
فهرست

۱۱	مقدمه مترجم
۲۱	درباره نویسندگان
۲۳	نویسندگان همکار
۲۵	پیشگفتار
۳۱	سپاسگزاری

بخش اول: تاریخچه، نظریه و تحقیق

۳۷	فصل ۱- مروری به شناخت‌درمانی اختلال‌های شخصیت
۳۷	رویکرد شناختی‌رفتاری برای اختلال‌های شخصیت
۴۲	مطالعات بالینی و تحقیقات تجربی
۴۲	اعتبار مفهوم‌پردازی‌های شناختی در خصوص اختلال شخصیت
۴۳	کارآمدی شناخت‌درمانی در خصوص اختلال‌های شخصیت
۴۹	تأثیر اختلال‌های شخصیت بر کار درمان در زندگی واقعی
۵۰	تلوبجاتی برای کار بالینی
۵۱	فصل ۲- نظریه اختلال‌های شخصیت
۵۳	ارزیابی راهبردهای بین فردی
۵۷	تعامل بین ژنتیک و روابط بین فردی
۵۹	ریشه‌های باورهای ناکارآمد
۵۹	پردازش اطلاعات و شخصیت
۶۱	ویژگی‌های طرح‌واره‌ها
۶۳	نقش عواطف در شخصیت
۶۴	از ادراک تا رفتار
۶۴	سیستم کنترل درونی
۶۶	انتقال به اختلال محور دو

۶۷	تغییر شناختی.....
۶۸	نیمرخ‌های شناختی.....
۷۰	الگوهای بیش‌رشد یافته و رشد نیافته.....
۷۱	نیمرخ‌های شناختی اختصاصی.....
۷۱	اختلال شخصیت اجتنابی.....
۷۳	اختلال شخصیت وابسته.....
۷۴	اختلال شخصیت منفعل-پرخاشگر.....
۷۵	اختلال شخصیت وسواسی جبری.....
۷۶	اختلال شخصیت پارانویید.....
۷۷	اختلال شخصیت ضد اجتماعی.....
۷۸	اختلال شخصیت خودشیفته.....
۷۹	اختلال شخصیت نمایشی.....
۸۰	اختلال شخصیت اسکیزوئید.....
۸۱	سبک‌های تفکر.....
۸۳	خلاصه‌ای از ویژگی‌های اختلال‌های شخصیت.....
۸۷	فصل ۳- سنجش اختلال‌های شخصیت.....
۸۷	موضوعات مفهومی و روش شناختی.....
۸۸	رویکرد مقوله‌ای در برابر رویکرد ابعادی.....
۸۹	تفکیک اختلال‌های محور یک از اختلال‌های محور دو.....
۹۰	ابعاد شخصیتی سطح بالاتر در برابر سطح پایین‌تر.....
۹۰	روش‌های ارزیابی.....
۹۰	پرسشنامه‌های خودگزارشی.....
۹۲	مصاحبه‌های بالینی ساختار یافته.....
۹۳	استفاده از اطلاعات افرادی که بیمار را می‌شناسند.....
۹۴	مصاحبه‌های بالینی بدون ساختار.....
۹۴	ابزارهای شناختی آسیب‌شناسی شخصیت.....
۹۵	پرسشنامه باورهای شخصیتی (PBQ).....
۹۹	پرسشنامه طرح‌واره.....
۱۰۲	نتیجه‌گیری.....
۱۰۵	فصل ۴- اصول کلی و تکنیک‌های اختصاصی.....
۱۰۶	مفهوم‌پردازی موردی.....
۱۰۹	شناسایی طرح‌واره‌ها.....
۱۱۰	اختصاصی کردن اهداف زیربنایی.....
۱۱۱	تأکید بر رابطه درمانگر-بیمار.....
۱۱۱	همکاری (مشارکت).....
۱۱۲	کشف هدایت‌شده.....
۱۱۲	استفاده از واکنش انتقالی.....
۱۱۲	تکنیک‌های اختصاصی.....
۱۱۴	تکنیک‌ها و راهبردهای شناختی.....

۱۱۴	کنکاش‌های شناختی.....
۱۱۷	رویارویی با طرح‌واره‌ها
۱۳۱	تصمیم‌گیری.....
۱۲۳	تکنیک‌های رفتاری.....
۱۲۵	احیای مجدد تجارب کودکی
۱۲۶	استفاده از تصویرسازی ذهنی.....
۱۲۹	فصل ۵- شناخت‌درمانی مربوط به بیماران مبتلا به اختلال شخصیت
۱۲۹	گسترش حوزه بین فردی.....
۱۳۱	عدم مشارکت.....
۱۳۳	درک مفهومی عدم مشارکت.....
۱۴۶	هیجان‌ها در رابطه درمانی: مفهوم‌پردازی شناختی از انتقال و انتقال متقابل.....
۱۴۶	هیجان‌های بیمار.....
۱۴۷	هیجان‌های درمانگر.....
۱۴۹	خلاصه.....

بخش دوم: کاربردهای بالینی

۱۵۳	فصل ۶- اختلال شخصیت پارانوئید.....
۱۵۴	دورنمای تاریخی.....
۱۵۶	یافته‌های تحقیقی و تجربی.....
۱۵۶	تشخیص افتراقی.....
۱۵۹	مفهوم‌پردازی.....
۱۶۳	رویکرد درمانی.....
۱۶۴	راهبرد مشارکتی.....
۱۶۶	مداخلات اختصاصی.....
۱۷۵	تداوم پیشرفت.....
۱۷۵	نتیجه‌گیری.....

۱۷۷	فصل ۷- اختلال‌های شخصیت اسکیزوتایپال و اسکیزوتایپال.....
۱۷۷	اختلال شخصیت اسکیزوتایپال.....
۱۷۸	دورنمای تاریخی.....
۱۷۹	یافته‌های تحقیقی و داده‌های تجربی.....
۱۸۰	تشخیص افتراقی.....
۱۸۱	مفهوم‌پردازی.....
۱۸۲	رویکرد درمانی.....
۱۸۸	حفظ بهبودی.....
۱۹۰	اختلال شخصیت اسکیزوتایپال.....
۱۹۰	یافته‌های تحقیقی و تجربی.....
۱۹۲	تشخیص افتراقی.....
۱۹۲	مفهوم‌پردازی.....

۱۹۴	رویکرد درمان
۲۰۰	تداوم بهبودی
۲۰۰	نتیجه‌گیری
۲۰۱	فصل ۸ - اختلال شخصیت ضد اجتماعی
۲۰۲	دورنمای تاریخی
۲۰۳	یافته‌های تحقیقی و تجربی
۲۰۴	تشخیص افتراقی
۲۰۶	مفهوم‌پردازی
۲۰۷	رویکرد درمانی
۲۰۸	راهبرد مشارکتی
۲۱۱	مداخلات اختصاصی
۲۲۴	حفظ بهبودی
۲۲۶	نتیجه‌گیری
۲۲۷	فصل ۹ - اختلال شخصیت مرزی
۲۲۹	دورنمای تاریخی
۲۲۹	یافته‌های تحقیقی و تجربی
۲۲۹	مدل‌های روان‌شناختی
۲۳۴	تحقیقات روان‌درمانی
۲۳۶	تشخیص افتراقی
۲۳۸	مفهوم‌پردازی
۲۳۸	رفتاردرمانی دیالکتیک لپنهان
۲۳۸	فرمول‌بندی بک و همکاران
۲۳۹	مدل ذهنیت طرح‌واره‌ای یانگ
۲۴۲	رویکرد درمانی
۲۴۲	راهبرد مشارکتی
۲۴۶	مداخلات اختصاصی
۲۵۰	تداوم بهبودی
۲۵۶	نتیجه‌گیری
۲۵۷	فصل ۱۰ - اختلال شخصیت نمایشی
۲۵۸	دورنمای تاریخی
۲۵۹	یافته‌های تحقیقی و تجربی
۲۶۱	تشخیص افتراقی
۲۶۱	مثال بالینی
۲۶۵	مفهوم‌پردازی
۲۶۸	رویکرد درمانی
۲۶۹	راهبرد مشارکتی
۲۷۰	مداخلات اختصاصی

۲۷۹	حفظ بهبودی
۲۸۱	نتیجه گیری
۲۸۲	فصل ۱۱ - اختلال شخصیت خودشیفته
۲۸۴	دورنمای تاریخی
۲۸۶	یافته‌های تحقیقی و تجربی
۲۸۷	تشخیص افتراقی
۲۸۸	مفهوم پردازی
۲۹۰	باورهای بنیادی در خودشیفتگی
۲۹۲	مفروضه‌های شرطی
۲۹۷	راهبردهای جبرانی فعال
۲۹۹	رویکرد درمانی
۲۹۹	راهبرد مشارکتی
۳۰۱	مداخلات اختصاصی
۳۱۰	حفظ بهبودی
۳۱۱	نتیجه گیری
۳۱۲	فصل ۱۲ - اختلال شخصیت وابسته (DPD)
۳۱۳	دورنمای تاریخی
۳۱۵	یافته‌های تحقیقی و تجربی
۳۱۷	تشخیص افتراقی
۳۱۹	مفهوم پردازی
۳۲۱	رویکرد درمانی
۳۲۱	راهبرد مشارکتی
۳۳۴	تداوم بهبودی
۳۳۶	نتیجه گیری
۳۳۷	فصل ۱۳ - اختلال شخصیت اجتنابی
۳۳۸	دورنمای تاریخی
۳۳۹	یافته‌های تحقیقی و تجربی
۳۳۹	تشخیص افتراقی
۳۴۱	مفهوم پردازی
۳۴۲	اجتناب اجتماعی
۳۴۴	اجتناب شناختی، رفتاری و هیجانی
۳۴۸	خلاصه مفهوم پردازی
۳۴۹	رویکرد درمانی
۳۴۹	راهبرد مشارکتی
۳۵۲	مداخلات اختصاصی
۳۶۰	خلاصه درمان
۳۶۱	واکنش درمانگر

