

## Research Article

# Changes Personality Organization at Different Time Serials in Transference Focused Psychotherapy in Cluster B Personality Disorders

G. zarei<sup>1</sup>, I. Rahimian Boogar<sup>2\*</sup>, A. Moazedian<sup>3</sup> & A. Jahan<sup>4</sup>

1. Department of Psychology, Semnan Branch, Islamic Azad University, Semnan, Iran.
2. Associate Professor of Health Psychology, department of Clinical Psychology, Faculty of Psychology and Educational Sciences, Semnan University, Mahdishahr, Semnan, Iran. Email: i\_rahimian@semnan.ac.ir.
3. Department of Psychology, Semnan Branch, Islamic Azad University, Semnan, Iran.
4. Department of human science, Semnan Branch, Islamic Azad University, Semnan, Iran.

## Abstract

**Aim:** The aim of study was to determine changes in the personality organization in different time serials of Transference focused psychotherapy in Cluster B personality disorders. **Methods:** A quasi-experimental of the type Multiple Time-Series Design. 32 patients with Cluster B Personality Disorders selected by available sampling method based on Milon clinical multiaxial inventory (III) and input and output criteria. Patients were randomly assigned to two experimental and control groups. 51 Transference focused psychotherapy sessions performed individually for one year in experimental group. One pre-test and three post-test of STIPO performed for both groups in different periods of treatment. **Results:** The results showed that there were no significant changes in first stage of treatment. But significant changes occurred in all of dimensions of personality except rigidity. And also the most rate of change was in third stage of treatment ( $\text{sig} < 0.05$ ). **Conclusion:** According to the results, it can be externalized Transference focused psychotherapy as an effective treatment can be improving Cluster B personality disorders.

**Key words:** *Object relation, Personality disorder, Psychodynamic, Psychotherapy*

**Citation:** zarei, G., Rahimian Boogar, I., Moazedian, A., & Jahan, A. (2020). Changes Personality Organization at Different Time Serials in Transference Focused Psychotherapy in Cluster B Personality Disorders. *Quarterly of Applied Psychology, 14 (4):473-493.*

## تغییرات سازمان شخصیت در بازه‌های زمانی مختلف درمان معطوف به انتقال در اختلالات شخصیت خوشه B

گیتی زارعی<sup>۱</sup>، اسحق رحیمیان بوگر<sup>۲\*</sup>، آمنه معاضدیان<sup>۳</sup> و علی جهان<sup>۴</sup>

۱. دانشجوی دکتری روان‌شناسی، گروه روان‌شناسی، واحد سمنان، دانشگاه آزاد اسلامی، سمنان، ایران.
۲. دانشیار روان‌شناسی سلامت، گروه روان‌شناسی بالینی، دانشگاه سمنان، سمنان، ایران. ایمیل: i\_rahimian@semnan.ac.ir
۳. گروه روان‌شناسی، واحد سمنان، دانشگاه آزاد اسلامی، سمنان، ایران.
۴. گروه علوم انسانی، واحد سمنان، دانشگاه آزاد اسلامی، سمنان، ایران.

### چکیده

**هدف:** پژوهش حاضر باهدف تعیین تغییرات سازمان شخصیت در بازه‌های زمانی مختلف درمان معطوف به انتقال در بیماران دارای اختلالات شخصیت خوشه B طرح‌ریزی و اجرا شد. **مواد و روش‌ها:** مطالعه حاضر شبه آزمایشی از نوع سری‌های زمانی گروه‌های چندگانه بود. ۳۲ بیمار اختلال شخصیت خوشه B با روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب و به‌صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و گواه جایگزین شدند. ۵۱ جلسه درمان معطوف به انتقال به‌صورت فردی به مدت یک سال برای گروه آزمایش اجرا شد. یک پیش‌آزمون و سه پس‌آزمون (مصاحبه ساختاری سازمان شخصیت) برای هر دو گروه اجرا شد. **یافته‌ها:** مطابق با یافته‌های پژوهش در مرحله اول درمان، تغییر معناداری مشاهده نشد، در مرحله دوم بعد از ۳۵ جلسه درمان در ابعاد (هویت، کیفیت روابط موضوعی، پرخاشگری، دفاع‌های بدوی و ارزش‌های اخلاقی) تغییر معنادار مشاهده شد و در مرحله سوم در بعد انعطاف‌ناپذیری تغییر معنادار مشاهده شد. همچنین در مرحله سوم درمان بعد از ۵۱ جلسه بیشترین میزان تغییرات در کلیه ابعاد ساختار شخصیت مشاهده شد. **نتیجه‌گیری:** نتایج مطالعه نشان داد روان‌درمانی معطوف به انتقال به عنوان یک روش درمانی مؤثر موجب بهبود اختلالات شخصیت خوشه B می‌شود.

**کلید واژه‌ها:** اختلال شخصیت، روابط موضوعی، روان تحلیلی، روان‌درمانی

## مقدمه

اختلالات شخصیت خوشه B<sup>۱</sup> گروهی از اختلالات با الگوهای دیرینه، انعطاف‌ناپذیر و مزمن هستند که با انتظارات فرهنگی فرد مغایر بوده و افراد را در روابط دچار چالش می‌کنند و از انجام وظایف شخصی و اجتماعی بازمی‌دارند، شامل اختلال شخصیت ضداجتماعی<sup>۲</sup>، خودشیفته<sup>۳</sup>، مرزی<sup>۴</sup> و نمایشی<sup>۵</sup> می‌شوند (انجمن روان‌پزشکی آمریکا، ۲۰۱۳) و به خاطر بالا بودن میزان شیوع و ویژگی‌های منحصربه‌فرد بیشتر مورد توجه درمانگران و محققان روانشناسی هستند (سید مهدوی اقدم، محمود علیلو و رضایی، ۱۳۹۲).

رویکردهای مختلف روان‌شناختی، علل اختلالات شخصیت خوشه B را بررسی کرده‌اند، دیدگاه روان تحلیلی به خاطر بررسی ریشه مشترک اختلالات به عمیق‌ترین رویکرد معروف شده است (مسگریان، ۱۳۹۵). نظریه‌های روان پویایی به‌ویژه کلاین بر شکل‌گیری شخصیت در سال‌های اولیه زندگی تأکید دارند و از نظر کلاین تجربه مادر در سال‌های اولیه به‌عنوان فردی خوشایند یا ناخوشایند می‌تواند منجر به بازنمایی‌های خوب و بد در کودک شود و این بازنمایی، هسته اصلی ادراک و هیجان کودک به خود و روابطش می‌شود (سنت کلا، ۱۳۹۶). کرنبرگ نیز تأکید دارد در مراحل اولیه رشد، کودکان در حال کسب تجربه هستند، تجربیات بلوک‌های اصلی ساخت شخصیت هستند و در بیشتر افراد، نهایتاً به شکل بازنمایی درونی، گروه‌بندی خواهند شد (سیفرت و پورسرلی، ۲۰۱۵). از نظر کرنبرگ<sup>۶</sup> شناخت هسته اصلی اختلال شخصیت و چگونگی شکل‌گیری آن می‌تواند راهگشای چگونگی درمان آن باشد به همین دلیل با معرفی ساختارهای زیربنای شخصیت و آسیب، نقش بسیار ارزشمندی در ارزیابی و درمان روان تحلیلی ایفا کرد. این ساختارهای روان‌شناختی الگوهای بادوام و باثبات شخصیت هستند که مکرراً در روابط بین فردی فعال شده و تجربه ذهنی، ادراکات و رفتار فرد را سازمان می‌دهند و شامل؛ دفاع‌های بدوی، کیفیت روابط موضوعی، پرخاشگری، انعطاف‌ناپذیری، هویت و ارزش‌های اخلاقی می‌شود (کلارکین و همکاران، ۲۰۱۷).

تلاش‌هایی برای درمان اختلالات شخصیت خوشه B با استفاده از روش‌های مختلف نظیر؛ طرحواره<sup>۷</sup> درمانی (خدابنده‌لو، نجفی و رحیمیان بوگر، ۱۳۹۷ و بیداری و حاج علیزاده، ۱۳۹۸) رفتاردرمانی دیالکتیک<sup>۸</sup> (وکیلی، کیمیایی و صالحی، ۱۳۹۵ و آذر فر، مکوند حسینی و صباحی،

<sup>۱</sup> Cluster B Personality Disorder

<sup>۲</sup> Anti-Social

<sup>۳</sup> Narcissistic

<sup>۴</sup> Borderlin

<sup>۵</sup> Histrionic

<sup>۶</sup> Kernberg

<sup>۷</sup> Schema Therapy

<sup>۸</sup> Dialectical Behavior Thrapy

۱۳۹۸) شناختی- تحلیلی<sup>۱</sup> (عینی و نریمانی، ۱۳۹۸) و روان‌درمانی تحلیلی<sup>۲</sup> (قائم پناه، ۱۳۹۷؛ مجد آرا، ۱۳۹۷ و خوربانیان و همکاران، ۱۳۹۷) انجام شده است. نتیجه فرا تحلیل اسوارت برگ و استایلز (۲۰۰۴) به نقل از رشن، (۱۳۹۶) نشان داده است که تغییراتی که درمان روان پویشی<sup>۳</sup> در اختلال شخصیت را ایجاد می‌کند نسبت به سایر درمان‌ها پایدارتر است و همچنین نتایج فراتحلیل شدلر<sup>۴</sup> (۲۰۱۰) نشان داد درمان‌های روان پویشی به اندازه درمان‌های مبتنی بر شواهد<sup>۵</sup> اثربخش هستند. علاوه بر این بیمارانی که درمان روان پویشی دریافت می‌کنند بهبود ناشی از درمان را حفظ کرده و حتی پس از درمان به بهبود خودشان ادامه می‌دهند.

