

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

شخصیت ضد اجتماعی

نیما صالحیان¹، شهاب مرادی²

¹ دانشجوی کارشناسی ارشد، روانشناسی بالینی، دانشگاه آزاد اسلامی

دانشگاه آزاد اسلامی واحد سمنان، سمنان، ایران

آدرس پست الکترونیک nimasalehian@yahoo.com

شماره تماس 09198817352

² گروه روانشناسی، دانشگاه آزاد اسلامی

دانشگاه آزاد اسلامی واحد سمنان، سمنان، ایران

آدرس پست الکترونیک moradi.sh.1987@gmail.com

شماره تماس

چکیده:

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 تأثیر "روان درمانی پویشی کوتاه مدت فشرده" بر "سازگاری اجتماعی" بیماران دچار اختلال شخصیت ضد اجتماعی انجام شده است. 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 مردان 19-45 سال مبتلا به اختلال شخصیت ضد اجتماعی محکومین زندان سمنان تشکیل می دهند. از بین این افراد، تعداد 16 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 میلیون 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-19 استفاده شد. بررسی تفاوت میانگین سازگاری اجتماعی گروه آزمایش (روان درمانی پویشی کوتاه مدت فشرده) و کنترل حاکی از آن است که با حذف اثر پیش آزمون ها، بین هر دو گروه در سازگاری اجتماعی ($F= 34/01$ ، $P< 0/001$)، تفاوت معنادار وجود دارد. نتایج پژوهش حاضر نشان داد روان درمانی پویشی کوتاه مدت فشرده (ISTDP) بر افزایش سازگاری اجتماعی بیماران دچار اختلال شخصیت ضد اجتماعی مؤثر است. در تبیین این یافته باید گفت در روانپویشی کوتاه مدت مراجعین در مورد موضوعات مختلفی صحبت می کنند و درمانگر موضوعات مختلفی می شنود، گوش کردن برای یافتن عناصر مشخص و مهم در درک مراجعین به ما کمک می کند رویکرد درمانی گروه درمانی روانپویشی با تأکید بر رفتارها، تفکرات، هیجانات و تعارضاتی که افراد در شرایط کنونی بین فردی خود دارند باعث کاهش اضطراب و استرس فرد می شود.

واژگان کلیدی: روان درمانی پویشی کوتاه مدت ، سازگاری اجتماعی ، اختلال شخصیت ضد اجتماعی

1- 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 ضد اجتماعی در این راهنما به عنوان "الگوی نادیده گرفتن و نقض حقوق دیگران" توصیف شده است [17].

در افراد مبتلا به شخصیت ضد اجتماعی رفتارهایی همچون عدم انطباق با هنجارهای اجتماعی، تکانشگری، عدم مسئولیت پذیری مداوم، تحریک پذیری و پرخاشگری، عدم پشیمانی برای صدمه زدن، بدرفتاری یا سرقت از دیگری وجود دارد [18]. مشخصه این افراد این است که بدون توجه به عواقب احتمالی در رفتار خود تکانشگری و بی مسئولیتی زیادی از خود نشان می دهند. همچنین بی توجهی مداوم به دیگران و الگوی تکراری نقض حقوق افراد در اطراف آنها وجود دارد [10]. که نشان از عدم سازگاری اجتماعی این گروه است. یکی از مهم ترین شاخص های سلامت روان، سازگاری اجتماعی است [11]. سازگاری اجتماعی شامل تعامل مؤثر فرد با محیط زندگی بوده نشانه های آن داشتن احساسات مثبت درباره خود، شرکت در فعالیت های اجتماعی، لذت بردن از ارتباط با دیگران، احساس آرامش در موقعیت های نا آشنا، داشتن احساسات مثبت درباره دیگران و توانایی تأثیرگذاری بر دیگران است. سازگاری اجتماعی به فرد امکان می دهد که محیط اجتماعی را درک کند، در محیط مشارکت کند و بر فعالیت های گوناگون تسلط یابد [4]. ابعاد سازگاری شامل سازگاری اجتماعی، عاطفی، جسمانی و اخلاقی است که سازگاری اجتماعی پیش درآمد رسیدن به سازگاری عاطفی، اخلاقی و جسمانی تلقی می شود [3].

