدأ في مرحلة البلوغ المبكر.

فرط النشاط: وجود أو إظهار حساسية عالية بشكل غير طبيعي للمنبهات.

الفصام الكامن: مصطلح كان يستخدم سابقاً لوصف الأشخاص الذين يعانون بعض أعراض اضطراب الشخصية الحديثة.

التفكير السحري: القناعة بأن التفكير يعادل الفعل، وهي موجودة في أحلام الأطفال ولدى المرضى الذين يعانون مجموعة متنوعة من الحالات، ويتسم بعلاقة غير واقعية بين السبب والنتيجة.

الاضطراب الاكتئابي الرئيسي: اضطراب عقلي مصحوب بانخفاض حاد ومستمر في المزاج؛ وانخفاض القدرة على الشعور بالسعادة، وتغيرات في النوم والشهية والوزن، والشعور غير المناسب بالذنب، واضطراب في التفكير والتركيز واتخاذ القرار، والرغبة في الانتحار.

ميثيلفينيدات: منبه للجهاز العصبي المركزي يستخدم لعلاج النوم القهري واضطراب فرط الحركة ونقص الانتباه لدى الأطفال والبالغين.

الاضطرابات متعددة الجينات: الاضطرابات التي تتطلب عدداً من التحولات الجينية قبل أن يظهر الاضطراب نفسه.

اضطراب الشخصية النرجسية: اضطراب يتسم بنمط سائد من العظمة، والحاجة إلى الإعجاب، والافتقار إلى التعاطف حيث يبدأ مع بداية مرحلة البلوغ.

العصبية: تتعلق بوحدة أو أكثر من الخلايا العصبية.

مضادات الذهان: الفئة الأصلية من الأدوية المستخدمة في علاج المرضى الذين يعانون اضطرابات ذهانية، مثل الفصام. ويبدو أن الجرعات المنخفضة من بعض هذه الأدوية مفيدة أيضاً لبعض المرضى الذين يعانون اضطراب الشخصية الحديثة.

المعدلات العصبية: الناقلات العصبية التي تنظم نشاط المسارات والدوائر العصبية، مثل الدوبامين، والسيروتونين، والأسيتيل كولين، والنورأدرينالين.

العصائية: مصطلح يستخدم في الأصل لوصف الاضطرابات العقلية التي ليس لديها أعراض ذهانية.

الناقلات العصبية: رسل كيميائية تفرزها الخلايا العصبية التي تحفز أو تثبط الخلايا العصبية الأخرى.

النورابينتريين: هو ناقل عصبي يحفز أو يثبط نشاط الخلايا العصبية في المخ.
النواة المتكئة: مجموعة من الخلايا العصبية تحت القشرية في الفص الجبهي من المخ ترتبط بعمليات التحفيز والمكافأة.

تجارب علنية: دراسات بحثية يكون فيها الدواء المستخدم معروفاً للمريض وفريق البحث.

الدائرة المدارية: المسار القشري تحت القشري للخلايا العصبية المرتبطة بالقشرة الحجاجية.

القشرة الأمامية الجبهية المدارية: جزء من القشرة يقع في الجزء الأوسط السفلي من الفص الجبهي للمخ وهو مسئول عن تجربة المشاعر وتنظيمها.

نوبات الهلع: نوبات متقطعة من القلق الشديد تصاحبها أعراض ملحوظة للاستثارة الفسيولوجية والشعور بالموت الوشيك.

اضطراب الهلع: نوبات الهلع المتكررة.

التفكير الارتياحي: الاعتقاد الخاطئ بأن الآخرين يخططون لإيذاء أحدهم.

الأفعال الانتحارية: سلوكيات مؤذية للذات لا يُقصد بها أن تؤدي إلى الموت.

اضطراب ما بعد الصدمة: اضطراب عقلي يحدث بعد التعرض لحدث صادم يتمثل في التهديد بالموت أو الإصابة الخطيرة، وهو ما يعاد الشعور به باستمرار ويؤدي إلى تجنب المواقف التي من شأنها استرجاع الصدمة للذاكرة ويصاحبه أعراض زيادة الاستثارة.

ما قبل الفصام: مصطلح يستخدم في البداية للإشارة إلى المرضى الذين يعانون أعراضاً مشابهة لاضطراب الشخصية العديّة.

الطبيب الأساسي: طبيب نفسي أو غيره من متخصصي الصحة العقلية المهرة في تشخيص الاضطراب وعلاجه.

المأل: الاستجابة المتوقعة للعلاج أو النتيجة الطبيعية لاضطراب طبي.

الإسقاط: محاولة نفسية غير واعية للتعامل مع القلق من خلال نسب سمات المرء غير المقبولة إلى العالم الخارجي.

الفصام شبه العصابي: المحاولة النفسية اللاواعية للتعامل مع القلق من خلال إرجاع سمات الفرد غير المقبولة إلى العالم الخارجي، مثل الإسقاط.

التحليل النفسي: شكل من أشكال العلاج النفسي قائم على نظرية التحليل النفسي للنمو والسلوك البشري، التي صاغها سيجموند فرويد.

العلاج النفسي الديناميكي: شكل من أشكال العلاج النفسي القائم على تعلم وتطبيق مجموعة من المعرفة حول الأفكار والمشاعر والسلوكيات المعقدة الواعية واللاواعية.

الذهان: أعراض اضطراب عقلي تصاحبه نوبات من فقدان الاتصال بالواقع، وغالبًا ما يكون مصحوبًا بالأوهام والهلوسة.

نوبات ذهانية: فترات من الذهان.

المقيم: طبيب في مرحلة تدريب ما بعد التخرج للتأهل كطبيب متخصص في مجال معين من مجالات الطب، مثل الطب النفسي. يتطلب المجلس الأمريكي للطب النفسي وعلم الأعصاب أربع سنوات من التدريب بعد التخرج في منشأة معتمدة للتأهل للامتحان في الطب النفسي.

عوامل الخطر: الطفرات الوراثية والأحداث المتعلقة بالنمو والبيئة التي تزيد من احتمالية الإصابة بالمرض.

اضطراب الشخصية الفصامية: اضطراب يجعل الفرد يواجه صعوبة في تطوير العلاقات الوثيقة تصاحبه تصورات غريبة الأطوار وتشوهات وسلوكيات غريبة حيث يظهر ذلك في بداية مرحلة البلوغ.

المقال المؤثر: مقال يؤثر بشكل كبير على التفكير والبحث ويحفزه.

نشاط هرمون السيروتونين: يتضمن نشاط السيروتونين نقل النبضات العصبية.

السيروتونين: ناقل عصبي يحفز أو يثبط نشاط الخلايا العصبية في الدماغ.

نموذج الاستعداد - الضغط: مفهوم تفاعل الاستعداد البيولوجي (الوراثي أو النمائي) للإصابة بمرض والعوامل البيئية والعقلية أو عوامل التوتر التي تزيد من احتمالية الإصابة بالمرض.

خلل الحركة المتأخر: حركات عفوية تحدث لبعض المرضى الذين يتناولون الأدوية المضادة للذهان. تشمل الحركات التواء اللسان أو نتوءه، أو تجعيد الشفاه، أو حركات الأصابع، أو حركات أصابع القدم والكاحل، أو اهتزاز الساق، أو حركات

العنق والجذع والحوض. تتراوح هذه الحركات من خفيفة إلى شديدة وقد تحدث منفردة أو في مجموعات عديدة.

المهاد: أكبر مجموعة من الخلايا العصبية تحت القشرية، وهي تقع في منتصف المخ، وتعمل على نقل وتنظيم النبضات من وإلى القشرة الدماغية.

المراجع

تصدير بقلم الدكتور دونالد دبليو. بلاك، ونانسي بلم الحاصلة على درجة الماجستير في

الخدمة الاجتماعية

Black DW, Pfohl B, Blum N, et al. Attitudes toward borderline personality disorder: A survey of 706 mental health clinicians. *CNS Spectrums* 2011;16:67-74.

Shanks C, Pfohl B, Blum N, Black DW. Can negative attitudes toward patients with borderline personality disorder be changed? The effect of attending a STEPPS workshop. *Journal Of Personality Disorders* 2011;25:806-812.

مقدمة

American Psychiatric Association. Practice guideline for the treatment of patients with borderline personality disorder. *American Journal Of Psychiatry* 2001; 158(October supplement).

Grant BF, Chou SP, Goldstein RB, et al. Prevalence, correlates, disability, and comorbidity of DSM-IV borderline personality disorder: Results from the wave two national epidemiologic survey on alcohol and related conditions. *Journal of Clinical Psychiatry* 2008;69:533-545.

Gunderson JG, Links PS. *Borderline Personality Disorder: A Clinical Guide*. 2nd ed. Washington, DC: American Psychiatric Publishing; 2008.

Hyman SE. A new beginning for research on borderline personality disorder. *Biological Psychiatry* 2002;51 :933-935

- Akiskal, HS. The temperamental borders of affective disorders. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 1994;379(supplement):32-37.
- Carpenter R W, Trull TJ. Components of emotion dysregulation in borderline personality disorder: A review. *Current Psychiatry Reports* 2013; 15:335.
- Deltito J, Martin L, Riefkohl J , et al. Do patients with borderline personality disorder belong to the bipolar spectrum? *journal of Affective Disorders* 2001;67:221-228.
- Herpertz SC. Emotional processing in personality disorder. *Current Psychiatry Reports* 2003;5:23-27.
- Pukrop R. Dimensional personality profiles of borderline personality disorder in comparison with other personality disorders and healthy controls. *journal Of Personality Disorders* 2002; 16:135- 14 7.
- Sanislow CA, Grilo CM, McGlashan TI-l. Factor analysis of the DSM-III-R borderline personality disorder criteria in psychiatric inpatients. *Amen'can Journal of Psy chiatry* 2000;157:1629-1633.
- Shearin EN, Linehan NM. Dialectical behavior therapy for borderline personality disorder: theoretical and empirical foundations. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 1994;3 79(supplement):61-68.
- Skodol AE, Gunderson JG, Pfohl B, Widiger TA, Livesley WJ, Siever LJ The borderline diagnosis 1: Psychopathology, comorbidity, and personality structure. *Biological Psychiatry* 2002;51:936-950.
- van Zutphen L, Siep GA, Gitta N, Jacob GA, Goebel R, Arntz A. Emotional sensitivity, emotion regulation and impulsivity in borderline personality disorder: A critical review of fMRI studies. *Neuroscience and Behavioral Reviews* 2015;51:64-76.
- Zanarini MC, Frankenburg FR, LeLuca CJ, Hennese j , Khera GS, Gunderson JG. The pain of being borderline: Dysphoric states specific to borderline personality disorder. *Harvard Review Of Psychiatry* 1998;6:201-207.

- Goodman M, New A. Impulsive aggression in borderline personality disorder. *Current Psychiatry Reports* 2000;2:56-61.
- Henry C, Mitropoulou V, New AS, Koenigsberg HW, Silvern Ian J, Siever LJ. Affective instability and impulsivity in borderline personality and bipolar II disorders: Similarities and differences. *Journal Of Psychiatric Research* 2001 ;35:307-312.
- Links PS, Heslegrave R, van Reekum R. Impulsivity: Core aspect of borderline personality disorder. *Journal Of Personality Disorders* 1999;13: 1-9.
- Paris J. Chronic suicidality among patients with borderline personality disorder. *Psychiatric Services* 2002;53:738-742.
- Sanislow CA, Grilo CM, Morey LC, et al. Confirmatory factor analysis of DSM-IV criteria for borderline personality disorder: Findings from the collaborative longitudinal personality disorders study. *American Journal of Psychiatry* 2002; 159:284-290.
- Wang GY, van Eijkj, Demirakca T, et al. ACC GABA levels are associated with functional activation and connectivity in the fronto-striatal network during interference inhibition in patients with borderline personality disorder. *NeuroImage* 2017;15:164-174.

النطاق 3، ضعف الإدراك والتفكير المنطقي

- Arntz A, Appels C, Sierwerda S. Hypervigilance in borderline disorder: A test with the emotional Stroop paradigm. *Journal Of Personality Disorders* 2000;14:366-373.
- O'Leary KM. Borderline personality disorder: Neuropsychological testing results. *Psychiatric Clinics Of North America* 2000;23:41-60.
- O'Leary KM, Cowdry R W. Neuropsychological testing results in borderline personality disorder. In: Silk KR, ed. *Biological and Behavioral Studies Of Borderline Personality Disorder*. Washington, DC: American Psychiatric Press; 1994.
- Zanarini M, Frankenburg F, Wedig M, Fitzmaurice G. Cognitive experiences reported by patients with borderline personality disorder and Axis II comparison subjects: A 16-year prospective follow-up study. *American journal of Psychiatry* 2013;170:671-679.

