

# تأثیر درمان فراتشخیصی بر احساس گرفتاری و بی‌حوصلگی مادران دارای فرزند مبتلا به اختلال طیف اوتیسم

علیرضا محسنی اژیبه<sup>۱\*</sup>، مختار ملک پور<sup>۲</sup>، امیر قمرانی<sup>۳</sup>

<sup>۱</sup> کارشناس ارشد، گروه آموزشی روان‌شناسی و آموزش کودکان با نیازهای خاص، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه اصفهان، اصفهان، ایران  
<sup>۲</sup> استاد، گروه آموزشی روان‌شناسی و آموزش کودکان با نیازهای خاص، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه اصفهان، اصفهان، ایران  
<sup>۳</sup> استادیار، گروه آموزشی روان‌شناسی و آموزش کودکان با نیازهای خاص، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه اصفهان، اصفهان، ایران  
 \* نویسنده مسئول: علیرضا محسنی اژیبه، کارشناس ارشد، گروه آموزشی روان‌شناسی و آموزش کودکان با نیازهای خاص، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه اصفهان، اصفهان، ایران. ایمیل: [armohseni@edu.ui.ac](mailto:armohseni@edu.ui.ac)  
 تاریخ دریافت مقاله: ۱۳۹۵/۱۲/۱۸ تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۹۶/۰۷/۰۲

## چکیده

**مقدمه:** اختلال طیف اوتیسم دشواری‌ها و سختی‌های زیادی را برای والدین به ویژه برای مادران به دلیل ارتباط بیشتر با کودک فراهم می‌کند. هدف پژوهش حاضر تعیین تأثیر درمان فراتشخیصی بر احساس گرفتاری و بی‌حوصلگی مادران دارای فرزند مبتلا به اختلال طیف اوتیسم است.

**روش کار:** این مطالعه یک کارآزمایی بالینی تصادفی است. جامعه آماری شامل کلیه مادران دارای فرزند مبتلا به اختلال طیف اوتیسم در شهر اصفهان بودند که ۴۰ نفر از آن‌ها با روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب و در دو گروه مساوی (آزمایش و کنترل) به صورت تصادفی جایگزین شدند. درمان فراتشخیصی طی ۱۲ جلسه گروهی ۶۰ دقیقه‌ای انجام شد. برای جمع‌آوری داده‌ها، از "مقیاس احساس گرفتاری" (Entrapment Scale) و "مقیاس چندبعدی حالت بی‌حوصلگی" (MSBS: Multidimensional State Boredom Scale) استفاده شد. روایی و پایایی ابزارها در مطالعات قبلی بررسی و تأیید شده است. تحلیل داده‌ها با استفاده از نرم افزار اس پی اس اس نسخه ۲۱ انجام گرفت.

**یافته‌ها:** یافته‌های آماری نشان داد تفاوت بین احساس گرفتاری بیرونی ( $P = 0/001$ )، احساس گرفتاری درونی ( $P = 0/001$ )، یکنواختی ( $P = 0/005$ )، انگیزندگی بالا ( $P = 0/001$ )، انگیزندگی پایین ( $P = 0/004$ )، بی‌توجهی ( $P = 0/010$ ) و درک زمان ( $P = 0/022$ ) در دو گروه آزمایش و کنترل در پیش‌آزمون و پس‌آزمون معنی‌دار است.

**نتیجه‌گیری:** درمان فراتشخیصی روشی مناسب برای کاهش مشکلات روان‌شناختی مانند احساس گرفتاری و بی‌حوصلگی در مادران دارای فرزند اختلال طیف اوتیسم است. بنابراین، پیشنهاد می‌شود این درمان در کنار سایر درمان‌ها در مراکز آموزشی و درمانی مورد استفاده قرار گیرد.

**واژگان کلیدی:** احساس گرفتاری، بی‌حوصلگی، اوتیسم، مادران

تمامی حقوق نشر برای انجمن علمی پرستاری ایران محفوظ است.

## مقدمه

رفتارها، علایق و فعالیت‌های محدود و کلیشه‌ای شناخته می‌شود (۲). افزایش میزان شیوع این اختلال در سال‌های اخیر، سبب اجرای پژوهش‌های بسیاری در زمینه شناخت بهتر نشانه‌های اختلال طیف اوتیسم و مقابله با آن‌ها شده است. با این وجود، ویژگی‌های مراقبان اصلی آن‌ها کمتر مورد توجه قرار گرفته است. بزرگ کردن یک کودک

اختلال طیف اوتیسم یک اختلال عصبی-رشدی پیچیده است که با تأخیر یا مشکلاتی در توانایی‌های شناختی، اجتماعی، هیجانی، زبانی، حسی و حرکتی مشخص می‌شوند (۱). مطابق با پنجمین ویرایش راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی (DSM-5)، این اختلال با دو معیار کلی نقص در تعامل اجتماعی و ارتباط اجتماعی و نیز

رویکرد درمانی بر این واقعیت استوار شده است که همپوشانی قابل توجهی در نحوه پدیدار شدن و شکل‌گیری اختلال‌های هیجانی وجود دارد (۱۸). بر مبنای این فرض و آخرین یافته‌های پژوهش‌گران به نظر می‌رسد عامل اساسی مشترک در بین همه اختلال‌های هیجانی، به‌کارگیری راهبردهای ناسازگارانه تنظیم هیجان و تلاش برای تغییر، اجتناب و کنترل پاسخ‌های هیجانی ناخوشایند باشد (۱۹). درمان فراتشخیصی با رویکرد یکپارچه به افراد کمک می‌کند با هیجان‌های ناخوشایند خود مواجه شوند و آن‌ها را تجربه کنند و به شیوه سازگارانه‌تری به هیجان‌های خویش پاسخ دهند (۲۰). در این رویکرد تلاشی برای حذف هیجان‌های ناخوشایند صورت نمی‌گیرد، بلکه تأکید بر برگرداندن هیجان‌ها به سطح کارآمد است به طوری که هیجان‌های ناخوشایند بتوانند سازگارانه و مفید باشند (۲۱). بر این اساس، پژوهشگران حوزه بالینی و درمانگری در سال‌های اخیر نسبت به تدوین درمان فراتشخیصی و بررسی اثربخشی آن در حوزه‌های مختلف آسیب‌شناسی روانی اقدام کرده‌اند. در این راستا، درمان فراتشخیصی در حوزه مطالعات درمانگری در پیشینه روانشناسی بالینی مطرح شده است. این روش نوپدید تاکنون بر کاهش اضطراب (۲۲)، افسردگی (۲۳، ۲۴)، مشکلات هیجانی (۲۵، ۲۶) و بهبود کیفیت زندگی (۲۷) به اثبات رسیده است. با این وجود پس از بررسی‌های مشخص شد که این رویکرد در خصوص مادران دارای فرزند اختلال طیف اوتیسم مورد بررسی قرار نگرفته است. بنابراین، هدف پژوهش حاضر تعیین تأثیر درمان فراتشخیصی یکپارچه بر احساس گرفتاری و بی‌حوصلگی مادران دارای فرزند مبتلا به اختلال طیف اوتیسم می‌باشد.

