

فهرست مطالب

۹	..... سخن مترجمان
۱۱	..... پیش‌گفتار
۱۵	..... مقدمه
بخش اول: تشخیص، درمان و پیش‌آگهی	
۲۱	..... فصل ۱: تشخیص اختلال مرزی: مفاهیم، معیارها و چالش‌ها
۲۲	..... مفاهیم مرزی
۲۳	..... معیارهای تشخیصی برای BPD
۲۷	..... مباحثی در باب تشخیص BPD
۲۷	..... در مرز با چه چیزی؟
۲۹	..... آیا BPD می‌تواند تشخیصی پایا باشد؟
۳۰	..... آیا BPD تشخیصی با سوگیری جنسیتی است؟
۳۱	..... در بروز BPD تأثیر سرشت مهم‌تر است یا پرورش محیط
۳۴	..... آیا پیش‌آگهی BPD ناامیدکننده است؟
۳۵	..... نتیجه‌گیری
۳۵	..... خانواده‌ها چه چیزهایی را باید بدانند
۳۵	..... پیام‌های کلیدی این فصل
۳۶	..... واژگان کلیدی این فصل
۳۸	..... منابع
۴۱	..... فصل ۲: شیوه‌های مختلف روان‌درمانی برای اختلال شخصیت مرزی
۴۱	..... تاریخچه درمان
۴۳	..... ملاحظات کلی در درمان
۴۵	..... روان‌درمانی‌های سرپایی
۴۶	..... روان‌درمانی‌های روان‌پویشی و روانکاوی: توصیف کلی
۴۷	..... کاربرد مدل‌های نظری در درمان BPD
۵۰	..... روان‌درمانی حمایتی و تحلیل‌گرانه برای BPD

۵۱	..... روان‌درمانی متمرکز بر انتقال
۵۳	..... درمان‌های شناختی‌رفتاری: توصیف کلی
۵۴	..... رفتاردرمانی دیالکتیک
۵۶	..... طرحواره‌درمانی برای BPD
۵۷	..... برنامه‌درمان‌گروهی STEPPS برای BPD
۵۸	..... شواهد تجربی برای اثربخشی روان‌درمانی‌ها در BPD
۶۰	..... نتیجه‌گیری
۶۱	..... آنچه خانواده‌ها باید بدانند
۶۱	..... پیام‌های کلیدی این فصل
۶۲	..... واژگان کلیدی این فصل
۶۳	..... منابع
۶۶	..... فصل ۳: رفتار خودکشی و خودآزاری در اختلال شخصیت مرزی
۶۹	..... پیشینه و تعاریف
۷۱	..... شیوع BPD و اهمیت مسئله
۷۲	..... رفتار خودآزاری: دلایل و کنش‌ها
۷۵	..... تجربه خودآزاری
۷۶	..... شناخت‌ها و عوامل شناختی
۷۷	..... تجزیه، رفتار خودآزاری و تجربه درد
۷۷	..... عوامل عصبی-زیستی و عصب-شناختی
۷۸	..... مدل مرسوم رفتار خودکشی
۷۹	..... مورد اول
۸۰	..... مورد دوم
۸۱	..... بحث در مورد مثال‌ها
۸۱	..... مدل تنظیم هیجانی (self-regulation) و رفتار خودکشی و خودآزاری در BPD
۸۴	..... کاهش رفتار خودآزاری
۸۵	..... ارزیابی خطر و تصمیم به بستری کردن در بیمارستان
۸۷	..... تحقیقات آینده
۸۷	..... آنچه خانواده‌ها باید بدانند

پیام‌های کلیدی در این فصل.....	۸۷
واژگان کلیدی این فصل.....	۸۹
منابع.....	۹۰
فصل ۴: دارودرمانی در اختلال شخصیت مرزی.....	۹۲
نقش ناقلین عصبی در عملکرد مغز.....	۹۳
بعضی از اصول اساسی در مورد دارودرمانی BPD.....	۹۴
محدودیت‌های تحقیقات درمانی.....	۹۵
دارودرمانی و کاربرد آن در BPD.....	۹۷
علائم ادراکی - شناختی.....	۹۷
علائم اختلال در تنظیم عواطف.....	۱۰۰
علائم رفتار تکانشی.....	۱۰۶
مدت دارودرمانی.....	۱۰۸
کلام آخر.....	۱۰۸
آنچه خانواده‌ها باید بدانند.....	۱۰۹
پیام‌های اصلی این فصل.....	۱۰۹
واژگان کلیدی این فصل.....	۱۱۰
منابع.....	۱۱۲
فصل ۵: سیر طولی اختلال شخصیت مرزی.....	۱۱۳
مطالعات کوتاه‌مدت با مقیاس کوچک و آینده‌نگر در اختلال شخصیت.....	۱۱۴
اولین تحقیقات: دهه‌های ۷۰-۱۹۶۰.....	۱۱۴
تحقیقات انجام شده در دهه ۱۹۸۰.....	۱۱۵
تحقیقات محدود در دهه ۱۹۹۰.....	۱۱۹
آنچه که می‌توان از این تحقیقات آموخت.....	۱۲۱
تحقیقات گذشته‌نگر و طولانی‌مدت در مقیاس وسیع در مورد BPD.....	۱۲۲
آنچه که می‌توان از این تحقیقات آموخت.....	۱۲۶
تحقیقات گذشته‌نگر طولانی‌مدت و در مقیاس وسیع در مورد BPD.....	۱۲۷
مطالعه «مک لین» بر تحول بزرگسالان (MSAD).....	۱۲۷
مطالعه مشارکتی طولی بر روی اختلال شخصیت.....	۱۲۹

۱۳۰	نتیجه‌گیری
۱۳۰	آنچه خانواده‌ها باید بدانند.....
۱۳۰	پیام‌های اصلی این فصل
۱۳۱	واژگان کلیدی این فصل
۱۳۳	منابع

بخش دوم: مسائل مهم خانوادگی

۱۳۹	فصل ۶: زندگی با اختلال شخصیت مرزی
۱۴۴	چطور BPD را کنترل کنیم!.....
۱۵۱	منابع
۱۵۳	فصل ۷: دورنمای خانوادگی اختلال شخصیت مرزی
۱۵۴	دادن اطلاعات: مقابله با تشخیص
۱۵۵	تجربه یک مادر: از درون
۱۵۸	تجربه یک پدر: از بیرون
۱۶۰	تأملاتی درباره تجربه خانواده فرد مبتلا به اختلال شخصیت
۱۶۰	BPD به عنوان بیماری مزمن.....
۱۶۱	پیدا کردن درمانگر مناسب
۱۶۲	آنچه خانواده‌ها باید در مورد درمان در بیمارستان بدانند.....
۱۶۳	کنار آمدن با برچسب سوءاستفاده
۱۶۴	مدیریت BPD در محیط خانوادگی.....
۱۶۵	ایجاد تغییر در خود
۱۶۵	پیدا کردن درمان‌های قابل دسترس برای BPD.....
۱۶۷	آن‌طور که می‌خواهید زندگی کنید
۱۶۸	منابع
۱۶۹	فصل ۸: از آسیب‌های خانوادگی تا سیستم حمایت خانواده.....
۱۷۰	تجربیات خانواده‌ها در مورد بیماری روانی
۱۷۲	پژوهش درباره خانواده‌ها و BPD.....
۱۷۳	برچسب سوءرفتار و غفلت در دوران کودکی.....
۱۷۴	مدل‌های تبیینی دیگر.....

