

## اثربخشی روان‌درمانی کوتاه‌مدت روابط موضوعی بر کاهش حساسیت بین فردی، گوش‌بزرگی بین فردی و نیاز به تأیید افراد دارای نشانگان شخصیت اجتنابی: پژوهش تک‌آزمودنی

الهام نجاریور محمدآبادی<sup>۱\*</sup>، بهرامعلی قنبری هاشم‌آبادی<sup>۲</sup>، مهرداد مظاهری<sup>۳</sup>

تاریخ دریافت: ۱۳۹۶/۰۶/۰۳

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۶/۰۸/۱۱

### چکیده

هدف پژوهش حاضر، تعیین اثربخشی روان‌درمانی کوتاه‌مدت روابط موضوعی بر کاهش حساسیت بین فردی، گوش‌بزرگی بین فردی و نیاز به تأیید افراد دارای نشانگان شخصیت اجتنابی است. این پژوهش، از نوع تک‌آزمودنی A-B با طرح خط پایه چندگانه و پیگیری یک‌ماهه است. جامعه آماری، کلیه افراد ۱۸ تا ۳۰ ساله بودند که در بازه زمانی اسفند ۱۳۹۴ و فروردین ۱۳۹۵ پس از دیدن اطلاعیه‌ها، به کلینیک روان‌شناختی دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی دانشگاه فردوسی مشهد مراجعه کردند. روش نمونه‌گیری، هدفمند بود. در مجموع از ۳۴ نفری که به کلینیک مراجعه کردند، سه نفر نشانگان شخصیت اجتنابی داشتند که با استفاده از پرسشنامه چندمحوری بالینی میلون و مصاحبه بالینی ساختاریافته برای اختلالات شخصیت، انتخاب شدند. شرکت‌کنندگان، در موقعیت‌های خط پایه، جلسات پنجم، دهم، شانزدهم و یک ماه بعد از مداخله به پرسشنامه حساسیت بین فردی (IPSM) پاسخ دادند. روان‌درمانی کوتاه‌مدت روابط موضوعی نیز طی ۱۶ جلسه اجرا گردید. تحلیل داده‌ها به روش تحلیل دیداری نمودار، اندازه اثر، درصد داده‌های همپوش و غیرهمپوش انجام شد. نتایج بیانگر این بود که روان‌درمانی کوتاه‌مدت روابط موضوعی، به‌طور معناداری حساسیت بین فردی، گوش‌بزرگی بین فردی و نیاز به تأیید را در شرکت‌کنندگان، در پایان درمان و پیگیری

۱. \* کارشناس ارشد روان‌شناسی بالینی دانشگاه فردوسی مشهد، مشهد، ایران،

elhamnajjarpoor@gmail.com

۲. استاد گروه روان‌شناسی دانشگاه فردوسی مشهد، مشهد، ایران، ferdowsi.um.ac.ir@ghanbarih

۳. دانشیار گروه روان‌شناسی دانشگاه سیستان و بلوچستان، ایران، hamoon.usb.ac.ir@mazaheri

کاهش داد. بر این اساس می‌توان گفت که روان‌درمانی کوتاه‌مدت روابط موضوعی در کاهش علائم افراد دارای نشانگان شخصیت اجتنابی مؤثر است.

واژگان کلیدی: روان‌درمانی کوتاه‌مدت روابط موضوعی، حساسیت بین فردی، گوش‌بزرگی بین فردی، نیاز به تأیید، نشانگان شخصیت اجتنابی

### مقدمه

اختلال شخصیت اجتنابی یکی از شایع‌ترین اختلالات شخصیت است که شیوع آن بین ۱ تا ۵ درصد در جمعیت عمومی و ۲۵ درصد در جمعیت بالینی، تخمین زده شده است (موری و اسکدل<sup>۱</sup>، ۲۰۱۳) و با الگوی فراگیر بازداری اجتماعی، احساس بی‌کفایتی و حساسیت بیش‌ازحد به ارزیابی منفی، مشخص می‌شود (انجمن روان‌پزشکی آمریکا<sup>۲</sup>، ۲۰۱۳). حساسیت بین فردی<sup>۳</sup> به معنی آگاهی زیاد از رفتار و احساس دیگران و حساسیت بیش‌ازحد نسبت به آن است. افراد دارای این صفات شخصیتی دل‌مشغولی زیادی با روابط بین فردی‌شان دارند و نسبت به رفتار و خلق دیگران گوش‌بزرگ می‌باشند، نسبت به سرزنش و طرد بسیار حساس هستند و رفتارشان را برای به حداقل رساندن خطر سرزنش یا طرد، توسط انتظارات دیگران تعدیل می‌کنند. حساسیت بین فردی از عناصر مختلفی تشکیل شده است؛ عناصری چون گوش‌بزرگی بین فردی<sup>۴</sup> و نیاز به تأیید<sup>۵</sup>. گوش‌بزرگی بین فردی، حساسیت نسبت به تعامل بین فردی و شامل ادراک تأثیری است که فرد بر دیگران می‌گذارد و همچنین شامل نتیجه پاسخ سرزنش‌گر یا منفی دیگران می‌شود. نیاز به تأیید نیز آرزوی خوشحال کردن دیگران و نگه‌داشتن صلح در رابطه را منعکس می‌کند، همراه با تلاش برای اینکه دیگران فرد را دوست داشته باشند و طردش نکنند. نیاز به تأیید بالا نشان‌دهنده دست‌کم گرفتن نیازهای خود در مقایسه با نیازهای دیگران است (بویس و پارکر<sup>۶</sup>، ۱۹۸۹). این

- 
1. Morey, L.C. & Skodol, A.E.
  2. American Psychiatric Association (APA)
  3. interpersonal sensitivity
  4. interpersonal awareness
  5. need for approval
  6. Boyce, P. & Parker, G.

دل‌مشغولی زیاد نسبت به رفتار و افکار و احساسات دیگران و حساسیت مفرط نسبت به طرد شدن از سوی آن‌ها خصیصه بالینی محوری اختلال شخصیت اجتنابی است. آن‌ها خیلی وقت‌ها اظهارنظرهای دیگران را طوری تفسیر می‌کنند که گویی تحقیر یا توهینی به آن‌ها بوده است و برای کاهش انتقادهای و نظرات منفی، نهایت تلاششان را می‌کنند تا مطابق با معیارهای دیگران رفتار کنند.

درمان انتخابی برای اختلالات شخصیت معمولاً روان‌درمانی بلندمدت است، درعین‌حال، این نیز محتمل است که در عمل، درمانی که بیشتر دریافت می‌شود کوتاه‌مدت باشد. این به عوامل مختلفی مربوط است؛ عواملی چون انگیزه محدود بیمار، ترس او از روابط صمیمانه، محدودیت‌ها و سیاست‌های مؤسسه‌ای، حرکت درمانگر یا بیمار به محیط جغرافیایی دیگر، مقاومت بیمار نسبت به کشف و کاوش مسائل دردناک و منابع مالی محدود. پویایی انواع بسیاری از بیماران اختلال شخصیت نیز عامل مهمی است که رابطه مستمر و مداوم را برای آن‌ها دشوار می‌سازد (استادتر<sup>۱</sup>، ۲۰۰۹). مثلاً اگرچه اختلال شخصیت اجتنابی یکی از رایج‌ترین اختلالات روانی است که در درمان بالینی با آن مواجه می‌شویم، اما مبنایی‌ترین ویژگی‌های شخصیت اجتنابی در تقابل با نیازهای مبنایی روان‌درمانی است. اگر بخواهیم ساده بگوییم، اجتنابی‌ها اجتناب می‌کنند. میل آن‌ها به فرار از شرم و تحقیر منجر می‌شود تا بسیاری از آن‌ها استراتژی‌هایی دفاعی را اعمال کنند تا از چنین عواطفی در خود آگاهی‌شان جلوگیری کنند. خیلی از آن‌ها هرگز برای درمان حضور نمی‌یابند یا پس از گذشتن چند جلسه درمان را ترک می‌کنند (میلون<sup>۲</sup> و همکاران، ۲۰۰۰). با در نظر گرفتن این مسئله می‌توان گفت کوتاه و مشخص بودن مدت درمان موجب کاهش ابهام درمان و افزایش احساس امنیت شخصیت‌های اجتنابی در ابتدای درمان شده و از ترک زودهنگام آن، قبل از شکل‌گیری یک پیوند مستحکم با درمانگر جلوگیری به عمل می‌آورد.

- 
1. Stadter, M.
  2. Millon, T.

از طرفی دیگر روان‌درمانی بیماران اجتنابی مشروط به آن است که ائتلاف محکمی با آن‌ها تشکیل شود (سادوک<sup>۱</sup> و همکاران، ۲۰۱۵)، اما متأسفانه مسئله رابطه در متون نظری مربوط به درمان کوتاه‌مدت توجه بسیار کمی دریافت کرده و تأکید بیشتر در متون نظری مربوط به درمان کوتاه‌مدت بر تکنیک بوده است (استادتر، ۲۰۰۹). کوپرز<sup>۲</sup> (۱۹۸۶)، نیز نگرانی خود را در این مورد ابراز کرده است که درمان کوتاه‌مدت، درمانگر را بیشتر شبیه یک تکنسین کند تا یک کاوش‌گر و اینکه درمانگر با احتمال کمتری به انتقال متقابل توجه کند.

