فصلنامه ایده های نوین روانشناسی

دوره ۱۳، شماره ۱۷ ، تابستان سال ۱۴۰۱

تاثیر روان درمانی پویشی کوتاه مدت فشرده (ISTDP) بر کاهش نشانگان روانشناختی در بیماران دچار شخصیت هیستریونیک (HPD)

نیما صالحیان[۱]

چکیده

مقدمه: گاهی موانع و مشکلاتی در زندگی آدمی پدید می آید که سازگاری و در نتیجه تعادل روانی فرد را برهم می زند و باعث بروز اختلالات روانی می شود. هدف پژوهش تعیین تاثیر روان درمانی پویشی کوتاه مدت فشرده بر کاهش نشانگان روانشناختی در بیماران دچار اختلال شخصیت هیستریونیک (نمایشی) در شهر سمنان بود.

روش کار: طرح پژوهش کارآزمایی تصادفی کنترل شده با طرح پیش آزمون- پس آزمون و گروه کنترل بود. جامعه آماری را کلیه زنان بزرگسال مبتلا به اختلال شخصیت هیستریونیک بود. تعداد ۱۶ نفر انتخاب و با روش تولید اعداد تصادفی در دو گروه مداخله و کنترل جایگزین شدند.

ابزارهای پژوهش مقیاس چند محوری میلون ۳ و چک لیست نشانه‌های بیماری ۹۰ سوالی تجدیدنظر شده بود. تجزیه و تحلیل داده‌ها با spss-26 و به روش تحلیل واریانس چند متغیری انجام شد.

یافته ها : یافته ها نشان داد بین هر دو گروه در مولفه های "اضطراب"، "پرخاشگری"، "افسردگی"، "شکایت های جسمانی"، "وسواس ـ اجبار"، "ترس مرضی"، "روانپریشی"، و "افکار پارانوئیدی" و "حساسیت در روابط بین فردی" تفاوت معنادار وجود دارد.

نتیجه گیری : با توجه به نتایج می توان گفت روان درمانی پویشی کوتاه مدت فشرده برای کاهش نشانگان روان شناختی بالینی بیماران دچار اختلال شخصیت هیستریونیک تاثیر دارد و به عنوان یک روش درمانی مطلوب می تواند مورد استفاده قرار بگیرد.

کلید واژه : روان درمانی پویشی کوتاه مدت، نشانگان روان شناختی بالینی، اختلال شخصیت هیستریونیک

۱. کارشناس ارشد روانشناسی بالینی، سمنان، ایران. (nimasalehian@yahoo.com)

[Downloaded from jnip.ir on 2026-11-12]

مقدمه

اختلال شخصیت هیستریونیک (HPD) نوعی اختلال شخصیت که با توجه طلبی، خودنمایی و نیاز مفرط به تایید مشخص می شود. زنان را بیشتر از مردان تحت تأثیر قرار می دهد. در DSM-IV-TR به عنوان یک اختلال شخصیت خاص طبقه بندی شده است، در DSM-۵ به عنوان زیرشاخه اختلال شخصیت خودشیفته در نظر گرفته می شود. سی سال پیش، Chodoff و Lyons به لزوم تمایز بین هیستری و شخصیت هیستریک اشاره کردند (لیون و چودوف، ۱۹۵۸). متعاقباً، چندین مطالعه (پونل و همکاران، ۱۹۵۱؛ گیبوز، ۱۹۷۵) نشان داد که سندرم بریکه، که اکنون اختلال جسمانی سازی نامیده می شود، به عنوان یک اختلال چند علامتی که با علائم و تاریخچه تعریف می شود، است.اختلال جسمانی سازی به طور کلی به عنوان یک تشخیص روانپزشکی متمایز از اختلال شخصیت هیستریونیک (HPD) پذیرفته شده است. اختلال شخصیت هیستریونیک کمتر مورد مطالعه قرار گرفته است و مرزهای آن به خوبی مشخص نشده است (لازار و همکاران، ۱۹۷۰). آنها عواملی را استخراج کردند که با خوشه های توصیف شده سنتی از صفات هیستریک سازگار بود.

Slavney و McHugh بیماران با شخصیت هیستریونیک را از سایر افراد درگیر روانپزشک بر اساس افزایش آسیب پذیری آنها در برابر افسردگی و آسیب به خود متمایز کردند (اسلونی و مک هاگ، ۱۹۷۴). رابط بین اختلال جسمانی سازی و اختلال شخصیت هیستریونیک تقریباً ناشناخته باقی مانده است. در واقع، چندین مطالعه (زیگلر و لمبدون، ۱۹۶۰؛ لوویس و بنان، ۱۹۶۵) نشان می دهد که اختلال شخصیت هیستریونیک با اختلال تبدیلی بین ۲۱ تا ۵۰ درصد همپوشانی دارد. با این حال ،بیشتر این مطالعات از معیارهای تشخیصی مبهم استفاده می کردند و برخی اصلاً هیچ یک را بیان نکردند.

Lilienfeld etal تعداد ۲۶ مورد از اختلال شخصیت هیستریونیک را در ۴۸ بیمار مرد و زن مبتلا به اختلال جسمانی گزارش کردند. کیمبل و همکاران، همپوشانی بین سندرم بریکت و شخصیت هیستریک را حدود ۸۵ درصد دریافت کردند(کیمبل و همکاران، ۱۹۷۵)؛ در حالی که کونیگزبرگ همبستگی پایینی را بین اختلال شخصیت هیستریونیک و اختلالات جسمانی گزارش کرد(کونیگزبرگ، ۱۹۸۵). Cloninger تخمین زد که به طور کلی، دو سوم از بیماران مبتلا به اختلال جسمانی سازی نیز نوعی اختلال شخصیت هیستریک دارند(کلونینگر، ۱۹۷۸). با این حال، از آنجایی که هیچ یک از این مطالعات شامل داده های مربوط به علائم، دوره بیماری، سابقه خانوادگی یا درمان نمی شد، نمی توانیم بدانیم

[Downloaded from jnip.ir on 2026-11-12]

که آیا اصطلاحات اختلال جسمانی سازی و اختلال شخصیت هیستریونیک جمعیت های متفاوتی را تعریف می کنند یا خیر. اگر این کار را انجام دهند، ممکن است انتظار داشته باشیم که بیماران مبتلا به اختلال جسمانی شدن با و بدون اختلال شخصیت هیستریونیک تفاوت های قابل توجهی در تعداد و کیفیت علائم افسردگی، میزان سوء مصرف مواد، در مداخلات درمانی و در نتیجه درمان نشان دهند. در مطالعه ای انجام شده روی ۶۰ بیمار زن که به اختلال جسمانی شدن مبتلا بودند، نقش اختلال شخصیت هیستریونیک در مورد آنها مورد آزمایش قرار گرفت.نحوه تشخیص برای تمام مطالعات اختلالات شخصیت بسیار دشوار است. به جز اختلال شخصیت ضداجتماعی، همه تشخیص های محور دوم تا حدی به استنباط های انجام شده توسط آزمایش گر متکی هستند. معیارهای اختلال شخصیت هیستریونیک تقریباً کاملاً امپرسیونیستی هستند: همانطور که برگر اشاره می کند، شخصیت هیستریونیک نه در بیمار بلکه در مشاهده گر وجود دارد(برگر، ۱۹۷۱). اگرچه معیارهای ذهنی زمانی که ارزیاب بیمار را به خوبی می شناسد ممکن است مفید باشد اما هر مطالعه ای را در معرض اتهام سوگیری قرار می دهد. اما ارزیابی کنندگان بی طرف(کسانی که موضوع را نمی دانند) ممکن است در مورد اینکه چه کسی سابقه اختلال شخصیت دارد و چه کسی ندارد، اختلاف نظر داشته باشند(کامینسکی، ۱۹۸۳).

بنابراین پارادوکس تشخیصی، بین عینیت و دانش ارزیاب رابطه معکوس وجود دارند. تلاش برای حل این پارادوکس به گونه ای انجام شد که در یک ارزیابی از روانپزشک معالج در هر مورد خواسته شده که بیمار را در هر ۱۰ معیار اختلال شخصیت هیستریونیک امتیاز دهد. تشخیص اختلال شخصیت هیستریونیک پس از آن تنها به بیمارانی اختصاص داده شد که به طور کامل معیارها را داشتند و هیچ تلاشی برای رسیدن به یک تشخیص اجماع انجام نشد. بنابراین این روش مزایای معیارهای عینی و ناظران را با هم ترکیب کرد. نیاز به نمره متوسط برای هر عامل تشخیصی اختلال شخصیت هیستریونیک کمک کرد تا اطمینان حاصل شود که گروه مبتلا به اختلال شخصیت هیستریونیک شامل بیماران با شخصیت هیستریونیک است. با این حال، این احتمال را باز گذاشت که گروه بدون اختلال شخصیت هیستریونیک، که باقیمانده است، ممکن است شامل بیمارانی باشد که تقریباً به اندازه افراد گروه دارای اختلال شخصیت هیستریونیک بودند.

با این حال، یافته های حاصل از مطالعات اخیر تا حدودی توسط مطالعه ۱۹۸۳ کامینسکی و اسلاونی تایید می شوند، که خاطرنشان کردند بیماران با شخصیت هیستریک DSM-II(۲۰) نسبت به بیماران مبتلا به اختلال جسمانی سازی بیشتر احتمال دارد اقدام به خودکشی کرده باشند(کامینسکی و اسلاونی، ۱۹۸۳).

تشخیص زنان مبتلا به HPD

[Downloaded from jnip.ir on 2026-11-12]

همانطور که قبلاً گفته شد، بسیاری از متخصصان بهداشت روان در داخل و خارج از جامعه روانپزشکی میزان بالا و غیرعادی تشخیص اختلال شخصیت هیستریونیک در زنان را زیر سوال می برند. تا حدی، این نگرش پرسشگری از زبانی که برای شناسایی علائم HPD در حین تشخیص استفاده می شود، نشات می گیرد. به عنوان مثال، استفاده از اصطلاحاتی مانند "تحریک آمیز" و "فریبنده" گاهی به شدت با قضاوت های اخلاقی یا اجتماعی منفی در مورد رفتار زنان مرتبط است(الم و مرسکی، ۱۹۹۲؛ برنشتاین، ۱۹۹۸).