۳۶۲	حفظ بهبودی
۳۶۵	نتیجه‌گیری
۳۶۶	فصل ۱۴ - اختلال شخصیت وسواسی جبری
۳۶۸	دورنمای تاریخی
۳۷۰	یافته‌های تحقیقی و تجربی
۳۷۲	تشخیص افتراقی
۳۷۴	مفهوم‌پردازی
۳۷۷	رویکرد درمانی
۳۷۹	راهبرد مشارکتی
۳۸۰	تکنیک‌های اختصاصی
۳۸۶	تداوم بهبودی
۳۸۷	نتیجه‌گیری
۳۸۸	فصل ۱۵ - اختلال شخصیت منفعل پرخاشگر (اختلال شخصیت منفی گرا)
۳۹۲	دورنمای تاریخی
۳۹۳	یافته‌های تحقیقی و تجربی
۳۹۵	تشخیص افتراقی
۳۹۶	مفهوم‌پردازی
۳۹۷	مثال بالینی
۳۹۸	باورهای بنیادی
۳۹۸	باورهای شرطی
۳۹۹	باورهای جبرانی
۴۰۰	رویکرد درمانی
۴۰۰	راهبرد مشارکتی
۴۰۵	مداخلات اختصاصی
۴۰۸	حفظ بهبودی
۴۰۸	نتیجه‌گیری
۴۰۹	فصل ۱۶ - تلفیق و دورنمای آینده
۴۱۰	ارزیابی
۴۱۰	موضوعات بالینی
۴۱۶	نتیجه‌گیری
۴۱۷	واژنامه انگلیسی به فارسی
۴۱۹	واژنامه فارسی به انگلیسی
۴۲۱	منابع

مقدمه مترجم

بیماران مبتلا به اختلال‌های شخصیت دارای الگوهای رفتاری مخرب، مختل و ناکارآمدی هستند که در تمام طول عمر با آنها همراه بوده و حیطه‌های مختلف زندگی شخصی، بین فردی، شغلی و اجتماعی آنان را تحت تأثیر قرار می‌دهد. اختلال شخصیت صرفاً، تخریب در الگوهای رفتاری نیست بلکه مجموعه‌ای از شناخت، عواطف، خودپنداره و حوزه‌های روابط بین فردی نیز در این اختلال مختل است. شروع تمامی اختلال‌های شخصیت از اوایل بزرگسالی است و این الگوهای مخرب، در حوزه‌های مختلف به درجاتی در تمامی مراحل عمر، با فرد بیمار همراه هستند و موجب مشکلات جدی در حوزه‌های مختلف زندگی می‌شوند.

منابع علمی معتبر جهانی، از یازده سبک و به تبع یازده گونه اختلال شخصیت یاد می‌کنند که در این کتاب به هر یک از آنها به صورت مفصل پرداخته شده است. صرف‌نظر از اینکه بیماران مبتلا به اختلال شخصیت، دچار کدام یک از این یازده الگوی مخرب شخصیت باشند، بین الگوهای رفتاری این یازده گونه شخصیت بیمارگون، شباهت‌هایی وجود دارد که در ادامه به صورت فشرده و مختصر به آنها اشاره می‌گردد. بیمار مبتلا به اختلال شخصیت اغلب صرف‌نظر از شرایط بیرونی مبادرت به رفتارهایی می‌کند که برای نزدیکان معمولاً توأم با آزار و اذیت بوده و تأثیر بسیار منفی در ذهن دیگران برجا می‌گذارد. لذا این‌گونه رفتارهای مخرب، برای سایرین غیر قابل پذیرش است و دلخوری، رنجش، دلسردی و حتی خشم و عصبانیت دیگران را در پی دارد. در اغلب موارد، افرادی که با فرد مبتلا به اختلال شخصیت زندگی می‌کنند و یا با بیمار ارتباط دارند، از مجموعه رفتارهای آزاردهنده آنها شاک می‌خورند و معترض هستند و شاید مکرراً عدم رضایت خویش را اعلام نموده و دائماً به روش‌های مختلف ناراحتی خود را به بیمار گوشزد کنند، اما شخص مبتلا به اختلال شخصیت به این بازخوردها بی‌اعتناست و به شکل دانسته یا ندانسته به این رفتارهای گله‌برانگیز ادامه می‌دهد.

زندگی با این بیماران، به‌عنوان والدین، همسر و شریک زندگی، دوست و رفیق، همکار و فرزند دشوار است و مستلزم تحمل استرس یا فشار روانی و پذیرش رنج و درد و ناراحتی از بابت رفتارهای ناشایست آنها است. به عبارت دیگر، داشتن هر نوع رابطهٔ اجتماعی با این گروه از بیماران سخت است و در خیلی از موارد، استمرار ارتباط با آنها امکان‌پذیر نیست و یا در صورت ناچاری، با عذاب و مشقت فراوانی همراه است. زندگی و ارتباط طولانی‌مدت با بیمار مبتلا به اختلال شخصیت، سطح تحمل افراد را پایین می‌آورد که یا با ختم و قطع همیشگی رابطه همراه است و یا در صورت ناچاری برای تداوم رابطه با بیمار، احتمال ابتلای نزدیکان به انواع اختلال‌های روانی نظیر افسردگی، اضطراب و نشانگان جسمی یا عضوی، پدیده‌های آشنا و شایع است. ولی بیمار مبتلا به اختلال شخصیت، چه عمدتاً به صورت ناخودآگاه و چه خودآگاه، از تأثیر ویرانگر رفتارهای آزاردهندهٔ مستمر خود بر دیگران، بی‌توجهی و یا بی‌اعتنایی نشان داده و قادر به درک تأثیر رفتارهای مخربش بر دیگران نیست. این مجموعه رفتارهای ناکارآمد، ویرانگر و مضر، برای خود بیمار پذیرفته و با مقبولیت همراه است، لذا خود بیمار انگیزه‌ای برای تصحیح، تغییر و پالایش رفتارشان نشان نمی‌دهد. پس بیمار مبتلا به اختلال شخصیت نه تنها رفتارهایش را مخرب نمی‌بیند بلکه آنها را قبول هم دارد. در نتیجه، این افراد هرگز خود را بیمار ندانسته و نمی‌توانند درک کنند که منشأ اعتراض‌های مداوم دیگران، و عامل شکست و ناکامی متوالی در نائل شدن به اهداف، خواسته‌ها و تمایلات‌شان، مجموعهٔ رفتارهای برخاسته از شخصیت بیمارشان است. بنابراین، گوشزد و یا اشاره نمودن به مریض بودن شخصیت فرد به بیمار، به‌هیچ‌وجه مورد پذیرش وی واقع نمی‌شود و این امر، به احتمال زیاد، با واکنش‌های بسیار شدید بیمار مواجه گشته و احتمالاً موجب دلخوری، رنجش، ناراحتی و ناامیدی او می‌گردد و ممکن است باعث لجبازی و سماجت بیشتر بیمار در ابراز رفتارهای مخرب به‌منظور تلافی‌جویی و انتقام‌گیری شود و در نهایت تشدید الگوهای نامناسب را به دنبال داشته باشد. گوشزد کردن اختلال شخصیت به بیمار، همچنین، ممکن است با مقاومت جدی و یا رفتارهای دفاعی سرسختانه او مواجه گردد، لذا توصیه جدی می‌شود، حتی با انگیزه خیرخواهانه از به‌کارگیری این برچسب برای فردی که مطمئن به بیماریش هستید، جداً خودداری فرمایید. از نگاه بیمار مبتلا به اختلال شخصیت، این شرایط بیرونی و رفتار سایرین است که باعث مشکلات مکرر وی می‌گردند. بیمار دیگران را مقصر می‌داند زیرا می‌پندارد آنها قادر به درک او نیستند و نمی‌توانند به او رفتار مناسب نشان دهند.

فرد بهنجار، راهنمایی و توصیه مثبت و مفید را می‌پذیرد و سعی می‌کند به‌موقع از آنها استفاده کند. از سوی دیگر مشخصه دیگر فرد برخوردار از شخصیت نرمال، این است که، از تجربیات تلخ و ناکامی و شکست‌هایش، عبرت می‌آموزد و تلاش می‌کند از تکرار حوادث و رویدادهای مشابه جلوگیری کند. اما بیمار مبتلا به اختلال شخصیت، نه نصیحت را قبول می‌کند و نه تجربه‌پذیر است. او مرتب در مسیری حرکت می‌کند که شکست‌های متوالی برایش در پی دارند، ولی قادر به تغییر جهت حرکت خود نیست. اختلال شخصیت نه با استدلال، نه با سخنرانی دلسوزانه، نه با تهدید، نه با قهر و نه با توصیه، تصحیح‌پذیر

نیست. در گذشته و حتی تا امروز، بسیاری از صاحب‌نظران، اختلال شخصیت را نوعی بیماری می‌دانند که غیرقابل علاج است و هرگونه تلاش دلسوزانه در این حیثه را بی‌فایده و مایوس‌کننده تصور می‌کنند. اما نظریه‌پردازان درمان شناختی در این کتاب سعی کردند با گردآوری یافته‌های شناختی، مفهوم‌سازی و ابداع فنون تخصصی به درمان مواردی بپردازند که امیدی به درمان آنها تاکنون نبوده است.

با توضیحات مطرح‌شده، نباید تصور کرد که مبتلایان به اختلال شخصیت احتمالاً مردمی هستند که از نمره هوش اندک برخوردار می‌باشند و یا این‌گونه برداشت شود که این بیماران دارای تحصیلات کم بوده و عمدتاً مربوط به طبقات اجتماعی و اقتصادی پایین جامعه هستند. اختلال‌های شخصیت نه ربطی به نمره هوش دارد و نه با وضعیت اقتصادی و اجتماعی، چندان همبستگی مثبت و قابل توجه دارند. اغلب بیماران مبتلا به اختلال شخصیت از هوش متوسط یا طبیعی و در مواردی از هوش بالاتر از متوسط نیز برخوردارند. اختلال‌های شخصیت در طیف مختلف تحصیلات، قابل مشاهده هستند و در شرایط اقتصادی، اجتماعی و سیاسی بالای جامعه هم فراوان گزارش می‌گردند. این اختلال‌های در اساتید دانشگاه، پزشکان، متخصصان، مهندسان، متخصصین علوم و مشاغل مختلف و حتی اشخاص برخوردار از پست و مقام بالا، به‌کرات مشاهده می‌گردد. به همین صورت، کشاورز، کارمند، کارگر، راننده، معلم، هنرمند، و سایر اقشار، مصون و ایمن از این بیماری نیستند.

گرچه بیماران مبتلا به اختلال شخصیت، عموماً از هوش متوسط و مناسبی برخوردارند، ولی معمولاً این توانایی هوشی در جهت نائل گشتن به اهداف سازنده زندگی، سرمایه‌گذاری نمی‌گردد و یا به کار گرفته نمی‌شود. هرچند نمره هوش عمومی این افراد طبیعی است، ولی بیمار مبتلا به اختلال شخصیت از نظر هوش هیجانی، یا به عبارت دیگر مهارت و توانایی برقراری ارتباط سازنده و مؤثر با سایرین، دچار کاستی و محدودیت است. از مشخصه‌های دیگر این بیماران، ناکافی بودن مهارت اجتماعی آنهاست. مهارت اجتماعی این افراد بسیار محدود و مختصر بوده و فاقد انعطاف و شکل‌پذیری مناسب است. آنها از تنوع یادگیری مهارت‌های اجتماعی محروم مانده، لذا ناچارند همیشه در یک مسیر مشخص با امکانات محدود، در حرکت باشند.

