

اثر روان درمانی تحلیلی مبتنی بر روابط ابژه بر سازمان شخصیت و سبک‌های دفاعی افراد مبتلا به شخصیت مرزی

The effect of analytical psychotherapy based on object relationships on personality organization and defense styles on borderline personality disorder

Fatemeh Fathi

PhD Student in Clinical Psychology, Department of Psychology, Birjand Medical School, Islamic Azad University, Birjand, Iran.

Dr. Shahram Vaziri*

Associate Professor, Department of Psychology, Roodehen Branch, Islamic Azad University, Roodehen, Iran. shahram.vaziri@gmail.com

Dr. Mehdi Pourasghar Arabi

Associate Professor, Department of Psychology, Birjand Medical School, Islamic Azad University, Birjand, Iran. (Department of Psychiatry, School of Medicine, Mazandaran University of Medical Sciences, Sari, Iran).

Dr. Maryam Nasri

Assistant Professor, Department of Psychology, Birjand Medical School, Islamic Azad University, Birjand, Iran.

فاطمه فتحی

دانشجوی دکتری روانشناسی بالینی، گروه روانشناسی، دانشکده پزشکی، واحد بیرجند، دانشگاه آزاد اسلامی، بیرجند، ایران.

دکتر شهرام وزیری (نویسنده مستول)

دانشیار، گروه روانشناسی، دانشکده پزشکی، واحد رودهن، دانشگاه آزاد اسلامی، رودهن، ایران.

دکتر مهدی پوراصغر عربی

دانشیار، گروه روانشناسی، دانشکده پزشکی، واحد بیرجند، دانشگاه آزاد اسلامی، بیرجند، ایران. (دانشیار، گروه روانپزشکی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی مازندران، ساری، ایران).

دکتر مریم نصری

استادیار، گروه روانشناسی، دانشکده پزشکی، واحد بیرجند، دانشگاه آزاد اسلامی، بیرجند، ایران.

چکیده

The aim of this study was to evaluate the effectiveness of analytical psychotherapy based on object relationships (transference-focused) on personality organization and defense styles of individuals with a borderline personality disorder. The research method was A-B-A single-subject design. The statistical population included all people with borderline personality disorder who were referred to the outpatient department of Zare Psychiatric Hospital and Mana Sari in the period from May to June 2019, which were 32 with the approval of a psychiatrist, of which 7 were selected by the targeted sampling method. And in two groups of analytical psychotherapy based on object relationships, 4 people and 3 people in the control group were randomly assigned and treated for 100 sessions. Data were collected in five baseline stages, intermediate stage, treatment progress, termination, and follow-up during one year, using Cronberg IPO Personality Organization Questionnaire (Kernberg, 2002) and DSQ-40 Defense Styles (Andorz & et al., 1993) Was collected. For statistical analysis, graph analysis, stable change, and recovery percentage were used. Findings showed that analytical psychotherapy based on object relationships (transference-focused) can have favorable results on the psyche of personality organization and defense styles of people with borderline personality. Successful treatment of borderline patients is much more complex than research literature shows, and treatment outcome is not successful versus failure but covers a number of functional areas. We also need more research to generalize the results.

Keywords: Borderline personality disorder Analytical psychotherapy based on object relationships, personality organization, defense styles.

پژوهش حاضر با هدف تعیین اثربخشی روان درمانی تحلیلی مبتنی بر روابط ابژه (معطوف به انتقال) بر سازمان شخصیت و سبک‌های دفاعی افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی انجام شد. روش پژوهش از نوع طرح تک آزمودنی A-B-A بود. جامعه آماری شامل کلیه افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی که به بخش سرپایی بیمارستان روانپزشکی زارع و کلینیک خانه معناساری در بازه زمانی اردیبهشت الی خرداد ۹۹ مراجعه کردند، که با تایید روانپزشک ۳۲ نفر بودند، از میان آنها ۷ نفر به روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب شدند و در دو گروه روان درمانی تحلیلی مبتنی بر روابط ابژه ۴ نفر و گروه گواه ۳ نفر به روش تصادفی قرار داده شد و داده‌ها در طی یک سال، با استفاده از پرسشنامه سازمان شخصیت کرنبرگ IPO (کرنبرگ، ۲۰۰۲) و سبک‌های دفاعی DSQ-40 (اندوزر و همکاران، ۱۹۹۳) گردآوری شدند. برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از روش تحلیل نمودار، تغییر پایا و درصد بهبودی، استفاده شد. یافته‌ها نشان داد که روان درمانی تحلیلی مبتنی بر روابط ابژه (معطوف به انتقال) می‌تواند نتایج مطلوبی بر روان سازمان شخصیت و سبک‌های دفاعی افراد مبتلا به شخصیت مرزی بگذارد. موفقیت‌آمیز بودن درمان بیماران مرزی بسیار پیچیده‌تر از آن است که متون پژوهشی نشان می‌دهند و همچنین فرجام درمان به صورت موفقیت در مقابل شکست نیست، بلکه شماری از حوزه‌های عملکردی را شامل می‌شود. همچنین برای تعمیم نتایج به پژوهش‌های بیشتر نیازمندیم.

واژه‌های کلیدی: اختلال شخصیت مرزی، روان درمانی تحلیلی مبتنی بر روابط ابژه، سازمان شخصیت، سبک‌های دفاعی.

مقدمه

اختلال شخصیت مرزی اختلال روانی پیچیده و شدیدی است (گندرسون، هافمن، ۱۳۹۴). و یکی از شایعترین اختلالات در موقعیت‌های روانپزشکی است که افراد به خاطر آن تحت درمان قرار می‌گیرند (انجمن روانپزشکی آمریکا، ۱۳۹۴). مؤلفه‌های اصلی اختلال شخصیت مرزی که اغلب توصیف می‌شوند عبارت‌اند از: مشکلات هویت، روابط منفی، بی‌ثباتی عاطفی و آسیب به خود (دیستل^۱ و همکاران، ۲۰۱۰). بیماران مبتلا به این اختلال در مز روان نزدی و روان پریشی قرار دارند و مشخصه آنها ناپایداری حالت عاطفی، خلق، رفتار، روابط ابژه‌ای، و خودانگاره آنها است. این اختلال را با نامهای اسکیزوفرنی موقت، شخصیت انگاری، اسکیزوفرنی شبه نوروتیک و اختلال منش سایکوتیک نیز خوانده‌اند. در ICD-10 نیز اختلال شخصیت دارای بی‌ثباتی هیجانی نامیده شده است (سادوک و همکاران، ۱۳۹۴). این افراد ممکن است دچار بی‌ثباتی عاطفی باشند که از واکنش پذیری شدید خلق ناشی می‌شود. چنین برآورد می‌شود که ۱۰٪ از کل بیماران سرپایی و ۱۵-۲۰٪ از بیماری بستری روانپزشکی به اختلال شخصیت مرزی مبتلا هستند. این اختلال با استفاده گستره‌های درمان‌های روانپزشکی همراه بوده (گندرسون، هافمن، ۱۳۹۴). از دیگر ویژگی‌های این اختلال الگوهای مکرر ترک درمان، حضور نامنظم در جلسات روان درمانی، ناپیروی نافذ از تجویزات درمانی و سطح بالای رفتار شبه خودکشی که پیش‌بینی کننده‌ی اقدام به خودکشی است، ۸۴ درصد وقوع خودکشی (بلک^۲ و همکاران، ۲۰۰۴) تا ۱۰۰ درصد خودکشی کامل (ار.جی.^۳، ۲۰۱۵) که بیانگر نرخ کم و بیش ۱۰ تا ۱۵ درصدی بیشتر مرگ و میر در جمعیت عمومی است (سادوک و همکاران، ۱۳۹۴). ارتباط به عنوان یک عامل اصلی پریشانی در این اختلال است (کنگ و تان، ۲۰۱۷). پژوهش‌های انجام شده در زمینه اختلال شخصیت مرزی نشان داده اند که، افراد دارای این اختلال بالاتری از هیجان پذیری، پویایی، نوجویی و اجتناب از آسیب، همراه با سطوح پایین‌تری از همکاری، جامعه پذیری، کم رویی و خود راهبری دارند (استب^۴ و همکاران، ۲۰۱۴).

