

## عامل دوگانه مقاومت و انتقال در بیماران با و بدون اختلال‌های شخصیت

دکتر نصرت‌ا... نوروزی\*، دکتر محمد کاظم عاطف‌وحید\*\*،

دکتر نیما قربانی\*\*\*، دکتر محمود قاضی طباطبایی\*\*\*\*

### چکیده

**هدف:** این پژوهش با هدف بررسی آزمایشی عامل دوگانه مقاومت و انتقال در بیماران با اختلال‌های شخصیت و بدون آن انجام شده است.

**روش:** در یک بررسی آزمایشی با اندازه‌گیری‌های مکرر ۲۶ آزمودنی دارای اختلال‌های اضطرابی همراه با اختلال‌های شخصیت و ۲۶ آزمودنی دارای اختلال‌های اضطرابی بدون اختلال‌های شخصیت به تصادف در دو زیرگروه ۱۳ نفری آزمایشی و گواه گمارده شدند. در زیرگروه‌های آزمایشی، فشار به سمت تجربه احساس، روشن‌سازی و چالش با مقاومت طی سه جلسه ۴۵ دقیقه‌ای، با فاصله زمانی یک هفته انجام شد؛ ولی در زیرگروه‌های دیگر چنین مداخله‌ای صورت نگرفت و درمانگر تنها شنونده احساسات بیمار بود. برای سنجش سبک‌های دفاعی بیمار، پرسش‌نامه سبک‌های دفاعی (DSQ) اجرا شد و میزان مقاومت و احساسات انتقالی آنها نیز به ترتیب توسط مقیاس‌های سنجش مقاومت (RAS) و انتقال (TAS) اندازه‌گیری شدند. تحلیل داده‌ها به کمک روش تحلیل اندازه‌های مکرر انجام شد.

**یافته‌ها:** نتایج نشان دادند که چالش با مقاومت، تشدید انتقال منفی را در پی داشت، ولی تفاوت معنی‌داری در انتقال مثبت و مقاومت ایجاد نکرد و این امر در گروه بیماران با اختلال‌های شخصیت شدیدتر بود.

**نتیجه‌گیری:** در روش روان‌درمانی پویایی فشرده و کوتاه‌مدت، فشار به سمت تجربه احساس، روشن‌سازی دفاع‌ها و چالش با مقاومت، تشدید احساسات انتقالی را در پی دارد و تشدید احساسات انتقالی در بیماران با اختلال‌های شخصیت شدیدتر است. از این رو توجه به هر دو عامل مقاومت و انتقال در روان‌درمانی ضروری است. در غیر این صورت درمانگر و بیمار از دسترسی به مواد اساسی درمان محروم خواهند ماند و درمان منحرف خواهد شد. این امر به‌ویژه در بیماران با اختلال‌های شخصیت اهمیت دارد.

**کلیدواژه:** روان‌درمانی پویایی فشرده و کوتاه‌مدت، مقاومت، انتقال، عامل دوگانه، چالش با مقاومت

\* دکترای روانشناسی بالینی، تهران، سعادت‌آباد، میدان کاج، پایین‌تر از پل نیایش، نبش خیابان ۳۷، ساختمان پزشکان قدس، واحد ۱۳.  
دورنگار: ۰۲۱-۸۸۶۸۳۵۲۸ (نویسنده مسئول).  
E-mail: nnowruzi@yahoo.com

\*\* دکترای روانشناسی بالینی، استادیار دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی-درمانی ایران. انستیتو روانپزشکی تهران و مرکز تحقیقات بهداشت روان.  
\*\*\* دکترای روانشناسی بالینی، استادیار دانشگاه تهران.  
\*\*\*\* دکترای جامعه‌شناسی، دانشیار دانشگاه تهران.

## مقدمه

فروید<sup>۱</sup> از آغاز تولد تحلیل روانی، نیرویی را شناسایی کرد که در راستای کند کردن یا سطحی سازی فرآیند افشا می‌کوشد و آن مقاومت است. هنگامی که فروید با پدیده مقاومت روبه‌رو شد، موضعی چالش برانگیز و فعال در برابر آن نداشت. پس از فروید نیز هم‌چنان به صورتی آرام و غیرمستقیم با مقاومت برخورد شده است. چنین راهبردی در زمینه مقاومت یکی از عوامل مهم کند کننده فرآیند افشا است و درمانگری را به فرآیندی بلندمدت، سازمان‌نیافته، مبهم و غیرمستقیم تبدیل می‌کند (قربانی، ۱۳۸۲).

فنون روان‌درمانی پویشی فشرده و کوتاه‌مدت پایانی بر چنین تصویری از روان‌درمانی است که در آن روش بلندمدت، کم‌اثر، سازمان‌نیافته و نامشخص تحلیل روانی به یک روش کوتاه‌مدت، اثربخش، سازمان‌یافته و روشن تبدیل شده است. محورهای این روش درمانی بر نوع رابطه درمانی و ماهیت افشا استوار است. موضع فعال درمانگر و به‌کارگیری درست روش‌ها در این موضع سبب می‌شود تا بیمار یا مراجع در کوتاه‌ترین زمان عمق احساسات و افکار خود را شناسایی و لمس نماید.

