

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.

اثربخشی درمان مبتنی بر 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 نویسنده مسئول: یزد، میدان عالم، دانشکده علوم‌انسانی دانشگاه علم‌و‌هنر، گروه روان‌شناسی.
 *تلفن: ۰۳۵۳۲۰۷۱۸۰؛ *رایانامه: m.saiedmanesh@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 بیمار بودن فرزندشان دشوار است. هدف از انجام این پژوهش تعیین اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر میزان پذیرش و سبک‌های دفاعی مادران دارای فرزند اوتیسم با مکانیسم دفاعی انکار بود.
روش بررسی: پژوهش حاضر نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون‌پس‌آزمون با گروه کنترل بود. جامعه آماری را مادران کودکان مبتلا به اختلال طیف اوتیسمی مراجعه‌کننده به مراکز کودکان استثنایی شهرستان اصفهان در سه‌ماهه اول سال ۱۳۹۴، تشکیل دادند. با استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس، ۴۰ زن انتخاب شدند که حداقل دارای یک فرزند اوتیسم بوده و در مقیاس انکار نمره بیشتری کسب کرده بودند. پرسشنامه‌های سبک‌های دفاعی DSQ و پذیرش و عمل، نسخه دوم AAQ-2، برای آن‌ها به‌کار گرفته شد؛ سپس به‌صورت تصادفی به دو گروه آزمایش و کنترل تقسیم شدند. گروه آزمایش در هشت جلسه ۹۰ دقیقه‌ای تحت‌درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد قرار گرفت. مجدداً از هر دو 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 افزایش یافته ($p=0/032$) و میزان استفاده آنان از سبک‌های دفاعی رشدنیافته کمتر شده است ($p=0/011$).

نتیجه‌گیری: بر مبنای نتایج این پژوهش می‌توان به درمان‌گران در حیطه کار با والدین دارای فرزند مبتلا به اوتیسم توصیه کرد: درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد را جهت افزایش پذیرش مادران و کاهش استفاده از سبک‌های دفاعی رشدنیافته به کار گیرند.
کلیدواژه‌ها: اوتیسم، مکانیسم دفاعی انکار، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد.

بنابراین نیاز به مداخلاتی بوده که استفاده از مکانیسم‌های دفاعی کارآمد را در افراد افزایش دهد. یکی از مداخله‌ها، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد است. پذیرش و تعهد درمانی^۶ را در سال ۱۹۸۶ استیون هایز^۷ ایجاد کرد. این رویکرد بخشی از موج سوم درمان‌های رفتاری است و به دنبال موج دوم این درمان‌ها، از قبیل درمان شناختی رفتاری پدید آمد (۷).

رویکرد پذیرش و تعهد، بر مبنای چهارچوب فلسفی نظریه نظام ارتباطی^۸ که به اختصار به آن RFT می‌گویند و همچنین زمینه‌گرایی عملکردی^۹، توسعه پیدا کرده است. پذیرش و تعهد درمانی، از پشتوانه پژوهشی و تحقیقاتی خوبی برخوردار بوده و دارای برنامه‌ای جامع برای درمان اغلب اختلالات روانی، به خصوص اختلالات اضطرابی، است (۸). رویکرد پذیرش و تعهد بر اساس دیدگاه رنج بشری، بیان می‌کند که انعطاف‌پذیری روان‌شناختی^{۱۰}، به عنوان مجموعه‌ای از فرایندهای بهم‌پیوسته، در انطباق‌پذیری انسان و برعکس در آسیب‌شناسی و رنج انسان نقش دارد. هدف این مدل، نشان دادن جلوه‌های گوناگون رنج بشری بر اساس علائم و نشانگان نیست بلکه در این رویکرد نظر بر این است که مدل انعطاف‌پذیری روان‌شناختی، کل فرایندهای روانی انسان را تحت کنترل ندارد؛ بنابراین رویکرد پذیرش و تعهد فراتشخصی بوده و اعتقادی به دسته‌بندی اختلالات بر مبنای طبقه‌بندی DSM ندارد (۹)؛ از سوی دیگر داشتن کودک اوتیستیک بر روحیه و سلامت روان مادران تأثیر منفی می‌گذارد، اما تأثیر آن بر مادران مثل هر استرس دیگر، تا حد زیادی به ارزیابی شناختی^{۱۱} از مسئله و سبک‌های دفاعی آن‌ها بستگی دارد (۱۰).

