

اضطراب الشخصية الحدية فى المراهقين

H.4 Borderline Personality Disorder in Adolescents

ليونيل كايهول، لودفيج جيكيوي، جان فيليب رينولد

ترجمة هبة حسام الدين

استشاري طب نفس الاطفال والمراهقين

ليونيل كايهول

استشاري طب نفسي، الطب النفسي للبالغين،
مستشفى سان جيروم. برنامج سان جيروم و
اضطراب الشخصية معهد جامعة دي سانت
مينتال دي مونتريال، كويبيك، كندا
تضارب المصالح: قام بدور المتحدث عن الي ليلي

لودفيج جيكيوي

استشاري طب نفس اطفال، مركز هنري لايبوري،
بوينتير و استاذ طب نفس اطفال جامعة بوينتير
تضارب المصالح: لم يتم الإبلاغ عن تضارب مصالح

جان فيليب رينولد

استشاري طب نفس اطفال، مركز مستشفى
الجامعة، تولوز و استاذ طب نفس اطفال جامعة
بول سابيتير، تولوز فرنسا
تضارب المصالح: لم يتم الإبلاغ عن تضارب مصالح



جانيس جوبلن
ج ا فاريس و ر م
فاريس
٢٠٠١ (الحياة في
المنطقة الميتة:
جانيس جوبلن و
جيم موريسون:
فهم اضطرابات
الشخصية الحدية؛
كتب سليد

هذه المطبوعة موجهة للمهنيين المحترفين الذين يتعلمون في مجال الصحة العقلية أو يعملون في مجال الصحة العقلية وليست موجهة لعموم الجمهور. وتمثل الآراء الواردة بهذه المطبوعة الآراء الشخصية للمؤلفين ولا تعكس بالضرورة رؤية محرر الاتحاد الدولي لطب نفس المراهقين والأطفال والمهن المرتبطة به IACAPAP وتسمى هذه المطبوعة لوصف أفضل طرق العلاج وأفضل الممارسات وفقاً للأدلة العلمية المتاحة وقت كتابة هذه الدراسة، حسب تقييم المؤلفين وقد تتغير نتيجة تم التوصل إليها بسبب بحوث جديدة لاحقة ويجب على القراء تطبيق المعرفة الواردة هنا على المرضى وفقاً للتوصيات والقوانين السارية في البلد التي يمارسون فيها العلاج. ويمكن ألا تتوافر بعض الأدوية في بعض البلاد ويجب على القراء الرجوع إلى المعلومات المحددة الخاصة بالدواء حيث أن الدراسة لا تذكر جميع الجرعات ولا جميع الآثار الجانبية غير المرغوب فيها وقد تم ذكر المؤسسات والمطبوعات ومواقع شبكة الانترنت التي تمثل مراجع أو تم ربطها بالمقال حتى يمكن توضيح تفاصيل بعض الموضوعات أو لتكون مصدر للمزيد من المعلومات ولا يعني هذا أن المؤلفين أو المحرر أو الاتحاد الدولي لطب نفس المراهقين والأطفال والمهن المرتبطة به IACAPAP يدعم أي منهم أو يوافق على ما جاء بها أو يؤيد توصياتها والتي يجب على القارئ أن يقيّمها تقييماً نقدياً كما يلاحظ أن مواقع شبكة المعلومات قد تتغير أو يمكن لبعض المواقع أن تختفي من على الشبكة.

ويمثل مؤلف الاتحاد الدولي لطب نفس المراهقين والأطفال والمهن المرتبطة به IACAPAP 2015 مطبوعة مفتوحة لكل القراء وفقاً لرخصة المساهمات الإبتكارية غير التجارية المنشورة على المشاع. وتسمح المطبوعة بالإستخدام والتوزيع وإعادة النشر دون إذن مسبق، بشرط الإشارة للعمل الأصلي بإقتباس سليم وبشرط ألا يكون الإستخدام تجارياً.

برجاء إرسال تعليقاتكم على الكتاب أو الفصل إلى:

jmreyATbigpond.net.au

Cailhol L, Gicquel L, Raynaud J-P. Borderline personality disorder. In Rey JM: الإشارة البيولوجرافية المقترحة لهذا العمل: (ed), *IACAPAP e-Textbook of Child and Adolescent Mental Health*. Geneva: International Association for Child and Adolescent Psychiatry and Allied Professions 2015.

يتسم اضطراب الشخصية الحدية بنمط متغلغل و مستمر من عدم الإستقرار و الإندفاعية. و قد حظى الإضطراب باهتمام بحثى على مدار عقود عديدة لمحاولة تناوله و فهمه. و بينما يستخدم مصطلح اضطراب الشخصية الحدية كثيراً فى سياق التعامل الكلينيكيا مع المراهقين يظل استخدامه فى هذا السن المبكر مثار للجدل. مع ذلك يعتقد الكثيرون أن هناك مجموعة من الحجج المتقاربة التى تجعل استخدام هذا المصطلح فى هذه الفئة العمرية مشروع.(ميلر 2008)

من منظور تعليمى، يستخدم هذا الفصل مصطلح اضطراب الشخصية الحدية كما عرفه DSM 5. يجب على القراء ادراك مخاطر هذا الإختزال مقارنة بمفاهيم أخرى لهذه الحالة. سوف تلقى الضوء فى هذا الفصل على تكرار وجود هذا اضطراب فى جموع المراهقين و البالغين و تبعاته النفس اجتماعيه. و هناك جزء كبير مخصص لعرض توصيف التشخيص و التشخيص التفاضلى. و ينتهى الفصل بوصف لإستراتيجيات العلاج المفيدة.

الوبائيات

انتشار الإضطراب:

يقدر انتشار اضطراب الشخصية الحدية ما بين 0.7% الى 1.8%. (شوارتز 1990, تورجيرسن 2001) و فى دراسة عامة للمجتمع ضمت 35000 مشترك و باستخدام Alcohol Use Disorder and Associated Disabilities Interview Schedule-DSM-IV version وجدت أن انتشاره على مدار الحياة prevalence هو 5.9%. (جرانت 1995) و فى المجموعات الإكلينيكية تظهر البيانات الامريكية نسبة انتشار 6.4% فى العينات الطبية العامة (جروس 2002) و تتراوح بين 10% و 23% فى المترددى على العيادات الخارجية للطب النفسى (كورزيكوا 2008, شوارتز 1990) و 20% من المرضى النفسيين المحجوزين بالمستشفيات.

المعلومات نادرة و العينات أكثر ضئالة بين الاطفال و المراهقين. وجدت دراسة فرنسية انتشارا عاليا لاضطراب الشخصية الحدية بين المراهقين (10% بين الأولاد و 18% بين البنات) و ذلك قياسا ب DIB-R (Diagnostic Interview for Borderlines – Revised) المطوع للمراهقين.(شابول 2001) أظهرت دراسة صينية انتشارا أقل (2%). (لينج و لينج 2009)

النوع (الجنس) و الثقافة:

يعتبر حاليا انتشار اضطراب الشخصية الحدية فى عموم المجتمع متساوى بين الجنسين(لايكسينرنج 2011)، بينما يمثل الإناث ثلاثة أرباع المجموعات الإكلينيكية. يرجع بعض الخبراء هذا الفرق الى صعوبة وصول الذكور الى الخدمة الطبية خاصة العلاج النفسى.(جودمان 2010) و يلاحظ هذا الفرق ايضا فى المراهقين.(كابلهور 2013) و من الجدير بالذكر ان هذا الفرق ملحوظ فى اضطرابات نفسية أخرى و ليس حصرا على اضطراب الشخصية الحدية.(أولافلينج 2011)

يعود أصل مفهوم اضطراب الشخصية الحدية إلى التصنيفات الغربية (الأوروبيه ثم الشمال أمريكية) وبالرغم من ذلك فتعريفه يواجه تحديات ثقافية. فعلى سبيل المثال، الحد الأدنى للهشاشة العاطفية قد يختلف في البلدان اللاتينية عنه في بلدان شمال أوروبا. لا تفسر الأعراض الإنشاقية (التفارقة) بنفس الطريقة من قارة إلى الأخرى. لذلك فالحد الأدنى للاعراض الذي يضعه الممارسون قد يختلف اعتمادا على ثقافتهم أو ثقافة مرضاهم. و على حد علمنا بالكاد تم استكشاف مظاهر اعراض اضطراب الشخصية الحدية تبعا للثقافة.

