

## اثربخشی آموزش درمان مبتنی بر ابراز گری هیجانی بر انعطاف پذیری شناختی، اضطراب اجتماعی و تنیدگی روانشناختی مادران دارای فرزند اتیسم

سمیه رحیمی امیرهنده<sup>۱</sup>، فریبرز درتاج<sup>۲</sup>، سعیده زمردی<sup>۳</sup>

<sup>۱</sup> دانشجوی کارشناسی ارشد، گروه مشاوره خانواده، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد تهران غرب، تهران، ایران (نویسنده مسئول)

<sup>۲</sup> استاد، گروه روانشناسی تربیتی، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه علامه طباطبائی، تهران، ایران

<sup>۳</sup> استادیار، گروه مشاوره خانواده، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد تهران غرب، تهران، ایران

### چکیده

هدف از انجام این تحقیق اثربخشی آموزش درمان مبتنی بر ابراز گری هیجانی بر انعطاف پذیری شناختی، اضطراب اجتماعی و تنیدگی روانشناختی مادران دارای فرزند اتیسم بود. روش تحقیق نیمه آزمایشی، به صورت پیش آزمون - پس آزمون با گروه کنترل بود. جامعه آماری این تحقیق شامل کلیه مادران دارای فرزند مبتلا به اختلال اوتیسم مراجعه کننده به مرکز اختلال طیف اتیسم فریحا در منطقه ۱۸ که تعداد آن ها برابر با ۱۷۰ نفر و حجم نمونه از ۳۰ مادری که حداقل یکی از فرزندان آن ها مبتلا به اختلال اوتیسم بود، به صورت در دسترس انتخاب گردید. ابزار گردآوری داده ها شامل پرسشنامه انعطاف پذیری شناختی (CFI)، اختلال اضطراب اجتماعی کانور (SPI) و شرح و خلاصه محتوای جلسات درمانی مبتنی بر ابراز گری هیجانی بود که شامل ۱۰ جلسه درمان مبتنی بر ابراز گری هیجانی برای گروه آزمایش بود و گروه شاهد مداخله ای دریافت نکرد. جلسات به صورت دو ساعته و هفته ای یک بار تشکیل شد. روند مداخله اجرا شود. تجزیه و تحلیل داده های جمع آوری شده، به دو روش توصیفی و استنباطی از طریق نرم افزار SPSS26 انجام شد. نتایج نشان داد که آموزش درمان مبتنی بر ابرازگری هیجانی بر انعطاف پذیری شناختی، اضطراب اجتماعی و تنیدگی روانشناختی مادران دارای فرزند اتیسم اثربخش است. با توجه به شدت اثر، آموزش درمان مبتنی بر ابرازگری هیجانی بر انعطاف پذیری شناختی تاثیر بیشتری نسبت به اضطراب اجتماعی و تنیدگی روانشناختی مادران دارای فرزند اتیسم دارد.

**واژه های کلیدی:** ابراز گری هیجانی، انعطاف پذیری شناختی، اضطراب اجتماعی، تنیدگی روانشناختی

## مقدمه

هر خانواده، خود را برای تغییراتی که متأثر از به دنیا آمدن فرزند جدید است، آماده می‌سازد (اولا و همکاران، ۲۰۲۰). به ویژه این که اگر کودکی که متولد شده دارای یک ناتوانی باشد به طوری که آینده آموزشی، شغلی، اجتماعی او را متأثر سازد (کالویا، ۲۰۱۱). تولد فرزند مبتلا به اوتیسم برای خانواده‌ها حتی با وجود داشتن آگاهی از اختلال، غیرقابل پذیرش و بسیار دشوار است (آنتونی و اسوینسون، ۲۰۱۳). همه والدین در تطبیق دادن خود با نیازهای فرزندان‌شان با چالش‌های زیادی مواجه هستند و تجربه فرزندپروری برای همه ی والدین تجربه ای استرس‌زا محسوب می‌شود، اما پدر و مادرهایی که فرزند مبتلا به اختلال اتیسم دارند با مشکلات بزرگتری درگیر هستند که با مشکلات بزرگ کردن کودکان عادی قابل مقایسه نیست. این چالش‌ها عمدتاً به خاطر ویژگی‌های رفتاری خاص این کودکان است (بالبی، ۲۰۱۵). مادران به عنوان مراقبان اصلی این کودکان با چالش‌های بیشتری مواجه هستند و به واسطه استرس ناشی از نگهداری از این فرزندان، پیامدهای منفی دراز مدتی گریبان‌گیر آن‌ها می‌شود (اولسون، دفرین و اسکوگراند، ۲۰۱۰). طبق پژوهش‌ها مشخصه های رفتاری خاص مبتلا به اختلال اتیسم مانند خلق و خوی خاص، رفتارهای تکراری، واکنش پذیری و نیاز به مراقبت بیشتر (اسدی، فتح آبادی و شریفی، ۲۰۱۳)، آسیب در مهارت های ارتباطی، مشکلات رفتاری و عدم آگاهی شناختی (آلن و لری، ۲۰۱۳)، رفتارهای مخرب، مشکل ساز، خطرناک و نگرش‌های منفی اجتماع به این کودکان (نف، ۲۰۱۶)، منحرف شدن والدین از مسیر طبیعی زندگی به خاطر مراقبت از آن‌ها (یوهاسنون، ۲۰۰۸)، از عوامل تأثیرگذار بر افزایش اضطراب این دسته از والدین است. به همین خاطر اختلال طیف اتیسم نه تنها برای خود افراد مبتلا به آن بلکه برای خانواده های آن‌ها نیز مشکلات مادام العمری را به همراه دارد (میلر، ۲۰۱۵).

مشکلات پیچیده هیجانی، رفتاری، اجتماعی این کودکان نگرانی‌های جدی و همیشگی برای والدین آن‌ها ایجاد می‌کند و می‌تواند اضطراب اجتماعی در والدین و به ویژه مادران آن‌ها را تشدید کند. اضطراب اجتماعی به وسیله نگرانی و ترس مداوم و خاص از یک یا چند موقعیت اجتماعی (مثل مکالمه یا دیدار با افراد غریبه، خوردن یا آشامیدن و یا سخنرانی کردن در حضور دیگران) مشخص می‌شود که در آن فرد احساس می‌کند که اعمال و رفتارهایش مورد ارزیابی قرار می‌گیرد و به همین دلیل از موقعیت‌های اجتماعی و روابط بین فردی اجتناب می‌کند. اختلال اضطراب اجتماعی چهارمین اختلال شایع روانپزشکی است. شیوع این اختلال در طول زندگی نزدیک به ۱۲ درصد گزارش شده است (آهولا، ۲۰۱۷). فردی که مبتلا به اضطراب اجتماعی است، هیچگونه تمایلی به آغاز ارتباط با دیگران ندارد و با احساسی از ترس و پایداری غیرمعمول از هر موقعیتی که ممکن است در معرض داوری دیگران قرار گیرد، اجتناب می‌ورزد. اضطراب اجتماعی با برخی ویژگی‌های فیزیولوژیکی (سرخ

<sup>۱</sup>Ullah<sup>۲</sup>Kalyva<sup>۳</sup>Antony, M. & Swinson, R.<sup>۴</sup>Bowlby<sup>۵</sup>Olson, D., Defrain, J., & Skogrand, L.<sup>۶</sup>Allen, A. B., & Leary, M. R.<sup>۷</sup>Neff<sup>۸</sup>Johnson<sup>۹</sup>Miller<sup>۱۰</sup>Ahola

شدن گونه ها، تعرق، خشکی دهان و لرزش به هنگام رویارویی با موقعیت های اجتماعی نگران کننده)، ویژگی های روانشناختی (شرم، خجالت، ترس از اشتباه، ترس از ارزیابی منفی و ترس از انتقاد) و ویژگی های رفتاری (کناره گیری، اجتناب از تماس چشمی، ترس از ابراز وجود و ترس از صحبت کردن در جمع یا مورد خطاب واقع شدن) مشخص می شود (آستین، ۲۰۱۴). این ترس، اضطراب، یا اجتناب، ناراحتی یا اختلال قابل ملاحظه بالینی در عملکرد اجتماعی، شغلی یا زمینه های مهم دیگر عملکرد ایجاد می کند. مطالعات نشان داده است که بسیاری از مادران دارای فرزند اوتیسم با اضطراب اجتماعی بالا روبرو هستند (الیس، ۲۰۱۷) و کمتر به وسیله همسالان مورد پذیرش قرار می گیرند (مودراک، ۲۰۱۴). یافته ها نشان می دهند، افراد مبتلا به اضطراب اجتماعی با مسائل و مشکلات بیشماری از قبیل رتبه پایین اجتماعی، رفتارهای سلطه پذیرانه، ادراک کم صمیمیت در روابط با همسالان و روابط عاشقانه (پارگامنت، ۲۰۱۱)، رضایت جنسی پایین، کاهش حمایت های اجتماعی و سلامت روان و کاهش کیفیت زندگی، مواجه هستند. در کنار کاهش شاخص های مختلف زندگی، عملکرد روزمره نه تنها در زمینه اجتماعی بلکه در حوزه شغلی به شدت کاهش می یابد (فایل و هاید، ۲۰۱۳). از طرفی یکی از سازه های جدیدی که هم سو با گسترش پژوهش ها در زمینه موج سوم رفتاردرمانی مورد توجه پژوهشگران قرار گرفته شده انعطاف پذیری روان شناختی است. انعطاف پذیری روانشناختی از طریق شش فرایند اصلی هم پوش و مرتبط به هم حاصل می شود: پذیرش (تمایل به تجربیات درونی بدون تلاش برای تغییر فراوانی یا حالت آن ها)، گسلش شناختی (توانایی جدا کردن افکار، هیجانات، احساسات بدنی و تکانه ها از موقعیت های واقعی و انتخاب رفتارهایی که متناسب با بافت کنونی است)، توجه آگاهی (بودن کامل در زمان حال در هر لحظه)، خود به عنوان بافتار تشخیص اینکه فرد چیزی فراتر از تجارب درونی اش است، ارزش ها اصول شخصی منتخب و هدایت گر که مسیر زندگی فرد را مشخص کرده و به او احساس معنا می دهد، اقدام متعهدانه رفتارهایی که در مسیر ارزش های شخص و بسته به بافتاری که در آن قرار دارد به صورت منعطف انتخاب می شوند (مارتین و مارش، ۲۰۱۴). در حال حاضر اتفاق نظری در مورد چگونگی تعریف این مفهوم یا سنجش آن وجود ندارد. به طور کلی، توانایی تغییر آماهی های شناختی به منظور سازگاری با محرک های در حال تغییر محیطی، عنصر اصلی در تعاریف عملیاتی انعطاف پذیری شناختی است (دنيس و وندروال، ۲۰۱۷). منظور از انعطاف پذیری شناختی، توانایی انتزاع و تغییر راهبردهای شناختی بر اساس تغییر در بازخوردهای محیطی است که مستلزم برنامه ریزی، جستجوی سازمان یافته و توانایی استفاده از بازخوردهای محیطی برای تغییر آماهی های شناختی می باشد. کاربونلا (۲۰۰۳) انعطاف پذیری شناختی را توانایی افراد در تعدیل روند شناخت برای روبه رو شدن با موقعیت های جدید و غیر قابل پیش بینی تعریف کرد. افرادی که توانایی تفکر انعطاف پذیر دارند، از توجیهات جایگزین استفاده می کنند، به صورت مثبت چارچوب فکری خود را بازسازی می کنند و موقعیت های چالش انگیز یا رویدادهای استرس زا را می پذیرند و نسبت به افرادی که انعطاف پذیر نیستند از نظر روان شناختی تاب آوری بیشتری دارند. انعطاف پذیری شناختی باعث افزایش شادکامی ذهنی افراد می شود (اروزکان، ۲۰۱۳).

