



اثربخشی درمان پذیرش و تعهد بر وابستگی بین‌فردی و کنترل عمل افراد مبتلا به
اختلال شخصیت وابسته*

Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy on
Interpersonal Dependency and Action Control of Individuals
with Dependent Personality Disorder

Golnaz Mazaheri Nejad Fard

Farideh Hosseinsabet

Ahmad Borjali

گلناز مظاهری نژاد فرد**

فریده حسین‌ثابت***

احمد برجعلی****

Abstract

Dependent personality disorder is a chronic disorder which associated with the need to be taken care of. The present study aimed to investigate the effectiveness of acceptance and commitment therapy on decreasing interpersonal dependency and increasing action control of individuals with dependent personality disorder. This study conducted semi-experimentally with pretest-posttest control group design and two-month follow up period. From all individuals with dependent personality disorder who attended to psychotherapy clinics of Shahre-Ghods and District 22 Municipality of Tehran, 18 individuals were selected via convenience sampling method and then randomly assigned into two experimental and control groups (with 9 members). Dependent Personality Disorder Inventory-Revised (2007), Interpersonal Dependency Inventory (1977), and Action Control Scale-Revised (2000) were applied to collect data. The members of experimental group were treated via the use of Acceptance and Commitment Therapy protocol in 11 sessions, each lasted 70 minutes. Eventually, data were analyzed through repeated measures analysis of variance. Findings showed that acceptance and commitment therapy has significant effect on decreasing interpersonal dependency and increasing action control of individuals with dependent personality disorder ($P < 0.01$). According to the results of this study, implementation of ACT in psychotherapy centers and clinics would be beneficial and effective for treating personality disorders' problems.

Keywords: Dependent Personality Disorder, Acceptance and Commitment Therapy, Interpersonal Dependency and Action Control

چکیده

هدف از پژوهش حاضر، بررسی اثربخشی درمان پذیرش و تعهد بر کاهش وابستگی بین‌فردی و افزایش کنترل عمل افراد مبتلا به اختلال شخصیت وابسته بود. این پژوهش به شیوه نیمه‌آزمایشی، از نوع پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل و دوره پیگیری دو ماهه صورت گرفت. از میان کلیه افراد (۴۰ زن) مبتلا به اختلال شخصیت وابسته مراجعه‌کننده به کلینیک‌های روان‌درمانی شهر قدس و منطقه ۲۲ شهر تهران، ۱۸ نفر با روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب گردیده و به‌صورت تصادفی در دو گروه (نه نفره) آزمایش و کنترل گمارده شدند. جهت جمع‌آوری اطلاعات از مصاحبه بالینی ساختاریافته (SCI)، مقیاس تجدیدنظر شده کنترل عمل (ACS-R) و پرسشنامه‌های تجدیدنظر شده اختلال شخصیت وابسته (DPI-R) و وابستگی به دیگران (IDI) استفاده شد. افراد گروه آزمایش به مدت ۱۱ جلسه ۷۰ دقیقه‌ای، تحت درمان پذیرش و تعهد قرار گرفتند و در نهایت، داده‌ها با روش تحلیل واریانس مختلط با اندازه‌گیری مکرر مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. یافته‌ها نشان داد، درمان پذیرش و تعهد بر کاهش وابستگی بین‌فردی و افزایش کنترل عمل افراد مبتلا به اختلال شخصیت وابسته تأثیر معناداری دارد ($P < 0.01$). با توجه به نتایج پژوهش، به‌کارگیری درمان پذیرش و تعهد در مراکز روان‌درمانی برای درمان و بهبود مشکلات مربوط به اختلالات شخصیت مفید و مؤثر خواهد بود.

واژه‌های کلیدی: اختلال شخصیت وابسته، درمان پذیرش و تعهد، وابستگی بین‌فردی و کنترل عمل

* مقاله حاضر برگرفته از پایان‌نامه کارشناسی ارشد نویسنده مسؤول می‌باشد.

** نویسنده مسؤول: دانشجوی دکتری روان‌شناسی، دانشگاه شهید بهشتی، تهران، ایران

*** استادیار روان‌شناسی بالینی، دانشگاه علامه طباطبائی، تهران، ایران

**** دانشیار روان‌شناسی بالینی، دانشگاه علامه طباطبائی، تهران، ایران

Email: golnaz_mazaheri@yahoo.com

Received: 16 Dec 2018

Accepted: 5 Oct 2019

پذیرش: ۹۷/۰۷/۱۳

دریافت: ۹۷/۰۹/۲۵

مقدمه

اختلال شخصیت وابسته، اختلال مزمنی است که با نیاز فراگیر و بیش از حد به مراقبت شدن شناخته می‌شود. این الگوی دیرپا در نهایت به رفتارهای سلطه‌پذیری، متکی بودن و ترس از جدایی منجر می‌گردد (انجمن روان‌پزشکی آمریکا، ۲۰۱۳). اختلال شخصیت وابسته به شکل همزمان، همبسته و عامل خطر انواع متفاوتی از مشکلات روان‌شناختی است (مورگان و کلارک، ۲۰۱۷) و با تعدادی از رفتارهای مشکل‌زای بالینی از جمله اضطراب، افسردگی، ترس از ارزیابی منفی و اختلالات روان‌تنی ارتباط دارد. وابستگی این افراد منجر به افزایش خطر خودکشی، بیماری‌های پزشکی و استفاده بیشتر از خدمات سلامت روان می‌شود (بورنستین، ۲۰۱۲b؛ دیزنی، ۲۰۱۳) و عمدتاً با ناستواری روانی و روان‌نژندی همراه است (فرنهام، ۲۰۱۸).

پژوهش‌های تجربی کمی در مورد سبب‌شناسی اختلال شخصیت وابسته وجود دارد (بارکر، کارپرون و آزرولوسا، ۱۹۹۶). بورنستین (۲۰۱۲a) معتقد است، تمرکز اصلی آسیب‌شناسی اختلال شخصیت وابسته بر سبک‌های دلبستگی ناایمن است. دلبستگی ناایمن در طول ارتباطات والد-فرزند و با وجود والدین بسیار چسبنده شکل می‌گیرد که در فرایند رشد و تحول فرزندشان، به‌ویژه زمانی که فردیت و مفهوم جدایی باید به شکل طبیعی شکل گیرد، با او همچنان مانند یک کودک رفتار می‌کنند.

بنابراین، با توجه به این سبب‌شناسی، یکی از مشکلات اساسی افراد مبتلا به اختلال شخصیت وابسته، وابستگی بین فردی^۱ است که عمدتاً به شکل ناسازگارانه بروز پیدا می‌کند. وابستگی بین فردی، مجموعه نشانگان شخصیتی است که با تمایل به وابستگی یا اعتماد مفرط به دیگران برای کسب مراقبت، حمایت، راهنمایی و هدایت تعریف می‌شود. این وابستگی، نشانگان شناختی (مثل ادراک خود به‌عنوان فردی ضعیف و درمانده، اشتغال ذهنی به این ادراکات و نشخوار آن‌ها)، هیجانی (مثل ترس از ارزیابی منفی، ترس از رهاشدن و مضطرب‌شدن)، رفتاری (مثل منفعل‌بودن، مطیع‌بودن و اطمینان‌آفرینی) و نشانگان انگیزشی (نیاز فرد به حمایت و پذیرش از جانب دیگران) را در برمی‌گیرد (مک‌کلینتوک، اندرسون و کرنستون، ۲۰۱۵).

