

تأثیر 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 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 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 میلیون 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.

یافته‌ها: یافته‌ها نشان داد بین هر دو گروه در مولفه‌های "اضطراب"، "پرخاشگری"، "افسردگی"، "شکایت‌های جسمانی"، "وسواس - اجبار"، "ترس مرضی"، "روانپریشی"، و "افکار پارانوئیدی" و "حساسیت در روابط بین فردی" تفاوت معنادار وجود دارد.

نتیجه گیری: با توجه به نتایج می‌توان 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 می‌تواند 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)

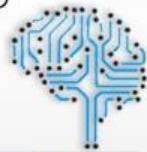


مقدمه

اختلال شخصیت هیستریونیک (HPD) نوعی اختلال شخصیت که با توجه طلبی، خودنمایی و نیاز مفرط به تایید مشخص می‌شود. زنان را بیشتر از مردان تحت تأثیر قرار می‌دهد. در DSM-IV-TR به عنوان یک اختلال شخصیت خاص طبقه بندی شده است، در DSM-5 به عنوان زیرشاخه اختلال شخصیت خودشیفته در نظر گرفته می‌شود. سی سال پیش، Lyons و Chodoff 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 می‌شود، به عنوان یک اختلال چند علامتی که با علائم و تاریخچه تعریف می‌شود، است. اختلال جسمانی سازی به طور کلی به عنوان یک تشخیص روانپژشکی 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 خوش‌های توصیف شده سنتی از صفات هیستریک سازگار بود.

McHugh و Slavney بیماران با شخصیت هیستریونیک را از سایر افراد درگیر روانپژشک بر اساس افزایش آسیب پذیری آنها در برابر افسردگی و آسیب به خود متمایز کردند (اسلونی و مک‌هاگ، 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 می‌دهد 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 می‌کردند و برخی اصلاً هیچ یک را بیان نکردند.

Lilienfeld et al 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 داده‌های مربوط به علائم، دوره بیماری، سابقه خانوادگی یا درمان نمی‌شد، نمی‌توانیم بدanim



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 روانپژشک 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 اسلامونی تایید می شوند، که خاطرنشان کردن 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 اسلامونی، ۱۹۸۳).

تشخیص زنان مبتلا به HPD



همانطور که قبلاً گفته شد، بسیاری از متخصصان بهداشت روان در داخل و خارج از جامعه روانپژوهی میزان بالا و غیرعادی تشخیص اختلال شخصیت هیستریونیک در زنان را زیر سوال می‌برند. تا حدی، این نگرش پرسشگری از زبانی که برای شناسایی علائم HPD در حین تشخیص استفاده می‌شود، نشات می‌گیرد. به عنوان مثال، استفاده از اصطلاحاتی مانند "تحریک آمیز" و "فریبنده" گاهی به شدت با قضاوت‌های 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 پژوهشی قابل توجه در مورد وضعیت سلامت روان هر فرد مورد استفاده قرار می‌گیرند. علاوه بر این، برخی از متخصصان بهداشت روان معتقدند که پژوهشکاری که HPD را در زنان تشخیص می‌دهند، گاهی به طور اساسی از تأثیرات بلند مدت سوء استفاده جنسی در دوران کودکی، آزار جسمی دوران کودکی، تجاوز جنسی و سایر اشکال آسیب‌ها بر روان زنان سوء برداشت می‌کنند (بلگو و همکاران، ۲۰۰۷). در جایی که این پژوهشکار و اکنش‌های بیمارگونه و ناسالم را مشاهده می‌کنند که به توانایی زن برای عملکرد در جامعه آسیب می‌زند، دیگران ممکن است به طور منطقی سازگاری هوشمندانه‌ای با واقعیت اجتماعی و شخصی بینند که در واقع از توانایی‌های عملکردی زن محافظت و پشتیبانی می‌کند. شخصیت منعکس کننده الگوهای عمیق، رفتار و شیوه‌ای است که افراد در آن خود و دنیايشان را درک می‌کنند، با آنها ارتباط برقرار می‌کنند و درباره آن فکر می‌کنند. ویژگی‌های شخصیتی، ویژگی‌های بارز شخصیت هستند و لزوماً آسیب شناسی نیستند، اگرچه برخی از سبک‌های 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 می‌شود. اغلب اختلالات شخصیت در نوجوانی یا اوایل بزرگسالی شروع می‌شوند، در طول زمان پایدار هستند و منجر به آشفتگی یا اختلال درونی قابل توجهی می‌شوند (فرد و ویدیگر، ۱۹۸۹؛ پفل، ۱۹۹۱).

