فصلنامه ایده های نوین روانشناسی
دوره 15، شماره 19، زمستان سال 1401

تاثیر روان درمانی پویشی کوتاه مدت فشرده (ISTDP) بر سازگاری اجتماعی بیماران دچار اختلال شخصیت هیستریونیک (HPD)

نیما صالحیان[1]، فاطمه مرادی[2]

چکیده

مقدمه: سازگاری اجتماعی شامل تعامل مؤثر فرد با محیط زندگی بوده و نشانه‌های آن داشتن احساسات مثبت دربارهٔ خود، شرکت در فعالیت‌های اجتماعی، لذت بردن از ارتباط با دیگران، احساس آرامش در موقعیت‌های ناآشنا، داشتن احساسات مثبت دربارهٔ دیگران و توانایی تأثیرگذاری بر دیگران است. بنابر این پژوهش حاضر با هدف تعیین تاثیر "روان درمانی پویشی کوتاه مدت فشرده" بر "سازگاری اجتماعی" بیماران دچار اختلال شخصیت هیستریونیک (HPD) انجام شده است. 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 (نمایشی) در شهر سمنان تشکیل می‌دهند. از بین این افراد، تعداد 16 نفر با توجه به تحقیقات مشابه، به شیوه دردسترس انتخاب و با روش تولید اعداد تصادفی در دو گروه مداخله و کنترل جایگزین شدند. برای جمع‌آوری اطلاعات از "مقیاس چند محوری میلون 3" و "مقیاس سازگاری اجتماعی" استفاده 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: بررسی تفاوت میانگین سازگاری اجتماعی گروه آزمایش (روان درمانی پویشی کوتاه مدت فشرده) و کنترل حاکی از آن است که با حذف اثر پیش آزمون‌ها، بین هر دو گروه در سازگاری اجتماعی (F= 34/01 ،P< 0/001)، تفاوت معنادار وجود دارد. نتیجه‌گیری: نتایج پژوهش حاضر نشان داد روان درمانی پویشی کوتاه مدت فشرده (ISTDP) بر افزایش سازگاری اجتماعی بیماران دچار اختلال شخصیت هیستریونیک (نمایشی) موثر است. در تبیین این یافته باید گفت در شیوه درمانی روانپویشی فشرده کوتاه مدت (ISTDP) مراجعین در مورد موضوعات مختلفی صحبت می‌کنند و درمانگر موضوعات مختلفی می‌شنود ،گوش کردن برای یافتن عناصر مشخص و مهم در درک مراجعین به ما کمک می‌کند رویکرد درمانی گروه درمانی روانپویشی با تاکید بر رفتارها، تفکرات، هیجانات و تعارضاتی که افراد در شرایط کنونی بین فردی خود دارند باعث کاهش اضطراب و استرس فرد می‌شود و تغییر قابل ملاحظه ای سازگاری اجتماعی فرد پدید می‌آید.

کلید واژه‌ها: روان درمانی پویشی کوتاه مدت، سازگاری اجتماعی، 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. سمنان، ایران

[Downloaded from jnip.ir on 2026-10-17]

مقدمه

اختلال شخصیت را می‌توان این‌گونه تعریف کرد: "الگوی پایدار تجربه و رفتار درونی که به طور قابل توجهی خارج از انتظارات فرهنگ فرد بوده، فراگیر و انعطاف ناپذیر است، در نوجوانی یا اوایل بزرگسالی شروع می‌شود، در طول زمان پایدار است و منجر به ناراحتی یا اختلال می‌شود ". اختلال شخصیت هیستریونیک در این راهنما به عنوان "توجه طلبی، خودنمایی و نیاز مفرط به تایید بیرونی" توصیف شده است (گیبون و همکاران، 2020).

اختلال شخصیت هیستریونیک (HPD)

اختلال شخصیت هیستریونیک (HPD) نوعی اختلال شخصیت که با توجه طلبی، خودنمایی و نیاز مفرط به تایید مشخص می شود. زنان را بیشتر از مردان تحت تأثیر قرار می دهد. در DSM-IV-TR به عنوان یک اختلال شخصیت خاص طبقه بندی شده است، در DSM-5 به عنوان زیرشاخه اختلال شخصیت خودشیفته در نظر گرفته می شود. سی سال پیش، Chodoff و Lyons به لزوم تمایز بین هیستری و شخصیت هیستریک اشاره کردند (لیون و چودوف، 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 می شود، است.

اختلال جسمانی سازی به طور کلی به عنوان یک تشخیص روانپزشکی متمایز از اختلال شخصیت هیستریونیک (HPD) پذیرفته شده است. اختلال شخصیت هیستریونیک کمتر مورد مطالعه قرار گرفته است و مرزهای آن به خوبی مشخص نشده است (لازار و همکاران، 1970). آنها عواملی را استخراج کردند که با خوشه های توصیف شده سنتی از صفات هیستریک سازگار بود.