تدعم منظمة الصحة العالمية استعمال تشخيص اضطراب الشخصية الحدية على مستوى العالم من خلال التصنيف العالمي للأمراض بالإضافة إلى اعتماد أداة عالمية لتشخيصه و التحقق من صحتها. (لورانجر 1994) و مع ذلك فمؤدج امريكا الشماليه ممثل في DSM يهيمن على الابحاث المنشورة. (مافى 2006) و يستمر العلماء من مختلف بقاع العالم في استعمال المعايير التشخيصية لل DSM كما يتضح من المنشورات الحديثة و التي تلقى الضوء على التشخيص تبعا للثقافة. (روسيير و ريجوزى 2008, ونج 2010) و لا يبدو أن الهجرة ترفع من خطر حدوث اضطراب الشخصية الحدية. (باسكال 2008)

عبء المرض:

في هولندا، قدرت التكاليف المباشرة و الغير مباشرة لاضطراب الشخصية الحدية ب 17000 يورو في السنة لكل مريض. (فان أسلت 2007) و يتضمن ذلك العلاج و بالأخص الحجز بالمستشفيات و الأجازات المرضية و فاقد الإنتاج. و لو أخذنا في الإعتبار نسبة انتشار الإضطراب في عموم الناس فالتكاليف ستكون كبيرة. و مع ذلك فإنه لا يمكن الاستنباط من البيانات الأوروبية للتعميم عالميا لأن هذه البيانات تعكس السياق الاقتصادي الطبي في البلدان الغربية.

و تبعات اضطراب الشخصية الحدية على الشخاص المحيطين بمن يعانون من الإضراب تعتمد على هشاشة هؤلاء المحيطين و ضعفهم امام تصرفات و مطالب المعانين من الإضطراب. أسر المراهقين بشكل خاص يحتاجون لتناول مطالب اطفالهم للتحكم بالذات و حمايتهم في ذات الوقت. كما انهم يحتاجون لتعلم التحكم في مخاوفهم المتعلقة بالتصرفات التي تحتوى على مخاطرة. و من الممكن ان يتسبب هذا في ضغطا كبيرا. (فروزتى 2005, جيرال 2008, هوفمان 2005)

وبخلاف المضاعفات الجسمانية الناجمة عن سلوك الايذاء الذاتي، فإن مرضى اضطراب الشخصية الحدية معرضون لمخاطر بسبب اندفاعيتهم مما ينتج عنها من حوادث و سوء استخدام العقاقير و الامراض التي تنتقل بالاتصال الجنسي. (سانسون 1996، 2000، 2000، ب، 2001) و اخيرا، فان عدم استقرار المشاعر والعلاقات الشخصية يؤدي الى مشكلات في التواصل بين الاباء والابناء. (جيديني 2008، هوبسون 2005، 2009، نيومان 2007) تظهر الدراسات الرصدية للامهات بشأن المواقف تجاه الرضع و الأطفال الصغار تواجد أقل و تنظيم اضعف للتصرفات و المزاج و توقعات أقل للتفاعلات الإيجابية. و يرد وصف هذه المهات على انها تبالغ في الحماية و دائمة التدخل و أقل حساسية و اظهارا للمشاعر. (أبيلا 2005، ماكليان و هاميلتون 2006، نيومان 2007) يتعرض أطفالهم لمعدلات أعلى من انفصال الوالدين و البطالة مقارنة بالأمهات اللاتي يعانون من الإكتئاب أو اضطرابات الشخصية الأخرى.

يتأثر النمو النفسي للأطفال المولودين لأمهات يعانون من اضطراب الشخصية الحدية و يميلون للانسحاب من البيئة المحيطة بهم. (أبيلا 2005، ماكليان و هاميلتون 2006) هؤلاء الأطفال أقل تركيزا و أقل اهتماما و حماسا للتفاعل مع امهاتهم. كما يظهر عليهم التعلق الغير منظم في اختبار الموقف الغريب. (أبيلا 2005) الأطفال المولودين لأمهات يعانون من اضطراب الشخصية الحدية لديهم معدلات اعلى للأفكار الإنتحارية (25%). إلى جانب أن خطر المعاناه من الإكتئاب يتضاعف سبع مرات لدى الأطفال الذين تعاني امهاتهم من اضطراب الإكتئاب و اضطراب الشخصية الحدية معا. (برادلى 2005)

سن ظهور الإضطراب و تطوره

يوصى ال DSM 5 ألا يتم تشخيص اضطراب الشخصية الحدية قبل سن 18 سنة، بينما في الممارسة العملية يتم التشخيص قبل ذلك عندما تكون الأعراض واضحة و مستمرة.

أظهرت دراسات المتابعة أن 74% من الحالات تشفى بعد سنوات و 88% تشفى بعد 10 سنوات (زاناريني 2003، 2006)- مما يثير التساؤل ما اذا كان الإضطراب حقا مزمن و لا يرجى شفاؤه كما هي الفكرة السائدة. و يبدو أنه هناك مجموعتان من الأعراض؛ مجموعة تتسم بالغضب و مشاعر الهجران و هي أعراض مستقرة و مستمرة، و مجموعة أخرى تتسم بايذاء النفس و محاولات الإنتحار و هي أعراض غير مستقرة و أقل استمرارية. من المهم توضيح أنه في الحقيقة يكون الشفاء في معظم الحالات هو انخفاض في عدد الأعراض و شدتها تحت الحد الأدنى للتشخيص و ليس بالضرورة شفاء كامل للإضطراب. (شيا 2002)

و يقدر خطر الموت بالإنتحار في مرضى اضطراب الشخصية الحدية ما بين 4% و 10% و هو الأعلى بين جميع الأمراض النفسية. يزداد خطر الإنتحار في حالة تزامن اضطراب الشخصية الحدية مع اضطراب الكزاج أو مع سوء استخدام العقاقير أو زيادة عدد مرات محاولات الإنتحار. (باريس 2002) و يبدو أن الانتحار يحدث في مرحلة متأخرة من الإضطراب بين سن 30 و 37 و نادرا ما يحدث أثناء فترة تلقي العلاج. (باريس 2002)

يختل بشدة الأداء الوظيفي للأفراد الذين يعانون من اضطراب الشخصية الحدية (GAF أقل من 50) حيث يكثر بينهم فقدان العمل و العلاقات الغير مستقرة و سابق تعرض لإعتداء جنسي. (زينل كونكلين و وستن 2005) و يلاحظ أن الخلل الوظيفي يكون أكثر مما هو في اضطرابات الشخصية الأخرى بل و أكثر منه في الإكتئاب. (سكودول 2002، زاناريني 2005)

تزداد نسب الشفاء عندما يتم التشخيص في مرحلة المراهقة (بيسكن 2011) حيث تكون أعراض اضطراب الشخصية الحدية في قمتها عند سن الأربعة عشر. (شابروول 2001ب) و بالرغم من ارتفاع نسب الشفاء الا أن وجود الإضطراب في فترة المراهقة مؤدى . فعلى جانب المضاعفات السابق ذكرها فالتشخيص يزيد من احتمالات النتائج السلبية في المستقبل. على سبيل المثال، 80% من المراهقين الذين تم تشخيصهم باضطراب الشخصية الحدية سوف يعانون من أحد اضطرابات الشخصية كالبغين بالرغم من أن 16% منهم فقط سوف يعانون من اضطراب الشخصية الحدية كبالغين. (ديشامب و فرجنهيل 2008)

أسباب و عوامل ظهور اضطراب الشخصية الحدية

أسباب الإصابة باضطراب الشخصية الحدية غير معروفة و لكن هناك العديد من النظريات التفسيرية الموجودة في المنشورات الطبية. و من أكثر النظريات قبولا هي النظرية النفسية غالبا بعد التفكير من خلال التحليل النفسي. أعتمدت أولى التفسيرات على نظرية الأشياء و العلاقات لصاحبها Otto Kernberg. (كلاركين 2006) أما نظرية التعلق لصاحبها John Bowlby و هي الأحداث فقدت المزيد من الآليات المحتملة الكامنة وراء اضطراب الشخصية الحدية، و ابرزت نظريات أخرى أهمية خلل التنظيم الشعوري. (لينهان 1993) و اخيرا النظريات المعرفية تلقي الضوء على الخلل الوظيفي في انماط التفكير التي تكونت في الطفولة و استمرت بعد البلوغ. (يونج 1999) كل هذه النظريات تشدد على أهمية التطور الشعوري للأفراد و الذي شوته الصدمات و النقص العاطفي كتابع للفشل في تطويع البيئة المحيطة لتلبية احتياجات الطفل.