افراد مبتلا به اختلال شخصیت هیستریونیک هیجانی بیش از حد از خود نشان می‌دهند - تمایل به نگاه عاطفی به چیزها و توجه جویند. افراد مبتلا به این اختلال وقتی در مرکز توجه نیستند احساس ناراحتی می‌کنند یا احساس می‌کنند که از آنها قدردانی نمی‌شود. 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 موقعیت‌های نامناسب، از جمله روابط اجتماعی،



شغلی و حرفه‌ای، فراتر از آنچه که برای بافت اجتماعی مناسب است، به شیوه‌ای خود محور یا از نظر جنسی اغواکننده عمل کنند. آنها ممکن است سرزنه و نمایشی باشند و ممکن است در ابتدا با اشتیاق، گشاده رویی ظاهری یا معاشقه، آشنایان جدید را مذوب 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، حق هق غیرقابل کنترل برای شکست های جزئی یا داشتن عصبانیت.

ویژگی‌های دیگر آن‌ها شامل:

۱. علایق و گفتگوی آنها مرکز بر خود خواهد بود.
۲. آنها از ظاهر فیزیکی خود برای جلب توجه به خود استفاده می‌کنند.
۳. بیان احساسی آنها ممکن است سطحی و به سرعت در حال تغییر باشد.
۴. 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.

داده‌های حاصل از بررسی ملی اپیدمیولوژیک ۲۰۰۱-۲۰۰۲ در مورد الكل و شرایط مرتبط نشان می‌دهد که شیوع اختلال شخصیت هیستریونیک ۱.۸۴ درصد است (پفول، ۱۹۹۱).

طبق DSM-5، برای تشخیص اختلال شخصیت هیستریونیک، باید پنج یا بیشتر از علائم زیر وجود داشته باشد:

- خود محوری، احساس ناراحتی زمانی که مرکز توجه نیست.
- دائمًا 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 می‌رسد.
- توجه بیش از حد به ظاهر فیزیکی و استفاده از ظاهر فیزیکی برای جلب توجه به خود



- نظراتشان به راحتی تحت تأثیر افراد دیگر قرار می‌گیرند.

- نمایش‌های بیش از حد با نمایش اغراق آمیز احساسات

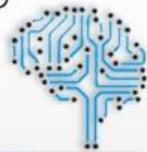
- تمایل به این باور که روابط صمیمانه تراز آنچه نشان می‌دهد، هستند.

- 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 می‌دهد، اگرچه برخی از کارشناسان معتقدند که به سادگی بیشتر در زنان تشخیص داده می‌شود، 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 می‌توانند در محیط‌های اجتماعی و شغلی به خوبی عمل کنند. زمانی که روابط عاشقانه شان به پایان می‌رسد، ممکن است به دنبال درمان افسردگی باشند. آنها اغلب نمی‌توانند 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 نامیدی را بر عهده بگیرند، افراد مبتلا به این اختلال معمولاً دیگران را سرزنش می‌کنند. از آنجا که آنها تمایل به تازگی و هیجان دارند، ممکن است خود را در موقعیت‌های پر خطر قرار دهند. رفتار آنها ممکن است منجر به خطر بیشتر ابتلا به افسردگی شود(شایپریو، 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 IIA-DSM را برای اختلال شخصیت هیستریونیک داشتند. میانگین کل امتیاز ۱۰ علامت فردی IIA-DSM 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 مانده‌اند. 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 دوره‌های افسردگی کمی بیشتر داشتند و از ۲۰ علامت معمول افسردگی اندکی بیشتر گزارش کردند: گریه بیش از حد، ناتوانی در کار، احساس نامیدی، از دست

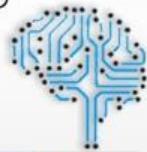


دادن اشتها، کاهش وزن، بی خوابی، پرخوابی، خستگی، عقب ماندگی روانی حرکتی، بی قراری، از دست دادن علاقه، کاهش میل جنسی، نگرانی، تمرکز ضعیف، مشکل در تفکر، حافظه ضعیف، افکار مرگ، آرزوهای مرگ، افکار خودکشی و اقدام به خودکشی.

