مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و روان‌درمانی پویشی کوتاه‌مدت فشرده بر تحمل پریشانی مادران دارای فرزند با اختلال طیف اُتیسم

▫ **یعقوب سهراب‌زائی**، دانشجوی دکتری روان‌شناسی بالینی، واحد بیرجند، دانشگاه آزاد اسلامی، بیرجند، ایران
▫ **سید عبدالمجید بحرینیان***، استاد تمام، گروه روان‌شناسی، واحد بیرجند، دانشگاه آزاد اسلامی، بیرجند، ایران
▫ **قاسم آهی**، استادیار، گروه روان‌شناسی، واحد بیرجند، دانشگاه آزاد اسلامی، بیرجند، ایران
▫ **احمد منصوری**، استادیار، گروه روان‌شناسی، واحد نیشاپور، دانشگاه آزاد اسلامی، نیشاپور، ایران

● تاریخ دریافت: ۱۴۰۴/۰۱/ ۰۵ ● تاریخ انتشار: مهر و آبان ۱۴۰۴ ● نوع مقاله: پژوهشی ● صفحات ۸۰ الی ۹۴

چکیده

زمینه و هدف: پژوهش حاضر باهدف مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و روان‌درمانی پویشی کوتاه‌مدت فشرده بر تحمل پریشانی مادران دارای فرزند با اختلال طیف اُتیسم انجام شد.

روش: روش پژوهش نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون - پس‌آزمون با گروه گواه و پیگیری سه‌ماهه بود. جامعه آماری شامل تمامی مادران کودکان اُتیستیک مراکز آموزشی و توان‌بخشی شهر نیک‌شهر در سال ۱۴۰۳ بود. ۴۵ نفر به‌صورت نمونه‌گیری دردسترس و به‌طور تصادفی در دو گروه آزمایشی و یک گروه گواه (هر گروه ۱۵ نفر) جایگزین شدند. جلسات درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و روان‌درمانی پویشی کوتاه‌مدت فشرده طی ۸ جلسه ۶۰ دقیقه‌ای (هفته‌ای ۱ جلسه) به‌صورت فردی برگزار شد. آزمودنی‌ها به پرسش‌نامه تحمل پریشانی (سیمونز و گاهر، ۲۰۰۵) در سه مقطع پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری سه‌ماهه پاسخ دادند. داده‌ها با استفاده از تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر تجزیه‌وتحلیل شدند.

یافته‌ها: نتایج نشان داد، هر دو روش درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و روان‌درمانی پویشی کوتاه‌مدت فشرده در مقایسه با گروه گواه منجر به افزایش تحمل پریشانی شدند و این تأثیر در پیگیری نیز پایدار بود ($P<0/001$). اما روان‌درمانی پویشی کوتاه‌مدت فشرده در مقایسه با درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، تحمل پریشانی را در مادران کودکان با اختلال طیف اُتیسم بیشتر افزایش داد ($P=0/005$).

نتیجه‌گیری: نتیجه‌گیری شد که اگرچه هر دو شیوه درمانی تحمل پریشانی را در مادران کودکان با اختلال طیف اُتیسم افزایش می‌دهند، اما روان‌درمانی پویشی کوتاه‌مدت فشرده در مقایسه با درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، روش مؤثرتری برای افزایش تحمل پریشانی در این مادران است.

واژه‌های کلیدی: تحمل پریشانی، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، روان‌درمانی پویشی، مادران کودکان با اختلال طیف اُتیسم

* Email: abdolmajeed2025@iau.ac.ir

[Downloaded from exceptionaleducation.ir on 2026-11-01]

مقدمه

اختلال طیف اُتیسم[1] به‌عنوان یک ناتوانی رشدی - عصبی تعریف می‌شود که با نقص‌های پایدار در ارتباطات اجتماعی، تعاملات متقابل اجتماعی و الگوهای رفتاری محدود یا تکراری مشخص می‌شود. این اختلال معمولاً در اوایل دوران کودکی و پیش از ۳ سالگی ظاهر می‌شود (۱). شواهد پژوهشی حاکی از آن است که بروز این اختلال تحت تأثیر ترکیبی از عوامل ژنتیکی و محیطی قرار دارد؛ هرچند مکانیسم‌های دقیق مرتبط با آن هنوز به‌طور کامل شناسایی نشده‌اند. براساس یافته‌های مطالعات اخیر، شیوع جهانی این اختلال حدود ۱ درصد از جمعیت جهان را در بر می‌گیرد و پسران به‌طور معناداری بیش از دختران در معرض خطر ابتلا به آن قرار دارند (۲). در ایران نیز، گزارش‌ها نشان می‌دهند که شیوع اختلال طیف اُتیسم در حدود ۱۰ مورد در هر ۱۰،۰۰۰ نفر برآورد شده است (۳). این یافته‌ها لزوم توجه بیشتر به عوامل خطر و تدوین راهبردهای پیشگیرانه و مداخله‌ای مؤثر را در این حوزه آشکار می‌سازد.

کودکان با اختلال طیف اُتیسم اغلب با چالش‌های عمده‌ای در حوزه‌های زبانی، بیان و درک هیجانات و برقراری تماس چشمی مواجه هستند، که این امر تعاملات آنها با خانواده، را بشدت تحت تأثیر قرار می‌دهد. این محدودیت‌ها می‌توانند منجر به افزایش سطح استرس، فرسودگی و اضطراب در والدین، به‌خصوص مادران شود (۴). در این راستا، مطالعات نشان داده‌اند والدینی که فرزند معلول دارند، سطوح بالایی از استرس را گزارش می‌دهند و والدین کودکان با اختلال طیف اُتیسم بالاترین سطح را در مقایسه با والدین کودکان با ناتوانی ذهنی و جسمی یا سایر ناتوانی‌ها گزارش می‌کنند (۵).

علاوه‌براین، مطالعات گزارش داده‌اند والدین کودکانی که اختلال طیف اُتیسم دارند، بویژه مادران، در معرض افزایش خطر ابتلا به مشکلات روانی، از جمله استرس والدینی، افسردگی، خودکشی، اضطراب و سایر اختلالات عاطفی جدی مانند رنج ننگ هستند که عواقب این شرایط نامطلوب روانی و اجتماعی می‌تواند بسیار جدی باشد (۶). همچنین مادران پس از دریافت تشخیص اُتیسم فرزندشان احساس پریشانی روانی شدیدی می‌کنند که بخشی از آن ناشی از تشخیص و بخش دیگر آن ناشی از سردرگمی در مورد پیامدهایی است که این اختلال برای فرزند و خانواده خواهد داشت (۷). سطح تحمل پریشانی[2] پایین یکی از نشانه‌های مهم روان‌شناختی در مادران دارای کودک اُتیستیک است (۸).

تحمل پریشانی به‌عنوان یکی از عوامل تعیین‌کننده‌ی مهم در رفتارهای خودمراقبتی شناخته می‌شود و به توانایی فرد در ارزیابی و آگاهی از وضعیت هیجانی و نگرش‌های خود، بدون تلاش برای تغییر یا کنترل آنها، اشاره دارد (۶). افرادی که از تحمل پریشانی هیجانی پایینی برخوردارند، اغلب علائمی مانند اضطراب، افسردگی، بی‌قراری، کاهش عزت نفس و اختلالات خواب را تجربه می‌کنند (۷). این افراد حالت‌های هیجانی منفی را غیرقابل تحمل توصیف کرده و برای تسکین آنها از راهبردهای ناکارآمد استفاده می‌کنند. همچنین، در مواجهه با عوامل پریشان‌کننده، دچار بی‌نظمی رفتاری شده و توانایی کمی در مدیریت چالش‌های مرتبط با سلامت خود نشان می‌دهند (۸).

به‌عبارت دیگر، تحمل پریشانی به‌عنوان ظرفیت تجربه و تحمل حالت‌های روان‌شناختی و جسمانی منفی تعریف می‌شود (۹) و ممکن است نتیجه‌ی تعامل فرآیندهای فیزیکی و شناختی باشد، اگرچه به شکل حالت‌های هیجانی تجربه می‌شود (۱۰). این سازه دارای ماهیتی چندبعدی است و شامل ابعادی همچون توانایی تحمل، ارزیابی و پذیرش حالت‌های عاطفی، تنظیم هیجان و میزان جذب توجه توسط هیجان‌های منفی شامل می‌شود (۱۱). تحمل پریشانی همچنین به توانایی فرد در حفظ مسیر خود به سوی اهداف، حتی در شرایط ناخوشایند، اشاره دارد و به‌عنوان یکی از جنبه‌های کلیدی تاب‌آوری در مواجهه با موقعیت‌های نامطلوب شناخته می‌شود (۱۲). افرادی که تحمل پریشانی پایینی دارند، اغلب هیجان‌های خود را غیرقابل کنترل دانسته و در مدیریت آنها دچار ضعف می‌شوند. این امر منجر به تمرکز بیش از حد بر هیجان‌های منفی و کاهش عملکرد کلی آنها می‌شود (۱۳). در نتیجه، سطح پایین تحمل پریشانی می‌تواند به‌عنوان یک عامل خطر مهم در بروز آسیب‌های روانی درنظر گرفته شود (۱۴). در مجموع، تحمل پریشانی نقش حیاتی در سلامت روانی و توانایی مقابله با چالش‌های زندگی ایفا می‌کند و تقویت این توانایی می‌تواند به بهبود عملکرد و تاب‌آوری افراد در شرایط دشوار کمک کند. سطوح بالای پریشانی روانی در والدین می‌تواند منجر به گرایش بیشتر آنها به استفاده از روش‌های تربیتی انعطاف‌ناپذیر و پرخاشگرانه شود و همچنین باعث کاهش

1. Autism spectrum disorder (ASD)
2. Distress tolerance

[Downloaded from exceptionaleducation.ir on 2026-11-01]

بهره‌گیری از برنامه‌های درمانی و خدمات حمایتی طراحی‌شده برای کودکان گردد. این مسئله نه تنها تأثیرات نامطلوبی بر روند رشد و تحول کودکان می‌گذارد، بلکه می‌تواند پیامدهای منفی بیشتری را نیز به همراه داشته باشد (۱۵). از این‌رو، ارائه حمایت‌ها و مداخلات تخصصی به مادران دارای فرزند با اختلال طیف اُتیسم از اهمیت بسزایی برخوردار است، چراکه این اقدامات می‌تواند به آنها در مدیریت بهتر فرآیند تربیت فرزندان و بهبود کیفیت زندگی خانواده کمک شایانی کند.

