

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 (نمايشی) 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، از مولفه‌های 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



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 طبقه‌بندی 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، ۱۹۵۸). متعاقباً، چندین مطالعه (پونل و همکاران، ۱۹۵۱؛ گیبورز، ۱۹۷۵) نشان داد که سندرم بریکه، که اکنون اختلال جسمانی سازی نامیده می‌شود، به عنوان یک اختلال چند علامتی که با علائم و تاریخچه تعريف می‌شود، است. اختلال جسمانی سازی به طور کلی به عنوان یک تشخیص روانپژشکی متمایز از اختلال شخصیت هیستریونیک (HPD) پذیرفته شده است. اختلال شخصیت هیستریونیک کمتر مورد مطالعه قرار گرفته است و مرزهای آن به خوبی مشخص نشده است (لازار و همکاران، ۱۹۷۰). آن‌ها عواملی را استخراج کردند که با خوش‌های توصیف شده سنتی از صفات هیستریک سازگار بود.

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

Lilienfeld et al 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، ۱۹۷۵)؛ در حالی که کونیگزبرگ همبستگی پایینی را بین اختلال شخصیت هیستریونیک و اختلالات جسمانی گزارش کرد (کونیگزبرگ، ۱۹۸۵). Cloninger تخمین زد که به طور کلی، دو سوم از بیماران مبتلا به اختلال جسمانی سازی نیز نوعی اختلال شخصیت هیستریک دارند (کلونینگر، ۱۹۷۸). با این حال، از آنجایی که هیچ یک از این مطالعات شامل داده‌های مربوط به علائم، دوره بیماری، سابقه خانوادگی یا درمان نمی‌شد، نمی‌توانیم بدانیم که آیا اصطلاحات اختلال جسمانی سازی و اختلال شخصیت هیستریونیک جمعیت‌های متفاوتی را تعریف می‌کنند یا خیر.

اگر این کار را انجام دهنده، 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 می‌کند، شخصیت هیستریونیک نه در بیمار بلکه در مشاهده گر وجود دارد (برگر، ۱۹۷۱). اگرچه معیارهای ذهنی زمانی که ارزیاب بیمار را به خوبی می‌شناسد ممکن است مفید باشد اما هر مطالعه‌ای را در معرض اتهام سوگیری قرار می‌دهد. 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، ۱۹۸۳).

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 روانپژشک معالج در هر مورد خواسته شده که بیمار را در هر ۱۰ معیار اختلال شخصیت هیستریونیک امتیاز دهد.

تشخیص اختلال شخصیت هیستریونیک پس از آن تنها به بیمارانی اختصاص داده شد که به طور کامل معیارها را داشتند و هیچ تلاشی برای رسیدن به یک تشخیص اجماع انجام نشد. بنابراین این روش مزایای معیارهای عینی و ناظران را با هم ترکیب کرد. نیاز به نمره متوسط برای هر عامل تشخیصی اختلال شخصیت هیستریونیک کمک کرد تا اطمینان حاصل شود که گروه مبتلا به اختلال شخصیت هیستریونیک شامل بیماران با شخصیت هیستریونیک است. با این حال، این احتمال را باز گذاشت که گروه بدون اختلال شخصیت هیستریونیک، که باقیمانده است، ممکن است شامل بیمارانی باشد که تقریباً به اندازه افراد گروه دارای اختلال شخصیت هیستریونیک بودند.

با این حال، یافته‌های حاصل از مطالعات اخیر تا حدودی توسط مطالعه ۱۹۸۳ کامینسکی و اسلاؤنی تایید می‌شوند، که خاطرنشان کردن بیماران با شخصیت هیستریک (DSM-II) (20) نسبت به بیماران مبتلا به اختلال جسمانی سازی بیشتر احتمال دارد اقدام به خودکشی کرده باشند (کامینسکی و اسلاؤنی، ۱۹۸۳).

تشخیص زنان مبتلا به HPD

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

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

علاوه بر این، برخی از متخصصان بهداشت روان معتقدند که پژوهشکاری که HPD را در زنان تشخیص می‌دهند، گاهی به طور اساسی از تأثیرات بلند مدت سوء استفاده جنسی در دوران کودکی، آزار جسمی دوران کودکی، تجاوز جنسی و سایر اشکال آسیب‌ها بر روان زنان سوء برداشت می‌کنند (بلاغو و همکاران، ۲۰۰۷). در جایی که این پژوهشکاران 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 بینند که در واقع از توانایی‌های عملکردی زن محافظت و پشتیبانی می‌کند.