## روش کار

این مطالعه یک پژوهش نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون همراه با گروه کنترل است و جامعه آماری آن شامل کلیه مادران دارای فرزند اختلال طیف اوتیسم در شهر اصفهان بودند. نمونه‌گیری در این مطالعه در دو مرحله انجام شد. در مرحله اول، اطلاعیه کارگاه آموزشی و درمانی در بین مراکز ویژه افراد دارای اختلال طیف اوتیسم و کلینیک‌ها نصب شد و از مادران برای شرکت در طرح دعوت به عمل آمد. در مرحله دوم نمونه‌گیری، پرسشنامه‌های پژوهش در بین مادرانی که در کارگاه ثبت‌نام کرده بودند (که تعداد آن‌ها ۹۹ نفر بود)، اجرا شد. سپس از بین مادرانی که دارای نمرات احساس گرفتاری و بی‌حوصلگی بالایی بودند (یک انحراف معیار بالاتر از میانگین گروه)، ۴۰ نفر انتخاب و به‌صورت تصادفی در گروه آزمایش و گروه کنترل جایگزین شدند. ملاک‌های ورود به پژوهش عبارت بودند از: داشتن فرزند اختلال طیف اوتیسم، تمایل به شرکت در پژوهش و تکمیل پرسشنامه‌های پژوهش به‌طور کامل. شرایط خروج از مطالعه نیز شامل عدم تمایل به شرکت در مطالعه، ابتلا به بیماری‌های روانی شدید مانند سایکوز، عدم تکمیل پرسشنامه‌های پژوهش به‌طور کامل و داشتن ۳ غیبت یا بیشتر در جلسات درمانی بود. برای اندازه‌گیری متغیرهای پژوهش، از ابزارهای زیر استفاده شد. "مقیاس احساس گرفتاری" (Entrapment Scale) دارای ۱۲ سوالی توسط Gilbert & Allan (۲۸) طراحی شده و دارای دو خرده مقیاس احساس گرفتاری بیرونی و احساس گرفتاری درونی می‌باشد. سوالات ۱ تا ۷ مربوط به عامل گرفتاری بیرونی و سوالات ۸ تا ۱۲ مربوط به عامل گرفتاری درونی می‌باشند که به‌صورت لیکرت پنج‌درجه‌ای (از صفر تا ۴) درجه‌بندی می‌شود و نمرات بالا بیانگر احساس گرفتاری بیشتر است.

دارای اختلال طیف اوتیسم در خانواده، موجب ایجاد نگرانی و احساس گناه (۳)، کاهش کیفیت زندگی (۴)، بار رونی (۵)، استرس (۶)، افسردگی (۷) و اضطراب (۸) برای والدین می‌شود. مطالعات قبلی گزارش کرده‌اند که در خانواده‌های کودکان دارای اختلال طیف اوتیسم، مادر بار رونی و مراقبتی بیشتری را نسبت به پدر بر دوش می‌کشد (۹). (۱۰)، احتمال بیشتری دارد که به‌صورت تمام‌وقت، بدون اینکه شغل دیگری را انجام دهد، از کودک خود مراقبت کند (۱۱) و مشکلات روان‌شناختی (۱۲) و ناراضی‌ت زناشویی بیشتری (۱۲) را تجربه کنند. در این میان، یکی از جدیدترین رویکردهایی که در تبیین مشکلات روان‌شناختی و هیجانی ارائه شده است، توجه به نقش و تأثیر احساس گرفتاری (Entrapment) است. مفهوم گرفتاری یا احساس به تله افتادن، نوع خاصی از تفکر و احساس است و به تله یا دام افتادن انسان در موقعیتی که تمایل به دوری از آن دارد، اطلاق می‌شود (۱۳). گرفتاری ممکن است به دلیل شرایط داخلی مانند افکار درونی و احساسات باشد که با عنوان گرفتاری درونی (Internal Entrapment) شناخته می‌شود. اما هنگامی که وقایع یا شرایط بیرونی و محیطی علت آن باشد، با عنوان گرفتاری بیرونی (External Entrapment) شناخته می‌شود که این دو با همدیگر ارتباط نزدیکی دارند (۱۴). تولد فرزندی با نیازهای ویژه (مانند یک کودک اختلال طیف اوتیسم) و مراقبت از او، شرایط خاصی را برای مراقبان فراهم می‌کند که این شرایط همراه با تجربه اضطراب و افسردگی است (۷، ۸) و چون هیچ راهی برای رهایی و خلاص شدن از این موقعیت وجود ندارد، شرایط بروز احساس گرفتاری بسیار زیاد است (۱۵). علاوه بر این، یافته‌های پژوهشی حاکی از آن است که اضطراب و افسردگی ارتباط نزدیکی با بی‌حوصلگی (Boredom) در افراد دارد. بی‌حوصلگی به‌عنوان یک حالت تنفر یا ناسازگاری با هر نوع تجربه تکراری مانند کار روزانه یا برخورد با افراد کسل‌کننده و ملال‌آور و بی‌قراری زیاد در شرایطی که رهایی از یکنواختی امکان‌پذیر نیست، تعریف می‌شود (۱۶). مادران دارای فرزند اختلال طیف اوتیسم در شرایطی قرار دارند که ظرفیت بالایی برای ایجاد بی‌حوصلگی دارند. آن‌ها نسبت سایر اعضای خانواده، بیشترین وظایف مراقبتی و آموزشی را به عهده دارند. هم‌چنین آن‌ها به خواسته‌ها و تمایلات خود در زمینه داشتن یک فرزند عادی ناکام مانده‌اند و شاهد محدودیت‌های روزافزون کودکان می‌باشند (۱۷). این موارد همه بر ایجاد و تشدید بی‌حوصلگی تأثیرگذار هستند؛ بر این اساس، ارزیابی احساس گرفتاری و بی‌حوصلگی در این گروه به‌منظور اهداف درمانی از ضرورت بالایی برخوردار است.

