

## إشكالية التسرب لدى الشخصية البينية وعوامله واستراتيجيات الامتثال العلاجي

د. عبد العزيز حداد  
جامعة البلدية ( الجزائر).

### Résumé:

L'un des troubles de personnalité qui s'adhèrent difficilement à la psycho- thérapie, est la personnalité limite ( borderline) ; les données observationnelles montrent son faible compliance à la prise en charge thérapeutique, au point que certains spécialistes l'ont nommé le " patient-papillon"; ce qui pose une importante problématique au thérapeute .

ce drop-out est causé par trois facteurs essentiels : des facteurs liés aux caractéristiques du patient lui-même , des facteurs liés au thérapeute, et des facteurs en relation avec les structures d'accueil et les établissements hospitaliers .

Cet article essaie d' analyser ces facteurs, tout en proposant certaines mesures et stratégies susceptibles de réduire le taux de drop-out chez cette catégorie de patient

### 1-تعريفات:

• تعريف دورون وبارلو (2004) DURAND ET BARLOW :

يعيش الأفراد ذوي الشخصية البينية حياة تتميز أمزجتهم وعلاقاتهم بعدم الاستقرار، لديهم في الغالب صورة سيئة لذواتهم حيث يشعرون بأنهم غير مفيدون ويحملون أفكار انتحارية.(1)

• تعريف ليبو و آخري (2004) LIEB ET AL :

تتميز الشخصية البينية بنموذج منتشر لعدم الثبات في الضبط الانفعالي، والتحكم الاندفاعي، والعلاقات البينشخصية وصورة الذات، وتتمثل الأعراض الإكلينيكية لهذا الاضطراب في الاختلال الوظيفي للانفعالات، والعدوانية والاندفاعية، وسلوكيات تدمير الذات وميول انتحارية مزمنة.(2)

• تعريف فام سكوتز و قالفي (2003) PHAM-SCOTTEZ ET GUELFI :

يتميز اضطراب الشخصية البينية بعدم الاستقرار العاطفي، والعلائقي والسلوكي، وباضطراب الهوية وصورة الذات وعدم الاستقرار والانفعالية لهؤلاء الأفراد تشجع لديهم سلوكيات غير متوقعة (القيادة الخطيرة، الشجار) والإقدام على الفعل الموجه نحو إيذاء الذات. وتكون العلاقات البينشخصية غير مستقرة، حادة، صراعية، فالفرد يتأرجح بين التبعية والعدائية والحط من شأن الآخر، كما يتميز هذا الاضطراب بالشعور بالفراغ والملل والنقص وبالاستجابات المزاجية (حصر، غضب، اكتئاب)(3).



- يفقد أحيانا الأشخاص البينيون التحكم المعرفي، إذ أن هناك هذات حول الذات تحدث لأحيانا نتيجة للمواقف المثيرة للتوتر، وعادة ما تتوقف عند زوال التوتر كما أن عدم التحكم في الإحساسات بالذات شائع، وعادة ما يذكر الأفراد البينيون أنهم يفقدون إحساسهم كلية ويشعرون بالخواء ولا يعرفون من هم؛
- يعاني كثيرا الأفراد البينيون من عدم التحكم في تفاعلاتهم مع الآخرين، وقد تكون علاقاتهم مشوشة أو حادة وتتسم بالصعوبات، وعادة ما يسعون بجهد حاد ومسعور في منع الأشخاص ذوي المكانة بالنسبة لهم من تركهم لهم.
- وتعاني الشخصية البينية من مشكلة تحديد الهوية، إذ لا تعرف على وجه التحديد من هي، ولا تدرك حاجاتها ورغباتها بطريقة سوية وصحيحة، ولا تعرف الأسلوب الأنسب لطلب هذه الحاجات وطرق إشباعها؛
- تكون الحياة المهنية جد مضطربة حيث تعرف النزاعات والصراعات والاستقلالات غير المنتظرة.
- تتسم بالفعل الاندفاعي أو السلوك الطائش دون التفكير في العواقب لضعف نظام ضبط الانفعالات، لذلك عادة ما تندفع نحو الإدمان، أو الحبس، أو محاولات الانتحار عند مواجهتها للوضعيات المحبطة أو المعيقة أو مواقف الصراع.

#### 4- الأنماط:

- يقسم بعض المنظرين والأخصائيين هذه الشخصية إلى عدة أنماط وهي على النحو التالي:
- أ. **النمط الذهاني:** يتصف بتكيف سلوكي، وبنقص الواقعية في الإدراك، بالإضافة إلى الغضب والاكنتاب؛
  - ب. **النمط العصابي:** ويتم بقلق واكتئاب اتكالي ويشبه إلى حد بعيد العصابات نرجسية الطبع؛
  - ج. **النمط العقلاني:** تتميز بسلوك متكيف، ولكن تنقصه العفوية، كما يبدو قليل المشاعر، يميل إلى الانطواء وعقلنة الأمور؛
  - د. **النمط الصرف:** يعتبر نواة الحالة البينية، ويلاحظ عليه تقلب في العلاقات بينشخصية، والإقدام على الفعل الاندفاعي الغاضب أو العدوان، علاوة على عدم تماسك الشخصية والاكنتاب.
- هذا وحدد فوندرسون (gunderson 1991) بناء على الدراسات التي أجريت على هذه الشخصية خلال 30 سنة الماضية، خمسة أنماط، و كل نمط يرتبط بمحكين للدليل التشخيصي (DSM) (9).
- وتتمثل هذه الأنماط فيما يلي (حسب الجدول التالي):

النمط	التوصيف والافتراضات السببية	محكات DSM
• العاطفي	شكل غير نمطي لاضطراب المزاج (يكون وراثي ويتجلى بفعل عوامل الضغط)	5 ، 6
• الاندفاعي		5 ، 4
• العدوانية	شكل اضطراب التحكم في النزوع والاندفاعية (طبع يميل نحو الحركة)	6 ، 8
• الاستقلالي	سمة لطبع أو استجابة ثانوية لصدمة مبكرة	6 ، 1
• الخاوي	عدم تحمل الوحدة (وراثي أو مكتسب)	3 ، 7
	غياب الاستقرار في مفهوم الذات (مواقف والدية غير ثابتة)	



