

The effect of long-term dynamic psychotherapy on the personality structure of patients with Dependent Personality Disorder

Rashn, Sh., Makvand-Hosseini, *Sh., Rezaei, A.M., Tabatabaee, S.M.

Abstract

Introduction: The present research aimed at investigating the effect of long-term dynamic psychotherapy with Kernberg's object relations approach on the personality structure of patients with Dependent Personality Disorder (DPD).

Method: 30 clients with DPD were selected among the individuals referred to health centres of Tehran for psychotherapy, and based on DSM-5 diagnostic criteria they met the inclusion criteria. The subjects were selected randomly among referred patients to clinics and randomly divided into two experimental and control groups. The informed consent was obtained from the subjects and the experimental group received DPHP sessions for 12 months in a twice weekly session framework. The control group was assigned to psychotherapy in order to observe the ethics of the study. The Semi-Structured Interview of the Personality Organization (STIPO) was initially taken from both groups and was repeated again after six months and the end of the treatment sessions.

Results: The results indicated that the experimental group had a significant reduction compared to the control group in the structural dimensions of defence mechanisms, personality rigidity and identity after 6 months of treatment and in the structural dimensions of object relations, personality rigidity, identity, morality and defence mechanisms at the end of the treatment.

Conclusion: According to the results of this research, long-term psychotherapy intervention with the Kernberg's object relations approach was found to be effective in changing the personality traits of patients with dependent personality disorder and clinical specialists are recommended to use this treatment for patients with DPD.

Keywords: Long-Term Dynamic Psychotherapy, Personality Structure, Dependent Personality Disorder, Kernberg's Object Relations.

*Correspondence E-mail:
shmakvand@semnan.ac.ir

تأثیر روان‌درمانی پویشی بلندمدت کرنبرگ بر ساختار شخصیت بیماران مبتلا به اختلال شخصیت وابسته

تاریخ دریافت: ۹۶/۱۰/۲۳

تاریخ پذیرش: ۹۶/۱۲/۲۰

شهرزاد رشن*، شاهرخ مکوندحسینی**، علی محمد رضایی***، سید موسی طباطبایی****

چکیده

مقدمه: هدف این پژوهش بررسی تأثیر روان‌درمانی پویشی بلند مدت با رویکرد روابط موضوعی کرنبرگ بر ساختار شخصیت بیماران مبتلا به اختلال شخصیت وابسته بود.

روش: ۳۰ مراجع مبتلا به اختلال شخصیت وابسته از بین زنان مراجعه کننده به مراکز درمانی تهران بر اساس معیارهای تشخیصی DSM5 و ملاک‌های ورود و خروج انتخاب شدند؛ آزمودنی‌ها به روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب و به صورت تصادفی به دو گروه آزمایش و کنترل گمارش شدند. رضایت آگاهانه از آزمودنی‌ها اخذ شد و گروه آزمایش به مدت ۶ ماه و دو جلسه در هفته تحت درمان روان‌پویشی بلند مدت قرار گرفتند، گروه کنترل نیز به منظور رعایت اخلاق پژوهش در نوبت روان‌درمانی قرار گرفت. مصاحبه ساختار یافته برای ارزیابی سازمان شخصیت (STIPO) در ابتدا از هر دو گروه گرفته شد. علاوه بر آن پس از ۶ ماه و پس از پایان جلسات درمانی نیز مجدداً تکرار گردید.

یافته‌ها: نتایج نشان داد گروه آزمایش کاهش معناداری در میانگین ابعاد ساختاری خشکی شخصیت، هویت و مکانیزم‌های دفاعی پس از ۶ ماه از درمان و در ابعاد ساختاری خشکی شخصیت، هویت، مکانیزم‌های دفاعی، روابط موضوعی و اخلاقیات پس از اتمام درمان نسبت به گروه کنترل نشان داد.

نتیجه‌گیری: برحسب نتایج حاصل از این پژوهش مداخله روان‌درمانی پویشی بلند مدت با رویکرد روابط موضوعی کرنبرگ بر تغییر ساختار شخصیت مبتلایان به اختلال شخصیت وابسته اثرگذار بود. به متخصصان بالینی در کار با بیماران مبتلا به اختلال شخصیت وابسته استفاده از این درمان توصیه می‌شود.

واژه‌های کلیدی: روان‌درمانی پویشی بلندمدت، ساختار شخصیت، اختلال شخصیت وابسته، روابط موضوعی کرنبرگ.

shahrzad.rashn@gmail.com

shmakvand@semnan.ac.ir

rezaei_am@semnan.ac.ir

s.mosatabatabaee@semnan.ac.ir

* دانشجوی دکتری روانشناسی دانشگاه سمنان، سمنان، ایران

** نویسنده مسئول: دانشیار، گروه روانشناسی دانشگاه سمنان، سمنان، ایران

*** استادیار، گروه روانشناسی تربیتی دانشگاه سمنان، سمنان، ایران

**** استادیار، گروه روانشناسی دانشگاه پیام‌نور، ایران

مقدمه

اگر چه همه افراد در طول عمر خود زمانی به شخصی دیگر کاملاً وابسته بوده اند اما وابستگی غیرعادی نوعی آسیب روانی محسوب می شود که زندگی عادی فرد را مختل می کند (۱). اختلال شخصیت وابسته (DPD) یکی از رایج ترین اختلالات شخصیت محسوب می شود (۲) و شیوع آن را در جمعیت مبتلایان به اختلال شخصیت حدود ۱۴ درصد گزارش کرده اند (۱، ۳)، در جمعیت عمومی نیز شیوع این اختلال را در حدود ۲/۵ درصد گزارش کرده اند (۴، ۵). این اختلال پیش بینی کننده قوی برای خودکشی در اشخاص مبتلا به انواع اختلالات روانی است (۶-۸)، علاوه بر آن این افراد به دلیل وابستگی که به افراد دیگر دارند در مقایسه با سایر اشخاص بیشتر مورد سوءاستفاده قرار می گیرند (۹). همچنین در حدود ۶۶ درصد اشخاص مبتلا به اختلال شخصیت وابسته در زندگی خود اختلال های روان تنی را تجربه کرده اند (۱۰) و در حدود ۵/۵ مرتبه بیشتر از افراد غیرمبتلا دچار بیماری زخم معده می شوند (۱۱)، علیرغم این واقعیات، تحقیقات علمی در مورد این اختلال در قیاس با اختلالات دیگر شخصیت اندک است (۱۰، ۱۲-۱۴). هدف تحقیق حاضر بررسی تأثیر یکی از رویکردهای معاصر روان‌درمانی پویایی که بر اساس رویکرد روابط موضوعی کرنبرگ توسط کالیگور و همکارانش بنا شده (۱۵)، بر ساختار شخصیت بیماران دچار اختلال شخصیت وابسته است.

