

اختلال‌های شخصیتی

افراد مبتلا به این اختلال، خودانگار (خودپنداره‌ی) بسیار بی‌ثباتی دارند، روابط میان‌فردی‌شان نیز بسیار بی‌ثبات است. آنان معمولاً سابقه‌ی روابط شدید، اما پراشوب دارند که معمولاً آرمانی کردن مفرط دوستان یا معشوق‌ها را شامل می‌شود اما بعداً به سرخوردگی و ناامیدی می‌انجامد. خشم شدید و نشانه‌های بی‌ثباتی عاطفی، دو ویژگی مهم این اختلال است. بی‌ثباتی عاطفی آنان همراه با سطح بالای تکانش‌گری، اغلب به رفتارهای خودویرانگری مانند «رانندگی بی‌باک» منجر می‌شود. اقدامات خودکشی، اغلب به شکل فریبکارانه، بخشی از تصویر بالینی این اختلال است. با این حال، این گونه اقدامات همیشه فریبکارانه نیستند. جرح خویشتن، ویژگی دیگر این اختلال است. رفتار صدمه‌زدن به خود با رهایی‌یافتن از اضطراب یا ملالت ارتباط دارد.

(بردرلاین)

مرزی

اختلال شخصیت

علامت:

- (۱) کوشش‌های مهارگسسته برای اجتناب از طرد یا رهاشدگی واقعی یا خیالی
- (۲) الگویی از روابط بین‌فردی بی‌ثبات و افراطی که با نوسان بی‌حد آرمانی کردن و بی‌ارزش نمودن مشخص می‌شود.
- (۳) آشفتگی هویت؛ بی‌ثباتی بارز و مستمر خودانگار یا درک خویشتن
- (۴) تکانش‌وری، دست‌کم در دو زمینه که بالقوه، خود آسیب‌زننده هستند (برای نمونه خرج کردن افراطی، سوء‌مصرف‌مواد، رانندگی بی‌پروا، زیادخوردن)
- (۵) رفتار خودکشی، حرکات بیانگر، تهدیدها یا رفتار خودآسیب‌زنی مکرر
- (۶) بی‌ثباتی عاطفی ناشی از واکنش‌پذیری خلقی آشکار (برای نمونه ملال دوره‌های شدید، تحریک‌پذیری یا اضطراب که معمولاً چند ساعت طول می‌کشد و تنها در موارد نادر، بیش از چند روز پایدار می‌ماند.)
- (۷) احساس‌های مزمن پوچی
- (۸) خشم نامناسب و شدید یا اشکال در کنترل خشم (برای نمونه، بروز مکرر عصبانیت، خشم مستمر و نزاع‌های بدنی مکرر)
- (۹) اندیشه‌پردازی پارانویایی گذرا و مرتبط با فشار روانی یا نشانه‌های شدید تجزیه‌ای

ویژگی‌های تشخیصی

ویژگی اصلی اختلال شخصیت مرزی، یک الگوی فراگیر بی‌ثباتی در روابط بین‌فردی، خودانگار، عواطف و تکانش‌گری بارز است که از اوایل بزرگسالی، آغاز و در زمینه‌های گوناگون ظاهر می‌شود. افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی، کوشش‌های بی‌وقفه‌ای را برای اجتناب از طرد و رهاشدگی خیالی یا واقعی انجام می‌دهند. این افراد، حساسیت زیادی به شرایط محیطی دارند. آنان ترس‌های شدید مربوط به طرد و رهاشدگی و خشم نامناسب را، حتی در حین مواجهه با یک جدایی کوتاه‌مدت واقع‌گرایانه و یا هنگامی که تغییرات غیرقابل



اجتناب در نقشه‌ها پیش می‌آید، تجربه می‌کنند.

این افراد ممکن است بر این باور باشند که رهاشدگی یا طرد به‌طور تلویحی به این معناست که آنان «بد» هستند. این ترس‌های رهاشدگی، با عدم تحمل تنهایی و نیاز به بودن با دیگران رابطه دارد. کوشش‌های بی‌وقفه‌ی آنان برای اجتناب از طرد و رهاشدگی، ممکن است شامل اعمال تکانشی همچون آسیب‌زدن به خود یا رفتارهای انتحاری باشد.

افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی، الگویی از روابط بی‌ثبات و شدید دارند. آنان ممکن است در ملاقات‌های اول یا دوم، حامیان بالقوه یا دل‌دادگانی را به‌صورت ایده‌آل در ذهن خود تجسم کنند؛ ممکن است مایل باشند وقت زیادی را با یکدیگر سپری کنند و در اوایل برقراری روابط، از جزئیات بسیار خصوصی یکدیگر مطلع گردند. باوجود این، آنان ممکن است به‌سرعت از چنین اندیشه‌ای منصرف شده و به این نتیجه برسند که از دید دیگران، فاقد ارزش‌اند و احساس کنند که طرف مقابل‌شان به اندازه‌ی کافی به فکرشان نبوده و بخشنده و شایسته نیست. این افراد می‌توانند با دیگران همدلی کرده و نسبت به آنان محبت کنند اما تنها براساس این انتظار که در صورت نیاز، طرف مقابل‌شان نیز برای برآورده‌ساختن خواسته‌های آنان «بخشنده» خواهد بود. این افراد برای تغییر دادن ناگهانی و چشم‌گیر عقیده‌ی خود نسبت به دیگرانی که ممکن است به‌طور متناوب به‌عنوان حامیان نیکوکار یا تنبیه‌کننده‌های بی‌رحم در نظر گرفته شوند، آمادگی دارند. این دگرگونی‌ها اغلب بازتاب سرخوردگی از یک حامی‌ست که ویژگی‌های مهرورزی او به‌صورت ایده‌آل تصور شده و یا طرد و جدایی از جانب او مورد انتظار است.

