

السلامة للجميع

رفتار درمانی دباکتیک

مؤلف:

زهرا نام آور فیض آبادی



جمهوری اسلامی ایران
وزارت فرهنگ و ارشاد اسلامی

سجش انتشارات

سرشناسه	:	نام آور فیض آبادی، زهرا، ۱۳۶۷-
عنوان و نام پدیدآور	:	رفتاردرمانی دیالکتیک/ مولف زهرا نام آور فیض آبادی.
مشخصات نشر	:	تهران: انتشارات راه دکتري: سنجش و دانش، ۱۳۹۸.
مشخصات ظاهري	:	۱۱۴ ص.
شابک	:	۹۷۸-۶۲۲-۲۱-۰۴۶-۹
وضعیت فهرست نویسی	:	ف
موضوع	:	رفتاردرمانی دیالکتیک -- ایران -- نمونه پژوهی
موضوع	:	Dialectical behavior therapy -- Iran -- Case studies
موضوع	:	زناشویی -- ایران -- ارتباط -- نمونه پژوهی
موضوع	:	Communication in marriage -- Iran -- Case studies
رده بندی کنگره	:	۴۸۹RC
رده بندی دیویی	:	۸۹۱۴۲/۶۱۶
شماره کتابشناسی ملی	:	۵۶۹۷۵۶۸

عنوان: رفتاردرمانی دیالکتیک

مولف: زهرا نام آور فیض آبادی

ناشر: انتشارات سنجش و دانش

نوبت چاپ: اول ۱۳۹۸

صفحه آرایي: مهدیه مخبري

طراح جلد: مهتاب دوستي

ناظر: نسرین خانی

تیراژ: ۵۰۰ نسخه

«کلیه حقوق برای مؤلف محفوظ است»

بهاء: ۲۵۰۰۰۰ ریال

چاپ و نشر: تهران، ملارد، مارلیک، بلوار هفت تیر، مجتمع تجاری اداری امیر، آکادمی تخصصی دکتری تلفن تماس: ۰۲۱-۶۵۱۴۰۰۲۷
فروشگاه: تهران، خیابان انقلاب، خیابان دانشگاه، پلاک ۱۲۶، وب سایت: www.sanjesh.ir پست الکترونیک: ketab.sanjesh@gmail.com

فهرست مطالب

۱.....	فصل اول:
۱.....	کلیات
۲.....	مقدمه
۱۰.....	شخصیت نارسیستیک
۱۰.....	تعریف مفهومی
۱۰.....	تعریف عملیاتی
۱۱.....	رضایت جنسی
۱۱.....	تعریف مفهومی
۱۱.....	تعریف عملیاتی
۱۱.....	رضایت زناشویی
۱۱.....	تعریف مفهومی
۱۲.....	تعریف عملیاتی
۱۲.....	رفتار درمانی دیالکتیکی
۱۲.....	تعریف مفهومی
۱۲.....	تعریف عملیاتی
۱۳.....	فصل دوم:
۱۳.....	مبانی نظری و پیشینه
۱۴.....	مقدمه
۱۴.....	شخصیت نارسیستیک
۱۵.....	اختلالات شخصیت
۱۶.....	رویکرد DSM-5 به اختلال‌های شخصیت
۱۷.....	عملکرد بین فردی
۱۷.....	کنترل تکانه
۱۷.....	مدل جایگزین اختلالات شخصیت
۱۸.....	ملاک‌های کلی اختلال شخصیت
۱۹.....	مؤلفه‌های کارکرد شخصیت
۲۰.....	اختلال شخصیت خوش‌حیثه

