

הפרעת אישיות גבולית בקרב מתבגרים

Lionel Cailhol, Ludovic Gicquel & Jean-Philippe Raynaud

מהדורה בעברית

תרגום: יסמין זומר בר, אור כהן בן סימון, מאיה ליפשיץ

עריכה: פז תורן



גיניס ג'ופלין

G A Fairs & R M Fairs (2001) Living in the Dead Zone: Janis Joplin and Jim Morrison: Understanding Borderline Personality Disorders; Slade Books.

Lionel Cailhol MD, PhD

Consultant psychiatrist, Adult Psychiatry, St Jerome Hospital, St Jerome & Personality Disorder Program, Institut Universitaire de Santé Mentale de Montréal, Québec, Canada

Conflict of interest: none reported.

Ludovic Gicquel MD, PhD

Consultant child psychiatrist, Child Psychiatry, Henri Laborit Hospital Center, Poitiers & Professor of child psychiatry, University of Poitiers, France

Conflict of interest: none reported.

Jean-Philippe Raynaud MD

Consultant child psychiatrist, Child Psychiatry, University Hospital Center, Toulouse & Professor of child psychiatry, Paul Sabatier University, Toulouse, France

Conflict of interest: none reported.

This publication is intended for professionals training or practicing in mental health and not for the general public. The opinions expressed are those of the authors and do not necessarily represent the views of the Editor or IACAPAP. This publication seeks to describe the best treatments and practices based on the scientific evidence available at the time of writing as evaluated by the authors and may change as a result of new research. Readers need to apply this knowledge to patients in accordance with the guidelines and laws of their country of practice. Some medications may not be available in some countries and readers should consult the specific drug information since not all dosages and unwanted effects are mentioned. Organizations, publications and websites are cited or linked to illustrate issues or as a source of further information. This does not mean that authors, the Editor or [IACAPAP](#) endorse their content or recommendations, which should be critically assessed by the reader. Websites may also change or cease to exist.

© IACAPAP 2016. This is an open-access publication under the Creative Commons Attribution Non-commercial License. Use, distribution and reproduction in any medium are allowed without prior permission provided the original work is properly cited and the use is non-commercial.

Suggested citation: Cailhol L, Gicquel L, Raynaud J-P. Borderline personality disorder. In Rey JM (ed), IACAPAP e-Textbook of Child and Adolescent Mental Health.[Edition in Hebrew: Toren P (Ed); Translation: Zomer J, Cohen O, Lifshitz M]. Geneva: International Association for Child and Adolescent Psychiatry and Allied Professions 2016.

" מטופלים גבוליים היוו מאז ומעולם עבור הפסיכיאטריה מה שהפסיכיאטריה היוותה עבור הרפואה- נושא משמעותי בבריאות הציבור שנמצא בתת אבחון, טיפול ותקצוב, וסובל מסטיגמות על ידי אנשי המקצוע. בדומה לפסיכיאטריה ולרפואה, הדבר משתנה. ידע חדש, גישות חדשות ומשאבים חדשים מבטיחים תקווה חדשה עבור אנשים בעלי הפרעת אישיות גבולית" (Kernberg & Michels, 2009).

הפרעת אישיות גבולית (BPD) מאופיינת בדפוס נרחב ותמידי של אי יציבות ואימפולסיביות. בעשורים האחרונים בוצע מחקר נרחב אשר התמקד בהבנת ההפרעה ובמעקב אחריה. בעוד שהמונח של 'אישיות גבולית' נמצא בשימוש לעיתים קרובות בעבודה קלינית עם בני נוער, השימוש בו בגילאים אלו נשאר שנוי במחלוקת, אף על פי כן, רבים מאמינים כי קיים יותר מטיעון אחד שהופך את השימוש במונח בקבוצת הגיל הזו ללגיטימי.

מנקודת מבט אבחנתית, הפרק משתמש במונח הפרעת אישיות גבולית כפי שהוא מוגדר ב-DSM-V. אולם, הקורא צריך להיות מודע לסיכונים של צמצום זה בהקשר להמשגות אחרות של ההפרעה. בפרק זה אנו מדגישים את התדירות הגבוהה של ההפרעה באוכלוסיית המבוגרים והמתבגרים ואת ההשלכות הפסיכו סוציאליות שלה. חלק גדול מהפרק מוקדש לאבחנה ולאבחנה מبدלת. הפרק מסיים עם תיאור של אסטרטגיות טיפול יעילות.

אפידמיולוגיה

שכיחות

השכיחות של הפרעת אישיות גבולית מוערכת בין 0.7% ל 1.8% (Swartz et al, 1990; Torgersen, 2001). מחקר שבוצע באוכלוסייה הכללית שבו השתתפו כ-35,000 נבדקים מצא כי שכיחות ההפרעה לאורך החיים עומדת על 5.9%, בשימוש בגרסת DSM-4 של השאלון ' Alcohol Use Disorder and Associated Disabilities Interview Schedule' (Grant et al, 1995). בקרב האוכלוסייה הקלינית, נתונים אמריקאים מראים שכיחות של 6.4% במדגם רפואי כללי (Gross et al, 2002), 10% עד 23% בקרב מטופלי מרפאות החוץ הסובלים מבעיות פסיכיאטריות (sKorzekwa et al, 2008; Swartz et al, 1990) ו-20% בקרב חולים פסיכיאטרים מאושפזים.

נדיר שקיים תיעוד עבור ילדים ומתבגרים והמדגמים בקרב אוכלוסייה זו קטנים יותר. מחקר צרפתי מצא שכיחות גבוהה של הפרעת אישיות גבולית בקרב מתבגרים (10% בקרב בנים ו-18% בקרב בנות) כפי שנמדד על ידי ה- (Diagnostic Interview for Borderlines) DIB-R (Revised) שהותאם למתבגרים (Chabrol et al, 2001a). מחקר סיני

- האם יש לך שאלות?
- הערות?

לחץ כאן כדי לעבור לעמוד הפייסבוק של הספר ושתף בדעותיך בנוגע לפרק עם קוראים אחרים, שאל את הכותבים או העורכים וכתוב תגובותיך.



דיווח על שכיחויות נמוכות יותר, כ-2%, (Leung & Leung, 2009).