شناخت سازمان شخصیت مراجعان هنگام برنامه ریزی درمان و مشاهده نتایج آن مهم است، اما ابزار اصلی ارزیابی ساختار شخصیت مصاحبه بوده است که استاندار دسازی آن دشوار است. بنابراین کرنبرگ و همکارانش گزارش خود را برای عملیاتی کردن سازمان شخصیت ایجاد کردند (لنزوگر و همکاران، ۲۰۰۱). سازمان شخصیت هر شخص یک روش خاص تفکر، احساس، رفتار و ارتباط با دیگران است که می‌تواند با مفهوم "شخصیت" خلاصه شود. تفاوت‌های فردی در عملکرد شخصیت اغلب از نظر ویژگی‌های شخصیتی توصیف می‌شود (ویدیگر، ۲۰۰۳). کرنبرگ سازمان شخصیت را متشکل از جفت‌های روابط موضوعی^۵ و عاطفی ملازم آن‌ها می‌داند (کلارکین، ۲۰۱۵). او در سال ۱۹۶۷ برای توضیح توسعه اختلال عملکرد شخصیت، مفهوم سازمان شخصیت را معرفی کرد. وی سه سطح از سازماندهی شخصیت را تشخیص داد: روان رنجور، مرزی و روان پریش. سه سطح از سازمان شخصیت را می‌توان با موقعیت آن در سه بعد توصیف کرد: (۱) آزمایش واقعیت، که به "ظرفیت تمایز خود از دیگران، محرك های درون روانشناختی از محرك های بیرونی و حفظ همدى با معیارهای اجتماعی عادی واقعیت" اشاره دارد (۲) تسلط بر مکانیسم های دفاعی بدوي، مانند فرافکنی، انکار، تجزیه یا تقسیم و (۳) انتشار هویت، که به آن شاخصهای روانشناختی و رفتاری اشاره دارد که از یک هویت ضعیف یکپارچه، به ویژه مفاهیم ضعیف ادغام شده از خود و سایر افراد مهم ناشی می‌شود. سازمان شخصیت روان رنجور توسط آزمایش واقعیت دست نخورده، مکانیسم های دفاعی بالغ مانند شکل گیری واکنش، ازروا، خنثی سازی، سرکوب و عدم انتشار هویت تعریف می‌شود. سازمان شخصیت مرزی با آزمایش واقعیت دست نخورده، غلبه مکانیسم های دفاعی بدوي و انتشار هویت مشخص می‌شود. سرانجام، سازمان شخصیت روان پریش با نقص در هر سه بعد مشخص می‌شود (کرنبرگ^۶، ۱۹۶۷). در تشخیص شخصیت مرزی، غیر از عامل ضعف در نیروهای ایگو (به خصوص ضعف در کنترل تکانه‌ها، تحمل عاطفی و مهار اوهام فرآیندهای اولیه تفکر) غالباً وجود الگوهای معینی از دفاع‌ها نیز می‌توانند در متگران را به سمت این تشخیص راهنمایی

1. Distel

2. Black

3. R.J

4. Keng,Tan

5. Stepp

6. Lenzenweger

7.Widiger

8. Object Relations Dyad

9.Clarkin

10. Kernberg

کنند. دفاع‌ها آن دسته از اقدامات روانی هستند که مضامین عاطفی ناخوشایند را از حیطه هشیاری خودآگاه به بیرون می‌رانند (بلکمن^۱، ۱۳۹۳). علیرغم علاقه قابل توجه پژوهشکان به طور پویا، در دهه‌های بعدی تحقیقات نسبتاً کمی در این زمینه انجام شده است. این فاصله عمده‌تاً به دلیل فقدان روش‌های قابل اعتماد برای ارزیابی وجود طیف وسیعی از دفاع‌ها یا حداقل مشتقات آگاهانه آنها بوده است. در ربع قرن گذشته، فقط ۱۰ مطالعه منتشر شده است که سعی در ترسیم مکانیسم‌های دفاعی مورد استفاده توسعه بیماران مزدی داشته است (پری و پریستیاک^۲، ۲۰۱۳)

پیش از آغاز درمان، درمانگر باقیستی به درستی تصمیم بگیرد که کدام یک از روش‌های درمانی برای بیمار مناسب است (محمد علیلو و شریفی، ۱۳۹۴). چالش‌های پژوهشکان معالجه بیماران با شخصیت مزدی، از مدت‌ها قبل شناخته شده است. کمک به بیماران برای تحمل احساسات شدید برانگیخته شده توسط آنها، وضعیت درمانی و تلاش برای جلوگیری از واکنش‌های تکانشی اغلب خطرناک که می‌تواند در موقع موقوفیت آنی از نظر عاطفی فراتر رود. سطح نامیدی، نگرانی، ترس و عصبانیت در درمانگر در پاسخ به کار با بیماران مبتلا به اختلال شخصیت مزدی فعال می‌شود (استرن و بیتمانس، ۲۰۱۸). روان‌درمانی متمرکز بر انتقال^۳ (TFP) از پژوهه تحقیقاتی روان‌درمانی بنیاد منینگر، به‌ویژه مطالعات کمی که نشان می‌دهد بیماران مبتلا به اختلالات شخصیتی شدید یا سازماندهی شخصیت مزدی (بیمارانی که ضعف شدید را از خود نشان می‌دهند، مراجعته می‌کنند) با روان‌درمانی بیشتر بهبود یافته‌اند. مدل درمان معطوف به انتقال دو مورد زیر را تلفیق نموده است: ۱- توجه به نیاز اختصاصی بیماران مزدی برای ساختار به شکل چارچوب روش درمانی و ۲- دغدغه‌های اصلی روان پویشی نظیر دغدغه کمک به هر فردی برای یافتن توازنی در بین نیروهایی که روی احساسات، افکار و رفتارهایش تأثیر می‌گذارند، شامل: فشارهای زیستی، محدودیت‌های درونی در مقابل این فشارها و ارزش‌ها و محدودیت‌های واقعیت اجتماعی فرد (بیتمانس و همکاران، ۲۰۱۵). هدف TFP ایجاد تغییر در علائم و مشکلات بین فردی از طریق مراقبت روانشناختی ساختاریافته است که منجر به اصلاح بازنمایی ذهنی بیماران از خود و دیگرانی می‌شود که رفتار را هدایت می‌کنند. ویژگی‌های کلیدی این مدل درمانی روابط ابیه معاصر عبارتند از: (۱) چارچوب بندی درمان با یک قرارداد شفاهی، (۲) تمرکز بر رفتارهای بین فردی مختلف هم در زندگی فعلی بیمار و هم در رابطه با درمانگر، و (۳) استفاده از از فرآیند تفسیر برای اصلاح بازنمایی‌های درونی خود و دیگران، و (۴) دنیای واقعی در رفتارهای بین فردی به ویژه در زمینه‌های کاری و روابط صمیمی/اعشق تغییر می‌کند (کلارکین و همکاران، ۲۰۱۸). در کارآزمایی‌های بالینی که توسط کلارکین و همکاران^۴ (۲۰۰۷) دوئرینگ^۵ و همکاران (۲۰۱۰) انجام گرفته شد، درمان معطوف به انتقال، سبب تغییر چشمگیر علائم دربیماران مبتلا به این اختلال در طول یک سال شد.

