

رابطه بین سبک های دفاعی، و ظهور مقاومت و انتقال در رواندرمانی پویشی فشرده و کوتاه مدت*

The Relationship between Defensive Style and Emerging of Resistance and Transference in Intensive Short Term Dynamic Psychotherapy

N.A. Nowruzi, Ph.D

Email: nnowruzi@yahoo.com

Ph.D Clinical Psychologist

A.R. Abedin, Ph.D

Assistant Profesor of Shahid beheshti University

M.K. Atefvahid, Ph.D

Assistant Profesor of Iran Uni, of medical Sciences

N. Ghorbani, Ph.D

Assistant Profesor of Tehran University

دکتر نصرت ا... نوروزی

دکترای روان شناسی بالینی

دکتر علیرضا عابدین

استادیار دانشگاه شهید بهشتی

دکتر محمد کاظم عاطف وحید

استادیار دانشگاه علوم پزشکی ایران

دکتر نیما قربانی

استادیار دانشگاه تهران

Abstract: To investigate the relationship between defensive style and emerging resistance and transference in intensive short term dynamic psychotherapy 52 patients with anxiety disorders were randomly assigned into two experimental and control groups. For experimental group, pressure toward feelings, clarification, and challenge to the resistance were carried on during three 45-minute sessions with one week intervals. For control group, the therapist only passively listened to the patients. The defensive style, resistance, and transference were assessed by Defensive Style Questionnaire (DSQ), Resistance Assessment Scale (RAS), Transference Assessment Scale (TAS), respectively. "Repeated measures analysis" used for analyzing the data. Based on the findings, challenge to the resistance led into intensification of negative transference, but no significant difference in resistance and positive transference was found. Challenge to the resistance in patients with more immature defensive styles led into more decrease in resistance and more intensification of negative transference than in patients with less immature defensive styles, but there was no significant difference between the two groups in positive transference. The intensity of twin factor didn't have significant relation with mature or neurotic defensive styles.

Keywords: challenge, defensive styles, dynamic resistance, Intensive, psychotherapy, short term transference, twin factor

چکیده: جهت بررسی آزمایشی رابطه بین سبک های دفاعی و ظهور مقاومت و انتقال در روان درمانگری پویشی فشرده و کوتاه مدت، ۵۲ آزمودنی دارای اختلال های اضطرابی انتخاب و به طور تصادفی در دو گروه ۲۶ نفری آزمایشی و گواه گمارده شدند. در گروه آزمایشی، فشار به سمت تجربه احساس، روشن سازی و چالش با مقاومت طی سه جلسه ۴۵ دقیقه ای با فاصله زمانی یک هفته ای اعمال گردید ولی در گروه دیگر چنین مداخله ای صورت نگرفت و درمانگر به نحو فعل پذیر شنونده احساسات آنها بود. پس از جلسه ارزیابی از پرسشنامه سبک های دفاعی و مقیاس های سنجش مقاومت و انتقال استفاده شد. پس از تحلیل داده ها با روش تحلیل اندازه گیری- های مکرر نتایج نشان داد چالش با مقاومت منجر به تشدید انتقال منفی می شود ولی تفاوت معناداری در انتقال مثبت و مقاومت ایجاد نمی کند. چالش با مقاومت در بیماران با سبک دفاعی نابالغ بالا باعث کاهش بیشتر مقاومت و تشدید بیشتر انتقال منفی در مقایسه با بیماران با سبک دفاعی نابالغ پایین می شود. از سوی دیگر شدت ظهور انتقال مثبت در دو گروه فوق تفاوت معناداری نداشت. همچنین شدت ظهور عامل دوگانه مقاومت و انتقال با سبک های دفاعی بالغ و نوروتیک ارتباط معناداری نداشت.

کلید واژه: انتقال، پویشی، چالش، رواندرمانی، سبک های دفاعی، عامل دوگانه، فشرده، کوتاه مدت، مقاومت

مقدمه

مداخلات روان شناختی به صورت نظامدار و حرفه ای با تولد تحلیل روانی آغاز شد. بروئر^۱ و فروید^۲ نشان دادند تجربه اضطراب شدید در یک موقعیت آسیب زا و عدم امکان ابراز و لمس هیجان همخوان با اضطراب، زمینه ساز نوروهاست. از این رو اساس روش درمانی نیز افشا و هشیاری نسبت به خاطرات و عواطف دردناک همخوان با آن ها از طریق بیان گفتاری تجارب یاد شده است. فروید از آغاز تولد تحلیل روانی نیرویی را شناسایی کرد که در جهت توقف یا سطحی سازی فرایند افشا فعال می شود و آن مقاومت است. هنگامی که فروید با پدیده مقاومت رو به رو شد، موضعی چالش برانگیز و فعال در برابر آن اتخاذ نکرد. در نوآوری هایی که پس از فروید در روان درمانی صورت گرفت اغلب سعی کردند همچنان به صورتی آرام و غیر مستقیم با مقاومت رو به رو شوند. چنین راهبردی در خصوص مقاومت یکی از عوامل عمده ای است که فرایند افشا را سطحی و کند می سازد و درمانگری را به فرایندی بلند مدت، سازمان نیافته، مبهم، و غیر مستقیم تبدیل می کند (قربانی، ۱۳۸۲).

فنون رواندرمانی پویشی فشرده و کوتاه مدت پایانی بر چنین تصویری از رواندرمانی است که در آن روش بلند مدت، کم اثر، سازمان نیافته، و نامشخص تحلیل روانی به یک روش کوتاه مدت، اثربخش، سازمان یافته، و روشن تبدیل شده است. محورهای این روش درمانی بر نوع رابطه درمانی و ماهیت افشا استوار است. موضع فعال درمانگر و به کارگیری صحیح فنون سبب می شود تا مراجع در کوتاه ترین زمان عمق احساسات و افکار خود را شناسایی و لمس نماید (قربانی، ۱۳۸۲).

رواندرمانی پویشی فشرده و کوتاه مدت توسط دوانلو (۱۹۸۰، ۱۹۹۰، ۱۹۹۵^a) طی چهل سال گذشته تدوین شده و معطوف به رهایی کامل بیمار از اختلال های نشانه ای^۳ و همچنین تغییرات چند بعدی ساختاری منش است. این درمان بر پایه تکنیک بازگشایی ناهشیار^۴ در طی یک جلسه مصاحبه منفرد قرار دارد و نشان داده شده بر طیف وسیعی از بیماران که از گستره ای از اختلال های نشانه ای، اختلال های منش و ساختار منش شکننده^۵ بیماران موثر است (سعید^۶، راسی، اوین و وینت، ۱۹۹۸).

