

**The Effect of Intensive Short-Term Dynamic Psychotherapy (ISTDP) on Reducing Symptoms and Defensive Mechanisms of Cluster C Personality Disorders****اثربخشی روان‌درمانی پویشی فشرده و کوتاه‌مدت بر کاهش علائم و مکانیسم‌های دفاعی اختلالات شخصیت خوشه C****Bahman Moazami Goodarzi, PhD Student**

Department of Psychology, Qom Branch, Islamic Azad University, Qom, Iran

Nader Monirpur, Ph.D

Assistant Professor, Department of Psychology, Qom Branch, Islamic Azad University, Qom, Iran

Hassan Mirzahosseini, Ph.D

Assistant Professor, Department of Psychology, Qom Branch, Islamic Azad University, Qom, Iran

بهمن معظمی گودرزی

دانشجوی دکتری روانشناسی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد قم، قم، ایران

نادر منیر پور*

استادیار گروه روانشناسی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد قم، قم، ایران

حسن میرزا حسینی

استادیار گروه روانشناسی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد قم، قم، ایران

چکیده

این پژوهش با هدف اثربخشی روان‌درمانی پویشی فشرده و کوتاه-مدت (ISTDP) بر کاهش علائم و مکانیسم‌های دفاعی اختلالات شخصیت خوشه C انجام شد. این پژوهش در زمره پژوهش‌های شبه-آزمایشی با طرح تک‌آزمودنی (A-B-A) بود. جامعه آماری این پژوهش را تمامی افراد مبتلا به اختلال‌های شخصیت خوشه C در شهر تهران در سال ۱۳۹۸ تشکیل می‌دادند. از میان جامعه آماری فوق، ۹ نفر که تشخیص سه اختلال شخصیت وابسته، وسواسی-جبری و اجتنابی را بر اساس سیاهه چند محوری بالینی میلون-۳ (MCMI-III) و مصاحبه روان‌پزشکی بر اساس ملاک‌های DSM-5 دریافت می‌کردند به روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب شدند. ابزار مورد استفاده در این پژوهش عبارت بودند از: سیاهه چند محوری بالینی میلون-۳ (Millon, 1977)، پرسشنامه سبک دفاعی-۴۰ (Andrews, Singh & Bond, 1993) و مصاحبه بالینی ساختاریافته برای اختلالات شخصیت DSM (First, Gibbon, Spitzer, Williams & Benjamin, 1997). همچنین، پروتکل ISTDP مطابق با رویکرد دونلو (۱۹۹۵، ۲۰۰۰) هر هفته یکبار به مدت ۱۵ جلسه و هر جلسه به مدت یک ساعت بر روی نمونه پژوهش اجرا شد. سنجش آزمودنی‌ها پس از ارزیابی خط پایه، هر ۳ جلسه یکبار صورت گرفت و پس از اتمام جلسات درمانی، ۳ ارزیابی پیگیری با فواصل یک‌ماهه انجام شد. داده‌ها با استفاده از نسخه ۲۴ نرم‌افزار SPSS تجزیه و تحلیل شدند. یافته‌های به دست آمده نشان داد که ISTDP سبب کاهش نشانه‌های اختلالات شخصیت خوشه C می‌شود. همچنین، اثر این درمان بر کاهش مکانیسم‌های دفاعی ناپخته و نوروتیک و افزایش مکانیسم‌های پخته در این اختلالات معنادار بود ($p < 0/05$). اختلالات شخصیت خوشه C می‌شود. همچنین، اثر این درمان بر کاهش مکانیسم‌های دفاعی ناپخته و نوروتیک و افزایش مکانیسم‌های پخته در این اختلالات معنادار بود ($p < 0/05$).

واژگان کلیدی: روان‌درمانی پویشی فشرده و کوتاه‌مدت، اختلالات شخصیت خوشه C، مکانیسم‌های دفاعی

Abstract

This study was conducted to investigate the effect of intensive short-term dynamic psychotherapy (ISTDP) on reducing the symptoms and defensive mechanisms of cluster C personality disorders. This study was a quasi-experimental study with a single-subject A-B-A design. The statistical population of this study consisted of all individuals with cluster C personality disorders in Tehran in 2019. Among the above statistical population, 9 individuals who received diagnoses of three dependent, obsessive-compulsive and avoidant personality disorders based on the Millon Clinical Multiaxial Inventory (MCMI-III) and Structured Clinical Interview for DSM Disorders (SCID-II) was selected by purposive sampling method. The instruments used in this study were: Millon Clinical Multiaxial Inventory (Millon, 1977), Defense Style Questionnaire-40 (Andrews, Singh & Bond, 1993) and Structured Clinical Interview for DSM Disorders (First, Gibbon, Spitzer, Williams & Benjamin, 1997). In addition, the ISTDP protocol was applied to the research sample according to the Davanlo (1995, 2000) approach for 15 sessions once a week and each session for one hour. Subjects were assessed after baseline assessment, once every 3 sessions, and after the treatment sessions, 3 follow-up assessments were performed at one-month intervals. Data were analyzed using Friedman test and SPSS software version 24. Findings showed that ISTDP reduced symptoms of cluster C personality disorder. Also, this treatment had a significant effect on the reduction of, immature, neurotic defensive and in increasing use of mature defensive mechanisms ($p < 0.05$).

Keywords: intensive short-Term dynamic psychotherapy (ISTDP), cluster C personality disorders, defensive mechanisms

مقدمه

شخصیتی به معنی کاهش یا از بین بردن مقاومت بر علیه تجربه احساسی و نزدیکی هیجانی است (Abbass, Kisely, Town, Leichsenring, Driessen & et al, 2014).

زیگموند فروید (Sigmund Freud) از آغاز تولد روان‌تحلیل‌گری نیرویی را شناسایی کرد که در راستای کند کردن یا سطحی‌سازی فرایند افشا می‌کوشد؛ و آن مقاومت (resistance) است. هنگامی که فروید با پدیده مقاومت روبه‌رو شد، موضعی چالش‌برانگیز و فعال در برابر آن نداشت. پس از فروید نیز همچنان به صورتی آرام و غیر مستقیم با مقاومت برخورد شد. چنین راهبردی در زمینه مقاومت یکی از عوامل مهم کندکننده فرایند افشا بوده و درمانگری را به فرایندی بلندمدت، سازمان‌نیافته، مبهم و غیر مستقیم تبدیل کرد (قربانی، ۲۰۱۹).

