

# فهرست

۱۳	سخن مترجم.....
۱۵	مقدمه.....
۱۹	راهنمای ویدیوها.....
۳۳	فصل ۱ - ماهیت سازمان شخصیتی بهنجار و نابهنجار.....
۳۴	دو رویکرد در قبال پاتولوژی مرزی.....
۲۵	پاتولوژی مرزی: سازمان ساختاری.....
۲۶	رشد بهنجار شخصیت و انحرافات آن.....
۲۸	سازمان شخصیتی بهنجار.....
۲۹	عوامل رشدی.....
۳۱	جنبه‌های انگیزشی: عواطف و روابط ابژه درونی.....
۳۶	طبقه‌بندی بیماری‌ها براساس مدل روابط ابژه.....
۳۶	سازمان شخصیتی روان‌نژند (نوروتیک).....
۳۷	سازمان شخصیتی مرزی.....
۳۷	عناصر پیوسته تشکیل‌دهنده سازمان شخصیتی مرزی.....
۴۶	منابع.....
۴۷	فصل ۲ - تدوین تجربی روان‌درمانی معطوف به انتقال.....
۴۷	فرآیند پژوهش بالینی.....
۴۷	گام‌های رشد تجربی TFP.....
۴۸	رشد درک پاتولوژی مرزی.....
۴۹	ساختار عامل علامت.....
۴۹	توصیفات صفت (trait).....
۵۰	فرآیندهای زنده و بلادرنگ (real-time) در اختلال شخصیت مرزی.....
۵۷	بازنمودهای خود و دیگران.....
۵۸	سیر طولی.....
۵۹	فهم فعلی ما از اختلال شخصیت مرزی.....
۶۰	درمان بیماران دچار اختلال شخصیت مرزی در یک گروه مطالعه بالینی.....
۶۱	مدل درمان TFP.....
۶۱	اهداف TFP.....
۶۲	فعال‌سازی روابط ابژه در محیطی امن.....
۶۴	تخریب تفکر.....
۶۶	پیشرفت TFP.....
۶۷	نقش رابطه انسانی در TFP.....

۶۸	مدت TFP
۶۹	تولید یک راهنمای درمانی
۶۹	آموزش TFP از نظر پایداری و کفایت
۶۹	آزمون‌های مقدماتی برای فرجام درمان
۷۰	کارآزمایی‌های کنترل شده تصادفی
۷۰	یک کارآزمایی کنترل شده تصادفی در نیویورک
۷۱	یک RCT در اروپا
۷۱	اثرات درمان فراتر از تغییر علامت
۷۲	وضعیت تجربی فعلی TFP
۷۲	مورد بالینی در ارتباط با فرآیند و داده‌های فرجام
۷۴	منابع

### فصل ۳ - راهبردهای روان‌درمانی معطوف به انتقال

۷۵	راهبرد ۱: تعیین روابط ابژه غالب - تبدیل کنش به روابط ابژه
۷۶	گام اول: تجربه و تحمل سردرگمی
۷۶	گام دوم: شناسایی روابط ابژه غالب
۷۷	گام سوم: نام‌گذاری بازیگران و کنش
۸۰	گام چهارم: توجه به واکنش بیمار
۸۱	راهبرد دوم: مشاهده و تفسیر وارونگی‌های نقش بیمار
۸۲	راهبرد سوم: مشاهده و تفسیر پیوند بین دوتایی‌های روابط ابژه که دفاعی بر علیه یکدیگر هستند
۸۴	راهبرد چهارم: حل و فصل ظرفیت بیمار برای تجربه متفاوت رابطه که با انتقال شروع می‌شود
۸۷	ادغام ابژه‌های ناقص جدا شده
۸۷	نشانگرهای ادغام تدریجی توسط بیمار
۹۵	ماهیت تکراری کار
۹۶	منابع

### فصل ۴ - مرحله ارزیابی

۹۷	ارزیابی بالینی و انتخاب درمان
۹۸	ارزیابی بالینی
۹۹	مصاحبه ساختاری
۱۰۲	یک مصاحبه نیمه ساختاریافته
۱۰۴	موارد تجویز درمان
۱۱۰	خلاصه کار تشخیصی
۱۱۲	منابع

### فصل ۵ - برقراری چارچوب درمانی

۱۱۳	عقد قرارداد، دارو و درمان‌های کمکی
۱۱۴	شروع درمان
۱۱۴	بحث در مورد تشخیص: یک عنصر روان‌آموزشی
۱۱۷	فرآیند مذاکره در مورد قرارداد

۱۱۷	مسئولیت‌های بیمار.....
۱۳۱	مسئولیت‌های درمانگر.....
۱۳۶	گفتگوی درمانگر- بیمار در فرآیند عقد قرارداد.....
۱۳۹	عقد قرارداد درمانی: جنبه‌های اختصاصی هر بیمار.....
۱۳۰	انواع رفتارهای احتمالی مقاومت نسبت به درمان.....
۱۳۱	ارزیابی تهدیدهای اختصاصی درمان.....
۱۳۵	روش عقد قرارداد در مورد تهدیدهای اختصاصی نسبت به درمان.....
۱۴۵	محدودیت‌های قرارداد اولیه.....
۱۵۱	حرکت از بستن قرارداد به سمت درمان و بازگشت به مسایل قرارداد.....
۱۵۱	تلفیق TFP و سایر مداخلات.....
۱۵۲	TFP و درمان دارویی.....
۱۵۷	TFP تلفیقی با رویکردهای مهارت‌آموزی.....
۱۵۸	منابع.....

## فصل ۶ - فنون درمان..... ۱۵۹

۱۵۹	مداخلات لحظه‌به‌لحظه و مکانیسم‌های تغییر.....
۱۶۱	فنون TFP.....
۱۶۱	فرآیند تفسیری.....
۱۶۷	تحلیل انتقال.....
۱۷۵	استفاده از بی‌طرفی فنی.....
۱۸۲	استفاده از انتقال متقابل.....
۱۸۷	مشخصات تفسیر ماهرانه.....
۱۸۷	شفافیت تفسیر.....
۱۸۸	سرعت تفسیر.....
۱۸۹	مرتبط بودن تفسیر (Pertinence).....
۱۹۱	عمق تفسیر.....
۱۹۲	تفسیرها در سه سطح.....
۱۹۹	پیچیدگی‌های پیش رفتن از سطح به عمق.....
۲۰۱	عناصر بیشتر در فرآیند تفسیر.....
۲۰۱	ارایه تفسیر عمیق زودرس از انتقال.....
۲۰۲	توصیف تعارض.....
۲۰۳	وارسی اینکه ارایه تفسیر به بیمار چه معنایی دارد.....
۲۰۵	ارزیابی اطاعت سطحی.....
۲۰۵	نقش فعال درمانگر.....
۲۰۵	احساس آزادی برای شفاف‌سازی و رویارویی.....
۲۰۶	انعطاف‌پذیری در ارایه تفسیرها.....
۲۰۶	توالی‌بندی مداخلات اختصاصی.....
۲۰۷	فنونی که در TFP به کار نمی‌روند.....
۲۰۸	ملاحظات در مورد ویدیوهای که فنون را نشان می‌دهند.....
۲۰۸	ویدیوی ۱: بی‌طرفی فنی و رویارویی ماهرانه.....

۲۱۲.....	ویدیوی ۲: جلسهٔ پیش از تعطیلات.....
۲۱۷.....	منابع.....

## فصل ۷ - تاکتیک‌های درمان و چالش‌های بالینی..... ۲۱۹

۲۲۰.....	تاکتیک ۱: برقراری قرارداد درمانی.....
۲۲۰.....	تاکتیک ۲: حفظ چارچوب درمانی.....
۲۲۰.....	مسدود کردن کنش‌نمایی داخل جلسه.....
۲۲۲.....	حذف نفع ثانویه.....
۲۲۴.....	تاکتیک ۳: انتخاب و دنبال کردن موضوع اولویت‌دار.....
۲۲۴.....	پایش سه مجرای ارتباط.....
۲۲۵.....	اصول اقتصادی (economic)، پویا و ساختاری.....
۲۲۸.....	پیروی از سلسله مراتب اولویت‌ها در رابطه با محتوا.....
۲۳۱.....	بحث در مورد انواع موانع واریسی انتقال.....
۲۳۹.....	تاکتیک ۴: واریسی دیدگاه‌های ناسازگار.....
۲۴۵.....	تاکتیک ۵: تنظیم شدت درگیری عاطفی.....
۲۴۶.....	انعطاف‌پذیری درمانگر در به کارگیری تاکتیک‌ها.....
۲۴۶.....	چالش‌های شایع درمان.....
۲۴۸.....	مدیریت موارد تهدید به خودکشی و اقدام به خودکشی در خلال درمان.....
۲۵۱.....	تهدید دیگران.....
۲۵۲.....	تهدید به پرخاشگری و مزاحمت.....
۲۵۳.....	تهدید عدم ادامهٔ درمان.....
۲۵۶.....	عدم تبعیت از درمان‌های کمکی.....
۲۵۷.....	درمان بیماران با سازمان شخصیتی مرزی و سابقهٔ سوءرفتار جنسی.....
۲۵۹.....	دوره‌های روان‌پریشی.....
۲۵۹.....	تجربهٔ روان‌پریشانهٔ حاد درون انتقال.....
۲۶۰.....	واکنش‌های تجزیه‌ای.....
۲۶۱.....	دوره‌های افسردگی.....
۲۶۱.....	ملاقات‌های اتاق اورژانس.....
۲۶۱.....	بستری‌سازی.....
۲۶۶.....	تماس‌های تلفنی بیمار.....
۲۶۶.....	غیبت درمانگر و مدیریت پوشش.....
۲۶۷.....	سکوت بیمار.....
۲۶۸.....	جسمانی‌سازی.....
۲۶۹.....	نکات مربوط به ویدیوی ۳: جلسهٔ طوفان عاطفی.....
۲۷۴.....	منابع.....

## فصل ۸ - مرحلهٔ اولیهٔ درمان..... ۲۷۵

۲۷۵.....	آزمودن چارچوب، نگاه‌داشت تکانه و شناسایی دوتایی.....
۲۷۶.....	ظرفیت حفظ رابطه با درمانگر.....
۲۷۶.....	اتحاد درمانی.....

