

راهنمای مهارت‌آموزی رفتاردرمانی دیالکتیکی

وقتی به تعلیم دانشجویان تحصیلات تکمیلی خود - که با افراد پیچیده، مقاوم به درمان و با خطر بالای خودکشی کار می‌کنند- مشغولم، همیشه به آنها یادآوری می‌کنم که می‌توانند بین در نظر گرفتن خودشان یا مدنظر قرار دادن مراجعان‌شان یکی را انتخاب کنند، اما همیشه نمی‌توانند هر دو کار را با هم انجام دهند. اگر آنها می‌خواهند خودشان را با تحمیل هزینه‌ی احتمالی به مراجعان‌شان در نظر بگیرند، خاطر نشان می‌کنم که حرفه‌ی درستی را انتخاب نکرده‌اند.

من این کتاب را به تمام آنهایی که شجاعت انجام این کار را با قبول هزینه‌ی احتمالی که برای خودشان دارد، یافته‌اند پیشکش می‌کنم.

همچنین آن را به همکارانم در کلینیک‌های پژوهش و درمان رفتاری دانشگاه واشنگتن تقدیم می‌کنم: الین فرانتز که هر کاری که ممکن بود را برای کاهش هزینه‌های وارد شده به من انجام داده است؛ دانشجویانم که هرگاه می‌خواستم بایستم مرا به حرکت واداشتند؛ کتی کورسلاند، دومین فرمانده‌ی من که مشاوره بسیار خردمندانه‌ای برای من فراهم آورد؛ ملانی هارند، که به دفعات و به طرق متعدد پشتیبان من بود؛ و تمام افراد حاضر در بخش علوم انسانی دانشگاه واشنگتن که هرگز حتی یک‌بار از پژوهش‌های غالباً «غیرمتعارف و خلاقانه» من در درمان افراد دارای خطر بسیار بالای خودکشی ممانعت نکردند. میل و رضایت آنها به رخصت دادن به چنین پژوهش‌های پرمخاطره‌ای، زمانی که دانشگاه‌های دیگر احتمالاً چنین اجازه‌ای نمی‌دادند، چیزی نبود که دیگران از آن پیروی کنند - و امکان نگارش این کتاب را فراهم آورد.

فهرست مطالب

۱۱.....	تقدیر و تشکر
۱۳.....	درباره مؤلف
۱۵.....	مقدمه مترجم
۱۷.....	پیشگفتار

بخش ۱

مقدمه‌ای بر مهارت‌آموزی DBT

۲۵.....	فصل ۱. منطق مهارت‌آموزی رفتاردرمانی دیالکتیکی
۵۱.....	فصل ۲. برنامه‌ریزی برای اجرای مهارت‌آموزی DBT
۷۴.....	فصل ۳. ساختار دادن به جلسات مهارت‌آموزی
۹۷.....	فصل ۴. اهداف و روش‌های درمانی مهارت‌آموزی
۱۲۴.....	فصل ۵. کاربرد راهبردهای بنیادین DBT در آموزش مهارت‌های رفتاری

بخش ۲

توضیحات آموزشی مربوط به بخش‌های مهارتی DBT

۱۷۵.....	فصل ۶. مهارت‌های عمومی: آشناسازی و تحلیل کردن رفتار
۱۷۸.....	۱. اهداف مهارت‌آموزی (دست‌برگ‌های عمومی ۱-الف)
۱۸۳.....	۲. شرح مختصر: مقدمه‌ای بر مهارت‌آموزی (دست‌برگ عمومی ۲)
۱۸۴.....	۳. آشنایی با مهارت‌آموزی (دست‌برگ‌های عمومی ۳-۴)
۱۹۳.....	۴. نظریه زیستی-اجتماعی کژتنظیمی هیجانی (دست‌برگ عمومی ۵)

۵. شرح مختصر: تحلیل رفتار (دست‌برگ عمومی ۶) ۱۹۹.
۶. تحلیل زنجیره رفتار مشکل (دست‌برگ‌های عمومی ۷-۷ الف) ۱۹۹.
۷. تحلیل حلقه‌های گمشده (دست‌برگ عمومی ۸) ۲۰۳.
۸. تحلیل حلقه‌های گمشده در ترکیب با تحلیل زنجیره (دست‌برگ‌های عمومی ۷-۸) ۲۰۵.

فصل ۷. مهارت‌های ذهن آگاهی ۲۰۸

۱. اهداف این بخش (دست‌برگ‌های ذهن آگاهی ۱-۱ الف) ۲۲۰.
۲. شرح مختصر: مهارت‌های ذهن آگاهی بنیادین (دست‌برگ ذهن آگاهی ۲) ۲۲۷.
۳. ذهن خردگرا (دست‌برگ‌های ذهن آگاهی ۳-۳ الف) ۲۲۸.
۴. مهارت‌های «چیستی» ذهن آگاهی: مشاهده (دست‌برگ‌های ذهن آگاهی ۴-۴ الف) ۲۴۰.
۵. مهارت‌های «چیستی» ذهن آگاهی ۲۵۶.
۶. مهارت‌های «چیستی» ذهن آگاهی: مشارکت (دست‌برگ‌های ذهن آگاهی ۴-۴ پ) ۲۶۲.
۷. مهارت‌های ذهن آگاهی «چگونگی»: عدم قضاوت‌گری (دست‌برگ‌های ذهن آگاهی ۵-۵ الف) ۲۷۰.
۸. مهارت‌های «چگونگی» ذهن آگاهی: یگانه ذهن آگاهانه (دست‌برگ‌های ذهن آگاهی ۵-۵ ب) ۲۸۲.
۹. مهارت‌های «چگونگی» ذهن آگاهی: کارآمدی (دست‌برگ‌های ذهن آگاهی ۵-۵ پ) ۲۸۵.
۱۰. خلاصه بخش ۲۸۸.
۱۱. شرح مختصر: دیگر دیدگاه‌ها در رابطه با ذهن آگاهی (دست‌برگ ذهن آگاهی ۶) ۲۸۹.
۱۲. تمرین ذهن آگاهی: یک رویکرد معنوی (دست‌برگ ذهن آگاهی ۷) ۲۹۰.
۱۳. ذهن خردگرا: یک دیدگاه معنوی (دست‌برگ ذهن آگاهی ۷ الف) ۲۹۶.
۱۴. تمرین مهرورزی عاشقانه (دست‌برگ ذهن آگاهی ۸) ۲۹۷.
۱۵. روش ماهرانه، متعادل ساختن ذهن عمل‌گرا و ذهن بودن (دست‌برگ‌های ذهن آگاهی ۹-۹ الف) ۳۰۱.
۱۶. ذهن خردگرا: قدم برداشتن در مسیر میانی (دست‌برگ ذهن آگاهی ۱۰) ۳۰۵.

فصل ۸. مهارت‌های کارآمدی بین‌فردی ۳۱۲

۱. اهداف این بخش (دست‌برگ‌های کارآمدی بین‌فردی ۱) ۳۱۷.
۲. عوامل کاهش‌دهنده کارآمدی بین‌فردی (دست‌برگ‌های کارآمدی بین‌فردی ۲-۲ الف) ۳۲۰.
۳. شرح مختصر: مهارت‌های کارآمدی بین‌فردی بنیادین (دست‌برگ کارآمدی بین‌فردی ۳) ۳۲۵.
۴. مشخص کردن اهداف در موقعیت‌های بین‌فردی (دست‌برگ کارآمدی بین‌فردی ۴) ۳۲۶.
۵. مهارت‌های کارآمدی اهداف: تا اتمام (دست‌برگ‌های کارآمدی بین‌فردی ۵ تا ۵ الف) ۳۳۳.
۶. مهارت‌های کارآمدی رابطه: معما (دست‌برگ‌های کارآمدی بین‌فردی ۶-۶ الف) ۳۴۳.
۷. مهارت‌های کارآمدی حرمت نفس: معاد (دست‌برگ کارآمدی بین‌فردی ۷) ۳۴۹.
۸. ارزیابی گزینه‌ها: با چه شدتی درخواست کنید یا نه بگویید (دست‌برگ کارآمدی بین‌فردی ۸) ۳۵۳.
۹. شناسایی مشکلات مهارت‌های کارآمدی بین‌فردی (دست‌برگ کارآمدی بین‌فردی ۹) ۳۵۷.
۱۰. شرح مختصر: بنا نهادن روابط و پایان دادن به روابط مخرب (دست‌برگ کارآمدی بین‌فردی ۱۰) ۳۶۱.
۱۱. مهارت‌هایی برای یافتن دوستان بالقوه (دست‌برگ‌های کارآمدی بین‌فردی ۱۱-۱۱ الف) ۳۶۲.
۱۲. ذهن آگاهی نسبت به دیگران (دست‌برگ‌های کارآمدی بین‌فردی ۱۲-۱۲ الف) ۳۶۹.

۱۳. نحوه خاتمه دادن به روابط (دست‌برگ‌های کارآمدی بین‌فردی ۱۳-۱۳الف)..... ۳۷۵
۱۴. شرح مختصر: مهارت‌های گام برداشتن در مسیر میانی (دست‌برگ کارآمدی بین‌فردی ۱۴) ۳۸۰
۱۵. دیالکتیک (دست‌برگ‌های کارآمدی بین‌فردی ۱۵-۱۶پ) ۳۸۱
۱۶. مهارت‌های معتبرسازی (دست‌برگ‌های کارآمدی بین‌فردی ۱۷-۱۹ الف) ۳۹۱
۱۷. راهبردهایی برای تغییر رفتار (دست‌برگ کارآمدی بین‌فردی ۲۰-۲۲ الف) ۴۰۷

فصل ۹. مهارت‌های تنظیم هیجان ۴۲۲

۱. اهداف این بخش (دست‌برگ تنظیم هیجان ۱) ۴۲۷
۲. شرح مختصر: درک و نامیدن هیجان‌ها (دست‌برگ تنظیم هیجان ۲) ۴۳۰
۳. هیجان‌ها چه کاری برای شما انجام می‌دهند (دست‌برگ تنظیم هیجان ۳) ۴۳۱
۴. چه چیزی تنظیم هیجان‌ها را دشوار می‌سازد؟ (دست‌برگ‌های تنظیم هیجان ۴-۴ الف) ۴۳۸
۵. الگویی از هیجان‌ها (دست‌برگ‌های تنظیم هیجان ۵-۶) ۴۴۲
۶. مشاهده، توصیف و نام‌گذاری هیجان‌ها (دست‌برگ تنظیم هیجان ۶) ۴۵۵
۷. شرح مختصر: تغییر دادن پاسخ‌های هیجانی (دست‌برگ تنظیم هیجان ۷) ۴۶۰
۸. بررسی واقعیات (دست‌برگ‌های تنظیم هیجان ۸-۸ الف) ۴۶۱
۹. آماده‌سازی برای عمل متضاد و حل مسأله (دست‌برگ تنظیم هیجان ۹) ۴۷۳
۱۰. عمل کردن برخلاف هیجان کنونی (دست‌برگ‌های تنظیم هیجان ۱۰-۱۱) ۴۷۶
۱۱. حل مسأله (دست‌برگ تنظیم هیجان ۱۲) ۴۹۰
۱۲. مرور عمل متضاد و حل مسأله (دست‌برگ تنظیم هیجان ۱۳) ۴۹۸
۱۳. شرح مختصر: کاهش آسیب‌پذیری نسبت به ذهن هیجانی (دست‌برگ تنظیم هیجان ۱۴) ۵۰۲
۱۴. انباشت هیجان‌های مثبت: کوتاه‌مدت (دست‌برگ‌های تنظیم هیجان ۱۵-۱۶) ۵۰۳
۱۵. انباشت هیجان‌های مثبت: بلندمدت (دست‌برگ‌های تنظیم هیجان ۱۷-۱۸) ۵۰۸
۱۶. مهارت‌های بنا نهادن تسلط و پیشگامی برای مقابله جهت موقعیت‌های هیجانی (دست‌برگ تنظیم هیجان ۱۹) ۵۱۶
۱۷. مراقبت از روان از طریق مراقبت از بدن (دست‌برگ تنظیم هیجان ۲۰) ۵۲۱
۱۸. پروتکل کابوس (دست‌برگ تنظیم هیجان ۲۰ الف) ۵۲۴
۱۹. پروتکل بهداشت خواب (دست‌برگ تنظیم هیجان ۲۰ ب) ۵۲۷
۲۰. شرح مختصر: مدیریت هیجان‌های خیلی دشوار (دست‌برگ تنظیم هیجان ۲۱) ۵۳۰
۲۱. ذهن آگاهی نسبت به هیجان‌های کنونی (دست‌برگ تنظیم هیجان ۲۲) ۵۳۱
۲۲. مدیریت هیجان‌های شدید (دست‌برگ تنظیم هیجان ۲۳) ۵۳۵
۲۳. شناسایی مشکلات مهارت‌های تنظیم هیجان (دست‌برگ تنظیم هیجان ۲۴) ۵۳۸
۲۴. مرور مهارت‌های تنظیم هیجان (دست‌برگ تنظیم هیجان ۲۵) ۵۴۰

