رویش روان شناسی، سال۱۴، شماره ۱۱، شماره پیاپی ۱۱۶، بهمن ۱۴۰۴
Rooyesh-e-Ravanshenasi Journal(RRJ),14(11), 2026

مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و روان‌درمانی پویشی کوتاه‌مدت فشرده بر نشخوار فکری مادران دارای فرزند مبتلا به طیف اُتیسم

Comparing the Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy and Intensive Short-Term Dynamic Psychotherapy on Rumination in Mothers of Children with Autism Spectrum Disorder

یعقوب سهراب زائی
دانشجوی دکتری روانشناسی بالینی، واحد بیرجند، دانشگاه آزاد اسلامی، بیرجند، ایران.
دکتر سید عبدالمجید بحرینیان (نویسنده مسئول)
استاد تمام گروه روان‌شناسی، واحد بیرجند، دانشگاه آزاد اسلامی، بیرجند، ایران.
دکتر قاسم آهی
استادیار گروه روان‌شناسی، واحد بیرجند، دانشگاه آزاد اسلامی، بیرجند، ایران.
دکتر احمد منصوری
استادیار گروه روان‌شناسی، واحد نیشابور، دانشگاه آزاد اسلامی، نیشابور، ایران.

Yaghoub Sohrab zaee
Ph.D Student in Clinical Psychology, Department of psychology, Birjand Branch, Islamic Azad University, Birjand, Iran.
Dr. Seyed Abdolmajid Bahreinian *
Professor, Department of psychology, Birjand Branch, Islamic Azad University, Birjand, Iran.
abdolmajeed2025@iau.ac.ir
Dr. Qasem Ahi
Assistant Professor, Department of psychology, Birjand Branch, Islamic Azad University, Birjand, Iran.
Dr. Ahmad Mansouri
Assistant Professor, Department of psychology, Neyshabur Branch, Islamic Azad University, Neyshabur, Iran.

چکیده

پژوهش حاضر باهدف مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و روان‌درمانی پویشی کوتاه‌مدت فشرده بر نشخوار فکری مادران دارای فرزند مبتلا به طیف اُتیسم انجام شد. روش پژوهش نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون - پس‌آزمون و گروه کنترل با دوره پیگیری ۳ ماهه بود. جامعه آماری شامل مادران دارای فرزند مبتلا به طیف اُتیسم شهرستان نیک‌شهر در سال ۱۴۰۳ بود. تعداد ۴۵ نفر به‌صورت نمونه‌گیری در دسترس انتخاب و به صورت تصادفی در سه گروه ۱۵ نفره (دو گروه آزمایش و یک کنترل) جایگذاری شدند. ابزار پژوهش پرسشنامه نشخوار فکری (RRS؛ نولن - هوکسما، ۱۹۹۱) بود. مداخلات شامل ۸ جلسه ۶۰ دقیقه‌ای بود که به صورت فردی اجرا شد. داده‌های پژوهش با تحلیل واریانس اندازه‌گیری مکرر تحلیل شد. نتایج نشان داد هر دو مداخله در مقایسه با گروه کنترل کاهش معناداری در نشخوار فکری در پس‌آزمون ایجاد کردند (P<۰/۰۰۱) و این اثر در پیگیری پایدار ماند؛ اما روان‌درمانی پویشی کوتاه‌مدت فشرده کاهش بیشتری نسبت به درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد نشان داد (P<۰/۰۰۳). از یافته‌های فوق می‌توان نتیجه گرفت که روان‌درمانی پویشی نسبت به درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در کاهش نشخوارفکری مادران دارای فرزند مبتلا به طیف اُتیسم از اثربخشی بیشتری برخوردار است.

واژه‌های کلیدی: *نشخوار فکری، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، روان‌درمانی پویشی، اُتیسم.*

Abstract

This study aimed to compare the effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy (ACT) and Intensive Short-Term Dynamic Psychotherapy (ISTDP) on reducing rumination in mothers of children with Autism Spectrum Disorder. Employing a quasi-experimental design with pre-test, post-test, a control group, and a 3-month follow-up, the research sampled 45 mothers of children with ASD in Nikshahr County in 2024, selected via convenience sampling. Participants were randomly assigned to three groups of 15: two experimental groups (ACT and ISTDP) and one control group. The Rumination Response Scale (RRS; Nolen-Hoeksema, 1991) was the primary outcome measure. Both interventions consisted of eight individual 60-minute sessions. Data were analyzed using repeated measures analysis of variance. Results indicated that both ACT and ISTDP interventions led to a significant reduction in rumination scores at post-test compared to the control group ($p < 0.001$), with these effects maintained at the 3-month follow-up. However, ISTDP demonstrated a significantly greater reduction in rumination compared to ACT ($p = 0.003$). It can be concluded that ISTDP was more effective than ACT in reducing rumination among mothers of children with ASD. These findings suggest ISTDP holds a comparative advantage for alleviating rumination in this population.

Keywords: *Rumination, Acceptance and Commitment Therapy, Intensive Short-Term Dynamic Psychotherapy, Autism.*

نوع مقاله : پژوهشی | **دریافت :** خرداد ۱۴۰۴ | **پذیرش:** مرداد ۱۴۰۴ | **ویرایش نهایی:** بهمن ۱۴۰۴

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-24]

مقدمه

اختلال طیف اُتیسم[1] یک اختلال عصبی - رشدی پیچیده است که با نقص در ارتباطات اجتماعی، تعاملات عاطفی و الگوهای رفتاری تکراری شناخته می‌شود. این اختلال پیش از سه‌سالگی ظاهر شده و ترکیبی از عوامل ژنتیکی و محیطی در بروز آن نقش دارد (پو[2] و همکاران، ۲۰۲۵). بر اساس داده‌های مرکز کنترل بیماری‌های آمریکا، شیوع اُتیسم به طور چشمگیری افزایش‌یافته است: از ۱ مورد در هر ۵۹ تولد در سال ۲۰۱۸، به ۱ مورد در هر ۳۶ تولد ۲۰۲۳. پسران چهار برابر بیشتر از دختران در معرض خطر هستند (۱ در ۳۷ تولد پسران در مقابل ۱ در ۱۵۱ تولد دختران) (استراسفلد[3] و همکاران، ۲۰۲۳). در ایران نیز از هر ۱۰۰۰ کودک پنج‌ساله، حدود ۱۰ کودک مبتلا به اختلال طیف اُتیسم هستند (محمدی و همکاران، ۲۰۲۰). اگرچه تنها ۶ تا ۱۵ درصد موارد علت ژنتیکی دقیق (مانند سندرم ایکس شکننده) شناسایی شده، این اختلال یک وضعیت پیچیده با ریشه‌های چندژنی محسوب می‌شود که معمولاً مادام‌العمر است. افزایش نرخ شیوع، فشارهای روانی، اقتصادی و اجتماعی قابل‌توجهی به خانواده‌ها وارد می‌کند (سانچز آمات و لوک د لا روزا[4]، ۲۰۲۴).