<sup>۱</sup>Austin<sup>۲</sup>Ellis<sup>۳</sup>Mudrack<sup>۴</sup>Pargament<sup>۵</sup>File, S.E., & Hyde, J.R.G.<sup>۶</sup>Martin, A.J. & Marsh, H.<sup>۷</sup>Dennis, J.P., & Vander wall, J.S.<sup>۸</sup>Carbonella<sup>۹</sup>Erozkan

خانواده بدون شک تأثیر شگرفی در خودپنداشت و احساس ارزشمندی کودک دارد و این احساس از نگرش اعضای خانواده نسبت به او نشأت می‌گیرد. بر اساس پژوهش‌های انجمن اوتیسم آمریکا، والدین کودکان مبتلا به اوتیسم، تنیدگی به مراتب بیشتری از والدین کودکان کم توان ذهنی و سندرم داون را تجربه می‌کنند (رفیعی، ۱۳۹۵). تنیدگی حالتی از استرس روانی است که به وسیله مجموعه‌ای از اتفاقات، نیروها یا فشارهای فیزیکی، روانی و اجتماعی به وجود می‌آید. بنابراین انواع رویدادها و فشارهای فیزیکی، روانی و اجتماعی، عامل به وجود آورنده تنیدگی به حساب می‌آید (پیون، ۲۰۱۳). تنیدگی شدید و بلند مدت نظیر تغییرات زندگی می‌تواند توانایی سازگاری فرد را تحت تأثیر قرار دهد، موجب افسردگی شود و ضمن آسیب به بدن، لذت زندگی را از بین ببرد (دیویس، ۲۰۱۴). تنیدگی یکی از عوامل مهم تهدیدکننده سلامت روانی افراد به شمار می‌رود که امروزه به مساله‌ای شایع و پرهزینه تبدیل شده است. نتایج پژوهش‌های متعدد نشان داده است که بین تنیدگی، سلامت روانی، خطر ابتلا به بیماری و کاهش احساس خوبی رابطه وجود دارد. بار روانی حاصل از داشتن کودک مبتلا به اوتیسم بر مراقبان بیمار تأثیر می‌گذارد و زندگی با یک عضو بیمار، تجربه تلخی برای سایر اعضای خانواده ایجاد می‌کند (لینچ و سیمپسون، ۲۰۱۵). بار روانی که خانواده‌های این کودکان تحمل می‌کنند، در دو بعد عینی و ذهنی خلاصه می‌شود. بعد عینی شامل؛ مشکلاتی نظیر آشفتگی در روابط خانوادگی، محدودیت در روابط اجتماعی، محدودیت اوقات فراغت و مشکلات اقتصادی می‌باشد. در حالی که بار ذهنی شامل واکنش‌های روانی در اعضای خانواده می‌باشد از جمله؛ حس فقدان، افسردگی، اضطراب، شرم از حاضر شدن در موقعیت‌های اجتماعی و فشارهای روانی می‌باشد. به بیانی دیگر، وقتی عضوی در خانواده به ناتوانی دچار می‌شود، کل خانواده دچار بحران می‌شود و یا میزانی از فشارهای روانی و نگرانی بر آن‌ها وارد می‌شود. والدین ممکن است، دچار اضطراب، ترس، نگرانی و یا احساس گناه شوند. تحقیقات نشان دادند وجود کودک مبتلا به اوتیسم برای مادران که نسبت به دیگر اعضای خانواده، بیشتر با کودک سرکار دارند، منبع تنیدگی محسوب شده و بر سلامت روانی و سازگاری آن‌ها تأثیر می‌گذارد (مادلین، ۲۰۱۴).

جهت کاهش اختلالات روانشناختی، روش‌های درمانی متعددی بکار گرفته شده است. یکی از این روش‌ها، درمان مبتنی بر ابراز گری هیجانی است. درمان مبتنی بر ابراز گری هیجانی روشی است که شامل راهنمایی کردن، ایفای نقش، بازخورد، سرمشق‌گیری، حساسیت‌زدایی، تمرین رفتاری و حل مسئله می‌شود و بر این فرض استوار است که افراد، جرات مندانه رفتار نمی‌کنند به این دلیل که آن‌ها فرصت مناسب برای پاسخ جرات مندانه به شرایط، پرخاشگری و رفتار غیر قاطعانه که قابل یادگیری هستند نداشته‌اند. آموزش درمان مبتنی بر ابراز گری هیجانی کمک می‌کند تا افراد بدون سوء استفاده از حقوق دیگران خواسته‌های خود را بیان کنند. آموزش ابراز گری هیجانی به عنوان یک مؤلفه اصلی هیجان‌ها، به نمایش بیرونی هیجان، بدون توجه به ارزش (مثبت یا منفی) یا شیوه (چهره‌ای، کلامی و رفتاری) اطلاق می‌شود (چارلز و جان، ۲۰۱۴). به اعتقاد لوئیس (۲۰۱۰)، ابرازهای هیجانی، به تغییرات سطحی بالقوه قابل مشاهده، در چهره، صدا و بدن و سطح فعالیت منجر می‌شود. برخی از افراد هیجان‌هایشان را آزادانه و بدون نگرانی از پیامدهای آن ابراز می‌کنند. این افراد دارای شیوه ابراز هیجان از نوع ابرازگری هیجانی هستند. برخی دیگر گرایش به بازداری در ابراز پاسخ‌های هیجانی خود دارند. این افراد دارای شیوه ابراز هیجان از نوع بازداری هیجانی هستند (جلالی، ۱۳۸۹).

---

<sup>۱</sup>Piven

<sup>۲</sup>Deivis

<sup>۳</sup>Lynch, S. A. & Simpson, C. G.

<sup>۴</sup>Madeline

<sup>۵</sup>Charls G, John D.

<sup>۶</sup>Louis

در زمینه به کارگیری آموزش ابراز وجود، به عنوان یک روش درمانی، تحقیقات متعددی انجام گرفته است. دلامار و مک نامارا<sup>۱</sup> (۲۰۱۵) در پژوهش خود نشان دادند که افرادی که کمتر ابراز وجود می کردند، در تعاملات خود با آزمایشگر، اضطراب بیشتری نشان دادند. راویکز<sup>۲</sup> (۲۰۱۳) در مطالعات خود به این نتیجه دست یافت که آموزش درمان مبتنی بر ابرازگری هیجانی باعث کاهش فشار روانی و افزایش بهداشت روان می گردد. در زمینه چگونگی ارتباط بین اضطراب اجتماعی و درمان مبتنی بر ابرازگری هیجانی نیز تحقیقات زیادی انجام شده است. ولپی (۲۰۱۴) فقدان ابراز وجود را در میان بیماران مبتلا به اضطراب اجتماعی شناسایی کرد. وی آموزش ابرازگری هیجانی را درمان مناسبی برای اضطراب اجتماعی تشخیص داد. از آن جایی که زندگی با کودک دارای اختلال یا ناتوانی، اغلب به صورت عاملی استرس زا برای خانواده درک شده و می تواند کلیه جنبه های خانواده را تحت تأثیر قرار دهد و نیز از طرف دیگر مادر در تعامل بیشتر با این کودکان است و احتمالاً بیشترین تأثیر را خواهد پذیرفت. بنابراین، بهره گیری از برنامه آموزشی متمرکز بر مادران دارای کودک مبتلا به اوتیسم، می تواند به مادران و به تبع آن خانواده های آنان کمک شایانی کند. از سوی دیگر، باتوجه به افزایش آمار افراد مبتلا به اوتیسم نسبت به سال های گذشته و نیز نیاز والدین به ویژه مادران مبنی بر داشتن اطلاعات درست و دقیق علمی پیرامون اختلال اوتیسم و تحمل فشارهای روانی، ضروری است تا با انجام تحقیقات علمی و بررسی های دقیق تر در جامعه جهت رفع نیازهای آنان اقدام شود. از آن جایی که در ایران تا کنون مطالعه ای جهت بررسی اثربخشی آموزش درمان مبتنی بر ابرازگری هیجانی بر مادران دارای فرزند اتیسم صورت نگرفته است بنابراین مساله اصلی این تحقیق این است که آیا آموزش درمان مبتنی بر ابرازگری هیجانی بر انعطاف پذیری شناختی، اضطراب اجتماعی و تنیدگی روانشناختی مادران دارای فرزند اتیسم تأثیر دارد؟