فصل ۱۰. مهارت‌های تحمل پریشانی ۵۴۶

۱. اهداف این بخش (دست‌برگ تحمل پریشانی ۱) ۵۵۱
۲. شرح مختصر: مهارت‌های تحمل پریشانی (دست‌برگ تحمل پریشانی ۲) ۵۵۲
۳. شناختن بحران وقتی که با آن مواجه می‌شوید (دست‌برگ تحمل پریشانی ۳) ۵۵۴

۴. رفتار مشکل ساز را فوراً متوقف سازید (دست‌برگ تحمل پریشانی ۴) ۵۵۷
۵. سودها و زیان‌ها به‌عنوان شیوه‌ای برای تصمیم‌گیری‌های رفتاری (دست‌برگ تحمل پریشانی ۵) ۵۶۰
۶. مهارت‌های دست برای مدیریت برانگیختگی شدید (دست‌برگ‌های تحمل پریشانی ۶-۶ پ) ۵۶۵
۷. برگرداندن توجه با هفت حاکم ذهن خردگرا ۵۷۷
۸. خود-آرام‌سازی (دست‌برگ‌های تحمل پریشانی ۸-۸ الف) ۵۸۱
۹. بهسازی لحظه (دست‌برگ‌های تحمل پریشانی ۹-۹ الف) ۵۸۵
۱۰. شرح مختصر: مهارت‌های پذیرش واقعیت (دست‌برگ تحمل پریشانی ۱۰) ۵۹۲
۱۱. پذیرش محض (دست‌برگ‌های تحمل پریشانی ۱۱-۱۱ ب) ۵۹۴
۱۲. ذهن‌برگردانی (دست‌برگ تحمل پریشانی ۱۲) ۶۱۲
۱۳. اشتیاق (دست‌برگ تحمل پریشانی ۱۳) ۶۱۵
۱۴. نیم‌لبخند و دستان مشتاق (دست‌برگ‌های تحمل پریشانی ۱۴-۱۴ الف) ۶۱۹
۱۵. رخصت دادن به ذهن: ذهن‌آگاهی نسبت به افکار کنونی (دست‌برگ‌های تحمل پریشانی ۱۵-۱۵ الف) ۶۲۲
۱۶. شرح مختصر: وقتی که بحران، اعتیاد است (دست‌برگ‌های تحمل پریشانی ۱۶-۱۶ الف) ۶۲۷
۱۷. پرهیز دیالکتیکی (دست‌برگ‌های تحمل پریشانی ۱۷-۱۷ الف) ۶۲۸
۱۸. ذهن شفاف (دست‌برگ‌های تحمل پریشانی ۱۸-۱۸ الف) ۶۳۳
۱۹. تقویت اجتماعی (دست‌برگ تحمل پریشانی ۱۹) ۶۳۶
۲۰. سوزاندن پل‌ها و ساختن پل‌های جدید (دست‌برگ تحمل پریشانی ۲۰) ۶۳۹
۲۱. عصیان جایگزین و انکار سازگاران (دست‌برگ تحمل پریشانی ۲۱) ۶۴۲
- ۶۴۹..... **واژه‌نامه: انگلیسی به فارسی**
- ۶۵۵..... **واژه‌نامه: فارسی به انگلیسی**

تقدیر و تشکر

راهبردی (شورای مشورتی پژوهش انستیتو لینهان نیز نامیده می‌شود) می‌فرستادم: مارتین بوهوس، آلن فروزتی، آندره ایوانف، کاترین کورسلاند و شلی مک‌مین.

هیچ‌یک از افرادی که دارای مشاغل متعدد و مطالبات بی‌پایان از وقت‌شان هستند، بدون کمک اجرایی قوی نمی‌توانند کار زیادی از پیش ببرند. من بدون کمک الین فرانکز، دستیار اجرایی فوق‌العاده‌ام، نمی‌توانستم این کتاب را به سرانجام برسانم. او تماس‌های تلفنی و جلسات مرا لغو می‌کرد؛ قبل از آن که من بتوانم پاسخ مثبت به درخواست‌ها بدهم، او پاسخ منفی می‌داد؛ تمام مدت - صبح، ظهر و شب - با من تماس می‌گرفت تا ببیند چه کار می‌کنم و چطور پیش رفته‌ام و برای من نسخه‌های مجددی از چیزهایی که گم می‌کردم، می‌فرستاد. تائو ترانگ، مدیر دفتر و مدیر مالی ما که وقتی همه منتظر بودند من بعد از ضرب‌العجل تعیین شده، کارهایم را به نحو احسن به اتمام برسانم، اطمینان حاصل کرد که شأن و مرتبه کلی آن حفظ شده است.

بخش زیادی از آنچه که در این راهنما آمده است را من از بسیاری از مراجعانی که در گروه‌های مهارت‌آموزی‌ای که طی سالیان اجرا کرده‌ام، آموختم. من از همه کسانی که بسیاری از نسخه‌هایی که کارا و مفید نبودند را تاب آوردند و گروهی از ایشان که بازخوردهای کافی به من دادند تا تجدیدنظرهای لازم را در مهارت‌هایی که آموزش داده می‌شدند انجام دهم، سپاسگزارم.

می‌خواهم از ویراستار نسخه ماری اسپری بری، مدیر پروژه ویراستاری آنا براکت، ویراستار ارشد باربارا واتکینز، ویراستار اجرایی کیتی مور و کارکنان انتشارات گیلفورد تشکر کنم. برای انتشار به موقع این راهنما هریک از آنها این موقعیت را داشتند که تمام مهارت‌های تحمل‌پیشانی موجود در این کتاب را تمرین کنند. علاقه آنها به این متن و این شکل از درمان در هر گام آشکار بود. در نهایت - اما مسلماً نه کمتر از سایرین - می‌خواهم از خانواده‌ام تشکر کنم: نیت و جرال‌دین، که در هر گام مرا حمایت کردند و کاتالینا که شادی کافی برای ادامه دادن به راه‌مان را برای‌مان فراهم آورد.

در استاد دانشگاه بودن یک چیز واقعاً جادویی وجود دارد. دانشجویان، هیجان‌زده اما غالباً با دانشی کهنه و نخ‌نما وارد می‌شوند و قبل از اینکه شما متوجه این موضوع شوید، آنها نه تنها از شانه‌های شما بالا رفته‌اند بلکه از آنجا نردبانی ساخته‌اند تا به آسمان برسند. من بی‌نهایت سعادتمندم که هنگام نگارش این کتاب، تعداد زیادی از این دانشجویان و بورسیه‌های فوق‌دکتر را در کلینیک پژوهشی خود داشته‌ام. آنها نسخه‌های بی‌شماری از مهارت‌هایی که اینجا ارائه شده‌اند را خوانده‌اند و همین‌طور که پیش می‌رفتند، مهارت‌های جدید را آزموده، اصلاح کرده، ارتقاء داده و کنار گذاشته‌اند. آنها لغو شدن جلسات و همچنین درخواست‌های شتاب‌زده مرا برای یافتن منابع گم‌شده، تنظیم مجدد تمامی فهرست‌های منابع و یافتن پژوهش‌هایی که می‌دانستم آنها را خوانده‌ام اما نمی‌توانستم جای آنها را پیدا کنم، به شکل محض پذیرفته‌اند. آنها صبح و شب و حتی وقتی در تعطیلات آخر هفته با آنها تماس گرفتم به کمک من شتافته‌اند. آنها در کنار من مانده‌اند، هرچند روی درب دفترم نوشته شده بود: «مزامح نشوید: لطفاً این پیام را نادیده نگیرید!» اگرچه مطمئنم که برخی اسامی را اینجا جا انداخته‌ام (لطفاً برای چاپ بعدی آنها را به من اطلاع دهید)، می‌خواهم تشکر ویژه‌ای از این دانشجویان و دانشجویان سابق و همکاران امروز داشته باشم: میلتن براون، لیندا دیمف، سافیا جکسون، آلیسا جراد، آنیتا لنگو، اشلی مالیکن، لیندزی مارون، آندرادا نیکشو، شیرین ریزوی، کری سکرست، آدریان استیونز، استفانی تامسون، چلسی ویلکز، و برایانا وودز و بورسیه‌ها و نیز بورسیه‌های سابق و همکاران فعلی: آکس چاپمن، یونس چن، ملانی هارند، ارین میگا، ماریوی ناوارو، و نیک سالمن. افراد زیادی هستند که هرگاه درخواستی کردم، بی‌درنگ حاضر شدند، همکارانم: ست اکسلرود، کیت کامتوایس و تمام تیم DBT، او، سونا دیمیدین، آنتونی دوبس، توماس لینچ، هلن مک‌گوان، و سوزان ویت‌هلت. هرگاه می‌خواستم نکته بحث‌برانگیزی را مطرح کنم، آن را برای تأیید به گروه اجرایی برنامه‌ریزی

درباره مؤلف

مدال طلای ارتقای زندگی در حوزه کاربست روان‌شناسی از طرف بنیاد روان‌شناسی آمریکا و جایزه جیمز مک‌کین کنل از انجمن علم روان‌شناسی، به رسمیت شناخته شده است. انجمن جامعه‌شناسی آمریکا، به افتخار وی، جایزه مارشا لینهان را برای پژوهش‌های برجسته در زمینه درمان رفتار خودکشی، بنیان‌گذاری کرده است.

لینهان یک استاد زن است و به آموزش ذهن‌آگاهی و مناسک تعمقی از طریق برگزاری کارگاه‌ها و عزلت‌نشینی‌های ویژه متخصصان حوزه سلامت، می‌پردازد.

دکتر مارشا لینهان – عضو بورد تخصصی روان‌شناسی آمریکا، مبدع رفتاردرمانی دیالکتیکی (DBT) و استادتمام روان‌شناسی و روان‌پزشکی و علوم رفتاری و مدیر کلینیک‌های پژوهش و درمان رفتاری در دانشگاه واشنگتن است. علاقه پژوهشی اولیه وی در زمینه ایجاد و ارزیابی درمان‌های مبتنی بر شواهد برای جمعیت‌های دارای خطر بالای خودکشی و مبتلا به اختلالات روانی متعدد و شدید است.

کمک‌های دکتر لینهان به پژوهش در زمینه خودکشی و پژوهش در زمینه روان‌شناسی بالینی، با جوایز متعدد از جمله

مقدمه مترجم

کتاب حاضر در مقایسه با ویراست اول، علاوه بر اینکه دربرگیرنده مهارت‌های جدید در هر بخش مهارتی است، توضیحات، تمرین‌ها و مثال‌های جدیدی را نیز برای مهارت‌های قدیمی‌تر فراهم می‌آورد که آموزش دادن آنها را آسان‌تر و پربارتر می‌سازد. در ترجمه، تلاش بر آن بوده است که تا حد ممکن وفاداری به متن اصلی در عین تلاش برای حفظ روانی متن رعایت شود. همچنین، خط مشی این راهنما در استفاده از سرواژه‌ها جهت تسهیل به‌یادسپاری هر مجموعه مهارت نیز حفظ شده است؛ بدین شکل که تا حد ممکن سعی شده است برای هر مجموعه مهارت یک واژه بامعنا که از حروف نخست نام مهارت-های موجود در آن مجموعه تشکیل می‌شود، معرفی شود. امید است که این مهم استفاده از این مهارت‌ها را هم برای درمانگران و هم برای درمانجویان آسان‌تر سازد.

در نهایت بر خود لازم می‌دانم از استاد گران‌قدر جناب آقای دکتر محمدعلی اصغری مقدم و همچنین همکار و دوست نازنینم سرکار خانم دکتر زهرا زنجانی که در معادل‌گزینی برای مهارت‌های جدید مرا از نظرات ارزشمند خود بهره‌مند ساختند، سپاسگزاری کنم. این اثر را به تمامی روان‌شناسان، روان-پزشکان و دیگر همکاران فعال در حوزه سلامت روان که همه توان، نیرو و ابتکار خود را در جهت بهبود رنج انسان و کمک به او در ساختن «زندگی‌ای که ارزش زیستن داشته باشد» به‌کار می‌گیرند، تقدیم می‌کنم.

