

# راهنمای اجرای رفتاردرمانی دیالکتیکی برای درمان اختلال شخصیت مرزی

تألیف

مارشا ام. لینهان

ترجمه

خدیجه علوی

دانشجوی دکتری تخصصی روان‌شناسی بالینی

با همکاری

نادیا شاملو

کارشناس ارشد بالینی



مارشا ام. لینهان  
**راهنمای اجرای رفتاردرمانی دیالکتیکی  
 برای درمان اختلال شخصیت مرزی**  
 ترجمه: خدیجه علوی با همکاری نادیا شاملو  
 فروست: ۸۲۲  
 ناشر: کتاب ارجمند  
 صفحه‌آرایی: یحیی سرداری‌پور  
 طراح جلد: احسان ارجمند  
 ناظر چاپ: سعید خانکشلو  
 چاپ: نفیس‌نگار، صحافی: روشنگر  
 چاپ اول، شهریور ۱۳۹۳، ۱۶۵۰ نسخه  
 شابک: ۹۷۸-۶۰۰-۲۰۰-۳۶۷-۶  
[www.arjmandpub.com](http://www.arjmandpub.com)

این اثر، مشمول قانون حمایت مؤلفان و مصنفان و هنرمندان مصوب ۱۳۴۸ است، هر کس تمام یا قسمتی از این اثر را بدون اجازه مؤلف، ناشر، نشر یا پخش یا عرضه کند مورد پیگرد قانونی قرار خواهد گرفت.

سرشناسه: لینهان، مارشا؛ Linehan, Marsha  
 عنوان و نام پدیدآور: راهنمای اجرای رفتاردرمانی دیالکتیکی برای درمان اختلال شخصیت مرزی / تألیف مارشا ام. لینهان؛ ترجمه خدیجه علوی؛ با همکاری نادیا شاملو.  
 مشخصات نشر: تهران: کتاب ارجمند، ۱۳۹۲.  
 مشخصات ظاهری: ۳۴۴ ص. وزیری  
 شابک: ۹۷۸-۶۰۰-۲۰۰-۳۶۷-۶  
 وضعیت فهرست‌نویسی: فیپا  
 یادداشت: عنوان اصلی: Skills training manual for treating borderline personality disorder, c1993  
 موضوع: اختلال شخصیت مرزی - درمان؛ مهارت‌های اجتماعی - راهنمای آموزشی؛ روان‌درمانی گروهی  
 شناسه افزوده: علوی، خدیجه، ۱۳۶۲ - مترجم؛ شاملو، نادیا، مترجم

رده‌بندی کنگره: ۱۳۹۲ ل۹ الف/۵/۵۶۹/۵ RC  
 رده‌بندی دیویی: ۶۱۶/۸۵۸۵۲۰۶  
 شماره کتابشناسی ملی: ۳۴۱۹۷۹۱

### مرکز پخش: انتشارات ارجمند

دفتر مرکزی: تهران بلوار کشاورز، بین خ کارگر و ۱۶ آذر، پلاک ۲۹۲، تلفن ۸۸۹۷۷۰۰۲  
 شعبه مشهد: ابتدای احمدآباد، پاساژ امیر، انتشارات مجد دانش، تلفن ۰۵۱۱-۸۴۴۱۰۱۶  
 شعبه اصفهان: خیابان چهارباغ بالا، پاساژ هزارجریب، تلفن ۰۳۱۱-۶۲۸۱۵۷۴  
 شعبه رشت: خ نامجو، روبروی ورزشگاه عضدی، تلفن ۰۱۳۱-۳۲۳۲۸۷۶  
 شعبه بابل: خ گنج افروز، پاساژ گنج افروز، تلفن ۰۱۱۱-۲۲۲۷۷۶۴  
 شعبه ساری: بیمارستان امام، روبروی ریاست تلفن ۰۹۱۱۸۰۲۰۰۹۰  
 شعبه کرمانشاه: خ مدرس، پشت پاساژ سعید، کتابفروشی دانشمند تلفن ۰۸۳۱-۷۲۸۴۸۳۸

بها: ۱۸۰۰۰ تومان

با ارسال پیامک به شماره ۰۵۹۹ ۰۵۹۹ ۰۰۰۰ در جریان تازه‌های نشر ما قرار بگیرید:

ارسال عدد ۱: دریافت تازه‌های نشر پزشکی به صورت پیامک  
 ارسال عدد ۲: دریافت تازه‌های نشر روان‌شناسی به صورت پیامک  
 ارسال ایمیل: دریافت خبرنامه الکترونیکی انتشارات ارجمند به صورت ایمیل

## فهرست مطالب

۹	مقدمه مترجم .....
۱۱	پیشگفتار .....

### ۱. منطق آموزش مهارت‌های روانی- اجتماعی

#### به مراجعان مبتلا به اختلال شخصیت مرزی

۱۴	جهان‌بینی و فرضیات پایه .....
۱۶	نظریه زیستی اجتماعی اختلال شخصیت مرزی .....
۱۶	نقش محیط نامعتبرساز در کژتنظیمی هیجانی .....
۱۹	بیماری‌زایی کژتنظیمی هیجانی .....
۲۰	برنامه درمانی .....
۲۱	تعدیل درمان‌های شناختی - رفتاری .....
۲۱	برای افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی .....
۲۳	ارتباط میان روان‌درمانی فردی و آموزش مهارت‌ها .....
۲۴	ارتباط الگوهای رفتاری مرزی با آموزش مهارت‌ها .....
۲۵	نگاهی به پیش رو .....
۲۵	یادداشت‌ها .....

### ۲. مسائل عملی در آموزش مهارت‌های روانی- اجتماعی

۲۷	آموزش مهارت‌های فردی در برابر آموزش مهارت‌های گروهی .....
۲۸	آموزش مهارت‌های فردی .....
۳۰	آموزش مهارت‌های گروهی .....
۳۱	گروه‌های باز در برابر گروه‌های بسته .....
۳۳	چرخه‌های بخش‌های درمانی .....
۳۴	تمرین متمرکز در برابر تمرین فاصله‌دار .....
۳۵	ترتیب بخش‌ها .....
۳۶	گروه‌های همگن در برابر گروه‌های ناهمگن .....
۳۶	بحث‌های موجود علیه گروه همگن .....
۳۸	بحث‌های موجود در حمایت از گروه همگن .....

۳۹	نقش روان‌درمانی فردی در آموزش مهارت‌های روانی - اجتماعی
۳۹	وقتی روان‌درمانگر فردی، آموزش مهارت‌ها را در روان‌درمانی نمی‌گنجاند
۴۱	وقتی درمانگر فردی، در بحران‌های خودکشی روی کمک مربی مهارت‌ها حساب می‌کند
۴۳	مشورت میان روان‌درمانگران فردی و مربیان مهارت‌ها
۴۴	گروه درمانگران

### ۳. ساختار جلسه و آغاز آموزش مهارت

۴۶	ساختار و سازمان‌بندی جلسات
۴۷	شروع به کار جلسه
۴۷	به اشتراک‌گذاری تلاش‌ها در زمینه انجام تمرین / مرور تکالیف
۴۹	وقتی مهارت‌ها کمکی نمی‌کنند
۴۹	وقتی یک مراجع با تکلیف مشکل دارد
۵۰	وقتی یک مراجع هیچ تکلیفی را انجام نداده باشد
۵۱	وقت استراحت
۵۲	ارائه مطالب جدید
۵۲	جمع‌بندی پایانی
۵۴	آغاز آموزش مهارت‌ها
۵۴	بنا نهادن روابط
۵۶	قواعد آموزش مهارت‌ها
۵۶	۱. مراجعانی که از درمان کنار رفته‌اند، به درمان راه داده نمی‌شوند
۵۷	۲. هر مراجع باید در حال دریافت درمان فردی باشد
۵۹	۳. مراجعان نباید تحت تأثیر داروها یا الکل در جلسات حاضر شوند
۵۹	۴. مراجعان نباید در خارج از جلسات رفتارهای شبه خودکشی گذشته (و حتی فعلی) را با سایر مراجعان به بحث بگذارند
۵۹	۵. مراجعانی که هنگام احساس خطر خودکشی برای دریافت کمک با یکدیگر تماس می‌گیرند باید مایل به پذیرفتن کمک از سوی فردی که با وی تماس گرفته‌اند باشند
۶۰	۶. اطلاعات به دست آمده در طی جلسات و همچنین نام مراجعان باید محرمانه باقی بماند
۶۱	۷. مراجعانی که قصد تأخیر یا غیبت در جلسه‌ای را دارند، باید از قبل اطلاع دهند
۶۲	۸. مراجعان نمی‌توانند در خارج از جلسات آموزش، روابط خصوصی برقرار کنند
۶۳	۹. هم‌بستران نمی‌توانند با هم در آموزش مهارت‌ها شرکت کنند

۴. کاربرد راهبردهای ساختاری و روش‌های آموزش مهارت‌ها  
در آموزش مهارت‌های روانی-اجتماعی

۶۵	راهبردهای ساختاری
۶۶	راهبردهای بستن قرارداد
۶۶	جلسه فردی قبل از درمان
۶۷	اولین جلسه آموزش مهارت‌ها
۶۷	راهبردهای آغاز و پایان جلسه
۶۸	راهبردهای اختتام
۶۸	راهبردهای تعیین اهداف
۶۹	متوقف کردن رفتارهایی که احتمال دارد درمان را تخریب کنند
۷۱	اكتساب، نیرومندسازی و تعمیم مهارت
۷۲	رفتارهای مخل درمان
۷۳	اهداف آموزش مهارت‌ها و کارت‌های ثبت روزانه
۷۳	اهداف رفتاری طی تماس‌های تلفنی
۷۴	روش‌های آموزش مهارت‌ها
۷۴	آشناسازی و ایجاد تعهد نسبت به آموزش مهارت‌ها: شرح مختصر تکلیف
۷۵	کسب مهارت
۷۵	تذکری در زمینه ارزیابی توانمندی‌ها
۷۹	دستورالعمل‌ها
۷۹	الگوسازی
۸۰	نیرومندسازی مهارت
۸۱	تمرین رفتاری
۸۲	تقویت پاسخ
۸۳	بازخورد و آماده‌سازی
۸۴	تعمیم مهارت
۸۴	مشاوره بین-جلسه
۸۴	مرور نوارهای جلسه
۸۵	تکالیف تمرین رفتاری در محیط طبیعی
۸۵	ایجاد محیطی که رفتار ماهرانه را تقویت کند

۵. کاربرد دیگر راهبردها و روش‌ها  
در آموزش مهارت‌های روانی-اجتماعی

۸۸	راهبردهای دیالکتیکی
۹۰	دیالکتیک‌های معمول
۹۰	رضایت‌مندی در برابر لجاجت
۹۲	«آدم خوب در برابر آدم بد»
۹۳	محتوا در برابر فرایند
۹۴	پیروی از قوانین در برابر تقویت ابراز وجود
۹۶	راهبردهای دیالکتیکی خاص
۹۶	راهبردهای حل مسئله
۹۷	تحلیل رفتاری
۹۹	راهبردهای بینش (تفسیر)
۱۰۰	تحلیل راه‌حل
۱۰۱	راهبردهای آموزشی
۱۰۱	راهبردهای آشناسازی
۱۰۱	راهبردهای تعهد
۱۰۲	راهبردهای معتبرسازی
۱۰۳	روش‌های تغییر
۱۰۳	روش‌های وابستگی
۱۰۳	مدیریت وابستگی
۱۰۷	محدودیت‌های مشاهده
۱۱۰	روش‌های مبتنی بر مواجهه
۱۱۰	روش‌های اصلاح شناختی
۱۱۰	بازسازی شناختی
۱۱۰	تصریح وابستگی
۱۱۲	راهبردهای سبک شناختی
۱۱۲	راهبردهای تعامل دو سویه
۱۱۳	راهبردهای تعامل جسورانه
۱۱۴	راهبردهای مدیریت مورد
۱۱۴	راهبردهای مداخله در محیط
۱۱۵	راهبردهای مشاوره با بیمار / مراجع