۲۸۱	.....	آزمون درمان و چارچوب
۲۸۳	.....	غیبت جلسات در اوایل درمان
۲۸۴	.....	تحت کنترل درآوردن رفتارهای خودتخریبی و تکانشی
۲۸۴	.....	تهدید خودکشی و رفتار خودتخریبی
۲۸۴	.....	تعیین بندها و پارامترها در سیر درمان و ملاحظات پزشکی قانونی
۲۸۵	.....	خودتخریبی‌های غیرکشنده
۲۸۸	.....	طوفان‌های عاطفی و تحول آنها به روابط اُبژه غالب
۲۸۸	.....	طوفان‌های عاطفی آشکار
۲۸۹	.....	طوفان‌های عاطفی ساکت
۲۸۹	.....	مداخله در طوفان‌های عاطفی
۲۹۰	.....	زندگی بیرون از ساعت درمان
۲۹۰	.....	پیشرفت یک جلسه در مرحله اولیه درمان
۲۹۴	.....	خاتمه دادن جلسه
۲۹۵	.....	نمونه‌های بالینی جلسات اولیه
۳۰۱	.....	منابع

### **فصل ۹ - مرحله میانی درمان ..... ۳۰۳**

۳۰۳	.....	حرکت به سمت یکپارچگی همراه با دوره‌های پسرفت
۳۰۴	.....	کارهای اصلی مرحله میانی درمان
۳۰۵	.....	تعمیق درک الگوهای انتقالی عمده
۳۰۸	.....	گام‌های ادغام عاطفه منفی
۳۱۰	.....	پرخاشگری پنهان، تصاویر آرمانی جداشده و هدف عشق سالم
۳۱۲	.....	دامنه روابط جنسی در بیماران دارای سازمان شخصیتی مرزی
۳۱۳	.....	نفوذ پرخاشگری در رفتار جنسی
۳۲۲	.....	چالش زمانی که یکپارچگی شروع می‌شود و احساسات جنسی و عاشقانه ثبات بیشتری می‌یابند
۳۲۳	.....	تعمیق فهم دینیم‌سازی و تقلا به سمت یکپارچگی
۳۲۴	.....	شواهد دینیم‌سازی
۳۲۵	.....	تناوب بین یکپارچگی و پسرفت
۳۲۶	.....	دنبال کردن تغییر فرافکنی‌ها: یکپارچگی و پیشرفت در واقعیت‌سنجی
۳۲۷	.....	چرخه‌های افزایش یکپارچگی با فرافکنی محدود و کنترل‌شده‌تر
۳۲۹	.....	توسعه کانون درمان در مرحله میانی
۳۳۱	.....	برقراری توازن بین توجه به انتقال و زندگی بیرونی بیمار
۳۳۳	.....	ارتباط دادن بازنمودهای درونی همانندسازی‌های رشدی و فرافکنی‌ها
۳۳۶	.....	بهبود بیمار و واکنش
۳۳۷	.....	منابع

### **فصل ۱۰ - مرحله پیشرفته درمان و خاتمه ..... ۳۳۹**

۳۴۲	.....	ویژگی‌های بالینی مرحله پیشرفته
۳۴۲	.....	حل‌وفصل انتقال‌های ضداجتماعی/ سایکوبات و پارانوئید
۳۴۳	.....	بهبود کنش‌نمایی خارج از جلسات

۳۴۵	با کاهش فراکنی رابطه با درمانگر عمیق تر می‌شود.....
۳۴۹	نشانه‌های تغییر درون روانی ساختاری.....
۳۴۹	شواهد پیشرفت بیمار به سمت خودنگری.....
۳۴۹	وارسی اظهارات درمانگر.....
۳۵۰	نگه‌داشت و تحمل آگاهی از پرخاشگری و عشق.....
۳۵۱	تحمل خیال‌پردازی.....
۳۵۱	توانایی استفاده از تفسیر مکانیسم‌های دفاعی.....
۳۵۳	تغییر در پارادایم‌های انتقالی غالب.....
۳۵۵	موانع و معضلات در ورود مراحل پیشرفته درمان.....
۳۵۶	رویکردهای فنی در خلال مرحله پیشرفته درمان.....
۳۵۷	خطر انتقال متقابل مزمن پذیرش دیدگاه محدود درباره بیمار.....
۳۵۷	تکامل فنون.....
۳۵۹	خاتمه درمان.....
۳۵۹	بافتار نظری: جدایی بهنجار و مرضی.....
۳۶۲	خاتمه درمان: سازمان شخصیت مرزی، نوروتیک و بهنجار.....
۳۶۳	تبعات فنی.....
۳۶۵	واقعیت خاتمه.....
۳۶۵	انتقال متقابل درمانگر.....
۳۶۶	زمان‌بندی خاتمه درمان.....
۳۶۷	منابع.....

## فصل ۱۱ - مسیرهای تغییر در روان‌درمانی معطوف به انتقال..... ۳۶۹

۳۷۰	زیر گروه‌های تجربی بیماران مرزی.....
۳۷۱	تلویحات درمانی.....
۳۷۲	سازگاری بیمار در ابتدای درمان.....
۳۷۲	سطوح بالا و پایین سازمان مرزی.....
۳۷۲	گستره علائم و نقصان‌های کارکردی پیش از درمان.....
۳۷۳	تلویحات درمانی.....
۳۷۳	موضوعات انتقالی غالب در TFP.....
۳۷۳	تلویحات درمانی.....
۳۷۴	دلبستگی.....
۳۷۶	تغییر در سازمان دلبستگی و کارکرد ژرف‌اندیشی در TFP.....
۳۷۶	تعامل دلبستگی بیمار به درمانگر و دلبستگی درمانگر به بیمار.....
۳۷۹	تلویحات درمانی.....
۳۸۰	مسیرهای تغییر حاصل از مطالعات تجربی.....
۳۸۱	تلویحات درمانی.....
۳۸۱	نشانه‌های بالینی تغییر.....
۳۸۲	خلاصه.....
۳۸۳	منابع.....

## منابع..... ۳۸۵

واژه‌نامه انگلیسی به فارسی..... ۳۹۷

واژه‌نامه فارسی به انگلیسی..... ۳۹۹

در مورد مؤلفین..... ۴۰۰

# سخن مترجم

کتاب حاضر یکی از آثار برجسته اوتوکرنبرگ و همکارانش (فرانک یومانس و جان کلازکین) در مؤسسه اختلالات شخصیت دانشگاه ویل کورنل است و نویسندگان در این کتاب مفاهیم پیچیده روان‌درمانی تحلیلی و نظریه روابط ابژه را با زبانی ساده تشریح کرده‌اند. اوتوکرنبرگ در کنار آثار ارزشمند فراوانی که به جامعه علمی عرضه کرده است در سه زمینه شهرت جهانی دارد:

- ۱- تلفیق نظریات روان‌شناسی ایگو و نظریات کلاینی و روابط ابژه.
- ۲- تدوین رویکردی به نام روان‌درمانی معطوف به انتقال (TFP) که برای افراد دچار اختلالات شخصیت شدید طراحی شده است و تألیف کتب راهنمای این رویکرد.
- ۳- توجه به پژوهش در روان‌درمانی تحلیلی که به بخشی از این پژوهش‌ها در این کتاب اشاره شده است.

نقش کرنبرگ زمانی بیشتر خود را نشان می‌دهد که به یاد داشته باشیم روان‌درمانی تحلیلی با دو چالش بزرگ روبرو است: چالش اول کمبود شواهد پژوهشی در مورد اثربخشی است که البته بخشی از این نقصان به دلیل دشواری تصادفی‌سازی گروه‌های مورد پژوهش و معضل تکرارپذیری است. کرنبرگ و همکارانش با عملیاتی نمودن مفاهیم و تدوین کتب راهنما طی یک دوره تلاش مستمر و خستگی‌ناپذیر توانستند شواهد پژوهشی مهمی در زمینه مؤثر بودن روان‌درمانی پویا ارائه نمایند. چالش دوم روان‌درمانی تحلیلی این است که بسیاری از بیماران مبتلا به اختلال شخصیت شدید و بخصوص اختلال مرزی نمی‌توانند از روش‌های تحلیلی کاوشی سود ببرند و بیشتر درمانگران به دلیل ضعف ایگوی این بیماران و ناتوانی در تحمل اضطراب و ناکامی، روش‌های حمایتی را برای این گروه از بیماران توصیه می‌کنند. روان‌درمانی معطوف به انتقال دقیقاً برای پاسخ به این نیاز تدوین و طراحی شد و شواهد پژوهشی فعلی نشان می‌دهد این رویکرد در بیماران دچار اختلال شخصیت مرزی مؤثر است. اهمیت این موضوع در آن است که در حال حاضر بخش مهمی از مراجعین به سیستم خدمات بهداشت روان در بخش‌های دولتی و خصوصی را همین گروه از بیماران تشکیل می‌دهند.

در برگردان واژه‌ها تلاش نمودم واژه‌هایی نامأنوس به کار نرود و واژه جدیدی ارائه نشود، اما در مورد واژه day این امر میسر نشد. معادل‌های رایج این واژه عبارت‌اند از جفت و دوگانه. اما هر دو معادل مذکور به دلیل بار معنایی قبلی مناسب نیستند. جفت معمولاً در مورد دو مقوله همسان یا مشابه به کار می‌رود درحالی‌که در dyad ما با بازنمودهای خود و ابژه روبرو هستیم که با واژه جفت نمی‌توان مفهوم آن را منتقل کرد. واژه دوگانه شاید از نظر ادبی بیشتر به مفهوم dyad نزدیک باشد اما باز هم مقولاتی را به ذهن متبادر می‌کند که یک جوهره دو نمود متفاوت دارد مثل کارکرد دوگانه، روش دوگانه، دوگانگی منش و نظایر آن.

درحالی که در واژه اصلی منظور دو باز نمود است که هیچ یک نسبت به دیگری اصیل تر محسوب نمی شود. پس از مشورت با تنی چند از همکاران و اساتید (بخصوص استاد بزرگوار جناب دکتر محمد صنعتی) به این نتیجه رسیدم مناسب ترین معادل واژه "دوتایی" است هرچند واژه مأنوسی به نظر نمی رسد اما با توجه به اینکه کاربرد پیشین چندانی ندارد می تواند معادل مناسب تری باشد.

