

موضوع: تاثیر روان درمانی پویایی کوتاه مدت فشرده (ISTDP) بر افزایش بهزیستی روانی 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 :

گاهی موانع و مشکلاتی در زندگی آدمی پدید می آید که سازگاری و در نتیجه تعادل روانی فرد را برهم می زند و باعث بروز اختلالات روانی می شود. هدف پژوهش تعیین تاثیر روان درمانی پویایی کوتاه مدت فشرده بر کاهش نشانگان روانشناختی در بیماران دچار اختلال شخصیت ضد اجتماعی بود. طرح پژوهش کارآزمایی تصادفی کنترل شده با طرح پیش آزمون- پس آزمون و گروه کنترل بود. جامعه آماری را کلیه مردان 19-45 سال مبتلا به اختلال شخصیت ضد اجتماعی بود. 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 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-19 استفاده شد. بررسی تفاوت میانگین هریک از مولفه های نشانگان روان شناختی گروه مداخله (روان درمانی پویایی کوتاه مدت فشرده) و کنترل حاکی از آن است که با حذف اثر پیش آزمون ها، بین هر دو گروه در مولفه های استقلال، تسلط بر خود، رشد شخصی، ارتباط مثبت با دیگران، هدفمندی در زندگی، پذیرش خود و بهزیستی روانی تفاوت معنادار وجود دارد. نتیجه به دست آمده نشان می دهد، درمان روان پویایی باعث می شود ابراز هیجانات ناشی از استرس ها در فضای امن همراه با عدم احساس طرد از سوی درمانگر صورت پذیرد که این امر به رشد این افراد منجر می شود. شدلر (2010) معتقد است درمان روانپویایی افزون بر بینش بالا و اثربخشی معنادار، موجب بهبود طولانی مدت مراجعان می شود. این روش از راه تجربه هیجانی اصلاح کننده موجب می شود فرد در محیطی شایسته فرصت یابد با آن چه در طول زندگی از آن اجتناب کرده، روبه رو شود و شیوه های غیرانطباقی را که برای ارتباط با خود و دیگران (یکی از مولفه های بهزیستی روانی) استفاده می کرده، رها کند.

واژگان کلیدی: روان درمانی پویایی کوتاه مدت، بهزیستی روانی، اختلال شخصیت ضد اجتماعی

1- مقدمه :

اختلال شخصیت ضد اجتماعی یکی از انواع اختلال شخصیت خاص در ویرایش فعلی راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی است. "اختلال شخصیت ضد اجتماعی در این راهنما به عنوان "الگوی نادیده گرفتن و نقض حقوق دیگران" توصیف شده است [13]. یک بررسی سیستماتیک و متاآنالیز شیوع اختلالات شخصیت در جمعیت عمومی بزرگسال در کشورهای غربی، میزان شیوع این اختلال را 3 درصد گزارش کرد [31]. میزان شیوع در مردان بسیار بیشتر از زنان است [20] و نسبت مردان به زنان، 3 به 1 توصیف شده است [33].

اختلال شخصیت ضد اجتماعی با چندین اختلال روانی دیگر مانند اختلالات خلقی، اضطرابی [4][12]، اختلال نقص توجه و بیش فعالی، افسردگی، روان پریشی، جسمانی و اختلالات مصرف مواد [23] و سایر اختلالات شخصیت مانند اختلال شخصیت مرزی، اختلال شخصیت هیستریونی، اختلال شخصیت خودشیفته و اختلال شخصیت پارانوئید همراه است [3]. وجود اختلال شخصیتی که همزمان با یکی دیگر از بیماری های روانی رخ می دهد، ممکن است بر پیامدهای بعدی تأثیر منفی بگذارد [21]. داگلاس و همکاران [10] رابطه بین اختلال شخصیت ضد اجتماعی و رفتارهای مرتبط با خودکشی و افکار خودکشی را در نمونه ای از 682 مجرم مرد بررسی کردند. نتایج نشان داد که ویژگی های شخصیتی مرتبط با اختلال شخصیت ضد اجتماعی، از جمله تکانشگری و تحریک پذیری / پرخاشگری، خطر ابتلا به رفتارهای خودکشی را در افراد افزایش می دهد، در حالی که مشکلات اقتصادی و حقوقی مرتبط با این اختلال ممکن است احتمال تجربه افکار خودکشی را در افراد افزایش دهد. مولای و کین [19] که این مسائل نشان از عدم بهزیستی روانشناختی در این افراد است. ریف بهزیستی روانشناختی را تلاشی برای کمال در جهت تحقق توانایی های 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 [1]. شواهد اخیر نشان می دهند بهزیستی روانشناختی، از جمله داشتن حس هدفمندی و چشم انداز مثبت به زندگی ممکن است خطر ابتلا به بیماری را به طور مستقل از افسردگی یا سایر شاخص های نگرانی روانشناختی کاهش دهد [5].

