



Edited with the trial version of
Foxit Advanced PDF Editor

To remove this notice, visit:
www.foxitsoftware.com/shopping

Borderline Personality Disorder

M. Samadzadeh M.D
Psychiatrist

ویژگی برجسته این اختلال

- جزر و مد احساسی
- احساس خلاء و پوچی
- روابط پر تلاطم- گسست و پیوستهای مداوم

در رویکردهای مختلف در دسته بندی های متفاوت قرار گرفته است

- سازماندهی شخصیتی بین پسیکوز و نوروز که در روانکاوی بیشتر مطرح می شود/
- اختلال زیستی
- طیف پسیکوز و اسکیزوفرنیا
- طیف اختلالات خلقی
- اختلال کنترل تکانه
- اختلال تجزیه ای

Normal Variation

- شیوه جیوه ای (Mercurial Style): زندگی پرفراز و نشیب، روابط پرشور عاطفی، سرزنده و بجوش، ذهن باز که تجارب خود را به شکل هیجانی و نه منطقی تجزیه و تحلیل میکنند و در صورت برابره نشدن توقعاتشان به سرعت سرخورده و خشمگین می شوند.

دیگر ویژگی های مورد توجه این افراد

- تفکر دوگانه (dichotomous)
- تشنه رابطه
- ایده ال کردن
- ترس دائمی از ترک شدن
- طوفانهای ارتباطی
- احساس بیهودگی و بی ارزشی (من دوست داشتنی نیستم)
- رفتارهای خود آسیب زنی

■ وجوه مشترک با افراد PTSD

- تجربه مکرر رویداد آسیب زا
- ورود تصاویر و خاطرات به شکل غیر قابل پیش بین و به صورت کامل، تکه تکه یا تحریف شده به هوشیاری
- تجربه احساسات نامطلوب بدنی

Four key features

- Nonspecific manifestations of ego weakness

Inability to delay the discharge of impulses and to modulate affects. Difficulty in sublimating powerful drives and using conscience to guide behavior

- Shift toward primary process thinking

tend to regress to psychotic-like thinking

- Specific defensive operation


separating contradictory introjects and affects from one another

- Pathological internalized object relations


cannot integrate libidinal and aggressive aspects of others, which inhibits their ability to truly appreciate the internal experiences of other people

Psychodynamic understanding

- روانکاوان اولیه سه سطح عملکردی برای انسان فرض کردند. روان پریشانه، روان نژندانه و طبیعی. هرکسی که با واقعیت ارتباط قابل قبولی داشته باشد و روان پریش نباشد قابلیت روانکاوی داشت. اما در طول زمان مشخص شد که قضیه به این سادگی ها نیست و برخی از افراد به ظاهر روان نژند در جریان روانکاوی خوب پیش نمی روند




■ مهم ترین فرضیه روانکاوانه درمورد شخصیت مرزی از سوی اتوکرنبرگ ارائه شده است. افراد طبیعی به حسی منسجم از خود و دیگران دست می یابند که به آن ego identity می گویند. این نه تنها موجب هماهنگی شخصیتی می شود بلکه اساسی را برای اعتماد به نفس سالم و احساس هویتی که در طول زمان پایدار است و به زندگی فرد جهت می دهد فراهم می کند. همچنین افراد نرمال یک سیستم بالغانه ارزشی درونی (سوپرایگو) دارند که می توانند با تکیه بر آن مسئولیت فردی خویش را پذیرفته و انتقاد پذیری داشته باشند.




■ افراد مرزی در مرحله جدایی-فردیت ماهر تثبیت شده است. به علت نداشتن تصویری از یک فرد تغذیه کننده و مراقب که به شکلی موفق و تثبیت شده درون گیری شده باشد، آنها قادر به رسیدن به مرحله " ثبات شی" نمی شوند. (از دل برود هر آن که از دیده برفت). ترس آنها از این است که اگر مامان رفت برای همیشه برود و دیگر برنگردد.


■ مشخصه مرحله « ثبات شی» درهم آمیختن جنبه های مثبت و منفی ابژه ها است. هم خود و هم دیگری.



