

شناخت درمانی اختلالات شخصیت

رویکرد طرح واژه درمانی

شناخت درماني
اختلالات شخصيت
رويكرد طرح واره محور

تأليف
جفرى يانگ

ترجمه
على صاحبى
حسن حميدپور



انتشارات ارچند



انتشارات ارجمند

سرشناسه:

عنوان و نام پدیدآور:

مشخصات نشر: تهران: انتشارات ارجمند، ۱۳۹۴.

مشخصات ظاهری: ۱۵۰ ص رقیعی

شابک: ۷-۳۲۴-۴۹۶-۹۶۴-۹۷۸

عنوان اصلی:

موضوع:

شناسه افزوده:

رده‌بندی کنگره:

رده‌بندی دیویی:

شماره کتابشناسی ملی:

جفری یانگ

شناخت درمانی اختلالات شخصیت

رویکرد طرح درمانی

ترجمه: دکتر حسن حمیدپور، علی صالحی

فروست: ۳۰

ناشر: انتشارات ارجمند

صفحه‌آرا:

مدیر هنری: احسان ارجمند

سرپرست تولید: پروین عبدی

ناظر چاپ: سعید خانکشلو

چاپ: سامان، صحافی: روشنک

چاپ اول، بهمن ۱۳۹۴، ۱۶۵۰ نسخه

شابک: ۷-۳۲۴-۴۹۶-۹۶۴-۹۷۸

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

www.arjmandpub.com

مرکز پخش: انتشارات ارجمند

دفتر مرکزی: تهران بلوار کشاورز، بین خیابان کارگر و ۱۶ آذر، پلاک ۲۹۲، تلفن ۸۸۹۸۲۰۴۰

شعبه مشهد: ابتدای احمدآباد، پاساژ امیر، انتشارات مجد دانش، تلفن ۰۵۱-۳۸۴۴۱۰۱۶

شعبه رشت: خ نامجو، روبروی ورزشگاه عضدی، تلفن ۰۱۳-۳۳۳۳۲۸۷۶

شعبه بابل: خ گنج‌افروز، پاساژ گنج‌افروز، تلفن ۰۱۱-۳۲۲۲۷۶۶۴

شعبه ساری: بیمارستان امام، روبروی ریاست، تلفن ۰۹۱۱۸۰۲۰۰۹۰

شعبه کرمانشاه: خ مدرس، پشت پاساژ سعید، کتابفروشی دانشمند، تلفن ۰۸۳-۳۷۲۸۴۸۳۸

بها: ۱۰۰۰۰ تومان

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

ارسال عدد ۱: دریافت تازه‌های نشر پزشکی به صورت پیامک

ارسال عدد ۲: دریافت تازه‌های نشر روان‌شناسی به صورت پیامک

ارسال ایمیل: دریافت خبرنامه الکترونیکی انتشارات ارجمند به صورت ایمیل

تقدیم به همهٔ ایرانیانی که در پشت
میله‌های زندانِ اختلالاتِ شخصیت
رنج می‌برند.

فهرست

۹	یادداشت مترجمان
۱۵	چکیده
۱۷	فصل یکم: درمان طرح‌واره‌محور: منطق درمان و نظریه
۵۷	فصل دوم: درمان طرح‌واره‌محور: مفهوم‌سازی و ارزشیابی بیمار
۸۱	فصل سوم: درمان طرح‌واره‌محور: راهبردهایی برای تغییر
۱۰۳	خلاصه
۱۰۵	پیوست الف: پرسشنامه طرح‌واره‌یانگ
۱۲۱	پیوست ب: راهنمای درمان‌جو برای درمان طرح‌واره‌محور
۱۳۹	کتاب‌نامه
۱۴۳	واژه‌نامه فارسی به انگلیسی
۱۴۷	واژه‌نامه انگلیسی به فارسی

یادداشت مترجمان

گذشت زمان بهترین ملاک برای تعیین صحت و سقم پیش‌بینی‌هاست. کریستین پادسکی^۱ در سپتامبر ۱۹۸۶ در دومین کنفرانس بین‌المللی روان‌درمانی شناختی که در سوئد برگزار شد، دهه ۹۰ میلادی را دهه متمرکز شدن شناخت‌درمانی بر حوزه اختلالات شخصیت پیش‌بینی کرد. این انتظار زیاد طول نکشید، زیرا ۴ سال بعد کتاب **شناخت‌درمانی اختلالات شخصیت** اثر بک و همکارانش (۱۹۹۰) و کتاب **شناخت‌درمانی اختلالات شخصیت: رویکرد طرح‌واره‌محور** یانگ (۱۹۹۰) به زیور طبع آراسته شدند. هرچند در همان سال فریمن^۲ و همکارانش در کتاب **کاربردهای بالینی شناخت‌درمانی** (۱۹۹۰) چند فصلی را به این موضوع اختصاص داده بودند.

