

Original Paper

Effectiveness of short-term object relation psychotherapy on interpersonal relationships, self-destruct behaviors and personality organization in patients with borderline personality disorder: A clinical trial study

Fatemeh Ghanadzadegan, M.Sc in Clinical Psychology, Department of Clinical Psychology, Faculty of Psychology and Educational Sciences, Semnan University, Semnan, Iran. [ORCID 0000-0002-3684-3531](#)

***Isaac Rahimian Boogar (Ph.D)**, **Corresponding Author**, Associate Professor of Health Psychology, Department of Clinical Psychology, Faculty of Psychology and Educational Sciences, Semnan University, Semnan, Iran. [E-mail: i_rahimian@semnan.ac.ir](mailto:i_rahimian@semnan.ac.ir) [ORCID 0000-0003-3029-9050](#)

Mehdi Pourasghar (M.D), Associate Professor of Psychiatry, Psychiatry and Behavioral Science Research Center, Addiction Institute, Mazandaran University of Medical Sciences, Sari, Iran. [ORCID 0000-0001-9751-7492](#)

Abstract

Background and Objective: Among short-term therapies, psychoanalytic approaches use the therapeutic relationship more than any other approach as a context for change. This study was conducted to evaluate the effectiveness of short-term object relation psychotherapy on interpersonal relationships, self-destruct behaviors and personality organization of patients with borderline personality disorder.

Methods: This clinical trial study was done on the 20 patients with borderline personality disorder who referred to medical clinics in Sari city in northern Iran during 2020. Patients were divided into two intervention and control groups by random sampling. Patients in interventional group were received short-term object relation psychotherapy in 16 individual sessions of 45 minutes once a week. The control group did not receive any intervention. Patients completed the structured clinical interview scales of First et al (SCID-II), the Bell's object relations inventory (BORI), self-destruct questionnaire of Sharabaf et al and Kernberg's inventory of personality organization (IPO).

Results: Scores of interpersonal relationships, self-destructive behaviors and personality organization were significantly reduced in interventional group in compared to control group ($P < 0.05$).

Conclusion: Short-term object relation psychotherapy is an effective therapy to reduce the symptoms of patients with borderline personality disorder.

Keywords: Psychoanalytical Therapy, Self Destructive Behavior, Interpersonal Relations, Borderline Personality Disorder

Received 22 Dec 2019

Revised 19 Jul 2020

Accepted 12 Aug 2020

Cite this article as: Ghanadzadegan F, Rahimian Boogar I, Pourasghar M. [Effectiveness of short-term object relation psychotherapy on interpersonal relationships, self-destruct behaviors and personality organization in patients with borderline personality disorder: A clinical trial study]. J Gorgan Univ Med Sci. 2021 Winter; 22(4): 30-39. [Article in Persian]

اثربخشی روان‌درمانی روابط موضوعی کوتاه‌مدت بر روابط میان فردی، رفتارهای خودتخریب‌گری و سازمان شخصیت بیماران دارای اختلال شخصیت مرزی: یک مطالعه کارآزمایی بالینی

ORCID 0000-0002-3684-3531

فاطمه قنادزادگان، کارشناس ارشد روانشناسی بالینی، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه سمنان، سمنان، ایران.

ORCID 0000-0003-3029-9050

* دکتر اسحق رحیمیان بوگر، دکتری روانشناسی سلامت، دانشیار، گروه روانشناسی بالینی، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه سمنان، سمنان، ایران.

دکتر مهدی پوراصغر، فلوشیپ روان‌درمانی، دانشیار گروه روانپزشکی، مرکز تحقیقات روانپزشکی و علوم رفتاری، پژوهشکده اعتیاد، دانشگاه علوم پزشکی مازندران، ساری، ایران.

ORCID 0000-0001-9751-7492

چکیده

زمینه و هدف: در میان درمان‌های کوتاه‌مدت، رویکردهای روان‌پوشی بیش از تمام رویکردهای دیگر، رابطه درمانی را به عنوان زمینه‌ای برای تغییر به کار می‌گیرند. این مطالعه به منظور تعیین اثربخشی روان‌درمانی روابط موضوعی کوتاه‌مدت بر روابط میان فردی، رفتارهای خودتخریب‌گری و سازمان شخصیت بیماران دارای اختلال شخصیت مرزی انجام شد.

روش بررسی: این کارآزمایی بالینی روی ۲۰ بیمار مبتلا به اختلال شخصیت مرزی مراجعه کننده به کلینیک‌های درمانی شهر ساری در سال ۱۳۹۸ انجام شد. بیماران با نمونه‌گیری تصادفی در دو گروه ۱۰ نفری کنترل و مداخله قرار گرفتند. گروه مداخله روان‌درمانی روابط موضوعی کوتاه‌مدت را به صورت ۱۶ جلسه فردی ۴۵ دقیقه‌ای، هفته‌ای یک بار دریافت نمودند. گروه کنترل هیچ مداخله‌ای دریافت نکرد. بیماران مقیاس‌های مصاحبه بالینی ساختار یافته *First* و همکاران، پرسشنامه روابط موضوعی *Bell* و همکاران و پرسشنامه خود تخریبی شمرباف و همکاران و سیاه سازمان شخصیت *Kernberg* را تکمیل کردند.

یافته‌ها: پس از انجام مداخله، نمرات روابط بین فردی، رفتارهای خود تخریب‌گری و سازمان شخصیت در گروه مداخله به صورت معنی‌داری در مقایسه با گروه کنترل کاهش یافت ($P < 0/05$).

نتیجه‌گیری: روان‌درمانی روابط موضوعی کوتاه‌مدت، درمانی اثربخش برای کاهش علائم بیماران دارای اختلال شخصیت مرزی است.

کلید واژه‌ها: روان‌درمانی تحلیلی، رفتار خود تخریبی، روابط بین فردی، اختلال شخصیت مرزی

* نویسنده مسؤول: دکتر اسحق رحیمیان بوگر، پست الکترونیکی i_rahimian@semnan.ac.ir

نشانی: سمنان، دانشگاه سمنان، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، تلفن ۰۲۳-۳۵۶۴۱۱۱۵۶

وصول مقاله: ۱۳۹۸/۱۰/۱، اصلاح نهایی: ۱۳۹۹/۴/۲۹، پذیرش مقاله: ۱۳۹۹/۵/۲۲

مقدمه

دیگران، حالتی دراماتیک، مصرانه و شدید دارد که اصطلاحاً سبک هایپرپولییک (مبالغه آمیز) (*Hyperbolic*) است (۸). Millon معتقد است فشارهایی که جامعه کنونی بر خانواده‌ها و افراد وارد می‌آورد؛ می‌تواند فرزندپروری نارسا را تشدید نموده و موجب اختلال شخصیت مرزی شود (۹).