### روش پژوهش

پژوهش حاضر، از نظر هدف کاربردی و از نوع طرح های نیمه آزمایشی، به صورت پیش آزمون - پس آزمون با گروه کنترل می باشد. جامعه آماری شامل کلیه مادران دارای فرزند مبتلا به اختلال اوتیسم مراجعه کننده به مرکز اختلال طیف اتیسم فریحا در منطقه ۱۸ در سال ۱۴۰۰-۱۳۹۹ بودند که تعداد آن ها برابر با ۱۷۰ نفر بود. در این پژوهش، مادرانی که کودک آن ها، ابتدا توسط روان پزشک یا کارشناس روان شناسی بالینی، تشخیص اختلال اوتیسم را مبتنی بر ملاک تشخیصی انجمن روان پزشکی DSM, IV-TR (انجمن روان شناسی آمریکا، ۲۰۰۴) دریافت می کنند، به شرکت در پژوهش دعوت شدند. سپس این مادران پرسشنامه کارز را که مربوط به سنجش اختلال اوتیسم است را تکمیل نمودند و اگر کودک آن ها نمره لازم را به دست آورده باشد، به آن ها پرسشنامه اضطراب اجتماعی و تنیدگی روانشناختی داده شد که تکمیل کنند. از بین کل مادران شرکت کننده در پژوهش ۳۰ مادری که حداقل یکی از فرزندان آن ها مبتلا به اختلال اوتیسم است به دلیل یکسان بودن گروه های آزمایش و کنترل در نمرات در مرحله پیش آزمون، به صورت در دسترس انتخاب گردیدند. از بین این ۳۰ نفر، ۱۵ نفر از مادران به صورت تصادفی انتخاب شدند که گروه آزمایش را تشکیل دادند و ۱۵ نفر دیگر در گروه کنترل جای گرفتند. گروه آزمایش تحت آموزش درمان مبتنی بر ابرازگری هیجانی که شامل ۱۲ جلسه هفتگی دقیقه ای قرار گرفتند و گروه کنترل تحت هیچ درمانی قرار نگرفتند. سپس بعد از اتمام مداخله، مجدداً پرسشنامه های مذکور از هر دو گروه آزمایش و کنترل گرفته شد. برای جلسات درمان مبتنی بر ابرازگری هیجانی سعی بر این است که منطبق با الگوی درمانی دلامار و مک نامارا (۲۰۱۵) روند مداخله اجرا شود. مداخله شامل ۱۰ جلسه برای گروه آزمایش بود و گروه شاهد مداخله ای دریافت نکرد. جلسات به صورت دو ساعته و هفته ای یک بار تشکیل شد.

**ملاک های ورود آزمودنی ها شامل** محدوده سنی ۲۵ تا ۵۵ سال، سن کودک، ملاک های تشخیصی DSM5، گذشت حداقل یک سال از تشخیص اختلال فرزندشان، داشتن حداقل مدرک تحصیلی دیپلم، آمادگی برای شرکت در جلسه های

<sup>۱</sup>Dlamar & Mcnamara

<sup>۲</sup>Ravkinz

درمانی بود. داشتن اختلال روانی براساس مصاحبه تشخیصی روانپزشک و عدم مصرف داروهای روانپزشکی و حضور در جلسات روان درمانی در مراکز مشاوره و کلینیک های شهر تهران به صورت فردی یا گروهی از معیارهای خروج از مطالعه بود. این معیارها با توجه به هدف پژوهش و در جهت حذف عوامل مداخله گر در تحقیق، تدوین و طی مصاحبه اولیه با آزمودنی ها، موردبررسی قرار گرفت.

جدول ۱: محتوای جلسات درمانی

جلسات	شرح جلسات
جلسه اول:	آشنایی با اعضای گروه و اعضای گروه با همدیگر؛ دریافت هدف و انتظار اعضای گروه از قبول شرکت در گروه؛ بیان هدف از تشکیل گروه و اعلام تعداد، زمان و مکان برگزاری جلسات و قوانین گروه؛ تعریف و توضیح ابراز وجود و بیان ضرورت و فواید آن در زندگی؛ شناخت رفتار توام با ابراز وجود، رفتار منفعلانه و رفتار پرخاشگرانه و تفاوت ها و پیامدهای آن ها؛ دادن تکلیف خانگی در رابطه با به یاد آوردن موقعیت هایی که فرد در آن به صورت غیر جرأت ورزانه عمل می نمود و عکس العمل وی در آن موقعیت ها.
جلسه دوم:	مرور مختصر جلسه ی قبل؛ گزارش تکلیف جلسه ی قبل توسط اعضا و دریافت بازخورد؛ بحث در خصوص حقوق فردی و اجتماعی از جمله حق ابراز نظر و حق آزادی انتخاب؛ بحث در مورد مهارت های کلامی و تمرین آن ها در گروه مثل گفتن متشکر، می فهمم، بله، درست است، و نحوه بیان (لحن و تن صدا) و مهارت های غیر کلامی مثل داشتن تماس چشمی، دست دادن در ابتدای برخورد اجتماعی، دست زدن روی شانه ها، فشردن توام با محبت دست دیگران؛ دادن تکلیف در مورد اجرای مهارت های کلامی و غیر کلامی.
جلسه سوم:	مرور مختصر جلسه ی قبل؛ بررسی تکلیف خانگی و دریافت بازخورد اعضا؛ بیان شیوه گوش دادن فعال، اهمیت آن و تمرین آن، سؤال کردن به منظور روشن شدن مطلب گفته شده؛ توضیح همدلی و اهمیت آن و بازگرداندن صحبت ها و انعکاس احساسات برای ایجاد همدلی؛ دادن تکلیف خانه در مورد به کار گیری مهارت گوش دادن فعال و سؤال کردن و انعکاس در هنگام صحبت با دیگران.
جلسه چهارم:	مرور مختصر جلسه ی قبل، بررسی تکلیف جلسه ی قبل و دریافت بازخورد اعضا؛ بیان و تمرین تعارفات اجتماعی، احوال پرس و خوش آمد گویی، خود فاش سازی مناسب، ابراز احساسات به یک دوست، تبریک اعیاد، ابراز احساسات در مجالس شادی و تسلیت به کسی؛ دادن تکلیف.
جلسه پنجم:	مرور مختصر جلسه ی قبل، بررسی تکلیف جلسه ی قبل و دریافت بازخورد اعضا؛ شناخت خود و آموزش رفتار قاطعانه و تمرین آن، تعریف کردن و قدردانی از دیگران و تقاضا کردن و رد تقاضاهای غیر منطقی و نامناسب و تمرین نه گفتن به منظور برآورد نیازها و حفظ ارزش فردی و اجتماعی و حقوق خود؛ دادن تکلیف در مورد تعریف کردن و قدردانی از دیگران و تقاضا کردن و رد تقاضاهای نامناسب دیگران.
جلسه ششم:	شناسایی نقاط آسیب پذیر خود در ارتباط بین فردی و سعی در برطرف کردن آن ها؛ بیان علل عدم ابراز وجود و نقش اجتناب در تداوم آن؛ ایفای نقش متضاد آن در گروه مثل خرید، آغاز صحبت در جمع و سرمشق گیری از دیگران در این رفتارها؛ دادن تکلیف در مورد رفتارهای عملی مثل خرید، آغاز صحبت در جمع.
جلسه هفتم:	مرور مختصر جلسه ی قبل، بررسی تکلیف جلسه ی قبل و دریافت بازخورد اعضا؛ بحث خشم، علل آن در روابط بین فردی و چگونگی مدیریت آن و این که چه وقت خشم خود را ابراز کنیم؟ بحث در مورد انتقاد و انتقادپذیری و نحوه کنار آمدن با آن با هدف پذیرش خطا و اشتباه خود و رفع آنها و عدم توجیه و بهانه تراشی و حفظ خوش رویی و متانت و پرهیز از پرخاشگری به فرد منتقد یا فردی که اشتباه می کند؛ دادن تکلیف در مورد کنار آمدن با انتقاد و پرهیز از خشونت غیر ضروری.
جلسه هشتم:	مرور مختصر جلسه ی قبل، بررسی تکلیف جلسه ی قبل و دریافت بازخورد اعضا؛ تمرین در مورد نحوه انتقاد مناسب و مؤثر و نحوه خصوصی سؤال کردن، پس خوراند در مورد رفتار نامناسب دیگران (در پس خوراند، به روش صحیح به دیگران می گوییم که رفتار و عملکرد آن ها چه تاثیری (عاطفی) بر ما می گذارد و مدیریت خشم و بیان آن در موارد ضروری؛ دادن تکلیف مربوط به مباحث جلسه.
جلسه نهم:	مرور مختصر جلسه ی قبل، بررسی تکلیف جلسه ی قبل و دریافت بازخورد اعضا؛ آموزش و تمرین احساسات مثبت خود و تمرین نحوه ابراز آن ها؛ شناسایی باورهای منفی و غیر منطقی در مورد خود و دیگران و عوامل فعال کننده آن ها و تمرین های لازم در جهت تضعیف آن ها؛ نحوه برخورد درست با تحقیرهای کلامی و غیر کلامی دیگران؛ دادن تکلیف مربوط به مباحث جلسه.
جلسه دهم:	مرور مختصر جلسه ی قبل، بررسی تکلیف جلسه ی قبل و دریافت بازخورد اعضا، جمع بندی و ارائه خلاصه ای از مطالب کل جلسات و ارزشیابی

الف. آزمون ارزیابی اوتیسم (کارز) (۱۹۷۷): این آزمون تشخیصی و غربالگری اوتیسم در سال ۱۹۷۷ توسط اسچوپلر تهیه شده و دارای ۱۵ آیتم است: ۱. ارتباط با مردم؛ ۲. تقلید؛ ۳. پاسخ هیجانی؛ ۴. حرکات کلیشه ای؛ ۵. استفاده از اشیاء؛ ۶.