۱۷۶	اجتناب از سرزنش در جست‌وجو برای یافتن علت
۱۷۷	اهمیت جست‌وجو برای علت
۱۷۸	اسناد علمی، آموزش بالینی و رابطه خانواده و متخصص
۱۷۹	تجربیات خانواده‌ها در مورد اختلال‌های تشخیصی مختلف
۱۸۳	کمک به خانواده برای تبدیل شدن به سیستمی حمایتی
۱۸۴	بازشناسی
۱۸۵	مقاومت کردن
۱۸۶	متخصصان و مقاومت
۱۸۶	بازسازی روابط
۱۸۷	مدل آموزش مهارت‌های خانواده – DBT
۱۹۰	آنچه خانواده‌ها باید بدانند
۱۹۰	پیام‌های کلیدی این فصل
۱۹۱	واژگان کلیدی این فصل
۱۹۲	منابع
۱۹۴	فصل ۹: مشارکت خانواده در درمان
۱۹۴	درک مطالعات مرتبط
۱۹۶	مشارکت خانواده جهت بهبود یا تقویت نتایج درمانی بیمار
۱۹۶	آموزش خانواده و آموزش روانی
۲۰۰	خانواده‌درمانی همزمان
۲۰۲	مشارکت خانواده جهت بهبود روابط و کنش‌وری خانواده
۲۰۳	مشارکت خانواده جهت کاهش تنش و بار خانواده
۲۰۵	جمع‌بندی
۲۰۶	آنچه خانواده‌ها باید بدانند
۲۰۶	پیام‌های اصلی این فصل
۲۰۶	واژگان کلیدی این فصل
۲۰۷	منابع

سخن مترجمان

اختلال شخصیت، اختلالی شایع و مزمن است و در زمره پیچیده‌ترین مشکلات انسانی قرار دارد. افراد دچار اختلال شخصیت اغلب برچسب اعصاب‌خردکن، پرتوقع یا انگلی دریافت می‌کنند و عموماً پیش‌آگهی آنها نامساعد محسوب می‌شود. علل و عوامل گوناگونی که فرد در معرض آنها قرار می‌گیرد، تعیین‌کننده و شکل‌دهنده شخصیت اوست و توانایی او را در بسیاری از زمینه‌ها مختل می‌کند. اختلال شخصیت عامل زمینه‌ساز سایر اختلال‌های روان‌پزشکی (مانند سوء‌مصرف مواد، خودکشی، اختلال‌های عاطفی، اختلال‌های کنترل تکانه و...) است و در نتایج درمانی سندرم‌های محور I تداخل نموده و میزان ازکارافتادگی، بیماری‌ها و مرگ‌ومیر این بیماران را افزایش می‌دهد. روش‌های مخصوص فکر کردن درباره خود و محیط در افراد دچار اختلال شخصیت، انعطاف‌ناپذیر و منشأ ناسازگاری اجتماعی و شغلی است. به‌علاوه رفتارهای آنها منشأ پریشانی برای خود آنها و دیگران نیز می‌باشد.

اختلال‌های شخصیت ده‌ها سال است که منبع جالبی را برای بررسی روان‌شناختی فراهم آورده‌اند زیرا چنان ثابت و استحکام نیرومندی به شخصیت و رفتار می‌بخشند که در طول زمان و مکان ادامه می‌یابند. اختلال‌های شخصیت اساساً اختلال صفات هستند؛ اختلال‌هایی که در گرایش فرد به درک و پاسخ‌دهی به محیط به شیوه‌های ناسازگارانه انعکاس می‌یابند. شاید یکی از جالب‌ترین این اختلال‌ها، اختلال شخصیت مرزی است که در جامعه ما از هر اختلال شخصیت دیگری ناشناخته‌تر باقی مانده است.

بیماران مبتلا به اختلال شخصیت مرزی در مرز روان‌نژندی و روان‌پریشی قرار دارند و مشخصه آنها ناپایداری حالت عاطفی، خلق، رفتار، روابط ابژه‌ای و خودانگاره آنها است. این زمینه‌ها لزوماً وابسته به هم نیستند و در واقع خود، آن‌قدر گسترده‌اند که افراد مبتلا به اختلال‌های کاملاً متفاوت نیز می‌توانند متناسب با این تشخیص باشند. این اختلال را به نام‌های اسکیزوفرنی موقت، شخصیت‌انگاری، اسکیزوفرنی شبه‌نوروتیک، اختلال منش سایکوتیک و اختلال شخصیت دارای بی‌ثباتی هیجانی خوانده‌اند.

تشخیص اختلال شخصیت مرزی شایع‌ترین تشخیص اختلال شخصیت است که در مورد بیماران سرپایی و بستری صورت می‌گیرد اما با این حال مطمئناً هر تشخیصی که تا این حد گسترده و به‌صورت بالقوه کلی باشد این خطر را دارد که تشخیصی بی‌اعتبار باشد. لذا برای بالا بردن اعتبار تشخیص مرزی و محدود کردن کاربرد آن به دامنه محدودی از افراد، لازم است اطلاعات دقیقی در مورد ماهیت این بیماری، میزان شیوع آن و اطلاعات تشخیصی و بالینی دیگر آن در دست باشد و همان‌گونه که بیان شد این اطلاعات در کشور ما در هیچ کتاب یا سند معتبر علمی به میزان مورد لزوم یافت نمی‌شوند.

کتاب حاضر دقیقاً با توجه به همین موضوع انتخاب شده تا شاید چراغی در این کوره راه بوده و تا حدی پرکننده این خلأ در جامعه علمی ما باشد. همچنین امید است این کتاب راهنمایی باشد برای همکاران در حوزه بهداشت روان یعنی روان‌پزشکان، روان‌شناسان بالینی و مشاوران، روان‌شناسان عمومی و سلامت روان و همچنین مددکاران اجتماعی و سایر متخصصانی که به نوعی در امر ارائه خدمات بهداشت روان در کلیه مراکز خصوصی، درمانگاه‌ها، بیمارستان‌ها و مراکز سرپایی و... فعالیت می‌نمایند تا بتوانند به صورتی هرچه دقیق‌تر این اختلال را از سایر اختلال‌های شخصیت تمایز دهند. به‌علاوه، این کتاب، سطح قابل قبولی از درک این اختلال در افرادی که اختلال شخصیت مرزی دارند را فراهم می‌آورد.

در پایان، جا دارد از زحمات و همکاری‌های استاد ارجمند، جناب آقای دکتر مرتضی مدرس غروی که در این مهم همکاری بی‌دریغی با ما داشته‌اند سپاس‌گزاری نماییم.

دکتر سید مرتضی جعفرزاده

روان‌پزشک

مهزاد میر شجاعیان

روان‌پزشک

پاییز ۱۳۹۵

پیش گفتار

چندی پیش، خانم پزشک جوانی در مورد امکان شروع روان‌درمانی فردی با من صحبت کرد. من به تازگی با وی و همسر قبلی‌اش که روان‌درمانگر بود جلساتی را راجع به مشکلات مربوط به جدایی‌شان به پایان رسانده بودم و حالا با او راجع به اینکه مشاوره‌های آینده می‌توانند برایش مفید باشند یا نه صحبت می‌کردم.

من گفتم: «خوشبختانه شیوه‌های درمانی مؤثری وجود دارد که اختصاصاً برای مشکل شما طراحی شده».

او گفت: «چه مشکلی؟»

فهمیدم وارد حیطه خطرناکی شده‌ام، سعی کردم ذهن او را از این مسئله منحرف کنم. گفتم: «در واقع نام مشکل مهم نیست زیرا روش‌های خوبی برای درمان آن وجود دارد».

او اصرار کرد: «آیا تشخیص خاصی برای من در نظر گرفته‌اید من همیشه فکر می‌کردم آیا این مشکلاتی که برای من پیش می‌آیند اسم خاصی دارند؟».

فوراً پاسخ دادم: «اینها مشکلات مرزی نامیده می‌شوند ولی درمان آن...».