بر اساس نسخه ی پنجم راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی، اختلال شخصیت وابسته متشکل از هشت ملاک تشخیصی است که با وجود حداقل پنج ملاک که از اوایل دوره بزرگسالی آغاز شده و در زمینه های مختلف به چشم می خوردند تشخیص داده می شود. این معیارها بطور خلاصه عبارت اند از: ۱- اشکال در تصمیم گیری های روزمره بدون اطمینان بخشی از سوی دیگران؛ ۲- نیاز به دیگران در قبول مسئولیت مسائل عمده زندگی؛ ۳- اشکال در ابراز مخالفت با دیگران به علت ترس از دست دادن حمایت یا تأیید آنان؛ ۴- اشکال در شروع انجام امور به اتکای خود و بدون کمک دیگران به دلیل فقدان اعتماد به نفس؛ ۵- افراط در کسب حمایت و پشتیبانی دیگران؛ ۶- احساس ناراحتی یا درماندگی در تنهایی به دلیل ترس

افراطی از ناتوانی برای مراقبت از خود؛ ۷- جست و جوی زود هنگام رابطه ی جدید با از دست دادن یک رابطه صمیمانه برای جلب مراقبت و حمایت از خود و بالاخره ۸- دل مشغولی ذهنی در مورد احتمال تنها ماندن در مراقبت از خود (۲)'.^۱

تاکنون تلاش هایی برای درمان این اختلال با استفاده از رویکرد های شناختی- رفتاری (۱۶) و روان تحلیل گری انجام گرفته است (۵، ۱۲، ۱۷، ۱۸). نتایج یکی از تحقیقات فراتحلیل که برای مقایسه درمان شناختی- رفتاری و روان پویایی صورت گرفته، نشان داده است که تغییرات انجام شده در اختلال شخصیت وابسته در درمان روان پویایی پایدارتر هستند؛ به طور مثال نتایج تحقیقات در پیگیری ۶ ماه، ۱ و ۲ سال نشان داده که درمان روان پویایی اثرگذاری ماندگارتری نسبت به درمان شناختی در گروه C اختلال شخصیت دارد (۱۷). در تحقیق فراتحلیل دیگری اثرگذاری درمان شناختی در اختلال شخصیت وابسته متوسط برآورد شده است، و اثر بخشی درمان های دیگر در درک پیچیدگی این اختلال و درمان آن نسبت به درمان شناختی موفق تر برآورد شده است (۱۲، ۱۹). به دلیل مقاومت مبتلایان به این اختلال برای کنار گذاشتن الگوهای وابستگی شان و عدم / فقدان بینش یابی عمیق در درمان های شناختی- رفتاری، بررسی اثر بخشی روش های تازه تر و عمیق تر در درمان این اختلال ضروری به نظر می رسد (۱۶). در این میان روان‌درمانی پویایی با نگرش روابط موضوعی تضاد استقلال-وابستگی را بعنوان یکی از تعارضات اصلی و محوری در ساختار روانی معرفی کرده است، که مضامین درمانی مهمی برای درمان این اختلال در بر دارد (۱۵). همچنین نظریات زیربنایی این شیوه ی درمانی به ویژه نظریه ی ملانی کلاین^۲ مستقیماً بر امکان شکل گیری الگوهای بیمارگون شخصیت در مراحل آغازین زندگی متمرکز است (۲۰). ماehler^۳ نیز مسئله ی تفرد و جدایی و آسیب دیدگی مربوط به آن را مطرح می کند (۲۱)، که در درک و تبیین این اختلال و بینش یابی های رشدی روان تحلیل گرانه در خلال درمان، نقش مهمی ایفا می کند. نظریات زیربنایی دیگری به طور مشابه بر تجارب آغازین و

1- dependent personality disorder

2- Melanie Klein

3- Mahler

تعارضات زیر بنایی‌شان، که بصورت روابط موضوعی تعارضی درونی عمل می‌کنند، معمولاً ناهشیارند و بیمار قادر به درک هشیارشان نیست. در اختلال شخصیت وابسته دفاع‌ها عمدتاً سرکوب محور هستند و تنها در شرایط بسیار دشوار روانی دونیم سازی یا تجزیه دیده می‌شود (۱۵). علاوه بر این ساختارهای مهم، کرنبرگ همچنین بر اخلاقیات که شامل بررسی نظام ارزش‌ها و آرمان‌های اخلاقی افراد و میزان مقید بودن اشخاص به این نظام ارزش‌هاست (۲۶)، و پرخاشگری یا میزان خشونت شخص علیه خود و دیگران بعنوان ساختارهای روانی مهم، تاکید کرده است (۲۶). بخصوص اشکال در این ساختارها بیشتر در اختلالات نوروتیک شخصیت از جمله اختلال شخصیت وابسته و نیز اختلالات سطحی در غیاب سایر مشکلات ساختاری دیده می‌شوند. بعبارت دیگر کرنبرگ، سازمان شخصیت را به چهار گروه سالم، نوروتیک، مرزی و سایکوتیک تقسیم کرده است (۲۲) و فونانگی و همکارانش (۲۷) نیز اخیراً برای سهولت و کاربرد بهتر آن سازمان‌های نوروتیک و مرزی را به نوروتیک بالا و پایین و مرزی بالا و پایین، تقسیم کرده‌اند. مطابق این تقسیم‌بندی‌ها اختلال شخصیت وابسته را می‌توان در گروه نوروتیک (۱۵) و یا مابین نوروتیک و مرزی بالا (۲۷) جای داد. در هر حال هویت و واقعیت‌آزمایی عمدتاً در این بیماران سالم ارزیابی می‌شود، در حالیکه سایر ساختارهای روانی آسیب دیده-اند (۱۵). در مجموع دیدگاه روانکاو با تمرکز بر ارتباط صفت وابستگی با تجارب تأثیرگذار اولیه‌ی دوران کودکی^۵ و بخصوص تجربه با افراد مهم^۶ بالاخص مادر و پدر (۲۸) مضامین مهمی برای اختلال شخصیت وابسته دارد. در همین راستا رویکردهای روان‌پویایی معاصر دست به تبیین‌های تأثیرگذار و قابل توجهی درباره‌ی ماهیت و نیز راه‌های درمان بیماران دچار اختلال شخصیت زده‌اند و درمان متمرکز بر انتقال^۷ (TFP) را می‌توان آخرین نمونه^۱ ی این درمان‌ها دانست که برای اختلال شخصیت مرزی و

ارتباط با دیگران مهم، و نقش آن در شکل‌گیری شخصیت و متعاقباً آسیب‌شناسی شخصیت متمرکز بوده‌اند که در درمان‌های روان‌پویایی بگونه‌ای بسیار ظریف از آنها بهره‌گیری می‌شود. نظریات وینی‌کات^۱، کوهات^۲، جاکوبسن^۳، سالیوان^۴ را می‌توان از جمله‌ی این نظریات دانست (۱۵). رویکرد روان‌پویایی کرنبرگ نیز که منشاء گرفته از نظریه‌های روان‌پویایی روابط موضوعی است بر ساختارهای روان‌شناختی مهمی که تصور می‌رود زیربنای جلوه‌های توصیفی کنشوری شخصیت و آسیب‌شناسی شخصیت باشند، تاکید کرده است (۲۲). این ساختارهای روان‌شناختی، الگوهای بادوام و باثبات کنشوری شخصیت‌اند که مکرراً در روابط بین فردی فعال شده و تجربه‌ی ذهنی، ادراکات و رفتار فرد را سازمان می‌دهند (۲۳). کرنبرگ چند ساختار مهم را معرفی کرده است که بهبود آنها در واقع هدف اصلی درمان محسوب می‌شود. در میان این ساختارهای شخصیت هویت و واقعیت‌آزمایی دو ساختار روان‌شناختی بسیار مهم تلقی می‌شوند، که آسیب‌دیدگی آنها نشانه‌ی اختلالات عمیق شخصیت است. هویت، مسئول حس فرد از خود و دیگران مهم زندگی‌اش است (۲۳) و آسیب‌دیدگی آن عمدتاً در بیماران با سازمان مرزی شخصیت مانند اختلال شخصیت مرزی، خودشیفته و اسکیزوتایپال و غیره دیده می‌شود. روابط موضوعی درونی به عنوان یکی دیگر از ساختارهای روانی مهم در این نظریه، به صورت بازنمایی از خود در تعامل با دیگران، همراه با یک حالت عاطفی تعریف می‌شود (۲۴). چنانچه این روابط موضوعی حالت تعارضی یا دفاعی بگیرند می‌توانند فشار روانی زیادی را ایجاد و نشانه‌های بیماری را تولید کنند. خشکی شخصیت که دیگر ساختار روانی است در واقع بواسطه‌ی تکرار روابط موضوعی تعارضی و دفاعی درونی شکل می‌گیرند و موجب انعطاف‌ناپذیری و گیرکردن فرد در الگوهای رفتاری مشکل‌آفرین و عدم توان حل یا عبور از مشکلات زندگی می‌شوند. مکانیزم‌های دفاعی با هدف دور کردن جنبه‌های تهدیدآمیز و دردناک زندگی درونی از تجربه‌ی هشیار، ساختار شناخته شده و مهم دیگر تلقی می‌شود که متناسب با سطح یکپارچگی، انسجام و استحکام شخصیت فرد در سطوح سالم، سرکوب محور و دونیم محور در سازمان روانی شخص مستقر می‌شوند (۲۵). این سازوکارهای دفاعی و

