

مقایسه اثربخشی شناخت درمانگری مبتنی بر ذهن آگاهی و واقعیت درمانگری بر تنظیم شناختی هیجان در مادران کودکان مبتلا به اختلال طیف اوتیسم*

زیبا امامدوست^۱، سعید تیموری^۲، غلامرضا خوی نژاد^۳، علیرضا رجایی^۴

Comparison the effectiveness of mindfulness based cognitive therapy and reality therapy on cognitive emotion regulation in mothers of children with autism spectrum disorders

Ziba Emamdoost¹, Saeed Teimory², Gholam Reza Khoyneshad³, Ali Reza Rajaei⁴

چکیده

زمینه: مطالعات متعددی به مقایسه اثر بخشی شناخت درمانگری مبتنی بر ذهن آگاهی و واقعیت درمانگری و تنظیم شناختی هیجان پرداخته‌اند. اما پیرامون بررسی مقایسه اثربخشی شناخت درمانگری مبتنی بر ذهن آگاهی و واقعیت درمانگری بر تنظیم شناختی هیجان در مادران کودکان مبتلا به اختلال طیف اوتیسم شکاف تحقیقاتی وجود دارد. **هدف:** مقایسه تأثیر شناخت درمانگری مبتنی بر ذهن آگاهی و واقعیت درمانگری بر تنظیم هیجان مادران کودکان مبتلا به اختلال طیف اوتیسم بود. **روش:** این پژوهش با استفاده از روش نیمه آزمایشی با پیش آزمون- پس آزمون و یک دوره پیگیری یک ماهه با استفاده از طرح دو گروه آزمایش و یک گروه گواه انجام شد. جامعه مادران دارای کودک مبتلا به طیف اوتیسم شهر مشهد بود که ۳۶ نفر با استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب و به طور تصادفی در سه گروه ۱۲ تایی گمارش شدند. آزمودنی‌ها قبل و بعد از مداخله و یک ماه بعد در مرحله پیگیری به پرسشنامه تنظیم شناختی هیجان گارنفسکی و همکاران (۲۰۰۱) پاسخ دادند. یک گروه آزمایش تحت شناخت درمانگری مبتنی بر ذهن آگاهی (محمدخانی و خانی‌پور، ۱۳۹۶) و گروه دوم تحت واقعیت درمانگری (ووبولدینگ، ۲۰۱۳) به مدت ده جلسه ۹۰ دقیقه‌ای بصورت هفتگی قرار گرفته و هیچ مداخله ای طی این مدت بر گروه گواه صورت نگرفت. جهت تحلیل داده‌ها از تحلیل کواریانس چند متغیری و آزمون تعقیبی شفه استفاده شد. **یافته‌ها:** نتایج نشان داد که تفاوت معناداری بین تأثیر دو درمان بر نمرات متغیر تنظیم شناختی هیجان وجود دارد ($P \leq 0/05$) و شناخت درمانگری مبتنی بر ذهن آگاهی در مقایسه با واقعیت درمانگری تأثیر بیشتری بر تنظیم شناختی هیجان مادران دارد. **نتیجه‌گیری:** به منظور بهبود تنظیم شناختی هیجان مادران کودکان مبتلا به اختلال طیف اوتیسم می‌توان از روش شناخت درمانگری مبتنی بر ذهن آگاهی استفاده کرد. **واژه کلیدی‌ها:** اختلال طیف اوتیسم، شناخت درمانگری مبتنی بر ذهن آگاهی، واقعیت درمانگری، تنظیم شناختی هیجان

Background: Numerous studies have compared the efficacy of cognitive therapy based on mindfulness awareness and reality therapy and cognitive emotion regulation. . But there is research about comparing the effectiveness of mindfulness-based cognitive therapy and reality therapy on cognitive emotion regulation in mothers of children with autism spectrum disorder. **Aims:** The aim of this study was to compare the effect of cognitive therapy and reality therapy on emotion regulation in mothers of children with autism spectrum disorder. **Method:** This study was a quasi-experimental with pre-test-post-test and a one-month follow-up period using two experimental and one control group design. Mothers of children with autism spectrum in Mashhad were selected by convenience sampling method and randomly assigned into three groups of 12 each. Subjects responded to Garnefsky et al.'s (2001) Cognitive Emotion Regulation Questionnaire before and after the intervention and one month after the follow-up. One group underwent mindfulness-based cognitive therapy (Mohammadkhani & Khanipour, 1396) and the other group underwent reality therapy (Wobolding, 2013) for ten 90-minute sessions weekly with no intervention during this period. The control group did not last long. Multivariate analysis of covariance and Scheffe post hoc tests were used to analyze the data. **Results:** The results showed that there was a significant difference between the effect of the two treatments on the variable scores of cognitive emotion regulation ($P \leq 0/05$) and cognitive mindfulness-based cognitive therapy had more effect on mothers' cognitive emotion regulation compared to reality therapy. **Conclusions:** Mindfulness-based cognitive therapy can be used to improve cognitive emotion regulation in mothers of children with autism spectrum disorder. **Key Words:** Autism spectrum disorder, mindfulness based cognitive therapy, reality therapy, emotion regulation

Corresponding Author: teymurisaed@yahoo.com

* این مقاله برگرفته از رساله دکتری نویسنده اول می‌باشد.