۲۱	تاریخچه و مبانی نظری
۲۴	ملاکهای تشخیصی
۲۵	مفهوم سازی و تعریف NPD در مدل جایگزین
۲۷	پیشاگاهی و درمان اختلال شخصیت خودشیفته
۲۸	رضایت جنسی
۲۸	تعاریف رضایت جنسی
۳۰	مفهوم سازی رضایت جنسی
۳۲	رضایت جنسی از دیدگاههای مختلف
۳۲	رضایت جنسی از دیدگاه روان تحلیلی
۳۳	رضایت جنسی از دیدگاه روانپراوری
۳۴	نظریه تعاملات نمادین
۳۵	تئوریهای زیستی / تکاملی رضایت جنسی
۳۵	عوامل مؤثر بر ادراک و احساس فرد از رضایت جنسی
۳۸	چرخه زندگی زناشویی و تأثیر آن در رضایت جنسی
۳۹	رضایت زناشویی
۳۹	نظریه های رضایت زناشویی
۳۹	نظریه اسناد
۴۰	نظریه سیستمها
۴۱	نظریه مبادله اجتماعی
۴۲	نظریه چرخه زندگی زناشویی
۴۳	عوامل مؤثر در رضایت زناشویی
۴۶	ابعاد رضایت زناشویی
۴۷	رفتار درمانی دیالکتیکی
۵۰	نظریه زیستی اجتماعی لپهان
۵۱	مفهوم دیالکتیک
۵۲	دیالکتیک، رفتار درمانی دیالکتیکی و رابطه درمانی
۵۴	اهداف درمانی رفتار درمانی دیالکتیکی
۵۶	کاهش رفتارهای مغل درمان

۵۶	کاهش رفتارهای مخل کیفیت زندگی
۵۷	افزایش مهارتهای رفتاری
۵۸	کاهش فشار روانی پس از سانحه
۵۹	افزایش احترام به خویش
۵۹	پیشینه
۵۹	پیشینه داخلی
۶۴	پیشینه خارجی
۷۲	فصل سوم:
۷۲	روش
۷۳	مقدمه
۷۳	روش
۷۳	جامعه آماری
۷۳	حجم نمونه و روش نمونه‌گیری
۷۴	ابزار
۷۷	روش مداخله
۷۸	روش اجرا
۷۸	روش تجزیه و تحلیل داده‌ها
۸۰	فصل چهارم:
۸۱	مقدمه
۸۲	توصیف نمونه و پردازش اطلاعات به دست آمده
۸۲	اطلاعات جمع‌بشناختی آزمودنی‌ها
۹۶	منابع و مآخذ

اختلالات شخصیت^۱ حالت‌های مزمنی هستند که نشانه‌های آن‌ها از دوران نوجوانی یا کودکی شروع می‌شود، انعطاف‌ناپذیر و دارای ثبات نسبی‌اند و در زندگی استمرار پیدا می‌کنند. آن‌ها الگوهای درون ذهنی و رفتاری بادوامی هستند که با ملاک‌های فرهنگی منطبق نیستند و موجب ناخشنودی فرد و مختل شدن کارکردهای وی می‌شوند (انجمن روان‌پزشکی آمریکا، ۲۰۱۳). این طبقه از اختلالات موجب کاهش کیفیت زندگی و هزینه‌های بالای اجتماعی می‌شود (مارتین، ولکات، کلارک، بارتون و هیکلینگ، ۲۰۱۳).

در بین اختلالات شخصیت، اختلال شخصیت خودشیفته^۲، به دلیل باقی ماندن در پنجمین نسخه راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی^۳ اهمیت تشخیصی و درمانی ویژه‌ای را به خود اختصاص داده است. برآی نرخ شیوع بالای ۱۷ درصد در جمعیت بالینی و بین صفر تا ۶/۲ درصد در جمعیت عمومی^۴ باشد (انجمن روان‌پزشکی آمریکا، ۲۰۱۳؛ رانینگستام، ۲۰۱۶). اسکودول، موری، بندر و اولدهام^۵ (۲۰۱۵) شیوع این اختلال را به دلیل ماهیت مزمن، بیش‌تر از آنچه در پنجمین نسخه راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی آمده است برآورد کرده‌اند. خودشیفتگی بالا، پرخاشگری، انزاس می‌دهد (بوشمن و بامیستر^۶، ۱۹۹۸)، روابط بین فردی را مختل می‌کند^۷ (میلر، ویدیکر و کمپبل^۸، ۲۰۱۰) و با کاهش رضایت و

^۱ personality disorders

^۲ American Psychiatric Association (APA)

^۳ Martin, Walcott, Clarke, Barton & Hickling

^۴ Narcissistic Personality Disorder (NPD)

^۵ Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-۵)

^۶ Ronningstam

^۷ Skodol, Morey, Bender & Oldham

^۸ Bushman & Baumeister

^۹ impaired relationships

^{۱۰} Miller, Widiger & Campbell

کیفیت زندگی، احتمال آسیب به خود و اقدام به خودکشی همراه است (پینکوس و لوکویتسکی^۱، ۲۰۱۰؛ میلر و همکاران، ۲۰۱۰؛ رانینگستم، ۲۰۱۳).