یکی از رویکردهای مؤثر در افزایش تحمل پریشانی مادران دارای فرزند با اختلال طیف اُتیسم، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد است (۱۵) که نخستین بار در سال ۱۹۸۶ توسط هیز ارائه شد. این رویکرد، به‌عنوان یک روش مداخله روان‌شناختی، نه براساس تکنیک‌ها یا تعداد جلسات مشخص، بلکه بر پایه فرآیندهای نظری و اصول روان‌شناختی معین تعریف می‌شود. این رویکرد به‌عنوان درمانی حمایتی و کوتاه‌مدت، به‌دلیل ماهیت انسان‌گرایی آن و تأکید بر رابطه و تعیین و پذیرش ارزش‌های فردی و خانوادگی مادران به‌عنوان مداخله‌ای روان‌شناختی مبتنی بر تجربه می‌باشد که راهبردهای مبتنی بر آگاهی و پذیرش را همراه با راهبردهای تعهد و تغییر رفتار به منظور افزایش انعطاف پذیری روان‌شناختی به‌کار می‌گیرد و می‌تواند درمانی انتخابی و دارای اولویت در کار با مشکلات مزمن و معلولان و خانواده آنها باشد (۱۶). انعطاف پذیری روان‌شناختی در درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد از طریق ۶ فرایند اصلی و زیربنایی شامل پذیرش، گسلش، خود به‌عنوان زمینه، ارتباط با زمان حال، ارزش‌ها و عمل متعهدانه ایجاد می‌شود. و این فرایندها به یکدیگر مرتبط هستند و برای تقویت انعطاف‌پذیری روان‌شناختی بر یکدیگر تأثیر می‌گذارند (۱۷) ۴ فرایند اول، یعنی پذیرش، گسلش، خود به‌عنوان زمینه و ارتباط با زمان حال، فرایندهای پذیرش و ذهن‌آگاهی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و ۴ فرایند آخر، خود به‌عنوان زمینه، ارتباط با زمان حال، ارزش‌ها و عمل متعهدانه، فرایندهای تغییر و تعهد این رویکرد را تشکیل می‌دهند (۱۸). به‌عبارت‌دیگر، از منظر این دیدگاه، زمانی افراد به انعطاف ناپذیری روان‌شناختی دچار می‌شوند که ۶ فرایند اصلی پذیرش، گسلش، خود به‌عنوان زمینه، در زمان حال بودن، ارزش‌ها و عمل متعهدانه که موجب انعطاف‌پذیری روان‌شناختی در افراد می‌شوند، دچار خلل شوند و در مقابل، افراد ۶ فرایند آسیب‌شناختی مرکزی شامل تسلط گذشته، هم‌جوشی شناختی، اجتناب تجربه‌ای، دلبستگی و خود مفهوم سازی‌شده، فقدان ارزش‌ها را تجربه کنند و دست به اقداماتی غیر متعهدانه بزنند که این امر در درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به معنای آسیب‌زایی می‌باشد. پژوهش‌های متعددی در زمینه اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر تاب‌آوری و انعطاف‌پذیری روان‌شناختی در مادران کودکان اُتیسیک (۱۹)، استرس والدینی در مادران کودکان اُتیسیک (۲۰)، تنظیم رفتاری هیجان در مادران دانش آموزان با اختلال نارسایی توجه/ بیش فعالی (۲۱)، تحمل پریشانی در مادران کودکان اُتیسیک و مادران دارای فرزند فلج مغزی (۱۵, ۲۲)، علائم روان‌تنی در زنان دارای تعارضات زناشویی (۲۳) نشان داده‌اند.

علاوه بر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، یکی دیگر از درمان‌هایی که بر افزایش تحمل پریشانی مادران دارای فرزند با اختلال طیف اُتیسم می‌تواند مؤثر باشد، روان‌درمانی پویشی کوتاه‌مدت فشرده است (۲۷). روان‌درمانی پویشی کوتاه‌مدت فشرده که ریشه در نظریه‌های روان‌کاوی فروید دارد، توسط حبیب دوانلو، روان‌پزشک ایرانی، در دانشگاه مک‌گیل ابداع و گسترش یافت. این روش درمانی بر این هدف متمرکز است که به بیماران کمک کند تا احساسات ناهشیار خود را که منشأ اضطراب، نشانه‌های روان‌شناختی و مکانیسم‌های دفاعی هستند، شناسایی و پردازش کنند. مفاهیم اصلی این رویکرد شامل تجربه هیجانات اصیل، مقابله با مقاومت‌های درونی، مدیریت اضطراب و درک مثلث تعارض (شامل احساسات، دفاع‌ها و اضطراب) و مثلث شخص (شامل رابطه درمانگر، بیمار و افراد مهم در زندگی بیمار) است. این مفاهیم نشان‌دهنده پیوندهای عمیق بین نظریه دوانلو و اصول روان‌کاوی فروید است (۲۴). در این روش درمانی، هدف اصلی شناسایی و حل مشکلات رفتاری و هیجانی است. درمانگر با کمک بیمار، مکانیسم‌های دفاعی را که مانع دسترسی به احساسات واقعی می‌شوند، مورد بررسی قرار می‌دهد. از این منظر، مواجهه با این دفاع‌ها و غلبه بر آنها، تنها راه برای دستیابی به هیجانات سرکوب‌شده و اصیل است. پژوهش‌ها نشان می‌دهند که تجربه و آگاهی از این احساسات سرکوب‌شده، نه تنها به کاهش نشانه‌های روان‌شناختی کمک می‌کند، بلکه موجب رشد عاطفی و بهبود عملکرد فرد در زندگی می‌شود (۲۵).

این رویکرد با تسهیل دسترسی به تعارضات درونی و حل آنها، به مادران بیمار کمک می‌کند تا درک عمیق‌تری از خود به‌دست آورند و تغییرات پایدار در زندگی خود ایجاد کنند.

[Downloaded from exceptionaleducation.ir on 2026-11-01]

درنهایت، روان‌درمانی پویشی کوتاه‌مدت فشرده، با تلفیق اصول روان‌کاوی کلاسیک و تکنیک‌های مدرن، رویکردی مؤثر و کارآمد برای درمان اختلالات روانی ارائه می‌دهد. این روش نه تنها به کاهش سریع نشانه‌ها کمک می‌کند، بلکه با افزایش خودآگاهی و تقویت رشد عاطفی و بالا بردن تحمل پریشانی، زمینه را برای بهبود بلندمدت و پیشگیری از بازگشت علائم مادارن فراهم می‌سازد (۲۶). پژوهش‌های متعددی در زمینه‌ی تأثیر روان‌درمانی پویشی کوتاه مدت فشرده بر افسردگی و اضطراب در مادران کودکان اُتیسیک (۲۷, ۲۸)، استرس پس از سانحه در افراد داغدار از بیماری کووید-۱۹ (۲۹)، خودمدیریت روانی و انعطاف‌پذیری شناختی در بیماران قلبی و عروقی (۳۰) نشان داده‌اند.

باتوجه‌به افزایش شیوع اختلال طیف اُتیسم در سال‌های اخیر در سطح جهان و ایران (۲، ۳) توجه به پیامدهای روان‌شناختی این اختلال برای والدین، بویژه مادران، اهمیت فزاینده‌ای یافته است. پژوهش‌ها نشان می‌دهند که مادران کودکان اُتیستیک به‌طور قابل‌توجهی در معرض فشارهای روانی و هیجانی قرار دارند که یکی از مهم‌ترین آنها، کاهش تحمل پریشانی است (۱۵). با وجود انجام مداخلات مختلف برای بهبود وضعیت روان‌شناختی مادران، تمرکز عمده مطالعات پیشین بر کاهش علائم کلی بوده و مؤلفه‌ای چون تحمل پریشانی که نقش مهمی در طیف گسترده‌ای از اختلالات روان‌شناختی دارد، کمتر به‌صورت اختصاصی مورد بررسی قرار گرفته است (۴). همچنین، درحالی‌که، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و روان‌درمانی پویشی کوتاه‌مدت فشرده هر دو اثربخشی قابل‌توجهی در کاهش نشانگان روان‌شناختی در اختلالات مختلف از خود نشان داده‌اند (۱۷، ۲۵)، مطالعات مقایسه‌ای میان آنها، بویژه در زمینه تحمل پریشانی در مادران دارای کودک با اختلال طیف اُتیسم، محدود باقی مانده است. ازاین‌رو، پژوهش حاضر با هدف پر کردن این خلأ علمی، به مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و روان‌درمانی پویشی کوتاه‌مدت فشرده بر تحمل پریشانی مادران دارای فرزند با اختلال طیف اُتیسم انجام شد.

روش پژوهش

این مطالعه از نوع نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون همراه با گروه گواه و مرحله پیگیری بود. جامعه آماری پژوهش، شامل تمامی مادران کودکان اُتیستیک مراجعه‌کننده به مراکز آموزشی و توان‌بخشی شهر نیک‌شهر سیستان و بلوچستان در سال ۱۴۰۳ بود. از این جامعه، ۴۵ نفر به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب و به‌صورت تصادفی در ۲ گروه آزمایشی و گواه (هر گروه ۱۵ نفر) تقسیم شدند. شرکت‌کنندگان پس از ارائه رضایت آگاهانه و بررسی معیارهای ورود و خروج، وارد پژوهش شدند. از جمله معیارهای ورود به پژوهش، اعلام تمایل به مشارکت، توانایی حضور در تمامی جلسات و عدم دریافت هرگونه مداخله هم‌زمان بود. معیارهای خروج نیز شامل غیبت بیش از ۲ جلسه درمانی و عدم انجام تکالیف محوله بود. در این پژوهش، معیارهای اخلاقی شامل کسب رضایت کتبی از شرکت‌کنندگان برای شرکت در پژوهش، رعایت اصل اختیار شرکت‌کنندگان برای شرکت در پژوهش، رعایت حریم خصوصی مراجعان و انتشار صادقانه نتایج انجام شد. پژوهش حاضر با کد IR.IAU.BIRJAND.REC.1403.027 در کمیته اخلاق دانشگاه آزاد اسلامی واحد بیرجند به تصویب رسیده است.

