

اختلال شخصیت مرزی در نوجوانان

راهنمای جامع برای درک و سازگاری با نوجوانان

دارای اختلال شخصیت مرزی

تقدیم به تمام جوانان مبتلا به اختلال شخصیت
مرزی که جرأت‌ورزانه با آشفتگی این اختلال مبارزه
می‌کنند تا مطمئن باشند که زندگی آرام‌تر و روابط
سازگارتری خواهند داشت. شما به من خیلی چیزها
آموخته‌اید و اکنون می‌دانم که شما را می‌شناسم.

"این کتاب، کتابی عالی برای شناخت نشانه‌های اولیه اختلال شخصیت مرزی در نوجوانان است، از این حیث که آگاهی را افزایش داده و ممکن است مداخلات اولیه را تسهیل کند."

دکتر فردریک بین، رئیس شبکه آگاهی در مورد اختلال شخصیت،
www.pdan.org

"... خانواده‌ها را با گنجینه‌ای از اطلاعات غنی می‌سازد تا بتوانند دل‌بندان خود را بهتر شناخته و به آنها کمک کنند."

لین کوری و مایک منو، بنیان‌گذاران مؤسسه ساشبیر، "ایجاد اختلال
برای اختلال شخصیت مرزی"، <http://sashbear.org>

تمجید از اولین ویراست کتاب اختلال شخصیت مرزی در نوجوانان

"... کتابی که سال‌ها پیش می‌بایست چاپ می‌شد، کتابی که با فصاحت و بلاغت و به‌گونه‌ای متخصصانه به مسائلی در طیف وسیع پیرامون اختلال شخصیت مرزی در نوجوانان می‌پردازد. این کتاب برای والدینی که فرزند مبتلا به اختلال شخصیت مرزی دارند و نیز برای متخصصین، مربیان، متخصصین اطفال و روحانیونی که سعی دارند نوجوانان مبتلا به این اختلال جدی و مزمن را شناخته و به آنها کمک کنند، یک اجبار است."

دکتر پری دی. هافمن، رئیس برد سرپرستان، اتحاد آموزش ملی برای
اختلال شخصیت مرزی

"کتابی ضروری برای هر والدی که فرزند مبتلا به اختلال شخصیت مرزی دارد."

رندی کرگر، یکی از نویسندگان کتاب از راه رفتن روی پوست
تخم‌مرغ دست بردار: از سر گرفتن زندگی وقتی کسی که دوستش
داری مبتلا به اختلال شخصیت مرزی است.

"خانواده‌ها و فرزندان مبتلا به اختلال شخصیت مرزی آنها همچنان که برای محقق ساختن زندگی‌ای
کامل با یکدیگر درگیر هستند، این کتاب را راهنمایی بسیار مفید خواهند یافت."

دکتر ماری سی. زانارینی، سرپرست آزمایشگاه مطالعه تحول
بزرگسالی، بیمارستان مک‌لین، و دانشیار روان‌شناسی، مدرسه پزشکی
هاروارد

فهرست مطالب

۹	قدردانی.....
۱۱	مقدمه
۱۳	پیش‌گفتار

قسمت اول: فهم اختلال شخصیت مرزی

۱۹	فصل اول: اختلال شخصیت مرزی چیست؟.....
۳۷	فصل دوم: تشخیص اختلال شخصیت مرزی در نوجوانان.....
۵۹	فصل سوم: تفاوت‌های رفتاری بین نوجوانان مبتلا به اختلال شخصیت مرزی با نوجوانان معمولی.....
۷۷	فصل چهارم: اختلال شخصیت مرزی چگونه شکل می‌گیرد: ژن‌ها، بیولوژی و محیط.....
۹۷	فصل پنجم: افسانه‌ها و باورهای نادرست در مورد اختلال شخصیت مرزی.....
۱۱۳	فصل ششم: وقتی اختلال شخصیت مرزی تنها اختلال روان‌پزشکی فرزندتان نیست.....

قسمت دوم: درمان

۱۲۹	فصل هفتم: توصیه‌هایی در مورد نحوه یافتن درمان.....
۱۴۱	فصل هشتم: رفتاردرمانی دیالکتیک چگونه می‌تواند کمک کند.....
۱۵۹	فصل نهم: سایر رویکردهای مؤثر.....
۱۷۳	فصل دهم: تأثیر دارو بر نوجوانان مبتلا به اختلال شخصیت مرزی.....
۱۸۷	فصل یازدهم: فنون و راهبردها برای والدین نوجوانان مبتلا به اختلال شخصیت مرزی.....

قسمت سوم: امیدی تازه برای زندگی با اختلال شخصیت مرزی

۱۹۹	فصل دوازدهم: نظرات در مورد اختلال شخصیت مرزی.....
۲۱۹	فصل سیزدهم: اختلال شخصیت مرزی و فرزندخواندگی.....
۲۲۷	فصل چهاردهم: اختلال شخصیت مرزی: پیش‌آگهی خوب تشخیص.....

۲۳۷.....	منابع پیشنهادی
۲۴۳.....	منابع
۲۶۱.....	واژه‌نامه انگلیسی به فارسی
۲۶۳.....	واژه‌نامه فارسی به انگلیسی
۲۶۲.....	درباره نویسنده

قدردانی

من نمی‌توانستم این کتاب را بدون حمایت و اطلاعات افراد بسیاری بنویسم. اگر این کتاب برای نوجوانان و خانواده‌هایی که هر روز با تأثیرات اختلال شخصیت مرزی درگیر هستند نوشته نمی‌شد، بی‌معنا بود.

در بیمارستان مک‌لین سینتیا کاپلان، جو گولد و فیل لوندوسکی از درمان اختصاص یافته به نوجوانان مبتلا به اختلال شخصیت مرزی حمایت بسیار کردند و وقتی ما برنامه تری‌ایست را آغاز کردیم همراه‌مان بودند. همچنان که در حال فراهم‌سازی خدمات برای گروه همواره رو به افزایشی از جوانان نیازمند به این خدمات بودیم، میشل هلندر و جانا هیز نیز در حال متعادل‌سازی راهنماها و دستورالعمل‌ها بودند.

جودی میتز، جیلیان گالن، بن بنیستر، پگ پولومسکی و لیزا آدامز رهبری فراهم‌سازی خدمات در زنجیره ما را به عهده گرفته‌اند. همکاران روان‌پزشک من منا پوتر، جولی وندرفین، سوفیا موراس و زیمناسنچز رویکرد پزشکی را به رفتاردرمانی دیالکتیک افزوده‌اند. سارا هونت همچنان به شکلی خستگی‌ناپذیر برای ارتباط با دنیای بیرون کار می‌کند تا مطمئن شود که به این نوجوانان به‌طور مداوم کمک می‌شود.

جان گوندرسون در این زمینه سال‌ها دانش و نظارت را فراهم ساخته است. ماری زانارینی، رندی اورباخ، جوانا چانگو و سینتیا کاپلان اقدامات پژوهشی بسیاری را سرپرستی کردند که همچنان ادامه دارند. هدف این اقدامات تعریف بهتری از ماهیت اختلال شخصیت مرزی در نوجوانان، روند آن و تأثیر درمان است.

