اثربخشی درمان فراتشخیصی بر فقدان لذت‌جویی و ترس از مسخره شدن مادران دارای فرزند مبتلا به اختلال طیف اوتیسم

امیر قمرانی[1]، علیرضا محسنی اژیه[2]

مقاله پژوهشی

چکیده

زمینه و هدف: بزرگ کردن یک کودک دارای اختلال طیف اوتیسم (Autism Spectrum Disorder یا ASD)، مشکلات روان‌شناختی زیادی را برای اعضای خانواده به ویژه مادران فراهم می‌کند. پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی درمان فراتشخیصی بر فقدان لذت‌جویی و ترس از مسخره شدن مادران دارای فرزند مبتلا به ASD انجام شد.

مواد و روش‌ها: جامعه آماری مطالعه را کلیه مادران دارای فرزند مبتلا به ASD در شهر اصفهان تشکیل داد. نمونه‌گیری به صورت در دسترس و از بین مادرانی که دارای نمرات فقدان لذت‌جویی و ترس از مسخره شدن بالایی بودند (انحراف معیار بالاتر از میانگین گروه)، صورت گرفت و ۴۰ نفر انتخاب شدند که به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و شاهد قرار گرفتند. برای جمع‌آوری داده‌ها، از مقیاس فقدان لذت‌جویی Snaith-Hamilton و مقیاس ترس از مسخره شدن استفاده گردید. داده‌ها با استفاده از آزمون تحلیل کوواریانس چند متغیره (MANCOVA) در نرم‌افزار SPSS مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها: درمان فراتشخیصی بر مؤلفه‌های فقدان لذت‌جویی شامل تعاملات اجتماعی، تجربیات حسی، خوردن و آشامیدن، تفریح و سرگرمی و نیز ترس از مسخره شدن مادران دارای فرزند مبتلا به ASD تأثیرگذار بود ($P < ۰/۰۵$).

نتیجه‌گیری: درمان فراتشخیصی می‌تواند به عنوان یک برنامه آموزشی مؤثر جهت کاهش فقدان لذت‌جویی و ترس از مسخره شدن مادران دارای فرزند مبتلا به ASD مورد استفاده قرار گیرد.

واژه‌های کلیدی: فقدان لذت‌جویی، ترس، اختلال طیف اوتیسم، مادران

ارجاع: قمرانی امیر، محسنی اژیه علیرضا. **اثربخشی درمان فراتشخیصی بر فقدان لذت‌جویی و ترس از مسخره شدن مادران دارای فرزند مبتلا به اختلال طیف اوتیسم.** مجله تحقیقات علوم رفتاری ۱۳۹۶؛ ۱۵ (۱): ۲۰-۱۳

دریافت مقاله: ۱۳۹۵/۸/۸ پذیرش مقاله: ۱۳۹۵/۱۰/۲۷

مقدمه

اختلال طیف اوتیسم (Autism Spectrum Disorder یا ASD) نوعی اختلال عصبی- رشدی (Neurodevelopmental) پیچیده است که با نقص در ارتباط و تعامل اجتماعی و نیز رفتارها، علایق و فعالیت‌های محدود و تکراری شناسایی می‌شود (۱). شیوع این اختلال روز به روز در حال افزایش می‌باشد و مطابق با آخرین گزارش مرکز کنترل و پیشگیری بیماری‌های آمریکا (Centers for Disease Control and Prevention یا CDC)، شیوع آن به ۱ در ۶۸ تولد رسیده است (۲). بررسی پیشینه پژوهشی نشان می‌دهد که والدین دارای فرزند مبتلا به ASD، نسبت به والدین دارای کودکان دارای رشد طبیعی و سایر کودکان با نیازهای خاص، استرس، اضطراب، افسردگی و نگرانی بیشتری را تجربه می‌کنند (۷-۳).

یکی از مشکلات هیجانی که شاید مادران دارای فرزند مبتلا به ASD تجربه می‌کنند و از مؤلفه‌های افسردگی و اضطراب نیز به شمار می‌رود، فقدان لذت‌جویی (Anhedonia) است. فقدان لذت‌جویی به عنوان کاهش ظرفیت تجربه لذت و کسری در لذت تعریف شده است (۸) و یکی از پنج نشانه اصلی برای شناسایی افسردگی به شمار می‌رود. همچنین، یکی از دو مؤلفه مهم خلق پایین و عدم لذت از مواقع و اتفاقاتی است که پیش از آن منشأ لذت بوده‌اند (۹).

مادران دارای فرزند مبتلا به ASD در شرایطی قرار می‌گیرند که ظرفیت بالایی برای تجربه فقدان لذت‌جویی دارند. اول این که آن‌ها افسردگی و اضطراب زیادی را تجربه می‌کنند و یافته‌های حاصل از پژوهش‌ها حاکی از آن است که اضطراب و افسردگی ارتباط نزدیکی با فقدان لذت‌جویی دارد (۱۱، ۱۰). علاوه بر این، مشکلات و دشواری‌های کودکان و نوجوانان مبتلا به ASD، خانواده را درگیر ارایه خدمات می‌کند و از طرف دیگر، باعث چشم‌پوشی آن‌ها از علایق و برنامه‌های لذت‌بخش خانواده مانند مسافرت و دید و بازدید می‌گردد (۸)؛ به گونه‌ای که والدین در عمل دچار فقدان لذت‌جویی می‌شوند (۱۲). با وجود این که تاکنون مطالعه‌ای به طور مستقیم به بررسی فقدان لذت‌جویی در مادران دارای فرزند مبتلا به ASD نپرداخته است، اما سیادتیان و همکاران در پژوهش خود نشان دادند که والدین کودکان کم‌توان ذهنی، فقدان لذت‌جویی

۱- استادیار، گروه روان‌شناسی و آموزش کودکان با نیازهای خاص، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه اصفهان، اصفهان، ایران
۲- کارشناس ارشد، گروه روان‌شناسی و آموزش کودکان با نیازهای خاص، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه اصفهان، اصفهان، ایران
نویسنده مسؤول: امیر قمرانی
Email: aghamarani@yahoo.com

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-26]
[DOR: 20.1001.1.17352029.1396.15.1.3.2]

بیشتری را نسبت به والدین کودکان دارای رشد طبیعی تجربه می‌کنند (۹).