^۱ دانشجوی دکتری روانشناسی، گروه روانشناسی، واحد تربت جام، دانشگاه آزاد اسلامی، تربت جام، ایران

^۱ Ph.D Student in Psychology, Department of psychology, Torbat-e Jam branch, Islamic Azad University Torbat-e Jam, Iran

^۲ دانشیار، گروه روانشناسی، واحد تربت جام، دانشگاه آزاد اسلامی، تربت جام، ایران (نویسنده مسئول)

^۲ Associate Professor in Department of psychology, Torbat-e Jam branch, Islamic Azad University, Torbat-e Jam, Iran (Corresponding Author)

^۳ استادیار، گروه روانشناسی، واحد مشهد، دانشگاه آزاد اسلامی، مشهد، ایران

^۳ Assistant Professor in Department of psychology, Mashhad branch, Islamic Azad University, Mashhad, Iran

^۴ دانشیار، گروه روانشناسی، واحد تربت جام، دانشگاه آزاد اسلامی، تربت جام، ایران

^۴ Associate Professor in Department of psychology, Torbat-e Jam branch, Islamic Azad University, Torbat-e Jam, Iran

پذیرش نهایی: ۹۸/۱۱/۱۰

دریافت: ۹۸/۰۹/۱۲

مقدمه

روانشناختی همراه هستند، نشخوار فکری و سرزنش خود بطور منفی با بهزیستی روانشناختی ارتباط دارند. پس راهبردهای تنظیم شناختی هیجان ممکن است بطور متفاوتی بر بهبود بهزیستی روانشناختی اثر بگذارند (بالزاروتی، بایسونی، ویلانی، پروناس و ولوتی، ۲۰۱۶). همچنین استرس مادران با کودکان دچار ناتوانی منجر به افزایش اضطراب، بی‌ثباتی هیجانی و اجتناب از واکنش به محیط می‌شود که خود بدتر شدن کیفیت زندگی را به دنبال دارد (لارا و دلوس پینوس، ۲۰۱۷).

یکی از مداخلات مؤثر برای مادران دارای فرزند اوتیسم، واقعیت درمانگری است (شیشه‌فر، کاظمی و پزشکی، ۱۳۹۶). واقعیت درمانگری را گلاسر در ۱۹۶۰ بکار برد و سپس تئوری انتخاب را به عنوان توصیف دقیق‌تر در چهارچوب مفهومی آن بکار برد. تئوری انتخاب به آزادی انسان در خواسته‌ها و اهدافش اشاره دارد (لوجان، ۲۰۱۵). از نظر گلاسر تئوری انتخاب یک روی آورد است که بر گسترش حمایت و کیفیت روابط با خود و دیگران متمرکز است (ارلانو، گراهام و سایوبر، ۲۰۱۸). گلاسر در تئوری انتخاب یک دنیای درونی کیفی مطلوب را توصیف می‌کند که از ارزش‌های خاص، باورها و خواسته‌های ما تشکیل شده است. این جهان کیفی در اصول ایده‌ال و شخصی ما نمایان می‌شود که ما را در چگونگی برآورده کردن نیازهایمان هدایت می‌کند. آنچه که ما از دنیای واقعی ادراک می‌کنیم دقیقاً بازنمایی آن نیست و بنابراین ما با مقایسه مداوم (دنیای مطلوب و دنیای ادراکی) ارزیابی می‌کنیم که چقدر براساس آرزوها و خواسته‌هایمان زندگی می‌کنیم (سیهوسن، ۲۰۱۸). براساس واقعیت درمانگری انسان‌ها بطور غریزی برای ارضای پنج نیاز اساسی برانگیخته می‌شوند (ووبلینگ، ۲۰۱۸). مغز انسان‌ها همزمان در دو جهت برای انعطاف‌پذیری در مقابل واقعیت ادراکی و ارضای نیازهای اساسی عشق، بقا، قدرت، آزادی و تفریح عمل می‌کند (سروانتس و رویی، ۲۰۱۸). برای گواه کارآمد زندگی، هر فردی لازم است نیازهایی را که برای وی مهم و اساسی هستند برآورده نماید و مانع نشود که دیگران از برآورده ساختن نیازهایشان باز بمانند. عملکرد مسئولانه وی موجب می‌گردد تا نیازهای وی مرتبط با دیگران و محیط اجتماعی‌اش برآورده گردد. اصل اساسی در تئوری انتخاب این است که ما انسان‌ها بسیار فراتر از آنچه تصور می‌گردد می‌توانیم بر زندگیمان تسلط داشته باشیم و لیکن مقدار زیادی از این

طیف اوتیسم یکی از اختلالات طبقه اختلالات رشدی عصبی است که با نقایص مداوم در ارتباطات و تعاملات اجتماعی در چند زمینه مختلف شامل نقص در تعاملات اجتماعی و رفتارهای ارتباطی غیرکلامی که در تعاملات اجتماعی استفاده می‌شوند و همچنین با مهارت‌های ایجاد، حفظ و فهم ارتباطات مشخص می‌گردد، علاوه بر نقایص ارتباطات اجتماعی تشخیص طیف اختلالات در خودماندگی نیازمند وجود الگوهای محدود و تکراری رفتارها، علائق و یا فعالیت‌هاست (انجمن روانپزشکی امریکا، ۲۰۱۳). پژوهش‌ها نشان داده که والدین کودکان مبتلا به طیف اوتیسم نسبت به والدین کودکان عادی (بوجنواوسکا، رودریگز، گارسیا، آرکز و مارش، ۲۰۱۹) و حتی نسبت به والدین کودکان دارای اختلالات رشدی دیگر (درویش‌علی‌چ، ۲۰۱۳) از مشکلات بیشتری رنج می‌برند. همچنین نتیجه پژوهش پیسولا و پوربویز - دورسمان (۲۰۱۷) نشان داد که والدین دارای کودک اوتیسم کیفیت روانی، جسمی و ارتباط اجتماعی پایین‌تری دارند. از آنجا که مادران در مقایسه با پدران به علت نقش‌های متفاوت در زندگی خانوادگی، زناشویی، پرستاری و تربیت فرزندان مشکلات بیشتری دارند (پاورز، ۲۰۰۱). پژوهش‌هایی که در مقایسه مادران این کودکان با پدران صورت گرفته حاکی از مشکلات بیشتر روانشناختی مادران مانند استرس و اضطراب بالاتر است (گارسیا - لویز، سریا و پوزو، ۲۰۱۶).

