

رفتاردرمانی شناختی برای اختلالات شخصیت

DSM-IV-TR

Copyright © 2006 by Taylor & Francis Group, LLC

مجوز رسمی کپی‌رایت ترجمه فارسی این کتاب از سوی
انتشارات Routledge به کتاب ارجمند واگذار شده است.

سرشناسه: اسپری، لن، Sperry, Len

عنوان و نام‌پدیدآور: رفتاردرمانی شناختی برای اختلالات شخصیت DSM-IV-TR / مولف

لن اسپری؛ مترجمان عزیزه افخم ابراهیمی... [و دیگران].

مشخصات نشر: تهران، کتاب ارجمند: ارجمند: نسل فردا، ۱۳۹۰

مشخصات ظاهری: ۳۰۴ ص، رقعی

شابک: ۹۷۸-۶۰۰-۲۰۰-۰۸۱-۱

وضعیت فهرست‌نویسی: فیپا

یادداشت: عنوان اصلی: Cognitive behavior therapy of DSM-IV-TR personality disorders: highly effective interventions for the most common personality disorders, 2nd ed., c2006.

موضوع: شخصیت - اختلالات - درمان، شناخت‌درمانی

شناسه افزوده: افخم ابراهیمی، عزیزه، ۱۳۳۳ - مترجم.

رده‌بندی کنگره: ۱۳۹۰ ۷۵۴/الف/۵۵۴ RC

رده‌بندی دیویی: ۶۱۶/۸۵۸

شماره کتابشناسی ملی: ۲۳۸۴۳۶۴

رفتاردرمانی شناختی برای اختلالات شخصیت DSM-IV-TR

ویراست دوم

مؤلف

لن اسپری

مترجمان

عزیزه افخم ابراهیمی

زهرا طاهری فر

مریم زارع

امینه کاکایی

سیده حامده انفرادی

اسماء عاقبتی

 Routledge
Taylor & Francis Group



کتاب ارجمند



Routledge
Taylor & Francis Group

لن اسپری

DSM-IV-TR رفتار درمانی شناختی برای اختلالات شخصیت

مترجم: عزیزه افخم ابراهیمی، زهرا طاهری فر، مریم زارع
امینه کاکایی، سیده حامده انفرادی، اسماء عاقبتی

فروست: ۴۲

ناشر: انتشارات کتاب ارجمند (با همکاری انتشارات ارجمند و نسل فردا)
ویراستار: لیلی حسینی

صفحه‌آرایی: پرستو قدیم‌خانی، طراحی جلد: احسان ارجمند

چاپ: افرونگ، صحافی: نوین

چاپ اول، ۱۳۹۱، ۲۲۰۰ نسخه

بها: ۶۹۰۰ تومان

شابک: ۹۷۸-۶۰۰-۲۰۰-۰۸۱-۱

www.arjmandpub.com

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

مرکز پخش انتشارات ارجمند:

دفتر مرکزی: تهران بلوار کشاورز، بین خ کارگر و ۱۶ آذر، پلاک ۲۹۲، تلفن ۸۹۷۷۰۰۲

شعبه اصفهان: خیابان چهارباغ بالا، پاساژ هزارجریب، تلفن ۶۲۸۱۵۷۴-۰۳۱۱

شعبه مشهد: میدان دکتر شریعتی، ابتدای احمدآباد، پاساژ امیر، انتشارات مجد دانش، تلفن ۸۴۴۱۰۱۶-۰۵۱۱

شعبه بابل: خ گنج افروز، پاساژ گنج افروز، تلفن ۲۲۲۷۶۴-۰۱۱۱

شعبه رشت: خ نامجو، روبروی ورزشگاه عضدی، تلفن ۳۳۳۲۸۷۶-۰۱۳۱

شعبه ساری: بیمارستان امام، روبروی ریاست، تلفن: ۰۹۱۱۸۰۲۰۰۹۰

فهرست مطالب

بخش ۱. رفتاردرمانی شناختی و اختلالات شخصیت

فصل اول: رفتاردرمانی شناختی اختلالات شخصیت: موضوعات اصلی	۲۳
تغییرات در مفهوم‌سازی اختلالات شخصیت	۲۴
تغییرات در ملاک‌های تشخیصی اختلالات شخصیت	۲۶
مراحل فرآیند درمان	۳۹
درمان مناسب‌سازی	۴۴
خلاصه	۴۵

فصل دوم: مداخلات رفتاردرمانی شناختی برای اختلالات شخصیت: I	۴۷
منش	۴۸
طرح‌واره	۴۸
سنت روان‌پویشی	۴۹
ارزیابی طرح‌واره	۵۱
رفتاردرمانی جدلی	۵۹
مداخلات درمانی ساختاریافته	۷۲

فصل سوم: مداخلات رفتاردرمانی شناختی در اختلالات شخصیت: II	۷۴
مغز و تعدیل مزاج	۷۵
ابعاد مزاج	۷۶
مهارت‌ها، کمبودهای مهارت، و آموزش مهارت‌ها	۷۷
مداخلات ساختاریافته درمانی برای اختلالات شخصیت	۷۹
کارآمد	۱۰۳
پویش بدن	۱۰۴
توقف فکر	۱۱۳
خلاصه	۱۱۴

بخش ۲. راهبردهای رفتاردرمانی شناختی برای اختلالات شخصیتی خاص

فصل چهارم: اختلال شخصیت اجتنابی	۱۲۵
توصیف و ملاک‌های DSM-IV	۱۲۷

۱۲۸	راهبردهای درگیرکردن.....
۱۲۸	رفتار جلسه اول.....
۱۳۱	راه‌اندازها.....
۱۳۳	راهبردهای تغییر الگو.....
۱۳۸	راهبردهای دارویی.....
۱۴۵	فرایند درگیرکردن.....
۱۴۹	حفظ الگو و خاتمه.....
۱۵۰	خلاصه.....
فصل پنجم: اختلال شخصیت مرزی.....	
۱۵۳	راهبردهای درگیرکردن.....
۱۶۰	انتقال و انتقال متقابل.....
۱۶۴	طرحواره درمانی.....
۱۷۱	راهبردهای تغییر شیوه.....
۱۸۴	موضوعات مربوط به خاتمه درمان.....
۱۹۳	حفظ الگو و خاتمه درمان.....
۱۹۴	خلاصه.....
فصل ششم: اختلال شخصیت وابسته.....	
۱۹۷	راهبردهای درگیرکردن.....
۱۹۹	رفتار جلسه اول.....
۲۰۲	راه‌اندازها.....
۲۰۶	راهبردهای دارودرمانی.....
۲۰۹	موضوعات مربوط به خاتمه دادن.....
۲۱۱	راهبردهای پیشگیری از عود.....
۲۱۷	خلاصه.....
فصل هفتم: اختلال شخصیت خودشیفته.....	
۲۱۹	توصیف و ملاک‌های DSM-IV.....
۲۲۰	انتقال و انتقال متقابل.....
۲۲۳	راهبردهای حفظ الگو و خاتمه دادن.....
۲۳۹	حفظ الگو و خاتمه دادن.....
۲۴۰	خلاصه.....

۲۴۳	..... فصل هشتم: اختلال شخصیت هیستریونیک
۲۵۵	..... موضوعات مربوط به خاتمه دادن
۲۵۶	..... راهبردهای پیشگیری از عود
۲۶۲	..... حفظ الگو و خاتمه دادن
۲۶۳	..... خلاصه
۲۶۵	..... فصل نهم: اختلال شخصیت وسواسی جبری
۲۶۷	..... راهبردهای درگیر کردن
۲۶۷	..... رفتار جلسه اول
۲۷۵	..... راهبردهای دارویی
۲۷۵	..... راهبردهای درمان گروهی
۲۸۲	..... فرآیند درگیر کردن - همسران
۲۸۹	..... حفظ الگو و خاتمه دادن - همسران و وارن
۲۸۹	..... خلاصه
۲۹۱	..... منابع

مقدمه ویراست دوم

رفتاردرمانی شناختی (CBT) یک مدل منحصربه‌فرد نیست. این فن که در آغاز بیان‌گر کار الیس، بک، لازاروس و مایکن‌بام بود حالا شامل کارهای این پیشگامان و نسل‌های دوم و سوم شاگردان آنها و شاگردان کسانی می‌شود که در آغاز توسط این پیشگامان آموزش دیده‌اند. CBT به یک زمینه همفکری برای درمانگرانی با پیشینه‌های متفاوت تبدیل شده است که از روان‌پویشی تا رفتاری دامنه دارد. بعضی‌ها مانند لن اسپری یک امتیاز دیگر هم دارند و آن این‌است که دیدگاه آدلری دارند. آدلر احتمالاً یکی از اولین درمانگران شناختی بود.

اصطلاح رفتاردرمانی شناختی غالباً گمراه‌کننده است چون تلویحاً می‌گوید که روش‌های اصلی، هم شناختی (که به محتوا و شیوه پردازش می‌پردازند) و هم رفتاری (که به اکتساب مهارت‌ها می‌پردازند) هستند. این دو جنبه غالباً متناقض تلقی شده و به موضوعات بحث برای گروه‌های مختلف تبدیل گشته‌اند. CBT به عوامل زیادی توجه می‌کند که همه آنها در ظهور، باقی ماندن و حل مشکلات، مشارکت دارند.