- Bailey RC, Grenyer BF, Gunderson J G. *Borderline Personality Disorder: A Clinical Guide*. Washington, DC: American Psychiatric Publishing; 2001.
- Gratz K, Dixon-Gordon K, Breetz A, Tull, M. A laboratory-based examination of responses to social rejection in borderline personality disorder: The mediating role of emotion dysregulation. *Journal of Personality Disorders* 2013;27:157-171.
- Jeung H, Herpertz SC. Impairments of interpersonal functioning: Empathy and intimacy in borderline personality disorder. *Psychopathology* 2014;47:220-234.
- Judd PH, McGlashan TH. *A Developmental Model of Borderline Personality Disorder: Understanding Variations in Course and Outcome*. Washington, DC: American Psychiatric Publishing; 2003.
- Koenigsberg HW, Harvey PD, Mitropoulou V, et al. Are the interpersonal and identity disturbances in the borderline personality disorder criteria linked to the traits of affective instability and impulsivity? *Journal of Personality Disorders* 2001;15:358-370.
- Lis S, Bohus M. Social interaction in borderline personality disorder. *Current Psychiatry Reports* 2014;15:338.
- Scott L, Kim Y, Nolf K, et al. Preoccupied attachment and emotional dysregulation: Specific aspects of borderline personality disorder or general dimensions of personality pathology? *Journal of Personality Disorders* 2013;27:473-495.

الفصل الثالث، تاريخ اضطراب الشخصية الحدية

- American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. 5th ed. Washington, DC: American Psychiatric Publishing; 2013.
- Brinkley JR, Beitman BS, Friedel RO. Low-dose neuroleptic regimens in the treatment of borderline patients. *Archives of General Psychiatry* 1979;36:319-326.
- Goldberg C, Schulz SC, Schulz PM, Resnick RJ, Hamer RM, Friedel RO. Borderline and schizotypal personality disorders treated with low-dose thiothixene vs. placebo. *Archives of General Psychiatry* 1986;43:680-686.

- Gunderson J, Singer M. Defining borderline patients: An overview. *American Journal of Psychiatry* 1975; 132:1- 10.
- Gunderson JG, Links PS. *Borderline Personality Disorder: A Clinical Guide*. 2nd ed. Washington, DC: American Psychiatric Publishing; 2008.
- Kendler KS, Myers J, Reichborn-Kjenne T. Borderline personality disorder traits and their relationship with dimensions of nonnative personality: A web-based cohort and twin study. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 2011;123:349-359.
- Kernberg OF. Borderline personality organization. *Journal of American Psychoanalysis Association* 1967;15:641-685.
- Knight RP. Borderline states. *Bulletin of the Menninger Clinic* 1953; 17:112.
- Lieb K, Vollm B, Rucker G, Timmer A, Stoffers JM. Pharmacotherapy for borderline personality disorder: Cochrane systematic review of randomised trials. *British Journal of Psychiatry* 2010;196:4-12.
- Linehan MM, Walks CR. The course and evolution of dialectical behavior therapy. *American Journal of Psychotherapy* 2015;69:97-110.
- Livesley WJ, Dimaggio G, Clarkin JF, eds. *Integrated Treatment for Personality Disorder: A Modular Approach*. New York: Guilford; 2016.
- Millon T. The borderline construct: Introductory notes on its history, theory, and empirical grounding. In: Clarkin JF, Marziali E, Munroe-Blum H, eds. *Borderline Personality Disorder, Clinical and Empirical Perspectives*. New York: Guilford; 1992.
- Silk KR, Friedel RO. Psychopharmacological considerations in the integrated treatment of personality disorder. In: Livesley WJ, Dimaggio G, Clarkin JF, eds. *Integrated Treatment for Personality Disorder: A Modular Approach*. New York: Guilford; 2016.
- Skodol AE, Gunderson JG, Pfohl B, Widiger TA, Livesley WJ, Siever LJ. The borderline diagnosis I: Psychopathology, comorbidity, and personality structure. *Biological Psychiatry* 2002;51 :936-950.
- Spitzer RL, Endicott J, Gibbon M. Crossing the border into border-line personality and borderline schizophrenia: The development of criteria. *Archives of General Psychiatry* 1979;36: 17-24.
- Stem A. Psychoanalytic investigation of and therapy in the borderline group of neuroses. *Psychoanalytic Quarterly* 1938;7:467-489.

- Friedel R O. Dopamine dysfunction in borderline personality disorder: A hypothesis. *Neuropsychopharmacology* 2004;29: 1029-1039.
- Judd PH, McGlashan TH. *A Developmental Model of Borderline Personality Disorder: understanding Variations in Course and Outcome*. Washington , DC: American Psychiatric Publishing; 2003.
- Millon T. Sociocultural conceptions of the borderline personality. *Psychiatric Clinics of North America* 2000;23:123-136.
- Paris J. Childhood precursors of borderline personality disorder. *Psychiatric Clinics of North America* 2000;23:77- 88.
- Reich DB, Zanarini MC. Developmental aspects of borderline personality disorder. *Harvard Review of Psychiatry* 2001;9:294-301.
- Skodol AE, Siever LJ, Livesley WJ, Gunderson JG, Pfohl B, Widiger TA. The borderline diagnosis II: Biology, genetics, and clinical course. *Biological Psychiatry* 2002;51:951-963.
- Soloff PH, Lynch KG, Kelly TM. Childhood abuse as a risk factor for suicidal behavior in borderline personality disorder. *Journal Of Personality Disorders* 2002; 16:201-214.
- Torgersen S, Lygren S, Oien PA, et al. A twin study of personality disorders. *Comprehensive Psychiatry* 2000;41:416--425.
- Trull TJ. Structural relations between borderline personality disorder features and putative etiological correlates. *Journal Of Abnormal Psychology* 2001;110:471-481.
- Zanarini MC. Childhood experiences associated with the development of borderline personality disorder. *Psychiatric Clinics Of North America* 2000;23:89-101.
- Zanarini MC, Frankenburg FR, Reich DB, et al. Biparental failure in the childhood experiences of borderline patients. *Journal of Personality Disorders* 2000;14:264-273.

- Becker DF, Grilo CM, Edell WS, McGlashan TH. Diagnostic efficiency of borderline personality disorder criteria in hospitalized adolescents: Comparison with hospitalized adults. *American Journal of Psychiatry* 2002; 159:2042-2047.
- Garnet K.E, Levy KN, Mattanah JJF, Edell WS, McGlashan TH. Borderline personality disorder in adolescents: Ubiquitous or specific? *American Journal of Psychiatry* 1994; 151:1380-1382.
- Gunderson JG, Bender D, Sanislow C, et al. Plausibility and possible determinants of sudden "remissions" in borderline patients. *Psychiatry* 2003;66: 11- 119.
- Judd PH, McGlashan TH. *A Developmental Model Of Borderline Personality Disorder: Understanding Variations in Course and Outcome*. Washington, DC: American Psychiatric Publishing; 2003.
- Links PS, Heslegrave RJ. Prospective studies of outcome: Understanding mechanisms of change in patients with borderline personality disorder. *Psychiatric Clinics of North America* 2000;23:137-150.
- Ludolph PS, Westen D, Miele B, Jackson A, Wixom J, Wiss FC. The borderline diagnosis in adolescents: Symptoms and developmental history. *American Journal of Psychiatry* 1990;147:470-476.
- Paris J, Brown R, Nowlis D. Long-term follow-up of borderline patients in a general hospital. *Comprehensive Psychiatry* 1987;28:530-536.
- Seivewright H, Tyrer P, Johnson T. Change in personality status in neurotic disorders. *Lancet* 2002;359:2253-2254.
- Stevenson J, Meares R, Comerford A. Diminished impulsivity in older patients with borderline personality disorder. *American Journal of Psychiatry* 2003; 160:165-166.
- Zanarini MC, Frankenburg FR, Hennen J, Silk KR. The longitudinal course of borderline psychopathology: 6-year prospective follow-up of the phenomenology of borderline personality disorder. *American Journal Of Psychiatry* 2003;160:274-283.

- Bemporad JR, Smith HF, Hanson G, Cicchetti D. Borderline syndromes in childhood: Criteria for diagnosis. *American Journal Of Psychiatry* 1982; 139:596-602.
- Cohen DJ, Paul R, Volmar FR. Issues in the classification of pervasive and other developmental disorders: Toward DSM-IV. *Journal Of American Academy of Child Psychiatry* 1986;25:213-220.
- Coulston CM, Taniou M, Mulder RT, Porter RJ, Malhi GS. Burdering on bipolar: The overlap between borderline personality and bipolarity. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry* 2012;46:506-521.
- Fonagy P, Speranza M, Luyten P, Kaess M, Hessels C, Bohus M. ESCAP Expert Article: Borderline personality disorder in adolescence: An expert research review with implications for clinical practice. *European Child and Adolescent Psychiatry* 2015;24:1307-1320.
- Greene R W. *The Explosive Child: A New Approach for Understanding and Parenting Easily Fmstrated, Chronically Inflexible Children*. New York: Harper; 2005.
- Greenman DA, Gunderson JG, Cane M, Saltzman PR. An examination of the borderline diagnosis in children. *American Journal Of Psychiatry* 1986;143:998- 1003.
- Guzder J, Paris J, Zerkowitz P, Marchessault K. Risk factors for borderline pathology in children. *Journal Of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 1996;35:26-33.
- Hawes DJ. Does the concept ofborderline personality features have clinical utility in childhood? *Current Opinions in Psychiatry* 2014;27:87-93.
- Koenigj, Kemp AH, Feeling NR, Thayer J F, Kaess M. R esting state vagal tone m borderline personality disorder: A meta-analysis. *Progress in Neuro-Psychopharmacology & Biological Psychiatry* 2016;64: 18-26.
- Lincoln AJ, Bloom D, Katz M, Boksenbaum N. Neuropsychological and neurophysiological indices of auditory processing impairment in children with multiple complex developmental disorder. *Journal Of the A merican Academy of Child and Adolescertt Psychiatry* 1998;37:100-11 2.
- Lofgren DP, Bemporad J, King J, Lindem K, O'Driscoll G. A prospective follow-up study of so-called borderline children. *American j ournal of Psychiatry* 1991 ;148:1541-1547.

- Paris J. Childhood precursors of borderline personality disorder. *Psychiatric Clinics of North America* 2000;23:77-88.
- Paris J, Zelkowitz P, Guzder J, Joseph S, Feldman R. Neuropsychological factors associated with borderline pathology in children. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 1999;38:770-774.
- Singh MK, Ketter T, Chang KD. Distinguishing bipolar disorder from other psychiatric disorders in children. *Current Psychiatry Reports* 2014;16:516.
- Stapp SD, Lazarus SA, Byrd AL. A systematic review of risk factors prospectively associated with borderline personality disorder: Taking stock and moving forward. *Personality Disorders* 2016;7:316-323.
- Vermletten E, Spiegel D. Trauma and dissociation: Implications for borderline personality disorder. *Current Psychiatry Reports* 2014;16:434.
- Winsper C, Lereya ST, Marwaha S, Thompson A, Eyden J, Singh SP. The aetiological and psychopathological validity of borderline personality disorder in youth: A systematic review and meta-analysis. *Clinical Psychology Review* 2016;44:13-24.
- Yeomans FE, Clarkin JF, Kemberg OF. *Transference - Focused Psychotherapy for Borderline Personality Disorder: A Clinical Guide*. Washington, DC: American Psychiatric Publishing; 2015.
- Zanarini MC. Childhood experiences associated with the development of borderline personality disorder. *Psychiatric Clinics of North America* 2000;23:89-101.

الفصل السابع، اضطراب الشخصية الحدية والمخ

- Amad A, R amoz N, Thomas P, Jardri R, Gorwood P. Genetics of borderline personality disorder: Systematic review and proposal of an integrative model. *Neuroscience Biobehavioral Reviews* 2014;40:6-19.
- American Psychiatric Association. Practice guideline for the treatment of patients with borderline personality disorder. *American Journal of Psychiatry* 2001 ;158(October supplement).
- Bohus M, Schmahl C, Lieb K. New developments in the neurobiology of borderline personality disorder. *Current Psychiatry Reports* 2004;6:43-50.
- Briine M. On the role of oxytocin in borderline personality disorder. *British Journal of Psychiatry* 2016;55:287-304.

