

التفسير والعلاج المعرفي لاضطراب الشخصية الحدية



إبراهيم بن عزوزي^{1*} ، مريم برخيسة²

1 جامعة معسكر ، الجزائر

2 جامعة معسكر ، الجزائر

تاريخ الاستلام: 2019/10/04 تاريخ القبول للنشر: 2020/02/26 تاريخ النشر: 2020/11/14

الملخص:

يعتبر اضطراب الشخصية الحدية من بين الاضطرابات الأكثر صعوبة على مستوى الفهم والتفسير وكذا العلاج، وهذا ما جعل المقاربات المعرفية تولمها أهمية بالغة من خلال وضع نماذج ومقاربات تفسيرية مختلفة، واقتراح برنامج علاجي معرفية سلوكي نموذجي للتعامل مع هذه الحالات. الكلمات المفتاحية: اضطراب الشخصية الحدية؛ المقاربات المعرفية السلوكية؛ العلاج المعرفي السلوكي.

Interpretation and approach and cognitive therapy for borderline personality disorder

Abstract:

Borderline personality disorder is one of the most difficult disorders in terms of understanding, interpretation and approach, and treatment. This has made cognitive approaches attach importance to them by developing different interpretive models and approaches, and proposing a typical behavioral cognitive therapeutic program to deal with these conditions.

Keywords: borderline personality disorder; cognitive-behavioral approaches; cognitive-behavioral therapy.

مقدمة:

يمثل اضطراب الشخصية الحدودية (BPD) أحد أشكال اضطرابات الشخصية الأكثر انتشارا وفقا للإحصائيات العالمية؛ بحيث " تصيب حوالي (1٪ إلى 2٪) من عامة السكان ، ما يصل إلى 10٪ من المرضى الخارجيين ، من 1 وحتى 20٪ من المرضى الداخليين(مصحات نفسية). وأشارت الدراسات إلى أن ما يصل إلى 10٪ من المرضى الذين يعانون من اضطراب الشخصية الحدية(BPD) يقدمون على فعل الانتحار و 75٪ يحاولون الانتحار(, Salsman&Linehan, 2006) ، أي لديهم ميولات وتهديدات بالانتحار كأحد السلوكيات العدوانية الموجهة نحو الذات وهذا العرض يعتبر أساسيا في اضطراب الشخصية الحدي. وتشير الدلائل الوبائية حسب ما ذكر في الدراسة التي قام بها "سوارتز وجورج

* ibrahim.ben.azzouzi@univ-mascara.dz

بلازر " سنة 1990 (Swartz)Blazer, George, إلى أن حوالي 2 ٪ من الأشخاص الراشدين في الولايات المتحدة يستوفون معايير DSM اضطراب الشخصية الحدية (Zanarini et al, 2003, p.568).
 ظهر مفهوم الحالات الحدية (borderline) لأول مرة في الأدبيات الطبية عام (1884) على يد الباحث الأمريكي (Hugues) بالولايات المتحدة الأمريكية حول حالات تتأرجح طوال حياتها بين الخرف والحالة العادية وللإشارة أيضا إلى الأعراض الجسدية التي تظهر في الاضطرابات النفسية. واستعمل أيضا من طرف "ستيم" (Stem) الذي لاحظ على هذا النوع من الحالات الأعراض التالية: فرط الحساسية تجاه المواضيع الخارجية، وصلابة دفاعية وانخفاض تقدير الذات (Naudet, 2013).