۱۱۶	راهبردهای درمانی خاص
۱۱۷	راهبردهای بحران
۱۱۷	راهبردهای مرتبط با رفتار خودکشی
۱۱۹	راهبردهای مرتبط با رفتار مخرب یا مخل درمان
۱۱۹	راهبردهای ارتباطی
۱۱۹	پذیرش رابطه
۱۲۱	ارتقاء رابطه
۱۲۳	حل مسئله ارتباطی
۱۲۹	تعمیم رابطه

#### ۶. نکات عمده جلسات آموزش مهارت‌های روانی-اجتماعی

۱۳۳	جلسه اول: آشنایی با آموزش مهارت‌ها
۱۳۶	جلسه ۲: مهارت‌های ذهن‌آگاهی بنیادین
۱۳۸	جلسه ۳-۷: مهارت‌های مربوط به یک بخش خاص
۱۳۹	جلسه ۸: جلسه آخر

#### مهارت‌های ذهن‌آگاهی بنیادین

۱۴۱	مهارت‌های ذهن‌آگاهی «چیستی»
۱۴۲	مهارت‌های ذهن‌آگاهی «چگونگی»
۱۴۴	تمرین منزل
۱۴۴	نکات عمده مطالب

#### ۸. مهارت‌های کارآمدی بین فردی

۱۵۶	اهداف بخش
۱۵۸	نکات عمده محتوا
۱۵۸	۱. توجه کردن به روابط
۱۵۹	۲. اولویت‌های زندگی و روابط را با مطالبات موجود در آن‌ها متوازن کنید.
۱۶۰	۳. ایجاد تعادل بین نسبت خواسته‌ها به بایدها در زندگی و روابط (۱)
۱۶۱	۴. ایجاد تسلط و حرمت نفس

#### ۹. مهارت‌های تنظیم هیجان

۱۸۸	مهارت‌های ویژه تنظیم هیجان
-----	----------------------------

۱۸۸.....	شناسایی و برجسب گذاری هیجان ها
۱۸۸.....	شناسایی موانع تغییر هیجان ها
۱۸۹.....	کاهش آسیب پذیری نسبت به «ذهن هیجانی»
۱۸۹.....	افزایش رویدادهای هیجانی مثبت
۱۹۰.....	افزایش ذهن آگاهی نسبت به هیجان های کنونی
۱۹۰.....	انجام عمل متضاد
۱۹۰.....	به کارگیری فنون تحمل پریشانی
۱۹۱.....	نکات عمده محتوا

#### ۱۰. مهارت های تحمل پریشانی

۲۱۲.....	اهداف بخش
۲۱۳.....	نکات عمده محتوا
۲۲۸.....	یادداشت ها
۲۲۹.....	منابع
۲۳۰.....	فهرست دست برگ ها و برگ های تکلیف منزل
۳۳۶.....	واژه نامه



## سخن مترجم

رفتار درمانی دیالکتیکی (DBT) رویکردی شناختی- رفتاری است که توسط مارشا لینهان و برای درمان اختلال شخصیت مرزی (BPD) ابداع شد. این رویکرد در سال ۲۰۰۱ شاخص یک درمان دارای اعتبار تجربی را برای BPD دریافت کرد و در حال حاضر تنها شکل درمان سرپایی مؤثر برای این اختلال است. پس از آن DBT در درمان دامنه‌ای از اختلالات مختلف که تصور می‌شد مؤلفه‌های مشترکی با BPD دارند (از جمله افکار خودکشی، اختلالات خوردن به ویژه پرخوری و سوء مصرف مواد) به کار برده شد و با نتایج بسیار امیدوارکننده‌ای همراه بود.

کتابی که پیش‌رو دارید، ترجمه اصلی‌ترین و مهم‌ترین راهنمای کاربردی اجرای رفتار درمانی دیالکتیکی است. مارشا لینهان اصول نظری و رهنمودهای عملی مربوط به رویکرد درمانی خود را در دو جلد کتاب تدوین کرده است که منابع دست اول DBT به شمار می‌آیند. وی در کتاب اول خود که «درمان شناختی- رفتاری اختلال شخصیت مرزی» نام دارد، اصول نظری و منطق زیربنایی راهبردها و فنون به کار برده شده در DBT را به تفصیل شرح داده است. کتاب دوم (کتاب حاضر)، متنی کاربردی است که به صورت راهنمای گام به گام اجرای درمان برای درمانگران نوشته شده است و نحوه اجرای راهبردها و فنون معرفی شده در کتاب اول را به صورت تفصیلی شرح می‌دهد.

این کتاب از ده فصل و مجموعه دست‌برگ‌ها و برگ‌های تکلیف منزل ویژه مراجعان تشکیل شده است. در پنج فصل نخست خلاصه‌ای از مباحث نظری و منطق درمان، ملاحظات عملی، تشریح شده‌اند. در پنج فصل بعدی نحوه اجرای درمان به صورت گام به گام توضیح داده شده است. در این فصول علاوه بر معرفی مهارت‌های خاص، جزئیات مربوط به جلسات درمان مورد توجه قرار گرفته‌اند. مطالبی که درمانگران باید به صورت سخنرانی ارائه دهند تحت عنوان «نکته سخنرانی»، موضوعاتی که باید به بحث گذاشته شوند تحت عنوان «نکته بحث»، و نکات مهم و هشدارهای مربوط به هر بخش نیز تحت عنوان «تذکری به درمانگران» مطرح شده‌اند. همچنین نحوه اجرای تمرین‌های عملی داخل جلسه و چگونگی معرفی دست‌برگ‌ها و برگ‌های تکلیف منزل توضیح داده شده‌اند.

در ترجمه این اثر از یک‌سو تلاش برای واژه‌گزینی مناسب در زمینه نام فنون و مهارت‌ها و از سوی دیگر تلاش در حفظ خط‌مشی این رویکرد در استفاده از سرواژه‌ها به منظور تسهیل به خاطر سپاری مهارت‌ها از سوی مراجع، برای من تجربه‌ای چالش‌برانگیز بود. رویکرد لینهان در آموزش مهارت‌های خاص رفتار درمانی دیالکتیکی به مراجعان، معرفی این مهارت‌ها به صورت دسته‌بندی شده و ساختن

واژه با معنایی است که از به هم پیوستن حروف ابتدایی هر مهارت به دست می‌آید با این هدف که به این ترتیب، به خاطر سپاری مهارت‌ها توسط مراجعان، آسان‌تر شود. در برگردانی عنوان مهارت‌ها به زبان فارسی تلاش شد که وفاداری به این خط‌مشی حفظ و امکان استفاده از این راهبرد برای مراجعان فارسی زبان فراهم شود؛ از این رو برای هر دسته از مهارت‌ها واژه یا اصطلاح معناداری برگزیده شد تا معرف دسته مهارت مورد نظر باشد. همچنین در بخش دست‌برگ‌ها و برگ‌های تکلیف منزل ویژه مراجعان، در تعداد انگشت شماری از موارد دخل و تصرف‌های ظریفی با هدف منطبق ساختن آن‌ها با شرایط مراجع ایرانی، انجام شد. در مجموع اصل حاکم بر ترجمه این اثر وفاداری حداکثری به متن اصلی در کنار تلاش برای تسهیل درک و کاربرد مطالب برای خواننده فارسی زبان بوده است. امید دارم برآیند این تلاش برای دانشجویان، روان‌شناسان، روان‌درمانگران، و دیگر فعالان عرصه بهداشت روان علاقمند به این رویکرد، مثمر ثمر باشد.

خدیجه علوی

دانشجوی دکتری تخصصی روان‌شناسی بالینی

## پیشگفتار

این راهنما طی حدود ۲۰ سال شکل گرفته و تکامل یافته است. نسخه‌ای که در اینجا عرضه شده، آخرین مورد از ده‌ها نسخه‌ای است که طی این سال‌ها تهیه شده‌اند (و اولین مورد از نسخه‌هایی است که احتمالاً از تجربه بیشتر به دست خواهند آمد). مهارت‌ها و دست‌برگ‌های خاص، روی بیش از ۱۰۰ مراجع در موقعیت‌های گوناگون آزمون شده‌اند. با این حال به نظر می‌رسد که هر گروه جدیدی از مراجعان، حداقل یک حوزه از برنامه آموزش مهارت‌ها را قابل نقد و اصلاح می‌یابد. از این رو تجدید نظر تقریباً به شکل پیوسته انجام گرفته است. به همین ترتیب استفاده کنندگان از این راهنما باید در تعدیل، تلخیص، بسط دادن و/یا بازسازماندهی بخش‌هایی که در اینجا توصیف شده‌اند، احساس آزادی کنند.

من ایجاد یک نسخه تلخیص شده از این مهارت‌ها (برای مثال ده درس) را برای استفاده در موقعیت‌های مراقبت کوتاه‌مدت از بیماران حاد، مورد توجه قرار داده‌ام. هر درس حول یک یا چند دست‌برگ مخصوص مراجع و برگ‌های تکلیف منزل مرتبط با آن قرار دارد. تعدادی از واحدهای بستری بیماران حاد روان‌پزشکی پیش از این برای برآوردن نیازهای خود این کار را انجام داده‌اند. با نگاه به نسخه‌های خلاصه شده گوناگون متوجه شدم که واحدهای مختلف چقدر این کار را به شکل‌های گوناگون و متفاوتی انجام داده‌اند. برخی واحدها تنها بخش‌های تحمل پریشانی و ذهن‌آگاهی بنیادین را ارائه و این بخش‌ها را در هشت تا ده جلسه روزانه پوشش می‌دهند. دیگر واحدها از هر بخش مهارتی دو یا سه دست‌برگ را انتخاب کرده‌اند. برخی تعداد اندکی از دست‌برگ‌های بخش‌های تنظیم هیجان و تحمل پریشانی را انتخاب و سپس تعدادی از دست‌برگ‌های مربوط به دیگر بسته‌های درمانی را به آن‌ها افزوده‌اند. به اعتقاد من احتمالاً هیچ مجموعه ده درسی برتر واحدی وجود ندارد. در عوض من کاربر علاقمند به این راهنما را به آزمودن مجموعه‌های متنوعی از نسخه‌های تلخیص شده، تشویق می‌کنم.



## منطق آموزش مهارت‌های روانی - اجتماعی به مراجعان مبتلا به اختلال شخصیت مرزی (۱)

سیل خروشان از افراد دارای ملاک‌های اختلال شخصیت مرزی (BPD) به سوی مراکز سلامت روانی و مطب متخصصان بالینی جاری است. حتی زمانی که درمان دارویی مؤثری نیز انجام می‌شود، عموماً فرض بر آن است که برخی شکل‌های درمان روانی - اجتماعی برای مراجعان مرزی، ضروری است. آموزش مهارت‌های روانی - اجتماعی ذکر شده در این کتابچه راهنما، براساس یک مدل درمانی به نام رفتار درمانی دیالکتیکی<sup>۱</sup> (DBT) است. DBT نوعی درمان شناختی - رفتاری است که اختصاصاً برای BPD طراحی شده است. این روش، اولین شیوه روان‌درمانی است که اثربخشی آن برای BPD از طریق آزمایش‌های بالینی کنترل شده نشان داده شده است (لینهان<sup>۲</sup>، آرمسترانگ، سوارز، آلمون، و هرد، ۱۹۹۱؛ لینهان، هرد، ۱۹۹۱؛ لینهان، هرد، و آرمسترانگ، زیر چاپ). آموزش مهارت‌های روانی - اجتماعی، بخشی از این شیوه درمان می‌باشد؛ شکلی از DBT که برای مراجعان مبتلا به اختلال شخصیت مرزی مؤثر نشان داده شده، ترکیبی از روان‌درمانی فردی و آموزش مهارت‌ها است.