■ چه چیزی باعث نرسیدن این افراد به مرحله " ثبات شی " می شود. برطبق دیدگاه کرنبرگ، افراد مرزی از حجم زیاد پرخاشگری رنج می برند. که یا منشا زیستی و ذاتی دارد و یا به عدم ارضای نیازهای آنها در سالهای اولیه زندگی برمی گردد. به علت خشم زیاد این افراد به " ابژه بد " این ابژه نمی تواند در کنار " ابژه خوب " قرار گیرد. حتی اگر احساسات گاه خوبی هم به ابژه های مهم خود پیدا کنند خشم آنها چنان است که بر این احساس به سرعت پرده کشیده می شود. پس به انشقاق متوسل می شوند که این دو را از هم جدا نگه دارند.




■ با تکیه بر مرزی بودن خود والد، مسترسون بیان می کند که خود مادر گاه به چسبندگی همزیستانه کودک دامن می زند و درعین حال تلویحا کودک را تهدید می کند که اگر بخواهد به سمت استقلال گام بردارد حمایت خود را بخواهد گرفت و این ترسی مداوم از رها شدن و ترک شدن در کودک شکل می دهد. وابستگی مترادف با دریافت عشق می شود و استقلال با از دست دادن محبت یکی می شود

- 
- Early separation and loss
 - Neglect and sexual abuse


Sexual abuse: 60% incest:25%

- Lack of mentalization


Great difficulty in shifting from the psychic equivalence mode to the pretend mode. Occur around age 5.



■ برخی بیان می کنند که از آنجا که شخصیت به صفاتی اشاره می کند که در طول زمان و موقعیتهای خاص از ثبات برخوردار است، سیالیت و عدم ثبات افراد مرزی در تضاد با تعریف آن به عنوان یک شخصیت خاص قرار می گیرد. برخی چنین می گویند که صفات مرزی را می توان به عنوان یک تعدیل کننده در چارچوب دیگر اختلالات شخصیتی در نظر گرفت. به عنوان یک حالت مرضی که مانع انسجام شخصیتی می شود، ساختار شخصیتی مرزی می تواند تقریباً در هر اختلال شخصیتی حضور داشته باشد. بیشتر از همه در وابسته ها، هیستریونیکها، خودشیفته ها، ضد اجتماعی ها و منفی گراها.



یکی از اساسی ترین اصول درمانی این است که اختلالات بین فردی خود را در ارتباط درمانی نشان می دهند. در فرد مرزی، این به معنی آن است که آنها انتظار تغذیه احساسی از سوی درمانگر دارند که به شکلی اجتناب ناپذیر به سوی ادراکات تحریف شده از رابطه درمانی و زمانهای خشم شدید و توقعات غیرواقع بینانه پیش می رود. افراد مرزی نه تنها در ابتدا درمانگر را ایده ال و سپس بی اعتبار می کنند بلکه در فرایند درمان موارد مکرر تهدید به خودکشی و خودآسیب زنی را نشان می دهند. درمانگر باید به دقت احساسات ضدانتقالی خود را زیر نظر داشته باشد تا بتواند به شکلی سالم خود را از طوفان احساسی و هیجانات شدیدی که هر جلسه آبهستن ان است دور نگه دارد.



یکی از علائم فروپاشی قریب الوقوع طولانی شدن زمانهای سرخوردگی و اندوه است. در این حالت به درمانگر توصیه می شود که سیاست حمایتی بیشتری در پیش بگیرد بدون اینکه مرزها را مخدوش کند. از آنجا که درمانگران از بیمار مرزی خسته و ناامید می شوند برخی وسوسه می شوند که به هر اقدامی برای بهتر کردن بیمارشان دست بزنند و پیام تلویحی با این مضمون به بیمار بدهند: فقط بهتر شو. چنین واکنشی بیانگر تاریخچه زندگی بیمار است که نیازهایشان به عمل منتهی می شود. اگر درمانگر به شیوه ای مشابه رفتار کند واپس روی رخ می دهد. توجه مداوم و متناسب به همراه تفاهم درمانی محکم کمک می کند که فرد مرزی تعبیر و تفسیرهای واقع بینانه از روابط طوفانی خود را بپذیرد و درک کند.

