فصلنامه ایده های نوین روانشناسی
دوره ۱۵، شماره ۱۹، زمستان سال ۱۴۰۱

تاثیر روان درمانی پویشی کوتاه مدت فشرده (ISTDP) بر افزایش بهزیستی روانی بیماران دچار اختلال شخصیت هیستریونیک (HPD)

نیما صالحیان[۱]، فاطمه مرادی[۲]

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) بود. روش کار: طرح پژوهش کارآزمایی تصادفی کنترل شده با طرح پیش آزمون- پس آزمون و گروه کنترل بود. جامعه آماری شامل کلیه زنان بزرگسال ساکن شهر سمنان مبتلا به اختلال شخصیت هیستریونیک بود. برای جمع آوری اطلاعات از چک لیست نشانه‌های بیماری 90 سوالی تجدیدنظر شده و مقیاس بهزیستی روانشناختی ریف، استفاده گردید. برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از روش آمار توصیفی (میانگین و انحراف معیار) و آمار استنباطی (تحلیل کوواریانس) و نرم افزار آماری SPSS-26 استفاده شد. یافته‌ها: بررسی تفاوت میانگین هریک از مولفه‌های نشانگان روان‌شناختی گروه مداخله (روان درمانی پویشی کوتاه مدت فشرده) و کنترل حاکی از آن است که با حذف اثر پیش آزمون‌ها، بین هر دو گروه در مولفه‌های استقلال، تسلط بر خود، رشد شخصی، ارتباط مثبت با دیگران، هدفمندی در زندگی، پذیرش خود و بهزیستی روانی تفاوت معنادار وجود دارد. نتیجه‌گیری: نتیجه به دست آمده نشان می‌دهد، درمان روان پویشی باعث می‌شود ابراز هیجانات ناشی از استرس‌ها در فضای امن همراه با عدم احساس طرد از سوی درمانگر صورت پذیرد که این امر به رشد این افراد منجر می‌شود. شدلر (2010) معتقد است درمان روانپویشی فشرده کوتاه مدت افزون بر بینش بالا و اثربخشی معنادار، موجب بهبود طولانی مدت مراجعان می‌شود. این روش از راه تجربه هیجانی اصلاح کننده موجب می‌شود فرد در محیطی شایسته فرصت یابد با آن چه در طول زندگی از آن اجتناب کرده، روبه رو شود و شیوه‌های غیرانطباقی را که برای ارتباط با خود و دیگران (یکی ازمولفه‌های بهزیستی روانی) استفاده می‌کرده، رها کند.

کلید واژه‌ها: روان درمانی پویشی کوتاه مدت، بهزیستی روانی، اختلال شخصیت هیستریونیک، اختلال شخصیت نمایشی

[1] کارشناس ارشد روانشناسی بالینی، دانشگاه آزاد واحد سمنان، سمنان، ایران. (نویسنده مسئول) nimasalehian@yahoo.com
[2] دانشجوی دکتری زبان و ادبیات عربی، دانشگاه الزهرا، تهران، ایران

[Downloaded from jnip.ir on 2026-11-17]

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، Chodoff و Lyons به لزوم تمایز بین هیستری و شخصیت هیستریک اشاره کردند (لیون و چودوف، 1958). متعاقباً، چندین مطالعه (پونل و همکاران، 1951؛ گیبوز، 1975) نشان داد که سندرم بریکه، که اکنون اختلال جسمانی سازی نامیده می شود، به عنوان یک اختلال چند علامتی که با علائم و تاریخچه تعریف می‌شود، است. اختلال جسمانی سازی به طور کلی به عنوان یک تشخیص روانپزشکی متمایز از اختلال شخصیت هیستریونیک (HPD) پذیرفته شده است. اختلال شخصیت هیستریونیک کم‌تر مورد مطالعه قرار گرفته است و مرزهای آن به خوبی مشخص نشده است (لازار و همکاران، 1970). آن‌ها عواملی را استخراج کردند که با خوشه‌های توصیف شده سنتی از صفات هیستریک سازگار بود.

Slavney و McHugh بیماران با شخصیت هیستریونیک را از سایر افراد درگیر روانپزشک بر اساس افزایش آسیب پذیری آن‌ها در برابر افسردگی و آسیب به خود متمایز کردند (اسلونی و مک هاگ، 1974). رابط بین اختلال جسمانی سازی و اختلال شخصیت هیستریونیک تقریباً ناشناخته باقی مانده است. در واقع، چندین مطالعه (زیگلر و لمبدون، 1960؛ لوویس و بنان، 1965) نشان می‌دهد که اختلال شخصیت هیستریونیک با اختلال تبدیلی بین 21 تا 50 درصد همپوشانی دارد. با این حال ،بیشتر این مطالعات از معیارهای تشخیصی مبهم استفاده می‌کردند و برخی اصلاً هیچ یک را بیان نکردند.

Lilienfeld etal تعداد 26 مورد از اختلال شخصیت هیستریونیک را در 48 بیمار مرد و زن مبتلا به اختلال جسمانی گزارش کردند. کیمبل و همکاران، همپوشانی بین سندرم بریکت و شخصیت هیستریک را حدود 85 درصد دریافت کردند (کیمبل و همکاران، 1975)؛ در حالی که کونیگزبرگ همبستگی پایینی را بین اختلال شخصیت هیستریونیک و اختلالات جسمانی گزارش کرد (کونیگزبرگ، 1985). Cloninger تخمین زد که به طور کلی، دو سوم از بیماران مبتلا به اختلال جسمانی سازی نیز نوعی اختلال شخصیت هیستریک دارند (کلونینگر، 1978). با این حال، از آنجایی که هیچ یک از این مطالعات شامل داده‌های مربوط به علائم، دوره بیماری، سابقه خانوادگی یا درمان نمی شد، نمی توانیم بدانیم که آیا اصطلاحات اختلال جسمانی سازی و اختلال شخصیت هیستریونیک جمعیت های متفاوتی را تعریف می‌کنند 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 تفاوت‌های قابل توجهی در تعداد و کیفیت علائم افسردگی، میزان سوء مصرف مواد، در مداخلات درمانی و در نتیجه درمان نشان دهند. در مطالعه‌ای انجام شده روی 60 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 تشخیص‌های محور دوم تا حدی به استنباط‌های 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، 1971). 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 نمی‌دانند) ممکن است در مورد اینکه چه کسی سابقه اختلال شخصیت دارد و چه کسی ندارد، اختلاف نظر داشته باشند (کامینسکی، 1983).