واژه مشکل ساز دیگر در این کتاب و کتب مشابه، object relation است که در برخی کتابها روابط موضوعی و گاهی روابط شیئی ترجمه شده که به هیچ وجه مفهوم را نمی رساند، چرا که منظور از object در اینجا افراد مهم زندگی (بخصوص در اوایل زندگی) است و واضح است که ما با "شی" یا "موضوع" ارتباط برقرار نمی کنیم. بسیار تلاش کردم واژه مناسبی بیایم اما متأسفانه هیچ واژه ای که این مفهوم را به درستی منتقل کند نیافتم و به همین دلیل از واژه "ابژه" و "روابط ابژه" استفاده کردم که تلفظ فرانسوی آن است و با آواشناسی فارسی هماهنگی بیشتری دارد و با آن به راحتی می توان مشتقات دیگری را ساخت. در پایان لازم به ذکر است که کتاب حاضر یکی از کتب کلیدی در آموزش روان درمانی معطوف به انتقال محسوب می شود و مطالعه آن برای تمامی درمانگران بخصوص کسانی که در حوزه درمان تحلیلی کار می کنند، دستیاران روان پزشکی و روان شناسان بالینی مفید خواهد بود. مثال های بالینی ارایه شده مفاهیم را به شکل زنده نمایش می دهند به درک عمیق این مفاهیم کمک شایانی می کنند.

**دکتر فرزین رضاعی**



## مقدمه

تکوین یک شیوه درمانی فرآیند بسیار فنی و طولانی است که مراحل متوالی از معاینه بررسی پاتولوژی بیمار تا تدوین اصول درمانی و رهنمودهایی برای پژوهش تجربی اثربخشی درمان در شرایط مختلف را شامل می‌شود. تحت رهبری ما (مدیر اتو کرنبرگ، معاون جان کلارکین و مدیر آموزش فرانک ای. یومانس) مؤسسه اختلالات شخصیت بررسی و درمان اختلالات شخصیت شدید را از ۱۹۸۰ دنبال کرده است. وقتی ما این اقدام را شروع کردیم بالینگران متخصصی به ما کمک کردند از جمله دکتر آن آپلبام، استیون باوئر، آرتور کار، پائولینا کرنبرگ، هارولد کوئینگزبرگ، جان اولدهام و میشل سلزر. در طول این سال‌ها ما با جذب بالینگران متخصص دیگری (مونیکا کلازسکی، جیل دیلانی و کی هاران) و همچنین پژوهشگران/ بالینگران متخصص در آسیب‌شناسی روانی و روان‌درمانی (نیکول کین، اوا کالیگور، دینا دیاموند، کارین انسینک، مارک لزن‌وگر، کنت لویی، کوین میهان، لینا نورماندین، مالی اوچیوگروسو و باری استرن) گروه خود را تقویت کرده‌ایم. ما از همکاری متخصصین علوم اعصاب از جمله بی. جی. کیسی، میشل پوسنر و دیوید سیلبرس‌ویگ بهره‌مند شده‌ایم.

نخستین راهنمای درمانی ما برای بیماران دچار اختلال سازمان شخصیت مرزی در ۱۹۹۹ منتشر شد (کلارکین و همکاران؛ ۱۹۹۹). اما رویکرد درمانی که ما توصیف می‌کنیم یعنی روان‌درمانی معطوف به انتقال (TFP) یک رویکرد ایستا نیست. با افزایش تجربه درمانی با طیف وسیعی از بیماران دچار آسیب مرزی و همچنین با گسترش درک ما از پاتولوژی بر اثر پیشرفت‌های نظری و داده‌های حاصل از مطالعات عصب-شناختی و رشدی، خود درمان تقویت شده و با دقت بیشتری تعریف شده است. هدف اختصاصی ما همچنان سازماندهی درمان برای خود اختلال شخصیت است نه علایم حاصل از ساختار شخصیتی مرضی. هدف بلندپروازانه گسترده ما تعدیل سازمان و ساختار پایه‌ای شخصیت فرد تحت درمان است. به‌علاوه پیشرفت‌های فنی همچنین ما را قادر ساخته متون چاپی را با نمایش‌های ویدیویی از جنبه‌های مختلف درمان همراه سازیم (به صورت آنلاین در [www.appi.org/yeomans](http://www.appi.org/yeomans)) تا سودمندی آموزشی این اثر افزایش یابد. ما از فتی اوزبی و الکساندر لائو برای کمک‌شان در تهیه ویدیوها و ویکتور گالوم و مرکز Psychotherapy.net برای اجازه بازتولید بخشهایی از ویدیوی ۱ مصاحبه ساختاری دکتر کرنبرگ تشکر می‌کنیم. ما از میشل آتنا مورگن و هندریک گرشویوس برای بازی ماهرانه‌شان در نمایش‌های ویدیویی سپاسگزاریم. همچنین از لیام او بروئین متشکریم که اجازه استفاده از اثر نقاشی‌اش در مورد یک دختر جوان را بر روی طرح جلد داد. آقای او بروئین که تصویری از کرنبرگ را کشیده اینک تصویرسازی کتابی را انجام داده که محور این کار است.

تدوین و پیشرفت درمان اختلالات شخصیت مرزی در طول ۲۵ سال گذشته پدیده‌ای عظیم و

خارق‌العاده بوده است. ما در مؤسسه اختلالات شخصیت این بخت را داشته‌ایم که تماس ویژه‌ای با دو گروه دیگر از مدرسین و محققین پژوهشگر این حوزه داشته باشیم. در سال‌های اولیه کارهایمان این شانس را داشتیم که با دکتر مارشال لینهان ارتباط داشته باشیم و از مشاوره او در مورد تدوین اولین درمان‌مان بهره‌مند شویم که بودجه آن کار به وسیله مؤسسه ملی سلامت روان تأمین شده بود. ما همچنین از حضور او در دانشگاهمان در خلال دوره فرصت مطالعاتی بهره‌مند شدیم و این فرصت را داشتیم که رویکرد خود را با ایده‌های در حال رشد او در مورد رفتار درمانی دیالکتیک مقایسه کنیم.

ما همچنین این بخت را داشته‌ایم که از همکاری با دکتر پیتر فوناجی و دکتر آنتونی بیتمن طراحان و مبدعین رویکرد مبتنی بر ذهنیت‌سازی (mentalization) در درمان بیماران مرزی بهره‌مند شویم. دکتر کرنبرگ به‌عنوان رئیس انجمن بین‌المللی روانکاوی (IPA) در تقویت رویکرد تجربی نسبت به درمان روانکاوانه بیماران نقش اساسی داشته است. او در تدوین برنامه آموزشی-پژوهشی (RTP) نقش داشت که این برنامه برای رشد مدرسین و محققین بوسیله IPA و کالج دانشگاه لندن طراحی شده بود. از زمان شکل‌گیری نطفه RTP دکتر فوناجی و کلارکین به مدت ۱۸ سال با هم کارکردند و ایده‌ها، داده‌ها و ارائه‌های پاورپوینت خود را با هم رد و بدل کردند و ساعت‌های لذتبخش زیادی را در رابطه با پاتولوژی و درمان بیماران مرزی با هم سپری کردند.

پیشرفت پژوهشی و بالینی در بهینه‌ترین حالت خود یک اقدام مشترک است. زمانی که ما اثرات TFP را در سرزمین آمریکا تدوین و آزمایش می‌کردیم تماس‌های همکاری با گروه‌های دانشگاهی و بالینی در آلمان، اتریش، کانادا، هلند، ایتالیا، اسپانیا، سوئیس، شیلی، بریتانیا، مکزیک، برزیل، دانمارک، ترکیه، سوئد، آرژانتین و استرالیا داشتیم. ما از طریق دیدگاه‌ها و اقدامات ویژه دکتر پیتر بوچیم توانستیم یک کارآزمایی بالینی تصادفی از TFP را در مونیخ آلمان و وین در اتریش حمایت کنیم (دورینگ و همکاران؛ ۲۰۱۰) که نتایج آن اعتقاد ما را در زمینه اثربخشی TFP در فرهنگ‌های غربی دیگر تقویت نمود.

ما همچنین از طریق کار با TFP برای بیماران بزرگسال دچار سازمان شخصیتی مرزی یک راهنمای درمانی برای تعمیم کاربست TFP برای بیماران دچار سازمان شخصیتی عالی‌تر نوشتیم. این کار با همکاری دکتر اوا کالیگور (کالیگور و همکاران؛ ۲۰۰۷) انجام شد. ما برای رسیدگی به نوجوانان دچار سازمان شخصیتی مرزی با همکاری دکتر لینا نورماندین و دکتر کاربن انسینک TFP را برای این گروه سنی تدوین کردیم.

در نیویورک TFP به‌عنوان یک برنامه آموزشی پس از فارغ‌التحصیلی و انتخابی محبوب در دانشگاه کلمبیا مرکز آموزش و پژوهش روانکاوانه ارائه می‌شود. سمینارهای آنلاین و گروه‌های سوپرویزن (نظارت) امکانات آموزشی را گسترش دادند. واحد TFP در تعداد فزاینده‌ای از برنامه‌های آموزش دست‌یاری روان‌پزشکی ارائه می‌شود از جمله در کالج پزشکی کورن‌ویل، مرکز پزشکی لانگون NYU و بیمارستان مونت‌سینای. به‌علاوه TFP در برنامه‌های تحصیلات تکمیلی در روان‌شناسی بالینی از جمله برنامه دکتر در دانشگاه ایالتی نیویورک، دانشگاه ایالت پنسیلوانیا و دانشگاه لاول تدریس می‌شود.

بنابراین این آخرین نسخه رویکرد درمانی ما محصول مشترک کاری است که در مؤسسه اختلالات شخصیت در نیویورک به وسیله همکارانمان در ایالت متحده و همکاران بین‌المللی انجام شده که خود را وقف بهبود درمان بیماران دچار اختلالات شدید شخصیت کرده‌اند. این اقدام مشترک نه تنها لذتبخش است بلکه همچنین کاربردپذیری اصول TFP را در بسترهای فرهنگی متفاوت تقویت می‌کند و به همین خاطر ما عمیقاً از این افراد سپاسگزاریم.

جامعه هدف این کتاب همه متخصصین بهداشت روانی است که با افراد دچار اختلالات شدید تا متوسط شخصیت کار می‌کنند. پژوهش‌های ما در مورد بیماران دچار تشخیص اختلال شخصیت مرزی براساس DSM-IV بوده است (BPD؛ انجمن روان‌پزشکی آمریکا ۱۹۹۴) اما در این کتاب ما بر گروه گسترده‌تری از بیماران دچار سازمان شخصیت مرزی تمرکز داریم (BPO). در این کتاب اصطلاح مرزی و پاتولوژی مرزی به BPO برمی‌گردد؛ طبقه‌ای که اختلال شخصیت مرزی با تعریف محدود را نیز در بر می‌گیرد. ما در این کتاب در مورد پایه‌های پاتولوژی مرزی (فصول یک و دو) بحث می‌کنیم و ارزیابی اولیه و راهبردها تفکیک‌ها و فنون TFP را توضیح می‌دهیم (فصول ۳ تا ۷). در فصول ۸ تا ۱۰ ما بر مراحل اولیه، میانی و پایانی درمان طولانی‌مدت TFP تمرکز خواهیم کرد که هدف آن تغییر شخصیت و علایم است. در فصل ۱۱ شیوه‌های مختلف درک سیر تغییر در بیماران مرزی در TFP را مرور خواهیم کرد.