بیماران مبتلا به اختلال شخصیت، در اغلب موارد از دسته دیگری از اختلال‌های روانی که با تجربه ذهنی درد، ناراحتی، عذاب، رنج و فشار برای خودشان همراه است، مبتلا می‌باشند. انواع اختلالات روانی موسوم به اختلالات نشانگانی نظیر افسردگی، اضطراب، اختلالات روان‌تنی، اختلالات جسمانی شکل و غیره در این افراد معمولاً وجود دارد. همین بیماری‌های نشانگانی است که بالاخره آنها را مجبور به مراجعه نزد متخصص می‌سازد. این افراد هیچ‌گاه از بابت رفتارهای مخرب خود، در جستجوی برخورداری از خدمات روان‌درمانی، نمی‌باشند. ترکیب اختلال‌های مزمن و دیرپای شخصیت با اختلال‌های روانی، شرایط دشواری را هم برای بیمار و هم به‌خصوص برای نزدیکان و اعضای خانواده وی در پی دارد و استرس مزمن و مستماری تولید می‌کند. حضور اجباری این بیماران در درمان از ناحیه اعضای خانواده یا دیگران،

عدم همکاری بالقوه آنها برای مشارکت در درمان را هر چه وخیم‌تر می‌سازد، و معمولاً تلاشی بی‌نتیجه و بی‌فایده بوده و سبب یأس و سرخوردگی کسانی می‌شود که بیمار را به‌اجبار به درمان، وادار نموده‌اند. بیماران مبتلا به اختلال شخصیت افرادی هستند که خودمیان‌بین بوده و فاقد توان همدلی می‌باشند. خودمیان‌بینی یا خودمحوری، به تمرکز صرف بر نیازها و خواست‌های خود بدون توجه به در نظر گرفتن همین موارد برای سایرین اشاره دارد. همدلی، توانایی درک احساس دیگران و شریک شدن با آن احساسات است. این خصوصیات به‌تنهایی و یا در ترکیب با یکدیگر، وضعیتی را ایجاد می‌کند که فرد از درک اهمیت همکاری سازنده با دیگران برای پیشبرد اهداف خود و رسیدن به خواسته‌هایش بی‌خبر بماند. در بسیاری از الگوهای مرضی شخصیت، بیمار به جای قبول مشارکت مؤثر با سایرین، درصدد بهره‌کشی یک‌سویه در روابط با دیگران است و توجهی به عاقبت نافرجام عمل خود ندارد. خودمیان‌بینی و ناتوانی در همدلی با مردم، ناشی از رشدنیافتگی و کودک‌ماندگی است.

تمامی الگوهای یازده‌گانه اختلال شخصیت، منجر به ضرر رسانی مداوم به بیمار می‌شوند. الگوهای غالب رفتاری مبتلایان به اختلال شخصیت، به‌گونه‌ای است که درنهایت سبب ضرر در حیطه‌های اجتماعی، میان فردی، شغلی و حتی خانوادگی به خودشان می‌گردد. اما این زبان‌های متوالی، هیچ‌گاه موجب ایجاد انگیزه برای بازداری از تکرار ضرر نمی‌گردد و این روند همچنان ادامه می‌یابد.

در متون تخصصی، میزان شیوع اختلال شخصیت برای جوامع مختلف، حدود ده الی پانزده درصد، در بین جمعیت عمومی برآورد می‌گردد. اگر جمعیت کشور ایران را هفتاد میلیون نفر بدانیم، حدود هفت تا ده میلیون ایرانی مبتلا به انواع اختلال‌های شخصیت می‌باشند. حال اگر هر فرد مبتلا به اختلال شخصیت، فقط با ده نفر ارتباط تنگاتنگ داشته و مشغول زندگی باشد، حساب کنید چه تعداد از جمعیت این کشور به درجاتی، گرفتار استرس‌شکننده و خردکننده ناشی از ارتباط با بیماران مبتلا به اختلال شخصیت می‌باشند. تفاوت شخصیت بهنجار با شخصیت بیمار، کیفی نیست. به عبارت دیگر، این‌گونه نیست که تصور شود بیمار مبتلا به اختلال شخصیت خصوصیتی دارد که شخص واجد شخصیت بهنجار، از آن برخوردار نیست. تفاوت این دو گونه شخصیت یعنی بهنجار و بیمار، تنها در میزان و نمره این صفات است. مثلاً هم در شخصیت طبیعی و هم در شخصیت بیمار، پرخاشگری وجود دارد، اما نمره پرخاشگری بعضی از الگوهای مختل شخصیت، بسیار بالاتر از موارد مشابه آن در افراد بهنجار است. فرد بهنجار نیز گاهی در شرایطی، پرخاشگری گذرا نشان می‌دهد، اما بیمار مبتلا به اختلال شخصیت ضد اجتماعی، بدون دلیل موجه بیرونی مکرراً مبادرت به ابراز پرخاشگری می‌کند و شدت پرخاشگری آنها بسیار فراتر از میزان لازم است. پس حتی شخصیت بهنجار نیز در مواردی رفتارهای بیمارگون نشان می‌دهد ولی این رفتارهای مرضی در مقایسه با رفتارهای مخرب بیماران مبتلا به اختلال شخصیت، از نظر شدت و تکرار بسیار محدود و کم بوده و جنبه موقتی و گذرا دارد. از سوی دیگر، شخصیت بیمار هم در مواردی قادر به بیان و ابراز رفتارهای مثبت و سازنده است ولی عمر این رفتارها بسیار کوتاه است و فاقد استمرار و دوام هستند. روان‌شناسی به‌عنوان

علم مطالعه رفتار انسان، به شخصیت بهنجار، طبیعی و یا نرمال اعتقاد دارد نه به شخصیت سالم. افراد در عالی‌ترین وضعیت، فقط برخوردار از شخصیت نرمال یا فرانرمال هستند نه شخصیت سالم. شخصیت سالم صرفاً یک افسانه غیرعلمی و شایع در بین مردم است. همه افراد به درجاتی دارای اشکال و ایرادات شخصیتی هستند، اما اندازه آن به میزانی نیست که جنبه بالینی اختلال شخصیت، محسوب شود.

علی‌رغم گستردگی شیوع اختلال شخصیت در بین افراد جامعه، شناسایی و تشخیص این اختلال، چندان کار آسانی نیست. با چند برخورد نمی‌توان حکم به بیمار بودن شخصیت افراد نمود. در بسیاری از الگوهای بیمارگون شخصیت، بیمار می‌تواند در تماس‌های نخستین، خود را طبیعی، و حتی جذاب و جالب ارائه کند و سبب گمراهی و اغفال مردم شود. مجموعه رفتارهای آزردهنده و مخرب این افراد تنها موقعی آشکار می‌شود که ارتباط و همزیستی طولانی‌مدتی با آنها وجود داشته باشد. این قالب‌های رفتاری ویرانگر، تنها متوجه نزدیکان و اعضای خانواده می‌شود و به‌ندرت علیه افراد ناآشنا جهت‌گیری می‌گردد. البته در مواردی بعضی از الگوهای شخصیت نابهنجار در همان برخوردهای اولیه خود را انعکاس می‌دهند، اما این شرایط مربوط به تمامی قالب‌های مختل شخصیت نمی‌باشند. با این وجود، تشخیص تخصصی و تعیین سبک و/یا اختلال شخصیت اشخاص، فقط در صلاحیت متخصصین است.

متون اصلی و استاندارد منتشرشده از سوی انجمن روان‌پزشکی آمریکا، از یازده سبک اختلال شخصیت صحبت به میان آورده و به توضیحات مفصل در خصوص آنها پرداخته است. لازم است توجه داشته باشیم که تمامی یازده الگوی شخصیت به درجاتی در هر فرد وجود دارد. صفات سازنده هر الگوی شخصیت به میزان و اندازه‌ای در همه انسان‌ها جاری است. مثلاً یک فرد فرضی می‌تواند، ۶۰٪ خودشیفته، ۵۸٪ ضد اجتماعی، ۴۷٪ نمایشی، ۳۵٪ وابسته، ۳۳٪ منفعل - پرخاشگر، ۳۱٪ دوری‌گزین، ۲۸٪ وسواسی، ۱۹٪ مرزی، ۱۷٪ گوشه‌گزین، ۹٪ بدبین و ۶٪ اسکیزوفرنی‌گونه باشد. با نگاهی به بالاترین نمرات این فرد، متوجه می‌شویم که وی دارای سبک شخصیت بهنجار خودشیفته و ضد اجتماعی است. چون بالاترین نمرات تعیین‌شده در مورد این فرد، زیر هفتاد درصد هستند، نمی‌توان به بیمارگون بودن شخصیت وی رأی داد. در حالت اختلال شخصیت، نمره فرد بیمار در یک یا چند الگوی شخصیت بالاتر از هفتاد درصد و در باقی موارد کمتر از هفتاد درصد است. اولین سبک یا اختلال شخصیت یک فرد آن الگویی است که بالاترین نمره را به خود اختصاص داده باشد. تعیین الگوی شخصیت افراد، فقط با اجرای آزمون‌های استاندارد و معتبر شخصیت توسط فرد متخصص و مجرب امکان‌پذیر است.

برای یافتن مبتلایان به اختلال شخصیت راه دوری نروید. از خودتان شروع کنید، زیاد مطمئن نباشید که واجد الگوی بهنجار شخصیت هستید. معمولاً بیمارترین افراد کسانی هستند که خود را از نظر شخصیتی بی‌عیب و نقص می‌دانند. در پشت تمامی رفتارهای فریب‌کارانه، تقلب، دروغ، توهین، تحقیر، فحاشی، بی‌ادبی، بددهانی، پرخاشجویی، آزار و اذیت، بی‌اعتمادی، خودخواهی، بهره‌کشی، و از این قبیل موارد، یک شخصیت بیمار پنهان شده است. رانندگی بی‌پروا، سرعت غیرمجاز حین رانندگی، نادیده گرفتن نوبت دیگران

در صفوف مختلف، سبقت گرفتن در مکان نامناسب، لایبی کشیدن‌های خطرناک بین اتومبیل‌ها، شنا کردن بدون امکانات در موقعیت و شرایط ممنوع و پرخطر، ریختن آشغال وسط خیابان و کوچه، رها کردن زباله در طبیعت، کنار ساحل و رودخانه‌ها و موارد این چینی، از بیمار بودن و رشدنیافتگی شخصیت اشخاص خاطی خبر می‌دهند. هرگونه لاف‌زدن‌های دروغین، ادعاهای کاذب، شعارهای بلندپروازانه، فاصله بین گفتار تا عمل، که به‌منظور اغفال و گمراهی دیگران صورت می‌گیرد و جنبه تکراری و مستمر دارد، از بیمارگون بودن شخصیت افراد حکایت می‌کند. هرگونه اعتیاد به مواد ممنوعه و مضر و حتی سیگار، می‌تواند بازتابی از وجود شخصیت ناهنجار باشد.

