



The Effectiveness of Emotion Efficacy Therapy on Fear of Negative Evaluation and Experiential Avoidance among Mothers with Autistic Children

Golnaz Ahghar Bazargan¹, Ilnaz Sajjadian^{2*}

1- P.H.D student of General Psychology, Department of Psychology, Shahrekord Branch, Islamic Azad University, Shahrekord, Iran.

2- Associate Professor, Department of Clinical Psychology, Community Health Research Center, Isfahan (Khorasgan) Branch, Islamic Azad University, Isfahan, Iran.

Corresponding Author: Ilnaz Sajjadian, Associate Professor, Department of Clinical Psychology, Community Health Research Center, Isfahan (Khorasgan) Branch, Islamic Azad University, Isfahan, Iran.

Email: i.sajjadian@khuisf.ac.ir

Received: 18 Feb 2023

Accepted: 15 Sep 2023

Abstract

Introduction: The purpose of this study was to investigate the effectiveness of emotional efficacy therapy on fear of negative evaluation and experiential avoidance of mothers of autistic children.

Methods: The research method was semi-experimental with a pre-test, post-test, and follow-up design. The statistical population of this research included mothers of autistic children who were referred to Dasthaye Mehrabani School (Darya) in Isfahan in 2022. Thirty mothers were selected by purposive sampling method based on the entry and exit criteria and randomly replaced in two intervention and control groups (15 people in each group). Both groups before and after the intervention and 2 months later, in the follow-up phase, were given research tools including the short version of the Fear of Negative Evaluation Scale by Larry (1983) and the Experiential Avoidance Scale - the second version of Bund et al (2011). The experimental group was treated based on emotion efficacy therapy in 8 sessions of 2 hours, but no intervention was done in the control group.

Results: The findings showed that the treatment based on emotion efficacy therapy was effective on fear of negative evaluation, and experiential avoidance, and the effect of this change remained stable until the follow-up stage ($p < 0.05$).

Conclusions: Emotion efficacy therapy can be used to reduce the fear of negative evaluation and experiential avoidance among mothers with autistic children.

Keywords: Therapy, Efficacy, Emotion, fear, Evaluation, Avoidance, Experiential, Mothers, Autism.



اثربخشی درمان مبتنی بر کارآمدی هیجانی بر ترس از ارزیابی منفی و اجتناب تجربه‌ای مادران دارای کودک اوتیسم

گلناز احقر بازرگان^۱، ایلناز سجادیان^{۲*}

۱- دانشجوی دکترای روان‌شناسی عمومی، گروه روانشناسی، واحد شهرکرد، دانشگاه آزاد اسلامی، شهرکرد، ایران.

۲- دانشیار گروه روانشناسی بالینی، مرکز تحقیقات سلامت جامعه، واحد اصفهان (خوراسگان)، دانشگاه آزاد اسلامی، اصفهان، ایران.

نویسنده مسئول: ایلناز سجادیان، دانشیار گروه روانشناسی بالینی، مرکز تحقیقات سلامت جامعه، واحد اصفهان (خوراسگان)، دانشگاه آزاد اسلامی، اصفهان، ایران.

ایمیل: i.sajjadian@khuif.ac.ir

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۲/۶/۲۴

تاریخ دریافت: ۱۴۰۱/۱۱/۳۰

چکیده

مقدمه: ترس از ارزیابی منفی و اجتناب تجربه‌ای از جمله مواردی هستند که مادران دارای کودک اوتیسم با آن مواجه می‌شوند؛ بنابراین هدف پژوهش حاضر بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر کارآمدی هیجانی بر ترس از ارزیابی منفی و اجتناب تجربه‌ای مادران دارای کودک اوتیسم بود.

روش کار: روش پژوهش حاضر نیمه تجربی با طرح پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری بود. جامعه آماری این مطالعه مادران دارای کودک مبتلا به اختلال طیف اوتیسم مراجعه‌کننده به آموزشگاه دست‌های مهربانی (دریا) شهر اصفهان در سال ۱۴۰۱ بودند. از میان آنها نمونه‌ای به حجم ۳۰ نفر به روش نمونه‌گیری هدفمند براساس ملاک‌های ورود و خروج انتخاب و به تصادف در دو گروه مداخله و کنترل جایگزین شدند (هر گروه ۱۵ نفر). هر دو گروه قبل و بعد از مداخله و ۲ ماه بعد، در مرحله پیگیری به ابزارهای پژوهش شامل نسخه کوتاه مقیاس ترس از ارزیابی منفی لری (۱۹۸۳) و مقیاس اجتناب تجربه‌ای - نسخه دوم بوند و همکاران (۲۰۱۱) پاسخ دادند. آزمودنی‌های گروه مداخله تحت درمان مبتنی بر کارآمدی هیجانی در ۸ جلسه ۲ ساعت قرار گرفتند اما بر گروه کنترل مداخله‌ای صورت نگرفت.

یافته‌ها: درمان مبتنی بر کارآمدی هیجانی تاثیر معنی‌دار آماری بر متغیرهای ترس از ارزیابی منفی، اجتناب تجربه‌ای اثربخش داشت و اثر این تغییر تا مرحله پیگیری پایدار مانده است ($p < 0.05$).

نتیجه‌گیری: می‌توان از درمان مبتنی بر کارآمدی هیجانی جهت کاهش ترس از ارزیابی منفی و اجتناب تجربه‌ای در مادران دارای کودک اوتیسم استفاده نمود.

کلیدواژه‌ها: درمان، کارآمدی، هیجان، ترس، ارزیابی، اجتناب، تجربه‌ای، مادران، اوتیسم.

مقدمه

اختلال طیف اوتیسم (Autism Spectrum Disorder; ASD) به عنوان اختلال در خودماندگی یکی از پیچیده‌ترین و بحث‌برانگیزترین اختلال‌های روانپزشکی است. هر فرد مبتلا، نیم‌رخ منحصر به فردی از ضعف‌ها و توانمندی‌های شناختی، اجتماعی، زبانی و نیز تعدیل حسی نشان می‌دهد (۱). کودکان مبتلا به این اختلال در برقراری روابط صمیمانه،

همدلی و حل مسئله خلاق دارای مشکلاتی هستند (۲). کتابچه راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی ویرایش پنجم (DSM-5) (۳) اوتیسم را به‌عنوان یک اختلال رشدی فراگیر تعریف می‌کند که با اختلال در تعامل اجتماعی و ارتباط (مشکل در پاسخ اجتماعی - عاطفی، ناتوانی در استفاده و درک رفتارهای ارتباطی غیرکلامی، ناتوانی در شروع و حفظ ارتباط. متناسب با سطح رشد)، رفتارهای محدود و تکراری

به حداقل رساندن تأثیر تجارب آزارنده است و می‌تواند با ایجاد آرامش فوری و کوتاه‌مدت، به شکل منفی رفتار اجتنابی را تقویت نمایند. اجتناب تجربه‌ای در مقابل پذیرش که به معنای تمایل فرد به پذیرش کامل افکار، هیجان‌ها و تظاهرات رفتاری، بدون تلاش برای اجتناب از آن‌ها است، قرار می‌گیرد و از این‌رو با انعطاف‌ناپذیری روان‌شناختی همراه است (۱۶).