درمان معطوف به انتقال<sup>۶</sup>، از نظریه کرنبرگ نشأت گرفته است و می‌توان آن را مؤثرترین تبیین روان پویشی در درمان بیماران دارای سازمان شخصیت مرزی (اختلال شخصیت مرزی، خودشیفته، هیستریونیک و اسکیزوتایپال) توصیف کرد (کلارکین، کین و لینزویگر، ۲۰۱۷). مبنای اصلی درمان، معطوف به انتقال کمک به آگاه‌سازی بیماران از سازوکارهای دفاعی و تعارضات روان‌شناختی‌شان در قالب تحلیل روابط موضوعی است. در واقع رابطه بین بیمار و درمانگر پدیدایی تعارضات را تسهیل می‌نماید (کالیگور، کرنبرگ و کلارکین، ۲۰۰۷). یکی از سازوکارهای تغییر در روان‌درمانی معطوف به انتقال کنش تأملی است که تکلیفی تحولی می‌باشد و ظرفیت و امکان تفسیر، استنباط و معنادار کردن حالات روانی (نظیر؛ افکار، احساسات، انگیزه‌ها و امیال) و رفتار خود و دیگری را فراهم می‌کند (فوناگی<sup>۷</sup> و همکاران، ۲۰۱۶). این روش درمانی برخلاف رویکردهای کلاسیک روانکاوی بر مسائل جاری زندگی فرد تأکید بیشتری دارد و کمتر از تأویل‌های رشدی بهره می‌گیرد، به‌علاوه مفهوم وسیع‌تری از انتقال را که شامل کلیه واکنش‌های رفتاری، شناختی و هیجانی فرد می‌شود را مورد استفاده قرار می‌دهد و ادعای اصلی‌اش اصلاحات ساختاری در شخصیت بیماران است.

پژوهش‌ها نشان می‌دهد که این روش درمانی در درمان اختلال شخصیت مرزی به تأیید رسیده است (دیاموند و هرش، ۲۰۲۰؛ کلارکین و همکاران، ۲۰۰۴؛ لوی و همکاران، ۲۰۰۶؛ دیزنی، ۲۰۱۳؛ ورهات پلیتر و دین ماجر، ۲۰۰۶؛ دورینگ و همکاران، ۲۰۱۰؛ دومالیستر و همکاران، ۲۰۱۷) و بر اساس تئوری روابط موضوعی برای افراد دارای اختلال شخصیت خودشیفته نیز مورد استفاده قرار می‌گیرد (استر<sup>۸</sup>، دیاموند و یومانس، ۲۰۱۷).

<sup>1</sup> Cognitive-Analytical

<sup>2</sup> Analytical Psychotherapy

<sup>3</sup> Psychodynamic Therapy

<sup>4</sup> Shedler

<sup>5</sup> Evidence Based

<sup>6</sup> Transference focused psychotherapy

<sup>7</sup> Fonagy

<sup>8</sup> Stern

نتایج مطالعه خوربانیان و همکاران (۱۳۹۷) نشان داد که درمان معطوف به انتقال، در بهبود روابط موضوعی و کاهش دفاع‌های بدوی افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی مؤثر بوده و همچنین پیشنهاد شده است این روش درمانی با حجم نمونه بیشتر و با بررسی ابعاد ژرف‌تر درمان مورد مطالعه قرار گیرد. مطالعات مختلف اثربخشی، این روش درمانی در بیماران دارای سازمان مرزی شخصیت را نشان می‌دهند ولی در خصوص چگونگی و میزان تغییر و همچنین پیش‌بینی تغییر در خلال جلسات درمانی، پژوهش‌های کاربردی انجام نشده است. این تحقیق به دنبال بررسی جامع‌تر و دقیق‌تر تغییرات ساختار شخصیت در طی دوره درمان اختلالات شخصیت خوشه B است و می‌خواهد این خلأ پژوهشی را پر نماید.

اهمیت ساختار شخصیت در ارزیابی، تشخیص و درمان روان‌تحلیلی از یک سو، شیوع بالا اختلالات شخصیت خوشه B و ویژگی‌های منحصربه‌فرد آن‌ها از سوی دیگر، دلایل متقن بر بررسی دقیق‌تر تغییرات درمان است. با اجرای چنین تحقیقی، شناخت تئوریک نسبت به ابعاد مختلف ساختار شخصیت و تغییرات آن‌ها در قبل، حین و بعد از درمان اختلالات شخصیت خوشه B افزایش یافته و می‌تواند با به‌کارگیری فنون اثربخش به رویکردهای روان‌درمانی تحلیلی منجر شده و در خصوص تعداد جلسات درمانی، نوع و میزان آن‌ها اطلاعات و تجربیات مفیدی را در اختیار درمانگران تحلیلی قرار می‌دهد.

## روش‌ها

طرح کلی مطالعه حاضر شبه آزمایشی و از نوع سری‌های زمانی گروه‌های چندگانه است. جامعه آماری پژوهش حاضر شامل کلیه افراد (بین سنین ۱۸ تا ۵۰ سال) مبتلا به اختلال شخصیت خوشه B و مراجعه‌کننده به مرکز بهداشتی درمانی منطقه ۶ شهر تهران از تیرماه ۱۳۹۸ تا خردادماه ۱۳۹۹ است. حجم نمونه مورد بررسی در مطالعات آزمایشی حداقل ۱۵ نفر در نظر گرفته می‌شود (دلور، ۱۳۹۴ به نقل از مسگریان؛ ۱۳۹۵). در این پژوهش با توجه به پیشینه پژوهشی و فرمول تعیین حجم نمونه، ۳۲ نفر نمونه با توان ۰.۹۵٪ تعیین گردید. نمونه پژوهش ۳۲ بیمار مبتلا به اختلال شخصیت خوشه B با روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند و به صورت تصادفی ۱۶ نفر در گروه آزمایش و ۱۶ نفر در گروه گواه جایگزین شدند. معیارهای ورود عبارت‌اند از: دارا بودن ملاک‌های تشخیصی اختلالات شخصیت خوشه B بر اساس تشخیص مصاحبه بالینی و پرسشنامه میلیون ۳ (نقطه برش بالای ۷۵)، موافقت با اهداف و شرایط درمان، داشتن حداقل تحصیلات دیپلم، دامنه سنی بین ۱۸ تا ۵۰ سال، عدم استفاده از روان‌درمانی در ۶ ماه گذشته، نداشتن مسمومیت دارویی، نداشتن سوءمصرف مواد در ۶ ماه گذشته. معیارهای خروج عبارت‌اند

از: دارا بودن هرگونه اختلال بارز دیگر به‌جز اختلالات شخصیت خوشه B بر اساس راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی ویرایش پنجم، وجود نشانگان روان‌پریشی، شرکت در هرگونه مداخله روان‌شناختی دیگر بعد از ورود به پژوهش، وجود سابقه سوء‌مصرف یا وابستگی به مواد در هر زمان از مراحل پژوهش، گزارش هرگونه تلاش برای اقدام به خودکشی در هر زمان از پژوهش، عدم تمایل برای ادامه درمان.

## ابزار پژوهش

۱- پرسشنامه چندمحوری میلون<sup>۱</sup>: این پرسشنامه توسط تئودورمیلون در سال ۱۹۸۱ تهیه شده است که شامل ۱۷۵ جمله کوتاه برای توصیف خود با پاسخ‌های بلی و خیر است و ۱۴ الگوی بالینی شخصیت و ۱۰ نشانگان بالینی را ارزیابی می‌کند و برای بزرگسالان ۱۸ سال به بالا قابل‌استفاده است. نمره‌گذاری از طریق نرم‌افزار میلون ۳ انجام شد. تفسیر به روش گام‌به‌گام است، ابتدا شاخص‌های روایی بررسی می‌شود، در صورت معتبر بودن، مقیاس‌های آسیب شدید شخصیت و بعد از آن الگوهای بالینی شخصیت واری می‌شود (شریفی، ۱۳۹۷).