مقاومت در برابر تغییر؛ ۸. تماس چشمی مناسب؛ ۷. پاسخ شنیداری؛ ۰. پاسخ بویایی، چشایی و لامسه؛ ۱۰. ترس یا نگرانی؛ ۱۱. ارتباط. کلامی؛ ۱۲. ارتباط غیرکلامی؛ ۱۳. سطح فعالیت؛ ۱۴. سطح هوشی؛ ۱۵. برداشت کلی. هر آیتم شامل گزینه های مشکلی وجود ندارد، کمی نابهنجار است، متوسط و شدید است که به ترتیب برای آنها به ترتیب ۱، ۲، ۳ و ۴ نمره در نظر گرفته می شود. در کل آزمون بین ۱۵ تا ۶۰ نمره خواهد داشت که از نمره ۳۰ بالاتر تشخیص اوتیسم داده می شود. نمره ۳۰ تا ۳۶ درجه اوتیسم ضعیف تا متوسط و ۳۶ تا ۶۰ نمره، میزان اوتیسم شدید خواهد بود. پایایی این آزمون به روش ضریب آلفای کرونباخ ۰/۹۴ به دست آمده است. همبستگی به روش باز آزمایی در فاصله یک سال، ۰/۷۷ برآورد شده است. علاوه بر این، کارز می تواند به عنوان یک ابزار غربالگری تشخیصی استفاده شود این آزمون در یک مطالعه مقدماتی توسط احمدی و همکاران (۱۳۸۷)، در میان ۳۰ کودک اوتیستیک در اصفهان ارزیابی شد. در این مطالعه، پس از ترجمه نسخه اصلی، روایی محتوایی و صوری از طرف کارشناسان مربوطه تایید شد. پایایی مقیاس در این پژوهش به روش آلفای کرونباخ سنجیده شد و ضریب ۰/۹۱ به دست آمد.

ب. پرسشنامه انعطاف پذیری شناختی (CFI) (۲۰۱۰): این پرسشنامه را دنیس و وندروال (۲۰۱۰) طراحی کرده اند، یک ابزار خودگزارشی کوتاه که شامل ۲۰ سؤال است و برای سنجش نوعی از انعطاف پذیری شناختی که در موقعیت فرد برای چالش و جایگزینی افکار ناکارآمد با افکار کارآمدتر لازم است، به کار می رود. شیوه ی نمره گذاری آن براساس یک مقیاس ۷ درجه ای لیکرتی است و تلاش دارد تا سه جنبه از انعطاف پذیری شناختی را بسنجد: الف) میل به درک موقعیت های سخت به عنوان موقعیت های قابل کنترل (ادراک کنترل پذیری). ب) توانایی درک چندین توجه جایگزین برای رویدادهای زندگی و رفتار انسان ها (ادراک توجیه رفتار). ج) توانایی ایجاد چندین راه حل جایگزین برای موقعیت های سخت (ادراک گزینه های مختلف). دنیس و وندروال (۲۰۱۰)، در پژوهشی نشان دادند که پرسش نامه ی حاضر از ساختار عاملی، روایی همگرا و روایی همزمان مناسبی برخوردار است. روایی همزمان این پرسش نامه با پرسش نامه ی افسردگی بک برابر با ۰/۳۹- و روایی همگرای آن با مقیاس انعطاف پذیری شناختی مارتین و رابین ۰/۷۵ بود. این پژوهشگران پایایی ۰/۸۴ و ۰/۹۱ و با روش بازآزمایی به ترتیب ۰/۸۱، ۰/۷۷ و ۰/۷۵ را به دست آوردند. در ایران، شاره و همکاران، ضریب پرسش نامه حاضر را به روش آلفای کرونباخ برای کل مقیاس، ادراک کنترل پذیری و ادراک گزینه های مختلف به ترتیب ۰/۹۱، پایایی بازآزمایی کل مقیاس را ۰/۷۱ و خرده مقیاس های ادراک کنترل پذیری، ادراک گزینه های مختلف و ادراک رفتار را به ترتیب ۰/۵۵، ۰/۷۲ و ۰/۵۷ گزارش کرده اند. این پژوهشگران ضرایب آلفای کرونباخ کل مقیاس را ۰/۹۰ و برای خرده مقیاس ها به ترتیب ۰/۸۷، ۰/۸۹ و ۰/۵۵ گزارش نموده اند. هم چنین این ابزار از روایی عاملی، همگرا و همزمان مطلوبی در ایران برخوردار است (شاره و همکاران، ۱۳۹۲).

ج. پرسشنامه اختلال اضطراب اجتماعی کانور<sup>۹</sup> (SPT) (۲۰۰۰): معرفی ابزار: این پرسشنامه دارای ۱۷ ایتیم دارد و هدف آن سنجش میزان هراس اجتماعی و خرده مقیاس های آن (ترس، اجتناب و فیزیولوژی) می باشد. گویه های آن عبارتند از: ۳: مقیاس اجتناب (۷ ماده)، ترس (۶ ماده) و ناراحتی فیزیولوژیکی (۴ ماده). این پرسش نامه بر اساس مقیاس لیکرت (اصلاً، ۱؛ کم، ۲؛ تا حدی، ۳؛ زیاد، ۴؛ بسیار زیاد، ۵) است. نمره های به دست آمده را با هم جمع کرده و هرچه نمره فرد بالاتر باشد نشان دهنده شدت بالای اختلال در افراد است. ضریب آلفای کرونباخ در پرسشنامه مورد نظر برابر با ۰/۸۶ گزارش شد. در پژوهش طالبی و غباری بناب (۱۳۹۱) تحت عنوان رابطه تمایز یافتگی خود، اضطراب اجتماعی و رضایت زناشویی در مراکز مشاوره شهر شاهرود (ترنم، صبا، روزبه، بهزیستی، بنیاد شهید و امور ایثارگران) پایایی این پرسشنامه با استفاده از روش آماری آلفای کرونباخ برابر با ۰/۷۸ محاسبه گردید. در جامعه ایرانی آهی و همکاران (۱۳۸۶) این پرسشنامه را به اجرا در آورند که با همان ۲۵ سؤال بدون تغییر تحلیل عاملی و رواسازی شد و آلفای کرونباخ آن برابر با ۰/۸۵ به دست آمد. اصل پرسشنامه به

<sup>۹</sup>Radnise & Wendorowal<sup>۱۰</sup>Conor social anxiety disorder questionnaire

زبان انگلیسی بوده که توسط صاحبی (۱۳۸۲) ترجمه گردید. مطالعات (نف، راد و کریکپاتریک، ۲۰۰۷)، اعتبار همگرا، اعتبار افتراقی، همسانی درونی و اعتبار آزمون-بازآزمون این مقیاس را ۰/۹۴ نشان دادند.

د. پرسشنامه راهبردهای مقابله با تنیدگی (CISS-SF) اندلر و پارکر (۱۹۹۰): این پرسشنامه شامل ۲۱ سوال است و سه خرده سیاهه مسئله مدار، آتسا سوالات ۱، ۳، ۶، ۱۱، ۱۲، ۱۳ و ۱۴؛ هیجان مدار، آتسا سوالات ۲، ۵، ۷، ۱۰، ۱۴، ۱۷ و ۲۰؛ اجتناب مدار، آتسا سوالات ۴، ۸، ۹، ۱۵، ۱۶، ۱۹، ۲۱ (حواسپرتی با سوالات ۴، ۸، ۹ و ۲۱؛ مشغولیت اجتماعی ۱۵، ۱۶ و ۱۹) اندازه گیری می کند. نمره گذاری سوالات در طیف لیکرت ۵ درجه ای می باشد به این که خیلی ۱ نمره، کم ۲ نمره، متوسط ۳ نمره، زیاد ۴ نمره و خیلی زیاد ۵ نمره تعلق می گیرد (کاکابرایی، مرادی، افروز، هومن و شکری، ۱۳۹۰). در داخل ایران برای بررسی همسانی درونی سیاهه از آلفای کرونباخ استفاده شده است که ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۰ گزارش شده است (امینیان، محمدزاده، اسلامی و فشارکی، ۱۳۹۳). روایی این سیاهه با استفاده از ضریب همبستگی بین نمره کل و ابعاد آن بررسی و ضرایب در در دامنه بین ۰/۶۴ تا ۷۵۰ و معنادار در سطح ۰/۰۱ به دست آمده است (استاپلتون، یانگ و سنستوک، ۲۰۱۳). در یک پژوهش دیگر آلفای کرونباخ سیاهه برای مسئله مدار ۰/۷۱، هیجان مدار ۰/۸۱، اجتناب مدار ۰/۸۰ و کل سوالات ۰/۸۸ گزارش شده است (وین و هو، ۲۰۱۳). در پژوهش حاضر پایایی پرسشنامه نیز با روش آلفای کرونباخ بررسی و ضریب ۰/۷۴ به دست آمد.

تجزیه و تحلیل داده های جمع آوری شده، به دو روش توصیفی و استنباطی از طریق نرم افزار SPSS26 انجام شد. برای تجزیه و تحلیل داده های آمار استنباطی از تحلیل کوواریانس چندمتغیره (مانکوا برای فرضیه های اصلی) و تک متغیره (آنکوا برای فرضیه های فرعی) استفاده شد.

## یافته ها

یافته های جمعیت شناختی نشان داد که ۵۰٪ آزمودنی ها در گروه شاهد و ۵۰٪ نیز در گروه آزمایش و همچنین ۴۳٪ آزمودنی ها دیپلم و فوق دیپلم، ۴۰٪ لیسانس و ۱۷٪ نیز فوق لیسانس و بالاتر می باشند و ۴۴٪ آزمودنی ها بین ۲۵ الی ۳۵ سال، ۳۳٪ بین ۳۶ الی ۴۵ سال و ۲۳٪ نیز بین ۴۶ الی ۵۵ سال می باشند.