شواهد پژوهشی نشان می‌دهند که اختلال طیف اوتیسم بر سلامت روان والدین و سایر اعضای خانواده اثری چندوجهی و فراگیر دارد. والدین کودکان مبتلا به اختلال طیف اوتیسم نسبت به والدین کودکانی که رشد عادی دارند و نیز والدین کودکانی که مبتلا به انواع دیگر تأخیرهای تحولی هستند، سطوح بالاتری از تنش فرزندپروری (۱۷، ۱۸) را تجربه می‌کنند. مادران کودکان مبتلا به اختلال طیف اوتیسم نسبت به مادران کودکان عقب‌مانده ذهنی بدون اوتیسم، مادران کودکان فلج مغزی و مادران کودکان عادی، سطوح بالاتری از اضطراب کلی را تجربه می‌کنند و کیفیت زندگی پایین‌تری دارند (۱۹). از این‌رو انجام مداخلات درمانی جهت کاهش اثرات منفی در والدین این فرزندان به‌خصوص مادران از ضرورت و اهمیت بالایی برخوردار است. یکی از روش‌های مداخله‌ای که احتمالاً می‌تواند بر کاهش یا درمان متغیرهای ترس از ارزیابی منفی و اجتناب تجربه‌ای مادران دارای کودک اوتیسم اثرگذار باشد، درمان مبتنی بر کارآمدی هیجانی (Emotion Efficacy Therapy) است. درمان مبتنی بر کارآمدی هیجانی مدلی بسیار نیرومند و اثربخش برای درمان درمان‌جویان دارای اختلالات مرتبط با تنظیم هیجان است. اختلالاتی همچون: افسردگی، اضطراب، اختلال استرس پس از آسیب (Posttraumatic Stress Disorder)، اختلال دوقطبی و اختلال شخصیت مرزی (Borderline Personality Disorder). این روش یک درمان فرا تشخیصی است که مؤلفه‌های درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و رفتاردرمانی دیالکتیکی، و درمان شناختی رفتاری را با هم یکپارچه می‌سازد. درمان مبتنی بر کارآمدی هیجانی عوامل فرا تشخیصی اجتناب تجربی و تحمل پریشانی را برای افزایش کارآمدی هیجانی مورد هدف قرار می‌دهد. در این درمان، اعتقاد بر این است که درد اجتناب‌ناپذیر است؛ اما رنج کشیدن این‌طور

مشخص می‌شود. شیوع این اختلال در سال‌های اخیر افزایش چشمگیری داشته است (۴). برآورده کردن نیازهای این کودکان ممکن است برای والدین به دلیل وخیم بودن شرایط و طیف مزمن آنها، بیماری‌های روانی همراه، مداخلات شدیدی که کودکان به آن نیاز دارند و مشکل در دریافت خدمات، دشوارتر باشد (۵)؛ لذا سبب می‌شود تا خانواده‌ها با چالش‌های بسیاری روبه‌رو شده و اغلب آسیب‌های جبران‌ناپذیری را بر خانواده وارد می‌کند (۶). در این بین برای مادران که نسبت به دیگر اعضای خانواده، بیشتر با کودک سروکار دارند، منبع استرس محسوب می‌شود و بر سلامت روانی و سازگاری آنها تأثیر می‌گذارد (۷). با افزایش علائم اختلال، استرس والدین افزایش یافته و بهزیستی روان‌شناختی در آن‌ها کاهش می‌یابد (۸).

یکی از شایع‌ترین اختلالات مزمن ناشی از اختلال اوتیسم برای والدین دارای این‌گونه از کودکان، ترس از ارزیابی منفی (Fear of Negative Evaluation) است (۹). ترس از ارزیابی منفی بیم و هراسی است که از نگرانی، به علت مورد قضاوت ناعادلانه و عجولانه دیگران قرار گرفتن، به وجود می‌آید (۱۰)، به گونه‌ای که فرد از موقعیت‌هایی که نیاز به ارزیابی دارد اجتناب می‌کند (۱۱). ترس از ارزیابی منفی، غالباً موجب می‌شود منابع توجه افراد به تهدیدها و ارزیابی‌های اجتماعی معطوف باشد و از نظر شناختی فرد را دچار ضعف عملکرد سازد (۱۲). رفتارهای شخصیتی گوناگون مانند شرمندگی، نگرانی و خجالتی بودن می‌تواند با ترس از ارزیابی منفی مرتبط باشد (۱۳).

از جمله دیگر آسیب‌هایی که احتمال دارد مادران دارای کودک اوتیستیک به آن مبتلا شوند، اجتناب تجربه‌ای (Experiential Avoidance) است. اجتناب تجربه‌ای به‌عنوان تلاش‌هایی انعطاف‌ناپذیر برای اجتناب از تجربه‌های هیجانی یا روان‌شناختی، سرکوب یا مهار آن‌ها تعریف شده است (۱۴). این سازه شامل دو جزء مربوط به هم است؛ اولاً: بی‌میلی نسبت به برقراری تماس با تجارب شخصی، احساس‌های بدنی، هیجان‌ها، افکار، خاطره‌ها و زمینه‌های رفتاری؛ و دوم این‌که: تلاش برای اجتناب از تجارب دردناک و یا وقایعی که باعث فراخواندن این تجارب می‌شوند. این شکل از اجتناب شامل اجتناب رفتاری، عاطفی و شناختی نیز می‌شود (۱۵). عملکرد اجتناب تجربه‌ای، کنترل یا