1. Breuer
2. Freud
3. Symptom disturbances
4. Unlocking the unconscious
5. Fragile character structure
6. Said & et.al.

در این تکنیک مراحل هفتگانه اجرای مداخلات و پاسخ های آن که توالی پویشی^۱ نامیده می شود ابتدا با پرسش درباره مشکل بیمار آغاز می شود. دردناک بودن چنین کاوشی سبب می شود اغلب بیماران در برابر فشار درمانگر (مرحله دوم) برای پاسخ های مشخص تر و شناخت ماهیت واقعی احساسات تجربه شده مقاومت نشان دهند. در مرحله سوم توالی پویشی همچنان که دفاع های تاکتیکی و اصلی فعال می شوند درمانگر ماهیت و پیامد آن ها را برای بیمار روشن می کند و با ایجاد تردید در دفاع ها، مقابله کردن، و سد کردن به چالش با آن ها بر می خیزد. از آن جا که تبلور^۲ مقاومت احساسات پیچیده انتقالی را برمی انگیزد، بنابراین مقاومت بیمار بر احساسات انتقالی متمرکز می شود و این سرآغاز مرحله چهارم توالی پویشی است. درمانگر در این مرحله نیز با استفاده از روشن سازی و چالش در شکستن سیستم های دفاعی وابسته به انتقال می کوشد. در این فرآیند تنش درونی بین مقاومت و پیمان درمانی به حداکثر خود می رسد. درمانگر آن قدر به روشن سازی و چالش با دفاع ها ادامه می دهد تا پیمان درمانی^۳ بر مقاومت غلبه کند و امکان رخنه در مواد آسیب شناختی ناهشیار بیمار فراهم گردد. در مرحله پنجم توالی پویشی بیمار احساسات انتقالی خود را به طور واقعی لمس می کند. احساسات انتقالی معمولاً در اثر تداعی های خود انگیزته بیمار، از درمانگر به منابع اصلی آن، که عمدتاً اعضای خانواده و تعامل های دوران کودکی است، منتقل می شود و در نتیجه درمانگر و بیمار هر دو می توانند نیروهای پویشی آسیب شناختی ناهشیار را به طور مستقیم مشاهده کنند. در مرحله ششم، درمانگر، شباهت ها و تمایزهای سبک بیمار را در دفاع از احساسات دردناک و اضطراب آور در روابط کنونی و انتقالی وی تحلیل می کند. در مرحله هفتم، به سبب تسلط پیمان درمانی رویدادهای آسیب زای مسبب اختلال بیمار و احساسات ناهشیار خشم، گناه، اندوه و عشق افشا و تجربه می شوند. در این مرحله درمانگر فرآیند توالی پویشی را تحلیل و تلخیص می کند و از این طریق بینشی را که بیمار از این فرآیند به دست آورده است، مستحکم می سازد. بر این اساس، مراحل هفتگانه توالی پویشی عبارتند از: پرسش در مورد مشکل بیمار، فشار، چالش با مقاومت، تجلی مقاومت انتقالی و چالش با آن، غلبه پیمان درمانی بر مقاومت و بازگشایی ناهشیار، تحلیل انتقال، و کاوش پویشی ناهشیار (قربانی، ۱۳۸۲).

با توجه به توالی پویشی یکی از پیامدهای مهم این فنون درگیری مستقیم با مقاومت بیمار است که این چالش منجر به تبلور شدن و تشدید^۴ انتقال می گردد. ارتباط متقابل بین دفاع ها

1. Dynamic sequence
2. Crystalization
3. Therapeutic alliance
4. Intensification

رابطه بین سبک های دفاعی، و ظهور مقاومت و انتقال در رواندرمانی...

و چالش با آن ها و بروز انتقال یکی از مفروضه های زیربنایی تکنیک درمانی دوانلو است و به نام عامل دوگانه^۱ نامیده می شود (قربانی، ۱۳۸۲).

از طرف دیگر در سال های اخیر نظریه دلبستگی چارچوب مفهومی با اهمیتی برای فهم راه های کم و بیش انطباقی یا غیر انطباقی فراهم آورده است که افراد ممکن است در چالش های تحولی گستره های مختلف زندگی به کار گیرند (لیدن و شری^۲، ۲۰۰۱). ایده عمده در بسیاری از رویکردهای تحولی این است که تجربیات شکل دهنده با مراقبان اولیه و افراد مهم دیگر، نه تنها بنیان احساس زیربنایی از "خود"^۳ را فراهم می کند بلکه شیوه پیشبرد چالش ها و مسایل تحولی طول زندگی او را نیز تعیین می کند (لیدن و شری، ۲۰۰۱).

به عقیده لیدن و شری (۲۰۰۱) نظریه دلبستگی به عنوان نظریه ای با پایه و اساس تحولی از شکل گیری شخصیت، یک چارچوب عملی برای فهم تحول و تداوم اختلال های شخصیت فراهم می کند. بر اساس نظریات مربوط به دلبستگی یک ظرفیت فطری برای شکل دهی صمیمیت و دلبستگی هیجانی به والدین یا جانشینان آنان وجود دارد (قربانی، ۱۳۸۲).

دوانلو (۱۹۸۷، به نقل از قربانی، ۱۳۸۲) نیز معتقد است تنها ظرفیت پیوندهای گرم با والدین فطری است. تلاش های کودک برای دلبستگی به طرز گریز ناپذیری ناکام می شود. این ناکامی زمینه ساز درد و اندوهی درونی می شود و خشمی واکنشی نسبت به منبع ناکام کننده نیاز به دلبستگی ایجاد می کند که معمولاً والدین هستند. درد و خشم ایجاد شده گاهی آن قدر شدید و غیر قابل تحمل است که در اثر آن فرد ناهشیارانه و به شیوه های مختلف تصمیم می گیرد از نزدیک شدن احساسی به دیگران بگریزد. زیرا نزدیکی دیگران و روابط صمیمی ممکن است باز هم چنین دردی را در او ایجاد کند. چنین پدیده ای منجر به بنا شدن لایه های دفاعی جهت حفاظت سیستم درون روانی می شود. این لایه دفاعی حفاظتی، هر دو منبع بیرونی و درونی درد واقعی و یا پیش بینی احتمال بروز آن را دفع می کند. دوانلو (۱۹۹۰، به نقل از قربانی، ۱۳۸۲) این امر را دفاع بر ضد نزدیکی هیجانی می نامد. این لایه حفاظتی در بیماران در قالب یک دیوار نامرئی برای پیشگیری از ارتباطات صمیمی و رضایت بخش انسانی منجر می شود. چنین بیمارانی که شخصیت یا منش مرضی^۴ دارند، اغلب نسبت به هر نوع درمانی مقاومت نشان می دهند. از طرف دیگر به عقیده وستن^۵ (۱۹۹۸) انتقال عبارت است از شباهت آرزوها، ترس ها،

-
1. Twin factor
 2. Sherry
 3. Self
 4. Character pathology
 5. Westen

احساسات و ادراکات فرد از افراد مهم زندگی، به الگوهای نخستین^۱ مربوط به گذشته که میزان این شباهت بستگی به میزان فعال سازی آن الگوها توسط فرد یا موقعیت دارد.

پژوهش های اخیر ارتباط سبک های دفاعی با اختلال های شخصیت را به خوبی نشان داده اند (وستن و گابارد^۲، ۱۹۹۹، به نقل از قربانی، ۱۳۸۲). عده ای از پژوهشگران بر اساس مشاهدات تجربی معتقدند بزرگسالان دارای اختلال شخصیت معمولاً مکانیسم های دفاعی نا بالغ از قبیل فرافکنی، تجزیه، بی ارزش سازی، دونیم سازی و خیال بافی اوتیستیک را به کار می گیرند (وایلانت، ۱۹۷۱، ۱۹۸۶، ۱۹۹۴؛ وایلانت، باند^۳، و وایلانت، ۱۹۸۶؛ وایلانت و دریک^۴، ۱۹۸۵؛ وایلانت و مک کالو^۵، ۱۹۹۸). علاوه بر این، پژوهش ها نشان می دهند اختلال های شخصیت مختلف ممکن است بتوانند بر اساس استفاده از مکانیسم های دفاعی متفاوت از یکدیگر متمایز گردند (سینها و واتسون، ۲۰۰۴). بر اساس نتایج بررسی پری^۶ (۲۰۰۱) بیماران با اختلال های شخصیت از دفاع های نابالغ بیشتر استفاده می کنند.

بنابراین سبک های دفاعی از آن جایی که مجموعه اطلاعات متمایزی علاوه بر نشانه های چهارمین راهنمای تشخیصی و آماری^۷ انجمن روانپزشکی آمریکا (۱۹۹۴) فراهم می کنند از لحاظ نظری و بالینی با ارزش هستند و از آن جایی که تشخیص های توصیفی اطلاعاتی درباره پویایی نشانه های بیمار نمی دهند، سنجش مکانیسم های دفاعی می تواند در پیش بینی رابطه بین مقاومت و انتقال نقش مهم تری بازی کند.