روش اجرا

پس از اخذ مجوزهای لازم، با همکاری مدیران مراکز آموزشی و توان‌بخشی، مادران کودکان اُتیستیک به‌عنوان نمونه پژوهش انتخاب شدند. پس از آشنایی و توضیح اهداف پژوهش، روش‌های درمانی (درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و روان‌درمانی پویشی کوتاه‌مدت فشرده)، و نحوه تکمیل پرسش‌نامه تحمل پریشانی، رضایت آگاهانه آنها جلب شد. اصول اخلاقی مانند رازداری، حق انصراف در هر مرحله، و محرمانه ماندن اطلاعات رعایت شد. شرکت‌کنندگان به‌صورت تصادفی در ۳ گروه (۲ گروه آزمایشی و یک گروه گواه) قرار گرفتند. گروه‌های آزمایشی به ترتیب تحت مداخلات درمانی هفتگی (۸ جلسه ۶۰ دقیقه‌ای به‌صورت فردی) قرار گرفتند، درحالی‌که گروه گواه مداخله‌ای دریافت نکرد. مداخلات درمانی در مرکز توان‌بخشی شفا در شهر نیک شهر سیستان و بلوچستان برگزار شد. پس از اتمام مداخلات، پرسش‌نامه تحمل پریشانی در مراحل پس‌آزمون و پیگیری سه‌ماهه تکمیل شد. برای رعایت اصول اخلاقی، پس از پژوهش، گروه گواه نیز به ۲ زیرگروه تقسیم و تحت مداخلات درمانی قرار گرفتند. داده‌ها با استفاده از تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر و نرم‌افزار SPSS-۲۶ تحلیل شدند.

[Downloaded from exceptionaleducation.ir on 2026-11-01]

ابزار پژوهش

پرسشنامه تحمل پریشانی[1] (DTS): توسط سیمونز و گاهر (۳۱) در سال ۲۰۰۵ طراحی شده و شامل ۱۵ پرسش در ۴ خرده‌مقیاس است: تحمل (پرسش‌های ۱، ۳، ۵)، جذب هیجانات منفی (پرسش‌های ۲، ۴، ۱۵)، ارزیابی ذهنی پریشانی (پرسش‌های ۶، ۷، ۹، ۱۰، ۱۱، ۱۲) و تنظیم تلاش‌ها برای تسکین پریشانی (پرسش‌های ۸، ۱۳، ۱۴). نمره‌دهی براساس مقیاس ۵ درجه‌ای از ۱ (کاملاً موافقم) تا ۵ (کاملاً مخالفم) انجام می‌شود، که ۶ پرسش به‌صورت معکوس نمره‌گذاری می‌شوند. نمره کلی تحمل پریشانی از جمع نمرات تمام پرسش‌ها به‌دست می‌آید و نمرات بالاتر نشان‌دهنده تحمل پریشانی بیشتر است. سیمونز و گاهر پایایی این پرسشنامه را با ضرایب آلفای کرونباخ ۰/۷۲، ۰/۸۲ و ۰/۷۰ برای خرده‌مقیاس‌ها و ۰/۸۲ برای کل مقیاس گزارش کردند. همچنین، روایی تفکیکی آن با مقیاس‌های وضعیت خلق منفی و مثبت پرسشنامه کلارک و واتسون (۳۲) به ترتیب ۰/۵۹ و ۰/۲۶ به‌دست آمد. در پژوهش توکلی و کاظمی زهرانی (۳۳)، ضریب پایایی به روش بازآزمایی در فاصله زمانی سه‌ماه برای کل مقیاس ۰/۸۱ و برای خرده‌مقیاس‌های تحمل، جذب، ارزیابی و تنظیم به ترتیب ۰/۷۱، ۰/۶۹، ۰/۷۷ و ۰/۷۳ گزارش شده است. همچنین، همبستگی تحمل پریشانی با شیوه‌های مقابله‌ای مسئله‌محور، هیجان‌محور، کمتر مؤثر و مؤثر به ترتیب ۰/۲۱، ۰/۲۷، ۰/۳۳ و ۰/۱۹ به‌دست آمده است. علاوه‌براین، همبستگی‌های بین مقیاس تحمل پریشانی با هیجان مثبت، هیجان منفی و وابستگی به سیگار به ترتیب ۰/۵۴، ۰/۲۲ و ۰/۶۵ محاسبه شده است (۳۳). در پژوهش حاضر نیز پایایی این مقیاس با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۳ تأیید شد.

معرفی برنامه مداخله

جلسات روان‌درمانی پویشی کوتاه‌مدت فشرده در این پژوهش مبتنی بر پروتکل درمانی دوانلو (۳۴) بود که در قالب ۸ جلسه در طول ۲ ماه، هفته‌ای ۱ جلسه و هر جلسه ۶۰ دقیقه به‌صورت فردی در مرکز آموزشی و توان‌بخشی شفا در شهر نیک‌شهر سیستان و بلوچستان اجرا شد. در زیر شرح جلسات درمانی ارائه شده است (جدول ۱).

جدول ۱) جلسات درمانی پویشی کوتاه‌مدت فشرده مبتنی بر پروتکل درمانی دوانلو

تعداد جلسات	خلاصه محتوای جلسات
جلسه یکم	مصاحبه اولیه برای شناسایی علائم اختلال و مشکلات شخصی انجام می‌شود. تمرکز بر پاسخ‌های عینی و احساسات مادران است. مشکلات اخیر بیان شده و در صورت ابهام، با مداخله مناسب، مشکلات به‌صورت عینی‌تر توصیف می‌شوند. مادران به شناخت بهتر احساسات و بیان واضح‌تر مشکلات هدایت می‌شود.
جلسه دوم	مشکلات به‌صورت جزئی‌تر بررسی می‌شوند. دفاع‌های روانی فعال شده و مادران با دفاع‌های خود آشنا می‌شود. هدف، تبدیل دفاع‌های هم‌خوان به ناهمخوان است. در پایان، محتوای جلسه تحلیل و جمع‌بندی می‌شود.
جلسه سوم	با مواجهه مادران با احساسات عمیق‌تر و دفاع‌ها، تفسیر بیشتری انجام می‌شود. دفاع‌های ناهمخوان هدف قرار گرفته و مقاومت انتقالی تحلیل می‌شود. تجربه احساسات انتقالی و تفسیر دفاع‌ها از اهداف اصلی است.
جلسه چهارم	با افزایش ظرفیت مادران، مداخلات عمیق‌تر می‌شود. فشار برای تجربه احساسات انتقالی و تفسیر آنها افزایش می‌یابد. دسترسی مستقیم به ناهشیار ممکن شده و تحلیل می‌شود.
جلسه پنجم	مشکلات و احساسات مادران با توجه به بینش جدید بررسی می‌شوند. تعارضات در توجه و عملکرد اجرایی تحلیل شده و خنثی‌سازی دفاع‌ها ادامه می‌یابد.
جلسه ششم	کاوش در احساسات و ارتباط آنها با توجه و عملکرد اجرایی انجام می‌شود. فرایند کاوش، خنثی‌سازی دفاع‌ها و تفسیر احساسات باتوجه‌به ظرفیت مادران ادامه می‌یابد.

1. Distress Tolerance Scale (DTS)

[Downloaded from exceptionaleducation.ir on 2026-11-01]

تعداد جلسات	خلاصه محتوای جلسات
جلسه هفتم	مشکلات زندگی (در ارتباط با کودک اُتیستیک و سایر مشکلات) واقعی مادران بررسی شده و احساسات به‌صورت واقعی تجربه می‌شوند. الگوی تفکر مادران در ارتباط با تعارضات درونی تحلیل می‌شود.
جلسه هشتم	جمع‌بندی جامع و دقیق محتوای درمانی، با تحلیل و بررسی عمیق، بینش لازم نسبت به احساسات، سازوکارهای دفاعی و الگوهای فکری مادران به‌دست آمد. در ادامه، از مشارکت صمیمانه مادران قدردانی و با اجرای پس‌آزمون، ارزیابی نهایی انجام‌گرفته شد.

جلسات درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد براساس پروتکل درمانی هیز (۱۷) بود که در قالب ۸ جلسه در طول ۲ ماه، هفته‌ای ۱ جلسه و هر جلسه ۶۰ دقیقه به‌صورت فردی در مرکز آموزشی و توان‌بخشی شفا در نیک شهر سیستان و بلوچستان اجرا شد. در زیر شرح جلسات درمانی ارائه شده است (جدول ۲).