وذهب ليفيسلي (LIVESLEY.2000) أن دراسات أكدت وجود علاقة ارتباطية بين هذا الاضطراب والصددمات المبكرة، مما يعطي للعوامل النفسية الاجتماعية دوراً أساسياً في السببية المرضية، فيما أثبتت دراسات حول التوائم أن 40 إلى 60% من سمات الشخصية البيئية وراثية، مبينة بذلك وجود مكون جيني وراثي في هذه السببية. (11)

#### 7- التطور والمآل:

يكون في العموم سير هذه الشخصية وتطورها. نحو الحالات المرضية التالية:

- الاكتئاب الأساسي؛
- محاولات الانتحار؛
- إظهار أعراض ذهانية: أفكار هذيانية، هالوس...؛
- ضياع الشخصية dépersonnalisation؛
- أعراض عصابية: الفوبيا، أعراض تحويلية، انشغالات جسدية (توهم المرض) وتظاهرات وسواسية؛
- الإدمان والانحراف؛
- اضطرابات سيكوسوماتية خطيرة؛
- الشره العصبي.

الكثير من الأشخاص ذوي الشخصية البيئية يلجؤون إلى التجنب العام بسبب تعرضهم للعديد من الإخفاقات وخوفهم من النبذ والتخلي وتفاذي للمزيد من الألم. هذا التجنب قد يبلغ مستوى جد "فعال" ما يجعل هؤلاء الأشخاص يظهرون شخصية تجنبية، فيما تختفي سمات الشخصية البيئية بسبب غياب الاحتكاك الانفعالي مع الآخرين، لكن يبقى ذلك جد سطحي، حيث يكفي أن يعود هؤلاء الأشخاص إلى العلاقات الاجتماعية الطبيعية مع الآخرين حتى تظهر من جديد السمات البيئية.

#### 8- التسرب من العلاج لدى الشخصية البيئية:

يصف الأخصائون هذه الشخصية بالعميل "الفراشة" التي لا تستقر على حال، وهي في تنقل دائم، ويصفون علاجها بالأسطورة. لأنها غالباً ما لا تمتثل للعلاج. ويعد ذلك التحدي الأساسي الذي يواجه المعالج.

- عدم الامتثال العلاجي لدى الشخصية البيئية: يمكن ملاحظة عدم الامتثال العلاجي لدى هذه الفئة من العملاء في الظاهرتين التاليتين:

أ- ظاهرة "التسرب" (drop-out): عرف قنرسون (GUNDERSON) نقلاً عن LINGIARDI ET AL (2005) هذه الظاهرة بالانقطاع عن العلاج بمبادرة من العميل دون تقديم معلومات أو نقاش مسبق مع المعالج وهو الأمر جد متفشي لدى الشخصية البيئية (12) حيث ذكر سكودول وآخرون SCODOL ET AL (2002) في دراستهم أن 67% من العملاء البيئيين يتخلون عن علاجهم في الأشهر الثلاثة الأولى. وهذه النسبة أكبر مرتين عن نسبة الانقطاع لدى بقية الشخصيات المرضية، وأكبر بأربع مرات عن اضطراب الفصام. (13)

ب- ضعف المواظبة على العلاج: تتميز أيضا الشخصية البيئية بمواظبة غير مستقرة ومتذبذبة في حضور جلسات وحصص العلاج، حيث أفادت دراسة دافيدسون وآخرون (2006. DAVIDSON ET AL) التي أجريت على عملاء بينيين خضعوا لعلاج معرفي سلوكي على مدار 12 شهرا تخللتها 30 حصة لمدة ساعة، أن نسبة 26% فقط من عملاء أفراد العينة المشاركة في العلاج قد شاركوا في 28 حصة. بينما واطبقت نسبة 51% فقط على حضور 15 حصة. وهو ما يشير بوضوح تقشي ظاهرة ضعف المواظبة على العلاج لدى العملاء بينيين وعدم التزامهم بذلك.(14)

## 9 - عوامل التسرب :

تعود أسباب تسرب العميل البيئي من العلاج إلى ثلاث عوامل رئيسية :

### أ - العوامل المرتبطة بالعمل :

وتتمثل في بعض من سماته المرضية وخصائصه النفسية ، بالإضافة إلى التلازمة المرضية التي ترتبط بهذا الاضطراب.

### - السمات المرضية :

- التقلب الانفعالي : يعد من أهم السمات المرضية التي تميز الشخصية البيئية، كما يشير إلى ذلك العنصر السادس من المحك الأول لهذا الاضطراب في الدليل التشخيصي .
  - " عدم استقرار عاطفي راجع إلى إعادة تنشيط حاد للمزاج " حيث تنسم هذه الشخصية بضعف الاستقرار الانفعالي وصعوبة في ملازمة الاعتدال المزاجي بسبب اختلال نظام الضبط الانفعالي. لذلك يرى ( zanarini et frankenburg.2007) أن انخراط العميل البيئي في مسعى علاجي منظما ليس ممكنا، إلا إذا تلمصت العلاقة العلاجية بالأساس من عدم الاستقرار الذي يميز اضطراب الشخصية البيئية .(15)
  - اضطراب الهوية وصورة الذات: يرى كايهلول وآخرون (2010. Cailhol et al ) أن تفتت الهوية واختلال الأداء لدى الشخصية البيئية يصطدم بصفة حادة بتنظيم المعالجة المتبع ونظام التكفل.(16) وإذا اعتبرنا ، كما يذهب إلى ذلك بلوم وآخرون ( Blum et al.2002) بأن التحالف العلاجي يمكن تعريفه أيضا بالاتفاق الحاصل بين المعالج والعميل حول الأهداف والمهام، فإنه من الصعوبة بمكان أن يتم انتقاء الأهداف واختيار المهام والاتفاق عليها في ظل اضطراب الهوية، إذ تتغير الأهداف بصورة مستمرة حسب تذبذب صورة الذات والوضعيات.و هو ما يجعل التكفل النفسي جد عسير بل غير ممكنا، ولا يكتب له الاستمرار.(17)
  - فقدان الثقة في الآخر: تعتقد الشخصية البيئية في أنه لا يوجد أي شخص يمكن الوثوق فيه والاعتماد عليه، وأن أي شخص حين يتعرف على ذاتها الحقيقية سيهجرها ويتخلى عنها، وقد يرتبط هذه الاعتقاد بالخبرات الصادمة في مرحلة الطفولة. لهذا نجد العديد من الافتراضات التي تتمحور حول هذا الاعتقاد من قبيل: " العالم خطير وماكر" و " إذا منحت تقتي لأحد، فإنه سيخونني "
- وتمتد هذه المشاعر والافتراضات لتشمل حتى علاقتها بالمعالج، وهو الأمر الذي يصب فعلا من عملية إقامة التحالف العلاجي، ويزيد في المقابل من فرص التسرب.