یکی از توانمندی‌هایی که در والدین دارای فرزند مبتلا به اوتیسم دچار نقص هست، تنظیم شناختی هیجان است (سای، ریچداله، دیسانایکا، ترولر و یولجارویچ، ۲۰۱۹). سامسون، هوبر و گراس، ۲۰۱۲). هیجان‌ها یک ویژگی اساسی در هر مدل روانشناختی ذهن انسان می‌باشد، همه انسانها برخوردار از هیجان‌ها هستند (گراس و بارت، ۲۰۱۱). توانایی افراد برای تنظیم شناخت، هیجان و اعمال، یک مهارت زندگی مهم و ضروری برای رشد کودکان و والدین است. افراد با خودتنظیمی بهتر می‌توانند به پیامدهای مثبت‌تری در زندگی برسند و احتمال ایجاد مشکلات ارتباطی و اجتماعی و سلامت روانی کمتر است (ساندرز، تآمر و متز، ۲۰۱۹). تنظیم هیجانی فرآیندی است که در طی آن افراد آگاهانه هیجان‌های خود را تعدیل می‌کنند و به صورت مناسب و سریع به به تقاضاهای محیط اطراف پاسخ می‌دهند (الدائو، هوکسما و اسکویزر، ۲۰۱۰). پژوهشی نشان داد ارزیابی مثبت و تمرکز مجدد بر برنامه‌ریزی بطور مثبت با بهزیستی

از آنجا که اختلال اوتیسم می‌تواند فشارهای روانی شدیدی را بر خانواده و والدین این کودکان تحمیل می‌کند و در واقع این تأثیر منفی کودک مبتلا به اوتیسم کیفیت زندگی این خانواده‌ها را نیز تحت تأثیر قرار می‌دهد و موجب پایین آمدن آن می‌شود (برندلر و همکاران، ۲۰۱۸). در نتیجه برنامه‌هایی جهت حمایت و آموزش خانواده مخصوصاً مادران (با توجه به این که مادر عضوی است که بیشترین ارتباط را با این کودکان دارد) بسیار کارساز بوده و به خانواده در پذیرش این مسأله و انطباق درست با شرایط کودک کمک کرده و در نتیجه تأثیر مطلوبی بر نظام خانواده و از طرف دیگر بر زندگی شخصی، سلامت جسمی و کیفیت زندگی مادران می‌گذارد، لذا مسأله اصلی پژوهش حاضر این است که چه تفاوتی بین دو روش شناخت درمانگری مبتنی بر ذهن آگاهی و واقعیت درمانگری بر تنظیم هیجانی مادران دارای فرزند مبتلا به اوتیسم وجود دارد؟

روش

پژوهش حاضر نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون - پس‌آزمون با گروه گواه بود. در این پژوهش با توجه به موضوع مورد مطالعه، جامعه‌آماری پژوهش را تمامی مادران یک دبستان ابتدایی کودکان مبتلا به اوتیسم در سال تحصیلی ۱۳۹۷-۱۳۹۸ در شهر مشهد تشکیل دادند. با نمونه‌گیری در دسترس از میان مادران دارای کودک مبتلا به اختلال طیف اوتیسم ۳۶ نفر انتخاب شده و به طور تصادفی در سه گروه (۱۲ نفره) شامل دو گروه آزمایش و یک گروه گواه گمارش شدند، زیرا حد متعادل اعضای جلسات گروهی ۱۲ نفر می‌باشد (آقا محمدیان شهرباف و وحسینی، ۱۳۸۴). ملاک‌های ورود به گروه نمونه عبارت بود از ۱. نداشتن اختلال روانی، ۲. عدم شرکت در گروه آموزش روانی یا روان‌درمانگری در حال حاضر، ۳. عدم مصرف داروهای روان‌درمانگری یا سومصرف مواد، ۴. تکمیل فرم رضایت آگاهانه برای شرکت در پژوهش. ملاک‌های خروج از پژوهش عبارت بود از ۱. داشتن بیش از یک کودک مبتلا به اختلال خاص، ۲. شرکت همزمان در جلسات درمانگری یا آموزش روان‌درمانگری، ۳. غیبت بیش از دو جلسه، ۴. عدم تمایل به ادامه حضور در جلسات. به منظور رعایت مباحث اخلاقی، طی یک جلسه توجیهی قبل از شروع جلسات آموزشی به شرکت‌کنندگان اطلاعات لازم در خصوص شرکت در جلسات و فراهم نمودن راحتی و آسایش آنها و امکان خروج از پژوهش به صورت آزادانه و محرمانه بودن اطلاعات

مهارگری‌ها ناکارآمد و نامؤثرند و انتخاب‌های مؤثر داشتن را فرا نگرفته‌ایم (جرگر، چیمبل، ویلسون و لوچی، ۱۹۹۵).

درمان دیگری که اخیراً مورد توجه قرار گرفته و در زمینه مادران دارای فرزند خاص نیز مورد استفاده قرار گرفته است شناخت درمانگری مبتنی بر ذهن آگاهی است (کاجیا، آندرسون و مور، ۲۰۱۶). از شناخت درمانگری مبتنی بر توجه آگاهی به عنوان موج سوم درمان‌های شناختی رفتاری یاد می‌شود. شناخت درمانگری مبتنی بر توجه آگاهی تکنیک‌های توجه آگاهی را با عناصر شناخت درمانگری ترکیب می‌کند تا شکل‌گیری دیدگاهی مجزا از افکار را در فرد تسهیل کند. هدف از استفاده از تمرینات ذهن آگاهی ایجاد تغییر در رابطه افراد با افکار و رویدادهای استرس‌زا و کاهش واکنش‌های احساسی و تقویت ارزیابی شناختی است (تیسادل، ویلیامز و سگال، ۲۰۰۰). به این ترتیب افراد یاد می‌گیرند که به جای نشخوار افکار منفی آگاهی گسترده‌تری از لحظه حال به وجود آورند و این آگاهی منجر به تشخیص زودرس الگوهای عاطفی مرتبط با تفکر، احساس و حس‌های بدنی می‌شود (گودفرین و وان هرینگن، ۲۰۱۰). تأثیر ذهن آگاهی از طریق چهار مکانیسم است که عبارتند از تنظیم توجه، آگاهی از بدن، تنظیم هیجان و تغییر در دیدگاه فرد به عنوان خود ثابت (هالزل و همکاران، ۲۰۱۱). مهارت‌های ذهن آگاهی که به افراد آموزش داده می‌شود شامل آگاهی از تنفس، افکار، حس‌های بدنی، صداها و همه فعالیت‌های فرد است (گو، استروس، باند و کاواناخ، ۲۰۱۵). افزایش مهارت‌های ذهن آگاهی منجر به پذیرش بدون قضاوت و بدون واکنش نسبت به تجارب می‌شود که این خود باعث نتایج مثبت روانشناختی می‌شود (کابات‌زین، ۱۹۸۲). همچنین ذهن آگاهی می‌تواند در رهاسازی افراد از افکار خودکار، عادات و الگوهای ناسالم کمک کند و نقش مهمی در تنظیم رفتار ایفا کند (ریان و دسی، ۲۰۰۰).

