

رفتاردرمانی دیالکتیکی گشودگی محض: یک رویکرد درمانی جدید در درمان اختلالات مرتبط با بیش‌کنترل‌گری

خدیجه علوی^۱

چکیده

رفتاردرمانی دیالکتیکی گشودگی محض یک رویکرد فراتشخیصی جدید است که از سوی لینچ برای درمان دسته‌ای از اختلالات مزمن و مقاوم به درمان که وجه مشترک آن‌ها را بیش‌کنترل‌گری تشکیل می‌دهد، ارائه شده است. بیش‌کنترل‌گری به معنای کنترل بیش از حد و افراطی امیال، تکانه‌ها و کشش‌ها است و کرانه بالای پیوستار خود-کنترلی را تشکیل می‌دهد. در حالی که رفتاردرمانی دیالکتیکی لینهان، بر درمان اختلالات مرتبط با کرانه پایین پیوستار خود-کنترلی یا همان کم-کنترلی -از جمله اختلال شخصیت مرزی- متمرکز است، رفتاردرمانی دیالکتیکی گشودگی محض که لینچ آن را به عنوان نسخه دوم رفتاردرمانی دیالکتیکی معرفی کرده است، بر درمان اختلالات مرتبط با کرانه بالا از جمله بی‌اشتهایی روانی، افسردگی مزمن و اختلالات شخصیت دسته C همچون اختلال شخصیت وسواسی-جبری تمرکز دارد. مطالعات اولیه از اثربخشی این رویکرد در درمان اختلالات یادشده حکایت دارد. مقاله حاضر به معرفی ساختار، مؤلفه‌ها و راهبردهای درمانی این رویکرد و تفاوت‌های آن با رفتاردرمانی دیالکتیکی لینهان می‌پردازد.

کلید واژه‌ها: رفتاردرمانی دیالکتیکی گشودگی محض؛ خود-کنترلی؛ بیش‌کنترل‌گری

مقدمه

رفتاردرمانی دیالکتیکی گشودگی محض^۲ (RO DBT)، یک رویکرد درمانی جدید است که برای درمان اختلالات درونی‌سازی مزمن و مقاوم به درمان ارائه شده است. تقسیم بندی برون‌سازی/ درونی‌سازی^۳

^۱. دکتری روان‌شناسی بالینی، استادیار روان‌شناسی دانشگاه بجنورد (نویسنده مسئول): kh.alavi@ub.ac.ir

^۲. Radically Open Dialectical Behavior Therapy

^۳. Externalizing/Internalizing

فصلنامه پژوهش‌های نوین روان‌شناختی

ویژه‌نامه اولین کنفرانس دوسالانه تازه‌های روان‌شناسی و علوم رفتاری دانشگاه تبریز ۱۶ و ۱۷ مهرماه ۱۳۹۸

نخستین بار از سوی آخنباخ و ادلبروک^۱ (۱۹۷۸) و در مورد کودکان انجام شد که به تبیین هم‌ابتلائی اختلالات DSM می‌پرداخت؛ بعدها این تقسیم‌بندی در مورد اختلالات بزرگسالی نیز به‌کار گرفته شد. بر این اساس، بررسی‌های انجام شده، اختلالات رایج DSM را به دو دسته تقسیم می‌کنند: دسته اول اختلالات درونی‌سازی که اختلالاتی از جمله اختلال افسردگی عمده، افسرده‌خوبی، اختلال اضطراب منتشر، اختلال استرس پس از سانحه، نورآستی^۲، هراس اجتماعی، هراس ساده، اختلال وحشتزدگی^۳، گذرهراسی، اختلال وسواسی-جبری و اختلالات شخصیت دسته A و C را در برمی‌گیرد و دسته دوم اختلالات برون‌سازی که اختلالات وابستگی به الکل، وابستگی به مواد، قماربازی، اختلال نقص توجه-بیش‌فعالی، اختلال سلوک و اختلالات شخصیت دسته B را شامل می‌شود (اسلید^۴، ۲۰۰۷؛ فوربوش و واتسون^۵، ۲۰۱۳؛ مزکویتا، ایبانز، ویلا، فاناناس، مویا-هیگراس، و اورت^۶، ۲۰۱۵؛ هارفورد، چن، ساها، اسمیت، روان، و گرت^۷، ۲۰۱۳). بر اساس دیدگاه لینچ (لینچ، گری، همپل، تایتلی، چن، و اوماهن^۸، ۲۰۱۳)، تفاوت در مبانی آسیب‌شناختی اختلالات درونی‌سازی و برون‌سازی را می‌توان در مفهوم خود-کنترلی^۹ - به معنای امتناع از عمل کردن بر مبنای امیال، تکانه‌ها و کشش‌ها- جستجو کرد. در دیدگاه لینچ، خود-کنترلی، مفهومی دو بُعدی است؛ به این معنا که به همان اندازه که ناتوانی در کنترل امیال و تکانه‌ها (کم‌کنترل‌گری^{۱۰}-UC) نامطلوب و مشخصه دسته‌ای از اختلالات (اختلالات برون‌سازی) است، کنترل افراطی امیال و تکانه‌ها (بیش‌کنترل‌گری^{۱۱}-OC) نیز می‌تواند نامطلوب و آسیب‌زا باشد و به اختلالاتی همچون اختلال شخصیت دوری‌گزین، اختلال وسواسی-جبری، بی‌اشتهایی روانی، و افسردگی