در میان درمان‌های کوتاه‌مدت، رویکردهای روان‌تحلیل‌گرانه بیش از تمام رویکردهای دیگر، ارتباط درمانی را به‌عنوان زمینه‌ای برای تغییر به کار می‌گیرند (استرین بارگر<sup>۳</sup>، ۱۹۹۲). در این میان، هیچ نظریه‌ای به‌اندازه نظریه روابط موضوعی تا این حد بر رابطه درمانی تأکید نکرده است. توجه درمانگر به رابطه واقعی، انتقال، انتقال متقابل، فرافکنی‌ها و درون‌فکنی‌ها، همانندسازی فرافکنانه، درمانگر به‌عنوان موضوع و همچنین درمانگر به‌عنوان پس‌زمینه، همه این‌ها مفاهیمی هستند که برای درمان کوتاه‌مدت کاربست‌پذیر هستند (استادتر ۲۰۰۹). رویکردی که استادتر (۲۰۰۹) طرح‌ریزی نموده و در این پژوهش از آن استفاده شده است، نقطه‌نظری را توضیح می‌دهد که در آن بر رابطه درمانی تأکید شده و از اطلاعات بعضی مدل‌های قدیمی و جدید استفاده کرده است.

به‌طور خلاصه، افراد دارای اختلال شخصیت اجتنابی، برای رسیدن به دستاوردهای درمانی، نیاز به دریافت درمانی طولانی‌مدت دارند، اما در عمل به دلایل مختلف، ممکن است شرکت در جلسات درمانی طولانی‌مدت برای آن‌ها میسر نباشد. از طرفی، اکثر درمان‌های کوتاه‌مدت تکنیک‌محور بوده و مبتنی بر تمرکز نشانه‌ای هستند و به نظر می‌رسد رابطه درمانی در این نوع درمان‌های کوتاه‌مدت مورد غفلت قرار می‌گیرد؛ حال آنکه شخصیت‌های اجتنابی نیازی عمیق برای برقراری رابطه‌ای مبتنی بر پذیرش و صمیمیت دارند.

- 
1. Sadock, B. J.
  2. Kupers, T.A.
  3. Steenbarger, B. N.

از آنجایی که از طرفی درمان روابط موضوعی به رابطه و استفاده درمانی از آن اهمیت زیادی می‌دهد و از طرف دیگر، شخصیت‌های اجتنابی در روابط خود دچار مشکلات مهمی هستند؛ هدف این پژوهش این است که اثربخشی روان‌درمانی کوتاه‌مدت روابط موضوعی بر کاهش علائم افراد دارای نشانگان شخصیت اجتنابی را مورد بررسی قرار دهد. همچنین در این پژوهش این مسئله در نظر گرفته شده است که درحالی که درمان طولانی مدت، درمان انتخابی برای اختلالات شخصیت است؛ درمان کوتاه‌مدت با این بیماران نیز با تمرکز بر مسائل پویایی، در زمانی محدود علاوه بر تغییر در نشانه‌های بیرونی، منجر به ایجاد نقطه شروعی در تغییر شخصیت می‌گردد. بدین منظور، در انتها، تمایل افراد شرکت‌کننده برای ادامه درمان به صورت بلندمدت مورد بررسی قرار می‌گیرد و این خود می‌تواند شروعی برای تغییرات پایدارتر بعدی باشد.

روان‌درمانی تحلیلی، چه کوتاه‌مدت باشد، چه طولانی‌مدت، چه از نظر زمانی محدود باشد و یا نباشد، مکرراً برای درمان اختلالات شخصیت خوشه C به کار برده می‌شود (هوگلند<sup>۱</sup> و همکاران، ۲۰۰۶). مثلاً تون، عباس و هاردی<sup>۲</sup> (۲۰۱۱) در فراتحلیل خود راجع به درمان‌های روان‌تحلیلی کوتاه‌مدت برای اختلالات شخصیت، نشان دادند که اختلالات شخصیت خوشه C شایع‌ترین اختلالاتی هستند که مورد بررسی قرار گرفته‌اند. افرادی که در این گروه جای می‌گیرند، نسبت به افراد دارای اختلال شخصیت خوشه A و B دارای شکنندگی خود پایین‌تری هستند و در نتیجه کاندیدای مناسب‌تری برای درمان‌های تحلیلی کوتاه‌مدت می‌باشند. باربر، مورس، کاراکور، چیتامز و کریستس-کریستف<sup>۳</sup> (۱۹۹۷) در بیماران مبتلا به اختلال شخصیت اجتنابی، پس از پشت سر گذاشتن ۵۲ جلسه روان‌درمانی حمایتی بیانگر با محدودیت زمانی، کاهش قابل توجهی در علائم اجتنابی مشاهده کردند. شکیبا، محمدخانی، پورشهباز، مشتاق (۱۳۸۹)، در یک مطالعه موردی، اثربخشی روان-درمانی کوتاه‌مدت روابط موضوعی بر کاهش افسردگی و مشکلات بین فردی زنان مبتلا به

1. Hoglend, P.

2. Town, J.M., Abbas, A. & Hardy, G.

3. Barber, J. p., Morse, J. Q., Krakauer, I. D., Chittams, J. & Crits-Christoph, K.

اختلال افسردگی اساسی با همبودی اختلال‌های شخصیت خوشه C را بر ۶ آزمودنی موردبررسی قرار داد و نتایج به‌دست‌آمده از این پژوهش نشان داد که اثربخشی این درمان، در کاهش نشانه‌های افراد مبتلا، از معناداری آماری و بالینی نسبتاً خوب برخوردار بود. در تفسیر نتایج مربوط به مطالعات درمان اختلال شخصیت اجتنابی، باید آگاهانه عمل کرد. اولاً اینکه، درمان‌های معدودی هستند که بر علائم این اختلال تمرکز دارند. علاوه بر این، مطالعات، انواع متفاوتی از علائم مربوط به اختلال شخصیت اجتنابی را به‌عنوان شاخص‌های تغییر درمان، بررسی کرده‌اند (ازجمله، هراس اجتماعی، افسردگی، اندوه و مشکلات بین فردی). پس گستره‌ای که مؤثر بودن درمان را می‌توان از طریق تحقیقات تعیین کرد، محدود است. همچنین اگرچه نویسندگان زیادی به توصیف درمان روان‌تحلیلی برای اختلال شخصیت اجتنابی پرداخته‌اند، چنین مداخلاتی به‌ندرت موردبررسی و تحقیق نظام‌مند واقع شده‌اند و فقط در خصوص به‌اصطلاح درمان‌های روان‌تحلیلی با محدودیت زمانی انجام شده‌اند (آلدن و فونگ<sup>۱</sup>، ۲۰۱۵). بنا بر محدودیت‌های ذکرشده در رابطه با پژوهش‌های مربوط به اختلال شخصیت اجتنابی، جای خالی پژوهش‌های نظام‌مند در این حوزه، احساس می‌شود. ازاین‌رو، این تحقیق به بررسی اثربخشی مداخله روان‌درمانی روابط موضوعی بر کاهش علائم افراد دارای نشانگان شخصیت اجتنابی پرداخته است.

### روش پژوهش

این پژوهش از نظر هدف، کاربردی است و در آن از طرح تجربی تک‌آزمودنی A-B همراه با خط پایه چندگانه و پیگیری یک‌ماهه استفاده شده است. جامعه آماری، کلیه افراد ۱۸ تا ۳۰ ساله بودند که در بازه زمانی اسفند ۱۳۹۴ و فروردین ۱۳۹۵ پس از دیدن اطلاعیه‌های طرح پژوهش به کلینیک روان‌شناختی دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی دانشگاه فردوسی مراجعه کردند. روش نمونه‌گیری نیز، هدفمند<sup>۲</sup> بود. روال کار این‌طور بود که ابتدا ۳۴ نفر به کلینیک مراجعه نمودند. سپس با استفاده از پرسشنامه چندمحوری بالینی میلون (MCMII<sup>۳</sup>)

1. Alden, L. E. & Fung, K.
2. purposeful sampling
3. Millon clinical multiaxial inventory-III

III) و مصاحبه بالینی ساختاریافته برای اختلالات شخصیت (SCID)<sup>۱</sup> مورد غربال قرار گرفتند. سرانجام سه نفر پس از احراز دارا بودن نشانگان شخصیت اجتنابی و ویژگی‌های مدنظر پژوهش، وارد دوره درمانی شدند.