تلاش‌های درمانی در جهت افزایش سازگاری افراد دارای اختلال شخصیت خودشیفته، نتایج قابل قبولی نداشته است زیرا همدلی هیجانی پایین این افراد، کار را برای درمان و کاهش چالش‌ها، مشکل‌تر می‌کند (لوین و فاست^۲، ۲۰۱۳؛ باسکین-سامرز، کروزمارک و رانینگستم^۳، ۲۰۱۴). علاوه بر مشکلاتی که در تشخیص و ارزیابی این نوع اختلال مزمن وجود دارد، گرایش به نیدارن (الموند^۴، ۲۰۰۴؛ ایوی^۵، ۱۹۹۵؛ کرنبرگ^۶، ۲۰۰۷؛ شلکرت^۷، ۲۰۰۶؛ کرنبرگ، ۲۰۱۳؛ یانگ و درگان^۸، ۱۹۹۸؛ به نقل از باسکین-سامرز و همکاران، ۲۰۱۴)، فقدان همدلی افراد خودشیفته باسکین-سامرز و همکاران، ۲۰۱۴)، ترس درمانگران از ارتباط با بیماران خودشیفته چالش‌های درمانی بسیاری را بوجود آورده است. اگر چه روان درمانی، درمان انتخابی برای این گروه از اختلالات در نظر گرفته می‌شود، اما پژوهش در اثر بخشی آن هنوز در مراحل ابتدایی است و مشکلات تشخیصی به شدت در اختلال شخصیت مرزی متمرکز شده است (بملیس، اورز، اسپین هوون و آرنتز^۹، ۲۰۱۴).

مفهوم خودشیفتگی در مهر و موم‌های اخیر توجیهات علمی مزینده‌ای را به خود جلب کرده است و موجب گسترش حوزه‌ی نظری، تجربی و بالینی در این زمینه شده است (ارگرودنیزوک^{۱۰}، ۲۰۱۳). در راهنمای آماری و تشخیصی اختلالات مرزی نسخه‌ی پنجم (DSM-5) ویژگی اصلی اختلال شخصیت خودشیفته الگوی فراگیر بررگ‌منشی، نیاز به

^۱. Pincus & Lukowitsky

^۲. Levine & Faust

^۳. Baskin-Sommers, Krusemark & Ronningstam,

^۴. Almond

^۵. Ivey

^۶. Kernberg

^۷. Shilkret

^۸. Young & Flanagan

^۹. Bamelis, Evers, Spinhoven & Amtz

^{۱۰}. Ogrudniczuk

تحسین و فقدان همدلی گزارش شده است، که در اوایل بزرگسالی شروع می‌شود و در زمینه‌های مختلف وجود دارد. افراد مبتلا به این اختلال احساس اهمیت شخصی بزرگ‌منشانه دارند. آن‌ها معمولاً توانایی‌های خود را زیاد برآورد می‌کنند و موقعیت‌های خود را بزرگ جلوه می‌دهند، اغلب لاف‌زن و متظاهر به نظر می‌رسند. افراد خودشیفته معتقدند که آن‌ها برتر، استثنایی یا بی‌نظیر هستند و از دیگران انتظار دارند که آن‌ها را به این صورت تأیید کنند (انجمن روان‌پزشکی آمریکا، ۱۳۹۳).