در این میان، روان‌درمانی پویایی فشرده و کوتاه‌مدت (intensive short-Term dynamic psychotherapy)، پایانی بر چنین تصویری از روان‌درمانی بود. روان‌درمانی پویایی فشرده و کوتاه‌مدت را دوانلو (۱۹۹۰، ۱۹۹۵، ۲۰۰۰) طی چهل سال گذشته تدوین نمود و هدف آن رهایی کامل بیمار از اختلالات نشانه‌ای و همچنین تغییرات چندبعدی ساختاری منش (character) است. این درمان بر پایه‌های ارزیابی دقیق علائمی که بیمار از آن‌ها شکایت دارد و انتقال (transference) به‌عنوان راهنمایی برای یافتن ریشه‌های ناخودآگاه آن علائم بنا شده است. روان‌درمانی پویایی فشرده و کوتاه‌مدت بر استفاده درمانگر از چارچوب درمان برای شکل دادن فضای انتقالی اشاره دارد که در آن به سرعت مسائل ناخودآگاه ارتباطی بیمار در رابطه با درمانگر ظاهر و تکرار شده و درمانگر آن‌ها را در ارتباط با نشانه‌هایی که بیمار از آن‌ها شکایت دارد، در چارچوب انتقال و با استفاده از انتقال متقابل (counter transference) و سایر تکنیک‌های درمان رابطه با موضوع (object) تعبیر می‌کند (Abbass, 2006). این تجربه مشترک بین بیمار و درمانگر، مجموعه‌ای از آگاهی‌ها را برای بیمار فراهم می‌آورد که سابقاً برای بیمار در دسترس نبوده و منجر به کاهش نشانگان اختلال، کاهش مکانیسم‌های دفاعی، کاهش کلی علائم روان‌پزشکی و افزایش کارکرد

اختلال شخصیت الگوی با دوام تجربه درونی و رفتار است که به طور چشمگیری از انتظارات و فرهنگ فرد منحرف شده، فراگیر و انعطاف‌ناپذیر است، در نوجوانی یا اوایل بزرگسالی شروع می‌شود، با گذشت زمان پایدار است و به ناراحتی یا اختلال منجر می‌گردد (American Psychiatric Association, 2013). اختلالات شخصیت، اختلالاتی شایع و مزمن است؛ حدود نیمی از بیماران روان‌پزشکی دچار اختلالات شخصیت هستند که اغلب با اختلالات محور I همراه است. همچنین، اختلالات شخصیت عامل زمینه‌ساز سایر اختلالات روان‌پزشکی بوده و در نتایج درمانی اختلالات محور I تداخل می‌کند (Sadock, Sadock & Ruiz, 2015).

طبقه‌بندی تشخیصی و آماری اختلالات روانی-ویرایش پنجم (DSM-5) (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-5)، اختلالات شخصیت را به سه دسته یا خوشه A، B و C دسته‌بندی می‌کند که هر خوشه خصوصیات بالینی مشترکی دارند. در این میان، خوشه C در بردارنده سه اختلال شخصیت وابسته، وسواس اجباری و اجتنابی می‌باشد (Sadock & et al, 2015). اختلال‌های شخصیت خوشه C با شیوع تقریباً ۱۰/۲ درصد در جمعیت عمومی و بیش از یک نفر از هر دو نفر در جمعیت بالینی، شایعترین اختلال‌های شخصیت هستند (American Psychiatric Association, 2013) که هزینه‌های گزاف اجتماعی و کیفیت زندگی پایین‌تر را به همراه دارند (Town, Abbass & Bernier, 2013).

افراد دچار اختلالات شخصیت توانایی بالایی در مهار احساسات منفی خود دارند؛ آنها به واقع در فرم‌های خودگزارش‌دهی نیز اضطراب کم و آگاهی بالایی گزارش می‌کنند؛ در حالی که علائم فیزیولوژیک مغایر با آن را نشان می‌دهند (Brody, Wagner, Heinrichs, James, Hellhammer & Ehlert, 2000). به این ترتیب، دفاع‌های شدیداً خودهمخوان (ego-syntonic) معمولاً زیربنای اختلالات شخصیت هستند (Schubmehl, 1995). دفاع‌ها باعث سرکوب احساس شده و در نتیجه می‌توانند منجر به آسیب‌رسانی به شخصیت در تمامی روابط آتی فرد شوند (Malan & Della Selva, 2007). از این رو، با کنار گذاشتن دفاع، تربیت شخصیتی فرد آغاز می‌شود. بنابراین، تغییرات

فرضیه اول: روان‌درمانی پویشی فشرده و کوتاه‌مدت بر کاهش علائم اختلالات شخصیت خوشه C موثر است.

فرضیه دوم: روان‌درمانی پویشی فشرده و کوتاه‌مدت بر کاهش مکانیسم‌های دفاعی اختلالات شخصیت خوشه C موثر است.

روش

روش پژوهش، جامعه آماری و نمونه: این پژوهش به لحاظ هدف کاربردی و به لحاظ روش در زمره پژوهش‌های شبه-آزمایشی با طرح سری‌های زمانی چند گروهی است (دلاور، ۲۰۱۲). جامعه آماری این پژوهش را تمامی افراد مبتلا به اختلال‌های شخصیت خوشه C در شهر تهران در سال ۱۳۹۸ تشکیل می‌دادند. از میان جامعه آماری فوق، ۱۲ نفر که تشخیص سه اختلال شخصیت وابسته، وسواسی-جبری و اجتنابی را بر اساس سیاهه چندمحوری بالینی میلیون-۳ (Millon Clinical Multiaxial Inventory-III) (MCMI-III) و مصاحبه روان‌پزشکی بر اساس ملاک‌های DSM-5 دریافت می‌کردند به روش نمونه‌گیری هدفمند از میان مراجعه‌کنندگان به دو کلینیک روان‌شناسی در شهر تهران انتخاب شدند که پس از ریزش نمونه تعداد آن‌ها به ۹ نفر رسید.

ملاک‌های ورود

۱. سن بالاتر از ۱۸ سال

۲. تحصیلات بالاتر از دیپلم

ملاک‌های خروج

۱. دریافت روان‌درمانی یا دارودرمانی به طور همزمان و یا در طول یک تا دو سال اخیر.

۲. تشخیص اختلال‌های خلقی، اضطرابی و اختلال‌های تفکر و هذیانی براساس سیاهه چند محوری بالینی میلیون-۳ (نمره بالاتر از خط برش) و اسکیزوفرنی و اختلال‌های مرتبط براساس ملاک‌های تشخیصی DSM-5.

۳. ابتلای همزمان به بیماری‌های جسمانی خاص و یا کم‌توانی ذهنی

ابزار سنجش

سیاهه چندمحوری بالینی میلیون-۳ (MCMI-III) (Millon Clinical Multiaxial Inventory-III): سیاهه چندمحوری بالینی میلیون-۳ (MCMI-III) یک پرسشنامه خودگزارشی

اجتماعی می‌شود (Abbass, Hancock, Henderson & Kisely, 2006).

