

اثربخشی روان‌درمانی پویایی فشرده و کوتاه‌مدت بر کاهش علائم و مکانیسم‌های دفاعی اختلال شخصیت مرزی

Effectiveness of Intensive and Short-Term Dynamic Psychotherapy on Reducing Symptoms and Defense Mechanisms of Borderline Personality Disorder

Seyyedeh Mahsa Mousavi, MSc

Seifollah Aghajani, PhD[✉]

سیده مهسا موسوی^۱

سیف‌الله آقاجانی^۲

Abstract

The aim of the present study was to determine the effectiveness of intensive short-term dynamic psychotherapy (ISTDP) on reducing symptoms and defense mechanisms of borderline personality disorder. This study was a quasi-experimental study with a single-subject design (A-B-A). The statistical population of this study consisted of all individuals with borderline personality disorder who referred to the Community Mental Health Center (Siraj) in Miandoab during the first quarter of 1403. From the above statistical population, 3 individuals who received a diagnosis of borderline personality disorder based on the Millon Clinical Multiaxial Inventory (III-MCMI) and a psychiatric interview based on DSM-5 criteria were selected through purposive sampling. The instruments used in this study were: Milne Clinical Multiaxial Inventory (III-MCMI), Defense Mechanisms Questionnaire-40, and Structured Clinical Interview for DSM Disorders (SCID). Also, a short-term intensive dynamic psychotherapy protocol was implemented on the research sample according to the approach of Davanloo (1995, 2000). The subjects were initially assessed as a baseline assessment, once every 3 sessions, and after the completion of the therapy sessions, 3 follow-up assessments were conducted at one-month intervals. The data were analyzed using data analysis with eye charts and Friedman's nonparametric analysis of variance and SPSS version 24 software. The findings showed that short-term intensive psychodynamic therapy reduces the symptoms of borderline personality disorders ($p < 0.05$). Also, this treatment was significant in reducing mature, immature, and neurotic defense mechanisms in people with borderline personality disorders ($p < 0.05$). According to the findings, it can be concluded that intensive and short-term psychodynamic therapy has a significant effect on reducing the symptoms and defense mechanisms of borderline personality disorders.

Keywords: Intensive and Short-term Dynamic Psychotherapy, Borderline Personality Disorders, Defense Mechanisms

چکیده

هدف از پژوهش حاضر، تعیین اثربخشی روان‌درمانی پویایی فشرده و کوتاه‌مدت (ISTDP) بر کاهش علائم بالینی و تغییر مکانیسم‌های دفاعی در افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی بود. این پژوهش از نوع شبه‌آزمایشی با طرح تک‌آزمودنی A-B-A انجام شد. جامعه آماری پژوهش شامل کلیه افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی بود که در سه‌ماهه نخست سال ۱۴۰۳ به مرکز سلامت روان جامعه‌نگر (سراج) شهرستان میاندوآب مراجعه کرده بودند. از میان جامعه آماری، ۳ نفر که تشخیص اختلال شخصیت مرزی را براساس سیاهه چندمحوری بالینی میلیون ۳ (MCMI-III) و مصاحبه روان‌پزشکی مبتنی بر ملاک‌های DSM-5 دریافت کرده بودند، به روش نمونه‌گیری هدف‌مند انتخاب شدند. ابزارهای مورد استفاده در این پژوهش شامل سیاهه چندمحوری بالینی میلیون ۳ (MCMI-III)، پرسشنامه مکانیسم‌های دفاعی (DSQ-40) و مصاحبه بالینی ساختاریافته برای اختلال‌های DSM (SCID) بود. مداخله درمانی براساس پروتکل روان‌درمانی پویایی فشرده و کوتاه‌مدت مطابق با رویکرد دوانلو (۱۹۹۵، ۲۰۰۰) روی آزمودنی‌ها اجرا شد. سنجش آزمودنی‌ها در مرحله خط پایه به‌صورت ارزیابی‌های مکرر (هر سه جلسه یک‌بار) انجام گرفت و پس از پایان جلسات درمانی، سه مرحله ارزیابی پیگیری با فواصل یک‌ماهه صورت پذیرفت. داده‌ها با استفاده از تحلیل دیداری نمودارها و آزمون ناپارامتریک فریدمن و با بهره‌گیری از نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۴ تحلیل شدند. یافته‌های پژوهش نشان داد که روان‌درمانی پویایی فشرده و کوتاه‌مدت موجب کاهش معنادار علائم اختلال شخصیت مرزی شد ($p < 0.05$). همچنین، نتایج حاکی از تغییر معنادار در مکانیسم‌های دفاعی آزمودنی‌ها بود؛ به‌گونه‌ای که مکانیسم‌های دفاعی رشدیافته و روان‌آزرده کاهش و مکانیسم‌های دفاعی رشدیافته افزایش یافتند ($p < 0.05$). براساس یافته‌های به‌دست‌آمده می‌توان نتیجه گرفت که روان‌درمانی پویایی فشرده و کوتاه‌مدت می‌تواند به‌عنوان یک مداخله مؤثر، نقش مهمی در کاهش علائم بالینی و اصلاح الگوهای دفاعی ناکارآمد در افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی ایفا کند.

واژه‌های کلیدی: روان‌درمانی پویایی فشرده و کوتاه‌مدت، اختلال‌های شخصیت مرزی، مکانیسم‌های دفاعی.

دریافت مقاله: ۱۴۰۳/۸/۱۳ تصویب نهایی: ۱۴۰۴/۱/۱۸

۱. گروه روان‌شناسی، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه محقق اردبیلی اردبیل، ایران.

۲. گروه روان‌شناسی، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه محقق اردبیلی اردبیل، ایران. (نویسنده مسئول)

● مقدمه

اختلال شخصیت الگویی پایدار، انعطاف‌ناپذیر و ناسازگار از رفتار، هیجان و تفکر است که به‌طور قابل توجهی عملکرد اجتماعی و روابط بین‌فردی را مختل می‌کند و از هنجارهای فرهنگی مسلط انحراف قابل توجهی دارد. این انحراف غالباً به شکل اختلال در کنترل تکانه‌ها، عملکرد بین‌فردی و فرآیندهای شناختی (ادراک نادرست از خود، دیگران یا رویدادها) بروز می‌کند (جنیفر و سنگام، ۲۰۲۰). بررسی‌ها نشان می‌دهد که اختلال‌های شخصیت به‌طور متوسط ۱۳ تا ۱۷ درصد از جمعیت بزرگسال را شامل می‌شوند. یک مرور از ۶ مطالعه همه‌گیرشناختی تخمین زده است که تقریباً ۱۳ درصد از جمعیت واجد ملاک‌های تشخیصی حداقل یکی از اختلال‌های شخصیت بوده‌اند و اختلال‌های شخصیت عامل زمینه‌ساز اختلال‌های روان‌پزشکی دیگر هستند (پندرز و همکاران، ۲۰۲۰).

