

اثربخشی رفتار درمانی دیالکتیکی بر خودکارآمدی زنان دارای اختلال

شخصیت وابسته شهر تهران

محمد هادی هادیزاده، شکوه نوابی نژاد^{*}، فرزاد، ولی الله^۲ و رحمت الله نورانی پور

تاریخ پذیرش: ۹۶/۲/۱۲

تاریخ دریافت: ۹۵/۶/۲۰

چکیده

اختلال شخصیت الگوی پایداری از رفتار و تجربه درونی است که با انتظارات فرهنگی به مقدار شایان توجهی مغایرت دارد، فراگیر و انعطاف ناپذیر است، در دوران نوجوانی یا بزرگسالی آغاز می‌شود، در طی زمان پایدار است و به پریشانی و اختلال منجر می‌شود یکی از انواع اختلالات شخصیت، اختلال شخصیت وابسته است. این به واقع سازگارانه و طبیعی ست که آدمیان نیازمند برقراری ارتباط با دیگران و یاری گرفتن از آن‌ها باشند، اما در افراد دارای اختلال شخصیت وابسته این نیازهای وابستگی بیش از اندازه بوده و می‌توانند کاملاً مشکل ساز باشند. هدف از این پژوهش بررسی اثربخشی رفتار درمانی دیالکتیکی بر خودکارآمدی زنان دارای شخصیت وابسته است. بدین منظور از میان زنان مراجعه کننده به کلینیک‌های مشاوره شهر تهران تعداد ۳۰ نفر که بر اساس آزمون میلون (MCMI) دارای شخصیت وابسته بودند، به گونه در دسترس انتخاب شده و به صورت تصادفی در گروه‌های آزمایش و گروه کنترل جایگزین شدند. گروه آزمایش در معرض ۱۰ جلسه رفتار درمانی دیالکتیکی و گروه کنترل در فهرست انتظار قرار گرفت. پیش از انجام مداخلات و بلافاصله پس از انجام مداخلات هر دو گروه به وسیله آزمون خودکارآمدی عمومی شرر مورد ارزیابی قرار گرفتند. نتایج تحلیل کوواریانس نشان داد در بین گروه‌های آزمایش و کنترل، با ثابت نگه داشتن اثر پیش آزمون، تفاوت معنادار وجود دارد ($P < 0.01$). در نتیجه اثربخشی رفتار درمانی دیالکتیکی بر بهبود خودکارآمدی زنان دارای شخصیت وابسته تایید می‌شود.

واژه‌های کلیدی: اختلال شخصیت وابسته، رفتار درمانی دیالکتیکی، خودکارآمدی.

^۱ - دانشجوی دکتری مشاوره، دانشگاه آزاد اسلامی واحد علوم و تحقیقات، تهران، ایران.

^۲ - عضو هیئت علمی دانشگاه خوارزمی.

^۳ - عضو هیئت علمی دانشگاه شهید بهشتی.

پیشگفتار

شخصیت عبارتست از الگوی منحصر به فرد و دائمی تجارب درونی و بیرونی که ویژگی خاص هر فرد است. اکثر افراد به گونه‌ای نسبتاً قابل پیش‌بینی و منحصر به فرد به پدیده‌ها واکنش نشان می‌دهند، ولی با این حال، نوعی انعطاف پذیری سازگارانه ویژه دارند (Crawford, 2004). این انعطاف پذیری و انطباق ویژگی است که مبتلایان به اختلال شخصیت از آن محرومند. بر اساس متن تجدیدنظر شده پنجمین ویراست راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی، اختلال شخصیت الگوی پایداری از رفتار و تجربه درونی است که با انتظارات فرهنگی به مقدار شایان توجهی مغایرت دارد، فراگیر و انعطاف ناپذیر است، در دوران نوجوانی یا بزرگسالی آغاز می‌شود، در طی زمان پایدار است و به پریشانی و اختلال منجر می‌شود (American Psychiatric Association, 2013). اختلالات شخصیت از اختلالات مزمنی است که شیوع آن بین ۱۰ تا ۱۵ درصد جمعیت عمومی تخمین زده می‌شود (Aliloo, Ghasempour, Azimi, Akbari, & Fahimi, 2012). یکی از انواع اختلالات شخصیت، اختلال شخصیت وابسته است. این به واقع سازگارانه و طبیعی است که آدمیان نیازمند برقراری ارتباط با دیگران و یاری گرفتن از آن‌ها باشند، اما در افراد دارای شخصیت وابسته این نیازهای وابستگی بیش از اندازه بوده و می‌توانند کاملاً مشکل ساز باشند (James, 1994). در ارزیابی و فهم بالینی موارد دچار اختلال شخصیت وابسته، دو برداشت ذهنی را می‌توان به صورت نمایان یا پنهان دریافت: نخست ناتوانی، بی‌کفایتی و درماندگی مراجع و دوم خطرناکی و ناامنی دنیا. از این رو فرد بدین اندیشه می‌افتد که پشتیبانی توانا، استوار و نیرومند برای خود بیابد که او را در چنان وضعیت ناخوشایندی یاری رسانده و از مهلکه‌ها رهایی بخشد (Bornstein, 2005). برای نخستین بار بارکوب مفهوم حمایت اجتماعی را مطرح کرد. حمایت اجتماعی به عنوان آگاهی تعریف می‌شود که به واسطه آن فرد باور می‌کند که مراقبت شده و دوست داشته می‌شود، دارای ارزش، اعتبار و احترام است، و متعلق به شبکه‌ای از ارتباطات و تعهدات دوسویه می‌باشد (Adler, Beu & Negovan, 2013) حمایت اجتماعی به صورت حمایت دریافتی و ادراک شده مفهوم سازی می‌شود. حمایت اجتماعی دریافتی، اعمالی را در بر می‌گیرد که به وسیله اعضای شبکه اجتماعی انجام می‌شود تا به فردی که نیاز دارد، کمک شود. حمایت اجتماعی ادراک شده، مفهومی است که به ارزیابی‌های ذهنی افراد درباره روابط و رفتارهای حمایتی اشاره دارد (Sarason., Sarason Pierce, 1990). افراد دارای اختلال شخصیت وابسته همواره درباره دریافت حمایت‌های اجتماعی و دریافت کمک از دیگران نگرانی و مشغله دارد و گه‌گاه به صورت افراطی در جست و جوی این حمایت بر می‌آید و با وجود این که ممکن است از نگاه اطرافیان این حمایت برای آن‌ها فراهم شده باشد، اما افراد وابسته آن را کافی نمی‌دانند.