هدف اصلی، هدایت بیماران به روند تعارضات هیجانی‌شان است تا با تکانه‌ها و احساسات با کمترین اضطراب و دفاع ارتباط برقرار کنند (Eppel, 2018). بیمار در این رویکرد با رفع تعارضات ناهوشیار خویش، شیوه‌های رضایت‌بخش‌تری برای رفع مشکلات می‌یابد (Frederickson, 2013). در واقع، موضع فعال درمانگر و به کارگیری درست روش‌ها در این درمان سبب می‌شود تا بیمار در کوتاه‌ترین زمان، عمق احساسات و افکار خود را شناسایی و لمس نماید (نوروزی، عابدین، عاطف وحید و قربانی، ۲۰۰۹). پژوهش‌های متعدد انجام شده در خارج و داخل کشور نیز گواهی بر اثربخشی روان‌درمانی پویشی فشرده و کوتاه‌مدت بر اختلالات شخصیت هستند (Svartberg, Stiles & Seltzer, 2004; Leichsenring & Rabung, 2011; Cornelissen, 2014; Clarkin, Yeomans, Kernberg, 2015; Batema, Anthony, Gunderson & Mulder, 2015; Solbakken & Abbass, 2015, 2016; Della Selva, 2017; Abbass & et al, 2006; Abbass, Sheldon, Gyra & Kalpin, 2008; Abbass, Town & Driessen, 2011; Abbass, Kisely, Town, Leichsenring, Driessen, & et al, 2014; Abbass, Kisely, Rasic, Town & Johansson, 2015; Abbass Town, Ogrodniczuk, Joffres & Lilliengren, 2017). موسوی مقدم، مدنی، آقایی و عابدین، ۲۰۱۹؛ نبی‌زاده، فرهادی، رشیدی و کردنوقایی، ۲۰۱۹؛ شکاری، حسینی نسب و معتمدی، ۲۰۱۸؛ رشن، مکوند حسینی، رضایی و طباطبایی، ۲۰۱۸؛ حیدری‌نسب، خوریانیان و طیبی، ۲۰۱۴؛ واحدی، مکوند حسینی و بیگدلی، ۲۰۱۲؛ نوروزی و همکاران، ۲۰۰۹).
با این حال، در ادبیات تحقیقی در خصوص اثربخشی روان‌درمانی پویشی فشرده و کوتاه‌مدت بر اختلالات شخصیت خوشه C تاکنون تحقیقی صورت نگرفته، بنابراین، پژوهش حاضر در پی بررسی انحصاری اثربخشی روان‌درمانی پویشی فشرده و کوتاه‌مدت بر علائم و مکانیسم‌های دفاعی اختلالات شخصیت خوشه C است. بر این اساس، فرضیه-های پژوهش عبارتند از:

۲۰، ۲۲، ۲۳، ۲۷، ۲۹، ۳۱، ۳۳، ۳۴، ۳۶، ۳۷) در یک طیف ۹ درجه‌ای لیکرت از کاملاً مخالفم = ۱ تا کاملاً موافقم = ۹ مورد ارزیابی قرار می‌دهد. Andrews و همکاران (۱۹۹۳) ضرایب آلفای کرونباخ را برای خرده‌مقیاس‌های پخته، روان‌رنجور و ناپخته در دو گروه سالم و اضطرابی به ترتیب ۰/۶۸، ۰/۵۸ و ۰/۸۰ گزارش کردند. در ایران حیدری‌نسب، منصور، آزاد فلاح و شعیری (۲۰۰۷) برای این ابزار ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۱ و ۰/۸۷ و همبستگی این ابزار را با ویژگی‌های شخصیتی براساس سیاهه تجدیدنظر شده شخصیت نئو (Neo Personality Inventory-Revised) به‌عنوان شاخصی از روایی این ابزار رضایت‌بخش گزارش کردند. دو نمونه از ماده‌های این پرسشنامه عبارت است از:

«تقریباً به سادگی قادرم خودم را بخندانم» و «مردم تمایل دارند با من بدرفتاری کنند».

مصاحبه بالینی ساختاریافته برای اختلالات DSM (SCID) (Structured Clinical Interview for DSM Disorders):

SCID یک مصاحبه تشخیصی نیمه‌ساختاریافته است که تشخیص‌هایی را براساس DSM فراهم می‌آورد (First, Gibbon, Spitzer, Williams & Benjamin, 1997). SCID-II که اختلالات شخصیت در محور ۲ را ارزیابی می‌کند، مطالعات مختلفی حاکی از روایی و پایایی مطلوب آن است (Zanarini & Frankenburg, 2001; Zanarini, Skodol, Bender, Dolan, Sainslow & et al, 2000). روایی محتوایی نسخه ترجمه شده آن در ایران در پژوهش بختیاری (۲۰۰۱) تأیید شده و ضریب پایایی این آزمون نیز با استفاده از روش بازآزمایی به فاصله یک هفته ۰/۸۷ به دست آمد. یک نمونه از ماده‌های این پرسشنامه برای دوره راجعه مانیا عبارت است از: «در ماه گذشته، آیا مدتی را تجربه کرده‌اید که تقریباً هر روز و حداقل برای چند روز، تحریک‌پذیر، عصبانی یا بی‌تحمل باشید؟ آیا این حالات با روال معمول شما تفاوت داشت؟».

روش اجرا و تحلیل داده‌ها

پروتکل روان‌درمانی پویایی فشرده و کوتاه مدت مطابق با رویکرد دوانلو (۱۹۹۵، ۲۰۰۰) هر هفته یکبار به مدت ۱۵ جلسه و هر جلسه به مدت یک ساعت بر روی نمونه پژوهش

استاندارد شده است که دامنه گسترده‌ای از اطلاعات مربوط با شخصیت، سازگاری هیجانی و نگرش مراجعان به سنجش را می‌سنجد. نسخه اصلی این سیاهه در سال ۱۹۷۷ توسط میلیون تدوین و ارایه شد و از آن زمان تاکنون دو بار تجدید نظر شده است. میلیون نقطه برش نرخ پایه ۸۵ یا بالاتر را به عنوان وجود قطعی ویژگی‌های مورد نظر تعیین کرد. نمره‌های BR ۷۵ یا بالاتر دلالت بر وجود ویژگی‌های یک اختلال دارند و نمره‌های BR پایین‌تر از ۷۵ نشان می‌دهد که برخی از ویژگی‌ها وجود دارند و نه همه آن‌ها. نسخه فعلی شامل ۱۷۵ ماده است که تحت ۲۸ مقیاس جداگانه و براساس ۴ طبقه‌بندی نمره‌گذاری می‌شود که عبارتند از: ۱) الگوهای بالینی شخصیت: شخصیت‌های اسکیزوئید، اجتنابی، افسرده، وابسته، نمایشی، خودشیفته، ضداجتماعی، آزارگر، اجباری، منفی‌گرا و خودناکام‌ساز (۲) الگوهای بالینی شدید شخصیت: شخصیت‌های اسکیزوتایپی، مرزی و پارانوئید (۳) نشانه‌های بالینی اختلال‌های اضطرابی، شبه‌جسمانی، مانیک، افسرده‌خوبی، وابستگی به الکل، وابستگی به مواد و استرس پس از سانحه و ۴) نشانه‌های بالینی شدید: اختلال‌های تفکر، افسردگی اساسی و هذیانی (فتحی‌آشتیانی و داستانی، ۱۳۹۰). شریفی (۲۰۰۳) ضرایب آلفای کرونباخ ۰/۸۵ تا ۰/۹۷ به‌عنوان شاخصی از همسانی درونی و ضرایب اعتبار ۰/۸۲ تا ۰/۹۸ به روش بازآزمایی را برای مقیاس‌های این سیاهه گزارش کرد. همچنین در مطالعه شریفی (۲۰۰۳) روایی مقیاس‌های این سیاهه از طریق روایی تشخیصی و با محاسبه خصیصه‌های عامل به دست آمده است. دو نمونه از ماده‌های این سیاهه عبارت است از:

«اخیراً، حتی صبح‌ها احساس ضعف و بی‌حالی می‌کنم» و «برای قوانین و مقررات احترام زیادی قائلم، زیرا از حقوق افراد حمایت می‌کنند».