DBT، که دربرگیرنده آموزش مهارت‌ها است، بر یک دیدگاه دیالکتیکی و زیستی - اجتماعی درباره BPD مبتنی است. این فصل با یک نظر اجمالی به جهان‌بینی دیالکتیکی و فرضیاتی که ذاتاً متعلق به چنین دیدگاهی است، آغاز می‌شود. سپس نظریه زیستی - اجتماعی BPD و تحول آن و همچنین ویژگی‌های رفتاری و تنگناهای دیالکتیکی پیش‌بینی شده از دیدگاه این نظریه، ارائه می‌شود.

درک فلسفه درمانی و شالوده‌های نظری کلی DBT برای استفاده کارآمد از این راهنما، ضروری است. فلسفه و نظریه از آن جهت حائز اهمیت هستند که نگرش روان‌درمانگرها را هم نسبت به درمان و هم نسبت به مراجعان‌شان تعیین می‌کنند. این نگرش، خود، مؤلفه مهمی در ارتباط روان‌درمانگران با مراجعان‌شان، است. ارتباط درمانی، در درمان مؤثر افراد مستعد خودکشی و افراد مرزی، بسیار حائز

1- Dialectical Behavior Therapy

2- Linehan

اهمیت است. این راهنما، مکمل متن کامل‌تری راجع به DBT، با عنوان درمان شناختی-رفتاری برای اختلال شخصیت مرزی<sup>۱</sup>، است و این اصول به طور کامل در آنجا مورد بحث قرار گرفته‌اند. (از آنجا که در سراسر این راهنما به طور مکرر، خواننده را به این کتاب ارجاع می‌دهم، از اینجا به بعد با بیانی ساده‌تر آن را «متن اصلی» می‌نامم.) شالوده‌ها و منابع علمی بسیاری از اظهارات و مواضع من، به طور کامل در فصل‌های اول تا سوم متن اصلی آمده است؛ بنابراین در اینجا از ذکر مجدد آن‌ها خودداری می‌کنم.

### جهان‌بینی و فرضیات پایه

همان‌طور که از نام آن پیدا است، DBT بر پایه یک جهان‌بینی دیالکتیکی قرار دارد. «علم دیالکتیک»، آن‌طوری که در درمان رفتاری کاربرد دارد، دارای دو معنا و مفهوم است: یکی به معنای ماهیت بنیادین واقعیت، و یکی به معنای گفتگو و ارتباط ترغیب‌کننده<sup>۲</sup>. علم دیالکتیک به عنوان یک جهان‌بینی یا یک موضع‌گیری فلسفی، مبنای DBT را پدید می‌آورد. در مقابل، دیالکتیک به عنوان گفتگو و ارتباط، به رویکرد درمانی یا راهبردهای استفاده شده از جانب روان‌درمانگر برای ایجاد تغییر، اشاره دارد. این راهبردها به طور کامل در فصل هفت متن اصلی و به شکل خلاصه در فصل پنج این راهنما تشریح می‌شوند.

دیدگاه‌های دیالکتیکی راجع به ماهیت واقعیت و رفتار بشری، در سه ویژگی اصلی مشترک هستند، که هر یک از آن‌ها در درک BPD حائز اهمیت است. اولاً، دیالکتیک بیش از دیدگاه‌های سیستم‌های پویا بر به هم پیوستگی و تمامیت بنیادی واقعیت تأکید می‌کند. این بدان معنا است که رویکردهای دیالکتیکی، تحلیل اجزاء فردی (انسانی) سیستم را به صورت ارزشی خود به خود محدود شده می‌نگرند مگر اینکه این تحلیل به وضوح جزء را به کل مرتبط‌سازد. بنابراین، علم دیالکتیک توجه ما را به شرایط بی‌واسطه و وسیع‌تر رفتاری، و همچنین به هم پیوستگی الگوهای رفتار فردی معطوف می‌سازد. در رابطه با آموزش مهارت‌ها، درمانگر باید ابتدا درهم پیچیدگی و به هم پیوستگی کاستی‌های مهارتی را مدنظر قرار دهد. یادگیری مجموعه جدیدی از مهارت‌ها بدون یادگیری همزمان مهارت‌های مرتبط دیگر، بسیار دشوار است - و این کار (یعنی یادگیری همزمان مهارت‌ها) به خودی خود، می‌تواند دشوارتر هم باشد. دیدگاه دیالکتیکی با دیدگاه‌های بافتاری و فمینیستی آسیب‌شناسی روانی نیز، هماهنگی دارد. یادگیری مهارت‌های روانی-اجتماعی، زمانی که محیط مجاور فرد یا بافت فرهنگی بزرگ‌تر از چنین یادگیری‌هایی پشتیبانی نمی‌کنند، از دشواری ویژه‌ای برخوردار می‌شود. بنابراین، فرد نه تنها باید مهارت‌های خود-تنظیمی<sup>۳</sup> را بیاموزد، بلکه باید مهارت‌های بهتری را نیز برای تأثیر بر محیط خود فرا بگیرد. (از آنجا که اکثریت مراجعان مرزی، زنان هستند، و از آنجا که آزمایش‌های بالینی اثبات‌کننده اثربخشی DBT تنها روی مراجعان زن اجرا شده است، در سراسر این راهنما برای اشاره به یک مراجع نوعی، از ضمائر مؤنث استفاده می‌کنم. با این حال، دلیلی وجود ندارد که این درمان برای مردان مفید نباشد.)

1- Cognitive behavioral treatment of borderline personality disorder

2- Persuasive

3- Self-regulation

دوم، واقعیت ایستا در نظر گرفته نمی‌شود، بلکه متشکل از نیروهای متضاد درونی (تز و آنتی تز) است که از ترکیب آن‌ها مجموعه جدیدی از نیروهای متضاد ایجاد می‌شود. یک عقیده دیالکتیکی بسیار مهم آن است که هر گزاره‌ای نقیض خود را با خود به همراه دارد. گلدبرگ (۱۹۸۰، ص ۲۹۶-۲۹۵) می‌گوید: «به اعتقاد من، حقیقت متناقض نما است؛ هر حکمتی نقیض‌های خود را با خود به همراه دارد.» وی تأکید می‌کند «و این یعنی اینکه حقایق شانه به شانه هم قرار می‌گیرند.» دیالکتیک، از این لحاظ، با مدل‌های تعارض روان‌پویشی در آسیب‌شناسی روانی سازگاری دارد. تفکر، رفتار و هیجان‌های اغراق‌آمیز و دوگانه، که از ویژگی‌های BPD هستند، نوعی شکست دیالکتیکی در نظر گرفته می‌شوند. فرد در دوگانگی‌ها گیر می‌افتد و قادر به حرکت به سوی آمیزه‌ها نیست. در رابطه با آموزش مهارت‌های روانی- اجتماعی، سه مورد از این دوگانگی‌ها پیشرفت را بسیار دشوار می‌سازند. روان‌درمانگر باید به هر یک از این دوگانگی‌ها توجه و به هر مراجع در حرکت به سوی یک آمیزه کارآمد، کمک کند.

اولین مورد از این دوگانگی‌ها، دیالکتیک میان نیاز مراجع به پذیرش خود آن‌طوری که در آن لحظه هست، و نیاز او برای تغییر است. این دیالکتیک خاص، بنیادی‌ترین تنش در هر روان‌درمانی است، و برای ایجاد تغییر، درمانگر باید ماهرانه و با ظرافت بر آن فائق آید. مورد دوم، تنش میان دستیابی مراجع به آنچه نیاز دارد از یک سو و از دست دادن بخش دیگری از نیازمندی‌هایش در صورت توانمندتر شدن است. زمانی مراجعی برای آموزش مهارت‌ها داشتیم که هر هفته می‌گفت هیچ یک از تکالیف رفتاری منزلش را انجام نداده است و اصرار داشت که درمان مفید نیست. زمانی که بعد از گذشت شش ماه به او گفتم ممکن است این روش درمانی برای وی مناسب نباشد، اظهار داشت که در تمام طول این مدت مهارت‌های جدید را می‌آزموده و این مهارت‌ها به او کمک کرده است. با این وجود، از ترس اینکه مبادا او را از دوره آموزش مهارت‌ها بیرون کنم، به من اجازه نمی‌داد از پیشرفت‌های او مطلع شوم. مورد سوم، دوگانگی بسیار مهمی است که به حفظ یکپارچگی شخصی مراجع و تأیید دیدگاه‌های وی راجع به مشکلاتش از یک سو و یادگیری مهارت‌های جدیدی که به او در رهایی از بیماری‌اش کمک خواهند کرد، از سوی دیگر می‌پردازد. اگر مراجع با یادگیری مهارت‌های جدید بهبود یافت، دیدگاهش در این مورد که مشکل، عدم توانایی وی در کمک به خود بوده است، تأیید می‌شود. این موضوع نشان می‌دهد بر خلاف چیزی که دیگران به آن متهمش می‌کردند او در تلاش برای فریب مردم نبوده است؛ همچنین مشخص می‌شود انگیزه او آسیب رساندن به دیگران نیست، یا این که کلاً فاقد هر گونه انگیزه‌ای است. با این حال یادگیری مهارت‌های جدید توسط مراجع می‌تواند تأییدکننده نظرات دیگران نیز باشد: این مسئله می‌تواند اثبات کند که آن‌ها در تمام این مدت درست می‌گفتند (و مراجع اشتباه می‌کرده است) که مشکل از مراجع است نه از محیط. دیالکتیک نه تنها توجه مراجع را بر این دوگانگی‌ها متمرکز می‌کند، بلکه روش‌های حل و فصل آن‌ها را نیز پیشنهاد می‌کند (این روش‌ها در فصل هفت متن اصلی مورد بحث قرار می‌گیرند).

سومین ویژگی دیالکتیک، فرضی است برآمده از دو مورد قبلی، مبنی بر اینکه ماهیت بنیادین واقعیت،

تغییر و فرایند است و نه محتوا و ساختار. مهم‌ترین مفهوم ضمنی در اینجا آن است که هم فرد و هم محیط دست‌خوش تحول مداوم می‌شوند. بنابراین، درمان بر حفظ یک محیط ثابت و یکنواخت تمرکز ندارد، بلکه هدفش کمک به مراجع در راحت کنار آمدن با تغییر است. درمانگران حین آموزش مهارت‌ها نه تنها باید از چگونگی تغییر مراجعان‌شان آگاه باشند، بلکه باید در طول زمان به نحوه تغییر خود و درمانی که به کار می‌برند نیز توجه داشته باشند.

### نظریه زیستی اجتماعی اختلال شخصیت مرزی (۲)

اصل اساسی نظریه زیستی اجتماعی آن است که اختلال اصلی در BPD، کژتنظیمی هیجانی است. کژتنظیمی هیجانی<sup>۱</sup> محصول مشترک آمادگی زیستی، شرایط محیطی و تعامل میان این دو، طی فرایند رشد در نظر گرفته می‌شود. این نظریه تأکید می‌کند که افراد مرزی دارای دشواری‌هایی در تنظیم برخی، اگر نگوییم همه، هیجان‌ها هستند. این کژ تنظیمی نظام‌مند به علت آسیب‌پذیری هیجانی و راهبردهای تنظیم هیجان ناسازگارانه پدید می‌آید.