روان‌درمانی پویشی فشرده و کوتاه‌مدت را دونالو<sup>۲</sup> (۱۹۸۰، ۱۹۹۰ و ۱۹۹۵ الف) طی چهل سال گذشته تدوین نموده و هدف آن رهایی کامل بیمار از اختلال‌های نشانه‌ای<sup>۳</sup> و هم‌چنین تغییرات چندبعدی ساختاری منش است. این درمان بر پایه شیوه بازگشایی ناهوشیار<sup>۴</sup> در طی یک جلسه مصاحبه جداگانه قرار دارد و نشان داده شده که بر روی طیف گسترده‌ای از بیماران دچار اختلال‌های نشانه‌ای و اختلال‌های منش، هم‌چنین بیمارانی که از ساختار منش شکننده<sup>۵</sup> رنج می‌برند، مؤثر است (سعید<sup>۶</sup>، راسی<sup>۷</sup>، اوین<sup>۸</sup> و وینت<sup>۹</sup>، ۱۹۹۸).

در این شیوه، مراحل هفت‌گانه اجرای مداخلات و پاسخ‌های آن که توالی پویشی<sup>۱۰</sup> نامیده می‌شوند، نخست با پرسش درباره مشکل بیمار آغاز می‌شود. دردناک بودن چنین کاوشی سبب می‌شود اغلب بیماران در برابر فشار درمانگر (مرحله دوم) برای پاسخ‌های مشخص‌تر و شناخت ماهیت واقعی احساسات تجربه‌شده مقاومت نشان دهند. در مرحله سوم توالی پویشی هم‌چنان که دفاع‌های تاکتیکی و اصلی فعال می‌شوند، درمانگر ماهیت و پیامد آنها را برای بیمار روشن می‌کند و با ایجاد تردید در دفاع‌ها، مقابله کردن و سد کردن به چالش با آنها بر می‌خیزد (قربانی، ۱۳۸۲).

از آن‌جا که تبلور<sup>۱۱</sup> مقاومت، برانگیختگی احساسات پیچیده انتقالی را در پی دارد، مقاومت بیمار بر احساسات انتقالی متمرکز می‌شود و این سرآغاز مرحله چهارم توالی پویشی است. درمانگر در این مرحله نیز به کمک روشن‌سازی و چالش در شکستن سامانه‌های دفاعی وابسته به انتقال می‌کوشد. در این فرآیند تنش درونی بین مقاومت و پیمان درمانی<sup>۱۲</sup> به بالاترین میزان خود می‌رسد. درمانگر آن‌قدر به روشن‌سازی و چالش با دفاع‌ها ادامه می‌دهد تا پیمان درمانی بر مقاومت چیره شود و امکان رخنه در مواد آسیب‌شناختی ناهوشیار بیمار فراهم گردد (قربانی، ۱۳۸۲).

در مرحله پنجم توالی پویشی، بیمار احساسات انتقالی خود را به‌طور واقعی لمس می‌کند. احساسات انتقالی معمولاً در اثر تداعی‌های خودانگیخته بیمار، از درمانگر به منابع اصلی آن، که بیشتر اعضای خانواده و تعامل‌های دوران کودکی است، منتقل می‌شود و در نتیجه درمانگر و بیمار هر دو می‌توانند نیروهای پویشی آسیب‌شناختی ناهوشیار را به روشنی ببینند. در مرحله ششم، درمانگر، شباهت‌ها و تمایزهای سبک بیمار را در دفاع از احساسات دردناک و اضطراب‌آور در روابط کنونی و انتقالی وی تحلیل می‌کند. در مرحله هفتم، به سبب تسلط پیمان درمانی، رویدادهای آسیب‌زای پدیدآورنده اختلال بیمار و احساسات ناهوشیار خشم، گناه، اندوه و عشق آشکار و تجربه می‌شوند. در این مرحله درمانگر فرآیند توالی پویشی را تحلیل و خلاصه می‌کند و از این راه پیشی را که بیمار از این فرآیند به‌دست آورده است، نیرومند می‌سازد (قربانی، ۱۳۸۲). از این رو، مراحل هفت‌گانه توالی پویشی عبارتند از: پرسش در مورد مشکل بیمار، فشار، چالش با مقاومت، تجلی مقاومت انتقالی و چالش با آن، غلبه پیمان درمانی بر مقاومت و بازگشایی ناهوشیار، تحلیل انتقال و کاوش پویشی ناهوشیار (همان‌جا).

با توجه به توالی پویشی، یکی از پیامدهای مهم این روش درگیری مستقیم با مقاومت بیمار است که این چالش متبلور شدن و تشدید<sup>۱۳</sup> انتقال را به دنبال دارد. ارتباط متقابل بین دفاع‌ها و چالش با آنها و بروز انتقال یکی از مفروضه‌های

- |                                |                     |
|--------------------------------|---------------------|
| 1- Freud                       | 2- Davanloo         |
| 3- symptom disturbances        |                     |
| 4- unlocking the unconscious   |                     |
| 5- fragile character structure |                     |
| 6- Said                        | 7- Rossi            |
| 8- Oyen,                       | 9- Wint             |
| 10- dynamic sequence           | 11- crystallization |
| 12- therapeutic alliance       | 13- intensification |

زیربنایی شیوه درمانی دوانلو است و به نام عامل دوگانه<sup>۱</sup> نامیده می‌شود (قربانی، ۱۳۸۲). از سوی دیگر در سال‌های اخیر نظریه دلبستگی چارچوب مفهومی بااهمیتی برای فهم راه‌های کم و بیش سازگارانه یا ناسازگارانه که افراد ممکن است در چالش‌های تحولی گسترده‌های گوناگون زندگی به کار گیرند فراهم آورده است (لوپز<sup>۲</sup>، ۱۹۹۵؛ لیدن<sup>۳</sup>، ۱۹۹۵، به نقل از لیدن و شری<sup>۴</sup>، ۲۰۰۱). در بسیاری از رویکردهای تحولی تجربیات شکل دهنده با مراقبان اولیه و افراد مهم دیگر، نه تنها شکل دهنده بنیان احساس زیربنایی از "خود"<sup>۵</sup> دانسته شده‌اند بلکه پایه و اساس شیوه پیشبرد چالش‌ها و مسایل تحولی طول زندگی نیز شمرده می‌شوند (لیدن و شری، ۲۰۰۱).

