

دستنامهٔ تشخیص و درمان اختلالات شخصیت DSM-5
ارزیابی، مفهوم‌سازی موردی و درمان

فهرست مطالب

۷	مقدمه
۹	پیشگفتار
۱۶	دیباچه
۱۹	تشکر و قدردانی
۲۱	۱ تشخیص و درمان امروزی اختلالات شخصیت
۷۲	۲ مفهوم‌سازی موردی و درمان مؤثر اختلالات شخصیت
۹۳	۳ اختلال شخصیت ضداجتماعی
۱۲۶	۴ اختلال شخصیت اجتنابی
۱۵۵	۵ اختلال شخصیت مرزی
۲۰۰	۶ اختلال شخصیت وابسته
۲۲۶	۷ اختلال شخصیت نمایشی
۲۵۱	۸ اختلال شخصیت خودشیفته
۲۸۱	۹ اختلال شخصیت وسواسی جبری
۳۱۰	۱۰ اختلال شخصیت پارانوئید
۳۳۶	۱۱ اختلال شخصیت اسکیزوئید
۳۶۲	۱۲ اختلال شخصیت اسکیزوتایپال
۳۸۵	منابع
۴۰۹	واژه‌نامه انگلیسی به فارسی
۴۱۳	واژه‌نامه فارسی به انگلیسی

مقدمه

موضوع شکل‌گیری شخصیت و راه غلبه بر کژراهی‌های آن از دیرباز یکی از مهم‌ترین دغدغه‌های درمانی بوده است و مکاتب مختلف روان‌شناسی برای تبیین شکل‌گیری آن نظریه‌های مختلفی را مطرح کرده‌اند.

رشد کژ شخصیت می‌تواند منجر به اختلال شخصیت گردد، اختلالی که ۱۰ تا ۲۰ درصد جمعیت عمومی را شامل می‌شود و با ارزیابی و درمان مؤثر این دسته از اختلال‌ها می‌توان بار کلی بیماری‌ها را در سیستم سلامت همگانی به میزان زیادی کاهش داد.

درمان اختلال‌های شخصیت از پیچیده‌ترین موارد روان‌شناسی و روان‌پزشکی بوده و معضل بزرگی به حساب می‌آید و غفلت از ارزیابی دقیق آن می‌تواند باعث بیکاری مزمن بسیاری از این بیماران گردد.

در درمان کژروی‌های شخصیت همواره نظریات متفاوتی وجود داشته و این موضوع مورد منازعه دست‌اندرکاران امور تربیتی و روان‌شناسان و روان‌پزشکان است. برخی طبق دیدگاهی سنتی تغییر شخصیت را ناممکن دانسته و ریشه‌های آن را عمدتاً در وراثت می‌دانند، همان‌گونه که سعدی گفته است: «عاقبت گرگ‌زاده گرگ شود/ گرچه با آدمی بزرگ شود». سعدی از جمله افرادی است که تغییر شخصیت را محال می‌شمارد: «باران که در لطافت طبعش خلاف نیست/ در باغ لاله روید و در شوره‌زار خَس»، «هیچ صیقل نکو نخواهد کرد/ آهنی را که بدگوهر باشد».

اما علی‌رغم نگاه کهنه در مورد درمان‌ناپذیری اختلال‌های شخصیت، رویکردهای نوین در این مقوله دیدگاه دیگری را مطرح کرده‌اند. رویکردهای معاصر روان‌درمانی نگاه امیدوارانه‌ای به درمان اختلال‌های شخصیت دارند، و ظهور روش‌های متعدد روان‌درمانی در درمان این اختلال‌ها چشمگیر بوده است. امروزه روش‌های درمانی

زیادی برای درمان اختلال‌های شخصیت، حتی برای انواع شدید و ناتوان‌کننده، شرح داده شده‌اند. در این کتاب نیز با ارجاع به نظریه‌های صاحب‌نظران و مقالات متعدد در این زمینه، باورپذیری درمان اختلال‌های شخصیت به اثبات رسیده و نگاه جدید و امیدوارکننده‌ای مطرح می‌گردد که دریچه‌ای مثبت‌اندیشانه بوده و فرضیه دگم گذشته در مورد لایتغیر بودن اختلال‌های شخصیت را باطل می‌کند و این خود تغییری شگرف است که می‌تواند راه‌گشای درمانگران این حیطه باشد و در آینده کژی‌های شخصیت فاجعه به شمار نیاید.

با توجه به مطالب فوق و چالش‌های جدی پیرامون درمان اختلال‌های شخصیت، وجود کتابی که دربرگیرنده تمامی اختلال‌های شخصیت و انواع درمان آن باشد از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است. کتابی که اینک در دست دارید به‌صورت منظم و سیستماتیک ابتدا انواع روان‌درمانی‌ها را به‌صورت خلاصه ولی دقیق شرح می‌دهد و سپس به انواع اختلال‌های شخصیت می‌پردازد و در راستای آن انواع درمان‌های مربوطه را توضیح می‌دهد. از محاسن این کتاب ذکر «گزارش موردی» و بحث پیرامون آن مورد است که این رویکرد، شرح درمان را از حالت نظریه‌پردازی خشک خارج کرده و به‌صورت عملی و کارکردی به بحث می‌پردازد.

ترجمه کتاب توسط همکاران جوانمان سرکار خانم دکتر حاذق و جناب آقای دکتر نوری صورت گرفته که از روان‌پزشکان/ روان‌شناسان دارای دیدگاه جامعه‌شناختی و انسان‌شناختی و آشنا به ادبیات هستند و این باعث حسن انتخاب و انتقال درست و دقیق مفاهیم پیچیده کتاب شده است.