تا کنون رویکردهای مختلفی برای مقابله با مشکلات هیجانی از قبیل احساس گرفتاری و بی‌حوصلگی تدوین شده است که از جمله آن‌ها می‌توان به رویکردهای رفتاری، شناختی و شناختی-رفتاری اشاره کرد. درمان‌های شناختی و رفتاری کنونی با وجود موفقیت‌های نسبی، محدودیت‌های زیادی دارند. از جمله این محدودیت‌ها می‌توان به ناکامی در بهبودی بخش قابل‌توجهی از بیماران، وجود راهنما و دستورالعمل‌های درمانی متعدد برای هر یک از اختلال‌ها و دوره‌های کارروزی طولانی‌مدت اشاره کرد (۱۸). یکی از جدیدترین رویکردها که در پاسخ به محدودیت‌های روش‌های قبلی و بر مبنای درمان‌های شناختی-رفتاری تدوین شده است، درمان فراتشخیصی (Transdiagnostic Treatment) است. فرضیه زیربنایی این

درمانی از دستورالعمل جدید درمان فراتشخیصی (۱۸) استفاده شد. این پروتکل درمانی شامل هشت بخش است که در پژوهش حاضر در طی ۱۲ جلسه گروهی ۶۰ دقیقه‌ای، در مرکز آموزش و توان‌بخشی اوتیسم اصفهان اجرا گردید. این پروتکل از هشت بخش یا مدول (پنج بخش اصلی و سه بخش فرعی) تشکیل یافته است که با تأکید بر اصول بنیادی درمان‌های شناختی- رفتاری و ادغام پیشرفت‌های جدید در پژوهش‌های مربوط به تنظیم هیجانی سعی در استفاده از راهبردهای شناختی- رفتاری از قبیل خاموشی، روش‌های جلوگیری از اجتناب شناختی و رفتاری، رویارویی رفتاری، هیجانی، و درون جسمی و همچنین شناسایی و اصلاح طرح‌واره‌های غیر انطباقی برای درمان افراد مبتلا به اختلال‌های هیجانی دارد. محتوای جلسات به‌صورت خلاصه در قسمت زیر ارائه شده است.

لازم به ذکر است که پس از اخذ مجوزهای مورد نیاز برای انجام پژوهش و هماهنگی با مسئولان، رضایتنامه آگاهانه کتبی و شفاهی از خانواده‌های شرکت کننده در این پژوهش دریافت و به آنان اطمینان داده شد که اطلاعات محرمانه بوده و انجام پژوهش هیچ گونه ضرر و زیان را متوجه خانواده و یا فرزند آن‌ها نخواهد کرد. برای تحلیل از دو سطح آمار توصیفی و استنباطی استفاده شد. در سطح توصیفی، از جداول و درصد فراوانی، محاسبه میانگین و انحراف معیار و در سطح استنباطی بعد از بررسی پیش‌فرض‌های آزمون‌های پارامتریک، از آزمون تحلیل کوواریانس چندمتغیره (MANCOVA) استفاده شد. داده‌ها با نرم افزار اس پی اس اس نسخه ۲۱ تحلیل شد.

### یافته‌ها

یافته‌های توصیفی ویژگی‌های جمعیت شناختی نشان داد که نسبت جنسیت فرزندان دارای اختلال طیف اوتیسم در گروه کنترل ۳ دختر و ۱۷ پسر و در گروه آزمایش ۲ دختر و ۱۸ پسر بود. میانگین سنی مادران گروه کنترل برابر با ۳۴/۷ و میانگین سنی مادران گروه آزمایش برابر با ۳۱/۴ بود. یافته‌های توصیفی مربوط به متغیرهای وابسته در جدول ۲ ارائه شده است.

همسانی درونی نسخه اصلی مقیاس با روش ضریب آلفای کرونباخ بین ۰/۸۶ تا ۰/۹۳ و روایی هم‌زمان از طریق اجرای هم‌زمان مقیاس احساس گرفتاری با "مقیاس افسردگی بک" (BDI: Beck Depression Inventory)، مطلوب ( $r = 0.58$  و  $P < 0.001$ ) در نسخه ایرانی آن که توسط قمرانی و همکاران بر روی دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی مورد بررسی قرار گرفت، مقیاس از روایی و پایایی قابل قبولی برخوردار بود. همسانی درونی مقیاس با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ برای کل مقیاس و خرده مقیاس‌های رفتاری بیرونی و درونی به ترتیب ۰/۹۲، ۰/۸۷ و ۰/۸۸ محاسبه گردید. همچنین ضریب پایایی تصنیفی مقیاس ۰/۸۸ به دست آمد (۲۹). در مطالعه حاضر نیز ضریب آلفای کرونباخ برای این مقیاس برابر با ۰/۸۸ برآورد شد. و "مقیاس چندبعدی حالت بی‌حوصلگی" (MSBS: Multidimensional State Boredom Scale) توسط Fahlman و همکاران و به منظور اندازه‌گیری حالت بی‌حوصلگی طراحی شده است. این فرم ۲۹ عبارت دارد و دارای پنج بعد یکنواختی (Disengagement)، انگیزختگی بالا (High arousal)، انگیزختگی پایین (Low Arousal)، بی‌توجهی (Inattention) و درک زمان (Time perception) است. برای نمره گذاری، به هر سؤال نمره‌ها به‌صورت طیف لیکرت هفت درجه‌ای کاملاً مخالفم (۱)، مخالفم (۲)، نسبتاً مخالفم (۳)، احساسی ندارم (۴)، نسبتاً موافقم (۵)، موافقم (۶) و کاملاً موافقم (۷) اختصاص داده شده است. کسب نمره بالا در این مقیاس نشان‌دهنده بی‌حوصلگی روانی بیشتر در پاسخ‌دهنده است. همسانی درونی نسخه اصلی مقیاس به شیوه ضریب آلفای کرونباخ برای کل مقیاس ۰/۹۶ و برای خرده آزمون‌های یکنواختی ۰/۹۵، انگیزختگی بالا ۰/۸۶، انگیزختگی پایین ۰/۸۵، بی‌توجهی ۰/۸۵ و درک زمان ۰/۵۸ به دست آمد (۳۰). در نسخه ایرانی نیز که توسط محسنی اژی و قمرانی بر روی مادران دارای فرزند مبتلا به اوتیسم انجام گرفت، نتایج حکایت از روایی و پایایی قابل قبول برای این مقیاس در جامعه ایرانی داشت. ضریب آلفای کرونباخ برای کل پرسش‌نامه برابر با ۰/۹۲ و ضریب باز آزمایی برابر با ۰/۷۱ برآورد شده است (۳۱). در پژوهش حاضر نیز ضریب آلفای کرونباخ مقیاس برابر با ۰/۹۰ برآورد شد. به منظور بررسی کارایی روش