برخی از متخصصان بهداشت روان بر این باورند که این اصطلاحات گاهی اوقات برای انگ رسمیت دادن به رفتار زنان به جای نتیجه گیری پزشکی قابل توجه در مورد وضعیت سلامت روان هر فرد مورد استفاده قرار می گیرند.علاوه بر این، برخی از متخصصان بهداشت روان معتقدند که پزشکانی که HPDرا در زنان تشخیص می دهند، گاهی به طور اساسی از تأثیرات بلند مدت سوء استفاده جنسی در دوران کودکی، آزار جسمی دوران کودکی، تجاوز جنسی و سایر اشکال آسیب ها بر روان زنان سوء برداشت می کنند(بلاگو و همکاران، ۲۰۰۷). در جایی که این پزشکان واکنش های بیمارگونه و ناسالم را مشاهده می کنند که به توانایی زن برای عملکرد در جامعه آسیب می‌زند، دیگران ممکن است به طور منطقی سازگاری هوشمندانه ای با واقعیت اجتماعی و شخصی ببینند که در واقع از توانایی های عملکردی زن محافظت و پشتیبانی می کند.شخصیت منعکس کننده الگوهای عمیق، رفتار و شیوه ای است که افراد در آن خود و دنیایشان را درک می کنند، با آنها ارتباط برقرار می کنند و درباره آن فکر می کنند. ویژگی های شخصیتی، ویژگی های بارز شخصیت هستند و لزوماً آسیب شناسی نیستند، اگرچه برخی از سبک های شخصیتی ممکن است باعث ایجاد مشکلات بین فردی شوند(چودوف، ۱۹۸۲).

اختلالات شخصیت نشان دهنده الگوهای سفت و سخت، انعطاف ناپذیر و ناسازگار تفکر و رفتار است که منجر به اختلال در عملکرد و یا ناراحتی درونی قابل توجهی می شود. اغلب اختلالات شخصیت در نوجوانی یا اوایل بزرگسالی شروع می شوند، در طول زمان پایدار هستند و منجر به آشفتگی یا اختلال درونی قابل توجهی می شوند(فرد و ویدیگر، ۱۹۸۹؛ پفل، ۱۹۹۱).

افراد مبتلا به اختلال شخصیت هیستریونیک هیجانی بیش از حد از خود نشان می دهند - تمایل به نگاه عاطفی به چیزها و توجه جویند. افراد مبتلا به این اختلال وقتی در مرکز توجه نیستند احساس ناراحتی می کنند یا احساس می کنند که از آنها قدردانی نمی شود. رفتارهای معمولی ممکن است شامل جستجوی مداوم تأیید یا توجه، نمایش خود و نمایشی بودن باشد. افراد مبتلا به اختلال شخصیت هیستریونیک ممکن است در موقعیت های نامناسب، از جمله روابط اجتماعی،

[Downloaded from jnip.ir on 2026-11-12]

شغلی و حرفه ای، فراتر از آنچه که برای بافت اجتماعی مناسب است، به شیوه ای خود محور یا از نظر جنسی اغواکننده عمل کنند. آنها ممکن است سرزنده و نمایشی باشند و ممکن است در ابتدا با اشتیاق، گشاده رویی ظاهری یا معاشقه، آشنایان جدید را مجذوب خود کنند. با این حال، آنها همچنین ممکن است دوستان و آشنایان را با نمایش عمومی بیش از حد احساسات شرمنده کنند، مانند در آغوش گرفتن آشنایان معمولی با اشتیاق، هق هق غیرقابل کنترل برای شکست های جزئی یا داشتن عصبانیت.

ویژگی های دیگر آن ها شامل:

۱. علایق و گفتگوی آنها متمرکز بر خود خواهد بود.

۲. آنها از ظاهر فیزیکی خود برای جلب توجه به خود استفاده می کنند.

۳. بیان احساسی آنها ممکن است سطحی و به سرعت در حال تغییر باشد.

٤. سبک گفتار آنها بیش از حد امپرسیونیستی و فاقد جزئیات است.

۵. آنها ممکن است با مشاغلی که ارزش و نیاز به تخیل و خلاقیت دارند خوب عمل کنند، اما احتمالاً در کارهایی که نیاز به تفکر منطقی یا تحلیلی دارند مشکل خواهند داشت.

داده های حاصل از بررسی ملی اپیدمیولوژیک ۲۰۰۱-۲۰۰۲ در مورد الکل و شرایط مرتبط نشان می دهد که شیوع اختلال شخصیت هیستریونیک ۱.۸۴ درصد است(پفول، ۱۹۹۱).

طبق DSM-۵، برای تشخیص اختلال شخصیت هیستریونیک، باید پنج یا بیشتر از علائم زیر وجود داشته باشد:

- خود محوری، احساس ناراحتی زمانی که مرکز توجه نیست.
- دائماً به دنبال اطمینان یا تأیید است.
- ظاهر یا رفتار نامناسب اغوا کننده.
- حالات عاطفی در حال تغییر سریع که برای دیگران کم عمق به نظر می رسد.
- توجه بیش از حد به ظاهر فیزیکی و استفاده از ظاهر فیزیکی برای جلب توجه به خود

[Downloaded from jnip.ir on 2026-11-12]

- نظراتشان به راحتی تحت تأثیر افراد دیگر قرار می گیرند.
- نمایش های بیش از حد با نمایش اغراق آمیز احساسات
- تمایل به این باور که روابط صمیمانه تر از آنچه نشان می دهد، هستند.
- علاوه بر این، علائم باید باعث اختلال یا ناراحتی قابل توجهی در فرد شود.

دلایل ایجاد اختلال شخصیت هیستریونیک

علت اختلال شخصیت هیستریونیک ناشناخته است، اما رویدادهای دوران کودکی و ژنتیک ممکن است هر دو دخیل باشند. HPD در زنان بیشتر از مردان رخ می دهد، اگرچه برخی از کارشناسان معتقدند که به سادگی بیشتر در زنان تشخیص داده می شود، زیرا توجه جویی و پیشروی جنسی برای زنان از نظر اجتماعی کمتر از مردان قابل قبول است. افراد مبتلا به این اختلال معمولاً قادر به عملکرد در سطح بالایی هستند و می توانند در محیط های اجتماعی و شغلی به خوبی عمل کنند. زمانی که روابط عاشقانه شان به پایان می رسد، ممکن است به دنبال درمان افسردگی باشند. آنها اغلب نمی توانند موقعیت خود را به طور واقع بینانه ببینند، در عوض تمایل به نمایش بیش از حد و اغراق دارند. به جای اینکه مسئولیت شکست یا ناامیدی را بر عهده بگیرند، افراد مبتلا به این اختلال معمولاً دیگران را سرزنش می کنند. از آنجا که آنها تمایل به تازگی و هیجان دارند، ممکن است خود را در موقعیت های پرخطر قرار دهند. رفتار آنها ممکن است منجر به خطر بیشتر ابتلا به افسردگی شود(شاپیرو، ۱۹۶۵).

نتایج حاصل از یکی از تحقیقات در این باره نشان داد که از ۶۰ زن مبتلا به اختلال جسمانی سازی، ۴۱ نفر (۶۸٪) معیارهای DSM-IJI را برای اختلال شخصیت هیستریونیک داشتند. میانگین کل امتیاز ۱۰ علامت فردی DSM-IJI برای اختلال شخصیت هیستریونیک، ۲۰.۴ برای گروه مبتلا به اختلال شخصیت هیستریونیک و ۹.۲ برای گروه بدون اختلال شخصیت هیستریونیک بود. بیماران با و بدون اختلال شخصیت هیستریونیک از نظر تحصیلات و سن در مصاحبه مشابه بودند. برای بیماران مبتلا به اختلال شخصیت هیستریونیک روند غیر قابل توجهی وجود داشت که هرگز ازدواج نکرده یا پس از طلاق مجرد مانده اند. با این حال، نزدیک به نیمی از افراد در هر گروه حداقل یک بار طلاق گرفته بودند. بیماران مبتلا به اختلال شخصیت هیستریونیک نسبت به بیماران بدون اختلال شخصیت هیستریونیک علائم و تجربیات درمانی بیشتری را گزارش کردند. بیماران مبتلا به اختلال شخصیت هیستریونیک دوره های افسردگی کمی بیشتر داشتند و از ۲۰ علامت معمول افسردگی اندکی بیشتر گزارش کردند: گریه بیش از حد، ناتوانی در کار، احساس ناامیدی، از دست

[Downloaded from jnip.ir on 2026-11-12]

دادن اشتها، کاهش وزن، بی خوابی، پرخوابی، خستگی، عقب ماندگی روانی حرکتی، بی قراری، از دست دادن علاقه، کاهش میل جنسی، نگرانی، تمرکز ضعیف، مشکل در تفکر، حافظه ضعیف، افکار مرگ، آرزوهای مرگ، افکار خودکشی و اقدام به خودکشی.