در سال ۱۹۷۷ من، آرتور فریمن، در مرکز درمان شناختی دانشگاه پنسیلوانیا به اتفاق دکتر آرون بک کارم را شروع کردم. آن دوره یکی از شاخص‌ترین لحظات در زندگی حرفه‌ای من بود. در آن زمان‌ها، مرکز یک نام دیگر داشت. ما بخشی از بیمارستان دانشگاه پنسیلوانیا بودیم و در «درمانگاه خلقی» کار می‌کردیم (درست همانطور که بیمارستان یک درمانگاه آسم، درمانگاه پا و غیره داشت، ما متخصصین خلقی بودیم). ما بیماران افسرده را درمان می‌کردیم. اگر بیماری یک مشکل اضطرابی اساسی داشت، ممکن بود او را برای درمان به متخصص دیگری ارجاع دهیم. اگر بیماری یک اختلال منش داشت (اختلالات شخصیت و ملاک‌های DSM برای تشخیص آنها تا قبل از ارائه DSM-III در سال ۱۹۸۰ موجود نبودند) ما به‌طور قطع او را به متخصص دیگری ارجاع می‌دادیم. از اواسط تا اواخر سال‌های ۱۹۸۰ بود که ما کاربرد مدل اصلی CBT را در درمان اختلالات شخصیت شروع کردیم. در طی ۳۰ سال گذشته، CBT به آن‌چنان مدل طیفی وسیعی تبدیل شده است که در مورد تقریباً هر گروه از بیماران، هر محیط بالینی، هر مشکلی و هر رشته تخصصی به‌کار رفته است.

درمان بیمارانی با دامنه‌ای از اختلالات شخصیت برای ما یک گام نسبتاً منطقی به‌نظر می‌رسید. اگر ما به عناصر اصلی CBT نگاه کنیم، متوجه می‌شویم که این روش برای درمان اختلالات شخصیتی‌ای که ممکن است دامنه آن از خفیف تا شدید نوسان داشته باشد، ایده‌آل است. این عناصر عبارت هستند از: CBT یک فن فعال، مستقیم، سازمان‌یافته، پویا، همکاری‌کننده، مبتنی‌بر داده‌ها، مشکل‌محور، راه‌حل‌محور،

روان‌آموزشی (سازنده مهارت)، پیام‌مدار، از نظر اجتماعی فرهنگی مرتبط و آگاهانه، تلفیقی، و دارای محدودیت زمانی است و یک محور اینجا و اکنون را اتخاذ می‌کند. این مدل ظاهراً برای درمان آن بیمارانی که اختلالات شخصیت دارند، مناسب‌سازی شده است.

هنگامی که باب دیلان، خواننده انگلیسی درباره زمان «در حال تغییر» آواز می‌خواند، بی‌تردید تغییراتی را که در طول ۳۰ سال گذشته در روان‌درمانی ایجاد شده بود، توصیف می‌کرد. گذشت آن را زمانی که روانکاو بودن، افتخار شمرده می‌شد و حالا به‌نظر می‌رسد که هر کسی یک دیدگاه CBT دارد (CBT کاری است که من انجام می‌دهم) یا نکات خاصی از CBT را گرفته است و آن را به یک شیوه عمومی‌تر و غیراختصاصی بکار می‌برد («من در کار خودم از بسیاری از فنون CBT استفاده می‌کنم»).

با توجه به رشد و در دسترس بودن منابع پژوهشی CBT در درمان اختلالات شخصیت، تجربه زیر هنوز برای من تعجب‌آور محسوب می‌شود. اخیراً من یک کارگاه آموزشی درباره رفتاردرمانی شناختی بیماران دچار اختلالات شخصیت داشتم که در آن یک برنامه ارزیابی و طرح درمانی که به‌دنبال جمع‌آوری داده‌ها می‌آید را توضیح می‌دادم. به‌عنوان بخشی از طرح درمانی، بیمار که یک زن ۲۲ ساله بود از من درباره تشخیص مشکلش می‌پرسید. من برای شرکت‌کنندگان در کارگاه، گفتگوی خود با بیمار را درباره این‌که تشخیص اختلال او شخصیت مرزی است، بازگو کردم. بلافاصله بعد از گفتن این جمله، یکی از شرکت‌کنندگان در کارگاه دستش را بلند کرد و با ناراحت‌ترین لحن ممکن پرسید که «منظورتان این است که به او گفته‌اید اختلال مرزی دارد؟» تعجب، احساسات تند و نگرانی بالینی، همه وجود مرا دربرگرفت. این متخصص بالینی با سالها تجربه، از رفتار من متحیر شده بود. چرا من به یک بیمار تشخیص را گفته بودم و به‌خصوص وقتی تشخیص این بود که بیمار یک اختلال شخصیتی مرزی دارد، چرا این کار را کرده بودم؟ این متخصص بالینی نگران این بود که من با گفتن چنین تشخیص «وحشتناکی» به بیمار احتمالاً به او آسیب‌زده باشم. بحث مطرح شده در کارگاه، درست شبیه به آن بود که من یک تشخیص سرطان غیرقابل درمان را به‌طور غیرمنتظره به یک بیمار گفته‌باشم. باید اعتراف کنم که جا خوردم چون فکر می‌کردم که رفتار من از نظر بالینی معقول است. تصور من این بود که این زن احتمالاً در طی سالها این تشخیص را از این طرف و آن طرف اما همیشه زیرزیرکی، شنیده بود. چون درمانگر هیچ توضیح و اطلاعاتی درباره این اختلال به او نداده بود، این تشخیص برای بیمار حتی ترسناک‌تر شده بود. تجربه او این بود که تعبیری مانند «تحریک‌پذیر»، «تکانشگر»، «دارای مشکلات ارتباطی» یا «دارای مشکلات کنترل خشم» برای توصیف مشکلات او مورد استفاده قرار گرفته‌اند. او فکر می‌کرد که همه

می‌ترسیدند این حقیقت دردناک را به او بگویند که مرزی است. این فقط خودپنداره منفی او را افزایش می‌داد. با وجود این اگر درمانگران می‌ترسیدند که تشخیص را به او بگویند، او واقعاً آسیب‌دیده، معیوب و غیرقابل درمان می‌شد و تا آخر عمر محکوم به رنج کشیدن بود.

من در ابتدا تلاش کردم شیوه‌ای که تشخیص را با بیمار در میان گذاشته بودم در یک قالب CBT جا دهم و درباره اهمیت مشارکت صحبت کردم. این همکاری بیمار را ملزم می‌کرد که یک طرح درمانی را امضا کند. آیا من باید برای طرح درمانی که او امضا می‌کرد یک اصطلاح را استفاده می‌کردم و برای ثبت گزارش یک اصطلاح دیگر را به کار می‌بردم؟ نکته دوم این است که کسی تشخیص خودش نیست. یک فرد یک اختلال شخصیت مرزی را دارد اما مرزی نیست. اصطلاح اولی نشان‌دهنده آن است که چیزی را می‌توان تغییر داد، دومی حاکی از آن است که بیماران همان چیزی هستند که تشخیص می‌گویند و پیش‌آگهی چندان امیدوارکننده نیست.

در طی سال‌های گذشته، من از دیدن بیماران زیادی که قبل از مراجعه برای درمان، اینترنت را برای بدست آوردن همه اطلاعات احتمالی درباره بیماری خود (یا بیماری‌ای که اشتباهاً تصور می‌کردند دچار آن هستند)، جستجو کرده‌اند، حیرت‌زده شده‌ام. برای مثال، بیماری برای درمان نزد من آمد و در اولین جلسه خود اظهار کرد که یک اختلال شخصیتی مرزی دارد. او کتاب‌های زیادی درباره این موضوع خوانده بود، اینترنت را جستجو کرده بود و یک کپی از DSM-IV-TR را از یک کتابفروشی محلی خریده بود. هنگامی که من در حین ارزیابی، تاریخچه مشکل او را به اتفاق خودش بررسی کردم، برایم کاملاً روشن شد که تشخیص او صحیح است.

بیمار دیگری با یک گفته مشابه درباره تشخیص خود به‌عنوان یک اختلال شخصیت مرزی نزد من آمد. او درباره تشخیص خود اشتباه کرده بود. برانگیختگی شدید، رفتار تکانشگرانه و سوءرفتار او، و ناتوانی او در حفظ یک رابطه، خیلی بیشتر نشان‌دهنده تشخیص‌های اختلال انفجاری ادواری، اختلال شخصیت ضداجتماعی و مصرف مواد بودند تا اختلال مرزی.

هنگام بحث درباره موضوعات مربوط به ارزیابی، مفهوم‌سازی، طرح‌ریزی درمان، و پی‌گیری درمان، من متوجه شده‌ام که بسیاری از متخصصین بالینی از ضابطه‌بندی حمایت نشده یا اطلاعات ناقص برای پشتیبانی از یک تشخیص استفاده می‌کنند. برای مثال دو انترن روان‌شناسی، بیماری را که به یک مرکز روان‌پزشکی آمده بود توصیف می‌کردند که از نظر آنها، «بسیار نیازمند» بود. این بیمار از اعضای مختلف مرکز یک تقاضای مشابه را داشت. از نظر این انترن‌ها، رفتار او یک مثال واضح «دونیم‌سازی» بود که تشخیص «مرزی» را برای این بیمار مطرح می‌کرد. هنگامی که من از این انترن‌ها

پرسیدم که در کجای ملاک‌های تشخیصی می‌توان دونیم‌سازی را یافت، آنها متعجب شدند. آیا برای هر کسی محرز نبود که بیماران BPD دونیم‌سازی دارند؟ خیلی اوقات، تشخیص‌ها زمانی ارایه می‌شوند که بیمار یک یا دو ملاک تشخیصی را دارد. در زمینه‌های مفهوم‌سازی و ضابطه‌بندی مشکل مراجع است که کار اسپری^۱ به‌خصوص بسیار مهم تلقی شده است.

درحالی‌که پژوهش درباره اختلالات شخصیت در طی چندین سال اخیر به‌طور تصاعدی رشد کرده است، اما مدل‌های مفهومی برای شناخت این اختلالات نسبتاً راکد باقی مانده است. برای مثال، شارون مورگیلو فریمن^۲ (۲۰۰۴) در مشاهداتی که انجام داده متوجه شده است که اکثر بیماران سوء‌مصرف‌کننده مواد هنگام پذیرش در یک مرکز روان‌پزشکی، تشخیص یک نوع اختلال شخصیت را دریافت کرده‌اند. هنگامی‌که او خصوصیات افرادی که مشکلات سوء‌مصرف مواد دارند و کسانی را که دچار اختلال شخصیت تشخیص داده شده‌اند، مقایسه کرد، بین آنها هم‌خوانی قابل‌ملاحظه‌ای یافت.