- Buckholtz JW, Treadway MT, Cowan RL, et al. Dopamine network differences in human impulsivity. *Science* 2010;329:532.
- Chanen AM, Kaess M. Developmental pathways to borderline personality disorder. *Current Psychiatry Reports* 2012;14:45-53.
- De la Fuente JM, Goldman S, Stanus E, et al. Brain glucose metabolism in borderline personality disorder. *Journal Of Psychiatric Research* 1997 ;31 :531-541.
- Donegan NH, Sanislow CA, Blumberg HP, et al. Amygdala hyperreactivity in borderline personality disorder: Implications for emotional dysregulation. *Biological Psychiatry* 2003;54:1284-1293.
- Friedel R O. Dopamine dysfunction in borderline personality disorder: A hypothesis. *Neuropsychopharmacology*. 2004;29: 1029-1039.
- Friedel RO, Schmahl C, New A, Distel M. The neurobiology of borderline personality disorder. In: Schmahl C, Phan L, R Friedel, eds. *The Neurobiology Of Personality Disorders*. New York: Oxford University Press; 2018.
- Gurvits IG, Koenigsberg HW, Siever LJ. Neurotransmitter dysfunction in patients with borderline personality disorder. *Psychiatric Clinics Of North America* 2000;23:27-40.
- Herpertz SC, Dietrich TM, Wenning B, et al. Evidence of abnormal amygdala functioning in borderline personality disorder: A functional MRI study. *Biological Psychiatry* 2001 ;50:292-298.
- LeDoux J. *The Emotional Brain*. New York: Touchstone; 1996.
- LeDoux J. *Synaptic Self: How Our Brains Become who We Are*. New York: Viking Penguin; 2002.
- Leyton M, Okazawa H , Diksic M, et al. Brain regional alpha-(11C)methyl-L-tryptophan trapping in impulsive subjects with borderline personality disorder. *American Journal Of Psychiatry* 2001;158:775-782.
- O'Leary KM. Borderline personality disorder: Neuropsychological testing results. *Psychiatric Clinics Of North America* 2000;23:41-60.
- Parisj, ed. *Borderline Personality Disorder: Etiology and Treatment*. Washington, DC: American Psychiatric Press; 1993.

- Ruocco AC, Carcone D. A neurobiological model of borderline personality disorder: Systematic and integrative review. *Harvard Review Of Psychiatry* 2016;24:311-329.
- Silk KR. Borderline personality disorder: Overview of biological factors. *Psychiatric Clinics of North America* 2000;23:61- 76.
- Skodol AE, Siever LJ, Livesley WJ, Gunderson JG, Pfohl B, Widiger TA. The borderline diagnosis II: Biology, genetics, and clinical course. *Biological Psychiatry* 2002;51 :951-963.
- Soloff PH, Meltzer CC, Greer PJ, Constantine D, Kelly TM. A fenfluramine activated FDG-PET study of borderline personality disorder. *Biological Psychiatry* 2000;47:540-547.
- Tebartz van Elst L, Theil T, Hesslinger B. et al. Subtle prefrontal neuropathology in a pilot magnetic resonance spectroscopy study in patients with borderline personality disorder. *Journal Of Neuropsychiatry and Clinical Neuroscience* 2001;13:511-514.
- Witt SH, Kleindienst N, Frank J, et al. Analysis of genome-wide significant bipolar disorder genes in borderline personality disorder. *Psychiatry Genetics* 2014;24:262- 265.

الفصل الثامن، الاضطرابات المصاحبة الشائعة

- Aldenkamp AP, De Krom M, Reijns R. Newer antiepileptic drugs and cognitive issues. *Epilepsia* 2003;(supplement)44:21- 29.
- Becker DF, Grilo CM, Edell WS, McGlashan TH. Comorbidity of borderline personality disorder with other personality disorders in hospitalized adolescents and adults. *American Journal Of Psychiatry* 2000;157:2011- 2016.
- Deltito J, Martin L, Riefkohl J, et al. Do patients with borderline personality disorder belong to the bipolar spectrum? *Journal of Affective Disorders* 2001;67:221-228.
- Golier JA, Yehuda R, Bierer LM, et al. The relationship of borderline personality disorder to posttraumatic stress disorder and traumatic events. *American Journal Of Psychiatry* 2003;160:2018-2024.
- Johnson BA, Ait-Daoud N, Bowden CL, et al. Oral topiramate for treatment of alcohol dependence: A randomized controlled trial. *Lancet* 2003;361: 1677-1685.

Oldham JM, Skodol AE, Kellman HD, et al. Comorbidity of axis I and axis II disorders. *American journal of Psychiatry* 1995;152:571-578.

Skodol AE, Oldham JM, Gallaher PE. Axis II comorbidity of substance use disorders among patients referred for treatment of personality disorders. *American journal of Psychiatry* 1999;156:733--738.

Zanarini MC, Frankenburg FR, Dubo ED, et al. Axis I comorbidity of borderline personality disorder. *American journal of Psychiatry* 1998; 155: 1733--1739.

Zanarini MC, Frankenburg FR, Dubo ED, et al. Axis II comorbidity of borderline personality disorder. *Comprehensive Psychiatry* 1998;39: 296-302.

Zimmerman M, MattiaJI. Axis I diagnostic comorbidity and borderline personality disorder. *Comprehensive Psychiatry* 1999;40:245-252.

الفصل التاسع: العناصر الأساسية للعلاج

American Psychiatric Association. Practice guideline for the treatment of patients with borderline personality disorder. *American journal of Psychiatry* 2001; 158(supplement).

Fossati A, Novella L, Donati D, Donini M, Maffei C. History of childhood attention deficit/hyperactivity disorder symptoms and borderline personality disorder: A controlled study. *Comprehensive Psychiatry* 2002;43:369-377.

Gunderson, J.G., Links, P.S. *Borderline Personality Disorder: A Clinical Guide*. 2nd ed. Washington, DC: American Psychiatric Publishing; 2008.

Judd PH, McGlashan TH. *A Developmental Model Of Borderline Personality Disorder: Understanding Variations in Course and Outcome*. Washington, DC: American Psychiatric Publishing; 2003.

الفصل العاشر: الأدوية

Abraham PF, Calabrese JR. Evidenced-based pharmacologic treatment of borderline personality disorder: A shift from SSRIs to anticonvulsants and atypical anti psychotics? *Journal of Affective Disorders* 2008;111 :21-30.

Aldenkamp AP, De KromM, Reijs R. Newer antiepileptic drugs and cognitive issues. *Epilepsia* 2003;4(supplement):21-29.

American Psychiatric Association. Practice guideline for the treatment of patients with borderline personality disorder. *American Journal of Psychiatry* 2001; 158(supplement).

- Black DW, Zanarini MC, Romine A, Shaw M, Allen J, Schulz SC. A dose comparison of low and moderate doses of extended- release quetiapine fumarate (quetiapine XR) in the treatment of borderline personality disorder: A randomized, double-blind, placebo-controlled trial. *American Journal of Psychiatry* 2014; 171:1174-1182.
- Brinkley JR, Beitman BD, Friedel RO. Low-dose neuroleptic regimens in the treatment of borderline patients. *Archives Of General Psychiatry* 1979;36:319-326.
- Goldberg SC, Schulz SC, Schulz PM, Resnick RJ, Hamer RM, Friedel RO. Borderline and schizotypal personality disorders treated with low-dose thiothixene vs. placebo. *Archives of General Psychiatry* 1986;43:680-686.
- Lieb K, Vollm B, Rucker G, Timmer A, Stoffers JM. Pharmacotherapy for borderline personality disorder: Cochrane systematic review of randomised trials. *British Journal of Psychiatry* 2010; 196:4-12.
- National Collaborating Centre for Mental Health (UK). *Borderline Personality Disorder: Treatment and Management*. Leicester, UK: British Psychological Society; 2009.
- Saunders EF, Silk KR. Personality trait dimensions and the pharmacological treatment of borderline personality disorder. *Journal of Clinical Psychopharmacology* 2009;29:461-467.
- Silk KR, Friedel RO. Psychopharmacological considerations in the integrated treatment of personality disorder. In: Livesley WJ, Dimaggio G, Clarkin JF, eds. *Integrated Treatment for Personality Disorder: A Modular Approach*. New York: Guilford; 2016.
- Soloff PH. Psychopharmacology of borderline personality disorder. *Psychiatric Clinics of North America* 2000;23: 169-192.

الفصل الحادي عشر، العلاجات النفسية

- American Psychiatric Association. Practice guideline for the treatment of patients with borderline personality disorder. *American Journal of Psychiatry* 2001;158(october supplement).
- Beck AT, Freeman A, Davis DO, et al. *Cognitive Therapy of Personality Disorders*. 2nd ed. New York: Guilford; 2003.
- Black, DW, Blum, NS, eds. *Systems Training for Emotion Regulation and Problem Solving for Borderline Personality Disorder: implementing*

- STEPPS *Around the Globe*. New York: Oxford University Press; 2017.
- Fonagy P, Bateman A. *Mentalization-based Treatment for Personality Disorders: A Practical Guide*. New York: Oxford University Press; 2016.
- Gunderson, JG. *Borderline Personality Disorder: A Clinical Guide*. 2nd ed. Washington, DC: American Psychiatric Publishing; 2008.
- Hoffman PD, Fruzzetti AE, Swenson CR. Dialectical behavior therapy family skills training. *Family Process* 1999;38:399-414.
- Hooley JM, Hoffman PD. Expressed emotions and clinical outcome in borderline personality disorder. *American Journal of Psychiatry* 1999;156:1557-1562.
- Linehan MM. *Cognitive Behavioral Treatment of Borderline Personality Disorder*. New York: Guilford; 1993.
- Livesley WJ, Dimaggio G, Clarkin JF, eds. *Integrated Treatment for Personality Disorder: A Modular Approach*. New York: Guilford; 2016.
- McMain SF, Links PS, Gnam WH, et al. A randomized trial of dialectical behavior therapy versus general psychiatric management for borderline personality disorder. *American Journal of Psychiatry* 2009;166: 1365-1374.
- MilJer BC. Characteristics of effective day treatment programming for persons with borderline personality disorder. *Psychiatric Services* 1995;46: 605-608.
- Robins CJ, Chapman AL. Dialectical behavior therapy: Current status, recent developments and future directions. *Journal of Personality Disorders* 2004;18:73-89.
- Roller B, Nelson V. Group psychotherapy treatment of borderline personalities. *International Journal of Group Psychotherapy* 1999;49:369- 385.
- Silk KR, Friedel RO. Psychopharmacological considerations in the integrated treatment of personality disorder. In: Livesley WJ, Dimaggio G, Clarkin JF, eds. *Integrated Treatment for Personality Disorder: A Modular Approach*. New York, Guilford; 2016.
- Stoffers JM, Vollm BA, Rucker G, Timmer A, Huband N, Lieb K. Psychological therapies for people with borderline personality disorder. *The Cochrane Database Systematic Review* 2012;8.
- Stone MH. Clinical guidelines for psychotherapy for patients with borderline personality disorder. *Psychiatric Clinics of North America* 2009;23: 193-210.

Silk KR. The process of managing medications in patients with borderline personality disorder. *Journal Of Psychiatric Practice* 2011 ;17:311-319.

Silk KR, Friedel RO. Psychopharmacological considerations in the integrated treatment of personality disorder. In: Livesley WJ, Dimaggio G, Clarkin JF, eds. *In Integrated Treatment for Personality Disorder: A Modular Approach*. New York: Guilford; 2016.

الفصل الثالث عشر، عندما يصاب شخص تحبه باضطراب الشخصية الحدية

Gunderson, JG. *Borderline Personality Disorder: A Clinical Guide*. 2nd ed. Washington, DC: American Psychiatric Publishing; 2008.

Gunderson JG, Berkowitz C, Ruiz-Sancho A. Families of borderline patients: A psycho-educational approach. *Bulletin of the Menninger Clinic* 1997;61:446-457.

