

بهبود اختلال شخصیت مرزی در بازه‌های زمانی مختلف درمان معطوف به انتقال: گزارش موردی

گیتی زارعی^۱، اسحق رحیمیان بوگر^۲، آمنه معاضدیان^۳، علی جهان^۴

تاریخ دریافت ۱۳۹۸/۱۱/۲۱ تاریخ پذیرش ۱۳۹۹/۰۳/۰۱

چکیده

پیش‌زمینه و هدف: پژوهش حاضر باهدف بررسی تغییرات ساختار شخصیت مرزی در بازه‌های زمانی مختلف، درمان معطوف به انتقال انجام شد. **مواد و روش‌ها:** روش پژوهش در این مطالعه شبه تجربی، تک آزمودنی از نوع (A/B) است. نمونه مورد مطالعه مردی ۳۵ ساله است، از میان مراجعه‌کنندگان به کلینیک بهداشتی-درمانی منطقه شش شهر تهران به روش نمونه‌گیری در دسترس از طریق مصاحبه بالینی اولیه گزینش و پس از اجرای آزمون میلون ۳ با تشخیص اختلال شخصیت مرزی به‌عنوان آزمودنی انتخاب گردید، مصاحبه سازمان شخصیت (STIPO) در چهار مرحله انجام شد. یک مرحله پیش‌آزمون و سه مرحله پس‌آزمون بعد از هر بازه زمانی درمان آزمودنی به مدت ۱۱ ماه، ۵۱ جلسه با روان‌درمانی معطوف به انتقال مورد مداخله و مطالعه قرار گرفت. **یافته‌ها:** یافته‌های پژوهش نشان داد نمرات ساختار شخصیت (هویت، کیفیت روابط موضوعی، پرخاشگری، انعطاف‌ناپذیری، دفاع‌های بدوی و ارزش‌های اخلاقی) در پس‌آزمون اول نسبت به پیش‌آزمون تفاوت معناداری ندارد ولی در پس‌آزمون دوم و سوم در نمرات ساختار شخصیت تفاوت معنادار بالینی نسبت به پیش‌آزمون وجود دارد. **نتیجه‌گیری:** بر اساس نتایج حاصله، این روش درمانی در بهبود همه ابعاد سازمان شخصیت بیماران مرزی، دارای اثربخشی قابل‌ملاحظه‌ای به‌خصوص در مراحل پیشرفته درمان است.

کلیدواژه‌ها: اختلال شخصیت مرزی، روان‌پویشی کرنبرگ، ساختار شخصیت، درمان معطوف به انتقال

مجله مطالعات علوم پزشکی، دوره سی و یکم، شماره چهارم، ص ۲۶۶-۲۵۵، تیر ۱۳۹۹

آدرس مکاتبه: سمنان، مهدی شهر، دانشگاه سمنان، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، گروه روانشناسی بالینی، تلفن: ۰۲۳۳۳۶۲۳۳۰۰

Email: i_rahimian@semnan.ac.ir

مقدمه

رویکردهای متفاوت روان‌شناختی به بررسی علل آن پرداخته‌اند که عمیق‌ترین آن‌ها دیدگاه روان‌تحلیلی بوده است (۸). فروید اولین کسی بود که از اصطلاح موضوع استفاده کرد و آن را وسیله ارضا تکانه می‌دانست ولی نظریه‌پردازان روابط موضوعی معتقدند روابط اولیه دوران رشد عامل شکل‌گیری شخصیت است (۹) از جمله نظریه‌های برگرفته از رویکرد تحلیلی، در سبب‌شناسی اختلال شخصیت مرزی، نظریه روابط موضوعی کرنبرگ است کرنبرگ تأکید دارد، تجارب ناخوشایند کودکی سبب می‌شود که کودکان بازنمایی‌های موضوعی مغشوشی را درونی کنند که در یکپارچه کردن جنبه‌های خوشایند و ناخوشایند ابژه‌هایشان، نمی‌تواند مفید

اختلال شخصیت مرزی^۵، اختلالی است که مشخصه آن بی‌ثباتی در هیجانات و حالات عاطفی، خودانگاره، و روابط بین فردی است که از اوایل بزرگسالی شروع می‌شود و در زمینه‌های مختلف وجود دارد (۱) افراد مبتلا به BPD، رفتارهای خودکشی (۲)، بدتنظیمی هیجانی (۳) و ناگویی هیجانی (۴) دارند و نمی‌توانند بین آنچه در ذهنشان می‌گذرد و آنچه در واقعیت است تمایزی قائل شوند (۵) شیوع BPD در جامعه حدود ۱/۶ درصد تخمین زده می‌شود اما ممکن است تا ۵/۹ درصد افزایش یابد (۶) مطالعات فرا تحلیل ارتباط بین ویژگی‌های BPD با سایر اختلالات نظیر اسکیزوتایپال را تأیید می‌کنند (۷) با توجه به بالا بودن میزان شیوع این اختلال،

۱. دانشجوی دکتری روانشناسی عمومی، واحد سمنان، دانشگاه آزاد اسلامی، سمنان، ایران

۲. دانشیار روانشناسی سلامت، گروه روانشناسی بالینی، دانشگاه سمنان، سمنان، ایران (نویسنده مسئول)

۳. گروه روانشناسی، واحد سمنان، دانشگاه آزاد اسلامی، سمنان، ایران

۴. گروه علوم انسانی، واحد سمنان، دانشگاه آزاد اسلامی، سمنان، ایران

° Borderline personality Disorder (BPD)

روان‌شناختی آن دلایل متقن هستند بر استفاده از درمان‌های مؤثر و بررسی عمیق‌تر تغییرات ایجاد شده از درمان. اینکه در چه زمانی از درمان در ساختار شخصیت مرزی تغییر ایجاد می‌شود؟ آیا تغییرات به صورت همزمان در کلیه ابعاد شخصیت مرزی صورت می‌گیرد یا بعضی از این ابعاد زودتر از سایر ابعاد تغییر می‌کنند؟ هدف این پژوهش بررسی تغییرات ساختار اختلال شخصیت مرزی در بازه‌های مختلف درمان روان پویایی کرنبرگ است.

مواد و روش کار

طرح کلی مطالعه حاضر، طرح تجربی، تک آزمودنی از نوع A/B است در مرحله A یا خط پایه، تعدادی از آماج‌های درمانی (دفاع‌های بدوی، کیفیت روابط موضوعی، پرخاشگری، انعطاف‌ناپذیری، هویت و ارزشهای اخلاقی) در طول درمان اندازه‌گیری شد و در ادامه، در مرحله B متغیر آزمایشی؛ مداخله (TFP) اجرا شد که آماج‌های درمان در سه مرحله مورد اندازه‌گیری مکرر قرار گرفتند. آزمایش‌های تک آزمودنی را می‌توان آزمایش‌های واقعی محسوب کرد چرا که آن‌ها می‌توانند ارتباط‌های علی را نمایش دهند و می‌توانند با همان دقت تهدیدهای روایی را غیر قابل توجه کند (۲۷) نمونه مورد مطالعه مردی ۳۵ ساله است، از میان مراجعه‌کنندگان به کلینیک بهداشتی-درمانی شش به روش نمونه‌گیری در دسترس از طریق مصاحبه بالینی اولیه‌گزینه‌ش و پس از اجرای آزمون میلیون ۳ با تشخیص اختلال شخصیت مرزی به‌عنوان آزمودنی انتخاب گردید.