بنابراین پارادوکس تشخیصی، بین عینیت و دانش ارزیاب رابطه معکوس وجود دارند. تلاش برای حل این پارادوکس به گونه‌ای انجام شد که در یک ارزیابی از روانپزشک معالج در هر مورد خواسته شده که بیمار را در هر 10 معیار اختلال شخصیت هیستریونیک امتیاز دهد.

[Downloaded from jnip.ir on 2026-11-17]

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 1983 کامینسکی و اسلاونی تایید می شوند، که خاطرنشان کردند بیماران با شخصیت هیستریک DSM-ll(20) نسبت به بیماران مبتلا به اختلال جسمانی سازی بیشتر احتمال دارد اقدام به خودکشی کرده باشند (کامینسکی و اسلاونی، 1983).

تشخیص زنان مبتلا به HPD

همانطور که قبلاً گفته شد، بسیاری از متخصصان بهداشت روان در داخل و خارج از جامعه روانپزشکی میزان بالا و غیرعادی تشخیص اختلال شخصیت هیستریونیک در زنان را زیر سوال می‌برند. تا حدی، این نگرش پرسشگری از زبانی که برای شناسایی علائم HPD در حین تشخیص استفاده می‌شود، نشات می گیرد. 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، 1992؛ برنشتاین، 1998).

برخی از متخصصان بهداشت روان بر این باورند که این اصطلاحات گاهی اوقات برای انگ رسمیت دادن به رفتار زنان به جای نتیجه‌گیری پزشکی قابل توجه در مورد وضعیت سلامت روان هر فرد مورد استفاده قرار می‌گیرند.

علاوه بر این، برخی از متخصصان بهداشت روان معتقدند که پزشکانی که HPDرا 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 آسیب ها بر روان زنان سوء برداشت می‌کنند (بلاگو و همکاران، 2007). در جایی که این پزشکان واکنش‌های بیمارگونه و ناسالم را مشاهده می‌کنند که به توانایی زن برای عملکرد در جامعه آسیب می‌زند، دیگران ممکن است به طور منطقی سازگاری هوشمندانه ای با واقعیت اجتماعی و شخصی ببینند که در واقع از توانایی های عملکردی زن محافظت و پشتیبانی می‌کند.

شخصیت منعکس‌کننده الگوهای عمیق، رفتار و شیوه‌ای است که افراد در آن خود و دنیایشان را درک می کنند، 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، 1982).

اختلالات شخصیت نشان‌دهنده 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، 1989؛ پفل، 1991).

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 می کنند یا احساس می کنند 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 موقعیت های نامناسب، از جمله روابط اجتماعی، شغلی و حرفه ای، فراتر از آنچه که برای بافت اجتماعی مناسب است، به شیوه‌ای خود محور یا از نظر جنسی اغواکننده عمل کنند.

[Downloaded from jnip.ir on 2026-11-17]

آنها ممکن است سرزنده و نمایشی باشند و ممکن است در ابتدا با اشتیاق، گشاده رویی ظاهری یا معاشقه، آشنایان جدید را مجذوب خود کنند. با این حال، آنها همچنین ممکن است دوستان و آشنایان را با نمایش عمومی بیش از حد احساسات شرمنده کنند، مانند در آغوش گرفتن آشنایان معمولی با اشتیاق، هق‌هق غیرقابل کنترل برای شکست‌های جزئی یا داشتن عصبانیت.

ویژگی‌های دیگر آن‌ها شامل:

1. علایق و گفتگوی آن‌ها متمرکز بر خود خواهد بود.
2. آن‌ها از ظاهر فیزیکی خود برای جلب توجه به خود استفاده می‌کنند.
3. بیان احساسی آن‌ها ممکن است سطحی و به سرعت در حال تغییر باشد.
4. سبک گفتار آنها بیش از حد امپرسیونیستی و فاقد جزئیات است.
5. 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 2001-2002 در مورد الکل و شرایط مرتبط نشان می‌دهد که شیوع اختلال شخصیت هیستریونیک 1.84 درصد است(پفول، 1991).

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.
- دائماً به دنبال اطمینان یا تأیید است.
- ظاهر یا رفتار نامناسب اغوا کننده.
- حالات عاطفی در حال تغییر سریع که برای دیگران کم عمق به نظر می رسد.
- توجه بیش از حد به ظاهر فیزیکی و استفاده از ظاهر فیزیکی برای جلب توجه به خود
- نظراتشان به راحتی تحت تأثیر افراد دیگر قرار می گیرند.
- نمایش های بیش از حد با نمایش اغراق آمیز احساسات
- تمایل به این باور که روابط صمیمانه تر از آنچه نشان می دهد، هستند.
- علاوه بر این، علائم باید باعث اختلال یا ناراحتی قابل توجهی در فرد شود.

دلایل ایجاد اختلال شخصیت هیستریونیک

علت اختلال شخصیت هیستریونیک ناشناخته است، اما رویدادهای دوران کودکی و ژنتیک ممکن است هر دو دخیل باشند. HPD در زنان بیشتر از مردان رخ 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 محیط های اجتماعی و شغلی به خوبی عمل کنند. زمانی که روابط عاشقانه‌شان به پایان می‌رسد، ممکن است به دنبال درمان افسردگی باشند. آنها اغلب نمی‌توانند موقعیت خود را به طور واقع‌بینانه ببینند، در عوض تمایل به نمایش بیش از حد و اغراق دارند. به جای اینکه مسئولیت شکست یا ناامیدی را بر عهده بگیرند، افراد مبتلا به این اختلال معمولاً دیگران را سرزنش می‌کنند. از آنجا که آنها تمایل به تازگی و هیجان دارند، ممکن است خود را در موقعیت‌های پرخطر قرار دهند. رفتار آنها ممکن است منجر به خطر بیشتر ابتلا به افسردگی شود(شاپیرو، 1965).