- الحاجات المتزايدة وإعادة الرعاية الأبوية الجزئية: تبحث الشخصية البينية في الغالب عن والد في معظم الأشخاص الذين تلقتهم بهم، وينطبق الأمر تحديداً على المعالج، حيث تراه وتريدته أن يكون ذلك الأب البديل الذي يمنحها كل الرعاية والحب والعطف، فإذا حدث وأن حاول المعالج أن يكون غير ما تريده، فإن العميل البيني ينتفض ويغضب ويحاول عرقلة مسار العلاج، وفي آخر المطاف يتخلى تماماً عن العلاج. لهذا يشير يونغ وآخرون ( Young et al .2003 ) أن التحدي الذي يواجهه المعالج هو أن يقيم توازناً بين واجبات وحاجات العميل من جهة، وواجباته وحاجاته من جهة أخرى، فيتوجب عليه أن يجد وسيلة ما تسمح له بأن يؤدي دور البديل الأبوي خلال فترة محددة، وفي ذات الوقت يحافظ على حرمة حياته الخاصة ويتجنب من أن يتحول إلى ضحية الإنهاك. (18)

والواقع أن حاجات العميل البيني هي في الغالب أكبر من قدرات المعالج، وما يمكن تقديمه، وهذا الأخير تفرض عليه حياته الخاصة وحاجاته حدوداً، كما يستحق كل الاحترام من العميل، وهنا تكمن صعوبة هذه العلاقة والمحافظة على استمرارية العلاج، ذلك لأن العميل البيني لديه حاجات وحقوق طفل صغير رغم سنه الراشد، وهو بحاجة إلى والد يشبع حاجاته المتزايدة ويولي حقوقه النفسية الأولوية، ولما كان المعالج أبعد من أن يكون بديلاً حقيقياً للوالد، ولا يمكن أن يساعده إلا في إطار ما يسمى إعادة الرعاية الوالدية الجزئية، فإنه من الطبيعي أن يصاب العميل بخيبة أمل كبيرة بين انتظاراته الواسعة وحاجاته المتزايدة من جهة وما بوسعي المعالج تقديمه، وفي هذه الحالة ليس هناك طرف يمكن توبيخه على ذلك.

- الحافزية المتقلبة: يرى فان بيك و فار هول ( Van Beek et VERHEUL .2008 ) أن حافزية العلاج لدى العميل البيني تتكون من الحاجة إلى المساعدة ودرجة التحضير للتغيير، وترتبط الحافزية للعلاج بدرجة المعاناة النفسية لدى العميل، كما أن الحاجة إلى المساعدة ترتبط بطلب إيجاد حلول سريعة للمشكلات النفسية الاجتماعية أكثر من اضطراب الشخصية، غير أن هذه الحافزية غالباً ما تكون غير ثابتة حيث تتميز بنوع من المفارقة المتناقضة بين الحاجة للتغيير وخوف من هذه التغيير، ما يصعب فعلاً تحقيق تكفل نفسي على المدى المتوسط. فتارة يكون العميل البيني مندفعاً نحو العلاج، وتارة أخرى تقتدر دوافعه ويقل اهتمامه بالعلاج فيغيب عن جلساته أو يتكاسل عن المهام المنزلية أو يلجأ إلى بعض السلوكيات المعرقة لمسار العلاج. (19)

- الاختبار العلائقي والافتراض المرضي: يلجأ عادة العملاء إلى توخي الحذر والتحفظ في تعاملهم مع المعالجين خاصة في الجلسات الأولى من العلاج، ويعتمدون إلى استخدام بعض الاستراتيجيات للتحقق بصفة عامة من مدى مؤهلات المعالج ودرجة الثقة التي ستمنح له، وهو ما يعرف بالاختبار العلائقي. ويهدف هذا الاختبار العلائقي تحديداً إلى التحقق من مسألتين هما :

-صلاية العلاقة العلاجية : يتحقق العميل حسب ساشس (Sasche .2001) من خلال الاختبار العلائقي على صلاية وقوة العلاقة العلاجية. ويرى كرامر وآخرون (kramer et al .2010) أن العميل البيني يميل إلى اختبار المعالج بطريقة أكثر قوة خلال مسار العلاج حتى يتحقق من الثقة التي منحها إياه في البداية قبل أن يفصح عن شخصيته الصعبة، وأن هذا المعالج لا يزال جديراً بهذه الثقة طوال كل مراحل وخطوات العلاج. (20)

- الافتراض المرضي: يحمل العميل البيني جملة من الافتراضات المرضية، لذلك يعتمد حسب وايس (1971). weiss) إلى التحقق من هذه الافتراضات في تفاعله مع المعالج، فلا يهدف هذا الاختبار العلائقي إلى اختبار العلاقة العلاجية في المقام الأول، وإنما محاولة دحض الافتراض المرضي الذي تشكل عبر الخبرات الصادمة في

مرحلة الطفولة، كأن يتحقق على سبيل المثال، من الافتراض المرضي التالي " أستمح النبذ " أو " لست جديرا بالاحترام". (21)