در نتیجه، روز چنین آشفتگی‌های روان‌شناختی (اختلال خودشیفتگی) بین زوجین، عشق و علاقه بنای خود را به مشکلات روان‌شناختی، رابطه سرد و بی‌تفاوتی (طلاق عاطفی) و به تبع آن، طلاق رسمی می‌دهد (شفیعی و قمرانی، ۱۳۹۶). نتایج تحقیقات متعدد نشان داده که، این ویژگی شخصیتی با بسیاری از مشکلات رفتاری و روان‌شناختی از جمله رشد اخلاقی ضعیف (وسلیکا، اسچمر، مارتین و ورنون^۱، ۲۰۰۹)؛ فحاشی و پرخاشگری (سومر، بیرز، بوچیور و پارک^۲، ۲۰۱۲)؛ فقدان همدلی (وای و تیلیپولوس^۳، ۲۰۱۲)؛ سطوح پایین توافق و وجدان (لی و آشتون^۴، ۲۰۰۵)؛ خیانت به همسر (بریو، هونت، جیمز و آبل^۵، ۲۰۱۵)؛ سطوح پایین تعهد و صمیمیت در رابطه (علی و چامورو-پرموزیچ^۶، ۲۰۱۰)؛ بدبینی و بی‌اعتمادی (کریستی و گیس^۷، ۱۹۷۰)؛ رضایت پایین از رابطه (یوسل^۸، ۱۹۷۶) در ارتباط است.

ادامه ازدواج به عوامل مانند رضایت زناشویی وابسته است، چون ازدواجی موفق است، که زوجین حسی از رضایت را با یکدیگر را تجربه کنند (کلانترکوسه و حسن، ۲۰۱۰؛ لوساس،

^۱. Veselka, Schermer, Martin. & Vernon

^۲. Sumner, Byers, Boochever & Park

^۳. Wai & Tiliopoulos

^۴. Lee & Ashton

^۵. Brewer, Hunt, James & Abell

^۶. Ali & Chamorro-Premuzic

^۷. Christie & Geis

^۸. Uysal

پارکیل، وندورف، اماموگلو، ویس فیلد^۱ و همکاران، ۲۰۰۸). رضایت زناشویی درجه‌ای از محبت در مورد جنبه‌های خاصی از روابط زناشویی یا کل رابطه است. در برخی از تحقیقات قبلی، رضایت زناشویی به عنوان یک ارزیابی ذهنی و جهانی از روابط در نظر گرفته شده است (دایتو، به کام، آستین و دوتن^۲، ۱۹۹۸؛ مارکائورلی، بلنجر و مارچند^۳، ۲۰۰۳) درواقع آن وضعیتی است که زوج‌ها از باهم بودن احساس خوشحالی، رضایت و عشق می‌کنند (ضیائی، جنتی، مبشری تقوی، عبدالحی و همکاران، ۲۰۱۴). مفهوم رضایت زناشویی، مفهومی چندمنظوره را چندبعدی شامل اجزای روانشناسی، اجتماعی اقتصادی و معنوی می‌باشد (شاکریان، ۱۳۸۹). آلن^۴ (۱۹۸۹؛ به نقل از اولادی، ۱۳۹۰)، رضایتمندی زناشویی را در احساس عینی خشنودی رضایت لذت زن و شوهر از تمامی روابط خود تعریف می‌کند. در بسیاری از تحقیقات نشان داده است که رضایت زناشویی به وسیله‌ی بسیاری از عوامل مانند عملکرد جنسی سالم و لذت‌بخش تحت تأثیر قرار (رحمانی، مرقانی خویی، صادقی و الله قلی، ۱۳۹۰).

روابط جنسی شکل‌دهنده بخشی از ادراکات مهم زوجین از یکدیگر است که تداوم‌بخش ازدواج است (معصومی، نجاتی، مرتضوی، پارسا و کریمی، ۱۳۹۰). یافته‌های محققین نشان داده‌اند که امور جنسی در رتبه اول زندگی زناشویی است و رضایت جنسی می‌تواند ازدواجی مطلوب و راحت به بار آورد (لاهوریانی، رجایی، شاکری و لهراسبی^۵، ۱۳۹۰). رضایت جنسی^۶ وضعیتی است که زوج‌ها از باهم بودن احساس خوشحالی، رضایت و عشق می‌کنند (ضیائی و همکاران، ۲۰۱۴). برمن، برمن و کنلی^۷ (۲۰۰۳) در مطالعه‌ای نشان دادند که بین رضایت