شخصیت منعکس‌کننده الگوهای عمیق، رفتار و شیوه‌های است که افراد در آن خود و دنیايشان را درک می‌کنند، با آنها ارتباط برقرار می‌کنند و درباره آن فکر می‌کنند. ویژگی‌های شخصیتی، ویژگی‌های بارز شخصیت هستند و لزوماً آسیب شناسی نیستند، اگرچه برخی از سبک‌های شخصیتی ممکن است باعث ایجاد مشکلات بین فردی شوند (چودوف، ۱۹۸۲).

اختلالات شخصیت 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 آشتفتگی یا اختلال درونی قابل توجهی می‌شوند (فرد و ویدیگر، ۱۹۸۹؛ پفل، ۱۹۹۱).

افراد مبتلا به اختلال شخصیت هیستریونیک هیجانی بیش از حد از خود نشان می‌دهند تمایل به نگاه عاطفی به چیزها و توجه جویند. افراد مبتلا به این اختلال وقتی در مرکز توجه نیستند احساس ناراحتی می‌کنند یا احساس می‌کنند که از آنها قدردانی نمی‌شود. رفتارهای معمولی ممکن است شامل جستجوی مداوم تأیید یا توجه، نمایش خود و نمایشی بودن باشد. افراد مبتلا به اختلال شخصیت هیستریونیک ممکن است در موقعیت‌های نامناسب، از جمله روابط اجتماعی، شغلی و حرفه‌ای، فراتر از آنچه که برای بافت اجتماعی مناسب است، به شیوه‌ای خود محور یا از نظر جنسی اغواکننده عمل کنند.

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

ویژگی‌های دیگر آن‌ها شامل:

1. علايق و گفتگوي آن‌ها متمرکز بر خود خواهد بود.
 2. آن‌ها از ظاهر فیزیکي خود برای جلب توجه به خود استفاده می‌کنند.
 3. بیان احساسی آن‌ها ممکن است سطحی و به سرعت در حال تغیير 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 الكل 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 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.
 - نمایش های بیش از حد با نمایش اغراق آمیز احساسات
 - تمایل به این باور که روابط صمیمانه ترا 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 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 نالمیدی را بر عهده بگیرند، افراد مبتلا به این اختلال معمولاً دیگران را سرزنش می‌کنند. از آنجا که آنها تمایل به تازگی و هیجان دارند، ممکن است خود را در موقعیت‌های پر خطر قرار دهند. رفتار آنها ممکن است منجر به خطر بیشتر ابتلا به افسردگی شود(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-IJL را برای اختلال شخصیت هیستریونیک داشتند. میانگین کل امتیاز 10 علامت فردی DSM-IJL 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 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 نالمیدی، 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.

بهزیستی روان شناختی

rif 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 rif 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 فقادان 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 ارضاء 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 شیری پیشنهاد کردنند که تفاوت بین اهداف یک فرد و موقعیت فعلی زندگی بر میزان تأثیر مثبت یا منفی که شخص احساس می‌کند تأثیر می‌گذارد. آبلسون و هسه 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 قبلًاً 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).

در بهزیستی 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

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 دهنده‌گان می‌خواهد «به طور کلی زندگی خود را در این روزها رتبه‌بندی کنند» در مقیاسی از ۰ تا ۱۰، جایی که ۰ به معنای «بدترین زندگی ممکن در کل» است و ۱۰ 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 به طور گسترده مورد استفاده قرار گرفته‌اند (کیس، ۲۰۱۵).

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 می‌کنم» که با موارد تأثیر مثبت اندازه گیری 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 می‌کند، گاهی اوقات به عنوان جنبه "ارزیابی" یا "شناختی" نامیده می‌شود (کیس، ۲۰۱۵).

بهزیستی ایدیومانیک: مقاله ریف (1989) نقطه عطف مهمی در زمینه شادی بود. ریف با الهام گرفتن از دیدگاه ارسسطو 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، ۲۰۱۵).

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 می‌دانند 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 ارشش‌ها و ایده‌آل‌های خود هستند. علاوه بر این، افراد سالم، رفتار خود را بر اساس معیارها و ارزش‌های درونی هدایت می‌کنند (کیس، ۲۰۱۵).

