

بررسی اثربخشی روان درمانی تحلیلی کارکردی بر تمایز یافتگی خود و کیفیت روابط موضوعی در افراد مبتلا به اختلال شخصیت نارسیستیک

مه‌دخت فردی^۱

سید علی آل یاسین^۲

چکیده

پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی روان‌درمانی تحلیلی کارکردی بر تمایز یافتگی خود و کیفیت روابط موضوعی در افراد مبتلا به اختلال شخصیت نارسیستیک انجام شد. طرح پژوهش از نوع نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون - پس‌آزمون با گروه گواه بود. جامعه‌ی آماری این پژوهش را کلیه مردان مبتلا به اختلال شخصیت خودشیفته مراجعه‌کننده به کلینیک‌های روانشناختی منطقه ۵ شهر تهران در سال ۱۴۰۰ تشکیل دادند که از بین آنها با روش نمونه‌گیری در دسترس تعداد ۳۰ نفر انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه مساوی ۱۵ نفری جایگزین شدند. ابزار گردآوری اطلاعات در این پژوهش پرسشنامه روابط موضوعی بل (۱۹۸۵) و پرسشنامه تمایز یافتگی خود اسکورن و فریدلندر (۱۹۹۸) بود. در تحلیل داده‌ها از آزمون کوواریانس چند متغیری برای آزمون فرضیه اصلی و تک‌متغیری برای فرضیه‌های جانبی با نرم‌افزار SPSS استفاده شد. نتایج حاصل از پژوهش نشان داد که روان‌درمانی تحلیلی کارکردی بر تمایز یافتگی خود و کیفیت روابط موضوعی در افراد مبتلا به اختلال شخصیت نارسیستیک تأثیر معنی‌دار دارد.

واژه‌گان کلیدی: روان‌درمانی تحلیلی کارکردی، تمایز یافتگی خود، کیفیت روابط موضوعی، اختلال شخصیت نارسیستیک.

۱- دانشجوی کارشناسی ارشد روان‌شناسی بالینی، گروه روان‌شناسی، واحد آشتیان، دانشگاه آزاد اسلامی، آشتیان، ایران

۲- دکتری تخصصی روان‌شناسی بالینی، استادیار گروه روان‌شناسی، واحد آشتیان، دانشگاه آزاد اسلامی، آشتیان،

مقدمه

اختلالات شخصیت^۱ حالت‌های مزمنی هستند که نشانه‌های آنها از دوران نوجوانی یا کودکی شروع می‌شود، انعطاف‌ناپذیر و دارای ثبات نسبی‌اند و در زندگی استمرار پیدا می‌کنند. آنها الگوهای درون‌ذهنی و رفتاری بادوامی هستند که با ملاک‌های فرهنگی منطبق نیستند و موجب ناخشنودی فرد و مختل شدن کارکردهای وی می‌شوند (انجمن روان پزشکی آمریکا^۲، ۲۰۱۳). اختلال شخصیت خودشیفتگی^۳ از جمله اختلالات شخصیت است که تاریخچه گسترده‌ای در حوزه روان‌شناسی شخصیت و هم در حوزه روان‌شناسی بالینی دارد. خودشیفتگی اولین بار به عنوان یک سازه بالینی، با نام نوعی اختلال از نوشته‌های فروید^۴ (۱۹۱۴) برخاسته است، بعدها کرنبرگ^۵ (۱۹۸۵) و کوهات^۶ (۱۹۷۷) این دیدگاه بالینی را در مورد خودشیفتگی ادامه دادند (صفاری نیا و همکاران، ۱۳۹۱). براساس تعریف راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی انجمن روان پزشکی آمریکا (۲۰۱۳)، ویژگی‌های فرد خودشیفته با الگوی فراگیر بزرگ منشی (در خیال و رفتار)، از اوایل بزرگسالی آغاز می‌شود. این افراد به هیچ وجه تحمل انتقاد ندارند و در صورت انتقاد از آنها، به طور کلی نسبت به انتقاد بی‌اعتنا هستند یا عصبانی می‌شوند و صرفاً نظر خود را قبول دارند (انجمن روان پزشکی آمریکا، ۲۰۱۳). در بین اختلالات شخصیت، اختلال شخصیت خودشیفته^۷، به دلیل باقی ماندن در پنجمین نسخه راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی^۸ اهمیت تشخیصی و درمانی ویژه‌ای را به خود اختصاص داده است و دارای نرخ شیوع بالای ۱۷ درصد در جمعیت بالینی و بین صفر تا ۶/۲ درصد در جمعیت عمومی می‌باشد (انجمن روان‌پزشکی آمریکا، ۲۰۱۳). این طبقه از اختلالات موجب کاهش کیفیت زندگی و هزینه‌های بالای اجتماعی می‌شود (مارتین^۹ و

1 Personality Disorders

2 American Psychological Association (APA)

3 Narcissism

4 Freud

5 Kernberg

6 Kohut

7 Diagnostic

8 Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5)

9 Martin

همکاران، ۲۰۱۹). اسکودول^۱ و همکاران (۲۰۱۵) شیوع این اختلال را به دلیل ماهیت مزمن، بیشتر از آنچه در پنجمین نسخه راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی آمده است برآورد کرده‌اند. خودشیفتگی بالا، پرخاشگری را افزایش می‌دهد (بوشمن و بامیستر^۲، ۲۰۱۶)، روابط بین فردی را مختل می‌کند (میلر و همکاران، ۲۰۱۵) و با کاهش رضایت و کیفیت زندگی، احتمال آسیب به خود و اقدام به خودکشی همراه است (رانینگستم^۳، ۲۰۱۶). تلاش‌های درمانی در جهت افزایش سازگاری افراد دارای اختلال شخصیت خودشیفته، نتایج قابل قبولی نداشته است زیرا همدلی هیجانی پایین این افراد، کار را برای درمان و کاهش چالش‌ها، مشکل‌تر می‌کند. علاوه بر مشکلاتی که در تشخیص و ارزیابی این نوع اختلال مزمن وجود دارد، گرایش به پایداری، فقدان همدلی افراد خودشیفته (باسکین سامرز و همکاران، ۲۰۱۴)، ترس درمانگران از ارتباط با بیماران خودشیفته چالش‌های درمانی بسیاری را بوجود آورده است. اگرچه روان‌درمانی، درمان انتخابی برای این گروه از اختلالات در نظر گرفته می‌شود، اما پژوهش در اثربخشی آن هنوز در مراحل ابتدایی است و مشکلات روش شناختی به شدت در اختلال شخصیت مرزی متمرکز شده است (بمیلیس^۴ و همکاران، ۲۰۱۴). برای درمان اختلالات شخصیت، رویکردهای مختلفی به کار گرفته شده است. یکی از این رویکردها، روان‌درمانی تحلیلی کارکردی است. روان‌درمانی تحلیلی کارکردی یکی از درمان‌های موج سوم رفتاردرمانی است که بر روابط مراجع-درمانگر به عنوان کلیدی‌ترین فرایند تغییر نگاه می‌کند (تورنبرگ و لیورس^۵، ۲۰۱۹). روان‌درمانی تحلیلی کارکردی جانشینی برای رفتاردرمانی است که منطبق بر اصول رفتارگرایی رادیکال می‌باشد. این رویکرد بر تأثیر وابستگی‌ها که در طول جلسات درمانی پدیدار می‌شوند، بافت تعاملی درمانگر-مراجع، تعادل کارکردی بین محیط، تقویت طبیعی و شکل‌دهی توسط درمانگر تأکید می‌کند (کلور^۶، ۲۰۱۷). از آنجاکه هدف اصلی این درمان تحلیل کارکردی رفتار مراجع است، از این رو بر اهمیت رفتار و گفتار مراجع