در گونه‌های پر رنگ رو به اختلال، فرد هیچ مسئولیتی بر دوش نمی‌گیرد و نیازهای خودش را مشتاقانه به دیگری واگذار می‌کند حتی اگر بداند که آن دیگری، آدمی درست و دوراندیش نیست. از این رو، فرصتی برای تمرین و آموختن مهارت‌های لازم برای مستقل و خودکفا شدن پیدا نمی‌کنند. اینان در « جرات مندی و قاطعیت ورزی^۱ » و هم چنین « حل مسئله^۲ » و گاه حتی مهارت‌های فروتر دشواری فراوان دارند. این نبود مهارت، ممکن است تنها در روابط بین فردی نباشد. البته ممکن است فرد یک دسته مهارت‌هایی داشته باشد که به دلیل نشناختن و یا سود نجستن از آن‌ها، دچار کاهش توان مندی و شایستگی‌های فردی شده باشد. وابسته نبودن برای چنین افرادی با این باور ذهنی همراه است که « اگر درمانده و ناتوان نباشی، دیگران رهایت می‌کنند». پس با این حال، که جسارتی نشان نمی‌دهند مبادا باعث رنجش و رفتن دیگران شوند، توانایی و شایستگی‌ای نیز نشان نمی‌دهند (Faith, 2009). شیوع این اختلال را ۱۴ درصد از افراد دارای اختلال شخصیت و ۲/۵ درصد از کل جامعه برآورد کرده‌اند و بروز اختلال شخصیت وابسته در زنان در مقایسه با مردان بیش‌تر است (Fossati, Beauchaine, Grazioli,., Borroni, Carretta, DeLinehan. & Dexter- (Mazza, 2008).

مفهوم خودکارآمدی، به وسیله آلفرد بندورا شکل گرفته است که یکی از جنبه‌های نظریه عنوان شناختی - اجتماعی اوست. بندورا، خودکارآمدی را به عنوان یک مفهوم مرکزی ارایه داده که به ادراک توانایی‌ها برای انجام دادن عملی که مطابق میل است، اشاره می‌کند. خودکارآمدی به حس کنترل هر فرد روی محیط و رفتارش وابسته است و باوری شناختی است که تعیین می‌کند، آیا رفتار می‌تواند تغییرات لازم را ایجاد کند؟ چه مقدار تلاش لازم است؟ و تا کی می‌توان در مقابله با موانع و شکست مقاومت کرد؟ خودکارآمدی، به گونه مستقیم با رفتارهای سالم در ارتباط است و به گونه غیر مستقیم روی رفتارهای سالم در راستای رسیدن به اهداف، تاثیر می‌گذارد. خودکارآمدی روی چالش‌هایی که افراد با آن روبه‌رو می‌شوند، اثر می‌گذارد. افراد با خودکارآمدی قوی اهدافی دشوارتر را انتخاب می‌کنند، آن‌ها به موقعیت‌ها و شرایط توجه می‌کنند به جای آن که به موانع اهمیت دهند در نظریه یادگیری اجتماعی، رشد خودکارآمدی به عنوان قضاوت از چگونگی انجام دادن کاری در موقعیت مورد انتظار، مفهوم اصلی فعالیت انسان هاست (KHoshnevisan & Afrooz, 2011).

افراد مبتلا به اختلال شخصیت وابسته مانند دیگر انواع اختلالات شخصیت، به دنبال درمان خود اختلال نیستند بلکه ممکن است به دلیل مشکلاتی که از این اختلال در زندگی‌شان پیش آمده مراجعه نمایند. هدف عمده درمان اختلال شخصیت وابسته آن است که مراجع از انفعال خارج شده

¹ - Assertivness

² - Problem solving

و مستقل شود و بتواند روابط سالمی برقرار نماید (Seligman & Richenberg, 2007). درمان‌های کوتاه مدت در درمان این اختلال معمولاً اولویت داده می‌شود چرا که درمان‌های طولانی مدت ممکن است باعث وابستگی فرد به درمانگر شود (Eskedal & Demetri, 2006). پژوهش‌ها نشان داده‌اند که درمان‌های گروهی اثری مطلوب بر اختلال شخصیت وابسته داشته‌اند (Sperry, 2003).

رویکرد درمانی دیگری که برای درمان اختلالات شخصیت طی دهه گذشته مطرح شده است رفتاردرمانی دیالکتیکی است. رفتاردرمانی دیالکتیکی رویکردی درمانی است که به وسیله مارشا لینهان^۱ (۱۹۹۳) برای درمان بیماران مبتلا به اختلال شخصیت مرزی که به گونه مکرر خودکشی می‌کنند، ابداع شده است. این روش بر سه پایه، رفتارگرایی، فلسفه دیالکتیکال و آیین ذن استوار است. این رویکرد تعامل عوامل زیستی اجتماعی را علت اختلال شخصیت - می‌داند. به این معنا که بیماران مبتلا به اختلال شخصیت افرادی هستند که از نظر زیست شناختی آسیب پذیری هیجانی دارند و در محیط‌هایی که به گونه پی در پی تجربیات درونی و رفتارهای فرد را نامعتبر می‌سازند، پرورش یافته‌اند. آسیب پذیری هیجانی به همراه پرورش در محیط نامعتبرساز موجب می‌شود فرد با نقایصی در توانایی، انگیزش و تنظیم هیجان‌ها و مشکلات زندگی خود روبه‌رو شود (Lienhan, 2008). در رفتار درمانی دیالکتیکی سوگیری درمان در ابتدا تحت کنترل درآوردن فعالیت‌های درمان جو، آموزش مهارت‌های رفتاری و سپس کمک به وی برای احساس بهتر و حل مشکلات در زندگی و در نهایت، کمک به درمان جو برای جست و جوی لذت و حس برتری است (Jebraeli, Babapour & Aliloo, 2013).

با وجود این که شیوع اختلالات شخصیت دسته پ از جمله اختلال شخصیت وابسته نسبت به سایر اختلالات شخصیت بالاتر است، اما درمان این اختلال کمتر مورد بررسی قرار گرفته است (Fossati, Beauchaine, Grazioli,., Borroni, Carretta, DeLinehan. & Dexter-Mazza, 2008).

با وجود اثرهای این اختلال بر کیفیت زندگی و روابط خانوادگی و اجتماعی افراد مبتلا، مطالعات کنترل شده محدودی درباره اثر شیوه‌های درمانی بر بهبود نشانه‌ها آن وجود دارد (Faith, 2009). عمده تلاش‌های انجام گرفته برای درمان این اختلال با استفاده از رویکرد شناختی رفتاری بود که به دلیل مقاومت مبتلایان با این اختلال برای کنار گذاشتن الگوهای وابستگی‌شان و نبود بینش‌یابی عمیق در درمان‌های شناختی-رفتاری، بررسی اثر بخشی روش‌های تازه تر و عمیق تر در درمان این اختلال ضروری به نظر می‌رسد. از آن جا که خودکارآمدی، حمایت اجتماعی ادراک شده و مسایل بین فردی از مهم‌ترین ویژگی‌های افراد مبتلا به شخصیت وابسته است، این پژوهش در پی پاسخ به

¹-Lienhan

این سوال است که آیا رفتار درمانی دیالکتیکی بر خودکارآمدی، حمایت اجتماعی ادراک شده و مشکلات بین فردی زنان دارای شخصیت وابسته موثر است؟

روش پژوهش

روش انجام پژوهش نیمه آزمایشی با طرح پیش آزمون- پس آزمون با گروه کنترل است. جامعه پژوهش را تمامی زنان ۱۹ تا ۳۵ سال شهر تهران که در سال ۱۳۹۴ به مراکز مشاوره شهر تهران مراجعه کرده بر اساس آزمون میلیون ۳ دچار اختلال شخصیت وابسته هستند، تشکیل می‌دهد. از میان تعداد ۳۰ نفر به گونه در دسترس انتخاب شده و به صورت تصادفی در گروههای آزمایش و گروه کنترل جایگزین شدند. گروه آزمایش در معرض ۱۰ جلسه رفتار درمانی دیالکتیکی و گروه کنترل در فهرست انتظار قرار گرفت. پیش از انجام مداخلات، بلافاصله پس از انجام مداخلات و ۳ ماه بعد از انجام مداخلات هر سه گروه به وسیله آزمون خودکارآمدی عمومی شرر مورد ارزیابی قرار گرفتند. در نهایت، نتایج بدست آمده مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت تا تفاوت‌های بین گروهها و مقدار اثر بخشی هریک از مداخلات مشخص شود.

