



مرکز مشاوره دانشجویان و فرهنگیان



مرکز ملی مشاوره و سلامت و ایمنی
مرکز ملی مشاوره

رفتار درمانی دیالکتیکی برای اختلال شخصیت مرزی

دکتر مجید محمودعلیلو - انتشار روانشناسی بالینی و عضو هیات علمی دانشگاه تبریز
مسئول امین شریانی - دانشجوی دکتری تخصصی روانشناسی، دانشگاه تبریز

رفتار درمانی
دیالکتیکی
برای اختلال
شخصیت مرزی



وزارت علوم تحقیقات و فناوری
دفتر مرکزی مشاوره



معاونت دانشجویی و فرهنگی
مرکز مشاوره دانشجویی

تالیف

دکتر مجید محمودعلیلو

دانشیار روانشناسی بالینی، دانشگاه تبریز

محمد امین شریفی

دانشجوی دکتری تخصصی روانشناسی، دانشگاه تبریز

تیراژ ۱۰۰۰۰ نسخه

چاپ اول، بهار ۱۳۹۰

امیر حسنی

گرافیسیت

تهران، خیابان ۱۶ آذر، خیابان ادوارد براون

نشانی

پلاک ۱۳ و ۱۵، مرکز مشاوره دانشگاه تهران

تلفن ۶۶۴۸۰۳۶۶

تلفن

نمابر ۶۶۴۱۶۱۳۰

نمابر

سایت <http://counseling.ut.ac.ir>

سایت

فهرست مطالب

		۸	سخن نخست
		۱۴	مقدمه
۵۷	فصل دوم: درمان دیالکتیکی	۱۹	فصل اول: شخصیت مرزی
۵۸	مفهوم دیالکتیک	۲۰	انواع شخصیت مرزی از دیدگاه میلون
۶۱	اهداف درمانی	۲۳	سیر بالینی BPD
۶۶	راهبردهای درمان	۲۴	همایندی مرضی در BPD
۶۶	راهبردهای اعتبار بخشی	۲۶	سبب شناسی BPD
۷۰	راهبردهای مساله‌گشایی (راهبردهای تغییر)	۲۷	دیدگاه نظریه‌های روابط شیئی
۷۷	راهبردهای دیالکتیکی: تعادل بخشی به راهبردهای درمان	۲۹	مدل مسیرهای چندگانه‌ی زانارینی و فرانکنبورگ
۷۷	راهبردهای سبک شناختی	۳۱	کلیاتی از روش‌های درمانی BPD
۷۹	راهبردهای مدیریت مورد	۳۲	سطوح درمان و مراقبت از بیماران مبتلا به BPD
۸۲	آموزش مهارت‌ها در DBT	۳۳	سطح چهارم: بستری بیمارستانی
۸۲	مهارت‌های ذهن آگاهی	۳۵	سطح سوم: مراقبت‌های اقامتی / بستری بیمارستانی نسبی
۸۵	مهارت کارآمدی بین فردی	۳۷	سطح دوم: درمان سرپایی فشرده
۸۶	مهارت تحمل پریشانی (رنج)	۳۹	سطح اول: درمان سرپایی بلندمدت
۸۷	مهارت تنظیم هیجانی	۴۰	درمان‌های سایکودینامیک
۸۸	اثر بخشی رفتار درمانی دیالکتیکی	۴۲	مدل‌های دارودرمانی و درمان دارویی BPD
۹۶	پیوست‌ها	۴۷	رفتار درمانی دیالکتیکی
۱۰۵	منابع	۴۸	نظریه‌ی بیوسوشیال لینهان
		۵۱	الگوهای رفتاری بیماران مبتلا به BPD

سخن نخست

بررسی و پژوهش درباره اختلالات شخصیت خصوصا اختلال شخصیت مرزی همواره توجه روانشناسان و مشاوران را به خود جلب کرده است. شناخت شخصیت به درک اساس طبیعت انسان می انجامد. با شناخت شخصیت، علت و انگیزه های رفتار انسان آشکار خواهد شد. امروزه تحولات عمده ای در درک ما از متغیرهای روانشناختی موثر بر اختلال شخصیت مرزی بوجود آمده است که به آگاهی ما از علل، طول مدت و رشد و تکامل این اختلال یاری می رساند. اختلال شخصیت مرزی از شایعترین و مقاومترین اختلالات شخصیت می باشد و افزایش پژوهش درباره سبب شناسی و درمان این اختلال بسیار مطلوب است.

در سالهای اخیر برای درمان اختلال شخصیت مرزی از اصول رفتار درمانی دیالکتیکی استفاده شده و کارآمدی آن در درمان این اختلال آشکار شده است. شکی نیست که افزایش بی عیب و نقص دامنه عمل، بدون تامین پشتوانه آن، یعنی افزایش دانش نظری و مهارتهای مورد نیاز، مقدور نخواهد بود. بر این اساس به نظر می رسد در این برهه از کار مراکز مشاوره دانشجویی، دانش افزایی مداوم کارشناسان یکی از ضرورت های انکار ناپذیر است و کتابچه های آموزشی منتشر شده نیز در راستای همین نیاز مراکز مشاوره تدوین گردیده اند.

کتابچه حاضر کوششی است برای درک بهتر اختلال شخصیت مرزی و درمان آن براساس روش رفتار درمانی دیالکتیکی که توسط همکاران گرامی جناب آقای دکتر مجید محمود علیلو دانشیار محترم گروه روانشناسی دانشگاه تبریز و آقای محمد امین شریفی دانشجوی دکتری تخصصی روانشناسی دانشگاه تبریز تألیف شده است. بی شک تداوم موثر این اقدام در سایه دریافت نظرات و نیز آثار ارزشمند سایر همکاران ارجمند میسر خواهد بود.

حمید پیروی

مرکز مشاوره دانشجویی دانشگاه تهران

اردیبهشت ۱۳۹۰ مصادف با ماه می ۲۰۱۱

(ماه آگاهی به اختلال شخصیت مرزی)

پیش‌گفتار

درمان، مشتق از رابطه است، نه مشتق از تئوری
«اروین یالوم»

اختلال شخصیت مرزی، یکی از پیچیده‌ترین و جدی‌ترین اختلالات روانی است که وجه مشخصه‌ی آن، مشکلات پایدار در تنظیم هیجانات، کنترل تکانه، و بی‌ثباتی در روابط بین‌فردی و خودانگاره است. بیماران مبتلا به اختلال شخصیت مرزی، بین «نزدیک شدن به دیگران» از یک‌سو و «دوری از آنها و اتکا به خویشتن» از سوی دیگر تردید دارند. وقتی تنها هستند، شدیداً محتاج حضور دیگرانند؛ وقتی به سمت دیگران می‌روند، به دلایل متعدد ناکام می‌شوند. این جزر و مد شدید در روابط بین فردی و مصائب حاصل از آن، سبب می‌شود تا «سکوت و بی‌تفاوتی» را بعنوان بهترین راه برای تسکین «درد ناشی از رابطه‌ها» تلقی کنند؛ (حالتی که در نظریه‌ی طرحواره‌درمانی یانگ (۲۰۰۳)، با عنوان ذهنیت «محافظ بی‌تفاوت»^۱ مشخص می‌شود). ولی این وضع دوام دیرپایی ندارد، چراکه درون‌ریزی مکرر ناکامی‌ها، ذره ذره انباشته شده و به طغیان‌های ناگهانی خشم منجر می‌شود. هرچند چنین برآشفتگی‌های غیرمنتظره‌ای، از دید یک مشاهده‌گر ناآگاه، ممکن است به «دیوانگی» یا «دستکاری^۲ دیگران» تعبیر شود، اما واقعیت چیز دیگری است. اگر نگوییم تمام بیماران مرزی، ولی دست کم بسیاری از آنها بواسطه گذشته‌ای تلخ و داشتن تجربه‌های شخصی گسترده، دارای درک عمیقی از جنبه‌های مثبت و منفی «مفهوم زندگی» هستند (لینهان، ۱۹۹۳)، از زاویه‌ای متفاوت به روابط انسانی می‌نگرند و نسبت به معانی تلویحی این روابط حساس‌ترند. بیماران مرزی استعداد

ویژه‌ای برای ادراک حقایق غیرکلامی دارند (نگاه کنید به فرانک و هافمن^۱، ۱۹۸۶)، ولی از آنجا که زبان اساساً از قدرت محدودی برای انتقال تجربه‌ها، بویژه تجربه‌های شخصی درونی برخوردار است، در نتیجه این بیماران قادر نیستند که «انتزاع یا تجرید نهفته در دل تجارب عمیق انسانی» را در قالب کلمات، و کلمات را در دل جملات ریخته و منظور حقیقی خود را بیان کنند. نرخ بالای الکسی‌تایمی (ناگویی هیجانی) در BPD که در برخی از مطالعات به آن اشاره شده است (برای مثال، گاتمن و لاپورت^۲، ۲۰۰۲) تا اندازه‌ای تاییدگر بیان فوق است.

به هیچ عنوان صحبت از برخوردی احساسی و یا غیرعلمی با موضوع نیست، بلکه مقصود از این مقدمه، صرفاً تلاش برای دیدن بیماران مرزی از دریچه‌ای دیگر و تا حد امکان از زاویه‌ی ذهن خودشان است. اگرچه بسیاری از رفتارهای بیماران مرزی در پاره‌ای از مواقع، حتی برای درمانگران‌شان نیز ناراحت‌کننده یا غیرقابل تحمل است، با این حال، التفات به این اظهار جفری یانگ (۲۰۰۳) که: «افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی اغلب کمترین دلسوزی و بیشترین سرزنش را از درمانگران دریافت می‌کنند»، و فراموش نکردن «درک عمیق بیماران مرزی نسبت به زندگی»، شاید به ما برای اتخاذ رویکردی متواضعانه و توأم با دلسوزی بیشتر، نسبت به بیماران مرزی یاری دهد.

رفتاردرمانی دیالکتیکی (DBT) نیز با نگرشی کاملاً دلسوزانه و انسان‌مدارانه توسط دکتر مارشا لینهان ابداع شده است. این روش درمانی در قالب کلی رفتاردرمانی شناختی قرار می‌گیرد و در آغاز برای زنان مبتلا به اختلال شخصیت مرزی که به طور مزمز خودکشی‌گرا بودند، ایجاد شده است. نگرش دلسوزانه و تا اندازه‌ای مدارانه‌ی لینهان نسبت به بیماران مرزی، شباهت زیادی با دیدگاه انسان‌مدارانه‌ی یانگ دارد. هر دو معتقدند که متون قدیمی آسیب‌شناسی، درباره‌ی بیماران مرزی به اشتباه قضاوت کرده‌اند، این افراد واقعا اهل دست‌کاری دیگران نیستند و پشت رفتارهای نابسامان و بی‌ثبات و خشم‌ویرانگر آنها، کودک تنها و کم سن و سالی قرار دارد که به شدت نیازمند محبت مادر است؛ مادری که یا حضور فیزیکی نداشته، یا اگر هم بصورت جسمی در کنار کودک بوده، حضور روانشناختی واقعی نداشته است. نظریه‌ی زیرساز DBT بیان می‌دارد که BPD، نتیجه‌ی یک محیط بی‌اعتبارساز و نوعی اختلال در تنظیم هیجانی است که از نقایص جدی در مهارت‌های بین‌فردی، تنظیم هیجانی، و تحمل آشفتگی ریشه گرفته و بسیاری از مهارت‌های رفتار انطباقی در این اختلال، دچار بازداری شده است (نیک‌سیو و همکاران، ۲۰۱۰). از

1 Frank & Hoffman

2 Guttman & LaPorte

1 detached protector

2 manipulation

سوی دیگر، بسیاری از پژوهش‌های انجام شده، مدل زیرساز DBT را تایید کرده و نشان داده‌اند که بیماران مرزی مشکلاتی را در تنظیم هیجانی (لینهان و همکاران، ۲۰۰۷)، روابط بین‌فردی (کرمرز و همکاران، ۲۰۰۶)، و تحمل پریشانی و رنج (گراتز و همکاران، ۲۰۰۶) تجربه می‌کنند (به نقل از نیک‌سیو و همکاران، ۲۰۱۰). رفتاردرمانی دیالکتیکی که به صورت هفتگی برگزار می‌گردد، کانون تمرکز خود را بر آموزش مهارت‌های رفتاری، تنظیم هیجانی، تحمل پریشانی، و کارآمدی بین‌فردی قرار داده است و مطالعات تجربی کنترل‌شده نیز اثربخشی آن را در طیف وسیعی از علائم بیماران مرزی نشان داده‌اند. در واقع، DBT نخستین درمان اختصاصی برای اختلال شخصیت مرزی است که کارایی آن با دقت بالا و با شواهد تجربی گسترده نشان داده شده است (برای مثال، مک‌مین^۱ و همکاران، ۲۰۰۹؛ سولر^۲ و همکاران، ۲۰۰۹؛ کلارکین^۳ و همکاران، ۲۰۰۷).

در راه چاپ و انتشار این کتاب از الطاف آقای دکتر حمید یعقوبی و جناب آقای حمید پیروی برخوردار بوده‌ایم. از این بزرگواران تشکر می‌کنیم و زحمات ایشان را یکدلانه سپاس می‌گذاریم. امیدواریم متن حاضر مورد توجه علاقمندان قرار بگیرد.

دکتر مجید محمودعلیلو

دانشیار روانشناسی بالینی، دانشگاه تبریز

محمد امین شریفی

دانشجوی دکتری تخصصی روانشناسی، دانشگاه تبریز

منبع

Frank, H., & Hoffman, N. (1986). Borderline empathy: An empirical investigation. *Comprehensive Psychiatry*, 27(4), 387–395.

Guttman, H., & LaPorte, L. (2002). Alexithymia, empathy and psychological symptoms in a family context. *Comprehensive Psychiatry*, 43(6), 448–455.

Linehan, M. M. (1993). *Cognitive-behavioural treatment of borderline personality disorder*. New York: Guilford Press.

Neacsiu, A., Rizvi, S., Linehan, M. (2010). Dialectical behavior therapy skills use as a mediator and outcome of treatment for borderline personality disorder. *Behaviour Research and Therapy* 48, 832-839.

McMain, S., Links, P., Gnam, W., Guidmond, T., Cardish, R., Korman, L., et al. (2009). A randomised trial of dialectical behaviour therapy versus general psychiatric management for borderline personality disorder. *American Journal of Psychiatry*, 166, 1365-1374.

Soler, J., Pascual, J., Tiana, T., Cebria, A., Barrachina, J., Campins, M., et al. (2009). Dialectical behaviour therapy skills training compared to standard group therapy in borderline personality disorder: a 3-month randomised controlled clinical trial. *Behaviour Research and Therapy*, 47, 353e358.

Clarkin, J., Levy, K., Lenzenweger, M., & Kernberg, O. (2007). Evaluating three treatments for borderline personality disorder: a multiwave study. *American Journal of Psychiatry*, 164, 922e928.

Young, J. E., Klosko, J., & Weishaar, M. E. (2003). *Schema therapy: A practitioner's guide*. New York: Guilford.

1 McMain

2 Soler

3 Clarkin

اگرچه ویژگی‌های مرزی در مقاله‌های سایکوانالیتیک قدیمی و توسط افرادی نظیر، مور^۱ (۱۹۲۱)، ریچ^۲ (۱۹۲۵)، اوبرندورف^۳ (۱۹۳۰)، گلاور^۴ (۱۹۳۲)، کاسانین^۵ (۱۹۳۳)، و فین^۶ (۱۹۸۹) مورد مشاهده و بحث قرار گرفته (به نقل از استون و هافمن^۷، ۲۰۰۵)، اما اصطلاح «مرزی» اولین بار توسط آدولف استرن^۸ (۱۹۳۸) بکار گرفته شده است. استرن، برای توصیف بیماری‌هایی از این اصطلاح استفاده کرد که در مرز بین حالات نوروتیک و سایکوتیک قرار داشتند؛ یعنی، بیماری‌هایی که تحت فشار روانی شدید به رفتارها و فرایندهای فکری سایکوتیک دچار می‌شدند و سریعاً به سطوح سالم‌تری از کارکرد روانی باز می‌گشتند.

در طول ۶ دهه‌ی گذشته، پژوهشگران و نظریه‌پردازان متعددی به بسط بینش و درک وسیع‌تر ما از اصطلاح مرزی کمک کرده‌اند. پس از استرن، مفهوم‌سازی‌های مختلفی درباره‌ی ماهیت BPD انجام شده است. کرنبرگ^۹ (۱۹۷۵) از اصطلاح مرزی برای توصیف انواع پاتولوژی منش^{۱۰} استفاده کرد. مفهوم‌سازی دوم که بر اساس مطالعات دهه‌ی ۱۹۶۰ و ۱۹۷۰ انجام شده، بیان می‌دارد که بیماران مبتلا به BPD گرایش عمیقی برای تجربه‌های شبه‌سایکوتیک یا سایکوتیک گذرا دارند. بر این اساس، وندر^{۱۱} (۱۹۷۷)، BPD را جزئی از اختلالات طیف اسکیزوفرنیا می‌داند. مفهوم‌سازی سوم که به آکسکال^{۱۲} (۱۹۸۱) و استون^{۱۳} (۱۹۸۰) تعلق دارد، بر اساس تجارب بالینی و پژوهش‌های تجربی دهه‌ی ۱۹۸۰ شکل گرفته است. این دو پژوهشگر، بر حالات دیسفوریک و بی‌ثباتی عاطفی بیماران مرزی تأکید کرده و معتقدند که BPD جزئی از طیف اختلالات عاطفی (خلقی) است. مفهوم‌سازی‌های چهارم و پنجم درباره‌ی سایکوپاتولوژی مرزی، در طول دهه‌ی ۱۹۹۰ شکل گرفته‌اند. زانارینی^{۱۴} (۱۹۹۳) پیشنهاد کرده که بهتر است BPD را

اختلال شخصیت مرزی^۱ (BPD) شایع‌ترین اختلال شخصیت در محیط‌های روانپزشکی است (بارلو و دوراند^۲، ۲۰۰۲). اکثر افراد مبتلا به BPD (۵۰ درصد)، در دوره‌ی سنی ۱۸ تا ۲۵ سال، مبتلا به این اختلال تشخیص داده می‌شوند. همچنین دو سوم کل جمعیت بیماران BPD را زنان تشکیل می‌دهند (گاندerson^۳، ۲۰۰۸). این تفاوت جنسیتی احتمالاً تحت تأثیر تفاوت‌های مزاجی^۴ (خلق و خوئی) است. شاید زنان در قیاس با مردان از مزاج شدیدتر و بی‌ثبات‌تری برخوردار باشند. با این حال، عوامل محیطی نیز در تبیین این تفاوت جنسیتی نقش دارند، چرا که دختران در مقایسه با پسران، غالباً در معرض آزار جنسی بیشتر (یعنی، یکی از ویژگی‌های کلیدی در تاریخچه‌ی بیماران مرزی) قرار می‌گیرند. آموزش‌های خانوادگی و تفکر جمعی جامعه نیز زنان را ترغیب می‌کند که سلطه‌پذیر باشند و خشم خود را ابراز نکنند. این احتمال نیز وجود دارد که مردان مبتلا به BPD، گروهی باشند که کمتر به این اختلال تشخیص داده می‌شوند، نه اینکه واقعا BPD در آنها کمتر است؛ چرا که مردان به شکل متفاوتی این اختلال را بروز می‌دهند. مردان عموماً مزاج پرخاشگرانه‌تری دارند و به جای اطاعت و توافق‌گرایی، بیشتر اهل سلطه‌گری، و به جای درون‌ریزی عواطف دردناک، بیشتر اهل برون‌ریزی، کنش‌نمایی و ابراز آنها به سمت دیگران هستند (بانگ^۵ و همکاران، ۲۰۰۳).

1 Moore
2 Reich
3 Oberndorf
4 Glover
5 Kasanin
6 Fine
7 Stone & Hoffman
8 Stern
9 Kernberg
10 character pathology
11 Wender
12 Akiskal
13 Stone
14 Zanarini

1 Borderline Personality Disorder
2 Barlow & Durand
3 Gunderson
4 temperamental
5 Young

جدول شماره ۱. معیارهای تشخیصی DSM-IV-TR در مورد اختلال شخصیت مرزی

بی‌ثباتی در روابط بین‌فردی، خودانگاره و حالت عاطفی، و نیز آشکارا تکانشی بودن، به صورت الگویی نافذ و فراگیر که از اوایل بزرگسالی شروع شده باشد و در زمینه‌های مختلف به چشم آید، که نشانه‌اش وجود حداقل پنج تا از موارد زیر است:

- ۱ انجام تلاش‌هایی مضطربانه، توأم با سراسیمگی برای اجتناب از ترک شدن واقعی یا تصویری.
نکته: شامل رفتارهایی نظیر خودکشی یا خودزنی نمی‌شود؛ این‌ها را باید جزء معیار ۵ برشمرد.
- ۲ بی‌ثبات و شدید بودن روابط بین‌فردی، به صورت الگویی که مشخصه‌اش تناوب میان دو قطب افراطی است: آرمانی‌نمایی و بی‌ارزش‌نمایی.
- ۳ آشفتگی هویت؛ بی‌ثبات بودن واضح و دائم خودانگاره یا احساس فرد در مورد خودش.
- ۴ تکانشی بودن لاقال در دو تا از حوزه‌هایی که بالقوه به فرد صدمه می‌زند (مثلاً خرج کردن پول، روابط جنسی، سوء‌مصرف مواد، بی‌ملاحظه رانندگی کردن، شکمبارگی).
نکته: شامل رفتارهایی نظیر خودکشی یا خودزنی نمی‌شود؛ این‌ها را باید جزء معیار ۵ برشمرد.
- ۵ رفتار، گشتار، یا تهدید به خودکشی به صورت مکرر، یا خودزنی‌های مکرر.
- ۶ بی‌ثباتی در حالت عاطفی به صورت واکنش‌پذیری آشکار خلق (مثل ملال، تحریک‌پذیری، یا اضطراب شدید و حمله‌ای (اپیزودیک) که چند ساعتی طول بکشد و خیلی به ندرت هم بیش از چند روز دوام داشته باشد).
- ۷ احساس پوچی مزمن.
- ۸ نامتناسب و شدید بودن خشم یا دشواری در تسلط بر خشم (مثلاً تندخو شدن‌های پیاپی، خشمگین بودن دائمی، نزاع کردن‌های مکرر).
- ۹ بروز افکار بدگمانانه (پارانوئید) یا علائم شدید تجزیه‌ای به صورت گذرا و در مواقع فشار روانی (استرس).

جزیی از اختلالات طیف کنترل تکانه تلقی کنیم؛ یعنی، مشکلی که احتمالاً به اختلالات سوء‌مصرف مواد، شخصیت ضداجتماعی، و شاید اختلالات خوردن ارتباط دارد. از طرف دیگر و تقریباً در همان دوره‌ی زمانی، هرمان و ون‌در‌کولک^۱ (۱۹۸۷) پیشنهاد کرده‌اند که بهتر است BPD به عنوان نوعی PTSD مزمن تلقی شود. در واقع، این دیدگاه نظری معتقد است که BPD، نوعی اختلال طیف تروما است که با PTSD و اختلالات تجزیه‌ای ارتباط دارد. افرادی که در زمینه‌ی ترومای دوران کودکی صاحب‌نظر هستند (مثل هرمان و همکاران، ۱۹۸۷)، پیشنهاد کرده‌اند که شاید BPD، نوع پیچیده‌ای از PTSD باشد که تروما در کل سازمان شخصیتی فرد ادغام شده است، زیرا بسیاری از ویژگی‌های اصلی BPD (مثل کرختی و بی‌ثباتی عاطفی، احساس خشم، علائم تجزیه‌ای و تکانشگری) در افراد مبتلا به PTSD مزمن نیز دیده می‌شود (به نقل از زانارینی و فرانکنبورگ^۲، ۱۹۹۷).
ویژگی اصلی BPD، یک الگوی فراگیر بی‌ثباتی در روابط بین‌فردی، خودانگاره، عواطف و تکانشگری بارز است که از اوایل بزرگسالی آغاز و در زمینه‌های گوناگون ظاهر می‌شود. ملاک‌های تشخیصی DSM-IV-TR در جدول شماره ۱ دیده می‌شود.

1 Herman & van der Kolk

2 گاندرسون (۲۰۰۹) در مقاله‌ای مروری، پنج مرحله را در تاریخ شکل‌گیری BPD برشمرد و معتقد است دوره‌ی پنجم که از ۲۰۰۰ تا ۲۰۰۹ و احتمالاً بعد از آن نیز ادامه دارد، مرحله‌ای است که پژوهش‌های بسیاری بر روی جنبه‌های بیولوژیکی BPD انجام گرفته و حتی برخی از صاحب‌نظران BPD را به عنوان نوعی بیماری مغزی تلقی کرده‌اند. برای دریافت اطلاعات بیشتر، به منبع زیر مراجعه کنید:

Gunderson, J. G. (2009). Borderline Personality Disorder: Ontogeny of a Diagnosis. *Am J Psychiatry* 166, 530-539.

فصل اول
اختلال شخصیت مرزی

انواع شخصیت مرزی از دیدگاه میلون

میلون^۱ (۲۰۰۴) معتقد است که هم متون نظری و هم پژوهش‌های تجربی نشانگر این است که الگوی شخصیت مرزی که توسط DSM معرفی شده، هم‌پوشی بسیار نزدیکی با دیگر اختلالات شخصیت دارد. به دلایل مختلف، اکثر بیمارانی که تشخیص اختلال شخصیت مرزی برای آنها مطرح است، خصایص مشترکی با الگوهای شخصیتی وابسته، هیستریانیک، اجتنابی، افسرده و منفی‌گرا نشان می‌دهند. لذا میلون برای افزایش دقت در تشخیص‌گذاری و درک بهتر اختلال شخصیت مرزی، آن را به چهار تیپ مختلف تقسیم کرده است. از دیدگاه میلون، ویژگی مشترک در بین تمام شخصیت‌های مرزی، فقدان سازمان‌یافتگی، عدم یکپارچگی در نظم درون‌روانی و نبود هماهنگی رفتار با الزامات و خواسته‌های محیط است که به راحتی در رفتار تکانشی، هیجان‌های به سرعت تغییر یابنده، و تغییرات ناگهانی در ارزشیابی بیمار از اطرافیان، قابل مشاهده است.

شخصیت مرزی ناامید^۲

شخصیت مرزی ناامید، ترکیبی از الگوهای شخصیتی وابسته یا اجتنابی است. چنین افرادی، نوعی دلبستگی سلطه‌پذیرانه نسبت به تنها یک یا دو نفر از چهره‌های مهم زندگی خود نشان می‌دهند. صفات شخصیتی غالب در این افراد نه تنها شامل وفاداری، وظیفه‌شناسی، تواضع و اجتناب از رقابت می‌شود، بلکه وابستگی و پیروی خود-آزارانه و همچنین چسبندگی انگل‌وار^۳ را نیز در بر می‌گیرد. به دلیل چنین نیاز عمیقی، با کوچکترین احساس انزوا و تنهایی، وحشت‌زده شده و به راحتی احساس افسردگی، عجز و درماندگی می‌کنند. مسئولیت‌های ساده در نظر این افراد بزرگ جلوه می‌کند، همه چیز را سنگین و شاق درک کرده و زندگی را پوچ و توان‌فرسا تلقی می‌کنند. برخی از شخصیت‌های مرزی ناامید، آمیزه‌ای از ویژگی‌های شخصیت افسرده را نیز دارا هستند. چنین افرادی بگونه‌ای تربیت شده‌اند که با وجدان و منطقی باشند، به مرجع قدرت احترام می‌گذارند، عبوس و فاقد حس شوخ طبعی هستند و تنها هنگام سلطه‌پذیری، انتظار پاداش دارند.

- 1 Millon
- 2 discouraged borderline
- 3 parasitic clinginess

شخصیت مرزی تکانشی^۱

شخصیت مرزی تکانشی آمیزه‌ای از الگوهای هیستریانیک یا ضداجتماعی است. چنین افرادی باید دائماً از دیگران توجه دریافت کنند، در غیر این صورت به گونه‌ای فزاینده، تکانشی و بی‌مسئولیت می‌شوند. هر چند که اکثر شخصیت‌های مرزی بیش از هر چیز با عدم تنظیم هیجان‌های منفی شناخته می‌شوند، اما بیمارانی که به صفات هیستریانیک نیز مبتلا هستند، بیشتر از لحاظ رفتاری بیش‌فعال و به لحاظ شناختی بهم ریخته می‌شوند؛ مضاف بر اینکه، عدم تنظیم عواطف مثبت را نیز بروز می‌دهند که شامل شادی و خوشی پر هیجان، معاشرتی شدن پر تب و تاب و دیوانه‌وار و هیجان‌زدگی غیرمنطقی و سطحی می‌شود. این افراد، گاهاً تمام حس قضاوت و ادب و نزاکت اجتماعی را از دست می‌دهند. افرادی که تاریخچه‌ی شدیدتری از رفتارهای ضد اجتماعی را دارند، حتی تکانشی‌تر و فاقد تفکر می‌شوند و هنگامی که تلاش می‌کنند تا خود را از الزام‌ها و اجبارهای اجتماعی خلاص کنند، نه می‌توانند رفتار طرح‌ریزی شده و از پیش برنامه‌ریزی شده‌ای داشته باشند و نه می‌توانند به پیامدهای اعمال خود توجهی کنند.

شخصیت مرزی کج خلق^۲

شخصیت مرزی کج خلق آمیزه‌ای از ویژگی‌های شخصیت منفی‌گرا^۳ (منفعل-پرخاشگر) را داراست. شخصیت‌های منفی‌گرا که آمیزه‌ای از فعالیت-دوسوگرایی هستند، به هنگام عدم کنترل، به فردی تبدیل می‌شوند که بیش از پیش غیرقابل پیش‌بینی، ناراحت، تحریک‌پذیر، ناشکیبا، شکایت‌گر، ناراضی و رنجیده‌خاطر، لجوج، بدبین، خشمگین، عبوس و حسود نسبت به شادی و موفقیت دیگران است. برخلاف اکثر خرده تیپ‌های دیگر شخصیت مرزی، مرزی‌های کج خلق بندرت نیازهایشان بر اساس یک اصل ضابطه‌مند ارضاء شده است و هیچ‌گاه در زندگی‌شان احساس امنیت نکرده‌اند، لجوج و پرتوقع هستند و ناامیدی و دلسردی خود را کاملاً مشهود ابراز می‌کنند. از آنجا که با دیگران احساس راحتی نمی‌کنند، ممکن است بگونه‌ی فزاینده‌ای اندوهگین و ناراضی شده و بین دو طیف افراطی پاتولوژیک گیر کنند؛ به این معنی که گاهاً احساسات بی‌ارزشی، پوچی و بیهودگی را از خود بروز می‌دهند، به شدت سراسیمه و یا عمیقاً افسرده می‌شوند و به خود-سرزنشی پرداخته و علایمی دال بر شکل‌گیری هذیان‌های گناه نشان می‌دهند.

- 1 impulsive borderline
- 2 petulant Borderline
- 3 negativistic personality

شخصیت مرزی خود تخریبگر^۱

تمامی انواع شخصیت مرزی، مرتکب رفتارهای خود تخریبی که شاید تا مرحله‌ی خودزنی هم پیش رود، می‌شوند. با این حال، خود تخریبی در شخصیت مرزی خود تخریبگر، نقش ارضای الگوی خودآزارانه^۲ را ایفا می‌کند که با این تیپ خاص شخصیت مرزی، هم‌ایندی مرضی دارد. شبیه مرزی‌های کج خلق، این دسته هم نمی‌توانند موقعیت مطلوب و رابطه‌ی مناسبی با افراد دیگر برقرار کنند. با این حال، برخلاف تیپ کج خلق، مرزهای خود تخریبگر در طول زمان به صورت فزاینده‌ای تندخود، پرخاشگر و کینه‌توز نمی‌شوند؛ بلکه صفات خود آزارگرانه‌ی این افراد، درونی شده و احساسات مخرب را به سمت خودشان معطوف می‌کنند. در گذشته، این افراد به عنوان کسانی که در زیر پوششی از همرنگی اجتماعی و خونگرمی پنهان می‌شوند، معرفی می‌شدند؛ با این حال پشت این نقاب ظاهری، هم تمایل به استقلال وجود دارد و هم نوعی ترس واقعی از خودمختاری. در نتیجه، نزاکت و خونگرمی اجتماعی آنها، نوعی سلطه‌پذیری تعارض‌آمیز عمیق را نسبت به انتظارات دیگران، در دل خود پنهان می‌کند. لذا برای کنترل این گرایش‌های متضاد به سختی تلاش می‌کنند تا ظاهری خویشتن‌دار و فداکار از خود نشان دهند.

سیر بالینی BPD

پژوهشگران پیشگام در زمینه‌ی BPD معتقد بودند که این اختلال، پیش‌آگهی بدخیمی داشته و از این لحاظ با اسکیزوفرنیا قابل مقایسه است (استون، ۱۹۹۰). در سال‌های اخیر، دیدگاه خوش‌بینانه‌تری مطرح شده که اعلام می‌کند علایم BPD (بویژه تکانشگری)، طی دهه‌ی چهارم زندگی و پس از آن، رو به کاهش می‌گذارد (استونسون^۱ و همکاران، ۲۰۰۳). از بین تمام اختلالات شخصیت، BPD از ثبات کمتری در طول زمان برخوردار است و در بسیاری از مطالعات پیگیری کوتاه مدت و بلند مدت، نرخ بالایی از بهبودی گزارش شده است (زانارینی و همکاران، ۲۰۰۶). به نظر نمی‌رسد که این نرخ بهبودی تحت تاثیر اختلال افسردگی عمده قرار بگیرد؛ در حالی که نرخ بهبودی از افسردگی، زمانی که با BPD هم‌ایندی مرضی دارد، به میزان زیادی کاهش می‌یابد (گاندرسون و همکاران، ۲۰۰۴). در مجموع، برخی از ویژگی‌های BPD با گذر زمان رو به کاهش گذاشته و به نظر می‌رسد که این فرایند تحت تاثیر خلق و خوی بیمار قرار داشته باشد. ویژگی‌های عاطفی (مثل، خشم، اضطراب و افسردگی) و ویژگی‌های بین‌فردی مرتبط با وابستگی و ترس از رهاشدگی، از جمله خصایصی هستند که از ثبات زمانی و شیوع بسیار بالایی برخوردارند، اما تکانشگری (مثل، اقدام به خودکشی و جرح خویشتن) و ویژگی‌های بین‌فردی مرتبط با پسرقت درمانی، با گذر زمان کاهش یافته و از ثبات کمتری برخوردارند (لیچسنرینگ^۲ و همکاران، ۲۰۱۱). در مطالعات طولی دیده نشده که BPD به اسکیزوفرنیا تبدیل شود (کاپلان و سادوک، ۲۰۰۳) و بسیاری از مطالعات نشان داده‌اند که بیماران مبتلا به BPD، بیش از جمعیت عمومی در معرض خطر ابتلا به اسکیزوفرنیا قرار ندارند (پاریس و همکاران، ۲۰۰۷). دوپنفلی^۳ و همکاران (۲۰۱۰) معتقدند که تشخیص همبود اختلالات سوء‌مصرف مواد و وجود صفات شخصیت خودتخریبگر، به تاووم BPD کمک می‌کنند. به طور خلاصه باید گفت که زانارینی و همکاران (۲۰۰۶) سیر بالینی ده ساله‌ی BPD را بررسی کرده و متغیرهایی که بهبودی سریع‌تر این اختلال را پیش‌بینی می‌کنند، به شرح زیر اعلام کرده‌اند: عدم تاریخچه‌ی سوء‌استفاده‌ی جنسی کودکی؛ آزار کلامی، هیجانی، یا جسمی کمتر در دوران کودکی؛ شاهد خشونت خانوادگی نبودن در دوران کودکی؛ عدم ابتلای اعضای خانواده به اختلالات خلقی یا سوء‌مصرف مواد؛ عدم تشخیص PTSD یا اختلالات همبود در خوشه‌ی مضطرب؛ وضعیت خوب شغلی و حرفه‌ای؛ نوروتیسیزم پایین، برون‌گرایی بالا، توافق‌گرایی بالا و باوجدان بودن بالا.