مرور پژوهش‌ها نشان از این دارد که واقعیت درمانگری بر شادکامی و مسئولیت‌پذیری مادران دارای فرزند اوتیسم (شیشه‌فر و همکاران، ۱۳۹۶)، تنظیم هیجان (ووبولدینگ، ۲۰۱۵) و تاب‌آوری (غلامی و ناعمی، ۱۳۹۶) مادران دارای فرزند خاص مؤثر است، همچنین ذهن آگاهی بر تنظیم هیجان (ژانگ و همکاران، ۲۰۱۹)، تاب‌آوری و شادکامی (فتاحی، دلداده مقدم و تقوی، ۱۳۹۸) و بهزیستی روانشناختی مادران دارای فرزند اوتیسم (حسین‌زاده، کاکاوند و احمدی، ۲۰۱۶) مؤثر است.

است و دارای ۱۸ ماده می‌باشد و برای افراد بهنجار و هم برای جمعیت‌های بالینی قابل استفاده می‌باشد. ابعاد این پرسشنامه به دو دسته کلی راهبردهای انطباق (سازش یافته) و راهبردهای غیرانطباقی (سازش نیافته) تقسیم می‌شوند. نمره کل هر یک از خرده مقیاس‌ها از طریق جمع کردن نمره ماده‌ها به دست می‌آید. نمرات بالا در هر خرده مقیاس بیانگر میزان استفاده بیشتر راهبرد مذکور در مقابله و مواجهه با وقایع تنیدگی‌زا و منفی می‌باشد. در پژوهش گارنفسکی، کرایچ و اسپنهورن (۲۰۰۱)، ضریب آلفای کرونباخ برای نه خرده مقیاس پرسشنامه مذکور بین ۰/۶۲ تا ۰/۸۰ گزارش شده است. همچنین در ایران، درستی و قابلیت اعتماد این مقیاس مورد بررسی قرار گرفت. برای درستی از همبستگی بین خرده مقیاس‌ها استفاده شد که این همبستگی‌ها از ۰/۷۳ تا ۰/۸۸ بود و برای قابلیت اعتماد از ضریب آلفای کرونباخ استفاده گردید که این ضرایب برای خرده مقیاس‌ها از ۰/۶۸ تا ۰/۸۶ بود (بشارت ۱۳۹۳).

در جدول ۱ خلاصه جلسات شناخت درمانگری مبتنی بر ذهن آگاهی که بر گرفته از دفترچه راهنمای محمدخانی و خانی‌پور (۱۳۹۶) است آورده شده است.

در جدول ۲ خلاصه جلسات واقعیت‌درمانگری که بر گرفته از کتاب راهنمای ووبلدینگ (۲۰۱۳)؛ ترجمه صاحبی و زیرک (۱۳۹۵) است آورده شده است:

شخصی آنها داده و رضایت آگاهانه کتبی اخذ شد. بعد از اجرای پیش‌آزمون (پرسشنامه تنظیم هیجان) در هر سه گروه، جلسات آموزشی با پروتکل آموزشی شناخت درمانگری مبتنی بر ذهن آگاهی برای گروه اول آزمایش و پروتکل آموزشی واقعیت‌درمانگری برای گروه دوم طی ۱۰ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای توسط روانشناس آموزش دیده اجرا شد. هیچ‌گونه مداخله‌ای طی این مدت بر گروه گواه صورت نگرفت. هر سه گروه پس از اتمام جلسات آموزش و پیگیری یک ماهه پرسشنامه تنظیم شناختی هیجان را مجدداً تکمیل نمودند و بدین ترتیب داده‌های مورد نیاز برای بررسی فرضیه پژوهشی مورد جمع آوری قرار گرفت و با استفاده از کواریانس چندمتغیره تحلیل شد.

ابزار

پرسشنامه تنظیم شناختی هیجان: این پرسشنامه بر مبنای پرسشنامه اصلی نظم‌جویی شناختی هیجانی (CERQ) و توسط گارنفسکی، کرایچ و اسپنهورن در سال ۲۰۰۱ در کشور هلند تدوین شده است و یک پرسشنامه چند بعدی است که جهت شناسایی راهبردهای مقابله‌ای شناختی افراد پس از تجربه کردن وقایع یا موقعیت‌های منفی مورد استفاده قرار می‌گیرد. بر خلاف سایر پرسشنامه‌های مقابله‌ای که به صورت آشکار بین افکار فرد و اعمال واقعی وی تمایز قائل نمی‌شوند، این پرسشنامه افکار فرد پس از مواجهه با یک تجربه منفی یا وقایع آسیب‌زا ارزیابی می‌کند. این پرسشنامه یک ابزار خودگزارشی

جدول ۱. خلاصه جلسات شناخت درمانگری مبتنی بر ذهن آگاهی (محمدخانی و خانی‌پور، ۱۳۹۶)