بر اساس طبقه‌بندی تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی، ویرایش پنجم (DSM-5)، اختلال‌های شخصیت در سه خوشه A، B و C قرار می‌گیرند که هر خوشه دارای ویژگی‌های بالینی مشترک است. خوشه B شامل اختلال‌های شخصیت ضد اجتماعی، مرزی، خودشیفته و نمایشی است (سادوک و همکاران، ۲۰۱۵). اختلال شخصیت مرزی شایع‌ترین اختلال شخصیت در محیط‌های روان‌پزشکی است (ریپول، ۲۰۱۳). این اختلال وضعیتی پیچیده و غالباً بدفهمیده در سلامت روانی است که با الگوهای فراگیر بی‌ثباتی در تنظیم هیجانی، روابط بین‌فردی، خودانگاره و رفتار مشخص می‌شود (لیچسنرینگ و همکاران، ۲۰۲۳).

افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی زندگی هیجانی پر از بحران را تجربه می‌کنند و خودزنی‌های مکرر نشانگر درد روانی شدید آنان است. این رفتارها ممکن است برای جلب حمایت دیگران، کاهش موقت هیجان شدید یا ابراز خشم صورت گیرد (سادوک و همکاران، ۲۰۱۵). بیماران مرزی از نظر هیجانی و خلقی ناپایدار هستند و نوسانات شدیدی را تجربه می‌کنند که ممکن است مدت‌ها ادامه یابد. همچنین، برای مقابله با احساس پوچی و آشفتگی هویت، به رفتارهای خودتخریب‌گرانه متوسل می‌شوند (پروتا، ۲۰۲۰). این الگوها با اختلال‌های عمیق‌تر سازمان شخصیت، از جمله پراکندگی هویت و نقص در آزمون واقعیت، مرتبط هستند (لوی و همکاران، ۲۰۲۴).

معیارهای تشخیصی اختلال شخصیت مرزی شامل تلاش‌های مداوم برای جلوگیری از ترک شدن، تکانش‌گری، دشواری در کنترل خشم، بی‌ثباتی شدید ارتباطی و خودپنداره، رفتارهای خودآسیب‌رسان، احساس مزمن پوچی، افکار پارانوئید گذرا و نشانه‌های تجزیه‌ای است (فورد و همکاران، ۲۰۱۴). شیوع این اختلال حدود ۶/۱ درصد است و در زنان حدود ۷۵ درصد موارد تشخیص داده می‌شود. شروع اختلال معمولاً از نوجوانی است، در اوایل بزرگسالی به اوج می‌رسد و در میان‌سالی کاهش می‌یابد (گاندرسون، ۱۹۹۳؛ گونزالیز و همکاران، ۲۰۱۶).

رویکردهای روان‌شناختی مختلف به علل اختلال شخصیت مرزی و تأثیر عوامل گوناگون پرداخته‌اند، اما دیدگاه روان‌تحلیلی به‌طور گسترده‌تری این اختلال را بررسی کرده است. ناتوانی در تکامل کارکردهای «من» و استفاده انعطاف‌ناپذیر از مکانیسم‌های دفاعی از عوامل روان‌شناختی اصلی در شکل‌گیری اختلال شخصیت مرزی هستند (کوروگلیان و همکاران، ۲۰۱۳). ضعف «من» با اختلال‌های شخصیت خوشه B، از جمله شخصیت مرزی، رابطه منفی دارد (گاندرسون و همکاران، ۲۰۲۴). قدرت «من» انعطاف در استفاده از مکانیسم‌های دفاعی را نشان می‌دهد و استفاده سخت‌گیرانه و غیر منعطف از دفاع‌ها می‌تواند شکل‌گیری اختلال مرزی را تسهیل کند (چیسا و همکاران، ۲۰۱۶). صفات سطح پایین شخصیت، با هویت آشفته و مکانیسم‌های دفاعی ابتدایی مانند جداسازی، به‌عنوان سازمان شخصیت مرزی شناخته می‌شوند (ساگستر و همکاران، ۲۰۲۰).

مکانیسم‌های دفاعی فرایندهای خودکار تنظیم‌کننده‌ای هستند که در کاهش تنش‌های درونی و مدیریت ادراک تهدیدها نقش دارند (بشارت و همکاران، ۲۰۰۹). پژوهش‌ها نشان داده‌اند که سلامت روانی و جسمانی افراد با مکانیسم‌های دفاعی مورد استفاده آنان ارتباط تنگاتنگ دارد. در بیماران مرزی، مکانیسم‌های دفاعی ابتدایی از جمله همانندسازی و جداسازی غالب است و منجر به رفتارهای بسیار ناپایدار و متضاد می‌شود (بال و همکاران، ۲۰۰۱). مطالعات اخیر با رویکرد تحلیل شبکه، نقش محوری دفاع‌های نابالغ در اختلال شخصیت مرزی و ارتباط قوی آنها با سازمان شخصیت را تأیید کرده‌اند (یون و همکاران، ۲۰۲۴؛ لی و همکاران، ۲۰۲۰).

بر اساس روان‌درمانی پویایی فشرده و کوتاه‌مدت، دفاع‌های شدید و خودهمخوان زیربنای اختلال‌های شخصیت هستند و کنار گذاشتن آنها باعث شکوفایی شخصیت و کاهش آسیب‌شناسی می‌شود (عباس و همکاران، ۲۰۰۹؛ عباس و همکاران، ۲۰۱۴).

یکی از چالش‌های مهم در اختلال شخصیت مرزی، درمان آن است. شواهد منسجمی درباره اثربخشی داروها برای ویژگی‌های اصلی این اختلال وجود ندارد و هیچ دارویی توسط سازمان‌های نظارتی برای درمان BPD تأیید نشده است (استافرس و همکاران، ۲۰۲۲). روان‌درمانی درمان انتخابی اختلال شخصیت مرزی است و رویکردهای مختلفی بر اثربخشی آن تأکید کرده‌اند (بوهوس و همکاران، ۲۰۲۲؛ استوربو و همکاران، ۲۰۲۰). از جمله درمان‌های مؤثر، روان‌درمانی پویایی کوتاه‌مدت فشرده است که بر اساس الگویی روان‌کاوی فرویدی و توسط دوانلو توسعه یافته است و نسخه کوتاه، سازمان‌یافته و اثربخش روان‌تحلیلی است (عباس و همکاران، ۲۰۰۹). در این درمان، بیماران یاد می‌گیرند اضطراب و هیجان خود را تنظیم و بر دفاع‌های خود غلبه کنند، و با احساساتی روبه‌رو شوند که از آنها اجتناب کرده‌اند (راسل و همکاران، ۲۰۲۲).