مداخلات روانشناختی به طور سنتی، درمان اصلی اختلال شخصیت ضد اجتماعی بودند، اما شواهد مبتنی بر آن ضعیف است [20]. طی 25 سال گذشته، روان درمانی پویایی کوتاه مدت فشرده، به عنوان یک درمان موثر برای بیماران مبتلا به اختلالات شخصیت [2]، تحمل اضطراب پایین و علائم ترکیبی روانپزشکی [30] استفاده شده است. روان درمانی پویایی کوتاه مدت فشرده یک مدل مداخله روان درمانی است که توسط حبیب دوانلو [8] 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 [25]. درمانگران روان درمانی پویایی کوتاه مدت فشرده از مداخلات خاصی برای شروع واکنش های هیجانی و کشف عبارات ذهنی، ادراکی و احساسی بیمار و همچنین گرایش های رفتاری استفاده می کنند. این مداخلات شامل دعوت از احساس، حمایت از توانایی مشاهده خود و مقابله با دفاع است [18].

اختلال شخصیت ضد اجتماعی تأثیر قابل توجهی بر افراد، خانواده ها و جامعه دارد. حتی با محافظه کارانه ترین برآورد، به نظر می رسد اختلال شخصیت ضد اجتماعی در مردان شیوع مشابهی با اسکیزوفرنی دارد، شرایطی که بیشترین توجه را از طرف متخصصان بهداشت روان به خود جلب می کند. علاوه بر این، اختلال شخصیت ضد اجتماعی با هزینه های قابل توجهی ناشی از آسیب های روحی و جسمی به مردم، خسارت به اموال، استفاده از وقت پلیس و مشارکت سیستم عدالت کیفری و خدمات زندان همراه است [27].

روان درمانی پویایی کوتاه مدت فشرده یک مدل مداخله روان درمانی است که توسط حبیب دوانلو [8] 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 [25].

ریف بهزیستی روانشناختی را تلاشی برای کمال در جهت تحقق توانایی های 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 [1]. در این پژوهش، نمرات حاصل از پرسشنامه بهزیستی روانشناختی ریف به عنوان میزان بهزیستی روانی فرد در نظر گرفته می شود. از لحاظ تاریخی، بحث های زیادی در مورد اینکه آیا افراد مبتلا به اختلال شخصیت ضد اجتماعی به درمان پاسخ می دهند یا خیر، وجود داشته است، با این حال تعداد فزاینده ای از ادبیات وجود دارد که نشان می دهد مداخلات روانی اجتماعی خاصی وجود دارد که با موفقیت الگوهای رفتاری ناسازگار و مشکلات بین فردی مرتبط با این اختلال را هدف قرار می دهند [19].

اختلالات شخصیت از جمله اختلالات مزمن و سخت در نظر گرفته می شود که منجر به پریشانی بالینی قابل توجه و/یا اختلال در فعالیت های زندگی روزمره 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].

مطالعات اپیدمیولوژیک نشان می‌دهد که تقریباً 2-4٪ از جمعیت عمومی معیارهای تشخیصی برای اختلال شخصیت ضد اجتماعی را دارند (انجمن روانپزشکی آمریکا، 2013). این اختلال در افراد 24 تا 44 ساله به اوج خود می‌رسد و علائم معمولاً در سنین 45 تا 65 سالگی کاهش می‌یابد [19].