از میان مداخله‌های درمانی، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد از ویژگی خاصی برخوردار است. این شیوه درمانی برخلاف بیشتر درمان‌ها به دنبال تغییر محتوای فکر نیست، بلکه رفتاری درمانی بوده که از مهارت‌های ذهن‌آگاهی پذیرش و گسلش شناختی برای افزایش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی^{۱۲} استفاده می‌کند (۱۱).

هسته اصلی این درمان بیان می‌کند آنچه خارج از کنترل شخصی است را بپذیر و به عملی که زندگی را غنی می‌سازد متعهد باش. در واقع این درمان کمک به مراجع برای ایجاد زندگی غنی و کامل و معنادار است در عین پذیرش رنجی که زندگی به‌ناچار با خود دارد (۱۱). اختلال اوتیسم هنوز درمان قطعی ندارد و با استرس 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 می‌سازند، تعدیل بخشد، می‌تواند کمک

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 پیش از ۳۶ ماهگی شروع می‌شود و آغاز آن همواره قبل از 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 درخور توجهی را به خود اختصاص می‌دهد (۲).

مطالعات نشان می‌دهند والدین کودکان مبتلا به اوتیسم در معرض مشکلات مربوط به بهداشت روانی هستند. همهٔ پرومادرها دوست دارند که کودکی سالم و موفق داشته باشند؛ به همین دلیل پذیرش بیمار بودن فرزندشان برای آنان بسیار مشکل است. بیشتر والدین سعی می‌کنند، این مسئله را انکار کرده و زمانی که این مسئله را می‌پذیرند، نمی‌دانند چگونه باید به فرزندشان کمک کنند (۳). هرچه توانایی افراد برای مقابله بیشتر باشد به احتمال کمتری گرفتار موقعیت‌های آسیب‌زا می‌شوند؛ به عبارتی میزان آسیب‌پذیری هر فرد در برابر تنیدگی متأثر از مهارت‌های مقابله‌ای و حمایت‌های اجتماعی است (۴)؛ همچنین از جمله متغیرهایی که به صورت هوشیار و ناهوشیار سطح پردازش شناختی و هیجانی فرد را تحت تأثیر قرار می‌دهد مکانیسم‌های دفاعی^۱ هستند. طبق تعریف مکانیسم‌های دفاعی، فرآیندهای تنظیم‌کننده خودکاری بوده که برای کاهش ناهماهنگی شناختی و به حداقل رساندن تغییرات ناگهانی در واقعیت درونی و بیرونی، از طریق تأثیرگذاری بر چگونگی درک حوادث تهدیدکننده عمل می‌کنند (۵).

سازوکارهای دفاعی می‌توانند ادراک هیجانی را تحریف کرده و تغییر دهند؛ زیرا توجه و دقت ما را به واقعیت، تحریف و ما را از توجه به آن دور می‌کنند (۵). فروید^۲ سبک دفاعی شخصی^۳، یعنی فراوانی استفاده از مکانیسم‌های دفاعی متفاوت را در مقایسه با دیگران، متغیر اصلی برای شناخت شخصیت و آسیب‌شناسی و میزان سازش‌یافتگی می‌دانست (۶).

