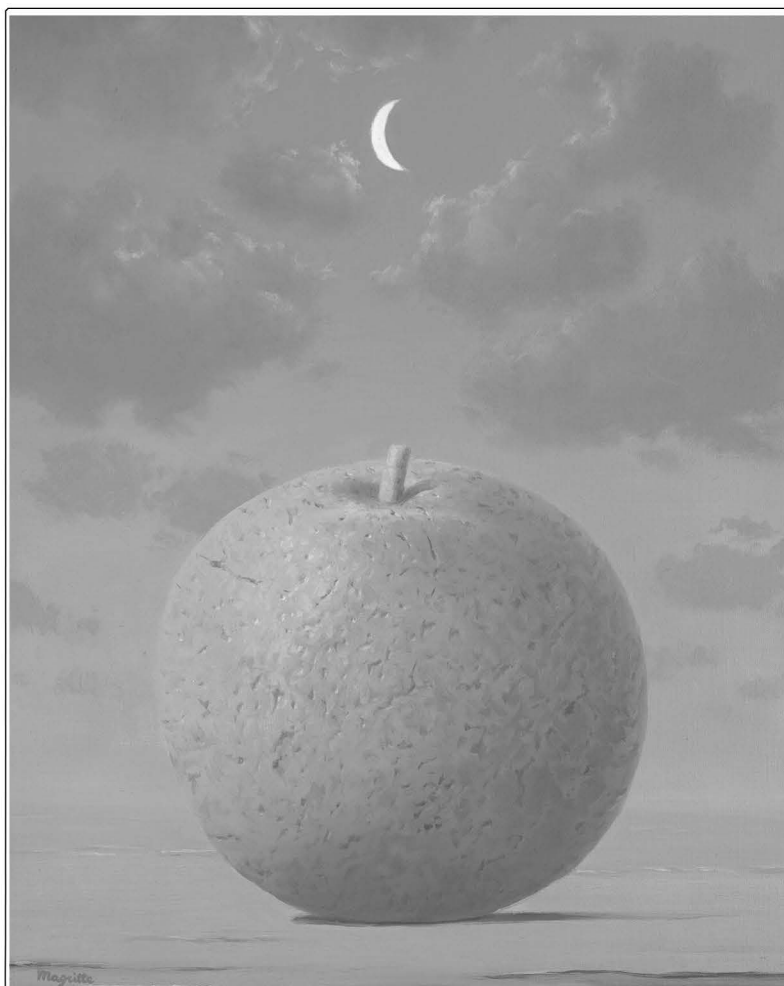




روان‌درمانی معطوف به انتقال برای اختلال شخصیت مرزی

(راهنمای بالینی)

پیشکش به

استاد گرامی جناب آقای دکتر عبدالحسین رفعتیان

و

تقدیم به همسر عزیزم برای صبوریهایش

فهرست

سخن مترجم.....	۱۳
مقدمه.....	۱۵
راهنمای ویدیوها.....	۱۹
فصل ۱ - ماهیت سازمان شخصیتی بهنجار و نابهنجار.....	۳۳
دو رویکرد در قبال پاتولوژی مرزی.....	۳۴
پاتولوژی مرزی: سازمان ساختاری.....	۳۵
رشد بهنجار شخصیت و انحرافات آن.....	۳۶
سازمان شخصیتی بهنجار.....	۳۸
عوامل رشدی.....	۳۹
جنبه‌های انگیزشی: عواطف و روابط ابژه درونی.....	۳۱
طبقه‌بندی بیماری‌ها براساس مدل روابط ابژه.....	۳۶
سازمان شخصیتی روان‌نژند (نوروتیک).....	۳۶
سازمان شخصیتی مرزی.....	۳۷
عناصر پیوسته تشکیل‌دهنده سازمان شخصیتی مرزی.....	۳۷
منابع.....	۴۶
فصل ۲ - تدوین تجربی روان‌درمانی معطوف به انتقال.....	۴۷
فرآیند پژوهش بالینی.....	۴۷
گام‌های رشد تجربی TFP.....	۴۷
ارتقای درک پاتولوژی مرزی.....	۴۸
ساختار عامل علامت.....	۴۹
توصیفات صفت (trait).....	۴۹
فرآیندهای بلافصل (real-time) در اختلال شخصیت مرزی.....	۵۰
بازنمودهای خود و دیگران.....	۵۷
سیر طولی.....	۵۸
فهم فعلی ما از اختلال شخصیت مرزی.....	۵۹
درمان بیماران دچار اختلال شخصیت مرزی در یک گروه مطالعه بالینی.....	۶۰
مدل درمان TFP.....	۶۱
اهداف TFP.....	۶۱
فعال‌سازی روابط ابژه در محیطی امن.....	۶۲
تخریب تفکر.....	۶۴
پیشرفت TFP.....	۶۶
نقش رابطه انسانی در TFP.....	۶۷