طرز فکرایچ این است که درمان بیماران دچار اختلالات شخصیت، دشوار است. این طرز فکر از نشناختن اختلال و درمان‌های موجود آن، نشأت می‌گیرد. این گروه، از بیمارانی که دچار اختلالات افسردگی و اضطرابی عادی‌تر هستند، نسبتاً متفاوت درمان شده‌اند. ما می‌توانیم فوراً دلایل محکمه‌پسندانه‌ای ارائه دهیم که درمان بیماری که شدیداً افسرده است بسیار سخت‌تر از بیماری با یک اختلال مرزی خفیف است. ظاهراً ما فراموش می‌کنیم که شدت اختلالات شخصیت ممکن است خفیف (کسانی که ما با آنها کار و زندگی می‌کنیم و برای آنها اختلال شخصیت یک مشکل گاه و بیگاهی است)، متوسط (کسانی که با سیستم بهداشت روان ارتباط دایمی دارند و بیماری تأثیر منفی روی زندگانی آنها گذاشته) و زیاد (کسانی که به‌نظر می‌رسد قادر به عملکرد در خانواده، محیط‌های شغلی یا روابط خود نیستند)، باشد. مجدداً این جایی است که اسپری می‌درخشد. کتاب «تشخیص و درمان اختلالات شخصیت DSM-IV»^۱ که در سال ۱۹۹۵ منتشر شد و نسخه تجدیدنظرشده آن در سال ۲۰۰۳، اولین چاپ کتاب حاضر یعنی «رفتاردرمانی شناختی اختلالات شخصیت DSM-IV»^۲ که در سال ۱۹۹۹ منتشر شد و نسخه جدید آن، هم دانشجویان و هم متخصصین دست‌اندرکار را با بعضی از بهترین توصیف‌ها و روشن‌ترین مفهوم‌سازی‌های درمان CBT که در هیچ‌کجا موجود نیستند، مجهز می‌کند.

کتاب حاضر از قواعد پذیرفته شده برای یک چاپ دوم پا فراتر می‌گذارد. او تجدیدنظرها و نقدهای جلد اول را انتخاب کرده و مواد مهم جدیدی از هر دو

1 - Sperry

2 - Sharon Morgillo Freeman

موضوعات مفهومی و درمانی به آن افزوده است. با توجه به اینکه من کتاب‌های متعددی درباره موضوع اختلالات شخصیت نوشته‌ام، از مشکلات و موانع یک تجدیدنظر به‌خوبی آگاه هستم. اسپری به‌خوبی توانسته موانع را دور بزند و از دست‌اندازها به‌نرمی بگذرد. حاصل کار، یک کتاب درسی، خواندنی، قابل استفاده و ارزشمند است. تجربه بالینی اسپری، آموزش او به‌عنوان هم‌روانشناس و هم‌روان-پزشک، درک سریع او از موضوعات مربوط به ارزیابی، تشخیص و درمان بیماران دچار اختلالات شخصیت، انسان را تحت تأثیر قرار می‌دهد، او بعد از توصیف و توضیح اصول CBT، بخش عمده‌ای از کتاب را به تشریح کاربردهای CBT می‌پردازد. این کتاب باید به‌تدریج خوانده و به‌دقت مطالعه شود.

آرتور فریمن

نویسنده همکار کتاب درمان شناختی اختلالات شخصیت

چاپ دوم

مقدمه ویراست اول

همه ما این تجربه را داشته‌ایم که وقتی وسط روز برای نوشیدن قهوه و دیدن همکاران خود به اطاق استراحت رفته‌ایم، دیده‌ایم که آنها فقط به فنجان قهوه‌شان خیره شده‌اند. هنگامی که از آنها می‌پرسیم به چه چیزی فکر می‌کنند، آنها پاسخ می‌دهند که "من الان پشت سر هم سه بیمار دچار افسردگی شدید را ویزیت کردم. من واقعاً احساس ناراحتی می‌کنم و برای این که حالم جا بیاید به این قهوه نیاز دارم." یا ممکن است همکاران خود را در اطاق استراحت ببینیم که در یک حالت برانگیختگی شدید هستند و از آنها درباره دلیل بقراری‌شان سؤال کنیم. آنها ممکن است پاسخ بدهند که "من الان پشت سر هم سه بیمار دچار اختلال پانیک شدید را ویزیت کردم و برای این که آرام شوم به این قهوه نیاز دارم." یا ممکن است در وقت استراحت وسط روز و در سر راه خود به طرف اطاق قهوه، همکارانی را ببینیم که در سر راه خود برای گرفتن قهوه، بی-هدف در راهروها سرگردان هستند. ما بازوی آنها را می‌گیریم و به طرف اطاق استراحت راهنمایی‌شان می‌کنیم چون می‌دانیم که آنها الان سه بیمار با اختلال شخصیت شدید را دیده‌اند.

با توجه به ماهیت بلندمدت اختلالات شخصیتی شدید، اجتناب کلی این بیماران از روان‌درمانی، ارجاعات مکرر آنها به دلیل فشار خانواده یا بازداشت قانونی، و ظاهراً بی‌میلی یا ناتوانی آنها در تغییر کردن، این بیماران غالباً دشوارترین بیماران یک متخصص بالینی محسوب می‌شوند. آنها معمولاً بیش از تقریباً هر بیمار دیگری در مدت یک جلسه، به کار بیشتر، یک زمان طولانی‌تر و انرژی بیشتر درمانگر، نیاز دارند. همه این نیرو صرف می‌شود بدون این که همان میزان تغییر و رضایتی که با سایر بیماران کسب شده است، به دست بیاید.

این بیماران نوعاً با مسایلی غیر از مشکلات شخصیتی برای درمان می‌آیند که اکثر اوقات همراه با شکایات نوعی افسردگی و اضطراب در محور I هستند. مشکلات گزارش شده ممکن است متفاوت و جدا از الگوهای محور II باشند یا به وسیله اختلال شخصیت محور III ایجاد و تشدید شده باشند. برای بیمارانی که ترکیبی از تشخیص‌های محور I و II را دارند، جریان درمان بسیار پیچیده‌تر از بیماران بدون محور II با همان شکایات محور I است. مدت درمان، دفعات جلسات درمان، اهداف و انتظارات هردو درمانگر و بیمار و فنون و راهبردهای موجود باید در درمان بیمارانی که تشخیص اختلالات شخصیت را دریافت کرده‌اند، تغییر داده شود.

بیماران دچار اختلال شخصیت غالباً مشکلاتی را که در کنار آمدن با سایر مردم یا وظایف محوله دارند، خارج از خود و مستقل از رفتار خود، تلقی می‌کنند. رفتار آنها

معمولاً ایگوسیتونیک^۱ است. رفتار آنها به نوعی برای خودشان معنی و مفهوم دارد و به عنوان بخشی از بقای طولانی و راهبردهای مقابله‌ای آنها، مورد استفاده قرار می‌گیرد. شیوه رفتار کردن و پاسخ‌دهی آنها برای خودشان عادی و معقول به نظر می‌رسد و معمولاً مشکلاتی را که در زندگی با آنها مواجه می‌شوند در نتیجه رفتار نامناسب یا نیت بد سایر مردم می‌دانند.

بیماران دچار اختلال شخصیت ممکن است درباره این‌که چطور شده که آنها این‌طوری هستند، چه سهمی در مشکلات زندگی‌شان دارند، یا چگونه تغییر کنند چیز زیادی ندانند. آنها غالباً توسط افراد خانواده یا دوستانی ارجاع شده‌اند که یک الگوی مختل را در آنها تشخیص می‌دهند یا ظرفیت خود را برای مقابله با این فرد از دست داده‌اند. بیماران دیگری هم هستند که توسط سیستم قضایی ارجاع شده‌اند. به این گروه دوم غالباً یک حق انتخاب داده شده است؛ اینکه به زندان بروند یا درمان شوند. سایر بیماران دچار اختلال شخصیت از ماهیت خودشان مشکلات شخصیتی خود (برای مثال، وابستگی بیش‌ازحد، کمرویی، اجتناب مفرط) کاملاً آگاه هستند، اما درباره چگونگی تغییر این الگوها واقعاً عاجز هستند. بیماران دیگری هم هستند که ممکن است انگیزه تغییر کردن را داشته باشند اما مهارت‌های تغییر کردن را نداشته باشند.

درمان بیمارانی که اختلالات مختلف منش یا شخصیت دارند از زمان شروع تاریخی ثبت‌شده روان‌درمانی در آثار بالینی، مورد بحث قرار گرفته است. نوشته‌های کلی درباره روان‌درمانی بیماران دچار اختلال شخصیت اخیراً منتشر شده‌اند و به سرعت رو به افزایش هستند. گرایش نظری اصلی در نوشته‌های مربوط به روان‌درمانی، روان‌کاوی بوده است. اخیراً درمانگران شناختی رفتاری یک رویکرد درمانی ساختاریافته، فعال و مستقیم را ارائه کرده‌اند و استفاده از یک دامنه وسیعی از فنون شناختی و رفتاری را بسته به سطح شدت اختلال، مورد حمایت قرار داده‌اند. این اولین کتابی است که من سراغ دارم که به‌طور قانع‌کننده‌ای اهمیت و ارتباط بُعد مزاج در درمان اختلالات شخصیت را مورد تأکید قرار می‌دهد.