در روان‌درمانی پویایی کوتاه‌مدت فشرده، درمانگر با استفاده از چارچوب درمان فضای انتقالی ایجاد می‌کند تا مسائل ناخودآگاه بیمار در تعامل با درمانگر آشکار شود. این تجربه مشترک موجب افزایش آگاهی بیمار و کاهش علائم روان‌پزشکی و بهبود کارکرد اجتماعی می‌گردد (عباس و همکاران، ۲۰۱۴). هدف اصلی درمان، هدایت بیمار به مواجهه با تعارضات هیجانی و ارتباط با احساسات با حداقل اضطراب و دفاع است (ایپل، ۲۰۱۸).

شواهد تجربی و فراتحلیل‌ها نشان داده‌اند که روان‌درمانی تحلیلی و پویایی بر اختلال‌های شخصیت تأثیر مثبت دارد (سولبرگ و همکاران، ۲۰۱۶؛ عباس و همکاران، ۲۰۰۸؛ عباس و همکاران، ۲۰۱۱). یافته‌های ایران نیز مؤید اثر بخشی روان‌درمانی پویایی کوتاه‌مدت فشرده در کاهش مکانیزم‌های دفاعی نابالغ و علائم اختلال شخصیت هستند (واحدی و همکاران، ۲۰۱۲؛ نوروزی و همکاران، ۲۰۰۸؛ شکاری، ۲۰۱۷).

با وجود شواهد رو به رشد درباره اثربخشی ISTDP برای اختلال‌های شخصیت، پژوهش‌های متمرکز بر اختلال شخصیت مرزی محدود و پراکنده است (سولباکن و عباس، ۲۰۱۶). آسیب‌شناسی اصلی این اختلال بر استفاده انعطاف‌ناپذیر از مکانیزم‌های دفاعی نابالغ و روان‌آزرده استوار است (دی گوسپ و همکاران، ۲۰۲۰). بنابراین، پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی روان‌درمانی پویایی کوتاه‌مدت فشرده بر علائم بالینی و مکانیزم‌های دفاعی بیماران مبتلا به اختلال شخصیت مرزی انجام شده است.

• روش

این پژوهش از لحاظ هدف در زمره پژوهش‌های کاربردی و از لحاظ روش، در دسته پژوهش‌های شبه‌آزمایشی با طرح تک‌آزمودنی A-B-A قرار می‌گیرد. جامعه آماری پژوهش شامل کلیه افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی بود که طی سه ماهه اول سال ۱۴۰۳ به مرکز سلامت روان جامعه نگر (سراج) میاندوآب مراجعه کرده بودند. از میان این جامعه، ۳ نفر که تشخیص اختلال شخصیت مرزی برای آنان بر اساس سیاهه چندمحوری بالینی میلون (MCMI) نسخه ۳ و مصاحبه روان‌پزشکی طبق ملاک‌های DSM-5 تأیید شده بود، به روش نمونه‌گیری هدف‌مند انتخاب شدند.

معیارهای ورود به مطالعه شامل رضایت کامل شرکت در جلسات درمانی، داشتن تحصیلات حداقل در سطح دیپلم و بالاتر (برای درک درمان پویایی)، عدم دریافت روان‌درمانی یا دارودرمانی به‌طور هم‌زمان یا در طول یک تا دو سال اخیر و نبود سابقه شرکت در آموزش‌های پیشین روان‌درمانی کوتاه‌مدت و فشرده بود. معیارهای خروج از مطالعه شامل غیبت بیش از دو جلسه، تشخیص اختلال‌های خلقی، اضطرابی یا اختلال‌های تفکر و هذیانی، شرکت هم‌زمان در سایر کارگاه‌های آموزشی روانشناختی و انصراف از ادامه همکاری بود. رعایت اصول اخلاقی از جمله اخذ رضایت آگاهانه، توجیه شرکت‌کنندگان در مورد هدف و روش پژوهش، حفظ محرمانگی و رازداری اطلاعات، و آزادی مشارکت‌کنندگان در ترک مطالعه، در تمامی مراحل پژوهش مدنظر قرار گرفت.

• ابزارها

الف) پرسشنامه جمعیت‌شناختی: این پرسشنامه شامل اطلاعاتی درباره مشخصات جمعیت‌شناختی شرکت‌کنندگان مانند سن، جنسیت، وضعیت تأهل، میزان تحصیلات و سابقه احتمالی بیماری‌های جسمانی و روانی بود.

ب) **سیاهه چندمحوری میلون (Millon clinical multiaxial inventory- MCMII-III)**: این سیاهه توسط میلون در سال ۱۹۹۴ و براساس نظریه زیستی- روانی- اجتماعی او طراحی شد. سیاهه شامل ۱۷۵ جمله خودتوصیفی به صورت بلی/ خیر و ۳۲ مقیاس است که در سه گروه مقیاس‌های بالینی شخصیت، نشانگان بالینی و الگوی بیمارگونه شخصیت دسته‌بندی شده‌اند. برای هر پاسخ «بلی» یک نمره و برای پاسخ «خیر» صفر تعلق می‌گیرد (میلون، ۱۹۹۲). اعتبار سیاهه در ۵ مجموعه داده بررسی شده است که فاصله بازآزمایی برای مقیاس‌های اختلال شخصیت همبستگی متوسط ۵۸/۰ تا ۹۳/۰ با میانگین ۷۸/۰ به دست آمده است. نسخه فارسی سیاهه توسط دادفر و لستر هنجاریابی شد و همبستگی بازآزمایی در دامنه ۸۲/۰ تا ۹۸/۰ گزارش شده است. همچنین اعتبار آزمون از طریق همسانی درونی با ضریب آلفای ۸۵/۰ تا ۹۷/۰ محاسبه شده است (دادفر و همکاران، ۲۰۱۷).