מין ותרבות

כיום, באוכלוסייה הכללית שכיחות ההפרעה נחשבת דומה בין שני המינים (Leichsenring et al, 2011). באוכלוסייה קלינית, נשים מהוות 75% מכלל המטופלים. מספר מומחים משערים כי נתונים אלו קשורים בקושי של גברים לקבל טיפול, בייחוד טיפול פסיכותרפויטי (Goodman et al, 2010). אפקט זה קיים גם בקרב מתבגרים (Cailhol et al, 2013). כמו כן, בעיה זו מוכרת בהקשר של הפרעות פסיכיאטריות אחרות ולא רק בהקשר של הפרעת אישיות גבולית (O'Loughlin et al, 2011).

מקורה של ההמשגה של הפרעת אישיות גבולית הוא בטקסונומיה מערבית (אירופה וצפון אמריקה). אולם, כבר באופן הגדרת ההפרעה עולים קשיים תרבותיים. לדוגמא, הסף עבור לביליות רגשית יכול להיות שונה במדינות לטיניות ונורדיות; סימפטומים דיסוציאטיביים לא מתפרשים באותו האופן ביבשת אחת בהשוואה לאחרת. כך, ערכי סף שנקבעו על ידי אנשי המקצוע לכל אחד מהקריטריונים יכולים להשתנות כתלות בתרבות של המטופל. למיטב ידיעתנו, הביטוי הסימפטומטי של הפרעת אישיות גבולית בקרב מתבגרים ובהתאם להקשר התרבותי כמעט ולא נחקר.

באמצעות ה-ICD, ארגון הבריאות העולמי קידם את השימוש באבחנת 'הפרעת אישיות גבולית' בכל העולם, במקביל לתיקוף כלי בינלאומי לאבחנה (Loranger et al, 1994). אף על פי כן, המודל הצפון אמריקאי (DSM) דומיננטי בפרסומים מחקרניים (Maffei, 2006). כפי שניתן לראות בפרסומים אחרונים, חוקרים מאזורים שונים בעולם ממשיכים להשתמש בקריטריונים של ה-DSM, מה שמדגיש את החשיבות הקיימת לתרבות בתהליך האבחנה (Rossier & Rigozzi, 2008; Wong et al, 2010). בנוסף, נראה כי הגירה לא מגבירה את הסיכוי להפרעת אישיות גבולית (Pascual et al, 2008).

נטל המחלה

ההערכה הרווחת היא כי עלות הטיפול הישיר והעקיף במטופלים הסובלים מהפרעת אישיות גבולית בהולנד הינה עד ל-17,000 יורו לשנה (van Asselt et al, 2007). העלות כוללת טיפול, בייחוד אשפוז, חופשות

ההמשגה של הפרעת אישיות גבולית הפכה לחלק מן הייצוגים התרבותיים של האוכלוסייה המערבית: התהווה בפייסבוק ובעבודות אומנות (הספר "Borderline" מאת Marie-Sissi Labrèche או הסרט "נערה בהפרעה" אשר בוים על ידי James-Mangold - מבוסס על סיפורה של Susanna Kaysen אשר הייתה מאושפזת 18 חודשים בבית חולים פסיכיאטרי).

מחלה ואובדן כושר עבודה. אם לוקחים בחשבון את השכיחות באוכלוסייה הכללית, העלויות הופכות משמעותיות. אף על פי כן, לא ניתן להכליל את הנתונים האירופאיים לשאר העולם, שכן הם משקף את הקשר הכלכלי-רפואי של מדינות המערב.

ההשלכות של הפרעת אישיות גבולית עבור האוכלוסייה הסובבת את המטופל תלויות במידת הפגיעות להתנהגות ולדרישות המטופל. משפחות של מתבגרים צריכות להתמודד עם הדרישות של ילדם לאוטונומיה תוך כדי הגנה עליו וניסיון ללמוד כיצד לנהל את הדאגות הקשורות להתנהגות מסוכנת. כל אלו עלולים לגרום לעקה רבה (Fruzzetti et al, 2005; Gerull et al, 2008; Hoffman et al, 2005).

מעבר לסיבוכים הפיזיים הנובעים מהתנהגויות של פגיעה עצמית, מטופלים עם הפרעת אישיות גבולית חשופים לסיכון של התנהגות אימפולסיבית שהשלכותיה הן תאונות, שימוש בחומרים ממכרים ומחלות מין (Sansone et al, 1996, 2000a, 2000b, 2001). לבסוף, חוסר יציבות רגשית וחוסר יציבות ביחסים בין אישיים מובילים לבעיות תקשורת בין ההורים לילדיהם (Guedeney et al, 2008; Hobson et al, 2005,). מחקרי תצפית באימהות עם הפרעת אישיות גבולית שבדקו את גישתן כלפי ילדיהם (פעוטות וילדים צעירים) מראים פחות זמינות, ארגון לקוי של התנהגות ומצב רוח, ופחות ציפיות לאינטראקציה חיובית. אימהות אלו תוארו כיותר מגוננות/חודרניות ופחות דמונסטרטיביות/רגישות (Abela et al, 2005; McClellan & Hamilton,). ילדיהם חווים רמות גבוהות יותר של היפרדות מהוריהם **ואובדן תעסוקה** בהשוואה לילדים לאימהות שסובלות מדיכאון או הפרעת אישיות אחרת.

ההתפתחות הפסיכולוגית של ילדים לאימהות עם הפרעת אישיות גבולית מושפעת ממצב האם, והם נוטים לסגת מסביבתם (Abela et al, 2005). ילדים אלו הם פחות קשובים, מביעים פחות עניין ביצירת קשר עם אימם, ונוטים להפגין דפוס התקשרות לא מאורגן במבחן 'סיטואציית הזר' (Abela et al, 2005). ילדים לאימהות עם הפרעת אישיות גבולית מראים רמות גבוהות של מחשבות אובדניות (25%). כמו כן הסיכוי לסבול מדיכאון גבוה פי שבע אם האם בעלת אבחנה של דיכאון והפרעת אישיות גבולית (Bradley et al, 2005).

גיל ומהלך ההופעה

DSM-V ממליץ שלא לאבחן את ההפרעה לפני גיל 18. בפועל, האבחנה נעשית בגיל מוקדם יותר, בתנאי שהסימפטומים ברורים ועיקשים. מחקרי מעקב מראים שהרמיסיה נפוצה - 74% אחרי 6 שנים; 88% אחרי 10 שנים (Zanarini et al, 2003a; 2006) - מה שמטיל בספק את התפיסה שזהו מצב כרוני. קיימים שני מקבצי סימפטומים, אחד (המתאפיין על ידי כעס ותחושת נטישה) הנוטה להיות יציב ועיקש בעוד שהשני (המתאפיין בפגיעות עצמיות וניסיונות אובדניים) שהוא לא יציב ופחות עיקש. כדאי להבהיר כי ברוב המקרים, הכוונה ברמיסיה היא להפחתה של מספר הסימפטומים מתחת לערך הסף האבחוני ולא נדרשת החלמה מלאה מהמחלה (Shea et al, 2002).