درحالی‌که بعضی اختلالات شخصیت در درمان نسبتاً زود تشخیص داده شده‌اند، یک متخصص بالینی ممکن است در ابتدای امر از ماهیت منش شناسی، مزمن بودن و شدت مشکلات شخصیتی بیمار آگاهی نداشته باشد. تشخیص اولیه برای تعیین اولویت درمان و مناسب بودن آن، لازم است. پس از ارزیابی، درمانگر باید اطمینان حاصل کند که اجتماعی شدن یا آموزش بیمار کدام یک مدل درمان باشد. نظراتی که درباره عوامل دربرگیرنده درمان وجود دارد، اهداف و برنامه‌های درمان و اهمیت مشارکت درمانی باید تأکید شود. محور اولیه درمان ممکن است روی تخفیف علائم

1- Ego-syntonic

موجود، یعنی اضطراب یا افسردگی باشد. برای کمک به بیمار برای کنار آمدن با اضطراب و افسردگی خود، درمانگر می‌تواند مهارت‌های شناخت‌درمانی اصلی را که در کار با بیماران دشوارتر لازم خواهند شد به بیمار آموزش بدهد. اگر درمانگر بتواند به بیمار کمک کند که افسردگی و اضطرابش کمتر شود، بیمار ممکن است بپذیرد که این درمان می‌تواند با وجود همه چیز تا حدودی ارزش داشته باشد و ادامه کار در درمان ممکن است برای او مفید باشد.

این کتاب، تمایز بین ابعاد منش و مزاج اختلالات شخصیت را به‌وضوح بیان می‌کند. سپس انواعی از مداخلات خاص و از نظر بالینی مؤثر را برای هر دو مجموعه‌های ابعاد، فراهم می‌کند. "اسپری" شیوه‌های عاطفی، رفتاری و شناختی مزاج را که هر یک از ما ظاهر می‌کنیم، مورد تأکید قرار می‌دهد. در بعضی موارد اختلال محور II در زندگی مفید بوده است. شیوه یک مدیر پُرکار را در نظر بگیرید که هر روز صبح ساعت ۵ از خواب بیدار می‌شده و تا ساعت ۷ در شب کار می‌کرده است (شیوه رفتاری). او که سخت کار کرده بود تا موفق بشود، امنیت مالی کسب کند و یک نان‌آور خوب برای خانواده‌اش باشد از توضیح مشکل خود که بازنشستگی بود، عاجز است. او چون دیگر بازدهی ندارد، احساس می‌کند که یک فرد شکست‌خورده، است (شیوه شناختی). همان طرحواره‌ای که او را به موفقیت رساند، حالا او را به افسردگی و نومیدی می‌کشاند (شیوه عاطفی).

به عنوان یک مثال دیگر، یک مرد ۶۶ ساله که هم وسواسی و هم اجتنابی تشخیص داده شده بود (شیوه رفتاری) اظهار می‌کرد که، "بهترین دوران زندگی من وقتی بود که در ارتش بودم. لازم نبود درباره این‌که چه لباسی بپوشم، چه کاری انجام بدهم، کجا بروم، یا چه غذایی بخورم، نگران باشم (شیوه شناختی). من واقعاً آن موقع خوشحال بودم (شیوه عاطفی). ما می‌دانیم که افرادی با شخصیت‌های وابسته، گاهی اوقات برای خدمت در ارتش، ادارات دولتی، یا شرکت‌های بزرگ، ایده‌آل هستند، چون تابع دستورات و رویه‌ها هستند و از قوانین به‌خوبی پیروی می‌کنند. معهذاً، هنگامی که این شیوه‌ها دیگر مؤثر واقع نشوند، افراد افسردگی و اضطراب را تجربه می‌کنند که می‌تواند موجب ارجاع آنها برای درمان شود.

با توجه به مشکلات نهادین در کار با اختلالات شخصیت، این بیماران می‌توانند از درمان بهره ببرند. آنچه لازم است این است که درمانگران یک گرایش نظری محکم و یک چارچوب مفهومی منطقی برای شناخت فرد و یک طیف وسیع از مداخلات شناختی، عاطفی و رفتاری در اختیار خود داشته باشند. بخش عمده مشکل بر فقدان یک رویکرد مشخص و واضح برای درمان یک مشکل شخصیتی استوار است. دکتر اسپری، مبنای نظری وسیع، تجربه و حساسیت خود را با یک ذکاوت بالینی ترکیب کرده است که یک رویکرد کاملاً تلفیقی را در درمان افرادی با اختلالات شخصیت،

نشان می‌دهد. او با بررسی شش اختلال شخصیت DSM-IV، خواننده را به تفکر بالینی خود از نظر تشخیص، مفهوم‌سازی و درمان می‌برد. موضوعی که ارزش خاصی دارد، ماهیت "پل‌زدن"^۱ این جلد از کتاب است. این جلد، ضابطه‌بندی‌های روان‌پویشی، نظام‌مند، زیستی و شناختی رفتاری را درهم ادغام می‌کند، انتقال و انتقال متقابل را بدون دغدغه، همراه با مداخلاتی که اثربخشی آنها به‌ثبوت رسیده است و از کار شناختی رفتاری ناشی می‌شوند، به‌بحث می‌گذارد. همچنین، اسپری استفاده و ارزش دارودرمانی و روان‌درمانی را به عنوان درمان‌های همکاری‌کننده با هدف درمان بیمار از یک دیدگاه زیستی-روانی اجتماعی، شرح می‌دهد (به‌جای در نظر گرفتن آنها به‌عنوان درمان‌های رقیب و مجزا و درمان بیمار به‌عنوان ترکیبی از سیستم‌های جداگانه و گسسته).

ارزش واقعی این کتاب در مورد آن بیماران دچار اختلال شخصیت که درمان آنها دشوارتر است، بیشتر از همه، آشکار خواهد شد. اسپری نه‌تنها یک نقشه بالینی مفید از مراحل مختلف فرآیند درمان (درگیر کردن، تحلیل الگو، تغییر الگو، و حفظ الگو)، فراهم می‌کند بلکه همچنین یک فهرست بی‌همتا از منابع درمانی - فردی، گروهی، خانواده‌درمانی، دارودرمانی، آموزش مهارت و درمان ترکیبی - ارائه می‌دهد. این کتاب همه خصوصیات یک کتاب کاربرپسند را دارد.

متخصصین بالینی مجرب، به رهنمودهای درمانی کلی و خاص نویسنده ارج خواهند نهاد و با آن هم‌نوایی خواهند کرد. برای مثال، اسپری استفاده از مداخلات رفتاری خاصی را حمایت می‌کند - گاهی اوقات به‌همراه دارودرمانی - عواطف غیرقابل کنترل یک بیمار (بعد مزاج) قبل از تلاش برای تعبیر و تفسیر یا بازسازی شناختی (بعد منش)، به‌نحو مناسبی تعدیل شود.

از بسیاری لحاظ این کتاب یک دستنامه درمانی جامع برای درمان بیماری با یک اختلال شخصیت است. رویکرد آن در درمان اختلالات شخصیت نه‌تنها براساس یک چارچوب نظری محکم قرار دارد، بلکه همچنین با زبردستی، متخصصین بالینی را از میان انواعی از مین‌های درمانی بالقوه درمان، به‌سلامت عبور می‌دهد. این کتاب نوعی از راهبردهای درمانی را پیشنهاد می‌کند که می‌توانند نتایج درمان را به‌حد اکثر برسانند. این کتاب جدید و هیجان‌انگیز می‌تواند به‌حق معیار سایر متون درمانی را تعیین کند.

آرتور فریمن

نویسنده همکار کتاب درمان شناختی اختلالات شخصیت

پیشگفتار

هنگامی که پیشگفتار اولین ویراست این کتاب را می‌نوشتیم، اظهار کردم که الگوی درمان اختلالات شخصیت دچار تغییراتی شده است. نشانگرهای متعددی ذکر شدند که چنین تغییری را منعکس می‌کردند، از جمله یک افزایش تصاعدی مطالعات پژوهشی، مقالات، کارگاه‌ها، دوره‌های آموزشی و کتاب‌هایی که روش‌های درمان اختلالات شخصیت را ترویج می‌کردند با نتایجی که حتی در طول چند سال گذشته غیرقابل تصور بودند. بی‌تردید با وجود چنین تغییراتی دگرگونی‌هایی در نظریه و پژوهش درباره اختلالات شخصیت صورت گرفته است. همچنین شکی نیست که دگرگونی‌ها و پیشرفت‌هایی که در اثر این تغییر ایجاد شده، حرفه بالینی را تحت‌تأثیر قرار داده است. مسلماً برجسته‌ترین شاهد این تغییر پیایی، درجه آزمودگی در طرح‌ریزی و پیاده نمودن راهبردهای درمانی است. مثال بالینی زیر این تغییرات را منعکس می‌کند.

دو نفر همزمان برای درمان بالینی معرفی شدند. هر دو زنان مجرد و زیبایی بودند که بیست و چندسال داشتند، فارغ‌التحصیل دانشگاه بودند، شکایات مشابهی داشتند و یک تشخیص واحد را دریافت کرده بودند: اختلال شخصیت مرزی. وراى این وجوه مشترک، آنها درواقع بسیار متفاوت بودند. قابل‌توجه‌ترین موضوع این بود که مداخلات درمانی که در یک مورد مناسب و مؤثر بود در مورد دیگر نامناسب و غیرمؤثر یافته شد.