آسیب‌پذیری هیجانی با این ویژگی‌ها تعریف می‌شود: (۱) حساسیت بسیار شدید به محرک‌های هیجانی، (۲) واکنش بسیار شدید به محرک‌های هیجانی، و (۳) بازگشت کند به خط پایه هیجانی بعد از وقوع برانگیختگی عاطفی. تنظیم هیجان عبارت است از توانایی (۱) ممانعت از رفتار نامناسب در ارتباط با هیجان‌های شدید منفی یا مثبت، (۲) سازمان‌دهی خود برای اقدامات هماهنگ در خدمت به یک هدف بیرونی (یعنی در صورت لزوم عمل کردن به شیوه‌ای که وابسته به هیجان نباشد)، (۳) خود آرام‌سازی هر نوع برانگیختگی فیزیولوژیکی ناشی از هیجان‌های شدید، و (۴) تمرکز مجدد توجه با وجود هیجان‌های شدید. بنابراین کژتنظیمی هیجانی در افراد مرزی ترکیبی است از یک نظام پاسخ‌دهی هیجانی بیش از اندازه حساس و واکنشی همراه با عدم توانایی در تنظیم هیجان‌ها و واکنش‌های شدید ناشی از این نظام. به طور کلی، آمادگی برای کژ تنظیمی هیجانی، مبنای زیستی دارد (البته نه الزاماً به واسطه وراثت). بدکارکردی در هر بخش از نظام بسیار پیچیده تنظیم هیجان بشری می‌تواند مبنای زیستی آسیب‌پذیری هیجانی ابتدایی و دشواری‌های بعدی در تنظیم هیجان را پدید آورد. بنابراین، آمادگی زیستی در افراد مختلف می‌تواند متفاوت باشد و این احتمال وجود ندارد که یک ناهنجاری زیستی پیدا کنیم که زیربنای تمام موارد BPD باشد.

### نقش محیط نامعتبر<sup>۲</sup> ساز در کژتنظیمی هیجانی

وضعیت تحولی تعیین‌کننده در ایجاد کژتنظیمی هیجانی فوق‌الذکر، «محیط نامعتبرساز<sup>۳</sup>» است. چنین

1- Emotion dysregulation

2- Invalidating environment

۳- محیط نامعتبرساز محیطی است که به احساس یا واقعیت احساسات فرد حمله کرده و آن‌ها را زیر سوال می‌برد. این کار می‌تواند از طریق انکار، تمسخر، نادیده گرفتن یا قضاوت کردن در مورد احساسات فرد صورت گیرد. صرف‌نظر از شیوه مورد استفاده، پیامی که به فرد منتقل می‌شود آن است که «احساسات تو نادرست هستند» (م).



محیطی به ویژه برای کودکی که زندگی خود را با آسیب‌پذیری شدید هیجانی آغاز می‌کند، بسیار مخرب است. فرد آسیب‌پذیر و واکنش‌پذیر به لحاظ هیجانی نیز به نوبه خود محیطی را که ممکن است در شرایط دیگر حمایت‌کننده باشد، به سمت نامعتبرسازی سوق می‌دهد.

ویژگی معرف محیط نامعتبرساز، گرایش به واکنش آشفته و نامناسب به تجربه شخصی (مانند باورها، افکار، احساسات، حواس) و به ویژه عدم حساسیت نسبت به تجربه شخصی‌ای است که همبسته‌های عمومی<sup>۱</sup> ندارد. همچنین محیط‌های نامعتبرساز تمایل به واکنش کرانه‌ای (یعنی بیش از حد یا کمتر از حد انتظار) به آن دسته از تجربیات شخصی دارند که فاقد همبسته‌های عمومی هستند. مؤلفه‌های پدیدار شناختی، فیزیولوژیکی و شناختی هیجان‌ها، نمونه‌های مهمی از تجارب شخصی هستند که منجر به نامعتبرسازی در این موقعیت‌ها می‌شوند. به منظور تبیین نقش محیط نامعتبرساز در الگوهای رفتاری مرزی، آن را با محیط‌هایی مقایسه می‌کنیم که مهارت‌های تنظیم هیجان‌سازگاران تری را می‌پروراند.

در خانواده‌ای مطلوب، اعتبار عمومی تجربه شخصی مکرراً ارائه می‌شود. برای مثال، زمانی که کودکی می‌گوید تشنه است، والدین به او نوشیدنی می‌دهند (به جای آنکه بگویند نه، تشنه نیستی؛ فقط نوشیدنی می‌خواهی). زمانی که کودک گریه می‌کند، والدین او را آرام می‌کنند یا در تلاش برای یافتن علت آن هستند (به جای آنکه بگویند، این قدر نق نزن!). زمانی که کودک عصبانی یا سرخورده است، اعضای خانواده آن را جدی می‌گیرند (به جای آنکه آن را نادیده بگیرند و بی‌اهمیت تلقی کنند). زمانی که کودک می‌گوید، «به بهترین نحو کارم را انجام دادم»، والدین می‌پذیرند (به جای آنکه بگویند نه این کار را نکردی) و غیره. در خانواده مطلوب، ترجیح‌های کودک (برای مثال، رنگ اتاق، فعالیت‌ها، یا لباس‌ها) مدنظر قرار می‌گیرند؛ عقاید و افکار کودک استخراج شده و با جدیت بدان‌ها پاسخ داده می‌شود؛ و هیجان‌های کودک، ابزارهای ارتباطی مهمی در نظر گرفته می‌شوند. انتقال موفق تجربه شخصی در چنین خانواده‌ای با تغییرات در رفتار دیگر اعضای خانواده دنبال می‌شود که به افزایش احتمال رفع نیازهای کودک و کاهش احتمال پیامدهای منفی می‌انجامد. پاسخگویی والدینی هماهنگ و فاقد مخالفت باعث می‌شود کودکان توانایی بهتری برای ایجاد تمایز میان هیجان‌های خود و هیجان‌های دیگران داشته باشند.

در مقابل، خانواده نامعتبرساز، مشکل‌زا است زیرا اعضای آن خانواده، به انتقال اولویت‌ها، افکار و به ویژه هیجان‌های ناهماهنگ با پاسخ‌ها، با عدم پاسخگویی یا پیامدهایی شدیدتر از آنچه در محیط‌های اجتماعی حساس‌تر و تأییدکننده‌تر وجود دارد، واکنش نشان می‌دهند. این منجر به تشدید تفاوت‌ها میان تجربه شخصی کودک آسیب‌پذیر به لحاظ عاطفی و تجربه‌ای می‌شود که محیط اجتماعی از آن حمایت می‌کند و نسبت بدان پاسخگو است. تفاوت‌های پایدار میان تجربیات شخصی کودک و آنچه دیگران در محیط به عنوان تجربه او توصیف می‌کنند یا به آن پاسخ می‌دهند، محیط یادگیری بنیادی لازم برای

۱- Public accompaniment: منظور از تجارب دارای همبسته عمومی، تجارب هستند که از سوی عموم قابل درک هستند حتی اگر درگیر آن نباشند. در مقابل تجارب فاقد همبسته‌های عمومی از سوی دیگران قابل درک نیستند (م).

بسیاری از مشکلات رفتاری مرتبط با BPD را فراهم می‌آورد.

علاوه بر شکست‌های ابتدایی در پاسخگویی مطلوب، به طور کلی محیط نامعتبرساز بر کنترل ابراز هیجان‌ها، به ویژه ابراز عاطفه منفی تأکید می‌کند. تجربیات دردناک ناچیز شمرده و به ویژگی‌های منفی نظیر بی‌انگیزگی، بی‌نظمی، و عدم موفقیت در اتخاذ یک نگرش مثبت نسبت داده می‌شوند. هیجان‌های مثبت قوی و اولویت‌های مرتبط با آن ممکن است به خصلت‌هایی نظیر فقدان قضاوت و تفکر یا تکانشگری نسبت داده شوند. دیگر ویژگی‌های محیط نامعتبرساز عبارتند از: محدود کردن تقاضاهایی که ممکن است کودک در مواجهه با محیط بیان کند، تبعیض قائل شدن بر مبنای جنسیت یا ویژگی‌های سلیقه‌ای دیگر، و استفاده از تنبیه (از انتقاد گرفته تا سوء رفتار جسمی و جنسی) برای کنترل رفتار. این محیط نامعتبرساز از طریق عدم موفقیت در آموزش کودک برای نام‌گذاری و تنظیم برانگیختگی، تحمل پریشانی، یا اعتماد کردن به واکنش‌های هیجانی‌اش به عنوان تفسیر معتبر وقایع، در کژتنظیمی هیجانی نقش ایفا می‌کند. همچنین، با الزامی ساختن بررسی محیط برای یافتن نشانه‌هایی راجع به نحوه عمل کردن و احساس کردن، به طور فعال به کودک می‌آموزد که تجربیات شخصی‌اش را بی‌اعتبارسازد. همچنین با بیش از حد ساده انگاشتن حل مشکلات زندگی، در آموزش نحوه تعیین اهداف واقع‌گرایانه به کودک، با شکست مواجه می‌شود. به علاوه، خانواده با تنبیه ابراز هیجان منفی و تقویت بی‌نظم انتقال هیجان (تنها بعد از تشدید آن از جانب کودک)، سبک ابراز هیجانی‌ای را شکل می‌دهد که بین مهار شدید و مهارگسستگی شدید در نوسان است. به عبارت دیگر، واکنش معمول خانواده به هیجان، عملکرد ارتباطی هیجان‌های عادی را قطع می‌کند.

نامعتبرسازی هیجانی، به ویژه در مورد هیجان‌های منفی، سبک ارتباطی خاص جوامعی است که فردگرایی، شامل خویشتن‌داری<sup>۱</sup> و پیشرفت فردی را تشویق می‌کنند. بنابراین، به طور کلی، این ویژگی منحصر به فرد فرهنگ غرب است. البته، میزان معینی از نامعتبرسازی، در پرورش کودک و آموزش خویشتن‌داری به وی، الزامی است. نمی‌توان به انتقال همه عواطف، اولویت‌ها یا عقاید به شکلی مثبت پاسخ داد. کودکی که بسیار هیجانی است و کودکی که در کنترل رفتارهای هیجانی دچار مشکل است، بیشترین تلاش‌ها را جهت کنترل هیجان‌پذیری، از سوی محیط بیرون (به ویژه والدین و همچنین دوستان و معلمان) بر می‌انگیزد. ممکن است نامعتبرسازی، در مهار موقتی ابراز هیجان بسیار کارآمد باشد. با این وجود، محیط‌های نامعتبرساز دارای تأثیرات مختلفی بر کودکان متفاوت هستند. راهبردهای کنترل هیجان مورد استفاده در خانواده‌های نامعتبرساز، ممکن است در برخی کودکان که به لحاظ فیزیولوژیکی، امکانات خوبی برای تنظیم هیجان‌های خود دارند، تأثیر منفی اندکی داشته یا حتی مفید باشند. با این وجود، فرض بر آن است که چنین راهبردهایی تأثیر ویرانگری بر کودکان آسیب‌پذیر به لحاظ هیجانی، دارند. تصور می‌شود تعامل بین زیست‌شناسی و محیط است که منجر به ایجاد BPD شود.