در ایران چگینی و همکاران (۱۳۹۱) اعتبار و روایی این آزمون را بالا ارزیابی کردند و همچنین رحمانی و همکاران (۱۳۹۱) اعتبار آزمون را از طریق همسانی درونی محاسبه کردند و ضریب آلفای مقیاس‌ها در دامنه ۰/۷۸ (وابستگی به الکل) تا ۰/۹۶ (اختلال استرس پس از سانحه) به دست آمد. شریفی و همکاران (۱۳۸۶) این پرسشنامه را هنجاریابی کردند که همبستگی نمرات خام اولین اجرا و بازآزمایی آن در دامنه بین ۰/۸۲ (اختلال هذیانی) تا ۰/۹۸ (اختلال شخصیت اسکیزوئید) گزارش شد.

۲- مصاحبه ساختاری سازمان شخصیت<sup>۲</sup>: این پرسشنامه توسط کلارکین، کالیگور، اشترن و کرنبرگ در سال ۱۹۹۸ ساخته شده است. این پرسشنامه یک آزمون ۸۷ سؤالی است. ۲۹ سؤال شاخص هویت، ۲۲ سؤال روابط موضوعی، ۸ سؤال خشکی شخصیت، ۹ سؤال مکانیزم‌های دفاعی، ۸ سؤال اخلاقیات و ۱۱ سؤال پرخاشگری را می‌سنجد. نمره‌گذاری: نمره نهایی در هر مقیاس توسط طیف ۵ درجه‌ای لیکرت از نمره ۱ تا ۵ نمره سنجیده می‌شود و توسط مصاحبه‌گر با توجه به پاسخ‌های مراجع به سؤالات آن شاخص داده می‌شود. برای هریک از ابعاد ساختار شخصیت راهنمای نمره‌گذاری وجود دارد تا مصاحبه‌کننده را در نمره‌گذاری صحیح یاری کند. مصاحبه‌گر باید فراوانی، شدت، وخامت و گستردگی رفتار یا احساس مورد ارزیابی را در نظر بگیرد و درنهایت

<sup>1</sup>Milou clinical multi-axial inventory (III)

<sup>2</sup> The Semi-Structured Interview of the Personality Organization

با تکیه بر قضاوت خود به نمره‌گذاری اقدام کند. دورینگ و همکاران (۲۰۱۰) اعتبار این پرسشنامه و ضریب همسانی درونی، را بین ۰/۷۲ تا ۰/۷۸ اعلام کردند. دورینگ و همکاران (۲۰۱۳) پایایی بین ارزیابی کنندگان در همبستگی‌های درون‌گروهی را بین ۰/۸۹ تا ۱ گزارش کردند و آلفای کرونباخ کلیه ابعاد ساختار شخصیت را بین ۰/۶۹ تا ۰/۹۳ اعلام کردند. این پرسشنامه در ایران توسط واحدی، مکوندحسینی و بیگدلی (۱۳۹۰) ترجمه و اعتبار یابی شده است.

۳-درمان معطوف به انتقال: درمانی روان تحلیلی است که راهنمای گام‌به‌گام با دستور جلسه مشخص ندارد اما می‌توان فرایند اجرای آن را بر اساس منابع موجود؛ یومانس، کلارکین و کرنبرگ (۱۳۹۶) به سه مرحله (اولیه، میانی و پیشرفته) تقسیم کرد. درمان معطوف به انتقال، مداخلات لحظه‌به‌لحظه‌ای هستند که درمانگر در جلسه درمان از آن‌ها برای بیمار استفاده می‌کند. این درمان یک تا چهار سال می‌تواند به طول بیانجامد و فنون مورد استفاده در این مداخله عبارت‌اند از: تفسیر، تحلیل انتقال، بی‌طرفی فنی و انتقال متقابل.

### محتویات هر مرحله به شرح ذیل است:

#### محتویات مراحل درمان معطوف به انتقال (یومانس، کلارکین و کرنبرگ، ۱۳۹۶)

**مرحله آغازین (۱۹ جلسه):** کسب رضایت آگاهانه، بررسی کاندید مناسب درمان تحلیلی بودن بیمار، تعیین قرارداد درمانی (چارچوب درمان)، مشخص کردن اهداف درمان، روشن‌سازی، تأویل، مواجهه‌سازی، بی‌طرفی تخصصی، ایجاد پیوند درمانی و استحکام بخشیدن به آن، کشف دفاع‌های بیمار، کشف مقاومت‌های نخستین به ارتباط آزاد و باز، کشف خصایل مقاومتی نخستین فرد، مشخص ساختن روابط موضوعی غالب در جلسه درمان (شناسایی موضوع در اولویت) نام‌گذاری بازیگران در رابطه موضوعی غالب، توجه به واکنش‌های بیمار به مشخص شدن این رابطه موضوعی، کشف و بررسی روابط موضوعی تعارضی و بررسی انحراف از چارچوب درمان، کشف و بررسی کنش‌نمایی داخل جلسات و خارج از جلسات، توجه به رابطه درمانی، چالش با قرارداد درمانی، تعیین اهداف نفع اولیه و نفع ثانویه، بررسی انحراف از چارچوب درمان.

**مرحله میانی (۱۶ جلسه):** مشاهده و تفسیر پیوند بین دوتایی‌های روابط موضوعی که دفاعی علیه یکدیگر هستند، کشف و بررسی روابط موضوعی درونی دفاعی و مقاومت، شناسایی اضطرابی که باعث برانگیختن دفاع و انگیزش تعارضی زیر بنایی می‌شود، تحلیل مقاومت، تحلیل منش، کشف و تحلیل نظام‌دار روابط موضوعی تعارضی، کشف و حل‌وفصل روابط موضوعی معرف تضادهای هسته‌ای، شدت بخشی به انتقال و تمرکزآفرینی بر روی کار با انتقال و انتقال متقابل، تفسیر و حل‌وفصل تعارض‌های شناسایی‌شده (تفسیر از سطح به عمق و گسستگی قبل از

سرکوبی، ایجاد ارتباطات تفسیری با گذشته رشدی) و یکپارچه‌سازی روابط موضوعی تعارضی در تجربه خود هشیار بیمار، ماندن بر روی اهداف درمانی.

**مرحله پیشرفته (۱۶ جلسه):** حل‌وفصل ظرفیت بیمار برای تجربه رابطه‌ای متفاوت در انتقال و بررسی سایر روابط مهم بیمار، شدت بخشی به انتقال و تمرکز افزایی بر روی کار با انتقال و انتقال متقابل، تحلیل جدایی‌ها در طول مدت درمان، حل‌وفصل اضطراب‌های فعال شده و تحلیل واکنش‌های افسرده وار به انتهای درمان، سوگواری برای از دست دادن نسخه‌ی ایدال آنچه امیدوار بودند در درمان انجام شود.

### شیوه اجرا

بعد از دریافت کد اخلاق پژوهش (IR:IAU.SEMNAN.REC.03/1399) هماهنگی لازم با مدیریت کلینیک منطقه شش صورت گرفت. طی فراخوان ۳۲ بیمار مبتلابه اختلال شخصیت خوشه B پس از غربالگری از طریق مصاحبه بالینی و آزمون میلیون ۳ (نقطه برش بالای ۷۵) انتخاب و وارد دوره پژوهشی و درمانی شدند.

مداخله شامل ۵۱ جلسه فردی است که از اواسط ۱۳۹۸ الی ۱۳۹۹ به مدت یک سال، یک یا دو بار در هفته برای گروه آزمایش اجرا شد و مدت هر جلسه (۴۵ دقیقه) است. گروه گواه در طی مراحل اجرای پژوهش مداخله‌ای دریافت نمی‌کند.

شرایط مصاحبه‌کنندگان (۳ نفر) و درمانگر (۱ نفر): داشتن حداقل تحصیلات کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، داشتن پروانه مطب از سازمان نظام مشاوره و روانشناسی جمهوری اسلامی ایران، آشنایی با رویکرد تحلیلی و گذراندن دوره‌های کارگاهی رویکرد درمانی روابط موضوعی کرنبرگ، گذراندن حداقل سه سال سوپرویزن فردی یا گروهی درمان معطوف به انتقال. نقاط قوت این پژوهش عبارت‌اند از: نقش‌های دوگانه نظیر مجزا بودن درمانگر و مصاحبه‌کننده سازمان شخصیت به حداقل رسیده، از روش یک‌سو کور به‌منظور اینکه شرکت‌کنندگان از گم‌کردن خودشان به شرایط تجربی یا کنترل بی‌اطلاع باشند استفاده شده، باهدف کنترل تأثیر روانی و انتظارات به وجود آمده و تغییرات پیامدی آن، اطلاعاتی در خصوص تعداد جلسات درمانی و زمان اتمام پژوهش در اختیار شرکت‌کنندگان قرار داده نشده و از یک مشاور آماری به‌منظور حفظ بی‌طرفانه بودن نتایج و گزینش روش تجزیه‌وتحلیل آماری استفاده شده است.

تجزیه‌وتحلیل اطلاعات با استفاده از spss22 در دو بخش آمار توصیفی و تحلیلی انجام شد. برای بررسی تفاوت‌ها از تحلیل واریانس با اندازه‌گیری‌های مکرر استفاده شد.