### جدول ۱: رئوس مطالب ارائه شده طی ۱۲ جلسه آموزشی درمان فراتشخیصی

جلسات	محتوا
اول	افزایش انگیزه، مصاحبه انگیزشی برای مشارکت و درگیری بیماران در طول درمان، ارائه منطق درمان و تعیین اهداف درمان
دوم	ارائه آموزش روانی، بازشناسی هیجان‌ها و ردیابی تجارب هیجانی و آموزش مدل سه مؤلفه‌ای تجارب هیجانی و مدل ARC (A = پیش‌آیندها (Antecedents)، R = پاسخ‌ها (Responses) و C = پیامدها (Consequences))
سوم و چهارم	آموزش آگاهی هیجانی؛ یادگیری مشاهده تجارب هیجانی، (هیجان‌ها و واکنش‌های هیجان‌ها) به‌خصوص با استفاده از روش‌های ذهن آگاهی.
پنجم	ارزیابی و ارزیابی مجدد شناختی؛ ایجاد آگاهی از تأثیر ارتباط متقابل بین افکار و هیجان‌ها، شناسایی ارزیابی‌های ناسازگارانه اتوماتیک و دام‌های شایع تفکر و ارزیابی مجدد شناختی و افزایش انعطاف‌پذیری در تفکر.
ششم	شناسایی الگوهای اجتناب از هیجان؛ آشنایی با راهبردهای مختلف اجتناب از هیجان و تأثیر آن بر تجارب هیجانی و آگاهی یافتن از اثرات متناقض اجتناب از هیجان.
هفتم	بررسی رفتارهای ناشی از هیجان؛ آشنایی و شناسایی رفتارهای ناشی از هیجان و درک تأثیر آن‌ها روی تجارب هیجانی، شناسایی ناسازگارانه و ایجاد گرایش‌های عمل جایگزین به‌واسطه رویارویی شدن با رفتارها.
هشتم	آگاهی و تحمل احساس‌های جسمانی؛ افزایش آگاهی از نقش احساس‌های جسمانی در تجارب هیجانی، انجام تمرین‌های مواجهه و رویارویی احشایی به‌منظور آگاهی از احساس‌های جسمانی و افزایش تحمل این علائم.
نهم تا یازدهم	رویارویی با هیجان مبتنی بر موقعیت؛ آگاهی یافتن از منطق رویارویی‌های هیجانی، آموزش نحوه تهیه سلسله‌مراتب ترس و اجتناب و طراحی تمرین‌های مواجهه هیجانی مکرر و اثربخش به‌صورت تجسمی و عینی و ممانعت از اجتناب.
دوازدهم	مرور کلی مفاهیم درمان و بحث در مورد بهبودی و پیشرفت‌های درمانی.

جدول ۲: میانگین و انحراف معیار احساس گرفتاری و بی‌حوصلگی در پیش‌آزمون و پس‌آزمون

نوبت آزمون	گروه آزمایش		گروه کنترل	
	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
<b>احساس گرفتاری بیرونی</b>				
پیش‌آزمون	۱۷/۳۵	۲/۲۷	۱۸/۵۵	۲/۳۷
پس‌آزمون	۱۴/۳۰	۲/۴۰	۱۸/۱۵	۱/۸۴
<b>احساس گرفتاری درونی</b>				
پیش‌آزمون	۱۶/۱۵	۲/۳۰	۱۵/۴۰	۲/۱۸
پس‌آزمون	۱۳/۲۵	۱/۹۷	۱۵/۰۰	۲/۰۲
<b>یکنواختی</b>				
پیش‌آزمون	۴۰/۷۰	۲/۶۵	۴۱/۰۵	۱/۸۰
پس‌آزمون	۳۴/۸۵	۲/۲۵	۳۹/۵۵	۲/۶۲
<b>انگیختگی بالا</b>				
پیش‌آزمون	۲۷/۶۰	۱/۱۱	۲۳/۱۵	۱/۷۶
پس‌آزمون	۱۸/۸۰	۲/۸۷	۲۲/۴۵	۱/۰۵
<b>انگیختگی پایین</b>				
پیش‌آزمون	۲۳/۴۰	۱/۸۷	۲۱/۷۰	۲/۶۴
پس‌آزمون	۱۸/۳۵	۱/۶۰	۲۰/۷۵	۱/۲۷
<b>بی‌توجهی</b>				
پیش‌آزمون	۲۷/۱۵	۱/۹۲	۲۳/۴۰	۰/۶۷
پس‌آزمون	۲۳/۹۵	۲/۵۰	۲۲/۵۵	۲/۸۳
<b>درک زمان</b>				
پیش‌آزمون	۲۱/۳۵	۰/۹۶	۲۳/۹۵	۲/۳۷
پس‌آزمون	۱۷/۷۵	۰/۶۷	۲۳/۰۰	۱/۶۹