ج) **پرسشنامه سبک‌های دفاعی (40-defense styles questionnaire- DSQ)**: این پرسشنامه براساس الگوی سلسله‌مراتبی دفاع‌ها توسط اندروز و همکاران (۱۹۹۳) تدوین شده و شامل ۴۰ ماده با مقیاس ۹ درجه‌ای لیکرت (از کاملاً موافقم تا کاملاً مخالفم) است. این ابزار ۲۰ مکانیزم دفاعی را در سه سبک رشدیافته، رشدنیافته و روان‌آزرده مورد ارزیابی قرار می‌دهد. اعتبار و روایی DSQ در پژوهش‌های متعدد تأیید شده است (اسمیت، ۱۹۹۸). حیدری‌نسب و همکاران (۲۰۰۷) نسخه فارسی این پرسشنامه را در نمونه‌های ایرانی (بالینی و غیربالینی) بررسی و روان‌سنجی کردند. نتایج نشان داد که اعتبار محتوا و همگرایی DSQ با جمع‌بندی نظر متخصصان و مقایسه با آزمون نئو (مک‌کرا و همکاران، ۲۰۰۵) در سطح قابل قبول است. اعتبار DSQ با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ در دانش‌آموزان ۰/۷۱ و در دانشجویان ۰/۷۸ و ضریب همبستگی بین دو نیمه ۰/۵۴ گزارش شد. بازآزمایی نیز نشان‌دهنده اعتبار مناسب در نمونه‌های دانشجویی و دانش‌آموزی بود (حیدری‌نسب و همکاران، ۲۰۰۷).

د) **مصاحبه بالینی ساختاریافته برای اختلال‌های DSM (SCID)**: این مصاحبه نیمه‌ساختاریافته، تشخیص‌های بالینی را براساس DSM فراهم می‌کند. مطالعات متعدد حاکی از روایی و اعتبار مطلوب آن هستند (زنارینی و همکاران، ۲۰۰۱). نسخه فارسی SCID در ایران نیز توسط بختیاری (۲۰۰۰) روایی محتوا و ضریب اعتبار بازآزمایی ۰/۸۷ در فاصله یک هفته‌ای داشت.

ه) **پروتکل روان‌درمانی پویایی فشرده و کوتاه‌مدت**: این درمان مطابق با رویکرد دوانلو (۱۹۹۵، ۲۰۰۰) به مدت ۱۵ جلسه و هر جلسه یک ساعت، هفته‌ای یک بار اجرا شد. مراحل درمان شامل: ۱- پرسش در خصوص مشکلات (مصاحبه اولیه و درمانگری)، ۲- فشار، ۳- چالش، ۴- مقاومت انتقالی، ۵- دستیابی مستقیم به ناهشیار، ۶- کاوش پویایی در ناهشیار. خلاصه جلسات درمانی مطابق با رویکرد دوانلو در جدول شماره ۱ ارائه شده است.

جدول ۱. مراحل روان‌درمانی پویایی فشرده کوتاه مدت

جلسه	محتوای جلسه
اول	توالی پویایی با پرسش درباره مشکل بیمار آغاز می‌شود. در این مرحله توانایی بیمار در پاسخ‌گویی و کاوش درباره ماهیت و عوامل مشکل مشخص می‌گردد.
دوم	بیمار اغلب مشکلات و علائم خود را به صورت مبهم بیان می‌کند. در این مرحله، در برابر فشار درمانگر برای پاسخ‌های دقیق‌تر و شناخت ماهیت واقعی احساسات مانند خشم، مقاومت نشان می‌دهد. درمانگر با درخواست شناخت دقیق و کامل تجربه درونی بیمار، فشار را افزایش می‌دهد.
سوم	فشار درمانگر باعث ایجاد تعارض درون روانی بین مقاومت بیمار (میل به فرار از درد) و پیمان درمانی (میل به رهایی از مشکل) می‌شود و دفاع‌های تاکتیکی و اصلی فعال می‌شوند. درمانگر ماهیت و پیامد این دفاع‌ها را روشن کرده و با مقابله و چالش، آنها را مورد تحلیل قرار می‌دهد.
چهارم	چالش با مقاومت منجر به برانگیختگی احساسات پیچیده انتقالی می‌شود. درمانگر با روشن‌سازی و چالش، سیستم‌های دفاعی وابسته به انتقال را هدف قرار می‌دهد. تنش درونی بین مقاومت و پیمان درمانی به حداکثر می‌رسد تا پیمان درمانی بر مقاومت غلبه کند و امکان دسترسی به مواد آسیب‌شناختی ناهشیار فراهم شود.
پنجم	بیمار احساسات انتقالی خود را به طور واقعی تجربه می‌کند. استفاده از تخیل برای به تصویر کشیدن تکانه، به بیمار کمک می‌کند تا تجربه کامل هیجانات را ابراز کند و درمانگر نیز نیروهای پویایی آسیب‌شناختی را مستقیماً مشاهده نماید.
ششم	درمانگر با استفاده از مثلث تعارض و مثلث شخص، انتقال را تحلیل می‌کند. شباهت‌ها و تفاوت‌های سبک دفاعی بیمار در برابر احساسات دردناک در روابط کنونی، گذشته و انتقالی بررسی می‌شود تا بیمار بینشی نسبت به سبک دفاعی خود پیدا کند و بتواند از دفاع‌ها دست بردارد.
هفتم	به دلیل تسلط پیمان درمانی، رخنه‌های مکرر در احساسات ناهشیار اتفاق می‌افتد و هیجانات ناهشیار مانند خشم، گناه، اندوه و عشق تجربه و افشا می‌شوند. درمانگر فرایند توالی پویایی را تحلیل و تلخیص می‌کند و بینش به دست آمده برای بیمار تقویت می‌شود.

انتخاب اولیه شرکت کنندگان براساس تشخیص روانپزشک مبنی بر وجود اختلال شخصیت مرزی انجام شد. در جلسه اول، تاریخچه فردی و خانوادگی افراد بررسی گردید. در صورت دارا بودن ملاک‌های ورود و نداشتن ملاک‌های خروج، ارزیابی مجدد با استفاده از مصاحبه بالینی ساختاریافته محور دو و پرسشنامه میلون انجام شد. اگر نمره شدت اختلال شخصیت در پرسشنامه میلون کمتر از ۷۵ بود یا هر یک از ملاک‌های خروج مشاهده می‌شد، بیمار از مطالعه خارج می‌گردید.

آزمودنی‌های پذیرفته شده، یک هفته پس از جلسه اول، وارد دوره درمان شدند. دوره درمان شامل ۱۵ جلسه هفتگی، هر جلسه یک ساعت، برای هر یک از شرکت کنندگان بود. فرآیند درمان در همه جلسات مطابق با پروتکل روان‌درمانی پویشی کوتاه‌مدت فشرده هفت مرحله‌ای دوانلو (۱۹۹۵، ۲۰۰۰) اجرا شد. در مواردی که مقاومت‌های درمانی قوی‌تر یا چالش‌های هیجانی بیشتری در برخی آزمودنی‌ها مشاهده شد، درمانگر با بهره‌گیری از تکنیک‌های استاندارد ISTDP، مانند چالش مستقیم با دفاع‌ها یا تفسیر انتقالی، در همان چارچوب ۱۵ جلسه یک‌ساعته به مدیریت این چالش‌ها پرداخت.

