رویش روان شناسی، سال۱۱، شماره۴، شماره پیاپی ۷۳، تیر ۱۴۰۱
Rooyesh-e-Ravanshenasi Journal(RRJ),11(4), 2022

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

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

فاطمه فتحی
دانشجوی دکتری روانشناسی بالینی، گروه روانشناسی، دانشکده پزشکی، واحد بیرجند، دانشگاه آزاد اسلامی، بیرجند، ایران.
دکتر شهرام وزیری (نویسنده مسئول)
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.

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.

چکیده

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-۴۰ (اندورز و همکاران، ۱۹۹۳) گرداوری شدند. برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از روش تحلیل نمودار، تغییر پایا و درصد بهبودی، استفاده شد. یافته‌ها نشان داد که روان‌درمانی 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 می شود. همچنین برای تعمیم نتایج به پژوهش های بیشتر نیازمندیم.

واژه‌های کلیدی: *اختلال شخصیت مرزی، روان‌درمانی تحلیلی مبتنی بر روابط ابژه، ، سازمان شخصیت، سبک های دفاعی.*

Abstract

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.*

نوع مقاله : پژوهشی **دریافت : بهمن ۱۴۰۰** **پذیرش: بهمن ۱۴۰۰** **ویرایش نهایی: تیر ۱۴۰۱**

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-11]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1401.11.4.10.3]

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[1] و همکاران، ۲۰۱۰). بیماران مبتلا به این اختلال در مرز روان نژندی و روان پریشی قرار دارند و مشخصه آنها ناپایداری حالت عاطفی، خلق، رفتار، روابط ابژه ای، 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 بی ثباتی هیجانی نامیده شده است (سادوک و همکاران، ۱۳۹۴). این افراد ممکن است دچار بی ثباتی 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 گسترده از درمان‌های روانپزشکی همراه بوده (گندرسون، هافمن، ۱۳۹۴). از دیگر ویژگی‌های این اختلال الگوهای مکررِ ترک درمان، حضور نامنظم در جلسات روان درمانی، نا پیروی نافذ از تجویزات درمانی و سطح بالای رفتارِ شبه خودکشی که پیش بینی کننده ی اقدام به خودکشی است، ۸۴ درصد وقوعِ خودکشی (بلک[2] و همکاران، ۲۰۰۴) ۸ تا ۱۰درصد خودکشی کامل (ار.جی[3]، ۲۰۱۵) که بیانگرِ نرخِ کم وبیش۱۰ تا ۱۵ درصدی بیشترِمرگ ومیردرجمعیت عمومی است (سادوک و همکاران، ۱۳۹۴). ارتباط به عنوان یک عامل اصلی پریشانی در این اختلال است (کنگ و تان[4]، ۲۰۱۷). پژوهش‌های انجام شده در زمینه اختلال شخصیت مرزی نشان داده اند که، افراد دارای این اختلال سطوح بالاتری ازهیجان پذیری، پویایی، نوجویی و اجتناب از آسیب، همراه با سطوح پایین‌تری از همکاری، جامعه پذیری، کم رویی و خود راهبری دارند (استب[5]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 استانداردسازی آن دشوار است. بنابراین کرنبرگ و همکارانش گزارش خود را برای عملیاتی کردن سازمان شخصیت ایجاد کردند (لنزوگر[6]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[7]، ۲۰۰۳). کرنبرگ سازمان شخصیت را متشکل از جفت‌های روابط موضوعی[8] و عاطفه‌ی ملازم آن‌ها می‌داند (کلارکین[9]، 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 می توان با موقعیت آن در سه بعد توصیف کرد: (۱) آزمایش واقعیت، که به "ظرفیت تمایز خود از دیگران، محرک های درون روانشناختی از محرک های بیرونی و حفظ همدلی با معیارهای اجتماعی عادی واقعیت" اشاره دارد (۲) تسلط بر مکانیسم های دفاعی بدوی، 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 می شود. سازمان شخصیت روان رنجور توسط آزمایش واقعیت دست نخورده ، مکانیسم های دفاعی بالغ مانند شکل گیری واکنش، انزوا، خنثی سازی، سرکوب و عدم انتشار هویت تعریف می شود. سازمان شخصیت مرزی با آزمایش واقعیت دست نخورده، غلبه مکانیسم های دفاعی بدوی و انتشار هویت مشخص می شود. سرانجام، سازمان شخصیت روان پریش با نقص در هر سه بعد مشخص می شود(کرنبرگ[10]، 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) غالبا وجود الگوهای معینی از دفاع‌ها نیز می‌توانند درماتگران 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