1 Skodol

2 Bushman & Baumeister

3 Ronningstam

4 Bamelis

5 Thorberg & Lyvers

6 Klever

در طول جلسات درمانی-رفتارهای آماج بالینی^۱ مراجع تاکید می‌شود (کازدین^۲ و همکاران، ۲۰۱۵). در روان‌درمانی تحلیلی کاربردی الگوهای رفتاری مراجعان در جلسات درمانی مورد مشاهده و توجه قرار می‌گیرد. این رفتارها با استفاده تکنیک‌های رفتاری تقویت شده و پس از تسلط یافتن مراجع به آنها در جلسات درمانی، به زندگی روزمره نیز تعمیم داده می‌شوند. به نظر می‌رسد شناخت زمینه‌های ایجاد و راه‌های بهبود آن در این افراد، از ضروریات و امور مهم مراکز مشاوره و روان‌شناختی است. لذا اجرای مداخلات درمانی جهت بهبود اختلال شخصیت خودشیفته، ضروری به نظر می‌رسد و در این زمینه یکی از دیدگاه‌های بسیار مؤثر درمانی، روان‌درمانی تحلیلی کارکردی است. روان‌درمانی تحلیلی کارکردی از آنجا که، هیچ محتوای شناختی، هیجانی و فیزیولوژیک خاصی را هدف قرار نمی‌دهند و درمان هم فضای شناختی که افکار منفی در آن رخ می‌دهد و هم پاسخ به این تجارب شناختی را هدف قرار می‌دهد، می‌تواند دید جامع‌تری به این اختلال داشته باشد و می‌تواند بر سایر جنبه‌های زندگی بیمار مؤثر باشد (گهارت، ۲۰۱۲). بنابراین مسأله پژوهش حاضر این است، آیا روان‌درمانی تحلیلی کارکردی بر تمایز یافتگی خود و کیفیت روابط موضوعی در افراد مبتلا به اختلال شخصیت نارسیستیک اثربخش است؟

روش پژوهش

این پژوهش از نوع پژوهش‌های نوع نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون - پس‌آزمون با گروه گواه بود. جامعه‌ی آماری این پژوهش را کلیه‌ی مردان مبتلا به اختلال شخصیت خودشیفته مراجعه کننده به کلینیک‌های روانشناختی منطقه ۵ شهر تهران در سال ۱۴۰۰ تشکیل دادند. با استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس، بر اساس ارجاع متخصصان اعصاب و روان، ۳۰ مرد مبتلا به اختلال شخصیت خودشیفته مراجعه کننده به کلینیک‌های روان‌پزشکان، با توجه به پذیرش بیمار برای شرکت در پژوهش، در وهله اول و انجام مصاحبه بالینی و سومین نسخه پرسشنامه بالینی چندمحوری میلون (MCMII-III)^۳، انتخاب شدند. به این صورت که از بین

1 Clinically Relevant Behaviors (CRB)

2 Kazdin

3 Millon Clinical Multiaxial Inventory-III

مردان ارجاع داده شده افرادی که نمره بالاتر در مقیاس شخصیت خودشیفته میلیون ۳ گرفتند و انجام مصاحبه بالینی با توجه به ملاک‌های *DSM*، برای اختلالات شخصیت به روش نمونه-گیری در دسترس انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و گواه قرار گرفتند (۱۵ نفر گروه آزمایش و ۱۵ نفر گروه گواه). برای تجزیه و تحلیل آماری داده‌ها از روش‌های آمار توصیفی مانند میانگین و انحراف استاندارد و روش‌های آمار استنباطی از جمله روش تجزیه و تحلیل کوواریانس چندمتغیری برای آزمون فرضیه اصلی و تجزیه و تحلیل کوواریانس تک-متغیری برای فرضیه‌های جانبی با استفاده از نرم‌افزار *SPSS* استفاده شد. ملاک‌های ورود به مطالعه شامل: داشتن حداقل مدرک تحصیلی دیپلم، مرد باشند، دارای تحصیلات دیپلم باشند، طبقه اجتماعی متوسط باشد، دارای اختلال شخصیت خودشیفته براساس سومین نسخه پرسشنامه بالینی چندمحوری میلیون (*MCMI-III*)، آمادگی برای شرکت در جلسه‌های درمانی. ملاک‌های خروج نیز شامل: داشتن اختلال روانی مهم دیگر بر اساس خود اظهاری، داشتن اختلال جسمی دیگر مثل دیابت، مصرف داروهای روان‌پزشکی، حضور در جلسات روان-درمانی در مراکز مشاوره و کلینیک‌های شهر تهران به صورت فردی یا گروهی. ابزارهای اندازه‌گیری عبارتند از: پرسشنامه چند محوری میلیون ۳ که در سال (۱۹۶۶) توسط تئودور میلیون و همکارانش ساخته شد. این پرسشنامه قلم/ کاغذی دارای ۱۷۵ سؤال، ۲۳ مقیاس بالینی بر مبنای *DSM-III-R* و ۳ مقیاس اعتبار، بد جلوه‌دهی و جامعه‌پسندی بود و هنجاریابی مقدماتی آن در سال (۱۳۷۳) توسط موگهی/ براهنی انجام شد. میلیون ۳ به ۱۰ الگوی شخصیتی (اسکیزوئید، اجتنابی، افسرده، وابسته، نمایشی، خود شیفته، ضداجتماعی، خشن/ دگرآزار، وسواس/ اجبار، منفیگرا، خودآزار، سه الگوی شدید بیمارگونه شخصیتی (پارانوئید، مرزی، اسکیزوتایپال)، ۷ سندرم بالینی، (اضطراب، اختلال شبه جسمانی، دوقطبی/ شیدائی، افسرده خوئی، وابستگی به الکل، اعتیاد، اختلال در استرس پس از ضربه و سه سندرم شدید بالینی (اختلال تفکر، افسردگی اساسی و اختلال هذیانی) می‌پردازد. این پرسشنامه در سال ۱۳۸۰ توسط روشنگر خدابخش در ایران آماده‌سازی، فارسی و هنجاریابی مقدماتی شد. پایایی آزمون هم از طریق دونیمه‌سازی محاسبه شده است و آلفای کرونباخ محاسبه شده برابر ۹۰ درصد و ۹۳٪ بوده است که نشانگر همسانی درونی مقیاس‌های این پرسشنامه است.