לחץ על התמונה כדי
לצפות בסיפורה של אמילי

הסיכון למוות כתוצאה מהתאבדות בקרב הסובלים מהפרעת אישיות גבולית הוא בין הגבוהים מכלל המחלות הפסיכיאטריות והוא מוערך בין ארבעה לעשרה אחוזים. הסיכון להתאבדות גבוה יותר במקרה של קומורבידיות עם הפרעה אפקטיבית אחרת, שימוש בחומרים או ככל שיש מספר גדול יותר של ניסיונות אובדניים (Paris, 2002). התאבדות לרוב מופיעה לאחר מספר שנים מההסתמנות הראשונית של ההפרעה, בסביבות גילאי 30-37, ונדיר שתקרה במהלך טיפול (Paris, 2002).

התפקוד של הלוקים בהפרעה לקוי באופן משמעותי (ציון 50 בסולם ההערכה התפקודית-Global Assessment of Functioning), עם תדירות גבוהה של אובדן עבודה, מערכות יחסים לא יציבות והיסטוריה של אונס (Zittel Conklin & Westen, 2005). התפקוד לקוי יותר מאשר בדיכאון ובהפרעות אישיות אחרות (Skodol et al, 2002; Zanarini et al, 2005).

הסיכוי לרמיסיה גבוה יותר כאשר האבחנה ניתנת בגיל ההתבגרות (Biskin et al, 2011). השכיחות הגבוהה ביותר של סימפטומי הפרעת אישיות גבולית היא בגיל 14 (Chabrol et al, 2001b). אולם, למרות שישנם שיעורים גבוהים של רמיסיה, קיומה של הפרעת אישיות גבולית בקרב מתבגרים נושא עמו השלכות רבות. מעבר לסיבוכי ההפרעה שהזכרנו קודם, האבחנה עצמה מגבירה את הסיכון לתוצאות שליליות אחרות. לדוגמא, 80% מהמתבגרים המאובחנים כלוקים בהפרעת אישיות גבולית יסבלו בבגרות מהפרעת אישיות אחרת, ואילו 16% ימשיכו לענות

לאבחנה של הפרעת אישיות גבולית (Deschamps & Vreugdenhil, 2008).

סיבות וגורמי סיכון

הסיבה להתפתחות הפרעת אישיות גבולית אינה ידועה, אולם, קיימות מספר השערות בספרות הרפואית. התיאוריות המקובלות ביותר הם פסיכוגניות ונגזרות מהחשיבה הפסיכיאטרית. אחד מההסברים הראשונים התבסס על תיאוריית יחסי אובייקט שהוביל במיוחד אוטו קרנברג. מאוחר יותר, תיאורית ההתקשרות של ג'ון בולבי סיפקה תובנות נוספות אודות מכניזמים אפשריים העומדים בבסיס הפרעת אישיות גבולית, בעוד שגישות אחרות מדגישות את החשיבות של חוסר בוויסות רגשית. לבסוף, תיאוריות קוגניטיביות מדגישות את דפוסי החשיבה הדיספונקציונלית שנלמדו בילדות, ונשמרים ומתחזקים גם בבגרות. כל התיאוריות הללו מדגישות את המרכזיות של התפתחות רגשית, שנפגעה מקשיים רגשיים וטראומה, מלווים בכישלון להתאים את הסביבה לצרכי הילד/ה.

מרילין מונרו- נולדה ב1926;
נפטרה ב1962 בנסיבות
טרגיות. הייתה שחקנית
אמריקאית שהפכה לסמל מין.
אימה, שסבלה מחוסר יציבות
נפשית, לא הצליחה לפרנס
אותן. מונרו נישאה לבעלה
הראשון כשהייתה צעירה
בשנתיים מהגיל החוקי בו
מותק להינשא. היא לקחה אין
ספור מנות יותר, והייתה
מעורבת במספר רב של
מערכות יחסים רומנטיות. היא
התנסתה במספר טיפולים
פסיכולוגיים ואשפוזים
פסיכיאטריים.



ברמה האפידמיולוגית, מחקרים רטרוספקטיביים מראים כי בקרב מטופלים עם הפרעת אישיות גבולית קיימת שכיחות משמעותית של טראומת ילדות, פגיעה מינית, נטישה ממושכת והזנחה (Zanarini et al, 1997), לא ניתן להסיק כי חוויות אלו לבדן הן הגורמות להיווצרותה של הפרעת אישיות גבולית. למרות שהשכיחות של טראומת ילדות היא גבוהה, היא אינה נוכחת בכל המקרים, וכאשר היא נוכחת, לא תמיד היא גורמת להפרעת אישיות גבולית. יתר על כן, העובדה כי טראומה מוקדמת הינה נפוצה תומכת במודל אלטרנטיבי, המציע כי מדובר בהפרעה הנובעת מטרואומת ילדות מתמשכת (Golier et al, 2003). מבלי להסביר לגמרי את ההפרעה, טראומת ילדות מתמשכת היא תדירה בקרב אוכלוסיית הסובלים מהפרעת אישיות גבולית ובקרב מטופלים עם הפרעת דחק פוסט טראומטית. כדאי להדגיש כי מחצית מהמטופלים עם הפרעת אישיות גבולית עונים גם לקריטריון להפרעת דחק פוסט טראומטית.

פרידה מוקדמת מהאם מקושרת עם הפרעת אישיות גבולית וכן עם עמידות של הסימפטומים לאורך זמן (Crawford et al, 2009). לבסוף, להפרעת אישיות גבולית יש מרכיב גנטי. התורשתיות מוערכת ב-47% (Livesley, 1998). כמו ברוב ההפרעות הפסיכיאטריות, התורשה היא פוליגנית (כלומר, גן הפועל יחד עם גנים אחרים בקביעת תכונה אחת). כמו כן, אינטראקציות בין גנים לסביבה, מקשות על פענוח הנתונים (Steele & Siever, 2010).