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 صدھا 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، ادرارکی 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 مختصتر از درمان‌های تحلیلی هستند و نیاز به موضع فعال تری از درمانگر دارند (شودر 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 بدھی 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 سیفنهوس (۱۹۸۷) است.



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 لابیز و نورسکی، 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 (دانلو، ۱۹۹۰). این رویکرد که توسط دانلو (دانلو، ۱۹۹۰، ۲۰۰۵، ۲۰۰۱) 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. ملان (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؛ دانلو 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 دادن عشق (شرودر و همکاران، ۲۰۱۶). ویژگی بارز روان درمانی پویشی کوتاه مدت فشرده دقته است که با آن احساسات، اضطراب و دفاع عملیاتی شده و با آن کار می‌شود (دلا سلو، ۲۰۱۸). یک ناظر برای اولین بار روان درمانی پویشی کوتاه مدت فشرده تعدادی ویژگی متمایز را می‌بیند. عملأ، 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 ترومما که ارزش پیش‌بینی کمی دارند. دانلو (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؛ دانلو، 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



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 زنان بزرگسال مبتلا به اختلال شخصیت هیستریونیک شهر سمنان، تشکیل می‌دهند. از بین این افراد، تعداد ۱۶ نفر از طریق فرمول تعیین حجم کوکران 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. ضمناً 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 دو پرسشنامه چند محوری میلیون ۳، چک لیست نشانه‌های بیماری ۹۰ سوالی تجدیدنظر شده برای جمع آوری داده‌ها استفاده شد.

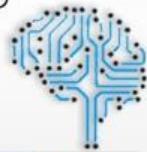
توصیف نحوه تصادفی سازی

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). شماره‌ها را روی کاغذ یادداشت نموده، سپس تا زدیم و آنها را داخل ظرفی قرار دادیم. کاغذها را کاملاً مخلوط کرده و به هم زدیم. سپس کاغذ‌ها را 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 گروه‌ها 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، هفته‌ای دو بار به مدت ۲۰ جلسه ۱ ساعته تحت مداخله روان پویشی کوتاه مدت فشرده (ISTDP) (روش تعديل شده) قرار گرفتند. پکیج درمانی مورد استفاده در این پژوهش برگرفته از روش روان درمانی پویشی کوتاه مدت فشرده دوانلو (روش تعديل 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 هفته‌ای و یک ساعته برگزار گردید.



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 عمدتاً غیر کلامی هستند. علائمی که ممکن است در دفاع از خشم خود به کار رود مثل گره کردن مشت، چسبیدن به صندلی، تنفس و گرفتنگی، آه کشیدن و غیره. هنگامی که درمانگر احساس کرد تنفس 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



و تجربه می‌شوند. درمانگر کمک می‌کند 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 می‌پردازد. درمانگر با استفاده از مثلث تعارض و شخص به تحلیل موادی که افشاء می‌شوند می‌پردازد. 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 پرسش‌های خود را پویشی تر می‌سازد و در این راستا ساخت تعارضی و هسته اختلال بیمار روشن می‌شود. 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 می‌یابد.

پرسشنامه چند محوری میلیون ۳: این پرسشنامه یک ابزار خودسنجدی 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؛ اسکیزوپیید، اجتنابی، افسردگی، وابسته، نمایشگر، خودشیفتگی، ضداجتماعی، پرخاشگر، جبری، منفی گرا و خودناکام ساز. ۳- آسیب‌های شدید شخصیت؛ اسکیزووتایپی، مرزی و پارانویایی. 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 مراجعن 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 تأکید 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 غرایی، ۱۳۹۲). در پژوهش چگینی و همکاران (۱۳۹۲) پایایی این پرسشنامه به روش آزمون-باز آزمون در گروه بیمار (۰/۶۱ تا ۰/۷۹) و در گروه غیر بیمار (۰/۰ 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 روانشناسی 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 روانشناسی 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 ۰/۶۶ تا ۰/۱۸ می‌باشد. همچنین پایایی آن به روش کرونباخ آلفا و بازآزمایی با فاصله دو هفته محاسبه کردند؛ نتایج همسانی درونی برای هر یک از مولفه‌های جسمانی سازی (۰/۹۰)، اختلال وسوس 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 وسوس 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 میلیون 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.