^۱. Lucas, Parkhill, Wendorf, Imamoglu & Weisfeld

^۲. Daiuto, Baucum, Epstein & Dutton

^۳. Marcaurelle, Belanger & Marchand

^۴. Ellis

^۵. Alahveriani, Rajaie, Shakeri & Lohrashi

^۶. Sexual Satisfaction

^۷. Berman, Berman & Kanaly

و افسردگی و اضطراب رابطه وجود دارد. نارضایتی از رابطه‌ی جنسی، می‌تواند به مشکلات عمیق در روابط زوجین و ایجاد تنفر از همسر، دلخوری، حسادت، رقابت، حس انتقام‌گیری، احساس تحقیر، احساس عدم اعتماد به نفس و نظایر آن‌ها منجر شود (هنرپروران، تبریزی، نوایی نژاد و شفیع‌آبادی، ۱۳۸۹).

در سال‌های اخیر رفتاردرمانی دیالکتیکی، در دامنه نسبتاً متنوعی در درمان سایر اختلالات مورد استفاده قرار گرفته است. دلایل این امر نخست به پیچیدگی و نوع مشکلات برخی اختلالات، می‌گردد که نیازمند یک برنامه ساختاریافته و دقیق هستند. از سوی دیگر شواهد نشان می‌دهد که این رویکرد در درمان اختلالات سایکوسوماتیک موفقیت‌آمیز می‌باشند و نتایج امیدوارکننده‌ای را همراه داشته است (عزیزی و محمدی، ۱۳۹۵). رفتاردرمانی دیالکتیکی توسط لینهان^۱ در سال ۱۹۸۳ برای کمک به درمان اختلال شخصیت مرزی ارائه گردید (لینهان، ۱۳۹۳). رفتاردرمانی دیالکتیک رویکردی شناختی رفتاری مبتنی بر اصل تغییر می‌باشد و با آموزه‌ها و فنون فلسفه شرقی که منجر به اصل پذیرش می‌باشد، درمی‌آمیزد و بر این اساس چهار مؤلفه مداخله‌ای شامل ذهن آگاهی، تحمل پریشانی، تنظیم هیجانی و کارآمدی بین فردی را در شیوه درمان گروهی مطرح می‌کند. در این شیوه درمانی ذهن آگاهی و تحمل پریشانی به عنوان مؤلفه‌های پذیرش و تنظیم هیجانی و کارآمدی بین فردی به عنوان مؤلفه‌های مؤثر تغییر در رفتاردرمانی دیالکتیکی می‌باشند. از این رو، ارائه یک برنامه دره به کارآمدی را در این چهار حوزه هدف قرار دهد، بسیار اهمیت دارد (میلر، راسوس و لینهان، ۲۰۰۷). لذا با توجه به تأثیر سوء اختلال شخصیت خودشیفته بر روابط بین زوجین و کمبود تحقیقات داخلی در ارتباط با این شیوه درمانی بر متغیرها خصوصاً در ارتباط باهم، هدف مجموعه حاضر پاسخ به این سؤال است که آیا رفتاردرمانی دیالکتیکی برافزایش رضایت جنسی و رضایت زناشویی در افراد خودشیفته تأثیر دارد یا خیر؟

ازدواج یک مؤلفه بسیار مهم و با ارزش در حیات انسان تلقی می‌گردد. به واسطه ازدواج زن و مرد از طریق یک نیروی ناشی از غرایز، آیین محبت و عشق به هم جذب می‌شوند، به طور آزادانه و کامل متعهد یکدیگر شده تا واحد پویایی را به عنوان خانواده ایجاد نمایند (موسوی، داراب، فاتحی‌زاده و بهرامی، ۱۳۹۴). خانواده محیطی مقدس، باصفا و به زیباترین تعبیر قرانی محل سکون و آرامش واقعی است (روم: ۲۱) و هر جامعه‌ای برای تداوم و بقا خود نیاز به حفظ و بسط ارزشهای خود در قالب خانواده دارد. در این بین مشکلات زناشویی می‌تواند باعث ناسازگاریهایی در زندگی افراد شود و به اعضای خانواده آسیب برساند (فرهنگی، ۱۳۹۱). کانون خانواده، همواره جلی‌گاه عشق و زندگی است و طلاق بحرانی است که باعث از هم گسستن این کانون می‌شود (اپلان و سادوک^۱، ۲۰۰۷).