والدین دارای فرزند مبتلا به طیف اُتیسم، به‌ویژه مادران، با چالش‌های روانی شدیدی مانند استرس والدگری، افسردگی، اضطراب، احساس گناه، ننگ اجتماعی و حتی افکار خودکشی دست‌وپنجه نرم می‌کنند (مافتی[5] و همکاران، ۲۰۲۴). این فشارها عمدتاً ناشی از مسئولیت سنگین و مداوم مراقبت، محدودیت‌های شدید در فعالیت‌های شخصی، مشکلات ارتباطی کودک و چالش‌های شناختی اوست. در نتیجه، کیفیت زندگی این مادران کاهش‌یافته، عزت‌نفس آنان پایین می‌آید و به سمت انزوا کشیده می‌شوند. مطالعات به طور مشخص نشان می‌دهند که بین رفتارهای چالش‌برانگیز کودک و سطح اضطراب و افسردگی مادران ارتباط مستقیمی وجود دارد (استراسفلد و همکاران، ۲۰۲۳). علاوه بر این، استرس ناشی از مراقبت طولانی‌مدت و هم‌زمان، کمبود حمایت‌های اجتماعی کافی، سلامت روان آنان را به‌طورجدی تهدید می‌کند. از طرفی، فشارهای ناشی از پذیرش اجتماعی پایین، مشکلات مالی و نگرانی‌های مداوم درباره آینده کودک، این هیجانات منفی را بیشتر تشدید کرده و منجر به نشخوار فکری می‌شوند. این نشخوار فکری که خود پیامد تجمع فشارهای روانی است، چرخه معیوب افکار منفی را تقویت می‌کند و در نهایت، بهبود سلامت روان این والدین را به مداخلات تخصصی و هدفمند وابسته می‌سازد (شو[6] و همکاران، ۲۰۲۴).

نشخوار فکری[7] به‌عنوان الگوی تفکر تکرارشونده، غیرارادی و متمرکز بر مشکلات و هیجانات منفی تعریف می‌شود که با تمرکز افراطی با علائم پریشانی همراه است. این فرایند شناختی ناسازگارانه شامل افکار مزاحم و کنترل‌ناپذیری است که چرخه‌ای از احساسات شکست، گناه و ناکامی را در مادران تقویت می‌کند (لو[8] و همکاران، ۲۰۲۵). نشخوار فکری نه‌تنها توانایی حل مسئله را کاهش و تمرکز بر اهداف مثبت را مختل می‌کند، بلکه از طریق تقویت مسئولیت‌پذیری افراطی و خودسرزنشگری، چرخه معیوب اضطراب و افسردگی ایجاد می‌نماید (ماتسوناگا[9] و همکاران، ۲۰۲۴). این پدیده در پاسخ به استرس‌های مزمن (مانند مراقبت از کودک) تشدید شده و با اختلال در عملکردهای شناختی، اجتماعی و هیجانی، کیفیت زندگی را به‌شدت کاهش می‌دهد (شو و همکاران، ۲۰۲۴). از منظر عصب‌شناختی، نشخوار فکری با فعال‌کردن مدارهای عصبی مرتبط با افکار منفی، اختلالات خلقی را تداوم بخشیده و آسیب‌پذیری روانی را افزایش می‌دهد. این پدیده به‌ویژه در مادران دارای فرزند مبتلا به طیف اُتیسم شایع‌تر است که ریشه در استرس‌های مزمن مراقبتی و فشارهای هیجانی مداوم و طولانی‌مدت دارد (ریکربی[10] و همکاران، ۲۰۲۴). باتوجه‌به پیامدهای مخرب نشخوار فکری از جمله تشدید اختلالات خلقی و تضعیف سلامت روان، طراحی مداخلات درمانی هدفمند برای این الگوی آسیب‌زا ضروری است.

درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد[11] که نخستین‌بار توسط هیز[12] در سال ۱۹۸۶ معرفی شد، روشی مؤثر برای کاهش نشخوار فکری مادران دارای فرزند مبتلا به طیف اُتیسم است. این رویکرد کوتاه‌مدت و حمایتی، بر پایه اصول روان‌شناختی و با تأکید بر رابطه درمانی

1. Autism Spectrum Disorder (ASD)
2. Pu
3. Strassfeld
4. Sánchez Amate & Luque de la Rosa
5. Maftei
6. Xu
7. Rumination
8. Luo
9. Matsunaga
10. Rickerby
11. Acceptance and Commitment Therapy
12. Hayes

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-24]

انسان‌گرایانه طراحی شده و با ترکیب راهبردهای پذیرش و ذهن‌آگاهی (مانند پذیرش تجربیات ناخوشایند) و تعهد و تغییر رفتار (مانند اقدام بر اساس ارزش‌ها)، انعطاف‌پذیری روان‌شناختی را افزایش می‌دهد (لیم[1] و همکاران، ۲۰۲۴). مکانیسم اثر آن شامل شش فرایند به‌هم‌پیوسته است: پذیرش (قبول تجربیات بدون مقاومت)، گسلش (جداسازی افکار منفی)، خود به‌عنوان زمینه (درک خود فراتر از افکار)، ارتباط با زمان حال (تمرکز بر لحظه اکنون)، شناسایی ارزش‌ها و عمل متعهدانه. چهار فرایند اول زیرمجموعه پذیرش و ذهن‌آگاهی، و دو فرایند آخر مربوط به تغییر و تعهد هستند (موریس[2] و همکاران، ۲۰۲۴). این فرایندها با تقویت سازگاری، پاسخ‌های انعطاف‌پذیر را جایگزین مکانیسم‌های آسیب‌زایی مانند هم‌جوشی شناختی و اجتناب تجربه‌ای می‌کنند (هامالاینن[3] و همکاران، ۲۰۲۵). پژوهش‌های متعددی در زمینهٔ تأثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر خودکارآمدی و نشخوار فکری در اختلال اضطراب اجتماعی (مرادی و همکاران، ۱۴۰۳)، نشخوار ذهنی و تمایزیافتگی خود (لاهوتی و همکاران، ۱۴۰۳)، استرس والدینی (نی[4] و همکاران، ۲۰۲۵) نشان داده‌اند.

یکی دیگر از روش‌های مؤثر برای کاهش نشخوار فکری مادران دارای فرزند مبتلا به طیف اُتیسم روان‌درمانی پویشی کوتاه‌مدت فشرده[5] است که ریشه در روان‌کاوی فروید دارد و توسط حبیب دوانلو[6] در دانشگاه مک‌گیل توسعه یافت. هدف اصلی آن کمک به مادران برای شناسایی و پردازش احساسات ناهشیار عامل اضطراب، نشانه‌های روان‌شناختی و مکانیسم‌های دفاعی مانند انکار است. مفاهیم کلیدی شامل تجربه هیجانات اصیل، مقابله با مقاومت‌های درونی، مدیریت اضطراب، و درک «مثلث تعارض» (ارتباط احساسات سرکوب‌شده، مکانیسم‌های دفاعی و اضطراب) و «مثلث شخص» (رابطه درمانگر، بیمار و افراد مهم زندگی) است (مونته‌لئونه[7]، ۲۰۲۴). در این روش، درمانگر با تحلیل مکانیسم‌های دفاعی (مانند اجتناب) و ایجاد مواجهه فعال برای آزادسازی هیجانات سرکوب‌شده، هم به کاهش علائمی مانند اضطراب کمک می‌کند و هم رشد عاطفی و بهبود عملکرد مادران را تسهیل می‌نماید (راسل[8]، ۲۰۲۵). این درمان با تلفیق اصول روان‌کاوی کلاسیک (توجه به ناهشیار) و تکنیک‌های مدرن (حل سریع تعارضات)، درک عمیق‌تر از خود و ایجاد تغییرات پایدار را ممکن ساخته و با افزایش خودآگاهی، تقویت تحمل پریشانی و بهبود روابط، نشخوار فکری را کاهش می‌دهد (پولاک[9]، ۲۰۲۴). پژوهش‌های متعددی در زمینهٔ تأثیر روان‌درمانی پویشی کوتاه‌مدت فشرده برآشفتگی روان‌شناختی (نبیلی نوقابی و همکاران، ۱۴۰۴)، افسردگی و اضطراب نشان داده‌اند (رضایی و همکاران، ۱۴۰۲؛ تون و همکاران، ۲۰۲۲).