BPD وضعیت بالینی پیچیده با علائم بسیار پلی مورف است. مطالعات نشان داده است که افرادی که دارای این تشخیص هستند ممکن است اختلالات متعدد روانپزشکی مانند اختلالات خلقی، اختلال اضطرابی، اختلال مصرف مواد و سایر اختلالات شخصیت را داشته باشند (گرانت^۶ و همکاران، ۲۰۰۸). از نگاه اقتصادی باید گفت بیماران دارای مشکلات شخصیتی، بیماران پرهزینه ای هستند و نمونه بارز آن، اختلال شخصیت مزدی است. این اختلال، که اختلال نسبتاً شایعی است که هزینه بالایی را بر جامعه تحمیل می‌کند. همچنین همبستگی‌های کاملاً تائید شده ای بین اختلال شخصیت و مضاعلات اجتماعی وجود دارد. طبق آمارها ۷۰ تا ۸۰ درصد بزهکاری و جنایات توسط افراد مبتلا به اختلال شخصیت انجام می‌شود. میزان مبتلایان به این اختلال، با افزایش شدت اختلال در جامعه افزایش می‌یابد و هر چقدر شدت بیشتر باشد، نیاز به مراقبتهای بهداشتی و درمان افزایش پیدا می‌کند (خدابخش، ۱۳۹۲). علاوه بر این در زمینه درمان این اختلال نیز، توجه به طول درمان و تعداد جلسات (۴) جلسه در هفته به مدت یک سال یا بیشتر کرینگ و همکاران، ۲۰۱۰) میتوان به هزینه بر بودن این مشکلات بیشتر بی برد. از سوی دیگر علیرغم وجود این افراد عادی، عدم پذیرش نابهنجاری از سوی خود آنها و تردید در عدم سلامت ایشان از سوی دیگران و گاه ویژگیها و شدت این مشکلات به قدری است که حتی تا سرحد جنون هم پیش می‌رود. این مستله در شخصیتهای مزدی همراه با حملات میکروسایکاتیک به خوبی روش است (خدابخش، ۱۳۹۲). تحقیقات اثربخشی روش‌های درمانی داروئی و روان درمانیهای فردی و گروهی، بر کاهش علائم بیماران مبتلا به شخصیت مزدی گزارش کرده‌اند،

1. Blackman

2. Perry, Presniak

3. Stern & Yeomans

4. Transference focused psychotherapy

5. Clarkin

6. Doerong

7. Grant

اثر روان درمانی تحلیلی مبتنی بر روابط ابژه بر سازمان شخصیت و سبک‌های دفاعی افراد مبتلا به شخصیت مرزی
The effect of analytical psychotherapy based on object relationships on personality organization and defense styles ...

فسیبیندرو^۱ و همکاران (۲۰۱۶) و محمدی زاده و همکاران (۲۰۱۸) و خوریان و همکاران (۲۰۱۷) و استرن^۲ و یومانس (۲۰۱۸). شواهد نظری در خصوص اختلال شخصیت مرزی و شیوع بالای آن، رویکردهای درمانی متفاوتی با توجه به سبب شناسی این اختلال را می‌طلبند. بدین ترتیب با توجه به آنچه گفته شد، بر آن شدیدم تا مطالعه را با این عنوان آغاز کنیم، هدف ما در این مطالعه بررسی اثر بخشی روان درمانی تحلیلی مبتنی بر روابط ابژه (معطوف به انتقال) بر سازمان شخصیت و سبک‌های دفاعی افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی است.

روش

در این پژوهش از طرح مطالعه تجربی تک موردی استفاده شد که در آن شرکت‌کننده‌های مختلف به صورت موردي در چارچوب روش شناسی A-B-A مورد بررسی قرار می‌گیرند (گال و گال، ۲۰۱۴). به این ترتیب از بین افرادی که به علت مشکلات رفتاری در بازه زمانی اردیبهشت الی خرداد ۱۳۹۹ برای درمان به درمانگاه بیمارستان روانپژشکی زارع و کلینیک خانه معنا شهرستان ساری مراجعه کردند یا ارجاع داده شدند، که با تایید روانپژشک تشخیص اختلال شخصیت مرزی دریافت نمودند، به تعداد ۳۲ نفر، مصاحبه بالینی برای اختلال شخصیت مرزی گرفته شد و آن دسته از افرادی که معیارهای ورود به پژوهش را به شرح تشخیص اختلال شخصیت مرزی با تایید روانپژشک و مصاحبه بالینی، تکمیل فرم رضایت آگاهانه، داشتن سن حداقل ۲۰ و حداکثر ۴۰ سال، داشتن حداقل تحصیلات دیپلم، عدم وجود افکار جدی آسیب به خود یا دیگران، عدم وجود سایکوز، عدم وجود اختلالات جسمی محدود کننده و مزمن و معیارهای خروج از پژوهش، بروز افکار آسیب به خود یا دیگران غیر قابل کنترل در حین درمان، بروز اختلالات هذیانی یا سایر اختلالات شناختی در حین درمان، تمایل به خروج از طرح در هر مرحله از درمان بود. و تمایل به شرکت در پژوهش را داشتند، به تعداد ۷ نفر به صورت نمونه گیری هدفمند انتخاب شده و با توجه به روش پژوهش به صورت تصادفی قرعه کشی در سه گروه به صورت، ۴ نفره در گروه روان درمانی تحلیلی مبتنی بر روابط ابژه (معطوف به انتقال)، ۳ نفر در گروه گواه قرار گرفتند (شایان ذکر است ۱ نفر در گروه روان درمانی معطوف به انتقال صورت تصادفی قرعه کشی، علی‌البدل در نظر گرفته شد تا در صورت نیاز جایگزین گردد). پرسشنامه‌ها عبارتند از پرسشنامه سازمان شخصیت کرنبرگ (IPO)، سبک‌های دفاعی (DSQ-40) برای روان درمانی تحلیلی مبتنی بر روابط ابژه (معطوف به انتقال) ۲ بار، در هفته در طول ۱۰۰ جلسه، ۴۸ دقیقه‌ای، در طول یک سال ملاقات شدند، داده‌ها یکبار قبل از شروع درمان و داده‌های مربوط به مرحله درمان، دو بار با فاصله به صورت مرحله میانی و مرحله پیشرفت درمان و یک بار در مرحله خاتمه درمان گردآوری شد. بعلاوه داده‌های مرحله پیگیری، ۱ ماه بعد از انتهای فرآیند درمان، جمع آوری شدند. ملاحظات اخلاقی این پژوهش عبارت بود از شرکت در برنامه درمانی آگاهانه و با دریافت رضایت کتبی از افراد آغاز شد، پرسشنامه‌های دریافتی با ذکر نام و به صورت کاملاً محترمانه و برای ثبت اطلاعات آماری مورد استفاده قرار گرفت، زمان بندی شرکت در برنامه درمانی با رضایت طرفین تنظیم گردید، بیماران هر زمانی که تمایل به خروج از برنامه درمانی داشتند از برنامه خارج گردند و هیچ گونه اجرایی برای شرکت در برنامه وجود نداشت. همچنین برای تجزیه و تحلیل آماری از روش تحلیل نمودار با نرم افزار SPSS^۳، تغییر پایا و درصد بهبودی به صورت محاسبه دستی استفاده شد.

ابزار سنجش

پرسشنامه سازمان شخصیت کرنبرگ^۴ (IPO): پرسشنامه سازمان شخصیت توسط کرنبرگ (۲۰۰۲) طراحی و اعتباریابی شده است، این پرسشنامه شامل ۳۷ گویه بسته پاسخ بر اساس طیف پنج درجه‌ای لیکرت می‌باشد، پرسشنامه سه زیرمقیاس آزمونگری واقعیت، دفاع‌های روان‌شناختی نخستین و سردرگمی هویت از سازمان شخصیت را مورد سنجش قرار می‌دهد. در مطالعه لنزوگر و همکاران^۵ (۲۰۰۱)، ضریب پایایی به روش همسانی درونی سردرگمی هویت، آزمون گری واقعیت، دفاع‌های نخستین به ترتیب ۰/۸۸، ۰/۸۰ و ۰/۸۱ گزارش شده است، همچنین پایایی عوامل این پرسشنامه با استفاده از روش بازآزمایی به ترتیب ۰/۸۳، ۰/۸۰ و ۰/۸۱ گزارش شده

1 .Fassbinden

2. Stern

3 . Gall & Gall

4 .Kernberg's Inventory Of Personality Organization (IPO)

5 .Lenzenweger

است. همچنین در تحقیق اسکودال و همکاران^۱ (۲۰۰۲) نشان داده شده است که بین میزان آسیب روانی بر اساس پرسشنامه SCL-90 و ساختار شخصیت افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی، با ابعاد الگوی کنبرگ، یعنی سردرگمی هویت، دفاع‌های نخستین و آزمونگری واقعیت هماهنگی وجود دارد به این ترتیب که همبستگی عاطفه مثبت و منفی با خرد مقیاس افسردگی ترتیب ۵۵/۰-دو ۷۲/۰ بوده است که نشانگر روایی مناسب این ابزار می‌باشد. در ایران آل بهبهانی و محمدی (۱۳۸۶) ضرایب پایایی را به روش همسانی درونی برای سه مقیاس به ترتیب ۰/۹۰، ۰/۸۲ و ۰/۶۸ گزارش کردند، همچنین ضریب همبستگی بین خرد مقیاس‌ها با نمره کل در حد رضایت‌بخش و بین ۰/۴۵ تا ۰/۷۵ بود، همچنین آنها نتیجه تحلیل عوامل با استفاده از روش چرخشی واریماکس و بر اساس آزمون اسکری بیانگر وجود عوامل دفاع‌های روانشناختی نخستین، سردرگمی هویت و آزمونگری واقعیت در این پرسشنامه بود که در مجموع بیش از ۳۹/۷۸ درصد واریانس کل آزمون را تبیین کردند. در این پژوهش ضریب آلفا کرونباخ برای سه مقیاس به ترتیب ۰/۸۵، ۰/۸۶ و ۰/۸۹ محاسبه شد.

