



ماهنامه علمی تخصصی پایا شهر

زمان چاپ: ۱۴۰۱/۱۰/۱۰

شماره مجوز مجله: ۸۰۴۰۰

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

نیما صالحیان*^۱، فاطمه مرادی^۲

*۱. کارشناس ارشد روانشناسی بالینی، دانشگاه آزاد واحد سمنان، سمنان، ایران. (نویسنده مسئول)

ایمیل: nimasalehian@yahoo.com

۲. دکترای زبان و ادبیات عربی، سمنان، ایران.

ایمیل: moradi9799@yahoo.com

چکیده

مقدمه: سازگاری اجتماعی شامل تعامل مؤثر فرد با محیط زندگی بوده و نشانه‌های آن داشتن احساسات مثبت درباره خود، شرکت در فعالیت‌های اجتماعی، لذت بردن از ارتباط با دیگران، احساس آرامش در موقعیت‌های ناآشنا، داشتن احساسات مثبت درباره 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 می دهند. از بین این افراد، تعداد ۱۶ نفر با توجه به تحقیقات مشابه، به شیوه در دسترس انتخاب و با روش تولید اعداد تصادفی در دو گروه مداخله و کنترل جایگزین شدند. برای جمع آوری اطلاعات از "مقیاس چند محوری میلون ۳" 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) مؤثر است. در تبیین این یافته باید گفت در شیوه درمانی روانپویشی فشرده کوتاه مدت (ISTDP) مراجعین در مورد موضوعات مختلفی صحبت می کنند و درمانگر موضوعات مختلفی می شنود، گوش کردن برای یافتن عناصر



ماهنامه علمی تخصصی پایا شهر

مشخص و مهم در درک مراجعین به ما کمک می کند 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 می شود و تغییر قابل ملاحظه ای سازگاری اجتماعی فرد پدید می آید.

کلید واژه ها: روان درمانی پویشی کوتاه مدت، سازگاری اجتماعی، اختلال شخصیت هیستریونیک، اختلال شخصیت نمایشی

مقدمه

اختلال شخصیت را می توان این گونه 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 می شود، در طول زمان پایدار است و منجر به ناراحتی یا اختلال می شود." اختلال شخصیت هیستریونیک در این راهنما به عنوان "توجه طلبی، خودنمایی و نیاز مفرط به تایید بیرونی" توصیف شده است (گیبون و همکاران، ۲۰۲۰).

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 TR-IV-DSM 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، ۱۹۵۸). متعاقباً، چندین مطالعه (پونل و همکاران، ۱۹۵۱؛ گیبوز، ۱۹۷۵) 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، ۱۹۷۰). 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، 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 می دهد 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 می کردند و برخی اصلاً هیچ یک را بیان نکردند.

etal Lilienfeld تعداد ۲۶ مورد از اختلال شخصیت هیستریونیک را در ۴۸ بیمار مرد و زن مبتلا به اختلال جسمانی گزارش کردند. کیمبل و همکاران، همپوشانی بین سندرم بریکت و شخصیت هیستریک را حدود ۸۵ درصد دریافت کردند (کیمبل و همکاران، ۱۹۷۵)؛ در حالی که کونیزبرگ همبستگی پایینی را بین اختلال شخصیت هیستریونیک و اختلالات جسمانی گزارش کرد (کونیزبرگ، ۱۹۸۵).



ماهنامه علمی تخصصی پایا شهر

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 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 ۶۰ بیمار زن که به اختلال جسمانی شدن مبتلا بودند، نقش اختلال شخصیت هیستریونیک در مورد آنها مورد آزمایش قرار گرفت.

نحوه تشخیص برای تمام مطالعات اختلالات شخصیت بسیار دشوار است. به جز اختلال شخصیت ضداجتماعی، همه تشخیص های محور دوم تا حدی به استنباط های انجام شده توسط آزمایش گر متکی هستند. معیارهای اختلال شخصیت هیستریونیک تقریباً کاملاً امپرسیونیستی هستند: همانطور که برگر اشاره می کند، شخصیت هیستریونیک نه در بیمار بلکه در مشاهده گر وجود دارد (برگر، ۱۹۷۱). اگرچه معیارهای ذهنی زمانی که ارزیاب بیمار را به خوبی می شناسد ممکن است مفید باشد اما هر مطالعه ای را در معرض اتهام سوگیری قرار می دهد. اما ارزیابی کنندگان بی طرف (کسانی که موضوع را نمی دانند) ممکن است در مورد اینکه چه کسی سابقه اختلال شخصیت دارد و چه کسی ندارد، اختلاف نظر داشته باشند (کامینسکی، ۱۹۸۳).

