MEJDS. 2017; 7.

Published online 2017 Aug. **Research Article**

The effectiveness of acceptance commitment therapy on acceptance and defense style of parent with autistic children. Therapy on the parent with denial defense mechanism

*Saeedmanesh M.[1], Azizi M.[2]

Author Address
1. PhD of cognitive neuroscience, Associate professor, University of Elmo Honar, Yazd. Iran;
2. PhD student of psychology in Allame Tabatabaie University, Member of educational group in University of Elmo Honar, Yazd. Iran.
***Corresponding Author Address:** Psychology Department, Faculty of humanistic science, Elmo Honar University. Alam square, Yazd. Iran.
***Tel:** +98 (35) 38207180; ***E-mail:** m.saeidmanesh@yahoo.com

Received: 2017 June 13; **Accepted:** 2017 July 2.

Abstract

Objective: Autism spectrum disorder is a nerve growth disorder that is classified as affecting social interaction including limited interests, repetitive activities and behavioral patterns. This disorder initiates prior to age 36 months, and generally manifests itself when the patients are less than three years old. Autism is one the most chronic and unknown children disorder with many unknown aspects. It is necessary to devote a noticeable amount of research and clinical practice to this disorder due to its large spread (1% among the population) and its chronic nature. Parents like to have healthy and successful children; therefore, accepting that their children are sick is difficult for them and often provokes denial. By the time parents accept their children's problem, they don't know how to help them. Acceptance and Commitment therapy (ACT) is one of the third wave's cognitive behavioral therapies and is currently being used in the treatment of a number of psychological conditions and disorders. It also enhances psychological flexibility and subsequently improves individual's mental health. Acceptance and Commitment therapy invites people to open up to unpleasant feelings, and learn not to overreact to them, and not to avoid situations where they are invoked. This research investigates the effect of Acceptance and Commitment therapy on acceptance and defense style in mothers of autistic children with denial defense style.

Methods: This is a two-group pretest-posttest quasi-experimental study. The population consisted of all clients with autism spectrum referring to special children's school in 2015. Convenience sampling was used to recruit 40 participants. The participants were assigned to the experimental and control groups in equal numbers. The experimental group received Acceptance and Commitment Therapy in 8 sessions- each 90 minutes. The research instruments were Defense Style Questionnaire (DSQ) and Acceptance and Action Questionnaire-2(AAQ-2). DSQ questionnaire was developed by Bond in 1983 to evaluate 3 defense mechanisms: mature, immature and neurotic styles. AAQ2 was developed by Abbasi in Iran. Alpha Cronbach for this questionnaire is 0/89. Co-variance analysis was used to examine the research hypotheses.

Results: The results showed that Acceptance and Commitment therapy can increase acceptance in mothers of autistic children. The mean scores for acceptance measure in the experimental group increased from 18.2 in pre-test to 28 in the post-test, while in control group it increased from 16.8 in the pre-test to 17.2 in the post-test. Covariance analysis showed that there was a significant difference between two groups ($P<0.05$) on this measure. However, there was no significant difference between two groups in commitments of mothers ($P>0.05$). The mean score for commitment measure in the experimental group increased from 7.9 in the pre-test to 11.3 in the post- test. In the control group the same mean score increased from 9.7 in the pre-test to 9.6 in the post- test. The result showed that Acceptance and Commitment therapy can reduce use of immature defense styles in mothers of autistic children ($p=0.01$). Also, the results of covariance analysis showed that there was no significant difference between mature and neurotic defense styles in experimental and control groups in the posttest.

Conclusion: In acceptance and commitment therapy, the participants are encouraged to improve their commitment to have healthier lives, including behavioral strategies when facing negative thoughts and emotions. Therefore, ACT can have effective influence on adjustment of parents.

Keywords: Autism, Denial Defense Mechanism, Acceptance and Commitment Therapy.

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-11-25]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1396.7.0.97.5]

Copyright © 2016, MEJDS. This is an open-access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International License (http://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/) which permits copy and redistribute the material just in noncommercial usages, provided the original work is properly cited.

مجله مطالعات ناتوانی ۱۳۹۶؛ (۷).

انتشار برخط مردادماه ۱۳۹۶ مقاله پژوهشی اصیل

اثربخشی درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد بر میزان پذیرش و سبک‌های دفاعی والدین کودکان اوتیسم با مکانیسم دفاعی انکار

*محسن سعیدمنش[۱]، مهدیه عزیزی[۲]

نویسندگان

۱. دکترای علوم اعصاب‌شناختی، استادیار گروه روان‌شناسی دانشگاه علم‌وهنر یزد، یزد، ایران؛

۲. دانشجوی دکتری روان‌شناسی دانشگاه علامه‌طباطبایی، عضو گروه آموزشی دانشگاه علم‌وهنر یزد، یزد، ایران.

***آدرس نویسندهٔ مسئول:** یزد، میدان عالم، دانشکدهٔ علوم‌انسانی دانشگاه علم‌وهنر، گروه روان‌شناسی.

***تلفن:** ۰۳۵۳۸۲۰۷۱۸۰؛ ***رایانامه:** m.saeidmanesh@yahoo.com

تاریخ دریافت: ۲۳ خردادماه ۱۳۹۶؛ **تاریخ پذیرش:** ۱۱ تیرماه ۱۳۹۶

چکیده

زمینه و هدف: برای والدین دارای فرزند مبتلا به اختلالات طیف اوتیسم، پذیرش بیماربودن فرزندشان دشوار است. هدف از انجام این پژوهش تعیین اثربخشی درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد بر میزان پذیرش و سبک‌های دفاعی مادران دارای فرزند اوتیسم با مکانیسم دفاعی انکار بود.