1 Stevenson
2 Leichsenring
3 De Panfilis

1 self-destructive borderline
2 masochistic pattern

همایندی مرضی در BPD

بیماران مرزی اغلب به خاطر مشکلات ناشی از اختلالات همبود در محور I به درمان مراجعه می‌کنند. بنابراین، هنگام ارزیابی بالینی بیماران مرزی، می‌بایست تمامی اختلالاتی را که در محور I با تشخیص BPD همایندی مرضی^۱ (همبودی) دارند، به دقت بررسی کرد. زیرا بالینگران معتقدند اختلالات همبود با BPD، ممکن است سایکوپاتولوژی زیربنایی (یعنی، BPD) را از دید مصاحبه‌گر پنهان کنند، مانع تشخیص بالینی دقیق شوند، برنامه‌ریزی درمانی را با مشکلاتی جدی مواجه سازند، از بهبودی علامتی این اختلال جلوگیری کنند، و با سازگاری روانی-اجتماعی بیماران تداخل نمایند (زانارینی و همکاران، ۱۹۹۸؛ زانارینی و همکاران، ۲۰۰۴).

به دلیل اهمیت این موضوع، پژوهش‌های زیادی به بررسی همایندی مرضی BPD با سایر اختلالات محور I پرداخته‌اند. اکثر این مطالعات نشان داده‌اند که اختلالات خلقی در بین بیماران مرزی شیوع بالایی دارد. زانارینی و همکاران (۲۰۰۴) معتقدند اگرچه افسردگی در سایر اختلالات شخصیت نیز نرخ بالایی دارد (۶۷٪)، اما به نظر می‌رسد نرخ آن در BPD (۸۳٪) بیش از هر اختلال شخصیت دیگری باشد. با این که نتایج مطالعات مختلف نشان می‌دهد که افسردگی و BPD در برخی موارد ممکن است سبب‌شناسی مشترکی داشته باشند، اما نتیجه‌گیری مطالعات ده ساله‌ی گاندرسون و فیلیپس^۲ (۱۹۹۱؛ به نقل از دولان-سول^۳ و همکاران، ۲۰۰۱) نشان‌گر آن است که رابطه‌ی غیراختصاصی و بسیار ضعیفی میان این دو اختلال وجود دارد و نمی‌توان گفت که هر دو بر روی یک پیوستار قرار دارند^۴. همایندی اختلالات طیف دوقطبی و BPD، نسبت به افسردگی عمده و افسرده‌خویی کمتر متداول است و در ۷ تا ۱۵ درصد از بیماران مرزی قابل تشخیص است. به همین ترتیب، اختلالات سوءمصرف مواد (در دامنه‌ای بین ۱۴ تا ۵۶ درصد)،

1 comorbidity

2 Gunderson & Phillips

3 Dolan-Sewell

4 برای اطلاعات بیشتر درباره‌ی ارتباط افسردگی و BPD، و علت ابتلای بیماران مرزی به افسردگی به فصل هفتم از کتاب زیر مراجعه کنید:

Farmer, R. F., & Nelson-Gray, R. O. (2006). *Personality Guided Behavior Therapy*. New York: American Psychological Association.

اختلالات اضطرابی و اختلالات خوردن نیز با درجاتی کمتر، با BPD همایندی مرضی دارند (زانارینی و همکاران، ۲۰۰۴).

PTSD یکی از اختلالاتی است که همایندی مرضی نسبتاً بالایی با BPD نشان می‌دهد. مطالعات انجام گرفته در زمینه‌ی همبودی، نشان دهنده‌ی فراوانی بالای PTSD در میان بیماران مبتلا به BPD (۵۶ درصد؛ زانارینی و همکاران، ۱۹۹۸) و فراوانی بالای BPD در بین بیماران مبتلا به PTSD (۶۸ درصد؛ شیپا^۱ و همکاران، ۱۹۹۹) است. در مطالعات مختلف، نرخ PTSD در بین جمعیت بیماران مرزی، در دامنه‌ای بین ۲۵ تا ۵۶ درصد گزارش شده است (بولتون^۲ و همکاران، ۲۰۰۶)، در حالی که نرخ PTSD در بین جمعیت عمومی در حدود ۱۰ درصد تخمین زده می‌شود (کسلر^۳ و همکاران، ۱۹۹۵). به دلیل همایندی مرضی بالایی که میان این دو اختلال وجود دارد، برخی از پژوهشگران معتقدند که BPD و PTSD ممکن است یک اختلال واحد بوده و واجد پاتوژنز مشترکی باشند، زیرا حوادث تروماتیک دوران کودکی در هر دو اختلال گزارش شده است (راوان^۴ و همکاران، ۱۹۹۴). تروماهای جنسی، با احتمال بیشتر در افراد مبتلا به BPD و مبتلا به هر دو اختلال دیده می‌شود، ولی در تاریخچه‌ی بیمارانی که فقط به PTSD مبتلا هستند، عمدتاً حوادث تروماتیک غیرجنسی مشاهده می‌شود (پاگورا^۵ و همکاران، ۲۰۱۰). با این حال، بسیاری از مطالعات جدید (مثل، هارند^۶ و همکاران، ۲۰۱۰) مردود بودن این دیدگاه را که «BPD و PTSD یک مقوله‌ی تشخیصی واحد، با درجات مختلف هستند»، به خوبی نشان داده‌اند.

1 Shea

2 Bolton

3 Kessler

4 Rowan

5 Pagura

6 Harned

سبب‌شناسی BPD

اگرچه دلایل BPD هنوز مشخص نیست، اما متغیرهای بیولوژیکی و روانشناختی زیادی با خطر شکل‌گیری BPD ارتباط دارند (ترول^۱ و همکاران، ۲۰۰۰). بسیاری از پژوهشگران (برای مثال، پاریس^۲، ۱۹۹۹؛ فریمن^۳ و همکاران، ۲۰۰۵) معتقدند که BPD از تعامل عوامل ژنتیکی، بیولوژیکی، اجتماعی، روانشناختی، محیط خانوادگی آشفته، پاتولوژی والدین و سبک‌های فرزندپروری بی‌کفایت آنها ریشه می‌گیرد. اگرچه برای نتیجه‌گیری درباره‌ی سبب‌شناسی BPD به مطالعات بیشتری نیاز است، ولی مطالعات فعلی نشان داده‌اند که بسیاری از عوامل ژنتیکی و بیولوژیکی با خطر شکل‌گیری BPD در ارتباط هستند. برای مثال، تعداد زیادی از خصیصه‌های هیجانی مرتبط با BPD (مثل، بی‌ثباتی در سطح عواطف، تکانشگری، و در معنایی وسیع‌تر، نورو تیسیم) به نظر می‌رسد که دست‌کم تا اندازه‌ای ارثی باشند (پلومین^۴ و همکاران، ۱۹۹۷؛ پاریس، ۲۰۰۰؛ سیلک^۵، ۲۰۰۰). همچنین شواهد زیادی وجود دارد که نشان می‌دهند عوامل نورولوژیکی نیز با BPD ارتباط دارند. برای مثال، مطالعاتی که با استفاده از توموگرافی با نشر پوزیترون (PET) انجام گرفته‌اند، اختلالات ساختاری یا کارکردی در لوب فرونتال (وینگنفلد^۶ و همکاران، ۲۰۰۹؛ وینگنفلد و همکاران، ۲۰۱۰؛ ساویتز^۷ و همکاران، ۲۰۰۹) و اختلالات مختلف در نواحی مربوط به کارکردهای اجرایی، تنظیم عواطف و بازداری رفتاری (دومس^۸ و همکاران، ۲۰۰۶؛ مک‌گووان^۹ و همکاران، ۲۰۰۹؛ به نقل از وینگنفلد و همکاران، ۲۰۱۰) را در BPD نشان داده‌اند.

در مجموع، عوامل سبب‌شناختی و ریسک‌فاکتوری متعددی برای BPD گزارش شده است که در یک تقسیم‌بندی کلی، ذیل عوامل محیطی و سرشتی طبقه‌بندی می‌شوند. فقدان‌ها و جدایی‌های اولیه، روابط خانوادگی آشفته، تضادهای ارتباطی شدید میان والدین، و سوءاستفاده‌های جسمی و

- 1 Trull
- 2 Paris
- 3 Freeman
- 4 Plomin
- 5 Silk
- 6 Wingenfeld
- 7 Savitz
- 8 Domes
- 9 McGowan

جنسی کودکی، از جمله عوامل محیطی دخیل در سایکوپاتولوژی مرزی هستند. از طرف دیگر، تاریخچه‌ی خانوادگی ابتلا به اختلالات روانی، به خصوص اختلالات خلقی و اختلالات مرتبط با کنترل تکانه (مثل، سوء مصرف مواد) آسیب‌پذیری‌های خاص در خلق و خوی بیماران مرزی، و آسیب‌های نورولوژیکی/بیوشیمیایی، از جمله عوامل سرشتی دخیل در سایکوپاتولوژی مرزی است (زانارینی و فرانکنبورگ، ۱۹۹۷).

دیدگاه نظریه‌های روابط شیئی

تبیین‌های اولیه‌ی از BPD عمدتاً بر اساس نظریه‌های سایکودینامیک (به ویژه، روابط شیئی) قرارداشتند، در حالی که امروزه علاوه بر این تبیین‌ها، به نقش عوامل بیولوژیکی نیز توجه زیادی می‌شود. کرنبرگ و مسترسون، دو نفر از کسانی هستند که در حوزه‌ی تبیین‌های روابط شیئی به بررسی سبب‌شناسی BPD پرداخته‌اند. به عقیده‌ی کرنبرگ، بیماران مرزی در مرحله‌ی جدایی-تفرد ماهر، بویژه در زیرمرحله‌ی نزدیکی مجدد^۱ (بین ۱۶ تا ۳۰ ماهگی) تثبیت شده‌اند. با این حال، اسامی خاص و زمان‌بندی‌های مشخص به لحاظ تکنیکی خیلی با اهمیت نیستند، بلکه آن چه واجد اهمیت به شمار می‌آید این است که جدایی-تفرد، مقدم بر ثبات شیئی است و زمانی که فرد در جدایی-تفرد تثبیت شده باشد، طبیعتاً فاقد ثبات شیئی خواهد بود. در حقیقت، بیمار مرزی نمی‌تواند میان خود و دیگران تمایز قایل شود مگر آن که قبلاً، تصویر یک «چهره‌ی ارضاء کننده» را که حضوری پایدار و باثبات دارد، درونی‌سازی کرده باشد. هراس کودک از آن است که مبادا مادر او را برای همیشه ترک کند و دیگر بازگشتی در کار نباشد. بیمار مرزی، دایما چیزی شبیه این نوع «اضطراب جدایی» کوبنده را مجدداً در بزرگسالی تجربه می‌کند؛ از همین رو، اغلب وابسته و چسبنده به نظر می‌رسد و نمی‌تواند به مدت طولانی تنهایی را تاب بیاورد.

چه عاملی سبب می‌شود تا ثبات شیئی اتفاق نیفتد؟ کرنبرگ معتقد است بیماران مبتلا به BPD، پرخاشگری افراطی یا مازاد^۲ دارند، یعنی به دلیل مسایل سرشتی زیربنایی و یا به خاطر ناکامی نیازهای اولیه‌ی آنها توسط مراقبان غیرحساس، میزان پرخاشگری آنها بیش از حد معمول است. به همین دلیل، انسجام «نظام‌های همانندسازی تصاویر متضاد»، بیش از حد تهدیدکننده خواهد بود. در گذشته‌ی بیماران مرزی، زمانی که این انسجام در حال رخ دادن بوده است، شدت خشم و نفرت

1 rapprochement
2 surplus of aggression

معطوف به یک «تصویر بد»، احتمالاً «تصویر خوب» را ویران کرده و بنابراین، انسجام واقعی میان عشق و نفرت یا تصاویر خوب و بد، اتفاق نیفتاده است. حتی اگر قرار بود بیماران مرزی به مفهوم یکپارچه و منسجمی از «چهره‌های مهم زندگی» خود برسند، باز هم تصاویر بد از چنان خشم و نفرتی برخوردار بوده‌اند که می‌توانستند تصاویر خوب را سرنگون و در نتیجه، شیء خوب (یعنی، مادر خوب) را تنها بگذارند. این موقعیت، دقیقاً شبیه آن است که یک سطل رنگ سیاه را با یک سطل رنگ سفید مخلوط کنیم، طبیعی است که در ترکیب نهایی، رنگ سیاه غالب خواهد بود. این مثال، تا حد زیادی تشریح کننده‌ی مقصود کرنبرگ از پرخاشگری مازاد است.

دیدگاه مسترسون تا اندازه‌ای متفاوت از کرنبرگ است و به جای تاکید بر پرخاشگری درون‌ریزی شده‌ی کودک، مشکل اصلی بیماران مرزی را در پاتولوژی مادرانه، کناره‌جویی لیبیدینال آنها از فرزند و ناکام کردن فرآیند جدایی-تفرد کودک جستجو می‌کند. اگرچه تمام کودکان با وابستگی مطلق به مراقبان، زندگی خود را آغاز می‌کنند، ولی همه‌ی آنان سرانجام بایستی به شخصی مستقل و مجزا تبدیل شوند. بر این اساس، مسترسون (۱۹۷۵) معتقد است در خانواده‌ی بیماران مرزی، تمایل مادر به حفظ مستمر رابطه‌ی نزدیک با فرزند، به موازات رشد تدریجی خودمختاری در کودک، به چالش کشیده می‌شود. به عقیده‌ی مسترسون، در چنین خانواده‌هایی، خود مادر اساساً به BPD مبتلاست و در رابطه با اضطراب جدایی، شدت دچار مشکل است. تلاش‌های کودک برای تفرد یافتن، موجب برانگیخته شدن اضطراب افراطی در مادر، و به دنبال آن، رفتار مراقبت کردن از سوی کودک می‌شود. زمانی که مراقب (معمولاً مادر) خواهان حفظ رابطه‌ی نزدیک است، کودک در واکنش به او دوسوگرایی عمیقی را احساس می‌کند: گاهی مقهور چسبندگی ظالمانه‌ی مادر می‌شود و گاهی با کناره‌گیری و انزوای منفی‌گرایانه نسبت به او واکنش نشان می‌دهد. کودک از یک سو خواهان حفظ حمایت مادر است، اما از طرف دیگر می‌خواهد فرد مجزا و مستقلی شود. تعارض میان این دو میل متضاد، مانع از آن می‌شود تا موفق به تلفیق و یکپارچه‌سازی تصاویر خوب و بد مادر شود. مسترسون با تاکید بر این نکته که مراقب کودک نیز ممکن است به BPD مبتلا باشد، بیان می‌کند که مادر، تشویق کننده‌ی کودک برای حفظ و تداوم همزیستی با اوست. زیرا فرزندش را تهدید می‌کند که چنانچه به سمت خودمختاری و استقلال میل کند، عشق خودش را از وی دریغ خواهد کرد. نتیجه‌ی این وضعیت، شکل‌گیری ترس از رهاشدگی است، چراکه **وابستگی** کودک پاداش داده می‌شود و **استقلال** او با فقدان عشق مواجه می‌شود. در نتیجه، کودک در دوسوگرایی شدیدی بین جرات‌ورزی و رهاشدگی گرفتار می‌آید و این تعارض، مبنایی برای رشد علایم کلاسیک BPD، یعنی روابط بی‌ثبات، حالت‌های پوچی، تهی‌بودن و افسردگی، گرایش به جستجوی روابط بیش از حد نزدیک یا همجوشی‌های آرمانی شده و مواردی از این قبیل می‌شود. به عقیده‌ی

مسترسون، مسئول نهایی شکل‌گیری BPD، مادر است، نه مسایل بیولوژیک و سرشتی خود بیمار^۱ (به نقل از فارمر و نلسون-گری^۲، ۲۰۰۶).

از آنجا که مبحث سبب‌شناسی BPD بسیار مفصل است و احتمال دارد از حوصله‌ی کتاب حاضر خارج باشد، بنابراین در این قسمت به نظریه‌های مختلفی مثل، تبیین شناختی بک، دیدگاه یانگ درباره‌ی حالات دراماتیک و تغییرات هیجانی بیماران مرزی، دیدگاه میلون، و تبیین‌های بیولوژیک اشاره نمی‌کنیم و فقط به مدل یکپارچه‌ی زانارینی و فرانکنبورگ اکتفا می‌کنیم. هنگام بحث پیرامون نظریه‌ی بیوسوشیال لینهان، سبب‌شناسی BPD را بیشتر باز خواهیم کرد.

مدل مسیره‌های چندگانه‌ی زانارینی و فرانکنبورگ

زانارینی و فرانکنبورگ^۳ (۱۹۹۴؛ ۱۹۹۷) نوعی مدل چندعاملی را برای BPD پیشنهاد کرده‌اند و معتقدند که این اختلال، از ترکیب پیچیده‌ی سه مولفه ناشی می‌شود: خلق و خوی ذاتی، تجربه‌های دردناک و چالش برانگیز کودکی، و کژکاری‌های نورولوژیکی و بیوشیمیایی. به عقیده‌ی آنها، مولفه‌ی آخر، احتمالاً نتیجه‌ی ترکیب تجربه‌های ویران‌ساز اولیه و آسیب‌پذیری‌های ذاتی بیماران مرزی است. برای مثال، سوءاستفاده‌ی جسمی و جنسی ممکن است موجب راه‌اندازی سیستم‌های استرس (مثل، محور HPA) شود.

زانارینی و فرانکنبورگ (۱۹۹۷)، معتقدند سبک یا روش بیماران مرزی برای انتقال دادن افکار، احساسات و تمایلات خود به دیگران، حالتی دراماتیک، مضرانه و شدید دارد که اصطلاحاً **سبک هایپربولیک**^۴ (مبالغه‌آمیز) نامیده می‌شود. بیماران مرزی شدت پافشاری می‌کنند که توجهی به شدت دردهای درون‌ذهنی آنها نشده است، دردهایی که هیچ کس دیگر قادر به تحمل آن نیست. زانارینی و فرانکنبورگ (۱۹۹۴)، ۵۰ احساس دیسفوریک مختلف را در بین بیماران مرزی و افراد غیر مبتلا به BPD مقایسه کردند. نتایج مطالعه‌ی آنها نشان داد که بیماران مبتلا به BPD در تمامی این ۵۰ احساس، نمره‌های بالاتری کسب کرده‌اند. این بیماران گزارش کردند که در اکثر لحظه‌های زندگی احساس درهم کوبیده شدن (۶۱٪)، بی‌ارزشی (۵۹٪)، خشمگین بودن (۵۲٪)،

1 در واقع، تمامی نظریه پردازان معاصر روابط شیئی، به استثنای مسترسون و رینزلی (Rinsley) معتقدند که عوامل سرشتی و بیولوژیک در سبب شناسی BPD دست کم تا اندازه‌ای نقش دارند (جانسون، ۱۹۸۸).

2 Farmer & Nelson-Gray

3 Frankenburg

4 hyperbolic

تنهایی (۶۳٪)، یا بدفهمیده شدن (۵۱٪)، رهاشدگی (۴۴٪)، تمایل به آسیب زدن یا کشتن خود (۴۴٪)، یا خارج از کنترل بودن (۳۳٪) می‌کنند. خلق و خوی افراد مبتلا به BPD، ممکن است آنها را در معرض خطر بیشتر برای تجربه‌ی غفلت و سوءاستفاده قرار دهد.

مدل مسیر چندگانه، طبقه‌بندی مفیدی برای حوادث تروماتیک ارایه کرده است. زانارینی و فرانکنبورگ، بر اساس تجربه‌های ناگوار کودکی، سه نوع تروما را از هم متمایز کرده‌اند. ترومای تیپ ۱ شامل جدایی‌های اولیه، بی‌تفاوتی مزمن به احساسات کودک، و اختلافات و ناسازگاری‌های هیجانی داخل خانواده می‌شود. ترومای تیپ ۲ نیز شامل آزار کلامی و هیجانی، غفلت از نیازهای فیزیکی و بیماری‌های روانی والدین می‌شود. ترومای تیپ ۳ نیز به آزارهای جسمی و جنسی شدید، و اختلالات روانی مزمن یکی از مراقب‌ها (به ویژه نوعی اختلال شدید شخصیتی یا سوءمصرف مواد) اشاره دارد. یکی از متداول‌ترین تجارب آسیب‌زای کودکی در بیماران مبتلا به BPD سوءاستفاده‌ی جنسی کودکی است که در ۴۰ تا ۷۱ درصد از آنها گزارش شده است. علاوه بر این، زانارینی معتقد است اولین باری که مشکلات زیربنایی بیماران مبتلا به BPD مورد توجه قرار می‌گیرد، ممکن است نوعی عامل رهاساز متداول (هنجاری) یا تروماتیک نقش داشته است. به عقیده‌ی وی، این عامل رهاساز، ترومای اولیه را به یاد بیمار می‌آورد و در حکم نوعی کاتالیزور عمل می‌کند؛ به این صورت که اختلال شخصیت مرزی تمام عیار، به همراه احساس‌های مزمن و شدید دیسفوریک، تجربه‌های پارانوئید و تجزیه‌ای گذرا، تکانشگری در قالب رفتارهای خود تخریب‌گرانه، روابط بین‌فردی آشفته، وابستگی افراطی، و کنترل دیگران بروز می‌کند.

کلیاتی از روش‌های درمانی BPD

برخلاف پژوهش‌های وسیعی که پیرامون ماهیت اختلال شخصیت مرزی انجام شده، مطالعات محدودی درباره‌ی روش‌های درمانی این اختلال صورت گرفته است (بارلو و دوران، ۲۰۰۲). تا همین دهه‌ی اخیر، درمانگران رفتاری و رفتاری-شناختی، چه به لحاظ نوشته‌های نظری و چه به لحاظ کارهای پژوهشی، عموماً از این اختلال غافل بوده‌اند. هر چند که این غفلت به سرعت در حال زودده شدن است. بعنوان مثال، رویکردهای شناختی پرتزر (۱۹۸۹) و یانگ (۱۹۸۳) با تمرکز عمیق بر شناخت‌واره‌ها و طرحواره‌های ناکارآمد، کوشیده‌اند تا بر مشکلات درمان شناختی سنتی، فایق آیند (به نقل از لینهان و هیرد، ۱۹۹۲). انجمن روانپزشکی آمریکا در سال ۲۰۰۱ ضمن ارائه توصیه‌های لازم جهت روان‌درمانی اختلال شخصیت مرزی (نگاه کنید به جدول شماره ۲)، درمان‌های انتخابی این اختلال را دو مورد زیر معرفی نمود:

۱) درمان روانپوشی (۲) رفتاردرمانی دیالکتیکی (به نقل از لینهان، ۲۰۰۳).

قبل از شروع بحث درباره‌ی روش‌های درمانی، ابتدا سطوح چهارگانه‌ی درمان اختلال شخصیت مرزی را توضیح می‌دهیم، سپس به برخی از درمان‌های سایکودینامیک اشاره می‌شود. مبحث بعدی، درمان‌های دارویی خواهد بود و در نهایت، رفتاردرمانی دیالکتیکی مارشا لینهان به تفصیل توضیح داده می‌شود.

جدول شماره ۲. ویژگی‌های رایج روان‌درمانی توصیه شده برای اختلال شخصیت مرزی

- ۱ نباید انتظار داشت که درمان کوتاه مدت باشد.
- ۲ یک رابطه قوی مبتنی بر کمک و یاری میان بیمار و درمانگر برقرار می‌شود.
- ۳ مسئولیت‌ها و نقش‌های بیمار و درمانگر به روشنی و وضوح تبیین می‌شوند.
- ۴ درمانگر فعال و هدایت‌کننده است، نه اینکه صرفاً شنونده‌ای منفعل باشد.
- ۵ بیمار و درمانگر بصورت متقابل، سلسه مراتبی از اولویت‌ها ارائه می‌دهند.
- ۶ درمانگر با همدلی به بیمار اعتبار می‌بخشد و نیاز او را به کنترل رفتار برطرف می‌کند.
- ۷ بتدریج که شرایط جدید (و از جمله استرس‌های جدید) پدید می‌آیند، انعطاف‌پذیری، لازم خواهد بود.
- ۸ تعیین محدودیت که ترجیحاً از جانب دو طرف مورد توافق گرفته باشد، مورد استفاده قرار می‌گیرد.
- ۹ بصورت همزمان از رویکردهای فردی و گروهی استفاده می‌شود.

به عقیده‌ی گاندرسون، هرچه که از سطوح بالاتر به سمت سطوح پایین‌تر حرکت می‌کنیم، خدمات ارابه شده به بیماران مرزی تخصصی‌تر می‌شود. علاوه بر این، احتمال تغییرات رفتاری قابل ملاحظه و طولانی مدت، به درمان‌های ارابه شده در سطوح سرپایی (سطح ۲ و ۱) بستگی دارد. اگرچه تمام سطوح چهارگانه‌ی درمانی فواید بالینی خاص خود را دارند، اما خوشبختانه تمام بیماران مرزی، لزوماً به تمامی سطوح یاد شده نیاز ندارند. اکثر بیماران مبتلا به BPD ممکن است به واسطه‌ی بحرانی که اخیراً با آن مواجه شده‌اند، بستری بیمارستانی کوتاه مدت (سطح چهارم) را تجربه کنند، در حالی که برخی از آنها که سطح کارکرد بالاتری دارند، احتمالاً فقط به درمان‌های سرپایی (سطح اول) نیاز داشته باشند. هر چقدر که دسترس‌پذیری یا تجربه‌ی سطوح ۱ و ۲ کمتر باشد، به همان میزان احتمال فروپاشی و بستری بیمارستانی (سطح ۳ و ۴) هم افزایش پیدا می‌کند. جدول شماره‌ی ۳ سطوح چهارگانه‌ی فوق را به طور خلاصه نشان می‌دهد. در قسمت بعد هر یک از سطوح یاد شده را به طور مفصل توضیح می‌دهیم.

سطوح درمان و مراقبت از بیماران مبتلا به BPD

گاندرسون (۲۰۰۸) بر اساس تجربیات بالینی خود، چهار سطح مراقبت / درمان را برای بیماران مبتلا به BPD معرفی کرده است:

- سطح چهارم:** بستری بیمارستانی تمام وقت (حداقل درمان‌های ممکن)
- سطح سوم:** بستری پاره وقت / درمان‌های روزانه (جامعه‌پذیری)
- سطح دوم:** درمان فشرده‌ی سرپایی (تغییرات رفتاری)
- سطح اول:** درمان سرپایی بلند مدت (رشد و تحول روانشناختی)

جدول شماره‌ی ۳. سطوح چهارگانه مراقبت/درمان برای بیماران مبتلا BPD (گاندرسون، ۲۰۰۸)

سطح مراقبت / درمان	نوع مراقبت و مولفه‌های آن	هدف و مولفه‌های آن	طول مدت قابل انتظار	فرآیند مراقبت
IV	بستری بیمارستانی تمام وقت درمان دارویی آموزش روانی	مدیریت بحران ارزیابی‌های گسترده برنامه ریزی درمانی	۲ تا ۱۴ روز	مهار کردن (ایجاد محدودیت)
III	بستری بیمارستانی یا مسکونی پاره وقت مراقبت شبانه درمان‌های روزانه	توان بخشی اجتماعی مهارت‌های زندگی روزانه (خوردن و خوابیدن) مهارت‌های اجتماعی برقراری اتحاد درمانی	۲ هفته تا ۳ ماه ۲ هفته تا ۶ ماه ۲ هفته تا ۶ ماه	مهار کردن، حمایتی، ساختاری ساختاری - حمایتی - درگیرسازی ساختاری، حمایتی - درگیرسازی
II	درمان سرپایی فشرده مدیریت مراجع رفتار درمانی دیالکتیکی آموزش یادستورالعمل‌های خانوادگی	انطباق اجتماعی (رفتاری) جامعه‌پذیری کنترل تکانه و عواطف برقراری اتحاد (درمانی)	۱ تا ۳ ماه ۶ تا ۱۲ ماه ۲ تا ۶ ماه	ساختاری - حمایتی ساختاری - حمایتی ساختاری - حمایتی - درگیرسازی
I	درمان سرپایی آموزش‌های گروهی روان درمانی	رشد (تحول) روانشناختی مهارت آموزشی آموزش مهارت‌های بین فردی تغییر درون روانی برقراری اتحاد درمانی	۵ تا ۱۲ ماه ۱ تا ۲ سال ۱ تا ۶ سال ۴ تا ۶ سال	ساختاری - حمایتی - درگیری درگیرسازی - اعتبار بخشی ساختاری - درگیری - اعتبار بخشی

سطح چهارم: بستری بیمارستانی

بستری بیمارستانی فرصتی برای آغاز درمان، تغییر روش درمانی پیشین، و یا مدیریت بحران فراهم می‌کند. اقامت طولانی مدت در بیمارستان در گذشته رایج بود، ولی امروزه بستری‌های کوتاه مدت توصیه می‌شود و اعتقاد بر آن است بستری بیمار مرزی نباید بیشتر از ۲ هفته طول بکشد (برای بحث بیشتر، به کادر ویژه‌ی شماره‌ی ۱ مراجعه کنید). به هر حال، به هنگام بستری بیمار مرزی می‌بایست مواظب مکانیسم‌های دفاعی بیمار، بویژه کنش‌نمایی و دو نیمه‌سازی بود. بیماران مرزی غالباً پس از یک بحران، و در پی یک دوره خودآزاری مورد توجه قرار می‌گیرند. غالباً مشکل بالینی با احساس فوریت و اضطراب شدید همراه است و هم کارکنان بیمارستان، هم بیمار و هم بستگان او توقع اقدام فوری دارند. در چنین مواقعی، آشفتگی بیمار به حدی است که از مکانیسم‌های دفاعی ابتدایی نظیر، دو نیمه‌سازی و همانندسازی برون‌فکنانه برای تضعیف تبخّر و کارکشتگی کارکنان استفاده می‌کند. درمانگران باید برای «خنثی‌سازی» این تنش، ضمن اخذ سابقه و شرح حال موردی، از مهارت‌های بالینی خود نیز استفاده کنند. کلید این امر، ایجاد احساس «سد نفوذ» یا توسل به آرامش و رفتار حرفه‌ای است؛ یعنی القاء این برداشت به بیمار که هر چند او قادر به محدود ساختن پریشانی خود نیست، اما درمانگر چنین قدرتی را داراست (رایت، استرن و فلان، ۲۰۰۰). شایسته است که کارکنان بیمارستان، برنامه‌ی ترخیص بیمار را با دقت و بصورت تدریجی انجام دهند، چرا که مشاهدات بالینی زیادی نشان داده‌اند که در بسیاری از موارد، اقدام به خودکشی بلافاصله پس از ترخیص از بیمارستان انجام شده است (گاندرسون، ۲۰۰۸).

اهداف بستری بیمارستانی به شرح زیر است:

مداخله در بحران

بستری بیمارستانی پاسخی به آیتاسیون حاد، خطر اقدام به خودکشی و یا پیشگیری از رفتارهای خشونت‌آمیز است (۲ تا ۶ روز).

ارزیابی‌های وسیع پزشکی، نورولوژیکی، یا روانشناختی

اجرا و هماهنگی این ارزیابی‌ها در بیمارستان ساده‌تر است و برای برخی از بیماران مبتلا به BPD ممکن است تنها فرصت ممکن باشد (۲ تا ۶ روز).

ایجاد برنامه‌ی درمانی و هماهنگی پرسنل بیمارستان

یکی از اجزاء عمده‌ی این بخش، شناسایی و تعیین بالینگر اصلی است، یعنی کسی که مسئولیت اصلی درمان بیمار را به عهده دارد. اولین گام برای بالینگران اصلی، تعریف و تعیین نقش‌ها و اهداف (یعنی، برقراری و تثبیت اتحاد و قرارداد درمانی) است.

اعمال تغییر در درمان‌های پیشین

بستری بیمارستانی به بالینگران امکان می‌دهد تا نارسایی‌های گذشته را بررسی کرده و یا اینکه چهارچوب درمانی واضح‌تری برقرار کنند. در مورد بسیاری از بیماران مرزی، محیط بیمارستان فرصتی برای ارزیابی منافع درمان‌های دارویی و تجویز داروهای جدید فراهم می‌کند (گاندرسون، ۲۰۰۸).

کادر ویژه‌ی شماره‌ی ۱.۱ آیا بستری بیمارستانی طولانی مدت برای بیماران مرزی مفید است؟

کاپلان و سادوک (۲۰۰۳) معتقدند که بیماران مبتلا به BPD اگر در محیط‌های بیمارستانی تحت روان‌درمانی فشرده - هم فردی و هم گروهی - قرار بگیرند، نتیجه‌ی خوبی بدست می‌آید. با این حال، بستری بیمارستانی بیماران مرزی بحث‌های فراوانی به راه انداخته است، بگونه‌ای که برخی از مولفین معتقدند کسانی که موافق بستری بیماران مرزی هستند، احتمالاً مشکل شدید این بیماران را در زمینه‌ی احساسات رهاشدگی نادیده گرفته‌اند. مشکلات ترخیص این بیماران، به ترس آنان از رهاشدن (نگاه کنید به اولین ملاک DSM برای BPD) مربوط می‌شود. پذیرفته شدن موقت در بیمارستان، پناهگاهی امن برای آنان تلقی می‌شود، بنابراین ترخیص در حکم ترک شدن بوده و برای آنان غیرقابل تحمل است. این امر موجب درماندگی و ناراحتی، بروز بی‌ثباتی بیشتر و یک دوره خودآزاری دیگر می‌شود (رایت، استرن و فلان، ۲۰۰۰).