در شکل‌گیری شخصیت و اختلال شخصیت عوامل بسیاری مشارکت دارند. عوامل ارثی و سرشتی، الگوی تربیتی والدین، تجربیات شخصی، استرس و فشار بیرونی، عوامل محیطی، وضعیت آموزشی، اقتصادی، اجتماعی و هنجارهای فرهنگی و اعتقادی از فاکتورهای دخیل در رشد و بیمارگون شدن شخصیت هستند. در متون درسی و تخصصی، مقالات، نوشته‌ها و بحث‌های حرفه‌ای فراوانی در این موارد مطرح گشته است. اما در کنار عوامل یاد شده، نوع حکومت و شکل نظام‌های سیاسی حاکم بر جوامع، قطعاً در شکل بخشیدن به مدل رفتار افراد مؤثر هستند که شاید خیلی کم به آن توجه شده است.

در آخرین نسخه‌های انتشار یافته از سوی انجمن روان‌پزشکی آمریکا به سال ۲۰۰۰، در DSM-IV-TR، اختلال شخصیت منفعل- پرخاشگر از فهرست اصلی حذف گردید و به نوعی در بخش فرعی مباحث اختلالات شخصیت که نیاز به بررسی بیشتری دارد، ارجاع یافته است. صاحب‌نظران، این‌گونه شخصیت را نوعی الگوی واکنش در افرادی می‌دانند که در موقعیت زبردستی و ضعیف قرار می‌گیرند. شاید با حرکت جوامع غربی از نظام‌های سیاسی استبدادی به مردم‌سالار، دیگر نیازی به رفتار در قالب الگوی منفعل- پرخاشگر نیست و لذا این برجسب تشخیصی در این جوامع کمتر ضرورت می‌یابد. آن‌طوری که نویسندگان در کتاب فعلی در بحث اختلال شخصیت وسواسی عنوان کردند، در حال حاضر در جوامع غربی بارزترین و شایع‌ترین الگوی شخصیت در افراد آن جوامع و به‌خصوص مابین مردان، الگوی شخصیت وسواسی است. شاید ارزش‌های مورد قبول نظام سیاسی حاکم بر جوامع غربی، مردم را به این مدل شخصیت سوق داده و تسهیل‌کننده و مشوق آن الگو است. اما با توجه به تجربه بالینی اینجانب و مشاهدات روزمره، مدل شخصیت منفعل - پرخاشگر، الگوی رفتاری اکثریت مردم جامعه ایرانی است. شاید حداقل بتوان گفت، شخصیت ملی بیشتر مردان ایرانی سبک شخصیت منفعل - پرخاشگر است. البته این صرفاً یک ادعای فرضی است که با هیچ یافته تجربی و تحقیقی اثبات نگردیده است. به هر جهت آنچه بر اساس شواهد و تجربیات بالینی دریافته‌ام و کتاب‌های مختلفی که توسط ایرانیان و غیر ایرانیان در مورد ویژگی و خصوصیات این مردم به‌خصوص در ارتباط با رفتار مردان ایرانی، مکتوب شده، به نظر می‌آید در طول تاریخ، الگوی شخصیت حاکم بر رفتار اکثر مردان ایرانی از نوع منفعل- پرخاشگر بوده است. یک تفسیر در این خصوص، می‌تواند به نظام سیاسی غیر مردم‌سالاری مربوط باشد که در بیشتر طول تاریخ، بر کشور

ایران حاکمیت داشته است. شاید توسل به الگوی شخصیت منفعل- پرخاشگر، نقش مقابله و حتی بقا و سازگاری با نظام‌های استبدادی داشته و تا زمانی که حرکت کامل به سوی حکومت مردم‌سالار، انجام نگیرد، این الگوی شخصیت همچنان با قوت در بین ایرانیان جاری و غالب بماند. هر نظام حاکم سیاسی، حامی ارزش‌ها و هنجارهایی است که از طریق گوناگون و با وسایل مختلف به تصدیق، تبلیغ و ترویج آن در بین مردم مبادرت می‌کند و مردم هم به‌مرور پیرو آن می‌گردند. نظام‌های سیاسی حاکم بر جوامع یکی از عوامل مهم در شکل‌گیری الگوی شخصیت مردم است.

در حال حاضر با توجه به شرایط اجتماعی و اقتصادی ایران، خانواده‌ها ترجیح می‌دهند فقط یک یا دو فرزند داشته باشند. عموماً نسل فعلی والدین ایرانی، به شکل افراطی و حتی بیمارگونه‌ای مشغول خدمت به فرزندان خود هستند. به نظر می‌آید والدین امروزی، با این‌گونه خدمت کردن به فرزندان، مشغول جبران محرومیت و کاستی‌های گذشته خود می‌باشند و با رضایت الگوی تربیت و فرزندپروری نادرست خود را ادامه می‌دهند. به نظر می‌رسد شأن و منزلت والدین ایرانی به یک خدمتکار فرزند تقلیل یافته است. والدین ایرانی، تمامی وقت و هزینه خود را متوجه فرزند خود می‌سازند و با نگرانی و اضطراب از آینده، مشغول خدمت‌رسانی به امپراتور زندگی خود، یعنی فرزندان می‌باشند. والدین ایرانی از بسیاری از خوشی، آسایش و راحتی خود به نفع فرزندان چشم‌پوشی می‌کنند و درست، مطیع اوامر و خواست‌های پایان‌ناپذیر اولادشان هستند. الگوی فرزند پروری جاری در جامعه ایرانی، به‌خصوص مناطق شهری، سهل‌گیری بیش‌ازحد و فراهم ساختن شرایط بهشت‌گونه برای فرزند است. معلوم نیست فردای الگوی شخصیت این کودکان لوس و پرتوقع و سیری‌ناپذیر امروز چه خواهد بود و این بچه‌های نازپرورده شده در بزرگسالی به چه انسان‌هایی تبدیل می‌شوند.

همان‌طور که در پیش‌تر مطرح شد، بسیاری از صاحب‌نظران و نظریه‌پردازان، اختلال شخصیت را هنوز هم جزء موارد درمان‌ناپذیر و صعب‌العلاج مطرح می‌کنند. هرچند در کتاب حاضر مؤلفان سعی کردند باریکه‌ای از امید در درمان این اختلال مطرح سازند ولی در جای‌جای کتاب، نویسندگان به‌طور ضمنی و حتی آشکار، از مشکلات بسیار جدی و فراوانی که بر سر راه درمان این اختلالات وجود دارد، صحبت به میان آورده‌اند. با توجه به واقعیت دشوار درمان این گروه از بیماری‌ها، که ناشی از شرایط بسیار ریشه‌دار و مزمن مشکلات و همچنین عدم همکاری مستمر بیمار با درمانگر است و با توجه به طول درمان چند ساله، بهتر است تلاش‌های تخصصی بیشتر معطوف به پیش‌گیری اولیه باشد. یعنی به جای سرمایه‌گذاری کلان برای درمان این مجموعه اختلال‌های که به همکاری، هزینه و مدت زمان زیاد لازم است و با توجه به این‌که حفظ دستاوردهای درمانی همیشه در خطر بوده و احتمال عود مجدد علایم با قوت مطرح است، بهتر است نگاه‌ها و توجهات، بیشتر معطوف به پیش‌گیری از پیدایش اختلال شخصیت باشد. حرکت در چهارچوب پیش‌گیری اولیه، می‌تواند هم عملی‌تر، هم مقرون به‌صرفه‌تر و هم کارآمدتر باشد. واقعیت این است که همان‌طور که مردم راندگی را مادرزادی بلد نیستند و با آموزش و تمرین به این مهارت دست

می‌یابند، به همین شکل نیز والدین از تربیت درست فرزند، معمولاً آگاهی نداشته و نیاز به آموزش و کنترل مستمر دارند، حتی اگر خود به چنین امری معتقد نباشند.

اصلی‌ترین کانونی که باید هدف توجه در پیشگیری اولیه باشد، خانواده‌ها و الگوی فرزند پروری والدین است. بهتر است اختلال شخصیت را بیشتر بیماری پیشگیری‌پذیر اعلام نماییم نه درمان‌پذیر. کانون توجه دیگری که در امر پیشگیری ثانویه مطرح می‌شود، مدارس به‌خصوص مقاطع ابتدایی و راهنمایی هستند. واقعیت این است که جامعه ایرانی از مبحث اختلال شخصیت چیز زیادی نمی‌داند. این بیماری فراگیر که در هر خانواده‌ای مواردی از آن وجود دارد، ناشناخته است. این بیماری مزمن و ویرانگر برای اولیای امور و حتی مسئولین کشوری هم ناشناخته است. تلاش در چهارچوب پیشگیری اولیه و ثانویه، به برنامه‌ریزی و حمایت ملی و دولتی احتیاج دارد.

در این کتاب، مؤلفان با به‌کارگیری شیوه شناختی سعی کرده‌اند به درمان اختلالاتی بپردازند، که در طول تاریخ، انسان گرفتار آن بود و بسیاری از درمان آن صرف‌نظر نمودند. قدم‌های امیدوارکننده‌ای در این محدوده برداشته شد که امید است روزبه‌روز این قدم‌های اولیه کامل‌تر شود و بالاخره شاهد روزی باشیم که اختلال‌های شخصیت هم جزء بیماری‌های درمان‌پذیر اعلام شوند. اما ضعف بزرگ درمان شناختی در حال حاضر، این است که، به نظر می‌آید برای بیمارانی کاربرد دارد که برخوردار از تحصیلات دانشگاهی باشند. در جامعه ایرانی که خیل جمعیت مبتلایان کمتر از این حد تحصیلات دارند، عملاً امید زیادی به کارآمدی این شیوه درمانی نیست.

در حال حاضر خدمات روان‌شناختی در ایران، مشمول بهره‌گیری از خدمات بیمه نیست. با توجه به شیوع فراوان اختلالات روانی مثل افسردگی و اضطراب که از سرماخوردگی هم شایع‌تر بوده و شیوع آن تابع فصول سال هم نیست، معلوم نیست تا کی باید خدمات روان‌شناختی برای کمک به بیماران مبتلا به انواع اختلالات روانی و من‌جمله اختلالات شخصیت، تابع خدمات بیمه نباشد. باید توجه داشت که بسیاری از بیماران، توانایی مالی برای پرداخت هزینه‌های خدمات روان‌شناختی ضروری را ندارند، چرا که این‌گونه خدمات مستلزم مراجعات مکرر و حتی چند ساله برای به ثمر نشستن نتایج مفید است و پرداخت این هزینه‌ها در سبد اقتصاد خانواده‌های زیادی نمی‌گنجد. هرچند خدمات روان‌پزشکی در فهرست خدمات بیمه‌ای برای درمان مبتلایان قرار دارد، ولی باید در نظر گرفت که درمان دارویی یک بخش از درمان روانی افراد است نه تمام درمان مبتلایان.

