

# اثربخشی روان‌درمانی مبتنی بر بینش در درمان یک مورد اختلال شخصیت وابسته

آیدا فرشام<sup>۱</sup>، روشنگ خدابخش<sup>۲</sup>

تاریخ وصول: ۹۳/۱۰/۱

تاریخ پذیرش: ۹۴/۴/۱۰

## چکیده

هدف پژوهش حاضر، تعیین اثربخشی روان‌درمانی مبتنی بر بینش در وابستگی و کاهش افسردگی مراجع بود. پژوهش حاضر از نوع مطالعه موردی بود. یک آزمودنی ۲۶ ساله دختر که با استفاده از مصاحبه بالینی، ملاک‌های تشخیصی DSM-IV-TR و آزمون رورشاخ مبتلا به اختلال شخصیت وابسته تشخیص داده شد، شرکت کرد و با استفاده از مقیاس افسردگی بک (۱۹۷۸) و پرسشنامه مکانیسم‌های دفاعی (آندروز و همکاران، ۱۹۹۳) مورد ارزیابی قرار گرفت. اثربخشی درمان با استفاده از مشاهده، خود گزارشی مراجع و تکرار پرسشنامه افسردگی انجام شد. در میزان وابستگی بیمار کاهش قابل ملاحظه‌ای مشاهده شد و در مقیاس افسردگی بک، نمره مراجع از ۱۹ در جلسات اول به ۸ در جلسه آخر کاهش یافت. روان‌درمانی مبتنی بر بینش با تکیه بر تداعی آزاد و تخلیه هیجانی، در درمان اختلال شخصیت وابسته مؤثر است.

واژگان کلیدی: اختلال شخصیت وابسته، روان‌درمانی مبتنی بر بینش، مطالعه موردی

## مقدمه

بیماران مبتلا به اختلال شخصیت وابسته<sup>۳</sup> در رسیدن به خوداتکایی یا استقلال شخصی ناتوان هستند. هنگامی که در انتهای رابطه‌ای صمیمانه با خطر تنهایی مواجه می‌شوند، احساس شدید وحشت‌زدگی، ترس و درماندگی به آن‌ها دست می‌دهد. در مقابل انتقاد فوراً احساس ضربه و آسیب کرده و اشتغال ذهنی آن‌ها این می‌شود که چگونه دیگران را خشنود سازند. همچنین اشتغال ذهنی زیادی به ترس از رها شدن دارند. دل‌بستگی نایمن مشخصه اختلال شخصیت

۱. کارشناس ارشد روانشناسی بالینی، دانشگاه الزهراء، (نویسنده مسئول) Email: aida.farsham@yahoo.com

۲. دانشیار گروه روانشناسی، دانشگاه الزهراء Email: rkhodabakhsh@alzahra.ac.ir

3. Dependent personality disorder

وابسته است و مطالعات روی این بیماران (وست و همکاران، ۱۹۹۴) یک الگوی دل‌بستگی آشفته را نشان داده است (اولدمن، اسکدول و بندر<sup>۱</sup>، ۲۰۰۹). اختلال شخصیت وابسته در زن‌ها شایع‌تر از مردان است. در یک مطالعه معلوم شده است که ۵.۲ درصد از تمام اختلالات شخصیت در این مقوله جای می‌گیرد (کاپلان و سادوک، ۱۳۸۹).

تجربه بالینی و تحقیقات تجربی نشان می‌دهد که همبودی در اختلال شخصیت وابسته با اختلالات محور یک پیش‌آگهی بدتری دارد، هرگونه پاسخ به درمان را کند می‌کند و باعث می‌شود درمان کمتر مؤثر باشد (فرانک و پیلکونیس<sup>۲</sup>، ۱۹۸۸). به‌طور خاص پیش‌آگهی برای افسردگی بدتر است (چارنی و همکاران، ۱۹۸۱؛ فرانسیس و همکاران، ۱۹۸۶؛ مک‌گلاشن، ۱۹۸۷؛ شیا و همکاران، ۱۹۹۰). داده‌های مشابهی برای اضطراب، اختلالات شبه جسمانی و اختلالات سوءمصرف مواد وجود دارد (ریچ و واسیل<sup>۳</sup>، ۱۹۹۳؛ استین و همکاران، ۱۹۹۳؛ به نقل از به نقل از دیماجیو، سمراری، کارسیون، نیکولو و پراکاکی<sup>۴</sup>، ۲۰۰۷).

رویکردهای درمانی متعددی برای اختلال شخصیت وابسته وجود دارد. اگرچه نگرانی‌هایی هم به خاطر چند موضوع وجود دارد. یکی این که مطالعاتی با نتایج درمان کنترل‌شده وجود ندارد (اسپری<sup>۵</sup>، ۲۰۰۳). و بخش عمده‌ای از مطالعات درمان، شامل شرح مورد، مطالعات کنترل نشده و برخی از آزمایش‌ها کنترل‌شده است که حاوی ترکیبی از اختلال شخصیت است (پری<sup>۶</sup>، ۲۰۰۵).