طی 25 سال گذشته، روان درمانی پویایی کوتاه مدت فشرده، به عنوان یک درمان مؤثر برای بیماران مبتلا به اختلالات شخصیت [7]، تحمل اضطراب پایین و علائم ترکیبی روانپزشکی [24] استفاده شده است. روان درمانی پویایی 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 مؤثر 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 [21].

اختلال شخصیت ضد اجتماعی با طیف گسترده ای از اختلالات، از جمله افزایش میزان جنایت، مصرف مواد، بیکاری، بی خانمانی و مشکلات روابط و نتایج منفی در درازمدت همراه است. بسیاری از بزرگسالان مبتلا، در برهه ای از زندگی خود زندانی می شوند. اگرچه مطالعات پیگیری در درازمدت، به ویژه در نرخ های مجدد بهبودی را نشان داده است [17].

روان درمانی پویایی 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 مؤثر را مشخص کرد که با مدت زمان کوتاه و اثربخشی در طیف وسیعی از بیماران مشخص می شود [21]. در این پژوهش منظور از روان درمانی پویایی کوتاه مدت، پکیج درمانی بیست جلسه ای که طبق رویکرد روان درمانی پویایی کوتاه مدت دوانلو (2000) تهیه شده است.

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 می شود.

اختلال شخصیت ضد اجتماعی "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 ضد اجتماعی به عنوان "الگوی نادیده گرفتن و نقض حقوق دیگران" توصیف شده است [17]. در این پژوهش، نمرات حاصل از پرسشنامه چند محوری میلیون 3 به عنوان ملاک تشخیص اختلال شخصیت ضد اجتماعی در نظر گرفته می شود.

اختلال شخصیت ضد اجتماعی یک اختلال شخصیتی است که معمولاً با ارتکاب مکرر اعمال غیرقانونی، کم توجهی به رفاه دیگران و سطوح بالای پرخاشگری، تکانشگری و فریبکاری همراه است. اغلب با سایر اختلالات شخصیتی که با رفتارهای نمایشی، عاطفی یا نامنظم مرتبط هستند، مانند اختلال شخصیت مرزی، اختلال شخصیت هیستریونیک و اختلال شخصیت خودشیفته همراه است [19].

در نهایت، برای تشخیص اختلال شخصیت ضد اجتماعی باید شواهدی از اختلال سلوک قبل از سن 15 سالگی نیز وجود داشته باشد. اختلال سلوک که یک اختلال دوران کودکی است که با نقض مزمن حقوق دیگران و/یا نقض هنجارهای اجتماعی متناسب با سن مشخص می شود، شامل رفتارهایی است که براساس پنج دسته زیر طبقه بندی می شوند: پرخاشگری نسبت به افراد و حیوانات، تخریب اموال، فریبکاری یا دزدی یا نقض جدی قوانین.

مطالعات اپیدمیولوژیک نشان می دهد که تقریباً 2-4٪ از جمعیت عمومی معیارهای تشخیصی برای اختلال شخصیت ضد اجتماعی را دارند [10]. این اختلال در افراد 24 تا 44 ساله به اوج خود می رسد و علائم معمولاً در سنین 45 تا 65 سالگی کاهش می یابد [19]. از نظر شیوع، اختلال شخصیت ضد اجتماعی در سیستم عدالت کیفری بیش از حد نشان داده شده است، با تخمین ها میزان شیوع بالای 40 تا 60 درصد در میان افراد

زندانی مرد (مولای و کاین، 2020). میزان شیوع اختلال شخصیت ضد اجتماعی همچنین در میان مردان مبتلا به اختلال مصرف الکل که در حال حاضر در مراکز درمانی سوء مصرف مواد و مراکز پزشکی قانونی هستند، بیش از 70٪ است [10]. تحقیقات همچنین نشان می‌دهد که احتمال ابتلای زندانیان مرد به اختلال شخصیت ضد اجتماعی (49٪) بیشتر از زندانیان زن (31٪) است [19].