1- Winnicott

2- Kohut

3- Jacobson

4- Sullivan

5- early experience

6- significant others

7- Transference Focused Psychotherapy

و کمتر از تفسیرهای رشدی بهره می‌گیرد. علاوه مفهوم وسیع تری از انتقال را که شامل کلیه ی واکنش‌های رفتاری و شناختی و هیجانی فرد می‌شود، مورد استفاده قرار می‌دهد و ادعای اصلی اش اصلاحات ساختاری در شخصیت بیماران است.

روش

طرح پژوهش: پژوهش حاضر از جمله طرح‌های آزمایشی کنترل شده است که با بهره‌گیری از الگوی پیش‌آزمون، پس‌آزمون با گروه کنترل و با گمارش تصادفی انجام شده است.

آزمودنی‌ها: جامعه آماری این پژوهش را زنانی تشکیل می‌دهند که در بازه زمانی سال ۹۶-۱۳۹۵ به مراکز درمانی در تهران مراجعه کردند. با روش نمونه‌گیری هدفمند ۳۰ مراجع زن با تشخیص اختلال شخصیت وابسته بر اساس ملاک‌های تشخیصی DSM5 و ملاک‌های ورود و خروج از بین کلینیک‌های درمانی سلامت و نوین در تهران انتخاب شدند. تعداد نمونه در هر گروه (۱۵ نفر) با توجه به حداقل تعداد نمونه در پژوهش‌های نیمه‌آزمایشی معین شد (۳۴). ملاک‌های ورودی شامل موارد زیر بود: ۱- دارا بودن ملاک‌های اختلال شخصیت وابسته بر اساس تشخیص روانشناس و مصاحبه بالینی ساختاریافته برای اختلال شخصیت وابسته DSM5؛ ۲- موافقت با اهداف و شرایط DPHP و کسب رضایت نامه کتبی از آزمودنی‌ها برای شرکت در این پژوهش؛ ۳- داشتن حداقل تحصیلات دیپلم؛ ۴- داشتن حداقل توانایی شناختی برای شرکت در مداخلات روان‌شناختی و ۵- دامنه سنی بین ۱۸ تا ۵۰ سال. علاوه بر آن گروه کنترل نیز می‌توانستند پس از آزمون از همین درمان استفاده کنند. ملاک‌های خروجی نیز عبارت بودند از: ۱- مبتلا بودن به بیماری‌های نورولوژیک؛ ۲- داشتن ملاک‌های تشخیصی برای اختلال روانپریشی اولیه؛ ۳- شرکت در هر گونه مداخله روانشناختی (دست کم از ۶ ماه قبل از ورود به پژوهش)؛ ۴- اختلال مصرف مواد و ۵- همبودی سایر اختلالات شخصیت، افسردگی، اضطرابی و غیره.

ابزار

ابزار پژوهشی که در این پژوهش مورد استفاده قرار گرفت، عبارت بود:

نیز بیماران دیگر با سازمان مرزی شخصیت تدوین گشته است (۲۹). در این میان جای خالی درمانی برای اختلالات سطحی تر و خفیف تر مانند اختلال شخصیت وابسته که علیرغم سطحی بودن بر کیفیت زندگی افراد تأثیرگذار است، خالی بوده است. روان‌درمانی مبتنی بر اختلالات سطحی شخصیت^۱ (DPHP) که در این پژوهش با توجه به بررسی به عمل آمده یکی از درمان‌هایی است که بر اساس نظریات روانپوشی معاصر مبتنی بر روابط موضوعی کرنبرگ (۳۰-۳۲) که خود برگرفته از تعالیم و نظریه‌ی روابط موضوعی ملانی کلاین تدوین شده، برای درمان اختلالات شخصیت نوروپیک و سطحی به وجود آمده است، که اختلال شخصیت وابسته را نیز می‌توان در زمره آنها قلمداد کرد، و در حقیقت زیرشاخه TFP محسوب می‌شود (۱۵). در مطالعه حاضر تأثیر این شیوه نوین درمانی بر جنبه‌های ساختاری شخصیت بیماران دچار اختلال شخصیت وابسته بررسی شده است، که مصاحبه‌ای ساختاری نیز برای بررسی جنبه‌های توصیفی و ساختاری شخصیت بیماران بر اساس آن تدوین شده است (STIPO)^۲ (۳۳).

مبنای اصلی DPHP کمک به آگاه‌سازی بیماران از این سازوکارهای دفاعی و تعارضات روان‌شناختی شان در قالب تحلیل روابط موضوعی تعارضی درونی است. رویکرد کلی ایجاد ارتباطی بین درمانگر و بیمار است که پدیدآیی تعارضات اصلی در هشیاری بیمار را تسهیل کند و تعارضات موجود در ارتباطات بیمار، که شامل ارتباط با درمانگر نیز می‌شود، نمایان شوند. راهبردهای اصلی این رویکرد را می‌توان ۱- شناسایی روابط موضوعی غالب؛ ۲- تعیین و تفسیر تعارض‌های موجود در روابط موضوعی غالب؛ ۳- تمرکز بر اهداف درمانی و ۴- حل و فصل تعارض‌های شناسایی شده معرفی کرد و در این راستا از فنون مختلف از جمله ۱- خنثی بودن فنی؛ ۲- مشاهده گر شرکت کننده؛ ۳- تعبیر و تفسیر انتقال و انتقال متقابل و ۴- مواجهه و شفاف‌سازی و غیره نام برد (۱۵).

هدف از پژوهش پیش‌رو بررسی تأثیر روان‌درمانی پویشی برای اختلالات سطحی شخصیت (DPHP) بر روی جنبه‌های ساختاری بیماران دچار اختلال شخصیت وابسته است که بر خلاف رویکردهای کلاسیک روان‌کاوی بر اینجا و اکنون و مسایل جاری زندگی کنونی فرد تأکید بیشتری دارد

در گروه کنترل هیچ گونه درمانی انجام نگرفت و تنها پرسش نامه STIPO به صورت پیش آزمون، بعد از گذشت ۶ ماه از درمان و در انتهای درمان توسط درمانگر انجام و نمرات هر یک از آزمودنی ها به دست آمد. برای تحلیل آماری در این پژوهش از تحلیل کواریانس چندمتغیره و تک متغیره استفاده شد.