مارلين مونرو هي ممثلة أمريكية شهيرة ولدت في عام 1926 و توفت في عام 1962 في ظروف مأساوية. ولدت مارلين مونرو لأم غير مستقرة نفسية و غير قادرة على تغطية مصاريفها. و كانت مارلين أصغر بعامين من السن القانوني للزواج عندما تزوجت زوجها الأول. حاولت مارلين محاولات عديدة للانتحار بأخذ كميات كبيرة من العقاقير و دخلت في الكثير من العلاقات العاطفية. و قد خضعت للكثير من العلاجات النفسية التي تطلبت حجزها بالمستشفيات النفسية احيانا



و على مستوى الدراسات البيئية أظهرت الأبحاث التي تمت بالمنظور الخلفي انتشار ملحوظ لسابقة صدمة أثناء الطفولة أو اعتداء جنسي أو مدد طويلة من الانفصال عن الأباء أو الإهمال بين مرضى اضطراب الشخصية الحدية.(زاناريني 1997) و مع ذلك لا يمكن استنباط أن هذه التجارب سبب مباشر لإضطراب الشخصية الحدية. و بالرغم من ان الكثير من مرضى اضطراب الشخصية الحدية قد عانوا من صدمات في طفولتهم الا أنه ليس بالضرورة وجود الصدمات لدى جميع مرضى الإضطراب بل و انه ليس من الأكيد اذا حدثت صدمة أثناء الطفولة ان تتسبب في ظهور الإضطراب.(جولبير 2003)

و على ما يبدو فإن التعرض لصدمة أثناء الطفولة هو عامل مشترك و متكرر بين من يعانون من اضطراب الشخصية الحدية و من يعانون من اضطراب كرب ما بعد الصدمة. يجب أيضا القاء الضوء على أن حوالي نصف مرضى اضطراب الشخصية الحدية يلبون معايير اضطراب كرب ما بعد الصدمة.

يرتبط اضطراب الشخصية الحدية و استمرار اعراضه على مر الزمن بالإنفصال المبكر عن الأم.(كروفورد 2009) و أخيرا فاضطراب الشخصية الحدية به عامل وراثي و تقدر امكانية توريثه بنسبة 47%. (ليفلسي

1998) و كما هو الحال في كل الإضطرابات النفسية تقريبا فتوريثه يكون عن طريق جينات متعددة. كما ان التداخل بين الجينات و البيئة كما وصف سابقا يجعل تحليل المعلومات صعبا.(ستيل و سيفر 2010)

التشخيص

الأعراض الإكلينيكية:

في محاولة جاهدة لتحسين موثوقية التشخيص، قدم ال DSM III النظام متعدد المحاور و الذي وضع اضطرابات الشخصية على محور مختلف؛المحور الثاني جنبا الى جنب مع الإعاقة الذهنية. كما وصف اضطراب الشخصية الحدية كتشخيص مستقل. و جاء ال DSM 5 (الجمعية العالمية للطب النفسي 2013) ليعكس هذا القرار و ينبذ توجه التشخيص متعدد المحاور. طبقا لل DSM 5 عدم الإتزان و الإندفاعية هما اهم سمات اضطراب الشخصية الحدية. لتشخيص الإضطراب طبقا لل DSM 5 يجب تواجد خمس اعراض او اكثر من الأعراض المبينة بالجدول. ايضا يجب أن يكون نمط التصرفات مستمر و غير مرن و و يجتاح نطاق واسع من المواقف الشخصية و الإجتماعية كما يجب ان يسبب الإضطراب اعتلال ملحوظ أو ضيق.

جدول ٤.٥.١ معايير و ابعاد اضطراب الشخصية الحدية	
الأبعاد	معايير ال DSM 5
عاطفية	عدم اتزان عاطفي ناتج عن تفاعل مزاجي ملحوظ. (على سبيل المثال: نوبات من اعتلال حاد للمزاج، التوتر أو الفلق الذي عادة ما يدوم بضع ساعات و نادرا عدة أيام) احساس مزمن بالخواء.
	غضب شديد غير متناسب مع الموقف أو صعوبة في السيطرة على الغضب (فورات غضب متكررة، غضب مستمر، مشاجرات جسدية متكررة)
معرفية	اضطراب الهوية: عدم اتزان واضح و مستمر في صورة الذات و الإحساس بالذات. أفكار زورانية (بارانويدية) مؤقتة و مرتبطة بالضغط أو أعراض تشاققية (تفارقية) شديدة
إندفاعية	اندفاعية قد تؤدي إلى الإضرار بالنفس في مجالان على الأقل (الصرف، الجنس، سوء استخدام العقاقير، القيادة المستهترة، نهم أو شراهة الأكل) سلوك انتحاري متكرر أو تهديد بالانتحار أو إيذاء النفس
العلاقات الشخصية	جهود مضنية لتجنب تخطى أو ابعاد حقيقي أو متخيل نمط من العلاقات الشخصية الغير مستقرة و العنيفة و التي تتسم بالتأرجح بين تقيضين المثالية و التحقير

يضع ال ICD 10 اضطراب الشخصية الحدية تحت اضطراب الشخصية غير مستقرة انفعاليا و يضم الإندفاعية كنوع فرعى. التصنيفان يتطلبان ان يكون نمط التصرفات منتشر و يبدأ فى المراهقة أو مطلع الشباب و يسبب اعتلال وظيفى ملحوظ.

الأنواع الفرعية:

لا يفرق ال DSM 5 بين الأنواع الفرعية لإضطراب الشخصية الحدية. و يمكن تحديد النواع الفرعية من الإعتلال المشترك. و مع ذلك يقترح الباحثين نوعين فرعيين: معتمد و آخر اندفاعى. يتسم النوع المعتمد

قطع النفس شائع
لدى الذين
يعانون من
اضطراب
الشخصية الحدية



بعلاقات متكررة و غير مستقرة بينما يتسم النوع الإندفاعى بنمط من الأفعال الإندفاعية فى مناحى مختلفة بما فى ذلك كسر القانون. أما ال ICD 10 على النقيذ فيقسم اضطراب الشخصية الحدية إلى نوعين فرعيين: نوع اندفاعى و نوع بينى أو حدى.

وصف ال ICD 10 لإضطراب الشخصية غير المستقرة انفعاليا:

F60.3: اضطراب الشخصية غير المستقرة انفعاليا (الحدية):

هو اضطراب الشخصية حيث يكون هناك ميل شديد للتصرف باندفاعية دون حساب العواقب مع عدم استقرار عاطفي. قلة القدرة على التخطيط المستقبلي و انفجارات للغضب الشديد الذي عادة ما يؤدي الى العنف أو التصرفات الانفجارية. و تترسب هذه التصرفات بسهولة نتيجة لإنتقاد الآخرين للأفعال الإندفاعية.

هناك نمطان لهذا الإضطراب و يشترك النمطان بالإتصاف في السمة العامه لإندفاعية و انعدام القدرة للسيطرة على النفس.