ابزارهای گردآوری اطلاعات در این پژوهش عبارتند از: ۱- پرسشنامه چندمحوری میلیون (MCMIII)؛^۵ این پرسشنامه توسط تئودور میلیون روان‌شناس بالینی و شخصیت در سال ۱۹۸۱ تهیه‌گردیده است. این پرسشنامه شامل ۱۷۵ جمله کوتاه توصیف خود با پاسخ‌های بلی و خیر است که برای بزرگسالان ۱۸ سال به بالا استفاده می‌شود و شامل ۱۴ الگوی بالینی شخصیت و ۱۰ نشانگان بالینی است. اعتبار و روایی این آزمون بالاست (۲۸) اعتبار آزمون را از طریق همسانی درونی محاسبه کردند و ضریب آلفای مقیاس‌ها در دامنه‌ی ۰/۸۷ (وابستگی به الكل) تا ۰/۹۶ (اختلال استرس پس از سانحه) به دست آمد (۲۹). پس از تکمیل یا اجرای پرسشنامه، نمره گذاری از طریق نرم افزار میلیون ۳ انجام شد. ۲- مصاحبه نیمه ساختاریافته سازمان شخصیت (STIPO-TR)؛^۶ این پرسشنامه به وسیله کلارکین، کالیگور، اشترن و کرنبرگ در سال

باشد و این روابط موضوعی مغشوش سبب پدید آمدن من‌شکننده می‌شوند که ویژگی اصلی سازمان شخصیت مرزی^۱ است (۱۰) سازمان شخصیت مرزی شامل: اسکیزوتایپال، مرزی، خودشیفته و... است (۱۱). کرنبرگ ساختارهایی را توصیف کرد که زیربنای شخصیت را تشکیل می‌دهند این ساختارها، الگوهای فراگیر و باثباتی هستند که از طریق آن‌ها می‌توان میزان آسیب‌پذیری شخصیت را تشخیص داد و می‌توان تصور فرد از خود و دیگران، در تعاملات انسانی را ارزیابی کرد، این ساختارها رفتار، شناخت، هیجانات و ادراکات فرد را سازمان می‌دهند و بهبود آن‌ها می‌تواند هدف اصلی درمان باشد در بین این ساختارها، هویت^۲ و واقعیت‌سنجی بسیار مهم هستند زیرا آسیب‌دیدگی آن‌ها نشانه اختلالات عمیق شخصیت است (۱۲). هویت بیانگر سازمان و محتویات دنیای درونی آدم‌ها است. هویت منسجم سبب داشتن تجربه درونی یکپارچه و پایدار از خود و دیگران می‌شود که ضامن مؤلفه‌های رفتاری مانند توانایی و ظرفیت سرمایه‌گذاری روانی بر کار و روابط صمیمی و پایدار است (۱۳).

تلاش‌هایی برای درمان BPD با استفاده از رویکردهای مختلف نظیر: طرح‌واره درمانی (۱۴، ۱۵) رفتاردرمانی دیالکتیک (۱۹-۱۶) و درمان تحلیلی-شناختی (۲۰ و ۲۱ و ۲۲) انجام شده است. نتایج یک فراتحلیل نشان داد درمان‌های روانپویایی به‌اندازه درمان‌های مبتنی بر شواهد^۳ اثربخش هستند علاوه بر این بیمارانی که درمان روان پویایی دریافت می‌کنند بهبود ناشی از درمان را حفظ می‌کنند و حتی پس از درمان به بهبود خودشان ادامه می‌دهند (۲۳). نتیجه فراتحلیل دیگری نشان داد تغییرات انجام شده در درمان روانپویایی پایدارتر هستند (۲۴). یکی از رویکردهای روانپویایی تأثیرگذار در درمان بیمارانی مبتلا به اختلال شخصیت، درمان معطوف به انتقال^۴ (TFP) است که برای درمان اختلال شخصیت مرزی تدوین گشته است (۲۵). (TFP) مداخلاتی است که از نظریه کرنبرگ نشأت گرفته و درمانگر برای درمان بیمار در جلسه آن‌ها را به کار می‌گیرد (۲۶). با اجرای این پژوهش شناخت تئوریک ما نسبت به ساختار شخصیت و تغییرات آن در قبل، حین و بعد از درمان اختلال شخصیت مرزی افزایش یافته و می‌تواند به به‌کارگیری اثربخش‌تر تکنیک‌ها و رویکردهای روان‌درمانی تحلیلی منجر شود و همچنین در خصوص تعداد جلسات درمانی و نوع و میزان آن‌ها اطلاعات و تجربیات مفیدی در اختیار محققان و درمانگران تحلیلی قرار می‌دهد. در مجموع شیوع بالای اختلال شخصیت مرزی و ویژگی‌های

⁵. Millon clinical multiaxial inventory -III

⁶. The Semi-Structured Interview of the Personality Organization

¹. Borderline personality organization

² Identity

³ Evidence based

⁴. Transference focused psychotherapy

معطوف به انتقال از جمله روان‌درمانی تحلیلی است که راهنمای گام به گام با دستور جلسه مشخص ندارد اما می‌توان فرایند اجرای آن را بر اساس منابع موجود (۲۶) به سه مرحله (اولیه، میانی و پیشرفته) تقسیم کرد روان‌درمانی معطوف به انتقال (TFP) مداخلات لحظه به لحظه‌ای هستند که درمانگر در جلسه درمان از آن‌ها برای بیمار استفاده می‌کند. فنون مورد استفاده در TFP عبارتند از: تفسیر، تحلیل انتقال، بی‌طرفی فنی و انتقال متقابل. محتویات هر مرحله مداخله به شرح ذیل می‌باشد:

۱۹۹۸ ساخته شده است یک آزمون ۸۷ سوالی است. اعتبار این پرسشنامه، ضریب همسانی درونی، را بین ۰/۷۲ تا ۰/۷۸ اعلام کردند (۳۰). این پرسشنامه اولین بار در ایران توسط واحدی، مکوندحسینی و بیگدلی (۲۹) ترجمه و اعتباریابی شده است (۳۱) و همچنین توسط طهماسب و رضایی نیز ترجمه و اعتباریابی شده است (۱۳) نمره نهایی در هر مقیاس توسط طیف ۵ درجه‌ای لیکرت از نمره ۱ تا ۶ نمره سنجیده می‌شود و توسط مصاحبه‌گر با توجه به پاسخ‌های داده شده مراجع به سؤالات آن شاخص داده می‌شود. روان‌درمانی

جدول (۱): محتویات مراحل آغازین، میانی و پیشرفته درمان TFP (۱۲)

مراحل درمان	محتویات مراحل درمان
مرحله آغازین	کسب رضایت آگاهانه، تعیین قرارداد درمانی (چارچوب درمان)، روشن سازی، تعبیر، مواجهه سازی، 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 درونی دفاعی، کشف و بررسی روابط موضوعی تعارضی و بررسی انحراف از چارچوب درمان، کشف و بررسی کنش‌های داخلی جلسات و خارج از جلسات، توجه به انتقال، توجه به رابطه درمانی، چالش با قرارداد درمانی، تعیین اهداف نفع اولیه و نفع ثانویه
مرحله میانی	مشخص ساختن روابط موضوعی غالب در جلسه درمان، نامگذاری بازیگران در رابطه موضوعی غالب، توجه به واکنش‌های بیمار به مشخص شدن این رابطه موضوعی، مشاهده و تفسیر وارونگی نقش درون دوتایی، مشاهده و تفسیر پیوند بین دوتایی‌های روابط ابژه که دفاعی بر 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 نظام دار روابط موضوعی تعارضی، تأکید بر رابطه بین تعارض‌های هسته‌ای و اهداف درمانی، کشف و حل و فصل روابط موضوعی معرف تضادهای هسته‌ای، شدت بخشی به انتقال و تمرکز افزایشی بر روی کار با انتقال و انتقال متقابل، تفسیر و حل و فصل تعارض‌های شناسایی شده (تفسیر از سطح به عمق و گسستگی قبل از سرکوبی، تفسیر انتقال، ایجاد ارتباطات تفسیری با گذشته رشدی) و یکپارچه سازی روابط موضوعی تعارضی در تجربه خود هشیار بیمار، تفسیر انتقال متقابل، توجه به چارچوب درمان، ماندن بر روی اهداف درمانی
مرحله پیشرفته	حل و فصل ظرفیت بیمار برای تجربه رابطه‌های متفاوت در انتقال و بررسی سایر روابط مهم بیمار، شدت بخشی به انتقال و تمرکز افزایشی بر روی کار با انتقال و انتقال متقابل، تفسیر و حل و فصل تعارض‌های شناسایی شده، یکپارچه سازی روابط موضوعی تعارضی در تجربه خود هشیار بیمار، کشف و حل و فصل روابط موضوعی معرف تضادهای هسته‌ای، استحکام بخشیدن به منافع درمانی که در طول درمان حاصل شده، ایجاد ارتباطات تفسیری با گذشته رشدی) و یکپارچه سازی روابط موضوعی تعارضی در تجربه خود هشیار بیمار، تحلیل جدایی‌ها در طول مدت درمان، حل و فصل اضطراب‌های فعال شده و تحلیل واکنش‌های افسرده وار به انتهای درمان، سوگواری برای از دست دادن نسخه‌ی ایده آل آنچه امیدوار بودند در درمان انجام شود.