دکتر گودرز عکاشه

آذرماه ۱۳۹۸

پیشگفتار

زمانی که در سال ۱۹۶۴ به‌عنوان دانشجوی کارشناسی ارشد روان‌شناسی در دانشگاه نیویورک پذیرفته شدم، واحد آسیب‌شناسی روانی را انتخاب کردم. استاد برای آموزش مطالب درسی به کتابی به نام «راهنمای تشخیصی و آماری» یا DSM استناد می‌کرد که در سال ۱۹۵۲ توسط انجمن روان‌پزشکی آمریکا منتشر شده بود. ما خواهان خریداری نسخهٔ فخر شده و کم‌حجم کتاب شدیم، اما استاد گفت که فقط روان‌پزشکان مجاز به دسترسی به آن و استفاده از کتاب برای تشخیص اختلال در بیمار هستند. پس احتمالاً خود او هم کتاب را از طریق جعل هویت یا با حيله و ترفند به دست آورده بود. درحالی‌که به منصفانه بودن این موضوع معتقد نبودیم، ما به‌عنوان دانشجویان جدیدالورود دورهٔ کارشناسی ارشد متوجه سلسله مراتبی بودن درجه‌ها در شبکهٔ سلامت روان شدیم. روان‌پزشک در رأس قرار داشت و روان‌شناسان در مقامی نبودند که مجاز به قرائت یا استفاده از کلمات مقدس DSM باشند. عنوان چاپ اول کتاب به‌جای DSM-I، عبارت سادهٔ DSM انتخاب شد و هیچ توضیح اضافه‌ای دال بر مفاد و محتویات کتاب به دنبال نداشت. در DSM-I تمام اختلالات روانی به دو گروه اصلی تقسیم شده بودند: «(۱) آن‌هایی که با اختلال در عملکرد روانی همراه هستند، که نتیجهٔ یک نقص اولیه در عملکرد مغز هستند که احتمالاً به خاطر وجود آسیب گسترده در بافت مغز ایجاد شده است؛ و (۲) آن‌هایی که حاصل یک مشکل کلی‌تر فرد در سازگاری هستند، و بنابراین، هرگونه به‌هم‌ریختگی در عملکرد مغز اثر ثانویه اختلال روانی در نظر گرفته می‌شود» (صفحه ۹). DSM به تدریج و به خاطر دیدگاه معاصر آن‌زمان نسبت به روان‌تحلیل‌گری، معروف شد. توضیحات ارائه‌شده در آن کوتاه و مختصر بود و برای کامل شدن محتاج تفاسیر و نوآوری‌های درمانگران بود.

در سال ۱۹۶۸، و هم‌زمان با انتشار چاپ دوم DSM، با عنوان DSM-II، نسخه‌های

مختلفی از کتاب به بازار عرضه شد. تنها مکانی که می‌توانستیم DSM-II را خریداری کنیم کتاب‌فروشی دانشکده پزشکی بود. هزینه خرید کتاب را به یکی از هم‌کلاسی‌هایمان دادیم تا از چاپ جدید DSM-II برای همه ما کپی تهیه کند. هیچ وقت هم نپرسیدیم که برای اینکه بتواند از چشم تیزبین صندوق‌دار کتاب‌فروشی در امان بماند متوسل به چه دروغ‌هایی شده است.

در سال ۱۹۸۰، که دیگر به‌عنوان یک روان‌شناس بالینی متبحر در حال فعالیت بودم، با وحشتناک‌ترین رویداد زندگی حرفه‌ای‌ام روبرو شدم. نسخه سوم، یعنی DSM-III چاپ شد. وزن خالص و ابعاد این کتاب جدید مرا به فکر کناره‌گیری از روان‌شناسی بالینی انداخت. به‌هیچ‌وجه هیچ شانس برای یادگرفتن تمام این حجم از اطلاعات جدید را نداشتم و نمی‌توانستم با این قالب تشخیصی جدید منطبق شوم. توضیحات تشخیصی در DSM-I در ۳۱ صفحه (صفحات ۱۲ تا ۴۳) گنجانده شده بود. این مقدار در DSM-II به ۳۸ صفحه افزایش یافته بود ولی حالا، در DSM-III توضیحات تشخیصی به ۳۰۰ صفحه رسیده بود. چه کسانی این کار را با این زمینه علمی انجام داده بودند؟ چه کسی از بین ما توانسته بود این افزایش ده برابری را به مطالب اعمال کند؟ در سال ۱۹۸۰، روان‌شناسان هم می‌توانستند به DSM دسترسی داشته باشند و آن را برای تشخیص مورد استفاده قرار دهند. برخی نکات جدیدی که به کتاب اضافه شده بود، مثل ایده تشخیص‌های چندمحوری، بسیار عالی و جالب بودند. در گذشته، ما فقط می‌توانستیم، با تکیه بر اختیارهای محدودی که داشتیم، و با استفاده از قواعد ترکیب یافته، مانند ایده‌های پویایی، رفتاری و تخیلی، یک تشخیص خودساخته ارائه دهیم. ولی در سال ۱۹۸۰، محدودیت‌های معینی در استفاده از عبارات تشخیصی وضع شد. برخی از ما به خاطر همین قیدوبندها به دردسر افتادیم؛ بعضی دیگر اما احساس رضایت و آسودگی پیدا کردند. اگر یک بیمار فاقد معیارهای لازم برای یک تشخیص ویژه بود، نباید آن تشخیص در مورد او به کار برده می‌شد. ولی اگر بیمار واجد حداقل معیارها بود، چه درمانگر موافق باشد چه مخالف، بیمار آن تشخیص را می‌گرفت. من به دانشجویهایم می‌گفتم «اگر موجودی شبیه اردک باشد، شبیه اردک راه برود، و مثل اردک کواک کواک صدا کند، احتمالاً اردک است، نه سگی

که یک زبان بیگانه را یاد گرفته است.» یک تغییر عمده و اساسی در DSM-III، ایده تشخیص اختلال و بیماری فرد در پنج محور و بردار جداگانه و متمایز بود. این تشخیص چندمحوری به درمانگر امکان شناسایی و کدگذاری «جنبه‌های مختلف محیطی و زمینه‌های کارکردی که ممکن بود در اثر تمرکز بر ارزیابی و بررسی یک مسئله خاص، از نظر پنهان بمانند» را می‌داد (صفحه ۲۳). این پنج محور عبارت بودند از:

- I محور I نشانگان بالینی
- II محور II اختلالات شخصیت اختلالات رشدی خاص
- III محور III اختلالات جسمی و مشکلات پزشکی/سلامت
- IV محور IV شدت عامل استرس‌زای روانی اجتماعی
- V محور V بالاترین میزان کارکرد سازگارانه در سال گذشته

اگر شرایط موجود هیچ ارتباطی با اختلال روانی نداشت، اما همچنان قابل توجه بوده یا ارزش درمانی داشت (مثلاً مسائل شغلی، مسائل زناشویی)، گروه تشخیص‌های غیرمحوری مورد استفاده قرار می‌گرفت. این دسته از تشخیص‌ها با کد «V» مشخص شده بودند.