جدول ۲: توصیف متغیرهای پژوهش

متغیر	گروه	مرحله	تعداد	میانگین	انحراف معیار
انعطاف پذیری شناختی	کنترل	پیش آزمون	۱۵	۲/۴۱	۰/۳۵
		پس آزمون	۱۵	۲/۳۰	۰/۲۹
	آزمایش	پیش آزمون	۱۵	۲/۴۶	۰/۳۱
		پس آزمون	۱۵	۴/۱۶	۰/۴۱
تنیدگی روانشناختی	کنترل	پیش آزمون	۱۵	۲/۳۱	۰/۱۴

<sup>۲</sup>Rude, S.S.

<sup>۳</sup> Kirkpatrick K.

<sup>۴</sup>task-oriented coping

<sup>۵</sup>emotion-oriented coping

<sup>۶</sup>avoidance-oriented coping

<sup>۷</sup>Stapleton, Young & Senstock

<sup>۸</sup>Win & Ho



۰/۳۵	۲/۴۷	۱۵	پس آزمون	آزمایش	اضطراب اجتماعی
۰/۱۰	۲/۳۷	۱۵	پیش آزمون		
۰/۱۹	۲/۶۸	۱۵	پس آزمون		
۰/۲۴	۳/۳۴	۱۵	پیش آزمون	کنترل	
۰/۲۶	۳/۲۸	۱۵	پس آزمون		
۰/۱۹	۳/۲۴	۱۵	پیش آزمون	آزمایش	
۰/۳۴	۳/۰۲	۱۵	پس آزمون		

جدول ۳: تحلیل کواریانس چند متغیره (MANCOVA)

منابع تغییرات	مجموع مربعات	درجه آزادی	میانگین مربعات	فیشر	سطح معنی داری	شدت اثر
انعطاف پذیری شناختی	۰/۴۶۷	۱	۰/۴۶۷	۶/۹۱۶	۰/۰۱۴	۰/۳۷۲
تنیدگی روانشناختی	۰/۲۹۷	۱	۰/۲۹۷	۳/۵۶۸	۰/۰۴۰	۰/۲۷۵
اضطراب اجتماعی	۰/۱۳۸	۱	۰/۱۳۸	۱/۴۱۷	۰/۰۰۰	۰/۲۱۹

همانطوریکه در جدول فوق مشاهده می شود که آموزش درمان مبتنی بر ابرازگری هیجانی بر انعطاف پذیری شناختی، اضطراب اجتماعی و تنیدگی روانشناختی مادران دارای فرزند اتیسم اثربخش است. با توجه به شدت اثر، آموزش درمان مبتنی بر ابرازگری هیجانی بر انعطاف پذیری شناختی تاثیر بیشتری نسبت به اضطراب اجتماعی و تنیدگی روانشناختی مادران دارای فرزند اتیسم دارد.

جدول ۴: تحلیل کواریانس یکطرفه اثر بخشی درمان مبتنی بر ابرازگری هیجانی بر انعطاف پذیری شناختی مادران دارای فرزند اتیسم

منابع تغییرات	مجموع مربعات	درجه آزادی	میانگین مربعات	فیشر	Sig	شدت اثر
مدل تصحیح شده	۱/۲۹	۲	۰/۶۴۷	۹/۵۹۷	۰/۰۰۱	
عرض از مبدا	۰/۸۵۷	۱	۰/۸۵۷	۱۲/۷۱۱	۰/۰۰۱	
پیش آزمون انعطاف پذیری شناختی	۰/۷۲۱	۱	۰/۷۲۱	۱۰/۶۳۸	۰/۰۰۳	
گروه (متغیر مستقل)	۰/۴۶۷	۱	۰/۴۶۷	۶/۹۱۶	۰/۰۱۴	۰/۳۷۲
خطا	۱/۸۲۱	۲۷	۰/۰۶۷			
مجموع	۱۸۲/۱۶۴	۳۰				
کل تصحیح شده	۳/۱۱۶	۲۹				

با توجه به میزان  $F = ۶/۹۱$  و با توجه به اینکه مقدار احتمال از سطح  $۰/۰۵$  کمتر می باشد با  $۰/۹۵$  اطمینان فرضیه تحقیق تایید می گردد و این نتیجه حاصل می گردد که آموزش درمان مبتنی بر ابرازگری هیجانی بر انعطاف پذیری شناختی مادران دارای فرزند اتیسم اثربخش است. در واقع آموزش درمان مبتنی بر ابرازگری هیجانی موجب بهبود انعطاف پذیری شناختی مادران دارای فرزند اتیسم می گردد.

جدول ۵: تحلیل کواریانس یکطرفه اثربخشی درمان مبتنی بر ابرازگری هیجانی بر اضطراب اجتماعی مادران دارای فرزند اتیسم

منابع تغییرات	مجموع مربعات	درجه آزادی	میانگین مربعات	فیشر	Sig	شدت اثر
مدل تصحیح شده	۰/۱۴۱	۲	۰/۰۷۱	۱/۷۲۵	۰/۰۰۱	
عرض از مبدا	۱/۵۸۵	۱	۱/۵۸۵	۱۶/۲۹۴	۰/۰۰۰	
پیش آزمون اضطراب اجتماعی	۰/۲۲۰	۱	۰/۲۲۰	۱/۲۰۱	۰/۰۰۱	
گروه (متغیر مستقل)	۰/۱۳۸	۱	۰/۱۳۸	۱/۴۱۷	۰/۰۰۰	۰/۲۱۹
خطا	۲/۶۲۷	۲۷	۰/۰۹۷			
مجموع	۳۱۴/۹۱۶	۳۰				
کل تصحیح شده	۲/۷۶۸	۲۹				

با توجه به میزان  $F = ۱/۴۱$  و با توجه به اینکه مقدار احتمال از سطح  $۰/۰۵$  کمتر می باشد با  $۰/۹۵$  اطمینان فرضیه تحقیق تایید می گردد و این نتیجه حاصل می گردد که آموزش درمان مبتنی بر ابرازگری هیجانی بر اضطراب اجتماعی مادران دارای فرزند اتیسم اثربخش است. در واقع آموزش درمان مبتنی بر ابرازگری هیجانی موجب بهبود اضطراب اجتماعی مادران دارای فرزند اتیسم می گردد.

جدول ۶: تحلیل کواریانس یکطرفه اثربخشی درمان مبتنی بر ابرازگری هیجانی بر تنیدگی روانشناختی مادران دارای فرزند اتیسم

منابع تغییرات	مجموع مربعات	درجه آزادی	میانگین مربعات	فیشر	Sig	شدت اثر
مدل تصحیح شده	۰/۳۶۲	۲	۰/۱۸۱	۲/۱۷۲	۰/۱۳۳	
عرض از مبدا	۰/۳۷۷	۱	۰/۳۷۷	۴/۵۳۰	۰/۰۴۳	
پیش آزمون تنیدگی روانشناختی	۰/۱۱۴	۱	۰/۱۱۴	۱/۱۶۸	۰/۰۰۰	
گروه (متغیر مستقل)	۰/۲۹۷	۱	۰/۲۹۷	۳/۵۶۸	۰/۰۴۰	۰/۲۷۵
خطا	۲/۲۴۸	۲۷	۰/۰۸۳			
مجموع	۲۰۲/۱۴۷	۳۰				
کل تصحیح شده	۲/۶۱۰	۲۹				

با توجه به میزان  $F = ۳/۵۶$  و با توجه به اینکه مقدار احتمال از سطح  $۰/۰۵$  کمتر می باشد با  $۰/۹۵$  اطمینان فرضیه تحقیق تایید می گردد و این نتیجه حاصل می گردد که آموزش درمان مبتنی بر ابرازگری هیجانی بر تنیدگی روانشناختی مادران دارای فرزند اتیسم اثربخش است. در واقع آموزش درمان مبتنی بر ابرازگری هیجانی موجب بهبود تنیدگی روانشناختی مادران دارای فرزند اتیسم می گردد.

### بحث و نتیجه گیری

نتایج تحقیق نشان داد که آموزش درمان مبتنی بر ابرازگری هیجانی بر انعطاف پذیری شناختی، اضطراب اجتماعی و تنیدگی روانشناختی مادران دارای فرزند اتیسم اثربخش است. با توجه به شدت اثر، آموزش درمان مبتنی بر ابرازگری هیجانی بر انعطاف پذیری شناختی تاثیر بیشتری نسبت به اضطراب اجتماعی و تنیدگی روانشناختی مادران دارای فرزند اتیسم دارد. این نتایج با نتایج جانجانی و همکاران (۱۳۹۹)، عباسی و همکاران (۱۳۹۷)، خدابخشی کولایی و همکاران (۲۰۱۶)، لو و همکاران<sup>۳۷</sup> (۲۰۱۹)، لوید، مورس و همکاران (۲۰۱۹)، ربیعی و همکاران (۲۰۱۵) و مایر و همکاران (۲۰۱۴)<sup>۹</sup> همسو می باشد. در تبیین این فرضیه می توان گفت یک مسئله در ارتباط با فعالیت های هیجانی این است که آنها بلافاصله قابل پوشیده شدن و به وسیله فرد قابل کنترل هستند. بنابراین ممکن است حالت های هیجانی با ابراز هیجانی متفاوت شوند و گاهی نیز تمیز دادن حالت های هیجانی از ابرازهای هیجانی مهم است (لوید و همکاران، ۲۰۱۹)، با تحقیقی تحت عنوان انعطاف پذیری شناختی، راهبردهای مقابله با تنیدگی و خستگی در مراقبین افراد مبتلا به بیماری دمانس به این نتایج دست یافتند که بین انعطاف پذیری شناختی، راهبردهای مقابله با تنیدگی و خستگی در مراقبین افراد مبتلا به بیماری دمانس رابطه وجود دارد. به طوری که انعطاف پذیری شناختی بر اساس راهبردهای مقابله با تنیدگی و خستگی در مراقبین افراد مبتلا به بیماری دمانس پیش-بینی می شود. در همین راستا می توان گفت که با آموزش ابرازگری هیجانی، زنان تکانه های هیجانی قویتری را تجربه می کنند و بیشتر احتمال دارد که هیجانات مثبت را ابراز کنند تا زمانی که فقط هیجان های منفی را ابراز می کنند (ربیعی و همکاران، ۲۰۱۵)، در پژوهشی تحت عنوان بررسی اثربخشی تاب آوری بر کاهش تنش والدگری مادران دارای فرزند مبتلا به

<sup>۳۷</sup>Luo, Y., Meng, R., Li, J., Liu, B., Cao, X., & Ge, W.

