



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

نیما صالحیان*^۱، شهاب مرادی^۲

چکیده

گاهی موانع و مشکلاتی در زندگی آدمی پدید می‌آید که سازگاری و در نتیجه، تعادل روانی فرد را برهم می‌زند و باعث بروز اختلالات روانی می‌شود. هدف پژوهش، تعیین تاثیر روان درمانی پویشی کوتاه مدت فشرده، بر کاهش نشانگان روانشناختی در بیماران دچار اختلال شخصیت ضد اجتماعی بود. طرح پژوهش، کارآزمایی تصادفی کنترل شده با طرح پیش آزمون- پس آزمون و گروه کنترل بود. جامعه آماری را کلیه مردان ۱۹-۴۵ سال مبتلا به اختلال شخصیت ضد اجتماعی ساکن در زندان سمنان تشکیل دادند. تعداد ۱۶ نفر با توجه به تحقیقات مشابه، به شیوه در دسترس، 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 که تجزیه و تحلیل داده‌ها با spss-19 و به روش تحلیل واریانس چند متغیری انجام شد. یافته‌ها نشان داد بین هر دو گروه در مولفه‌های "اضطراب"، "پرخاشگری"، "افسردگی"، "شکایت‌های جسمانی"، "وسواس-اجبار"، "ترس مرضی"، "روان‌پریشی" و "افکار پارانوئیدی" تفاوت معنادار وجود دارد و تنها در مولفه "حساسیت در روابط بین فردی" ($F=35/1, P> 0/05$)، تفاوت بین دو گروه معنادار نبود. با توجه به نتایج می‌توان گفت روان‌درمانی پویشی کوتاه مدت فشرده برای کاهش نشانگان روان شناختی بالینی بیماران دچار اختلال شخصیت ضد اجتماعی تاثیر دارد و به عنوان یک روش درمانی مطلوب می‌تواند مورد استفاده قرار بگیرد. از این روش درمانی برای برخی مراکز نگهداری از بیماران ضداجتماعی مثل اردوگاه‌ها، مراکز تربیتی، ندامتگاه‌ها و زندان‌ها مفید است.

واژه‌های کلیدی: روان درمانی پویشی کوتاه مدت، نشانگان روان شناختی بالینی، اختلال شخصیت ضداجتماعی

^۱* کارشناس ارشد روانشناسی بالینی. (نویسنده مسئول).

^۲ گروه روانشناسی، واحد سمنان، دانشگاه آزاد اسلامی، سمنان، ایران.



۱. مقدمه

اختلال شخصیت ضداجتماعی، یکی از انواع اختلال شخصیت خاص در ویرایش فعلی راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی است. اختلال شخصیت را این گونه تعریف می کنند: "الگوی پایدار تجربه و رفتار درونی که به طور قابل توجهی خارج از انتظارات فرهنگ فرد بوده، فراگیر و انعطاف ناپذیر است، در نوجوانی یا اوایل بزرگسالی شروع می شود، در طول زمان پایدار است و منجر به ناراحتی یا اختلال می شود". اختلال شخصیت ضد اجتماعی در این راهنما به عنوان "الگوی نادیده گرفتن و نقض حقوق دیگران" توصیف شده است (گیبون و همکاران، ۲۰۲۰).

علائم یا نشانگان روانشناختی^۱ یک ویژگی روانی است که فرد با آن روبرو می شود و نشان دهنده بیماری است، به ویژه چنین ویژگی ای که برای بیمار آشکار است. اما علائم قابل مشاهده نیستند و در آزمایشات پزشکی ظاهر نمی شوند (فرهنگ لغت آکسفورد، ۲۰۲۰).

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 درینسن، 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 می شود. در حالت چهره به چهره و با یک درمانگر فعال، به بیمار این امکان داده می شود 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 رابطه ای حمایت می کند. درمانگران روان درمانی پویشی کوتاه مدت فشرده از مداخلات خاصی برای شروع واکنش های هیجانی و کشف عبارات ذهنی، ادراکی و احساسی بیمار و همچنین گرایش های رفتاری استفاده می کنند (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 رابطه ای به همراه داشت.