جدول ۲) جلسات درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد براساس پروتکل درمانی هیز

جلسات	اهداف درمانی
جلسه یکم	آشنایی اولیه با مادران و برقراری رابطه مناسب باهدف تکمیل صحیح پرسش‌نامه و ایجاد اعتماد؛ اجرای پرسش‌نامه جمعیت‌شناختی و پیش‌آزمون.
جلسه دوم	معرفی درمانگر و آشنایی مادران با فرایند درمان؛ معرفی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، اهداف و محورهای اصلی آن؛ تعیین قوانین جلسات؛ ارائه اطلاعات درباره کودکان اُتیستیک.
جلسه سوم	مرور تجارب جلسه قبل و دریافت بازخورد از مادران؛ بررسی تمایل مادران برای تغییر و انتظاراتش از درمان؛ ایجاد آگاهی نسبت به درماندگی.
جلسه چهارم	شناسایی راهبردهای ناکارآمد کنترل و درک بیهودگی آنها؛ توضیح مفهوم پذیرش و تفاوت آن با مفاهیم شکست، یأس، انکار و مقاومت؛ بررسی چالش‌های پذیرش کودک اُتیستیک خود.
جلسه پنجم	معرفی تکلیف تعهد رفتاری؛ تفهیم مفهوم آمیختگی با خود مفهوم‌سازی شده و گسلش؛ آموزش تکنیک‌های گسلش شناختی؛ مداخله در زنجیره‌های مشکل‌ساز زبان و استعاره‌ها؛ تضعیف ارتباط خود با افکار و عواطف.
جلسه ششم	نشان‌دادن جدایی بین خود، تجربیات درونی و رفتار؛ مشاهده خود به‌عنوان زمینه؛ تضعیف خود مفهومی و بیان خود؛ تمرین تمرکز بر فعالیت‌هایی مانند تنفس و پیاده‌روی برای افزایش آگاهی لحظه‌به‌لحظه از حالات درونی.
جلسه هفتم	شناسایی ارزش‌های زندگی مادران و تأکید بر آنها؛ استفاده از تکنیک‌های ذهن‌آگاهی با تمرکز بر زمان حال.
جلسه هشتم	درک ماهیت تمایل و تعهد (آموزش تعهد به عمل)؛ شناسایی طرح‌های رفتاری مطابق با ارزش‌ها و ایجاد تعهد برای عمل به آنها؛ بررسی مفهوم عود و آمادگی برای مقابله با آن؛ تشکر از مادران و اجرای پس‌آزمون.

یافته ها

در پژوهش حاضر، ۴۵ زن دارای فرزند با اختلال طیف اُتیسم در ۳ گروه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، روان‌درمانی پویشی کوتاه‌مدت فشرده و کنترل جای گرفتند. میانگین و انحراف استاندارد سن شرکت کنندگان در گروه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به ترتیب برابر با ۳۵/۲۷ و ۳/۰۸ سال، در گروه روان درمانی پویشی کوتاه مدت فشرده به ترتیب برابر با ۳۶/۵۳ و ۳/۶۶ سال و در گروه گواه به ترتیب برابر با ۳۶/۶۷ و ۵/۰۴ بود. در گروه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد میزان تحصیلات ۳ نفر

[Downloaded from exceptionaleducation.ir on 2026-11-01]

از شرکت کنندگان زیر دیپلم، ۴ نفر دیپلم و ۸ نفر بالاتر از دیپلم بود. در گروه روان‌درمانی پویشی کوتاه‌مدت فشرده میزان تحصیلات ۴ نفر از شرکت کنندگان زیر دیپلم، ۴ نفر دیپلم و ۷ نفر بالاتر از دیپلم و در گروه گواه میزان تحصیلات ۳ نفر زیر دیپلم، ۵ نفر دیپلم و ۷ نفر بالاتر از دیپلم بود. در گروه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد میانگین و انحراف استاندارد سن فرزند با اختلال طیف اُتیسم به ترتیب ۸/۲۰ و ۰/۷۷ سال، در گروه روان‌درمانی پویشی کوتاه‌مدت فشرده به ترتیب ۷/۵۳ و ۰/۷۴ سال و در گروه گواه به ترتیب ۷/۸۶ و ۰/۹۹ سال بود. درنهایت، ۷ نفر از فرزندان با اختلال طیف اُتیسم در ۲ گروه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و کنترل دختر و ۸ نفر پسر و در گروه روان درمانی پویشی کوتاه مدت فشرده ۹ نفر دختر و ۶ نفر پسر بود. جدول (۱) میانگین، انحراف استاندارد و مقادیر شاپیرو - ویلک (سطح معناداری) مؤلفه‌ها و نمره کل تحمل پریشانی در شرکت‌کنندگان گروه‌های پژوهش، در ۳ مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری را نشان می دهد.

جدول ۳) میانگین، انحراف استاندارد و مقادیر شاپیرو-ویلک (سطح معناداری) مؤلفه‌ها و نمره کل تحمل پریشانی در ۳ مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری

شاخص	مؤلفه	گروه	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	پیگیری
میانگین و انحراف استاندارد	تحمل	پذیرش و تعهد	۶/۳۳ ± ۱/۶۳	۹/۴۰ ± ۱/۷۲	۸/۸۷ ± ۱/۸۱
		روان‌درمانی پویشی	۶/۹۳ ± ۱/۵۵	۱۰/۸۶ ± ۱/۹۲	۹/۵۳ ± ۱/۸۹
		گروه گواه	۶/۸۹ ± ۱/۷۵	۷/۳۴ ± ۱/۸۸	۶/۹۰ ± ۱/۶۲
	جذب	پذیرش و تعهد	۶/۷۳ ± ۱/۹۱	۹/۴۷ ± ۱/۷۶	۸/۷۵ ± ۱/۵۸
		روان‌درمانی پویشی	۷/۱۳ ± ۱/۸۵	۱۰/۳۳ ± ۱/۸۰	۹/۳۳ ± ۲/۰۲
		گروه گواه	۷/۲۰ ± ۱/۵۶	۶/۷۹ ± ۱/۷۸	۷/۱۸ ± ۱/۸۲
	ارزیابی	پذیرش و تعهد	۱۴/۳۳ ± ۲/۷۲	۱۹/۲۷ ± ۳/۰۱	۱۸/۷۳ ± ۲/۷۴
		روان‌درمانی پویشی	۱۵/۰۷ ± ۲/۹۶	۲۰/۹۳ ± ۳/۵۷	۲۱/۴۷ ± ۳/۵۰
		گروه گواه	۱۵/۲۰ ± ۲/۴۶	۱۵/۱۳ ± ۳/۳۴	۱۵/۸۷ ± ۳/۷۸
	تنظیم	پذیرش و تعهد	۶/۰۰ ± ۱/۶۹	۷/۹۳ ± ۱/۲۸	۸/۳۳ ± ۱/۵۰
		روان‌درمانی پویشی	۶/۴۰ ± ۱/۸۸	۹/۲۰ ± ۱/۵۶	۹/۲۷ ± ۱/۷۵
		گروه گواه	۶/۲۷ ± ۱/۵۷	۶/۰۷ ± ۱/۳۹	۵/۷۴ ± ۱/۲۸
	نمره کل	پذیرش و تعهد	۳۳/۴۰ ± ۶/۴۴	۴۶/۱۰ ± ۵/۵۲	۴۴/۶۷ ± ۶/۲۴
		روان‌درمانی پویشی	۳۵/۵۳ ± ۷/۰۴	۵۱/۳۳ ± ۶/۸۶	۴۹/۶۰ ± ۷/۵۶
		گروه گواه	۳۵/۶۰ ± ۵/۴۶	۳۵/۴۰ ± ۶/۵۵	۳۵/۷۳ ± ۶/۸۷
شاپیرو - ویلک (سطح معناداری)	تحمل	پذیرش و تعهد	۰/۹۶۱ (۰/۷۱۷)	۰/۹۴۵ (۰/۴۴۸)	۰/۹۴۲ (۰/۴۰۸)
		روان‌درمانی پویشی	۰/۸۸۷ (۰/۰۶۰)	۰/۹۲۸ (۰/۲۵۸)	۰/۹۲۸ (۰/۲۵۶)
		گروه گواه	۰/۸۷۶ (۰/۰۴۰)	۰/۹۷۳ (۰/۹۰۲)	۰/۸۹۸ (۰/۰۸۹)
	جذب	پذیرش و تعهد	۰/۹۷۱ (۰/۸۷۷)	۰/۹۵۴ (۰/۵۸۱)	۰/۹۶۴ (۰/۷۶۲)
		روان‌درمانی پویشی	۰/۹۱۲ (۰/۱۴۶)	۰/۹۰۸ (۰/۱۲۵)	۰/۹۶۷ (۰/۸۰۸)
		گروه گواه	۰/۹۶۴ (۰/۷۶۸)	۰/۹۵۷ (۰/۶۴۱)	۰/۹۲۸ (۰/۲۵۸)
	ارزیابی	پذیرش و تعهد	۰/۹۴۲ (۰/۴۰۵)	۰/۹۵۴ (۰/۵۹۲)	۰/۹۶۵ (۰/۷۷۵)
		روان‌درمانی پویشی	۰/۸۹۲ (۰/۰۷۱)	۰/۹۴۳ (۰/۴۱۸)	۰/۹۵۸ (۰/۶۶۵)
		گروه گواه	۰/۹۳۹ (۰/۳۶۹)	۰/۹۷۳ (۰/۸۹۹)	۰/۹۶۰ (۰/۶۸۷)

[Downloaded from exceptionaleducation.ir on 2026-11-01]

شاخص	مؤلفه	گروه	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	پیگیری
شاپیرو - ویلک (سطح معناداری)	تنظیم	پذیرش و تعهد	۰/۹۵۳ (۰/۵۸۰)	۰/۹۱۳ (۰/۱۵۳)	۰/۹۴۲ (۰/۴۰۷)
		روان‌درمانی پویشی	۰/۹۳۰ (۰/۲۷۴)	۰/۹۶۹ (۰/۸۴۶)	۰/۹۴۷ (۰/۴۷۵)
		گروه گواه	۰/۹۲۱ (۰/۲۰۱)	۰/۹۵۱ (۰/۵۳۷)	۰/۹۱۴ (۰/۱۵۵)
	نمره کل	پذیرش و تعهد	۰/۹۲۹ (۰/۲۶۴)	۰/۹۳۷ (۰/۳۴۲)	۰/۸۹۸ (۰/۰۸۸)
		روان‌درمانی پویشی	۰/۹۶۱ (۰/۷۱۰)	۰/۹۰۵ (۰/۱۱۵)	۰/۹۲۲ (۰/۲۱۰)
		گروه گواه	۰/۹۵۵ (۰/۶۱۰)	۰/۹۶۸ (۰/۸۲۹)	۰/۹۴۱ (۰/۳۹۴)

جدول (۳) نشان می‌دهد که در ۲ گروه آزمایشی میانگین نمرات مؤلفه‌ها و نمره کل تحمل پریشانی در مراحل پس‌آزمون و پیگیری افزایش یافته است. در مقابل تغییرات مشابهی در مراحل مزبور در گروه گواه مشاهده نشد. همچنان‌که جدول(۳) نشان می‌دهد که ارزش شاپیرو-ویلک مربوط به مؤلفه تحمل (p=۰/۰۴۰) در گروه گواه در مرحله پیش‌آزمون به لحاظ آماری معنادار بود. اگرچه این مطلب بیانگر آن است که توزیع داده‌های مربوط به آن مؤلفه در گروه و مرحله یادشده غیر نرمال است، باوجوداین باتوجه به برابری حجم نمونه در گروه‌ها، سطح معناداری به‌دست‌آمده برای شاخص شاپیرو-ویلک و مقاومت آزمون‌های آماری خانواده تحلیل واریانس در برابر انحراف از مفروضه‌ها می‌توان از آن چشم پوشی نمود.