یکی از مراکزی که مبتلایان به اختلال شخصیت در آنجا فراوان حضور می‌یابند، مراکز قضایی و انتظامی است. در اغلب موارد، پشت تمامی رفتارهای جرم‌آمیز، قانون شکنانه، تخلفات، بزهکاری و شرارت، شخصیت بیماری قرار دارد که هیچ‌گاه تلاشی برای درمان وی صورت نگرفته است. معمولاً آن روی سکه اختلافات زوجین، درخواست برای متارکه، طلاق و قطع پیوندهای زناشویی، یک یا دو شخصیت بیمار، پنهان گشته است. بنابراین مسئولان امور در نهادهای قضایی و انتظامی لازم است سطح اطلاعات خود از

بیماری شخصیت را افزایش دهند و در برخورد با موارد مشکوک احتمال وجود اختلال شخصیت، افراد را به مراکز درمانی هدایت کنند. دادگاه و قضات می‌توانند، حکم به مراجعه اجباری برای برخورداری از خدمات روان‌درمانی دهند یا بیمار متخلف را برای انتخاب بین حکم ارجاع به درمان و رفتن به زندان، آزاد بگذارند. ارجاع اجباری به درمان، می‌تواند مستلزم طی کردن کامل مدت درمان، همکاری با درمانگر و دریافت گواهی بهبودی مطلوب بعد از اتمام درمان باشد.

به هر جهت، در غیاب عزم ملی و حکومتی برای اقدام در قالب پیش‌گیری اولیه و ثانویه، هم‌اینک درمانگران و مشاوران و متخصصین مربوطه، ناچارند به تلاش برای مداخلات درمانی برای مبتلایان به اختلال شخصیت مبادرت کنند. این کتاب هر یک از الگوی یازده‌گانه اختلالات شخصیت را تشریح می‌کند، سیمای شناختی آنها را عرضه می‌دارد، نحوه فرمول‌بندی موردی را مطرح می‌سازد و انواع گسترده‌ای از فنون درمانی را برای به چالش کشیدن الگوهای مخرب رفتار، فراهم می‌سازد. مطالعه این کتاب برای تمامی درمانگران، متخصصین، مشاوران و دانشجویان بسیار آگاهی‌دهنده و کاربردی خواهد بود. اما با توجه به پیچیدگی اختلال شخصیت و پیچیده بودن رفتار خود بیماران مبتلا به این بیماری، توصیه جدی می‌شود، در صورت کمترین شبهه به توانایی، مهارت، دانش و تخصص خود از وارد گردیدن به درمان الگوهای مخرب رفتاری مبتلایان به بیماری شخصیت، اکیداً خودداری شود. هر نوع مداخله ناکارآمد موجب بحرانی‌تر شدن بیماری گردیده و موجب تشدید علائم می‌گردد. اختلال شخصیت صحنه یا میدانی نیست که کسی بخواهد با آزمایش و خطا، به کارورزی و کسب مهارت و تجربه اقدام کند. به یاد داشته باشید، اختلال‌های شخصیت همیشه با اختلالات روانی مثل اضطراب و افسردگی، همراه است. حتی در صورتی که یقین دارید بیمار شما مبتلا به اختلال شخصیت است ولی تجربه و مهارت لازم برای کار با الگوهای رفتار مخرب را ندارید، فقط سعی، همت و تلاش خود را معطوف به درمان اضطراب و افسردگی و این قبیل موارد نمایید. تحقیقاتی که در همین کتاب ارائه شده است، نشان می‌دهند درمان اختلال‌های نشانگان مبتلایان به اختلال شخصیت، کاهش شدت علائم مختل شخصیت را به دنبال دارد. در صورت لزوم با کمال صداقت، این بیماران را به افرادی که یقین دارید از شما خبیره‌تر، باتجربه و آگاه‌ترند، ارجاع نمایید.

این اثر با نام اصلی «Cognitive Therapy of Personality Disorders» معادل فارسی «شناخت درمانی برای اختلال‌های شخصیت»، نسخه دوم این کتاب است که به سال ۲۰۰۴، توسط انتشارات گلیفورد در ایالات متحده آمریکا، به چاپ رسیده است. نویسندگان آرون ت. بک، آرتور فریمن، دنیس د. دیوبس، و همکاران می‌باشند. در صفحات بعدی در مورد هر یک از این نویسندگان اطلاعات مختصر و مفیدی، ارائه گردید.

ترجمه این کتاب ارزشمند را به تمامی اعضای محترم خانواده‌ام، تقدیم می‌کنم. همچنین امیدوارم ترجمه این اثر، برای جامعه علمی و تخصصی روان‌شناسی و روان‌پزشکی ایران مفید باشد. امید است این کتاب بتواند هم اطلاعات و یافته‌های نظری ارزشمند فراهم نماید و هم از حیث عملی و کاربردی برای

درمانگران، مشاوران، متخصصین، اساتید، دانشجویان محترم و همه علاقه‌مندان، مفید و مؤثر باشد. کتاب شخصیت و اختلالات آن، که تألیف دکتر تئودور میلون و دکتر س. ایورلی جیر است، نیز به‌وسیله اینجانب ترجمه و به همت ناشر دلسوز و محترم انتشارات خُر، جناب آقای محسن سعیدی به سال ۱۳۹۰ چاپ گردید. تصور و برداشت ایرانیان از واژه شخصیت به غلط معادل ادب و نزاکت اخلاقی است. اما در این کتاب ارزشمند، مؤلفین تعریف و توصیف‌های علمی بسیار جامع از مفهوم شخصیت و اختلالات مربوطه همراه با چگونگی رشد و شکل‌گیری آنها عرضه نمودند. در ادامه، کتاب شخصیت و اختلال‌های آن، با ارائه مثال‌های موردی، سیمای بالینی، جلوه رفتاری، ارتباطات میان فردی، سبک‌شناختی، بیان عواطف، نحوه ادراک از خود و سایرین، مکانیسم دفاعی غالب، تشخیص افتراقی، اختلالات شخصیت همراه، اختلالات روانی همبسته، عوامل شکل‌دهنده و فاکتورهای تداوم‌بخش هر یک از الگوهای یازده‌گانه اختلال‌های شخصیت را به تفصیل عرضه می‌کند. افراد علاقه‌مند برای برخورداری کتاب موردنظر، می‌توانند در تهران به کتاب فروشی‌های معتبر روان‌شناسی مراجعه نمایند و یا با تلفن همراه مترجم به شماره ۰۹۱۲-۲۴۳۴۲۰۸ تماس بگیرند.

وظیفه خود می‌دانم که از تمامی کارکنان محترم انتشارات ارجمند و به‌خصوص مدیریت فرزانه آن، جناب آقای دکتر محسن ارجمند، برای قبول چاپ این کتاب، کمال سپاسگزاری خود را اعلام نمایم. موفقیت همه آنان را در جهت پربارتر ساختن فضای علمی میهن عزیزمان ایران، همیشه آرزومندم. با تمام دقت و وسواسی که در برگرداندن این کتاب از متن انگلیسی به فارسی داشتیم، خالی از اشکال نمی‌تواند باشد. امیدوارم شما خواننده گرامی، با تقدیم نواقص، کاستی، ضعف‌ها و تقدیم پیشنهادهای خود، مترجمان را مشمول لطفتان قرار دهید. با تشکر.

داود کربلانی محمد میگونی

کارشناس ارشد روان‌شناسی بالینی

۱۳۹۵

درباره نویسندگان

آرون ت. بک، استاد روان‌پزشکی دانشگاه پنسیلوانیا و رئیس مؤسسه شناخت‌درمانی بک است. او مؤلف بیش از چهارصدوپنجاه اثر انتشاریافته است. ایشان موفق به دریافت افتخارات متعددی از سازمان‌های علمی و حرفه‌ای شده‌اند. دکتر بک به‌طور گسترده و عمیقی در خصوص موضوع اختلال شخصیت کار کرده است. او محقق دو مطالعه در خصوص شناخت‌درمانی اختلال شخصیت مرزی است.

آرتور فریمن، استاد دانشگاه و رئیس دپارتمان روان‌شناسی دانشکده فیلادلفیا است. وی قبلاً رئیس انجمن گسترش رفتاردرمانی و انجمن بین‌المللی روان‌درمانی شناختی بوده است. او یکی از مشهورترین اعضای بنیان‌گذار دانشکده شناخت‌درمانی است و موفق به کسب مدرک در روان‌شناسی بالینی، روان‌شناسی رفتاری و روان‌شناسی خانواده از بُرد تخصصی روان‌شناسی آمریکا شده است. علایق بالینی و تحقیقی دکتر فریمن شامل زوج‌درمانی و خانواده‌درمانی، و درمان شناختی‌رفتاری برای افسردگی، اضطراب و اختلال‌های شخصیت است.

دکتر دنیس. د. دیویس، یکی از بنیان‌گذاران آکادمی شناخت‌درمانی است و با دکتر بک و دکتر فریمن و سایرین در مرکز شناخت‌درمانی بک همکاری دارد. او در چاپ نسخه اول این کتاب مشارکت داشته است. او مقالات زیادی دارد و کارگاه‌های فراوانی در زمینه شناخت‌درمانی برگزار کرده است. دکتر دیویس ویراستار مجله کاربرد درمان شناختی‌رفتاری است. او اخیراً به‌عنوان معاون مدیریت آموزش بالینی در روان‌شناسی در دانشگاه وندربیل منصوب شده است و رویه مستقلی را در شناخت‌درمانی به مدت ۲۰ سال حفظ کرده است.