اختلال شخصیت ضداجتماعی با طیف گسترده ای از اختلالات، از جمله افزایش میزان جنایت، مصرف مواد، بیکاری، بی خانمانی و مشکلات روابط و نتایج منفی در درازمدت همراه است. اختلال شخصیت ضد اجتماعی، تأثیر قابل توجهی بر

¹ - Psychological Symptoms



افراد، خانواده‌ها و جامعه دارد. حتی با محافظه کارانه‌ترین برآورد، به نظر می‌رسد اختلال شخصیت ضد اجتماعی در مردان شیوع مشابهی با اسکیزوفرنی دارد، شرایطی که بیشترین توجه را از طرف متخصصان بهداشت روان به خود جلب می‌کند با هزینه‌های قابل توجهی ناشی از آسیب‌های روحی و جسمی به مردم، خسارت به اموال، استفاده از وقت پلیس و مشارکت سیستم عدالت کیفری و خدمات زندان همراه است (سامپسون، ۲۰۱۳).

در این پژوهش منظور از روان درمانی پویایی کوتاه مدت، پکیج درمانی بیست جلسه ای که طبق رویکرد روان درمانی پویایی کوتاه مدت دوانلو (۲۰۰۰) تهیه شده است. علایم یا نشانگان روانشناختی ویژگی روانی است که فرد با آن روبرو می‌شود و نشان دهنده بیماری است، به ویژه چنین ویژگی‌ای که برای بیمار آشکار است. اما علائم قابل مشاهده نیستند و در آزمایشات پزشکی ظاهر نمی‌شوند (فرهنگ لغت آکسفورد، ۲۰۲۰).

اختلال شخصیت ضد اجتماعی که معمولاً با ارتکاب مکرر اعمال غیرقانونی همراه است، این اختلال منشأ خود را در دوران کودکی یا نوجوانی پیدا می‌کند و تا بزرگسالی ادامه می‌یابد. برآوردها نشان می‌دهد که میزان شیوع تقریباً ۲-۴٪ (انجمن روانپزشکی آمریکا ۲۰۱۳) در جمعیت عمومی است، در حالی که ۴۰-۶۰٪ از افراد درگیر در سیستم عدالت کیفری معیارهای این اختلال را دارند. برای برآوردن معیارهای اختلال شخصیت ضد اجتماعی، یک فرد باید حداقل ۱۸ سال سن داشته باشد و سه یا بیشتر از هفت معیار راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی - ویرایش پنجم را نشان دهد که عبارتند از: عدم انطباق با هنجارهای اجتماعی در رابطه با رفتارهای قانونی، فریبکاری، استفاده از نام مستعار، یا فریب دادن دیگران برای سود یا لذت شخصی؛ تکانشگری یا ناتوانی در برنامه ریزی آینده؛ تحریک پذیری و پرخاشگری که با دعوای فیزیکی مکرر یا تجاوز نشان داده می‌شود. بی‌توجهی بی پروا به ایمنی دیگران؛ بی‌مسئولیتی مداوم، همانطور که با شکست مکرر در حفظ رفتار کاری ثابت یا رعایت تعهدات مالی نشان داده می‌شود. و فقدان پشیمانی، که با بی‌تفاوتی نسبت به آسیب رساندن، بد رفتاری، یا دزدیده شدن از شخص دیگری نشان داده می‌شود. تشخیص اختلال شخصیت ضد اجتماعی تنها زمانی باید تعیین شود که ویژگی‌های شخصیتی سفت و سخت، ناسازگار و مزمن باشد که منجر به اختلال قابل توجه یا ناراحتی ذهنی برای فرد می‌شود (مولای و کاین، ۲۰۲۰).

در نهایت، برای تشخیص اختلال شخصیت ضد اجتماعی باید شواهدی از اختلال سلوک قبل از سن ۱۵ سالگی نیز وجود داشته باشد. مطالعات اپیدمیولوژیک نشان می‌دهد که تقریباً ۲-۴٪ از جمعیت عمومی معیارهای تشخیصی برای اختلال شخصیت ضد اجتماعی را دارند (انجمن روانپزشکی آمریکا، ۲۰۱۳). این اختلال در افراد ۲۴ تا ۴۴ ساله به اوج خود می‌رسد و علائم معمولاً در سنین ۴۵ تا ۶۵ سالگی کاهش می‌یابد (مولای و کاین، ۲۰۲۰). یک توضیح محتمل برای میزان شیوع بالای اختلال شخصیت ضد اجتماعی در مراکز پزشکی قانونی و به ویژه زندان‌ها این است که معیارهای تشخیصی برای اختلال شخصیت ضد اجتماعی شامل رفتارهایی است که اغلب با جنایت همراه است (اوگلاف، ۲۰۰۶). تحقیقات نشان می‌دهد که وجود یک تشخیص اختلال شخصیت ضد اجتماعی به تنهایی رفتار نادرست را در میان جمعیت‌های پزشکی