بنابراین پارادوکس تشخیصی، بین عینیت و دانش ارزیاب رابطه معکوس وجود دارند. تلاش برای حل این پارادوکس به گونه ای انجام شد که در یک ارزیابی از روانپزشک معالج در هر مورد خواسته شده که بیمار را در هر ۱۰ معیار اختلال شخصیت هیستریونیک امتیاز دهد. تشخیص اختلال شخصیت هیستریونیک پس از آن تنها به بیمارانی اختصاص داده شد که به طور کامل معیارها را داشتند و هیچ تلاشی برای رسیدن به یک تشخیص اجماع انجام نشد. بنابراین این روش مزایای معیارهای عینی و ناظران را با هم ترکیب کرد. نیاز به نمره متوسط برای هر عامل تشخیصی اختلال شخصیت هیستریونیک کمک کرد تا اطمینان حاصل شود که گروه مبتلا به اختلال شخصیت هیستریونیک شامل بیماران با شخصیت هیستریونیک است. با این حال، این احتمال را باز گذاشت که گروه بدون اختلال شخصیت هیستریونیک، که باقیمانده است، ممکن است شامل بیمارانی باشد که تقریباً به اندازه افراد گروه دارای اختلال شخصیت هیستریونیک بودند.

با این حال، یافته های حاصل از مطالعات اخیر تا حدودی توسط مطالعه ۱۹۸۳ کامینسکی و اسلاونی تایید می شوند، که خاطرنشان کردند بیماران با شخصیت هیستریک II-DSM (۲۰) نسبت به بیماران مبتلا به اختلال جسمانی سازی بیشتر احتمال دارد اقدام به خودکشی کرده باشند (کامینسکی و اسلاونی، ۱۹۸۳).

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 می برند. تا حدی، این نگرش پرسشگری از زبانی که برای شناسایی علائم HPD در حین تشخیص استفاده می شود، نشات می گیرد. به عنوان مثال، استفاده از اصطلاحاتی مانند "تحریک آمیز" و "فریبنده" گاهی به شدت با قضاوت های اخلاقی یا اجتماعی منفی در مورد رفتار زنان مرتبط است (الم و مرسکی، ۱۹۹۲؛ برنشتاین، ۱۹۹۸).



ماهنامه علمی تخصصی پایا شهر

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

علاوه بر این، برخی از متخصصان بهداشت روان معتقدند که پزشکانی که HPD را در زنان تشخیص می دهند، 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 می کنند (بلاگو و همکاران، ۲۰۰۷). در جایی که این پزشکان واکنش های بیمارگونه و ناسالم را مشاهده می کنند که به توانایی زن برای عملکرد در جامعه آسیب می زند، 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 می کند.

شخصیت منعکس کننده الگوهای عمیق، رفتار و شیوه ای است که افراد در آن خود و دنیایشان را درک می کنند، با آنها ارتباط برقرار می کنند و درباره آن فکر می کنند. ویژگی های شخصیتی، ویژگی های بارز شخصیت هستند و لزوماً آسیب شناسی نیستند، اگرچه برخی از سبک های شخصیتی ممکن است باعث ایجاد مشکلات بین فردی شوند (چودوف، ۱۹۸۲).

اختلالات شخصیت نشان دهنده الگوهای سفت و سخت، انعطاف ناپذیر و ناسازگار تفکر و رفتار است که منجر به اختلال در عملکرد و یا ناراحتی درونی قابل توجهی می شود. اغلب اختلالات شخصیت در نوجوانی یا اوایل بزرگسالی شروع می شوند، در طول زمان پایدار هستند و منجر به آشفتگی یا اختلال درونی قابل توجهی می شوند (فرد و ویدیکر، ۱۹۸۹؛ پفل، ۱۹۹۱).