דיאגנוזה

סימפטומים קליניים

במטרה לשפר את מהימנות כלי האבחון, ב-DSM-III (American Psychiatric Association, 1981) הוצגה מערכת רב-צירית, בה הפרעות האישיות מוקמו בציר II, לצד קשיים אינטלקטואליים, כאשר הפרעת אישיות גבולית הוגדרה כאבחנה נפרדת. ב-DSM-V (American Psychiatric Association, 2013) הוחלט לנטוש את החלוקה לצירים. לפי ה-DSM-V, המאפיין הראשי של הפרעת אישיות גבולית הוא חוסר יציבות ואימפולסיביות, כמתואר בטבלה H.4.1. כדי לאבחן הפרעת אישיות גבולית לפי ה-DSM-V, נדרשים לפחות חמישה או יותר מן הסימפטומים הרשומים בטבלה.

בנוסף, דפוס ההתנהגות חייב להיות מתמשך, נוקשה ומופיע
בסיטואציות אישיות וחברתיות שונות, וחייב לגרום לליקוי משמעותי או
לדחק.

טבלה H.4.1 קריטריון וממדי אבחנה להפרעת אישיות גבולית		
ממדים	קריטריון DSM-V	
רגשי	אי-יציבות רגשית שנובעת מתגובתיות ניכרת של מצב-הרוח (למשל, דיספוריה אפיזודית עוצמתית, רגזנות או חרדה, שבדרך כלל נמשכים מספר שעות ורק לעיתים נדירות נמשכים יותר ממספר ימים).	-6
	רגשות כרוניים של ריקנות	-7
	כעס לא הולם ועוצמתי או קושי לשלוט בכעס (למשל, התפרצויות זעם תדירות, כעס מתמיד, מריבות פיזיות חוזרות ונשנות).	-8
קוגניטיבי	הפרעה בזהות: דימוי עצמי או תחושה של עצמי לא יציבים באופן ניכר ומתמשך.	-3
	מחשבה פרנואידית ארעית שקשורה לדחק או סימפטומים דיסוציאטיביים חמורים.	-9
אימפולסיבי	אימפולסיביות בלפחות שני תחומים שהם בעלי פוטנציאל לפגיעה עצמית (למשל, בזבזנות, מין, שימוש לרעה בחומרים, נהיגה חסרת זהירות, זללנות).	-4
	התנהגות, מחוות, איומים אובדניים או התנהגות של פגיעה עצמית, חוזרים ונשנים.	-5
בין אישי	מאמצים תזזיתיים להימנע מנטישה אמיתית או מדומיינת.	-1
	דפוס מערכות יחסים בינאישיות לא-יציבות ועוצמתיות שמאופיין בחילופים קיצוניים של אידיאליזציה ודה-וולואציה	-2

במהדורה העשירית של סיווג המחלות הבינלאומי (World ICD-10 Health Organization, 2000) הפרעת אישיות גבולית מוקמה בחלק "הפרעות אישיות לביליות" והיא כוללת תת-סוג אימפולסיבי (טבלה H.4.2). שתי האבחנות דורשות כי דפוס ההתנהגות יהיה מתמשך,

מתחיל בגיל ההתבגרות או בבגרות המוקדמת וגורם לליקוי משמעותי בתפקוד.

תת סוגים

ה-DSM-V אינו מבחין בין תתי סוגים של הפרעת אישיות גבולית. תתי סוגים יכולים להיות מוגדרים על ידי קו-מורבידיות. יתר על כן, ישנם חוקרים המציעים שני תתי סוגים:



חיתוך עצמי נפוץ בקרב אנשים עם הפרעת אישיות גבולית.

טבלה H.4.2 תיאור ICD-10 לאישיות לבלי-רגשית

F60.3 הפרעת אישיות לא יציבה (גבולית)

הפרעת אישיות בה קיימת נטייה מובהקת להתנהג באימפולסיביות מבלי לקחת בחשבון את ההשלכות, לצד חוסר יציבות אפקטיבית. היכולת לתכנן מראש יכולה להיות מינימלית, והתפרצויות זעם אינטנסיביות עשויות לגרום לעיתים קרובות ל"פיצוץ התנהגותי", הנגרם בקלות כאשר מעשיהם האימפולסיביים סופגים ביקורת או מסוכלים על ידי אחרים.

מפורטים שני תתי סוגים של הפרעת אישיות זו, כאשר המאפיינים המשותפים לשניהם הם אימפולסיביות וחוסר בשליטה עצמית.

תת סוג אימפולסיבי:

המאפיינים הבולטים הם חוסר יציבות רגשית וחוסר שליטה בדחפים. בתת סוג זה נפוצות התפרצויות של אלימות או התנהגות מאיימת, בעיקר בתגובה לביקורת על ידי אחרים.

תת סוג גבולי:

נוכחים כמה מהמאפיינים של חוסר יציבות רגשית. בנוסף, הדימוי העצמי של החולה, הכוונות והעדפות האישיות (כולל המיניות) מעורעות או שאינן ברורות. בדרך כלל ישנן תחושות כרוניות של ריקנות. המעמסה של מעורבות במערכות יחסים אינטנסיביות ולא יציבות עלולה לגרום למשברים רגשיים חוזרים, ויכולה להיות מקושרת למאמצים מופרזים להימנע מנטישה וכן לסדרה של איומים אובדניים או התנהגות פגיעה עצמית (למרות שאלו עשויים להתרחש גם ללא גורמים מקדימים ברורים).

תלוי ואימפולסיבי. הראשון מתאפיין בקשר אמביוולנטי ולא יציב והשני בדפוס של התנהגות אימפולסיבית במספר תחומים, כולל הפרה של החוק. ב-ICD-10 לעומת זאת, מתוארים תת סוג אימפולסיבי ותת סוג גבולי (ראו טבלה H.4.2).

התייצגות הסימפטומים

על אף המודעות ההולכת וגדלה לקיומה של ההפרעה, ולמרות העיסוק בהפרעה בתקשורת ובאינטרנט, מצב בו מטופל יגיע לרופא ויתלונן על כך שהוא סובל מהפרעת אישיות גבולית, הוא מצב נדיר. התמונה לרוב כוללת בעיות נוספות (בעיית שימוש בחומרים, מצבי רוח משתנים), התנהגות בעייתית (אכילה אבנורמלית, פגיעות עצמיות), או בעיות במערכות יחסים. כמו כן, למרות שפגיעות עצמיות פוחתות לאורך זמן, זיהוי הסימפטומים בגיל ההתבגרות יכול להיות יעיל ושימושי.