از طرف دیگر، کودکان و نوجوانان مبتلا به ASD، مهارت‌های لازم برای تعامل با دیگران را ندارند و با آداب و رسوم اجتماعی آشنا نیستند (۱۳) که این مشکلات موجب می‌شود آن‌ها همواره مورد تمسخر و نیشخند دیگران قرار گیرند (۱۴). از جمله مشکلات روان‌شناختی که ممکن است در اعضای خانواده افراد دارای اختلال طیف اوتیسم شایع باشد، نگرانی و ترس نسبت به مسخره شدن و مسخره به نظر رسیدن نزد دیگران (Fear of being laughed at) است. افرادی که ویژگی ترس از مسخره شدن را دارند، همواره نگران این هستند که دیگران آن‌ها را مسخره کنند یا به آن‌ها بخندند (۱۵). این سوء تعبیر از خنده‌های دیگران، بر تعامل اجتماعی این افراد تأثیر منفی می‌گذارد (۱۶). به عنوان مثال، چنین افرادی هنگام تعامل با دیگران، وقتی طرف مقابل لبخندی می‌زند یا به موضوع خاصی می‌خندد، این حرکت را به خودشان نسبت می‌دهند (۱۷).

برخی تحقیقات به این نتیجه رسیده‌اند که ترس از مسخره شدن با احساس شرم، فقدان لذت‌جویی و اضطراب در ارتباط است (۲۰-۱۸). از طرف دیگر، پژوهش‌های مختلفی گزارش کرده‌اند که تجربه‌های تلخ و مکرر از مسخره شدن توسط دیگران، یکی از عوامل مهم و اساسی برای رشد و تداوم ترس از مسخره شدن در افراد است (۲۱).

با توجه به مطالب ذکر شده، لزوم توجه به نیازهای روان‌شناختی والدین کودک مبتلا به ASD و به خصوص مادران (به دلیل ارتباط بیشتر با کودک) و بهره‌گیری از مداخلات درمانی برای کاهش مشکلات هیجانی (مانند فقدان لذت‌جویی و ترس از مسخره شدن) بیش از پیش روشن و واضح است. برای کاهش مشکلات هیجانی از روش‌های گوناگونی استفاده می‌شود که از جمله معروف‌ترین آن‌ها می‌توان به درمان شناختی- رفتاری (Cognitive behavioral therapy یا CBT)، درمان فراشناختی (Metacognitive therapy یا MCT)، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (Acceptance and Commitment Therapy یا ACT) و درمان فراتشخیصی (Transdiagnostic treatment) اشاره کرد.

درمان فراتشخیصی یکی از جدیدترین روش‌های درمانی در زمینه مشکلات هیجانی است که در سال‌های اخیر توسط Barlow و همکاران تدوین شده است (۲۲). بر اساس این رویکرد، افراد باید با تجربیات هیجانی نامناسب خود روبه‌رو شوند و به شیوه سازگارانه‌تری به هیجانات خود پاسخ دهند. درمان‌های شناختی- رفتاری کنونی با وجود موفقیت‌های نسبی در مورد اختلالات هیجانی و دارا بودن پشتوانه پژوهشی قوی، محدودیت‌های زیادی دارند (۲۲) که از آن جمله می‌توان به ناکامی آن‌ها در بهبودی بخش قابل توجهی از بیماران، وجود راهنما و دستورالعمل‌های درمانی متعدد برای هر یک از اختلالات، دستورالعمل‌ها یا پروتکل‌های درمانی متفاوت، دوره‌های کارورزی طولانی مدت و متعدد برای درمان هر یک از اختلال‌ها، پیچیده بودن فرایند انتشار و تدوین دستورالعمل‌های درمانی برای تهیه کنندگان اشاره نمود (۲۳).

درمان فراتشخیصی با رویکرد یکپارچه‌نگر، در پاسخ به این محدودیت‌ها معرفی شده است. این رویکرد به منظور مورد هدف قرار دادن فرایندهای شناختی و رفتاری مشترک در بین طیف وسیعی از اختلالات هیجانی و عوامل فراتشخیصی و سطح بالاتر بین این اختلال ها (مانند عاطفه منفی، کمال‌گرایی، نشخوار ذهنی، مشکلات تنظیم هیجانی، نگرانی و مشکل در خواب) طراحی شده است. فرضیه اصلی درمان آن است که افراد مبتلا به اختلالات هیجانی، راهبردهای تنظیم هیجانی ناسازگارانه را به کار می‌برند، آن‌ها سعی می‌کنند تا از هیجان‌های ناخوشایند (مانند تجربه داشتن فرزند مبتلا به اختلال طیف اوتیسم و مشکلات روان‌شناختی همراه آن) اجتناب نمایند و یا شدت آن را کاهش دهند که باعث نتیجه عکس و تداوم علایم آن‌ها می‌شود. درمان فراتشخیصی به بیماران می‌آموزد چگونه با هیجانات ناخوشایند (مانند فقدان لذت‌جویی و ترس از مسخره شدن) خود مواجه شوند و آن‌ها را تجربه کنند و به شیوه سازگارانه‌تری به هیجانات خود پاسخ دهند (۲۴).