Kernberg مفهوم سازمان شخصیت را برای صورت‌بندی آسیب‌شناسی شخصیت استفاده کرد و سطوح شخصیت را بر اساس شدت آسیب به نوروتیک، مرزی و سایکوتیک طبقه‌بندی نمود (۱۰). اختلال شخصیت مرزی در سطح مرزی سازمان شخصیت قرار می‌گیرد. در این اختلال به دلیل سوابق رویدادهای آسیب‌زا، تجربیات هیجانی منفی با ماهیت مزاحم پردازش می‌شوند (۱۱). براساس پژوهش‌های اخیر متغیرهای روابط بین فردی، سازمان شخصیت و رفتارهای خودتخریبی نقش مهمی در سبب‌شناسی اختلال شخصیت مرزی ایفا می‌کنند (۱۲). مشکلات بین فردی

اصطلاح اختلال شخصیت مرزی (*BPD*) (*Borderline Personality Disorder*) از واژه قدیمی‌تر سازمان شخصیت مرزی در روانکاوی مشتق شده است (۱). *Kernberg* بیماران مبتلا به اختلال شخصیت مرزی را در سطح سازمان مرزی شخصیت قرار داده است (۲). این اختلال الگوی فراگیری از بی‌ثباتی در روابط بین فردی، خودانگاره، عواطف و تکانشگری بارز است (۳). اختلال شخصیت مرزی شایع‌ترین اختلال شخصیت در محیط‌های روانپزشکی است (۴و۵) و حدود ۲ درصد از جمعیت عمومی را تشکیل می‌دهد (۶). رفتار خودکشی، جرح خویشتن، انفجار خشم و واکنش هیجانی که همه معمولاً در یک زمینه بین فردی ظاهر می‌شوند؛ از علائم برجسته این اختلال محسوب می‌شوند (۷). به عقیده *Zanarini* و همکاران سبک یا روش بیماران مرزی برای انتقال دادن افکار، احساسات و تمایلات خود به

پردازش روابط گذشته و ایجاد روابط بین فردی جدید و مثبت، افزایش آگاهی و بیان عواطف در مراجع باشد. با این حال، مطالعه‌ای تا به امروز تلاشی برای شناسایی سازوکار اصلی تغییر درمانی در درمان‌های روان‌پویشی برای خود آسیب‌زنی نکرده است (۲۲). یک بررسی سیستماتیک دقیق نشان می‌دهد که روان‌درمانی روان‌پویشی نتایج مثبتی را برای افراد مبتلا به اختلال شخصیت نشان داد (۲۳). دو نوع خاص از روان‌درمانی روان‌پویشی، روان‌درمانی مبتنی بر ذهنی‌سازی و درمان متمرکز بر انتقال، نتایج مثبتی مانند کاهش خودکشی و بهبود عملکرد بین فردی و جهانی و همچنین کاهش علائم اختلال شخصیت مرزی را نشان داده‌اند (۲۴). درمان‌های روان‌پویشی شروع به نشان دادن شواهد تجربی اثربخشی در کاهش خود آسیب‌زنی کرده‌اند (۲۵). همچنین روان‌درمانی ساخت زدای پویشی بر مؤلفه‌های روابط موضوعی، سازمان شخصیت و علائم اختلال شخصیت مرزی اثربخشی معنی‌دار دارد (۲۶).

با وجود جدید بودن پژوهش‌های روان‌درمانی تحلیلی کوتاه‌مدت، برخی پژوهش‌ها نشان داده‌اند که روان‌درمانی روابط موضوعی کوتاه‌مدت در کاهش مشکلات بین فردی اثربخش است (۲۷). Abbass نیز در فراتحلیل دیگری گزارش داد روان‌درمانی تحلیلی کوتاه‌مدت از جمله روان‌درمانی روابط موضوعی کوتاه‌مدت در درمان علائم روانپزشکی از اثربخشی لازم برخوردار بوده و از دارودرمانی به تنهایی موثرتر است (۲۸). همچنین یافته‌های مطالعه دباشی و همکاران نشان داد که درمان شناختی تحلیلی پس از ۱۶ جلسه مداخله و دوره پیگیری یک ماهه اثر معنی‌داری در کاهش تکانشگری گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل داشته است و درمان شناختی تحلیلی به شیوه گروهی، راهبردی موثر در بهبود علائم اختلال شخصیت مرزی است (۲۹). نتایج پژوهش نجارپور و همکاران نیز بیانگر آن بود که روان‌درمانی روابط موضوعی کوتاه‌مدت حساسیت‌های بین فردی را در افراد دارای اختلال شخصیت اجتنابی به‌طور معنی‌داری در مداخله و پیگیری یک ماهه کاهش می‌دهد (۳۰).

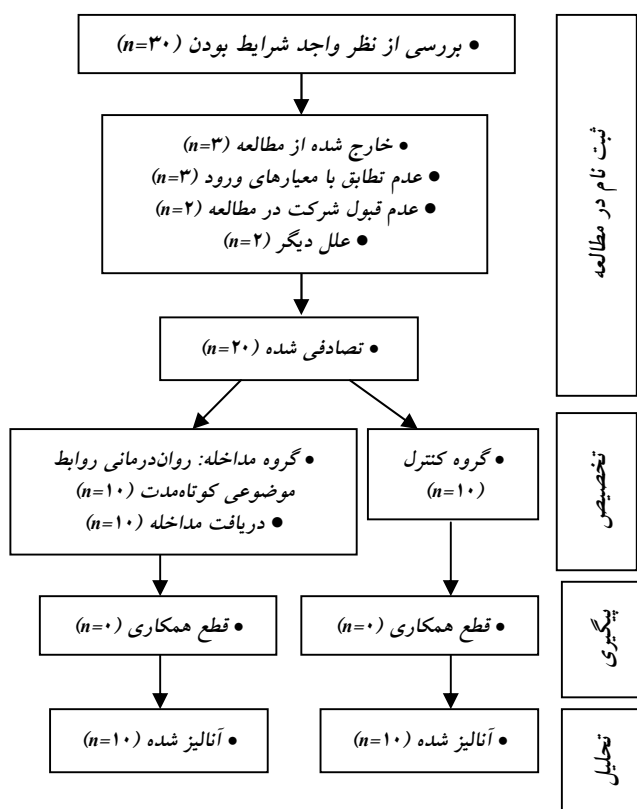
با توجه به این که درصد بالایی از بیماران BPD با روان‌درمانی مبتنی بر شواهد مراقبت ویژه‌ای دریافت نمی‌کنند (۱۳) و یا این که بخش قابل توجهی از روان‌درمانی‌های روان‌پویشی در تحقیقات شرکت نمی‌کنند (۳۱)؛ مبین لزوم و اهمیت پژوهش حاضر است. اگرچه درمان انتخابی برای اختلالات شخصیت، به‌طور معمول روان‌درمانی بلندمدت است. در عین حال این نیز محتمل است که در عمل، درمانی که بیشتر استفاده می‌شود؛ کوتاه‌مدت است. این به عوامل مختلفی نظیر انگیزه محدود بیمار، ترس او از روابط صمیمانه، مقاومت بیمار نسبت به کشف و پردازش مسایل دردناک و منابع مالی محدود مربوط است (۱۹).