یک توضیح محتمل برای میزان شیوع بالای اختلال شخصیت ضد اجتماعی در مراکز پزشکی قانونی و به ویژه زندان‌ها این است که معیارهای تشخیصی برای اختلال شخصیت ضد اجتماعی شامل رفتارهایی است که اغلب با جنایت همراه است [22]. برخلاف سایر اختلالات روانی، تشخیص اختلال شخصیت ضد اجتماعی به طور کلی به عنوان راهی برای تشخیص سطح پریشانی فرد اختصاص داده نمی‌شود. در عوض، اغلب به افرادی اختصاص داده می‌شود که به طور غیرارادی خدمات سلامت روان را در محیط‌های پزشکی قانونی دریافت می‌کنند [24]. 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]. از نظر رشد، اختلال شخصیت ضد اجتماعی با بدرفتاری دوران کودکی، از جمله سوء استفاده فیزیکی، عاطفی و جنسی مرتبط است. تحقیقات نشان داده است که کودکان مبتلا به اختلال سلوک تمایل دارند رفتار دیگران را خصمانه و تهدیدآمیز تعبیر کنند که به نوبه خود، آنها را به سمت ایجاد رفتارهای پرخطرگانه سوق می‌دهد [29]. این کودکان همچنین تمایل به نشان دادن عاطفه منفی، تحمل ناامیدی ضعیف، تحریک پذیری، خلق و خوی انفجاری، بدگمانی، عدم واکنش قابل توجه به تنبیه، رفتارهای احساسات طلبانه و بی مسئولیتی دارند. مطالعه تحقیقاتی دیگری که توسط اوگلاف و همکاران [23] انجام شد اثربخشی روان درمانی گروهی را در نمونه‌ای متشکل از 80 زندانی مرد مورد بررسی قرار داد. به طور کلی، شرکت‌کنندگانی که معیارهای اختلال شخصیت ضد اجتماعی را برآورده کردند، نسبت به افرادی که معیارهای اختلال شخصیت ضد اجتماعی را نداشتند، پیشرفت‌های بالینی کمتری از جمله سطوح پایین‌تر انگیزه برای شرکت در درمان و نرخ بالاتر فرسایش ناشی از برنامه درمانی را نشان دادند. وونگ و هار [32] پیشنهاد کرده‌اند که هنگام کار با افراد مبتلا به اختلال شخصیت ضد اجتماعی، درمان باید بر روی استراتژی‌هایی متمرکز بماند که برای ایجاد تغییر رفتار (مثلاً کاهش رفتار خشونت‌آمیز) در نظر گرفته شده است، برخلاف رویکردهای درمانی روان‌دینامیک سنتی‌تر که هدفشان تقویت بینش است. مؤسسه ملی بهداشت و تعالی بالینی در بریتانیا، در ارتباط با مرکز ملی همکاری برای سلامت روان، اخیراً یک سری توصیه‌های مبتنی بر شواهد را برای کار با افراد مبتلا به اختلال شخصیت ضد اجتماعی ارائه کرده است. مشابه وونگ و هار [32] این توصیه‌ها در مورد اثربخشی مداخلات شناختی و مبتنی بر رفتار که برای هدف قرار دادن رفتارهای توهین‌آمیز طراحی شده‌اند، بحث می‌کنند. به طور خاص، نویسندگان خاطرنشان می‌کنند که افراد مبتلا به اختلال شخصیت ضد اجتماعی نباید به دلیل تشخیص یا رفتار ضد اجتماعی از درمان حذف شوند. آنها همچنین پیشنهاد می‌کنند که پیامدهای تشخیص اختلال شخصیت ضد اجتماعی باید با بیمار (و خانواده بیمار، در صورت لزوم) مورد بحث قرار گیرد، در حالی که برچسب بالقوه ممکن است در نتیجه تشخیص اختلال شخصیت ضد اجتماعی رخ دهد. مهمتر از همه، این دستورالعمل‌ها همچنین ایجاد یک رابطه درمانی مثبت با بیمار مبتلا به اختلال شخصیت ضد اجتماعی را تشویق می‌کند، که شامل ترویج باور به بهبودی و همچنین کار با بیمار به شیوه‌ای بدون قضاوت است. نویسندگان این دستورالعمل‌ها همچنین به توسعه استراتژی‌های مدیریتی برای رفتارهای خشونت‌آمیز و خودکشی برای افرادی که در معرض خطر هستند اشاره می‌کنند. این دستورالعمل‌ها همچنین بر اهمیت تشخیص زود هنگام در میان کودکانی که در معرض خطر ابتلا به اختلال شخصیت ضد اجتماعی در بزرگسالی هستند، تأکید می‌کند [19].