پس از اتمام جلسات درمانی، پرسشنامه میلون مجدداً اجرا شد. تحلیل داده‌ها با استفاده از نمودار چشمی و تحلیل واریانس ناپارامتریک فریدمن انجام گرفت. در طول پژوهش هیچ‌یک از شرکت کنندگان ریزش نداشتند و آموزش‌ها به صورت رایگان ارائه شد. همچنین، به شرکت کنندگان اطلاع داده شد که هر زمان تمایل داشته باشند می‌توانند از مطالعه خارج شده و خدمات روان‌شناختی دریافت کنند. پس از خاتمه مطالعه، آزمودنی‌های گروه کنترل به‌طور رایگان از خدمات روان‌شناختی توسط روانشناس بالینی بهره‌مند شدند.

جدول ۲. تاثیر روان‌درمانی پویشی کوتاه‌مدت فشرده بر نشانه‌های اختلال‌های شخصیت مرزی

متغیر	آزمون	مقدار آزمون	درجه آزادی	سطح معناداری	تعداد	مرحله زمانی	میان نمرات	میانگین رتبه
اختلال شخصیت مرزی	خی‌دو	۴/۷۷	۲	۰/۰۴	۳	پیش‌آزمون	۷۶	۳
						پس‌آزمون	۵۳	۱/۸۲
						پیگیری	۵۰	۱/۱۶

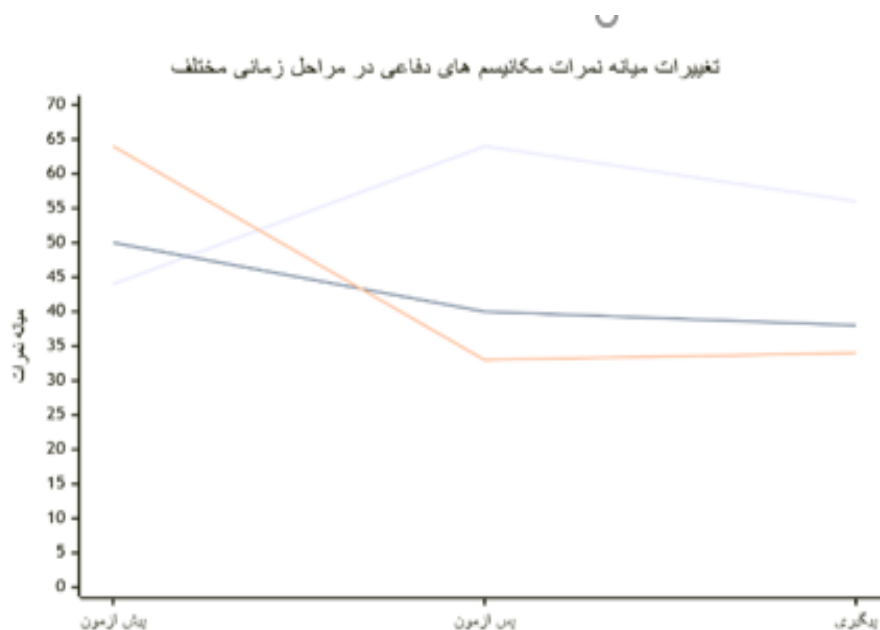
همان‌طور که در جدول شماره ۲ ارائه شده است، آزمون فریدمن نشان داد که بین مراحل زمانی تفاوت معناداری وجود دارد ($p < 0/05$). میان نمرات اختلال شخصیت مرزی نشان داد که نشانه‌های این اختلال از پیش‌آزمون (میان = ۷۶) به پس‌آزمون (میان = ۵۳) کاهش یافته است و در پیگیری نیز با میان = ۵۰، استمرار اثر کوتاه‌مدت درمان مشاهده می‌شود. بنابراین می‌توان نتیجه گرفت که درمان روان‌پویشی کوتاه‌مدت باعث کاهش علائم اختلال شخصیت مرزی در هر دو مرحله پس‌آزمون و پیگیری می‌شود. تأثیر این درمان بر مکانیزم‌های دفاعی (رشدیافته، رشدنیافته و روان‌آزرده) بیماران مبتلا به اختلال شخصیت مرزی در جدول شماره ۳ ارائه شده است.

جدول ۳. تأثیر روان‌درمانی پویشی فشرده و کوتاه‌مدت بر بر مکانیزم‌های دفاعی (رشدیافته، رشدنیافته و روان‌آزرده)

اختلال شخصیت مرزی

متغیر	مکانیزم دفاعی	مقدار آزمون (خی‌دو)	درجه آزادی	سطح معناداری	تعداد	مرحله زمانی	میان نمرات
رشدیافته	۴/۷۷	۲	۰/۰۴	۳	پیش‌آزمون	۴۴	
					پس‌آزمون	۶۴	
					پیگیری	۵۶	
رشدنیافته	۵/۵۳	۲	۰/۰۴	۳	پیش‌آزمون	۵۰	
					پس‌آزمون	۴۰	
					پیگیری	۳۸	
روان‌آزرده	۳/۷۰	۲	۰/۱۴	۳	پیش‌آزمون	۶۴	
					پس‌آزمون	۳۳	
					پیگیری	۳۴	

همان‌طور که در جدول شماره ۳ نشان داده شده است، تحلیل ناپارامتریک فریدمن نشان داد که درمان روان‌پویشی کوتاه‌مدت تأثیر معناداری بر مکانیزم‌های دفاعی افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی داشته است ($p < 0/05$).



نمودار ۱. مکانیزم‌های رشدیافته (خط آبی)، مکانیزم‌های روان‌آزرده (خط قرمز)، مکانیزم‌های رشدنیافته (خط سبز)

نمودار تغییرات میانه نمرات مکانیزم‌های دفاعی نشان‌دهنده تأثیر مداخله درمانی بر الگوی استفاده از این مکانیزم‌ها است. همان‌طور که مشاهده می‌شود، پس از درمان، استفاده از مکانیزم‌های دفاعی رشدیافته ۴۵ درصد افزایش یافته است که بیانگر توانایی بالاتر بیماران در به‌کارگیری راهبردهای سالم و سازگارانه در مواجهه با هیجانات است. همزمان، مکانیزم‌های دفاعی روان‌آزرده ۴۸ درصد و مکانیزم‌های رشدنیافته ۲۴ درصد کاهش یافته‌اند که نشان‌دهنده کاهش استفاده از راهبردهای ناسالم مقابله‌ای با هیجانات است. این الگوی تغییرات حاکی از آن است که روان‌درمانی پوششی فشرده و کوتاه‌مدت توانسته به‌طور همزمان باعث افزایش دفاع‌های سالم و کاهش دفاع‌های ناسالم در بیماران مبتلا به اختلال شخصیت مرزی شود.