جرمن، واندر لیندن، داکرومونت و زیرماتن^۴ در سال ۲۰۱۱ در پژوهشی دریافتند والدین کودکان استثنائی در مقایسه با والدین کودکان عادی، دارای هیجانان منفی، خصومت، اضطراب و افکار منفی خودکار بیشتری هستند و برای محافظت از خود در برابر این فشارها، مکانیسم‌های دفاعی نابالغ مانند انکار را به‌کار می‌گیرند. پژوهش مارگو، کرنبرگ، فیشر و دیوان^۵ نشان داد که مادران کودکان استثنائی در مقایسه با مادران کودکان عادی بیشتر از سبک‌های دفاعی انکار، دلیل تراشی و فرافکنی استفاده کرده و این امر آن‌ها را بیشتر مستعد افسردگی، احساس گناه، ناامیدی و پرخاشگری می‌کند (۵)؛

6. acceptance and commitment therapy

7. Steve Hayes

8. rational frame therapy

9. functional contextualize

10. flexibility psychological

11. cognitive appraisal

12. cognitive flexibility

1. defense mechanisms

2. Freud

3. defense style

4. Jerman, Van Der Linden, D Acremont & Zermatten

5. Margo, Greenberg, Fisher & Dewan

با استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس، تعداد ۴۰ زن انتخاب شدند که حداقل دارای یک فرزند اوتیسم بوده و نمره مکانیسم دفاعی انکار بیشتری را کسب کرده بودند (این نمره از طریق پرسشنامه سبک‌های دفاعی سنجیده شد). در ادامه پرسشنامه‌ها در اختیار آنان قرار گرفت و سپس به‌طور تصادفی به دو گروه ۲۰ نفری آزمایش و کنترل تقسیم شدند.

روش اجرا: گروه آزمایش به مدت هشت جلسه، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد را بر اساس پروتکل درمان دریافت کردند. جلسات دوبر در هفته و هر جلسه به مدت ۹۰ دقیقه برگزار شد. جلسه آخر دوهفته بعد از آخرین جلسه برگزار شد. در جدول ۱ خلاصه محتوای طرح درمانی پذیرش و تعهد و زمان اجرای آن آمده است.

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

۱ روش بررسی

این پژوهش از نوع نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون‌پس‌آزمون با گروه کنترل بود. جامعه آماری را مادران کودکان مبتلا به اختلال طیف اوتیسمی مراجعه‌کننده به مراکز کودکان استثنائی شهرستان اصفهان در سه‌ماهه اول سال ۱۳۹۴، تشکیل دادند. از بین این مراجعان

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

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

سه سطح رشدیافته^۳ و روان‌آزده^۴ و رشدنا یافته^۵ ارزیابی می‌کرد ($F=0/58$ و $\alpha=0/72$). نمره‌دهی این پرسشنامه در طیف لیکرتی ۹ درجه‌ای 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 رشدنا یافته عبارت است از: دلیل‌تراشی، فرافکنی، انکار، همه‌کار توانی، ناززنده‌سازی، گذار به عمل^۶، بدنی‌سازی، خیال‌پردازی اوتیستیک^۷، لایه‌سازی^۸، پرخاشگری منفعلانه^۹، جابه‌جایی و مجازسازی.

۳. مکانیسم‌های دفاعی سبک روان‌آزده عبارت است از: دیگر دوستی کاذب^{۱۰}، تشکل واکنشی^۱، عقلانی‌سازی و باطل‌سازی. در این

برای تحلیل داده‌های به‌دست‌آمده از آمار توصیفی شامل میانگین و انحراف استاندارد و از آمار استنباطی، روش تجزیه و تحلیل کوواریانس با استفاده از نرم‌افزار SPSS نسخه ۱۹ استفاده شد.

پرسشنامه سبک‌های دفاعی^۱: پرسشنامه سبک‌های دفاعی DSQ رفتار دفاعی را به‌وسیله ارزیابی تجربی مشتقات هوشیار مکانیسم‌های دفاعی در زندگی روزمره می‌سنجد. این پرسشنامه بر اساس الگوی سلسله‌مراتبی دفاع‌ها ساخته شده است. پرسشنامه سبک‌های دفاعی DSQ را نخستین بار باند و همکارانش^۲ در سال ۱۹۸۳ به‌منظور بررسی مکانیسم‌های دفاعی در افراد بهنجار و بیمار تدوین کردند که ۸۸ ماده را دربر گرفته و ۲۴ مکانیسم را واری می‌کرد (۱۲).