فإذا لم يفهم المعالج هذا الإجراء ولم يحسن التعامل مع دوافعه وأسبابه وأهدافه، ويفشل في تجاوزه، سيفقد من دون شك ثقة العميل ويعزز من الافتراضات المرضية ويفشل في بناء العلاقة العلاجية ، وبالتالي يفضي ذلك إلى تسرب العميل والانقطاع عن العلاج. وعليه فإن المعالج مطالب كي ينجح في هذا الاختبار أن يتبنى موقفا علائقيا موجها نحو دوافع هذا الاختبار من خلال إشباع بطريقة أصيلة وعبر مختلف أساليب التواصل المباشرة والغير المباشرة هذه الدوافع التي تحث العميل على الاختبار. فحسن التعامل مع الاختبار العلائقي يسمح للعميل بخبرة انفعالية مطفة حسب نموذج وايس ( weiss.1971) ، وبخبرة علائقية موقفة وفق نموذج ساشس ( Sasche.2001) حيث يهدف الأول إلى إبطال مفعول الافتراض المرضي في تسميم العلاقة العلاجية، ويسعى الثاني مباشرة إلى تعزيز العلاقة العلاجية بمنح المعالج كل الثقة.

– التلازمة المرضية: يرتبط اضطراب الشخصية البينية بالعديد من المشكلات النفسية الاجتماعية(عدم الاستقرار في العمل، مهارات والدية محدودة، عدم الاستقرار العلائقي) وخطورة الانتحار المقدرة بـ4 إلى 10 بالمائة (22) وتوجد تلازمية مرضية أكبر بين هذه الشخصية والاضطرابات النفسية من المحور الأول للدليل التشخيصي ( DSM IV) وقد قدر حسب دراسة باتمان ( Bateman.2005) على النحو التالي :

- اضطراب الاكتئاب الأساسي 60 بالمائة.
- نوبة الهلع وفوبيا الخلاء 30 بالمائة
- الاستعمال السيئ للأدوية 12 بالمائة
- اضطراب ثنائي القطب 10 بالمائة. (23)

ويشير ليشسرينغ و آخرون (Leichsenring et al .2010.) إلى أن اضطراب الشخصية البينية تلازمه اضطرابات من المحور الأول والثاني للدليل التشخيصي ( DSM IV) حيث وجد أن 84.5 بالمائة منهم يشنون من اضطرابات نفسية، و 73.9 بالمائة يعانون أيضا من اضطرابات شخصية أخرى. (24) هذه التلازمية المرضية هي الأخرى تدفع العميل البيني إلى طلب المساعدة في البداية، لكن في المقابل لا تيسر عمل المعالج ومهام العميل، خاصة إذا ما اكتفى المعالج بتناول هذه الاضطرابات دون الانتباه إلى اضطراب الشخصية الذي أسس لهذه الواجهة المرضية .

ويؤكد بيك وآخرون (Beck et al .2004) أن طلب التكفل لدى العميل البيني تدفعه الصعوبات المرتبطة بوجود اضطراب أو أكثر من المحور الأول للدليل التشخيصي ( Dsm vi) وليس اضطراب الشخصية.(25) وقد ينشغل المعالج ويستغرق في التكفل الآني للاضطرابات النفسية الحادة ( اكتئاب أساسي، نوبة الهلع، ثنائي القطب) أو سلوكيات إيذاء الذات والانتحار، بالنظر إلى الطابع الاستعجالي لهذه المشكلات حيث يكون المعالج مجبرا على التخفيف من حدة هذه الاضطرابات وإنقاذ وتجنيد العميل مخاطر اللجوء إلى السلوكيات الخطرة. خاصة أن نسبة الوفيات الناتجة عن الانتحار لدى هذه الشخصية حسب ( zaheer et al.2008) قد قدرت 10 بالمائة مع وجود نسب متباينة من محاولات الانتحار سابقة تتراوح بين 60 و 78 بالمائة لدى هذه الفئة (26)

ب - العوامل المرتبطة بالمعالج :

يمكن ذكر بعض العوامل التي تساهم بشكل واسع في تسرب العميل البيئي من العلاج، و المرتبطة بالمعالج في حد ذاته، وهي على النحو التالي :

- الاستغراق والتجاهل : غالبا ما يتوجه العميل البيئي نحو المصالح الاستشفائية طلبا للعلاج من اضطرابات نفسية من المحور الأول للدليل ( Dsm vi ) حين تبلغ أعراضها درجة لا تطاق، أو لمشكلات نفسية اجتماعية ، أو يساق من قبل أهله على جناح السرعة نحو مصالح الاستعجالات بسبب سلوكيات خطيرة كإيذاء الذات أو الانتحار، ويجد المعالج نفسه مستغرقا ، ومركزا جهوده نحو معالجة هذه الاضطرابات والأعراض الحادة الطارئة، ولا يراعي في هذا الاستغراق والانهماك ما يتخفى وراءها من اضطراب شخصية . وبالتالي تفوته الفرصة للتعرف و فهم الأداء المعرفي والانفعالي والبيشخصي للعميل ، و يهمل أو يفشل في بناء علاقة علاجية أو تحالف علاجي، وقد يظن أن مهمته قد انتهت بمجرد أن خفت حدة الأعراض المرضية أو تم إبعاد خطر سلوكيات إيذاء الذات والانتحار.

- نقص المهارة : قد ينتبه المعالج إلى ضرورة تشخيص اضطراب الشخصية ويفلح في هذا المسعى، إلا أنه يجد صعوبات جمة في بناء تحالف علاجي، بسبب نقص كفاءته في الإحاطة بكل عناصر وشروط هذه البناء، وبالتالي يكون العميل أكثر عرضة لعدم المواظبة والتسرب. وينبغي الإشارة أنه ليس من اليسير بناء تحالفا علاجيا مع هذا النوع من العملاء، ويحدث فعلا أن تكون هذه الصعوبات فوق القدرات النفسية للمعالج وإمكاناته ومهاراته المهنية. ووفق ذلك يتحدث بعض الأخصائيين عن ضرورة وجود تلاءم في الشخصية بين المعالج والعميل، وإلا لا يكتسب النجاح للتكفل النفسي .