تحقیقات نشان داده است که افراد مبتلا به اختلال شخصیت ضد اجتماعی معمولاً مردان جوان با تحصیلات ضعیفی هستند که وضعیت اجتماعی-اقتصادی پایینی دارند. در واقع، تخمین زده شده است که مردان شش تا هشت برابر بیشتر از زنان در معرض تشخیص اختلال شخصیت ضد اجتماعی هستند. از آنجایی که اختلال شخصیت ضد اجتماعی با درگیری در رفتارهای پرخطر مشخص می‌شود، تشخیص نیز با افزایش خطر مرگ زودرس همراه است. تحقیقات همچنین ارتباط بین اختلال شخصیت ضد اجتماعی و رفتارهای خودکشی را نشان می‌دهد [19]. مشخص شده است که اختلال شخصیت ضد اجتماعی با چندین اختلال روانی دیگر مانند اختلال نقص توجه و بیش‌فعالی، افسردگی، اضطراب، روان‌پریشی، جسمی و اختلالات مصرف مواد [20] و همچنین سایر اختلالات شخصیتی مانند اختلال شخصیت مرزی، اختلال شخصیت هیستریونیک، اختلال شخصیت خودشیفته و اختلال شخصیت پارانویید [10] بروز می‌کند.

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 ناهوشیارانه 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 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 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 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؟ [2]

اسلوی 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 دان¹ (1996) سازگاری و مهارت اجتماعی را فرایندی می‌دانند که افراد را قادر می‌سازد تا رفتار دیگران را درک و پیش‌بینی کنند، رفتار خود را کنترل کنند و تعاملات اجتماعی خود را تنظیم کنند [1].

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 [1].

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 [1].

منظور از ناسازگاری رفتارهایی هستند که معارض با قوانین پذیرفته شده جامعه، محیط خانواده، کار یا تحصیل هستند [25].

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.

¹ - Slomowski & Dunn

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 [1].

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 خصومت‌آمیز است وجود دارد. درخت در این جریان نه تنها خود را محکم نگه می‌دارد، بلکه خود را وفق می‌دهد، رشد می‌کند و خودش می‌شود [1].

روان درمانی پویایی کوتاه مدت فشرده یک گروه از درمان‌های روان پویایی 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 [22].

مانند سایر روان درمانی‌های پویایی، روان درمانی 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 [15] [23]. 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 [12].

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 [22].

دوانلو (1990) 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 [8] [13]. تغییرات فوری اغلب در باز کردن گره و مراحل انجام کار بیشتر یا تغییرات طولانی مدت در مصاحبه‌های بعدی در طول ماه‌ها و سال‌ها قابل توجه است [22]. 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. [2013]

2- روش شناسی :

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 مردان 19-45 سال مبتلا به اختلال شخصیت ضد اجتماعی محکومین زندان مرکزی سمنان تشکیل می‌دهند. از بین این افراد، تعداد 16 نفر با توجه به تحقیقات مشابه، به شیوه در دسترس انتخاب و با روش تولید اعداد تصادفی در دو گروه جایگزین خواهند شد. در این پژوهش از دو پرسشنامه چند محوری میلیون 3، مقیاس سازگاری اجتماعی برای جمع آوری داده‌ها استفاده شد.