تا دهه‌ی ۱۹۹۰، بستری‌های بیمارستانی بلند مدت (حداقل ۶ ماه)، گزینه‌ی مناسبی برای بیماران مبتلا به BPD به حساب می‌آمد، ولی امروزه بستری کوتاه مدت، معمولاً بین ۲ تا ۱۴ روز توصیه می‌شود (گاندرسون، ۲۰۰۸؛ گاندرسون و همکاران، ۲۰۰۵). بستری بیمارستانی به صورت مختصر، یعنی بین ۱ تا ۳ روز و نهایتاً تا ۲ هفته، بهترین مدت زمانی برای تقریباً تمام بیماران

مرزی است، چرا که علاوه بر کاهش هزینه‌های اقتصادی، احتمال واپس‌روی، آرمانی‌سازی، و یا دل‌بستگی‌های همراه با وابستگی را به حداقل می‌رساند. اگرچه مرکز بزرگی مثل بیمارستان هندرسون^۱ همچنان به بستری‌های بلند مدت (دست‌کم یک سال) ادامه می‌دهد و بسیار اثربخش و کارآمد هم عمل می‌کند، اما بهبود بیماران مرزی در این بیمارستان، بیشتر تحت تاثیر اجتماع محلی درمانبخش، رویکرد غیرمقتدرانه‌ی این بیمارستان، و تاکید اساسی بر درگیرسازی بیماران در تصمیم‌گیری‌ها قرار دارد. در مجموع، گاندرسون (۲۰۰۸) معتقد است حتی زمانی که امکان بستری طولانی مدت فراهم است، باز هم اقامت بلند مدت بیماران در بیمارستان توصیه نمی‌شود. زیرا تجربیات بالینی نشان داده‌اند که ایجاد محدودیت و مهار بیمارستانی به وابستگی واپس‌گرا^۲ و مرافعه‌جویی‌های پارانوئیدی ختم می‌شود. بستری بیمارستانی طولانی مدت ممکن است فقط برای رفاه حال چهره‌های مهم زندگی و اطرافیان بیمار مرزی مطلوب باشد، چرا که آنها برای اطمینان از امنیت و سلامتی بیمارشان و اجتناب از مواجهه با رفتارهای تکانشی، مهار گسیخته و خطرناک او، راه دیگری سراغ ندارند (گاندرسون، ۲۰۰۸). در مجموع، هر چند که بستری بیمارستانی در حالت کلی نتیجه‌ی خوبی در دراز مدت ندارد، معهداً در بعضی موارد چاره‌ناپذیر است. گاهی بیماران چنان مذبوحانه در پی محدودسازی هستند که بر روانپزشک چیره می‌گردند و او هم بی‌خطرترین گزینه را بستری کردن بیمار می‌شمارد. وقتی بیمار سایکوتیک شده و نیازمند درمان حالات سایکوتیک در بیمارستان است، و یا هنگامی که شرایط تابلوی بالینی، حالتی استثنایی پیدا می‌کند، (مثلاً وقتی اقدام به خودکشی یا بحران‌های بسیار شدید در زندگی بیمار به وقوع پیوسته است)، بستری کردن علی‌رغم معایبش تنها راه ایجاد محدودیت است (رایت، استرن و فلان، ۲۰۰۰).

سطح سوم: مراقبت‌های اقامتی / بستری بیمارستانی نسبی

سطح سوم مراقبت، شامل مراقبت‌های اقامتی^۳ (مسکونی) است و به خدمات روانپزشکی در محیط‌هایی اشاره دارد که در مقایسه با بیمارستان، کنترل و بازنگری در آنجا ملایم‌تر است و محدودیت‌های کمتری در آن اعمال می‌شود. همچنین، سطح سوم مراقبت شامل دو بخش می‌شود: درمان‌های روزانه و مراقبت‌های شبانه (معمولاً، نوعی خانه‌ی نیمه‌راه^۴). گاهی اوقات بستری بیمارستانی نسبی^۵

- 1 Henderson
- 2 regressive dependency
- 3 residential care
- 4 halfway house
- 5 partial hospitalization

مترادف با درمان‌های روزانه مورد استفاده قرار می‌گیرد. هدف از درمان‌های شبانه (یا خانه‌های نیمه‌راه)، آماده‌سازی و روانه کردن سریع بیمار به جامعه است. خدماتی که در سطح سوم ارائه می‌شوند موجب کاهش خودکشی‌گری بیمار مرزی می‌شوند، تا جایی که قادر باشد در محیط خارج از مراکز اقامتی، از کارکرد خوبی برخوردار شود. اهداف سطح سوم مراقبت، شامل موارد زیر می‌شود:

آموزش یا باثبات کردن مهارت‌های اولیه‌ی زندگی (مثل، خوراک، خواب، بهداشت)
اکثر بیماران مبتلا به BPD به بازنگری، کنترل و آموزش در زمینه‌ی اهمیت الگوهای منظم خواب و خوراک احتیاج دارند. مصرف داروهای خواب‌آور ممکن است برای بهبود کیفیت خواب بیماران مرزی مفید باشد.

ایجاد مقدماتی برای توانبخشی حرفه‌ای

این مورد، یکی از اهدافی است که اکثراً نادیده گرفته می‌شود. توانبخشی حرفه‌ای برای بیماران مرزی موضوع خوشایندی نیست و غالباً از آن کناره می‌گیرند، و این در حالیست که تاریخچه‌ی شغلی آنها غالباً بی‌ثبات است. آن دسته از کارکنان بیمارستان که جوان یا کم‌تجربه هستند، ارزش یا اهمیت این موضوع را نادیده می‌گیرند. در مقابل، این هدف برای والدین یا همسران بیمار، بی‌نهایت واجد اهمیت است. در مجموع، یکی از مولفه‌های مهم سطح سوم مداخله و مراقبت، دسترس‌پذیری به خدمات توانبخشی حرفه‌ای است، ولی احساسات و رفتارهای بیماران مبتلا به BPD موضوع اصلی اشتغال ذهنی کارکنان سلامت روان است. از همین رو، آسیب‌های وارده بر کارکرد اجتماعی بیماران مرزی را به راحتی نادیده می‌گیرند.

شناسایی و اصلاح صفات رفتاری غیر انطباقی (مثل، کنترل تکانه) و الگوهای بین‌فردی ناسازگارانه (مثل، تنظیم عواطف و بالا بردن قدرت تحمل)

به منظور نایل آمدن به این هدف، کارکنان مراکز درمانی بایستی بیماران را دایماً با ابعاد ناکارآمد و نامطلوب خودشان مواجه سازند. رفتارهای توجه‌طلبی، و صفاتی که بیمار را از رسیدن به اهدافش باز می‌دارند از جمله مواردی است که باید مورد شناسایی و مواجهه قرار بگیرند. این کارها انجام می‌شوند تا رفتارها یا صفاتی که پیش از این برای بیمار ایگوسینتونیک بودند (مثل، قلدری و زد و خورد، پنهان کردن احساسات، یا تعلق‌ورزی در انجام کارها) به رفتارها و صفاتی ایگودیس‌تونیک تبدیل شوند.

ساختار اصلی برنامه‌ی درمان‌های روزانه و بیمارستان‌های نسبی را جلسات گروهی^۱ و درمان‌های گروهی^۲ تشکیل می‌دهند. جلسات گروهی عموماً صبح‌ها، هفته‌ای سه بار یا بیشتر، با حضور بیماران و کارکنان مراکز و به منظور تثبیت احساس اجتماعی و بحث پیرامون رفتارهای مخرب، احساسات و باورهای بیماران برگزار می‌شود. اثربخشی درمان‌های بستری طولانی مدت در بیمارستان هندرسون، به تاکید زیاد این بیمارستان بر اجتماع محلی درمانبخش، و مشارکت بیماران مربوط می‌شود (دولاند و

همکاران، ۱۹۹۷؛ به نقل از گاندرسون، ۲۰۰۸). عضویت در درمان‌های گروهی بر اساس تناسب اهداف گروه با بیماران قرار دارد. از آنجا که احتمال دارد بیماران مبتلا به BPD تحت تاثیرات منفی بیماران سایکوتیک قرار بگیرند، معمولاً جلسات درمان‌های گروهی این دو نوع بیماران با هم برگزار نمی‌شود. تمامی گروه‌هایی که در درمان‌های روزانه و شبانه برگزار می‌شوند، بایستی رهبرانی داشته باشند که فعال و رهنمودی بوده و توانایی کنترل اضطراب را داشته باشند. موضوعات مناسب برای چنین گروه‌هایی شامل موضوعات خانوادگی، مباحث شغلی، مهارت‌های زندگی روزانه، مهارت‌آموزی‌های مبتنی بر رفتاردرمانی دیالکتیکی و استفاده از آموزش مهارت‌های اجتماعی می‌شود.

سطح دوم: درمان سرپایی فشرده

هدف اصلی این سطح، تغییرات رفتاری بیماران مرزی است. سطح دوم درمان برای بیمارانی مناسب است که توانایی مدیریت برخی از نقش‌های اجتماعی، نظیر تحصیل یا کار پاره وقت را دارا هستند و به لحاظ داشتن مسکن و سرپناه مشکلی ندارند. همچنین سطح دوم برای بسیاری از بیماران مبتلا به BPD که به تازگی و مستقیماً از بیمارستان ترخیص شده‌اند، مفید است. رفتاردرمانی دیالکتیکی که شامل ۵ جلسه در هفته است، از جمله درمان‌هایی است که در سطح دوم قابل اجراست و نرخ بستری بیمارستانی را کاهش می‌دهد. اهداف درمانی سطح دوم عبارتند از:

اهداف شغلی (حرفه‌ای)

ارایه‌ی آموزش‌هایی جهت حفظ کارکرد شغلی

اهداف بین‌فردی

بازشناسی خشم و نیازهای وابستگی

اهداف رفتاری

ارتقاء توانایی‌های بیمار جهت مهار احساسات، نگرش‌ها، یا اقدامات تکانشی

مولفه‌های درمانی سطح دوم

یکی از مولفه‌های سطح دوم، گروه‌های خود-ارزیابی^۱ است. این گروه‌ها که تقریباً هر روز (یا دست‌کم ۳ بار در هفته) برگزار می‌شوند، بدنه‌ی اصلی خدمات درمان‌های فشرده‌ی سرپایی را تشکیل می‌دهند. در این گروه‌ها بین ۳ تا ۱۰ بیمار می‌تواند شرکت کند. شایسته است که رهبر گروه، بالینگر متبحری باشد که هم نسبت به پویایی‌های گروه احساس راحتی داشته باشد، و هم با

1 group meetings

2 group therapies

1 self-assessment groups

مداخله در بحران آشنا باشد. شرکت بیماران در این گروه‌ها از قواعد منعطفی پیروی می‌کند، یعنی، آنها می‌توانند هر یک از روزهای هفته به طور منظم در جلسات حضور یابند، و یا اینکه بصورت گاهگاهی و هفته‌ای یکبار. ولی مجموعاً انتظار بر آن است که به مدت ۲ تا ۸ هفته در گروه باقی بمانند. بحران‌های احتمالی خاصی که پیش می‌آیند، به بالینگر اصلی ارجاع داده می‌شوند. گروه‌های خود-ارزیابی، شبکه‌ی اجتماعی وسیعی را فراهم می‌آورند، چرا که اکثر اعضای گروه قصد دارند با مشکلات مشترکی (که عمدتاً به انتقال آنها به زندگی اجتماعی مربوط می‌شود) مقابله کنند. تعداد بالای جلسات، به اعضای گروه امکان می‌دهد تا با جزئیات زندگی فعلی یکدیگر به سرعت آشنا شوند. موضوعات متداولی که مورد بحث قرار می‌گیرد عمدتاً شامل نگرش‌های مربوط به اعضای خانواده یا همکاران در محیط کار، احساسات مربوط به فقدان حمایت‌های اجتماعی، و مشکلات مرتبط با متخصصان سلامت روان و روش‌های درمانی جدید است. این گروه‌ها معمولاً ۱ ساعت به طول می‌انجامد و بهتر است که در ابتدای صبح یا در ساعات انتهایی عصر برگزار شوند تا بدین ترتیب، تعارض‌های مرتبط با شغل و مسئولیت‌های تحصیلی را کاهش دهند.

مدیریت مراجع، یکی دیگر از مولفه‌های مداخلات سطح دوم است. در مراقبت‌های سطح دوم، درمانگر یا بالینگر اصلی، مسئولیت مراقبت از بیمار را به عهده دارد و بایستی در زمینه‌ی تصمیمات اجرایی، فرد فعالی باشد. بالینگر اصلی، مسئول اجرای برنامه‌های درمانی، ارزیابی امنیت بیمار، برقراری ارتباط با خانواده‌ی او، پیدا کردن مشاور و تغییر روش درمان (مثلاً تغییر سطح مراقبت) است. ولی در عمل، مدیریت مراجع به خوبی انجام نمی‌شود، این موضوع ۲ دلیل دارد: (۱) یا اینکه درمانگر یا بالینگر اصلی به لحاظ جغرافیایی حضور ندارد و دسترسی فوری به او دشوار است؛ (۲) و یا اینکه درمانگر بیشتر در پی آن است تا نقش یک درمانگر داینامیک را بازی کند، درمانگری که مشکلات رفتاری بیمار را بررسی می‌کند و آنها را به عنوان موضوعی برای تفسیر تلقی می‌کند، نه برای مدیریت وضع بیمار. این دو دلیل می‌توانند به مکانیسم دونیمه‌سازی از سوی بیمار منجر شوند. علاوه بر این، آشناسازی بیمار با درمان‌های بلند مدتی که در سطح اول به آنها نیاز پیدا خواهد کرد، از جمله فعالیت‌های دیگری است که در این سطح انجام می‌گیرد. مداخلات خانوادگی نیز برای سطح دوم مناسب‌اند، چنین مداخلاتی به این دلیل طراحی شده‌اند تا ماشه‌چکان‌هایی را که به بحران منتهی می‌شوند، شناسایی کرده و کاهش دهند. همچنین، مهارت‌آموزی مبتنی بر رفتاردرمانی دیالکتیکی (که به صورت گروهی انجام می‌شود)، جلسات گروهی مربوط به توانبخشی شغلی، موضوعات و مشکلات خانوادگی، حوادث تروماتیک، و درمان الکلیسم، و همچنین گروه‌ها و سازمان‌های خودیاری، سایر مولفه‌های سطح دوم را تشکیل می‌دهند.

سطح اول: درمان سرپایی بلندمدت

هدف اصلی این سطح، اعمال تغییرات مهم در کارکرد بین‌فردی و درون‌روانی بیماران مبتلا به BPD است. یکی از وظایف مهم بالینگر در این سطح، عبارتست از تسهیل انتقال بیمار از سطوح بالاتر مراقبت (معمولاً سطح چهارم، و گاهی اوقات نیز سطوح سوم و دوم) به درمان سرپایی که فشردگی کمتری دارد (سطح اول). این فرایند با شناسایی روش درمانی مناسب بیمار آغاز می‌شود. مداخله در این سطح غالباً شامل درمان‌های دارویی و روان‌درمانی می‌شود. روانپزشک، داروهای مورد استفاده‌ی بیمار را کنترل و سرکشی می‌کند و یک متخصص سلامت روان دیگر هم به اجرای روان‌درمانی می‌پردازد. زمانی که روانپزشک هم‌زمان به دارودرمانی و روان‌درمانی می‌پردازد، بهتر است که نوع روان‌درمانی که انجام می‌دهد دارای مولفه‌های توانبخشی اجتماعی باشد، مثل رفتاردرمانی شناختی یا مهارت‌آموزی گروهی.

درمان‌های سایکودینامیک

از میان روش‌های درمانی سایکودینامیک، رویکردهای کرنبرگ (۱۹۷۵)، آدلر و بویی^۱ (۱۹۷۹) و بتمن و فوناگی^۲ (۲۰۰۴)، بیشترین توجه را به خود اختصاص داده‌اند. در این بین، روش درمانی کرنبرگ از همه قدیمی‌تر است، مدل روابط شیئی او به لحاظ نظریه‌پردازی و تکنیک، کاملاً جامع و یکپارچه بوده و تاثیر قابل ملاحظه‌ای بر ادبیات روانکاوی به جا گذاشته است. روان‌درمانی بیانی^۳ کرنبرگ برای BPD یا سازمان شخصیت مرزی (BPO)، درمان مبتنی بر انتقال^۴ (TFT) نامیده می‌شود و بر سه عامل اصلی تاکید می‌کند: تفسیر، خنثی بودن تکنیکی^۵، و تحلیل انتقال. کانون تمرکز درمان بر رویارویی و حل و فصل تعارضات درون‌روانی قرار دارد. اهداف درمان نیز شامل افزایش کنترل تکانه و تحمل اضطراب، توانایی تنظیم و تعدیل عواطف، و شکل‌گیری روابط بین‌فردی باثبات می‌شود. علاوه بر این، TFT برای آماج^۶ درمانی از یک رویکرد سلسله‌مراتبی در سال اول درمان استفاده می‌کند. این آماج عبارتند از: مهار رفتارهای خودکشی‌گرایانه و خودآسیب‌رسان، رفتارهای مخرب درمان^۷، همانندسازی‌ها و تکرار الگوهای روابط شیئی که در ارتباط انتقالی تجربه می‌شوند (کلارکین^۸ و همکاران، ۲۰۰۱). همچنین، کرنبرگ برای آن دسته از درمانجویان مبتلا به BPD که از آشفتگی بیشتری برخوردارند، روان‌درمانی حمایتی^۹ را هم پیشنهاد می‌کند. همانند روان‌درمانی بیانی، روان‌درمانی حمایتی نیز بر اهمیت رابطه‌ی بین‌فردی در درمان (انتقال) تاکید می‌کند؛ با این تفاوت که در اوایل درمان، تفسیرهای کمتری ارائه می‌شود و فقط واکنش‌های منفی نسبت به درمانگر و درمان (انتقال منفی) مورد کاوش قرار می‌گیرد. هر دو روش درمانی، سال‌های زیادی به طول خواهد کشید و تمرکز اولیه‌ی آنها بر رفتارهای خودکشی‌گرایانه و رفتارهای مخرب درمان قرار دارد.

- 1 Adler & Buie
- 2 Bateman & Fonagy
- 3 expressive psychotherapy
- 4 transferencefocused therapy
- 5 technical neutrality
- 6 targets
- 7 therapy-destroying behaviors
- 8 Clarkine
- 9 supportive psychotherapy

درمان ذهنی‌سازی^۱ که توسط بتمن و فوناگی (۲۰۰۴) ایجاد شده، روش درمانی فشرده‌ای است که در رده‌ی درمان‌های دلبستگی قرار می‌گیرد. در این دیدگاه، BPD به عنوان نوعی اختلال دلبستگی تلقی می‌شود و بر الگوهای ارتباطی و عوامل ناهشیاری که موجب بازداری تغییر می‌شوند، تاکید می‌کند. «ذهنی‌سازی» به ادراک یا تعبیر و تفسیر کنش‌های ارادی خود فرد و دیگران اشاره دارد. با این حساب، کانون اصلی درمان ذهنی‌سازی، کمک به درمانجو است تا تجربه‌های ذهنی خود را به سطح هشیاری آورده و احساس منسجم و کاملی از عاملیت روانی^۲ را تسهیل کند. هدف این روش درمانی، افزایش ظرفیت درمانجو برای بازشناسی افکار و احساساتی است که تجربه می‌کند.

1 Mentalization therapy
2 mental agency

۳ مدل معطوف به نشانه^۱

این مدل بیان می‌دارد که آماج‌های دارودرمانی بایستی بر اساس سه بعد قرار بگیرد: نشانه‌ها یا ابعاد شناختی-ادراکی، عاطفی، و رفتاری-تکانشی. اعتقاد بر آن است که هر یک از این ابعاد و نشانه‌ها توسط سیستم‌های نوروترنسمیتری معینی تنظیم می‌شوند.

مدل معطوف به نشانه توسط پل سولوف (۱۹۹۸، ۲۰۰۰) پیشنهاد شده و به عنوان یکی از ابعاد اصلی کنترل BPD در راهنماهای درمانی انجمن روانپزشکی آمریکا (۲۰۰۱) پذیرفته شده است. در قسمت زیر، داروهای مناسب برای هر یک از نشانه‌های BPD مورد بررسی مختصر قرار می‌گیرد. به جدول شماره ۴ مراجعه کنید.

جدول شماره ۴. اطلاعاتی درباره‌ی اثربخشی داروهای مختلف بر نشانه‌های BPD (گاندرسون، ۲۰۰۸)

دارو	افسردگی / عدم کنترل عاطفی	نشانه‌های شناختی/ادراکی	خشم تکانشگری	اضطراب
تثبیت‌کننده‌های خلقی				
کلربامازپین	+/-	؟	++	؟
والپروآت	+/-	؟	++	؟
توپیرامات	+/-	؟	++	؟
لاموتریزین	+	؟	+	؟
ضدافسردگی‌ها				
SSRI	++	؟	++	+
سه حلقه ای ها	+/-	؟	-	+/-
بازدارنده‌های MAO	+	؟	+	+ (بدنی)
Dual-action	+	؟	؟	؟
آنتی سایکوتیک‌ها				
تیپیکال و غیر تیپیکال	+	++	+	+
بنزودیازپین‌ها	+/-	؟	-	+ (روانی)

توجه:

+/- تغییرات ممکن است مثبت یا منفی باشند
 ؟ تاثیرات آن هنوز معلوم نیست

- اثرات نسبتاً منفی
 + بهبودی نسبی
 ++ بهبودی کامل

مدل‌های دارودرمانی و درمان دارویی BPD

از دهه‌ی ۱۹۸۰ به بعد، درمان دارویی برای کنترل BPD، تقریباً به یک الزام درمانی تبدیل شده است، در حالیکه تا قبل از این دوره -به واسطه‌ی غلبه‌ی دیدگاه‌های تحلیلی- مداخلات دارویی فقط یکی از گزینه‌های درمانی بود. به دلیل سطوح بالای نشانه‌ها از یک‌سو، و نگرش‌های غلط نسبت به داروهای تجویز شده از سوی دیگر، انتخاب داروهای مناسب برای بیماران مبتلا به BPD نسبتاً دشوار است. اختلالات شخصیت به عنوان ترکیبی از آسیب‌پذیری‌های ژنتیکی و عوامل روانشناختی / اجتماعی، مفهوم‌سازی شده‌اند (گاندرسون، ۲۰۰۸). از آنجا که دست‌کم نیمی از وارینانس صفات شخصیتی از طریق عوامل ژنتیکی قابل تبیین است، بنابراین تردیدی وجود ندارد که سیستم‌های نوروترنسمیتری، ارتباط نزدیکی با این صفات داشته باشند (کوکارو و کاووسی، ۲۰۰۱؛ اسکودول و همکاران، ۲۰۰۲؛ به نقل از گاندرسون، ۲۰۰۸). با این مقدمه، طبیعی است که بسیاری از صفات شخصیتی و رفتارهای ناکارآمد بیماران مرزی، از طریق مداخلات داروشناختی قابل اصلاح و تعدیل باشند. امروزه مداخلات دارویی برای BPD، نوعی هنر بالینی تلقی می‌شود و مدل‌های مفهومی مختلفی برای آنها ارایه شده است:

۱ مدل متمرکز بر تشخیص^۱

طبق این مدل، BPD یک اختلال مجزا است و احتمالاً به داروهای مشخص و مجزایی پاسخ می‌دهد. این مدل، همپوشی واضح میان BPD و سایر اختلالات محور II و همچنین ناهمگنی ذاتی این اختلال را نادیده گرفته است.

۲ مدل خرده‌نشانه‌گانی^۲

این مدل بیان می‌دارد که BPD، بی‌تردید یکی از مشکلات زیرآستانه‌ای اختلالات محور I است و مداخلات دارویی بایستی اختلال محور I را آماج درمان قرار دهند. با این حال، دولان-سول و همکاران (۲۰۰۱) گزارش کرده‌اند که ارتباطات مجزا و مشخصی میان اختلالات خاص محور I و اختلالات خاص محور II وجود ندارد. داروهای استاندارد که برای BPD بکار می‌روند، شبیه همان داروهایی است که برای سایر اختلالات شخصیت استفاده می‌شوند.

1 diagnostically focused model

2 subsyndromal model

خشم / تکانشگری

تکانشگری که در اعمالی نظیر بی‌پروایی، مشروب‌خوری افراطی، بی‌بند و باری جنسی، و اقدام به خودکشی‌های تکانشی ظاهر می‌شود، یکی از مشکلات جدی در بیماران مبتلا به BPD است. دلایل محکمی برای وجود پیوند میان تکانشگری و خشم وجود دارد: اول اینکه هر دو علامت دارای پایه‌ی نوروبیولوژیکی مشترکی هستند (کوکارو و کاووسی، ۲۰۰۱)؛ ثانیاً، خشم غالباً به رفتار تکانشی منجر می‌شود. بسیاری از داروهای آنتی‌سایکوتیک و تثبیت‌کننده‌های خلقی در کاهش خشم و تکانشگری موثرند. برای مثال، مطالعه‌ی کنترل‌شده‌ی لینکس و همکاران (۱۹۹۰) نشان داد که لیتیوم ممکن است برای کاهش خشم و نشانه‌های خودکشی‌گرایی مفید باشد. در مطالعات دیگر، کاربامازپین موجب کاهش نشانه‌های تکانشگری، و آلپرازلام موجب افزایش قابل‌ملاحظه‌ی آن شده است (کودری و گاردنر^۱، ۱۹۸۸؛ گاردنر و کودری، ۱۹۸۶). برخی از مطالعاتی که بر روی والپروات^۲ (استین^۳ و همکاران، ۱۹۹۵)، لاموتریژین (پینتو^۴ و آکیسکال، ۱۹۹۸)، و کاربامازپین (دولافونت و لوتسترا^۵، ۱۹۹۴) انجام شده است، اثربخشی آنها را تایید کرده است. با این حال، محکم‌ترین شواهد، از مطالعات مربوط به اثربخشی لاموتریژین (تربت^۶ و همکاران، ۲۰۰۵) و توپیرامات (لوتو^۷ و همکاران، ۲۰۰۶) حاصل شده است. در مجموع، بسیاری از مطالعات نشان داده‌اند که تثبیت‌کننده‌های خلقی در کاهش خشم و خصومت و تکانشگری موثرند، ولی اثربخشی آنها در بهبود نشانه‌های افسردگی، علائم سایکوتیک، یا تثبیت خلق بیماران مبتلا به BPD بسیار محدود است. همچنین بسیاری از مطالعات (مثل، کوکارو و کاووسی، ۱۹۹۷) نشان داده‌اند که SSRIs (برای مثال، فلوکستین) تأثیرات اختصاصی بر روی بهبود پرخاشگری‌های تکانشی به جا می‌گذارند و اثربخشی آنها در کاهش خشم و تکانشگری، مستقل از تغییراتی است که در افسردگی و اضطراب ایجاد می‌شود. مطالعه‌ی مرسر^۷ و همکاران (۲۰۰۵) نیز نشان دهنده‌ی تأثیرات مثبت آنتی‌سایکوتیک‌ها در کاهش خشم و تکانشگری بیماران مرزی بود (به نقل از گاندرسون، ۲۰۰۸).

عدم کنترل عاطفی / افسردگی

بی‌ثباتی عاطفی بیماران مبتلا به BPD، شامل خلق دیسفوریک و نوسانات شدید خلقی است. اگرچه پژوهش درباره‌ی این بعد خاص BPD محدود است، اما رینه و همکاران (۲۰۰۲) دریافتند که فلووکسامین در بهبود تغییرات سریع خلقی در زنان مبتلا به BPD موثر است. گاندرسون (۲۰۰۸)

- 1 Cowdry and Gardner
- 2 Stein
- 3 Pinto
- 4 De La Fuente and Lotstra
- 5 Tritt
- 6 Loew
- 7 Mercer

معتقد است که تثبیت‌کننده‌های خلقی تأثیرات کمی بر تغییرات سریع خلقی دارد، اما به نظر می‌رسد آنتی‌سایکوتیک‌ها برای کنترل بحران‌های هیجانی شدید در کوتاه مدت مفید باشند. نشانه‌های افسردگی، بخش مهمی از بی‌ثباتی عاطفی بیماران مرزی را تشکیل می‌دهد و بررسی کارایی ضدافسردگی‌ها، موضوع بسیاری از پژوهش‌ها بوده است. قدیمی‌ترین طبقه‌ی ضدافسردگی‌ها (یعنی، سه حلقه‌ای‌ها) اثربخشی چندانی برای افسردگی بیماران مرزی نشان نداده‌اند (لینکس و همکاران، ۱۹۹۰) و حتی ممکن است نشانه‌های افسردگی را در این بیماران شدیدتر کنند (سولوف و همکاران، ۱۹۸۶). بازدارنده‌های مونوآمین‌اکسیداز (MAOIs) نیز اثرات محدودی در درمان BPD دارند. احتمالاً MAOIs برای بیماران مبتلا به افسردگی آتیپیک مفید باشد، یعنی بیمارانی که واکنش‌پذیری خلقی نشان می‌دهند و نشانه‌های آتیپیک مثل افزایش اشتها دارند (پارسونز^۱ و همکاران، ۱۹۸۹؛ کودری و گاردنر، ۱۹۸۸). به نظر می‌رسد که بهبود علامتی افسردگی بیماران مرزی در نتیجه‌ی درمان با SSRIs، مستقل از عواملی نظیر، تشخیص همبود افسردگی عمده، وجود یک ساب‌تایپ مرزی عاطفی، تاریخچه‌ی خانوادگی اختلال خلقی، یا سطح خلق افسرده‌ی فعلی بیمار باشد (سولوف، ۲۰۰۰). افسردگی عمده‌ای که در متن BPD اتفاق می‌افتد، احتمالاً نظاهر یک سندرم متفاوت از افسردگی عمده به تنهایی است. شواهد نشان می‌دهند که اپیزودهای بعدی افسردگی، بیشتر از طریق سطح سایکوپاتولوژی BPD قابل پیش‌بینی است، تا تاریخچه‌ی بیماری افسردگی (گاندرسون و همکاران، ۲۰۰۴؛ لینکس و همکاران، ۱۹۹۵). بنابراین، به منظور پیشگیری از اپیزودهای بعدی افسردگی در بیماران مرزی، بایستی کانون توجه مداخلات، بر درمان BPD متمرکز شود. به هنگام درمان اپیزود فعلی افسردگی عمده در بیماران مبتلا به BPD، معمولاً انتظار می‌رود که پاسخ به داروهای ضدافسردگی، هم با تاخیر همراه باشد و هم تا اندازه‌ای ناقص (نیوتن-هاوس^۲ و همکاران، ۲۰۰۶). به همین ترتیب، بیماران افسرده‌ی مبتلا به BPD ممکن است به الکتروشوک درمانی پاسخ دهند، اما اثربخشی این نوع درمان نیز در مقایسه با بیماران افسرده‌ی فاقد ابتلا به BPD از ثبات کمتری برخوردار است (فسکه^۳ و همکاران، ۲۰۰۴؛ زیمرمن و همکاران، ۱۹۸۶؛ به نقل از گاندرسون، ۲۰۰۸).

در مجموع، انجمن روانپزشکی آمریکا (۲۰۰۱) پیشنهاد کرده است که خط اول درمان افسردگی بیماران مرزی باید داروهای SSRIs باشند. این داروها نسبتاً امن هستند و عوارض جانبی کمی دارند. چنانچه داروی اول اثربخش نبود، بهتر است که داروی دوم باز هم از طبقه‌ی SSRIs انتخاب شود. طبقه‌ی MAOIs بیشتر برای بیمارانی مناسب است که نسبت به عوارض جانبی داروها نگران هستند و می‌توانند رژیم غذایی مورد نظر پزشک را رعایت کنند. علاوه بر داروهای ضد افسردگی، تثبیت‌کننده‌های خلقی نیز ممکن است برای نشانه‌های افسردگی بیماران مرزی مفید باشد (مرسر و همکاران، ۲۰۰۵؛ به نقل از گاندرسون، ۲۰۰۸).

- 1 Parsonse
- 2 Newton-Howes
- 3 Feske

نشانه‌های شناختی-ادراکی

نشانه‌های شناختی-ادراکی شایع در بیماران مبتلا به BPD عبارتند از: مسخ شخصیت، مسخ واقعیت، خطاهای حسی، عقاید انتسابی، و دوره‌های گذرای پارانوئید. بسیاری از کوشش‌های کنترل شده، اثربخشی داروهای آنتی سایکوتیک سنتی (با دوز پایین) را در کاهش نشانه‌های شناختی-ادراکی بیماران مرزی نشان داده‌اند (برای مثال، کودری و گاردنر، ۱۹۸۸؛ گلدبرگ و همکاران، ۱۹۸۶؛ سولوف و همکاران، ۱۹۹۳). همچنین، اثربخشی این داروها به نشانه‌های اضطراب، وسواسی-اجباری، عاطفی، و رفتارهای خودکشی گرایانه نیز گسترش می‌یابد. از میان آنتی سایکوتیک‌های آتیپیک، ریسپریدون، کلوزاپین، و اولانزپین، کارایی خود را در BPD نشان داده‌اند. برخی از مطالعات (مثل، پرلا^۱ و همکاران، ۲۰۰۷) نیز اثربخشی کوئتیاپین را در BPD گزارش کرده‌اند (به نقل از گاندرسون، ۲۰۰۸).

اگرچه آنتی سایکوتیک‌های آتیپیک به کاهش نشانه‌های شناختی-ادراکی کمک می‌کنند، اما مثل آنتی سایکوتیک‌های سنتی، طیف اثربخشی آنها گسترده است و پرخاشگری‌های تکانشی را هم کنترل می‌کنند. برای مثال، کلوزاپین علی‌رغم اثرات جانبی متعددی که دارد، به نظر می‌رسد که در کاهش آژیتاسیون و خودزنی‌های شدید موثر باشد. همچنین، اگرچه آنتی سایکوتیک‌های آتیپیک عوارض جانبی نورولوژیکی کمی دارند، اما متاسفانه به دلیل تأثیرات اندوکراین خاصی که دارند (مثل، افزایش وزن و / یا ایجاد دیابت)، پذیرش آنها شاید محدود باشد.

اضطراب

اضطراب شدید در بسیاری از بیماران مرزی شایع است، اغلب اوقات می‌تواند ناتوان کننده باشد، و ممکن است احتمال رفتارهای پرخطر را در این بیماران افزایش دهد. تظاهرات تیپیکال اضطراب در دو گروه کلی قرار می‌گیرد: (۱) اضطراب جسمی، و (۲) اضطراب روانی (که ممکن است تظاهرات فوبیک، وسواسی، یا اجتنابی داشته باشد). اضطراب جسمی با تکانشگری، رفتار ضداجتماعی، و سبک شناختی هیستریانیک ارتباط دارد. زمانی که این نوع اضطراب با عدم کنترل رفتاری همراه می‌شود، به بهترین وجه با SSRIs، تثبیت کننده‌های خلقی، یا آنتی سایکوتیک‌های دوز پایین قابل درمان است. اضطراب روانی در بیمارانی دیده می‌شود که آستانه‌ی پایینی برای تحمل تحریک دارند و دایما نگران خطر و آسیب هستند. این بیماران معمولاً تاریخچه‌ی سوءاستفاده دارند. این نوع اضطراب، احتمالاً با بنزودیازپین‌هایی نظیر کلونازپام و سایر داروهایی که سیستم گابا را تحت تأثیر قرار می‌دهند (مثل، داروی ضد تشنج گاباپنتین)، قابل درمان است (نمروف، ۲۰۰۳).