نتایج حاصل از یکی از تحقیقات در این باره نشان داد که از 60 زن مبتلا به اختلال جسمانی سازی، 41 نفر (68٪) معیارهای DSM-IJI را برای اختلال شخصیت هیستریونیک داشتند. میانگین کل امتیاز 10 علامت فردی DSM-IJI برای اختلال شخصیت هیستریونیک،

[Downloaded from jnip.ir on 2026-11-17]

20.4 برای گروه مبتلا به اختلال شخصیت هیستریونیک و 9.2 برای گروه بدون اختلال شخصیت هیستریونیک بود. بیماران با و بدون اختلال شخصیت هیستریونیک از نظر تحصیلات و سن در مصاحبه مشابه بودند. برای بیماران مبتلا به اختلال شخصیت هیستریونیک روند غیر قابل توجهی وجود داشت که هرگز ازدواج نکرده یا پس از طلاق مجرد مانده اند. با این حال، نزدیک به نیمی از افراد در هر گروه حداقل یک بار طلاق گرفته بودند. بیماران مبتلا به اختلال شخصیت هیستریونیک نسبت به بیماران بدون اختلال شخصیت هیستریونیک علائم و تجربیات درمانی بیشتری را گزارش کردند. بیماران مبتلا به اختلال شخصیت هیستریونیک دوره های افسردگی کمی بیشتر داشتند و از 20 علامت معمول افسردگی اندکی بیشتر گزارش کردند: گریه بیش از حد، ناتوانی در کار، احساس ناامیدی، از دست دادن اشتها، کاهش وزن، بی‌خوابی، پرخوابی، خستگی، عقب ماندگی روانی حرکتی، بی‌قراری، 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.

بهزیستی روان شناختی

ریف بهزیستی روانشناختی را تلاشی برای کمال در جهت تحقق توانایی‌های بالقوه واقعی خود دانسته و شش سازه ارتباط مثبت با دیگران، تسلط بر محیط، پذیرش خود، خودمختاری، رشد فردی و زندگی هدفمند را به عنوان عملکرد روانشناختی مثبت تعریف کرده است (دوست کافی و همکاران، 1398). در این پژوهش، نمرات حاصل از پرسشنامه بهزیستی روانشناختی ریف به عنوان میزان بهزیستی روانی فرد در نظر گرفته می‌شود.

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 و همکاران، 2015).

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 (زارع و قمری گیوی، 2015).

هنگامی که خطوط مختلف تفکر فلسفی و علمی با هم مقایسه می‌شوند، مشخص می‌شود که آنها در توصیفات خود از یک زندگی خوب و سالم به عنوان زندگی ای که شامل فرآیندهای تعیین و سپس تعقیب اهداف است، همگرا می‌شوند، که برای تلاش برای توسعه پتانسیل فرد برای تجربه ارتباطات قابل توجه با افراد دیگر، مدیریت خواسته‌ها و فرصت‌ها، تمرین خود مدیریتی و داشتن احترام مثبت به خود استفاده می‌شود. مطالعات روی رویدادها/تجارب زندگی نشان داده است که این تجربیات زندگی و تفسیرهای فردی از این تجربیات عوامل اساسی بهزیستی روانشناختی هستند. کارور و شییر پیشنهاد کردند که تفاوت بین اهداف یک فرد و موقعیت فعلی زندگی بر میزان تأثیر مثبت یا منفی که شخص احساس می‌کند تأثیر می‌گذارد. آبلسون و همسه دریافتند که سرعت پیشرفت به سمت این اهداف، به جای دستیابی به خود اهداف، تأثیر بیشتری بر تفاوت عاطفه دارد. علاوه بر این، ایمونز دریافت که داشتن اهداف ارزشمند، بدون توجه به موفقیت گذشته، با رضایت بیشتر از زندگی همراه است. همچنین، افراد شاد تمایل دارند اهدافی را انتخاب کنند که قبلاً منابع مناسبی برای آنها داشتند. بنابراین، دستیابی به این اهداف به جای علت، نتیجه یک بهزیستی ذهنی بالا خواهد بود (هیدالگو و همکاران، 2010).

به طور کلی، بهزیستی روانی از دو حوزه گسترده تشکیل شده است: بهزیستی لذت‌گرا و یودایمونیک (هوتا و ویتمن، 2013).

دربهزیستی لذت گرا از گروه بهزیستی عاطفی از علائم نشان دهنده وجود و عدم وجود احساسات مثبت در مورد زندگی است که به عنوان ارزیابی شادی و رضایت از زندگی، و تعادل تجربیات عاطفه مثبت به منفی در یک دوره زمانی عملیاتی شده است. بنابراین، بهزیستی

[Downloaded from jnip.ir on 2026-11-17]

عاطفی را می‌توان به عنوان تعادل احساسات (مثبت و منفی) تجربه شده در زندگی و احساسات درک شده (شادی و رضایت) مفهوم سازی کرد. بیشتر معیارهای تک موردی رضایت از زندگی، اقتباسی از مقیاس خود لنگر کانتریل است، که از پاسخ دهندگان می‌خواهد «به طور کلی زندگی خود را در این روزها رتبه‌بندی کنند» در مقیاسی از 0 تا 10، جایی که 0 به معنای «بدترین زندگی ممکن در کل» است. و 10 به معنای "بهترین زندگی ممکن در کل" بود. انواع معیار کانتریل به طور گسترده در مطالعات متعدد در سراسر جهان مورد استفاده قرار گرفته است و برای اندازه گیری شادی اعتراف شده با زندگی به کار گرفته شده است. شاخص‌های تک ماده‌ای و مقیاس‌های چند ماده‌ای رضایت از زندگی و شادی نیز توسعه یافته و به‌طور گسترده مورد استفاده قرار گرفته‌اند (کیس، 2015).

در مجموع، بهزیستی لذت‌گرا از دو بعد تشکیل شده است. بعد اول منعکس کننده عواطف اعلام شده است، جایی که افراد نشان می‌دهند که «این همان چیزی است که من معمولاً احساس می کنم» که با موارد تأثیر مثبت اندازه‌گیری می‌شود. بعد دوم ارزشیابی است، جایی که افراد در مورد زندگی خود فکر می‌کنند و سپس از کلمات احساسی برای ارزیابی احساس خود در مورد زندگی خود استفاده می‌کنند. از آنجایی که بعد ارزیابی بر نحوه تفکر مردم در مورد زندگی خود تأکید می کند، گاهی اوقات به عنوان جنبه "ارزیابی" یا "شناختی" نامیده می‌شود (کیس، 2015).