پرسشنامه چند محوری بالینی میلون، یک مقیاس خودسنجی با ۱۷۵ گویه بلی و خیر است که ۱۴ الگوی بالینی شخصیت و ۱۰ نشانگان بالینی را می‌سنجد و برای بزرگسالان ۱۸ سال به بالا که برای درمان یا ارزیابی روان‌شناختی به مراکز سلامت روان مراجعه می‌کنند، استفاده می‌شود (شریفی، مولوی، نامداری، ۱۳۸۶). میلون و همکارانش میزان اعتبار این آزمون را با استفاده از روش همسانی درونی سنجیده‌اند. در مجموع، میزان اعتبار آن، ۰/۷۸ است. در ضمن روایی آزمون در مقایسه با آزمون MMPI با مقیاس عوامل مشترک موردسنجش مورد ارزیابی قرار گرفته است. میزان همبستگی این دو آزمون از ۰/۷۵ به بالا گزارش شده است (به نقل از فتحی آشتیانی، ۱۳۸۸). همچنین بر اساس مطالعه‌ای که چگینی، دلاور، غرابی (۱۳۹۲) انجام داده‌اند، توان تشخیص کل آزمون به‌طور کلی خوب و به‌طور خاص در مورد شخصیت اجتنابی ۰/۸۰ (خوب) است.

مصاحبه بالینی - ساختاریافته، مصاحبه‌ای است که بر مبنای ملاک‌های تشخیصی چهارمین طبقه‌بندی تشخیصی و آماری بیماری‌های روانی انجمن روان‌پزشکی آمریکا و به‌منظور تشخیص اختلالات روانی به‌صورت ساختاریافته طراحی شده است (عطری فرد و همکاران، ۱۳۹۱). نسخه بالینی و پژوهشی این مصاحبه، به‌وسیله فرست، اسپیترز و گیون، در سال ۱۹۹۷ برای تشخیص‌های DSM-IV تدوین شد (فرست و همکاران، ۱۳۸۴، به نقل از یارمحمدی واصل، برجعلی، گلزاری، دلاور، ۱۳۹۱). این ابزار دو نسخه اصلی دارد: SCID-I که به ارزیابی اختلال‌های اصلی روان‌پزشکی (محور اول در DSM-IV) می‌پردازد و SCID-II که اختلال شخصیت (محور دوم در DSM-IV) را ارزیابی می‌کند (محمدخانی، ۱۳۹۲). در این پژوهش جهت ارزیابی افراد مبتلا به نشانگان شخصیت اجتنابی از نسخه SCID-II استفاده شده است.

1. structured clinical interview disorder

مقیاس حساسیت بین فردی<sup>۱</sup> (IPSM) یک پرسشنامه خود گزارشی ۳۶ سؤالی است که برای اولین بار توسط بویس و پارکر (۱۹۸۹)، طبق روش نمره گذاری لیکرت ۴ نقطه‌ای طراحی شده است و پنج عامل گوش‌به‌زنگی بین فردی، نیاز به تأیید، اضطراب جدایی، کمرویی و خود درونی شکننده را می‌سنجد (ماسیلو<sup>۲</sup> و همکاران، ۲۰۱۴). این پرسشنامه دارای همسانی درونی بالایی است (۰/۸۵: ) و ضریب اعتبار آن، به روش آزمون - باز آزمون ۰/۷۰ اندازه‌گیری شده است (بویس و پارکر، ۱۹۸۹). در فرم فارسی این پرسشنامه که توسط محمدیان (۱۳۹۵) ترجمه شده است، حساسیت بین فردی کلی و زیرمقیاس‌های آن همسانی درونی رضایت‌بخشی را نشان دادند. به این ترتیب که آلفای کرونباخ ۰/۸۶ و ضریب پایایی نیز بین ۰/۷۳ تا ۰/۹۲ به دست آمد. در رابطه با روایی همگرا، حساسیت بین فردی همبستگی مثبتی با ابزارهای خودگزارشی افسردگی، اضطراب اجتماعی و سبک دل‌بستگی مضطرب نشان داد. همچنین همبستگی منفی‌ای با تمایل اجتماعی (SDS) و سبک دل‌بستگی امن (زیرمقیاس C در AAS) داشت؛ که این حاکی از روایی واگرا با این سازه‌ها است.

چک‌لیست سؤال‌های شش‌گانه انتخاب شامل شش ملاک است که توسط درمانگر آموزش دیده، برای انتخاب بیماران مناسب ورود به روان‌درمانی کوتاه‌مدت روابط موضوعی به کار گرفته می‌شود. این چک‌لیست همراه با راهنمای روان‌درمانی کوتاه‌مدت روابط موضوعی بوده و از کتاب *روان‌درمانی کوتاه‌مدت روابط موضوعی* اقتباس شده است (استادتر، ۲۰۰۹؛ به نقل از شکیبا، ۱۳۹۰).

روش روان‌درمانی کوتاه‌مدت روابط موضوعی از کتاب *روان‌درمانی کوتاه‌مدت روابط موضوعی*، نوشته استادتر (۲۰۰۹) اقتباس شده است و به صورت فردی، طی ۱۶ جلسه و هر هفته یک بار اجرا می‌شود. در این راهنمای روان‌درمانی، وظایفی که در هر مرحله درمان باید به آن پرداخت، ارائه شده است. چهار عنصر اصلی مورد توجه در این درمان که کاربرد بیشتر آن را برای گروه وسیع‌تری از بیماران مقدور می‌کند، عبارت‌اند از: ۱. درک عمیقی

1. interpersonal sensitivity measure

2. Masillo, A.



از تجربه فرد با کمک مفاهیم رویکرد روابط موضوعی. ۲. کسب بینش و توجه به ارتباط درمانی همراه با انتقال و انتقال متقابل. ۳. استفاده از تکنیک‌های روان‌درمانی تحلیلی که توسط سایر نظریه‌پردازان برجسته روان‌درمانی تحلیلی کوتاه‌مدت به کار گرفته شده است. ۴. انعطاف‌پذیری در امکان به کارگیری مداخلات غیر روان‌تحلیلی.

درمان شامل مراحل و وظایف زیر است:

مرحله آغاز (دو تا چهار جلسه): انتخاب مناسب بیمارانی که می‌توانند از روان‌درمانی کوتاه‌مدت روابط موضوعی بهره‌گیرند، تعیین تمرکز درمان، شکل دادن یک اتحاد درمانی کارآمد.

مرحله میانی I (چهار جلسه): ماندن در تمرکز درمانی توافق‌شده، تعبیر نشانه‌ها و برقراری ارتباط بین آن‌ها و تعارض‌های پویایی ناخودآگاه با بهره‌گیری از تعبیر انتقال و انتقال متقابل. مرحله میانی II (چهار جلسه): در صورت لزوم استفاده از تکنیک‌های غیرروان‌پویایی مانند آرام‌سازی یا حل مسئله، پرداختن به تعارض‌ها، اشاره به پایان درمان.

مرحله پایان (چهار جلسه): تحکیم دستاوردهای درمان، جستجو و کار روی فقدان‌های قبلی و فقدان‌هایی که بیمار پس از پایان درمان تحمل می‌کند، خداحافظی کردن با رابطه‌ای که اگرچه کوتاه‌مدت، اما در عمیق‌ترین حالت ممکن بوده است، بحث درباره موانع نگاه‌داشتن دستاوردهای درمان یا اضافه کردن این دستاوردها، درونی کردن فرایند درمان، کنکاش درباره شرایطی که بیمار در مواجهه با آن‌ها ممکن است پس‌روی نموده و محتاج بازگشت به درمان شده و تسهیل فرایند بازگشت مجدد به درمان (استادتر، ۲۰۰۹).

در این پژوهش برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از تحلیل دیداری نمودارها، اندازه اثر، شاخص‌های روند<sup>۱</sup>، ثبات<sup>۲</sup>، درصد داده‌های غیرهمپوش<sup>۳</sup> و درصد داده‌های همپوش<sup>۴</sup> استفاده شد.

- 
1. trending
  2. stability
  3. percentage of non-overlapping data (PND)
  4. percentage of overlapping data (OND)

## یافته‌ها

ویژگی‌های جمعیت‌شناختی مراجعان در جدول شماره ۱ ارائه شده است.