جلسات	محتوای آموزشی جلسات
اول	هدایت خودکار: خوردن یک کشمش با آگاهی، مراقبه واری بدن، اجرای پیش‌آزمون تنظیم شناختی هیجانی
دوم	سر و کار داشتن با موانع: مراقبه واری بدن، ده دقیقه تنفس ذهن آگاهانه، تمرین‌های افکار و احساسات
سوم	ذهن آگاهی تنفس (و بدن در حرکت)، مشخص کردن تقویم تجارب خوشایند، تمایز فکر از واقعیت
چهارم	باقی ماندن در زمان حاضر: ذهن آگاهی پنج دقیقه‌ای مشاهده کردن یا شنیدن، راه رفتن ذهن آگاهانه، تقویم تجارب ناخوشایند
پنجم	پذیرفتن و اجازه دادن، مراقبه‌ی نشستن، آگاهی از تنفس و بدن، بررسی افکار و پیش‌بینی‌های قبلی
ششم	افکار واقعیت نیستند: مراقبه‌ی نشستن، آگاهی از تنفس و بدن، تمایز فکر از واقعیت، تمرین خلق‌ها، افکار و دیدگاه‌های جایگزین
هفتم	چگونه بهترین مراقبت را از خود به عمل آورم؟ فعالیت‌های ارتقا دهنده: مراقبه نشستن، آگاهی از تنفس، بدن، صداها، افکار و هیجان‌ها
هشتم	راه‌حل آفرینی سازنده، تحریف‌های شناختی، مراقبه‌ی واری بدن، آگاهی از تنفس
نهم	بررسی چیزهایی بسیار ارزشمند زندگی فرد و تمرین در کسب و نگهداری آنها، مراقبه‌ی نشستن، آگاهی از تنفس، بدن
دهم	استفاده از آن چیزی که یاد گرفته شده برای بکارگیری در آینده: مراقبه واری بدن، مراقبه نهایی، مرور کل دوره و اجرای پس‌آزمون تنظیم شناختی هیجانی

جدول ۲. خلاصه جلسات واقعیت درمانگری (ووبلینگ، ۲۰۱۳؛ ترجمه صاحبی و زیرک، ۱۳۹۶)	
جلسات	محتوای آموزشی جلسات
اول	آشنایی اعضای گروه با یکدیگر؛ بیان قوانین؛ برقراری رابطه حسنه و درگیری عاطفی بین اعضا و اجرای پیش‌آزمون تنظیم شناختی هیجانی
دوم	بررسی نظریه انتخاب و پنج نیاز اساسی و چگونگی تأثیر آنها بر زندگی
سوم	بررسی نقاط قوت و ضعف از طریق ابراز خود؛ گوش دادن فعال؛ استنباط، تأثیر فرد بر سایر اعضا؛ دیدن خود از دریچه نگاه دیگران
چهارم	بررسی اجزاء رفتار انسان (مفهوم رفتار کلی) توضیح داده شده که ۴ جزء رفتاری کدام است و چگونه عمل می‌کند
پنجم	بررسی موقعیت‌ها برای انتخاب بهتر؛ تأثیر مهارگری بیرونی یا درونی بر انتخاب افراد؛ نظارت بر نحوه فعالیت اعضا در انجام مهارت‌های فوق.
ششم	بررسی ۱۰ اصل اساسی تئوری انتخاب
هفتم	توصیف و تبیین ۵ اصل تبیین رفتار
هشتم	بررسی خواسته‌ها از طریق فرایند WEDP.
نهم	شکل‌گیری رفتار؛ رفتارهای مخرب و سازنده؛ نظارت و ارزیابی کیفیت فعالیت اعضای گروه در انجام رفتارهای مخرب و سازنده
دهم	مرور و جمع‌بندی و اجرای پس‌آزمون تنظیم شناختی هیجانی

یافته‌ها

پژوهش نشان داد که در مجموع، ۱۹/۴ درصد (۷ نفر دارای تحصیلات دبیرستان، ۴۷/۲ درصد (۱۷ نفر دارای تحصیلات دیپلم و فوق دیپلم، ۲۵ درصد (۹ نفر دارای تحصیلات کارشناسی و ۸/۳ درصد (۳ نفر دارای تحصیلات کارشناسی ارشد و بالاتر بودند. در جدول زیر یافته‌های توصیفی آورده شده است:

این پژوهش دارای سه گروه ۱۲ نفری بود که میانگین سنی گروه گواه ۳۸/۷۶ با انحراف معیار ۵/۶۷، گروه ذهن آگاهی ۳۹/۵۳ با انحراف معیار ۴/۷۹ و گروه واقعیت درمانگری ۴۰/۵۲ با انحراف معیار ۶/۷۲ بود، همچنین بررسی میزان تحصیلات گروه‌های

جدول ۳. یافته‌های توصیفی به تفکیک گروه						
مقیاس	مرحله آزمون	شناخت درمانگری مبتنی بر ذهن آگاهی		واقعیت درمانگری		گواه
		میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد	
سازش یافته	پیش آزمون	۲۳/۵۰	۵/۵۲	۲۰/۰۵	۶/۹۷	۲۳/۸۵
	پس آزمون	۳۳/۵۰	۶/۷۵	۳۲/۰۸	۵/۷۴	۲۳/۸۳
سازش نایافته	پیگیری	۲۹/۴۲	۷/۸۰	۳۰/۰۸	۷/۴۳	۲۴/۶۷
	پیش آزمون	۲۶/۲۵	۴/۳۱	۲۷/۶۶	۶/۹۷	۲۸/۵۸
پیگیری	پس آزمون	۲۲/۱۷	۳/۲۴	۲۰/۷۵	۵/۵۱	۲۶/۶۷
	پیگیری	۲۱/۶۷	۴/۴۴	۲۱/۹۲	۷/۱۴	۲۷/۲۵

پیش آزمون (۲۸/۵۸) و پس آزمون (۲۶/۶۷) و پیگیری (۲۷/۲۵) گروه گواه تفاوت چندانی وجود ندارد که نشان از تأثیر واقعیت درمانگری و شناخت درمانگری مبتنی بر ذهن آگاهی بر تنظیم شناختی هیجان در مادران دارای کودکان اوتیستیک دارد. بعد از یافته‌های توصیفی، به تحلیل استنباطی پرداخته می‌شود. قبل از اجرای تحلیل کواریانس چند متغیره مفروضات تحلیل کواریانس مورد بررسی قرار گرفت و نتایج حاکی از عدم تخطی از مفروضه‌های تحلیل کواریانس چند متغیره بودند. ابتدا از آزمون کالموگراف اسمیرنوف برای بررسی نرمال بودن داده‌ها استفاده شد. نتایج نشان داد که چون سطح معناداری متغیر تنظیم شناختی هیجان بیشتر از ۰/۰۵ است پس داده‌ها توزیع نرمال دارند. برای بررسی هم‌تایی بودن گروه‌ها در خط پایه از آزمون تحلیل واریانس یک طرفه استفاده گردیده است با توجه به نتایج آزمون برای