هنگامی که کری‌ای^۱ توسط نامزدش به اورژانس آورده شد، دچار علائم بی‌قراری و ملال بود و یک بریدگی روی میج دست چپش داشت. ظاهراً نامزد او از یک سفر کاری خارج از شهر دیر برگشته بود و کری فکر کرده بود که او برای شام شاعرانه‌ای که برایش تدارک دیده است، هرگز نمی‌آید. کری با این تصور که نامزدش با یک زن دیگر بیرون رفته شدیداً آشفته شده و رگ دستش را بریده بود. نامزد او ۲۰ دقیقه دیرتر به آپارتمان کری رسید و بلافاصله او را به نزدیک‌ترین اورژانس یک بیمارستان رساند. این دومین بار در زندگی این زن ۲۸ ساله بود که این‌طور تکانشگرانه رفتار می‌کرد. سه سال پیش، او تحت شرایط مشابه که به نامزد سابقش مربوط می‌شد، رگ دستش را بریده بود. او یک تاریخچه شغلی باثبات را در ۶ سال گذشته پس از فارغ‌التحصیلی‌اش گزارش می‌داد. اخیراً او ترفیع گرفته و به‌عنوان مدیر منطقه منسوب شده بود. او اظهار می‌کرد که چهار دوست نسبتاً صمیمی دارد که یکی از آنها هم‌اطاقی‌اش بود که از زمان دانشگاه می‌شناخت. ظاهراً او ارتباط خوبی با همکارانش از جمله رئیس مرد خود

1 - Keri A

داشت. اگر چه او ارتباط مستمر خود را با خانواده حفظ کرده بود اما اعتراف می کرد که رابطه اش با مادرش گاهی اوقات بد است. نمره عملکرد کلی (GAF) او در زمان پذیرش ۴۰ و بالاترین سطح آن در سال گذشته ۷۱ برآورد شده بود. در اطاق اورژانس یک مسکن به او تزریق شد و مچ دستش را بخیه زدند. بعد از اینکه او افکار خودکشی را انکار نمود و پذیرفت که برای درمان به یک مرکز روان پزشکی سرپایی ارجاع شود، از بیمارستان مرخص شد. یک هفته بعد از آن، کری جلسات درمان هفتگی خود را شروع کرد. این اولین تجربه بزرگسالی او در درمان فردی بود. او قبلاً یک بار کمی بعد از قطع ارتباط با یکی از دوستان پسرش با یک مشاور در دبیرستان صحبت کرده بود. کری به یک درمان روان پویایی که شامل روش درمانی رویارویی^۱ بود که توسط ماسترسون^۲ توصیف شده است، به خوبی جواب داد. درمان کری ۴۲ جلسه و در طول مدت ۱۸ ماه ادامه یافت. بعد از پایان درمان او با نامزدش ازدواج کرد. در نامه ای که او دو سال بعد به روان شناس خود نوشت ذکر کرده بود که او و همسرش اخیراً صاحب اولین فرزند خود شده اند و اوضاع و احوال او کاملاً روبراه است.

سیندی جی^۳ نیز با مچ بریده در اطاق اورژانس ظاهر شد. او توسط آمبولانسی که صاحبخانه اش خبر کرده بود، آورده شده بود. جریان از این قرار بود که بعد از این که چک از کارافتادگی تأمین اجتماعی او از صندوق پستی اش دزدیده شد و دوست پسرش که مرتب او را ترک می کرد مجدداً ترکش کرد، مشروب زیادی نوشید و رگ هردو دستش را برید. در اطاق اورژانس او آنقدر عصبانی و پرخاش جو بود که مجبور شدند برای بخیه زدن، دست هایش را ببندند. سوابق پزشکی او نشان دهنده یک تاریخچه طولانی درمان روان پزشکی توسط سه روان پزشک، دو مددکار اجتماعی و امتحان داروهای مختلف بود و سه بار سابقه خودکشی داشت (دو بار آن با مصرف بیش از حد داروهای ضد افسردگی). در مدتی که او تحت مراقبت بود به طور مرتب سر قرارهای درمانی اش نمی آمد و همین طور پیروی او از دستورات دارویی ضعیف بود. او می گفت که پس از فارغ التحصیلی از دانشگاه - پس از ۷ سال تعویض رشته های تحصیلی اصلی - در مشاغل متعددی مشغول به کار بوده که در اکثر آنها خصوصاً در طی ۳ سال گذشته نیمه بیکار بوده است. او ۱۸ ماه قبل از آخرین ارتکاب خودکشی خود، برای دریافت بیمه از کارافتادگی اقدام کرده بود. او می گفت که هیچ وقت واقعاً با اعضای خانواده به جز پدرش کنار نمی آمده. اگر چه او در زمان کودکی با پدر خود کاملاً احساس صمیمیت می کرده است اما از دوران نوجوانی و ادامه آن تا حال، بین او و پدرش از نظر عاطفی شدیداً فاصله افتاده بود. او می گفت که هیچ دوست واقعی ندارد

1 - Confrontation method

2 - Masterson

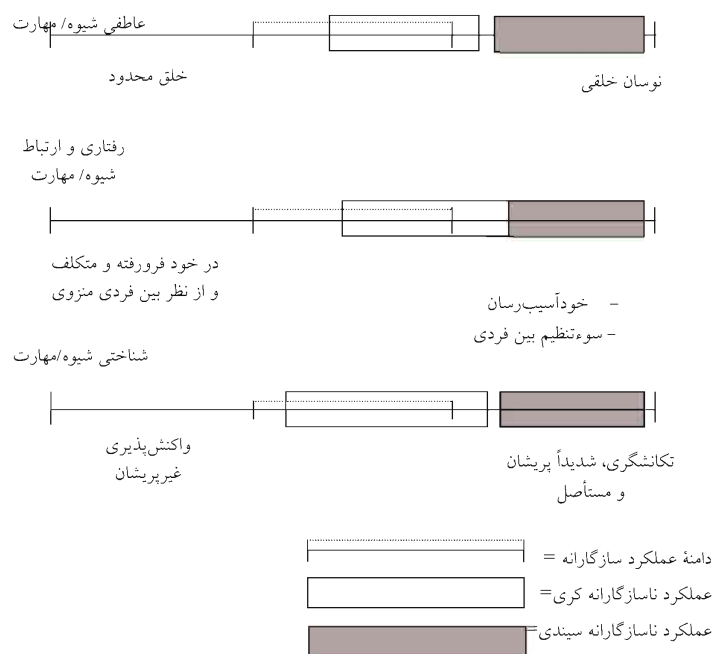
3 - Cindy J

و احساس می‌کرد از طرف همه به‌جز سگ کوچکش طرد شده است. در اطاق اورژانس، نمره GAF او ۲۸ برآورد شد و نمرهٔ بیشترین سطح عملکرد او در طی سال گذشته، ۴۲ بود. از آن‌جایی‌که او به‌طور مکرر افکار خودکشی را بیان می‌کرد، به مدت ۳ روز بستری شد و سپس به‌مدت ۶ ماه به یک برنامه بستری نیمه‌کامل انتقال یافت و به‌دنبال آن به یک برنامه پس‌ازمراقبت سرپایی ارجاع شد که تا حدود ۳ سال بعد در آن ماند. چون او در گذشته نتوانسته بود به جلسات درمان‌فردی هفتگی پاسخ بدهد، به یک برنامه بستری نیمه‌کامل با یک طرح درمانی متمرکز برای بیماران دچار اختلال شخصیت شدید، ارجاع شد. برنامه شامل کاردرمانی، آموزش قبل از استخدام، گروه‌های دارویی، گروه‌های مدیریت علائم و گروه‌های آموزش مهارت اجتماعی علاوه بر جلسات درمان فردی هفتگی می‌شد. بعد از این‌که سیندی ۶ ماه در برنامه بود، GAF او به ۵۶ رسید. بعد از ۱۸ ماه، او در یک شغل نیمه‌وقت ثابت مشغول به‌کار شد و کماکان دوبار در هفته در یک گروه آموزش مهارت‌های اجتماعی و یک‌بار در هفته در یک گروه دارویی، شرکت می‌کرد. هنگامی‌که او جلسات درمان‌فردی ماهانه را که شامل درمان حمایتی و تنظیم دارو می‌شد با موفقیت به‌پایان رساند، GAF او به ۶۸ رسیده بود. او به‌عنوان مدیر شعبه یک فروشگاه بزرگ به‌طور تمام‌وقت شروع به کار کرد و تا ۱۱ ماه بعد در آن‌جا کماکان کار می‌کرد بدون این‌که بستری شود یا اداهای خودکشی داشته باشد.

به‌جز چند شباهت واضح دموگرافیکی و تشخیصی، تاریخچه‌های بالینی و پاسخ‌های درمانی، سیندی و کری به‌طور قابل ملاحظه‌ای تفاوت می‌کردند. واضح‌ترین تفاوت‌ها در سطوح علامتی و عملکردی بودند که درجهٔ سوءتنظیم مزاجی و کفایت مهارت‌های مقابله‌ای در هر دو زن را منعکس می‌کردند. شکل P-۱، درجه سوءتنظیم مزاجی برای سه بعد شیوه را نشان می‌دهد. این شیوه‌ها عبارت هستند از: شیوهٔ عاطفی، شیوهٔ رفتاری و ارتباطی و شیوهٔ شناختی. واضح است که سوءتنظیم یا نوسانات افراطی سه شیوه در سیندی به‌طور قابل ملاحظه‌ای بیشتر از کری بودند.

هر کدام به راهبردهای درمانی بسیار متفاوتی پاسخ دادند. سیندی به درمانی که مناسب کری بود جواب نداده بود و احتمالاً نمی‌توانست جواب بدهد - حداقل در آغاز کار-. همین‌طور درست نبود که درمان مورد استفاده برای سیندی به کری ارائه شود. الزاماً بیشتر دورهٔ درمانی سیندی به تغییر دوباره شیوه‌های عاطفی، رفتاری، ارتباطی و شناختی او تمرکز یافته بود، درحالی‌که چنین تأکیدی در درمان کری نبود. در هر دو مورد، راهبردهای درمانی مورد استفاده، منحصر به فرد بوده و برحسب نیازهای خاص و شرایط هر بیمار طرح‌ریزی شده بودند.