پرسشنامه سبک دفاعی-۴۰ (DSQ-40) (Defense Style Questionnaire): پرسشنامه سبک دفاعی-۴۰ (DSQ-40) توسط Andrews, Singh & Bond (۱۹۹۳) ساخته شده است و شامل ۴۰ ماده است که ۲۰ سازوکار دفاعی را در سه سطح پخته (گویه‌های ۲، ۳، ۵، ۲۵، ۲۶، ۳۰، ۳۵، ۳۸)، روان‌رنجور (گویه‌های ۱، ۷، ۲۱، ۲۴، ۲۸، ۳۲، ۳۹، ۴۰) و ناپخته (گویه‌های ۴، ۶، ۸، ۹، ۱۰، ۱۱، ۱۲، ۱۳، ۱۴، ۱۵، ۱۶، ۱۷، ۱۸، ۱۹،

اجرا شد. در این رویکرد، مرحله اول درمان پرسش در مرحله پنجم؛ دستیابی مستقیم به ناهشیار و مرحله هفتم؛ خصوص مشکلات (مصاحبه اولیه و درمانگری)، مرحله دوم؛ کاوش پویایی در ناهشیار است. خلاصه جلسات مطابق با فشار، مرحله سوم؛ چالش، مرحله چهارم: مقاومت انتقالی، رویکرد دوانلو (۱۹۹۵، ۲۰۰۰) در جدول ۱ ارائه شده است.

جدول ۱. مراحل روان‌درمانی پویایی فشرده و کوتاه‌مدت

مراحل	اهداف	محتوا
مرحله اول	پرسش در خصوص مشکلات	توالی پویایی در ابتدا با پرسش در خصوص مشکل بیمار آغاز می‌شود. در این مرحله درمانگر به جستجو در علائم اختلال و مشکلات شخصیتی بیمار می‌پردازد. از وی پاسخ‌های عینی و مشخص طلب می‌کند و بر احساسات او متمرکز می‌شود.
مرحله دوم	فشار	بیمار معمولاً علائم اختلال و وضعیت زندگی خود را به صورتی مبهم و نه چندان سؤال-برانگیز توضیح می‌دهد؛ در همین جاست که درمانگر با تقاضای توضیح جزئی‌تر، عینی‌تر و مشخص‌تر فشار را آغاز می‌کند. درخواست پاسخ‌های مشخص‌تر از بیمار و درخواست مثال مشخص، سئوالات جستجوگرانه، هدایت مصاحبه به سمت مسائل مهم؛ درخواست اطلاعات بیشتر در این موارد، هدایت مصاحبه به حوزه‌هایی که بیمار در آنها مشکل دارد، تمرکز بر خیال‌پردازی‌ها، هدایت توجه بیمار به علائم غیر کلامی (مسیرهای جسمانی)، احساسات ناراحت‌کننده را کانون توجه قرار دادن، تمرکز بر تجربه و لمس واقعی احساسات و تمرکز بر تکانه‌هایی مانند خشم.
مرحله سوم	چالش	اشاره و تأکید بر مشکلات و آثار آنها بر زندگی فرد، قرار دادن مسئولیت بر دوش بیمار، تأکید بر اراده و میل بیمار، تأکید بر وظایف درمانی و هدف بیمار، تأکید بر مشارکت و همکاری بین بیمار و درمانگر، اشاره و تأکید بر ماهیت و کارکرد و پیامد استفاده از دفاع‌ها، اشاره و تأکید بر جنبه خودتخریبی مقاومت، چالش و فشار به مقاومت بر ضد نزدیکی هیجانی، فشار بر پیمان درمانی ناهشیار.
مرحله چهارم	مقاومت انتقالی	بخشی از شخصیت بیمار که با سیستم‌های دفاعی مشخص می‌شود، نسبت به چالش‌های درمانگر با خشم واکنش نشان می‌دهد در حال که بخشی از شخصیت بیمار که کانون پیمان درمانی با گرایش به خودمختاری و رهایی از مشکلات است نسبت به تلاش بی‌وقفه درمانگر برای کمک با گرمی و سپاس واکنش نشان می‌دهد. در بیماران هر دو احساس مثبت و منفی انتقالی به تشدید مقاومت منجر می‌شود. در این مرحله درمانگر مداخلاتی را به کار می‌بندد تا تنش بین دو نیروی متعارض را در بیمار به حداکثر خود رساند. مجموعه این مداخلات درگیری مستقیم با مقاومت انتقالی نامیده می‌شود.
مرحله پنجم	دستیابی مستقیم به ناهشیار	تمرکز بر دفاع‌ها و روشن‌سازی و چالش با آنها به جنبش احساسات انتقالی شدید و پیچیده در بیمار منجر می‌شود. فشار و چالش ادامه می‌یابد تا از ناهشیار علائمی مبنی بر نزدیک شدن احساسات و تکانه‌ها به سطح مشاهده شود. تخیل و به تصویر کشیدن تکانه روشی است که برای تسهیل فرایند دسترسی بیمار به تجربه کامل و ابراز حالات هیجانی خود به کار می‌رود.
مرحله ششم	تحلیل انتقال	در این مرحله به برقراری و تحلیل شباهت‌ها بین الگوی ارتباط بیمار در انتقال با سایر روابط وی در زندگی کنونی و گذشته‌اش پرداخته می‌شود. بیمار نسبت به نحوه دفاع از خود در برابر احساساتش در روابط فعلی، گذشته و انتقالی‌اش بینش می‌یابد و درمانگر در

این مرحله شباهت‌ها و تفاوت‌ها را تحلیل می‌کند.

مرحله هفتم	کاوش پویایی در ناهشیار	کاوش در زندگی خانوادگی بیمار اهمیتی اساسی دارد. معمولاً در این مرحله رخنه‌های مکرری در احساسات ناهشیار رخ می‌دهد. رویارویی با احساسات دردناک ممکن است مقاومت نه چندان شدیدی را در بیمار برانگیزد اما با اندکی فشار و چالش، می‌توان به سهولت بر مقاومت غلبه کرد.
------------	------------------------	---

پویایی فشرده و کوتاه‌مدت هفت مرحله‌ای دوانلو (۱۹۹۵، ۲۰۰۰) انجام گرفت. در پایان جلسات درمانی اول، سوم، ششم، نهم، دوازدهم و پانزدهم MCMIII اجرا شد. در نهایت، داده‌ها با تحلیل واریانس ناپارامتریک فریدمن تحلیل شدند.

یافته‌ها

در هر سه گروه اختلال شخصیت وسواسی-جبری، وابسته و اجتنابی، ۳ نفر (۳۳/۳ درصد) قرار داشتند. همچنین، در هر سه گروه، ۲ نفر (۶۶/۷ درصد) از شرکت‌کنندگان زن و ۱ نفر (۳۳/۳ درصد) مرد بودند. از لحاظ دامنه سنی، در دو گروه اختلال شخصیت وسواسی-جبری و اجتنابی، ۲ نفر (۶۶/۷ درصد) در دامنه سنی بین ۳۶ تا ۴۵ سال و ۱ نفر (۳۳/۳ درصد) ۳۵ سال سن داشت؛ این در حالی است که در گروه اختلال شخصیت وابسته، ۲ نفر (۶۶/۷ درصد) تا ۳۵ سال و ۱ نفر (۳۳/۳ درصد) بیش از ۴۵ سال سن داشت.

تأثیر روان‌درمانی پویایی فشرده و کوتاه‌مدت بر نشانه‌های اختلالات شخصیت خوشه C در جدول ۲ ارائه شده است.