نتایج جدول ۳ نشان می‌دهد میانگین راهبردهای سازش یافته در پس آزمون گروه شناخت درمانگری مبتنی بر ذهن آگاهی (۳۳/۵۰) و پیگیری (۲۹/۴۲) نسبت به پیش آزمون (۲۳/۵۰) آنها افزایش داشته است. همچنین در پس آزمون گروه واقعیت درمانگری (۳۲/۰۸) و پیگیری (۳۰/۰۸) نسبت به پیش آزمون (۲۷/۶۶) آنها افزایش داشته ولی بین میانگین پیش آزمون (۲۳/۵۸) و پس آزمون (۲۳/۸۳) و پیگیری (۲۴/۶۷) گروه گواه تفاوت چندانی وجود ندارد. همچنین نتایج نشان می‌دهد میانگین راهبردهای سازش نایافته در پس آزمون گروه شناخت درمانگری مبتنی بر ذهن آگاهی (۲۲/۱۷) و پیگیری (۲۱/۶۷) نسبت به پیش آزمون (۲۶/۲۵) آنها کاهش داشته است. در پس آزمون گروه واقعیت درمانگری (۲۰/۷۵) و پیگیری (۲۱/۹۲) نسبت به پیش آزمون (۲۵/۵۰) آنها کاهش داشته ولی بین میانگین

شناختی هیجان بزرگتر از ۰/۰۵ بود. همگنی ماتریس‌های واریانس و کواریانس به وسیله آزمون باکس سنجیده شد. با توجه به نتایج آزمون باکس ($p > 0/05$) نتیجه می‌گیریم که فرض همگنی ماتریس واریانس - کواریانس وجود دارد (مانند شرط همگنی واریانس عمل می‌کند).

هیچ کدام از مؤلفه‌های سازش یافته و سازش نیافته متغیر تنظیم شناختی هیجان معنادار نمی‌باشد. بنابراین گروه‌ها در خط پایه هم‌تا می‌باشند همگنی واریانس‌ها با آزمون لوین سنجیده شد و سطح معنی‌داری محاسبه شده لوین در دو مرحله پس آزمون و پیگیری برای متغیر تنظیم

آزمون	ارزش	F	df فرضیه	df خطا	سطح معناداری
لامبدای ویلکز	۰/۸۱	۵/۶۲	۴	۱۹۶	۰/۰۰۱

شناختی هیجان (سازش یافته، سازش نیافته) بین سه گروه تفاوت معناداری وجود دارد. برای پی بردن به این تفاوت‌ها از آزمون تعقیبی شفه در جدول ۵ استفاده می‌شود:

نتایج جدول ۴ نشان می‌دهد چون مقدار F و سطح معناداری برای آزمون لامبدای ویلکز کمتر از ۰/۰۵ می‌باشد ($p < 0/05$) است، بر این اساس می‌توان گفت در یکی از متغیرهای وابسته مؤلفه‌های تنظیم

متغیر	گروه اول	گروه دوم	تفاوت میانگین‌ها	سطح معناداری
شناخت درمانگری مبتنی بر ذهن آگاهی	شناخت درمانگری	واقعیت درمانگری	۱/۲۵	۰/۷۶
	واقعیت درمانگری	گواه	۴/۷۸	۰/۰۲
سازش یافته	واقعیت درمانگری	شناخت درمانگری مبتنی بر ذهن آگاهی	-۱/۲۵	۰/۷۶
	گواه	گواه	۳/۵۳	۰/۰۴
سازش نیافته	واقعیت درمانگری	شناخت درمانگری مبتنی بر ذهن آگاهی	-۴/۷۸	۰/۰۲
	گواه	واقعیت درمانگری	-۳/۵۳	۰/۰۴
شناخت درمانگری مبتنی بر ذهن آگاهی	واقعیت درمانگری	واقعیت درمانگری	-۱/۰۸	۰/۹۹
	گواه	گواه	-۴/۱۴	۰/۰۰۱
واقعیت درمانگری	واقعیت درمانگری	شناخت درمانگری مبتنی بر ذهن آگاهی	۰/۰۸	۰/۹۹
	گواه	گواه	-۴/۰۶	۰/۰۰۱
گواه	شناخت درمانگری مبتنی بر ذهن آگاهی	شناخت درمانگری مبتنی بر ذهن آگاهی	۴/۱۴	۰/۰۰۱
	واقعیت درمانگری	واقعیت درمانگری	۴/۰۶	۰/۰۰۱

آگاهی تأثیر بیشتری بر افزایش معنادار تنظیم شناختی هیجان دارد. با وجود جستجو در مطالعات انجام شده در داخل و خارج از کشور، مطالعه‌ای مبنی بر مقایسه این دو روش یافت نشد.

در تبیین اثربخشی بیشتر شناخت درمانگری مبتنی بر ذهن آگاهی در مقایسه با واقعیت درمانگری در تنظیم شناختی هیجان مادران دارای کودک اوتیستیک می‌توان چنین بیان کرد که مادران کودکان اوتیستیک دچار بی‌ثباتی هیجانی و اجتناب از واکنش به محیط (بالزاروتی و همکاران، ۲۰۱۶) هستند. آنها همچنین با احساس گناه و سرزنش خود (لودر، پادوپولوس و راندا، ۲۰۱۹) و نشخوار فکر (کران و همکاران، ۲۰۰۸) مواجه هستند که راهبردهای ناسازگارانه تنظیم هیجان محسوب می‌شوند که با ذهن آگاهی رابطه منفی دارند. یکی از عوامل مؤثر در تنظیم هیجان در زمینه عوامل روانشناختی، ذهن آگاهی است (رایس و ویلیامز، ۲۰۱۰). در نظریه‌های خود

با توجه به جدول ۵ سطح معنی‌داری آزمون در گروه شناخت درمانگری مبتنی بر ذهن آگاهی و واقعیت درمانگری با گروه گواه کمتر از ۰/۰۵ است. بنابراین فرض صفر رد شده و در نتیجه بین تنظیم شناختی هیجان در گروه‌های مذکور اختلاف معنی‌داری وجود دارد و این تفاوت میانگین برای مؤلفه راهبردهای سازش یافته (۴/۷۸) و برای مؤلفه راهبردهای سازش نیافته (۴/۱۴) در گروه شناخت درمانگری مبتنی بر ذهن آگاهی بیشتر است در نتیجه تأثیر شناخت درمانگری مبتنی بر ذهن آگاهی بر متغیر تنظیم شناختی هیجان بیشتر می‌باشد.