تاکنون اثربخشی رویکرد فراتشخیصی بر کاهش مشکلات اضطرابی (۲۵)، افسردگی (۲۷، ۲۶)، مشکلات هیجانی (۲۹، ۲۸) و بهبود کیفیت زندگی (۳۰) به اثبات رسیده است. با در نظر گرفتن این حقیقت که مشکلات روان‌شناختی والدین تأثیر بسزایی بر روند رشد کودک می‌گذارد، به نظر می‌رسد که استفاده از برنامه‌های مداخله‌ای برای مقابله با مشکلات روان‌شناختی والدین دارای فرزند مبتلا به ASD به ویژه مادران (به دلیل ارتباط بیشتر با کودک)، علاوه بر کاهش مشکلات روان‌شناختی این افراد، از پیامدهای منفی ASD نیز جلوگیری می‌کند و همچنین، باعث می‌گردد انرژی خانواده در جهت برخورد با مشکلات کودک و بالندگی خانواده هدایت شود. با توجه به مطالب بیان شده، لزوم توجه به نیازهای روان‌شناختی این مادران بیش از پیش اهمیت دارد. بنابراین، پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی درمان فراتشخیصی بر فقدان لذت‌جویی و ترس از مسخره شدن مادران دارای کودک مبتلا به ASD انجام شد.

مواد و روش‌ها

این پژوهش از نوع کارآزمایی بالینی همراه با مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون و گروه شاهد بود. جامعه آماری مطالعه را کلیه مادران دارای فرزند مبتلا به ASD در شهر اصفهان تشکیل داد. نمونه‌گیری در دو مرحله انجام گرفت. در مرحله اول، اطلاعیه کارگاه آموزشی و درمانی در بین مراکز ویژه افراد مبتلا به ASD و کلینیک‌ها نصب شد و از مادران برای شرکت در طرح دعوت به عمل آمد. در مرحله دوم، پرسش‌نامه‌های پژوهش در بین مادرانی که در کارگاه ثبت‌نام کرده بودند (۹۹ نفر)، توزیع گردید. سپس از بین مادرانی که دارای نمرات فقدان لذت‌جویی و ترس از مسخره شدن بالایی بودند (انحراف معیار بالاتر از میانگین گروه)، ۴۰ نفر انتخاب شدند و به صورت تصادفی در گروه‌های آزمایش و شاهد قرار گرفتند. معیارهای ورود به پژوهش شامل داشتن فرزند مبتلا به ASD، عدم ابتلا به بیماری‌های روانی شدید، تمایل به شرکت در پژوهش و تکمیل پرسش‌نامه‌های پژوهش به طور کامل بود. شرایط خروج از مطالعه نیز عبارت از عدم تمایل به شرکت در مطالعه، عدم تکمیل پرسش‌نامه‌های پژوهش به طور کامل و داشتن سه بار غیبت یا بیشتر در جلسات مداخله بود. ابزارهای مورد استفاده جهت اندازه‌گیری متغیرهای پژوهش در ادامه به تفصیل آمده است.

مقیاس فقدان لذت‌جویی: این مقیاس توسط Snaith و همکاران طراحی شده است و دارای ۱۴ ماده و ۴ خرده مقیاس شامل «لذت از تعاملات اجتماعی، لذت از تجربیات حسی، لذت از تفریح- سرگرمی و لذت از آشامیدن و خوراک» می‌باشد (۳۱). نمره‌گذاری این مقیاس در طیف لیکرت پنج درجه‌ای (کاملاً موافقم = ۵ تا کاملاً مخالفم = ۱) صورت می‌گیرد که نمره بالا نشان دهنده ظرفیت بالای لذت‌جویی و نمره کم بیانگر ظرفیت پایین در لذت‌جویی است. Santangelo و همکاران همسانی درونی این مقیاس را با استفاده از ضریب Cronbach's alpha، ۰/۷۲ گزارش کردند (۳۲).

www.mui.ac.ir
[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-26]
[DOR: 20.1001.1.17352029.1396.15.1.3.2]

جدول ۱. خلاصه جلسات درمان فراتشخیصی

جلسات	محتوا
اول	افزایش انگیزه، مصاحبه انگیزشی برای مشارکت و درگیری بیماران در طول درمان، ارایه منطق درمان و تعیین اهداف درمان
دوم	ارایه آموزش روانی، بازشناسی هیجان‌ها و ردیابی تجارب هیجانی و آموزش مدل‌های سه مؤلفه‌ای تجارب هیجانی و ARC
سوم و چهارم	آموزش آگاهی هیجانی، یادگیری مشاهده تجارب هیجانی، (هیجان‌ها و واکنش‌های هیجان‌ها) به خصوص با استفاده از تکنیک‌های 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، 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 (EDBs)، آشنایی و شناسایی EDBs و درک تأثیر آن‌ها روی تجارب هیجانی، شناسایی EDBs ناسازگارانه و ایجاد گرایش‌های عمل جایگزین به واسطه روبه‌رو شدن با رفتارها
هشتم	آگاهی و تحمل احساس‌های جسمانی، افزایش آگاهی از نقش احساس‌های جسمانی در تجارب هیجانی، انجام تمرین‌های مواجهه و رویارویی احشایی به منظور آگاهی از احساس‌های جسمانی و افزایش تحمل این علایم
نهم تا یازدهم	رویارویی با هیجان مبتنی بر موقعیت، آگاهی یافتن از منطق رویارویی‌های هیجانی، آموزش نحوه تهیه سلسله مراتب ترس و اجتناب و طراحی تمرینات مواجهه هیجانی مکرر و اثربخش به صورت تجسمی و عینی و ممانعت از اجتناب
دوازدهم	مرور کلی مفاهیم درمان و بحث در مورد بهبودی و پیشرفت‌های درمانی