متخصصین بالینی قبل از ۱۹۸۰، اختلالات شخصیت را با کمک اصطلاح «منش» مشخص می‌کردند؛ مانند منش دهانی یا منش وسواسی. اما اکنون در مفهوم‌سازی اختلالات شخصیت تغییرات عمده‌ای ایجاد شده که دربرگیرنده جنبه‌های زیستی و روان‌شناختی این پدیده می‌باشد. امروزه در ارتباط با بعد روان‌شناختی اختلالات شخصیت به جای واژه منش از اصطلاح طرح‌واره استفاده می‌شود. اصطلاح طرح‌واره را اولین بار آدلر^۳ در سال ۱۹۲۹ به کار برد. آدلر معتقد بود که آسیب‌شناسی روانی بازتاب طرح‌واره‌های ناسالم و روان‌نژند است که زیربنای سبک زندگی به شمار می‌روند (اسپری^۴، ۱۹۹۹، صفحه ۲۱).

1. Christin Padesky

2. Freeman

3. A. Adler

4. Sperry

در حوزه شناختی تعاریف زیادی از طرح‌واره ارائه شده است و به طور کلی طرح‌واره را همچون باورهای بنیادینی تعریف می‌کنند که تشکیل‌دهنده دیدگاه فرد درباره خود، جهان اطراف و دیگران است.

مفهوم طرح‌واره در بین اکثر شناخت‌درمان‌گران با معانی تقریباً مشابهی به کار رفته است. اکثر آن‌ها طرح‌واره را در قالب گزاره می‌نگرند و تنها تیزدیل^۱ (۱۹۹۳) طرح‌واره را در سطحی بالاتر و به معنای ضمنی (فراگزاره‌ای) تعریف می‌کند.

محور اصلی کتابی که ترجمه آن را پیش رو دارید بحث تغییر و نافع‌سازی طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه است. یانگ (به نقل از تالیس^۲، ۱۹۹۹) معتقد است که طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه قدیمی‌ترین مؤلفه‌های شناختی محسوب می‌شوند و حتی گاهی اوقات پیش از آن‌که کودک زبان را بیاموزد شکل می‌گیرند (طرح‌واره‌های پیش‌کلامی) و اغلب نفوذ خود را بر سیستم پردازش اطلاعات در زیر آستانه هوشیاری اعمال می‌کنند. پردازش طرح‌واره‌ای^۳ به راحتی و بدون این‌که نیازمند توجه از سوی بیمار باشد صورت می‌گیرد و حالتی خودآیند دارد.

نکته مهم در درمان اختلالات شخصیت، بحث مقاومت و پاسخ ندادن به فنون درمانی است که بسیاری از متخصصان بالینی در امر درمان با آن مواجه می‌شوند. نویسنده کتاب با اشاره به یافته‌های پرارزش میلون^۴ که خود یکی از شاخص‌ترین افرادی است که در حوزه اختلالات شخصیت کار می‌کند، به بحث درباره مقاومت افراد مبتلا به اختلالات شخصیت و شگردهایی که به این منظور به کار می‌گیرند، پرداخته و برای آن راه‌حل‌های ویژه در نظر گرفته است. علاقه‌مندان برای کسب اطلاعات بیشتر در این باره می‌توانند به کتاب ارزشمند لیپی با عنوان **غلبه بر مقاومت در شناخت‌درمانی** (۲۰۰۱) مراجعه کنند.

1. Teasdale

2. Tallis

3. schematic processing

4. T. Millon

از آنجا که تغییر یا نافع‌سازی طرح‌واره‌ها هسته اصلی رفتاردرمانی شناختی و محور بنیادین در کار با اختلالات شخصیت محسوب می‌شود، بنابراین داشتن دانش کافی درباره طرح‌واره‌ها، چگونگی سازوکار آن‌ها در سیستم پردازش اطلاعات، جلب همکاری، برانگیختن آمایه مشارکتی، ضابطه‌مندی مشکل در قالب طرح‌واره‌ها و بسیاری از مسائل دیگر لازمه درمان اختلالات شخصیت و سایر اختلالات مزمن است، که یانگ همه آن‌ها را در این کتاب آورده است.