یافته ها

همان طور که در نمودار ۱ و جدول ۲ ملاحظه می شود میانگین مقیاس خشکی شخصیت، هویت، مکانیزم های دفاعی، روابط موضوعی و اخلاقیات گروه آزمایش در پیش آزمون به ترتیب از ۳/۳۳، ۲/۴۶، ۳/۱۳، ۲/۸۶ و ۲/۵۳ به مقادیر ۲/۲۵، ۱/۴۱، ۱/۹۱، ۱/۸۳ و ۱/۹۱ در خاتمه درمان کاهش داشته است، علاوه بر آن میانگین مقیاس خشکی شخصیت، هویت، مکانیزم های دفاعی نیز در مرحله میانی درمان به مقادیر ۲/۹۲، ۲/۰۷ و ۲/۳۸ کاهش داشته است. این در حالی است که نمرات مراحل میانی و خاتمه درمان گروه کنترل در هیچ یک از مقیاس ها نسبت به پیش آزمون تغییر چندانی نداشته است.

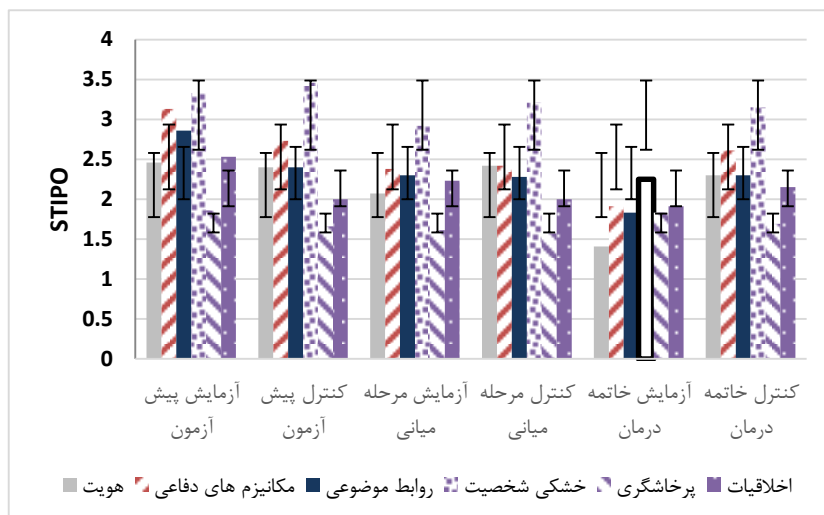
۱- مصاحبه ساختاری سازمان شخصیت (STIPO): در این پژوهش برای ارزیابی از STIPO استفاده شد که به وسیله کلارکین، کالیگور، اشترن و کرنبرگ ساخته شده است. STIPO یک آزمون ۸۷ سوالی است که ۲۹ سوال آن شاخص هویت، ۲۲ سوال آن روابط موضوعی، ۹ سوال مکانیزم های دفاعی، ۸ سوال خشکی شخصیت، ۱۱ سوال پرخاشگری و ۸ سوال اخلاقیات را می سنجند. نمره نهایی در هر مقیاس توسط طیف ۵ درجه ای لیکرت از نمره ۱ تا نمره ۵ سنجیده می شود، که توسط مصاحبه گر با توجه به پاسخ های داده شده مراجع به سوالات آن شاخص، داده می شود. این پرسشنامه برای اولین بار در ایران توسط واحدی، مکوند حسینی و بیگدلی (۱۳۹۰) ترجمه، اعتباریابی و جهت ارزیابی بالینی مورد استفاده قرار گرفته است (۳۵). دورینگ و همکاران^۱ در سال ۲۰۱۰ اعتبار این پرسشنامه، ضریب همسانی درونی، را بین ۰/۷۲ تا ۰/۷۸ اعلام کردند (۳۶).

روند اجرای پژوهش: ۳۰ بیمار پس از تأیید وجود اختلال شخصیت وابسته بر اساس ملاک های تشخیصی DSM5 و با توجه به ملاک های ورود و خروج به شیوه هدفمند از بین چند مرکز درمانی در تهران انتخاب شدند، از این افراد به صورت تصادفی ۱۵ فرد در گروه آزمایش و ۱۵ فرد در گروه کنترل قرار گرفتند. از هر ۳۰ آزمودنی پیش آزمون به صورت انفرادی گرفته شد و مراجعان در حیطه های خشکی شخصیت، هویت، مکانیزم های دفاعی، روابط موضوعی، پرخاشگری و ارزش های اخلاقی به وسیله STIPO ارزیابی شدند، سپس برای گروه آزمایشی درمان DPHP انجام گرفت؛ این درمان یک تا ۴ سال می تواند بطول بیانجامد و طبق دستورالعمل درمان، دو بار در هفته انجام می گیرد. DPHP شامل ۳ مرحله درمانی است: مرحله آغازین؛ مرحله میانی و مرحله خاتمه درمان. اگر چه این ۳ مرحله کاملاً از هم جدا نیستند و به تدریج از یک مرحله به دیگری می روند، ولی هر یک ویژگی های جداگانه ای دارند. در جدول ۱ محتویات هر مرحله به طور جداگانه یادداشت شده است.

در گروه آزمایشی پرسشنامه های STIPO بعد از گذشت ۶ ماه از درمان و همچنین بعد از اتمام درمان، توسط درمانگر اجرا و نمرات هر یک از آزمودنی ها به دست آمد.

جدول ۱) محتویات مراحل آغازین، میانی و خاتمه درمان DPHP

| مراحل درمان | محتویات مراحل درمان |
|--------------|--|
| مرحله آغازین | بی طرفی تخصصی، تعیین قرارداد درمانی (چارچوب درمان)، ایجاد پیوند درمانی و استحکام بخشیدن به آن، کشف مقاومت-های 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 |
| 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، کشف و بررسی روابط موضوعی درونی دفاعی و مقاومت، شناسایی اضطرابی که باعث برانگیختن دفاع و انگیزش تعارضی زیربنایی می‌شود، تحلیل مقاومت، تحلیل منش، کشف و تحلیل نظام دار روابط موضوعی تعارضی، تاکید 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 |
| مرحله خاتمه | استحکام بخشیدن به منافع درمانی که در طول درمان حاصل شده، تحلیل جدایی‌ها در طول مدت درمان، حل و فصل اضطراب‌های فعال شده در اثر تفکر درباره خاتمه دادن درمان و تحلیل واکنش‌های افسرده‌وار به انتهای درمان، سوگواری برای از دست دادن درمانگر و برای از دست دادن نسخه‌ی ایده آل آنچه امیدوار بودند در درمان انجام شود |