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-11]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1401.11.4.10.3]

کنند. دفاع‌ها آن دسته از اقدامات روانی هستند که مضامین عاطفی ناخوشایند را از حیطه هشیاری خودآگاه به بیرون می‌رانند (بلکمن[1]، ۱۳۹۳). علیرغم علاقه قابل توجه پزشکان به طور پویا، در دهه‌های بعدی تحقیقات نسبتاً کمی در این زمینه انجام شده است. این فاصله عمدتاً 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 توسط بیماران مرزی داشته است (پری و پریسنیاک[2]، ۲۰۱۳)

پیش از آغاز درمان، درمانگر بایستی به درستی تصمیم بگیرد که کدام یک از روش‌های درمانی برای بیمار مناسب است (محمود علیلو و شریفی، ۱۳۹۴). چالش‌های پزشکان معالج بیماران با شخصیت مرزی، 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 مواقع موفقیت آنی از نظر عاطفی فراتر رود. سطح ناامیدی، نگرانی، ترس و عصبانیت در درمانگر در پاسخ به کار با بیماران مبتلا به اختلال شخصیت مرزی فعال می‌شود (استرن و یئومانس[3]، ۲۰۱۸). روان‌درمانی متمرکز بر انتقال[4] (TFP) از پروژه تحقیقاتی روان‌درمانی بنیاد منینگر، به‌ویژه مطالعات کمی که نشان می‌دهد بیماران مبتلا به اختلالات شخصیتی شدید یا سازمان‌دهی شخصیت مرزی (بیمارانی که ضعف شدید را از خود نشان می‌دهند، مراجعه می‌کنند) با روان‌درمانی بیشتر بهبود یافته‌اند. مدل درمان معطوف به انتقال دو مورد زیر را تلفیق نموده است: ۱- توجه به نیاز اختصاصی بیماران مرزی برای ساختار به شکل چارچوب روشن درمانی و ۲- دغدغه‌های اصلی روان پویشی نظیر دغدغهٔ 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 (یئومانس 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 ابژه معاصر عبارتند از: (۱) چارچوب بندی درمان با یک قرارداد شفاهی، (۲) تمرکز بر رفتارهای بین فردی مختل 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/عشق تغییر می‌کند (کلارکین و همکاران، ۲۰۱۸). در کارآزمایی‌های بالینی که توسط کلارکین و همکاران[5] (۲۰۰۷) دوئرینگ[6] وهمکاران (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[7] و همکاران، ۲۰۰۸). از نگاه اقتصادی باید گفت بیماران دارای مشکلات شخصیتی، بیماران پرهزینه ای هستند و نمونه بارز آن، اختلال شخصیت مرزی است. این اختلال، که اختلال نسبتا شایعی است که هزینه بالایی را بر جامعه تحمیل میکند. همچنین همبستگیهای کاملاً تائید شده ای بین اختلال شخصیت و معضلات 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 پی برد. از سوی دیگر علیرغم وجود این بیماران در بین 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 مسئله در شخصیتهای مرزی همراه با حملات میکروسایکاتیک به خوبی روشن است (خدابخش، ۱۳۹۲). تحقیقات اثربخشی روشهای درمانی داروئی و روان درمانیهای فردی و گروهی، بر کاهش علائم بیماران مبتلا به شخصیت مرزی گزارش کرده‌اند،

1 .Blackman
2. Perry, Presniak
3 .Stern & Yeomans
4 .Transference focused psychotherapy
5. Clarkin
6. Doerong
7 .Grant

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-11]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1401.11.4.10.3]