أما وفقا للمعايير التشخيصية العالمية المعمول بها حاليا مثل (CIM-10) و (DSM-5) والتي تساعد على وضع تشخيص تصنيفي من خلال ضبط الأعراض والمؤشرات السلوكية للاضطراب فنلاحظ وجود اختلاف بين الشخصية الحدية والتي يطلق عليها باللغة الانجليزية إسم (Borderline Personality) وبين اضطراب الشخصية الحدي الذي يرمز له بـ (BPD) كاختصار لتسمية (Disorder borderline personality). فالأولى نتحدث عنها كأحد أنواع الشخصيات العادية (السواء) أما الثانية تدرج ضمن الاضطرابات التي تحتاج إلى العلاج والمتابعة (اللاسواء)، بحيث يتم تحديد مدة وشدة العرض ومدى استمراريته ضمن الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات النفسية والعقلية في كل مراجعاته والتي من خلالها نحدد السواء واللاسواء. وقد حددت مجموعة من الأعراض في الإصدار الخامس والأخير والتي تتمثل فيما يلي: (1) علاقات شخصية متقلبة وانفعالية - (2) الاندفاع والتهور في السلوك - (3) عدم الاستقرار الوجداني - (4) الغضب - (5) سلوك انتحاري أو تشويه بالذات - (6) اضطراب الهوية - (7) الشعور بالفراغ - (8) الخوف من تخلي أو هجرة الآخرين - (9) هفوات في تفحص الحقيقة (APA, American Psychiatric Association, 2013).

عرّفت المراجعة العاشرة للتصنيف الدولي للأمراض (ICD-10) الصادر عن منظمة الصحة العالمية اضطراباً مشابهاً من حيث المبدأ لاضطراب الشخصية الحدي، وأسمته اضطراب الشخصية غير المستقرة عاطفياً. كما يوجد نمطين فرعيين من ذلك الاضطراب وهما: النمط الاندفاعي والنمط الحدي هذه الأخيرة تشمل أعراض مشابهة للأعراض الموجودة في الدليل الإحصائي والتشخيصي للاضطرابات العقلية (DSM-5)).

من خلال هذا العرض السيميولوجي لخصائص اضطراب الشخصية الحدية يتضح أن المصاب بهذا النوع من الاضطرابات يعاني بالدرجة الأولى من عدم الاستقرار النفسي العاطفي والعلائقي مع الآخرين، وعدم القدرة على ضبط الانفعالات والتحكم فيها مما قد يعرقل عملية التكيف مع العالم الخارجي. هذه المعطيات على الرغم من وفرتها إلا أنها تبدو من جهتنا غير قادرة على إعطاء تفسير محكم، وبلورة برامج علاجية فعالة.

الإشكالية:

ان المقاربة المعرفية قدمت العديد من التساؤلات التي كانت مطروحة في علم النفس عموماً، وعلم الشخصية واضطراباتهما بالخصوص. وهذا لمنطقية طرحها وتماسك أفكارها. هذا دفع بنا بالبحث عن أهم التفسيرات التي تفضلت بها المقاربة المعرفية والسلوكية في مجال اضطراب الشخصية الحدية، وكذا الحلول والبرامج العلاجية التي تقترحها في هذا الصدد.

وعليه نطرح التساؤلات التالية:

- ما هي أهم المقاربات المعرفية السلوكية المفسرة لاضطراب الشخصية الحدية؟

- ما هو النموذج العام للعلاج المعرفي السلوكي في علاج اضطراب الشخصية الحدية؟

للإجابة على هذين السؤالين قسمنا الموضوع إلى محورين، محور المقاربات المعرفية المفسرة، ومحور النموذج العام للعلاج المعرفي السلوكي لعلاج اضطراب الشخصية الحدية.

1- المقاربات المعرفية السلوكية المفسرة لاضطراب الشخصية الحدية:

1-1- المقاربة السلوكية (linhan's biosocial):

حسب هذه المقاربة، الشخص المصاب باضطراب الشخصية الحدية يتميز بضبط انفعالي غير وظيفي، هذا الاختلال بسبب ردود الفعل القوية للأحداث القلقة والضاغطة وبالبقاء لوقت طويل حتى عودة الانفعالات إلى الحالة الطبيعية، والافتراض النظري الثاني يقوم على أن البيئة التي يعيش فيها صامتة وضعيفة، ورافضة، ومعاقبة، أو لها رد فعل خاطئ لرد فعل انفعالات الطفل الذي يفترض أن تساهم في حل مشاكله وتفهم ومسامحته، فيما بعد تضعف عتبة رد فعله الانفعالي ويكيف نظرة غير واقعية للانفعالات. ردود الفعل غير مناسبة تظهر بفقير في مراقبة التعابير الاندفاعية وإيذاء الذات وسلوك تشويه الذات والذي هو الهدف الأول للعلاج.