## یافته‌ها

در این مطالعه بر اساس بررسی‌های صورت پذیرفته از ۳۲ شرکت‌کننده در پژوهش، ۱۰ نفر دارای اختلال شخصیت مرزی، ۸ نفر دارای اختلال شخصیت خودشیفته، ۶ نفر اختلال شخصیت نمایشی و ۸ نفر دارای همبود اختلالات شخصیت خوشه B (شامل اختلالات مرزی، ضداجتماعی، خودشیفته و نمایشی) بودند. لازم به ذکر است دو نفر از شرکت‌کنندگان گروه آزمایش بعد از پس‌آزمون اول از مطالعه حذف شدند؛ یک نفر به دلیل عدم تمایل جهت ادامه درمان و یک نفر به خاطر سوءمصرف مواد مخدر. دو گروه آزمایش و گواه از منظر مشخصات جمعیت‌شناسی تفاوت آماری معناداری نداشتند.

جدول ۱. ویژگی‌های دموگرافیک برحسب گروه‌های آزمودنی

متغیر	گروه	فراوانی (آزمایش)	فراوانی نسبی (%)	فراوانی (گواه)	فراوانی نسبی (%)	مجدور خی دو	سطح معناداری
جنسیت	مرد	۹	۵۶/۳	۸	۵۰	۰/۱۲۵	۰/۷۲۳
	زن	۷	۴۳/۸	۸	۵۰		
وضعیت تأهل	مجرد	۶	۳۷/۵	۴	۲۵	۰/۵۲۸	۰/۷۴۸
	متأهل	۵	۳۱/۳	۶	۳۷/۵		
	مطلقه	۵	۳۱/۳	۶	۳۷/۵		
سطح تحصیلات	دیپلم و فوق	۵	۳۱/۳	۵	۳۱/۳	۰/۱۹۷	۰/۸۹۵
	لیسانس فوق	۶	۳۷/۵	۶	۳۷/۵		
وضعیت اقتصادی/ اجتماعی	ضعیف	۶	۳۷/۵	۷	۴۳/۸	۰/۲۲۷	۰/۸۷۱
	متوسط	۷	۴۳/۸	۷	۴۳/۸		
	خوب	۳	۱۸/۸	۲	۱۲/۵		
سن	۲۹-۱۸	۵	۳۱/۳	۵	۳۱/۳		
	۳۹-۳۰	۶	۳۷/۵	۷	۴۳/۸	۰/۱۸۸	۰/۹۱۰
	۴۹-۴۰	۵	۳۱/۳	۴	۲۵		

بر اساس یافته‌های پژوهش، فراوانی مردان در گروه آزمایش (۵۶٪) و زنان در گروه گواه (۵۰٪) نسبت به گروه دیگر بیشتر بود. این در حالی است که در خصوص وضعیت تأهل فراوانی مجردها در گروه آزمایش (۳۷/۵٪) و متأهل و مطلقه در گروه گواه (۳۷/۵٪) بالاتر بود. علاوه براین، هر دو گروه از نظر سطح تحصیلات فراوانی یکسانی را دارا بودند. از نقطه نظر گروه‌های سنی

فراوانی ۳۹-۳۰ ساله‌ها در گروه گواه بیشتر و ۴۹-۴۰ ساله‌ها در گروه آزمایش فراوان‌تر بودند. لازم به ذکر است که دو گروه آزمایش و گواه از منظر مشخصات جمعیت‌شناسی تفاوت آماری معناداری نداشتند.

جدول ۲. نتایج بررسی آزمون اثرات درون آزمودنی‌ها

منبع	آزمون	مجموع مجذورات	df	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری	ضریب پاره‌ای اتا
اثر درون آزمودنی‌ها	زمان/ هویت	۱۵/۴۱۵	۲/۰۳۵	۷/۵۷۴	۲/۵۸۶	۰/۰۰۱	۰/۸۹۰
	زمان* گروه	۱۱/۹۴۴	۲/۰۳۵	۵/۸۶۸	۱/۳۴۰	۰/۰۰۱	۰/۸۶۳
	خطا	۱/۸۹۶	۵/۹۹۰	۰/۰۳۳			
	زمان/ کیفیت	۱۵/۹۷۱	۲/۰۰۷	۷/۹۵۶	۳/۸۹۳	۰/۰۰۱	۰/۹۱۶
	زمان* گروه	۱۳/۷۷۴	۲/۰۰۷	۶/۸۶۲	۲/۹۵۰	۰/۰۰۱	۰/۹۰۴
	خطا	۱/۴۶۷	۵/۲۰۴	۰/۰۲۶			
	زمان/ دفاع	۱۳/۸۱۵	۱/۵۷۳	۸/۷۸۳	۲/۵۴۹	۰/۰۰۱	۰/۹۰۹
	زمان* گروه	۱۳/۵۳۰	۱/۵۷۳	۸/۶۰۱	۲/۷۴۷	۰/۰۰۱	۰/۹۰۸
	خطا	۱/۳۷۹	۴/۰۴۴	۰/۰۳۱			
	زمان/ انعطاف‌ناپذ	۱۲/۳۶۷	۱/۷۵۲	۷/۰۶۱	۱/۱۹۵	۰/۰۰۱	۰/۷۹۶
	زمان* گروه	۷/۰۶۶	۱/۷۵۲	۴/۰۳۴	۶/۳۸۸	۰/۰۰۱	۰/۶۹۰
	خطا	۳/۱۷۱	۴/۰۴۳	۰/۰۶۵			
زمان/ پرخاشگری	۹/۴۴۱	۱/۸۵۵	۵/۰۸۹	۲/۴۱۸	۰/۰۰۱	۰/۸۸۷	
زمان* گروه	۸/۶۸۵	۱/۸۵۵	۴/۶۸۲	۲/۸۶۳	۰/۰۰۱	۰/۸۷۸	
خطا	۱/۲۰۵	۵/۹۳۹	۰/۰۲۳				
زمان/ ارزش‌های	۱۱/۶۶۲	۲/۱۲۵	۵/۴۸۷	۳/۲۴۹	۰/۰۰۱	۰/۹۲۲	
زمان* گروه	۶/۲۹۶	۲/۱۲۵	۲/۹۶۲	۱/۳۰۶	۰/۰۰۱	۰/۸۶۴	
خطا	۰/۹۸۹	۵/۵۹۰	۰/۰۱۷				

با توجه به اینکه آزمون پیش فرض مورداستفاده برای این تحلیل آزمون کرویت ماچلی است، در آزمون کرویت بر اساس سطح معناداری به دست آمده برای کلیه متغیرهای وابسته مورد بررسی، فرض کرویت مبنی بر همخوانی ماتریس کوواریانس خطای مربوط به متغیرهای وابسته تبدیل شده نرمال با یک ماتریس همبندی رد شده و در نتیجه از آزمون جایگزین اپسیلون گرین هاوس-گیسر برای بررسی فرضیه ارائه شده استفاده گردید. با توجه به سطح معنی‌داری آزمون می‌توان گفت تفاوت معناداری بین میانگین‌های نمرات ابعاد ساختار شخصیت در زمان‌های

مختلف اجرای مطالعه وجود دارد. علاوه بر این، در مورد اثر تعاملی، زمان و عضویت در گروه آزمودنی نیز بر میانگین نمرات متغیرهای وابسته مورد بررسی تأثیر دارد.

### جدول ۳. نتایج بررسی آزمون اثرات بین آزمودنی‌ها

منبع	مجدورات	df	میانگین مجدورات	F	سطح معناداری	ضریب پارهای اتا
ثابت	۱۲۰/۸۷۵	۱	۱۲۰/۸۷۵	۳۰۸۲/۱۶۶	۰/۰۰۱	۰/۹۹۱
گروه آزمودنی	۶/۵۰۶	۱	۶/۵۰۶	۱۶/۶۵۸	۰/۰۰۱	۰/۳۷۳
خطا	۱۰/۹۳۷	۲۸	۰/۳۹۱			
ثابت	۱۲۱/۹۴۷	۱	۱۲۱/۹۴۷	۲۳۴/۲۳۹	۰/۰۰۱	۰/۹۹۸
گروه آزمودنی	۷/۵۰۰	۱	۷/۵۰۰	۱۴/۴۴۱	۰/۰۰۱	۰/۳۴۰
خطا	۱۴/۵۴۲	۲۸	۰/۵۱۹			
ثابت	۹۹۹/۸۴۹	۱	۹۹۹/۸۴۹	۱۷۱/۵۹۵	۰/۰۰۱	۰/۹۸۴
گروه آزمودنی	۵/۰۴۴	۱	۵/۰۴۴	۸/۶۲۹	۰/۰۰۷	۰/۲۳۶
خطا	۱۶/۳۶۶	۲۸	۰/۵۸۵			
ثابت	۹۹۶/۰۷۲	۱	۹۹۶/۰۷۲	۱۲۷/۷۱۸	۰/۰۰۱	۰/۹۷۸
گروه آزمودنی	۳/۶۵۹	۱	۳/۶۵۹	۴/۶۷۵	۰/۰۳۹	۰/۱۴۳
خطا	۲۱/۹۱۴	۲۸	۰/۷۸۳			
ثابت	۹۸۰/۳۵۰	۱	۹۸۰/۳۵۰	۷۴۴/۲۴۲	۰/۰۰۱	۰/۹۶۴
گروه آزمودنی	۵/۶۸۸	۱	۵/۶۸۸	۴/۳۱۸	۰/۰۴۷	۰/۱۳۴
خطا	۳۶/۸۸۳	۲۸	۱/۳۱۷			
ثابت	۱۰۳/۷۳۲	۱	۱۰۳/۷۳۲	۵۷۵/۰۸۳	۰/۰۰۱	۰/۹۹۵
گروه آزمودنی	۲/۵۹۱	۱	۲/۵۹۱	۱۴/۳۷۶	۰/۰۰۱	۰/۳۳۹
خطا	۵/۰۴۶	۲۸	۰/۱۸۰			