رفتار درمانی دیالکتیکی (DBT)، که توسط مارشا لینهان استاد روان‌شناسی دانشگاه واشنگتن معرفی شده، از جمله درمان‌های نوین شناختی-رفتاری است که در زمرهٔ درمان‌های مبتنی بر شواهد^۱ قرار می‌گیرد. این رویکرد روان‌درمانی که در ابتدا برای درمان اختلال شخصیت مرزی ارائه شد، بعدها در دامنهٔ نسبتاً گسترده‌ای از اختلالات (به‌عنوان مثال اختلالات خلقی، اختلالات خوردن، سوءمصرف مواد و ...) به‌کار گرفته شد و اثربخشی نشان داد. این موضوع می‌تواند ناشی از این واقعیت باشد که اختلال شخصیت مرزی، اختلالی پیچیده همراه با مشکلات متنوع است و از این جهت یک درمان مؤثر برای این اختلال ضرورتاً دارای راهبردهایی برای ارزیابی و درمان شمار زیادی از مشکلات، به شیوه‌ای نظام‌مند است. کتاب راهنمای اجرای درمان نیز که در نخستین ویراست تحت عنوان «راهنمای مهارت‌آموزی برای درمان اختلال شخصیت مرزی»^۲ (۱۹۹۳) منتشر شد، در ویراست جدید -کتاب حاضر- به «راهنمای مهارت‌آموزی رفتار درمانی دیالکتیکی»^۳ (۲۰۱۵) تغییر نام داده است که تغییر جهت DBT را از تمرکز بر درمان اختلال شخصیت مرزی بر درمان طیف گسترده‌ای از اختلالات که ویژگی مشترک آنها کژتنظیمی هیجانی^۴ است، نشان می‌دهد.

1. Evidence based
2. Skills Training Manual for Treating Borderline Personality Disorder
3. DBT Skills Training Manual
4. Emotion dysregulation

پیشگفتار

خودکشی، خود-جرعی غیر خودکشی گرایانه، دشواری‌های تنظیم هیجان‌ها و مشکلات بین‌فردی را میانجی‌گری می‌کند^(۶). همچنین زیرمجموعه‌ای از مهارت‌ها به یک برنامه درمانی برای افراد مبتلا به می‌خوارگی بیمارگون افزوده شد و در مقایسه با درمان بدون مهارت‌ها، نتایج درمان را بهبود بخشید^(۷). زیرمجموعه‌ای از مهارت‌های DBT در برنامه مبتنی بر شواهد اتحادیه آموزش ملی برای روابط خانوادگی اختلال شخصیت مرزی، ویژه اعضای خانواده افراد مبتلا به BPD، آموزش داده می‌شود. مجموعه کاملی از مهارت‌های بنیادین در گروه‌های مهارتی دوستان و خانواده‌ها در کلینیک‌های پژوهش و درمان رفتاری دانشگاه واشنگتن آموزش داده می‌شود که شامل افرادی است که می‌خواهند مهارت‌ها را برای کنار آمدن و پذیرفتن افراد دشوار حاضر در زندگی‌شان بیاموزند. این افراد می‌توانند دوستان یا خویشاوندان افراد دارای مشکلات روانی جدی، کارکنانی که دارای همکاران و یا مدیران مشکل‌دار هستند و درمانگرانی که مراجعان خیلی دشوار را درمان می‌کنند، باشند. مشاوران شرکت‌ها به مهارت‌های DBT به‌عنوان راهی برای بهبود بخشیدن به روحیه و بهره‌وری جمعی نگاه می‌کنند. مجموعه‌های جدیدی از مهارت‌های اختصاصی برای اختلالات خاص ایجاد شده که شامل یک بخش متمرکز بر بیش‌کنترل‌گری هیجانی^(۸)، مهارت‌های مسیر میانی که در اصل برای والدین و نوجوانان ایجاد شدند اما برای بسیاری از جمعیت‌ها سودمند هستند^(۹)، مهارت‌هایی برای اختلال کمبود توجه/ بیش‌فعالی، و نیز مجموعه‌ای از مهارت‌ها است که برای افراد مبتلا به اعتیاد طراحی شده است. برنامه‌های درسی مهارت‌های DBT، هم‌اکنون در سیستم مدارس برای آموزش دادن دانش‌آموزان مقاطع راهنمایی و دبیرستان مورد استفاده قرار می‌گیرند^(۱۰)، همچنین جای خود را در برنامه‌های متمرکز بر انعطاف‌پذیری باز کرده‌اند، و می‌توانند در موقعیت‌های شغلی به‌کار گرفته شوند. مهارت‌های DBT به‌طور گسترده در برنامه‌های سلامت روان عمومی در مراکز بهداشت روانی جامعه، مراکز بستری، مراکز مراقبت حاد، مراکز قانونی و دیگر

نسخه اولیه این راهنمای مهارت‌آموزی در سال ۱۹۹۳ منتشر شد. در آن زمان، تنها پژوهش اجرا شده روی رفتاردرمانی دیالکتیکی (DBT)، یک کارآزمایی بالینی مربوط به سال ۱۹۹۱ بود که DBT را با درمان رایج برای افراد دارای گرایش مزمن به خودکشی واجد معیارهای اختلال شخصیت مرزی (BPD)، مقایسه می‌کرد. از آن زمان، حجم عظیمی از پژوهش‌ها روی DBT «استاندارد» اجرا شده است که نوعاً دربرگیرنده درمان فردی DBT، مهارت‌آموزی گروهی، راهنمایی تلفنی، و تیم مشاوره درمانگر است. همچنین روی مهارت‌آموزی DBT به تنهایی و روی تمرین‌های رفتاری‌ای که در کنار هم مهارت‌های DBT را شکل می‌دهند نیز پژوهش شده است. مهارت‌های جدید ارائه شده در این ویراست، محصول تجربه من، پژوهش‌هایی که مهارت‌های اولیه را به‌کار برده‌اند، پژوهش‌های گسترده روی هیجان‌ها، تنظیم هیجان، تحمل پریشانی و ذهن‌آگاهی، و نیز یافته‌های جدید در حوزه علوم اجتماعی و راهبردهای درمانی جدید شکل‌گرفته در بستر الگوی شناختی-رفتاری است. تغییرات عمده در بسته مهارتی تجدیدنظرشده، در زیر شرح داده شده‌اند.

مهارت‌هایی برای اختلالات چندگانه و جمعیت‌های غیربالینی

راهنمای مهارت‌آموزی اولیه به‌طور کامل بر درمان مراجعان دارای خطر بالای خودکشی و BPD متمرکز بود. علت این موضوع در درجه اول آن بود که پژوهش‌های انجام شده در زمینه DBT، از جمله مهارت‌های DBT، روی مراجعانی اجرا شده بود که واجد ملاک‌های BPD و خطر بالای خودکشی بودند. با این حال، از همان ویراست نخست، تعدادی از مطالعات با تمرکز بر مهارت‌آموزی برای جمعیت‌های مختلف، اجرا شده‌اند. به‌عنوان مثال، مهارت‌آموزی DBT در اختلالات خوردن^(۲،۱)، افسردگی مقاوم به درمان^(۳،۴) و گستره‌ای از اختلالات دیگر^(۵) اثربخشی نشان داده است. در پژوهش من و همکارانم، افزایش در کاربرد مهارت‌ها، کاهش در اقدام به

مراکز، آموزش داده می‌شوند. در مجموع، داده‌ها و تجارب بالینی قابل ملاحظه پیشنهاد می‌کنند که مهارت‌های DBT در گستره وسیعی از جمعیت‌ها و موقعیت‌های بالینی و غیربالینی اثربخش هستند.

البته، نباید تعجب کرد که مهارت‌های DBT، کاربرد وسیعی دارند. من بسیاری از این مهارت‌ها را با خواندن راهنماها و ادبیات درمانی موجود در زمینه مداخلات رفتاری مبتنی بر شواهد، ایجاد کرده‌ام. سپس بررسی کردم تا ببینم برای هر مسأله، درمانگران به بیماران می‌گویند چه کاری را انجام دهند، بعد به بازتعریف این دستورالعمل‌ها در دست‌برگ‌ها و کاربرگ‌های مهارتی پرداختم و توضیحات آموزشی مربوط به درمانگران را نوشتم. برای مثال، در مهارت «عمل متضاد» (فصل ۹ را ببینید) برای هیجان ترس، من به بازتعریف درمان‌های مبتنی بر مواجهه برای اختلالات اضطرابی به زبانی ساده‌تر پرداختم. همچنین اصول تغییر مشابهی را برای دیگر هیجان‌های مختل شده به کار گرفتم. «بررسی حقایق» یک راهبرد بنیادین در مداخلات درمان شناختی است. مهارت‌های DBT همان چیزهایی هستند که درمانگران رفتاری در بسیاری از برنامه‌های درمانی اثربخش، انجام آنها را از مراجعان‌شان می‌خواهند. برخی از مهارت‌ها، برنامه‌های درمانی کاملی هستند که به‌عنوان مجموعه‌ای از گام‌ها تدوین شده‌اند. «پروتکل کابوس» به‌عنوان یک مهارت تنظیم هیجان جدید، مثالی از این مورد است. مهارت‌های ذهن‌آگاهی، محصول ۱۸ سال حضور من در مدارس کاتولیک، تعلیم دیدن در زمینه مناسب‌سازی نیایش تعمقی در برنامه هدایت معنوی انستیتو شارلم، و تجربه ۳۴ ساله من به عنوان کارآموز زن و در حال حاضر استاد زن است. مهارت‌های دیگر، برخاسته از علم رفتاری پایه و پژوهش در زمینه روان‌شناسی شناختی و اجتماعی است. برخی نیز از همکاری‌های گرفته شده‌اند که مهارت‌های DBT جدیدی را برای جمعیت‌های جدید ایجاد کرده‌اند.

مهارت‌های جدید در این ویراست

هنوز هم چهار بخش اصلی در مهارت‌آموزی DBT وجود دارد: مهارت‌های ذهن‌آگاهی، مهارت‌های کارآمدی بین‌فردی، مهارت‌های تنظیم هیجان، و مهارت‌های تحمل‌پریشانی. درون این بخش‌ها، مهارت‌های جدید زیر را افزوده‌ام.

۱. در مهارت‌های ذهن‌آگاهی (فصل ۷)، بندی را در رابطه با آموزش ذهن‌آگاهی از دیدگاه‌های متفاوت، از جمله دیدگاه معنوی افزوده‌ام.

۲. در مهارت‌های کارآمدی بین‌فردی (فصل ۸)، دو بند جدید افزوده‌ام. اولی بر مهارت‌هایی برای یافتن و بنا نهادن روابطی که می‌خواهید و پایان بخشیدن به روابطی که نمی‌خواهید، متمرکز است. دومی بر ایجاد تعادل بین پذیرش و تغییر در تعاملات بین‌فردی تأکید می‌کند. این بند، نسخه‌برداری از مهارت‌هایی است که الک میلر، جیل راتوس، و من برای برنامه مهارت‌آموزی چندخانواده‌ای ویژه نوجوان ایجاد کرده‌ایم که در آن والدین مراجعان نوجوان نیز در مهارت‌آموزی شرکت می‌کنند^(۱۱).

۳. مهارت‌های تنظیم هیجان (فصل ۹)، بسیار گسترش یافته و نیز مورد سازمان‌دهی مجدد قرار گرفته‌اند. تعداد هیجان‌هایی که به تفصیل توصیف شده‌اند از ۶ تا به ۱۰ تا گسترش یافته‌اند (با افزودن چندش، رشک، حسادت، احساس گناه). بند تغییر پاسخ‌های هیجانی، دو مهارت جدید را در برمی‌گیرد: بررسی حقایق و حل مسأله. همچنین در این بند، مهارت عمل متضاد به شکل گسترده به روز شده و توسعه یافته است. مهارت‌های کاهش آسیب‌پذیری هیجانی در قالب مجموعه‌ای از مهارت‌ها تحت عنوان مهارت‌های الف ب پ باور مورد سازمان‌دهی مجدد قرار گرفته‌اند. در بند انباشت هیجان‌های مثبت، من برنامه رویدادهای خوشایند (که اکنون فهرست رویدادهای خوشایند نامیده می‌شود) را تغییر داده‌ام تا هم برای مراجعان نوجوان و هم برای مراجعان بزرگسال، مناسب باشد. همچنین یک دست‌برگ ارزش‌ها و اولویت‌ها را افزوده‌ام که تعدادی از ارزش‌ها و اولویت‌های جهان‌شمول زندگی را فهرست می‌کند. مهارت جدید دیگر، پیش‌گامی برای مقابله، بر تمرین راهبردهای مقابله‌ای، پیش از موقعیت‌های دشوار متمرکز است. پروتکل‌های اختیاری کابوس و بهداشت خواب نیز گنجانده شده‌اند. در نهایت، بند جدیدی برای شناسایی هیجان‌های شدید (شناسایی نقطه فروپاشی مهارت‌های شخصی خود)، شامل گام‌هایی برای استفاده از مهارت‌های جان‌به‌دربردن از بحران برای مدیریت این هیجان‌ها اضافه شده است.

۴. مهارت‌های تحمل‌پریشانی (فصل ۱۰) اکنون با مهارت جدید ایما (ایست، یک گام به عقب، مشاهده و ادامه دادن ذهن

آگاهانه) شروع می‌شود که برگرفته از مهارت ارائه شده توسط فرانچسکا پرپلتچیوکوا، ست آکسلرود و همکاران است^(۱۲). بند جان به‌دربردن از بحران هم‌اکنون دربرگیرنده مجموعه جدیدی از مهارت‌ها است که هدف آن تغییر شیمی بدن جهت تنظیم سریع هیجان‌های شدید است (مهارت‌های جدید دست). مجموعه جدیدی از مهارت‌ها با تأکید بر کاهش رفتارهای اعتیادی نیز اضافه شده است: پرهیز دیالکتیکی، ذهن شفاف، تقویت اجتماعی، سوزاندن پل‌ها، ساختن پل‌های جدید، عصیان جایگزین و انکار سازگاران.