روایی محتوا، روایی وابسته به ملاک و روایی سازه آن، رضایتبخش گزارش شده است (خدابخش، ۱۳۸۰) پرسشنامه تمایز یافتگی خود اسکورن و فریدلندر (۱۹۹۸) که نخستین بار در سال ۱۹۹۸ توسط اسکورن و فریدلندر با ۴۳ سوال طراحی و اجرا شد. سپس در سال ۲۰۰۳ مورد بازبینی قرار گرفت و با ۴۶ سوال و ۴ عامل تنظیم شد و به منظور سنجش میزان تمایز یافتگی افراد به کار می‌رود. تمرکز اصلی آن بر روابط مهم زندگی و ارتباطات جاری افراد با خانواده اصلی آن‌هاست (اسکورن و اسمیت، ۲۰۰۳). این پرسشنامه با مقیاس لیکرت و در طیف ۶ گزینه‌ای، ابتدا در مورد من صحیح نیست (نمره ۱) تا کاملا در مورد من صحیح است (نمره ۶) درجه‌بندی شده و از ۴ خرده مقیاس گریز عاطفی، واکنش‌پذیری عاطفی، آمیختگی با دیگران و جایگاه من تشکیل شده است. ۱۱ آیتم خرده مقیاس واکنش‌پذیری عاطفی بازتاب دهنده درجه‌ای است که فرد به محرک محیطی با حساسیت بیش از حد یا با تغییرپذیری عاطفی پاسخ می‌دهد. خرده مقیاس جایگاه من شامل ۱۱ آیتم است که در کنار تعریف واضح حس خود، میزان وفاداری به عقاید شخصی را در زمانی که فرد مجبور به انجام خلاف عقاید خود است، مشخص می‌کند. خرده مقیاس ۱۲ آیتمی گریز عاطفی نشان دهنده احساس ترس از صمیمت و احساس آسیب‌پذیری بیش از حد در ارتباط با دیگران است. آیتم‌های مرتبط با این خرده مقیاس نشان دهنده ترس از روابط صمیمانه، رفتارهای دفاعی مانند عملکرد بیش از حد، فاصله‌گیری، یا انکار می‌باشد. سرانجام نسخه ۹ آیتمی هم آمیختگی با دیگران، نشان دهنده درگیری در روابط بیش از حد عاطفی با دیگران می‌باشد. در پژوهش اسکورن و اسمیت (۲۰۰۳) ضریب اعتبار کل آزمون ۰/۹۲ بدست آمده است. این آزمون در ایران توسط یونسی (۱۳۸۵) بر روی نمونه عادی هنجاریابی شده و اعتبار آن از طریق بازآزمایی و الفای کرونباخ برای کل مقیاس ۰/۸۵، واکنش‌پذیری عاطفی ۰/۷۷، جایگاه من ۰/۶۰، گریز عاطفی ۰/۶۵ و آمیختگی با دیگران ۰/۷۰ به دست آمده است. روایی آزمون نیز از طریق تحلیل عاملی مورد بررسی قرار گرفته و ۴ عامل با ارزش ویژه بالاتر از یک به دست آمده که در مجموع ۵۷/۶۷ درصد واریانس را تبیین کرده است. پرسشنامه روابط موضوعی بل^۱ که توسط بل، بیلینگتون و بیکر در سال‌های ۱۹۸۵ و ۱۹۸۶ ساخته شده ریشه در سنجش کارکرد من (کیفیت روابط

موضوعی و واقعیت‌آزمایی) دارد که پیشتر توسط بلک و همکاران در سال ۱۹۷۶ شکل گرفته بود. این آزمون در قسمت روابط موضوعی از ۴۵ آیتم با چارچوب پاسخدهی بله و نه (با توزیع نمره T) تشکیل شده است. در ارزیابی میزان پایایی آزمون، بل و همکاران ضرایب پایایی زیر مقیاس‌های روابط موضوعی را با فاصله زمانی ۴ هفته، بین ۰/۵۸ تا ۰/۹۰ و با فاصله زمانی ۱۳ هفته بین ۰/۶۵ تا ۰/۸۱ گزارش کرده‌اند. ضرایب پایایی زیرمقیاس‌های واقعیت‌آزمایی نیز با فاصله زمانی ۴ هفته بین ۰/۶۳ تا ۰/۸۹ و با فاصله زمانی ۱۳ هفته بین ۰/۶۳ تا ۰/۶۴ به دست آمده است. در مورد اعتبار آزمون نیز، بل و همکاران همبستگی‌های بالایی بین *BORRTI* و مقیاس درجه‌بندی فشرده روان‌پزشکی^۱، مقیاس نشانگان مثبت و منفی (*PANSS*)، *SCL-90-R*، *MMPI*، *MCMI* و اندازه‌های فیزیولوژیکی گزارش کرده‌اند (امیری و همکاران، ۱۳۹۰). پس از دریافت مجوز از دانشگاه، با مراجعه به کلینیک‌های تخصصی مشاوره روان‌شناختی شهر تهران، افراد متقاضی و داوطلب شرکت در پژوهش با استفاده از مصاحبه‌ی تشخیصی توسط متخصص روان‌شناس و پاسخگویی به سومین نسخه پرسشنامه بالینی چندمحوری میلون (*MCMI-III*)، تعداد ۳۰ نفر با لحاظ کردن ملاک‌های ورود و خروج انتخاب شدند. سپس افراد به طور تصادفی به ۲ گروه ۱۵ نفره متشکل از گروه آزمایش و گروه گواه تقسیم شدند. گروه آزمایش در معرض روان‌درمانی تحلیلی کاربردی قرار گرفتند. اما گروه گواه هیچ‌گونه آموزشی ندیدند. هر دو گروه با پرسشنامه تمایز‌یافتگی و کیفیت روابط موضوعی مورد پیش‌آزمون و پس‌آزمون قرار گرفتند. در این پژوهش منظور از روان‌درمانی تحلیلی یک دوره‌ی آموزشی ۱۲ جلسه‌ای است بر اساس راهنمای درمانی در کتاب «راهنمای روان‌درمانی تحلیلی کارکردی» (سای کولنبرگ، کانتر، کولنبرگ، فولت و کالاگان، ۲۰۰۹) و «کاربست روان‌درمانی تحلیلی کارکردی» تدوین شده است. این درمان در طی ۱۲ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای انجام شد.