قانونی پیش‌بینی نمی‌کند (ادنز و همکاران^۱، ۲۰۱۵)، بلکه به نظر می‌رسد مجرمانی با اختلالات مصرف مواد همزمان و اختلال شخصیت ضد اجتماعی بیشتر در معرض خطر ارتکاب مجدد هستند (اوگلاف و همکاران، ۲۰۱۵). از نظر رشد، اختلال شخصیت ضد اجتماعی با بدرفتاری دوران کودکی، از جمله سوء استفاده فیزیکی، عاطفی و جنسی مرتبط است (کوهن و همکاران، ۲۰۱۴؛ کراستینز و همکاران، ۲۰۱۴). علاوه بر تجربیات آسیب‌زا در دوران کودکی، بیش‌فعالی و تکانشگری دوران کودکی به عنوان پیش‌بیننده اختلال شخصیت ضد اجتماعی بزرگسالان شناسایی شده است (مولای و کاین، ۲۰۲۰).

اختلال شخصیت ضد اجتماعی با چندین اختلال روانی دیگر مانند اختلال نقص توجه و بیش‌فعالی، افسردگی، اضطراب، روان‌پریشی، جسمی و اختلالات مصرف مواد (اوگلاف و همکاران، ۲۰۱۵) و همچنین سایر اختلالات شخصیتی مانند اختلال شخصیت مرزی، اختلال شخصیت هیستریونیک، اختلال شخصیت خودشیفته و اختلال شخصیت پارانوئید (انجمن روانپزشکی آمریکا، ۲۰۱۳) بروز می‌کند. با توجه به سطح بالای همپوشانی بین اختلال شخصیت ضد اجتماعی و سایر اختلالات شخصیت، در نظر گرفتن ویژگی‌های منحصر به فرد هر اختلال هنگام تشخیص مهم است. از آنجایی که علائم مرتبط با اختلال شخصیت ضد اجتماعی با افزایش سن کاهش می‌یابد، برخی از پزشکان و محققان پیشنهاد کرده‌اند که گذشت زمان تنها درمان قابل اعتماد برای این اختلال است. همچنین استدلال شده است که برخی از مداخلات درمانی ممکن است اثرات معکوس با آنچه در جمعیت‌های خاص مورد نظر است ایجاد کنند. یکی دیگر از ملاحظات درمانی مهم این است که بسیاری از متخصصان سلامت روان ممکن است به دلایلی در کار با افراد مبتلا به اختلال شخصیت ضد اجتماعی تردید داشته باشند (داگان، ۲۰۰۹). اول، به دلیل رابطه این اختلال با رفتار مجرمانه، پزشکان ممکن است سیستم عدالت کیفری را تنها مسئول مدیریت افراد مبتلا به اختلال شخصیت ضد اجتماعی بدانند. دوم، پزشکان ممکن است در کار با افراد مبتلا به اختلال شخصیت ضد اجتماعی به دلیل ویژگی‌های شخصی مرتبط با این اختلال (مثلاً عدم پشیمانی، فریبکاری و دستکاری) مردد باشند. سوم، افراد مبتلا به اختلال شخصیت ضد اجتماعی معمولاً به دنبال درمان سلامت روان نیستند. وقتی آنها برای درمان مراجعه می‌کنند، معمولاً به دلیل یک اختلال همزمان (مثلاً سوء مصرف مواد) یا پس از اجبار دادگاه برای انجام این کار است. در نتیجه، مشارکت در درمان به طور کلی غیر مشتاقانه است و منجر به نرخ بالای فرسایش می‌شود (مولای و کاین، ۲۰۲۰).