پایه اصلی درمان اختلال شخصیت وابسته بر روش‌های غیردارویی بنا شده است. یکی از آن‌ها درمان‌های مبتنی بر بینش است که بیمار بتواند صورت‌های اولیه رفتار خود را بشناسد و با حمایت درمانگر به فردی مستقل‌تر، با جرأت‌تر و با اتکابه‌نفس بیشتر تبدیل شود. طبیعی است که ایجاد این تغییرات نیاز به زمان دارد. بنابراین صبر و حوصله و بردباری کمک زیادی

- 
1. Oldman, Skodol, Bender
  2. Frank & Pilkonis
  3. Reich & Vasile
  4. Dimaggio, Semerari, Carcione, Nicolo & Procacci
  5. Sperry
  6. Perry

به پیشرفت می‌کند. رفتاردرمانی<sup>۱</sup>، جرأت‌آموزی<sup>۲</sup>، خانواده‌درمانی<sup>۳</sup> و گروه‌درمانی<sup>۴</sup> نیز از جمله سایر روش‌های غیردارویی هستند که به کار می‌روند و در بسیاری از بیماران نتایج موفقیت‌آمیزی هم داشته‌اند. اگرچه از روش‌های دارویی هم برای درمان این مشکل استفاده می‌شود اما روش‌های غیردارویی، آثاری دیرپا و ماندگار بر جا می‌گذارند و به این ترتیب بیماری که تحت این دسته از درمان‌ها قرار گیرد، تا سال‌های سال قادر به بهره‌مندی از یک زندگی طبیعی خواهد بود (جوپلینگ<sup>۵</sup>، ۲۰۰۱).

گفته می‌شود درمان روانپوشی کوتاه مدت<sup>۶</sup> درمان انتخابی برای بیماران دارای اختلال شخصیت وابسته است (اسکدال و دمتری<sup>۷</sup>، ۲۰۰۶). درمان روانپوشی بلند مدت اجازه می‌دهد که انتقال بیشتری اتفاق بیوفتد که می‌تواند برای بالا بردن رشد عاطفی استفاده شود گرچه ممکن است ۳ سال یا بیشتر طول بکشد (اسپری، ۲۰۰۳). مراجعانی که توانایی ایگوی محدودی دارند یا درجات شدیدی از اضطراب جدایی دارند ممکن نیست از درمان کوتاه‌مدت یا بلند مدت روانپوشی سود ببرند. آن‌ها از چیز دیگری مثل روان‌درمانی حمایتی بهره‌مند می‌شوند (اسکدال و دمتری، ۲۰۰۶).

رفتار درمانی شناختی (CBT) نیز اغلب برای درمان اختلال وابستگی با هدف افزایش استقلال فردی و خودکارآمدی استفاده می‌شود (اسپری، ۲۰۰۳). روان‌درمانی گروهی به موفقیت در درمان اختلال شخصیت وابسته نشان داده شده است. با این حال گروه‌درمانی برای افراد مبتلا به اختلال شدید و یا فقدان رفتار اجتماعی مثبت توصیه نمی‌شود (اسپری، ۲۰۰۳؛ به نقل از فیت<sup>۸</sup>، ۲۰۰۹).

اگرچه ممکن است این احساس که درمان زناشویی و خانواده برای بیمار وابسته (بخاطر وابسته بودن به کسی) مفید باشد، اما در مطالعات حرفه‌ای این مداخلات اساساً وجود ندارد.

- 
1. Behavior therapy
  2. Assertive training
  3. Family therapy
  4. Group therapy
  5. Jopling
  6. Short - term psychodynamic therapy
  7. Eskedal & Demetri
  8. Faith

دارو ها هم ممکن است در ترکیب با درمان‌ها استفاده شود. اگرچه در انجام این کار هشدار وجود دارد. اغلب افراد مبتلا به اختلال شخصیت وابسته تشخیص‌هایی از محور یک دارند. مانند اضطراب و افسردگی که در این صورت ممکن است از دارو بهره مند شوند (اسپری، ۲۰۰۳).

با تمام این درمان‌های ذکر شده هنوز هم به نظر می‌رسد نیاز به مطالعاتی بر روی اثربخشی هر یک از درمان‌ها است. برخی پشتیبانی‌ها از بسیاری از درمان‌ها وجود دارد اما فقدان پژوهش در زمینه درمان‌های مؤثر هنوز وجود دارد (فیت، ۲۰۰۹). به طور کلی در درمان بیماران مبتلا به اختلال شخصیت وابسته باید به آن‌ها کمک شود تا مستقل عمل کنند به علاوه این که توانایی به وجود آوردن روابط صمیمی را به وسیله اصلاح الگوهای فکری خود شکست‌دهی حفظ کنند (اوور هولسو<sup>۱</sup>، ۱۹۸۷؛ بال و یانگ<sup>۲</sup>، ۲۰۰۰؛ به نقل از دیماجیو، سمراری، کارسیون، نیکولو و پراکاکی، ۲۰۰۷).

روان‌درمانی مبتنی بر بینش<sup>۳</sup> بیشتر با علل رفتار یا منابع ناخودآگاه احساس‌ها و اعمال سر و کار دارد و براساس این نظریه عمل می‌کند که وقتی احساسات و خاطرات مدفون شده بیرون بیایند، به آسانی نمی‌توانند محرک یک رفتار آزاردهنده باشند. بینش‌درمانی، معتقد است که اگر شما بتوانید احساسات و تجارب اولیه را بفهمید، خواهید توانست در درون خود تغییری به وجود بیاورید (خدایاری فرد و لطافت، ۱۳۸۴).

با وجود تفاوت‌های نظری و روش‌شناختی زیاد (وال استرین، ۱۹۹۵) بیشتر روان‌درمانی‌های بینش‌گرا با قوانین کلی معینی موافقت. اعتبار اکتشافی، ویژگی‌های درمانی، ضرورت‌های تفسیر و بینش مؤثر درمانی، با هم چیزی را تشکیل می‌دهند که مشخصات استاندارد روان‌درمانی بینش‌گرا را نشان می‌دهند. با توجه به اصل اعتبار اکتشافی، روان‌درمانی مبتنی بر بینش برای بیماران روش معتبر خود اکتشافی را فراهم می‌آورد و باعث خودشناسی می‌شود. صرف نظر از هر گونه جهت‌گیری خاص نظری- روانکاوی، گشتالت، وجودگرا، فمینیستی یا انسان‌گرا- در روان‌درمانی مبتنی بر بینش باور بر این است که