به طور خلاصه طبق نظر دوانلو (۱۹۹۵^۸) چالش با مقاومت منجر به تشدید انتقال می گردد (عامل دوگانه) دوانلو (۱۹۸۷)، به نقل از قربانی، ۱۳۸۲) نیز ناکامی تلاش های کودک برای دلبستگی را عامل اصلی در بنا شدن لایه های دفاعی می داند. بنابراین سبک های دفاعی و انتقال هر دو تحت تاثیر تجربیات فرد از مراقبان اولیه و افراد مهم دیگر قرار دارند و می توان گفت از این زاویه با یکدیگر پیوند می خورند.

از طرف دیگر پژوهش ها مکانیسم ها و سبک های دفاعی را که در جلسه درمان به شکل مقاومت ظاهر می شود با اختلال های شخصیت مرتبط دانسته اند (وستن و گابارد، ۱۹۹۹، به نقل از قربانی، ۱۳۸۲؛ وایلانت، ۱۹۷۱، ۱۹۸۶، ۱۹۹۴؛ وایلانت، باند، و وایلانت، ۱۹۸۶؛ وایلانت و

-
1. Prototype
 2. Gabbard
 3. Bond
 4. Drake
 5. Mc Cullough
 6. Perry
 7. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – 4th edition (DSM-IV)

رابطه بین سبک های دفاعی، و ظهور مقاومت و انتقال در رواندرمانی...

دریک، ۱۹۸۵؛ وایلانگ و مک کالو، ۱۹۹۸؛ سینها و واتسون، ۲۰۰۴؛ پری ۲۰۰۱). به عقیده لیدن و شری (۲۰۰۱) نظریه دلبستگی در تحول و تداوم اختلال های شخصیت نقش تجربیات شکل دهنده با مراقبان اولیه و افراد مهم دیگر را مورد تاکید قرار می دهد، و این زاویه دیگری است که در آن مکانیسم ها و سبک های دفاعی با تجربیات فرد از مراقبان اولیه و در نتیجه با انتقال پیوند می خورند.

علاوه بر این از آن جایی که مقاومت به کار گیری گستره ای از مکانیسم های دفاعی در جلسه درمان است (دوانلو، ۱۹۹۵^a) و انتقال خود یک نوع دفاع (مکانیسم دفاعی جابجایی) است و در جلسه درمان به عنوان نوع خاصی از مقاومت به حساب می آید، می توان گفت مقاومت و انتقال مستقیماً با سبک های دفاعی بیمار مرتبط می شوند.

پژوهش ها نشان داده اند رواندرمانی پویایی در بهبود نشانه های روان شناختی موثر است (پری و باند، ۲۰۰۰؛ پری، بانون، و یانی، ۱۹۹۹ و راث و فوناگی، ۱۹۹۹). این روش درمانی برای درمان اختلال های شخصیت نیز کارآیی دارد (پری، ۲۰۰۳). با این وجود پژوهش های اندکی تغییرات پویایی طی رواندرمانی را مورد بررسی قرار داده اند. در پژوهش حاضر مفروضه زیربنایی تکنیک روان درمانی پویایی فشرده و کوتاه مدت یعنی عامل دوگانه مقاومت و انتقال و رابطه آن با سبک های دفاعی مورد بررسی قرار می گیرد. اگر عامل دوگانه به صورت تجربی نشان داده شود، و با سبک های دفاعی بیمار ارتباط داشته باشد، پس باید درمانگران با هر گرایش درمانی به این مسأله توجه کنند که یک مانع عمده در روان درمانی به نام انتقال وجود دارد که تا برطرف نشود درمان پیش نمی رود و انتقال به مقاومت و سبک های دفاعی بیمار گره خورده است، از این روی توجه به آن ها در روان درمانی ضروری خواهد بود. در صورتی که به عامل دوگانه مقاومت و انتقال توجه نشود و با آن چالش صورت نگیرد، پیمان درمانی برای مقابله با مقاومت برانگیخته نخواهد شد و درمانگر و بیمار از دسترسی به مواد اساسی درمان محروم خواهند ماند و درمان از مسیر درست منحرف خواهد شد.

فرضیه های پژوهش

- ۱- ظهور عامل دوگانه در گروهی که با مقاومت بیمار چالش صورت می گیرد بیشتر از گروه گواه است.
- ۲- ظهور عامل دوگانه و سبک های دفاعی با یکدیگر ارتباط دارند.

روش

جامعه آماری پژوهش حاضر بیماران مراجعه کننده به مراکز مشاوره ای "هستی" و "ماوا" و یک مطب روانپزشکی در شهر تهران بود. از میان آن ها افرادی که حداقل تا سوم راهنمایی سواد داشتند و در محدوده سنی ۱۸ الی ۵۰ سال قرار داشتند و دچار یکی از انواع اختلال های اضطرابی به جزء اختلال استرس پس ضربه ای^۱ بودند انتخاب شدند. با توجه به طرح پژوهش که از نوع آزمایشی با اندازه های مکرر^۲ است، بر اساس توصیه گرین^۳ (۱۹۹۰)، به نقل از استیونس، ۱۹۹۲، (ص ۴۵۷) با در نظر گرفتن اندازه موثر^۴ متوسط و همبستگی ۰/۵۰ بین اندازه های متوالی، اندازه نمونه برای هر گروه برابر ۱۳ نفر تعیین شد. با توجه به وجود چهار گروه در این طرح (در طرح اصلی پژوهش هر کدام از گروه های آزمایشی و غیر آزمایشی به دو زیر گروه بیماران با و بدون اختلال های شخصیت تقسیم شده بودند که نتایج آن در نوروزی، عاطف وحید، قربانی، و قاضی طباطبایی (۱۳۸۶) آمده است، جمعا ۵۲ نفر در پژوهش وارد شدند.

ابزارهای پژوهش

نسخه بالینی مصاحبه بالینی ساخت یافته برای محور **DSM-IV I**^۵: در سال ۱۹۸۳، مصاحبه بالینی ساخت یافته به عنوان ابزاری برای تشخیص های **DSM-III-R** تدوین شد. نسخه بالینی و پژوهشی مصاحبه بالینی ساخت یافته به وسیله فرست^۶، اسپیتزر، و گیبون در سال ۱۹۹۷ برای تشخیص های **DSM-IV** تدوین شد. نسخه بالینی مصاحبه بالینی ساخت یافته شامل شش الگوی تشخیصی است. این الگوهای تشخیصی عبارتند از: الگوی **A** (دوره خلقی)، الگوی **B** (نشانه های روان پریشی)، الگوی **C** (اختلال های روان پریشی)، الگوی **D** (اختلال های خلقی)، الگوی **E** (اختلال های ناشی از مواد)، و الگوی **F** (اختلال های اضطرابی). روایی^۷ این ابزار به وسیله متخصصین روان شناسی بالینی بررسی و تایید شد و با استفاده از روش باز آزمایشی در فاصله یک هفته پایایی^۸ برابر ۰/۹۵ به دست آمد (بختیاری، ۱۳۷۹).

1. Post Traumatic Stress Disorder (PTSD)
2. Repeated measures
3. Green
4. Effect size
5. Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders, Clinical Version (SCID-CV)
6. First & et.al.
7. Validity
8. Reliability

رابطه بین سبک های دفاعی، و ظهور مقاومت و انتقال در رواندرومانی...