وونگ و هار (۲۰۰۵) پیشنهاد کرده‌اند که هنگام کار با افراد مبتلا به اختلال شخصیت ضد اجتماعی، درمان باید بر روی استراتژی‌هایی متمرکز بماند که برای ایجاد تغییر رفتار (مثلاً کاهش رفتار خشونت‌آمیز) در نظر گرفته شده است، برخلاف رویکردهای درمانی روان‌دینامیک سنتی‌تر که هدفشان تقویت بینش است. مؤسسه ملی بهداشت و تعالی بالینی در بریتانیا، در ارتباط با مرکز ملی همکاری برای سلامت روان (۲۰۱۰)، اخیراً یک سری توصیه‌های مبتنی بر شواهد را برای کار با افراد مبتلا به اختلال شخصیت ضد اجتماعی ارائه کرده است. مشابه وونگ و هار (۲۰۰۵)، این توصیه‌ها در مورد اثربخشی مداخلات شناختی و مبتنی بر رفتار که برای هدف قرار دادن رفتارهای توهین‌آمیز طراحی شده‌اند، بحث می‌کنند شوارتز

¹- Edens et al



و همکاران (۲۰۰۷) چهار مرحله خاص را پیشنهاد کرد که ممکن است برای کمک به متخصصان سلامت روان در مدیریت واکنش‌های انتقال متقابل خود به بیماران مبتلا به اختلال شخصیت ضد اجتماعی و همچنین بیماران دشوار به طور گسترده‌تر انجام شود. اول، پزشکان باید از واکنش‌های انتقال متقابل خود به همه بیماران آگاه باشند، به طوری که ممکن است خود را برای واکنش‌های متعدد و متنوعی که توسط جمعیت‌ها و تشخیص‌های خاص ایجاد می‌شود، آماده کنند، مانند مواردی که با اختلال شخصیت ضد اجتماعی تشخیص داده شده است. دوم، پزشکان باید برای شناسایی واکنش‌های انتقال متقابل که در بیماران خاص رخ می‌دهد، تلاش کنند، زیرا انجام این کار ممکن است بینش مهمی در مورد الگوهای رفتاری ناسازگار یا پاسخ‌های احساسی مشکل‌ساز بیمار ارائه دهد. ثالثاً، متخصصان بهداشت حرفه‌ای در مراحل اولیه، یا کسانی که هنوز در حال آموزش هستند، تشویق می‌شوند تا در مورد واکنش‌های انتقال متقابل خود در نظارت فکر کنند. برای کسانی که در مسیر شغلی خود قرار دارند، متخصص سلامت روان ممکن است در مورد یک بیمار به خصوص دشوار به دنبال مشاوره با هم‌تایان باشد. در نهایت، واکنش‌های انتقال متقابل ممکن است بینش مهمی را در مورد تشخیص بیمار ارائه دهد، زیرا تشخیص‌های خاص، مانند اختلال شخصیت ضد اجتماعی، تمایل دارند که واکنش‌های ضد انتقال مشابهی را در بین پزشکان ایجاد کنند (مولای و کاین، ۲۰۲۰).

بیش از ۱۰۰ اختلال جسمی قادر به تقلید از شرایط روانی هستند. این واقعیت، هر درمانگر را با یک چالش بالینی مهم روبرو می‌کند - آشکار کردن علائم و نشانه‌های روان‌شناختی ناشی از اختلالات پزشکی. متخصصان سلامت روان عموماً از اصطلاحات فیزیکی، ارگانیک یا جسمی برای اشاره به آن دسته از اختلالاتی استفاده می‌کنند که بر وضعیت روانی یا رفتار تأثیر می‌گذارند و در برخی از ناهنجاری‌های ساختاری (مانند ضربه شدید به سر)، قرار گرفتن در معرض سم (مثل مسمومیت با سرب)، بیماری‌های عفونی (مثلاً بیماری لایم)، بیماری‌های بدخیم (مانند سرطان سینه که به مغز سرایت کرده است)، یا اختلال متابولیک (مثلاً ترک الکل) مبنای علت و معلولی واضحی دارند (اسچایلدکروت، ۲۰۱۱). تمایزات معنایی بین واژه‌های روان‌شناختی/عملکردی و فیزیکی/ارگانیک ریشه‌های فلسفی و تاریخی جذابی دارد، و همچنین نشان‌دهنده تجربه ذهنی ما از دوگانگی بین ذهن و بدن/مغز است. اما شرایط مشکل‌ساز است. مطالعه علمی نشان می‌دهد که در تمایز روانی/عملکردی در مقابل فیزیکی/ارگانیک مشکلات عمیقی وجود دارد. تفکر مدرن این مفهوم را پذیرفته است که هر چیزی که صرفاً ذهنی در نظر گرفته شده است از مغز فیزیکی سرچشمه می‌گیرد. تصویربرداری به موقع نشان داده است که فرآیندهای پیچیده مغز در هر چیزی که ذهن تلقی می‌شود، دخیل است. اگر یک چیز روشن باشد، این است که این تمایزات بین روانی و جسمی، عملکردی و ارگانیک، ذهنی و جسمی مبهم است (اسچایلدکروت، ۲۰۱۱).