پژوهش‌های مقایسه‌ای نشان می‌دهند دو رویکرد اصلی روان‌درمانی، مسیرهای متفاوتی برای بهبود دارند. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با جهت‌گیری پایین‌به‌بالا، مستقیماً بر مدیریت افکار و هیجانات کنونی و پایبندی به ارزش‌ها در زمان حال، کلید عبور از آشفتگی‌های ذهنی است. این رویکرد کاهش سریع‌تر اجتناب از تجربیات ناخوشایند و بهبود مشکلات جاری را ممکن می‌سازد، اما اغلب خاستگاه تحولی مشکلات و نقش تجارب کودکی در شکل‌گیری الگوهای هیجانی را نادیده می‌گیرد (موریس و همکاران، ۲۰۲۴). در مقابل، روان‌درمانی پویشی کوتاه‌مدت فشرده با جهت‌گیری بالابه‌پایین، به کاوش ریشه‌های ناهشیار تعارضات و ارتباط تجارب اولیه با الگوهای فعلی می‌پردازد تا هیجانات سرکوب‌شده را عمیقاً پردازش کند. نقاط قوت آن دستیابی به بینش‌های تحولی عمیق‌تر و تغییرات پایدارتر است، اما نیاز به زمان طولانی‌تر دارد و راهکارهای فوری کمتری برای مسائل روزمره ارائه می‌دهد (راسل، ۲۰۲۵).

در مجموع، باتوجه‌به افزایش شیوع اختلال طیف اُتیسم در جهان و ایران (استراسفلد و همکاران، ۲۰۲۳؛ محمدی و همکاران، ۲۰۲۰)، توجه به پیامدهای روان‌شناختی آن برای مادران دارای فرزند مبتلا به طیف اُتیسم ضروری است. مطالعات نشان می‌دهد مادران دارای فرزند مبتلا به طیف اُتیسم به دلیل فشارهای مراقبتی، سطوح بالایی از استرس و نشخوار فکری را تجربه می‌کنند (شو و همکاران، ۲۰۲۴). نشخوار فکری با تمرکز مداوم بر مشکلات و پیامدهای منفی، نه‌تنها توانایی حل مسئله مادران را مختل می‌کند، بلکه خطر افسردگی، اضطراب و انزوای اجتماعی را افزایش می‌دهد. باتوجه‌به پیامدهای مخرب نشخوار فکری از جمله تشدید اختلالات روان‌شناختی، کاهش عملکرد روزمره و تضعیف روابط بین‌فردی (ماتسوناگا و همکاران، ۲۰۲۴)، توجه علمی و مداخلات هدفمند برای کاهش این پدیده، به‌ویژه در جمعیت مادران دارای فرزند مبتلا به طیف اُتیسم، یک ضرورت پژوهشی و بالینی محسوب می‌شود. با وجود طراحی مداخلات

1. Lim
2. Morris
3. Hämäläinen
4. Ni
5. Intensive Short-Term Dynamic Psychotherapy
6. Davanloo
7. Monteleone
8. Russell
9. Pollack

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-24]

روان‌شناختی مختلف، تمرکز پژوهش‌های پیشین بر کاهش علائم کلی بوده و نشخوار فکری به‌عنوان عامل کلیدی در تداوم آسیب‌های روانی، کمتر بررسی شده است. هرچند دو رویکرد درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و روان‌درمانی پویشی کوتاه‌مدت فشرده در کاهش نشانگان روانی مؤثرند، مقایسه اثربخشی آن‌ها بر نشخوار فکری مادران دارای فرزند مبتلا به طیف اُتیسم مغفول مانده است. به همین دلیل، پژوهش حاضر با هدف مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و روان‌درمانی پویشی کوتاه‌مدت فشرده بر نشخوار فکری مادران دارای فرزند مبتلا به طیف اُتیسم انجام شده است.

روش

روش پژوهش حاضر نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون ــ پس‌آزمون و گروه کنترل با دوره پیگیری ۳ ماهه بود. جامعه آماری شامل مادران دارای کودکان مبتلا به طیف اُتیسم مراجعه‌کننده به مراکز آموزشی و توان‌بخشی شهرستان نیک‌شهر (استان سیستان و بلوچستان) در سال ۱۴۰۳ بود. از این جامعه، ۴۵ نفر به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب و به‌صورت تصادفی در سه گروه (دو گروه آزمایش و یک گروه کنترل، هر گروه ۱۵ نفر) جایگذاری شدند. معیارهای ورود شامل کسب نمره بیشتر از ۳۳ در مقیاس نشخوار فکری، داشتن فرزند دارای تشخیص رسمی اختلال طیف اُتیسم، داشتن حداقل مدرک تحصیلی سیکل، سلامت عمومی مادر (تایید پزشک)، تمایل داوطلبانه، امکان حضور فعال در تمام جلسات بود. معیارهای خروج نیز شامل همزمانی مشارکت در برنامه‌های آموزشی یا درمانی مشابه، جدایی یا طلاق در حین پژوهش، ابتلای فرزند به بیماری جدی در حین پژوهش، غیبت بیش از دو جلسه، عدم تعهد به انجام تکالیف بود. گروه‌های آزمایشی، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد یا روان‌درمانی پویشی کوتاه‌مدت فشرده را به‌صورت ۸ جلسه ۶۰ دقیقه‌ای فردی (هفتگی) در مرکز توان‌بخشی شفا دریافت کردند، درحالی‌که گروه کنترل تا پایان مداخله برنامه‌ای نداشت. داده‌ها با پرسشنامه نشخوار فکری در سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری گردآوری شد. ملاحظات اخلاقی شامل: رضایت آگاهانه (توضیح کامل اهداف، فواید، خطرات و حق انصراف، سپس گرفتن رضایت کتبی) محرمانگی (حفظ کامل حریم خصوصی و ناشناس ماندن اطلاعات شرکت‌کنندگان) عدم آسیب‌رسانی و سودرسانی (اولویت سلامت مادران و ارائه حمایت‌های لازم) عدالت (فراهم کردن فرصت برابر برای همه مادران واجد شرایط) صداقت (گزارش دقیق و بی‌طرفانه نتایج) و ارائه مداخله بعد از تمام پژوهش به گروه کنترل. در نهایت، داده‌ها با استفاده از تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر در نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۶ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

ابزار سنجش

مقیاس نشخوار فکری[1] (RRS): این مقیاس در سال ۱۹۹۱ توسط نولن - هوکسما[2] طراحی شد تا تمایل افراد به نشخوار فکری در مواجهه با خلق افسرده را ارزیابی کند. ابزار مذکور شامل ۲۲ گویه است که متشکل از سه خرده مقیاس افسردگی، درفکر فرو رفتن و بروز دادن است و بر اساس مقیاس لیکرت چهارگزینه‌ای (از ۱: «هرگز» تا ۴: «همیشه») توسط پاسخ‌دهندگان نمره‌گذاری می‌شود. دامنه نمرات از ۲۲ تا ۸۸ متغیر است و نمره ۳۳ به‌عنوان نقطه برش تعیین شده است؛ به‌طوری‌که نمرات کمتر از ۳۳ سطح پایین و نمرات بالاتر از آن سطح بالای نشخوار فکری را نشان می‌دهد و نمره کل آن از جمع نمرات این سه عامل (افسردگی، در فکر فرو رفتن و بروز دادن) محاسبه می‌شود. نولن-هوکسما و مارو (۱۹۹۱) ضریب پایایی آلفای کرونباخ را ۰/۹۲ و پایایی بازآزمایی را ۰/۷۵ گزارش کرده‌اند. همچنین برای بررسی روایی ملاکی همزمان، نمرات این مقیاس را با مقیاس افسردگی بک و پاسخ‌های نشخواری مقایسه کردند که به ترتیب همبستگی‌های ۰/۶۷ و ۰/۷۳ به دست آمد. برزگران و همکاران (۱۴۰۱) نیز ضریب آلفای کرونباخ را ۰/۹۰ و پایایی بازآزمایی را ۰/۸۲ اعلام کردند. محمدخانی (۱۳۹۰) در بررسی روایی ملاکی همزمان با همان معیارها (مقیاس بک و پاسخ‌های نشخواری)، همبستگی‌های ۰/۶۷ و ۰/۷۳ را گزارش نمود. در پژوهش حاضر ضریب آلفای کرونباخ ۰/۷۶ به دست آمد.

درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و روان‌درمانی پویشی کوتاه‌مدت فشرده: جلسات درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر اساس پروتکل درمانی هیز (۲۰۱۹)، و جلسات روان‌درمانی پویشی کوتاه‌مدت فشرده بر اساس پروتکل دوانلو (۲۰۰۱)، هر دو در قالب ۸ جلسه ۶۰ دقیقه‌ای (به‌صورت فردی و هفته‌ای یک‌بار) و به شرح زیر انجام شد:

1. Ruminative Responses Scale (RRS).
2. Nolen-Hoeksema

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-24]

جدول۱: محتوای جلسات درمان پذیرش و تعهد

جلسات	خلاصه محتوای جلسات
جلسه ۱	آشنایی اولیه، ایجاد اعتماد، اجرای پیش‌آزمون.
جلسه ۲	معرفی درمانگر و فرایند درمان، تشریح اصول درمان، تعیین قوانین جلسات، ارائه اطلاعات درباره اُتیسم.
جلسه ۳	مرور بازخوردها، بررسی تمایل به تغییر و انتظارات، ایجاد آگاهی نسبت به درماندگی.
جلسه ۴	شناسایی راهبردهای ناکارآمد، تبیین مفهوم پذیرش و تفاوت آن با انکار/ مقاومت، بررسی چالش‌های پذیرش کودک.
جلسه ۵	معرفی تعهد رفتاری، آموزش گسلش شناختی و تکنیک‌های تضعیف آمیختگی با افکار/ عواطف.
جلسه ۶	تفکیک خود از تجربیات درونی، تقویت "خود به‌عنوان زمینه"، تمرین ذهن‌آگاهی (تنفس/ پیاده‌روی).
جلسه ۷	شناسایی ارزش‌های زندگی، کاربست ذهن‌آگاهی با تأکید بر حال حاضر.
جلسه ۸	آموزش تعهد به عمل مبتنی بر ارزش‌ها، مدیریت عود، اجرای پس‌آزمون و اختتام درمان.
	محتوای جلسات روان‌درمانی پویشی کوتاه‌مدت فشرده
جلسه ۱	مصاحبه اولیه: شناسایی علائم، تمرکز بر پاسخ‌های عینی و احساسات، توصیف ساختاریافته مشکلات.
جلسه ۲	بررسی جزئی‌تر مشکلات، شناسایی دفاع‌های روانی و تبدیل آن‌ها به دفاع‌های ناهمخوان.
جلسه ۳	مواجهه هدفمند با هیجانات عمیق‌تر، تفسیر دفاع‌های ناهمخوان و تحلیل مقاومت انتقالی.
جلسه ۴	ارتقای مداخلات به سطح عمیق‌تر، فشار درمانی برای تجربه هیجانات انتقالی و تحلیل ناهشیار.
جلسه ۵	بازبینی مشکلات با استفاده از بینش جلسات پیشین، تداوم توجه به تعارضات و خنثی‌سازی دفاع‌ها.
جلسه ۶	کاوش احساسات، خنثی‌سازی دفاع‌ها و تفسیر مثلث تعارض/شخص متناسب با ظرفیت مادران.
جلسه ۷	بررسی مشکلات واقعی زندگی (کودک اُتیستیک)، تجربه هیجانات و تحلیل الگوهای تفکر (مثلث شخص).
جلسه ۸	جمع‌بندی نهایی: بینش نسبت به هیجانات/دفاع‌ها/شناخت، قدردانی و اجرای پس‌آزمون.

یافته ها

در پژوهش حاضر ۴۵ مادر دارای فرزند مبتلا به طیف اُتیسم در سه گروه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، روان‌درمانی پویشی کوتاه‌مدت فشرده و کنترل جای گرفتند. میانگین و انحراف استاندارد سن شرکت کنندگان در گروه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به ترتیب برابر با ۳۵/۲۷ و ۳/۰۸ سال، در گروه روان‌درمانی پویشی کوتاه‌مدت فشرده به ترتیب برابر با ۳۶/۵۳ و ۳/۶۶ سال و در گروه کنترل به ترتیب برابر با به ترتیب برابر با ۳۶/۶۷ و ۵/۰۴ بود. در گروه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد میزان تحصیلات ۳ نفر از شرکت کنندگان زیر دیپلم، ۴ نفر دیپلم و ۸ نفر بالاتر از دیپلم بود. در گروه روان‌درمانی پویشی کوتاه‌مدت فشرده میزان تحصیلات ۴ نفر از شرکت کنندگان زیر دیپلم، ۴ نفر دیپلم و ۷ نفر بالاتر از دیپلم و در گروه کنترل میزان تحصیلات ۳ نفر زیر دیپلم، ۵ نفر دیپلم و ۷ نفر بالاتر از دیپلم بود. در گروه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد میانگین و انحراف استاندارد سن فرزند مبتلا به اُتیسم به ترتیب ۸/۲۰ و ۰/۷۷ سال، در گروه روان‌درمانی پویشی کوتاه‌مدت فشرده به ترتیب ۷/۵۳ و ۰/۷۴ سال و در گروه کنترل به ترتیب ۷/۸۶ و ۰/۹۹ سال بود. در نهایت ۷ نفر از فرزندان مبتلا به طیف اُتیسم در دو گروه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و کنترل دختر و ۸ نفر پسر و در گروه روان‌درمانی پویشی کوتاه‌مدت فشرده ۹ نفر دختر و ۶ نفر پسر بود. جدول ۲ میانگین، انحراف استاندارد و نمره کل نشخوار فکری را در گروه‌های پژوهش، در سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری نشان می‌دهد.