۵. درون بخش‌ها نیز تغییراتی ایجاد کرده‌ام. در حال حاضر هر بخش با اهداف مربوط به آن بخش در کنار یک دست‌برگ اهداف و یک کاربرگ سود و زیان مربوطه آغاز می‌شود. این کاربرگ اختیاری است و چنانچه مراجع نسبت به تمرین مهارت‌های موجود در بخش، بی‌میل یا دوسوگرا باشد، می‌توان آن را مورد استفاده قرار داد.

یک مهارت ذهن‌آگاهی به هر یک از بخش‌های بین‌فردی (ذهن‌آگاهی نسبت به دیگران) و تحمل پریشانی (ذهن‌آگاهی نسبت به افکار کنونی) اضافه شده است. این اضافات در کنار ذهن‌آگاهی نسبت به هیجان کنونی (تنظیم هیجان) به دنبال حفظ تداوم رشته ذهن‌آگاهی در تمام طول مدت درمان هستند.

همچنین تعداد بیشتری از مثال‌های بالینی در ویراست دوم، گنجانده شده‌اند. مثال‌ها برای یک تدریس خوب، ضروری هستند. با این حال، لازم است در تعدیل مثال‌های ارائه شده و جایگزین ساختن آنها با مثال‌هایی که نیازهای مراجعان شما را برآورده کنند، احساس آزادی کنید. در واقع، این تفاوت بزرگ موجود در تدریس مهارت‌ها به جمعیت‌های مختلف است؛ ممکن است یک مجموعه از مثال‌ها برای مراجعان دارای کژتنظیمی هیجانی و دشواری‌های کنترل‌تکانه، مجموعه دیگری برای مراجعان مبتلا به بیش‌کنترلی هیجانی و مجموعه دیگری نیز برای مراجعان دارای وابستگی به مواد، لازم باشد. ممکن است تفاوت‌های موجود در فرهنگ، قومیت، ملیت، وضعیت اقتصادی - اجتماعی و سن، هر یک مجموعه‌های متفاوتی از مثال‌ها را ایجاد کنند. تجربه من نشان می‌دهد که این مثال‌ها هستند - و نه مهارت‌ها - که در جمعیت‌های مختلف نیاز به تغییر دارند.

توضیحات آموزشی گسترده‌تر

بسیاری از افرادی که مرا حین تدریس مهارت‌های DBT مشاهده کرده‌اند، گفته‌اند که بسیاری از آنچه که آموزش می‌دهم در ویراست اول این کتاب گنجانده نشده بود. در این ویراست دوم، اطلاعات بسیار بیشتری در مقایسه با ویراست قبلی گنجانده‌ام. نخست اینکه تا حد ممکن زیربناهای پژوهشی مهارت‌های ارائه شده را گنجانده‌ام. دوم اینکه، دامنه بسیار وسیعی از نکات آموزشی مختلف را فراهم آورده‌ام که می‌توانید برای تدریس خود از میان آنها دست به انتخاب بزنید و نکاتی بسیار بیشتر از آنچه که من و شما احتمالاً می‌توانیم به یک کلاس مهارت‌آموزی ارائه کنیم را داشته باشید. ممکن است، توضیحات آموزشی در ابتدا حجیم به نظر برسد. مهم است که به خاطر داشته باشید لازم نیست این کتاب در یک موقعیت واحد از ابتدا تا انتها، مطالعه شود. در عوض، توضیحات آموزشی

مثال‌های بالینی بیشتر

دست‌برگ‌های تعاملی‌تر و دست‌برگ‌های اختیاری

دست‌برگ‌های تعاملی‌تر و دست‌برگ‌های اختیاری

بسیاری از دست‌برگ‌ها تعدیل شده‌اند تا تعامل بیشتری را طی جلسات مهارت‌آموزی فراهم آورند. اغلب آنها مربع‌هایی برای علامت زدن ذن دارند، به‌گونه‌ای که شرکت‌کنندگان می‌توانند، مواردی که برای‌شان مهم است یا مهارت‌هایی که مایل به

تمرین کردن آنها در هفته‌های بعد هستند را مشخص کنند. همچنین هم‌اکنون هر بخش دربرگیرنده تعدادی دست‌برگ اختیاری است. این دست‌برگ‌ها شماره‌ای شبیه به شماره دست‌برگ اصلی دارند که یک حرف نیز در کنار آن قرار گرفته است (به عنوان مثال الف، ب). این دست‌برگ‌های اختیاری می‌توانند بین مراجعان توزیع و به آنها آموزش داده شوند، می‌توانند توزیع شوند اما به صورت رسمی آموزش داده نشوند یا - چنانچه مفید به نظر نرسد- می‌توانند به راحتی نادیده گرفته شوند. تجربه من نشان می‌دهد که این دست‌برگ‌های اختیاری برای برخی از گروه‌ها و افراد بسیار مفید هستند و برای برخی چنین نیستند.

برنامه‌های آموزشی متعددی که به‌طور خلاصه معرفی شده‌اند

ویراست ۱۹۹۳ راهنمای مهارت‌ها، دربرگیرنده مهارت‌ها و کاربرگ‌های خاصی بود که در نخستین کارآزمایی بالینی تصادفی‌شده DBT، مورد استفاده قرار گرفته بودند. در آن زمان، DBT گستره‌ی زیادی نداشت و نمونه‌های زیادی از نحوه انتخاب مهارت‌ها برای موقعیت‌هایی که در آنها برخی و نه همه مهارت‌ها را می‌توان آموزش داد، وجود نداشت؛ همچنین مهارت‌هایی برای جمعیت‌های خاص مانند نوجوانان یا افراد مبتلا به اعتیاد، اختلالات خوردن و غیره، ایجاد نشده بود. با توجه به مهارت‌های جدیدی که در این ویراست ارائه شده است، این امکان وجود ندارد که تمامی مهارت‌ها را در یک گروه مهارتی ۲۴ هفته‌ای آموزش داد، حتی وقتی که مهارت‌ها در ۲۴ هفته دوم تکرار شوند- کاری که در برنامه درمانی یک‌ساله DBT انجام می‌شود. این ویراست دربرگیرنده تعدادی برنامه برای آموزش دادن مهارت‌ها از جمله برنامه‌های یک‌ساله، عمده و مهارت‌آموزی مختصرتر در مراکز مراقبت حاد و موقعیت‌های غیررستنی است. برای جمعیت‌های خاص (مثل نوجوانان و سوءمصرف‌کنندگان مواد) نیز برنامه‌هایی تدارک دیده شده است. تا جایی که امکان‌پذیر بوده، برنامه‌های آموزشی بر کارآزمایی‌هایی بالینی‌ای که نشان داده‌اند برنامه مهارتی خاصی، مؤثر بوده است، مبتنی شده‌اند. با در نظر گرفتن این موضوع، هم‌اکنون مجموعه‌های متعدد جدیدی از مهارت‌های بنیادین DBT وجود دارند که چارچوب کلی آنها در پیوست‌های بخش ۱ آمده است. راهبرد عمومی من در آموزش دادن مهارت‌ها این است که دست‌برگ‌ها و کاربرگ‌های DBT را در اختیار شرکت‌کنندگان قرار دهم. سپس یک برنامه آموزشی که بر مبنای جمعیت شرکت‌کنندگان، تعداد هفته‌های درمان و پژوهش‌های اخیر تعیین می‌کنم را پی می‌گیرم. در طول مسیر، به شرکت‌کنندگان می‌گویم که اگر وقت داشتیم، مهارت‌های دیگر را به آنها آموزش خواهم داد- اگر مرا به انجام این کار ترغیب کنند.

تمرین کردن آنها در هفته‌های بعد هستند را مشخص کنند. همچنین هم‌اکنون هر بخش دربرگیرنده تعدادی دست‌برگ اختیاری است. این دست‌برگ‌ها شماره‌ای شبیه به شماره دست‌برگ اصلی دارند که یک حرف نیز در کنار آن قرار گرفته است (به عنوان مثال الف، ب). این دست‌برگ‌های اختیاری می‌توانند بین مراجعان توزیع و به آنها آموزش داده شوند، می‌توانند توزیع شوند اما به صورت رسمی آموزش داده نشوند یا - چنانچه مفید به نظر نرسد- می‌توانند به راحتی نادیده گرفته شوند. تجربه من نشان می‌دهد که این دست‌برگ‌های اختیاری برای برخی از گروه‌ها و افراد بسیار مفید هستند و برای برخی چنین نیستند.

کاربرگ‌های ارتقاءیافته

به دلیل مطالبات عمومی، برگ‌های تکلیف منزل به کاربرگ‌ها، تغییر نام یافته‌اند. همچنین روی هر دست‌برگ، فهرست کاربرگ‌های مربوطه و نیز روی هر کاربرگ، فهرست دست‌برگ‌های مربوطه آمده است.

در حال حاضر برای بسیاری از دست‌برگ‌ها، کاربرگ‌های جایگزین متعددی وجود دارند. این افزایش در کاربرگ‌ها به علت چند عامل است. نخست، طی سالیان، مشخص شده است که کاربرگی که برای یک فرد بسیار خوب عمل می‌کند، ممکن است برای دیگری مناسب نباشد. در نتیجه، من برای هر دست‌برگ، کاربرگ‌های متعددی ارائه داده‌ام. برای اغلب قسمت‌های مهارتی، مجموعه‌ای از کاربرگ‌ها وجود دارد که مهارت‌های کل آن قسمت را پوشش می‌دهند. این مجموعه برای مراجعانی است که احتمال ندارد تمرین داخل منزل زیادی را تکمیل کنند و می‌تواند به آن دسته از مراجعانی که قبلاً مهارت‌آموزی را تکمیل کرده‌اند و اکنون روی تداوم تمرین مهارت‌های خود کار می‌کنند، کمک کند.

دوم، مراجعان مختلف، انواع متفاوتی از تمرین را دوست دارند. مراجعانی وجود دارند که می‌خواهند تکلیف منزلی که انجام می‌دهند را علامت بزنند، مراجعانی هستند که ترجیح می‌دهند تکلیف منزل خود را توصیف کنند و به اثربخشی آن نمره بدهند و مراجعانی هم وجود دارند که دوست دارند یادداشت‌های روزانه بنویسند که در آن کاری که انجام داده‌اند و نحوه تأثیر آن بر خودشان را توصیف کنند. من متوجه شده‌ام که

سخنی در مورد اصطلاحات

اصطلاحات زیادی برای فردی که مهارت‌های رفتاری را آموزش یا آنها را تمرین می‌دهد وجود دارند: درمانگر،

روان‌درمانگر، درمانگر فردی، زوج‌درمانگر، خانواده‌درمانگر، محیط‌درمانگر، گروه‌درمانگر، رهبر گروه، مشاور، مدیر مورد، مربی مهارت‌ها، آموزگار رفتاری، آموزگار مهارت‌ها، مددکار بحران، مددکار سلامت روان، متخصص مراقبت از سلامت روانی و غیره. در این راهنما، اصطلاح «درمانگر» به فردی اطلاق می‌شود که روان‌درمانی یا دیگر خدمات بهداشت روانی را ارائه می‌دهد. در DBT استاندارد، این فرد، درمانگر فردی مراجع است. اصطلاحات «مربی مهارت‌ها»، «رهبر مهارت‌ها»، «کمک رهبر مهارت‌ها» و «رهبر» به افرادی اطلاق می‌شود که به آموزش دادن مهارت‌های خاص به صورت فردی یا به صورت گروهی می‌پردازند. در DBT استاندارد، این اصطلاحات به رهبران گروه مهارت‌ها اطلاق می‌شود. در برخی موارد، از اصطلاح «درمانگر» به عنوان اشارهٔ عمومی به هر فردی که خدمات سلامت ارائه می‌دهد، استفاده کرده‌ام.