جدول ۳: تحلیل کواریانس مقایسه میانگین متغیرهای پژوهش در دو گروه آزمایش و کنترل

نوع آزمون	مقدار	df فرضیه	df خطا	F	P
اثر پیلایی	۰/۸۱	۷	۲۵	۱۵/۹۰	۰/۰۰۱
لامبدای ویلکز	۰/۱۸	۷	۲۵	۱۵/۹۰	۰/۰۰۱
اثر هاتلینگ	۴/۴۵	۷	۲۵	۱۵/۹۰	۰/۰۰۱
بزرگ‌ترین ریشه روی	۴/۴۵	۷	۲۵	۱۵/۹۰	۰/۰۰۱

نتایج جدول ۲ و مرور یافته‌های توصیفی و مقایسه میانگین نمره‌های گروه در مرحله پس‌آزمون نشان داد در متغیرهای وابسته، گروه آزمایش کاهش بیشتری نسبت به گروه کنترل دارد. به منظور بررسی معنی داری تغییرات، با توجه به اینکه در هر متغیر نمرات پس‌آزمون متغیرهای وابسته بودند و به‌منظور کنترل اثر پیش‌آزمون (به‌عنوان متغیر همگام و کنترل) بر نمرات پس‌آزمون، ابتدا مفروضه‌های آزمون کوواریانس بررسی شد. نتایج حاصل از آزمون کلموگراف اسمیرنوف، بیانگر آن بود که سطح معنی داری متغیرها (احساس گرفتاری بیرونی، احساس گرفتاری درونی، یکنواختی، انگیختگی بالا، انگیختگی پایین، بی‌توجهی و درک زمان) در گروه آزمایش و کنترل، از ۰/۰۵ بیشتر بود که این امر بیانگر نرمال بودن توزیع داده‌ها در این متغیرها است. بررسی آزمون لوین نیز نشان داد که در هیچ یک از متغیرها از این مفروضه تخطی صورت نگرفته است و فرض همگنی واریانس‌ها در متغیر احساس

گرفتاری بیرونی ( $F = 1/26, P > 0/05$ )، احساس گرفتاری درونی ( $F = 1/33, P > 0/05$ )، یکنواختی ( $F = 1/42, P > 0/05$ )، انگیختگی بالا ( $F = 0/1, P > 0/05$ )، انگیختگی پایین ( $F = 5/58, P > 0/05$ )، بی‌توجهی ( $F = 0/56, P > 0/05$ ) و درک زمان ( $F = 0/69, P > 0/05$ ) رعایت شده است. با بررسی آزمون MBOX مشخص شد مفروضه همگنی ماتریس واریانس-کواریانس رعایت شده است ( $P > 0/05$ ).  $F = 1/29$  بدین ترتیب، استفاده از آزمون‌های پارمتریک برای تحلیل داده‌های پژوهش، بلامانع است. نتایج کلی تحلیل کوواریانس چندمتغیره در جدول ۳ ارائه شده است.

با توجه به نتایج آزمون‌های چهارگانه تحلیل که در جدول ۳ ارائه شده است، گروه آزمایش و کنترل حداقل در یکی از متغیرهای وابسته تفاوت معنی داری دارند. به منظور پی بردن به این تفاوت، از آزمون آماری مانکووا استفاده شد که نتایج آن در جدول ۴ آمده است.

جدول ۴: تحلیل کواریانس مقایسه میانگین متغیرهای پژوهش در دو گروه آزمایش و کنترل

متغیرهای وابسته	SS	df	MS	F	P	$\eta^2$
احساس گرفتاری بیرونی	۴۲/۲۲	۱	۴۲/۲۲	۱۷/۵۰	۰/۰۰۱	۰/۹۸
احساس گرفتاری درونی	۵۵/۸۱	۱	۵۵/۸۱	۲۲/۲۱	۰/۰۰۱	۰/۹۹
یکنواختی	۲۲۷/۵۴	۱	۲۲۷/۵۴	۸/۹۸	۰/۰۰۵	۰/۸۲
انگیزشگی بالا	۱۸۰/۱۱	۱	۱۸۰/۱۱	۱۲/۴۳	۰/۰۰۱	۰/۹۲
انگیزشگی پایین	۶۲/۱۷	۱	۶۲/۱۷	۹/۷۶	۰/۰۰۴	۰/۸۵
بی توجهی	۲۳/۰۹	۱	۲۳/۰۹	۷/۵۲	۰/۰۱۰	۰/۷۵
درک زمان	۵۹/۹۵	۱	۵۹/۹۵	۵/۸۵	۰/۰۲۲	۰/۶۵

مشخصه اختلال‌های هیجانی تا حدی، تلاش برای کنترل هیجان‌های مثبت و منفی است (۳۲). این افراد همواره نگران ابراز و تجربه هیجان‌های خود هستند و ممکن است از راهبردهای ناسازگارانه تنظیم هیجان مانند سرکوبی یا اجتناب، پنهان کردن یا نادیده گرفتن استفاده می‌کنند که این امر موجب می‌شود که فرد در چرخه باطل برانگیزشگی هیجانی و روانی قرار گیرد و پریشانی روانی بسیاری را برای فرد به همراه داشته باشد (۲۱). در پژوهش حاضر، درمان فراتشخیصی با کاربرد روش‌های تنظیم هیجان به مادران دارای فرزند اختلال طیف اوتیسم کمک کرد تا تجارب هیجانی‌شان را بهتر بشناسند، آن‌ها را در بافتاری که در حال وقوع‌اند، قرار دهند و با راهبردهای ناسازگارانه مربوط به اداره تجارب هیجانی ناخوشایند مقابله کنند. همه این عوامل دست به دست هم می‌دهند تا بیماران یاد بگیرند با هیجان‌ات ناخوشایند بهتر مدارا کنند. همسو با نتایج پژوهش حاضر، در اولین پژوهش انجام شده در زمینه درمان فراتشخیصی که توسط Ellard و همکاران (۲۰) انجام گرفت، پژوهشگران نشان دادند که راهبردهای تنظیم و نظم‌پرسی هیجان در درمان فراتشخیصی، روش‌های کارآمد و مطمئنی برای مقابله با علائم و نشانه‌های اختلال‌های هیجانی است. در تبیین دیگر اثربخشی درمان فراتشخیصی بر احساس گرفتاری و بی‌حوصلگی مادران دارای فرزند اختلال طیف اوتیسم، می‌توان به نقش روش‌های ذهن‌آگاهی در این رویکرد اشاره کرد. این نتیجه همسو با پژوهش Fresco و همکاران (۳۳) در مورد تأثیر روش‌های ذهن‌آگاهی در کاهش مشکلات هیجانی بیماران اضطرابی است. در تبیین دیگر یافته‌های پژوهش، Barlow و همکاران (۱۹) معتقدند عواطف منفی در افراد دارای اختلالات هیجانی نه به خاطر آماج قرار گرفتن مستقیم این عواطف بلکه به دلیل پذیرش این عواطف و تلاش در جهت برگرداندن هیجان‌ها به سطح کارآمد است. این یافته‌ها نیز با پژوهش‌های Ellard و همکاران (۲۰)، Boisseau و همکاران (۳۴) و Farchione و همکاران (۳۵) در رابطه با کاربرد درمان فراتشخیصی در کاهش هیجان‌ات منفی در این پژوهش همسو است.