1. Achenbach & Edelbrock

2. Neurasthenia

3. Panic

4. Slade

5. Forbush & Watson

6. Mezquita, Ibáñez, Villa, Fañanás, Moya-Higueras, & Ortet

7. Harford, Chen, Saha, Smith, Ruan, & Grant

8. Lynch, Gray, Hempel, Titley, Chen, & O'Mahen

9. Self-Control

10. Under Control

11. Over Control

(اختلالات درونی‌سازی) منجر شود (لینچ و همکاران، ۲۰۱۳؛ لینچ، همپل، و دانکلی^۱، ۲۰۱۵؛ لینچ و همکاران، ۲۰۲۰). نظریه لینچ مبتنی بر تمرکز بر بُعد دوم خود-کنترلی یعنی بیش‌کنترل‌گری است. لینچ بیش‌کنترل‌گری را به عنوان یک سبک مقابله، مفهوم‌سازی می‌کند و طی یک نظریه زیستی-اجتماعی نحوه شکل‌گیری و اثرگذاری آن بر اختلالات درونی‌سازی را تبیین می‌کند. از این دیدگاه، بازداری هیجانی (خودداری از ابراز هیجان)، اجتناب از تازگی، ابهام و خطر، نیاز به ساختار، انعطاف‌ناپذیری شناختی، بیش‌کمال‌گرایی و برنامه‌ریزی وسواس‌گونه، ویژگی‌های سبک مقابله‌ای OC را تشکیل می‌دهند (لینچ و همکاران، ۲۰۱۳؛ لینچ، همپل، و دانکلی، ۲۰۱۵). نظریه روانی-اجتماعی لینچ نیز توضیح می‌دهد که شکل‌گیری سبک مقابله‌ای بیش‌کنترل‌گرانه ناشی از تعامل مزاج^۲ (مؤلفه زیست‌شناختی-سرشت^۳) و عوامل خانوادگی و محیطی (مؤلفه اجتماعی-تربیتی^۴) است. در بُعد زیست‌شناختی، افراد OC، حساسیت بالا به تهدید و عدم حساسیت به پاداش را نشان می‌دهند. در بُعد اجتماعی، این افراد در خانواده‌ها و محیط‌هایی پرورش یافته‌اند که در آن‌ها اشتباه‌ها غیرقابل تحمل و خود-کنترلی، لازم و ضروری تلقی می‌شود. بیش‌کنترل‌گری به نوبه خود منجر به یک سبک تعاملی انعطاف‌ناپذیر و محدودشده می‌شود که در یادگیری‌های جدید و ایجاد پیوند اجتماعی (به عنوان مثال از طریق رد کردن خودکار بازخوردها، اجتناب از چیزهای جدید یا موقعیت‌های اجتماعی، جلوه‌های هیجانی انجمادی یا غیرصادقانه که باعث احساس عدم راحتی اطرافیان با فرد و کناره‌گیری آن‌ها می‌شود، و تمایلات اجباری به نظم و ساختار)، اختلال ایجاد می‌کند و در نهایت به ایجاد مشکلات درونی‌سازی شدید و مقاوم به درمان از جمله افسردگی مزمن، بی‌اشتهایی روانی، اختلالات اضطرابی مقاوم به درمان و اختلال شخصیت وسواسی-جبری منجر می‌شود (لینچ و همکاران، ۲۰۲۰؛ لینچ و همکاران، ۲۰۱۳؛ لینچ، همپل و دانکلی، ۲۰۱۵؛ چن^۵ و همکاران، ۲۰۱۵؛ لینچ، ۲۰۱۸).

به باور لینچ RO-DBT، نسخه دوم رفتاردرمانی دیالکتیکی است که در ابتدا برای درمان بیماران مبتلا به اختلال شخصیت مرزی ارائه شد و بعدها در دامنه‌ای از اختلالات همچون سوء‌مصرف مواد و گرایش به خودکشی اثربخشی نشان داد. در واقع در حالی که DBT بر اختلالات طیف کم‌کنترل‌گری (UC) متمرکز است، RO-DBT به اختلالات طیف بیش‌کنترل‌گر (OC) می‌پردازد (لینچ و همکاران، ۲۰۱۳؛ لینچ، همپل و دانکلی، ۲۰۱۵). راهبردهای درمانی OR-DBT در عین حالی که بر بسیاری از

1. Lynch, Hempel, & Dunkley

2. Temperament

3. Nature

4. Nurture

5. Chen

فصلنامه پژوهش‌های نوین روان‌شناختی

ویژه‌نامه اولین کنفرانس دوسالانه تازه‌های روان‌شناسی و علوم رفتاری دانشگاه تبریز ۱۶ و ۱۷ مهرماه ۱۳۹۸

اصول اساسی DBT استاندارد مبتنی هستند، تفاوت‌های اساسی‌ای هم به لحاظ نظری و هم به لحاظ عملی با آن دارند (لینچ، همپل و دانکلی، ۲۰۱۵).

نظریه زیستی-اجتماعی RO DBT، بر حجم قابل توجهی از مطالعات طولی و همبستگی و آزمایشی مبتنی است (لینچ، رابینز، مورس، و کراس^۱، ۲۰۰۱؛ لینچ، چپونز، مورس، و روزنتال^۲، ۲۰۰۴؛ آسندورف، بورکنا، آسندورف، ون‌آکن^۳، ۲۰۰۱؛ ترنر^۴ و همکاران، ۲۰۱۴؛ تیلور^۵، ۲۰۱۳؛ جونز و دی^۶، ۲۰۰۸؛ هاندت، میچل، کیمبرل، و نلسون-گری^۷، ۲۰۰۷). به‌علاوه، این مدل آسیب‌شناختی در رابطه با علائم دو اختلال درونی‌سازی-افسردگی و هراس اجتماعی- در ایران مورد بررسی و قرار گرفته و تأیید شده است (علوی، اصغری مقدم، رحیمی نژاد، فراهانی، ۱۳۹۷؛ زیرچاپ). همچنین اثربخشی نسخه اولیه RO-DBT تاکنون در دو مطالعه در رابطه با افسردگی مقاوم به درمان (لینچ، مورس، مندلسون، و رابینز^۸، ۲۰۰۳؛ لینچ، لینچ، چپونز، کاکروویچ، تراپ، برونر، و بیر^۹، ۲۰۰۷) و اثربخشی نسخه نهایی در چهار مطالعه در رابطه با بی‌اشتهایی روانی (لینچ و همکاران، ۲۰۱۳؛ چن و همکاران، ۲۰۱۵)، افسردگی مقاوم به درمان (لینچ و همکاران، ۲۰۲۰) و کژکاری شخصیتی ناشی از OC (کیو، بوث، بیرد، گیبسون، و داوونپورت^{۱۰}، ۲۰۱۶) مورد بررسی قرار گرفته و تأیید شده است. مقاله حاضر به معرفی معرفی ساختار، مؤلفه‌ها و راهبردهای درمانی این رویکرد و تفاوت‌های آن با رفتاردرمانی دیالکتیکی لینهان می‌پردازد.

