

## اثربخشی روان‌درمانی پویشی فشرده و کوتاه‌مدت بر کاهش علائم و مکانیسم‌های دفاعی اختلالات شخصیت وسواسی-جبری و اجتنابی

تاریخ دریافت: ۹۹/۱۰/۱۵ - تاریخ پذیرش: ۱۴۰۰/۰۱/۲۷

### خلاصه

#### مقدمه

روان‌درمانی پویشی فشرده و کوتاه‌مدت (ISTDP) یکی از درمان‌های موثر برای اختلالات شخصیت است. پژوهش حاضر با هدف اثربخشی روان‌درمانی پویشی فشرده و کوتاه‌مدت بر کاهش علائم و مکانیسم‌های دفاعی اختلالات شخصیت وسواسی-جبری و اجتنابی انجام شد.

#### روش کار

پژوهش حاضر در زمره پژوهش‌های شبه‌آزمایشی با طرح تک‌آزمودنی (A-B-A) است. از جامعه آماری افراد مبتلا به اختلالات شخصیت وسواسی-جبری و اجتنابی شهر تهران، ۶ نفر که تشخیص دو اختلال شخصیت وسواسی-جبری و اجتنابی را دریافت می‌کردند به روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب شدند. ابزار مورد استفاده در پژوهش حاضر عبارت بودند از: سیاهه چند محوری بالینی میلون-۳ (MCMIII)، پرسشنامه سازوکارهای دفاعی-۴۰ و مصاحبه بالینی ساختاریافته برای اختلالات DSM (SCID). همچنین، پروتکل روان‌درمانی پویشی فشرده و کوتاه‌مدت مطابق با رویکرد دونلو (۱۹۹۵، ۲۰۰۰) روی نمونه‌ی پژوهش اجرا شد. سنجش آزمودنی‌ها پس از ارزیابی خط پایه، هر ۳ جلسه یکبار صورت گرفت و پس از اتمام جلسات درمانی، ۳ ارزیابی پیگیری با فواصل یک‌ماهه انجام شد. داده‌ها با استفاده از نمودار چشمی و آزمون فریدمن و نسخه ۲۴ نرم‌افزار SPSS تحلیل شدند.

#### نتایج

یافته‌های حاصل از به دست آمده نشان داد که درمان روانپویشی فشرده و کوتاه مدت سبب کاهش نشانه‌های اختلالات شخصیت وسواسی-جبری و اجتنابی می‌شود ( $p < 0/05$ ). همچنین، این درمان بر کاهش مکانیسم‌های دفاعی پخته، ناپخته و نوروتیک در افراد با اختلال شخصیت وسواسی-جبری و اجتنابی معنادار بود ( $p < 0/05$ ).

#### نتیجه‌گیری

مطابق با یافته‌های به دست آمده می‌توان نتیجه گرفت که درمان روانپویشی فشرده و کوتاه‌مدت بر کاهش علائم و مکانیسم‌های دفاعی اختلالات شخصیت وسواسی-جبری و اجتنابی تأثیر معناداری دارد.

#### کلمات کلیدی

روان‌درمانی پویشی فشرده و کوتاه‌مدت، اختلال شخصیت وسواسی-جبری، اختلالات شخصیت اجتنابی، مکانیسم‌های دفاعی، اثربخشی  
**پی‌نوشت:** این مطالعه فاقد تضاد منافع می‌باشد.

بهمن معظمی<sup>۱</sup>

نادر منیرپور\*<sup>۲</sup>

حسن میرزاحسینی<sup>۳</sup>

<sup>۱</sup> دانشجوی دکتری گروه روانشناسی، واحد قم، دانشگاه آزاد اسلامی، قم، ایران.

<sup>۲</sup> گروه روانشناسی، واحد قم، دانشگاه آزاد اسلامی، قم، ایران

<sup>۳</sup> گروه روانشناسی، واحد قم، دانشگاه آزاد اسلامی، قم، ایران

\* گروه روانشناسی، واحد قم، دانشگاه آزاد اسلامی، قم، ایران

Email: monirpoor@qom-iau.ac.ir

## مقدمه

اختلال شخصیت الگوی با دوام تجربه درونی و رفتار است که بطور چشمگیری از انتظارات فرهنگ فرد منحرف می‌شود، فراگیر و انعطاف‌ناپذیر است، در نوجوانی یا اوایل بزرگسالی شروع می‌شود، با گذشت زمان پایدار است و به ناراحتی یا اختلال منجر می‌شود (۱). اختلال شخصیت، اختلالی شایع و مزمن است؛ حدود نیمی از بیماران روان‌پزشکی دچار اختلالات شخصیت هستند که اغلب همراه با اختلالات محور I است. همچنین، اختلالات شخصیت عامل زمینه‌ساز سایر اختلالات روان‌پزشکی بوده و در نتایج درمانی سندروم‌های محور I تداخل می‌کنند (۲). در ایالات متحده آمریکا ۹/۱ درصد جمعیت با یک اختلال شخصیت تشخیص داده شده‌اند و در سطح جهان تخمین زده می‌شود ۱۰ درصد جمعیت دچار اختلال شخصیت هستند (۳).

طبقه‌بندی تشخیصی و آماری اختلالات روانی-ویرایش پنجم (DSM-5)؛ اختلالات شخصیت را به سه دسته یا خوشه A، B و C دسته‌بندی می‌کند که هر خوشه خصوصیات بالینی مشترکی دارند. در این میان، خوشه C در بردارنده سه اختلال شخصیت وابسته، وسواسی-جبری و اجتنابی می‌باشد (۱-۲). اختلال شخصیت وابسته فراوان‌ترین اختلال شخصیت است که درمانگاه‌های بهداشت روانی با آن مواجه هستند (۴). افراد مبتلا به اختلال شخصیت اجتنابی، دارای ویژگی‌هایی چون اجتناب از موقعیت‌های اجتماعی و ترس از ارزیابی منفی هستند که با الگوی فراگیر بازداری اجتماعی، احساسات ناشایستگی و حساسیت مفرط به ارزیابی منفی توصیف می‌شوند. اختلال شخصیت وسواسی-جبری نیز الگوی فراگیر دل‌مشغولی به نظم، کمال‌گرایی، و کنترل روانی و بین‌فردی، به قیمت انعطاف-

پذیری، گشودگی، و کارایی است (۱). کمال‌گرایی به عنوان تمایلی برای تنظیم و پیگیری معیارهای بالای غیرواقعینانه و خودارزیابی‌های کاملاً انتقادی، یکی از ویژگی‌های مهم اختلال شخصیت وسواسی-جبری است. اختلال شخصیت وسواسی-جبری شامل الگویی مزمن و ناسازگارانه از کمال‌گرایی مفرط، اشتغال زیاد به خط‌کشی‌ها و جزئیات و نیاز به کنترل محیط است که به پریشانی یا اختلال قابل ملاحظه، مخصوصاً در حوزه عملکردهای بین شخصی منتهی می‌شود. افراد مبتلا به این اختلال، اغلب به عنوان افرادی سخت (انعطاف‌ناپذیر) و بسیار کنترل‌کننده شناخته می‌شوند؛ آن‌ها استراحت را سخت می‌یابند؛ خود را ملزم می‌دانند فعالیت‌های هر دقیقه خود را برنامه‌ریزی کنند و زمان‌های بدون برنامه را غیرقابل تحمل می‌یابند (۵).