מהמשגה קטגוריאלית להמשגה ממדית

אם נפעל על פי קריטריון ה-DSM, נוכל לאבחן הפרעת אישיות גבולית רק בקרב מבוגרים (Gicquel et al, 2011). אולם, קלינאים רבים סבורים כי ניתן לאבחן הפרעת אישיות גבולית גם בגיל ההתבגרות, תחת ההתניה כי כוח הניבוי מופחת ביחס לאבחנה במבוגרים (Bondurant et al, 2004). המודעות למגרעות הקיימות בטקסונומיה העכשווית, הובילה להתכנסות לעבר המשגה ממדית של ההפרעה. טבלה H.4.1 מראה את הקריטריון הדיאגנוסטי כפי שמופיע ב-DSM-V וכן את ארבעת הממדים הנגזרים מקריטריונים אלו.

תחת מסגרת ממדית זו, הפרעות אישיות ממוקמות בקיצון של ציר תכונות האישיות, הנע מתכונות אישיות נורמאליות לפתולוגיות. בטבלה H.4.3 מסוכמים הנתונים ממחקרם של Zanarini ועמיתיו (2007) בו הודגשה יציבות ההפרעה, משך הזמן הממוצע של הסימפטומים והפוטנציאל לנסיגה והחלמה.

טבלה H.4.3: התפתחות הסימפטומים בהפרעת אישיות גבולית לאורך זמן

סימפטומים		משך זמן ממוצע
סימפטומים אקוטיים	0-2 שנים	<ul style="list-style-type: none"> • הופעה (manifestation) פרה-פסיכוטית • התנהגות מינית מסוכנת • רגרסיה המקושרת אל הטיפול • בעיות בהעברת-נגד, יחסי טיפול "מיוחדים"
	2-4 שנים	<ul style="list-style-type: none"> • התעללות, תלות בחומרים פסיכו-אקטיביים • פגיעה עצמית • ניסיונות אובדניים חוזרים • תובענות • הפרעה חמורה בזהות
	4-6 שנים	<ul style="list-style-type: none"> • מערכות יחסים סוערות • מניפולציות, סדיזם, הפחתת ערך • אי יציבות רגשית • חוויות תפיסתיות יוצאות דופן, מחשבות מוזרות • תחושות נטישה, התאיינות, התמוטטות • חוויות פרנואידיה ללא הלוצינציות
סימפטומים טמפרמנטיים	6-8 שנים	<ul style="list-style-type: none"> • אפיזודת דיכאון מג'ורי, דיכאון כרוני • תחושה כרונית של ייאוש, אשמה • חרדה כרונית • אימפולסיביות כללית • חוסר יכולת/ קושי עז להיות לבד • קונפליקט סביב תלות בטיפול ותשומת לב • תלות, מזוכיזם
	8-10 שנים	<ul style="list-style-type: none"> • כעס כרוני, פרצי כעס תדירים • תחושת בדידות כרונית, ריקנות

יש לבחון האם מתבגרים מסוימים חווים "רגעים גבוליים" בעוד שאחרים מראים תפקוד גבולי או ארגון גבולי. העובדות מצביעות על כך שלא כל המתבגרים הגבוליים מפתחים הפרעת אישיות גבולית. מתוך כך עולה שאלה הנוגעת לעתידם של מתבגרים בעלי תפקוד גבולי. באופן דומה, Bornovalova ועמיתים (2009), הדגישו את הסכנה הקיימת באבחון ו"תיוג" של הפרעות אישיות בקרב מתבגרים, אוכלוסייה אשר עוברת שינויים התפתחותיים רבים.

אבחנה מבדלת

קו-מורבידיות

רשת המחקר האירופאית העוסקת בהפרעת אישיות גבולית (EURNET-BPD) הובילה מחקר בינלאומי בנושא בקרב מתבגרים דוברי צרפתית. תוצאות המחקר הראו כי הפרעת אישיות גבולית נמצאת לעתים קרובות בקו-מורבידיות עם דיכאון (71.4%), אנורקסיה (40.2%), בולימיה (32.9%), שימוש לרעה באלכוהול (23.5%), ושימוש לרעה בסמים (8.2%). באופן ספציפי יותר, נמצאה קו-מורבידיות עם הפרעת קשב והיפראקטיביות (ADHD) וזו יכולה להוות אינדיקציה לחומרת ההפרעה (Speranza et al, 2011). נתונים אלו הינם דומים לממצאים שדווחו בקרב מבוגרים (Zanarini et al, 1998a). נתונים נוספים אשר התקבלו מרשת המחקר הראו כי הקו-מורבידיות הגבוהה ביותר עם הפרעות אישיות אחרות הינה עם הפרעת אישיות אנטי סוציאלית (22.3%), והפרעת אישיות נמנעת (21.2%), ושוב באופן דומה לנתונים אשר נמצאו במבוגרים (Zanarini et al, 1998b); הבדלים מגדריים קיימים הן עבור מתבגרים והן עבור מבוגרים כאשר קו-מורבידיות עם הפרעת אישיות אנטי סוציאלית הינה דומיננטית יותר בקרב בנים.

הערכה פסיכומטרית

קיימים כלים רבים להערכת הפרעות אישיות בקרב מבוגרים. כלים אלו הינם חלק מן הכלים המוכרים והשימושיים ביותר:

- Structured Interview for the Diagnosis of SIDP-IV) (Stangl et al., 1985) (DSM-IV Personality Disorders), ראיון מובנה לאבחון הפרעות אישיות לפי ה-DSM-IV. גרסה זו היא בשימוש בינלאומי רחב (Pföhl et al, 1995), גם בקרב מתבגרים (Chabrol et al, 2002).
- (Structured Clinical Interview for DSM-IV) SCID-II (First et al, 1997), ראיון קליני מובנה לפי ה-DSM-IV, כלי משלים עבור ה-SCID-I אשר משמש לאבחון הפרעות מציר I.
- (International Personality Disorders -IPDE Examination) (Loranger et al, 1994), הינו ראיון חצי מובנה אשר מאפשר אבחון של הפרעות אישיות בהתאם ל-ICD 10 ול-DSM-IV.
- (Diagnostic Interview for Borderline-Revised) DIB-R (Zanarini et al, 1990), ראיון אבחוני להפרעת אישיות גבולית, הינו ראיון חצי מובנה הכולל 129 פריטים. אף על פי שאינו מאבחן בהתאם לקריטריונים של הפרעת אישיות גבולית לפי ה-DSM-IV, נמצא תקפות מספקת ביחס לאבחון לפי ה-DSM-IV.
- (Child and Adolescent Psychiatric Assessment) CAPA, הערכה פסיכיאטרית לילדים ומתבגרים. יכול להיות רלוונטי גם עבור אבחון הפרעת אישיות גבולית (Renou et al, 2004).
- קיימים גם שאלוני דיווח עצמי אשר יכולים להיות מועילים ככלי מסנן, בדומה ל-MSI-BPD (McLean Screening Instrument for BPD), הכלי המסנן של McLean עבור הפרעת אישיות גבולית וה- PDQ-4+ (Personality Diagnostic Questionnaire) (Zanarini et al, 2003b, Hyler et al, 1989).