مراحل اجرای پژوهش به این صورت بود که ابتدا انتخاب اولیه بر اساس تشخیص روانپزشک مبنی بر وجود اختلال شخصیت خوشه C صورت گرفت. در جلسه اول تاریخچه فردی و خانوادگی و احتمال وجود اختلالات محور I بررسی شد. در صورت نداشتن ملاک‌های خروج و داشتن ملاک‌های ورود، MCMIII بعد از جلسه اجرا شد. در جلسه دوم بعد از یک هفته، ضمن بررسی اقدامات در طول هفته و ارزیابی ملاک‌های ورود و خروج، پس از جلسه MCMIII اجرا شد. در جلسه سوم ضمن ارزیابی مجدد افراد با SCID در صورت وجود ملاک‌های ورود و عدم وجود ملاک‌های خروج، MCMIII اجرا شد. اگر در سه جلسه متوالی نمره شدت اختلال شخصیت میلون کمتر از ۷۵ می‌شد یا هر یک از ملاک‌های خروج را به دست می‌آورد بیمار از طرح پژوهش خارج می‌شد. شرکت‌کنندگان گمارده شده به خط پایه سه سنجشی، یک هفته بعد از آخرین جلسه وارد دوره درمان شدند. سپس در دوره درمان، ۱۵ جلسه هفتگی، هر جلسه یک ساعت برای هر یک از آنها انجام شد. جلسه اول دوره درمان (درمان آزمایشی) برای همه بیماران در طی دو ساعت انجام شد. همچنین، فرایند درمان در همه جلسات برابر پروتکل روان‌درمانی

جدول ۲. تأثیر روان‌درمانی پویایی فشرده و کوتاه‌مدت بر نشانه‌های اختلالات شخصیت خوشه C

متغیر	خی	درجه آزادی	سطح معناداری	تعداد
	دو	۲	۰/۰۴۷	۳
اختلال شخصیت وابسته	مراحل زمانی		میانۀ نمرات	میانگین رتبه
	پیش‌آزمون		۸۶	۳
	پس‌آزمون		۴۰	۱/۳۳
	پیگیری		۴۴	۱/۶۷
		۲	۰/۰۴۷	۳

میانگین رتبه	میانۀ نمرات	مراحل زمانی	
۳	۸۸	پیش‌آزمون	اختلال شخصیت وسواسی-جبری
۱/۶۷	۵۵	پس‌آزمون	
۱/۳۳	۵۵	پیگیری	
۳	۰/۰۴	۲	۵/۶۳۶
میانگین رتبه	میانۀ نمرات	مراحل زمانی	
۳	۷۸	پیش‌آزمون	اختلال شخصیت اجتنابی
۱/۸۳	۵۴	پس‌آزمون	
۱/۱۷	۵۱	پیگیری	

همان‌طور که در جدول ۲ ارائه شده است، آزمون فریدمن تفاوت معناداری را بین مراحل زمانی نشان داد ($p < ۰/۰۵$). بر این اساس، میانۀ نمرات برای هر سه اختلال شخصیت از پیش‌آزمون به پس‌آزمون کاهش نشان داد. این یافته نشان می‌دهد که روان‌درمانی پویایی فشرده و کوتاه‌مدت در کاهش علائم اختلالات شخصیت خوشه C موثر است. هرچند، در خصوص دو اختلال شخصیت وابسته و وسواسی-جبری این کاهش در مرحله پیگیری نسبت به پس‌آزمون افزایش یافت که بیانگر ماندگاری اثر کوتاه‌مدت این شیوه درمانی در ارتباط با این دو اختلال شخصیت است.

تأثیر روان‌درمانی پویایی فشرده و کوتاه‌مدت بر مکانیسم‌های دفاعی (پخته، ناپخته و نوروتیک) اختلالات شخصیت خوشه C در جدول ۳ ارائه شده است.

جدول ۳. تأثیر روان‌درمانی پویایی فشرده و کوتاه‌مدت بر مکانیسم‌های دفاعی اختلالات شخصیت خوشه C

متغیر	مکانیسم‌های دفاعی	خی دو	درجه آزادی	سطح معناداری	تعداد
	پخته	۲/۶۶۷	۲	۰/۱۵۴	۳
	ناپخته	۳/۶۶۷	۲	۰/۰۹۷	۳
	نوروتیک	۲/۶۷	۲	۱/۴۳	۳
اختلال	مراحل زمانی	میانۀ نمرات مکانیسم-	میانۀ نمرات مکانیسم-	میانۀ نمرات	
شخصیت وابسته		های دفاعی پخته	های دفاعی ناپخته	مکانیسم‌های دفاعی نوروتیک	
	پیش‌آزمون	۳۵	۴۸	۵۹	
	پس‌آزمون	۵۱	۴۱	۵۴	
	پیگیری	۵۲	۴۳	۵۱	

۳	۰/۰۴۷	۲	۴/۶۶۷	پخته	
۳	۰/۰۰۴	۲	۵/۶۳۵	ناپخته	اختلال
۳	۰/۱۴۸	۲	۳/۸۱۸	نوروتیک	شخصیت
میانۀ نمرات مکانیسم‌های دفاعی نوروتیک	میانۀ نمرات مکانیسم‌های دفاعی ناپخته	میانۀ نمرات مکانیسم‌های دفاعی پخته	مراحل زمانی		وسواسی-جبری
۶۵	۵۱	۴۵		پیش‌آزمون	
۳۴	۴۱	۶۵		پس‌آزمون	
۳۵	۳۹	۵۷		پیگیری	
۳	۰/۰۴۷	۲	۴/۶۶۷	پخته	
۳	۰/۰۴۷	۲	۴/۶۶۷	ناپخته	
۳	۰/۰۰۲	۲	۶	نوروتیک	
میانۀ نمرات مکانیسم‌های دفاعی نوروتیک	میانۀ نمرات مکانیسم‌های دفاعی ناپخته	میانۀ نمرات مکانیسم‌های دفاعی پخته	مراحل زمانی		اختلال
					شخصیت
۶۱	۵۴	۴۵		پیش‌آزمون	اجتنابی
۴۳	۳۰	۵۶		پس‌آزمون	
۴۱	۳۲	۵۴		پیگیری	

جبری و اجتنابی بهبودی پایدار بود، اما در اختلال شخصیت وابسته، به علت افت آزمودنی‌ها در پیگیری، نتیجه پایدار نبود. Cornelissen (۲۰۱۴) در مطالعه ۲۴ هفته‌ای به بررسی اثربخشی روان‌درمانی پویشی فشرده و کوتاه‌مدت بر بیماران با تشخیص اختلالات شخصیت که قبلاً به درمان مقاومت نشان داده بودند، دریافت که اثربخشی این درمان، زیاد و باثبات است. همچنین، یافته‌های پژوهش Abbass و همکاران (۲۰۰۸) نشان داد که روان‌درمانی پویشی فشرده و کوتاه‌مدت در ۲۷ بیمار دارای اختلالات شخصیت با ملاک‌های DSM-IV تأثیر معناداری داشته و در پیگیری بلندمدت این بیماران نشان داد که ۸۳ درصد علائم اختلال شخصیت کاهش یافته بود.