توافق کمی در مورد تعریف کلی "سلامت روان" وجود دارد و در حال حاضر استفاده گسترده‌ای از اصطلاح "سلامت روان" به عنوان یک حسن تعبیر برای "بیماری روانی" وجود دارد. سلامت روانی را می‌توان به عنوان فقدان بیماری روانی تعریف کرد یا می‌توان آن را به عنوان یک حالت وجودی تعریف کرد که شامل فاکتورهای بیولوژیکی، روانشناختی یا اجتماعی است که به وضعیت روانی و توانایی عملکرد یک فرد در محیط کمک می‌کند [18].

مطالعات انجام شده بر روی شخصیت سالم نشان می‌دهد که توحید و یکپارچگی شخصیت بنیان و اساس شخصیت سالم است و توحید و یکپارچگی فرایندی است که دربرگیرنده تمایل فرد به سازمان دادن به رفتار به منظور جستجوی اهداف است و این رفتار هدف جوی سازمان یافته در وهله اول با اهداف جسمانی و مادی و تحقق و ارضای آنها مرتبط است و در شخصیت رشدیافته و بالغ با اهداف عقیدتی و ارضا و تحقق آنها مرتبط است [34].

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 زندگی‌ای 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 شبیر پیشنهاد کردند که تفاوت بین اهداف یک فرد و موقعیت فعلی زندگی بر میزان تأثیر مثبت یا منفی که شخص احساس می‌کند تأثیر می‌گذارد. آبلسون و 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 قبلاً منابع مناسبی برای آنها داشتند. بنابراین، دستیابی به این اهداف به جای علت، نتیجه یک بهزیستی ذهنی بالا خواهد بود [14]. به طور کلی، بهزیستی روانی از دو حوزه گسترده تشکیل شده است: بهزیستی لذت‌گرا و یودایمونیک [15].

در بهزیستی لذت‌گرا 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 دهندگان می‌خواهد «به طور کلی زندگی خود را در این روزها رتبه‌بندی کنند» در مقیاسی از 0 تا 10، جایی که 0 به معنای «بدترین زندگی ممکن در کل» است و 10 به معنای «بهترین زندگی ممکن در کل» بود. انواع معیار کانتریل به طور گسترده در مطالعات متعدد در سراسر جهان مورد استفاده قرار گرفته است و برای اندازه گیری شادی اعتراف شده با زندگی به کار گرفته شده است. شاخص‌های تک ماده‌ای و مقیاس‌های چند ماده‌ای رضایت از زندگی و شادی نیز توسعه یافته و به‌طور گسترده مورد استفاده قرار گرفته‌اند [16].

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 [16].

بهزیستی ایدیومانیک: مقاله ریف (1989) نقطه عطف مهمی در زمینه شادی بود. ریف با الهام گرفتن از دیدگاه ارسطو درباره شادی به عنوان eudaimonia و جاهاودا 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 [16].

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 می‌سجد که مردم به دنبال تعیین سرنوشت و اقتدار شخصی هستند، در جامعه‌ای که گاهی نیاز به اطاعت و تبعیت دارد. با این حال، افراد سالم به دنبال درک ارزش‌ها و ایده‌آل‌های خود هستند. علاوه بر این، افراد سالم، رفتار خود را بر اساس معیارها و ارزش‌های درونی هدایت می‌کنند [16].