• بحث

پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی روان‌درمانی پوششی کوتاه‌مدت فشرده (ISTDP) بر بیماران مبتلا به اختلال شخصیت مرزی انجام شد. یافته‌ها نشان داد که این مداخله درمانی منجر به کاهش معنادار علائم اختلال شخصیت مرزی شد. این نتایج با شواهد پیشین در خصوص اثربخشی ISTDP در جمعیت‌های مبتلا به اختلال‌های شخصیت همسو است (فریدریکسون و همکاران، ۲۰۱۸؛ عباس و همکاران، ۲۰۲۱). مطالعات پیشین مانند کرنلیسون (۲۰۰۲) و عباس و همکاران (۲۰۰۸) نیز نشان دادند که ISTDP دارای اثرات پایدار و معنادار بر بیماران مقاوم به درمان و مبتلا به اختلال شخصیت است. همچنین، پژوهش‌های شکاری (۲۰۱۷)، واحدی و همکاران (۲۰۱۲) و نوروزی و همکاران (۲۰۰۸) حاکی از اثربخشی این روش بر بهبود علائم اختلال‌های شخصیت بوده است.

از منظر نظری، یافته‌های این پژوهش با چارچوب روان‌کاوی تحلیلی هم‌راستا هستند. استراچی (۱۹۳۴) و همکاران (۱۹۹۹، ۲۰۰۱) نقش فرافکنی و درون‌گرایی را در روند تحلیلی بیماران توضیح داده‌اند؛ به‌گونه‌ای که بیمار جنبه‌هایی از دنیای درونی خود را به تحلیلگر فرافکنی می‌کند و سپس به این عناصر واکنش نشان می‌دهد. تحلیل گام‌به‌گام این پدیده‌ها، همان‌طور که در روان‌کاوی مرسوم است، برای تغییرات روانی ضروری است (جوزپ و همکاران، ۱۹۹۷؛ اسکافر و همکاران، ۱۹۹۷).

ریزفرآیندهای تعاملی در جلسات درمانی، شامل زبان بدن، حالات چهره و بیان کلامی، به درمانگر نشانه‌هایی از ترس‌ها، خواسته‌ها و تعارضات ناخودآگاه ارائه می‌دهند و موجب ایجاد انتقال متقابل می‌شوند. پردازش و تفسیر این اطلاعات، به ویژه در بیماران مبتلا به اختلال شخصیت مرزی، نقش حیاتی در ایجاد تغییر دارد (استراچی، ۱۹۳۴). سولباکن و عباس (۲۰۱۶) نیز نشان دادند که ISTDP اثرات معناداری دارد و پیگیری ۱۴ ماهه، پایداری این اثر را تأیید کرده است.

در مورد مکانیزم‌های دفاعی، یافته‌ها نشان داد که ISTDP موجب کاهش دفاع‌های روان‌آزرده و رشدنیافته و افزایش دفاع‌های رشدیافته شد. این تغییرات با پژوهش‌های پیشین همسو هستند (شکاری، ۲۰۱۷؛ واحدی و همکاران، ۲۰۱۲؛ نوروزی و همکاران، ۲۰۰۸) و تأکید بر نقش محوری دفاع‌های رشدنیافته در آسیب‌شناسی روانی شدید را تأیید می‌کند (دی جوزپه و همکاران، ۲۰۲۰).

مکانیسم تغییر در این پژوهش، مطابق چارچوب نظری ISTDP (دوانلو، ۱۹۹۵)، شامل کاهش استفاده انعطاف‌ناپذیر از دفاع‌ها و افزایش ظرفیت تجربه هیجانات و تحمل اضطراب بوده است. فشار و چالش سیستماتیک درمانگر بر دفاع‌های ناکارآمد (مانند دوپارگی، انکار و فرافکنی) و فراهم شدن فضای امن برای ابراز هیجانات عمیق (خشم، اندوه، ترس) موجب شد بیماران به تدریج از دفاع‌های ناکارآمد فاصله گرفته و هیجانات خود را بدون فروپاشی یا تخلیه نادرست تجربه کنند. این فرایند به کاهش رفتارهای تکانشی، بی‌ثباتی هیجانی و خودزنی منجر شد که از ویژگی‌های اصلی BPD هستند.

• نتیجه‌گیری

نتایج پژوهش نشان می‌دهد که روان‌درمانی پویایی کوتاه‌مدت فشرده (ISTDP) به طور مؤثر باعث کاهش علائم اختلال شخصیت مرزی و تغییرات مثبت در مکانیزم‌های دفاعی بیماران می‌شود. این درمان با تشدید تجربه هیجانات، روشن‌سازی دفاع‌ها و چالش با مقاومت، ظرفیت بیماران برای مدیریت هیجانات و تعاملات بین‌فردی را افزایش می‌دهد. یافته‌ها تأکید می‌کنند که ISTDP می‌تواند به عنوان یک مداخله مؤثر برای بیماران مبتلا به اختلال شخصیت مرزی مورد استفاده قرار گیرد و به بهبود پایدار علائم و عملکرد روانی این بیماران کمک کند. محدودیت‌های پژوهش شامل حجم کم نمونه و انتخاب نمونه از یک شهرستان به صورت در دسترس بود که تعمیم‌پذیری نتایج را محدود می‌کند. از این رو، پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آینده، اثربخشی ISTDP در نمونه‌های بزرگ‌تر و سایر گروه‌های بالینی بررسی شود تا داده‌های جامع‌تر و قابل تعمیم‌تری به دست آید.

• تضاد منافع

نویسندگان هیچ‌گونه تضاد منافع مالی یا شخصی در رابطه با این مطالعه ندارند.

• تشکر و قدردانی

نویسندگان از تمامی افرادی که در این پژوهش شرکت کردند و در تکمیل پرسشنامه‌ها همکاری نمودند، صمیمانه قدردانی می‌کنند.