روش‌بررسی: پژوهش حاضر نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون‌پس‌آزمون با گروه کنترل بود. جامعهٔ آماری را مادران کودکان مبتلا به اختلال طیف اوتیسمی مراجعه‌کننده به مراکز کودکان استثنایی شهرستان اصفهان در سه‌ماههٔ اول سال ۱۳۹۴، تشکیل دادند. بااستفاده از روش نمونه‌گیری دردسترس، ۴۰ زن انتخاب شدند که حداقل دارای یک فرزند اوتیسم بوده و در مقیاس انکار نمرهٔ بیشتری کسب کرده بودند. پرسشنامه‌های سبک‌های دفاعی DSQ و پذیرش و عمل، نسخهٔ دوم AAQ-2، برای آن‌ها به‌کار گرفته شد؛ سپس به‌صورت تصادفی به دو گروه آزمایش و کنترل تقسیم شدند. گروه آزمایش در هشت جلسهٔ ۹۰دقیقه‌ای تحت‌درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد قرار گرفت. مجدداً از هردو گروه پس‌آزمون به عمل آمد. از روش تحلیل کوواریانس به منظور تحلیل نتایج استفاده شد.

یافته‌ها: نتایج نشان داد که پذیرش مادران تحت‌مداخله به‌طور معناداری افزایش‌یافته (p=۰/۰۳۲) و میزان استفادهٔ آنان از سبک‌های دفاعی رشدنایافته کمتر شده است (p=۰/۰۱۱).

نتیجه‌گیری: برمبنای نتایج این پژوهش می‌توان به درمانگران درحیطهٔ کار با والدین دارای فرزند مبتلا به اوتیسم توصیه کرد: درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد را جهت افزایش پذیرش مادران و کاهش استفاده از سبک‌های دفاعی رشدنایافته به کار گیرند.

کلیدواژه‌ها: اوتیسم، مکانیسم دفاعی انکار، درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد.

حق انتشار محفوظ است © ۱۳۹۵، مجله مطالعات ناتوانی. این یک مقاله با دسترسی آزاد است که تحت مجوز اختیار-غیرتجاری ۴/۰ بین‌المللی (https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/deed.fa) منتشر شده است که به شما اجازه می‌دهد که مواد منتشر شده در این مقاله را با شرط ارجاع مناسب به نسخهٔ اصلی، به‌طور غیرتجاری نسخه‌برداری و توزیع کنید.

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-11-25]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1396.7.0.97.5]

۱ مقدمه

اختلالات طیف اوتیسم نوعی اختلال فراگیر رشد است که با فقدان پاسخ‌گویی به دیگران و تأخیر شدید در رشد زبان، خود را نشان می‌دهد. این مشکل پیش‌از ۳۶ماهگی شروع می‌شود و آغاز آن همواره قبل‌از ۳ سالگی است (۱). اوتیسم وخیم‌ترین و ناشناخته‌ترین اختلالات دوران کودکی بوده که ابهامات بسیاری در قلمرو آن وجود دارد و در کلینیک‌های تخصصی روان‌پزشکی اطفال، جمعیت درخورتوجهی را به‌خود اختصاص می‌دهد (۲).

مطالعات نشان می‌دهند والدین کودکان مبتلا به اوتیسم درمعرض مشکلات مربوط به بهداشت روانی هستند. همهٔ پدرومادرها دوست دارند که کودکی سالم و موفق داشته باشند؛ به‌همین‌دلیل پذیرش بیماربودن فرزندشان برای آنان بسیار مشکل است. بیشتر والدین سعی می‌کنند، این مسئله را انکارکرده و زمانی که این مسئله را می‌پذیرند، نمی‌دانند چگونه باید به فرزندشان کمک کنند (۳). هرچه توانایی افراد برای مقابله بیشتر باشد به‌احتمال کمتری گرفتار موقعیت‌های آسیب‌زا می‌شوند؛ به‌عبارتی میزان آسیب‌پذیری هر فرد دربرابر تنیدگی متأثر از مهارت‌های مقابله‌ای و حمایت‌های اجتماعی است (۴)؛ همچنین ازجمله متغیرهایی که به‌صورت هوشیار و ناهوشیار سطح پردازش شناختی و هیجانی فرد را تحت‌تأثیر قرار می‌دهد مکانیسم‌های دفاعی[1] هستند. طبق تعریف مکانیسم‌های دفاعی، فرآیندهای تنظیم‌کنندهٔ خودکاری بوده که برای کاهش ناهماهنگی شناختی و به‌حداقل‌رساندن تغییرات ناگهانی در واقعیت درونی و بیرونی، ازطریق تأثیرگذاری بر چگونگی درک حوادث تهدیدکننده عمل می‌کنند (۵).

سازوکارهای دفاعی می‌توانند ادراک هیجانی را تحریف‌کرده و تغییر دهند؛ زیرا توجه و دقت ما را به واقعیت، تحریف و ما را از توجه به آن دور می‌کنند (۵). فروید[2] سبک دفاعی شخصی[3]، یعنی فراوانی استفاده از مکانیسم‌های دفاعی متفاوت را درمقایسه با دیگران، متغیر اصلی برای شناخت شخصیت و آسیب‌شناسی و میزان سازش‌یافتگی می‌دانست (۶).