مارشا لینهان به درستی بر نقش توجه‌آگاهی در درمان اختلال شخصیت مرزی تأکید کرده و به تغییر روند، پیش‌آگهی و بحث در مورد اختلال شخصیت مرزی کمک کرده است. پری هافمن از طریق "مؤسسه اتحاد ملی آموزش در مورد اختلال شخصیت مرزی" به آموزش افراد سراسر جهان در مورد اختلال شخصیت مرزی ادامه می‌دهد.

درنهایت، مطمئن هستم که ویراستار فوق‌العاده من کارا کونورز می‌تواند ذهنم را بخواند، همان‌طور که توانایی عجیبی در تبدیل خلاصه‌وار انگلیسی نامفهوم من به زبانی خوانا و محسوس دارد. بدون او ما هرگز نمی‌توانستیم به موقع کار را تحویل دهیم! از تو ممنونم!

مقدمه

تجربه حس پردشدگی مداوم ناراحت کننده است. تجربه این حالات در دوران نوجوانی بر شدت آن می افزاید. چنین شرایطی برای نوجوان در زمانی که نیازمند آرامش و ثبات روانی برای پیشرفت و موفقیت است، بسیار توانکاه است. حس پردشدگی بخشی از درد و رنجی است که فرد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی آن را تجربه می کند. مشکلات هیجانی، رفتارهای تکانشگرانه و آسیب به خود، احساس مزمن پوچی، نقص در روابط بین فردی و عاطفی بخشی از علایمی است که فرد مبتلا با آن دست و پنجه نرم می کند.

از طرفی دوران نوجوانی در رشد و تحول شخصی نقش تعیین کننده ای دارد. متخصصان حوزه کودک و نوجوان معتقد هستند که نوجوانی به صورت طبیعی با چالش های زیادی همراه است. اغلب نوجوانان در فرایند رشد شخصی با مشکلات جدی روبرو می شوند. تصور کنید نوجوانی را که به صفات و ویژگی های شخصیتی مرزی مبتلا باشد. مدیریت چالش های دوران نوجوانی برای چنین فردی بسیار دشوار خواهد بود.

نویسنده سعی کرده است تا کتاب «اختلال شخصیت مرزی در نوجوانان» راهنمایی برای کمک به نوجوانانی باشد که مشکلات صفات شخصیت مرزی آنها را رنج می دهد. متخصصان، والدین و افراد جوان مبتلا به اختلال شخصیت مرزی مخاطب این کتاب ارزشمند هستند. این کتاب جزو معدود منابعی است که ما در این حوزه در اختیار داریم. از طرفی گروهی را هدف قرار داده است که ما آنها را افراد در معرض اختلال شخصیت مرزی معرفی می کنیم. نوجوانانی که صفات و ویژگی های شخصیت مرزی را دارا هستند و احتمالاً ابتلای آنها در آینده به این اختلال بالاست. از طرف دیگر به لزوم و اهمیت توجه به این اختلال و تشخیص گذاری آن در دوران نوجوانی تأکید خاصی شده است. نکته ای که ممکن است به خاطر محدودیت های سنی و قانونی درمان این اختلال را به تأخیر بیندازد. در واقع نویسنده تأکید دارد که در صورت دارا بودن ملاک ها باید تشخیص گذاشته شود و صرف تمام نشدن دوران نوجوانی نباید مانع این موضوع شود. همچنین راهکارهایی که در این کتاب معرفی شده است می تواند برای والدین درگیر با این نوجوانان بسیار مؤثر باشد.

اطلاعات مفیدی درباره اختلال شخصیت مرزی به زبان ساده در این کتاب معرفی شده است.

ماهیت خودیاری این کتاب به والدین کمک می‌کند تا درک روشنی از اختلال شخصیت مرزی داشته باشند. اطلاعات علمی در زمینه آسیب‌شناسی و عوامل تأثیرگذار در بروز این اختلال به زبانی قابل فهم برای والدین ارائه شده است. بسیاری از نگرانی‌های والدین به خوبی در این کتاب پاسخ داده شده است. همچنین بخش مهمی از کتاب به ارائه راهکارهای عملی برای درمان مشکلات مرتبط با اختلال شخصیت مرزی اختصاص دارد. یکی از مسائلی که در ارتباط با مشکلات شخصیتی با آن روبرو می‌شویم، عدم استقبال فرد مبتلا از درمان و پیگیری روند درمانی است. در بخش دوم از این کتاب راهکارهای مؤثری برای ترغیب نوجوانان به درمان ارائه شده است. درمان‌های مؤثر و تأیید شده برای اختلال شخصیت مرزی معرفی شده است و اطلاعات سودمندی دربارهٔ درمان دارویی این اختلال ارائه شده است. در آخر نیز چالش‌های پیش رو در درمان اختلال شخصیت مرزی ارائه شده است.

مطالعهٔ این کتاب را به همهٔ متخصصین حوزهٔ اختلال‌های شخصیت و والدین افراد مبتلا به اختلال (صفات) شخصیت مرزی توصیه می‌کنم. تا جایی که من اطلاع دارم، این کتاب جزو اولین منابع موجود در این حوزه است. با توجه به جمعیت جوان کشور و چالش‌هایی که در درمان افراد جوان و نوجوانان در این حوزه پیش رو داریم، این کتاب می‌تواند کمک بسیار مؤثری در این زمینه باشد. مترجم نیز سعی کرده است تا در حد امکان متن به زبانی ساده و روان به دست مخاطب برسد. برای همهٔ کسانی که به فکر درد و رنج افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی هستند آرزوی موفقیت دارم و امیدوارم این کتاب در این مسیر راهگشا باشد.

دکتر ابوالفضل محمدی

استادیار گروه روان‌پزشکی دانشگاه علوم پزشکی تهران

آذرماه ۱۳۹۸

پیش گفتار

من و همکارانم با نوجوانی مصاحبه می‌کردیم که به همراه خانواده‌اش در جستجوی درمان در بیمارستان مک‌لین، در بلمونت، ماساچوست، بودند، جایی که من در آن کار می‌کنم. او برای درمان مشکلات خلقی و اختلال دوقطبی به ما ارجاع داده شده بود، هرچند که تمام علائم رایج اختلال شخصیت مرزی را داشت. علائمی از قبیل: ترس از طرد و پوچی، خودآسیب‌رسانی، ایده‌آل کردن و بلافاصله تحقیر نامزدش، افکار خودکشی، نوسانات خلق و واکنشی و تکانشگری.

والدینش از این متعجب بودند که چرا دخترشان علی‌رغم اینکه تحت درمان با داروهای بسیاری بوده، بهتر نشده است. ما علائم او را مرور کرده و به آنها اعلام کردیم که او ملاک‌های اختلال شخصیت مرزی را دارد نه اختلال دوقطبی. پدرش، که روان‌پزشک برجسته‌ای بود که با بیماران بزرگسال کار می‌کرد، بسیار ناراحت شد و درخواست کرد جلسه بدون حضور دخترش باشد.

وقتی دخترش اتاق را ترک کرد گفت: "چطور می‌توانید تشخیص اختلال شخصیت مرزی را برای یک کودک بگذارید؟ گذاشتن این تشخیص به معنای سال‌ها استیصال و درماندگی برای او و ماست. شما فراموش کرده‌اید که من یک روان‌پزشکم. من مرزی‌ها را می‌شناسم. آنها غیرقابل تحمل هستند!"