در پژوهش حاضر برای ارزیابی مفروضه همگنی واریانس‌های خطای متغیر وابسته در بین گروه‌ها از آزمون لون[1] استفاده شد و نتایج نشان داد تفاوت واریانس خطای نمرات مربوط به مؤلفه‌ها و نمره کل تحمل پریشانی در ۳ گروه و در ۳ مرحله اجرا معنادار نیست. این یافته نشان می‌دهد مفروضه همگنی واریانس‌های خطا در بین داده‌های پژوهش برقرار بود. به‌علاوه، مفروضه‌های همگنی ماتریس‌های کوواریانس متغیرهای وابسته با استفاده از آماره ام. باکس و شرط کرویت یا مفروضه برابری ماتریس کوواریانس خطاها با استفاده از آزمون موخلی مورد بررسی قرار گرفت که نتایج آن در جدول (۴) ارائه شده است.

جدول ۴) نتایج آزمون مفروضه‌های برابری ماتریس‌های واریانس کوواریانس و برابری ماتریس کوواریانس خطاها

متغیر	برابری ماتریس واریانس کوواریانس‌ها			برابری ماتریس کوواریانس خطا		
	M.Box	F	p	شاخص موخلی	X^2	p
تحمل	۳/۹۳	۰/۲۹	۰/۹۹۱	۰/۹۳۳	۲/۸۶	۰/۲۳۹
جذب	۴/۹۵	۰/۳۷	۰/۹۷۴	۰/۹۹۲	۰/۳۳	۰/۸۴۷
ارزیابی	۷/۳۳	۰/۵۵	۰/۸۸۵	۰/۹۳۱	۲/۹۱	۰/۲۳۳
تنظیم	۹/۱۸	۰/۶۹	۰/۷۶۸	۰/۹۰۲	۴/۲۱	۰/۱۲۲
نمره کل	۶/۱۴	۰/۴۶	۰/۹۳۹	۰/۹۶۹	۱/۲۹	۰/۵۲۵

جدول (۴) نشان می‌دهد که ارزش شاخص آماره ام. باکس برای هیچ‌یک از مؤلفه‌ها و نمرات کل تحمل پریشانی معنادار نیست. این مطلب بیانگر برقراری مفروضه همگنی ماتریس‌های کوواریانس متغیرهای وابسته برای مؤلفه‌ها و نمره کل تحمل پریشانی است. همچنین جدول (۴) نشان می‌دهد که ارزش مجذور کای حاصل از آزمون موخلی برای هیچ‌یک از مؤلفه‌ها و نمره کل معنادار نیست. این یافته بیانگر آن است که مفروضه کرویت برای سطوح متغیرهای وابسته برقرار بوده است.

1. Leven

[Downloaded from exceptionaleducation.ir on 2026-11-01]

پس از ارزیابی مفروضه‌های تحلیل و اطمینان از برقراری آنها، داده‌ها با استفاده از روش تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر تحلیل شد. جدول (۵) نتایج تحلیل چندمتغیری در مقایسه اثر اجرای درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و روان‌درمانی پویشی کوتاه‌مدت فشرده بر مؤلفه‌ها و نمره کل تحمل پریشانی را نشان می‌دهد.

جدول ۵) نتایج آزمون تحلیل چندمتغیری در ارزیابی اثر متغیرهای مستقل بر تحمل پریشانی

متغیر وابسته	لامبدای ویلکز	F	Df	P	η^2	توان آزمون
تحمل	۰/۶۳۳	۵/۲۷	۸۲ و ۴	۰/۰۰۱	۰/۲۰۴	۰/۹۶۳
جذب	۰/۷۰۲	۳/۹۶	۸۲ و ۴	۰/۰۰۵	۰/۱۶۲	۰/۸۹۰
ارزیابی	۰/۶۲۸	۵/۳۸	۸۲ و ۴	۰/۰۰۱	۰/۲۰۸	۰/۹۶۸
تنظیم	۰/۶۶۳	۴/۶۸	۸۲ و ۴	۰/۰۰۲	۰/۱۸۶	۰/۹۳۹
نمره کل	۰/۵۶۷	۶/۷۴	۸۲ و ۴	۰/۰۰۱	۰/۲۴۷	۰/۹۹۰

منطبق بر نتایج جدول (۵) اثر اجرای متغیرهای مستقل بر مؤلفه‌های تحمل (۰/۶۳۳= لامبدای ویلکز ، η^2=۰/۲۰۴، P=۰/۰۰۱، F= ۵/۲۷)، جذب (۰/۷۰۲=لامبدای ویلکز، η^2=۰/۱۶۲، P =۰/۰۰۵، F= ۳/۹۶)، ارزیابی (۰/۶۲۸= لامبدای ویلکز، η^2=۰/۲۰۸،P=۰/۰۰۱،F=۵/۳۸)،تنظیم(۰/۶۳۳=لامبدای‌ویلکز، η^2=۰/۱۸۶، P=۰/۰۰۲، F= ۴/۶۸) و نمره کل تحمل پریشانی (۰/۵۶۷= لامبدای ویلکز، η^2=۰/۲۴۷، P=۰/۰۰۱، F= ۶/۷۴) معنادار است. جدول (۶) نتایج تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر در مقایسه اثر اجرای درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و روان‌درمانی پویشی کوتاه‌مدت فشرده بر مؤلفه‌ها و نمره کل تحمل پریشانی را نشان می‌دهد.

جدول ۶) نتایج تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر در مقایسه اثر متغیرهای مستقل بر تحمل پریشانی

متغیر	اثرات	مجموع مجذورات	مجموع مجذورات خطا	F	p	η^2
تحمل	اثر گروه	۹۴/۴۲	۱۲۱/۱۱	۱۶/۳۷	۰/۰۰۱	۰/۴۳۸
	اثر زمان	۶۵/۸۸	۱۴۰/۶۷	۱۹/۷۰	۰/۰۰۱	۰/۳۱۹
	اثر تعاملی گروه × زمان	۵۸/۴۳	۲۶۹/۱۶	۴/۵۶	۰/۰۰۲	۰/۱۷۸
جذب	اثر گروه	۸۱/۳۰	۱۰۱/۲۴	۱۶/۸۶	۰/۰۰۱	۰/۴۴۵
	اثر زمان	۴۴/۱۰	۱۵۷/۲۰	۱۱/۷۸	۰/۰۰۱	۰/۲۱۹
	اثر تعاملی گروه × زمان	۵۸/۶۵	۳۰۳/۹۶	۴/۰۵	۰/۰۰۵	۰/۱۶۲
ارزیابی	اثر گروه	۳۱۸/۲۰	۳۸۵/۱۶	۱۷/۳۵	۰/۰۰۱	۰/۴۵۲
	اثر زمان	۳۲۸/۷۱	۴۲۴/۲۷	۳۲/۵۴	۰/۰۰۱	۰/۴۳۷
	اثر تعاملی گروه × زمان	۱۹۱/۱۱	۸۶۳/۵۱	۴/۶۵	۰/۰۰۲	۰/۱۸۱
تنظیم	اثر گروه	۱۱۷/۷۳	۸۸/۵۳	۲۷/۹۳	۰/۰۰۱	۰/۵۷۱
	اثر زمان	۵۴/۴۴	۱۱۱/۴۰	۲۰/۵۳	۰/۰۰۱	۰/۳۲۸
	اثر تعاملی گروه × زمان	۵۸/۶۲	۲۱۷/۴۷	۵/۶۶	۰/۰۰۱	۰/۲۱۲
نمره کل	اثر گروه	۲۲۴۲/۰۶	۱۴۱/۵۹	۳۳/۵۹	۰/۰۰۱	۰/۶۱۵
	اثر زمان	۱۶۲۱/۳۸	۲۰۷۷/۷۲	۳۲/۷۵	۰/۰۰۱	۰/۴۳۸
	اثر تعاملی گروه × زمان	۱۲۸۱/۷۶	۳۹۸۴/۸۰	۶/۷۸	۰/۰۰۱	۰/۲۴۳

[Downloaded from exceptionaleducation.ir on 2026-11-01]

جدول (۶) نشان می‌دهد که اثر تعاملی گروه × زمان برای مؤلفه تحمل (η^2=۰/۱۷۸، P=۰/۰۰۲، F= ۴/۵۶)، جذب (η^2=۰/۱۶۲، P=۰/۰۰۵، F=۴/۰۵)، ارزیابی (η^2=۰/۱۸۱، P=۰/۰۰۲، F= ۴/۶۵)، تنظیم (η^2=۰/۲۱۲، P=۰/۰۰۱، F = ۵/۶۶) و نمره کل تحمل پریشانی (η^2=۰/۲۴۳، P =۰/۰۰۱، F = ۶/۷۸) معنادار است. جدول (۷) نتایج آزمون بن‌فرونی نمرات مربوط به درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و روان‌درمانی پویشی کوتاه‌مدت فشرده بر مؤلفه‌ها و نمره کل تحمل پریشانی در ۳ گروه و در ۳ مرحله اجرا را نشان می‌دهد.