جرمن، واندر لیندن، داکرومونت و زیرماتن[4] در سال۲۰۱۱ در پژوهشی دریافتند والدین کودکان استثنائی درمقایسه با والدین کودکان عادی، دارای هیجانات منفی، خصومت، اضطراب و افکار منفی خودکار بیشتری هستند و برای محافظت از خود دربرابر این فشارها، مکانیسم‌های دفاعی نابالغ مانند انکار را به‌کار می‌گیرند.

پژوهش مارگو، کرنبرگ، فیشر و دیوان[5] نشان داد که مادران کودکان استثنائی درمقایسه با مادران کودکان عادی بیشتراز سبک‌های دفاعی انکار، دلیل‌تراشی و فرافکنی استفاده‌کرده و این امر آن‌ها را بیشتر مستعد افسردگی، احساس گناه، ناامیدی و پرخاشگری می‌کند (۵)؛ بنابراین نیاز به مداخلاتی بوده که استفاده از مکانیسم‌های دفاعی کارآمد را در افراد افزایش دهد. یکی از مداخله‌ها، درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد است. پذیرش و تعهد درمانی[6] را در سال ۱۹۸۶ استیون هایز[7] ایجاد کرد. این رویکرد بخشی از موج سوم درمان‌های رفتاری است و به‌دنبال موج دوم این درمان‌ها، ازقبیل درمان شناختی‌رفتاری پدید آمد (۷).

رویکرد پذیرش و تعهد، برمبنای چهارچوب فلسفی نظریهٔ نظام ارتباطی[8] که به‌اختصار به آن RFT می‌گویند و همچنین زمینه‌گرایی عملکردی[9]، توسعه پیدا کرده است. پذیرش و تعهد درمانی، از پشتوانهٔ پژوهشی و تحقیقاتی خوبی برخورداربوده و دارای برنامه‌ای جامع برای درمان اغلب اختلالات روانی، به‌خصوص اختلالات اضطرابی، است (۸). رویکرد پذیرش و تعهد براساس دیدگاه رنج بشری، بیان می‌کند که انعطاف‌پذیری روان‌شناختی[10]، به‌عنوان مجموعه‌ای از فرایندهای به‌هم‌پیوسته، در انطباق‌پذیری انسان و برعکس در آسیب‌شناسی و رنج انسان نقش دارد. هدف این مدل، نشان‌دادن جلوه‌های گوناگون رنج بشری براساس علائم و نشانگان نیست بلکه در این رویکرد نظر بر این است که مدل انعطاف‌پذیری روان‌شناختی، کل فرایندهای روانی انسان را تحت‌کنترل ندارد؛ بنابراین رویکرد پذیرش و تعهد فراتشخیصی بوده و اعتقادی به دسته‌بندی اختلالات برمبنای طبقه‌بندی DSM ندارد (۹)؛ ازسوی‌دیگر داشتن کودک اوتیستیک بر روحیه و سلامت روان مادران تأثیر منفی می‌گذارد، اما تأثیر آن بر مادران مثل هر استرس دیگر، تاحدزیادی به ارزیابی شناختی[11] از مسئله و سبک‌های دفاعی آن‌ها بستگی دارد (۱۰).

از میان مداخله‌های درمانی، درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد از ویژگی خاصی برخوردار است. این شیوهٔ درمانی برخلاف بیشتر درمان‌ها به‌دنبال تغییر محتوای فکر نیست، بلکه رفتاری درمانی بوده که از مهارت‌های ذهن‌آگاهی پذیرش و گسلش‌شناختی برای افزایش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی[12] استفاده می‌کند (۱۱).

هستهٔ اصلی این درمان بیان می‌کند آنچه خارج از کنترل شخصی‌ات است را بپذیر و به عملی که زندگیت را غنی می‌سازد متعهد باش. درواقع این درمان کمک به مُراجع برای ایجاد زندگی غنی و کامل و معنادار است درعین پذیرش رنجی که زندگی به‌ناچار با خود دارد (۱۱). اختلال اوتیسم هنوز درمان قطعی ندارد و بااسترس فراوانی برای والدین به‌ویژه مادران همراه است؛ پس مداخله‌ای که میزان پذیرش واقعیت کنونی فرزند را در این گروه افزایش دهد و نیز انکار یا سایر سبک‌های دفاعی که اوضاع مراقبت از فرزند و آرامش خانوادگی را در درازمدت وخیم‌تر می‌سازنند، تعدیل بخشد، می‌تواند کمک

1. defense mechanisms
2. Freud
3. defense style
4. Jerman, Van Der Linden, D' Acremont & Zermatten
5. Margo, Greenberg, Fisher& Dewan
6. acceptance and commitment therapy
7. Sreve Hayes
8. rational frame therapy
9. functional contextualize
10. flexibility psychological
11. cognitive appraisal
12. cognitive flexibility

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-11-25]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1396.7.0.97.5]

بزرگی به حمایت از نقش والدگری و هم‌زمان حفظ سلامت روانی مادران و پیشگیری از مشکلات عدیدهٔ زناشویی به‌شمار آید. پژوهشی که از این منظر به این موضوع پرداخته باشد، به‌وسیلهٔ محقق یافت نشد؛ لذا هدف از انجام این پژوهش بررسی اثربخشی درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد بر پذیرش و سبک‌های دفاعی مادران دارای فرزند مبتلا به اوتیسم بود.