منابع

1. American Journal of Geriatric Psychiatry, 11(1), 33–45.
2. Harley, R., Sprich, S., Safren, S., Jacobo, M., & Fava, M. (2008). Adaptation of dialectical behavior therapy skills training group for treatment-resistant depression. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 196(2), 136–143.
3. Soler, J., Pascual, J. C., Tiana, T., Cebria, A., Barrachina, J., Campins, M. J., & Pérez, V. (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.
4. Neacsiu, A. D., Rizvi, S. L., & Linehan, M. M. (2010). Dialectical behavior therapy skills use as a mediator and outcome of treatment for borderline personality disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 48(9), 832–8.
5. Whiteside, U. (2011). *A brief personalized feedback intervention integrating a motivational interviewing therapeutic style and dialectical behavior therapy skills for depressed or anxious heavy drinking young adults*. Unpublished doctoral dissertation, University of Washington.
6. Lynch, T. R. (in press). *Radically open DBT: Treating the overcontrolled client*. New York: Guilford Press.
7. Miller, A. L., Rathus, J. H., & Linehan, M. M. (2007). *Dialectical behavior therapy with suicidal adolescents*. New York: Guilford Press.
8. Mazza, J. J., Dexter-Mazza, E. T., Murphy, H. E., Miller, A. L., & Rathus, J. L. (in press). *Dialectical behavior therapy in schools*. New York: Guilford Press.
9. Miller, A. L., Rathus, J. H., Linehan, M. M., Wetzler, S., & Leigh, E. (1997). Dialectical behavior therapy adapted for suicidal adolescents. *Journal of Psychiatric Practice*, 3(2), 78–86.
10. Perepletchikova, F., Axelrod, S., Kaufman, J., Rounsaville, B. J., Douglas-Palumberi, H., & Miller, A. (2011). Adapting dialectical behavior therapy for children: Towards a new research agenda for paediatric suicidal and non-suicidal self-injurious behaviors. *Child and Adolescent Mental Health*, 16, 116–121.
11. Telch, C. F., Agras, W. S., Linehan, M. M. (2001). Dialectical behavior therapy for binge eating disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 69(6), 1061–1065.
12. Safer, D. L., & Jo, B. (2010). Outcome from a randomized controlled trial of group therapy for binge eating disorder: Comparing dialectical behavior therapy adapted for binge eating to an active comparison group therapy. *Behavior Therapy*, 41(1), 106–120.
13. Lynch, T. R., Morse, J. Q., Mendelson, T., & Robins, C. J. (2003). Dialectical behavior therapy for depressed older adults: A randomized pilot study.

بخش ۱

مقدمه‌ای بر مهارت‌آموزی DBT

فصل ۱

منطق مهارت‌آموزی رفتاردرمانی دیالکتیکی

DBT چیست؟

بین فردی و خودانگاره^۲ هستند. مهارت‌های DBT مستقیماً این الگوهای کژکار را هدف قرار می‌دهند. هدف کلی مهارت‌آموزی DBT، کمک به افراد برای تغییر دادن الگوهای رفتاری، هیجانی، فکری و بین‌فردی مرتبط با مشکلات زندگی است. از این‌رو، درک فلسفه درمان و شالوده‌های نظری DBT به‌عنوان یک کل، برای استفاده مؤثر از این راهنما، بسیار حائز اهمیت است. به علاوه، چنین درکی به علت اینکه تعیین‌کننده نگرش درمانگران به درمان و مراجعان‌شان است، اهمیت دارد. این نگرش، به نوبه خود یک مؤلفه مهم روابط درمانگران با مراجعان‌شان است که اغلب نقش محوری در درمان مؤثر دارد و می‌تواند به ویژه در رابطه با افراد دارای گرایش خودکشی و افراد دارای کژتنظیمی شدید، حائز اهمیت باشد.

نگاهی به پیش‌رو

این راهنما در قالب دو بخش اصلی سازمان‌یافته است. بخش ۱ (فصل‌های ۱ تا ۵) خوانندگان را با DBT و به شکل ویژه با مهارت‌آموزی DBT آشنا می‌کند. بخش ۲ (فصل‌های ۶ تا ۱۰) دربرگیرنده دستورالعمل‌های مفصل برای آموزش دادن مهارت‌های خاص است. دست‌برگ‌ها و کاربرگ‌های مراجع، برای تمام بخش‌های مهارتی در تارنمای اختصاصی این راهنما قابل دسترسی است. این دست‌برگ‌ها و کاربرگ‌ها را می‌توان برای توزیع بین مراجعان چاپ کرد؛ همچنین در صورت نیاز می‌توان آنها را برای منطبق شدن با یک موقعیت خاص، تعدیل کرد. یک نسخه چاپ شده مجزا از دست‌برگ‌ها و کاربرگ‌ها، مناسب برای استفاده مراجع، برای خریداری در دسترس است که

آموزش مهارت‌های رفتاری توصیف شده در این کتاب، مبتنی بر یک الگوی درمانی به نام رفتاردرمانی دیالکتیکی (DBT) است. DBT یک درمان شناختی-رفتاری گسترده است که در ابتدا برای افراد دارای گرایش‌های مزمن به خودکشی که تشخیص اختلال شخصیت مرزی دریافت می‌کردند، ایجاد شد. DBT - که دربرگیرنده ترکیبی از روان‌درمانی فردی، مهارت‌آموزی گروهی، راهنمایی تلفنی^۱ و تیم مشاوره درمانگر است - نخستین روان‌درمانی‌ای بود که طی کارآزمایی‌های کنترل شده، در رابطه با BPD، اثربخشی نشان داد^(۱). از آن زمان کارآزمایی‌های بالینی متعددی انجام شده‌اند که حاکی از اثربخشی DBT نه تنها برای BPD، بلکه برای دامنه گسترده‌ای از دیگر اختلالات و مشکلات، شامل کم‌کنترل‌گری و بیش‌کنترل‌گری هیجان‌ها و الگوهای شناختی و رفتاری مرتبط است. به‌علاوه، شمار فزاینده‌ای از مطالعات (که خلاصه‌ای از آنها در ادامه این فصل آمده است) پیشنهاد می‌کنند که مهارت‌آموزی به‌تنهایی یک مداخله امیدبخش برای جمعیت‌های گوناگون، همچون افراد دچار مشکلات مرتبط با می‌گساری، خانواده‌های افراد دارای تمایلات خودکشی، قربانیان بدرفتاری‌های خانگی و سایرین است.

DBT، از جمله مهارت‌آموزی DBT، مبتنی بر یک نظریه دیالکتیکی و زیستی - اجتماعی در رابطه با اختلالات روان‌شناختی است که بر نقش دشواری‌های موجود در تنظیم هیجان‌ها - هم‌کنترل‌اندک و هم‌کنترل‌افراطی - و رفتار تأکید می‌کند. کژتنظیمی هیجانی با دامنه‌ای از مشکلات مرتبط با سلامت روانی^(۲) ارتباط داده شده است که نشئت گرفته از الگوهای ناپایداری در تنظیم هیجان، کنترل تکانه، روابط

2. Self-image

1. telephone coaching

حداقل یک (معمولاً بیش از یک) کاربرگ برای مراجعان است تا تمرین‌های خود در رابطه با مهارت‌ها را ثبت کنند. تمام این دست‌برگ‌ها و کاربرگ‌های مخصوص مراجع نیز در تارنمای خاص گیلفورد برای این راهنما (برای آدرس تارنما به مطالب بالا مراجعه کنید) و همچنین به شکل یک نسخه جداگانه، قابل دسترسی است. توضیحات مربوط به دست‌برگ‌ها و کاربرگ‌های مرتبط در کادرهایی که ابتدای هر یک از بندهای اصلی توضیحات آموزشی بخش‌های مهارتی قرار گرفته‌اند، آمده است (فصل‌های ۶ تا ۱۰).

در اینجا باید اشاره کنم که مهارت‌آموزی در کارآزمایی‌های بالینی ما، تماماً در قالب گروه اجرا شده‌اند. با این حال در کلینیک ما، مهارت‌آموزی به شکل انفرادی انجام می‌شود. بسیاری از دستورالعمل‌های درمانی در این راهنما مبتنی بر این فرض هستند که مهارت‌آموزی در گروه انجام می‌شود؛ علت اصلی این موضوع آن است که تعدیل کردن فنون مهارت‌آموزی گروهی برای مراجعان انفرادی راحت‌تر است تا برعکس آن (مسئله مهارت‌آموزی گروهی در برابر مهارت‌آموزی انفرادی در فصل بعدی نسبتاً به تفصیل مورد بحث قرار می‌گیرد).

این راهنما، مکمل کتاب کامل‌تر من در رابطه با DBT، یعنی «درمان شناختی-رفتاری اختلال شخصیت مرزی» است^(۳). اگرچه مهارت‌های DBT برای اختلالات دیگری غیر از BPD، مؤثر است، اصول زیربنایی درمان همچنان مهم هستند و به‌طور کامل در این کتاب مورد بحث قرار می‌گیرند. از آنجا که در سراسر این راهنما، به این کتاب استناد می‌کنم، از اینجا به بعد به بیانی ساده‌تر آن را «متن اصلی DBT» می‌نامم. شالوده‌ها و منابع علمی بسیاری از اظهارات و مواضع من به‌طور کامل در فصل‌های ۱ تا ۳ این کتاب آمده است؛ بنابراین در اینجا از مرور یا ذکر مجدد آنها خودداری می‌کنم.

جهان‌بینی دیالکتیکی و فرضیات پایه

همان‌طور که از نام آن پیداست، DBT بر پایه یک جهان‌بینی دیالکتیکی قرار دارد. «علم دیالکتیک»، آن طوری 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

تارنمای خاص خود را داراست و در آنجا مراجعان می‌توانند فرمایشات را چاپ کنند.

در ادامه این فصل، جهان‌بینی دیالکتیکی را که شالوده درمان است به همراه فرض‌های زیربنایی این دیدگاه، توضیح خواهم داد. سپس مدل زیستی-اجتماعی کُنْتنظیمی هیجانی شدید (شامل BPD) و پدیدآیی آن توضیح داده می‌شود و همچنین گفته می‌شود که چگونه تغییرات مدل در دشواری‌های تنظیم هیجان به‌طور عام، کاربرد پیدا می‌کنند. همان‌گونه که در بالا اشاره شد، مهارت‌های DBT ارائه شده در این راهنما به‌طور ویژه برای هدف قراردادن کُنْتنظیمی هیجانی و پیامدهای ناسازگارانه آن، طراحی شده‌اند. فصل ۱ با یک نگاه اجمالی به پژوهش‌ها روی DBT استاندارد (روان‌درمانی فردی، راهنمایی تلفنی، تیم مشاوره، و مهارت‌آموزی) و همچنین پژوهش‌ها روی مهارت‌آموزی DBT منهای مؤلفه درمان‌فردی، خاتمه پیدا می‌کند. در فصل‌های ۲ تا ۵، جنبه‌های کاربردی مهارت‌آموزی را مورد بحث قرار می‌دهم؛ برنامه‌ریزی مهارت‌آموزی شامل ایده‌هایی برای برنامه مهارت‌آموزی بر اساس جمعیت و موقعیتی که مراجع بدان تعلق دارد (فصل ۲)؛ ساختار بندی قالب جلسه و آغاز مهارت‌آموزی (فصل ۳)؛ اهداف و روش‌های درمانی مهارت‌آموزی DBT (فصل ۴)؛ و به کار بردن دیگر راهبردها و روش‌های DBT در آموزش مهارت‌های رفتاری (فصل ۵). در مجموع، این فصل‌ها زمینه تصمیم‌گیری در مورد نحوه اجرای مهارت‌آموزی در یک کلینیک یا مطب خاص را فراهم می‌آورد. مجموعه پیوست‌های بخش ۱ شامل ۱۱ برنامه آموزشی متفاوت برای آموزش دادن مهارت‌هاست.

در بخش ۲، فصل ۶، شکل رسمی مؤلفه مهارت‌آموزی DBT را آغاز می‌کند. این فصل به نحوه آشناسازی مراجعان با مهارت‌آموزی DBT و آگاه‌ساختن آنها از اهداف این مهارت‌ها می‌پردازد. در پی آن، دستورالعمل‌های مربوط به نحوه آموزش مهارت‌های خاص، ارائه می‌شود که در چهار بخش مهارتی گروه‌بندی می‌شوند: مهارت‌های ذهن‌آگاهی (فصل ۷)، مهارت‌های کارآمدی بین‌فردی (فصل ۸)، مهارت‌های تنظیم هیجان (فصل ۹) و مهارت‌های تحمل‌پریشانی (فصل ۱۰).

هر مهارت دارای دست‌برگ‌های مراجع، همراه با دستورالعمل تمرین آن مهارت است. هر دست‌برگ دارای

نقیض‌های خود را در درون خود دارد و این یعنی حقایق دوشادوش هم قرار می‌گیرند» (صص ۲۹۶-۲۹۵، تأکید در اصل اثر وجود دارد)^(۴). دیالکتیک، در این معنی با مدل تعارض روان‌پوشی در آسیب‌شناسی روانی هم‌خوانی دارد. تفکر، رفتار و هیجان‌های اغراق‌آمیز و دوگانه، شکست‌های دیالکتیکی در نظر گرفته می‌شوند. فرد در دوگانگی‌ها گیر می‌افتد و قادر به حرکت به سمت ترکیب‌ها نیست. در رابطه با آموزش مهارت‌های رفتاری، سه مورد خاص از دوگانگی‌ها می‌توانند پیشرفت را بسیار دشوار سازند. درمانگر باید به هر یک از دوگانگی‌ها توجه و به هر مراجع در حرکت به سوی یک ترکیب (سنتر) کارآمد، کمک کند.

اولین مورد از دوگانگی‌ها، دیالکتیک میان نیاز مراجعان به پذیرش خویشتن آن‌گونه که در لحظه حاضر هستند و نیاز آنان به تغییر است. این دیالکتیک خاص، بنیادی‌ترین تنش در هر روان‌درمانی است و برای ایجاد تغییر، درمانگر باید ماهرانه بر آن فائق آید.