با این حرف من مبهوت ماند و گفتم: «وای نه...! من می‌دانم مرزی چه معنایی دارد؛ خشمگین و پرتوقع بودن من مهمانی‌هایی را به خاطر می‌آورم که همسر سابقم و همکارانش راجع به بیماران مرزی حرف‌های خنده‌داری می‌زدند؛ راجع به اینکه این افراد چقدر بد و غیرقابل تحمل هستند. اگر در مورد من این‌گونه فکر می‌کنید پس من همیشه مشکلات وحشتناکی داشته‌ام.» خودش نتیجه‌گیری کرد و می‌خواست دفتر مرا ترک کند. نمی‌توانستم چیزی بگویم تا مجبورش کنم بماند و خبر خوب را نیز بشنود- اینکه وقتی تشخیص در محوریت درمان قرار بگیرد غالباً درمان‌ها خوب پیش می‌روند. او برچسب تشخیص را از درون نگاه کرد و از آن فرار نمود.

بعدها که به این صحنه فکر کردم، فهمیدم این اتفاق، تفاوت دو رویکرد مختلف در درمان اختلال شخصیت مرزی¹ (BPD) را مشخص می‌کند. در رویکرد اول یعنی از سال ۱۹۴۰ تا همین اواخر- و ظاهراً برای بعضی‌ها مانند همسر سابق وی تاکنون-

1. Borderline personality disorder

BPD وحشت و ترس خاصی را تداعی می‌کرد. باور بسیاری از متخصصان این است که این اختلال فقط توسط درمانگران سخت‌کوش و بسیار باهوش قابل درمان است. در دوره دستگیری (۱۹۶۴-۱۹۶۱)، یکی از استادانم می‌گفت: «درمان BPD مثل درمان بزی وحشت‌زده است». آن عده از ما که نمی‌توانیم به اندازه کافی به خودمان فشار بیاوریم تا به چنین بیماران سختی نزدیک شویم، بهانه‌تراشی می‌کنیم. در مورد اینکه چگونه بیماران ارجاعی که از تشخیص آنها خبر نداشتیم، غافلگیرمان کرده‌اند داستان‌هایی تعریف می‌کنیم و به یکدیگر توصیه می‌کنیم که هیچ‌گاه در زمان واحد نباید بیشتر از یکی از این بیماران داشته باشیم. «این بیماران تمام ابتکار شما، صبر و تحمل همکارانتان و همچنین اعتماد به نفستان به عنوان درمانگری تأثیرگذار را تحلیل خواهند برد».

این موضوع مربوط به دوران روان‌درمانی تحلیلی صرف است که در واقع تصور می‌شد درمان BPD بی‌نهایت سخت و طاقت‌فرساست؛ اما آیا دلیل سخت بودنش این نبود که انتظار داشتیم روان‌درمانی بیماران مرزی مشابه درمان بیماران نوروتیک و اضطرابی باشد؟ ما با اصرار و پافشاری بر نظریات روان‌درمانی تحلیلی مشابه و «انتقال مرزی»، کار را برای خود و بیمارانتان مشکل می‌کردیم. جای تأسف است که بیماران، قربانی این نظریه می‌شدند. بیماران مرزی همیشه نیازشان به درمانگر را بزرگ‌نمایی می‌کنند و ما به این وسیله ناامیدی آنها را تشدید می‌کردیم. این مشکل پیچیده و راه‌حل‌های جدید آن در فصل «۲» در همین کتاب تحت عنوان «روان‌درمانی اختلال شخصیت مرزی» به خوبی توضیح داده شده‌اند.

در دهه ۱۹۹۰ با یافته‌های تحقیقاتی جدید، تمام این مسائل شروع به تغییر کرد. در قسمت ذیل به بعضی از این تغییرات اشاره می‌شود:

۱. تحقیقات اپیدمیولوژی (که در فصل ۱ و ۵ این کتاب مرور شده‌اند) نشان داده‌اند که این بیماری تا حد زیادی می‌تواند بهبود یابد. یکی از مطالعات منحصربه‌فرد در این زمینه، پیگیری درازمدت استون^۱ (۱۹۹۰) بود که چندین سال بعد از ترخیص تعداد زیادی از بیماران بیمارستان روان‌پزشکی نیویورک بر روی آنها انجام شد. وی به این نتیجه رسید که در بسیاری از اوقات، بیماران برای مدتی درمان را ترک می‌کردند که این امر ضرورتاً به معنی شکست

1. Stone

درمانگر نبود بلکه بسیاری از بیماران بهتر شده بودند و بعضی از آنها بی که زندگی شخصی نامیدکننده‌ای داشتند علی‌رغم این موضوع، آموزش داده شدند تا در محیط کار اعتماد به نفس داشته باشند. این موضوع بعدها در زندگی به آنها کمک کرد.

۲. تحقیقات داروشناسی که در فصل ۴ توضیح داده شده است نشان دادند که درمان دارویی برای بعضی از بیماران مفید است. این پیشرفت دارای تأثیری مستقیم و غیرمستقیم به صورت شناسایی عوامل محیطی آسیب‌رسان به سیستم عصبی به جای اختلالی شخصیتی بود. بد نیست اشاره کنیم در آثار اولیه اصطلاح «مرزی» را به عنوان اختلالی شخصیتی معرفی می‌کردند.

۳. بر اساس یافته‌های جدید ارائه شده در کتاب جودیت هرمن^۱ با عنوان «آسیب و بهبود»، BPD در زمره شرایط مرتبط با تجربه‌های آسیب‌زا مثل خستگی جنگ و اختلال چند شخصیتی قرار گرفته و علاقه عمومی به پدیده آسیب و درمان آن، جوی متفاوت همراه با ابراز همدردی را برای این بیماران به وجود آورده است.

۴. درمان‌های جدید از جمله رفتاردرمانی دیالکتیک (DBT) (لینهان ۱۹۹۴) تأکید دارند که بیمار و درمانگر در مقابله با مشکلات تنها نیستند. در حقیقت، این موضوع را می‌توان به گونه‌ای شرح داد که جنبه‌های رفتاری و شناختی آن مورد تأکید قرار گیرند. می‌توان در گروهی از افرادی که تجربه‌های مشابه داشتند پیامدهای اجتماعی و سوءتعبیرهای بین فردی را مورد بررسی قرار داد. موفقیت برنامه لینهان، تأثیر عمده‌ای بر متخصصان گذاشت و آنها متوجه شدند که DBT می‌تواند آموخته شود و کار کردن با بیمار مبتلا به BPD به تقدس یا نبوغ خاصی نیاز ندارد.

کتاب «مفاهیم و درمان اختلال شخصیت مرزی: راهنمایی برای متخصصان و خانواده‌ها» با پرداختن به بخش‌هایی که در متون دیگر کمتر بدان‌ها پرداخته شده به تکامل این دوران جدید BPD کمک می‌کند. بعضی از این بخش‌ها عبارت‌اند از:

فصل ۶: زندگی با اختلال شخصیت مرزی.

فصل ۷: دورنمای خانوادگی اختلال شخصیت مرزی.

1. Judith Herman

فصل ۸: از آسیب خانوادگی تا حمایت خانواده.

فصل ۹: مشارکت خانواده در درمان.



«تا امروز درمانگران در زمینه شیوه‌های آموزش به بیمار و خانواده کمبودهای فراوانی داشته‌اند. در نتیجه با بیمار رابطه‌ای خنثی و بی‌طرف برقرار می‌کردند (مثل مدل روان‌درمانی تحلیلی) که در آن خانواده نادیده گرفته می‌شد.»