النمط الإندفاعي:

السمات الطاغية هي عدم الإستقرار العاطفي و انعدام السيطرة على الدوافع. فورات العنف أو السلوك التهديدي خاصة كرد فعل لانتقاد الآخرين.

النمط الحدي:

هناك الكثير من سمات عدم الإستقرار العاطفي بالإضافة إلى عدم وضوح أو اضطراب صورة الذات لدى المريض و أهدافه و أفضلياته الداخلية (بما في ذلك الأفضليات الجنسية). عادة ما يكون هناك احساس مزمن بالخواء. القابلية للإنخراط في علاقات عنيفة و غير مستقرة التي قد تؤدي إلى أزمات عاطفية متكررة و قد تصاحبه جهود مكثفة لتجنب الإبعاد و سلسلة من التهديدات بالانتحار أو الإقدام على إيذاء النفس. (و إن كانت هذه الظواهر يمكن ان تحدث أيضا دون عوامل مرسبة واضحة.)

أعراض ظهور الإضطراب:

من النادر ان يذهب المرضى إلى الأطباء للشكوى من اضطراب الشخصية الحدية، بالرغم من ان الدعاية للإضطراب في الإعلام و شبكة الإنترنت قد بدأت تزيد من وعي المجتمع بالمرض. عادة ما تدفع المريض إلى الذهاب للطبيب مشاكل اخرى كسوء استخدام العقاقير أو التقلبات المزاجية أو اضطرابات الأكل أو الإقدام على إيذاء النفس أو المشاكل في العلاقات الشخصية. و في حين ان إيذاء النفس يقل بمرور الوقت إلا أنه عرض مفيد لتمييز الإضطراب في سن المراهقة.

اضطراب الشخصية الحدية من مفهوم فنوى إلى مفهوم بعدي:

إذا اتبعنا معايير ال DSM حرفيا فلن نقوم بتشخيص اضطراب الشخصية الحدية إلا في البالغين. (جيكال 2011) و لكن بعض الأطباء يعتبرون أنه من الممكن تشخيص هذا الإضطراب في المراهقة شريطة قبول انخفاض قوتها التنبؤية عنه في البالغين. (بونديورانت 2004) و عيا بقصور نظم التصنيف المتاحة حاليا فهناك اتجاه لإستخدام المفهوم البعدي للإضطراب. و يوضح الجدول المعايير التشخيصية التي يستخدمها ال DSM 5 و انبثقت الأبعاد الأربعة للإضطراب من هذه المعايير.

في هذا الإطار، تقع اضطرابات الشخصية في أقصى الطرف من سمات الشخصية و التي تتراوح بين الطبيعي و المرضى. ألقى بحث زاناريني و المجموعة في 2007 الضوء على ثبات التشخيص، متوسط مدة وجود الأعراض و الإستعداد للتحسن و الشفاء. و يمكن تلخيص ذلك في الجدول التالي:

تطور أعراض الشخصية الحدية بمرور الوقت

الأعراض	متوسط المدة	
<ul style="list-style-type: none"> • المظاهر الشبه فصامية • السلوك الجنسي المعرض للمخاطر • النكوص المرتبط بالعلاج • مشاكل الطرح المضاد و العلاقات العلاجية "الخاصة" 	2-0 سنة	أعراض حاددة
<ul style="list-style-type: none"> • سوء استخدام و الإعتماد على العقاقير النفسية • إيذاء النفس • محاولات الإنتحار المتكررة • التطلب • اضطراب الهوية الشديد 	4-2 سنة	
<ul style="list-style-type: none"> • العلاقات العاصفة • التحايل، السادية، انتقاص الشأن • عدم الإتران العاطفي • الخبرات الحسية الغير معتادة ، الأفكار الغريبة • مشاعر التخلي،الدمار،الإنهيار • الخبرات الفصامية بخلاف الهلوسة 	6-4 سنة	أعراض ممتدة
<ul style="list-style-type: none"> • نوبة اكتئاب كبرى ، اكتئاب مزمن • شعور مزمن باليأس و الذنب • قلق مزمن • اندفاعية عامة • لا يحتمل الوحدة • صراع حول الإعتماد على الرعاية • الإعتمادية ، الماسوخية 	8-6 سنة	
<ul style="list-style-type: none"> • غضب مزمن، نوبات من الغضب المتكررة • احساس مزمن بالوحدة و الخواء 	10-8	

و يظل التأمل ما اذا كان بعض المراهقون يعايشون "لحظات حدية" في حين يظهر على آخرين أداء وظيفي و تنظيمي على حافة الأعراض. و من الثابت أن ليس كل المراهقين على حافة الأعراض يتطورون ليظهر عليهم اضطراب الشخصية الحدية. و هذا يثير التساؤل حول مصير المراهقين على حافة العراض. و في هذا السياق، بارنوفالوفا و المجموعه (2009) القوا الضوء على خطورة وصمة اضطرابات الشخصية في المراهقين، و هم فئة تشهد تغيرات و تطورات كثيرة.

التشخيص التفريقي

الإعتلال المشترك:

أظهرت دراسة دولية ناطقة بالفرنسية بقيادة شبكة الأبحاث الأوروبية (European Research Network) على اضطراب الشخصية الحدية في المراهقين (EURNET-BPD) أن اضطراب الشخصية الحدية كثيرا ما يتشارك مع الإكتئاب (71.4%) ، اضطراب فقد الشهية (القهم) العصبى (40.2%)، النهام العصبى (32.9%)، ادمان الكحول (23.5%)، سوء استخدام العقاقير (8.2%) . و بالأخص افعتلال المشترك مع اضطراب فرط الحركة و نقص الإنتباه قد يكون مؤشر لشدة المرض.(سبرانزا 2011) و اتت هذه النتائج متشابهة مع نتائج زاناريني و المجموعة(1998) فى بحثهم على البالغين.

وجدت دراسة(EURNET-BPD) أن أعلى معدلات اعتلال مشترك بين اضطراب الشخصية الحدية و اضطرابات الشخصية الأخرى كان لإضطراب الشخصية المستهينة بالمجتمع (المضادة للمجتمع)بنسبة (22.3%) و اضطراب الشخصية الإجتنائية بنسبة (21.2%).. و اتت هذه النتائج أيضا متشابهة مع نتائج زاناريني و المجموعة فى بحثهم على البالغين.

و فى المراهقين و البالغين على حد سواء وجدت اختلافات بين الإناث و الذكور حيث طغى الإعتلال المشترك مع اضطراب الشخصية المستهينة بالمجتمع بين الذكور.

التقييم باستخدام الإختبارات النفسية:

هناك العديد من أدوات تقييم اضطرابات الشخصية فى البالغين. و هذه قائمة بأكثرهم شيوعا:

- SIDP-IV (Structured Interview for the Diagnosis of DSM-IV Personality Disorders) (Stangl et al, 1985). The DSM-IV version is widely used internationally (Pfohl et al, 1995) and has been used for adolescents (Chabrol et al, 2002)
- SCID-II (Structured Clinical Interview for DSM-IV) (First et al, 1997), complimenting SCID-I, which is used to diagnose Axis I disorders
- The IPDE (International Personality Disorders Examination; (Loranger et al, 1994) is a semi-structured interview that generates personality disorder diagnoses according to both ICD-10 and DSM-IV
- DIB-R (Diagnostic Interview for Borderline-Revised; Zanarini et al, 1990) is a semi-structured interview with 129 items. Although it does not diagnose DSM-IV BPD, it has satisfactory convergent validity with DSM-IV
- CAPA (Child and Adolescent Psychiatric Assessment) may also be relevant for BPD diagnosis (Renou et al, 2004).
- There are also self-report questionnaires that can be useful as screening instruments, such as the MSI-BPD (McLean Screening Instrument for BPD) and the PDQ-4+ (Personality Diagnostic Questionnaire) (Zanarini et al, 2003b, Hyler et al, 1989).

العلاج

هناك العديد من الدلائل الإرشادية المتاحة لعلاج اضطراب الشخصية الحدية مثل الجمعية الأمريكية للطب النفسي (2001 American Psychiatric Association) و (2009) NICE Guidance و معظمهم يتتضمنون بعض التوصيات الخاصة بالمراقبين.