روان درمانی پویشی کوتاه مدت فشرده (ISTDP)

طی ۲۵ سال گذشته، روان درمانی پویشی کوتاه مدت فشرده، به عنوان یک درمان موثر برای بیماران مبتلا به اختلالات شخصیت (عباس، ۲۰۱۶)، تحمل اضطراب پایین و علائم ترکیبی روانپزشکی (تون و دریسن، ۲۰۱۳) استفاده شده است. روان درمانی پویشی کوتاه مدت فشرده یک مدل مداخله روان درمانی است با استفاده از تجزیه و تحلیل ویدئویی دقیق از مواد بالینی، از صدها مورد درمان شده، دوانلو یک مداخله روان درمانی موثر را مشخص کرد که با مدت زمان کوتاه و اثربخشی در طیف وسیعی از بیماران مشخص می‌شود. در حالت چهره به چهره و با یک درمانگر فعال، به بیمار این امکان داده می‌شود که به طور سیستماتیک دفاع مزمن را زیر پا بگذارد تا با احساسات سرکوب شده قبلی خود که ریشه علائم و مشکلات شخصیتی آنها است، در تماس باشد (روکو و همکاران، ۲۰۲۱). درمانگر روان درمانی پویشی کوتاه مدت فشرده از بیمار برای شناسایی و تنظیم احساسات و تأمل در نیازهای عاطفی و رابطه‌ای حمایت می‌کند. درمانگران روان درمانی پویشی کوتاه مدت فشرده از مداخلات خاصی برای شروع واکنش‌های هیجانی و کشف عبارات ذهنی، ادراکی و احساسی بیمار و همچنین گرایش‌های رفتاری استفاده می‌کنند (کوقلین، ۲۰۱۶). این مداخلات شامل دعوت از احساس، حمایت از توانایی مشاهده خود و مقابله با دفاع است (فردریکسون، ۲۰۱۳). سولباکن و عباس (۲۰۱۵) دریافتند که یک برنامه درمانی کوتاه مدت فشرده مبتنی بر روان درمانی پویشی برای بیماران مبتلا به اختلالات روانی مقاوم به درمان و اختلالات شخصیت همراه، اثرات وسیع و پایداری از جمله بهبود قابل توجه پس از درمان در عملکرد رابطه‌ای به همراه داشت.

روان درمانی پویشی کوتاه مدت فشرده یک گروه از درمان‌های روان پویشی مدرن است که در ۵۰ سال گذشته توسعه یافته است. اگرچه ریشه محکمی در نظریه روانکاوی دارند، اما مختصرتر از درمان‌های تحلیلی هستند و نیاز به موضع فعال‌تری از درمانگر دارند (شرودر و همکاران، ۲۰۱۶). روش دوانلو، که براساس بیش از ۴۰ سال تجزیه و تحلیل جلسات ضبط شده ویدئویی ساخته شده است (عباس و همکاران، ۲۰۱۳)، در تئوری فرویدی غوطه‌ور است و به احساسات ناخودآگاه و ترسناک «تابو» نسبت به چهره‌های دلبستگی می‌پردازد، بنابراین به نظریه دلبستگی نیز بدهی زیادی دارد (بالبی، ۱۹۸۹). این با کارهای کوتاه مدت و بدن محور الکساندر و فرنچ (۱۹۴۶)، فرنسی و رانک (۱۹۲۵) و گشتالت درمانی (اسمیت، ۱۹۷۶) منعکس می‌شود و مبتنی بر رویکرد کوتاه مدت استاد دوانلو، پیتر سیفنئوس (۱۹۸۷) است.

[Downloaded from jnip.ir on 2026-11-12]

مانند سایر روان درمانی‌های پویشی، روان درمانی پویشی کوتاه مدت فشرده بر این درک استوار است که مشکلات ارائه شده توسط بیمار سازگاری با اضطراب یا درد روانی ناشی از تعارضات درون روانی است (فردریکسون، ۲۰۱۳؛ تن هاو دی لابیژ و نبورسکی، ۲۰۱۲). این امر تجربی است، زیرا نیمی از وظیفه درمانی تماس با احساسات متضاد بیمار به عنوان تجربیات بدنی اینجا و اکنون است، نیمه دوم بینش شناختی در مورد چگونگی اجتناب از چنین تجربیاتی علت اصلی مشکلات بیمار است (دوانلو، ۱۹۹۰). این رویکرد که توسط دوانلو (دوانلو، ۱۹۹۰، ۲۰۰۱، ۲۰۰۵) توسعه یافته است، براساس نظریه فرویدی است، اما از طریق مجموعه‌ای از تکنیک‌ها که او ادعا می‌کند مشکلات مقاومت درمانی را برطرف می‌کند، به کار می‌رود. مالان (۱۹۸۰) پیشنهاد می‌کند که روان درمانی پویشی کوتاه مدت فشرده مهم ترین گام رو به جلو در روان درمانی روان پویشی از زمان فروید است و به این نتیجه می‌رسد که «فروید ناخودآگاه را کشف کرد؛ دوانلو نحوه استفاده درمانی از آن را کشف کرده است (به نقل از شرودر و همکاران، ۲۰۱۶). در روان درمانی پویشی کوتاه مدت فشرده، «احساسات پنهان» به عنوان احساسات مختلط به وجود می‌آیند که به هنگام گسستن پیوند دلبستگی نسبت به یک مراقب خلاصه می‌شود: عشق و ارتباط اولیه جای خود را به اعتراض و خشم می‌دهد، سپس احساس گناه در مورد خشم، سپس اندوه و اندوه عمیق از دست دادن عشق (شرودر و همکاران، ۲۰۱۶). ویژگی بارز روان درمانی پویشی کوتاه مدت فشرده دقتی است که با آن احساسات، اضطراب و دفاع عملیاتی شده و با آن کار می‌شود (دلا سلوا، ۲۰۱۸). یک ناظر برای اولین بار روان درمانی پویشی کوتاه مدت فشرده تعدادی ویژگی متمایز را می‌بینند. عملاً، یک جلسه اولیه ۲ تا ۳ ساعته "آزمایش درمانی" وجود دارد که در آن درمانگر بر مداخله تمرکز می‌کند و پاسخ بیمار را ارزیابی می‌کند. تحقیقات نشان می‌دهد که این بهترین راه برای ارزیابی مناسب بودن درمان است، با عواملی مانند تشخیص یا شدت تروما که ارزش پیش بینی کمی دارند. دوانلو (۱۹۹۰) اظهار داشت که اثرات درمانی یافت شده در روان درمانی پویشی کوتاه مدت فشرده "به طور منحصر به فرد موثر" هستند و این اثرات توسط "عوامل خاص و نه غیر اختصاصی" ایجاد می‌شوند. همانطور که بحث شد، اثربخشی روان درمانی پویشی کوتاه مدت فشرده با پاسخ بیمار به مداخلات خاص به کار گرفته شده در سراسر توالی دینامیک مرکزی تعیین می‌شود. این توالی به طور تجربی با پیامدهای دائمی مؤثر در طیف وسیعی از اختلالات مرتبط بوده است (عباس و همکاران، ۲۰۱۳؛ دوانلو، ۲۰۰۵). تغییرات فوری اغلب در باز کردن گره و مراحل انجام کار بیشتر با تغییرات طولانی مدت در مصاحبه‌های بعدی در طول ماه‌ها و سال‌ها قابل توجه است (شرودر و همکاران، ۲۰۱۶).

روش کار

[Downloaded from jnip.ir on 2026-11-12]

پژوهش حاضر یک کارآزمایی تصادفی کنترل شده با استفاده از طرح پیش آزمون ـ پس آزمون با گروه کنترل دارای مراقبت‌های معمول یک پژوهش استاندارد است. جامعه آماری پژوهش حاضر را کلیه زنان بزرگسال مبتلا به اختلال شخصیت هیستریونیک شهر سمنان، تشکیل می دهند. از بین این افراد، تعداد ۱۶ نفر از طریق فرمول تعیین حجم کوکران[1] انتخاب گردید. برای تعیین واریانس جامعه ابتدا ۳۰ پرسشنامه به صورت تصادفی بین زنان بزرگسال شهر سمنان توزیع و گردآوری گردید و سپس واریانس اولیه محاسبه شد. ضمنا تعداد حجم نمونه در تحقیقات مشابه نیز همین میزان (۱۶ نفر) بود. این تعداد به شیوه دردسترس انتخاب و با روش تولید اعداد تصادفی در دو گروه جایگزین شدند. در این پژوهش از دوپرسشنامه چند محوری میلون ۳، چک لیست نشانه‌های بیماری ۹۰ سوالی تجدیدنظر شده برای جمع آوری داده‌ها استفاده شد.

توصیف نحوه تصادفی سازی

در این مطالعه تعداد ۱۶ نفر با توجه به توضیحات فوق انتخاب شدند. سپس جایگزینی تصادفی به روش قرعه کشی انجام شد (به هر یک از افراد نمونه یک شماره اختصاص داده شد). شماره ها را روی کاغذ یادداشت نموده، سپس تا زدیم و آنها را داخل ظرفی قرار دادیم. کاغذها را کاملا مخلوط کرده و به هم زدیم. سپس کاغذ ها را یکی یکی خارج کرده و به ترتیب، یک شماره را در گروه اول و یک شماره را در گروه دوم قرار دادیم. سپس کاربندی تصادفی انجام شد. بدین صورت که به قید قرعه یک گروه به عنوان "گروه کنترل" و گروه دیگر به عنوان "گروه مداخله" شناخته شدند. به این طریق که برای تعیین تصادفی "گروه کنترل" و "گروه مداخله"، مجموعه هر یک از گروه ها را درون دو پاکت جداگانه قرار داده و آنها را درون یک ظرف قرار دادیم. سپس به صورت تصادفی یک پاکت را از ظرف خارج کرده و به "گروه مداخله" و پاکت دیگر را به "گروه کنترل" اختصاص دادیم.

شرح مداخله: گروه مداخله، هفته ای دو بار به مدت ۲۰ جلسه ۱ ساعته تحت مداخله روان پویشی کوتاه مدت فشرده (ISTDP) (روش تعدیل شده) قرار گرفتند. پکیج درمانی مورد استفاده در این پژوهش برگرفته از روش روان درمانی پویشی کوتاه مدت فشرده دوانلو (روش تعدیل شده) بود. جلسه اول درمان به علت ارزیابی، مطابق روش دوانلو بین یک ساعت و نیم تا سه ساعت طول کشید و بعد از آن جلسات به صورت هفته ای و یک ساعته برگزار گردید.