۱ روش‌بررسی

این پژوهش از نوع نیمه‌آزمایشی باطرح پیش‌آزمون‌پس‌آزمون با گروه کنترل بود. جامعهٔ آماری را مادران کودکان مبتلا به اختلال طیف اوتیسمی مراجعه‌کننده به مراکز کودکان استثنائی شهرستان اصفهان در سه‌ماههٔ اول سال ۱۳۹۴، تشکیل دادند. از بین این مراجعان بااستفاده از روش نمونه‌گیری دردسترس، تعداد ۴۰ زن انتخاب شدند که حداقل دارای یک‌فرزند اوتیسم بوده و نمرهٔ مکانیسم دفاعی انکار بیشتری را کسب کرده بودند (این نمره ازطریق پرسشنامهٔ سبک‌های دفاعی سنجیده شد). در ادامه پرسشنامه‌ها در اختیار آنان قرار گرفت و سپس به‌طور تصادفی به دو گروه ۲۰نفری آزمایش و کنترل تقسیم شدند.

روش‌اجرا: گروه آزمایش به‌مدت هشت جلسه، درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد را براساس پروتکل درمان دریافت کردند. جلسات دوبار در هفته و هر جلسه به‌مدت ۹۰ دقیقه برگزار شد. جلسهٔ آخر دوهفته بعداز آخرین جلسه برگزار شد. در جدول ۱ خلاصهٔ محتوای طرح درمانی پذیرش و تعهد و زمان اجرای آن آمده است.

جدول ۱. خلاصهٔ محتوای طرح درمانی پذیرش و تعهد و زمان اجرای آن

جلسات	محتوا
جلسهٔ اول	آشنایی گروه با یک‌دیگر و برقراری رابطهٔ درمانی؛ آشناکردن افراد با موضوع پژوهش؛ بررسی بیماری اضطراب اجتماعی در هریک از افراد گروه اعم‌از مدت بیماری و اقدامات انجام‌شده؛ سنجش کلی و سنجش شیوه‌های کنترلی و ایجاد درماندگی خلاق و پاسخ به پرسشنامه‌ها.
جلسهٔ دوم	بررسی دنیای درون و بیرون در درمان ACT؛ ایجاد تمایل به ترک برنامهٔ ناکارآمد تغییر و تفهیم این موضوع که کنترل مسئله است نه راه‌حل و معرفی جایگزینی برای کنترل، یعنی تمایل.
جلسهٔ سوم	شناسایی ارزش‌های افراد؛ تصریح ارزش‌ها؛ تصریح اهداف؛ تصریح اعمال و تصریح موانع.
جلسهٔ چهارم	بررسی ارزش‌های هریک از افراد و تعمیق مفاهیم قبلی.
جلسهٔ پنجم	تفهیم آمیختگی و گسلش و انجام تمرین‌هایی برای گسلش.
جلسهٔ ششم	تفهیم آمیختگی به‌خود مفهوم‌سازی‌شده و آموزش چگونگی گسلش از آن.
جلسهٔ هفتم	ذهن‌آگاهی و تأکید برای درزمان حال‌بودن.
جلسهٔ هشتم	بررسی داستان زندگی و عمل متعهدانه.

برای تحلیل داده‌های به‌دست‌آمده از آمار توصیفی شامل میانگین و انحراف استاندارد و از آمار استنباطی، روش تجزیه‌وتحلیل کوواریانس بااستفاده از نرم‌افزار SPSS نسخهٔ ۱۹ استفاده شد.

پرسشنامهٔ سبک‌های دفاعی[1]: پرسشنامهٔ سبک‌های دفاعی DSQ رفتار دفاعی را به‌وسیلهٔ ارزیابی تجربی مشتقات هوشیار مکانیسم‌های دفاعی در زندگی روزمره می‌سنجد. این پرسشنامه براساس الگوی سلسله مراتبی دفاع‌ها ساخته شده است. پرسشنامهٔ سبک‌های دفاعی DSQ را نخستین‌بار باند و همکارانش[2] در سال ۱۹۸۳ به‌منظور بررسی مکانیسم‌های دفاعی در افراد بهنجار و بیمار تدوین کردند که ۸۸ ماده را دربرگرفته و ۲۴ مکانیسم را وارسی می‌کرد (۱۲).

اندروز و همکاران در سال ۱۹۸۹ باتوجه به طبقه‌بندی راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی DSM-III-R و تعاریف ارائه‌شده دربارهٔ مکانیسم‌های دفاعی، در DSQ تجدیدنظرکرده و درنهایت DSQ-72 را ساختند (۱۲). باتوجه به مشکلات DSQ-72، نسخهٔ جدید دیگری DSQ-40 به‌وسیلهٔ آندروز و همکاران در سال ۱۹۹۳ تدوین شد که شامل ۴۰ سؤال بود و ۲۰ مکانیسم دفاعی را در سه سطح رشدیافته[3] و روان‌آزرده[4] و رشدنایافته[5] ارزیابی می‌کرد (r=۰/۵۸ و α=۰/۷۲). نمره‌دهی این پرسشنامه در طیف لیکرتی ۹درجه‌ای صورت‌گرفته و به ارزیابی سه‌دسته از مکانیزم‌های دفاعی می‌پردازد.

۱. مکانیسم‌های دفاعی سبک رشدیافته عبارت است از: والائی‌گرایی و شوخ‌طبعی و فرونشانی.