در مراحل اولیه کار ما دکتر جerald کلرمن به ما مشورت داد که یک راهنمای درمانی باید اصول مداخله را با موارد بالینی بیامیزد تا نشان دهد که این اصول در موقعیت‌های نسبتاً متفاوت قابل اجراست. ما این توصیه ایشان را به جان خریدیم و در سرتاسر این کتاب بحث عمقی از موارد افراد را با اصول درمان ادغام کردیم. با توجه به تنوع اختلال‌های شدید شخصیت، هر بیمار و درمان او منحصر به فرد هستند و بنابراین ما اصول درمان را در مورد هر موقعیت با هم تلفیق می‌کنیم. آفت هر راهنمای درمانی این است که ممکن است طوری استفاده شود که انگار با وصل کردن تعدادی نقطه شماره‌گذاری شد، می‌توان نقاشی کشید. کاربرد کلمه به کلمه و کورکورانه این راهنما محصول بیجانی ایجاد خواهد کرد. در عوض ما تلاش می‌کنیم مقدمه‌ای تدارکاتی را توصیف کنیم که به دنبال آن دنیای درونی بیمار به شکلی زنده و اغلب شدید و در تعامل با درمانگر در طول زمان آشکار می‌شود. از این منظر ما از بیمارانی که فرصت درمان را داشتند و از چیزهایی که به ما یاد دادند سپاسگزاریم. متأسفانه همچنان اختلال شخصیت مرزی و مبتلایان به آن در معرض سوءتفاهم، انگ و فقدان منابع درمانی کافی هستند. در اینجا جا دارد از بی و میشل توسیانی، پائول توسیانی-انگ، دکتر وین فرد کریست و مرکز منابع اختلالات شخصیت مرزی برای کار خستگی‌ناپذیرشان در پرداختن به این مشکلات تشکر کنیم.

هدف این کتاب آشنا کردن خواننده با راهبردها، تاکتیک‌ها و فنون TFP است که در طول زمان در درمان بیماران دچار اختلال شخصیت مرزی و سازمان شخصیتی مرزی به کار گرفته می‌شود. برای دستیابی به این هدف این کتاب هم حاوی اصول درمان است و هم مثال‌هایی از کاربست اصول در بیماران مشخص و موقعیت‌های منحصر به فرد آنها را ارائه کرده است. این فرآیندی است که هر بالینگری نیاز دارد آن را

تکرار کند: کاربرد اصول TFP در مورد مختصات هر بیمار خاص. این روش درمان پویای طولانی مدت را توجیه پذیر می کند؛ درمانی که نمی توان آن را به شکلی از پیش تعیین شده طی گام های ثابت در مورد فردیت هر بیمار به کار گرفت.

ما بسیار مدیون دو نفر از مسئولان روان پزشکی در کالج پزشکی ویل کورنل هستیم که تحت حمایت و راهنمایی های آنها توانستیم کار کنیم: دکتر رابرت میشل و دکتر جک براچاس قدردان تلاش های ما بودند پشتکار ما را تشویق کردند و اشتباهات ما را تحمل نمودند.

فرانک ا. یومانس

جان ف. کلارکین

اتو ف. کرنبرگ

# راهنمای ویدیوها

تغییر مهم این آخرین توصیف درمان ما لحاظ کردن نمایش‌های ویدیویی درمان است. ماهیت فرد ویژه روان‌درمانی (اختصاصی برای هر زوج بیمار- درمانگر) ایجاد می‌کند که در مورد نحوه استفاده از مثال‌های ویدیویی که همراه این کتاب است توضیحاتی ارائه شود. همچون هر جلسه درمانی واقعی این ویدیوها نشان‌دهنده تعامل منحصر به فردی هستند که دقیقاً شبیه جلسات دیگر نیستند. اما ما مثال‌ها را کنار هم گذاشته‌ایم تا تصویر نسبتاً روشنی از اصول و فنون درمان را در عمل نشان دهیم. هر جلسه همراه با توضیحاتی است که گفتگوها و تعامل داخل جلسه را به مطالب ارائه شده در فصول مربوط به راهبردها، تاکتیک‌ها و فنون مرتبط می‌سازد. از آنجا که جلسات درمانی فصل مشترک بین مجموعه‌ای از ایده‌ها و یک تجربه مشترک است در ویدیوها ما تلاش می‌کنیم نیاز درمانگر به تفکر خودبنیاد در مورد آنچه بین او و بیمار در جریان است و نیز ارتباط این تعامل با حال و هوای بیمار و تجربه درونی خود درمانگر را نشان دهیم.

ویدیوی ۱-۱ "توصیف خود و توصیف دیگران" را باید پس از فصل ۴ مشاهده نمود (مرحله ارزیابی). این ویدیو پنجره مختصری به بخشی از مصاحبه ساختاری می‌گشاید؛ زمانی که درمانگر از بیمار می‌خواهد خود و افراد دیگر را توصیف کند. این بخش نشان می‌دهد که این سؤالات به ظاهر ساده چقدر دشوار هستند و نشان می‌دهد نوع پاسخ‌هایی که ممکن است از سوی کسی که ساختار درونی‌اش دست‌خوش پراکندگی هویت است چگونه خواهد بود. بخش‌های ویدیویی دیگر نشان‌دهنده کاربرد تاکتیک‌ها و فنون TFP هستند. ویدیوهای ۱-۲ و ۱-۳ (بی‌طرفی فنی و رویارویی ماهرانه) همچون ویدیوی ۱-۱ از نمایش ویدیویی انتخاب شده است که به‌طور کامل در *Psychoanalytic Psychotherapy* موجود است و آن را می‌توان در آدرس زیر یافت: <http://www.psychotherapy.net/video/psychoanalytic-psychotherapy-otto-kernberg>. این بخش‌ها لحظاتی از درمان را نشان می‌دهند که درمانگر اطلاعات کافی از فرآیند شفاف‌سازی را به دست آورده و به سمت رویارویی ماهرانه و تفسیرهای اولیه حرکت کرده است. ویدیوهای مزبور را باید بعد از فصل ۶ یعنی فنون درمان مشاهده کرد.

ویدیوهای ۱-۲ و ۲-۲ (جلسه قبل از تعطیلات) با بتی و دکتر ام (Em) را باید پس از فصل ۶ مشاهده نمود. توضیحات ارائه شده در پایان این فصل نشان می‌دهد که چگونه بخش نخست جلسه نشانگر تعامل بین بسط دوتایی فعال، توجه به چارچوب درمان و ارائه یک تفسیر است. این بخش جلسه همچنین نشان می‌دهد چگونه کنترل و تفسیر عاطفه می‌تواند به بیمار کمک کند از کنش‌نمایی به سمت تعمق (ژرف‌اندیشی) روی آن پیش رود.

ویدیوهای ۱-۳ و ۲-۳ و ۳-۳ (طوفان عاطفی) را باید پس از فصل ۷ (تاکتیک‌های درمان و چالش‌های

بالینی) مشاهده نمود. هر چند همچون سایر ویدیوها عناصر درمان در هم تنیده شده‌اند اما این بخش نشان می‌دهد چگونه درمانگر دکتر همیلتون با خطر پایان درمان از سوی بیمار و طوفان عاطفی مقابله می‌کند. دکتر همیلتون به بیمار (کارولین) کمک می‌کند تجربه خود و دیگری را که زیربنای مشکلات اوست بسط دهد و کمک‌اش می‌کند از بخش‌های دیگری از دنیای درونی‌اش آگاهی پیدا کند که جدا افتاده‌اند و از طریق مجاری ارتباطی دیگر ابراز می‌شوند.

باید توجه داشت که این ویدیوها مبتنی بر موارد درمان واقعی هستند اما این موارد شرایط زیر را داشته‌اند: ۱- کاملاً تحریف شده‌اند و ۲- بخش‌هایی از آنها تلفیق شده‌اند تا محرمانگی اسرار بیماران حفظ شود. همه بیماران که در این ویدیوها دیده می‌شوند بازیگر هستند و بیمار واقعی نیستند و هرگونه شباهت آنها با بیمار واقعی صرفاً تصادفی است. خواننده باید توجه داشته باشد که هرچند بازیگران (میشل آتنا مورگن و فرانک یومانس) در جلسه پیش از تعطیلات و طوفان عاطفی یکی هستند اما جلسات معرف دو درمان متفاوت هستند.

◀ **مثال ویدیویی:** راهنماهای ویدیویی که در متن ارائه شده‌اند نشان‌دهنده روایت‌هایی برحسب عنوان و زمان هستند.

این ویدیوها را می‌توان به صورت آنلاین با جستجو در آدرس [www.appi.org/yeomans](http://www.appi.org/yeomans) و با استفاده از نرم‌افزار ویدیو پلیمر مشاهده نمود. این ویدیوها با اکثر سیستم‌های عامل از جمله سیستم‌های عامل موبایل IOS ۵,۱ و آندروید ۴,۱ و بالاتر سازگاری دارند.

## روایت‌های ویدیویی

خواننده باید بداند که ویدیوهای ۲-۱ و ۳-۱ (بی‌طرفی فنی و رویارویی ماهرانه) ویدیوی ۱-۲ و ۲-۲ (جلسه پیش از تعطیلات) و ویدیوی ۱-۳ و ۲-۳ و ۳-۳ (طوفان عاطفی) هر یک معرف جلسه‌ای هستند که به دلایل فنی حاوی انقطاع لازم نیستند. خواننده باید هر یک از آنها را یک جلسه پیوسته در نظر بگیرد.