دوانلو (۱۹۸۷، به نقل از قربانی، ۱۳۸۲) نیز تنها ظرفیت پیوندهای گرم با والدین را فطری می‌داند. ناکامی کودک در تلاش برای دلبستگی، زمینه‌ساز درد و اندوهی درونی می‌شود و خشمی واکنشی نسبت به منبع ناکام‌کننده که معمولاً والدین هستند ایجاد می‌کند. درد و خشم ایجاد شده گاهی آن اندازه شدید است که سبب می‌شود فرد ناهوشیارانه و به شیوه‌های گوناگون از نزدیک شدن احساسی به دیگران بگریزد. زیرا نزدیک شدن به دیگران ممکن است باز هم چنین دردی را در وی پدید آورد. چنین پدیده‌ای منجر به بنا شدن لایه‌های دفاعی جهت حفاظت سیستم درون‌روانی می‌شود. دوانلو (۱۹۹۰) این امر را دفاع بر ضد نزدیکی هیجانی می‌نامد. این لایه حفاظتی در بیماران همانند یک دیوار نامریبی برای پیش‌گیری از ارتباطات صمیمی و رضایت‌بخش انسانی عمل می‌کند. چنین بیمارانی که شخصیت یا منش مرضی<sup>۶</sup> دارند، اغلب نسبت به هر نوع درمانی مقاومت نشان می‌دهند. از سوی دیگر انتقال عبارت است از شباهت آرزوها، ترس‌ها، احساسات و ادراکات فرد از افراد مهم زندگی، به الگوهای نخستین<sup>۷</sup> مربوط به گذشته؛ که میزان این شباهت بستگی به میزان فعال‌سازی آن الگوها توسط فرد یا موقعیت دارد (وستن<sup>۸</sup>، ۱۹۹۸).

**روش**

طرح کلی پژوهش حاضر، آزمایشی با اندازه‌های مکرر است. جامعه آماری پژوهش بیماران مراجعه‌کننده به مراکز مشاوره "هستی" و "م‌اوا" و یک مطب روانپزشکی در شهر تهران هستند. معیارهای انتخاب آزمودنی‌ها، داشتن هشت کلاس سواد، سن ۱۸ تا ۵۰ سال و داشتن تشخیص یکی از انواع اختلال‌های اضطرابی به جز اختلال پس از استرس ضربه‌ای<sup>۱۵</sup> (PTSD) بود. با توجه به طرح پژوهش بر پایه توصیه گرین<sup>۱۶</sup> (۱۹۹۰، به نقل از استیونس<sup>۱۷</sup>، ۱۹۹۲)، با در نظر گرفتن اندازه مؤثر<sup>۱۸</sup> متوسط و همبستگی ۰/۵۰ بین اندازه‌های متوالی، اندازه نمونه برای هر گروه ۱۳ نفر در نظر گرفته شد. با توجه به وجود چهار گروه در این طرح جمعاً ۵۲ نفر در پژوهش وارد شدند.

1- twin factor	2- Lopez
3- Lyddon	4- Sherry
5- self	6- character pathology
7- prototype	8- Westen
9- Perry	10- Bond
11- Banon	12- Ianni
13- Roth	14- Fonagy
15- posttraumatic stress disorder	
16- Green	17- Stevens
18- effect size	

اثر بخشی روان‌درمانی پویایی در بهبود نشانه‌های روانشناختی، در پژوهش‌ها نشان داده شده است (پری<sup>۹</sup> و بانند<sup>۱۰</sup>، ۲۰۰۰؛ پری، بانون<sup>۱۱</sup> و یانی<sup>۱۲</sup>، ۱۹۹۹؛ راث<sup>۱۳</sup> و فوناگی<sup>۱۴</sup>، ۱۹۹۹). این روش درمانی برای درمان اختلال‌های شخصیت نیز کارایی دارد (پری، ۲۰۰۳). از آن‌جا که پژوهش‌های اندکی تغییرات پویایی را طی روان‌درمانی بررسی نموده‌اند، در پژوهش حاضر مفروضه زیربنایی روش

برای گردآوری داده‌های پژوهش ابزارهای زیر به کار برده شد:

**مصاحبه بالینی ساختاریافته برای محور یک DSM-IV<sup>1</sup> (SCID-CV):** در سال ۱۹۸۳، SCID به عنوان ابزاری برای تشخیص‌های DSM-III-R تدوین شد. نسخه بالینی و پژوهشی SCID برای تشخیص‌های محور یک DSM-IV ساخته شد (فرست<sup>۳</sup>، گیبون<sup>۴</sup>، اسپیتزر<sup>۵</sup>، ویلیامز<sup>۶</sup> و بنجامین<sup>۷</sup>، ۱۹۹۷). SCID-CV دارای شش الگوی تشخیصی است: الگوی A (دوره خلقی)، الگوی B (نشانه‌های سایکوتیک)، الگوی C (اختلال‌های سایکوتیک)، الگوی D (اختلال‌های خلقی)، الگوی E (اختلال‌های ناشی از مواد)، و الگوی F (اختلال‌های اضطرابی) (بختیاری، ۱۳۷۹). بختیاری (همان‌جا) روایی این ابزار را به کمک متخصصان روانشناسی بالینی بررسی و تأیید نمود و با بهره‌گیری از روش بازآزمایی با فاصله یک هفته پایایی آن را ۰/۹۵ گزارش نمود.