علاوه بر این، در پژوهش Svartberg و همکاران (۲۰۰۴) نیز با هدف بررسی اثربخشی روان‌درمانی پویشی فشرده و کوتاه‌مدت و درمان شناختی برای اختلال‌های شخصیت خوشه C نشان داده شد که تمامی بیماران به طور متوسط از نظر آماری در کلیه مقیاس‌های مورد مطالعه شامل پریشانی، مشکلات بین‌فردی و نشانه‌های بیمارگون شخصیت در طول درمان و همچنین در طی یک دوره پیگیری ۲ ساله پیشرفت چشمگیری داشتند. تغییرات قابل توجهی در نشانه‌های پریشانی پس از درمان برای گروه بیمارانی که روان‌درمانی پویشی فشرده و کوتاه‌مدت دریافت کرده بودند مشاهده شد که برای بیماران شناخت درمانی پیدا نشد.

در خصوص تبیین این یافته می‌بایست بیان نمود که در این پژوهش از تکنیک مراحل هفت‌گانه اجرای مداخلات که عبارتند از: پرسش، فشار، چالش، مقاومت انتقالی، دستیابی به ناهشیار (تجربه مستقیم احساسات انتقالی)، تحلیل انتقال و کاوش پویشی در ناهشیار استفاده شده است. در این روش، روشن‌سازی دفاع‌ها و به دنبال آن فشار به تجربه احساسات و چالش با موانع دفاعی بیمار از ابتدای فرآیند درمان آغاز می‌شود. به کارگیری این فنون به جنبش احساسات شدید و ترکیبی در انتقال (رابطه بیمار-درمانگر) منجر می‌شود و لایه-های دفاعی تنیده در منش بیمار بر ضد این احساسات را فعال می‌سازد. این موقعیت تعارضی، تعارض‌های مشابه بیمار را در گذشته بیدار می‌کند. با به کارگیری صحیح این فنون، سیستم دفاعی بیمار شکسته شده و احساسات بیمار در انتقال به‌طور

همان‌طور که در جدول ۳ مشاهده می‌شود، آزمون فریدمن نشان داد که روان‌درمانی پویشی فشرده و کوتاه‌مدت بر مکانیسم‌های دفاعی پخته، ناپخته و نوروپیک در افراد با اختلال شخصیت اجتنابی و وسواسی-جبری معنادار است ($p < 0/05$). اما برای اختلال شخصیت وابسته، تفاوت معناداری را برای مکانیسم دفاعی پخته، ناپخته و نوروپیک بین مراحل زمانی مختلف (پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری) نشان نداد. همچنین، این تفاوت بین مراحل مختلف زمانی برای مکانیسم‌های دفاعی نوروپیک در اختلال شخصیت وابسته نیز معنادار نبود ($p > 0/05$). به این ترتیب، می‌توان اذعان داشت که روان‌درمانی پویشی فشرده و کوتاه‌مدت بر مکانیسم‌های دفاعی پخته، ناپخته و نوروپیک در افراد با اختلال شخصیت خوشه C اثر معناداری دارد. ولی این درمان بر مکانیسم‌های دفاعی نوروپیک در افراد با اختلال شخصیت وابسته اثر معناداری ندارد.

بحث و نتیجه‌گیری

این پژوهش با هدف بررسی اثربخشی روان‌درمانی پویشی فشرده و کوتاه‌مدت بر اختلالات شخصیت خوشه C انجام شد. یافته‌های به دست آمده با تأیید فرضیه اول پژوهش نشان داد که روان‌درمانی پویشی فشرده و کوتاه‌مدت منجر به کاهش علائم در سه گروه از بیماران با اختلالات شخصیت وابسته، وسواسی-جبری و اجتنابی شد. این یافته همسو با مطالعات انجام شده در این زمینه است (Svartberg & et al, 2004; Abbass & et al, 2011; Cornelissen, 2014; Solbakken & Abbass, 2015, 2016; رشن و همکاران، ۲۰۱۸؛ حیدری‌نسب و همکاران، ۲۰۱۴).

برای مثال، نتایج پژوهش Solbakken & Abbass (۲۰۱۶) بر روی ۹۵ بیمار با اختلالات شخصیت نشان داد که روان‌درمانی پویشی فشرده و کوتاه‌مدت بر این بیماران تأثیر معناداری داشته و پیگیری ۱۴ ماهه پس از درمان نیز نشان داد که بهبودی بیماران پایدار بوده است. همچنین، تحلیل یافته‌ها در این تحقیق بر روی بیماران خوشه C نشان داد که کاهش علائم و روند بهبود پس از هشت هفته درمان معنادار بوده و در پیگیری ۱۴ ماهه برای دو اختلال شخصیت وسواسی-

همسو با این یافته، یافته‌های پژوهشی مهدوی و همکاران (۲۰۱۹)، نبی‌زاده و همکاران (۲۰۱۹)، شکاری و همکاران (۲۰۱۸)، واحدی و همکاران (۲۰۱۲) و نوروزی و همکاران (۲۰۰۹) نیز نشان داده است که روان‌درمانی پویایی فشرده و کوتاه‌مدت موجب کاهش مکانیسم‌های دفاعی ناپخته و نوروتیک در بیماران با اختلالات شخصیت می‌گردد.

در خصوص تبیین این یافته می‌بایست بیان نمود که دفاع-ها به صورت خودکار و ناهوشیار، جنبه‌هایی از واقعیت و احساسات را که اضطراب‌آورند دور می‌کنند. چون دفاع‌ها مانع می‌شوند واقعیت صحیح دیده شود، نمی‌توانیم به صورت انطباقی پاسخ دهیم. در نتیجه، در دستیابی به اهداف مان شکست خورده و احساسات منفی بیشتری را تجربه می‌کنیم. برعکس، سازوکارهای مقابله‌ای راهبردهایی خودآگاه هستند که با انعطاف‌پذیری، برای حل مشکلات بیرونی به کار می‌بندیم. آنها احساسات منفی را کاهش می‌دهند و به ما کمک می‌کنند کارایی داشته باشیم، به طوری که بتوانیم مشکلات مان را حل یا سامان‌دهی کنیم. بنابراین، برای اینکه فرد احساساتش را عمیقاً حس کند، باید قادر باشد آنها را مشاهده و در آنها تأمل کند. این امر باعث ایجاد اضطراب می‌شود که باید تنظیم شده و کاهش یابد. سپس مراجع به دفاع‌های خود متوجه شود و رنج ناشی از آنها را مشاهده کند. بدین ترتیب، به کمک درمانگر آنها را کنار گذارده، احساسات پشت آنها را تجربه کرده و در نهایت، پاسخ‌های سازگارانه‌تری برای حل مشکلات اتخاذ خواهد کرد.

در تبیین عدم اثربخشی این درمان بر مکانیسم‌های دفاعی نوروتیک در اختلال شخصیت وابسته که همسو با یافته‌های نبی‌زاده و همکاران (۲۰۱۹) و غیر همسو با یافته‌های شکاری و همکاران (۲۰۱۸) می‌باشد می‌توان گفت که در روان‌درمانی پویایی فشرده و کوتاه‌مدت با فشار به سمت تجربه احساس، روشن‌سازی دفاع‌ها و چالش با مقاومت منجر به تشدید احساسات انتقالی می‌شود. 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 نمی‌تواند از سپر دفاعی بیمار عبور نماید. از طرف دیگر، چالش با آن منجر به تشدید انتقال می‌شود که خود یک نوع دفاع

مستقیم لمس و ابراز می‌شود. در نتیجه، تجارب و آسیب‌های پدیدآورنده ناهشیار گشوده می‌گردند. هنگامی که بیمار با آنچه قبلاً از آن می‌گریخته است هشیارانه روبه‌رو می‌شود، دیگر به دفاع‌هایی تکیه نخواهد کرد که ماهیتی واپس‌رونده و خودشکست‌جویانه دارند. در این شرایط «من» (ego) خودمختاری خود را به دست می‌آورد و بیمار قادر می‌شود در بالاترین سطح توانایی‌های خود زندگی کند.