افراد مبتلا به این اختلال، دست‌کم در دو زمینه که به صورت بالقوه «خودآسیب‌زننده» هستند، تکانش‌گری نشان می‌دهند. آنان ممکن است قمار کنند، بدون ملاحظه پول خرج کنند، زیاد غذا بخورند، سوء‌مصرف مواد و رابطه‌ی جنسی نابه‌هنجار داشته باشند یا به‌گونه‌ای بی‌احتیاط رانندگی کنند. افراد مبتلا به «اختلال شخصیت مرزی»، رفتارهای مکرر خودکشی، حرکات بیانگر تهدید یا رفتار خودآسیبی نشان می‌دهند.

تشخیص افتراقی

اختلال شخصیت مرزی، اغلب با اختلال‌های خلقی به‌طور هم‌زمان رخ می‌دهد و هنگامی که ملاک‌های هر دو اختلال مطابقت کنند، می‌توان هر دو تشخیص را مطرح کرد. چون جلوه‌ی مقطعی اختلال شخصیت مرزی ممکن است شبیه یک دوره اختلال خلقی باشد، متخصص بالینی نباید صرفاً بر مبنای تصویر مقطعی و بدون داشتن اطلاعات مستندی که نشان‌دهنده این الگوی رفتاری، شوری زودرس و سیری پایدار دارد، تشخیص اختلال شخصیت مرزی را مطرح کند.

اگر فردی ویژگی‌های شخصیت را داشته باشد که علاوه بر اختلال شخصیت مرزی، با ملاک‌های یک یا چند اختلال شخصیت دیگر نیز مطابقت کند، می‌توان تمام تشخیص‌ها را مطرح نمود. اگرچه اختلال

شخصیت نمایشی نیز ممکن است با توجه‌طلبی، رفتار فریب‌کاری و تغییر سریع هیجان‌ها مشخص شود اما اختلال شخصیت مرزی براساس خودتخریبی، قطع روابط نزدیک همراه با خشم و احساس‌های مزمن و ریشه‌دار پوچی و تنهایی متمایز می‌شود. افکار «پارانویایی» یا خطاهای ادراکی، ممکن است در اختلال شخصیت مرزی و اختلال شخصیت «اسکیزوتایپی» وجود داشته باشند اما این نشانه‌ها در اختلال شخصیت مرزی، بیش‌تر گذرا بوده، از لحاظ بین‌فردی واکنشی بوده و نسبت به سازماندهی بیرونی حساس‌تر هستند. اگرچه اختلال شخصیت پارانویایی و اختلال شخصیت خودشیفته نیز ممکن است با واکنش خشم نسبت به محرک‌های جزئی مشخص شوند اما ثبات نسبی خودانگاره همانند فقدان نسبی، خودتخریبی، تکانش‌گری و نگرانی‌های مربوط به طرد و رهاشدگی در این اختلال‌ها، آنان را از اختلال شخصیت مرزی متمایز می‌کند. اگرچه اختلال شخصیت ضداجتماعی در به‌دست‌آوردن منفعت، کسب قدرت یا سایر رضایت‌مندی‌های مادی مهارت دارد اما هدف بیش‌تر شخصیت وابسته و اختلال شخصیت مرزی، معطوف به کسب توجه حامیان است.

درمان اختلال شخصیت مرزی

■ روان‌درمانی:

درمان انتخابی برای این اختلال، «روان‌درمانی» می‌باشد که به‌یک‌اندازه برای بیمار و درمانگر مشکل است. علت آن، بی‌ثباتی و رفتار تکانشی (لحظه‌ای) و همچنین استفاده از مکانیسم دفاعی «دو نیم‌سازی» است. (مکانیسمی که موجب می‌شود شخصیت مرزی، متناوباً از درمانگر یا سایر افراد محیط بیزار شده یا آنان را به‌شدت دوست بدارد). رفتار درمانی -به‌خصوص آموزش مهارت‌های اجتماعی با استفاده از نوارهای ویدیویی که بیمار را در مشاهده‌ی تأثیر رفتار بر دیگران توانا می‌کند- مفید است. در کنار روان‌درمانی انفرادی، روان‌درمانی گروهی نیز سودمند می‌باشد.

■ دارودرمانی:

برای اخذ نتایج بهتر، «دارودرمانی» به «روان‌درمانی» اضافه می‌شود. از داروهای «ضدجنون» برای کنترل خشم و خصومت و دوره‌های پسیکوتیک گذرا و از داروهای «ضدافسردگی» برای بهبود خلق بیمار استفاده می‌شود. از دیگر داروهای مورد استفاده می‌توان به «ضدتشنج‌ها» و «کربنات لیتیوم» اشاره کرد. تجویز این داروها باید تحت نظر روان‌پزشک باشد.

منبع: DSM-IV-TR



مریم یوسفی

کارشناس روان‌شناسی عمومی
(زیر نظر استاد سعید عبدالملکی)