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 [28]. مالان [17] پیشنهاد می‌کند که روان درمانی پویایی کوتاه مدت فشرده مهم ترین گام رو به جلو در روان درمانی روان پویایی 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 [28] به زبان ساده، تعارضات درون روانی به عنوان دفاعی در برابر احساسات پنهان دردناک تعریف می‌شوند که هنگام نزدیک شدن به آگاهی آگاهانه، اضطراب را برمی‌انگیزند (مالان، 1979). در روان درمانی 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 [28].

ویژگی بارز روان درمانی پویایی کوتاه مدت فشرده دقتی است که با آن احساسات، اضطراب و دفاع عملیاتی شده و با آن کار می‌شود [9]. یک ناظر برای اولین بار روان درمانی پویایی کوتاه مدت فشرده تعدادی ویژگی متمایز را می‌بیند. عملاً، یک جلسه اولیه 2 تا 3 ساعته "آزمایش درمانی" وجود دارد که در آن درمانگر بر مداخله تمرکز می‌کند و پاسخ بیمار را ارزیابی می‌کند. تحقیقات نشان می‌دهد که این بهترین راه برای ارزیابی مناسب بودن درمان است، با عواملی مانند تشخیص یا شدت تروما که ارزش پیش بینی کمی دارند. همچنین این احتمال وجود دارد که جلسات فیلمبرداری شود تا درمانگر آن را بررسی کرده و در مورد آنها فکر کند. از لحاظ کیفی، لحظه به لحظه تمرکز اشتباهی بر دنیای درونی بیمار وجود دارد - جنبه هایی که به دنبال بیان و تجربه واقعی هستند در مقابل آن بخش‌هایی که مایلند از چنین تماس عمیقی با "خود واقعی" پنهان شوند و اجتناب کنند، متفاوت است. مداخلات درمانگر بسیار فعال و در نگاه اول تقابلی هستند، زیرا "حداقل احترام" به دفاعی که مانع از خود واقعی بیمار می‌شود و رنج او را تداوم می‌بخشد نشان داده می‌شود [6]. 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، ژست ها، زبان بدن، سیگنال‌های اضطراب، علائم جسمانی و غیره - که سرخ‌هایی را در مورد احساسات ناخودآگاه به درمانگر می‌دهد، توجه می‌شود [6] در مجموع، ناظر ممکن است شروع به دیدن اینکه چگونه روان درمانی پویایی کوتاه مدت فشرده با ترکیب عناصر دیگر رویکردها در طیفی از مداخلات متمایز است که حول «فرا روان‌شناسی ناخودآگاه» دوانلو متمایز است. اگرچه این امر بر اساس اصول فرویدی است، مالان [17] به تمایز شدید بین روان درمانی پویایی کوتاه مدت فشرده و تحلیل سنتی اشاره می‌کند:

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

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 **چک لیست نشانه‌های بیماری 90 سوالی تجدیدنظر شده**، مقیاس بهزیستی روانشناختی ریف، برای جمع آوری داده‌ها استفاده شد.

چک لیست نشانه‌های بیماری 90 سوالی تجدیدنظر شده: این چک لیست خودگزارشی توسط دروگاتیس ایجاد شد. هدف از ایجاد آن بررسی نشانه‌های اختلالات روانشناختی در افراد بود، این ابزار هم در موقعیت‌های بالینی و هم در جمعیت عمومی بالای 13 سال که سواد خواندن و نوشتن را دارند، قابل اجرا است. این چک لیست از 90 عبارت توصیفی تشکیل شده است که فرد می‌بایست در طیف لیکرت 5 درجه‌ای (هیچ = 0، کمی = 1، تا حدی = 2، زیاد = 3، خیلی زیاد = 4) به آنها پاسخ دهد. این چک لیست شامل نه بعد اصلی در تشخیص اختلالات روانشناختی جسمانی سازی، اختلال وسواس فکری- عملی، حساسیت بین فردی، افسردگی، اضطراب، خصومت، فوبیا، پارانوئیا، 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 SCL-90 و همه مولفه‌های آزمون MMPI ضریب همبستگی بین 0/18 تا 0/66 می‌باشد. همچنین پایایی آن به روش کرونباخ آلفا و بازآزمایی با فاصله دو هفته محاسبه کردند؛ نتایج همسانی درونی برای هر یک از ابعاد برای هر یک از مولفه‌های جسمانی سازی (0/90)، اختلال وسواس فکری عملی (0/89)، حساسیت بین فردی (0/87)، افسردگی (0/92)، اضطراب (0/88)، خصومت (0/79)، فوبیا (0/79)، پارانوئیا (0/75)، روانپریشی (0/82) و برای کل چک