بهزیستی ایدیومانیک: مقاله ریف (1989) نقطه عطف مهمی در زمینه شادی بود. ریف با الهام گرفتن از دیدگاه ارسطو درباره شادی به عنوان eudaimonia و جاهودا در مورد دیدگاه‌های مربوط به سلامت روان مثبت، استدلال کرد که شادی تنها در مورد احساس خوب در زندگی نیست، بلکه در مورد عملکرد خوب در زندگی نیز هست. در مدل بهزیستی روانی ریف، عملکرد مثبت شامل شش بعد است: پذیرش خود، روابط مثبت با دیگران، رشد شخصی، هدف در زندگی، تسلط بر محیط و استقلال (کیس، 2015).

پذیرش خود مستلزم حفظ احترام برای خود است، در حالی که با جنبه‌های شخصی پیچیده و گاه ناخوشایند خود مواجه می‌شوید. علاوه بر این، افراد گذشته‌ای را جمع می‌کنند و ظرفیت یادآوری خود را در طول زمان دارند. افراد سالم در طول زندگی خود را مثبت می دانند و همه بخش‌های خود را می‌پذیرند. روابط مثبت با دیگران شامل توانایی ایجاد روابط گرم و صمیمی با دیگران است. همچنین شامل وجود تماس‌ها و روابط اجتماعی رضایت بخش است. خودمختاری درجه‌ای را می‌سنجد که مردم به دنبال تعیین سرنوشت و اقتدار شخصی هستند، در جامعه‌ای که گاهی نیاز به اطاعت و تبعیت دارد. با این حال، افراد سالم به دنبال درک ارزش‌ها و ایده‌آل‌های خود هستند. علاوه بر این، افراد سالم، رفتار خود را بر اساس معیارها و ارزش‌های درونی هدایت می‌کنند (کیس، 2015).

روان درمانی پویشی کوتاه مدت (ISTDP)

مداخلات روانشناختی به طور سنتی، درمان اصلی اختلال شخصیت هیستریونیک (نمایشی) بودند، اما شواهد مبتنی بر آن ضعیف است (موسسه ملی سلامت و مراقبت ملی، 2015). طی 25 سال گذشته، روان درمانی پویشی کوتاه مدت فشرده، به عنوان یک درمان موثر برای بیماران مبتلا به اختلالات شخصیت (عباس، 2016)، تحمل اضطراب پایین و علائم ترکیبی روانپزشکی (تون و دریسن، 2013) استفاده شده است. روان درمانی پویشی کوتاه مدت فشرده یک مدل مداخله روان درمانی است که توسط حبیب دوانلو (2001) ایجاد شده است. با استفاده از تجزیه و تحلیل ویدئویی دقیق از مواد بالینی، از صدها مورد درمان شده، دوانلو یک مداخله روان درمانی موثر را مشخص کرد که با مدت زمان کوتاه و اثربخشی در طیف وسیعی از بیماران مشخص می‌شود. در حالت چهره به چهره و با یک درمانگر فعال، به بیمار این امکان داده می‌شود که به طور سیستماتیک دفاع مزمن را زیر پا بگذارد تا با احساسات سرکوب شده قبلی خود که ریشه علائم و مشکلات شخصیتی آنها است، در تماس باشد (روکو و همکاران، 2021). درمانگران روان درمانی پویشی کوتاه مدت فشرده از مداخلات خاصی برای شروع واکنش‌های هیجانی و کشف عبارات ذهنی، ادراکی و احساسی بیمار و همچنین گرایش‌های رفتاری استفاده می‌کنند. این مداخلات شامل دعوت از احساس، حمایت از توانایی مشاهده خود و مقابله با دفاع است (مانویل و همکاران، 2015).

[Downloaded from jnip.ir on 2026-11-17]

روان درمانی پویشی کوتاه مدت فشرده یک مدل مداخله روان درمانی است که توسط حبیب دوانلو (2001) ایجاد شده است. با استفاده از تجزیه و تحلیل ویدئویی دقیق از مواد بالینی، از صدها مورد درمان شده، دوانلو یک مداخله روان درمانی موثر را مشخص کرد که با مدت زمان کوتاه و اثربخشی در طیف وسیعی از بیماران مشخص می‌شود (روکو و همکاران، 2021).

روان درمانی پویشی کوتاه مدت فشرده یک گروه از درمان‌های روان پویشی مدرن است که در 50 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، 2016). مالان (2010) پیشنهاد می‌کند که روان درمانی پویشی کوتاه مدت فشرده مهم ترین گام رو به جلو در روان درمانی روان پویشی از زمان فروید است و به این نتیجه می‌رسد که «فروید ناخودآگاه را کشف کرد؛ دوانلو نحوه استفاده درمانی از آن را کشف کرده است (شرودر و همکاران، 2016)