اختلال شخصیت مرزی به نظر می‌رسد مسؤل بسیاری از ناراحتی‌هایی است که این افراد در زندگی روزمره تجربه می‌کنند. تنهایی، احساس طرد شدن و همچنین اختلال در روابط، پیش‌بینی کننده تلاش‌های خودکشی (۷)، خودتخریبی و مصرف مواد است (۱۳). بر اساس شواهد نظری در خصوص BPD و شیوع بالای آن، اقدامات درمانی مختلفی با توجه به سبب‌شناسی این اختلال مورد استفاده قرار گرفته است (۱۴). در میان آنها می‌توان به طرحواره درمانی، رفتاردرمانی دیالکتیکی و روان‌درمانی متمرکز بر انتقال اشاره کرد (۱۵). همچنین انجمن روانپزشکی آمریکا درمان‌های انتخابی اختلال شخصیت مرزی را در دو مورد روان‌درمانی روان‌پویشی (Psychodynamic Psychotherapy) و رفتاردرمانی دیالکتیک معرفی نموده است (۱۶). رویکردهای متفاوت روان‌درمانی به بررسی علل BPD از ابتدای تولد و چگونگی اثرگذاری روابط والدین بر این اختلال پرداخته‌اند که عمیق‌ترین آنها رویکرد روان تحلیلی بوده است (۱۷). روان تحلیل‌گری همواره در پی کشف این بوده که گذشته افراد به چه نحو، رفتار و روابط کنونی آنها را تحت تأثیر قرار می‌دهد. یکی از نظریه‌های برگرفته از رویکرد روان تحلیلی که می‌تواند در سبب‌شناسی BPD مورد توجه قرار گیرد؛ رویکرد روابط موضوعی (Object relations) است (۱۸). دیدگاه روابط موضوعی، بر یگانگی درمانگر، بیمار و رابطه درمانی که به آن شکل می‌دهند؛ تأکید بسیاری می‌کند. از نظر Stadter رابطه درمانی، اساسی برای قدرت شفابخش درمان است. این مسأله آنقدر مهم است که تأثیر هر نوع مداخله تکنیکی به ماهیت و عمق ارتباط درمانی بستگی دارد و نسبت به آن در درجه بعدی قرار می‌گیرد. او بررسی انتقال و انتقال متقابل را جزء بخش‌های اصلی درمان می‌داند. از دیدگاه Stadter درمان، تجربه تغییر را بر اساس رابطه درمانی فراهم می‌کند و روان‌درمانی چه کوتاه‌مدت یا بلندمدت، اساساً رابطه‌ای است که در آن نمایشنامه‌های درونی مراجع با درمانگر اجرا می‌شود و درمانگر و مراجع به‌طور متقابل بر یکدیگر اثر می‌گذارند (۱۹). روان‌درمانی‌های تحلیلی کوتاه‌مدت، مفاهیم مشترک نظریه‌های روان تحلیلی از قبیل نظریه سائق (Drive theory)، روان‌شناسی من (Ego psychology)، روان‌شناسی روابط موضوعی، نظریه دلبستگی (Attachment theory) و روان‌شناسی خود (Self psychology) را مورد استفاده قرار می‌دهند (۲۰). توجه درمانگر به رابطه واقعی، انتقال، انتقال متقابل، فرافکنی‌ها و درون‌فکنی‌ها، همه اینها مفاهیمی هستند که برای درمان کوتاه‌مدت کاربرد دارند (۱۹). اختلالات شخصیت شدید مانند اختلال شخصیت مرزی به‌طور عمده به‌عنوان پایه کار بالینی روانکاوی شناخته می‌شود (۲۱).

در سراسر درمان‌های روان‌پویشی، عناصر درمانی مشترک،

تمایل برای ادامه درمان و وجود هرگونه اختلال روانپزشکی ناشی از وضعیت پزشکی بودند.

از بین افراد مراجعه کننده با انجام مصاحبه روانپزشک و روان شناس بالینی و همچنین مصاحبه بالینی ساختاریافته SCID-II (۳۵)، ۲۰ نفر از افراد دارای اختلال شخصیت مرزی که مایل به شرکت در پژوهش بودند؛ به روش نمونه گیری تصادفی در دو گروه ۱۰ نفری کنترل و مداخله قرار گرفتند (شکل یک).



شکل ۱: نمودار کارآزمایی بالینی

قبل از ارایه پرسشنامه‌ها و جمع‌آوری اطلاعات، به صورت انفرادی افراد موردنظر با دریافت توضیحات لازم در خصوص اهداف و چگونگی تحقیق، در جریان پژوهش قرار گرفتند. پس از کسب رضایت آگاهانه از بیماران برای شرکت در مداخله، پرسشنامه‌ها قبل از شروع جلسات به عنوان پیش‌آزمون به آزمودنی‌ها ارایه شد تا به تکمیل آنها اقدام کنند. در مرحله بعدی، گروه مداخله روان‌درمانی روابط موضوعی کوتاه‌مدت را به صورت انفرادی، به مدت ۱۶ جلسه ۴۵ دقیقه‌ای، هفته‌ای یک بار طی ۴ ماه دریافت نمودند و گروه کنترل مداخله‌ای دریافت نمود. بعد از جلسات هشتم و شانزدهم اقدام به جمع‌آوری داده‌های پس‌آزمون شد. به منظور رعایت اصول و معیارهای اخلاق حرفه‌ای، جلسات به صورت رایگان برگزار شد و پیش از اجرای مداخله آزمایشی محرمانه بودن اطلاعات و امکان ترک پژوهش در صورت عدم تمایل به ادامه درمان برای هر دو گروه مورد مطالعه توضیح داده شد. لازم به ذکر

به‌طور کلی روان‌درمانی روان‌پویشی کوتاه‌مدت (Short Term Psychodynamic Psychotherapy: STPP) درمان مؤثر در اختلالات روانپزشکی به اثبات رسیده است. با این حال، تحقیقات بیشتر در مورد STPP در اختلالات روانپزشکی خاص، از جمله مطالعه عوامل فعال STPP مورد نیاز است و مطالعات اثربخشی باید گنجانده شود (۳۲). در نهایت با وجود آن که این اختلال بسیار مخرب است؛ مطالعات انجام شده در مورد این اختلال بالینی ناتوان کننده، بسیار محدود است (۳۳). اگرچه از نظر تئوری روان‌درمانی روابط موضوعی کوتاه‌مدت بر بهبود روابط بین فردی و سایر مشکلات اختلال شخصیت مرزی موثر به نظر می‌رسد؛ اما هنوز پژوهش‌های چندانی در مورد اثربخشی این رویکرد درمانی بر علائم اختلال شخصیت مرزی وجود ندارد؛ از این جهت این پژوهش می‌تواند این خلا را پر کند. از طرفی به دلیل تمرکز دوگانه درمان‌های روان‌پویشی، تغییرات شخصیتی ناشی از افزایش آگاهی، احتمال عود علائم را کاهش داده و باعث صرفه‌جویی هزینه‌های درمانی می‌شود (۲۷). این مطالعه به منظور تعیین اثربخشی روان‌درمانی روابط موضوعی کوتاه‌مدت بر روابط میان فردی، رفتارهای خودتخریب‌گری و سازمان شخصیت بیماران دارای اختلال شخصیت مرزی انجام شد.

روش بررسی

این کارآزمایی بالینی روی ۲۰ بیمار (۱۲ زن و ۸ مرد) مبتلا به اختلال شخصیت مرزی مراجعه کننده به کلینیک‌های درمانی دولتی و خصوصی شهر ساری از تیرماه لغایت مرداد ماه سال ۱۳۹۸ انجام شد.

مطالعه مورد تایید کمیته اخلاق در پژوهش دانشگاه علوم پزشکی سمنان (IR.SEMUMS.REC.1397.309) و مرکز ثبت کارآزمایی‌های بالینی ایران (IRCT20190504043463N1) قرار گرفت. آزمودنی‌ها فرم رضایت‌نامه کتبی شرکت آگاهانه در مطالعه را امضا نمودند.

نمونه آماری طبق نرم‌افزار GPower-3 برابر با ۲۰ نفر محاسبه شد (۳۴) که به وسیله روانپزشک و روانشناس بالینی و نیز مصاحبه بالینی ساختاریافته برای تشخیص قطعی اختلال شخصیت مرزی مورد مصاحبه قرار گرفتند.

معیارهای ورود به مطالعه شامل دارا بودن ملاک‌های تشخیصی BPD بر اساس DSM-5 در ارزیابی توسط روانپزشک و روانشناس بالینی و مصاحبه بالینی ساختاریافته براساس فرم ۵ راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی برای محور دو؛ داشتن حداقل تحصیلات دیپلم و سن بالاتر از ۱۸ سال بودند.