نمودار ۱) میانگین ابعاد ساختاری شخصیت در گروه آزمایش و کنترل

جدول ۲) آماره‌های توصیفی ابعاد ساختاری شخصیت در گروه آزمایش و کنترل

| متغیرها | کنترل پیش آزمون | | کنترل مرحله میانی | | کنترل خاتمه درمان | | آزمایش پیش آزمون | | آزمایش مرحله میانی | | آزمایش خاتمه درمان | |
|-------------------|------------------|---------|-------------------|---------|-------------------|---------|------------------|---------|--------------------|---------|--------------------|---------|
| | انحراف استاندارد | میانگین | انحراف استاندارد | میانگین | انحراف استاندارد | میانگین | انحراف استاندارد | میانگین | انحراف استاندارد | میانگین | انحراف استاندارد | میانگین |
| هویت | ۰/۵۰ | ۲/۴ | ۰/۵۱ | ۲/۳ | ۰/۶۳ | ۲/۴۶ | ۰/۵۱ | ۲/۴ | ۰/۲۷ | ۲/۰۷ | ۰/۵۱ | ۲/۴ |
| مکانیزم‌های دفاعی | ۰/۷۹ | ۲/۷۳ | ۰/۸۵ | ۲/۶۱ | ۰/۶۵ | ۳/۱۳ | ۰/۸۳ | ۲/۳۸ | ۰/۶۵ | ۲/۳۸ | ۰/۶۶ | ۲/۷۳ |
| روابط موضوعی | ۰/۵۰ | ۲/۴ | ۰/۴۶ | ۲/۳ | ۰/۴۸ | ۲/۸۶ | ۰/۳۵ | ۲/۳ | ۰/۴۸ | ۲/۳ | ۰/۵۷ | ۲/۴ |
| خشکی شخصیت | ۰/۶۳ | ۳/۴۶ | ۰/۴۲ | ۳/۱۵ | ۰/۵۵ | ۳/۳۳ | ۰/۴۸ | ۲/۹۲ | ۰/۲۷ | ۲/۹۲ | ۰/۴۲ | ۳/۴۶ |
| پرخاشگری | ۰/۷۲ | ۱/۶۶ | ۰/۷۵ | ۱/۶۹ | ۰/۷۵ | ۱/۸۶ | ۰/۷۴ | ۱/۶۱ | ۰/۷۶ | ۱/۶۱ | ۰/۸۳ | ۱/۶۶ |
| اخلاقیات | ۰/۸۴ | ۲ | ۰/۸۷ | ۲/۱۵ | ۰/۸۹ | ۲/۵۳ | ۱/۰۶ | ۲/۲۳ | ۰/۹۲ | ۲/۲۳ | ۰/۷۹ | ۲ |

($p > 0.01$)، اما این مفروضه برای متغیرهای اخلاقیات، پرخاشگری و مکانیزم‌های دفاعی در مرحله میانی و مکانیزم‌های دفاعی و پرخاشگری در خاتمه درمان برقرار نمی‌باشد. با این حال با توجه به حجم نسبتاً مساوی گروه‌ها عدم رعایت مفروضه نرمال بودن در مورد متغیرهای ذکر شده قابل اغماض است.

به منظور اجرای آزمون مانکووا، ابتدا پیش فرض‌های این آزمون مورد بررسی قرار گرفت. به منظور ارزیابی مفروضه یکسانی واریانس خطا از آزمون لون استفاده شد (جدول ۳). نتایج نشان داد که مفروضه یکسانی واریانس خطا برای متغیرهای خشکی شخصیت، هویت و روابط موضوعی در مرحله میانی و متغیرهای خشکی شخصیت، هویت، روابط موضوعی و اخلاقیات در خاتمه درمان برقرار می‌باشد.

جدول ۳) نتایج آزمون لون برای بررسی یکسانی واریانس خطا

| مؤلفه‌ها | مرحله | F مقدار | درجه آزادی صورت | درجه آزادی منجر | سطح معنی داری |
|-------------------|-------|---------|-----------------|-----------------|---------------|
| خشکی شخصیت | میانی | ۰/۰۵۸ | ۱ | ۲۳ | ۰/۸۱ |
| | خاتمه | ۰/۲۳۹ | ۱ | ۲۳ | ۰/۶۲ |
| هویت | میانی | ۰/۴۷۹ | ۱ | ۲۵ | ۰/۴۹ |
| | خاتمه | ۰/۵۳۶ | ۱ | ۲۳ | ۰/۴۷ |
| مکانیزم‌های دفاعی | میانی | ۱۷/۷۰۹ | ۱ | ۲۵ | ۰/۰۰۱ |
| | خاتمه | ۱۶/۰۲ | ۱ | ۲۳ | ۰/۰۰۱ |
| روابط موضوعی | میانی | ۰/۲۷۷ | ۱ | ۲۵ | ۰/۶۰ |
| | خاتمه | ۵/۹۰ | ۱ | ۲۳ | ۰/۰۲ |
| پرخاشگری | میانی | ۹/۸۶۷ | ۱ | ۲۵ | ۰/۰۰ |
| | خاتمه | ۸/۹۲ | ۱ | ۲۳ | ۰/۰۰ |
| اخلاقیات | میانی | ۶/۳۴۹ | ۱ | ۲۵ | ۰/۰۱ |
| | خاتمه | ۰/۸۷ | ۱ | ۲۳ | ۰/۳۵ |

همبستگی درونی یا متقابل متغیرهای وابسته نیز با استفاده از آزمون کرویت بارتلت محاسبه گردید که میزان خی دو در مرحله میانی برابر با $48/301$ بود که در سطح معناداری $0/000$ می‌باشد و در مرحله خاتمه برابر با $38/101$ بود که در سطح معناداری $0/001$ می‌باشد که نشان دهنده همبستگی کافی بین متغیرهای وابسته بود.

به منظور بررسی یکسانی ماتریس کواریانس از آزمون M باکس استفاده شد. نتایج نشان داد که ماتریس کواریانس مشاهده شده متغیرهای وابسته در بین گروه‌های مختلف در مرحله میانی و خاتمه درمان برابر نیست لذا شاخص لامبدای ویلکس که به این عامل کمتر وابسته است نیز گزارش شده است. در جدول ۴ مشاهده می‌شود، لامبدای ویلکز در هر دو مرحله میانی و خاتمه، معنادار بوده است. علاوه بر آن آزمون اثر پیلایی تحلیل کوواریانس چند متغیری مربوط به تفاضل متغیرهای پژوهش از لحاظ آماری معنادار می‌باشد. بنابراین دو گروه آزمایش و کنترل هم در مرحله میانی و هم خاتمه، حداقل در یکی از متغیرهای مورد مقایسه دارای تفاوت معنی دار می‌باشند ($P < 0.05$). میزان این تأثیر یا تفاوت برابر با $0/89$ در مرحله میانی و $0/90$ در مرحله خاتمه درمان می‌باشد. یعنی تفاوت‌های فردی در نمرات متغیرهای پژوهش مربوط به تأثیر عضویت گروهی می‌باشد.