مقیاس سنجش مقاومت (RAS):^۱ این مقیاس که دارای ۴۰ سوال پنج گزینه ای (اصلاً، کمی، نسبتاً، تقریباً زیاد، کاملاً) است با استفاده از سوال های مقیاس خودافشایی هیجانی^۲ (اسنل^۳، ۱۹۸۸؛ اسنل و همکاران ۲۰۰۱) با تغییراتی در نحوه پاسخ دهی بیمار توسط پژوهشگر ساخته شد. به عنوان مثال "یا برای شما مشکل است احساس خشم خود را با درمانگر درمیان بگذارید؟" به جای "یا احساس خشم خود را به درمانگر ابراز کرده اید؟" قرار گرفت. روایی و اعتبار آن در مرحله پیش مطالعه بررسی شد. پس از ترجمه پرسشنامه ترجمه آن توسط اساتید روان شناسی دکتر محمود دژکام، دکتر علیرضا عابدین و دکتر نیما قربانی اصلاح و تأیید شد. برای تعیین روایی آن از روش محتوایی استفاده و برای اطمینان از روایی آن نیز از اساتید فوق سوال شد که همگی روایی محتوایی این پرسشنامه را تایید کردند. برای تعیین اعتبار مقیاس سنجش مقاومت در مرحله پیش مطالعه از روش بازآزمایی و بررسی همسانی درونی استفاده شد. ۳۰ نفر از بیماران مراجعه کننده به مراکز مشاوره "هستی" و "ماوا" و یک مطب روان پزشکی دو بار و به فاصله دو هفته پرسشنامه را تکمیل کردند، که اعتبار بازآزمایی برابر ۰/۷۹ و آلفای کرانباخ برابر ۰/۹۴ به دست آمد.

مقیاس سنجش احساسات انتقالی (TAS):^۴ این مقیاس نیز که دارای ۴۰ سوال پنج گزینه ای اصلاً، کمی، نسبتاً، تقریباً زیاد، کاملاً است توسط پژوهشگر با استفاده از مقیاس خود افشایی هیجانی (اسنل، ۱۹۸۸؛ اسنل و همکاران، ۲۰۰۱) با تغییراتی در نحوه پاسخ دهی بیمار ساخته شد به عنوان مثال "آیا در ارتباط با درمانگر احساس خشم کرده اید؟" به جای "یا احساس خشم خود را به درمانگر ابراز کرده اید؟" قرار گرفت و در مرحله پیش مطالعه روایی و اعتبار آن بررسی و پس از اطمینان از روایی و اعتبار آن برای سنجش احساسات انتقالی بیماران نسبت به درمانگر به کار گرفته شد. پس از ترجمه پرسشنامه، ترجمه آن توسط اساتید روان شناسی پیش گفته اصلاح و تأیید شد. برای بررسی روایی آن از روش محتوایی استفاده و برای اطمینان از روایی آن نیز از همان اساتید سوال شد که همگی روایی محتوایی این پرسشنامه را تایید کردند. برای بررسی اعتبار مقیاس سنجش احساسات انتقالی در مرحله پیش مطالعه از روش بازآزمایی و بررسی همسانی درونی استفاده شد. ۳۰ نفر از بیماران مراجعه کننده به مراکز مشاوره "هستی" و "ماوا" و یک مطب روان پزشکی دو بار و به فاصله دو هفته پرسشنامه را تکمیل کردند، و اعتبار بازآزمایی برابر ۰/۸۶ و آلفای کرانباخ برابر ۰/۹۱ به دست آمد.

1. Resistance assessment scale
2. Emotional self-disclosure scale
3. Snell
4. Transference assessment scale (TAS)

پرسشنامه سبک های دفاعی (DSQ)^۱: DSQ-40 (آندرو^۲ و همکاران، ۱۹۹۳) یک نسخه تجدید نظر شده از مقیاس اصلی اولیه است که توسط باند و همکاران در سال ۱۹۸۳ تدوین شد. در این ابزار ۲۰ مقیاس فرعی (دفاع) با دو عبارت برای هر کدام از دفاع ها وجود دارد. دفاع ها به سه عامل یا سبک دسته بندی شده اند: بالغ، روان آزوده و نابالغ. دفاع های بالغ شامل تصعید، شوخی، پیش بینی و واپس رانی دفاع های روان آزوده عبارتند از: باطل سازی، نوع دوستی، کاذب، آرمانی سازی، و واکنش وارونه. دفاع های نابالغ نیز شامل فرافکنی، پرخاشگری انفعالی، برون ریزی، عایق سازی، بی ارزش سازی، خیالبافی اوتیستیک، انکار، جا به جایی، تجزیه، دوپاره سازی، دلیل تراشی و بدنی سازی از آن جایی که دو عبارت برای هر مقیاس فرعی وجود دارد، آلفای کرانباخ مقیاس ها خیلی متغیر است، از ۰/۴۲ برای بی ارزش سازی تا ۰/۷۱۷ برای خیالبافی اوتیستیک با میانگین ۰/۳۲۹. میانگین همبستگی عبارت - مقیاس^۳ برای ۴۰ عبارت برابر ۰/۱۱۲ است. برای این مقیاس روایی و اعتبار کافی توسط پژوهش های آندرو و همکاران (۱۹۹۳) و باند (۱۹۹۵) گزارش شده است (سینها و واتسون، ۲۰۰۴).

پژوهش ها مفید بودن پرسشنامه سبک های دفاعی را در پیش بینی اختلال های شخصیت نشان داده اند (سینها و واتسون، ۲۰۰۴). پری (۲۰۰۱)، به نقل از هرسوک^۴، سکستون^۵، و هاگلند^۶، (۲۰۰۲) بر اساس ارتباط سبک های دفاعی با آزمون های وضعیت تشخیصی، سلامتی روانی عمومی و تحول روان شناختی، شواهد همگرایی برای روایی این سبک ها ارائه کرده است. در پژوهش حاضر در مرحله پیش مطالعه روایی و اعتبار این پرسشنامه ارزیابی و پس از اطمینان از روایی و اعتبار آن برای سنجش سبک های دفاعی بیماران به کار گرفته شد. برای بررسی روایی پرسشنامه سبک های دفاعی از روش محتوایی استفاده شد. پس از ترجمه پرسشنامه ترجمه آن توسط اساتید روان شناسی پیش گفته اصلاح و تایید شد، برای اطمینان از روایی آن از همان اساتید سوال شد که همگی روایی محتوایی این پرسشنامه را تایید کردند. برای بررسی اعتبار پرسشنامه سبکهای دفاعی در مرحله پیش مطالعه از روش بازآزمایی و بررسی همسانی درونی استفاده و پرسشنامه در مورد ۳۰ نفر از بیماران مراجعه کننده به مراکز مشاوره "هستی" و "ماوا" و یک مطب روان پزشکی دو بار و به فاصله دو هفته اجرا شد. در این بررسی اعتبار بازآزمایی برابر ۰/۷۸ و آلفای کرانباخ برابر ۰/۷۲ به دست آمد.

1. Defensive style questionnaire (DSQ)
2. Andrew
3. Item- scalen correlation
4. Hersoug
5. Sexton
6. Hoglend

رابطه بین سبک های دفاعی، و ظهور مقاومت و انتقال در رواندرومانی...

روش اجرا

آزمودنی ها پس از ارزیابی تشخیصی اولیه توسط روانپزشک، به کمک نسخه بالینی مصاحبه بالینی ساخت یافته مورد ارزیابی تشخیصی مجدد قرار گرفتند و در صورت داشتن ملاک های پژوهش به طور تصادفی در دو زیر گروه آزمایشی و گواه گمارده شدند و به دنبال آن ارزیابی تکمیلی تشخیصی توسط پژوهشگر صورت گرفت. پرسشنامه سبکهای دفاعی پس از جلسه ارزیابی و پرسشنامه های سنجش مقاومت و احساسات انتقالی پس از جلسه ارزیابی و پس از سه جلسه مداخله با فاصله یک هفته اجرا شدند. در مورد زیرگروه آزمایشی، طی سه جلسه چهل و پنج دقیقه ای با فاصله یک هفته از تکنیک فشار به سمت تجربه احساس، روشن سازی دفاع ها و چالش با مقاومت (مراحل دوم و سوم توالی پویشی در تکنیک روان درمانی پویشی فشرده و کوتاه مدت (دوانلو، ۱۹۸۰، ۱۹۹۰، ۱۹۹۵^d) استفاده شد ولی در مورد زیرگروه دیگر چنین مداخله ای صورت نگرفت و درمانگر به نحو فعل پذیر شنونده احساسات بیمار بود.