به زبان ساده، تعارضات درون روانی به عنوان دفاعی در برابر احساسات پنهان دردناک تعریف می‌شوند که هنگام نزدیک شدن به آگاهی آگاهانه، اضطراب را برمی‌انگیزند (مالان، 1979). در روان درمانی پویشی کوتاه مدت فشرده، «احساسات پنهان» به عنوان احساسات مختلط به وجود می‌آیند که به هنگام گسستن پیوند دلبستگی نسبت به یک مراقب خلاصه می‌شود: عشق و ارتباط اولیه جای خود را به اعتراض و خشم می‌دهد، سپس احساس گناه در مورد خشم، سپس اندوه و اندوه عمیق از دست دادن عشق (شرودر و همکاران، 2016). ویژگی بارز روان درمانی پویشی کوتاه مدت فشرده دقتی است که با آن احساسات، اضطراب و دفاع عملیاتی شده و با آن کار می‌شود (دلاسلوا و مالان، 2018). یک ناظر برای اولین بار روان درمانی پویشی کوتاه مدت فشرده تعدادی ویژگی متمایز را می‌بینند. عملاً، یک جلسه اولیه 2 تا 3 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. همچنین این احتمال وجود دارد که جلسات فیلمبرداری شود تا درمانگر آن را بررسی کرده و در مورد آنها فکر کند. از لحاظ کیفی، لحظه به لحظه تمرکز اشتباهی بر دنیای درونی بیمار وجود دارد - جنبه هایی که به دنبال بیان و تجربه واقعی هستند در مقابل آن بخش‌هایی که مایلند از چنین تماس عمیقی با "خود واقعی" پنهان شوند و اجتناب کنند، متفاوت است. مداخلات درمانگر بسیار فعال و در نگاه اول تقابلی هستند، زیرا "حداقل احترام" به دفاعی که مانع از خود واقعی بیمار می‌شود و رنج او را تداوم می‌بخشد نشان داده می‌شود (دوانلو، 1995). علاوه بر این، توجه نه تنها به "اتحاد آگاهانه" بیمار و درمانگر، بلکه به سیگنال‌هایی از "اتحاد ناخودآگاه"- مانند شیوه ای که بیمار کلمات خود را ارائه می‌دهد، معانی دوگانه، ژست‌ها، زبان بدن، سیگنال‌های اضطراب، علائم جسمانی و غیره- که سرنخ‌هایی را در مورد احساسات ناخودآگاه به درمانگر می‌دهد، توجه می‌شود (دوانلو، 1995) در مجموع، ناظر ممکن است شروع به دیدن اینکه چگونه روان درمانی پویشی کوتاه مدت فشرده با ترکیب عناصر دیگر رویکردها در طیفی از مداخلات متمایز است که حول «فرا روان‌شناسی ناخودآگاه» دوانلو متمایز است. اگرچه این امر بر اساس اصول فرویدی است، مالان (2010) به تمایز شدید بین روان درمانی پویشی کوتاه مدت فشرده و تحلیل سنتی اشاره می‌کند:

"یک متخصص روان درمانی پویشی کوتاه مدت فشرده به جای اینکه اجازه دهد تا دفاعیات مراجع عمل کند و سپس تفسیرهایی را در زمانی که وی پذیرا است، ارائه دهد، به دنبال کمک به مراجع برای مقابله و انکار دفاعیات او در حین فعال شدن است، و تجربه اینجا و اکنون احساساتی که سرکوب می‌کنند را تسهیل می کند."

او منعکس می‌کند که این تفاوت با این یافته توجیه می‌شود که دفاع‌ها کمتر غیرقابل نفوذ هستند و رابطه درمانی بسیار قوی تر از آنچه در ابتدا تصور می شد.

[Downloaded from jnip.ir on 2026-11-17]

روش کار

پژوهش حاضر یک کارآزمایی تصادفی کنترل شده با استفاده از طرح پیش آزمون ـ پس آزمون با گروه کنترل دارای مراقبت‌های معمول یک پژوهش استاندارد است. جامعه آماری پژوهش حاضر را کلیه زنان بزرگسال مبتلا به اختلال شخصیت هیستریونیک (نمایشی) شهر سمنان تشکیل می دهند. از بین این افراد، تعداد 16 نفر از طریق فرمول تعیین حجم کوکران انتخاب گردید. برای تعیین واریانس جامعه ابتدا 30 پرسشنامه به صورت تصادفی بین زنان بزرگسال شهر سمنان توزیع و گردآوری گردید و سپس واریانس اولیه محاسبه شد. ضمنا تعداد حجم نمونه در تحقیقات مشابه نیز همین میزان (16 نفر) بود. این تعداد به شیوه دردسترس انتخاب و با روش تولید اعداد تصادفی در دو گروه جایگزین شدند. در این پژوهش از دوپرسشنامه چند محوری میلون 3 و بهزیستی روانشناختی ریف شده برای جمع آوری داده‌ها استفاده شد.

توصیف نحوه تصادفی سازی

در این مطالعه تعداد 16 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 کاملا مخلوط کرده و به هم زدیم. سپس کاغذها را یکی یکی خارج کرده و به ترتیب، یک شماره را در گروه اول و یک شماره را در گروه دوم قرار دادیم. سپس کاربندی تصادفی انجام شد. بدین صورت که به قید قرعه یک گروه به عنوان "گروه کنترل" و گروه دیگر به عنوان "گروه مداخله" شناخته شدند. به این طریق که برای تعیین تصادفی "گروه کنترل" و "گروه مداخله"، مجموعه هر یک از گروه ها را درون دو پاکت جداگانه قرار داده و آنها را درون یک ظرف قرار دادیم. سپس به صورت تصادفی یک پاکت را از ظرف خارج کرده و به "گروه مداخله" و پاکت دیگر را به "گروه کنترل" اختصاص دادیم.

شرح مداخله: گروه مداخله، هفته ای دو بار به مدت 20 جلسه 1 ساعته تحت مداخله روان پویشی کوتاه مدت فشرده (ISTDP) (روش تعدیل شده) قرار گرفتند. پکیج درمانی مورد استفاده در این پژوهش برگرفته از روش روان درمانی پویشی کوتاه مدت فشرده دوانلو (روش تعدیل شده) بود. جلسه اول درمان به علت ارزیابی، مطابق روش دوانلو بین 5/1 تا 3 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 می‌پردازیم. در فرآیند پرسشگری از مشکلات بیمار بر ارائه توضیحات شخصی، عینی و مشخص که به گفتار بیمار وضوح ببخشد تاکید می‌شود. 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 سیستم‌های دفاعی اصلی در بیمار فعال می‌شود. درمانگر از بیمار پاسخ های عینی و مشخص طلب می‌کند. از بیمار خواسته می شود نمونه‌ای رخدادهایی که برای وی ایجاد مشکل کرده است را بیان کند. سعی می‌شود مصاحبه به سوی مسائل اضطراب برانگیز هدایت شود. مرحله سوم: شناسایی، شفاف سازی و چالش با دفاع‌ها. پس از پرسش و فشار برای پاسخ‌های مشخص و تجربه احساسات، مکانیزم‌های دفاعی فعال می‌شوند و درمانگر در این مرحله از طریق فشار با فرد وارد مرحله تحلیل و وارسی دفاع‌ها می‌شود، از آنجایی که هدف این روش ایجاد توانایی برای تجربه احساسات در بالاترین سطح است، تمامی دفاع ها بر ضد تجربه احساسات مشخص و مورد چالش قرار می گیرند تا خنثی شوند. مرحله چهارم: مقاومت انتقالی. در مرحله چهارم درمانگر مراقب علائم انتقالی است که عمدتا غیر کلامی هستند. علائمی که ممکن است در دفاع از خشم خود به کار رود مثل گره کردن مشت، چسبیدن به صندلی، تنش و گرفتگی، آه کشیدن و غیره. هنگامی که درمانگر احساس کرد تنش به حد مناسبی افزایش یافته است با پرسش مستقیم جهت مصاحبه را متمرکز بر انتقال می‌کند. و در این فرآیند توجه بیمار را به سوی علائم