فسیبیندرو[1] و همکاران (۲۰۱۶) و محمدی زاده و همکاران (۲۰۱۸) و وخوریان و همکاران (۲۰۱۷) و استرن[2] 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 می‌طلبد. بدین ترتیب با توجه به آنچه گفته شد، بر آن شدیم 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 سبک های 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 موردی در چارچوب روش‌شناسی A-B-A مورد بررسی قرار می‌گیرند (گال و گال[3]، ۲۰۱۴). به این ترتیب از بین افرادی که به علت مشکلات رفتاری در بازه زمانی اردیبهشت الی خرداد ۱۳۹۹ برای درمان به درمانگاه بیمارستان روانپزشکی زارع و کلینک خانه معنا شهرستان ساری مراجعه کردند یا ارجاع داده شدند، که با تایید روانپزشک 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 روانپزشک 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 روان‌درمانی تحلیلی مبتنی بر روابط ابژه (معطوف به انتقال)، ۳ نفر درگروه گواه قرار گرفتند (شایان ذکر است ۱ نفر در گروه روان درمانی معطوف به انتقال صورت تصادفی قرعه‌کشی، علی‌البدل در نظر گرفته شد تا در صورت نیاز جایگرین گردد). پرسشنامه‌ها عبارتند بودند 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 دقیقه ای، در طول یک سال ملاقات شدند، داده‌ها یکبار قبل از شروع درمان و داده‌های مربوط به مرحلهٔ 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 انتهایِ 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، پرسشنامه های دریافتی با ذکر نام و به صورت کاملا محرمانه 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 می توانستند از برنامه خارج گردند و هیچ گونه اجباری برای شرکت در برنامه وجود نداشت. همچنین برای تجزیه و تحلیل آماری از روش تحلیل نمودار با نرم افزار SPSS 90، تغییر پایا و درصد بهبودی به صورت محاسبه دستی استفاده شد.

ابزار سنجش

پرسشنامه سازمان شخصیت کرنبرگ[4] (IPO): پرسشنامه سازمان شخصیت توسط کرنبرگ (۲۰۰۲) طراحی و اعتباریابی شده است، این پرسشنامه شامل ۳۷ گویه بسته پاسخ بر اساس طیف پنج درجه ای لیکرت می باشد، پرسشنامه سه زیرمقیاس آزمونگری واقعیت، دفاع های روان‌شناختی نخستین و سردرگمی هویت از سازمان شخصیت را مورد سنجش قرار می‌دهد. در مطالعه لنزوگر و همکاران[5] (۲۰۰۱)، ضریب پایایی به روش همسانی درونی سردرگمی هویت، آزمون گری واقعیت، دفاع‌های نخستین به ترتیب ۰/۸۸، ۰/۸۸ و ۰/۸۱ گزارش شده است، همچنین پایایی عوامل این پرسشنامه با استفاده از روش بازآزمایی به ترتیب ۰/۸۳، ۰/۸۰، ۰/۸۱ گزارش شده

1 .Fassbinde
2. Stern
3 . Gall & Gall
4 .Kernberg's Inventory Of Personality Organization (IPO)
5 .Lenzenweger

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-11]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1401.11.4.10.3]

است. همچنین در تحقیق اسکودال و همکاران[1] (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 کرنبرگ، یعنی سردرگمی هویت، دفاع‌های نخستین و آزمونگری واقعیت هماهنگی وجود دارد به این ترتیب که همبستگی عاطفه مثبت و منفی با خرده مقیاس افسردگی ترتیب ۰/۵۵- دو ۰/۷۲ 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، ۰/۶۸ گزارش کردند، همچنین ضریب همبستگی بین خرده مقیاس ها با نمره کل در حد رضایت بخش 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 دفاع های روانشناختی نخستین، سردرگمی هویت و آزمونگری واقعیت در این پرسشنامه بود که در مجموع بیش از۳۹/۷۸ 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.