Gunderson JG, Lyoo IK. Family problems and relationships for adults with borderline personality disorder. *Harvard Review Of Psychiatry* 1997 ;4:272-278.

Hoffman PO, Fruzzetti AE, Swenson CR. Dialectical behavior therapy family skills training. *Family Process* 1999;38:399- 414.

Hooley JM, Hoffman PD. Expressed emotion and clinical outcome in borderline personality disorder. *American Journal Of Psychiatry* 1999;156:1557-1562.

Judd PH, McGlashan TH. *A Developmental Model Of Borderline Personality Disorder: Understanding Variations in Course and Outcome*. Washington, DC: American Psychiatric Publishing; 2003.

Mason PT, Kreger R. *Stop Walking on Eggshells: Coping When Someone You Care About Has Borderline Personality Disorder*. Oakland, CA: New Harbinger Publications; 2010.

Weiss M, Zelkowitz P, Feldman RB, Vogel J, Heyman M, Paris J. Psychopathology in offspring of mothers with borderline personality disorder: A pilot study. *Canadian journal of Psychiatry* 1996;41 :285-290.

Zweig-Frank H, Paris J. Predictors of outcome in a 27-year follow-up of patients with borderline personality disorder. *Comprehensive Psychiatry* 2002;43:103-107.

Flintj, Greenspan RJ, KendJer KS. *How Genes Influence Behavior*. New York: Oxford University Press; 2010.

Hyman SE. A new beginning for research on borderline personality disorder. *Biological Psychiatry* 2002;51 :933-935.

Siever LJ, Torgersen JG, Gunderson W, Livesley WJ, Keniller, KS. The borderline diagnosis III: Identifying endophenotypes for genetic studies. *Biological Psychiatry* 2002;51 :964-968.

Skodol AE, Gunderson JG, Pfohl B, Wideger TA, Livesley WJ, Siever LJ. The borderline diagnosis I: Psychopathology, comorbidity, and personality structure. *Biological Psychiatry* 2002;51 :936-950.

Skodol AE, Siever LJ, Livesley WJ, Gunderson JG, Pfohl B, Widiger TA. The borderline diagnosis II: Biology, genetics, and clinical course. *Biological Psychiatry* 2002;51:951-963.

مكتبة
t.me/soramnqraa

المصادر

ADVICE ON TREATMENT RESOURCES

Borderline Personality Disorder Resource Center
21 Bloomingdale Road
White Plains, NY 10605
888-694-2273
bpdresourcecenter@nyp.org
www.nyp.org/ bpdresourcecenter

The Black Sheep Project

509 South 22nd Avenue
Bozeman, MT 59718
www.BlackSheepProject.org

American Psychiatric Association , AP A

1000 Wilson Boulevard, Suite 1825
Arlington, VA 22209-3901
Toll-free: 888-357-7924
703-907-7300
apa@psych.org
www.psychiatry.org

The American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, AACAP

3615 Wisconsin Avenue, N.W.
Washington, DC 20016-3007
Phone: 202-966-7300
Fax: 202-464-0131

www.aacap.org

Personality Disorders Awareness Network, PDAN

1072 W Peachtree Street NW, #79468

Atlanta, GA 30357

209-732-6001

info@pdan.org

www.PDAN.org

ADVOCACY ORGANIZATIONS

National Alliance on Mental Illness, NAMI

3803 N. Fairfax Drive, Suite 100

Arlington, VA 22203

800-950-6264 / 703-524-7600

info@nami.org

www.nanu.org

**National Education Alliance for Borderline
Personality Disorder, NEA-BPD**

525 Lawn Terrace

Mamaroneck, NY 10543

914-835-9011

neabpd@aol.com

www.borderlinepersonalitydisorder.com

**Treatment and Research Advancements for
Borderline Personality Disorder, TARA4BPD**

23 Greene Street

New York, NY 10013

212-966-6514

888-4-TAR.ABPD

TARA4BPD.org

tara4bpd@gmail.com

DISABILITY ASSISTANCE

Americans with Disabilities Act, ADA

US Department of Justice

950 Northwest Pennsylvania Avenue

Civil Rights Division

Disability Rights Section-NY AVE

Washington, DC 20530

800-514-0301

www.usdoj.gov/crt/ada/adahom1.htm

FEDERAL RESEARCH

National Institute of Mental Health, NIMH

6001 Executive Boulevard, Room 6220, MSC 9663

Bethesda, MD 20892-9663

866-615-6464

301-443-4513 (TTY) / 866-415-8051 (TTY toll-free)

Fax: 301-443-4279

nimhinfo@nih.gov

www.nimh.nih.gov

FINANCIAL SUPPORT

Social Security Administration

Office of Public Inquiries

1100 West High Rise

6401 Security Blvd.

Baltimore, MD 21235

www.ssa.gov

GENERAL MENTAL HEALTH INFORMATION

The Carter Center Mental Health Program

One Copenhill

453 Freedom Parkway

Atlanta, GA 30307

800-550-3560 / 404-420-5100

info@cartercenter.org

www.cartercenter.org

Mental Health America, MHA

500 Montgomery Street, Suite 820

Alexandria, VA 22314

800-969.6642 / 703-684.7722

fax: 703-684.5968

National Institute of Mental Health, NIMH

6001 Executive Boulevard, Room 6220, MSC 9663

Bethesda, MD 20HY2-9663

866-615-6464

301-443-4513 (TTY) / 866-415-8051 (TTY toll-free)

fax: 301-443-4279
nimhinfo@nih.gov
www.nimh.nih.gov

LEGAL INFORMATION

The Bazelon Center for Mental Health Law

1101 15th Street, NW, Suite 1212
Washington, DC 20005-5002
202-467-5730
202-467-4232 (TDD)
Fax: 202-223-0490
communications@bazelon.org
www.bazelon.org

MEDICAL AND RELATED INFORMATION

BPD Central

PO Box 070106
Milwaukee, WI 53207-0106
BPDcentral@aol.com
www.bpdcentral.com

Mayo Clinic

www.mayoclinic.com

MEDLINEplus Health Information

c/o U.S. National Library of Medicine
8600 Rockville Pike
Bethesda, MD 20894
888-346-3656
custserv@nlm.nih.gov
www.medlineplus.gov

PubMed

National Library of Medicine
www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/
custserv@nlm.nih.gov

US Food and Drug Administration

10903 New Hampshire Avenue
Silver Spring, MD 20993
888-463-6332
www.fda.gov

PRIVATE RESEARCH FOUNDATIONS

The Black Sheep Project

509 South 22nd Avenue
Bozeman, MT 59718
www.BlackSheepProject.org

National Alliance for Research of Schizophrenia and Depression, NARSAD

60 Cutter Mill Road, Suite 404
Great Neck, NY 11021
Toll-free: 800-829-8289 / (voice mail) 516-829-0091
info@narsad.org
www.narsad.org

RESEARCH AND TREATMENT PROGRAMS

Gerald Adler, MD

Massachusetts General Hospital
278 Clarendon St., Apt. 2
Boston, MA 02116
617-262-4616

Emil F. Coccaro, MD

Chair, Department of Psychiatry and Behavioral Neuroscience
5841 S. Maryland Avenue
Chicago, IL 60637
773-834-7427

Karen Conterio, CEO

Wendy Lader, PhD, MEd

S.A.F.E. Alternatives
800-366-8288
Fax: 888-296-7988
info@selfmjury.com
www.selfinjury.com

Robert O. Friedel, MD

Distinguished Clinical Professor of Psychiatry
Virginia Commonwealth University
Chief Psychiatric Consultant
The Black Sheep Project
13722 Hickory Nut Point
Midlothian, VA 23112

804-744-5261
BPDDemystified.com

Brian Greenfield, MD

Department of Psychiatry
The Montreal Children's Hospital
McGill University
1 001 Boulevard Decarie
Montreal, Quebec H4A 3j1 Canada
514-412-4400

John Gunderson, MD

Director, Personality and Psychosocial Research Program
Belmont Campus
800-333-0338
mcleanhospital.org

Kenneth S. Kendler, MD, Professor

Department of Psychiatry, VCU HS
P.O. Box 980126
Richmond, VA 23298
804-828-8590
kenneth.kendler@vcuhealth.org
medschool.vcu.edu

Otto Kemberg, MD

Weill Cornell Psychiatry at New York-Presbyterian, Westchester
Division
21 Bloomingdale Road
White Plains, NY 10605
914-997-5714

Jerold J. Kriesman, MD

Mercy Hospital
Allied Behavioral Consultants
11477 Olde Cabin Road
Suite 200
Saint Louis, MO 63141-7137
314-567-5000
Fax: 314-567-3110

Marsha Linehan, Ph.D., ABPP

Professor and Director

Behavioral Research & Therapy Clinics
University of Washington
Center for Behavioral Technology
Department of Psychology, Box 355915
3935 University Way NE
Seattle, WA 98195-5915
206-543-2782
Fax: 206-616-1513

Paul Links, MD

Lawson Health Research Institute
750 Base Line Rd. E.
London, ON N6C 2R5, Canada
519-685-8500 ext. 7 5694
paul.links@lhsc.on.ca

John C. Markowitz, MD

Columbia University, Department of Psychiatry
1051 Riverside Drive
New York, NY 10032
212-543-6283 / 212-746-3774

Thomas H. McGlashan, MD

Emeritus Faculty, Yale Psychiatric Institute
Department of Psychiatry
300 George St.
New Haven, CT 06511
203-974-7346
www.medicine.yale.edu

Joel Paris, MD, Professor

McGill University, Department of Psychiatry
Institute of Community and Family Psychiatry
4333 Cote Ste-Catherine Road
Montreal, Quebec, H3T 1E4, Canada
514-340-8222 ext. 5338
Fax: 514-340-7507
joel.paris@mcgill.ca

J. Christopher Perry, MPH, MD

Professor, Department of Psychiatry, McGill University
Director of Psychotherapy Research
Department of Psychiatry, Jewish General Hospital

3755 Cote Sainte Catherine Road
Montreal, Quebec, H3T 1E2
Canada
514-340-8222 ext. 4643
jchristopher.perry@mcgill.ca

Charles P. Peters, MD

Personality Disorder Program
Sheppard Pratt Hospital Health System
6501 N. Charles Street
Baltimore, MD 21204
410-938-30000
info@shppardpratt.org
www.sheppardpratt.org

K. Luan Phan, MD

Dept. of Psychiatry
University of Illinois at Chicago
1747 W. Roosevelt Rd.
WROB/ IJR, Rm. 244
Chicago, IL 60608
klphan@uic.edu

Christian Schmahl, Prof. Dr.

Head of Clinical Department
Central Institute for Mental Health, J 5
K 3, 21, 3rd Floor, Room 314
68159 Mannheim, Germany
49 621 1703-4021
Fax: 49 621 1703-4005
info zi-mannheim.de
www.zi-mannheim.de

S. Charles Schulz, MD, Professor

Department of Psychiatry
University of Minnesota Medical School
420 Delaware Street SE
Minneapolis, MN 55455
612-626-2935
scs@umn.edu
www.umn.edu

Paul H. Soloff, MD

UPMC Western Psychiatric Institute & Clinic
3811 O'Hara Street Room 868
Pittsburgh, PA 15213
412-624-2100
Fax: 412-246-5410

SUBSTANCE ABUSE

Faces and Voices of Recovery

840 1st St. NE, 3rd Floor
Washington, DC 20002
202-737-0690
Fax: 202-737-0695
info@facesandvoicesofrecovery.org
www.facesandvoicesofrecovery.org

Facing Addiction, Inc.

100 Mill Plain Road
Third Floor
Danbury, CT 06811
www.facingaddiction.org

Families Anonymous, Inc.

701 Lee St., Suite 670
Des Plaines, IL 60016
800-736-9805
Fax: 847-294-5837
www.familiesanonymous.org

Nar-Anon

23110 Crenshaw Blvd., Suite A
Torrance, CA 90505
800-477-6291 / 310-534-8188
wso@nar-anon.org

Narcotics Anonymous World Services

PO Box 9999
Van Nuys, California USA 91409
818-773-9999
Fax: 818-700-0700
www.na.org

**National Clearinghouse for Alcohol
and Drug Information, NCADI**

844-768-0487

www.addiction.com

**National Council on Alcohol and
Drug Dependence, NCADD**

217 Broadway, Suite 712

New York, NY 1 0007

212-269-7797

www.ncadd.org

National Institute on Drug Abuse, NIDA

Office of Science Policy and Communications

Public Information and Liaison Branch

6001 Executive Boulevard

Room 5213, MSC 9561

Bethesda, Maryland 20892

301-443-1124

www.dntgabuse.gov

**Substance Abuse and Mental Health
Services Administration, SAMHSA**

5600 Fishers Lane

Rockville, MD 20857

877-726-4727

800-487-4889 (TTY)

www.samhsa.gov

شكر وتقدير

أتوجه بالشكر والامتنان لقراء الإصدار الأول من هذا الكتاب. لقد كان حماسهم وقبولهم للكتاب مُرضياً وقد مكَّنني وشجعتني على إعداد هذه الطبعة المنقحة.