[Downloaded from jnip.ir on 2026-11-17]

غیر کلامی که نشان می دهد، هدایت می‌کند. 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 می‌پردازد با این تفاوت که میزان چالش را نسبت به قبل افزایش می‌دهد. افزایش چالش با مقاومتی که متوجه احساسات انتقالی است، سبب تبلور بیشتر در انتقال می‌شود. 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 می‌شود. 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 می شوند. 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 می پردازد. درمانگر با استفاده از مثلث تعارض و شخص به تحلیل موادی که افشاء می‌شوند می پردازد. کاوش در زندگی خانوادگی و گذشته بیمار در این مرحله اهمیت اساسی دارد. بعد از اینکه شواهد کافی از گذشته مراجع جمع‌آوری شد، درمانگر پرسش های 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.

چک لیست نشانه‌های بیماری 90 سوالی تجدیدنظر شده: این چک لیست خودگزارشی توسط دروگاتیس 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 13 سال که سواد خواندن و نوشتن را دارند، قابل اجرا است. این چک لیست از 90 عبارت توصیفی تشکیل شده است که فرد می‌بایست در طیف لیکرت 5 درجه‌ای (هیچ = 0، کمی=1، تا حدی = 2، زیاد = 3، خیلی زیاد = 4) 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 می باشد که کل نمرات (90 سوال)با یکدیگر جمع می‌شوند و بر عدد 90 تقسیم می‌شوند (دروگاتیس، 1992). این چک لیست به بیش از 10 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 9 بعد SCL-90 و همه مولفه‌های آزمون MMPI ضریب همبستگی بین 0/18 تا 0/66 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 (0/90)، اختلال وسواس فکری عملی (0/89)، حساسیت بین فردی (0/87)، افسردگی (0/92)، اضطراب (0/88)، خصومت (0/79)، فوبیا (0/79)، پارانویا (0/75)، روانپریشی (0/82) و برای کل چک لیست 0/98 محاسبه شد. همچنین ضریب بازآزمایی برای هر یک از مولفه‌های جسمانی سازی (0/65)، اختلال وسواس فکری عملی (0/89)، حساسیت بین فردی (0/86)، افسردگی (0/73)، اضطراب (0/70)، خصومت (0/84)، فوبیا (0/57)، پارانویا (0/90)، روانپریشی (0/69) و برای کل چک لیست 0/82 محاسبه شد، نقطه برش در این آزمون برای شاخص کلی علائم مرضی 1/06 در نظر گرفته شده است، به عبارت دیگر نمره بالاتر از نقطه به معنی این است که فرد به اختلالات روانی مشکوک است.

[Downloaded from jnip.ir on 2026-11-17]

مقیاس بهزیستی روانشناختی ریف: نسخه کوتاه (18 سوالی) مقیاس بهزیستی روانشناختی ریف، توسط ریف در سال 1989 طراحی و در سال 2002 مورد تجدیدنظر قرار گرفته است. این نسخه مشتمل بر 6 عامل است. سوال‌های 9، 12 و 18 عامل استقلال؛ سوال‌های 1، 4 و 6 عامل تسلط بر محیط؛ سوال‌های 7، 15 و 17 عامل رشد شخصی؛ سوال‌های 3، 11 و 13 عامل ارتباط مثبت با دیگران، سوال‌های 5، 14 و 16 عامل هدفمندی در زندگی و سوال‌های 2، 8 و 10 عامل پذیرش خود را می‌سنجد. مجموع نمرات این 6 عامل به عنوان نمره کلی بهزیستی روانشناختی محاسبه می‌شود. این آزمون نوعی ابزار خودسنجی است که در یک پیوستار 6 درجه ای از کاملاً موافقم تا کاملاً مخالفم (یک تا شش) پاسخ داده می‌شود که نمره بالاتر، نشان دهنده بهزیستی روانشناختی بهتر است. از بین کل سوالات 10 سوال به صورت مستقیم و 8 سوال به شکل معکوس نمره‌گذاری می‌شود (از سفیدی و فرزاد، 2012). همبستگی نسخه کوتاه مقیاس بهزیستی روانشناختی ریف با مقیاس اصلی از 0/7 تا 0/89 در نوسان بوده است (ریف، 2006).

روش جمع‌آوری اطلاعات به این شکل بود که از بین مبتلایان به اختلال شخصیت هیستریونیک (نمایشی) شهر سمنان تعداد 16 نفر انتخاب و با روش تولید اعداد تصادفی در دو گروه جایگزین شدند. اختلال شخصیت هیستریونیک از طریق یک مصاحبه بالینی و پرسشنامه چند محوری میلون 3 سنجیده شد. 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

یافته‌های توصیفی

اطلاعات مربوط به متغیرهای جمعیت شناختی (جنس، سن، شغل، تحصیلات و سابقه کار) پاسخ دهندگان در جدول شماره 1 خلاصه شده است.

جدول 4-1: توزیع ، سنی، شغلی، تحصیلات و سابقه کار پاسخ دهندگان به تفکیک گروه ها

		گروه مداخله		گروه کنترل	
		فراوانی	درصد	اوانی	رصد
سن	20-34 سال	4	50	4	50
	35-49 سال	4	50	3	37/5
	50 سال به بالا	0	0	1	12/5
تحصیلات	ابتدایی	1	12/5	2	25
	سیکل	4	50	4	50
	لم و فوق دیپلم	1	12/5	1	12/5
	لیسانس	2	25	1	:
تحصیلات پدر	بتدایی	2	25	1	12/5
	سیکل	3	37/5	3	37/5
	و فوق دیپلم	2	25	2	25
	یسانس	1	12	1	12/5

[Downloaded from jnip.ir on 2026-11-17]