سال‌ها پیش ممکن بود با این پدر موافق باشم. سال‌ها پیش، من خودم به‌طور مستقیم شاهد رنج کشیدن ویران‌کننده یکی از دوستان صمیمی‌ام بودم که با این اختلال دست و پنجه نرم می‌کرد. در آن زمان من دانشجوی پزشکی بودم، با این حال سعی می‌کردم چاره‌ای برای او بیابم. اما برای فهم و درمان این اختلال مطالب بسیار کمی وجود داشت. دوستم از تلاش خود هیچ آرامشی نیافت و امیدی برای بهتر شدن نداشت. مانند بسیاری از افرادی که با مبتلایان به این اختلال ارتباط دارند، من متوجه شدم که نمی‌توانم رابطه‌مان را حفظ کنم. بنابراین رابطه ما نتوانست ادامه پیدا کند. اما رنج شدید او تأثیر بلندمدتی گذاشت. علی‌رغم ناتوانی من برای کمک به او - یا شاید هم دقیقاً به همین دلیل - علاقه شدیدی به این اختلال پیدا کردم. اختلالی دشوار که به‌خوبی شناخته نشده است.

یک دهه و نیم بعد، در مه سال ۲۰۰۰، من به پرسنل بیمارستان مک‌لین، بزرگ‌ترین بیمارستان روان‌پزشکی مربوط به مدرسه پزشکی هاروارد، ملحق شدم تا در بخش سی تخت خوابی روان‌پزشکی

مسکونی نوجوانان کار کنم. به زودی متوجه شدم که در گذاشتن تشخیص اختلال شخصیت مرزی در نوجوانان اکراه بزرگی وجود دارد. دلیل این نگرانی این است که با تشخیص گذاشتن اختلال شخصیت مرزی برای نوجوانان برچسب یکی از وحشتناک‌ترین، ننگ‌آورترین و سخت‌ترین اختلالات روان‌پزشکی برای درمان زده می‌شود. آنچه اوضاع را وخیم‌تر می‌کند این است که از بین تمام شرایط روان‌پزشکی، اختلال شخصیت مرزی بالاترین نرخ خودکشی را دارا است، با توجه به اینکه ۹۰ درصد این بیماران اقدام به خودکشی و ۱۰ درصد آنها خودکشی کامل می‌کنند.

من از همان ابتدا نسبت به تشخیص‌گذاری این اختلال در نوجوانان، بی‌توجه به اکراه اولیه برخی از همکاران، اجباری اخلاقی حس کردم. آن هم زمانی که این تشخیص واقعاً متناسب بود. برخلاف احتیاطی که در گذاشتن تشخیص اختلال شخصیت مرزی داشتم، متوجه شدم که تا حد زیادی نه بیماران و نه والدین از تشخیص طفره نمی‌رفتند. برچسب اختلال شخصیت مرزی مشکل متخصصین بود، نه بیماران. در واقع، هرچه والدین بیشتر در مورد اختلال شخصیت مرزی در بزرگسالان مطالعه می‌کردند، به نظر می‌رسید که این تصویر بالینی بیشتر با فرزندشان مطابقت دارد. والدین ناامید بودند، هرچند که اطلاعات بسیار کمی در مورد این اختلال در نوجوانان وجود داشت. آنها اغلب درخواست منبعی برای مطالعه در مورد اختلال شخصیت مرزی در نوجوانان داشتند.

متأسفانه پیشینه بسیار کمی وجود داشت، علی‌رغم اینکه بسیاری از نوجوانانی که به بیمارستان‌های روان‌پزشکی مانند مک‌لین مراجعه می‌کنند، اختلال شخصیت مرزی یا صفات آن را دارند. به‌علاوه، من بابت این موضوع ناامید بودم که به نظر نمی‌رسید تلاش‌های اولیه ما برای درمان این نوجوانان از استیصال آنها بکاهد.

هیچ میزانی از دارو یا صحبت‌درمانی به نظر کمک‌کننده نمی‌آمد. اما کمی بعد از رفتن من به مک‌لین، متخصصین ما شروع به کار کردن با درمانی کردند که رفتاردرمانی دیالکتیک نام دارد و گاهی اوقات با این درمان برخی از این نوجوانانی که به میزان زیادی خودتخریبی داشتند، این رفتار خود را به‌طرز قابل‌توجهی کاهش دادند.

چند سالی طول کشید تا رفتاردرمانی دیالکتیک را درک کنم و آن را بپذیرم، اما بعد از مشاهده نتایج آن آموزش گسترده‌ای در مورد این درمان دیدم. رفتاردرمانی دیالکتیک، درمانی قوی و جامع است که به بیماران، خانواده‌ها و درمانگرانی که با اختلال شخصیت مرزی هیجانی شدید و نوجوانانی که خودآسیب‌رسانی و خودکشی می‌کنند، کمک می‌کند. در سپتامبر سال ۲۰۰۷، من و همکارانم، میشل هلندر، جانا هیز و سیتیا کاپلان، بخشی را تأسیس کردیم که به درمان نوجوانان دختر و زنان جوان مبتلا به اختلال شخصیت مرزی اختصاص یافت. مدل درمانی‌ای که استفاده می‌کردیم، رفتاردرمانی دیالکتیک بود.

درمانی جدید، آگاهی جدید برای اختلالی کمتر شناخته شده و در عین حال شایع

توضیح استفاده از لیتیوم برای اختلال دوقطبی و یا پروزاک برای افسردگی، همیشه مسئله شفافیتی بوده است، به این دلیل که در مورد این اختلالات سال‌ها صحبت شده و مطالب بسیار نوشته شده است. اما تبیین استفاده از رفتاردرمانی دیالکتیک برای اختلال شخصیت مرزی بسیار دشوارتر است. وقتی ما در مورد این اختلال و درمان آن صحبت می‌کنیم، بسیاری از بیماران و والدین در مورد اختلال شخصیت مرزی چیزی نشنیده‌اند، تا برسد به رفتاردرمانی دیالکتیک. رفتاردرمانی دیالکتیک درمانی فوق‌العاده است و بعد از سال‌ها نویدبخش بودن آن در حال محقق شدن است، آن هم با توجه به تعداد رو به افزایش متخصصینی که در حال آموزش دیدن آن برای کار بالینی خود هستند.

از اولین ویراست این کتاب در سال ۲۰۰۷، ما مطالب بسیار زیادی در مورد اختلال شخصیت مرزی در نوجوانان آموخته‌ایم و تشخیص‌گذاری این اختلال برای متخصصین به میزان زیادی رواج داشته است. امروزه، نه تنها در حال به‌کارگیری رفتاردرمانی دیالکتیک هستیم، بلکه پژوهش‌هایی نیز در ارتباط با بهترین کار بالینی و نتایج انجام می‌دهیم. این کتاب بازتابی است از گذشته به حال؛ مجموعه‌ای است از داستان‌های زندگی خودِ نوجوانان؛ تمرکزی است بر آنچه که در مورد اختلال شخصیت مرزی و درمان آن می‌دانیم و راهنمایی است برای والدین و بیماران که به آنها ایده‌ها و راهکارهای ساده‌ای که در حال حاضر عملی باشند ارائه می‌دهد.