معیارهای عدم ورود به مطالعه شامل داشتن مسمومیت دارویی و مشکلات طبی بازدارنده مثل نارسایی شدید کبدی و کلیوی؛ عدم

جدول ۱: محتوی جلسات روان‌درمانی روابط موضوعی کوتاه‌مدت، برگرفته از پروتکل درمانی استادتر (۱۸)

مراحل	محتوی جلسات
مرحله آغاز (۲ تا ۴ جلسه)	تعیین اهداف دوگانه درمان (نشانه‌ای و پوششی)، تنظیم صورتبندی روانی، شکل دادن یک اتحاد درمانی کارآمد.
مرحله میانی اول (۴ جلسه)	باقی ماندن در اهداف درمان و تمرکز درمانی توافق شده، تفسیر نشانه‌ها و برقراری ارتباط بین آنها و تعارض‌های پویایی ناخودآگاه یا استفاده از تفسیر انتقال و انتقال متقابل.
مرحله میانی دوم (۴ جلسه)	در صورت لزوم انعطاف پذیری در امکان استفاده از تکنیک‌های غیرروان‌تحلیلی مانند آرام سازی یا حل مسأله، پرداختن به تعارض‌ها، اشاره به پایان درمان.
مرحله پایان (۴ جلسه)	تثبیت دستاوردهای درمان، پرداختن به تعارض‌های مربوط به فقدان و جدایی، درونی کردن فرایند درمان و درمانگر و تسهیل فرایند بازگشت مجدد به درمان.

بی‌کفایتی اجتماعی، ارزیابی دقیق و معتبری از روابط موضوعی ارایه می‌دهد. نحوه پاسخگویی به پرسشنامه به این نحوه است که بر مبنای راهنمای ارایه شده آزمودنی برای هر یک از پرسش‌ها پاسخ صحیح یا غلط را انتخاب می‌کند و برحسب کلید پرسشنامه، گزینه صحیح نمره یک می‌گیرد و برای برخی دیگر گزینه غلط نمره یک می‌گیرد. جمع نمرات پرسش‌ها مربوط به هر خرده‌مقیاس نمره فرد را در هر یک از آنها مشخص می‌سازد (۴۱). درباره پایایی و روایی این پرسشنامه گزارش نمودند که این ابزار از این جهت که قادر به تفکیک جمعیت بالینی است؛ از درجه بالایی از اعتبار تفکیکی برخوردار است و همچنین از لحاظ همبستگی بالای آن با دیگر ابزارهای سنجش آسیب‌پذیری روانی، اعتبار همزمان قابل قبولی را برای آن برآورد نموده‌اند. در پژوهشی دیگر با استفاده از این ابزار، اختلال شخصیت مرزی را از نظر الگوهای مخرب روابط موضوعی، از دیگر گروه‌ها که شامل بیماران مبتلا به اختلالات خلقی و اسکیزوفرنیا بود؛ متمایز کردند. روایی و پایایی این پرسشنامه توسط هادی نژاد و همکاران (۴۲) از طریق ضریب آلفای کرونباخ برای بی‌کفایتی اجتماعی، خودمحوری، دلبستگی ناایمن و بیگانگی به ترتیب ۰/۶۸، ۰/۷۴، ۰/۷۴، ۰/۸۵ محاسبه گردید. همچنین همبستگی بین سیاهه ۹۰ پرسشی فرم بازنگری شده (SCL-90-R) و خرده‌مقیاس‌های این پرسشنامه بین ۰/۳۱ تا ۰/۶۸ بود.

پرسشنامه خود تخریبی: پرسشنامه خودتخریبی توسط آقامحمدیان شهرباف و همکاران (۳۸) تهیه و تنظیم شده است. این پرسشنامه در ۸ گویه به منظور ارزیابی خودتخریبی بکار می‌رود. با مشخص کردن پاسخ عبارات مذکور می‌توان خودتخریبی مزمن را سنجید. کسانی که با عبارات ۱، ۲، ۳، ۴، ۵ و ۸ موافق و با عبارات ۴ و ۷ مخالفند؛ گرایش بیشتری به خودتخریبی دارند. آقامحمدیان شهرباف و همکاران پایایی پرسشنامه خودتخریبی را از طریق ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۵ به دست آورده‌اند که نشان از پایایی مناسب این پرسشنامه دارد. همچنین روایی این پرسشنامه نیز توسط آنها تأیید شده است.

است که اجرای مداخله توسط پژوهشگر این مطالعه و تحت نظارت بالینی منظم صورت گرفت. پروتکل روان‌درمانی روابط موضوعی کوتاه‌مدت در جدول یک آمده است.

ابزارهای گردآوری اطلاعات شامل مصاحبه بالینی ساختاریافته برای تشخیص اختلالات شخصیت (۳۶)؛ پرسشنامه روابط موضوعی Bell (۳۷)، پرسشنامه خود تخریبی (۳۸) و سیاهه سازمان شخصیت Kernberg (۳۹) بودند.

مصاحبه بالینی ساختاریافته برای تشخیص اختلالات شخصیت (Structured Clinical Interview for DSM-5-axis II personality: SCID-II): این ابزار یک مصاحبه تشخیصی ساختاریافته است که فراست و همکاران برای سنجش ۱۰ اختلال شخصیت بر اساس DSM-5 و همچنین اختلال شخصیت منفعل - پرخاشگر تدوین کرده‌اند (۳۶). برای تشخیص اختلالات شخصیت می‌توان از این آزمون به صورت مقوله‌ای یا ابعادی بهره گرفت. پرسشنامه دارای ۱۱۹ پرسش است و در کمتر از ۲۰ دقیقه اجرا می‌شود. میزان تحصیلات لازم برای پاسخ‌دهی به آن حداقل ۸ کلاس است. آزماینده با توجه به پرسش‌هایی که بیمار به آنها پاسخ مثبت می‌دهد؛ مصاحبه را جهت می‌دهد. در رابطه با پایایی این آزمون مطالعاتی انجام شده است که همگی پایایی بالای این آزمون را نشان داده‌اند. ضریب کاپا برای بیماران از ۰/۲۴ برای اختلال شخصیت و سواسی تا ۰/۷۴ برای اختلال شخصیت نمایشی (با کاپای کلی ۰/۵۳) متغیر بود و برای بیماران غیرروانپزشکی، توافق بین ارزیابان به‌طور قابل ملاحظه‌ای کمتر و کاپای کلی ۰/۳۸ گزارش شد. شریفی و همکاران پایایی (بالا تر از ۰/۶۰) قابل قبول تشخیص‌های داده شده با نسخه فارسی SCID و قابلیت اجرای مطلوب آن را گزارش کرده‌اند (۳۵ و ۴۰).

پرسشنامه روابط موضوعی (Bell's object relation inventory: BORI): پرسشنامه روابط موضوعی Bell و همکاران (۳۷) بخشی از پرسشنامه ۹۰ گزینه‌ای روابط موضوعی و واقعیت‌سنجی Bell (BORRTI) است که هم برای جمعیت بالینی و هم غیربالینی استاندارد شده است و در پژوهش‌های بسیاری در حوزه روابط بین فردی و در تشخیص و پیش‌بینی آسیب‌های روانی بکار رفته است. BORI دارای ۴۵ ماده است که به صورت صحیح و غلط به آن پاسخ داده می‌شود و از طریق چهار خرده‌مقیاس بیگانگی، دلبستگی ناایمن، خودمیان بینی و

ویلیک برای بررسی نرمال بودن توزیع نمرات گروه نمونه در جامعه، آزمون لون برای بررسی همگنی واریانس‌ها و آزمون‌های تحلیل کواریانس، با استفاده از نرم‌افزار SPSS-21 در سطح معنی‌داری کمتر از ۰/۰۵ صورت گرفت.

یافته‌ها

میانگین سنی آزمودنی‌های گروه مداخله و کنترل به ترتیب ۳۵/۴۶±۳۰/۲۶ سال و ۶۷/۵۴±۳۱/۵۴ سال بود. دامنه سنی گروه مداخله ۱۹-۳۹ سال و گروه کنترل ۲۰-۴۱ سال بود. گروه‌های آزمایش و کنترل از نظر سن و جنس (در هر دو گروه ۶ زن و ۴ مرد) و تحصیلات (دیپلم و لیسانس) همگن بودند.