۲. مکانیسم‌های دفاعی سبک رشدنایافته عبارت است از: دلیل‌تراشی، فرافکنی، انکار، همه‌کارتوانی، ناارزنده‌سازی، گذار به‌عمل[6]، بدنی‌سازی، خیال‌پردازی اوتیستیک[7]، لایه‌سازی[8]، پرخاشگری منفعلانه[9]، جابه‌جایی و مجزاسازی.

۳. مکانیسم‌های دفاعی سبک روان‌آزرده عبارت است از: دیگردوستی کاذب[10]، تشکل واکنشی[1]، عقلانی‌سازی و باطل‌سازی. در این

[1]. Defense Style mechanism questionnaire

[2]. Bond et a

[3]. mature styles

[4]. neurotic styles

[5]. immature styles

[6]. acting out

[7]. autistic fantasy

[8]. splitting

[9]. passive aggression

[10]. pseudo-altruism

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-11-25]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1396.7.0.97.5]

پژوهش به‌منظور غربال آزمودنی‌ها از خرده‌مقیاس مربوط به مکانیزم دفاعی انکار استفاده شد. افرادی تحت‌مداخله قرار گرفتند که در مقیاس انکار نمرات بیشتراز ۴۰ کسب کردند.
این پرسشنامه را در ایران حیدری‌نسب در سال ۱۳۸۵ تحت بررسی و هنجاریابی آماری قرار داد. حیدری‌نسب نشان داد که نسخهٔ ترجمه‌شدهٔ این پرسشنامه، برپایهٔ بررسی‌های مربوط به روایی هم‌زمان و سازه، همانند نسخهٔ اصلی از روایی مطلوبی برخوردار است. پایایی پرسشنامهٔ سبک‌های دفاعی نیز ازطریق روش بازآزمایی و نیز محاسبهٔ آلفای کرونباخ بررسی و مشخص شد که از پایایی مناسبی (۰/۸۴) برخوردار است (۱۳).

پرسشنامهٔ پذیرش و عمل، نسخهٔ دوم[۷]: پرسشنامهٔ پذیرش و عمل،نسخه دوم AAQ-2 به‌وسیلهٔ بوند و همکاران در سال ۲۰۰۷ تدوین شد (r=۰/۵۳ و α=۰/۷۱). این پرسشنامه نسخه‌ای ۱۰ ماده‌ای بوده که براساس نسخهٔ اصلی **(AAQ-1)** که هیز در سال ۲۰۰۰ ساخته، نوشته شد و سازه‌ای را می‌سنجد که به‌تنوع، پذیرش، اجتناب تجربی و انعطاف‌ناپذیری روان‌شناختی بر می‌گردد. این پرسشنامه دو خرده‌مقیاس را براساس طیف ۵درجه‌ای لیکرت (۱=کاملاً موافقم تا ۵=کاملاً مخالفم) می‌سنجد: اجتناب از تجارب هیجانی و کنترل روی زندگی. در ایران عباسی و همکاران در سال ۱۳۹۱ بااستفاده از تحلیل عامل اکتشافی دو عامل اجتناب از تجارب هیجانی و کنترل روی زندگی این پرسشنامه را گزارش دادند. این بررسی در سه‌مرحله انجام گرفت: در مرحلهٔ اول روی ۱۹۵ دانشجو که به آن‌ها پرسشنامهٔ «پذیرش و عمل، نسخهٔ دوم» داده شد. در مرحلهٔ دوم روی ۱۵۸ نفر از افراد ساکن شهر تهران که به آن‌ها پرسشنامهٔ «اضطراب بک» و «افسردگی بک، نسخهٔ دوم» و «سلامت روان و مقیاس مشکل در تنظیم هیجان» داده شد. در مرحلهٔ سوم روی دو گروه از بیماران افسرده و دارای اضطراب فراگیر که هر گروه به پرسشنامه‌های این پژوهش پاسخ دادند. باتوجه به یافته‌ها همسانی درونی بااستفاده از ضریب آلفای کرونباخ برای این پرسشنامه ۰/۸۹ و ضریب تنصیف پرسشنامه در کل ۰/۸۳ به‌دست آمد؛ همچنین روایی همگرایی این پرسشنامه با پرسشنامه‌های «اضطراب بک»، «افسردگی بک، نسخهٔ دوم» و «سلامت روان و مقیاس مشکل در تنظیم هیجان» مطلوب بود (۱۴).

۲ یافته‌ها

اطلاعات توصیفی مربوط به اثربخشی درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد بر میزان پذیرش و تعهد والدین دارای فرزند مبتلا به اوتیسم به‌همراه نتایج تحلیل کوواریانس در جدول ۲ ارائه شده است.

---

[1]. reaction formation
[12]. acceptance and Action questioanaire

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-11-25]
[DOR: 20.1001.1.23222840.1396.7.0.97.5]

جدول ۲. اطلاعات گروه آزمایش و کنترل برحسب حیطه‌های پذیرش و تعهد به‌همراه نتایج تحلیل کوواریانس

حیطه	پیش‌آزمون			پس‌آزمون		مقایسهٔ پس‌آزمون		
	گروه	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد	مقدار F	مقدار p	توان آزمون
پذیرش	آزمایش	۱۸/۲۰	۳/۳۵	۲۸	۶/۲۴	۵/۵۸	۰/۰۳۲	۰/۵۹
	کنترل	۱۶/۸۰	۴/۰۲	۱۷/۳	۳/۴۳			
تعهد	آزمایش	۷/۹۰	۱/۴۱	۱۱/۳۰	۲/۰۰	۲/۱۹	۰/۱۴۷	۰/۳۰
	کنترل	۹/۷۰	۱/۶۶	۹/۶۰	۱/۹۷			