טיפול

קיימים מספר קווים מנחים לטיפול בהפרעת אישיות גבולית, לפי האגודה הפסיכיאטרית אמריקאית (APA, 2001) ו/או לפי המכון הלאומי לבריאות ומצוינות קלינית (NICE, 2009). לרובם המלצות ספציפיות עבור מתבגרים.

מטרות

קביעת תכנית טיפולית ומטרות טיפוליות הינם צעדים ראשונים בניהול טיפול ויושפעו מחוסר היציבות של המטופל. בפרקטיקה, הדבר יביא לניטור ההתקדמות של המטופל, מעבר מעבודה הממוקדת בניהול משברים לעבודה על התמודדות עם משברים לצד ניהול התנהגות מזיקה, התקדמות לעבר עבודה ארוכת טווח על ההיבטים האישיותיים. בכל שלב נחתם חוזה טיפולי לאחר שהוחלט מהם הצרכים והסיבות לשינוי. מטרות אינדיבידואליות יטופלו בהתאם להיררכיית הצרכים אותה יש להסביר למתבגר. לדוגמא, הפחתת הסיכון למוות תהא קודמת לטיפול בסימפטומים או שיפור איכות החיים. יתרה מכך, הדמויות המטפלות נדרשות למעורבות וסיוע בניהול הטיפול (לדוגמא- על ידי מניעת גישה של המטופל לחומרים רעילים).

המסגרת הטיפולית

טיפול במתבגרים עם הפרעת אישיות גבולית יבוצע לרוב במסגרת טיפול במרפאות חוץ. הגישה המשכית והאקלקטית מציעה פתרון פרגמטי לשונות הקלינית וההתפתחות הטבעית של הפרעה (Gunderson, 2001).

לכן, קביעת המסגרת הטיפולית מערבת אספקטים שונים:

- הערכת מסוכנות
- מצב רגשי
- רמת התפקוד הפסיכוסוציאלי
- מטרות ומוטיבציה של המטופל
- סביבה חברתית
- קו-מורבידיות
- סימפטומים פרה דומיננטיים

בפועל, טיפול באשפוז יכול להילקח בחשבון במקרים עם קו-מורבידיות חמורה (למשל, התמכרויות, דיכאון חמור) וכאשר ניהול משברים או אשפוז יום אינם מאפשרים את הכלת המטופל. היכולת לנהל ניהול קצר טווח את הסיכון האובדני באשפוז מתערער מפאת היעדר נתונים המעידים על יעילותו, וכן בשל הסיכון לרגרסיה במצב המטופל.



לחצו על התמונה כדי להיכנס להנחיות NICE



לחצו על התמונה כדי להיכנס להנחיות המועצה האוסטרלית לבריאות הציבור ומחקר רפואי 2012 עבור הניהול של הפרעת אישיות גבולית. הנחיות אלו כוללות כמות מספקת של מידע אודות מתבגרים.

טיפים עבור הטיפול:

- **תמיכה:** בהתחשב בדרישות הגבוהות שמטופלים אלו מעמיסים על מטפליהם, עבודה טיפולית בתוך צוות מקלה על ניהול הטיפול. כאשר עבודה בצוות אינה אפשרית, הדרכה קבועה או נגישות של קולגות לטובת התייעצות הינה מומלצת ביותר.
- **המשכיות:** המשכיות הטיפול לאורך זמן הינה חיונית היות והטיפול נמשך בדרך כלל שנים ולא שבועות או חודשים. בניית קשר טיפולי דורשת מהמטופל לחוש אמון כלפי המטפל.
- **מסגרת ברורה:** הן מטפלים והן מטופלים חייבים להחזיק בהבנה ברורה של עבודתם, גבולותיה והאופן בו תתרחש.
- **אחריות:** בעוד שהתנהגותם של המטופלים ואפילו האבחון שלהם מעודדים מערכות שונות (משפחה, מטפלים, מוסדות) לקחת על עצמם אחריות מן המטופלים, יהיה זה יעיל לזכור כי הגברת השליטה הרגשית כוללת קבלת אחריות.

מטופל במרפאות החוץ יכול לקבל טיפול על ידי מטפל בודד, דרך שיתוף פעולה בין פסיכיאטר לפסיכותרפיסט, או במסגרת של אשפוז יום, אם זו זמינה. מתן פסיכותרפיה וסיפוק מרשמי תרופות על ידי קלינאים שונים יכול להיות לעזר. לבסוף, גם בית הספר יכול לקחת חלק בניהול הטיפול של מתבגר עם הפרעת אישיות גבולית. זאת על ידי סיפוק יציבות ומקום בו הוא יכול לבנות את זהותו ומערכות היחסים שלו, מרכיבים הכרחיים לטובת שיפור במצב המטופל.

טיפולים ביולוגיים

בהתאם למדריך של המכון הלאומי לבריאות ומצינות קלינית (NICE, 2009), טיפול תרופתי אינו מותאם באופן ייחודי להפרעת האישיות הגבולית, הסימפטומים האינדיבידואליים, או ההתנהגויות המקושרות למצב זה (למשל, פגיעות עצמיות חוזרות, אי יציבות רגשית בולטת, התנהגויות מסוכנות, סימפטומים פסיכוטיים זמניים). יחד עם זאת, טיפול תרופתי עלול להידרש עבור הפרעות הנמצאות בקו מורבידיות עם הפרעת האישיות הגבולית. זאת ועוד, תופעות לוואי, היענות לטיפול התרופתי, והסיכון במינון שגוי בתרופה מגבילים את יעילות התרופות. לבסוף, אף תרופה לא אושרה לשימוש כתרופה עבור טיפול בהפרעת אישיות גבולית עבור מבוגרים ומתבגרים כאחד. אזהרות אלו מדגישות את תפקידן המוגבל של תרופות פסיכותרופיות בטיפול בהפרעת אישיות גבולית.