روش های درمانی

- Mentalization-based therapy
- Transference-focused therapy
- Expressive & Supportive Psychotherapy

Principle of technique

- Maintain flexibility
- Establish conditions that make psychotherapy viable
- Allow transformation into the bad object
- Promote mentalization
- Set limits when necessary
- Establish and maintain the therapeutic alliance
- Manage splitting between psychotherapy and pharmacotherapy
- Help the patient re-own aspects of the self have been disavowed or projected onto others
- Monitor countertransference feelings

Maintain Flexibility


- درمانگر با بیمار وارد رقصی می شود که اساس آن بر موسیقی است که از سوی بیمار نواخته می شود و این موسیقی اطلاعات زیادی را در مورد روابط بین فردی بیمار در اختیار گذاشته می شود. اما در عین حال قرار نیست که به ساز بیمار بر قصد و درمانگر باید در عین حال مراقب قدمهایی که بر می دارد باشد.

Establish conditions that make psychotherapy viable

- به علت زندگی بی نظم این بیماران باید در جریان درمان کوشش در برقراری ثبات کرد. انتظارات مشخصی درمورد پرداخت ویزیت، زمان جلسات، نیاز به ختم جلسات دروقت خاص و مدیریت جلساتی که بیمار غیبت می کند باید شکل گیرد. همچنین درمانگر باید محدودیت های خود را برای بیمار جا بیاندازد و نقش « ناجی افسانه ای قدرقدرت» را از خود در ذهن بیمار کمرنگ کند.
- در TFP برای بیمار قبل از شروع درمان توضیح داده می شود که قرار نیست درمانگر در زندگی خارج از زمان درمان بیمار درگیر شود بنابراین نباید انتظار داشته باشد که به تماسهای تلفنی او جواب دهد اما در زمانهای « اورژانس» می تواند به طور استثنا درموردی تماس بگیرد. درهرحال درحلسه بعد این تماس تلفنی باید مورد تجزیه و تحلیل قرار گیرد

Allow transformation into the bad object

- یکی از دشوارترین چالشهای روان درمانی بیماران مرزی تحمل و دربرگیری خشم، پرخاشگری و نفرت بیمار است. بسیاری از اوقات ندایی درونی درمانگر را وادار می کند که به مراجع خود چنین بگوید:
- چطور تو می تونی به خودت اجازه بدی با من چنین رفتار کنی درحالیکه من تمام سعی ام را برای کمک به تو دارم به کار می گیرم
- این بیماران تصویری درون گیری شده از ابژه بدرفتار و طرد کننده دارند که انرا به رابطه با درمانگر فرافکن می کنند.
- دریک الگوی متناقض برای بیمار افرینش دوباره یک رابطه سادومازوخیستیک قابل پیش بینی و حتی تسکین دهنده است. وقتی درمانگر درمقابل این تبدیل و تبدل مقاومت می کند بیمار سعی خود را بیشتر و بیشتر می کند.

- 
- درمانگر باید همانند ظرفی احساسات منفی بیمار را در برگرفته و پذیرفته و سعی در درک آنها نماید تا آن هنگام که بیمار دوباره بتواند آنها را از آن خود بکند. او باید اجازه دهد که به درون دنیای بیمار کشیده شود و در همان حال توان مشاهده آنچه را که در حال رخ دادن است داشته باشد.
 - برخی موارد مدیریت نادرست تهدید به خودکشی از سوی بیمار به این تمایل ضد انتقالی برمی گردد که درمانگر می خواهد از قرار گرفتن در نقش ابژه بد دوری کند.
 - درمانگر ترغیب می شود که مسئولیت تمام و کمال رفتار بیمار را بپذیرد به جای آنکه اجازه دهد بیمار مسئولیت مرگ و زندگی خود را قبول کند.