همان‌طورکه در جدول ۲ مشاهده می‌شود نتایج تحلیل کوواریانس با حذف اثر پیش‌آزمون نشان داد که بین گروه آزمایش که مداخلات گروه درمانی مبتنی‌بر پذیرش و تعهد را دریافت کردند و گروه کنترل که هیچ نوع مداخله‌ای را نداشتند، در متغیر پذیرش تفاوت معنادار وجود دارد (p=۰/۰۳۲ و F=۵/۵۸)؛ اما در متغیر تعهد این مقدار معنادار نبود. لازم به‌ذکر است قبل‌از انجام تحلیل کوواریانس مفروضه‌های مربوط به این آزمون بررسی شد. از مفروضه‌های تحلیل کوواریانس، همگنی واریانس‌ها است. برای بررسی مفروضهٔ همگنی واریانس‌ها از آزمون لون استفاده و ملاحظه شد که برای متغیر پذیرش (p=۰/۲۵ و F=۰/۱۵۱) و برای متغیر تعهد (p=۰/۱۳۱ و F=۴/۱۳) است که فرض همگنی واریانس‌ها برقرار بود.

دربارهٔ اینکه درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد باعث کاهش سبک دفاعی رشدنایافته در مادران کودکان اوتیسم می‌شود نیز، روش تحلیل کوواریانس به‌کار گرفته شد. اطلاعات توصیفی و تحلیل کواریانس مربوط به متغیر سبک‌های دفاعی در جدول ۳ آورده شده است.

جدول ۳. اطلاعات مربوط به سبک‌های دفاعی گروه آزمایش و کنترل به‌همراه نتایج تحلیل کوواریانس

سبک‌های دفاعی	پیش‌آزمون			پس‌آزمون		مقایسهٔ پس‌آزمون		
	گروه	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد	مقدار F	مقدار p	توان آزمون
رشدنایافته	آزمایش	۱۷۳/۲۰	۱۳/۳۵	۸۰/۰۰	۸/۲۴	۵۵/۹۲	۰/۰۱۱	۰/۵۴۱
	کنترل	۱۷۹/۸۲	۱۴/۰۲	۱۷۸/۳۰	۸/۴۳			
رشدیافته	آزمایش	۸۰/۵۰	۶/۴۱	۷۹/۳۲	۴/۰۰	۲۵/۱۴	۰/۱۷۸	۰/۲۴۵
	کنترل	۸۳/۷۴	۸/۶۶	۸۲/۶۲	۷/۹۷			
روان‌آزرده	آزمایش	۷۷/۶۲	۶/۵۷	۷۴/۲۳	۳/۴۱	۱۸/۸۵	۰/۲۱۸	۰/۱۳۸
	کنترل	۷۰/۲۴	۷/۹۵	۶۹/۳۰	۴/۹۰			

طبق جدول ۳ نتایج آزمون تحلیل کوواریانس با حذف اثر پیش‌آزمون نشان داد که درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد باعث می‌شود مادران دارای فرزند مبتلا به اوتیسم از سبک‌های دفاعی رشدنایافته کمتر استفاده کنند و این میزان از نظر آماری معنادار بود (p=۰/۰۱۱ و F=۵۵/۹۲)؛ اما نتایج تحلیل کوواریانس برای تأثیر درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد در میزان استفادهٔ مادران دارای فرزند مبتلا به کودک اوتیسم از سبک دفاعی روان‌آزرده و سبک دفاعی رشدیافته، از نظر آماری معنادار به‌دست نیامد.

۳ بحث

یافته‌های به‌دست‌آمده نشان داد بین گروه آزمایش که مداخلات گروه درمانی مبتنی‌بر پذیرش و تعهد را دریافت‌کرده و گروه کنترل که هیچ‌گونه درمانی نگرفتند، از نظر متغیر پذیرش تفاوت معناداری وجود دارد؛ درحالی‌که تأثیر گروه درمانی مبتنی‌بر پذیرش و تعهد در تعدیل نمرات متغیر تعهد، معنادار نیست و بدان معناست که درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد بر افزایش میزان پذیرش مادران کودکان اوتیسم مؤثر بوده است. این نتیجه با یافته‌های بلک‌لج و هیز همخوانی دارد. آن‌ها نشان دادند: درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد در والدین دارای فرزند اوتیسم منجربه تغییر معنادار در مؤلفه‌های اجتناب تجربی[1] و گسلش می‌شود (۱۵)؛ همچنین در پژوهش شووابرتا و همکاران مشخص شد: درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد در کاهش اضطراب و افسردگی و نیز بهبود کیفیت زندگی در والدین دارای فرزند مبتلا به اوتیسم تأثیر دارد (۱۶). درهمین‌راستا رابرت و کاسل دریافتند: والدین کودکان استثنائی درمقایسه با والدین کودکان عادی نگرش‌های ناکارآمد و افکار خودآیند و هیجانی منفی بیشتری دارند (۱۷). براساس مدل درمانی ACT، وقتی اجتناب از تجارب ذهنی ناخواسته کاهش یابد و فرد این تجارب را بدون هیچ‌گونه واکنش درونی یا بیرونی جهت حذف آن‌ها به‌طور کامل بپذیرد، پذیرش روانی صورت گرفته است؛ بنابراین افزایش پذیرش در مادران فرزند اوتیسم در پژوهش حاضر و کاهش اجتناب تجربی و گسلش در پژوهش بلک‌لج و هیز و دیگر مطالعات یاد شده، همه می‌توانند به نتیجهٔ واحدی اشاره کنند که همان افزایش پذیرش روانی فرد به‌دنبال مداخله مبتنی‌بر پذیرش و تعهد است.