Slavney و McHugh بیماران با شخصیت هیستریونیک را از سایر افراد درگیر روانپزشک بر اساس افزایش آسیب پذیری آن‌ها در برابر افسردگی و آسیب به خود متمایز کردند (اسلونی و مک هاگ، 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 داده های 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 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 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 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، 1971).

[Downloaded from jnip.ir on 2026-10-17]

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، 1983).

بنابراین پارادوکس تشخیصی، بین عینیت و دانش ارزیاب رابطه معکوس وجود دارند. تلاش برای حل این پارادوکس به گونه ای انجام شد که در یک ارزیابی از روانپزشک معالج در هر مورد خواسته شده که بیمار را در هر 10 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 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 می شود، 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، 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 هوشمندانه‌ای با واقعیت اجتماعی و شخصی ببینند 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 دنیایشان را درک می‌کنند، با آنها ارتباط برقرار می کنند و درباره آن فکر می‌کنند. ویژگی‌های شخصیتی، ویژگی‌های بارز شخصیت هستند و لزوماً آسیب‌شناسی نیستند، اگرچه برخی از سبک‌های شخصیتی ممکن است باعث ایجاد مشکلات بین فردی شوند (چودوف، 1982).

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، 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 می‌کنند یا احساس می‌کنند که از آن‌ها قدردانی نمی‌شود. رفتارهای

[Downloaded from jnip.ir on 2026-10-17]

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 حرفه‌ای، فراتر از آنچه که برای بافت اجتماعی مناسب است، به شیوه‌ای خود محور یا از نظر جنسی اغواکننده عمل کنند.

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

ویژگی‌های دیگر آن ها 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-۵، برای تشخیص اختلال شخصیت هیستریونیک، باید پنج یا بیشتر از علائم زیر وجود داشته باشد:

- خود محوری، احساس ناراحتی زمانی که مرکز توجه نیست.
- دائماً به دنبال اطمینان یا تأیید است.
- ظاهر یا رفتار نامناسب اغوا کننده.
- حالات عاطفی در حال تغییر سریع که برای دیگران کم عمق به نظر 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 تر از 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 توجه‌جویی 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 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).

[Downloaded from jnip.ir on 2026-10-17]

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، 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 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 20 علامت معمول افسردگی اندکی بیشتر گزارش کردند: گریه بیش از حد، ناتوانی در کار، احساس ناامیدی، 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 (ISTDP)

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 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).

روان درمانی پویشی کوتاه مدت فشرده یک مدل مداخله روان درمانی است که توسط حبیب دوانلو (1990، 2000) 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). در این پژوهش منظور از روان درمانی پویشی کوتاه مدت، پکیج درمانی بیست جلسه ای که طبق رویکرد روان درمانی پویشی کوتاه مدت دوانلو (2000) تهیه شده است.

سازگاری اجتماعی

سازگاری اجتماعی عبارت است از "*سازگاری فرد با محیط خود که ممکن است با تغییر دادن خود یا تغییر محیط زندگی به دست آید*" . در این پژوهش، نمرات حاصل از پرسشنامه سازگاری اجتماعی بل (1961) به عنوان میزان سازگاری اجتماعی فرد در نظر گرفته می‌شود. سازگاری و هماهنگ شدن با خود و با محیط پیرامون خود برای هر موجود زنده یک ضرورت حیاتی است. تلاش روزمره همه آدمیان نیز عموماً بر محور همین سازگاری دور می‌زند. هر انسانی، هوشیارانه یا ناهشیارانه می‌کوشد نیازهای متنوع و متغیر و گاه متعارض خود را در محیطی که در آن زندگی می‌کند، برآورده سازد. این نیازهای فطری و اکتسابی به مثابه نیرویی پرفشار آدمی را بر می انگیزانند و در جهت تأمین نیازها و بازیابی تعادل و آرامش بر هم خورده به حرکت در می‌آورند. سازگاری از مسائل مهمی است که از همان ابتدای خلقت بشر مورد توجه بوده، اما از نظر علمی سابقه چندانی ندارد. شروع کار علمی در مورد سازگاری از سال 1984 آغاز شد که راتوس و نوید مدلی برای سازگاری ارائه کردند. تیلور، لتیا و شلی (1991) یک شاخص مهم سازگاری کلی این است که فرد چه قدر خوب با جامعه و افراد دیگر بتواند ارتباط برقرار کند و باور همگانی این است که اگر فرد سازگاری اجتماعی بالایی داشته باشد به طور مؤثر می‌تواند ارتباط برقرار کند و به این ترتیب، از آثار مخرب فشار روانی محافظت شود همه ما انسان‌هایی را می‌شناسیم که به ظاهر از تحصیلات بالایی برخوردارند و نمرات درخشانی گرفته‌اند، ولی در عمل و در صحنه اجتماع و مسئولیت، بسیار شکننده هستند و نه تنها زندگی خیلی خوبی ندارند، بلکه