**مصاحبه بالینی ساختاریافته برای اختلال‌های شخصیت DSM-IV (SCID-II):**<sup>۸</sup> این ابزار یک مصاحبه تشخیصی نیمه‌ساختاریافته است که برای سنجش ۱۰ اختلال شخصیت محور دو DSM-IV و هم‌چنین اختلال شخصیت افسرده و اختلال شخصیت منفعل - پرخاشگر در سال ۱۹۹۷ تدوین شده است. SCID-II برای تشخیص محور دو می‌تواند به صورت مقوله‌ای<sup>۹</sup> (وجود یا عدم وجود) یا ابعادی<sup>۱۰</sup> (با در نظر گرفتن ملاک‌های اختلال شخصیت) به کار برده شود (فرست و همکاران، ۱۹۹۷). بختیاری (۱۳۷۹) روایی محتوایی و صوری نسخه ترجمه‌شده آزمون را به وسیله سه تن از استادان روانشناسی بالینی تأیید و پایایی آن را به روش بازآزمایی با فاصله یک هفته ۰/۸۷ گزارش نمود.

**مقیاس سنجش مقاومت<sup>۱۱</sup> (RAS):** این مقیاس که دارای ۴۰ پرسش پنج‌گزینه‌ای (اصلاً، کمی، نسبتاً، تقریباً زیاد، کاملاً) است به کمک مقیاس خودافشایی هیجانی<sup>۱۲</sup> (ESDS) (اسنل<sup>۱۳</sup>، میلر<sup>۱۴</sup> و بلک<sup>۱۵</sup>، ۱۹۸۸) با تغییراتی در شیوه پاسخ دهی بیمار (برای نمونه "آیا برای شما مشکل است احساس خشم خود را با درمانگر در میان بگذارید؟" به جای "آیا احساس خشم خود را به درمانگر ابراز کرده‌اید؟")، توسط پژوهشگر ساخته شد و روایی و پایایی آن پیش از اجرا مورد بررسی قرار گرفت. پس از ترجمه پرسش‌نامه و اصلاح و تأیید ترجمه آن توسط سه تن از استادان روانشناسی بالینی، بررسی روایی آن به روش محتوایی به کمک استادان

روانشناسی بالینی انجام شد. برای بررسی پایایی مقیاس RAS، پیش از اجرا روش بازآزمایی و بررسی همسانی درونی به کار برده شد. برای این منظور پرسش‌نامه بر روی ۳۰ نفر از بیماران مراجعه‌کننده به مراکز مشاوره "هستی" و "مأوا" و یک مطب روانپزشکی دو بار و به فاصله دو هفته اجرا شد. در این بررسی پایایی به روش بازآزمایی برابر ۰/۷۹ و آلفای کرونباخ برابر ۰/۹۴ به دست آمد.

**مقیاس سنجش احساسات انتقالی<sup>۱۶</sup> (TAS):** این مقیاس نیز که دارای ۴۰ پرسش پنج‌گزینه‌ای (اصلاً، کمی، نسبتاً، تقریباً زیاد، کاملاً) است توسط پژوهشگر با استفاده از مقیاس خودافشایی هیجانی (ESDS) (اسنل و همکاران، ۱۹۸۸) با تغییراتی در شیوه پاسخ‌دهی بیمار (برای نمونه "آیا در ارتباط با درمانگر احساس خشم کرده‌اید؟" به جای "آیا احساس خشم خود را به درمانگر ابراز کرده‌اید؟") ساخته شد و برای سنجش احساسات انتقالی بیماران نسبت به درمانگر در نظر گرفته شد. پس از ترجمه پرسش‌نامه و اصلاح و تأیید ترجمه آن توسط استادان روانشناسی، روایی آن به روش محتوایی توسط ایشان بررسی و تأیید شد. بررسی پایایی این مقیاس به روش بازآزمایی و بررسی همسانی درونی بر روی ۳۰ نفر از بیماران مراجعه‌کننده به مراکز مشاوره "هستی" و "مأوا" و یک مطب روانپزشکی به فاصله دو هفته اجرا شد. در این بررسی پایایی بازآزمایی برابر ۰/۸۶ و آلفای کرونباخ برابر ۰/۹۱ به دست آمد.

در پژوهش حاضر با توجه به طرح پژوهش که از نوع طرح آزمایشی تک‌عاملی با اندازه‌های مکرر است برای بررسی تفاوت ظهور عامل دوگانه در گروه‌های مختلف از روش تحلیل اندازه‌های مکرر تک‌عاملی بهره گرفته شد.

برای اجرای پژوهش، افراد مراجعه‌کننده پس از ارزیابی تشخیصی اولیه توسط روانپزشک به کمک SCID-CV و SCID-II ارزیابی تشخیصی شدند و در صورت برآورده شدن

1- Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (4th ed.)