اختلال‌های شخصیت خوشه C با شیوع تقریباً ۱۰/۲ درصد در جمعیت عمومی و بیش از یک نفر از هر دو نفر در جمعیت بالینی، شایعترین اختلال‌های شخصیت هستند و هزینه‌های گراف اجتماعی و کیفیت زندگی پایین‌تر را به همراه دارند (۶). افراد دچار اختلالات شخصیتی توانایی بالایی در مهار احساسات منفی خود دارند؛ برای مثال، افراد با اختلال شخصیت اجتنابی به منظور جلوگیری از تحقیر یا طرد شدن احساسات و واکنش‌های هیجانی خود را نسبت به دیگران سرکوب می‌کنند یا افراد با اختلال شخصیت وسواسی-جبری، هیجان‌های خود را غیر قابل پذیرش دانسته و از ابراز آن‌ها جلوگیری می‌کنند (۷). به این ترتیب، مطابق با رویکرد روان‌درمانی پویایی فشرده و کوتاه‌مدت (ISTDP)؛ دفاع‌های شدیداً خودهمخوان معمولاً زیربنای اختلالات شخصیت هستند و باعث سرکوب احساسات شده و در نتیجه می‌تواند منجر به آسیب شناسی شخصیت در

تمام روابط آتی باشد (۸). از این رو، با کنار گذاشتن دفاع، تربیت شخصیتی فرد آغاز می شود. بنابراین، تغییرات شخصیتی به معنی کاهش یا از بین بردن مقاومت بر علیه تجربه احساسی و نزدیکی هیجانی می باشد (۹).

ISTDP را دوانلو طی چهل سال گذشته تدوین نمود و هدف آن رهایی کامل بیمار از اختلالات نشانه‌ای و همچنین تغییرات چند بعدی ساختاری منش<sup>۲</sup> است. این درمان بر پایه‌های ارزیابی دقیق علائمی که بیمار از آن‌ها شکایت دارد و انتقال به عنوان راهنمایی برای یافتن ریشه‌های ناخودآگاه آن علائم بنا نهاده شده است. از جمله مشترکات الگوی دوانلو و تفکر روان تحلیلی در درمانگری می توان به ۱. پذیرش اهمیت تجربه احساسات واقعی، ۲. پذیرش مقاومت، ۳. پذیرش دیدگاه فروید در خصوص اضطراب و ۴. پذیرش مثلث های تعارض و شخص اشاره کرد (۱۰).

ISTDP بر استفاده درمانگر از چارچوب درمان برای شکل دادن فضای انتقالی اشاره دارد که در آن به سرعت مسائل ناخودآگاه ارتباطی بیمار در ارتباط با درمانگر ظاهر و تکرار شده و درمانگر آن‌ها را در ارتباط با نشانه‌هایی که بیمار از آن‌ها شکایت دارد، در چارچوب انتقال و با استفاده از انتقال متقابل و سایر تکنیک‌های درمان رابطه با ابژه تعبیر می کند، این تجربه مشترک بین بیمار و درمانگر، مجموعه‌ای از آگاهی‌ها برای بیمار فراهم می آورد که سابقاً برای بیمار در دسترس نبوده و منجر به کاهش نشانگان اختلال، کاهش کلی علائم روان پزشکی و افزایش کارکرد اجتماعی می شود (۹).

براساس مبادی نظری این فن، هنگامی که بیمار با آنچه قبلاً از آن می گریخته است هشیارانه روبرو می شود، دیگر به دفاع‌هایی تکیه نخواهد کرد که ماهیتی واپس رونده و خود شکست

جویانه دارند. در این شرایط "من" خودمختاری خود را به دست می آورد، و بیمار قادر می شود در بالاترین سطح توانایی-های خود زندگی کند (۱۰). از این رو، هدف اصلی، هدایت بیماران به روند تعارضات هیجانی‌شان است تا با تکانها و احساسات با کمترین اضطراب و دفاع ارتباط برقرار کنند (۱۱). بیمار در این رویکرد با رفع تعارضات ناهوشیار خویش، شیوه‌های رضایت بخش تری برای رفع مشکلات می یابد (۱۲). در واقع، موضع فعال درمانگر و به کارگیری درست روش‌ها در این موضع سبب می شود تا بیمار یا مراجع در کوتاه ترین زمان، عمق احساسات و افکار خود را شناسایی و لمس نماید (۱۳).

پژوهش‌ها و فراتحلیل‌های متعدد نیز گواه بر اثربخشی درمان تحلیلی و پویایی بر اختلالات شخصیت می باشد (۱۵-۱۴-۱۶-۱۷). برای مثال، کرنلیسون (۱۴) در مطالعه ۲۴ هفته‌ای به بررسی اثربخشی روان درمانی پویایی کوتاه مدت فشرده بر اختلالات شخصیت بر بیماران با تشخیص اختلالات شخصیت که قبلاً به درمان مقاومت نشان داده بودند، دریافت که اثربخشی این درمان، زیاد و با ثبات است. نتایج پژوهش سولباکن و عباس (۱۵) بر روی ۹۵ بیمار با اختلالات شخصیت نشان داد که روان درمانی پویایی کوتاه مدت فشرده بر این بیماران تأثیر معناداری داشته و پیگیری ۱۴ ماه پس از درمان نیز نشان داد که بهبودی بیماران پایدار بوده است. تحلیل یافته‌ها در این تحقیق بر روی بیماران خوشه C نشان داد که کاهش علائم و روند بهبود پس از هشت هفته درمان معنادار بوده و در پیگیری ۱۴ ماهه برای دو اختلال وسواسی اجباری و اجتنابی بهبودی پایدار بود. همچنین، یافته‌های پژوهش عباس و همکاران (۱۶) نشان داد که روان درمانی پویایی کوتاه مدت فشرده در ۲۷ بیمار دارای اختلالات شخصیت با ملاک‌های DSM4 معنادار بوده و پیگیری بلندمدت این بیماران نیز نشان داد که ۸۳ درصد علائم