[1]. experiential avoidance

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-11-25]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1396.7.0.97.5]

بررسی تفاوت در نمرات پیش‌آزمون و پس‌آزمون حوزه‌های سبک‌های دفاعی نشان داد که درحوزۀ سبک دفاعی رشدنایافته بین دو گروه در پیش‌آزمون و پس‌آزمون تفاوت معنادار وجود دارد؛ همچنین یافته‌ها مشخص کرد درحوزۀ سبک دفاعی روان‌آزرده و حوزۀ سبک دفاعی رشدیافته بین دو گروه در پیش‌آزمون و پس‌آزمون تفاوت معناداری مشاهده نمی‌شود. در پژوهش شکورصفت و همکاران و مارک و کرنبرگ بیان شد که در والدین دارای فرزند اوتیسم سبک دفاعی رشدیافته کمتر دیده‌شده و بیشتر والدین از سبک‌های دفاعی رشدنایافته و روان‌رنجور استفاده می‌کنند (۱۸). در تبیین اثربخشی درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد بر کاهش استفادۀ مادران از سبک دفاعی رشدنایافته می‌توان گفت که وقتی سبک دفاعی غالب فرد، نوروتیک و رشدنیافته باشد، معمولاً ازطریق انکار و ابطال و نادیده‌انگاری (از نمونۀ مکانیسم‌های نوروتیک و رشدنیافته) با موضوع استرس و موقعیت استرس‌زا مواجه می‌شود. در درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد، شرکت‌کنندگان به اعلام تعهد خود و گام‌برداشتن در مسیر زندگی سالم تشویق‌شده و این شامل اقدامات رفتاری، حتی هنگام رویارویی با موانع، مانند افکار و احساسات منفی است. در این درمان هر عملی با عملکرد آن در ذهن مقایسه و تحلیل می‌شود. ممکن است درمانگر از مُراجع بپرسد این رفتار در خدمت چیست؟ آیا در خدمت اجتناب و پاسخ به ذهن است یا در خدمت نزدیک‌شدن به ارزش‌ها؟ این روش شامل هردو راهبرد پذیرش و تعهد رفتاری به تغییر است. باتوجه به اینکه بازداری افکار ناخواسته، سبب افزایش فراوانی این افکار می‌شود، درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد، اجتناب را با تشویق به پذیرش و کاهش زبان کلامی و اشارۀ مستقیم به نتایج اجتناب زیاد کاهش می‌دهد؛ بنابراین می‌توان گفت که افکار و احساساتی که بر اثر اجتناب و بازداری قوت گرفته بودند، پس‌از آنکه پذیرش شدند، فراخوانی آن‌ها کمتر خواهد شد.

همچنین بنابر یافته‌های پژوهش حاضر، مداخلۀ درمانی ACT بر سبک دفاعی «رشدنایافته» مادران گروه آزمایش مؤثر بوده است؛ درحالی‌که تفاوت معناداری بین این گروه با گروه کنترل در دو سبک دفاعی «رشدیافته» و «روان‌آزرده» پیدا نشد. به‌نظر می‌رسد باوجوداینکه افراد درمقابل موقعیت استرس‌زا از سبک دفاعی غالب برخوردارند، مادرانی که دربرابر استرس از سبک «رشدنایافته» استفاده می‌کردند، پس‌از درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد این سبک دفاعی را کمتر به‌کار می‌گیرند. ازآنجاکه مکانیسم دفاعی انکار جزوی از سبک دفاعی «رشدنایافته» به‌شمار می‌رود، می‌توان چنین نتیجه گرفت که انکار مادران فرزند اوتیسم تحت‌تأثیر مداخلۀ ACT به‌طور معنادار کاهش یافته است. دفاع‌ها پاسخ‌های روان‌شناختی خودکار فرد به تنیدگی‌زاهای درونی یا بیرونی یا تعارضات هیجانی هستند. می‌توان گفت که سبک‌های دفاع رشدیافته موجب پذیرش کامل ماهیت و میزان تهدید می‌شوند و مستقیماً وارد عمل‌شده تا اضطراب ناشی‌از تهدید را تاحدامکان تقلیل دهند (۴).

شواهد تجربی نشان داده‌اند که مکانیسم‌ها و سبک‌های دفاعی سازش‌یافته با پیامدهای سلامت جسمی و روانی مرتبط‌بوده (۲۰) و سبک‌های دفاعی سازش‌نیافته شامل «رشدنایافته» و «روان‌آزرده» با بسیاری از شاخص‌های منفی سلامت ازجمله اختلالات شخصیت و افسردگی در ارتباط است (۴)؛ بنابراین سبک دفاعی «روان‌آزرده» ممکن است به‌جهت پیچیدگی و تعامل مؤلفه‌های مختلف روانی‌شناختی ازجمله شخصیت افراد یا طرح‌واره‌های بیمارگونه، تحت‌تأثیر این دورۀ آموزشی ACT قرار نگرفته باشد؛ پس مؤثربودن درمان بر سبک رشدنایافته ازجمله انکار را می‌توان این‌گونه توضیح داد که درمان ACT هم ازطریق افزایش آگاهی از مشکل و پذیرش مطلق جنبه‌های اضطراب‌آور آن باعث‌کاهش یا رفع تحریف‌های رایج در سبک رشدنایافته می‌شود و هم ازطریق تعهد و ارزش‌گذاری از بی‌اثربودن و نامناسب‌بودن عمل جلوگیری می‌کند.