نویسندگان همکار

James Pretzer, PhD, Cleveland Center for Cognitive Therapy, Cleveland, Ohio, Department of Psychiatry, Case Western Reserve University School of Medicine, Cleveland, Ohio

Barbara Fleming, PhD, Department of Medical, Clinical and Experimental Psychology, Maastricht University, Case Western Reserve University School of Medicine, Cleveland, Ohio

Arnould Arntz, PhD, Department of Medical, Clinical and Experimental Psychology, Maastricht University, Maastricht, the Netherlands

Andrew Butler, PhD, Beck Institute for Cognitive Therapy and Research, Bala Cynwyd, Pennsylvania; Alternative Behavioral Services, Yardley, Pennsylvania

Gina Fusco, PsyD, Philadelphia College of Osteopathic Medicine, Philadelphia, Pennsylvania; Alternative Behavioral Services, Yardley, Pennsylvania

Karen M. Simon, PhD, Cognitive Behavioral Therapy of Newport Beach, Newport Beach, California

Judith S. Beck, PhD, Beck Institute for Cognitive Therapy and Research, Bala Cynwyd, Pennsylvania; Department of Psychiatry, University of Pennsylvania School of Medicine, Philadelphia, Pennsylvania

Anthony Morrison, ClinPsyD, Department of Psychology, University of Manchester, Manchester, United Kingdom

Christine A. Padesky, PhD, Center for Cognitive Therapy, Huntington Beach, California, www.padesky.com

Julia Rentron, ClinPsyD, Bolton, Salford and Trafford Mental Health Trust, Manchester, United Kingdom

پیشگفتار

با گذشت بیش از دو دهه از انتشار کتاب «شناخت‌درمانی برای افسردگی» توسط آرون ت. بک و همکارانش، شناخت‌درمانی رشد روزافزونی داشته است. از زمان اولین تلاش‌ها در درمان افسردگی، مدل شناختی برای درمان همه‌نشانگان متداول بالینی نظیر اضطراب، اختلال وحشت‌زدگی، اختلال‌های خوردن، سوءمصرف مواد و حتی اختلال‌های تفکر در روان‌پریشی گسترش یافت و به کار گرفته شد. مطالعات سنجش پیامدهای درمان، کارآمدی شناخت‌درمانی را در طیف گسترده‌ای از اختلال‌های بالینی ثابت کرده است. علاوه بر اینکه شناخت‌درمانی با اصلاحاتی برای همه جمعیت‌های بالینی در عمل به کار رفته، این درمان در مورد افرادی با سنین متفاوت (کودکان، نوجوانان و بیماران مسن) و همچنین در موقعیت‌های مختلفی (بیماران سرپایی، بستری، زوج‌ها، گروه‌ها و خانواده‌ها) به کار رفته است.

علاقه و رشد کار بالینی در زمینه درمان بیماران دارای اختلال‌های شخصیت به موازات پیشرفت مهارت بالینی شناخت‌درمانگران رو به رشد بوده است. ویرایش نخست این کتاب، نخستین رویکرد شناختی بود که بر این گروه متنوع و دشوار اختصاصاً تمرکز کرد. ویرایش دوم ما، هم رشد مهارت‌های بالینی ما و هم بالا رفتن توانایی شناخت‌درمانی در درمان مؤثر این اختلال‌ها که در گذشته به‌عنوان غیرقابل درمان در نظر گرفته می‌شدند را منعکس می‌کند.

علاقه به کار بالینی در زمینه شناخت‌درمانی در سراسر جهان بالا رفته است و مراکزی برای شناخت‌درمانی (یا گروه‌های مطالعه در زمینه شناخت‌درمانی) در هر قاره‌ای به جز قطب جنوب تأسیس شده است. پروچاسکا و نورکراس در سال ۲۰۰۳، در پنجمین ویرایش نظام‌های روان‌درمانی خود اظهار کردند: «احتمالاً درست‌ترین پیش‌بینی درباره آینده شناخت‌درمانی، پیشرفت و ارتقای آن خواهد بود. درمان‌های شناختی‌رفتاری به‌طور کلی و درمان شناختی بک به‌طور خاص، به سرعت در حال رشد هستند و بیشترین گرایش تحقیق را در صحنه فعلی به خود معطوف کرده است. دلایل محبوبیت یا شهرت فعلی

شناخت‌درمانی روشن هستند؛ شناخت‌درمانی مبتنی بر پروتکل‌های درمانی، نسبتاً کوتاه‌مدت، مورد ارزیابی قرار گرفتن آن به‌طور گسترده، سازگاری با درمان دارویی و تمرکز بر مشکل است. اجازه دهید این طور بگوییم، اگر مجبور به تکیه به یک نظام روان‌درمانی موجود باشیم، شناخت‌درمانی بک برای پنج سال آینده، انتخاب در حال رشدی خواهد بود.

علاقه به رویکردهای شناختی در بین درمانگران به ۶۰٪ بعد از سال ۱۹۷۳ افزایش یافته است (نورکراس، پروچاسکا، و گالاگر، ۱۹۸۹).

نیروی محرک اصلی این کتاب درمانگران آموزش‌دیده در مرکز شناخت‌درمانی دانشگاه پنسیلوانیا و کسانی بودند که توسط آنها آموزش دیده بودند. محتوای کتاب حاضر در طی سال‌ها به‌طور طبیعی در جریان برگزاری سمینارها و مباحث مورد پژوهی اولیه که توسط بک هدایت شد، گسترش یافته است. وقتی ما تصمیم به نوشتن این کتاب گرفتیم (که امکان سهیم شدن دستاوردهای بالینی‌مان را فراهم آورد)، متوجه شدیم امکان ندارد فقط یک یا دو نفر بتوانند در درمان همهٔ اختلال‌های شخصیت مهارت و تخصص داشته باشند. بدین ترتیب، ما از گروهی از درمانگران برجسته و با قریحهٔ مرکز شناخت‌درمانی برای نوشتن این کتاب به‌عنوان نویسندگان همکار استفاده کردیم. همهٔ این افراد تنها در زمینه‌ای که تخصص داشته‌اند مطالبی را نوشته‌اند. ما اصطلاح «متن ویرایش شده» را که حاکی از مطالبی ناهمخوان (یا تکراری) باشد را رد می‌کنیم. به خاطر علاقه‌مندی به همسانی و یکدست بودن کتاب تصمیم گرفتیم کتاب حاضر دربرگیرنده تمامی دستاوردهای مشترک کل نویسندگان باشد.

مؤلفان متفاوتی مسئولیت موضوعات خاص یا کاربردهای بالینی مختلفی را تقبل کردند. سپس موضوعات پیش‌نویس در هر عنوانی به خاطر غنابخشی و تسهیل همسانی در اختیار همهٔ مؤلفان قرار گرفت و نهایتاً جهت تجدیدنظر و کامل‌تر شدن به مؤلف یا مؤلفین اصلی برگشت داده شد. سرانجام تمامی دست‌نوشته توسط یک مؤلف مورد بازبینی و ویرایش قرار گرفت، تا از نظر همسانی در سبک نگارش، زبان و محتوا اطمینان حاصل کند. گرچه کتاب حاضر توسط تیمی از نویسندگان مهیا شده است، اما مسئولیت هر بخشی بر عهدهٔ نویسندهٔ خاصی بود. با این حال، مؤلفین اصلی هر یک از فصل‌ها در زیر آمده است. در این کتاب، یکپارچه کردن، ویراستاری نهایی، یکسان‌سازی مطالب، مدیریت طرح بازنگری و تجدیدنظر نسخه دوم کتاب، همگی به عهده دکتر دنیس دی دیویس بوده است.

همان‌طور که دلایل پیگیری ویرایش مجدد این کتاب را بررسی کردیم، برخی مسائل بر تصمیم ما تأثیرگذار بوده‌اند. نخست اینکه، طی چهارده سالی که از چاپ نسخهٔ اول این کتاب می‌گذرد، شناخت‌درمانی اختلال‌های شخصیت به‌طور مداوم تغییر و گسترش یافته است. تجربیات ما به‌عنوان درمانگران شناختی بالا رفته است، همچنین به صورت شفاف‌تری ارزش‌ها و چالش‌های این رویکرد درمانی بالقوه قوی را مشاهده کرده‌ایم. بسیاری از این تجارب از طریق شواهد تجربی جدید به دست آمده است. چندین نفر از نویسندگانی که در نوشتن ویرایش اول کتاب مشارکت داشتند، آماده بودند یک دهه تجربیات و اطلاعات

غنی و عمیق خود را به کاربردهای اصلی بالینی اضافه کنند. به علاوه ما توانستیم از چندین نویسنده جدید که نقش مهمی را در حوزه‌های تخصص خود در سال‌های اخیر داشتند کمک بخواهیم تا اینکه دیدگاه جدید و روزآمد خود را به‌منظور بالا بردن هسته اصلی اولیه کتاب اضافه کنند. سرانجام اینکه ما می‌خواستیم پیشنهاد‌های اصلی و اولیه را در خصوص سنجش بالینی گسترش بخشیده و در مورد نقش هیجان‌ها و رابطه درمانی در شناخت‌درمانی اختلال‌های شخصیت بیشتر بحث کنیم.

این کتاب را در دو بخش سازمان‌دهی کرده‌ایم. بخش اول، شامل مروری گسترده بر جنبه‌های تاریخی، نظری و درمانی اختلال‌های شخصیت است. به دنبال این بخش، فصل‌های کاربرد بالینی آمده است که جزئیات درمان‌های فردی برای هر یک از اختلال‌های شخصیت خاص را مطرح می‌کند. فصل‌های بالینی، بر اساس سه دسته اختلال شخصیت که توسط ویرایش چهارم نسخه تجدیدنظر شده «راهنمای نظام تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی (DSM-IV-TR) انجمن روان‌پزشکی آمریکا، سال ۲۰۰۰» توصیف شده است، تنظیم شده است. خوشه الف؛ شامل اختلالاتی است که مشخصه آنها رفتارهای عجیب و غریب و یا نامتعارف است، و شامل اختلال‌های شخصیت پارانویید، اسکیزوفنید و اسکیزوتایپال است. خوشه ب؛ شامل اختلال‌های شخصیت ضد اجتماعی، مرزی، نمایشی و خودشیفته است و به‌عنوان «نمایشی، هیجانی و دمدمی» توصیف شده‌اند. خوشه ج؛ شامل افراد «مضطرب و ترسو» است و اختلال‌های شخصیت وابسته، اجتنابی و وسواسی-جبری در این طبقه قرار می‌گیرند. بعد از بررسی فراوان، اختلال شخصیت منفعل-پرخاشگر علی‌رغم حذف آن از فهرست اختلال‌های شخصیت DSM-IV-TR و قرار گرفتن آن در طبقه‌های جدیدی که منتظر مطالعه بیشتری است، در ویرایش دوم کتاب (کتاب حاضر) قرار گرفت. ما با نوعی الگوی خاص بالینی شخصیت منفعل-پرخاشگر یا منفی‌گرای سازگار موافق هستیم. علاوه بر این، تحقیقات ما نشان داده است که مجموعه‌های خاصی از باورهای ناکارآمد با تشخیص بالینی این اختلال همراه است.