الأهداف:

يعد وضع خطة علاجية و أهداف علاجية هو الخطوة الأولى و التي ستتأثر بعدم اتزان المريض. في الممارسة الفعلية سيتضمن هذا مراقبة تطور المريض، بدءا بمنظور ادارة الأزمة للتعامل معها و مع السلوك المؤدى و انتقالا إلى العمل على مناحى الشخصية على مستوى طويل الأجل. و في كل مرحلة يتم ابرام اتفاق علاجي بعد تحديد أسباب التغيير و الحاجة إليه. الأهداف المخططة بتفرد لكل مراقب تتبع تسلسل هرمى يجب شرحه للمراقب. على سبيل المثال تكون الأولوية لخفض خطر الوفاة على معالجة الأعراض أو تحسين جودة المعيشة. بالإضافة إلى أنه يجب إشراك أولياء الأمور البالغين ليساعدوا كجزء من العلاج (مثلا بإزالة المواد السامة).

إطار الرعاية:

يجب دائما تقديم العلاج لإضطراب الشخصية الحدية لدى المراقبين من خلال العيادات الخارجية. يقدم المنهاج التسلسلى الإنتقائى حلا واقعا للتنوع الإكلينيكي و التطور الطبيعى للإضطراب.(جنديرسون 2001)

يتضمن إطار الرعاية مناحى مختلفة:

- تقييم المخاطر
- الحالة العقلية
- المستوى الوظيفى النفس-اجتماعى
- أهداف و حوافز المريض
- البيئة الإجتماعية
- الإعتلال المشترك
- الأعراض السائدة

في الممارسة العملية يمكن أخذ الحجز بالمستشفيات في الإعتبار لعلاج الحالات شديدة الإعتلال المشترك (على سبيل المثال:الإدمان،الإكتئاب الشديد) و أيضا عندما يستعصى احتواء المريض من خلال إدارة الأزمة و الرعاية النهارية. يقلل من شأن الحجز قصير المدى بالمستشفى لحالات خطر الإنتحار و ذلك لقلّة المعلومات المتاحة عن فاعليتها و أيضا لاحتمال تدهور حالة المريض.

في العيادة الخارجية، ممكن ان يقدم العلاج معالج واحد أو معالج نفسي بالتشارك مع طبيب نفسي أو فى شكل رعاية نهارية كاملة بالمستشفى إن أمكن. من المفيد أن يكون مقدم العلاج النفسى شخص مختلف عن مقدم العلاج الدوائى. وأخيرا ممكن أن تلعب المدرسة دورا فى علاج اضطراب الشخصية الحدية لدى المراقبين بتوفير الإستقرار و توفير بيئة يمكنهم فيها بناء هوية و علاقات سوية و هى أشياء جوهرية لتحسن هؤلاء المرضى.

العلاجات البيولوجية

طبقا لل NICE 2009، لا يجب استعمال الأدوية لعلاج اضطراب الشخصية الحدية و لا اعراضه أو السلوك المصاحب له (على سبيل المثال ايداء النفس المتكرر، عدم الإلتزان العاطفى الشديد، السلوك المعرض للمخاطر، و الأعراض الفصامية المؤقتة). و مع ذلك فالإعتلال المشترك قد يتطلب علاج دوائى. بالإضافة إلى أن الأعراض الجانبية للدواء و صعوبة الإلتزام و مخاطر سوء الإستخدام تحد من فوائد استعمال العلاج الدوائى. و نهاية، بقدر علمنا لا يوجد علاج دوائى مصدق عليه لعلاج اضطراب الشخصية الحدية لدى المراهقين أو البالغين.

بخلاف رأى الخبراء، العديد من الأبحاث الفوق تحليلية تقدم الإرشاد.(بينكس 2006، أنجهوفن و دوفنوردن 2011، مرسر 2007، نوز 2006، رينيه و أنجهوفن 2007، ستوفرز 2010) المواد التى درست تتضمن مضادات الذهان ، مضادات الإكتئاب، الحماض الدهنية أومجا 3 و مضادات الصرع. و لكن من العوامل التى تحد من تحليل نتائج الدراسات المحكمة : قصر مدة التجارب، قلة عدد الدراسات، الفاقد الكبير فى عدد المشاركين بالدراسة مع مرور الوقت، غياب الدراسات المقارنة، و معايير الإدراج التقييدية.

يمكن استخدام عقار البنزوديازيبين فى مواقف فردية و ليس بشكل متكرر أو منتظم و ذلك خوفا من إدمانه أو تسببه فى فقدان التحفظ. (الجمعية الأمريكية للطب النفسى 2011) و فى العموم، لا يجب استعمال العقارات المهدئة لمدة أكثر من اسبوع للتعامل مع أزمة. و هذا يوضح الحاجة إلى المراقبة المكثفة و المراجعة المنتظمة للعلاج للتعرف على أى أدوية غير مفيدة و سحبها بحذر و بالتدرج. لا يجب على الأخص استعمال مضادات الذهان فى العلاج متوسط و طويل الأجل. (NICE 2009). و لكن فى العلاج قصير الأجل قد تكون مضادات الذهان مفيدة للأعراض الحسية المعرفية و فى الغضب و التقلب المزاجى.(أنجهوفن و دوفنوردن 2011)

العلاجات النفسية

تتشارك العلاجات النفسية المستخدمة لعلاج اضطراب الشخصية الحدية فى مناحى عدة. على سبيل المثال، تلقى معظمها الضوء على أهمية ابرام اتفاق علاجى عند بدأ الخطة العلاجية. و يتضمن هذا الإتفاق طرق التعامل مع المواقف الخطرة، تحديدا أزمات الإنتحار أو الإتصال بالمعالج بين الجلسات (التليفون مثلا) .

عند التفكير فى العلاج النفسى لشخص يعانى من اضطراب الشخصية الحدية، على المعالج ان يأخذ التالى فى الإعتبار:

- اختيار المرضى و أفضلياتهم
- درجة الخلل و شدته
- استعداد المرضى للإخراط فى العلاج و حماسهم للتغيير
- قدرة المرضى على التزم حدود العلاقة العلاجية
- توافر الدعم الشخصى و المهنى

تتعدد مناهج العلاجات النفسى المستخدمة لعلاج اضطراب الشخصية الحدية كالعلاج الفردى و العلاج الجمعى و علاج الأزمات. لا يوجد دليل قاطع على فاعلية نوع علاج أكثر من الآخر.(بينكس 2006، لاكسينرنج و لينج 2033، لايكسينرنج 2011)

نصائح علاجية:

الدعم: نظرا لكثرة متطلبات هؤلاء المرضى من المعالج فالعمل معهم من خلال فريق علاجي يجعل مهمة علاجهم اسهل بكثير. لو لم يكن متاح تكوين فريق علاجي فينصح بشده أن يكون هناك إشراف منتظم و تواصل مع الزملاء للنصح والإرشاد.

الإستمرارية:

لأن العلاج قد يستمر على مدار سنين و ليس فقط اسابيع او شهور فاستمرارية الرعاية هي شئ ضرورى. بناء علاقة علاجية يتطلب موثوقية من المحترفين مقدمى الخدمة.

إطار واضح:

كلا المريض و المعالج يجب أن يكون لديهم تفهم واضح لعملهم و محدودياته و كيفية التعامل معها.

المسئولية:

بالرغم من ان سلوك المريض و تشخيصهم يشجع الأهل و المعالجين و المؤسسات على تولى المسئولية بعيدا عن المريض لكنه من المفيد التذكر أن لكى يزيد المرضى من التحكم فى مشاعرهم فعليهم قبول المزيد من تحمل المسئولية.