یافته‌ها

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



جدول ۱-۴: توزیع ، سنی، شغلی، تحصیلات و سابقه کار پاسخ دهنده‌گان به تفکیک گروه‌ها

گروه کنترل		گروه مداخله			
درصد	فراوانی	درصد	فراوانی		
۵۰	۴	۵۰	۴	۳۴-۲۰ سال	سن
۳۷/۵	۳	۵۰	۴	۴۹-۳۵ سال	
۱۲/۵	۱	۰	۰	۵۰ سال به بالا	
۲۵	۲	۱۲/۵	۱	ابتدایی	تحصیلات
۵۰	۴	۵۰	۴	سیکل	
۱۲/۵	۱	۱۲/۵	۱	دیپلم و فوق دیپلم	
۱۲/۵	۱	۲۵	۲	لیسانس	تحصیلات پدر
۱۲/۵	۱	۲۵	۲	ابتدایی	
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 ۲-۴ شاخص‌های توصیفی متغیرهای پژوهش در دو مرحله پیش آزمون و پس آزمون به تفکیک گروه‌ها شامل میانگین و انحراف استاندارد گزارش شده‌اند.



جدول ۴-۲: شاخص های توصیفی متغیرهای پژوهش به تفکیک گروه های مداخله و کنترل

گروه کنترل	روان درمانی پویشی کوتاه مدت فشرده		وضعیت	مولفه	متغیر
انحرافات استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	پیش آزمون	اضطراب
۷/۲۸	۱۸/۲۵	۹/۲۴	۱۷/۹۷		
۶/۶۷	۱۷/۷۱	۴/۳۷	۱۳/۳۵	پس آزمون	پرخاشگری
۴/۸۱	۲۴/۵۲	۷/۲۶	۲۵/۶۳	پیش آزمون	
۵/۱۲	۲۵/۰۳	۳/۰۳	۱۹/۹۸	پس آزمون	افسردگی
۷/۹۴	۲۲/۰۷	۱۱/۹۹	۲۱/۱۷	پیش آزمون	
۷/۵۵	۲۱/۳۴	۸/۰۱	۱۷/۵۶	پس آزمون	حساسیت
۶/۴۳	۱۸/۶۲	۶/۶۷	۱۹/۱۷	پیش آزمون	
۵/۸۸	۱۸/۱۳	۴/۸۰	۱۷/۴۹	پس آزمون	درروابط
۱۱/۳۹	۲۴/۴۳	۱۳/۴۸	۲۳/۸۰	پیش آزمون	
۱۲/۰۹	۲۳/۵۷	۸/۸۷	۱۸/۲۷	پس آزمون	شکایتهای جسمانی
۱۰/۰۶	۱۸/۲۲	۱۲/۹۲	۱۸/۶۷	پیش آزمون	
۹/۶۹	۱۷/۴۴	۷/۸۴	۱۵/۱۶	پس آزمون	وسواس - اجبار
۵/۹۱	۱۳/۱۱	۷/۹۰	۱۳/۳۳	پیش آزمون	
۷/۲۰	۱۳/۵۰	۳/۴۹	۱۰/۱۷	پس آزمون	ترس مرضی
۷/۹۸	۲۱/۴۰	۹/۹۳	۱۹/۷۹	پیش آزمون	
۷/۴۹	۲۰/۰۲	۵/۶۲	۱۰/۱۱	پس آزمون	روانپریشی
۴/۸۸	۱۸/۶۷	۷/۰۶	۱۹/۳۵	پیش آزمون	
۴/۹۵	۱۸/۷۵	۳/۷۸	۱۵/۸۴	پس آزمون	افکار پارانوئیدی

SC190 روانشناسی اینترنتی

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 (۲۱/۳۴)، حساسیت درروابط بین فردی (۱۸/۱۳)، شکایتهای جسمانی (۱۸/۲۷)، وسواس - اجبار (۱۵/۱۶)، ترس مرضی (۱۰/۱۷)، روانپریشی (۱۰/۱۱) و پارانوئید (۱۵/۸۴) کمتر از میانگین پس آزمون در گروه کنترل در مولفه های اضطراب (۱۷/۷۱)، پرخاشگری (۲۵/۰۳)، افسردگی (۴/۸۸)



حساسیت در روابط بین فردی (۱۸/۱۳)، شکایت‌های جسمانی (۱۷/۴۴)، وسوسات-اجبار (۱۳/۵۰)، ترس مرضی (۱۴/۵۰)، روانپریشی (۲۰/۰۲) و پارانویید (۱۸/۷۵) می‌باشد.