2-1- المقاربة المعرفية لفورمبيتي (Backianformubti):

يتفق مع "باك بريتر" (Beck Britz) سنة 1990 بافتراض وجود 03 مفاتيح افتراضية والتي هي مركز اضطراب الشخصية الحدية: "العالم خطير وحقود"، "أنا غير قوي وضعيف"، "أنا صلب غير مقبول". الافتراض الأول يقود إلى يقظة عالية وعلاقات مضطربة، وهذا بدوره يؤدي إلى انقسام التفكير وضعف الاحساس بالهوية. هذه الافتراضات تلعب دور أساسي في صيانة الاضطراب، وهو النتيجة العامة والهدف من العلاج. "فريمان وموس وليدر" (Freeman and Mos and Wilder) أعدوا النموذج المعرفي، واقترحوا عدد من الإنحيازات (bias) والعمليات المرتبطة بالنمو في الطفولة الأولى وأعطوا أهمية لدور العناصر غير اللفظية في المعتقدات الجوهرية للشخصية وربطوها بالنمو قبل اللفظي. وجد "أرتز" (Artz) عام 1994 بأن الشخصية الحدية لها علاقة بالإيذاء الكبير في الطفولة حيث يساهم في تشكيل هذه الافتراضات المعرفية.

3-1- مقارنة نموذج المخططات (Young)

تكوين المفهوم لجوهر هذا الاضطراب يتوقف على الرعب العالي والإيذاء الجنسي حيث هو وحده في هذا العالم الحاقداً رغباً في الأمن والمساعدة ولكن مرتاب بسبب الخوف من الإيذاء والرفض. لفهم التغيرات السلوكية لهذه الشخصية أقر "يونغ" (Young) بإشراف "باك" (Beck) بأنها نوع من النكوص إلى الحالة الانفعالية الشديدة المختبرة في الطفولة، وافترض 04 مخططات معرفية مركزية:

- نموذج الرفض الطفولي (الحاضر الموجود يوجي على الإيذاء والرفض الطفولي).

- نموذج الغضب/الاندفاعية الطفولية.

- نموذج العقاب الأبوي.

- نموذج الحماية المستقل.

المعتقدات الجوهرية ترتبط بحقد الآخرين، "لا يمكن أن تثق بهم، سيرفضونك ويعاقبونك خاصة عندما تصبح قريبا عاطفيا منهم". معتقدات أخرى هي "انفعال الألم لدي لن ينتهي أبدا"، "سأكون دائما وحدي"، "لا يوجد من يهتم بي". دائما ما يخاف المرضى من دخول العلاج مخافة الألم وإعادة إحياء الصدمة في الذاكرة، وتفعيل نموذج العقاب الوالدي نحوه، الذي يفعل بعض المعتقدات الجوهرية مثل "أنت شيطان وتستحق العقاب"، "أنت ولد سيء"، "لا يوجد لديك الحق في إبداء الرأي".

فينموذج الغضب/الاندفاعية، الذاتية هي أكبر عنصر يخاف منه المعالجون والمرضى، وهذه المرحلة تدل على الإشباع الذاتي للاندفاعية، وهذا ما يؤدي إلى الإضرار بالشخص وعلاقاته. في حين أنه في مرحلة الرشد نلاحظ لديه تجنب للتجارب، والتعبير عن الغضب. قمع الغضب يعبر عنه فجأة بطريقة غير متحكم فيها. المعتقدات الضمنية هي "أنا محروم من حقوق الأساسية"، "الأخرون شياطين"، "يجب أن أقاتل أوقف فقط أخذ ما أحتاجه من أجل البقاء حيا".