ارائه  
تجزیه  
واریانس  
آزمودنی‌ها

جدول آزمون‌های اثرات بین آزمودنی‌ها مهم‌ترین نتایج برای آزمون تحلیل واریانس اندازه‌های مکرر بوده و معنی‌داری کل مدل و همچنین تأثیر جداگانه متغیر مستقل (عضویت در گروه آزمودنی) بر متغیر وابسته ابعاد ساختار شخصیت را نشان می‌دهد. با توجه به سطح معناداری متغیر مستقل، عضویت در گروه آزمودنی اثر معناداری بر میانگین نمرات ساختار شخصیت دارند، به عبارت دیگر در میانگین نمرات ابعاد ساختار شخصیت در بین دو گروه گواه و آزمایش تفاوت معنی‌داری وجود دارد.

جدول ۴. نتایج برآورد پارامترها برحسب ابعاد ساختار شخصیت

ضریب پارهای اتا	فاصله اطمینان ۹۵٪		سطح معناداری	t	خطای استاندارد	B	میانگین	پارامتر	متغیر وابسته
	حد بالا	حد پائین							
۰/۰۱۴	۰/۲۷۹	-۰/۱۴۹	۰/۵۳۸	۰/۶۲۴	۰/۱۰۴	۰/۰۶۵	۳/۶۶	گروه	هویت مرحله
۰/۰۰۱	۰/۲۸۸	-۰/۲۷۲	۰/۹۵۴	۰/۰۵۹	۰/۱۳۷	۰/۰۰۸	۳/۴۳	آزمایش	هویت مرحله
۰/۲۷۵	-۰/۱۵۹	-۰/۷۰۰	۰/۰۰۳	-۳/۲۵۶	۰/۱۳۲	-۰/۴۲۹	۲/۹۱		هویت مرحله
۰/۱۸۵۰	-۱/۲۶۵	-۱/۷۵۶	۰/۰۰۰	-۱۲/۶۰۷	۰/۱۲۰	-۱/۵۱۱	۱/۸۶		هویت مرحله
۰/۰۲۹	۰/۴۲۰	-۰/۱۶۰	۰/۳۶۵	۰/۹۲۱	۰/۱۴۲	۰/۱۳۰	۳/۶۸	گروه	کیفیت روابط
۰/۰۰۶	۰/۲۲۹	-۰/۳۴۳	۰/۶۸۵	-۰/۴۱۰	۰/۱۴۰	-۰/۰۵۷	۳/۴۳	آزمایش	کیفیت روابط
۰/۲۷۶	-۰/۱۷۱	-۰/۷۴۸	۰/۰۰۳	-۳/۲۶۴	۰/۱۴۱	-۰/۴۶۰	۲/۹۲		کیفیت روابط
۰/۸۴۴	-۱/۳۴۹	-۱/۸۸۷	۰/۰۰۰	-۱۲/۳۳۰	۰/۱۳۱	-۱/۶۱۸	۱/۸۰		کیفیت روابط
۰/۰۵۳	۰/۵۲۴	-۰/۱۲۶	۰/۲۱۹	۱/۲۵۶	۰/۱۵۹	۰/۱۹۹	۳/۴۰	گروه	دفاع بدوی
۰/۰۰۱	۰/۳۰۰	-۰/۳۰۲	۰/۹۹۵	-۰/۰۰۶	۰/۱۴۷	-۰/۰۰۱	۳/۱۷	آزمایش	دفاع بدوی
۰/۱۵۲	-۰/۰۲۶	-۰/۵۹۰	۰/۰۳۳	-۲/۲۴۱	۰/۱۳۷	-۰/۳۰۸	۲/۷۹		دفاع بدوی
۰/۸۱۴	-۱/۲۵۰	-۱/۸۱۸	۰/۰۰۰	-۱۱/۰۶۱	۰/۱۳۹	-۱/۵۳۴	۱/۶۳		دفاع بدوی
۰/۰۰۲	۰/۲۷۵	-۰/۳۵۰	۰/۸۰۸	-۰/۲۴۶	۰/۱۵۳	-۰/۰۳۷	۳/۴۴	گروه	انعطاف‌ناپذیری
۰/۰۰۴	۰/۴۴۳	-۰/۳۲۵	۰/۷۵۶	۰/۳۱۴	۰/۱۸۸	۰/۰۵۹	۳/۱۸	آزمایش	انعطاف‌ناپذیری
۰/۰۶۶	۰/۱۱۵	-۰/۶۱۸	۰/۱۷۰	-۱/۴۰۷	۰/۱۷۹	-۰/۲۵۲	۲/۷۶		انعطاف‌ناپذیری
۰/۶۲۴	-۰/۸۱۸	-۱/۵۲۱	۰/۰۰۰	-۶/۸۱۹	۰/۱۷۲	-۱/۱۷۰	۱/۸۷		انعطاف‌ناپذیری
۰/۰۱۰	۰/۵۸۱	-۰/۳۴۱	۰/۵۹۹	۰/۵۳۲	۰/۲۲۵	۰/۱۲۰	۳/۳۱	گروه	پرخاشگری
۰/۰۱۰	۰/۳۲۹	-۰/۵۵۴	۰/۶۰۵	-۰/۵۲۲	۰/۲۱۵	-۰/۱۱۳	۳/۰۴	آزمایش	پرخاشگری
۰/۱۴۲	-۰/۰۲۱	-۰/۸۸۰	۰/۰۴۰	-۲/۱۵۱	۰/۲۱۰	-۰/۴۵۱	۲/۶۰		پرخاشگری
۰/۵۹۵	-۰/۸۸۶	-۱/۷۱۸	۰/۰۰۰	-۶/۴۱۳	۰/۲۰۳	-۱/۳۰۲	۱/۷۹		پرخاشگری
۰/۰۴۷	۰/۲۸۳	-۰/۰۷۷	۰/۲۵۰	۱/۱۷۴	۰/۰۸۸	۰/۱۰۳	۳/۳۵	گروه	ارزش‌های
۰/۰۳۷	۰/۲۹۵	-۰/۰۹۷	۰/۳۰۹	۱/۰۳۶	۰/۰۹۶	۰/۰۹۹	۳/۰۹	آزمایش	ارزش‌های
۰/۳۸۳	-۰/۱۸۴	-۰/۵۳۸	۰/۰۰۰	-۴/۱۷۳	۰/۰۸۶	-۰/۳۶۱	۲/۶۶		ارزش‌های
۰/۸۹۱	-۰/۸۸۲	-۱/۱۵۷	۰/۰۰۰	-۱۵/۱۵۲	۰/۰۶۷	-۱/۰۲۰	۱/۹۹		ارزش‌های

جدول شماره ۴ نشان می‌دهد با توجه به مقادیر بتا و سطح معنی‌داری بدست آمده، تغییرات معنادار در تمام ابعاد سازمان شخصیت به جز بعد انعطاف‌ناپذیری از مرحله دوم درمان آغاز شده است. در همین راستا و بر اساس ضریب پاره‌ای اتا، نسبتی از کل تغییرات واریانس ایجاد شده در مراحل دوم و به خصوص سوم را می‌توان به اثرات عضویت در گروه آزمایش و درمان انجام گرفته اختصاص داد.