مشکل مهم دیگری که افراد وابسته با آن روبه‌رو هستند، دشواری در کنترل عمل^۲ و عمل متعهدانه^۳ است، چرا که این افراد نیاز دارند دیگران مسؤولیت اغلب زمینه‌های مهم زندگی‌شان را برعهده بگیرند (انجمن روان‌پزشکی آمریکا، ۲۰۱۳). کنترل عمل، یکی از فرایندهای خودتنظیمی است که به افراد اجازه می‌دهد مقاصدشان را شکل دهند، نگهداری و اجرا کنند و اهدافشان را به اعمال عینی تبدیل نمایند (کهل، ۱۹۹۲). کنترل عمل در پیوستاری از جهت‌گیری پویا تا جهت‌گیری ایستا اندازه‌گیری می‌گردد (کهل، ۱۹۹۴).

افراد دارای جهت‌گیری ایستا، قادر به انجام رفتارهای خودتنظیم و اعمال متعهدانه نیستند و در قبال حوادث منفی زندگی به نشخوار فکری گرایش دارند که این امر، منابع شناختی موجود برای حرکت رو به جلو را کاهش می‌دهد (رولز، میکاس و شروف، ۱۹۸۹؛ کهل، ۱۹۹۲). در مجموع، جهت‌گیری ایستا در سه بُعد اشتغال ذهنی

1. interpersonal dependency

2. action control

3. committed action

(در برابر کناره‌گیری)، دودلی (در برابر آغازگری) و بی‌ثباتی (در برابر پافشاری) کنترل عمل قرار می‌گیرد (کهپل، ۱۹۹۲ و ۱۹۹۴). بزرگسالان مبتلا به اختلال شخصیت وابسته نیز به دلیل نداشتن خودمختاری، خودهدایت‌گری لازم و تعهد در عمل (مورگان و کلارک، ۲۰۱۰)، در شروع کردن کارها و انجام امور به‌طور مستقل، دچار مشکل هستند. رویکردهای درمانی متعددی برای اختلال شخصیت وابسته و مشکلات آن وجود دارد. پایه اصلی درمان اختلال شخصیت وابسته، بر روش‌های غیردارویی بنا شده است (فرشام و خدابخش، ۱۳۹۴). اغلب از رفتار درمانی شناختی^۱، برای درمان اختلال وابستگی با هدف افزایش استقلال فردی و خودکارآمدی استفاده می‌گردد (اسپری، ۲۰۰۳؛ برج و همکاران، ۲۰۱۰). همچنین به پیشنهاد گلدین و گراس (۲۰۱۰) و خوری و همکاران (۲۰۱۳)، استفاده از مهارت‌های ذهن‌آگاهی در درمان مشکلات مربوط به وابستگی بین‌فردی ناسازگارانه، با پیامدهای موفقیت‌آمیز درمانی همراه خواهد بود؛ به این دلیل که ذهن‌آگاهی یکی از مؤثرترین راهبردها برای مقابله با ویژگی‌های شناختی و هیجانی یا عاطفی وابستگی بیمارگون است.

نتایج پژوهش‌های انجام شده حاکی از این است که رفتاردرمانی‌های موج دوم در درمان این اختلال بسیار مؤثر است؛ اما اثربخشی رفتاردرمانی‌های موج سوم، به ویژه درمان پذیرش و تعهد^۲ که در درمان یا چاره‌جویی و راه‌حل‌یابی اختلالاتی که مؤلفه اضطراب در آن‌ها بارز می‌باشد (مانند اختلال اضطراب فراگیر) موفق بوده است (والترز و هیز، ۲۰۱۰)، در درمان اختلال شخصیت وابسته (گروه ج اختلالات شخصیت، با ویژگی اصلی مضطرب و بیمناک‌بودن) هنوز مورد مطالعه قرار نگرفته است.

اكت از طریق فرایندهای اصلی پذیرش^۳، ناهم‌جوئی^۴، خود به‌عنوان زمینه^۵ (ایجاد یک حس فراتجربی از خود)، ارتباط با لحظه اکنون^۶، ارزش‌ها^۷ و ساختن الگوهای بسیار خوب از عمل متعهدانه مرتبط با این ارزش‌ها، انعطاف‌پذیری روان‌شناختی بیشتری در فرد ایجاد می‌کند (هیز، لوین، پلامپ، ویلات و پیستورلو، ۲۰۱۳). شواهد مؤید اثربخشی موج سوم رفتاردرمانی‌ها برای مشکلات متفاوت از جمله تنظیم شناختی - هیجانی (اسماعیلی، طباطبائی و افروز، ۱۳۹۴) و به‌ویژه اثربخشی درمان پذیرش و تعهد برای مشکلات اضطرابی (سیانتوری، کلیت و واردنی، ۲۰۱۸)، افسردگی (زتلی و راینز، ۱۹۸۹؛ عزیزی و قاسمی، ۱۳۹۶؛ توهینگ و لوین، ۲۰۱۷)، استرس روان‌شناختی (وین و همکاران، ۲۰۱۸)، علائم روان‌پریشی (گودیانو و هربرت، ۲۰۰۶)، درد مزمن (اسمال وود، پوتر و روبین، ۲۰۱۶)، خودکارآمدی و رضایت زناشویی (خدایاری‌فرد، حجازی و حسینی‌نژاد، ۱۳۹۴) و افزایش امیدواری و شادکامی است (مرمرچی‌نیا و ذوقی پایدار، ۱۳۹۶). واولز، مک‌کراکن و ابرین

-
1. cognitive behavioral therapy
 2. acceptance and commitment therapy
 3. acceptance
 4. defusion
 5. self as context
 6. contact with present moment
 7. values

(۲۰۱۱) نیز در پژوهش خود به این نتیجه دست یافتند که این درمان موجب افزایش عمل متعهدانه مبتنی بر ارزش‌های افراد مبتلا به درد مزمن می‌شود.

گرچه نتایج پژوهش مورتن، اسنودن، گوپولد و گویم (۲۰۱۲)، بیانگر اثربخش بودن مداخلات گروه‌درمانی اکت برای افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی است و مطابق با نتایج پژوهش مک‌کلینتوک، اندرسون و کرنستون (۲۰۱۵)، درمان‌های مبتنی بر ذهن‌آگاهی موجب کاهش نشانگان وابستگی بین فردی ناسازگارانه افراد می‌گردد و نیز ما می‌دانیم که درمان پذیرش و تعهد در درمان اختلالاتی که مؤلفه اضطراب در آن‌ها آشکار می‌باشد، موفق بوده است (والتر و هیز، ۲۰۱۰)، این مسئله در ادبیات و پیشینه پژوهش مشخص نیست که آیا مؤلفه‌های درمان پذیرش و تعهد برای افراد مبتلا به اختلال شخصیت وابسته نیز مفید می‌باشد و می‌تواند موجب کاهش وابستگی بین فردی و افزایش کنترل عمل که از مشکلات اساسی افراد مبتلا به این اختلال است، شود؟ بنابراین، پژوهش حاضر درصدد مطالعه و بررسی این مسئله است که آیا درمان پذیرش و تعهد بر وابستگی بین فردی و کنترل عمل افراد مبتلا به اختلال شخصیت وابسته اثرگذار است یا خیر؟ برای انجام این پژوهش، سؤال‌های زیر در نظر گرفته شد:

- آیا درمان پذیرش و تعهد بر کاهش وابستگی بین فردی افراد مبتلا به اختلال شخصیت وابسته مؤثر است؟
- آیا درمان پذیرش و تعهد بر افزایش کنترل عمل افراد مبتلا به اختلال شخصیت وابسته مؤثر می‌باشد؟