- 
1. Overholsev
  2. Ball & Young
  3. Insight - oriented psychotherapy

استطاعت بیماران فرصتی برای کشف واقعیت‌هایی درباره خودشان که مقدمه مداخلات درمانی است، وجود دارد و منطقاً مستقل از موارد نظری و زبانی است که شناسایی و شرح داده شد. این واقعیت‌ها بیان می‌دارد که روان‌درمانی بینش‌گرا به عنوان روش درمانی طولانی و مناسب بر وری بیماران تأثیر داشته است (جوپلینگ، ۲۰۰۱). در این پژوهش محققان به دنبال پاسخ به این سؤال هستند که آیا روان‌درمانی مبتنی بر بینش در درمان اختلال شخصیت وابسته مناسب است؟

### روش پژوهش

در این پژوهش یک آزمودنی دختر ۲۶ ساله و دانشجوی کارشناسی ارشد ادبیات که بر اساس مصاحبه بالینی و آزمون‌های تشخیصی مبتلا به اختلال شخصیت وابسته تشخیص داده شده بود مورد مطالعه و درمان قرار گرفت. پس از تشخیص نوع اختلال، بیمار با استفاده از روان‌درمانی بینش‌مدار درمان شد. مراجع در طی یک سال گذشته و همچنین حین درمان، سابقه هیچ گونه مداخله روانشناختی نداشت و نسبت به مشکل خود بینش داشت.

### درمان: روان‌درمانی مبتنی بر بینش

اهداف کلی روان‌درمانی مبتنی بر بینش در مورد این بیمار شامل کاهش نشانگان وابستگی و بهبود روابط بین فردی صحیح است. تکنیک‌های مورد استفاده در درمان تداعی آزاد و تحلیل رویا است. گفتنی است که روان‌درمانی مبتنی بر بینش برای تمام افرادی که نشانگان وابستگی دارند، یک رویکرد درمانی مناسب نیست.

**انتخاب بیمار:** تجربه بالینی نشان داده است که میان شرایط برخی بیماران با میزان احتمال موفقیت روان‌درمانی مبتنی بر بینش رابطه وجود دارد. آن دسته از بیمارانی که برای حضور در فرایند درمان برانگیخته شده، دارای قدرت ایگوی مناسبی می‌باشند، نسبت به بیماری خود بینش دارند و یا در تلاشند که به بهبود عملکرد خود کمک کنند، در استفاده از این رویکرد درمانی در اولویت قرار می‌گیرند. علاوه بر این بیماران باید قادر به ایجاد یک توافق درمانی بوده، نسبت به حضور در یک فرایند درمانی احساس نیاز کرده و همچنین با درمانگر درباره این که در حوزه‌هایی از عملکرد خود دارای مشکل است، توافق کند.

**دوره درمان:** دستیابی به اهداف مزبور رسیدن به ۴ هدف در روان‌درمانی مبتنی بر بینش

است:

۱. کسب اطمینان درونی از این که خود به تنهایی قادر به تأمین ارضای نیازهای خود بوده و می‌تواند تنهایی را تحمل کند. ۲. کاهش میزان وابستگی در ارتباطات. ۳. کسب اعتماد به نفس و جرأت ورزی. ۴. ایجاد مرزهای شخصی و مستحکم و افزایش حس خودارزشمندی. روان‌درمانی مبتنی بر بینش، روش درمان انتخابی برای درمان بیماری است که از قدرت ایگوی کافی برخوردار است، اما به دلایلی نباید یا نمی‌تواند تحت روانکاوی قرار گیرد. تأثیر درمان منحصراً بستگی به بینشی که به کار می‌رود یا پیدا می‌شود، ندارد. واکنش درمانی بیمار در عین حال بستگی دارد به عواملی نظیر؛ تخلیه احساسات در محیطی فاقد قضاوت اما همراه با محدودیت، همانندسازی با درمانگر و سایر عوامل مربوط به رابطه پزشک و بیمار. با وجود این، رابطه درمانی مستلزم پذیرش بی‌چون و چرای هر آنچه بیمار می‌گوید و می‌کند، نیست. بلکه، روان‌درمانگر ارزش‌های درازمدت و کوتاه‌مدتی را هم برای اصل واقعیت و هم برای اصل لذت ارائه می‌کند (کاپلان و سادوک، ۱۳۸۹).

درمانگر با روش‌هایی که به کار می‌برد کمک می‌کند تا بیمار نسبت به خود بینش و بصیرت یابد. این روش‌ها عبارتند از:

تأکید، تلخیص، بیان مجدد، منعکس کردن، تداوم تنش، ارائه حمایت حساب شده، رودرویی و تفسیر.

**تأکید:** هنگامی که بیمار در حال بیان موضوع مهمی است، ممکن است درمانگر پرسش‌های متعددی در ارتباط با آن موضوع از او بکند و یا آنچه را که بیمار گفته است، به دفعات تکرار کند.

**تلخیص:** بسیاری از بیماران با توجه کردن به جزئیات بسیار مفصل و غیر ضروری، به اطاله کلام می‌پردازند. در اینجا نوعی خلاصه کردن سریع می‌تواند به هماهنگ کردن مطالب به ظاهر نامربوط کمک کند.

**بیان مجدد:** بیان بعضی از جملات بیمار، در لباس کلمات جدید، ممکن است سبب گسترش و روشن شدن بیشتر مطالبی شود که بیمار به آن اشاره کرده ولی توجه و دقت کافی مبدول نداشته است.

**منعکس کردن:** درمانگر از لابه‌لای جملات و بیانات بیمار، عواطف، احساسات و افکاری را که زیربنای عاطفی و فکری صحبت‌های اوست، بیرون می‌کشد و آن‌ها را به خود بیمار باز می‌گرداند.