اندروز و همکاران در سال ۱۹۸۹ با توجه به طبقه‌بندی راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی DSM-III-R و تعاریف ارائه‌شده درباره مکانیسم‌های دفاعی، در DSQ تجدیدنظر کرده و در نهایت DSQ-72 را ساختند (۱۲). با توجه به مشکلات DSQ-72، نسخه جدید دیگری DSQ-40 به‌وسیله آندروز و همکاران در سال ۱۹۹۳ تدوین شد که شامل ۴۰ سؤال بود و ۲۰ مکانیسم دفاعی را در

3. mature styles
4. neurotic styles
5. immature styles
6. acting out
7. autistic fantasy
8. splitting
9. passive aggression
10. pseudo-altruism

۱. Defense Style mechanism questionnaire

۲. Bond et al

پژوهش به منظور غربال آزمودنی‌ها از خرده‌مقیاس مربوط به مکانیزم دفاعی انکار استفاده شد. افرادی تحت‌مداخله قرار گرفتند که در مقیاس انکار نمرات بیشتر از ۴۰ کسب کردند.

این پرسشنامه را در ایران حیدری‌نسب در سال ۱۳۸۵ تحت بررسی و هنجاریابی آماری قرار داد. حیدری‌نسب نشان داد که نسخه ترجمه‌شده این پرسشنامه، برپایه بررسی‌های مربوط به روایی هم‌زمان و سازه، همانند نسخه اصلی از روایی مطلوبی برخوردار است. پایایی پرسشنامه سبک‌های دفاعی نیز از طریق روش بازآزمایی و نیز محاسبه آلفای کرونباخ بررسی و مشخص شد که از پایایی مناسبی (۰/۸۴) برخوردار است (۱۳).

پرسشنامه پذیرش و عمل، نسخه دوم: پرسشنامه پذیرش و عمل، نسخه دوم AAQ-2 به وسیله بوند و همکاران در سال ۲۰۰۷ تدوین شد ($r=0/53$ و $\alpha=0/71$). این پرسشنامه نسخه‌ای ۱۰ ماده‌ای بوده که براساس نسخه اصلی (AAQ-1) که هیز در سال ۲۰۰۰ ساخته، نوشته شد و سازه‌ای را می‌سنجد که به تنوع، پذیرش، اجتناب تجربی و انعطاف‌ناپذیری روان‌شناختی بر می‌گردد. این پرسشنامه دو خرده‌مقیاس را براساس طیف ۵ درجه‌ای 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 با استفاده از تحلیل عامل اکتشافی دو عامل اجتناب از تجارب هیجانی و کنترل روی زندگی این پرسشنامه را گزارش دادند. این بررسی در سه مرحله انجام گرفت: در مرحله اول روی ۱۹۵ دانشجو که به آن‌ها پرسشنامه «پذیرش و عمل، نسخه دوم» داده شد. در مرحله دوم روی ۱۵۸ نفر از افراد ساکن شهر تهران که به آن‌ها پرسشنامه «اضطراب بک» و «افسردگی بک، نسخه دوم» و «سلامت روان و مقیاس مشکل در تنظیم هیجان» داده شد. در مرحله سوم روی دو گروه از بیماران افسرده و دارای اضطراب فراگیر که هر گروه به پرسشنامه‌های این پژوهش پاسخ دادند. با توجه به یافته‌ها همسانی درونی با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ برای این پرسشنامه ۰/۸۹ و ضریب تنصیف پرسشنامه در کل ۰/۸۳ به دست آمد؛ همچنین روایی همگرایی این پرسشنامه با پرسشنامه‌های «اضطراب بک»، «افسردگی بک، نسخه دوم» و «سلامت روان و مقیاس مشکل در تنظیم هیجان» مطلوب بود (۱۴).

۲ یافته‌ها

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

¹. reaction formation

¹². acceptance and Action questionnaire

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

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

همان‌طور که در جدول ۲ مشاهده می‌شود نتایج تحلیل کوواریانس با حذف اثر پیش‌آزمون نشان داد که بین گروه آزمایش که مداخلات گروه درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد را دریافت کردند و گروه کنترل که هیچ نوع مداخله‌ای را نداشتند، در متغیر پذیرش تفاوت معنادار وجود دارد ($F=۵/۵۸$ و $p=۰/۰۳۲$)؛ اما در متغیر تعهد این مقدار معنادار نبود. لازم به ذکر است قبل از انجام تحلیل کوواریانس مفروضه‌های مربوط به این آزمون بررسی شد. از مفروضه‌های تحلیل کوواریانس، همگنی واریانس‌ها است. برای بررسی مفروضه 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.