### نتیجه‌گیری

نتایج این پژوهش نشان داد که درمان فراتشخیصی، درمانی به‌عنوان کارآمد و اثربخش در درمان مشکلات هیجانی (مانند احساس گرفتاری و بی‌حوصلگی) در مادران دارای فرزند اختلال طیف اوتیسم می‌باشد. از محدودیت‌های این پژوهش می‌توان به این موارد اشاره کرد: جامعه آماری در این پژوهش مادران دارای فرزند اختلال طیف اوتیسم در شهر اصفهان بوده‌اند، لذا در تعمیم نتایج مطالعه مذکور باید این نکته مدنظر

همانطور که نتایج جدول ۴ نشان می‌دهد، با در نظر گرفتن نمرات پیش‌آزمون به عنوان متغیرهای همپراش، تفاوت بین احساس گرفتاری بیرونی ( $P = ۰/۰۰۱$ )، احساس گرفتاری درونی ( $P = ۰/۰۰۱$ )، یکنواختی ( $P = ۰/۰۰۵$ )، انگیزشگی بالا ( $P = ۰/۰۰۱$ )، انگیزشگی پایین ( $P = ۰/۰۰۴$ )، بی‌توجهی ( $P = ۰/۰۱۰$ ) و درک زمان ( $P = ۰/۰۲۲$ ) در دو گروه آزمایش و کنترل معنی‌دار است.

### بحث

براساس نتایج به دست آمده، اختلاف معنی‌داری بین گروه‌های آزمایش و کنترل در مؤلفه‌های احساس گرفتاری و بی‌حوصلگی مادران دارای فرزند مبتلا به اختلال طیف اوتیسم وجود دارد. با اجرای درمان فراتشخیصی در مقایسه نمره‌های پیش‌آزمون و پس‌آزمون گروه‌های آزمایش، این نتیجه به دست آمد که گروه‌های آزمایش و کنترل تفاوت‌های معنی‌داری با هم دارند که ناشی از اجرای مداخله درمانی است. یافته‌های پژوهش حاضر با نتایج پژوهش عبدی و همکاران (۲۲) در مورد تأثیر درمان فراتشخیصی بر مشکلات اضطرابی، پژوهش Norton و همکاران (۲۳) در مورد تأثیر درمان فراتشخیصی بر افسردگی، پژوهش Bilek & Ehrenreich (۲۴) مبنی بر تأثیر درمان فراتشخیصی بر اضطراب و افسردگی کودکان، پژوهش لطفی و همکاران (۲۵) در مورد تأثیر درمان فراتشخیصی بر مشکلات هیجانی، پژوهش محمدی و همکاران (۲۶) در مورد تأثیر درمان فراتشخیصی بر مؤلفه‌های تنظیم هیجانی و عواطف مثبت و منفی دانشجویانی که نشانه‌های تحت بالینی اضطراب و افسردگی داشتند و پژوهش Gallagher و همکاران (۲۷) در مورد تأثیر درمان فراتشخیصی بر کیفیت زندگی همسو و همخوان است. این پژوهشگران در مطالعات خود نشان دادند که درمان فراتشخیصی موجب کاهش مشکلات اضطرابی، افسردگی و مشکلات هیجانی در افراد می‌شود. از آنجا که احساس گرفتاری و بی‌حوصلگی نیز از مؤلفه‌های مشکلات اضطرابی، افسردگی و مشکلات تنظیم هیجان به شمار می‌رود، می‌توان اینگونه قضاوت کرد که نتایج پژوهش حاضر مبنی بر تأثیر درمان فراتشخیصی با پژوهش‌های ذکر شده در یک راستا قرار دارد. مادران دارای فرزند اختلال طیف اوتیسم به خاطر مشکلات متعدد فرزندشان و نیز مسئولیت‌های مراقبتی بسیاری که بر عهده دارند، اختلال‌های روانی و هیجانی بسیاری (از قبیل احساس گرفتاری و بی‌حوصلگی) را به دوش می‌کشند (۸-۶). ایجاد و تداوم این اختلالات ارتباط نزدیکی با مشکلات تنظیم و نظم‌پرسی هیجان دارد و از این روی تنظیم هیجان به عنوان هدف درمان به شمار می‌رود (۲۰). به عبارت دیگر، به نظر می‌رسد

که در سال ۱۳۹۴ پایان یافته است. پژوهش طبق نامه کمیته اخلاق در پژوهش دانشکده روان‌شناسی دانشگاه اصفهان به شماره ۹۵/۷۸۹۳ از نظر اصول و ضوابط اخلاقی مورد تأیید قرار گرفته است. بدین وسیله از اساتید محترم دانشگاه اصفهان و کلیه خانواده‌هایی که علی‌رغم مسائل و مشکلات، ما را در اجرای این پژوهش یاری کردند و نیز مسئولین مرکز آموزش و توان‌بخشی اوتیسم اصفهان که با سعه صدر همراه و همیار ما بودند، سپاسگزاری می‌شود.

قرار گیرد. همچنین، عدم دوره پیگیری و عدم مقایسه با درمان‌های مبتنی بر شواهد مانند درمان شناختی رفتاری از دیگر محدودیت‌های این پژوهش به‌شمار می‌رود. پیشنهاد می‌شود این درمان در کنار سایر درمان‌ها در مراکز آموزشی و درمانی مورد استفاده قرار گیرد.