تیر ماه ۱۳۹۸ الی اردیبهشت ۱۳۹۹ یک یا دو بار در هفته برگزار شد و تایم هر جلسه (۴۵ دقیقه) سازمان دهی شده است. معیارهای ورود: دارا بودن ملاک‌های اختلال شخصیت مرزی، موافقت با اهداف و شرایط درمان، کسب رضایتنامه کتبی از آزمودنی برای شرکت در

قبل از انجام مداخله درمانی برای آزمودنی پیش‌آزمون (مصاحبه ساختار شخصیت STIPO-TR) اجرا شد سپس سه پس‌آزمون (مصاحبه ساختار شخصیت STIPO-TR) بعد از هر مرحله مداخله (TFP) اجرا شد تعداد جلسات مداخله شامل ۵۱ جلسه است که از

کار عوض می‌کرده است. با کوچکترین ناراحتی از کارفرمایان، محل کار خود را به صورت ناگهانی تغییر می‌داده است و هیچ وقت شغل ثابت نداشته است بعد از ازدواج همه این مسائل وجود داشته است و حدود ۶ سال زندگی مشترک با همسر سابقش داشته است. بیمار عنوان می‌کند که همیشه احساس می‌کردم تمام مسئولیت زندگی به عهده من است و همسر من هیچ نقشی ندارد و فقط من را محدود می‌کند با این فکر که همسر من عامل بدبختی من بوده ذهنم درگیر بوده است به خودم حق می‌دادم می‌توانم جهت انتقام گرفتن از همسر من با زنان متعدد رابطه جنسی داشته باشم و همین عامل باعث شد که همسر من طلاق بگیرد آزمودنی بعد از طلاق متوجه شده است که هیچ نقشی در زندگی زناشویی نداشته است؛ وی عنوان می‌کند از یک ماه قبل از شروع درمان جهت کنترل نگرانی و اضطراب اش پنج پاکت سیگار مصرف می‌کند و چندین بار در محل کار و منزل تمایل به پرخاشگری ناگهانی داشته است. می‌خواست از احساس اضطراب، پریشان حالی و پرخاشگری رهایی پیدا کند.

نتایج پیش‌آزمون نشان داد که بیمار اختلال شخصیت مرزی متوسط است و به عبارتی دیگر، اغتشاش هویت متوسط، روابط همدلی، غلبه دفاع‌های بدوی همراه با نقص چشمگیر در عملکرد-مقابله غیر انطباقی، پرخاشگری بدوی، رفتار پرخاشگرانه معطوف به خود و دیگران دارد و دارای ارزش‌های اخلاقی متغیر و ناپایدار است و انسجام و درونی سازی اندک است (۱۳).

در نتایج پس‌آزمون اول تغییر بالینی معناداری نسبت به پیش‌آزمون وجود نداشت. نتایج پس‌آزمون دوم نشان داد که بیمار اغتشاش هویت خفیف، روابط موضوعی دوباره شده و سطحی اما همراه با اندکی پایداری و انسجام، استفاده از مکانیزم‌های دفاعی بدوی، انعطاف‌ناپذیری و شیوه مقابله غیر انطباقی پرخاشگری بدوی عمدتاً معطوف به خود، ارزش‌های اخلاقی متغیر و ناپایدار دارد. نتایج پس‌آزمون سوم نشان داد که آزمودنی هویت منسجم، ادراک سطحی از خود و دیگران، روابط موضوعی سطحی اما پایدار، محدودیت اندک در توانایی همدلی، در ترکیب احساسات مهرآمیز و جنسی دچار مشکل است. به ندرت به دفاع بدوی متوسل می‌شود و دفاع بدوی شیوه غالب مقابله او نیست، انعطاف‌ناپذیری و آسیب‌پذیری در مقابل استرس دارد، فقدان پرخاشگری بدوی و اندکی رفتار خود تخریب‌گرانه دارد. ارزش‌های اخلاقی سازماندهی و درونی شده اما متغیر ناپایدار است، سرزنش خود، کاهش یافته است اما گاهی اوقات معیارهای سخت‌گیرانه دارد (۱۳).

این پژوهش، داشتن حداقل تحصیلات دیپلم، داشتن حداقل توانایی شناختی برای شرکت در مداخله روان‌شناختی، دامنه سنی بین ۱۸ تا ۵۰ سال، عدم استفاده از روان‌درمانی در ۶ ماه گذشته، نداشتن مسمومیت دارویی و مشکلات طبی بازدارنده (نظیر کانسرها، بیماری‌های صعب‌العلاج و محدودیت‌های حرکتی شدید)، نداشتن سوءمصرف مواد در ۶ ماه گذشته. معیارهای خروج: مبتلا بودن به هرگونه اختلال بارز دیگر بجز اختلال شخصیت، وجود نشانگان روان‌پریشی، شرکت در هرگونه مداخله روان‌شناختی دیگر بعد از ورود به پژوهش، سوء مصرف 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. روش اجرای پژوهش به این صورت بود که بعد از دریافت کد اخلاق پژوهش (IR: IAU.SEMNAN.REC.1399.003) از معاونت آموزشی و پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی سمنان هماهنگی لازم با ریاست کلینیک شش صورت گرفت از طریق مصاحبه بالینی و آزمون‌های (کسب نمره BR بالای ۷۵) آزمودنی از بین شرکت‌کنندگان به روش نمونه‌گیری دردسترس انتخاب شد و از وی رضایت‌نامه آگاهانه کتبی برای شرکت در پژوهش و مداخله اخذ شد.