خانواده‌ها به دلایل زیادی از برنامه درمان حذف می‌شدند. درمانگران علاقه‌ای نداشتند راجع به تنگناهای خطرناکی مثل سرزنش خانواده و بیمار بحث کنند. تا امروز درمانگران در زمینه شیوه‌های آموزش به بیمار و خانواده کمبودهای فراوانی داشته‌اند لذا با بیمار رابطه‌ای خنثی و بی‌طرف برقرار می‌کردند که در آن خانواده نادیده گرفته می‌شد. از سوی دیگر، درمانگران تمایل داشتند که بیماران از سخنرانی‌ها و گروه‌های خانواده‌درمانی دور نگه داشته شوند. این کتاب آغازی برای پایه‌گذاری راهی جدید و بدون سرزنش و شرمندگی در زمینه درک و درمان این بیماری است.

علاوه بر فصل‌هایی که تاکنون درباره آنها صحبت کردم، توجه شما را به فصل ۳ یعنی «رفتارهای خودکشی و خودآزاری در اختلال شخصیت مرزی» جلب می‌کنم. این فصل به جزئیات تجارب درونی، نوروسایکولوژی و تعامل بالینی می‌پردازد که آشفته‌کننده‌ترین ویژگی BPD یعنی تمایل به خودآزاری را به همراه دارد. فکر می‌کنم مطالعه و بررسی این فصل - حتی شاید بررسی آن با مشارکت بیماران، اعضای خانواده و درمانگران - بتواند زمینه‌ای را برای بحث راجع به تجارب ویژه و اختصاصی فراهم آورد.

به طور خلاصه این کتاب، کتابی مفید و کاربردی در زمینه BPD است و به وسیله آن BPD جایگاه خود را در بین سایر اختلال‌های هیجانی خواهد یافت؛ جایگاهی که مانعی در برابر ناامیدی از درمان و فرجام اختلال شخصیت مرزی است.

دکتر کریستیان بیلز

مقدمه

جای نگرانی است که اختلال شخصیت مرزی (BPD) نه تنها روی افراد مبتلا به آن تأثیر می‌گذارد، بلکه مراقبین بیمار را نیز شدیداً تحت تأثیر قرار می‌دهد. هدف کتاب حاضر با عنوان «مفاهیم و درمان اختلال شخصیت مرزی: راهنمایی برای متخصصان و خانواده‌ها» این است که با ارائه اطلاعاتی روشن، سردرگمی و انزوایی را که نوعاً همراه این اختلال است کاهش دهد.



بیش از یک دهه قبل متوجه شدیم حوزه بهداشت و روان، وضعیت خانواده بیماران اختلال شخصیت مرزی را نادیده گرفته است. این خانواده‌ها با همان مشکلاتی دست‌وپنجه نرم می‌کنند که درمانگران با آنها مواجه هستند. با این تفاوت که این مشکلات برای خانواده‌ها مایوس‌کننده‌ترند.



ایده اولیه نگارش این کتاب به اولین کنفرانس سالانه اتحاد آموزش ملی برای اختلال شخصیت مرزی¹ برمی‌گردد. عنوان این کنفرانس «از پژوهش تا اجتماع: دیدگاه‌های خانواده درباره اختلال شخصیت مرزی» بود که در اکتبر ۲۰۰۲ در نیویورک برگزار گردید. در آن کنفرانس بیشتر عناوین فصل‌های کتاب حاضر توسط سخنرانانی که بعضی از آنان اعضای خانواده‌های بیماران بودند، ارائه گردید. بیش از ۴۰۰ نفر از افرادی که در این کنفرانس شرکت داشتند افرادی بودند که به نوعی تحت تأثیر این اختلال قرار گرفته و بسیاری از کسانی که نتوانسته بودند در این کنفرانس شرکت کنند از ما خواستند مطالب ارائه شده در آن را در اختیارشان قرار دهیم. لذا تمام سخنرانان مشتاقانه وقت گذاشتند تا مطالب خود را در قالب فصول یک کتاب به نگارش در آورند.

چقدر از خشم سرزنش‌آمیز بیمار به خاطر من است؟ آیا اگر چیزی را که از من می‌خواهد انجام دهم همدست او شده‌ام؟ اگر انجام ندهم بی‌رحم هستم؟ چرا این قدر مراقب به درد نخوری هستم؟ چگونه می‌توانم مفید باشم؟ احساس درماندگی و تضادی که به دنبال این سؤالات ایجاد می‌شود وقتی در متخصصان عرصه بهداشت

1. NEA- BPD

روان روی می‌دهد عنوان مشکلات «انتقال متقابل» را به خود می‌گیرد اما وقتی در خانواده‌ها روی می‌دهد عمیقاً ناامیدکننده و یأس‌آور است.

در این زمینه برنامه‌هایی را برای خانواده‌ها تدوین کردیم و از مؤسسه ملی بهداشت روان (NIMH)^۱ نیز بودجه گرفتیم. اگرچه مداخلات پیشنهادی ما تاحدودی با یکدیگر متفاوت بودند اما مشارکت خانواده‌ها و همراهی آنان برای آنها حمایتی قوی به دنبال داشت. آگاهی از اختلال، احساس توانمندی را در این افراد تقویت کرد و باعث شد اتحاد قوی‌تری با تیم درمان برقرار کنند.

این گروه اولیه بعدها در گوشه و کنار، هسته سازمان‌های دفاع از حقوق خانواده بیماران را تشکیل دادند که یکی از آنها در بیمارستان مک لین در منطقه بوستون و دیگری در ناحیه وستچستر^۲ نیویورک واقع‌اند.

انجمن اختلال شخصیت نیوانگلند NEPDA^۳ در سال ۱۹۹۶ تأسیس شد. این انجمن بعدها در اکتبر ۲۰۰۲ (NEA-BPD) هسته اصلی شکل‌گیری کنفرانس‌های سالانه اتحاد آموزش ملی برای اختلال شخصیت را فراهم آورد. یکی از اولین شعارهای پایه‌گذاران NEA-BPD این بود: ما می‌خواهیم باورهای غلطی را که درباره BPD مطرح هستند از بین برده و امید را به افرادی که از این اختلال صدمه دیده‌اند بازگردانیم.

این عبارت غیر رسمی به این صورت در متن بیانیه NEA-BPD رسمی شد: برای افزایش آگاهی عمومی شرایط آموزش و پژوهش درباره اختلال شخصیت مرزی را ارتقاء داده و کیفیت زندگی افرادی را که از این بیماری جدی سلامت روان آسیب دیده‌اند تقویت نمایید. اهداف و فعالیت‌های بعدی NEA-BPD از این قرارند: برگزاری کنفرانس سالانه، ارائه برنامه‌های آموزش خانواده، برگزاری کارگاه‌ها، انجام پژوهش بر روی خانواده‌ها، تأسیس مراکز محلی حمایت از خانواده‌ها و انتشار مطالب آموزشی در قالب نشریه و فیلم برای بالا بردن آگاهی عمومی.

امروزه حوزه‌های پژوهش بر روی BPD وسعت یافته‌اند و درمان‌های جدیدی در حال شکل‌گیری هستند. NEA-BPD اتحاد ملی برای پژوهش بر روی اسکیزوفرنی و

1. National Institute of Mental Health

2. Westchester

3. New England Personality Disorder Association

افسردگی^۱ (NARSAD) و بنیاد پژوهش بر روی اختلال شخصیت مرزی^۲ (BPDRF) با همکاری یکدیگر جایزه‌ای را تحت عنوان «جایزه پژوهش‌گران جوان» (YIA) برای تشویق پژوهش‌گران جوان بنیان نهاده‌اند. این جایزه به صورت سالانه در کنفرانس NEA-BPD ارائه می‌شود و اعتبار آن از طریق NIMH تأمین می‌گردد. این جایزه نمادی از اعتبار و اهمیتی است که این سازمان برای ارائه خدمات به حوزه BPD قائل است.