یک مانع عمده برای ادغام اقدامات سلامت روان در برنامه‌های بهداشت جهانی و خدمات مراقبت‌های بهداشتی اولیه عدم توافق در مورد تعریف بهداشت روان است. توافق کمی در مورد تعریف کلی "سلامت روان" وجود دارد و در حال حاضر استفاده گسترده‌ای از اصطلاح "سلامت روان" به عنوان یک حسن تعبیر برای "بیماری روانی" وجود دارد. سلامت روانی را می‌توان به عنوان فقدان بیماری روانی تعریف کرد یا می‌توان آن را به عنوان یک حالت وجودی تعریف کرد که شامل



فاکتورهای بیولوژیکی، روانشناختی یا اجتماعی است که به وضعیت روانی و توانایی عملکرد یک فرد در محیط کمک می‌کند (مانویل، ۲۰۱۵). مدیر کل سابق سازمان بهداشت جهانی، دکتر مارگارت چان به این واقعیت اشاره کرد که "سلامت روان افراد را قادر می‌سازد تا توانایی‌های بالقوه خود را درک کنند، با استرس‌های طبیعی زندگی کنار بیایند، به طور متمرثر کار کنند و به جوامع خود کمک کنند". با گنجاندن آن در اهداف توسعه پایدار سازمان ملل برای دستور کار بعد از سال ۲۰۱۵، اهمیت بهداشت روانی بیشتر تأکید شده است (ماتللا، ۲۰۱۸). ارتقا سلامت روان شامل هر اقدامی است که برای ایجاد شرایط زندگی و محیطی انجام می‌شود که از سلامت روان پشتیبانی می‌کند و به افراد، خانواده‌ها، گروه‌ها یا جوامع اجازه می‌دهد تا سبک زندگی سالم را برای تقویت عملکرد احساسی مطلوب و درگیری اجتماعی اتخاذ و حفظ کنند (کاوینی، ۲۰۲۰).

مطالعات انجام شده بر روی شخصیت سالم نشان می‌دهد که توحید و یکپارچگی شخصیت بنیان و اساس شخصیت سالم است و توحید و یکپارچگی فرایندی است که دربرگیرنده تمایل فرد به سازمان دادن به رفتار به منظور جستجوی اهداف است و این رفتار هدف جوی سازمان یافته در وهله اول با اهداف جسمانی و مادی و تحقق و ارضای آنها مرتبط است و در شخصیت رشدیافته و بالغ با اهداف عقیدتی و ارضا و تحقق آنها مرتبط است (به نقل از زارع، ۱۳۹۴).

روان درمانی پویایی کوتاه مدت فشرده یک گروه از درمان‌های روان پویایی 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.

مانند سایر روان درمانی‌های پویایی، روان درمانی پویایی 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 پویایی کوتاه مدت فشرده مهم‌ترین گام رو به جلو در روان درمانی روان پویایی 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 پویایی 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 پویایی 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 پویایی کوتاه مدت فشرده تعدادی ویژگی متمایز را می‌بیند. 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 پویایی 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 پویایی 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).

۲. روش پژوهش

پژوهش حاضر یک کارآزمایی تصادفی کنترل شده با استفاده از طرح پیش آزمون- پس آزمون با گروه کنترل دارای مراقبت‌های معمول یک پژوهش استاندارد است. جامعه آماری پژوهش حاضر را کلیه مردان ۱۹-۴۵ سال مبتلا به اختلال شخصیت ضد اجتماعی محکومین زندان مرکزی سمنان تشکیل می‌دهند. از بین این افراد، تعداد ۱۶ نفر با توجه به تحقیقات مشابه، به شیوه در دسترس انتخاب و با روش تولید اعداد تصادفی در دو گروه جایگزین خواهند شد. در این پژوهش از دو پرسشنامه چند محوری میلیون ۳، چک لیست نشانه‌های بیماری ۹۰ سوالی تجدیدنظر شده برای جمع آوری داده‌ها استفاده شد.