ACR: Attachment, Regulation and Competency; EBDs: Emotional and behavioral disorders

در نسخه ایرانی مقیاس فقدان لذت‌جویی توسط سیادتیان و قمرانی مورد بررسی قرار گرفت و روایی محتوای پرسش‌نامه با استفاده از نظر متخصصان و پایایی آن با محاسبه ضریب Cronbach's alpha برای کل مقیاس ۰/۸۶ و برای خرده مقیاس‌های آشامیدن و خوراک، تعاملات اجتماعی، تجربیات حسی و سرگرمی و تفریح به ترتیب با مقادیر ۰/۵۴، ۰/۷۰، ۰/۷۹ و ۰/۵۰ تأیید شد (۳۳). همچنین، ضریب پایایی تنصیفی مقیاس فقدان لذت‌جویی، ۰/۸۶ محاسبه گردید.

مقیاس ترس از مسخره شدن (GELOPH): این مقیاس ۱۵ سؤالی در سال ۲۰۰۹ توسط Ruch و Proyer طراحی شده است و برای اندازه‌گیری عینی ترس از مسخره شدن مورد استفاده قرار می‌گیرد. نمره‌گذاری آن به شیوه لیکرت و از ۱ تا ۴ نمره‌گذاری صورت می‌گیرد و نمره بیشتر بیانگر ترس از مسخره شدن بیشتر است. نتایج مطالعات قبلی نشان داده‌اند که این مقیاس ابزاری معتبر و قابل اطمینان و دارای ساختار تک بعدی می‌باشد و همسانی درونی آن به شیوه Cronbach's alpha، ۰/۸۶ گزارش شده است (۲۱). مقیاس مذکور برای نخستین بار در ایران توسط محسنی اژیه و همکاران ترجمه و روایی و پایایی آن مورد ارزیابی قرار گرفت. روایی محتوایی توسط پنج نفر از اعضای هیأت علمی دانشگاه اصفهان بررسی شد و بر اساس نظر آن‌ها، دو مورد از گویه‌ها به دلیل بار فرهنگی حذف و پنج مورد از گویه‌های نامفهوم مشخص و در آن تجدید نظر گردید. همسانی درونی مقیاس با استفاده از ضریب Cronbach's alpha در دامنه ۰/۷۰ تا ۰/۸۳ تعیین شد و برای کل مقیاس نیز ۰/۸۸ به دست آمد (۳۴).

در پژوهش حاضر از پروتکل درمان فراتشخیصی یکپارچه Barlow و همکاران استفاده شد (۲۲). این پروتکل درمانی شامل هشت بخش می‌باشد که در پژوهش حاضر طی ۱۲ جلسه گروهی ۶۰ دقیقه‌ای، در مرکز آموزش و توان‌بخشی اوتیسم اصفهان اجرا گردید. پروتکل مورد استفاده از هشت بخش یا مدول (پنج بخش اصلی و سه بخش فرعی) تشکیل شده 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، تکنیک‌های 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 اختلالات هیجانی دارد. محتوای جلسات به صورت خلاصه در جدول ۱ ارایه شده است.

داده‌ها در سطح توصیفی به صورت جداول و درصد فراوانی، محاسبه میانگین و انحراف معیار و در سطح استنباطی بعد از بررسی پیش‌فرض‌های آزمون‌های پارامتریک، با استفاده از آزمون تحلیل کوواریانس چند متغیره (MANCOVA) در نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۱ (version 21, IBM Corporation, Armonk, NY) مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها

سن و تحصیلات نمونه‌های پژوهش به تفکیک گروه‌ها در جدول ۲ ارایه شده است.

جدول ۲. سن و تحصیلات شرکت کنندگان مطالعه (مادران)

متغیر	گروه‌ها	سطوح	تعداد (درصد)
سن (سال)	آزمایش	کمتر از ۳۰	۲ (۱۰)
		۳۱-۴۰	۱۴ (۷۰)
		۴۱-۵۰	۴ (۲۰)
		۵۱-۶۰	۰ (۰)
	شاهد	کمتر از ۳۰	۳ (۱۵)
		۳۱-۴۰	۱۱ (۵۵)
		۴۱-۵۰	۶ (۳۰)
		۵۱-۶۰	۰ (۰)
تحصیلات	آزمایش	زیر دیپلم	۷ (۳۵)
		دیپلم و کاردانی	۸ (۴۰)
		کارشناسی	۲ (۱۰)
		کارشناسی ارشد و بالاتر	۳ (۱۵)
	شاهد	زیر دیپلم	۵ (۲۵)
		دیپلم و کاردانی	۹ (۴۵)
		کارشناسی	۳ (۱۵)
		کارشناسی ارشد و بالاتر	۳ (۱۵)

www.mui.ac.ir
[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-26]
[DOR: 20.1001.1.17352029.1396.15.1.3.2]