هدف هر جلسه درمان، قرار دادن بیمار در تماس با احساسات واقعی است، تا جایی که بتواند تحمل کند. این نکته اشاره به ضرورت تعدیل میزان اضطراب برانگیخته شده دارد. این رویکرد، کار با تعارضات پویایی و موضوعات انتقال هیجانی از روابط گذشته تا حال را به تصویر می‌کشد. این امر با بکارگیری «مثلث تعارض» و «مثلث شخص» انجام می‌شود. درمانگر با تمرکز بر مثلث تعارض، فرآیند تجربه تکانه‌ها، بروز اضطراب و بکارگیری دفاع‌ها را برای مراجع روشن ساخته و با اتکا به مثلث شخص، انتقال هیجانان و عواطف سرکوب شده از چهره‌های مهم گذشته به درمانگر را بازنمایی می‌سازد. در خلال این همراهی درمانگر با مراجع، وی از پویایی‌های ناهوشیار خود آگاهی یافته و به تجربه هیجانان سرکوب شده می‌رسد. چراکه تلاش پیوسته درمانگر برای تجربه عمیق عاطفی-هیجانی به عنوان عنصری شفاف‌بخش عمل خواهد کرد (Leiper & Maltby, 2004). در همین راستا، مطالعات گسترده در دو دهه گذشته، نشان داده است که افشا، چه گفتاری و چه نوشتاری، سلامت جسمانی و روانی و نیز عملکرد سیستم ایمنی و اعصاب خودمختار را بهبود می‌بخشد (Pennebaker, & Chung, 2007). از این رو، موضع فعال درمانگر و به کارگیری صحیح فنون در این موضع سبب می‌شود تا مراجع در کوتاه‌ترین زمان، عمق احساسات و افکار خود را شناسایی و لمس نماید و سلامت روانی بیشتری را به دست آورد (دوانلو، ۱۹۹۵).

دیگر یافته به دست آمده در این مطالعه با تأیید فرضیه دوم نشان داد که روان‌درمانی پویایی فشرده و کوتاه‌مدت منجر به کاهش مکانیسم‌های دفاعی ناپخته و نوروتیک و افزایش مکانیسم‌های دفاعی پخته در سه گروه از بیماران با اختلالات شخصیت وابسته، وسواسی جبری و اجتنابی شد.

منابع

- Abbass, A. (2013). *Reaching Through Resistance: Advanced Psychotherapy Techniques*. Seven Leaves Pres.
- Abbass, A. A. (2006). Intensive short-term dynamic psychotherapy of treatment resistant depression: a pilot study. *Depression and Anxiety*, 23, 449-452.
- Abbass, A. A., Hancock, J. T., Henderson, J., & Kisely, S. (2006). Short-term psychodynamic psychotherapies for common mental disorders. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 4 .
- Abbass, A., Kisely, S., Rasic, D., Town, J. M., & Johansson, R. (2015). Long-term healthcare cost reduction with Intensive Short-term Dynamic Psychotherapy in a tertiary psychiatric service. *Journal of Psychiatric Research*, 64, 114-120.
- Abbass, A., Kisely, S. R., Town, J. M., Leichsenring, F., Driessen, E., De Maat, S., Gerber, A., Dekker, J., Rabung, S., Rusalovska, S., & Crowe, E. (2014). Short-term psychodynamic psychotherapies for common mental disorders. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 7.
- Abbass, A., Sheldon, A., Gyra, J., & Kalpin, A. (2008). Intensive short-term dynamic psychotherapy for DSM-IV per-sonality disorders: A randomized controlled trial. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 196, 211-216.
- Abbass, A., Town, J., & Driessen, E. (2011). The efficacy of short-term psychodynamic psychotherapy for depressive disorders with comorbid personality disorder. *Psychiatry*, 74(1), 58-71.
- Abbass, A., Town, J., Ogrodniczuk, J., Joffres, M., & Lillengren, P. (2017). Trial therapy: effectiveness and role of unlocking the unconscious. *J Nerv Mental Dis*, 205, 453-457.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5)*. American Psychiatric Pub.
- Andrews, G., Singh, M., & Bond, M. (1993). The Defense Style Questionnaire. *Journal of nervous and mental disease*, 181(4), 246-256.
- Bateman, A. W., Gunderson, J., & Mulder, R. (2015). Treatment of personality disorder. *Lancet*, 385(9969), 735-743.
- است و در صورتی که به آن توجه نشود می‌تواند منجر به انحراف یا رها کردن درمان توسط بیمار شود و انتقال نیز با سبک‌های دفاعی بیمار در ارتباط است. این امر به ویژه در بیماران با اختلال‌های شخصیت اهمیت بیشتری دارد (نوروزی و همکاران، ۲۰۰۹). چرا که دفاع‌ها موظف به مدیریت تعارض‌های شکل گرفته می‌شوند تا شخص متحمل درد نشود. در اختلال شخصیت وابسته، انتقال و وابستگی به درمانگر می‌تواند موجب افزایش مکانیسم‌های دگردوستی کاذب و عقلانی‌سازی از مکانیسم‌های دفاعی نوروپیک گردد. همچنین، این یافته‌ها سازگار می‌تواند ناشی از عوامل مداخله‌گر همچون شخصیت درمانگر، محدودیت فرهنگی در بیان احساسات به درمانگری از جنس مخالف (۶۰ درصد بیماران زن بوده و جنسیتی مغایر با درمانگر داشتند) و تعداد کم جلسات باشد.
- این پژوهش نیز با محدودیت‌هایی همراه بود. تعداد کم افراد نمونه که برای هر اختلال شخصیت در خوشه C، تعداد سه آزمودنی را شامل می‌شد، می‌تواند تعمیم یافته‌ها را با محدودیت همراه سازد. همچنین، عدم پیگیری بلندمدت اثر درمان و عدم کنترل اثر درمانگر از دیگر محدودیت‌های مطالعه حاضر بود. در این پژوهش مبنای تشخیص اختلالات شخصیت، طبقه‌بندی DSM-5 بود. پیشنهاد می‌شود این پژوهش برای اختلالات شخصیت با ارزیابی تشخیصی پویایی (PDM) (Psychodynamic Diagnostic Manual) نیز انجام گیرد. همچنین، مطالعات آینده با بررسی اثربخشی این درمان در سایر حوزه‌های آسیب‌شناسی روانی و آزمودنی‌هایی با خصوصیات جمعیت‌شناختی دیگر می‌توانند بینش جامع‌تری در این حوزه فراهم آورند. در آخر با توجه به اثرات مثبت مشاهده شده در خصوص بکارگیری روان‌درمانی پویایی فشرده و کوتاه‌مدت بر کاهش علائم و مکانیسم‌های دفاعی در اختلالات شخصیت خوشه C، پیشنهاد می‌شود که موسسات درمانی و بالینگران، به کارگیری این رویکرد را جهت بهبود بیماران با اختلالات شخصیت مدنظر قرار دهند.