جدول ۷) نتایج آزمون تعقیبی بن‌فرونی برای بر تحمل پریشانی

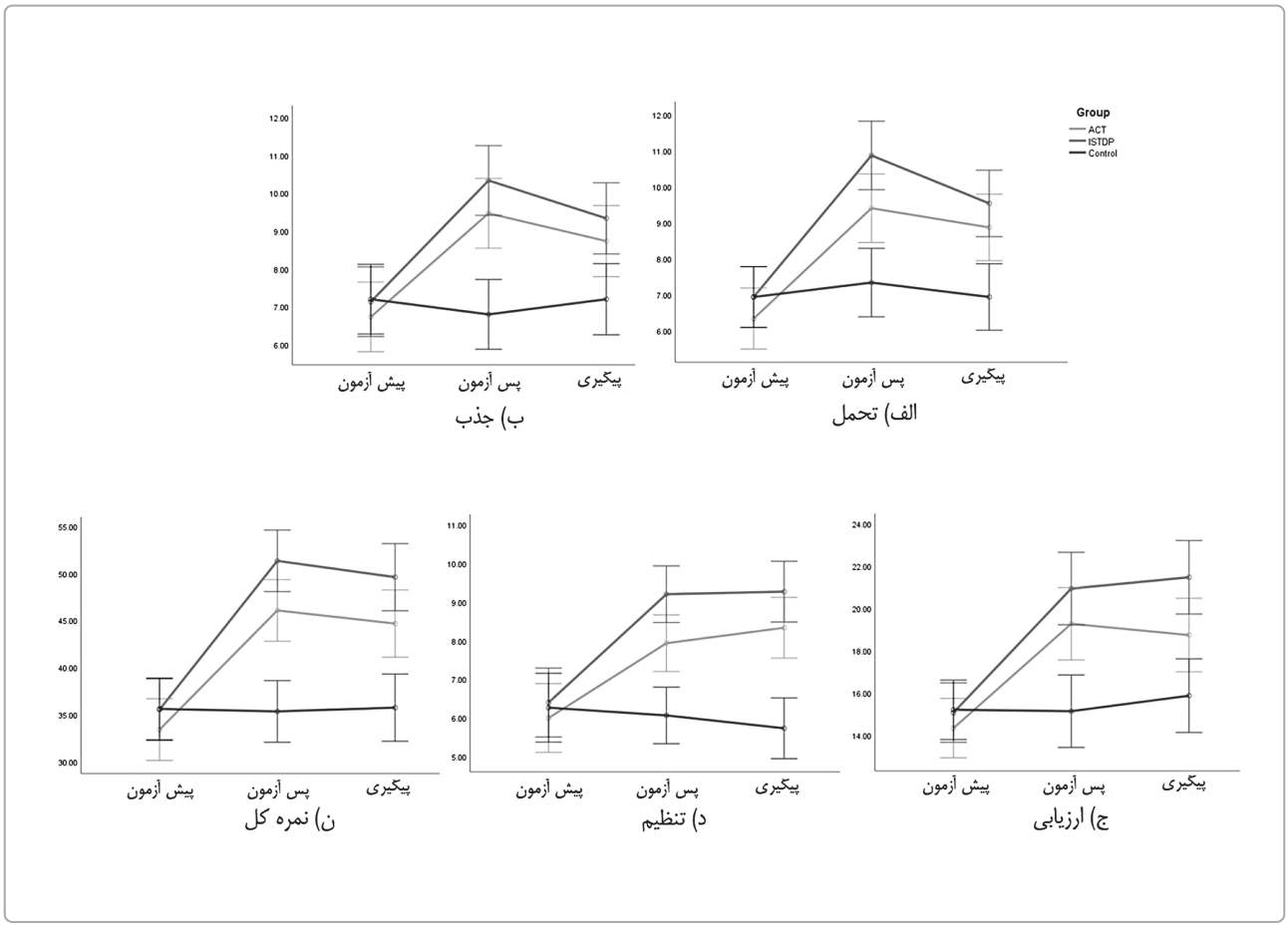
متغیر	زمان‌ها		تفاوت میانگین	خطای معیار	مقدار احتمال
تحمل	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	-۲/۴۷	۰/۳۳	۰/۰۰۱
	پیش‌آزمون	پیگیری	-۱/۷۱	۰/۳۹	۰/۰۰۱
	پس‌آزمون	پیگیری	۰/۷۶	۰/۴۱	۰/۲۲۴
جذب	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	-۱/۸۴	۰/۳۸	۰/۰۰۱
	پیش‌آزمون	پیگیری	-۱/۴۰	۰/۴۱	۰/۰۰۴
	پس‌آزمون	پیگیری	۰/۴۴	۰/۴۱	۰/۸۶۰
ارزیابی	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	-۳/۵۸	۰/۶۰	۰/۰۰۱
	پیش‌آزمون	پیگیری	-۳/۸۲	۰/۶۷	۰/۰۰۱
	پس‌آزمون	پیگیری	-۰/۲۴	۰/۷۵	۱/۰۰
تنظیم	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	-۱/۵۱	۰/۳۵	۰/۰۰۱
	پیش‌آزمون	پیگیری	-۱/۵۶	۰/۳۴	۰/۰۰۱
	پس‌آزمون	پیگیری	-۰/۰۴	۰/۳۶	۱/۰۰
نمره کل	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	-۹/۴۰	۱/۳۲	۰/۰۰۱
	پیش‌آزمون	پیگیری	-۰/۴۹	۱/۴۸	۰/۰۰۱
	پس‌آزمون	پیگیری	۰/۹۱	۱/۵۴	۱/۰۰
متغیر	**تفاوت گروه‌ها**		**تفاوت میانگین**	**خطای معیار**	**مقدار احتمال**
تحمل	پذیرش و تعهد	روان‌درمانی پویشی	-۰/۹۱	۰/۳۶	۰/۰۴۴
	پذیرش و تعهد	گروه گواه	۱/۱۳	۰/۳۶	۰/۰۰۹
	روان‌درمانی پویشی	گروه گواه	۲/۰۴	۰/۳۶	۰/۰۰۱
جذب	پذیرش و تعهد	روان‌درمانی پویشی	-۰/۶۲	۰/۳۳	۰/۱۹۳
	پذیرش و تعهد	گروه گواه	۱/۲۴	۰/۳۳	۰/۰۰۱
	روان‌درمانی پویشی	گروه گواه	۱/۸۷	۰/۳۳	۰/۰۰۱
ارزیابی	پذیرش و تعهد	روان‌درمانی پویشی	-۱/۷۱	۰/۶۴	۰/۰۳۱
	پذیرش و تعهد	گروه گواه	۲/۰۴	۰/۶۴	۰/۰۰۸
	روان‌درمانی پویشی	گروه گواه	۳/۷۶	۰/۶۴	۰/۰۰۱
تنظیم	پذیرش و تعهد	روان‌درمانی پویشی	-۰/۸۷	۰/۳۱	۰/۰۲۱
	پذیرش و تعهد	گروه گواه	۱/۴۰	۰/۳۱	۰/۰۰۱
	روان‌درمانی پویشی	گروه گواه	۲/۲۷	۰/۳۱	۰/۰۰۱
نمره کل	پذیرش و تعهد	روان‌درمانی پویشی	-۴/۱۱	۱/۲۲	۰/۰۰۵
	پذیرش و تعهد	گروه گواه	۵/۸۲	۱/۲۲	۰/۰۰۱
	روان‌درمانی پویشی	گروه گواه	۹/۹۳	۱/۲۲	۰/۰۰۱

[Downloaded from exceptionaleducation.ir on 2026-11-01]

نتایج آزمون بن‌فرونی در مقایسه اثر زمان در جدول ۷ نشان می‌دهد که تفاوت میانگین نمرات مؤلفه‌ها و نمره کل تحمل پریشانی در مراحل پیش‌آزمون-پس‌آزمون و پیش‌آزمون-پیگیری به لحاظ آماری معنادار، اما تفاوت میانگین آن نمرات در مراحل پس‌آزمون-پیگیری غیرمعنادار است. همچنین نتایج آزمون بن‌فرونی در مقایسه اثرات گروه در جدول (۷) نشان می‌دهد که تفاوت میانگین مؤلفه‌ها و نمره کل تحمل پریشانی در ۲ گروه روان‌درمانی پویشی کوتاه‌مدت فشرده و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در مقایسه با گواه معنادار است. به‌طوری‌که هر دو شیوه درمان منجر به افزایش میانگین نمرات مؤلفه‌ها و نمره کل تحمل پریشانی در مراحل پس‌آزمون و پیگیری در مقایسه با گروه گواه شده است. روند تغییر میانگین مؤلفه‌ها و نمره کل تحمل پریشانی در نمودارهای شکل (۱) نیز نشان می‌دهد که تغییرات ناشی از درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر مؤلفه‌ها و نمره کل تحمل پریشانی بعد از گذشت ۳ ماه از مداخله همچنان پابرجا مانده است.

نتایج جدول (۷) نشان داد که تفاوت اثر ۲ شیوه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و روان‌درمانی پویشی کوتاه‌مدت فشرده بر مؤلفه‌های تحمل (p=۰/۰۴۴)، ارزیابی (p=۰/۰۳۱)، تنظیم (p=۰/۰۲۱) و نمره کل تحمل پریشانی (p=۰/۰۰۵) تحمل پریشانی معنادار است. به‌طوری‌که در مقایسه با درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، روان‌درمانی پویشی کوتاه‌مدت فشرده میانگین آن مؤلفه‌ها و نمره کل تحمل پریشانی را بیشتر افزایش داده است. براین اساس، نتیجه‌گیری شد که اگرچه هر ۲ شیوه مورد بحث تحمل پریشانی را در مادران دارای فرزند با اختلال طیف اُتیسم افزایش می‌دهند، با وجود این، روان‌درمانی پویشی کوتاه‌مدت فشرده در مقایسه با درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد روش موثرتری برای افزایش تحمل پریشانی در آنان است. شکل (۱) نمودارهای مربوط به مؤلفه‌ها و نمره کل تحمل پریشانی در گروه‌های پژوهش در ۳ مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری را نشان می‌دهد.