یافته ها

جدول ۱. میانگین و انحراف معیار نمرات آزمودنی ها برای انتقال مثبت، انتقال منفی، و مقاومت در دو گروه چالش ($N=26$) و بدون چالش ($N=26$).

جلسه چهارم	جلسه سوم	جلسه دوم	جلسه اول	گروه	نمره
۱۳/۶	۱۴/۶	۱۶/۱	۱۱/۴	چالش	انتقال مثبت
۱۱/۲	۱۱/۲	۱۰/۰	۱۰/۵	میانگین انحراف معیار	
۲۲/۹	۲۱/۸	۲۱/۸	۱۹/۸	بدون	انتقال مثبت
۸/۷	۸/۴	۸/۵	۱۱/۸	میانگین انحراف معیار	
۴۷/۸	۳۸/۰	۳۲/۱	۲۶/۴	چالش	انتقال منفی
۱۷/۶	۱۶/۲	۱۷/۰	۱۵/۸	میانگین انحراف معیار	
۱۳/۹	۱۳/۱	۱۳/۶	۲۰/۲	بدون	انتقال منفی
۱۱/۹	۱۳/۲	۱۳/۷	۱۶/۹	میانگین انحراف معیار	
۱۴/۲	۱۷/۷	۱۹/۰	۲۰/۹	چالش	مقاومت
۵/۶	۶/۱	۱۰/۵	۱۰/۵	میانگین انحراف معیار	
۱۷/۲	۱۶/۶	۲۵/۹	۲۵/۹	بدون	مقاومت
۱۱/۴	۱۱/۰	۴۰/۹	۴۰/۹	میانگین انحراف معیار	

جدول (۱) میانگین و انحراف معیار نمرات آزمودنی ها را در پرسشنامه سنجش احساسات انتقالی برای انتقال مثبت، انتقال منفی، و مقاومت در دو گروه چالش و بدون چالش نشان می دهد. نتایج تجزیه و تحلیل اندازه گیری های مکرر نمرات آزمودنی ها برای انتقال مثبت، انتقال منفی، و مقاومت نیز به طور جداگانه در جدول (۲) آمده است.

جدول ۲. نتایج تجزیه و تحلیل اندازه گیری های مکرر نمرات آزمودنی ها برای انتقال مثبت، انتقال منفی، و مقاومت

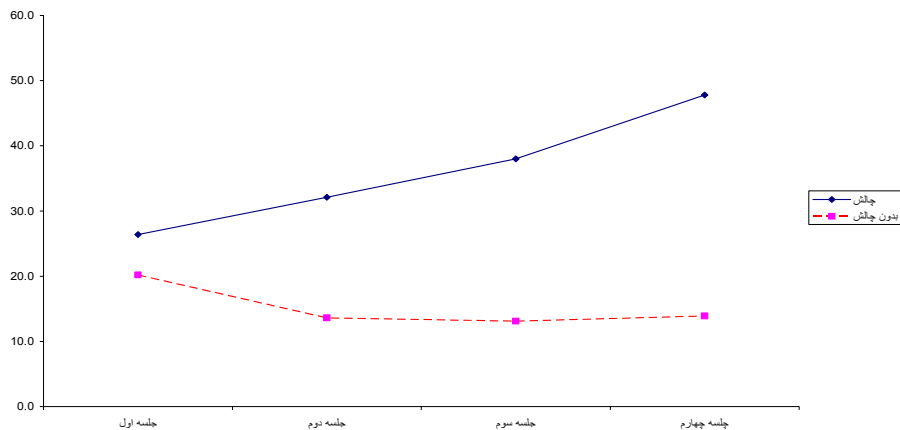
منبع اثر	ϵ^2 گرین هاوس - گایسر ^۱	df	F	P
انتقال مثبت	۰/۹۱	۲/۷۳	۳/۸	۰/۰۱۴
انتقال مثبت چالش			۱/۰	۰/۴۰
انتقال منفی	۰/۶۳	۱/۹۰	۷/۷	۰/۰۰۱
انتقال منفی چالش			۱۹/۴	۰/۰۰۱
مقاومت	۰/۳۸	۱/۱۵	۲/۳	۰/۱۲۹
مقاومت چالش			۰/۶۸	۰/۴۳۵

● ϵ^2 مقدار انحراف از مفروضه کروی بودن را نشان می دهد و برای اصلاح df در آن ضرب می شود. در اینجا از فرمول پیشنهادی گرین هاوس - گایسر (استیونس، ۱۹۹۲) که محافظه کارتر از فرمول های پیشنهادی دیگر است استفاده شده است.

بر اساس نتایج مندرج در جدول (۲) اثر انتقال منفی و تعامل انتقال منفی با چالش در سطح ۰/۰۰۱ معنادار است و بنابراین نتیجه می شود چالش با مقاومت منجر به تشدید انتقال منفی شده است (نمودار ۱) ولی اثر انتقال مثبت و تعامل انتقال مثبت با چالش در سطح ۰/۰۵ معنادار نیست و این نشان می دهد چالش با مقاومت منجر به تشدید انتقال مثبت نشده است. همچنین بر اساس نتایج مندرج در جدول (۲) اثر مقاومت و تعامل مقاومت با چالش در سطح ۰/۰۵ معنادار نیست و این نشان می دهد چالش با مقاومت منجر به تشدید مقاومت نشده است.

1. greenhous –geisser epsilon

رابطه بین سبک های دفاعی، و ظهور مقاومت و انتقال در رواندرمانی...



نمودار (۱): میانگین نمرات آزمودنیها برای انتقال منفی در دو گروه چالش و بدون چالش

بنابراین بر اساس نتایج بدست آمده فرضیه اول پژوهش مبنی بر ظهور بیشتر عامل دو گانه در گروهی که با مقاومت آن ها چالش صورت می گیرد در ارتباط با انتقال منفی تایید و در ارتباط با انتقال مثبت و مقاومت رد می شود.

برای تعیین سبک های دفاعی آزمودنی ها ابتدا آزمون کولموگوروف - سمیرنوف^۱ برای نمرات آزمودنی ها در هر کدام از سبک های دفاعی انجام شد تا مشخص گردد آیا نمرات آن ها از توزیع نرمال پیروی می کند یا نه. بر اساس نتایج این آزمون فقط نمرات مربوط به سبک دفاعی بالغ در سطح $0/05$ با توزیع نرمال مطابقت می کند. بنابراین برای تعیین سبک دفاعی بالغ از میانگین نمرات و برای تعیین سبک دفاعی روان آزرده و نابالغ از میانه استفاده شد. به این ترتیب آزمودنی هایی که نمره آن ها بالای میانگین/ میانه قرار داشت به عنوان آزمودنی با آن سبک دفاعی بالا و در غیر این صورت به عنوان آزمودنی با آن سبک دفاعی پایین تقسیم شدند.

جدول (۳) اثر تعاملی مقاومت، انتقال مثبت، و انتقال منفی با سبک های مختلف دفاعی در تجزیه و تحلیل اندازه گیری های مکرر نمرات آزمودنی هایی که با مقاومت آن ها چالش شد را نشان می دهد. بر اساس نتایج بدست آمده تنها اثر تعاملی سبک دفاعی نابالغ با انتقال منفی و مقاومت در سطح $0/05$ معنادار است. اثر تعاملی انتقال مثبت با هیچ سبک دفاعی در سطح $0/05$ معنادار نیست.

1. Kolmogorov - Smirnov

جدول ۳. اثر تعاملی مقاومت، انتقال مثبت، و انتقال منفی با سبک های مختلف دفاعی در تجزیه و تحلیل اندازه گیری های مکرر نمرات آزمودنی هایی که با مقاومت آن ها چالش شد ($N=26$).