كما أتوجه بالشكر إلى ابنتي ليندا إف. كوكس، اختصاصية اجتماعية سريرية مرخصة، حاصلة على تدريب سريري مهم وخبرة أكاديمية وسريرية في مجال اضطراب الشخصية الحديّة. لقد ساعدتني بشكل كبير على إعداد هذا الإصدار من الكتاب عن طريق إجراء عمليات بحث في المؤلفات، وإعداد مسودات المواد، ومراجعة مسودات جميع الفصول، واقتراح تعديلات طفيفة أو كبيرة في محتواها. لم يكن من الممكن تحضير هذا الإصدار بطريقة شاملة وفي الوقت المناسب لولا مساعدتها وتعاونها. كما ساعدتني ابنتي الأخرى، كارين، الإصدار الأول، في مراجعة هذا الإصدار. أنا عاجز على شكر كليهما بشكل كاف.

لقد تحلى باقي أفراد عائلتي، وخاصة زوجتي، سوزان، بصبر شديد خلال تلك الفترات التي عزلت فيها نفسي في مكثبي للعمل على هذه المهمة. ما زلت أقدر تعليق إرنست همنجواي الشهير، "لا يوجد شيء للكتابة. كل ما تفعله هو الجلوس على آلة كاتبة وتظل تنزف"، وأود أن أضيف، في هذا السياق، أن المرء لا يفعل ذلك بمفرده. إنها نعمة نادرة أن يكون للمؤلف زملاء متخصصون وأصدقاء يقتطعون وقتاً طويلاً من حياتهم المزدحمة في مراجعة كتاب وتقديم آرائهم المدروسة في تصدير وتوطئة يتناولان تقييم يتناول العمل من وجهتي نظر مختلفتين تماماً. أعرب عن تقديري

العميق للدكتور دونالد دبليو. بلاك، ونانسي إس. بلم، الحاصلة على درجة الماجستير في الخدمة الاجتماعية، وجيم وديان هول.

كما قدمت كلير شولز، التي عملت محررة لهذا الإصدار من الكتاب، باستمرار مساعدة تحريرية رائعة ودعمًا قويًا عند الحاجة. كما كان أمبير موريس، المحرر الأول للمشروع، مجتهداً ومهراً في تمييز العيوب في الصياغة والاتساق في محتوى الكتاب؛ لذلك قد يُنسب أي عجز في هذه المجالات إلى المؤلف.

ووكيلتي الأدبية، كاتي بويل، تبقيني دائماً على الطريق الذي من المرجح أن يحقق أفضل النتائج.

يواصل مرضاي الذين يعانون اضطراب الشخصية الحدية وعائلاتهم تعليمي كيفية مساعدتهم بشكل أكثر فاعلية. أنا ممتن لثقتهم بي وأنا معجب بشدة بإصرارهم في جهودهم المستمرة لتحسين حياتهم.

أخيراً، سأظل دائماً ممتناً لوالدي المتوفيين، دينيس وأوجست، بكل ما يؤتي للابن فعله ليرد لهما بعضاً من أفضالهما عليه.

فهرس

- أ
آثار جانبية خطيرة 41
آلية الإسقاط 61، 64
أحماض أوميغا - 3 الدهنية 198
أدولف ستيرن 60، 201
أدوية الجيل الأول 184
أريببيرازول 183، 198
أزمات حادة 184
أسلوب العلاج 206
أشكال العلاج 86، 174، 205، 206،
207، 261
أعراض اضطراب الشخصية 14،
21، 22، 33، 58، 59، 92، 94،
96، 98، 107، 114، 119، 128،
132، 135، 144، 146، 149،
151، 154، 170، 171، 180،
186، 188، 189، 191، 192،
193، 197، 199، 203، 211،
221، 224، 246، 259
- أعراض الاختلالات 181
أعراض الانتحار 25
أعراض الطفل 118
أعراض المريض 190، 195
أعراض ذهانية 182، 260
أعراض مشابهة 105
أفراد الأسرة 45، 79، 81، 93، 94،
122، 210، 213، 217، 229،
233
أفعال غير قانونية 167
أفعال متهورة 24
أفكار ارتيابية عابرة 34
أكاذيب متكررة 167
أكثر صلابة 207
أغاز المخ 127
أمر صعب 180
أملح الليثيوم 198
أنظمة معالجة عصبية 134
أنواع مختلفة 48، 103

- أوتوكيرنبرج 66، 84
أولانزابين 197، 198
إجراءات فورية 176
إجراء عمليات 220، 289
إجماع واضح 59
إحداث الجروح 220
إرشادات معدلة 60
إزعاج الآخرين 115
إستراتيجيات 52، 69، 108، 143،
213، 227، 232، 244
إستراتيجيات التكيف 227، 232
إستراتيجية العلاج 52، 86
إستراتيجية تقييم 186، 187
إصدار رخصة 90
إلحاق ضرر 225
إنتاج خلية دم بيضاء 186
إيحاءات انتحارية 25
إيذاء الذات 22، 25، 34، 198، 228
إيذاء النفس 22، 24، 71، 180، 198،
234، 236
اتخاذ القرار 45، 177
اتفاق سلوكي 206
اختبارات نفسية 144
اختبار الزمن 57
اختصاصية اجتماعية 289، 310
اختلافات أخرى 204
اختلالات نفسية 182
اختلال العلاقات 91
اختيار الأدوية 191، 193
- ارتفاع ضغط الدم 139، 233
ارتفاع مستويات 139
استجابات الخوف 138، 139
استجابات سلبية 140، 190
استخدام الأدوية 52، 85، 114، 123،
197، 202، 213، 215، 218،
223
استخدام المسدس 24
استخدام مضادات الاكتئاب 155،
186
اضطرابات أخرى 77، 110، 114،
224
اضطرابات الأكل 149
اضطرابات التفكير 113، 115
اضطرابات الطعام 164
اضطرابات القلق 149، 160، 161،
162
اضطرابات المزاج 8، 154
اضطرابات سلوكية 87، 107، 108،
114، 123
اضطرابات مصاحبة 170، 223
اضطرابات نفسية 80
اضطراب الاكتئاب 25
اضطراب الاكتئاب الشديد 25
اضطراب التحدي 114، 115
اضطراب السلوك 115، 116، 118
اضطراب الشخصية 3، 7، 8، 9، 11،
15، 1، 2، 3، 5، 6، 7، 9، 10،
13، 14، 15، 16، 17، 19، 20،

.247 .246 .245 .244 .243
.252 .251 .250 .249 .248
.261 .259 .257 .256 .255
.271 .269 .268 .266 .264
310 .309 .290 .289

اضطراب الشخصية الحدية 3, 7, 8

.10 .9 .7 .6 .5 .3 .2 .1 .15 .9
.20 .19 .17 .16 .15 .14 .13
.28 .27 .26 .25 .24 .23 .22
.52 .51 .41 .35 .33 .32 .30
.61 .60 .59 .58 .57 .56 .54
.68 .67 .66 .65 .64 .63 .62
.75 .74 .73 .72 .71 .70 .69
.87 .86 .85 .83 .79 .77 .76
.96 .95 .94 .93 .92 .90 .88
.102 .101 .100 .99 .98 .97
.108 .107 .106 .105 .103
.116 .114 .111 .110 .109
.122 .120 .119 .118 .117
.129 .128 .125 .124 .123
.141 .139 .135 .132 .131
.151 .150 .149 .145 .144
.158 .157 .155 .154 .152
.170 .166 .164 .162 .159
.180 .179 .176 .175 .171
.186 .185 .184 .183 .182
.191 .190 .189 .188 .187
.197 .196 .194 .193 .192
.202 .201 .200 .199 .198

.27 .26 .25 .24 .23 .22 .21
.51 .41 .35 .33 .32 .30 .28
.60 .59 .58 .57 .56 .54 .52
.67 .66 .65 .64 .63 .62 .61
.74 .73 .72 .71 .70 .69 .68
.85 .83 .81 .79 .77 .76 .75
.93 .92 .90 .89 .88 .87 .86
.100 .99 .98 .97 .96 .95 .94
.106 .105 .103 .102 .101
.111 .110 .109 .108 .107
.119 .118 .117 .116 .114
.125 .124 .123 .122 .120
.132 .131 .129 .128 .127
.145 .144 .141 .139 .135
.152 .151 .150 .149 .146
.159 .158 .157 .155 .154
.168 .167 .166 .164 .162
.174 .173 .171 .170 .169
.182 .180 .179 .176 .175
.187 .186 .185 .184 .183
.192 .191 .190 .189 .188
.198 .197 .196 .194 .193
.203 .202 .201 .200 .199
.208 .207 .206 .205 .204
.213 .212 .211 .210 .209
.221 .218 .217 .216 .215
.230 .229 .226 .225 .224
.236 .234 .233 .232 .231
.242 .241 .240 .239 .237

الأديبات الطبية 107، 108، 109،	203، 204، 205، 206، 207،
124، 185، 196، 240،	208، 210، 213، 215، 216،
الأدوية 15، 6، 40، 41، 52، 54، 56،	217، 218، 221، 224، 225،
71، 78، 85، 86، 94، 101، 114،	226، 229، 230، 231، 232،
116، 118، 123، 124، 125،	233، 236، 239، 240، 241،
140، 142، 151، 153، 157،	242، 243، 244، 245، 246،
159، 162، 165، 173، 174،	247، 248، 249، 250، 251،
176، 177، 179، 180، 181،	252، 255، 256، 257، 259،
182، 184، 185، 187، 188،	289، 290، 309، 310،
189، 190، 191، 192، 193،	اضطراب الشخصية شبه الهسترية
194، 195، 196، 197، 198،	168
200، 201، 202، 204، 213،	اضطراب الهوس الاكتئابي 54
215، 216، 217، 218، 219،	اضطراب الهوية 34، 64، 91
222، 223، 224، 247، 257،	اضطراب ثنائي القطب 15، 70، 157،
259، 261، 274،	158، 188،
الأرق 152، 153،	اضطراب طفولة 114
الأساطير 7، 10، 65،	اضطراب عقلي 117، 118، 127،
الأساليب السلوكية 203	259، 260، 261،
الأسس العصبية 69	اضطراب فرط الحركة 70، 116،
الأسس المنطقية 192	123، 149، 158، 159، 220،
الأسماء التجارية 182	223، 224، 257،
الأطباء المهرة 71، 72، 122،	اعتلال في الهوية الذاتية 67
الأطباء النفسيون 15، 68، 125،	الآثار الجانبية 54، 182، 183، 185،
176، 255،	191، 193، 222، 223،
الأعراض الانفصالية 28	الآثار الرئيسية 85
الألم العاطفي 19، 22، 25، 83، 151،	الأبحاث المبدئية 68
الأنسولين 94، 124،	الأداء الاجتماعي 110، 115، 160،
الأنظمة العصبية 77، 78، 134،	257
135، 136، 141، 146، 192،	