افراد مبتلا به اختلال شخصیت هیستریونیک هیچانی بیش از حد از خود نشان می دهند - 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 نمی شود. 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 شیوه ای 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، هق هق غیرقابل کنترل برای شکست های جزئی یا داشتن عصبانیت. ویژگی های دیگر آن ها شامل:

۱. علایق و گفتگوی آنها متمرکز بر خود خواهد بود.
۲. آنها از ظاهر فیزیکی خود برای جلب توجه به خود استفاده می کنند.
۳. بیان احساسی آنها ممکن است سطحی و به سرعت در حال تغییر باشد.
۴. سبک گفتار آنها بیش از حد امپرسیونیستی و فاقد جزئیات است.
۵. آنها ممکن است با مشاغلی که ارزش و نیاز به تخیل و خلاقیت دارند خوب عمل کنند، اما احتمالاً در کارهایی که نیاز به تفکر منطقی یا تحلیلی دارند مشکل خواهند داشت.



ماهنامه علمی تخصصی پایا شهر

داده های حاصل از بررسی ملی اپیدمیولوژیک ۲۰۰۲-۲۰۰۱ در مورد الکل و شرایط مرتبط نشان می دهد که شیوع اختلال شخصیت هیستریونیک ۱,۸۴ درصد است (پفول، ۱۹۹۱).

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 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 می دهد، اگرچه برخی از کارشناسان معتقدند که به سادگی بیشتر در زنان تشخیص داده می شود، 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 می توانند در محیط های اجتماعی و شغلی به خوبی عمل کنند. زمانی که روابط عاشقانه شان به پایان می رسد، ممکن است به دنبال درمان افسردگی باشند. آنها اغلب نمی توانند موقعیت خود را به طور واقع بینانه ببینند، در عوض تمایل به نمایش بیش از حد و اغراق دارند. به جای اینکه مسئولیت شکست یا ناامیدی را بر عهده بگیرند، افراد مبتلا به این اختلال معمولاً دیگران را سرزنش می کنند. از آنجا که آنها تمایل به تازگی و هیجان دارند، ممکن است خود را در موقعیت های پرخطر قرار دهند. رفتار آنها ممکن است منجر به خطر بیشتر ابتلا به افسردگی شود (شاپیرو، ۱۹۶۵).



ماهنامه علمی تخصصی پایا شهر

نتایج حاصل از یکی از تحقیقات در این باره نشان داد که از ۶۰ زن مبتلا به اختلال جسمانی سازی، ۴۱ نفر (۶۸٪) معیارهای IJI-DSM را برای اختلال شخصیت هیستریونیک داشتند. میانگین کل امتیاز ۱۰ علامت فردی IJI-DSM برای اختلال شخصیت هیستریونیک، ۲۰،۴ برای گروه مبتلا به اختلال شخصیت هیستریونیک و ۹،۲ برای گروه بدون اختلال شخصیت هیستریونیک بود. بیماران با و بدون اختلال شخصیت هیستریونیک از نظر تحصیلات و سن در مصاحبه مشابه بودند. برای بیماران مبتلا به اختلال شخصیت هیستریونیک روند غیر قابل توجهی وجود داشت که هرگز ازدواج نکرده یا پس از طلاق مجرد 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 ۲۰ 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 ۲۵ سال گذشته، روان درمانی پویشی کوتاه مدت فشرده، به عنوان یک درمان موثر برای بیماران مبتلا به اختلالات شخصیت (عباس، ۲۰۱۶)، تحمل اضطراب پایین و علائم ترکیبی روانپزشکی (تون و درینسن، ۲۰۱۳) استفاده شده است. روان درمانی پویشی کوتاه مدت فشرده یک مدل مداخله روان درمانی است 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 می شود. در حالت چهره به چهره و با یک درمانگر فعال، به بیمار این امکان داده می شود که به طور سیستماتیک دفاع مزمن را زیر پا بگذارد تا با احساسات سرکوب شده قبلی خود که ریشه علائم و مشکلات شخصیتی آنها است، در تماس باشد (روکو و همکاران، ۲۰۲۱).