روش

جامعه آماری، نمونه و روش اجرای پژوهش

پژوهش حاضر از نوع نیمه‌آزمایشی با دو گروه آزمایش و کنترل و سنجش پیش‌آزمون و پس‌آزمون، همراه با دوره پیگیری دو ماهه است. جامعه آماری این پژوهش، شامل ۴۰ نفر از افراد مبتلا به اختلال شخصیت وابسته مراجعه‌کننده به کلینیک‌های روان‌درمانی خصوصی شهر قدس و منطقه ۲۲ شهر تهران می‌باشد که در زمستان سال ۱۳۹۵، از جانب روان‌شناس بالینی، با انجام مصاحبه بالینی ساختاریافته براساس راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی و با داشتن پنج مورد (یا تعداد بیشتری) از هشت موردی که در راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی (ویراست پنجم) ذکر شده است، تشخیص اختلال شخصیت وابسته را دریافت کرده‌اند. برای انتخاب افراد نمونه در این پژوهش، با استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس، از میان افراد مبتلا به اختلال شخصیت وابسته که در زمستان ۱۳۹۵ به کلینیک‌های روان‌درمانی خصوصی شهر قدس و منطقه ۲۲ شهر تهران مراجعه کرده و در پرسشنامه تجدیدنظر شده اختلال شخصیت وابسته هوبر و همکاران، نمره بالاتر از میانگین کسب نموده و براساس مصاحبه ساختاریافته بالینی، از جانب روان‌شناس بالینی تشخیص اختلال شخصیت وابسته دریافت کرده‌اند، ۲۰ نفر انتخاب شده و سپس به صورت تصادفی، در دو گروه آزمایش و کنترل، به گونه‌ای که در هر گروه ۱۰ نفر قرار گیرند، جای‌گذاری شدند. البته دو نفر (یک نفر از گروه آزمایش، به دلیل انصراف از درمان و یک نفر از گروه کنترل، به دلیل عدم همکاری در مرحله پس‌آزمون) اُفت داشتند. بنابراین، نمونه نهایی پژوهش حاضر که تجزیه و تحلیل آماری بر روی آن انجام شد، متشکل از ۱۸ نفر (نه نفر در گروه

آزمایش و نه نفر در گروه کنترل) بود. لازم به ذکر است که حجم نمونه با در نظر گرفتن نظر استادان و با استفاده از نرم‌افزار Gpower تعیین گردید؛ به این شکل که با توجه به مطالعات پیشین مرتبط با پژوهش حاضر، با اندازه اثر متوسط تا بزرگ ($f=0/30$) برای دو گروه دارای سه بار اندازه‌گیری، با سطح آلفای ۰/۰۵ و توان ۰/۸۰، حجم نمونه کل ۲۰ نفر (۱۰ نفر برای هر گروه) برآورد می‌شود که در این پژوهش نیز در ابتدا برای هر گروه ۱۰ نفر در نظر گرفته شد که به دلیل افت نمونه (۲ نفر)، نمونه نهایی از ۱۸ نفر تشکیل گردید. ملاک‌های ورود به پژوهش عبارت بودند از: داشتن سن بیشتر از ۱۸ سال، داشتن مدرک تحصیلی دیپلم به بالا، دریافت برچسب تشخیصی اختلال شخصیت وابسته و تمایل به شرکت در پژوهش. ملاک‌های خروج از پژوهش نیز داشتن سن کمتر از ۱۸ و بیشتر از ۳۰ سال و دریافت درمان‌های روان‌شناختی دیگر به صورت همزمان بود. لازم به ذکر است، افراد در دو گروه آزمایش و کنترل از نظر سن و میزان تحصیلات تفاوت معناداری نداشتند.

در ابتدا، به کلیه کلینیک‌های روان‌درمانی خصوصی شهر قدس و منطقه ۲۲ شهر تهران مراجعه و از پرسشنامه تجدیدنظر شده اختلال شخصیت وابسته هوبر و همکاران به‌عنوان ابزار غربال اولیه استفاده شد. افرادی که در پرسشنامه تجدیدنظر شده اختلال شخصیت وابسته هوبر و همکاران نمره بالاتر از میانگین کسب کردند، با استفاده از مصاحبه بالینی ساختاریافته مورد ارزیابی قرار گرفتند. در نهایت ۲۰ نفر از افرادی که از جانب روان‌شناس بالینی و براساس مصاحبه بالینی ساختاریافته و با داشتن پنج مورد (یا تعداد بیشتری) از هشت موردی که در راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی ذکر شده است، تشخیص اختلال شخصیت وابسته را دریافت کردند، به‌عنوان گروه نمونه انتخاب گردیده و سپس به‌صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل جای‌گذاری شدند. به کلیه آزمودنی‌ها اهداف کلی و رعایت اصول رازداری توضیح داده شد و آن‌ها با رضایت آگاهانه وارد پژوهش گردیده و هر دو گروه به پرسشنامه وابستگی به دیگران و مقیاس تجدیدنظر شده کنترل عمل پاسخ دادند. برای افرادی که در گروه آزمایش قرار گرفتند، به مدت ۱۱ جلسه ۷۰ دقیقه‌ای (به‌صورت گروهی) و براساس پروتکل درمانی هیز، استروسال و ویلسون (۱۹۹۹)، درمان پذیرش و تعهد توسط پژوهشگر اجرا گردید و گروه کنترل هیچ مداخله‌ای دریافت نکرد. لازم به ذکر است، دو نفر از افراد گروه نمونه (یک نفر از گروه آزمایش، به دلیل انصراف از درمان و یک نفر از گروه کنترل، به دلیل همکاری نکردن در مرحله پس‌آزمون) اُفت داشتند. بلافاصله بعد از انجام مداخله و سپس دو ماه بعد از زمان مداخله (به‌عنوان دوره پیگیری)، پرسشنامه وابستگی به دیگران و مقیاس تجدیدنظر شده کنترل عمل، برای هر دو گروه اجرا شد. خلاصه پروتکل درمانی به شرح زیر است:

جلسه اول: مقدمات درمان از جمله برقراری رابطه درمانی، آشنایی افراد با فضای جلسات درمانی، توضیح قوانین گروه و انجام مصاحبه و پرسش از مراجعان برای ارزیابی (توضیح تحلیل عملکردی)، تکلیف خانگی: نوشتن تحلیل عملکردی.

جلسه دوم: ارزیابی تکلیف جلسه قبل، فرمول بندی براساس مدل انعطاف ناپذیری روان شناختی رویکرد ACT، توضیح منطق و اهداف درمان، بستن قرارداد درمانی و ایجاد درماندگی خلاقانه برای آغاز درمان، تکلیف خانگی: یادداشت راهکارهای معمول و ارزیابی درجه کارایی آنها.

جلسه سوم: ارزیابی تکلیف جلسه قبل، توضیح شیوه‌های کنترل و اجتناب در زندگی و از بین بردن دلبستگی مراجعان به راهکارهای همیشگی تغییر (کاهش اجتناب)، ایجاد تمایل و پذیرش به عنوان جایگزینی برای کنترل (افزایش پذیرش)، تکلیف خانگی: یادداشت روزانه، یادداشت روزانه رنج پاک و ناپاک.

جلسه چهارم: ارزیابی تکلیف جلسه قبل، ایجاد آگاهی از زمان حال و ارتباط با زمان حال و افزایش خودآگاهی با استفاده از مهارت‌های ذهن آگاهی، تکلیف خانگی: انجام مهارت‌های ذهن آگاهی در منزل.

جلسات پنجم و ششم: انجام تمرین‌های ذهن آگاهی، کاهش هم‌جوشی و افزایش گسلش با استفاده از آموزش و تأکید بر محدودیت‌های زبان در تجربه مستقیم افکار، هیجانات و رفتارها، مداخله در کارکرد زنجیره‌های زبانی مشکل ساز از طریق استعاره‌ها و آموزش فاصله گرفتن بهنجار و آگاهی غیرقضوتی و نیز افزایش تجربه رویدادهای درونی، تکلیف خانگی: انجام مهارت‌های ذهن آگاهی مربوط به گسلش در منزل، تکلیف دلیل آوری و قضاوت.