[Downloaded from jnip.ir on 2026-10-17]

افسرده هم هستند. در واقع سازگاری و مؤلفه‌های آن پاسخگوی بسیاری از چراها می‌باشد، مثل اینکه چرا یک معلم تحصیل‌کرده نمی‌تواند به خوبی ارتباط برقرار کند؟ (خدارحمی و همکاران، 1394)

اسلبی و گورا (1988) سازگاری اجتماعی را مترادف با مهارت اجتماعی می‌دانند. از نظر آنها مهارت اجتماعی عبارتست از توانایی ایجاد ارتباط متقابل با دیگران در زمینه خاص اجتماعی، به طریق خاص که در عرف جامعه قابل قبول و ارزشمند باشد. در حالی که اسلاموسکی و دان[3] (1996) سازگاری و مهارت اجتماعی را فرایندی می‌دانند که افراد را قادر می‌سازد تا رفتار دیگران را درک و پیش بینی کنند، رفتار خود را کنترل کنند و تعاملات اجتماعی خود را تنظیم کنند (پارسامهر و حدّت، 1395).

منظور از سازگاری، رابطه‌ای است که میان فرد و محیط او، به ویژه محیط اجتماعی وجود دارد و به او امکان می‌دهد تا نیازها و انگیزه‌های خود را پاسخ گوید. فرد زمانی از سازگاری بهره‌مند است که بتواند میان خود و محیط اجتماعی‌اش رابطه‌ای سالم برقرار و انگیزه‌های خود را ارضا کند، در غیر این صورت او را ناسازگار قلمداد می‌کنیم. در واقع سازگاری با محیط، مهارتی است که باید آموخته شود و کیفیت آن مانند سایر آموخته‌ها به میزان علاقه و کوشش فرد برای یادگیری بستگی دارد (پارسامهر و حدّت، 1395).

انجمن روانپزشکان آمریکا (1994)، سازگاری اجتماعی را چنین تعریف می‌کند: هماهنگ ساختن رفتار به منظور برآورده ساختن نیازهای محیطی که غالباً مستلزم اصلاح تکانه‌ها، هیجان‌ها یا نگرش‌هاست. صدیقی (1380) سازگاری اجتماعی را به عنوان جریانی تعریف کرده است که به وسیله آن روابط میان افراد، گروه‌ها و عناصر فرهنگی در وضعیتی رضایتبخش برقرار باشد. . بدین ترتیب، سازگاری اجتماعی مکانیزم‌هایی است که توسط آنها یک فرد توانایی تعلق به یک گروه را پیدا می‌کند؛ به همین علت لازمه سازگاری اجتماعی، بروز تغییراتی در فرد بوده، آن نیز مستلزم یکپارچگی مکانیزم‌هایی است که توسط آنها، گروه یک عضو جدید را می‌پذیرد (پارسامهر و حدّت، 1395).

منظور از ناسازگاری رفتارهایی هستند که معارض با قوانین پذیرفته شده جامعه، محیط خانواده، کار یا تحصیل هستند (وونگ و هار، 2007).

در رابطه با متغیر سازگاری اجتماعی بر اساس دیدگاه پدیدارشناختی، درک هر فرد از جهان یگانه است. این ادراک‌ها میدان پدیداری فرد را می‌سازد. انسان‌ها همانگونه به محیط واکنش نشان می‌دهند که آن را درک می‌کنند. میدان پدیداری فرد، شامل ادراک‌های هشیار و ناهشیار اوست. ادراک‌هایی که فرد نسبت به آنها آگاهی دارد یا ندارد. ولی تعیین‌کننده مهم رفتار، مخصوصاً در انسان‌های سالم ادراک‌هایی است که می‌توانند به صورت آگاه جلوه کنند. اگر چه میدان پدیداری، اصولاً دنیای خصوصی انسان را تشکیل می‌دهد، می‌توانیم این دنیا را (مخصوصاً با تدابیر بالینی) آنطور که افراد درک می‌کنند، ببینیم و رفتار را از دریچه چشم آنها و با معنایی روانشناختی که برای آنها دارد تبیین کنیم (پارسامهر و حدّت، 1395).