امیدوارم که والدین و نوجوانان با این کتاب درک جامع‌تری از اختلال شخصیت مرزی داشته باشند. این اختلال در جامعه روان‌پزشکی بزرگسال به‌طور گسترده شناخته شده است، اما در نوجوانان با اکراه به رسمیت شناخته شده (البته شناخت در مورد این اختلال در نوجوانان رو به افزایش است) بر خلاف شواهدی که نشان می‌دهند این اختلال ریشه‌های عمیقی در دوران کودکی و نوجوانی دارد. تشخیص صحیح درمان را هدایت می‌کند، به همین دلیل من امیدوارم که درمانگران نیز در صفحات این کتاب گزارشاتی را ببینند که با تجربه بالینی خودشان مشابهت دارند. فراتر از این، امیدوارم که درمانگران نسبت به چالش کار کردن با این افراد جوان متعهد باشند.

دختر جوانی که به مدت چند سال تحت درمان با من بود، به‌تازگی با والدین خود دعوا کرده، عصبانی شده بود و رفتار خودتخریبی داشت. او از مهارت تنظیم هیجان جدید خود، راهبردی مقابله‌ای که بعدها در این کتاب در مورد آن صحبت می‌کنم، برای سریع آرام کردن خود استفاده کرده بود. او در جلسه بعدی از من پرسید چرا می‌خواهم نه تنها با یک نفر بلکه با گروهی از نوجوانانی که نیازمند، پرتوقع و به‌صورت بالقوه مرگبار هستند، درست مثل خودش!، کار کنم؟ پاسخ این سؤال پیچیده است. بخشی از آن به یادآوری رنج دوستم مربوط می‌شود و بخشی از آن به این خاطر است که من این نوجوانان را دارای بینش، همدل، مراقب و بیشتر اوقات جالب می‌بینم. همچنین، از آنجا که این

نوجوانان نمی‌توانند استیصال خود را تحمل کنند، بسیاری از آنها صادقانه به درمان خود و به ایجاد زندگی‌ای ارزشمند متعهد هستند. اما بیشتر از همه بینش جدید در مورد اختلال شخصیت مرزی و موفقیت رفتاردرمانی دیالکتیک پیامدهای این وضعیت را بیش از هر زمان دیگری نوید بخش کرده است.

به خاطر دارم که وقتی برای اولین بار کار با افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی را شروع کردم، اغلب احساس ناامیدی و شکست می‌کردم، همان‌طور که در مورد دوستم این احساسات را داشتم. اما بعد از سال‌ها کار کردن متوجه شدم که مسئله احساس من نیست. این احساس نامتناسب و درماندگی من که برای چند ساعت یا کمی بیشتر طول می‌کشد در مقابل سال‌ها احساس رنج و پوچی که بیماران مبتلا به اختلال شخصیت مرزی من داشته‌اند، رنگ می‌بازد.

توانایی شناخت خشم و غیظ، ناامیدی، و خودکشی آنها، که اغلب بازتاب احساس بیگانگی و تنهایی آنها است و گفتن: "بله، من می‌فهمم. می‌توانم این شرایط را مدیریت کنم،" به نوجوانان مبتلا به اختلال شخصیت مرزی کمک می‌کند تا احساس کنند که درک می‌شوند و اینکه می‌توان درمان را شروع کرد. این امر نیز مرا وادار می‌سازد تا بتوانم در کار کمک کردن به این نوجوانان برای اینکه زندگی‌ای ارزشمند داشته باشند، ثابت‌قدم بمانم. به‌علاوه، دیدن اینکه این نوجوانان چنین زندگی‌ای دارند، دلیلی کافی برای ادامه این تلاش است.

قسمت اول

فهم اختلال شخصیت مرزی

فصل اول

اختلال شخصیت مرزی چیست؟

تشخیص‌های روان‌پزشکی به مدهای فرهنگی می‌مانند که مدام در آمد و رفت هستند. برای مثال زمانی در روان‌پزشکی کودک و نوجوان، همه کودکان اختلال استرس پس از سانحه داشتند، بعد از مدتی همه دوقطبی بودند و بعد از آن همه مبتلا به نشانگان اسپرگر تشخیص داده می‌شدند. به طور قطع اختلال مهم بعدی نیز خواهد آمد و خواهد رفت.

بخشی از درک این شرایط به‌عنوان مد فرهنگی، ریشه در مشکلات مربوط به تشخیص اختلالات روان‌پزشکی و نیز نبود کلی ابزارها و فرآیندهای تشخیصی دقیق دارد. بدون چنین ابزارهایی ممکن است هر رفتاری توسط افرادی که به دنبال یک تشخیص خاص هستند "برچسب‌گذاری شود". برای مثال بی‌قراری همراه با خشم ممکن است بخشی از اختلال دوقطبی، یا یکی از علائم اختلال استرس پس از سانحه یا واکنشی در اختلال شخصیت مرزی باشد. پیچیدگی مغز و کارکردهای آن باعث می‌شود که نتوان به همان‌سادگی که بیماری‌های سایر اندام‌ها تشخیص داده می‌شوند، به کارکردها و اختلالات مغز پی برد. برای مثال عکس‌برداری با اشعه X می‌تواند شکستگی پا را تأیید کند؛ با آزمایش خون می‌توان در مورد دیابت مطمئن شد و یا دستگاه فشار خون می‌تواند فشار خون بالا را نشان دهد. علی‌رغم وجود وسایل تصویربرداری قوی و درک بهتر ژن‌ها و کارکردهای عصبی، برای تشخیص‌گذاری اکثر اختلالات روان‌پزشکی بر اساس چیزی بیشتر از مشاهده رفتار و کارکردهای آن، راه درازی در پیش داریم.

بر این اساس در مورد اختلال شخصیت مرزی و به خصوص در ارتباط با نوجوانان، به شکل اساسی نکته‌ای گمراه‌کننده وجود دارد. به نظر می‌رسد این اختلال با بسیاری از رفتارها که در دوران نوجوانی طبیعی هستند، و نیز با برخی اختلالات مانند اختلال استرس پس از سانحه، اختلال دوقطبی، اختلالات خلقی و اضطرابی، اختلال نقص توجه و اختلال نقص توجه بیش‌فعالی به میزان زیادی همپوشانی دارد.

نوجوانان مبتلا به اختلال شخصیت مرزی نقایص اجتماعی اتیسم، ظاهر پریشان ناشی از افسردگی شدید، افکار آشفته روان‌پریشی، خودبزرگ‌بینی اختلال مانیا، یا ولع اعتیاد را ندارند. با تمام اینها رنج آنها کاملاً واقعی است و زخم‌های روی بازوهایشان گواه زندگی آشفته و درد درونی آنها است.

اختلال شخصیت مرزی شامل همه این حالت‌ها و شرایط می‌شود، در عین حال که هیچ کدامشان هم نیست. در واقع نشستن کنار یک نوجوان دارای اختلال شخصیت مرزی شبیه نشستن کنار هیچ گروه دیگری از کودکان نیست. بودن در کنار نوجوان دارای این اختلال با بودن در کنار فردی دچار اختلال اتیسم یا نشانگان داون تفاوت دارد.

اما فهمیدن آنچه باعث این تمایز می‌شود در بهترین حالت، بسیار دشوار است. نوجوانان مبتلا به اختلال شخصیت مرزی نقایص اجتماعی اتیسم، ظاهر پریشان ناشی از افسردگی شدید، افکار آشفته روان‌پریشی، خودبزرگ‌بینی اختلال مانیا، یا ولع اعتیاد را ندارند. با تمام اینها رنج آنها کاملاً واقعی است و زخم‌های روی بازوهایشان گواه زندگی آشفته و درد درونی آنها است. این نوجوانان وقتی احساس می‌کنند که درک شده‌اند آسوده خاطر می‌شوند و به طرز عمیق و با بینش از درگیری‌ها و تمایلات خود صحبت می‌کنند. اما هر گاه احساس تهدید، ناشناخته بودن و یا طرد شدن کنند، ساکت شده و آن‌چنان احساس خشم و غضب می‌کنند که گویا بینششان چیزی جز توهم نبوده است.