در سال ۱۹۹۴، چاپ چهارم DSM منتشر شد (DSM-IV)، که در آن تعریف واژه‌ها و عبارات تا اندازه بسیار شگفت‌انگیز ۶۵۰ صفحه افزایش یافته بود. توضیح ارائه‌شده برای اختلال شخصیت ضداجتماعی مثل قبل بود، گرچه در برخی معیارها نسبت به DSM-III-R تغییر ایجاد شده بود.

DSM-IV-TR در سال ۲۰۰۰ منتشر شد. مجموعه معیارها در کل بدون تغییر باقی مانده بودند، اما بازنگری قابل توجهی در تعریف‌ها، ویژگی‌ها، عوامل فرهنگی، سن و تفاوت‌های جنسیتی، ویژگی‌های مربوطه، شیوع، مدت اختلال، الگوهای خانوادگی، و تشخیص‌های افتراقی اعمال شده بود. تعریف واژه‌ها در ۷۰۳ صفحه گنجانده شده بود، یعنی تقریباً ۲۳ برابر بیشتر از حجم تعاریف در DSM-I.

در نهایت نسخه DSM-5 که خیلی منتظرش بودیم و تبلیغ گسترده‌ای هم برایش شده بود، در سال ۲۰۱۳ منتشر شد. حجم تعاریف به ۷۷۵ صفحه رسیده بود، یعنی باز

هم افزایشی ده درصدی در مطالب وجود داشت. با وجود تغییر در بسیاری از حوزه‌ها، اما در معیارها و توصیف اختلالات شخصیت تغییر محسوسی به چشم نمی‌خورد. با توجه به اینکه بیماران دارای اختلال شخصیت سخت‌تر از سایر بیماران درمان پذیرند، و انرژی و تلاش بیشتری از سوی درمانگران می‌طلبند، در نتیجه میزان قابل توجهی از وقت و تمرکز درمانگر را می‌گیرند و البته نتایج درمان هم برای همه آنها یکسان نیست.

با وجود مخالفت‌ها با روش طبقه‌ای DSM و ICD به دلیل احتمال بالای «برچسب‌زنی» یا «دسته‌بندی لانه‌کبوتری»، اما این کتاب‌ها شمای کلی و رایج تشخیصی برای گستره وسیعی از اختلالات روانی را ارائه می‌دهند. روش DSM با صفاتی همچون دشواری پیش‌ازحد و حتی منصرف ساختن دانشجویان پزشکی از ورود به حوزه روان‌پزشکی مورد انتقاد واقع شده است. هدف ما بحث درباره ارزش DSM، مخالفت با سیستم چندمحوری، یا دقت و صحت معیارها نیست. به نظر ما، یک موضوع بسیار مهم‌تر در استفاده از DSM و ICD فقدان تعاریف عملیاتی در هر دوی این برنامه‌های تشخیصی است. با خواندن هر دو کتاب متوجه خواهید شد که بسیاری از واژه‌ها به خودی خود واضح و مشخص هستند و به توضیح اندکی نیاز دارند، مثلاً در اولین معیار DSM-5 برای اختلال شخصیت مرزی آمده است: «تلاش‌هایی ناگزیر برای اجتناب از رهاشدگی خیالی یا واقعی». کلمات «تلاش» یا «اجتناب»، «واقعی» و «خیالی» به توضیح چندانی نیاز ندارند. اما واژه‌های «ناگزیر» و «رهاشدگی» کاملاً مبهم هستند و از تعبیر مختلفی می‌توان برای ترجمه آنها استفاده کرد. با توجه به عدم توافق درباره تمام واژه‌ها، باید توجه داشت که بیش از ۲۰۰ نوع ترکیب معیارها را می‌توان برای تحقق تعداد معیارهای لازم به کار برد تا در نهایت به تشخیص درستی برای هر یک از اختلالات شخصیت رسید.

عامل دیگری که به پیچیدگی‌های تشخیص اضافه می‌شود، طبقه‌بندی بین‌المللی بیماری‌ها (ICD) است که توسط سازمان بهداشت جهانی منتشر شده و نسخه یازدهم آن در حال توسعه و آماده‌سازی است. به‌علاوه، راهنمای تشخیصی روان‌پوشی (PDM)، که حاصل تلاش جمعی انجمن روان‌تحلیلی آمریکا، انجمن بین‌المللی

روان‌تحلیلی، شعبه روان‌تحلیلی انجمن روان‌شناسی آمریکا، آکادمی روان‌تحلیلی و روان‌پزشکی پویسی آمریکا، و کمیته ملی روان‌تحلیلی در امور اجتماعی بالینی است در سال ۲۰۰۶ منتشر شد. براساس بررسی ارائه‌شده از سوی نویسندگان، PDM «یک قالب تشخیصی دارد که هدف آن مشخص کردن دامنه کارکردی کامل فرد بر اساس عمق و سطح الگوهای هیجانی، شناختی و اجتماعی است» (صفحه ۱).

با توجه به نبود انسجام کافی و سردرگمی‌های ناشی از مجموعه‌های تشخیصی و موضوع‌های مرتبط با انسجام و همبستگی معیارها آنچه لازم به نظر می‌رسد وجود کتابی است که بتواند جزئیات را توضیح داده و آن‌ها را مرتب کند. برای این کار باید دیدگاه مشخص و صریحی نسبت به ماهیت اختلال شخصیت، میزان تأثیر احتمالی آن بر فرد، خانواده و سیستم فرهنگی پیرامون او شکل گیرد. همچنین لازم است یک درک بالینی نسبت به مدل‌های درمانی چندگانه و امکان استفاده از قضاوت تشخیصی در محیط بالینی ایجاد شود. نویسنده کتاب بایستی بتواند خواننده را در چندین سطح مختلف درگیر کند: تشخیصی، نظری، راهبردی و فنی. سومین چاپ کتاب لن اسپری با نام *راهنمای تشخیص و درمان اختلالات شخصیت DSM-5: ارزیابی، مفهوم‌سازی موردی*، و درمان تمام این موارد را به همراه موضوع‌های دیگر پوشش می‌دهد.