**تداوم تنش در مصاحبه:** تداوم مقدار معینی تنش و اضطراب، در مصاحبه درمانی برای تحریک قدرت‌های شناختی بیمار به منظور کمک به خودش الزامی است. مقدار لازم تنش را می‌توان با روش‌هایی مانند تکیه بر مطالب تحریک‌کننده، اشاره به مسائل رنج‌آور و دردناک، تفسیر حالات و رفتار غیر عادی بیمار برای او و بالاخره سکوت حساب شده و محدود، به وجود آورد.

**حمایت حساب شده:** هر گاه منابع دفاعی بیمار و به خصوص قدرت‌های ایگو در او تحلیل رود، لازم است از بیمار حمایت به عمل آید. روش‌هایی که برای حمایت دادن می‌توان به کار برد عبارتند از: دادن اطمینان، عنوان نکردن مطالب تعارض آمیز و ارائه راهنمایی مستقیم و مثبت.

**رودررویی:** گاهی باید بیمار را در حالات و رفتارش با بعضی از تضادها روبرو کرد تا بدین ترتیب از خود پرسد، چرا چنین رفتار می‌کند. واکنش بیمار نسبت به این نوع فشار روانی متفاوت است. ممکن است او با حالات دفاعی مانند بهانه تراشی، خشم، بی‌تفاوتی و اضطراب واکنش نشان دهد. درجه پذیرش بیمار از روبرویی، به نحوه‌ای که درمانگر عمل می‌کند بستگی دارد. اگر درمانگر این روبرویی را با مهربانی و بدون سرزنش و قضاوت اخلاقی انجام دهد، بیمار آن را بهتر می‌پذیرد.

**تفسیر:** برای ایجاد بینش در بیمار تفسیر اهمیت فراوان دارد. این کار حمله مستقیمی به سنگرهای دفاعی بیمار گونه‌ای است که او را از احساس آگاهانه و مستقیم اضطراب محفوظ می‌دارد. البته تفسیر می‌تواند خطرناک نیز باشد، بدین معنی که تفسیر عجولانه و نادرست

ممکن است اضطراب بیمار را تشدید کند و در نتیجه مقاومت او را برای رسیدن به بینش کاهش دهد (شاملو، ۱۳۸۷).

**شیوه جمع آوری داده‌ها:** مراجع دختری ۲۶ ساله است که دانشجوی ترم ۵ کارشناسی ارشد می‌باشد. او طی ۱۶ جلسه (هر هفته دو جلسه ۲ ساعته) تحت درمان با تداعی آزاد و تحلیل رویا قرار گرفت. مراجع در اولین جلسه درمان و در پاسخ به سؤالات درمانگر اظهار داشت: "یک سال است که با یکی از هم اتاقی‌هایم خیلی صمیمی شده‌ام و هر دو بسیار به هم وابسته‌ایم. با اینکه خیلی به هم علاقه داریم اما تنها من هستم که دوست داشتمم را به او ابراز می‌کنم و محجوبه در برابر دیگران نسبت به من بی‌تفاوت است و همه تصور می‌کنند فقط من به او وابسته هستم. او از دوست داشتن من سوء استفاده می‌کند و مدام سعی در برانگیختن حس حسادت من دارد. در ضمن دوست ندارد من با دوستان دیگرم زیاد در رابطه باشم و در این مورد مدام با هم جرو بحث می‌کنیم. اضطرابم زیاد است، آنقدر که نمی‌توانم به کارهای پایان‌نامه‌ام برسم. از زمانی که او عقد کرده است، مشکلاتمان و دعوایمان بیشتر شده است"

**تدابیر تشخیصی:** ملاک تشخیصی برای اختلال شخصیت وابسته مطابق با (وابستگی، ترس از جدایی، احساس ناراحتی در تنها ماندن، عدم اعتماد به نفس) وجود اختلال شخصیت وابسته را در مراجع تأیید کرد. اضطراب و افسردگی از خصایص شایع همراه با وابستگی می‌باشد. بنابراین از مراجع آزمون افسردگی بک گرفته شد. نمره وی در پرسشنامه ۱۹ بدست آمد و نشان می‌دهد بیمار افسرده است. اجرای آزمون فرافکن رورشاخ برای مراجع حاکی از آن است که سازش یافتن بیمار با واقعیت بسیار خوب است. مراجع دختری است باهوش که خصوصیات عقلانی و انگیزه‌های طبیعی او تحت تأثیر شدید ترس و نگرانی‌های او قرار گرفته‌اند. شدت نگرانی او با عدم قدرت او در بیان احساسات عناد آمیزش ارتباط دارد و ادراک او تا اندازه‌ای تحت تأثیر تعارضات و جدال‌های درونی او قرار می‌گیرد. بیمار دختری است که ارتباط انسانی را فقط در چهارچوب سوء استفاده از خود می‌بیند و می‌پندارد همه مردم با حرف‌هایشان قصد فریب یکدیگر را دارند (خود بیمار اعتقاد دارد که دوستش از دوست داشتن او سوء استفاده می‌کند).



در عین حال که این تصورات را دارد به اندازه کافی ثبات شخصیت دارد که بداند ممکن است بعضی از این تصورات نابجا باشد ولی طرق برطرف کردن آن‌ها را نمی‌داند و هنگامی که میل دارد رابطه‌ای با دیگران داشته باشد (مثل رابطه با دوستش) نتیجه‌ای جز خودآزاری در پی آن نیست. نتایج نشان می‌دهد که بیمار تمایل دارد به این که وابسته باشد و از او محافظت به عمل آید ولی در عین حال از این تمایلات خود ناراضی است چون ترس از این که خشم خود را در روابط نشان دهد در او وجود دارد. در بیشتر پاسخ‌های بیمار نوعی درخواست کمک دیده می‌شود.