البته تعداد نوجوانان دارای اختلال شخصیت مرزی کم نیست. بر اساس تحقیقات، بین ۲ تا ۶ درصد جمعیت عمومی از اختلال شخصیت مرزی رنج می‌برند. این میزان برابر با حدود ۶ تا ۱۸ میلیون آمریکایی است. این اختلال نه تنها افراد مبتلا، بلکه اعضای خانواده و دوستان نزدیک آنها را نیز تحت تأثیر قرار می‌دهد.

بر اساس انجمن روان‌پزشکی آمریکا و آمارهای سازمان سلامت جهانی، ۱۰ درصد بیماران سرپایی بخش سلامت روان و ۲۰ درصد بیماران روان‌پزشکی بستری، دچار این اختلال هستند. از بین افرادی که این تشخیص را گرفته‌اند، ۷۵ درصد زن هستند، هرچند اطلاعات اخیر نشان می‌دهد که مردان نیز ممکن است در این اختلال، نرخ ابتلای مشابه زنان داشته باشند.

اختلال شخصیت مرزی و خودکشی

چالش‌های درمانی زیادی در مورد این اختلال وجود دارند، زیرا علی‌رغم اینکه درمان‌های مبتنی بر شواهد زیادی، مانند رفتاردرمانی دیالکتیک، برای این اختلال وجود دارند، اما افراد کمی با این درمان‌ها بهبود یافته‌اند. به‌علاوه حدود ۸۰ درصد افرادی که دچار اختلال شخصیت مرزی هستند ملاک‌های تشخیصی یک اختلال روانی دیگر را نیز دارند. همچنین تأثیرات سلامت فیزیکی نیز وجود دارند؛

برای مثال یک زن سی ساله مبتلا به اختلال شخصیت مرزی به دلیل تأثیرات سیگار کشیدن، تغییرات متابولیکی و وزنی مربوط به عوارض جانبی داروها و خودمراقبتی ضعیف به طور معمول نیمرخ پزشکی یک زن شصت ساله را دارد. برای ۳۸ درصد بزرگسالان مبتلا به اختلال شخصیت مرزی سه یا بیش از سه دارو تجویز می شود و بیشتر افراد جوانی که به بخش ما ارجاع داده می شوند بیش از سه دارو دریافت می کنند. همچنین ۳۸ درصد افراد مبتلا به این اختلال، اختلالات سوءمصرف یا وابستگی به مواد دارند.

اختلال شخصیت مرزی همچنین تأثیرات اجتماعی و اقتصادی قابل ملاحظه ای دارد. برای مثال بالغ بر ۴۰ درصد کسانی که به طور مداوم از خدمات سلامت روان استفاده می کنند، مبتلا به اختلال شخصیت مرزی هستند، و بیش از ۵۰ درصد کسانی که این اختلال را دارند دچار مشکلات جدی در اشتغال هستند. در نهایت، این اختلال ۱۷ درصد از جمعیت زندانیان را درگیر کرده است. علی رغم همه این آمارها، بزرگ ترین تراژدی در مورد این اختلال این است که بالغ بر ۹۰ درصد افراد مبتلا به این اختلال اقدام به خودکشی و بیش از ۱۰ درصد خودکشی می کنند. آمار دقیقی در مورد اقدامات و نرخ خودکشی در نوجوانان در دست نیست، این در حالی است که این اطلاعات به شدت ضروری هستند. در بخش ما که گنجایش چهارده دختر و زن جوان را دارد، بیش از ۹۵ درصد افراد جوان مراجعه کننده یک یا بیش از یک بار اقدام به خودکشی کرده یا به آن فکر کرده اند. فکر به خودکشی در افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی موضوعی به طور عمده جهانی است و این یافته به خوبی ثابت شده است. بسیاری از افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی، دلایلی که به خاطر آن می خواهند بمیرند را درماندگی و درد ناشی از ابتلا به این اختلال و نیز تنهایی و ترس مداوم از طرد، می دانند.

ویژگی های اختلال شخصیت مرزی

اختلال شخصیت مرزی در نوجوانان به طور معمول با دشواری هایی در پنج زمینه همراه است. در فصل های بعدی به نمونه هایی از افرادی که درگیر این مشکلات بوده اند، اشاره خواهم کرد. همچنین مثال هایی از آنچه پژوهش ها پیشنهاد می دهند و نیز مهارت هایی را که به رفع این مشکلات کمک می کنند، مورد بحث قرار داده و به تشریح این پنج زمینه می پردازم.

۱. نوجوانان مبتلا به اختلال شخصیت مرزی به طور معمول اختلال تنظیم رفتار یا دشواری در کنترل رفتار خود دارند. نگران کننده ترین رفتار در مورد افراد دچار این اختلال، رفتار و افکار مربوط به خودکشی است.

حقایق در مورد خودکشی در نوجوانان

<p>کرده‌اند. از آنجایی که یک‌سوم نوجوانانی که در مورد خودکشی خیال‌پردازی داشته‌اند به آن اقدام خواهند کرد، و نیز با توجه به اینکه خیال‌پردازی در مورد خودکشی و اقدام به آن به میزان بسیار زیادی با اقدامات آینده برای خودکشی کامل همبستگی دارند، ضروری است که این رفتار در درمان به طور جدی مورد توجه قرار گیرد. لازم است متخصصان بالینی و والدین بدانند که یک تشخیص روان‌پزشکی، قوی‌ترین عامل خطرپذیری برای خیال‌پردازی به خودکشی و اقدام به آن است. بالغ بر ۹۰ درصد نوجوانانی که اقدام به خیال‌پردازی در مورد خودکشی می‌کنند یک اختلال روان‌پزشکی دارند. این اختلالات ممکن است شامل اختلال شخصیت مرزی و همین‌طور اختلال دوقطبی، اختلالات اضطرابی و اختلال مصرف مواد باشند.</p>	<p>براساس آمار موسسه ملی سلامت روان، در سال ۲۰۱۲ خودکشی چهارمین عامل عمده مرگ کودکان پنج تا چهارده‌ساله و سومین دلیل عمده مرگ جوانان پانزده تا بیست‌وچهارساله بوده است. خوشبختانه خودکشی کامل در کودکان و نوجوانان نسبت به جوانان رواج کمتری دارد. نرخ بروز سالانه خودکشی در نوجوانان برابر با ۷.۵۳ در ۱۰۰۰۰۰ نفر در مقایسه با ۱۳.۹۲ در ۱۰۰۰۰۰ نفر برای بزرگسالان بیست تا بیست‌ونهمساله و ۱۶.۶۹ در ۱۰۰۰۰۰ نفر برای بزرگسالان چهل تا چهل‌ونهمساله است. برخلاف خودکشی کامل، خیال‌پردازی در مورد خودکشی - که همان‌فکر به خودکشی است - و اقدام به خودکشی، در جوانان به نسبت شایع است. در جمعیت عمومی حدود بیست درصد نوجوانان پانزده تا نوزده‌ساله در یک دوره دوازده ماهه، فکر کردن به خودکشی و حدود ده درصد حداقل یک اقدام به خودکشی را گزارش</p>
--	---

نوجوانان مبتلا به این اختلال اغلب به خود آسیب می‌رسانند (به‌طور معمول به شکل بریدن جایی از بدن خود) و رایج‌ترین دلیلی که به خاطر آن این کار را انجام می‌دهند، این است که سعی دارند هیجانات شدیدشان را تنظیم کنند. سایر رفتارهای خودآسیب‌رسان عبارتند از: سوزاندن، داغ کردن، کندن زخم‌ها، شکافتن، کوبیدن سر، و مشت کوبیدن به دیوار.