ابزار گردآوری داده‌ها در این پژوهش عبارت بودند از: آزمون بالینی میلیون ۳ و پرسش‌نامه خودکارآمدی شرر. آزمون بالینی میلیون ۳ با ۱۷۵ گویه ی بله/نه است که ۱۴ الگوی بالینی شخصیت و ۱۰ نشانگان بالینی را می‌سنجد و برای بزرگسالان ۱۸ سال به بالا، استفاده می‌شود. این آزمون بر اساس مدل آسیب شناسی روانی ساخته شده است و دو بار از زمان انتشار آن، تجدید نظر شده است (Millon, 1990). این آزمون یکی از پر کاربردترین آزمونهای روانی است که به چندین زبان دنیا ترجمه شده و در پژوهش‌های بین فرهنگی متعددی مورد استفاده قرار گرفته است، از جمله در ایران، دوبار هنجاریابی شده است. برای هنجاریابی پرسش‌نامه ام.سی.ام.آی، از نمره های نرخ پایه به جای نمره استاندارد استفاده شده است. در مورد پایایی آزمون میلیون پنج مجموعه داده وجود دارد که فاصله بازآزمایی در این مطالعات از ۵ روز تا ۶ ماه است. برای مقیاس‌های اختلال شخصیت، همبستگی‌های متوسط ۰/۹۰ گزارش شده است. توان تشخیص کل در تمام مقیاس‌ها از در دامنه ۰/۵۸ تا ۰/۸۳ قرار دارد که نشان می‌دهد این آزمون از اعتبار کارفی برای تشخیص اختلالات شخصیت برخوردار است (Sharif&Karimi, 2007).

مقیاس خودکارآمدی شرر دارای ۱۷ سؤال است که هر سؤال بر اساس مقیاس لیکرت از دامنه کاملاً مخالف تا کاملاً موافق تنظیم می‌شود. نمره‌گذاری مقیاس به این صورت است که به هر ماده از ۱ تا ۵ امتیاز تعلق می‌گیرد. سؤال‌های ۱، ۳، ۸، ۹، ۱۳ و ۱۵ از راست به چپ و دیگر سؤال‌ها به گونه معکوس یعنی از چپ به راست نمره‌گذاری می‌شوند. بنابراین، بیش‌ترین نمره‌ای که فرد می‌تواند از این مقیاس بدست آورد، نمره ۸۵ و کم‌ترین نمره ۱۷ است. این مقیاس به وسیله براتی

(۱۹۹۵) ترجمه و اعتباریابی شده است. بختیاری براتی (۱۹۹۶) برای سنجش روایی سازه ای مقیاس خودکارآمدی عمومی، نمره‌های بدست آمده از این مقیاس را با اندازه‌های چندین ویژگی شخصیتی (مقیاس کنترل درونی و بیرونی راتر، خرده مقیاس کنترل شخصی، مقیاس درجه اجتماعی مارلو و کران و مقیاس شایستگی بین فردی روزنبرگ) همبسته کرد که همبستگی پیش‌بینی شده بین مقیاس خودکارآمدی و اندازه‌های ویژگی‌های شخصیتی متوسط (۰/۶۱) و در سطح ۰/۰۵ (معنادار) و در راستای تایید سازه مورد نظر بود (Keramati, & Sharharay, 2006). هم‌چنین، در پژوهش اصغر زاده (۲۰۰۶) پایانی مقیاس خودکارآمدی با استفاده از آلفای کرونباخ ۰/۸۳ بدست آمده است.

مقیاس حمایت اجتماعی ادراک شده چند بعدی یک ابزار ۱۲ گویه ای است که بمنظور ارزیابی حمایت اجتماعی ادراک شده از سه منبع خانواده، دوستان و افراد مهم در زندگی توسط زیمت و همکاران تهیه شده است. این مقیاس مقدار حمایت اجتماعی ادراک شده فرد را در هر یک از سه حیطه یاد شده در طیف ۷ گزینه ای کاملاً مخالفم تا کاملاً موافقم می‌سنجد. برای بدست آوردن نمره کل این مقیاس، نمره همه گویه‌ها با هم جمع شده و بر تعداد آن‌ها تقسیم می‌شود. نمره هر زیر مقیاس نیز از حاصل جمع نمره‌های گویه‌های مربوط به آن تقسیم بر تعداد گویه‌های آن زیر مقیاس بدست می‌آید. روایی و پایایی این مقیاس توسط زیمت و همکاران در حد مطلوب گزارش شده است. رستمی و همکاران (۱۳۸۹) ضریب آلفای کرونباخ خرده مقیاس‌های حمایت اجتماعی را بین ۰/۷۶ تا ۰/۸۹ محاسبه کرده‌اند. سلیمی، جوکار و نیک پور (۱۳۸۸) پایایی مقیاس را با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ برای سه بعد حمایت اجتماعی دریافت شده از سوی خانواده، دوستان و افراد مهم زندگی به ترتیب ۰/۸۶، ۰/۸۶ و ۰/۸۲ گزارش کرده‌اند (Tamannaefard, leith, & MansouriNik, 2013)

فرم ۳۲ سوالی مقیاس مشکلات بین فردی، یک ابزار خود گزارش دهی است که گویه‌های آن در رابطه با مشکلاتی است که افراد به گونه معمول در روابط بین فردی تجربه می‌کنند. این فرم به وسیله بارخام و همکاران به عنوان یک نسخه کوتاه از فرم اصلی (فرم ۱۲۷ سوالی) بمنظور استفاده از این ابزار در خدمات بالینی طراحی شد. این مقیاس دارای ۶ زیر مقیاس است که عبارتند از: صراحت و مردم آمیزی، گشودگی، حمایت‌گری و مشارکت، پرخاشگری، در نظر گرفتن دیگران و وابستگی به دیگران.

آزاد فلاح و همکاران (۱۳۹۲) روایی و اعتبار این پرسش‌نامه را مورد بررسی قرار دادند. نتایج نشان دادند ضریب تصنیف برای عوامل صراحت و مردم آمیزی، گشودگی، در نظر گرفتن دیگران، پرخاشگری، حمایت‌گری و مشارکت و وابستگی به ترتیب برابر با ۰/۸۰، ۰/۷۰، ۰/۶۱، ۰/۸۸،

۰/۷۷، ۰/۶۱ و برای کل مقیاس ۰/۸۳ به دست آمد. نتایج حاکی از اعتبار مطلوب مقیاس مشکلات بین فردی در این پژوهش می‌باشد.