بالاتر از خط پرش) و اسکیزوفرنی و اختلال‌های مرتبط براساس ملاک‌های تشخیصی DSM-5 و ابتلای همزمان به بیماری‌های جسمانی خاص و یا عقب ماندگی ذهنی و یا جسمانی می‌شد. ابتدا انتخاب اولیه بر اساس تشخیص روانپزشک مبنی بر وجود اختلال شخصیت وسواسی-جبری و اجتنابی صورت گرفت. در جلسه اول تاریخچه فردی و خانوادگی و احتمال وجود اختلالات محور یک بررسی شد. در صورت نداشتن ملاک‌های خروج و داشتن ملاک‌های ورود، پرسشنامه میلون-۳ بعد از جلسه اجرا شد. در جلسه دوم بعد از یک هفته ضمن بررسی اقدامات طول هفته و ارزیابی ملاک‌های ورود و خروج، پس از جلسه پرسشنامه میلون اجرا شد. در جلسه سوم ضمن ارزیابی مجدد با مصاحبه ساختاریافته محور دو در صورت وجود ملاک‌های ورود و عدم وجود ملاک‌های خروج، پرسشنامه میلون اجرا شد. اگر در سه جلسه متوالی نمره شدت اختلال شخصیت میلون کمتر از ۷۵ میشد یا هر یک از ملاک‌های خروج را به دست می‌آورد بیمار از طرح پژوهش خارج میشد. آزمودنی‌های گمارده شده به خط پایه سه سنجشی، یک هفته بعد از آخرین جلسه وارد دوره درمان شدند. سپس در دوره درمان ۱۵ جلسه هفتگی، هر جلسه یک ساعت برای هر یک از آزمودنی‌ها انجام شد. جلسه اول دوره درمان (درمان آزمایشی) برای همه بیماران دو ساعت انجام شد. همچنین، فرایند درمان در همه جلسات برابر پروتکل روان درمانی پویایی کوتاه مدت فشرده هفت مرحله ای دوانلو (۱۹۹۵، ۲۰۰۰) انجام گرفت. در پایان جلسات درمانی اول، سوم، ششم، نهم، دوازدهم و پانزدهم پرسشنامه میلون اجرا شد. در نهایت، تحلیل داده‌ها با نمودار چشمی و تحلیل واریانس ناپارامتریک فریدمن صورت گرفت.

## ابزار

ابزارهای مورد استفاده در پژوهش حاضر عبارت بودند از:

اختلال شخصیت کاهش یافته بود. در ایران نیز یافته‌های پژوهشی واحدی و همکاران (۱۸)، نوروزی و همکاران (۱۳) و شکاری (۱۹) نشان داد که روان‌درمانی پویایی کوتاه مدت فشرده بر بهبود اختلالات شخصیت مؤثر بوده و موجب کاهش مکانیسم‌های دفاعی نابالغ و روان‌آزرده در این بیماران می‌گردد. با این حال در ادبیات تحقیقی در خصوص اثربخشی روان‌درمانی پویایی فشرده کوتاه مدت بر اختلالات شخصیت وسواسی-جبری و اجتنابی تاکنون تحقیقی صورت نگرفته، بنابراین پژوهش حاضر در پی بررسی اثربخشی روان‌درمانی پویایی فشرده کوتاه مدت بر کاهش علائم و مکانیسم‌های دفاعی اختلالات شخصیت وسواسی-جبری و اجتنابی می‌باشد.

## مواد و روش کار

این پژوهش به لحاظ هدف کاربردی و به لحاظ روش از جمله پژوهش‌های شبه‌آزمایشی با طرح سری‌های زمانی چند گروهی است. جامعه آماری پژوهش حاضر را تمام افراد مبتلا به اختلال‌های شخصیت وسواسی-جبری و اجتنابی در شهر تهران در سال ۱۳۹۸ تشکیل می‌دادند. از میان جامعه آماری فوق ۶ نفر که تشخیص دو اختلال شخصیت وسواسی-جبری و اجتنابی را بر اساس سیاهه چندمحوری بالینی میلون-۳ (MCMI-III)<sup>۱</sup> و مصاحبه بالینی ساختاریافته برای اختلالات DSM (SCID)<sup>۲</sup> بر اساس ملاک‌های DSM-5 دریافت می‌کردند به روش نمونه-برداری هدفمند از میان مراجعه‌کنندگان به دو کلینیک روانشناسی در شهر تهران انتخاب شدند. ملاک‌های ورود به پژوهش شامل سن بالاتر از ۱۸ سال و تحصیلات بالاتر از دیپلم و ملاک‌های خروج از پژوهش شامل دریافت روان‌درمانی یا دارو درمانی به طور همزمان و یا در طول یک تا دو سال اخیر، تشخیص اختلال‌های خلقی، اضطرابی و اختلال‌های تفکر و هذیانی براساس پرسشنامه چند محوری بالینی میلون-۳ (نمره

1 Millon Clinical Multiaxial Inventory-III

2 Structured Clinical Interview for DSM Disorders

۲۶، ۳۰، ۳۵، ۳۸، روان رنجور (گویه های ۱، ۷، ۲۱، ۲۴، ۲۸، ۳۲، ۳۹، ۴۰) و ناپخته (گویه های ۴، ۶، ۸، ۹، ۱۰، ۱۱، ۱۲، ۱۳، ۱۴، ۱۵، ۱۶، ۱۷، ۱۸، ۱۹، ۲۰، ۲۲، ۲۳، ۲۷، ۲۹، ۳۱، ۳۳، ۳۴، ۳۶، ۳۷) در یک طیف ۹ درجه ای لیکرت از کاملاً مخالفم = ۱ تا کاملاً موافقم = ۹ مورد ارزیابی قرار می دهد. آندروز و همکاران (۱۹۹۳) ضرایب آلفای کرونباخ را برای خرده مقیاس های پخته، روان رنجور و ناپخته در دو گروه سالم و اضطرابی به ترتیب ۰/۶۸، ۰/۵۸ و ۰/۸۰ گزارش کردند. در ایران حیدری نسب، منصور، آزاد فلاح و شعیری (۲۲) برای این ابزار ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۱ و ۰/۸۷ و همبستگی این ابزار را با ویژگی های شخصیتی براساس پرسشنامه تجدیدنظر شده شخصیت نئو ۲-به عنوان شاخصی از روایی این ابزار رضایت بخش گزارش کردند.