لیست 0/98 محاسبه شد. همچنین ضریب بازآزمایی برای هر یک از مولفه‌های جسمانی سازی (0/65)، اختلال وسواس فکری عملی (0/89)، حساسیت بین فردی (0/86)، افسردگی (0/73)، اضطراب (0/70)، خصومت (0/84)، فوبیا (0/57)، پارانویا (0/90)، روانپریشی (0/69) و برای کل چک لیست 0/82 محاسبه شد، نقطه برش در این آزمون برای شاخص کلی علائم مرضی 1/06 در نظر گرفته شده است، به عبارت دیگر نمره بالاتر از نقطه به معنی این است که فرد به اختلالات روانی مشکوک است.

مقیاس بهزیستی روانشناختی ریف: نسخه کوتاه (18 سوالی) مقیاس بهزیستی روانشناختی ریف، توسط ریف در سال 1989 طراحی و در سال 2002 مورد تجدیدنظر قرار گرفته است. این نسخه مشتمل بر 6 عامل است. سوال‌های 9، 12 و 18 عامل استقلال؛ سوال‌های 1، 4 و 6 عامل تسلط بر محیط؛ سوال‌های 7، 15 و 17 عامل رشد شخصی؛ سوال‌های 3، 11 و 13 عامل ارتباط مثبت با دیگران، سوال‌های 5، 14 و 16 عامل هدفمندی در زندگی و سوال‌های 2، 8 و 10 عامل پذیرش خود را می‌سنجد. مجموع نمرات این 6 عامل به عنوان نمره کلی بهزیستی روانشناختی محاسبه می‌شود. این آزمون نوعی ابزار خودسنجی است که در یک پیوستار 6 درجه ای از کاملاً موافقم تا کاملاً مخالفم (یک تا شش) پاسخ داده می‌شود که نمره بالاتر، نشان دهنده بهزیستی روانشناختی بهتر است. از بین کل سوالات 10 سوال به صورت مستقیم و 8 سوال به شکل معکوس نمره‌گذاری می‌شود (از سفیدی و فرزند، 2012). همبستگی نسخه کوتاه مقیاس بهزیستی روانشناختی ریف با مقیاس اصلی از 0/7 تا 0/89 در نوسان بوده است [26].

روش جمع آوری اطلاعات به این شکل بود که از بین مبتلایان به اختلال شخصیت ضد اجتماعی محکومین ساکن در زندان مرکزی سمنان تعداد 16 نفر انتخاب و با روش تولید اعداد تصادفی در دو گروه جایگزین شدند. اختلال شخصیت ضد اجتماعی با 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-19 استفاده شد.

3- بحث درباره یافته ها

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 گروه ها

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

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

گروه کنترل		روان درمانی پویشی کوتاه مدت فشرده			
انحرافات استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	وضعیت	متغیرها
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	تسلط 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	10/60	پیش آزمون	هدفمندی در زندگی
1/17	11/15	1/90	11/92	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	بهبودی روانی
7/23	51/54	4/98	62/92	پس آزمون	

با توجه به جدول 2، میانگین نمرات پس آزمون گروه روان درمانی پویشی کوتاه مدت فشرده در متغیر بهبودی روانی (62/90) بالاتر از میانگین نمرات پس آزمون در گروه کنترل (51/54) می باشد.