ج - الهياكل الاستشفائية المستقبلية :

قد لا تكون الهياكل الاستشفائية المتوفرة مهيأة ومؤهلة لاستقبال هذا النوع من الاضطراب، إذ لا تتوفر على مصالحي خاصة للتكفل به، رغم أن الإحصائيات الوبائية العالمية يؤكد أن أصحاب هذا الاضطراب هم الأكثر طلبا للعلاج والمساعدة النفسية ، وأكثر عرضة لخطر إيذاء الذات والانتحار، حيث يشير بيك ( Beck ) أن البينيين هم الأكثر استعمالا للمراكز الاستشفائية والعلاج النفسي والمتابعة السيكاترية، والدخول لمصالح الاستعجالية من العملاء المكتئبين أو ذوي اضطرابات شخصية أخرى.

وهناك مشكل مؤسسي حيث أن معظم مصالحي الاستعجالات التي تستقبل الأفراد الذين قاموا بسلوكيات إيذاء الذات والانتحار غير منظمة بشكل يجعلها قادرة على الكشف عن هذا الاضطراب. ومن جهة أخرى، ليس هناك نظام إداري يسمح بالتحويل التلقائي لهذه الحالات الانتحارية على مصالحي التكفل النفسي المختصة.

علاوة على ذلك، فإن التكفل بهذه الفئة من المضطربين يتطلب من 2 إلى 5 ساعات حصص معالجة في الأسبوع على مدار سنة إلى خمس سنوات، لذلك تجد هذه الهياكل الاستشفائية في وضعها الحالي صعوبات في توفير مثل هذا الحجم من الخدمات ونوعيته.

## 10- الحلول المقترحة لتخفيض نسبة التسرب :

يمكن اقتراح عدة إجراءات للتقليل من ظاهرة التسرب لدى الشخصية البينية، ومن أهم هذه الإجراءات ما يلي

### أ - بناء التحالف العلاجي:

يرى بوردين (Bordin .1979 ) أن التحالف العلاجي يعد العامل الأساسي للتغيير في جميع العلاجات، فهي ليست شافية في حد ذاتها، وإنما تشكل مرتكزا يستند إليه العميل للانخراط في العلاج ومتابعته.(27)ويحلل بوردين عناصر هذا التحالف حين يقترح ثلاثة مكونات وهي:

- الأهداف: وتمثل غاية العلاج حيث تحدد في العقد العلاجي قبل بداية التكفل.
  - المهام: تمثل محتوى ومادة العلاج،وهي عبارة عن النشاطات التي يقوم بها كل طرف ( المعالج والعميل) في مسار العلاج.
  - الصلة: ويعني بالعلاقة بين المعالج والعميل التي تراعي تجندهما والتزامهما في العلاج، مع التأكيد على المسؤولية المشتركة بين الطرفين.
- وتتفاعل هذه المكونات فيما بينها حيث تعمل نوعية العلاقة كوسيط كي يقوم العميل بالمهام الضرورية لتحقيق أهداف العلاج.

يشكل إقامة علاقة علاجية تعاونية بين النفسي والشخصية البينية التحدي والرهان العلاجي الأساسي في عملية التكفل بهذه الشخصية. حيث لا يمكن تصور نجاح العلاج دون أن يتحقق ما يسمى بالتحالف العلاجي الذي يعد مطلباً أولياً *pre-requis* وشرطاً ضرورياً للتكفل بهذه الفئة من العملاء، ذلك لأن الأفراد ذوي الشخصية البينية لا يمتثلون في الغالب للعلاج ولا ينخرطون فيه إلا بصعوبة نظراً لسماتهم المرضية المذكورة سابقاً.

ويتحقق التحالف العلاجي في إطار مختلف أشكال العلاج السلوكي المعرفي، أو العلاج السلوكي الجدلي.

- استراتيجيات التحالف العلاجي حسب بيك وآخرين: يصر بيك و آخرون (BECK ET AL .1990) على بناء هذا التحالف وفق الإجراءات والاستراتيجيات التالية:
  - تطوير نمط علائقي خاص مع العملاء البينيين:
- يتميز بالحميمية والاهتمام والذي يمكن تسميته باستراتيجية إعادة الرعاية الأبوية *reparenting*، وتسعى هذه الإستراتيجية إلى تحقيق هدفين :

- تنمية التعلق الآمن *attachement secure* لدى العميل نحو المعالج، وهو الأمر الذي يساهم في دحض معتقدات العميل فيما يتعلق بمخاوف التخلي أو العقاب من قبل المعالج، ويمنح هذا الهدف كذلك إمكانية الاتصال بالمعالج بين الحصة العلاجية إذ ما تطلب الأمر ذلك؛
- الحفاظ على الحدود: يفضي ذلك إلى إعادة النظر لدى العميل لمعتقداته ذات الصلة بالإحباطات التي تنجر عن رفض المعالج لبعض طلبات العميل غير مقبولة وعدم مرافقته لأمر معينة. (على سبيل المثال، يمكن للعميل أن يتصل هاتفياً بالمعالج لكن في أوقات محددة) .
- تبييد مخاوف العميل نحو العلاقة العلاجية:

يوصي بيك و آخرون المعالج على توجيه العلاج نحو تبييد مخاوف العميل من العلاقة العلاجية، إذ أن الأفراد البينيين يعيشون نوع من الصراع الداخلي بين الرغبة في إقامة علاقة ثابتة وحميمية مع المعالج، والخوف



وبالمختصر المفيد فإن التحالف العلاجي في التكفل بالعملاء البينيين بشكل بالفعل تحديا لدى المعالجين وهو شرط ضروري لاستمرارية العلاج ونجاحه.(29)

وليس من السهل إقامة هذا التحالف بالنظر إلى عدم ثبات الحالة المعرفية والانفعالية للعملاء. ومع كل هذه الصعوبات، فإن باندر ( BENDER .2005 )يشير إلى وجود بعدين يساهمان في دفع العملاء البينيين نحو الالتزام في العلاج وهما: البحث لدى هؤلاء الأفراد لعلاقة مستقرة دائمة واستجابتهم الإيجابية للموقف الدافئ للمعالج ومساندته.(30)

وبالمحصلة، يعد بناء تحالف علاجي مع العملاء البينيين تحديا لأي معالج بالنظر إلى العديد من العوامل التي تتدخل في تسربهم، ما يفرض على المعالج الإسراع في عقد هذا التحالف منذ البداية، وليكن مبكرا ما يسمح بفتح العديد من نوافذ فرص العلاج والتي من المحتمل أن تتغلق مع مرور الجلسات على حد تعبير باندر .