دو فصل اول باید در یک رساله پژوهشی گنجانده شود که مطالعه آن برای هر دانشجوی کارشناسی ارشد در درس آسیب‌شناسی روانی لازم و ضروری است. فصل ۱، درباره تشخیص و درمان اختلالات شخصیت، نه تنها پیشینه اختلالات شخصیت را بررسی می‌کند، بلکه به شکل‌گیری و گسترش دیدگاه بالینی اختلالات و درمان افرادی که رفتار، خلق و سبک آن‌ها باعث تعلق و عضویت آن‌ها در این گروه کوچک اما مهم شده می‌پردازد. اسپری، پس از بررسی تغییرات اعمال‌شده در نسخه فعلی DSM به درمانگر/خواننده یک برنامه تشخیصی معرفی می‌کند که به مدل ضروری فعلی تبدیل شده است. اسپری مواردی بنیادین همچون همبودی، ناهمگنی و تنوع و اصول شناسایی و درک ساختار شخصیت را توضیح می‌دهد. به‌سادگی می‌توان متوجه شد که همه انسان‌ها سبک‌های منحصربه‌فردی دارند که می‌تواند نشان‌دهنده نحوه پاسخ‌گویی و واکنش تعاملی و روانی آن‌ها باشد. زمانی که سبک باعث اختلال در عملکرد شده یا

منجر به بروز رفتارهای ناسازگارانه‌ای گردد، سبک به یک اختلال تبدیل شده است. برای درمانگر مبتدی و متبحر، مبحث انواع مختلف مدل‌های جایگزین اختلالات شخصیت ارزش قابل توجهی دارد. ساختار کارکرد شخصیت و ویژگی‌های شخصیت هم در جنبه‌ها و سطوح مختلف اختلال، از بدون اختلال، تا اختلال اندک گرفته تا اختلال متوسط، اختلال شدید، و اختلال بسیار شدید، مورد بررسی قرار خواهد گرفت. مبحث سبک‌ها و اختلالات شخصیت با توجه به سبک دلبستگی فرد، کاربرد بسیار زیادی در برنامه‌ریزی تشخیص و درمان دارد. اغلب درمانگران، بیمار خود را از لحاظ فنوتیپ - چگونگی نگاه دیگران به بیمار و نحوه توصیف رفتار او بر اساس مجموعه معیارها - بررسی می‌کنند. اسپری مواردی را برای اهمیت ژنوتیپ، بر مبنای سرشت اولیه و علوم اعصاب، بیان می‌کند؛ همچنین در ادامه سوشیوتیپ بیمار، فرهنگ بیمار و سبک دلبستگی خانواده را هم توصیف می‌کند.

بررسی مدل‌های تجربی مختلف برای درمان، مروری بر تمام مطالب موجود را در اختیار خواننده می‌گذارد. این قسمت به‌تنهایی از ارزش بسیار زیادی برخوردار است. مبحث اسپری درباره روان‌درمانی متمرکز بر الگو ترکیبی بسیار عالی از مدل‌های مختلف است، اما به خاطر تعهد زیادی که نسبت به درک الگوها و سبک‌های شخصیت بر اساس DSM-5 دارد، از بیان بیشتر آن خودداری می‌کند. پژوهش‌های گسترده اسپری شامل توضیحاتی است که درباره روان‌درمانی متمرکز بر انتقال، درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی، طرحواره درمانی، و درمان رشدی ارائه داده است.

در فصل ۲، اسپری به ظریف‌ترین و دشوارترین بخش فرایند کلی درمان، یعنی ارزیابی و مفهوم‌سازی سبک‌ها و اختلالات، می‌پردازد. بهترین درمانگران تا حدودی به شرلوک هولمز شباهت دارند. آن‌ها به‌خوبی از نظریه‌های مختلف آگاهی دارند (نه به این معنی که مجبور به کار روی همه آن‌ها باشند)، موضوع‌های مهم در گذشته مراجع/بیمار را شناسایی می‌کنند، تلاش می‌کنند تا نسبت به آنچه در تجربه فرهنگی بیمار وجود دارد آگاهی پیدا کنند و توانایی ساخت یک مدل منسجم از بیمار را دارند و پس از آن قادر به «آزمایش» آن مدل با مداخلات حرفه‌ای و ظریف هستند. جمع‌آوری و مرتب کردن اطلاعات و مفهوم‌سازی آن‌ها زمینه‌هایی هستند که

اسپری در آن‌ها تبحر بسیار بالایی دارد. او درمانگر را قدم‌به‌قدم در مسیری هدایت می‌کند که به شناخت درمانگر نسبت به احتمال تأثیرگذاری بیشتر مجموعه‌ای از مداخلات در برابر مجموعه‌ای دیگر ختم می‌شود. مثال‌های بالینی او باعث روشن‌تر شدن موضوع بحث درمان شده و به خواننده بینشی نسبت به طرز تفکر بالینی اسپری می‌دهد. کتاب‌های معدودی توانسته‌اند این‌چنین توضیح روشن و صریحی درباره‌ی این رفتار پیچیده و اساسی بدهند. اسپری در توضیحاتی که برای هر یک از اختلالات ارائه می‌کند، از قالب یکسانی برای هر فصل استفاده می‌کند که منجر به مطالعه‌ی راحت‌تر برای خواننده و کاربرد بیشتر برای درمانگر شده است.

من در کارهای درمانی، اعتقاد زیادی به استفاده از داستان، مثال، استعاره و افسانه دارم. در مطالعه‌ی اجمالی پیش‌نویس این کتاب، متوجه شخصیتی شدم که در پس ذهنم می‌رقصد. در پایان فهمیدم او که بود. داستانی که توسط برادران گریم بازگویی شد درباره شخصیتی با نام رامپلز تیلسکین بود. او قدرتی داشت که می‌توانست گاه را به طلا تبدیل کند. این همان تأثیری است که کتاب اسپری ایجاد می‌کند. لن اسپری گاه تشخیصی بیش از ۶۰ ساله DSM، ICD و PDM را گرفته است و آن را به طلای بالینی تبدیل کرده است!