<sup>۹</sup>Lloyd, Muers, Patterson & Marczak

<sup>\*</sup>Meyer & Vadasy

اختلال اوتیسم به این نتایج دست یافتند که اثربخشی آموزش تاب آوری بر کاهش استرس والدگری مبتلا به اختلال اوتیسم مورد تایید قرار گرفت؛ آموزش تاب آوری یک روش موثر است که می تواند استرس والدگری مادران دارای کودک مبتلا به اوتیسم را کاهش دهد.

همچنین نتایج نشان داد که آموزش درمان مبتنی بر ابرازگری هیجانی بر انعطاف پذیری شناختی مادران دارای فرزند اتیسم اثربخش است. در واقع آموزش درمان مبتنی بر ابرازگری هیجانی موجب بهبود انعطاف پذیری شناختی مادران دارای فرزند اتیسم می گردد. این نتایج با نتایج جانجانی و همکاران (۱۳۹۹)، عباسی و همکاران (۱۳۹۷)، خدابخشی کولایی و همکاران (۲۰۱۶)، لو و همکاران (۲۰۱۹)، لوید، موریس و همکاران (۲۰۱۹) و مایر و همکاران (۲۰۱۴) همسو می باشد. در تبیین این فرضیه می توان گفت که هیجان وقتی روی می دهد که درون داد درونی و بیرونی به شیوه ای پردازش می شود که یک برنامه هیجانی مانند (غم و شادی) به کار بیفتد. به محض به کار افتادن برنامه هیجان، گرایش های پاسخ، شامل تغییرات فیزیولوژیکی، (احساسات ذهنی و تکانه های رفتاری) ایجاد می شود و فرد را برای پاسخ انطباقی به چالش ها و یا فرصت های محیطی آماده می کند. هیجان ها ما را وادار نمی کنند که به شیوه مخصوص عمل کنیم، آنها فقط کاری را به ما پیشنهاد می کنند، به همین دلیل، احساس، همیشه آشکار کننده نیست. گرایش های پاسخ هیجانی ممکن است به عنوان یک تکانه رفتار قابل دیدن ابراز شوند یا ابراز نشوند (خدابخشی کولایی و همکاران، ۲۰۱۶)، در پژوهشی تحت عنوان اثر بخشی برنامه آموزش والدین کازلوف بر ابراز هیجان و بار روانی مادران دارای کودک مبتلا به اوتیسم به این نتایج دست یافتند که ابراز هیجان های مثبت در مادرانی که مداخله آموزشی والدین کازلوف را دریافت کردند، نسبت به گروه شاهد افزایش معنی داری داشت. همچنین در ابراز هیجان های منفی و بار روانی این گروه از مادران در مقایسه با گروه شاهد کاهش معناداری مشاهده شد. برنامه آموزشی والدین کازلوف به منظور افزایش هیجان های مثبت و کاهش هیجان های منفی مادران نسبت به فرزند بیمار خود و کاهش بار روانی مادران دارای اثر معنی داری می باشد. در همین راستا می توان گفت که مادران دارای فرزند اتیسم با فرآیند شناختی نا منظم که می تواند بر عملکرد انعطاف شناختی مادران تاثیر گذاشته و احتمال وقوع نارسایی های شناختی مادران را افزایش دهد و همچنین با پیامدهای رفتاری ضد اجتماعی ناشی از حواس پرتی رابطه داشته و به دلیل تداخل با فعالیت های روزمره می تواند منجر به مشکلات اساسی شود که جبران این خطاها گاه زمان زیادی می برد، در نتیجه با آموزش ابرازگری هیجانی و افزایش هیجان های مثبت، بار روانی و مشکلات خود را کاهش دهند.

در ادامه نتایج نشان داد که آموزش درمان مبتنی بر ابرازگری هیجانی بر اضطراب اجتماعی مادران دارای فرزند اتیسم اثربخش است. در واقع آموزش درمان مبتنی بر ابرازگری هیجانی موجب بهبود اضطراب اجتماعی مادران دارای فرزند اتیسم می گردد. این نتایج با نتایج جانجانی و همکاران (۱۳۹۹)، عباسی و همکاران (۱۳۹۷)، خدابخشی کولایی و همکاران (۲۰۱۶)، لو و همکاران (۲۰۱۹)، لوید، موریس و همکاران (۲۰۱۹) و مایر و همکاران (۲۰۱۴) همسو می باشد. در تبیین این فرضیه می توان گفت که مادر دارای فرزند اتیسم نه تنها رویدادهای استرس زا، بلکه وقایع نسبتاً عادی را نیز فاجعه آمیز تلقی می کند، در حالی که مادرانی که آموزش ابرازگری هیجانی را سپری کرده اند این رویدادها را نامطلوب تلقی نکرده و در مورد آنها دست به فاجعه سازی نمی زنند. بنابراین می توان نتیجه گرفت که ارزیابی فرد از یک موقعیت استرس زا در پیامدهای بعدی آن نقشی تعیین کننده دارد. یک رویداد خاص را دو فرد به صورت های متفاوتی ادراک می کنند و این امر بستگی به ارزیابی آنها از موقعیت مورد نظر دارد و به نظر می رسد که ابرازگری هیجانی این ارزیابی را تحت تأثیر خود قرار می دهد. بر همین اساس، اضطراب اجتماعی یک عامل آسیب پذیری در ایجاد و تداوم اختلالات روانی در بین مادران دارای فرزند اتیسم می باشد که از طریق مداخله و آموزش مبتنی بر ابرازگری هیجانی رضایت مندی بیشتری در زندگی کسب کنند و به حداکثر توانایی های بالقوه خود دست یابند و در موقعیت های استرس زا هیجانات خود را مدیریت کرده و موقعیت را بازریابی کنند و بهترین واکنش را نشان دهند و این آموزش در عین سادگی این توانایی را دارد تا افکار و احساسات پیچیده، سردرگم و پریشان مادران را سامان بخشد تا فرد با تفکیک و سازماندهی افکار و احساسات، شناخت بهتری از خود به دست آورد و در نتیجه مادران دارای فرزند

اتیسم با آگاهی بیشتر به نقاط ضعف و قدرت خود، رفتارهای سالم و سازنده‌ای را اختیار می‌نمایند، آنها را توانمند می‌سازد که در بحران‌های روحی خود قادر به تجزیه و تحلیل مشکل و حل آن باشد تا بتوانند بر اضطراب خود چیره شوند.

در پایان نتایج نشان داد که آموزش درمان مبتنی بر ابرازگری هیجانی بر تنیدگی روانشناختی مادران دارای فرزند اتیسم اثربخش است. در واقع آموزش درمان مبتنی بر ابرازگری هیجانی موجب بهبود تنیدگی روانشناختی مادران دارای فرزند اتیسم می‌گردد. این نتایج با نتایج جانجانی و همکاران (۱۳۹۹)، عباسی و همکاران (۱۳۹۷)، خدابخشی کولایی و همکاران (۲۰۱۶)، لو و همکاران (۲۰۱۹)، لوید، موریس و همکاران (۲۰۱۹) و مایر و همکاران (۲۰۱۴) همسو می‌باشد. در تبیین این فرضیه می‌توان گفت که تنیدگی روانشناختی یک پاسخ فیزیولوژیک به فشارزاهای زیستی مانند ضربه ناگوار و تنیدگی‌های روانشناختی مانند نگرانی، ترس و تنش‌های اجتماعی تعریف شده است. تنیدگی روانشناختی یکی از جنبه‌های طبیعی و اجتناب ناپذیر زندگی انسان معاصر است که آن را به عنوان پاسخ فیزیولوژیک انسان به محرک‌های محیطی تهدید کننده می‌باشد که مادران دارای فرزند اتیسم از پاسخ مستثنا نیستند، در همین راستا می‌توان گفت که مادران با آموزش درمان مبتنی بر ابرازگری هیجانی با تلاش برای کم کردن تنیدگی هیجانی و کنترل نشانه‌های تنیدگی متمرکز می‌شوند. در این آموزش مادران سعی می‌کند که پیامدهای هیجانی واقعه تنیدگی و تنش را مهار کنند. کارکرد اولیه این سبک مقابله با تنیدگی از نوع هیجانی، تنظیم و مهار هیجانی عامل تنیدگی‌آور است تا تعادل هیجانی فرد حفظ شود. افراد دارای سبک مقابله با تنیدگی روانشناختی سطح کمتری از اضطراب را در مواجهه با شرایط فرزندانشان تجربه می‌کنند.