به‌طور خلاصه، این مثال‌ها نشان می‌دهند که دو نفر با تشخیص‌های یکسان در محور



شکل ۱-P- ابعاد شیوه/ مهارت در اختلال شخصیت مرزی

II ممکن است پاسخ‌های متفاوتی به مداخلات درمانی بدهند. این موارد روش جدیدی را که امروزه تعداد زیادی از پژوهشگران و متخصصین بالینی، اختلالات شخصیت را مفهوم‌سازی و درمان می‌کنند، منعکس می‌نماید. در نتیجه، امید زیادی وجود دارد که بسیاری یا حتی اکثر افرادی که دچار اختلال شخصیت هستند با راهبردها و مداخلات درمانی متمرکز، درمان و کنترل شوند. این گمان هم وجود دارد که روزی خواهد رسید که «شفا» یک پیامد درمانی قابل انتظار خواهد بود.

در حالی که زمانی فرض می‌شد که درمان اختلالات شخصیت حتی خفیف‌تر مستلزم سالها روان‌درمانی فشرده است، گزارشات موردی منتشر شده و حتی پژوهش‌های آینده نشان می‌دهند که درمان‌های کوتاه‌مدت‌تر هم می‌توانند در مورد حتی شدیدترین اختلالات مانند اختلال شخصیت مرزی مؤثر واقع شوند. اما از آن موقعی که بسیاری از متخصصین بالینی معتقد بودند که اکثر افراد دچار اختلالات شخصیتی مرزی غیرقابل درمان و حتی غیرقابل اداره هستند، آنقدرها نمی‌گذرد.

این کتاب، جدیدترین تحولات در زمینه درمان اختلالات شخصیت را از یک

دیدگاه شناختی رفتاری، منعکس می‌کند. محور آن بر آن است که چگونه متخصصین بالینی می‌توانند با اتخاذ یک راهبرد درمانی متمرکز و مناسب، مؤثر بودن و اثربخشی خود را در درمان افراد دچار اختلالات شخصیت، افزایش دهند. یک قضیه اصلی که زیربنای این کتاب را تشکیل می‌دهد این است که درمان مؤثر، درمان مناسب‌سازی شده، است که محور آن هم بر ابعاد شیوه و مزاج و هم ابعاد طرحواره‌ای یا منشی شخصیت و هم درجه شدت یک اختلال مورد نظر است. به علاوه، درمان مؤثر غالباً مستلزم استفاده از اسلوب‌های درمانی تلفیقی است.

این کتاب قابلیت کاربرد افزاینده و اثربخشی تعدادی از راهبردها و راهکارهای مداخله‌ای شناختی و رفتاری در درمان افراد دچار اختلالات شخصیت را مورد تأکید قرار می‌دهد. بسیاری از این مداخلات که بعد از اولین چاپ این کتاب، پدیدار شدند در آن گنجانده شده‌اند. این موارد شامل طرحواره درمانی، سیستم تحلیل شناختی- رفتاری روان‌درمانی، درمان شناختی مبتنی بر توجه آگاهی و رویکردهای «موج سوم» مشابه می‌شوند که توجه آگاهی و پذیرش را مورد تأکید قرار می‌دهند. تحولات جدید در درمان شناختی و رفتاردرمانی جدلی نیز در آن گنجانده شده‌اند.

این کتاب به دویخش تقسیم شده است. در بخش ۱، خواننده را با تغییر الگو که امروزه در حرفه بالینی نسبت به درمان اختلالات شخصیت در حال وقوع است، آشنا می‌کند. سه فصل واقع در بخش ۱، اطلاعاتی جهت شناخت و فهم نظریه و مداخلات رفتاردرمانی شناختی برای خواننده فراهم می‌کند.

بخش ۲ یک رویکرد تلفیقی و عملی را در درمان شش اختلال شخصیتی که معمولاً در حرفه بالینی دیده شده‌اند توصیف می‌کند. بسیاری از متخصصین بالینی و پژوهشگران هنوز این اعتقاد را دارند که این شش اختلال شخصیتی DSM-IV، یعنی اجتنابی، مرزی، وابسته، هیستریونیک، خودشیفته و وسواسی جبری به‌طور مناسب «قابل درمان» هستند. قابل درمان بودن به معنای آن است که این شش اختلال را نه تنها می‌توان به‌نحو مؤثری در محیط‌های سرپایی اداره کرد بلکه در بعضی مواقع حتی می‌توان آنها را درمان کرد. چهار اختلال باقیمانده DSM-IV (اختلالات شخصیت اسکیزوئید، اسکیزوتایپی، پارانوئید و ضداجتماعی) هنوز قابل درمان تلقی نشده‌اند و معمولاً در محیط‌های سرپایی کمتر دیده می‌شوند. بنابراین آنها در این کتاب گنجانده نشده‌اند. به‌طور خلاصه، شایع‌ترین اختلالات شخصیتی که در یک محیط سرپایی دیده شده‌اند همان‌هایی هستند که قابل درمان‌تر هستند و این شش اختلال در بخش ۲ به‌طور مفصل توضیح داده شده‌اند.

شش فصل بخش ۲ یک شرح مختصر از خصوصیات کلیدی هر اختلال و به‌دنبال آن یک «نقشه» ساده از فرآیند درمانی و مراحل مختلف آن که عبارت هستند از درگیرکردن، تحلیل الگو، تغییر الگو، خاتمه و حفظ الگو که شامل پی‌گیری و

جلوگیری از عود می‌شوند، فراهم می‌کند. اگرچه این چاپ کتاب فایده و اثربخشی مداخلات شناختی رفتاری در درمان فردی را مورد تأکید قرار می‌دهد، اسلوب‌های مختلف دیگر و راهبردهای مداخله‌ای نیز توصیف شده‌اند. این موارد شامل دارودرمانی، گروه‌درمانی و سایر مداخلات گروهی، مداخلات خانوادگی و زوج‌درمانی می‌شود.

مثال‌های موردی در پایان هر فصل، فرآیند درمان برای هر یک از این شش اختلال را روشن می‌کنند.

این کتاب، یک کتاب راهنما، ویژه متخصصین بالینی شاغل و هم‌پن‌طور متخصصین بالینی در حال آموزش بوده و دیدگاهی امیدبخش درباره قابل‌درمان بودن این اختلالات و برنامه‌های درمانی بسیار مؤثر برای حصول پیامدهای درمانی مثبت، ارائه می‌دهد. من مطمئن هستم که این کتاب در زندگی افرادی که دچار این اختلالات هستند، تغییر ایجاد خواهد کرد.

دکتر لن اسپری (PhD, MD)

رفتاردرمانی شناختی و اختلالات شخصیت

بخش ۱ شامل سه فصل است که زیربنای راهبردهای درمانی برای اختلالات شخصیت خاصی که در بخش ۲ توصیف شده‌اند را پایه‌ریزی می‌کند.

فصل ۱، با عنوان «رفتاردرمانی شناختی و اختلالات شخصیت: موضوعات اصلی»، تغییر الگویی که امروزه در مفهوم‌سازی، ارزیابی و درمان اختلالات شخصیت در حال وقوع است را توصیف می‌کند. سپس معانی ضمنی این تغییر الگو در درمان مؤثر اختلالات شخصیت برحسب قضایای اصلی مداخله بالینی و فرآیند درمان، به‌وضوح بیان شده‌اند.

فصل ۲، با عنوان «مداخلات رفتاردرمانی شناختی در اختلالات شخصیت: I»، بُعد منش شخصیت و تکامل و تغییر شکل آن به‌زبان طرح‌واره را توصیف می‌نماید. طرح‌واره با در نظر گرفتن سنت‌های شناختی رفتاری و روان‌پویشی مورد بحث قرار گرفته است و طرح‌واره‌های متعددی که معمولاً در بین افراد دچار اختلالات شخصیت دیده شده، توصیف شده‌اند. به این طرح‌واره‌ها مکرراً در سراسر فصول ۴ تا ۹، اشاره خواهد شد. بعد از آن، رویکردهای جدید رفتاردرمانی شناختی (CBT) در ارتباط خاص با اختلالات شخصیت توضیح داده شده‌اند. این رویکردها شامل طرح‌واره درمانی، سیستم تحلیل شناختی رفتاری روان‌درمانی، درمان شناختی مبتنی بر توجه‌آگاهی و رویکردهای مشابه «موج

سوم» می‌شوند که توجه‌آگاهی و پذیرش را مورد تأکید قرار می‌دهند. تحولات جدید در درمان شناختی و رفتاردرمانی جدلی نیز گنجانده شده‌اند. فصل ۳، با عنوان «مداخلات رفتاردرمانی شناختی در اختلالات شخصیت: II»، بحث فصل ۲ را ادامه می‌دهد. این فصل به‌طور خلاصه بُعد مزاجی در شخصیت و تجدید حیات در ضابطه‌بندی درمان اختلالات شخصیت را توصیف می‌کند. شانزده مداخله درمانی خاص به‌منظور تغییر مزاج یا شیوه، توضیح داده شده‌اند. به‌نظر می‌رسد متخصصین بالینی‌ای که تلاش می‌کنند درمان مؤثری برای بیماران دچار اختلالات شخصیت شدید تدارک ببینند باید قابلیت‌های مناسبی داشته باشند که از این مداخلات یا مداخلات مشابه با آنها، استفاده کنند. چون بسیاری از این مداخلات آنهایی نیستند که به‌طور معمول توسط متخصصین بالینی مورد استفاده قرار گرفته باشند، هرکدام از آنها همراه با منابع کلیدی برای اطلاعات اضافی، با مقداری تفصیل، توصیف شده‌اند. به این مداخلات به‌طور مکرر در سراسر فصول ۴ تا ۹ اشاره خواهد شد.