روان درمانی پویشی کوتاه مدت فشرده یک مدل مداخله روان درمانی است که توسط حبیب دوانلو (۱۹۹۰، ۲۰۰۰) 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 می شود (روکو و همکاران، ۲۰۲۱). در این پژوهش منظور از روان درمانی پویشی کوتاه مدت، پکیج درمانی بیست جلسه ای که طبق رویکرد روان درمانی پویشی کوتاه مدت دوانلو (۲۰۰۰) 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 (۱۹۶۱) به عنوان میزان سازگاری اجتماعی فرد در نظر گرفته می شود. 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 می زند. هر انسانی، هوشیارانه یا ناهوشیارانه می کوشد نیازهای متنوع و متغیر و گاه متعارض خود را



ماهنامه علمی تخصصی پایا شهر

در محیطی که در آن زندگی می‌کند، برآورده سازد. این نیازهای فطری و اکتسابی به مثابه نیرویی پرفشار آدمی را بر می‌انگیزانند 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 ۱۹۸۴ آغاز شد که راتوس و نوید مدلی برای سازگاری ارائه کردند. تیلور، لتیا و شلی (۱۹۹۱) 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 افسرده هم هستند. در واقع سازگاری و مؤلفه‌های آن پاسخگوی بسیاری از چراها می‌باشد، مثل اینکه چرا یک معلم تحصیل کرده نمی‌تواند به خوبی ارتباط برقرار کند؟ (خداحمی و همکاران، ۱۳۹۴)

اسلبی و گورا (۱۹۸۸) 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^۱ (۱۹۹۶) 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 حدت، ۱۳۹۵).

منظور از سازگاری، رابطه ای 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 حدت، ۱۳۹۵).

انجمن روانپزشکان آمریکا (۱۹۹۴)، سازگاری اجتماعی را چنین تعریف می‌کند: هماهنگ ساختن رفتار به منظور برآورده ساختن نیازهای محیطی که غالباً مستلزم اصلاح تکانه‌ها، هیجان‌ها یا نگرش‌هاست. صدیقی (۱۳۸۰) 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 حدت، ۱۳۹۵).

منظور از ناسازگاری رفتارهایی هستند که معارض با قوانین پذیرفته شده جامعه، محیط خانواده، کار یا تحصیل هستند (وونگ و هار، ۲۰۰۷).

در رابطه با متغیر سازگاری اجتماعی بر اساس دیدگاه پدیدارشناختی^۱ 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

^۱ - Slomowski & Dunn



ماهنامه علمی تخصصی پایا شهر

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 حدت، ۱۳۹۵).

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 حدت، ۱۳۹۵). روان درمانی پویایی کوتاه مدت فشرده یک گروه از درمان‌های روان پویایی مدرن است که در ۵۰ سال گذشته توسعه یافته است. اگرچه ریشه محکمی در نظریه روانکاوی دارند، اما مختصرتر از درمان‌های تحلیلی هستند و نیاز به موضع فعال‌تری از درمانگر دارند (شرودر و همکاران، ۲۰۱۶).

مانند سایر روان درمانی‌های پویایی، روان درمانی پویایی کوتاه مدت فشرده بر این درک استوار است که مشکلات ارائه شده توسط بیمار سازگاری با اضطراب یا درد روانی ناشی از تعارضات درون روانی است (فردریکسون، ۲۰۱۳؛ تن هیو دلایجی و نبروسکی، ۲۰۱۸). این امر تجربی است، زیرا نیمی از وظیفه درمانی تماس با احساسات متضاد بیمار به عنوان تجربیات بدنی اینجا و اکنون است، نیمه دوم بینش شناختی در مورد چگونگی اجتناب از چنین تجربیاتی علت اصلی مشکلات بیمار است (دوانلو، ۱۹۹۰).

در روان درمانی پویایی کوتاه مدت فشرده، «احساسات پنهان» به عنوان احساسات مختلط به وجود می‌آیند که به هنگام گسستن پیوند دلبستگی نسبت به یک مراقب خلاصه می‌شود: عشق و ارتباط اولیه جای خود را به اعتراض و خشم می‌دهد، سپس احساس گناه در مورد خشم، سپس اندوه و اندوه عمیق از دست دادن عشق (شرودر و همکاران، ۲۰۱۶).