جلسه هفتم: ارزیابی تکلیف جلسه قبل، انجام تمرین‌های ذهن آگاهی، قطع وابستگی به خود مفهوم سازی شده، افزایش تجربه خود به عنوان زمینه و درک خود به عنوان فرآیندی پویا با استفاده از تمرین و به کارگیری استعاره‌ها، تکلیف خانگی: نوشتن داستان یا خط زندگی.

جلسه هشتم: ارزیابی تکلیف جلسه قبل، انجام تمرین‌های ذهن آگاهی، شناسایی ارزش‌ها و تصریح اهمیت آنها در زندگی و طرح ریزی جهت گیری زندگی ارزش محور، تکلیف خانگی: پرکردن فرم‌های سنجش ارزش‌ها.

جلسات نهم و دهم: ارزیابی تکلیف جلسه قبل، انجام تمرین‌های ذهن آگاهی، طرح ریزی برنامه عمل متعهدانه از طریق شناسایی اهداف و رفتارهای مناسب جهت رسیدن به آنها، آموزش الگوریتم FEAR به مراجعان به عنوان یک روش خودبازبینی که شامل چهار مؤلفه آمیختگی با افکار، ارزشیابی تجربه‌ها، اجتناب از تجربه‌ها و دلیل آوردن برای رفتار است و ایجاد آمادگی برای پایان درمان.

جلسه یازدهم: جمع بندی، مرور و ارائه خلاصه‌ای از مسیر جلسات درمان، توضیح تدریجی بودن پیشرفت، پایان دادن به درمان و اجرای پس آزمون.

در پژوهش حاضر برای تجزیه و تحلیل داده‌های آماری، ابتدا اطلاعات حاصل از پرسشنامه‌ها استخراج شده و سپس کلیه اطلاعات جمع آوری شده با استفاده از نرم افزار Spss-16 مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. در بخش توصیفی از شاخص‌های آماری فراوانی، میانگین و انحراف استاندارد و برای آزمون سؤالات پژوهش از روش تحلیل واریانس مختلط با اندازه گیری مکرر استفاده شد.

ابزار سنجش

مصاحبه بالینی ساختاریافته^۱ (SCI)، مصاحبه‌ای است که براساس ملاک‌های تشخیصی راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی انجمن روان‌پزشکی آمریکا و برای تشخیص اختلالات روانی طراحی شده است. فرست، اسپیتزر و گیون در سال ۱۹۹۷ برای تشخیص‌های DSM-IV، نسخه بالینی و پژوهشی این مصاحبه را تدوین کردند. این ابزار شامل دو نسخه SCID-I (جهت ارزیابی اختلال‌های اصلی روان‌پزشکی) و SCID-II (جهت ارزیابی اختلالات شخصیت) می‌باشد (محمدخانی، ۱۳۹۲) که در این پژوهش، برای ارزیابی نشانگان فرد مبتلا به اختلال شخصیت وابسته مورد استفاده قرار گرفت.

پرسشنامه تجدیدنظر شده اختلال شخصیت وابسته^۲ (DPI-R)، پرسشنامه شخصیت وابسته (هوبر و همکاران) در سال ۲۰۰۴ توسط هوبر به‌منظور ارزیابی بیماران مبتلا به اختلال شخصیت وابسته ساخته شده است. این آزمون در ابتدا دارای ۸۱ عبارت بود که نسخه تجدیدنظر شده آن در سال ۲۰۰۷ به ۵۵ عبارت کاهش یافت. این پرسشنامه شامل هشت معیار اصلی راهنمای آماری و تشخیصی اختلالات روانی، برای اختلال شخصیت وابسته می‌باشد. در مورد نمره‌گذاری، به هریک از پاسخ‌های صحیح ۱ نمره و به پاسخ‌های غلط صفر تعلق می‌گیرد. در پژوهشی که هوبر در سال ۲۰۰۷ انجام داد، ضریب آلفای کرونباخ کل آزمون ۰/۹۰ و برای همه زیرمقیاس‌ها بین ۰/۶۴ تا ۰/۸۲ به‌دست آمد. به‌منظور بررسی اعتبار، از زیرمقیاس درون‌گرایی اجتماعی پرسشنامه شخصیتی مینه‌سوتا استفاده شد. ساختار دو عاملی پرسشنامه شخصیت وابسته براساس همبستگی آن با زیرمقیاس درون‌گرایی اجتماعی پرسشنامه مینه‌سوتا به اثبات رسید و اعتبار سازه این آزمون را تأیید کرد. عامل اول، اتکا به دیگران که شامل معیارهای ۱، ۲، ۳، ۴ و ۵ راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی بوده و عامل دوم، نیاز به روابط، شامل معیارهای ۶، ۷ و ۸ است (پوره و هوبر، ۲۰۰۷). در پژوهش حاضر میزان پایایی و ضریب آلفای کرونباخ این پرسشنامه، ۰/۶۶ به‌دست آمد.

پرسشنامه وابستگی به دیگران^۳ (IDI)، پرسشنامه وابستگی به دیگران، یک ابزار ۴۸ سؤالی است که برای سنجیدن افکار و احساس‌های مربوط به نیاز به مراد به نزدیک با اشخاص ارزشمند، توسط هرشفیلد و همکاران در سال ۱۹۷۷ ساخته شد. تحلیل عاملی منجر به سه خرده‌مقیاس شد: اتکاء عاطفی به دیگران، فقدان اعتماد به خود و تأیید خودمختاری. این پرسشنامه از همسانی‌درونی خوبی با دامنه اعتبار دو نیمه‌کردن ۰/۷۹ تا ۰/۹۱ برخوردار است. با توجه به این‌که دو خرده‌مقیاس اول این پرسشنامه، همبستگی معناداری با مقیاس روان‌رنجورخویی پرسشنامه شخصیت مدلی دارد، از روایی همزمان خوبی برخوردار می‌باشد. در این پرسشنامه، با جمع‌زدن پاسخ‌های هریک از سه خرده‌مقیاس، در مقیاس لیکرت چهار گزینه‌ای، نمره هریک از آن‌ها محاسبه می‌شود. نمره پرسش‌های شماره ۱۰، ۳۳ و ۴۴ معکوس محاسبه می‌گردد. نمره کل با جمع نمرات سه

1. Structured Clinical Interview (SCI)
2. Dependent Personality Inventory-Revised (DPI-R)
3. Interpersonal Dependency Inventory (IDI)

خرده‌مقیاس به‌دست می‌آید (هرشفیلد و همکاران، ۱۹۷۷). ضریب آلفای کرونباخ این پرسشنامه در پژوهش حاضر ۰/۸۱ به‌دست آمد.

مقیاس تجدیدنظر شده کنترل عمل^۱ (ACS-R)، مقیاس تجدیدنظر شده کنترل عمل، شامل ۲۲ گویه و سه بُعد کناره‌گیری/اشتغال ذهنی، آغازگری/دودلی و پافشاری/بی‌ثباتی است. هر گویه دارای دو گزینه (الف و ب) می‌باشد که یکی از گزینه‌ها نشان‌دهنده جهت‌گیری پویا و دیگری، نشان‌دهنده جهت‌گیری ایستاست. برای نمره‌گذاری، پاسخ‌های مربوط به جهت‌گیری پویا در نظر گرفته می‌شود (دیفندورف، هال، لورد و استرین، ۲۰۰۰). در پژوهش فرخی و حسین‌چاری (۱۳۹۳)، ضریب آلفای کرونباخ این پرسشنامه ۰/۸۱ گزارش شد. همچنین، این پرسشنامه از روایی خوبی برخوردار است. در این پژوهش، ضریب آلفای کرونباخ این پرسشنامه ۰/۶۱ محاسبه گردید.