1 William Cochran

[Downloaded from jnip.ir on 2026-11-12]

این درمان به هفت مرحله مشخص قابل تقسیم است: **مرحله اول:** درمان آزمایشی. در این مرحله به بررسی مشکلات بیمار و ارزیابی توانایی اولیه وی برای پاسخگویی به درمان می پردازیم. در این مرحله از ماهیت مشکل بیمار و درخواست توضیح یک مثال خاص و عینی از مشکلش می پردازیم. در فرآیند پرسشگری از مشکلات بیمار بر ارائه توضیحات شخصی، عینی و مشخص که به گفتار بیمار وضوح ببخشد تاکید می شود. **مرحله دوم:** فشار برای پاسخ های عینی تر و تجربه احساسات. در این مرحله با درخواست های مکرر درمانگر از مراجع برای توضیح پاسخ های عینی و مشخص تر و مسائل اضطراب برانگیز کم کم سیستم های دفاعی اصلی در بیمار فعال می شود. درمانگر از بیمار پاسخ های عینی و مشخص طلب می کند. از بیمار خواسته می شود نمونه ای رخدادهایی که برای وی ایجاد مشکل کرده است را بیان کند. سعی می شود مصاحبه به سوی مسائل اضطراب برانگیز هدایت شود. **مرحله سوم:** شناسایی، شفاف سازی و چالش با دفاع ها. پس از پرسش و فشار برای پاسخ های مشخص و تجربه احساسات، مکانیزم های دفاعی فعال می شوند و درمانگر در این مرحله از طریق فشار با فرد وارد مرحله تحلیل و وارسی دفاع ها می شود، از آنجایی که هدف این روش ایجاد توانایی برای تجربه احساسات در بالاترین سطح است، تمامی دفاع ها بر ضد تجربه احساسات مشخص و مورد چالش قرار می گیرند تا خنثی شوند. مرحله چهارم: مقاومت انتقالی. در **مرحله چهارم** درمانگر مراقب علائم انتقالی است که عمدتا غیر کلامی هستند. علائمی که ممکن است در دفاع از خشم خود به کار رود مثل گره کردن مشت، چسبیدن به صندلی، تنش و گرفتگی، آه کشیدن و غیره. هنگامی که درمانگر احساس کرد تنش به حد مناسبی افزایش یافته است با پرسش مستقیم جهت مصاحبه را متمرکز بر انتقال می کند. و در این فرآیند توجه بیمار را به سوی علائم غیر کلامی که نشان می دهد، هدایت می کند. پاسخ بیمار به پرسش درمانگر درباره احساساتش به وضوح ماهیتی دفاعی دارد. درمانگر در ادامه به روشن سازی، فشار و چالش در ناحیه احساسات انتقالی می پردازد با این تفاوت که میزان چالش را نسبت به قبل افزایش می دهد. افزایش چالش با مقاومتی که متوجه احساسات انتقالی است، سبب تبلور بیشتر در انتقال می شود. مرحله پنجم: دسترسی مستقیم به ناهوشیار. در **مرحله پنجم** تمرکز بر دفاع ها، شناسایی و روشن ساختن و چالش با آنها به جنبش احساسات انتقالی شدید و پیچیده در بیمار منجر می شود. فشار و چالش آنقدر ادامه می یابد تا از ناهوشیار علائمی مبنی بر نزدیک شدن احساسات و تکانه ها به سطح مشاهده شود. برای رخنه کامل و لمس واقعی احساسات هر سه مولفه یک احساس باید تجربه شود. **مرحله ششم:** تحلیل نظامدار انتقال. تحلیل انتقال در این مرحله عبارت است از برقراری ارتباط و تحلیل شباهت ها بین الگوی ارتباط مراجع در انتقال با دیگر روابط وی در زندگی کنونی و گذشته اش. در این مرحله درمانگر با بکار گیری مثلث تعارض و مثلث شخص، انتقال را تحلیل می کند. **مرحله هفتم**: کاوش پویشی در ناهوشیار. در مرحله هفتم به سبب تسلط پیمان درمانی، رویدادهای آسیب زای مسبب اضطراب و احساسات ناهوشیار خشم، اندوه و گناه افشاء

[Downloaded from jnip.ir on 2026-11-12]

و تجربه می شوند. درمانگر کمک می کند که فرد نسبت به آنها بینش حاصل کند. پس از تحلیل نظام دار انتقال و مثلث تعارض و شخص، درمانگر به کاوش در روابط کنونی و گذشته بیمار می پردازد. درمانگر با استفاده از مثلث تعارض و شخص به تحلیل موادی که افشاء می شوند می پردازد. کاوش در زندگی خانوادگی و گذشته بیمار در این مرحله اهمیت اساسی دارد. بعد از اینکه شواهد کافی از گذشته مراجع جمع آوری شد، درمانگر پرسش های خود را پویشی تر می سازد و در این راستا ساخت تعارضی و هسته اختلال بیمار روشن می شود. جلسات دوم تا جلسه دهم مطابق مراحل پروتکل که در جلسه اول توضیح داده شد و با توجه به مثلث تعارض و مثلث شخص و پیگیری سایر مشکلات مراجعه ادامه می یابد.

پرسشنامه چند محوری میلون ۳: این پرسشنامه یک ابزار خودسنجی با ۱۷۵ سوال بلی/خیر است که نسخه تجدیدنظر شده میلون دو می‌باشد. نسخه اصلی مقیاس توسط میلون در سال ۱۹۷۷ تدوین شد و از آن زمان تاکنون دوبار مورد تجدید نظر قرار گرفته است. سوالات پرسشنامه تحت ۲۸ مقیاس جداگانه و براساس طبقات، ۱- شاخص‌های تغییر پذیری؛ افشاگری، مطلوب بودن، وانمود بد، روایی. ۲-الگوهای شخصیت بالینی؛ اسکیزوویید، اجتنابی، افسرده، وابسته، نمایشگر، خودشیفته، ضداجتماعی، پرخاشگر، جبری، منفی گرا و خودناکام ساز۳. -آسیب های شدید شخصیت؛ اسکیزوتایپی، مرزی و پارانویایی. ۴ـ نشانگان بالینی. ۵-نشانگان شدید بالینی؛ نمره‌گذاری می‌شود؛ که با نظریه شخصیت میلون و DSM-IV همخوانی دارد. این پرسشنامه دامنه گسترده‌ای از اطلاعات مربوط به شخصیت، سازگاری هیجانی و نگرش مراجعان را می‌سنجد، مخاطبان آن افراد بالای ۱۸ سال و دارای توانایی خواندن حداقل کلاس هشتم می‌باشد. پرسشنامه میلون از جمله پرسشنامه‌های منحصر به فردی ست که در آن بر اختلال‌های شخصیت و نشانه هایی که اغلب با این اختلال‌ها همراه هستند تاکید می‌شود. میلون (۱۹۹۴) میزان پایایی این پرسشنامه به روش آزمون-باز آزمون بین ۰/۸۲ تا ۰/۹۰ و ضریب آلفای آن بین ۰/۶۶ تا ۰/۹۰ گزارش کرد (به نقل از چگینی، دلاور و غرایی، ۱۳۹۲). در پژوهش چگینی و همکاران (۱۳۹۲) پایایی این پرسشنامه به روش آزمون-بازآزمون در گروه بیمار (۰/۶۱ تا۰/۷۹) و در گروه غیر بیمار (۰/۷۹ تا۰/۹۷) و پایایی به روش آلفای کرونباخ (۰/۳۳ تا۰/۷۸) بدست آمد. روایی مقیاس در پژوهش چگینی و همکاران (۱۳۹۲) مورد تایید قرار گرفت.

چک لیست نشانه‌های بیماری ۹۰ سوالی تجدیدنظر شده: این چک لیست خودگزارشی توسط دروگاتیس (۱۹۸۴) ایجاد شد. هدف از ایجاد آن بررسی نشانه‌های اختلالات روانشناختی در افراد بود، این ابزار هم در موقعیت‌های بالینی و هم در جمعیت عمومی بالای ۱۳ سال که سواد خواندن و نوشتن را دارند، قابل اجرا است. این چک لیست از ۹۰ عبارت توصیفی تشکیل شده است که فرد می‌بایست در طیف لیکرت ۵ درجه‌ای (هیچ = ۰، کمی=۱، تا حدی = ۲، زیاد = ۳، خیلی زیاد = ۴) به آنها پاسخ دهد. این چک لیست شامل نه بعد اصلی در تشخیص اختلالات روانشناختی جسمانی سازی، اختلال

[Downloaded from jnip.ir on 2026-11-12]

وسواس فکری- عملی، حساسیت بین فردی، افسردگی، اضطراب، خصومت، فوبیا، پارانویا، روانپریشی و یکسری سوالات اضافی می‌باشد که مربوط به هیچ یک از ابعاد نمی‌باشد. جهت محاسبه نمره فرد در هر یک از ابعاد به صورت مجزا جمع می‌شود و بر تعداد سوالات همان بعد تقسیم می‌شود. این چک لیست علاوه بر امکان محاسبه نمره هر یک از ابعاد می‌توان شاخص کلی علائم مرضی (GSI) را نیز محاسبه نمود. نحوه محاسبه GSI به این صورت می باشد که کل نمرات (۹۰ سوال)با یکدیگر جمع می‌شوند و بر عدد ۹۰ تقسیم می‌شوند (دروگاتیس، ۱۹۹۲). این چک لیست به بیش از ۱۰ زبان دنیا ترجمه شده است و مطالعات متعددی را به خود اختصاص داده است. این ابزار در چندین مطالعه به زبان فارسی ترجمه شده است و در نمونه‌های ایرانی اجرا شده است. در مطالعه‌ای نشان داده شد که بین ۹ بعد SCL-90 و همه مولفه‌های آزمون MMPI ضریب همبستگی بین ۰/۱۸ تا ۰/۶۶ می‌باشد. همچنین پایایی آن به روش کرونباخ آلفا و بازآزمایی با فاصله دو هفته محاسبه کردند؛ نتایج همسانی درونی برای هر یک از ابعاد برای هر یک از مولفه‌های جسمانی سازی (۰/۹۰)، اختلال وسواس فکری عملی (۰/۸۹)، حساسیت بین فردی (۰/۸۷)، افسردگی (۰/۹۲)، اضطراب (۰/۸۸)، خصومت (۰/۷۹)، فوبیا (۰/۷۹)، پارانویا (۰/۷۵)، روانپریشی (۰/۸۲) و برای کل چک لیست ۰/۹۸ محاسبه شد. همچنین ضریب بازآزمایی برای هر یک از مولفه‌های جسمانی سازی (۰/۶۵)، اختلال وسواس فکری عملی (۰/۸۹)، حساسیت بین فردی (۰/۸۶)، افسردگی (۰/۷۳)، اضطراب (۰/۷۰)، خصومت (۰/۸۴)، فوبیا (۰/۵۷)، پارانویا (۰/۹۰)، روانپریشی (۰/۶۹) و برای کل چک لیست ۰/۸۲ محاسبه شد، نقطه برش در این آزمون برای شاخص کلی علائم مرضی ۱/۰۶ در نظر گرفته شده است، به عبارت دیگر نمره بالاتر از نقطه به معنی این است که فرد به اختلالات روانی مشکوک است (انیسی و همکاران، ۱۳۹۵).