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

کنترل		روان درمانی پویشی کوتاه مدت		
0/07	0/14	0/09	0/13	استقلال
0/20	0/08	0/07	0/14	تسلط بر محیط
0/09	0/13	0/07	0/14	رشد شخصی
0/07	0/14	0/20	0/08	ارتباط مثبت با دیگران
0/31	0/60	0/31	0/6	هدفمندی در زندگی
0/43	0/78	0/43	0/78	پذیرش خود
0/21	0/32	0/21	0/32	بهبودی روانی

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

برای بررسی این پیش فرض از آزمون لوین استفاده شد. نتایج غیرمعنی دار این آزمون نشانگر همگن بودن واریانس متغیر پژوهش در 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
استقلال	0/07	1	14	0/22
تسلط بر محیط	0/59	1	14	0/51
رشد شخصی	0/18	1	14	0/70
ارتباط مثبت با دیگران	0/05	1	14	0/09

0/65	14	1	0/53	هدفمندی در زندگی
0/76	14	1	0/45	پذیرش خود
0/42	14	1	0/33	بهبودی روانی

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

متغیرها	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	p-value	اندازه اثر
استقلال	257/55	1	257/55	4/43	0/037	0/028
تسلط بر محیط	209/30	1	209/30	6/09	0/015	0/038
رشد شخصی	701/40	1	701/40	13/72	0/001	0/081
ارتباط مثبت با دیگران	438/90	1	438/90	9/83	0/001	0/059
هدفمندی در زندگی	59/11	1	59/11	2/92	0/061	0/018
پذیرش خود	684/04	1	684/04	11/45	0/001	0/068
بهبودی روانی	657/02	1	657/02	20/26	0/001	0/114

با توجه به جدول 5 بررسی تفاوت میانگین هریک از مولفه های بهبودی روانی گروه آزمایش (روان درمانی پویایی کوتاه مدت فشرده) و کنترل حاکی از آن است که با حذف اثر پیش آزمون ها، بین هر دو گروه در مولفه های استقلال ($F = 4/43, P < 0/05$)، تسلط بر محیط ($P < 0/05$)، رشد شخصی ($F = 6/09, P < 0/001$)، رشد مثبت با دیگران ($F = 13/72, P < 0/001$)، ارتباط مثبت با دیگران ($F = 9/83, P < 0/001$)، پذیرش خود ($F = 11/45, P < 0/001$) و متغیر بهبودی روانی ($F = 20/26, P < 0/001$)، تفاوت معنادار وجود دارد. اما در مولفه هدفمندی در زندگی ($F = 2/92, P > 0/05$) بین گروه آزمایش و کنترل تفاوت معنی داری بدست نیامد. میانگین نمرات پس آزمون مولفه های بهبودی روانی در گروه روان درمانی پویایی کوتاه مدت فشرده در مقایسه با میانگین نمرات پس آزمون مولفه های بهبودی روانی در گروه کنترل به طور معنی داری بالاتر می باشد بنابراین روان درمانی پویایی کوتاه مدت فشرده بر ارتقاء بهبودی روانی در بیماران دچار اختلال شخصیت ضد اجتماعی تاثیر معنی داری داشته است. پس فرضیه ما مبنی بر اثربخشی روان درمانی پویایی کوتاه مدت فشرده بر افزایش بهبودی روانی بیماران دچار اختلال شخصیت ضد اجتماعی تایید می شود.

4- نتیجه گیری

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

از سوی دیگر درمان روان پویایی باعث می شود افراد به یکدیگر نزدیک تر شده و روابط صمیمانه تری با دیگران را گزارش کرده اند. افزایش محبت و همدلی با دیگران مخصوصا کسانی که مشکلات مشابهی دارند یکی از مواردی است که باعث روابط گرم و صمیمانه با دیگران می شود. همچنین پس از تجربه حادثه ناگوار، افراد احساس عاطفی و تعامل بیش تری با دوستان و خانواده هایشان را خواهند داشت. در روان درمانی پویایی کوتاه