يطمح ال **Schema Focused Therapy** إلى مد مبادئ العلاج السلوكى المعرفى لإستخدامها فى علاج اضطرابات الشخصية مبرزا أهمية العلاقة العلاجية، الحالات المزاجية و العاطفية، أساليب التكيف (مثل: التجنب و الإفراط فى التعويض). وجدت احدى الدراسات أن 3 سنوات من علاج ال SFT لمرضى اضطراب الشخصية الحدية هي أكثر فاعلية من العلاج النفسى الديناميكي المرتكز على الطرح. (جيسن بلو 2006)

و من بين العلاجات الجمعية , يرتكز ال **Systems Training for Emotional Predictability and Problem Solving** (بلوم 2002، بلوم 2008) على مبدأ الأنظمة. يتكون البرنامج من مرحلتين: مرحلة المهارات الأساسية و هي 20 اسبوع، و مرحلة أخرى تستمر لمدة سنة على شكل برنامج متقدم مرتان شهريا. و فى هذا النموذج، ينظر لإضطراب الشخصية الحديه على انه اضطراب فى تنظيم المشاعر و السلوكيات. يهدف العلاج إلى ايجاد لغة مشتركة بين المريض و المعالجين و الأصدقاء المقربين و عائلة المريض حتى ينتهى لهم التواصل بوضوح و اكتساب مهارات للتعامل مع اعراض الإضطراب. و يساعد ذلك على تجنب "التقسيم" و هو حيلة دفاعية بدائية حيث يستخدمها الشخص لإخراج الصراعات الداخلية من خلال تصنيف الأشخاص المحيطة إلى "جيد" و "سيئ".

العلاج المرتكز على التفكير Mentalization-Based Treatment

MBT هو برنامج علاج نفسى ديناميكي يعتمد على نظرية الارتباط. يفترض هذا النوع من العلاج النفسى أن الارتباط الغير منظم يودى إلى فشل فى القدرة على التفكير. صمم العلاج المرتكز على التفكير فى بادئ الأمر لمرضى اضطراب الشخصية الحدية. و يستخدم الآن على نطاق اوسع لعلاج اضطرابات الشخصية و الإكتئاب. يتكون العلاج من علاج فردى و علاج جمعى بشكل اسبوعى فى سياق علاج نهارى بالمستشفى. و يهدف العلاج إلى تدعيم قدرة المريض على التعبير عن مشاعره و مشاعر الآخرين بدقة فى المواقف التى تشكل تحديا عاطفيا صعبا. الهدف الأساسى من من العلاج هو تحسين التحكم فى المشاعر و السلوك. إنه يمكن المرضى من تحقيق اهدافهم فى الحياة و تكوين علاقات حميمة و مشبعة عاطفيا.

و بخلاف العلاجات السيكو ديناميكية الأخرى لا يكون التركيز على الطرح و العلاقات السابقة فالهدف ليس تكوين بصيرة المريض بسيرته الذاتيه بل الهدف هو استعادة قدرته على التفكير. يسعى المعالج لتدعيم روابط أمانه بينه و بين اعضاء المجموعه العلاجيه و بينهم البعض. توفر هذه العلاقة الأمانه السياق المناسب لإستكشاف الشخص لأفكاره و أفكار الآخرين.

مقارنه مختصره للعلاجات النفسيه المختلفه المستخدمه لعلاج اضطراب الشخصية الحديه:

	تكلفة عالية: علاج فردي + علاج جمعي	<ul style="list-style-type: none">• رعاية نهائية بالمستشفى : علاج مرتكز على التفكير• العلاج الجدلي السلوكي
	تكلفة متوسطة: علاج فردي	<ul style="list-style-type: none">• علاج نفسي مرتكز على الطرح• علاج نفسي مرتكز على التخطيط
	تكلفه قليلة: علاج جمعي + قصير المدى	<ul style="list-style-type: none">• تدريب نظامي على التوقع العاطفي و حل المشكلات• العلاج المعرفي المساند بدليل ارشادي

DREID

ت on Mental Illness Reveals Her Own Fight



Click on the picture to access a New York Times article on Marcia Linehan's struggle with her BPD and the birth of Dialectical Behavior Therapy

العلاج النفسي المرتكز على التفكير Mentalization-Based Treatment هو علاج نفسي ديناميكي وضعه باتمان و فوناجي(1999،2004). "التفكير" في هذا النموذج يعني القدرة على تمييز و فصل المشاعر و الأفكار الذاتية للشخص عن تلك التي تحيط بيه. الأوجه المختلفة للتفكير يتم ابرازها و تعزيزها و ممارستها في سياق علاجي مدعم. و لأنه احد العلاجات الديناميكية, فيميل العلاج إلى أن يكون أقل توجيها من العلاج السلوكي المعرفي.

العلاج النفسي المرتكز على الطرح Transference Focused Psychotherapy هو علاج نفسي ديناميكي آخر. يفترض هذا العلاج أن هناك تكوين نفسي كامن وراء أعراض اضطراب الشخصية الحدية. في مثل هذه المنظومة النفسية تقسم المشاعر و الأفكار تجاه الذات و تجاه الآخرين إلى تجربه قطبية جيدة او سيئة، أبيض أو أسود، كل شيء أو

لا شئ. و نظرا لأن هذه الحالة القطبية تحدد طبيعة الإدراك الحسي لدى المريض يؤدي التقسيم إلى فوضى في العلاقات الشخصية، سلوك اندفاعى و تدمير للذات و اعراض أخرى لإضطراب الشخصية الحدية. يكون هذا العلاج على شكل جلسات من العلاج الفردى اسبوعيا حيث يتم التركيز على الطرح لأنه يعتقد ان المريض يعايشون صورته انعكاسية للأنماط السائدة فى علاقتهم من خلال الطرح.(كلاركين 2007)

فى المراهقين، **العلاج المعرفى التحليلي Cognitive Analytic Therapy** (رايل 2004، رايل و بيرد 1993) أظهر كفاءة مماثلة ل "العلاج الجيد المعتمد على الدليل الإرشادى".(شانن 2008) و يعتبر علاج قصير المدى نسبيا حيث يتراوح بين ال 16 و 24 جلسة علاجية.

و يظل التساؤل ما اذا كانت الفجوة بين تعدد العلاجات و اتاحاتها تتسع ام تضيق. ضعف الدعم لهذه العلاجات يثنى الكثير من الأطباء عن استخدامهم مما يؤدي إلى تجاهلهم لهذه العلاجات النفسية أو رفضها أحيانا. و من المهم تذكر أن تقديم علاج بكفاءة _بمعنى انه يتبع الإرشادات_ قد يؤدي إلى نتائج جيدة كالتى نحصل عليها من علاجات أكثر تعقيدا.(ماكين 2007)

علاجات أخرى:

يعمل الكثير من الفرق العلاجية على مستوى العالم على وضع طرق علاجية جديدة أقصر و أقل تكلفة و أكثر قبولا لدى المرضى من العلاجات التقليدية طويلة المدى. الأشكال المكثفه من العلاجات طويلة المدى قد تقدم بعض المساعدة لحد أقصى من المرضى. و فى نفس السياق التوعية النفسية و المجموعات الإستهلاكية قد تقدم بديلا قيما بتكلفة أقل. تقديم الدعم فى الأوقات العصيبة من خلال خدمة الخط الساخن على مستوى المنطقة الطبي أو على مستوى الدولة قد يكون مفيدا. و أخيرا الخدمات الوقائية ممكن أن تضع ستراتيجيات لمساعدة أولياء الأمور على تقليل نسب حدوث الإضطرابات النفسية بين الأطفال.

الاستنتاج

اضطراب الشخصية الحدية هو اضطراب يصيب المراهقين بنفس مشكلاته و اعراضه فى البالغين، و ربما يشكل الإضطراب تحديا أكبر فى المراهقين. يساعد العلاج النفسى على خفض العراض فى الكثير من الحالات. التحدى الحقيقى هو القدرة على اكتشاف المرضى الأكثر عرضة للتطور إلى اضطراب شديد و تقديم العناية المتكاملة المتاحة.

REFERENCES

Click on the picture above to access the TARA website that provides information for sufferers and families (English).

Click on the picture below to access a website that provides information in French.

Abela JR, Skitch SA, Auerbach RP et al (2005). The impact of parental borderline personality disorder on vulnerability to depression in children of affectively ill parents. *Journal of Personality Disorders*, 19:68-83.