پرسشنامه چند محوری میلیون ۳: این پرسشنامه یک ابزار خودسنجی با ۱۷۵ سوال بلی/خیر است که نسخه تجدیدنظر شده میلیون دو می‌باشد. نسخه اصلی مقیاس توسط میلیون 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؛ اسکیزوئید، اجتنابی، افسرده، وابسته، نمایشگر، خودشیفته، ضداجتماعی، پرخاشگر، جبری، منفی گرا و خودناکام ساز ۳-آسیب‌های شدید شخصیت؛ اسکیزوتایپی، مرزی و پارانوئیدی ۴-نشانگان بالینی ۵-نشانگان شدید بالینی نمره‌گذاری می‌شود که با نظریه شخصیت میلیون 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 میلیون از جمله پرسشنامه‌های منحصر به فردی است که در آن بر اختلال‌های شخصیت و نشانه‌هایی که اغلب با این اختلال‌ها همراه هستند تاکید می‌شود. میلیون (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 غرابی، ۱۳۹۲). در پژوهش چگینی و همکاران (۱۳۹۲) پایایی این پرسشنامه به روش آزمون-بازآزمون در گروه بیمار (۰/۶۱ تا ۰/۷۹) و در گروه غیر بیمار (۰/۷۹ تا ۰/۹۷) و پایایی به روش آلفای کرونباخ (۰/۳۳ تا ۰/۷۸) 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 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 می‌باشد 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 مبتلایان به اختلال شخصیت ضد اجتماعی محکومین ساکن در زندان مرکزی سمنان تعداد ۱۶ نفر 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-19 استفاده شد.



۳. 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.

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

گروه کنترل		روان درمانی پویایی کوتاه مدت فشرده			
درصد	فراوانی	درصد	فراوانی		
۵۰	۴	۳۷/۵	۳	۲۰-۳۴ سال	سن
۳۷/۵	۳	۵۰	۴	۳۵-۴۹ سال	
۱۲/۵	۱	۱۲/۵	۱	۵۰ سال به بالا	
۲۵	۲	۱۲/۵	۱	ابتدایی	تحصیلات
۷۵	۶	۳۷/۵	۵	سیکل	
۰	۰	۱۲/۵	۲	دیپلم و فوق دیپلم	
۱۲/۵	۱	۲۵	۲	ابتدایی	تحصیلات پدر
۳۷/۵	۳	۳۷/۵	۳	سیکل	
۲۵	۲	۲۵	۲	دیپلم و فوق دیپلم	
۱۲/۵	۱	۱۲	۱	لیسانس	
۱۲/۵	۱	۰	۰	فوق لیسانس	

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



جدول ۲: شاخص های توصیفی متغیرهای پژوهش به تفکیک گروه های آزمایش و کنترل

گروه کنترل		روان درمانی پویشی کوتاه مدت فشرده		وضعیت	متغیرها
انحرافات استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین		
۷/۲۸	۱۸/۲۵	۹/۲۴	۱۲/۹۷	پیش آزمون	اضطراب
۶/۶۷	۱۸/۰۵	۴/۳۷	۴/۳۵	پس آزمون	
۴/۸۱	۱۱/۵۷	۶/۲۶	۱۱/۳۷	پیش آزمون	پرخاشگری
۵/۱۲	۱۰/۶۷	۳/۰۳	۲/۹۸	پس آزمون	
۹/۹۴	۲۷/۰۷	۱۱/۹۹	۲۸/۱۷	پیش آزمون	افسردگی
۹/۵۵	۲۶/۲۲	۸/۰۱	۱۰/۵۶	پس آزمون	
۶/۴۳	۱۷/۶۲	۹/۶۷	۱۹/۱۷	پیش آزمون	حساسیت درروابط
۵/۸۸	۱۶/۲۲	۴/۸۰	۵/۹۷	پس آزمون	
۱۱/۳۹	۲۷/۶۰	۱۳/۴۸	۲۳/۸۰	پیش آزمون	شکایت های جسمانی
۱۲/۰۹	۱۹/۵۷	۸/۸۷	۹/۸۹	پس آزمون	
۱۰/۰۶	۲۲/۲۲	۱۲/۹۲	۲۲/۶۷	پیش آزمون	وسواس - اجبار
۹/۶۹	۲۱/۰۷	۷/۸۴	۸/۷۴	پس آزمون	
۵/۹۱	۱۵/۳۷	۶/۹۰	۱۲/۱۵	پیش آزمون	ترس مرضی
۶/۲۰	۱۴/۵۰	۳/۴۹	۴/۱۷	پس آزمون	
۷/۹۸	۲۱/۴۰	۹/۹۳	۱۹/۲۰	پیش آزمون	روانپریشی
۷/۴۹	۲۰/۰۲	۵/۶۲	۶/۸۹	پس آزمون	
۴/۸۸	۱۱/۶۷	۷/۰۶	۱۳/۳۵	پیش آزمون	افکار پارانوئیدی
۴/۹۵	۱۰/۷۵	۳/۷۸	۴/۸۴	پس آزمون	