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف مقایسه اثربخشی دو روش شناخت درمانگری مبتنی بر ذهن آگاهی و واقعیت درمانگری بر تنظیم شناختی هیجان مادران دارای کودک اوتیستیک انجام شد. یافته‌های این پژوهش نشان دادند که روش شناخت درمانگری مبتنی بر ذهن

است. اما مادران تا زمانی که به سنجش رفتارهای مشکل ساز و تغییر آنها اقدام نکنند و به موفقیت حاصل از این تغییر رفتار نائل نشوند نمی توانند سودمندی این روی آورد را در باورهای ذهنی خود بگنجانند تا همین امر مسبب ایجاد انگیزه لازم برای تغییر رفتار در آنها شود. یعنی مادران باید نتایج حاصل از این تغییر رفتار و موفقیت را تجربه کنند تا افکار و احساسات منفی و دردآورشان تغییر کند و به یک هویت موفق برسند. اما به نظر می رسد زمانی که آنان به دلیل مشکلاتی چون داغ اوتیسم و مشکلات رفتاری کودک درگیر افکار مخرب و احساسات منفی ناشی از این مشکلات هستند و به پذیرش و شفقت با خود و دیگران دست نیافته اند و توانایی گواه و تنظیم مؤثر هیجان های خود را ندارند، قادر به تفکر منطقی و ارزیابی و برنامه ریزی برای دستیابی به این اهداف نیستند.

به عنوان نتیجه نهایی می توان گفت که با توجه به نتایج پژوهش حاضر و شریط دشوار و نیاز مادران دارای کودک مبتلا به اوتیسم به آموزش، شناخت درمانگری مبتنی بر ذهن آگاهی روشی مؤثر و کارآمد برای بهبود تنظیم شناختی هیجان در این مادران است و نیاز است درمانگران آموزش این روش را در مادران دارای کودکان اوتیستیک مورد توجه قرار دهند. این پژوهش مانند هر پژوهش دیگری با محدودیت هایی همراه بوده است که مهمترین آنها استفاده از روش نمونه گیری در دسترس و عدم حضور پدران بدلیل مشغولیت آنها و عدم امکان حضور در جلسات درمانی بود. با توجه به یافته ها و محدودیت های پژوهش پیشنهاد می شود که به منظور تعمیم دهی بهتر از روش های نمونه گیری تصادفی نیز استفاده شود و همچنین در پژوهش های آتی پدران دارای فرزند مبتلا به اوتیسم نیز مورد بررسی قرار بگیرد. در نهایت پیشنهاد می شود علاوه بر پرسشنامه از مصاحبه نیز به منظور تعمیق یافته های پژوهش استفاده شود.

منابع

- آقامحمدیان شهرباف، حمیدرضا و حسینی، محمد (۱۳۸۴). روانشناسی بلوغ و نوجوانی. مشهد: انتشارات دانشگاه فردوسی.
- بشارت، محمدعلی (۱۳۹۳). بررسی ویژگی های روانسنجی پرسشنامه تنظیم شناختی هیجان در نمونه ای از جامعه ی ایرانی. مجله دانشکده پرستاری و مامایی، (۲۴)، ۸۴، ۷۰-۶۱.
- شفیع آبادی، عبدالله و ناصری، غلامرضا (۱۳۹۰). نظریه های مشاوره و روان درمانی. تهران: مرکز نشر دانشگاهی.

تنظیمی آگاهی و توجه کانون اصلی ارتقا و حفظ عملکرد مناسب روانشناختی است. بنابراین هدف شناخت درمانگری مبتنی بر توجه آگاهی، افزایش آگاهی از تجارب لحظه به لحظه و توجه به زمان حال است. بدین ترتیب با بسط آگاهی و توجه فرد می آموزد تا موقعیت ها و افکار را بدون واکنش و قضاوت و با پذیرش نظاره کند و درک نماید که هیجان های منفی ممکن است رخ دهد اما جزء دائمی و ثابت شخصیت نیست (امانول، آپدگراف، کالمباچ و کیسلا، ۲۰۱۰). رویارویی پایدار فرد با افکار و هیجانان و حس های بدنی موجب حساسیت زدایی پاسخ های شرطی و کاهش رفتارهای اجتنابی می شود. بدین ترتیب ارتباط فرد با افکار و رویدادهای استرس زا تغییر می کند و منجر به کاهش واکنش های احساسی و تقویت ارزیابی شناختی (تیسادل و همکاران، ۲۰۰۰) می گردد. از طرفی زمانی که درد از افکار منفی جدا می گردد، فرد قادر است بهتر به مشاهده افکار و احساسات خود پردازد و مشاهده بدون قضاوت فرصت شناسایی پیامدهای رفتار را نیز ممکن می کند در نهایت این شناخت به تغییرات رفتاری مناسب می انجامد. از طرف دیگر ذهن آگاهی با افزایش آگاهی لحظه به لحظه باعث شناسایی الگوهای تکراری تفکر و احساسات و حس های بدنی می شود (گودفرین و هیرینگن، ۲۰۱۰) که نقش مهمی در رها سازی فرد از افکار و عادات و الگوهای ناسالم و خودکار رفتار و تنظیم رفتار و هیجان ها (ریان و دسی، ۲۰۰۰) و کاربرد راهبردهای مقابله ای سازگار (آستین، ۱۹۹۷) و در نهایت بهبود عملکرد هیجان (ریدرینکوف، دی بروین، بلوم و باگلس، ۲۰۱۸) دارد. در واقع توجه این روی آورد معطوف به مشکلات هیجانی و افکار منفی است که مادران با آنها درگیرند. از طرفی با بسط آگاهی از تجارب خوشایند و ناخوشایند مانع از محدود شدن تمرکز و توجه بر محرک های مرتبط با این افکار و احساسات منفی می شود تا فرد با وضوح بیشتر آنها را نظاره کند، کارکرد این تجارب درونی را ببیند و عنصر پذیرش در ذهن آگاهی کمک می کند فرد به شیوه غیر قضاوتی، شفقت آمیز و مبتنی بر پذیرش دیدگاه خود را تغییر دهد و کمتر درگیر بررسی تفاوت بین خود واقعی و ایده ال می شود، و سرانجام با ارتقا خودتنظیمی راهبردهای سازگارانه تنظیم هیجان را بکار گیرد. روی آورد واقعیت درمانگری به رفتار فرد توجه دارد و بر این تفکر اصرار دارد که تغییر رفتار به تغییر در احساس ناراحتی و اضطراب منجر می شود (شفیع آبادی و ناصری، ۱۳۹۰) و فرد را مسئول رفتارش بر می شمارد که آن را آزادانه انتخاب کرده