هذا النموذج له علاقة بالتعلق (الألم، الرفض) وهو نموذج الحماية المستقل، الذي يتميز بحماية أسلوب نمو الطفل للبقاء حيا في هذا العالم الخطير، كذلك له علاقة بالتجارب الانفعالية، التوكيد الذاتي والنمو. ومن هذا المنطلق الألم يفعل نموذج العقاب. المعتقدات الجوهرية لاتخضع للحس الانفعالي والتواصل مع الناس الآخرين، لأنها شيء خطير بالنسبة له. الشخص يميل إلى استراتيجيات التضخيم للحفاظ على هذا النموذج، مرتبطة بالتجنب المعرفي للاندفاعات والتفكير، تجنب الآخرين وأنشطتهم، الشكاوي من عدم الراحة الجسدية، استعمال الكحول والمخدرات، أحداث فوق انتحارية. الشخص يبدو عقلانيا مرامات، ولكنها ليست الحقيقة الصحيحة (Beck & Freeman, 2006)

من خلال هذه المقاربات يتضح لنا الخصوصيات النفسية والفكرية-المعرفية والسلوكية لدى اضطراب الشخصية الحدي وبناء على تحقيق هذا الفهم لمسببات الأعراض المرضية يمكننا تحديد برنامج علاجي مناسب لهذه الحالات ولكن يجب التأكيد على فكرة هامة قبل الخوض في شرح سير الحصوص العلاجية وهي أن التجارب العيادية تؤكد دائما أن التشخيص الدقيق هو نقطة الانطلاق لأي علاج ناجح، لذلك لا يجب التسرع في وضع تشخيص للحالة لأن الفشل في تحديد هوية المرضى بشكل صحيح قد يؤدي إلى عدم تلقي أي علاج أو علاج غير مناسب و/ أو غير ضروري.

2- العلاج المعرفي السلوكي لاضطراب الشخصية الحدية:

1-2- بنية الحصوص العلاجية:

- المعالج والمريض يعملون على "تعاون تجريبي"، مثل باحثين يعملون على فرضيات البحث.

- تقييم الواجبات المعرفية والتجارب السلوكية المنتظرة من الحصة الأخيرة الماضية.

- أجندة الحصوص، واختيار الموضوع من طرف المريض.

- ملخص متكرر من طرف المعالج.

- التقنيات المعرفية والانفعالية والسلوكية لتغيير المخططات.

- تلخيص الحصة من طرف المريض.

- التغذية الرجعية.

- الحديث حول الواجبات المعرفية والتجارب السلوكية وبرمجتها للحصة السابقة.

- إعداد أجندة للحصة القادمة (Cottraux, 2010)

2-2- الأهداف العلاجية:

تكوين والمحافظة على العلاقات الاجتماعية، والقضاء على السلوك الانتحاري وتشويه الذات، والقضاء على الاندفاعية، وتكوين مهارات تكيفية لإدارة الانفعال، وتعلم كيفية ضبط الذاتي للأفكار الكارثية التي على علاقة بالهجر والتفكير المنقسم، والقضاء على الإحساس بالرفض والعجز والضعف وفقدان السيطرة، وضع أهداف واقعية في مستوى واقعي.

- تكوين المفهوم (Case Formulation):

- تكوين قائمة مشاكل حسب الأولوية وحسب رغبة الزبون أو العميل أحياناً، عادة ماتصاغ حسب الدليل التشخيصي. تستنبط هذه القائمة من خلال أدوات جمع المعطيات.
- التحليل الوظيفي للسلوكيات.

- تكوين الدياتغرام المعرفي حسب "جوداث باك" (Judith Beck) (Persons, 2008).

2-3- أهم المشكلات التي يواجهها العميل:

- مشكل قلق ما بعد الصدمة: وما يهم جداً هو الصدمات المبكرة في الطفولة
- حل المشكلات والقلق الاجتماعي: القلق الاجتماعي يؤدي إلى ردود فعل انفعالية تقود إلى المخدرات، الكحول ونوبات الشره. حل المشكلات تستعمل مباشرة وجها لوجه مع المشاكل العلائقية المرتبطة بالاندفاعية ويجب تخطي الشعور بعدم الكفاءة بحل المشاكل.