### فصل ۴. مرحله ارزیابی: ارزیابی بالینی و انتخاب درمان

ویدیوی ۱-۱: توصیف خود و توصیف دیگری (۴:۲۴)

### فصل ۶. فنون درمان: مداخلات لحظه به لحظه و مکانیسم‌های تغییر

ویدیوی ۲-۱: بی‌طرفی فنی و رویارویی ماهرانه بخش ۱ (۹:۱۵)

ویدیوی ۳-۱: بی‌طرفی فنی و رویارویی ماهرانه بخش ۲ (۱۰:۰۸)

ویدیوی ۱-۲: جلسه پیش از تعطیلات بخش ۱ (۹:۲۴)

ویدیوی ۲-۲: جلسه پیش از تعطیلات بخش ۲ (۶:۱۲)

### فصل ۷. تاکتیک‌های درمان و چالش‌های بالینی

ویدیوی ۱-۳: طوفان عاطفی بخش ۱ (۹:۲۸)

ویدیوی ۲-۳: طوفان عاطفی بخش ۲ (۹:۲۶)

ویدیوی ۳-۳: طوفان عاطفی بخش ۳ (۱۰:۱۰)

فصل ۸. مرحله اولیۀ درمان: امتحان چارچوب، محدود کردن تکانه و شناسایی دوتایی‌ها (dyads)

ویدیوی ۱-۲: جلسه پیش از تعطیلات بخش ۱ (۹:۲۴)

ویدیوی ۲-۲: جلسه پیش از تعطیلات بخش ۲ (۶:۱۲)

ویدیوی ۱-۳: طوفان عاطفی بخش ۱ (۹:۲۸)

ویدیوی ۲-۳: طوفان عاطفی بخش ۲ (۹:۲۶)

ویدیوی ۳-۳: طوفان عاطفی بخش ۳ (۱۰:۱۰)

فصل ۹. مرحله میانی درمان: حرکت به سمت یکپارچگی همراه با دوره‌هایی از پسرقت

ویدیوی ۱-۲: جلسه پیش از تعطیلات بخش ۱ (۹:۲۴)

ویدیوی ۲-۲: جلسه پیش از تعطیلات بخش ۲ (۶:۱۲)





# ماهیت سازمان شخصیتی بهنجار و نابهنجار

مدل اختلالات شخصیت و درمان آن که در این کتاب توصیف شده مبتنی بر نظریه روانکاوانه معاصر روابط اُبژه است که توسط کرنبرگ (۱۹۸۴، ۱۹۹۲) تدوین شد و با پژوهش‌های اخیر پدیدارشناسی و عصبی‌زیستی بسط یافته است (کلارکین و دپانفیلیس ۲۰۱۳؛ کلارکین و پوسنر ۲۰۰۵؛ دپیو و لنزنوگر ۲۰۰۱). قضیه بنیادین در مفهوم‌پردازی روان‌پوشی و درمان بیماران دچار اختلالات شخصیت این است که رفتارهای قابل مشاهده و آشفتگی‌های ذهنی این بیماران بازتاب ویژگی‌های مرضی ساختارهای روان‌شناختی زیربنایی است و این ساختارها توازن رضایت‌بخش بین چالش درونی و بیرونی را برقرار می‌کنند که بر هر فردی تأثیر دارد. در راستای این مفهوم‌پردازی ما ابتدا علایم و رفتارهای مشهود بیماران دچار اختلال شخصیت مرزی (BPD) مرور می‌کنیم. به دنبال مرور رفتارهای مشهود مورد بررسی در متون تجربی ماهیت شخصیت از دیدگاه روابط اُبژه را در قالب ساختارهای روانی زیربنایی توصیف می‌کنیم که تصور می‌شود هدایتگر رفتارهای مشهود هستند. هم رفتارهای مشهود و هم ساختارهای زیربنایی، رویکرد ما را از نظر طبقه‌بندی تشخیصی برای پاتولوژی شخصیت، مسایل ارزیابی و اهداف مداخلات درمان تحت تأثیر قرار داده است.

در این فصل ما مرور وسیعی از پاتولوژی مرزی ارائه نمی‌کنیم زیرا این کار در جای دیگری انجام شده است. (کلارکین و همکاران؛ زیر چاپ). هدف اصلی ما در این فصل این است که به بالینگر مدلی از پاتولوژی مرزی را نشان دهیم که برای ارزیابی ماهرانه و طرح‌ریزی درمان ضروری است. بالینگر باید تصویری کلی از پاتولوژی مرزی که در پدیدارشناسی قابل مشاهده است داشته باشد و همچنین مدلی از بازنمودهای

ذهنی خود و دیگران که این بیماران بر اثر تجارب رشدی خود درونی کرده‌اند. علی‌رغم مدل‌های ناقص پاتولوژی مرزی که در این رشته امروزه وجود دارند (لزن‌وگر و کلازکین؛ ۲۰۰۵) بالینگر باید یک مدل کارآمد مبتنی بر تجربه را از این اختلال داشته باشد که او را در مداخلات لحظه به لحظه در تعامل با این بیماران هدایت کند. بنابراین ما در این فصل ابتدا از منظر پدیدارشناسی و سپس از دیدگاه ساختاری پاتولوژی مرزی را توصیف می‌کنیم.

## دو رویکرد در قبال پاتولوژی مرزی

اتو کرنبرگ و جان گاندرسون پیشگام توصیف پاتولوژی مرزی و تبیین سندرمی هستند که امروزه اختلال شخصیت مرزی نامیده می‌شود و ابتدا در DSM-III (انجمن روان‌پزشکان آمریکا ۱۹۸۰) ارائه شد. مفهوم ساختار شخصیتی پیش‌اسکیزوفرنیک، حالت‌های مرزی، منش روان‌پریشانه و شخصیت مرزی از تجربیات درمان بالینی با بیمارانی حاصل شد که به شدت آشفته بودند و علائم متعددی داشتند (کرنبرگ ۱۹۷۵). برای مثال نایت (۱۹۵۴) نوعی ضعف ایگو توصیف کرد که منجر به پسرقت شدید در انتقال و نیاز به تعدیل رویکرد روان‌درمانی داشت. کرنبرگ بر پایه تجربیاتش با بیماران دچار اختلال شخصیت که به‌عنوان بخشی از پروژه روان‌درمانی بنیاد منینگر تحت مطالعه قرار گرفته بودند (۱۹۷۵) این بیماران را دارای ساختار روان‌شناختی مرضی ثابت و اختصاصی توصیف کرد که با بیماران روان‌نژند و بیماران طیف روان‌پریشی متفاوت بودند و این گروه را دچار سازمان شخصیتی مرزی نامید (BPO). این بیماران وقتی در درمان روان‌کاوی کلاسیک قرار می‌گیرند مستعد از دست دادن واقعیت‌سنجی و عقاید هذیانی محدود به انتقال هستند. کرنبرگ با استفاده از مفاهیم دونیم‌سازی دفاعی (فربرن ۱۹۴۳؛ یاکوبسون ۱۹۵۴، ۱۹۵۷، ۱۹۶۴؛ کلاین ۱۹۴۶) این بیماران را در قالب پاتولوژی توصیفی و نیز سطح سازمان ساختاری شامل فقدان تحمل اضطراب، ضعف کنترل تکانه، فقدان مجاری والایشی توسعه‌یافته (ضعف ایگو) و روابط ابژه درونی شده مرضی توصیف نمود.

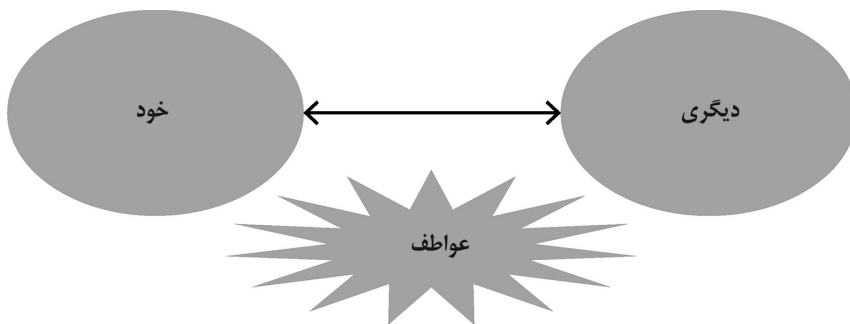
وقتی کرنبرگ (۱۹۷۵، ۱۹۸۴) این بیماران را در قالب پاتولوژی توصیفی و خصوصیات ساختاری توصیف نمود سایر پژوهشگران (گرینکر و همکاران ۱۹۶۸؛ گاندرسون و کولب ۱۹۰۸) از رویکرد کاملاً توصیفی برای شناسایی بیماران دچار عواطف شدید به‌خصوص خشم و افسردگی استفاده کردند و زیرگروهی از این بیماران را توصیف نمودند. بسیاری از خصوصیات توصیفی این بیماران برای تدوین تشخیص اختلال شخصیتی مرزی برای نخستین بار در نظام تشخیصی استفاده شد (انجمن روان‌پزشکی آمریکا ۱۹۸۰).

در مابقی این فصل ما پاتولوژی مرزی را از دیدگاه روابط ابژه و ساختاری توصیف می‌کنیم. در فصل ۲ رشد تجربی روان‌درمانی معطوف به انتقال ما این درک ساختاری را با حجم روزافزون پژوهش‌ها در مورد کارکرد رفتاری و عصبی شناختی بیماران دچار پاتولوژی مرزی تلفیق خواهیم کرد.

## پاتولوژی مرزی: سازمان ساختاری

قضیه بنیادین مفهوم‌پردازی روان‌پوشی و درمان بیماران دچار اختلالات شخصیت این است که رفتارهای مشهود و آشفتگی‌های ذهنی این بیماران منعکس‌کننده خصوصیات مرضی زیربنای ساختارهای روان‌شناختی است. ساختار روان‌شناختی عبارت است از یک الگوی پایدار و ثابت کارکردهای روانی که رفتار، ادراک‌ها و تجربیات ذهنی فرد را سازمان می‌دهد. یک ویژگی محوری ساختار روان‌شناختی بیماران دچار اختلالات شدید شخصیت، ماهیت و شدت یکپارچگی حس آنها در مورد خود و دیگران است. سطح سازمان شخصیت که با شدت اختلالات شخصیت ربط دارد (از سطح بهنجار تا روان‌نژند نوروپیک و تا مرزی و روان‌پریشانه) تا حدود زیادی به این سطح یکپارچگی و ادغام بستگی دارد.