،103 ،102 ،101 ،99 ،97 ،95	الأوكسيتوسيك 198
،110 ،108 ،107 ،106 ،105	الإحساس بالخدر 161
،117 ،115 ،114 ،112 ،111	الإحساس بالدونية 64
،125 ،124 ،120 ،119 ،118	الإدارة النفسية الجيدة ،207، 202
،140 ،139 ،136 ،132 ،129	208
،153 ،152 ،149 ،144 ،141	الإدراك الضمني 204
،158 ،157 ،156 ،155 ،154	الإستراتيجيات العلاجية 203
،169 ،167 ،166 ،165 ،162	الإنترنت 6، 57، 81، 237، 256
،181 ،176 ،175 ،174 ،173	الإيذاء الجسدي المتعمد 23
،190 ،188 ،186 ،185 ،183	الانكالية 91
،201 ،200 ،197 ،195 ،191	الاختبارات الإسقاطية 49
،216 ،215 ،213 ،209 ،207	الاختبارات النفسية 49
،223 ،222 ،220 ،218 ،217	الاختلافات الشاسعة 211
،230 ،229 ،228 ،226 ،224	الاختيار الأمثل 176
،236 ،235 ،234 ،233 ،231	الاستجابات الانفعالات 136
،244 ،243 ،242 ،239 ،237	الاستجابات الانفعالية 129، 135،
،251 ،250 ،247 ،246 ،245	204، 203، 139
،260 ،259 ،258 ،256 ،255	الاستجابة السلبية الشائعة 63
269	الاستجابة الضعيفة 140
،33 ،30 ،25 ،13 ،15 الاضطرابات	الاستجابة الواعية المخططة ،138
،68 ،67 ،64 ،60 ،59 ،58 ،48	145، 144، 142
،79 ،78 ،77 ،76 ،75 ،70 ،69	الاستقلالية 91
،107 ،105 ،100 ،99 ،93 ،87	الاضطراب 7، 8، 9، 15، 1، 2، 9،
،118 ،115 ،114 ،111 ،109	،23 ،22 ،19 ،15 ،14 ،13 ،10
،147 ،128 ،123 ،121 ،119	،58 ،54 ،52 ،51 ،28 ،27 ،24
،156 ،155 ،154 ،150 ،149	،67 ،66 ،65 ،62 ،61 ،60 ،59
،179 ،171 ،170 ،166 ،162	،74 ،73 ،72 ،71 ،70 ،69 ،68
،192 ،188 ،187 ،182 ،181	،83 ،82 ،79 ،78 ،77 ،76 ،75
،209 ،206 ،205 ،204 ،193	،93 ،92 ،89 ،88 ،87 ،85 ،84

.146 ، .143 ، .142 ، .141 ، .136	، .231 ، .230 ، .223 ، .215 ، .210
.205 ، .204 ، .198 ، .179 ، .160	، .257 ، .250 ، .249 ، .248 ، .244
265 ، .258 ، .244	273 ، .260 ، .259
الانفجار الحاد 31	الاضطرابات الجينية 78
الانقسام 84 ، .216 ، .221 ، .222	الاضطرابات الطيبة 75 ، .76 ، .192
الانفعالات 16 ، .18 ، .27 ، .130 ، .133	الاضطرابات العصائية 59 ، .60
.170 ، .145 ، .137 ، .136 ، .134	الاضطرابات العصبية 128
.202 ، .201 ، .187 ، .183 ، .181	الاضطرابات الوجدانية 69 ، .70
.208 ، .207 ، .206 ، .204 ، .203	الاضطراب المفتعل 22 ، .23 ، .24 ، .258
209	الاعتداء 73 ، .79 ، .83 ، .97 ، .102
الانفعالات الخفية 201	117 ، .198
الانفعال والذاكرة 140	الاعتداء العاطفي 73
البحث التجريبي 67	الاعتماد المتبادل 91 ، .92
البرامج السريرية 182	الافتراق المبكر 79 ، .83
البلوغ 30 ، .33 ، .88 ، .92 ، .95 ، .96 ، .99	الاكتئاب 16 ، .25 ، .28 ، .40 ، .41 ، .54
.158 ، .132 ، .118 ، .117 ، .105	، .155 ، .154 ، .153 ، .140 ، .96 ، .79
.259 ، .169 ، .168 ، .167 ، .166	، .179 ، .165 ، .164 ، .162 ، .158
261	، .189 ، .186 ، .185 ، .182 ، .181
البناء 82	، .210 ، .209 ، .198 ، .194 ، .190
البيولوجيا العصبية 9 ، .138 ، .187	، .230 ، .224 ، .221 ، .220 ، .215
309	258 ، .232
التأثيرية الوجدانية 204	الاكتئاب الرئيسي 15 ، .69 ، .70 ، .100
التأثيرات العلاجية 183 ، .184 ، .192	، .155 ، .154 ، .153 ، .152 ، .151
التأثير العلاجي 191 ، .196	157 ، .258 ، .259
التاريخ الطبي 49	الانتكاسات 59 ، .94 ، .236
التجارب البحثية 188 ، .190 ، .211	الانتهاك العاطفي 79
التجارب البيئية 82 ، .146	الاندفاع 14 ، .17 ، .19 ، .20 ، .21 ، .32
التحالف الوطني للأمراض العقلية 6	، .102 ، .101 ، .90 ، .84 ، .77 ، .74 ، .34
252 ، .7	، .133 ، .130 ، .128 ، .111 ، .107

- التحليل النفسي 51، 59، 60، 62،
261، 201، 67، 66
- التدخلات التعليمية 118
- التدخلات الدوائية 9، 243
- التربية السيئة 79، 80
- التعامل بفاعلية 79، 258
- التعليم الرسمي 76
- التغيرات طويلة المدى 82
- التغييرات الحديثة 69
- التفاعلات 34، 85، 201
- التفكير 19، 24، 26، 27، 28، 31،
33، 49، 55، 61، 64، 65، 84،
91، 109، 112، 113، 115،
121، 124، 125، 131، 132،
135، 141، 142، 143، 144،
145، 151، 152، 155، 174،
179، 180، 181، 193، 198،
206، 212، 218، 219، 221،
258، 259، 260، 261
- التفكير السحري 28، 113، 259
- التفكير المنقسم 27، 31، 206
- التفكير الواقعي 61، 64، 109
- التقييم الواعي 141
- التكامل 114، 133، 134
- التكوين الحصيني 138، 140، 142،
144، 145، 259
- التكيف الاجتماعي 203
- التنظيم العاطفي 74
- التهييج 198، 219
- الجرعات المنخفضة 114، 123،
257، 259
- الجلوتامات 135، 145، 188، 192،
259
- الجمعية الأمريكية للطب النفسي 33،
34، 51، 150، 180
- الجهود المضنية 31، 33
- الجيل الأول 181، 182، 183، 184،
186، 188، 194، 196، 197،
198
- الجيل الثاني 124، 182، 183، 184،
186، 188، 193، 194، 198،
222، 224
- الحالات العقلية 212
- الحالة الانفعالية 134
- الحالة المعيشية 18
- الحدة 132، 198، 229
- الحساسية 16، 56، 61، 63، 83،
108، 198، 243
- الخبرة 57، 64، 72، 123، 176،
199، 200، 211، 233، 250،
255
- الخدمة الاجتماعية 15، 1، 208،
263، 290، 310
- الخصائص التشخيصية 57
- الخلايا العصبية 19، 78، 81، 132،
133، 134، 135، 145، 257،
258، 261، 262، 260
- الدراسات الإضافية 181

السلوك الانتحاري	الدواء
21, 24, 33, 34	1, 36, 52, 54, 55, 70, 71
السلوكيات الاندفاعية	85, 103, 173, 174, 183, 184
20, 99, 115	186, 189, 190, 193, 194
138, 174	197, 198, 200, 222, 223
السيدة "ديفيس"	235, 260
32, 48, 49, 50	الدوائر العصبية
51, 52, 53, 54, 55, 56, 85	136, 138, 142
86, 180, 196	144, 146
السيروتونين	الدوائر المدارية
143, 145, 146, 164	141
181, 183, 192, 204, 222	الدورة الدموية
261	186
الشخصية الجامدة	الدورية الأمريكية للطب النفسي
61, 63	180
الشخصية الحديثة	الدورية العلمية
3, 7, 8, 9, 15	197, 249
1, 2, 3, 5, 6, 7, 9, 10, 13	الذهان
14, 15, 16, 17, 19, 20, 21	54, 57, 59, 60, 70, 71
22, 23, 24, 25, 26, 27, 28	114, 115, 124, 159, 162
30, 31, 32, 33, 35, 36, 41	180, 181, 182, 183, 184
51, 52, 54, 56, 57, 58, 59	185, 186, 188, 189, 193
60, 61, 62, 63, 64, 65, 66	194, 195, 196, 197, 198
67, 68, 69, 70, 71, 72, 73	204, 222, 224, 241, 257
74, 75, 76, 77, 78, 79, 80	259, 261
81, 82, 83, 84, 85, 86, 87	الذهان الحدي
88, 89, 90, 91, 92, 93, 94	57, 59, 60
95, 96, 97, 98, 99, 100, 101	الذهان غير الفصامي
102, 103, 105, 106, 107	60
108, 109, 110, 111, 113	الرعاية
114, 115, 116, 117, 118	7, 9, 10, 17, 23, 25, 44
119, 120, 122, 123, 124	48, 79, 88, 95, 102, 103
125, 127, 128, 129, 130	106, 112, 121, 123, 125
131, 132, 135, 136, 139	164, 169, 173, 175, 176
140, 141, 142, 143, 144	177, 195, 209, 213, 216
	217, 244, 252
	الرعاية المناسبة
	10, 102, 103
	الرفض
	169, 226, 227
	الزراعة
	82

الصعوبات الأساسية 205	، 151 ، 150 ، 149 ، 146 ، 145
الصلابة النفسية 61 ، 63	، 158 ، 157 ، 155 ، 154 ، 152
الصيد 82	، 164 ، 162 ، 161 ، 160 ، 159
الطب النفسي 7 ، 8 ، 9 ، 40 ، 41 ، 48 ،	، 174 ، 173 ، 171 ، 170 ، 166
51 ، 59 ، 100 ، 122 ، 127 ، 196 ،	، 181 ، 180 ، 179 ، 176 ، 175
210 ، 226 ، 250 ، 252 ، 261 ،	، 186 ، 185 ، 184 ، 183 ، 182
309	، 191 ، 190 ، 189 ، 188 ، 187
الطبيب المعالج 175 ، 176	، 196 ، 195 ، 194 ، 193 ، 192
الطبيب النفسي 41 ، 58 ، 67 ، 68 ،	، 201 ، 200 ، 199 ، 198 ، 197
124 ، 184 ، 216 ، 217 ، 218 ،	، 206 ، 205 ، 204 ، 203 ، 202
249	، 213 ، 210 ، 209 ، 208 ، 207
الطبيعة العرضية للأعراض 93	، 219 ، 218 ، 217 ، 216 ، 215
الطريق الصحراوي 32	، 225 ، 224 ، 223 ، 222 ، 221
العادات الاجتماعية 79 ، 80 ، 81 ،	، 231 ، 230 ، 229 ، 228 ، 226
العجز المتأصل 64 ، 84	، 236 ، 235 ، 234 ، 233 ، 232
العذوانية 117 ، 170 ، 184 ، 190 ،	، 241 ، 240 ، 239 ، 238 ، 237
191 ، 198 ، 222	، 246 ، 245 ، 244 ، 243 ، 242
العلاج 1 ، 2 ، 5 ، 6 ، 23 ، 33 ، 41 ،	، 251 ، 250 ، 249 ، 248 ، 247
48 ، 49 ، 50 ، 51 ، 52 ، 53 ، 54 ،	، 259 ، 257 ، 256 ، 255 ، 252
55 ، 56 ، 59 ، 60 ، 62 ، 63 ، 66 ،	310 ، 309 ، 290 ، 289 ، 260
71 ، 84 ، 85 ، 86 ، 89 ، 93 ، 94 ،	الشعور بالإرهاق 152 ، 153
95 ، 96 ، 97 ، 98 ، 99 ، 100 ،	الشعور بالانفصال 161 ، 163
102 ، 103 ، 109 ، 116 ، 118 ،	الشعور باليأس 153
119 ، 120 ، 121 ، 123 ، 124 ،	الشك 28 ، 41 ، 167 ، 181 ، 198
125 ، 150 ، 151 ، 155 ، 157 ،	الصحة العقلية 7 ، 9 ، 2 ، 60 ، 95 ، 96 ،
158 ، 162 ، 164 ، 171 ، 173 ،	، 110 ، 122 ، 123 ، 203 ، 208 ،
174 ، 175 ، 176 ، 177 ، 179 ،	، 210 ، 252 ، 255 ، 260 ، 309 ،
180 ، 181 ، 182 ، 186 ، 187 ،	310
190 ، 193 ، 195 ، 199 ، 200 ،	الصخب 5