• منابع

- Abbass, A. A., & Town, J. M. (2021). Alliance rupture-repair processes in intensive short-term dynamic psychotherapy: Working with resistance. *Journal of Clinical Psychology*, 77(2), 398–413. <https://doi.org/10.1002/jclp.23115>
- Abbass, A. A., Kisely, S. R., Town, J. M., Leichsenring, F., Driessen, E., De Maat, S., Gerber, A., Dekker, J., Rabung, S., Rusalovska, S., & Crowe, E. (2014). Short-term psychodynamic psychotherapies for common mental disorders. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2014(7), CD004687. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD004687.pub4>
- Abbass, A., Kisely, S., & Kroenke, K. (2009). Short-term psychodynamic psychotherapy for somatic disorders. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 78(5), 265–274. <https://doi.org/10.1159/000228247>
- Abbass, A., Sheldon, A., Gyra, J., & Kalpin, A. (2008). Intensive short-term dynamic psychotherapy for DSM-IV personality disorders: A randomized controlled trial. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 196(3), 211–216. <https://doi.org/10.1097/NMD.0b013e3181662ff0>
- Abbass, A., Town, J., & Driessen, E. (2011). The efficacy of short-term psychodynamic psychotherapy for depressive disorders with comorbid personality disorder. *Psychiatry: Interpersonal & Biological Processes*, 74(1), 58–71. <https://doi.org/10.1521/psyc.2011.74.1.58>
- American Psychiatric Association. (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5®). American Psychiatric Pub.
- American Psychiatric Association. (2015). A. Niloufari, F. Reza'ie, F. Shamloo, A. Farmand, A. Fakhraie, & J. Hashemi Azar, Trans.). Arjmand Publication. (Original work published 2013) Anderson, E., Lambert, M. (1995). Short-term

dynamically Oriented Psychotherapy a review and meta-analysis. *Clinical Psychology review*. (6): 500-5133.

[DOI:10.1016/0272-7358\(95\)00027-M](https://doi.org/10.1016/0272-7358(95)00027-M)

- Bakhtiari, M. (2000). *Psychiatric disorders in patients with abnormalities of body deformities* [Master's thesis, Tehran University of Medical Sciences]. <https://doi.org/10.22038/mjms.2021.18145>
- Ball, S. A., & Cecero, J. J. (2001). Addicted patients with personality disorders: Traits, schemas, and presenting problems. *Journal of Personality Disorders*, 15(1), 72–83. <https://doi.org/10.1521/pepi.15.1.72.18642>
- Besharat, M. A. (2007). An attachment theory explanation of personality disorders. *Journal of the Iranian Psychological Association*, 1(2), 41–48. <https://doi.org/10.22034/jepa.2007.502>
- Bohus, M., Stoffers-Winterling, J., Sharp, C., Krause-Utz, A., Schmahl, C., & Lieb, K. (2021). Borderline personality disorder. *The Lancet*, 398(10310), 1528–1540. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(21\)00476-1](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(21)00476-1)
- Bronstein, C. (2001). *Kleinian theory: A contemporary perspective*. Whurr Publishers. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(21\)00476-1](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(21)00476-1)
- Chiesa, M., Larsen-Paya, M., Martino, M., & Trinchieri, M. (2016). The relationship between childhood adversity, psychiatric disorder and clinical severity: Results from a multi-center study. *Psychoanalytic Psychotherapy*, 30(1), 79–95. <https://doi.org/10.1080/02668734.2016.1145131>
- Cornelissen, K. (2002). Long term follows up of residential ISTDP with patients suffering from personality disorders. *AD HOC Bulletin of Short-Term Dynamic Psychotherapy*, 18(3), 20–29. <https://doi.org/10.1176/appi.psychotherapy.20240019>
- Dadfar, M., & Lester, D. (2017). Prevalence of personality disorders and clinical syndromes using the Millon Clinical Multiaxial Inventory III (MCMI-III) in an Iranian clinical sample. *International Journal of Biomedical Engineering*, 3(1), 36–47. <https://doi.org/10.1177/1054137318810232>
- Davanloo, H. (1995). *Unlocking the unconscious: Selected papers of Habib Davanloo, M.D.* Wiley.
- Della Selva, P. C. (2017). *Maximizing effectiveness in dynamic psychotherapy*. Routledge.
- Di Giuseppe, M., Perry, J. C., Lucchesi, M., Michelini, M., Vitiello, S., Piantanida, A., & Conversano, C. (2020). Preliminary reliability and validity of the DMRS-SR-30, a novel self-report measure based on the Defense Mechanisms Rating Scales. *Frontiers in Psychiatry*, 11, 870. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2020.00870>
- Eppel, A. (2018). The emergence of short-term psychodynamic psychotherapy. In A. Abbass & H. Town (Eds.), *Short-term psychodynamic psychotherapy* (pp. 1–24). Springer. https://doi.org/10.1007/978-3-319-74989-8_1
- Ford, J. D., & Courtois, C. A. (2014). Complex PTSD, affect dysregulation, and borderline personality disorder. *Borderline Personality Disorder and Emotion Dysregulation*, 1(1), 9. <https://doi.org/10.1186/2051-6673-1-9>
- Frederickson, J. (2013). *Co-creating change*. Seven Leaves Press.
- Frederickson, J., DenDooven, B., Abbass, A., Solbakken, O. A., & Rousmaniere, T. (2018). Pilot study: An inpatient drug rehabilitation program based on intensive short-term dynamic psychotherapy. *Journal of Addictive Diseases*, 37(3–4), 195–201. <https://doi.org/10.1080/10550887.2019.1658513>
- González, R. A., Igoumenou, A., Kallis, C., & Coid, J. W. (2016). Borderline personality disorder and violence in the UK population: Categorical and dimensional trait assessment. *BMC Psychiatry*, 16(1), 180. <https://doi.org/10.1186/s12888-016-0885-7>
- Gunderson, J. G., & Sabo, A. N. (1993). The phenomenological and conceptual interface between borderline personality disorder and PTSD. *American Journal of Psychiatry*, 150(1), 19–27. <https://doi.org/10.1176/ajp.150.1.19>
- Gunderson, J. G., Weinberg, I., & Choi-Kain, L. (2013). Borderline personality disorder. *FOCUS*, 11(2), 129–145. <https://doi.org/10.1176/appi.focus.11.2.129>
- Heydari Nasab, L., Mansour, M., Azad Falah, P., & Shairi, M. R. (2007). Validity and validity questionnaire of defense styles in Iranian samples. *Daneshvar Raftar*, 14(22), 11–26.
- Jennifer, H., Sangam S., (2020). Histrionic Personality Disorder. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK542325>
- Joseph, B. (1997). Psychic change and the psychoanalytic process. In R. Schafer (Ed.), *The contemporary Kleinians of London* (pp. 395–409). International Universities Press.
- Keuroghlian, A. S., Frankenburg, F. R., & Zanarini, M. C. (2013). The relationship of chronic medical illnesses, poor health-related lifestyle choices, and health care utilization to recovery status in borderline patients over a decade of prospective follow-up. *Journal of Psychiatric Research*, 47(10), 1499–1506. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2013.06.012>
- Kvarstein, E. H., Antonsen, B. T., Klungsoyr, O., & Wilberg, T. (2021). Avoidant personality disorder and social functioning: A longitudinal, observational study investigating predictors of change in a clinical sample. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment*, 12(6), 594–605. <https://doi.org/10.1037/per0000471>