رفتار درمانی شناختی اختلالات شخصیت: موضوعات اصلی

متخصصین بالینی چه اعتقاد داشته باشند که یک تغییر الگو در حرفه بالینی اتفاق افتاده است، چه نداشته باشند، انکار این موضوع که در دهه گذشته تغییرات اساسی در درمان اختلالات شخصیت اتفاق افتاده است، دشوار است. این تغییرات نه تنها روش‌های درمانی کاملاً متفاوتی را شامل می‌شود بلکه همین‌طور نظریه‌ها، مفهوم‌سازی‌ها، ملاک‌ها و روش‌های ارزیابی نسبتاً متفاوت را دربر می‌گیرد. تعجبی ندارد که گمانه‌زنی نظری درباره اختلالات شخصیت به‌طور قابل ملاحظه‌ای افزایش یافته است. معهداً موضوع تعجب‌آور تعداد در حال افزایش نظریه‌های اختلالات شخصیت است که مبنای پژوهشی دارند (کلارکین^۱ و لنزن و گیر^۲، ۱۹۹۶). زبان توصیف اختلالات شخصیت نیز به‌طور برجسته‌ای تغییر کرده است.

قبل از ۱۹۸۰، اختلالات شخصیت نوعاً به «زبان منش» و با اصطلاحاتی

1 - Clarkin
2 - Lenzenweger

همچون «منش دهانی»، «منش وسواسی»، مفهوم‌سازی شده بودند. در مطالعه شخصیت، اگرچه یک سنت زیستی وجود داشت که مزاج را مورد تأکید قرار می‌داد، اما در بیشتر سال‌های قرن بیستم یک سنت روان‌شناختی که روی منش تأکید می‌کرد، باب بود. توصیف‌های اختلالات شخصیت در DSM-I و DSM-II، این تأکید بر منش و روان‌پویایی‌ها را منعکس می‌کرد. در جامعه روانکاوی، منش، سازوکارهای دفاعی خاص را منعکس می‌کرد. از این رو، دفاع‌های جدایی عاطفه، ذهنی‌سازی و دلیل‌تراشی در منش وسواسی متداول بودند.

تغییرات در مفهوم‌سازی اختلالات شخصیت

اخیراً، اختلالات شخصیت از یک دیدگاه وسیع‌تر مفهوم‌سازی شده‌اند که شامل هردو منش و مزاج می‌شود. ضابطه‌بندی‌های عصب‌زیستی و زیستی‌اجتماعی اختلالات شخصیت توجه قابل ملاحظه‌ای دریافت کرده‌اند و منجر به تعداد زیادی پژوهش شده‌اند. میلون^۱ (۱۹۹۶) و کلونینگر^۲ (۱۹۹۳) این فرضیه را مطرح کرده‌اند که مزاج و انتقال‌دهنده‌های عصبی، رشد شخصیت و عملکرد آن را شدیداً تحت تأثیر قرار می‌دهند. هم استون^۳ (۱۹۹۳) که یک روانکاو است و هم کلونینگر (۲۰۰۵) که یک روان‌پزشک عصب‌زیستی است مانند بسیاری دیگر، شخصیت را آمیزه‌ای از هر دو منش و مزاج تعریف کرده‌اند.

منش به تأثیرات روانی‌اجتماعی آموخته بر شخصیت اشاره می‌کند. منش عمدتاً در اثر فرآیند اجتماعی‌شدن خصوصاً در ارتباط با مشارکت‌جویی^۴ و فرآیند منعکس‌کردن^۵ شکل می‌گیرد که موجب رشد خودپنداره و یک حس هدف‌مندی در زندگی می‌شود (خود-فراروی^۶ و خودمسئولیت‌پذیری^۷). روش دیگر برای مشخص کردن جزء منش شناختی شخصیت، توسط اصطلاح طرحواره است. طرحواره چه در سنت روان‌کاوی هوروویتز^۸ (۱۹۸۸)، سلپ^۹ و

1 - Millon
2 - Cloninger
3 - Stone
4 - Cooperativeness
5 - Mirroring
6 - Self-transcendence
7 - Self-responsibility
8 - Horowitz
9 - Slap

سلپ - شلتون^۱ (۱۹۹۳) یا در سنت شناخت درمانی بک^۲ (۱۹۶۴)، یانگ^۳ (۱۹۹۴) به باورهای اصلی‌ای اشاره می‌کند که افراد به‌منظور سازمان‌دهی دیدگاه‌هایشان از خود، جهان و آینده، مورد استفاده قرار می‌دهند. از نظر تاریخی، طرحواره برای سنت شناختی و شناختی رفتاری محوری‌تر از سنت روان‌کاوی بوده است، اما ظاهراً این سنت در حال تغییر است (استاین^۴ و یانگ، ۱۹۹۲). طرحواره و راهبردهای تغییر و اصلاح طرحواره، محور این کتاب را تشکیل می‌دهند.

مزاج به تأثیرات مادرزادی، ژنتیکی و سرشتی بر شخصیت اشاره می‌کند. در حالی که منش و طرحواره بُعد روان‌شناختی شخصیت را منعکس می‌کنند، مزاج (یا شیوه، که در این کتاب معادل با مزاج بکار رفته است) بُعد زیست‌شناختی شخصیت را منعکس می‌کند. کلونینگر (۲۰۰۵) معتقد است که مزاج چهار بُعد زیست‌شناختی دارد (نوجویی^۵، اجتناب از آسیب^۶، وابستگی به پاداش^۷ و پشتکار^۸)، در حالی که منش سه بُعد قابل اندازه‌گیری دارد (خودفرمانی^۹ یا خودمسئولیت‌پذیری، مشارکت‌جویی و خودفراری). سایر پژوهشگران، تکانشگری و پرخاشگری را به‌عنوان ابعاد اضافی مزاج توصیف کرده‌اند (کاستلو^{۱۰}، ۱۹۹۶). مزاج و منش را می‌توان توسط مصاحبه‌ها و ابزار خودگزارشی ارزیابی نمود. مناسبت تفاوت‌گذاری بین منش و مزاج برای طرح‌ریزی درمان، مهم تلقی می‌شود. روان‌درمانی بینش‌محور ممکن است روی ابعاد منش تمرکز کند اما تأثیر آن روی ابعاد مزاج اندک یا هیچ است. برای مثال در مورد سیندی که سوءتنظیم مزاجی شدید (یعنی تکانشگری، اجتناب از آسیب و پرخاشگری) را ظاهر می‌کرد، دارو و روان‌درمانی فردی برای ایجاد تغییر کافی نبودند. علاوه بر اینها، آموزش مهارت متمرکز و محیط ساختاریافته یک برنامه

1 - Slap-Shelton

2 - Beck

3 - Young

4 - Stein

5 - Novelty Seeking

6 - Harm avoidance

7 - Reward-dependence

8 - Persistence

9 - Self-directedness

10 - Costello

بستری نیمه‌وقت برای تنظیم یا تعدیل عاطفه و رفتار او به‌طور مناسب، ضرورت داشتند. بعد از آن او می‌توانست از درمان فردی و گروهی که در جهت ابعاد منش بودند، بهره‌بردار. از طرف دیگر در مورد کوری می‌توان گفت که مزاج او به‌قدر کافی تنظیم شده بود که بتوان از روان‌درمانی به‌عنوان درمان اصلی که در درجه اول به‌طرف حل مشکلات منش او جهت یافته باشد، استفاده کرد.

تغییرات در ملاک‌های تشخیصی اختلالات شخصیت

در گذشته، ملاک‌های اختلالات شخصیت تا اندازه‌ای ابتدایی بودند. DSM-I، اختلالات شخصیت را تحت پنج عنوان طبقه‌بندی کرده است: اختلال الگوی شخصیتی، اختلال صفت شخصیتی، اختلال شخصیت اجتماع ستیز، واکنش‌های علامتی خاص و اختلالات شخصیت شرایطی زودگذر DSM-II که در سال ۱۹۶۸ منتشر شد، عناوین فرعی را حذف و طبقه‌بندی اختلالات شخصیت را جمع‌وجورتر کرد. معهدا، توصیف‌ها براساس کارآزمایی‌های بالینی نبودند. اگرچه یک تعریف مختصر از هر اختلال به‌عمل آمده بود، اما معیارهای تشخیصی، فراهم نشده بودند. به‌علاوه هیچ فرق مشخصی بین اختلالات علامتی (محور I) و اختلالات شخصیتی (محور II) برقرار نشده بود. این عدم‌تمایزگاری موجب تقویت اعتقادات نادرستی درباره اختلالات شخصیت نیز شد. یک مثال واضح تفاوت بین اختلال وسواسی جبری و اختلال شخصیت وسواسی جبری است. قبل از DSM-III هیچ تفاوتی بین این اختلالات برقرار نشده بود، اما امروز یک اتفاق‌نظر عمومی وجود دارد که این اختلالات تقریباً هم‌پوشی کمی دارند (جنایک^۱، ۱۹۹۱). باور قبلی درباره شباهت ذاتی این اختلالات را می‌توان به توصیف فروید از مورد موش مرد (Rat Man) نسبت داد که در آن هر دو اختلال وسواسی جبری و اختلال شخصیتی وسواسی جبری با یکدیگر هم‌بودی داشتند. استنباط این بود که این اختلالات اساساً یکی هستند و بنابراین درمان آنها نیز باید یکسان باشد. جنایک ذکر کرده است که امکان هم‌وقوعی اختلال وسواسی جبری و اختلال شخصیت وسواسی جبری در یک

بیمار اندک و احتمالاً کمتر از ۱۵ تا ۱۸ درصد است.