یافته‌ها

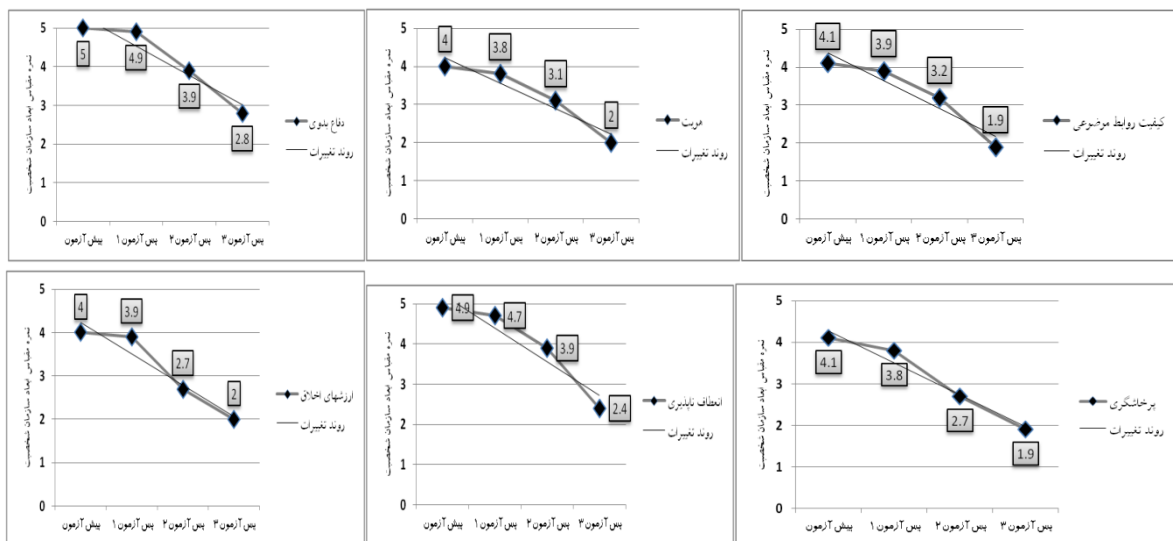
آزمودنی آقام، ۱۴ ساله، لیسانس، بیکار، یک سال بعد از طلاق به کلینیک جهت درمان مراجعه کرده است، از حدود یک سال قبل در آپارتمان اجاره‌ای کوچک به تنهایی زندگی می‌کند در هنگام پذیرش ژولیده و بی حال به نظر می‌رسید، رفتار مناسبی داشت ولی نگران و مضطرب بود. اذعان دارد از نوجوانی احساس تنهایی، عدم اعتماد به نفس، رها شدن و پوچی دارد او تک‌فرزند یک خانواده سه نفری است والدین وقتی ۶ ساله بوده از هم جدا شدند و در کودکی مرتب شاهد کتک کاری والدینش بوده است که پدر معتاد به الکل بوده و با زنان روسپی رابطه داشته و مرتب مادرش را کتک می‌زده است بعد از جدا شدن پدر و مادر به مدت سه سال با پدر زندگی می‌کرده و بعد پیش مادرش می‌رود نمرات درسی وی در کودکی و نوجوانی خوب بوده است هیچ وقت دوست صمیمی نداشته است و همیشه بعد از مدرسه در منزل تنها بوده است. مادر همیشه سر کار بوده است و در دوران دانشگاه نمرات وی متوسط بوده است از دوران دانشگاه رابطه جنسی متعدد و به ندرت رضایت بخش داشته است هر بار که از دست زنی ناراحت می‌شده به صورت ناگهانی با او قطع ارتباط کرده و عنوان می‌کند آنقدر خوب نبوده‌اند که مجدداً ارتباط را با آنها شروع کنم. در هر سال چندین محل

^۱ اسم مستعار است

جدول (۱): میانگین و تغییرات نمرات آزمودنی در مرحله پیش‌آزمون و مداخله بر اساس مصاحبه ساختار یافته سازمان شخصیت (STIPO)

دفاع بدوی			کیفیت روابط موضوعی			هویت		
درصد تغییرات	نمرات	تغییرات	درصد تغییرات	نمرات	تغییرات	درصد تغییرات	نمرات	تغییرات
	۵			۴،۱			۴	
پیش‌آزمون								
پس‌آزمون اول (بعد از ۱۹ جلسه)	۴،۹	-۰،۱	۳،۹	-۰،۲	۳،۸	۱۰	-۰،۲	۳،۸
پس‌آزمون دوم (بعد از ۳۵ جلسه)	۳،۹	-۱	۳،۲	-۰،۷	۳،۱	۳۵	-۰،۷	۳،۱
پس‌آزمون سوم (بعد از ۵۱ جلسه)	۲،۸	-۱،۱	۱،۹	-۱،۳	۲	۵۵	-۱،۱	۲
کل	کل	-۲،۲	کل	-۲،۲	کل	۱۰۰	-۲	کل

ارزش‌های اخلاقی			پرخاشگری			انعطاف‌ناپذیری		
درصد تغییرات	نمرات	تغییرات	درصد تغییرات	نمرات	تغییرات	درصد تغییرات	نمرات	تغییرات
	۴			۴،۱			۴،۹	
پیش‌آزمون								
پس‌آزمون اول (بعد از ۱۹ جلسه)	۳،۹	-۰،۱	۳،۸	-۰،۳	۴،۷	۸	-۰،۲	۴،۷
پس‌آزمون دوم (بعد از ۳۵ جلسه)	۲،۷	-۱،۲	۲،۷	-۱،۱	۳،۹	۳۲	-۰،۸	۳،۹
پس‌آزمون سوم (بعد از ۵۱ جلسه)	۲	-۰،۷	۱،۹	-۰،۸	۲،۴	۶۰	-۱،۵	۲،۴
کل	کل	۲	کل	۲،۲	کل	۱۰۰	-۲،۵	کل



نمودار (۱): میانگین و روند تغییرات نمرات آزمودنی در مراحل مختلف درمان بر اساس مصاحبه ساختار یافته سازمان شخصیت (STIPO)

(۵) رخ داده است، که بیشترین تغییر مربوط به بعد انعطاف‌ناپذیری با ۶۰ درصد تغییر است. لازم به ذکر است که در دو بعد پرخاشگری و ارزشهای اخلاقی بیشترین تغییر مربوط به مرحله دوم درمان (از جلسه ۱۹ تا ۳۵) بوده و بعد ارزشهای اخلاق با ۶۰ درصد تغییر در این خصوص بیشتر از ابعاد دیگر تغییرات کاهشی را نشان داده است.

بر اساس نتایج بدست آمده کم‌ترین تغییرات در میانگین نمرات ابعاد شخصیت در مرحله اول درمان (بعد از ۱۹ جلسه درمانی) اتفاق افتاد، با این حال در همین مرحله اول درمان بیشترین تغییر مربوط به بعد پرخاشگری می‌باشد. علاوه بر این در ۴ بعد هویت، روابط موضوعی، دفاع بدوی و انعطاف‌ناپذیری بیشترین تغییرات کاهشی (به‌پسود) در میانگین نمرات در مرحله سوم درمان (از جلسه ۳۵ تا

بحث و نتیجه‌گیری

مرحله اولیه درمان: در این مرحله ابتدا از آزمودنی رضایت آگاهانه جهت شرکت در مطالعه کسب شد و بعد در خصوص تعامل بین بیمار و درمانگر، تعیین قرارداد درمانی، انتظاری که بیمار از روان‌درمانی تحلیلی دارد، تأکید بر محرمانه بودن جلسات، نقش‌های بیمار و درمانگر در طول درمان، پیامدهای بالقوه چه مثبت چه منفی درمان، چارچوب‌های درمانی: مانند زمانبندی و طول مدت جلسه، فراوانی جلسات درمانی، جلسات از دست رفته و همه موارد دیگر صحبت شد (۲۶) و همچنین به وی توضیح داده شد که درمان طولانی مدت است و پایان درمان مشخص نیست.

هدف درمان را به بیمار توضیح دادم که با هدف شناخت انگیزه‌های ناخودآگاه هر آنچه که به ذهنش می‌رسد بیان کند و ممکن است در طی درمان از من سوالی در خصوص افکار، رفتار یا هیجانات خود بپرسد که برای آگاهی بیشتر از او می‌خواهم تا تعمق کند تا اینکه پاسخ سطحی به او بدهم بیمار قرارداد درمانی را خشک و انعطاف ناپذیر می‌دانست که از بیرحمی درمانگر ناشی شده است (۲۶) به وی گفتم ممکن است قرارداد سنگین باشد ولی باید ببینیم چقدر از آن را می‌توانیم انجام دهیم و با قرارداد درمانی موافقت کرد علاوه بر مطالبی که گفته شد درمانگر در شروع روان‌درمانی به دنبال پاسخ گویی به عبارات زیر بود (سود بردن بیمار از درمان، تمرکز روی یک تعارض مشخص، داشتن رابطه مثبت و همکارانه با درمانگر، پاسخ مثبت به تغییرهای اولیه، ادامه دادن نتایج درمان به تنهایی) پاسخ تمام این عبارات تقریباً مثبت بود (۳۲).

در آغاز جلسات اولیه آزمودنی ساکت، مضطرب و عصبی بود به وی گفتم در مورد هرچه دوست دارید می‌توانید صحبت کنید مثلاً در مورد هفته‌ای که پشت سر گذاشتید و یا در مورد حسهایی که الان تجربه می‌کنید؟ گفت مضطربم و به وی کمک شد تا حالات هیجانی خود را مشاهده و توصیف کند.