جدول۲: شاخص‌های توصیفی نشخوار فکری

متغیر	مراحل سنجش	گروه	میانگین	انحراف استاندارد	آزمون شاپیرو- ویلک	
					آماره	سطح معناداری
نشخوار فکری	پیش‌آزمون	پذیرش و تعهد	۵۶/۲۷	۸/۵۲	۰/۹۶۵	۰/۷۷۴
		روان‌درمانی پویشی	۵۵/۵۳	۱۰/۲۳	۰/۹۵۷	۰/۶۳۸
		گروه کنترل	۵۵/۶۷	۸/۲۱	۰/۹۳۲	۰/۲۸۷
	پس‌آزمون	پذیرش و تعهد	۴۳/۴۸	۷/۴۳	۰/۹۵۷	۰/۶۳۳

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-24]

	روان‌درمانی پویشی	۳۵/۴۰	۶/۱۶	۰/۹۴۱	۰/۳۹۶
	گروه کنترل	۵۵/۵۸	۷/۳۳	۰/۹۶۰	۰/۶۹۳
	پذیرش و تعهد	۴۳/۶۰	۶/۳۹	۰/۹۷۶	۰/۹۳۱
پیگیری	روان‌درمانی پویشی	۳۵/۶۷	۷/۰۴	۰/۹۵۲	۰/۵۴۴
	گروه کنترل	۵۶/۰۷	۸/۳۹	۰/۹۷۴	۰/۹۱۲

جدول ۲ نشان می‌دهد که در دو گروه آزمایش میانگین نمرات نشخوار فکری در مراحل پس‌آزمون و پیگیری کاهش یافته است. در مقابل تغییرات مشابهی در مراحل مزبور در گروه کنترل مشاهده نشد. در این پژوهش به منظور ارزیابی مفروضه نرمال بودن توزیع داده‌ها، مقادیر شاپیرو – ویلک مربوط به سطوح متغیر وابسته مورد بررسی قرار گرفت. همچنان که جدول ۲ نشان می‌دهد که ارزش شاپیرو- ویلک مربوط به نشخوار فکری در سه گروه و در هر سه مرحله اجرا به لحاظ آماری غیرمعنادار بود. این مطلب بیانگر آن است که توزیع داده‌های مربوط به متغیر وابسته نرمال بوده است. در پژوهش حاضر برای ارزیابی مفروضه همگنی واریانس‌های خطای متغیر وابسته در بین گروه‌ها از آزمون لون استفاده شد و نتایج نشان داد تفاوت واریانس خطای نمرات در مراحل پیش‌آزمون (p=۰/۷۹۵)، پس‌آزمون (p=۰/۷۵۱) و پیگیری (p=۰/۵۳۳) در سه گروه و در سه مرحله اجرا معنادار نیست. نتایج آزمون ام باکس نشان داد که ماتریس کوواریانس ها در حالت چند متغیره برقرار است (p=۰/۵۳۰). آزمون کرویت نیز برای نشخوار فکری (p =۰/۱۵۵، χ^2=۳/۷۳) به لحاظ آماری معنادار نبود. این موضوع بیانگر برقراری مفروضه شرط کرویت یا مفروضه برابری ماتریس کوواریانس خطاها در بین داده‌ها بود. بدین ترتیب همچنان که در جدول ۳ ملاحظه می‌شود، برای گزارش اثرات درون آزمودنی از آزمون هیون فیلد استفاده شد.

جدول۲: روش‌های مختلف تک متغیره برای بررسی زمان نشخوار فکری

متغیر وابسته	میانگین مربعات	DF	F	سطح معناداری	η^2	توان آزمون
گرین‌هاوس گیسر	۱۹۱۸/۳۸	۱/۸۴				
هیون فیلد	۱۷۶۴/۸۳	۲	۲۷/۸۰	۰/۰۰۱	۰/۳۹۸	۱/۰۰
تصحیح اپسلون	۳۵۲۹/۶۶	۱				

منطبق بر نتایج جدول ۳ برای نشخوار فکری در روند زمانی روش هیون فیلد تفاوت معناداری را بین زمان ها نشان داد، براین اساس چنین نتیجه‌گیری شد که نشخوار فکری در طول زمان تفاوت معناداری را در سه مرحله اجرا نشان داده است. برای بررسی دقیق تر روند تغییرات درون گروهی، بین گروهی و اثر متقابل آنها نتایج تحلیل اندازه‌های مکرر در جدول ۴ ارائه شده است.

جدول ۳: نتایج تحلیل واریانس با اندازه گیری مکرر در تبیین اثر متغیرهای مستقل بر نشخوار فکری

متغیر	اثرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	P	η^2	توان آزمون
نشخوار فکری	اثر زمان	۲۵۸۱/۳۸	۱	۲۵۸۱/۳۸	۴۱/۶۵	۰/۰۰۱	۰/۴۹۸	۱/۰۰
	اثر تعاملی گروه× زمان	۱۵۸۳/۲۹	۲	۷۹۱/۶۴	۱۲/۷۷	۰/۰۰۱	۰/۳۷۸	۰/۹۹۵
	خطا	۲۶۰۳/۳۳	۴۲	۶۱/۹۸	–	–	–	–
	اثر گروه	۴۲۰۶/۴۲	۲	۲۱۰۳/۲۱	۳۶/۷۲	۰/۰۰۱	۰/۶۳۶	۱/۰۰

جدول ۴ نشان می‌دهد که اثر زمان (η^2 =۰/۴۹۸، P=۰/۰۰۱، F= ۴۱/۶۵)، اثر گروه (η^2 =۰/۶۳۶، P =۰/۰۰۱، F= ۳۶/۷۲) و اثر تعاملی گروه× زمان (η^2 =۰/۳۷۸، P=۰/۰۰۱، F=۱۲/۷۷) برای متغیر نشخوار فکری معنادار است. این یافته‌ها بیانگر آن است که اجرای متغیرهای مستقل نشخوار فکری را به صورت معنادار تحت تأثیر قرار داده است. جدول ۵ نتایج آزمون بن‌فرونی نمرات مربوط به نشخوار فکری در سه گروه و در سه مرحله اجرا را نشان می دهد.

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-24]

جدول ۵: نتایج آزمون تعقیبی بن‌فرونی برای مقایسه‌های زوجی اثر گروه‌ها و زمان‌ها بر نشخوار فکری

منبع تغییرات	رده		تفاوت میانگین	خطای معیار	مقدار احتمال
زمان	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	۱۰/۹۸	۱/۸۹	۰/۰۰۱
	پیش‌آزمون	پیگیری	۱۰/۷۱	۱/۶۶	۰/۰۰۱
	پس‌آزمون	پیگیری	-۰/۲۷	۱/۴۶	۱/۰۰
گروه	پذیرش و تعهد	روان‌درمانی پویشی	۵/۵۸	۱/۶۳	۰/۰۰۳
	پذیرش و تعهد	گروه کنترل	-۸/۰۲	۱/۶۳	۰/۰۰۱
	روان‌درمانی پویشی	گروه کنترل	-۱۳/۶۰	۱/۶۳	۰/۰۰۱

نتایج آزمون بن‌فرونی در مقایسه اثر زمان در جدول ۵ نشان می‌دهد که تفاوت میانگین نمرات نشخوار فکری در مراحل پیش‌آزمون-پس‌آزمون و پیش‌آزمون ـ پیگیری به لحاظ آماری معنادار، اما تفاوت میانگین آن نمرات در مراحل پس‌آزمون – پیگیری غیر معنادار است. همچنین نتایج آزمون بن‌فرونی در مقایسه اثرات گروه در جدول ۵ نشان می‌دهد که تفاوت میانگین نمرات نشخوار فکری در دو گروه روان‌درمانی پویشی کوتاه‌مدت فشرده (P=۰/۰۰۱، MD=-۱۳/۶۰) و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (P=۰/۰۰۱، MD=-۸/۰۲) در مقایسه با کنترل به لحاظ آماری معنادار است. به‌طوری که اجرای هر دو شیوه درمان باعث شده تا میانگین نشخوار فکری در مراحل پس‌آزمون و پیگیری در مقایسه با مرحله پیش‌آزمون کاهش یابد. همچنین تغییرات ناشی از اجرای هر دو شیوه درمان بر نشخوار فکری بعد از اتمام دوره درمان پاپرجا ماند. براین اساس می‌توان گفت روان‌درمانی پویشی کوتاه‌مدت فشرده و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد منجر به کاهش نشخوار فکری در مادران دارای فرزند مبتلا به طیف اُتیسم می‌شود. نتایج جدول ۵ نشان می‌دهد که تفاوت اثر دو شیوه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و روان‌درمانی پویشی کوتاه‌مدت فشرده بر نشخوار فکری (P=۰/۰۰۳، MD=۵/۵۸) معنادار است. به‌طوری که در مقایسه با درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، روان‌درمانی پویشی کوتاه‌مدت فشرده میانگین نمرات نشخوار فکری را بیشتر کاهش داده است. براین اساس چنین نتیجه گیری شد که روان‌درمانی پویشی کوتاه مدت فشرده در مقایسه با درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد روش موثرتری برای کاهش نشخوار فکری در مادران دارای فرزند مبتلا به طیف اُتیسم است.