پرسشنامه چند محوری میلیون 3: این پرسشنامه یک ابزار خودسنجی با 175 سوال بلی/خیر است که نسخه تجدیدنظر شده میلیون دو می‌باشد. نسخه اصلی مقیاس توسط میلیون در سال 1977 تدوین شد و از آن زمان تاکنون دوبار مورد تجدید نظر قرار گرفته است. سوالات پرسشنامه تحت 28 مقیاس جداگانه و بر اساس طبقات، 1- شاخص‌های تغییر پذیری؛ افشاگری، مطلوب بودن، وانمود بد، روایی 2- الگوهای شخصیت بالینی؛ اسکیزوئیدی، اجتنابی، افسرده، وابسته، نمایشگر، خودشیفته، ضداجتماعی، پرخاشگر، جبری، منفی گرا و خودناکام 3- آسیب‌های شدید شخصیت؛ اسکیزوتایپی، مرزی و پارانویایی 4- نشانگان بالینی 5- نشانگان شدید بالینی نمره‌گذاری می‌شود که با نظریه شخصیت میلیون و DSM-IV همخوانی دارد. این پرسشنامه دامنه گسترده‌ای از اطلاعات مربوط به شخصیت، سازگاری هیجانی و نگرش مراجعان را می‌سنجد، مخاطبان آن افراد بالای 18 سال و دارای توانایی خواندن حداقل کلاس هشتم می‌باشد. پرسشنامه میلیون از جمله پرسشنامه‌های منحصر به فردی

ست که در آن بر اختلال‌های شخصیت و نشانه‌هایی 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 غرایبی، 1392). در پژوهش چگینی و همکاران (1392) پایایی این پرسشنامه به روش آزمون-بازآزمون در گروه بیمار (0/61 تا 0/79) و در گروه غیر بیمار (0/79 تا 0/97) و پایایی به روش آلفای کرونباخ (0/33 تا 0/78) 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 [5]. 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 در خانه، 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 نوروپیک 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-19 استفاده شد.

3- بحث درباره یافته‌ها

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

گروه کنترل	روان درمانی پویایی کوتاه مدت فشرده		گروه کنترل	گروه کنترل	گروه کنترل
	فراوانی	درصد			
سن	4	37/5	3	34-20 سال	50
	3	50	4	35-49 سال	37/5
	1	12/5	1	50 سال به بالا	12/5
تحصیلات	2	12/5	1	ابتدایی	25
	6	37/5	5	سیکل	75
	0	12/5	2	دیپلم و فوق دیپلم	0
تحصیلات پدر	1	25	2	ابتدایی	12/5
	3	37/5	3	سیکل	37/5
	2	25	2	دیپلم و فوق دیپلم	25
	1	12	1	لیسانس	12/5
	1	0	0	فوق لیسانس	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 آزمایش و کنترل

گروه کنترل	روان درمانی پویایی کوتاه مدت فشرده
------------	------------------------------------

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

نرمال بودن متغیرها

نرمال بودن توزیع داده ها یکی از مهمترین پیش فرض های تمامی آزمون های پارامتریک از قبیل تحلیل کوواریانس است. برای بررسی نرمال بودن توزیع متغیرها در پیش آزمون و پس آزمون از آزمون کالموگروف - اسمیرنوف استفاده شد. در جدول 3، نتایج آزمون کالموگروف - اسمیرنوف برای نرمال بودن توزیع داده ها گزارش شده اند.

جدول 3: نتایج آزمون کالموگروف - اسمیرنوف برای نرمال بودن توزیع داده ها در گروه های آزمایش و کنترل

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

یافته های جدول 3 نشان می دهند که تمام متغیرهای جدول فوق دارای توزیع نرمال می باشند ($p > 0/05$).

همگنی واریانس های متغیر وابسته در گروه ها

برای بررسی این پیش فرض از آزمون لوین استفاده شد. نتایج غیرمعنی دار این آزمون نشانگر همگن بودن واریانس متغیر پژوهش در گروه ها می باشد. در جدول 4، نتایج آزمون لوین برای بررسی همگنی واریانس متغیرهای پژوهش در گروه های آزمایش و کنترل گزارش شده است.