٤ نتیجه‌گیری

همان‌طورکه بیان شد درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد بر افزایش پذیرش و کاهش استفاده از مکانیسم‌های دفاعی ناپخته توسط والدین دارای فرزند مبتلا به اوتیسم مؤثر است؛ بنابراین متخصصان بالینی استفاده از این روش درمانی را برای والدین دارای فرزند مبتلا به اوتیسم توصیه می‌کنند؛ همچنین پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آتی اثربخشی این درمان برای پدران دارای فرزند مبتلا به اختلال طیف اوتیسم و همچنین سایر مشکلات مربوط به سلامت روان این والدین انجام گیرد.

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-11-25]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1396.7.0.97.5]

References

1. Bardideh M, Mansor M, Karimpoor M. Preparation and validation of behavioral disorders in autistic spectrum children (parent form). Journal of Psychological Models and Methods. 2010;1(1):15–25. [Persian] [Link]
2. Sadock BJ, Sadock VA. Kaplan and Sadock's Synopsis of Psychiatry: Behavioral Sciences/Clinical Psychiatry. Lippincott Williams & Wilkins; 2007. [Link]
3. Rabiee kenari F, Jadidian A, Solgi M. Effectiveness of resilience training on reduction of parental stress of autistic childrens mothers. Scientific Journal of Ilam University of Medical Sciences. 2015;23(4):95–105. [Persian] [Link]
4. Khoushabi K, Farzad Fard SZ, Kakasoltani B, Pouretemad HR, Nikkhah HR. Coping strategies and stress in mothers with autistic children in comparison with mothers with normal children. Journal of Family Research. 2010;6(21):87–97. [Persian] [Link]
5. Ganji M. Mohamadi J. Tabrizian SH. Comparing emotional regulation and defense mechanisms in mothers of students with and without learning disabilities. Journal of Learning Disabilities. 2013;2(3):54–72. [Persian] [Link]
6. Yoselyani GH, Habibi M, Soleymani S. The relationship between discipline desired behavior and family functioning, locus of control and self-esteem of students. Journal of School Psychology. 2012;1(2):114–34. [Persian] [Link]
7. Izadi R, Abedi M. Treatment Based on Admission and Commitment. Tehran, Jungle Publication; 2013. [Persian]
8. Roemer L, Orsillo SM, Salters-Pedneault K. Efficacy of an acceptance-based behavior therapy for generalized anxiety disorder: evaluation in a randomized controlled trial. J Consult Clin Psychol. 2008;76(6):1083–9. [Link]
9. Hayes SC. Stability and change in cognitive behavior therapy: Considering the implications of ACT and RFT. J Rat-Emo Cognitive-Behav Ther. 2005;23(2):131–51. [Link]
10. Sepa A, Frodi A, Ludvigsson J. Could parenting stress and lack of support/confidence function as mediating mechanisms between certain environmental factors and the development of autoimmunity in children? a study within ABIS. Ann N Y Acad Sci. 2002;958:431–5. [Link]
11. Noorian L, Aghaiee A. Effectiveness of acceptance and commitment therapy on emotional eating among obese women. Knowledge & Research in Applied Psychology. 2017;16(2):15–23. [Persian] [Link]
12. Brown LA, Forman EM, Herbert JD, Hoffman KL, Yuen EK, Goetter EM. A randomized controlled trial of acceptance-based behavior therapy and cognitive therapy for test anxiety: a pilot study. Behav Modif. 2011;35(1):31–53. [Link]
13. Heydarinasab L, Mansouri M, Azad Falah P, Shaieeri MR. Validity and reliability of Defens Style Questionaire (DSQ-40) in iranian samples. Journal of Daneshvar Raftar. 2007;14(22):11–26. [Persian] [Link]
14. Abasi E, Fti L, Molodi R, Zarabi H. Psychometric properties of persian version of acceptance and action questionnaire –II. Journal of Psychological Models and Methods. 2012;3(0):65–80. [Persian] [Link]
15. Blackledge JT, Hayes SC. Using acceptance and commitment training in the support of parents of children diagnosed with autism. Child Fam Behav Ther. 2006;28(1):1–18. [Link].
16. Poddar S, Sinha VK, Urbi M. Acceptance and commitment therapy on parents of children and adolescents with autism spectrum disorders. Int J Educ Psychol Assess. 2015;1(3):221. [Link]
17. Roberts JE, Kassel JD. Mood-state dependence in cognitive vulnerability to depression: The roles of positive and negative affect. Cognit Ther Res. 1996;20(1):1–2. [Link]
18. Shakor Sefat Z, Sharifi Daramadi P, Esmailie A. A comparative study of parenting styles and defense mechanisms between autistic and normal children's mothers. Spectrum: A Journal of Multidisciplinary Research. 2014;3(10):1–14. [Link]
19. Gray DE. Coping over time: the parents of children with autism. J Intellect Disabil Res. 2006;50(Pt 12):970–6. [Link]
20. Vaillant GE. Adaptive mental mechanisms. Their role in a positive psychology. Am Psychol. 2000;55(1):89–98. [Link]

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-11-25]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1396.7.0.97.5]