یانگ با دیدی چندجانبه و بینشی برخاسته از تجارب بالینی کتابی نوشته است که در نوع خود بی‌نظیر و جالب توجه است. از آنجا که نظریه پرداز اصلی کتاب خود یانگ می‌باشد، برخلاف سایر کتاب‌های چاپ شده در این حوزه، کتاب حاضر از سال ۱۹۹۰ تا به حال چهار بار تجدید چاپ شده و در هر چاپ یافته‌های نوین در آن وارد شده‌اند.

مسئله مهم دیگری که درباره این کتاب قابل ذکر است این‌که می‌توان از این کتاب برای جلوگیری از وابستگی مواد در کلینیک‌های ترک اعتیاد استفاده کرد.

این کتاب می‌تواند برای روان‌شناسان بالینی، روان‌پزشکان و سایر متخصصان بالینی که در حوزه اختلالات شخصیت کار می‌کنند سودمند باشد. از آنجا که کتاب حاضر اولین کتابی است که در این حوزه از آسیب‌شناسی روانی در ایران ترجمه شده است، مترجمان، گاهی اوقات ناگزیر شدند برای اصطلاحات این کتاب معادل‌های فارسی جدیدی وضع کنند، ولی سعی‌شان بر این بوده است که تا جای ممکن از اصطلاحات معمول و جاافتاده استفاده کنند تا حوزه روان‌شناسی بیش از این در بلوای واژه‌سازی نغلتد. معادل‌های پیشنهادی در حکم یک ایده جدید مطرح می‌شوند و لزومی برای کاربرد آن‌ها وجود ندارد. امیدواریم خوانندگان فهیم و متخصصان بالینی کاستی‌های ترجمه این کتاب را به دیده اغماض بنگرند و برای بهبود آن نظرات خود را به ما منعکس نمایند.

در پایان به مصداق «کوشش آن حق‌گزاران یاد باد»، از تمامی کسانی که در مراحل آماده‌سازی و چاپ این کتاب ما را یاری کرده‌اند تشکر و قدردانی به عمل می‌آوریم. از سرکار خانم اندوز که قسمت‌هایی از ترجمه اولیه کتاب را مطالعه کردند و پیشنهادهای سازنده‌ای ارائه نمودند. آقایان حمید جمعه‌پور و شاهین احمدیان که دست‌نوشته اولیه را بازنویسی کردند و آقای محمد نبوی که زحمت طاقت‌فرسای ویراستاری کتاب را به عهده داشتند. همچنین از آقای دکتر ارجمند که با مساعدت‌های خود زمینه چاپ و انتشار این کتاب را مهیا ساختند، سپاس‌گزار هستیم.

دکتر علی صاحبی

استادیار روان‌شناسی بالینی

حسن حمیدپور

کارشناس ارشد روان‌شناسی بالینی

منابع

- Beck, A. Freeman, and Associates, (1990). *Cognitive Theory of Personality Disorder*. New York: Guilford press.
- Freeman, A., J. and et all. (1990). *Clinical Application of Cognitive therapy*. New York: plenum.
- Leahy, R. L. (2001). *Overcoming Ressistance in Cognitive Therapy*. New York: Guilford press.
- Padesky, C. (1986). "Personality disorder: Cognitive Therapy in to the 90s". paper presented at the second international conference on Cognitive Psychotherapy. Sweden: Septamber, 18-20.
- Sperry, L. (1999). *Cognitive-Behavior Therapy for DSMIV Personality Disorder*. Brunner/ Mozel: Taylor & Francis Group.

Tallis, F. (1999). "Unintended Thoughts and Images". In T. Dalglis and M. power (ed). *Handbook of Cognition and Emotion*. New York: John Wily & sons. p. 280-300.

Teasdale, J. D. (1993). "Emotion and two kind of meaning: cognitive therapy and applied cognitive science". *Behavior Research and Therapy* 31: 339-354.

Young, J. (1990). *Cognitive Therapy for Personality Disorder: A Schema-focused Approach*. Sara Stoa, Florida: Prefessional Resource Exchange, Inc.