جدول ۳. میانگین و انحراف معیار متغیرهای وابسته در پیش‌آزمون و پس‌آزمون

متغیرها		مرحله آزمون	گروه آزمایش	گروه شاهد
			میانگین ± انحراف معیار	میانگین ± انحراف معیار
فقدان لذت‌جویی	تعاملات اجتماعی	پیش‌آزمون	۱۱/۳۰ ± ۲/۷۱	۱۳/۱۵ ± ۲/۶۳
		پس‌آزمون	۱۵/۵۵ ± ۳/۷۰	۱۴/۹۰ ± ۲/۳۱
	تجربیات حسی	پیش‌آزمون	۱۱/۳۰ ± ۳/۶۸	۱۵/۶۰ ± ۲/۹۲
		پس‌آزمون	۱۵/۸۰ ± ۳/۱۰	۱۶/۲۰ ± ۲/۵۹
	خوراک و آشامیدن	پیش‌آزمون	۴/۲۰ ± ۱/۹۶	۷/۳۵ ± ۲/۳۹
		پس‌آزمون	۶/۹۰ ± ۱/۶۵	۷/۵۰ ± ۱/۵۲
	تفریح و سرگرمی	پیش‌آزمون	۲/۹۵ ± ۱/۴۶	۴/۵۰ ± ۲/۰۹
		پس‌آزمون	۵/۲۵ ± ۲/۳۸	۵/۰۰ ± ۱/۷۷
ترس از مسخره شدن		پیش‌آزمون	۲۰/۵۵ ± ۴/۷۹	۲۲/۷۵ ± ۴/۷۲
		پس‌آزمون	۱۴/۵۰ ± ۲/۹۲	۲۲/۰۰ ± ۴/۳۲

یافته‌های توصیفی متغیرهای پژوهش در جدول ۳ ارایه شده است.

به منظور کنترل اثر پیش‌آزمون (به عنوان متغیر همگام و کنترل) بر نمرات پس‌آزمون، ابتدا فرضیه‌های آزمون کوواریانس بررسی شد. نتایج حاصل از آزمون Kolmogorov-Smirnov بیانگر آن بود که سطح معنی‌داری متغیر فقدان لذت‌جویی و ترس از مسخره شدن در گروه‌های آزمایش و شاهد، از ۰/۰۵ بیشتر بود و این امر بیانگر نرمال بودن توزیع داده‌ها در این دو متغیر می‌باشد. بررسی آزمون Levene نشان داد که در هیچ یک از متغیرها از این مفروضه تخطی صورت نگرفته و فرض همگنی واریانس‌ها در متغیرهای تعاملات اجتماعی ($F = ۰/۲۲۸$ ،$P > ۰/۰۵$)، تجربیات حسی ($F = ۰/۷۶۵$ ،$P > ۰/۰۵$)، خوردن و آشامیدن ($F = ۰/۶۶۰$ ،$P > ۰/۰۵$)، تفریح و سرگرمی ($P > ۰/۰۵$، $F = ۰/۱۳۱$) و ترس از مسخره شدن ($F = ۱/۳۳۳$ ،$P > ۰/۰۵$) رعایت شده است. با بررسی آزمون Mbox نیز مشخص گردید که مفروضه همگنی ماتریس واریانس- کوواریانس رعایت شده است ($F = ۱/۲۸۸$ ،$P > ۰/۰۵$). همچنین، نتایج آزمون کرویت Bartlett حاکی از آن بود که همبستگی بین متغیرهای وابسته برای ادامه تحلیل کافی می‌باشد و ماتریس کوواریانس باقی‌مانده متغیرهای وابسته یکسان است ($\chi^2 = ۱۳۳/۲۲$ ،$P > ۰/۰۵$). بدین ترتیب، استفاده از آزمون‌های پارامتریک برای تحلیل داده‌های پژوهش، بلامانع است. نتایج حاصل از تحلیل کوواریانس چند متغیره بر روی میانگین نمره‌های پس‌آزمون متغیرهای فقدان لذت‌جویی و ترس از مسخره شدن گروه‌های آزمایش و شاهد با کنترل پیش‌آزمون در جدول ۴ آمده است.

جدول ٤. نتایج آزمون تحلیل کوواریانس چند متغیره تأثیر عضویت گروهی بر متغیرهای وابسته

متغیر	Wilks's lambda	F	مقدار P	میزان تأثیر	توان آماری
گروه	۰/۴۸۴	۶/۱۸۲	۰/۰۰۱	۰/۵۹	۰/۹۹

نتایج آزمون Wilks's lambda نشان داد که بین گروه آزمایش و شاهد از لحاظ متغیرهای وابسته در سطح $P < ۰/۰۰۱$ تفاوت معنی‌داری وجود داشت. بنابراین، حداقل در یکی از متغیرهای وابسته بین دو گروه تفاوت معنی‌داری مشاهده شد.

بر اساس داده‌های جدول ۵، پس از حذف تأثیر نمرات پیش‌آزمون و با توجه به ضریب F، درمان فراتشخیصی بر متغیرهای تعاملات اجتماعی، تجربیات حسی، خوردن و آشامیدن، تفریح و سرگرمی و ترس از مسخره شدن مادران دارای کودک مبتلا به ASD تأثیرگذار بود. میزان تأثیر درمان فراتشخیصی بر تعاملات اجتماعی، تجربیات حسی، خوردن و آشامیدن، تفریح و سرگرمی و ترس از مسخره شدن به ترتیب ۰/۱۴، ۰/۳۸، ۰/۴۵، ۰/۲۰ و ۰/۵۶ به دست آمد. همچنین، نتایج توان آماری حکایت از کفایت حجم نمونه داشت.

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی روش درمانی فراتشخیصی بر فقدان لذت‌جویی و ترس از مسخره شدن مادران دارای کودک مبتلا به ASD انجام گرفت.