	لیسانس ،	0	0	1	12/5

جدول 2: شاخص های توصیفی متغیرهای پژوهش به تفکیک گروه های ازمایش و کنترل

متغیرها	وضعیت	روان درمانی پویشی کوتاه مدت فشرده		گروه کنترل	
		میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحرافات استاندارد
استقلال	پیش آزمون	9/12	6/87	9/75	7/68
	پس آزمون	12/89	1/21	9/25	1/96
تسلط بر محیط	پیش آزمون	8/67	1/14	9/02	1/66
	پس آزمون	13/51	1/02	9/15	2/90
رشد شخصی	پیش آزمون	14/22	1/39	8/47	2/96
	پس آزمون	12/58	1/69	9/11	1/71
ارتباط مثبت با دیگران	پیش آزمون	9/60	1/36	9/78	2/11
	پس آزمون	13/92	1/90	9/25	2/17
هدفمندی در زندگی	پیش آزمون	10/00	1/36	10/18	2/78
	پس آزمون	12/92	1/90	11/15	1/17
پذیرش خود	پیش آزمون	8/60	1/36	8/50	1/95
	پس آزمون	11/92	1/90	8/07	1/47
بهزیستی روانی	پیش آزمون	51/60	6/45	50/32	1/38
	پس آزمون	63/92	4/98	51/54	7/23

با توجه به جدول 2، میانگین نمرات پس آزمون گروه روان درمانی پویشی کوتاه مدت فشرده در متغیر بهزیستی روانی(*63/92*) بالاتر از میانگین نمرات پس آزمون در گروه کنترل (51/54)می باشد.

جدول 3: نتایج آزمون کالموگروف – اسمیرنف برای نرمال بودن توزیع داده‌ها در گروه های آزمایش و کنترل

	روان درمانی پویشی کوتاه مدت		کنترل	
استقلال	0/13	0/09	0/14	0/07
تسلط بر محیط	0/14	0/07	0/08	0/20
رشد شخصی	0/14	0/07	0/13	0/09
ارتباط مثبت با دیگران	0/08	0/20	0/14	0/07
هدفمندی در زندگی	0/*16*	0/31	0/*16*	0/31
پذیرش خود	0/78	0/43	0/78	0/43
بهزیستی روانی	0/32	0/21	0/32	0/21

[Downloaded from jnip.ir on 2026-11-17]

یافته‌های جدول 3 نشان می‌دهندکه تمام متغیرهای جدول فوق دارای توزیع نرمال می باشند ($p>0/05$).
برای بررسی این پیش فرض از آزمون لوین استفاده شد. نتایج غیرمعنی‌دار این آزمون نشانگر همگن بودن واریانس متغیر پژوهش در گروه‌ها می‌باشد. در جدول 4، نتایج آزمون لوین برای بررسی همگنی واریانس متغیرهای پژوهش در گروه‌های آزمایش و کنترل گزارش شده است.

جدول 4: نتایج آزمون لوین برای بررسی همگنی واریانس متغیرهای پژوهش در گروه آزمایش و کنترل

متغیر	آماره *F*	درجه آزای 1	درجه آزادی 2	*p-value*
استقلال	0/07	1	14	0/22
تسلط بر محیط	0/59	1	14	0/51
رشد شخصی	0/18	1	14	0/70
ارتباط مثبت با دیگران	0/05	1	14	0/09
هدفمندی در زندگی	0/53	1	14	0/65
پذیرش خود	0/45	1	14	0/76
بهزیستی روانی	0/33	1	14	0/42

باتوجه به جدول 4آماره F آزمون لوین برای بررسی همگنی واریانس متغیرهای پژوهش در گروه‌های آزمایش و کنترل معنی‌دار نمی‌باشد ($p>0/05$). بنابراین می‌توان نتیجه گرفت که واریانس متغیرهای پژوهش در گروه‌ها برابر یا همگن است.
نتایج تحلیل کوواریانس چنددرخصوص اثربخشی روان درمانی پویشی کوتاه مدت فشرده بر افزایش بهزیستی روانی در جدول 5 ذکر شده است.

جدول 5: نتایج تحلیل کوواریانس درخصوص اثربخشی روان درمانی پویشی کوتاه مدت فشرده بر افزایش بهزیستی روانی

متغیرها	ع مجذورات	ه آزادی	ین مجذورات	*F*	*p-valu*	اندازه اثر
استقلال	257/5	1	257/55	4/4	0/037	0/028
تسلط بر محیط	209/3	1	209/30	6/0	0/015	0/038
رشد شخصی	701/4	1	701/40	13/7	0/001	0/081
ارتباط مثبت با دیگران	438/9	1	438/90	9/8	0/001	0/059
هدفمندی در زندگی	*519*/1	1	*519*/11	*4/9*	(	0/018
پذیرش خود	684/0	1	684/04	11/4	0/001	0/068
بهزیستی روانی	657/0	1	657/02	20/2	0/001	0/114

با توجه به جدول 4-5 بررسی تفاوت میانگین هریک از مولفه های بهزیستی روانی گروه آزمایش (روان درمانی پویشی کوتاه مدت فشرده) و کنترل حاکی از آن است که با حذف اثر پیش آزمون ها، بین هر دو گروه در مولفه های استقلال(P< 0/05، F= 4/43)، تسلط بر محیط (P< 0/05، F= 6/09)، رشد شخصی (P< 0/001، F= 13/72)، ارتباط مثبت با دیگران (P< 0/001، F= 9/83)، پذیرش خود (P< 0/001، F= 11/45) و متغیر بهزیستی روانی (P< 0/001، F=20/26) و در مولفه هدفمندی در زندگی (0/001

[Downloaded from jnip.ir on 2026-11-17]

P<، F= 4/92) بین گروه مداخله و کنترل تفاوت معنادار وجود دارد. میانگین نمرات پس آزمون مولفه های بهزیستی روانی در گروه روان درمانی پویشی کوتاه مدت فشرده در مقایسه با میانگین نمرات پس آزمون مولفه های بهزیستی روانی در گروه کنترل به طور معنی داری بالاتر می باشد. بنابراین روان درمانی پویشی کوتاه مدت فشرده بر ارتقاء بهزیستی روانی در بیماران دچار اختلال شخصیت هیستریونیک (نمایشی) تاثیر معنی داری داشته است. پس فرضیه ما مبنی بر اثربخشی روان درمانی پویشی کوتاه مدت فشرده بر افزایش بهزیستی روانی بیماران دچار اختلال شخصیت هیستریونیک (نمایشی) تایید می شود.