Promote mentalization

- یکی از بزرگترین چالشهای روان درمانی بیماران مرزی کارکردن با ادراکات انتقالی آنها است. به شکلی که آنها در وضعیت تفکری به سر می برند *Psychic equivalent mode* که در آن درک خود از واقعیت را به عنوان واقعیت محض می پذیرد و نه یکی از چندین احتمالات ممکن. آنها قادر به ورود به *pretend mode* نیستند
- یک راه دیگر برای تقویت *mentalization* مشاهده تغییرات لحظه به لحظه احساس بیمار است تا درنهایت بیمار بتواند ارزیابی درمانگر درمورد وضعیت درونی خود را درونگیری کند. همچنین گاهی مناسب است که خیالات و فانتزی های بیمار درمورد دنیای درونی درمانگر را تشویق کنیم. « فکر می کنی که من در مورد تلفن دیشبت چه فکری می کنم؟ »

Set limits when necessary



- بیشتر بیماران مرزی حد و مرزهای حرفه ای را به عنوان محرومیت و مجازات از سوی درمانگر تلقی می کنند. آنها ممکن است مصادیق مشخصی از توجه را همچون بغل کردن، کش دادن جلسات، تخفیف دادن و دردسترس بودن همیشگی را به نمایش بگذارند.

Manage splitting between psychotherapy and pharmacotherapy

- اگر دارودرمانگر و روان درمانگر یکی است او باید بداند که در دارودرمانی نیز همان جنبه های دینامیک مانند انتقال، ضد انتقال و مقاومت می توانند دخالت داشته باشند. هدف دارودرمانی کاهش علائم به منظور تسهیل فرایند روان درمانی است و نباید انتظارات زیادی از آن داشت. درمانگر نباید فکر کند که از دارو می تواند برای کنترل زندگی بیمار استفاده کند.
- اگر روان درمانگر و دارودرمانگر مختلفند باید ارتباط مناسبی میان آن دو وجود داشته باشد و یکی از آنها مسئولیت تصمیم های نهایی درمورد بیمار را به عهده داشته باشد. بیمار ممکن دارودرمانگر را به عنوان دکتر مهربانی که دردهای او را تکسین می دهد ایده ال کند و از آن سو روان درمانگر را به عنوان کسی که باعث درد و رنج او می شود در ذهن خود بی ارزش نماید و از آن سو دارودرمانگر را به عنوان فردی ببیند که فقط دارو می دهد و برای او وقت نمی گذارد و روان درمانگر برعکس کسی است که به او وقت کافی می دهد.

Help the patient re-own aspects of the self

- به علت انشقاق و همانند سازی فرافکنانه تجربه آنها از بودنشان ناکامل و تجزیه شده است. بیمار طوری رفتار می کند گویانکه آنچه هفته پیش رخ داده از طرف کسی دیگر انجام شده نه از جانب خودش و مسئولیت رفتارهایش را نمی تواند درک کرده و بپذیرد. این فقدان در تداوم حس فرد از خودش خود را در تغییرات شدید رفتاری و شخصیتی هفته به هفته در رابطه با درمانگر هم نشان می دهد. درمانگر باید بتواند این جنبه های جدا از هم را به یکدیگر وصل کند و اضطراب زیرین برخاسته از کوشش فرد برای رسیدن به حس منسجم از خود و از آن خود کردن دوباره بخشهای تجزیه شده را تعبیر و تفسیر کند.
- درمانگر به بیمار کمک می کند تا به این درک برسد که به طور ناخودآگاه جنبه های از خودش را به دیگران نسبت می دهد با این هدف که بر روی این جنبه های ناخوشایند اعمال کنترل کند.
- او از این ترس دارد که اگر بخشهای خوب و بد خود و دیگران را درکنار هم قرار دهد و به یک کل منسجم برسد نفرت عمیق وی مجالی برای نفس کشیدن جنبه های خوب ندهد. درمانگر به او کمک می کند تا به این درک برسد که نفرت یک احساس همگانی است که باید با عشق درکنار هم قرار گرفته و تعدیل شود و به این ترتیب پرخاشگری او قابلیت مهار بیشتری پیدا می کند.

آنچه درمانگر در طی درمان بیمار مرزی تجربه می کند

- رانندگی در گذرگاه کوهستانی باریک و تنگ بدون گاردریل یا راه رفتن روی پوست تخم مرغ
- بدل شدن به بیمار شاخص درمانگر که باعث می شود احساس امیدواری و خوشبختی زیادی را درمانگر به شکل ذهنی تجربه کند.
- به دلیل داشتن نقش قربانی در زندگی، در درمانگر به شدت احساس ترحم برانگیخته می شود.