دوانلو (۱۹۹۰) اظهار داشت که اثرات درمانی یافت شده در روان درمانی پویایی کوتاه مدت فشرده "به طور منحصر به فرد موثر" هستند و این اثرات توسط "عوامل خاص و نه غیر اختصاصی" ایجاد می‌شوند. همانطور که بحث شد، اثربخشی روان درمانی پویایی کوتاه مدت فشرده با پاسخ بیمار به مداخلات خاص به کار گرفته شده در سراسر توالی دینامیک مرکزی تعیین می‌شود. این توالی به طور تجربی با پیامدهای دائمی مؤثر در طیف وسیعی از اختلالات مرتبط بوده است (عباس و همکاران، ۲۰۱۳؛ دوانلو، ۲۰۰۵). تغییرات فوری اغلب در باز کردن گره و مراحل انجام کار بیشتر با تغییرات طولانی مدت در مصاحبه‌های بعدی در طول ماه‌ها و سال‌ها قابل توجه است شرودر و همکاران، ۲۰۱۶). 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، ۲۰۰۵؛ اوگلاف و همکاران، ۲۰۱۵)



ماهنامه علمی تخصصی پایا شهر

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 در شهر سمنان تشکیل می دهند. 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 از طریق مصاحبه بالینی و نمره کسب شده در پرسشنامه میلیون ۳ و به شیوه در دسترس انتخاب و با روش تولید اعداد تصادفی در دو گروه جایگزین شدند. در این پژوهش از دو پرسشنامه چند محوری میلیون ۳ و پرسشنامه سازگاری اجتماعی "بل" 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 کاربردی 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، هفته ای دو بار به مدت ۲۰ جلسه ۱ 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 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



ماهنامه علمی تخصصی پایا شهر

است را بیان کند. سعی می شود مصاحبه به سوی مسائل اضطراب برانگیز هدایت شود. **مرحله سوم:** شناسایی، شفاف سازی و چالش با دفاع ها. پس از پرسش و فشار برای پاسخ های مشخص و تجربه احساسات، مکانیزم های دفاعی فعال می شوند و درمانگر در این مرحله از طریق فشار با فرد وارد مرحله تحلیل و واریسی دفاع ها می شود، از آنجایی که هدف این روش ایجاد توانایی برای تجربه احساسات در بالاترین سطح است، تمامی دفاع ها بر ضد تجربه احساسات مشخص و مورد چالش قرار می گیرند تا خنثی شوند. **مرحله چهارم:** مقاومت انتقالی. در مرحله چهارم درمانگر مراقب علائم انتقالی است که عمدتاً غیر کلامی هستند. علائمی که ممکن است در دفاع از خشم خود به کار رود مثل گره کردن مشت، چسبیدن به صندلی، 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 می شود. **مرحله پنجم:** دسترسی مستقیم به ناهوشیار. در مرحله پنجم تمرکز بر دفاع ها، شناسایی و روشن ساختن و چالش با آنها به جنبش احساسات انتقالی شدید و پیچیده در بیمار منجر می شود. فشار و چالش آنقدر ادامه می یابد تا از ناهوشیار علائمی مبنی بر نزدیک شدن احساسات و تکانه ها به سطح مشاهده شود. برای رخنه کامل و لمس واقعی احساسات هر سه مولفه یک احساس باید تجربه شود. **مرحله ششم:** تحلیل نظامدار انتقال. تحلیل انتقال در این مرحله عبارت است از برقراری ارتباط و تحلیل شباهت ها بین الگوی ارتباط مراجع در انتقال با دیگر روابط وی در زندگی کنونی و گذشته اش. در این مرحله درمانگر با بکارگیری مثلث تعارض و مثلث شخص، انتقال را تحلیل می کند. **مرحله هفتم:** کاوش پویایی 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 می کند 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 می شوند می پردازد. 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 پرسش های خود را پویایی تر می سازد و در این راستا ساخت تعارضی و هسته اختلال بیمار روشن می شود. 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 می یابد.