מעבר לעמדות המומחים בנושא, מספר מחקרי מטא-אנליזה מספקים הנחיות והדרכה (Binks et al, 2006a; Ingenhoven & Duivenvoorden, 2011; Mercer, 2007; Nose et al, 2006; Rinne & Ingenhoven, 2007; Stoffers et al, 2010). מחקרים אלו אשר עסקו בתרופות כללו תרופות נירולפטיות, נוגדי דיכאון, חומצת שומן מסוג אומגה 3, ותרופות אנטי אפילפטיות. יחד עם זאת, משכם הקצר של הניסויים, מספר המחקרים הנמוך, מספרם הגבוה של המשתתפים שלא המשיכו למדידה שנייה, היעדר מחקרים השוואתיים וקריטריוני ההכללה ברוב קבוצות הבקרה מגבילים את היכולת לפירוש התוצאות. באשר לבנזודיאזפינים, אלו יכולים להינתן באופן חד פעמי אך עלולים להוביל לסיכון ניכר להתמכרות או לביטול עכבותיו של המטופל (American Psychiatric Association, 2001). באופן כללי, טיפול הרגעי צריך להינתן לתקופה שלא תעלה על שבוע ובמקרי משבר

בלבד. (National Institute of Health and Clinical Excellence,) על כן, קיים צורך בניטור אינטנסיבי והפחתה הדרגתית של הטיפול התרופתי. באופן ספציפי, מתן תרופות אנטי-פסיכוטיות אינו רצוי במקרים הדורשים טיפול לטווח בינוני או ארוך. (National Institute for Health and Clinical Excellence, 2009). יחד עם זאת, בטווח הקצר, תרופות אנטי-פסיכוטיות בעלות אפקט משמעותי על סימפטומים תפיסתיים, כעס, ותנודתיות במצב הרוח (Ingenhoven & Duivenvoorden, 2011).

פסיכותרפיה

טיפול הפסיכותרפיה השונים להפרעת אישיות גבולית הם בעלי היבטים משותפים רבים. לדוגמא, ברובם מודגשת החשיבות שביצירת חוזה טיפולי ראשוני בתחילת הטיפול הכולל דרכים בהם יש להתמודד עם מצבים מסוכנים, ובייחוד משברים אובדניים ואופן יצירת הקשר בין הפגישות (למשל, באמצעות הטלפון), על כל אלו יש להסכים. כאשר שוקלים טיפול פסיכולוגי לאדם עם הפרעת אישיות גבולית, קלינאים צריכים לקחת בחשבון את הדברים הבאים (National Institute for Health and Clinical Excellence, 2009):

• בחירות המטופל והעדפותיו

- מידת הליקויים וחומרתם
- מוכנות המטופל לקחת חלק בטיפול והמוטיבציה לשינוי
- יכולת המטופלים להישאר בתוך גבולות הקשר הטיפולי
- מידת הזמינות של תמיכה אישית ומקצועית

מגוון גישות פסיכו-תרפוטיות הוצעו עבור הטיפול בהפרעת אישיות גבולית, ביניהן הגישה האינדיבידואלית, הקבוצתית והטיפול במשבר. לא קיימות ראיות המוכיחות כי טיפול פסיכותרפי אחד עדיף ואפקטיבי יותר לעומת האחר (Binks et al, 2006b; Leichsenring & Leibing, 2003; Leichsenring et al, 2011).

טיפול ממוקד סכמה (SFT-Schema Focused Therapy)

זהו טיפול המבקש להרחיב את עקרונות הטיפול הקוגניטיבי התנהגותי בטיפול בהפרעות אישיות על ידי שימת דגש מיוחדת על הקשר הטיפולי, האפקט, המצב הרגשי וסגנון ההתמודדות בחיים (למשל, הימנעות ופיצוי יתר), התחפרות בנושאי ליבה (למשל, סכמות לא אדפטיביות אשר מתפתחות כאשר צרכי ליבה בילדות אינם נענים). עיסוק נוסף

נערך בנושא חוויות ילדות ותהליכים התפתחותיים. מחקר אחד, מצא כי לאחר שלוש שנים, טיפול ממוקד סכמה הינו יעיל יותר לעומת טיפול פסיכודינמי המבוסס על העברה בפסיכותרפיה בקרב בעלי הפרעת אישיות גבולית (Giesen-Bloo et al, 2006).

בין קבוצות הטיפולים השונות, **האימון המערכתי לצפיית רגשות ופתרון בעיות** (STEPPS; Blum et al, 2002, Blum et al, 2008) מבוסס על גישה מערכתית. התכנית כוללת שני שלבים: קבוצת כישורים בסיסיים לאורך 20 שבועות, וקבוצה מתקדמת אשר נפגשת אחת לחודש לאורך שנה. במודל זה, הפרעת אישיות גבולית מובנת כהפרעה בוויסות הרגשי וההתנהגותי. המטרה הינה לספק לאדם עם הפרעת האישיות הגבולית אנשי מקצוע נוספים שיסיעו לו כמו גם חברים ובני משפחה החולקים שפה משותפת. הדבר מסייע במניעת ה"פיצול" (מנגנון הגנה פרימיטיבי בו האדם מחצין קונפליקטים פנימיים על ידי התייחסות לאחרים כ"טובים" או "רעים").

טיפול מבוסס מנטליזציה (MBT-Mentalization Based Treatment)

טיפול מבוסס מנטליזציה הינו תכנית פסיכו-תרפויטית פסיכו-דינאמית המבוססת על תיאורית ההתקשרות. ההנחה הינה כי התקשרות לא מאורגנת מקדמת כישלון ביכולת למנטליזציה. טיפול מבוסס מנטליזציה עוצב לראשונה עבור מטופלים עם הפרעת אישיות גבולית. כעת, הטיפול משמש לטווח רחב יותר של הפרעות כגון הפרעות אישיות אחרות או דיכאון. הטיפול מבוסס על טיפול קבוצתי לצד טיפול אינדיבידואלי, שניהם על בסיס שבועי, ובדרך כלל במסגרת של אשפוז יום. מטרת הטיפול הינה לקדם את יכולת המטופל להבין את רגשותיו ורגשות האחר בדיוק ובמצבים רגשיים מאתגרים. המטרה העיקרית של טיפול מבוסס מנטליזציה הינה לקדם וויסות רגשי ושליטה התנהגותית. דרך כך, יוכלו המטופלים להשיג את מטרת החיים שלהם ולפתח יחסים יותר אינטימיים ומספקים.