جدول ۴) نتایج آزمون تحلیل کوواریانس چند متغیره در مرحله میانی و خاتمه درمان در متغیرهای پژوهش

| مرحله | آزمون | مقدار | نسبت F | درجه آزادی فرضیه ها | درجه آزادی خطا | معناداری | اندازه اثر |
|-------|---------------|-------|--------|---------------------|----------------|----------|------------|
| میانی | اثر پیلایی | ۰/۸۹ | ۴/۲۶۸ | ۱۲ | ۶ | ۰/۰۴۳ | ۰/۸۹ |
| | لامبدای ویلکز | ۰/۱۰ | ۴/۲۶۸ | ۱۲ | ۶ | ۰/۰۴۳ | ۰/۸۹ |
| خاتمه | اثر پیلایی | ۰/۹۰ | ۴/۵۷۴ | ۱۲ | ۶ | ۰/۰۳۷ | ۰/۹۰ |
| | لامبدای ویلکز | ۰/۰۹ | ۴/۵۷۴ | ۱۲ | ۶ | ۰/۰۳۷ | ۰/۹۰ |

معناداری داشته است و اندازه اثر آن بر خشکی شخصیت؛ ۰/۳۵، بر هویت؛ ۰/۴۸ و بر مکانیزم‌های دفاعی؛ ۰/۳۳ می باشد. علاوه بر آن تفاوت مشاهده شده بین میانگین‌های نمره‌های خشکی شخصیت، هویت، مکانیزم‌های دفاعی، روابط موضوعی و اخلاقیات بر حسب عضویت (دو گروه آزمایش و گواه) در مرحله خاتمه درمان معنادار می باشد ولی در مقیاس پرخاشگری در مرحله خاتمه درمان نیز تفاوت میانگین‌ها معنا دار نبود. بنابراین درمان DPHP بر متغیرهای وابسته خشکی شخصیت، هویت، مکانیزم‌های دفاعی، روابط موضوعی و اخلاقیات در مرحله خاتمه تأثیر معناداری داشته است و اندازه اثر آن بر خشکی شخصیت؛ ۰/۴۳، بر هویت؛ ۰/۵۱، بر مکانیزم‌های دفاعی؛ ۰/۵۳، بر روابط موضوعی؛ ۰/۲۴ و بر اخلاقیات؛ ۰/۶۰ می باشد.

به منظور تعیین اینکه در کدامیک از متغیرهای خشکی شخصیت، هویت، مکانیزم‌های دفاعی، روابط موضوعی، پرخاشگری و اخلاقیات بین گروه‌های پیش آزمون و مرحله میانی یا مرحله خاتمه تفاوت معنی داری وجود دارد، از آزمون تحلیل کوواریانس تک متغیره (آنکووا) استفاده شد (جدول ۵). یافته‌های تحلیل کوواریانس حاکی از آن است که تفاوت مشاهده شده بین میانگین‌های نمره‌های خشکی شخصیت، هویت و مکانیزم‌های دفاعی بر حسب عضویت (دو گروه آزمایش و گواه) در مرحله میانی معنادار می باشد ($P < ۰/۰۱$) ولی در مقیاس‌های اخلاقیات، پرخاشگری و روابط موضوعی در مرحله میانی تفاوت میانگین‌ها معنا دار نبود. بنابراین درمان DPHP بر متغیرهای وابسته خشکی شخصیت، هویت و مکانیزم‌های دفاعی در مرحله میانی تأثیر

جدول ۵) نتایج آزمون آنکووا برای بررسی تفاوت گروه‌ها در متغیرهای پژوهش در مراحل میانی و خاتمه درمان

| منبع تغییرات | متغیر وابسته | درجه آزادی | میانگین مجزورات | F | معناداری | ضرایب پاره‌ای اتا |
|--------------|-------------------|------------|-----------------|--------|----------|-------------------|
| میانی | خشکی شخصیت | ۱ | ۰/۷۵ | ۹/۲۵۶ | ۰/۰۰۷ | ۰/۳۵ |
| | هویت | ۱ | ۱/۴۲ | ۱۶/۲۳۹ | ۰/۰۰۱ | ۰/۴۸ |
| | مکانیزم‌های دفاعی | ۱ | ۱/۲۹ | ۸/۶۵۸ | ۰/۰۰۹ | ۰/۳۳ |
| | روابط موضوعی | ۱ | ۰/۰۶ | ۰/۴۲۸ | ۰/۵۲۲ | ۰/۰۲ |
| | پرخاشگری | ۱ | ۰/۴۳ | ۲/۰۸۵ | ۰/۱۶۷ | ۰/۱۰ |
| | اخلاقیات | ۱ | ۰/۲۰ | ۱/۷۱۸ | ۰/۲۰۷ | ۰/۰۹ |
| خاتمه | خشکی شخصیت | ۱ | ۳/۵۷ | ۱۳/۲۷۰ | ۰/۰۰۲ | ۰/۴۳ |
| | هویت | ۱ | ۴/۰۸ | ۱۷/۷۵۵ | ۰/۰۰۱ | ۰/۵۱ |
| | مکانیزم‌های دفاعی | ۱ | ۵/۲۳ | ۱۹/۸۳۰ | ۰/۰۰۰ | ۰/۵۳ |
| | روابط موضوعی | ۱ | ۱/۲۴ | ۵/۵۳۵ | ۰/۰۳۱ | ۰/۲۴ |
| | پرخاشگری | ۱ | ۱/۹۰ | ۲۲/۲۶۶ | ۰/۱۲۲ | ۰/۵۶ |
| | اخلاقیات | ۱ | ۳/۱۹ | ۲۶/۰۷۶ | ۰/۰۰۰ | ۰/۶۰ |

موضوعی و اخلاقیات در افراد با اختلال شخصیت وابسته می باشد.

در کل، نتایج حاکی از اثربخشی درمان DPHP بر مقیاس‌های خشکی شخصیت، هویت، مکانیزم‌های دفاعی، روابط

بحث

علیرغم اینکه طی ۳۲ سال گذشته اختلال شخصیت وابسته در DSM وجود داشته است، توجه تحقیقاتی که به این اختلال شده اغلب کیفی و از لحاظ روش شناختی معیوب و ناقص بوده اند (۱۲)، با توجه به این مهم به نظر می‌رسد انجام پژوهش علمی بیشتر در این زمینه بتواند کمکی در این راستا باشد و کمبودهای موجود را برطرف نماید.

در ادامه، یافته‌های پژوهش به طور خلاصه آورده می‌شود و نتایج مورد بحث و بررسی قرار می‌گیرد. بر اساس یافته‌های پژوهش درمان DPHP در بهبود جنبه‌های ساختاری افراد با اختلال شخصیت وابسته موثر است. این یافته همسو با یافته دیسنی در سال ۲۰۱۳ می‌باشد که نشان می‌دهد درمانی برای آن‌ها موثر واقع می‌شود که باعث بهبود مهارت‌های اجتماعی در آن‌ها شود (۱۲)، همان‌طور که اشاره شد درمان DPHP نیز بر اساس کشف و حل تعارضات رابطه بین درمانگر و مراجع و روابط در حال حاضر وی حاصل می‌شود، سپس این امر باعث عمیق‌تر شدن بینش مراجع نسبت به روابط موضوعی خود و افزایش یکپارچگی در آن‌ها می‌شود. علاوه بر آن تحقیقات دیگری نیز نشان دادند که درمان‌های روان‌پویایی بر بهبود اختلال شخصیت وابسته اثرگذار هستند (۳۷).

در ادامه یافته‌ها نشان داد که درمان DPHP باعث بهبود شاخص روابط موضوعی در مبتلایان به اختلال شخصیت وابسته می‌شود. کالیگور، کرنبرگ و کلارکین (۱۵) عنوان کردند که مبتلایان به اختلال شخصیت وابسته در روابط درون موضوعی شان بخصوص در حوزه‌های تعارضی دچار اختلال هستند، آن‌ها در چگونگی تأثیر DPHP بر روابط موضوعی این‌گونه تبیین کردند که در طول دوره درمان، انتظار می‌رود که تعارض‌های اصلی حل و فصل شوند که با بررسی الگوهای رابطه‌ای که به لحاظ دفاعی بسیج شده‌اند شروع شده و به سمت روابط موضوعی تعارضی‌تر و زیربنایی‌تر، پیش می‌روند، به محض اینکه بیمار و درمانگر کارکردهای بیانی و دفاعی یک رابطه موضوعی درونی خاص را درک می‌کنند، سایر الگوهای رابطه درونی شده که قبلاً در مقابلشان دفاع می‌شد، مشخص می‌گردند، بدین طریق، با پیشرفت درمان بیمار و درمانگر درک عمیق و پیچیده‌ای از مشکلات و اضطراب‌های کنونی بیمار پیدا می‌کنند (۱۵).