روان درمانی پویشی کوتاه مدت (ISTDP)

مداخلات روانشناختی به طور سنتی، درمان اصلی اختلال شخصیت هیستریونیک (نمایشی) بودند، اما شواهد مبنی بر آن ضعیف است (موسسه ملی سلامت و مراقبت ملی، ۲۰۱۵). طی ۲۵ سال گذشته، روان درمانی پویشی کوتاه مدت فشرده، به عنوان یک درمان موثر برای بیماران مبتلا به اختلالات شخصیت (عباس، ۲۰۱۶)، تحمل اضطراب پایین و علائم ترکیبی روانپزشکی (تون و دریسن، ۲۰۱۳) استفاده شده است. روان درمانی پویشی کوتاه مدت فشرده یک مدل مداخله روان درمانی است که توسط حبیب دوانلو (2001) ایجاد شده است. با استفاده از تجزیه و تحلیل ویدئویی دقیق از مواد بالینی، از صدھا مورد درمان شده، دوانلو یک مداخله روان درمانی موثر را مشخص کرد که با مدت زمان کوتاه و اثربخشی در طیف وسیعی از بیماران مشخص می‌شود. در حالت چهره به چهره و با یک درمانگر فعال، به بیمار این امکان داده می‌شود که به طور سیستماتیک دفاع مزمن را زیر پا بگذارد تا با احساسات سرکوب شده قبلی خود که ریشه علائم و مشکلات شخصیتی آنها است، در تماس باشد (روکو و همکاران، ۲۰۲۱). 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، ۲۰۱۵).



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 صدھا مورد درمان شده، دوانلو یک مداخله روان درمانی موثر را مشخص کرد که با مدت زمان کوتاه و اثربخشی در طیف وسیعی از بیماران مشخص می‌شود (روکو و همکاران، 2021).

روان درمانی پویشی کوتاه مدت فشرده یک گروه از درمان‌های روان پویشی مدرن است که در ۵۰ سال گذشته توسعه یافته است. اگرچه ریشه محکمی در نظریه روانکاوی دارند، اما مختصراً از درمان‌های تحلیلی هستند و نیاز به موضع فعال‌تری از درمانگر دارند (شروع و همکاران، 2016). مalan (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 (شروع 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 بر می‌انگیرند (مالان، 1979). در روان درمانی پویشی کوتاه مدت فشرده، «احساسات پنهان» به عنوان احساسات مختلط به وجود می‌آیند که به هنگام گسستن پیوند دلبرستگی 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 (شروع و همکاران، 2016). ویژگی بارز روان درمانی پویشی کوتاه مدت فشرده دقیقی 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 می‌بیند. علماً، یک جلسه اولیه ۲ تا ۳ ساعته "آزمایش درمانی" وجود دارد که در آن درمانگر بر مداخله تمرکز می‌کند و پاسخ بیمار را ارزیابی می‌کند. تحقیقات نشان می‌دهد که این بهترین راه برای ارزیابی مناسب بودن درمان است، با عواملی مانند تشخیص یا شدت ترومما که ارزش 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 لحظه به لحظه تمرکز اشتباہی بر دنیای درونی بیمار وجود دارد - جنبه‌هایی 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 "حدائق 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 سرخ‌هایی 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، مalan (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 فعل شدن است، و تجربه اینجا و اکنون احساساتی که سرکوب می‌کنند را تسهیل می‌کند."

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 می‌شد.

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) شهر سمنان تشکیل می‌دهند. از بین این افراد، تعداد ۱۶ نفر از طریق فرمول تعیین حجم کوکران انتخاب گردید. برای تعیین واریانس جامعه ابتدا ۳۰ پرسشنامه به صورت تصادفی بین زنان بزرگسال شهر سمنان توزیع و گردآوری گردید و سپس واریانس اولیه محاسبه شد. ضمناً تعداد حجم نمونه در تحقیقات مشابه نیز همین میزان (۱۶ نفر) بود. این تعداد به شیوه دردسترس انتخاب و با روش تولید اعداد تصادفی در دو گروه جایگزین شدند. در این پژوهش از دوپرسشنامه چند محوری میلیون ۳ و بهزیستی روانشناختی ریف شده برای جمع آوری داده‌ها استفاده شد.