בשונה מגישות פסיכו-דינאמיות אחרות, ההתמקדות אינה בהעברה או במערכות יחסים מן העבר, המטרה אינה השגת תובנה באשר לביוגרפיה האישית אלא שיפור יכולת המנטליזציה. מטפלים מבקשים לקדם מערכות יחסים בעלות התקשרות בטוחה בין חברי הקבוצה ובין לבין המטופלים. ההתקשרות הבטוחה מספקת הקשר של מערכת יחסים בה ניתן לחקור את הנפש של העצמי ושל האחר.

Figure H.4.1: Comparative summary of different psychotherapies for the treatment of
 ציור H.4.1: סיכום השוואתי של טיפולי פסיכותרפיה בהפרעת אישיות גבולית



LIVES RESTORED

Expert on Mental Illness Reveals Her Own Fight



The Power of Rescuing Others: Marsha Linehan, a therapist and researcher at the University of Washington who suffered from borderline personality disorder, recalls the religious experience that

Click on the picture to access a New York Times

לחצו על התמונה בכדי לקבל גישה אל מאמר מתוך הניו יורק טיימס אודות מאבקה של Marcia Linehan עם הפרעת האישיות הגבולית ממנה סובלת וכן על ייסוד הטיפול הדיאלקטי התנהגותי.

טיפול מבוסס מנטליזציה (Mentalization Based)

(MBT- Treatment) הינו טיפול פסיכו-דינאמי אשר פותח על ידי Bateman and Fonagy (2004, 1999). "מנטליזציה" לפי מודל זה הינה היכולת להבדיל ולהפריד מחשבות ורגשות של אדם אחד מאלו שמסביבו. האספקטים השונים של מנטליזציה מודגשים, מחוזקים ומתורגלים בתוך מסגרת פסיכותרפיה תומכת. משום שהגישה הינה פסיכו-דינאמית, הטיפול נוטה להיות פחות ישיר לעומת טיפולים קוגניטיביים התנהגותיים.

טיפול ממוקד בהעברה (Transference Focused)

(TFP -Psychotherapy) מהווה גישה פסיכו-דינאמית נוספת. טיפול ממוקד בהעברה מניח כי קיים מבנה פסיכולוגי אשר שוכן בבסיסם של הסימפטומים בהפרעת האישיות הגבולית. במבנה פסיכולוגי כזה, מחשבות ורגשות על העצמי ועל אחרים מפוצלים לחוויות דיכטומיות של טוב או רע, שחור או לבן, הכול או כלום. היות ומצבים אלו קובעים את טבע תפיסתו של המטופל, פיצול מוביל ליחסים בינאישיים כאוטיים, התנהגויות הרס עצמי אימפולסיביות, וסימפטומים נוספים של הפרעת אישיות גבולית. הטיפול מבוסס על מפגשי פסיכותרפיה אינדיבידואלים פעמיים בשבוע ומתמקד בהעברה משום שההנחה הינה כי המטופלים חיים את יחסי האובייקט הדיאדיים הדומיננטיים שלהם בהעברה (Clarkin et al, 2007).

בקרב מתבגרים, **טיפול אנליטי קוגניטיבי** (Ryle, 2004,) **CAT**; Ryle, 1993) & Beard) מדגים יעילות דומה לזו של "הטיפול הקליני לפי המדריך" (Chanen et al, 2008). הטיפול האנליטי הקוגניטיבי הינו טיפול קצר באופן יחסי, ומשכו בין 16 ל-24 מפגשים.

נותר לחכות ולראות האם הפער בין מספר הטיפולים לזמינותם בשדה הקליני מתרחב או מצטמצם. היעדר תמיכה עבור טיפולים אלו בקו הראשון עלולה לפגוע בקלינאים ולהובילם להתעלם או לדחות אפשרויות של פסיכותרפיה. בשלב זה, חשוב לזכור כי טיפול המועבר בצורה מותאמת (משמע טיפול בו יש היענות להמלצות) מפיק תוצאות טובות בדומה לטיפולים מסובכים יותר (McMain, 2007).

טיפולים נוספים



לחץ על התמונה מעלה כדי להיכנס לאתר TARA המספק מידע לסובלים ולמשפחותיהם (באנגלית).

לחץ על התמונה מטה כדי להיכנס לאתר המספק מידע בצרפתית.



צוותים רבים עובדים בכל העולם בניסיון לפתח טיפולים קצרים יותר בעלי עלות נמוכה יותר אשר יהיו מקובלים יותר על המטופלים לעומת הטיפול הפסיכותרפי ארוך הטווח (ראה ציור H.4.1). צורות מרוכזות יותר של טיפולים ארוכי טווח יכולות לאפשר סיוע למספר מקסימלי של מטופלים. באותו האופן, חינוך פסיכולוגי וקבוצות צרכנים יכולים לספק אלטרנטיבה בעלות נמוכה יותר. יצירת קו טלפוני קבוע אשר יציע תמיכה בזמנים קשים, אולי ברמה רפואית אזורית או אפילו ארצית יכול להיות לעזר. לבסוף, שירותי מניעה יכולים לפתח אסטרטגיות אשר יסייעו להורים במטרה להפחית את סימפטומי הפרעה בילדיהם.

מסקנות

הפרעת אישיות גבולית הינה הפרעה אשר יכולה להימצא בקרב מתבגרים; היא בעלת טווח סימפטומים ובעיות זהה לאלו שנמצאו במבוגרים. יחד עם זאת, הפרעת אישיות גבולית הינה מאתגרת יותר בקבוצת הגיל הזו. במקרים רבים, גישה פסיכו-תרפויטית יכולה להוביל להפחתה בסימפטומים. האתגר הינו לזהות את המטופלים שנמצאים בסיכון הגבוה ביותר לפיתוח הפרעה חמורה ולהציע להם את הטיפול הזמין הטוב ביותר.

רשימת מקורות

- 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.
- Bornovalova 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.
- 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
- 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.

- 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.
- 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, Gameraoff 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 Pédiatrie*, 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
- [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.](#)
- 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, Leibling 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, Leibling 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.

- 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.
- Hyer 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.
- 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]. *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.
- 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

- 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.
- 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.
- Zanarini MC, Frankenburg FR, Hennen J et al (2003a). The longitudinal course of borderline psychopathology: 6-year prospective follow-up of the 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.
- Zanarini 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.

phenomenology of borderline personality disorder. *American Journal of Psychiatry*, 160:274- 283.