- محاولات الانتحار وتشويه الذات: السلوك الانتحاري بالنسبة له هو الحل للمشاكل، وتعبيره عن فهمه المعاناة وفقدان الأمل. يطلب منه وضع يديه في الماء البارد عندما يفعل ويريد تشويه ذاته كعلاج.
- الاندفاعية والمراقبة الذاتية: وهي عدم القدرة على التحكم وضبط التحكم. والمراقبة الذاتية هي عملية معرفية تتكون من: الملاحظة الذاتية، والتقييم الذاتي، والوعي بالمشكلات التي فجرت السلوك المشكل، وتنمية بديل معرفي للمواقف المفجرة، وتنمية سلوك بديل، والتعزيز الذاتي، وهذا يستعمل لعلاج الاندفاعية.

2-4. بعض الأفكار الخاطئة للمريض داخل الحصة العلاجية:

يملك المريض عدد من الأفكار الخاطئة داخل الحصص العلاجية:

"سأبقى حياً وأفضل ألتابع المعالج كاملاً"، "إذا وثقت بالمعالج في الأخير سيرفضني إذن سأرفضه أولاً"، "إذركت على حل المشكلات فسأشعر بالسوء".

هذه الأفكار الخاطئة ينتج عنها بعض السلوكيات داخل العلاج مثل الانقاص من قيمة المعالج، والافراط في الاعتماد على المعالج للإحساس بالأفضل، ووضع الكثير من الأزمات بين الحصص. (Beck, 2005)

2-5- التقنيات التدخل:

2-5-1- التقنيات المعرفية:

- حل مضمون المخططات: المخططات تحمل معنى التبعية، وفقدان الفردانية، وانفعالات الحرمان، وسوء الظن، وعدم الحب، وعدم القدرة والعجز.

هذا الشخص لديه فقر في فهم انفعالاته، وأفكاره وسلوكه، وجزء أساسي من العلاج أن تساعد على فهم ذلك. لعب الأدوار يساعد في هذا الشأن من إنقاص هذا الخلط والأخذ ببعض التحكم بالسلوكيات. الكتابة والرصد اليومي للانفعالات والأفكار والسلوكيات تساعد الحالة على معرفة كيف نمت هذه المخططات ومعرفة الوظيفة التي تقوم بها.

- معالجة التفكير المنقسم: فهو يفكر بطريقة منقسمة، ومدعم بانفعال مفرط ونزاعات مستقطبة، وقرارات اندفاعية عاجلة فورية فجائية، فمن المهم أن يعي هذا النوع من التفكير وأن مضمونه ضار ويتعلم كيف يقيم المواقف بطريقة أكثر وسطية، وبناء تمارين تساعد على تنمية نوع من التفكير المتكيف.

تقنية الورقة البيضاء تساعد للتفريق بين التفكير الأسود والأبيض والتفكير الوسطي، وهنا يقوم المعالج بمقارنة أفعال الشخص وتقسيمها إلى مكونين أبيض وأسود مقابل وضع تناظر بصري لهذا التدرج بينهما.

- برنامج الوميض: وهي ورقة يحملها الحالة معه طوال الوقت، فيها الطريقة التي يتعامل مع المشاكل التي يواجهها وكيف يتصرف مع هذا الانفعال الذي يفعل المخططات اللاوظيفية.

2-5-2- التقنيات التجريبية:

- إعادة التخيل ولعب الأدوار التاريخي: الانفعالات السلبية الحاضرة مأخوذة من الذاكرة الطفولية، فتقوم الحالة بإغماض عينيها والعودة إلى تلك الحادثة والتحدث مثلا مع الأب أو الأم أو الأخ حول تلك الحادثة.

- تقنية الكرسي الفارغ: يجلس الحالة على الكرسي ويقوم بالتعبير عن مشاعره حول العقاب الذي تعرض له وعن أفكاره حولها، ويلعب المعالج دور ذلك المعاقب مثلا الأم أو الأب.