نیاید از این دیدگاه تعاملی شکل‌گیری اختلال مرزی، برای کاستن از اهمیت محیط‌های بدر رفتار، در

سبب‌شناسی BPD استفاده شود. یکی از دردناک‌ترین تجربیات نامعتبرساز، سوءاستفاده جنسی در دوران کودکی است. محققان برآورد کرده‌اند که بیش از ۷۵٪ افراد مبتلا به BPD گونه‌ای از تجاوز جنسی را در دوران کودکی خود تجربه کرده‌اند. به نظر می‌رسد تاریخچه چنین سوءاستفاده‌هایی، افراد مرزی را از دیگر گروه‌های تشخیصی بیماران سرپایی متمایز می‌کند. این تحقیقات به شدت بر سوءاستفاده جنسی در دوران کودکی، به عنوان عامل مهمی در ایجاد BPD تأکید می‌کنند. با این وجود، به وضوح مشخص نیست که آیا سوءاستفاده، خود، شکل‌گیری الگوهای مرزی را تسهیل می‌کند یا اینکه سوءاستفاده و شکل‌گیری اختلال هر دو ناشی از وسعت بدکارکردی و نامعتبرسازی خانوادگی است. به عبارت دیگر، تاریخچه آزار و اذیت و مشکلات تنظیم هیجان مشاهده شده در افراد مرزی می‌تواند ناشی از مجموعه شرایط تحولی یکسانی باشد. با این وجود، میزان بروز بالای سوءاستفاده جنسی در افراد مبتلا به BPD، به این احتمال اشاره دارد که این موضوع، نشانه اولیه اختلال است.

### بیماری‌زایی کژتنظیمی هیجانی

مک کوبی<sup>۱</sup> (۱۹۸۰) به طرح این بحث پرداخته است که ممانعت از فعالیت، مبنایی برای سازمان‌دهی همه رفتارها است. شکل‌گیری خزانه‌های خود-تنظیمی، به ویژه توانایی برای مهار و کنترل عاطفه، یکی از مهم‌ترین ابعاد رشد کودک است. توانایی تنظیم تجربه و ابراز هیجان، از آن جهت حیاتی است که عدم وجود آن منجر به آشفتگی رفتاری، به ویژه رفتار هدفمند و دیگر رفتارهای چامعه‌پسند می‌شود. در مقابل، هیجان شدید، سازمان‌دهی مجدد یا هدایت مجدد رفتار را بر عهده دارد، و فرد را برای فعالیت‌هایی آماده می‌سازد که با خزانه رفتارهای غیر مرتبط یا دارای ارتباط کمتر با هیجان، رقابت می‌کنند.

ویژگی‌های رفتاری افراد مرزی می‌تواند به صورت تأثیرات کژتنظیمی هیجانی و راهبردهای ناسازگارانه تنظیم هیجان مفهوم‌سازی شود. رفتار تکانشی و به ویژه رفتارهای شبه خودکشی<sup>۲</sup> را می‌توان به عنوان راهبردهای تنظیم هیجانی ناسازگارانه اما بسیار مؤثر در نظر گرفت. برای مثال، مصرف بیش از حد دارو، منجر به خواب‌های طولانی‌مدت می‌شود که خود آسیب‌پذیری نسبت به کژتنظیمی هیجانی را کاهش می‌دهد. اگرچه، مکانیزمی که به وسیله آن ایجاد نقص عضو در خود، خواص تنظیم عاطفه را اعمال می‌کند، به وضوح مشخص نیست، با این حال گزارش تسکین چشمگیر اضطراب و دیگر حالت‌های هیجانی منفی و شدید در پی چنین اقداماتی، از سوی افراد مرزی، بسیار رایج است. رفتار خودکشی نیز در واداشتن محیط به رفتارهای یاری‌کننده، بسیار مؤثر است. این موضوع به نوبه خود می‌تواند در اجتناب از شرایطی که رنج هیجانی ایجاد می‌کند یا تغییر آن، مؤثر باشد. برای مثال، به طور کلی رفتار خودکشی کارآمدترین شیوه برای افراد غیر روان‌پریش، جهت دریافت مجوز بستری شدن در یک مرکز روان‌پزشکی است. نهایتاً، مبادرت به عمل شبه خودکشی (و تأثیرات بعدی آن در صورت

1- Maccoby

2- Parasuicide

عمومی شدن) می‌تواند با فراهم کردن یک برگردانی توجه‌گریز ناپذیر، از هیجان‌های دردناک بکاهد. به علاوه ناتوانی در تنظیم برانگیختگی هیجانی با ایجاد و حفظ حس خود بودن<sup>۱</sup> تداخل دارد. به طور کلی، حس خود بودن، از طریق مشاهدات فرد از خودش و نیز واکنش‌های دیگران نسبت به اقداماتش شکل می‌گیرد. پایداری و پیش‌بینی‌پذیری هیجانی در طی زمان و در موقعیت‌های مشابه، پیش‌نیازهای رشد هویت است. ناپایداری و پیش‌بینی‌ناپذیری هیجانی، منجر به رفتار غیرقابل پیش‌بینی و ناهماهنگی شناختی می‌شود، و در نتیجه با رشد هویت تداخل ایجاد می‌کند. گرایش افراد مبتلا به اختلال مرزی به مهار یا تلاش برای مهار پاسخ‌های هیجانی نیز می‌تواند در فقدان حس هویتی قوی، نقش داشته باشد. بی‌حسی مرتبط با عاطفه بازداری شده، اغلب به صورت پوچی، تجربه می‌شود، که آن هم در ناکافی بودن و حتی گاه فقدان کامل حس خود بودن نقش ایفا می‌کند. به همین ترتیب، اگر شناخت و ادراک از وقایع هیچ‌گاه صحیح نباشد، یا درستی آن قابل پیش‌بینی نباشد، احتمالاً انتظار می‌رود فرد وابستگی بیش از حد به دیگران پیدا کند.

روابط بین‌فردی کارآمد، هم به حس خود بودن پایدار و هم به توانایی برای خودانگیختگی در ابراز هیجانی، بستگی دارد. روابط موفق نیز نیازمند توانایی برای خود-تنظیمی هیجان‌ها به شیوه‌های مناسب و تحمل برخی محرک‌های دردآور به لحاظ هیجانی است. دشواری‌های تنظیم هیجان، حس خود بودن پایدار و ابراز طبیعی هیجان را مختل می‌کند. بدون چنین توانایی‌هایی، قابل درک است که افراد مبتلا به اختلال مرزی، روابط آشفته‌ای برقرار کنند. این دشواری‌های فردی در کنترل رفتارهای تکانشی و ابراز هیجان‌های منفی شدید، از طرق متعدد روابط آن‌ها را تخریب می‌کند؛ به ویژه مشکل در خشم و ابراز آن، مانع از حفظ روابط پایدار است.

## برنامه درمانی

DBT مجموعه وسیعی از راهبردهای درمان شناختی-رفتاری را برای مشکلات BPD، نظیر رفتارهای خودکشی به کار می‌گیرد. همچون برنامه‌های درمان شناختی-رفتاری استاندارد، DBT بر ارزیابی مستمر و جمع‌آوری داده‌های مرتبط با رفتارهای کنونی، تعریف واضح و دقیق از اهداف درمانی، و ارتباط کاری مشارکتی میان درمانگر و مراجع، شامل توجه به آشنا ساختن مراجع با برنامه درمان و تعهد دو جانبه نسبت به اهداف درمان، تأکید می‌کند. بسیاری از مؤلفه‌های DBT-حل مسئله، مواجهه، آموزش مهارت‌ها، مدیریت وابستگی<sup>۲</sup>، و اصلاح شناختی - برای سال‌های متمادی در درمان‌های شناختی و رفتاری غالب بوده‌اند.

به لحاظ سبک شناختی، DBT، یک نگرش واقع‌بینانه، تا حدودی توأم با بی‌اعتنایی، و گاه جسورانه

۱- Sense of self: ادراک و شناخت فرد از خودش به عنوان یک هویت منحصر به فرد(م)

۲- Contingency management: مدیریت وابستگی یا استفاده نظام‌مند از تقویت، نوعی برنامه درمانی به کار رفته در رویکردهای مبتنی بر رفتار درمانی است.

نسبت به رفتارهای شبه خودکشی و دیگر رفتارهای بدکارکرد کنونی و پیشین را با صمیمیت، انعطاف‌پذیری، و پاسخگویی درمانگر به مراجع، و خود- افشاگری راهبردی، ادغام می‌کند. در DBT، تلاش‌های مداوم به منظور ساختاردهی مجدد رفتارهای خودکشی و دیگر رفتارهای بدکارکرد (به عنوان جزئی از خزانه آموخته شده حل مسئله در مراجع)، و نیز متمرکز کردن درمان بر حل مسئله فعال، با تأکید برابر بر تأیید واکنش‌های هیجانی، شناختی و رفتاری کنونی فرد، همان‌گونه که هستند، متعادل می‌شود. تمرکز بر حل مسئله نیازمند آن است که روان‌درمانگر همه رفتارهای مشکل آفرین فرد (داخل یا خارج از جلسات) و همچنین شرایط درمانی را به شیوه‌ای نظام‌مند مورد توجه قرار دهد که شامل انجام تحلیل رفتاری به صورت مشارکتی، تنظیم فرضیات راجع به متغیرهای احتمالی تأثیرگذار بر مشکل، ایجاد تغییرات ممکن (راه‌حل‌های رفتاری)، و اجرا و ارزیابی راه‌حل‌ها، می‌باشد.

توجه به وابستگی‌هایی که درون محیط درمانی فعال هستند، نیازمند توجه دقیق درمانگر به تأثیر متقابلی است که درمانگر و مراجع بر یکدیگر دارند. اگرچه وابستگی‌های طبیعی به عنوان ابزارهای تأثیر گذار بر رفتار مراجع برجسته شده‌اند، اما منعی برای استفاده درمانگر از تقویت‌کننده‌های دلخواه و همچنین وابستگی‌های آزاردهنده وجود ندارد؛ و این زمانی است که رفتار مورد بحث خطرناک و کشنده باشد یا رفتار مورد نیاز مراجع، به راحتی تحت شرایط درمانی عادی پدید نمی‌آید. گرایش افراد مبتلا به اختلال مرزی به اجتناب فعالانه از موقعیت‌های تهدیدآمیز، مورد توجه دائمی DBT بوده است. هم مواجهه‌های درون جلسه و هم مواجهه‌های واقعی با محرک‌های برانگیزنده ترس، تنظیم و تشویق شده‌اند. تأکید بر اصلاح شناختی در مقایسه با درمان شناختی خالص، از نظام‌مندی کمتری برخوردار است، اما با این وجود به عنوان مؤلفه مهمی هم در تحلیل رفتاری مستمر و هم در پیشبرد تغییر، مورد توجه قرار می‌گیرد.

تمرکز بر تأیید احساسات، افکار و اقدامات مراجع نیازمند آن است که درمانگر DBT به دنبال رگه‌هایی از حکمت یا حقیقت ذاتی در واکنش هر مراجع باشد و آن را به وی انتقال دهد. اعتقاد به تمایل ذاتی فرد به رشد و پیشرفت، و همچنین اعتقاد به توانایی ذاتی او برای تغییر، اساس درمان را تشکیل می‌دهد. تأیید و معتبرسازی نیز در برگیرنده تصدیق همدلانه مکرر حس درماندگی هیجانی مراجع است. کل فرایند درمان بر ساخت و حفظ یک رابطه مثبت، بین فردی و مشارکتی میان مراجع و درمانگر تأکید دارد. ویژگی مهم رابطه درمانی آن است که نقش اصلی درمانگر، مشاوره دادن به مراجع است، نه مشاوره دادن به افراد دیگر. درمانگر همواره طرفدار مراجع است.