مورد دوم، تنش میان دستیابی مراجع به آنچه برای کفایت‌مندتر شدن، بدان نیاز دارد از یک سو و از سوی دیگر از دست دادن آنچه نیاز دارد در صورت کفایت‌مندتر شدن است. زمانی مراجعی در مهارت‌آموزی داشته که هر هفته می‌گفت هیچ‌یک از تکالیف رفتاری داخل منزل خود را انجام نداده و اصرار داشت که درمان مفید نبوده است. زمانی که پس از گذشت شش‌ماه به او گفتم ممکن است این روش درمانی برای وی مناسب نباشد، گفت در تمام این مدت، مهارت‌های جدید را به کار می‌برده است و این مهارت‌ها کمک‌کننده بوده‌اند؛ با این وجود از ترس اینکه مبادا در صورت بهبودی نشان‌دادن او را از جلسات آموزش مهارت‌ها خارج کنم اجازه نمی‌داد از پیشرفت‌هایش مطلع شوم.

سومین دوگانگی بسیار مهم به حفظ یکپارچگی شخصی مراجعان و اعتبار بخشیدن به دیدگاه‌های شخصی آنها راجع به مشکلاتشان در برابر یادگیری مهارت‌های جدیدی که به آنها در رهایی از بیماری‌شان کمک خواهد کرد، ارتباط دارد. اگر مراجعان با یادگیری مهارت‌های جدید، بهبود یابند، دیدگاه‌شان در رابطه با اینکه مشکل در تمام طول این مدت آن بوده است که فاقد مهارت‌های کافی برای کمک به خود بوده‌اند، تأیید می‌شود. این موضوع نشان می‌دهد برخلاف آنچه دیگران، بدان متهم‌شان می‌کردند، آنان در صدد فریب مردم نبوده‌اند، انگیزه

ترغیب‌کننده^۱. علم دیالکتیک به‌عنوان یک جهان‌بینی یا یک موضع‌گیری فلسفی، مبنای DBT را پدید می‌آورد. در مقابل، دیالکتیک به‌عنوان گفتگو و ارتباط، به رویکرد درمانی یا راهبردهای استفاده شده از جانب روان‌درمانگر برای ایجاد تغییر، اشاره دارد. این راهبردها به‌طور کامل در فصل ۷ متن اصلی DBT 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. نخست اینکه، دیالکتیک همانند دیدگاه‌های سیستم‌های پویا بر به هم پیوستگی و تمامیت بنیادین واقعیت تأکید می‌کند. این بدان معناست که رویکردهای دیالکتیکی، تحلیل اجزای منفرد سیستم را دارای ارزش محدودی می‌دانند مگر اینکه این تحلیل به وضوح جزء را به کل مرتبط سازد. بنابراین، علم دیالکتیک توجه ما را به اجزای منفرد سیستم (یعنی یک رفتار خاص) و همچنین به‌هم‌پیوستگی جزء با اجزای دیگر (به‌عنوان مثال رفتارهای دیگر، بافت محیطی) و کلیت بزرگتر (به‌عنوان مثال فرهنگ، وضعیت جهان در آن زمان) معطوف می‌سازد. در رابطه با مهارت‌آموزی، درمانگر ابتدا باید به هم‌پیوستگی کاستی‌های مهارتی را مدنظر قرار دهد. یادگیری مجموعه جدیدی از مهارت‌ها بدون یادگیری همزمان دیگر مهارت‌های مرتبط، بسیار دشوار است و این یادگیری همزمان مهارت‌ها حتی از حالت اول هم دشوارتر است. همچنین یک دیدگاه دیالکتیکی با دیدگاه‌های بافتاری و فنمینیستی نیز هم‌خوانی دارد. یادگیری مهارت‌های رفتاری به ویژه زمانی دشوار است که محیط مجاور فرد یا بافت فرهنگی بزرگ‌تر، از چنین یادگیری‌هایی حمایت نمی‌کنند. بنابراین فرد نه تنها باید مهارت‌های خود-تنظیمی و مهارت‌هایی برای اثرگذاری بر محیط خود را بیاموزد، بلکه همچنین باید یاد بگیرد که چه زمان باید اقدام به تنظیم این دو کند.

دوم، واقعیت ایستا در نظر گرفته نمی‌شود بلکه متشکل از نیروهای متضاد درونی (تز و آنتی‌تز) در نظر گرفته می‌شود که از ترکیب آنها، مجموعه جدیدی از نیروهای متضاد شکل می‌گیرند. یک عقیده دیالکتیکی بسیار مهم آن است که هر گزاره‌ای نقیض خود را در درون خود دارد. گلدبرگ می‌گوید: «به اعتقاد من، حقیقت متناقض‌نما است، یعنی هر حکمتی،

گرایش‌های قوی برای خودکشی و در درجهٔ دوم برای افراد دارای ملاک‌های BPD ایجاد شد. با این‌حال، درمان مؤثر، نیازمند یک نظریهٔ منسجم است. از این‌رو، نخستین وظیفهٔ من، ایجاد نظریه‌ای بود که به من اجازه دهد کنش خودکشی و همچنین BPD را درک کنم. من سه ملاک برای نظریهٔ خود داشتم: (۱) اجرای درمان را هدایت کند، (۲) شفقت ایجاد کند و (۳) با داده‌های پژوهشی هماهنگی داشته باشد. نظریهٔ زیستی-اجتماعی بر این فرض مبتنی است که خودکشی و BPD هر دو، در اصل، اختلالات کژتنظیمی هیجانی هستند. رفتار خودکشی، پاسخی به رنج هیجانی غیرقابل تحمل است. BPD یک اختلال روانی شدید است که از کژتنظیمی شدید در سیستم عاطفی، ناشی می‌شود. افراد مبتلا به BPD، الگوی خاصی از ناپایداری در تنظیم عاطفه، کنترل تکانه، روابط بین‌فردی و خود-پنداره نشان می‌دهند.

کژتنظیمی هیجانی همچنین با گستره‌ای از دیگر مشکلات مرتبط با سلامت روان، ارتباط دارد. اختلالات سوءمصرف مواد، اختلالات خوردن و بسیاری از دیگر الگوهای رفتاری مخرب، اغلب به‌عنوان راه‌هایی برای گریز از هیجان‌های غیرقابل تحمل، عمل می‌کنند. به اعتقاد نظریه‌پردازان، اختلال افسردگی عمده باید به‌عنوان یک اختلال کژتنظیمی هیجانی مفهوم‌پردازی شود که بخشی از آن بر نقص در تنظیم افزایشی^۲ و حفظ هیجان‌های مثبت، مبتنی است^(۵). به همین ترتیب، مرور ادبیات پژوهشی نشان داده است که اختلالات اضطرابی، اسکیزوفرنی و حتی اختلالات دوقطبی به‌طور مستقیم با کژتنظیمی هیجانی ارتباط دارند^(۶، ۷).

مدل هیجان‌های DBT

برای درک کژتنظیمی هیجانی، ابتدا باید بفهمیم که هیجان‌ها واقعاً چه هستند. با این‌حال ارائهٔ هرگونه تعریفی از سازهٔ «هیجان» مملو از دشواری است و توافق اندکی در رابطه با هرگونه تعریف عینی حتی در میان هیجان‌پژوهان وجود دارد. بنابراین آموزش‌دادن به مراجعان دربارهٔ هیجان‌ها و تنظیم هیجان نیازمند تلاش برای ارائهٔ یک توصیف - اگرچه تعریفی دقیق - از هیجان‌هاست. DBT، به‌طور کلی و مهارت‌های

آنان آزرادادن دیگران نبوده است و آنها فاقد انگیزه‌های مثبت نیستند. با این حال یادگیری مهارت‌های جدید از سوی مراجع، از جهات دیگر ممکن است مؤید دیدگاه‌های دیگران نیز به نظر برسد: ممکن است به نظر برسد این موضوع که دیگران در تمام این مدت بر حق بوده‌اند (و مراجع در اشتباه بوده است) یا این موضوع که مشکل از مراجع بوده است (و نه از محیط) مورد تأیید قرار گرفته‌اند. دیالکتیک نه تنها توجه مراجع را به این دوگانگی‌ها جلب می‌کند، بلکه روش‌های حل و فصل آنها را نیز پیشنهاد می‌کند (این روش‌ها در فصل ۷ متن اصلی DBT، مورد بحث قرار می‌گیرند).

سومین ویژگی دیالکتیک، فرضی است برآمده از دو ویژگی قبلی، مبنی بر اینکه ماهیت بنیادین واقعیت تغییر در فرآیند است و نه محتوا و ساختار. مهم‌ترین پیام ضمنی در اینجا آن است که هم فرد و هم محیط پیوسته در حال تغییر هستند. بنابراین، درمان بر حفظ یک محیط ثابت و یکنواخت متمرکز نمی‌شود 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 از نحوه تغییر خود و درمانی که به کار می‌برند، در طول زمان، آگاهی داشته باشند.

نظریهٔ زیستی-اجتماعی: نحوه شکل‌گیری کژتنظیمی هیجانی^۱

همان‌گونه که قبلاً گفته شد، DBT در اصل برای افراد دارای

۱. ایده‌هایی که در این قسمت در رابطه با نظریه زیستی-اجتماعی به‌طور کلی (و مدل DBT در زمینه هیجان‌ها به‌طور خاص) مورد بحث قرار می‌گیرند تنها از متن اصلی DBT گرفته نشده‌اند بلکه مبتنی بر منابعی که در پی می‌آیند نیز هستند:

Neacsiu, A. D., Bohus, M., & Linehan, M. M. (2014). Dialectical behavior therapy: An intervention for emotion dysregulation. In J.J. Gross (Ed.), *Handbook of emotion regulation* (2nd ed., pp. 491-507). New York: Guilford press.

Crowell, S. E., Beauchaine, T. P., & Linehan, M. M. (2009). A biosocial developmental model of borderline personality: Elaborating and extending Linehan's Theory. *Psychological Bulletin*, 135(3), 445-510.

نیکشو و همکاران، کژتنظیمی هیجانی را به عنوان مؤلفه محوری در BPD و اختلال روانی مورد بحث قرار می‌دهند و کراول و همکاران، نسخه گسترش‌یافته‌ای از نظریه زیستی-اجتماعی اولیه من ارائه می‌دهند.

هیجان‌پذیری بالا همراه با ناتوانی در تنظیم پاسخ‌های هیجان-وابسته^۳ شدید است. ویژگی‌های کژتنظیمی هیجانی شامل تجربه‌های هیجانی دردناک زیاد، ناتوانی در تنظیم برانگیختگی شدید، مشکل در برگرداندن توجه از نشانه‌های هیجانی، دشواری در سازمان‌دهی و هماهنگی فعالیت‌ها برای دستیابی به اهداف ناوابسته به خلق در جریان برانگیختگی هیجانی، و گرایش به «بهت‌زدگی»^۴ یا گسستگی تحت استرس‌های خیلی شدید است. همچنین کژتنظیمی هیجانی می‌تواند به شکل بیش‌کنترل‌گری و فرونشانی هیجانی نمود پیدا کند که به عاطفه منفی نافذ، عاطفه مثبت پایین، ناتوانی در تنظیم افزایشی هیجان‌ها و دشواری در ارتباط عاطفی منجر می‌شود. کژتنظیمی عاطفی نظام‌مند به وسیله آسیب‌پذیری هیجانی و همچنین راهبردهای تعدیل هیجانی ناسازگارانه و ناکافی ایجاد می‌شود. آسیب‌پذیری هیجانی با این ویژگی‌ها تعریف می‌شود: (۱) عاطفه‌پذیری منفی بسیار بالا به‌عنوان خط پایه، (۲) حساسیت نسبت به محرک‌های هیجانی، (۳) پاسخ شدید به محرک‌های هیجانی و (۴) بازگشت کند به خط پایه هیجانی هنگام وقوع برانگیختگی عاطفی.

تنظیم هیجانی

در مقابل، تنظیم هیجانی، عبارت است از توانایی برای (۱) بازداری رفتار تکانشی و نامناسب مرتبط با هیجان‌های منفی و مثبت قوی؛ (۲) سازمان‌دهی خود برای کنش مناسب در خدمت به یک هدف بیرونی (عمل کردن به شیوه‌ای ناوابسته به خلق به هنگام ضرورت)؛ (۳) خود-آرام‌سازی هرگونه برانگیختگی فیزیولوژیکی ناشی از هیجان شدید؛ و (۴) بازگرداندن تمرکز توجه در حضور هیجان قوی. تنظیم هیجانی می‌تواند خودکار یا آگاهانه، کنترل شده باشد. در DBT، تمرکز در درجه نخست بر افزایش کنترل آگاهانه و در درجه دوم بر واداشتن به تمرین کافی به منظور بیش‌آموزی مهارت‌ها به شکلی است که در نهایت به صورت خودکار درآیند.