در راستای تحلیل یافته‌های مربوط به سازگاری اجتماعی که در این پژوهش که از طریق پرسشنامه سازگاری کالیفرنیا جمع آوری شد ما از نظریات راجرز سود جسته و به تبیین داده‌ها و تحلیل آنها پرداختیم. راجرز در یک عبارت شاعرانه، زندگی را به عنوان فرایندی فعال تعریف کرده و آن را به تنه درختی در ساحل اقیانوس تشبیه می‌کند که برافراشته، سرسخت و انعطاف‌پذیر باقی مانده است و ضمن حفظ وضع موجود، رشد می‌کند: میل به زندگی، اعتماد به زندگی و توانایی یورش بردن به محیطی که بسیار خصومت آمیز است وجود دارد. درخت در این جریان نه تنها خود را محکم نگه می‌دارد، بلکه خود را وفق می‌دهد، رشد می‌کند و خودش می‌شود (پارسامهر و حدّت، 1395).

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).

[3]- Slomowski & Dunn

[Downloaded from jnip.ir on 2026-10-17]

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، 2013؛ تن هیو دلابیجی و نبروسکی، 2018). این امر تجربی است، زیرا نیمی از وظیفه درمانی تماس با احساسات متضاد بیمار به عنوان تجربیات بدنی اینجا و اکنون است، نیمه دوم بینش شناختی در مورد چگونگی اجتناب از چنین تجربیاتی علت اصلی مشکلات بیمار است (دوانلو، 1990).

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).

دوانلو (1990) 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، 2013؛ دوانلو، 2005). 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، 2016). در طی این مراحل، فرآیندهای کلیدی مرتبط با تغییر مشاهده می‌شوند، از جمله: سرکوب کردن خاطرات، تجربه و کسب بینش نسبت به احساسات دردناک، و تعدیل آگاهانه احساسات. تصور می‌شود که این پیامدها ارتباطات ناخودآگاه را تضعیف می‌کنند و به طور مداوم با معیارهای سلامت جسمی و عاطفی مرتبط هستند. (دوانلو، 2005؛ اوگلاف و همکاران، 2015)

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 در 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 از طریق مصاحبه بالینی و نمره کسب شده در پرسشنامه میلون3 و به شیوه دردسترس انتخاب و با روش تولید اعداد تصادفی در دو گروه جایگزین شدند. در این پژوهش از دو پرسشنامه چند محوری میلون 3 و پرسشنامه سازگاری اجتماعی "بل" 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). شماره ها را روی کاغذ یادداشت نموده، سپس تا زدیم و آنها را داخل ظرفی قرار دادیم. کاغذها را کاملا مخلوط کرده و به هم زدیم. سپس کاغذ ها را یکی یکی خارج کرده و به ترتیب، یک شماره را در گروه اول و یک شماره را در گروه دوم قرار دادیم. سپس کاربندی تصادفی انجام شد. بدین صورت که به قید قرعه یک گروه به عنوان "گروه کنترل" و گروه دیگر به عنوان "گروه مداخله" شناخته شدند. به این طریق که برای تعیین تصادفی "گروه کنترل" و "گروه مداخله"، مجموعه هر یک از گروه ها را درون دو پاکت جداگانه قرار داده و آنها را درون یک ظرف قرار دادیم. سپس به صورت تصادفی یک پاکت را از ظرف خارج کرده و به "گروه مداخله" و پاکت دیگر را به "گروه کنترل" اختصاص دادیم.

شرح مداخله: گروه مداخله، هفته ای دو بار به مدت 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

[Downloaded from jnip.ir on 2026-10-17]

تعدیل شده) بود. جلسه اول درمان به علت ارزیابی، مطابق روش دوانلو بین یک ساعت و نیم تا سه ساعت طول کشید و بعد از آن جلسات به صورت هفته ای و یک ساعته برگزار گردید.