شکل ۱) نمودارهای مربوط به مؤلفه‌ها و نمره کل تحمل پریشانی در گروه‌های پژوهش در ۳ مرحله اجرا



[Downloaded from exceptionaleducation.ir on 2026-11-01]

بحث و نتیجه‌گیری

هدف پژوهش حاضر مقایسه اثربخشی بر تحمل پریشانی مادران دارای فرزند با اختلال طیف اُتیسم بود. نتایج حاصل از پژوهش نشان داد هر ۲ درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و روان‌درمانی پویشی کوتاه‌مدت فشرده به‌طور معناداری باعث افزایش تحمل پریشانی مادران دارای فرزند با اختلال طیف اُتیسم شده است. همچنین این تأثیر باثبات بوده و اثربخشی بعد از دوره پیگیری حفظ شده است. مقایسه‌ی درمان‌ها نیز نشان داد، روان‌درمانی پویشی کوتاه‌مدت فشرده در افزایش تحمل پریشانی این مادران مؤثرتر از درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد عمل کرده است.

پژوهش حاضر نشان داد، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد می‌تواند منجر به افزایش تحمل پریشانی در مادران دارای فرزند با اختلال طیف اُتیسم شود. این یافته را می‌توان با نتایج مطالعات نی و همکاران (۲۰)، زندی فر و همکاران (۲۱)، احمدی و رئیسی (۱۵)، جولانی و همکاران (۲۲)، دهمنی و همکاران (۲۳) همسو دانست.

در تبیین این یافته می‌توان اظهار داشت که از منظر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، مواجهه با شرایط چالش‌برانگیز نظیر وضعیتی که مادران دارای فرزند با اختلال طیف اُتیسم تجربه می‌کنند، درصورتی‌که با انکار، اجتناب یا کشمکش مداوم همراه باشد، می‌تواند منجر به افزایش سطح استرس و نگرانی شود (۲۰). علاوه‌براین، تلاش برای کنترل یا مقابله با رویدادهای درونی، شامل هیجانات و احساسات مرتبط با داشتن فرزند اُتیستیک، ممکن است به تشدید این هیجانات منجر شود. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با هدف قراردادن مستقیم نگرانی‌های این مادران، از طریق پذیرش افکار و هیجانات ناخوشایند مرتبط با شرایط موجود، به آنها کمک می‌کند تا به‌جای روی‌آوری به مکانیسم‌های اجتناب یا انکار، از فنون جداشدن از افکار و خود به‌عنوان زمینه استفاده نمایند. در این رویکرد، مادران می‌آموزند که به‌جای فرار از هیجانات منفی، آنها را بپذیرند و با نگاهی متفاوت به شرایط زندگی خود بنگرند (۱۵). به‌عبارت‌دیگر، این درمان به آنها کمک می‌کند تا درک کنند که اگرچه قادر به تغییر شرایط زندگی و داشتن فرزندی با نیازهای ویژه نیستند، اما می‌توانند رفتارهای همسو با ارزش‌های والدگری و متناسب با نیازهای فرزند خود را اتخاذ نمایند (۲۱).

همچنین، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با به‌کارگیری فنون ذهن‌آگاهی، به مادران آموزش می‌دهد تا به تجارب درونی خود توجه کنند و بدون قضاوت، صرفاً به‌عنوان مشاهده‌گر این تجربیات عمل نمایند. با تمرکز بر زمینه‌ای که این رویدادهای درونی (هیجانات، افکار و خاطرات) در آن رخ می‌دهند، به‌جای خود رویدادها، آستانه تحمل افزایش‌یافته و واکنش‌های فرد به موقعیت‌های استرس‌زا متعادل‌تر می‌شود (۲۲). با تداوم این شیوه مواجهه، مادران درمی‌یابند که تجارب درونی کمتر تهدیدکننده هستند و بنابراین قادر خواهند بود تأثیرات منفی این هیجانات را بر خود کاهش دهند. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با استفاده از فنون، تمرینات و استعاره‌های مناسب، به مادران کمک می‌کند تا بینش مثبت‌تری نسبت به شرایط خاص خود به‌دست آورند و با پذیرش واقعیت موجود، رفتارهای سازگارانه‌تری را در پیش گیرند. با توجه به موارد مذکور، تأثیر معنادار درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر افزایش تحمل پریشانی در مادران دارای فرزند با اختلال طیف اُتیسم کاملاً قابل توجیه و مستدل به نظر می‌رسد (۲۳).

همچنین، پژوهش حاضر نشان داد روان‌درمانی پویشی کوتاه‌مدت فشرده می‌تواند منجر به افزایش تحمل پریشانی در مادران دارای فرزند با اختلال طیف اُتیسم شود. این یافته با نتایج مطالعات رضایی و همکاران (۲۷)، احمدی و همکاران (۲۹)، تون و همکاران (۲۸) همسو می باشد.

در تبیین تأثیر روان‌درمانی پویشی کوتاه‌مدت فشرده بر افزایش تحمل پریشانی مادران دارای فرزند با اختلال طیف اُتیسم، می‌توان اشاره کرد که حضور یک کودک اُتیستیک در خانواده، بویژه برای مادران، به‌عنوان یک رویداد استرس‌زای مزمن و چالش‌برانگیز تلقی می‌شود (۴). این شرایط می‌تواند منجر به بروز هیجانات منفی، تعارضات روانی، و فعال‌سازی دفاع‌های ناسازگارانه شود که ریشه در تجربیات گذشته و فقدان‌های عاطفی فرد دارند. در نتیجه، مادران ممکن است با علائمی همچون اضطراب، استرس، افسردگی، جسمانی‌سازی، اجتناب از موقعیت‌های هیجانی، الگوهای خودشکست‌دهنده، و کاهش کیفیت زندگی مواجه شوند. این چرخه معیوب، با فعال‌سازی دفاع‌های روانی در مواجهه با محرک‌های استرس‌زا تشدید می‌شود و به شکل‌گیری مثلث تعارض (احساس، اضطراب، و دفاع) منجر می‌شود (۲۸). درمانگر با استفاده از چارچوب مثلث تعارض، به بررسی و شناسایی دفاع‌های روانی مادران می‌پردازد که به منظور اجتناب از تجربیات هیجانی دردناک به‌کار گرفته می‌شوند. در این فرآیند، درمانگر با رویکردی همدلانه و حمایت‌گرانه، مادران را با دفاع‌های ناهشیار مواجه می‌کند و

[Downloaded from exceptionaleducation.ir on 2026-11-01]

این پیام را منتقل می‌نماید که هدف اصلی درمان، کمک به آنها برای عبور از این موانع روانی و دستیابی به بهبودی است. با تقویت پیمان درمانی و ایجاد اعتماد متقابل، مادران بتدریج از رفتارهای اجتنابی فاصله گرفته و به سمت ابراز هیجانات سرکوب‌شده خود حرکت می‌کنند (۲۷). به‌عبارت‌دیگر، در طول جلسات درمانی، درمانگر از طریق پایش لحظه‌به‌لحظه دفاع‌ها و تغییر مسیر تخلیه هیجانات، در روان‌درمانی پویشی کوتاه‌مدت فشرده ظرفیت تحمل پریشانی را در مادران افزایش می‌دهد. این رویکرد درمانی با شکستن چرخه برانگیختن اضطراب ناهشیار و تسهیل بازسازی شناختی، بتدریج توانایی تنظیم هیجانی را بهبود بخشیده و به مادران کمک می‌کند تا با چالش‌های مرتبط با مراقبت از فرزند اُتیستیک، به‌گونه‌ای سازگارانه‌تر و مؤثرتر مواجه شوند (۲۹). در نتیجه، این فرآیند نه تنها به افزایش تحمل پریشانی و بهبود سلامت روانی مادران منجر می‌شود، بلکه کیفیت زندگی آنها و روابط خانوادگی را نیز ارتقا می‌بخشد.

نتایج مقایسه اثربخشی ۲ رویکرد درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد و روان‌درمانی پویشی کوتاه‌مدت فشرده بر تحمل پریشانی مادران دارای فرزند با اختلال طیف اُتیسیم نشان داد که بین این ۲ روش درمانی از نظر میزان تأثیر بر متغیر تحمل پریشانی، تفاوت معناداری وجود دارد. براساس مقایسه میانگین‌های ۲ گروه آزمایشی، روان‌درمانی پویشی کوتاه‌مدت فشرده در مقایسه با درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، تأثیر بیشتری بر افزایش تحمل پریشانی مادران داشته است. باوجود این، در میان مطالعات پیشین، پژوهش‌هایی که به‌طور مستقیم به مقایسه این ۲ رویکرد درمانی در رابطه با متغیر تحمل پریشانی پرداخته باشند، یافت نشد. بااین‌حال، مطالعات متعددی به‌صورت جداگانه اثربخشی هر یک از این رویکردها را بر تحمل پریشانی یا متغیرهای مشابه بررسی کرده‌اند که در بخش فرضیات پژوهش به آنها اشاره شده است. این یافته‌ها حاکی از آن است که هر ۲ رویکرد درمانی می‌توانند در بهبود تحمل پریشانی مؤثر باشند، اما روان‌درمانی پویشی کوتاه‌مدت فشرده در این زمینه برتری نسبی نشان می‌دهد. این تفاوت معنادار احتمالاً ناشی از ویژگی‌های منحصربه‌فرد روان‌درمانی پویشی کوتاه‌مدت فشرده، از جمله تمرکز بر سازمان‌دهی مشترک تجربیات هیجانی، ایجاد پیوندهای هیجانی اصلاحی، و همراهی همدلانه درمانگر در فرایند تغییر است. در این رویکرد، هیجانات منفی مادران به‌عنوان واکنش‌های طبیعی به شرایط چالش‌برانگیز در نظر گرفته شده و در قالبی اصلاح‌شده تجربه می‌شوند که این امر به یادگیری الگوهای سالم‌تر واکنش به هیجانات و افزایش حس توانمندی در مادران منجر می‌شود (۲۷).