در نظریه روابط ابژه (یاکوبسون ۱۹۶۴؛ کرنبرگ ۱۹۸۰؛ کلاین ۱۹۵۷؛ ماهلر ۱۹۷۱) بر این نکته تأکید می‌شود که سائق‌های (drives) توصیف شده توسط زیگموند فروید (لیبیدو و پرخاشگری) همواره در رابطه با یک دیگری خاص تجربه می‌شوند یعنی ابژه سائق. روابط ابژه‌ای درونی شده واحدهای ساختاری، ساختارهای روان‌شناختی هستند و به سازماندهی انگیزش و رفتار کمک می‌کنند. این واحدهای ساختاری واحدهای متشکل از بازنمودهای خود و بازنمود دیگری هستند که به وسیله عاطفه مرتبط و معرف یک سائق به هم متصل می‌شوند (شکل ۱-۱). این واحدهای خود-دیگری و عاطفه متصل‌کننده آنها را دوتایی‌های روابط ابژه می‌نامیم. باید توجه داشت که خود و ابژه در این دوتایی‌ها بازنمودهای درونی دقیقی از کل خود یا کل دیگری نیستند و همچنین بازنمودهای صحیحی از تعامل واقعی در گذشته به حساب نمی‌آیند بلکه بازنمودهایی از خود و دیگری هستند که در لحظات پرعاطفه اختصاصی در سیر رشد اولیه تجربه شده و درونی شده‌اند و سپس به وسیله نیروهای درونی مانند عواطف و خیال‌پردازی‌های اولیه پردازش شده‌اند.



دوتایی روابط ابژه

شکل ۱-۱. زیربنای نظری روان‌درمانی معطوف به انتقال: نظریه روابط ابژه.

## رشد بهنجار شخصیت و انحرافات آن

پاتولوژی مرزی وقتی بهتر فهمیده می‌شود که با مفهوم روشن عملکرد شخصیت بهنجار مقایسه شود. در هر دو ارزیابی (فصل ۴ مرحله ارزیابی) و درمانگر روان‌درمانی معطوف به انتقال (TFP) پیوسته عملکرد بیمار را با فرد دارای سطح بهنجار سازمان شخصیتی مقایسه می‌کند. اهداف درمانی طی گام‌های متوالی کمک به بیمار برای پیشرفت از عملکرد شخصیتی نابهنجار به سمت عملکرد بهنجار حاصل می‌شود (جدول ۱-۱).

شخصیت تلفیقی است از الگوهای رفتاری با ریشه‌های مزاجی، قابلیت‌های شناختی، منش و نظام‌های ارزشی درونی‌شده (کرنبرگ و کالیگور ۲۰۰۵). منظور از مزاج (temperament) استعداد سرشتی نسبت به الگویی از واکنش‌ها در قبال محرک‌های درونی و محیطی است که شامل شدت، آهنگ و آستانه پاسخ‌های عاطفی می‌شود. آستانه سرشتی برای فعال‌سازی عواطف پاداش‌ده، لذت‌بخش و مثبت و عواطف منفی و دردناک معرف مهم‌ترین پیوند بین جنبه‌های روان‌شناختی و زیستی شخصیت به شمار می‌آید (کرنبرگ ۱۹۹۴). شدت، نوع و طیف عاطفی که توسط کودکان در توالی رشد تجربه می‌شوند در فهم سازمان شخصیتی مرزی حائز اهمیت است. جای شگفتی ندارد که عاطفه با بافتار مراقبت کودک ارتباط دارد (کوچانسکا ۲۰۰۱). الگوهای دلبستگی بین مادر و کودکان کم‌سن و سال (در حد ۱۴ ماهگی) با نمایش عاطفی در شرایط آزمایشگاهی مرتبط بوده است. در این شرایط به مرور زمان کودک ایمن کمتر خشمگین می‌شود در حالی که کودکان نایمن عواطف منفی بیشتری را نشان می‌دهند.

فرآیندهای شناختی نقش اساسی در ادراک واقعیت و سازماندهی رفتار نسبت به اهداف بیان‌شده بازی می‌کنند. فرآیندهای شناختی همچنین در رشد و تعدیل پاسخ‌های عاطفی نقش اساسی دارند. بازنمودهای شناختی عاطفه بر آستانه فعال‌سازی عاطفه تأثیر می‌گذارند. این فرآیندهای شناختی در تحول حالات عاطفی ابتدایی و پیشرفت آنها به سمت تجربیات هیجانی پیچیده نقش مهمی ایفا می‌کنند. با ادغام یادگیری حاصل از الگوهای ارایه شده توسط مراقبین و استعداد سرشتی، توانایی شناختی برای تنظیم توجه و کنترل هدفمند شکل می‌گیرد.

منش-تظاهر رفتاری هويت- یک سازمان پویای الگوهای رفتاری است که مشخصه هر فرد به‌خصوص به حساب می‌آید. منش شامل سطح و میزان سازماندهی الگوهای رفتاری و میزان انعطاف‌پذیری یا انعطاف‌ناپذیری رفتارها در موقعیت‌های محیطی مختلف است. منش منعکس‌کننده اثرات یکپارچگی روابط درونی شده بی‌شمار بین خود و دیگران است که در الگوهای درونی رفتار نقش داشته‌اند. پیامد ذهنی منش ساختار هويت است یعنی ادغام همه بازنمودهای خود این واحدهای دوتایی درون خودپنداره پیچیده و باثبات که با ادغام بازنمودهای ابژه در مفاهیم یکپارچه دیگران مهم ارتباط دارد. منش و هويت جنبه‌های تکمیل‌کننده یکدیگر هستند. هويت شامل مفهوم یا مفاهیم فرد از خود یا دیگری ساختاری روان‌شناختی فراهم می‌کند که سازماندهی پویای منش را تعیین می‌کند.

درونی‌سازی روابط ابژه مهم به یک ساختار ذهنی اساسی‌تر از نظام یکپارچه ارزش‌های اخلاقی

## جدول ۱-۱. جنبه‌های سطح سازمان شخصیت

سازمان بهنجار	سازمان روان‌نژند (نوروتیک)	سازمان مرزی
<p>حس یکپارچه از خود و دیگران؛ سرمایه‌گذاری در کار روابط و تفریحات</p> <p>استفاده از دفاع‌های پیشرفته؛ انعطاف‌پذیری</p> <p>ادراک درست از خود در مقابل غیرخود. بیرون در</p> <p>مقابل درون؛ همدلی با ملاک‌های اجتماعی واقعیت</p>	<p>حس منسجم از خود و دیگران اما یک عنصر از زندگی روانی کاملاً ادغام نشده است؛ سرمایه‌گذاری در کار، روابط و تفریحات</p> <p>استفاده از دفاع‌های پیشرفته‌تر؛ انعطاف‌ناپذیری</p> <p>ادراک صحیح خود در مقابل غیرخود. بیرون در</p> <p>مقابل درون؛ همدلی با ملاک‌های اجتماعی واقعیت</p>	<p>حس نامنسجم از خود و دیگران؛ سرمایه‌گذاری ضعیف بر روی کار، روابط و تفریحات</p> <p>استفاده از دفاع‌های ابتدایی</p> <p>درجات متغیری از همدلی همراه با ملاک‌های اجتماعی واقعیت؛ درجاتی از سردرگمی و تحریف در خود و غیر خود، درون و بیرون</p>
		<p>هویت</p> <p>دفاع‌ها</p> <p>واقعیت‌سنجی</p>

می‌انجامد که در نظریه روان‌کاوی به شکل‌گیری سوپر ایگو منجر می‌شود. در رشد پاتولوژی مرزی آشفتگی این ساختار طبقات بالینی، درمانی و پیش‌آگهی مهمی دارد.

## سازمان شخصیتی بهنجار

فرد دچار سازمان شخصیتی بهنجار قبل از همه مفهوم یکپارچه و منسجمی از خود و دیگران مهم‌زندگیش دارد که در مفهوم هویت او جذب شده است. این مفهوم شامل حس منسجم درونی از خود و رفتاری است که منعکس‌کننده انسجام خود است. این حس منسجم از خود پایه عزت نفس، شادکامی، توانایی لذت بردن از روابط با دیگران و تعهد به کار و حس تداوم در طول زمان است. حس منسجم و یکپارچه از خود در تحقق توانایی‌ها، تمایلات و اهداف بلندمدت فرد نقش دارد. به همین ترتیب مفهوم یکپارچه و منسجم از دیگران در ارزیابی واقع‌بینانه دیگران شامل همدلی و مهارت اجتماعی نقش دارد و بنابراین در توانایی فرد برای تعامل و ارتباط موفق نقش ایفا می‌کند. حس یکپارچه از خود و دیگران در ظرفیت فرد برای استقلال بالغانه نقش دارد که این ظرفیت در توانایی فرد برای برقراری تعهد هیجانی نسبت به دیگران و در عین حال انسجام و خودمختاری خود نقش دارد. ظرفیت فرد برای برقراری روابط عاشقانه باثبات و صمیمانه و ادغام‌گرایش‌های شهوی و شفقت در این روابط پیامد دیگری از هویت منسجم محسوب می‌شود.

خصوصیت ساختاری دوم سازمان شخصیتی بهنجار، وجود طیف گسترده‌ای از تجربیات عاطفی است. فرد دچار سازمان شخصیتی بهنجار توانایی تجربه طیفی از عواطف پیچیده و تنظیم‌شده را بدون از دست دادن کنترل تکانه دارد. این ظرفیت هم با هویت و هم با سطح مکانیسم‌های دفاعی فرد ارتباط دارد. مکانیسم‌های دفاعی جنبه‌هایی از دستگاه روان‌شناختی فرد هستند که به وی کمک می‌کنند بین اضطراب مرتبط با تعارضات درون خود (بین احساسات محبت‌آمیز و احساسات نفرت‌آمیز یا بین امیدال قوی و منع‌های درونی بر علیه این امیدال) یا بین میل‌های درونی و مقتضیات بیرونی تعادلی برقرار کند. هویت منسجم همراه با دفاع‌های روان‌شناختی به فرد امکان می‌دهد عواطف شدید را در بافتاری از بنیان مستحکم و پیوسته تجربه درونی‌شده تجربه کند که به فرد کمک می‌کند عواطف را بفهمد و آن را جذب کند. برای افراد دچار اختلالات شخصیت، عنصر ابتدایی پایه درمان فراهم کردن محیطی است که در آن درمانگر بتواند به نگهداشت عواطف شدید اقدام کند. عواطفی که بیمار در نگهداشت آنها و هضم نمادین آنها از طریق زبان مشکل دارد.

ویژگی سوم سازمان شخصیتی بهنجار وجود یک نظام یکپارچه از ارزش‌های درونی‌شده است. نظام پخته ارزش‌های درونی با ریشه‌های رشدی آن در ارزش‌ها و منع‌های والدین به‌صورت غیرقابل انعطاف به منع‌های والدین متصل نشده است بلکه نظامی پایدار، فردویژه و مستقل از روابط بیرونی با دیگران است خود را نشان می‌دهد این ساختار درونی از ارزش‌ها به شکل حس مسئولیت‌پذیری شخصی، توانایی خودارزیابی واقع‌بینانه و خودانتقادگری و تصمیم‌گیری انعطاف‌پذیر و همراه با تعهد به معیارها، ارزش‌ها و آرمان‌ها خود را نشان می‌دهد.