منبع اثر	F گرین هاوس - گایسر	df	F	P
مقاومت «سبک های دفاعی بالغ»	۰/۶۰	۱/۸	۱/۲	۰/۲۹۸
مقاومت «سبک دفاعی نوروپیک»	۰/۶۰	۱/۸	۳/۰	۰/۰۶۷
مقاومت «سبک های دفاعی نابالغ»	۰/۶۴	۱/۹	۴/۲	۰/۰۲۲
انتقال مثبت «سبک های دفاعی بالغ»	۰/۸۸	۲/۶	۰/۵	۰/۶۵۰
انتقال مثبت «سبک دفاعی نوروپیک»	۰/۹۰	۲/۷	۰/۰۶	۰/۳۱۸
انتقال مثبت «سبک های دفاعی نابالغ»	۰/۹۰	۲/۷	۰/۹۶	۰/۴۱۱
انتقال منفی «سبک های دفاعی بالغ»	۰/۷۱	۲/۱	۱/۴	۰/۲۶۰
انتقال منفی «سبک دفاعی نوروپیک»	۰/۷۰	۲/۱	۲/۴	۰/۱۰۱
انتقال منفی «سبک دفاعی نابالغ»	۰/۷۶	۲/۳	۴/۰	۰/۰۱۹

در جدول (۴) نتایج تجزیه و تحلیل اندازه گیری های مکرر نمرات مقاومت، و انتقال منفی در دو گروه آزمودنی های با سبک دفاعی نابالغ بالا و سبک دفاعی نابالغ پایین آمده است.

جدول ۴. نتایج تجزیه و تحلیل اندازه گیری های مکرر نمرات مقاومت و انتقال منفی در دو گروه آزمودنی های با سبک دفاعی نابالغ بالا ($N=13$) و سبک های دفاعی نابالغ پایین ($N=13$).

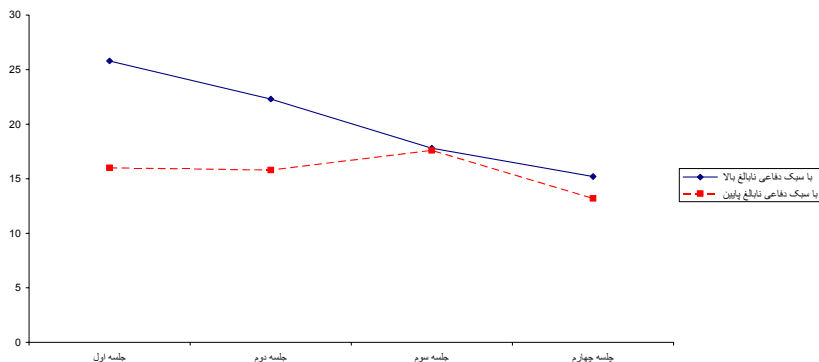
منبع اثر	F گرین هاوس - گایسر	df	F	P
مقاومت			۷/۳	۰/۰۰۲
مقاومت «سبک دفاعی نابالغ»	۰/۶۴	۱/۹	۴/۲	۰/۰۲۲
انتقال منفی			۲۰/۶	۰/۰۰۱
انتقال منفی «سبک دفاعی نابالغ»	۰/۷۶	۲/۳	۴/۰	۰/۰۱۹

رابطه بین سبک های دفاعی، و ظهور مقاومت و انتقال در رواندرمانی...

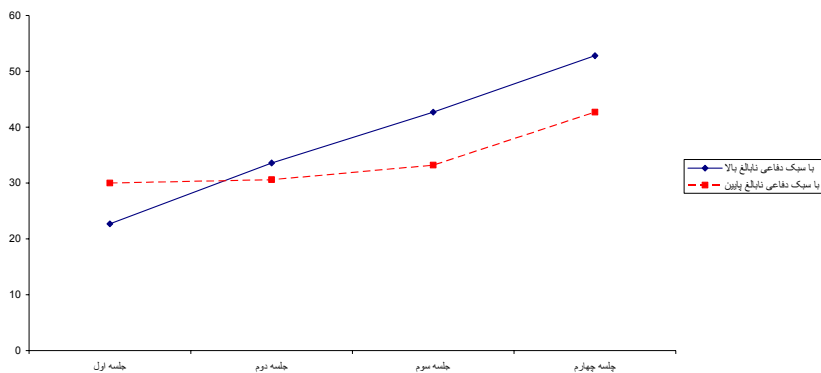
جدول ۵. میانگین و انحراف معیار نمرات مربوط به مقاومت و انتقال منفی در دو گروه آزمون های با سبک دفاعی نابالغ بالا ($N=13$) و سبک های دفاعی نابالغ پایین ($N=13$).

نمره	گروه	جلسه اول	جلسه دوم	جلسه سوم	جلسه چهارم
مقاومت	با سبک دفاعی نابالغ بالا	۲۵/۸	۲۲/۳	۱۷/۸	۱۵/۲
		۹/۶	۱۱/۰	۶/۱	۵/۵
	با سبک دفاعی نابالغ پایین	۱۶/۰	۱۵/۸	۱۷/۶	۱۳/۲
		۹/۲	۹/۳	۶/۳	۵/۸
انتقال منفی	با سبک دفاعی نابالغ بالا	۲۲/۷	۳۳/۶	۴۲/۷	۵۲/۸
		۱۱/۹	۱۸/۹	۱۷/۵	۱۹/۱
	با سبک دفاعی نابالغ پایین	۳۰/۰	۳۰/۶	۳۳/۲	۴۲/۷
		۱۸/۷	۱۵/۵	۱۳/۹	۱۵/۰

جدول (۵) نیز میانگین و انحراف معیار نمرات مربوط به این دو گروه و نمودار های ۲ و ۳ نیز نمودارهای مربوط به این میانگین ها را نشان می دهند.



نمودار (۲): میانگین نمرات مربوط به مقاومت در دو گروه آزمودنیهای با سبک دفاعی نابالغ بالا و سبک دفاعی نابالغ پایین.



نمودار (۳). میانگین نمرات مربوط به انتقال منفی در دو گروه آزمودنیهای با سبک دفاعی نابالغ بالا و سبک دفاعی نابالغ پایین.

بر اساس نتایج به دست آمده میزان مقاومت در گروه با سبک دفاعی نابالغ بالا در اثر چالش با مقاومت کاهش بیشتری نسبت به گروه با سبک دفاعی نابالغ پایین پیدا می کند و همچنین میزان انتقال منفی در گروه با سبک دفاعی نابالغ بالا در اثر چالش با مقاومت افزایش بیشتری نسبت به گروه با سبک دفاعی نابالغ پایین پیدا می کند.

بنابراین فرضیه دوم پژوهش مبنی بر ارتباط بین ظهور عامل دوگانه و سبک های دفاعی در مورد ارتباط عامل های مقاومت و انتقال منفی با سبک های دفاعی نابالغ تایید می شود ولی در مورد ارتباط عامل انتقال مثبت با سبک های مختلف دفاعی و همچنین عامل های انتقال منفی و مقاومت با سبک های دفاعی بالغ و روان آزرده رد می شود.

بحث

بر اساس نتایج به دست آمده فرضیه اول پژوهش مبنی بر ظهور بیشتر عامل دو گانه در گروهی که با مقاومت آن ها چالش صورت می گیرد در ارتباط با انتقال منفی تایید و در ارتباط با انتقال مثبت و مقاومت رد شد. این یافته که چالش با مقاومت بیمار منجر به تشدید انتقال منفی شده است با نظریات دوانلو (۱۹۸۰، ۱۹۹۰، ۱۹۹۵^a، ۱۹۹۵^b، ۲۰۰۰) در خصوص عامل دوگانه مقاومت و انتقال (ارتباط متقابل بین چالش با مقاومت و تشدید انتقال) و توالی پویایی همخوانی دارند.