### نتیجه‌گیری

هدف از مطالعه حاضر بررسی تغییرات ساختار شخصیت در بازه‌های زمانی مختلف درمان معطوف به انتقال در اختلالات شخصیت خوشه B است. پژوهش‌های مختلف اثربخشی درمان معطوف به انتقال را نشان می‌دهند اما ویژگی منحصر به فرد پژوهش حاضر بررسی و مشخص نمودن یکی از مهم‌ترین ابهامات درمانی در این خصوص یعنی تعیین زمان ایجاد تغییرات در فرایند درمان معطوف به انتقال است. بر اساس نتایج به دست آمده از یافته‌ها در مرحله اول درمان یعنی بعد از ۱۹ جلسه مداخله در ابعاد ساختار شخصیت، تغییرات معنادار ایجاد نشد. نتایج این پژوهش همسو است با یافته‌های استادتر (۲۰۰۹؛ به نقل از نجارپور، ۱۳۹۵) مبنی بر اینکه افراد مبتلا به اختلال شخصیت نیاز به رابطه‌ای دارند که در آن بدون قید و شرط پذیرفته شوند و به زمان بیشتری برای استفاده از دستاوردهای درمان نیاز دارند، در این صورت است که می‌توانند اعتماد کنند و از نتایج درمان استفاده کنند و در ساختار شخصیتشان تغییر ایجاد کنند (چی کوا و استایل، ۲۰۰۴). پژوهشی که به طور مستقیم با این نتایج همخوانی داشته باشد، یافت نشد اما مطالعاتی هستند که می‌توان چنین نتایجی را از آن‌ها استنباط کرد؛ به طور کلی نتایج پژوهش‌ها (کرنبرگ، ۱۹۷۶؛ کلارکین و همکاران، ۲۰۰۴؛ لوی و همکاران، ۲۰۰۶؛ دیزنی، ۲۰۱۳؛ ورهات پلیتر و دبن ماجر، ۲۰۰۶؛ دورینگ و همکاران، ۲۰۱۰؛ استرن، دیاموند و یومانس، ۲۰۱۷؛ دومالیستر و همکاران، ۲۰۱۷؛ خوریانیان و همکاران، ۱۳۹۸ و دیاموند و هرش، ۲۰۲۰) در خصوص اثربخش بودن این روش درمانی در درمان اختلالات شخصیت است. بر اساس نتایج به دست آمده از پژوهش، در پیش‌آزمون، گروه گواه و آزمایش دارای اغتشاش هویت متوسط بودند. بعد از سی و پنج جلسه درمان، گروه آزمایش، دارای اغتشاش هویت خفیف بود و بعد از پنجاه و یک جلسه درمان، دارای انسجام هویت و ادراک سطحی از خود و دیگران بود و گروه گواه همچنان دارای اغتشاش هویت متوسط بود. از نظر رویکردهای روان‌پویشی، پراکندگی هویت ملاک تشخیص اختلال شخصیت است که با درمان معطوف به انتقال، این ملاک تشخیصی بهبود می‌یابد. از مرحله دوم در بعد هویت تغییرات معنادار مشاهده شد، کرنبرگ (۱۹۷۶) تأکید دارد که این روش درمانی می‌تواند

به بیمار در شناخت عمیق‌تر از خود کمک کند تا فقدان تصویرهای ایده‌آل از خود و دیگری را بپذیرد و تحمل کند و این امر سبب می‌شود تا هویت منسجم‌تری پیدا کند.

بعد کیفیت روابط موضوعی به روابط بین شخصی فرد و ماهیت تجربه درونی از خود و دیگران در تعاملات انسانی، پایداری و میزان یکپارچگی و عمق تجربه درونی شخص از خود و دیگران در طی زمان اشاره دارد. یکی از ویژگی‌های اختلال شخصیت مختل بودن روابط موضوعی است که با درمان معطوف به انتقال، این بعد ساختار شخصیت بهبود می‌یابد. در بعد کیفیت روابط موضوعی، در پیش‌آزمون افراد هر دو گروه دارای روابط ناپایدار و مبتنی بر ارضاء نیازهای خود و فقدان همدلی بودند و در گروه آزمایش پس از سی‌وپنج جلسه درمان، افراد دارای روابط منسجم و همدلی اندک بودند. پس از پنجاه‌ویک جلسه درمان، افراد گروه آزمایش دارای روابط پایدار و بادوام همراه با همدلی بودند ولی در ترکیب احساسات مهرآمیز با احساسات جنسی مشکل داشتند. در تبیین این یافته می‌توان چنین بیان کرد وقتی بیماران با ادامه روند درمان اطمینان خاطر پیدا کردند که یک نفر در کنارشان است و به آنان کمک می‌کند همین عامل باعث شد به ثبات روابط موضوعی برسند (فراکلند، ۲۰۱۸) و کسب ثبات روابط موضوعی در بهبود روابط بین‌فردی اثربخش است و پژوهش‌ها نشان می‌دهد وقتی فرد قادر به تعامل با افراد دیگر باشد و از مشوق‌ها برای خودتنظیمی استفاده کند در طول زمان کژکاری شخصیت کمتر می‌شود (یومانس، کلارکین و کرنبرگ، ۱۳۹۶).

بعد دیگر ساختار شخصیت، دفاع‌های بدوی است. دفاع‌های بدوی عادت‌های من برای دور کردن اضطراب هستند، انعطاف‌ناپذیرند و اغلب پریشانی روانی به بار می‌آورند. نتایج پیش‌آزمون نشان می‌دهد که دفاع‌های بدوی، دفاع غالب در هر دو گروه (آزمایش و گواه) است و سبب نقص چشمگیر در عملکرد افراد می‌شود. پس از ۳۵ جلسه درمان در گروه آزمایش، دفاع بدوی دیگر دفاع غالب نیست و بعد از پنجاه‌ویک جلسه درمان، گروه آزمایش به‌ندرت به دفاع بدوی متوسل می‌شود و در عملکردشان بهبود ایجاد شده است ولی در گروه گواه همچنان دفاع بدوی غالب است. پیشینه پژوهش در حمایت از این یافته نشان می‌دهد که دفاع‌های رشدنیافته با اختلال‌های شخصیت رابطه دارند (مک ویلیامز، ۲۰۱۱). نتایج این یافته پژوهشی با نتایج پژوهش خوریانیان و همکاران (۱۳۹۸) همسو است.

خشکی / انعطاف‌ناپذیری؛ ظرفیت فرد در پاسخ انعطاف‌ناپذیر و سازش نایافته به موقعیت‌های بالقوه استرس‌زا است که به شیوه خودکار و قالبی می‌باشد. در بعد انعطاف‌ناپذیری؛ بر اساس نتایج به‌دست‌آمده؛ در پیش‌آزمون هر دو گروه دارای انعطاف‌ناپذیری و مقابله غیر انطباقی هستند و بعد از پنجاه‌ویک جلسه درمان، انعطاف‌ناپذیری گروه آزمایش اندک است و گروه گواه همچنان دارای

انعطاف‌ناپذیری به صورت غالب است. تنها بعد ساختار شخصیت است که از مرحله سوم تغییرات معنادار در آن مشاهده شد. می‌توان این یافته را این‌گونه تبیین کرد که دست یافتن به بینش از سازوکار دفاعی و به هوشیار آمدن تعارضات باعث می‌شود که انعطاف‌ناپذیری و خشکی شخصیت کاهش یابد. این بعد نسبت به سایر ابعاد عمیق‌تر است و زمان طولانی‌تری برای تغییر نیاز دارد. بعد دیگر ساختار شخصیت پرخاشگری است که به صورت رفتار مخرب و خود تخریبی، کنترل مطلق، تخریب دیگران و نفرت از دیگران تعریف می‌شود. در پیش‌آزمون هردو گروه پرخاشگری بدوی معطوف به خود و دیگران داشتند. پس از سی‌وپنج جلسه درمان، گروه آزمایش پرخاشگری معطوف به دیگران ندارد و نسبت به خود پرخاشگری اندک دارند. بعد از پنجاه‌ویک جلسه درمان که برای افراد گروه آزمایش اجرا شد این گروه دیگر پرخاشگری بدوی ندارند ولی در گروه گواه همچنان پرخاشگری بدوی غالب است.

ارزش‌های اخلاقی به حدود و میزان درونی‌سازی ارزش‌ها و اخلاقیاتی که تجربه درونی شخص را متأثر و رفتار او را هدایت می‌کند، اشاره دارد. از نظر کرنبرگ یکی از ویژگی‌های سازمان شخصیت بهنجار، وجود ارزش‌های درونی شده است. در پیش‌آزمون هر دو گروه دارای ارزش‌های اخلاقی ناپایدار هستند. پس از سی‌وپنج جلسه درمان، ارزش‌های اخلاقی گروه آزمایش دارای انسجام درونی اندک است و بعد از پنجاه‌ویک جلسه درمان، ارزش‌های اخلاقی درونی شده ولی افراد دارای معیارهای سخت‌گیرانه بودند ولی در گروه گواه همچنان ارزش‌های اخلاقی ناپایدار است. می‌توان این یافته پژوهش را بدین‌سان تبیین کرد که از نظر کرنبرگ یک سوپر ایگو پخته شامل لایه‌های پیاپی از سیستم‌های ارزشی مرتبط با بازنمودهای درونی شده خود و موضوع است؛ لایه رشدی نخست، بازتاب اخلاقیات ابتدایی و مقتضیات تجربه‌شده به‌وسیله کودک است. لایه دوم بازتاب آرمانی خود و موضوع است و لایه سوم سوپرایگو زمانی شکل می‌گیرد که لایه آزاررسان و لایه آرمانی‌ساز ادغام، تعدیل و واقع‌بینانه‌تر شوند (یومانس، کلارکین و کرنبرگ، ۱۳۹۶).