پرسشنامه سبکهای دفاعی^۲ (DSQ-40): این پرسشنامه بر اساس الگوی سلسله‌مراتبی دفاع‌ها ساخته شده است. DSQ نخستین بار توسط باند و همکارانش در سال ۱۹۹۳، به منظور بررسی مکانیزم‌های دفاعی در افراد بیهنجار و بیمار در سال ۱۹۸۳ تدوین گردید که ۸۸ گویه را در بر می‌گرفت و ۲۴ مکانیزم را وارسی می‌نمود. نمره گذاری به صورت لیکرت ۹ درجه‌ای از کاملاً موافقم ۹ تا کاملاً مخالفم ۱ انجام می‌شود (اندوز و همکاران، ۱۹۹۳)، نی‌شی مورا^۳ (۱۹۹۸) پایایی به روش آلفا کرونباخ برای مکانیسم دفاعی رشد نیافته ۰/۷۱، روان آزرده ۰/۶۵ و رشد یافته ۰/۷۱ گزارش کرده است. پیرکو و همکاران^۴ (۲۰۰۳) بین نشانه‌هایی که دست آمده از SCL-90 و سبک رشد نیافته همبستگی ۰/۷۵ به دست آوردن در حالی که بین همین نشانه‌ها و سبک‌های دفاعی روان آرده همبستگی ۰/۲۶ به دست آورد. این پرسشنامه در ایران توسط حیدری نسب و همکاران (۱۳۹۰) در گروه غیربالینی مورد بررسی و وارسی‌های روانسنجی قرار گرفت و نتایج نمایان گر اعتبار قابل قبول این ابزار در نمونه‌های ایرانی بوده است. آنها در ارزیابی روایی همگرا سبک‌های شخصیتی و عوامل شخصیتی بر اساس پرسشنامه Neo-FFI همبستگی منفی ۰/۲۸ را به دست آوردند. ضریب پایایی با استفاده از آلفا کرونباخ در دانش آموزان ۰/۵۲ و در دانشجویان ۰/۵۷ و ضریب همبستگی بین دونیمه ۰/۵۴ گزارش شد. نتایج حاصل از بازآزمایی نیز نمایان گر پایایی قابل قبول DSQ-40 در بین دانشجویان بین ۰/۹۱ و ۰/۳۲ بود. در پژوهش حاضر ضریب آلفا کرونباخ به ترتیب ۰/۷۸ و ۰/۸۰ بود.

همچنین جلسات نظارت، زیر نظر دو روانکار، در ایران توسط سوپر وایزر مربوط و هر هفته به صورت آنلاین و درسوند سوپر وایزر مربوط دو بار در ماه به صورت آنلاین برگزار شد. ساختار جلسات بر اساس کتاب روان درمانی معطوف به انتقال نوشته (یئومانس و همکاران ۲۰۱۵) تنظیم شد، به این ترتیب با توجه به هدف روان درمانی معطوف به انتقال، که تحکیم هویت است، جلسات آغاز گردید. (محتویات جلسه به طور خلاصه در جدول زیر دسته بندی شده است). قابل ذکر است تمام جلسات به صورت فردی بر مبنای نیاز فرد بر اساس رهبردها، فنون و تاکتیک‌های TFP، طراحی شد.

جدول ۱. محتوای جلسات

جلسات	جلسات
جلسه اول تا پنجم (مرحله ارزیابی)	خوش آمدگویی، معارفه، مصاحبه بالینی ساختاریافته، ارزیابی‌های اول (پرسشنامه‌ها) جلسه اول مرحله ارزیابی
شروع درمان، آشنایی با تاریخچه بیمار، ارزیابی مقدم بر درمان با پوشش سه حوزه: ۱. تجربه ذهنی، ۲. رفتارهای مشهود، ۳. ساختارهای روانی، دریافت مصاحبه ساختاری (کنبرگ، ۱۹۸۴) (فرایندهای نام برده پیش از انعقاد درمان و در حدود ۴ جلسه به طول انجامید)، آشنایی با برنامه، و کسب رضیت آگاهانه، شروع گام انعقاد و برقراری چارچوب درمانی.	
جلسه پنجم تا دهم	چارچوب‌های درمانی شامل عقد قرداد درمانی به طور شفاهی، تعیین مسئولیتهای طرفین، مسئولیت بیمار، مسئولیتهای درمانگر، شفاف سازی محدودیت‌های درگیری خود در زندگی بیمار، تعیین شروط (چارچوب‌ها)
	مهم در راستای این درمان

1. Skodol

2. Defense Styles Questionnaire (DSQ)

3. Andrews

4. Nishimura

5 Pirisko

اثر روان درمانی تحلیلی مبتنی بر روابط ابژه بر سازمان شخصیت و سبک‌های دفاعی افراد مبتلا به شخصیت مرزی
The effect of analytical psychotherapy based on object relationships on personality organization and defense styles ...

جلسات دهم تا سی ام (شروع شروع مرحله درمان با ۴ تکنیک درمان TFP شامل: فرآیند تفسیری، تحلیل انتقال، کاربرد بی‌طرفی فنی، استفاده از انتقال متقابل درمان)

فرآیند تفسیر شامل ۴ گام TFP استفاده از شفاف سازی، رو به رو سازی، تفسیر. تحلیل انتقال مثبت و منفی، تحلیل دفاع‌های ابتدایی در بافتار تحلیل انتقال، استفاده از بی‌طرفی فنی، استفاده از تحلیل انتقال متقابل. توجه به تاکتیک‌ها و همچینی بررسی طوفان‌های اولیه در مراحل اولیه درمان.

جلسه سی تا شصت (مرحله ارزیابی‌های دوم) (پرسشنامه‌ها) جلسه چهلم مرحله میانی درمان، در جلسه بیمار تعمیق آگاهی و درک خود و بازنمودهای خود و دیگری در موضوعات انتقالی غالب را تجربه می‌کند. فعال شدن این دو تایی‌ها در تعامل با درمانگر به صورت کوتاه‌تری تکرار می‌شوند. حل و فصل تکراری موضوعات انتقالی غالب ضروری است.