آرت فریمن

ویرایشگر، درمان شناختی اختلالات شخصیت، چاپ سوم

دیباچه

امروزه، حدود ۵۰ درصد از کسانی که در کلینیک‌ها مورد سنجش قرار می‌گیرند معیارهای یک اختلال شخصیت را دارند (زیمرمن، راتسچایلد، و چلمینسکی، ۲۰۰۵). این عدد برای کل جامعه به ده درصد می‌رسد (تورگرسن، ۲۰۰۹). این اختلالات تا حدود زیادی بر کار، خانواده، و روابط اجتماعی فرد تأثیر منفی می‌گذارند. اختلالات شخصیت با افزایش میزان تعارض‌های خانوادگی، جدایی، طلاق، حبس و مسائل حضانت کودک، انصراف از شغل، بی‌خانمانی، سوء‌مصرف مواد، خشونت و رفتار مجرمانه ارتباط دارند. چنین اختلالاتی باعث پیچیده‌تر شدن مشکلات پزشکی همبود و همچنین تشخیص اختلالات روانی دیگر می‌شوند. عدم برآورده شدن انتظارات درمانی، افزایش میزان استفاده از خدمات پزشکی و روان‌پزشکی و احتمال عود مجدد و خاتمه زودهنگام درمان از اثرات این اختلالات است (اسکودول، بندر، گاندرسون، و اولدهام، ۲۰۱۴). مسلماً درمان این اختلالات می‌تواند بسیار چالش‌برانگیز و دشوار و گاهی حتی برای درمانگران بسیار آزارنده باشد.

چاپ اول کتاب تشخیص و درمان اختلالات شخصیت *DSM-IV* (اسپری، ۱۹۹۵a) به‌عنوان اولین کتاب دارای یک نویسنده منفرد که مراحل تشخیص، مفهوم‌سازی موردی، و درمان اختلالات شخصیت *DSM* را توضیح می‌دهد بسیار نو و بدیع بود. این کتاب به خاطر ارائه منبعی مختصر، اما بسیار کامل و کاربرپسند برای درمانگران و کارآموزان حوزه برنامه‌ریزی و اجرای درمان مؤثر این اختلالات، از دیگر کتاب‌های اختلال شخصیت متفاوت و متمایز بود. چاپ دوم کتاب تشخیص و درمان اختلالات شخصیت *DSM-IV-TR* (۲۰۰۳) از منابع بیشتری برای تشخیص، برنامه‌ریزی و اجرای مؤثر مداخلات درمانی استفاده کرد. چاپ سوم کتاب تشخیص و درمان اختلالات شخصیت *DSM-5* برای ادامه روند کاربرپسند بودن و سهولت استفاده بالینی قول مساعد می‌دهد.

در سیزدهمین سال انتشار چاپ دوم، تغییرات متعددی در زمینه سلامت روان رخ داد که انتشار DSM-5 هم جزئی از این تغییرها بود. تغییرات عمده‌ای برای نحوه توصیف اختلالات شخصیت در DSM-5 مورد انتظار بود. اما پس از انتشار آن در ماه می ۲۰۱۳، همان اختلالات و معیارهای نسخه قبل تکرار شده بودند. چند تغییر ویژه در DSM-5 در خصوص اختلالات شخصیت، از جمله یک مدل جایگزین برای اختلالات شخصیت، در فصل ۱ توضیح داده خواهد شد. به‌رغم تغییرات اندک گنجانده‌شده در اختلالات شخصیت در DSM-5، روش‌های بالینی و انتظارهایی که از درمانگران وجود داشت بعد از چاپ اول کتاب تغییر چشمگیر و معناداری پیدا کرد.

در بین این تغییرها می‌توان به پیشرفت‌های جالب در حوزه پژوهش و کاربرد بالینی اشاره نمود. از جمله این موارد می‌توان روش‌های بسیار تأثیرگذار مبتنی بر شواهد را ذکر کرد. زمان وقوع این پیشرفت‌ها بهترین زمان ممکن بود. چراکه با اوج عصر مسئولیت‌پذیری هم‌زمان شده بود، عصری که انتظار از درمانگران در ارائه درمان‌های مبتنی بر شواهد برای همه مراجعان و بیماران، از جمله افراد مبتلا به اختلال شخصیت، به بالاترین میزان رسیده بود. خوشبختانه، پژوهش‌ها تا حدود زیادی نشان می‌دهند که مداخلات متمرکز بر روان‌درمانی در درمان این اختلالات مؤثر هستند. در دهه گذشته، مداخلات و راهکارهای درمانی جدیدی برای اثربخشی تغییرات ایجادشده در این اختلالات در اختیار درمانگران قرار گرفته است.

زمانی تصور می‌شد درمان حتی اختلالات خفیف‌تر شخصیت نیازمند سال‌ها روان‌درمانی سخت و فشرده است، اما گزارش‌های موردی منتشرشده و مطالعات بیانگر این هستند که درمان‌های کوتاه‌مدت‌تر هم می‌توانند برای حتی اختلالات شدید، از جمله اختلال شخصیت مرزی، تأثیرگذار باشند. هنوز برخی درمانگران معتقدند که اغلب اختلالات شخصیت قابل درمان نیستند. یک مطالعه آینده‌نگر جدیداً منتشرشده، به میزان زیادی این ادعا را به چالش کشیده و زیر سؤال می‌برد (زنارینی، فرنکنبرگ، ریچ، و فیتز‌موریس، ۲۰۱۰). این مطالعه حدود ۳۰۰ نفر که تشخیص و درمان اختلال شخصیت مرزی گرفته بودند را در یک دوره ۱۰ ساله مورد پایش قرار داد. نتایج اصلی این بود که در ۸۷ درصد از افراد نشانگان بیماری از بین رفت و در ۵۰ درصد بهبودی کامل حاصل شد. این بدان معناست که این افراد دیگر معیارهای تشخیصی این اختلال

را نداشتند و در زندگی روزمره عملکرد تقریباً خوبی پیدا کرده بودند! درمانگران دیگر خوش‌بین‌تر هستند، البته هنوز از بهترین مداخلات مبتنی بر شواهد موجود، که بازدهی آن‌ها کاملاً به اثبات رسیده، آگاهی نیافته و از آن‌ها استفاده نمی‌کنند. بر اساس مشاهدات انجام‌شده، «باوجود منفی‌گرایی و بی‌اعتقادی بسیار گسترده نسبت به درمان، طیف وسیعی از درمان‌های ارزشمند بالقوه به کار برده می‌شوند» (اسکودول، بندر، گاندرسون، اولدهام، ۲۰۱۴، صفحه ۸۶۸). در مقابل، درمانگرانی که از بهترین درمان‌های مبتنی بر شواهد مطلع‌اند و آن‌ها را به کار می‌برند احتمال درمان موفق را در افراد مبتلا به این اختلالات ارتقا می‌بخشند.