رابطه بین سبک های دفاعی، و ظهور مقاومت و انتقال در روان‌رمانی...

از طرف دیگر این یافته که چالش با مقاومت بیمار تغییرات معناداری در انتقال مثبت و مقاومت ایجاد نکرد با نظریات دوانلو (۱۹۸۰، ۱۹۹۰، ۱۹۹۵^a، ۱۹۹۵^b، ۲۰۰۰) در ارتباط با عامل دوگانه مقاومت و انتقال (ارتباط متقابل بین چالش با مقاومت و تشدید انتقال) و توالی پویایی همخوانی ندارد. به نظر می‌رسد در اثر چالش، انتقال مثبت به شکل ناهشیار فعال می‌شود و دسترسی خود سنجی به آن محدود است. این یافته ناهمخوان ممکن است بیشتر ناشی از متغیرهای مداخله‌گر و محدودیت‌های پژوهش باشد. یکی از متغیرهای مداخله‌گر که ممکن است نتیجه پژوهش را تحت تأثیر قرار دهد شخصیت درمانگر است به عنوان مثال ممکن است ایجاد انتقال منفی را تسریع و ایجاد انتقال مثبت را بازداری کند. عامل دیگر محدودیت ناشی از ابزار سنجش انتقال است. با توجه به محدودیت‌های فرهنگی به ویژه از آنجا که اکثر مراجعان از جنس مخالف درمانگر بوده‌اند، این احتمال وجود دارد که ابزار سنجش انتقال نتوانسته است از سد مقاومت بیمار در بیان احساسات مثبت خود نسبت به درمانگر عبور نماید. در رابطه با عامل مقاومت نیز به نظر می‌رسد محدودیت‌هایی در ابزار سنجش وجود داشته است. این احتمال وجود دارد که به دنبال چالش با مقاومت، مقاومت بیمار از هشیاری رانده و ضمن جاری شدن اضطراب در مسیرهای جسمانی خود را به صورت علائم جسمانی از قبیل تنش در عضلات مخطط نشان داده است. در نتیجه ابزار مورد استفاده در پژوهش نتوانسته است آن را آشکار نماید.

وجود ارتباط بین عامل‌های مقاومت و انتقال منفی و سبک‌های دفاعی نابالغ و عدم ارتباط بین عامل‌های مقاومت و انتقال و سبک‌های دفاعی بالغ و روان‌آورده با توجه به ادبیات پژوهش مبنی بر ارتباط سبک‌های دفاعی با اختلال‌های شخصیت (وستن و گابارد، ۱۹۹۹ به نقل از قربانی، ۱۳۸۲)، استفاده بزرگسالان دارای اختلال شخصیت از مکانیسم‌های دفاعی نابالغ (وایلانت، ۱۹۷۱، ۱۹۹۴، ۱۹۸۶؛ وایلانت، باند، و وایلانت، ۱۹۸۶؛ وایلانت و دریک، ۱۹۸۵؛ وایلانت و مک کالو، ۱۹۹۸)، ارتباط اختلال‌های شخصیت با سبک‌های دفاعی غیر انطباقی‌تر (سینها و واتسون، ۱۹۹۹ و ۲۰۰۴، جانسون و همکاران، ۱۹۹۹ به نقل از سینها و واتسون، ۲۰۰۴)، و استفاده بیشتر بیماران با اختلال‌های شخصیت از دفاع‌های ناسازگار (پری، ۲۰۰۱، به نقل از هرسوگ و همکاران، ۲۰۰۲) همخوانی دارد.

بر اساس این یافته بین عامل انتقال مثبت و سبک‌های دفاعی نابالغ ارتباطی پیدا نشده است. این یافته ناهمخوان ممکن است تحت تأثیر متغیرهای مداخله‌گر (به ویژه شخصیت درمانگر) و محدودیت‌های پژوهش (ابزار سنجش انتقال، محدودیت‌های فرهنگی در بیان احساسات مثبت نسبت به درمانگر از جنس مخالف) که در ارتباط با یافته‌های قبلی بحث شده است، قرار گرفته باشد.

نتیجه گیری

از یافته های پژوهش حاضر نتیجه گیری می شود در روش رواندرمانی پویایی فشرده و کوتاه مدت فشار به سمت تجربه احساس، روشن سازی دفاع ها و چالش با مقاومت منجر به تشدید احساسات انتقالی می شود. این یافته در کار مداخلات درمانی اهمیت زیادی دارد. زیرا مقاومت یک مانع عمده در درمان است و در صورتی که با آن چالش نشود درمانگر نمی تواند از سپر دفاعی بیمار عبور نماید. از طرف دیگر چالش با آن منجر به تشدید انتقال می شود که خود یک نوع دفاع است و در صورتی که به آن توجه نشود می تواند منجر به انحراف یا رهاکردن درمان توسط بیمار شود و انتقال نیز با سبک های دفاعی بیمار در ارتباط است. بنابراین توجه به سبک های دفاعی، مقاومت، و انتقال در رواندرمانی از اهمیت زیادی برخوردار است و این امر به ویژه در بیماران با اختلال های شخصیت اهمیت بیشتری دارد.

دوانلو معتقد است مفهوم سازی و تکنیک رویارویی با انتقال در رواندرمانی پویایی فشرده و کوتاه مدت از نوزد انتقال در نظریه سنتی تفاوت بنیادین دارد. بر اساس تحلیل های وی از مصاحبه های بالینی، نوزد انتقال موقعیتی است که در آن بیمار تمامی مقاومت منش و احساسات پیچیده مرضی خود را به درمانگر منتقل می کند، در حالی که تمامی این نیروهای مرضی را در ناهشیار خود محبوس می دارد. تا هنگامی که چنین نیرویی در فرایند درمانگری فعال است، دستیابی به نیروهای پویایی مسبب اختلال تقریباً ناممکن خواهد بود، زیرا درمانگر نقش یک والد، نه درمانگر را برای بیمار به عهده خواهد داشت و نیازهای وی را ارضاء خواهد کرد. چنین موقعیتی تنها به تثبیت حالت های نوزدی می انجامد. بنابراین دوانلو معتقد است درمانگر باید از ابتدای فرآیند درمانگری و با تمام تلاش، از شکل گیری نوزد انتقال جلوگیری کند. در این راستا وی باید بسیار محکم و روشن موضع خنثی داشته باشد. رنج ناشی از اختلال و قدرت نیروهای مرضی نیازمند موضع فعال درمانگر بر ضد نیاز بیمار به تکرار الگوهای مخرب خود در رابطه درمانی است (گاتویک و همکاران، ۲۰۰۱، به نقل از قربانی، ۱۳۸۲).

بنابراین توجه به سبک های دفاعی، مقاومت، و انتقال در رواندرمانی از اهمیت زیادی برخوردار است و این امر به ویژه در بیماران با اختلال های شخصیت که نسبت بیشتری از دفاع های نابالغ و غیر انطباقی را مورد استفاده قرار می دهند (وایلانت، ۱۹۷۱، ۱۹۹۴، ۱۹۸۶؛ وایلانت، باند، و وایلانت، ۱۹۸۶؛ وایلانت و دریک، ۱۹۸۵؛ وایلانت و مک کالو، ۱۹۹۸؛ سینها و واتسون، ۱۹۹۹ و ۲۰۰۴؛ جانسون و همکاران، ۱۹۹۹ به نقل از سینها و واتسون، ۲۰۰۴؛ پری، ۲۰۰۱، به نقل از هرسوگ و همکاران، ۲۰۰۲) اهمیت بیشتری دارد.

نتیجه دیگر پژوهش این است که تشدید انتقال منفی در اثر چالش با مقاومت، با سبک دفاعی نابالغ بیمار ارتباط دارد. سبک های دفاعی از آنجایی که مجموعه اطلاعات متمایزی علاوه

رابطه بین سبک های دفاعی، و ظهور مقاومت و انتقال در رواندرمانی...