چکیده

اختلالات شخصیت یکی از مقاوم‌ترین مشکلات بالینی است که درمان‌گران با آن روبرو می‌شوند و در حیطه وسیعی از کارهای خصوصی بیماران مشاهده می‌شوند. کتاب حاضر دربارهٔ درمان طرح‌واره محور بحث می‌کند، درمان جامعی که از سوی نویسنده برای درمان بیمارانی که در منش (ساختار شخصیت) مشکل دارند از جمله برای درمان اختلال شخصیت مرزی، خودشیفته، اجتنابی، وابسته، وسواسی-اجباری، منفعل-پرخاشگر، و نمایشی به کار می‌رود.

فنون درمان طرح‌واره محور همچنین برای جلوگیری از عود افسردگی، اختلال‌های اضطرابی، سوءمصرف مواد و برای درمان بدرفتاری روان‌شناختی و جسمی، اختلال‌های خورد و خوراک، و درد مزمن می‌تواند به کار گرفته شود. مدل دکتر یانگ تلفیقی ابتکاری از رفتاردرمانی شناختی با گشتالت، روابط موضوعی و رویکردهای روان‌کاوی محسوب می‌شود. این مدل در واقع گسترش مدل سنتی رفتاردرمانی شناختی است که بیشتر بر رابطهٔ درمانی، تجربهٔ عاطفی و بحث از تجارب اولیهٔ زندگی تأکید دارد. در کتاب حاضر علاوه بر ارائهٔ منطق، نظریه و فنون درمان طرح‌واره محور مثال‌های موردی بیشتری ارائه شده است. پرسشنامهٔ تجدیدنظر شدهٔ طرح‌وارهٔ یانگ (فرم بلند چاپ دوم) راهنمای درمان‌جو و فهرست طرح‌واره‌ها نیز اضافه شده است.

درمان طرح‌واره محور^۱: منطق درمان^۲ و نظریه

منطق درمان

مقدمه

یکی از چالش‌هایی که امروزه شناخت‌درمانی با آن روبه‌روست، ارائه راهبردهای درمانی مؤثر برای کار با بیماران مبتلا به اختلال شخصیت یا دیگر بیماری‌های حاد و مزمن است. در بخش یکم، خلاصه‌ای از هفت ویژگی بیمارانی ارائه می‌شود که برای موفقیت در شناخت‌درمانی کوتاه‌مدت باید واجد این خصوصیات باشند.

«شناخت‌درمانی کوتاه‌مدت» به شانزده تا بیست جلسه شناخت‌درمانی اشاره دارد که ابتدا به وسیلهٔ بک^۳ و همکارانش (۱۹۷۹) برای درمان افسردگی ارائه شد. در ادامهٔ این بخش توضیح خواهیم داد که چگونه بیماران مبتلا به اختلال شخصیت یا دیگر بیماران دشوار از برخی از این مفروضه‌های اساسی فاصله می‌گیرند.

بخش بعدی بحثی است در مورد این که چگونه شناخت‌درمانی کوتاه‌مدت می‌تواند برای توصیف کامل‌تر آنچه ما در بیماران مبتلا به اختلال شخصیت مشاهده می‌کنیم مورد استفاده قرار گیرد. یک نظریهٔ بالینی از طرح‌واره‌ها نیز به طور خلاصه ارائه خواهد شد. بخش آخر به شرح انطباق

1. Schema Focused Therapy

2. rational

3. Beck

فنون شناخت‌درمانی کوتاه‌مدت برای غلبه بر موانعی که در کار با بیماران مبتلا به اختلال شخصیت مشاهده می‌شود می‌پردازد. این رویکرد جدید «درمان طرح‌واره محور» نامیده می‌شود.

مفروضه‌های شناخت‌درمانی کوتاه‌مدت

شناخت‌درمانی کوتاه‌مدت هفت فرض در مورد بیماران دارد:

۱. بیماران با یک آموزش مختصر به احساسات خود دست می‌یابند. در شناخت‌درمانی کوتاه‌مدت ما فرض می‌کنیم که با مقداری آموزش نسبتاً کوتاه، می‌توانیم به بیماران بیاموزیم هنگامی که احساساتی نظیر اضطراب، ناراحتی، خشم و دیگر هیجانات را تجربه می‌کنند، آن‌ها را گزارش کنند. با این وجود، در بسیاری از بیمارانی که مشکلات و اختلال‌های مزمن دارند، به نظر می‌رسد که این توانایی برای گزارش احساسات وجود ندارد. بسیاری از آن‌ها چیزی را که احساس می‌کنند نمی‌توانند لمس کنند یا احساسات خود را مسدود می‌کنند. برای این بیماران باید رویکرد شناخت‌درمانی کوتاه‌مدت را جرح و تعدیل کنیم.
۲. بیمار با یک آموزش مختصر می‌تواند به افکار و تصویرهای ذهنی خود دسترسی یابد. بسیاری از بیمارانی که مبتلا به اختلال شخصیت هستند نمی‌توانند افکار خودآیندشان را گزارش کنند، یا این که می‌گویند اصلاً تصویر ذهنی ندارند. برای این بیماران مجبور به ابداع راهبردهای جدیدی هستیم که فعلاً در شناخت‌درمانی کوتاه‌مدت وجود ندارد.
۳. در شناخت‌درمانی کوتاه‌مدت فرض بر آن است که بیمار مسائلی قابل تشخیص دارد و می‌توان آن مسائل را مورد توجه قرار داد. برخی از بیماران دشوار، مسائلی مبهم و نامشخص یا مسائلی دارند که تشخیص آن‌ها دشوار است. آن‌ها ممکن است یک کسالت کلی داشته

باشند و نتوانند محرک خاص مشکل را مورد شناسایی قرار دهند. مجبوریم شناخت درمانی کوتاه‌مدت را برای کار کردن با این بیماران که مشکلات^۱ آماجی^۱ خاصی ندارند، اصلاح کنیم.

۴. در شناخت درمانی کوتاه‌مدت فرض بر آن است که بیمار برای انجام تکالیف خانگی و برای یادگیری راهبردهای خویش‌داری انگیزش کافی دارد. با این وجود، در کار با بیمارانی که مشکلات درازمدت دارند متوجه شدیم که آن‌ها بی‌اراده‌اند یا این که قادر نیستند تکالیف خانگی را انجام دهند و مقاومت‌های زیادی در مقابل یادگیری راهبردهای خویش‌داری نشان می‌دهند. به نظر می‌رسد این بیماران بیشتر تمایل دارند به درمان‌گر تکیه کنند و از حمایت او برخوردار شوند تا این که راهبردهایی را برای کمک به خودشان یاد بگیرند.

۵. در شناخت درمانی کوتاه‌مدت فرض بر آن است که بیمار می‌تواند همراه با درمان‌گر در یکسری جلسات کوتاه‌مدت و در یک رابطه مشارکتی^۲ (همکاری دوجانبه) شرکت کند. با این وجود، برای بسیاری از بیماران تعهد به یک رابطه مشارکتی تقریباً غیرممکن است. رابطه بین بیمار / درمان‌گر به حدی مسأله‌ساز است که برخی از بیماران تلاش خود را در این جهت صرف می‌کنند که درمان‌گر نیازهای آن‌ها را رفع کند یا این که به قدری بی‌قید و ناسازگار هستند که نمی‌توانند مشارکت کنند.

۶. ششمین فرض این است که مشکلات موجود در رابطه درمانی مسأله مهمی نیست که بخواهیم بر آن متمرکز شویم. با این حال در مورد بسیاری از بیمارانی که مبتلا به اختلال شخصیت هستند، اگر فرض ما این باشد که مشکلات موجود در رابطه درمانی، صرفاً موانعی هستند که هرگاه بر آن‌ها فائق بیاییم می‌توانیم شناخت درمانی کوتاه‌مدت را ادامه دهیم، متوجه هسته واقعی مسئله نمی‌شویم. در بسیاری از

1. target

2. collaborative

بیماران مبتلا به اختلال شخصیت، هسته مشکل بین‌فردی است و یکی از بهترین حوزه‌ها برای مشاهده این‌گونه مشکلات، رابطه درمانی است. برای درمان چنین بیمارانی خود رابطه درمانی به عنوان کانون اولیه درمان محسوب می‌شود. متأسفانه در شناخت‌درمانی کوتاه‌مدت درباره چگونگی پرداختن به رابطه درمانی مطلب زیادی گفته نشده است.