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 می‌شود مصاحبه به سوی مسائل اضطراب برانگیز هدایت شود. مرحله سوم: شناسایی، شفاف‌سازی و چالش با دفاع ها. پس از پرسش و فشار برای پاسخ های مشخص و تجربه احساسات، مکانیزم‌های دفاعی فعال می‌شوند 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 دفاع‌ها بر ضد تجربه احساسات مشخص و مورد چالش قرار می‌گیرند تا خنثی شوند. مرحله چهارم: مقاومت انتقالی. در مرحله چهارم درمانگر مراقب علائم انتقالی است که عمدتا غیر کلامی هستند. علائمی که ممکن است در دفاع از خشم خود به کار رود مثل گره کردن مشت، چسبیدن به صندلی، تنش و گرفتگی، آه کشیدن و غیره. هنگامی که درمانگر احساس کرد تنش به حد مناسبی افزایش یافته است با پرسش مستقیم جهت مصاحبه را متمرکز بر انتقال می کند. و در این فرآیند توجه بیمار را به سوی علائم غیر کلامی که نشان می دهد، هدایت می کند. پاسخ بیمار به پرسش درمانگر درباره احساساتش به وضوح ماهیتی دفاعی دارد. درمانگر در ادامه به روشن سازی، فشار و چالش در ناحیه احساسات انتقالی می پردازد با این تفاوت که میزان چالش را نسبت به قبل افزایش می دهد. افزایش چالش با مقاومتی که متوجه احساسات انتقالی است، سبب تبلور بیشتر در انتقال می‌شود. مرحله پنجم: دسترسی مستقیم به ناهوشیار. در مرحله پنجم تمرکز بر دفاع‌ها، 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 می‌یابد 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 گذشته‌اش. در این مرحله درمانگر با بکارگیری مثلث تعارض و مثلث شخص، انتقال را تحلیل می‌کند. 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 پویشی‌تر 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 میلون 3: این پرسشنامه یک ابزار خودسنجی با 175 سوال بلی/خیر است که نسخه تجدیدنظر شده میلون دو می‌باشد. نسخه اصلی مقیاس توسط میلون در سال 1977 تدوین شد و از آن زمان تاکنون دوبار مورد تجدید نظر قرار گرفته است. سوالات پرسشنامه تحت ۲۸ مقیاس جداگانه و براساس طبقات، ۱- شاخص‌های تغییر پذیری؛ افشاگری، مطلوب بودن، وانمود بد، روایی. ۲- الگوهای شخصیت بالینی؛ اسکیزوویید، اجتنابی، افسرده، وابسته، نمایشگر، خودشیفته، ضداجتماعی، پرخاشگر، جبری، منفی گرا و خودناکام

[Downloaded from jnip.ir on 2026-10-17]

ساز. ۳-آسیب‌های شدید شخصیت؛ اسکیزوتایپی، مرزی و پارانویایی. ۴-نشانگان بالینی. ۵-نشانگان شدید بالینی؛ نمره‌گذاری می‌شود، که با نظریه شخصیت میلون و DSM-IV همخوانی دارد. این پرسشنامه دامنه گسترده‌ای از اطلاعات مربوط به شخصیت، سازگاری هیجانی و نگرش مراجعان را می‌سنجد، مخاطبان آن افراد بالای ۱۸ سال و دارای توانایی خواندن حداقل کلاس هشتم می‌باشد. پرسشنامه میلون از جمله پرسشنامه‌های منحصر به فردی ست که در آن بر اختلال‌های شخصیت و نشانه هایی که اغلب با این اختلال‌ها همراه هستند تاکید می‌شود. میلون (1994) میزان پایایی این پرسشنامه به روش آزمون-باز آزمون بین 0/82 تا 0/90 و ضریب آلفای آن بین 0/66 تا 0/90 گزارش کرد (به نقل از چگینی، دلاور و غرایی، 1392). در پژوهش چگینی و همکاران (1392) پایایی این پرسشنامه به روش آزمون-بازآزمون در گروه بیمار (0/61 تا0/79) و در گروه غیر بیمار (0/79 تا0/97) و پایایی به روش آلفای کرونباخ (0/33 تا0/78) بدست آمد.

مقیاس سازگاری اجتماعی: پرسشنامه سازگاری اجتماعی توسط بل در سال 1961 ساخته شده است. پرسشنامه 32 سوال دارد و پاسخ به گزینه‌های آن به صورت بله، خیر و نمی‌دانم است که گزینه بله نمره یک و خیر نمره صفر دارد. بنابراین حداقل و حداکثر نمره آن به ترتیب صفر و 32 است (کشاورز افشار و میرزایی، 1397). مقیاس، سازگاری را در پنج خرده مقیاس خانوادگی، سلامتی (بدنی)، هیجانی (عاطفی)، شغلی و اجتماعی ارزیابی می‌کند. نمره بالا به معنای سازگاری بیشتر است. ضرایب اعتبار این مقیاس برای خرده مقیاس‌های سازگاری درخانه، سازگاری بهداشتی، سازگاری اجتماعی، سازگاری عاطفی و سازگاری شغلی و کل به ترتیب 0/91، 0/81، 0/88، 0/91، 0/85 و 0/94 گزارش شده است. همچنین این آزمون روایی بالایی در تشخیص گروه‌های بهنجار از نوروتیک دارد . پایایی مقیاس به روش آلفای کرونباخ در پژوهش اوجی و همکاران (1398) بین 0/79 تا 0/86 به دست آمد.