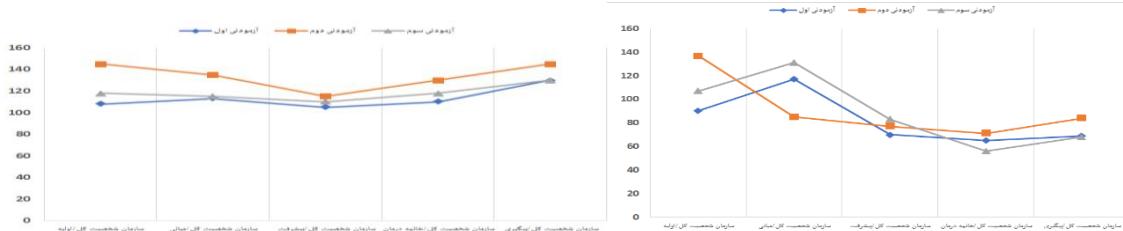
جلسه شصت تا نود (مرحله ارزیابی‌های سوم) (پرسشنامه‌ها) جلسه هشتادم مرحله پیشرفت درمان، پیشرفت درمان)

جلسه نود تا صد (خاتمه ارزیابی‌های چهارم) (پرسشنامه‌ها) جلسه صد مرحله خاتمه درمان، علاوه بر آنچه در مراحل میانی و پیشرفت درمان انجام می‌شد و ادامه پیدا کرد، به بررسی تبعات فنی خاتمه درمان درمان)

یافته‌ها

ویژگی‌های جمعیت شناختی - برای گروه TFP مورد اول آقای ۲۳ ساله اهل زاغ مرز ساری، مجرد داشجسوی کارشناسی حقوق بود و شاغل در شرکت تاسیسات بود. مورد دوم دوام ۲۸ ساله اهل زیرآب، متاهل و کارشناسی علوم تربیتی و معلم بود. مورد سوم یک خانم ۲۹ ساله اهل قائمشهر و متاهل کارشناس حسابداری و آرایشگر بود. برای گروه گواه مورد اول خانم ۲۴ ساله اهل ساری، متاهل و فارغ التحصیل مهندسی شیمی و مری. مورد دوم دوام آقا ۲۸ ساله اهل ساری و متاهل و دیپلم و کارمند و مورد سوم آقا ۳۴ ساله اهل سرخ رود مجرد و ارشد کامپیوتر و کافه دار بود.

سازمان شخصیت

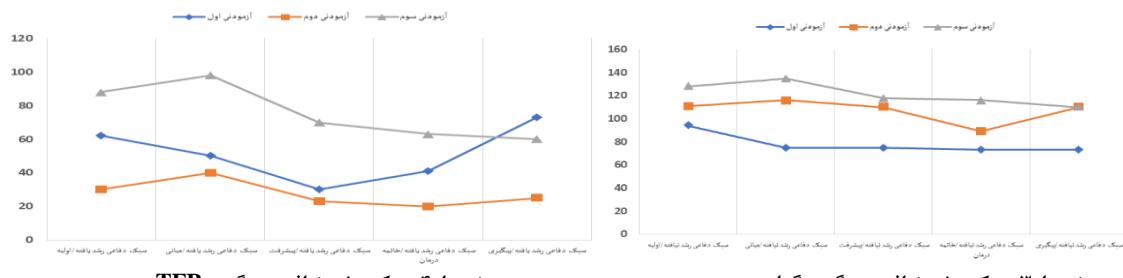


نمودار ۲. سازمان شخصیت در گروه TFP

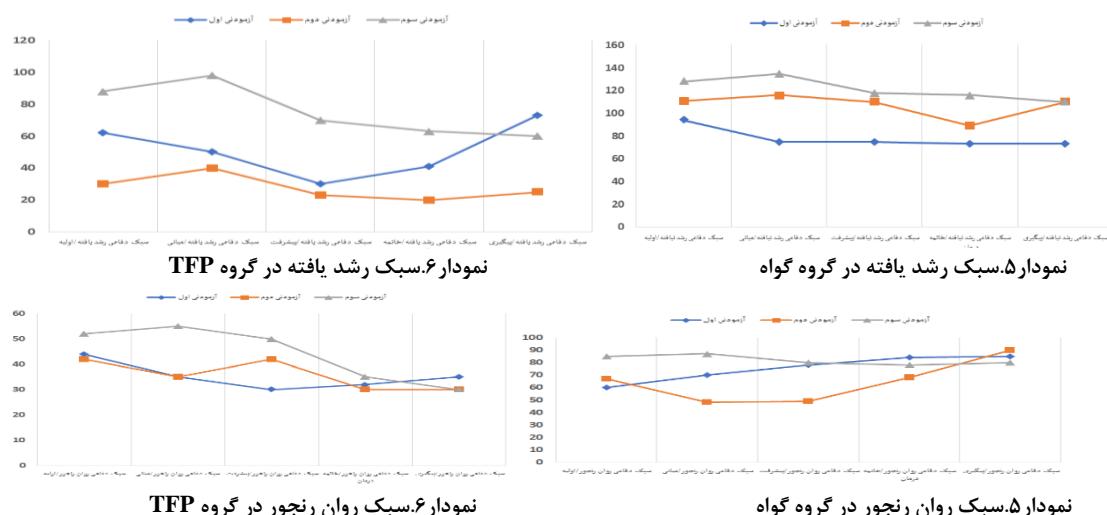
نمودار ۱. سازمان شخصیت در گروه گواه

نتایج به دست آمده در میانگین و تحلیل دیداری به این شرح است که افزایش نشانه‌ها در آزمودنی اول و سوم گروه درمان معطوف به انتقال است، که این علائم در مرحله پیشرفت درمان کاهش چشمگیری یافته و تا مرحله خاتمه درمان ادامه پیدا می‌کند. نتایج میانگین کل برای گروه TFP، $83/88$ است. همچنین سازمان شخصیت مرزی است در مرحله پیگیری سطح سازمان شخصیت برای آزمودنی اول و سوم گروه معطوف به انتقال همچنان ضعیف است و برای آزمودنی دوم این گروه با اندکی افزایش به سطح متوسط رسیده. این نتایج برای گروه گواه کسب نشده است.

سبک‌های دفاعی



نمودار ۴. سبک رشد نیافته در گروه گواه



نمودار ۵. سبک رشد یافته در گروه گواه

نتایج به دست آمده در میانگین و تحلیل دیداری برای سبک دفاعی رشد نیافته، برای آزمودنی سوم و دوم TFP در مرحله میانی با اندکی افزایش نتایج رو به رو شد، در مرحله میانی سیر کاهشی آغاز گردید و تا مرحله خاتمه درمان ادامه داشت. نتایج حاصل از میانگین برای گروه درمان معطوف به انتقال ۱۰۰/۷۷ در مرحله پیگیری نیز برای آزمودنی اول گروه درمان معطوف به انتقال نتیجه ثابت ماند. برای سبک دفاعی رشد یافته از این سبک در گروه TFP برای سایر آزمودنی‌ها روند استفاده از این سبک دفاع رو به کاهش گذاشته که بررسی میانگین‌ها نشان می‌دهد برای آزمودنی گروه TFP ادامه داشت. برای سبک دفاعی روان رنجور نتایج در مرحله میانی با افزایش همراه می‌دهد روند کاهشی برای هر سه آزمودنی گروه TFP ادامه داشت. نتایج میانگین‌برای گروه درمان معطوف به انتقال ۳۸/۲۲ بود. هیچ کدام از این نتایج برای گروه کنترل به دست نیامد.

جدول ۲. اثربخشی درمان‌ها در سازمان شخصیت بر حسب شاخص پایا و درصد بهبودی

روان درمانی تحلیلی مبتنی بر روابط ابژه			شرح
آزمودنی سوم	آزمودنی دوم	آزمودنی اول	
-۲/۶۵	-۳/۴۲	-۱/۳۰	شاخص تغییر پایا*پس آزمون
۴۷/۶۶	۴۸/۱۸	۲۷/۷۸	درصد بهبودی
-۲/۰۲	-۲/۷۵	-۱/۰۹	شاخص تغییر پایا*پیگیری
۳۶/۴۵	۳۸/۶۹	۲۳/۳۳	درصد بهبودی پیگیری
گواه			شرح
آزمودنی سوم	آزمودنی دوم	آزمودنی اول	

اثر روان درمانی تحلیلی مبتنی بر روابط ابزه بر سازمان شخصیت و سبک‌های دفاعی افراد مبتلا به شخصیت مرزی
The effect of analytical psychotherapy based on object relationships on personality organization and defense styles ...