مصاحبه بالینی ساختاریافته برای اختلالات DSM (SCID) مصاحبه بالینی ساختاریافته برای اختلالات DSM (SCID) یک مصاحبه تشخیصی نیمه ساختاریافته است که تشخیص هایی را براساس DSM فراهم می آورد (فیرست و همکاران، ۱۹۹۷). SCID-II که اختلالات شخصیت در محور ۲ را ارزیابی می کند، مطالعات مختلفی حاکی از روایی و پایایی مطلوب آن است (۲۳). روایی محتوایی نسخه ی ترجمه شده آزمون در ایران در پژوهش بختیاری (۲۴) تایید شده و ضریب پایایی این آزمون نیز با استفاده از روش بازآزمایی به فاصله یک هفته ۰/۸۷ به دست آمد.

پروتکل روان درمانی پویایی فشرده و کوتاه مدت مطابق با رویکرد دوانلو (۱۹۹۵، ۲۰۰۰) هر هفته یکبار به مدت ۱۵ جلسه و هر جلسه به مدت یک ساعت بر روی نمونه ی پژوهش اجرا شد. در این رویکرد، مرحله اول درمان پرسش در خصوص مشکلات (مصاحبه اولیه و درمانگری)، مرحله دوم؛ فشار، مرحله

سیاهه چندمحوری بالینی میلون-۳ (MCMI-III) سیاهه چندمحوری بالینی میلون-۳ (MCMI-III) یک پرسشنامه خودگزارشی استاندارد شده است که دامنه گسترده ای از اطلاعات مربوط به شخصیت، سازگاری هیجانی و نگرش مراجعان به آزمون را می سنجد. نسخه اصلی این آزمون در سال ۱۹۷۷ توسط میلون تدوین و ارایه شد و از آن زمان تاکنون دو بار تجدید نظر شده است. میلون نقطه برش نرخ پایه ۸۵ یا بالاتر را به عنوان وجود قطعی ویژگی های مورد نظر تعیین کرد. نمره های BR ۷۵ یا بالاتر دلالت بر وجود ویژگی های یک اختلال دارند و نمره های BR پایین تر از ۷۵ نشان می دهد که برخی از ویژگی ها وجود دارند نه همه آنها. نسخه فعلی شامل ۱۷۵ ماده است که تحت ۲۸ مقیاس جداگانه و براساس ۴ طبقه بندی نمره گذاری می شود که عبارتند از: ۱) الگوهای بالینی شخصیت: شخصیت های اسکیزوئید، اجتنابی، افسرده، وابسته، نمایشی، خودشیفته، ضداجتماعی، آزارگر، اجباری، منفی گرا و خودناکام ساز (۲) الگوهای بالینی شدید شخصیت: شخصیت های اسکیزوتایپی، مرزی و پارانوئید (۳) نشانه های بالینی: اختلال های اضطرابی، شبه جسمانی، مانیک، افسرده خویی، وابستگی به الکل، وابستگی به مواد و استرس پس از ضربه و (۴) نشانه های بالینی شدید: اختلال های تفکر، افسردگی اساسی و هذیانی (۲۰) و شریفی (۲۱) ضرایب آلفای کرونباخ ۰/۸۵ تا ۰/۹۷ به عنوان شاخصی از همسانی درونی و ضرایب اعتبار ۰/۸۲ تا ۰/۹۸ به روش بازآزمایی را برای مقیاس های این پرسشنامه گزارش کرد.

پرسشنامه سازوکارهای دفاعی-۴۰

پرسشنامه سازوکارهای دفاعی-۴۰ که توسط آندروز و همکاران (۱۹۹۳) ساخته شده است و شامل ۴۰ گویه است که ۲۰ سازوکار دفاعی را در سه سطح پخته (گویه های ۲، ۳، ۵، ۲۵،

سوم؛ چالش، مرحله چهارم: مقاومت انتقالی، مرحله پنجم؛ ناهشیار است. خلاصه جلسات مطابق با رویکرد دوانلو (۱۹۹۵)، دستیابی مستقیم به ناهشیار، مرحله هفتم؛ کاوش پویایی در (۲۰۰۰) در جدول شماره ۱ ارائه شده است.

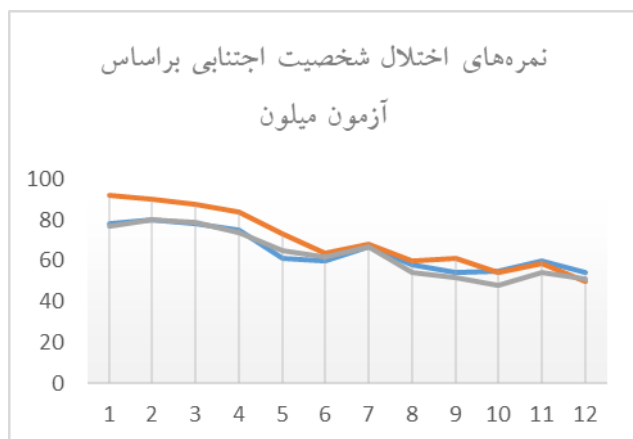
جدول شماره ۱. خلاصه مراحل روان‌درمانی پویایی فشرده کوتاه مدت