1 Validity
2 BPRS

جدول ۱. شرح جلسات روان درمانی تحلیلی کارکردی

جلسه نخست:	صورت بندی درمان، ارزیابی کارکردی فردنگر
جلسه دوم:	ارایه ی منطق درمان، سنجش کارکردی از مشکلات ارتباطی زوجین
جلسه سوم:	شناخت و مدیریت هیجانی، یادگیری پاسخدهی مناسب به احساسات، تمرینات ذهن آگاهی (تا آخر درمان تکرار می شود).
جلسه چهارم و پنجم:	شناسایی رفتارهای آماج بالینی (راب ها)، پایش راب ها، فراخوانی راب ها (این اهداف تا آخر درمان دنبال می شود).
جلسه ششم تا هشتم:	تقویت رفتارهای آماج بالینی نوع دو (تکرار تا آخر درمان)، مشاهده ی تاثیر احتمالی تقویتی رفتار درمانگر در ارتباط با راب های مراجع، تفسیر متغیرهایی که بر رابهای مراجع تاثیر می گذارند
جلسه نهم و دهم:	بررسی اجتناب های مراجعین، آموزش مواجهه سازی با تعارضهای زناشویی
جلسه یازدهم:	آموزش تعمیم یادگیری ها به زندگی روزمره، آموزش به زوجین برای تقویت راب های نوع دو همدیگر
جلسه دوازدهم:	بستن درمان، مرور تمرین ها، ارزیابی نهایی، برنامه ریزی برای اهداف بلند مدت

یافته‌ها

در این پژوهش جهت بررسی فرضیه‌ی اصلی و دو فرضیه‌ی جانبی پژوهش از تحلیل کوواریانس چندمتغیری استفاده شد.

فرضیه‌ی اصلی: روان‌درمانی تحلیلی کارکردی بر تمایز یافتگی خود و کیفیت روابط موضوعی در افراد مبتلا به اختلال شخصیت نارسیستیک اثربخش است.

جدول ۲. نتایج آزمون تحلیل کوواریانس چند متغیری نمرات تمایز یافتگی خود و کیفیت روابط

موضوعی در دو گروه آزمایش و گواه

متغیر وابسته	SS	Df	MS	F	P	Eta	توان آماری
تمایز یافتگی خود	۴۵/۹۶	۱	۴۵/۹۶	۱۵/۶۰	۰/۰۰۱	۰/۷۸	۱
کیفیت روابط موضوعی	۵۳/۶۸	۱	۵۳/۶۸	۲۳/۴۵	۰/۰۰۱	۰/۸۶	۱

در جدول ۲ نتایج نشان می‌دهد که بین دو گروه آزمایش و گواه در تمایز یافتگی خود و کیفیت روابط موضوعی تفاوت معنی‌داری وجود دارد ($P < 0/001$). به عبارت دیگر، درمان روان تحلیلی کارکردی، بر تمایز یافتگی خود و کیفیت روابط موضوعی تأثیر داشته است. برای بررسی این که میانگین کدام یک از گروه‌ها در پس آزمون تمایز یافتگی خود و کیفیت روابط موضوعی پس از تعدیل و مهار نمرات پیش‌آزمون بیش‌تر است، در جدول ۲-۱ میانگین‌های تعدیل شده گزارش شده است.

جدول ۲-۱. میانگین و انحراف استاندارد تعدیل شده تمایز یافتگی خود و کیفیت روابط موضوعی به همراه حدود اطمینان ۹۵ درصد

متغیرهای وابسته	گروه	میانگین	تفاضل میانگین‌ها		انحراف حدود اطمینان ۹۵ درصد	
			استاندارد	میانگین	حد پایین	حد بالا
تمایز یافتگی خود	گواه	۱۲۵/۸۵	*-۱۲/۵۷	۴/۱۲	۱۳/۱۵	-۱۱/۳۵
	آزمایش	۱۳۸/۴۲	*۱۲/۵۷	۴/۱۲	۱۱/۳۵	۱۳/۱۵
کیفیت روابط موضوعی	گواه	۳۰/۱۵	*۸/۰۵	۳/۰۴	۷/۸۵	۸/۴۵
	آزمایش	۲۲/۱۰	*-۸/۰۵	۳/۰۴	-۸/۴۵	-۷/۸۵

* معنی‌داری در سطح ($P < 0/01$)

با توجه به جدول ۲-۱ و نتیجه تفاضل میانگین‌ها مشاهده می‌شود که تفاضل میانگین تعدیل شده گروه‌های آزمایش و گواه برای تمایز یافتگی خود و کیفیت روابط موضوعی معنی‌دار است یعنی درمان روان تحلیلی کارکردی با اطمینان حداقل ۹۵ درصد در افزایش نمره‌های تمایز یافتگی خود و کاهش نمره‌های کیفیت روابط موضوعی یا به صورت کلی بهبود آن‌ها تأثیر داشته است.

فرضیه‌ی جانبی اول: روان‌درمانی تحلیلی کارکردی بر تمایز یافتگی خود در افراد مبتلا به اختلال شخصیت نارسیستیک اثربخش است.