جدول ۵. نتایج آزمون کوواریانس تأثیر درمان فراتشخیصی بر فقدان لذت‌جویی و ترس از مسخره شدن مادران دارای کودک مبتلا به ASD (Autism Spectrum Disorder)

متغیرها	میانگین مجذورات	درجه آزادی	F	مقدار P	میزان تأثیر	توان آماری
تعاملات اجتماعی	۴۱/۱۳	۱	۵/۵۸	۰/۰۲۴	۰/۱۴	۰/۹۹
تجربیات حسی	۱۲۵/۴۳	۱	۲۰/۷۷	۰/۰۰۱	۰/۳۸	۰/۹۹
خوراک و آشامیدن	۵۹/۴۹	۱	۲۷/۴۹	۰/۰۰۱	۰/۴۵	۰/۹۹
تفریح و سرگرمی	۲۴/۲۰	۱	۸/۳۳	۰/۰۰۷	۰/۲۰	۰/۸۰
ترس از مسخره شدن	۳۲۹/۲۳	۱	۴۲/۲۶	۰/۰۰۱	۰/۵۶	۰/۱۰

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-26]
[DOR: 20.1001.1.17352029.1396.15.1.3.2]

نتایج تحلیل کوواریانس چند متغیره نشان داد که میانگین مؤلفه‌های فقدان لذت‌جویی و ترس از مسخره شدن گروه آزمایش در مرحله پس‌آزمون به طور معنی‌داری کمتر از میانگین این مؤلفه‌ها در گروه شاهد بود. بنابراین، می‌توان نتیجه گرفت که درمان فراتشخیصی بر فقدان لذت‌جویی و ترس از مسخره شدن مادران دارای کودک مبتلا به ASD تأثیر گذاشته است و با یافته‌های پژوهش‌های پیشین (۳۰-۲۵) همخوانی داشت. نتایج تحقیقات مذکور حاکی از آن بود که درمان فراتشخیصی موجب کاهش مشکلات اضطرابی، افسردگی و مشکلات هیجانی در افراد می‌شود (۳۰-۲۵). از آن‌جا که فقدان لذت‌جویی از مؤلفه‌های افسردگی (۳۵) و ترس از مسخره شدن از مؤلفه‌های مشکلات اضطرابی (۳۶) به شمار می‌رود، چنین می‌توان نتیجه‌گیری کرد که نتایج پژوهش حاضر مبنی بر تأثیر درمان فراتشخیصی بر فقدان لذت‌جویی و ترس از مسخره شدن، به طور غیر مستقیم با پژوهش‌های ذکر شده همسو است.

در تبیین نتایج مطالعه حاضر می‌توان به نقش مهم تنظیم هیجان در درمان فراتشخیصی اشاره کرد. افرادی که در زمینه تنظیم هیجان مشکل دارند، از راهبردهای ناسازگارانه تنظیم هیجانی مانند فرونشانی و اجتناب، پنهان کردن و نادیده گرفتن استفاده می‌کنند که پیامدهای منفی را به همراه دارد (۳۷). این روش به افراد کمک می‌کند تا نحوه واکنش و پاسخ خود به هیجان‌ها را شناسایی کنند، به مشاهده عینی تجربه‌های هیجانی خود بپردازند و آگاهی غیر قضاوتی و متمرکز بر حال را در تجربه هیجانی خود تمرین نمایند. این مهارت‌ها با تمرین ذهن آگاهی و القای هیجانی همراه است (۲۲).

در تبیین اثربخشی درمان فراتشخیصی بر مؤلفه‌های فقدان لذت‌جویی، می‌توان به نقش یکی از مهم‌ترین قسمت‌های درمان فراتشخیصی؛ یعنی آموزش مدل سه مؤلفه‌ای تجارب هیجانی اشاره کرد. فرض اساسی مدل سه مؤلفه‌ای تجارب هیجانی این است که افکار و تفسیر فرد از یک رویداد، رفتار و نوع احساس وی (مانند فقدان لذت‌جویی و ترس از مسخره شدن) را تعیین می کند. به عبارت دیگر، برای کاهش پریشانی و هیجانات منفی، نیازی به تغییر رویداد نیست، بلکه با تغییر افکار ناکارامد می توان واکنش های بعدی را تغییر داد (۲۳). این موضوع به بیماران کمک می‌کند تا آگاهی بهتری از تجربه‌های هیجانی خود (شامل برانگیزان ها و پیامدهای رفتاری) کسب نمایند و نگاه عینی‌تری نسبت به هیجان‌های خود داشته باشند تا این که گرفتار پاسخ‌های هیجانی خود شوند (۳۷). به دست آوردن این آگاهی مهارت اصلی به حساب می‌آید که اثربخشی درمان فراتشخیصی بر این فقدان لذت‌جویی و ترس از مسخره شدن را تبیین می‌کند.

اثربخشی درمان فراتشخیصی بر ترس از مسخره شدن را می‌توان به نقش چالش با ارزیابی‌های منفی و تهدیدهای بیرونی و درونی مانند احساس‌ها و هیجان‌های جسمی و افزایش انعطاف‌پذیری شناختی نسبت داد. بر خلاف سایر شناخت درمانگران، تأکید درمان فراتشخیصی بر حذف یا سرکوبی افکار منفی و جایگزینی آن‌ها با ارزیابی‌های واقع‌بینانه و سازگارانه نیست، بلکه تأکید بر افزایش انعطاف‌پذیری شناختی به عنوان راهبرد تنظیم هیجانی سازگارانه است (۲۴). استفاده از این تکنیک‌ها و بهره‌گیری از بخش‌های دیگر درمان فراتشخیصی (مانند افزایش انگیزه برای شرکت در درمان، آموزش روان‌شناختی و جستجوی تجربه هیجانی، آموزش آگاهی هیجانی، اجتناب هیجانی و رفتارهای ناشی از هیجان، آگاهی به احساس‌های بدنی و تحمل آن‌ها و مواجهه‌های هیجانی درون‌زاد و مبتنی بر موقعیت)، منطق اثربخشی درمان را تبیین می‌کند.