مراحل	عنوان جلسه	توضیحات
مرحله ۱	پرسش از مشکل بیمار	توالی پویایی ابتدا با پرسش درباره مشکل بیمار آغاز می‌شود. در اینجا توانایی بیمار در پاسخگویی و کاوش در خصوص ماهیت و عوامل مشکلش مشخص می‌شود.
مرحله ۲	فشار	معمولاً بیمار مشکلات و علائم خود را بصورت مبهم و نامشخص بیان می‌کند. در این مرحله بیمار در برابر فشار درمانگر برای پاسخ‌های مشخص‌تر و دقیق‌تر و شناخت ماهیت واقعی احساسات تجربه شده مانند خشم مقاومت نشان می‌دهد و درمانگر با درخواست شناخت دقیق و کامل چگونگی تجربه درونی بیمار از احساسات خود فشار را افزایش می‌دهد.
مرحله ۳	چالش با مقاومت	به دنبال فشار درمانگر بین مقاومت بیمار (میل به فرار از درد) و پیمان درمانی (میل به رهایی از مشکل) تعارض درون روانی ایجاد می‌شود و دفاعهای تاکتیکی و اصلی فعال می‌شوند. در این مرحله درمانگر ماهیت و پیامد آنها را برای بیمار روشن می‌کند و با مقابله کردن و سد کردن آنها، به چالش با آنها می‌پردازد.
مرحله ۴	تجلی مقاومت انتقالی و چالش با آن	چالش با مقاومت به برانگیختگی احساسات پیچیده انتقالی منجر می‌شود. درمانگر در این مرحله نیز با استفاده از روشن‌سازی و چالش در شکستن سیستمهای دفاعی وابسته به انتقال می‌کوشد. در این فرایند تنش درونی بین مقاومت و پیمان درمانی به حداکثر خود می‌رسد و این فرایند ادامه می‌یابد تا پیمان درمانی بر مقاومت غلبه کند و امکان رخنه در مواد آسیب‌ناهنشیار بیمار فراهم گردد.
مرحله ۵	دستیابی به ناهشیار با غلبه پیمان درمانی بر مقاومت	در این مرحله بیمار احساسات انتقالی خود را بطور واقعی لمس می‌کند. بهره‌گیری از تخلیل برای به تصویر کشیدن تکانه روشی است که در این مرحله برای دسترسی بیمار به تجربه کامل و ابراز هیجانات بکار می‌رود. در نتیجه درمانگر و بیمار هر دو می‌توانند نیروهای پویایی آسیب‌ناهنشیار را بطور مستقیم مشاهده کنند.
مرحله ۶	تحلیل انتقال	در این مرحله درمانگر با بکارگیری مثلث تعارض و مثلث شخص انتقال را تحلیل می‌کند. درمانگر همچنین شباهت‌ها و تمایزهای روش بیمار در دفاع از احساسات دردناک و اضطراب آور در روابط کنونی، گذشته و انتقالی وی را تحلیل می‌کند تا بیمار نسبت به سبک دفاع‌های خود در برابر احساسات و مشکلاتی که برای خود ایجاد می‌کرده بینش یابد تا بتواند از دفاعها دست بردارد.
مرحله ۷	کاوش پویایی در ناهشیار	در این مرحله به دلیل تسلط کامل پیمان درمانی رخنه‌های مکرر در احساسات ناهشیار رخ می‌دهد و احساسات ناهشیار خشم، گناه، اندوه و عشق افشای و تجربه می‌شوند. در این مرحله درمانگر فرایند توالی پویایی را تحلیل و تلخیص می‌کند و بینشی را که بیمار بدست آورده، مستحکم می‌سازد.



## نتایج

طول اجرای جلسات و در سه دوره پیگیری نسبت به خط پایه کاهش یافته است.



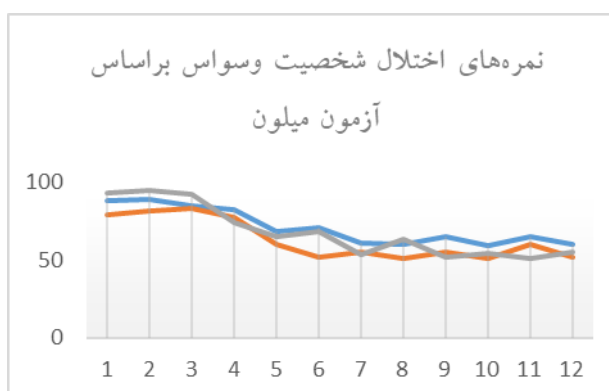
نمودار ۲. نمره‌های ۳ بار اندازه‌گیری خط پایه، جلسات اجرا ۳ و دوره پیگیری برای ۳ شرکت کننده دچار اختلال شخصیت اجتنابی

نمودار ۲ نشان می‌دهد که نمره‌های شرکت‌کننده‌ها در اختلال شخصیت اجتنابی براساس آزمون میلون در طول اجرای جلسات و در سه دوره پیگیری نسبت به خط پایه کاهش یافته است.

جهت بررسی تاثیر روان‌درمانی پویایی کوتاه مدت فشرده بر نشانه‌های اختلالات شخصیت و سواسی-جبری و اجتنابی از آزمون فریدمن استفاده شد (جدول ۱).

در هر دو گروه اختلال شخصیت و سواسی-جبری و اجتنابی ۳ نفر قرار داشتند. همچنین، در هر دو گروه ۲ نفر (۶۶/۷ درصد) از آزمودنی‌ها زن و ۱ نفر (۳۳/۳ درصد) مرد بودند. از لحاظ دامنه سنی، در دو گروه اختلال شخصیت و سواسی-جبری و اجتنابی ۲ نفر (۶۶/۷ درصد) در دامنه سنی بین ۳۶ تا ۴۵ سال و ۱ نفر (۳۳/۳ درصد) ۳۵ سال سن داشت.

در نمودار ۱ تا ۳، نمره‌های حاصل از ۳ بار اندازه‌گیری خط پایه، اندازه‌گیری در جلسات اول، سوم، ششم، نهم، دوازدهم و پانزدهم اجرای مداخله و ۳ دوره پیگیری (دوره-های ۱ ماهه) برای اختلال شخصیت و سواسی-جبری و اجتنابی براساس آزمون میلون نشان داده شده است.



نمودار ۱. نمره‌های ۳ بار اندازه‌گیری شرکت‌کنندگان دچار اختلال شخصیت و سواسی-جبری

نمودار ۱ نشان می‌دهد که نمره‌های شرکت‌کننده‌ها در اختلال شخصیت و سواسی-جبری براساس آزمون میلون در

جدول ۱. تاثیر روان‌درمانی پویایی کوتاه مدت فشرده بر نشانه‌های اختلالات شخصیت و سواسی-جبری و اجتنابی

متغیر	خی دو	درجه آزادی	سطح معناداری	تعداد
	۴/۶۶۷	۲	۰/۰۴۷	۳



میانگین رتبه	میان نمرات	مراحل زمانی
۳	۸۸	پیش آزمون
۱/۶۷	۵۵	پس آزمون
۱/۳۳	۵۵	پیگیری
۳	۰/۰۴	۲ ۵/۶۳۶
میانگین رتبه	میان نمرات	مراحل زمانی
۳	۷۸	پیش آزمون
۱/۸۳	۵۴	پس آزمون
۱/۱۷	۵۱	پیگیری

نشان داده و همان طور که مشاهده می شود در پیگیری نیز با میانه = ۵۱ روند کاهشی نمرات را نشان می دهد. به این ترتیب می توان اذعان داشت که درمان روانپوشی کوتاه مدت سبب کاهش نشانه های اختلال شخصیت وسواسی-جبری و وابسته هم در پس آزمون و هم در مرحله پیگیری می شود.

تاثیر درمان روانپوشی کوتاه مدت بر مکانیسم های دفاعی (پخته، ناپخته و نوروتیک) اختلالات شخصیت وسواسی-جبری و اجتنابی در جدول شماره ۲ ارائه شده است.