یافته‌ها

در نمونه مورد بررسی ۸ نفر در گروه کنترل و ۸ نفر در گروه آزمایش قرار داشتند. تمامی افراد در هر دو گروه، دارای جنسیت مؤنث و سطح تحصیلی کارشناسی بوده و وضعیت ایشان به لحاظ تأهل، مجرد است. میانگین و انحراف استاندارد سن گروه آزمایش به‌ترتیب ۲۰/۲۲ و ۱/۹۲ و میانگین و انحراف استاندارد سن گروه کنترل به‌ترتیب ۲۱/۳۳ و ۲ بود. جدول ۱، شاخص‌های توصیفی (میانگین و انحراف استاندارد) نمرات وابستگی بین فردی و جدول ۲، شاخص‌های توصیفی نمرات کنترل عمل افراد مورد مطالعه را به تفکیک گروه در مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری نشان می‌دهد.

جدول ۱- شاخص‌های توصیفی (میانگین و انحراف استاندارد) نمرات وابستگی بین فردی

متغیر	گروه	مرحله	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین خطای استاندارد
وابستگی بین فردی	آزمایش	پیش‌آزمون	۲/۴۷	۰/۳۵	۰/۱۹
		پس‌آزمون	۲	۰/۳۲	۰/۱۱
		پیگیری	۲	۰/۳۲	۰/۱۱
کنترل	کنترل	پیش‌آزمون	۲/۴۰	۰/۳۱	۰/۱۰
		پس‌آزمون	۲/۴۱	۰/۳۰	۰/۱۹
		پیگیری	۲/۴۱	۰/۳۰	۰/۱۹

جدول ۲- شاخص های توصیفی (میانگین و انحراف استاندارد) نمرات کنترل عمل

متغیر	گروه	مرحله	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین خطای استاندارد
کنترل عمل	آزمایش	پیش آزمون	۰/۴۸	۰/۰۶	۰/۰۲
		پس آزمون	۰/۶۴	۰/۰۷	۰/۰۲
		پیگیری	۰/۶۴	۰/۰۷	۰/۰۲
	کنترل	پیش آزمون	۰/۵۲	۰/۰۵	۰/۰۱
		پس آزمون	۰/۵۰	۰/۰۷	۰/۰۲
		پیگیری	۰/۵۰	۰/۰۷	۰/۰۲

در پژوهش حاضر، از روش آماری تحلیل واریانس مختلط با اندازه گیری مکرر به منظور مشاهده و اندازه گیری تغییراتی که در روند زمان در آزمودنی ها به وجود آمد، استفاده شد. پیش از انجام تحلیل واریانس مختلط با اندازه گیری مکرر، پیش فرض های آن از جمله نرمال بودن توزیع نمرات، همگنی واریانس ها، همگنی کوواریانس های مشاهده شده متغیرهای وابسته و همسانی ماتریس واریانس - کواریانس مورد بررسی قرار گرفت.

جدول ۳- نتیجه آزمون کلموگروف- اسمیرنف، لوین، ام باکس و کرویت ماخلی

متغیر	آزمون کلموگروف- اسمیرنف	آزمون لوین (F)	آزمون ام باکس (F)	
			W	خی دو
وابستگی بین فردی	۰/۶۲ (سطح معناداری: ۰/۸۳)	۱/۶۶ (سطح معناداری: ۰/۰۹)	۰/۸۴ (سطح معناداری: ۰/۲۸)	۲/۵۲ (سطح معناداری: ۰/۲۸)
کنترل عمل	۰/۷۸ (سطح معناداری: ۰/۶۱)	۱/۳۲ (سطح معناداری: ۰/۱۲)	۰/۸۱ (سطح معناداری: ۰/۲۴)	۴/۴۲ (سطح معناداری: ۰/۲۴)

* ($P > 0.05$)

نتایج جدول ۳ نشان داد که پیش فرض های نرمال بودن توزیع نمرات، همگنی واریانس ها، همگنی کوواریانس های مشاهده شده متغیرهای وابسته و همسانی ماتریس واریانس - کواریانس برقرار است. جدول ۴، نتایج آزمون تحلیل واریانس مختلط با اندازه گیری های مکرر (اثر پیلاهی) نمرات وابستگی بین فردی و کنترل عمل را نشان می دهد.

جدول ۴- نتایج آزمون تحلیل مختلط با اندازه گیری های مکرر (اثر پیلاهی) نمرات**وابستگی بین فردی و کنترل عمل**

متغیر	اثر	F	سطح معناداری	مجذور آتا
وابستگی بین فردی	زمان	۱۷۴۱/۸۳	۰/۰۰۱	۰/۹۸
کنترل عمل	زمان	۱۴۵۶/۳۶	۰/۰۰۱	۰/۹۵

** ($P < 0.01$)

با توجه به نتایج جدول ۴، چون سطح معناداری از ۰/۰۱ کمتر است ($P < ۰/۰۱$)، اندازه‌گیری نمره وابستگی بین فردی و کنترل عمل در سه زمان، تفاوت معناداری باهم دارند. به عبارتی، بین نمره‌های عامل زمان (پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری) در وابستگی بین فردی و کنترل عمل تفاوت معناداری به دست آمده است. به دلیل این که فرض همسانی ماتریس واریانس - کوواریانس نمرات وابستگی بین فردی و کنترل عمل تأیید شد، در جدول ۵ نتایج آزمون کرویت^۱ گزارش می‌گردد.

جدول ۵- نتایج آزمون تاثیرات درون‌آزمودنی نمرات وابستگی بین فردی و کنترل عمل

متغیر	منبع	F	سطح معناداری	مجذور آتا
وابستگی بین فردی	زمان-کرویت	۱۴۶۷/۲۲	۰/۰۰۱	۰/۹۱
کنترل عمل	زمان-کرویت	۱۴۲۸/۳۶	۰/۰۰۱	۰/۹۵

** ($P < ۰/۰۱$)

همان‌طور که در جدول ۵ مشاهده می‌شود، تأثیر متغیر زمان در مراحل مختلف اندازه‌گیری معنادار می‌باشد ($P < ۰/۰۱$)؛ یعنی تفاوت بین میانگین‌های نمرات وابستگی بین فردی و کنترل عمل در مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری معنادار است. همچنین، با توجه به اندازه اثر (مجذور آتا: ۰/۹۱ برای وابستگی بین فردی و مجذور آتا: ۰/۹۵ برای کنترل عمل) ۹۱ درصد از کل واریانس وابستگی بین فردی و ۹۵ درصد از کل واریانس کنترل عمل در مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری مربوط به درمان پذیرش و تعهد می‌باشد.

جدول ۶- آزمون تاثیرات بین‌آزمودنی نمرات وابستگی بین فردی و کنترل عمل

متغیر	منبع	F	سطح معناداری	مجذور آتا
وابستگی بین فردی	گروه	۲۹۴۴/۲۲	۰/۰۰۱	۰/۹۹
کنترل عمل	گروه	۲۱۵۲/۰۲	۰/۰۰۱	۰/۹۶

** ($P < ۰/۰۱$)

نتایج جدول ۶ نشان می‌دهد که تأثیر متغیر گروه در مراحل مختلف اندازه‌گیری معنادار می‌باشد ($P < ۰/۰۱$)؛ به این معنا که تفاوت بین میانگین نمرات وابستگی بین فردی و کنترل عمل در دو گروه آزمایش و کنترل معنادار است.

به دنبال معنادار شدن تفاوت نمرات وابستگی بین فردی و کنترل عمل بین پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری گروه‌ها، به بررسی دوبه‌دوی تفاوت مشاهده‌شده بین این سه مرحله از طریق مقایسه‌های زوجی با آزمون تعقیبی کمترین تفاوت معنادار (LSD)^۲ پرداخته شد تا مشخص گردد که این تفاوت بین کدام دو مرحله معنادار است.