گشودگی محض بنیادین

راهبردهای درمانی RO-DBT مبتنی بر این فرض بنیادین هستند که سلامت و بهزیستی هیجانی دربرگیرنده سه عنصر دارای ارتباط متقابل است: پذیرندگی و گشودگی نسبت به تجارب و بازخوردهای غیرتأییدگر، کنترل انعطاف‌پذیر، و صمیمیت و پیوند اجتماعی حداقل با یک فرد دیگر (لینچ، ۲۰۱۸). گشودگی محض، نمایانگر هم‌آمیزی این سه جنبه و مهارت بنیادین در RO-DBT - در مقابل ذهن-

¹. Lynch, Robins, Morse & Krause

². Lynch, Cheavens, Morse, & Rosenthal

³. Asendorppf, Borkenau, Ostendorf, & Van Aken

⁴. Turner

⁵. Taylor

⁶. Jones & Day

⁷. Hundt, Mitchell, Kimbrel, & Nelson-Gray

⁸. Lynch, Morse, Mendelson, & Robins

⁹. Lynch, Cheavens, Cukrowicz, Thorp, Bronner, & Beyer

¹⁰. Keogh, Booth, Baird, Gibson, & Davenport

فصلنامه پژوهش‌های نوین روان‌شناختی

ویژه‌نامه اولین کنفرانس دوسالانه تازه‌های روان‌شناسی و علوم رفتاری دانشگاه تبریز ۱۶ و ۱۷ مهرماه ۱۳۹۸

آگاهی‌بنیادین در DBT استاندارد- است. به عنوان یک حالت ذهنی، گشودگی محض متضمن میل به صرف‌نظر از باورهای از پیش موجود درباره این که دنیا باید چگونه باشد، است؛ با این هدف که فرد با یک محیط دائماً در حال تغییر سازگار شود. گشودگی محض در کرنه‌ای‌ترین شکل خود دربرگیرنده جستجوی فعالانه چیزهایی که فرد خواهان اجتناب از آن‌هاست، با هدف یادگیری است. بنابراین، گشودگی محض، ما را نسبت به حوزه‌هایی در زندگی‌مان که ممکن است نیازمند تغییر باشند، هشیار می‌سازد و در عین حال برای این حقیقت که تغییر همیشه لازم یا مطلوب نیست، ارزش قائل می‌شود. مهم آن‌که، گشودگی محض با پذیرش محض که به عنوان بخشی از DBT استاندارد آموزش داده می‌شود متفاوت است. پذیرش محض «کنار گذاشتن ستیز با واقعیت است» و «راهی است برای تبدیل رنج غیرقابل تحمل به درد قابل تحمل»؛ در حالی که گشودگی محض ادراکات ما از واقعیت را به چالش می‌کشد. در واقع، گشودگی محض فرض می‌کند که ما نمی‌توانیم اشیاء را همان‌گونه که هستند ببینیم، در عوض ما اشیاء را همان‌گونه که هستیم می‌بینیم، زیرا هر یک از ما برخی سوگیری‌های ادراکی و نظم‌بخشی را با خود حمل می‌کنیم که توانایی ما برای پذیرندگی و یادگیری از اطلاعات غیرمنتظره یا نقض‌کننده باورهای‌مان را تحت تأثیر قرار می‌دهد. این شیوه رفتار کردن همچنین با مفهوم ذهن خردگرا در DBT استاندارد که بر ارزش دانش شهودی و امکان‌پذیری درک عمیق و ریشه‌ای درست تأکید می‌کند و شناخت درونی را دربرگیرنده حسی از «آرامش» در نظر می‌گیرد، مغایرت دارد. از دیدگاه RO-DBT «حقیقت» اغلب می‌تواند گمراه‌کننده باشد، به این دلیل که «ما نمی‌دانیم که چه چیز را نمی‌دانیم»، امور دائماً در حال تغییراند، و مقدار زیادی از تجربه خارج از آگاهی هشیار ما رخ می‌دهد. دنبال کردن حقیقت است که اهمیت دارد- و نه دستیابی به آن. بنابراین، گشودگی محض نیازمند میل به شک کردن یا مورد سؤال قرار دادن باور راسخ درونی یا شهود بدون آشفته شدن یا تسلیم شدن بدون تفکر است (لینچ و همکاران، ۲۰۱۳؛ لینچ و همکاران، ۲۰۱۵).

ساختار درمان

شیوه‌های درمان و اهداف RO-DBT

کارکردها و شیوه‌های درمان سرپایی RO-DBT شبیه به DBT استاندارد است، که شامل جلسات درمان انفرادی ۱ ساعته هفتگی، کلاس‌های مهارت‌آموزی هفتگی، آموزش تلفنی (در صورت نیاز)، و جلسات هفتگی تیم مشاوره است. هدف اولیه در RO-DBT کاهش بیش‌کنترلی رفتاری شدید -به جای کاهش کژکنترلی رفتاری شدید در DBT استاندارد- است.