۷. در شناخت‌درمانی کوتاه‌مدت فرض می‌شود که تمام شناخت‌واره‌ها* و الگوهای رفتاری می‌توانند از طریق تحلیل‌های تجربی^۱، گفتمان منطقی^۲، آزمایش‌گری، گام‌های تدریجی و تمرین تغییر کنند. در شناخت‌واره‌ها و الگوهای رفتاری خودآسیب‌رسان^۳ بسیاری از بیمارانی که مشکلات مزمن دارد، در برابر تغییر و اصلاح و آن هم فقط از طریق فنون رفتاری-شناختی کوتاه‌مدت، بی‌اندازه مقاوم هستند. چنین بیمارانی ممکن است مکرراً گزارش کنند که از لحاظ عقلی می‌فهمند درمان‌گر چه می‌گوید، اما از لحاظ عاطفی، احساسات، رفتارها و باورها تغییری نمی‌کنند؛ حتی ماه‌ها بعد از فاصله گرفتن از این باورها و الگوهای رفتاری، هیچ‌گونه تغییر یا اصلاحی مشاهده نمی‌شود. اغلب این بیماران از اصلاح و تغییر الگوهای رفتاری و باورهای مرکزی^۴ خود ناامید می‌شوند و اصرار دارند که در این مرحله از زندگی‌شان، این شناخت‌واره‌ها و رفتارها به صورت جزء لاینفکی از وجودشان درآمده‌اند و در نتیجه نمی‌توانند تغییر کنند.

* اصطلاح شناخت‌واره (cognition) را اولین بار مایکل گلدر در سال ۱۹۸۵ به کار برد. او شناخت‌واره را این‌چنین تعریف می‌کند: «توجه کردن، ادراک کردن، فکر کردن و به خاطر آوردن». - م.

1. empirical analysis 2. logic discourse 3. self-defeating
4. core belief

پنج بیماری که در زیر توصیف می‌شوند، مثال‌هایی هستند که این مفروضه‌ها قادر به تبیین آن‌ها نیستند.

○ «سالی» یک دانشجوی ۲۰ ساله بود که ده جلسه اول را در یک گوشه می‌نشست و صورتش را از درمان‌گر برمی‌گرداند. او به سؤالات تنها با «بله» یا «خیر» جواب می‌داد. هنگامی که درمان‌گر از او سؤال می‌کرد که می‌خواهد چه کار کند یا چه احساسی دارد او می‌گفت نمی‌داند. «سالی» مشکلاتی در رابطه با شناخت درمانی کوتاه‌مدت داشت. اول این که او در گوشه‌ای می‌نشست و این موجب می‌شد که همکاری و مشارکت بسیار دشوار شود. دوم این که او از توصیف احساساتی که برایش مشکل ایجاد کرده بود، ناتوان بود و این باعث می‌شد او نتواند بر مشکل اصلی تمرکز کند یا این که هیجان‌ها و افکار خودآیند همخوان با آن‌ها را به یاد بیاورد.

○ «سام» یک وکیل ۴۵ ساله است. او ادعا می‌کرد که هیچ احساس و فکری در مورد هیچ چیزی ندارد. او چنین اظهار می‌کرد که در تمام اوقات در یک حالت کرختی و بی‌حسی عاطفی^۱ به سر می‌برد و چندین علامت اضطراب را نیز تجربه می‌کند. اما می‌گوید که قبل از اضطراب و بی‌حسی عاطفی، هیچگونه فکری از ذهن او نمی‌گذرد. او خیلی باهوش و خوددار به نظر می‌رسید. کارکردن با چنین بیمارانی به شیوه شناخت درمانی کوتاه‌مدت درمان‌گر را با مشکل زیادی روبرو می‌کند. براساس گزارش بیمار، او هیچگونه افکار خودآیندی را که با علائم اضطرابی ربط داشته باشد تجربه نمی‌کند. علاوه بر این، به نظر می‌رسید که هیچگونه واقعه برانگیزان (محرک) خاصی که این علائم را موجب شده باشد وجود ندارد.

○ «کارل» یک نویسنده ۴۰ ساله بود که به دلیل ترس از این که در نظر مردم احمق به نظر برسد، اغلب از برخوردهای اجتماعی اجتناب می‌کرد. او

1. numbness

تکالیف خانگی را که برای افزایش برخوردهای اجتماعی طراحی شده بود انجام نمی‌داد و برایش اهمیتی نداشت که کم‌ترین تماس را با دیگران داشته باشد. کارل با مشکلی روبه‌رو شد، زیرا قادر نبود یا نمی‌خواست تکالیف خانگی را انجام دهد؛ با این حال، مسئله اصلی او این بود که از برخوردهای اجتماعی اجتناب می‌کرد. حتی اگر هم قادر بود که افکار و احساساتش را گزارش کند، به دلیل این که نمی‌توانست گام‌های اولیه برای آغاز تماس اجتماعی را بردارد، به نظر می‌رسید که کاربرد شناخت‌درمانی کوتاه‌مدت برای این فرد دائماً با مشکل روبرو شود.