از محدودیت‌های پژوهش حاضر می‌توان حجم نمونه کوچک، عدم پیگیری بلندمدت، استفاده از ابزارهای خودگزارشی همچنین، عدم کنترل متغیرهای مداخله‌گر مانند حمایت اجتماعی یا شدت اختلال طیف اُتیسم، علاوه‌براین، محدودیت در تنوع نمونه از نظر فرهنگی و جغرافیایی، تعمیم‌پذیری یافته‌ها را کاهش داده است. پیشنهاد می‌شود، مطالعات آینده با حجم نمونه بزرگ‌تر و متنوع‌تر از نظر فرهنگی و جغرافیایی انجام شود. انجام پیگیری‌های بلندمدت برای بررسی پایداری اثرات درمان‌ها ضروری است. استفاده از روش‌های چندگانه سنجش، مانند مصاحبه‌های بالینی و مشاهده، به‌جای تکیه صرف بر ابزارهای خودگزارشی، می‌تواند اعتبار نتایج را افزایش دهد. کنترل متغیرهای مداخله‌گر مانند حمایت اجتماعی و شدت اختلال طیف اُتیسم نیز در پژوهش‌های آینده پیشنهاد می‌شود. بررسی مکانیسم‌های تغییر در هر یک از رویکردهای درمانی و مقایسه آنها با سایر روش‌های درمانی می‌تواند به توسعه مداخلات مؤثرتر کمک کند.

تشکر و قدردانی

مقاله حاضر بخشی از پژوهش‌های انجام‌شده در راستای تدوین رساله دکتری تخصصی است. بدین منظور، نویسندگان این مقاله بر خود لازم می‌دانند تا از تمامی مادران گرامی که با مشارکت صمیمانه خود در این پژوهش همراهی کردند، صمیمانه تشکر و قدردانی نمایند.

تضاد منافع

نویسندگان این پژوهش هیچ‌گونه تضاد منافعی نداشتند.

[Downloaded from exceptionaleducation.ir on 2026-11-01]

References

1. Hirota T, King BH. Autism spectrum disorder: a review. Jama. 2023;329(2):157-68.
2. Zeidan J, Fombonne E, Scorah J, Ibrahim A, Durkin MS, Saxena S, et al. Global prevalence of autism: A systematic review update. Autism research. 2022;15(5):778-90.
3. Mohammadi F, Rakhshan M, Molazem Z, Zareh N, Gillespie M. Development of parental competence scale in parents of children with autism. Journal of pediatric nursing. 2020;50:e77-e84. [Persian].
4. Yorke I, White P, Weston A, Rafla M, Charman T, Simonoff E. The association between emotional and behavioral problems in children with autism spectrum disorder and psychological distress in their parents: A systematic review and meta-analysis. Journal of autism and developmental disorders. 2018;48: 3393-415.
5. Dawson G, Rieder AD, Johnson MH. Prediction of autism in infants: progress and challenges. The Lancet Neurology. 2023;22(3):244-54.
6. Wild MG, Herbert MS, Creech S. Longitudinal associations of physical and emotional distress tolerance with pain intensity and pain-related disability in United States veterans. The Journal of Pain. 2024;25(4):60-1.
7. Hernandez DC, Daundasekara SS, Arlinghaus KR, Sharma AP, Reitzel LR, Kendzor DE, et al. Fruit and vegetable consumption and emotional distress tolerance as potential links between food insecurity and poor physical and mental health among homeless adults. Preventive medicine reports. 2019;14:100824.
8. Billingsley AL, Steinman SA. The role of emotional distress tolerance on fear responding in a heights-fearful sample: Perceived versus actual behavior. Behavior therapy. 2021;52(4):945-55.
9. Garey L, Smit T, Clausen BK, Redmond BY, Obasi EM, Businelle MS, et al. Anxiety sensitivity and distress tolerance in relation to smoking abstinence expectancies among Black individuals who smoke. Journal of studies on alcohol and drugs. 2024;85(2):244-53.
10. Morris PE, Vargo LA, Buckner JD. Social Anxiety and Cannabis-Related Problems: The Serial Roles of Distress Tolerance and Cannabis Use Motives. Substance Use & Misuse. 2024;59(7):1133-40.
11. Doorley JD, Kashdan TB, Alexander LA, Blalock DV, McKnight PE. Distress tolerance in romantic relationships: A daily diary exploration with methodological considerations. Motivation and Emotion. 2019;43:505-16.
12. Watson LM. Understanding the Link Between Childhood Depression, Executive Skills, and Distress Tolerance: The William Paterson University of New Jersey; 2023.
13. Gallego A, McHugh L, Villatte M, Lappalainen R. Examining the relationship between public speaking anxiety, distress tolerance and psychological flexibility. Journal of Contextual Behavioral Science. 2020; 16:128-33.
14. Lass AN, Veilleux JC, DeShong HL, Winer ES. What is distress tolerance? Presenting a need for conceptual clarification based on qualitative findings. Journal of Contextual Behavioral Science. 2023;29:23-32.
15. Ahmadi A, Raeisi Z. The effect of acceptance and commitment therapy on distress tolerance in mothers of children with autism. Quarterly Journal of Child Mental Health. 2018;5(3):69-79. [Persian].
16. Lim RG, Voon SP, Yahya F, Mohamad FS, Ahmi A. Global and LMIC insights into Acceptance and Commitment Therapy (ACT): A bibliometric study from 1998 to 2023. Journal of Contextual Behavioral Science. 2024:100796.
17. Hayes SC. Acceptance and commitment therapy: towards a unified model of behavior change. World psychiatry. 2019;18(2):226.
18. Morris EM, Johns LC, Gaudiano BA. Acceptance and commitment therapy for psychosis: Current status, lingering questions and future directions. Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice. 2024;97(1):41-58.
19. Zareei F, Hojatkhah SM, Zabet M, Taheri S. Comparing the effectiveness of therapy based on acceptance and commitment and spiritual therapy on increasing resilience and psychological flexibility of mothers with children with physical and motor disabilities. Journal of Modern Psychological Researches. 2024;19(73):108-18. [Persian].
20. Ni LS, Wai Tong C, Kam Ki Stanley L. Effects of an acceptance and commitment-based parenting program for parents of children with autism spectrum disorder on parenting stress and other parent and children health outcomes: A pilot randomized controlled trial. Autism. 2025:13623613241311323.
21. Zandi Far F, Fallahiyeh S. The Effectiveness of Parenting Education with the Approach of Acceptance and Commitment on Distress Tolerance and Behavioral Regulation of Emotion of Mothers of Students with Attention Deficit Hyperactivity Disorder. Empowering Exceptional Children. 2023;14(4):12-1. [Persian].
22. Jolani E, Leilabadi L, Golshani A. Comparison of the effectiveness of cognitive behavioral therapy with using rumi stories and acceptance and commitment therapy on posttraumatic growth of mothers of children with cerebral palsy. Journal of Psychological Science. 2024;23(138):113-32. [Persian].

[Downloaded from exceptionaleducation.ir on 2026-11-01]

23. Dehmani Z, Farid AA, Golpour R. Comparing the Effectiveness of Existential Psychotherapy with Acceptance and Commitment-Based Therapy on Ppsychosomatic Symptoms and Emotional Distress Tolerance in Women with Marital Conflicts. Quarterly Journal of Psychological Methods and Models Spring. 2024;15(55).
24. Monteleone POK. Intensive Short-Term Dynamic Psychotherapy for the Treatment of Trauma. Experiential Therapies for Treating Trauma: Routledge; 2024. p. 75-89.
25. Sorensen B, Abbass A, Boag S. ISTDP and its contribution to the understanding and treatment of psychotic disorders. Psychodynamic psychiatry. 2019; 47(3):291-316.
26. Della-Rosa E. An exploration of transference interventions in short-term psychoanalytic psychotherapy with adolescents suffering from depression: University of East London; 2016.
27. Rezaei S, Mojtabaei M, Shomali Oskoei A. Comparison of the Effectiveness of Intensive Short-Term Dynamic Psychotherapy and Schema Therapy on Depression, Anxiety in Mothers with Autistic Children. Appl Psychol. 2023;17(4):143-68. [Persian].
28. Town JM, Falkenström F, Abbass A, Stride C. The anger-depression mechanism in dynamic therapy: Experiencing previously avoided anger positively predicts reduction in depression via working alliance and insight. Journal of counseling psychology. 2022;69(3):326.
29. Ahmadi F, Vatankhah Amjad F. The Effectiveness of Intensive Short-Term Dynamic Psychotherapy (ISTDP (in symptoms depression, anxiety, posttraumatic stress and guilt felling in Bereaved people from the disease COVID-19. Quarterly Journal of Nursing Management. 2021;10(3):69-81. [Persian].
30. Sara AR, Jamal S. The effectiveness of short-term psychodynamic therapy on psychological self-management and cognitive flexibility, and psychological dynamics in mood disorders. Journal of Psychological Dynamics in Mood Disorders. 2025;3(5): 101-17. [Persian].
31. Simons JS, Gaher RM. The Distress Tolerance Scale: Development and validation of a self-report measure. Motivation and emotion. 2005;29(2):83-102.
32. Clark LA, Watson D. Tripartite model of anxiety and depression: psychometric evidence and taxonomic implications. Journal of abnormal psychology. 1991;100(3):316.
33. Tavakoli Z. Effect of mindfulness-based stress reduction intervention on distress problems and self-regulation in patients with type 2 diabetes. Iranian journal of nursing research. 2018;13(2):41-9. [Persian].
34. Davanloo H. Intensive short-term dynamic psychotherapy: Selected papers of Habib Davanloo, MD: John Wiley & Sons; 2001.

[Downloaded from exceptionaleducation.ir on 2026-11-01]