در زیر شرح جلسه‌های درمان آمده است:

جلسه‌ها	محتوای جلسه‌های رفتار درمانی دیالکتیکی
نخست	ایجاد ارتباط اولیه، جلب اعتماد و همکاری اعضاء گروه آشنایی اعضاء با یکدیگر و کاهش تنش گروهی ارایه منطق درمان و آشنایی با شیوه کار گروهی و مقررات آن توافق بر سر اهداف درمان بررسی پیشنهادهای اعضا برای افزایش بازده آموزش توافق بر سر ساعت و زمان برگزاری جلسه‌ها
دوم	بحث درباره رویدادهای و تجربیات ناخوشایند و چگونگی اثر آن بر هیجان‌های مراجعان بررسی روش‌های کنترل آشفتگی آموزش روش‌های توجه گردانی برای مدیریت آشفتگی ارایه تمرین ثبت موقعیت‌ها و افکار آشفته ساز و اثر استفاده از روش‌های توجه گردانی در مدیریت آشفتگی های هیجانی
سوم	بررسی و مرور تکالیف جلسه قبل ادامه بررسی تکنیکهای آشفته ساز گفت و گو درباره روش پذیرش بنیادین آموزش استفاده از خودگویی در پذیرش بنیادین ارایه تکلیف برای ثبت اثر استفاده از پذیرش بنیادین در مدیریت آشفتگی های هیجانی
چهارم	بررسی تکالیف انجام شده در جلسه قبل و مرور آموخته های دو جلسه گذشته بررسی روش‌های پیشرفته تر تحمل آشفتگی هیجانی نظیر تعیین وقت استراحت، زندگی در زمان حال، خودگویی های تایید گرایانه، راهبردهای مقابله ای جدید ارایه تکلیف مبنی بر استفاده از تکنیکهای متنوع تحمل آشفتگی بسته به شرایط و نوع آشفتگی پیش آمده و نظارت بر مقدار اثرگذاری آنها
پنجم	بررسی و مرور تکالیف جلسه گذشته بحث درباره توجه آگاهانه و اثرات آن در مدیریت آشفتگی ها آموزش روش‌های توجه آگاهی نظیر ذهن خردمند، و شهود ارایه تکلیف مبنی بر انجام مراقبه های آموز داده شده و ثبت اثرات آن در کنترل آشفتگی
ششم	بررسی تکالیف ارایه شده در جلسه قبل اجرای مراقبه ذهن خردمند و دریافت بازخورد از مراجعان درباره احساس‌های تجربه شده

<p>آموزش چگونگی تصمیم گیری بر اساس توجه آگاهانه شامل: عدم قضاوت، پذیرش بینادین، ارتباط آگاهانه ارایه تکلیف مبنی بر توجه آگاهانه روزانه و ثبت تغییرات در آشفتگی ها</p>	<p>هفتم بررسی تمرین ها و تکالیف مربوط به جلسه گذشته گفت و گو درباره هیجان ها و ماهیت آن ها گفت و گو درباره انواع هیجان ها و اثرات گوناگون آن ها بررسی روش های کاهش اثرات هیجان های منفی نظیر: افزایش هیجان های مثبت، عمل کردن برخلاف میل شدید هیجانی ارایه تکلیف مبنی بر ثبت هیجان ها، اثر آن بر ارتباطات بین فردی و چگونگی کاهش هیجان های منفی</p>
<p>بررسی تمرین ها و تکالیف مربوط به جلسه گذشته بحث درباره ارتباط موثر و غیر موثر گفت و گو درباره اثرات و تبعات ارتباطات غیر موثر آموزش تکنیک تناسب خواسته های من با خواسته های دیگران و نسبت خواسته ها و باید ها ارایه تکلیف مبنی بر نظارت بر روش های برقراری ارتباط و استفاده از روش ها در روابط بین فردی</p>	<p>هشتم بررسی تمرینها و تکالیف مربوط به جلسه گذشته ادامه آموزش مهارت های ارتباطی نظیر: شناسایی خواسته ها، تعدیل شدت خواسته ها، نه گفتن، طرح یه درخواست ساده ارایه تکلیف مبنی بر استفاده از روش های آموزش داده شده در زمان و موقعیت مناسب</p>
<p>بررسی تکالیف جلسه گذشته بررسی و مرور جلسه های گذشته و خلاصه آموخته های جلسه های پیشین بررسی پیشرفت ها و مقدار دست یابی به اهداف درمانی بررسی چشم انداز مراجعان نسبت به آینده پایان درمان</p>	<p>نهم برای تجزیه و تحلیل داده های بدست آمده از این پژوهش از نرم افزار SPSS و روش های آمار توصیفی نظیر میانگین، واریانس و انحراف استاندارد و روش های آمار استنباطی از تحلیل کوواریانس چند متغیره استفاده شد.</p>

یافته ها

در جدول ۲ شاخص های توصیفی متغیر خودکارآمدی در دو گروه آزمایش و کنترل و در پیش آزمون و پس آزمون گزارش شده است.

جدول ۲- شاخص‌های آماری مربوط به متغیر خودکارآمدی در پیش‌آزمون و پس‌آزمون گروه کنترل و آزمایش.

گروهها	گروه کنترل		گروه آزمایش	
	متغیر	تعداد	میانگین	انحراف معیار
پیش‌آزمون	۱۲	۳۸/۳۳۳۳	۳۶/۲۵۰۰	۲/۸۶۴۳
پس‌آزمون	۱۲	۳۹/۶۶۶۷	۴۲/۹۱۶۷	۲/۸۴۳۱

همان‌گونه که در جدول ۲ مشاهده می‌شود میانگین نمره‌های دو گروه در پیش‌آزمون تفاوت چندانی را نشان نمی‌دهد، اما این موضوع در پس‌آزمون متفاوت است و بین میانگین‌های دو گروه اختلاف‌هایی مشاهده می‌شود. برای بررسی اثربخشی رفتاردرمانی دیالکتیک از تحلیل کوواریانس استفاده شد. برای استفاده از تحلیل کوواریانس ابتدا پیش‌فرض‌های استفاده از این روش مورد بررسی قرار گرفت. برای بررسی پیش‌فرض نرمال بودن توزیع نمره‌ها از آزمون کلموگروف-اسمیرنف استفاده شد. نتایج آن در جدول ۳ آمده است:

جدول ۳- نتایج آزمون کلموگروف اسمیرنف.

نمره‌ها	شاخص‌ها	میانگین	انحراف استاندارد	سطح معناداری
پیش‌آزمون		۳۷/۲۹	۳/۵۰	۰/۵۴۴
پس‌آزمون		۴۱/۲۹	۳/۶۲	۰/۹۰۷

جدول ۳ نشان می‌دهد که سطح معناداری برای نمره‌های پیش‌آزمون و پس‌آزمون از ۰/۰۵ بیشتر است. بنابراین فرضیه صفر مبنی بر نرمال بودن توزیع نمرات رد نشده و توزیع داده‌ها منطبق بر توزیع نرمال قلمداد می‌شود.

برای بررسی پیش‌فرض همسانی واریانس‌ها از آزمون لوین استفاده شد که نتایج آن در جدول ۴ آمده است:

جدول ۴- نتایج آزمون همگنی واریانس‌های لوین.