عوامل مختلفی بر پایداری ازدواج و ناپایداری ازدواج اثر می‌گذارد. از جمله این عوامل می‌توان به ویژگی‌های شخصیتی و زردی اشاره کرد. ویژگی‌های شخصیتی، پیش‌بینی کننده رضایت و سازگاری زناشویی است. رسی، سمات شخصیتی انعطاف ناپذیر و غیر انطباقی شوند، ایجاد اختلالات کارکردی و ناراحتی‌های روانی می‌کند. در اینجا تشخیص اختلالات شخصیت مطرح می‌شود (داراب، حیدری، صفری، محمدی، حمیدی، فاتحی‌زاده، ۱۳۹۴). مشخصه اختلالات شخصیت مانند خودشیفته، الگوهای ناسازگار از افکار، احساسات، تصورات و رفتارهایی است که شروع زودرس داشته و به مدت طولانی ادامه می‌یابند و حوزه‌های بسیاری از زندگی فرد را تحت تأثیر قرار می‌دهند. افراد مبتلا به اختلال شخصیت خودشیفته احساس می‌کنند که خود و شرایط زندگی‌شان نرمال و طبیعی است. آن‌ها ممکن است برای خود و صفات شخصیتی‌شان ارزش زیادی قائل شوند در حالیکه این صفات برای اطرافیانسان مسئله ساز است. این اختلال می‌تواند نابهنجاریهایی روانی را موجب گردیده و یا آن‌ها را تشدید کند و به عاملی برای ناسازگاری‌ها و تنش‌های زندگی زناشویی تبدیل گردد (قره‌داغی، ۱۳۸۹).

^۱. Kaplan & Sadocks

افشار (۱۳۸۷) در مطالعه‌ای نشان داد که علت تقاضای طلاق در ۸۳ درصد موارد، ناسازگاری‌های رفتاری و اخلاقی و در ۱۰ درصد موارد بیماری‌های روانپزشکی در حداقلی یکی از زوجین است.

اهمیت پرداختن به این مجموعه زمانی قابل درک خواهد بود که آثار آن بر سلامت جسمانی و روانی خانواده مورد توجه قرار گیرد. از آنجا که خانواده واحد مهمی در اجتماع است و برای جامعه‌ای که قصد دوام دارد حائز کمال و اهمیت است. همچنین خانواده مکانی است که در آن عزت نفس ایجاد می‌شود، مکانی است که نیازهای احساسی، عاطفی همه اعضای خانواده را تأمین می‌کند. خانواده سالم رشد و اعتلای همه اعضای خود را در نظر می‌گیرد. خانواده موفق خانگی سالمی است که افراد آن رشد سالم می‌کنند. از طرفی اختلال در خانواده و برآورده نشدن نیازهای زناشویی به طریق مستقیم و غیرمستقیم آثار زیانباری را بر دوش زوج‌ها، خانواده‌ها، و زنان و نیز جامعه قرار می‌دهد. رابطه زناشویی ناسالم می‌تواند شدیدترین صدمات ممکن را بر اعضا وارد کند، ازدواج ناموفق می‌تواند به توقف رشد شخصی و سرگردانی منجر گردد. شکست در روابط زوجین می‌تواند به صدمه‌ها و جراحتهایی منجر گردد که التیام آنها به وقت زیادی نیاز دارد (شریعت، قمرانی، عابدی و شریفی، ۱۳۹۴).

علاوه بر اثرات مخرب تعارضات زناشویی که اشاره شد یکی از بیشترین آسیب‌های وارد شده در پدر و مادرهایی که تعارضات شدید حل نشده دارند، اضطراب و افسردگی و مشکلات تحصیلی جدی در فرزندان است که اگر این روند ادامه پیدا کند فرزندان نیز با الگوبرداری از پدر و مادر این چرخه معیوب را در زندگی آینده خود به کار می‌برند و عوارض و آسیب‌های ناشی از این نوع تعاملات نسل به نسل منتقل می‌شود. محقق علاقه مند است با پروتکل درمانی این مجموعه در کاهش تعارضات زناشویی نمونه مطالعه خود سهمی داشته و سبب محیطی امن و آرام برای کودکانی شود که سلامت جامعه در گرو رشد سالم و بهنجار آنان است.