**ب - استراتيجيات العلاقة :**

ينبغي إقامة هذه العلاقة العلاجية بصفة دائمة وإيجابية وصونها، ذلك لأن قوة العلاقة هي التي تحافظ على استمرار العميل في حضور جلسات العلاج، وتجعله ملتزما بالعقد والمهام، خاصة بالنسبة للبيينيين الذين أقدموا على محاولة الانتحار حيث يمكن أن تفشل كل الاستراتيجيات العلاجية، ويكفي أن تتجح هذه العلاقة حتى يتم إنقاذ هؤلاء من الموت .، فالعلاقة من هذا المنظور هي أكثر من شرط ضروري للامتثال العلاجي وتقادي التسرب، وإنما هي منقذة للحياة.

وتقترح لينهان ( Linehan .2000 ) في هذا السياق ثلاث استراتيجيات لتدعيم العلاقة العلاجية بين المعالج والعميل وهي :

- **التقبل العلائقي :** ويعني أن يتقبل المعالج وضعية العلاج وما تفرضه من مواجهة حياة محفوفة بالآلام والمعاناة مع العميل البيني، فالكثير من المعالجين ليسوا مهئين لمواجهة هذه الآلام خلال معالجتهم للعملاء البينيين، ولا للمخاطر المهنية المنجزة عن ذلك ، ولا للشكوك الذاتية، أو اللحظات الصادمة. وهذا كله يعني قدرة المعالج على تحمل الانتقادات والانفعالات السلبية، والمثابرة في تبني الاحتفاظ بالتوجه اللاحمي في تقييمه لسلوكيات العميل.
- **حل المشكلات العلائقية :** إن العلاقة بين الطرفين هي علاقة حقيقية حيث يمكن لأي طرف أن يكون مصدر مشاكل وسوء تفاهم، وبالتالي يكون المعالج مدعو إلى أن يحل هذه المشكلات العلائقية كلما حدثت. هذا ويسود الاعتقاد أن العميل إذا جرح مشاعر المعالج أو أهانه، أو أغضبه، أو أحدث مشاكل متنوعة، فإنه قام بذلك بطريقة إرادية وقصدية، وهذا يمكن أن يحدث في بعض الأحيان التي يريد فيها العميل اختبار المعالج، غير أنه عادة ما يتصرف العملاء البينيين بسلوكيات بينشخصية متذبذبة غامضة، وفي هذه العشوائية وفي لحظة ما قد يمسون صدفة أحد نقاط ضعف المعالج. من جهة أخرى يعتقد عادة المعالج أن المشكلات العلائقية التي تطرأ على هذه الصلة العلاجية وتهدد استمرارها، تعود بالدرجة الأولى إلى السمات المرضية للعميل البيني،والحقيقة قد تكون غير ذلك حيث من المحتمل أن تنتج عن عجز ذاتي لدى العميل، وعليه فإن مفتاح حل هذه المشكلات يتمثل في قدرة الانفتاح لدى المعالج في الاعتراف بإمكانية حدوث أخطاء وتناولها بكل موضوعية وحلها.
- **تعميم العلاقة:** يمكن تعميم مكتسبات العلاقة العلاجية على بقية العلاقات الإنسانية الواسعة، حيث يعد المعالج إلى توظيف اللحظات الصعبة التي تمر بها العلاقة العلاجية ، ليستخدم استراتيجيات حل المشكلات العلائقية، باحثا عن





- تعلم التعرف على العوائق المعرقله لتغيير الانفعال: وهي مهارة تمكن العميل من تحديد العوائق التي تحول دون أن تتخفف شدة الانفعالات غير السارة، وذلك من خلال تحليل وظائف الانفعالات، أي تحديد الأهداف التي تسعى إلى تحقيقها والحاجات التي تهدف إلى إشباعها ولعل من بين وظائف الانفعالات هو التعبير عن أمر ما للآخرين وتحفيز السلوك الذاتي.

• المهارة الثانية: تخفيف الانجراحية الانفعالية:

ويمكن تحقيق ذلك من خلال التدرج على:

- تعلم تخفيف الهشاشة الانفعالية: أي تلك الحساسية المفرطة للتأثر بالأحداث المثيرة للانفعالات المؤلمة. ويتعلق الأمر في هذا السياق بانتهاج سلوكيات معينة مثل التوازن الغذائي، النوم الكافي، الرياضة، معالجة الأمراض، تقادي تناول الأدوية النفسية (psychotropes) ممارسة الأعمال التي تزيد من مشاعر الفعالية الذاتية والمهارات والشعور بالإنجاز وتحقيق الذات، الراحة والاسترجاع، احترام الساعة البيولوجية أو النسق الزمني البيولوجي.

- زيادة الأحداث المثيرة للانفعالات السارة: من بين الأساليب التي تسمح بضبط الانفعالات هي التحكم في الأحداث المثيرة لها. لذلك يمكن من زيادة الإحساس بالمشاعر الإيجابية من خلال التعرض للأحداث الإيجابية وممارسة الأفعال الجالبة للمتعة والفرح والغبطة والراحة. فكلما ازدادت الأحداث السارة ازدادت معها الانفعالات الإيجابية وكلما تضاعفت هذه الانفعالات الأخيرة، تضاعفت الانفعالات المؤلمة. وهذا ما يؤدي إلى انخفاض الحساسية إزاء الانفعالات السلبية.