نمره‌ها	آماره لوین	درجه آزادی ۱	درجه آزادی ۲	سطح معناداری
پیش‌آزمون	۱/۸۸۷	۱	۲۲	۰/۱۸۳
پس‌آزمون	۰/۷۵۶	۱	۲۲	۰/۳۹۴

با توجه با این‌که سطح معناداری در آزمون لوین برای نمرات پیش‌آزمون و پس‌آزمون بیش‌تر از ۰/۰۵ است بنابراین فرض همسانی واریانس‌ها رعایت شده است.

فرضیه نخست پژوهش: رفتار درمانی دیالکتیکی بر بهبود خودکارآمدی زنان دارای اختلال شخصیت وابسته موثر است (جدول ۵).

جدول ۵- جدول تحلیل کوواریانس.

منابع تغییرات	مجموع مجزورات	درجه آزادی	مجزور میانگین‌ها	F	سطح معناداری	مجزور اتا
پیش آزمون	۱۵۸/۱۶۷	۱	۱۵۸/۱۶۷	۴۰/۷۹۷	۰/۰۰۱	۰/۶۲۷
اثر متغیر مستقل	۱۲۹/۹۸۳	۱	۱۲۹/۹۸۳	۳۳/۵۲۷	۰/۰۰۱	۰/۵۱۵
خطا	۸۱/۴۱۶	۲۱	۳/۸۷۷			

نتایج ارایه شده در جدول ۵ بیانگر آن است که مقدار F تاثیر متغیر همپراش در سطح معناداری کم‌تر از ۰/۰۱ معنادار است. بنابراین، می‌توان اظهار داشت که پیش فرض همبستگی بین متغیر همپراش و متغیر مستقل رعایت شده است. مقدار F برای اثر متغیر مستقل برابر با ۳۳/۵۲۷ محاسبه شده که این مقدار در سطح معناداری ۰/۰۱ معنادار است. بنابراین، می‌توان اظهار داشت در بین گروه‌های آزمایش و کنترل با ثابت نگه داشتن اثر پیش آزمون، تفاوت معنادار وجود دارد. در نتیجه اثربخشی رفتار درمانی دیالکتیکی بر بهبود خودکارآمدی زنان دارای شخصیت وابسته تایید می‌شود.

در جدول ۶ شاخص‌های توصیفی متغیر حمایت اجتماعی ادراک شده در دو گروه آزمایش و کنترل و در پیش آزمون و پس آزمون گزارش شده است.

جدول ۶- شاخص‌های آماری مربوط به متغیر حمایت اجتماعی ادراک شده در پیش آزمون و پس آزمون گروه کنترل و آزمایش.

گروه‌ها	تعداد	میانگین	انحراف معیار	گروه کنترل	تعداد	میانگین	انحراف معیار	گروه آزمایش
پیش آزمون	۱۲	۳/۴۱۶۷	۰/۹۰۰۳	۱۲	۳/۰۰۰۰	۰/۸۵۲۸		
پس آزمون	۱۲	۳/۵۰۰۰	۰/۹۰۴۵	۱۲	۴/۵۸۳۳	۰/۶۶۸۵		

همان‌گونه که در جدول ۶ مشاهده می‌شود، میانگین نمرات دو گروه در پیش آزمون تفاوت چندانی را نشان نمی‌دهد، اما این موضوع در پس آزمون متفاوت است و بین میانگین‌های دو گروه اختلاف‌هایی مشاهده می‌شود. برای بررسی اثربخشی رفتار درمانی دیالکتیک از تحلیل کوواریانس استفاده شد. برای استفاده از تحلیل کوواریانس ابتدا پیش فرض‌های استفاده از این روش مورد بررسی قرار گرفت.

جدول ۷- نتایج آزمون کلموگروف اسمیرنوف.

نمره‌ها	شاخص‌ها	میانگین	انحراف استاندارد	سطح معناداری
پیش آزمون	۳/۴۵۸۳	۰/۸۸۳۶	۰/۰۶۸	
پس آزمون	۳/۷۹۱۳	۱/۱۰۲۵	۰/۱۲۱	

جدول ۷ نشان می‌دهد که سطح معناداری برای نمرات پیش آزمون و پس آزمون از ۰/۰۵ بیشتر است. بنابراین، فرضیه صفر مبنی بر نرمال بودن توزیع نمره‌ها رد نشده و توزیع داده‌ها منطبق بر توزیع نرمال قلمداد می‌شود.

برای بررسی پیش فرض همسانی واریانس‌ها از آزمون لوین استفاده شد که نتایج آن در جدول ۴ آمده است:

جدول ۸- نتایج آزمون همگنی واریانس‌های لوین.

نمره‌ها	شاخص‌ها	آماره لوین	درجه آزادی ۱	درجه آزادی ۲	سطح معناداری
پیش آزمون	۰/۰۲۳	۱	۲۲	۰/۹۱۸	
پس آزمون	۰/۲۶۲	۱	۲۲	۰/۶۱۴	

با توجه با این که سطح معناداری در آزمون لوین برای نمرات پیش آزمون و پس آزمون بیشتر از ۰/۰۵ است، بنابراین فرض همسانی واریانس‌ها رعایت شده است.

فرضیه دوم پژوهش: رفتار درمانی دیالکتیکی بر بهبود حمایت اجتماعی ادراک شده زنان دارای اختلال شخصیت وابسته موثر است (جدول ۹).

جدول ۹- جدول تحلیل کوواریانس.

منابع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	مجدور میانگین‌ها	F	سطح معناداری
پیش آزمون	۱/۱۳۰	۱	۱/۱۳۰	۲/۰۱۴	۰/۱۷۱
اثر متغیر مستقل	۱۴/۶۱۳	۱	۱۴/۶۱۳	۲۶/۰۳۵	۰/۰۰۱
خطا	۸۱/۴۱۶	۲۱	۳/۸۷۷		

نتایج ارایه شده در جدول ۹ بیانگر آن است که مقدار F تاثیر متغیر هم‌پراش در سطح معناداری بیشتر از ۰/۰۵ معنادار است. بنابراین، می‌توان اظهار داشت که پیش فرض همبستگی بین متغیر هم‌پراش و متغیر مستقل رعایت نشده است. مقدار F برای اثر متغیر مستقل برابر با ۲۶/۰۳۵ محاسبه شده که این مقدار در سطح معناداری ۰/۰۱ معنادار است. بنابراین، می‌توان بیان کرد در بین گروه‌های آزمایش و کنترل، با ثابت نگه داشتن اثر پیش آزمون، تفاوت معنادار وجود

دارد. در نتیجه اثربخشی رفتار درمانی دیالکتیکی بر بهبود حمایت اجتماعی ادراک شده زنان دارای شخصیت وابسته تایید می‌شود.

جدول ۱۰- شاخص‌های آماری مربوط به متغیر مشکلات بین فردی در پیش‌آزمون و پس‌آزمون گروه کنترل و آزمایش.