البته هنوز راه زیادی در پیش است؛ کار بر روی BPD حدود ۲۰ تا ۳۰ سال از سایر اختلال‌های عمده روان‌پزشکی نظیر اسکیزوفرنی و افسردگی عقب است. بسیاری از افرادی که به این اختلال مبتلا هستند باید با دوستان و خانواده‌هایی که مثل خود آنها اطلاعات و دانش بسیار کمی در این باره دارند تعامل داشته باشند. ما امیدواریم تجربیات بیماران و خانواده‌های آنها و اطلاعات حرفه‌ای که در این کتاب مطرح شده‌اند را افزایش داده، اطلاعات مورد نیاز این افراد را تأمین نموده و حساسیت و توجه لازم را نسبت به این بیماری ایجاد نماییم. اگرچه هدف اصلی و مخاطبان خاص این کتاب، گروه بیماران مبتلا به BPD و خانواده‌های آنها هستند اما بسیاری از مطالب آن برای متخصصان نیز سودمندند.

امیدواریم خوانندگان اطلاعات بیشتری را راجع به BPD بیاموزند و کتاب حاضر این پیام را برساند که BPD اختلال درمان‌پذیری بوده و افراد مبتلا به این بیماری نیز می‌توانند زندگی شادتر و پربارتری داشته باشند.

یکی از دشوارترین کارها این بود که موضوع این کتاب طوری ارائه شود تا برای اکثر مخاطبین قابل درک و معنی‌دار باشد. با درک محدودیت‌ها و نقایص کار امیدواریم بهره لازم از آن برده شود. همچنین از تمام کسانی که در نگارش این کتاب سهمیم بوده‌اند تشکر و قدردانی ویژه می‌نماییم.

1. Research on Schizophrenia and Depression
2. Borderline Personality Disorder Research Foundation

بخش اول
تشخیص، درمان و پیش آگهی

فصل ۱

تشخیص اختلال مرزی: مفاهیم، معیارها و چالش‌ها

اختلال شخصیت مرزی (BPD) اختلال روانی پیچیده و شدیدی است. برآورد می‌شود این اختلال در ۱-۲٪ کل جمعیت جهان روی داده و شایع‌ترین اختلال شخصیت است که افراد به خاطر آن تحت درمان قرار می‌گیرند (تورگرسون ۲۰۰۱). چنین برآورد می‌شود که ۱۰٪ از کل بیماران سرپایی و ۲۰-۱۵٪ از بیماران بستری روان‌پزشکی به BPD مبتلا هستند (ویدیدگر و فرانس ۱۹۸۹). BPD با اختلال شدید در عملکرد (اسکودول ۲۰۰۲) و استفاده گسترده از درمان‌های روان‌پزشکی (بندر ۲۰۰۱) همراه بوده و نرخ خودکشی در افراد مبتلا به این اختلال تقریباً ۵۰٪ - ۱۰٪ از نرخ آن در کل جمعیت عمومی بیشتر است (گروه کار بر روی اختلال شخصیت مرزی ۲۰۰۱). با وجود این درمان‌های مؤثری برای BPD وجود دارند. اگر تشخیص، به موقع و ظرف یک تا دو سال بعد از شروع مطرح شود **پیش‌آگهی**^۱ می‌تواند بهتر از میزان مورد انتظار باشد (گاندرسون ۲۰۰۳، شی ۲۰۰۲).

ممکن است متخصصان بهداشت روانی و عموم مردم، BPD را اختلالی مبهم و ناشناخته تلقی کنند. در این فصل سیر تحول تاریخی مفهوم شخصیت مرزی را بر اساس **محور ۲**^۲ (انجمن روان‌پزشکی آمریکا ۲۰۰۰). به علاوه **معیارهای تشخیصی**^۳ BPD و دیگر علائمی را که بسیاری معتقدند از ویژگی‌های تشخیصی این اختلال است بررسی خواهیم نمود. هم‌چنین در این فصل منازعات موجود در مورد این اختلال شخصیت را که از چندین سال پیش مطرح بوده و تا امروز نیز ادامه دارد مورد بررسی قرار می‌دهیم.

-
1. prognosis
 2. Axis II
 3. diagnostic criteria

• • •

دریافت تشخیص BPD به دلیل ارتباطی که با نارسایی‌های عملکردی، نیاز به بستری شدن و درمان سریایی فشرده، رفتارهای خودآزاری و پتانسیل خودکشی دارد اغلب موجب شوکه شدن و ناامیدی بیماران و خانواده‌های آنها می‌گردد.

• • •

مفاهیم مرزی

مفاهیم مرزی به بیش از ۶۰ سال قبل بازمی‌گردند. بیماران مرزی اولین بار توسط «استرن» (۱۹۳۸) و سپس توسط «نایت» (۱۹۵۳) توصیف شدند. «کنبرگ» (۱۹۶۷) خصوصیات درون‌روانی این بیماران را به عنوان «سازمان شخصیت مرزی» مطرح می‌کند که حد واسط دو اختلال شخصیت *روان‌رنجوری*^۱ و *روان‌پریشی*^۲ بوده که از اولی شدیدتر و از دومی خفیف‌تر می‌باشد. این نکته که اختلال فوق بین اختلال‌های روان‌رنجوری و روان‌پریشی قرار می‌گیرد موجب مطرح شدن «مرزی» بودن آن گردید. سازمان شخصیت مرزی با درکی بی‌ثبات از خود (نقص در هویت)، استفاده از *مکانیسم‌های دفاعی*^۳ ناپخته و ابتدایی (تقسیم‌بندی دیگران به گروه کاملاً خوب یا کاملاً بد و مکانیسم‌های انکار، فرافکنی، کنش‌نمایی) و وقفه‌های موقتی در توانایی تشخیص واقعیت از تصورات (نقص در آزمون واقعیت‌سنجی) مشخص می‌شود. نتایج کنبرگ علاوه بر BPD، سایر اختلال‌های شدید شخصیتی را که در DSM-IV-TR تعریف شده‌اند (مانند اختلال شخصیت خودشیفته، ضداجتماعی و کناره‌گیر) نیز در برمی‌گیرد. این امر باعث سردرگمی‌هایی در ارتباط با BPD و توصیف آن می‌شود. تعریف DSM از BPD از تحقیقات «گاندرسن» و «اسنیگر» (۱۹۷۵) حاصل شده است. آنها بر اساس آثار منتشر شده قبلی، ویژگی‌های این اختلال را به صورت نارضایتی روحی و احساسی، اعمال تکانه‌ای، روابط بین فردی بی‌ثبات، افکار شبه‌روان‌پریش و ناسازگاری اجتماعی تشخیص داده‌اند. پس از آن چندین تحقیق برای روشن‌سازی این تعاریف انجام شد تا بتوان از آنها برای شناسایی بیماران مبتلا به BPD و تمیز آنها از افراد مبتلا به دیگر انواع اختلال‌های ذهنی استفاده نمود (گاندرسون و

1. neurotic
2. psychotic
3. defence mechanisms

کولب ۱۹۷۸، اسپیتزر ۱۹۷۹). نهایتاً ۸ معیار در DSM-III (انجمن روان‌پزشکان آمریکا ۱۹۸۰) که اولین راهنمای تشخیصی رسمی بود و توسط معیارهای تشخیصی-اختصاصی برای تشخیص BPD (و دیگر اختلال‌های روانی) ارائه گردید، پذیرفته شد.