روش جمع آوری اطلاعات به این شکل بود که از بین مراجعین به کلینیک مبتلایان به اختلال شخصیت هیستریونیک ساکن شهر سمنان تعداد ۱۶ نفر از طریق مصاحبه بالینی و نیز پرسشنامه میلون ۳ انتخاب و با روش تولید اعداد تصادفی در دو گروه مداخله و کنترل جایگزین شدند. برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از روش آمار توصیفی (میانگین و انحراف معیار) و آمار استنباطی (تحلیل واریانس چند متغیری با اندازه‌گیری مکرر) و نرم افزار آماری spss-26 استفاده شد.

یافته ها

اطلاعات مربوط به متغیرهای جمعیت شناختی(جنس، سن، شغل، تحصیلات و سابقه کار) پاسخ دهندگان در جدول شماره ۱-۴ خلاصه شده است.

[Downloaded from jnip.ir on 2026-11-12]

جدول ۴-۱: توزیع ، سنی، شغلی، تحصیلات و سابقه کار پاسخ دهندگان به تفکیک گروه ها

		گروه مداخله		گروه کنترل	
		فراوانی	درصد	فراوانی	درصد
سن	۲۰-۳۴ سال	۴	۵۰	۴	۵۰
	۳۵-۴۹ سال	۴	۵۰	۳	۳۷/۵
	۵۰ سال به بالا	۰	۰	۱	۱۲/۵
تحصیلات	ابتدایی	۱	۱۲/۵	۲	۲۵
	سیکل	۴	۵۰	۴	۵۰
	دیپلم و فوق دیپلم	۱	۱۲/۵	۱	۱۲/۵
	لیسانس	۲	۲۵	۱	۱۲/۵
تحصیلات پدر	ابتدایی	۲	۲۵	۱	۱۲/۵
	سیکل	۳	۳۷/۵	۳	۳۷/۵
	دیپلم و فوق دیپلم	۲	۲۵	۲	۲۵
	لیسانس	۱	۱۲	۱	۱۲/۵
	فوق لیسانس	۰	۰	۱	۱۲/۵

در جدول ۴-۲ شاخص های توصیفی متغیرهای پژوهش در دو مرحله پیش آزمون و پس آزمون به تفکیک گروه‌ها شامل میانگین و انحراف استاندارد گزارش شده اند.

[Downloaded from jnip.ir on 2026-11-12]

جدول ٤- ۲: شاخص های توصیفی متغیرهای پژوهش به تفکیک گروه های مداخله و کنترل

			روان درمانی پویشی کوتاه مدت فشرده		گروه کنترل	
متغیر	مولفه	وضعیت	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحرافات استاندارد
نشانگان روانشناختی بالینی SCL90	اضطراب	پیش آزمون	۱۷/۹۷	۹/۲٤	۱۸/۲۵	۷/۲۸
		پس آزمون	۱۳/۳۵	٤/۳۷	۱۷/۷۱	٦/٦۷
	پرخاشگری	پیش آزمون	۲۵/٦۳	٦/۲٦	۲٤/۵۲	٤/۸۱
		پس آزمون	۱۹/۹۸	۳/۰۳	۲۵/۰۳	۵/۱۲
	افسردگی	پیش آزمون	۲۱/۱۷	۱۱/۹۹	۲۲/۰۷	۷/۹٤
		پس آزمون	۱۷/۵٦	۸/۰۱	۲۱/۳٤	۷/۵۵
	حساسیت درروابط	پیش آزمون	۱۹/۱۷	٦/٦۷	۱۸/٦۲	٦/٤۳
		پس آزمون	۱۷/٤۹	٤/۸۰	۱۸/۱۳	۵/۸۸
	شکایت‌های جسمانی	پیش آزمون	۲۳/۸۰	۱۳/٤۸	۲٤/٤۳	۱۱/۳۹
		پس آزمون	۱۸/۲۷	۸/۸۷	۲۳/۵۷	۱۲/۰۹
	وسواس- اجبار	پیش آزمون	۱۸/٦۷	۱۲/۹۲	۱۸/۲۲	۱۰/۰٦
		پس آزمون	۱۵/۱٦	۷/۸٤	۱۷/٤٤	۹/٦۹
	ترس مرضی	پیش آزمون	۱۳/۳۳	٦/۹۰	۱۳/۱۱	۵/۹۱
		پس آزمون	۱۰/۱۷	۳/٤۹	۱۳/۵۰	٦/۲۰
	روانپریشی	پیش آزمون	۱۹/۷۹	۹/۹۳	۲۱/٤۰	۷/۹۸
		پس آزمون	۱۵/۱۱	۵/٦۲	۲۰/۰۲	۷/٤۹
	افکار پارانوئیدی	پیش آزمون	۱۹/۳۵	۷/۰٦	۱۸/٦۷	٤/۸۸
		پس آزمون	۱۵/۸٤	۳/۷۸	۱۸/۷۵	٤/۹۵

همانطور که مشاهده می شود میانگین نمرات پس آزمون گروه روان درمانی پویشی کوتاه مدت فشرده در مولفه های اضطراب(۱۳/۳۵)، پرخاشگری(۱۹/۹۸)، افسردگی(۲۱/۳٤)، حساسیت درروابط بین فردی(۱۸/۱۳)، شکایت‌های جسمانی(۱۸/۲۷)، وسواس- اجبار(۱۵/۱٦)، ترس مرضی(۱۰/۱۷)، روانپریشی(۱۵/۱۱) و پارانویید(۱۵/۸٤) کمتر از میانگین پس آزمون درگروه کنترل در مولفه های اضطراب(۱۷/۷۱)، پرخاشگری(۲۵/۰۳)، افسردگی(۲۱/۳٤)،

[Downloaded from jnip.ir on 2026-11-12]

حساسیت درروابط بین فردی(۱۸/۱۳)، شکایت‌های جسمانی(۱۷/٤٤)، وسواس-اجبار(۱۳/۵۰)،ترس مرضی(۱٤/۵۰)، روانپریشی(۲۰/۰۲) و پارانوییـد (۱۸/۷۵) می باشد.

جدول ۴- ۳: نتایج آزمون کالموگروف – اسمیرنف برای نرمال بودن توزیع داده‌ها در گروه های آزمایش و کنترل

		روان درمانی پویشی کوتاه مدت		کنترل
متغیر	آماره Z	سطح معنی داری	آماره Z	سطح معنی داری
اضطراب	۰/۱۴	۰/۱۱	۰/۰۶	۰/۳۱
پرخاشگری	۰/۱۱	۰/۱۰	۰/۱۴	۰/۱۱
افسردگی	۰/۱۱	۰/۱۰	۰/۱۱	۰/۱۰
حساسیت درروابط بین فردی	۰/۰۹	۰/۱۲	۰/۰۹	۰/۱۲
شکایت‌های جسمانی	۰/۱۳	۰/۰۹	۰/۱۵	۰/۱۱
وسواس- اجبار	۰/۱۴	۰/۱۲	۰/۱۴	۰/۰۸
ترس مرضی	۰/۰۸	۰/۲۰	۰/۱۱	۰/۱۰
روانپریشی	۰/۱۴	۰/۰۷	۰/۰۹	۰/۱۲
پارانوییـد	۰/۰۸	۰/۲۰	۰/۱۳	۰/۰۹

در جدول ۴-۴، نتایج آزمون لوین برای بررسی همگنی واریانس متغیرهای پژوهش در گروه‌های آزمایش و کنترل گزارش شده است.

جدول ۴- ۴: نتایج آزمون لوین برای بررسی همگنی واریانس متغیرهای پژوهش در گروه آزمایش و کنترل

متغیر	**آماره *F***	**درجه آزای ۱**	**درجه آزادی ۲**	***p-value***

[Downloaded from jnip.ir on 2026-11-12]

اضطراب	۱/۴۴	۱	۱۴	۰/۲۳
پرخاشگری	۰/۰۸	۱	۱۴	۰/۳۴
افسردگی	۰/۱۲	۱	۱۴	۰/۱۳
حساسیت درروابط بین فردی	۰/۰۶	۱	۱۴	۰/۴۵
شکایت‌های جسمانی	۰/۶۰	۱	۱۴	۰/۵۰
وسواس- اجبار	۰/۱۲	۱	۱۴	۰/۱۳
ترس مرضی	۰/۵۱	۱	۱۴	۰/۵۷
روانپریشی	۰/۴۱	۱	۱۴	۰/۸۸
پارانویید	۰/۴۸	۱	۱۴	۰/۶۵

باتوجه به جدول ۴-۴آماره *F* آزمون لوین برای بررسی همگنی واریانس متغیرهای پژوهش در گروه‌های آزمایش و کنترل معنی‌دار نمی‌باشد (*p*>۰/۰۵). بنابراین می‌توان نتیجه گرفت که واریانس متغیرهای پژوهش در گروه‌ها برابر یا همگن است.

از شاخص اثر لامبدا ویلکز به عنوان شاخص چند متغیری استفاده شد. نتایج تحلیل واریانس چند متغیری در جدول۴-۵ارائه شده است.

جدول ۴-۵ نتایج تحلیل کوواریانس چند متغیری در متغیرهای پژوهش

آزمون	*ارزش*	*F*	*درجه آزادی*	*p-value*	*مجذور اتا*
لامبدای ویلکز	۰/۵۷۷	۷/۶۰۱	۱۴	<۰/۰۰۱	۰/۴۲۳

همانگونه که در جدول فوق مشاهده می شود اثر روش درمانی معنادار می باشد(F=۷/۶۰۱، P<۰/۰۰۱). با توجه به معنی دار بودن اثرات روش درمانی از آزمون تحلیل کوواریانس برای بررسی اثرات استفاده گردید.