دربارۀ اینکه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد باعث کاهش سبک دفاعی رشدنیافته در مادران کودکان اوتیسم می‌شود نیز، روش تحلیل کوواریانس به‌کار گرفته شد. اطلاعات توصیفی و تحلیل کوواریانس 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	گروه	پیش‌آزمون		پس‌آزمون		مقایسه پس‌آزمون	
		میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد	مقدار F	مقدار p
رشدنیافته	آزمایش	۱۷۳/۲۰	۱۳/۳۵	۸۰/۰۰	۸/۲۴	۵۵/۹۲	۰/۰۱۱
	کنترل	۱۷۹/۸۲	۱۴/۰۲	۱۷۸/۳۰	۸/۴۳		
رشدیافته	آزمایش	۸۰/۵۰	۶/۴۱	۷۹/۳۲	۴/۰۰	۲۵/۱۴	۰/۱۷۸
	کنترل	۸۳/۷۴	۸/۶۶	۸۲/۶۲	۷/۹۷		
روان‌آورده	آزمایش	۷۷/۶۲	۶/۵۷	۷۴/۲۳	۳/۴۱	۱۸/۸۵	۰/۲۱۸
	کنترل	۷۰/۲۴	۷/۹۵	۶۹/۳۰	۴/۹۰		

والدین دارای فرزند اوتیسم منجر به تغییر معنادار در مؤلفه‌های اجتناب تجربی^۱ و گسلس می‌شود (۱۵)؛ همچنین در پژوهش شوپرا و همکاران مشخص شد: درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در کاهش اضطراب و افسردگی و نیز بهبود کیفیت زندگی در والدین دارای فرزند مبتلا به اوتیسم تأثیر دارد (۱۶). در همین راستا رابرت و کاسل دریافتند: والدین کودکان استثنائی در مقایسه 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 گسلس در پژوهش بلکلج و هیز و دیگر مطالعات یاد شده، همه می‌توانند به نتیجه واحدی اشاره کنند که همان افزایش پذیرش روانی فرد به‌دنبال مداخله مبتنی بر پذیرش و تعهد است.

طبق جدول ۳ نتایج آزمون تحلیل کوواریانس با حذف اثر پیش‌آزمون نشان داد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد باعث می‌شود مادران دارای فرزند مبتلا به اوتیسم از سبک‌های دفاعی رشدنیافته 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 مبتنی بر پذیرش و تعهد در میزان استفاده مادران دارای فرزند مبتلا به کودک اوتیسم از سبک دفاعی روان‌آورده و سبک دفاعی رشدیافته، از نظر آماری معنادار به‌دست نیامد.

۳ بحث

یافته‌های به‌دست‌آمده نشان داد بین گروه آزمایش که مداخلات گروه درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد را دریافت کرده و گروه کنترل که هیچ‌گونه درمانی نگرفتند، از نظر متغیر پذیرش تفاوت معناداری وجود دارد؛ درحالی‌که تأثیر گروه درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد در تعدیل نمرات متغیر تعهد، معنادار نیست و بدان معناست که درمان مبتنی بر 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 مبتنی بر پذیرش و تعهد در

1. experiential avoidance

می‌کردند، پس از درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد این سبک دفاعی را کمتر به‌کار می‌گیرند. از آنجا که مکانیسم دفاعی انکار جزوی از سبک دفاعی «رشدنیافته» به‌شمار می‌رود، می‌توان چنین نتیجه گرفت که انکار مادران فرزند اوتیسم تحت تأثیر مداخله 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 رشدنیافته موجب پذیرش کامل ماهیت و میزان تهدید می‌شوند و مستقیماً وارد عمل شده تا اضطراب ناشی از تهدید را تا حد امکان تقلیل دهند (۴).