فصلنامه پژوهش‌های نوین روان‌شناختی

ویژه‌نامه اولین کنفرانس دوسالانه تازه‌های روان‌شناسی و علوم رفتاری دانشگاه تبریز ۱۶ و ۱۷ مهرماه ۱۳۹۸

مهارت‌آموزی *RO-DBT* کلاس‌های مهارت‌آموزی *RO-DBT* به طور متوسط در ۲۹ جلسه هفتگی برگزار می‌شود- هر کلاس تقریباً ۲/۵ ساعت به طول خواهد انجامید. بخش هشت جلسه‌ای جدید گشودگی محض، مهارت‌های محوری در *RO-DBT* را تشکیل می‌دهد. اغلب مهارت‌های تنظیم هیجان و کارآمدی بین‌فردی که در *DBT* استاندارد آموزش داده می‌شوند، در *RO-DBT* هم ارائه می‌شوند. برخی از مهارت‌های ذهن‌آگاهی و تنظیم هیجان برای *OC* تعدیل شده‌اند یا به طور کامل جدید هستند (همراه با جزوات و کاربرگ‌های جدید). از آنجا که افراد *OC* به ندرت رفتارهای بحران‌زای وابسته به خلق نشان می‌دهند، تنها یک هفته از مهارت‌های تحمل‌پریشانی *DBT* استاندارد در *RO-DBT* آموزش داده می‌شود (لینچ و همکاران، ۲۰۱۵).

مهارت‌های گشودگی محض بنیادین: آموزش مهارت‌های گشودگی محض دربرگیرنده ۸ درس است که معمولاً طی یک بازه هشت هفته‌ای (همراه با تکالیف خانگی هفتگی و جزوات/کاربرگ‌ها) ارائه می‌شود. همچون *DBT* استاندارد، در *RO-DBT* هم از سرواژه‌ها برای به خاطر سپردن راحت‌تر مهارت‌ها استفاده می‌شود. به عنوان مثال در هفته ۶، که موضوع آن یادگیری اعتماد کردن و افزایش صمیمیت و پیوند اجتماعی است، مهارت‌ها با سرواژه *ALLOW* معرفی می‌شوند. هریک از حروف این سرواژه به مجموعه‌ای از مهارت‌های خاص اشاره دارد. *A* مربوط می‌شود به ارزیابی تعهد نسبت به کار کردن روی رابطه^۱، *L* مربوط می‌شود به جستجوی شواهد عینی برای موجه بودن بی‌اعتمادی^۲، *L* (دوم) مربوط می‌شود به کاهش چسبندگی به آسیب‌ها یا ترس‌های گذشته^۳، *O* مربوط می‌شود به خود-فاش‌سازی از طریق افشای احساسات^۴، و *W* مربوط می‌شود به استقبال از بازخورد و گفتگوی بیشتر^۵. هم‌تاسازی^۶ از طریق کمک شرکت‌کنندگان برای منطبق شدن با سطح خودافشایی شخصی طرف مقابل و سپس افزایش آن (+۱) - در صورتی که خواهان نزدیک‌تر شدن به طرف مقابل هستند- روی مهارت‌های *ALLOW* مبتنی می‌شود. دیگر مهارت‌های خاص *RO-DBT* عبارتند از: شناسایی روش‌های عادت‌یافته؛ تغییر رفتار اجتماعی از طریق تغییر فیزیولوژی؛ مهارت‌های ذهن‌انعطاف‌پذیر (با سرواژه *VARIE*) برای درگیر شدن در رفتارهای جدید؛ شکستن سدهای بازدارنده ابراز از طریق مهارت‌های طراحی شده برای تشویق رفتار بازیگوشی و ابراز بازدارنده؛ مهارت‌های اتخاذ ذهن‌انعطاف‌پذیر (با سرواژه

1. Assess commitment to work on the relationship

2. Look for concrete evidence that mistrust is justified

3. Loosen the grip on past hurts or fears

4. Outing-oneself by revealing inner feelings

5. Welcoming feedback and further dialogue

6. Match + 1

ADOPTS) برای گشوده بودن نسبت به بازخورد دیگران؛ سطوح هفت‌گانه اعتباربخشی (لینچ، همپل و دانکلی، ۲۰۱۵).

مهارت‌های ذهن‌آگاهی: مهارت‌های ذهن‌آگاهی در DBT استاندارد، مشکلات مرتبط با سردرگمی هویت و احساس خلأ را هدف قرار می‌دهند اما در RO DBT تمرین‌های ذهن‌آگاهی به مشکلات مرتبط با پایبندی انعطاف‌ناپذیر به قوانین، نیاز افراطی به ساختار، و میل افراطی به اجتناب از اشتباه می‌پردازند. تمرین‌ها بر تصدیق غیرقضاوت‌گرانه این امیال و در عین حال ایجاد شفقت و یک موضع غیرقضاوتی که هم قوانین و هم خودانگیختگی را ارج می‌نهد، متمرکز هستند (لینچ و همکاران، ۲۰۱۳). مهارت‌های ذهن‌آگاهی در RO-DBT شامل مهارت‌های آموزش داده شده در DBT استاندارد و در عین حال افزودن حالات ذهنی جدید OC و یک مهارت «چگونگی» اضافی مرتبط با «خود-واریسی» است. RO-DBT دارای «حالات ذهنی» جدیدی است که نمایانگر حالات OC رایج مرتبط با مقابله ناسازگارانه و مطلوب است. برای افراد OC دو حالت ذهنی از همه رایج‌تر هستند و ثانویه بر رد کردن بازخورد و/یا به هنگام مواجهه با تازگی اتفاق می‌افتند. در واقع، متداول‌ترین پاسخ OC به هنگام به چالش کشیده شدن یا مطمئن نبودن، معمولاً جستجوی راهی برای کوچک‌انگاری، نادیده گرفتن یا رد کردن بازخورد به منظور حفظ احساس کنترل و نظم است. به این سبک رفتار در OR-DBT ذهن ثابت^۱ اطلاق می‌شود. ذهن ثابت به این دلیل مشکل‌ساز است که می‌گوید «تغییر لازم نیست زیرا من پاسخ را از قبل می‌دانم». متضاد دیالکتیکی ذهن ثابت، ذهن جبری^۲ است. در حالی که ذهن ثابت دربرگیرنده مقاومت انعطاف‌ناپذیر و مخالفت شدید با تغییر است، ذهن جبری دربرگیرنده دست برداشتن از تلاش آشکار برای مقاومت است. ذهن جبری را می‌توان با سکوت، کج‌خلقی، امتناع از مشارکت، و/یا تصدیق ناگهانی یا تعلیق رفتار هدفمند و متوقف شدن، نشان داد. ذهن جبری به این دلیل مشکل‌ساز است که مسئولیت شخصی را از طریق اشاره تلویحی به این که «تغییر لازم نیست زیرا پاسخی وجود ندارد» کنار می‌گذارد. ذهن انعطاف‌پذیر، ترکیب (سنتز) بین حالات ذهنی ثابت و جبری است: این حالت ذهنی شامل گشودگی محض نسبت به امکان‌پذیری تغییر به منظور یادگیری، بدون رد کردن گذشته خود یا فروپاشیدن است. نکته مهم این‌که اگرچه ذهن خردگرای DBT استاندارد و ذهن انعطاف‌پذیر RO-DBT برخی کارکردهای مشابه را دارا هستند اما تفاوت‌های مهمی با یکدیگر دارند. به عنوان مثال، در حالی که ذهن خردگرا اهمیت شناخت درونی و دانش شهودی را ارج می‌نهد، ذهن انعطاف‌پذیر خودواریسی و تشویق به چالش کشیدن دلسوزانه ادراک‌مان از واقعیت را ارزشمند می‌داند. بعلاوه، RO-DBT یک مهارت