بحث و نتیجه‌گیری

هدف این پژوهش مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و روان‌درمانی پویشی کوتاه‌مدت فشرده بر کاهش نشخوار فکری مادران دارای فرزند مبتلا به طیف اُتیسم بود. یافته‌های پژوهش نشان داد هر دو روش به طور معنادار نشخوار فکری را کاهش دادند و این اثرات در دوره پیگیری پایدار ماند، اما روان‌درمانی پویشی برتری معناداری نسبت به درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در کاهش شدت نشخوار فکری نشان داد. پژوهش حاضر نشان داد درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد می‌تواند منجر به کاهش نشخوار فکری در مادران دارای فرزند مبتلا به طیف اُتیسم شود. این یافته با نتایج مطالعات نی و همکاران (۲۰۲۵)؛ مرادی و همکاران (۱۴۰۳)؛ لاهوتی و همکاران (۱۴۰۳) همسو بود. در تبیین این یافته می‌توان اظهار داشت درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد باهدف کاهش نشخوار فکری در مادران دارای فرزند مبتلا به طیف اُتیسم، بر تغییر رابطه شناختی آنان با افکار تکراری و هیجانات منفی تمرکز دارد. هنگامی که مادران در مواجهه با چالش‌های فرزندپروری به درگیری مداوم با افکار نشخوارکننده (مانند سرزنش خود یا تمرکز بر گذشته) روی می‌آورند، این الگوهای فکری نه‌تنها پریشانی هیجانی را تشدید می‌کند، بلکه از طریق چرخه معیوب خود تقویتی، به تداوم مشکلات روانی می‌انجامد. این درمان با استفاده از تکنیک جداسازی شناختی، به مادران کمک می‌کند تا افکار را نه به‌عنوان «واقعیت مطلق»، بلکه به‌عنوان «پدیده‌های ذهنی گذرا» بازتعریف کنند. این فرایند، امکان فاصله‌گیری روانی از محتوای نشخوارکننده را فراهم می‌سازد و انرژی شناختی را به سمت اقدامات سازنده هدایت می‌کند (مرادی و همکاران، ۱۴۰۳). همچنین، از طریق ادغام تمرینات ذهن‌آگاهی، مادران می‌آموزند بدون قضاوت یا واکنش هیجانی، افکار و احساسات خود را مشاهده کنند. این مشاهده غیر واکنشی، با کاهش تلاش برای کنترل یا سرکوب افکار منفی، تحمل پریشانی را افزایش داده و چرخه نشخوار فکری را مختل می‌کند. به‌موازات این، درمان با تأکید بر همسوسازی رفتار با ارزش‌های بنیادین، مسیر جدیدی را جایگزین الگوهای فکری ناسازگارانه می‌کند (لاهوتی و همکاران، ۱۴۰۳). برای نمونه، هنگامی که مادران به‌جای تمرکز بر پرسش‌هایی

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-24]

مانند «چرا فرزندم این‌گونه است؟»، انرژی خود را بر «تقویت ارتباط عاطفی با کودک» متمرکز می‌کنند، انعطاف‌پذیری روان‌شناختی افزایش‌یافته و نشخوار فکری کاهش می‌یابد. این درمان با ترکیب سه مکانیسم کلیدی پذیرش غیر قضاوتی، ذهن‌آگاهی گسلنده و اقدام ارزش‌محور، نه‌تنها فراوانی افکار تکراری را کاهش می‌دهد، بلکه با تقویت حس عاملیت، کیفیت تعامل مادران با چالش‌های والدگری را متحول می‌سازد. این رویکرد، نشخوار فکری را نه به‌عنوان «مشکل اصلی»، بلکه به‌عنوان «فرایندی قابل‌مدیریت» بازتعریف می‌کند که با اصلاح رابطه شناختی، تأثیرات مخرب آن بر سلامت روان مادران محدود می‌شود.

همچنین، یافته‌های پژوهش حاضر نشان داد که روان‌درمانی پویشی کوتاه‌مدت فشرده می‌تواند منجر به کاهش نشخوار فکری در مادران دارای فرزند مبتلا به طیف اُتیسم شود. این یافته با نتایج نبیلی نوقابی و همکاران (۱۴۰۴)؛ رضایی و همکاران (۱۴۰۲)؛ تون و همکاران (۲۰۲۲)؛ همسو بود. در تبیین این یافته می‌توان اظهار داشت حضور کودک اُتیسم در خانواده به‌عنوان یک عامل استرس‌زای مزمن، می‌تواند زمینه‌ساز شکل‌گیری نشخوار فکری در مادران شود. از منظر روان‌پویشی، نشخوار فکری نه‌تنها بازتابی از هیجانات ناخوشایند، بلکه به‌عنوان مکانیزم دفاعی ناهشیار عمل می‌کند که هدف اصلی آن اجتناب از مواجهه مستقیم با احساسات دردناک عمیق‌تر مانند خشم یا اندوه است (رضایی و همکاران، ۱۴۰۲). برای مثال، مادری که به طور مکرر به افکاری مانند «من مقصر این شرایطم» یا «چرا فرزندم بهبود نمی‌یابد؟» مشغول می‌شود، ناهشیار از این الگوی فکری به‌عنوان سپری برای فاصله‌گیری از هیجانات غیرقابل‌تحملی مانند خشم یا غم ناشی از نداشتن یک کودک سالم، استفاده می‌کند. درمانگر در روان‌درمانی پویشی کوتاه‌مدت فشرده، با تحلیل مثلث تعارض (احساس، اضطراب، دفاع)، به شناسایی این مکانیزم دفاعی می‌پردازد. نشخوار فکری در این چارچوب، به‌عنوان یکی از اشکال دفاع‌های شناختی شناخته می‌شود که با ایجاد اشتغال ذهنی، مانع از هشیاری نسبت به هیجانات بنیادین می‌گردد (نبیلی نوقابی و همکاران، ۱۴۰۴). برای نمونه، تکرار مداوم افکار خود سرزنشگرانه («اگر مادر بهتری بودم، اُتیسم فرزندم بهبود می‌یافت») در واقع راهکاری ناسازگارانه برای اجتناب از مواجهه بااحساس واقعی ناامیدی یا خشم نسبت به شرایط غیرقابل‌تغییر است. درمانگر با ایجاد فضای امن درمانی، مادر را به تجربه احساسات تشویق می‌کند و از طریق مواجهه تدریجی با احساسات سرکوب‌شده، به او نشان می‌دهد که نشخوار فکری تنها راهبرد موقت برای کاهش اضطراب ناشی از این هیجانات است. این فرایند با شکستن چرخه «احساس درد ⟵ اضطراب ⟵ دفاع نشخوارکننده»، امکان بازسازی رابطه سالم‌تر با هیجانات را فراهم می‌سازد. به‌عبارت‌دیگر، هنگامی که مادران دریابند نشخوار فکری سدی در برابر سیلاب هیجانات ترسناک است، می‌آموزند به‌جای انکار یا فرار، این هیجانات را به‌صورت سازنده پردازش کنند (تون و همکاران، ۲۰۲۲). با کاهش وابستگی به این دفاع، ظرفیت تحمل پریشانی افزایش‌یافته و نیاز به نشخوار فکری به‌عنوان راهکار اجتنابی کاهش می‌یابد.