همانطور که مشاهده می شود میانگین نمرات پس آزمون گروه روان درمانی پویشی کوتاه مدت فشرده در مولفه های اضطراب (۴/۳۵)، پرخاشگری (۲/۹۸)، افسردگی (۱۰/۵۶)، حساسیت درروابط بین فردی (۵/۹۷)، شکایت های جسمانی (۹/۸۹)، وسواس - اجبار (۸/۷۴)، ترس مرضی (۴/۱۷)، روانپریشی (۶/۸۹) و پارانویید (۴/۸۴) کمتر از میانگین پس آزمون در گروه کنترل در مولفه های اضطراب (۱۸/۰۵)، پرخاشگری (۱۰/۶۷)، افسردگی (۲۶/۲۲)، حساسیت



در روابط بین فردی (۱۶/۲۲)، شکایت‌های جسمانی (۱۹/۵۷)، وسواس- اجبار (۲۱/۰۷)، ترس مرضی (۱۴/۵۰)، روانپریشی (۲۰/۰۲) و پارانوئید (۱۰/۷۵) می باشد.

نرمال بودن توزیع داده‌ها یکی از مهمترین پیش فرض‌های تمامی آزمون‌های پارامتریک از قبیل تحلیل کواریانس است. برای بررسی نرمال بودن توزیع متغیرها در پیش آزمون و پس آزمون از آزمون کالموگروف - اسمیرنوف استفاده شد. در جدول ۳-۴، نتایج آزمون کالموگروف - اسمیرنوف برای نرمال بودن توزیع داده‌ها گزارش شده‌اند.

جدول ۳: نتایج آزمون کالموگروف - اسمیرنوف برای نرمال بودن توزیع داده‌ها در گروه‌های آزمایش و کنترل

متغیر	آماره Z	سطح معنی داری	روان درمانی بپوشی کوتاه مدت	کنترل
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 در روابط 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
پارانوئید	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: نتایج آزمون لوین برای بررسی همگنی واریانس متغیرهای پژوهش در گروه آزمایش و کنترل

متغیر	آماره F	درجه آزادی ۱	درجه آزادی ۲	p-value
اضطراب	۱/۴۴	۱	۱۴	۰/۲۳
پرخاشگری	۰/۰۸	۱	۱۴	۰/۳۴
افسردگی	۰/۱۲	۱	۱۴	۰/۱۳
حساسیت در روابط 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 ۴-۴ آماره F آزمون لوین برای بررسی همگنی واریانس متغیرهای پژوهش در گروه‌های آزمایش و کنترل معنی‌دار نمی‌باشد ($p > 0/01$). بنابراین می‌توان نتیجه گرفت که واریانس متغیرهای پژوهش در گروه‌ها برابر یا همگن است.

از شاخص اثر لامبدا و یلکز به عنوان شاخص چند متغیری استفاده شد. نتایج تحلیل واریانس چند متغیری در جدول ۴-۵ ارائه شده است.

جدول ۵: نتایج تحلیل کوواریانس چند متغیری در متغیرهای پژوهش

آزمون	ارزش	F	درجه آزادی	p -value	مجذور اتا
لامبدا و یلکز	۰/۵۷۷	۷/۶۰۱	۱۴	$< 0/001$	۰/۴۲۳

آزمون تحلیل کوواریانس چند متغیری نشان می‌دهد متغیرهای پژوهش بین گروه‌ها دارای تفاوت معنادار است ($P < 0/001$)، $F=7/601$ ، با توجه به معنی دار بودن اثرات روش درمانی از آزمون تحلیل کوواریانس برای بررسی اثرات استفاده گردید.