از نظر کرنبرگ، شخصیت به سه دسته؛ بهنجار، نوروتیک (یک و دو) و مرزی (یک، دو و سه) تقسیم‌بندی می‌شود (مک ویلیامز، ۱۳۹۸). در واقع تغییرات مشاهده‌شده در ساختار شخصیت اختلالات شخصیت خوشه B را می‌توان این‌گونه نیز تبیین نمود که افراد هر دو گروه در پیش‌آزمون در سطح مرزی دو بودند. پس از سی‌وپنج جلسه درمان، گروه آزمایش به سطح مرزی یک رسیدند و پس از پنجاه‌ویک جلسه درمان معطوف به انتقال، گروه آزمایش به سطح نوروتیک دو رسیدند. همچنین برای رسیدن به سطح نوروتیک یک و بهنجار نیاز به درمان طولانی‌تر است و در گروه گواه همچنان افراد در سطح مرزی دو قرار دارند. چگونگی تأثیر درمان معطوف به انتقال را می‌توان این‌گونه تبیین نمود که درمان با بررسی الگوهای رابطه‌ای که به لحاظ دفاعی

بسیج شده، شروع می‌شود و به سمت روابط موضوعی تعارضی‌تر و بنیادی‌تر پیش می‌رود. به محض اینکه بیمار و درمانگر کارکردهای دفاعی یک رابطه موضوعی درونی خاص را درک می‌کنند، سایر الگوهای رابطه درونی شده که قبلاً در مقابلش دفاع می‌شد، مشخص می‌گردد. بدین طریق با پیشرفت درمان، بیمار درک عمیق از مشکلات و اضطراب‌های کنونی خود پیدا می‌کند. فرایند فعال‌سازی، اجرا و تفسیر مکرر یک تعارض خاص و مرتبط ساختن روابط موضوعی مختلف مربوط به آن، به بیمار کمک می‌کند تا شناخت عمیق‌تر و معنادارتری به خود پیدا کند و همچنین وقتی بیمار از روابط درون موضوعی سرکوب‌شده آگاه می‌شود، مسئولیت تجربه درونی خود را می‌پذیرد که این امر منجر به تعدیل روابط موضوعی دردناک می‌شود (کالیگور، کرنبرگ و کلارکین، ۲۰۰۷).

یکی دیگر از دستاوردهای این پژوهش، برآورد پیش‌بینی‌کننده اثر درمان معطوف به انتقال به صورت کمی در هر مرحله درمان برای ابعاد ساختار شخصیت است. بدین معنی که مقادیر شاخص B (بتا) در گروه آزمایش نشان می‌دهد که با داشتن دو فرد معین با نمرات مشابه در هر کدام از ابعاد ساختار شخصیت، شما می‌توانید انتظار داشته باشید که پس از اجرای درمان معطوف به انتقال، نمرات ابعاد ساختار شخصیت فرد شرکت‌کننده در برنامه درمانی (گروه آزمایش) به میزان مقدار بتا کمتر (نشان‌دهنده بهبود) از فرد گروه گواه باشد.

هدف درمان معطوف به انتقال، ایجاد تغییر در ادراک بیمار از خود و دیگران است (زارعی و همکاران، ۱۳۹۹) و به نظر می‌رسد افراد گروه آزمایش به این اهداف دست یافته‌اند. این پژوهش نشان داد درمان معطوف به انتقال توانست در مدت یک سال در کلیه ابعاد ساختار شخصیت و اختلالات شخصیت خوشه B تغییر ایجاد کند. روان‌درمانی معطوف به انتقال، درمانی ساختارمند است که از فنون شفاف‌سازی، مواجهه و تعبیر در رابطه اینجا و اکنون انتقال استفاده می‌کند. ابتدا به بیمار کمک می‌کند تا هیجان‌های طوفانی و آشوبناک را تحمل کند، سپس درمانگر با حفظ موضعی بی‌طرفانه، فضایی برای تعامل بیمار با بازنمایی‌ها و تجسم‌های ارتباطی فراهم می‌آورد و در این رابطه درمانی ایمن، دفاع‌های دوپاره کاهش پیدا می‌کنند و بازنمایی‌ها به گونه‌ای یکپارچه‌تر و تمایز یافته‌تر می‌شوند. این فرایند ابتدا در فضای انتقالی در رابطه با درمانگر سپس در حوزه‌ای وسیع‌تر در رابطه با اشخاص مهم زندگی بیمار رخ می‌دهد (یومانس، کلارکین و کرنبرگ، ۱۳۹۶) و به میزان چشمگیری سطح کارکرد تأملی<sup>۱</sup> (توانایی بازنمایی خود و دیگران در قالب نگرش‌ها، هیجانات و انگیزش‌ها) بیمار را بهبود می‌بخشد (فوناگی و همکاران، ۲۰۱۶)

<sup>۱</sup> Reflective Functioning



**محدودیت پژوهش:** استفاده از پرسشنامه میلیون ۳ در غربالگری اولیه است. پیشنهاد می‌گردد در پژوهش‌های آینده در غربالگری اولیه از مصاحبه ساختار شخصیت استفاده شود.

### موازن اخلاقی

در این پژوهش موازن اخلاقی شامل اخذ رضایت آگاهانه، بی‌نام بودن پرسشنامه‌ها و رازداری رعایت شد و به شرکت‌کنندگان اطمینان داده شد که اطلاعات محرمانه می‌ماند و این امر نیز کاملاً رعایت شد. همچنین به شرکت‌کنندگان در مورد خروج از پژوهش در هر زمان اختیار کامل داده شد. پس از اتمام پژوهش، گروه گواه ۸ جلسه ۵۰ دقیقه‌ای درمان معطوف به انتقال دریافت کردند.

### سپاسگزاری

از همه شرکت‌کنندگانی که در این پژوهش مشارکت داشتند، کمال تشکر و قدردانی را داریم.

### مشارکت نویسندگان

مقاله حاضر برگرفته از رساله دکتری نویسنده اول در رشته روان‌شناسی است. نویسنده اول در طراحی، مفهوم‌سازی، گردآوری و اجرای پژوهش، نویسنده دوم در مفهوم‌سازی، ویراستاری و نهایی سازی، نویسنده سوم و چهارم در روش‌شناسی مقاله با یکدیگر مشارکت داشته‌اند.

### تعارض منافع

بنا بر اظهار نویسندگان، این مقاله حامی مالی و تعارض منافع ندارد.

### منابع

آذرفر، فاطمه، مکوند حسینی، شاهرخ، و صباحی، پرویز. (۱۳۹۸). بررسی تاثیردرگیری خانواده در اثربخشی رفتاردرمانی دیالکتیک کوتاه‌مدت بر بهبود نوجوانان دختر دارای علائم اختلال شخصیت مرزی. خانواده پژوهی. ۵۷: ۱۲۵ - ۱۰۵ [پیوند]

انجمن روان‌پزشکی آمریکا. (۱۳۹۵). راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی ویرایش پنجم DSM-5. ترجمه: رضاعی، فرزین؛ فخرایی، علی؛ فرمند، آتوسا؛ نیلوفری، علی؛ هاشمی آذر، ژانت و شاملو، فرهاد. تهران: انتشارات ارجمند [انتشار اثر به زبان اصلی، ۲۰۱۳]