1. Sphericity Assumed
2. Least Significant Difference (LSD)

جدول ۷- آزمون تعقیبی LSD مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری نمرات وابستگی

بین فردی و کنترل عمل

متغیر	مراحل	تفاوت میانگین‌ها	خطای استاندارد	سطح معناداری
وابستگی بین فردی	پیش‌آزمون - پس‌آزمون	-۱/۴۵	۰/۸۲	۰/۰۴
	پیش‌آزمون - پیگیری	-۳/۵۷	۰/۹۵	۰/۰۰۱
	پس‌آزمون - پیش‌آزمون	۱/۴۵	۰/۸۲	۰/۰۴
	پس‌آزمون - پیگیری	۱/۱۰	۱/۰۲	۰/۰۷
	پیگیری - پیش‌آزمون	۳/۵۷	۰/۹۵	۰/۰۰۱
	پیگیری - پس‌آزمون	-۱/۱۰	۱/۰۲	۰/۰۷
کنترل عمل	پیش‌آزمون - پس‌آزمون	-۱/۹۱	۰/۸۲	۰/۰۴
	پیش‌آزمون - پیگیری	-۴/۶۶	۰/۸۲	۰/۰۰۱
	پس‌آزمون - پیش‌آزمون	۱/۹۱	۰/۸۲	۰/۰۴
	پس‌آزمون - پیگیری	۱/۲۵	۰/۷۶	۰/۰۶
	پیگیری - پیش‌آزمون	۴/۶۶	۰/۸۲	۰/۰۰۱
	پیگیری - پس‌آزمون	-۱/۲۵	۰/۷۶	۰/۰۶

همان‌طور که در جدول ۷ مشاهده می‌شود، تفاوت میانگین نمرات وابستگی بین فردی و کنترل عمل در مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون و نیز در مراحل پیش‌آزمون و پیگیری معنادار است ($P < 0/05$). تفاوت میانگین نمرات وابستگی بین فردی و کنترل عمل در مراحل پس‌آزمون و پیگیری معنادار نیست ($P > 0/05$).

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی درمان پذیرش و تعهد بر کاهش وابستگی بین فردی و افزایش کنترل عمل افراد مبتلا به اختلال شخصیت وابسته انجام شد.

نتایج آماری پژوهش نشان داد که درمان پذیرش و تعهد بر کاهش وابستگی بین فردی افراد مبتلا به اختلال شخصیت وابسته تأثیر دارد و این امر در دوره پیگیری نیز تداوم داشته است. در تبیین این یافته می‌توان گفت که وابستگی بین فردی به‌عنوان یک سندروم شخصیتی، شامل نشانگان شناختی از جمله ادراک خود به‌عنوان فردی ضعیف و اشتغال ذهنی به تکیه کردن و اعتماد مفرط به دیگران به‌عنوان افرادی قدرتمند و اطمینان‌آفرینی از جانب آن‌هاست (هرشفیلد و همکاران، ۱۹۷۷؛ مک‌کلینتوک، اندرسون و کرنستون، ۲۰۱۵). یکی از مؤلفه‌های درمان پذیرش و تعهد، ناهم‌جوشی یا گسلس شناختی است که راهبردهای این مؤلفه درمانی از جمله استعاره‌ها و مهارت‌های تجربه‌ای مربوط به آن، به فردی که وابستگی بین فردی ناکارآمد دارد، کمک می‌کند تا افکار مربوط به مراقبت‌شدن و چسبیدن به دیگران را جدی، عینی و حقیقت محض در نظر نگرفته و از اهمیت این افکار اتوماتیک بکاهد و فکر خود را تنها یک جریان در حال گذر ببیند. همچنین، گسلس شناختی به مراجع این امکان را می‌دهد تا افکار خود را همان‌طور که هستند و نه آن‌طور که می‌گویند، در نظر گرفته و خود را از

محتوای خودساخته (که در مورد افراد وابسته محتوای وابستگی، ضعف، درماندگی و متکی بودن به دیگران است) جدا سازد.

استفاده از راهبردهای تجربه‌ای و مهارت‌های ذهن آگاهی نیز، به کاهش وابستگی بین فردی ناسازگارانه کمک می‌کند (گلدیس و گراس، ۲۰۱۰؛ خوری و همکاران، ۲۰۱۳؛ مک کلینتوک و اندرسون، ۲۰۱۵)، چرا که ذهن آگاهی موجب کاهش همزمان نشانگان شناختی و هیجانی وابستگی بین فردی می‌گردد. به کارگیری مهارت‌های ذهن آگاهی در سه ضلع ناهم‌جوشی، ارتباط با زمان حال و خود به عنوان زمینه در درمان پذیرش و تعهد باعث کاهش هم‌جوشی با افکار گذشته و کاهش نگرانی‌های مربوط به آینده مثل نگرانی یا ترس اغراق آمیز از نداشتن یا از دست دادن مراقبت و حمایت و ناتوانی در مراقبت کردن از خویشان به هنگام تنهایی شده و به فرد وابسته کمک می‌کند تا از موضع «من وابسته و درمانده هستم» به موضع «من همین الان فکر می‌کنم که به وابسته یا درمانده هستم» تغییر جهت دهد.

یکی دیگر از نشانگان وابستگی بین فردی، نشانه‌های رفتاری مثل مطیع بودن، رفتارهای چسبندگی و اطمینان آفرینی افراطی (مک کلینتوک، اندرسون و کریستون، ۲۰۱۵) است که موجب می‌شود افراد وابسته قادر به شروع کردن به موقع پروژه‌ها، انجام دادن کارها به صورت مستقل، برعهده گرفتن مسئولیت‌ها و تعهد به اهداف و رفتار کردن در جهت ارزش‌های انتخابی خود نباشند (مورگان و کلارک، ۲۰۱۰). تمرکز بر مؤلفه عمل متعهدانه درمان پذیرش و تعهد در جهت دادن مجدد به رفتار (فعال سازی رفتار) برای استفاده از الگوهای بزرگتری از عمل اثربخش که به وسیله ارزش‌ها برانگیخته می‌شود، مؤثر واقع شده و به افراد وابسته کمک می‌کند تا آگاهانه در حیطه‌های ارزشمند زندگی گام برداشته و به صورت انعطاف پذیر و خودمختارانه عمل نمایند و در صورت مواجهه با چالش‌های مربوط به اهداف، ایستادگی کرده و در صورت لزوم و به صورت فعالانه و ارادی رفتار خود را تغییر دهند. همچنین، نتایج پژوهش حاکی از اثربخشی درمان پذیرش و تعهد بر افزایش کنترل عمل افراد مبتلا به اختلال شخصیت وابسته و تداوم این اثر در دوره پیگیری بود. برای تبیین این یافته باید توجه داشت که دشواری در کنترل عمل یا جهت گیری ایستا، به عنوان یکی از مشکلات مهم افراد وابسته شناخته شده است (کهل، ۱۹۹۲ و ۱۹۹۴). داشتن اشتغال ذهنی و نشخوار ذهنی مداوم در مورد تجربیات تهدیدآمیز و بازدارنده (به ویژه در زمان شروع کارها یا شکست)، با ناتوانی در کنترل عواطف منفی و افکار مزاحم یا ناتوانی در توقف تفکر تکرارشونده، درباره یک رویداد همراه است. بنابراین، فرد وابسته‌ای که جهت گیری ایستا دارد، قادر به جداسدن از افکار مرتبط با حوادث ناخوشایند یا رهایی از افکار مرتبط با عواطف منفی نیست و به شیوه‌هایی رفتار می‌کند که با شبکه‌های کلامی انعطاف‌ناپذیر هدایت می‌شود، نه با شرایط واقعی محیط.