آزمودنی جلسات را با سکوت طولانی شروع می‌کند و بعد شروع به سرزنش خود می‌کند و می‌گوید همسرم قبل از طلاق، چندین بار از من خواست تا با هم به جلسات مشاوره برویم ولی من از رفتن امتناع کردم. تا اینکه بالاخره طلاق گرفت. از او سؤال کردم: کاری برای ماندن وی و طلاق نگرفتن انجام دادی؟ گفت: خیر و خودش را سرزنش کرد. درمانگر با مواجهه سازی از بیمار می‌خواهد روی این مساله، فکر کند که علایقی دارد ولی به آن‌ها بی‌اعتناست و حتی خود را محروم می‌کند. در این لحظه بیمار مضطرب شد و در نفس کشیدن مشکل داشت. از وی پرسیدم آیا معمولاً در نفس کشیدن

مشکل دارد؟ گفت: بله، بعضی وقتها بدتر می‌شود. درمانگر: مثل الان که بدتر شد (مواجهه سازی). آیا سؤال من روی نفس کشیدن شما تأثیر گذاشت (روشن سازی). بیمار: نمی‌دانم. درمانگر: ممکنه سؤال من این حس را به شما داد که از شما ایراد گرفته شده است؟ (تفسیر) ۱ بیمار: بله و نفس عمیقی کشید. به وی گفتم: به نظر می‌رسد به علایقش توجه ندارد و این مساله، سبب عاطفه منفی در وی می‌شود (تفسیر). در خصوص مشکلات تنفسی به متخصص ریه ارجاع داده شد.

در این مرحله چالش با قرارداد درمانی وجود داشت و عواملی که باعث گسیختگی چارچوب درمان می‌شوند (نظیر: روابط جنسی بی قیدوبند، مصرف ۵ پاکت سیگار در روز، نداشتن شغل ثابت، مشکلات مالی و ...) بررسی شد و همچنین در خصوص نفع اولیه و نفع ثانویه‌ای که از علائم (مصرف روزانه ۵ پاکت سیگار، داشتن دو وعده غذایی در هفته، نداشتن شغل) دارد و اهداف نفع اولیه (کاهش اضطراب و احساس گناه) و نفع ثانویه (کنترل همسر سابقش و مادرش) بررسی شد (۲۶).

بیمار بعد از گذشت یک ماه از درمان شغل مناسب با رشته تحصیلی خود پیدا کرد علیرغم بازخورد خوبی که از مدیرش در کار می‌گیرد، همچنان پروژه‌هایش را با تأخیر تحویل می‌دهد و علیرغم تشویق‌های مدیرش در منزل می‌ماند و غیبت‌های کاری‌اش زیاد است و در کارش بی‌کفایت است و بعد از یک ماه با مدیرش تماس گرفت و گفت دیگر با شرکت آن‌ها همکاری نمی‌کند (کنش نمایی) ۲، کنش نمایی خارج از جلسات بررسی شد بعد از دعوایی که با صاحب خانه داشته به مدیر شرکت پیام داده که با آن‌ها دیگر همکاری نمی‌کند.

در این مرحله دفاع‌های بیمار آشکارتر شد؛ درمانگر را مثل دیوار سرد و بی‌روح توصیف می‌کند (همانند سازی فرافکنانه) ۳ بیمار علیرغم اینکه ادعا دارد بعد از جلسات احساس خوبی به خود دارد می‌گوید شما نمی‌توانید برایم کاری انجام بدهید (بی ارزش سازی) ۴. مشکل بزرگی را می‌خواهم مطرح کنم می‌دانم توی همین جلسه آن را حل می‌کنید (آرمانی سازی) ۵. همسر من آدم نبود اگر آدم بود من با زنده‌ای مختلف رابطه جنسی نداشتم بعد از گذشت یک ربع از جلسه درمان عنوان می‌کند که همسر من هیچ عیب و ایرادی نداشت و فرشته بود (دو نیم سازی) ۶. همچنین در این مرحله به بیمار در شناخت هیجان‌اتش، توصیف و تجربه‌ی آن‌ها کمک شد. بیمار جلسات را با سکوت طولانی شروع می‌کرد بعد به صورت پی در پی شروع به حرف زدن می‌کند از وی پرسیدم معنی این بدون

4. Devaluation

5. Idealization

6. Splitting

1. Interpretation

2. Acting out

3. Projective identification

کنید؟ در این مرحله دفاع‌های بیمار بررسی شد بیمار: شما درمانگر خوبی هستید من احساس آرامش دارم در صورتیکه نیم ساعت قبل گفته بود شما آسیب زنده هستید و من باید مراقب باشم تا به من آسیب نزنید به وی تعبیر داده شد زمانی که من را در وضعیت خوب یا بد ببیند تکلیفش روشن می‌شود و احساس آرامش پیدا می‌کند. انتقال متقابل^۵ درمانگر به این صورت بود که احساس می‌کردم همواره تحت نظر و موشکافی هستم به بیمار هم این الگو را نشان دادم در جریان مراجعه به متخصص ریه، پزشک عمومی و چندین مورد دیگر مرتب آن‌ها را سرزنش می‌کرد به وی گفتم با خشم در مورد درمانگرانی که به آن‌ها مراجعه کرده صحبت می‌کند و آن‌ها را سرزنش می‌کند به نظر می‌رسد یک فرد سرزنش‌گری در درون شماست که انتظار دارد دیگران کامل باشند و همینطور از خود شما هم انتظار کامل بودن دارد. وقتی بیمار به این تعبیر فکر کرد از خشمش آگاه شد و گفت مادرم مرتب به این صورت من را سرزنش می‌کرد و حالا انگار خودم دارم این کار را انجام می‌دهم که همه چی کامل باشد وقتی ازدواج کردم تمام هزینه‌ها را همسرم تقبل کرد و با کمک خانواده همسرم در مرکز شهر یک آپارتمان اجاره کردیم مادرم وقتی به دیدن ما آمد گفت چرا شمال شهر خونه نگرفتید مرکز شهر جای زندگی نیست. به وی گفتم وقتی می‌توانید به کسی اعتماد کنید که کامل باشد و در این صورت احساس خوب پیدا می‌کنید اگر کوچکترین ابهامی باشد احساس خوب از بین می‌رود و این فرد دیگر مورد اعتماد شما نیست این تعبیر باعث شد بیمار تصویر منفی مادرش را به تصویر ایده‌آل تبدیل کند (۲۶) و گفت بیچاره مادرم از صبح تا غروب کار می‌کرد هم نقش پدر را داشت و هم نقش مادر، همیشه خوبی من را می‌خواست. در این مرحله بیمار از عواطف خشم، پرخاشگرانه و عواطف آرمانی شده خود، آگاه شد و شناخت پیدا کرد و توانست بخش‌هایی از وجودش را که قادر به دیدنش نبود را ببیند و به آن‌ها فکر کند و شناخت این بخش‌ها و عواطف به بیمار در پذیرش و تحمل هیجاناتش کمک می‌کند. و در واقع در این مرحله روابط موضوعی مشخص شد و بازیگران رابطه موضوعی غالب نامگذاری شدند (۲۶) مثلاً بیمار در جایی احساس می‌کرد قربانی است و دیگران پرخاشگرند، به وی کمک شد تا همانندسازی با هر دو نقشش را به سطح بیاورد و از آن آگاه شود و این عمل باعث می‌شود بر تکانه‌های پرخاشگری‌اش تسلط یابد و پرخاشگری کاهش یابد (۲۶).