## عوامل رشدی

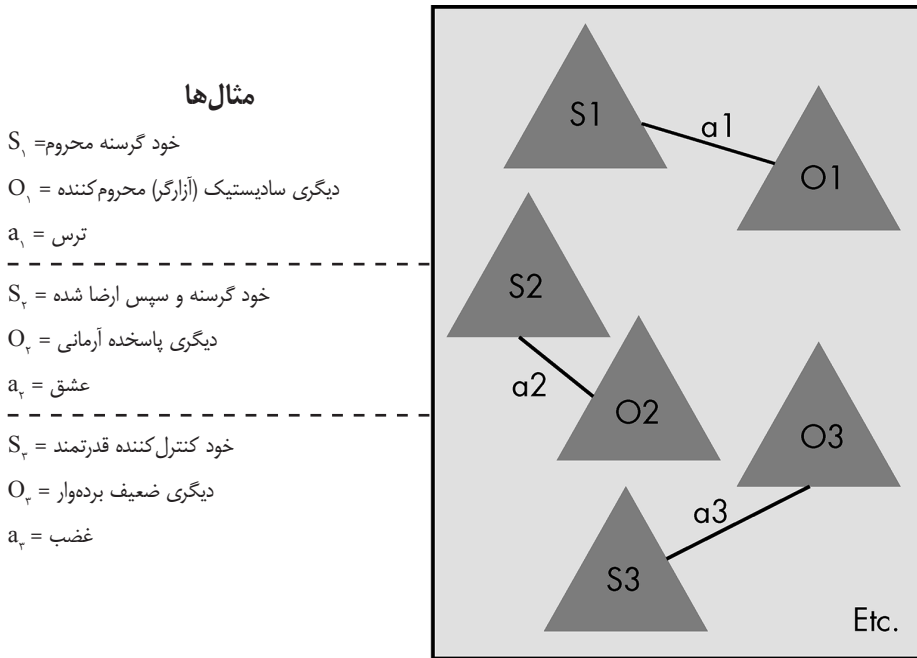
دوتایی‌های روابط اُبژه درونی‌شده، واحدهای ساختاری روان هستند. در سیر رشد نوزاد، دوتایی‌های درونی متعددی بر پایه تجربیات توأم با عواطف شدید شکل می‌گیرند. این دوتایی‌ها به پیشگونه تجربه فرد از خود و دیگری تبدیل می‌شوند. شکل ۲-۱ چندین دوتایی غالب را در میان دوتایی‌های محتمل دیگر نشان می‌دهد که عموماً در سیر رشد، درونی می‌شوند.

نظریه روابط اُبژه می‌گوید که تلفیق مزاج کودک و تجربه تعامل‌های توأم با عواطف شدید با مراقبین در محیط در رشد کودک اهمیت اساسی دارد. تعاملات اولیه بین کودک و مراقب، عناصر عملیاتی در درونی‌سازی تدریجی بازنمود دنیای بیرونی توسط کودک هستند. این تعامل‌ها به شیوه‌ای درونی می‌شوند که تحت تأثیر مزاج کودک قرار می‌گیرند. اینها هم شامل عناصر برانگیختگی عاطفی و هم شامل عناصر ادراکی-شناختی هستند. تعامل بهینه کودک-مراقب فضایی توأم با مراقبت و پرورش برای کودک فراهم می‌کند که در آن او مراقب را به‌عنوان فردی بامحبت می‌شناسد که درک درستی از نیازهایش دارد و نیازهایش در یک تبادل ریتمیک ارضاکنده برآورده می‌شوند (گرگلی و واتسون ۱۹۹۶). در این بافتار کودک دلبستگی ایمنی به مراقب شکل می‌دهد و روایت درونی منسجمی در مورد خود و دیگران شکل می‌دهد که همراه با انتظارات لذت‌بخش و مثبتی است مبنی بر این که ایمن است و از وی مراقبت می‌شود. این دلبستگی ایمن به کودک کمک می‌کند با تجربیات منفی (لحظات ناراحتی و درد) که بخش لاینفک مسیر رشد هستند کنار بیاید.

در طول دوره‌های نسبتاً آرام همراه با شدت کم عواطف، کودک محیط پیرامون را با توسل عمومی به یادگیری شناختی بسته به سن و سطح رشد عصبی شناختی‌اش درک می‌کند. برعکس، کودک همچنین دوره‌هایی از توأم با عواطف شدید را تجربه می‌کند. این عواطف مربوط به نیازها یا میل به لذت هستند ("من نیاز به کمک دارم"، "من بیشتر می‌خواهم") یا ترس‌ها یا تمایلات فرار از رنج ("مرا از آن چیز دور کن"). عواطف کودک شدید هستند زیرا عواطف، این کارکرد زیستی را دارند که به پستانداران بالغ کمک کنند از طریق جستجوی لذت/پرورش و اجتناب از آسیب و نشان دادن نیازها از طریق ابزار عاطفی به مراقب، بقای‌شان را حفظ کنند. تجربه معمول لذت یا ارضا زمانی اتفاق می‌افتد که کودک به شدت گرسنه است و مادر حضور دارد و پاسخ می‌دهد؛ در حالی که تجربه معمول درد یا ناکامی زمانی بروز می‌کند که مراقب به هر دلیلی به نیاز احساس شده کودک پاسخ نمی‌دهد.

در خلال زندگی اولیه کودک هنوز بستر وسیعی از تجربیات درونی شده وجود ندارد و شدت این لحظات به وسیله بستر وسیع درونی شده تجربیات تعدیل نمی‌شود.

این دوره‌های اوج شدت عاطفی دربرگیرنده خود در ارتباط با دیگری هستند و در آنها ساختارهای حافظه سرشار از عاطفه در روان رو به رشد پایه‌ریزی می‌شود (شکل ۲-۱). همان‌طور که کرنبرگ می‌گوید (۱۹۹۲) تجربیات اوج عاطفه می‌توانند درونی‌سازی روابط اُبژه ابتدایی را که حول محور پاداش‌دهی یا کاملاً خوب یا تجربیات آزارنده یا کاملاً بد سازمان‌یافته‌اند را تسهیل کند. به عبارت دیگر تجربه خود و اُبژه



شکل ۲-۱ دنیای درونی کودک

A = عاطفه؛ O = بازنمودهای اُبژه؛ S = بازنمودهای خود

زمانی که کودک در حالت اوج عاطفه است از شدتی برخوردار است که پایه‌ریزی ساختارهای حافظه عاطفه را تسهیل می‌کند. این ساختارهای حافظه سرشار از عاطفه بر رشد نظام انگیزشی فرد اثر می‌گذارند؛ زیرا در حالات عاطفه شدید کودک احتمالاً آن چیزی را درونی می‌کند که برای بقا اهمیت دارد یعنی به دست آوردن آن چیزی که مورد نیاز است و اجتناب از چیز تهدیدکننده یا دردناک.

در ارتباط با دوتایی‌های روابط اُبژه، تجربیات رضایت‌بخش کودک شامل تصویر آرمانی از یک دیگری پرورش‌دهنده بی‌نقص و یک خود خرسند ارضا شده است و تجربیات ناکام‌کننده شامل تصویری کاملاً منفی از یک دیگری محروم‌کننده یا حتی سادیستیک و خود نیازمند، درمانده و مضطرب است. این تصویرها بازنمود لحظات اختصاصی در زمان هستند و نه کلیت یا تداوم اُبژه؛ هرچند در ساختارهای حافظه به صورت بازنمود ناقص یک واقعیت بزرگتر کدگذاری می‌شوند. این سیستم به گونه‌ای است که کودکی که مراقب‌اش عموماً توجه‌کننده و دلسوز است ممکن است در عین حال به دلیل تجربه ناکافی یا محرومیت موقت تصاویری از اُبژه محروم‌کننده و سادیستیک را درونی سازد. به همین شکل کودکی که مراقب‌اش عموماً بی‌توجه یا بدرفتار است ممکن است تجربیات نادر رضایت‌بخش و ارضاکنده‌ای داشته باشد که در تلفیق با تمایل برای ارضا منجر به ایجاد تصویر درونی شده از یک اُبژه دلسوز و با محبت



شود. گسیختگی در تعامل کودک- مراقب منجر به انحراف از این مسیر رشدی بهینه می‌شود و می‌تواند سبب شود تجربیات منفی نقش غالب‌تری را در ذهن رو به رشد به عهده بگیرند. مفهوم خود و دیگری از همان اوایل کودکی رشد می‌کند و به ظهور زبان و رمزگردانی خاطرات معنایی یا اخباری (اطلاعات عینی در مورد جهان) و دوره‌ای (تجربه مجدد رویدادهای گذشته) بستگی دارد. حافظه سرگذشتی به نوعی از حافظه دوره‌ای (اپیزودیک) اطلاق می‌شود که مفهوم دیرپا و شخصی از داستان فرد را در طول زمان شکل می‌دهد (نلسون و فیووش ۲۰۰۴). در رشد بازنمود خود توالی خاصی وجود دارد به این ترتیب که از ارزیابی‌های غیرواقع‌بینانه مثبت یا منفی همراه با تفکر همه یا هیچ در کودکی به سمت پیدایش ارزیابی‌های مثبت و منفی همراه با توانایی ادغام خصیصه‌های متضاد در اواسط یا اواخر کودکی پیش می‌رود (هارتر ۱۹۹۹).

گسیختگی در روابط بین کودک و مراقبین و/ یا وجود تروما (آسیب) اثرات عمیقی بر مفهوم رو به رشد خود و دیگری دارد (هارتر ۱۹۹۹). سوء رفتار جنسی اولیه در سابقه برخی بیماران مرزی وجود دارد و غفلت مراقبین، بی‌تفاوتی آنها و فقدان همدلی به عنوان عوامل اضافی شناخته شده است که با اثرات زبان‌بار عمیقی همراهند (سیجیتی ۱۹۹۰؛ وستن ۱۹۹۳). کودکانی که در این محیط‌های آشفته بزرگ می‌شوند دلبستگی‌های نایمی با مراقبین اصلی شکل می‌دهند (سیجیتی و همکاران ۱۹۹۴؛ وستن ۱۹۹۳) که در رشد توانایی کنترل هدفمند و خودتنظیمی تداخل ایجاد می‌کند و در این حالت درونی‌سازی مفهوم خود و دیگری بر اثر عواطف منفی شدید و عملیات دفاعی که سیستم اطلاعاتی را در تلاش برای اجتناب از درد و رنج تحریف می‌کند مختل می‌شود.