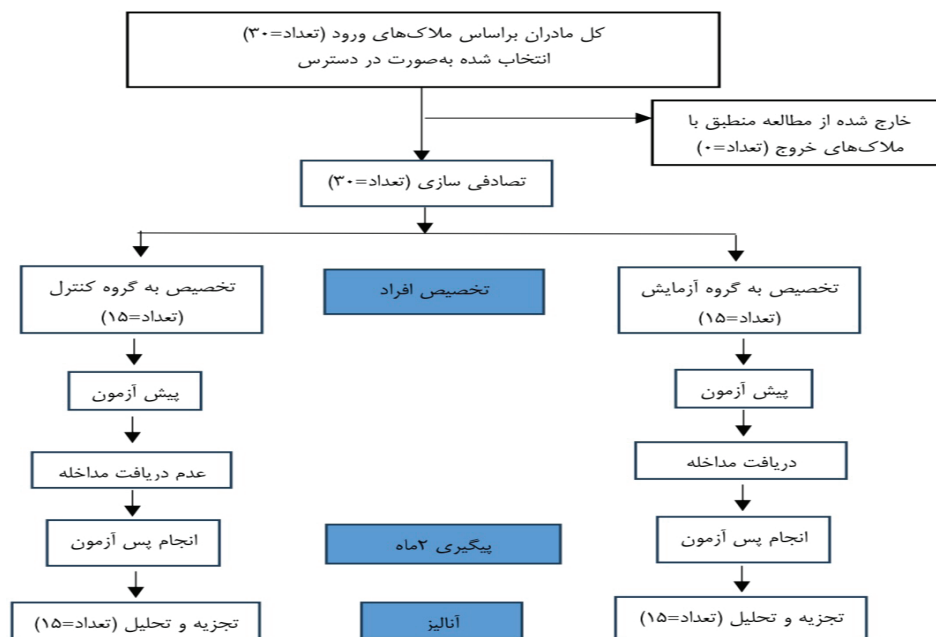
نیست. بدین معنا که ما می‌توانیم با استفاده از راهبردهای سازگارانه جدید و برقراری روابط تازه با هیجان‌هایمان از رنج‌کشیدن اجتناب کنیم. بر همین اساس، در این درمان، درمانگران یاد می‌گیرند به درمان‌جویانشان کمک کنند تا دردشان را بپذیرند و برای پاسخ به هیجان‌های برانگیخته شده از راهبردهای سازگارانه جدید استفاده کنند (۲۰). بررسی پژوهشی نشان می‌دهد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر اجتناب تجربه‌ای مادران دارای کودک اوتیستیک اثربخش است (۲۱). هم‌چنین مطالعه پیشین دلالت بر این دارد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر درماندگی روان‌شناختی و افکار خود‌آیند منفی مادران دارای کودک مبتلا به اختلال طیف اوتیسم اثربخش بوده است (۲۲). به‌علاوه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، اجتناب تجربی و علائم افسردگی را در نوجوان بهبود داده است (۲۳). در رابطه با اثربخشی درمان مبتنی بر کارآمدی هیجانی، پژوهش‌ها نشان داده‌اند این درمان بر طرح‌واره‌های هیجانی، نظام شناختی معیوب و تحمل پریشانی (۲۴، ۲۵)، افسردگی و خودمراقبتی (۲۶)، راهبردهای ناسازگار شناختی تنظیم هیجان (۲۷) و آسیب‌پذیری روان‌شناختی (۲۸) اثربخش بوده است. نتایج این پژوهش‌ها حاکی از آن است که درمان مبتنی بر کارآمدی هیجانی می‌تواند باعث بهبود وضعیت روان‌شناختی و هیجانی شود.

حال با توجه به مطالب مطرح شده و به دلیل صورت نپذیرفتن پژوهشی درباره اثربخشی درمان مبتنی بر کارآمدی هیجانی بر ترس از ارزیابی منفی و اجتناب تجربه‌ای مادران دارای کودک اوتیسم، پژوهش حاضر در پی پاسخ به این سؤال است که آیا درمان مبتنی بر کارآمدی هیجانی بر ترس از ارزیابی منفی و اجتناب تجربه‌ای مادران دارای کودک اوتیسم تأثیرگذار است؟

روش کار

پژوهش حاضر از نوع نیمه تجربی به روش پیش‌آزمون - پس‌آزمون با گروه کنترل و دوره پیگیری ۲ ماهه بوده

است. جامعه آماری پژوهش را کلیه مادران دارای کودک مبتلا به اختلال طیف اوتیسم مراجعه‌کننده به آموزشگاه دست‌های مهربانی (دریا) زیر نظر آموزش و پرورش کودکان استثنایی شهر اصفهان در سال ۱۴۰۱ تشکیل داده بودند که از بین آن‌ها ۳۰ نفر به صورت نمونه‌گیری هدفمند بر اساس ملاک‌های ورود و خروج انتخاب شده، سپس به طور تصادفی به دو گروه ۱۵ نفره کنترل و مداخله گمارده شدند. ملاک‌های ورود شامل حداقل تحصیلات سیکل، مادران دارای کودک مبتلا به اختلال طیف اوتیسم، تمایل به شرکت در پژوهش، تکمیل پرسش‌نامه‌ها و شرکت در جلسات درمانی پژوهش به طور کامل، عدم ابتلا به اختلالات حاد روانپزشکی هم‌زمان، نداشتن فرزند مبتلا به اختلال دیگری علاوه بر اختلال طیف اوتیسم و عدم شرکت در جلسات روان‌درمانی دیگری به طور هم‌زمان، درحالی‌که غیبت بیش از دو جلسه، حضور نامنظم در جلسات درمان، عدم همکاری با پژوهشگر به عنوان ملاک‌های خروج در نظر گرفته شدند. قبل از شروع، پژوهش برای افراد توضیح داده شد و رضایت آگاهانه از آنها کسب شد. سپس از هر دو گروه مورد مطالعه، پیش‌آزمون گرفته شد و از آنها خواسته شد تا پرسش‌نامه‌های مورد نظر را متناسب با ویژگی‌های خود تکمیل نمایند و تا حدامکان سوآلی را بدون جواب نگذارند. پس از آن، گروه آزمایش تحت درمان مبتنی بر کارآمدی هیجانی در طی ۸ جلسه ۱۲۰ دقیقه‌ای (هر هفته دو جلسه) قرار گرفت و گروه کنترل هیچ مداخله‌ای دریافت نکردند. پس از آن در مرحله پس‌آزمون و در دو ماه پس از آن در مرحله پیگیری پرسش‌نامه‌ها مانند فرایند مرحله پیش‌آزمون در هر دو گروه اجرا شد. به‌منظور رعایت شرایط اخلاقی پژوهش گروه کنترل پس از انجام پس‌آزمون، تحت مداخله درمان مبتنی بر کارآمدی هیجانی قرار گرفتند. جهت جمع‌آوری اطلاعات از ابزارهای زیر استفاده شده است. در تصویر ۱ دیاگرام روند اجرای نمونه‌گیری تا تحلیل نهایی آورده شده است. به علاوه در پژوهش حاضر از پرسش‌نامه‌های زیر استفاده شد:



تصویر ۱. دیاگرام روند اجرای نمونه‌گیری تا تحلیل نهایی

قبول و مناسب است.

۲- پرسش‌نامه اجتناب تجربه‌ای (پذیرش و عمل - نسخه دوم، Acceptance and action Questionnaire-II; AAQ-II): این پرسش‌نامه در سال ۲۰۱۱ به‌وسیله بوند و همکاران (۳۱) ساخته شده است که دارای ۱۰ سؤال و ۲ خرده‌آزمون است و طیف لیکرت هفت‌درجه‌ای، ۱ (هرگز این‌طور نیست) و ۷ (همیشه همین‌طور هست) است. پرسش‌نامه پذیرش و عمل سازه‌ای را می‌سنجد که به تنوع، پذیرش و اجتناب تجربه‌ای و انعطاف‌ناپذیری روان‌شناختی برمی‌گردد. نمرات بالاتر نشان‌دهنده انعطاف‌پذیری روانی بیشتر است. بوند و همکاران (۳۱) گزارش کردند که نتایج ۲۸۱۶ شرکت‌کننده در طول شش نمونه نشان داد که این ابزار پایایی، روایی و اعتبار سازه رضایت‌بخشی دارد. میانگین ضریب آلفا ۰/۸۴ و پایایی بازآزمایی در فاصله ۳ تا ۱۲ ماه به ترتیب ۰/۸۱ و ۰/۷۹ به دست آمد (۳۲). در ایران، این مقیاس توسط عباسی و همکاران (۳۲) به فارسی ترجمه و ویژگی‌های روان‌سنجی آن بررسی گردید. شواهد حکایت از نتایج نویدبخشی درباره قابلیت کاربرد نسخه فارسی پرسش‌نامه پذیرش و عمل در جامعه ایرانی دارد و ضریب همسانی درونی ۰/۸۹ و ضریب تصنیف ۰/۷۱ برای این پرسش‌نامه به دست آمد. ضریب آلفای کرونباخ در مطالعه حاضر برای اجتناب تجربه‌ای ۰/۸۰۲ محاسبه شده است. پایایی به دست آمده با استفاده از آلفای کرونباخ در این پرسش‌نامه بالاتر از ۰/۷ است که نشان‌دهنده پایایی یا همسانی درونی بالای مقیاس