متغیر	گروه کنترل		گروه آزمایش	
	تعداد	میانگین	تعداد	میانگین
پیش‌آزمون	۱۲	۱۰۷/۰۸۲۵	۱۲	۱۰۷/۴۲۵۳
پس‌آزمون	۱۲	۱۰۷/۵۸۱۲	۱۲	۹۹/۹۲۳۶

همان‌گونه که در جدول ۱۰ مشاهده می‌شود، میانگین نمره‌های دو گروه در پیش‌آزمون تفاوت چندانی را نشان نمی‌دهد، اما این موضوع در پس‌آزمون متفاوت است و بین میانگین‌های دو گروه اختلاف‌هایی مشاهده می‌شود. برای بررسی اثربخشی رفتار درمانی دیالکتیک از تحلیل کوواریانس استفاده شد. برای استفاده از تحلیل کوواریانس ابتدا پیش‌فرض‌های استفاده از این روش مورد بررسی قرار گرفت.

جدول ۱۱- نتایج آزمون کلموگروف اسمیرنوف.

نمره‌ها	شاخص‌ها	میانگین	انحراف استاندارد	سطح معناداری
پیش‌آزمون		۱۰۷/۳۳۱۸	۴/۵۳۹۱	۰/۶۰۱
پس‌آزمون		۱۰۳/۶۷۴۴۵	۳/۸۳۶۱	۰/۷۶۰

جدول ۱۱ نشان می‌دهد که سطح معناداری برای نمره‌های پیش‌آزمون و پس‌آزمون از ۰/۰۵ بیشتر است. بنابراین فرضیه صفر مبنی بر نرمال بودن توزیع نمره‌ها رد نشده و توزیع داده‌ها منطبق بر توزیع نرمال قلمداد می‌شود.

برای بررسی پیش‌فرض همسانی واریانس‌ها از آزمون لوین استفاده شد که نتایج آن در جدول ۱۲ آمده است:

جدول ۱۲- نتایج آزمون همگنی واریانس‌های لوین.

نمره‌ها	شخص‌ها	آماره لوین	درجه آزادی ۱	درجه آزادی ۲	سطح معناداری
پیش‌آزمون		۰/۵۳۶	۱	۲۲	۰/۲۳۶
پس‌آزمون		۰/۴۹۱	۱	۲۲	۰/۳۲۷

با توجه با اینکه سطح معناداری در آزمون لوین برای نمره‌های پیش‌آزمون و پس‌آزمون بیشتر از ۰/۰۵ است بنابراین، فرض همسانی واریانس‌ها رعایت شده است.

فرضیه سوم پژوهش: رفتار درمانی دیالکتیکی بر بهبود مشکلات بین فردی زنان دارای اختلال شخصیت وابسته موثر است (جدول ۱۳).

جدول ۱۳- جدول تحلیل کوواریانس.

منابع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	مجذور میانگین‌ها	F	سطح معناداری
پیش آزمون	۴۴۶/۵۶	۱	۴۴۶/۵۶	۱۴/۲۳۹	۰/۰۰۱
اثر متغیر مستقل	۳۱۷/۶۵۳	۱	۳۱۷/۶۵۳	۲۰/۲۵۷	۰/۰۰۱
خطا	۴۶۸/۰۹۱	۲۱	۱۵/۶۸۷		

نتایج ارایه شده در جدول ۱۳ بیانگر آن است که مقدار F تاثیر متغیر همپراش در سطح معناداری بیش‌تر از ۰/۰۵ معنادار است. بنابراین، می‌توان اظهار داشت که پیش فرض همبستگی بین متغیر همپراش و متغیر مستقل رعایت نشده است. مقدار F برای اثر متغیر مستقل برابر با ۲۰/۲۵۷ محاسبه شده که این مقدار در سطح معناداری ۰/۰۱ معنادار است. بنابراین، می‌توان اظهار داشت در بین گروه‌های آزمایش و کنترل، با ثابت نگه داشتن اثر پیش آزمون، تفاوت معنادار وجود دارد. در نتیجه اثربخشی رفتار درمانی دیالکتیکی بر بهبود مشکلات بین فردی زنان دارای شخصیت وابسته تایید می‌شود.

بحث و نتیجه‌گیری

سوالی که در این پژوهش مطرح شد این بود که آیا رفتار درمانی دیالکتیکی می‌تواند بر خودکارآمدی زنان وابسته اثر گذار باشد. نتایج بدست آمده نشان داد گروه زنان وابسته ای که در معرض ۱۰ جلسه رفتار درمانی دیالکتیک قرار گرفتند در مقایسه با گروهی که این درمان را دریافت نکرده و در فهرست انتظار قرار داشتند، تغییر معناداری در خودکارآمدی نشان دادند به گونه‌ای که مقدار خودکارآمدی آن‌ها در پایان دوره درمان افزایش یافته بود. این بدان معناست که رفتار درمانی دیالکتیکی بر خودکارآمدی زنان دارای شخصیت وابسته موثر بوده است. پژوهش‌های اندکی در ارتباط با اثر رفتار درمانی دیالکتیکی بر بهبود نشانه‌های اختلال شخصیت وابسته انجام شده است. با این حال، نتایج این پژوهش با برخی پژوهش‌های مشابه مقایسه و بررسی می‌شوند.

نتایج پژوهش تا حدودی با نتیجه پژوهش‌های مشابه در ارتباط است. در پژوهشی به بررسی اثربخشی آموزش فردی مهارت رفتار درمانی دیالکتیک در بهبود افسردگی و افکار خودکشی بیماران افسرده پرداخته شد. نمونه‌ها به روش نمونه‌گیری در دسترس از بین بیماران با تشخیص افسردگی اساسی که به درمانگاه بیمارستان تخصصی اعصاب و روان ۵۰۵، مراجعه کردند، انتخاب شدند. ۹ بیمار در گروه مداخله و ۹ بیمار در گروه شاهد شرکت کردند. بیماران گروه مداخله مورد درمان

دارویی و آموزش مهارت های رفتاردرمانی دیالکتیک در جلسه های فردی، هفته ای یک جلسه به مدت ۶ ماه و ۲۰ جلسه قرار گرفتند و بیماران گروه شاهد فقط مورد درمان دارویی قرار گرفتند. بیماران در جلسه نخست و آخر با مقیاس افسردگی بک (BDI) و پرسش نامه دلایل زندگی لینهان (RFL)، مورد سنجش قرار گرفتند. داده ها با استفاده از روش تحلیل کوواریانس، تحلیل شد. نتایج، کاهش معناداری در نمره های افسردگی ($p=0/001$) و افزایش معناداری در نمره های دلایل زندگی ($p=0/008$) بیماران گروه مداخله نسبت به گروه شاهد نشان داد. (Alizadeh, Alizadeh & Mohammadi, 2013). از آن جا که افسردگی با احساس خودکارآمدی پایین در ارتباط است و رفتار درمانی دیالکتیکی در بهبود نشانه های افسردگی موثر بوده است می توان اظهار داشت که نتایج دو پژوهش همپوشی هایی دارند. با این حال، با توجه به تفاوت دو نمونه و تفاوت دو متغیر وابسته مورد اندازه گیری در دو پژوهش، این نتایج بهتر است با احتیاط تفسیر شود.