این کتاب جدیدترین پیشرفت‌های انجام‌شده در درمان اختلالات شخصیت را بیان می‌کند. تمرکز آن بر نحوه تأثیر درمانگران در افزایش بهره‌وری و بازدهی خود به هنگام کار با افراد مبتلا به اختلالات شخصیت، با استفاده از یک راهکار درمانی متمرکز و مناسب است. پیام نهفته در این کتاب این است که مؤثرترین درمان، درمانی است که بتواند الگوهای ناسازگار بنیادین و همچنین درجه شدت اختلال را کاهش دهد.

این چاپ جدید بر افزایش قابلیت به‌کارگیری و تأثیرگذاری انواع مختلفی از مداخلات مبتنی بر شواهد در افراد مبتلا به اختلال شخصیت تأکید می‌کند. از جمله این مداخله‌ها می‌توان به درمان‌های شناختی رفتاری، رفتاردرمانی دیالکتیک، سیستم تحلیل شناختی رفتاری روان‌درمانی، روان‌درمانی متمرکز بر الگو، طرحواره درمانی، مداخلات درمانی ساختاریافته، روان‌درمانی متمرکز بر انتقال، درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی و درمان رشدی اشاره کرد که همه آن‌ها در این کتاب بیان خواهند شد.

هدف از چاپ کتاب ارائه یک راهنمای کاربرپسند و مفید برای درمانگران ورزیده و همچنین درمانگران مبتدی بوده است. این کتاب به درمانگران دورنمایی امیدبخش در خصوص درمان‌پذیری این اختلالات داده و مداخلات تشخیصی و درمانی بسیار مؤثری برای دستیابی به نتایج مثبت درمان در اختیار می‌گذارد. امیدوارم که بتواند در زندگی کسانی که متأثر از این اختلالات هستند تغییراتی ایجاد کند.

لن اسپری

تشکر و قدردانی

بر خود لازم می‌دانم که از همه کسانی که با حمایت‌ها و تشویق‌هایشان سهم زیادی در پیشرفت‌های من به‌عنوان درمانگر داشته‌اند، تشکر کنم. یکی از بزرگ‌ترین پیشروان در زمینه اختلالات شخصیت مرحوم تئودور میلون بود. تد برای من هم یک معلم و هم یک همکار بود. رابطه ما در سال ۱۹۸۴ شروع شد، زمانی که دوره فلوشیپ را در دانشکده پزشکی ویسکانسین شروع کردم و او یک استاد مدعو در آنجا بود. در طی سال‌ها او با مهربانی و بخشندگی وقت و دانش خود را در اختیار بقیه می‌گذاشت. من برای همیشه قدردان نظرهای محبت‌آمیز او هستم که در پشت جلد اولین چاپ این کتاب، در سال ۱۹۹۵ چاپ شد، و برای پیشگفتاری که برای چاپ دوم، در سال ۲۰۰۳ نوشت. امیدوار بودم که پیشگفتار این چاپ سوم را هم بنویسد اما متأسفانه قبل از تکمیل بازنگری کتاب، او از دنیا رفت. قدردانی و سپاس من برای حمایت و تشویق‌های او از من در قالب کلمات نمی‌گنجد.

همچنین از همکارانم در دانشکده پزشکی ویسکانسین به خاطر دوستی و بازخوردهای بی‌نظیر و حمایتشان در این مدت سپاسگزارم. دکتر هری پروسن و دکتر لارا رابرتز روسای قبلی، و دکتر جان لهرمن رئیس فعلی دانشکده روان‌پزشکی و علوم رفتاری از جمله این افراد هستند. همه شما با حمایت خود از پژوهش‌ها و نوشته‌هایم، باعث غنای حرفه‌ای من شده‌اید. همچنین مایلم از همکار و دوستم، دکتر پاول آر. پلوسو در دانشگاه آتلانتیک فلوریدا تشکر کنم.

همچون همیشه، از دکتر جورج زیمر، دوست قدیمی من در انتشارات راتلج/تیلور اند فرنسیز برای تشویق و ترغیب من در تکمیل این چاپ سوم بسیار متشکرم. در پایان می‌خواهم از تلاش‌های جورج استوپاس، یکی از دانشجویان من در مقطع دکتری، که یاور من در مرحله آخر این بازنگری بود، تشکر کنم.

تشخیص و درمان امروزی اختلالات شخصیت

نخستین فصل چاپ اول کتاب راهنمای تشخیص و درمان اختلالات شخصیت -DSM IV (اسپری، ۱۹۹۵a) شباهت تغییر در حال شکل‌گیری الگوی اختلالات شخصیت در اوایل دهه ۹۰ و تغییراتی که پیش‌تر در الگوی اختلالات افسردگی رخ داده بودند را بیان می‌کند. تا اواسط دهه ۷۰، بسیاری از درمانگران خود را در درمان اختلالات افسردگی تا حدودی ناکارآمد توصیف می‌کردند و تا اوایل دهه ۹۰ این احساس مشترک درمانگران در درمان اختلالات شخصیت نیز بود. تأکید من بر این بود که چنین تغییر الگویی در اختلالات شخصیت نیازمند تغییر عمده در نحوه مفهوم‌سازی، ارزیابی و درمان این اختلالات از سوی درمانگران است. بنابراین ضمن تأیید احتمال مقاومت از سوی برخی درمانگران نسبت به تغییر در نگرش و الگوهای اجرایی، قابل پیش‌بینی بود که اغلب درمانگران به این چالش پاسخ مثبت بدهند. چنین تغییری به معنای بی‌توجهی و ابطال دیدگاه رایج آن دوران درباره «درمان‌ناپذیر بودن» اختلالات شخصیت بود. من با احساسی توأم با کمی نگرانی، فصل را با جمله‌ای به پایان بردم که بیانگر دیدگاه احتمالی درمانگران در این باره بود که بیماران دارای اختلال شخصیت «به بهترین و محبوب‌ترین مراجعان ما در عصر جدید تبدیل خواهند شد، مراجعانی که عمیقاً با مشکل مواجه شده‌اند، اما ما مطمئناً می‌توانیم التیامی بر درد آن‌ها باشیم» (خبا‌ر روان‌پزشکی بالینی، ۱۹۹۱، صفحه ۲۶).