پرسشنامه چند محوری میلیون ۳: این پرسشنامه یک ابزار خودسنجی با ۱۷۵ سوال بلی/خیر است که نسخه تجدیدنظر شده میلیون دو می باشد. نسخه اصلی مقیاس توسط میلیون در سال ۱۹۷۷ تدوین شد و از آن زمان تاکنون دوبار مورد تجدید نظر قرار گرفته است. سوالات پرسشنامه تحت ۲۸ مقیاس جداگانه و براساس طبقات، ۱- شاخص های تغییر پذیری؛ افشاگری، مطلوب بودن، وانمود بد، روایی. ۲- الگوهای شخصیت بالینی؛ اسکیزوپسید، اجتنابی، افسرده، وابسته، نمایشگر، خودشیفته، ضداجتماعی، پرخاشگر، جبری، منفی گرا و خودناکام ساز. ۳- آسیب های شدید شخصیت؛ اسکیزوتایپی، مرزی و پارانویایی. ۴- نشانگان بالینی. ۵- نشانگان شدید بالینی؛ نمره گذاری می شود، که با نظریه شخصیت میلیون و DSM-IV همخوانی دارد. این پرسشنامه دامنه گسترده ای از اطلاعات مربوط به شخصیت،



ماهنامه علمی تخصصی پایا شهر

سازگاری هیجانی و نگرش مراجعان را می‌سنجد، مخاطبان آن افراد بالای ۱۸ سال و دارای توانایی خواندن حداقل کلاس هشتم می‌باشد. پرسشنامه میلیون از جمله پرسشنامه‌های منحصر به فردی است که در آن بر اختلال‌های شخصیت و نشانه‌هایی که اغلب با این اختلال‌ها همراه هستند تاکید می‌شود. میلیون (۱۹۹۴) میزان پایایی این پرسشنامه به روش آزمون-باز آزمون بین ۰/۸۲ تا ۰/۹۰ و ضریب آلفای آن بین ۰/۶۶ تا ۰/۹۰ گزارش کرد (به نقل از چگینی، دلاور و غرایبی، ۱۳۹۲). در پژوهش چگینی و همکاران (۱۳۹۲) پایایی این پرسشنامه به روش آزمون-باز آزمون در گروه بیمار (۰/۶۱ تا ۰/۷۹) و در گروه غیر بیمار (۰/۷۹ تا ۰/۹۷) و پایایی به روش آلفای کرونباخ (۰/۳۳ تا ۰/۷۸) بدست آمد.

مقیاس سازگاری اجتماعی: پرسشنامه سازگاری اجتماعی توسط بل در سال ۱۹۶۱ ساخته شده است. پرسشنامه ۳۲ 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 ۳۲ است (کشاورز افشار و میرزایی، ۱۳۹۷). 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 ۰/۸۱، ۰/۸۸، ۰/۹۱، ۰/۸۵ و ۰/۹۴ گزارش شده است. همچنین این آزمون روایی بالایی در تشخیص گروه‌های بهنجار از نورو تیک دارد. پایایی مقیاس به روش آلفای کرونباخ در پژوهش اوجی و همکاران (۱۳۹۸) بین ۰/۷۹ تا ۰/۸۶ 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 ۱ خلاصه شده است.



ماهنامه علمی تخصصی پایا شهر



جدول ۴-۱: توزیع ، سنی، شغلی، تحصیلات و سابقه کار پاسخ دهندگان به تفکیک گروه ها

گروه کنترل		گروه مداخله			
درصد	فراوانی	درصد	فراوانی		
۵۰	۴	۵۰	۴	۲۰-۳۴ سال	سن
۳۷/۵	۳	۵۰	۴	۳۵-۴۹ سال	
۱۲/۵	۱	۰	۰	۵۰ سال به بالا	
۲۵	۲	۱۲/۵	۱	ابتدایی	تحصیلات
۵۰	۴	۵۰	۴	سیکل	
۱۲/۵	۱	۱۲/۵	۱	دیپلم و فوق دیپلم	
۱۲/۵	۱	۲۵	۲	لیسانس	
۱۲/۵	۱	۲۵	۲	ابتدایی	تحصیلات پدر
۳۷/۵	۳	۳۷/۵	۳	سیکل	
۲۵	۲	۲۵	۲	دیپلم و فوق دیپلم	
۱۲/۵	۱	۱۲	۱	لیسانس	
۱۲/۵	۱	۰	۰	فوق لیسانس	