مقایسه میانگین‌های مندرج در جدول ۲ نشان‌دهنده آن است که در پس‌آزمون میانگین نمرات روابط میان فردی، خودتخریبی و سازمان شخصیت در گروه مداخله کمتر از گروه کنترل است. با توجه به جدول ۲، نتایج تحلیل کواریانس و مقدار مجذور اتا برای مؤلفه‌های روابط بین فردی در مرحله پس‌آزمون، برای بی‌کفایتی اجتماعی [F(۱ و ۱۴)=۴۷/۴۲۲، P<۰/۰۵]، خود میان‌بینی [F(۱ و ۱۴)=۲۰/۶۷۴، P<۰/۰۵]، دلبستگی نایمن [F(۱ و ۱۴)=۱۲/۹۸۳، P<۰/۰۵] از لحاظ آماری معنی‌دار بودند. مقدار مجذور اتا به ترتیب برابر ۰/۷۷۲، ۰/۵۹۶، ۰/۴۳۹ و ۰/۴۸۱ بود. متغیر خودتخریبی و مؤلفه‌های سازمان شخصیت بیماران [F(۱ و ۱۷)=۱۶/۲۲۱، P<۰/۰۵]، برای آزمون‌نگری واقعیت [F(۱ و ۱۵)=۸/۴۵۷، P<۰/۰۵]، دفاع‌های روانشناختی نخستین [F(۱ و ۱۵)=۱۲/۴۰۱، P<۰/۰۵] و سردرگمی هویت

سیاه سازمان شخصیت Kernberg: در این تحقیق از فرم ۳۷ پرستی سیاه سازمان شخصیت Kernberg (۳۹) استفاده شد. ساختار عاملی این سیاه، دارای سه بعد آزمون‌نگری واقعیت، دفاع‌های روانشناختی نخستین و سردرگمی هویت است. در مدل Kernberg از سازمان شخصیت، حاصل جمع سه عامل دفاع‌های روانشناختی نخستین، سردرگمی هویت و آزمون‌نگری واقعیت، بیانگر آسیب‌پذیری کلی شخصیت (شخصیت مرضی) و حاصل جمع نمرات دو بعد دفاع‌های روانشناختی نخستین و سردرگمی هویت، به منزله ملاک کلی شخصیت مرزی است. در ایران ساختار عاملی، روایی و اعتبار این پرسشنامه توسط آل بهبهانی و محمدی (۴۳) بررسی شده است. ضرایب اعتبار برای کل سیاه و ابعاد دفاع‌های روانشناختی نخستین، سردرگمی هویت و آزمون‌نگری واقعیت، به ترتیب ۰/۹۰، ۰/۸۲، ۰/۶۸ و ۰/۹۱ محاسبه گردید. روایی همزمان سیاه سازمان شخصیت از طریق اجرای همزمان پرسشنامه باس-پری و مقیاس عاطفه مثبت و منفی انجام گردید که ضرایب همبستگی بین سیاه سازمان شخصیت، خرده‌مقیاس‌های پرخاشگری جسمی، پرخاشگری کلامی، خشم و خصومت و مقیاس عاطفه مثبت و منفی به ترتیب ۰/۵۷، ۰/۱۸، ۰/۳۹، ۰/۴۴، ۰/۲۱- و ۰/۴۰ به دست آمد.

برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از آمار توصیفی و استنباطی استفاده شد. در قسمت آمار توصیفی با استفاده از شاخص‌های فراوانی، درصد، میانگین و انحراف معیار به توصیف متغیرهای مورد مطالعه و در قسمت آمار استنباطی از آزمون پارامتریک، شامل آزمون شاپیر و

جدول ۲: شاخص‌های توصیفی روابط میان فردی، خودتخریبی و سازمان شخصیت بیماران در دو مرحله آزمون

متغیرها	گروه‌ها	میانگین و انحراف معیار		F	تحلیل کواریانس	
		پیش آزمون	پس آزمون		p-value	ضریب اتا
روابط میان فردی	مداخله	۳۰/۸۰±۶/۳۹	۲۵/۹۰±۴/۴۳	۲۷/۶۵۴	۰/۰۰۲	۰/۴۲۸
	کنترل	۳۱/۹۰±۹/۷۷	۳۱/۵۰±۷/۲۸			
بی‌کفایتی اجتماعی	مداخله	۱۱/۴۰±۲/۶۷	۱۰/۲۰±۲/۳۵	۴۷/۴۲۲	۰/۰۰۱	۰/۷۷۲
	کنترل	۱۱/۶۰±۲/۹۱	۱۱/۵۰±۲/۰۱			
خود میان‌بینی	مداخله	۱۰/۵۰±۲/۵۹	۸/۸۰±۱/۴۷	۲۰/۶۴۷	۰/۰۰۱	۰/۵۹۶
	کنترل	۱۱/۱۰±۳/۶۵	۱۱/۰۰±۲/۹۱			
دلبستگی نایمن	مداخله	۶/۰۰±۲/۰۰	۴/۷۰±۱/۴۲	۱۰/۹۶۵	۰/۰۰۵	۰/۴۳۹
	کنترل	۶/۲۰±۲/۵۷	۶/۱۰±۲/۰۳			
بیگانگی	مداخله	۲/۹۰±۰/۸۸	۲/۲۰±۰/۴۲	۱۲/۹۸۳	۰/۰۰۳	۰/۴۸۱
	کنترل	۳/۰۰±۱/۸۳	۲/۹۰±۱/۱۰			
خودتخریبی	مداخله	۱۸/۹۰±۲/۴۷	۱۷/۸۰±۲/۳۵	۱۶/۲۲۱	۰/۰۰۱	۰/۴۸۱
	کنترل	۱۹/۱۰±۲/۸۷	۱۹/۲۰±۳/۲۹			
سازمان شخصیت	مداخله	۱۱۹/۸۰±۱۴/۲۴	۱۱۰/۷۰±۱۵/۷۹	۱۴/۲۷۴	۰/۰۰۱	۰/۴۳۹
	کنترل	۱۱۹/۷۰±۱۷/۸۰	۱۱۸/۶۰±۱۶/۳۵			
آزمون‌نگری واقعیت	مداخله	۲۹/۹۰±۷/۰۹	۲۶/۸۰±۶/۴۹	۸/۴۵۷	۰/۰۰۱	۰/۳۶۱
	کنترل	۲۹/۰۰±۵/۹۸	۲۸/۲۰±۵/۸۳			
دفاع روانشناختی نخستین	مداخله	۲۵/۹۰±۴/۲۸	۲۲/۷۰±۴/۵۲	۱۲/۴۰۱	۰/۰۰۳	۰/۴۵۳
	کنترل	۲۶/۶۰±۴/۰۶	۲۶/۴۰±۳/۸۱			
سردرگمی هویت	مداخله	۶۴/۰۰±۱۰/۰۷	۶۱/۲۰±۱۰/۴۶	۱۴/۲۲۹	۰/۰۰۲	۰/۴۸۷
	کنترل	۶۴/۰۰±۱۰/۰۷	۶۴/۱۰±۱۰/۹۹			

مشکلات هدف، علایم روانپزشکی عمومی و عملکرد اجتماعی در بیماران دارای اختلالات روانپزشکی خاص به همراه داشت. این اندازه‌های اثر پایدار بوده و در پیگیری افزایش یافته است. اندازه اثرات STPP به‌طور معمول از لیست‌های انتظار کنترل و درمان فراتر رفت. هیچ تفاوتی بین STPP و سایر اشکال روان‌درمانی مشاهده نشد. بنابراین روان‌درمانی روان‌پویشی کوتاه‌مدت یک درمان مؤثر در اختلالات روانپزشکی به اثبات رسیده است. با این حال، تحقیقات بیشتر در مورد STPP در اختلالات روانپزشکی خاص از جمله مطالعه عوامل فعال STPP مورد نیاز است.