در مرحله سوم درمان: گزارش بیمار از اینکه چندین بار توانسته بود، همسر سابقش را گول بزند و با زنان مختلف رابطه جنسی داشته

وقفه صحبت کردن شما چیست؟ (روشن سازی)^۱ بیمار: نمی‌دانم. به وی گفتم فضایی برای صحبت کردن من باقی نمی‌ماند می‌تواند به معنی این باشد که من را کنترل می‌کنید؟ (تعبیر) بیمار گفت اگر کنترل نکنم من را ترک می‌کنید و چشمانش پر از اشک شد ولی خیلی سریع جلوی آن را گرفت (موضع اسکیزوئید-پارانوئید)^۲ از احساس اش در مورد سکوت طولانی ابتدای جلسات سؤال کردم گفت احساس طرد شدن دارد و بی‌تفاوتی درمانگر را نشان می‌دهد گفتم تجربه سختی است آیا مایلید بررسی کنیم این موقعیت وجود دارد یا خیر؟ (بی طرفی تخصصی)^۳ بیمار با این سؤال موافقت کرد. در این مرحله رابطه بین بیمار و درمانگر سطحی است و به درمانگر اعتماد ندارد و نمی‌تواند به درمانگر اتکا کند (انتقال خودشیفته) انتقال منفی بیمار بررسی شد و به سطح هوشیار آورده شد زیرا انتقال منفی مانع برقراری رابطه درمانی مناسب می‌شود.

مرحله میانی درمان: بیمار دفاع‌های بدوی دارد نظیر: امروز می‌خواهم مشکل بزرگ را مطرح کنم می‌دانم توی همین جلسه آن را حل می‌کنید چطور همسر سابقم را راضی کنم با من ازدواج کند؟ به وی گفتم، نظرم را می‌گویم ولی بهتر است به قرارداد درمانی برگردیم که در آن توافق کرده‌ایم به شیوه‌ای با هم کار کنیم که شما رشد کنید و برای حل مشکلاتتان، به آنچه پشت مشکل شما است فکر کنیم. دیدگاه شما در مورد من هم می‌تواند بخشی از این مشکل باشد. شما فکر می‌کنید من به اطلاعات کاملی دسترسی دارم پاسخ سؤال پیچیده شما را در خود دارد و از طرفی دیگر آرزوی درونی شما این است که یک مراقب کامل و جامع داشته باشید کما این که در مورد من هم در ابتدای جلسات همین طور فکر می‌کردید، در درمان متوجه شدید من دوست دارم به شما کمک کنم و هر کاری از دستم بر آید برای شما انجام می‌دهم بعد نگران شدید نکند من مراقب کامل نباشم که شما آرزوی خود را دارید به همین دلیل من را محروم کننده دیدید این برگشت شما به باور ریشه دارتان که روزی مراقب کامل پیدا کنم آنقدر قوی است که شما برای محافظت از آن هر چیز خوبی که این رابطه می‌تواند برای شما فراهم کند، را نادیده می‌گیرید و خودتان را محروم می‌سازید. شما می‌توانید از خودتان بپرسید آیا این مسئله باعث نشده که در مسئولیت پذیری شما به‌عنوان فرد بالغ مشکل ایجاد کند؟ (۲۶)

در جلسات درمانی وقتی با بیمار همدلی^۴ می‌کنم ناراحت می‌شود و شروع به سرزنش خود می‌کند وقتی سکوت می‌کنم احساس طرد شدن دارد به وی تعبیر دادم که چه چیزی باعث می‌شود که نتوانید یک رابطه خوب و خوشایندی را با من تجربه

^۴ Empathy

^۵ Counter transference

1. Clarification

2. Paranoid-schizoid position

3. Technical neutrality

یا محل کار یا هنگام استفاده از وسایل نقلیه عمومی وقتی مردم به او نگاه می‌کنند قصد دارند او را مسخره کنند و از این حالت مرتب شکایت داشت در مرحله پیشرفته درمانم گفت: با سه نفر از دوستان جدیدیش به کوه رفته و علیرغم گذشته که مرتب شروع می‌کرده به غر زدن و انتقاد کردن از آن‌ها، این بار کمتر انتقاد کرده حتی با وجود اینکه علاقه چندانی به کوه نداشته به کوه رفته و به خودش گفته هر بار که با دوستانم بیرون می‌روم من تعیین می‌کنم کجا برویم این بار آن‌ها تعیین کرده‌اند پس من نیز باید به خواسته آن‌ها احترام بگذارم. در طی روز پیک نیک خیلی به وی خوش گذشته است و علیرغم اینکه بارها می‌خواسته غر بزند ولی به خاطر دوستانش گذشت داشته است و خوب کنار آمده است. به وی تعبیر داده شد که به نظر می‌رسد می‌تواند خشمش را کنترل کند وقتی می‌تواند به رابطه‌ای آسیب برساند.

در ابتدای درمان، آزمودنی درمانگر را مثل یک دیوار سفید که بی تفاوت است تعبیر می‌کرد سپس در مرحله پیشرفته درمان، درمانگر را از یک طرف آزارگر قوی و از طرف دیگر یک فرد مهربان و کمک کننده می‌دید و در این مرحله پذیرش تعبیرها، بسط دادن آن‌ها در روابط بین فردی و توانایی صحبت در مورد احساسات و عواطف آشکار است. فضای امن درمان باعث شد بیمار مکانیزم‌های دفاعی ابتدایی خود را بشناسد و پی ببرد که این مکانیزم‌ها منجر به مشکلات وی، نظیر؛ سوء برداشت از دیگران و افزایش تعارضاتش می‌شوند و همچنین درمان باعث افزایش ظرفیت بیمار برای به عهده گرفتن مسولیت پرخاشگری خود شد و افزایش توانایی بیمار سبب شد عواطفی را که قبلاً سبب ناتوانی وی شدند را بتواند تجربه کند و این سبب کاهش کنش نمایی بیمار شد.

آزمودنی مطالب آشفته زیادی از احساسات در مورد درمانگر همراه با بحرانهایی در ازدواجش، مشکلات کاری، ارجاع گذشته و توصیفاتی از حالات عاطفی غیر قابل تحمل و شدید ارائه می‌داد، که درک ساختار روابط ابژه‌ای می‌تواند به حل و فصل این طیف مشکلات کمک کند (۲۶). در این مرحله، از یک طرف به خاطر خشم و پرخاشگری در روابط بین فردی مخصوصاً با همسر سابقش و از طرف دیگر به خاطر فقدان ابژه آرمانی احساس غم داشت (انتقال افسرده)^۱. لازم به ذکر است که بیمار تمایل به ادامه درمان دارد که ادامه درمان می‌تواند سبب تغییرات پایدارتر شود.

نتایج یافته‌ها نشان داد که در مرحله اول درمان در نتایج پس‌آزمون ۱ نسبت به پیش‌آزمون تغییرات معنادار بالینی مشاهده نشد که این نتایج همخوان با نتایج پژوهش استارتر (۳۲) و چی اکوتا و استابلس^۲ است که افراد مبتلا به اختلال شخصیت نیاز شدید به

باشد احساس لذت نرفته بود. درمانگر: در خصوص داستانی که گفتید چه حسی دارید؟ بیمار منظورتان چیست؟ درمانگر: هنگام گفتن داستان به نظر می‌رسید حس خوبی داشتید؟ بیمار عصبانی شد و درمانگر را متهم به بی‌رحمی کرد به وی تعبیر دادم دیگران را علت عصبانیت خود می‌داند و از آن‌ها دوری کند و در واقع بیمار آگاه شد که در صحبت‌هایش مرتب هم خود و هم دیگران را تحقیر می‌کند و به نقش خودش در خودتخریبی آگاه شد و به وی کمک شد تا از لذت موجود در جنبه‌های پرخاشگرانه خود، آگاه شود و وقتی در خصوص رابطه‌اش با زنان روسپی صحبت می‌کرد گاهی اوقات خودش را سرزنش می‌کرد و گاهی اوقات با لذت صحبت می‌کرد و در واقع بیمار قادر شد از نقش دوگانه خود به‌عنوان قربانی و قربانی کننده آگاه شود و همچنین پی برد که از خود انتقادگری رنج می‌برد و آن را به دیگران فرافکنی می‌کند و این باعث می‌شود دیگران را خشن ببندد و در روابط بین فردی دچار مشکل شود. و همانطور که دیگران را تخریب می‌کند خودش را نیز تخریب می‌کند (۲۶).