DBT به‌طور خاص، مبتنی بر این دیدگاه هستند که هیجان‌ها پاسخ‌های کوتاه‌مدت، غیرارادی، تمام-سیستمی^۱ و دارای الگو به محرک‌های درونی و بیرونی هستند^(۸). همچون دیدگاه‌های دیگر، DBT بر اهمیت ارزش انطباقی تکاملی هیجان‌ها در درک آنها تأکید می‌کند^(۹). اگرچه پاسخ‌های هیجانی، پاسخ‌های نظام‌مند هستند، می‌توان آنها را دربرگیرنده خرده‌نظام‌های متعامل زیر در نظر گرفت: (۱) آسیب‌پذیری هیجانی نسبت به نشانه‌ها؛ (۲) رویدادهای درونی و یا بیرونی که وقتی به آنها توجه می‌شود به‌عنوان نشانه‌های هیجانی (به‌عنوان مثال رویدادهای برانگیخته^۲) عمل می‌کنند؛ (۳) ارزیابی و تفسیر نشانه‌ها؛ (۴) گرایش‌های پاسخ شامل پاسخ‌های عصبی-شیمیایی و فیزیولوژیکی، پاسخ‌های تجربی و تمایلات عمل؛ (۵) پاسخ‌ها و کنش‌های ابرازی غیرکلامی و کلامی؛ و (۶) پس‌اثرهای «شلیک» هیجانی اولیه، از جمله هیجان‌های ثانویه. در نظر گرفتن کنش‌های الگودار مرتبط با پاسخ‌های هیجانی به‌عنوان بخش یا جزئی از پاسخ‌های هیجانی به جای پیامد هیجان‌ها، سودمند است. DBT با ترکیب تمام این عناصر در قالب یک نظام تعاملی، بر این موضوع تأکید می‌کند که احتمال دارد اصلاح و تعدیل هر یک از مؤلفه‌های نظام هیجانی، عملکرد کل نظام را تغییر دهد. به عبارت کوتاه‌تر، اگر کسی بخواهد هیجان‌های خود از جمله کنش‌های هیجانی را تغییر دهد این کار می‌تواند از طریق اصلاح هر یک از بخش‌های نظام انجام شود.

کژتنظیمی هیجانی

کژتنظیمی هیجانی ناتوانی-حتی زمانی که فرد بیشترین تلاش‌های خود را به کار می‌گیرد- در تغییردادن یا تنظیم کردن نشانه‌ها، تجربه‌ها، کنش‌ها، پاسخ‌های کلامی و/یا نمودهای غیرکلامی مرتبط با هیجان در شرایط بهنجار است. کژتنظیمی هیجانی نافذ زمانی مشاهده می‌شود که ناتوانی در تنظیم هیجان‌ها در دامنه گسترده‌ای از هیجان‌ها، مشکلات انطباقی و بافت‌های موقعیتی رخ می‌دهد. کژتنظیمی هیجانی نافذ، ناشی از آسیب‌پذیری نسبت به

3. emotion-linked responses
4. freeze

1. full system
2. Prompting events

می‌کند؛ و (۳) همخوانی ضعیف بین مزاج کودک و سبک والدگری مراقب است. نکته آخر به این دلیل در اینجا مورد تأکید قرار می‌گیرد که تعاملات زیست‌شناسی × محیط را- که هم رفتارهای کودک و هم رفتارهای مراقب را شکل می‌دهد، برجسته می‌سازد. در این نظریه، چنانچه تفاوت و ناهماهنگی زیادی بین ویژگی‌های کودک و مراقب وجود داشته باشد یا چنانچه به منابع خانواده فشار زیادی وارد آید (به‌عنوان مثال به وسیله عضو مبتلا به الکلیسم در خانواده، یا خواهر/برادری که مبتلا به سرطان است)، کودکی با آسیب‌پذیری زیست‌شناختی پایین ممکن است در خطر BPD و/ یا کژتنظیمی هیجانی بالا قرار گیرد. چنین موقعیت‌هایی این پتانسیل را دارند که نامعتبرسازی را تداوم بخشند چرا که مطالبات کودک اغلب از توانایی محیط برای برآورده‌ساختن این خواسته‌ها فراتر است.

عکس این موضوع هم امکان‌پذیر است: یک کودک دارای آسیب‌پذیری زیست‌شناختی، ممکن است در یک محیط مناسب جایی که حمایت‌های خانوادگی به‌جایی وجود دارد، انعطاف‌پذیر باشد. چنین پیامدهای متفاوتی مرا به ارائه سه نوع اصلی از خانواده‌ها که خطر BPD را افزایش می‌دهند، هدایت کرد: خانواده آشفته (به‌عنوان مثال خانواده‌ای که به شکل نافذی بی‌توجه یا بدرفتار است)؛ خانواده کمال‌گرا (به‌عنوان مثال خانواده‌ای که در آن ابراز هیجان‌های منفی تابو است)، و خانواده بهنجار (خانواده‌ای که در درجه نخست با ضعف در تناسب مشخص می‌شود). نکته حائز اهمیت آن است که ویژگی‌های مراقب لزوماً ثابت یا از پیش موجود نیستند، بلکه، مراقب نیز محصول تعاملات زیست‌شناختی- اجتماعی و روان‌شناختی از جمله اثرات تحریک‌کننده کودک بر سبک والدگری است.

نقش محیط نامعتبرساز

نقش نامعتبرسازی در شکل‌گیری کژتنظیمی هیجانی زمانی بسیار قابل فهم می‌شود که بدانید یک کارکرد اولیه هیجان‌ها در انسان‌ها (همچون دیگر پستانداران) عمل کردن به‌عنوان یک سیستم ارتباطی سریع است. نامعتبرسازی هیجان‌ها این پیام را ارسال می‌کند که تماس دریافت نشده است. وقتی پیام دارای اهمیت است، فرستنده به شکل قابل درکی با تشدید هیجان، تماس و ارتباط را گسترش می‌دهد. وقتی دریافت‌کننده،

آسیب‌پذیری‌های زیست‌شناختی («زیست» در نظریه زیستی-اجتماعی^(۱))

آمدگی نسبت به عاطفه منفی، حساسیت بالا به نشانه‌های هیجانی، و تکانشگری، پیش‌درآمدهای زیست‌شناختی کژتنظیمی هیجانی هستند. تأثیرات زیست‌شناختی شامل وراثت، عوامل داخل رحمی، آسیب‌های فیزیکی اثرگذار بر مغز طی دوران کودکی یا بزرگسالی و اثرات تجربه‌های یادگیری اولیه بر رشد و عملکرد مغز هستند. یک کژکاری در هر بخش از سیستم تنظیم هیجانی بسیار پیچیده انسانی می‌تواند اساس زیست‌شناختی آسیب‌پذیری هیجانی اولیه و دشواری‌های بعدی در تعدیل هیجان را فراهم آورد. از این رو آمدگی زیست‌شناختی می‌تواند در افراد مختلف، متفاوت باشد.

دو بُعد مزاج کودک، کنترل پرتقلأ و عاطفه‌پذیری منفی، ارتباط ویژه‌ای با این موضوع دارند. کنترل پرتقلأ که هم در تنظیم هیجانی و هم در تنظیم رفتاری نقش ایفا می‌کند، یک اصطلاح عام برای شماری از رفتارهای خود-تنظیمی (شامل بازداری پاسخ‌های غالب برای درگیرشدن در پاسخ‌های کمتر غالب، برنامه‌ریزی، و جستجوی خطاها در رفتار) است. کودکانی که در معرض خطر کژتنظیمی هیجانی نافذ و کژکنترلی رفتاری قرار دارند، احتمال دارد کنترل پرتقلأی اندک و عاطفه‌پذیری منفی زیادی (که با ناراحتی، ناکامی، خجالتی‌بودن، غمگینی و ناتوانی در آرام بودن مشخص می‌شود) داشته باشند.

محیط مراقبتی^(۲) «اجتماعی» در نظریه

زیستی-اجتماعی

نقش محیط اجتماعی، به ویژه خانواده شامل (۱) گرایش به نامعتبرسازی هیجان‌ها و ناتوانی در الگوسازی صحیح ابراز هیجان؛ (۲) سبک تعاملی‌ای که برانگیختگی هیجانی را تقویت

۱. بخش آسیب‌پذیری‌های زیست‌شناختی («زیست» در نظریه زیستی-اجتماعی) از منبع زیر اقتباس شده است. اقتباس با اجازه صورت گرفته است. Crowell, S. E., Beauchaine, T. P., & Linehan, M. M. (2009). A biosocial developmental model of borderline personality: Elaborating and extending Linehan's Theory. *Psychological Bulletin*, 135(3), 445-510. Copy right 2009 by the American Psychological Association.
2. effortful
3. caregiving

زن!"!). زمانی که کودک عصبانی یا سرخورده است، اعضای خانواده آن را جدی می‌گیرند (به جای آن که آن را نادیده بگیرند و بی‌اهمیت تلقی کنند). زمانی که کودک می‌گوید "همه تلاش‌ها را کردم" والدین می‌پذیرند (به جای آن که بگویند "نه، این کار را نکردی") و غیره. در خانواده مطلوب، ترجیح‌های کودک (به عنوان مثال در رابطه با رنگ اتاق، فعالیت‌ها یا لباس‌ها) مد نظر قرار می‌گیرند؛ باورها و افکار کودک استخراج و با جدیت به آنها 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 همراه می‌شود. چنین تغییراتی، احتمال برآورده شدن نیازهای کودک را افزایش و احتمال پیامدهای منفی را کاهش می‌دهند. پاسخ والدینی سازگار و غیرآزاردهنده به پرورش کودکانی منجر می‌شود که توانایی بهتری در تشخیص هیجان‌های خود و هیجان‌های دیگران دارند.

در مقابل، یک خانواده نامعتبرساز، مشکل‌ساز است به این دلیل که در آن، افراد به انتقال ترجیح‌ها، افکار و هیجان‌ها، با پاسخ‌های ناسازگارانه- به ویژه عدم پاسخ‌دهی یا پیامدهای افراطی واکنش نشان می‌دهند. این موضوع به تشدید تفاوت‌ها بین تجربه شخصی کودک آسیب‌پذیر به لحاظ هیجانی و تجربه‌ای که محیط اجتماعی از آن حمایت می‌کند و به آن پاسخ می‌دهد، منجر می‌شود. اختلاف پایدار بین تجربه شخصی کودک و آنچه دیگران در محیط به‌عنوان تجربه کودک، توصیف می‌کنند، محیط یادگیری بنیادین ضروری برای بسیاری از مشکلات رفتاری مرتبط با کژتنظیمی هیجانی را فراهم می‌آورد.

علاوه بر شکست‌های اولیه در پاسخ‌گویی مطلوب، محیط نامعتبرساز به‌طور کلی‌تر بر کنترل ابراز هیجان‌ها، به ویژه ابراز عاطفه منفی، تأکید می‌کند. تجربیات دردناک ناچیز شمرده و به ویژگی‌های منفی، نظیر بی‌انگیزگی، بی‌نظمی، و شکست در اتخاذ یک نگرش مثبت، نسبت داده می‌شوند. هیجان‌های مثبت قوی و ترجیح‌های مرتبط با آنها ممکن است به ویژگی‌های منفی دیگری همچون فقدان قضاوت و تفکر یا تکانشگری نسبت داده شوند. دیگر ویژگی‌های محیط نامعتبرساز عبارتند از: محدودکردن خواسته‌هایی که ممکن است کودک از محیط مطالبه کند، تبعیض علیه کودک بر مبنای جنسیت یا

تماس را «دریافت» نمی‌کند یا آن را باور ندارد به شکل قابل درکی تلاش برای متوقف‌ساختن تماس را- معمولاً با استفاده از برخی روش‌های نامعتبرسازی- افزایش می‌دهد. این چرخه ادامه می‌یابد و هر دو طرف مواضع خود را تشدید می‌کنند تا زمانی که یک طرف کوتاه می‌آید. اغلب این دریافت‌کننده است که در نهایت متوقف می‌شود و به خواسته‌های فرستنده به شدت هیجانی، گوش فرا می‌دهد یا تسلیم آنها می‌شود. از این‌رو، تشدید هیجان‌ها تقویت می‌شود. وقتی این چرخه به شکل متناوب تداوم پیدا می‌کند، الگوی کژتنظیمی هیجانی تشدیدشده، تحکیم می‌شود.