پرسشنامۀ سبکهای دفاعی[2] (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 مکانیزم های دفاعی در افراد بهنجار 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 کاملا موافقم ۹ تا کاملا مخالفم ۱ انجام می‌شود (اندورز و همکاران[3]، ۱۹۹۳). نی شی مورا[4] (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[5]، (۲۰۰۳) بین نشانه های به دست آمده از SCL-90 و سبک رشد نایافته همبستگی ۰/۷۵ به دست آوردند در حالی که بین همین نشانه ها و سبک های 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 وارسی های روانسنجی قرار گرفت و نتایج نمایان گر اعتبار قابل قبول این ابزار در نمونه های ایرانی بوده است. آنها در ارزیابی روایی همگرا سبک های 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 ۰/۷۵، ۰/۷۸ و ۰/۸۰ بود.

همچنین جلسات نظارت، زیر نظر دو روانکاو، در ایران توسط سوپروایزر مربوط و هر هفته به صورت آنلاین و درسوئد سوپروایزر مربوط دو بار در ماه به صورت آنلاین برگزارشد. 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 زیردسته بندی شده است). قابل ذکر است تمام جلسات به صورت فردی بر مبنای نیاز فرد بر اساس رهبردها، فنون و تاکتیک‌های TFP، طراحی شد.

جدول۱. محتوای جلسات

جلسات	محتوای جلسات
جلسه اول تا پنجم(مرحله ارزیابی)	خوش آمدگویی، معارفه، مصاحبه بالینی ساختاریافته، ارزیابی‌های اول (پرسشنامه ها) جلسه اول مرحله 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 (چارچوب ها)	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 مهم در راستای این درمان

1. Skodol
2 .Defense Styles Questionnaire (DSQ)
3. Andrews
4 . Nishimura
5 Pirrko

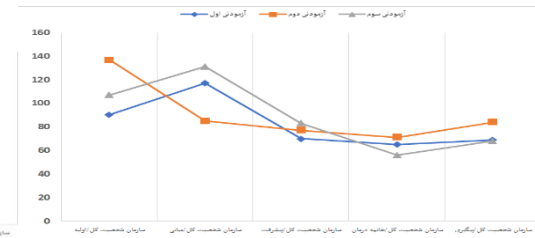
[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-11]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1401.11.4.10.3]

جلسات دهم تا سی ام (شروع درمان)	شروع مرحله درمان با ۴ تکنیک درمان TFP شامل: فرآیند تفسیری، تحلیل انتقال، کاربرد بی طرفی فنی، استفاده از انتقال متقابل 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 بی طرفی فنی، استفاده از تحلیل انتقال متقابل. توجه به تاکتیک هاو همچینی بررسی طوفان‌های اولیه در مراحل اولیه درمان.
جلسه سی تا شصت (مرحله میانی درمان)	ارزیابی‌های دوم(پرسشنامه ها) 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 دوتایی‌ها در تعامل با درمانگر به صورت کوتاه تری تکرار می‌شوند. حل و فصل تکراری موضوعات انتقالی غالب ضروری است.
جلسه شصت تا نود (مرحله پیشرفت درمان)	ارزیابی‌های سوم(پرسشنامه ها) جلسه هشتادم مرحله پیشرفت درمان،
جلسه نود تا صد (خاتمه درمان)	ارزیابی‌های چهارم(پرسشنامه ها) 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

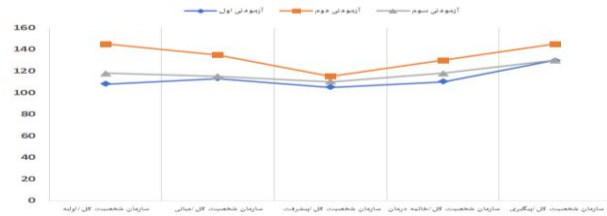
یافته ها

ویژگی های جمعیت شناختی- برای گروه TFP مورد اول آقای ۲۳ ساله اهل زاغ مرز ساری، مجرد دانشجوی کارشناسی حقوق بود و شاغل در شرکت تاسیسات بود. مورد دوم خانم 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 مربی. مورد دوم 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