نتایج پژوهش حاضر درمان فراتشخیصی را به عنوان روش کارامد و اثربخشی در درمان مشکلات هیجانی (مانند فقدان لذت‌جویی و ترس از مسخره شدن) در مادران دارای فرزند مبتلا به ASD معرفی نمود. از محدودیت‌های مطالعه می‌توان به جامعه آماری پژوهش که تنها مادران دارای کودک مبتلا به ASD در شهر اصفهان بودند و همچنین، فقدان دوره پیگیری و عدم مقایسه با درمان‌های Gold standard مانند CBT اشاره نمود. بنابراین، این نکته باید در تعمیم نتایج تحقیق مد نظر قرار گیرد. پیشنهاد می‌شود پژوهشگران در مطالعات آینده به مقایسه درمان فراتشخیصی با سایر درمان‌های شناختی-رفتاری در درمان مشکلات روان‌شناختی مادران دارای فرزند مبتلا به ASD توجه کنند. اجرای تحقیق در سایر گروه‌های افراد با نیازهای خاص و نیز بررسی اثر تداوم درمان با اجرای آزمون پیگیری توصیه می‌گردد. در پایان، با توجه به تأثیر درمان فراتشخیصی در کاهش مشکلات روان‌شناختی (مانند فقدان لذت‌جویی و ترس از مسخره شدن)، پیشنهاد می‌شود که متخصصان حوزه روان‌شناسی و روان‌پزشکی از این رویکرد برای درمان مشکلات روان‌شناختی این والدین بهره ببرند.

سپاسگزاری

بدین وسیله از کلیه خانواده‌هایی که در انجام این پژوهش همکاری نمودند، تشکر و قدردانی به عمل می‌آید.

References

1. American Psychiatric Association (APA). Diagnostic and statistical manual of mental disorders .5th ed. Washington, DC: APA; 2013.
2. Developmental Disabilities Monitoring Network Surveillance Year 2010 Principal Investigators; Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Prevalence of autism spectrum disorder among children aged 8 years - autism and developmental disabilities monitoring network, 11 sites, United States, 2010. MMWR Surveill Summ 2014; 63(2): 1-21.
3. Ogston PL, Mackintosh VH, Myers BJ. Hope and worry in mothers of children with an autism spectrum disorder or Down syndrome. Res Autism Spectr Disord 2011; 5(4): 1378-84.
4. Davis NO, Carter AS. Parenting stress in mothers and fathers of toddlers with autism spectrum disorders: associations with child characteristics. J Autism Dev Disord 2008; 38(7): 1278-91.
5. Hobart HM. Autism and family in the people's Republic of China: Learning from parents' perspectives. Res Pract Persons Severe Disabl 2008; 33(1-2): 37-47.
6. Estes A, Munson J, Dawson G, Koehler E, Zhou XH, Abbott R. Parenting stress and psychological functioning among

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-26]
[DOR: 20.1001.1.17352029.1396.15.1.3.2]

mothers of preschool children with autism and developmental delay. Autism 2009; 13(4): 375-87.
7. Hodge D, Hoffman CD, Sweeney DP. Increased psychopathology in parents of children with autism: Genetic liability or burden of caregiving? J Dev Phys Disabil 2011; 23(3): 227-39.
8. Tavakolizadeh J, Dashti S, Panahi M. The effect of rational-emotional training on mothers mental health condition of children with mental retardation. Procedia Soc Behav Sci 2012; 69: 649-58.
9. Siadatian SH, Ghamarani A, Jalali M, Kholqi Z. A comparative study of anhedonia among parents of children with and without mental retardation. Preventive Care in Nursing and Midwifery Journal 2013; 3(1): 22-9. [In Persian].
10. Clepce M, Gossler A, Reich K, Kornhuber J, Thuerauf N. The relation between depression, anhedonia and olfactory hedonic estimates--a pilot study in major depression. Neurosci Lett 2010; 471(3): 139-43.
11. Brown LH, Silvia PJ, Myin-Germeys I, Lewandowski KE, Kwapil TR. The relationship of social anxiety and social anhedonia to psychometrically identified schizotypy. J Soc Clin Psychol 2008; 27(2): 127-49.
12. Ingersoll B, Hambrick DZ. The relationship between the broader autism phenotype, child severity, and stress and depression in parents of children with autism spectrum disorders. Res Autism Spectr Disord 2011; 5(1): 337-44.
13. Carter S. Bullying of students with asperger syndrome. Issues Compr Pediatr Nurs 2009; 32(3): 145-54.
14. Wu CL, An CP, Tseng LP, Chen HC, Chan YC, Cho SL, et al. Fear of being laughed at with relation to parent attachment in individuals with autism. Issues Compr Pediatr Nurs 2015; 10: 116-23.
15. Ruch W, Hofmann J, Platt T. Individual differences in gelotophobia and responses to laughter-eliciting emotions. Pers Individ Dif 2015; 72: 117-21.
16. Kashdan TB, Yarbro J, McKnight PE, Nezlek JB. Laughter with someone else leads to future social rewards: Temporal change using experience sampling methodology. Pers. Individ. Dif 2014; 58: 15-9.
17. Chłopicki W, Radomska A, Proyer R, Ruch W. The assessment of the fear of being laughed at in Poland: Translation and first evaluation of the Polish GELOPH<15>. Polish Psychological Bulletin 2010; 41(4): 172-81.
18. Nosenko E, Opykhailo O. The predictive potential of the humor forms and styles for the implicit personality assessment. European Scientific Journal 2014; 10(11): 38-53.
19. Proyer RT, Platt T, Ruch W. Self-conscious emotions and ridicule: Shameful gelotophobes and guilt free katagelasticists. Pers Individ Dif 2010; 49(1): 54-8.
20. Rawlings D, Tham TA, Milner Davis J. Gelotophobia, personality and emotion ratings following emotion-inducing scenarios. Psychol Test Assess Model 2010; 52(2): 161-70.
21. Ruch W, Proyer R. The fear of being laughed at: Individual and group differences in Gelotophobia. Humor 2008, 21(1):47-67.
22. Barlow DH, Farchione TJ, Fairholme CP, Ellard KK, Boisseau CL, Allen LB, et al. Unified protocol for transdiagnostic treatment of emotional disorders: Therapist guide. New York, NY: Oxford University Press; 2010.
23. Moses EB, Barlow DH. A New unified treatment approach for emotional disorders based on emotion science. Curr Dir Psychol Sci 2006; 15(3): 146-50.
24. 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.
25. Abdi R, Bakhshipour A, Mahmood Alilou M, Farnam A. Efficacy evaluation of unified transdiagnostic treatment in patients with generalized anxiety disorder. J Res Behave Sci 2014; 11(5): 375-90. [In Persian].
26. Norton PJ, Hayes SA, Hope DA. Effects of a transdiagnostic group treatment for anxiety on secondary depression. Depress Anxiety 2004; 20(4): 198-202.
27. 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.
28. Lotfi M, Bakhtiyari M, Asgharnezhad Farid AA, Amini M. The effectiveness of transdiagnostic therapy on emotion regulation strategies of patients with emotional disorders: A randomized clinical trial. Practice in Clinical Psychology 2013; 1 (4): 227-32.
29. Mohammadi A, Birashk B, Gharraee B. Comparison of the effect of group transdiagnostic treatment and group cognitive therapy on emotion regulation. Iran J Psychiatry Clin Psychol 2014; 19(3): 187-94. [In Persian].
30. 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): 1-16.
31. Snaith RP, Hamilton M, Morley S, Humayan A, Hargreaves D, Trigwell P. A scale for the assessment of hedonic tone the Snaith-Hamilton Pleasure Scale. Br J Psychiatry 1995; 167(1): 99-103.
32. Santangelo G, Morgante L, Savica R, Marconi R, Grasso L, Antonini A, et al. Anhedonia and cognitive impairment in Parkinson's disease: Italian validation of the Snaith-Hamilton Pleasure Scale and its application in the clinical routine practice during the PRIAMO study. Parkinsonism Relat Disord 2009; 15(8): 576-81.
33. Siadatian S, Ghamarani A. The investigation of validity and reliability of Snaith-Hamilton Anhedonia Scale (Shaps) in the students of Isfahan University .J Rafsanjan Univ Med Sci 2013; 12 (10): 807-18. [In Persian].