چنین محیطی به ویژه برای کودکی که زندگی را با آسیب‌پذیری هیجانی بالا آغاز کرده است، آسیب‌زاست. فرد آسیب‌پذیر و واکنشی به لحاظ هیجانی، محیطی را که در شرایط دیگر، حمایت‌کننده است، وادار به نامعتبرسازی می‌کند. یک ویژگی معرف محیط نامعتبرساز گرایش به پاسخ‌دهی آشفته و نامناسب به تجربه شخصی (به‌عنوان مثال باورها، افکار، احساسات، حواس) و به ویژه عدم حساس بودن به تجربه شخصی‌ای است که فاقد همراهی عمومی است. همچنین محیط نامعتبرساز گرایش بدان دارد که به سبک افراطی (یعنی بیش یا کم‌واکنش‌دهی) به تجربه‌های شخصی‌ای که همراهی عمومی را دارا هستند، پاسخ دهد. مؤلفه‌های پدیدارشناختی، فیزیولوژیکی و شناختی هیجان‌ها، تجربه‌های شخصی پیش‌نمودی‌ای هستند که در این موقعیت‌ها به نامعتبرسازی منجر می‌شوند. برای روشن‌ساختن نقش محیط نامعتبرساز در الگوهای رفتاری توأم با کژتنظیمی هیجانی، اجازه دهید آن را با محیط‌هایی مقایسه کنیم که مهارت‌های تنظیم هیجانی سازگارانه‌تری را پرورش می‌دهند.

در خانواده مطلوب به‌طور مکرر به تجربه شخصی، اعتبار عمومی داده می‌شود. به‌عنوان مثال وقتی کودکی می‌گوید "تشنه هستم" والدین به او نوشیدنی می‌دهند (به جای آن که بگویند نه، تشنه نیستی؛ همین الان نوشیدنی خوردی). وقتی کودک گریه می‌کند، والدین او را آرام می‌کنند یا در تلاش برای یافتن علت آن هستند (به جای آن که بگویند "این قدر نق

دیدگاه تعاملی شکل‌گیری کژتنظیمی هیجانی نافذ، به‌طور عام، نباید در جهت کاستن از اهمیت تروما در سبب‌شناسی BPD و کژتنظیمی هیجانی مورد استفاده قرار گیرد. پژوهشگران برآورد کرده‌اند که ۶۰ تا ۷۵٪ افراد مبتلا به BPD دارای تاریخچه‌هایی از ترومای دوران کودکی هستند^(۱۲، ۱۱) و بسیاری از آنها به تجربه ترومای بیشتر طی دوران بزرگسالی ادامه می‌دهند^(۱۴، ۱۳). در یک مطالعه، پژوهشگران دریافتند که ۹۰٪ بیماران بستری مبتلا به BPD برخی تجربه‌های بدرفتاری کلامی، هیجانی، جسمی و/یا جنسی دوران بزرگسالی را گزارش می‌کنند و این میزان از بدرفتاری دوران بزرگسالی به‌طور معناداری بیشتر از موارد گزارش شده توسط شرکت‌کنندگان دارای دیگر اختلالات محور II غیر از BPD بودند^(۱۴). با این حال مشخص نیست که تروما، خود باعث تسهیل شکل‌گیری BPD و الگوهای کژتنظیمی هیجانی بالا می‌شود یا اینکه تروما و شکل‌گیری اختلال هر دو ناشی از کژکاری و نامعتبرسازی وسیع خانواده هستند. به عبارت دیگر، وقوع آزار و اذیت و دشواری‌های تنظیم هیجانی ممکن است ناشی از مجموعه یکسانی از شرایط تحولی باشد.

شکل‌گیری کژتنظیمی هیجانی: خلاصه

کژتنظیمی هیجانی به‌طور عام و همچنین کژتنظیمی موجود در BPD به‌طور خاص، پیامد آمادگی زیست‌شناختی، بافت محیطی و تعامل این دو در طی تحول است. مدل تحولی زیستی-اجتماعی موارد زیر را مطرح می‌کند: (۱) شکل‌گیری ناپایداری هیجانی شدید مبتنی بر ویژگی‌های کودک (به‌عنوان مثال حساسیت هیجانی خط پایه، تکانشگری) در تعامل با بافت اجتماعی‌ای است که ناپایداری را شکل داده و حفظ می‌کند؛ (۲) تقویت دوسویه تعاملات بین آسیب‌پذیری زیست‌شناختی و عوامل خطرناک محیطی، کژتنظیمی هیجانی و کژکنترلی رفتاری را افزایش می‌دهد که در پیامدهای منفی شناختی و اجتماعی نقش ایفا می‌کنند؛ (۳) منظومه‌ای از ویژگی‌های مشخص و راهبرهای مقابله‌ای ناسازگارانه طی زمان شکل می‌گیرد؛ و (۴) این صفات و رفتارها ممکن است خطر کژتنظیمی هیجانی نافذ را طی رشد، به علت اثرات تحریک‌کننده بر روابط بین‌فردی و

ویژگی‌های سلیقه‌ای دیگر و استفاده از تنبیه (از سرزنش گرفته تا بدرفتاری جسمی و جنسی) برای کنترل رفتار.

محیط نامعتبرساز از طریق شکست در آموزش کودک برای نام‌گذاری و تعدیل برانگیختگی، تحمل پریشانی یا اعتماد به پاسخ‌های هیجانی خویشتن به‌عنوان تفسیرهای معتبر رویدادها، در کژتنظیمی هیجانی نقش ایفا می‌کند. همچنین محیط نامعتبرساز با الزامی ساختن بررسی محیط برای یافتن نشانه‌هایی راجع به نحوه جان به در بردن از بحران و احساس کردن، فعالانه به کودک می‌آموزد که تجربه‌های خود را بی‌اعتبار قلمداد کند. چنین محیطی با بیش از حد ساده‌انگاشتن حل و فصل مشکلات زندگی، در آموزش نحوه هدف‌گزینی واقع‌گرایانه به کودک، شکست می‌خورد. به علاوه، خانواده با تنبیه ابراز هیجان منفی و تقویت نامنظم انتقال هیجان، تنها پس از تشدید آن از جانب کودک، سبک ابراز هیجانی‌ای را شکل می‌دهد که بین مهار شدید و مهار گسستگی شدید در نوسان است. به عبارت دیگر، پاسخ متداول خانواده به هیجان، کارکرد ارتباطی هیجان‌های عادی را از بین می‌برد.

نامعتبرسازی هیجانی، به ویژه در مورد هیجان‌های منفی، سبک ارتباطی خاص جوامعی است که فردگرایی از جمله خود-کنترلی فردی و پیشرفت فردی را ارزش به حساب می‌آورند. از این‌رو، این ویژگی مسلم فرهنگ غرب است. البته میزان معینی از نامعتبرسازی در پرورش کودک و آموزش خود-کنترلی به وی، الزامی است. نمی‌توان به انتقال همه هیجان‌ها، ترجیح‌ها یا باورها، به شکلی مثبت پاسخ داد. کودکی که بسیار هیجانی است و 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) برخواهد انگیخت. ممکن است نامعتبرسازی در مهار موقتی ابراز هیجان بسیار کارآمد باشد. در هر حال، محیط‌های نامعتبرساز دارای تأثیرات مختلفی بر کودکان متفاوت هستند. راهبردهای کنترل هیجان مورد استفاده در خانواده‌های نامعتبرساز، ممکن است بر برخی کودکان که به لحاظ فیزیولوژیکی، امکانات خوبی برای تنظیم هیجان‌های خود دارند، تأثیر منفی اندکی داشته باشند یا حتی برای برخی از این کودکان مفید باشند. با این حال، فرض می‌شود که چنین راهبردهایی تأثیر ویرانگری بر کودکان آسیب‌پذیر به لحاظ هیجانی دارند.

خودکشی وقتی با این باور که درد با مرگ پایان خواهد یافت همراه شود، می‌تواند احساس شدید تسکین و آسودگی را به همراه داشته باشد. در نهایت، برنامه‌ریزی کردن برای خودکشی، تصور خودکشی و درگیر شدن در عمل خود-آسیبی (و پس‌اثرهای آن در صورت اطلاع عموم) می‌تواند با فراهم آمدن یک توجه‌برگردانی گریزناپذیر، هیجان‌های دردناک را کاهش دهد.

همچنین ناتوانی در تنظیم کردن برانگیختگی هیجانی در مسیر شکل‌گیری و حفظ حس هویت^۲، مانع ایجاد می‌کند. به‌طور کلی حس هویت، از طریق مشاهدات فرد از خودش و نیز واکنش‌های دیگران به کنش‌هایش شکل می‌گیرد. پایداری و پیش‌بینی‌پذیری هیجانی در طی زمان و در موقعیت‌های مشابه، پیش‌نیازهای رشد هویت هستند. نوسان هیجانی غیرقابل پیش‌بینی به رفتار پیش‌بینی‌ناپذیر و ناهماهنگی هیجانی منجر می‌شود و در نتیجه در مسیر رشد هویت، مانع ایجاد می‌کند. گرایش افراد مبتلا به کژتنظیمی هیجانی به تلاش برای بازسازی پاسخ‌های هیجانی نیز ممکن است در فقدان یک حس هویت قوی نقش ایفا کند. کرحتی مرتبط با عاطفه بازسازی شده، اغلب به صورت احساس پوچی تجربه می‌شود که در ناکافی بودن و فقدان کامل حس هویت، نقش ایفا می‌کند. به همین ترتیب، اگر ادراک فرد در مورد رویدادها هرگز «درست» نباشد یا «درستی» آن قابل پیش‌بینی نباشد - موقعیت، یک محیط نامعتبرساز است - آن‌گاه می‌توان انتظار داشت که بیش‌وابستگی^۳ به دیگران در فرد شکل بگیرد.

روابط بین‌فردی کارآمد هم به حس هویت پایدار و هم توانایی برای خودانگیختگی در ابراز هیجانی بستگی دارد. روابط موفق نیز نیازمند توانایی برای خود-تنظیمی هیجان‌ها و تحمل محرک‌های دردناک به لحاظ هیجانی است. بدون چنین توانمندی‌هایی، قابل‌درک است که افراد روابط آشفته‌ای را شکل دهند. زمانی که کژتنظیمی هیجانی، نافذ یا شدید باشد، با حس هویت پایدار و با ابراز هیجانی بهنجار تداخل ایجاد می‌کند. دشواری در کنترل رفتارهای تکانشی و هیجان‌های منفی شدید می‌تواند از طرق مختلف به تخریب روابط منجر شود؛ به‌ویژه مشکلات مرتبط با خشم و ابراز آن مانع از حفظ روابط پایدار می‌شود.

عملکرد اجتماعی و از طریق ایجاد مانع در رشد هیجانی سالم، افزایش دهند. این مدل در شکل ۱-۱ نشان داده شده است.

پیامدهای کژتنظیمی هیجانی

مک‌کویی این بحث را مطرح کرده است که بازسازی عمل، اساس سازمان‌دهی تمامی رفتارهاست^(۱۵). شکل‌گیری ذخایر خود-نظم‌بخشی (همانند آنچه در کنترل پرتقلاً که در بالا توصیف شد، وجود دارد)، به ویژه توانایی بازسازی و کنترل عاطفه، یکی از مهم‌ترین جنبه‌های رشد کودک است. توانایی نظم‌بخشی تجربه و ابراز هیجان، بسیار حائز اهمیت است زیرا فقدان آن به آشفتگی رفتار، به ویژه رفتار هدفمند و دیگر رفتارهای جامعه‌پسند^۱ می‌شود. در مقابل، هیجان شدید، سازماندهی مجدد یا هدایت مجدد رفتار را بر عهده دارد و فرد را برای کنش‌هایی آماده می‌سازد که با خزانه رفتاری غیرهیجانی یا دارای ارتباط کمتر با هیجان، رقابت می‌کنند.

ویژگی‌های رفتاری افرادی که دارای ملاک‌های دامنه وسیعی از اختلالات هیجانی هستند را می‌توان تحت عنوان اثرات کژتنظیمی هیجانی و راهبردهای تنظیم هیجانی ناسازگارانه مفهوم‌سازی کرد. رفتار تکانشی و به ویژه رفتارهای خود-آسیبی و خودکشی را می‌توان به‌عنوان راهبردهای تنظیم هیجانی ناسازگارانه ولی بسیار مؤثر در نظر گرفت. به‌عنوان مثال مصرف بیش از حد دارو منجر به دوره‌های طولانی‌مدت خواب می‌شود که خود، آسیب‌پذیری نسبت به کژتنظیمی هیجانی را کاهش می‌دهد. اگرچه مکانیزمی که به وسیله آن، آسیب‌زدن به خود، خواص تنظیم عاطفه را اعمال می‌کند به وضوح مشخص نیست، با این حال گزارش تسکین چشمگیر اضطراب و دیگر حالت‌های هیجانی منفی شدید در پی چنین اقداماتی، از سوی افرادی که درگیر چنین رفتارهایی می‌شوند، رایج است. رفتار خودکشی نیز در واداشتن محیط به رفتارهای یاری‌کننده بسیار مؤثر است و می‌تواند در اجتناب یا تغییر موقعیت‌هایی که رنج هیجانی ایجاد می‌کنند، اثربخش باشد. به عنوان مثال، رفتار خودکشی به‌طور کلی، مؤثرترین روش برای یک فرد غیرروان‌پریش جهت دریافت مجوز بستری شدن در یک مرکز روان‌پزشکی است. افکار خودکشی، برنامه‌ریزی برای خودکشی، و تصور کردن مرگ در اثر

2. sense of self
3. overdependence

1. prosocial