معیارهای تشخیصی برای BPD

بین انتشار DSM-III در سال ۱۹۸۰ و DSM-IV-TR در سال ۲۰۰۰، بیش از ۳۰۰ مطالعه بر روی این ۸ معیار انجام گرفت تا بتوانند به تشخیص BPD دست یابند. برخی از این مطالعات با این هدف انجام شدند تا دقت تمایز BPD از سایر بیماری‌ها نظیر اختلال‌های خلق یا اختلال‌های شخصیت خودشیفتگی افزایش یابد. معیارهای DSM-IV-TR برای BPD در جدول ۱-۱ فهرست شده‌اند.

ویژگی‌های اساسی BPD، الگویی فراگیر از عدم ثبات و **تکانشگری**^۱ قابل توجه در روابط بین فردی، تصویر خود و **عواطف**^۲ (خلق‌ها و هیجان‌ها) را ارائه می‌دهد؛ مانند همه اختلال‌های شخصیت دیگر، این مشکلات معمولاً در اواخر نوجوانی یا اوایل بزرگسالی آغاز شده و در بافت‌ها و موقعیت‌های گوناگون زندگی آشکار می‌گردند.

• • •

BPD/الگویی از تکانشی بودن و عدم ثبات در روابط بین فردی، تصویر خود و عواطف (خلق‌ها و هیجان‌ها) را ارائه می‌دهد.

• • •

اولین معیار حاکی از تلاش‌های هیجانی فرد مبتلا به BPD است. وی می‌خواهد مانع از احساس طردشدگی واقعی یا خیالی از سوی فردی شود که برایش بسیار مهم است. تصور جدا شدن زود هنگام از فردی که مهم است، تأثیر ناپایدارکننده‌ای بر روحیه، برداشت از خود، الگوهای فکری و رفتار فرد مبتلا به BPD دارد. فرد مبتلا به BPD اغلب حتی منطقی‌ترین جدایی‌ها را به عنوان طرد شدن تلقی می‌کند و آنها را نشانه «بد بودن آن فرد» در نظر می‌گیرد.

معیار دوم، الگوی روابط ناپایدار و تشدید یافته را بیان می‌کند. افراد مبتلا به BPD اغلب حتی پس از ملاقاتی کوتاه‌مدت با کسانی که از آنها مراقبت کرده یا به آنها

1. impulsivity
2. affects

محبت می‌کنند درگیری عاطفی شدید پیدا می‌کنند. همچنین توانایی‌ها و ویژگی‌های این افراد را در نظر خود ایده‌آل تصور می‌نمایند و اگر آن فرد آنها را ناامید کند، به سرعت نظر خود را درباره‌ی وی تغییر داده و او را شخصی تصور می‌کنند که مراقبت یا توجهش به اندازه‌ی کافی نبوده است. چنین تغییر شدیدی اغلب در واکنش به احساس طرد شدن یا احساس طردشدگی روی می‌دهد.

جدول ۱-۱. معیارهای تشخیصی DSM-IV-TR برای اختلال شخصیت مرزی

الگوی فراگیر از عدم ثبات در روابط بین فردی، تصویر خود و عواطف و تکانشگری قابل توجه که از اوایل بزرگسالی آغاز شده و در بافت‌های گوناگون مشاهده می‌شود و ۵ معیار (بیشتر) از معیارهای زیر آن را توصیف می‌کنند:

- ۱) تلاش‌های خشمگینانه برای اجتناب از طرد واقعی یا خیالی. توجه: رفتار خودکشی یا آسیب به خود که در معیار ۵ قرار دارد را در بر نمی‌گیرد.
- ۲) الگوی از روابط بین فردی بی‌ثبات و شدید که ویژگی آنها نوسان بین نهایت ایده‌آل‌سازی و بی‌ارزش‌سازی خود می‌باشد.
- ۳) آشفتگی هویت: احساس نسبت به خود یا تصویر خودی که در حدی قابل توجه و به صورت دائمی بی‌ثبات است.
- ۴) تکانشگری در حداقل دو زمینه‌ای که به صورت بالقوه خودمخرب هستند (مثلاً خرج کردن، روابط جنسی، سوءاستفاده از مواد، رانندگی بی‌ملاحظه، مصرف مشروبات الکلی). توجه: رفتار خودکشی یا آسیب به خود که در معیار ۵ قرار دارد را در بر نمی‌گیرد.
- ۵) رفتار، ژست یا تهدید منوط به خودکشی یا رفتار آسیب مکرر به خود
- ۶) عدم ثبات عاطفی به دلیل واکنش‌های خلقی قابل توجه (مثلاً ملال دوره‌ای شدید، تحریک‌پذیری یا اضطراب که معمولاً چند ساعت به طول انجامیده و به ندرت بیش از چند روز ادامه می‌یابند)
- ۷) احساس پوچی مزمن
- ۸) خشم شدید و نامتناسب یا مشکل در کنترل خشم (مثلاً ابراز خشم مکرر، خشم همیشگی، درگیری‌های فیزیکی مکرر)
- ۹) علائم تجزیه‌ای شدید یا افکار پارانوئیدی گذرا و مرتبط با استرس

منبع: چاپ مجدد از انجمن روان‌پزشکی آمریکا: راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی، ویرایش چهارم، بازنگری شده.

سومین معیار به آشفتگی در هویت برمی‌گردد. فرد مبتلا به BPD ممکن است تغییرات شدیدی را در تصور از خود تجربه کند که این تغییرات به صورت تغییر اهداف، ارزش‌ها، آمال، دوستان، هویت جنسی و... تظاهر می‌یابند. بیماران مبتلا به BPD در بعضی موارد به ویژه در شرایطی که احساس می‌کنند دیگران آن‌طور که باید از آنها حمایت نکرده‌اند، اغلب احساس بد یا شیطانی بودن کرده و حتی در بعضی موارد حس می‌کنند که گویا اصلاً وجود خارجی ندارند.

معیار چهارم تکانه آسیب زدن به خود را بیان می‌کند. افراد مبتلا به BPD اغلب سوءمصرف مواد و روابط جنسی ناسالم داشته، در مصرف مشروبات الکلی زیاده‌روی می‌نمایند، قمار و ولخرجی کرده و بی‌احتیاط رانندگی می‌کنند. این بیماران تهدیدها و یا حرکات تکانه‌ای خودکشی انجام می‌دهند و ممکن است توسط تیغ، بدن خود را بریده یا با سیگار آن را بسوزانند. این رفتارها اغلب در موارد جدا شدن، طرد و یا شرایطی که تصور می‌کنند بیش‌ازحد معمول از آنها انتظار مسئولیت‌پذیری می‌رود روی می‌دهند. معیار ۵ این رفتارها را شرح می‌دهد.

افراد مبتلا به BPD تغییرات شدید در خلق و دیگر احساسات را تجربه می‌کنند و ممکن است افسردگی، عصبانیت، اضطراب، تحریک‌پذیری، وحشت‌زدگی و یا ناامیدی را تجربه نمایند. معمولاً این امر در واکنش به تنش‌های بین فردی بروز می‌کند و اغلب تنها چند ساعت طول می‌کشد. این بی‌ثباتی عاطفی در معیار ششم توصیف می‌شود. معیار هفتم احساس خلأ و کسالت مزمینی را که فرد مبتلا به BPD تجربه می‌کند شرح می‌دهد. معیار هشتم عصبانیت شدید و نامناسبی را توصیف می‌کند که اغلب، علیه افرادی که تصور می‌کند از وی غفلت کرده یا او را رها نموده و از او مراقبت نکرده‌اند، ابراز می‌شود. ممکن است فرد مبتلا به BPD در شرایط تنش شدید به‌صورت موقتی، بدبین و شکاک شده و یا دچار روان‌گسستگی^۱ شود به‌طوری‌که احساس کند از افکار یا جسم خود جدا شده است. در اینجا نیز معمولاً طرد شدن به عنوان محرک تنش‌زا تلقی می‌گردد. این واکنش‌ها در معیار ۹ توصیف خواهند شد.