جدول ۲. بررسی جنسیت، سن، تحصیلات و وضعیت تأهل مراجعین

مراجع	جنسیت	سن	تحصیلات	وضعیت تأهل
اول	زن	۲۲	کارشناسی	متاهل
دوم	مرد	۲۲	کارشناسی	مجرد
سوم	زن	۲۲	کارشناسی	متاهل

جدول ۲. اندازه اثر مرحله مداخله بر سه متغیر

مراجع	اندازه اثر بر حساسیت بین فردی	اندازه اثر بر گوش‌بزرگی بین فردی	اندازه اثر بر نیاز به تأیید
مراجع اول	۰/۸۹	۰/۲	۰/۹
مراجع دوم	۲/۷۰	۵/۱۴	۰/۸
مراجع سوم	۲/۰۳	۱/۷۰	۱/۳۹

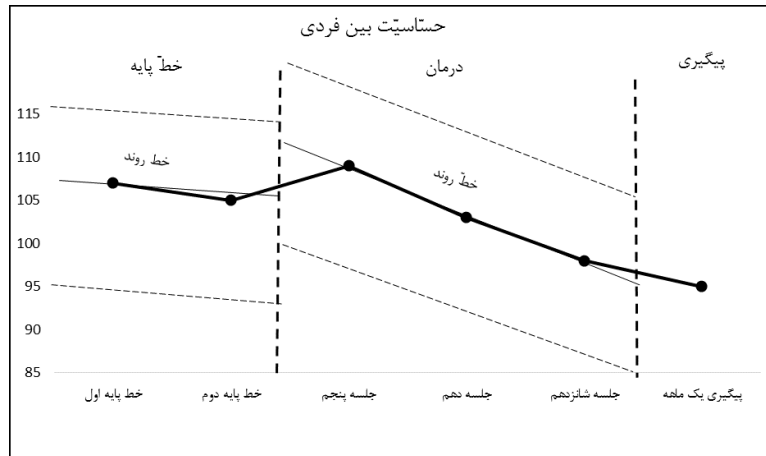
برای اندازه‌گیری اندازه اثر از فرمول ضریب کوهن  $d$  استفاده شده است. کوهن اندازه اثر تا ۰/۲ را کوچک، ۰/۲ تا ۰/۵ را متوسط و ۰/۵ تا ۰/۸ را بزرگ می‌داند (کوهن، ۱۹۸۸). همان‌طور که در جدول ۲ مشاهده می‌شود، با توجه به اینکه کوهن، اندازه اثر ۰/۸ به بالا را بزرگ می‌داند، اندازه اثر به دست آمده بر متغیرهای حساسیت بین فردی و نیاز به تأیید در هر سه مراجع، بزرگ است. همچنین اندازه اثر درمان بر گوش‌بزرگی بین فردی مراجع دوم و سوم بزرگ است؛ گرچه اندازه اثر به دست آمده برای مراجع اول پایین است، چراکه بنا بر نظر کوهن، اندازه اثر تا ۰/۲، حداقل اندازه اثر در نظر گرفته می‌شود.

برای تحلیل دیداری نمودار داده‌ها، پس از رسم نمودار برای هر متغیر، در مرحله اول با استفاده از میانه داده‌های موقعیت خط پایه و مداخله، خط میانه داده‌ها موازی با محور X کشیده شد و یک محفظه ثبات<sup>۱</sup> روی خط میانه قرار گرفت. محفظه ثبات یعنی دو خط موازی که یکی پایین و دیگری بالای خط میانه رسم شود. فاصله و دامنه بین دو خط، میزان

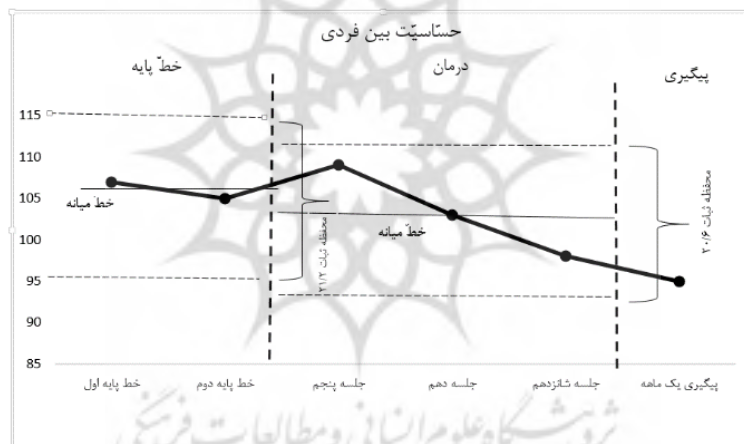
1. stability envelope

بیرون‌افتادگی یا تغییرپذیری سری داده‌ها را نشان می‌دهد. با استفاده از معیار ۲۰-۸۰ درصدی، اگر ۸۰ درصد نقاط داده‌ها زیر یا درون ۲۰ درصد مقدار میانه (محفظه ثبات) قرار گیرند، گفته می‌شود داده‌ها ثبات دارند (فراهانی، عابدی، آقامحمدی و کاظمی، ۱۳۹۲). پس از آن برای بررسی روند داده‌ها در موقعیت خط پایه و مداخله از روش آزادی عمل و یا دو نیم کردن استفاده شد و خط روند بر اساس معیار ۲۰-۸۰ درصدی رسم شد. پس از رسم خط میانه و خط روند و محفظه ثبات آن‌ها، شاخص‌های تحلیل دیداری درون‌موقعیتی و بین‌موقعیتی مانند PND محاسبه شد. PND نشان‌دهنده درصد غیرهمپوشی نقاط دو موقعیت آزمایشی (خط پایه و مداخله) است. میزان کنترل آزمایشی در پژوهش تک‌آزمودنی، به تغییر سطح از یک موقعیت به موقعیت دیگر و درصد داده‌های غیرهمپوش (PND) بستگی دارد. به این معنی که تغییرات اندک در مقادیر متغیر وابسته در طی مداخله‌ای که بعد از یک مسیر داده متغیر در موقعیت خط پایه قرار دارد نسبت به تغییرات اندک در مداخله‌ای که ثبات در مسیر داده‌های خط پایه وجود داشته است، کنترل آزمایشی کمتری دارد. همچنین، هرچه PND بین دو موقعیت مجاور بالاتر (یا POD پایین‌تر) باشد، با اطمینان بیشتری می‌توان مداخله را اثربخش دانست (فراهانی و همکاران، ۱۳۹۲). مقدار PND بین ۰ تا ۱۰۰ درصد متغیر است. PND کمتر از ۵۰ درصد نشان‌دهنده اندازه اثر غیرقابل اعتماد و ضعیفی است؛ PND بین ۵۰ تا ۷۰ درصد اثربخشی متوسطی دارد؛ PND بین ۷۰ تا ۹۰ نشان‌دهنده درمانی نسبتاً مؤثر و PND بالای ۹۰ نشان‌دهنده درمانی مؤثر است (ونت، ۲۰۰۷؛ به نقل از الرشید، هات و بنو، ۲۰۱۳).

1. Wendt, O.
2. Alresheed, F., Hott, B. L. & Bano, C.

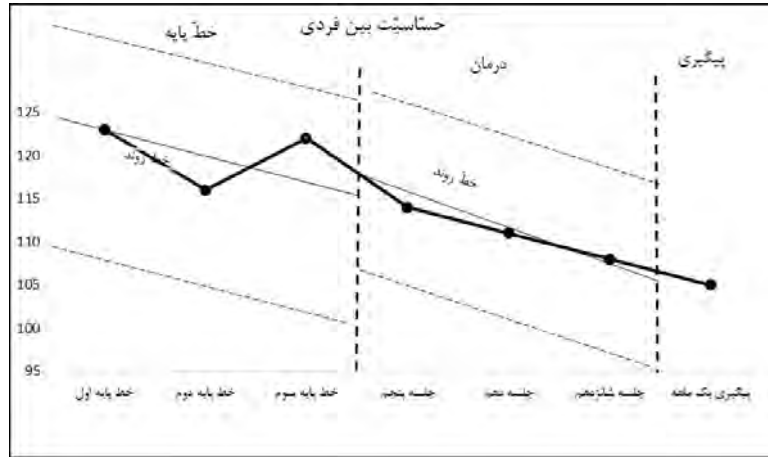


نمودار ۱. خط میانه، محفظه ثبات حساسیت بین فردی مراجع اول

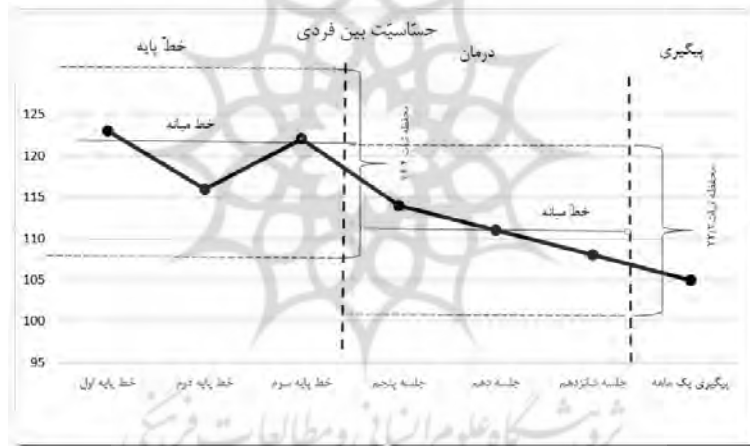


نمودار ۲. خط روند حساسیت بین فردی مراجع اول

نتایج نمودارهای ۱ و ۲ نشان داد که درمان برای مراجع اول به طور متوسط اثربخش بوده است (PND) برای مراجع در پس آزمون ۶۶/۶۶ درصد؛ بدین ترتیب نتایج حاصل از ناهمپوشی داده‌های بین دو موقعیت مجاور (PND) نشان می‌دهد که درمان بر کاهش حساسیت بین فردی مؤثر بوده است.