۰/۰۰	-۰/۷۸	۰/۱۰	شاخص تغییر پایا*پس آزمون
۰/۰۰	۱۰/۳۴	-۱/۸۵	درصد بهبودی
۰/۶۲	۰/۰۰	۱/۱۴	شاخص تغییر پایا*پیگیری
-۱۰/۱۷	۰/۰۰	-۲۰/۳۷	درصد بهبودی پیگیری

در روان درمانی تحلیلی مبتنی بر روابط ابزه (معطوف به انتقال)، مقادیر شاخص پایا بعد از مداخله در آزمودنی اول، دوم و سوم، به ترتیب برابر با $۰/۰۰$ ، $۱/۳۰$ و $۲/۶۵$ به دست آمده است. با توجه به اینکه مقادیر شاخص پایا، از مقدار ملاک، یعنی $۱/۹۶$ بالاتر است، می‌توان گفت در درمان TFP، نتایج بدست آمده، ناشی از خطا اندازه‌گیری و عدم پایابی آزمون نبوده و حاصل مداخله‌ی درمانی می‌باشد. همچنین این نتایج در مرحله پیگیری حفظ شده است. هیچ کدام از این نتایج برای گروه گواه به دست نیامد. میانگین درصد بهبودی در مرحله خاتمه درمان و ۳۰ در مرحله پیگیری بوده این نتایج برای گروه کنترل به دست نیامد. این نتایج برای گروه گواه به دست نیامده و به رو به و خامت نیز گذاشت.

جدول ۳. اثربخشی درمان‌ها در سبک‌های دفاعی بر حسب شاخص پایا و درصد بهبودی

روان درمانی تحلیلی مبتنی بر روابط ابزه برای سبک دفاعی رشد نیافته	شرح
آزمودنی سوم	شاخص تغییر پایا*پس آزمون
-۰/۶۲	درصد بهبودی
۹/۳۸	شاخص تغییر پایا*پیگیری
-۰/۹۳	درصد بهبودی *پیگیری
۱۴/۰۶	شرح
کنترل	شاخص تغییر پایا*پس آزمون
-۰/۶۲	درصد بهبودی
۹/۳۸	شاخص تغییر پایا*پیگیری
-۰/۹۳	درصد بهبودی پیگیری
۱۴/۰۶	روان درمانی تحلیلی مبتنی بر روابط ابزه برای سبک دفاعی رشد یافته
آزمودنی سوم	شاخص تغییر پایا*پس آزمون
-۰/۶۷	درصد بهبودی
۳۰/۲۳	شاخص تغییر پایا*پیگیری
-۰/۲۶	درصد بهبودی پیگیری
۱۱/۶۳	درصد بهبودی
کنترل	درصد بهبودی
۲۸/۴۱	شاخص تغییر پایا*پیگیری
-۱/۴۵	درصد بهبودی پیگیری
۳۱/۸۲	روان درمانی تحلیلی مبتنی بر روابط ابزه برای سبک دفاعی روان رنجور
آزمودنی سوم	شاخص تغییر پایا*پس آزمون
-۰/۳۶	درصد بهبودی
۱۴/۸۹	شاخص تغییر پایا*پیگیری
-۰/۶۷	درصد بهبودی پیگیری
۲۷/۶۶	گواه
-۰/۳۶	شاخص تغییر پایا*پس آزمون

درصد بهبودی	-۴۰/۰۰	-۱/۴۹	-۸/۲۴
شاخص تغییر پایا*پیگیری	۱/۳۰	۱/۱۹	-۰/۲۶
درصد بهبودی پیگیری	-۴۱/۶۷	-۳۴/۳۳	۵/۸۸

در روان درمانی تحلیلی مبتنی بر روابط ابژه (معطوف به انتقال)، مقادیر شاخص پایا برای سبک دفاعی رشد نیافته، بعد از مداخله در آزمودنی اول، دوم و سوم، به ترتیب برابر با ۱/۰۶ و ۱/۱۴ و ۰/۶۲ به دست آمده است. با توجه به اینکه مقادیر شاخص پایا، از مقدار ملاک، ۱/۹۶ پایین تر است، می‌توان گفت در درمان TFP، نتایج بدست آمده، تا حدی ناشی از خطای اندازه‌گیری و عدم پایایی آزمون بوده و نمی‌توان به قطعیت گفت تاثیر مداخلات درمانی به چه صورت است. همچنین نتایج درصد بهبودی میزان اثربخشی در درمان TFP بدست آمده اول ۵۰ درصد، در آزمودنی شماره ۲، برابر با ۶۰ درصد و در آزمودنی شماره ۳، برابر با ۸۰ درصد بوده است. در مرحله‌ی پیگیری، اثربخشی درمان TFP، در آزمونی اول ثابت بوده و در آزمودنی دوم، ۱۹ درصد کاهش و در آزمودنی سوم، ۵ درصد افزایش داشته است. در سبک دفاعی رشد یافته مقادیر شاخص پایا بعد از مداخله در آزمودنی اول، دوم و سوم، به ترتیب برابر با ۰/۵۲ و ۰/۳۱ و ۰/۱۶ به دست آمده است. با توجه به اینکه مقادیر شاخص پایا، از مقدار ملاک، ۱/۹۶ پایین تر است، می‌توان گفت در درمان TFP، نتایج بدست آمده، تا حدی ناشی از خطای اندازه‌گیری و عدم پایایی آزمون بوده و نمی‌توان به چه صورت است. میزان اثربخشی در درمان TFP در آزمودنی اول ۱۹ درصد، در آزمودنی شماره ۲، برابر با ۸۷ درصد و در آزمودنی شماره ۳، برابر با ۳۰ درصد بوده است و در مرحله‌ی پیگیری، اثربخشی درمان TFP، در آزمونی اول، ۲ درصد افزایش و در آزمودنی دوم، ۱۹ درصد کاهش و در آزمودنی سوم، ۹ درصد کاهش داشته است. مقادیر شاخص پایا برای سبک دفاعی روان رنجور بعد از مداخله در آزمودنی اول، دوم و سوم، به ترتیب برابر با ۰/۶۲ و ۰/۸۸ و ۰/۶۲ به دست آمده است. با توجه به اینکه مقادیر شاخص پایا، از مقدار ملاک، ۱/۹۶ پایین تر است، می‌توان گفت در درمان TFP، نتایج بدست آمده، تا حدی ناشی از خطای اندازه‌گیری و عدم پایایی آزمون بوده و نمی‌توان به قطعیت گفت تاثیر مداخلات درمانی به چه صورت است. در مرحله‌ی پیگیری، اثربخشی درمان TFP، در آزمونی اول و آزمودنی دوم ثابت بوده در آزمودنی سوم، ۱۰ درصد افزایش داشته است. این نتایج برای گروه گواه به دست نیامده و به رو به خامت نیز گذاشت.

بحث و نتیجه‌گیری

هدف پژوهش حاضر تعیین اثربخشی روان درمانی تحلیلی مبتنی بر روابط ابژه بر سازمان شخصیت و سبکهای دفاعی افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی بود. یافته‌های این پژوهش در رابطه با نتایج حاصل از ۱۰۰ جلسه روان درمانی تحلیلی در تحلیل دیداری، اثربخشی درمان معطوف به انتقال بر سازمان شخصیت را نشان می‌دهد. این درمان تاثیر مطلوبی بر دفاع روان شناختی اولیه، سردرگمی هویت و آزمونگری واقعیت داشته باشد، که در این بین نتایج بهبودی به ترتیب برای آزمون گری واقعیت، سردرگمی هویت و دفاع روان‌شناختی اولیه مطلوب افتاد، نتایج در مرحله‌ی پیگیری نیز به خوبی حفظ شدند. این پژوهش با پژوهش خوریان و همکاران (۲۰۱۷)، عینی و همکاران (۲۰۱۳)، کلارکین و همکاران (۲۰۱۸) و استرن و یکومانس (۲۰۱۸) و گابارد و هوریتز^۱ (۲۰۰۹)، مطابقت داشت.