¹. Fixed-Mind

². Fatalistic

«چگونگی» را به مهارت‌های «چگونگی» سه گانه DBT استاندارد (غیرقضاوت‌گر بودن^۱، یگانه ذهن-آگاهانه^۲ و کارآمد بودن^۳) اضافه می‌کند که «خوددواری» نام دارد. فرض RO-DBT بر این است که ما سوگیری‌های ادراکی و نظم‌بخشی را هر جا و در حال انجام هر کاری که هستیم (حتی زمانی که در حال تمرین ذهن‌آگاهی هستیم) با خود به همراه داریم. خوددواری به ما کمک می‌کند که بیاموزیم، زیرا فرض را بر این نمی‌گذارد که پاسخ را از قبل می‌دانیم. مهارت‌های ذهن‌آگاهی RO-DBT دربرگیرنده تمرین‌هایی برای تسهیل خوددواری در زمینه الگوهای عادی پاسخ و درمیان گذاشتن نتایج این خوددواری با متخصص است-فرآیندی که «خود-فاش‌سازی»^۴ نام دارد. درمانگران باید آماده باشند که تجربه‌های شخصی خود از خوددواری را به منظور تشویق بیماران به استفاده عمیق‌تر از این مهارت به اشتراک بگذارند. افشای ویژگی‌ها یا ضعف‌های شخصیتی در حضور فرد دیگر بر خلاف گرایش‌های OC به پنهان‌سازی احساسات درونی است- بنابراین این موضع در درمان OC بسیار حائز اهمیت است. به‌علاوه ابزار آسیب‌پذیری در حضور دیگری در جهت افزایش صمیمیت و میل به پیوندجویی عمل می‌کند. خوددواری با این پرسش که «آیا در اینجا چیزی برای آموختن وجود دارد؟» شروع می‌شود (لینچ و همکاران، ۲۰۱۳؛ لینچ و همکاران، ۲۰۱۵).

مهارت‌های تنظیم هیجان: در کل، مهارت‌های تنظیم هیجان برای افراد OC تابع پروتکل DBT استاندارد است. با این حال برخی تفاوت‌های مهم وجود دارند که شایسته توجه‌اند. اول این که افراد OC کمتر احتمال دارد که جلوه‌های شدید و/یا عمومی از رفتارهای ناشی از کژتنظیمی هیجانی یا تکانشی نشان دهند. بنابراین، مهارت‌های تنظیم هیجان RO-DBT گرایش‌های OC به پنهان کردن احساسات درونی را هدف قرار می‌دهند و بر مزایای تجربه کردن هیجان‌ها و ابراز آن‌ها در زمانی که انجام چنین کاری کارآمد است، تأکید می‌کنند. دوم این که تفاوت اصلی بین بیماران DBT استاندارد و RO-DBT در رابطه با مهارت‌های جدیدی که حسادت، تنفر، کینه‌جویی و کج خلقی را هدف قرار می‌دهند، ریشه در گرایش شدید بیماران OC به مقایسه اجتماعی دارد. اهداف مرتبط با پیشرفت و عملکرد بالا، که در میان افراد OC رایج است، مقایسه با دیگران را به منظور مشخص کردن این که آیا عملکرد فرد (به‌عنوان مثال نمرات مدرسه، شکل بدن) بسنده است یاخیر، ضروری می‌سازد. متأسفانه، مقایسه اجتماعی اغلب به ادراک‌های مرتبط با نابسند بودن یا به شکل غیرمنصفانه‌ای محروم بودن می‌انجامد؛ تجاربی که پیشایندهای حسادت و کج خلقی به شمار می‌آیند. RO-DBT حسادت غیرمفید را دربرگیرنده ترکیب

1. nonjudgmental

2. one-mindful

3. effectively

4. outing-oneself

فصلنامه پژوهش‌های نوین روان‌شناختی

ویژه‌نامه اولین کنفرانس دوسالانه تازه‌های روان‌شناسی و علوم رفتاری دانشگاه تبریز ۱۶ و ۱۷ مهرماه ۱۳۹۸