در پژوهشی ابوالقاسمی و جعفری به تعیین اثربخشی رفتار درمانی دیالکتیکی بر تصویر بدنی و خودکارآمدی در دختران مبتلا به پرخوری عصبی پرداختند. این پژوهش به صورت شبه تجربی بود که در آن از طرح پیش آزمون- پس آزمون با گروه کنترل استفاده شد. نمونه پژوهش ۴۰ آزمودنی بود که از میان دانش آموزان دختر دبیرستانی دارای پرخوری عصبی شهر اردبیل انتخاب و به صورت تصادفی در گروه های آزمایش (رفتار درمانی دیالکتیکی) و فهرست انتظار گمارده شدند. گروه آزمایش در ۱۲ جلسه به صورت گروهی مورد رفتار درمانی دیالکتیکی قرار گرفتند. برای گردآوری داده ها، از پرسش نامه عادات خوردن، پرسش نامه تصویر بدنی منفی و مقیاس خودکارآمدی استفاده شد. داده های پژوهش با روش تحلیل کواریانس تجزیه و تحلیل شدند. نتایج آزمون تحلیل کواریانس نشان دادند که رفتار درمانی دیالکتیکی نشانه های پرخوری مرضی و تصویر بدنی منفی را به گونه ای معنی دار کاهش و خودکارآمدی را افزایش می دهد (Abolghasemi & Jafari, 2012). نتایج پژوهش یاد شده نیز با این پژوهش در ارتباط است. رفتار درمانی دیالکتیکی در هر دو پژوهش منجر به ارتقای احساس خودکارآمدی در گروه نمونه شده است. با این وجود، تفاوت در دو گروه نمونه احتیاط در مقایسه نتایج دو پژوهش را ضروری می سازد.

همچنین، این پژوهش نشان داد که رفتار درمانی دیالکتیکی بر بهبود مشکلات بین فردی زنان وابسته موثر است. این نتایج با نتایج پژوهش صالحی و همکاران همسوست. در این پژوهش به بررسی مقدار اثربخشی دو روش آموزش تنظیم هیجان مبتنی بر مدل فرایند گراس و رفتار درمانی دیالکتیک در کاهش نشانه های مشکلات هیجانی (افسردگی، اضطراب، حساسیت بین فردی و خصومت) دانشجویان پرداخته شد. یافته ها نشان دادند هر دو روش آموزش، به یک اندازه منجر به کاهش نشانه های حساسیت بین فردی دانشجویان شدند. روش آموزش مبتنی بر رفتار درمانی دیالکتیک منجر به کاهش نشانه های افسردگی دانشجویان شد. هر دو روش آموزش، منجر به

کاهش نشانه‌های اضطراب شدند اما تاثیر آن‌ها متفاوت بود (Salehi, Baghban, Bahrami & Ahmadi, 2012). با وجود این‌که یافته‌های هر دو پژوهش بیانگر اثرگذاری رفتاردرمانی دیالکتیکی بر روابط مشکلات بین فردی و حساسیت بین فردی است، اما با توجه به تفاوت در نوع ابزار اندازه‌گیری و تفاوت در گروه نمونه این مقایسه بهتر است با احتیاط انجام گیرد.

اثربخشی رفتار درمانی دیالکتیکی بر حمایت اجتماعی ادراک شده زنان وابسته که در این پژوهش مورد تایید قرار گرفت تا حدودی به وسیله نتیجه بدست آمده از پژوهش بابایی و همکاران (۲۰۱۵) نیز تایید می‌شود. بابایی و همکاران (۲۰۱۵) به بررسی اثربخشی رفتار درمانی دیالکتیکی بر حمایت ادراک شده بیماران مبتلا به کرونر قلبی پرداختند. این مطالعه شبه تجربی بر روی ۳۰ نفر از بیماران کرونری قلب مراجعه کننده به بیمارستان قلب حضرت فاطمه زهرا (س) شهرستان ساری انجام شد. بیماران به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل قرار گرفتند. ابتدا دوره هر دو گروه آزمایش و کنترل در مرحله پیش آزمون پرسش‌نامه‌های حمایت اجتماعی ادراک شده فیشر و کوکوران و مقیاس پردازش هیجانی تجدید نظر شده ویمز و پینا را تکمیل کردند سپس گروه آزمایش در معرض ۶ جلسه ۶۰ دقیقه‌ای رفتار درمانی دیالکتیکی قرار گرفت در حالی‌که گروه کنترل این مداخله را دریافت نکرد. نتایج نشان داد بین دو گروه در پس آزمون تفاوتی معنادار وجود داشته و رفتار درمانی دیالکتیکی بر بهبود حمایت اجتماعی ادراک شده اثر گذار بود (Babaie, Fakhri, Jadidi & Salehi Omran, 2015).

یکی از روش‌های بکار رفته در رفتار درمانی دیالکتیکی به کار بردن مهارت تحمل آشفتگی است. این مهارت به فرد کمک می‌کند تا با وقایع آشفته ساز بهتر مقابله کند. این مهارت‌ها فرد را مقاوم‌تر بار می‌آورد و شیوه‌های نوین به او یاد می‌دهند تا بتواند اثرات آشفته ساز شرایط را کاهش دهد. یادگیری این شیوه‌های نوین که با استفاده از روش‌های گوناگون مانند: فعالیت‌ها، مشارکت‌ها، مقایسه، هیجان‌ها، فرونشانی، افکار جایگزین و تقویت حس‌ها انجام می‌شود، احساس کنترل و خودکارآمدی فرد را در مواجهه با مشکلات و ناراحتی‌ها کاهش می‌دهد (Aliloo, Ghasempour, Azimi, Akbari, & Fahimi, 2012). از آن‌جا که یکی از ویژگی‌های افراد دارای اختلال شخصیت وابسته ضعف در حل مسأله است (Faith, 2009)، رفتار درمانی دیالکتیکی آموزش‌های لازم برای این افراد را فراهم می‌کند تا با ارتقاء آن بتوانند ادراک توانمندی و موثر بودن و سرانجام خودکارآمدی را بهبود بخشند.

واسیر و تلج (۱۹۹۹) یکی از دلایل عمده در بروز مشکلات بین فردی را ضعف در تنظیم هیجان‌ها می‌دانند. آن‌ها برای بهبود راهبردهای تنظیم هیجان، رفتار درمانی دیالکتیکی را از روش‌های موثر و مفید می‌دانند چرا که یکی از اهداف رفتار درمانی دیالکتیکی افزایش مهارت‌های رفتاری از قبیل آموزش مهارت‌های بین فردی و تنظیم هیجانی است. برای مثال تمرکز بر

مهارت‌هایی ماند مشاهده کردن، شرح و توصیف حالات هیجانی، دیدگاه قضاوت گرانه نداشتن، هشیار بودن و تمرکز بر آنچه که در یک موقعیت خاص، کارا و موثر است می‌تواند به بهبود هیجان‌ها در روابط بین فردی کمک نماید. درمانگر با رویکرد رفتار درمانی دیالکتیکی مراجعان را تشویق می‌کند تا افکار و هیجان‌ها را به صورت کامل تجربه کند بدون آن‌که آن‌ها را سرکوب کند، در مورد آن‌ها قضاوت ارزشی کند و هیجان‌های ثانویه ای مثل شرم و گناه را تجربه کند. با توجه به این‌که مشکلات بین فردی یکی از نشانه‌های عمده افراد دارای اختلال شخصیت وابسته است، لذا مهارت‌های تنظیم هیجانی، نقشی اساسی در درمان این اختلال دارد و رفتار درمانی دیالکتیکی با تمرکز بر این ویژگی می‌تواند در بهبود مهارت‌های بین فردی و کاهش مشکلات موثر واقع شود.