درمانگر با اشاره به لذت آزارگرانه بیمار در تعاملاتش، وی را قادر ساخت با همانند سازی دوگانه به‌عنوان قربانی و قربانی کننده کنار بیاید. بیمار پی برد که ابتدا از خود ارزیابی رنج می‌برد سپس این خود ارزیابی را به دیگران فرافکنی می‌کند و آن را از طرف دیگران می‌بیند بخش خشن و ارزیابی کننده خود را معطوف به دیگران می‌کند و این امر منجر می‌شود دیگران را خشن ببیند و این باعث می‌شود در روابطش از دیگران کناره گیری کند و همین طور آن‌ها نیز از وی دوری کنند (۲۶). در این مرحله بیمار عنوان می‌کند برای اولین بار است که حدود شش ماه در یک شغل ثابت مشغول فعالیت است و در شغلش احساس کارآمدی و رضایت دارد.

اواسط جلسات پیشرفته درمان بیمار عنوان کرد که با خانمی آشنا شده و قصد دارند با هم رابطه‌ای دوستانه داشته باشند و بیان می‌کند در قرار ملاقات‌هایش کمتر دچار خود تخریبی و سرزنش خود می‌شود ولی خیلی سریع می‌تواند خودش را آرام کند و احساس خوبی پیدا کند و همچنین گاهی اوقات دوستش را تحقیر می‌کند ولی بعد سعی می‌کند رفتارش را جبران کند. در این مرحله وقتی با بیمار درخصوص مرخصی ماه آینده صحبت کردم بی تفاوت بود و بعد از مرخصی گفت هفته گذشته، هفته خوبی بوده است و من نیز از اینکه مثل گذشته واکنش پرخاشگرانه و مضطربانه نداشته است خوشحال شدم.

بهبود کنش نمایی خارج از جلسات درمانی مشاهده می‌شود جلسات میانی آزمودنی مرتب از این صحبت می‌کرد که در مهمانی

^۱. Depressive transference

^۲. Chioqueta & Stiles

بیمار از خود و دیگران می‌دانند به نظر می‌رسد بیمار به این اهداف تا حدودی دست یافته است در مجموع نتایج مطالعه حاکی از اثربخشی درمان در تغییر ساختار شخصیت مرزی مخصوصاً پیشرفته درمان است پژوهش حاضر با محدودیت‌های روبرو بود در وهله اول، دسترسی دشوار به افراد دچار اختلال شخصیت مرزی بدون اختلال همبود و ملاک‌های مد نظر ذکر شده در پژوهش، حجم محدود نمونه، شرکت آزمودنی به مدت ۹ ماه دو بار در هفته به صورت منظم و طولانی مدت در جلسات درمانی، امکان ریزش نمونه در طول درمان مواجه بود در وهله دوم از جمله محدودیت‌های این پژوهش این است که این پژوهش در منطقه ۶ شهر تهران انجام شده است و تعمیم نتایج به سایر شهرستان‌ها را با مشکل مواجه می‌کند از این رو به پژوهشگران آینده پیشنهاد می‌شود این روش درمانی روی افراد دارای BPD در سایر شهرها هم انجام شود و نتایج آن با نتایج مطالعه حاضر مقایسه شود.

این مقاله از رساله دکتری نویسنده اول برای دریافت درجه دکتری تخصصی روانشناسی (PhD) دانشگاه آزاد سمنان استخراج شده است. بدین وسیله از آزمودنی که در مدت طولانی در این پژوهش شرکت داشت تشکر می‌کنیم و از همکاری صمیمانه پرسنل مرکز بهداشتی درمانی منطقه شش شهر تهران که در این تحقیق ما را یاری کردند تشکر و قدردانی می‌شود.

Reference

1. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders DSM-5. 5th Ed. Tehran: Arjmand Publishing; 2018. (Persian)
2. Lewis KC, Meehan KB, Cain MN, Wong PS, Clemence AJ, Stevens J, et al. Impairments in object relations and chronicity of suicidal behavior in individuals with borderline personality disorder. J Pers Disord 2016; 30: 19-34.
3. Huprich SK, Nelson SM, Lenqu K, Albright J. Object relations predicts borderline personality disorder symptoms beyond emotional dysregulation, negative affect, and impulsivity. J Pers Disord 2017; 8: 46-53.
4. Peyvastegar M. Borderline Personality and Alexithymia among Female College Students with

برقراری رابطه مبتنی بر پذیرش و صمیمیت دارند و همچنین به زمان بیشتری برای نزدیک شدن در روابط و به‌کارگیری دستاوردهای درمان نیاز دارند (۳۳).

نتایج این پژوهش با نتایج پژوهش کرنبرگ (۳۴) همسو است که نشان داد این روش درمانی می‌تواند به بیمار در شناخت عمیق‌تر از خود کمک می‌کند تا فقدان تصویرهای ایده‌آل از خود و دیگری را بپذیرد و تحمل کند و این سبب می‌شود تا هویت منسجم‌تری پیدا کند و همچنین سبب بهبود روابط بین فردی می‌شود. از آنجایی که مقیاس پرخاشگری یکی از ملاک‌های تشخیصی اختلال شخصیت مرزی است، نتایج این پژوهش نشان داد که این درمان در کاهش پرخاشگری مؤثر بوده است و همسو با نتایج پژوهش دیزنی^۱ (۳۵) بوده است. یکی دیگر از نتایج این پژوهش بهبود روابط بین فردی بیمار دارای اختلال شخصیت مرزی است در تبیین این یافته می‌توان چنین بیان کرد وقتی بیمار با ادامه روند درمان اطمینان خاطر پیدا کرد که یک نفر در کنارش است و به وی کمک می‌کند همین عامل باعث شد به ثبات ابژه^۲ برسد (۳۶) و کسب ثبات ابژه در بهبود روابط بین فردی اثر بخش است و پژوهش‌ها نشان می‌دهد وقتی فرد قادر به تعامل با افراد دیگر باشد و از مشوق‌ها برای خود تنظیمی استفاده کند در طول زمان کارایی شخصیت کمتر می‌شود یومانس و همکاران (۲۶) هدف درمان TFP را ایجاد تغییر در ادراک

Interpersonal Problems. Neuroscience journal of shefaye khatam 2017; 6(2): 51-9. (Persian)

5. Imani M, Pourshahbazi M. Prediction of Borderline Personality Disorder Based On Psychological Flexibility Components: Acceptance and Action, Values and Cognitive Defusion. Quarterly of Psychology and health in research 2017; 8(4): 1-9. (Persian)
6. Ganji M. Abnormal psychology based on DSM-5. Tehran: Savalan pub; 2017. (Persian)
7. Babaeefard M, Farahani M, Hashemi Razini H. The Relationship between Five Factor Model of Personality and Symptoms of Borderline Personality Disorder and Schizotypal Personality Disorder in a Non-clinical Sample. Quarterly of Psychology and health in research 216; 9(3): 2-12. (Persian)