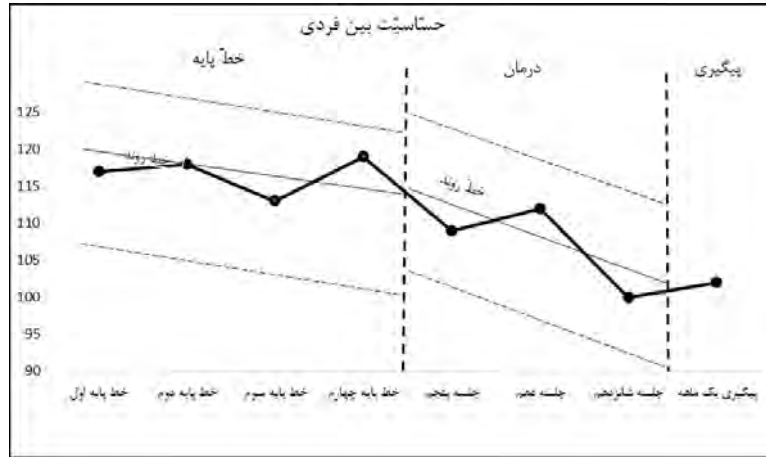


نمودار ۳. خط میانه، محفظه ثبات حساسیت بین فردی مراجع دوم

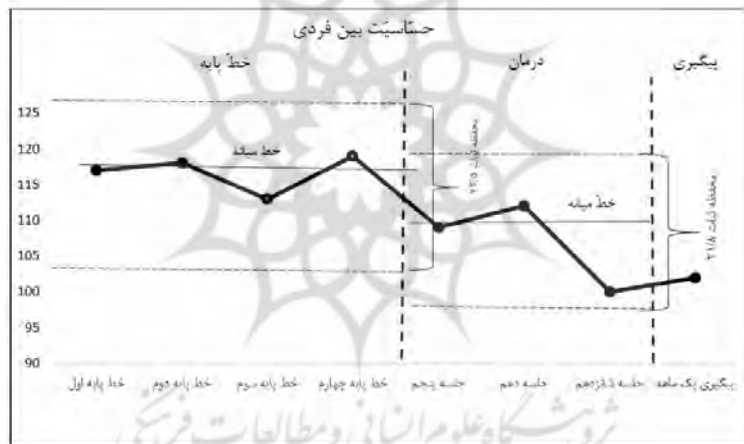


نمودار ۴. خط روند حساسیت بین فردی مراجع دوم

نتایج نمودارهای ۳ و ۴ نشان داد که درمان برای مراجع اول اثربخش بوده است (PND) برای مراجع در پس‌آزمون ۱۰۰ درصد؛ بدین ترتیب نتایج حاصل از ناهمپوشی داده‌های بین دو موقعیت مجاور (PND) نشان می‌دهد که درمان بر کاهش حساسیت بین فردی مؤثر بوده است.

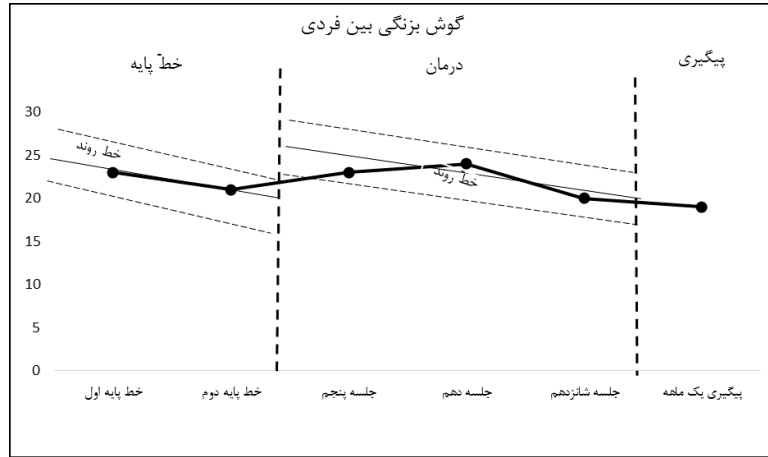


نمودار ۵. خط میانه، محفظه ثبات حساسیت بین فردی مراجع سوم

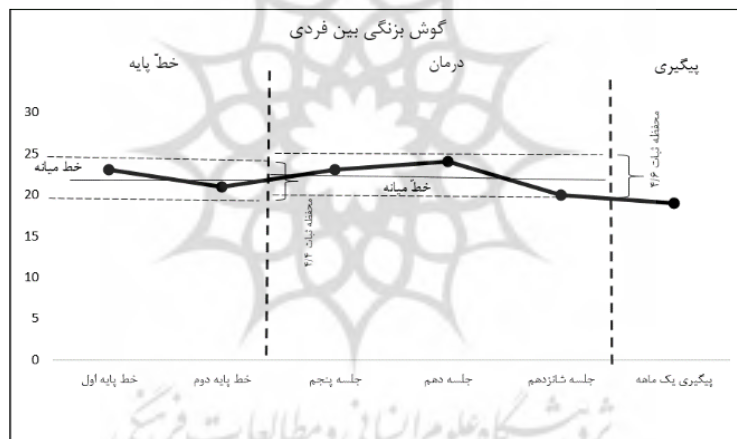


نمودار ۶. خط روند حساسیت بین فردی مراجع سوم

نتایج نمودارهای ۵ و ۶ نشان داد که درمان برای مراجع سوم به طور متوسط اثربخش بوده است (PND) برای مراجع در پس آزمون ۶۶/۶۶ درصد؛ بدین ترتیب نتایج حاصل از ناهمپوشی داده‌های بین دو موقعیت مجاور (PND) نشان می‌دهد که درمان بر کاهش حساسیت بین فردی مؤثر بوده است.

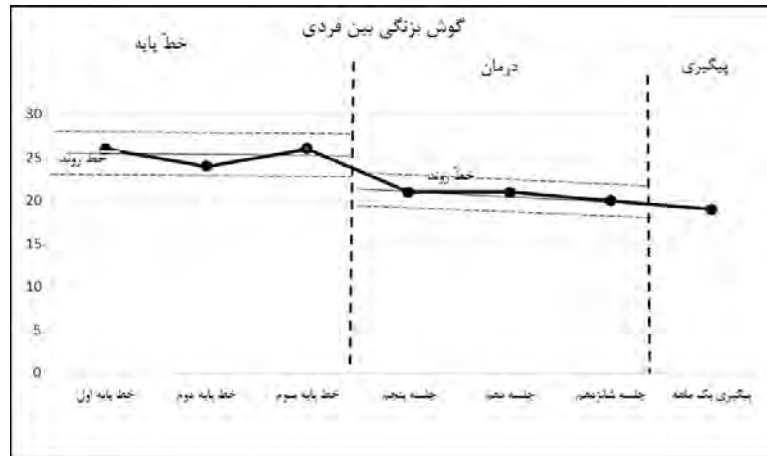


نمودار ۷. خط میانه، محفظه ثبات گوش بزنگی بین فردی مراجع اول

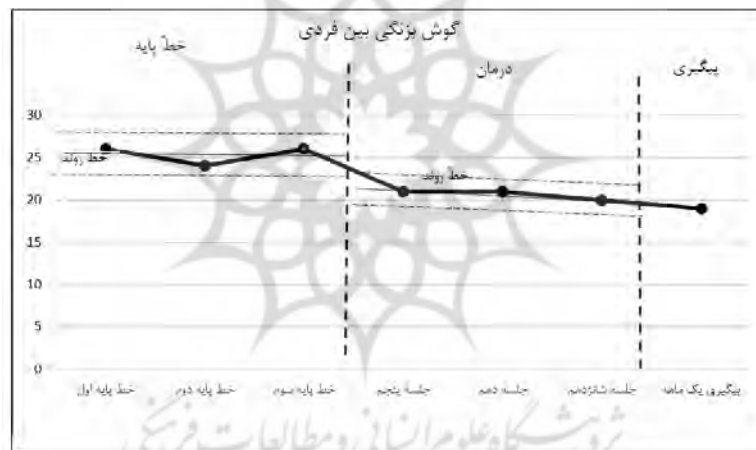


نمودار ۸. خط روند گوش بزنگی بین فردی مراجع اول

نتایج نمودارهای ۷ و ۸ نشان داد که درمان برای مراجع اول اثربخش نبوده است (PND برای بیمار در پس‌آزمون ۳۳/۳۳ درصد)؛ بدین ترتیب نتایج حاصل از ناهمپوشی داده‌های بین دو موقعیت مجاور (PND) نشان می‌دهد که درمان بر کاهش گوش‌بزنگی بین فردی مؤثر نبوده است.