همان طور که در جدول شماره ۱ ارائه شده است، آزمون فریدمن تفاوت معناداری را بین مراحل زمانی نشان داد ( $p < 0/05$ ). در خصوص اختلال شخصیت وسواسی-جبری میانه نمرات نشان داد که نشانه های اختلال شخصیت وسواسی از پیش آزمون (میانه = ۸۸) به پس آزمون (میانه = ۵۵) کاهش نشان داده و همان طور که مشاهده می شود در پیگیری با میانه = ۵۵ بیانگر ماندگاری اثر کوتاه مدت این شیوه درمانی است. همچنین، در خصوص اختلال شخصیت اجتنابی نیز نمرات نشانه های اختلال شخصیت اجتنابی از پیش آزمون (میانه = ۷۸) به پس آزمون (میانه = ۵۴) کاهش

جدول ۲. تاثیر روان درمانی پویایی فشرده و کوتاه مدت بر مکانیسم های دفاعی (پخته، ناپخته و نوروتیک) اختلالات شخصیت وسواسی-جبری و اجتنابی

متغیر	مکانیسم های دفاعی	خی دو	درجه آزادی	سطح معناداری	تعداد
	پخته	۴/۶۶۷	۲	۰/۰۴۷	۳
	ناپخته	۵/۶۳۵	۲	۰/۰۴	۳
	نوروتیک	۳/۸۱۸	۲	۰/۱۴۸	۳
اختلال شخصیت وسواسی-جبری	مراحل زمانی	میان نمرات مکانیسم	درجه آزادی	میان نمرات مکانیسم	میان نمرات مکانیسم
		نوروتیک		ناپخته	پخته
	پیش آزمون	۶۵		۵۱	۴۵

۶۵	۴۱	۳۴	پس آزمون
۵۷	۳۹	۳۵	پیگیری
۳	۰/۰۴۷	۲	۴/۶۶۷ پخته
۳	۰/۰۴۷	۲	۴/۶۶۷ ناپخته
۳	۰/۰۲	۲	۶ نوروتیک
میانگین نمرات مکانیسم	میانگین نمرات مکانیسم	میانگین نمرات مکانیسم	مراحل زمانی
پخته	ناپخته	نوروتیک	اختلال شخصیت اجتنابی
۴۵	۶۱	۵۴	پیش آزمون
۵۶	۴۳	۳۰	پس آزمون
۵۴	۴۱	۳۲	پیگیری

و روند بهبود پس از هشت هفته درمان معنادار بوده و در پیگیری ۱۴ ماهه برای دو اختلال وسواسی اجباری و اجتنابی بهبودی پایدار بود، اما در اختلال شخصیت وابسته، به علت افت آزمودنی‌ها در پیگیری، نتیجه پایدار نبود.

کرنلیسون (۱۴) در مطالعه ۲۴ هفته‌ای به بررسی اثربخشی روان‌درمانی پویایی کوتاه‌مدت و فشرده بر بیماران با تشخیص اختلالات شخصیت که قبلاً به درمان مقاومت نشان داده بودند، دریافت که اثربخشی این درمان، زیاد و باثبات است. همچنین، یافته‌های پژوهش عباس و همکاران (۱۶) نشان داد که روان‌درمانی پویایی کوتاه‌مدت و فشرده در ۲۷ بیمار دارای اختلالات شخصیت با ملاک‌های DSM-4 تأثیر معناداری داشته و در پیگیری بلندمدت این بیماران نشان داد که ۸۳ درصد علائم اختلال شخصیت کاهش یافته بود.

علاوه بر این، در پژوهش اسوارتبرگ و همکاران (۲۵) نیز با هدف بررسی اثربخشی روان‌درمانی پویایی کوتاه مدت و درمان شناختی برای اختلال‌های شخصیت کلاستر C نشان داده شد که تمامی بیماران به طور متوسط از نظر آماری در کلیه‌ی مقیاس‌های مورد مطالعه شامل پریشانی، مشکلات بین‌فردی و نشانه‌های بیمارگون شخصیت در طول درمان و

همان طور که در جدول شماره ۲ ارائه شده است، آزمون فریدمن نشان داد که درمان روان‌پویایی کوتاه مدت بر مکانیسم‌های دفاعی افراد با اختلالات شخصیت وسواسی-جبری و اجتنابی معنادار بود ( $p < 0/05$ ).

### بحث و نتیجه گیری

پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی روان‌درمانی پویایی کوتاه‌مدت فشرده بر اختلالات شخصیت وسواسی-جبری و اجتنابی انجام شد. در ارتباط با علایم این اختلالات، یافته‌های به دست آمده نشان داد که روان‌درمانی پویایی فشرده و کوتاه‌مدت منجر به کاهش علایم در دو گروه از بیماران شد. یافته‌های این مطالعه همسو با مطالعات انجام شده (۱۴-۱۵-۱۶-۱۷-۲۵) در این زمینه است.

برای مثال، نتایج پژوهش سولباکن و عباس (۱۵) بر روی ۹۵ بیمار با اختلالات شخصیت نشان داد که روان‌درمانی پویایی کوتاه‌مدت و فشرده بر این بیماران تأثیر معناداری داشته و پیگیری ۱۴ ماه پس از درمان نیز نشان داد که در بهبودی بیماران پایدار بوده است. همچنین، تحلیل یافته‌ها در این تحقیق بر روی بیماران خوشه C نشان داد که کاهش علائم

همچنین در طی یک دوره پیگیری ۲ ساله پیشرفت چشمگیری داشتند. تغییرات قابل توجهی در نشانه‌های پریشانی پس از درمان برای گروه بیمارانی که روان درمانی پویایی کوتاه مدت دریافت کرده بودند مشاهده شد که برای بیماران شناختی درمانی پیدا نشد. همچنین، یافته‌های پژوهشی شکاری (۱۹)، واحدی و همکاران (۱۸) و نوروزی و همکاران (۱۳) نیز حاکی از این می‌باشد که روان درمانی پویایی کوتاه مدت فشرده بر بهبود اختلالات شخصیت مؤثر است.

در خصوص کاهش مکانیسم‌های دفاعی نیز یافته‌های به دست آمده نشان داد که روان درمانی پویایی فشرده و کوتاه مدت منجر به کاهش مکانیسم‌های دفاعی ناپخته و نورتیک و افزایش مکانیسم‌های دفاعی پخته در بیماران با اختلالات شخصیت وسواسی-جبری و اجتنابی شد. همسو با این یافته، یافته‌های پژوهشی شکاری (۱۹)، واحدی و همکاران (۱۸) و نوروزی و همکاران (۱۳) نیز نشان داده است که روان درمانی پویایی کوتاه مدت و فشرده موجب کاهش مکانیسم‌های دفاعی نابالغ و روان آزرده و افزایش مکانیسم‌های دفاعی پخته در بیماران با اختلالات شخصیت می‌گردد.