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

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: حل‌وفصل ظرفیت بیمار برای تجربه متفاوت رابطه که با انتقال شروع می‌شود.....	۸۷
ادغام ابژه‌های ناقص جدا شده.....	۸۷
نشانگرهای ادغام تدریجی توسط بیمار.....	۸۷
ماهیت تکراری کار.....	۹۵
منابع.....	۹۶

فصل ۴ - مرحله ارزیابی..... ۹۷

ارزیابی بالینی و انتخاب درمان.....	۹۷
ارزیابی بالینی.....	۹۸
مصاحبه ساختاری.....	۹۹
یک مصاحبه نیمه ساختاریافته.....	۱۰۲
موارد تجویز درمان.....	۱۰۳
خلاصه کار تشخیصی.....	۱۱۰
منابع.....	۱۱۲

فصل ۵ - برقراری چارچوب درمانی..... ۱۱۳

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

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.....	آزادی عمل در زمینه شفاف‌سازی و روبروسازی.....
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 روبروسازی 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.....
۲۶۰.....	دوره‌های افسردگی.....
۲۶۰.....	ملاقات‌های اتاق اورژانس.....
۲۶۱.....	بستری‌سازی.....
۲۶۶.....	تماس‌های تلفنی بیمار.....
۲۶۶.....	غیبت درمانگر و مدیریت مربوط به درمانگر جایگزین.....
۲۶۷.....	سکوت بیمار.....
۲۶۷.....	جسمانی‌سازی.....
۲۶۸.....	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 مرحلهٔ اولیهٔ درمان
۲۹۴	خاتمه دادن جلسه
۲۹۵	نمونه‌های بالینی جلسات اولیه
۳۰۱	منابع

فصل ۹ - مرحلهٔ میانی درمان ۳۰۳

۳۰۳	حرکت به سمت یکپارچگی همراه با دوره‌های پسرفت
۳۰۴	تکالیف اصلی مرحلهٔ میانی درمان
۳۰۵	تعمیق درک الگوهای انتقالی عمده
۳۰۸	گام‌های ادغام عاطفهٔ منفی
۳۱۰	پرخاشگری پنهان، تصاویر ایدئال جداشده و هدف عشق سالم
۳۱۲	دامنهٔ روابط جنسی در بیماران دارای سازمان شخصیتی مرزی
۳۱۳	نفوذ پرخاشگری در رفتار جنسی
۳۲۲	چالش‌های مربوط به زمانی که یکپارچگی شروع می‌شود و احساسات جنسی و عاشقانه ثبات بیشتری می‌یابند
۳۲۳	تعمیق فهم دوباره‌سازی و تقلا به سمت یکپارچگی
۳۲۴	شواهد دوباره‌سازی
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	توسعهٔ کانون درمان در مرحلهٔ میانی
۳۳۱	برقراری توازن بین توجه به انتقال و توجه به زندگی بیرونی بیمار
۳۳۳	ارتباط دادن بازنمودهای درونی همانندسازی‌های رشدی و فرافکنی‌ها
۳۳۶	بهبود بیمار و واکنش به آن
۳۳۷	منابع

فصل ۱۰ - مرحلهٔ پیشرفتهٔ درمان و خاتمه ۳۳۹

۳۴۲	ویژگی‌های بالینی مرحلهٔ پیشرفته
۳۴۲	حل و فصل انتقال‌های ضداجتماعی/ سایکوبات و پارانوئید
۳۴۳	بهبود کنش‌نمایی خارج از جلسات

۳۴۵	با کاهش فراافکنی رابطه با درمانگر عمیق تر می شود.....
۳۴۹	نشانه های تغییر درون روانی ساختاری.....
۳۴۹	شواهد پیشرفت بیمار به سمت خودنگری.....
۳۴۹	وارسی اظهارات درمانگر.....
۳۵۰	نگه داشت و تحمل آگاهی از پرخاشگری و عشق.....
۳۵۱	تحمل خیال پردازی.....
۳۵۱	توانایی استفاده از تفسیر مکانیسم های دفاعی.....
۳۵۳	تغییر در پارادایم های 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	باقتار نظری: جدایی بهنجار و مرضی.....
۳۶۲	خاتمه درمان: سازمان شخصیت مرزی، نوروتیک و بهنجار.....
۳۶۴	دلالت های فنی.....
۳۶۵	واقعیت خاتمه.....
۳۶۶	انتقال متقابل درمانگر.....
۳۶۶	زمان بندی خاتمه درمان.....
۳۶۷	منابع.....

فصل ۱۱ - مسیرهای تغییر در روان درمانی معطوف به انتقال ۳۶۹.....

۳۷۰	زیر گروه های تجربی بیماران مرزی.....
۳۷۱	تلویحات درمانی.....
۳۷۲	سازگاری بیمار در ابتدای درمان.....
۳۷۲	سطوح بالا و پایین سازمان مرزی.....
۳۷۲	گستره علایم و نقصان های 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 ژرف اندیشی در TFP.....
۳۷۶	برهمکنش دلبستگی بیمار به درمانگر و دلبستگی درمانگر به بیمار.....
۳۷۹	تلویحات درمانی.....
۳۸۰	مسیرهای تغییر حاصل از مطالعات تجربی.....
۳۸۱	تلویحات درمانی.....
۳۸۱	نشانه های بالینی تغییر.....
۳۸۲	خلاصه.....
۳۸۳	منابع.....