بحث و نتیجه گیری

نتایج پژوهش حاضر نشان داد روان درمانی پویشی کوتاه مدت فشرده برکاهش نشانگان روان شناختی بالینی بیماران دچار اختلال شخصیت هیستریونیک (نمایشی) تاثیر دارد. نتایج این پژوهش با نتایج لیچسرنیک و همکاران (۲۰۰۹)، کولیگان و همکاران(۲۰۰۰) ؛ گراند و همکاران(۲۰۰۳) و عباس و همکاران (۲۰۰۶)همسو است. این پژوهشگران به این نتیجه

[Downloaded from jnip.ir on 2026-11-12]

رسیدند که درمان انتقالی محور موجب کاهش معنی دار علائم در این بیماران می شود. در این مداخلات از روان درمانی پویشی کوتاه مدت فشرده استفاده گردید و در پژوهش حاضر مداخلات کوتاه مدت مورد اسفاده قرار گرفت. در روان درمانی پویشی کوتاه مدت فشرده ، مقابله فعال و بی امان با دفاعهای بیمار، او را وادار می کند تا در هر لحظه احساسات واقعی اش را تجربه کند. هدف اولیه روان درمانی پویشی کوتاه مدت فشرده محور افزایش بینش بیمار نسبت به تعارضات و حوادثی است که باعث ایجاد و تداوم مشکلات بیمار است. افزایش درک خود نیز یکی از دلایل درمانی روان پویشی است. درک خود در ادبیات روان پویشی تحت عنوان "بینش" مشخص شده است و یکی از جنبه های مهم فرایند تغییر درمانی است. تغییر در درک خود شامل آشکار شدن عواطف و الگوهایی است که خارج از حیطه آگاهی فرد قرار دارند. بینش به فرایند درک شناختی و هیجانی پویایی تعارضهای درونی، الگوهای بین فردی و رفتارهای تکراری و ارتباط آنها با تجارب گذشته اطلاق می شود. مطالعات نشان داده است که بالا رفتن سطح بینش در دوره درمان با پیامدهای مثبت ارتباط دارد(کولیگان و همکاران، ۲۰۰۰ ؛ گراند و همکاران، ۲۰۰۳) . همچنین یافته ها همسو با نتایج لیچسنرینگ و همکاران (۲۰۰۴) است که در پژوهش خود به این نتیجه دست یافتند که درمان انتقالی محور با اندازه اثر ۹۰ ٪ برای اختلالات روانی و ۸۰ ٪ برای کارکرد اجتماعی است. همچنین همسویی این پژوهش با یافته های جراره (۲۰۰۹) مشهود است که در پژوهش خود روان درمانی پویشی کوتاه مدت فشرده بر ارتقاء سلامت روان و افزایش رضایتمندی زوجین را مورد بررسی قرار داد، نتایج نشان داد که روان درمانی پویشی کوتاه مدت فشرده موجب افزایش سلامت روانی می گردد. طبق نظریه روان پویشی افسردگی و اضطراب به وسیله استفاده از مکانیزمهای دفاعی ناسازگارانه خاصی مشخص می شود. در درمان پویشی کوتاه مدت ، مقابله فعال و بی امان با دفاعهای بیمار، او را وادار می کند تا در هر لحظه احساسات واقعی اش را تجربه کند. چنین مواجهه ای موجب سازماندهی مجدد من و رها کردن دفاعهای بیمار گونه می شود. در این درمان سعی بر این است که بیمار به سمتی سوق داده شود که از مکانیزمهای دفاعی سازگارانه تر، رشدیافته تر و عقلانی تر همچون شوخ طبعی استفاده کند(هرش، کالیگور و یومانز ،۲۰۱۶). این نوع دفاع های رشدیافته باعث می شود که فرد شرایط بیماری را بپذیرد و ترس و اضطراب کمتری را تجربه کنند. در روان درمانی پویشی کوتاه مدت ، فضایی فراهم می شود که علاوه بر آگاهی و بینش نسبت به الگوهای تکراری و ناسالم، مراجع در رابطه با درمانگر به عنوان ابزاری جایگزین، مدل ارتباطی جدیدی را تجربه کند که تاکنون تجربه نکرده است و در این فضای امن موانع به وجود آمده برای بالفعل شدن پتانسیل های او برداشته شود. در سراسر درمان های روان پویشی، عناصر درمانی مشترک، پردازش روابط گذشته و ایجاد روابط بین فردی جدید و مثبت، افزایش آگاهی و بیان عواطف در مراجع باشد(برناشتاین، زیمرمن و اوچینکلاس،۲۰۱۵). در خصوص اثر بخشی روان درمانی پویشی کوتاه مدت بر بهبود علائم اضطراب، ترس مرضی، روانپریشی و پارانویید می توان گفت با استناد به تحقیق کرنبرگ(۲۰۰۸) روان درمانی پویشی کوتاه مدت در دوطیف افراد موثر می باشد افراد

[Downloaded from jnip.ir on 2026-11-12]

روانرنجور و افراد دارای اختلال شخصیت هیستریونیک (نمایشی). در پژوهش حاضر درمانگر آزمودنی ها را به مواجه با احساسات سرکوب شده خود پرداخته و سعی شد در طی جلسات درمان زمینه لازم برای بیان و تجربه احساسات انباشته شده (بویژه ترس و اضطراب) آزمودنی ها فراهم شود. در تایید این موضوع کروگر و مینترس(۲۰۱۸) اثر بخشی درمان روان درمانی پویشی کوتاه مدت را در مورد افراد مبتلا به اختلالات افسردگی، اضطرابی و جسمانی سازی بکار برده اند به این نتیجه رسیدند که روان درمانی پویشی کوتاه مدت موجب کاهش معنی دار علائم در این بیماران می شود.

[Downloaded from jnip.ir on 2026-11-12]

منابع

Abbass, A. (2002). Intensive short-term dynamic psychotherapy in a private psychiatric office: Clinical and cost effectiveness. American Journal of Psychotherapy, 56, 225-232.

Abbass A, Hancock JT, Kisely S.(2006). Short-term psychodynamic psychotherapies for common mental disorders. Cochrane Database Sytems Review. 12(22).135-167

Alam, C.N., Merskey, C., 1992. The development of the histrionic personality. Hist. Psychiatry 3, 135–165

Alexander, F., & French, T. M. (2012). Psychoanalytic therapy: Principles and application. New York: Ronald Press.

American Psychiatric Association: DiagnosticandStatisticalManual ofMental Disorders, ThirdEd. Washington. DC. American Psychiatric Association, 1980

Berger OM: Hysteria: in search of the animus. Compr Psychiatry 12:277. 1971

Bornstein, R.F., ۱۹۹۸. Implicit and self-attributed dependency needs in dependent and histrionic .personality disorders. J. Personal. Assess. ۷۱, ۱–۱٤

Chodoff, P., 1982. Hysteria and women. Am. J. Psychiatry 139, 545–551

Clarkin, J. F., Foelsch, P. A., Levy, K. N., Hull, J. W., Delaney, J. C., & Kernberg, O. F. (2001). The development of a psychodynamic treatment for patients with borderline personality disorder: a preliminary study of behavioral change. Journal of personality disorders, 15(6), 487-495.

Chodoff P. Lyons H: Hysteria. the hysterical personality. and "hysterical" conversion. Am J Psychiatry 114:734- 740. 1958

Clarkin, J. F., Levy, K. N., Lenzenweger, M. F., & Kernberg, O. F. (2007). Evaluating three treatments for borderline personality disorder: a multiwave study. American journal of psychiatry, 164(6), 922-928.

Clarkin, J. F., & Kernberg, O. F. (2015). Transference-focused psychotherapy for borderline personality disorder: A clinical guide. American Psychiatric Pub.

[Downloaded from jnip.ir on 2026-11-12]

CloningerCR: The link between hysteria and sociopathy:an integrative model of pathogenesis based on clinical. genetic. and neurophysiological observations. in Akiskal HS. Webb WL (eds): Psychiatric Diagnosis. New York. SP Medical & Scientific Books, 1978. pp 189-218

Levy, K. N., Clarkin, J. F., Foelsch, P. A., & Kernberg, O. F. (2006). Transference focused psychotherapy for patients diagnosed with borderline personality disorder: A comparison with a treatment-as-usual cohort. Manuscript submitted for publication

Shedler, J. (2010). The Efficacy of Psychodynamic Psychotherapy. American Psychological Association,65(2), 98–109.

Anisi, J., Babaei, S., Barani, M., Mohammadlo, H., Ebrahimi, F. (2016). Determine the psychometric properties by Symptom Checklist-90-Revised (SCL-90-R) among military forces. Ebnesina.17 (4):13-18.

Abbass, A., Town, J., Johansson, R., Lahti, M., & Kisely, S. (2019). Sustained reduction in health care service usage after adjunctive treatment of intensive short-term dynamic psychotherapy in patients with bipolar disorder. Psychodynamic psychiatry, 47(1), 99-112.

Abbass, A. (2016). The emergence of psychodynamic psychotherapy for treatment resistant patients: intensive short-term dynamic psychotherapy. Psychodynamic psychiatry, 44(2), 245-280.

Abbass, A., Town, J. M., & Driessen, E. (2013). Intensive short-term dynamic psychotherapy: A treatment overview and empirical basis. Research in Psychotherapy: Psychopathology, Process and Outcome, 16(1), 6-15.

Abbass, A., Town, J., & Driessen, E. (2012). Intensive short-term dynamic psychotherapy: a systematic review and meta-analysis of outcome research. Harvard review of psychiatry, 20(2), 97-108.

Abbass, A., Sheldon, A., Gyra, J., & Kalpin, A. (2008). Intensive short-term dynamic psychotherapy for DSM-IV personality disorders: A randomized controlled trial. The Journal of nervous and mental disease, 196(3), 211-216.