در این پژوهش از تکنیک مراحل هفتگانه اجرای مداخلات که عبارتند از پرسش، فشار، چالش، مقاومت انتقالی، دستیابی به ناهشیار (تجربه مستقیم احساسات انتقالی)، تحلیل انتقال و کاوش پویایی در ناهشیار استفاده شده است. در این روش روشن سازی دفاع‌ها و به دنبال آن فشار به تجربه احساسات و چالش با موانع دفاعی بیمار از ابتدای فرآیند درمان آغاز می‌شود. به کارگیری این فنون به جنبش احساسات شدید و ترکیبی در انتقال (رابطه بیمار-درمانگر) منجر می‌شود و لایه‌های دفاعی تنیده در خوی بیمار بر ضد این احساسات را فعال می‌سازد. این موقعیت تعارضی،

تعارض‌های مشابه بیمار را در گذشته بیدار می‌کند. با به کارگیری صحیح این فنون، سیستم دفاعی بیمار شکسته شده و احساسات بیمار در انتقال به طور مستقیم لمس و ابراز می‌شود. در نتیجه، تجارب و آسیب‌های پدیدآورنده ناهشیار گشوده می‌گردند. هنگامی که بیمار با آنچه قبلاً از آن می‌گریخته است هشیارانه روبرو می‌شود، دیگر به دفاع‌هایی تکیه نخواهد کرد که ماهیتی واپس رونده و خود شکست-جویانه دارند. در این شرایط "من" خودمختاری خود را به دست می‌آورد و بیمار قادر می‌شود در بالاترین سطح توانایی‌های خود زندگی کند.

در هر جلسه درمان، قرار دادن بیمار در تماس با احساسات واقعی، تا زمانی که بتواند تحمل کند، هدف جلسه درمانی است، این موضوع اشاره به ضرورت تعدیل میزان اضطراب برانگیخته شده دارد. این رویکرد کار با تعارضات پویایی و موضوعات انتقال هیجانی از روابط گذشته تا حال را به تصویر می‌کشد. این امر با بکارگیری «مثلث تعارض» و «مثلث شخص» انجام می‌شود. درمانگر با تمرکز بر مثلث تعارض فرآیند تجربه تکانه‌ها، بروز اضطراب و بکارگیری دفاع‌ها را برای مراجع روشن ساخته و با اتکاء به مثلث شخص، انتقال هیجان‌ات و عواطف سرکوب شده از چهره-های مهم گذشته به درمانگر را بازنمایی می‌سازد. در خلال این همراهی درمانگر با مراجع، وی از پویایی‌های ناهشیار خود آگاهی یافته و به تجربه‌ی هیجان‌ات سرکوب شده می‌رسد. چراکه تلاش پیوسته درمانگر برای تجربه عمیق عاطفی/هیجانی به عنوان عنصری شفافبخش عمل خواهد کرد (۲۶) و مطالعات گسترده در دو دهه گذشته، نشان داده است که افشاء، چه گفتاری و چه نوشتاری سلامت جسمانی و روانی و نیز عملکرد سیستم ایمنی را و اعصاب خودمختار را بهبود می‌بخشد (۲۷). از این رو، موضع فعال درمانگر و به کارگیری صحیح فنون در این موضع سبب می‌شود تا مراجع

روان درمانی پویایی کوتاه مدت و فشرده بر اختلالات شخصیت وسواسی-جبری و اجتنابی، پیشنهاد می شود که موسسات درمانی و بالینگران، به کارگیری این رویکرد را جهت بهبود علائم بیماران با اختلالات شخصیت مدنظر قرار دهند.

در کوتاه ترین زمان عمق احساسات و افکار خود را شناسایی و لمس نماید و سلامت روانی بیشتری را به دست آورد (۱۰).

در طی جلسات مراجعان تشویق شدند که از دفاع های خود عبور کرده و احساسات و هیجانات سرکوب شده خودشان را تجربه نمایند تا بتوانند شیوه های ارتباط موثرتری با دنیای بیرون برقرار نمایند. با توجه به اینکه مراجعان طی جلسات روانپویایی با احساسات خود روبرو شده اند و سازوکارهای منطقی تری را برای کنار آمدن با احساسات و تجربیات خود فراگرفته اند، این امر باعث افزایش کارکرد روانی آنها شده است (۱۲). و بدین ترتیب توانسته اند در ارتباط با تعارضات موجود روش حل مسئله بهتر و منطقی تری اتخاذ کنند و تعارضات را براساس اصول منطقی و با آرامش بیشتر مورد بررسی قرار داده و حل و فصل نمایند. از این رو، در انتهای جلسات رواندرمانی مراجعان احساسات خوشایندی را تجربه کردند و اظهارات آنها درخصوص تعامل با اعضای خانواده شان حاکی از روشنتر شدن روابط آنها بود.

این پژوهش نیز با محدودیت هایی همراه بود. تعداد کم افراد نمونه که برای هر اختلال شخصیت تعداد سه آزمودنی را شامل می شد می تواند تعمیم یافته ها را با محدودیت همراه سازد. همچنین، عدم پیگیری بلندمدت اثر درمان و عدم کنترل اثر درمانگر از دیگر محدودیت های مطالعه حاضر بود. در این پژوهش مبنای تشخیص اختلالات شخصیت طبقه بندی DSM-5 بود. پیشنهاد می شود این پژوهش برای اختلالات شخصیت با ارزیابی تشخیصی پویایی (PDM) انجام گیرد. همچنین، مطالعات آینده با بررسی اثربخشی این درمان در سایر حوزه های آسیب شناسی روانی و آزمودنی هایی با خصوصیات جمعیت شناختی دیگر می-توانند بینش جامع تری در این حوزه فراهم آورند. در آخر با توجه به اثرات مثبت مشاهده شده در خصوص بکارگیری