○ «کاتلین» دانشجوی ۲۱ ساله‌ای بود که در خانه‌اش زندگی می‌کرد و از احساس افسردگی مداوم رنج می‌برد. او تکالیف شناختی را انجام نمی‌داد، زیرا می‌خواست درمان‌گر شب و روز در دسترس او باشد تا از این طریق احساس بهتری پیدا کند. هر زمان درمان‌گر تکالیف خانگی را پیشنهاد می‌کرد، کاتلین از انجام آن‌ها سر باز می‌زد. برداشت او از تکالیف خانگی این بود که چون درمان‌گر رضایت و میل چندانی برای دیدن او ندارد، برای این که از دست او خلاص شود این تکالیف را به او می‌دهد.

○ «مارک» مردی ۴۳ ساله بود که به علت ناکامی در یافتن همسری مناسب، به دنبال درمان می‌گشت. در بررسی‌های بیشتر مشخص گردید که هرگاه زنی به او ابراز عشق و محبت می‌کرد بلافاصله مجذوب و مطیع او می‌شد. همچنین به گونه‌ای مبهم رابطه‌اش را با زنانی که او را ترک می‌کردند یا نسبت به او احساسات دوگانه‌ای داشتند، حفظ می‌کرد. وقتی به زنی که دوستش می‌داشت نزدیک می‌شد این سؤال به ذهنش خطور می‌کرد که چرا همه انسان‌ها دوست دارند به او نزدیک شوند، و به این ترتیب آن زن در نظرش بی‌ارزش می‌شد. احساس او از این که دوست‌داشتنی نیست او را آماده می‌کرد که نسبت به هر گونه تلاش درمان‌گر برای تجربه‌گرایی مشارکتی مقاومت سرسختانه‌ای نشان دهد. انعطاف‌ناپذیری شناخت‌واره‌ها و رفتارهایش کاربرد شناخت‌درمانی کوتاه‌مدت را با مشکل روبرو کرده بود. مارک

نمی‌توانست این باور ناکارآمد را کنار بگذارد و تنها این جمله را می‌گفت که من انسانی ناقصم.

هر یک از پنج بیماری که شرحشان بیان شد، به نحوی از انحاء نشان می‌دهند که شناخت‌درمانی کوتاه‌مدت برای برخی از بیماران مناسب نیست. در بخش بعدی سعی خواهیم کرد بیان کنیم که چرا چنین بیماری‌هایی اغلب مبتلا به اختلال شخصیت تشخیص داده می‌شوند و همچنین چرا بیماران مزمن و مشکل‌زا اغلب به شناخت‌درمانی کوتاه‌مدت پاسخ نمی‌دهند.

اختلالات شخصیت و شناخت‌درمانی

۱. انعطاف‌ناپذیری^۱. شناخت‌درمانی کوتاه‌مدت نوع خاصی از انعطاف‌پذیری را برای بخشی از بیماران در نظر می‌گیرد، و این فرضی است که در مورد اغلب افراد مبتلا به اختلال شخصیت صدق نمی‌کند. به طور معمول شناخت‌درمان‌گران راهبردهایی را برای کمک به بیمار به کار می‌گیرند تا افکار ناسازگار و نادرست خود را اصلاح کند. فرض درمان‌گر این است که با تمرین مرور ذهنی کافی و از طریق تجربه‌گرایی مشارکتی^۲ شناخت‌واره‌ها و الگوهای رفتاری افراد ناسازگار انعطاف‌پذیر می‌شوند.

با این وجود، طبق ملاک‌های تشخیصی و آماری اختلالات روانی (انجمن روان‌پزشکی آمریکا، ۱۹۹۴) و هماهنگ با تجارب بالینی خودمان، یکی از شاخص‌های اختلال شخصیت، وجود الگوهای فراگیر، انعطاف‌ناپذیر و پایدار است. (انجمن روان‌پزشکی آمریکا، ص ۶۲۹). میلون^۳ (۱۹۸۱) این دیدگاه را با دو مفهوم زیر تأیید کرده است: ۱) انعطاف‌ناپذیری انطباقی^۴،

1. rigidity

2. collaborative empiricism

3. Millon

4. adaptive inflexibility

۲) چرخه معیوب^۱. این دو از مهم‌ترین ملاک‌های آسیب‌شناسی شخصیت هستند: راهبردهای جایگزینی که فرد برای ارتباط با دیگران، دستیابی به اهداف و مقابله با فشار روانی به کار می‌برد نه تنها تعدادشان کم است، بلکه به شیوه انعطاف‌ناپذیری هم به کار می‌رود (ص ۹).