². Object constancy

¹ Disney

8. Huprich SK, Greenberg RP. Advances in the assessment of object relations in the 1990s. *Clin Psychol Rev* 2003; 23(5): 665-98.
9. Miranda B, Louzã MR. The physician's quality of life: Relationship with ego defense mechanisms and object relations. *Compr Psychiatry* 2015; 63: 22-9.
10. Einy S, Narimani M, Atadokht A, Basharpour S, Sadeghi Movahhed F. Effectiveness of Mentalization based Therapy and Cognitive-Analytical Therapy on Improved Object Relationship of People with Borderline Personality Disorder: A comparison. *Payesh* 2018; 17(3): 275-87. (Persian)
11. Kernberg OF. Borderline (patient) personality. *International Encyclopedia of the Social & Behavioral Sciences (Second Edition)* 2015;755-759
12. Rashn Sh, Makvand-Hosseini Sh, Rezaei AM, Tabatabaee M. The effect of long-term dynamic psychotherapy on the personality structure of patients with Dependent Personality Disorder. *Journal of Clinical Psychology* 2018;9(4): 1-12. (Persian)
13. Clarkin JF, Caligor E, Stern B, Kernberg OF. Structured Interview of the Personality Organization (STIPO) Tahmaseb A, Rezaei. A, translators. 2017. non published. (Persian)
14. Dickhaut V, Arntz A. Combined group and individual schema therapy for borderline personality disorder: A pilot study. *J Behav Ther Exp Psychiatry* 2014;45(2): 242-51..
15. Arntz A, Hnnie V. Schema therapy for Borderline personality Disorder. Wiley- Blackwell. John Wiley and Sonns, Ltd, Publication; 2009.
16. Zargarani N, Mashhadi A, Tabibi Z. The Effectiveness of Emotion Regulation Group Training Based on Process Model of Gross on Behavioral and Cognitive Inhibition of Adolescent Girls with Syndrome of BPD and ADHD. *Journal of Clinical Psychology*. 2015;6(4) (Persian)
17. Hoseini-Emam SS, Najafi M, Makvand-Hosseini Sh, Salavati M, Rezaei AM. Comparing the Effectiveness of Training Emotion Regulation Skills Based on Gross and Linehan Models on Emotion Regulation Strategies in Adolescents with Borderline Personality Disorder. *Journal of Research in Behavioral Sciences* 2018;15(4): 508-17. (Persian)
18. Makvand Hosseini S, Azarfar F, Sabahi P. Effectiveness of a Short-term Group Dialectic Behavior Therapy on Quality of Lif of Girl Adolescents with Borderline Personality Disorder Symptoms. *Journal of Research in Psychological Health* 2019; 13 (2): 100-14. (Persian)
19. Vakili J, Kimiaee S, Salehi-Fadardi J. The Effectiveness of Dialectical Behavior Therapy on Borderline Personality Disorder Symptoms of prisoners. *Journal of Clinical Psychology* 2016; 8(3): 97-106. (Persian)
20. Chanen AM, Jackson HJ, McCutcheon LK, Jovev M, Dudgeon P, Yuen HP, et al. Early intervention for adolescents with borderline personality disorder using cognitive analytic therapy: randomised controlled trial. *Br J Psychiatry* 2008; 193(6): 477-84.
21. Debashi L, Najafi M, Rahimian-Boogar I. The Effectiveness of Cognitive-Analytic Therapy on Impulsivity and Dissociative Experiences of Borderline Personality Disordered Patients. 2018; 10(2): 15-27.
22. Kellett S, Bennett D, Ryle T, Thake A. Cognitive analytic therapy for borderline personality disorder: therapist competence and therapeutic effectiveness in routine practice. *Clin Psychol Psychother* 2013; 20(3): 216-25.
23. Shedler J. The Efficacy of Psychodynamic Psychotherapy. *American Psychologist* 2010; 65(2): 98-109.
24. Svartberg M, Stiles TC, Seltzer MH. Randomized, controlled trial of the effectiveness of short-term

- dynamic psychotherapy and cognitive therapy for cluster C personality disorders. *Am J Psychiatry* 2004; 161(5): 810-7.
25. Clarkin JF, Cain NM, Lenzenweger MF. Advances in transference-focused psychotherapy derived from the study of borderline personality disorder: clinical insights with a focus on mechanism. *Current opinion in psychology* 2017; 21: 80-5.
26. Yeomans F, Clarkin J, Kernberg F. Transference focused psychotherapy for borderline personality disorder. Rezaei F translator. Tehran: Arjmand Publishing; 2017. (Persian)
27. Kendall PC, Butcher JN, Grayson NH. *Handbook of research methods in clinical psychology*. 2nd ed. Chicago: John Wiley & Sons Inc; 1999. p. 297-329.
28. Chegini M, Delavar A, Garray B. Psychometrics Of millon clinical multiaxial inventory -III. *Journal Management System* 2013; 8: 135-62. (Persian)
29. Rahmani F, Kiani MA, Rezaei F, Nasuri M, Arasteh M. Personality, intellectual and emotional state of patients with borderline personality disorder. *Sci J Kurdistan Univ Med Sci* 2013; 18(3): 1-2. (Persian)
30. Doering S, Horz S, Rentrop M, Fischer-Kern M, Schuster P, Benecke C, et al. Transference-focused psychotherapy v. treatment by community psychotherapists for borderline personality disorder: randomised controlled trial. *Br J Psychiatry* 2010; 196(5): 389-95.
31. Vahedi A, Makvand-Hosseini S, Bigdeli I. Diagnosis of Higher Level Personality Pathology by Using Short-Term Dynamic Psychotherapy. *Journal of Clinical Psychology* 2012; 4(3): 75-85. (Persian)
32. Stadter M. *Object relations brief therapy: the therapeutic relationship in short-term work*. 2nd ed. Maryland: Roman and Littlefield; 2009.
33. Chioqueta AP, Stiles TC. Assessing suicide risk in cluster C personality disorders. *Crisis*. 2000; 25(3): 128-33.
34. Kernberg OF. *Object Relations Theory and Clinical Psychoanalysis*. 1st ed. New York: Jason Aronson; 1976.
35. Disney KL. Dependent personality disorder: a critical review. *Clin Psychol Rev* 2013; 33(8): 1184-96.
36. Frakland A. *The little psychotherapy Book Object Relations in practice*. Kiyandpoor S. translators. Tehran: Arjmand Publishing; Tehran; 2019. (Persian)

IMPROVEMENT OF BORDERLINE PERSONALITY DISORDER AT DIFFERENT TIME FRAMES OF TRANSFERENCE FOCUSED PSYCHOTHERAPY: A CASE REPORT

Giti zarei¹, Isaac Rahimian Boogar^{2}, Ameneh Moazedian³, Ali jahan⁴*

Received: 10 Feb, 2020; Accepted: 21 May, 2020

Abstract

Background & Aims: The purpose of the present study was to investigate the changes in borderline personality structure at different time serials of treatment.

Materials & Methods: The present study is a quasi-experimental and single-subject (A/B) study. The sample of study was a 35-year-old man who was selected as a borderline personality disorder among the patients referred to Health Center through a preliminary clinical interview and performing Millon clinical multi-axial inventory -III (MCMI-III) by available sampling method. The interview with the Semi-Structured Interview of the Personality Organization (STIPO) was conducted in four stages including one pre-test and three post-tests after time series treatment. Single-Subject was studied for 11 months in a format of 51 sessions of transference focused psychotherapy.

Results: The findings showed that the mean scores of personality structure (identity, dimensions of object relations, aggression, personality rigidity, deference mechanisms, and morality) in the first post-test were not significantly different from the pre-test; but there was a significant clinical difference in the mean scores of personality structure at the second and third post-tests compared to the pre-test.

Conclusion: Based on the results, this treatment has significant effect in improving the personality dimensions of borderline patients, especially in advanced stages of treatment.

Keywords: Borderline personality disorder, Kernberg's Dynamic Psychotherapy, Personality Structure, Transference focused psychotherapy

Address: Department of Clinical Psychology, Faculty of Psychology and Educational Sciences, Semnan University, Mahdishahr, Semnan, Iran

Tel: +9823 33623300

Email: i_rahimian@semnan.ac.ir

SOURCE: STUD MED SCI 2020; 31(4): 266 ISSN: 2717-008X

¹ Ph.D. Candidate in Psychology, Azad University, Semnan Branch, Semnan, Iran.

² Associate Professor of Health Psychology, Department of Clinical Psychology, Faculty of Psychology and Educational Sciences, Semnan University, Mahdishahr, Semnan, Iran (Corresponding Author)

³ Assistant Professor of Psychology, Department of Psychology, Azad University, Semnan Branch, Semnan, Iran

⁴ Assistant Professor of Azad University, Semnan Branch, Semnan, Iran