بسیاری از اختلالات اضطرابی (برای مثال، PTSD) همایندی مرضی با BPD دارند. اگرچه برخی از مطالعات موردی، اثربخشی نالترکسون را در کاهش فلش‌بک‌ها و رفتارهای خودزنی بیماران مرزی نشان داده‌اند (اسکمهل و همکاران، ۱۹۹۹)، با این حال مطالعه‌ی کنترل شده‌ی فیلیپسن^۲ و همکاران (۲۰۰۴) فواید قابل ملاحظه‌ی این دارو را در کاهش حالات تجزیه‌ای حاد، نشان گزارش نکرده است (به نقل از گاندرسون، ۲۰۰۸).

1 Perrella
2 Philippsen

رفتار درمانی دیالکتیکی

مارشا لینهان^۱ (۱۹۹۳) نوعی روش درمانی موسوم به رفتار درمانی دیالکتیکی^۲ (DBT) برای کمک به بیماران مرزی ابداع کرده است که به سطح دوم درمانی تعلق دارد. درمان بیمارانی که ملاک‌های اختلال شخصیت مرزی را به طور کامل دریافت می‌کنند، به صورت بستری بیمارستانی، هم‌گران تمام می‌شود و هم بسیار وسیع است، (حدود ۴۰ درصد از خدمات روانپزشکی سطح بالای آمریکا). لذا DBT در ابتدا بعنوان یک برنامه‌ی درمانی «سرپایی» برای آن دسته از بیماران مرزی در نظر گرفته شد که بگونه‌ای مفرط، خودکشی‌گرا بودند (لینهان و همکاران، ۲۰۰۳). در اصل، کاهش مدت و فراوانی بستری شدن، بخش مهمی از فلسفه‌ی DBT را تشکیل می‌دهد. جهت‌گیری نظری رویکرد DBT، آمیزه‌ای از این سه دیدگاه نظری است: علوم رفتاری، فلسفه‌ی دیالکتیکی، و اعمال ذن^۳ (لینهان و دکستر-مازا^۴، ۲۰۰۸). در واقع، DBT رویکردی است که پذیرش و همدلی مراجع محور را با حل مسئله‌ی رفتاری-شناختی و آموزش مهارت‌های اجتماعی ترکیب می‌کند (دیویسون و همکاران، ۲۰۰۷). همچنین، برخی از اجزاء DBT از دیدگاه نظری درمان با تجربه هیجانی اصلاحی^۵ فرانتس الکساندر و برخی از مکاتب فلسفی خاوری یا مشرق زمین (مانند ذن) گرفته شده‌اند. رفتار درمانی دیالکتیکی استاندارد، از چهار نوع مداخله تشکیل می‌شود: جلسات درمانی ساختاریافته‌ی گروهی (برای مهارت‌آموزی) به مدت ۲ ساعت در هفته، جلسات انفرادی به مدت یک ساعت در هفته، تماس‌ها یا مشاوره‌های تلفنی با درمانگر (برای کاهش رفتارهای خودکشی‌گرایانه و اطمینان از تعمیم مهارت‌آموزی به خارج از جلسات درمانی) و جلسات تیم متخصصان به منظور حمایت از درمانگران DBT و جلوگیری از فرسودگی شغلی. (باهس^۶ و همکاران، ۲۰۰۰؛ سولر^۷ و همکاران، ۲۰۰۹). روش درمانی لینهان، بر یک دیدگاه دیالکتیکی از جهان استوار است، نظریه‌ی جامع از BPD ارائه می‌کند و دارای چارچوبی تئوریک برای فهم رفتارهای مخل درمان است. در ادامه به بررسی نظریه‌ی زیرساز DBT یعنی، نظریه‌ی بیوسوشیال لینهان می‌پردازیم و سپس وارد اهداف، مراحل، مفاهیم و راهبردهای درمانی می‌شویم.

1 Marsha Linehan
2 Dialectical Behavior Therapy
3 Zen practice
4 Dexter-Mazza
5 corrective emotional experience
6 Bohus
7 Soler

نظریه‌ی بیوسوشیال لینهان

لینهان بر بدکارکردی و بدتنظیمی هیجانی و محیط باطل کننده یا بی‌اعتبارساز هیجان در پیدایش یا پدیدآیی مرضی اختلال شخصیت مرزی تمرکز می‌کند. نظریه بیوسوشیال لینهان بیان می‌کند که BPD، اساساً نوعی «بدکارکردی در سیستم تنظیم هیجان» است و الگوهای رفتاری مشاهده شده در بیماران مرزی، در واقع نتایج غیرقابل اجتناب همین بدکارکردی در سیستم تنظیم هیجان است (چه هیجان‌های مثبت چه هیجان‌های منفی). به عقیده‌ی لینهان، بدتنظیمی هیجانی از آسیب‌پذیری هیجانی ناشی می‌شود. آسیب‌پذیری هیجانی به نوعی آمادگی بیولوژیکی جهت ابتلا به بی‌ثباتی عاطفی اشاره داشته و معمولاً شامل حساسیت و واکنش‌پذیری افراطی به محرک هیجانی و بازگشت کند یا تاخیری به «خط پایه»^۱ی برانگیختگی هیجانی می‌شود. بسیاری از مطالعات نشان داده‌اند که بیماران مبتلا به BPD، در مقایسه با گروه‌های غیر BPD، شدت و عمق بیشتری از هیجانانگیز و یا تغییرپذیری بیشتری در تجارب هیجانی را تجربه می‌کنند. از دیدگاه لینهان، مشکل در تنظیم هیجان‌ها، هسته اصلی پاتولوژی مرزی را تشکیل می‌دهد (لینهان و دکستر-مازا، ۲۰۰۸). بر این اساس، نقص‌هایی که در تنظیم و تعدیل هیجان‌ها وجود دارد، بواسطه ناتوانی بیماران مرزی در زمینه‌های زیر می‌باشد:

بازداری رفتارهای فاقد کارکرد وابسته به خلق

سازماندهی رفتار در قالب اهدافی مشخص؛ (بیمار حتی زمانی که خلق نسبتاً متعادلی دارد، باز هم

در این زمینه ناتوان است)

عدم توجه به محرک‌های برانگیزاننده‌ی هیجان (توانایی در زمینه حواس برگردانی)

اجتناب شناختی و عاطفی از هیجان‌ها و تجربه‌ی هیجان منفی و افراطی ثانویه

محیط بی‌اعتبارساز

به عقیده‌ی لینهان آنچه باعث پیچیدگی آسیب‌پذیری هیجانی می‌شود یک محیط بی‌اعتبارساز^۲ است که طی آن، چهره‌های مهم زندگی تجارب عاطفی و هیجانی کودک را بی‌اعتبار می‌کنند. چنین شرایطی می‌تواند یا در یک خانواده به ظاهر سالم و کامل^۳ دیده شود (خانواده‌هایی که وجود

1 baseline

2 invalidating environment

3 perfect

مشکلات را انکار می‌کنند و به ظاهر تعارضات کمی دارند) و یا در یک خانواده آشفته^۱ (خانواده‌ای که با تعارضات، روابط شکننده، اعتیاد و غیره متزلزل شده است). چنین خانواده‌هایی هیجان‌های منفی مثل خشم و غم را یا نادیده می‌گیرند و یا در تحمل کردن آنها مشکلات جدی دارند؛ هر کس مسئول مشکلات خود تلقی شده و خودش باید شخصاً به فکر یافتن راه حل برای مشکلاتش باشد؛ شکست، ناکامی و درد هیجانی را به مشکلات نگرشی (یا دیدگاه کودک) و یا تنبلی او نسبت می‌دهند و فرد به سادگی می‌بایستی بر تمام چالش‌های زندگی غلبه کند. چنین خانواده‌هایی بصورت رادیکال، پیچیدگی فرد و فرایند حل مسأله را ساده و پیش و پا افتاده تلقی می‌کنند. آسان‌ترین روش برای نشان دادن ماهیت این محیط بی‌اعتبارساز، مقایسه آن با محیطی است که مهارت‌های تنظیم هیجان را به شیوه‌ای موثرتر و کارآمدتر پرورش می‌دهد. برای مثال، در یک خانواده سالم زمانی که کودک می‌گوید تشنه هستم، پاسخ والدین به سادگی دادن یک لیوان آب به فرزند است، نه اینکه بگویند «نه، تو که تشنه نیستی»؛ زمانی که کودک گریه می‌کند والدین مشتاق‌اند که او را آرام کنند و تلاش می‌کنند بفهمند کجای کار اشتباه است نه اینکه بگویند «کافیه، دیگه صدای گریه نشنوم»؛ زمانی که کودک می‌گوید من کارم را به بهترین نحو انجام دادم، والدین با حرف وی از در تایید در می‌آیند نه اینکه بگویند «نه، تو که کاری نکردی». آنچه که در این موارد بر اهمیت تر است این احساس کودک است که فکر می‌کند «والدین او را از سر خودشان باز کرده‌اند» نه صرف احساس ناکامی.

در یک خانواده سالم و مطلوب به لحاظ جو روانی، ترجیحات و تمایلات شخصی کودک (مثلاً لباس‌ها، رنگ اتاق و غیره) به حساب آورده می‌شوند. پاسخ‌های هماهنگ و غیر آزارنده‌ی والدین منجر به رشد کودکانی می‌شود که توانایی بهتری در تمایز قایل شدن میان حالات هیجانی خود و دیگران دارند. در مقابل، در یک محیط بی‌اعتبارساز، پاسخ‌های والدین به تظاهرات هیجانی کودک با هیجان‌های زیربنایی او همخوان نیست. به این معنی که یا به کل هیجانانگیز کودک را بی‌پاسخ می‌گذارند و یا اینکه واکنش‌های منفی و شدید نشان می‌دهند. تفاوت‌ها و مغایرت‌های مداومی که کودک بین «تجربه درونی خویش» با «پاسخ‌هایی که از محیط به عنوان واقعیت بیرونی خود» دریافت می‌کند، شالوده‌ی شکل‌گیری بسیاری از نقص‌های رفتاری است که در BPD با آن مواجه هستیم. در خانواده‌های بیماران BPD، والدین «تجربه‌های هیجانی دردناک» فرزندشان را ناچیز و بی‌اهمیت قلمداد می‌کنند و حتی آنها را به نقص‌های شخصی خود کودک مثل، نداشتن عرضه برای کسب یک دیدگاه مثبت‌تر، بی‌نظمی، تنبلی و غیره نسبت می‌دهند. گذشته از این، «هیجان‌های مثبت شدید» کودک را باز به حساب صفات منفی او می‌گذارند مثل، نداشتن قضاوت و درک درست، تکانشی بودن، بی‌فکر عمل کردن و غیره (لینهان، ۱۹۹۳).

شکل افراطی یک محیط خانوادگی بی اعتبارساز و بیمارگونه، سوءاستفاده جسمی یا جنسی از کودک است (دیویسون و همکاران، ۲۰۰۷). نتیجه‌ی نهایی این محیط بی اعتبارساز این است که کودک، احساسات درونی خودش را عاری از اعتبار بداند و خودش را مجبور کند که راه‌های درست تفکر و احساس را در محیط اطرافش بیابد، نه در درون خودش. بی اعتبار سازی هیجان‌ها بویژه هیجان‌های منفی، از خصایص جوامعی است که اهمیت فوق العاده‌ای برای موفقیت و خودکنترلی فردی قایل است و حتی آن را رواج می‌دهد؛ پدیده‌ای که در فرهنگ جامعه‌ی غرب کاملاً متداول است (لینهان، ۱۹۹۳).

به طور خلاصه نظریه لینهان بیان می‌دارد که بیماران مبتلا به BPD با نوعی آسیب‌پذیری زیستی اولیه در زمینه‌ی تنظیم هیجان متولد می‌شوند (آسیب‌پذیری هیجانی). این آسیب‌پذیری، با یک محیط خانوادگی ناسالم و والدینی بی‌کفایت همراه می‌شود (محیط بی‌اعتبار کننده). در نتیجه‌ی این همراهی نامیمون، کودک، بسیاری از مهارت‌های لازم در زمینه‌ی تنظیم هیجان‌ها و روابط بین‌فردی را یاد نمی‌گیرد. محصول نهایی چنین وضعی، شکل‌گیری اختلال شخصیت مرزی است. لینهان رابطه میان فرد و محیط را دو طرفه می‌داند و معتقد است هر رفتاری، در هر مقطع زمانی، نتیجه‌ی تاثیرگذاری متقابل دو عنصر شخص و محیط پیرامون اوست، پدیده‌ای که در نظریه یادگیری اجتماعی، «جبرگرایی متقابل»^۱ نامیده می‌شود. بسیاری از افرادی که با نوعی آسیب‌پذیری سرشتی اولیه نسبت به تنظیم هیجان‌ها متولد می‌شوند، به BPD مبتلا نمی‌شوند، چراکه نظریه لینهان بخوبی بیان می‌کند علاوه بر آسیب‌پذیری هیجانی، یک محیط خانوادگی ویژه نیز برای شکل‌گیری صفات BPD لازم است.

الگوهای رفتاری بیماران مبتلا به BPD

لینهان (۱۹۹۳) بر اساس نظریه‌ی بیوسوشیال خود، الگوهای رفتاری^۱ بیماران مرزی را در ۳ محور سازمان‌دهی کرده است:

- ۱ آسیب‌پذیری هیجانی در مقابل بی‌اعتبارسازی
- ۲ انفعال فعال در مقابل کفایت ظاهری
- ۳ بحران‌های نامنعطف در مقابل اندوه‌بازداری شده

عضو اول هر جفت، نشانگر تاثیرات فیزیولوژیکال قوی بر تنظیم هیجان است، در حالی که عضو دوم هر جفت انعکاسی از تاثیرات پاسخ‌های محیطی بر رفتارهای هیجانی افراد است. چنین مدلی از الگوهای رفتاری، نشان دهنده‌ی یک پارادایم دیالکتیکی است که در آن، هر عضو یک محور رفتاری، مستقیماً با عضو دیگر در رابطه‌ی متقابل است تا موجب تغییر در فرد شود. اگر چه این محورها عمدتاً به پریشانی و رفتارهای ناکارآمد مربوط می‌شوند، ولی مهم‌تر از همه فرایند درمان را به چالش می‌کشند. در پدیدآیی مرضی^۲ اختلال شخصیت مرزی، تعاملات درون هر یک از جفت‌ها، فرایندهای ناکارآمد و رفتارهای مشاهده شده در افراد مرزی را بوجود می‌آورند. یکی از کارکردهای مهم DBT تاثیرگذاری بر الگوهای رفتاری به شیوه‌ای است که بیمار مرزی به سمت تعادل نسبتاً ثابت در مرکز هر یک از محورها حرکت کند، نه این که بین دو طیف افراطی در نوسان باشد.

آسیب‌پذیری هیجانی در مقابل بی‌اعتبارسازی^۲

آسیب‌پذیری هیجانی، ویژگی مرکزی BPD است و به نوعی الگوی رفتاری ویژه اشاره دارد که در بین افراد مرزی دیده می‌شود. پاسخدهی مکرر و شدید به محرک‌های هیجانی، از ویژگی‌های این الگوی رفتاری است. بیمار مرزی با تلاش جهت تعدیل هیجانانش، بصورت ناموفق بین اجتناب کردن یا تسلیم شدن به محرک‌ها در نوسان است. آسیب‌پذیری هیجانی باعث می‌شود تا بیمار مبتلا به BPD در اغلب اوقات به لحاظ هیجانی برانگیخته باشد. نتیجه‌ی این برانگیختگی بالا،

1 behavioral patterns

2 pathogenesis

3 emotional vulnerability versus invalidation

1 reciprocal determinism

بی‌ثباتی رفتاری و کنترل ضعیف بر هیجان‌ها، برانگیختگی فیزیولوژیکی، تظاهرات چهره‌ای، زبان بدن، و ارتباطات بین‌فردی است. علاوه بر این، آسیب‌پذیری هیجانی با تجربه‌ی پدیدارشناختی «خارج از کنترل بودن» همراه می‌شود. برانگیختگی هیجانی شدید بیماران مبتلا به BPD دارای چند ویژگی است. اول اینکه، هیجان‌ها، رویدادهای فیزیولوژیکی تک بعدی نیستند، بلکه پاسخ‌های هیجانی بعنوان یک نظام پردازش کامل، شامل پاسخ‌های تجربی (حسی)، شناختی، رفتاری / بیانی^۱ و فیزیولوژیکی می‌شود. بنابراین، ناتوانی بیمار مرزی نباید به سادگی بعنوان «بدتنظیمی صرفاً فیزیولوژیکی» مفهوم‌سازی شود، بلکه باید بعنوان نوعی بدتنظیمی هیجانی که شامل تعامل پیچیده‌ی فرآیندهای واکنش هیجانی گوناگون است، تلقی شود. دوم اینکه، برانگیختگی هیجانی شدید حتی ممکن است موجب گسیختگی رفتارهایی شود که معمولاً برنامه‌ریزی شده، تنظیم شده و کارآمد هستند، و در نتیجه باعث فرسودگی هر چه بیشتر بیمار و تشدید هیجان‌های منفی شود. مضاف بر اینکه، برانگیختگی بالا با تفکر دوقطبی^۲، نشخوار ذهنی و اجتناب یا رفتارهای تهاجمی در رابطه است. نهایتاً اینکه عدم توانایی برای تنظیم برانگیختگی هیجانی شدید، باعث شکل‌گیری احساس‌های ترسناک کنترل‌ناپذیری و پیش‌بینی‌ناپذیری واکنش‌های هیجانی در بیمار می‌شود (لینهان و هیرد، ۱۹۹۲؛ میلر، راتوس، و لینهان، ۲۰۰۷).

لینهان (۱۹۹۳) بیماران مبتلا به BPD را معادل روانشناختی بیماران سوختگی سطح سوم می‌داند. او معتقد است بیماران مرزی هیچ‌گونه «پوست هیجانی» ندارند و ظریف‌ترین احساس لمس یا حرکت، ممکن است موجب درد هیجانی شدیدی در آنها شود. به همین دلیل است که در موارد افراطی، بیمار در یاس و نومیدی عمیقی فرو می‌رود و معتقد می‌شود که تنها راه حل ممکن، خودکشی است. در این مواقع، قصد بیمار از خودکشی، همانا تنبیه دیگران است، چرا که اطرافیان یا درد او را درک نمی‌کنند، یا اینکه توانایی کمک به او را ندارند. جملاتی مثل، «لحظه به لحظه دارم زجر می‌کشم ... تعجب می‌کنم چرا تا الان خودمو نکشتم»، یا «حالا می‌بینید که بالاخره یه روز با خودکشی از دنیا میرم»، و اظهاراتی از این دست، ممکن است نمایشی به نظر برسند، اما حقیقت آن است که تمامی جملات بالا نشان‌دهنده‌ی آخرین تلاش‌های نومیدانه و دردناک بیمار برای رساندن این پیام واقعی به دیگران است که «تنها هستم، در حال له شدنم، و به شدت درمانده و مستاصلم».

الگوی رفتاری «بی‌اعتبارسازی» - که درباره‌ی آن بحث شد - شامل بی‌اثر کردن تجارب هیجانی فرد و جستجوی خستگی‌ناپذیر دیگران، جهت رسیدن به یک درک دقیق از واقعیت‌های بیرونی و درونی، و همچنین ساده‌سازی بیش از حد پیچیدگی حل‌مساله است. چنانچه هیجان‌ها و عقاید

1 expressive

2 dichotomous thinking

فرد دائماً بی‌اعتبار شود، نتیجه آن خواهد بود که تدریجاً شروع می‌کند به شک و تردید پیرامون اینکه واقعاً به چه چیزی باید اعتقاد داشته باشد؟ واقعاً چه احساسی باید داشته است؟ آیا درک درونی خودش از احساسات و هیجان‌ها که تجربه می‌کند درست است یا آنچه که محیط به او القاء می‌کند؟ ... و در نهایت از اعتماد کردن به خود ناتوان می‌شود. در نتیجه، فرد، پاسخ‌ها و ادراکات خویش را در مسیر هماهنگی و هم‌رنگی با محیط بیرونی، بی‌اعتبار می‌کند؛ زیرا هم‌رنگی با محیط غالباً مستلزم این است که فرد تظاهرات و تجارب هیجانی خودش را بازداری کند. بیماران مرزی که تدریجاً یاد می‌گیرند بی‌اعتبار بودن پاسخ‌های درونی خود را مسلم بدانند، ممکن است برای اعتبار بخشیدن به خود پنداره، اهداف بلندمدت، ارزش‌ها و استنباط این‌که چگونه فکر یا احساس کنند، به محیط بیرون متوسل شوند. تکیه به دیگران برای تحکیم خود پنداره ممکن است منجر به روابط بین‌فردی شدید و تلاش جهت اجتناب از «ترک شدن و احساس‌های رهاشدگی» شود. پذیرفتن و گردن نهادن به انتظارات محیط، کراراً به شکست و ناکامی بیمار منتهی می‌شود و چنین شکستی، اگر منجر به نفرت از خود نشود قطعاً به عدم اعتماد و اطمینان به خویش منتهی خواهد شد. الگوی رفتاری بی‌اعتبارسازی که شامل فقدان اعتماد بنفس و تکیه بر تعیین‌کننده‌های بیرونی هیجان‌ها می‌شود، نهایتاً منجر به شکایات بیمار از مشکلات هویت و احساس‌های پوچی و تهی بودن می‌گردد. سرانجام در خانواده‌ای که هیجان‌های منفی مثل خشم نادیده گرفته می‌شوند، بیمار مرزی به این نتیجه می‌رسد که تنها رفتارهای افراطی (یعنی خودزنی‌های پیاپی و اقدام و تهدید به خودکشی) باعث جلب توجه، اعتبار بخشیدن و مهم تلقی کردن هیجان‌اتش از سوی دیگران می‌شود.

انفعال فعال در مقابل کفایت ظاهری^۱

الگوی رفتاری «انفعال فعال» به الگوی بیماران مرزی جهت نزدیک شدن به مشکلات، به شیوه‌ی «منفعل و ناامیدانه»، شک و تردید به توانایی خود برای حل مشکلات و در عین حال، «فعالانه» و خودکار در پی کمک برآمدن از محیط اشاره دارد. در نتیجه‌ی یک محیط بی‌اعتبار ساز، بیمار به تجارب و ادراکات خودش بی‌اعتماد می‌شود و نوعی الگوی درماندگی آموخته‌شده به همراه گرایش به کمک گرفتن دائمی از دیگران شکل می‌گیرد. زیرا محیط فرد مرزی عمدتاً توجهی به مشکلات او نمی‌کند و هیچگاه مهارت‌های مساله‌گشایی ضروری را به وی آموزش نمی‌دهد. سندرم انفعال فعال ممکن است کاملاً در نتیجه‌ی تجارب یادگیری شکل نگرفته باشد، چرا که اطلاعاتی در دست است که نشان می‌دهد افرادی که از واکنش‌پذیری خودکار بالایی برخوردارند،

1 active passivity versus apparent competence

با احتمال بیشتری «سبک‌های خود تنظیمی منفعل^۱» را که شامل تنظیم بیرونی توسط محیط است، ترجیح می‌دهند (الباز^۲ ۱۹۸۵؛ به نقل از لینهان و هیرد، ۱۹۹۲). گاهی اوقات وابستگی به دیگران جهت مسأله‌گشایی، امکان رهاشدن را در ذهن بیمار مرزی بزرگتر و تهدید کننده‌تر از حد واقعی جلوه می‌دهد و ممکن است اولین ملاک DSM-IV (تلاش‌های دیوانه‌وار برای اجتناب از احساس‌های رهاشدگی) را تا اندازه‌ای تبیین کند.

سندرم «کفایت ظاهری» اشاره به گرایش موقتی یا گهگاهی بیماران مرزی برای کفایت ظاهری دارد، زیرا کفایت‌های واقعی فرد به تمام موقعیت‌های مشابه و حالت‌های خلقی مختلف تعمیم نیافته است. برای مثال، فرد ممکن است امروز از اضطراب یا افسردگی رهایی پیدا کند، اما فردا فاقد این توانایی باشد؛ یا ممکن است در محیط کاری کاملاً قاطعانه رفتار کند، اما نتواند قاطعیت خود را در روابط بین فردی صمیمی نشان دهد؛ یا این که در دفتر روانشناس بر روی تکانه‌هایش کنترل خوبی داشته باشد ولی نتواند قدرت مهار تکانه‌ها را به بیرون از دفتر درمانگر تعمیم دهد. این «کفایت ظاهری» به تداوم محیط بی‌اعتبار ساز کمک می‌کند، زیرا دیگران این طور برداشت می‌کنند که ناتوانی‌های بیمار، ساختگی و تصنعی است و در نتیجه فریادهای کمک طلبی او را نادیده می‌گیرند.

بحران‌های نامنعطف در مقابل اندوه بازداری شده^۳

«بحران‌های نامنعطف یا پی‌درپی» به حالتی از فشار هیجانی مداوم اطلاق می‌شوند که بیمار مرزی غالباً در آن گیر می‌افتد. تروماهای تکرار شونده‌ی زندگی، آسیب‌پذیری هیجانی، مهارت‌های بین‌فردی فاقد کفایت و کارایی، و همچنین حمایت اجتماعی ناکافی (مثل، محیط بی‌اعتبارساز و روابط ناپایدار)، همگی به تداوم و تکرار بحران‌های زندگی بیمار مرزی دامن می‌زنند. تحمل پائین ناکامی و پریشانی، واکنش‌پذیری بالا و افراطی و نقص در اکثر مهارت‌های زندگی، احتمال مواجه شدن با موقعیت‌های استرس‌زا را افزایش داده و حتی استرس‌ورهای خفیف را تشدید می‌کنند. نظریه‌ی لینهان از این فرضیه که افراد مرزی به راحتی نمی‌توانند به خط پایه‌ی هیجانی (یا تعادل هیجانی) برسند، حمایت کرده و بنابراین دوره‌ی طولانی‌تری از عواطف و شناخت‌های دردناک را در طول بحران تجربه می‌کنند. با توجه به این حالات بحرانی حاد و مزمن، و ناتوانی جهت تحمل یا تعدیل آن‌ها، بیمار مرزی برای فرار از درد و کرحتی، به این

نتیجه می‌رسد که خودکشی یک گزینه‌ی خوب و عملی است. بحران‌ها معمولاً شامل یک فقدان هستند؛ هر چند فرایند سوگواری یا اندوه به خوبی درک نشده است، فقدان‌های عمده در زندگی مستلزم دوره‌هایی از سوگواری یا اندوه برای بهبود کافی از حادثه هستند. اندوه بازداری شده به «بازداری» بیمار مرزی یا «دوره‌ی کوتاه مدت» فرایند اندوه اشاره دارد. افراد مرزی از این که هنگام مواجهه با درد و احساس تهی‌بودن مرتبط با فقدان - که حالتی طبیعی است و مورد تایید همه است - در هم کوبیده شوند و نتوانند پاسخ‌های هیجانی خود را کنترل کنند، می‌ترسند. بدین ترتیب هنگامی که بیمار با علائم اولیه‌ی مربوط به فقدان یا تروما روبرو می‌شود، اندوه خود را بازداری می‌کند. بنابراین شبیه حالات PTSD، فرد ممکن است از افکار و سواسی و نشخوار ذهنی مربوط به فقدان و حوادث بزرگ، حمله‌های وحشت‌زدگی، پدیده‌ی تجزیه، بی‌خوابی، اضطراب مزمن و دیگر الگوهای مرتبط با اندوه و ترومای حل نشده، در رنج باشد. مواجهه‌ی مکرر بیمار مرزی با فقدان (مانند زنا با محارم، عزت نفس پایین، روابط شکننده، مسایل اقتصادی و...) منجر به تجربه‌ی مکرر بحران می‌شود. در این مواقع، بیمار بین دو حالت افراطی، یعنی واکنش‌پذیری بالا نسبت به بحران‌های دایمی و اندوه بازداری شده، در نوسان است (لینهان و هیرد، ۱۹۹۳).

1 passive self-regulation styles

2 Elias

3 unrelenting crises versus inhibited grieving

فصل دوم
رفتار درمانی دیالکتیکی

مفهوم دیالکتیک

لینهان (۱۹۹۳) معتقد است که فهم فلسفه و تئوری زیربنایی DBT حایز اهمیت است، چرا که تعیین کننده‌ی نگرش درمانگر به رنج بیمار مبتلا به اختلال شخصیت مرزی است. اما چرا لینهان برای توضیح روش درمانی خود، اصطلاح دیالکتیک را بکار برده است؟ وی مفهوم دیالکتیک را از هگل گرفته است. در دیدگاه هگل، دیالکتیک «سیر اندیشه» است از طریق «تز^۱» (وضع موجود)، «آنتی تز^۲» (وضع مقابل) و «سنتز^۳» (وضع مجامع). در فلسفه‌ی هگل، تز، ایجاب است و آنتی تز، سلب یا نفی آن و سنتز، نفی نفی، که عبارت است از حفظ نتایج صحیحی که از تقابل دو مقدمه‌ی پیشین ناشی می‌شود. به معنای دیگر، لینهان معتقد است که اصطلاح دیالکتیک به این عقیده اشاره دارد که حقیقت، نتیجه‌ی تنش دایمی بین اهداف یا موضوعات مختلف است. هر اتفاقی - که تز نامیده می‌شود - گرایشی به تولید یک نیروی مخالف خود دارد (که آنتی تز نامیده می‌شود) و تضاد میان اهداف و اندیشه‌ها از طریق خلق یک اتفاق جدید (که سنتز نامیده می‌شود)، برطرف خواهد شد (لینهان و دکستر-مازا، ۲۰۰۸). بعنوان مثال، کامران عاشق کنایون است (تز)، ولی از آنجا که به تازگی در کنایون خصایصی را دیده که منجر به رنجش او شده، تدریجاً شک کرده که آیا واقعاً عاشق کنایون هست یا نه (آنتی تز). در نهایت، کامران به درک این حقیقت می‌رسد که می‌تواند همچنان عاشق کنایون بماند، علی‌رغم اینکه، کنایون نقاط منفی و قصورهای خاص خود را دارد. شاید حتی به خاطر همان خصایص منفی که در او دیده، همچنان عاشقش مانده است (سنتز). همان‌طور که اندیشه‌ی هگلی توضیح می‌دهد، سنتز عبارت از «حفظ» نتایج صحیحی است که از تقابل دو مقدمه‌ی پیشین ناشی می‌شود. بنابراین، لینهان از این اصطلاح برای اشاره به واقعیت بیمار مرزی استفاده می‌کند تا بگوید که لازم نیست جهان و حقیقت جهان را به دو بخش کاملاً سیاه و کاملاً سفید دو تکه کند، بلکه می‌تواند به سنتزی از اهداف و موضوعات متضاد برسد. یعنی به جای اینکه دوست، معشوق یا همسر، کاملاً بد (تز) یا کاملاً خوب (آنتی تز) فرض یا تصور شود، می‌تواند انسانی با مجموعه‌ای از ویژگی‌های مثبت و منفی در نظر گرفته شود (سنتز).

در واقع، دیالکتیک به «ماهیت اساسی واقعیت^۴» اشاره دارد و آن را به عنوان امری پیوسته و دایم،

- 1 thesis
- 2 antithesis
- 3 synthesis
- 4 fundamental nature of reality

پویا، و کل‌نگرانه^۱ می‌نگرد. DBT که بر یک دیدگاه دیالکتیکی از جهان استوار است، بر این سه اصل تاکید می‌کند

۱ اصل تمامیت^۲ و واقعیت و داشتن ارتباطات یا مناسبات مشترک درونی^۳

۲ اصل تضاد یا قطبیت^۴

۳ اصل تغییر پیوسته^۵ و دایم

اصل اول به این معناست که هر سیستمی یک کل واحد است و افراد نه در انزوا، که در ارتباط با سیستم قرار دارند. مشابه نظریه‌های سیستمی و بافت‌گرا، دیدگاه دیالکتیکی هم معتقد است که تجزیه و تحلیل بخشی از انسان واجد ارزش محدودی است، مگر اینکه تحلیل ما به کلیت وجودی وی تشریح پیدا کند. اصل دوم به این معناست که درون هر چیزی یا هر سیستمی، نوعی قطبیت وجود دارد. برای مثال، فیزیکی‌دان نمی‌تواند حتی کوچکترین مولکول را به مولکول دیگر کاهش دهد. هر جا که ماده‌ای وجود دارد، یک ضدماده هم وجود خواهد داشت، دقیقاً همان‌طور که درون یک اتم هم پروتون وجود دارد و هم الکترون. واقعیت بیرونی بصورت یک ساختار ایستا در نظر گرفته نمی‌شود، بلکه ترکیب نیروهای متضاد و پویای تز و آنتی تز باعث تشکیل نیروی سومی بنام سنتز می‌شود.

تمامی قضایا در دل خود حامل اضداد خود هستند. فرض لینهان بر این است که واقعیت، اساساً ماهیتی پارادوکسیکال دارد؛ مضاف بر اینکه هر واقعیتی در برابر واقعیت ضد خود نیز قد علم می‌کند. این خصیصه‌ی دیدگاه دیالکتیکی، تغییر مداوم یا پیوسته نامیده می‌شود. به عقیده‌ی لینهان، از سنتز همیشگی تز و آنتی تز است که تغییر به وجود می‌آید و از آنجا که نیروهای متضاد و جدید همیشه در سنتز وجود دارند، فرایند تغییر نیز دایمی و همیشگی است (لینهان و دکستر-مازا، ۲۰۰۸). در DBT، تضاد و تنش دایمی در درون هر سیستم - مثبت و منفی، خوب و بد، فرزند و والد، درمانجو و درمانگر، فرد و محیط - و انسجام و یکپارچگی آنهاست که تغییر ایجاد می‌کند. حالت جدیدی که به دنبال سنتز ایجاد می‌شود نیز ترکیبی از نیروهای متضاد است؛ بدین ترتیب، تغییر، روند پیوسته‌ای است که ماهیت اصلی زندگی را تشکیل می‌دهد (میلر، راتوس، و لینهان، ۲۰۰۷).

بتمن و فونانگی (۲۰۰۴) معتقدند که جنبه‌های دیالکتیکی DBT، همپوشی قابل ملاحظه‌ای با برخی از ایده‌های سایکوانالیتیک درباره‌ی BPD دارد؛ چرا که مفهوم دیالکتیک با مدل‌های روابط شیئی دارای مشترکاتی است. برای مثال، ری^۶ (۱۹۷۹) معتقد است بیماران مرزی بین مرحله‌ی ادیپال و پیش‌ادیپال،

- 1 wholistic
- 2 wholeness
- 3 interrelatedness
- 4 Principle of Polarity
- 5 Principle of Continuous Change
- 6 Rey

بین حالات سایکوتیک و نوروتیک، بین زن و مرد، بین موضع پارانوئید-اسکیزوئید و موضع افسرده‌وار^۱، بین ترس از شیء و نیاز به شیء، بین درون و برون، و بین ذهن و بدن، گیر افتاده‌اند. در واقع، هسته‌ی مرکزی مشکل در BPD، تعارض بین نیاز به ارتباطات نزدیک (که با ترس از رهاشدگی همراه می‌شود) از یک‌سو، و کناره‌گیری از صمیمیت، از سوی دیگر است. در DBT، تداوم تعارض‌های این چنینی، یک شکست دیالکتیکی تلقی می‌شود، زیرا دیدگاه‌ها، آرزوها، و امیال متضاد، هنوز به مرحله‌ی سنتز نرسیده‌اند (به نقل از بتمن و فون‌اگی، ۲۰۰۴).