گفته می‌شود که ترشح افیون‌های طبیعی مغز ممکن است باعث ایجاد سرخوشی موقت شود و در حال حاضر پژوهش‌هایی در حال بررسی صحت این مدعا هستند. بیشتر اوقات از من سؤال می‌شود که آیا خود آسیب‌رسانی مانند اقدام به خودکشی است؟ پاسخ این سؤال به‌طور تقریبی همیشه خیر است. مهم است که بین این دو تمایز قائل شد و آن را روشن ساخت، زیرا والدین اغلب نگران این موضوع هستند که فرزندشان تا چه حد ممکن است اقدام به خودکشی کند.

رابطه بین خودکشی عودکننده و رفتار خودآسیب‌رسان

هرچند خودکشی مانند رفتارهای خودآسیب‌رسان نیست، اما در طول این کتاب، من اغلب این دو رفتار را باهم و در کنار هم خاطر نشان می‌کنم. پژوهش‌ها نشان می‌دهند که افرادی که خودآسیب‌رسانی دارند به میزان حدوداً سی برابر بیشتر نسبت به جمعیت عمومی در معرض خطر خودکشی کردن قرار دارند. در اصل این خطر در زنانی که خودآسیب‌رسانی می‌کنند نسبت به مردانی که این کار را انجام می‌دهند، بیشتر است و نرخ خودکشی‌ها در شش ماهه اول بعد از اولین دوره خودآسیب‌رسانی در بالاترین میزان قرار دارد. بنابراین هرچند خودآسیب‌رسانی و خودکشی رفتارهای متفاوتی با اهداف مختلف هستند، به میزان زیادی با هم ارتباط دارند. در مطالعات پژوهشی، بریدن خود، رفتاری خودآسیب‌رسان تلقی می‌شود که به قصد خودکشی انجام نمی‌شود. مطالعات نشان می‌دهند که هرچند افراد زیادی که اختلال شخصیت مرزی دارند، به خودآسیب می‌رسانند، اما افراد زیادی نیز وجود دارند که علی‌رغم داشتن این اختلال این رفتار را ندارند. افرادی نیز هستند که رفتارهای خودآسیب‌رسانی دارند که به قصد خودکشی انجام نمی‌شوند، اما اختلال شخصیت ندارند، در عوض از افسردگی، اضطراب، تمایل به خودکشی و کارکرد ضعیف اجتماعی رنج می‌برند.

تکانشگری مشکل رفتاری دیگری است که والدین به‌طور معمول آن را به این شکل توصیف می‌کنند: به نظر می‌رسد نوجوان "بدون فکر کردن رفتار می‌کند". ما تکانشگری را این‌گونه می‌شناسیم: سریع رفتار کردن بدون در نظر گرفتن عواقب رفتار خود و یا حتی بدون در نظر گرفتن پیامدهای بالقوه آن. رفتارهای تکانشی اغلب همراه با هیجانات قوی اتفاق می‌افتند و شامل فرار از مدرسه، رانندگی پر خطر، درگیر شدن در روابط جنسی خطرناک و سوء مصرف مواد می‌شوند. هرچند تکانشگری همیشه خطرناک نیست، اما ممکن است به شرایطی منجر شود که سلامت بلند مدت را به‌طور جدی به مخاطره بیندازد.

۲. نوجوانان مبتلا به اختلال شخصیت مرزی به‌طور معمول از مشکلاتی در روابط بین فردی خود که گاه با ترس زیاد از طرد شدن همراه است، رنج می‌برند. درحالی‌که خودشان به‌طرز عمیقی با این ترس دست به‌گریبان هستند، این هراس‌ها می‌توانند منجر به روابط آشفته به‌خصوص با افراد نزدیک شود.

ترس از طرد ممکن است توسط چیزی مانند رد یک درخواست کوچک راه‌اندازی شود، برای مثال اینکه یک دوست برنامه شام را لغو کند یا درمانگر چند دقیقه دیر به جلسه بیاید. ترس از طرد ممکن

است به عصبانیت منجر شود، چراکه نوجوان احساس می‌کند مورد بی‌توجهی یا بی‌مهری قرار گرفته است. برای دیگران این خشم و غضب با شرایط حاضر نامتناسب به نظر می‌آید، اما برای نوجوان رنج و ترس بعد از آن غیرقابل تحمل است.

وقتی نوجوان احساس طرد شدن می‌کند ممکن است به رفتارهای اطمینان‌جویانه روی بیاورد، رفتارهایی که باعث شود دیگران به آنها این اطمینان را بدهند که طرد نشده‌اند. نمونه‌ای از این گونه رفتارها این است که به نامزد خود چندین بار پیام دهد یا با او تماس بگیرد تا جایی که حتی ممکن است احتمال رنجش او وجود داشته باشد. گاهی اوقات رفتارهای اطمینان‌جویانه ممکن است منجر به نابودی رابطه و افزایش ترس از طرد نوجوان شود. علاوه بر این، نوجوانان مبتلا به این اختلال در روابط خود به‌خصوص روابط با والدین و دوستان نزدیک بی‌ثباتی نشان می‌دهند. این بی‌ثباتی خودش را به شکل تغییر حالات فرد از خشم شدید نسبت به افراد مهم زندگی تا آرمانی ساختن آنها و یا برعکس تحقیرشان نشان می‌دهد.

۳. نوجوانان مبتلا به اختلال شخصیت مرزی به‌طور معمول در تنظیم هیجانات خود مشکل دارند و ممکن است به دلیل مشکل در کنترل خشم یا خلق بسیار واکنشی خود، برای درمان ارجاع داده شوند. برای مثال، این نوجوانان ممکن است در یک لحظه بسیار شاد باشند، و بعد بلافاصله گریان یا بی‌قرار شوند، سپس درست با همان سرعت چند لحظه پیش آرام گیرند. خلق بی‌ثبات، به همراه مشکل در کنترل کرانه‌های هیجانی یک مشکل بارز در افراد مبتلا به این اختلال است. خلق ناپایدار برای نوجوانانی که به این اختلال مبتلا نیستند ممکن است طبیعی باشد، اما برای افراد مبتلا به آن، فراز و نشیب‌های هیجانی اغلب توسط ناکامی‌ها و تعارضات بین فردی راه‌اندازی می‌شوند و کرانه‌های خلقی بسیار شدید هستند. درواقع همین شدت خلق است که آنها را از نوسانات خلقی نوجوان معمولی متمایز می‌کند.

نوجوانان مبتلا به این اختلال به ما می‌گویند که هیجانات را با سرعت و شدت بیشتری تجربه می‌کنند و نسبت به نوجوانانی که این اختلال را ندارند، زمان بیشتری طول می‌کشد تا آرام شوند. آنها همچنین می‌دانند که وقتی خلق مساعدی دارند می‌توانند هر کاری را انجام دهند، اما وقتی حالشان خوب نیست تقریباً هیچ کاری نمی‌توانند انجام دهند. این رفتار، رفتار وابسته به خلق نام دارد.