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-26]

[DOR: 20.1001.1.17352029.1396.15.1.3.2]

34. Mohseni-Ezhiyeh A, Ghamarani A, Foroutan-kia S. Evaluating the validity and reliability of the fear of being laughed at (Gelotophobia) Scale among students of University of Isfahan in 2015. J Rafsanjan Univ Med Sci 2017; 15 (12): 1147-60. [In Persian].
35. Edwards KR, Martin RA, Dozois DA. The fear of being laughed at, social anxiety, and memories of being teased during childhood. Psychol Test Assess Model 2010; 52(1): 94-107.
36. Campbell-Sills L, Barlow DH. Incorporating emotion regulation into conceptualizations and treatments of anxiety and mood disorders. In: Gross JJ, editor. Handbook of emotion regulation. New York, NY: Guilford Press; 2007. p. 542-59.
37. Allen LB, Tsao JCI, Seidman LC, Ehrenreich-May J, Zeltzer LK. A unified, transdiagnostic treatment for adolescents with chronic pain and comorbid anxiety and depression. Cogn Behav Pract 2012; 19(1): 56-67.

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-26]

[DOR: 20.1001.1.17352029.1396.15.1.3.2]

The Effectiveness of Transdiagnostic Treatment on Anhedonia and Gelotophobia in Mothers of Children with Autism Spectrum Disorder

Amir Ghamarani[1], Alireza Mohseni-Ezhiyeh[2]

Original Article

Abstract

Aim and Background: Raising a child with autism spectrum disorder (ASD) results in many psychological problems for family members, especially mothers. The present study was conducted with the aim of investigating the effectiveness of transdiagnostic treatment method on anhedonia and gelotophobia (the fear of being laughed at) in mothers of children with ASD.

Methods and Materials: The statistical population included all mothers of children with ASD in the city of Isfahan, Iran. Sampling was conducted through convenience sampling from among mothers who had obtained the highest scores in anhedonia and gelotophobia (a SD of higher than the mean scores of the group). As a result, 40 individuals were selected, and then, divided randomly into control and experimental groups. The Snaith-Hamilton Pleasure Scale (SHPS) and the Fear of Being Laughed at Scale were used to collect data. The data were analyzed using MANCOVA in SPSS software.

Findings: The results indicated that transdiagnostic treatment is effective on the components of anhedonia including social interaction, sensory experience, eating and drinking, interest/pastimes, and gelotophobia ($P \leq 0.05$).

Conclusions: The findings of the present study indicated that transdiagnostic treatment can be an effective educational program for reducing anhedonia and gelotophobia in mothers of individuals with ASD.

Keywords: Anhedonia, Fear, Autism spectrum disorder, Mothers

Citation: Ghamarani A, Mohseni-Ezhiyeh A. **The Effectiveness of Transdiagnostic Treatment on Anhedonia and Gelotophobia in Mothers of Children with Autism Spectrum Disorder.** J Res Behav Sci 2017; 15(1): 13-20.

Received: 30.10.2016 Accepted: 16.01.2017

1- Assistant Professor, Department of Psychology and Education of Children with Special Needs, School of Educational Sciences and Psychology, University of Isfahan, Isfahan, Iran
2- Department of Psychology and Education of Children with Special Needs, School of Educational Sciences and Psychology, University of Isfahan, Isfahan, Iran
Corresponding Author: Amir Ghamarani, Email: aghamarani@yahoo.com

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-26]

[DOR: 20.1001.1.17352029.1396.15.1.3.2]