نکته دیگر اینکه لینهان از واژه‌ی دیالکتیک استفاده می‌کند تا وضعیت به ظاهر پارادوکسیکال خاصی را که درمانگر می‌بایست در برابر بیمار مرزی اتخاذ کند، توضیح دهد: پذیرش بیمار همان گونه که هست، و در عین حال کمک به او برای تغییر یافتن (دیویسون و همکاران، ۲۰۰۷). در واقع، دیالکتیک اصلی در این رویکرد، یکپارچگی یا وحدت پذیرش و تغییر است. به این معنا که آرزوی تغییر هر تجربه‌ی دردناک، باید با تلاشی مشابه برای یادگیری پذیرش دردهای غیرقابل اجتناب و ناگزیر زندگی متعادل شود. اگر درمانجو نتواند - دست کم به طور موقت - درد ناشی از مشکلات دیگر را تحمل کند، کار کردن بر روی مشکلات او ناممکن است. ناآنانی برای پذیرش رفتار خود، هرگونه توانایی برای تغییر را منع می‌کند، زیرا به کناره‌گیری و اجتناب، و یا به واکنش‌های هیجانی (مثل، خشم و شرمناکی شدید) منتهی می‌شود. تصور بر آن است که اگر درمانگر، در درمان تنها بر راهبردهای تغییر متمرکز شود، بیماران مبتلا به BPD اغلب احساس خواهند کرد که سطح پریشانی و ناراحتی آنها درک نمی‌شود و حتی این احساس در آنها ایجاد می‌شود که به خاطر مشکلاتشان سرزنش می‌شوند و در نتیجه، ممکن است با خشم نسبت به درمانگر یا کناره‌گیری از درمان واکنش نشان دهند. از سوی دیگر، درمانی که کاملاً بر پذیرش متمرکز باشد، جدی بودن رنج بیمار و نیاز فوری به ایجاد تغییر را نادیده می‌گیرد. از این روست که DBT راهبردهای تغییر درمان‌های سنتی CBT را با راهبردهای پذیرش برگرفته از آموزه‌ها و اعمال ذن، ترکیب می‌کند.

1 به عقیده‌ی استادتر (۱۹۹۶) برای اینکه روابطمان با بیمارانمان را درک کنیم، اول باید بفهمیم که افراد تجربه‌های روانشناختی‌شان را چگونه می‌آفرینند و از چه طریق سازماندهی می‌کنند. ملانی کلاین ۲ نوع موضع (mode) روانشناختی را معرفی کرده است: موضع پارانوئید-اسکیزوئید و موضع افسرده‌وار. آگدن علی‌رغم پذیرش نظریه‌ی کلاین، شکل سومی از تجربه انسانی را معرفی کرده است: موضع اتیستیک-مجاورت (Autistic-Contiguous). این موضع، بدوی‌ترین و ابتدایی‌ترین موضع تجربه است: خود و دنیا از طریق سازماندهی‌های تجربه‌ی حسی، به شیوه‌ی پیش‌نمادین تجربه می‌شوند. این سازماندهی دو بعد اساسی دارد: سطح پوست و موزونی (rhythmicity). بواسطه‌ی حس لمس و از طریق پوست، شخص مرزهای وجود و هستی‌اش را تجربه می‌کند و این احساس لمس، پایه و اساس خود منسجم (cohesive self) را تشکیل می‌دهد. به همین ترتیب، فعالیت‌های ریتمیک و موزون (نظیر زمزمه کردن یا تکان خوردن) ممکن است در هنگام اضطراب و پریشان‌حالی، تشدید شوند و بیش از پیش واضح به نظر برسند. اضطراب غالب در موضع اتیستیک-مجاورت، اضطراب فروپاشی و اضمحلال یا از دست دادن انسجام و یکپارچگی است. مثال آن بیماری است که ترس وحشتناکی از غوطه‌ور شدن در اقیانوس بی‌معنایی، کرختی و بی‌حسی دارد. به همین دلیل همواره نوعی پوسته‌ی صدا اطراف خودش نگاه می‌دارد، به این صورت که همیشه رادیو یا تلویزیون در خانه یا داخل اتومبیل روشن است و چنانچه سکوتی در جلسه‌ی درمان برقرار شود، تحملش برای او دشوار خواهد بود. در موضع پارانوئید-اسکیزوئید، مکانیسم غالب، دونیمه‌سازی است: مقوله‌بندی‌ها، سیاه و سفیداند؛ بی‌آنکه جایی برای نقطه‌های خاکستری وجود داشته باشد. در این موضع، حالت‌های نشاط یا وحشت در اوج خودشان تجربه می‌شوند. دنیا، دیگران و خود، همگی عرصه‌ی منازعه و جنگ میان نیروهای دوقطبی است: عشق و نفرت، مرگ و زندگی، خلق و تخریب. رشد یافته‌ترین موضع ذهنی، موضع افسرده‌وار است. ظرفیت تفکر انتزاعی و نمادین در این موضع افزایش می‌یابد و شخص می‌تواند بین چیزهای مختلف، ارتباط‌های معنی‌دار برقرار کند که تا پیش از این، در هیچ یک از دو موضع قبلی قادر به انجام آن نبود (استادتر، ۱۹۹۶).

اهداف درمانی

در جلسات اولیه، اهداف مورد نظر با بیمار در میان گذاشته می‌شود و درمانگر و درمانجو پیرامون آنها بحث می‌کنند. به منظور موفقیت درمانی، لازم است که درمانگر تعهدی از درمانجو بگیرد، مبنی بر اینکه در راستای نیل به اهداف درمانی حرکت کند. زمانی که بیمار و درمانگر در مرحله‌ی پیش از شروع درمان هستند و تمرکز اصلی درمانگر بر ارزیابی و آشناسازی بیمار با DBT است، از بیماران خواسته می‌شود تا درباره‌ی سه موضوع عمده تعهد کتبی یا شفاهی بدهند: (۱) برای یک سال زنده بمانند (یعنی، دست به خودکشی نزنند)؛ (۲) بر روی رفتارهایی که موجب تداخل درمان می‌شود، کار کرده و با درمانگر همکاری کنند؛ (۳) برای یک بازه‌ی زمانی مشخص (معمولاً، یک سال) DBT را ادامه بدهند. این تعهد در DBT، کاملاً آشکار و صریح است؛ برخلاف اکثر درمان‌های دیگر که یا تعهد اصلاً وجود ندارد، یا اگر هم باشد تلویحی و ضمنی است (لینهان، ۱۹۹۳). منطق این کار از شواهدی ریشه گرفته که نشان می‌دهند متعهد شدن درمانجو به رفتار کردن به شیوه‌ی خاص، ارتباطی قوی با عملکرد آینده‌ی او در جلسات درمانی دارد (برای مثال، هال^۱ و همکاران، ۱۹۹۰؛ به نقل از بورنوالووا و دافترس^۲، ۲۰۰۷). درمانگر بصورت سلسله مراتبی بر اهداف تمرکز می‌کند ولی چنانچه رفتار ناسازگار قبلی بازگشت کند، مجدداً به سمت هدف قبلی حرکت می‌کند. پسررفت به اهداف قبلی در کار با بیماران مرزی، بیشتر یک قاعده است تا استثنا (لینهان و هیرد، ۱۹۹۲). برای آگاه کردن درمانجو از اهداف درمان، به پیوست شماره ۲، فرم شماره ۱ مراجعه کنید. اهداف یا آماج درمانی در DBT به شرح زیر است.

کاهش رفتارهای تهدیدکننده‌ی زندگی (رفتارهای خودکشی‌گرایانه)

هدف اول در DBT، کنترل رفتارهای خودکشی‌گرایانه است که مستقیماً بر اساس مولفه‌های جدی اندیشه‌پردازی خودکشی و رفتارهای شبه‌خودکشی^۳ منطبق با DSM بکار برده می‌شود؛ مانند اعمال خود آسیب‌رسانی عمدی مثل اقدام به خودکشی و رفتار جرح خویشتن. توجه اولیه

- 1 Hall
- 2 Bornovalova & Daughters
- 3 parasuicidal behavior

به «رفتارهای خودکشی گرا» به دلیل ارتباط آنها با اقدام به خودکشی‌های بعدی، به نظر می‌رسد که از ضرورت واضحی برخوردار باشد. ۱۲ ماه پس از یک اپیزود خودزنی، احتمال خودکشی بین ۵۰ تا ۱۰۰ برابر بیشتر می‌شود. همچنین، ۵۰٪ کسانی که با خودکشی مرده‌اند، سابقه‌ی خودزنی داشته‌اند؛ این عدد در مورد نوجوانان حدود ۷۵٪ است (میلر، راتوس، و لینهان، ۲۰۰۷). بنابراین، «جرح خویشتن» ممکن است خیلی جدی یا فوری به نظر نیاید، اما ارتباط آن با خودکشی و آسیب تصادفی یا مرگ، موجب می‌شود که قسمتی از هدف اولیه‌ی درمان قرار بگیرد. چنانچه رفتارهای شبه خودکشی در فاصله‌ی جلسات صورت بگیرد، دست کم قسمتی از جلسه بعدی را می‌بایست به بحث پیرامون آن اختصاص داد. از آنجا که رفتارهای شبه خودکشی به نحوی در خدمت مسئله‌گشایی است، لذا درمانگر DBT تلاش می‌کند تا رفتارهای خودکشی‌گونه را با رفتارهای مقابله‌ای کارآمدتر جایگزین کند. توجه به رفتارهای شبه خودکشی، بیمار را از این نکته که چنین رفتاری برای درمانگر مهم است آگاه می‌کند. این دیدگاه دلسوزانه درمانگر، در تقابل با تجربه بسیاری از بیماران است که از محیط‌های بی‌اعتبارساز آمده‌اند. درمانگر، یک پیشامد احتمالی واضح را برای بیمار مطرح می‌کند؛ اینکه وی نمی‌تواند درباره‌ی مسایل مورد علاقه بیمار بحث کند، مگر اینکه خطر رفتارهای خودکشی گرا به حداقل برسد.

کاهش رفتارهای مخمل درمان^۱

پس از کم شدن رفتارهای خودکشی‌گرایانه، درمانگر با هدف دوم مواجه می‌شود: یعنی رفتارهایی که با روند درمان تداخل می‌کنند. چنین رفتاری به هر گونه پاسخ از سوی درمانگر یا بیمار اطلاق می‌شود که هدایت و مسیر ادامه درمان را مورد تهدید قرار می‌دهد. اندیشه‌ی بنیادی از این قرار است که چنانچه بیمار به طور منظم برای درمان مراجعه نکند، درمان موثر واقع نخواهد شد. چنین رفتارهایی شامل جر و بحث زیاد، دیر آمدن یا کلاً نیامدن به جلسات درمان، امتناع از کار کردن در جلسه‌ی درمانی، عدم انجام تکالیف خانگی یا عدم مطالعه‌ی راهنماهای درمانی^۲، تماس‌های تلفنی با درمانگر در ساعات ناموجه، سرزنش قربانی و رفتارهای مشابه می‌شود (لینهان و دکستر-مازا، ۲۰۰۸). لینهان معتقد است که رفتارهای مخمل درمان اغلب انعکاسی از الگوهای رفتاری تعمیم یافته‌ی بیمار و درمانگر است. برای مثال جر و بحث شدید و تلاش برای پر قدرت جلوه کردن در یک جلسه درمانی، ممکن است انعکاسی از یک «ترس تعمیم یافته از فقدان کنترل» در موقعیت‌هایی باشد که افراد دیگر قدرت و کنترل بالایی بر روی امور و منابع مهم دارند. عدم انجام تکالیف خودبازنگری- اگر مکرر دیده شود- ممکن است نشان دهنده‌ی مشکلاتی بنیادی در مدیریت و کنترل خود باشد، بویژه مشکلاتی پیرامون غلبه بر الگوهای رفتاری وابسته

1 therapy – interfering behavior

2 treatment guideline

به خلق. درمانگر و بیمار می‌خواهند در یک سعی مشترک، رفتارهای مخمل درمان را شناسایی کنند و این درک را به موقعیت‌های مشابه، در خارج از محیط درمانی تعمیم دهند. از آنجا که درمان شامل دو نفر شرکت کننده است لذا DBT، رفتارهای مخمل درمان توسط درمانگر را هم هدف قرار می‌دهد. رفتارهای درمانگر مثل پاسخ‌های جزمی، بی‌اعتبارسازی و کناره‌گیری به صورت موشکافانه مورد توجه قرار می‌گیرند.

کاهش رفتارهای مخمل کیفیت زندگی

این رفتارها مستقیماً موجب تهدید زندگی نمی‌شوند، اما کیفیت سالم زندگی را تهدید کرده و مانع شانس و فرصت بیمار برای رسیدن به یک زندگی سطح بالاتر می‌شوند. برای مثال، این رفتارها شامل موارد زیر می‌شود: تکانشگری مفرط، راندگی بی‌محابا، بی‌بندوباری جنسی، ادامه‌ی روابط بین فردی مخرب و ناکارآمد (برای مثال، آزار جنسی در داخل خانواده، یا تن دادن به آزار و بهره‌کشی عاطفی از سوی شریک جنسی یا عاطفی)، رفتارهای پرخطر، سوء مصرف مواد، اختلالات خوردن، افسردگی، بی‌خانمانی^۱، دوره‌های بیکاری طولانی مدت، مشکلات بین فردی که با فقدان کنترل هیجانی همراه بوده و منجر به رفتارهای ضد اجتماعی مثل درگیری فیزیکی می‌شود. درمانگر به بیمار درباره‌ی آسیب‌زا بودن این رفتارها آموزش می‌دهد و روشن می‌کند که چرا رفتارهای مخمل درمان می‌بایست متوقف شوند. بنابراین، راهبرد اول در برخورد با چنین رفتارهایی، تعهد به تغییر است. اینکه چه رفتارهایی مختل کننده‌ی کیفیت زندگی بیمار هستند، مسئله‌ای است که میان بیمار و درمانگر به بحث گذاشته می‌شود.

افزایش مهارت‌های رفتاری

آموزش مهارت‌های بین فردی، مهارت‌های تحمل پریشانی^۲ (ناراحتی)، مهارت‌های تنظیم هیجان، و مهارت‌های هشیاری فراگیر (ذهن آگاهی) مرکزی، از جمله‌ی مهارت‌های رفتاری هستند (میلر، راتوس، و لینهان، ۲۰۰۷). برای مثال، مهارت‌های ذهن آگاهی، شامل موارد زیر است: مشاهده کردن، شرح و توصیف حالات هیجانی، دیدگاه قضاوت‌گرانه نداشتن، هشیار بودن^۳ و تمرکز بر آنچه که در یک موقعیت خاص، کارا و موثر است. برای مثال، در آموزش هشیار بودن کامل، درمانگر، بیمار مرزی را تشویق می‌کند تا افکار و هیجانات را بصورت کامل تجربه کند بدون آنکه آنها را سرکوب کند، در

1 homelessness

2 distress

3 mindfulness

مورد آنها قضاوت ارزشی کند و هیجانات ثانویه‌ای مثل شرم یا گناه را تجربه کند. با توجه به اینکه تحریک‌پذیری هیجانی مشخصه‌ی عمده BPD است، لذا آموزش مهارت‌های تنظیم هیجانی، نقشی اساسی در درمان این اختلال دارد. مسئله دیگر که نقش مهمی دارد، آموزش تحمل‌پذیریشانی است که بیمار را جهت پذیرش و کنار آمدن با محیط و هیجانات دردناک بصورت همزمان آماده می‌کند. بنابراین، یک عمل دیالکتیکی میان دو گروه از مهارت‌ها صورت می‌گیرد. تحمل‌پذیریشانی مربوط به توانایی دیدن و آگاهی داشتن از هیجانات، افکار و محیط، بدون اقدام به تغییر و یا کنترل هر گونه عامل می‌باشد. آموزش تحمل‌ناکامی به بیمار می‌آموزد تا هم هیجانات و هم محیط پیرامون فعلی خود را با نگاهی عاری از قضاوت بپذیرد.

درمانگر می‌بایست این نکته را برای بیمار روشن سازد که تحمل‌پذیریشانی به معنای تسلیم شدن و یا رها کردن و بی‌تفاوت بودن نسبت به موقعیت نیست، بلکه در بسیاری از موقعیت‌ها تحمل ناراحتی و پذیرش، نهایتاً به نتیجه‌ی دلخواه منجر خواهد شد. خزانه‌ی رفتاری بیمار مرزی، اغلب شامل مهارت‌های اجتماعی ضروری جهت دیدن و صحبت کردن با مردم است، بنابراین بیمار از نظر اجتماعی با کفایت بنظر می‌رسد؛ اما مهارت‌های مقابله‌ای برای حل تعارض‌های میان فردی یا وجود ندارد و یا به واسطه‌ی ترس، مورد بازداری واقع شده است. آموزش مهارت‌های بین فردی و مهارت‌های حل مساله، شرایط ایجاد روابط پایدار را فراهم می‌کنند. مهارت‌های مدیریت خود، گروه جمعی از مهارت‌هاست که بیمار را قادر می‌سازد تا توانایی‌های مخصوصی را کسب کرده و آنها را حفظ نماید. یادگیری تعیین اهداف واقع بینانه و تحلیل رفتاری، از جمله‌ی این توانایی‌هاست.

کاهش فشار روانی پس از سانحه

تحقیقات زیادی شیوع فشار روانی پس از سانحه و تظاهرات آن را در جمعیت مرزی مورد کاوش قرار داده‌اند. در بسیاری از این مطالعات، بر روی سوء استفاده‌های جنسی، چه در کودکی و چه در بزرگسالی، بعنوان یک واقعه‌ی تروماتیک اولیه تمرکز می‌شود. به یک دلیل کاملاً ساده، فشار روانی پس از سانحه، پنجمین هدف درمان انتخاب شده است: اگر قرار است که درمان علامتی فشار روانی پس از سانحه با موفقیت همراه باشد، بیمار اول از همه باید زنده بماند، امنیت داشته باشد و توانایی ادامه درمان در او تقویت شود. از طریق تمرکز بر رفتارهای مخل زندگی و مخل درمان، بیمار مهارت‌هایی را کسب می‌کند که وی را جهت مقابله‌ی موثر با فرایند حل و فصل گذشته‌ی تروماتیک، کمک می‌کند.

افزایش احترام به خویشتن

احترام به خویشتن شامل پرورش جنبه‌های گوناگون مثبت «خود»، مثل احترام به خود، اعتماد به خود و آرام کردن یا تسکین خود می‌شود. این هدف بر روی توانایی بیمار جهت دوست داشتن خود، اعتماد به حس خود^۱ و اعتماد به هیجان‌ها و رفتارها متمرکز می‌شود. احترام به خود، عزت نفس و توجه به خویشتن خویش، تحت تاثیر عواملی چون اعتباربخشی، هویت و حس کنترل قرار می‌گیرد. اگر چه موفقیت در تحقق اهداف قبلی حداقل به سطح متوسطی از خود-اعتباردهی و کنترل خویشتن منجر می‌شود، با این حال بسیاری از بیماران، زمانی که در می‌یابند هیچ لزومی ندارد هویت خودشان را بر حسب حالات هیجانی، رفتارها یا برچسب‌های تشخیصی تعریف کنند، درباره‌ی مسائل مربوط به هویت، همچنان گیج و آشفته باقی می‌مانند. «اعتماد به خویشتن» بگونه‌ای کاملاً معنی‌دار در تعامل با «احترام به خویشتن» قرار می‌گیرد. مهارت‌آموزی و اعتباربخشی توسط درمانگر، حس «اعتماد به خود» بیمار را به واسطه‌ی کسب این احساس که وی دقیقاً محیط اطرافش را درک می‌کند، افزایش می‌دهد.

علاوه بر این، نایل آمدن به اهداف فردی، حل و فصل احساس‌های بی‌کفایتی، و دستیابی به احساس‌های رهایی و شادکامی، از دیگر آماج درمانی DBT هستند (لینهان، ۱۹۹۳؛ میلر، راتوس، و لینهان، ۲۰۰۷).

راهبردهای درمان

درمانگر DBT به اهدافی که ذکر شد، با ۵ دسته راهبرد وسیع، که تمامی آنها شامل دست کم یک جفت خرده راهبرد دیالکتیکی است، نزدیک می‌شود:

- ۱ راهبردهای اعتباربخشی
- ۲ راهبردهای مساله‌گشایی
- ۳ راهبردهای دیالکتیکی
- ۴ راهبردهای سبک‌شناختی
- ۵ راهبردهای مدیریت بیمار

راهبردهای اعتباربخشی

همان‌طور که پیش از این هم گفته شد، راهبردهای اعتباربخشی و مساله‌گشایی در کنار راهبردهای دیالکتیکی، هسته‌ی مرکزی DBT و قلب درمان را تشکیل می‌دهند. راهبردهای اعتباربخشی، واضح‌ترین راهبردهای پذیرش به حساب می‌آیند، در حالیکه راهبردهای مساله‌گشایی، صریح‌ترین مثال برای توضیح راهبردهای تغییر هستند. هنگام تعامل با بیماران مرزی، هر دو راهبرد مساله‌گشایی و اعتباربخشی بکار گرفته می‌شود، هر چند که فراوانی استفاده از آنها با توجه به هر درمانجو، موقعیت فعلی و آسیب‌پذیری‌های او، متفاوت خواهد بود. بسیاری از بن‌بست‌ها و تنگناهایی که در طول درمان پیش می‌آید، از عدم تعادل در استفاده از این راهبردها ناشی می‌شود.

درمانجویان مبتلا به BPD یا افراد دارای ویژگی‌های شخصیت مرزی که با دردهای هیجانی شدید به درمان مراجعه می‌کنند، غالباً از درمانگر می‌خواهند (و یا حتی از او توقع دارند) که برای تغییر دردهای آنها دست به کاری بزند. در چنین مواقعی، خیلی وسوسه‌کننده خواهد بود که با اصلاح طر حواره‌ها، مفروضه‌ها، یا افکار غیرمنطقی؛ انتقاد از رفتارهای بین‌فردی یا انگیزه‌هایی که در مشکلات بین‌فردی نقش دارند؛ تجویز دارو برای تغییر کژکاری‌های بیولوژیک؛ و روش‌های این‌چنینی، انرژی درمان را صرف تغییر درمانجو کنیم. اما لینهان اعتقاد دارد که چنین اقداماتی تکرار

دوباره‌ی محیط بی‌اعتبارسازی، از طریق صحنه‌گذاشتن بر شدیدترین دردهای درمانجو است و واجد این پیام تلویحی است که: «درمانجو، مشکل اصلی است و قادر نیست در برابر اتفاقات محیطی، به پاسخ‌ها و واکنش‌های خودش اعتماد کند». بی‌اعتمادی و بی‌اعتبارسازی واکنش‌های درمانجو در برابر رویدادها نه تنها برای او آزاردهنده است، که موجب فراخوانی ترس، خشم، و شرم، و حتی هر سه مورد می‌شود. بنابراین، تمرکز صرف بر راهبردهای تغییر، و عدم توجه به راهبردهای اعتباربخشی، می‌تواند بسیار دردناک و آزاردهنده باشد (میلر، راتوس، و لینهان، ۲۰۰۷).

اعتباربخشی^۱ به سادگی، نشان دادن این مطلب است که مشکلات و رنج‌های بیمار را درک می‌کنیم. اعتباربخشی معمولاً شامل سه گام می‌شود: (۱) مشاهده و توصیف واکنش‌های هیجانی و شناختی، و همچنین الگوهای رفتاری بیمار؛ (۲) تاکید بر موقعیت یا وضعیت دردناک بیمار؛ و (۳) پذیرش و ارتباط برقرار کردن همیشگی با بیمار، بدون توجه به اینکه عقلانیت در رفتارهای او وجود دارد یا خیر. لینهان معتقد است که گام سوم از اهمیت بیشتری برخوردار است چرا که متمایزکننده‌ی اعتباربخشی، از روش معمول «انعکاس احساسات» و روش «همدلی» است. این نوع اعتباربخشی ممکن است به روشن‌تر شدن احساس مغشوش بیمار مرزی از هویت خودش و همچنین اعتماد کردن به ادراکات و عقاید خودش، کمک کند.

اندیشه‌ی لینهان درباره‌ی مفهوم پذیرش از فلسفه‌ی ذن و رویکرد راجرز گرفته شده است (دیویسون و همکاران، ۲۰۰۷). منظور وی از مفهوم پذیرش، ارزش قایل شدن و توجه همدلانه به هیجان‌های دردناک بیمار، افکار و رفتار وی، حتی در صورت بروز رفتارهای ضد و نقیض و «کنش‌نمایی»^۲ است. استدلال لینهان درباره‌ی فلسفه‌ی این مفهوم این است که «بیمار مرزی آرام و ملایم وی برای تغییر در تفکر و شیوه‌های رفتاری به سطوح بالای برانگیختگی هیجانی منجر شده و متعاقب آن ممکن است پیشنهاد تغییر از سوی درمانگر را بعنوان یک زخم زبان یا ملامت و تنبیه تلقی کند» (دیویسون و همکاران، ۲۰۰۷). بدین ترتیب، درمانگری که لحظه‌ای قبل مورد احترام بود، اینک بدنام شده و از جانب بیمار رد شده قلمداد می‌شود. بنابراین، در حالیکه محدودیت‌ها به بیمار گفته می‌شود- اگر تو خودتو بکشی من خیلی ناراحت میشم و خیلی خیلی امید دارم که چنین کاری نکنی- ضمناً درمانگر این نکته را هم به بیمار منتقل می‌کند که او در هر حالتی پذیرفته می‌شود، حتی اگر اقدام به خودکشی کند (لینهان و هیرد، ۱۹۹۲). تکنیک‌های ویژه‌ای که درمانگر اتخاذ می‌کند تا به بیمار نشان دهد که مورد «پذیرش کامل» قرار گرفته، به شرح ذیل است:

1 validation

2 acting out

۱ اطمینان دادن به بیمار که او توانایی تغییر دادن خودش را دارد، می‌تواند شادتر شود و زندگی موفق‌تری برای خود تصور کند.

۲ درمانگر باید مدت زمان جلسه‌ی درمانی را بر طبق نیازهای هر بیمار تطبیق دهد. احتمالاً جلسات طولانی‌تر برای بیمارانی که به سختی وارد مرحله‌ی گشایش^۱ و افشای خود می‌شوند، و همچنین بیمارانی که کنترل مجدد روی هیجانات برایشان دشوارتر است، مناسب به نظر می‌رسد.

۳ برقراری جلسات تلفنی، هنگامی که بیمار به یک ارتباط درمانی، نیاز فوق‌العاده حیاتی دارد.

از نظر لینهان، پذیرش کامل و مداوم در طول درمان، مانعی بر سر راه تغییر ایجاد نمی‌کند، بلکه امتناع از پذیرش بیمار است که مانع تغییر در شخصیت او می‌شود. لینهان می‌گوید، درمانگر هنگام صحبت با بیمار مرزی می‌تواند پذیرش خود را این‌گونه بیان کند: «چنانچه شما از رنگ ارغوانی متنفر هستید، وارد خانه‌ای شوید که با رنگ ارغوانی رنگ شده است. آنگاه به جای اینکه با عجله و تنفر خارج شوید، یک سطل رنگ بخرید و آن را مجدداً نقاشی کنید. فردی که فوراً قبول می‌کند خانه با رنگ ارغوانی نقاشی شده است [بدون گرفتاری افراطی یا تحریف واقعیت یا انکار و یا خشم در برابر واقعیت] احتمالاً آن را به سرعت و مجدداً نقاشی خواهد کرد.» (لینهان و هیرد، ۱۹۹۲). البته چنین پذیرش کاملی از سوی درمانگر DBT به این معنا نیست که درمانگر هر آنچه را که بیمار انجام می‌دهد تایید می‌کند، بلکه تنها موقعیت خاصی را که رفتار در آن اتفاق افتاده است، مورد پذیرش قرار می‌دهد. لینهان معتقد است درمانگر باید بیمار را همان‌گونه که هست بپذیرد و «پذیرش» نباید در خدمت به «تغییر» باشد؛ یعنی یک روش غیر مستقیم تشویق بیمار جهت پیش گرفتن رفتاری متفاوت. از نظر لینهان پذیرش، وسیله‌ای برای هدف نیست. او در این رابطه چنین می‌نویسد: «... اگر شما به منظور تغییر دادن بیمار خود، پذیرش نشان می‌دهید، آن را دیگر نمی‌توان پذیرش نام نهاد. پذیرش، شبیه عشق ورزیدن است. عشق به دنبال هیچ‌گونه پاداشی نیست اما هنگامی که آزادانه ابراز می‌شود، صد برابر آن به طرف عاشق بر می‌گردد...» (لینهان و هیرد، ۱۹۹۲).

لینهان، اساس و جوهره‌ی اصلی اعتبار بخشی را این‌گونه توضیح می‌دهد: «درمانگر از رهگذر ارتباطی که با درمانجو برقرار می‌کند، این پیام را به او منتقل می‌سازد که واکنش‌هایش معنا دارند و رفتارهای او بر اساس موقعیت یا بافتار زندگی فعلی او، قابل درک هستند. درمانگر، فعالانه درمانجو را می‌پذیرد و پذیرش خود را نیز به او منتقل می‌کند. درمانگر، رفتارها و واکنش‌های درمانجو را جدی گرفته و آنها را دست‌کم نمی‌گیرد. درمانگر بایستی از اعتبار و اصالتی که در واکنش‌های درمانجو وجود دارد، پرده بردارد» (لینهان، ۱۹۹۳).

در DBT، اعتبار بخشی در ۶ سطح اتفاق می‌افتد. هر یک از این سطوح از سطح قبلی کامل‌تر است و به یک یا چند سطح قبل از خود بستگی دارد (لینهان و دکستر-مازا، ۲۰۰۸).

سطح اول: دیدن و شنیدن

سطح اول اعتبار بخشی مستلزم گوش دادن و مشاهده‌ی گفته‌ها، احساس‌ها و اعمال درمانجو و در عین حال، تلاشی فعالانه برای فهم کردن چیزهایی است که گفته شده‌اند. ویژگی اصلی سطح اول آن است که درمانگر نسبت به درمانجو کاملاً هشیار و علاقه‌مند باشد و به آنچه در جلسه می‌گوید یا انجام می‌دهد، به دقت توجه کند. اعتبار بخشی سطح اول قصد دارد این پیام را به درمانجو انتقال دهد که وجود او، کلماتش، و واکنش‌هایش واجد چنان قدرتی هستند، که مستلزم توجه کامل و جدی، و همچنین پذیرش هستند.

سطح دوم: انعکاس دقیق و صحیح

این سطح عمدتاً به معنای برگرداندن احساسات، افکار، مفروضه‌ها، و رفتارهای درمانجو به خود اوست. درمانگر با شنیدن آنچه که درمانجو می‌گوید و با دیدن آنچه که انجام می‌دهد، درک خود را به او منتقل می‌کند. اعتبار بخشی در این سطح، تاییدی است بر حضور و وجود درمانجو، دقیقاً همان‌گونه که هست.

سطح سوم: گفتن و برشمردن ناگفته‌ها

در اعتبار بخشی سطح سوم، درمانگر فهم خود را از ابعاد و جنبه‌هایی از تجارب و واکنش‌های درمانجو به وی منتقل می‌کند، که مستقیماً توسط او بیان نشده‌اند. پیرامون دلیل رفتار درمانجو، ذهن خوانی می‌کند و از طریق دانستن اینکه چه اتفاقاتی برای درمانجو افتاده، درباره‌ی اینکه چه احساسی دارد، تمایلات یا خواسته‌هایش چیست، چگونه فکر می‌کند یا چه کاری انجام می‌دهد، تصویری کلی ارائه می‌دهد. درمانگر می‌تواند میان رویداد تسریع کننده و رفتار درمانجو پیوندی برقرار کند، بدون آنکه به خود رفتار اشاره‌ای داشته باشد. در واقع، زندگی درمانجو کتابی است که درمانگر با دلسوزی و تامل آن را ورق می‌زند و تنهایی‌ها، احساس‌ها، و افکار درمانجو را می‌خواند.

سطح چهارم: اعتبار بخشی بر حسب کژکاری‌های بیولوژیکی یا اکتسابی قبلی

در سطح چهارم، رفتار بر حسب دلایل اعتبار بخشیده می‌شود. اعتبار در اینجا بر اساس این اندیشه قرار دارد که تمام رفتارها دلیل دارند و رویدادهایی که در گذر زمان اتفاق افتاده‌اند، دلیل آنهاست و در نتیجه قابل درک هستند. درمانگر با نشان دادن این موضوع که رفتار درمانجو از رویدادهای گذشته ناشی شده‌اند، به تایید و تصدیق رفتار او می‌پردازد. اگرچه احتمال دارد که برای تعیین تمامی علل مرتبط اطلاعاتی در دست نباشد، اما احساسات، افکار، و اعمال درمانجو، معنای کاملی به تجربه‌های جاری زندگی او می‌دهند.

سطح پنجم: اعتبار بخشی بر حسب بافتار فعلی یا کنش‌های هنجاری

درمانگر تلاش می‌کند این پیام را به درمانجو انتقال دهد که رفتار او بر حسب اتفاقات فعلی زندگی، کنش بیولوژیکی طبیعی (هنجاری)، و یا اهداف زندگی درمانجو، نه تنها قابل توجیه است، بلکه منطقی، دارای پایه و اساس، معنادار و تاثیرگذار است. درمانگر به جستجوی خردمندی یا اعتبار و درستی واکنش‌های درمانجو می‌پردازد و آنها را انعکاس می‌دهد و این پیام را به درمانجو می‌رساند که رفتار و

واکنش او قابل درک است. در واقع، درمانگر از زاویه‌ی دید درمانجو نگاه می‌کند تا درستی، تناسب یا معقول بودن واکنش‌های او را بیابد.

سطح ششم: اصالت بنیادین

اعتبار بخشی در بالاترین سطح خود مستلزم آن است که درمانجو را دقیقاً همانگونه که «هست» یا «وجود دارد» بپذیریم. در این سطح از اعتباربخشی، درمانگر چیزی بیش از نقش‌ها، درمانجو، یا اختلال را مشاهده می‌کند.

طی جلسات اولیه‌ی درمان، درمانگر، مفهوم اعتباربخشی را برای درمانجو توضیح داده و تشریح می‌کند که محیط تربیتی پیشین او چگونه و تا چه حد بی‌اعتبارساز بوده است. زمانی که درمانجو ارتباط و پیوند میان وضعیت کنونی خودش با محیط بی‌اعتبارساز گذشته را درک کرد، آنگاه برخی از تمرین‌های اعتباربخشی به خود و به دیگران راه، به عنوان تکلیف خانگی انجام می‌دهد. به پیوست شماره ۲، فرم‌های شماره‌ی ۲، ۳، و ۴ مراجعه کنید.