جنبه دیگری از هیجانات شدید همراه با این اختلال، این است که برای خود نوجوانان این‌طور به نظر می‌رسد که گویا همیشه هیجاناتشان را با همان شدت احساس کرده‌اند. در مصاحبه‌ها وقتی می‌گویند احساس درماندگی می‌کنند و ما از آنها می‌پرسیم چند وقت است که این احساس را دارند، می‌گویند حتی نمی‌توانند لحظه‌ای را به خاطر بیاورند که احساس درماندگی نکرده باشند. اینکه از افراد دیگر بخواهیم به این نوجوانان یادآوری کنند که چند دقیقه پیش احساس شادی داشتند یا اینکه به آنها

بگویند این احساس بد برای همیشه دوام ندارد، به نظر کمک‌کننده نمی‌آید و در واقع می‌تواند نگرانی آنها را تداوم ببخشد، به این شکل که احساس کنند چیزی متوجه نمی‌شوند.

۴. نوجوانان مبتلا به این اختلال در کنترل افکار یا شناخت خود مشکل دارند و ممکن است باورهای غیرمنطقی و بدبینانه و تجربه‌های تجزیه‌ای داشته باشند. آنها به‌طور معمول این دوره‌ها را در طول زمان‌هایی که استرس یا هیجانات شدیدی دارند، تجربه می‌کنند. ممکن است معتقد باشند که سایرین عمداً تلاش می‌کنند به آنها آسیب برسانند یا زندگی آنها را تباه کنند.

تجربه‌های تجزیه‌ای ممکن است شامل احساس جداسازی، احساس اینکه بقیه جهان غیرواقعی است یا هیجانات نامرتب با احساسات بدنی باشند. این علائم به‌خصوص در صورتی بروز می‌کنند که نوجوان تجربه مورد سوءاستفاده جنسی قرار گرفتن یا ضربه‌های روانی را در زندگی خود داشته باشد. باور رایج دیگر در میان این افراد این است که کسی آنها را دوست ندارد یا اینکه شیطانی یا نفرت‌انگیز هستند، در صورتی که هیچ شواهدی برای تأیید این باورها وجود ندارد. در کار با نوجوانان دارای این اختلال، این تحریفات شناختی سخت‌ترین قسمت برای درمان است، چرا که نوجوانی که این باورها را دارد کاملاً مطمئن است که آنها درست هستند.

۵. در نهایت، این نوجوانان، در مورد اینکه چه کسی هستند و در مورد "خود" دچار سردرگمی هستند. آنها با هویت، احساسات، قواعد اخلاقی و ارزش‌هایشان درگیر هستند. می‌توانند در اهداف زندگی، علائق، ترجیحات و شریک‌های عاطفی خود تغییرات ناگهانی بدهند. هرچند سردرگمی در مورد خود در نوجوانان رایج است، اما نوجوانان دارای اختلال شخصیت مرزی و خانواده‌هایشان گمان می‌کنند که گاهی اوقات چنان احساس پوچی در مورد خود دارند که از هیجانات و رفتارهای اطرافیان تأثیر می‌پذیرند، گویی هویت‌های سایرین را به خود می‌گیرند.

نوجوانان دارای اختلال شخصیت مرزی همچنین گاهی اوقات احساس‌های عمیق تنهایی، پوچی و ملال را توصیف می‌کنند. این تغییرات ناگهانی می‌تواند منجر به داشتن سابقه تحصیلی نامنظم، آشفتگی در روابط و رفتار سردرگم و غیرقابل‌پیش‌بینی در زندگی نسبت به دیگران شود.

داروها و تشخیص‌های چندگانه

بیماران جوان با طیف وسیعی از علائمی که قبلاً شرح آن داده شد، بارها و بارها برای درمان مراجعه می‌کنند. داستان‌های آنها به‌طور معمول شبیه به هم هستند، از این جهت که تشخیص‌های چندگانه – اغلب یک اختلال خلقی مانند اختلال دوقطبی (که سابق بر این بانام اختلال شیدایی افسردگی شناخته می‌شد)، اختلال استرس پس از سانحه یا اختلال نقص توجه/نقص توجه بیش‌فعالی – می‌گرفتند. آنها اغلب با داروهای روان‌پزشکی چندگانه که یا تأثیر کمی روی رفتارشان داشته‌اند یا هیچ تأثیری نداشته‌اند به بخش ما مراجعه می‌کنند.

تعریف اختلال در تنظیم

در این کتاب من از واژه "اختلال در تنظیم" استفاده می‌کنم. این واژه به معنای ناتوانی یا دشواری در تنظیم یا کنترل رفتار یا هیجانات است.

اختلال در تنظیم هیجان. افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی به‌طور معمول حساسیت هیجانی ویژه‌ای نشان می‌دهند، آنها همه چیز را با سرعت بیشتر و به مدت زمان طولانی‌تری احساس می‌کنند و همچنین زمان بیشتری طول می‌کشد تا به یک خلق آرام‌تر برسند.

اختلال در تنظیم رفتار. افراد مبتلا به این اختلال در تنظیم رفتار خود مشکل دارند و به‌طور معمول رفتارهای تکانشی مخرب و شدیدی نشان می‌دهند - مانند اقدام برای خودآسیب‌رسانی، تهدیدات خودکشی عودکننده، پرخوری یا پرنوشی، مصرف مواد، دوره‌های بی‌بند و باری، قمار بازی و ولخرجی.

اختلال در تنظیم روابط بین فردی. ماندن در روابط برای افراد دچار اختلال شخصیت مرزی به دلیل ترس شدید از طرد و تغییر سریع از ایده‌آل‌سازی فرد تا تحقیر او برای آنها مشکل است. این ویژگی‌ها ممکن است بودن در رابطه را برای طرف مقابل دشوار کند، تا جایی که بعضی اوقات رابطه را قطع می‌کند و آنگاه ترس از طرد برای فرد دچار اختلال شخصیت مرزی واقعی می‌شود.

اختلال در تنظیم شناختی. افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی ممکن است دوره‌هایی از افکار بدبینانه و آشفته نشان دهند تا جایی که امکان دارد ارتباط خود را با دنیا از دست بدهند و دچار حالت تجزیه‌ای شوند - حالتی که در آن افکار، احساسات یا خاطرات از تجربه فعلی یا واقعی جدا می‌شوند. به نظر می‌رسد برای آنها تنظیم فرآیندهای فکری خود به‌خصوص اگر تحت استرس باشند، کار سختی باشد و در این شرایط ممکن است به تفکر کرانه‌ای سیاه و سفید، تفکر همه یا هیچ، به‌خصوص شک داشتن به خود و عدم قطعیت روی بیاورند. ممکن است مدام فکر کنند که مردم آنها را دوست ندارد و این منجر به حس عمیق و ناتوان‌کننده تنفر از خود تبدیل شود.