• المهارة الثالثة: تعلم خفض المعاناة الانفعالية:

يتم تخفيف الشعور بالآلام من الانفعالات السلبية من خلال:

- الوعي بهذه الانفعالات واختبارها دون الحكم عليها، أو محاولة إثباطها وكفها. أو صدها، أو التلاهي عنها. إن التعبير عن هذه الانفعالات المؤلمة دون محاولة ربطها بمضاعفات سلبية تطفئ قدرتها على إثارة انفعالات سلبية ثانوية فإضافة مشاعر سلبية ثانوية للانفعالات السلبية الأساسية تزيد من مستوى الكرب والمعاناة لدى الشخص.

- التصرف بطريقة مناقضة: يمكن أن نغير من انفعال غير سار بأن نغير من السلوك الخاص المعبر عنه، ونصرف بنقيضه على سبيل المثال التقرب من شخص نخافه بدلاً من الابتعاد عنه ويمكن أن يتم التصرف سلوكياً أو من خلال الاتصال غير اللفظي كالإيماءات وتعابير الوجه والهيئة وغيرها.

- تحمل الكدر أو المعاناة الانفعالية: يسعى العلاج السلوكي الجلي إلى تنمية مهارات تحمل الكدر والمعاناة النفسية لدى الشخصية البينية. فتحمل الكدر وتقبله هو من بين مقومات الصحة النفسية لأن المعاناة هي جزء من الحياة ولا يمكن تجنبها، فضعف القدرة على تقبل هذا الألم يفضي في حد ذاته إلى زيادته. كما أن تحمل الألم هو أحد عوامل التغيير النمائي للشخصية.

ويتمثل تحمل المعاناة في القدرة على إدراك الوسط كما هو، دون مطالبته بأن يكون مختلفاً والإحساس

بالحالة الانفعالية دون محاولة تغييرها. ومراقبة الأفكار دون البحث لتوقيفها أو التحكم فيها.

ثالثاً- مرحلة العلاج الثانية: نهدف إلى التحكم في الاضطرابات السلوكية والأنماط الانفعالية، خاصة العمليات المتعلقة بالخبرات الصادمة السابقة. وبالتالي فإن هدف هذه المرحلة يتمثل في معالجة الانفعالات الماضية من خلال:

- خفض ضغوط ما بعد الصدمة: يمر العلاج عبر أربع مراحل هي:

- تذكر وتقبل الحقائق الخاصة بالأحداث الصادمة المبكرة؛
- خفض مشاعر الإحساس بالعار وتأنيب الذات التي عادة ما ترتبط ببعض أنواع الخبرات الصادمة؛
- خفض الإنكار المتذبذب وتناذر الاستجابات الانفعالية المرتبطة بالخبرات الصادمة؛
- حل التوترات الجديدة المتعلقة بمن يوجه إليه اللوم عن الخبرة الصادمة.

رابعاً- مرحلة العلاج الثالثة: تستهدف هذه المرحلة من العلاج الجدلي السلوكي ما يلي:

- احترام الذات: يتم مساعدة العميل على تقييم ذاته تقييماً إيجابياً، والثقة بالنفس والميل نحو التوكيدية؛
- تحقيق الأهداف الشخصية: يتم خلالها التدريب على سحب كل ما تعلمه العميل إبان مراحل العلاج السابقة على الخبرات الحياتية اليومية، والاستفادة من هذه المكتسبات في تحقيق الأهداف الشخصية التي ينشدها العميل في حياته العامة.(10)

د - التكفل النفسي والتربوي وطرق التعامل:

بالموازاة مع البرامج العلاجية المقدمة توجه عائلات العملاء نحو ما يسمى بالتكفل النفسي والتربوي ،وهي برامج مكملة تهدف إلى تحسين نوعية الحياة ، وإمداد السند الاجتماعي المطلوب، وتقترح أساليب تواصل ومعاملة مناسبة، وفي هذا الشأن تقدم لأهل العملاء توجيهات عملية في كيفية التعامل معهم، نوجزها فيما يلي :

-ضبط العلاقات وتسييرها: تعاني البينية عدم الاستقرار في العلاقات التفاعلية الاجتماعية. إذ تجد صعوبة في بناء علاقة حميمية دائمة فهي قد تتجذب لشخص ما بقوة وتحاول ربط صلة تفاعلية معه لكن ما إن تأخذ هذه العلاقة منحى جدي حميمي حتى تشعر البينية بنوع من التهديد، مما يجعلها تلجأ إلى القطيعة الجذرية لذلك تتبغي الحرص في مثل هذه التفاعلات أن يكون تمتين العلاقة متدرجا وإذ من الضروري أن يتحكم الطرف الآخر في سيرورة هذه العلاقة، عبر خطوات غير متسعة إذ ما أراد الحفاظ على هذه الصلة.

-الطمأننة المستمرة: ينبغي للطرف الآخر طمأننة هذه الشخصية باستمرار، وتقديم كل الأدلة والبراهين السلوكية والعملية على أنه موضع ثقة، ويمكن الاعتماد عليه ذلك أن البينية تميل إلى الاعتقاد بأنه لا يوجد أي شخص في الوجود يمكن الوثوق به والاتكال عليه خاصة إذ ما تعرف عليها بشكل عميق فإنه سينبذها ويتخلى عنها. هذه الاعتقادات هي ناتجة عن الخبرات الصادمة المبكرة.

-فهم الاستجابات الانفعالية العنيفة المتقلبة: تعاني البينية من اضطراب نظام ضبط الانفعالات، فهي جد حساسة للمثيرات، وتكون استجاباتها الانفعالية حادة، خاصة في حالة الشعور بالإحباط، أو الانفصال، والنبذ والتخلي، إذ تصاب بنوبة غضب عارمة، يكشف عن زيف التوافق الظاهري لذلك ينبغي تفقه هذه الاستجابات الانفعالية الحادة، والتعامل معها بحكمة وموضوعية، ورزانة، ومحاولة امتصاص هذا الغضب والانفعال، ومساعدة هذه الشخصية على استرجاع المستوى الانفعالي المعتدل في أقرب وقت ممكن. إن هذا السلوك الهادئ والمتفهم يساعد البينية على إدراك عجزها في ضبط الانفعالات، وهي أول خطوة نحو التحكم.