نمودار۱.سازمان شخصیت در گروه گواه

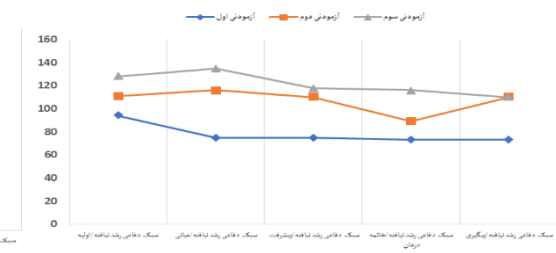


نمودار۲.سازمان شخصیت در گروه TFP

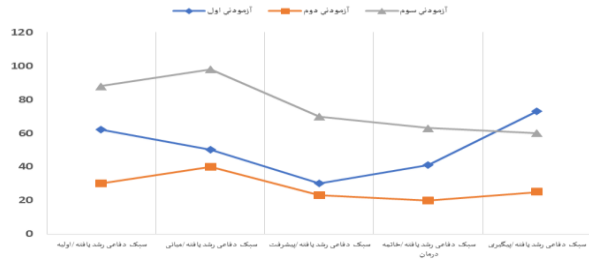
نتایج به دست آمده در میانگین و تحلیل دیداری به این شرح است که افزایش نشانه‌ها در آزمودنی اول و سوم گروه درمان معطوف به انتقال است، که این علائم در مرحله پیشرفت درمان کاهش چشمگیری یافته و تا مرحله خاتمه درمان ادامه پیدا می‌کند. نتایج میانگین کل برای گروه TFP، ۸۳/۸۸ است. همچنین سازمان شخصیت در هر سه آزمودنی درمان معطوف به انتقال در مرحله خاتمه درمان به سطح ضعیف رسیده که به معنای کاهش سطح 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.

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-11]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1401.11.4.10.3]

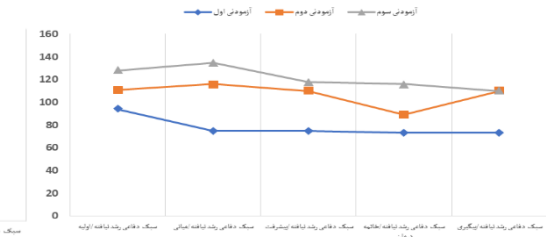
سبک‌های دفاعی



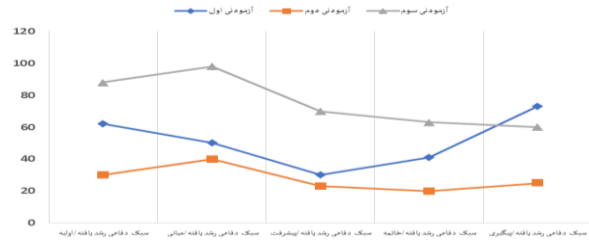
نمودار۳.سبک رشد نیافته در گروه گواه



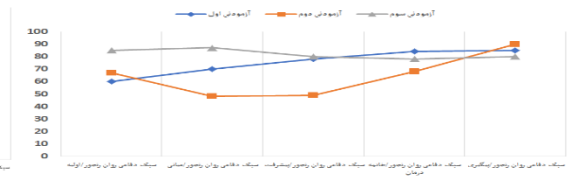
نمودار۴.سبک رشد نیافته در گروه TFP



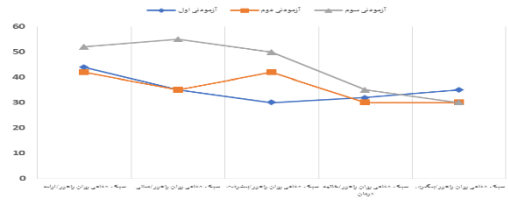
نمودار۵.سبک رشد یافته در گروه گواه



نمودار۶.سبک رشد یافته در گروه TFP



نمودار۵.سبک روان رنجور در گروه گواه



نمودار۶.سبک روان رنجور در گروه TFP

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 نتجه ثابت ماند. برای سبک دفاعی رشد یافته افزایش استفاده 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 درمان معطوف به انتقال میانگین ۴۳/۸۹ و نتایج مرحله پیگیری نیز نشان می‌دهد روند کاهشی برای هر سه آزمودنی گروه TFP ادامه داشت. بری سبک دفاعی روان رنجور نتایج در مرحله میانی با افزایش همراه بود که این روند در مراحل بعدی با کاهش همراه شد. نتایج میانگین برای 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