مطالب بخش اول توسط «آرون ت. بک، آرتور فریمن، آندرو باتلر، دنیس دیویس و جیمز پرتزر» تهیه شده است. در فصل یک، فریمن و پرتزر با رئوس رویکرد شناختی-رفتاری برای مشکلات کلی ارجاع، تشخیص و درمان بیماران با تشخیص اختلال شخصیت شروع کرده‌اند. بحثی درباره شکل‌گیری مفهوم طرح‌واره و تأثیرگذاری آن بر رفتار، خواننده را با این موضوع کلیدی آشنا می‌کند و در فصل‌های بعدی بیشتر به این مبحث پرداخته می‌شود. در ادامه فصل مطالعات بالینی و تحقیقاتی که تا حال حاضر در مورد درمان شناختی-رفتاری شخصیت انجام شده، مطرح شده است.

در فصل دوم، بک به تشریح فرایند شکل‌گیری شخصیت و اینکه چگونه کارکردهای انطباقی در زندگی افراد ایفا می‌کند پرداخته است. بک با تمرکز بر یک نگاه تکاملی شروع کرده است، او به تشریح اینکه چگونه طرح‌واره‌ها (و ترکیب‌های فرد-ویژه طرح‌واره‌ها) در شکل‌گیری اختلال‌های مختلف نقش دارند، می‌پردازد. سپس رئوس کلی راهبردهای اصلی برای سازگاری، و باورها و نگرش‌های اصلی هر یک از اختلال‌های شخصیت نیز آمده است. پردازش اطلاعات و انواع خاصی از تحریف اطلاعات در دسترس، به ویژگی‌های طرح‌واره‌ای که

شامل فشرده‌گی، فعالیت و جاذبه طرح‌واره هستند، مربوط می‌شوند. در درون هر اختلال شخصیت، باورها و راهبردهایی خاصی غالب هستند و نیمرخ مشخصی را تشکیل می‌دهند. یک راهبردهای متداول بیش‌رشدیافته و رشدنیافته‌ای را برای هر اختلال شخصیت شناسایی کرده است. یک معتقد است این راهبردها از تجارب رشدی خاصی ناشی می‌شوند یا جبرانی برای آنها هستند. با ارائه نیمرخ‌های شناختی که شامل نگاه یا تلقی از خود، تلقی از دیگران، باورهای اصلی و شرطی و راهبردهای جبرانی اصلی هستند، یک اختلال‌های شخصیت را در چارچوبی قرار می‌دهد که کاربرد طیف گسترده‌ای از مداخلات شناختی و رفتاری را میسر می‌کند.

در فصل سه، آندرو باتلر نگرانی‌های مربوط به سنجش اختلال‌های شخصیت از جمله مسائل مفهومی، روش شناختی و راهبردی را که با فهم این حیطه‌های پیچیده آسیب‌شناسی روانی عجین شده است، را مورد بحث قرار می‌دهد. در این فصل ابزارهای شناختی آسیب‌شناسی شخصیت مطرح شده‌اند و توضیحاتی نیز در مورد ابزار خاصی به نام پرسشنامه باورهای شخصیتی (PBQ) که در سال‌های اخیر طراحی شده است، آمده است. در فصل چهار، یک و فریمن اصول کلی شناخت‌درمانی اختلال‌های شخصیت را مرور کرده‌اند. طرح‌واره‌های اصلی را با اولین نگاه به افکار خودآیند بیمار می‌توان استنباط کرد. درمانگران همچنین می‌توانند با استفاده از تصویرسازی ذهنی و یادآوری مجدد تجارب آسیب‌زای گذشته، طرح‌واره‌های اصلی را فعال کند. باورهای موجود در این طرح‌واره‌ها می‌توانند در متن و بافت درمان مورد آزمون قرار گیرند. این فصل رئوس اصلی راهبردهای شناخت‌درمانی را با تأکید ویژه بر ایجاد مفهوم‌پردازی موردی تشریح می‌کند. همچنین مشارکت درمانی، کشف هدایت‌شده و اهمیت انتقال و انتقال متقابل نیز مورد بحث قرار می‌گیرند. علاوه بر این موارد، این فصل مروری به تکنیک‌های شناختی و رفتاری اصلاح طرح‌واره‌ها را شامل می‌شود. فصل پنج، آخرین فصل بخش نخست کتاب است. این فصل دربرگیرنده فرمول‌بندی جدیدی برای برجسته کردن نقش رابطه درمانی در شناخت‌درمانی اختلال‌های شخصیت است. دنیس دیویس بر اساس کارهای قبلی یک و فریمن در ارتباط با دلایل متفاوت عدم مشارکت مبتلایان به اختلال شخصیت در فرایند درمان، ملاحظاتی را درباره فرهنگ و مراقبت مدیریت‌شده اضافه نمود. به‌علاوه، او گسترش حوزه بین فردی را در بافت درمان اختلال‌های شخصیت مورد بحث قرار داده و مفهوم‌بندی را برای انتقال و انتقال متقابل مطرح کرده که مبنایی برای مدل شناخت‌درمانی است. این فصل راهبردهای خاصی را برای رویکرد شناخت‌درمانی نسبت به هیجان‌های بیمار و درمانگر تشریح می‌کند. این نگاه اجمالی بر ویژگی‌های هیجانی و بین فردی مداخلات شناختی، با بحث‌های دقیق در مورد موضوعات رابطه درمانی و راهبردهای ایجاد مشارکت، در ارتباط با هر یک از فصل‌های بعدی بخش دوم کتاب که به اختلال‌های شخصیت خاصی پرداخته‌اند، تکمیل می‌گردد.

هر یک از فصل‌های اختصاص یافته به هر اختلال در بخش دوم، چارچوب خاصی را دنبال می‌کنند که در آن نخست ویژگی‌های کلیدی هر اختلال و شیوه‌هایی که در بافت بالینی خود را نشان می‌دهند

توصیف می‌شوند. به دنبال آن خلاصه‌ای از دیدگاه‌های تاریخی در مورد آن اختلال آمده است. همچنین در این فصل‌ها به اطلاعات تحقیقی و تجربی مهمی اشاره شده است. در ادامه بحث مختصری از تشخیص افتراقی هم مطرح می‌شود. هر مؤلف مفهوم‌پردازی مشخصی را برای تبیین هر اختلال در چارچوب مدل شناختی ارائه داده است و به دنبال آن مروری اجمالی بر اینکه درمان چگونه می‌تواند به بیمارانی که این ویژگی‌ها را نشان می‌دهند کمک کند آمده است. باورها و راهبردهای خاصی که بر مشارکت بیمار تأثیر می‌گذارد و شیوه‌های احتمالی پرداختن به این چالش‌ها در بخش راهبردهای ایجاد مشارکت به تفصیل آمده است. به دنبال این موضوعات، توضیحات دقیق و زیادی در مورد مداخلات خاص ذکر شده است. سرانجام، پیشنهادهایی نیز برای حفظ و استمرار پیشرفت درمان عرضه می‌گردد. گرچه هر یک از نویسندگان از یک طرح کلی مشابه پیروی کرده‌اند، اما گنجینه‌ای از اندیشه‌های مختلف برای کاربست مدل شناختی در فصل‌های مربوطه گنجانده شده است.

فصل شش که شروع بخش کاربردهای بالینی برای اختلال‌های شخصیت است، توسط نویسنده اصلی جیمز پرتز مورد بازبینی قرار گرفته است. این فصل به معرفی مشکلات مرتبط با اختلال شخصیت پارانوئید می‌پردازد. مطالعات معدودی، چندین مشکل فرد-ویژه را در مورد این افراد نشان می‌دهد که کمترین آن درجات بالایی از سوءظن در روابط بین فردی است. در فصل هفتم، آنتونی موريسون و جولیا رنتون اختلال‌های شخصیت اسکیزوفنیک و اسکیزوتایپال را مورد بحث قرار می‌دهند. این مؤلفان توصیه‌های مستند و عملی برای متمایز کردن این اختلال‌ها، درمان بالینی افکار و باورهای مؤثر در سازگاری اجتماعی عجیب و نامتعارف این بیماران و درگیر کردن این افراد در مشارکت درمانی ارائه داده‌اند. اختلال‌های خوشه ب که با ویژگی‌های نمایشی، هیجانی و دمدمی شخصیتی مشخص می‌شوند به وسیله آرتور فریمن و فرمول‌بندی مجدد دنیس دیویس در مورد تلویحات اصلی شخصیت ضد اجتماعی در فصل ۸ معرفی شده است. موضوعات خاصی نظیر گرایش‌های خاص این بیماران برای اجتناب و دستکاری کردن (بازی دادن درمانگر)، محدودیت‌گزینی و درگیر کردن این بیماران در تمرین‌های خانگی و همچنین آموزش مهارت‌های عملی تشریح شده است.

فصل نهم که در مورد اختلال شخصیت مرزی است به وسیله آرنود آرنتز نوشته شده است. او خلاصه‌ای از جریان‌های تجربی و نظری قابل توجه در این حوزه را در دهه گذشته ارائه داده است. در این فصل موضوعات مناسبی در درمان آسیب‌شناسی مرزی با استفاده از مدل شناختی برای تغییر طرح‌واره به شکل ماهرانه‌ای تشریح شده است. در فصل دهم، باربارا فلمینگ بحث اصلی خود در مورد اختلال شخصیت نمایشی را روزآمد کرده است. او همچنین خلاصه‌ای مسحورکننده از تأثیرات زن‌ستیزی که به لحاظ تاریخی با این اختلال همراه بوده است را لحاظ کرده است. فلمینگ این اختلال را بر اساس اصطلاحات شناختی مجدداً مفهوم‌بندی کرده است و پروتکل درمانی را که به‌طور شفاف به آسیب‌شناسی چشمگیر و مفرط هیجان‌ها پرداخته، را توضیح داده است. در فصل یازدهم دنیس دیویس بحث اصلی‌اش را در اختلال

شخصیت خودشیفته از نو طرح‌ریزی کرده است و یک فرمول‌بندی شناختی از این اختلال «خود متورم شده» ارائه می‌دهد. باورها و مفروض‌های اصلی این اختلال شخصیت تعیین شده است، علاوه بر آن مدلی برای درگیر کردن این بیماران مشکل‌آفرین و مشخص کردن باورهای فعال اولیه‌ای که ممکن است برای تغییر در دسترس باشند، ارائه شده است.