اجرای مداخلات مربوط به گسلش شناختی به مراجعانی که اشتغال ذهنی مرتبط با کنترل عمل پایین دارند، کمک می‌کند تا به طور انعطاف‌ناپذیر تسلیم افکار و قوانین ذهنی خود نباشند و با معنای لفظی آن‌ها آمیخته نشوند که این خود باعث افزایش منابع شناختی برای انجام فعالیت‌های متعهدانه، کاهش اشتغال ذهنی و افزایش کناره‌گیری مرتبط با جهت‌گیری پویا یا کنترل عمل بیشتر می‌گردد.

همچنین، افراد مبتلا به اختلال شخصیت وابسته که در کنترل عمل با دشواری روبه‌رو هستند، به سختی می‌توانند کاری را به‌صورت ارادی شروع نمایند، تکلیف جدیدی را به‌تنهایی آغاز نمی‌کنند و یا پیگیری اهداف را به تعویق می‌اندازند. علاوه‌براین، این افراد به دلیل بی‌ثباتی یا نداشتن قطعیت و تعهد، حواس‌پرتی و ناتوانی در پردازش صرفه‌جویانه اطلاعات، نمی‌توانند به‌تنهایی به تلاش کردن برای اتمام تکالیف ادامه داده و به‌همین دلیل، معمولاً برای تصمیم‌گیری یا اقدام به عمل، به یک فرد مهم دیگر وابسته هستند (جاستمن و کول، ۲۰۱۰). مداخله در دو ضلع تصریح ارزش‌ها و عمل متعهدانه بر دو بُعد دودلی و بی‌ثباتی افراد با جهت‌گیری ایستا، به‌صورت همزمان تأثیر می‌گذارد.

با روشن‌سازی ارزش‌ها مراجع متوجه می‌شود که در زندگی به‌دنبال چیست و از حوزه‌های مهم زندگی مثل روابط بین‌فردی، شغل، تحصیلات و مانند این‌ها، کدام‌یک برای وی اولویت و ارجحیت دارد و می‌خواهد رفتار مداوم خود را بر چه مبنایی قرار دهد. تصریح ارزش‌ها، انتخاب جهت زندگی، پیدا کردن حس معناداری و هدفمندی و عمل مداوم را تسهیل می‌کند و در نهایت، موجب کاهش سردرگمی و دودلی فرد می‌گردد. روشن‌سازی ارزش‌ها بدون عملی کردن آن‌ها، ارزشی ندارد. تمرکز بر ضلع عمل متعهدانه راه‌انداز فرآیند استفاده از ارزش‌ها برای تعیین اهداف، تبدیل اهداف به اعمال ویژه، تعیین موانع و سدهایی که در برابر عمل کردن وجود دارد و غلبه بر آن‌ها با استفاده از پنج فرایند مرکزی دیگر اکت است. بدین ترتیب، مراجعی که جهت‌گیری ایستا دارد، می‌تواند انجام فعالیت‌هایی در جهت اهداف ارادی را آغاز کرده، بر مقاصد خود پافشاری کند و تا پایان و تکمیل تکلیف بر آن تمرکز نماید و از همه مهمتر، به خودتنظیمی عواطف مثبت در مواجهه با مشکلات دست‌یافته و دچار تردید نگردد.

بنابراین، درمان پذیرش و تعهد با تمرکز بر مؤلفه‌های گسلش یا ناهم‌جوشی، ارتباط با زمان حال، خود به‌عنوان زمینه، پذیرش و عمل متعهدانه و با تأکید بر اجرای مداخلات روانی-آموزشی موجب کاهش وابستگی بین‌فردی و نیز با تکیه بر ضلع‌های ناهم‌جوشی، تصریح ارزش‌ها و عمل متعهدانه موجب افزایش کنترل عمل افراد مبتلا به اختلال شخصیت وابسته می‌شود.

از محدودیت‌های این پژوهش می‌توان به این مسئله اشاره کرد که دسترسی به تعداد زیادی از افرادی که اختلال شخصیت وابسته باشند، دشوار بوده و نمونه پژوهش تنها محدود به زنان مبتلا به اختلال شخصیت وابسته بود که به کلینیک‌های روان‌درمانی خصوصی شهر قدس و منطقه ۲۲ شهر تهران مراجعه کرده بودند که این امر، تعمیم نتایج حاصل را با محدودیت‌هایی مواجه می‌سازد. علاوه‌براین، برای مطالعه متغیرهای پژوهش از پرسشنامه‌های خودسنجی (خودگزارش‌دهی) استفاده شد و این شیوه جمع‌آوری اطلاعات ممکن است تحت تأثیر عواملی مثل مقبولیت اجتماعی قرار گیرد و بر نتایج پژوهش اثر بگذارد. همچنین، سایر عوامل روان‌شناختی مؤثر از جمله داشتن اختلال روان‌شناختی همزمان (همبود) در نمونه موردنظر کنترل نشد که این محدودیت می‌تواند بر نتایج پژوهش اثرگذار باشد. از این‌رو، پیشنهاد می‌گردد که پژوهش‌های آینده از نمونه‌هایی که ویژگی‌های جمعیت‌شناختی متنوع‌تری دارند و نیز از سایر ابزارهای پژوهشی و روش‌های گردآوری اطلاعات استفاده کنند. با توجه به مشکلات متعدد مربوط به اختلالات شخصیت و نیز به دلیل کمبود

مطالعات انجام شده در خصوص اثربخشی درمان پذیرش و تعهد در بهبود یا درمان اختلالات شخصیت، به ویژه در داخل کشور، پیشنهاد می شود این درمان توسط سایر پژوهشگران، بر روی دیگر متغیرهای روان شناختی مرتبط با اختلالات شخصیت و با دوره های پیگیری طولانی تر (به دلیل ماهیت بلندمدت اختلالات شخصیت) انجام و تکرار گردد. نتایج پژوهش حاضر، حمایت اولیه ای در خصوص اثربخشی درمان پذیرش و تعهد برای اختلالات شخصیت فراهم نمود. بنابراین، به مراکز مشاهده و کلینیک های روان درمانی پیشنهاد می شود تا برای درمان افراد مبتلا به اختلالات شخصیت، به ویژه گروه ج این اختلالات، از درمان پذیرش و تعهد استفاده نمایند.

منابع

- اسماعیلی، س.، طباطبائی، م.، و افروز، غ. (۱۳۹۴). اثربخشی درمان شناختی- رفتاری مبتنی بر ذهن آگاهی بر تنظیم شناختی هیجان و کنترل توجه در افراد معتاد. *فصل نامه پژوهش های کاربردی روان شناختی*. ۱۳/۳، ۱۴۳-۱۳۳
- انجمن روان پزشکی آمریکا. (۲۰۱۳). *راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی، ویراست پنجم*، ترجمه یحیی سیدمحمدی (۱۳۹۳). تهران: روان.
- خداپاری فرد، م.، حجازی، ا.، و حسینی نژاد، ن. (۱۳۹۴). اثربخشی مشاوره شناختی رفتاری مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) بر خودکارآمدی و رضایت زناشویی زنان وابسته به سوء مصرف مواد دارای همسر و فرزند. *فصل نامه پژوهش های کاربردی روان شناختی*. ۲/۶، ۷۵-۶۱
- عزیزی، آ.، و قاسمی، س. (۱۳۹۶). مقایسه اثربخشی سه رویکرد راه حل مدار، شناختی- رفتاری و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر افسردگی و کیفیت زندگی زنان مطلقه. *فرهنگ مشاوره و روان درمانی*. ۱/۲۹، ۲۷۰-۲۳۶.
- فرخی، ا.، و حسین چاری، م. (۱۳۹۳). ویژگی های روان سنجی مقیاس کنترل عمل. *فصل نامه اندازه گیری تربیتی*. ۵/۱۷، ۸۱-۶۲.
- فرشام، آ.، و خدابخش، ر. (۱۳۹۴). اثربخشی روان درمانی مبتنی بر پیش در درمان یک مورد اختلال شخصیت وابسته. *فصل نامه مطالعات روان شناسی بالینی*. ۵/۲۰، ۲۴۳-۲۲۷.
- مرمچی نیا، م.، و ذوقی پایدار، م. (۱۳۹۶). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر امیدواری و شادکامی نوجوانان دختر تحت پوشش بهزیستی. *فصل نامه روان شناسی کاربردی*. ۳/۴۲، ۱۷۴-۱۵۷.
- والترز، ت. ج.، و هیز، ا. س. (۲۰۱۰). *درمان وابسته به پذیرش و تعهد*، ترجمه علی اکبر سیف (۱۳۹۴). تهران: دیدار.