**تدابیر درمانی:** در جلسه‌های درمانی نتایج آزمون‌های انجام شده برای آزمودنی مورد نظر تفسیر شد. در ادامه درباره مهم‌ترین روابط مراجع که بیشترین تنش را برای او به همراه داشت بحث شد. این روابط شامل ارتباط او با دوست صمیمی‌اش است. هم‌اتاقی مراجع هم سن او و روابط آن‌ها با هم بسیار صمیمانه است. اما مراجع بیان می‌کند که مدتی است روابط آن‌ها به سردی می‌گراید و مدام با هم جرو و بحث دارند و علت این مشکل را در ازدواج کردن دوستش می‌داند. مراجع در بیان احساسات خود به دوستش از هر وسیله‌ای استفاده می‌کند تا او را خوشحال نگه دارد. اما دوست او در برابر دیگران نسبت به مراجع بی‌تفاوتی نشان می‌دهد و این باعث شده تا اطرافیان تصور کنند وابستگی این دو نفر به هم تنها از جانب مراجع است. مراجع از حدود یک سال پیش که با دوستش بسیار صمیمی شده است افت معدل شدیدی داشته و به دروس خود اهمیت چندانی نمی‌دهد. کارهای پایان نامه‌اش به کندی پیشرفت می‌کند، اضطراب زیادی دارد و احساس درماندگی می‌کند. در مجموع می‌توان گفت حوزه‌های مسئله‌ساز در این فرد، وابستگی بیمار به دوستش، مجادله‌های بین فردی، افسردگی و اضطراب و پایین آمدن عملکرد بیمار است که باید در فرایند درمان مورد توجه قرار گیرد.

در مورد حوزه‌های مسئله‌ساز به مراجع توضیحات لازم داده شد تا بتواند توجه خود را به این موارد جلب کند. سپس درمانگر اطلاعات کاملی درباره تاریخچه فردی، خانوادگی، پزشکی و روابط اجتماعی مراجع و پیامدهای شناختی رفتاری و عاطفی و تاثیر منفی‌ای که وابستگی بر کارکرد روانی اجتماعی بیمار داشته، جمع‌آوری نمود. در ادامه به مراجع درباره

ماهیت روان‌درمانی توضیح داده شد، این که هفته‌ای ۲ بار ملاقات با مراجع ضروری است. درمانگر اطمینان خاطر داد که در هفته‌های اول درمان در حد فاصل جلسات هفتگی، بیمار می‌تواند در مواقع ضروری به صورت تلفنی با او در تماس باشد. با مراجع درباره قرارداد درمانی مبنی بر همکاری و حضور فعال وی در فرایند درمان (جلسات تعیین شده هفتگی) و به‌کارگیری تکالیف درمانی در حد فاصل جلسات درمانی بحث شد. در نهایت، پس از ارزیابی‌ها و این که حوزه مسئله تعریف شد، بیمار و درمانگر یک قرارداد درمانی مکتوب تنظیم کردند که در آن حوزه مسئله‌ساز و همچنین انتظارات و نقش هر یک در خلال درمان مشخص شد. درمانگر به مراجع توضیح داد که حضور فعال و مرتب وی در فرایند درمان لازم و ضروری است. اهمیت و ضرورت انجام تکالیف داده شده از سوی درمانگر در صورت نیاز در خلال جلسات درمانی به مراجع گوشزد شد. از جلسات سوم درمان به بعد درمانگر به شناسایی دقیق‌تر مسائل بین فردی و روابط مراجع با دوستش و ارتباط آن با افراد مهم خانواده اصلی بیمار پرداخت. از مراجع خواسته شد موارد مهمی از ارتباط خود با دوستش را بیان کند. برای مثال (۱) یک روز که دوستم برای انجام کارهایش به آزمایشگاه دانشگاه رفته بود. من مثل همیشه در اتاق تنها بودم و برای این که او ناراحت نشود به سراغ دوستان دیگرم نرفتم. اتاق را مرتب کردم، تخت خواب او را درست کردم و لباس‌هایش را جمع کردم. به سرعت نهار درست کردم و منتظر آمدنش شدم. خیلی دیر آمد و زمانی که آمد من با اشتیاق به سمتش رفتم و به او گفتم همه کارها را انجام داده‌ام و منتظر آمدنش بودم. او را بوسیدم. خیلی بی‌تفاوت به سمت تختش رفت و گفت چرا بیخودی زحمت کشیدی اصلاً نیازی نبود، خودم هم می‌توانستم تمام این کارها را انجام دهم. با این که می‌دانستم خوشحال شده اما حتی از من تشکر هم نکرد. درباره مثال ذکر شده از بیمار خواسته شد که احساس خود را درباره رفتار دوستش بیان کند. وی گفت احساس ناراحتی داشتم. او طوری وانمود کرد که اصلاً کار من ارزش نداشته است.

مثال (۲): چند روزی بود که کارهای پایان‌نامه‌اش تمام شده بود و برای تعطیلات به خانه رفته بود. به تمام پیام‌هایم جواب نمی‌داد. البته خودش چند باری به من زنگ زد. و همه‌اش از این که با شوهرش کجاها رفته و چه کارها کرده صحبت کرد. آنقدر حرف برای صحبت

کردن داشت که من مانده بودم. از من حال هم اتاقی‌هایم را پرسید اما حتی یک بار سؤال نکرد تو چطوری؟ کارهای پایان‌نامه‌ات چطور پیش می‌رود؟ آخر هم مثل همیشه سر مسائل کوچک با هم بحث کردیم و بعد من کلی گریه کردم. احساس می‌کنم او اصلاً مرا درک نمی‌کند. شاید هم خوشش می‌آید مرا اذیت کند.

بعد از تعریف کردن نمونه‌ها از مراجع خواسته شد انتظارات خود را از دوستش بیان کند و سپس درباره معقول بودن یا نبودن آن‌ها بحث شد. نکته دیگری که به مراجع یادآوری شد، بیان احساسات مثبت یا منفی خود به شیوه محترمانه در موقعیت‌های مختلف است و دعوت او از طرفین رابطه به بیان چنین احساساتی است. ضمن آگاهی از روابط فعلی مراجع سعی شد تا روابط پیشین مراجع در خانواده اصلی در دوران کودکی هم بررسی شود. در نتیجه از مراجع درباره روابط گذشته دور خود با پدر و مادرش سؤال شد.