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 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	فراوانی	درصد
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
	دیپلم و فوق دیپلم	1	12/5	1	12/5
	لیسانس	2	25	1	12/5

[Downloaded from jnip.ir on 2026-10-17]

تحصیلات پدر	ابتدایی	2	25	1	12/5
	سیکل	3	37/5	3	37/5
	دیپلم و فوق دیپلم	2	25	2	25
	لیسانس	1	12	1	12/5
	فوق لیسانس	0	0	1	12/5

در جدول 2 شاخص‌های توصیفی متغیرهای پژوهش در دو مرحله پیش آزمون و پس آزمون به تفکیک گروه‌ها شامل میانگین و انحراف استاندارد گزارش شده‌اند.

جدول 2: شاخص‌های توصیفی متغیرهای پژوهش به تفکیک گروه‌های ازمایش و کنترل

روان درمانی پویشی کوتاه مدت فشرده **گروه کنترل**

متغیرها	وضعیت	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحرافات استاندارد
سازگاری اجتماعی	پیش آزمون	14/15	6/45	14/37	5/67
	پس آزمون	18/67	3/24	13/72	6/20

میانگین نمرات پس آزمون گروه روان‌درمانی پویشی کوتاه مدت فشرده در متغیر سازگاری اجتماعی(18/67) بالاتر از میانگین نمرات پس آزمون در گروه کنترل (13/72) می‌باشد.

نرمال بودن متغیرها

نرمال بودن توزیع داده‌ها یکی از مهمترین پیش فرض‌های تمامی آزمون‌های پارامتریک از قبیل تحلیل کوواریانس است. برای بررسی نرمال بودن توزیع متغیرها در پیش آزمون و پس آزمون از آزمون کالموگروف – اسمیرنف استفاده شد. در جدول 3، نتایج آزمون کالموگروف – اسمیرنف برای نرمال بودن توزیع داده‌ها گزارش شده‌اند.

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

	روان درمانی پویشی کوتاه مدت		**کنترل**	
متغیر	آماره Z	سطح معنی داری	آماره Z	سطح معنی داری
سازگاری اجتماعی	0/59	0/34	0/59	0/34

یافته‌های جدول 3 نشان می‌دهند که تمام متغیرهای جدول فوق دارای توزیع نرمال می‌باشند ($p>0/05$).

همگنی واریانس‌های متغیر وابسته در گروه‌ها

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.

[Downloaded from jnip.ir on 2026-10-17]

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*
سازگاری اجتماعی	0/46	1	14	0/49

نتایج تحلیل کوواریانس درخصوص اثربخشی روان‌درمانی پویشی کوتاه مدت فشرده بر ارتقاء سازگاری اجتماعی در جدول 5 ذکر شده است

جدول 5- نتایج تحلیل کوواریانس درخصوص اثربخشی روان درمانی پویشی کوتاه مدت فشرده بر ارتقاء سازگاری اجتماعی

متغیرها	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	*F*	*p-value*	اندازه اثر
سازگاری اجتماعی	**3276/10**	**1**	**3276/10**	**34/01**	**0/001**	**0/177**

با توجه به جدول 4-5بررسی تفاوت میانگین سازگاری اجتماعی گروه آزمایش (روان درمانی پویشی کوتاه مدت فشرده) و کنترل حاکی از آن است که با حذف اثر پیش آزمون‌ها، بین هر دو گروه در سازگاری اجتماعی (P< 0/001، F= 34/01)، تفاوت معنادار وجود دارد. با توجه به جدول4-2 میانگین نمرات پس آزمون سازگاری اجتماعی در گروه روان‌درمانی پویشی کوتاه مدت فشرده در مقایسه با میانگین نمرات پس آزمون سازگاری اجتماعی در گروه کنترل به طور معنی داری بالاتر می‌باشد بنابراین روان درمانی پویشی کوتاه مدت فشرده بر ارتقاء سازگاری بیماران دچار اختلال شخصیت هیستریونیک (نمایشی) تاثیر معنی داری داشته است. پس فرضیه ما مبنی بر اثربخشی روان درمانی پویشی کوتاه مدت فشرده بر ارتقاء سازگاری اجتماعی بیماران دچار اختلال شخصیت هیستریونیک تایید می‌شود.