با توجه به نتایج پژوهش بین نمرات پیش‌آزمون و پس‌آزمون در دو گروه مداخله و کنترل حداقل در یکی از متغیرهای وابسته (شاخص‌های سازمان شخصیت بیماران) نیز تفاوت معنی‌داری وجود داشت. نتیجه به دست آمده در این مطالعه با یافته‌های حاصل از مطالعه مجدآرا و همکاران (۲۶) همسو بود. یافته‌های این مطالعه نشان داد که روان‌درمانی ساخت‌زدای پویشی باعث کاهش نمرات در مقیاس سازمان شخصیت Kernberg شده است. این کاهش در نمره کل سازمان شخصیت و خرده‌مقیاس‌های سردرگمی هویت و آزمون‌گری واقعیت معنی‌دار بود و در خرده‌مقیاس دفاع‌های روان‌شناختی نخستین معنی‌دار نبود. نتایج مطالعه Town و همکاران (۴۶) نیز نشان داد که روان‌درمانی روان‌پویشی کوتاه‌مدت یک گزینه درمانی مؤثر از نظر تجربی حمایت‌شده برای طیف وسیعی از اختلالات شخصیت است که باعث ایجاد پیشرفت‌های قابل توجه و متوسط و بلندمدت برای درصد زیادی از بیماران می‌شود. تحقیقات بیشتر برای مقایسه با رویکردهای مبتنی بر شواهد جایگزین توصیه می‌شود.

در تبیین یافته‌ها بایستی اشاره کرد که ماهیت ناتوان‌کننده اختلال شخصیت مرزی، شیوع بالای آن و هزینه‌هایی که این بیماران بر خانواده و جامعه تحمیل می‌نمایند؛ بررسی درمان‌های قابل اطمینان، موثر و از لحاظ زمانی محدود را ایجاب می‌نماید. در واقع درمان‌هایی که در مدت زمان کوتاه‌تر تغییرات عمیق‌تری را در بیماران ایجاد نماید که فراتر از تغییرات در نشانه‌های اختلال باشد؛ از خلاءهای موجود در درمان این گروه پرچالش از بیماران مبتلا به اختلال شخصیت است (۲۶). صرف نظر از این که آسیب شخصیت خفیف یا شدید باشد؛ آشفتگی هیجانی و یا تخریب عملکرد حرفه‌ای یا اجتماعی ایجاد می‌شود. با وجود این که به‌طور کلی برای اختلالات شخصیت و به خصوص اختلال شخصیت مرزی، روان‌درمانی‌های طولانی مدت ترجیح داده می‌شود؛ موانع بسیاری مثل هزینه و زمان محدود برای این درمان وجود دارد (۴۷). گرچه طبق دیدگاه استادتر وقتی که بیماران دارای اختلال شخصیت درمان کوتاه‌مدت دریافت می‌کنند؛ بسیار دشوار است که ساختار

($P < 0.05$)، $F(1, 15) = 14/229$ از لحاظ آماری معنی‌دار بودند. مقدار مجذور اتا به ترتیب برابر $0/488$ ، $0/361$ ، $0/453$ و $0/487$ تعیین شد. همچنین در مورد متغیرهای روابط میان‌فردی، خودتخریبی و سازمان شخصیت بیماران، میانگین از پیش‌آزمون به پس‌آزمون کاهش یافت و تفاوت میانگین گروه مداخله با کنترل معنی‌دار بود ($P < 0.001$).

بحث

با توجه به نتایج مطالعه حاضر، روان‌درمانی روابط موضوعی کوتاه‌مدت بر روابط میان‌فردی بیماران دارای اختلال شخصیت مرزی اثربخش بود. در این مطالعه روان‌درمانی روابط موضوعی کوتاه‌مدت پس از جلسه هشتم مداخله اثر معنی‌داری در کاهش مؤلفه‌های روابط میان‌فردی، گروه مداخله و کنترل نداشت؛ اما در مراحل پیشرفته درمان و پس از اجرای کامل پروتکل درمانی، نتایج تحلیل کواریانس نشان داد که روان‌درمانی روابط موضوعی کوتاه‌مدت پس از ۱۶ جلسه مداخله، اثر معنی‌داری در کاهش مؤلفه‌های روابط میان‌فردی گروه مداخله داشته است و موجب کاهش و بهبود معنی‌دار شدت علایم مرزی پس از مداخله شد. نتیجه به دست آمده در مطالعه ما با نتایج حاصل از مطالعه نجارپور و همکاران (۳۰) و شکیبا و همکاران (۴۴) همسو بود. نتایج مطالعات آنان نشان داد که روان‌درمانی روابط موضوعی کوتاه‌مدت حساسیت‌های بین‌فردی را در افراد دارای اختلال شخصیت اجتنابی به‌طور معنی‌داری در مداخله و پیگیری یک ماهه کاهش می‌دهد. همچنین اثربخشی روان‌درمانی روابط موضوعی کوتاه‌مدت بر کاهش شدت افسردگی و مشکلات بین‌فردی زنان مبتلا به اختلال افسردگی اساسی با همبودی اختلال‌های شخصیت خوشه C از معنی‌داری آماری و بالینی نسبتاً خوب برخوردار است. Hersoug (۲۷) نیز در فراتحلیل دیگری گزارش داد که روان‌درمانی روابط موضوعی کوتاه‌مدت در کاهش مشکلات بین‌فردی اثربخش است. همچنین ملاحظه میانگین‌های دو گروه مداخله و کنترل در این مطالعه نشان می‌دهد که نمره رفتارهای خودتخریب‌گری گروه مداخله در پس‌آزمون نسبت به گروه کنترل کاهش یافته است. نتیجه به دست آمده در این پژوهش با یافته‌های حاصل از مطالعه Shedler (۴۵) و مطالعه Rorie (۲۴) همسو بود. یافته‌های این مطالعات نشان داد که روان‌درمانی روان‌پویشی، روان‌درمانی مبتنی بر ذهنی‌سازی و درمان متمرکز بر انتقال، نتایج مثبتی را برای افراد مبتلا به اختلال شخصیت نشان داده است. نتایج مثبت شامل بهبودهایی نظیر کاهش خودکشی، بهبود عملکرد بین‌فردی و جهانی و همچنین کاهش علایم اختلال شخصیت مرزی بوده‌اند. نتایج پژوهش Leichsenring و همکاران (۳۲) نیز نشان داد که روان‌درمانی روان‌پویشی کوتاه‌مدت اندازه اثرات قابل توجهی پس از درمان را برای

بیماران در پرکردن پرسشنامه که مدت زمان زیادی را به خود اختصاص داد؛ یکی دیگر از محدودیت‌های این پژوهش محسوب می‌شود. بر اساس نتایج مطالعه حاضر پیشنهاد می‌شود که این مطالعه با نمونه‌ها و اختلالات دیگر و سایر طرح‌های آزمایشی یا مقایسه‌ای تکرار شود. همچنین به دلیل نیاز و تقاضای تعدادی از مراجعان به ادامه درمان بعد از پایان جلسات و همچنین به دلیل رعایت مسایل اخلاقی و محدودیت زمانی، پژوهشگر از بررسی دوره‌های پیگیری پس از پایان جلسات صرف نظر کرد. لذا پیشنهاد می‌شود در مطالعات آتی جلسات پیگیری انجام شود. پژوهش‌هایی که در حیطه روان‌درمانی‌های تحلیلی کوتاه‌مدت از قبیل روان‌درمانی روابط موضوعی کوتاه مدت انجام شده‌اند؛ هنوز در ابتدای مسیر خود هستند. لذا این درمان مستلزم پژوهش‌های کنترل شده تصادفی و تحلیل عاملی به منظور یافتن عوامل اصلی تغییر درمانی مانند اتحاد درمانی، انتقال، انتقال متقابل، جنسیت و شخصیت مراجع و درمانگر و متغیرهای دیگر است.

