

رفتار درمانی
بیماریهای
پیرای احتیاجات
شخصیت مرزی

سرشناسه: محمود علیلو، مجید - شریفی، محمد امین، ۱۳۶۳ -
عنوان و نام پدیدآور: رفتار درمانی دیالکتیکی برای اختلال شخصیت مرزی/
تألیف مجید محمود علیلو؛ محمد امین شریفی؛
برای معاونت دانشجویی و فرهنگی مرکز مشاوره دانشجویی دانشگاه تهران،
وزارت علوم، تحقیقات و فناوری، دفتر مرکزی مشاوره.
مشخصات نشر: تهران: ناردیس، ۱۳۹۰.
مشخصات ظاهری: ۱۱۲ ص.؛ مصور، جدول، نمودار.
شابک: ۹۷۸-۶۰۰-۹۰۴۷۵-۸-۱
موضوع: رفتار درمانی دیالکتیکی
موضوع: اختلال شخصیت مرزی -- درمان
شناسه افزوده: دانشگاه تهران، مرکز مشاوره دانشجویی
شناسه افزوده: ایران. وزارت علوم، تحقیقات و فناوری، دفتر مرکزی مشاوره
رده بندی کتبی: ۴۱۳۹۰/۷۲/۴۸۹ RC
رده بندی دیویی: ۶۱۶/۸۹۱۴۲
شماره شابک ملی: ۲۳۷۵۶۴۸



وزارت علوم، تحقیقات و فناوری
دفتر مرکزی مشاوره



معاونت دانشجویی و فرهنگی
مرکز مشاوره دانشجویی

عنوان: رفتار درمانی دیالکتیکی
برای اختلال شخصیت مرزی
تألیف: مجید محمود علیلو

محمد امین شریفی (دانشجوی دکتری تخصصی روانشناسی، دانشگاه تبریز)

ناشر: ناردیس

تیراژ: ۱۰۰۰ نسخه

نوبت چاپ: اول، ۱۳۹۰

گرافیکست: امیر حسینی

لیتوگرافی و چاپ: طرح و نقش

شابک: ۹۷۸-۶۰۰-۹۰۴۷۵-۸-۱

تهران، خیابان ۱۶ آذر، خیابان ادوارد براون، پلاک ۱۳ و ۱۵

مرکز مشاوره دانشگاه تهران

تلفن: ۶۶۴۸۰۳۶۶، نمابر: ۶۶۴۱۶۱۳۰

سایت: <http://counseling.ut.ac.ir>

کلیه حقوق مادی و معنوی این اثر متعلق به
مرکز مشاوره دانشگاه تهران می باشد

۸	مخزن نظریات
۱۴	مقدمه
۱۹	فصل اول: شخصیت مرزی
۲۰	انواع شخصیت مرزی از دیدگاه میلون
۲۳	سیر بالینی BPD
۲۴	همایندی مرضی در BPD
۲۶	سبب شناسی BPD
۲۷	دیدگاه نظریه های روابط شیئی
۲۹	مدل مسیرهای چندگانه ی زانارینی و فرانکنبورگ
۳۱	کلیاتی از روش های درمانی BPD
۳۲	سطوح درمان و مراقبت از بیماران مبتلا به BPD
۳۳	سطح چهارم: بستری بیمارستانی
۳۵	سطح سوم: مراقبت های اقامتی / بستری بیمارستانی نسبی
۳۷	سطح دوم: درمان سرپایی فشرده
۳۹	سطح اول: درمان سرپایی بلندمدت
۴۰	درمان های سایکودینامیک
۴۲	مدل های دارودرمانی و درمان دارویی BPD
۴۷	رفتار درمانی دیالکتیکی
۴۸	نظریه ی بیوسوشیال لینهان
۵۱	الگوهای رفتاری بیماران مبتلا به BPD