حدود ۲۰ سال بعد و پس از چاپ دوم کتاب، تغییرات چشمگیری در نگرش درمانگران و الگوهای عمل ایجاد شده است. در واقع، تحولی در الگو رخ داده است.

ضمن اینکه همهٔ درمانگران به توانمندی خود در کمک به یکایک افراد مبتلا به اختلال شخصیت «اطمینان» ندارند، اما بسیاری از درمانگران بر این موضوع تقریباً اجماع دارند که با مداخلات درمانی فعلی می‌توان به بیماران زیادی کمک کرد، حتی کسانی که معیارهای DSM-5 را برای اختلال شخصیت مرزی دارا هستند.

در این فصل مقدمه و مروری بر تشخیص و درمان اختلالات شخصیت ارائه شده است. در ابتدا، تغییرات ایجادشده در DSM-5، با تأکید ویژه بر اختلالات شخصیت، به‌خصوص «مدل جایگزین DSM-5 برای اختلالات شخصیت» و مقادیر مقیاس کارکرد شخصیت توضیح داده می‌شود. پس از آن، توضیح مختصر و شمایی از راهنمای تشخیص روان‌پویشی ارائه خواهد شد که روشی جایگزین برای مفهوم‌سازی اختلالات شخصیت است. بخش اصلی این فصل به تشریح دقیق چندین روند جالب و بدیع - در دو حوزهٔ تشخیص و درمان - می‌پردازد که بر تغییر هر چه بیشتر الگوها تأثیر دارند. پیش از پرداختن به این روندها، ساختار تغییرات در حال شکل‌گیری در الگوی تشخیص و درمان اختلالات شخصیت تبیین می‌شود. در انتها، فصل با بررسی اجمالی ساختار فصول ۳ تا ۱۲ پایان می‌پذیرد.

DSM-5 و اختلالات شخصیت

سیستم تشخیصی DSM از زمان چاپ دوم این کتاب در سال ۲۰۰۳ تغییرات عمده‌ای داشته است. اغلب این تغییرها با حذف یا اضافه شدن تشخیص‌ها و معیارهایی همراه بوده است. اما برخی تغییرات اساسی هم در ساختار DSM-5 صورت گرفته است (انجمن روان‌پزشکی آمریکا، ۲۰۱۳) که در ادامه به‌اختصار بیان خواهند شد.

DSM-5 تغییرات کلی

بارزترین تغییر در DSM-5 بازگشت به یک تشخیص تک‌محوری است، همانند آنچه در DSM-I و DSM-II رایج بود. سیستم چندمحوری (۵-محور) در DSM-III معرفی شده و تا DSM-IV-TR ادامه داشت. محور II و محور V بیش از سایر محورها به اختلالات شخصیت نزدیک هستند. محور II برای کدگذاری اختلالات شخصیت و

محور V برای کدگذاری سطح عملکردی فعلی فرد و میزان اختلال براساس مقیاس ارزیابی کلی عملکرد اضافه شدند. دلایل متعددی برای حذف سیستم چندمحوری وجود دارند. از این بین می‌توان به یک اشکال پیش‌بینی نشده ناشی از اضافه کردن محور II اشاره کرد. گرچه هدف نسخه‌های پیشین DSM این نبود، اما امکان شناسایی و ذکر یک تشخیص ویژه برای هر یک از اختلالات شخصیت از نظر بسیاری از درمانگران دشوار بود. به دلیل اینکه تشخیص یک اختلال شخصیت باعث برچسب خوردن فرد می‌شود، برخی درمانگران، با وجود حضور نشانگان، از ذکر دقیق یک تشخیص محور II خودداری می‌کردند. این امر به خاطر تصور نادرستی که درمانگران و مؤسسه‌های بیمه‌ای در خصوص درمان‌ناپذیر بودن اختلالات شخصیت داشتند پیچیده‌تر شده بود. در نتیجه، افرادی که در آن‌ها تشخیص اختلال شخصیت داده شده بود با مسائلی در زمینه تضمین درمان مواجه شدند. اما امروزه، افراد دارای معیارهای تشخیصی اختلال شخصیت، راحت‌تر به درمان‌های سلامت روان دسترسی دارند، چرا که دیگر به‌عنوان فردی با تشخیص دارای درمانی دشوارتر از اختلالات دیگر در نظر گرفته نمی‌شوند.

با حذف محور V، مقیاس ارزیابی کلی عملکرد (GAF) هم از بین رفته است. GAF مقیاسی بود که درمانگران برای تخمین درجه بهزیستی و کارکرد اجتماعی، شغلی، و روانی فرد مورد استفاده قرار می‌دادند. همچنین یک مقیاس عینی برای تعیین میزان سازگاری (بهزیستی) و ناسازگاری (عملکرد مختل) فرد در قبال مواجهه با مسائل و مشکلات روزمره زندگی است. به‌جای این مقیاس عمدتاً غیرقابل اطمینان برای عملکرد و اختلال، DSM افراد را به استفاده از برنامه ۲,۰ ارزیابی معلولیت سازمان بهداشت جهانی (WHODAS 2.0) ترغیب می‌کند. باین‌حال، GAF همچنان توسط برخی درمانگران به کار برده می‌شود. این مقیاس با ارائه یک طیف (از حداقل ۱ تا حداکثر ۱۰۰) میزان عملکرد و بهزیستی عمومی را مشخص می‌کند. درمانگران همچنین می‌توانند از مقیاس سطح عملکرد روانی (LPFS) استفاده کنند که در ادامه توضیح داده می‌شود.