بدیهی است که رفع محدودیت‌های پژوهش زیربنای پژوهش‌های بعدی قرار می‌گیرد و این امر موجب شکوفایی در امر علم و پژوهش خواهد بود پژوهش حاضر نیز از این محدودیت‌ها مستثنی نبوده است، از جمله می‌توان به موارد ذیل اشاره کرد: تحقیق حاضر از نظر مکانی صرفاً محدود به بخش خاصی از ایران می‌باشد و مرکز اختلال طیف اتیسم فریحا نمی‌تواند نماینده کاملی از رفتار مادران دارای فرزند اتیسم در کل کشور باشد. محدود بودن جامعه مورد مطالعه به مادران دارای فرزند مبتلا به اختلال اتیسم مراجعه کننده به مرکز اختلال طیف اتیسم فریحا از دیگر محدودیت‌های تحقیق بود. پیشنهاد می‌شود مادران دارای فرزند مبتلا به اختلال اتیسم نسبت به تغییرات انعطاف پذیر باشند؛ زیرا اگر نسبت به تغییرات زندگی منعطف نباشند همواره در بیم و هراس باقی می‌مانند و توانایی مواجهه شدن با آن را از دست می‌دهند. پیشنهاد می‌شود مادران دارای فرزند اتیسم، مهارت‌های ابراز صحیح هیجان‌ها را فرا گرفته و در موقعیت‌های مختلف تمرین کنند. پیشنهاد می‌شود مادران دارای فرزند اتیسم هنگام نتیجه‌گیری در مورد علل رفتار، تمام اطلاعات و واقعیت‌های موجود را در نظر بگیرند تا در موقعیت‌های سخت، توانایی تغییر مسایل را داشته باشند و همچنین چندین گزینه را قبل از واکنش نشان دادن به موقعیت‌های دشوار، در نظر بگیرند. پیشنهاد می‌شود مادران با آموزش درمان مبتنی بر ابرازگری هیجانی هنگام مواجهه با موقعیت‌های تنیدگی‌زا روی مسئله متمرکز شوند و با دقت فکر کنند که چگونه آن را حل نمایند و خود را به خاطر قرار گرفتن در چنین موقعیتی سرزنش نکنند. پیشنهاد می‌شود مادران با ابرازگری هیجانی از الگوهای فکری مغز خود شناخت پیدا کنند تا کمک کند که از افکار منفی فاصله بگیرند و همچنین تمرکز داشته باشند که چگونه با کسب آمادگی پیش از موعد فرزندانشان خود، باورهای اضطراب‌آور را از ذهن خود دور بریزند. به پژوهشگران آتی پیشنهاد می‌گردد این پژوهش را جهت افزایش تعمیم‌پذیری یافته‌ها در دیگر شهرها و دیگر مراکز به طور گسترده‌تر انجام دهند. به پژوهشگران آتی پیشنهاد می‌گردد برای افزایش اعتبار بیرونی این پژوهش محققان پژوهش‌های مشابهی را در مناطق مختلف انجام دهند. در پژوهش‌های آینده اثربخشی آموزش درمان مبتنی بر ابرازگری هیجانی بر متغیرهای دیگر در مادران دارای فرزند اتیسم مورد بررسی قرار دهند. در این پژوهش ۳۰ نفر از مادران دارای فرزند اتیسم، به صورت تصادفی در دسترس انتخاب شده‌اند، به پژوهشگران دیگر پیشنهاد می‌گردد این موضوع با تعداد نمونه بیشتری مورد بررسی قرار گیرد.

## منابع

- آرامفر، رسول و زینالی، علی. (۱۳۹۴). رابطه تنیدگی تحصیلی و کمک‌طلبی آموزشی با پیشرفت تحصیلی دانش‌آموزان. *نشریه آموزش و ارزشیابی*، ۸(۳۱)، ۳۷-۴۸.
- آرین فر، نیره و اعتمادی، عذرا. (۱۳۹۵). مقایسه اثربخشی زوج درمانی یکپارچه نگر و هیجان مدار بر صمیمیت زناشویی زوجین آسیب دیده از خیانت همسر. *فصلنامه علمی پژوهش های مشاوره*. ۱۳۹۵؛ ۱۵ (۵۹): ۷-۳۷.
- آقایوسفی، علیرضا. (۱۳۹۷). *نقش جنسیت و اضطراب اجتماعی در کاربرد تکنیک های مقابله ای*. پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه آزاد اسلامی واحد رودهن.
- آقایوسفی، علیرضا؛ امیرپور، برزو؛ علیپور، احمد و زارع، حسین. (۱۳۹۴). بررسی تأثیر درمان پردازش شناختی بر سبک مقابله‌گری گریز- اجتناب جانبازان مبتلا به اختلال تنیدگی پس‌آسیبی. *دو ماهنامه پژوهشی پژوهنده*، ۲۰(۶)، ۳۲۶-۳۲۰.
- آل کثیر، ع؛ واحد، ن؛ محمد خانی، پ و جعفریان دهکردی، ف. (۱۳۹۷). *نقش انعطاف‌پذیری شناختی زنان دارای اختلافات زناشویی در پیش‌بینی عملکرد خانواده*. سومین کنفرانس توانمندسازی جامعه در حوزه علوم انسانی و مطالعات روان‌شناسی، تهران، مرکز توانمندسازی مهارت‌های فرهنگی و اجتماعی جامعه.
- احسان‌پور، فاطمه. (۱۳۹۷). *طرحواره‌های ناسازگار و انواع عشق در زنان*، انتشارات راه دکتري.
- احمدی، عزت‌اله و شیخ‌علیزاده، سیاوش. (۱۳۹۵). رابطه عملکرد کاری و تنظیم هیجانی. *روانشناسی کاربردی*. ۱(۲): ۴۹-۵۶.
- احیاء کننده، منیژه و یوسفی، فریده. (۱۳۹۶). رابطه الگوهای ارتباطی خانواده و سازگاری با دانشگاه: نقش واسطه‌ای راهبردهای مقابله با تنیدگی. *خانواده‌پژوهی*، ۱۳(۲)، ۲۷۳-۲۹۱.
- ارده‌خانی، نجمه. (۱۳۹۸). *اثرات زوج‌درمانی هیجان‌مدار در بهبود وضعیت زوجین*، انتشارات سنجش و دانش، راه دکتري.
- ارزانی، محسن. (۱۳۹۷). *موقعیت‌های استرس‌زا و اختلال اضطراب فراگیر*. انتشارات ویهان.
- استوار، صغری. (۱۳۹۵). *تبیین نقش واسطه‌ای توجه، تمرکز، برخورد، کارآمدی اجتماعی بر ارتباط بین اضطراب اجتماعی و سوءگیری های شناختی در نوجوانان*، پایان نامه دوره دکتری روانشناسی تربیتی، دانشکده روانشناسی علوم تربیتی دانشگاه شیراز.
- اسماعیلی، م؛ احدی، ح؛ دلاور، ع و شفیع‌آبادی، ع. (۱۳۹۳). *تأثیر آموزش مؤلفه‌های مهارت‌های فراهیجانی بر سلامت روان*، تهران، دانشگاه علامه طباطبائی، ۴۹-۳۴.
- رفیعی، حسن. (۱۳۹۵). *اوتیسم: ارزیابی و درمان*. تهران: انتشارات دانشگاه تهران.
- رفیعی نیا، پروین. (۱۳۸۰). رابطه سبک‌های ابراز هیجان با سلامت عمومی در دانشجویان دانشگاه تربیت مدرس. *مجله روان*، سال سیزدهم، شماره ۳. ۲۴۸-۲۳۸.
- سالمی، هیوا و کاکابرای، کیوان. (۱۳۹۷). *اثربخشی آموزش مهارت های اجتماعی بر کاهش اضطراب در کودکان مبتلا به اختلال طیف اوتیسم*، ششمین کنفرانس ملی توسعه پایدار در علوم تربیتی و روانشناسی، مطالعات اجتماعی و فرهنگی، تهران، مرکز راهکارهای دستیابی به توسعه پایدار -موسسه آموزش عالی مهراروند.
- سپهریان آذر، فیروزه؛ اسدی مجره، سامره؛ اسدنیاء، سعید و فرنودی، لیدا. (۱۳۹۳). رابطه سبک‌های دلبستگی و راهبردهای مقابله‌ای با دشواری‌های تنظیم هیجان در دوران نوجوانی. *مجله پزشکی دانشگاه ارومیه*. ۲۵ (۱۰)، ۹۲۲-۹۳۰.
- سنگلاخ‌قوچان‌عتیق، آتوسا. (۱۳۹۵). *کاربرد فعالیت‌های موسیقیایی در مداخله‌های کاردرمانی کودکان با اختلال طیف اتیسم: تعلیم و تربیت استثنایی*، ۱۶(۵)، ۳۸-۴۲.
- سیف زاده، علی. (۱۳۹۵). *رابطه حمایت اجتماعی درک شده و سلامت در سالمندی مطالعه موردی: آذرشهر*. *سالمندشناسی*، ۱۱(۱)، ۴۰-۴۷.
- شریفی در آمدی، پرویز. (۱۳۸۶). *هوش هیجانی و معنویت*. تهران: انتشارات سپاهان.