۵۷	فصل دوم: درمان دیالکتیکی
۵۸	مفهوم دیالکتیک
۶۱	اهداف درمانی
۶۶	راهبردهای درمان
۶۶	راهبردهای اعتبار بخشی
۷۰	راهبردهای مساله‌گشایی (راهبردهای تغییر)
۷۷	راهبردهای دیالکتیکی: تعادل بخشی به راهبردهای درمان
۷۷	راهبردهای سبک شناختی
۷۹	راهبردهای مدیریت مورد
۸۲	آموزش مهارت‌ها در DBT
۸۲	مهارت‌های ذهن‌آگاهی
۸۵	مهارت کارآمدی بین فردی
۸۶	مهارت تحمل پریشانی (رنج)
۸۷	مهارت تنظیم هیجانی
۸۸	اثر بخشی رفتار درمانی دیالکتیکی
۹۶	پیوست‌ها
۱۰۵	منابع

سخن نخست

بررسی و پژوهش درباره اختلالات شخصیت خصوصاً اختلال شخصیت مرزی همواره توجه روانشناسان و مشاوران رایج 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 شایع ترین و مقاوم ترین 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 ضروریات های انگار 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 محمد محمود علیلو دانشیار محترم گروه روانشناسی دانشگاه تبریز و آقای محمد امین شریفی دانشجوی دکتری تخصصی روانشناسی دانشگاه تبریز تألیف شده است. بی شک تدوین 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
«روین 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 «تزدیک شدن به دیگران» از یک سو 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 جز دیگری است. اگر نگوییم تمام بیماران مرزی، ولی دست کم بسیاری از آنها بواسطه محسوسات 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

1 detached protector

2 manipulation

ویژه‌ای برای ادراک حقایق غیر کلامی 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 الکسی تایمی (ناگویی هیجانی) در BPD که در برخی از مطالعات به آن اشاره شده است (برای مثال، گاتمن و لاپورت، ۲۰۰۲) تا اندازه‌ای تاییدگر بیان فوق است.

به هیچ عنوان صحبت از برخوردی احساسی و یا غیر علمی 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 درمانگران نیز ناراحت کننده یا غیرقابل تحمل است، با این حال، التفات به این اظهار جبری 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.

رفتار درمانی دیالکتیکی (DBT) نیز با نگرشی کاملاً دلسوزانه و انسان‌مدارانه توسط دکتر مارشا لینهان ابداع شده است. این روش درمانی در قالب کلی رفتار درمانی شناختی قرار می‌گیرد و در آغاز برای زنان مبتلا به اختلال شخصیت مرزی که به طور مزمّن 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 واقعاً اهل دست‌کاری دیگران نیستند و به رفتارهای نابسامان و بی‌ثبات و خشم ویرانگر 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

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 (کرمز 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

1 McMain

2 Soler

3 Clarkin

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.

مقدمه

اختلال شخصیت مرزی^۱ (BPD) شایع‌ترین اختلال شخصیت در محیط‌های روانپزشکی است (بارلو و دوراند، 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^۲، ۲۰۰۸). این تفاوت جنسیتی احتمالاً تحت تأثیر تفاوت‌های مزاجی^۳ (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 واقعاً 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 بروز بی‌ثباتی، کنش‌نمایی و ابراز آنها به سمت دیگران هستند (یانگ^۴ و همکاران، ۲۰۰۳).

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

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، بیمارانی 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 جزیی از اختلالات طیف اسکیزوفرنی می‌داند. مفهوم‌سازی سوم که به کیسکال^{۱۲} (۱۹۸۱) و استون^{۱۳} (۱۹۸۰) تعلق دارد، بر اساس بحارب بالینی و پژوهش‌های تجربی دهه‌ی ۱۹۸۰ شکل گرفته است. این دو پژوهشگر، بر حالات دیسفریک و بی‌ثباتی عاطفی بیماران مرزی تأکید کرده و معتقدند که BPD جزیی 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

-
- 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

جزیی از اختلالات طیف کنترل تکانه تلقی کنیم؛ یعنی، مشکلی که احتمالا به اختلالات سوءمصرف مواد، شخصیت ضداجتماعی، و شاید اختلالات خوردن ارتباط دارد. از طرف دیگر و تقریبا در همان دوره‌ی زمانی، هرمان و ون در کولک^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 کمرختی و بی‌ثباتی عاطفی، احساس خشم، علایم تجزیه‌ای و تکانشگری) در افراد مبتلا به PTSD مزمن نیز دیده می‌شود (به نقل از زاتارینی و فرانکسبورگ، 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 برشمرده و معتقد است دوره‌ی پنجم که از ۲۰۰۰ تا ۲۰۰۹ و احتمالا 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.