بخش DSM دربارهٔ اختلالات شخصیت

در حالی که تغییرات معناداری در بسیاری از تشخیص‌های DSM-5 صورت گرفته است، اما این تغییرها در خصوص اختلالات شخصیت بسیار محدود و اندک بوده است. آنچه در DSM-5 همچنان حفظ شده تعریف اولیهٔ DSM از اختلال شخصیت است به این ترتیب که «الگوی مداومی از تجربه و رفتارهای درونی که به‌طور چشمگیری با عرف و انتظارات جامعه فاصله داشته، فراگیر و انعطاف‌ناپذیر است... در طی زمان پایدار بوده، و منجر به تنش یا اختلال می‌شود» (انجمن روان‌پزشکی آمریکا، ۲۰۱۳، ص ۶۴۵). ضمن حفظ معیارهای تشخیصی DSM-IV-TR، برخی به‌روزرسانی‌ها در توضیح اختلالات مختلف صورت گرفته است. اما لازم است به یک تغییر قابل توجه اشاره شود. تشخیص اختلال شخصیت نامشخص (NOS) با سایر اختلال شخصیت مشخص (۳۰۱٫۸۹) و اختلال شخصیت نامشخص (۳۰۱٫۹) جایگزین شده است.

به‌رغم تلاش‌های گروهی تیم اختلالات شخصیت DSM-5 در ایجاد تغییرات اساسی، ۱۰ تشخیص «رسمی» اختلال شخصیت مثل DSM-IV-TR بدون تغییر باقی مانده‌اند. پیشنهاد گروه این بود که به خاطر اجتناب از مشکلات عدیده و چشمگیر مدل فعلی، یک مدل «ابعادی» جایگزین مدل «طبقه‌ای» کنونی شود. البته این پیشنهاد در نهایت از سوی هیئت مدیران انجمن روان‌پزشکی آمریکا رد شد. در عوض، در کتاب راهنمای DSM-5 یک قسمت با عنوان «بخش III: مقیاس‌ها و مدل‌های در حال شکل‌گیری» به آن اختصاص داده شد. به مدل ابعادی جدید که توسط کارگروه شکل یافته بود «مدل جایگزین DSM-5 برای اختلالات شخصیت» گفته می‌شود که در مقابل مدل اختلال شخصیت DSM-IV-TR با عنوان مدل طبقه‌ای است.

مدل طبقه‌ای اختلالات شخصیت

پس دلیل جایگزینی مدل طبقه‌ای چیست؟ سه مسئلهٔ اصلی در خصوص مدل اختلال شخصیت DSM-IV-TR عبارت‌اند از همبودی، عدم تجانس و ساختار شخصیت. نگرانی دربارهٔ همبودی یعنی در فرد احتمال وجود هم‌زمان معیارهای بیش از یک اختلال داده شود. به‌عنوان مثال، برآورد می‌شد که تعداد تشخیص‌های ممکن اختلال

شخصیت برای یک فرد که معیارهای حداقل یک اختلال شخصیت DSM را دارد، ۴- ۳ تشخیص باشد (گاندرسون، ۱۹۹۶). مسلماً این یک امر مشکل‌زا در مفهوم‌سازی موردی و برنامه‌ریزی مداخلات مناسب است: اگر ۳ تشخیص وجود داشته باشد، اولویت درمانی با کدام یک است، و چرا؟ مدل جایگزین اختلال شخصیت DSM-5 با تشخیص اختلال شخصیت با صفت مشخص (PD-TS) این مشکل را مرتفع ساخته است. اگر مراجع تطابق خوبی با یک نوع معین از اختلال شخصیت DSM-5 (مثلاً اختلال شخصیت خودشیفته) ندارد درمانگر PD-TS را ثبت و صفات شخصیتی بالینی مهم مراجع را به دقت بررسی می‌کند. به‌عنوان مثال، یک مراجع ممکن است صفات اختلال شخصیت خودشیفته، نمایشی، ضداجتماعی و مرزی را داشته باشد. به‌جای ثبت هر چهار تشخیص، درمانگر می‌تواند PD-TS را ثبت و به ترکیبی از خودبزرگ‌بینی، جلب توجه، ستیزه‌جویی و پرخاشگری و عدم ثبات هیجانی توجه کند.

مسئله دیگر به عدم تجانس مربوط می‌شود. فرض بنیادین در ایجاد مدل اختلال شخصیت DSM-IV-TR این بود که بیان انواع خاص اختلال شخصیت منجر به تسهیل در تشخیص دقیق می‌شود. متأسفانه، صفات شخصیتی و آسیب‌شناسی روان افراد به‌ندرت بر چنین مدل مطلقاً منطبق است. به‌عنوان مثال، افرادی که دارای معیارهای DSM-IV-TR برای اختلال شخصیت مرزی هستند یک گروه بسیار ناهمگن و نامتجانس را تشکیل می‌دهند. درواقع، شش زیرگروه مشخص و متمایز را می‌توان برای مراجعان دارای این معیارها برشمرد که هر یک از این شش گروه فرعی دارای صفات کاملاً متفاوتی در خصوص دغدغه‌های درمانی همچون سابقه اقدام به خودکشی، رفتار ضداجتماعی و خودآسیب‌رسان هستند (رایت و همکاران، ۲۰۱۳). مدل جایگزین اختلال شخصیت DSM-5 تا حدود زیادی این مشکل عدم تجانس را کاهش می‌دهد، چرا که ناهمگنی‌های مرتبط با هم، به‌عنوان بخشی از فرایند تشخیصی ذکر شده است. برای نمونه، یک مراجع ممکن است نمای کلی اختلال شخصیت مرزی را داشته باشد اما برخی صفات شخصیتی معنادار از نظر بالینی همچون باورها و تجربه‌های غیرعادی را هم نشان می‌دهد. در این حالت، تشخیص اختلال شخصیت مرزی را می‌توان داد، ضمن اینکه وجود باورها و تجربه‌های نامتعارف و غیرعادی هم ثبت می‌شود.