در همین راستا می‌توان گفت، بیماران دارای سازمان شخصیت مرزی هیجانات شدید ابتدایی را تجربه می‌کند که به صورت درونی با یکدیگر مرتبط نیستند، بنابراین هر هیجانی که فرد در لحظه تجربه می‌کنند تجربه ذهنی بیمار را فرا می‌گیرد و حس کامل او از واقعیت تبدیل می‌شود و توانایی او را برای ارزیابی شناختی صحیح موقعیت را مختل می‌سازد، هر چند چنین بیمار از شناخت مرتبط با ذهن خودش در حالت شدید عاطفی آگاه است، اما در ارزیابی موقعیت بیرونی عملکرد مؤثری ندارد (یکومانس و همکاران، ۲۰۱۵)، که این مهم خود شامل بخشی از آزمونگری واقعیت یا ذهن خوانی این افراد است. همان طور که کلارکین در سال (۲۰۱۵) نشان داد، افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی در بازنمایی از خود و دیگری دچار مشکل هستند به این ترتیب در تنظیم هیجان و هویت اشکالاتی به وجود می‌آید که سبب استفاده از ساز و کار دفاعی در سازمان شخصیت می‌شود (کلارکین، ۲۰۱۵). همچنین TFP حول هدف تغییر سازمان شخصیت بیمار پی‌ریزی شده است، بنابراین در شاخه روان درمانی تحلیلی رویکرد معطوف به انتقال هدف پایه استفاده از درمان برای

1. Gabbard, Horowitz

اثر روان درمانی تحلیلی مبتنی بر روابط ابزه بر سازمان شخصیت و سبک‌های دفاعی افراد مبتلا به شخصیت مرزی
The effect of analytical psychotherapy based on object relationships on personality organization and defense styles ...

دستیابی به تغییرات بنیادین در ساختار شخصیتی این بیماران است و برای نیل به این هدف این رویکرد همچنان به جستجوی امکان رشد رویکرد فنی خود ادامه می‌دهد (یئومانس و همکاران، ۲۰۱۵).

همچنین با توجه به یافته‌های پژوهش حاضر، نتایج اولیه حاصل از بررسی سبک‌های دفاعی در افراد مبتلا به شخصیت مرزی نشان داد، آنها به طور فزاینده‌ای از سبک‌های دفاعی رشد نیافته (بدنی سازی، گذر به عمل، انکار، خیال پردازی اوتستیک) و سبک‌های دفاعی نورتیک (تشکل واکنشی) و سبک رشد یافته (پیشاپیش نگری) استفاده می‌کنند. همچنین نتایج مطلوب برای سبک دفاعی رشد یافته و روان رنجور نسبت به گروه کنترل به دست آمد که این نتیجه در سبک دفاعی رشد نیافته دیده نشد. یافته‌های این پژوهش در اثربخشی درمان معطوف به انتقال بر سبک‌های دفاعی افراد مبتلا به شخصیت مرزی نشان داد که، این درمان می‌تواند نتایج مطلوبی بر سبک‌های دفاعی به ترتیب سبک دفاعی رشد یافته، سبک دفاعی روان رنجور و سبک دفاعی رشد نیافته بگذارد. نتایج پژوهش حاضر با پژوهش‌های، کلارکین و همکاران (۲۰۱۸) و استرن و یئومانس (۲۰۱۸) و گابارد و هوریتز (۲۰۰۹) مطابقت داشت.

در همین راستا برای تبیین نتایج باید در نظر داشت، به هنگام ارزیابی مجموعه دفاع‌هایی که به نشانه خاص می‌انجامد، قبل از هر چیزی بایستی به این نکته توجه داشته باشید که تک تک دفاع‌ها می‌توانند در تمام انسانها، از افراد نسبتاً بهنجار گرفته تا افراد سایکوتیک مشاهده شود. بر منای اطلاعاتی که به دست آورده‌اند، تشخیص سایکوتیک از غیر سایکوتیک دهد، در حد وسیعی مرهون میزان سلامت کارکردهای خودمختاری ایگو، نیرومندی ایگو و رشد روابط شبی است. با این حال می‌توان اعتقاد پیدا کرد که معمولاً ترکیب خاصی از دفاع‌ها، نشانگان معینی را به وجود می‌آورد (بلکمن، ۱۳۹۳). در درمان معطوف به انتقال می‌توان گفت هدف نهایی کمک به بیماران برای درک بهتر نیاز و عملکرد فرآیندهای دفاعی با امید به ارتقاء و کمک به بیماران برای تحمل ادغام واقعی تر و انتطبقی از بازنمایی‌های مشتبه و منفی از خود و دیگران است. احساس غنی تر از خود و قدردانی کامل تر از دیگران؛ در گستردگی‌ترین سطح، این درمان به افراد کمک می‌کند از درک خود و دیگران از دریچه نمایش‌های ساده و شدید درونی به درک پیچیدگی خود و دیگران حرکت کند (استرن و یئومانس، ۲۰۱۸).

موفقیت‌آمیز بودن درمان بیماران مرزی بسیار پیچیده‌تر از آن است که متون پژوهشی نشان می‌دهند. گروهی از بیماران که تشخیص مرزی دریافت می‌کنند گروه بسیار ناهمگنی هستند و تفاوت‌های چشمگیری در زمینه شدت سازگاری روابط روانی-اجتماعی سبک دلبستگی که بر روابط درمانی تاثیر می‌گذارد و شدت علائم وجود دارد درمان در طول دوره‌ای طولانی انجام می‌شود که در آن رابطه بیمار و درمانگر با تعامل مجازی خودش اهمیت خاص پیدا می‌کند. فرجم‌های درمان صرفاً به صورت موفقیت ساده در مقابل شکست نیست، بلکه شامل شماری از حوزه‌های عملکرد است و این احتمال وجود دارد که در یک حوزه تغییر موفقیت آمیزی روی دهد و در حوزه دیگر تغییر جزئی دیده شود نکته مهم‌تر این است که تغییر رفتار ممکن است همراه یا بدون تغییر در سازمان زیرین قدرتمند هویت و ارزش‌های اخلاقی باشد حال آنکه در این پژوهش تلاش شد تا تغییرات را در سازمان زیرین شخصیت بر اساس درمان طولانی مدت نشان داده و همان طور که گزارش شد روان درمانی تحلیلی مبتنی بر روابط ابزه (معطوف به انتقال) می‌تواند یکی از درمان‌های موثر بر افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی باشد و این خود می‌تواند دریچه‌ای جدید بر روی درمانگران بگشاید.

هر پژوهشی با توجه به امکانات و موقعیتی که در آن به اجرا درآمده است دارای محدودیت‌هایی است که تعمیم پذیری آن را به جامعه با مشکلاتی همراه می‌سازد. از جمله محدودیت‌های پژوهش حاضر عبارت است از نمونه گیری در ابعاد گسترده با توجه به منابع اندک، همچنین پژوهش در استان مازندران انجام شده که تعمیم نتایج به سایر استان‌ها با توجه به زمینه فرهنگی و اجتماعی متفاوت با محدودیت مواجه است. پیشنهاد می‌شود که در مطالعات بعدی، بر روی تعداد نمونه‌های بیشتری و به صورت طرح آزمایشی و در قالب گروه‌های آزمایش و کنترل مطالعاتی انجام گیرد. پژوهش حاضر نشان داد درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد می‌تواند بر برخی ویژگی‌های شخصیت و تکانشگری افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی مفید باشد. بنابراین پیشنهاد می‌گردد پژوهش‌ها بیشتر در این زمینه با گروه‌های گشترده تری انجام گردد.

منابع

آل بهبهانی، م؛ و محمدی، ن. (۲۰۰۷). بررسی ویژگی‌های روانسنجی سیاهه سازمان شخصیت کرنبرگ. نشریه روانشناسی، دوره ۲، شماره ۱۱، ص ۱۸۶-۱۹۷.