درنهایت، یافته‌های پژوهش نشان داد که هر دو رویکرد درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و روان‌درمانی پویشی کوتاه‌مدت فشرده در کاهش نشخوار فکری مادران دارای فرزند مبتلا به طیف اُتیسم مؤثرند، اما روان‌درمانی پویشی کوتاه‌مدت فشرده از اثربخشی بیشتری برخوردار است. هیچ مطالعهٔ مستقیمی که به‌طور اختصاصی این دو درمان را صرفاً در حوزهٔ نشخوار فکری مقایسه کرده باشد، شناسایی نشد. بااین‌حال، مقایسهٔ اثرات این دو رویکرد بر متغیرهای دیگر حاوی نتایج متناقضی بود: مطالعهٔ براهیمی و همکاران (۱۴۰۳) بر تنظیم هیجان افراد مبتلا به سندروم روده تحریک‌پذیر همسو با یافته‌های این پژوهش، درحالی‌که نتایج مطالعهٔ طاهری و همکاران (۱۴۰۳) بر استحکام من در زنان مبتلا به اختلال وسواس فکری – عملی، با نتایج این تحقیق ناهمسو بود. در تبیین این یافته می‌توان گفت علت برتری روان‌درمانی پویشی کوتاه‌مدت فشرده نسبت به درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در کاهش نشخوار فکری، ناشی از تمرکز روان‌درمانی پویشی کوتاه مدت فشرده بر پردازش عمیق هیجانی از طریق سه مؤلفه کلیدی است: ۱. نام‌گذاری دقیق احساسات ۲. تجربه بدنی هیجان‌ها ۳. تجربه تکانه‌های همراه با احساس در تصورات. این روش با تحلیل رابطه انتقالی با درمانگر، پیوند هیجانی ایمن ایجاد کرده و بازتجربه تعارضات گذشته (مانند احساس گناه یا خشم) را ممکن می‌سازد. در نتیجه، چرخه معیوب «احساس ⟵ اضطراب ⟵ دفاع (نشخوار فکری)» را در رابطه انتقالی با درمانگر و تاریخچه فردی مادران می‌شکند و دفاع‌های ناسازگار را تعدیل می‌کند. در مقابل، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد صرفاً بر مدیریت افکار حاضر با تمرکز بر پذیرش و ذهن‌آگاهی تأکید دارد، بدون پرداختن به خاستگاه هیجانی یا بازسازی الگوهای ارتباطی گذشته. بنابراین روان‌درمانی پویشی کوتاه‌مدت فشرده با تلفیق پردازش هیجانی چندلایه (شناختی، بدنی و تکانه‌های هیجانی) و بازسازی تعارضات در هسته نوروتیک، تأثیر پایدارتری ایجاد می‌کند (براهیمی و همکاران، ۱۴۰۳).

در مجموع می‌توان گفت هر دو رویکرد درمانی پذیرش و تعهد و پویشی کوتاه‌مدت فشرده به‌طور مؤثری نشخوار فکری را در مادران دارای فرزند مبتلا به طیف اُتیسم کاهش می‌دهند، اما از مسیرهای متفاوتی عمل می‌کنند: درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با تغییر رابطه مادران با افکار منفی (با تکنیک‌هایی مثل جداسازی شناختی و ذهن‌آگاهی) و هدایت انرژی به سمت اقدامات ارزش‌محور، چرخه نشخوار

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-24]

را می‌شکند و انعطاف‌پذیری روانی را افزایش می‌دهد. در مقابل، روان‌درمانی پویشی کوتاه‌مدت فشرده نشخوار فکری را به‌عنوان یک مکانیسم دفاعی ناهشیار برای اجتناب از هیجانات دردناک عمیق‌تر (مثل خشم یا اندوه) می‌بیند و با کمک به مادران در پردازش سازنده این احساسات سرکوب‌شده، وابستگی به نشخوار را کاهش داده و تحمل پریشانی را بهبود می‌بخشد. /

پژوهش حاضر با محدودیت‌هایی از جمله حجم نمونه محدود و یکنواختی فرهنگی/جغرافیایی، استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس، فقدان پیگیری بلندمدت، تکیه انحصاری بر داده‌های خودگزارشی بدون ابزارهای چندسنجشی، و عدم کنترل متغیرهای مداخله‌گر (حمایت اجتماعی، شدت اختلال اُتیسم، عوامل اقتصادی) مواجه بود. برای پژوهش‌های آتی پیشنهاد می‌شود: نمونه‌گیری تصادفی با حجم بزرگتر و تنوع جغرافیایی-فرهنگی، اجرای پیگیری‌های بلندمدت (حداقل ۶ ماهه)، بهره‌گیری از روش‌های سنجش چندگانه (مصاحبه بالینی، مشاهده، داده‌های عینی) و کنترل دقیق متغیرهای مداخله‌گر جهت افزایش اعتبار و تعمیم‌پذیری یافته‌ها مدنظر قرار گیرد.

منابع

ابراهیمی، ن؛ برزگر، م؛ کوروش‌نیا، م. (۱۴۰۳). مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و روان‌درمانی پویشی فشرده و کوتاه‌مدت بر تنظیم هیجان افراد مبتلا به سندروم روده تحریک‌پذیر. *مجله دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی مشهد*، ۶۷(۶)، ۱۶۳۵-۱۶۵۵. https://mjms.mums.ac.ir/article_25457.html

برزگران، ر؛ شریفی، س. ف؛ عبدی، ف؛ غلامزاده، م؛ طوسی، م؛ عبادی، لیلی. (۱۴۰۱). اثر بخشی واقعیت درمانی بر بازداری هیجانی و نشخوار فکری مادران کودکان کم توان ذهنی. *فصلنامه پژوهش های نوین روانشناختی*، ۱۷(۶۸)، ۶۳-۷۰. https://psychologyj.tabrizu.ac.ir/article_15324.html

رضایی، ش؛ مجتبایی، م؛ شمالی اسکویی، آرزو. (۱۴۰۲). مقایسه اثربخشی روان درمانی پویشی کوتاه مدت فشرده و طرح واره درمانی بر افسردگی و اضطراب مادران دارای فرزند مبتلابه اتیسم. *فصلنامه روان شناسی کاربردی*، ۱۷(۴)، ۱۴۳-۱۶۸. https://apsy.sbu.ac.ir/article_102806.html

طاهری، ز؛ تنها، ز؛ امرایی، ک؛ گودرزی، ک. (۱۴۰۳). مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و روان‌درمانی پویشی کوتاه‌مدت فشرده بر استحکام من در زنان مبتلاء به اختلال وسواس فکری - عملی. *نشریه خانواده و بهداشت*، ۱۴(۱)، ۶۹-۸۷. https://sanad.iau.ir/Journal/fhj/Article/1185595/FullText

لاهوتی، م؛ عناصری، م؛ محمدی، ف. (۱۴۰۳). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر نشخوار ذهنی و تمایزیافتگی خود زوجین متقاضی طلاق توافقی. *فصلنامه مددکاری اجتماعی*، ۱۳(۴۸)، ۳۱-۳۹. http://socialworkmag.ir/article-1-906-fa.html