۱- مقیاس ترس از ارزیابی منفی (Breaf Fear of Negative

Evaluation Scale, BFNES): نسخه کوتاه مقیاس ترس از ارزیابی منفی توسط لری (Leary) (۲۹) در سال ۱۹۸۳ ساخته شد که دارای ۱۲ پرسش است که میزان اضطراب تجربه شده افراد یا ارزیابی منفی آنان را اندازه‌گیری می‌کند. سؤالات بر اساس یک طیف ۵ درجه‌ای لیکرت، ۱ (به هیچ وجه در مورد من صدق نمی‌کند) تا ۵ (خیلی در مورد من صدق می‌کند) طراحی شده است. دامنه نمرات مقیاس بین ۱۲ تا ۶۰ است که هر چه این امتیاز بالاتر باشد، بیانگر ترس بیشتر فرد پاسخ‌دهنده از ارزیابی منفی درباره خود است و بر عکس. لری ضریب آلفای کرونباخ نمره کلی و زیرمقیاس‌های نمره‌گذاری شده مثبت و معکوس را به ترتیب برابر با ۰/۸۰، ۰/۸۲ و ۰/۸۱ به دست آوردند. نتایج حاصل از تحلیل عامل تأییدی در پژوهش شکری و همکاران (۳۰) نشان داد که الگوی تک عاملی نسخه کوتاه مقیاس ترس از ارزیابی منفی برآزش قابل‌قبولی با داده‌ها دارد. هم چنین شکری و همکاران (۳۰) ضرایب آلفای کرونباخ برای نمره کلی نسخه کوتاه مقیاس ترس از ارزیابی منفی را برابر با ۰/۸۰ و ضرایب بازآزمایی بافاصله (دو هفته) ۰/۷۷ به دست آوردند. ضریب آلفای کرونباخ در مطالعه حاضر برای ترس از ارزیابی منفی ۰/۷۸ محاسبه شده است. پایایی به دست آمده با استفاده از آلفای کرونباخ در این پرسش‌نامه بالاتر از ۰/۷ است که نشان‌دهنده پایایی یا همسانی درونی بالای مقیاس به کاررفته در پژوهش است که از نظر آماری قابل

به کاررفته در پژوهش است که از نظر آماری قابل قبول و مناسب است.

پروتکل درمان

درمان شامل ۸ جلسه گروهی بود و برنامه درمان برگرفته از کتاب درمان مبتنی بر کارآمدی هیجانی مک کی و وست (۲۰) بوده است. در هر جلسه از استعاره‌ها و تمرینات مربوط به آن جلسه استفاده شد. در انتهای جلسات هم تکالیف مخصوص ارائه شد. گروه آزمایش، درمان مبتنی بر

کارآمدی هیجانی را به مدت ۸ جلسه ۱۲۰ دقیقه‌ای دریافت کردند و گروه کنترل هیچ گونه مداخله‌ای طی این مدت دریافت نکردند. خلاصه جلسات درمان در جدول ۱ ارائه شده است. جهت تجزیه و تحلیل آماری از بسته آماری برای علوم اجتماعی (Statistical Package for Social Science; SPSS) نسخه ۲۳ استفاده شد و با روش تحلیل واریانس با اندازه گیری های مکرر مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

جدول ۱. خلاصه جلسات درمان مبتنی بر کارآمدی هیجانی (مک کی و وست، ۲۰۱۶)

جلسه اول	خوشامدگویی و تکمیل ابزارهای اندازه‌گیری پیش از درمان، معرفی رهبر و اعضای گروه، معرفی مختصر درمان مبتنی بر کارآمدی هیجان و ساختار آن، آموزش روانی در مورد هیجان‌ها از طریق فیلم آموزشی و آگاهی از هیجان، تمرین تماشای هیجان‌ها، معرفی تمرین مهارت‌ها و ثبت نتایج تمرین مهارت‌ها، تکلیف مهارت‌های جلسه اول
جلسه دوم	مرور تمرین مهارت‌ها، آموزش در مورد کارکرد مغز در بعد هیجان، آموزش روانی در مورد پذیرش ذهن آگاهانه، تمرین پذیرش ذهن آگاهانه، معرفی اجتناب هیجانی، آموزش روانی درباره موج‌سواری روی هیجان، آموزش روانی درباره مواجهه و تمرین، تکلیف خانگی تمرین مهارت‌ها
جلسه سوم	تمرین پذیرش ذهن آگاهانه و بازخورد، مرور تمرین مهارت‌ها، آموزش روانی درباره لحظه انتخاب، معرفی عمل مبتنی بر ارزش‌ها، تمرین وایت‌برد ارزش‌ها و موانع هیجانی، تمرین عمل مبتنی بر ارزش‌ها با استفاده از مواجهه تصویری و بازخورد، تعیین تکلیف تمرین مهارت‌ها
جلسه چهارم	تمرین پذیرش ذهن آگاهانه و بازخورد، مرور تمرین مهارت‌ها، تمرین هیولاها در اتوبوس، عمل مبتنی بر ارزش‌ها با استفاده از مواجهه تصویری و بازخورد، تعیین تکلیف تمرین مهارت‌ها
جلسه پنجم	تمرین پذیرش ذهن آگاهانه و بازخورد، مرور تمرین مهارت‌ها، آموزش روانی درباره مقابله ذهن آگاهانه، معرفی تن‌آرامی و خود تن‌آرامی، تمرین مهارت‌های تن‌آرامی همراه با مواجهه هیجانی و بازخورد، تمرین مهارت‌های خود آرام‌سازی همراه با مواجهه هیجانی و بازخورد، تعیین تکلیف تمرین مهارت‌ها
جلسه ششم	تمرین پذیرش ذهن آگاهانه و بازخورد، مرور تمرین مهارت‌ها، آموزش روانی در ارتباط با افکار مقابله‌ای، تمرین افکار مقابله‌ای از طریق مواجهه با هیجان و بازخورد، آموزش روانی درباره پذیرش بنیادین، تمرین درباره پذیرش بنیادین از طریق مواجهه با هیجان و بازخورد، تعیین تکلیف تمرین مهارت‌ها
جلسه هفتم	تمرین پذیرش ذهن آگاهانه و بازخورد، مرور تمرین مهارت‌ها، آموزش روانی درباره توجه برگردانی و وقت استراحت، توجه برگردانی همراه با مواجهه تصویری یا هیجانی و بازخورد، معرفی طرح کارآمدی هیجان فردی، تعیین تکلیف تمرین مهارت‌ها
جلسه هشتم	تمرین پذیرش ذهن آگاهانه و بازخورد، مرور تمرین مهارت‌ها، مرور برنامه کارآمدی هیجانی شخصی، دریافت بازخورد و رفع اشکال، مواجهه تصویری یا هیجانی با استفاده از مهارت درمان مبتنی بر کارآمدی هیجانی و دریافت بازخورد، درجه‌بندی کارآمدی هیجانی، سخنان پایانی و قدردانی