مثال ۳: پدرم مردی مهربان و در عین حال بسیار سخت‌گیر است که به درس و پیشرفت فرزندانش بسیار اهمیت می‌دهد. من از ابتدا زیاد با پدرم احساس راحتی نمی‌کردم انگار با او رودربایستی داشتم و بیشتر اگر تقاضایی از پدرم داشتم آن را از طریق مادرم مطرح می‌کردم. مادرم مهربان است و با او احساس راحتی بیشتری دارم. روابطم با پدر و مادرم خوب است اما خیلی صمیمانه نیست.

مراجع در صحبت‌هایش به زمان بیماری پدرش اشاره کرد. دوره بیماری پدر را زیاد به خاطر ندارد. در آن موقع حدوداً ۴ یا ۵ ساله بوده و تنها به خاطر دارد که مادرش زیاد به اهواز می‌رفته و آن‌جا می‌مانده و بعدها فهمیده که آن موقع‌ها پدرش در کما بوده است. خانم خودش اظهار می‌دارد که بیشتر برادر بزرگش از بیماری پدر آسیب دیده است. چون در آن موقع بزرگتر از بقیه بوده است. امکان آن هست که در زمان نبودن پدر، که مراجع در دوره حساسی از لحاظ رشد روانی-جنسی قرار داشته است (تعارض ادیپال)، از محبت و توجه کافی پدر برخوردار نشده است.

در مرحله بعد از مراجع خواسته شد که چند مورد از خواب‌هایش را تعریف کند. رویاها منابع مهمی هستند. اکثر رویاها تمایلات و احساسات دورنی و نهفته ما را به صورت نمادین

مطرح می‌کنند و می‌توانیم با تعریف کردن عناصر مهم آن و ارتباطشان با زندگی واقعی به سرنخ‌های مهمی برسیم.

خواب (۱): خواب دیدم که بچه‌ای سقط شده بود و من تمام مدت فکر می‌کردم که این بچه من است و نگران بدم که چطور این موضوع را به خانواده‌ام بگویم. خیلی ترسیده بودم. اما نمی‌دانم چه شد که یک دفعه فهمیدم این بچه برای من نبوده و بچه کس دیگری است. به کمک مراجع و با توجه به تعریف عناصر مهم خواب می‌توان استنباط کرد که بیمار احساس ناامنی دارد و دوست دارد از طرف دوست صمیمی‌اش مورد توجه و محبت قرار گیرد. اما در عین حال نسبت به دوستش خشم پنهانی دارد و از او ناراحت است. مراجع بیش از پیش به اهمیت خواب‌هایش پی برد. و نسبت به این موضوع آگاه شد که احساس رهایی و ناامنی که در خود دارد، او را نسبت به طرد شدن حساس کرده است. مراجع نسبت به این موضوع که در وابستگی زیاد به دوستش به دنبال تأیید و محبت است، بینش پیدا کرد و اذعان داشت که این روند باید در او تغییر کند.

خواب (۲): خواب دیدم با یکی از دوستان دوره دبیرستانم داریم جایی از پله‌ها بالا می‌رویم. بعد من یک دفعه از پله‌ها می‌افتم و پایم خونی می‌شود و دوستم خیلی برایم گریه می‌کند. دوست دوران دبیرستانم که اصلاً از او خبر ندارم در خواب‌هایم هست ولی محجوبه نه.

عامل مشترکی که در هر دو خواب مراجع واضح است احساس ناامنی و ترس از طرد شدن توسط دیگران به خصوص دوستش است. این خواب نشان می‌دهد چون مراجع در بیرون منبعی برای حمایت نیافته است در خواب‌هایش به جست و جوی کسی گشته که برای او دلسوزی کند.

### ابزارهای پژوهش

۱. **آزمون رورشاخ:** این آزمون یکی از آزمون‌های فرافکن است که توسط هرمن رورشاخ<sup>۱</sup> روان‌پزشک سوئیسی ابداع شد. محرک‌های آزمون رورشاخ از ۱۰ تصویر تشکیل شده که برای اولین بار در سال ۱۹۲۱ با انتشار رساله معروف رورشاخ به نام تشخیص روانی

---

1. Herman Rorschach

برای عموم در معرض نمایش قرار گرفت. پژوهش‌هایی که به منظور هنجاریابی رورشاخ در جمعیت بهنجار صورت پذیرفته‌اند، اعتبار این آزمون را مورد تأیید قرار داده‌اند (اکسندر، ۲۰۰۱؛ وینر، ۲۰۰۱؛ میر و همکاران، ۲۰۰۲). بررسی‌های میر و همکاران (۲۰۰۲) نیز نشان داده‌اند که قابلیت اعتماد بین آزمونگرها در نمره‌گذاری سیستم جامع اکسندر بسیار بالاست. میانگین همبستگی‌های دورن طبقه‌ای در ۸ پژوهش از ۰/۸۲ تا ۰/۹۲ گزارش شده است. همچنین بررسی‌های به عمل آمده در زمینه توان تشخیصی آزمون رورشاخ در تمایز اختلال‌های شخصیت (بلایس، هیلسن رس، کاستلبری، فولر و بایتی<sup>۲</sup>، ۲۰۰۱) نشان داده‌اند که توان تشخیصی آزمون رورشاخ با آزمون‌های معتبر عینی برابری می‌کند.