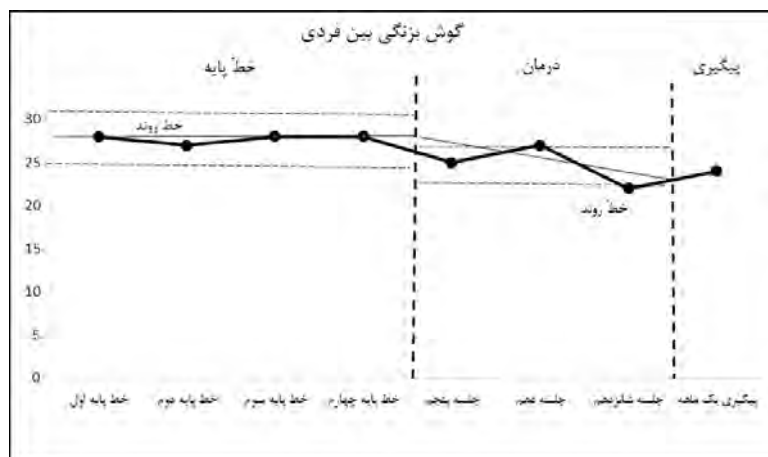
نمودار ۹. خط میانه، محفظه ثبات گوش بزنگی بین فردی مراجع دوم



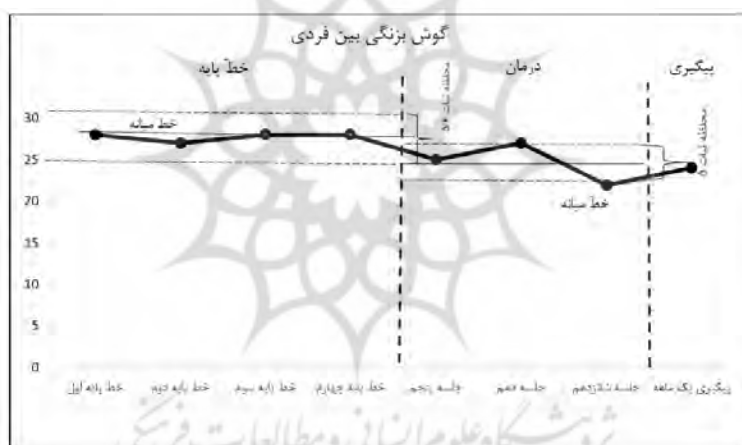
نمودار ۱۰. خط روند گوش بزنگی بین فردی مراجع دوم

نتایج نمودارهای ۹ و ۱۰ نشان داد که درمان برای مراجع دوم اثربخش بوده است (PND برای بیمار در پس آزمون ۱۰۰ درصد)؛ بدین ترتیب نتایج حاصل از ناهمپوشی داده‌های بین دو موقعیت مجاور (PND) نشان می‌دهد که درمان بر کاهش گوش بزنگی بین فردی مؤثر بوده است.



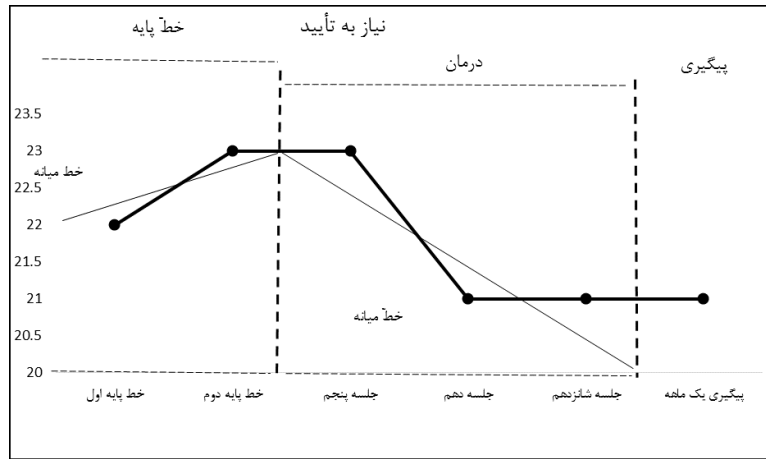


نمودار ۱۱. خط میانه، محفظه ثبات گوش بزنگی مراجع سوم

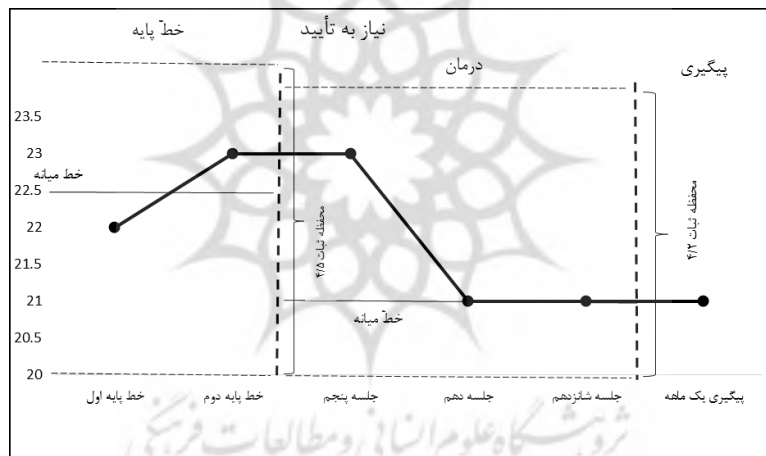


نمودار ۱۲. خط روند گوش بزنگی بین فردی مراجع سوم

نتایج نمودارهای ۱۱ و ۱۲ نشان داد که درمان برای مراجع سوم به‌طور متوسط اثربخش بوده است (PND برای بیمار در پس‌آزمون ۶۶/۶۶ درصد)؛ بدین ترتیب نتایج حاصل از ناهمپوشی داده‌های بین دو موقعیت مجاور (PND) نشان می‌دهد که درمان بر کاهش گوش-بزنگی بین فردی مؤثر بوده است.

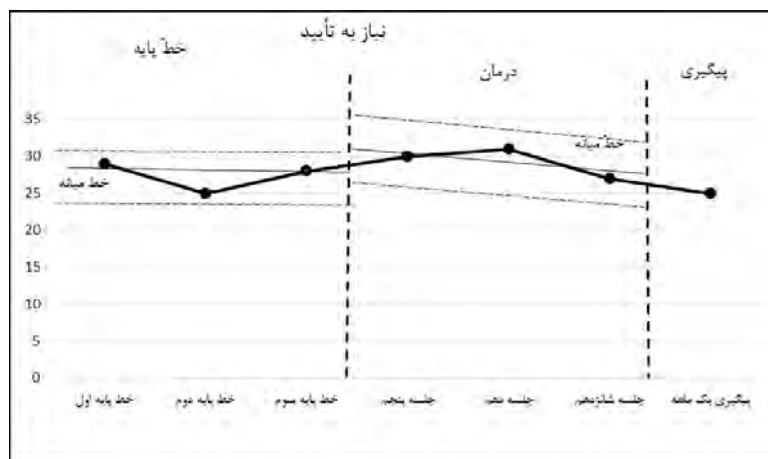


نمودار ۱۳. خط میانه، محفظه ثبات نیاز به تأیید مراجع اول

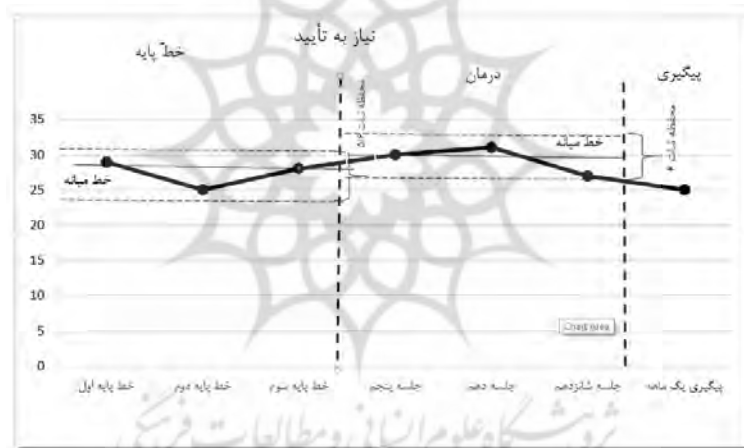


نمودار ۱۴. خط روند نیاز به تأیید مراجع اول

نتایج نمودارهای ۱۳ و ۱۴ نشان داد که درمان برای مراجع اول به طور متوسط اثربخش بوده است (PND برای بیمار در پس آزمون ۶۶/۶۶ درصد)؛ بدین ترتیب نتایج حاصل از ناهمپوشی داده‌های بین دو موقعیت مجاور (PND) نشان می‌دهد که درمان بر کاهش نیاز به تأیید مؤثر بوده است.