2- Structured Clinical Interview for DSM-IV-Clinician Version

3- First

4- Gibbon

5- Spitzer

6- Williams

7- Benjamin

8- Structured Clinical Interview for DSM-IV-II

9- categorical

10- dimensional

11- Resistance Assessment Scale

12- Emotional Self-Disclosure Scale

13- Snell

14- Miller

15- Belk

16- Transference Assessment Scale

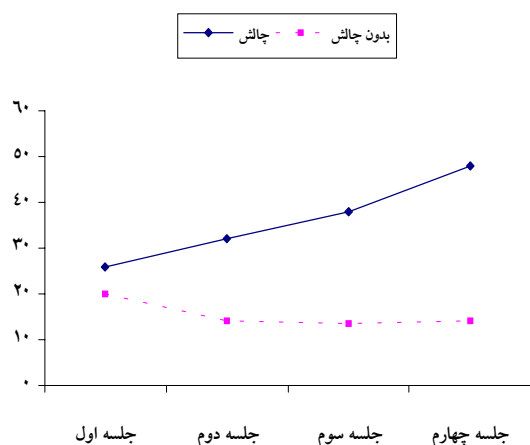
## یافته‌ها

**جدول ۱** میانگین و انحراف معیار نمرات آزمودنی‌ها را در پرسش‌نامه TAS برای انتقال مثبت، انتقال منفی و مقاومت در دو گروه چالش و بدون چالش نشان می‌دهد. نتایج تحلیل اندازه‌های مکرر نمرات آزمودنی‌ها برای انتقال مثبت، انتقال منفی، و مقاومت نیز به‌طور جداگانه در **جدول ۲** آمده است. همان‌گونه که جدول یادشده نشان می‌دهد، اثر انتقال منفی و تعامل انتقال منفی با چالش از نظر آماری ( $p < 0/001$ ) معنی‌دار است. از این رو می‌توان گفت که چالش با مقاومت، تشدید انتقال منفی را در پی داشته است (**شکل ۱**) ولی اثر انتقال مثبت و تعامل انتقال مثبت با چالش از نظر آماری معنی‌دار نیست. هم‌چنین همان‌گونه که در **جدول ۲** نشان داده شده، اثر مقاومت و تعامل مقاومت با چالش از نظر آماری معنی‌دار نیست.

ملاک‌های لازم برای پژوهش بر پایه بود یا نبود اختلال شخصیت در یکی از دو گروه با یا بدون اختلال شخصیت قرار گرفتند. آزمودنی‌های دو گروه نیز به تصادف در دو زیرگروه آزمایشی و گواه گمارده شدند. در مورد زیرگروه آزمایشی، فشار به سمت تجربه احساس، روشن‌سازی دفاع‌ها و چالش با مقاومت (مراحل دوم و سوم توالی پویایی در تکنیک روان‌درمانی پویایی فشرده و کوتاه‌مدت (دوانلو، ۱۹۸۰، ۱۹۹۰، ۱۹۹۵ الف)) طی سه جلسه چهارم و پنجم دقیقه‌ای با فاصله یک هفته اعمال گردید؛ ولی در مورد زیرگروه دیگر چنین مداخله‌ای انجام نشد و درمانگر، تنها شنونده احساسات بیمار بود. پس از جلسه ارزیابی تکمیلی و در پایان سه جلسه درمانی، میزان مقاومت و احساسات انتقالی بیماران به ترتیب توسط مقیاس‌های سنجش مقاومت (RAS)، و انتقال (TAS) سنجیده شد. داده‌های گردآوری‌شده به کمک روش‌های آمار توصیفی و آزمون تحلیل اندازه‌های مکرر تحلیل گردیدند.

**جدول ۱- میانگین و انحراف معیار نمرات آزمودنی‌ها برای انتقال مثبت، انتقال منفی، و مقاومت در دو گروه چالش ( $n=26$ ) و بدون چالش ( $n=26$ )**

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



**شکل ۱- میانگین نمرات آزمودنی‌ها برای انتقال منفی در دو گروه چالش در هر گروه ( $n=14$ ) و بدون چالش ( $n=14$ )**

**جدول ۲- نتایج تحلیل اندازه‌های مکرر نمرات آزمودنی‌ها برای انتقال مثبت، انتقال منفی، و مقاومت**

منبع اثر	$\epsilon^*$ گرین هوس- گایسر	درجه آزادی	نمره F	سطح معنی‌داری
انتقال مثبت	۰/۹۱	۲/۷۳	۳/۸	۰/۰۱
انتقال مثبت × چالش	۰/۹۱	۲/۷۳	۱/۰	۰/۴۰
انتقال منفی	۰/۶۳	۱/۹۰	۷/۷	۰/۰۰۱
انتقال منفی × چالش	۰/۶۳	۱/۹۰	۱۹/۴	۰/۰۰۱
مقاومت	۰/۳۸	۱/۱۵	۲/۳	۰/۱۲۹
مقاومت × چالش	۰/۳۸	۱/۱۵	۰/۶۸	۰/۴۳۵

$\epsilon^*$  مقدار انحراف از فروضه کروی بودن را نشان می‌دهد و برای اصلاح df در آن ضرب می‌شود. در اینجا از فرمول پیشنهادی گرین هوس - گایسر (استیونس، ۱۹۹۲) که محافظه کارتر از فرمول‌های پیشنهادی دیگر است استفاده شده است.