اختلال در خودتنظیمی. این ناتوانی در داشتن یک مفهوم از خود پایدار در بین افراد دارای این اختلال شایع است. برای نوجوانان غیر معمول نیست که بگویند برداشتی در مورد خود ندارند، احساس پوچی می‌کنند و نمی‌دانند که هستند و چه می‌خواهند. آنها اغلب در بیان مواردی به اطرفیان خود مشکل دارند مثلاً نیازها، احساسات، علائق و چیزهایی که دوست ندارند. همچنین به‌راحتی توسط افکار و اعمال افراد اطرافشان تحت تأثیر قرار می‌گیرند. افراد دچار این اختلال به میزان زیادی درگیر ظاهر بیرونی خود هستند و به‌طور معمول خود و شرایطشان را با دیگران مقایسه می‌کنند.

بسیاری از اختلالات روان‌پزشکی در یک یا بیش از یکی از زمینه‌هایی که در مورد آن صحبت شد خلل ایجاد می‌کنند. اما زمانی که یک فرد در همهٔ پنج زمینه اختلال دارد، این امر به‌خودی‌خود مسئله‌ای مربوط به طبقهٔ تشخیصی است - حتی اگر هیچ دلیل دیگری وجود نداشته باشد، یک نوع درمان نمی‌تواند همهٔ مشکلات پنج حوزه را حل کند - و علاوه بر این رویکرد درمانی جامعی نیاز است. به داستان‌های زیر در مورد والدینی که برای فرزندان خود در جستجوی کمک هستند، توجه کنید.

"دختر من کاترینا دوازده سال دارد و در ماه ژوئن سیزده‌ساله می‌شود. او به مدت پنج سال با هر درمانگری که فکرش را بکنید تحت درمان بوده است. توسط دکترهای بسیار خوبی ارزیابی شده و تحت درمان دارویی قرار گرفته، هر دارویی که بتواند رفتار او را کنترل کند، حتی من فکر می‌کردم برای تحت درمان دارویی بودن بسیار کوچک است، هرچند هدف، درمان بود. به هر حال، هیچ‌کدام از داروها اصلاً تأثیری نداشتند. او کج خلق و به‌طور دائم عصبانی است و نسبت به همسالان، والدین و پدربزرگ و مادربزرگ خود بی‌اعتنا است. به‌تازگی شروع به پرتاب کردن اشیاء به سمت سایرین و معلم خود کرده است. من دیگر عقلم به جایی نمی‌رسد و واقعاً نمی‌دانم چه کاری انجام دهم. هیچ‌کجا نمی‌توانم برنامه‌ها یا افرادی پیدا کنم که از مشکلات او سر در بیاورند. گمان نمی‌کنم اکنون یک درمان سرپایی برای او مناسب باشد. فکر می‌کنم خیلی دیر شده باشد، هرچند سعی می‌کنم مثبت‌نگر باشم. از آینده می‌ترسم."

"دختر چهارده‌سالهٔ من سابقه یک درمان چهارساله به خاطر بیماری روانی را دارد. مشکل او با بریدن بازو و ران‌هایش و صحبت در مورد مرگ شروع شد و سپس نوسان‌های خلقی‌اش بیشتر شدند، به‌خصوص مواقعی که از دوستانش یا از من عصبانی بود. تشخیص‌هایی که سه روان‌پزشک شهر برای او گذاشتند شامل اختلال شخصیت مرزی، اختلال خلقی که به شکل دیگر مشخص نشده و اختلال نقص توجه بیش‌فعالی می‌شدند. سپس او را به یک کلینیک اختلال خلقی در یک دانشگاه بردیم و تشخیص اختلال ادواری خوبی (شرایطی که با دوره‌های تکرارشوندهٔ افسردگی خفیف، و به دنبال آن دوره‌های خلق عادی یا خلق بالا اما خفیف مشخص می‌شود) را گرفت. او همچنان نوسان‌های خلقی تکانشی، پرخاشگرانه، ناپایدار به همراه حس شدید فقدان خودارزشی را دارد. در حال حاضر در بیمارستان روانی مراقبت‌های حاد شهرمان بستری است، جایی که تنها می‌تواند درمان "شبکهٔ امن" را فراهم کند.

"دختری دارم که به مدت سه سال پی‌پی در هفت بیمارستان مختلف بوده است. در حال حاضر تحت مراقبت پناهگاهی است، اما می‌خواهند او را به بیمارستان دیگری بفرستند. او از روان‌پزشکان متعدد تشخیص‌های بسیار و داروهای زیادی گرفته است. دو ماه دیگر هفده‌ساله می‌شود و زمان در حال از دست رفتن است (والدین بسیاری از نوجوانانی که اختلالات روانی

دارند در مورد هجده‌ساله شدن فرزندان خود نگران هستند، زیرا با هجده‌ساله شدن آنها شرایط قانونی‌شان نیز تغییر می‌کند؛ بعد از این سن، قانون آنها را بزرگسال در نظر گرفته و حقوق قانونی بیشتری از جمله حق صرف‌نظر کردن از درمان برایشان قائل است). او مراجع دپارتمان سلامت روان است. ما از روزی که هجده‌ساله شود می‌ترسیم.

درمان جدید امید تازه‌ای به همراه می‌آورد

برای نوجوانان مبتلا به این اختلال، مانند نمونه‌هایی که اینجا در موردشان صحبت شد، امید تازه‌ای وجود دارد. درمانی به نام رفتاردرمانی دیالکتیکی پیش‌آگهی اختلال شخصیت مرزی در نوجوانی را دستخوش تغییر کرده است و نوید این درمان این است که نوجوانان کمتری از آسیب‌های این اختلال در نوجوانی و بعدها در بزرگسالی رنج می‌برند.

هرچند این درمان در اصل برای بزرگسالان مبتلا به اختلال شخصیت مرزی تدوین شد، اما برای نیازهای نوجوانانی که از علائم اولیه این اختلال رنج می‌برند منطبق شده است. برای مثال، به منظور گسترش مهارت‌های درمان به منزل، والدین نیز شامل درمان شده‌اند. همچنین مهارت‌های این درمان به نحوی تغییر داده شده‌اند تا نوجوانان بتوانند از آنها بهره‌مند شوند. نهایتاً درمان با مورد هدف قرار دادن تعارض‌های ارتباطی والد-فرزندی تطبیق داده شده است. رفتاردرمانی دیالکتیکی از چهاربخشی که در ادامه آورده شده‌اند، تشکیل شده است که هر چهار مورد بعدها در این کتاب به تفصیل توضیح داده خواهند شد.

- روان‌درمانی‌های فردی هفتگی
- آموزش مهارت‌های گروهی
- مشاوره تلفنی / تعلیم بیمار
- سیستم حمایتی برای درمانگرانی که بیماران مبتلا به این اختلال را درمان می‌کنند

تشخیص اختلال شخصیت مرزی در نوجوانان

با وجود اینکه چهارمین راهنمای تشخیصی برای اختلالات روانی-انجمن روان‌پزشکی آمریکا- (دستورالعمل منتشر شده که همه اختلالات سلامت روان را شامل می‌شود) تشخیص این اختلال برای نوجوانان را بلا مانع دانسته، گذاشتن این تشخیص برای دوره نوجوانی، بحث‌برانگیز است. چهارمین راهنمای تشخیصی برای اختلالات روانی دستورالعملی است که پزشکان، روان‌پزشکان، روان‌شناسان، درمانگران و مددکاران اجتماعی برای تشخیص بیماری‌های روانی از آن استفاده می‌کنند.

درمانگران برای نگذاشتن تشخیص این اختلال در دوران نوجوانی دو دلیل معمول دارند. اول اینکه