العمليات الفكرية 82	201, 202, 203, 204, 205
العناصر الأساسية للعلاج 15, 173,	206, 207, 208, 209, 210
274	211, 212, 213, 215, 216
العناصر الغذائية 191	217, 218, 219, 221, 222
العواصف الانفعالية 16, 20, 130	223, 224, 225, 233, 235
العواقب المحتملة 141	236, 241, 242, 244, 247
العواقب النفسية 83	256, 261
العوامل الجينية 96, 222	العلاجات النفسية 16, 176, 199,
العوامل الوراثية والبيئية 76	200, 202, 204, 275
الغالبية العظمى 27, 187, 244	العلاج الدوائي 1, 85, 181, 186,
الغضب 16, 17, 18, 26, 34, 40,	193, 200, 208
53, 55, 63, 67, 89, 93, 117,	العلاج السلوكي الجدلي 6, 71, 202,
122, 129, 130, 164, 193,	203, 204, 205, 208, 209
198, 221, 222, 225, 232,	219, 236
233	العلاج السليم 173
الغضب الشديد 17, 26, 34, 63	العلاج الفعال 56, 102, 164, 225,
الفراق 56, 83, 180	العلاج النفسي 41, 48, 49, 50,
الفصام 54, 57, 59, 60, 66, 73,	52, 54, 55, 62, 66, 71, 85,
113, 170, 182, 186, 193,	86, 97, 119, 124, 155, 173,
198, 248, 249, 251, 252,	174, 177, 179, 195, 199,
257, 259, 260, 261	200, 201, 202, 203, 205,
الفصام الحدي 57, 60	206, 207, 208, 210, 211,
الفصام الكامن 59, 60, 259	213, 215, 216, 217, 218,
الفصام شبه العصابي 59, 60, 261	219, 223, 247, 261
القتال 82	العلاج النفسي الديناميكي 48, 49,
القدرات الجسدية 82	206, 207, 261
القشرة الحركية 138, 142, 144,	العلاقات الشخصية 33, 61, 65,
145	99, 193, 211
	العلاقات العاطفية 67

- .234 ، 233 ، 222 ، 203 ، 199 ، 141 ، 137 ، 136 القشرة الحزامية
.258 ، 257 ، 246 ، 242 ، 241 257 ، 145 ، 144 ، 143 ، 142
262 ، 260 ، 259 ، 43 ، 37 ، 34 ، 18 ، 17 ، 16 ، 15 القلق
، 15 ، 10 ، 6 ، 3 ، 2 ، 10 ، 8 ، 7 المرضى ، 63 ، 62 ، 61 ، 59 ، 54 ، 49 ، 48
، 48 ، 41 ، 35 ، 32 ، 29 ، 24 ، 22 ، 129 ، 112 ، 109 ، 90 ، 66 ، 64
، 62 ، 61 ، 60 ، 59 ، 58 ، 53 ، 51 ، 162 ، 161 ، 160 ، 149 ، 142
، 79 ، 74 ، 73 ، 66 ، 65 ، 64 ، 63 ، 220 ، 198 ، 195 ، 194 ، 190
، 100 ، 99 ، 98 ، 97 ، 96 ، 86 ، 85 261 ، 260
، 162 ، 151 ، 110 ، 102 ، 101 القلق العام 112
، 182 ، 181 ، 176 ، 174 ، 164 القواعد الأساسية 49
، 187 ، 186 ، 185 ، 184 ، 183 الكشف المبكر 118
، 194 ، 193 ، 190 ، 189 ، 188 اللانمطية 198
، 201 ، 200 ، 197 ، 196 ، 195 اللغز السريري 9
، 211 ، 209 ، 208 ، 207 ، 206 الليثيوم 198 ، 190 ، 189 ، 187 ، 158
، 227 ، 226 ، 223 ، 216 ، 213 المازوخية 64 ، 61
، 259 ، 257 ، 240 ، 231 ، 228 المجتمعات الكبيرة 122
261 ، 260 المجتمع الطبي 248 ، 97 ، 68 ، 58 ، 9
، 82 ، 81 ، 78 ، 77 المسارات العصبية ، 65 ، 64 ، 63 ، 62 المجموعة الحديثة
192 ، 146 ، 135 ، 133 ، 83 231 ، 230
175 ، 56 المساعدة الصحيحة المحفز الحسي ، 144 ، 142 ، 138
190 المستويات العلاجية 145
، 30 ، 20 ، 16 المشروبات الكحولية 201 ، 66 ، 65 ، 60 المحلل النفسي
227 ، 174 ، 93 ، 76 ، 75 ، 74 ، 69 ، 44 ، 43 ، 13 المخ
231 ، 174 ، 93 ، 78 ، 81 ، 82 ، 83 ، 82 ، 81 ، 78
، 68 ، 33 ، 10 المعايير التشخيصية ، 131 ، 130 ، 129 ، 128 ، 127
150 ، 117 ، 116 ، 111 ، 100 ، 98 ، 136 ، 135 ، 134 ، 133 ، 132
، 58 ، 57 ، 48 ، 39 ، 6 ، 9 ، 7 المعرفة ، 141 ، 140 ، 139 ، 138 ، 137
، 201 ، 177 ، 121 ، 85 ، 81 ، 65 ، 146 ، 145 ، 144 ، 143 ، 142
، 194 ، 189 ، 188 ، 187 ، 182

- النواة المتكئة 144، 142، 140، 138، 247، 246، 241، 233، 204
260، 145 261، 256، 255
- النواقل العصبية 134، 133، 132 203 المعيار الذهني
- 145، 135 المفاهيم 74، 70، 62، 60، 57، 212، 205
- النويات الانفصالية 193، 28، 24 المفهوم السائد 69
- 258 المقالات البحثية 68
- النويات الحادة 96 المكتبة الوطنية للطب 9، 68
- النويات العدوانية 117 المهاد 144، 142، 138، 137، 136، 262، 145
- النويات المختلطة 157، 156، 153 المهدئات الرئيسية 195
- النوم المفرط 153، 152 المهمة الأولى 13، 213
- الهجران الحقيقي 31، 33 الموقف السائد 197
- الهوس الخفيف 157، 155، 153 الناقلات العصبية 69، 145، 259، 260
- 258، 220، 158 الناقل العصبي 134، 135، 188، 259، 258، 192
- الواجبات المنزلية 90 الندوات المحلية 8
- الوسواس القهري 198، 220 النرجسية 61، 62، 69، 70، 168، 259
- الوظائف الفكرية 82 النزاعات 180
- انخفاض الطاقة 153 النزيف النفسي 61، 63
- ب النطاقات السلوكية 14، 129، 146، 245، 244
- برنامج التدريب 209 بول سولوف 71، 197 النظام الحالي 181، 182
- برنامج علاجي 1 تأثيرات علاجية 189 النظريات الأساسية 201
- بكيرنبرج 84 بول لينكس 84، 94، 101، 208 النظم العصبية 81، 143
- تأثيرات علاجية 189
- تأديب إضافي 119
- تبدُّد الشخصية 29
- تجارب الحياة 83
- النقطة السوداء 220
- النهج العلاجي 203

- تحالافات علاجية 200
 تحمُّل المسؤولية 175
 ترايفلوبيرازين 54
 تريفلوبيرازين 198
 تعاطي المخدرات 16، 69، 90، 151، 180
 تعاطي المواد الإدمانية 151، 220، 223
 تغييرات مثمرة 203
 تغييرات هيكلية 74
 تغيير المظهر 226
 تفاعلات علاجية سلبية 61، 63
 تفسيرات مختلفة 82
 تقدير الذات المنخفض 153
 تقلبات المزاج 15
 تقلبات عاطفية 112
 تقلصات شديدة 37
 تكامل التمثيلات 206
 تمييز العيوب 290
 تواتر مرتفع 112
 توياماكس 181، 187، 189، 193، 198
 توبراميت 151، 164، 181، 187، 198
 ثيوفيل بونيت 58
 ثيوثيكسين 198
 ثيودور ميلون 58، 80
 ثيوفيل بونيت 58
 جامعة كولومبيا 68، 210
 جدل قائم 176
 جرح الآخرين 105
 جرعة صغيرة 180، 220
 جرعة منخفضة 54، 186، 195، 197، 196
 جلسات العلاج 55، 59، 60، 177، 235، 219
 جلسة معالجة نفسية 204
 جمعيات علم الأدوية النفسية 182
 جهاز التنفس 44، 47
 جوزيف ليدوكس 129
 جون جندرسون 67، 196، 208
 جوندرسون 7، 1، 72، 110، 111، 230، 229، 175
 ح
 حادث سيارة 26
 حالات 16، 17، 20، 58، 103، 197
 حل المشكلات 6، 52
 حمض جاما 135، 143
 خ
 خصائص مختلفة 198
 خطة علاج شاملة 107، 175
 خطر الإصابة 74، 77، 78، 83، 85، 210، 183
 خطر الانتحار 24، 26
 خطر كبير 20، 53، 74
 خطوة 173، 197، 228
 خلل بيولوجي 203
 ج

ديوك 40، 41، 48، 49، 55، 56،	خلية دم بيضاء 186
194، 196، 309	خيبة أمل 221
ذ	د
ذاكرة حية 139	دبليوجون ليفسلي 210، 216، 247
ذكريات الموقف 139	دراسات التصوير العصبي 69
ر	دراسات تشخيصية 23
راحة جزئية 95	دراسات قليلة 91
ردود فعل انفعالية 129	دراسات منشورة 184
روبرت نايت 65	دراسات مهمة 97
روي جرينكر 67	دراسة 2، 50، 52، 71، 88، 89، 98،
ريسبيريدون 198	99، 101، 111، 143، 164، 170،
ز	182، 183، 191، 204، 222،
زاناكس 190	229، 230، 243
زوج 44، 225	درجة الماجستير 1، 15، 263، 290
زيادة السلوك الاندفاعي 190	درجة متوسطة 221
زيادة الوزن 165، 183، 184، 222،	دعم الحياة 43، 44
س	دلالات مناسبة 186
ستيرن 60، 61، 62، 63، 64، 65،	دليل مكتوب 208
72، 201	دمج المعلومات 80
سلوكيات 16، 17، 20، 21، 23، 25،	دواء 54، 153، 156، 157، 182،
49، 83، 91، 112، 114، 121،	184، 189، 192، 193، 196،
131، 132، 134، 155، 167،	201، 217، 220، 222، 224
169، 174، 181، 193، 203،	دوامة الهبوط 103
207، 237، 242، 260	دور الطبيب 173، 176
سلوكيات الاندفاع 20	ديفالبروات 189، 198
سن الشباب 22	دينيس 13، 35، 36، 37، 38، 39،
سوء التغذية 78	40، 41، 42، 43، 44، 45، 46،
سوء معاملة الأطفال 79	47، 56، 78، 229، 238، 290
سيارة العائلة 90	

طبيب نفسي 22، 95، 102، 121،
 125، 173، 176، 177، 213،
 217، 235، 260
 طريقة العلاج 123، 124، 174
 ع
 عائلة كبيرة 76
 عادت طبيعية 41
 عامل خطر وراثي 203
 عدم استقرار المزاج 198
 عدم الاستقرار العاطفي 34، 63، 88
 عدم الانتباه 158، 159، 160
 عرض صور قتالية 139
 عضو هيئة تدريس 49، 56
 عطلات نهاية الأسبوع 46، 52
 عقد صداقات 90
 علاجات نفسية 71، 201
 علاقات عابرة 20
 علاقات مستقرة 135
 علاقات مضطربة 14، 30، 112، 131
 علاقات ناضجة 66، 81، 131
 علم الأعصاب 7، 181، 182، 246
 علم النفس 9، 5، 58، 211، 226،
 258، 310
 علم الوراثة البشرية 128
 علم نفس الأنا 65، 258
 عمليات العلاج 56
 عمليات بحث 289
 عناصر متعددة 176
 عواقب نفسية خطيرة 80

سيجموند فرويد 59، 261
 سيطرة السلوك 20
 سيطرة كافية 180، 206
 ش
 شخصيات 29، 76، 207
 شريك الحياة 154، 166
 شريك حياتك 28
 شعور اليأس 227
 شقيق 225
 شكل آخر 205
 ص
 صديق 221، 225
 صعوبات متأصلة 80
 صعوبة التحكم 14، 15، 34، 94،
 129، 146
 صعوبة في التفكير 28، 131، 193
 ض
 ضربات القلب 41، 139، 161
 ضعف الأداء العام 198
 ضعف الإدراك 14، 26، 91، 113،
 131، 136، 265
 ضعف التحكم 89، 145، 155
 ضعف التركيز 153
 ضعف طفيف 110
 ضيق التنفس 161
 ط
 طب الشيخوخة 47
 طبيب معالج 175