میلون معتقد است که در بیماران مبتلا به اختلال شخصیت این فرآیند از طریق به کارگیری چرخه معیوبی از توالی‌های خودآسیب‌رسان گسترش می‌یابد:

شگردهایی نظیر فشار محافظتی، تحریف‌های شناختی^۲ و تعمیم رفتاری فرآیندهایی هستند که فرصت یادگیری جدید را محدود می‌کنند، وقایع اساساً بی‌خطر را سوء تعبیر می‌کنند، و موجب بروز واکنش‌هایی از جانب دیگران می‌شوند که مشکلات اولیه را دوباره فعال می‌کند (میلون، ۱۹۸۱، ص ۹).

او در ادامه، اختلالات شخصیت را با «اختلالات علامتی» نظیر افسردگی مقایسه می‌کند و می‌گوید:

الگوهای شخصیتی، عمیق و فراگیر هستند و به نظر می‌رسد استمرار دارند، تغییر نمی‌کنند و طولانی‌مدت‌اند... اختلالات علامتی (افسردگی) خصوصیات بالینی معینی دارند که در مقایسه با صفات شخصی پایداری که زیربنای آن‌ها می‌باشند، راحت‌تر دستخوش تغییر می‌شوند (میلون، ۱۹۸۱، ص ۹).

میلون یادآوری می‌کند که صفات شخصیتی برای فردی که واجد آن‌هاست، احساس خوشایندی^۳ پدید می‌آورد (خودهمخوان^۴ هستند).

1. vicious circles 2. cognitive distortion 3. feel right
4. ego syntonic

۲. اجتناب^۱. در شناخت‌درمانی کوتاه‌مدت فرض بر این است که بیماران به آسانی می‌توانند به افکار و احساسات‌شان دست یابند. با این وجود، در بسیاری از افراد مبتلا به اختلال شخصیت افکار و احساسات به این دلیل که دردناک‌اند، اغلب مورد اجتناب قرار می‌گیرند یا مسدود می‌شوند. این اجتناب شناختی^۲ و اجتناب عاطفی^۳ را می‌توان به عنوان نتیجه شرطی‌سازی آزاردهنده تبیین کرد: اضطراب و افسردگی با خاطرات و همخوانی‌ها شرطی شده‌اند، بنابراین باعث اجتناب می‌شوند. این حالت به یک راهبرد مزمن تبدیل می‌گردد که در نتیجه می‌تواند باعث شکست فرآیند شناخت‌درمانی کوتاه‌مدت شود.

از دید روان‌کاوی سنتی دفاع‌هایی نظیر سرکوبی^۴ (به معنی اجتناب) نقش حیاتی در اختلالات شخصیت ایفا می‌کنند:

در بیماران مبتلا به اختلال شخصیت، دفاع بخشی از تار و پود تاریخیچه زندگی، هویت و شخصیت‌شان محسوب می‌شود... علی‌رغم این که دفاع‌هایشان ممکن است ناسازگار باشند، ولی نشان‌گر راه‌حل‌های تعادل‌بخش برای مشکلات درونی آن‌هاست... شکست این دفاع‌ها باعث اضطراب و افسردگی فراوانی می‌شود (کاپلان و سادوک، ۱۹۸۵، ص ۹۶۵).

میلون (۱۹۸۱) اظهار می‌دارد که سرکوبی مانع از آن می‌شود که فرد احساسات آشفته‌اش را به فراموشی بسپارد یا این‌که طرق سازنده‌ی مقابله با آن‌ها را بیاموزد (ص ۱۰۱).

اگرچه شناخت‌درمان‌گران بخش زیادی از نظریه روان‌کاوی را نمی‌پذیرند، اما نمی‌توان انکار کرد که بسیاری از بیماران سخت و مزمن فعالانه از فکر کردن و دستیابی به عمیق‌ترین شناخت‌واره‌ها و هیجان‌هایشان اجتناب

1. avoidance 2. cognitive avoidance 3. affective avoidance
4. repression