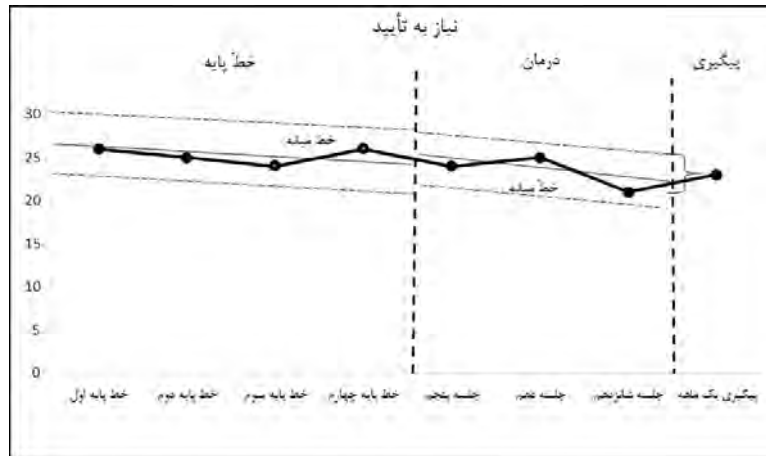


نمودار ۱۵. خط میانه، محفظه ثبات نیاز به تأیید مراجع دوم

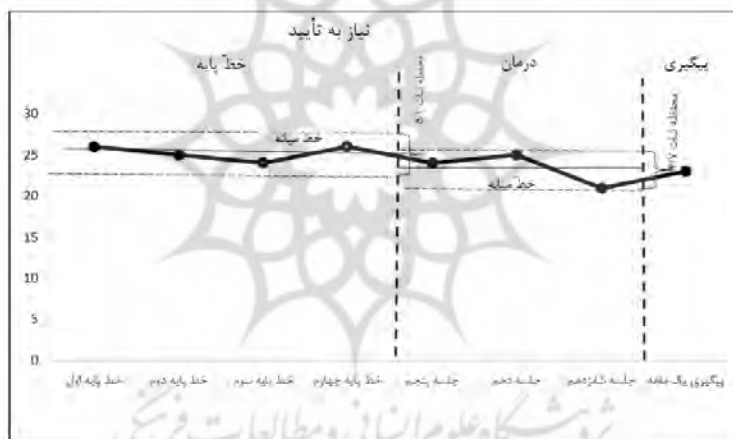


نمودار ۱۶. خط روند نیاز به تأیید مراجع دوم

نتایج نمودارهای ۱۵ و ۱۶ نشان داد که درمان برای مراجع دوم اثربخش نبوده است (PND برای بیمار در پس آزمون ۰ درصد)؛ بدین ترتیب نتایج حاصل از ناهمپوشی داده‌های بین دو موقعیت مجاور (PND) نشان می‌دهد که درمان بر کاهش نیاز به تأیید مؤثر نبوده است.



نمودار ۱۷. خط میانه، محفظه ثبات نیاز به تأیید مراجع سوم



نمودار ۱۸. خط روند نیاز به تأیید مراجع سوم

نتایج نمودارهای ۱۷ و ۱۸ نشان داد که درمان برای مراجع اول اثربخش نبوده است (PND برای بیمار در پس آزمون ۳۳/۳۳ درصد)؛ بدین ترتیب نتایج حاصل از ناهمپوشی داده‌های بین دو موقعیت مجاور (PND) نشان می‌دهد که درمان بر کاهش نیاز به تأیید مؤثر نبوده است.

## بحث و نتیجه‌گیری

هدف پژوهش حاضر، تعیین اثربخشی روان‌درمانی کوتاه‌مدت روابط موضوعی بر کاهش حساسیت بین فردی، گوش‌بزدگی بین فردی و نیاز به تأیید افراد دارای نشانگان شخصیت اجتنابی بود. در این پژوهش از دو روش برای اندازه‌گیری معناداری آماری استفاده شد که در اینجا، بر اساس نتایج به‌دست آمده از اندازه‌اثر کوهن، به بحث و بررسی پرداخته می‌شود. نتایج پژوهش حاضر بیانگر این بود که هر سه مراجع از لحاظ آماری، به تغییرات معناداری در کاهش حساسیت بین فردی و نیاز به تأیید دست پیدا کردند. اثربخشی مداخله بر گوش‌بزدگی بین فردی مراجع دوم و سوم نیز بالا بود و این اثربخشی تنها در رابطه با مراجع اول پایین بود. نتایج این تحقیق حدوداً با پژوهش شکیبا و همکاران (۱۳۸۹)؛ تون، عباس و هاردی (۲۰۱۱) اسوارتبرگ<sup>۱</sup> و همکاران (۲۰۰۴)؛ هوگلند<sup>۲</sup> (۱۹۹۳)؛ پرسرلی<sup>۳</sup> (۲۰۰۷)، وینستون<sup>۴</sup> و همکاران (۱۹۹۴) و باربر، مورس، کاراکور، چیتامز و کریتس - کریستف (۱۹۹۷) هم‌راستا است.

از دیدگاه روابط موضوعی، درمان تجربه‌تغییر را بر اساس رابطه‌درمانی فراهم می‌کند و روان‌درمانی چه کوتاه‌مدت باشد و چه بلندمدت، اساساً رابطه‌ای است که در آن نمایشنامه‌های درونی مراجع با شخص‌درمانگر اجرا می‌شود و درمانگر و مراجع به‌طور متقابل بر یکدیگر تأثیر می‌گذارند. زمانی که مراجع الگوهای ارتباطی تکراری خود را در رابطه با درمانگر تکرار می‌کند، درمانگر به شکلی متفاوت از ابژه‌های اصلی زندگی مراجع، به او پاسخ می‌دهد و همین پاسخ جدید به تجربه‌قدیمی برای مراجع تأثیرات درمانی به همراه دارد (استادتر، ۲۰۰۹).

در تبیین یافته‌های پژوهش می‌توان گفت روان‌درمانی به کار گرفته‌شده در این پژوهش از چند جهت برای ویژگی‌های افراد دارای شخصیت اجتنابی مناسب است. یکی از مهم‌ترین ویژگی‌های روان‌درمانی کوتاه‌مدت روابط موضوعی این است که رابطه‌درمانی را هسته

1. Svartberg, M.
2. Høglend, P.
3. Porcerelli, J. H.
4. Winston, A.

درمان در نظر می‌گیرد و این برای افراد دارای شخصیت اجتنابی که عمیق‌ترین مشکلات آن‌ها حول محور روابطشان می‌چرخد مناسب است.

از طرفی، تحقیقات نشان داده‌اند که عوامل مختلف محیطی در سبب‌شناسی اختلال شخصیت اجتنابی نقش مهمی دارند. در تحقیقی که برای شناسایی این عوامل انجام شده، نشان داده شده است که این اختلال با تجارب منفی در دوران کودکی رابطه دارد. این مطالعه نشان داد که مورد غفلت قرار گرفتن در کودکی یکی از عوامل خطر برای اختلال شخصیت اجتنابی است (ایکناس، اگلند، هوملن، ویلبرگ، ۲۰۱۵). اختلال شخصیت اجتنابی با سطوح بالایی تجاوز جنسی و هیجانی در کودکی مرتبط است (لوپستال، آرنتر، برنستاین، ۲۰۱۰). همچنین در تحقیق طولی‌ای که جانسون<sup>۲</sup> و همکاران (۲۰۰۶) در مورد رفتار والدین انجام دادند، شواهدی پیدا شد که نشان می‌داد کمبود عاطفه و مراقبت از جانب والدین، به شکل‌گیری اختلال شخصیت اجتنابی مربوط است. روان‌درمانی روابط موضوعی با بررسی عمیق گذشته فرد اجتنابی و کمک به او در ریشه‌یابی الگوهای شخصیتی‌اش، به او کمک می‌کند تا تأثیر عوامل محیطی را بر شکل‌گیری نشانه‌هایش شناسایی کند و این خود، عامل مهمی در تغییر الگوهاست.

طبق دیدگاه استادتر (۲۰۰۹) وقتی که بیماران دارای اختلال شخصیت درمان کوتاه‌مدت دریافت می‌کنند، بسیار دشوار است که ساختار شخصیت ریشه‌دار تعدیل شود؛ بنابراین برای درمانگر بسیار مفید است که به قرارداد درمانی به‌عنوان یک اپیزود درمان فکر کند و بیمار را تشویق کند تا اپیزودهای دیگری را شروع کند که ممکن است شالوده‌ای برای درمان‌های بعدی شود. درمان کوتاه‌مدت می‌تواند فرایندی از تغییر را آغاز کند که می‌تواند بعد از خاتمه درمان دوام بیابد و رشد پیدا کند. از میان سه مراجع حاضر در این پژوهش، دو نفر تقاضای ادامه درمان را داشتند، درحالی‌که در ابتدای درمان تمایل داشتند تا تنها در مدت‌زمان مشخص شده در جلسات حضور پیدا کنند. در این درمان، مراجعان فرصت پیدا کردند که در مدت زمانی محدود، درمان را تجربه کرده و در این مدت به آزمایش این

1. Eikenaes, I., Egeland, J., Hummelen, B. & Wilberg, T.

2. Johnson, J.G.

مسئله پردازند که چقدر قادر به اعتماد به درمانگر و احساس امنیت با او هستند. هرچند مراجع اول، تمایلی به ادامه درمان نشان نداد. این فرد نسبت به دو مراجع دیگر، از طرف خانواده حمایت کمتری می‌شد و این می‌تواند تا حدی تبیین‌کننده عدم تمایل او نسبت به ادامه درمان باشد.

از جمله محدودیت‌های این پژوهش، محدودیت در یافتن افراد اجتنابی بود. اجتناب از مراجعه به درمان در این افراد شایع است و همین مسئله پژوهش در رابطه با شخصیت‌های اجتنابی را دشوار می‌کند. دوم اینکه به دلیل نیاز و تقاضای دو نفر از مراجعان به ادامه درمان بعد از دوره پیگیری یک‌ماهه، امکان انجام پیگیری‌های بلندمدت تر وجود نداشت.