نتیجه‌گیری

نتایج این مطالعه نشان داد که روان‌درمانی روابط موضوعی کوتاه‌مدت، درمانی اثربخش برای کاهش علائم بیماران دارای اختلال شخصیت مرزی است. روابط میان فردی، رفتارهای خودتخریب‌گری و سازمان شخصیت متغیرهایی هستند که بر اساس نظریه روابط موضوعی نقش مهمی در سبب شناسی اختلال شخصیت مرزی ایفا می‌کنند. در نتیجه بهبود وضعیت بیمار در این شاخص‌ها گامی موثر در درمان آنان خواهد بود.

تشکر و قدردانی

این مقاله برگرفته از پایان‌نامه (شماره ایران داگ ۲۶۴۰۹۴۵) خانم فاطمه قنادزادگان برای اخذ درجه کارشناسی ارشد در رشته روانشناسی بالینی از دانشگاه سمنان بود. نویسندگان از بیماران محترم شرکت کننده در مطالعه، کارکنان محترم کلینیک‌های درمانی شهر ساری و نیز تحصیلات تکمیلی دانشگاه سمنان تشکر و قدردانی می‌نمایند.

References

1. Stern A. Psychoanalytic investigation of and therapy in the border line group of neuroses. The Psychoanalytic Quarterly. 1938; 7(4): 467-89. DOI: 10.1080/21674086.1938.11925367
2. Kernberg O. Borderline personality organization. J Am Psychoanal Assoc. 1967; 15(3): 641-85. DOI: 10.1177/000306516701500309
3. Sadock BJ, Ahmad S, Sadock VA. [Kaplan & Sadock's Pocket Handbook of Clinical Psychiatry]. 6th ed. Translated by: Seyed Ahmad Jalili, Farzin Rezaei. Tehran: Arjmand Publication. 2018; pp: 219-461.
4. The American Psychiatric Association (APA). Diagnostic and Statistical manual of mental disorders (DSM-5). 5th ed. DOI: 10.1176/appi.books.9780890425596
5. Hadjipavlou G, Ogrodniczuk JS. Promising psychotherapies for personality disorders. Can J Psychiatry. 2010 Apr; 55(4): 202-10.

شخصیت ریشه‌دار تعدیل شود. لذا برای درمانگر بسیار مفید است که به قرارداد درمانی به عنوان یک اپیزود درمان فکر کند و بیمار را تشویق کند تا اپیزودهای دیگری را آغاز کند که ممکن است شالوده‌ای برای درمان‌های بعدی شود. درمان کوتاه مدت می‌تواند فرایندی از تغییر را آغاز کند که می‌تواند بعد از خاتمه درمان دوام بیابد و رشد پیدا کند (۱۹).

از طرفی تأکید بسیاری از روان‌درمانی‌های کوتاه‌مدت بر تکنیک و پروتکلی ساختارمند بوده و به‌نظر می‌رسد نقش رابطه در روان‌درمانی‌های کوتاه مدت تا حد زیادی نادیده گرفته شده است. در روان‌درمانی روابط موضوعی، فضایی فراهم می‌شود که علاوه بر آگاهی و بینش نسبت به الگوهای تکراری و ناسالم، مراجع در رابطه با درمانگر به عنوان ابزاری جایگزین، مدل ارتباطی جدیدی را تجربه کند که تاکنون تجربه نکرده است و در این فضای امن موانع به وجود آمده برای بالفعل شدن پتانسیل‌های او برداشته شود. نکته قابل توجه دیگر این است که چیزی که روان‌درمانی تحلیل بلندمدت و کوتاه مدت را از هم متمایز می‌کند؛ آن است که در نوع کوتاه مدت این درمان بر تمرکز نشانه‌ای و تمرکز پویایی تأکید می‌گردد (۱۹).

اکثر درمانگرانی که در محیط‌های بالینی با بیماران مبتلا به اختلال شخصیت مرزی روبرو شده‌اند؛ با این واقعیت موافقت کرده درمان این دسته از بیماران کار دشواری است. الگوهای رفتاری مشکل‌زا (استفاده مکرر از دو نیمه سازی، تهدید به خودکشی و نوسانات خلقی) از مهم‌ترین دلایل نگرانی درمانگران به هنگام کار با بیماران مرزی است. پژوهش‌های اپیدمیولوژیک وسیع صورت گرفته درباره اختلال شخصیت مرزی حاکی از آن است که این اختلال آنچنان که سابق تصور می‌شد؛ ناامید کننده نیست (۱۶).

از محدودیت‌های این مطالعه می‌توان به نمونه پژوهش، منحصر به بیماران دارای اختلال شخصیت مرزی کلینیک‌های شهر ساری اشاره نمود. لذا در مورد تعمیم یافته‌های این پژوهش به سایر بیماران اختلال شخصیت مرزی بایستی احتیاط نمود. عدم همکاری برخی

DOI: 10.1177/070674371005500403

6. Gonzalez-Torres MA. Psychodynamic psychotherapies for borderline personality disorders. Current developments and challenges ahead. BJPsych Int. 2018 Feb; 15(1): 12-14. DOI: 10.1192/bji.2017.7

7. Brodsky BS, Groves SA, Oquendo MA, Mann JJ, Stanley B. Interpersonal precipitants and suicide attempts in borderline personality disorder. Suicide Life Threat Behav. 2006 Jun; 36(3): 313-22. DOI: 10.1521/suli.2006.36.3.313

8. Zanarini MC, Frankenburg FR, Hennen J, Silk KR. Mental health service utilization by borderline personality disorder patients and Axis II comparison subjects followed prospectively for 6 years. J Clin Psychiatry. 2004 Jan; 65(1): 28-36. DOI: 10.4088/jcp.v65n0105

9. Millon T. Disorders of Personality: DSM-IV and Beyond (Wiley

Series on Personality Processes). 2nd ed. New York: John Wiley & Sons. 1996; pp: 106-19.

10. Kernberg OF. Object Relations Theory and Clinical Psychoanalysis. 4th ed. New York: Jason Aronson. 1976; pp: 101-229.

11. Basharpour S, Tolo Mehmandostolya A, Narimani M, Atadokht A. [Relation of Emotion Processing Styles and Alexithymia with Symptoms of Borderline Personality Disorder]. J Bobol Univ Med Sci. 2014; 16(7): 55-62. [Article in Persian]

12. Clarkin JF, Levy KN, Schiavi JM. Transference focused psychotherapy: Development of a psychodynamic treatment for sever personalirt disorders. Clin Neurosci Res. 2005 May; 4(5-6): 378-86. DOI: 10.1016/j.cnr.2005.03.003

13. Paris J. Chronic suicidality among patients with borderline personality disorder. Psychiatr Serv. 2002 Jun; 53(6): 738-42. DOI: 10.1176/appi.ps.53.6.738

14. Homan P, Reddan MC, Brosch T, Koenigsberg HW, Schiller D. Aberrant link between empathy and social attribution style in borderline personality disorder. J Psychiatr Res. 2017 Nov; 94: 163-71. DOI: 10.1016/j.jpsychires.2017.07.012

15. Dimeff LA, Koerner K. Dialectical behavior therapy in clinical practice: Applications across disorders and settings. 1st ed. New York: Guilford Press. 2007; pp: 28-78.

16. Aliluo M, Sharifi M. [Borderline personality disorder]. 1st ed. Tehran: Arjomand Publication. 2012; pp: 128-45. [Persian]

17. St Clair M. Object relations and self psychology: an introduction. 3rd ed. Belmont, CA: Brooks/Cole Publishing. 2000; pp: 187-96.