دردناکی از دو هیجان شرم و خشم همراه با گرایش‌های عمل مخفی‌کاری - کینه‌جویی می‌داند. مهارت‌های کنش هیجانی متضاد برای حسادت، عمل کردن بر خلاف میل به پنهان کردن احساسات شرم - حسادت همراه با برجسب‌زنی - فاش‌سازی آن‌ها و عمل کردن بر خلاف میل به کینه‌جویی با کنار گذاشتن گوش به زنگی افراطی برای اسنادهای منفی و ضعف‌های اخلاقی فرد مورد حسادت، کنار گذاشتن خیال - پردازی‌های لذت‌بخش در مورد شکست یا رنج فرد مورد حسادت و نیز کنار گذاشتن بدگویی‌های زنده در مورد وی است. کج‌خلقی با بدبینی، بدگمانی، و نگاه جبرگرایانه به زندگی مشخص می‌شود؛ کج‌خلقی حالتی است که از شکست‌های زیاد در دستیابی به اهداف مهم و/یا ادراکاتی مبنی بر این که موفقیت شخصی به اشتباه توسط دیگران تصاحب شده است، ناشی می‌شود. RO-DBT به بیماران آموزش می‌دهد که با افزایش رفتار جامعه‌پسند (مانند تمرین کمک کردن / تحسین کردن دیگران، جشن گرفتن موفقیت‌ها، استراحت کردن پس از تکمیل یک تکلیف سخت، تمرین اعمال مهرورزانه و شکرگزاری بدون برنامه‌ریزی قبلی برای نعمت‌هایی که فرد دارد) بر خلاف کج‌خلقی عمل کنند (لینچ و همکاران، ۲۰۱۳؛ لینچ و همکاران، ۲۰۱۵).

مهارت‌های تحمل پریشانی: از آنجا که بیماران OC کمتر احتمال دارد که رفتارهای تکانشی یا معطوف به بحران انجام دهند، نیاز کمتری به مهارت‌های جان به در بردن از بحران دارند. در نتیجه، تنها یک درس (یک هفته) برای آموزش مهارت‌های تحمل پریشانی در کلاس‌های مهارت‌آموزی RO-DBT (بر خلاف ۶-۸ هفته که در DBT استاندارد معمول است) اختصاص داده شده است. دو مهارتی که فرض می‌شود به شکل ویژه برای بیماران OC مفید هستند طی این درس آموزش داده می‌شوند: مهارت‌های خود-آرام‌سازی^۱ و پذیرش محض^۲ (لینچ و همکاران، ۲۰۱۳؛ لینچ و همکاران، ۲۰۱۵).

مهارت‌های کارآمدی بین‌فردی: بیشتر مهارت‌های بین‌فردی آموزش داده شده در DBT استاندارد در مورد بیماران OC نیز کاربرد دارند. تعدیل‌های اندکی که در نحوه آموزش مهارت‌ها به بیماران OC ایجاد شده‌اند، شایسته توجه‌اند. در درجه اول، هنگام ایفای نقش مهارت‌های بین‌فردی، مربی باید هشیار باشد که جلوی تلاش‌های برخی بیماران OC برای «ثابت کردن این که بهترین هستند» بگیرد. دوم این که مربیان باید بیماران OC را تشویق کنند که مهارت‌های کارآمدی بین‌فردی را با مهارت‌های گشودگی محض که برای کمک به آن‌ها در افزایش احساس امنیت اجتماعی طراحی شده‌اند، تقویت کنند (لینچ و همکاران، ۲۰۱۳؛ لینچ و همکاران، ۲۰۱۵).

1. Self-soothing

2. Radical acceptance

فصلنامه پژوهش‌های نوین روان‌شناختی

ویژه‌نامه اولین کنفرانس دوسالانه تازه‌های روان‌شناسی و علوم رفتاری دانشگاه تبریز ۱۶ و ۱۷ مهرماه ۱۳۹۸

تعمیم مهارت‌های *RO-DBT*: *DBT* تأکید زیادی بر تعمیم دستاوردهای درمان به تمامی بافت‌های فیزیکی و هیجانی دارد. اگرچه بیماران *OC* هیجان‌های دردناک و پریشان‌کننده‌ای را تجربه می‌کنند اما کمتر از بیماران *BPD* احتمال دارد که آن‌ها را در انظار عموم ابراز کنند. در نتیجه ممکن است تماس‌های بحرانی/راهنمایی در میان بیماران *OC* نسبتاً نادر باشد مگر این که تشویق شوند که پیشرفت درمانی خود را نشان دهند به این شکل که میل به درخواست کمک، دریافت حمایت کردن، و/یا نشان دادن آسیب-پذیری هیجانی را نشان دهند (لینچ و همکاران، ۲۰۱۳؛ لینچ و همکاران، ۲۰۱۵).

تیم مشاوره *RO-DBT*: همچون *DBT* استاندارد، در *RO-DBT* نیز جلسات هفتگی تیم مشاوره، بخشی از درمان به شمار می‌آید. جلسات تیم مشاوره به چند کارکرد مهم خدمت می‌کند که شامل کاهش فرسودگی و خستگی درمانگر، فراهم ساختن حمایت برای درمانگران، بهبود بخشیدن به همدلی پدیدارشناختی با بیماران و فراهم ساختن راهنمایی برای برنامه‌ریزی درمان هستند. این جلسات می‌توانند پایبندی به راهنمای درمانی را به حداکثر برسانند. یک پیش‌فرض اساسی در *RO-DBT* این است که به منظور کمک به بیماران برای یادگیری گشوده‌تر بودن، انعطاف‌پذیرتر بودن و به لحاظ اجتماعی متصل‌تر بودن، درمانگران باید همان مهارت‌ها را تمرین کنند تا آن‌ها را برای بیماران‌شان الگوسازی کنند. بنابراین، تیم مشاوره در *RO-DBT* به عنوان یک ابزار مهم در نظر گرفته می‌شود که بوسیله آن درمانگران می‌توانند چیزهایی را که توصیه می‌کنند، تمرین کنند (لینچ و همکاران، ۲۰۱۳؛ لینچ و همکاران، ۲۰۱۵).