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

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-11]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1401.11.4.10.3]

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

در روان درمانی تحلیلی مبتنی بر روابط ابژه (معطوف به انتقال)، مقادیر شاخص پایا بعد از مداخله در آزمودنی اول، دوم و سوم، به ترتیب برابر با ۱/۳۰، ۳/۴۲ 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 خطای اندازه‌گیری و عدم پایایی 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 ۴۰ 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 وخامت نیز گذاشت.

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

شرح	روان درمانی تحلیلی مبتنی بر روابط ابژه برای سبک دفاعی رشد نیافته		
	آزمودنی اول	آزمودنی دوم	آزمودنی سوم
شاخص تغییر پایا*پس آزمون	-۱/۰۹	-۱/۱۴	-۰/۶۲
درصد بهبودی	۲۲/۳۴	۱۹/۸۲	۹/۳۸
شاخص تغییر پایا*پیگیری	-۱/۰۹	-۰/۰۵	-۰/۹۳
درصد بهبودی *پیگیری	۲۲/۳۴	۰/۹۰	۱۴/۰۶
شرح		کنترل	
شاخص تغییر پایا*پس آزمون	-۱/۹۲	-۱/۸۷	-۰/۶۲
درصد بهبودی	۳۳/۶۴	۲۸/۸۰	۹/۳۸
شاخص تغییر پایا* پیگیری	-۱/۹۲	-۰/۷۸	-۰/۹۳
درصد بهبودی پیگیری	۳۳/۶۴	۱۲/۰۰	۱۴/۰۶
	روان درمانی تحلیلی مبتنی بر روابط ابژه برای سبک دفاعی رشد یافته		
	آزمودنی اول	آزمودنی دوم	آزمودنی سوم
شاخص تغییر پایا*پس آزمون	-۰/۵۲	۱/۰۹	-۰/۶۷
درصد بهبودی	۱۹/۶۱	-۸۷/۵۰	۳۰/۲۳
شاخص تغییر پایا*پیگیری	-۰/۵۷	۰/۷۳	-۰/۲۶
درصد بهبودی پیگیری	۲۱/۵۷	-۵۸/۳۳	۱۱/۶۳
		کنترل	
درصد بهبودی	۳۳/۸۷	۳۳/۳۳	۲۸/۴۱
شاخص تغییر پایا*پیگیری	۰/۵۷	-۰/۲۶	-۱/۴۵
درصد بهبودی پیگیری	-۱۷/۷۴	۱۶/۶۷	۳۱/۸۲
	روان درمانی تحلیلی مبتنی بر روابط ابژه برای سبک دفاعی روان رنجور		
	آزمودنی اول	آزمودنی دوم	آزمودنی سوم
شاخص تغییر پایا*پس آزمون	-۰/۳۶	-۲/۱۸	-۰/۳۶
درصد بهبودی	۲۱/۸۸	۷۱/۱۹	۱۴/۸۹
شاخص تغییر پایا*پیگیری	-۰/۰۵	-۲/۴۴	-۰/۶۷
درصد بهبودی پیگیری	۳/۱۳	۷۹/۶۶	۲۷/۶۶
		گواه	
شاخص تغییر پایا*پس آزمون	۱/۲۴	۰/۰۵	-۰/۳۶

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-11]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1401.11.4.10.3]

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، یعنی 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 در آزمودنی اول ۵۰ درصد، در آزمودنی شماره ۲، برابر با ۶۰ درصد و در آزمودنی شماره ۳، برابر با ۸۰ درصد بوده است. در مرحله ی 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، یعنی 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. 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 مرحله ی 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 ۰/۶۲ و ۰/۸۸ به دست آمده است. با توجه به اینکه مقادیر شاخص پایا، از مقدار ملاک، یعنی 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 مرحله ی 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 وخامت 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 می دهد. 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 مرحله پیگیری نیز به خوبی حفظ شدند. این پژوهش با پژوهش خوریان و همکاران (۲۰۱۷)، عینی و همکاران (۲۰۱۳)،کلارکین و همکاران (۲۰۱۸)واسترن و یئومانس (۲۰۱۸) و گابارد و هوریتز[1](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 موثری ندارد (یئومانس 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 دفاع بدوی 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

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-11]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1401.11.4.10.3]

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 پژوهش های، کلارکین و همکاران (۲۰۱۸) واسترن و یئومانس (۲۰۱۸) وگابارد و هوریتز (۲۰۰۹) مطابقت داشت.