ماهنامه علمی تخصصی پایا شهر

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

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

روان درمانی پویشی کوتاه گروه کنترل
مدت فشرده

متغیرها	وضعیت	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحرافات استاندارد
سازگاری اجتماعی	پیش آزمون	۱۴/۱۵	۶/۴۵	۱۴/۳۷	۵/۶۷
	پس آزمون	۱۸/۶۷	۳/۲۴	۱۳/۷۲	۶/۲۰

میانگین نمرات پس آزمون گروه روان درمانی پویشی کوتاه مدت فشرده در متغیر سازگاری اجتماعی (۱۸/۶۷) بالاتر از میانگین نمرات پس آزمون در گروه کنترل (۱۳/۷۲) می باشد.

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 ۳، نتایج آزمون کالموگروف - اسمیرنف برای نرمال بودن توزیع داده‌ها گزارش شده‌اند.

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

متغیر	آماره Z	سطح معنی داری	روان درمانی پویشی کوتاه مدت	آماره Z	سطح معنی داری
سازگاری اجتماعی	۰/۵۹	۰/۳۴	کنترل	۰/۵۹	۰/۳۴

یافته‌های جدول ۳ نشان می‌دهند که تمام متغیرهای جدول فوق دارای توزیع نرمال می باشد ($p > 0/05$).



ماهنامه علمی تخصصی پایا شهر

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 ۴، نتایج آزمون لوین برای بررسی همگنی واریانس متغیرهای پژوهش در گروه‌های آزمایش و کنترل گزارش شده است.

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

متغیر	آماره F	درجه آزادی ۱	درجه آزادی ۲	p -value
سازگاری اجتماعی	۰/۴۶	۱	۱۴	۰/۴۹

نتایج تحلیل کوواریانس درخصوص اثربخشی روان درمانی پویایی کوتاه مدت فشرده بر ارتقاء سازگاری اجتماعی در جدول ۵ ذکر شده است

جدول ۵- نتایج تحلیل کوواریانس درخصوص اثربخشی روان درمانی پویایی کوتاه مدت فشرده بر ارتقاء سازگاری اجتماعی

متغیرها	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	p -value	اندازه اثر
سازگاری اجتماعی	۳۲۷۶/۱۰	۱	۳۲۷۶/۱۰	۳۴/۰۱	۰/۰۰۱	۰/۱۷۷

با توجه به جدول ۴-۵ بررسی تفاوت میانگین سازگاری اجتماعی گروه آزمایش (روان درمانی پویایی کوتاه مدت فشرده) و کنترل حاکی از آن است که با حذف اثر پیش آزمون‌ها، بین هر دو گروه در سازگاری اجتماعی ($F= ۳۴/۰۱$, $P < ۰/۰۰۱$)، تفاوت معنادار وجود دارد. با توجه به جدول ۴-۲ میانگین نمرات پس آزمون سازگاری اجتماعی در گروه روان درمانی پویایی کوتاه مدت فشرده در مقایسه با میانگین نمرات پس آزمون سازگاری اجتماعی در گروه کنترل به طور معنی داری بالاتر می باشد بنابراین روان درمانی پویایی 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 پویایی کوتاه مدت فشرده بر ارتقاء سازگاری اجتماعی بیماران دچار اختلال شخصیت هیستریونیک تایید می شود.

نتیجه گیری

نتایج پژوهش حاضر نشان داد روان درمانی پویایی 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 روانپویایی کوتاه مدت مراجعین در مورد موضوعات مختلفی صحبت می کنند و درمانگر موضوعات مختلفی می شنود، گوش کردن برای یافتن عناصر مشخص و مهم



ماهنامه علمی تخصصی پایا شهر

در درک مراجعین به ما کمک می کند ۱ - مطالب ناخودآگاه آشکار و ۲ - 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 (فانتزی های 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 می شود. 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 می شود. 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، ۲۰۰۲).