## Reference

1. American Psychiatric Association. (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5®). American Psychiatric Pub.
2. Sadock BJ, Sadock VA, Ruiz P. Synopsis of psychiatry: behavioral sciences, clinical psychiatry. Wolters Kluwer; 2015.
3. Tyrer P, Mulder R, Crawford M, Newton-Howes G, Simonsen E, Ndeti D, Koldobsky N, Fossati A, Mbatia J, Barrett B. Personality disorder: a new global perspective. *World Psychiatry*. 2010 Feb;9(1):56.
4. Disney K, L. Dependent personality disorder: A critical review. *Clinical Psychology Review*; 2013; 33(8): 1184-96.
5. Besharat, M. A., & Hosseini, S. A. Jahed H. Obsessive-compulsive personality disorder and perfectionism: review. *Thought & Behavior in Clinical Psychology*; 2019; 14(51): 77-88.
6. Town JM, Abbass A, Bernier D. Effectiveness and cost effectiveness of Davanloo's intensive short-term dynamic psychotherapy: does unlocking the unconscious make a difference?. *American Journal of Psychotherapy*. 2013 Mar 1;67(1):89-108.
7. Manafi SF, Khosravi Z, Dehshiri G. The relationship between friendship quality, affective style and obsessive-compulsive, avoidant and dependent personality disorder symptoms. *Clinical Psychology and Personality*. 2020 Sep 26;16(2):131-9.
8. Della Selva P. C. Maximizing Effectiveness in Dynamic Psychotherapy, London: Routledge. 2017.
9. Abbass AA, Kisely SR, Town JM, Leichsenring F, Driessen E, De Maat S, Gerber A, Dekker J, Rabung S, Rusalovska S, Crowe E. Short- term psychodynamic psychotherapies for common mental disorders. *Cochrane database of systematic reviews*. 2014(7).
10. Davanloo H. *Unlocking the Unconscious: Selected Papers of Habib Davanloo, MD*. Wiley; 1995.
11. Eppel A. The Emergence of Short-Term Psychodynamic Psychotherapy. In *Short-Term Psychodynamic Psychotherapy 2018* (pp. 1-24). Springer, Cham.
12. Frederickson J. *Co-creating change*. Seven Leaves Press; 2013.
13. Nowruzi N, Abedin A, Atefvahid A, Ghorbani N. The Relationship between Defensive Style and Emerging of Resistance and Transference in Intensive Short Term Dynamic Psychotherapy. *Journal of Applied Psychology*, 2008; 2 (3): 518-537
14. Cornelissen K. Long term follow up of residential ISTDP with patients suffering from personality disorders. *AD HOC Bull Short Term Dynamic Psychotherapy*; 2002; 18 (3): 20 – 29
15. Solbakken OA, Abbass A. Symptom-and personality disorder changes in intensive short-term dynamic residential treatment for treatment-resistant anxiety and depressive disorders. *Acta neuropsychiatrica*. 2016 Oct;28(5):257-71.
16. Abbass A, Sheldon A, Gyra J, Kalpin A. Intensive short-term dynamic psychotherapy for DSM-IV personality disorders: A randomized controlled trial. *The Journal of nervous and mental disease*. 2008 Mar 1;196(3):211-6.
17. Abbass A, Town J, Driessen E. The efficacy of short-term psychodynamic psychotherapy for depressive disorders with comorbid personality disorder. *Psychiatry: Interpersonal & Biological Processes*. 2011 Mar;74(1):58-71.
18. Vahedi A, Makvand HSH, Bigdeli E. Diagnosis of higher level personality pathology by using short-term dynamic psychotherapy. *Journal of clinical psychology*: 2012; 4 (315): 75-85.
19. Shekari H, Hosseinsabet F, Borjali A. 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*, 2017; 7(2):23-37.
20. Fathi Ashtiyani A. Dastani M. Psychological tests, personality assessment and mental health Tehran.
21. Sharifi A. A., Molavi H., & Namdari K. Diagnostic validity of Millon Clinical Multi-axial Inventory-III, *Science and Research in Psychology*, 2007; 34, 27-38.
22. Heidari Nasab L, Mansour M, Azad Fallah P, Shayiri M. Validity and reliability of defense styles in Iranian samples. *Journal of Daneshvar Raftar*, 2007; 14 (22):11-26.
23. Zanarini M, C & Frankenburg F, R. Attainment and maintenance of reliability of axis I and II disorders; A longitudinal study. *Comprehensive Psychiatry*, 2001; 42: 369–374.
24. Bakhtiari, M. *Psychiatric disorders in patients with abnormalities of body deformities, lasting for a master's degree in clinical psychology*. 2000, Tehran: Tehran University of Medical Sciences.
25. Svartberg M, Stiles TC, Seltzer MH. Randomized, controlled trial of the effectiveness of short-term dynamic psychotherapy and cognitive therapy for cluster C personality disorders. *American journal of Psychiatry*. 2004 May 1;161(5):810-7.
26. Leiper, R, Maltby M. *The psychodynamic approach to therapeutic change*. SAGE Publications Inc. 2004.

27. Pennebaker J. W, Chung C. K. Expressive writing, emotional upheavals, and health. In H. Friedman and R. Silver (Eds.). Foundations of Health Psychology, New York: Oxford University Press. 2007.

## Original Article

# The he effectiveness of intensive and short-term dynamic psychotherapy on reducing the symptoms and defense mechanisms of obsessive-compulsive and avoidant personality disorders

Received: 04/01/2021 - Accepted: 13/04/2021

Bahman Moazzami<sup>1</sup>  
Nader Monirpour<sup>\*2</sup>  
Hasan Mirzahoseini<sup>3</sup>

1. Department of psychology, Qom Branch, Islamic Azad University, Qom, Iran

2. Department of psychology, Qom Branch, Islamic Azad University, Qom, Iran

3. Department of psychology, Qom Branch, Islamic Azad University, Qom, Iran

\* Department of psychology, Qom Branch, Islamic Azad University, Qom, Iran

Email: monirpour@qom-iau.ac.ir

### Abstract

**Introduction:** Intensive and short-term dynamic psychotherapy (ISTDP) is one of the effective treatments for personality disorders. The aim of this study was to evaluate the effectiveness of ISTDP on reducing the symptoms and defensive mechanisms of obsessive-compulsive and avoidant personality disorders.

**Method:** The present study is a quasi-experimental research with a single experimental design (A-B-A). From the statistical population of people with obsessive-compulsive and avoidant personality disorders in Tehran, 6 people who received the diagnosis of obsessive-compulsive and avoidant personality disorders were selected by purposive sampling. The instruments used in this study were: Millon Clinical Multiaxial Inventory (MCMI-III), Defensive Mechanisms Questionnaire-40 and Structured Clinical Interview for DSM Disorders (SCID). In addition, ISTDP protocol was applied to the research sample according to the Davanlo (1995, 2000) approach for 15 sessions once a week and each session for one hour. Subjects were assessed after baseline assessment, once every 3 sessions, and after the treatment sessions, 3 follow-up assessments were performed at one-month intervals. Data were analyzed using eye charts and Friedman test and version 24 of SPSS software.

**Results:** The results showed that ISTDP reduces the symptoms of obsessive-compulsive and avoidant personality disorders ( $p < 0.05$ ). Also, this treatment was significant in reducing mature, immature and neurotic defensive mechanisms in individuals with obsessive-compulsive and avoidant personality disorders ( $p < 0.05$ ).

**Conclusion:** According to the findings, it can be concluded that ISTDP has a significant effect on reducing the symptoms and defensive mechanisms of obsessive-compulsive and avoidant personality disorders.

**Keywords:** ISTDP, Obsessive-Compulsive Personality Disorder, Avoidant Personality Disorders, Defensive Mechanisms, Effectiveness

**conflict of interest:** There is no conflict of interest.