بحث و نتیجه‌گیری

اختلالات روانی مزمن و مقاوم به درمان، به عنوان یک چالش عمده در حوزه روان‌درمانی به شمار می‌آیند. نتایج پژوهش‌ها نشان داده‌اند که اختلالات مزمن و مقاوم به درمان اثراتی به مراتب شدیدتر در مختل ساختن کارکرد افراد و تحمیل هزینه‌های اقتصادی و اجتماعی دارند (کوئیچرز، ون‌استراتن، شورمنز، من-اُپن، هالن، و اندرسون^۱، ۲۰۱۰؛ کلاین و کوتاوا^۲، ۲۰۱۶). پاسخ‌دهی اندک چنین بیمارانی به پروتکل‌های درمانی رایج (ربرگن^۳ و همکاران، ۲۰۰۹؛ ۲۰۱۰)، پیشنهاد می‌کند که نیاز به پروتکل‌های اختصاصی برای چنین بیمارانی وجود دارد. با این حال محدود پروتکل‌های درمانی وجود دارد که به شکل اختصاصی اختلالات مزمن و مقاوم به درمان را هدف قرار دهند.

1. Cuijpers, van Straten, Schuurmans, van Oppen, Hollon, & Andersson

2. Klein & Kotov

3. Rhebergen

فصلنامه پژوهش‌های نوین روان‌شناختی

ویژه‌نامه اولین کنفرانس دوسالانه تازه‌های روان‌شناسی و علوم رفتاری دانشگاه تبریز ۱۶ و ۱۷ مهرماه ۱۳۹۸

RO DBT به عنوان نسخه دوم DBT (لینهان^۱، ۱۹۹۳) و درمانی برای اختلالات درونی‌سازی مزمن و مقاوم به درمان طراحی شده است. کارآزمایی‌های اولیه از اثربخشی این رویکرد در این اختلالات حمایت کرده است (لینچ و همکاران، ۲۰۰۳؛ ۲۰۰۷؛ لینچ و همکاران، ۲۰۱۳؛ ۲۰۲۰؛ چن و همکاران، ۲۰۱۵؛ کیو و همکاران، ۲۰۱۶). همچنین مدل آسیب‌شناختی این درمان نیز در پژوهش‌های اولیه مورد تأیید قرار گرفته است (علوی و همکاران، ۱۳۹۷؛ زیرچاپ). یک ویژگی مهم RO DBT فراتشخیصی بودن آن است. رویکردهای فراتشخیصی بر شناسایی فرآیندهای مشترک و بنیادین ناسازگارانه مزاجی، روان‌شناختی، شناختی، هیجانی، بین‌فردی و رفتاری متمرکز هستند و این عوامل را در درمان هدف قرار می‌دهند و اصول درمانی زیربنایی یکسانی را در اختلالات روانی به کار می‌برند بدون این‌که، پروتکل درمانی را برای تشخیص‌های خاص تعدیل کنند؛ در نتیجه این رویکردها منجر به صرفه‌جویی در هزینه و انرژی در درمان و نیز تسهیل و افزایش تعمیم‌پذیری درمان به اختلالات هم‌ابتلا می‌شوند (مک‌اوی، ناتان، و نورتون^۲، ۲۰۱۲؛ نیوبای، مک‌کینان، کایکن، گیلبدی، و دالجلس^۳، ۲۰۱۵). بر این اساس فراتشخیصی بودن و هدف قرار دادن اختلالات مزمن و مقاوم به درمان را می‌توان دو مزیت عمده RO DBT به شمار آورد که امید می‌رود به حل و فصل بخشی از چالش‌های موجود در حوزه روان‌درمانی کمک کند.

منابع

علوی، خدیجه؛ اصغری مقدم، محمدعلی؛ رحیمی نژاد، عباس؛ و فراهانی، حجت‌الله. (۱۳۹۷). آزمون مدل فراتشخیصی مبتنی بر نظریه لینچ، در رابطه با افسردگی در جمعیت غیربالینی. *فصلنامه پژوهش در سلامت روان‌شناختی*، ۱۲(۱): ۵۳-۳۷.

علوی، خدیجه؛ اصغری مقدم، محمدعلی؛ رحیمی نژاد، عباس؛ و فراهانی، حجت‌الله. (زیرچاپ). *ارزیابی مدل فراتشخیصی لینچ برای اختلالات درونی‌سازی در رابطه با هراس اجتماعی: مدلیابی معادلات ساختاری*.

Achenbach, T. M., & Edelbrock, C. S. (1978). The classification of child psychopathology: A review and analysis of empirical efforts. *Psychol Bull*, 85(6), 1275-1301.

1. Linehan

2. McEvoy, Nathan, & Norton

3. Newby, McKinnon, Kuyken, Gilbody, & Dalgleish

- Asendorppf, J. B., Borkenau, P., Ostendorf, F., & Van Aken, M. A. G. (2001). Carving personality description at its joints: Confirmation of three replicable personality prototypes for both children and adults. *European Journal of personality, 15*: 169-198
- Chen, E. Y., Segal, K., Weissman, J., Zeffiro, T. A., Gallop, R., Linehan, M. M., . . . Lynch, T. R. (2015). Adapting dialectical behavior therapy for outpatient adult anorexia nervosa—a pilot study. *Int J Eat Disord, 48*(1), 123-132. doi: 10.1002/eat.22360
- Cuijpers, P., van Straten, A., Schuurmans, J., van Oppen, P., Hollon, S. D., & Andersson, G. (2010). Psychotherapy for chronic major depression and dysthymia: a meta-analysis. *Clin Psychol Rev, 30*(1), 51-62. doi: 10.1016/j.cpr.2009.09.003
- Forbush, K. T., & Watson, D. (2013). The structure of common and uncommon mental disorders. *Psychol Med, 43*(1), 97-108. doi: 10.1017/s0033291712001092
- Harford, T. C., Chen, C. M., Saha, T. D., Smith, S. M., Ruan, W. J., & Grant, B. F. (2013). DSM-IV personality disorders and associations with externalizing and internalizing disorders: results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *J Psychiatr Res, 47*(11), 1708-1716. doi: 10.1016/j.jpsychires.2013.07.016
<http://dx.doi.org/10.1037/pri0000023>
- Hundt, N. E., Mitchell, J. T., Kimbrel, N. A., & Nelson-Gray, R. O. (2010). The effect of behavioral inhibition and approach on normal social functioning. *Individual Differences Research, 8*(4), 246-256
- Jones, S., & Day, C. (2008). Self appraisal and behavioral activation in the prediction of hypomanic personality and depressive symptoms. *Personality and Individual Differences, 45*, 643-648.
- Keogh, K., Booth, R., Baird, K., Gibson, J., & Davenport, J. (2016). The Radical Openness Group: A controlled trial with 3-month follow-up. *Practice Innovations, 1*(2), 129-143.
- Klein, D. N., & Kotov, R. (2016). Course of depression in a 10-year prospective study: Evidence for qualitatively distinct subgroups. *J Abnorm Psychol, 125*(3), 337-348. doi: 10.1037/abn0000147