- عوامل الخطر البيئية 75، 78، 80،
81، 82، 83، 84، 85، 108، 119،
120، 245، 246، 251
- عوامل الخطر البيولوجية 75، 76،
78، 82، 83، 85، 111، 119،
120، 245
- عوامل الخطر التطورية 77
- عوامل الخطر الجينية 62، 70، 75،
77، 80، 83، 84، 87، 192، 245
- عوامل بيئية 62
- عوامل جسدية خارجية 78
- عوامل خطر 26، 62، 80، 87، 120،
151، 189، 245
- عوامل سببية 75
- عيادات خارجية 176
- عينات الدراسة 143
- ف
- فاعلية الأدوية 71، 123، 151، 218،
فترة العلاج 94، 177
- فرط النشاط 141، 159، 160، 259
- فقدان الأعصاب 115
- فقدان الشهية 153، 165
- فلوبنثيكسول 198
- ق
- قابلية انتقال 70، 97، 243
- قدرات التفكير 179
- قدرة استثنائية 81
- قرارات مدروسة 173
- قرارات مهمة 177
- قسط مريح من النوم 186
- قسم الطب النفسي 7، 8، 9، 41،
196، 210، 309
- قشعريرة البرد 161
- قيادة سيارة 90
- قيود غذائية 94
- ك
- كاتي بويل 290
- كتاب مرجع 3
- كلوزابين 182، 186، 198
- كورت شنايدر 58
- كيتيابين 198
- كين سيلك 216
- ل
- لاموتريجين 158، 189، 198
- لوراسيدون 198، 223
- م
- مأل المصابين 96
- مؤسسة 10، 176، 251، 252
- مارشا لينهان 71، 84، 203
- ماكجلاشان 84
- مبادئ النفسية الديناميكية 205
- متلازمة مونشاوزن 22، 23
- مثبتات المزاج 181، 187، 188،
190، 197، 198
- مجال التصوير العصبي 128
- مجموعات الدعم 174، 176، 210
- مجموعة واسعة 33، 170
- محاولات الانتحار 25، 198

مستويات الرعاية	177	محاولة الانتحار	153، 24
مستويات العلاج	173	محفزات السلوك	25
مشاعر السعادة	36	مخ الإنسان	242، 81
مشاعر الغضب	93	مختص صحة عقلية	173
مشاعر قوية	32	مراجعة	10، 150، 189، 197، 217، 229، 250، 289
مشروع بلاك شيب	10، 72، 95	مرحلة البلوغ	30، 88، 96، 99، 117، 166، 167، 168، 169، 259، 261
مشكلات الذاكرة	26	مرحلة الطفولة	30، 73، 81، 88، 89، 99، 102، 106، 107، 111، 121، 125، 131، 125
مشكلات عائلية	227	مرحلة المراهقة	96، 105، 114، 118، 116
مشكلات متعلقة بالهوية	226	مرحلة مبدئية	200
مصدر آخر	55	مرحلة مبكرة	118
مضادات الاكتئاب	28، 41، 54، 155، 162، 164، 165، 181، 182، 186، 189، 194	مرضى السكري	94
مضادات الذهان	54، 70، 71، 114، 124، 162، 181، 182، 183، 184، 185، 186، 188، 189، 193، 194، 195، 196، 197، 198، 204، 222، 224، 241، 259	مرضى المجموعة الحديثة	63
مضادات الصرع	187، 188، 189، 198	مسارات المخ	13، 119، 133، 135، 222
مضادات القلق	54، 190، 194	مسارات عصبية محددة	69، 75
معاقرة الشراب	41، 43، 90	مسارات محددة	134
معالجة نفسية	204	مسار الاضطراب	15، 87، 269
معالج مدرب	204	مساعدة تحريرية	290
معايير بيمبوراد	110	مساعدة طبية	121، 122
معايير تشخيص واضحة	114	مستشفى ديوك	49
معدلات الإصابة	191	مستقبلات الدوبامين	183، 188
معركة انفعالية	225	مستقبل محدد	182
		مستوى المخ	132

- معاركة خاسرة 179
- مفاهيم الحرمان الأبوي 62
- مقالات قليلة 61
- ممارسات فردية 122
- منظمات الدعم 71
- منظمات المناصرة 71
- مهارات التكيف 92، 203
- مهارات العلاج السلوكي 204
- مهارات محددة 203
- مواجهة صعوبة 112، 159، 160، 164
- مواقف مؤذية 139
- مواهب متأصلة 82
- ن
- نبضات القلب 161
- نتائج البحث 67، 95
- نتائج متضاربة 198
- نسبة الدهون في الدم 183، 184
- نسبة مئوية 186
- نشاط المعدل العصبي 143
- نظام اللوزة الدماغية 138، 140، 146، 141
- نمط متكرر 115
- نموذج الاستعداد 83، 261
- نهج مزدوج 200
- نواح مهمة 226
- نوبات التوتر 221، 238
- نوبات الغضب 18، 40، 89، 225
- نوبات الهلع 17، 161، 220، 260
- نوبات غضب 17، 53، 105، 106، 109، 185، 195، 219
- نوبات هلع 112، 161
- ه
- هالوبيريدول 182، 198
- هوية 42، 62
- هيئة التدريس 41، 48، 56، 195، 196، 250
- هياج جسدي 152
- هيكل الشخصية 205
- و
- وجهة نظر العائلة 228
- وجود تفاعل 96
- وظائف الأنا 65، 66، 67، 258
- وظائف الذهن 74، 128
- وظائف المخ 78، 82، 111، 133، 144، 194
- وظائف جسدية 133
- وقت قريب 84، 96، 202، 243
- وقت مبكر 50، 54، 79، 81، 106، 118، 121، 177

نبذة عن المؤلفين

د. روبرت أو. فريدل، هو أستاذ الطب النفسي السريري المتميز في جامعة فرجينيا كومولث وأستاذ فخري بجامعة ألاباما في برمنجهام. حصل "فريدل" على شهادته الجامعية والطبية من جامعة ديوك، حيث انتخب في جمعية ألفا أوميغا ألفا الطبية الفخرية، ثم أكمل تدريباً طبياً وأصبح طبيباً نفسياً مقيماً في ديوك، مع فترة متقطعة مدتها سنتان انخرط فيهما في أبحاث البيولوجيا العصبية في المعهد الوطني للصحة العقلية في بيتسدا، ماريلاند.

كان دكتور فريدل أستاذاً ورئيس قسم الطب النفسي وعلم الأعصاب السلوكي في جامعة ألاباما في برمنجهام، كما شغل منصب رئيس أقسام الطب النفسي في جامعة فرجينيا كومولث وجامعة ميتشيجان، والمدير التنفيذي لمعهد أبحاث الصحة العقلية في جامعة ميتشيجان، ونائب الرئيس الأول لمدير الأبحاث، وعضو مجلس إدارة في شركة شارتر ميدكال كوربوريشين.

أسس د. فريدل عيادات اضطراب الشخصية الحدية في جامعة ألاباما في برمنجهام والمركز الطبي بجامعة فرجينيا كومولث. ركزت اهتماماته البحثية، جزئياً، على تطوير علاجات دوائية فعالة للمرضى الذين يعانون اضطراب الشخصية الحدية وفهم الأساس البيولوجي للاضطراب، كما ركزت ممارسته السريرية بشكل أساسي على اضطراب الشخصية الحدية.

وفي عام 1999، تم تعيين د. فريدل رئيس التحرير المؤسس لمجلة كرنيت سيكيتري ريبورتس (يشارك في تحريرها الآن الدكتور دوايت إيفانز)، وهو عضو في

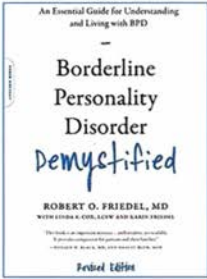
المجلس الاستشاري العلمي للتحالف الوطني للتوعية باضطراب الشخصية الحديّة، وهيئة تحرير مجلة جورنال أوف كلينيكال سيكوفارماكولوجي، وهو عضو في عدد من المنظمات المهنية والعلمية. نشر د. فريدل أكثر من 100 مقال علمي وفصل وكتاب، ويعيش في فرجينيا.

ليندا إف. كوكس، اختصاصية اجتماعية سريرية مرخصة، لديها خلفية في الممارسة السريرية في العيادات الخارجية ومرافق الصحة العقلية السكنية وفي البحث الأكاديمي. ركز عملها السريري في المقام الأول على علاج المراهقين، خاصة أولئك الذين يعانون اضطراب الشخصية الحديّة. حصلت على بكالوريوس في علم النفس من جامعة فيرجينيا ودرجة الماجستير في الخدمة الاجتماعية من جامعة فيرجينيا كومولث وهي ابنة د. فريدل.

كارين فريدل كاتبة ومحررة متخصصة في الصحة العقلية، مع التركيز على اضطراب الشخصية الحديّة. حصلت على بكالوريوس في الاقتصاد مع تخصص فرعي في اللغة الإنجليزية من جامعة جيمس ماديسون. وهي ابنة د. فريدل.

مكتبة
t.me/soramnqraa

الدليل الإرشادي المرجعي لاضطراب الشخصية الحدية، الآن في نسخته المنقحة والمعدلة بالكامل



يعاني ملايين الأمريكيين من اضطراب الشخصية الحدية، وهي حالة نفسية تتسم بعدم الاستقرار النفسي المتطرف والعصبية والسلوك التدميري للذات والعلاقات المضطربة. وعلى الرغم من الاعتقاد الذي كان سائدًا بأن هذا الاضطراب لا علاج له، يجد الباحثون والأخصائيون اليوم أن هناك أسبابًا كثيرة لوجود أمل في العلاج. يمزج الدكتور روبرت فريدل، الخبير البارز والرائد في العلاج الدوائي لمرض اضطراب الشخصية الحدية، بين معرفته الواسعة وخبرته الشخصية في هذا الدليل الإرشادي الشامل. فيطلعك هذا الكتاب على أحدث النتائج المتعلقة بمسار وأسباب اضطراب الشخصية الحدية، علاوة على المعلومات الحديثة المتعلقة بالتشخيص ونظرة عامة عن الخيارات العلاجية المتطورة. لقد أعد هذا الكتاب ليسلط الضوء على معلومات جديدة ويحدد الطريق لمستقبل يحده الأمل لمن شخص بهذا الاضطراب، وللذين يعتقدون أنهم يعانون من هذا المرض وعائلاتهم وأصدقائهم الذين يحبونهم ويدعمونهم.

”هذا الكتاب العاطفي الحافل بالمعلومات يبدد الأساطير ويستبدل ثروة من المعرفة بسوء الفهم حتى يتمكن المرضى من الحصول على مساعدة فعالة. إنه كتاب واضح وموجز وسهل القراءة. ولا يعد هذا الكتاب مفيدًا فقط لأولئك الذين يعانون من اضطراب الشخصية الحدية وأحبائهم، ولكن أيضًا لمختصي الصحة العقلية الذين يرغبون في معرفة المزيد عن هذا الاضطراب وما يكون عليه الحال للمصابين به.“

- الدكتور جون ليفسلي

”كتاب حساس وموثوق. فالدكتور فريدل أكاديمي نادر يجمع بين منظور إنساني مؤثر حول هذه المتلازمة السريرية الصعبة وفهم عميق وواسع للجانب العلمي الذي ينمو بسرعة.“

- الدكتور كينيث إس. كيندلير

يصدر هذا الكتاب بتصديرين جديدين كتبهما
الدكتور دونالد دبليو. بلاك، ونانسي إس. بلوم، الحائزة على درجة الماجستير في العمل الاجتماعي،
والمختصان في التعليم الأسري جيم وديان هول

الدكتور روبرت أوه. فريدل؛ هو أستاذ طب نفسي مرموق في جامعة فيرجينيا كومونولث وأستاذ فخري بجامعة ألاباما في برمنجهام. وهو رئيس التحرير المؤسس لمجلة كارنت سايكترى ريبورتس، وعضو في المجلس الاستشاري العلمي للحالف الوطني للتعليم عن اضطراب الشخصية الحدية. يعيش الدكتور فريدل في فيرجينيا.

www.BPDdemystified.com