American Psychiatric Association (1981). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Third Edition*. Washington DC: American Psychiatric Association.

American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition, Text Revision*. Washington DC: American Psychiatric Association.

American Psychiatric Association (2001). [Practice guideline for the treatment of patients with borderline personality disorder](#). *Psychiatry on Line*.

American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition*. Arlington, VA: American Psychiatric Association.

Bateman A, Fonagy P (1999). Effectiveness of partial hospitalization in the treatment of borderline personality disorder: a randomized controlled trial. *American Journal of Psychiatry*, 156:1563- 1569.

Bateman A, Fonagy P (2004). *Psychotherapy for Borderline Personality Disorder*. New York, NY: Oxford University Press.

Bornoalova MA, Hicks BM, Iacono WG et al (2009). Stability, change, and heritability of borderline personality disorder traits from adolescence to adulthood: A longitudinal twin study. *Development and Psychopathology*, 21:1335-1353.

Binks CA, Fenton M, McCarthy L et al (2006a). Pharmacological interventions for people with borderline personality disorder. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, CD005653.

Binks CA, Fenton M, McCarthy L et al (2006b). Psychological therapies for people with borderline personality disorder. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, CD005652.

Biskin R, Paris J, Renaud J et al. (2011). Outcomes in women diagnosed with borderline personality disorder in adolescence. *Journal of Canadian Academic Child Adolescent Psychiatry*, 20:168-174.

Blum N, Pföhl B, John DS et al (2002). STEPPS: a cognitive-behavioral systems-based group treatment for outpatients with borderline personality disorder--a preliminary report. *Comprehensive Psychiatry*, 43:301-310.

Blum N, St John D, Pföhl B et al (2008). Systems Training for Emotional Predictability and Problem Solving (STEPPS) for outpatients with borderline personality disorder: a randomized controlled trial and 1-year follow-up. *American Journal of Psychiatry*, 165:468-478.

Bondurant H, Greenfield B, Tse T (2004). Construct validity of the adolescent borderline personality disorder: a review. *Canadian Child Adolescent Psychiatry Review*, 13:53-57.

Bradley R, Jenei J, Westen D (2005). Etiology of borderline personality disorder: disentangling the contributions of intercorrelated antecedents. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 193: 24- 31.

Cailhol L, Jeannot M, Rodgers R et al (in press). Borderline personality disorder and mental healthcare service use among adolescents. *Journal of Personality Disorders*.

Chabrol H, Chouicha K, Montovany A et al (2001a). [Symptoms of DSM IV borderline personality disorder in a nonclinical population of adolescents: study of a series of 35 patients]. *Encephale*, 27:120-127.

Chabrol H, Chouicha K, Montovany A et al (2002). [Personality disorders in a nonclinical sample of adolescents]. *Encephale*, 28:520-524.

Chabrol H, Montovany A, Chouicha K et al (2001b). Frequency of borderline personality disorder in a sample of French high school students. *Canadian Journal of Psychiatry*, 46:847-849.

Chanen AM, Jackson HJ, McCutcheon LK et al (2008). Early intervention for adolescents with borderline personality disorder using cognitive analytic therapy: randomised controlled trial. *British Journal of Psychiatry*, 193:477-484.

Clarkin J, Yeomans F, Kernberg O (2006). *Psychotherapy for Borderline Personality*. Washington DC: American Psychiatric Publishing.

Clarkin JF, Levy KN, Lenzenweger MF et al (2007). Evaluating three treatments for borderline personality disorder: A multiwave study. *American Journal of Psychiatry*, 164:922-928.

Crawford TN, Cohen PR, Chen H et al (2009). Early maternal separation and the trajectory of borderline personality disorder symptoms. *Development and Psychopathology*, 21:1013-1030.

Deschamps PK, Vreugdenhil C (2008). [Stability of borderline personality disorder from childhood to adulthood: a literature review]. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 50:33-41.

First MB, Gibbon M, Spitzer RL et al (1997). *SCID-II Personality Questionnaire*. Washington, DC: American Psychiatric Press.

Fruzzetti AE, Shenk C, Hoffman PD (2005). Family interaction and the development of borderline personality disorder: a transactional model. *Development and Psychopathology*, 17:1007-1030.

Furnham A, Milner R, Akhtar R et al (2014). A review of the measures designed to assess DSM-5 personality disorders. *Psychology* 5:1646-1686.

Gerull F, Meares R, Stevenson J et al (2008). The beneficial effect on family life in treating borderline personality. *Psychiatry*, 71: 59-70.

Gicquel L, Pham-Scottet A, Robin M et al (2011). [*Etats limites à l'adolescence: diagnostic et clinique*]. *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence*, 59:316-322.

Giesen-Bloo J, Van Dyck R, Spinhoven P et al (2006). Outpatient psychotherapy for borderline personality disorder: randomized trial of schema-focused therapy vs transference-focused psychotherapy. *Archives of General Psychiatry*, 63:649-658.

Golier JA, Yehuda R, Bierer LM et al (2003). The relationship of borderline personality disorder to posttraumatic stress disorder and traumatic events. *American Journal of Psychiatry*, 160:2018- 2024.

Goodman M, Patil U, Steffel L et al (2010). Treatment utilization by gender in patients with borderline personality disorder. *Journal of Psychiatric Practice*, 16:155-163.

Grant B, Harford T, Dawson D et al (1995). The Alcohol Use Disorder and Associated Disabilities Interview Schedule (AUDADIS): reliability of alcohol and drug modules in a general population sample. *Drug and Alcohol Dependence*, 39:37-44.

Gross R, Olfson M, Gameroff M et al. (2002). Borderline personality disorder in primary care. *Archives of Internal Medicine*, 162:53-60.

Guedeney N, Lamas C, Bekhechi V et al (2008). [Attachment process between an infant and his/ her mother: the first year]. *Archives de Pediatrie*, 15 (sup 1):S12-S19.

Gunderson JG (2001). *Borderline Personality Disorder: A Clinical Guide*, Washington, DC: American Psychiatric Publishing.

Hobson RP, Patrick M, Crandell L et al (2005). Personal relatedness and attachment in infants of mothers with borderline personality disorder. *Development and Psychopathology*, 17:329-347.

Hobson RP, Patrick M, Hobson JA et al (2009). How mothers with borderline personality disorder relate to their year-old infants. *British Journal of Psychiatry*, 195:325-330.

Hoffman PD, Fruzzetti A, Buteau E et al (2005). Family connections: a program for relatives of persons with borderline personality disorder. *Family Process*, 44:217-225.

Hylar SE, Rieder RO, Williams JB et al (1989). A comparison of clinical and self-report diagnoses of DSM-III personality disorders in 552 patients. *Comprehensive Psychiatry*, 30:170-178.

Ingenhoven TJ, Duivenvoorden HJ (2011). Differential effectiveness of antipsychotics in borderline personality disorder: meta-analyses of placebo- controlled, randomized clinical trials on symptomatic outcome domains. *Journal of Clinical Psychopharmacology*, 31:489-496.

Kernberg OF, Michels R (2009). Borderline personality disorder. *American Journal of Psychiatry*, 166:505- 508.

Korzekwa MI, Dell PF, Links PS et al (2008). Estimating the prevalence of borderline personality disorder in psychiatric outpatients using a two-phase procedure. *Comprehensive Psychiatry*, 49:380-386.

Leischsenring F, Leibing E (2003). The effectiveness of psychodynamic therapy and cognitive behavior therapy in the treatment of personality disorders: A meta-analysis. *American Journal of Psychiatry*, 160:1223-1232.

Leischsenring F, Leibing E, Kruse J et al (2011). Borderline personality disorder. *Lancet*, 377:74- 84.

Leung SW, Leung F (2009). Construct validity and prevalence rate of borderline personality disorder among Chinese adolescents. *Journal of Personality Disorders*, 23:494-513.

Linehan MM, Armstrong HE, Suarez A et al. (1991). Cognitive-behavioral treatment of chronically parasuicidal borderline patients. *Archives of General Psychiatry*, 48:1060-1064.