- انجمن روان پزشکی امریکا. (۱۳۹۴). راهنمای تشخیصی و آماری اختلال روانی ۵ *DSM*. ترجمه رضاعی، فرزین، فخرابی، علی، فرمند، آتوسا، نیلوفری، علی، هاشمی آذر، ڈانت، شاملو، فرهاد. تهران: نشر ارجمند.
- بلکمن، ج.اس. (۱۳۹۳). ۱۰۱ مکانیسم دفاعی. ترجمه جواد زاده، غ. تهران: ارجمند.
- حیدری نسب، ل؛ و شعیری، م.ر. (۱۳۹۰). ساخت عاملی پرسشنامه سبک های دفاعی(DSQ-40) در نمونه های غیر بالینی ایرانی. *فصلنامه پژوهش‌های نوین روانشناسی*، دوره ۶، شماره ۲۱، ص ۹۷-۷۷.
- خدابخش، ر. (۱۳۹۲). مقایسه میزان شیوع اختلال شخصیت در مردان و زنانه وسیله نمرات خام تعديل شده میلیون III. *فصلنامه فرهنگی تربیتی زنان و خانواده*، دوره ۷، شماره ۲۲، ص ۱۲۵-۱۰۳.
- خوریان، م؛ بخشی پور رودسری، ع؛ محمود علیلو، م؛ هاشمی، ت. (۱۳۹۷). اثربخشی روان درمانی انتقال محور بر کش تاملی و کاهش نشانه شناختی بیماران مبتلا به اختلال شخصیت مرزی. *مجله روانشناسی بالینی*، دوره ۱۰، شماره ۴، ص ۵۷-۴۵. <https://doi:10.22075/jcp.2019.15996.1531>
- سادوک ب.ج؛ سادوک والف؛ روئیز، پ. (۲۰۱۵). خلاصه روان پژوهشی: علوم رفتاری / روانپژوهشی بالینی. ترجمه فرزین رضاعی ، تهران: نشر ارجمند.
- گندرسون، ج؛ و هافمن، پ. (۱۳۹۴). تشخیص و درمان اختلال شخصیت مرزی. ترجمه جعفرزاده سید مرتضی، میرشجاعیان مهرزاد، تهران: نشر ارجمند.
- مصطفی زاده، ل؛ مکوندی، ب؛ پاشا، ر؛ بختیارپور، س؛ حافظی، ف. (۱۳۹۸). سنجش اثربخشی رفتار درمانی دیالکتیکی و طرحواره درمانی بر کاهش میزان رفتار تکانشی در آشفتگی شخصیت مرزی. *مجله دانشگاه علوم پزشکی گیلان*، دوره ۲۷، شماره ۱۰۶، ص ۴۴-۵۳.
- Black, D.W., Blum, N., Pfohl, B., Hale, N. (2004). Suicidal behavior in borderline personality disorder: prevalence, risk factors, prediction, and prevention. *Journal of personality disorders*, 18(3), 226-39. <https://doi:10.1521/pedi.18.3.226.35445>
- Clarkin, J. F., Levey, K.N., Lenzenweger, M.F. (2007). Kernberg of evaluating three treatments for borderline personality disorder: a multiwave study. *Amiracan journal psychiatric*, 164(6), 922-928. <https://doi:10.1176/ajp.2007.164.6.922>
- Clarkin, J.F. (2015). *Transference-focused psychotherapy for borderline personality disorder: A clinical guide*, American Psychiatric Pu.
- Clarkin, J. F., Cain, N.M., Lenzenweger, M.F. (2018). Advances in transference-focused psychotherapy derived from the study of borderline personality disorder: Clinical insights with a focus on mechanism. *Current opinion in psychology*, 21, 80-85. <https://doi:10.1016/j.copsyc.2017.09.008>
- Distel, M. A., Willemsen, G., Lighart, L., Derom, C., Martin, N. G., Trull, T. J., & Boomsma, D. I. (2007). Genetic and environmental influences on the covariance between the four core factors of Borderline Personality Disorder. *Behavior Genetics*, 37, 748.
- Doering, S. Horz, S. Rentrop, M., Fischer-Kern, M., Schuster, P., Benecke, C., Buchheim, A., Martius, Ph., Buchheim, P. (2010). Transferance-focused psychotherapy v. treatment by community pyschotherapist for borderline personality disorder: randomisted controlled trial. *Journal psychiatry*, 196(5), 389-395.
- Fassbinder, E., Schuetze, M, Kranich, A., Sipos, V., Hohagen, F., Shaw, I. Farrell, J., Arntz, A.S.U (2016). "Feasibility of Group Schema Therapy for Outpatients with Severe Borderline Personality Disorder in Germany: A Pilot Study with Three Year Follow-Up. *Frontiers in Psychology*, 25(7),1851. <https://doi:10.3389/fpsyg.2016.01851>
- Gabbard, G., Horowitz, M. (2009). Insight, Transference Interpretation, and Therapeutic Change in the Dynamic Psychotherapy of Borderline Personality Disorder. *The amrican of Journal psychiatric*, 166(5), 517-2 . <https://doi:10.1176/appi.ajp.2008.08050631>
- Gall, M.D., Gall, J.P., Borg, W.R. (2014). *Applying educational research: How to read, do, and use research to solve problems of practice*. Pearson Higher Ed.
- Grant, B.F., Chou, P., Goldstein, R.B., Huang, B., Stinson, F.S., Saha, T.D. Smith, S.M., Dawson, D.A., Pulay, A.J., Pickering, R.P., Ruan, J.W. (2008). Prevalence, correlates, disability, and comorbidity of DSM-IVborderline personality disorder: Results from the Wave 2 National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *Journal of Clinical Psychiatry*. 69, 533–545. <http://dx.doi.org/10.4088/JCP.v69n0404>.
- Kernberg, O. (1967). "Borderline personality organization. *Journal of the American psychoana. lytic Association*, 15(3), 641-685.
- Kernberg, O. (1996). Thirty methods to destroy the creativity of psychoanalytic candidates. *International Journal of Psycho-Analysis*, 77, 1031-1040.
- Kernberg, O. F., & Caligor, E. (2005). *A psychoanalytic theory of personality disorders*. New York: Guilford.
- Keng, S.H., Tan, H.U. (2017). Effects of brief mindfulness and loving-kindness meditation inductions on emotional and behavioral responses to social rejection among individual with high borderline personality traits, *Behavior Research and Therapy*, 100, 44-53 . <https://doi.org/10.1016/j.brat.2017.11.005>
- Kring, A.M Johnson, S.L Davison, G.C Neale, J.M. (2010). *Abnormal psychology* (11th ed.,pp.354-374), New York: Wiley & Sons, Inc .
- Lenzenweger, M. F., Clarkin, J. F., Kernberg, O. F., & Foelsch, P. A. (2001). The Inventory of Personality Organization: Psychometric properties, factorial composition, and criterion relations with affect, aggressive dyscontrol, psychosis

اثر روان درمانی تحلیلی مبتنی بر روابط ابزه بر سازمان شخصیت و سبک‌های دفاعی افراد مبتلا به شخصیت مرزی
The effect of analytical psychotherapy based on object relationships on personality organization and defense styles ...

- proneness, and self-domains in a nonclinical sample. *Psychological Assessment*, 13(4), 577–591. <https://doi.org/10.1037/1040-3590.13.4.577>.
- RJ, B. (2015). DSM-5 Guidebook: The Essential Companion to the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. *Journal of Psychiatric Practice*, 21(2), 171-3. <https://doi: 10.5498/wjp.v5.i3.286>
- Stern, B.L^t Yeomans, F. (2018). The Psychodynamic Treatment of Borderline Personality Disorder An Introduction to Transference-Focused Psychotherapy. *Journal of Psychiatric Clinics of North America*, 41(2), 207-223. <https://doi: 10.1016/j.psc.2018.01.012>
- Stepp SD, Keenan K, Hipwell AE, Krueger RF. (2014). The impact of childhood temperament on the development of borderline personality disorder symptoms over the course of adolescence. *Borderline Personality Disorder and Emotion Dysregulation*, 1(18), 1-10. <https://doi: 10.1186/2051-6673-1-18>
- Skodol, A. E., Gunderson, J. G., Pfhol, B., Widiger, T. A., Livesley, W. J., & Siever, L. J. (2002). The borderline diagnosis JPsychopatology, comorbidity and personality structure. *Biologica Psychiatry*, 51, 936-950 . <https://doi: 10.1521/pedi.2010.24.6.694>
- Widiger, T. A. (2003). Personality disorder and Axis I psychopathology: The problematic boundary of Axis I and Axis II. *Journal of Personality Disorders*, 17(2: Special issue): 90-108. <https://doi: 10.1521/PEDI.17.2.90.23987>
- Yeomans F, Clarkin JF, Kernberg. (2015). *Transference-Focused Psychotherapy for Borderline Personality Disorder: A Clinician's Guide*. American Psychiatric Publishing.