جدول ۳. نتایج آزمون تحلیل کوواریانس چندمتغیری نمرات مؤلفه‌های تمایز یافتگی خود در دو گروه آزمایش و گواه

متغیر وابسته	SS	Df	MS	F	P	Eta	توان آماری
گریز عاطفی	۶۴/۲۴	۱	۶۴/۲۴	۲۱/۱۷	۰/۰۰۱	۰/۵۸	۰/۹۷
واکنش پذیری عاطفی	۵۵/۳۳	۱	۵۵/۳۳	۱۸/۸۴	۰/۰۰۱	۰/۴۹	۰/۹۴
آمیختگی با دیگران	۶۰/۱۶	۱	۶۰/۱۶	۱۹/۱۳	۰/۰۰۱	۰/۵۳	۰/۹۶
جایگاه من	۵۱/۱۵	۱	۵۱/۱۵	۱۸/۷۵	۰/۰۰۱	۰/۴۸	۰/۹۳

در جدول ۳ نتایج نشان می‌دهد که بین دو گروه آزمایش و گواه در مؤلفه‌های تمایز یافتگی خود تفاوت معنی‌داری وجود دارد ($P < ۰/۰۰۱$). به عبارت دیگر، درمان روان تحلیلی کارکردی، بر مؤلفه‌های تمایز یافتگی خود تأثیر داشته است. برای بررسی این‌که میانگین کدام یک از گروه‌ها در پس آزمون مؤلفه‌های تمایز یافتگی خود پس از تعدیل و مهار نمرات پیش-آزمون بیش‌تر است، در جدول ۳-۱ میانگین‌های تعدیل شده گزارش شده است. جدول ۳-۱. میانگین و انحراف استاندارد تعدیل شده مؤلفه‌های تمایز یافتگی خود به همراه حدود

اطمینان ۹۵ درصد

متغیرهای وابسته	گروه	میانگین	تفاضل میانگین‌ها	انحراف استاندارد	حدود اطمینان ۹۵ درصد
					حد پایین
گریز عاطفی	گواه	۳۶/۸۵	۹/۴۳*	۳/۹۵	۸/۱۲
	آزمایش	۲۷/۴۲			-۸/۱۲
واکنش پذیری عاطفی	گواه	۳۱/۹۴	۵/۲۹*	۲/۳۷	-۶/۱۰
	آزمایش	۳۷/۲۳			۴/۶۵
آمیختگی با دیگران	گواه	۲۷/۲۶	۶/۸۶*	۲/۴۳	-۷/۷۵
	آزمایش	۳۴/۱۲			۵/۹۵
جایگاه من	گواه	۳۲/۸۰	۵/۲۶*	۲/۲۵	-۶/۵
	آزمایش	۳۸/۰۶			۴/۷۰

* معنی‌داری در سطح ($p < ۰/۰۱$)

با توجه به جدول ۳-۱ و نتیجه تفاضل میانگین‌ها مشاهده می‌شود که تفاضل میانگین تعدیل شده گروه‌های آزمایش و گواه برای مؤلفه‌های تمایز یافتگی خود معنی‌دار است یعنی درمان روان تحلیلی کارکردی با اطمینان حداقل ۹۵ درصد در افزایش واکنش‌پذیری عاطفی، آمیختگی با دیگران و جایگاه من و کاهش گریز عاطفی مردان شرکت‌کننده در پژوهش تأثیر داشته است.

فرضیه‌ی جانبی دوم: روان‌درمانی تحلیلی کارکردی بر کیفیت روابط موضوعی در افراد مبتلا به اختلال شخصیت نارسیستیک اثربخش است.

جدول ۴: نتایج آزمون تحلیل کوواریانس چند متغیری نمرات مؤلفه‌های کیفیت روابط موضوعی در دو گروه آزمایش و گواه

متغیر وابسته	SS	df	MS	F	P	Eta	توان آماری
دلبستگی نایمن	۵۹/۲۰	۱	۵۹/۲۰	۲۱/۴۵	۰/۰۰۱	۰/۵۹	۰/۹۶
بیگانگی	۵۸/۲۶	۱	۵۸/۲۶	۲۲/۸۳	۰/۰۰۱	۰/۶۱	۰/۹۷
بی‌کفایتی اجتماعی	۶۰/۱۶	۱	۶۰/۱۶	۲۰/۰۷	۰/۰۰۱	۰/۵۵	۰/۹۵
خود محوری	۶۸/۳۲	۱	۶۸/۳۲	۲۴/۶۵	۰/۰۰۱	۰/۶۵	۰/۹۸

در جدول ۴ نتایج نشان می‌دهد که بین دو گروه آزمایش و گواه در مؤلفه‌های کیفیت روابط موضوعی تفاوت معنی‌داری وجود دارد ($P < ۰/۰۰۱$). به عبارت دیگر، درمان روان تحلیلی کارکردی، بر مؤلفه‌های کیفیت روابط موضوعی تأثیر داشته است. برای بررسی این که میانگین کدام یک از گروه‌ها در پس آزمون مؤلفه‌های کیفیت روابط موضوعی پس از تعدیل و مهار نمرات پیش-آزمون بیش‌تر است، در جدول ۴-۱ میانگین‌های تعدیل شده گزارش شده است.

جدول ۴-۱. میانگین و انحراف استاندارد تعدیل شده مؤلفه‌های کیفیت روابط موضوعی به همراه

حدود اطمینان ۹۵ درصد

متغیرهای وابسته	گروه	میانگین	تفاضل میانگین‌ها	انحراف استاندارد	حدود اطمینان ۹۵ درصد
					حد پایین حد بالا
دلبستگی	گواه	۶/۵۵	۳/۳۸*	۱/۳۳	۲/۹۹ ۴/۰۵
نایمن	آزمایش	۳/۱۷	-۳/۳۸*	۱/۳۳	-۴/۰۵ -۲/۹۹

۵/۱۰	۳/۹۰	۱/۹۴	۴/۲۸*	۸/۴۰	گواه	بیگانگی
-۳/۹۰	-۵/۱۰	۱/۹۴	-۴/۲۸*	۴/۱۲	آزمایش	
۳/۶۵	۲/۵۵	۱/۱۶	۳/۰۵*	۶/۱۰	گواه	بی‌کفایتی
-۲/۵۵	-۳/۶۵	۱/۱۶	-۳/۰۵*	۳/۰۵	آزمایش	اجتماعی
۵/۸۵	۳/۹۵	۲/۰۵	۴/۵۵*	۴/۷۳	گواه	خود محوری
-۳/۹۵	-۵/۸۵	۲/۰۵	۴/۵۵*	۴/۱۸	آزمایش	