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 می شود. فرایند درمان بر بازسازی، تجزیه و تحلیل، بحث و تفسیر تجربیات گذشته تمرکز دارد و با کار کردن روی دفاع ها و مقاومت ها، بر ناخودآگاه افراد تاثیر می گذارد. لازم است که مراجعین گذشته ی خویش را بازسازی نموده و روی تعارضات سرکوب شده ی 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، هسته ی اصلی درمان است. زیرا هدف، کسب بینش و تغییر شخصیت می باشد. در روان درمانی پویشی کوتاه مدت گروهی اعضا قادر به برقراری روابطی مشابه با روابط خانوادگی یا روابط شغلی خویش، با سایر اعضای گروه می شوند. این روابط در گروه و در شرایطی امن ایجاد شده و موجب پیامدهای مطلوب از قبیل سازگاری اجتماعی در فرد می شوند. در این رویکرد اعضای گروه فرصت های 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 مقاومت های 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 می کنند. اعضا در گروه روان درمانی پویشی می آموزند که داشتن احساسات شدید و بیان آن احساسات شدید و بیان آن احساسات قابل پذیرش است. درعین حال وجود مشکلات مشابه در دیگران باعث می شود که اعضا به منحصر به فرد بودن مشکل خویش پی برده و از مقاومت خویش بکاهند. همه موارد ذکر شده عواملی هستند که می تواند به سازگاری اجتماعی در فرد منجر گردد (الکساندر و فرنچ، ۲۰۱۲).



ماهنامه علمی تخصصی پایا شهر

منابع

- پارسامهر، مهربان؛ حدت، الهه. (۱۳۹۵). بررسی رابطه بین هوش هیجانی و سازگاری اجتماعی دانشجویان. توسعه اجتماعی، ۱۱(۲): ۶۵-۹۴.
- خدارحمی، سمیه؛ علوی، مهتاب؛ عزتی، سجاد. (۱۳۹۴). مقایسه سازگاری اجتماعی دانشجویان دختر و پسر دانشگاه پیام نور شهرستان دره شهر، فصلنامه مطالعات جامعه شناختی جوانان، ۶(۲۰): ۸۹-۱۰۸.
- ذبیح قاسمی، مریم؛ طهرانی زاده، مریم؛ مردوخی، محمدسعید. (۱۳۹۸). اثربخشی قصه درمانی بر سازگاری اجتماعی و احساس تنهایی کودکان معلول جسمی حرکتی، فصلنامه کودکان استثنایی، ۱۹(۲): ۱۶-۵.
- سالاری، اسلام؛ حسینی باینوجی، بهنام؛ ابجانه، مراد؛ غلامی، حمیدرضا. (۱۳۹۵). 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. (۱۳۹۷). بررسی رابطه سازگاری اجتماعی، هوش هیجانی و راهبردهای انگیزشی با اضطراب تحصیلی دانشجویان. فرهنگ مشاوره و روان درمانی، ۹(۳۴): ۲۱۱-۲۳۸.

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.



ماهنامه علمی تخصصی پایا شهر



- American Psychiatric Association Division of Research. (2013). Highlights of changes from DSM-IV to DSM-5: Somatic symptom and related disorders. *Focus*, 11(4), 525-527.
- Barimani, S., Asadi, J., & Khajevand, A. (2018). A Comparison between the Effectiveness of Game Therapy and Emotional Intelligence Training on Social Compatibility and Communicative Skills of Exceptional Primary School Hyperactive and Deaf Children. *International Journal of Pediatrics*, 6(5): 7653-7666.
- 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 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*.
- 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).



ماهنامه علمی تخصصی پایا شهر



- 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.
- 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 of clinical criteria. NEnglJ Med 266:42 1-426. 1962.
- Punell 11. Robins E. Cohen ME: Observations on clinical aspects of hysteria. JAMA 146:902-909, 1951.



ماهنامه علمی تخصصی پایا شهر



- Rocco, D., Calvo, V., Agrosi, V., Bergami, F., Busetto, L. M., Marin, S., & Abbass, A. (2021). Intensive short-term dynamic psychotherapy provided by novice psychotherapists: effects on symptomatology and psychological structure in patients with anxiety disorders. *Research in Psychotherapy: Psychopathology, Process, and Outcome*, 24(1).
- 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, Imboden, Meyere: Contemporary conversion reactions: a clinical study. *AmJ. Psychiatry* 116:901- 910.1960.