ویژگی های مشخص Counter transference در بیماران مرزی

- احساس گناه
- تخیلات و فانتزی های نجات بخشی
- درنوردیدن مرزهای حرفه ای در ارتباط با آنها
- خشم و نفرت
- احساس سرخوردگی و بی ارزشی
- وحشت و اضطراب

تغییر تعریف کانتر ترانسفرنس توسط خانم هایمن در سال 1950:


- تمام احساساتسی که درمانگر در روند درمان تجربه می کند مربوط به خودش نیست و برخی از این احساسات توسط بیمار القاء می شود.

مثال:

■ کانترترانسفرانس ایجاد شده توسط بیمار مرزی که توسط پدر abuse شده است:

Concordant countertransference ■

complementary countertransference ■


- 
- وینیکات هم از objective form of countertransference صحبت می کند. واکنشی که آنالیست نشان می دهد توسط خود بیمار برانگیخته شده است و مکانیسمی که ما از آن طریق عکس العمل نشان می دهیم. Projective identification

Projective Identification پروسه ایست سه مرحله ای:

- 1- جنبه ای از self که ناخواستنی است به شکل ناخودآگاه در درون شخص دیگر project می شود
- 2- identify کردن با آنچه project شده بدون سرریز شدن
- 3- طی فرآیند processing، reintroject می شود.
و حالا احساس ناشی از badobject تعدیل شده و دیگر همانند
دینامیت عمل نمی کند.

مسترسون چنین می گوید:

- دشوارترین مهارتی که باید در درمان بیماران مرزی آموخت توان شناسایی و کنترل همانند سازی خود با آنچه به سوی ما فرافکن می شود است تا بتوانیم از بالا به ماجرا نگاه کنیم و غرق آن نشویم.



■ در بیماران borderline درگیر مثلثی می شویم که victim، rescuer، abuser در آن شرکت دارند. به یاد داشته باشیم این مثلث dynamic است.



- مشخصه رفتار بیمار مرزی صفر و صد کردن و سیاه و سفید دیدن است.


- **یک مثال از splitting بیمار بوردلاین:** یک کشیش 41 ساله در بخش روانپزشکی به دلیل داشتن روابط جنسی متعدد با بچه ها از هر دو جنس بستری شده. کمی پس از بستری شدن نتایج آزمایشات وی نشان داد که مبتلا به سفلیس است. وقتی نتیجه را با او در میان گذاشتند گفت من نمی توانم بفهمم. چطور ممکن است. من یک کشیش مجرد هستم. به او متذکر می شوند که دلیل بستری وی داشتن روابط جنسی متعدد با افراد زیر سن قانونی است. کشیش با حالت بی تفاوتی پاسخ داد چه انتظاری دارید من هم یک آدم هستم. (دست به splitting زد).

کلاین عنوان می کند که بچه دو فاز را طی می نماید

1- فاز اول paranoid-schizoid phase

2- depressive phase

- ارتباط نوزاد با مادر در 6 ماه اول زندگی part object relationships
پروسه قطع شدن بند ناف روانشناختی بچه از 6 ماهگی تا 3 سالگی
رخ می هد.

- 
- یک از بزرگترین چالش ها در درمان بیماران مرزی احساسات sexual که در بیمار بوجود می آید.
 - گابارد بین دو transference تفاوت می گذارد.
 - Erotic transference
 - Erotiscis transference

زنگ خطر ها برای درمانگر که نشانه تجاوز از مرزها است

- Self disclosure
- انجام دادن کار به خصوص برای یک بیمار خاص
- در بین جلسات خواب بیمار را ببینیم یا فانتزی سکسی در موردش داشته باشیم.
- گم کردن دست و پا وقتی از احساس انتقالی نسبت به بیمار مطلع می شویم.
- در صورتی که این موارد رخ دهد درمانگر باید حتما بایستی با یک همکار قابل اعتماد و احترام خود مشورت کند.

Thanks for your attention