دارا بودن ۵ مورد از این ۹ معیار تشخیصی می‌تواند نشانه ابتلا به BPD باشد. کاملاً روشن است که ترکیب‌های مختلف این علائم، حالات مختلفی را ایجاد می‌کنند (۱۲۶ حالت) که می‌توانند بیانگر ویژگی‌های فرد مبتلا به BPD باشند. این ناهمگونی موجب شده تلاش‌هایی برای یافتن ابعاد آسیب‌شناسی روانی موجود در همه بیماران مبتلا به BPD صورت گیرند. ساختار اصلی که بیش از همه پیشنهاد شده از سه اختلال اساسی تشکیل شده است: اختلال در ارتباطات بین فردی، اختلال در سامان‌بخشی^۲ عواطف یا هیجان‌ها و عدم کنترل رفتاری یا رفتارهای تکانه‌ای (سانسیلو ۲۰۰۲). تحقیقات برآنند تا اساس ژنتیکی، نوروبیولوژیکی و محیطی این اختلال‌ها را شناسایی نمایند

1. dissociate
2. dysregulation

(اسکودول ۲۰۰۲).

بعضی از متخصصان معتقدند BPD چند ویژگی دیگر نیز دارد که دقیقاً توسط معیارهای تشخیصی بیان نمی‌شوند. یکی از این ویژگی‌ها تمایل به واپس‌روی (مانند رفتار و انتظارات کودکانه) در موقعیت‌هایی است که آنچه از آنها انتظار می‌رود کاملاً روشن نیست. مکانیسم‌های دفاعی اولیه که در مفهوم «کرنبرگ» از شخصیت مرزی عنوان شده‌اند، در معیارهای DSM-IV-TR به صورت غیرمستقیم و توسط مشکلات ارتباط بین فردی، تکانشی بودن، پارانویا و تجزیه به دنبال استرس بیان می‌شوند. بیماران مبتلا به BPD اغلب به دلیل عدم اطمینان از ارتباط، نه تنها به افرادی که در زندگی واقعی وجود دارند وابسته می‌شوند، بلکه به اشیایی که آنها را به افراد ارتباط می‌دهند (به اصطلاح اشیای انتقالی) مانند حیوانی عروسکی نیز وابستگی پیدا می‌کنند. در نسخه‌های آینده DSM، ممکن است معیارهای دیگری نیز برای بیان این خصوصیات اختلال‌های مرزی گنجانده شود.

• • •

هنگامی که BPD با اختلال‌های دیگری نظیر اختلال‌های خلق یا اضطراب همراه می‌شود، معمولاً درمان این بیماری‌ها را پیچیده کرده و به نتایج ضعیف‌تری منجر می‌گردد.

• • •

اختلال شخصیت مرزی می‌تواند با دیگر اختلال‌های روانی از جمله سایر اختلال‌های شخصیت همراه باشد. وقتی BPD به همراه اختلال دیگری مانند *اختلال‌های خلقی*^۱ یا اضطرابی باشد درمان مشکل‌تر و پیش‌آگهی بیماری بدتر می‌شود. به علاوه با وجودی که BPD تظاهرات مشترکی با سایر اختلال‌های شخصیت دارد می‌توان آن را از سایر اختلال‌ها افتراق داد. برای مثال افراد مبتلا به اختلال شخصیت نمایشی ممکن است به دنبال جلب توجه بوده و رفتار گول زننده یا تغییر احساسات داشته باشند یا تکانشگری مخرب مشابه BPD نشان دهند؛ افراد مبتلا به اختلال شخصیت اسکیزوتایپال معمولاً بدبین هستند و اشتباهات ادراکی را تجربه می‌کنند اما علائم آنها به اندازه BPD، گذرا نیست؛ افراد مبتلا به اختلال شخصیت پارانویید و خودشیفته ممکن است هنگامی که تحقیر می‌شوند خشم شدیدی بروز

1. mood disorders

دهند اما مانند مبتلایان به BPD نکانشگری‌های خودتخریب‌گرانه و ترس از طرد شدن را ندارند. افراد مبتلا به اختلال شخصیت ضداجتماعی ممکن است رفتاری فریبکارانه داشته باشند اما این رفتار مانند رفتار مبتلایان به BPD برای به دست آوردن توجه و مراقبت نیست بلکه برای رسیدن به اهداف مادی است؛ افراد مبتلا به اختلال شخصیت وابسته ممکن است از جدا شدن از افراد صمیمی بترسند اما ابراز خشم، احساس پوچی و خودکشی‌های فریبکارانه مشابه را BPD ندارند.

مباحثی در باب تشخیص BPD

در این بخش به پنج مسئله بحث‌برانگیز که مشکلاتی را در تشخیص BPD ایجاد می‌کنند می‌پردازیم: ۱- ارتباط این اختلال با سایر اختلال‌ها ۲- پایایی این اختلال ۳- توزیع جنسی اختلال ۴- سبب‌شناسی^۱ اختلال ۵- پیش‌آگهی اختلال

در مرز با چه چیزی؟

واژه «مرزی» از مفهومی روانکاوی برگرفته شده و به معنای سطحی از ساختار شخصیت می‌باشد که حد واسط یا مرز بین اختلال روان‌رنجوری (نوروتیک) و اختلال روان‌پریشی (سایکوتیک) است. با وجودی که BPD به یکی از موضوعات اصلی روان‌پزشکی و روان‌شناسی تبدیل شده و دیگر تنها *سازه‌ای*^۲ روانکاوی نیست اما نام «مرزی» برای آن پابرجا مانده است.

نخستین فرضیه در باب اختلال شخصیت مرزی از این قرار بود که BPD نشان‌دهنده اسکیزوفرنی مرزی است. مطالعات فرزندخواندگی در دانمارک (کتی و همکاران ۱۹۶۸) *گروهی از بیماران*^۳ را مشخص نمود که مبتلا به نوعی از اسکیزوفرنی غیرسایکوتیک بوده و از نظر ژنتیکی با والدین اسکیزوفرن ارتباط داشتند. نماهای بالینی این بیماران در تلاش *تجربی*^۴ اسپیتزر و همکاران (۱۹۷۹) برای تعیین معیارهای تشخیصی BPD به کار گرفته شد. این ویژگی‌ها شامل مشکل در روابط بین

1. etiology
2. construct
3. cohort
4. empirical

فردی، **تصورات**^۱ عجیب و غریب و رفتار نامتعارف، به تدریج برای توصیف خصوصیات اختلال شخصیت اسکیزوتایپال به کار رفتند در حالی که BPD همچنان بیشتر به همان مفهوم مرزی که از ادبیات روانکاوی برگرفته شده بود نزدیک بود. موج تحقیقات بعدی این مسئله را برانگیخت که آیا BPD شکلی غیرمعمول از اختلال خلقی است؟ به دلیل تغییرات خلق سریع مبتلایان به BPD بحث جدید این است که BPD فرمی غیرمعمول، **مقاوم**^۲ به درمان و تند چرخ از اختلال دوقطبی نوع دو (با تجربه **هیپومانیا**^۳ یا مانیای خفیف و نه مانیای کامل) می‌باشد. با اینکه این فرضیه منجر به تجویز فراوان داروهای تثبیت‌کننده خلقی شد که در بعضی موارد می‌توانند برای تثبیت هیجانات بیماران مفید باشند، مجموع مدارک به دست آمده از یکی بودن BPD و اختلال‌های خلقی حمایت نمی‌کنند (گاندرسون و فیلیپس ۱۹۹۱). با وجودی که ممکن است اختلال‌های خلقی قابل تشخیصی با BPD همراه باشند نمی‌توان اختلال خلقی را به تنهایی علت ترس از احساس طردشدگی، انواع خاصی از اختلال در روابط بین فردی و تکانه موجود در بیماران مبتلا به BPD در نظر گرفت. اخیراً علاقه به موضوعات سوءاستفاده در دوران کودکی به عنوان یکی از فاکتورهای اتیولوژی (سبب‌شناسی) BPD و **شیوع اختلال پس از سانحه (PTSD)** به عنوان **اختلالی همبود**^۴ منجر به انجام تحقیقاتی شده که به بررسی این امر می‌پردازند که آیا BPD گونه‌ای از PTSD است یا خیر. در اینجا نیز تحقیقات نشان داده‌اند که PTSD و BPD ویژگی‌های مشترک معینی دارند اما نمی‌توان آسیب‌شناسی روانی و عملکردی BPD را تا سطح گونه‌ای از PTSD کاهش داد (گاندرسون و ساپو، ۱۹۹۳؛ زلوتنیک ۲۰۰۳).