این یافته‌ها همسو با یافته‌های اسوارتبرگ، استایلز و سلترز در سال ۲۰۰۴ می‌باشند که نشان دادند درمان روان‌پویایی بر بهبود مشکلات بین فردی در مبتلایان به کلاستر C اختلالات شخصیت اثر گذار است (۱۷).

یافته دیگر پژوهش نشان داد که DPHP بر بهبود مقیاس هویت موثر بوده است، همان‌طور که توضیح داده شد در اختلال شخصیت وابسته تجربه غالب خود بودن نسبتاً یکپارچه و ثابت است، اما در حوزه‌های تعارضی در این حیطه مشکلاتی وجود دارد، بیمار دارای آسیب سطحی شخصیت با جنبه‌های خاصی از تجربه هشیار و ناهشیار خود و دیگران دست و پنجه نرم می‌کند که با مفهوم کلی که از خودش و جهان اطرافش دارد، همخوانی ندارند (۱۵). کالیگور، کرنبرگ و کلارکین عنوان کردند در DPHP فرایند فعال‌سازی، اجراء، و تفسیر مکرر یک تعارض خاص و ارتباط دادن روابط موضوعی مختلف مربوط به آن به درمانجو کمک خواهد کرد که شناخت عمیق‌تر و از لحاظ هیجانی معنادارتری را نسبت به خود پیدا کند. علاوه بر آن به بیمار کمک می‌کند تا احساس فقدان تصویرهای ایده‌آل از خود و دیگری را درک و تحمل کند، بدین وسیله تصور بیمار از خود و دیگران در حوزه‌های تعارضی نیز نسبتاً یکپارچه می‌شود.

بر اساس یافته‌های پژوهش، DPHP بر بهبود مکانیزم‌های دفاعی در مبتلایان به اختلال شخصیت وابسته نیز موثر است. در بیماران با آسیب شخصیت وابسته غلبه دفاعی اغلب مبتنی بر سرکوبی سطحی است (۱۵)، این فرآیند را این‌گونه می‌توان تبیین کرد که DPHP به درمانجو کمک می‌کند تا از روابط درون موضوعی تعارضی سرکوب شده آگاه شود و مسئولیت جنبه‌های تجربه درونی خود را که سرکوب، فرافکنی، گسسته یا انکار شده‌اند را بعهده بگیرد، همچنین منجر به تعدیل روابط موضوعی دردناک، و قبلاً سرکوب شده یا گسسته می‌شود، به نحویکه بتوان آنها را بطور کامل تجربه نمود، هشیارانه آنها را تحمل کرد، و آنها را در تجربه خود بیمار، همگون‌سازی نمود.

از دیگر یافته‌های این پژوهش تأثیر DPHP بر خشکی شخصیت در این مراجعان می‌باشد، بیمار دارای آسیب سطحی شخصیت با جنبه‌های خاصی از تجربه هشیار و ناهشیار خود و دیگران دست و پنجه نرم می‌کند که با مفهوم کلی که از خودش و جهان اطرافش دارد، همخوانی ندارند.

همان گونه که مشاهده شد درمان DPHP در خاتمه درمان بر تمامی ابعاد ساختاری شخصیت به جز پرخاشگری اثرگذار بوده است، در مرحله میانی نیز بر ساختارهای خشکی شخصیت، هویت و مکانیزم‌های دفاعی اثرگذار بوده است و بر سایر ساختارها تأثیر معناداری نداشته است لذا به نظر می‌رسد برای تغییر در تقریباً تمامی ساختار شخصیت ادامه درمان تا مرحله خاتمه آن ضروری به نظر می‌رسد.

از جمله محدودیت‌ها در این پژوهش که ممکن است تعمیم‌پذیری نتایج را تحت تأثیر قرار دهد، می‌توان در وهله‌ی نخست دسترسی دشوار به افراد دچار اختلال شخصیت وابسته بدون اختلال همبود و ملاک‌های دیگر ذکر شده در تحقیق و لذا حجم محدود نمونه، و در وهله دوم امکان شرکت منظم افراد در درمان بلند مدت دو بار در هفته در طول یکسال و نیز امکان ریزش افراد نمونه در طول زمان، ذکر کرد. انجام تحقیقات مشابه بصورت مقایسه‌ای میان این رویکرد و رویکردهای شناختی-رفتاری یا فراساختی بر روی بیماران دچار اختلال شخصیت وابسته به منظور بررسی تأثیرات اختصاصی و منحصر به فرد این درمان، به پژوهشگران آینده توصیه می‌شود، علاوه بر آن با توجه به نتایج پژوهش استفاده از این رویکرد درمانی در کلینیک‌های روانشناسی با مراجعان مبتلا به اختلال‌های سطحی شخصیت توصیه می‌شود.

تشکر و قدردانی

این مقاله مستخرج از رساله‌ی دکتری سرکار خانم شهرزاد رشن برای دریافت درجه‌ی دکتری تخصصی روانشناسی (PhD) از دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی دانشگاه سمنان تحت راهنمایی کامل دکتر شاهرخ مکوند حسینی و مشاوره آقای دکتر علی محمد رضایی و دکتر سید موسی طباطبایی است. بدینوسیله از همکاری صمیمانه کلیه مراکز درمانی که در این تحقیق ما را یاری کردند تشکر و قدردانی می‌شود.

این تجارب تعارضی در مورد خود و دیگران، همراه با عواطف مربوطه، از تجربه‌ی خود غالب بیمار دونیم‌سازی و جدا می‌شود و نسبت به تغییر یا تأثیر محیطی نسبتاً مقاوم میماند. عملکردهای دفاعی که از ورود این روابط موضوعی درونی به آگاهی هشیار جلوگیری میکنند باعث ایجاد خشکی در کارکرد شخصیت میگردند همانطور که توضیح داده شد به سطح هشیار آوردن تعارضات ناهشیار باعث می‌شود مراجع کنشوری و سازوکارهای دفاعی خشک و انعطاف‌ناپذیر را درک کند (۱۵)، پیدا کردن بینش از ساز و کارهای دفاعی و به سطح هشیار آمدن تعارضات لزوم استفاده از این روابط موضوعی دفاعی و ثانویه به خشکی شخصیت را کاهش می‌دهد.

علاوه بر آن یافته‌ها نشان داد که درمان DPHP بر بهبود شاخص اخلاقیات در مبتلایان به اختلال شخصیت وابسته موثر است، همان گونه که در DSM5 عنوان شده این افراد به دلیل ترس از دست دادن حمایت و یا مورد تأیید قرار نگرفتن در ابراز مخالفت با افراد دیگر مشکل دارند و یا برای کسب حمایت و یا پشتیبانی دیگران حتی حاضر هستند کارهایی را که مورد دلخواه خود نیست انجام دهند (۲). می‌توان این گونه تبیین کرد که این اشخاص به دلیل دارا بودن ملاک‌های عنوان شده ممکن است اعمالی را برای جلب حمایت، تأیید و پشتیبانی افراد دیگر انجام بدهند که با اخلاقیات در تضاد باشند، در نتیجه به نظر می‌رسد با توجه به اینکه درمان DPHP با حل این گونه روابط موضوعی که در حقیقت دفاعی هستند در برابر روابط موضوعی که دردناک تر و در سطح ناهشیارتری قرار دارند، باعث بهبود شاخص اخلاقیات در این افراد می‌شوند.