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

متغیر	آماره F	درجه آزادی 1	درجه آزادی 2	p-value
سازگاری اجتماعی	0/46	1	14	0/49

نتایج تحلیل کوواریانس درخصوص اثربخشی روان درمانی 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 5 بررسی تفاوت میانگین سازگاری اجتماعی گروه آزمایش (روان درمانی پویشی کوتاه مدت فشرده) و کنترل حاکی از آن است که با حذف اثر پیش آزمون ها، بین هر دو گروه در سازگاری اجتماعی ($F = 34/01, P < 0/001$)، تفاوت معنادار وجود دارد. با توجه به جدول 2 میانگین نمرات پس آزمون سازگاری اجتماعی در گروه روان درمانی پویشی 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 پویشی کوتاه مدت فشرده بر ارتقاء سازگاری بیماران دچار اختلال شخصیت ضد اجتماعی 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 ضد اجتماعی تایید می شود

4- نتیجه گیری

نتایج پژوهش حاضر نشان داد روان درمانی پویایی کوتاه مدت فشرده (ISTDP) بر افزایش سازگاری اجتماعی بیماران دچار اختلال شخصیت ضد اجتماعی موثر است. در تبیین این یافته باید گفت در روانپوشی کوتاه مدت مراجعین در مورد موضوعات مختلفی صحبت می کنند و درمانگر موضوعات مختلفی می شنود، گوش کردن برای یافتن عناصر مشخص و مهم در درک مراجعین به ما کمک می کند 1 - مطالب ناخودآگاه 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 (فانتزی های ناخودآگاه)، تعارض، دفاع، رویا و تخلیه هیجانات. رویکرد درمانی گروه درمانی روانپوشی 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 پویایی 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 روانپوشی 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 [6].

هدف رویکرد گروه درمانی روانپوشی 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 پویایی کوتاه مدت فشرده معمولاً 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 پویایی 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 پویایی می آموزند که داشتن احساسات شدید و بیان آن احساسات شدید و بیان آن احساسات قابل پذیرش است. در عین 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 [9].

منابع

- [1] پارسامهر، مهربان؛ حدت، الهه. (1395). بررسی رابطه بین هوش هیجانی و سازگاری اجتماعی دانشجویان. توسعه اجتماعی، 11(2): 65-94.
- [2] 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): 89-108.
- [3] ذبیح قاسمی، مریم؛ طهرانی زاده، مریم؛ مردوخ، محمدسعید. (1398). اثربخشی قصه درمانی بر سازگاری اجتماعی و احساس تنهایی کودکان معلول جسمی حرکتی، فصلنامه کودکان استثنایی، 19(2): 16-5.
- [4] سالاری، اسلام؛ حسینی باینوجی، بهنام؛ ابجامة، 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.
- [5] 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): 211-238.
- [6] Abbass, A. (2002). Intensive short-term dynamic psychotherapy in a private psychiatric office: Clinical and cost effectiveness. *American Journal of Psychotherapy*, 56, 225-232.
- [7] Abbass, A. (2016). The emergence of psychodynamic psychotherapy for treatment resistant patients: intensive short-term dynamic psychotherapy. *Psychodynamic psychiatry*, 44(2), 245-280.

- [8] 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.
- [9] Alexander, F., & French, T. M. (2012). *Psychoanalytic therapy: Principles and application*. New York: Ronald Press.
- [10] 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.
- [11] 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.
- [12] Davanloo, H. (1990). *Unlocking the Unconscious: Selected Papers of Habib Davanloo, MD*. Wiley.
- [13] 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.
- [14] Davanloo, H. (2001). *Intensive short-term dynamic psychotherapy: Selected papers of Habib Davanloo*.
- [15] Frederickson, J. (2013). *Co-creating change*. Kansas City, MO: Seven Leaves.
- [16] 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.
- [17] 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).
- [18] 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.
- [19] Mulay, A. L., & Cain, N. M. (2020). Antisocial personality disorder. *Encyclopedia of Personality and Individual Differences*, 206-215.
- [20] 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.
- [21] 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).
- [22] 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.
- [23] Ten Have-De Labije, J., & Neborsky, R. J. (2018). *Mastering intensive short-term dynamic psychotherapy: a roadmap to the unconscious*. Routledge.
- [24] 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.
- [25] Wong, S. C. P., & Hare, R. D. (2007). *Guidelines for a psychopathy treatment program*. MHS.