18. Steenbarger BN. Toward science-practice integration in brief counseling and therapy. The Counseling Psychologist. 1992 Jul; 20(3): 403-50. DOI: 10.1177/0011000092203001

19. Stadter M. Object relations brief therapy: The therapeutic relationship in short-term work. 2nd ed. Maryland: Roman and Littlefield. 2009.

20. Person ES, Cooper AM, Gabbard GO. The American psychiatric publishing textbook of psychoanalysis. 1st ed. Philadelphia: Amer Psychiatric Pub Inc. 2005; pp: 43-57.

21. Levy KN, Meehan KB, Yeomans FE. An Update and Overview of the Empirical Evidence for Transference-Focused Psychotherapy and Other Psychotherapies for Borderline Personality Disorder. In: Levy R, Ablon J, Kächele H. (eds) Psychodynamic Psychotherapy Research. Current Clinical Psychiatry. Totowa, NJ: Humana Press. 2012; 139-67. DOI 10.1007/978-1-60761-792-1_8

22. Nock MK. Self-Injury. Annu Rev Clin Psychol. 2010; 6: 339-63. DOI: 10.1146/annurev.clinpsy.121208.131258

23. Adler G, Buie Jr DH. Aloneness and borderline psychopathology: the possible relevance of child development issues. Int J Psychoanal. 1979; 60(1): 83-96.

24. Rorie K. Psychodynamic Psychotherapy for Personality Disorders: A Systematic Review. Master of Social Work Clinical Research Papers. Retrieved from Sophia, the St. Catherine University. 2016.

25. Ryle A. Investigating the phenomenology of Borderline Personality Disorder with the States Description Procedure: clinical implications. Clin Psychol Psychother. 2007 Oct; 14(5): 329-41. DOI: 10.1002/cpp.543

26. Majdara E, Rahimian Boogar I, Talepasand S, Gregory R J. [The Efficacy of Dynamic Deconstructive Psychotherapy in Treatment of Borderline Personality Disorder: Introducing an Evidence-Based Therapeutic Model]. Stud Med Sci. 2018; 29(6): 1-19. [Article in Persian]

27. Hersoug AG. A closer look at good and poor outcome in psychodynamic psychotherapy: a case comparison study. Clinical Case Studies. 2010 Apr; 9(2): 135-53. DOI: 10.1177/1534650110364415

28. Abbas AA. Intensive short-term dynamic psychotherapy of treatment resistant depression: apilot study. Depress Anxiety. 2006; 23(7): 449-52. DOI: 10.1002/da.20203

29. Dabashi L, Najafi M, Rahimian Boogar I. [The effectiveness of analytical cognitive therapy in reducing the severity of impulsivity and dissociative experiences of patients with borderline personality disorder]. Master of Clinical Psychology. Faculty of Psychology and Educational Sciences. Semnan University. 2015. [Persian]

30. Najjarpour Mohammad Abadi E, Ghanbari Hashem Abadi B, Mazaheri M. [The Effectiveness of Short-Term Subjective Relationship Psychotherapy on Interpersonal Sensitivity Reduction in Individuals with Avoidance Personality Syndrome]. Counseling Culture and Psychotherapy. 2017; 8(31): 79-104. DOI: 10.22054/QCCPC.2017.24455.1589 [Article in Persian]

31. Kernberg OF. Borderline Personality Disorder. International Encyclopedia of the Social & Behavioral Sciences. 2001; 1285-90. DOI: 10.1016/B0-08-043076-7/03762-1

32. Leichsenring F, Rabung S, Leibing E. The efficacy of short-term psychodynamic psychotherapy in specific psychiatric disorders: a meta-analysis. Arch Gen Psychiatry. 2004; 61(12): 1208-16. DOI: 10.1001/archpsyc.61.12.1208

33. Nohi S, Hasani J. [The Relationship between Cognitive Emotion Regulation Strategies and Defense Mechanisms with Borderline Personality Disorder]. J Thought Behav Clin Psychol. 2017; 12(43): 57-66. [Article in Persian]

34. Röhrig B, du Prel JB, Wachtlin D, Kwicien R, Blettner M. Sample size calculation in clinical trials: part 13 of a series on evaluation of scientific publications. Dtsch Arztebl Int. 2010 Aug; 107(31-32): 552-56. DOI: 10.3238/arztebl.2010.0552

35. Shankman SA, Funkhouser CJ, Klein DN, Davila J, Lerner D, Hee D. Reliability and validity of severity dimensions of psychopathology assessed using the Structured Clinical Interview for DSM-5 (SCID). Int J Methods Psychiatr Res. 2018 Mar; 27(1): e1590. DOI: 10.1002/mp.1590

36. First MB, Spitzer RL, Gibbon M, Williams JBW. Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders (SCID-I), Clinician Version. Washington, DC: Amer Psychiatric Pub Inc. 1997; pp: 317-60.

37. Bell M, Billington R, Becker B. A scale for the assessment of object relations: reliability, validity, and factorial invariance. J Clin Psychol. 1986 Sep; 42(5): 733-41. DOI: 10.1002/1097-4679(198609)42:5<733::aid-jclp2270420509>3.0.co;2-c

38. Aghamohammadian Sharbaf HR, Moradian Z, Baensaf N. [Self-destructive Behaviors and psychosocial correlates among Students of Ferdowsi University of Mashhad]. Research in Clinical Psychology and Counseling. 2012-2013; 2(2): 5-24. DOI: 10.22067/IJAP.V2I2.3128 [Article in Persian]

39. Kernberg OF, Caligor E. A Psychoanalytic Theory of Personality Disorders. In: Lenzenweger MF, Clarkin JF (Eds.). Major theories of personality disorder. New York: Guilford. 2005; pp: 114-56.

40. Sharifi V, Asadi S M, Mohammadi M R, Amini H, Kaviani H, Semnani Y, et al. [Reliability and Feasibility of The Persian Version of The Structured Diagnostic Interview for DSM-IV (SCID)]. Advances in Cognitive Sciences. 2004; 6(1 and 2): 10-22. [Article in Persian]

41. Holaday M, Glidwell R. Bell Object Relations and Reality Testing Inventory (BORRTI). J Psychoeduc Assess. 2000 Mar; 18(1): 68-71. DOI: 10.1177/073428290001800109

42. Hadinezhad H, Tabatabaeian M, Dehghani M. [A Preliminary

Study for Validity and Reliability of Bell Object Relations and Reality Testing Inventory]. *Iran J Psychiatry & Clin Psychol.* 2014; 20(2): 162-69. [Article in Persian]

43. Al Behbahani M, Mohammadi N. [Investigating the Psychometric Characteristics of the Kernberg Personality Inventory]. *J Psychol.* 2007; 11(2): 185-97. [Article in Persian]

44. Shakiba Sh, Mohammad-Khani P, Pour-Shahbaz A, Moshtagh-Bidokhti N. [The Efficacy of Brief Object Relations Psychotherapy on Reduction of Depression Severity and Interpersonal Problems of Women suffer from Major Depressive Disorder Comorbid with Cluster C Personality Disorders]. *J Clin Psychol.* 2011; 2(4): 29-40. DOI: 10.22075/JCP.2017.2036

45. Shedler J. The efficacy of psychodynamic psychotherapy. *Am Psychol.* 2010; 65(2): 98-109. DOI: 10.1037/a0018378

46. Town JM, Abbass A, Hardy G. Short-Term Psychodynamic Psychotherapy for personality disorders: a critical review of randomized controlled trials. *J Pers Disord.* 2011 Dec; 25(6): 723-40. DOI: 10.1521/pedi.2011.25.6.723

47. Binder JL. Treatment of narcissistic problems in time-limited psychotherapy. *Psychiatr Q.* 1979; 51(4): 257-70. DOI: 10.1007/BF01082829