## سپاسگزاری

این مقاله مستخرج از پایان‌نامه کارشناسی‌ارشد علیرضا محسنی اژیبه به راهنمایی جناب آقای دکتر مختار ملک‌پور در دانشگاه اصفهان می‌باشد

## References

- Durand VM. Autism spectrum disorder: A clinical guide for general practitioners. Washington, DC, US: American Psychological Association; 2014.
- Association AP. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 5th ed. Washington, DC: American Psychiatric Association; 2013.
- Nealy CE, O'Hare L, Powers JD, Swick DC. The Impact of Autism Spectrum Disorders on the Family: A Qualitative Study of Mothers' Perspectives. *J Fam Soc Work*. 2012;15(3):187-201. DOI: 10.1080/10522158.2012.675624
- Baghdadli A, Pry R, Michelon C, Rattaz C. Impact of autism in adolescents on parental quality of life. *Qual Life Res*. 2014;23(6):1859-68. DOI: 10.1007/s11360-014-0635-6 PMID: 24504623
- Lin LY. Factors associated with caregiving burden and maternal pessimism in mothers of adolescents with an autism spectrum disorder in Taiwan. *Occup Ther Int*. 2011;18(2):96-105. DOI: 10.1002/oti.305 PMID: 20925134
- Hayes SA, Watson SL. The impact of parenting stress: a meta-analysis of studies comparing the experience of parenting stress in parents of children with and without autism spectrum disorder. *J Autism Dev Disord*. 2013;43(3):629-42. DOI: 10.1007/s10803-012-1604-y PMID: 22790429
- Zablotsky B, Anderson C, Law P. The association between child autism symptomatology, maternal quality of life, and risk for depression. *J Autism Dev Disord*. 2013;43(8):1946-55. DOI: 10.1007/s10803-012-1745-z PMID: 23263770
- Karst JS, Van Hecke AV. Parent and family impact of autism spectrum disorders: a review and proposed model for intervention evaluation. *Clin Child Fam Psychol Rev*. 2012;15(3):247-77. DOI: 10.1007/s10567-012-0119-6 PMID: 22869324
- Hastings RP, Brown T. Behavior problems of children with autism, parental self-efficacy, and mental health. *Am J Ment Retard*. 2002;107(3):222-32. DOI: 10.1352/0895-8017(2002)107<0222:BPOCWA>2.0.CO;2 PMID: 11966335
- Herring S, Gray K, Taffe J, Tonge B, Sweeney D, Einfeld S. Behaviour and emotional problems in toddlers with pervasive developmental disorders and developmental delay: associations with parental mental health and family functioning. *J Intellect Disabil Res*. 2006;50(Pt 12):874-82. DOI: 10.1111/j.1365-2788.2006.00904.x PMID: 17100948
- Warfield ME. Employment, parenting, and well-being among mothers of children with disabilities. *Ment Retard*. 2001;39(4):297-309. DOI: 10.1352/0047-6765(2001)039<0297:EPAWBA>2.0.CO;2 PMID: 11448252
- Lickenbrock DM, Ekas NV, Whitman TL. Feeling good, feeling bad: influences of maternal perceptions of the child and marital adjustment on well-being in mothers of children with an autism spectrum disorder. *J Autism Dev Disord*. 2011;41(7):848-58. DOI: 10.1007/s10803-010-1105-9 PMID: 20839039
- Arnold WD, Elsheikh BH. Entrapment neuropathies. *Neurol Clin*. 2013;31(2):405-24. DOI: 10.1016/j.ncl.2013.01.002 PMID: 23642716
- Taylor PJ, Gooding P, Wood AM, Tarrier N. The role of defeat and entrapment in depression, anxiety, and suicide. *Psychol Bull*. 2011;137(3):391-420. DOI: 10.1037/a0022935 PMID: 21443319
- Martin Y, Gilbert P, McEwan K, Irons C. The relation of entrapment, shame and guilt to depression, in carers of people with dementia. *Aging Ment Health*. 2006;10(2):101-6. DOI: 10.1080/13607860500311953 PMID: 16517484
- Watt JD, Vodanovich SJ. Boredom proneness and psychosocial development. *J Psychol*. 1999;133(3):303-14. DOI: 10.1080/00223989909599743 PMID: 10319449
- Smith LE, Hong J, Seltzer MM, Greenberg JS, Almeida DM, Bishop SL. Daily experiences among mothers of adolescents and adults with autism spectrum disorder. *J Autism Dev Disord*. 2010;40(2):167-78. DOI: 10.1007/s10803-009-0844-y PMID: 19655239
- Moses EB, Barlow DH. A New Unified Treatment Approach for Emotional Disorders Based on Emotion Science. *Curr Direct Psychol Sci*. 2016;15(3):146-50. DOI: 10.1111/j.0963-7214.2006.00425.x
- Barlow D, Farchione T, Fairholme C, Ellard K, Boisseau C, Allen L, et al. The unified protocol for transdiagnostic treatment of emotional disorders: Therapist guide. New York: Oxford University Press; 2011.