منابع ۳۸۵.....

واژه نامه انگلیسی به فارسی ۳۹۷.....

واژه نامه 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 ارایه 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 ارایه 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 بازنمود است که هیچ یک نسبت به دیگری اصیل تر محسوب نمی شود. پس از مشورت با تنی چند از همکاران و اساتید (به خصوص 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 کتاب ها 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 (به خصوص 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 کلازکین 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 لنزن‌وگر، کنت لویی، کوین میهان، لینا نورماندین، مالی اوچیوگروسو و باری استرن) گروه خود را تقویت کرده‌ایم. ما از همکاری متخصصین علوم اعصاب از جمله پی. جی. کیسی، میشل پوسنر و دیوید سیلبرس‌ویگ بهره‌مند شده‌ایم.

نخستین راهنمای درمانی ما برای بیماران دچار اختلال سازمان شخصیت مرزی در ۱۹۹۹ منتشر شد (کلازکین 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، خودِ درمان تقویت شده و با دقت بیشتری تعریف شده است. هدف اختصاصی ما همچنان سازماندهی درمان برای خودِ 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) 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 گرشویس 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 کارین 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 دکترای در دانشگاه ایالتی نیویورک، دانشگاه ایالت پنسیلوانیا و دانشگاه لاوال 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 روبروسازی 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 بیمارانی که در این ویدیوها دیده می‌شوند بازگیر 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.

❶ 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 و با استفاده از نرم‌افزار ویدیو پلیر 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 روبروسازی ماهرانه بخش ۱ (۹:۱۵)

ویدیوی ۳-۱: بی‌طرفی فنی و روبروسازی 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 (۹:۳۶)

ویدیوی ۳-۳: طوفان عاطفی بخش ۳ (۱۰:۱۰)

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

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

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

ویدیوی ۱-۳: طوفان عاطفی بخش ۱ (۹:۲۸)

ویدیوی ۲-۳: طوفان عاطفی بخش ۲ (۹:۳۶)

ویدیوی ۳-۳: طوفان عاطفی بخش ۳ (۱۰:۱۰)

فصل ۹. مرحلهٔ میانی درمان: حرکت به سمت یکپارچگی همراه با دوره‌هایی از پسرفت

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

ویدیوی ۲-۲: جلسهٔ 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 لنز وگر 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) ارایه 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 پسرفت 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 دویاره‌سازی 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 درونی‌شده مرضی توصیف نمود.

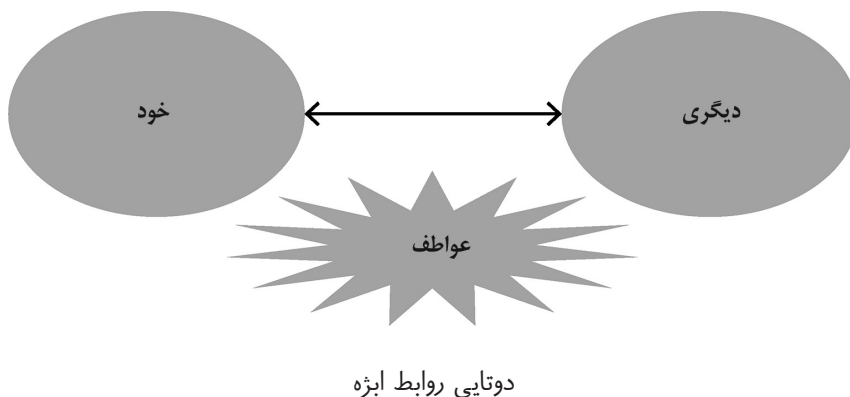
وقتی کرنبرگ (۱۹۷۵، ۱۹۸۴) این بیماران را در قالب پاتولوژی توصیفی و خصوصیات ساختاری توصیف نمود سایر پژوهشگران (گرینکر و همکاران ۱۹۶۸؛ گاندرسون و کولب ۱۹۰۸) از رویکرد کاملاً توصیفی برای شناسایی بیماران دچار عواطف شدید به‌خصوص خشم و افسردگی استفاده کردند و زیرگروهی از این بیماران را توصیف نمودند. بسیاری 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 روان‌پویشی 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 میزان یکپارچگی بر آنها در مورد خود و دیگران است. سطح سازمان شخصیت که با شدت اختلالات شخصیت ربط دارد (از سطح بهنجار تا نوروتیک 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؛ ماehler ۱۹۷۱) بر این نکته تأکید می‌شود که رانه‌های (drives) توصیف شده توسط زیگموند فروید (لیبیدو و پرخاشگری) همواره در رابطه با یک دیگری خاص تجربه می‌شوند یعنی ابژه رانه. روابط ابژه‌های 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 رانه 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.



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