Livesley WJ (1998). Phenotypic and genetic structure of traits delineating personality disorder. *Archives of General Psychiatry*, 55:941-948.

Loranger AW, Sartorius N, Andreoli A et al (1994). The International Personality Disorder Examination. The World Health Organization/Alcohol, Drug Abuse, and Mental Health Administration international pilot study of personality disorders. *Archives of General Psychiatry*, 51:215-224.

- Maffei C (2006). Personality disorders in Europe and USA: same diagnosis, different sights. *In: VIIth European ISSPD Congress, June, Prague.*
- McClellan J, Hamilton JD (2006). An evidence-based approach to an adolescent with emotional and behavioral dysregulation. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 45:489-493.
- McMain S (2007). Effectiveness of psychosocial treatments on suicidality in personality disorders. *Canadian Journal of Psychiatry*, 52 (sup):103S- 114S.
- Mercer D (2007). Medications in the treatment of borderline personality disorder 2006. *Current Psychiatry Report*, 9:53-62.
- Miller AL, Muehlenkamp JJ, Jacobson CM (2008). Fact or fiction: Diagnosing borderline personality disorder in adolescents. *Clinical Psychology Review*, 28:969-981.
- National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE) (2009). *Borderline Personality Disorder: Treatment and Management* [Online]. Available: <http://www.nice.org.uk/nicemedia/live/12125/42900/42900.pdf>
- Newman LK, Stevenson CS, Bergman LR et al (2007). Borderline personality disorder, mother-infant interaction and parenting perceptions: preliminary findings. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 41:598-605.
- Nose M, Cipriani A, Bianscosino B et al (2006). Efficacy of pharmacotherapy against core traits of borderline personality disorder: meta-analysis of randomized controlled trials. *International Clinical Psychopharmacology*, 21:345-353.
- O'Loughlin RE, Duberstein PR, Veazie PJ et al (2011). Role of the gender-linked norm of toughness in the decision to engage in treatment for depression. *Psychiatric Services*, 62:740-746.
- Paris J (2002). Chronic suicidality among patients with borderline personality disorder. *Psychiatric Services*, 53:738-742.
- Pascual JC, Malagon A, Corcoles D et al. (2008). Immigrants and borderline personality disorder at a psychiatric emergency service. *British Journal of Psychiatry*, 193:471-476.
- Pföhl B, Blum H, Zimmerman EA (1995). *Structured Interview for DSM-IV Personality Disorders (SIDP-IV)*. Iowa city: Department of Psychiatry, University of Iowa.
- Renou S, Hergueta T, Flament M et al (2004). [Structured diagnostic interviews in child and adolescent psychiatry]. *Encephale*, 30:122-134.
- Rinne T, Ingenhoven NT (2007). *Pharmacotherapy of Severe Personality Disorders: A Critical Review*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Rossier J, Rigozzi C (2008). Personality disorders and the five-factor model among French speakers in Africa and Europe. *Canadian Journal of Psychiatry*, 53:534-544.
- Ryle A (2004). The contribution of cognitive analytic therapy to the treatment of borderline personality disorder. *Journal of Personality Disorders*, 18:3-35.
- Ryle A, Beard H (1993). The integrative effect of reformulation: Cognitive analytic therapy with a patient with borderline personality disorder. *British Journal of Medical Psychology*, 66:249-258.

- Sansone RA, Sansone LA, Wiederman MW (1996). Borderline personality disorder and health care utilization in a primary care setting. *Southern Medical Journal*, 89:1162-1165.
- Sansone RA, Gentile J, Markert R (2000a). Drug allergies among patients with borderline personality symptomatology. *General Hospital Psychiatry*, 22:289-290.
- Sansone RA, Songer DA, Gaither GA (2000b). Medically self-harming behavior and its relationship to borderline personality among psychiatric inpatients. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 188:384-386.
- Sansone RA, Whitecar P, Meier BP et al (2001). The prevalence of borderline personality among primary care patients with chronic pain. *General Hospital Psychiatry*, 23:193-197.
- Shea MT, Stout R, Gunderson J et al (2002). Short-term diagnostic stability of schizotypal, borderline, avoidant, and obsessive-compulsive personality disorders. *American Journal of Psychiatry*, 159:2036-2041.
- Skodol AE, Gunderson JG, McGlashan TH et al (2002). Functional impairment in patients with schizotypal, borderline, avoidant, or obsessive-compulsive personality disorder. *American Journal of Psychiatry*, 159:276-283.
- Speranza M, Revah-Levy A, Cortese S et al (2011). ADHD in adolescents with borderline personality disorder. *BMC Psychiatry*, 11:158.
- Stangl D, Pföhl B, Zimmerman M et al (1985). A structured interview for the DSM-III personality disorders. A preliminary report. *Archives of General Psychiatry*, 42:591-596.
- Steele H, Siever L (2010). An attachment perspective on borderline personality disorder: Advances in gene-environment considerations. *Current Psychiatry Reports*, 12:61-67.
- Stoffers J, Vollm BA, Rucker G et al (2010). Pharmacological interventions for borderline personality disorder. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, CD005653.
- Swartz MBD, George L, Winfiel I (1990). Estimating the prevalence of borderline personality disorder in the community. *Journal of Personality Disorders*, 4:257-272.
- Torgersen S (2001). The prevalence of personality disorders in a community sample. *Archives of General Psychiatry*, 58:590-596.
- Van Asselt AD, Dirksen CD, Arntz A et al (2007). The cost of borderline personality disorder: Societal cost of illness in BPD-patients. *European Journal of Psychiatry*, 22:354-361.
- Wong HM, Leung HC, Chow LY et al (2010). Prevalence of borderline personality disorder and its clinical correlates in Chinese patients with recent deliberate self-harm. *Journal of Personality Disorders*, 24:800-811.
- World Health Organization (2000). *International Classification of Diseases and Related Health Problems*. Geneva: World Health Organization.
- Young JE (1999). *Cognitive Therapy for Personality Disorders: A Schema-Focused Approach*. Sarasota, FL: Professional Resource Press.
- Zanarini MC, Gunderson JG, Frankenburg FR et al (1990). Discriminating borderline personality disorder from other axis II disorders. *American Journal of Psychiatry*, 147:161-167.

Zanarini MC, Williams AA, Lewis RE et al (1997). Reported pathological childhood experiences associated with the development of borderline personality disorder. *American Journal of Psychiatry*, 154:1101-1116.

Zanarini MC, Frankenburg FR, Dubo E et al (1998a). Axis I comorbidity of borderline personality disorder. *American Journal of Psychiatry*, 155:1733-1739.

Zanarini MC, Frankenburg FR, Dubo ED et al (1998b). Axis II comorbidity of borderline personality disorder. *Comprehensive Psychiatry*, 39 :296-302. MC, Frankenburg FR, Hennen J et al (2003a). The longitudinal course of borderline psychopathology: 6-year prospective follow-up of the phenomenology of borderline personality disorder. *American Journal of Psychiatry*, 160:274-283.

Zanarini MC, Vujanovic AA, Parachini EA et al (2003b). A screening measure for BPD: The McLean Screening Instrument for Borderline Personality Disorder (MSI-BPD). *Journal of Personality Disorders*, 17:568-573.

Zanarini MC, Frankenburg FR, Hennen J et al (2005). Psychosocial functioning of borderline patients and axis II comparison subjects followed prospectively for six years. *Journal of Personality Disorders*, 19:19-29.

Zanarini MC, Frankenburg FR, Hennen J et al (2006). Prediction of the 10-year course of borderline personality disorder. *American Journal of Psychiatry*, 163:827-832.

Zanarini MC, Frankenburg FR, Reich DB et al. (2007). The subsyndromal phenomenology of borderline personality disorder: a 10-year follow-up study. *American Journal of Psychiatry*, 164:929-935

Zittel Conklin C, Westen D (2005). Borderline personality disorder in clinical practice. *American Journal of Psychiatry*, 162:867-875.