- Linehan, M. M. (1993). Skills training manual for treating borderline personality disorder. New York: Guilford Press.
- Lynch, T. R. (2018). Radically open-dialectical behavior therapy: Theory and practice for treating disorders of overcontrol. New York: Guilford Press
- Lynch, T. R., Hempel, R. J., & Dunkley, C. (2015). Radically Open-Dialectical Behavior Therapy for Disorders of Over-Control: Signaling Matters. *American Journal of Psychotherapy*, 69(2), 141-162.
- Lynch, T. R., Cheavens, J. S., Morse, J. Q., & Rosenthal, M. Z. (2004). A model predicting suicidal ideation and hopelessness in depressed older adults: the impact of emotion inhibition and affect intensity. *Aging Ment Health*, 8(6), 486-497. doi: 10.1080/13607860412331303775
- Lynch, T. R., Gray, K. L. H., Hempel, R. J., Titley, M., Chen, E. Y., & O'Mahen, H. A. (2013). Radically open-dialectical behavior therapy for adult anorexia nervosa: feasibility and outcomes from an inpatient program. *BMC Psychiatry*, 13:293. <http://www.biomedcentral.com/1471-244X/13/293>
- Lynch, T. R., Hempel, R. J., Whalley, B., Byford, S., Chamba, R., Clarke, P., . . . Russell, I. T. (2020). Refractory depression - mechanisms and efficacy of radically open dialectical behaviour therapy (RefraMED): findings of a randomised trial on benefits and harms. *Br J Psychiatry*, 216(4), 204-212. doi: 10.1192/bjp.2019.53
- Lynch, T. R., Morse, J. Q., Mendelson, T., Robins, C. J. (2003). Dialectical Behavior Therapy for Depressed Older Adults: A Randomized Pilot Study. *The American Journal Of Geriatric Psychiatry*, 11(1), 33-45.
- Lynch, T. R., Robins, C. J., Morse, J. Q., & Krause, E. D. (2001). A mediational model relating affect intensity, emotion inhibition, and psychological distress. *Behavior Therapy*, 32(3), 519-536. doi: [http://dx.doi.org/10.1016/S0005-7894\(01\)80034-4](http://dx.doi.org/10.1016/S0005-7894(01)80034-4)

- Lynch, T. R., Cheavens, J. S., Cukrowicz, K. C., Thorp, S. R., Bronner, L., & Beyer, J. (2007). Treatment of older adults with co-morbid personality disorder and depression: A dialectical behavior therapy approach. *International journal of geriatric psychiatry*, 22, 131-143.
- McEvoy, P. M., Nathan, P., & Norton, P. J. (2009). Efficacy of Transdiagnostic Treatments: A Review of Published Outcome Studies and Future Research Directions. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 23(1), 20-33. doi: 10.1891/0889-8391.23.1.20
- Mezquita, L., Ibáñez, M. I., Villa, H., Fañanás, L., Moya-Higueras, J., & Ortet, G. (2015). Five-factor model and internalizing and externalizing syndromes: A 5-year prospective study. *Personality and Individual Differences*, 79, 98-103. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.paid.2015.02.002>
- Newby, J. M., McKinnon, A., Kuyken, W., Gilbody, S., & Dalgleish, T. (2015). Systematic review and meta-analysis of transdiagnostic psychological treatments for anxiety and depressive disorders in adulthood. *Clin Psychol Rev*, 40: 91-110. doi: 10.1016/j.cpr.2015.06.002
- Rhebergen, D., Beekman, A. T., de Graaf, R., Nolen, W. A., Spijker, J., Hoogendijk, W. J., & Penninx, B. W. (2010). Trajectories of recovery of social and physical functioning in major depression, dysthymic disorder and double depression: a 3-year follow-up. *J Affect Disord*, 124(1-2), 148-156. doi: 10.1016/j.jad.2009.10.029
- Rhebergen, D., Beekman, A. T., Graaf, R., Nolen, W. A., Spijker, J., Hoogendijk, W. J., & Penninx, B. W. (2009). The three-year naturalistic course of major depressive disorder, dysthymic disorder and double depression. *J Affect Disord*, 115(3), 450-459. doi: 10.1016/j.jad.2008.10.018
- Slade, T. (2007). The descriptive epidemiology of internalizing and externalizing psychiatric dimensions. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 42(7), 554-560. doi: 10.1007/s00127-007-0200-5

فصلنامه پژوهش‌های نوین روان‌شناختی

ویژه‌نامه اولین کنفرانس دوسالانه تازه‌های روان‌شناسی و علوم رفتاری دانشگاه تبریز ۱۶ و ۱۷ مهرماه ۱۳۹۸

Taylor, G. (2013). Overcontrolled Tendencies in Refractory Depression compared to Acute Non-Chronic Depression; The Importance of Treating Maladaptive Personality Style. PhD thesis, university of exeter.

Turner, B. J., Claes, L., Wilderjans, T. F., Pauwels, E., Dierckx, E., Chapman, A. L., & Schoevaerts, K. (2014). Personality profiles in Eating Disorders: further evidence of the clinical utility of examining subtypes based on temperament. *Psychiatry Res*, 219(1), 157-165. doi: 10.1016/j.psychres.2014.04.036