Alegria, A. A., Blanco, C., Petry, N. M., Skodol, A. E., Liu, S. M., Grant, B., & Hasin, D. (2013). Sex differences in antisocial personality disorder: results from the National Epidemiological

[Downloaded from jnip.ir on 2026-11-12]

Survey on Alcohol and Related Conditions. Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment, 4(3), 214.

American Psychiatric Association Division of Research. (2013). Highlights of changes from DSM-IV to DSM-5: Somatic symptom and related disorders. Focus, 11(4), 525-527.

Barimani, S., Asadi, J., & Khajevand, A. (2018). A Comparison between the Effectiveness of Game Therapy and Emotional Intelligence Training on Social Compatibility and Communicative Skills of Exceptional Primary School Hyperactive and Deaf Children. International Journal of Pediatrics, 6(5): 7653-7666.

Black, D. W. (2015). The natural history of antisocial personality disorder. The Canadian Journal of Psychiatry, 60(7), 309-314.

Black, D. W., Gunter, T., Loveless, P., Allen, J., & Sieleni, B. (2010). Antisocial personality disorder in incarcerated offenders: Psychiatric comorbidity and quality of life. Annals of Clinical Psychiatry, 22(2), 113-120.

Blagov, P.S., Fowler, K.A., Lilienfeld, S.O., 2007. Histrionic personality disorder. In: O'Donohue, W.T., Fowler, K.A., Lilienfeld, S.O. (Eds.), Personality Disorders: Toward the DSM-V.Sage, Thousand Oaks, CA

Boehm, J. K., Soo, J., Chen, Y., Zevon, E. S., Hernandez, R., Lloyd-Jones, D., & Kubzansky, L. D. (2017). Psychological well-being's link with cardiovascular health in older adults. American journal of preventive medicine, 53(6), 791-798.

Cavioni, V., Grazzani, I., & Ornaghi, V. (2020). Mental health promotion in schools: A comprehensive theoretical framework.

Cornelissen, K. (2014). Long term follow up of residential ISTDP with patients suffering from personality disorders. Ad Hoc Bulletin of Short-Term Dynamic Psychotherapy, 18(3), 20-29.

Cornelissen, K., & Verheul, R. (2002). Treatment outcome of residential treatment with ISTDP. AD HOC Bull Short Term Dynamic Psychotherapy, 6, 14-23.

Cohen, L. J., Tanis, T., Bhattacharjee, R., Nesci, C., Halmi, W., & Galynker, I. (2014). Are there differential relationships between different types of childhood maltreatment and different types of adult personality pathology?. Psychiatry research, 215(1), 192-201.

[Downloaded from jnip.ir on 2026-11-12]

Coughlin, P. (2016). Maximizing effectiveness in dynamic psychotherapy. Routledge.

Compton, W. M., Conway, K. P., Stinson, F. S., Colliver, J. D., & Grant, B. F. (2005). Prevalence, correlates, and comorbidity of DSM-IV antisocial personality syndromes and alcohol and specific drug use disorders in the United States: results from the national epidemiologic survey on alcohol and related conditions. Journal of Clinical Psychiatry, 66(6), 677-685.

Caldiroli, A., Capuzzi, E., Riva, I., Russo, S., Clerici, M., Roustayan, C., ... & Buoli, M. (2020). Efficacy of intensive short-term dynamic psychotherapy in mood disorders: A critical review. Journal of affective disorders, 273, 375-379.

Della Selva, P. C., & Malan, D. (2018). Intensive short-term dynamic psychotherapy: Theory and technique. Routledge.

Davanloo, H. (1995). Unlocking the Unconcious: Selected Papers of Habib Davanloo, MD. Wiley.

Davenloo, H. (2001). Intensive short-term dynamic psychotherapy: Selected papers of Habib Davenloo.

Davanloo, H. (2005). Intensive short-term dynamic psychotherapy. In B. J. Sadock & V. A. Sadock (Eds.), Kaplan and Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry. US: Lippincott Williams& Wilkins.

Duggan, C. (2009). A treatment guideline for people with antisocial personality disorder: Overcoming attitudinal barriers and evidential limitations. Crim. Behav. & Mental Health, 19, 219.

Douglas, K. S., Lilienfeld, S. O., Skeem, J. L., Poythress, N. G., Edens, J. F., & Patrick, C. J. (2008). Relation of antisocial and psychopathic traits to suicide-related behavior among offenders. Law and Human Behavior, 32(6), 511-525.

Derogatis, L. R. (1992). SCL-90-R: Administration, scoring & procedures manual-II for the (revised) version and other instruments of the psychopathology rating scale series. Clinical Psychometric Research, 1-16.

Edens, J. F., Kelley, S. E., Lilienfeld, S. O., Skeem, J. L., & Douglas, K. S. (2015). DSM-5 antisocial personality disorder: Predictive validity in a prison sample. Law and Human Behavior, 39(2), 123.

[Downloaded from jnip.ir on 2026-11-12]

Frederickson, J. (2013). Co-creating change. Seven Leaves Press.

Ecker, B., Ticic, R., & Hulley, L. (2012). Unlocking the emotional brain: Eliminating symptoms at their roots using memory reconsolidation. Routledge.

Frederickson, J., DenDooven, B., Abbass, A., Solbakken, O. A., & Rousmaniere, T. (2018). Pilot study: An inpatient drug rehabilitation program based on intensive short-term dynamic psychotherapy. Journal of addictive diseases, 37(3-4), 195-201.

Frederickson, J. (2013). Co-creating change. Kansas City, MO: Seven Leaves.

Galbraith, T., Heimberg, R. G., Wang, S., Schneier, F. R., & Blanco, C. (2014). Comorbidity of social anxiety disorder and antisocial personality disorder in the National Epidemiological Survey on Alcohol and Related Conditions (NESARC). Journal of anxiety disorders, 28(1), 57-66.

Ford, M.R., Widiger, T.A., ۱۹۸۹. Sex bias in the diagnosis of histrionic and antisocial personality .disorders. J. Consult. Clin. Psychol. ۵۷, ۳۰۱–۳۰۵

Gibbon, S., Khalifa, N. R., Cheung, N. H., Völlm, B. A., & McCarthy, L. (2020). Psychological interventions for antisocial personality disorder. Cochrane Database of Systematic Reviews, (9).

Guze SB: The validity and significance of the clinical diagnosis of hysteria (Briquet's syndrome). AmJ Psychiatry 132:138-141.1975.

Hamburger, M.E., Lilienfeld, S.O., Hogben, M., ۱۹۹۶. Psychopathy, gender, and gender roles .implications for antisocial and histrionic personality disorders. J. Personal. Disord. ۱۰,٤۱–۵۵

Huta, V., & Waterman, A. S. (2013). Eudeimonia and its distinction from hedonia: developing a classification and terminology for understanding conceptual and operational definitions.

Hidalgo, J. L. T., Bravo, B. N., Martínez, I. P., Pretel, F. A., Postigo, J. M., & Rabadán, F. E. (2010). Psychological well-being, assessment tools and related factors. IE Wells, Psychological well being, 77-113.

Kaminsky MJ, Slavney PR: Hysterical and obsessional features in patients with Briquet's syndrome (somatization disorder). Psychol Med 13:111-120,1983

[Downloaded from jnip.ir on 2026-11-12]

Kimble R. Williams 10. Agras S: A comparison of two methods of diagnosing hysteria. Am J Psychiatry 132:1197-1199.1975

Koenigsberg HW. Kaplan RD, Gilmore MM. et al: The relationship between syndrome and personality disorder in DSM-II/: experience with 2462 patients. Am J Psychiatry 142:207-212. 1985

Krasnova, A., Eaton, W. W., & Samuels, J. F. (2019). Antisocial personality and risks of cause-specific mortality: results from the Epidemiologic Catchment Area study with 27 years of follow-up. Social psychiatry and psychiatric epidemiology, 54(5), 617-625.

Keyes, C. L. M. (2015). Human flourishing and salutogenetics. Genetics of psychological well-being: The role of heritability and genetics in positive psychology, 3-19.

Krastins, A., Francis, A. J. P., Field, A. M., & Carr, S. N. (2014). Childhood predictors of adulthood antisocial personality disorder symptomatology. Australian Psychologist, 49(3), 142-150.

Lazare A. Klennan GL. Annor OJ: Oral. obsessive. and hysterical personality patterns. J Psychiatr Res 7:275- 290.1970

Levy, R. A., Ablon, J. S., & Kächele, H. (Eds.). (2011). Psychodynamic psychotherapy research: Evidence-based practice and practice-based evidence. Springer Science & Business Media.

Lewis WC. Bennan M: Studies of conversion hysteria. Arch Gen Psychiatry 13:275-282. 1965

Lilliengren, P., Johansson, R., Lindqvist, K., Mechler, J., & Andersson, G. (2016). Efficacy of experiential dynamic therapy for psychiatric conditions: A meta-analysis of randomized controlled trials. Psychotherapy, 53(1), 90.

Ljungberg L: Hysteria: A clinical prognostic and genetic study. Acta Psychiatr Neurol Scand 32. suppl 112. 1957

Marzilli, E., Cerniglia, L., & Cimino, S. (2021). Antisocial personality problems in emerging adulthood: the role of family functioning, impulsivity, and empathy. Brain sciences, 11(6), 687.

Matlala, M., Maponya, M. L., Chigome, C. K., & Meyer, J. C. (2018). Overview of mental health: A public health priority. SA Pharmaceutical Journal, 85(6), 46-53.

[Downloaded from jnip.ir on 2026-11-12]

Manwell, L. A., Barbic, S. P., Roberts, K., Durisko, Z., Lee, C., Ware, E., & McKenzie, K. (2015). What is mental health? Evidence towards a new definition from a mixed methods multidisciplinary international survey. BMJ open, 5(6), e007079.

Malan, D. H. (1979). Individual psychotherapy and the science of psychodynamics. London: Butterworths.

Malan, D. H. (2010). Introduction to ISTDP. Keynote Address. Paper presented at the The third oxford conference on experiential dynamic therapy, St. John's College, Oxford, UK.

Morrison 1. Herbstein 1: Secondary affective disorder in women with somatization disorder. Compr Psychiatry 29:433-440. 1988

Mulay, A. L., & Cain, N. M. (2020). Antisocial personality disorder. Encyclopedia of Personality and Individual Differences, 206-215.