یافته‌ها

میانگین

جدول ۲. یافته‌های توصیفی ویژگی‌های جمعیت شناختی در نمونه

متغیر جمعیت‌شناختی	سطوح	گروه‌ها		آزمون‌ها	
		کنترل	آزمایش	آماره	معنی‌داری
تحصیلات فراوانی (درصد)	زی‌ر دیپلم	۴ (۲۶/۷)	-	۶/۲۶	۰/۱
	دیپلم	۴ (۲۶/۷)	۹ (۶۰)		
	کارشناسی	۵ (۳۳/۳)	۵ (۳۳/۳)		
	کارشناسی ارشد و بالاتر	۲ (۱۳/۳)	۱ (۶/۷)		
تعداد فرزند فراوانی (درصد)	یک فرزند	۷ (۴۶/۷)	۶ (۴۰)	۲/۲۱	۰/۳۳۱
	دو فرزند	۷ (۴۵/۷)	۵ (۳۳/۳)		
	سه فرزند	۱ (۶/۷)	۴ (۲۶/۷)		
سن میانگین (انحراف معیار)	-	۳۸/۲ (۷/۱۱)	۴۱/۸۷ (۶/۳۶)		

گلناز احقر بازرگان و ایلناز سجادیان

تعداد فرزندان نیز در دو گروه تفاوت معنی‌داری وجود ندارد ($p > 0.05$).

یافته‌های توصیفی مربوط به متغیرهای اجتناب تجربه‌ای و ترس از ارزیابی به تفکیک سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری در دو گروه آزمایش و کنترل در جدول ۳ ارائه شده است.

فراوانی و درصد فراوانی تحصیلات و تعداد فرزندان افراد نمونه و هم‌چنین میانگین و انحراف استاندارد سن آن‌ها در جدول ۱ ارائه شده است. نتایج آزمون t مستقل نشان داده است که میانگین سن افراد نمونه در دو گروه آزمایش و کنترل تفاوت معنی‌داری ندارد ($p > 0.05$). همچنین نتایج آزمون χ^2 دو نشان داد که بین فراوانی تحصیلات و

جدول ۳. شاخص‌های توصیفی نمرات ترس از ارزیابی و اجتناب تجربه‌ای به تفکیک دو گروه

متغیر	گروه	پیش‌آزمون		پس‌آزمون		پیگیری
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	
ترس از ارزیابی منفی	آزمایش	۳۳	۳/۸۳	۲۹/۶۶	۱/۹۱	۳۰/۰۶
	کنترل	۳۳/۰۷	۳/۳۴	۳۲/۶	۳/۹۵	۳
اجتناب تجربه‌ای	آزمایش	۳۵/۱۳	۱۰/۴	۲۷/۸۷	۸/۹۹	۳۰/۱۳
	کنترل	۳۱/۸	۹/۵۴	۳۵/۲	۱۱/۵۸	۳۶

پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری در گروه آزمایش و کنترل برقرار بوده است ($p > 0.05$). همچنین پیش‌فرض لوین مبنی بر برابری واریانس‌ها در گروه‌ها در متغیرهای ترس از ارزیابی و اجتناب تجربه‌ای در هر سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری تأیید شده است ($p > 0.05$) همچنین نتایج آزمون کرویت ماچلی نشان داد پیش‌فرض کرویت در مورد متغیرهای پژوهش برقرار است ($p > 0.05$); نتایج تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر در جدول ۴ ارائه شده است.

همان‌گونه که در جدول ۳ مشاهده می‌شود، میانگین نمرات ترس از ارزیابی و اجتناب تجربه‌ای در گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل کاهش بیشتری در مراحل پس‌آزمون و پیگیری نسبت به پیش‌آزمون دارد. قبل از ارائه نتایج تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر، پیش‌فرض‌های آزمون پارامتریک مورد سنجش قرار گرفت. بر همین اساس نتایج آزمون شاپیرو ویلک به‌منظور نرمال بودن توزیع داده‌ها در متغیرهای ترس از ارزیابی و اجتناب تجربه‌ای در مراحل

جدول ۴. نتایج تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر در متغیرهای پژوهش

متغیر	منبع	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	معنی‌داری	اندازه اثر	توان آماری
ترس از ارزیابی منفی	گروه	۹۰	۱	۹۰	۳/۶	۰/۰۷۲	۰/۱۱	۰/۴۳۹
	اثر زمان	۵۸/۶۸	۲	۲۹/۳۴	۸/۵	۰/۰۰۵	۰/۱۷۲	۰/۸۵۲
اجتناب تجربه‌ای	اثر زمان × گروه	۴۲/۰۷	۲	۲۱/۰۳	۴/۱۶	۰/۰۲۱	۰/۱۲۹	۰/۸۱
	گروه	۲۴۳/۳۷	۱	۲۴۳/۳۷	۰/۹۸۱	۰/۳۳	۰/۰۳۴	۰/۱۶
اثر زمان × گروه	اثر زمان	۶۲/۴۸	۲	۳۱/۲۴	۱/۹	۰/۱۵۹	۰/۰۶۴	۰/۳۷۹
	اثر زمان × گروه	۵۰۱/۴۲	۲	۲۵۰/۷۱	۱۵/۲۶	۰/۰۰۱	۰/۳۵۳	۰/۹۹۹

آزمایش و کنترل در مراحل پژوهش در ترس از ارزیابی منفی برابر با ۱۲/۹ درصد و اجتناب تجربه‌ای ترتیب ۳۵/۳ درصد دست آمده است. مقایسه میانگین نمرات ترس از ارزیابی منفی و اجتناب تجربه‌ای در دو گروه آزمایش و کنترل در سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری در جدول ۵ ارائه شده است.