- شفیعی، م؛ بشیرپور، س و حیدری‌راد، ح. (۱۳۹۵). مقایسه نگرش‌های ناکارآمد و انعطاف‌پذیری‌شناختی در زنان با و بدون سابقه طلاق. *مجله زن و فرهنگ*، ۸(۳۰)، ۱۰۳-۱۱۲.
- شلانی، بیتا؛ علیم‌رادی، فریده و صادقی، سعید. (۱۳۹۶). رابطه سبک‌های مقابله با تنیدگی و مهارت‌های اجتماعی با پرخاشگری در دانش‌آموزان دختر ناشنوا. *مجله علمی پژوهان*، ۱۶(۲)، ۱۱-۱۸.
- شیخ‌الاسلامی، علی؛ سلیمانی، اسماعیل و محرم‌زاده، هنگامه. (۱۳۹۷). اثربخشی آموزش حل مسئله اجتماعی بر سازگاری و خودکارآمدی دانش‌آموزان زورگو. *فصلنامه روانشناسی تربیتی*، ۱۴(۴۷)، ۴۳-۴۹.
- شیرالی‌نیا، خدیجه؛ عبدالهی موسوی، حدیث و خجسته مهر، رضا. (۱۳۹۶). اثربخشی آموزش گروهی مبتنی بر درمان پذیرش و تعهد بر استرس فرزندپروری و انعطاف‌پذیری روان‌شناختی مادران کودکان دارای اختلال طیف اتیسم. *روانشناسی افراد/استثنایی*، ۷(۲۸)، ۲۱-۴۴.
- صادقی، افسانه. (۱۳۹۴). *تنظیم هیجانی و مثبت‌گرایی*، تهران، انتشارات کله‌ر.
- صادقی، مجید و خسروی، صدرا. (۱۳۹۵). نقش پیش‌بینی‌کنندگی الگوهای ارتباطی خانوادگی در میزان خود شفتت‌ورزی، ذهن‌آگاهی و سبک‌های تنظیم هیجان شناختی. *مجله مطالعات روانشناسی و علوم تربیتی*، ۱۰(۲)، ۲۱-۳۶.
- صبحی قراملکی، ناصر. (۱۳۹۵). اثربخشی آموزش به روش خودآموزی کلامی بر بهبود پردازش هیجانی و مهارت اجتماعی دانش‌آموزان مبتلا به اختلال یادگیری خاص. *مجله ناتوانی‌های یادگیری*، ۵(۳)، صص ۷۱-۸۸.
- نقی نسب اردهانی، فاطمه؛ جاجرمی، محمود و محمدی پور، محمد. (۱۳۹۸). اثربخشی زوج درمانی هیجان‌مدار بر عملکرد ازدواج و سرزندگی زنان دارای خیانت زناشویی، *مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی گرگان*، پاییز ۱۳۹۸/دوره ۲۰/ شماره ۳(پی در پی ۶۷)/۱.
- نوری، حمیدرضا و شهابی، بهاره. (۱۳۹۶). اثربخشی آموزش شفتت با خود بر افزایش تاب‌آوری مادران دارای فرزند مبتلا به اتیسم. *فصلنامه دانش و پژوهش در روانشناسی کاربردی*، ۱۸(۳)، ۱۱۸-۱۲۶.
- نیشابوری محمدی، ملیحه و سلطانی کوهستانی، سکینه. (۱۳۹۴). *اثربخشی آموزش مادر کودک به شیوه ی بازی درمانی بر خودکارآمدی مادران کودکان اوتیسم، سومین همایش علمی پژوهشی علوم تربیتی و روانشناسی آسیب‌های اجتماعی و فرهنگی ایران*، قم. ۳ (۲): ۶۵-۷۴.
- هنرپروران، نازنین. (۱۳۹۱). *رویکرد هیجان‌مدار در زوج‌درمانی*، انتشارات دانژه.
- هوشیار، معصومه؛ کاکاوند، علیرضا و احمدی، عبدالجواد. (۱۳۹۷). اثربخشی ذهن‌آگاهی بر کیفیت زندگی و سبک‌های مقابله‌ای مادران کودکان مبتلا به اختلال طیف اتیسم. *فصلنامه مددکاری اجتماعی*، ۷(۲)، ۳۲-۳۹.
- Ahola, K. (2017), Occupational burnout and health. Helsinki, Finland: *Finnish Institute Occupational Health*.
- Allen, A. B., & Leary, M. R. (2010). Self-Compassion, stress, and coping. *Social and personality psychology compass*, 4(2), 107-118.
- Alvarado, k.a; Templer, D.i; Bresler, c; & Thomas - Dobson,s.(19۹۵). "The relationship of religious variables to death depression and death anxiety". *Journal of clinical psychology*, 51(2),202-204.
- American Psychiatric Association. (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5®). *American Psychiatric Pub*.
- Anan, R. M., Warner, L. J., McGillivray, J. E., Chong, I. M., & Hines, S. J. (2008). Group Intensive Family Training (GIFT) for preschoolers with autism spectrum disorders. *Behavioral Interventions: Theory & Practice in Residential & Community-Based Clinical Programs*, 23(3), 165-180.

- Antony, M. & Swinson, R. (2013). Shyness and social anxiety workbook: proven, step-by-step techniques for overcoming your Fear. *Shyness and social anxiety*. 2nd ed. California: New Harbinger Publications; 16.
- Asadi A, Fathabadi J, Sharifi FM, (2013). The relationship between marital burnout, sexual dysfunction beliefs and sexual assertiveness in married women. *Counseling and Psychotherapy*; 3 (4): 662- 683. [Persian].
- Asakurs S. diagnosis and treatment of social anxiety disorder. *Seishin shinkeigaku zasshi*. ۲۰۱۵. ۱۱۷(۶): ۱۳-۳۰.
- Austin, E. J. (2014). Personality, well-being and health correlates of trait emotional intelligence, *Personality and Individual differences*, 38: 547-558.
- Johan, H. (2013) "Neuro-linguistic programming techniques to improve the self-efficacy of undergraduate dissertation students", *Journal of Applied Research in Higher Education*, ۱(۱): ۳۰-۳۸.
- Johanson, B., & Cheristensen, L. (2010). Educational research. Qualitative, quantitative, and mixed approaches. SAGE Publications. [link].
- Johnson, S. M. (2008). Attachment and emotionally focused therapy: Perfect partners. In J. Obegi & E. Berant (Eds.), *Clinical applications of adult attachment*. New York: Guilford Press. [link].
- Kalyva, E. (2011). Autism: Educational and therapeutic approaches. USA: SAGE Publications Limited.
- Khodabakhshi Koolae A, Arab Varamin A, Rooshan Cheseli R. (2016). Effectiveness of "Kozloff Parental Training Program" on Expressed Emotion and Burden Among Mothers With Autistic Child. *IJRN*. 3 (1) :29-34.
- Lloyd, J., Muers, J., Patterson, T. G., & Marczak, M. (2019). Self-compassion, coping strategies, and caregiver burden in caregivers of people with dementia. *Clinical gerontologist*, 42(1), 47-59.
- Lovell, B., Moss, M., & Wetherell, M. A. (2015). The psychophysiological and health corollaries of child problem behaviours in caregivers of children with autism and ADHD. *Journal of Intellectual Disability Research*, 59(2), 150-157.
- Luo, Y., Meng, R., Li, J., Liu, B., Cao, X., & Ge, W. (2019). Self-compassion may reduce anxiety and depression in nursing students: a pathway through perceived stress. *Public health*, 174, 1-10.
- Lynch, S, A. & Simpson, C, G. (2015). Social Skills: Laying the Foundation for Success. *DIMENSIONS OF EARLY CHILDHOOD*. 38(2): 3-12.
- MacBeth, A., & Gumley, A. (2012). Exploring compassion: a metaanalysis of the association between self-compassion and psychopathology. *Clinical Psychology Review*, 32, 545-552.
- Madeline, L. (2014). *A description of eight shy middle school students*, DAI-A p. 3604.
- Martel, A., & Fuchs, D. C. (2017). Transitional age youth and mental illness—influences on young adult outcomes. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics*, 26(2), xiii-xvii.
- Martin, A, J & Marsh, H. (2014). Academic resilience and its psychological and educational correlations: a construct validity approach, *psychology in the Schools*, 43, 267-281.

- Masten, A. S. (2001). Ordinary magic: Resilience processes in development. *American Psychology*, 56, 227-238.
- Meyer, D. J., & Vadasy, P. F. (2014). Sib shops: Workshops for siblings of children with special needs. Baltimore: Paul H. Brookes Publishing Company.
- Miller, G. (2015). Winifred Rushforth and the Davidson Clinic for Medical Psychotherapy: a case study in the overlap of psychotherapy, Christianity and New Age spirituality. *History of psychiatry*, 26(3), 303-317.
- Ullah, M. A., Moin, A. T., Araf, Y., Bhuiyan, A. R., Griffiths, M. D., & Gozal, D. (2020). Potential effects of the COVID-19 pandemic on future birth rate. *Frontiers in Public Health*, 8, 578438.
- Wilson, S. D. (2018). *Released from Shame: Moving Beyond the Pain of the Past*. IVP Books.
- Yarnell, L., & Neff, K. D. (2013). Self-compassion, *Interpersonal Conflict Resolutions, and Wellbeing*. *Self and Identity*, 12(5), 1-14.



## **The effectiveness of emotional expression therapy training on cognitive flexibility, social anxiety and psychological stress of mothers with autistic children**

**Somayeh Rahimi Amir Handeh<sup>1</sup>, Fariborz Dortaj<sup>2</sup>, Saeedeh Zomordi<sup>3</sup>**

1- Ms.c, Department of Family Counseling, Islamic Azad University, West Tehran Branch, Tehran, Iran.

2- Assistant Professor, Department of Family Counseling, Islamic Azad University, West Tehran Branch, Tehran, Iran.

3- Professor, Department of Educational Psychology, Faculty of Psychology and Educational Science, Allameh Tabataba'i University, Tehran, Iran.

### **Abstract**

The aim of this study was to evaluate the effectiveness of emotional expression therapy training on cognitive flexibility, social anxiety and psychological stress of mothers with autistic children. The research method was quasi-experimental, pretest-posttest with a control group. The statistical population of this study includes all mothers with children with autism who referred to Fariha Autism Spectrum Disorder Center in District 18, whose number is equal to 170 and the sample size of 30 mothers whose at least one of their children had autism. Selected as available. Data collection tools included a Cognitive Flexibility Questionnaire (CFI), Connor Social Anxiety Disorder (SPI), and a summary of the content of emotional expression therapy sessions, which included 10 sessions of emotional expression therapy for the experimental group and the control group. The control group did not receive. Meetings were held every two hours and once a week. Execute the intervention process. The collected data were analyzed by descriptive and inferential methods through SPSS26 software. The results showed that therapy based on emotional expression is effective on cognitive flexibility, social anxiety and psychological stress of mothers with autistic children. Due to the severity of the effect, training in emotional expression therapy has a greater effect on cognitive flexibility than social anxiety and psychological stress of mothers with autistic children.

**Keywords:** Emotional Expression, Cognitive Flexibility, Social Anxiety, Psychological Stress