* معنی‌داری در سطح ($p \leq 0.01$)

با توجه به جدول ۴-۱ و نتیجه تفاضل میانگین‌ها مشاهده می‌شود که تفاضل میانگین تعدیل شده گروه‌های آزمایش و گواه برای مؤلفه‌های کیفیت روابط موضوعی معنی‌دار است یعنی درمان روان تحلیلی کارکردی با اطمینان حداقل ۹۵ درصد در کاهش نمره مؤلفه‌های کیفیت روابط موضوعی یا به عبارت بهتر بهبود مؤلفه‌های کیفیت روابط موضوعی مردان شرکت‌کننده در پژوهش تأثیر داشته است.

بحث و نتیجه‌گیری

در این پژوهش ۴۰ درصد از شرکت‌کنندگان کمتر از ۳۰ سال (۱۲ نفر)، ۲۶/۶۷ درصد بین ۳۰ تا ۴۰ سال (۸ نفر)، ۲۰ درصد بین ۴۰ تا ۵۰ سال (۶ نفر) و ۱۳/۳۳ بیشتر از ۵۰ سال (۴ نفر) بودند. همچنین ۳۳/۳۳ درصد (۱۰ نفر) دیپلم، ۱۶/۶۷ درصد (۵ نفر) فوق دیپلم، ۳۶/۶۷ درصد (۱۱ نفر) لیسانس و ۱۳/۳۳ درصد (۴ نفر) فوق لیسانس بودند. از بین شرکت‌کنندگان در پژوهش ۱۱ نفر (۳۶/۶۷ درصد) شغل دولتی و ۱۹ نفر (۶۳/۳۳ درصد) نیز شغل آزاد دارند. ما یک فرضیه‌ی اصلی و دو فرضیه‌ی جانبی در این پژوهش داشتیم. به بررسی دو فرضیه‌ی جانبی می‌پردازیم. اول اینکه روان درمانی تحلیلی کارکردی بر تمایز یافتگی خود در افراد مبتلا به اختلال شخصیت نارسیستیک اثربخش است. نتایج حاصل از پژوهش نشان داد که روان-درمانی تحلیلی کارکردی بر تمایز یافتگی خود در افراد مبتلا به اختلال شخصیت نارسیستیک اثربخش است. این یافته‌ها با نتایج پژوهش‌های دیگر برای مثال (ریلی و کر، ۲۰۱۸؛ کللت و همکاران، ۲۰۱۳) همخوانی دارد. در تبیین اثربخشی روان‌درمانی تحلیلی کارکردی بر

تمایز یافتگی خود در افراد مبتلا به اختلال شخصیت نارسیستیک می‌توان گفت، درمان اختلال شخصیت نارسیستیک به دلیل ماهیت مزمن و مقاومت در برابر درمان، نیازمند رویکردهایی است که به عوامل بنیادین در شخصیت مانند توجه کافی دارند. بنابراین روان‌درمانی تحلیلی کارکردی به واسطه تغییر در صفات هسته شخصیت و اصلاح رفتارهای آسیب‌زا به بهبود عملکرد روانی-اجتماعی و بهزیستی روانشناختی منجر می‌گردد. هم‌چنین روان‌درمانی تحلیلی کارکردی با تأثیر بر ساختارهای شخصیتی و سبک زندگی مبتلایان به اختلال شخصیت نارسیستیک، در بهبود بی‌ثباتی هیجانی، هویت و خودپنداره مؤثر بوده که این امر منجر به بهبود تمایز یافتگی خود می‌شود. از آن‌جا که افراد مبتلا به اختلال شخصیت نارسیستیک در زمینه‌های متعدد از جمله کار و توسعه روابط بین فردی مشکلات فراوانی دارند و امروزه مشخص شده است که مشخصه‌های اصلی اختلال شخصیت نارسیستیک بی‌ثباتی عاطفی، احساسات مزمن پوچی و پرخاشگری نامناسب و شدید است، که همگی نشانگر مشکلاتی در فرآیند پردازش شناختی و هیجانی می‌باشند. بنابراین اصول روان‌درمانی تحلیلی کارکردی این بی‌ثباتی هیجانی را در الگوی ناسازگارانه و تکرار شونده دوران اولیه زندگی می‌بیند و با اصلاح این چرخه تکراری در رفتارها و عواطف و کشف ریشه تعارض‌ها با به کارگیری بازسازی شناختی این افراد در جهت بهبود تمایز یافتگی این اختلال مؤثر باشد. در تبیین دیگر اثربخشی روان‌درمانی تحلیلی کارکردی در بهبود تمایز یافتگی مبتلایان به اختلال شخصیت نارسیستیک می‌توان گفت، بیماران مورد مطالعه چندین جلسه گروهی را با یک درمانگر خاص دریافت نمودند که می‌توان استنباط کرد، اتحاد درمانی بین بیماران و درمانگر، خود تسهیل‌کننده فرآیند و تداوم بهتر درمان و در نتیجه اثربخشی آن باشد. روان‌درمانی تحلیلی کارکردی فرض می‌کند که وقتی مراجع در جلسه درمانی بتواند به درمانگر نه بگوید و نیازهایش را شناسایی کند و به طور مستقیم بتواند به درمانگر ابراز کند و یا در مقابل تعارض پیش آمده در جلسه کوتاه نیاید و سعی کند مساله را حل کند، پس می‌تواند این حالت را به زندگی روزانه‌اش تعمیم دهد که البته این فرآیند در طی جلسات با ارائه تقویت طبیعی و تمرین‌های خانگی به ثمر خواهد رسید و البته هر چه مراجع در جلسه درمان فعال‌تر باشد بهبودی بیشتری خواهد داشت که این امر مستلزم وجود درمانگر فعال، شجاع و صمیمی نیز است. به عبارت دیگر روان‌درمانی تحلیلی کارکردی، بر اساس اصول