باورهای فراوانی پیرامون سبب شناسی اختلال شخصیتی وابسته مطرح شده است. مطالعات ابتدایی پیرامون خصوصیات شخصیتی وابسته از بعد روانکاوی صورت گرفت (Bornstein, 1996). پاسخ به تجربیات اولیه در خانواده، منجر به شکل‌گیری ساختارهای شناختی می‌شود. افراد ممکن است باورها و بازنمودهای ذهنی درباره‌ی خودکارآمدی و قدرت دیگران در ذهن خود پرورش دهند (Perry, 2005). یک مفهوم شناختی ممکن است این باشد که این افراد ابتدا حس بی‌کفایتی و درماندگی می‌کنند و سپس به این نتیجه می‌رسند که بهترین راه برای رفع این مشکل یافتن کسی است که قدرت رویارویی با مشکلات و توانایی حمایت از آن‌ها را دارد. بنابراین، این افراد ممکن است بازنمودهای ذهنی از ناتوانی، بی‌کفایتی و شکست از خود در ذهن‌شان ترسیم کنند. این امر موجب می‌شود فرزندان برای نجات خود در پی شخصی برای تکیه کردن باشند. بنابراین، در صورتی که روشی برای ارتقاء احساس خودکارآمدی در زنان مبتلا به شخصیت وابسته وجود داشته باشد، می‌تواند به تمایل مرضی آن‌ها برای دریافت حمایت از دیگری و وابستگی‌شان کم کند.

References

- Abolghasemi, A. & Jafari, A. (2012). Effectiveness of dialectic behavior therapy on body image and self-efficacy of Girls with bulimia nervosa. *Clinical psychology* 2 (14) 35-45, (Persian)
- Adler Constantinescu, C., Beu, E-C., & Negovan, V. (2013). Perceived social support and perceived self-efficacy during adolescence. *Social and Behavioral Sciences*, 78, 275 – 279.
- Aliloo, M; Ghasempour, A; Azimi, Z; Akbari, E & Fahimi, S. (2012). Role of emotion regulation strategy in prediction of borderline personality traits. *Thought & Behavior in Clinical Psychology*: 6(24) 9-18 (Persian)
- Alizadeh, A. Alizadeh, E. & Mohammadi, A. (2013). Effectiveness of individual dialectical behavior therapy skills training on major depression. *Psycho nursing* 1(2) 62-69 (Persian)

- AsgharNezahd, T. Ahmadi, M. Farzad V. & KhodaPanahi, M. (2006). Study the Psychometric characteristics of Sherer self-efficacy scale. *Psychology* 3(39) 262-274 (Persian)
- American psychiatric association (2015). *Diagnostic and statistical Manual of disorders*. Translated by Y, Seyyed Mohammadi (2016). Tehran: Arasbaran (Persian).
- Babaei, L. Fakhri M.K. Jadidi, M. Salehi Omran, M.T. (2015). The Impact of Dialectical Behavior Therapy on Emotion Regulation and Perceived Social Support in Patients with Coronary Heart Disease. *J Babol Univ Med Sci*. 2015;17(11):21-7.
- Bornstein, R. F. (1996). Dependency. In C. G. Costello (Ed.), *Personality Characteristics of the Personality Disordered* (pp. 120-145). New York: John Wiley & Sons, Inc.
- Crawford, T.N. Cohen, P. Johnson, j.G. Sneed joel, R. & Brook, j. (2004). The course and Psychosocial correlates of personality disorder symptoms in adolescence: Erikson s developmental theory revisited. *J Youth Adolesc* . 2004, 33:373-387.
- Eskedal, G. A., & Demetri, J. M. (2006). Etiology and treatment of cluster C personality disorders. *Journal of Mental Health Counseling*, 28, 1-18.
- Faith, Ch. (2009). *Dependent Personality Disorder: A Review of Etiology and Treatment*. *Graduate Journal of Counseling Psychology* Volume 1, Issue 2 Spring 2009 Article7
- Fossati, A., Beauchaine, T. P., Grazioli, F., Borroni, S., Carretta, I., DeLinehan, M.M., & Dexter-Mazza, E.T. (2008). Dialectical Behavior Therapy for Borderline Personality Disorder. In D.H. Barlow (Ed.), *Clinical handbook of psychological disorders: a step-by-step treatment manual* (pp. 365-420). New York, NY: The Guilford Press.
- James, O. (1994). *The Dependent Personality and Interpersonal Problems*. *Journal of Nervous & Mental Disease: January 1996 - Volume 184 - Issue 1 - pp 8-16*
- Jebraeli, Sh. Babapour, Kh. & Aliloo, M. (2013). Effectiveness of dialectical behavior therapy on symptoms of borderline personality disorder. *Clinical psychology: 3(11)* 121-138 (Persian)
- Keramati, H. & Sharharay, M. (2006). Role of self-efficacy on math performance. *Educational innovations*, 3 (10), 103-115. (Persian)
- Khoshnevisan, Z. & Afrooz, G. (2011). Relationship between self-efficacy, depression, anxiety and stress. *Thought & Behavior in Clinical Psychology: 5(20)* 31-42 (Persian)
- Linehan, M.M., & Dexter-Mazza, E.T. (2008). Dialectical Behavior Therapy for Borderline Personality Disorder. In D.H. Barlow (Ed.), *Clinical handbook of psychological disorders: a step-by-step treatment*

- Linehan, M. M., Schmidt, H., Dimeff, L. A., Kanter, J. W., Craft, J. C., Comtois, K. A., & Recknor, K. L. (1993). Dialectical Behavior Therapy for Patients with Borderline Personality Disorder and Drug-Dependence. *American Journal on Addiction*, 8, 279-292.
- Perry, J. C. (2005). Dependent personality disorder. In G. O. Gabbard, J. S. Beck, & J. Holmes (Eds.), *Oxford Textbook of Psychotherapy* (pp.321-328). Oxford, NY: Oxford University Press Inc.
- Salehi, A; Baghban, I; Bahrami, F & Ahmadi, S. (2012). Effectiveness of emotion regulation training based on Gross process model and dialectic behavior therapy on emotional problems. *Research in medical science* 3(14). 56-68 (Persian).
- Sarason, B.R., Sarason, I.G., & Pierce, G.R. (Eds.). (1990). *Social support: An interactional view*. New York: John Wiley & Sons.
- Seligman, L. & Reichenberg, L. W. (2007). Personality disorders. In
- Sperry, L. (2003). *Handbook of diagnosis and treatment of DSM-IV-TR personality disorders* (2nd ed.). New York: Brunner-Routledge
- TamannaieFard, M. Leith, H. & Mansouri nik, A. (2013). Relationship between perceived social support and self-efficacy of student. *Social Psychology* 8 (28). 31-39 (Persian)