ملاک‌های تشخیصی‌ای که در DSM-IV ارائه شده به‌طور قابل ملاحظه‌ای تجدیدنظر شده است. معهداً درحالی‌که این ملاک‌ها برای تأیید یا رد یک اختلال شخصیتی مفید هستند، در طرح‌ریزی درمان بالاخص مؤثر نیستند (اسپری، ۲۰۰۳). از یک طرف هیچ وزنی به ملاک‌های خاص داده نشده است. از طرف دیگر بعضی ملاک‌ها ظاهراً خصیصه‌های منش اختلالات را منعکس می‌کنند، درحالی‌که سایرین خصوصیات مزاج را منعکس می‌کنند. چون ملاک‌ها به‌وضوح تشخیص یا اندازه‌گیری نشده‌اند در ضابطه‌بندی درمان ارزش چندانی ندارند. برای مثال دربین ۹ ملاک برای اختلال شخصیت مرزی، چهار ملاک آن ظاهراً خصوصیات مزاج را منعکس می‌کنند - ملاک‌های ۴ و ۵ شامل شیوه شناختی سوءتنظیم‌شده (تکانشگری) و ۶ و ۸ شامل شیوه عاطفی سوءتنظیم‌شده هستند - درحالی‌که پنج ملاک دیگر خصیصه‌های منش را منعکس می‌کنند. DSM-IV ایجاب می‌کند که هر پنج ملاک یا بیشتر - چه خصوصیات منش را منعکس کنند چه خصوصیات مزاج - برای تشخیص اختلال شخصیت مرزی وجود داشته باشند. این فقدان تمایزگذاری، نامناسب است.

هنگامی‌که ما موارد کری و سیندی را که در مقدمه معرفی شدند مرور می‌کنیم متوجه می‌شویم که کری واجد چهار ملاک منش و احتمالاً فقط یک ملاک مزاج (شماره ۵) - رگ‌زدن - بود که به هر حال نمی‌توان آن را یک رفتار خودکشی جاری در نظر گرفت. از طرف دیگر ما می‌بینیم که سیندی همهٔ چهار ملاک مزاج و سه ملاک منش را دارد. اکثر متخصصین بالینی مخالف هستند که درمان سیندی خیلی پیچیده‌تر و دشوارتر از کری باشد، بیشتر به‌خاطر اینکه مشکل او در کنترل تکانشگری، نوسان خلقی و فوران‌های خشم، همگی مزاج را منعکس می‌کنند. به‌طور خلاصه اگر تجدیدنظرهای آینده DSM برای همه ملاک‌های خود، وزن و هویت خاصی را اختصاص دهد، از نظر بالینی، مفید خواهد بود.

تغییراتی در ارزیابی اختلالات شخصیت

در گذشته، ارزیابی اختلالات شخصیت براساس مصاحبه‌های بالینی بود و از پرسشنامه‌های شخصیتی استاندارد شده همچون MCMI (میلون، ۱۹۹۶) استنباط می‌شد. امروزه، تعدادی مقیاس رسمی اختلالات شخصیت وجود دارند. بعضی از آنها مانند «پرسشنامه منش و مزاج»^۱ کلونینگر (TCI) براساس نظریه و پژوهش قرار دارند. تعدادی برنامه‌های نیمه‌ساختاریافته، برای مثال مصاحبه بالینی ساختاریافته برای اختلالات شخصیت DSM-III-R^۲، (SCID II) نیز موجود هستند.

این مقیاس‌های ارزیابی عمدتاً ملاک‌های افتراقی DSM-III، DSM-III-R و DSM-IV را منعکس می‌کنند. DSM-III، ۱۱ اختلال شخصیت را که عبارت هستند از ضداجتماعی، اجتنابی، مرزی، وسواسی، وابسته، هیستریونیک، خودشیفته، پارانویید، پرخاشگر-منفعل، اسکیزوئید و اسکیزوتایپی را به سه خوشه تقسیم کرده است: عجیب و غریب، نمایشی و مضطرب. DSM-III-R، خصیصه‌های اصلی DSM-III را نگهداشت اما دو اختلال شخصیت دیگرآزار و خودشکن را به پیوستار افزود. DSM-IV هم ملاک‌ها را از یکدیگر تفکیک کرد، اما اختلالات شخصیت خودشکن و دیگرآزار را حذف نمود. اختلال شخصیت پرخاشگر-منفعل به خوشه اختلال شخصیتی که «طور دیگری مشخص نشده» (NOS) و اختلال شخصیت افسرده همراه با اختلال شخصیت پرخاشگر-منفعل در پیوستار DSM-IV B قرار داده شدند.

تغییراتی در درمان اختلالات شخصیت

در مقایسه با درمان‌های قبلی اختلالات شخصیت که نسبتاً کلی بودند، روش‌های درمانی جاری به‌طور قابل ملاحظه‌ای متمرکز و ساختاریافته‌تر هستند و متخصص‌بالینی نقش فعال‌تری را ایفا می‌کند. بسیاری از این رویکردهای درمانی و راهبردهای مداخله‌ای، مبنای نظری دارند و در کارآزمایی‌های بالینی مورد پژوهش قرار گرفته‌اند.

1 - Temperament Character Inventory

2 - Structured Clinical Interview for DSM III-R Personality Disorders

درمان‌های شناختی رفتاری

در طی دو دهه گذشته، رفتاردرمانی، شناخت‌درمانی و رفتاردرمانی شناختی، درمان‌های انتخابی برای درمان روانی‌اجتماعی اختلالات شخصیت بودند. در حالی که پژوهش‌ها به‌طور پایایی از اثربخشی این رویکردهای سنتی حمایت نکرده‌اند، اما رویکردهای جدیدتر و متمرکزتر مانند رفتاردرمانی جدلی (DBT) و شناخت‌درمانی مبتنی بر توجه‌آگاهی (MBCT) را موکداً حمایت می‌نمایند. جالب این‌که DBT و MBCT همراه با پذیرش و تعهددرمانی^۱ (هیز، ۲۰۰۴) درمان‌هایی را تشکیل می‌دهند که «موج سوم» رفتاردرمانی نامیده شده‌اند (هیز^۲، فولت^۳ و لاین‌هان^۴، ۲۰۰۴).

اولین موج به رفتاردرمانی سنتی اشاره می‌کند که هدف آن جانمایی رفتارهای سازنده به‌جای رفتارهای مشکل‌ساز توسط شرطی‌کردن متقابل و تقویت است. درمان‌شناختی دومین موج را تشکیل می‌دهد و تلاش می‌کند که رفتارهای مشکل‌ساز را با تغییر دادن افکاری که موجب آنها می‌شود و تشدیدشان می‌کند، اصلاح نماید. سومین موج که در آن درمان‌ها تجربی‌تر و غیرمستقیم‌تر هستند، روش‌هایی چون توجه‌آگاهی، جدل، پذیرش، ارزش‌ها و معنویت را به‌کار می‌گیرند. به‌طور اختصاصی‌تر، مشخصه رویکردهای موج سوم این است که فرد از تلاش برای حل مسئله دست بردارد و به‌جای آن عقب‌بایستد و احساسی که با دیدن مشکلات بواسطه عدسی‌های غیرانعکاسی به او دست می‌دهد تجربه کند و یک آگاهی نسبی از مشکلات بدست بیاورد (سیگال^۵، ویلیامز^۶، تیزدیل^۷ و ویلیامز، ۲۰۰۴، صفحه ۵۵). برخلاف رویکردهای موج اول و دوم، رویکردهای موج سوم تغییر درجه دوم^۸ را مورد تأکید قرار می‌دهد، یعنی تغییر اساسی در ساختار یا عملکرد که براساس فرضیات بافتاری^۹

1 - Commitment therapy

2 - Hayes

3 - Follette

4 - Linehan

5 - Segal

6 - Williams

7 - Teasdale

8 - Second order

9 - Contextual assumptions

از جمله اولویت ارتباط درمانی است. به نظر می‌رسد که این رویکردها به‌طور رسمی برای درمان اختلال شخصیت اختصاص داده شده‌اند. بحث‌های مفصل درباره‌ی کاربرد DBT و MBCT در درمان دامنۀ وسیعی از اختلالات شخصیت در فصول ۳ و ۲، موجود هستند و در فصول ۴ تا ۹ نیز به‌طور انتخابی به آنها اشاره شده است.

درمان‌های روان‌پویشی

چهل سال قبل، روان‌کاوی همراه با روان‌درمانی‌های روان‌کاوی محور طولانی مدت به‌عنوان درمان انتخابی برای اختلالات شخصیت در نظر گرفته شده بود. هدف از درمان تغییر ساختار شخصیت بود. متأسفانه پیامدهای درمان حتی در بین بیماران پاسخگو به درمان، متغیر بودند (استون، ۱۹۹۳). معهداً از آنجایی که درمان روان‌کاوی برای اختلالات شخصیت متمرکزتر و اختصاصی‌تر شده است، این رویکرد ظاهراً مؤثر واقع می‌شود. در واقع در مقایسه‌های سربه‌سر، هر دو روان‌درمانی‌های روان‌پویشی و CBT دارای اثربخشی مشابه، گزارش شده‌اند. بعضی از این مطالعات در این‌جا مورد بررسی قرار گرفته‌اند.

فراتحلیلی که اخیراً از دو رویکرد منتشر شد، شامل ۱۴ مطالعه درمان روان‌پویشی (شامل ۶ کارآزمایی کنترل شده تصادفی) و ۱۱ مطالعه رفتاردرمانی شناختی (شامل ۵ کارآزمایی کنترل شده تصادفی) بود. نتایج حاکی از آن بودند که هر دو رویکرد، مؤثر هستند. روان‌درمانی روان‌پویشی اثربخشی بیشتری از رفتاردرمانی شناختی نشان داد اما مشاهده شد که این نتیجه توسط متغیرهایی چون تفاوت در تشخیص‌های اختلال شخصیت خاص، مقیاس‌ها، دوره‌های درمان و پی‌گیری، مغشوش شده است (پری^۱، ۲۰۰۴). نتایج یک فراتحلیل دیگر، یافته‌های کلی مشابهی نشان داد (لیخسن رینگ^۲ و لیبنگ^۳، ۲۰۰۳). هنگامی که تشخیص‌های خاص در نظر گرفته شده‌اند، ظاهراً نتایج هیچ تفاوتی بین رویکردهای روان‌پویشی و شناختی نشان نمی‌دهند. این موضوع در

1 - Perry
2 - Leichsenring
3 - Leibling