- Lee, Y. J., Keum, M. S., Kim, H. G., Cheon, E. J., Cho, Y. C., Koo, B. H., Kim, S. J., & Lee, S. H. (2020). Defense mechanisms and psychological characteristics according to suicide attempts in patients with borderline personality disorder. *Psychiatry Investigation*, 17(9), 840–849. <https://doi.org/10.30773/pi.2020.0102>
- Leichsenring, F., Fonagy, P., Heim, N., & Leweke, F. (2024). Borderline personality disorder: A comprehensive review of diagnosis and clinical presentation, etiology, treatment, and current controversies. *World Psychiatry*, 23(1), 4–25. <https://doi.org/10.1002/wps.21156>
- Levy, K. N., Beeney, J. E., & Clarkin, J. F. (2024). Borderline personality organization and identity diffusion: Implications for treatment. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment*, 15(1), 47–58. <https://doi.org/10.1037/per0000643>
- McCrae, R. R., Costa, P. T., Jr., & Martin, T. A. (2005). The NEO-PI-3: A more readable revised NEO Personality Inventory. *Journal of Personality Assessment*, 84(3), 261–270. https://doi.org/10.1207/s15327752jpa8403_05
- McCrae, R. R., Costa, P. T., Jr., & Martin, T. A. (2005). The NEO-PI-3: A more readable revised NEO Personality Inventory. Lutz, FL: Psychological Assessment Resources.
- Millon, T. (1992). Millon Clinical Multiaxial Inventory: I & II. *Journal of Counseling & Development*, 70(3), 421–426. <https://doi.org/10.1002/j.1556-6676.1992.tb01627.x>
- Noruzi, N., Abedin, A., Atef Vahid, M. K., & Ghorbani, N. (2009). The relationship between defense styles and the emergence of resistance and transference in intensive and short-term dynamic psychotherapy. *Journal of Applied Psychology*, 2(2-3), 535–537. [In Persian]
- Nowruzi, N., Abedin, A., Atefvahid, A., & Ghorbani, N. (2008). The relationship between defensive style and emerging of resistance and transference in intensive short term dynamic psychotherapy. *Journal of Applied Psychology*, 2(3), 518–537.
- penders, K. A., Peeters, I. G., Metsemakers, J. F., & Van Alphen, S. P. (2020). Personality disorders in older adults: a review of epidemiology, assessment, and treatment. *Current psychiatry reports*, 22(3), 1-14
- Perrotta, G. (2020). Borderline personality disorder: Definition, differential diagnosis, clinical contexts, and therapeutic approaches. *Annals of Psychiatry and Treatment*, 4(1), 043–056.
- Ripoll, L. H. (2013). Psychopharmacologic treatment of borderline personality disorder. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 15(2), 213–224.
- Russell, L., Abbass, A., & Allder, S. (2022). A review of the treatment of functional neurological disorder with intensive short-term dynamic psychotherapy. *Epilepsy & Behavior*, 130, 108666. <https://doi.org/10.1016/j.yebeh.2022.108666>
- Sadock, B. J., Sadock, V. A., & Ruiz, P. (2015). *Kalan & Sadock's synopsis of psychiatry: Behavioral sciences/clinical psychiatry* (2nd ed.). Arjmand Publication. (Original work published 2015)
- Sadock, B. J., Sadock, V. A., & Ruiz, P. (2015). *Synopsis of psychiatry: Behavioral sciences, clinical psychiatry* (11th ed.). Wolters Kluwer.
- Hörz-Sagstetter, S., Volkert, J., Rentrop, M., Benecke, C., Gremaud-Heitz, D. J., Unterrainer, H. F., & Feil, M. G. (2020). A bifactor model of personality organization. *Journal of Personality Assessment*, 102(6), 771–782. <https://doi.org/10.1080/00223891.2019.1705463>
- Schafer, R. E., & Steiner, J. (1997). Problems of psychoanalytic technique: Patient-centered and analyst-centered interpretations. In R. Schafer (Ed.), *The contemporary Kleinians of London* (pp. 372–392). International Universities Press.
- Shekari, H., Hosseinsabet, F., & Borjali, A. (2017). The effectiveness of tactical defenses management based on intensive short-term dynamic psychotherapy on the interpersonal conflict. *Journal of Research in Clinical Psychology and Counseling*, 7(2), 23–37. <https://doi.org/10.22067/ijap.v7i2.53415>
- Smyth, J. M. (1998). Written emotional expression: Effect sizes, outcome types, and moderating variables. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66(1), 174–184. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.66.1.174>
- Solbakken, O. A., & Abbass, A. (2016). Symptom- and personality disorder changes in intensive short-term dynamic residential treatment for treatment-resistant anxiety and depressive disorders. *Acta Neuropsychiatrica*, 28(5), 257–271. <https://doi.org/10.1017/neu.2016.5>
- Stoffers-Winterling, J. M., Storebø, O. J., Pereira Ribeiro, J., Kongerslev, M. T., Völlm, B. A., & Mattivi, J. T. (2022). Pharmacological interventions for people with borderline personality disorder. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 11, CD012956. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD012956.pub2>
- Storebø, O. J., Stoffers-Winterling, J. M., Völlm, B. A., Kongerslev, M. T., & Simonsen, E. (2020). Psychological therapies for people with borderline personality disorder. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2020(5), CD012955. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD012955.pub2>
- Strachey, J. (1999). The nature of the therapeutic action of psycho-analysis [Reprint of 1934 article]. *Journal of Psychotherapy Practice and Research*, 8(1), 66–82.

- Vahedi, A., Makvand Hosseini, S. H., & Bigdeli, E. (2012). Diagnosis of higher-level personality pathology by using short-term dynamic psychotherapy. *Journal of Clinical Psychology*, 4(3), 75–85. <https://doi.org/10.22075/jcp.2017.2099>
- Yun, S., Jo, S. H., Jeon, H. J., Kim, H. G., Cheon, E. J., Koo, B. H., Kim, S. J., & Lee, S. H. (2024). The complexity of borderline personality disorder: Network analysis of personality factors and defense styles in the context of borderline personality organization. *Psychiatry Investigation*, 21(7), 672–679. <https://doi.org/10.30773/pi.2024.0085>
- Zanarini, M. C., & Frankenburg, F. R. (2001). Attainment and maintenance of reliability of axis I and II disorders: A longitudinal study. *Comprehensive Psychiatry*, 42(5), 369–374. <https://doi.org/10.1053/comp.2001.24556>
- Zanarini, M. C., Weingeroff, J. L., & Frankenburg, F. R. (2009). Defense mechanisms associated with borderline personality disorder. *Journal of Personality Disorders*, 23(2), 113–121. <https://doi.org/10.1521/pedi.2009.23.2.113>