۴. بحث و نتیجه گیری

نتایج پژوهش حاضر نشان داد روان درمانی پویشی کوتاه مدت فشرده بر کاهش نشانگان روان شناختی بالینی بیماران دچار اختلال شخصیت ضد اجتماعی 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 رسیدند که درمان انتقالی محور موجب کاهش معنی دار علائم در این بیماران می‌شود. در این مداخلات از روان درمانی پویشی کوتاه مدت فشرده استفاده گردید و در پژوهش حاضر مداخلات کوتاه مدت مورد استفاده قرار گرفت. در روان درمانی پویشی کوتاه مدت فشرده، مقابله فعال و بی‌امان با دفاعهای بیمار، او را وادار می‌کند 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 جنبه‌های مهم فرایند تغییر درمانی است. تغییر در درک خود شامل آشکار شدن عواطف و الگوهای 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 می‌شود. 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 ۰.۹۰٪ برای اختلالات روانی و ۰.۸۰٪ 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 پارانوئید می توان گفت با استناد به تحقیق کرنبرگ(۲۰۰۸) روان درمانی پویشی کوتاه مدت در دوطیف افراد موثر می باشد افراد روانرنجور و افراد دارای اختلال شخصیت ضداجتماعی. در پژوهش حاضر درمانگر آزمودنی ها را به مواجهه 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.



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 Systems Review*. 12(22).135-167
- Alexander, F., & French, T. M. (2012). *Psychoanalytic therapy: Principles and application*. New York: Ronald Press.
- 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.
- 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.
- 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



- 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.
- 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.
- 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.
- 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.
- 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.
- Caldirolì, 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 Unconscious: Selected Papers of Habib Davanloo, MD*. Wiley.
- Davanloo, H. (2001). *Intensive short-term dynamic psychotherapy: Selected papers of Habib Davanloo*.
- 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.
- 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.
- 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)*.
- Huta, V., & Waterman, A. S. (2013). Eudaimonia 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*.
- 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.
- Levy, R. A., Ablon, J. S., & Kächele, H. (Eds.). (2011). *Psychodynamic psychotherapy research: Evidence-based practice and practice-based evidence*. Springer Science & Business Media.



- 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.
- Mulay, A. L., & Cain, N. M. (2020). Antisocial personality disorder. *Encyclopedia of Personality and Individual Differences*, 206-215.
- 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.
- 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.
- 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.
- 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., Agrosi, 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 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., & McMurrin, M. (2013). Cost implications of treatment non-completion in a forensic personality disorder service. *Criminal Behaviour and Mental Health*, 23(5), 321-335.
- 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.
- 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.
- Thylstrup, B., Schröder, 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.
- 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 referred to Ardabil legal Medicine organization. [Persian]



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

Nima Salehian*¹, Shahab Moradi²

Abstract

Sometimes, the obstacles and problems in a person's life disrupt the adaptation and mental balance of a person, which causes mental disorders. This paper determined the effect of Intensive short-term dynamic psychotherapy on reducing psychological symptoms in patients with an antisocial personality disorder. This was a randomized controlled trial with a pre-test-post-test design and a control group. The statistical population consisted of all men aged 19-45 with antisocial personality disorder living in Semnan prison. According to similar research, 16 subjects were selected using the convenience sampling method and assigned into two intervention and control groups by the Random Number Generator method. The research tools included the Millon Clinical Multiaxial Inventory-III (MCMI-III) and *Symptom Checklist-90-Revised* (SCL-90-R). Data were analyzed using SPSS-19 and multivariate analysis of variance method. The findings showed that there was a significant difference between both groups in the components of Anxiety, Aggression, Depression, Physical Complaints, Obsessive-Compulsion, Phobia, Psychosis, and Paranoid Thoughts, with the significant difference between the two groups only in the component, sensitivity in interpersonal relationships ($P < 0.05$, $F = 1.35$). Conclusion: the results show that intensive short-term dynamic psychotherapy is effective in reducing the clinical psychological syndromes of patients with antisocial personality disorder and can be used as a desirable treatment method. This treatment method is useful for some care centers for antisocial patients such as camps, educational centers, penitentiaries, and prisons.

Keywords: Intensive Short-Term Dynamic Psychotherapy, Clinical Psychological Syndromes, Antisocial Personality Disorder

1 * Master of Clinical Psychology. (Corresponding author)

2 Department of Psychology, Semnan Branch, Islamic Azad University, Semnan, Iran.