راهبردهای مساله‌گشایی (راهبردهای تغییر)

راهبردهای مساله‌گشایی که راهبردهای تغییر هم نامیده می‌شوند، راهبردهای اصلی تغییر در DBT به حساب می‌آیند و هدف از آنها کمک به پرورش سبک حل مساله‌ی فعال و کارآمد است. با این حال، اجرای راهبردهای فوق برای درمانجویانی که به لحاظ هیجانی دچار بدتنظیمی هستند، سرشار از موانع و مشکلات خواهد بود. درمانگران به هنگام کار با بیماران مبتلا به BPD، باید به یاد داشته باشند که با افرادی روبرو هستند که از تمامی جمعیت‌های بالینی، کار کردن با آنها و بکارگیری فرایند فوق دشوارتر است. ایجاد تعادل بین فهم همدلانه (اعتباربخشی) و مداخلات معطوف به افزایش خلق مثبت و بهبود راهبردهای حل مساله (تغییر)، بی‌نهایت مهم است. در DBT، فرایند مساله‌گشایی از دو مرحله تشکیل می‌شود. گام اول آن بر درک و پذیرش مشکل، و گام دوم بر ایجاد و اجرای راه‌حل‌های جایگزین تمرکز می‌کند. مرحله‌ی اول مساله‌گشایی، تحلیل رفتاری را به خدمت می‌گیرد و شامل کسب بینش نسبت به الگوهای رفتاری تکراری و دادن اطلاعات آموزشی درباره‌ی اصول رفتار، هنجارها، و مسایلی از این دست می‌شود. مرحله‌ی دوم مساله‌گشایی، با بکارگیری تحلیل راه‌حل، به دنبال روش‌های تغییر است. بحث بعدی، به روشن‌تر شدن این دو مرحله کمک می‌کند.

تحلیل رفتاری

تحلیل رفتاری، یکی از مهم‌ترین و در عین حال مشکل‌ترین راهبردهای DBT است و هدف از آن، انتخاب یک مشکل و تعیین دلایل آن به صورت تجربی است. علاوه بر این، تحلیل رفتاری نشان می‌دهد که برای حل و فصل مشکل، چه ابزارهایی در دسترس است. تحلیل رفتاری موضوعات زیر را بررسی می‌کند:

- ۱ آیا رفتارهای ناکارآمد تقویت شده‌اند؟ آیا پیامدهای آزاردهنده‌ای به دنبال رفتارهای کارآمد آمده؟ یا اینکه پیامدهای پاداش دهنده با تاخیر رخ داده‌اند؟
 - ۲ آیا درمانجو دارای مهارت‌های رفتاری مورد نیاز برای تنظیم هیجان‌ها، پاسخ‌دادن ماهرانه به تعارضات، و کنترل رفتار خودش است یا خیر؟
 - ۳ الگوهای اجتناب یا رفتارهای کارآمدی وجود دارند که بواسطه‌ی احساس گناه یا ترس‌های ناخواسته، بازداری شده باشند؟
 - ۴ آیا درمانجو از وابستگی‌های تاثیرگذار بر روی محیط، یا رفتارهای کارآمدی که بواسطه‌ی مفروضه‌ها یا باورهای غلط بازداری شده‌اند، ناآگاه است؟
- پاسخ به سوالات فوق به درمانگر کمک می‌کند تا راهبردهای تغییر مناسب نظیر، کنترل وابستگی، آموزش مهارت‌های رفتاری، مواجهه، یا اصلاح شناختی را آموزش دهد.

تحلیل راه‌حل و روش‌های تغییر

زمانی که مشکل مورد نظر مشخص و تحلیل شد، مساله‌گشایی با تلاش‌هایی فعالانه جهت شناسایی و یافتن راه‌حل‌های جایگزین، آغاز می‌شود. گاهی اوقات راه‌حل‌ها در حین اجرای تحلیل رفتاری پیشنهاد می‌شوند و ممکن است اشاره به این راه‌حل‌ها تمام چیزی باشد که مورد نیاز درمانجو است. در مواقع دیگر نیز احتمال دارد تحلیل راه‌حل، به صورت کامل‌تر مورد نیاز باشد. در هر صورت اولین تکلیف در اینجا، بارش مغزی یا تولید تمامی راه‌حل‌های ممکن است. در مرحله‌ی بعد، راه‌حل‌ها بر حسب پیامدهای مختلف مورد انتظار به طور دقیق ارزیابی می‌شوند. گام نهایی در تحلیل راه‌حل، انتخاب راه‌حلی است که نسبت به سایر گزینه‌ها تا اندازه‌ای کارآمد است. در سرتاسر دوره‌ی ارزیابی راه‌حل‌ها، درمانگر به راهنمایی درمانجو می‌پردازد تا راه‌حل ویژه‌ای را انتخاب کند. مرجح آن است که درمانگر به جای منافع کوتاه مدت، به منافع بلند مدت راه‌حل برگزیده توجه ویژه‌ای داشته باشد و راه‌حلی برای درمانجو انتخاب کند که بیشترین سود را برای او داشته باشد نه برای اطرافیان درمانجو (میلر، راتوس، و لینهان، ۲۰۰۷). مراحل تحلیل رفتاری و تحلیل راه‌حل به شرح زیر است:

۱. رفتار مشکل‌آفرین مورد نظر (مثل، تخریب اشیاء، خودزنی، حالات تجزیه‌ای، نیامدن به جلسه‌ی درمانی) را توصیف کنید.
- الف. توصیف شما کاملاً اختصاصی و همراه با جزئیات باشد. از کلمات کلی و مبهم اجتناب کنید.
- ب. دقیقاً مشخص کنید که چه کار کردید، چه گفتید، چه احساسی داشتید و چه فکری به ذهنتان آمد.
- ج. شدت رفتار و سایر ویژگی‌های رفتار مورد نظر را که واجد اهمیت است، توصیف کنید.
- د. رفتار مشکل‌آفرین را باید بقدری واضح و سرشار از جزئیات توصیف کنید که یک هنرپیشه قادر به اجرا یا بازآفرینی آن باشد.

۲. **رویداد تسریع کننده‌ای** را که درست پیش از وقوع رفتار رخ داد و باعث آغاز زنجیره‌ی رفتاری بالا شد، توصیف کنید. همیشه با رویدادهایی که در محیط اطرافتان اتفاق افتاده‌اند شروع کنید، حتی رویدادهایی که به ظاهر، نقشی در رفتار شما نداشته‌اند.

۳. **عوامل آسیب پذیرکننده‌ی خاصی** را که فکر می‌کنید قبل از رویداد تسریع کننده رخ داده‌اند، توصیف کنید. به عبارت دیگر، چه عوامل یا اتفاقاتی شما را در برابر زنجیره‌ی رفتاری بالا آسیب پذیرتر کرد؟ حوزه‌هایی که باید بررسی کرد عبارتند از:

- الف. بیماری جسمی، عدم تعادل در خواب یا خوراک، جراحت
- ب. استفاده از دارو یا الکل؛ سوءمصرف داروهای تجویز شده و مجاز
- ج. اتفاقات استرس‌زا در محیط (چه مثبت و چه منفی)
- د. هیجان‌های شدید مثل غمگینی، خشم، ترس، یا احساس تنهایی

۴. **زنجیره‌ی رویدادهایی** را که به رفتار مشکل‌آفرین ختم شد، با جزئیات دقیق و کامل بنویسید. این زنجیره چه مدت طول کشید؟ این زنجیره به کجا ختم شد؟ چه چیزهای دیگری موجب پیوند یا ارتباط بین رویدادهای این زنجیره شد؟ تمام پیوندها را بنویسید، حتی اگر جزئی و بی‌اهمیت باشند. تلاش کنید تا توضیحات شما سرشار از جزئیات و کاملاً دقیق باشند. در این باره، به سوالات زیر پاسخ دهید:

الف. فکر (یا باور)، احساس، یا رفتار شما بعد از آن رویداد تسریع کننده، دقیقاً چه بود؟
 ب. به تمام اتفاقات و پیوندهای میان آنها دوباره نگاهی بیندازید. آیا افکار، احساسات، و رفتارهای دیگری هم بود که نوشته باشید؟ اگر به جای شما، فرد دیگری در موقعیت بالا قرار داشت، نوع افکار یا احساسات یا رفتارهای شما با شما فرق می‌کرد؟ اگر جواب شما مثبت است، توضیح دهید چطور می‌شود که آن شخص، فکرها و احساسها و رفتارهای دیگری می‌کند.

۵. **پیامدها و عواقب رفتار شما** چه بود؟ (به طور اختصاصی و با جزئیات توضیح دهید که یک نفر دیگر بلافاصله پس از آن لحظه، چگونه واکنش نشان می‌دهد؟ بعدها چطور برخورد می‌کند؟ رفتار شما چه تاثیری بر خودتان و محیط اطراف گذاشت؟)

۶. **راه‌حل‌های مختلف مشکل بالا را با جزئیات توصیف کنید.**

الف. به زنجیره‌ی رفتارهای خود پس از رویداد تسریع کننده برگردید و هر یک از پیوندها را مشخص کنید. اگر برخورد شما متفاوت بود، آیا می‌توانستید از رفتار مشکل‌آفرین اجتناب کنید؟
 ب. فکر می‌کنید برای اجتناب از رفتار مشکل‌آفرین، لازم بود چه کار می‌کردید؟ از چه مهارت‌ها یا رفتارهای مقابله‌ای می‌توانستید استفاده کنید؟

۷. **یک راهبرد پیشگیری** را توصیف کنید که می‌تواند آسیب‌پذیری شما را در برابر تداوم زنجیره‌ی بالا کم کند.

۸. **قصد دارید چه کاری انجام دهید که عواقب مهم رفتار مشکل‌آفرین را جبران کنید.**

تحلیل رفتاری و تحلیل راه‌حل، شبیه تکنیک تحلیل موقعیتی در روش درمانی مک‌کالاح^۱، موسوم به نظام روان‌درمانی مبتنی بر تحلیل رفتاری شناختی^۲ (CBASP) است. این تکنیک با کمک پرسشنامه بررسی مقابله^۳ (CSQ) اجرا می‌شود که در پیوست شماره ۲، فرم شماره ۵ درج شده است. در DBT از چهار راهبرد تغییر استفاده می‌شود که مستقیماً از ادبیات درمان‌های رفتاری و شناختی اقتباس شده‌اند:

مهارت آموزشی: آموزش مهارت‌های جدید به درمانجو

روش‌های وابستگی: فراهم آوردن نتیجه یا پیامدی که احتمال رخ دادن دوباره‌ی یک رفتار خاص را در درمانجو بالا می‌برد

مواجهه: رویارویی یا مواجهه‌ی تقویت نشده با سرنخ‌ها و نشانه‌هایی که قبلاً با تهدید تداعی پیدا کرده‌اند

اصلاح شناختی: تغییر مفروضه‌ها یا باورهای ناکارآمد درمانجو

مهارت آموزشی

تاکید بر مهارت آموزشی در سراسر جلسات درمانی DBT ادامه دارد و درمانگر در هر دو شکل درمان‌های فردی و گروهی بر درگیری فعالانه‌ی درمانجو جهت یادگیری و تمرین مهارت‌های رفتاری تأکید می‌کند. اصطلاح «مهارت» به صورت مترادف با «توانایی» استفاده می‌شود و در معنایی کلی، دربرگیرنده‌ی تمامی مهارت‌های شناختی، هیجانی، و رفتاری آشکار و همچنین تلفیق و انسجام آنهاست. در DBT استاندارد، مهارت آموزشی شامل این موارد می‌شود:

- ۱ آموزش ذهن‌آگاهی
- ۲ کارآمدی بین‌فردی
- ۳ تنظیم هیجانی
- ۴ تحمل‌پریشانی (رنج).

1 McCullough

2 Cognitive Behavioral Analysis System of Psychotherapy (CBASP)

3 Coping Survey Questionnaire

فرآیند آموزش نیز شامل سه نوع روش می‌شود:

- ۱ اکتساب مهارت
- ۲ قوی‌سازی مهارت (تشویق تمرین‌های واقعی^۱ و درون جلسه‌ای، بازی نقش، فیدبک)
- ۳ تعمیم‌دهی مهارت (تماس‌های تلفنی به منظور کار کردن بر روی مهارت‌ها، ضبط صوتی جلسات درمانی به منظور شنیدن آنها در فاصله‌ی بین جلسات، تکالیف خانگی)

جلسات گروهی DBT، عمدتاً بر اکتساب و تا اندازه‌ای هم قوی‌سازی مهارت تمرکز می‌کنند. در جلسات انفرادی DBT، درمانگر، مهارت‌ها را با درمانجو تمرین می‌کند و آنها را بر حسب شرایط هر یک از درمانجویان، تغییر می‌دهد. منظور از تعمیم‌دهی مهارت این است که مهارت‌های آموزش داده شده در داخل کلینیک، به خارج از آن تعمیم پیدا کند. تماس‌های تلفنی، ضبط صوتی جلسات درمانی به منظور شنیدن آنها در فاصله‌ی بین جلسات، و تکالیف خانگی، راه‌هایی هستند که به منظور تعمیم یافتن مهارت‌ها به کار گرفته می‌شوند (اسوالز و هیرد، ۲۰۰۹). بهتر است که هنگام کار با نوجوانان، اعضای خانواده نیز در جلسات مهارت‌آموزی شرکت کنند، چراکه می‌توانند به تمرین مهارت‌ها با نوجوانان خود بپردازند، مضاف بر اینکه خیلی وقت‌ها خود والدین نیز دارای نقایص جدی در زمینه‌ی مهارت‌های رفتاری و خودتنظیمی هستند (میلر، راتوس، و لینهان، ۲۰۰۷).

روش‌های وابستگی

کنترل وابستگی مستلزم آن است که درمانگران، رفتارهای خودشان را به نحوی سازمان دهند که موجب تقویت رفتارهای رو به پیشرفت درمانجو، و در عین حال خاموش شدن رفتارهای غیرانطباقی یا ختم شدن به پیامدهای آزاردهنده شود. در اکثر موارد، رفتارهای بین‌فردی درمانگر و درمانجو، مهم‌ترین روش کنترل وابستگی است. توانایی درمانگر برای تاثیرگذاری بر رفتارهای درمانجو، مستقیماً به قدرت ارتباط درمانی میان آن دو بستگی دارد و بهتر است که در مراحل آغازین درمان، استفاده‌ی کمتری از روش‌های وابستگی شود. در کنترل وابستگی، درمانگر بایستی به آن دسته از رفتارهای درمانجو که حاکی از پیشرفت او به سمت اهداف درمانی هستند توجه کرده و آنها را تقویت کند. همچنین درمانگران بایستی کاملاً مواظب باشند که رفتارهایی را که آماج خاموشی قرار گرفته‌اند، تقویت نکنند. این موضوع در قالب نظریه‌پردازی، ساده به نظر می‌رسد، اما اجرای آن در عمل، واقعاً دشوار است. متأسفانه در اغلب موارد دیده می‌شود که به دنبال رفتارهای مشکل‌آفرین درمانجویانی که دچار بدتنظیمی هیجانی هستند، افزایش در پیامدهای مطلوب و یا قطع اتفاقات دردناک رخ می‌دهد. در واقع، بسیاری از رفتارهایی که آماج خاموشی قرار گرفته‌اند، توسط متخصصان سلامت روان، اعضای خانواده، و دوستان تقویت می‌شوند.

تکنیک‌مواجهه

تمام اصول حاکم بر مواجهه^۱ (رویارویی) که در DBT بکار گرفته می‌شوند، همان‌هایی هستند که توسط پژوهشگران درمان‌های رویارویی مثل، فوآ و کوزک (۱۹۸۶)؛ فوآ و استکتی و گریسون (۱۹۸۵)؛ به نقل از لینهان و دکستر-مازا، (۲۰۰۸) ایجاد شده‌اند. درمانگر در ابتدا باید تکنیک مواجهه را برای درمانجو توضیح دهد و او را با این واقعیت آشنا کند که رویارو شدن با چیزهایی که تا دیروز از آنها اجتناب می‌کرد، کار دردناک و نسبتاً ترس‌آوری است. درمانگر بایستی درمانجو را ترغیب و تشویق کند تا تماس خودش را با نشانه‌ها و موضوعاتی که قرار است با آنها مواجهه شود، قطع نکند (بویژه زمانی که موضوع مواجهه نوعی تصویر ذهنی، هیجان یا یکی از بحث‌های مطرح شده در جلسه درمان باشد). یکی از مواردی که در DBT معمولاً مواجهه با آن صورت می‌گیرد، حوادث تروماتیک گذشته است. اگرچه درمان‌های رویارویی عمدتاً هیجان ترس را آماج درمان قرار می‌دهند (مثل درمان فوبی‌ها، اختلال وحشت‌زدگی، یا PTSD)، اما DBT فهرست هیجان‌هایی را که باید آماج درمان قرار بگیرند گسترش داده و سایر هیجان‌هایی را که درمانجو آنها را آزارنده تلقی می‌کند (مثل، شرم، احساس گناه، و خشم) و با کیفیت زندگی او و یا اداره‌ی جلسات درمانی تداخل می‌کنند، برای مواجهه مفید می‌داند.

اصلاح‌شناختی

در DBT یکی از پیام‌های اساسی که به درمانجویان داده می‌شود این است که در اکثر موارد، منبع رنج و پریشانی آنها، رویدادهای فوق‌العاده استرس‌زای زندگی هستند، نه تحریف رویدادهایی که واقعا خوش‌خیم و کم‌استرس بوده‌اند. اگرچه در DBT از تکنیک‌های شناختی (نظیر آنچه که در کارهای کلاسیک بک، الیس، و سایر شناخت درمانگران مشاهده می‌شود) استفاده می‌گردد، اما این روش‌ها نقش زیادی در کل جلسات DBT ایفا نمی‌کنند. بلکه، مولفه‌های رفتاری DBT برجسته‌تر است و از راهبردهای روشن‌سازی کنترل وابستگی‌ها، به بیشترین شکل ممکن استفاده می‌شود. در DBT، تاکید اساسی بر برجسته‌سازی نقش تاثیرات بلافصل (فوری) و بلند مدت رفتار درمانجو بر روی خودش و دیگران، و روشن‌سازی تاثیرات برخی از موقعیت‌های خاص بر واکنش‌های درمانجو است (میلر، راتوس، و لینهان، ۲۰۰۷).

اگرچه درمانگر DBT بسیاری از روش‌های سنتی بازسازی شناختی را به کار می‌گیرد و در این راستا هم به فرایندهای شناختی و هم به محتوای شناختی توجه می‌کند، اما اصول مرکزی درمان (یعنی، برقراری تعادل میان پذیرش و تغییر)، باعث می‌شود تا درمانگر برای تغییر تفکر درمانجو، از دامنه‌ی مختلفی از مداخلات استفاده کند. شناسایی مفروضه‌ها و افکار خودآیند، جستجوی شواهد، چالش با باورهای مرکزی و تولید تفسیرهای جایگزین، از جمله راهبردهای سنتی بازسازی شناختی هستند که در DBT به کار گرفته می‌شوند. با این همه، زمانی که درمانگر DBT تلاش می‌کند تا سبک تفکر

1 exposure

1 in vivo

موثرتر و کارآمدتری را شکل بدهد، از مداخلات دیگری نظیر مدیریت وابستگی و هشیاری فراگیر نیز استفاده می‌کند.

رفتار درمانی دیالکتیکی، عمل «فکر کردن» را نوعی «رفتار» قلمداد می‌کند و فرض را بر این می‌گذارد که اینگونه رفتارهای شناختی بر اساس اصول نظریه‌ی یادگیری ایجاد شده‌اند. در نتیجه‌ی این رویکرد رفتاری، درمانگران DBT به پیش‌آیندها و پس‌آیندهایی که یک رفتار شناختی خاص را کنترل می‌کنند، توجه جدی دارند. در DBT اعتقاد بر آن است که همان اندازه که هیجان‌های شدید موجب تحریف‌های شناختی می‌شوند، به همان اندازه هم تحریف‌های شناختی قدرت برانگیختن هیجان‌های شدید را دارند.

مشابه اعمال ذن، DBT از طریق راهبردهای پذیرش و ذهن‌آگاهی، رفتار شناختی را شکل می‌دهد (اسوالز و هیرد، ۲۰۰۹). لینهان (۱۹۹۳) معتقد است تاکید DBT بر اعتبار بخشیدن به رفتارهای شناختی، یکی از تفاوت‌های این روش درمانی با CBT است. مضاف بر اینکه، در DBT، می‌توان به جای بازسازی شناختی، از هشیاری فراگیر استفاده کرد. برای مثال، زمانی که درمانگر قصد تغییر یا کاهش تفکر قضاوتی را دارد، می‌تواند به جای استفاده از راه‌هایی که قضاوت‌های مثبت را جایگزین قضاوت‌های منفی می‌کنند، از هشیاری فراگیر استفاده کند.

اسوالز و هیرد (۲۰۰۹) بیماری را مثال می‌زنند که معتقد بود «کارکنان بیمارستان از من متنفرند و دوست دارند هرچه زودتر از دست من خلاص شوند». زمانی که بیمار درباره‌ی این موضوع نشخوار فکری می‌کرد، دچار احساس شرم و تکانه‌های خودزنی می‌شد. درمانگر او، از لابلای حرف‌های کارکنان بیمارستان متوجه شد که افکار بیمار، تحریف شناختی نیستند و رفتارهای مخرب و تهدید کننده‌ی بیمار باعث شده تا پرستاران برای ترخیص او از بیمارستان، لحظه شماری کنند. اگرچه درمانگر قصد داشت که نشخوار فکری بیمار را به دلیل پیوندی که با جرح خویشتن داشت، کم کند، اما نمی‌خواست آنچه را که معتبر است (یعنی، باور بیمار مبنی بر اینکه پرستاران از او متنفرند)، از اعتبار بیندازد. به همین دلیل، راهبردهای شناختی سنتی، بویژه تکنیک جستجوی شواهد را کنار گذاشت. درمانگر در ابتدا، کار را با پذیرش ابعاد و جنبه‌های معتبر^۱ افکار بیمار آغاز کرد، اما بعد از آن، پیامدهای منفی و ناکارآمد نشخوار فکری او را برجسته ساخت و به بیمار کمک کرد تا نحوه‌ی توصیف افکار و پیامدهای رفتار را با هشیاری و ذهن‌آگاهی بیشتری یاد بگیرد و توجه خودش را معطوف به راه‌های کارآمدتر تفکر کند؛ راه‌هایی که هم باعث کاهش رفتارهای تهدید کننده‌ی او، و هم موجب بهتر شدن ارتباطش با کارکنان بیمارستان شوند (اسوالز و هیرد، ۲۰۰۹). طبیعی است که اگر درمانگر، افکار بیمار را به حساب تحریف شناختی می‌گذاشت و در نتیجه تکنیک جستجوی شواهد را بکار می‌گرفت، بیمار احساس می‌کرد که درمانگر او را درک نکرده و فقط می‌خواهد وادارش کند تا نیمه‌ی پر لیوان را ببیند.

راهبردهای دیالکتیکی: تعادل بخشی به راهبردهای درمان

عمده‌ترین معنای راهبردهای دیالکتیکی این است که درمانگر، تنش دیالکتیکی در رابطه‌ی درمانی را متعادل کند. این کار از طریق تعادل برقرار کردن میان راهبردهای پذیرش^۱ و راهبردهای تغییر^۲ (یعنی، انعطاف‌پذیری درمانگر از یک سو، و اصرار او برای تغییر رفتار بیمار از سوی دیگر) میسر می‌شود. موضع درمانی دیالکتیکی، همیشه قطب‌های زیر را با یکدیگر ترکیب می‌کند: پذیرش و تغییر، انعطاف و ثبات، حمایت و چالش، توجه به توانایی‌ها و نقایص بیمار. در واقع، درمانگر DBT هنگام کار با بیمار مرزی می‌بایست بین دو سبک دیالکتیکی متضاد تعادل برقرار کند: سبک ارتباطی گرم و متقابل در برابر سبک ارتباطی ناملازم و گستاخانه. مفهوم راهبرد دیالکتیکی دقیقاً همین برقراری تعادل میان ارتباط گرم متقابل و حمایت کننده (تز) در برابر لحن غیر مودبانه و گستاخانه (آنتی‌تز) است. بدین ترتیب، تعادلی میان پذیرش و تغییر رخ می‌دهد. در DBT فرض بر این است که لحن غیرمودبانه و ناملازم درمانگر، در حکم یک شیوه‌ی مواجهه^۳ است. پیش‌فرض لینهان این است که تاکید درمانگر بر پذیرش بیمار، تغییر او را تسهیل می‌کند و تاکید بر تغییر نیز موجب تسهیل پذیرش می‌شود.

درمانگر به آموزش و سرمشق‌دهی تفکر دیالکتیکی از طریق تکنیک‌های مختلف مانند «چالش شناختی» می‌پردازد. اینگونه سرمشق‌دهی، بیمار را توانا می‌کند تا به کشف این نکته نایل آید که - برای مثال - اعتماد به آدم‌ها، یک امر مطلق نیست، بلکه تغییر، تحول و تکامل می‌یابد. همچنین، از طریق «آموزش روانی» مفهوم دیالکتیک را توضیح می‌دهد و برای بیمار روشن می‌کند که یک انسان، کاملاً خوب یا کاملاً بد نیست، بلکه آمیزه‌ای از آنهاست و بدین نحو به چالش با یکی از بزرگ‌ترین مشکلات افراد مرزی یعنی «دو نیمه‌سازی» می‌پردازد. راهبردهای دیگر «تغییر» در DBT شامل تحلیل کارکردی رفتارهای ناکارآمد، تکنیک‌های حل مساله و اصلاح شناختی می‌شود. برای آشناسازی درمانجو با مفهوم دیالکتیک به پیوست شماره ۲، فرم شماره ۹ مراجعه کنید.

راهبردهای سبک شناختی^۴

درمانگر دو دسته از راهبردهای سبک شناختی، که مکمل یکدیگر هستند، در طول تعاملات کلی‌اش با بیمار به کار می‌برد. اولین مجموعه از این راهبردها، «راهبردهای آسیب‌پذیری متقابل»^۵ یا «ارتباط

- 1 acceptance
- 2 change
- 3 confrontation
- 4 stylistic strategies
- 5 reciprocal vulnerability strategies

- 1 valid aspects

متقابل^۱ است که شامل رفتارهای خود آشکارسازی^۲، پاسخدهی^۳ گرم و همدلانه و اصالت^۴ درمانگر می‌شود و تقریباً مشابه همان سبک ارتباطی است که در روش درمان مراجع محور دیده می‌شود. در DBT، آشکارسازی واکنش‌های شخصی و فوری درمانگر زیاد اتفاق می‌افتد. برای مثال، زمانی که درمانجو از سردی درمانگر شکوه می‌کند، درمانگر می‌تواند این طور پاسخ دهد: «وقتی تو توقع گرمی و صمیمیت از من داری، من تحت فشار قرار می‌گیرم و گرمی و صمیمیت بیشتر، برای من سخت‌تر می‌شود». گاهی اوقات درمانجو بارها و بارها در تکمیل تکالیف خانگی کوتاهی می‌کند و در عین حال، باز هم از درمانگر می‌خواهد که به او کمک کند؛ در چنین مواقعی بهتر است که درمانگر این طور پاسخ دهد: «تو همیشه از من درخواست می‌کنی که بهت کمک کنم، اما کارهایی رو که به نظر من برای بهبودی تو مفیدند، انجام نمیدی. در نتیجه من به عنوان یک درمانگر احساس ناکامی و عدم موفقیت می‌کنم، چرا که قصد دارم به تو کمک کنم اما تو این اجازه رو به من نمیدی». چنین جملاتی هم موجب اعتبار بخشیدن به درمانجو می‌شود و هم موجب به چالش کشیدن او. این جملات نمونه‌هایی از کنترل وابستگی (چراکه جملات درمانگر درباره‌ی درمانجو، معمولاً با صورت تقویت کننده تجربه می‌شوند یا تشبیه کننده) و شفاف سازی وابستگی (زیرا توجه درمانجو را به سمت پیامدهای رفتار بین فردی اش جلب می‌کند) هستند.

پاسخده بودن نیز مستلزم آن است که درمانگر نیازها و آرزوهای بیمار را جدی بگیرد. به بیان بهتر، پاسخده بودن نوعی سبک ارتباطی دوستانه و با محبت است که از گرمی و تعهد درمانگر خبر می‌دهد. به منظور اینکه بیمار علاقه و درک درمانگر را نسبت به خود دریابد، پاسخ‌های درمانگر می‌بایست انعکاسی از محتوای تعاملات و ارتباطات بیمار باشد، نه یک نمایشنامه تصنعی و از پیش نوشته شده. درمانگر به منظور سرمشق دادن به بیمار جهت مقابله با مشکلات و یا به خاطر اعتبار بخشیدن به ادراک بیمار از درمانگر، می‌تواند جنبه‌هایی از خود را فاش سازد. در واقع، راهبرد ارتباط متقابل بدین منظور طراحی شده تا از قدرت یا نیروی متفاوتی که درمانجو به درمانگر نسبت می‌دهد، بکاهد و آسیب‌پذیر بودن درمانگر را آشکار کند.

«راهبردهای ارتباط گستاخانه»^۵ دومین مجموعه‌ی راهبردهای سبک شناختی است و به این دلیل مورد استفاده قرار می‌گیرند تا بیمار را موقتاً نامتعادل کنند، توجه او را جلب کرده و یک دیدگاه جایگزین و جدید ارائه کنند. این راهبردها می‌توانند فرایند مساله‌گشایی را تسهیل کرده و به این دلیل استفاده می‌شوند تا درمانجوی جزمی و نامتعطف را تکان دهند، به طوری که امکان یادگیری جدید فراهم شود. همچنین، زمانی که به نظر می‌رسد پیشرفت درمانی مدت‌هاست که منجمد شده، بکارگیری این راهبردها نوعی شکاف و روزنه ایجاد می‌کند.

در واقع، بکارگیری این راهبردها زمانی که بیمار به رکود می‌رسد و یا درمانجو و درمانگر در فرایند درمان

- 1 reciprocal communication
- 2 self-disclosure
- 3 responsiveness
- 4 genuineness
- 5 irreverent communication strategies

«گیر می‌کنند»، بسیار مفید است. راهبردهای ارتباط گستاخانه نوعی سبک ارتباطی خشک و بی‌روح است که کاملاً در تضاد با ارتباط گرم، متقابل، و پاسخده درمانگر قرار دارند. این راهبردها، شامل یک واکنش کاملاً معمولی و پیش و پا افتاده به رفتارهای غیر انطباقی بیمار، جدی گرفتن بیمار بیش از آنچه خودش تصور می‌کند و مواجهه مستقیم با رفتارهای دیوانه‌وار^۱ و پاسخ‌های نامتعارف وی می‌شود. برای مثال، چنانچه بیمار بگوید: «من به کشتن خودم فکر می‌کنم» درمانگر DBT ممکن است بگوید: «این مسئله، درمان رو با مشکل مواجه می‌کند، نمی‌کنه؟». لاینهان معتقد است، تعادل برقرار کردن بین راهبردهای ارتباط گستاخانه (مانند گوشه کنایه‌ها، بی‌تفاوتی و بی‌اعتنایی‌های درمانگر) و راهبردهای آسیب‌پذیری متقابل (مانند صداقت، گرمی و پاسخدهی درمانگر)، نشانگر دیالکتیکی است که توقف شیوه‌های رفتار و تفکر افراطی بیمار را سرعت می‌بخشد. برای اینکه راهبردهای ارتباط گستاخانه مفید واقع شوند، بایستی تعادلی میان آنها و راهبردهای ارتباط متقابل برقرار شود، بدون این تعادلی، هیچ یک از راهبردها نماینده‌ی DBT نخواهند بود.

راهبردهای مدیریت مورد

وقتی در محیط پیرامون درمانجو مشکلاتی وجود دارد که با کارکرد یا پیشرفت او تداخل می‌کند، درمانگر از راهبردهای مدیریت مورد^۲ استفاده می‌کند. این راهبردها به سه گروه تقسیم شده‌اند: مشاوره با بیمار^۳، مداخله‌ی محیطی، و جلسات تیم مشاوره^۴.

راهبرد مشاوره با بیمار

این راهبرد در عالم نظریه‌پردازی ساده، اما در عمل بسیار دشوار است. همان طور که از نام آن برمی‌آید، این راهبرد به معنای مشاوره دادن به بیمار است نه به شبکه‌ی اجتماعی بیمار. وظیفه‌ی درمانگر آن است که به درمانجو مشاوره دهد که چگونه تعامل اثربخش با محیط خود داشته باشد نه اینکه محیط چگونه با درمانجو تعامل کارآمد داشته باشد. این راهبرد تلاش می‌کند تا الگوی منفعل مساله‌گشایی بیمار مرزی را کاهش دهد و مستقیماً قدرت وی را پرورش داده و از قدرت درمانگر بکاهد (لینهان و هیرد، ۱۹۹۲). اهداف این راهبرد عمدتاً شامل این موارد است:

- ۱ درمانجویان باید یاد بگیرند که چگونه زندگی خود را مدیریت کنند و از طریق تعامل موثر با سایر افراد در محیط (من جمله، متخصصان سلامت روان) قادر به مراقبت از خود باشند.
- ۲ راهبرد مشاوره با بیمار، از دفعات «دو نیمه‌سازی» میان درمانگر DBT و سایر افرادی که با درمانجو تعامل دارند، کم می‌کند. دو نیمه‌سازی زمانی اتفاق می‌افتد که افراد حاضر در شبکه‌ی

- 1 crazy
- 2 case management strategies
- 3 consultation-to-the-patient
- 4 consultation team meeting

اجتماعی بیمار، در این باره که چگونه باید با او برخورد کرد، عقاید گوناگونی داشته باشند. مادامی که درمانگر، نقش مشاور درمانجو را حفظ می‌کند، از گزند این گونه مشاجرات دور می‌ماند (میلر، راتوس، و لینهان، ۲۰۰۷).

DBT به عنوان یک درمان رفتاری، بر این موضوع تاکید می‌کند که مهارت‌هایی که درمانجو در محیط بالینی یاد می‌گیرد، به صورت خودکار به خارج از کلینیک و محیط طبیعی زندگی او تعمیم نمی‌یابد. بنابراین، در DBT به درمانجویان این فرصت داده می‌شود تا در فاصله‌ی بین جلسات درمانی، در صورت لزوم با درمانگر خودشان تماس‌های تلفنی داشته باشند. طی تماس‌های تلفنی، درمانگر به جای آنکه به روان‌درمانی بپردازد، مهارت‌های مختصری را به بیمار ارائه می‌کند. این مهارت‌ها نباید در جهت تحلیل جزء به جزء مشکل بیمار یا بحث پیرامون مسایل و مشکلات بلندمدت او باشند، بلکه هدف از ارائه‌ی آنها، آماده‌سازی بیمار برای مقابله با مشکلات فوری و رویدادهای استرس‌زای بلافاصله زندگی است. برای مثال، بیمار به دنبال جر و بحث شدید با همسرش، تکانه‌های شدیدی برای خود-آسیب‌رسانی احساس می‌کند و برای چگونگی کاستن از این تکانه‌های مخرب با درمانگر تماس می‌گیرد. در چنین مواقعی، درمانگر DBT به بحث پیرامون مسایل و مشکلات بین‌فردی بلندمدت بیمار نمی‌پردازد، بلکه در رابطه با اینکه در آن لحظه چگونه با همسرش برخورد کند، راه‌حل‌های مختلف را با بیمار بررسی می‌کند.