فهو بطبيعة الحال يجهل متطلبات العلاج وما يتضمنه من سيرورة زمنية، لهذا السبب وغيره يقوم المعالج بعرض صورة شاملة عما ينتظر العميل.(33)  
ز- الكشف المبكر والبرامج الوقائية :

توجد العديد من البدائل الممكنة لتفادي استنزاف العلاج والتسرب لدى الشخصية البينية، ومن أهم هذه البدائل الكشف المبكر عن الاضطراب وتطبيق برامج وقائية على مستوى المدارس الابتدائية والمتوسطات وحتى الثانويات، إذ يقوم الأخصائيون بالتقريب والكشف عن المؤشرات الأولية بوجود عدم استقرار أساي في الشخصية ، خاصة فيما يتعلق بالاختلال الانفعالي واضطراب الهوية ، وبالتالي وجود علامات منذرة عن خطر تطور محتمل نحو اضطراب الشخصية البينية في هذه المراحل العمرية المبكرة ، حيث يمكن رصد ذلك منذ مرحلة الطفولة والمراهقة. كما دلت على ذلك دراسة زالكويتز وآخرين ( Zelkowitz et al.2007 ) ( 34 ) .  
وإذا كان ممكنا الكشف المبكر على هذه الحالات في إطار الهياكل التربوية، فإن البرامج الوقائية يمكن تطبيقها على الأطفال والمراهقين " غير محصنين " إزاء هذا الاضطراب. فتفعيل التكفل النفسي في المدارس يعد أكثر من ضرورة في هذا المجال، وليس في اتجاه الوقاية من اضطراب الشخصية البينية فقط ، وإنما أيضا هذا المنحى أيضا المشكلات والاضطرابات النفسية برمتها، إذ المنهج الوقائي أفضل بكثير من المنهج العلاجي .  
وخلاصة القول أن المعالج مطالب بأن يتحكم في هذه الإجراءات قدر الإمكان، وفق قدراته المهنية والنفسية، لأنه يتعامل مع شخصية تلجأ في الوضعية الضاغطة والصادمة إلى سلوكيات إيذاء الذات والانتحار، وعليه يتحمل المعالج مسؤولية إنقاذ هؤلاء العملاء، والعمل بكل ما أوتي من قدرة ومهارة ليحد من عوامل التسرب وليزيد من فرص الامتثال ، حتى يتسنى له تقديم العلاج المناسب لهم، وإنجاح عملية التكفل النفسي.

المراجع :

- [1] V.M.Durand, D.H. Barlow : Psychopathologie, une perspective multidimensionnelle. Trad : M.Gottschalk. De boeck.Bruvelles.(2002).
- [2] K. Lieb, M. C Zanarini, C. Schmahl, M.Linehan, M. Bohus : Borderline personality disorder. The lancet.( 2004) .Vol 364 July 31,
- [3] A.Pham-Scottez, J.-D. Guelfi : Troubles de la personnalité : aspects cliniques et limites diagnostiques. Annales Médico Psychologiques 161 (2003) 727–732.
- [4] T.A. Widiger, M.M. Weissman : Epidemiology of borderline personality disorder. Hospital and Community Psychiatry. 42.(1991).1015-1021.
- [5] M. Swartz, R.Landerman, L.K.Goerge. D.G. Blazer, J.Escobar : Somatization disorders. In L.N.Robins, D.A.Regier (Eds) Psychiatry disorders in America : The epidemiology catchment area study (1991) New York. Free press. 220-257.
- [6] L.Karila; V.Boss. ; L. Layet : Psychiatrie de l'adulte et de l'adolescent. Ellipses. Paris.(2002).
- [7] T.A. Widiger, A.Francis : The DSM III personality disorders ; perspective from psychology, Archives of General Psychology. 42.(1985). 615-623.
- [8] T.A. Widiger, T.J.Trull : Borderline and narcissistic personality disorders. In P.B. Adams (eds) Comprehensive handbook of psychopathology (2ed) New York. Plenum PRESS (1993). 371-394.
- [9] J.G.Gunderson, K.A.Philips : A current view of the interface between borderline personality disorder and depression. *Am J Psychiatry*. 148(1981), 967–975.
- [10] M. Linehan : Traitement cognitivo-comportemental du trouble de personnalité état-limite. trad : D. Page, P. Wehrlé. Médecine et hygiène. Genève.(2000).
- [11] W.J.Livesley : A practical approach to the treatment of patients with borderline personality disorder, *Psychiatr Clin North Am*. 23(2000) 211–232.
- [12] V.Lingiardi, L.Filippucci , R. Baiocco : Therapeutic alliance evaluation in personality disorder psychotherapy, *Psychother Res* 15 (2005), 45–53.
- [13] A.E. Skodol, J.G. Gunderson, B. Pfohl, T.A. Widiger, W.J. Livesley and L.J. Siever, The borderline diagnosis: psychopathology, comorbidity, and personality structure, *Biol Psychiatry*. 51 (2002). 936–950.
- [14] K. Davidson, J. Norrie, P. Tyrer, A. Gumley, P. Tata and H. Murray *et al* : A randomized controlled trial of cognitive behaviour therapy for borderline personality disorder: rationale for trial, method and description of sample, *J Personal Disord* 20 (2006). 431–449.
- [15] M.C. Zanarini and F.R. Frankenburg : The essential nature of borderline psychopathology, *Journal of Personality Disorders* 21 (2007), pp. 518–535.
- [16] L. Cailhol, S.Bouchard, A.Belkadi, G.Benkirane, G. Corduan, S. Dupouy, E. Villeneuve and J.-D. Guelfi : Acceptabilité et faisabilité de la psychothérapie par les patients avec trouble de personnalité limite. Annales. Vol 168 Issue 6, July (2010), 435-439.
- [17] N. Blum, B. Pfohl, D.S. John, P. Monahan and D.W. Black, STEPPS: A cognitive-behavioral systems-based group treatment for outpatients with borderline personality disorder—a preliminary report, *Compr Psychiatry* 43 (2002) 301–310.
- [18] J. Young, J. Klosko, M. Weishaar : La thérapie des schémas, Approche cognitive des troubles de la personnalité. Trad: B.Pascal. De boeck.(2005). Bruxelles.