1- Greenhouse- Geisser epsilon

دو گروه با و بدون اختلال شخصیت را نشان می‌دهد. تحلیل اندازه‌های مکرر نمرات آزمودنی‌ها برای انتقال مثبت و انتقال منفی نیز در **جدول ۴** آمده است. بر پایه یافته‌های ارایه شده در **جدول ۴** اثر انتقال منفی و تعامل انتقال منفی با اختلال شخصیت از نظر آماری معنی‌دار ( $p < 0.01$ ) و گویای آن است که تشدید انتقال منفی در اثر چالش با مقاومت در گروه با اختلال شخصیت شدیدتر است (**شکل ۲**)، ولی اثر انتقال مثبت و تعامل انتقال مثبت با چالش معنی‌دار نیست. این یافته نشان می‌دهد که چالش با مقاومت تفاوتی از نظر تشدید انتقال مثبت در دو گروه ایجاد نکرده است. بنابراین فرضیه دوم پژوهش مبنی بر تشدید تر بودن رابطه انتقالی بیمار نسبت به درمانگر در نتیجه چالش با مقاومت در گروه با اختلال شخصیت، در ارتباط با انتقال منفی تأیید و در ارتباط با انتقال مثبت رد می‌شود.

برای اطمینان از تأثیر چالش با مقاومت بر روی ظهور عامل دوگانه در هر دو گروه بیماران با و بدون اختلال شخصیت، تحلیل یادشده، دوباره به‌طور جداگانه برای این دو گروه اجرا شد. بر پایه یافته‌های به دست آمده در هر دو گروه بیماران، تنها اثرات تعاملی انتقال منفی و چالش (در سطح  $0.001$  برای بیماران با اختلال شخصیت و در سطح  $0.005$  برای بیماران بدون اختلال شخصیت) معنی‌دار هستند. این یافته با یافته‌های یادشده در پاراگراف پیشین هماهنگی دارد، بدین معنی که فرضیه اول پژوهش مبنی بر ظهور بیشتر عامل دوگانه در گروهی که با مقاومت آنها چالش صورت می‌گیرد، در بیماران با و بدون اختلال شخصیت در ارتباط با انتقال منفی تأیید و در ارتباط با انتقال مثبت و مقاومت رد می‌شود. بنابراین بر پایه یافته‌های به دست آمده، فرضیه اول پژوهش رد می‌شود. **جدول ۳** میانگین و انحراف معیار نمرات آزمودنی‌ها در پرسش‌نامه TAS برای انتقال، انتقال مثبت، و انتقال منفی در

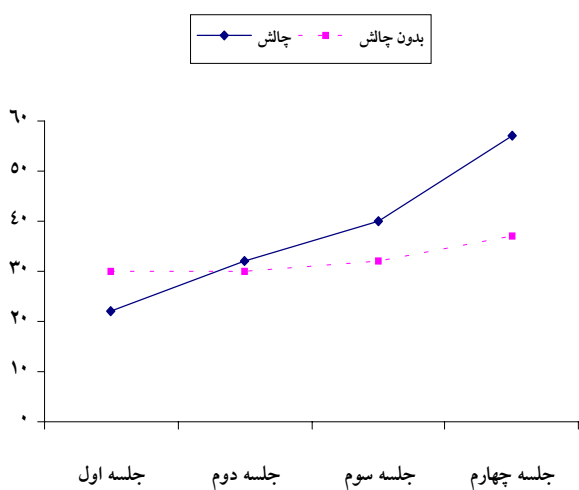
**جدول ۳- میانگین و انحراف معیار نمرات آزمودنی‌ها در پرسش‌نامه TAS برای انتقال مثبت و انتقال منفی در دو گروه با اختلال شخصیت ( $n=13$ ) و بدون اختلال شخصیت ( $n=13$ ) که با مقاومت آنها چالش شده است**

نمره	گروه	جلسه اول	جلسه دوم	جلسه سوم	جلسه چهارم
انتقال مثبت	با اختلال‌های شخصیت	۱۲/۳ (۱۱/۶)	۱۴/۸ (۱۱/۵)	۱۴/۵ (۱۲/۸)	۱۰/۸ (۱۲/۳)
	بدون اختلال‌های شخصیت	۱۰/۵ (۹/۶)	۱۷/۵ (۸/۵)	۱۴/۷ (۹/۹)	۱۶/۵ (۹/۶)
انتقال منفی	با اختلال‌های شخصیت	۲۳/۲ (۶/۳)	۳۴/۲ (۱۵/۷)	۴۱/۴ (۱۶/۵)	۵۷/۷ (۱۵/۸)
	بدون اختلال‌های شخصیت	۲۹/۵ (۲۱/۴)	۳۰/۰ (۱۸/۶)	۳۴/۵ (۱۵/۷)	۳۷/۸ (۱۳/۶)

**جدول ۴- نتایج تحلیل اندازه‌های مکرر نمرات آزمودنی‌ها در پرسش‌نامه TAS در دو گروه با اختلال شخصیت ( $n=13$ ) و بدون اختلال شخصیت ( $n=13$ ) که با مقاومت آنها چالش شده است**

منبع اثر	$\epsilon^2$ گرین‌هاوس-گایسر <sup>۱</sup>	درجه آزادی	نمره F	سطح معنی‌داری
انتقال مثبت			۲/۷	۰/۰۵۷
انتقال مثبت × اختلال شخصیت	۰/۹۲	۲/۷۵	۱/۸	۰/۱۶۲
انتقال منفی			۲۳/۷	۰/۰۰۱
انتقال منفی × اختلال شخصیت	۰/۷۳	۲/۱۸	۸/۲	۰/۰۰۱