بحث و نتیجه‌گیری

نتایج تحلیل کوواریانس نشان داد روانپویشی کوتاه مدت به شیوه گروهی بر افزایش بهزیستی روانی بیماران دچار اختلال شخصیت هیستریونیک تاثیر معنی داری دارد. درمان روان پویشی باعث می شود ابراز هیجانات ناشی از استرس ها در فضای امن همراه با عدم احساس طرد از سوی درمانگرصورت پذیرد که این امر به رشد این افراد منجر می شود. شدلر معتقد است درمان روانپویشی افزون بر بینش بالا و اثربخشی معنادار، موجب بهبود طولانی مدت مراجعان می شود. این روش از راه تجربه هیجانی اصلاح کننده موجب می شود فرد در محیطی شایسته فرصت یابد با آن چه در طول زندگی از آن اجتناب کرده، روبه رو شود و شیوه های غیرانطباقی را که برای ارتباط با خود و دیگران (یکی ازمولفه های بهزیستی روانی) استفاده می کرده، رها کند.

از سوی دیگر درمان روان پویشی باعث می شود افراد به یکدیگر نزدیک تر شده و روابط صمیمانه‌تری با دیگران را گزارش کرده‌اند. افزایش محبت و همدلی با دیگران مخصوصا کسانی که مشکلات مشابهی دارند یکی از مواردی است که باعث روابط گرم و صمیمانه با دیگران می‌شود. همچنین پس از تجربه حادثه ناگوار، افراد احساس عاطفی و تعامل بیش‌تری با دوستان و خانواده هایشان را خواهند داشت.. در روان درمانی پویشی کوتاه مدت فشرده درک فرد از خود، رویارویی، چالش و درگیری مستقیم، روشن سازی، حس کفایت و مهارتهای مسئله گشایی، کسب استقلال، مهارتهای مقابله با موقعیت های خطرآفرین و فشار روانی و بسیاری از مهارت ها برای بهبود وضعیت روانی مطلوب و رشد فرد آموزش داده میشود. مراجعین با شرکت در این جلسات به شناخت احساسات و هیجان ها و افکار خود پرداخته و آزمونگر با تغییر افکار آنها را به شناخت رسانده است و نیز آنها را به سمت شیوه های مقابله منطقی وعاقلانه با هیجان در جهت کنترل استرس و اضطراب رهنمون نموده است. در واقع آنها را به این باور رسانده که میتوان در مواجهه با مسائل و رویدادهایی که باعث ناراحتیشان می شوند با به چالش کشیدن فکر خود، خطرهای فکری، باورها و افکار غیرمنطقی و نامعقول خود را شناسایی و از بروز مسائل و مشکلات ناشی از استرس جلوگیری کنند و باارتقاءبهزیستی روانی به رشد فرد کمک نمایند. رواندرمانی پویشی کوتاه مدت به افراد آسیب دیده درافزایش مولفه های مثبت روانی مانند بهزیستی روانی و بهبود سبک چالش آنها در مقابل رویدادهای آسیب زا کمک کرد، تااین افراد کمتر تحت تاثیررویدادهای ناگوار قرار گرفته و زندگی خود را باآسیبهای روانی سپری کنند.

منابع

دوست کافی، حیدر؛ حیدری، حسن؛ داودی، حسین؛ زارع بهرام آبادی، مهدی. (1398). مقایسه اثربخشی مشاوره گروهی با روش گشتالت و روانشناسی مثبت بر بهزیستی روان‌شناختی زنان مبتلا به سرطان ریه. مجله دانشگاه علوم پزشکی قم. ۱۳ (۹) :۹۰-۸۰.

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

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., 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.

[Downloaded from jnip.ir on 2026-11-17]

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.

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

.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.

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

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

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.

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).

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.

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

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.

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.

.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.

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).

.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.

[Downloaded from jnip.ir on 2026-11-17]

.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.

.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).

.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.

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.

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.

.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.

.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.

.Wong, S. C. P., & Hare, R. D. (2005). Guidelines for a psychopathy treatment program. MHS.

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.

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

[Downloaded from jnip.ir on 2026-11-17]

فصلنامه ایده های نوین روانشناسی
دوره ۱۵، شماره ۱۹، زمستان سال ۱۴۰۱

The Effect of Intensive Short-Term Dynamic Psychotherapy (ISTDP) on Increasing the Psychological Well-Being of Patients with Histrionic Personality Disorder (HPD).

Nima Salehian[3], Fateme Moradi[4]

Abstract

Introduction: Sometimes obstacles and problems arise in a person's life, which disrupts 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. Methods: The research design was a randomized controlled trial with a pre-test-post-test design and a control group. The statistical population included all adult women living in Semnan with histrionic personality disorder. To collect information, the revised 90-question disease symptom checklist and Riff's psychological well-being scale were used. Descriptive statistics (mean and standard deviation) and inferential statistics (analysis of covariance) and SPSS-26 statistical software were used for data analysis. Findings: Examining the average difference of each of the components of the psychological symptoms of the intervention group (intensive short-term dynamic psychotherapy) and the control group indicates that by removing the effect of the pre-tests, there is a positive relationship between both groups in the components of independence, self-mastery, personal growth, With others, there is a significant difference in purpose in life, self-acceptance and psychological well-being. Conclusion: The obtained results show that psychodynamic therapy allows the expression of emotions caused by stress in a safe environment with no feeling of rejection by the therapist, which leads to the growth of these people. Shedler (2010) believes that short-term intensive psychodynamic therapy, in addition to high insight and meaningful effectiveness, leads to long-term improvement of clients. This method, through a corrective emotional experience, makes a person in a suitable environment have the opportunity to face what he has avoided throughout his life and the non-adaptive ways he used to communicate with himself and others (one of the components of psychological well-being). let g

Keywords: Short-Term Dynamic Psychotherapy, Psychological Well-Being, Histrionic Personality Disorder, Dramatic Personality Disorder

[Downloaded from jnip.ir on 2026-11-17]

[3] Master of Clinical Psychology, Semnan Azad University, Semnan, Iran. (Corresponding author) nimasalehian@yahoo.com
[4] Ph.D student of Arabic language and literature, Al-Zahra University, Tehran, Iran