• • •

اصطلاح مرزی^۵ با حالتی کنایه‌آمیز برای توصیف بیمارانی که «سوءرفتار» داشته یا درمانشان سخت است نیز به کار برده شده است. این امر به دلیل رفتار افراطی آن‌ها و این حقیقت است که درمانگران اغلب در مشکلات بین فردی آن‌ها سردرگم می‌شوند.

• • •

-
1. ideation
 2. refractory
 3. hypomanic
 4. comorbid
 5. borderline

یکی از پیامدهای جست‌وجو برای یافتن اختلالی در مرز BPD، جست‌وجوی نامی جدید برای آن بوده است. اگر این امر واقعیت داشته باشد که BPD گونه‌ای از اختلال‌های روانی عمده دیگر و یا هم‌مرز آنها نیست بلکه اختلالی مهم با ویژگی‌های خاص خود می‌باشد، احتمالاً مفهوم مرزی دیگر کارآیی لازم را نداشته و جایگزینی آن با عبارتی که بهتر و دقیق‌تر این اختلال را توصیف نماید ضرورت پیدا می‌کند. اصطلاح مرزی به غلط به دلیل رفتارهای افراطی و این واقعیت که درمانگران اغلب در مشکلات بین فردی این بیماران درگیر می‌شوند، برای بیان بیمارانی که بدرفتاری دارند و یا درمان آنها دشوار است نیز به کار برده می‌شود. رایج‌ترین نام‌های جایگزینی که برای این اختلال پیشنهاد شده‌اند عبارت‌اند از: اختلال بدتنظیمی هیجان‌ات و اختلال تنظیم هیجان‌ات. افرادی این جایگزین‌ها را پیشنهاد می‌کنند که معتقدند حداقل دو اختلال اصلی وجود دارد: عدم ثبات عاطفی و کنترل تکانه. از آنجا که زمینه‌های اصلی این اختلال شناخته نشده‌اند زمینه‌های علمی روشنی برای حل منازعات مربوط به تغییر نام وجود ندارند. بنابراین با توجه به آن که تشخیص BPD کاربرد بالینی گسترده‌ای پیدا کرده و پزشکانی که با بیماران مبتلا به اختلال شخصیت کار می‌کنند آن را به عنوان ساختار بالینی مفیدی در نظر می‌گیرند، احتمالاً نام این اختلال در آینده نزدیک تغییر نخواهد کرد.

آیا BPD می‌تواند تشخیصی پایا باشد؟

پایایی (Reliability)، به تکرارپذیری یک سنجش یا ارزیابی، از ارزیابی به ارزیابی دیگر یا از موقعیتی به موقعیت دیگر اطلاق می‌شود. اغلب ادعا می‌شود دو پزشک نمی‌توانند بر سر اینکه بیماری BPD دارد یا نه به توافق برسند (به عبارتی تشخیص نمی‌تواند پایا باشد). این برداشت ممکن است ناشی از مفاهیم مختلف اصطلاح مرزی باشد زیرا این مفهوم از ریشه‌های روانکاوانه خود وارد تعاریف DSM-IV-TR شده است. پایایی تشخیص BPD باید از طریق ترکیب تعریف ارائه شده توسط معیارهای تشخیصی خاصی که علائم و نشانه‌های مشخصی از اختلال را ارائه می‌دهند و با برنامه‌ریزی مصاحبه‌های استاندارد شده برای جمع‌آوری اطلاعات مربوط به علائم تأمین گردد. در تحقیقات طولی اختلال شخصیت (CIPB) که به هزینه انستیتوی ملی بهداشت روانی انجام شد، از مصاحبه‌ای استاندارد برای ارزیابی همه انواع اختلال‌های شخصیت

DSM-IV استفاده گردید (انجمن روان‌پزشکی آمریکا ۱۹۹۴) (زانارینی ۲۰۰۰). در این مطالعه و در تحقیق دیگری که با استفاده از مصاحبه‌ای انجام شد که منحصراً برای بررسی علائم BPD طراحی شده بود (زانارینی ۲۰۰۲)، پایایی تشخیص BPD و اغلب علائم فردی آن بسیار خوب تا عالی نشان داده شد. سطح بالای پایایی در هر دو مطالعه با نتایج حاصل از مصاحبه‌های استاندارد و تشخیصی که توسط معیارها صورت گرفته بود مطابقت داشت. در این مطالعات سطح پایایی با بسیاری از اختلال‌های ذهنی دیگر که پایایی تشخیص در آنها به ندرت مورد سؤال قرار می‌گیرد برابر بوده و یا از آنها بالاتر بود. البته مصاحبه‌های استاندارد و معیارهای اختصاصی مترادف با قضاوت بالینی، عالی نیستند و اگر متخصصان در تشخیص BPD آموزش کامل ندیده باشند پایایی تشخیص پایین‌تر از حد معمول خواهد بود.

آیا BPD تشخیصی با سوگیری جنسیتی است؟

بر طبق DSM-IV-TR، BPD عمدتاً در زنان تشخیص داده می‌شود (حدود ۷۵٪) (انجمن روان‌پزشکی آمریکا ۲۰۰۰). نسبت جنسیتی ۱:۳ زن به مرد برای یک اختلال روانی کاملاً غیر منتظره است و احتمال سوگیری نمونه‌برداری تشخیصی و یا اختلافات بیولوژیکی یا اجتماعی-فرهنگی بین زنان و مردان که منجر به تشخیص BPD می‌شود را مطرح می‌کند.

سوگیری در نمونه‌برداری در صورتی روی می‌دهد که نسبت زنان مبتلا به BPD از نسبت زنان به مردانی که در یک مرکز بالینی ویزیت می‌شوند بیشتر نباشد. اگر زنان سه برابر مردان به دنبال دریافت کمک برای مشکلات روانی خود باشند، در این صورت تعجب‌آور نیست که این اختلال‌ها در زنان سه برابر مردان شناسایی شوند. در بیشتر تحقیقاتی که با استفاده از ارزیابی مصاحبه‌های استاندارد در کلینیک‌ها انجام شده، نسبت زنان مبتلا به BPD بیشتر از کل زنانی که در آن مجموعه درمان شده‌اند، نبوده است. این امر پیشنهاد می‌کند حداقل بخشی از مشاهده شیوع بالاتر BPD در زنان ناشی از نمونه‌برداری سوگیرانه است. هنوز تحقیقات زیادی در مورد شیوع BPD در کل جمعیت انجام نشده تا نسبت واقعی جنسیت برای این سندرم مشخص گردد. سوگیری‌های تشخیصی در صورتی اتفاق می‌افتند که ساختار BPD و معیارهای آن دارای یک ویژگی جنسیتی رفتار زنانه باشد یا زنان، صفات یا رفتار مردانه‌ای را بروز