رفتاری، ادعا می‌کند که «شباهت کارکردی» که بین یک موقعیت و موقعیت دیگر وجود دارد، به جای شباهت‌های ظاهری یا فیزیکی، باید مورد توجه قرار گیرد. اگر رفتارهای مشکل‌ساز که در طی زندگی روزمره اتفاق می‌افتد، در حین درمان هم رخ دهد، محیط درمانی به لحاظ کارکردی، همان موقعیت‌های زندگی روزمره محسوب شده و فرصتی درمانی برای تغییر مستقیم رفتار به حساب می‌آید، هم‌چنین موجب بهبود در کارکرد بین فردی شده و تداوم دستاوردهای درمان را تقویت می‌کند به علاوه با استفاده از تقویت فوری، که یک مکانیزم مؤثر برای تغییر است می‌توان موقعیت‌های خاص درمانی را برای بهبود قابل ملاحظه و عمیق و در جلسه درمان ایجاد کرد. در تبیین دیگر نتیجه این فرضیه می‌توان گفت روان‌درمانی تحلیلی کارکردی، یک رویکرد رفتاری زمینه‌ای است، که از اصول کلی رفتارگرایی برای بهبود نتایج درمانی استفاده می‌کند. از اصول تقویت برای شکل دادن به رفتار مراجع در جلسه، بهبودهای تقویت استراتژیکی در رابطه درمانی استفاده می‌شود و از بهبودهای تقویت به طور استراتژیکی در رابطه درمانی استفاده می‌شود. که این پیشرفت‌ها باید به روابط شخصی مراجع بیرون از درمان، به علت شباهت‌های کارکردی بین زمینه‌های درون جلسه و بیرون از جلسه، گسترش یابد. فرضیه دوم، اینکه روان‌درمانی تحلیلی کارکردی بر کیفیت روابط موضوعی در افراد مبتلا به اختلال شخصیت نارسیستیک اثربخش است. نتایج حاصل از بررسی فرضیه دوم پژوهش نشان داد که روان‌درمانی تحلیلی کارکردی بر کیفیت روابط موضوعی در افراد مبتلا به اختلال شخصیت نارسیستیک اثربخش است. این نتایج با یافته‌های پژوهشی زیادی همخوانی دارد. در تبیین این نتایج می‌توان گفت که افراد مبتلا به اختلال شخصیت خودشیفته، احساس خود بزرگ‌بینی می‌کنند و خود را آدم مهمی می‌پندارند. روابط آن‌ها شکننده است و چون به قواعد مرسوم رفتار تن در نمی‌دهند. این افراد نمی‌توانند همدلی از خود نشان دهند. اعتماد به نفس این بیماران شکننده است و آن‌ها مستعد افسردگی‌اند. مشکلات بین فردی، مشکلات شغلی، طرد، و از دست دادن محبت دیگران از جمله فشارهای روانی شایعی است که افراد دارای اختلال نارسیستیک با رفتارشان برای خودشان ایجاد می‌کنند. بی‌نظمی رفتاری، ناتوانی در تفسیر علامت‌های هیجانی و ناتوانی در تنظیم واکنش‌ها، از ابعاد اصلی این اختلال است و با تحول نارسای هیجانی در ارتباط است و موجب می‌شود که واکنش‌های آنها به صورت افراط و

تفریط باشد. همچنین برخی از محققان، اختلال شخصیت نارسیستیک را حاصل تعامل پویایی مزاج (تفاوت‌های فردی در واکنش‌پذیری هیجانی، حرکتی و خودنظم‌جویی، سلطه‌ی عاطفه‌ی منفی، سطح پایین مهارگری، و فقدان حس بهم پیوسته از خود و دیگران می‌دانند. از آنجا که نظریه‌های کیفیت روابط موضوعی، نمایان‌گر رویکردی روان‌تحلیل‌گرایانه برای مطالعه و درک روابط میان فردی و تأثیر آن روی رفتار است و کیفیت روابط موضوعی نوعی درمان تحلیلی است که کاوش در همانندسازی‌های ناهشیار و درونی کردن اشیای بیرونی (جنبه‌هایی از افراد مهم) را در برمی‌گیرد بنابراین در تبیین اثر بخشی روان‌درمانی تحلیلی کارکردی می‌توان بیان داشت که این درمان افراد را به فکر کردن وامی‌دارد و با تعمیم مهارت‌های اجتماعی در مقایسه با رویکردهای آموزش مستقیم به طرز فعال‌تری بیماران دارای بی‌ثباتی هیجانی و رفتاری را به آموختن مهارت‌های جدید تشویق می‌کند همچنین در این رویکرد به جای آموزش جداگانه مهارت‌ها به افراد، تلاش می‌شود که با در نظر گرفتن شرایط اجتماعی، مهارت‌های حل‌مسئله نیز آموزش داده شود و این مهارت‌ها (حل‌مسئله و تصمیم‌گیری به گونه‌ای در آنها تقویت می‌شود که بتوانند شرایط مختلف اجتماعی را با موفقیت پشت سر بگذارند. در واقع روان‌درمانی تحلیلی کارکردی به مراجع این امکان را می‌دهد که در وهله اول به تغییر روابط با تجارب درونی‌شان را به افراد آموزش دهد. تغییر روابط با تجارب درونی شامل وسعت بخشیدن و وضوح آگاهی درونی است. به علاوه بر تقویت یک رابطه غیر قضاوتی و مشفقانه با تجارب تأکید می‌شود. اصلاح و تقویت خود دلسوزی (مفهومی که با قضاوت و انتقاد که اغلب مراجع نسبت به افکار و احساساتش دارد، مخالف است)، یک جنبه مهم این درمان محسوب می‌شود. به گونه‌ای که واکنش‌پذیری، تکانش‌وری، ترس و قضاوت‌های بی‌جا کاهش یابد. چرا که نشان داده شده است این حالت‌ها ناراحتی و تنش بین افراد را افزایش می‌دهند. در نهایت هدف این آموزش، تجربه افکار، احساسات و حس‌ها همان‌گونه که به طور طبیعی اتفاق می‌افتد، می‌باشد. بنابراین، روان‌درمانی تحلیلی کارکردی به مراجعین کمک می‌کند تا ماهیت تجارب درونی‌شان (به خصوص عملکرد هیجان‌ات) را بفهمند و میزان احساس‌های خوب را با تکنیک‌های شناختی جایگزین احساس‌های بد کنند و همیشه از رفتارهای دیگران تفکر دوقطبی و قضاوتی نداشته باشند. بنابراین پایش رفتار و هیجان خود می‌تواند به افزایش آگاهی مراجع از تجارب درونی-