در فصل دوازدهم، «بارابا فلمینگ» به اصلاح کارهای قبلی خود در خصوص اختلال شخصیت وابسته که در خوشه C اختلال‌های شخصیت قرار دارد و افراد این دسته را بیمارانی مضطرب و ترسو تشکیل می‌دهند، می‌پردازد. باورهای بیماران وابسته در ارتباط با کفایت، رهاشدگی و استقلال به شیوه‌های مختلفی به‌منظور ترغیب در جهت ایجاد عملکردی مستقل و سازگارانه‌تر مورد توجه قرار گرفته است. ناکامی درمانگر موضوع کلیدی است که فلمینگ به آن پرداخته است. بیمار دچار اختلال شخصیت وابسته، به‌ویژه مستعد ابراز اطاعت ظاهری و چالپوسی نسبت به درمانگر بوده و خواهان حفظ رابطه وابسته خود با درمانگر است. راهبردهای تعیین میزان وابستگی بیمار و مدیریت آن به تفصیل بیان شده است. «کریستین پدسکی» و «جو دیت بک» در فصل سیزدهم که در مورد اختلال شخصیت اجتنابی است با هم همکاری دارند. موضوعاتی مانند خود حقیرشماری (احساس حقارت)، انتظار طرد و باوری مبنی بر اینکه هیجان‌ها یا رویاروی‌های ناخوشایند غیرقابل تحمل هستند، این مؤلفان را در کاربست تخصص بالینی مشهور خود راهنمایی کرده است. همانند ویرایش نخست، بر درمان مؤلفه اضطراب و نیاز به آموزش مهارت‌های خاصی تأکید شده است. در این فصل بیماری که در ویرایش قبلی آمده بود اطلاعات بیشتری در مورد آن آمده است، همچنین توضیحات مفصل‌تری در مورد تکنیک‌های درمانی و نظرات بیشتری در مورد مداخلات احتمالی آمده است.

در فصل چهاردهم، کارن سیمون دست به روزآمد کردن و گسترش فصل عمده‌ای در مورد اختلال شخصیت وسواسی جبری زده است. گرچه این اختلال شامل صفاتی مانند عملکرد بالا، کنترل هیجانی، نظم، پشتکار، قابل‌اعتماد بودن و مؤدب بودن است که از لحاظ جامعه ارزشمند هستند اما سیمون توضیح می‌دهد که چگونه چنین راهبردهای مفید و سازنده‌ای به انعطاف‌ناپذیری ناکارآمد، کمال‌گرایی، نشخوار فکری، جزم‌اندیشی و تردید در تصمیم‌گیری منجر می‌شوند. مشکلات همراه با این اختلال شخصیت مانند افسردگی، مشکلات جنسی و روان‌تنی نیز مورد توجه نویسندگان قرار گرفته است.

چینا فوسکو همکار جدید، در فصل پانزده به شخصیت منفعل-پرخاشگر یا منفی‌گرا پرداخته است و تاریخچه موضوعات مفهومی پیرامون این اختلال تا حدودی بحث‌برانگیز را مرور کرده است. فوسکو بر موضوعات اساسی نظیر دوسوگرایی، وابستگی و ضعف در جرأت‌آموزی که اصولاً عملکرد انطباقی این افراد را تخریب می‌کند، تمرکز کرده است. او با ارائه نمونه‌های بالینی به خوبی رویکرد شناختی را برای حل بن‌بست‌های درمانی و حرکت در جهت تغییرات سازنده‌تر توصیف کرده است.

سرانجام در فصل شانزدهم، جیمز پرتز، خلاصه‌ای از موضوعات اساسی را ارائه داده است و به چشم‌انداز آینده شناخت‌درمانی درمان اختلال‌های شخصیت می‌پردازد.

سپاسگزاری

پنج واقعه مهم در انتشار این کتاب نقش داشته‌اند. نخست وجود ذوق و شوق، و هیجان ناشی از مفهوم‌پردازی‌های اولیه و بسط آنها برای کتاب حاضر است. طی مرحله نخست، اندیشه‌ها عرضه شدند، تحول یافتند، تعدیل شدند، کنار گذاشته شدند، مورد ارزیابی مجدد قرار گرفتند و دوباره ضابطه‌بندی شدند. هر دو ویرایش این کتاب، به موازات افزایش کار ما، به خاطر ضرورت‌های بالینی و کنجکاوی‌های علمی آغاز گردید. در عمل بیماران دارای اختلال شخصیت بخشی از کار درمانگران در مرکز درمانی ما بودند. ایده اصلی این کتاب از سمینارهای بالینی هفتگی ناشی شد که به‌وسیله آرون ت. بک هدایت می‌شدند. همراه با نیرومندتر شدن این ایده، مشارکت و بینش‌های بالینی همکاران ما در دانشگاه پنسیلوانیا و سایر مراکز شناخت‌درمانی موجود در ایالات‌متحده مورد جستجو قرار گرفت که در اینجا باید مورد قدرانی قرار گیرد. بسیاری از آن افراد نویسندگان همکار ما شدند و تأثیرات چشمگیری در جهت‌گیری و محتوای هر دو ویرایش نخست و فعلی کتاب داشته‌اند. ذکاوت و شم بالینی آنها به این کتاب درخشندگی ویژه‌ای بخشیده است.

دومین نکته اساسی برای بعضی از کتاب‌ها، اتخاذ این تصمیم است که آیا کتاب اصلی چاپ‌شده نیاز به بازنگری و تجدیدنظرهای اساسی بعدی دارد که انجام ویرایش دیگری را مطرح کند یا خیر. مباحث و ملاحظات مهمی بین ناشر و مؤلفان قبل از مشخص کردن روند این پروژه به وقوع پیوست. در اجرای ایده اقدام به ویرایش دوم کتاب، تصمیم بر این شد که نقشی به‌عنوان مدیر پروژه نویسندگان تعیین شود تا از به‌موقع بودن و هماهنگی کار نهایی اطمینان حاصل شود.

سومین مرحله عمده و اساسی در تألیف یک کتاب، جمع‌آوری و تطبیق دست‌نوشته‌ها است. اندیشه‌ها جنبه عینی می‌یابند و بر روی کاغذ ثبت می‌شوند. در این مرحله فرایند کار شکل می‌گیرد. در ویرایش دوم این کتاب، دنیس دی. دیویس، به‌عنوان مدیر پروژه نویسندگان عمل کرد و به بازبینی همه دست‌نوشته‌ها

پرداخت، ویرایش، شکل‌دهی و صیقل دادن به نسخهٔ تجدیدنظر شده از مرحله تأمل و اندیشه تا تکمیل، همگی به عهده وی بود.

چهارمین مرحله اساسی زمانی بود که پیش‌نویس دست‌نوشته‌ها برای ناشر ارسال شد. سیمور وینگارتن به‌عنوان ویراستار انتشارات «گیلفورد» سال‌ها است که طرفدار شناخت‌درمانی است (این خرد و آینده‌نگری سیمور بود که دو دهه قبل منجر به انتشار کتاب «شناخت‌درمانی برای افسردگی» شد). حمایت، تشویق و ترغیب سیمور در به سامان رسیدن کار نهایی ویرایش اول و دوم کتاب حاضر کمک‌کننده بوده است. «کارولین گراهام»، «گریچ توماس» و سایر کارکنان «انتشارات گلیفورد»، فراهم‌کنندهٔ حمایت و راهنمایی مستمر در ایجاد و تکمیل ویرایش دوم کتاب بودند.

گرچه فن‌آوری نوین موجب کاهش نیاز بیشتر به مساعدت‌های اضافی برای ایجاد دستاورد نهایی می‌گردد، اما مایلیم تشکر خودمان را متوجه همهٔ کسانی کنیم که از مساعدت و همکاری آنان بهره‌مند شدیم تا بتوانیم تلاش خود را به ثمر برسانیم.

شناخت‌درمانی از موضوعی پیش‌پا افتاده به سریع‌ترین مدل روان‌درمانی رو به رشد در جهان تبدیل گردیده است. من از بابت ویرایش تجدیدنظر شدهٔ کتاب «شناخت‌درمانی برای اختلال‌های شخصیت» مفتخرم چراکه این کار بیانگر تلاش مشترک بسیاری از اعضای خانوادهٔ حرفه‌ای من (که دخترم جودیت بک را نیز شامل می‌شود) است. مایلم قدردانی خود را به همهٔ مشارکت‌کنندگان، به‌خصوص دنیس دیویس و آرتور فریمن، که از بازنگری تا به بار نشستن کتاب تلاش و همکاری داشته‌اند ابراز کنم.

آرون ت. بک.

در سال ۱۹۷۷، فعالیت خود را در مرکز شناخت‌درمانی دانشگاه پنسیلوانیا شروع کردم و یک ربع قرن است که با «تیم بک» همکاری دارم. این آشنایی و همکاری، زندگی شخصی و حرفه‌ای مرا دستخوش دگرگونی ساخت. تیم، یک همکار، مشاور، حامی، منتقد و یک دوست بود. در این دو دهه، دنیس دیویس، همکار ارزشمندی برای من بوده است. علاوه بر این او یک دوست و همکار نیز محسوب می‌شود. همسر، «شارون» از هر نظر شریک زندگی‌ام بوده است. عشق، خلاقیت و مهربانی او برایم حمایتگر و انرژی‌بخش بوده است.

آرتور فریمن.

«تیم بک» و «آرتور فریمن»، برای سال‌های زیادی نقش رهبر تشویق‌کننده و الهام‌بخش را در تکامل شناخت‌درمانی داشته‌اند. من می‌خواهم تشکر و سپاس شخصی‌ام را نثار دوستی و همکاری صمیمانهٔ آنان کنم. اطمینان آنها به‌راستی یک سرمایهٔ گران‌بها است. مشارکت آنان در شکل‌گیری این کتاب، تحسین‌برانگیز، روشن‌گر و مسئولانه بود. من از فرصتی که برایم فراهم ساخته‌اند تا در این کار بر

آموخته‌هایم بیفزایم سپاسگزارم. همچنین مایلم از «چارلز شریل» همکار برجسته‌ام تشکر کنم که فضایی توأم با شادمانی و حمایت برایم مهیا نمود تا امکان همکاری من در این پروژه فراهم شود.

دنیس د. دیویس.

سرانجام، ما همه می‌خواهیم از همهٔ بیمارانی که طی سال‌ها با آنها کار کردیم و به ما اجازه داد تا باری را که به دوش می‌کشند با دیگران در میان بگذاریم، تشکر کنیم. این درد و رنج و اندوه این بیماران بود که انگیزه شکل‌گیری نظریه و تکنیک‌های که به عنوان شناخت‌درمانی شناخته می‌شوند را در ما ایجاد کرد. ما از این افراد خیلی آموختیم و امیدواریم کارهای ما منجر به کمک هر چه بیشتر به آنها شود تا بتوانند زندگی کامل‌تر و پربارتری داشته باشند.

مرحله پنجم و آخرین مرحله این کتاب با انتشار آن صورت گرفت. با توجه به همهٔ مراحل قبلی این مرحله تقریباً دور از دسترس بود. هم‌اینک کتاب ما در دسترس شماست. ما امیدواریم این کتاب برای شما درمانگران و بیماران مفید باشد.

آرون ت. بک.

آرتور فریمن.

دنیس د. دیویس.