همان‌گونه که نتایج جدول ۳ نشان می‌دهد، میزان F اثر تعامل زمان با گروه در نمرات ترس از ارزیابی منفی و اجتناب تجربه‌ای معنی‌دار به‌دست‌آمده است ($p < 0.05$). این یافته نشان می‌دهد که گروه‌های آزمایش و کنترل از لحاظ متغیرهای پژوهشی (ترس از ارزیابی منفی و اجتناب تجربه‌ای) در سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری با یکدیگر تفاوت معناداری دارند. میزان تفاوت گروه‌های

جدول ۵. مقایسه میانگین نمرات ترس از ارزیابی منفی و اجتناب تجربه‌ای در دو گروه آزمایش و کنترل در سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری

متغیر	مراحل	تفاوت میانگین	خطا	معنی‌داری	متغیر	مراحل	تفاوت میانگین	خطا	معنی‌داری
ترس از ارزیابی منفی	پیش‌آزمون	-۰/۰۶۷	۱/۳۱	۰/۹۶	پیش‌آزمون	۳/۳۳	۱/۶۴	۰/۳۶۸	
	پس‌آزمون	-۰/۳	۱/۳۷	۰/۰۳	پس‌آزمون	-۷/۳۳	۱/۷۷	۰/۰۰۱	اجتناب تجربه‌ای
	پیگیری	-۲/۹۳	۱/۰۰۸	۰/۰۱	پیگیری	-۵/۸۶	۱/۱۳	۰/۰۰۱	

نتایج در جدول ۵ نشان داده است که در متغیرهای ترس از ارزیابی منفی و اجتناب تجربه‌ای تفاوت میانگین نمرات دو گروه آزمایش و کنترل در مرحله پیش‌آزمون معنی‌دار نیست ($p > 0/05$)، اما تفاوت بین گروه آزمایش و کنترل در مراحل پس‌آزمون و پیگیری معنی‌دار به دست آمده است ($p < 0/05$).

بحث

پژوهش حاضر باهدف بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر کارآمدی هیجانی بر کاهش ترس از ارزیابی منفی و اجتناب تجربه‌ای در مادران دارای کودک اوتیسم انجام شد. نتایج نشان داد که درمان مبتنی بر کارآمدی هیجانی نمرات ترس از ارزیابی منفی و اجتناب تجربه‌ای در مادران دارای کودک اوتیسم را کاهش داده و اثرات درمان در مرحله پیگیری نیز باقی مانده است. باتوجه به اینکه یکی از مؤلفه‌های تشکیل‌دهنده درمان مبتنی بر کارآمدی هیجانی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد است، می‌توان در بافتی کلی‌تر برای بررسی همسویی به این پژوهش‌ها اشاره کرد: اثربخشی درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش بر اجتناب تجربه‌ای مادران دارای کودک اوتیسم (۲۱). اثربخشی درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش بر درماندگی روان‌شناختی و افکار خود آیند منفی مادران دارای کودک اوتیسم (۲۲). هم چنین نتایج به طور غیرمستقیم با پژوهش‌هایی همسو بوده است که نشان داده‌اند درمان مبتنی بر کارآمدی هیجانی بر متغیرهای روان‌شناختی در گروه‌های مختلف اثربخش بوده است، از آن جمله می‌توان به پژوهش‌هایی مبنی بر اثربخشی درمان مبتنی بر کارآمدی هیجانی در بهبود طرح‌واره‌های هیجانی، نظام شناختی معیوب و تحمل پریشانی (۲۴، ۲۵)، اثربخشی بر راهبردهای ناسازگار شناختی تنظیم هیجان (۲۷)، اثربخشی بر آسیب‌پذیری روان‌شناختی (۲۸) و مبنی بر اثربخشی درمان مبتنی بر کارآمدی هیجانی بر افسردگی و خودمراقبتی (۲۶) اشاره نمود. در تبیین چگونگی اثربخشی درمان مبتنی بر کارآمدی

هیجانی بر کاهش نمرات ترس از ارزیابی منفی می‌توان گفت، ترس از ارزیابی منفی می‌تواند زیر بنای بسیاری از رفتارهای شخصیتی باشد و همچنین نقش مهمی در کمال‌گرایی داشته باشد. این جنبه از کمال‌گرایی (خودارزیابی منفی و خود انتقادگری افراطی)، از نظر روان‌شناختی می‌تواند با نشخوار فکری مطابقت و همانندی داشته باشد (۳۳). در درمان مبتنی بر کارآمدی هیجانی درمان‌جویان می‌آموزند که نه تنها نشخوار ذهنی یکی از روش‌های پاسخ‌دهی ناسازگارانه به هیجان است، بلکه هیجان را تشدید می‌کند و موجب طولانی‌تر شدن موج درد هیجانی می‌شود و افراد را در بالای موج نگه می‌دارد و از خوگیری طبیعی که موجب فروکش کردن موج می‌شود، جلوگیری می‌کند. در مقابل نشخوار ذهنی بر اهمیت یادگیری نحوه برچسب‌زنی و رهاکردن افکار و تماشاکردن آن‌ها بدون گرفتار شدن در چرخه بی‌پایان محتوای افکار تأکید می‌شود (۲۰). به نظر می‌رسد کاهش نشخوار ذهنی با استفاده از مهارت پذیرش ذهن آگاهانه که شامل مشاهده و پذیرش همه ابعاد هیجان است، در کاهش ترس از ارزیابی منفی مؤثر واقع شده است. در تبیین دیگر، ظاهر عادی افراد دارای اوتیسم و عدم آگاهی جامعه در مورد این اختلال موقعیت‌هایی را برای خانواده‌های این افراد به وجود می‌آورد که در آن برچسب (Labeling) می‌خورند. استیگما نگرانی عمده کسانی است که با اختلالات روانی یا بیماری‌های حاد جسمانی زندگی می‌کنند. استیگما می‌تواند علائمی چون احساس نقص و عدم کفایت، انزواطلبی، مورد تبعیض قائل شدن، کاهش اعتمادبه‌نفس و احساس شرم را برای افراد به وجود آورد (۳۴). این عوارض می‌توانند پیش‌بینی‌کننده ترس از ارزیابی منفی و افکار خود آیند منفی باشند. در درمان مبتنی بر کارآمدی هیجانی درمان‌جویان می‌آموزند که افکار خود آیند منفی را در موقعیت‌های برانگیزنده شناسایی کنند و سپس افکار مقابل‌های مناسب را جایگزین آن‌ها کنند. در نتیجه، می‌توان گفت با استفاده از مهارت افکار مقابل‌های فراوانی و شدت افکار خود آیند منفی و ترس از ارزیابی

کاهش ترس از ارزیابی منفی و اجتناب تجربه‌ای در مادران دارای کودک اوتیسم، پیشنهاد می‌شود تا متخصصین حوزه سلامت و مشاورانی که در این حیطه فعالیت می‌کنند از این مداخله استفاده نمایند. درمان مبتنی بر کارآمدی هیجانی مهارت‌ها و تکنیک‌هایی همچون پذیرش ذهن آگاهانه (مشاهده تمامی ابعاد هیجان و پذیرش آن‌ها)، جلوگیری از روش‌های ناسازگار پاسخ به هیجانات (همچون نشخوار ذهنی، پاسخ بر اساس هیجانات و یا اجتناب)، موج‌سواری بر روی هیجانات و مهارت مقابله ذهن آگاهانه را به‌منظور کاهش هیجانات مورد هدف قرار می‌دهد. به علاوه این درمان منجر به افزایش ظرفیت تحمل پریشانی در نتیجه عدم اجتناب و در آخر هم عمل مبتنی بر ارزش می‌شود. هر پژوهشی در راستای انجام محدودیت‌هایی دارد که پژوهش حاضر نیز از این امر مستثنی نبوده است. این پژوهش تنها بر روی گروهی از مادران دارای کودک اوتیسم پرداخته شد، لذا بایستی در تعمیم نتایج به سایر اعضای خانواده جانب احتیاط رعایت شود و در این راستا پیشنهاد می‌شد تا پژوهش بر روی سایر نمونه‌ها و شهرها انجام گیرد. به سایر پژوهشگران پیشنهاد می‌شود تا سایر درمان‌های روان‌شناختی را بر روی نمونه‌های مشابه مورد بررسی و مقایسه نمایند.