اش کمک کند، به خصوص این نکته را بفهمد که تجارب کم و زیاد می‌شود و با موقعیت و رفتار ارتباط دارد. فهم و درک این مطالب، برای تغییر کافی نیست. بنابراین زمان کافی برای تمرینات تجربی اختصاص می‌یابد که راه‌های جدیدی برای ارتباط با تجارب درونی فراهم می‌کند. در مجموع می‌توان نتیجه گرفت روان‌درمانی تحلیلی کارکردی با بهبود روابط بین شخصی، هیجانی و خودپنداره افراد مبتلا به اختلال شخصیت نارسیستیک از انجام رفتارهای تکانه‌ای، بدون تفکر و برنامه‌ریزی نشده با ارتباط مناسب بین بیمار و درمانگر، اصلاح طرح-واره‌های آسیب‌زای کودکی و جایگزین کردن طرح‌واره‌های مناسب به بهبود کیفیت روابط موضوعی این بیماران کمک کند. روان‌درمانی تحلیلی کارکردی از آنجا که، هیچ محتوای شناختی، هیجانی و فیزیولوژیک خاصی را هدف قرار نمی‌دهند و درمان هم فضای شناختی که افکار منفی در آن رخ می‌دهد و هم پاسخ به این تجارب شناختی را هدف قرار می‌دهد، می‌تواند دید جامع‌تری به این اختلال داشته باشد و می‌تواند بر سایر جنبه‌های زندگی بیمار مؤثر باشد. از جمله محدودیت‌های این پژوهش می‌توان به مقطعی بودن زمان پژوهش، محدود بودن و تک جنسیتی بودن جامعه، یعنی بیماران مراجعه‌کننده به کلینیک‌های روانشناختی منطقه ۵ شهر تهران که امکان تعمیم نتایج این پژوهش را به سایر بیماران و همچنین سایر گروه‌های جامعه با محدودیت مواجه می‌سازد. با توجه به یافته‌های پژوهش حاضر، می‌توان به متخصصان سلامت روان توصیه کرد که با طراحی و کاربرد روش‌های مناسب الهام گرفته شده از روان‌درمانی تحلیلی کارکردی، بر کیفیت روابط موضوعی افراد دارای اختلال شخصیت نارسیستیک بیافزایند. پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آینده، از این روش روان‌درمانگری هم در مناطق جغرافیایی متنوع‌تر (جهت تعمیم بهتر نتایج)، هم در مراکز کلینیکی و هم برای اختلالات دیگر از جمله افسردگی، خودکشی‌های تکانه‌ای، اختلال خوردن، سوء مصرف مواد، اختلالات اضطرابی استفاده شود. همچنین، در کنار روان‌درمانی تحلیلی کارکردی، از درمان‌های دیگری در کنار این درمان در اختلالات شخصیت استفاده شود و این دو روش درمانی با هم مقایسه شوند تا اثربخشی هر کدام مشخص شود. با استفاده از دوره‌های پیگیری مکرر اثرات درمان در طولانی مدت مشخص شود.

(۱) صفاری‌نیا، مجید؛ شقاقی، فرهاد؛ ملکی، بهرام (۱۳۹۱). «بررسی مقدماتی ویژگی‌های روان-سنجی پرسشنامه شخصیت خودشیفته (NPI-40)». **فصلنامه مطالعات روان‌شناسی بالینی**، ۲(۸)، ۷۱-۹۲.

- 2) American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (5 Th Ed)*. Washington, DC: APA.
- 3) Bamelis, L.L., Evers, S.M., Spinhoven, P., & Arntz, A. (2014). Results of a multicenter randomized controlled trial of the clinical effectiveness of schema therapy for personality disorders. *American Journal of Psychiatry*.
- 4) Baskin-Sommers, A., Krusemark, E., & Ronningstam, E. (2014). Empathy in narcissistic personality disorder: From clinical and empirical perspectives. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment*, 5(3), 323.
- 5) Bushman, B. J., & Baumeister, R. F. (2016). Threatened egotism, narcissism, self-esteem, and direct and displaced aggression: Does self-love or self-hate lead to violence? *Journal of personality and social psychology*, 75(1), 219.
- 6) Gehart, D.R. (2012). *Mindfulness and acceptance in couple and family therapy*, New York: Guilford.
- 7) Kazdin, A.E., Siegel, T.C. & Bass, D. (2015). Cognitive problem solving skillstraining and parent management training in the treatment of antisocialbehavior in children. *Journal of Consulting and Clinical Child Psychology*.747- 733 :(5) 60.
- 8) Kellett, S., Bennett, D., Ryle, T. & Thake, A. (2013). Cognitive analytic therapy for borderline personality disorder: therapist competence and therapeutic effectiveness in routine practice. *Clinical Psychology Psychotherapy*. 20, 216-25.
- 9) Kernberg, Otto F. (1985). *Borderline conditions and pathological narcissism*. New York: J. Aronson: Distributed by Scribner.
- 10) Klever, P.H. (2017). Goal differentiation effectiveness, emotional maturity, and nuclear family functioning. *Journal of marital and family therapy*, 35, 3, 303-316.
- 11) Martin, J., Walcott, G., Clarke, T. R., Barton, E. N., & Hickling, F. W. (2019). The prevalence of personality disorder in a general medical hospital population in Jamaica. *West Indian Medical Journal*, 62(5), 463-467.

- 12) Miller, J. D., Widiger, T. A., & Campbell, W. K. (2015). Narcissistic personality disorder and the DSM-V. *Journal of Abnormal Psychology*, 119(4), 640.
- 13) Ronningstam, E. (2016). Pathological Narcissism and Narcissistic Personality Disorder: Recent Research and Clinical Implications. *Current Behavioral Neuroscience Reports*, 3(1), 34-42.
- 14) Ryle, A. & Kerr, IB. (2016). *Introducing cognitive analytic therapy*. John Wiley & Sons Ltd.
- 15) Skodol, A. E., Morey, L. C., Bender, D. S., & Oldham, J. M. (2015). The alternative DSM-5 model for personality disorders: a clinical application. *American Journal of Psychiatry*, 172(7), 606-613.
- 16) Thorberg, F. A. & Lyvers, M. (2019). Attachment, fear of intimacy and differentiation of self among clients in substance disorder treatment facilities. *Journal of Addictive Behaviors*, 31 4, 732-745.