نتیجه‌گیری

نتایج پژوهش حاضر نشان داد روان درمانی پویشی کوتاه مدت فشرده (ISTDP) بر افزایش سازگاری اجتماعی بیماران دچار اختلال شخصیت هیستریونیک (نمایشی) موثر است. در تبیین این یافته باید گفت در شیوه درمانی روان‌پویشی کوتاه مدت مراجعین در مورد موضوعات مختلفی صحبت می‌کنند و درمانگر موضوعات مختلفی می‌شنود ،گوش کردن برای یافتن عناصر مشخص و مهم در درک مراجعین به ما کمک می‌کند 1 – مطالب ناخوداگاه آشکار و 2 – از کارگردهای تضعیف شده ایگو حمایت کنیم ، این عناصر مهم عبارتند از عاطفه ،مقاومت (شیوه ای که بیمار علیه درمان عمل می کند)، انتقال (احساسات بیمار به درمانگر) ، انتقال متقابل (فانتزی‌های ناخودآگاه)، تعارض، دفاع، رویا و تخلیه هیجانات . رویکرد درمانی گروه درمانی روانپویشی با تاکید بر رفتارها، تفکرات، هیجانات و تعارضاتی که افراد در شرایط کنونی بین فردی خود دارند باعث کاهش اضطراب و استرس فرد می‌شود. کاهش اضطراب فرد در کاهش فرسودگی شغلی تاثیر بسزایی دارد. یکی از فنون اساسی گروه درمانی روان پویشی بررسی اضطراب در موقعیت گروه می باشد نحوه تشخیص و پرداختن به اضطراب توسط رهبر، در درمان فردی یا گروهی، تکنیکی مهم و کلیدی در درمان به روش روانپویشی محسوب می‌شود. اضطراب چیزی نیست که فقط بخواهیم به آن غلبه کنیم ، بلکه باید تشخیص داده شده، درک و فهمیده شود و سپس نحوه دفاع در برابر آن مورد بررسی قرار گیرد (عباس، 2002).

هدف رویکرد گروه درمانی روانپویشی کوتاه مدت تغییر صفات مراجعین در چارچوب زمانی درمان است. تغییر و بازسازی نظام شخصیتی مراجع است که بوسیله خودآگاه ساختن موارد ناخودآگاه و بررسی نمودن آنها حاصل می‌شود. فرایند درمان بر بازسازی، تجزیه و تحلیل، بحث و تفسیر تجربیات گذشته تمرکز دارد و با کار کردن روی دفاع ها و مقاومت‌ها، بر ناخودآگاه افراد تاثیر می گذارد. لازم است که

[Downloaded from jnip.ir on 2026-10-17]

مراجعین گذشته‌ی خویش را بازسازی نموده و روی تعارضات سرکوب شده‌ی خود کار کنند تا از میزان تاثیر ناخودآگاه بر زندگی کنونی خویش آگاه شوند. روان درمانی پویشی کوتاه مدت فشرده معمولا فرایندی هدفمند و طولانی مدت است. تمام درمانگران معتقد به رویکرد روان تحلیلی،عقیده دارند که فرایند تجزیه و تحلیل و تفسیر و تفسیر احساسات، هسته‌ی اصلی درمان است. زیرا هدف، کسب بینش و تغییر شخصیت می‌باشد. در روان درمانی پویشی کوتاه مدت گروهی اعضا قادر به برقراری روابطی مشابه با روابط خانوادگی یا روابط شغلی خویش، با سایر اعضای گروه می‌شوند. این روابط در گروه و در شرایطی امن ایجاد شده و موجب پیامدهای مطلوب از قبیل سازگاری اجتماعی در فرد می‌شوند. در این رویکرد اعضای گروه فرصت‌های زیادی جهت انتقال احساسات خویش به رهبر و سایر اعضا دارند. آنها با کار کردن روی احساساتشان می توانند خودشناسی خویش را افزایش دهند. اعضا قادرند تا بینش چشمگیری در زمینه کارکرد دفاع ها و مقاومت‌های خویش کسب نمایند. در گروه ،وابستگی به مهارت درمانگر کمتر از مشاوره انفرادی است. زیرا افراد در گروه علاوه بر درمانگر از اعضای دیگر نیز بازخورد دریافت می‌کنند. اعضا در گروه روان درمانی پویشی می‌آموزند که داشتن احساسات شدید و بیان آن احساسات شدید و بیان آن احساسات قابل پذیرش است. درعین حال وجود مشکلات مشابه در دیگران باعث می‌شود که اعضا به منحصر به فرد بودن مشکل خویش پی برده و از مقاومت خویش بکاهند. همه موارد ذکر شده عواملی هستند که می‌تواند به سازگاری اجتماعی در فرد منجر گردد (الکساندر و فرنچ، 2012).

منابع

پارسامهر، مهربان؛ حدّت، الهه. (1395). بررسی رابطه بین هوش هیجانی و سازگاری اجتماعی دانشجویان. توسعه اجتماعی، 11(2): 65- 94.

خدارحمی، سمیه؛ علوی، مهتاب؛ عزتی، سجاد. (1394). مقایسه سازگاری اجتماعی دانشجویان دختر و پسر دانشگاه پیام نور شهرستان دره شهر، فصلنامه مطالعات جامعه شناختی جوانان، 6(20): 108-89.