20. Ellard KK, Fairholme CP, Boisseau CL, Farchione TJ, Barlow DH. Unified Protocol for the Transdiagnostic Treatment of Emotional Disorders: Protocol Development and Initial Outcome Data. *Cogn Behav Pract.* 2010;17(1):88-101. [DOI: 10.1016/j.cbpra.2009.06.002](https://doi.org/10.1016/j.cbpra.2009.06.002)
21. Barlow D, Ellard K, Fairholme C, Farchione T, Boisseau C. Unified protocol for transdiagnostic treatment of emotional disorders: Workbook. New York: Oxford University Press; 2011.
22. Abdi R, Bakhshipour A, Mahmood Alilou M, Farnam A. [Efficacy evaluation of unified transdiagnostic treatment in Patients with generalized anxiety disorder]. *J Res Behav Sci.* 2014;11(5):245-51.
23. Norton PJ, Hayes SA, Hope DA. Effects of a transdiagnostic group treatment for anxiety on secondary depression. *Depress Anxiety.* 2004;20(4):198-202. [DOI: 10.1002/da.20045](https://doi.org/10.1002/da.20045) [PMID: 15643648](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15643648/)
24. Bilek EL, Ehrenreich-May J. An open trial investigation of a transdiagnostic group treatment for children with anxiety and depressive symptoms. *Behav Ther.* 2012;43(4):887-97. [DOI: 10.1016/j.beth.2012.04.007](https://doi.org/10.1016/j.beth.2012.04.007) [PMID: 23046789](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23046789/)
25. Lotfi M, Bakhtiyari M, Farid A, Asghar A, Amini M. The effectiveness of transdiagnostic therapy on emotion regulation strategies of patients with emotional disorders: A randomized clinical trial. *Pract Clin Psychol.* 2013;1(4):227-32.
26. Mohammadi A, Birashk B, Gharraee B. [Comparison of the effect of group transdiagnostic treatment and group cognitive therapy on emotion regulation]. *Iranian J Psychiat Clin Psychol.* 2014(3):187-94.
27. Gallagher MW, Sauer-Zavala SE, Boswell JF, Carl JR, Bullis J, Farchione TJ, et al. The Impact of the Unified Protocol for Emotional Disorders on Quality of Life. *Int J Cogn Ther.* 2013;6(1). [DOI: 10.1521/ijct.2013.6.1.57](https://doi.org/10.1521/ijct.2013.6.1.57) [PMID: 24358405](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24358405/)
28. Gilbert P, Allan S. The role of defeat and entrapment (arrested flight) in depression: an exploration of an evolutionary view. *Psychol Med.* 1998;28(3):585-98. [PMID: 9626715](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/9626715/)
29. Ghamarani A, Siadatian SH, Pishdad R. An Investigation of Validity and Reliability of Entrapment Scale in the Students of Isfahan University of Medical Sciences, Iran. *Qom Univ Med Sci J.* 2014;7(6):54-61.
30. Fahlman SA, Mercer-Lynn KB, Flora DB, Eastwood JD. Development and validation of the multidimensional state boredom scale. *Assessment.* 2013;20(1):68-85. [DOI: 10.1177/1073191111421303](https://doi.org/10.1177/1073191111421303) [PMID: 21903683](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21903683/)
31. Mohseni-Ezhiyeh A, Ghamarani A. [Psychometric Characteristics of the Persian Version of the Multidimensional State Boredom Scale (MSBS-PV) in Mothers of Children with Autism Spectrum Disorder]. *J Rafsanjan Univ Med Sci.* 2017;15(9):821-34.
32. Campbell-Sills L, Barlow DH. Incorporating emotion regulation into conceptualizations and treatments of anxiety and mood disorders. In: Gross J, editor. *Handbook of Emotion Regulation.* New York: Guilford Press; 2007. p. 542-59.
33. Fresco DM, Mennin DS, Heimberg RG, Ritter M. Emotion Regulation Therapy for Generalized Anxiety Disorder. *Cogn Behav Pract.* 2013;20(3):282-300. [DOI: 10.1016/j.cbpra.2013.02.001](https://doi.org/10.1016/j.cbpra.2013.02.001) [PMID: 27499606](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27499606/)
34. Boisseau CL, Farchione TJ, Fairholme CP, Ellard KK, Barlow DH. The Development of the Unified Protocol for the Transdiagnostic Treatment of Emotional Disorders: A Case Study. *Cogn Behav Pract.* 2010;17(1):102-13. [DOI: 10.1016/j.cbpra.2009.09.003](https://doi.org/10.1016/j.cbpra.2009.09.003) [PMID: 23997572](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23997572/)
35. Farchione TJ, Fairholme CP, Ellard KK, Boisseau CL, Thompson-Hollands J, Carl JR, et al. Unified protocol for transdiagnostic treatment of emotional disorders: a randomized controlled trial. *Behav Ther.* 2012;43(3):666-78. [DOI: 10.1016/j.beth.2012.01.001](https://doi.org/10.1016/j.beth.2012.01.001) [PMID: 22697453](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22697453/)

# Effect of Transdiagnostic Treatment on Entrapment and Boredom in Mothers of Children with the Autism Spectrum Disorder

Alireza Mohseni-Ezhiyeh<sup>1,\*</sup>, Mokhtar Malekpour<sup>2</sup>, Amir Ghamarani<sup>3</sup>

<sup>1</sup> MSc, Department of Psychology and Education of Children with Special Needs, University of Isfahan, Isfahan, Iran

<sup>2</sup> Professor, Department of Psychology and Education of Children with Special Needs, University of Isfahan, Isfahan, Iran

<sup>3</sup> Assistant Professor, Department of Psychology and Education of Children with Special Needs, University of Isfahan, Isfahan, Iran.

\* **Corresponding author:** Alireza Mohseni-Ezhiyeh, MSc, Department of Psychology and Education of Children with Special Needs, University of Isfahan, Isfahan, Iran. E-mail: armohseni@edu.ui.ac

**Received:** 08 Mar 2017

**Accepted:** 24 Sep 2017

## Abstract

**Introduction:** Autism spectrum disorder (ASD) imposes a lot of difficulties and calamities on parents particularly mothers due to close relationship with their children. The present study aimed to examine the effect of transdiagnostic treatment on entrapment and boredom of mothers of children with ASD.

**Methods:** This randomized clinical trial study was conducted on all mothers with ASD children in Isfahan City. Forty participants were initially selected using the convenience sampling method and were randomly divided into two equal groups of control and experimental (n= 20, each group).

The transdiagnostic treatment was conducted during 12 sessions of 60 minutes each.

Data were collected using the Entrapment Scale and Multidimensional State Boredom Scale. The validity and reliability were measured and confirmed in the previous studies. Data were analyzed by the SPSS 21 software.

**Results:** Results showed a significant difference in internal entrapment ( $P = 0.001$ ), external entrapment ( $P = 0.004$ ), disengagement ( $P = 0.005$ ), high arousal ( $P = 0.001$ ), low arousal ( $P = 0.004$ ), inattention ( $P = 0.010$ ) and time perception ( $P = 0.022$ ) between the two experimental and control groups in both pre-test and post-test.

**Conclusions:** It seems that the unified transdiagnostic treatment is an appropriate method for reducing psychological problems (such as entrapment and boredom) in mothers with ASD children. Therefore, it is suggested to use this approach with other treatments in educational and treatment centers.

**Keywords:** Entrapment, Boredom, Autism, Mothers