- Brody, S., Wagner, D., Heinrichs, M., James, A., Hellhammer, D., & Ehlert, U. (2000). Social desirability scores are associated with higher morning cortisol levels in firefighters. *Journal of psychosomatic research*, 49(4), 227-228.
- Clarkin, J. F., Yeomans, F. E., Kernberg, O. F. (2015). *Transference-focused psychotherapy for borderline personality disorder: A clinical guide*. Washington, London, England: American Psychiatric Publication.
- Cornelissen, K. (2014). Long term follow up of residential ISTDP with patients suffering from personality disorders. *AD HOC Bull Short Term Dynamic Psychotherapy*; 18 (3): 20 – 29.
- Davanloo, H. (1990). *Unlocking the Unconscious: Collected Papers of Habib Davanloo*. John Wiley & Sons Inc.
- Davanloo, H. (1995) Intensive Short-Term Dynamic Psychotherapy: Major Unlocking of the Unconscious - Part II. The Course of the Trial Therapy after Partial Unlocking. *International Journal of Intensive Short-Term Dynamic Psychotherapy*, 10(3-4), 183-230.
- Davanloo, H. (2000). *Intensive short-term dynamic psychotherapy: Selected papers of Habib Davanloo*. Chichester, England: Wiley.
- Delavar, A. (2012). *Theoretical and practical foundations of research in humanities and social sciences (second edition)*. Tehran: Roshd Publications. [Persian]
- Della Selva, P. C. (2017). *Maximizing Effectiveness in Dynamic Psychotherapy*. London: Routledge.
- Eppel, A. (2018). *A Manual for Short-Term Psychodynamic Psychotherapy*. In *Short-Term Psychodynamic Psychotherapy*. Cham: Springer International Publishing.
- Fathi Ashtiani, A., & Dastani, M. (2012). *Psychological tests: assessment of personality and mental health*. Tehran: Besat Publications. [Persian]
- Frederickson, J. (2013). *Co-Creating Change: Effective Dynamic Therapy Techniques*. Seven Leaves Press.
- Ghorbani, N. (2019). *Intensive and short-term dynamic psychotherapy: basics and techniques*. Tehran: Organization for the Study and Compilation of University Humanities Books. [Persian]
- Heidarinasab, L., Khorianian, M., & Tayyebi, Z. (2014). Effectiveness of intensive short-term dynamic psychotherapy in reducing symptoms and changing defense styles in patients with depression. *Clinical Psychology Studies*, 4(14), 143-168. [Persian]
- Heidarinasab, L., Mansouri, M., Azadfallah, P., & Shaieeri, M. R. (2007). Validity and reliability of Defens Style Questionnaire (DSQ-40) in iranian samples. *Clinical Psychology and Personality*, 5(1), 11-27. [Persian]
- Leichsenring, F., & Rabung, S. (2011). Long-term psychodynamic psychotherapy in complex mental disorders: update of a meta-analysis. *The British Journal of Psychiatry*, 199(1), 15-22.
- Leiper, R., & Maltby, M. (2004). *The psychodynamic approach to therapeutic change*. SAGE Publications Inc.
- Mahdavi, A., Mosavimoghadam, S. R., Madani, Y., Aghaei, M., & Abedin, M. (2019). Effect of intensive short-term dynamic psychotherapy on emotional expressiveness and defense mechanisms of women with breast cancer. *Archives of Breast Cancer*, 35-41.
- Malan, D., & Della Selva, P. C. (2007). *Lives transformed: A revolutionary method of dynamic psychotherapy*. Karnac Books.
- Millon, T. (1977). *Millon Clinical Multiaxial Inventory manual*, Minneapolis. MN: National Computer Systems.
- Nabizadeh, A., Farhadi, M., Rashid, K., & Kordnoghi, R. (2019). The Effectiveness of Tactical Defenses Neutralization in Intensive Short-Term Dynamic Psychotherapy on Defensive Styles, Anxiety, and Fear of Intimacy in Non-Clinical Sample. *Journal of Research in Psychological Health*, 13(1), 24-39. [Persian]
- Noruzi, N., Abedin, A., Atef Vahid, M., K., & Ghorbani, N. (2009). The relationship between defense styles and the emergence of resistance and transmission in intensive and short-term dynamic psychotherapy. *Journal of Applied Psychology*, 2(2,3), 535-537. [Persian]
- Pennebaker, J. W., Chung, C. K. (2007). *Expressive writing, emotional upheavals, and health*. In H. Friedman and R. Silver (Eds.). *Foundations of Health Psychology*, New York: Oxford University Press. [Persian]

- Rashn, S., Makvand-Hosseini, S., Rezaei, A., & Tabatabaee, S. (2018). The effect of long-term dynamic psychotherapy on the personality structure of patients with Dependent Personality Disorder. *Journal of Clinical Psychology*, 9(4), 1-12. [Persian]
- Sadock, B. J., Sadock, V. A., & Ruiz, P. (2015). *Synopsis of psychiatry: behavioral sciences, clinical psychiatry*. Wolters Kluwer.
- Schubmehl, J. Q. (1995). Management of syntonic character resistance in Intensive-Short-Term Dynamic Psychotherapy. *International Journal of Short-Term Psychotherapy*, 10(1), 3-19.
- Sharifi, A., A. (2003). *Standardization of Milon-3 multiaxial clinical inventory in Isfahan*. Master Thesis, University of Isfahan. [Persian]
- Shekari, H., Hosseinsabet, F., & Motamedi, A. (2018). The Effectiveness of Tactical Defenses Management based on Intensive Short-Term Dynamic Psychotherapy on the Interpersonal Conflict. *Research in Clinical Psychology and Counseling*, 7(2), 23-37. [Persian]
- Solbakken, O. A., & Abbass, A. (2015). Intensive short-term dynamic residential treatment program for patients with treatment-resistant disorders. *Journal of Affective Disorders*, 181, 67-77.
- Solbakken, O. A., & Abbass, A. (2016). Symptom- and personality disorder changes in intensive short-term dynamic residential treatment for treatment-resistant anxiety and depressive disorders. *Acta Neuropsychiatr*, 28(5), 257-271.
- Svartberg, M., Stiles, T. C., & Seltzer, M. H. (2004). Randomized, controlled trial of the effectiveness of short-term dynamic psychotherapy and cognitive therapy for cluster C personality disorders. *American journal of psychiatry*, 161(5), 810-817.
- Town, J. M., Abbass, A., & Bernier, D. (2013). Effectiveness and cost effectiveness of Davanloo's intensive short-term dynamic psychotherapy: does unlocking the unconscious make a difference? *American Journal of Psychotherapy*, 67(1), 89-108.
- Vahedi, A., Makvand, H. S., & Bigdeli, I. (2012). *Diagnosis of higher level personality pathology by using short-term dynamic psychotherapy*, 4(15), 75-85. [Persian]
- Zanarini, M. C., & Frankenburg, F. R. (2001). Attainment and maintenance of reliability of axis I and II disorders; A longitudinal study. *Comprehensive Psychiatry*, 42, 369-374.
- Zanarini, M. C., Skodol, A. E., Bender, D., Dolan, R., Sainslow, C., Schaefer, E., Morey, L. C., & Gfroerer, C. M. (2000). The collaborative longitudinal personality disorders study: Reliability of axis I and II diagnoses. *Journal of Personality Disorders*, 14, 291-299.