محمدخانی، ش. (۱۳۹۰). اعتباریابی پرسشنامه نشخوار فکری در جامعه ایرانی. *مجله روانشناسی بالینی*، ۳(۳)، ۶۷–۷۴. https://jcp.semnan.ac.ir/article_5107.html

مرادی، س؛ دمهری، ف؛ آقازاده، ر؛ سعیدمنش، م. (۱۴۰۳). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر سیستم‌های مغزی رفتاری، خودکارآمدی و نشخوار فکری دختران نوجوان با اختلال اضطراب اجتماعی: یک مطالعه نیمه‌تجربی. *مجله دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان*، ۲۳(۱)، ۱۷-۳۰. http://journal.rums.ac.ir/article-1-7176-fa.html

نبیلی نوقابی، م؛ بخشی پور، ا؛ قاسمی مطلق، مهدی. (۱۴۰۴). مقایسه اثربخشی «درمان روان پویشی فشرده و کوتاه مدت» با «درمان راه حل محور کوتاه» بر آشفتگی روانشناختی در دانشجویان دانشگاه آزاد اسلامی واحد گناباد. *نشریه مدیریت ارتقای سلامت*، ۱۴(۲)، ۱۱۶-۱۲۸. http://jhpm.ir/article-1-1808-fa.html

Davanloo, H. (2001). Intensive short-term dynamic psychotherapy: extended major direct access to the unconscious. *European Psychotherapy*, *2*(2), 25-70. https://www.istdp.ch/en/node/529

Hämäläinen, T., Lappalainen, P., Langrial, S. U., Lappalainen, R., & Kiuru, N. (2025). Mechanisms of change in an online acceptance and commitment therapy intervention for insomnia. *Scientific Reports*, *15*(1), 2868. https://www.nature.com/articles/s41598-025-87018-3

Hayes, S. C. (2019). Acceptance and commitment therapy: towards a unified model of behavior change. *World psychiatry*, *18*(2), 226.doi: 10.1002/wps.20626

Lim, R. G., Voon, S. P., Yahya, F., Mohamad, F. S., & Ahmi, A. (2024). Global and LMIC insights into Acceptance and Commitment Therapy (ACT): A bibliometric study from 1998 to 2023. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 100796.https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2024.100796

Luo, J., Wong, N. M., Zhang, R., Wu, J., Shao, R., Chan, C. C., & Lee, T. M. (2025). A network analysis of rumination on loneliness and the relationship with depression. *Nature Mental Health*, *3*(1), 46-57.https://doi.org/10.1038/s44220-024-00350-x

Maftei, A., Merlici, I. A., & Dulcianu, A. C. (2024). Insights into the emotional grounds of diverse parenting experiences: risk and protective factors of psychological distress in mothers of children with autism, Down syndrome, and typical

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-24]

development. *International Journal of Developmental Disabilities*, 1-13.https://doi.org/10.1080/20473869.2024.2331821

Matsunaga, M., Okajima, J., Furutani, K., Kusakabe, N., & Nakamura-Taira, N. (2024). Associations of rumination, behavioral activation, and perceived reward with mothers' postpartum depression during the COVID-19 pandemic: a cross-sectional study. *Frontiers in Psychiatry*, *15*, 1295988.https://doi.org/10.3389/fpsyt.2024.1295988

Mohammadi, F., Rakhshan, M., Molazem, Z., Zareh, N., & Gillespie, M. (2020). Development of parental competence scale in parents of children with autism. *Journal of pediatric nursing*, *50*, e77-e84.https://doi.org/10.1016/j.pedn.2019.04.006

Monteleone, P. O. K. (2024). Intensive Short-Term Dynamic Psychotherapy for the Treatment of Trauma. In *Experiential Therapies for Treating Trauma* (pp. 75-89). Routledge. https://www.taylorfrancis.com/chapters/edit/10.4324/9781003455851-5/intensive-short-term-dynamic-psychotherapy-treatment-trauma-patricia-keefe-monteleone

Morris, E. M., Johns, L. C., & Gaudiano, B. A. (2024). Acceptance and commitment therapy for psychosis: Current status, lingering questions and future directions. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, *97*(1), 41-58. https://doi.org/10.1111/papt.12479

Ni, L. S., Wai Tong, C., & Kam Ki Stanley, L. (2025). Effects of an acceptance and commitment-based parenting program for parents of children with autism spectrum disorder on parenting stress and other parent and children health outcomes: A pilot randomized controlled trial. *Autism*, 13623613241311323.https://doi.org/10.1177/13623613241311323

Nolen-Hoeksema, S. (1991). Responses to depression and their effects on the duration of depressive episodes. *Journal of abnormal psychology*, *100*(4), 569.https://psycnet.apa.org/buy/1992-12870-001

Papageorgiou, C., & Wells, A. (Eds.). (2004). *Depressive rumination: Nature, theory and treatment*. John Wiley & Sons.https://onlinelibrary.wiley.com/doi/book/10.1002/9780470713853

Pollack, D. L. (2024). Maternal ambivalence in session: Helping mothers face mixed feelings toward their children with intensive short-term dynamic psychotherapy. *Women & Therapy*, *47*(1), 58-88. https://doi.org/10.1080/02703149.2021.1978051

Pu, Y., Li, F., Zhu, T., Li, J., Zhou, W., Zhang, L., ... & Li, F. (2025). Disease and mortality trajectories of cognitively able autistic individuals in mid-and later adulthood. *BMC medicine*, *23*(1), 1-11.https://link.springer.com/article/10.1186/s12916-025-04095-x

Rickerby, N., Krug, I., Fuller-Tyszkiewicz, M., Forte, E., Davenport, R., Chayadi, E., & Kiropoulos, L. (2024). Rumination across depression, anxiety, and eating disorders in adults: A meta-analytic review. *Clinical psychology: Science and practice*, *31*(2), 251.https://doi.org/10.1037/cps0000110

Russell, L. (2025). The cost-effectiveness of intensive short-term dynamic psychotherapy in public health care settings. *American Journal of Psychotherapy*.https://psychiatryonline.org/doi/abs/10.1176/appi.psychotherapy.20240041

Sánchez Amate, J. J., & Luque de la Rosa, A. (2024). The Effect of Autism Spectrum Disorder on Family Mental Health: Challenges, Emotional Impact, and Coping Strategies. *Brain Sciences*, *14*(11), 1116. https://doi.org/10.3390/brainsci14111116

Strassfeld, N. M., Cherng, H. Y. S., Wang, S., & Glied, S. (2023). Examining the prevalence rates of autism diagnosis by race/ethnicity for Medicaid-eligible children enrolled in NYC Universal Pre-Kindergarten Programs. *Journal of Research in Childhood Education*, *37*(3), 476-491.https://doi.org/10.1080/02568543.2023.2213281

Town, J. M., Falkenström, F., Abbass, A., & Stride, C. (2022). The anger-depression mechanism in dynamic therapy: Experiencing previously avoided anger positively predicts reduction in depression via working alliance and insight. *Journal of counseling psychology*, *69*(3), 326.https://doi.org/10.1037/cou0000581

Xu, L., Song, L., Xiong, Z., & Chen, J. (2024). The relationship between perceived social support and rumination among parents of children with autism: moderating effect of the degree of intervention received by children. *Frontiers in Psychiatry*, *15*, 1340046.https://doi.org/10.3389/fpsyt.2024.1340046

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-24]