<sup>۱</sup>  $\epsilon^2$  مقدار انحراف از مفروضه کروی بودن را نشان می‌دهد و برای اصلاح df در آن ضرب می‌شود. در اینجا از فرمول پیشنهادی گرین‌هاوس-گایسر (استیونس، ۱۹۹۲) که محافظه کارتر از فرمول‌های پیشنهادی دیگر است استفاده شده است.  
1- Greenhouse-Geisser epsilon



**شکل ۲- میانگین نمرات آزمودنی‌ها برای انتقال منفی در دو گروه با و بدون اختلال شخصیت که با مقاومت آنها چالش شده است.**

## بحث

بر پایه یافته‌های به‌دست آمده، فرضیه اول پژوهش مبنی بر ظهور بیشتر عامل دوگانه در گروهی که با مقاومت آنها چالش صورت می‌گیرد، در ارتباط با انتقال منفی تأیید و در ارتباط با انتقال مثبت و مقاومت رد شد. این یافته که چالش با مقاومت بیمار تشدید انتقال منفی را به‌دنبال دارد، با نظریات دوانلو (۱۹۸۰، ۱۹۹۰، ۱۹۹۵ الف، ۱۹۹۵ ب، ۲۰۰۰) در زمینه عامل دوگانه مقاومت و انتقال (ارتباط متقابل بین چالش با مقاومت و تشدید انتقال) و توالی پویشی هم‌خوانی دارند.

از سوی دیگر این یافته که چالش با مقاومت بیمار تغییرات معنی‌داری در انتقال مثبت و مقاومت ایجاد نکرده با نظریات دوانلو (۱۹۸۰، ۱۹۹۰، ۱۹۹۵ الف، ۱۹۹۵ ب، ۲۰۰۰) در ارتباط با عامل دوگانه مقاومت و انتقال (ارتباط متقابل بین چالش با مقاومت و تشدید انتقال) و توالی پویشی هم‌خوانی ندارد. به نظر می‌رسد در اثر چالش، انتقال مثبت به شکل ناهوشیار فعال می‌شود و دسترسی خودسنجی به آن، محدود است. این یافته ناهمخوان ممکن است ناشی از متغیرهای مداخله‌گر و محدودیت‌های پژوهش باشد. یکی از متغیرهای مداخله‌گر که ممکن است نتیجه پژوهش را تحت تأثیر قرار دهد، شخصیت درمانگر است. برای نمونه ممکن است ایجاد انتقال منفی را تسریع و ایجاد انتقال مثبت را بازدارد کند. محدودیت دیگر، ناشی از ابزار سنجش انتقال است. با توجه به محدودیت‌های فرهنگی به‌ویژه از آنجا که بیشتر مراجعان از جنس مخالف درمانگر بوده‌اند، این احتمال وجود دارد که ابزار سنجش انتقال نتوانسته باشد از سد مقاومت بیمار در بیان احساسات مثبت خود نسبت به درمانگر بگذرد. در رابطه با عامل مقاومت نیز به نظر می‌رسد محدودیت‌هایی در ابزار سنجش وجود داشته باشد و به‌دنبال چالش با مقاومت، ابزار به کار برده شده در پژوهش نتوانسته باشد آن را آشکار نماید.

بر پایه یافته‌های دیگر پژوهش، فرضیه دوم پژوهش مبنی بر شدید‌تر بودن رابطه انتقالی بیمار نسبت به درمانگر در نتیجه چالش با مقاومت بیمار در بیماران با اختلال شخصیت، در ارتباط با انتقال و انتقال منفی تأیید و در ارتباط با انتقال مثبت رد شد. این یافته نشان می‌دهد که در نتیجه چالش با مقاومت بیمار، ظهور انتقال منفی در بیماران با اختلال شخصیت شدیدتر بوده است. این با نظریه دوانلو (۱۹۸۷)، به نقل از قربانی، (۱۳۸۲) که باور دارد ناکامی تلاش‌های کودک برای دل بستگی، زمینه‌ساز درد، اندوه درونی، خشم و واکنش نسبت به منبع ناکام‌کننده گردیده و بنای لایه‌های دفاعی را به‌دنبال

دارد، هم‌سویی دارد. این لایه‌های دفاعی، پیش‌گیری از ارتباطات صمیمی و رضایت‌بخش را در پی داشته، شخصیت یا منش مرضی را شکل می‌دهند و با نظریه دل بستگی که نقش تجربیات شکل‌دهنده با مراقبان اولیه و افراد مهم دیگر را در تحول و تداوم اختلال‌های شخصیت مورد تأکید قرار می‌دهند (لیدن و شری، ۲۰۰۱) هم‌خوانی دارد.

از سوی دیگر این یافته نشان می‌دهد که در نتیجه چالش با مقاومت بیمار، ظهور انتقال مثبت در بیماران با و بدون اختلال شخصیت تفاوت معنی‌داری پدید نیامده است. این یافته ناهمخوان نیز ممکن است ناشی از متغیرهای مداخله‌گر (به‌ویژه شخصیت درمانگر) و محدودیت‌های پژوهش (ابزار سنجش انتقال؛ محدودیت‌های فرهنگی در بیان احساسات مثبت نسبت به درمانگر از جنس مخالف) باشد.