National Institute for Health and Care Excellence. (2015). Personality disorders: borderline and antisocial. www.nice.org.uk/guidance/qs88 (accessed prior to 18 August 2020).

National Collaborating Centre for Mental Health. (2010). antisocial personality disorder: Treatment, management and prevention (Clinical guideline 77). National Institute for Health and Clinical Excellence. Retrieved from http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK55345/

Newton-Howes, G., Tyrer, P., & Johnson, T. (2006). Personality disorder and the outcome of depression: meta-analysis of published studies. The British Journal of Psychiatry, 188(1), 13-20.

Ogloff, J. R. (2006). Psychopathy/antisocial personality disorder conundrum. Australian & New Zealand Journal of Psychiatry, 40(6-7), 519-528.

Ogloff, J. R., Talevski, D., Lemphers, A., Wood, M., & Simmons, M. (2015). Co-occurring mental illness, substance use disorders, and antisocial personality disorder among clients of forensic mental health services. Psychiatric Rehabilitation Journal, 38(1), 16.

Perley MJ. Guze SB: Hysteria-the stability and usefulness ofclinical criteria. NEnglJ Med266:42 1-426. 1962

[Downloaded from jnip.ir on 2026-11-12]

Pfohl, B., ۱۹۹۱. Histrionic personality disorder: a review of available data and recommendations .for DSM-IV. J. Personal. Disord. ٥, ١٥٠–١٦٦

Punell 11. Robins E. Cohen ME: Observations on clinical aspects of hysteria. JAMA 146:902-909. 1951

Punzi, E., & Lindgren, K. (2019). Relationships, emotions, and defenses among patients with substance use disorders, assessed with Karolinska Psychodynamic Profile: Possibilities to use Intensive Short-Term Dynamic Psychotherapy in substance abuse treatment. Alcoholism Treatment Quarterly, 37(4), 481-496.

Pickersgill, M. (2012). Standardising antisocial personality disorder: the social shaping of a psychiatric technology. Sociology of Health & Illness, 34(4), 544-559.

Rocco, D., Calvo, V., Agrosì, V., Bergami, F., Busetto, L. M., Marin, S.,& Abbass, A. (2021). Intensive short-term dynamic psychotherapy provided by novice psychotherapists: effects on symptomatology and psychological structure in patients with anxiety disorders. Research in Psychotherapy: Psychopathology, Process, and Outcome, 24(1).

Roggenkamp, H., Abbass, A., Town, J. M., Kisely, S., & Johansson, R. (2021). Healthcare cost reduction and psychiatric symptom improvement in posttraumatic stress disorder patients treated with intensive short-term dynamic psychotherapy. European Journal of Trauma & Dissociation, 5(3), 100122.

Ryff, C. D. (1989). Happiness is everything, or is it? Exploration on the meaning of psychological wellbeing. Journal of Personality and Social Psychology, 57, 1069-1081.

Ryff. C. D., & Singer, B. H. (2006). Best news yet on the six-factor model of well-being. Social science Research, 35, 4, 1103-1119.

Rahmani, F., Abbass, A., Hemmati, A., Ghaffari, N., & Rezaei Mirghaed, S. (2020). Challenging the role of challenge in intensive short-term dynamic psychotherapy for social anxiety disorder: A randomized controlled trial. Journal of Clinical Psychology, 76(12), 2123-2132.

Rahmani, F., Abbass, A., Hemmati, A., Mirghaed, S. R., & Ghaffari, N. (2020). The efficacy of intensive short-term dynamic psychotherapy for social anxiety disorder: randomized trial and

[Downloaded from jnip.ir on 2026-11-12]

substudy of emphasizing feeling versus defense work. The Journal of nervous and mental disease, 208(3), 245-251.

Sampson, C. J., James, M., Huband, N., Geelan, S., & McMurran, M. (2013). Cost implications of treatment non-completion in a forensic personality disorder service. Criminal Behaviour and Mental Health, 23(5), 321-335.

Shapiro, D., 1965. Neurotic Styles. Basic Books, New York

Sefidi, F., Farzad, V. (2012). Validated measure of Ryff psychological well-being among students of Qazvin University of Medical Sciences (2009). Journal of Qazvin University of Medical Sciences. 1(16): 65-71. (Persian).

Solbakken, O. A., & Abbass, A. (2016). Symptom-and personality disorder changes in intensive short-term dynamic residential treatment for treatment-resistant anxiety and depressive disorders. Acta neuropsychiatrica, 28(5), 257-271.

Solbakken, O. A., & Abbass, A. (2015). Intensive short-term dynamic residential treatment program for patients with treatment-resistant disorders. Journal of affective disorders, 181, 67-77.

Schwartz, R. C., Smith, S. D., & Chopko, B. (2007). Psychotherapists' countertransference reactions toward clients with antisocial personality disorder and schizophrenia: An empirical test of theory. American Journal of Psychotherapy, 61(4), 375-393.

Schröder, T., Cooper, A., Naidoo, R., Tickle, A., & Rennoldson, M. (2016). 7. Intensive Short-term Dynamic Psychotherapy (ISTDP). In Formulation in Action (pp. 99-122). De Gruyter Open Poland.

Slavney PRo McHugh PR: The hysterical personality: a controlled study. Arch Gen Psychiatry 30:325-329. 1974

Swanson, J. W., Van Dorn, R. A., Swartz, M. S., Smith, A., Elbogen, E. B., & Monahan, J. (2008). Alternative pathways to violence in persons with schizophrenia: the role of childhood antisocial behavior problems. Law and Human Behavior, 32(3), 228.

Schildkrout, B. (2011). Unmasking psychological symptoms: How therapists can learn to recognize the psychological presentation of medical disorders. John Wiley & Sons.

[Downloaded from jnip.ir on 2026-11-12]

Thompson 01, Goldberg 0: Hysterical personality disorder. BrJ Psychiatry 150:241-245, 1987

Thylstrup, B., Schrøder, S., & Hesse, M. (2015). Psycho-education for substance use and antisocial personality disorder: a randomized trial. BMC psychiatry, 15(1), 1-12.

Trull, T. J., Jahng, S., Tomko, R. L., Wood, P. K., & Sher, K. J. (2010). Revised NESARC personality disorder diagnoses: gender, prevalence, and comorbidity with substance dependence disorders. Journal of personality disorders, 24(4), 412-426.

Ten Have-De Labije, J., & Neborsky, R. J. (2018). Mastering intensive short-term dynamic psychotherapy: a roadmap to the unconscious. Routledge.

Town, J. M., Falkenström, F., Abbass, A., & Stride, C. (2021). The anger-depression mechanism in dynamic therapy: Experiencing previously avoided anger positively predicts reduction in depression via working alliance and insight. Journal of Counseling Psychology.

Town, J. M., Abbass, A., Stride, C., Nunes, A., Bernier, D., & Berrigan, P. (2020). Efficacy and cost-effectiveness of intensive short-term dynamic psychotherapy for treatment resistant depression: 18-month follow-up of The Halifax Depression Trial. Journal of Affective Disorders, 273, 194-202.

Town, J. M., Abbass, A., & Bernier, D. (2013). Effectiveness and cost effectiveness of Davanloo's intensive short-term dynamic psychotherapy: does unlocking the unconscious make a difference?. American Journal of Psychotherapy, 67(1), 89-108.

Town, J. M., & Driessen, E. (2013). Emerging evidence for intensive short-term dynamic psychotherapy with personality disorders and somatic disorders. Psychiatric Annals, 43(11), 502-507.

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), 723-740.

Wampold, B. E., & Imel, Z. E. (2015). The great psychotherapy debate: The evidence for what makes psychotherapy work. Routledge.

Wong, S. C. P., & Hare, R. D. (2006). Guidelines for a psychopathy treatment program. MHS.

[Downloaded from jnip.ir on 2026-11-12]

Volkert, J., Gablonski, T. C., & Rabung, S. (2018). Prevalence of personality disorders in the general adult population in Western countries: systematic review and meta-analysis. The British Journal of Psychiatry, 213(6), 709-715.

Zare R, ghamari givi, H. (2015). Mental health assessment of divorcing women reffered to Ardabil legal Medicine organization. [Persian]

Ziegler F1.lmboden 18. MeyerE: Contemporary conversion reactions: a clinical study. AmJPsychiatry 116:901- 910.1960

[Downloaded from jnip.ir on 2026-11-12]

فصلنامه ایده های نوین روانشناسی
دوره ۱۳، شماره ۱۷، تابستان سال ۱۴۰۱

The effect of intensive short-term dynamic psychotherapy (ISTDP) on reducing psychological symptoms in patients with histrionic personality (HPD)

Nima Salehian[1]

Abstract

Introduction: Sometimes obstacles and problems arise in a person's life, which disturbs the adaptation and as a result the mental balance of the person and causes mental disorders. The aim of the study was to determine the effect of intensive short-term dynamic psychotherapy on the reduction of psychological symptoms in patients with histrionic personality disorder in Semnan.

Methods: The research design was a randomized controlled trial with a pre-test-post-test design and a control group. The statistical population was all adult women with histrionic personality disorder. 16 people were selected and replaced by the random number generation method in two intervention and control groups.

The research tools were Milon 3 multiaxial scale and 90-question disease symptoms checklist. Data analysis was done with spss-26 and multivariate analysis of variance.

Findings: The findings showed that there was a difference between both groups in the components of "anxiety", "aggression", "depression", "physical complaints", "obsession-compulsion", "morbid fear", "psychosis", and "thoughts". There is a significant difference between "paranoid" and "sensitivity in interpersonal relationships".

Conclusion: According to the results, it can be said that intensive short-term dynamic psychotherapy is effective in reducing the clinical psychological symptoms of patients with histrionic personality disorder and can be used as a desirable treatment method.

Keywords: short-term dynamic psychotherapy, clinical psychological symptoms, histrionic personality disorder

[Downloaded from jnip.ir on 2026-11-12]

1 Master of Clinical Psychology, Semnan, Iran. (nimasalehian@yahoo.com)