## تعدیل درمان‌های شناختی - رفتاری

### برای افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی

درمان‌های شناختی و رفتاری استاندارد، در اصل برای افراد فاقد اختلالات شخصیتی جدی تهیه شده‌اند. با این وجود، این درمان‌ها در گذر زمان به طور فزاینده‌ای برای افراد مبتلا به اختلالات

شخصیتی، نظیر BPD مورد استفاده قرار گرفته‌اند. کاربردهای درمان شناختی - رفتاری در افراد مبتلا به BPD، نیازمند برخی تغییرات در تأکیدها و همچنین بسط شالوده‌های نظری بوده است. در BPD، چهار حوزه، مورد تأکید می‌باشند که هر چند جدید نیستند، اما در کار بست‌های شناختی - رفتاری توجه زیادی به آن‌ها نشده است: (۱) تأکید بر پذیرش و تأیید رفتار به همان شکلی که در آن لحظه هست؛ (۲) تأکید بر درمان رفتارهای مخل درمان<sup>۱</sup> هم از جانب مراجع و هم از جانب درمانگر؛ (۳) تأکید بر رابطه درمانی به عنوان یک اصل ضروری برای درمان؛ و (۴) تأکید بر فرایندهای دیالکتیکی. اول آنکه DBT بسیار بیشتر از درمان‌های شناختی و رفتاری بر پذیرش رفتار و واقعیت کنونی تأکید می‌کند. در واقع، درمان شناختی - رفتاری استاندارد را می‌توان تا حد زیادی فن‌آوری تغییر دانست. این روش، بسیاری از فنونش را از حوزه یادگیری گرفته است، که حوزه مطالعه تغییر رفتاری از طریق تجربه می‌باشد. در مقابل، DBT بر اهمیت تعادل فن‌آوری تغییر و فن‌آوری پذیرش تأکید می‌کند. اگرچه پذیرش مراجعان همان طور که هستند، برای هر درمان خوبی ضروری است، DBT در تأکید بر ضرورت آموزش مراجعان برای پذیرش کامل خود و جهان پیرامونشان، همان‌گونه که در آن لحظه هستند، گامی فراتر از درمان شناختی - رفتاری استاندارد می‌گذارد. پذیرش مورد حمایت این درمان بسیار بنیادی و محض<sup>۲</sup> است - یعنی پذیرشی نیست که به منظور ایجاد تغییر صورت گیرد. تمرکز بر پذیرش در DBT عبارت است از ادغام تمرین‌های روانشناختی و معنوی شرقی (به ویژه ذن) در رویکردهای غربی به درمان.

تأکید DBT بر رفتارهای مخل درمان، بیش از آنکه مشابه درمان‌های شناختی - رفتاری استاندارد باشد، شبیه تأکید روان‌پویشی بر انتقال و انتقال متقابل است. به طور کلی، درمانگران رفتاری، توجه تجربی اندکی را به درمان رفتارهای مخل درمان، معطوف کرده‌اند. (به استثناء وجود آثار بسیاری راجع به رفتارهای متابعت‌کننده از درمان و همچنین وجود رویکردهای گوناگونی که ذیل عنوان اصل «شکل‌دهی<sup>۳</sup>» توصیف می‌شوند؛ مورد دوم توجه قابل ملاحظه‌ای را در درمان کودکان، بیماران روان‌پزشکی مزمن، و عقب مانده‌های ذهنی دریافت کرده است) با این حال نمی‌توان گفت که این مسئله به طور کامل نادیده گرفته شده است. پیترسون<sup>۴</sup> و همکارانش اقدام به ایجاد یک شاخص مقاومت درمانی کرده‌اند تا برای خانواده‌هایی که مداخلات خانوادگی درمانی رفتاری آن‌ها را دریافت می‌کنند، مورد استفاده قرار گیرد (کمبرلین<sup>۵</sup>، پیترسون، رید، کاونانگ، و فرگاش، ۱۹۸۴؛ پیترسون و فرگاش، ۱۹۸۵). اگرچه این شرایط در حال تغییر است، اما تا به امروز تقریباً هیچ توجهی به درک آن دسته از رفتارهای روان‌درمانگر که در درمان‌های شناختی - رفتاری مداخله می‌کنند، نشده است.

تأکید من بر رابطه درمانی به عنوان اصلی اساسی برای پیشرفت درمان در DBT، اساساً از تجربه‌ام

1- Therapy- interfering behaviors

2- Radical

3- Shaping

4- Patterson

5- Chamberlain

در کار با افراد دارای گرایش خودکشی، ناشی می‌شود. گاهی اوقات تنها رابطه است که چنین فردی را زنده نگاه می‌دارد. در آموزش مهارت‌های روانی- اجتماعی نیز، رابطه میان درمانگر و مراجع (و در موقعیت‌های گروهی، ارتباط میان مراجعان) نیروی قدرتمندی برای حفظ بیمار در فرایند درمان فراهم می‌آورد. افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی، به رها کردن زود هنگام درمان، معروف هستند؛ بنابراین، باید به عواملی که دل‌بستگی آن‌ها را هم به فرایند درمان و هم به خود زندگی تقویت می‌کند، توجه کرد. نهایتاً، تمرکز بر فرایندهای دیالکتیکی، DBT را از درمان شناختی- رفتاری استاندارد متمایز می‌کند، اما نه تا آن حد که در اولین نگاه مورد توجه قرار گیرد. برای مثال، نظریه‌های رفتاری، به تفکر دیالکتیکی خیلی نزدیک هستند. تأکید درمان شناختی بر روابط متقابل بین انواع مختلف رفتار در درون فرد (برای مثال تأثیر رفتار شناختی بر رفتار هیجانی) نیز با دیدگاه دیالکتیکی هماهنگ است.

اینکه آیا تفاوت‌های میان DBT و درمان‌های شناختی و رفتاری استاندارد اهمیت بنیادی دارد یا خیر، پرسشی تجربی است. قطعاً، زمانی که همه آنچه در DBT وجود دارد ارائه و اجرا شود، مؤلفه‌های شناختی - رفتاری استاندارد می‌توانند مواردی باشند که در درجه اول مسئول اثربخشی DBT هستند. همچنین زمانی که درمان‌های شناختی و رفتاری دامنه خود را گسترش می‌دهند، ممکن است متوجه شویم که تفاوت‌های موجود میان آن‌ها و DBT در حد آنچه من می‌گویم، مشخص نیست.

### ارتباط میان روان‌درمانی فردی و آموزش مهارت‌ها

DBT از یک الگو در زمینه BPD تهیه شده که این اختلال را ترکیبی از مشکلات انگیزشی و نقص در توانمندی می‌داند. اولاً، مطابق با بحث ارائه شده بالا، افراد مرزی فاقد مهارت‌های مهم خود - تنظیمی، بین‌فردی و تحمل‌پیشانی هستند. آن‌ها به ویژه قادر نیستند رفتارهای ناسازگارانه وابسته به خلق را مهار، یا رفتارهای مستقل از خلقی را که برای رسیدن به اهداف طولانی‌مدت ضروری‌اند، آغاز کنند. دوم، هیجان‌های شدید و فرضیات و باورهای بدکارکرد مرتبط با آن که در محیط نامعتبرساز اولیه فراگرفته شده‌اند، در کنار محیط‌های نامعتبرساز فعلی، نوعی شرایط انگیزشی پدید می‌آورند که مانع استفاده از مهارت‌های رفتاری که فرد واجد آن‌هاست، می‌شود و اغلب رفتارهای مرزی نامناسب را تقویت می‌کند. با این وجود، زمانی که من و همکارانم این رویکرد درمانی را ایجاد کردیم، به سرعت آشکار شد که (۱) آموزش مهارت‌های روانی- اجتماعی (در حدی که به اعتقاد ما لازم است)، در بافت درمانی که تلاش می‌کند انگیزه مرگ و/یا عمل کردن به سبک مرزی را کاهش دهد، اگر غیر ممکن نباشد، بسیار دشوار است؛ و (۲) توجه کافی به مسائل انگیزشی نمی‌تواند در درمانی اتفاق بیفتد که با کنترل سفت و سخت دستور جلسه درمان مورد نیاز برای آموزش مهارت‌ها، توأم است. ایده تقسیم کردن فرایند درمان به دو مؤلفه از این امر نشئت می‌گیرد: یک بخش، اساساً بر آموزش مهارت‌های روانی- اجتماعی، و بخش دیگر بر مسائل انگیزشی، نظیر انگیزه برای زنده ماندن، جایگزینی رفتار مرزی با رفتار ماهرانه، و ساختن زندگی‌ای که ارزش زیستن داشته باشد، تمرکز دارد.

## ارتباط الگوهای رفتاری مرزی با آموزش مهارت‌ها

ملاک‌هایی که در اینجا برای BPD توصیف شد (برای بحث تفصیلی به فصل اول متن اصلی مراجعه کنید) منعکس‌کننده یک الگوی ناپایداری و کژتنظیمی رفتاری، هیجانی و شناختی است. این دشواری‌ها را می‌توان در پنج طبقه خلاصه کرد؛ در DBT چهار بخش آموزش مهارت‌های خاص وجود دارند که مستقیماً این پنج طبقه را هدف قرار می‌دهند. اولاً، همان‌طور که مطرح کردم، عموماً افراد مبتلا به اختلال مرزی کژتنظیمی و ناپایداری هیجانی را تجربه می‌کنند. پاسخ‌های هیجانی در آن‌ها واکنشی است و این افراد عموماً در زمینه خشم و ابراز آن و همچنین افسردگی دوره‌ای، اضطراب، و تحریک پذیری مشکل دارند. هدف یکی از بخش‌های آموزش مهارت در DBT، آموزش مهارت‌های تنظیم عاطفه است.

دوم، افراد مبتلا به اختلال مرزی، اغلب کژتنظیمی بین‌فردی را تجربه می‌کنند. روابط آن‌ها اغلب آشفته، پرشور و همراه با مشکلات است. به رغم این موضوع، برای افراد مبتلا به این اختلال، خاتمه دادن به روابط اغلب بسیار دشوار می‌باشد؛ در عوض، ممکن است تلاش‌های شدید و دیوانه‌واری انجام دهند تا از ترک شدن از سوی افراد مهم، ممانعت کنند. به علاوه، به نظر می‌رسد این افراد در روابط مثبت و پایدار، به خوبی و در عدم حضور روابط پایدار، ضعیف عمل می‌کنند. بنابراین، هدف یک بخش دیگر از آموزش مهارت‌های DBT، آموزش مهارت‌های کارآمدی بین‌فردی است.

سوم، افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی، دارای الگوهای کژتنظیمی رفتاری هستند، که در رفتارهای تکانشی شدید و مشکل‌آفرین و همچنین تلاش برای زخمی کردن، صدمه زدن، یا کشتن خود، نمود پیدا می‌کند. رفتارهای تکانشی و گرایش به خودکشی، در DBT به عنوان رفتارهای مرتبط با حل مسئله ناسازگارانه در نظر گرفته می‌شوند که از ناتوانی فرد برای تحمل پریشانی هیجانی سرچشمه می‌گیرند. از این رو، هدف یکی دیگر از بخش‌های آموزش مهارت‌های DBT، آموزش مهارت‌های تحمل پریشانی است.

چهارم، کژتنظیمی حس خود بودن در BPD امری رایج است. برای یک فرد مرزی، غیرمعمول نیست که گزارش کند اصلاً شناختی از خود ندارد، احساس پوچی می‌کند و نمی‌داند که کیست؛ و پنجم اینکه گاهی، آشفتگی‌های شناختی مختصر و غیر روان‌پریشانه (نظیر دگرسان بینی خود<sup>۱</sup>، گسستگی<sup>۲</sup>، و هذیان‌ها<sup>۳</sup>) در شرایط تنش‌زا پدید می‌آیند و زمانی که این تنش تسکین می‌یابد، برطرف می‌شوند. برای رسیدگی به این دو نوع کژتنظیمی، یک بخش از آموزش مهارت‌های DBT با هدف آموزش یک مجموعه اصلی از مهارت‌های ذهن‌آگاهی – یا به عبارتی مهارت‌های مرتبط با توانایی تجربه و مشاهده هشیارانه خود و رویدادهای پیرامون – تدوین شده است.