شواهد تجربی نشان داده‌اند که مکانیسم‌ها و سبک‌های دفاعی سازش‌یافته با پیامدهای سلامت جسمی و روانی مرتبط بوده (۲۰) و سبک‌های دفاعی سازش‌نیافته شامل «رشدنیافته» و «روان‌آزرده» با بسیاری از شاخص‌های منفی سلامت از جمله اختلالات شخصیت و افسردگی در ارتباط است (۴)؛ بنابراین سبک دفاعی «روان‌آزرده» ممکن است به‌جهت پیچیدگی و تعامل مؤلفه‌های مختلف روانی‌شناختی از جمله شخصیت افراد یا طرح‌واره‌های بیمارگونه، تحت تأثیر این دوره آموزشی ACT قرار نگرفته باشد؛ پس مؤثر بودن درمان بر سبک رشدنیافته از جمله انکار را می‌توان این‌گونه توضیح داد که درمان ACT هم از طریق افزایش آگاهی از مشکل و پذیرش مطلق جنبه‌های اضطراب‌آور آن باعث کاهش یا رفع تحریف‌های رایج در سبک رشدنیافته می‌شود و هم از طریق تعهد و ارزش‌گذاری از بی‌اثر بودن و نامناسب بودن عمل جلوگیری می‌کند.

۴ نتیجه‌گیری

همان‌طور که بیان شد درمان مبتنی بر 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.

بررسی تفاوت در نمرات پیش‌آزمون و پس‌آزمون حوزه‌های سبک‌های دفاعی نشان داد که درحوزه سبک دفاعی رشدنیافته بین دو گروه در پیش‌آزمون و پس‌آزمون تفاوت معنادار وجود دارد؛ همچنین یافته‌ها مشخص کرد درحوزه سبک دفاعی روان‌آزرده و حوزه سبک دفاعی رشدنیافته 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 رشدنیافته کمتر دیده‌شده و بیشتر والدین از سبک‌های دفاعی رشدنیافته و روان‌رنجور استفاده می‌کنند (۱۸). در تبیین اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کاهش استفاده مادران از سبک دفاعی رشدنیافته می‌توان گفت که وقتی سبک دفاعی غالب فرد، نوروپیک و رشدنیافته باشد، معمولاً از طریق انکار و ابطال و نادیده‌انگاری (از نمونه مکانیسم‌های نوروپیک و رشدنیافته) با موضوع استرس و موقعیت استرس‌زا مواجه می‌شود. در درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، شرکت‌کنندگان به اعلام تعهد خود و گام‌برداری در مسیر زندگی سالم تشویق شده 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 مراجع بپرسد این رفتار در خدمت چیست؟ آیا در خدمت اجتناب و پاسخ به ذهن است یا در خدمت نزدیک شدن به ارزش‌ها؟ این روش شامل هردو راهبرد پذیرش و تعهد رفتاری به تغییر است. با توجه به اینکه بازداری افکار ناخواسته، سبب افزایش فراوانی این افکار می‌شود، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، اجتناب را با تشویق به پذیرش و کاهش زبان کلامی و اشاره مستقیم به نتایج اجتناب زیاد کاهش می‌دهد؛ بنابراین می‌توان گفت که افکار و احساساتی که بر اثر اجتناب و بازداری قوت گرفته بودند، پس از آنکه پذیرش شدند، فراخوانی آن‌ها کمتر خواهد شد. همچنین بنابر یافته‌های پژوهش حاضر، مداخله درمانی ACT بر سبک دفاعی «رشدنیافته» مادران گروه آزمایش مؤثر بوده است؛ درحالی‌که تفاوت معناداری بین این گروه با گروه کنترل در دو سبک دفاعی «رشدنیافته» و «روان‌آزرده» پیدا نشد. به نظر می‌رسد باوجود اینکه افراد درمقابل موقعیت استرس‌زا از سبک دفاعی غالب برخوردارند، مادرانی که دربرابر استرس از سبک «رشدنیافته» استفاده

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, Shaeeri MR. Validity and reliability of Defens Style Questionnaire (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](#)]