در بسیاری از مواقع، حلقه‌ی واسطه میان یک مشکل بین‌فردی (مثل، مشکلات زناشویی و مشاجره‌ی شدید با همسر) و تکانه‌ی شدید برای خودزنی و یا خودکشی، معمولاً نشخوار فکری درباره‌ی مشکلات بلندمدت آینده است. در همین مثال، بهتر است که درمانگر DBT، بکارگیری ذهن‌آگاهی را به منظور کاهش نشخوار فکری به درمانجو پیشنهاد کند. مثال دیگر، بیماری است که به دنبال تمامی رویدادهای تسریع‌کننده‌ای که احساس شرم را در او فراخوانی می‌کنند، فوراً به فکر خودکشی می‌افتد و در نتیجه‌ی احساس شرم، درباره‌ی تمام اتفاقاتی که در گذشته باعث این احساس شرم در او شده‌اند، نشخوار فکری پایان‌ناپذیر و دردناکی را آغاز می‌کند. هر چقدر که احساس شرم در او شدت می‌یابد، بیشتر و بیشتر مطمئن می‌شود که خودکشی، بهترین و تنهاترین راه برای خلاص شدن از شرم است. در ابتدای درمان، بیمار می‌تواند به محض آغاز افکار و تکانه‌های خودکشی با درمانگر تماس بگیرد. اما پس از اینکه DBT به میانه‌ی راه می‌رسد و درمانگر و بیمار در طول جلسات درمان انفرادی، راه‌حل‌های مختلف برای مقابله با شرم و نشخوار فکری را بررسی می‌کنند، برقراری تماس تلفنی زودهنگام (یعنی، بلافاصله بعد از شروع افکار خودکشی) مجاز نیست.

به منظور تعمیم مهارت‌ها و راه‌حل‌های آموخته شده در جلسات درمان به خارج از کلینیک، درمانگر بایستی بیمار را تشویق کند تا قبل از شروع نشخوار فکری و بعد از استفاده از مهارت‌هایی که یادگرفته است، با او تماس بگیرد. هر چه که درمان پیشرفت می‌کند، انتظار می‌رود که بیمار قبل از تماس تلفنی، خودش مهارت‌های بیشتری را امتحان کند. این روش، احتمال وابستگی درمانجو به درمانگر را کم می‌کند. حتی به منظور پیشگیری از تداعی میان **بحران** و **دسترس‌پذیری درمانگر**، اکثر برنامه‌های

سرپای DBT، قاعده‌ای را برای بیماران وضع می‌کنند که به موجب آن، بیماران بایستی برقراری تماس تلفنی با درمانگر را به مدت ۲۴ ساعت بعد از یک اپیزود رفتار خودکشی گرایانه، به تعویق بیندازند (اسوالز^۱ و هیرد، ۲۰۰۹).

گاهی اوقات بیمار، زمانی با درمانگر تماس تلفنی برقرار می‌کند که به شدت درگیر افکار و تکانه‌های خودکشی است و مداخلات و حمایت‌های درمانگر نیز خطر خودکشی را کاهش نمی‌دهد. در چنین مواردی، درمانگر DBT بهتر است مقدمات بستری بیمارستانی بیمار را فراهم کند، یا اینکه به هر حال در محیط بیمار مداخله‌ای انجام دهد و خطر خودکشی را مدیریت کند (همان).

مداخله‌ی محیطی

اگرچه در DBT راهبرد مشاوره با بیمار اصلی‌ترین راهبرد مدیریت مورد است، با این حال مواقعی وجود دارد که مداخلات درمانگر در محیط پیرامون بیمار الزامی می‌شود. مداخلات محیطی زمانی انجام می‌شوند که عدم مداخله‌ی درمانگر موجب رسیدن آسیب به درمانجو شود.

هر چند که راهبرد مشاوره در پی این است که بیمار مرزی خودش بصورت فعالانه مشکلاتش را حل کند، با این حال درمانگر DBT قبول دارد که بیمار ممکن است فاقد مهارت‌های لازم در برخی موقعیت‌های مهم و حیاتی باشد. مداخلات محیطی در موقعیت‌هایی که پیامدها و نتایج درمان مهم هستند ولی بیمار قدرت کمی دارد، این امکان را به درمانگر می‌دهد تا از جانب بیمار دست به مداخله بزند (لینهان و هیرد، ۱۹۹۲).

جلسات تیم مشاوره

در DBT مشاوره با دیگر متخصصان نه یک کار جنبی، که یکی از ضروریات جدایی‌ناپذیر از روش درمانی است. مشاوره با سایر درمانگران، موجب تعادل بخشیدن به راهبرد مشاوره با بیمار است. درمان بیماران مبتلا به BPD به علت مقاومت آنها در برابر درمان مشکل است و احتمال دارد واکنش‌های هیجانی خاصی را در درمانگر ایجاد کند و به فرسودگی شغلی او یا استفاده‌ی افراطی و نامتعادل از راهبردهای درمانی منتهی شود. جلسات تیم مشاوره فراهم آمده است تا به افزایش انگیزه‌ی درمانگر و راهنمایی وی در اداره‌ی فرآیند درمان کمک کند. تیم مشاوره شامل درمانگران انفرادی DBT، روانپزشکان یا پرستاران مسئول تجویز دارو، مددکاران اجتماعی، رهبران گروه‌های درمانی، درمانگران پشتیبان و افرادی از این قبیل می‌باشد. جلسات تیم مشاوره دو مولفه دارد: بحث درباره‌ی بیمار و رشد مهارت‌های درمانگر. هنگام بحث پیرامون وضعیت درمانجو، درمانگران مطالبی را ارائه می‌دهند که فرصتی را برای تیم فراهم می‌آورد تا اطمینان حاصل کنند که (۱) یک موضع دیالکتیکی نسبت به مسایل مطرح شده توسط درمانگر اتخاذ شده است؛ و (۲) درمانگر به راهبردها و تکنیک‌های اصلی DBT متعهد بوده است.

آموزش مهارت‌ها در DBT

رفتاردرمانی دیالکتیکی بر این نکته تأکید می‌کند که رفتارهای غیرانطباقی بیماران (مثل، خودزنی، رفتارهای خودکشی گرایانه، سوءمصرف الکل و داروها) در خدمت تنظیم تجربه‌های هیجانی آزاددهنده است. به دنبال این رفتارهای غیرانطباقی، کاهش موقتی در برانگیختگی هیجانی رخ می‌دهد و در نتیجه استفاده از این راهبردهای غیرانطباقی به صورت منفی تقویت می‌شود. بنابراین، بدنه‌ی اصلی تمرکز DBT، حول یادگیری، بکارگیری، و تعمیم مهارت‌های انطباقی خاصی است که در این روش درمانی آموزش داده می‌شود و هدف نهایی آن، کمک به بیمار برای شکستن و فایق آمدن بر این چرخه‌ی معیوب است (بورنووالوا و دافترس، ۲۰۰۷). همان طور که پیش از این، در قسمت راهبردهای مساله‌گشایی گفته شد، در DBT چهار دسته از مهارت‌ها آموزش داده می‌شود: (۱) مهارت‌های ذهن‌آگاهی، (۲) مهارت کارآمدی بین‌فردی، (۳) مهارت تنظیم هیجانی، و (۴) مهارت تحمل‌پریشانی (رنج). هر یک از این مهارت‌ها با کمک بازی نقش یا سایر مولفه‌های تجربی، آموزش داده می‌شود و تمرین و یادگیری آنها بر اساس تکالیف خانگی بررسی می‌شود. هر جلسه چند برگ کاغذ جهت یادداشت برداری و تعدادی فرم‌های مخصوص که حاوی اطلاعاتی درباره‌ی مهارت‌های DBT است، به درمانجو (یا درمانجویان، در گروه درمانی) داده می‌شود. نمونه‌هایی از این فرم‌ها در قسمت پیوست کتاب حاضر آمده است. موضع دیالکتیکی در مهارت‌آموزی DBT نیز رعایت شده است، به این معنی که ذهن‌آگاهی و تحمل‌پریشانی، مهارت‌های مبتنی بر پذیرش هستند، و تنظیم هیجانی و کارآمدی بین‌فردی، مهارت‌های مبتنی بر تغییر به حساب می‌آیند. با این حال، استفاده‌ی موثر و کارآمد از تمام این چهار مهارت، به درجه‌ی تسلط درمانجو بر ذهن‌آگاهی بستگی دارد. به همین دلیل، قبل از آموزش سه مهارت دیگر، همیشه در ابتدا مهارت ذهن‌آگاهی تمرین می‌شود. تأکید DBT بیشتر بر مهارت‌های ذهن‌آگاهی و تحمل‌پریشانی است، زیرا مهارت‌های کارآمدی بین‌فردی و تنظیم هیجانی، عمدتاً از همان اصول و روش‌های سنتی رفتاردرمانی شناختی (عمدتاً، آموزش مهارت‌های اجتماعی و مهارت‌های جرات‌مندی و ابراز وجود) پیروی می‌کنند (اسوالز و هیرد، ۲۰۰۹).

مهارت‌های ذهن‌آگاهی

از آنجا که مهارت‌های ذهن‌آگاهی قلب DBT را تشکیل می‌دهند، گاهی اوقات تحت عنوان مهارت‌های مرکزی (اصلی) از آنها یاد می‌شود. این مهارت‌ها، که نسخه‌های روانشناختی و رفتاری مهارت‌های مراقبه به حساب می‌آیند، تا حد زیادی الهام گرفته شده از اعمال ذن هستند و با بسیاری از اعمال مراقبه‌ی

مشرق زمین و روش‌های تعمقی (تفکری) مغرب زمین نیز هماهنگ و سازگار هستند. ذهن‌آگاهی که آگاهی بدون قضاوت تعریف می‌شود، شالوده‌ی تمامی مهارت‌ها در DBT است (لینهان، ۱۹۹۳) و نخستین مهارتی است که در DBT آموزش داده می‌شود. هدف بسیار مهم این مهارت، ایجاد توانایی کنترل توجه است. فقدان توانایی در هدایت توجه منجر به مشکلات شایع متعددی می‌شود که شامل ناتوانی در متوقف‌سازی فکر کردن درباره‌ی گذشته، آینده، یا مشکلات فعلی و ناتوانی در تمرکز بر تکالیف مهم می‌باشد. به طور کلی‌تر، هدف مهارت‌های ذهن‌آگاهی در DBT، رشد خردورزی، توانایی دیدن آنچه درست است، عمل کردن به شکل عاقلانه، مشارکت کامل و عاری از قضاوت در تجارب زندگی به منظور تسهیل ظهور رفتار موثر و ماهرانه است. همان طور که پیشتر هم گفته شد، پارادایم ذهن‌آگاهی لینهان، تحت تأثیر ذن و آموزش‌های معنوی مسیحیت قرار دارد و بر رها کردن دلبستگی‌های ناکارآمد و کاهش تفکر قضاوتی، با هدف غایی یکی شدن با تجربه‌ی فعلی، مبتنی است. راهبردهای مبتنی بر پذیرش ذهن‌آگاهی، برای بیمار راه‌هایی را در جهت کاهش تلاش‌های وی برای کنترل تجارب فراهم می‌آورد. ایده‌ی زیربنایی از این قرار است که اگر بیمار بر پذیرش تجربه‌اش به جای تغییر دادن، تثبیت کردن یا اجتناب کردن از آن تمرکز یابد، خاموشی رفتار یا پاسخ‌ناخواسته را فراهم می‌آورد (لینچ و برونر^۱، ۲۰۰۶؛ به نقل از علوی، ۱۳۸۹).

در ذهن‌آگاهی، درمانجو (یا درمانجویان، در گروه درمانی) سه حالت ذهنی را آموزش می‌بیند: ذهن منطقی، ذهن هیجانی، و ذهن خردگرا. **ذهن منطقی**^۱ (مستدل) بخش منطقی و عقلانی ذهن است که هوشمندانه می‌اندیشد، حقایق را می‌داند، برنامه‌ریزی می‌کند و مسایل را حل می‌کند. **ذهن هیجانی**^۲، حالتی است که در آن، افکار و رفتارهای فرد توسط هیجانات وی کنترل می‌شوند. هنگامی که فرد در حالت ذهن هیجانی قرار دارد، منطقی یا عقلانی بودن برایش مشکل است و ممکن است ادراک واقعیت برای متناسب شدن با حالت هیجانی موجود تحریف شود. **ذهن خردگرا**^۳، به یکپارچگی ذهن منطقی (که فقط تحت تأثیر منطق است، بی‌آنکه از منافع و مزیت‌های هیجان استفاده کند) و ذهن هیجانی (که صرفاً تحت تأثیر هیجان است، بی‌آنکه از منطق سوی ببرد) اطلاق می‌شود. بنابراین، ذهن خردگرا می‌تواند به عنوان نوعی دیالکتیک، دربرگیرنده‌ی هیجان و استدلال تلقی شود که تمام راه‌های شناخت و دانستن را در دل خود جای داده است (دیمف و کورنر^۴، ۲۰۰۷). ذهن خردگرا، کیفیاتی از تجربه‌ی مستقیم، شناخت بلافصل و درک معنی و اهمیت یا درستی یک رویداد، بدون تکیه بر تحلیل‌های منطقی را به تنهایی داراست.

در DBT، ذهن خردگرا به عنوان نوعی توانمندی جهانشمول مفهوم‌سازی شده است؛ یعنی هر فردی ذهن خردگرا یا نوعی توانمندی برای رشد خردورزی را داراست. از این رو، در این رویکرد، یکی از اهداف

- 1 Lynch & Bronner
- 2 reasonable mind
- 3 emotional mind
- 4 wise mind
- 5 Dimeff & Koerner

مهارت‌های ذهن آگاهی، رسیدن به حالت ذهنی خردگرا است.

مهارت‌های ذهن آگاهی در دو طبقه سازمان یافته‌اند: مهارت‌های «چه چیز» و مهارت‌های «چگونه». مهارت‌های سه‌گانه‌ی «چه چیز» به اعمالی اطلاق می‌شوند که فرد برای تمرین ذهن آگاهی انجام می‌دهد و عبارتند از: «مشاهده کردن»^۱، «توصیف کردن»^۲، و «مشارکت کردن»^۳ (به پیوست شماره ۲، فرم شماره ۶ مراجعه کنید). مهارت‌های سه‌گانه‌ی «چگونه»، به شیوه‌هایی اطلاق می‌شوند که شخص با کمک آنها مهارت‌های «چه چیز» را تمرین می‌کند. این مهارت‌ها عبارتند از: «غیرقضاوتی بودن»^۴، «خود-ذهن آگاهی»^۵، و «کارآمد عمل کردن»^۶. معنای هر یک از مهارت‌های «چگونه» بشرح زیر است:

غیر قضاوتی بودن

آگاه بودن از قضاوت‌ها، اتخاذ یک موضع و دیدگاه غیرقضاوتی، تمرکز بر «حقایق محض»، پذیرش لحظه‌ی حال، تصدیق و تایید فایده یا ضرر چیزی بدون اینکه قضاوتی درباره‌ی آن صورت بگیرد، قضاوت نکردن درباره‌ی خویشستن. ذهن آگاهی، مستلزم دست شستن از تمامی قضاوت‌های ارزشی است (مثل: خوب و بد؛ باید و نباید و مانند آن).

خود-ذهن آگاهی

انجام تنها یک کار یا فعالیت در یک زمان، ماندن در زمان حال و رها کردن حواس پرتی‌ها از طریق متمرکز ساختن ذهن خود بر روی کانون توجه انتخاب شده. تمرین خود-ذهن آگاهی به درمانجو کمک می‌کند تا بر لحظه‌ی حال متمرکز شود و نشخوار فکری درباره‌ی گذشته، یا نگرانی درباره‌ی آینده را به کل رها کند.

کار آمد بودن

رفتار کردن به شیوه‌ای که بر ارزش‌ها و اهداف بلند مدت فرد منطبق باشد، تمرکز بر هر آنچه در هر موقعیت خاص مورد نیاز است، رها کردن خشم مضر و این عقیده‌ی ناکارآمد و بی‌فایده که زندگی باید همیشه «منصفانه» باشد (لینهان، ۱۹۹۳). در واقع، درمانجو به جای اینکه نگران خوب یا بد بودن کارش باشد، فقط باید به این توجه کند که در لحظه‌ی حال در حال انجام چه کاری است. در آموزش ذهن آگاهی، پذیرش رادیکال ترغیب می‌شود و منظور از آن، پذیرش وسیع و فراگیر واقعیت‌های لحظه‌ی حاضر، و همچنین درگیر شدن با آنهاست. پذیرش رادیکال، بر این فرض استوار است که رنج، از ترکیب درد و عدم پذیرش درد (یعنی، این باور اشتباه که تمام چیزهایی که رخ داده است، "نباید" رخ می‌داده) ناشی می‌شود (اسوالز و هیرد، ۲۰۰۹). برای اطلاع از چگونگی اجرای برخی از تمرین‌های ذهن آگاهی، به پیوست شماره ۱ مراجعه کنید.

مهارت کارآمدی بین فردی

این مهارت‌ها به درمانجو کمک می‌کند تا از جرات‌مندی بیشتری برخوردار شده و در روابط بین فردی خود چیزی را که می‌خواهد، بدست آورد، قدرت «نه گفتن» در او تقویت شود، با تعارض‌ها مقابله کرده و توانایی استمرار روابط بین فردی و حفظ احترام به خویشستن در او بالاتر برود. علاوه بر این، مهارت‌های کارآمدی بین فردی شامل مولفه‌های دیگری مثل، شناسایی باورهایی که با کارآمدی بین فردی تداخل می‌کنند و افزایش جرات‌مندی و ابزار وجود نیز می‌شود. برای آموزش این مهارت‌ها بهتر است که از بازی نقش استفاده کرد. در گروه‌درمانی، بازی نقش بین دو درمانجو، یا به هنگام کار با نوجوانان بین نوجوان و یکی از والدین، اجرا می‌شود. برای آشنایی با مهارت کارآمدی بین فردی به پیوست شماره ۲، فرم شماره ۷ مراجعه کنید. گام‌های اصلی مهارت کارآمدی بین فردی در سرواژه‌ی لاتین DEAR MAN خلاصه شده است: توصیف کردن^۱، بیان کردن^۲، ابراز قاطعانه^۳، تقویت کردن^۴، ذهن آگاه ماندن^۵، با اعتماد بنفس بودن^۶، و مذاکره^۷. به هنگام آموزش این مهارت، درمانگر بایستی یک تعارض فرضی را انتخاب کرده تا درمانجو چگونگی کاربرد این مهارت را ببیند. در گروه‌درمانی، این تعارض فرضی می‌تواند بین دو درمانجو، یا نوجوان و والد، یا هر کس دیگری باشد. برای مثال، درمانجو به صدای بلند موزیک همسایه اعتراض دارد. در این مثال فرضی، درمانگر جلسه‌ی انفرادی DBT یا رهبر گروه درمانی، نقش همسایه‌ی بی‌ملاحظه را بازی می‌کند. رفتار اکثر افراد مبتلا به BPD در چنین مواقعی، پرخاش کلامی و حتی درگیری فیزیکی با همسایه، یا برعکس، اعتراض نکردن و سپس خودخوری به خاطر سکوت و عدم اعتراض است. به هنگام آموزش مهارت کارآمدی بین فردی، از یکی از اعضای گروه خواسته می‌شود تا با توجه به آنچه که از فرم شماره‌ی ۷ یاد گرفته، نحوه‌ی برخورد مناسب و چگونگی مدیریت موقعیت بالا را به درمانگر یا مربی گروه آموزش دهد. احتمالاً به خاطر حس کنجکاوی شدیدی که درمانجویان عموماً درباره‌ی درمانگر خود دارند، غالباً دیده می‌شود که کاملاً درگیر این تکنیک می‌شوند و با مهارت بالایی آن را اجرا می‌کنند.

- 1 Describe
- 2 Express
- 3 Assert
- 4 Reinforce
- 5 (Stay) Mindful
- 6 Appear Confident
- 7 Negotiate

- 1 observing
- 2 describing
- 3 participating
- 4 being nonjudgmental
- 5 being one-mindful
- 6 being effective

مهارت تحمل پریشانی (رنج)

این مهارت، ترکیبی از مهارت‌های استاندارد رفتاردرمانی شناختی و اعمال ذن بویژه، پذیرش رادیکال است. گام‌های اصلی مهارت تحمل پریشانی در سرواژه‌ی ACCEPTS خلاصه شده است: فعالیت‌ها^۱، مشارکت^۲، مقایسه^۳، هیجان‌ها^۴، فرونشانی^۵، افکار^۶، و حس‌ها^۷. در واقع، این تکنیک به درمانجو کمک می‌کند تا با انجام برخی از فعالیت‌ها (مثل، تلفن زدن به یک دوست صمیمی، یا حتی مرتب کردن اتاق)، مشارکت در برخی از کارها (مثل، کمک کردن به دیگری، غافلگیر کردن یک دوست از طریق خرید هدیه)، مقایسه‌ی خود با کسانی که وضعیت بدتری دارند، ایجاد تعمدی هیجان‌های مثبت (مثل، دیدن فیلم)، فرونشانی موقتی شرایط دردناک (مثل، کشیدن یک دیوار خیالی بین خود و مشکلات)، جایگزین کردن افکار، و تقویت سایر حس‌ها (مثل، فشردن قطعه‌های یخ یا شنیدن موسیقی با صدای بلند) حواس برگردانی کرده و قدرت تحمل پریشانی و رنج و اندوه را در خود بالا ببرد (به پیوست شماره ۲، فرم شماره ۸ مراجعه کنید).

علاوه بر کار کردن بر روی فرم شماره ۸، آموزش تحمل پریشانی و خود-تسکین‌دهی^۸ در گروه‌درمانی بشرح زیر است: رهبران گروه مجموعه‌ی متنوعی از ابزارها و وسایلی را که موجب خود-تسکین‌دهی می‌شوند، به داخل جلسه‌ی درمانی می‌آورند. این وسایل که باید به یکی از حواس پنجگانه مربوط باشند، عمدتاً شامل موارد زیر است: تصاویر زیبا و کتاب‌های هنری (بینایی)؛ موسیقی‌های آرام و لذت‌بخش (شنوایی)؛ شمع‌های معطر و گل‌های خشک شده‌ی معطر (بوایی)؛ بالش‌های نرم، حیوانات عروسکی از جنس پارچه و پارچه‌های ابریشمی و مخملی (لامسه)؛ و چای‌های گیاهی، شکلات، و سایر خوراکی‌ها (چشایی، بوایی). به منظور تمرین‌های گروهی، باید تمامی اشیاء بالا به هنگام استراحت بین جلسات و قبل از ورود اعضا، بر روی میز چیده شوند. بهتر است که لامپ‌های پرنور خاموش شوند و از چراغ‌هایی که نور ملایم‌تری دارند، استفاده شود. سپس از اعضای گروه خواسته می‌شود تا وارد اتاق درمان شده و اشیایی که برخی (یا تمام) حواس پنجگانه‌ی آنها را آرام می‌کند، انتخاب کرده و سپس سر جای خود بنشینند. رهبر گروه دلیل استفاده از این اشیاء را که همانا آرام کردن حواس پنجگانه است، توضیح می‌دهد. سپس موسیقی آرام‌کننده‌ی عمیقی پخش می‌شود که در عین آرامی و لذت‌بخش بودن آن، غمگین‌کننده نیست. از اعضای گروه خواسته می‌شود تا با ذهن آگاهی به تصاویر نگاه کنند،

- 1 Activities
- 2 Contributing
- 3 Comparisons
- 4 Emotions
- 5 Pushing away
- 6 Thoughts
- 7 Sensations
- 8 self-soothing

جای خود را بچسبند، حیوانات عروسکی خود را در آغوش کشیده و نوازش کنند، و بدین ترتیب با فعال کردن تمامی حواس، به تسکین و آرام کردن خود بپردازند. این تمرین باید چند دقیقه‌ای ادامه داشته باشد، سپس از اعضای گروه خواسته می‌شود تا تجربه‌ی خود را توصیف کنند و احساس خود را قبل و بعد از تمرین بیان کنند. درمانجویان، بویژه نوجوانان این تمرین را فوق‌العاده دوست دارند. اگرچه در ابتدا ممکن است اندکی شرمگین و مواظب رفتارهای خود باشند، اما بتدریج خود را به دست این آرامش می‌سپارند و تسکین دادن به خود را کاملاً جدی می‌گیرند.

علاوه بر خودتسکین‌دهی، می‌توان از مهارت حواس‌برگردانی هم در گروه‌درمانی استفاده کرد. رهبران گروه آیت‌های مختلفی را به جلسه‌ی درمان می‌آورند: موسیقی‌های شاد، کلیپ‌های ویدئویی سرگرم‌کننده یا نمایش‌های تلویزیونی (که خلق را بالا می‌برند)، جدول کلمات، مجله‌های عامه‌پسند، و حتی لوازم آرایشی. از اعضای گروه خواسته می‌شود تا آخرین باری که احساس غمگینی، اضطراب و یا در کل احساس پریشانی کردند، به یاد آورده و تجسم کنند. بدین ترتیب، احساس‌های غمگینی و آشفته‌کننده را در آنها فراخوانی می‌کنند. سپس از آنها خواسته می‌شود تا به مدت ۵ تا ۱۰ دقیقه، یکی از فعالیت‌هایی را که به حواس برگردانی کمک می‌کند، انجام دهند. سپس از آنها پرسیده می‌شود که آیا قادر بودند که واقعه‌ی ناراحت‌کننده‌ای را که تجسم کرده بودند، خارج از ذهن خود نگاه دارند، یا خیر. اگر یکی از اعضای گروه بیش از حد آشفته شد و قادر به آرام کردن خود نبود، درمانگر یا مربی گروه، خارج از جلسه‌ی گروه‌درمانی وقت بیشتری را بصورت انفرادی به او اختصاص می‌دهد و حتی اگر لازم شود بصورت تلفنی پیگیر حال او خواهد شد.

مهارت تنظیم هیجانی

مهارت «دریا» یکی از مهارت‌هایی است که برای تنظیم حالات هیجانی آشفته‌ساز انجام می‌شود. می‌توان از موسیقی یا کلیپ‌های تصویری برای تحریک واکنش‌های هیجانی، حالات خلقی، احساس‌های بدنی، و مواردی از این دست استفاده کرد. سپس از اعضای گروه خواسته می‌شود تا بصورت غیرقضاوتی کلیپ را تماشا کنند یا موسیقی را بشنوند و در واکنش به کلیپ یا موسیقی، توجه خودشان را مستقیماً به تجربه‌های درونی معطوف کنند. سپس همین تمرین با کلیپ یا موسیقی بسیار متفاوت دیگری تکرار می‌شود و باز هم از اعضای گروه خواسته می‌شود تا مشاهدات غیرقضاوتی خود، و همچنین توصیفاتشان را از هیجان‌هایی که تجربه کردند، به اشتراک بگذارند. در واقع، باید افکار، اعمال، احساس‌های بدنی و امیالی را که می‌آیند و می‌روند، به اشتراک بگذارند^۹ (میلر، راتوس، و لینهان، ۲۰۰۷).

1 “the wave”

2 برای کسب اطلاعات بیشتر درباره‌ی مهارت‌های تنظیم هیجانی، به منبع زیر مراجعه کنید: هیلی، کریس. (تاریخ انتشار به زبان اصلی: ۲۰۰۸). اختلال شخصیت مرزی: راهنمای عملی برای درمانگران و درمانجویان. ترجمه‌ی مجید محمودعلیلو، احمد منصوری و محمد امین شریفی. تهران: نشر نیوند (زیر چاپ).

اثر بخشی رفتار درمانی دیالکتیکی

درمان DBT عمدتاً روانی-آموزشی است و بر اکتساب مهارت‌های رفتاری تاکید دارد. در یک مطالعه‌ی تصادفی کنترل‌شده، لینهان و همکارانش نتیجه‌ی یک ساله‌ی این درمان را با درمان‌های معمول در دسترس مقایسه کردند. نتایج درمان یک ساله در مقاله‌ی اولیه‌ی این مطالعه (لینهان و همکاران، ۱۹۹۱) گزارش شد. در طی این یک سال، بیماران گروه DBT به طور معنی‌داری رفتار آسیب‌رسان کمتری از بیماران گروه گواه، داشتند و دوره‌های شدید خود-آسیب‌رسانی در میان بیماران گروه تجربی، کمتر از گروه گواه (درمان به روش معمول) بود. همچنین، بیماران گروه تجربی تعداد روزهای کمتری را در بخش روانپزشکی بستری بودند. باهس و همکاران (۲۰۰۴) نیز در دانشگاه آمستردام، کارایی DBT را بر روی جمعیت BPD بررسی کردند. نمونه پژوهشی آنان را گروهی مختلط از زنان مبتلا به BPD، با یا بدون سوء مصرف مواد تشکیل داد. ۵۸ بیمار BPD بصورت تصادفی در دو گروه درمان یعنی، DBT و درمان به روش معمول^۱ (TAU) گنجانده شدند. نتایج پژوهشی بعد از دوره‌ی درمان ۶ ماهه و پیگیری ۷۸ هفته‌ای، کاملاً نشانگر برتری DBT به TAU در زمینه‌ی رفتارهای شبه خودکشی، تکانشگری و سوء مصرف مواد بود.

با این حال، اگرچه DBT اپیزودهای جرح‌خویشتن را در ابتدای درمان کم می‌کند، اما در بلندمدت از اثربخشی محدودی برخوردار است (بتمن و فوناگی، ۲۰۰۴). همچنین در برخی از مطالعات (مثل، اسکیل^۲، ۲۰۰۰؛ به نقل از وریول^۳، ۲۰۰۵)، DBT اثربخشی خود را در کاهش افسردگی، ناامیدی، ارتقا باورهای مقابله‌ای یا رضایت‌مندی کلی از زندگی نشان نداده است. روی هم رفته، یافته‌ها نشان می‌دهند که DBT (همان‌طور که اهداف اولیه‌ی آن اشاره می‌کند) بایستی فقط درمان انتخابی آن دسته از بیماران مرزی باشد که به طور مزمن خودکشی‌گرا هستند. همچنین، شاید بهتر باشد زمانی که رفتارهای پرخطر رو به کاهش گذاشتند، از یک روش درمانی دیگر برای آماج قرار دادن سایر مولفه‌های BPD استفاده شود. دلیل اثربخشی خوب DBT بر کاهش رفتارهای پرخطر بیماران مبتلا به BPD، وجود

1 treatment as usual

2 Scheel

3 Verheul

پاره‌ای از ویژگی‌های متمایز کننده‌ی DBT است: (۱) بازنگری دایمی در خطر رفتارهایی نظیر خودکشی یا خودزنی در سرتاسر برنامه‌ی درمانی؛ (۲) تمرکز آشکار بر اصلاح این رفتارها در اولین مرحله‌ی درمان؛ (۳) تشویق بیماران برای مشاوره گرفتن از درمانگرانشان از طریق تلفن و به هنگام برانگیخته شدن رفتارهای پرخطر؛ (۴) جلوگیری از فرسودگی روانی درمانگر از طریق برگزاری جلسات درمان گروهی (وریول، ۲۰۰۵).

attachments
پیوست‌ها

پیوست شماره ۱ تمرین‌های ذهن آگاهی

اصول و رئوس کلی برای اجرای تمرین‌های ذهن آگاهی

- این تمرین‌ها را می‌توان در جلسات انفرادی DBT یا گروه‌درمانی DBT بکار گرفت.
- رهبران گروه بایستی اعضاء را در رابطه با هریک از تمرین‌ها مطلع کرده و پیوندی بین تمرین مورد نظر و هدف درمانی برقرار کنند (مثلاً: این تمرین به ما کمک می‌کند تا بطور کامل به تجربه‌هایمان توجه کنیم؛ این تمرین به ما کمک می‌کند تا از قضاوت کردن خود کم کنیم و در نتیجه، قدرت ذهن هیجانی را کاهش دهیم و ...).
- تمامی اعضای گروه، من جمله اعضای خانواده باید در تمرین‌ها شرکت کنند.
- در رابطه با اکثر تمرین‌ها، اعضای گروه می‌توانند یا چشم‌هایشان را ببندند، و یا بر نقطه‌ی مقابل خود (که موجب حواس‌پرتی نشود) تمرکز کنند.
- تلفن از برق کشیده می‌شود، تمام گوشی‌های همراه نیز باید خاموش باشند.
- اکثر تمرین‌ها را می‌توان ظرف ۲ تا ۵ دقیقه اجرا کرد؛ هر چه اعضای گروه باتجربه‌تر شوند، تمرین‌ها را نیز می‌توان طولانی‌تر کرد.
- می‌توان به درمانجویان آموزش داد که چنانچه مسیر توجه یا فکرشان منحرف شد، بایستی بدون آنکه دست به قضاوت بزنند به مسیری که توجه یا فکر منحرف شده دقت کرده و آن را مجدداً به سمت تمرین حاضر بیاورند.
- رهبران گروه می‌توانند چند دقیقه‌ای به اعضا فرصت دهند تا تجارب و مشاهدات خود را در مورد هریک از تمرین‌ها به اشتراک گذاشته و پیرامون آن صحبت کنند.

تمرین شماره ۱: چه چیزی در من تغییر کرد؟

اعضای گروه به صورت دو به دو روبروی هم می‌نشینند و با ذهن آگاهی و دقت به یکدیگر نگاه می‌کنند. سپس برمی‌گردند و سه چیز را در خود تغییر می‌دهند (مثل، عینک، ساعت مچی و مو) و مجدداً به سمت یکدیگر برمی‌گردند. آیا اعضای گروه می‌توانند تغییرات ایجاد شده را تشخیص دهند؟

ابعاد آموزشی ذهن آگاهی: مشاهده‌ی خود-ذهن آگاهی

تمرین شماره ۲: مشاهده‌ی موسیقی

رهبران گروه قطعه‌ای از یک موسیقی را پخش می‌کنند و از اعضای گروه می‌خواهند در همان حال که کاملاً به موزیک گوش می‌دهند، تجارب خود را مشاهده کرده و عاری از قضاوت، آنها را توصیف کنند

(افکار، هیجانها، تغییرات فیزیولوژیک، و امیال). همچنین می‌توان قطعاتی از دو یا سه نوع موسیقی با سبک‌ها و سرعت مختلف را پخش کرده و از اعضای گروه خواست تا تغییرات ایجاد شده در موزیک و همچنین واکنش‌های درونی خودشان را مشاهده کنند.

ابعاد آموزشی ذهن آگاهی: مشاهده، توصیف، و مشارکت عاری از قضاوت

تمرین شماره ۳: متعادل نگاه داشتن تخم‌مرغ

اعضای گروه تلاش می‌کنند تا یک تخم‌مرغ را به مدت ۲ دقیقه بر روی میز متعادل نگاه دارند.