بر نشانه های DSM-IV فراهم می کنند از لحاظ نظری و بالینی با ارزش هستند و از آن جایی که تشخیص های توصیفی اطلاعاتی درباره پویایی نشانه های بیمار نمی دهند، سنجش مکانیسم های دفاعی می تواند در پیش بینی رابطه بین مقاومت و انتقال نقش مهمتری بازی کند. این پیش بینی از زاویه دیگری نیز اهمیت پیدا می کند و آن این است که لایه های دفاعی بیمار که ریشه در شکست فرد در تلاش برای دل بستگی در کودکی دارند منجر به پیشگیری از هر گونه ارتباطات صمیمی و رضایت بخش و ایجاد شخصیت یا منش مرضی می شود که اغلب نسبت به هر نوع درمانی مقاومت ایجاد می کند و مانع از آن می شود که بیمار و درمانگر بتوانند بی پرده به احساسات درونی بیمار دست یابند و در نتیجه تلاش های درمانگر برای کمک به بیمار عقیم می ماند.

این یافته نشان می دهد با استفاده از ابزارهای سنجش سبک های دفاعی می توان پیامدهای مداخلات درمانی، میزان همکاری بیمار با درمانگر و همچنین تلاش بیمار برای مشارکت فعالانه در برقراری یک ارتباط درمانی مناسب و نگاه صادقانه و بی پرده به احساسات درونی خود را پیش بینی کرد و یا از طرف دیگر میزان مقاومت او و تلاش او برای پیشگیری از ایجاد یک جو صمیمی و صادقانه برای جلوگیری از دستیابی به احساسات درونی و حتی کوشش در جهت خودتخریبی و خودشکست دهی از طریق عقیم کردن درمان، و در نهایت شکست درمان را تا حدودی پیش بینی نمود.

منابع

- انجمن روانپزشکی آمریکا. (۱۳۷۴). راهنمای تشخیصی و آماری اختلال های روانی ترجمه محمد رضا نیکخوا، هامایک آوادیس یانس، سیامک نقشبندی، مالک میرهاشمی و محی الدین غفرانی. تهران: انتشارات سخن.
- بختیاری، مریم. (۱۳۷۹). بررسی اختلالات روانی در مبتلایان به اختلال بدشکلی بدن. پایان نامه کارشناسی ارشد روان شناسی بالینی. انستیتو روان پزشکی تهران.
- قربانی، نیما. (۱۳۸۲). رواندرمانگری پوششی فشرده و کوتاه مدت: مبادی و فنون. تهران: سمت.
- نوروزی، نصرت...؛ عاطف وحید، محمد کاظم؛ قربانی، نیما؛ و قاضی طباطبایی، محمود. (۱۳۸۶). بررسی عامل دوگانه مقاومت و انتقال در بیماران با و بدون اختلال های شخصیت. مجله روان پزشکی و روان شناسی بالینی ایران (اندیشه و رفتار)، ۴۹، ۱۳۲-۱۳۹.

- Andrews, G., Singh, M., & Bond, M. (1993). The defense style questionnaire. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 181 (4), 246-56.
- Davanloo, H. (1980). *Short-term dynamic psychotherapy*. New York: Aronson.
- Dressen, L.
- Davanloo, H. (1990). *Unlocking the unconscious*. Chichester: Wiley.
- Davanloo, H. (1995a). *Unlocking the unconscious*. New York: John Wiley & Sons.

- Davanloo, H. (1995b). Intensive short-term dynamic psychotherapy: specterum of psychoneurotic disorders. *International Journal of Short-Term Psychotherapy*, 10, 121-155.
- Davanloo, Habib. (2000). *Intensive short-term dynamic psychotherapy*. New York: Wiley.
- First, M. B., Gibbon, M., Spitzer, R. L., Williams, J. B., & Benjamin, L. S. (1997). *User's guide for the Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis II Personality Disorders, SCID-II*. Washington, DC: American Psychiatric Press, Inc.
- Hersoug, A. G., Sexton, H. C., & Hoglend, P. (2002). Contribution of defensive functioning to the quality of working alliance and psychotherapy outcome. *American Journal of Psychotherapy*, 56 (4), 539-554.
- Lyddon, W. J., & Sherry, A. (2001). Developmental personality styles: Anattachment theory conceptualization of personality disorders. *Journal of Counseling and Development*, 79 (4), 405-414.
- Perry, J. C. (2003). Review: psychodynamic therapy and cognitive behavioural therapy are effective in the treatment of personality disorders. *American Journal of Psychiatry*, 160 (7), 1223-32.
- Perry, J. C., Banon, E., & Ianni, F. (1999). Effectiveness of psychotherapy for personality disorders. *American Journal of Psychiatry*, 156, 1312-1321.
- Perry, J. C., & Bond, M. (2000). *Empirical studies of psychotherapy for personality disorders*. In psychotherapy for personality disorders. Edited by Gunderson J. G., Gabbard G.O. Washington, DC: American Psychiatric Press
- Perry, J. C. (2001). A pilot study of defenses in adults with personality disorders entering psychotherapy. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 189, 651-660.
- Roth, A., & Fonagy, P. (1999). *What Works for Whom? A Critical Review of Psychotherapy Research*. New York: Guilford.
- Said, T., Rossi, J., Oyen, M., & Wint, S. (1998) The treatment of hyperventilation and panic disorder with Davanloo's Intensive Short-Term Dynamic Psychotherapy: Part I. First breakthrough into the unconscious. *International Journal of Intensive Short-Term Dynamic Psychotherapy*, 3-25.
- Sinha, B. K., & Watson, D. C. (2004). Personality disorder clusters and the Defene Style Questionnaire. *Psychology and Psychotherapy*. 77, 1, 55-66.
- Sinha B. K., & Watson, D. C. (1999). Predicting personality disorder traits with the Defense Style Questionnaire in a normal sample. *Journal of Personality Disorder*. 13(3), 281-286.
- Snell, W. E., Jr., Miller, R. S., & Belk S. S. (1988). Development of the Emotional Self – Disclosure Scale. *Sex Role*. 18, 59-74.
- Snell, W. E., Jr. (2001). Development of the Emotional Self-Disclosure Scale. In W.E. Snell, (Ed.). *New directions in the psychology of gender roles: Research and theory*. Cape Girardeau, Mo:Snell publications.
- Stevens, J. (1992). *Applied multivariate statistics for the social sciences*. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum asspciates, publishers.
- Vaillant, G. E. (1971). Theoretical hierarchy of adaptive ego mechanisms. *Archives of General Psychiatry*, 24, 107-118.

رابطه بین سبک های دفاعی، و ظهور مقاومت و انتقال در رواندرمانی...

- Vaillant, G. E., & Drake, R. E. (1985). Maturity of ego defenses in relation to DSM-
HI Axis II personality disorder. *Archives of General Psychiatry*, 42, 597-601.
- Vaillant, G. E. (Ed.) (1986). *Empirical studies of ego mechanisms of defense*.
Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Vaillant, G. E., Bond, M., & Vaillant, C. O. (1986). An empirically validated
hierarchy of defense mechanisms. *Archives of General Psychiatry*, 43, 786-794.
- Vaillant, G. E. (1994). Ego mechanisms of defense and personality psychopathology.
Journal of Abnormal Psychology. 103, 44-50.
- Vaillant, G. E., & McCullough, L. (1998). *The role of ego mechanisms of defense in
the diagnosis of personality disorders*. In J. A. Baron (Ed.), *Making diagnosis
meaningful: Enhancing evaluation and treatment of psychological disorders* (pp.
139-158). Washington, DC: American Psychological Association.
- Westen, D. (1998). The scientific legacy of Sigmund Freud: Toward a
psychodynamically informed psychological science. *Psychological Bulletin*. 124
(3), 333-371.