در همین راستا برای تبیین نتایج باید در نظر داشت، به هنگام ارزیابی مجموعه دفاع هایی 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 مبنای 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 شیی است. با این حال می‌توان اعتقاد پیدا کرد که معمولاً ترکیب خاصی از دفاع ها، 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 واقعی‌تر و انطباقی از بازنمایی‌های مثبت و منفی از خود و دیگران است. احساس غنی تر از خود و قدردانی کامل تر از دیگران؛ در گسترده‌ترین 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 کنند (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 مجزای خودش اهمیت خاص پیدا می‌کند. فرجام‌های 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 ابژه (معطوف به انتقال) می تواند یکی از درمان های موثر بر افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی باشد و این خود می تواند دریچه ای جدید بر روی درمانگران بگشاید.

هر پژوهشی با توجه به امکانات و موقعیتی که در آن به اجرا درآمده است دارای محدودیت هایی است که تعمیم پذیری آن را به جامعه با مشکلاتی همراه می سازد. از جمله محدودیت های 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 استان ها با توجه به زمینه فرهنگی و اجتماعی متفاوت با محدودیت مواجه است. پیشنهاد می شود که در مطالعات بعدی، بر روی تعداد نمونه های بیشتری و به صورت طرح آزمایشی و در قالب گروه های آزمایش و کنترل مطالعاتی انجام گیرد. پژوهش حاضر نشان داد درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد می تواند بر برخی ویژگی های شخصیت و تکانشگری افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی مفید باشد. بنابراین پیشنهاد می گردد پژوهش ها بیشتر در این زمینه با گروه های گسترده 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 ۱۹۷-۱۸۶.

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-11]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1401.11.4.10.3]

انجمن روان پزشکی امریکا. (۱۳۹۴). *راهنمای تشخیصی و آماری اختلال روانی DSM 5*. ترجمه رضاعی، فرزین، فخرایی، علی ، فرمند، آتوسا، نیلوفری، علی، هاشمی آذر، ژانت، 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 روانشناختی، دوره۶، شماره ۲۱، ص ۷۷-۹۷.

خدابخش، ر. (۱۳۹۲). مقایسه میزان شیوع اختلال شخصیت در مردان و زنانبه وسیله نمرات خام تعدیل شده میلیون III . فصلنامه فرهنگی تربیتی زنان و خانواده، دوره ۷، شماره ۲۲، ص ۱۰۳-۱۲۵.

خوریان، م؛ بخشی پور رودسری، ع؛ محمود علیلو، م؛ هاشمی، ت. (۱۳۹۷). اثربخشی روان درمانی انتقال محور بر کنش تاملی و کاهش نشانه شناختی بیماران مبتلا به اختلال شخصیت مرزی. مجله روانشناسی بالینی، دوره۱۰، شماره ۴، ص ۴۵-۵۷. https://doi: 10.22075/jcp.2019.15996.1531

سادوک ب.ج؛ سادوک و.الف؛ روئیز، پ. (۲۰۱۵). *خلاصه روان پزشکی: علوم رفتاری/ روانپزشکی 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.

محمود علیلو، م؛ و شریفی، م.الف. (۱۳۹۴). *اختلال شخصیت مرزی*. تهران: نشر ارجمند.

محمدی‌زاده، 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 ۵۳-۴۴.

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., Ligthart, 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 trail. *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

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-11]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1401.11.4.10.3]

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، 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 JPsychop at hology, 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.

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-11]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1401.11.4.10.3]