- بیداری، فرزانه. و حاج‌علیزاده، کبری. (۱۳۹۸). اثربخشی طرحواره درمانی بر راهبردهای شناختی هیجان، تحمل‌پیشانی و ناگویی خلقی بیماران مبتلابه اختلال شخصیت مرزی. مطالعات روان‌شناختی دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی دانشگاه الزهرا (س). ۱۵ (۲): ۱۶۵-۱۸۰. [پیوند]
- چگینی، مریم، دلاور، علی. و غرابی، بنفشه. (۱۳۹۲). ویژگی‌های روان‌سنجی پرسشنامه بالینی چند محوری میلون ۳. فصلنامه پژوهش‌های نوین روان‌شناختی. ۸ (۲۹): ۱۳۵-۱۶۲. [پیوند]
- خوربانیان، مهدی.، بخشی پور رودسری، عباس، محمودعلیلو، مجید. و هاشمی، تورج. (۱۳۹۷). اثربخشی روان‌درمانی انتقال محور بر کنش تأملی و کاهش نشانه شناختی بیماران مبتلابه اختلال شخصیت مرزی. مجله روانشناسی بالینی. ۴ (۴۰): ۵۸ - ۴۵. [پیوند]
- رشن، شهرزاد.، مکوند حسینی، شاهرخ، رضاعی، علی محمد. و طباطبایی، سید موسی. (۱۳۹۶). تأثیر روان‌درمانی پویشی بلندمدت کرنبرگ بر ساختار شخصیت بیماران مبتلابه اختلال شخصیت وابسته. مجله روانشناسی بالینی. ۴ (۳۶): ۱۲-۱. [پیوند]
- زارعی، گیتی.، رحیمیان بوگر، اسحق، معاضدیان، آمنه. و جهان، علی. (۱۳۹۹). بهبود اختلال شخصیت مرزی در بازه‌های زمانی درمان معطوف به انتقال: گزارش موردی. مجله مطالعات علوم پزشکی. ۳۱ (۴): ۲۶۶-۲۵۵. [پیوند]
- سنت کلا، مایکل. (۱۳۹۷). درآمدی بر روابط موضوعی و روان‌شناسی خود. ترجمه: طهماسب، علیرضا. و علی آقایی، حامد. تهران: نشر نی [انتشار اثر به زبان اصلی، ۲۰۰۸]
- سید مهدوی اقدام، میر روح اله.، محمود علیلو، مجید و رضایی، امید. (۱۳۹۲). رابطه تجربه انواع مختلف سوء رفتار دوره کودکی و اختلالات شخصیت خوشه B، مجله پزشکی ارومیه، ۲۴، ۳: ۲۱۸-۲۱۰. [پیوند]
- شریفی، علی‌اکبر. (۱۳۹۷). راهنمای ام.سی.ام.ای (میلون ۳) تهران: نشر روان‌سنجی
- خدابنده لو، سعید، نجفی، محمود. و اسحق، رحیمیان بوگر. (۱۳۹۷). اثربخشی طرحواره درمانی ذهنیت مدار بر عزت‌نفس افراد دارای اختلال شخصیت خودشیفته: پژوهش مورد منفرد. مطالعات روانشناسی بالینی. ۸ (۳۰): ۱۰۱-۶۵. [پیوند]
- عینی، ساناز.، نریمانی، محمد.، عطا دخت، اکبر.، بشر پور، سجاد. و صادقی موحد، فریبا. (۱۳۹۷). اثربخشی درمان شناختی- تحلیلی بر قدرت ایگو روابط موضوعی افراد مبتلابه اختلال شخصیت مرزی. مجله پزشکی ارومیه. ۲۹، ۱: ۱۱-۱. [پیوند]
- فراکلند، آلن ج. (۱۳۹۷). روان‌درمانی تحلیلی مبتنی بر روابط ابژه‌ای ترجمه: کیانپور، سعید. تهران: انتشارات ارجمند [انتشار اثر به زبان اصلی، ۲۰۱۰]
- قائم پناه، مهدی. (۱۳۹۷). اثربخشی روان‌درمانی روابط موضوعی کوتاه‌مدت بر الگوهای اجباری به تکرار در نشانگان شخصیت مرزی: پژوهش تک آزمودنی. پایان‌نامه کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی. دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی دانشگاه فردوسی مشهد، ایران [پیوند]

- مجد آراء، الهه. (۱۳۹۷). اثربخشی روان‌درمانی ساخت زدا پویشی بر بهبود روابط موضوعی و سازمان شخصیت بیماران دارای اختلال شخصیت مرزی. رساله دکتری روانشناسی بالینی، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی مهدی‌شهر، دانشگاه سمنان، ایران
- مسگریان، فاطمه. (۱۳۹۵). واری مفهوم ارتباط با موضوع و سودمندی روان‌درمانی CCRT (مبتنی بر مضمون محوری تعارض ارتباطی) در اضطراب اجتماعی. رساله دکتری روانشناسی. دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی دانشگاه تربیت مدرس، ایران
- مک ویلیامز، نانسی. (۱۳۹۸). تشخیص روان تحلیلی. ترجمه: جواد زاده، غلامرضا. تهران: انتشارات ارجمند [انتشار اثر به زبان اصلی، ۲۰۱۱]
- نجار پور محمدآبادی، الهام. (۱۳۹۵). اثربخشی روان‌درمانی کوتاه‌مدت روابط موضوعی بر کاهش حساسیت بین فردی افراد دارای نشانگان شخصیت اجتنابی؛ پژوهش تک آزمودنی. پایان‌نامه کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی. دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی دانشگاه فردوسی مشهد، ایران
- وکیلی، جواد، کیمیایی، سید علی. و صالحی فردری، جواد. (۱۳۹۵). بررسی اثربخشی رفتاردرمانی دیالکتیک بر نشانه‌های اختلال شخصیت مرزی زندانیان. مجله روان‌شناسی بالینی. ۳ (۳۱): ۹۷-۱۰۶ [پیوند]
- واحدی، اندیشه، مکوند حسینی، شاهرخ. و بیگدلی، ایمان‌الله. (۱۳۹۱). تشخیص آسیب‌های سطحی شخصیت از طریق روان‌درمانی پویشی کوتاه‌مدت، مجله روانشناسی بالینی. ۱۵: ۸۶-۷۵ [پیوند]
- یومانس، فرانک ا.، کلارکین، جان ف. و کرنبرگ، اوتو. (۱۳۹۶). روان‌درمانی معطوف به انتقال برای اختلال شخصیت مرزی راهنمای بالینی. ترجمه: رضاعی، فرزین. تهران: انتشارات ارجمند [انتشار اثر به زبان اصلی، ۲۰۱۵]

- Caligor, E., Kernberg, OF., Clarkin, JF. (2007). *Hand book of dynamic psychotherapy for higher level personality pathology*. 2nd ed. Washangton, DC: Am psychiatr publ.
- Chioqueta, AP., & Stiles, T. (2004). Assessing suicide risk in cluster C personality disorders. *Crisis*.;25 (3):128-33. [Link]
- Clarkin, J.F., Caligor, E., Stern, B., Kernberg, OF. (2017). *Structured Interview of the Personality Organization (STIPO)*. [Link]
- Clarkin, JF., Cain, NM., Lenzenweger, M. (2017). Advances in transference-focused psychotherapy derived from the study of borderline personality disorder: clinical insights with a focus on mechanism. *Curr Opin Psychol*;21:80-5. [Link]
- Clarkin, JF., Levy, KN., Lenzenweger, MF., Kernberg, OF. (2004). The Personality Disorders Institute/Borderline Personality Disorder Research Foundation randomized control trial for borderline personality disorder:

- rationale, methods, and patient characteristics. *J. Pers. Disord.*; 18 (1): 52-72. [[Link](#)]
- De Meulemeester, C., Lowyck, B., Vermote, R., Verhaest, Y., Luyten, P. (2017). Mentalizing and interpersonal problems in borderline personality disorder: The mediating role of identity diffusion. *Psychiatry research.*; 258: 141-4. [[Link](#)]
- De Meulemeester, C., Vansteelandt, K., Luyten, P., Lowyck, B. (2017). Mentalizing as a mechanism of change in the treatment of patients with borderline personality disorder: A parallel process growth modeling approach. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment*; 9 (1): 22[[Link](#)]
- Diamond, D., Hersh, RG. (2020). Transference-Focused Psychotherapy for Narcissistic Personality Disorder: An Object Relations Approach. *J Pers Disord*;34 (Supplement):159-76. [[Link](#)]
- Disney, KL. (2013). Dependent personality disorder: a critical review. *Clin Psychol Rev.*;33 (8):1184-96. [[Link](#)]
- Doering, S., Horz, S., Rentrop, M., Fischer-Kern, M., Schuster, P., Benecke, C. (2010). Transference-focused psychotherapy v. treatment by community psychotherapists for borderline personality disorder: randomised controlled trial. *BJPsych.*;196 (5):389-95. [[Link](#)]
- Doering, S., Burgmer, M., Heuft, G., Menke, D., Bäumer, B., Lübking, M., et al. (2013). Reliability and validity of the German version of the Structured Interview of Personality Organization (STIPO).*BMC Psychiatry.*;13 (1):210.[[link](#)]
- Fonagy, P., Luyten, P., Moulton-Perkins, A., Lee, YW., Warren, F., Howard, S., et al. (2016). Development and validation of a self-report measure of mentalizing: The reflective functioning questionnaire. *PLoS One.*; 11 (7): e0158678. [[Link](#)]
- Kernberg, OF. (1976). *Object Relations Theory and Clinical Psychoanalysis*. 1st ed. New York: Jason Aronson.
- Levy, KN., Clarkin, JF., Yeomans, FE., Scott, LN., Wasserman, RH., Kernberg, OF. (2006). The mechanisms of change in the treatment of borderline personality disorder with transference focused psychotherapy. *J. Clin. Psychol.*; 62 (4): 481-501. [[Link](#)]
- Shedler, J. (2010). The Efficacy of Psychodynamic Psychotherapy. *AmPsychol.*;65 (2):98-109 [[Link](#)]
- Siefert, C., Porcerelli, JH. (2015). Object relations theory and personality disorders: Internal representations and defense mechanisms. *Personality disorders: Toward theoretical and empirical integration in diagnosis and assessment*. Washington, DC, US: American Psychological Association;. p. 203-24. [[Link](#)]

- Stern, BL., Diamond, D., Yeomans, FE. (2017). Transference-focused psychotherapy (TFP) for narcissistic personality: Engaging patients in the early treatment process. *Psychoanalytic Psychology*.;34 (4):381-96. [[Link](#)]
- Verheugt-Pleiter, A., Deben-Mager, M. (2007). Transference-Focused Psychotherapy and Mentalization-Based Treatment: Brother and Sister? *Psychoanal. Psychother.*; 20 (4): 297-315. [[Link](#)]