## جنبه‌های انگیزشی: عواطف و روابط ابژه درونی

عواطف خصلت‌های ذاتی هستند که در مراحل اولیه رشد انسان پدیدار می‌شوند. تجربیات عاطفی منفی و مثبت که تحت کنترل عوامل ژنتیک و سرشتی هستند به تدریج در قالب سائق‌های (drive) وسیع‌تر و از جمله انگیزش‌ها سازماندهی می‌شوند. به طوری که عواطف مرتبط با دوتایی‌های روابط اختصاصی درون بخش‌های منفی و مثبت وسیع‌تر تجمع می‌یابند. عواطف ارضاکنده و لذت‌بخش به صورت لیبیدو و عواطف منفی، دردناک، آزاردهنده به عنوان پرخاشگری سازماندهی می‌شوند. مجموعه روابط ابژه درونی فرد که تحت کنترل عواطف، رشد و بروز پیدا می‌کنند براساس تعاملاتی که تجربه می‌شوند و سپس به وسیله فرآیندهای خیال‌پردازی‌های ناخودآگاه بسط می‌یابند؛ این روابط در حافظه رسوخ کرده و دنیای درونی ابژه‌ای فرد را تشکیل می‌دهند؛ این دنیای درونی شامل تصاویری از بازنمودهای ابژه و خود همراه با بار عاطفی آنها است. بنابراین عواطف واحدهای ساختاری سائق‌ها هستند و نشان‌دهنده فعال شدن سائق‌ها در بستر روابط ابژه درونی شده به خصوص محسوب می‌شوند.

در جریان رشد شیرخوار تجربه‌های متعدد با بار عاطفی به گونه‌ای درونی می‌شوند که بخشی از روان با این تصاویر آرمانی شده مبتنی بر تجربه رضایت‌بخش از یک سو و بخش دیگر براساس تصاویر خصمانه و آزاردهنده منفی از سوی دیگر شکل می‌گیرد. در مراحل اولیه رشد جدا شدن فعال این بخش‌ها در درون

روان صورت می‌گیرد (شکل ۳-۱).

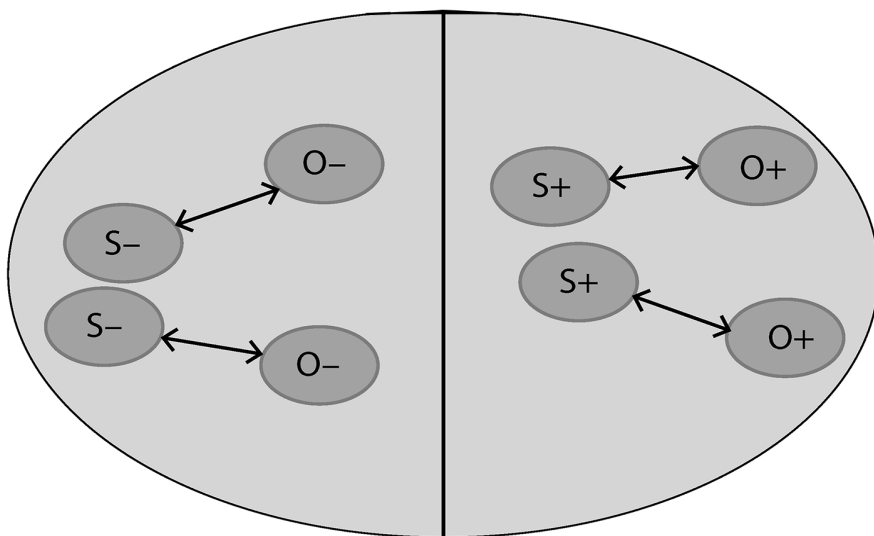
کودکی که رشد طبیعی دارد در طول چند سال اول زندگی، این بازنمودهای افراطی خوب و بد خود و دیگران به تدریج ادغام می‌شوند که منجر به شکل‌گیری بازنمودهای درونی از خود و ابژه‌ها می‌شود که پیچیده‌تر و واقع‌بینانه‌تر است (ادعان به این واقعیت که هر فردی ملغمه‌ای از خصایص خوب و بد است و در زمان‌هایی ممکن است ارضاکننده و در زمان‌های دیگر ناکام‌کننده باشد) (شکل ۴-۱).

در بیمارانی که پاتولوژی مرزی پیدا می‌کنند این فرآیند ادغام تکامل پیدا نمی‌کند و انشقاق پایدارتری بین بخش‌های آرمانی شده و آزارسان تجربه‌های با اوج عاطفی به صورت ساختار درون‌روانی مرضی باثبات باقی می‌ماند (شکل ۳-۱). دوتایی‌هایی نظیر آن چه در شکل ۲-۱ دیده می‌شود نقش بارزی در این ساختار روانی دونیم شده بازی می‌کنند: خود محروم شده گرسنه ممکن است به عنوان یک قربانی در ارتباط با دیگری محروم‌کننده و سادیستیک تجربه شود و خود گرسنه و سپس ارضاشده ممکن است به عنوان ابژه‌ای کاملاً دوست داشته شده توسط دیگری پاسخ‌ده و ایده‌آل تجربه گردد. این جداسازی، بازنمودهای آرمانی شده سرشار از احساسات عاشقانه و گرم نسبت به ابژه‌ای که فرد آن را ارضاکننده می‌داند را از بازنمودهای منفی همراه با عواطفی نظیر اضطراب، غضب و نفرت محافظت می‌کند. یک جنبه از نظریه روابط ابژه که آن را از روان‌شناسی‌های شناختی‌تر متمایز می‌کند این تأکید است که این بازنمودها صرفاً تصاویر شناختی نیستند بلکه در عین حال با عواطف ابتدایی شدید مرتبط هستند از جمله نفرت از ابژه محروم‌کننده.<sup>۱</sup>

نفرت طبق تعریف عبارت است از میل به تخریب؛ بنابراین جدایی بخش‌های خوب و بد، در این سازمان روانی ابتدایی ضروری است تا بازنمودهای آرمانی خود و ابژه از خطر تخریب به وسیله نفرت همراه با ابژه‌های بد محافظت شوند. این جداسازی مکانیسم درونی دونیم‌سازی است که پارادایم مکانیسم‌های دفاعی ابتدایی محسوب می‌شود و در پاتولوژی مرزی محوری است. هرچند این دونیم‌سازی بنیادین عواطف در اردوگاه‌های به شدت متضاد برای انطباق خوب با پیچیدگی واقعیت بیرونی به فرد کمک نمی‌کند، اما مختصری اضطراب را تسکین می‌دهد و نخستین گام در سازمان‌دهی ملغمه سردرگم‌کننده‌ای از عواطفی است که فرد در واکنش به دنیا تجربه می‌کند؛ به همین دلیل ممکن است رها کردن آن زمانی که فرآیند تغییر، این سیستم را زیر سؤال قرار می‌دهد سخت باشد.

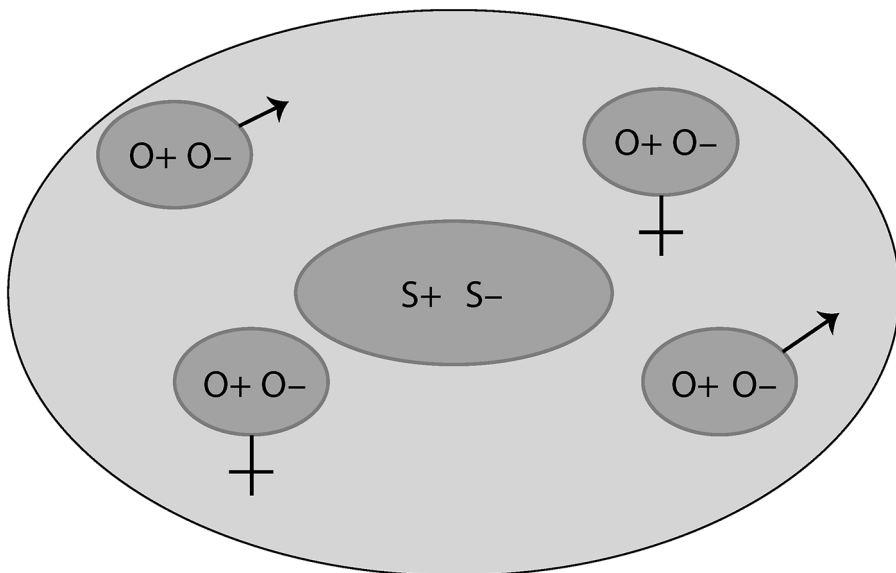
ملانی کلاین (۱۹۴۶) این دنیای درونی دو نیم‌شده را موضع پارانوئید-اسکیزوئید می‌نامید که مشخصه آن بازنمودهای درونی کاملاً خوب و کاملاً بد است. ویژگی اسکیزوئید این موضع از ماهیت دونیم شده آن برمی‌آید. کیفیت پارانوئید حاصل گرایش فرد به فراقکنی ابژه آزارسان بد به ابژه‌های بیرونی و در نتیجه هراس از پرخاش از سوی بیرون است. بنابراین این ساختار روانی مانعی برای در برابر صمیمیت است زیرا نزدیک شدن به فرد دیگر به معنای نزدیک شدن به منبع احتمالی پرخاشگری است. در سیر رشد طبیعی، افراد از موضع اسکیزوئید-پارانوئید دونیم شده عبور می‌کنند و به ساختار یکپارچه و ظریف‌تر روانی

۱. - اصطلاح "دیگری" به افراد زندگی فرد برمی‌گردد. اصطلاح بازنمود ابژه به بازنمود ابژه عواطف و سائق‌ها در ذهن اطلاق می‌شود. بازنمود ابژه از تجربه با دیگران مشتق می‌شود اما دقیقاً متناظر با واقعیت عینی آنها نیست.



شکل ۱-۳ سازمان‌دهی دونیم‌شده: خودآگاهی بازنمودهای درونی کاملاً خوب یا کاملاً بد

O = بازنمود ایژه؛ S = بازنمود خود



شکل ۱-۴ سازمان‌دهی بهنجار: ادغام با آگاهی از پیچیدگی

O = بازنمود ایژه؛ S = بازنمود خود