**۲. آزمون افسردگی بک<sup>۳</sup>:** در سال ۱۹۶۱ این پرسشنامه ابتدا توسط بک ساخته شد، در سال ۱۹۷۱ فرم اولیه تجدید نظر و به مرکز شناخت درمانی CCI معرفی گردید و سرانجام در سال ۱۹۷۸، منتشر شد. این پرسشنامه ۲۱ سؤال دارد و برای سنجش شدت افسردگی در نوجوانان و بزرگسالان، طراحی شده است. هر سؤال بر روی یک مقیاس ۴ درجه‌ای، از ۰ تا ۳ مشخص می‌شود. حداکثر کل نمرات ۶۳ و حداقل صفر است. این پرسشنامه در سال ۱۹۶۱ بر روی جمعیت آمریکا و سپس بر روی جمعیت انگلیس و در سال ۱۹۷۲ نیز بر روی جمعیت ایران مورد مطالعه قرار گرفت و اجرا کنندگان این پرسشنامه را دارای اعتبار کافی به منظور تشخیص و پیش‌بینی افسردگی دانستند. ساردوئی (۱۳۷۳) بر روی یک نمونه ۹۰۰ نفری از دانش‌آموزان دبیرستان‌های شهر تهران ضریب آلفای حاصل برای سنجش همسانی درونی پرسشنامه با ضریب ۰,۷۸ و ضریب پایانی آزمون در آزمون-آزمون مجدد ۰,۸۶ بدست آورد که در سطح ۰,۰۰۱ معنادار بوده است.

**۳. پرسشنامه سبک‌های دفاعی<sup>۴</sup>:** این پرسشنامه بر اساس الگوی سلسله مراتبی دفاع‌ها ساخته شده است. DSQ نخستین بار توسط باند و همکارانش به منظور بررسی مکانیزم‌های دفاعی در افراد بهنجار و بیمار در سال ۱۹۸۳ تدوین گردید. باند و همکارانش با استفاده از

1. Exner
2. Blais, .Hilsenroth, Castlebury, Fowler & Baity
3. Beck Depression Inventory
4. Defense Style Questionnaire

روش‌های تحلیل عاملی، ۴ سبک دفاعی را در سطح مکانیزم‌های دفاعی مشخص کردند که عبارتند از: سازش‌نیافته، تحریف تصویر ذهنی، خود قربانی و سازش‌یافته. آندروز و همکاران ۱۹۸۹ با توجه به طبقه بندی DSM III-R و تعاریف ارائه شده در مورد مکانیزم‌های دفاعی، DSQ را مورد تجدید نظر قرار دادند و در نهایت DSQ-72 را ساختند. این نسخه جدید ۷۲ سؤالی ۲۰ مکانیزم دفاعی را در سه سطح رشدیافته، روان‌آزرده و رشد‌نیافته مورد ارزیابی قرار می‌داد. با توجه به مشکلات DSQ-72 نسخه جدید دیگری DSQ-40 توسط آندروز و همکاران در سال ۱۹۹۳ تدوین گردید که شامل ۴۰ سؤال بود و ۲۰ مکانیزم دفاعی را در سه سطح رشدیافته، روان‌آزرده و رشد‌نیافته مورد ارزیابی قرار می‌داد (آندروز و همکاران، ۱۹۹۳، سینا و واتسون، ۲۰۰۴).

### یافته‌های پژوهش

پس از صحبت درباره مشکلات مراجع و تفسیر خواب‌های او، بیمار کم‌کم به علل مشکلات خود بینش پیدا می‌کند. در طول تداوی آزاد جلسات گاهی تکالیفی مانند فهرست کردن نیازهای هیجانی و اجتماعی، فهرست کردن موارد مثبت در خود و... به مراجع داده می‌شد که هدف از انجام آن‌ها توجه بیشتر مراجع به نیازهای خود و اهمیت در نظر گرفتن موارد مثبت در خودش برای بالا بردن اعتماد به نفس بود.

به مراجع توضیح داده شد که هر چه مشارکت بیشتری در طول فرایند درمان بر عهده داشته باشد، بیشتر و بهتر می‌تواند به علل مشکلات خود بینش پیدا کند. بر مبنای جلسات درمانی که مراجع و درمانگر داشته و بر اساس شناخت نقاط قوت و ضعف مراجع در زمینه‌های خاص درمانگر به مراجع توصیه کرد با بالا بردن اعتماد به نفس در خود و داشتن وابستگی بهنجار در روابط دوستانه بر حل مشکلات خود توانا شود. از مراجع خواسته شد تا درباره رویدادهایی که ممکن است در آینده منجر به برگشت احساس ناامنی و طرد شدن در وی شود صحبت کند تا بتواند با کمک درمانگر برنامه‌ای برای برخورد با این موقعیت‌ها را تدوین کنند.

## بحث و نتیجه‌گیری

مطالعه حاضر بیانگر تأثیر روش روان‌درمانی مبتنی بر بینش در درمان وابستگی می‌باشد. در پژوهش حاضر نشانه‌های اختلال قبل و بعد از فرایند درمان با استفاده از مصاحبه بالینی و آزمون‌های روانشناختی ارزیابی شدند. در جلسات درمانی بر شناسایی علل وابستگی مراجع، تاریخچه روابط بین فردی بیمار در خانواده اصلی، نشانگان افسرده ساز مرتبط با حوزه مسئله ساز تأکید شد. بر این اساس از راهبردهای تداعی آزاد، تفسیر رویاء، مهارت‌های آرمیدگی و تمرین‌هایی برای افزایش اعتماد به نفس در مراجع استفاده شد. در فرایند درمان نشانه‌های اختلال و علائم افسردگی بهبود یافتند. یافته‌های پژوهش حاضر با نتایج پژوهش‌های انجام شده درباره بررسی اثر بخشی رویکرد روان‌درمانی مبتنی بر بینش بر در درمان وابستگی همسو می‌باشد.