توصیف نحوه تصادفی سازی

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

شرح مداخله: گروه مداخله، هفته‌ای دو بار به مدت ۲۰ جلسه ۱ ساعته تحت مداخله روان پویشی کوتاه مدت فشرده (ISTDP) (روش تعديل شده) قرار گرفتند. پکیج درمانی مورد استفاده در این پژوهش برگرفته از روش روان درمانی پویشی کوتاه مدت فشرده دوانلو (روش تعديل شده) بود. جلسه اول درمان به علت ارزیابی، مطابق روش دوانلو بین ۱/۵ تا ۳ 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 می‌پردازیم. 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 تأکید می‌شود. مرحله دوم: فشار برای پاسخ‌های عینی تر و تجربه احساسات. در این مرحله با درخواست‌های مکرر درمانگر از مراجع برای توضیح پاسخ‌های عینی و مشخص تر و مسائل اضطراب برانگیز کم کم سیستم‌های دفاعی اصلی در بیمار فعال می‌شود. درمانگر از بیمار پاسخ‌های عینی و مشخص طلب می‌کند. از بیمار خواسته می‌شود 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 فعل 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 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 عمدتاً 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 وغیره. هنگامی که درمانگر احساس کرد تنش به حد مناسبی افزایش یافته است با پرسش مستقیم جهت مصاحبه را متوجه بیمار را به سوی علائم

غیر کلامی که نشان می‌دهد، 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 دفاع‌ها، شناسایی و روشن ساختن و چالش با آنها به جنبش احساسات انتقالی شدید و پیچیده در بیمار منجر می‌شود. فشار و چالش آنقدر ادامه می‌یابد تا از ناهوشیار علائمی مبنی بر نزدیک شدن احساسات و تکانه‌ها 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 شباهت‌ها 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 می‌کند. مرحله هفتم: کاوش پویشی در ناهوشیار. در مرحله هفتم به سبب تسلط پیمان درمانی، رویدادهای آسیب‌زا 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 جمع‌آوری شد، درمانگر پرسش‌های خود را پویشی تر می‌سازد و در این راستا ساخت تعارضی و هسته اختلال بیمار روشن می‌شود. جلسات دوم تا جلسه دهم مطابق مراحل پروتکل که در جلسه اول توضیح داده شد و با توجه به مثلث تعارض و مثلث شخص و پیگیری سایر مشکلات مراجعه ادامه می‌یابد.

چک لیست نشانه‌های بیماری 90 سوالی تجدیدنظر شده: این چک لیست خودگزارشی توسط دروغاتیس 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 نوشتمن 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 وسوس فکری-عملی، حساسیت بین فردی، افسردگی، اضطراب، خصومت، فوبیا، پارانویا، روانپریشی و یکسری سوالات اضافی می‌باشد که مربوط به هیچ یک از ابعاد نمی‌باشد. جهت محاسبه نمره فرد در هر یک از ابعاد به صورت مجزا جمع می‌شود و بر تعداد سوالات همان بعد تقسیم می‌شود. این چک لیست علاوه بر امکان محاسبه نمره هر یک از ابعاد می‌توان شاخص کلی علائم مرضی (GSI) را نیز محاسبه نمود. نحوه محاسبه GSI به این صورت می‌باشد که کل نمرات (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 90-SCL 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 هفتۀ محاسبه کردند؛ نتایج همسانی درونی برای هر یک از ابعاد برای هر یک از مولفه‌های جسمانی سازی (0/90)، اختلال وسوس 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 وسوس فکری عملی (0/65)، 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.

مقیاس بهزیستی روانشناختی ریف: نسخه کوتاه (18 سوال) 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 (Rif, 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 می‌لیون 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 دهنده‌گان در جدول شماره 1 خلاصه شده است.

جدول 4-1: توزیع، سنی، شغلی، تحصیلات و سابقه کار پاسخ دهنده‌گان به تفکیک گروه‌ها

گروه کنترل				گروه مداخله
درصد	اواني	درصد	فراؤاني	
50	4	50	4	سن 34-20 سال
37/۵	3	50	4	سن 49-35 سال
12/۵	1	0	0	سن بالا 50 سال
25	2	12/5	1	تحصیلات ابتدایی
50	4	50	4	سیکل
12/۵	1	12/5	1	لم و فوق دیپلم
:	1	25	2	لیسانس

تحصیلات پدر				
تحصیلات پدر	بتایی	سیکل	و فوق دیپلم	لیسانس
12/۵	1	25	2	
37/۵	3	37/5	3	
25	2	25	2	
12/۵	1	12	1	



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

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

با توجه به جدول ۲، 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 ۳: نتایج آزمون کالموگروف - اسمیرنوف برای نرمال بودن توزیع داده ها در گروه های آزمایش و کنترل

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



یافته‌های جدول ۳ نشان می‌دهند که تمام متغیرهای جدول فوق دارای توزیع نرمال می‌باشند ($p > 0.05$). برای بررسی این پیش فرض از آزمون لوین استفاده شد. نتایج غیرمعنی دار این آزمون نشانگر همگن بودن واریانس متغیر پژوهش در گروه‌ها می‌باشد. در جدول ۴، نتایج آزمون لوین برای بررسی همگنی واریانس متغیرهای پژوهش در گروه‌های آزمایش و کنترل گزارش شده است.