در حیطه روان‌درمانی تحلیلی به ویژه روان‌درمانی روابط موضوعی، پژوهش‌های کنترل-شده تصادفی یا تحلیل عوامل اثرگذار درمان از قبیل اتحاد درمانی، انتقال، تعبیر و... مستلزم پژوهش‌های بیشتر است. همچنین پیشنهاد می‌شود مطالعات موردی بیشتر، به شکل روان‌درمانی بلندمدت روابط موضوعی برای افراد دارای شخصیت اجتنابی اجرا گردد. همچنین در دهه‌های گذشته، استفاده بالینی از تشخیص اختلال شخصیت اجتنابی در حضور تشخیص‌دهندگان هراس اجتماعی، مورد بحث بوده است (چمبلس، فریدریک، رودباگ، ۲۰۰۸؛ کوکس، پاگورا، آستین و سارین، ۲۰۰۹؛ هوملن، ویلبرگ، پدرسن و کاترود، ۲۰۰۷)؛ بنابراین پیشنهاد می‌شود پژوهشی به منظور مقایسه اثربخشی روان‌درمانی کوتاه‌مدت روابط موضوعی بر دو گروه از افراد دارای هراس اجتماعی با و بدون تشخیص اختلال شخصیت اجتنابی انجام گردد.

1. Chambless, D. L., Fridrich, T. & Rodebaugh, T. L.
2. Cox, B. J., Pagura, J., Stein, M. B. & Sareen, J.
3. Hummelen, B., Wilberg, T., Pederson, G. & Karterud, S.

## منابع

- انجمن روان پزشکی آمریکا. (۱۳۹۳). *راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی*. ترجمه سید محمدی. تهران: نشر روان. (۲۰۱۳).
- شریفی، ع. مولوی، ه؛ نامداری، ک. روایی تشخیصی آزمون بالینی چندمحوری میلون-۳. (۱۳۸۶). *مجله دانش و پژوهش در روان شناسی*. ۳۴.
- شکیبا، ش؛ محمدخانی، پ؛ پورشهباز، ع و مشتاق، ن. (۱۳۸۹). اثربخشی روان درمانی کوتاه مدت روابط موضوعی بر کاهش شدت افسردگی و مشکلات بین فردی زنان مبتلا به اختلال افسردگی اساسی با همبودی اختلال های شخصیت خوشه C. *مجله روان شناسی بالینی*، ۴.
- عطری فرد، م؛ شعیری، م؛ رسول زاده طباطبائی، ک؛ جان بزرگی، م؛ آزاد فلاح، پ؛ بانوپور، الف. (۱۳۹۱). بررسی اثربخشی درمان شناختی رفتاری مبتنی بر الگوی هافمن در کاهش نشانه های اختلال اضطراب اجتماعی. *مجله فرهنگ مشاوره و روان درمانی*، ۹.
- فتحی آشتیانی، ع. (۱۳۸۸). *آزمون های روان شناختی (ارزیابی شخصیت و سلامت روان)*. تهران: انتشارات بعثت.
- فراهانی، ح؛ عابدی، ا؛ آقامحمدی، س و کاظمی، ز. (۱۳۹۲). *مبانی کاربردی طرح های مورد منفرد در پژوهش های علوم رفتاری و پزشکی*، تهران: روان شناسی و هنر.
- محمدخانی، پ. (۱۳۹۲). *مصاحبه بالینی ساختاریافته برای اختلال های DSM-IV*. انتشارات دانژه. چاپ دوم.
- یارمحمدی واصل، م؛ برجعلی، الف؛ گلزاری، م؛ دلاور، ع. (۱۳۹۱). بررسی اثربخشی طرحواره درمانی بر بهبود اختلال افسردگی اساسی عودکننده. *مجله فرهنگ مشاوره و روان درمانی*، ۱۲.
- Alden, L. E., & Fung, K. (2015). Avoidant Personality Disorder *The Encyclopedia of Clinical Psychology*: John Wiley & Sons, Inc.



- Alresheed, F., Hott, B. L., & Bano, C. (2013). Single subject research: A synthesis of analytic methods. *The Journal of Special Education Apprenticeship*, 2(1), 1.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5®)*. American Psychiatric Pub.
- Barber, J. P., Morse, J. Q., Krakauer, I. D., Chittams, J., & Crits-Christoph, K. (1997). Change in obsessive-compulsive and avoidant personality disorders following time-limited supportive-expressive therapy. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 34(2), 133.
- Boyce, P., & Parker, G. (1989). Development of a scale to measure interpersonal sensitivity. *Australasian Psychiatry*, 23(3), 34۳-۳۵۱-۱
- Chambless, D. L., Fydrich, T., & Rodebaugh, T. L. (2008). Generalized social phobia and avoidant personality disorder: meaningful distinction or useless duplication. *Depression and anxiety*, 25(1), 8-19.
- Cox, B. J., Pagura, J., Stein, M. B., & Sareen, J. (2009). The relationship between generalized social phobia and avoidant personality disorder in a national mental health survey. *Depression and anxiety*, 26(4), 354-362.
- Eikenaes, I., Egeland, J., Hummelen, B., & Wilberg, T. (2015). Avoidant Personality Disorder versus Social Phobia: The Significance of Childhood Neglect. *PloS one*, 10(3), e0122846.
- Gabbard, G. O. (2004). *Long-term psychodynamic psychotherapy: A basic text*. American Psychiatric Pub.
- Høglend, P., Amlø, S., Marble, A., Bøggwald, K. P., Sørbye, Ø., Mary Cosgrove Sjaastad, M. D., & Heyerdahl, O. (2006). Analysis of the patient-therapist relationship in dynamic psychotherapy: An experimental study of transference interpretations. *American Journal of Psychiatry*.
- Hummelen, B., Wilberg, T., Pedersen, G., & Karterud, S. (2007). The relationship between avoidant personality disorder and social phobia. *Comprehensive psychiatry*, 48(4), 348-356.
- Johnson, J. G., Cohen, P., Chen, H., Kasen, S., & Brook, J. S. (2006). Parenting behaviors associated with risk for offspring personality disorder during adulthood. *Archives of General Psychiatry*, 63(5), 579-587.
- Kantor, M. (2010). *The essential guide to overcoming avoidant personality disorder: ABC-CLIO*.
- Livesley, W. John, ed. (2001) *Handbook of personality disorders: Theory, research, and treatment*. Guilford Press.

- Lobbestael, J., Arntz, A., & Bernstein, D. P. (2010). Disentangling the relationship between different types of childhood maltreatment and personality disorders. *Journal of Personality Disorders, 24*(3), 285-295.
- Masillo, A., Valmaggia, L. R., Lanna, A., Brandizzi, M., Lindau, J. F., Curto, M., & Leccisi, D. (2014). Validation of the Italian version of interpersonal sensitivity measure (IPSM) in adolescents and young adults. *Journal of affective disorders, 156*, 164-170.
- Millon, T., Millon, C. M., Meagher, S., Grossman, S., & Ramnath, R. (2000). *Personality disorders in modern life*. John Wiley & Sons.
- Morey, L. C., & Skodol, A. E. (2013). Convergence between DSM-IV-TR and D0SM-5 diagnostic models for personality disorder. *Journal of Psychiatric Practice, 19*, 179° 193.
- Porcerelli, J. H., Dauphin, V. B., Ablon, J. S., Leitman, S., & Bambery, M. (2007). Psychoanalysis with avoidant personality disorder: A systematic case study. *Psychotherapy: Theory, research, practice, training, 44*(1), 1.
- Rosenthal, R., Cooper, H., & Hedges, L. V. (1994). Parametric measures of effect size. *The handbook of research synthesis, 231-244*.
- Sadock, B. J., & Sadock, V. A. (2015). *Kaplan and Sadock's synopsis of psychiatry: Behavioral sciences/clinical psychiatry*. Lippincott Williams & Wilkins.
- Stadter, M. (2009). *Object relations brief therapy: The therapeutic relationship in short-term work*. Jason Aronson.
- Steenbarger, B. N. (1992). Toward science-practice integration in brief counseling and therapy. *The Counseling Psychologist, 20*(3), 403-450.
- Svartberg, M., Stiles, T. C., & Seltzer, M. H. (2014). Randomized, controlled trial of the effectiveness of short-term dynamic psychotherapy and cognitive therapy for cluster C personality disorders. *FOCUS*.
- Town, J. M., Abbass, A., & Hardy, G. (2011). Short-term psychodynamic psychotherapy for personality disorders: a critical review of randomized controlled trials. *Journal of Personality Disorders, 25*(6), 723.
- Winston, A., Laikin, M., Pollack, J., Wallner Samstag, L., McCullough, L., & Muran, J. C. (1994). Short-term psychotherapy of personality disorders. *American Journal of Psychiatry, 151*(2), 190-194.