سیاسگزاری

بدین‌وسیله از کلیه افراد شرکت‌کننده در این پژوهش، مادران و کارکنان آموزشگاه دست‌های مهربانی (دریا) شهر اصفهان، سپاسگزاری به عمل می‌آید. ضمناً این مقاله دارای کد اخلاق IR.IAU.KHUISF.REC.1401.080 از دانشگاه آزاد اسلامی واحد اصفهان (خوراسگان) می‌باشد. به‌علاوه شماره کد ثبت در مرکز ثبت کارآزمایی بالینی IRCT20230303057598N1 می‌باشد.

تضاد منافع

نویسندگان اظهار می‌دارند که هیچ‌گونه تعارض منافی در رابطه با یافته‌های مطالعه حاضر وجود ندارد. این مقاله برگرفته از پایان‌نامه ارشد روان‌شناسی دانشجوی خانم گلناز احقر بازرگان به راهنمایی سرکار خانم دکتر ایلناز سجادیان می‌باشد.

منفی کاهش خواهد یافت. همچنین، همانند تمرینات گسلش (Defusion) از افکار (۳۵) درمان‌جویان یاد می‌گیرند که از طریق مشاهده و پذیرش تمامی مؤلفه‌های هیجان از هیجان‌های خود فاصله بگیرند. می‌آموزند با هیجان‌های خود یکی نیستند و درحالی‌که هیجان‌ها می‌آیند و می‌روند، آن‌ها همچنان پایدار هستند. در نتیجه کاهش فراوانی، شدت و باورپذیری افکار، پذیرش آن‌ها، کاهش احساسات منفی و افزایش کارآمدی هیجانی، احتمالاً ترس از ارزیابی منفی هم کاهش می‌یابد.

در تبیین چگونگی اثربخشی درمان مبتنی بر کارآمدی هیجانی بر کاهش نمرات اجتناب تجربه‌ای می‌توان به این نکته اشاره نمود که بد تنظیمی هیجانی تقریباً به طور کامل میانجی بد تنظیمی رفتاری است؛ بنابراین چنانچه بد تنظیمی هیجانی به طریق درست اصلاح شود می‌تواند بد تنظیمی رفتاری را که منجر به رفتارهای ناکارآمد مثل اجتناب می‌گردد را کاهش دهد (۲۰). درمان مبتنی بر کارآمدی هیجانی با مکانیسم‌های خود می‌تواند این کار را انجام دهد. سه مکانیسم فرا تشخیصی عدم تحمل پریشانی چشمگیر، اجتناب هیجانی بالا و نشخوار زیاد (تفکر منفی تکرارشونده) بیشترین سهم را در بد تنظیمی هیجانی بازی می‌کنند و درمان مبتنی بر کارآمدی هیجانی این مکانیسم‌ها را هدف قرار می‌دهد (۳۶). در تبیین دیگر، هنر پذیرش در این درمان می‌تواند در پذیرش هیجان‌ها، کاهش تلاش برای اجتناب یا تغییر تجارب هیجانی آزرانده و انتخاب پاسخ مؤثر به هیجان‌ها در مسیری سازگار با یافت و همسو با ارزش‌ها مؤثر باشد (۲۰). در همین راستا می‌توان گفت که مادران دارای کودک اوتیسم مجهز به تکنیک‌های ذهن آگاهی و پذیرش سعی می‌کنند به‌صورت منطقی موقعیت‌های استرس‌زا را برای خودایمن تلقی کنند و باعث کاهش رفتارهای ناسازگار با هیجانات از جمله اجتناب شوند. به‌علاوه، وجود بعد شفاف‌سازی ارزش‌ها در درمان مبتنی بر کارآمدی هیجانی باعث افزایش رفتار هدفمند مثل جلوگیری از اجتناب می‌شود؛ زیرا ارزش‌های هر فرد می‌تواند محرک رفتار هدفمند و رفتار مبتنی بر ارزش باشد (۳۷).