علاوه بر آن یافته‌های پژوهش نشان داد که DPHP بر مقیاس پرخاشگری افراد با اختلال شخصیت وابسته تأثیر معناداری ندارد، با توجه به این موضوع که یکی از ملاک‌های اختلال شخصیت وابسته عنوان می‌کند که "این افراد حاضر هستند برای بدست آوردن تأیید دیگران خود را به زحمت بیندازند" در نتیجه به نظر می‌رسد جز ویژگی بارز این افراد پرخاشگری نباشد (۱۰، ۱۲)، و شاید به همین دلیل است که در این پژوهش احتیاج به تغییری در الگوهای رفتاری پرخاشگری این اشخاص دیده نشد.

منابع

- 16- Hadizadeh MH, Navabinezhad S, Valiollah F, Nouranipour R. Effectiveness of Dialectical Behaviour Therapy on Self-Efficacy and Interpersonal Problems of Women with Dependent Personality Disorder. *Quarterly Journal of Woman & Society*. 2016; 8(2).
- 17- 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. *The American journal of psychiatry*. 2004; 161(5): 810-7.
- 18- Leichsenring F, Leibling E. The effectiveness of psychodynamic therapy and cognitive behavior therapy in the treatment of personality disorders: a meta-analysis. *The American journal of psychiatry*. 2003; 160(7): 1223-32.
- 19- Levy KN, Ehrenthal JC, Yeomans FE, Caligor E. The efficacy of psychotherapy: focus on psychodynamic psychotherapy as an example. *Psychodynamic psychiatry*. 2014; 42(3): 377-421.
- 20- Klein M. The Oedipus complex in the light of early anxieties. In *Contributions to Psychoanalysis*. London: Hogarth Press. 1945.
- 21- Mahler M, Pine F, Bergman A. *The Psychological Birth of the Human Infant*. New York: Basic Books. 1975.
- 22- Kernberg OF. *Severe personality Disorder: psychotherapeutic strategies*. New haven: Yale University press. 1984.
- 23- Kernberg OF. Identity: recent findings and clinical implications. *The Psychoanalytic quarterly*. 2006; 75(4): 969-1004.
- 24- Clarkin JF, Yeomans FE, Kernberg OF. *Psychotherapy for Borderline Personality: Focusing on Object Relations*. Washington, DC: Amer. Psychiatric Publishing. 2006.
- 25- Kernberg OF. *Aggressivity, Narcissism, and Self-Destructiveness in the Psychotherapeutic Relationship*. Yale University Press: New Haven and London. 2004.
- 26- Clarkin JF, Caligor E, Stern B, Kernberg OF. *Structured Interview of Personality Organization*. Personality disorders institute. In: university. WmcoC, editor. 2007.
- 27- Bateman A, Fonagy P. *Psychotherapy for borderline personality disorder Mentalization-based treatment*. London: Oxford Medical Publications. 2004.
- 28- Bornstein RF. The dependent personality: developmental, social, and clinical perspectives. *Psychological bulletin*. 1992; 112(1): 3-23.
- 29- 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.
- 1- Sperry L. *Handbook of diagnosis and treatment of DSM-IV-TR personality disorders*. 2nd ed. New York: Brunner-Routledge. 2003.
- 2- American Psychiatric A. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders : DSM-5*. 5th ed. Washington, DC: APA. 2013.
- 3- Seligman L, Reichenberg LW. *Selecting effective treatments: A comprehensive, systematic guide to treating mental disorders*. 3rd ed. San Francisco: Jossey-Bass. 2007.
- 4- Fossati A, Beauchaine TP, Grazioli F, Borroni S, Carretta I, DeLinehan MM, et al. *Dialectical Behavior Therapy for Borderline Personality Disorder*. New York, NY: The Guilford Press. 2008.
- 5- Simon W. Follow-up psychotherapy outcome of patients with dependent, avoidant and obsessive-compulsive personality disorders: A meta-analytic review. *International journal of psychiatry in clinical practice*. 2009; 13(2): 153-65.
- 6- Bolton JM, Belik SL, Enns MW, Cox BJ, Sareen J. Exploring the correlates of suicide attempts among individuals with major depressive disorder: findings from the national epidemiologic survey on alcohol and related conditions. *The Journal of clinical psychiatry*. 2008; 69(7): 1139-49.
- 7- Loas G, Guilbaud O, Perez-Diaz F, Verrier A, Stephan P, Lang F, et al. Dependency and suicidality in addictive disorders. *Psychiatry research*. 2005; 137(1): 103-11.
- 8- Gagnon A, Davidson SI, Cheifetz PN, Martineau M, Beauchamp G. Youth suicide: A psychological autopsy study of completers and controls. *Vulnerable Children and Youth Studies* 2009; 4(1): 13-22.
- 9- Coolidge FL, Anderson LW. Personality Profiles of Women in Multiple Abusive Relationships. *Journal of Family Violence*. 2002; 17(2): 117-31.
- 10- Loas G, Cormier J, Perez-Diaz F. Dependent personality disorder and physical abuse. *Psychiatry research*. 2011; 185(1-2): 167-70.
- 11- Schuster JP, Limosin F, Levenstein S, Le Strat Y. Association between peptic ulcer and personality disorders in a nationally representative US sample. *Psychosomatic medicine*. 2010; 72(9): 941-6.
- 12- Disney KL. Dependent personality disorder: a critical review. *Clinical psychology review*. 2013; 33(8): 1184-96.
- 13- Loranger AW. Dependent personality disorder. Age, sex, and axis I comorbidity. *The Journal of nervous and mental disease*. 1996; 184(1): 17-21.
- 14- Morgan TA, Clark LA. *Dependent Personality (Disorder)☆*. Reference Module in Neuroscience and Biobehavioral Psychology: Elsevier. 2017.
- 15- Caligor E, Kernberg OF, Clarkin JF. *Hand book of dynamic psychotherapy for higher level personality pathology*. 2nd ed. Washangton, DC: Am psychiatr publ. 2007.

- 30- Kernberg OF. Countertransference, in *Borderline Conditions and Pathological Narcissism*. 1st ed. New York: Jason Aronson. 1975.
- 31- Kernberg OF. *Object Relations Theory and Clinical Psychoanalysis*. 1st ed. New York: Jason Aronson. 1976.
- 32- Kernberg OF. *Internal World and External Reality: Object Relations Theory Applied*. 1st ed. New York: Jason Aronson. 1980.
- 33- Clarkin JF, Levy KN, Schiavi JM. Transference focused psychotherapy: Development of a psychodynamic treatment for severe personality disorders. *Clinical Neuroscience Research*. 2005; 4(5): 379-86.
- 34- Delavar A. *Educational and psychological research*. 4th ed. Tehran: Virayesh publication institute. 2011.
- 35- 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.
- 36- 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. *The British journal of psychiatry : the journal of mental science*. 2010; 196(5): 389-95.
- 37- Monsen J, Odland T, Faugli A, Daae E, Eilertsen D. *Personality Disorders: Changes and Stability after Intensive Psychotherapy Focusing on Affect Consciousness*. 1995; 33-48.