References

- Barker, J. D., Carpron, E. W., & Azorlosa, J. (1996). Family environment characteristics of persons with histrionic and dependent personality disorders. *Journal of Personality Disorders*. 10(1), 82- 87.
- Borge, F. M., Hoffart, A., Sexton, H., Martinsen, E., Gude, T., Hedley, L. M., & Abrahamsen, G. (2010). Pre-treatment predictors and in-treatment factors associated with change in avoidant and dependent personality disorder traits among patients with social phobia. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*. 41(3), 212- 219.

- Bornstein, R. F. (2012a). Dependent personality disorder .In: Widiger, T.A. (Ed.), *The Oxford Handbook of Personality Disorders*. New York, NY: Oxford University Press, 505-526.
- Bornstein, R. F. (2012b). Illuminating a neglected clinical issue: Social costs of interpersonal dependency and dependent personality disorder. *Journal of Clinical Psychology*. 68(7), 766-781.
- Diefendorff, J. M., Hall, R. J., Lord, R. G., & Streat, M. L. (2000). Action-state orientation: Construct validity of a revised measure and its relationship to work related variables. *Journal of Applied Psychology*. 85(2), 250-263.
- Disney, K. L. (2013). Dependent personality disorder: A critical review. *Clinical Psychology Review*. 33(8), 1184-1196.
- First, M. B., Spitzer, R. L., & Gibbon, M. (1997). User's guide for the structural clinical interview for DSM-IV axis I disorders. Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Furnham, A. (2018). A Big Five facet analysis of sub-clinical dependent personality disorder (Dutifulness). *Psychiatry Research*, 270, 622-626.
- Gaudiano, B. A., & Herbert, J. D. (2006). Acute treatment of inpatients with psychotic symptoms using Acceptance and Commitment Therapy: Pilot results. *Behaviour Research and Therapy*. 44(3), 415-437.
- Goldin, P. R., & Gross, J. J. (2010). Effects of mindfulness-based stress reduction (MBSR) on emotion regulation in social anxiety disorder. *Emotion*. 10(1), 83-91.
- Hayes, S. C., Levin, M., Plumb, J., Villatte, J. L., & Pistorillo, J. (2013). Acceptance and Commitment therapy and contextual behavioral science: Examining the progress of a distinctive model of behavioral and cognitive therapy. *Behavioral Therapy*. 44(2), 180-198.
- Hayes, S. C., Strosahl, K. D., & Wilson, K. G. (1999). *Acceptance and commitment therapy: An experiential approach to behavior change*. New York: Guilford press.
- Hirschfeld, R. M., Klerman, G. L., Gouch, H. G., Barrett, J., Korchin, S. J., & Chodoff, P. (1977). A measure of interpersonal dependency. *Journal of Personality Assessment*. 41(6), 610-618.
- Huber, N. M. (2007). *Dependent Personality Inventory (DPI): A Scale to Assess Dependent Personality Subtypes Based on DSM-IV-TR Criteria* (Doctoral dissertation, Cleveland State University).
- Jostmann, N. B., & Koole, S. L. (2010). Dealing with High Demands: The Role of Action Versus State orientation. In R. Hoyle (Ed.), *The handbook of self-regulation and personality*. New York, NY: Wiley.
- Khouri, B., Lecomte, T., Fortin, G., Masse, M., Therien, P., Bouchard, V., & Hofmann, S. G. (2013). Mindfulness-based therapy: a comprehensive meta-analysis. *Clinical Psychology Review*. 33(6), 763-771.
- Kuhl, J. (1992). A theory of self-regulation: Action versus state orientation, self-discrimination, and some applications. *Applied Psychology: An International Review*. 41(2), 95- 173.
- Kuhl, J. (1994). Action versus state orientation: Psychometric properties of the action control scale (ACS-90). In J. Kuhl & J. Bechmann (Eds.), *Volition and personality: Action versus state orientation*. Göttingen: Hogrefe, pp. 47-59.

- MacClintock, A.S., & Anderson, T. (2015). The application of mind fullness for interpersonal dependency: Effects of a brief intervention. *Mindfulness*, 6(2), 243-252.
- MacClintock, A.S., Anderson, T., & Cranston, S. (2015). Mindfulness therapy for maladaptive interpersonal dependency: A preliminary randomized controlled trial. *Behavior Therapy*, 46(6), 856- 868.
- Morgan, T. A., & Clark, L. A. (2010). Passive-submissive and active-emotional trait dependency: Evidence for a two- factor model. *Journal of Personality*, 78(4), 1325-52.
- Morgan, T. A., & Clark, L. A. (2017). Dependent personality (disorder). Reference Module in Neuroscience and biobehavioral Psychology, doi:10.1016/b978-0-12-809324-5.06396-3.
- Morton, J., Snowdon, SH., Gopold, M., & Guymer, E. (2012). Acceptance and commitment therapy group treatment for symptoms of borderline personality disorder: A public sector pilot study. *Cognitive and Behavioral Practice*, 19(4), 527- 544.
- Pore, A., & Huber, N. M. (2007). *Dependent personality inventory (DPI): a scale to assess dependent personality subtypes based on DSM-IV-TR criteria*. (Master's Thesis, Cleveland State University).
- Rholes, W. S., Michas, L., & Shroff, J. (1989). Action control as a vulnerability factor in dysphoria. *Cognitive Therapy and Research*, 13(3), 263-274.
- Sianturi, R., Keliat, B. A., & Wardani, I. Y. (2018). The effectiveness of acceptance and commitment therapy on anxiety in clients with stroke. *Enfermeria Clinica*, 28(1), 94-97.
- Smallwood, R. F., Potter, J. S., & Robin, D. A. (2016). Neurophysiological mechanisms in acceptance and commitment therapy in opioid-addicted patients with chronic pain. *Psychiatry Research: Neuroimaging*, 250, 12-14.
- Sperry, L. (2003). *Handbook of diagnosis and treatment of DSM-IV-TR personality disorders*. (2nd Ed.). New York: Brunner-Rutledge.
- Twohig, M. P., & Levin, M. E. (2017). Acceptance and commitment therapy as a treatment for anxiety and depression: A review. *Psychiatric Clinics*, 40(4), 751-770.
- Vowles, K. E., McCracken, L. M., & O'Brien, J. Zh. (2011). Acceptance and values-based action in chronic pain: a three-year follow up analysis of treatment effectiveness and process. *Behavior Research and Therapy*, 49(11), 748-755.
- Wynne, B., McHugh, L., Gao, W., Keegan, D., Byrne, K., Rowan, C., & Dooley, B. (2018). Acceptance and Commitment Therapy Reduces Psychological Stress in Patients with Inflammatory Bowel Diseases. *Gastroenterology*. [Accepted Manuscript]
- Zettle, R. D., & Rains, J. C. (1989). Group cognitive and contextual therapies in treatment of depression. *Journal of Clinical Psychology*, 45(3), 436-445.