نتیجه‌گیری

با توجه به اثربخشی درمان مبتنی بر کارآمدی هیجانی بر

References

- Coucouvannis J, Hallas D, Farley J N. Autism Spectrum Disorder. Child and adolescent behavioral health: a resource for a Advanced practice psychiatric and primary care practitioners in nursing. 2012; 238 -259. <https://doi.org/10.1002/9781118704660.ch13>
- Dionne M, Martini R. Floortime play with a child with autism: A single-subject study. Canadian Journal of Occupational Therapy. 2011; 78 (3): 196-203. <https://doi.org/10.2182/cjot.2011.78.3.8>
- American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 5th ed. Arlington, VA: American Psychiatric Association. 2013. <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596>
- Solomon AH, Chung B. Understanding autism: How family therapists can support parents of children with autism spectrum disorders. Family Process. 2012; 51 (2): 250-264. <https://doi.org/10.1111/j.1545-5300.2012.01399.x>
- Vohra R, Madhavan S, Sambamoorthi U, Peter C. Access to services, quality of care, and family impact for children with autism, other developmental disabilities, and other mental health conditions. Autism. 2014; 18: 815-826. <https://doi.org/10.1177/1362361313512902>
- Wainer AL, Hepburn S, McMahon Griffith E. Remembering Parents in Parent-Mediated Early Intervention: An Approach to Examining Impact on Parents and Families. Autism. March 7(Online), 2016: 1-13. <https://doi.org/10.1177/1362361315622411>
- Kafashpour Marandi A, Khodabakhshi -Koolae A. The relationship of family functioning and self-control to religious orientation among mothers of autistic children in Tehran. J Res Relig Health. 2018; 4(3): 21-33. [persian]
- Yılmaz B, Azak M, Şahin N. Mental health of parents of children with autism spectrum disorder during COVID-19 pandemic: A systematic review. World journal of psychiatry. 2021; 11(7): 388-402. <https://doi.org/10.5498/wjp.v11.i7.388>
- Dalrymple KL, Galione J, Hrabosky J, Chelminski I, Young D, O'Brien E, et al. Diagnosing social anxiety disorder in the presence of obesity: implications for a proposed change in DSM-5. Depression and Anxiety. 2011; 28(5): 377-82. <https://doi.org/10.1002/da.20794>
- Clevinger AM, Kleider-Offutt HM, Tone EB. In the eyes of the law: Associations among fear of negative evaluation, race, and feelings of safety in the presence of police officers. Personality and Individual Differences. 2018; 135: 201-206. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2018.06.041>
- Bozkurt M. Self-esteem and fear of negative evaluation as predictors of self-handicapping among university student, degree of Master of Science in Educational Sciences, Guidance and Psychological Counseling, the Graduate School of Social Sciences of Middle East Technical University. 2022.
- Weeks HW, Holmberg RG, Hart TA, Fresco DM, Turk CL. Empirical Validation and Psychometric Evaluation of the Brief Fear of Negative Evaluation Scale in Patients with Social Anxiety Disorder. Psychological Assessment. 2005; 17(2): 179-190. <https://doi.org/10.1037/1040-3590.17.2.179>
- Wolniewicz CA, Tiamiyu MF, Weeks JW, Elhai JD. Problematic smartphone use and relations with negative affect, fear of missing out, and fear of negative and positive evaluation. Psychiatry research. 2018; 262: 618-623. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2017.09.058>
- Hershenberg R, Mavandadi S, Wright E, Thase ME. Anhedonia in the daily lives of depressed veterans: A pilot report on experiential avoidance as a moderator of emotional reactivity. Journal of Affective Disorders. 2017; 208(1): 414-417. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2016.10.011>
- Hayes SC, Wilson KG, Gifford EV, Follette VM, Strosahl K. Emotional avoidance and behavioral disorders: A functional dimensional approach to diagnosis and treatment. Journal of Consulting and Clinical Psychology. 1996; 64: 1152-1168. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.64.6.1152>
- Izadi R, Abedi MR. Acceptance and commitment therapy. 3rd ed, Tehran: Jungle Publications; 2014. [persian].
- Jadidi M, Safary S, Jadidi M, Jamali S. Comparing Social Support and Social Anxiety between Mothers of Children with Special Needs and Mothers of Normal Children. Clinical psychology. 2015; 16(2): 43-52. [persian].
- Aali S, Amin Yazdi S, Abdokhodai MS, Ghanai Chaman Abad A, Moharri F. The design of family centered combination therapy based on the integrated human development model and comparing its effectiveness with the fluoride play therapy on the behavioral symptoms of children with autism spectrum disorder and parent's stress in their mothers. Journal of Psychological Achievement. 2015; 4(22): 25-46. [persian]
- Gau SF, Chou MC, Chiang HL, Lee JC, Wong CC, Chou WJ, et al. Parental adjustment, marital relationship, and family function in families of children with autism. Research in

- Autism Spectrum Disorders. 2012; 6(1): 263-70. <https://doi.org/10.1016/j.rasd.2011.05.007>
20. McKay M, West A. Emotion efficacy therapy: A brief, exposure-based treatment for emotion regulation integrating ACT & DBT. Oakland: New Harbinger. 2016.
 21. Gholamipour L, Amini M, Shafiabadi AA, KiKhosravani M, The effectiveness of acceptance and commitment therapy on experiential avoidance of mothers with autistic children, Zan and Farhang Magazine. 2020; 46: 57-67. [persian].
 22. Heidary S, Sajjadian I, Heydarian A, The effectiveness of group therapy based on acceptance and commitment on psychological distress and automatic thoughts among mothers with children with autistic children. Journal of Principles of mental health. 2016; 75: 424-435. [persian].
 23. Keinonen K, Puolakanaho A, Lappalainen P, Lappalainen R, Kiuru N. Developmental trajectories of experiential avoidance and depressive symptoms and association to health behaviors among adolescents during brief guided online acceptance and commitment therapy. Journal of Contextual Behavioral Science. 2021. <https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2021.08.002>
 24. Ebrahimi M, Shahabizadeh F, Esmaeili AA, Ahi Gh. The effect of trans diagnostic based emotion efficiency therapy on emotional schemas and sleep quality of anxious nurses. Iranian Journal of Psychiatric Nursing. 2022; 9(6): 38-48. [persian]
 25. Ebrahimi M, Shahabizadeh F, Esmaeili AA, Ahi Gh. The effects of emotion efficiency therapy on intolerance of uncertainty, experiential avoidance, and distress tolerance in anxious nurses. Middle Eastern Journal of Disability Studies. 2021; 81(11). [persian].
 26. Abdi Sarkami F, Mirzaian B, Abbasi GH. The effectiveness of emotion efficacy therapy on the level of depression and self-care ability of non-Clinical depressed elderly. Iranian Journal of Nursing Research. 2021; 15(6): 65-74. [persian]
 27. Bayrami M, Hashemi Nosratabad T, Esmaeilpour KH, Shiri A. Effectiveness of emotion efficacy therapy on internet dependency and negative cognitive emotion regulation strategies among Students addicted to internet: A quasi-experimental design. Studies in Medical Sciences. 2021; 31(12): 927-933. [persian]
 28. Bayrami M, Hashemi Nosratabad T, Esmaeilpour KH, Shiri A. Effectiveness of emotion efficacy therapy on internet dependency and psychological vulnerability in students with symptoms of internet addiction. Clinical Psychology Studies. 2021; 11(44): 23-43. [persian].
 29. Leary MR. A brief version of the Fear of Negative Evaluation Scale. Personality and Social Psychology Bulletin. 1983; 9: 371-375. <https://doi.org/10.1177/0146167283093007>
 30. Shokri O, Geravand F, Naghsh Z, Tarkhan RA, Paezi M. The psychometric properties of the brief fear of negative evaluation scale. Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology. 2008; 14(3): 316-325. [persian].
 31. Bond FW, Hayes SC, et al. Preliminary psychometric properties of the Acceptance and Action Questionnaire-II: A revised measure of psychological inflexibility and experiential avoidance. Behavior Therapy. 2011; 42(4): 676-688. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2011.03.007>
 32. Abasi E, Fti L, Molodi R, Zarabi H. Psychometric properties of persian version of acceptance and action questionnaire -II. Psychological Methods and Models. 2012; 3(10): 65-80. [persian]
 33. Jordan DG, Winer ES, Salem T, Kilgore J. Longitudinal evaluation of anhedonia as a mediator of fear of positive evaluation and other depressive symptoms. Cognition and Emotion. 2018; 32(7): 1437-1447. <https://doi.org/10.1080/02699931.2017.1289895>
 34. Yen Cf, Chen C, Lee Y, Tang T, Yen J, Ko C. Self-Stigma and its correlates among out patients with depressive disorder. Psychiat Serv. 2005; 56(5): 559-601. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.56.5.599>
 35. Hayes SC, Strosahl K, Wilson KG. Acceptance and commitment therapy: An experiential approach to behavior change. New York: The Guilford Press. 1999.
 36. Cludius B, Mennin D, Ehring T. Emotion regulation as a transdiagnostic process. Emotion. 2020; 20(1): 37-44. <https://doi.org/10.1037/emo0000646>
 37. Hayes SC, Strosahl KD, Bunting K, Twohing M, Wilson KG. What is acceptance and commitment therapy? In S. C. Hayes, & K. D. Strosahl (Eds.), A practical guide to acceptance and commitment therapy. New York, NY: Springer Science-Business Media. 2010.