مدت فشرده درک فرد از خود، رویارویی، چالش و درگیری مستقیم، روشن سازی، حس کفایت و مهارتهای مسئله گشایی، کسب استقلال، مهارتهای مقابله با موقعیت های خطر آفرین و فشار روانی و بسیاری از مهارت ها برای بهبود وضعیت روانی مطلوب و رشد فرد آموزش داده میشود. مراجعین با شرکت در این جلسات به شناخت احساسات و هیجان ها و افکار خود پرداخته و آزمونگر با تغییر افکار آنها را به شناخت رسانده است و نیز آنها را به سمت شیوه های مقابله منطقی 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 می شوند با به چالش کشیدن فکر خود، خطرهای فکری، باورها و افکار غیرمنطقی و نامعقول خود را شناسایی و از بروز مسائل و مشکلات ناشی از استرس جلوگیری کنند و با ارتقاء بهزیستی روانی به رشد فرد کمک نمایند. رواندرمانی پویسی کوتاه مدت به افراد آسیب دیده در افزایش مولفه های مثبت روانی مانند بهزیستی روانی و بهبود سبک چالش آنها در مقابل رویدادهای آسیب زا کمک کرد، تا این افراد کمتر تحت تاثیر رویدادهای ناگوار قرار گرفته و زندگی خود را با آسیبهای روانی سپری کنند.

منابع

- [1] دوست کافی، حیدر؛ حیدری، حسن؛ داودی، حسین؛ زارع بهرام آبادی، مهدی. (1398). مقایسه اثربخشی مشاوره گروهی با روش گشتالت و روانشناسی مثبت بر بهزیستی روان شناختی زنان مبتلا به سرطان ریه. مجله دانشگاه علوم پزشکی قم. ۱۳ (۹) ۸۰۰-۹۰.
- [2]. Abbass, A. (2016). The emergence of psychodynamic psychotherapy for treatment resistant patients: intensive short-term dynamic psychotherapy. *Psychodynamic psychiatry*, 44(2), 245-280.
- [3]. 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.
- [4]. 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.
- [5]. 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.
- [6]. Davanloo, H. (1995). *Unlocking the Unconscious: Selected Papers of Habib Davanloo, MD*. Wiley.
- [7]. 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.
- [8]. Davanloo, H. (2001). *Intensive short-term dynamic psychotherapy: Selected papers of Habib Davanloo*.
- [9]. Della Selva, P. C., & Malan, D. (2018). *Intensive short-term dynamic psychotherapy: Theory and technique*. Routledge.
- [10]. 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.
- [11]. Frederickson, J. (2013). *Co-creating change*. Kansas City, MO: Seven Leaves.
- [12]. 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.
- [13]. 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).
- [14]. 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.
- [15]. Huta, V., & Waterman, A. S. (2013). Eudaimonia and its distinction from hedonia: developing a classification and terminology for understanding conceptual and operational definitions.
- [16]. 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.
- [17]. 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.

- [18].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.
- [19].Mulay, A. L., & Cain, N. M. (2020). Antisocial personality disorder. *Encyclopedia of Personality and Individual Differences*, 206-215.
- [20].National Institute for Health and Care Excellence. (2015). Personality disorders: borderline and antisocial. www.nice.org.uk/guidance/qs88 (accessed prior to 18 August 2020).
- [21].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.
- [22].Ogloff, J. R. (2006). Psychopathy/antisocial personality disorder conundrum. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 40(6-7), 519-528.
- [23].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.
- [24].Pickersgill, M. (2012). Standardising antisocial personality disorder: the social shaping of a psychiatric technology. *Sociology of Health & Illness*, 34(4), 544-559.
- [25].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).
- [26].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.
- [27].Sampson, C. J., James, M., Huband, N., Geelan, S., & McMurrin, M. (2013). Cost implications of treatment non-completion in a forensic personality disorder service. *Criminal Behaviour and Mental Health*, 23(5), 321-335.
- [28].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.
- [29].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.
- [30].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.
- [31].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.
- [32].Wong, S. C. P., & Hare, R. D. (2005). Guidelines for a psychopathy treatment program. MHS.
- [33].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.
- [34].Zare R, ghamari givi, H. (2015). Mental health assessment of divorcing women referred to Ardabil legal Medicine organization. [Persian]