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

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

باتوجه به جدول ۴ آماره F آزمون لوین برای بررسی همگنی واریانس متغیرهای پژوهش در گروه‌های آزمایش و کنترل معنی دار نمی‌باشد ($p > 0.05$). بنابراین می‌توان نتیجه گرفت که واریانس متغیرهای پژوهش در گروه‌ها برابر یا همگن است. نتایج تحلیل کوواریانس چند رخصوص اثربخشی روان درمانی پویشی کوتاه مدت فشرده بر افزایش بهزیستی روانی در جدول ۵ ذکر شده است.

جدول ۵: نتایج تحلیل کوواریانس در رخصوص اثربخشی روان درمانی پویشی کوتاه مدت فشرده بر افزایش بهزیستی روانی

متغیرها	ع مجددات	ه آزادی	نیم مجذورات	F	p-valu	اندازه اثر
استقلال	257/5.	1	257/55	4/4.	0/037	0/028
سلط 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

باتوجه به جدول ۴-۵ بررسی تفاوت میانگین هریک از مولفه‌های بهزیستی روانی 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 مولفه‌های استقلال ($F = 4/43$, $P < 0/05$), سلط بر محیط ($F = 6/09$, $P < 0/05$), رشد شخصی ($F = 13/72$, $P < 0/001$), ارتباط مثبت با دیگران ($F = 9/83$, $P < 0/001$), پذیرش خود ($F = 11/45$, $P < 0/001$) و متابه بهزیستی روانی ($F = 20/26$, $P < 0/001$) و در مولفه هدفمندی در زندگی ($F = 4/9$, $P < 0/018$)

$P < 4/92$) بین گروه مداخله و کنترل تفاوت معنادار وجود دارد. میانگین نمرات پس آزمون مولفه‌های بهزیستی روانی در گروه روان درمانی پویشی کوتاه مدت فشرده در مقایسه با میانگین نمرات پس آزمون مولفه‌های بهزیستی روانی در گروه کنترل به طور معنی داری بالاتر می‌باشد. 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 می‌شود.

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 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 معتقد است درمان روانپویشی 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 از مولفه‌های بهزیستی روانی) استفاده می‌کرده، رها کند.

از سوی دیگر درمان روان پویشی باعث می‌شود افراد به یکدیگر نزدیک تر شده و روابط صمیمانه‌تری با دیگران را گزارش کرده‌اند. افزایش محبت و همدلی با دیگران مخصوصاً 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 مسئله‌گشایی، کسب استقلال، مهارت‌های مقابله با موقعیت‌های خطرآفرین و فشار روانی و بسیاری از مهارت‌ها برای بهبود وضعیت روانی مطلوب و رشد فرد آموزش داده می‌شود. مراجعین با شرکت در این جلسات به شناخت احساسات و هیجان‌ها و افکار خود پرداخته و آزمونگر با تغییر افکار آنها را به شناخت رسانده است و نیز آنها را به سمت شیوه‌های مقابله منطقی و عاقلانه 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 می‌شوند 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 با ارتقاء بهزیستی روانی به رشد فرد کمک نمایند. رواندرمانی پویشی کوتاه مدت به افراد آسیب دیده در افزایش مولفه‌های مثبت روانی مانند بهزیستی روانی و بهبود سبک چالش آنها در مقابل رویدادهای آسیب‌زا کمک کرد، تا این افراد کمتر تحت تاثیر رویدادهای ناگوار قرار گرفته و زندگی خود را با آسیبهای روانی سپری کنند.

منابع

- دوست کافی، حیدر؛ حیدری، حسن؛ داوودی، حسین؛ زارع بهرام آبادی، مهدی. (1398). مقایسه اثربخشی مشاوره گروهی با روش گشتالت و روانشناسی مثبت بر بهزیستی روان شناختی زنان مبتلا به سلطان ریه. *Magazin Dānshgāh-e ʻUlūm-e Pāzškī* ۹(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.



- 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 Unconscious: 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.
- Davanloo, H. (2001). Intensive short-term dynamic psychotherapy: Selected papers of Habib Davanloo.
- 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/qsl88 (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.



- .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 referred to Ardabil legal Medicine organization. [Persian]



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

Nima Salehian³, Fateme Moradi⁴

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

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