- التجارب الانفعالية: على الحالة تعلم مسامحة تلك التجارب الانفعالية السلبية القوية، وبدون محاولة الفعل أو سلوكيات التجنب للتجربة. تقنية التعرض السلوكي تساعد. فالحالة مثلا خائفة من تجربة الغضب وكذلك الخوف، لأنه سيفقد السيطرة ويصبح عدوانيا. كمرحلة فورية ينمذج المعالج لفظيا تعابير الغضب ويطلب من الحالة الفرحة، هذا يخفف من القلق والخوف، وفي ما بعد يطلب من الحالة تجربة الغضب بدون الدخول في سلوكيات وأفعال، فهذا يساعد على معرفة أنه يمكنه الدخول في مرحلة عالية من الانفعال دون اللجوء إلى التعبير عنه بالفعل أو فقدان السيطرة.

- لعب الأدوار الاجتماعية: وهذا لتعليمه المهارات الاجتماعية وكيفية التعبير عن إحساسه للآخر وإذافرض ذلك نلجأ

إلى النمذجة (Freeman, Stone & martin, 2005)

خاتمة: (تتضمن نتائج البحث وليس تلخيصا للبحث)

من خلال هذا العرض المبسط والملم في الوقت ذاته بكل حيثيات اضطراب الشخصية الحدية من التشخيص إلى العلاج يتبين أولا أن نمط هذه الشخصية هو جد صعب من الناحية المزاجية والسلوكية مما يصعب على الآخر فهمه والتعامل معه، أما من ناحية الاضطراب فإن سير الحصص المبنية على العلاج المعرفي السلوكي فهي تحتاج وقت طويلا لتطبيقها قد تصل لسنتين أو أكثر.

قائمة المراجع

- عصمت إبراهيم حمود. (1996). المراجعة العاشرة للتصنيف الدولي للأمراض تصنيف الإضطرابات النفسية والسلوكية: الأوصاف السريرية -الإكلينيكية- والدلائل الإرشادية التشخيصي، منظمة الصحة العالمية، المكتب الإقليمي للشرق الأوسط.
- Aaron T. Beck, Arthur Freeman, Denise D. Davis & Associates. (2006). Cognitive therapy of personality disorders (2 edition). **The Guildford Press.**
- American Psychiatric Association. (2013). Manuel diagnostique et statistique des troubles Mentaux (5eme Edition). **Paris :Masson.**
- Arthur Freeman, Mark H. Stone & Donna Martin. (2005). Comparative treatments for borderline personality disorder. **Springer series on comparative treatments for psychological disorders.**
- Mary C. Zanarini, EdD, A. Anna Vujanovic, AB, Elizabeth A. Parachini, BA, Jennifer L. Boulanger, BS, Frances R. Frankenburg, MD & John Hennen, PhD. (2003). A SCREENING MEASURE FOR BPD: THE MCLEAN SCREENING INSTRUMENT FOR BORDERLINE PERSONALITY DISORDER (MSI-BPD). **Journal of Personality Disorders**, 17(6), PP. 568-573.
- M.Naudet. (2013). Apport d'une thérapie cognitive dans la prise en charge d'un patient présentant un trouble de personnalité état Limite (Bordorline). sous-direction CHU Necker, Diplome universitaire de Méthodologie en Psychothérapie-sociothérapie, **Paris V descartes.**
- Nicholas L. Salsman, PhD & Marsha M. Linehan, PhD. (2006). Dialectical-Behavioral Therapy for Borderline Personality Disorder. **Primary Psychiatry**. 2006, 13(5), PP .51-58.
- Jacqueline B Persons. (2008). The case formulation approach to cognitive behavior therapy. **The Guildford Press.**
- Jean Cottraux. (2010). Les psychothérapies comportementales et cognitive (5 édition). **Elsevier Masson.**
- Judith S. Beck. (2005). Cognitive therapy for challenging problems. **The Guildford Press.**