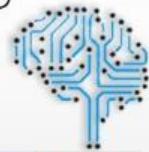
جدول ۴-۳: نتایج آزمون کالموگروف - اسمیرنف برای نرمال بودن توزیع داده‌ها در گروه‌های آزمایش و کنترل

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

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

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



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

باتوجه به جدول ۴-۴ آماره F آزمون لوین برای بررسی همگنی واریانس متغیرهای پژوهش در گروههای آزمایش و کنترل معنی دار نمی‌باشد ($p < 0.05$). 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 جدول ۴-۵ ارائه شده است.

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

آزمون	ارزش	F	درجه آزادی	$p\text{-value}$	محضور
لامبادای ویلکز	۰/۵۷۷	۷/۶۰۱	۱۴	<0.001	۰/۴۲۳

همانگونه که در جدول فوق مشاهده می‌شود اثر روش درمانی معنادار می‌باشد ($F=7/601$ ، $P<0.001$). 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 برکاوش نشانگان روان شناختی بالینی بیماران دچار اختلال شخصیت هیستریونیک (نمایشی) تاثیر دارد. نتایج این پژوهش با نتایج لیچسنیک و همکاران (۲۰۰۹)، کولیگان و همکاران (۲۰۰۰)؛ گراند و همکاران (۲۰۰۶) 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 اسفاده 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 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 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 یافته‌ها 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 همسوی این پژوهش با یافته‌های 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 می‌گردد. طبق نظریه روان پویشی افسردگی و اضطراب به وسیله استفاده از مکانیزم‌های دفاعی ناسازگارانه خاصی مشخص می‌شود. در درمان پویشی کوتاه مدت، مقابله فعال و بی‌امان با دفاعهای بیمار، او را وادار می‌کند تا در هر لحظه احساسات واقعی اش را تجربه کند. چنین مواجهه‌ای موجب سازماندهی مجدد من و رها کردن دفاعهای بیمار گونه می‌شود. 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 دفاع‌های رشدیافته باعث می‌شود که فرد شرایط بیماری را بپذیرد و ترس و اضطراب کمتری را تجربه کنند. در روان درمانی پویشی کوتاه مدت، فضایی فراهم می‌شود 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 پتانسیل‌های او برداشته شود. در سراسر درمان‌های 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 می‌توان گفت با استناد به تحقیق کرنبرگ(۲۰۰۸) روان درمانی پویشی کوتاه مدت در دوطیف افراد موثر می‌باشد افراد



رواننژور و افراد دارای اختلال شخصیت هیستریونیک (نمایشی). در پژوهش حاضر درمانگر آزمودنی‌ها 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) آزمودنی‌ها 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 می‌شود.



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
- 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.* 71, ۱-۱۴
- 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.



- 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



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.



- 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 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.

Ford, M.R., Widiger, T.A., ۱۹۸۹. Sex bias in the diagnosis of histrionic and antisocial personality disorders. *J. Consult. Clin. Psychol.* ۵۷, ۳۰۱-۳۰۰

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, ۴۱-۵۰

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



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.



- 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 of clinical criteria. *NEnglJ Med*266:42 1-426. 1962



Pfohl, B., ۱۹۹۱. Histrionic personality disorder: a review of available data and recommendations for DSM-IV. *J. Personal. Disord.*, 5, ۱۵۰-۱۶۶

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).

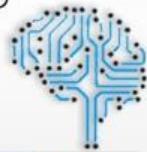
Roggenkamp, H., Abbass, A., Town, J. M., Kisely, S., & Johansson, R. (2021). Healthcare cost reduction and psychiatric symptom improvement in posttraumatic stress disorder patients treated with intensive short-term dynamic psychotherapy. *European Journal of Trauma & Dissociation*, 5(3), 100122.

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



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.



- 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.



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]

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



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

Nima Salehian¹

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

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