به‌طور کلی این بررسی نشان داد که در روش روان‌درمانی پویشی فشرده و کوتاه‌مدت، فشار به سمت تجربه احساس، روشن‌سازی دفاع‌ها و چالش با مقاومت، تشدید احساسات انتقالی در بیماران با اختلال‌های شخصیت را در پی دارد. این یافته در کار مداخلات درمانی اهمیت زیادی دارد، زیرا مقاومت یک مانع مهم در درمان است و در صورتی که با آن چالش نشود، درمانگر نمی‌تواند از سپر دفاعی بیمار بگذرد. از سوی دیگر چالش با آن تشدید انتقال را به‌دنبال دارد که خود گونه‌ای دفاع است و در صورتی که به آن توجه نشود، می‌تواند به انحراف یا رهاکردن درمان توسط بیمار بیانجامد. بنابراین توجه به هر دو عامل مقاومت و انتقال در روان‌درمانی از اهمیت زیادی برخوردار است و این امر به‌ویژه در بیماران با اختلال‌های شخصیت اهمیت بیشتری دارد.

گفتنی است که در این روش به‌ویژه در اختلال‌های شخصیت انتقال منفی بیش از انتقال مثبت پدید می‌آید (قربانی، ۱۳۸۳) و اگر درمانگر نتواند پیامدهای خودتخریبی این انتقال و دفاع‌های وابسته به آن را - در شرایطی که ظهور انتقال منفی از شخصیت درمانگر یا به‌کارگیری نامناسب روش درمانی نباشد - نشان دهد، پیمان درمانی مختل و درمان با شکست روبه‌رو می‌شود.

بررسی‌نشدن روایی و پایایی ابزار پژوهش به روش‌های معتبرتر، از محدودیت‌های پژوهش به‌شمار می‌رود و پیشنهاد می‌شود در بررسی‌های آینده به روش‌های مناسب سنجیده شود.

## منابع

- of personality disorders. *Journal of Counseling and Development*, 79, 405-414.
- Perry, J. C. (2003). Review: Psychodynamic therapy and cognitive behavioral therapy are effective in the treatment of personality disorders. *American Journal of Psychiatry*, 160, 1223-1232.
- Perry, J. C., & Bond, M. (2000). *Empirical studies of psychotherapy for personality disorders*. Washington, DC: American Psychiatric Press
- Perry, J. C., Banon, E., & Ianni, F. (1999). Effectiveness of psychotherapy for personality disorders. *American Journal of Psychiatry*, 156, 1312-1321.
- Roth, A., & Fonagy, P. (1999). *What works for whom? A critical review of psychotherapy research*. New York: Guilford.
- Said, T., Rossi, J., Oyen, M., & Wint, S. (1998). The treatment of hyperventilation and panic disorder with Davanloo's Intensive Short-Term Dynamic Psychotherapy: Part I. First breakthrough into the unconscious. *International Journal of Intensive Short-Term Dynamic Psychotherapy*, 12, 3-25.
- Snell, W. E., Miller, R. S., & Belk, S. S. (1988). Development of the Emotional Self-Disclosure Scale. *Sex Role*, 18, 59-74.
- Snell, W. E. (2001). Development of the Emotional Self-disclosure Scale. In W.E. Snell, (Ed.). *New directions in the psychology of gender roles: Research and theory*. Cape Girardeau: Snell Publications.
- Stevens, J. (1992). *Applied multivariate statistics for the social sciences*. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates Publishers.
- Westen, D. (1998). The Scientific legacy of Sigmund Freud: Toward a psychodynamically informed psychological science. *Psychological Bulletin*, 124, 333-371.
- انجمن روانپزشکی آمریکا (۱۳۷۴). *راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی (DSM-IV)*. ترجمه: محمد رضا نیکخوا. تهران: انتشارات سخن.
- بختیاری، مریم (۱۳۷۹). *بررسی اختلالات روانی در مبتلایان به اختلال بدشکلی بدن*. پایان نامه کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، انستیتو روان پزشکی تهران.
- قربانی، نیما (۱۳۸۳). *دوره آموزشی "روان‌درمانگری پوشی فشرده و کوتاه‌مدت"*. تهران: انستیتو روانپزشکی تهران.
- قربانی، نیما (۱۳۸۲). *رواندرمان‌گری پوشی فشرده و کوتاه‌مدت: مبادی و فنون*. تهران: انتشارات سمت.
- Davanloo, H. (2000). *Intensive short-term dynamic psychotherapy*. New York: John Wiley & Sons.
- Davanloo, H. (1995a). *Unlocking the unconscious*. New York: John Wiley & Sons.
- Davanloo, H. (1995b). Intensive short-term dynamic psychotherapy: Spectrum of psychoneurotic disorders. *International Journal of Short-term Psychotherapy*, 10, 121-155.
- Davanloo, H. (1990). *Unlocking the unconscious*. Chichester: Wiley.
- Davanloo, H. (1980). *Short-term dynamic psychotherapy*. New York: Aronson.
- Dressen, L., Arntz, A. (1998). Short-interval test retest interrater reliability of the Structured Clinical Interview for DSM-III-R personality disorders (SCID-II) in outpatients. *Journal of Personality Disorders*, 12, 138-148.
- First, M. B., Gibbon, M., Spitzer, R. L., Williams, J. B., & Benjamin, L. S. (1997). *User's guide for the Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis II Personality Disorders, SCID-II*. Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Lyddon, W. J., & Sherry, A. (2001). Developmental personality styles: An attachment theory conceptualization