نتایج پژوهش حاضر با مطالعات جوپلینگ (۲۰۰۱) در مورد اثر بخش بودن روان‌درمانی مبتنی بر بینش همسو می‌باشد. همچنین مطالعات اسپری (۲۰۰۳) نیز اثر بخشی روان‌درمانی مبتنی بر بینش را در اختلالات شخصیت نشان داده است.

در ارزیابی آنچه در درمان این مراجع روی داد، باید متذکر شد که به ندرت روان‌درمانی به این کوتاهی امکان‌پذیر است. بلکه در بیشتر موارد جلسات بیشتری لازم است تا بتوان نتیجه‌ای مشابه به این بدست آورد. یکی از علل کوتاه بودن مدت روان‌درمانی در این مراجع نبود حالت مقاومت شدید او در برابر روان‌شناس بود. به علاوه وی به طور مرضی از مکانیزم‌های دفاعی استفاده نمی‌کرد. بلکه تنها از مکانیزم دفاعی عقلانی‌سازی گاهی استفاده می‌نمود که خود در روند درمان به مراجع کمک نمود. همچنین میل و علاقه زیاد او به بهبودی، در تسریع روان‌درمانی کمک بسیاری کرد. مطلب دیگر این که روان‌شناس اجازه نداد مراجع زیاد به وی متکی شود بلکه او را وادار ساخت تا پاسخ سؤالات و مشکلاتش را خودش بیابد. رابطه فکری و عاطفی صحیح بین مراجع و روان‌شناس، در همان جلسات اول برقرار گردید و به علت ایجاد نشدن مقاومت، روان‌درمانی به آسانی از مراحل اول به مراحل میانه سوق داده شد. اگر موارد فوق پیش نمی‌آمد، احتمال داشت که دوره روان‌درمانی بسیار طولانی شود.

در مورد تغییراتی که در مراجع ایجاد شد، باید گفت که این دگرگونی‌ها بیشتر در قسمتی از شخصیت که کارکتر یا منش نامیده می‌شود، ایجاد شد. به این معنی که مراجع به تدریج درک کرد که در شخصیت او نوعی الگوی ثابت وابستگی مرضی وجود دارد، که راهنمای نوع روابط او با دیگران است. او فهمید که این الگوی بیمارگونه، در رابطه با دوست صمیمی‌اش به شدت ظاهر شده است و سبب دور شده او از بقیه دوستانش شده است. البته همان‌طور که گفته شد، تغییرات حاصله در این مراجع، در سطح تغییرات منش بود و تحولات عمیق ناخودآگاه صورت نگرفت و اما این که آیا بهتر می‌بود تحولات عمیقی صورت گیرد یا نه، موضوعی است که نمی‌توان به آن پاسخ داد. اما علت علاقه و سرعتی که وی در از بین بردن علائم بیماری و روابط ناسازگار با دیگران از خود نشان داد، روان‌درمانی تشخیص داد که او به هدف‌های مورد نظر رسیده است. گرچه ممکن بود در صورت ادامه درمان، تغییرات مفیدتری در او ایجاد شود اما به هر حال دسترسی به بیمار در مدت زمان کوتاهی ممکن بود.

اگرچه مطالعات بیشتری به منظور مقایسه نتایج روان‌درمانی بینش مدار لازم است اما نتایج این مورد مطالعه موردی نشان می‌دهد که روان‌درمانی مبتنی بر بینش یک درمان کارآمد در زمینه اختلال شخصیت وابسته قلمداد می‌شود.

### منابع

- خدایاری‌فرد، محمد و لطافت، حسین. (۱۳۸۴). *روان‌درمانی چیست؟*، تهران: انجمن اولیاء و مربیان جمهوری اسلامی ایران.
- شاملو، سعید (۱۳۸۷). *کاربرد روان‌درمانی*، چاپ چهارم، تهران: رشد.
- کاپلان و سادوک. (۱۳۸۹). *خلاصه روانپزشکی علوم رفتاری - روانپزشکی بالینی*، جلد ۳، چاپ اول، ترجمه فرزین رضاعی، تهران: انتشارات ارجمند، ص ۴۷.

Blais, M. A, Hilsenroth, M. J. Castlebury, F. Fowler, J. C, & Baity, M. R. (2001). Predicting *DSM-IV* cluster B, personality disorder criteria from MMPI-2 and Rorschach data: A test of incremental validity. *Journal of Personality Assessment*, 76, 150-168.



- Dimaggio, G. Semerari, A. Carcione, A. Nicolo, G. & Procacci, M. (2007). Psychotherapy of personality disorder (metacognition, states of mind and interpersonal cycles, *London & New York: Routledge*.
- Eskedal, G. A. & Demetri, J. M. (2006). Etiology and treatment of cluster C Personality disorders. *Journal of Mental Health Counseling*, 28, 1-18.
- Faith, CH. (2009). Dependent Personality Disorder: A Review of Etiology and Treatment, *Graduate Journal of Counseling Psychology*, Vol. 1: Iss. 2, Article 7.
- Jopling, D. (2001). Placebo Insight: The Rationality of Insight-Oriented Psychotherapy, John Wiley & Sons, Inc. *J Clin Psychol* 57: 19–36.
- Oldman, J.M. Skodol, A.E. & Bender, D. (2009). Essentials of personality disorder, *American psychiatric publishing Inc., Washington, DC*.
- Perry, J. C. (2005). Dependent personality disorder. In G. O. Gabbard, J. S. Beck & J. Holmes (Eds.), *Oxford Textbook of Psychotherapy* (pp. 321-328). Oxford, NY: Oxford University Press Inc.
- Sperry, L. (2003). Handbook of diagnosis and treatment of DSM-IV-TR Personality disorders (2nd Ed.). *New York: Brunner-Rutledge*.
- Wallerstein, R. (1995). The talking cures: The psychoanalyses and the psychotherapies. *New Haven, CT: Yale University Press*.