---

1- Depersonalization  
2- Dissociation  
3- Delusions



## نگاهی به پیش رو

در چهار فصل بعد، ابعاد عملی آموزش مهارت‌ها، ساختار جلسه و آغاز به کار آموزش مهارت‌ها، کاربردهای راهبردهای ساختاری DBT و روش‌های آموزش مهارت‌ها در آموزش مهارت‌های رسمی، و به‌کارگیری دیگر راهبردها و روش‌های DBT برای آموزش مهارت‌ها را مورد بحث قرار می‌دهم. این فصل‌ها، در مجموع، عرصه‌ای را برای تصمیم‌گیری راجع به نحوه اجرای آموزش مهارت‌ها در یک کلینیک یا درمان خاص تعیین می‌کنند. پنج فصل بعد خط مشی‌های خاصی را راجع به نحوه آموزش مهارت‌های رفتاری ارائه می‌دهند که با هم مؤلفه آموزش مهارت‌های رسمی DBT را پدید می‌آورند. لازم است در اینجا اشاره کنم که اگرچه در کلینیک شخصی‌ام، آموزش مهارت‌های فردی را اجرا می‌کنم، اما در آزمایش‌های بالینی ما تمام این آموزش‌ها به صورت گروهی اجرا می‌شدند. بسیاری از خط مشی‌های درمانی موجود در این راهنما بر این فرض استوار است که آموزش مهارت‌ها به صورت گروهی انجام می‌شود؛ اساساً بدین دلیل که تعدیل فنون آموزش مهارت‌های گروهی برای کار با مراجعان فردی آسان‌تر است تا اینکه فرد بخواهد عکس این کار را انجام دهد. (موضوع آموزش مهارت‌های گروهی در مقایسه با فردی در بخش بعد مورد بحث قرار می‌گیرد.)

## یادداشت‌ها

۱) روان‌درمانگران معمولاً از اصطلاح «بیمار» یا «مراجع» برای اشاره به فردی که روان‌درمانی دریافت می‌کند، استفاده می‌کنند. در این راهنما پیوسته از اصطلاح «مراجع» و در متن اصلی از اصطلاح «بیمار» استفاده کرده‌ام. برای کاربرد هر یک از این اصطلاحات، دلیل منطقی وجود دارد. دلیل استفاده از اصطلاح مراجع را می‌توان در تعریف این اصطلاح در لوح فشرده واژه نامه انگلیسی آکسفورد<sup>۱</sup> (۱۹۸۷) یافت: «فردی که از سوی یک مرد یا زن خدمات حرفه‌ای یا تجاری دریافت می‌کند یا فردی که دیگری ظرفیت‌های حرفه‌ای خود را برای وی به کار می‌گیرد؛ مشتری». تأکید در این کتاب بر ماهیت حرفه‌ای رابطه و خدمات ارائه شده است (آموزش مهارت‌ها) تا بر «بیماری» فرضی کسی که خدمات را دریافت می‌کند.

۲) ایده‌های موجود در این بخش، تنها از متن اصلی گرفته نشده بلکه برگرفته از لینهان و کرنر<sup>۲</sup> (۱۹۹۲) نیز هست که یک بحث فشرده درباره نظریه زیستی- اجتماعی BPD است.

1- Original Oxford English Dictionary On Compact Disc

2- Koerner

## مسائل عملی در آموزش مهارت‌های روانی-اجتماعی

آموزش مهارت‌های روانی-اجتماعی، زمانی ضرورت پیدا می‌کند که حل و فصل مشکلات فرد و دستیابی به اهداف مطلوبش به مهارت‌های رفتاری‌ای نیاز دارد که اکنون در خزانه رفتاری وی، موجود نیست. به عبارتی، تحت شرایط مطلوب (که در آن ترس، انگیزه‌های متناقض، باورهای غیر واقع‌گرایانه و غیره در رفتار تداخل ایجاد نمی‌کنند)، فرد نمی‌تواند رفتارهای مورد نیاز را تولید یا ایجاد کند. در DBT، اصطلاح «مهارت‌ها» معادل «توانایی» به کار می‌رود، و در گسترده‌ترین معنای خود، مهارت‌های شناختی، هیجانی، و مهارت‌های رفتاری (یا کنش) آشکار را همراه با توانایی ترکیب و یکپارچه‌سازی این مهارت‌ها که برای عملکرد کارآمد ضروری است، شامل می‌شود. کارآمدی هم از طریق اثرات مستقیم، و هم از طریق اثرات غیرمستقیم، ارزیابی می‌شود. عملکرد کارآمد را می‌توان به صورت آن دسته از رفتارهایی تعریف کرد که به بیشترین پیامدهای مثبت و کمترین پیامدهای منفی، منجر می‌شوند. بنابراین، «مهارت‌ها» به معنای «استفاده از روش‌های ماهرانه»، و نیز به معنای پاسخگویی‌سازگارانه یا مؤثر به شرایط، به کار می‌رود.

تأکید بر ادغام و یکپارچه‌سازی رفتارها به منظور تولید یک پاسخ ماهرانه، حائز اهمیت است. غالباً فرد، مؤلفه‌های رفتاری یک مهارت را داراست اما قادر نیست در صورت لزوم این مؤلفه‌ها را به صورت منسجم در کنار هم قرار دهد. برای مثال، واکنش بین‌فردی ماهرانه، مستلزم آن است که فرد واژگانی را که از قبل با آن‌ها آشناست به شکل مناسب، جمله بندی و با زبان بدنی، آهنگ صدا، تماس چشمی و...، مناسب همراه کند. اجزاء به ندرت تازگی دارند؛ اما، ترکیب‌ها اغلب این‌گونه‌اند. در اصطلاح‌شناسی DBT، تقریباً هر رفتار مطلوبی را می‌توان به عنوان یک مهارت در نظر گرفت. بنابراین، مقابله فعال مؤثر با مشکلات و اجتناب از واکنش‌های ناسازگارانه یا ناکارآمد، هر دو متأثر از مهارت‌های فرد در نظر گرفته می‌شوند. هدف اصلی DBT به عنوان یک کل، جایگزینی رفتار ناکارآمد، ناسازگارانه و فاقد مهارت، با پاسخ‌های ماهرانه و هدف آموزش مهارت‌های DBT، کمک به فرد در کسب مهارت‌های مورد نیاز است.

## آموزش مهارت‌های فردی در برابر آموزش مهارت‌های گروهی

آموزش موفق مهارت‌های روانی-اجتماعی، نیازمند رعایت یک سری اصول از جانب مراجع و درمانگر است. دستور جلسه درمان بر اساس مهارت‌هایی که باید آموخته شوند، تنظیم می‌شود. برعکس، در روان‌درمانی معمولی و در روان‌درمانی فردی DBT، دستور جلسه درمان معمولاً بر اساس مشکلات کنونی مراجع، تنظیم می‌شود. وقتی مشکلات کنونی مورد تأکید قرار می‌گیرند، پایبندی همزمان به یک دستور جلسه مبتنی بر آموزش مهارت‌ها، مستلزم آن است که درمانگر، نقش بسیار فعالی را ایفا و جهت و تمرکز جلسه را کنترل کند. اکثر درمانگران، برای ایفای چنین نقش فعالی آموزش داده نشده‌اند؛ و در نتیجه به رغم نیت خوبی که دارند، تلاش‌هایشان در جهت آموزش مهارت‌ها اغلب با تشدید مشکلات مراجع، کم رنگ و کم رنگ‌تر می‌شود.

حتی درمانگرهایی که به خوبی در زمینه راهبردهای درمانی رهنمودی، آموزش دیده‌اند، هنگام درمان مراجعان مبتلا به اختلال مرزی، در حفظ یک دستور جلسه رهنمودی، با مشکلات بسیاری مواجه می‌شوند. بحران‌های اجتناب ناپذیر و تحمل اندک رنج هیجانی در چنین مراجعانی، مشکلی عمده و پایدار پدید می‌آورد. برای مراجعان، و به تبع آن برای درمانگران‌شان، دشوار است که طی جلسات درمان، به هر چیزی به جز بحران‌های کنونی، توجه داشته باشند. برای برخی از مراجعان حتی جلسات هر روزه نیز مشکل را حل نمی‌کند، چرا که به نظر می‌رسد آن‌ها اغلب در حالتی از بحران مداوم قرار دارند. به ویژه وقتی مراجعی تهدید می‌کند در صورت جدی گرفته نشدن رنج کنونی‌اش، اقدام به خودکشی می‌کند، متمرکز ماندن بر مهارت‌ها کاری دشوار است. جدی گرفتن این رنج نیز معمولاً به معنای چشم پوشی از برنامه آموزش مهارت‌های روزانه، برای رفع بحران کنونی است.

ممکن است برخی مراجعان، خواستار زمان و انرژی کمتری از درمانگر باشند، اما انفعال، ناامیدی، و/یا فقدان علاقه به آموزش مهارت‌ها در آن‌ها می‌تواند به ایجاد مانعی بزرگ بیانجامد. چنین شرایطی می‌تواند به راحتی باعث خسته شدن درمانگر از مراجع و دست کشیدن وی از ادامه تلاش شود، به ویژه اگر درمانگر باور راسخی به آموزش مهارت‌ها نداشته باشد. همچنین این امکان وجود دارد که آموزش مهارت‌ها تا حدی برای درمانگران، کسل‌کننده باشد، به ویژه برای آن‌هایی که آموزش مهارت‌ها را به شکل قابل ملاحظه‌ای با مراجعان دیگر به کار برده‌اند؛ چنان است که عملی مشابه، بارها و بارها تکرار شود. نوسان‌های خلقی مراجع، در طول هفته‌ها و در جلسه درمان، همراه با علاقه متزلزل درمانگر، می‌تواند بهترین برنامه‌های آموزش مهارت‌ها را نیز دچار از هم پاشیدگی کند.