ابعاد آموزشی ذهن آگاهی: مشاهده‌ی خود-ذهن آگاهی، غیر قضاوتی بودن، و کارآمد بودن

تمرین شماره ۴: تمرکز بر رایحه‌ی دلپذیر

رهبران گروه تعدادی شمع خوشبو بر روی میز می‌گذارند. به اعضای گروه گفته می‌شود: «یک شمع انتخاب کرده و زمانی که زنگ به صدا درمی‌آید، بر روی صندلی خود با حالتی راحت و آرمیده بنشینید. چشم‌های خود را ببندید و بر بوی شمع تمرکز کنید. هر گونه قضاوت یا عامل حواس‌پرتی را کنار بگذارید. دقت کنید که بوی شمع چه احساسی را در شما ایجاد می‌کند و چه تصویرهای ذهنی را فراخوانی می‌کند». سپس، رهبران و اعضای گروه درباره‌ی مشاهدات، هیجان‌ها، افکار، احساسات عاطفی، و احساسات جسمی درونی خود با یکدیگر بحث می‌کنند: «رایحه‌ی شمع چه احساسی را در شما پدید آورد؟ چه تصویرهایی به ذهن شما خطور کرد؟ آیا بوی شمع، شما را به یاد چیز مخصوصی انداخت؟»

ابعاد آموزشی ذهن آگاهی: مشاهده‌ی خود-ذهن آگاهی، و غیر قضاوتی بودن

تمرین شماره ۵: خوردن کشمش با ذهن آگاهی

طی این تمرین، رهبران گروه در بین اعضا کشمش تقسیم می‌کنند. از هر یک از اعضا خواسته می‌شود تا یک کشمش برداشته و ظاهر، جنس و بوی آن را کاملاً مشاهده کند. سپس آن را داخل دهان گذاشته و به آرامی و همراه با آگاهی و هشیاری شروع به خوردن آن کند. اعضای گروه باید به طعم، احساس، و حتی صدای خوردن خود توجه کنند.

ابعاد آموزشی ذهن آگاهی: مشاهده و توصیف خود-ذهن آگاهی و غیر قضاوتی بودن

این تمرین را می‌توان با آب‌نبات، آدامس‌های میوه‌ای، پاستیل و خوراکی‌هایی از این دست اجرا کرد. رهبر گروه، یا درمانگر در جلسه‌ی DBT انفرادی، تمرین بالا را می‌تواند این‌طور اجرا کند:

این تمرین چگونگی تمرکز روی حواس پنج‌گانه را مورد تأکید قرار می‌دهد و به شما کمک می‌کند تا خودتان را آرام کرده و مجالی داشته باشید تا به این مسئله فکر کنید که بار دیگر، چگونه با احساس‌های دشوار و دردناک می‌خواهید کنار بیایید. قبل از این که تمرین را شروع کنید، بایستی آب‌نبات دلخواه خود را آماده کنید.

اول آب‌نبات را بردارید و به دقت به جزئیات آن نگاه کنید؛ سپس با صدای بلند (اگر مایل هستید) رنگ‌ها، اندازه، ترکیبات و حتی نوشته‌های روی پوست آن را نام ببرید. سپس پوست آن را جدا کنید و توصیف کنید که بوی آن شبیه چیست؟

آب‌نبات را در دهان خود بگذارید و به این مسئله دقت کنید که از کدام یک از عضلات دست‌تان استفاده می‌کنید.

پیش از آن که آب‌نبات را خرد کنید، با زبان آن را لمس کنید. به طعم آن دقت می‌کنید؟

آب‌نبات را با دندان خرد کنید و دقت کنید که دندانهایتان چگونه آن را تکه می‌کنند. وقتی که فک شما بالا و پایین می‌رود، کدام یک از عضلات صورت‌تان فعالیت می‌کند؟

آیا بزاق خود را احساس می‌کنید؟

آب‌نبات را آهسته بجوید و پیش از قورت دادن آن، ببینید چه مدت در دهان باقی می‌ماند.

این کار را با هر تکه از آب‌نبات انجام دهید تا زمانی که تمام شود. احساس‌های خود را در رابطه با این تمرین توصیف کنید.

تمرین شماره ۶: تمرین آب‌نبات تعویضی

در این تمرین، رهبران گروه جعبه‌ای از انواع و اقسام شکلات‌ها و سایر خوراکی‌ها را می‌آورند و از اعضا می‌خواهند که از داخل جعبه چیزی را به دقت انتخاب کنند که بیشترین لذت را به آنها می‌دهد. رهبران به اعضای گروه یادآوری می‌کنند که کاملاً در لحظه‌ی حال باشند و درباره‌ی تجربه‌ی پیش‌رو هیچ قضاوتی نکنند. درست پیش از شروع کار از اعضا خواسته می‌شود تا شکلات یا آب‌نباتی را که انتخاب کرده‌اند به نفر بغل دستی خود بدهند. حالا بایستی هر یک از اعضا شکلات جدید خودش را در دهان بگذارد، چشمانش را ببندد و از تمام حواسش برای مشاهده‌ی بو، جنس، و طعم شکلات یا آب-نبات استفاده کند. به اعضا گفته می‌شود چنانچه حواسشان پرت شد، مجدداً و به سرعت به تجربه‌ی حاضر توجه کنند. اعضای گروه پس از چند دقیقه چشم‌های خود را باز کرده و با رهبران گروه درباره‌ی تجربه و مشاهداتشان حرف می‌زنند.

ابعاد آموزشی ذهن آگاهی: پذیرش رادیکال، مشاهده و توصیف خود-ذهن آگاهی و غیر قضاوتی بودن

تمرین شماره ۷: تمرین مکعب یخی

هر یک از اعضای گروه یک قطعه یخ مکعبی شکل را آنقدر در دست خود نگاه می‌دارند تا بالاخره آب شود. سپس تجربه‌ی خود را مشاهده و توصیف می‌کنند.^۱

ابعاد آموزشی ذهن آگاهی: مشاهده و توصیف خود-ذهن آگاهی و غیر قضاوتی بودن

پیوست شماره ۲. فرم شماره ۱ رفتار درمانی دیالکتیکی

مشکلات (چیزهایی که باید کاهش یابند)	مهارت‌ها (چیزهایی که باید افزایش یابند)
سردرگمی درباره‌ی خود (اینکه هیچ وقت نمی‌دانید چه احساسی دارید، یا چرا باید آشفته شوید و بهم بریزید؛ حالات تجزیه‌ای)	ذهن آگاهی
تکانشگری (انجام دادن کاری بدون فکر کردن به عواقب آن)	تحمل پربشانی
بی‌ثباتی هیجانی (تغییرات خلقی سریع و شدید با حداقل کنترل؛ یا حالات هیجانی منفی به طور دائم)	تنظیم هیجانی
مشکلات بین فردی (مشکل در حفظ روابط به طور دائمی، بدست آوردن آنچه که تمایل دارید، حفظ احترام به خویشن؛ تلاش‌های دیوانه‌وار برای اجتناب از رهاشدگی)	کارآمدی بین فردی
تفکر دوقطبی و دو نیمه‌سازی (دیگران یا موقعیت‌ها یا خویشن را کاملاً خوب یا کاملاً بد تصور کردن و نادیده گرفتن جنبه‌های خاکستری وسط)	گام نهادن در راه میانه

۱ کریس هیلی (۲۰۰۸) چند روش ساده را برای کنترل تکانه‌های خودزنی در بیماران مبتلا به BPD پیشنهاد کرده است که یکی از آنها نگاه داشتن و فشردن مکعب‌های یخی در لحظه‌های قبل از تکانه‌ی خودزنی است. پیاده‌روی سریع، پاره کردن روزنامه‌های کهنه و مقوا، مشت زدن به بالش، گاز زدن به لیموترش و ... از سایر راهکارهای پیشنهادی اوست.

پیوست شماره ۲. فرم شماره ۲

اعتبار بخشی

معنای اعتبار بخشی چیست؟

اعتبار بخشی این پیام را به دیگری منتقل می کند که احساساتش، افکارش، و اعمالش، برای شما قابل درک و واجد معنا است و در یک موقعیت خاص، شما او را درک می کنید.

خوداعتبار بخشی (اعتبار بخشی به خویشتن) به این معناست که احساسات، افکار و اعمال خودتان را به عنوان احساس ها، افکار، و اعمالی درست و قابل پذیرش ادراک کنید.

به یاد داشته باشید که
اعتبار بخشی به معنای موافقت نیست

اعتبار بخشی لزوماً به معنای آن نیست که شما لزوماً با آنچه که دیگری انجام می دهد، به زبان می آورد، یا احساس می کند، موافق هستید. بلکه اعتبار بخشی به معنای آن است که شما تاریخ و تاریخچه‌ی مخاطب را درک می کنید و می فهمید که چرا الان اینگونه فکر، احساس، یا رفتار می کند.

چه چیزی را باید اعتبار بخشیم؟

* احساسات، افکار، و رفتارهای:

الف. خودمان

ب. دیگران

اصلاً چرا باید اعتبار بخشی کنیم؟

* اعتبار بخشی موجب بهبود روابط بین فردی می شود!

* اعتبار بخشی می تواند نشان دهد که:

الف. ما گوش می دهیم.

ب. ما درک می کنیم.

ج. ما قضاوت نمی کنیم.

د. ما نگران و مراقب روابطمان هستیم.

پیوست شماره ۲. فرم شماره ۳

تمرین اعتبار بخشی به دیگران و به خویشتن

یک عبارت خود بی اعتبار ساز و دو جمله‌ی خوداعتبار بخش بنویسید:

۱.

۲.

۳.

یک عبارت برای بی اعتبار کردن دیگران و دو عبارت اعتبار بخشی به دیگران بنویسید:

۱.

۲.

۳.

به هفته‌ی گذشته فکر کنید و موقعیتی را که طی آن از مهارت‌های اعتبار بخشی برای دیگران یا برای خود استفاده کردید، انتخاب کرده و بنویسید:

موقعیت:

در رابطه با چه کسی از اعتبار بخشی استفاده کردید؟

برای اعتبار بخشیدن به آن شخص (با خودتان) دقیقاً چه کار کردید یا چه چیزی گفتید؟

نتیجه چه بود؟

پس از آن چه احساسی داشتید؟

آیا دفعه‌ی بعد دوست دارید حرفی که می زنید یا کاری که می کنید با این دفعه فرق داشته باشد؟ اگر چنین قصدی دارید، آن را توضیح دهید.

پیوست شماره ۲. فرم شماره ۴

اعتبار بخشی

راهنمای اعتبار بخشی کلامی و غیر کلامی

چگونه می‌توانیم به دیگران اعتبار بخشیم؟

۱. فعالانه گوش کنید. تماس چشمی برقرار کنید و توجه و تمرکز خودتان را قطع نکنید.
۲. به منظور اجتناب از بی‌اعتبارسازی، نسبت به واکنش‌های کلامی و غیر کلامی مخاطب هشیار باشید.
۳. ببینید مخاطب در آن لحظه چه احساسی دارد. به دنبال کلمه‌ای بگردید که آن احساس را توصیف کند.
۴. بدون اینکه قضاوت کنید، احساس مخاطب را به او منعکس کنید. هدف از انعکاس احساس مخاطب این است که به او این موضوع را منتقل کنید که من می‌فهمم دیگران چگونه احساس می‌کنند (مثل «من می‌فهمم که تو همین الان لحظات سختی رو پشت سر می‌گذاری»؛ «حق داری که عصبانی باشی»).
۵. تحمل و شکیبایی از خود نشان دهید. به این موضوع فکر کنید که احساسات، افکار، و اعمال مخاطب (و حتی خودتان) را چگونه می‌توان با توجه به تاریخچه‌ی گذشته و یا موقعیت فعلی، درک کرد. حتی اگر رفتارها، احساسات، یا هیجان‌های خودتان یا دیگری را تایید نمی‌کنید، باز هم به موضوع بالا فکر کنید. در واقع، دنبال قضاوت یا ارزیابی اخلاقی و رفتاری نباشد، فقط تلاش کنید خودتان یا دیگری را درک کنید.
۶. طوری واکنش نشان دهید (با، یا بی‌استفاده از کلمات) که معلوم شود مخاطب را جدی می‌گیرید. اگر مخاطب گریه می‌کند، دستمالی به او دهید یا اینکه او را در آغوش بگیرید. اگر فردی مشکلی را بازگو می‌کند، بلافاصله به دنبال حل مسئله باشید (مگر اینکه او دوست داشته باشد که شما فقط حرف‌هایش را بشنوید).

چگونه می‌توانیم به خودمان اعتبار بخشیم؟

از گام‌های ۳، ۴ و ۵ استفاده کنید.

مثال‌هایی از اعتبار بخشی به دیگران:

مثال‌هایی از اعتبار بخشیدن به خود:

پیوست شماره ۲. فرم شماره ۵

پرسشنامه‌ی بررسی مقابله (CSQ)

بیمار:

درمانگر:

تاریخ:

دستورالعمل: یکی از رویدادهای استرس‌زای هفته‌ی گذشته را انتخاب کرده و آن را با توجه به چهار چوب زیر توصیف کنید. لطفا سعی کنید که تمام قسمت‌های این پرسشنامه را تکمیل کنید. در جلسه‌ی بعد، درمانگر به شما کمک می‌کند تا تحلیل موقعیتی فعلی را بررسی کنید.

حوزه‌ی موقعیتی: خانواده کار موقعیت اجتماعی

۱ - رویدادی را که اتفاق افتاده، در سه یا چهار جمله توصیف کنید:

۲ - اتفاق بالا را چطور تعبیر و تفسیر می‌کنید؟

۳ - توصیف کنید که طی آن موقعیت چکار کردید:

تماس چشمی:

گشتار یا وضعیت بدن:

تن صدا:

سایر رفتارها:

۴ - توصیف کنید که آن موقعیت چه نتیجه‌ای برای شما داشت (پیامد یا نتیجه‌ی واقعی):

۵ - دوست داشتید چه نتیجه‌ای داشته باشد (پیامد یا نتیجه‌ی دلخواه):

۶ - به چیزی که می‌خواستید، رسیدید؟ بله خیر

۷ - چرا؟

پیوست شماره ۲. فرم شماره ۶
ذهن آگاهی (هشیاری فراگیر)
 سه گام برای رسیدن به ذهن خردگرا
 مهارتهای "چه چیز"

مشاهده کردن

※ فقط به تجربه‌ی زمان حال توجه کنید، بدون آنکه با آن درگیر شوید
 ※ مشاهده‌ی بدون کلمه: به فکرها و احساس‌هایی که می‌آیند و می‌روند، نگاه کنید، انگار که جلوی چشم‌ها زینویس می‌شوند
 ※ به فکرها و احساس‌هایتان فشار نیاورید، فقط اجازه دهید که اتفاق بیفتند، حتی اگر دردناک باشند
 ※ بیرون و درون خود را نگاه کنید
 ※ احساس‌ها و فکرها بیرون شما هستند، چیزی از شما نیستند، پس فقط به آنها نگاه کنید

توصیف کردن

※ مشاهده‌ی با کلمه: برای آنچه که می‌بینید، کلمه‌ای پیدا کنید
 ※ تجربه‌هایتان را در قالب کلمات بریزید. برای مثال: «من احساس غمگینی می‌کنم»، یا «قلبم تند تند مشت می‌کوبد»
 ※ چیزی را که می‌بینید فقط توصیف کنید (نه درباره‌اش قضاوت کنید، نه تعبیر و تفسیر)

شرکت کردن

※ درباره‌ی فردا نگران نشوید، به دیروز فکر نکنید. خودتان را کاملا به لحظه‌ی حال پرتاب کنید (مثل رقصیدن، تمیز کردن، امتحان دادن، احساس غمگینی در لحظه)
 ※ احساسات خود را بطور کامل تجربه کنید
 ※ به ذهن خردگرا گوش کنید که می‌خواهد به شما کمک کند تا یکی از اینها را انتخاب کنید:
 ۱) غرق شدن در ناراحتی،
 ۲) انجام یک فعالیت جایگزین برای فرار / اجتناب از پریشانی و اندوه، و یا
 ۳) تجربه کردن زندگی بصورت کامل
 ※ به یاد داشته باشید که در حال مشارکت (شرکت کردن)، از مهارت‌های «چگونه» استفاده کنید

پیوست شماره ۲. فرم شماره ۷

کارآمدی بین فردی
 چگونه آن چیزی را که می‌خواهید، به دست آورید

توصیف

موقعیت را توصیف کنید. روی واقعیت‌ها حساب کنید.

بیان کردن

با استفاده از جملاتی که با «من» شروع می‌شوند، احساس خود را بیان کنید («من» احساس میکنم که... «من» تمایل دارم...). فرض را بر این نگذارید که دیگران از احساس شما خبر دارند. از جملاتی نظیر «تو باید...» بر حذر باشید.

ابراز قاطعانه

آنچه را که می‌خواهید، واضح بگویید. پاسخ «نه» را به سادگی و با صراحت ابراز کنید. به یاد داشته باشید که دیگران نمی‌توانند ذهن شما را بخوانند، پس حرف دل‌تان را واضح بگویید.

تقویت کردن

در اولین فرصت، درباره‌ی تاثیرات یا نتایج مثبتی که از بدست آوردن خواسته‌ی خود داشته‌اید، فرد مورد نظر را تقویت کنید (و بدین ترتیب به او پاداش دهید). لطف او را بعدا تلافی کنید.

ذهن آگاه بمانید

بر روی آنچه که می‌خواهید و به دنبالش هستید، تمرکز کنید، از آنچه که حواستان را پرت می‌کند یا ذهن شما را منحرف می‌کند، اجتناب کنید. بارها بارها به اظهار نظر مثبت خود برگردید. حمله‌ها و انتقادها را نادیده بگیرید. هدف خود را حفظ کنید.

حفظ اعتماد بنفوس تماس چشمی برقرار کرده و آن را حفظ کنید. تن صدای شما باید حاکی از اعتماد بنفوس باشد. منقطع یا آرام و زیر لب حرف نزنید. تسلیم نشوید و نگویید هر چه بادا باد.

مذاکره

تمایل به بده بستان. پیشنهاد راه‌حل‌های جایگزین و گزینه‌های راهگشا برای مشکل. آگاهی نسبت به این نکته که چه موقع باید "به مخالفت تن در داد" و از مهلکه گریخت.

با کارهای زیر حواس برگردانی کنید...

فعالیت‌ها

کاری انجام دهید، مثلاً به کسی تلفن کنید، ایمیل بفرستید، نامه بنویسید، یا به دیدن یکی از دوستان خود بروید. برنامه‌ی تلویزیونی یا فیلم مورد علاقه‌ی خود را نگاه کنید. ورزش کنید. گیم بازی کنید. اتاق خود را مرتب کنید.

مشارکت

به کسی کمکی کنید یا کار خوبی برایش انجام دهید. به یکی از دوستان یا خواهر برادرهای خود در انجام تکلیف کلاسی کمک کنید. با یک کتاب، کارت پستال، گل، و یا در آغوش گرفتن، یکی از اطرافیان خود را غافلگیر کنید. یک پیامک (SMS) تفکربرانگیز بفرستید.

مقایسه

به مقایسه‌هایی دست بزنید که موجب بهتر شدن حال شما می‌شوند. خودتان را با کسانی که از شانس یا خوشبختی کمتری برخوردارند، مقایسه کنید. احساس فعلی خود را با زمانی که احساس متفاوتی دارید، مقایسه کنید.

هیجان‌ها

هیجان‌ها (احساس‌ها)ی مختلفی در خود ایجاد کنید. یک برنامه‌ی تلویزیونی سرگرم کننده ببینید. یک فیلم ترسناک کرایه کنید. به موزیک دلخواه خود گوش کنید. وقتی غمگین هستید، خودتان را فعال نگاه دارید.

فرونشاندن

شرایط یا موقعیت دردناکی را در آن قرار دارید، موقتاً از ذهن خود دور کنید. برای اینکه این موقعیت را به لحاظ روانی (ذهنی) ترک کنید، توجه و افکارتان به جای دیگری معطوف کنید. یک دیوار خیالی بین خود و آن موقعیت بکشید. مانع ورود آن موقعیت به ذهن خود شوید. درد یا موقعیت دردناک را داخل یک جعبه، روی یک طاقچه، یا داخل یک دراور قرار دهید و آن را ترک کنید.

افکار

فکران را با چیزهای دیگری جایگزین کنید. مطالعه کنید. جدول حل کنید. تا ۱۰ بشمارید. به رنگهای بکار رفته در پوسترها و آگهی‌ها توجه کنید. ترانه‌ای را که از حفظ هستید، در ذهن خود آرام تکرار کنید. به «ذهن منطقی» بروید و برای مدتی استراحت کنید.

حس‌ها

حس‌های دیگر را تقویت کنید. یک تکه یخ را به دست بگیرید یا آن را بجوید. به موسیقی با صدای بلند گوش دهید. دوش آب گرم یا سرد بگیرید. یک نوار یا باند لاستیکی را به دور مچ دست ببندید.

دیالکتیک

معنای دیالکتیک چیست؟ گام گذاشتن در راه میانه

دیالکتیک به ما یاد می‌دهد که:

- * برای دیدن یک موقعیت یا معنا دادن به آن، همیشه بیش از یک راه وجود دارد؛ برای حل یک مشکل همیشه بیش از یک راه حل وجود دارد.
- * تمام آدم‌ها توانایی‌های منحصر بفرد دارند و هر یک از آنها دیدگاه خاص خود را داراست.
- * خیلی مهم است که دنیا را به صورت «سیاه-سفید»، و «همه-یا-هیچ» نبینیم.
- * دو چیز که متضاد به نظر می‌رسند (یا اساساً متضاد هستند) می‌توانند هر دو درست باشند.
- * تغییر، تنها چیزی است که همیشه باثبات است.
- * معنا و حقیقت، با گذر زمان هویدا می‌شوند.
- * تغییر، یک امر متقابل است.

پذیرش + تغییر = راه میانه

تذکراتی برای فکر کردن و عمل کردن به شیوه‌ی دیالکتیکی

۱. فکر کردن به صورت «همه-یا-هیچ» و «یا-این-یا-آن» را کنار بگذارید. به صورت «هم این هم آن» و «هر دو» فکر کنید. از کلمه‌های مطلق و افراطی مثل «همیشه»، «هرگز»، اجتناب کنید. مثال: به جای اینکه بگویید «همیشه همه‌ی آدم‌ها با من بد رفتار می‌کنند»، بگویید «بعضی وقتها با من خوب رفتار میشه و بعضی وقتها هم با من بد رفتاری میشه».
۲. در نظر گرفتن تمام ابعاد یک موقعیت و دیدن تمام دیدگاه‌ها را تمرین کنید. در هر چیزی، و در هر یک از ابعاد یک موقعیت، شالوده یا هسته‌ی اصلی حقیقت را پیدا کنید. بدانید که در هر دیدگاهی، حقیقتی نهفته است.
۳. به یاد داشته باشید که: هیچ کس، هیچ دیدگاهی، و هیچ عقیده‌ای، حقیقت مطلق نیست. نسبت به راه‌حل‌ها یا دیدگاه‌های جایگزین دیگر، باز و پذیرا باشید.

۴. به جای جملاتی مثل: «تو ... هستی»، «تو بایستی ...»، یا «این تنها راهه»، از جملاتی اینچنینی استفاده کنید: «من احساس می‌کنم که ...».
۵. بپذیرید که دیدگاه‌های مختلف می‌توانند همگی معتبر باشند، هرچند که شما با آنها مخالف باشید («من میتونم دیدگاه و نظر شما رو بفهمم، هرچند که با آن موافق نیستم»).
۶. فرض را بر این نگذارید که از نحوه‌ی فکر کردن یا درون دیگران آگاه هستید؛ فرض‌های خود را چک کنید: «وقتی که گفتید منظور تان چه بود؟».
۷. انتظار نداشته باشید که دیگران از درون یا فکر شما خبر داشته باشند، مقصود یا خواسته‌تان را به زبان بیاورید: «آنچه که تلاش می‌کنم بگویم این است که ...».

تمرین: دور جمله‌های دیالکتیکی خط بکشید:

۱. الف. این کار ناامید کننده است، نمی‌توانم آن را انجام دهم
ب. این موضوع پیش و یا افتاده و کشکی هست، من هیچ مشکلی ندارم
ج. این کار واقعا برای من دشواره، اما من تلاش خودم رو ادامه میدم
۲. الف. میدونم که در رابطه با این موضوع، حق با منه
ب. فکر تو به نظر من درست نیست
ج. بسیار خوب، من دربارهی این موضوع اینطوری فکر می‌کنم، ولی تو به جور دیگه فکر میکنی

Clarkin, J. F., Foelsch, P. A., Levy, K. N., Hull, J. W., Delaney, J. C., & Kernberg, O. F. (2001). The development of a psychodynamic treatment for patients with borderline personality disorder: A preliminary study of behavioral change. *Journal of Personality Disorders*, 15, 487-495.

Davison, D., Neal, j., Kring, A., Johnson, S. (2007). *Abnormal Psychology*. New York: Wiley.

De Panfilis, C., Politi, V., Fortunati, R., et al. (2010). Two-year follow up of Borderline Personality Disorder patients in Italy: A preliminary report on prognosis and prediction of outcome. *Int J Soc Psychiatry*, in press.

Dimeff, L. A., Koerner, K. (2007). *Dialectical Behavioral Therapy in Clinical Practice*. New York, Guilford.

Dolan-Sewell RT, Krueger RF, Shea MT. (2001). Co-occurrence with syndrome disorders, in *Handbook of Personality Disorders: Theory, Research and Treatment*. Edited by Livesley WJ. New York, Guilford.

Farmer, R. F., & Nelson-Gray, R. O. (2006). *Personality Guided Behavior Therapy*. New York: American Psychological Association.

Freeman, A., Stone, M., Martin, D. (2005). *Comparative treatments for borderline personality disorder*. New Yourk: Springer.

Gunderson JG, Morey LC, Stout RL, et al. (2004). Major depressive disorder and borderline personality disorder revisited: longitudinal interactions. *J Clin Psychiatry*. 65, 1049-56.

Gunderson, J. G. (2008). *Borderline Personality Disorder: A Clinical Guide*. Washington DC: American Psychiatric Publishing.

Gunderson JG, Gratz KL, Neuhau EC, et al: Levels of care, in *The American Psychiatric Publishing Textbook of Personality Disorders*. Edited by Skodol AE, Bender DS, Oldham J. Washington, DC, American Psychiatric Publishing, 2005.

رایت پ، استرن ج، فلان م. (۲۰۰۰). مبانی روانپزشکی، ترجمه نصرت ا... پور افکاری. تبریز، انتشارات دانشگاه آزاد اسلامی تبریز، ۱۳۸۱.

سادوک ب، سادوک و. (۲۰۰۳). خلاصه روانپزشکی، جلد دوم، ترجمه حسن رفیعی و خسرو سبحانیان. تهران، انتشارات ارجمند، ۱۳۸۲.

علوی، خدیجه. (۱۳۸۹). رفتاردرمانی دیالکتیکی. فصلنامه تازه‌های رواندرمانی. شماره ۵۷ و ۵۸.

Adler, G., & Buie, D. H. (1979). Aloneness and borderline psychopathology: The possible relevance of child development issues. *International Journal of Psychoanalytic Psychotherapy*. 60, 83-96.

Barlow, D. H., Durand, V. M. (2002). *Abnormal Psychology, An Integrative Approach*. Canada: Wadsworth Group.

Bateman, A. W., & Fonagy, P. (2004). *Psychotherapy for borderline personality disorder: Mentalization-based Treatment*. Oxford University Press.

Bohus, M., Haaf, B., Stiglmayr, C., et al. (2000). Evaluation of inpatient Dialectical-Behavioral Therapy for Borderline Personality Disorder- a prospective study. *Behaviour Research and Therapy*. 38, 875-887.

Bohus, M., Haaf, B., Simms, T., Limberger, M. F., Schmahl, C., Unckel, C. et al. (2004). Effectiveness of inpatient dialectical behavioural therapy for borderline personality disorder: A controlled trial. *Behaviour Research & Therapy*. 423, 487-999.

Bornoalova, M. A., Daughters, S. B. (2007). How does Dialectical Behavior Therapy facilitate treatment retention among individuals with comorbid borderline personality disorder and substance use disorders? *Clinical Psychology Review*. 27, 923-943.

Bolton, E., Mueser, K., Rosenberg, S. (2006). Symptom correlates of post-traumatic stress disorder in clients with borderline personality disorder. *Comprehensive Psychiatry*. 47, 357- 361.

- Millon, T. (2004). *Personality Disorders in Modern life*. New Jersey: Wiley.
- Miller, A. L., Rathus, J., Linehan, M. M. (2007). *Dialectical Behavior Therapy with Suicidal Adolescents*. New York, Guilford.
- Nemeroff, D. B. (2003). The role of GABA in the pathophysiology and treatment of anxiety disorders. *Psychopharmacol Bull* 37, 133–146.
- Paris, J., Gunderson, J., Weinberg, I. (2007). The interface between borderline personality disorder and bipolar spectrum disorders. *Compr Psychiatry*, 48, 145–54.
- Paris, J. (2000). Childhood precursors of borderline personality disorder. *Psychiatric Clinics of North America*. 23, 77–88.
- Paris, J. (1999). Borderline personality disorder. In T. Millon, P. Blaney, & R. David (Eds.), *Oxford textbook of psychopathology* (pp. 625–652). New York: Oxford University Press.
- Plomin, R., DeFries, J. C., McClearn, G. E., & Rutter, M. (1997). *Behavioral genetics* (3rd ed.). New York: Freeman.
- Rinne, T., van den Brink, W., Wouters, L., et al. (2002). SSRI treatment of borderline personality disorder: a randomized, placebo-controlled clinical trial for female patients with borderline personality disorder. *Am J Psychiatry*. 159, 2048–2054.
- Rowan, A. B., Foy, D., Rodriguez, N., Ryan, S. (1994). Posttraumatic stress disorder in a clinical sample of adults sexually abused as children. *Child Abuse Negl*. 18, 145–150.
- Savitz, J., Lucki, I., Drevets, W.C. (2009). 5-HT (1A) receptor function in major depressive disorder. *Prog. Neurobiol*. 88 (1), 17–31.

- Harned, M.S., Rizvi, S.L., Linehan, M.M.: Impact of co-occurring posttraumatic stress disorder on suicidal women with borderline personality disorder. *Am J Psychiatry*. 167, 1210–1217.
- Healy, C. (2008). *Understanding Your Borderline Personality Disorder: A Workbook*. New York: Wiley.
- Johnson, H. C. (1988). Where Is The Border? Current Issues In The Diagnosis And Treatment of The Borderline. *Clinical Social Work Journal*. 16, 243–260.
- Kessler, R. C., Sonnega, A., Bromet, E., Hughes, M., Nelson, B. (1995). Post-traumatic stress disorder in the National Comorbidity Survey. *Arch Gen Psychiatry*. 52, 1048–1060.
- Kernberg, O. F. (1975). *Borderline conditions and pathological narcissism*. New York: Aronson.
- Leichsenring, F., Leibing, E., Kruse, J., et al. Borderline Personality Disorder. (2011). *Lancet*. 377, 74–84.
- Linehan, M. M., Armstrong, H. E., Suarez, A., Allman, D. and Heard, H. L. (1991). Cognitive-behavioral treatment of chronically parasuicidal borderline patients. *Archives of General Psychiatry*. 48, 1060–1064.
- Linehan, M. M., Heard, H. L. *Dialectical Behavior Therapy for Borderline Personality Disorder*. In Clarkin, J., Marziali, E., Munroe-Blum, H. (1992). *Borderline Personality Disorder*. New York: Guilford Press.
- Linehan, M. M. (1993). *Cognitive-Behavioral Treatment of Borderline Personality Disorder*. New York, Guilford.
- Linehan, M. M. et al. (2003). Effectiveness of inpatient dialectical behavioral therapy for borderline Personality disorder: a Controlled trial. *Journal of Behavior Research and Therapy*. 42, 487–499.

Zanarini, M. C., Frankenburg, F. R., Dubo, E. D., Sickel, A. E., Trikha, A., Levin, A., Reynolds, V. (1998). Axis I comorbidity of borderline personality disorder. *Am J Psychiatry*. 155, 1733–1739.

Zanarini, M. C., Frankenburg, F. R., Hennen, J., Bradford Reich, D., Silk, K. (2006). Prediction of the 10-Year Course of Borderline Personality Disorder. *Am J Psychiatry*. 163, 827–832.

Zanarini, M. C., Frankenburg, F. R., Yong, L., Raviola, G., Reich, D., Hennen, J., Hudson, J., Gunderson, J. (2004). Borderline psychopathology in the first-degree relatives of borderline and axis II comparison probands. *J Personal Disord*. 18, 439–447.

Zanarini, M. C., Frankenburg, F. R. (1997). Pathways to the development of borderline personality disorder. *J Personality Disorder*. 11, 93–104.

Zanarini, M. C. (1993). BPD as an impulse spectrum disorder. In J. Paris (Ed.), *Borderline Personality Disorder: Etiology and treatment* (pp. 67–85). Washington, DC: American Psychiatric Press.

Zanarini, M. C. and Frankenburg, F. R. (1994). Emotional hypochondriasis, hyperbole and the borderline patient. *Journal of Psychotherapy Practice and Research*, 3: 25–36.

Wingenfeld, K., Rullkoetter, N., Mensebach, C., Beblo, T., Mertens, M., Kriese, S., et al. (2009b). Neural correlates of the individual emotional Stroop in borderline personality disorder. *Psychoneuroendocrinology* 34 (4), 571–586.

Wingenfeld, K., Spitzer, C., Rullkoetter, N., Löwe, B. (2010). Borderline personality disorder: Hypothalamus pituitary adrenal axis and findings from neuroimaging studies. *Psychoneuroendocrinology*. 35, 154–170.

Shea, M., Zlotnick, C., Weisberg, R. (1999). Commonality and specificity of personality disorder profiles in subjects with trauma histories. *J Personal Disord*. 13, 199–210.

Soler, J., Pascual, J. C., Tiana, T., et al. (2009). Dialectical behaviour therapy skills training compared to standard group therapy in borderline personality disorder: A 3-month randomised controlled clinical trial. *Behaviour Research and Therapy*. 47, 353–358.

Stevenson, J., Meares, R., Comerford, A. (2003). Diminished Impulsivity in Older Patients With Borderline Personality Disorder. *Am J Psychiatry*. 160, 165–166.

Stone, M. H. (1990). *The Fate of Borderline Patients*. New York: Guilford.

Stone, M. H., Hoffman, N. M. *Borderline States and Individual Psychology*. In Freeman, A., Stone, M., Martin, D. (2005). *Comparative treatments for borderline personality disorder*. New York: Springer.

Silk, K. R. (2000). Borderline personality disorder: Overview of biologic factors. *Psychiatric Clinics of North America*, 23(1), 61–75.

Stadter, M. (1996). *Object Relation and Brief Therapy*. New York: Jason Aronson.

Swales, M. A., Heard, H. L. (2009). *Dialectical Behavior Therapy*. New York: Routledge.

Verheul, R. (2005). *Psychotherapy for Borderline Personality Disorder: Some Tentative Interpretations of Available Empirical Findings*. In Maj, M., Akiskal, H. S., Mezrich, J. E., Okasha, A (Eds). *Personality Disorders*. New York: Wiley.

Young, J. E., Klosko, J. S., & Weishaar, M. E. (2003). *Schema therapy: a practitioner's guide*. NY: Guilford Press.

the end
پایان