ذبیح قاسمی، مریم؛ طهرانی زاده، مریم؛ مردوخی، محمدسعید. (1398). اثربخشی قصه درمانی بر سازگاری اجتماعی و احساس تنهایی کودکان معلول جسمی حرکتی، فصلنامه کودکان استثنایی، 19(2): 16 -5.

سالاری، اسلام؛ حسینی باینوجی، بهنام؛ ابجامه، مراد؛ غلامی، حمیدرضا. (1395). نقش مدرسه و خانواده در سازگاری فرهنگی-اجتماعی دانش آموزان، کنفرانس بین المللی نوآوری و تحقیق در علوم انسانی و مطالعات فرهنگی اجتماعی، قم.

کشاورز افشار، حسین؛ میرزایی، جواد. (1397). بررسی رابطه سازگاری اجتماعی، هوش هیجانی و راهبردهای انگیزشی با اضطراب تحصیلی دانشجویان. فرهنگ مشاوره و روان درمانی، 9(34)، 238-211.

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. (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.

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

American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Third Ed. Revised. Washington, OC. American Psychiatric Association, 1987.

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.

[Downloaded from jnip.ir on 2026-10-17]

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.

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

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

Cloninger CR: 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.

Davanloo, H. (1990). *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.

Ford, M.R., Widiger, T.A., 1989. Sex bias in the diagnosis of histrionic and antisocial personality disorders. J. Consult. Clin. Psychol. 57, 301–305.

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).

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., 1996. Psychopathy, gender, and gender roles: implications for antisocial and histrionic personality disorders. J. Personal. Disord. 10,41–55.

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.

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

Lazare, A. Klennan GL. Annor OJ: Oral. obsessive. and hysterical personality patterns. J Psychiatr Res 7:275- 290,1970.

Lilienfeld SO. Van Valkenburg C. Lamtz K. et al: The relationship of histrionic personality disorder to antisocial personality and somatization disorders. Am J Psychiatry 143:718-722.1986.

[Downloaded from jnip.ir on 2026-10-17]

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.

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

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

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

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

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).

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

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.

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

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

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.

Wong, S. C. P., & Hare, R. D. (2007). Guidelines for a psychopathy treatment program. MHS.

Ziegler, F, lmboden, Meyere: Contemporary conversion reactions: a clinical study. AmJ. Psychiatry 116:901- 910.1960.

[Downloaded from jnip.ir on 2026-10-17]

فصلنامه ایده های نوین روانشناسی
دوره 15، شماره 19، زمستان سال 1401

The effect of intensive short-term dynamic psychotherapy (ISTDP) on the social adjustment of patients with histrionic personality disorder (HPD)

Nima Salehian[4], Fateme Moradi[5]

Abstract

Introduction: Social adaptation includes the effective interaction of a person with the living environment, and its signs are having positive feelings about oneself, participating in social activities, enjoying communication with others, feeling relaxed in unfamiliar situations, having positive feelings about others, and the ability to influence others. . Therefore, the present study was conducted with the aim of determining the effect of "short-term intensive dynamic psychotherapy" on the "social adjustment" of patients suffering from histrionic personality disorder (HPD). Methodology: The present study is a randomized controlled trial using a pre-test-post-test design with a control group having the usual care of a standard study. The statistical population of the current study consists of all adult women suffering from histrionic personality disorder in Semnan city. Among these people, according to similar research, 16 people were selected according to the available method and were replaced by random number generation method in two intervention and control groups. "Milon 3 Multiaxial Scale" and "Social Adjustment Scale" were used to collect information. Descriptive statistics (mean and standard deviation) and inferential statistics (multivariate analysis of variance with repeated measurements) and SPSS-26 statistical software were used for data analysis. Findings: Examining the average difference in social adjustment between the experimental group (intensive short-term dynamic psychotherapy) and the control group indicates that by removing the effect of pre-tests, between both groups in social adjustment ($P<0.001$, $F=34.01$) , there is a significant difference. Conclusion: The results of the present study showed that intensive short-term dynamic psychotherapy (ISTDP) is effective in increasing the social adaptation of patients with histrionic personality disorder. In explaining this finding, it should be said that in short-term intensive psychodynamic therapy (ISTDP), clients talk about different topics and the therapist hears different topics, listening to find specific and important elements in understanding the clients helps us. Psychodynamic group therapy approach with Emphasizing the behaviors, thoughts, emotions and conflicts that people have in their current interpersonal conditions reduces the anxiety and stress of the person and a significant change in the social adaptation of the person occurs.

Keywords: short-term dynamic psychotherapy, social adjustment, histrionic personality disorder, dramatic personality disorder

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

[Downloaded from jnip.ir on 2026-10-17]