توجه ناکافی به آموزش مهارت‌های رفتاری، و انحراف درمانی ناشی از آن، در آموزش مهارت‌های فردی به شکلی ویژه محتمل‌تر از آموزش مهارت‌های گروهی است. اولاً، در درمان فردی اغلب غیر از اراده دو نفر (مراجع و درمانگر)، چیز دیگری برای حفظ روند درمان وجود ندارد. اگر مراجع و درمانگر هر دو خواستار آن باشند که به مبحث دیگری بپردازند، به راحتی قادر به انجام این کار هستند. در مقابل، در درمان گروهی، مراجعان دیگر - یا حداقل حس تعهد درمانگران نسبت به دیگر مراجعان - درمانگران

را در مسیر نگاه می‌دارند، حتی زمانی که یکی از مراجعان خواهان تغییر مسیر باشد. دوم، این امکان وجود دارد که مراجع در آموزش مهارت‌های گروهی شرایط روحی مناسبی برای یادگیری مهارت‌ها نداشته باشد اما دیگران واجد این شرایط باشند. تقویتی که دیگر مراجعان جهت ادامه آموزش مهارت‌ها برای درمانگر فراهم می‌آورند، می‌تواند بسیار قوی‌تر از تنبیهی باشد که مراجع فاقد شرایط یادگیری، به وی ارائه می‌دهد. گره اصلی مشکل این است که: در آموزش مهارت‌ها به یک فرد مبتلا به اختلال مرزی، مراجع یا درمانگر، بلافاصله تقویت دریافت نمی‌کنند. حس تسکین سریع مشکل به ندرت ایجاد می‌شود. به علاوه، آموزش مهارت‌های روانی - اجتماعی، با یک علاقه قلبی توأم نیست؛ این موضوعی است که در فصل ۱۲ متن اصلی مورد بحث قرار داده‌ام. آموزش مهارت‌ها، نیازمند تلاشی بسیار فعالانه‌تر از سوی مراجع و درمانگر است. از این رو، برای کارآمد کردن آموزش مهارت‌های فردی، باید تدابیر خاصی برای تنظیم رویدادها اندیشیده شود، به گونه‌ای که هم درمانگر و هم مراجع به اندازه کافی برای ادامه کار تقویت شوند. بخش اعظمی از توسعه DBT، تحت تأثیر یک تکلیف دوگانه بود: یافتن درمانی که بتواند در کمک به افراد مرزی مؤثر باشد، و درمانی که درمانگران بتوانند آن را به صورت روزانه به کار برند. همان طور که در فصل اول این راهنما اشاره کردم، دشواری‌های اجرای آموزش مهارت‌ها در بافت روان‌درمانی فردی منجر شد تا من درمان را به دو مؤلفه تقسیم کنم، به گونه‌ای که کسب مهارت‌ها هدف یک مؤلفه، و واداشتن مراجع به استفاده از مهارت‌ها به جای رفتارهای ناسازگارانه، هدف مؤلفه دیگر (یعنی روان‌درمانی فردی) باشد. به بیان ساده‌تر، آموزش مهارت‌ها تلاش می‌کند مهارت‌ها را در فرد انباشته کند و روان‌درمانی فردی سعی بر آن دارد که این مهارت‌ها را از وی استخراج کند.

به دلایلی که در بالا مطرح شد، روش استاندارد آموزش مهارت‌ها در DBT، درمان گروهی است. با این وجود، ممکن است در برخی شرایط، اجرای آموزش مهارت‌ها به صورت فردی (به جای گروهی)، مطلوب یا ضروری باشد. وقتی درمانگر به صورت خصوصی یا در یک کلینیک کوچک، فعالیت می‌کند، ممکن است در آن واحد، بیش از یک مراجع نیازمند آموزش مهارت‌ها وجود نداشته، یا اینکه درمانگر قادر به سازمان‌دهی بیش از یک نفر برای آموزش مهارت‌ها نباشد. برخی مراجعان برای کار گروهی مناسب نیستند. مراجعی که نمی‌تواند رفتار خصمانه آشکار خود را علیه دیگر اعضای گروه بازداری کند، نباید تا زمان تحت کنترل قرار گرفتن رفتار، وارد گروه شود؛ هر چند چنین شرایطی به ندرت در تجربه کاری من، پیش آمده است. ممکن است برخی مراجعان قبلاً به مدت یک سال یا بیشتر در گروه آموزش مهارت‌ها شرکت کرده باشند، اما به تمرکز توجه بیشتری بر یک طبقه یا مجموعه از مهارت‌ها نیاز داشته باشند. نهایتاً ممکن است مراجعی قادر به حضور در جلسات گروهی ارائه شده، نباشد.

## آموزش مهارت‌های فردی

افزون بر این، آموزش مهارت‌ها به یک مراجع مرزی به صورت فردی، به خویشتن داری و پشتکار جدی از سوی درمانگر نیاز دارد. از بُعد مراجع، موانع اصلی عبارتند از تلاش‌های وی برای تغییر دادن

موضوع جلسه آموزش مهارت‌ها، موضوعات فشارزاتر، و امتناع یا ناتوانی مراجع از مشارکت در آموزش مهارت‌هایی که درمانگر، سعی در فراهم کردن آن‌ها دارد. از بُعد درمانگر، موانع اصلی عبارتند از: راحت نبودن با مداخلات فعال و رهنمودی، یا فقدان علاقه، کسلی، یا ناتوانی درمانگر در فراهم آوردن شکلی از راهنمایی در زمینه مهارت‌ها که مراجع بدان نیاز دارد. درمان در این موارد می‌تواند به راحتی به نزاعی جدی میان مراجع و درمانگر تبدیل شود. اگر درمانگری که مراجعش آموزش مهارت‌ها را دچار اختلال می‌کند، قادر به ایستادگی باشد، و تمرکز خود را بر نیازهای طولانی‌مدت مراجع به جای نیازهای کوتاه‌مدت وی حفظ کند، در این صورت، آموزش مهارت‌های فردی می‌تواند کارایی داشته باشد. با این وجود، حفظ چنین تمرکزی در مواجهه با مسائلی که اغلب بحران‌های اصلی زندگی را تشکیل می‌دهند، بسیار دشوار است. در مورد موانع مرتبط با درمانگر، هدف این راهنما، ایجاد میزانی از علاقه (و حتی تا حدودی شور و اشتیاق) در درمانگر بی‌علاقه، و فراهم کردن خط مشی‌ها و توصیه‌ها برای درمانگری است که در ارائه آموزش مهارت‌ها، احساس ناتوانی می‌کند. با این حال، حتی برای یک درمانگر ماهر علاقه‌مند نیز، آموزش مهارت‌ها به افراد مرزی، کاری بس دشوار است. همان طور که در متن اصلی نیز اشاره کرده‌ام، تلاش برای اجرای آموزش مهارت‌ها بر روی افراد مرزی همچون تلاش برای آموزش نحوه برپایی چادر در طوفان است.

با این وجود، همچنان این موضوع مطرح است که اگر مراجع دارای مهارت‌های کارآمدتری در خزانه مهارت‌های خود باشد، احتمالاً قادر به مقابله بهتر با شرایط بحران، خواهد بود. این موضوع، درمانگر را با وضعیت دشواری مواجه می‌سازد: چگونه می‌توان مهارت‌های لازم برای مقابله را آموزش داد در حالی که ناتوانی کنونی مراجع برای مقابله به اندازه‌ای زیاد است که وی پذیرای کسب پاسخ‌های رفتاری جدید نیست؟ یک راه‌حل برای درمانگر، تلاش‌های مداوم برای گنجاندن روش‌های آموزش مهارت‌ها در هر جلسه از درمان است. مشکل موجود در این رویکرد آن است که اغلب برای مراجع حاضر در درمان فردی مشخص نیست که در هر لحظه معین از جلسه، چه وابستگی‌هایی عمل می‌کنند. به عبارت دیگر قوانین حاکم بر جلسه، مشخص نیستند. از این رو، مراجعی که خواهان تمرکز بر راه‌حل فوری برای بحران فعلی است، نمی‌داند که چه زمان پافشاری بر چنین موضوعی درست است و تقویت دریافت می‌کند و چه زمان این‌گونه نیست. مشکل درمانگر نیز آن است که حفظ روند درمان، بسیار دشوار است. ناتوانی خود من در انجام این کار، یکی از دلایل مهم شکل‌گیری DBT به شکل امروزی‌اش بوده است. گزینه دوم، داشتن یک درمانگر دیگر یا یک تکنیسین رفتاری است که آموزش مهارت‌ها را به صورت فردی، با هر مراجع، کار کند. در این مورد قوانین مرتبط با رفتار مراجع و درمانگر به وضوح، مشخص است. در این قالب، مهارت‌های رفتاری از سوی مربی مهارت‌ها آموزش داده می‌شود؛ بحران‌ها از جمله کاربرد مهارت‌های فراگرفته شده در شرایط بحرانی خاص، کانون تمرکز روان‌درمانی فردی را تشکیل می‌دهند. به نظر می‌رسد این رویکرد در موقعیت‌های خاص، سودمندی ویژه‌ای دارد. برای مثال، در کلینیک دانشگاه ما، شماری از دانشجویان، مشتاق به کسب تجربه در کار با افراد واجد ملاک‌های

BPD هستند اما نمی‌توانند به درمان فردی طولانی مدت، متعهد شوند. اجرای آموزش مهارت‌های متمرکز، فرصت خوبی برای این دانشجویان است، و بنا به تجربه من، برای مراجعان هم عملکرد خوبی داشته است. اجرای این قالب در موقعیت‌هایی که رزیدنت‌های روان‌پزشکی، مددکاران اجتماعی و روان‌پرستاران، در حال آموزش هستند، به آسانی انجام می‌شود. در کار بالینی گروهی، درمانگران می‌توانند آموزش مهارت‌ها را بر روی یکدیگر اجرا کنند؛ در یک کار [بالینی] وسیع، می‌توان تعدادی درمانگر واجد استعداد خاص در این حوزه را به کار گرفت. در اینجا الگوی درمانی، تا حدی مشابه با ارجاع مراجع به متخصص و به منظور درمان تخصصی، از سوی پزشک عمومی است. تفاوت در DBT آن است که جلسات معمول (احتمالاً هفتگی) میان روان‌درمانگران فردی و مربیان مهارت‌ها<sup>۱</sup> احتمالاً برای موفقیت آموزش مهارت‌های روانی-اجتماعی به افراد مرزی، ضروری است. در ادامه به بحث بیشتر راجع به این نکته می‌پردازیم.

درمانگر فردی‌ای که هیچ‌کسی را برای ارجاع دادن مراجع جهت آموزش مهارت‌ها ندارد، یا می‌خواهد خودش شخصاً این کار را انجام دهد، باید برای آموزش مهارت‌ها بافتی متفاوت با روان‌درمانی معمول، فراهم آورد. برای مثال، می‌توان جلسه هفتگی مجزایی را مختص آموزش مهارت‌ها، برنامه‌ریزی کرد. در صورت امکان، این جلسه باید در اتاقی غیر از اتاق استفاده شده برای روان‌درمانی فردی برگزار شود. گزینه‌های دیگر شامل جا به جایی صندلی‌ها، گذاشتن یک میز یا عسلی در کنار (یا بین) درمانگر و مراجع (جهت قرار دادن ابزارهای لازم برای آموزش مهارت‌ها)، استفاده از تخته سیاه، افزایش نور اتاق، برگزاری جلسات آموزش مهارت‌ها در ساعاتی از روز که با جلسات روان‌درمانی متفاوت باشد، کوتاه‌تر یا بلندتر کردن زمان آن، ضبط صوتی یا تصویری جلسات در صورتی که این کار در روان‌درمانی فردی انجام نمی‌شود، یا بالعکس، و تعیین هزینه متفاوت، است. برای درمانگری که مراجع دشواری دارد، شرکت در گروه نظارت/مشاوره<sup>۲</sup> برای حفظ انگیزه و تمرکز بر مهارت‌ها حائز اهمیت است.

## آموزش مهارت‌های گروهی

پیش از این، شماری از معایب آموزش مهارت‌های فردی را ذکر کرده‌ام. اشکال اصلی که تاکنون ذکر نشده، آن است که این روش، فاقد کارایی لازم است. اگر چه بنا به تجربه ما، مراجعان مرزی در ابتدا تقریباً هیچ‌گاه خواهان ملحق شدن به گروه نیستند اما درمان گروهی چیزهایی فراتر از هر نوع درمان فردی، به مراجع می‌دهد. نخست آنکه، درمانگران فرصت مشاهده و کار روی رفتارهای بین‌فردی‌ای را دارند که در روابط مراجعان با هم ردیفان خود آشکار می‌شوند، اما به ندرت ممکن است در جلسات

### 1- Skills trainers

۲- Supervision-consultation group: از آنجا که کار کردن با مراجعان مبتلا به BPD بسیار دشوار و پرفشار است، در DBT درمانگران، در جلسات گروه نظارت/مشاوره شرکت می‌کنند. این گروه که متشکل از تعدادی از درمانگران است، به حل و فصل استرس‌ها و مشکلات درمانگر با مراجع می‌پردازد(م).