- Reappraisal and suppression interactions. *Autism*, 23(3), 737-749.
- Cervantes, S. N., Robey P, A. (2018). Aligning reality therapy and choice theory psychology with cognitive psychology. *International Journal of Choice Theory and Reality Therapy*, 38(1), 13- 20.
- Crane, C, Barnhofer T, Dggan D, Hepburn S, Fenne U M, Williams J.M.G. (2008). Mindfulness – Based cognitive therapy and self – discrepancy in recovered depressed patient with a history of depression and suicidal. *Journal of Cognitive Therapy and Research*, 32 (1), 775 –87.
- Dervishaliaj, E. (2013). Parental stress in families of children with disabilities: A literature review. *Journal of Educational and Social Research*, 3(7), 579-580.
- Emanuel, A. S., Updegraff, J. A., Kalmbach, D. A., & Ciesla, J. A. (2010). The role of mindfulness facets in affective forecasting. *Personality and Individual Differences*, 49(7), 815-818.
- García-López, C., Sarriá, E., & Pozo, P. (2016). Multilevel approach to gender differences in adaptation in father-mother dyads parenting individuals with Autism Spectrum Disorder. *Research in Autism Spectrum Disorders*, 28 (2), 7-16.
- Garnefski, N., Kraaij, V., & Spinhoven, P. (2001). Negative life events, cognitive emotion regulation and emotional problems. *Personality and Individual Differences*, 30(8), 1311-1327.
- Godfrin K A, van Heeringen C. (2010) The effects of mindfulness-based cognitive therapy on recurrence of depressive episodes, mental health and quality of life: A randomized controlled study. *Journal of Behavior Research and Therapy*, 48(8), 746-38.
- Gross JJ, Barrett LF. (2011). Emotion Generation and Emotion Regulation: One or Two Depends on Your Point of View. *Journal of Emotion Review*, 3(1), 8-16.
- Gu, J., Strauss, C., Bond, R., & Cavanagh, K. (2015). How do mindfulness-based cognitive therapy and mindfulness-based stress reduction improve mental health and wellbeing? A systematic review and meta-analysis of mediation studies. *Clinical psychology review*, 37 (3), 1-12.
- Hölzel, B. K., Lazar, S. W., Gard, T., Schuman-Olivier, Z., Vago, D. R., & Ott, U. (2011). How does mindfulness meditation work? Proposing mechanisms of action from a conceptual and neural perspective. *Perspectives on psychological science*, 6(6), 537-559.
- Hosseinzadeh, Z., Kakavand, A., Ahmadi, A. (2016). The Mediating Role of Mother's Mindfulness and Family Resilience on the Relationship between Behavior Problems of Children with Autism and Mothers' Psychological Well-Being. *Psychology of Exceptional Individuals*, 6(23), 151-178. doi: 10.22054/jpe.2016.7371
- Jerger, J., Chmiel, R., Wilson, N., & Luchi, R. (1995). Hearing impairment in older adults: new concepts. شیشه فر، سپیده؛ کاظمی، فرنگیس و پزشک، شهلا (۱۳۹۶). اثربخشی آموزش واقعیت درمانی بر شادکامی و مسئولیت‌پذیری مادران کودکان درخودمانده. *روانشناسی افراد استثنایی*، ۷(۲۷)، ۵۳-۷۷.
- غلامی، ربابه و ناعمی، علی محمد (۱۳۹۶). تأثیر واقعیت درمانی بر استیگمای مادران کودکان دارای ناتوانی‌های رشدی و ذهنی *روانشناسی افراد استثنایی*، ۷(۲۷)، ۲۳۶-۲۰۹.
- فتاحی، سعیده؛ دلداده مقدم، مهرانگیز و تقوی، فرشته (۱۳۹۸). اثربخشی آموزش ذهن‌آگاهی بر تاب‌آوری و شادکامی مادران دارای کودکان مبتلا به اختلال یادگیری. *مجله مطالعات ناتوانی*، ۹(۱)، ۶-۶.
- محمدخانی، پروانه و خانی پور، حمید (۱۳۹۶). *درمان‌های مبتنی بر حضور ذهن*. تهران: انتشارات دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی.
- ووبولدینگ، رابرت (۲۰۱۳). *واقعیت درمانی برای قرن بیست و یکم*، ترجمه صاحبی، علی؛ زیرک، حسین (۱۳۹۵). تهران: سایه سخن.
- Aldao, A., Nolen-Hoeksema, S., & Schweizer, S. (2010). Emotion-regulation strategies across psychopathology: A meta-analytic review. *Clinical psychology review*, 30(2), 217-237.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5®)*. American Psychiatric Pub.
- Arellano, Y., Graham, M. A., Sauerheber, J. D. (2018). Grieving through art expression and choice theory: A group approach for young adults. *International Journal of Choice Theory and Reality Therapy*, 38 (1), 47-56.
- Astin, J. A. (1997). Stress reduction through mindfulness meditation. *Psychotherapy and psychosomatics*, 66(2), 97-106.
- Balzarotti, S., Biassoni, F., Villani, D., Prunas, A., & Velotti, P. (2016). Individual differences in cognitive emotion regulation: Implications for subjective and psychological well-being. *Journal of Happiness Studies*, 17(1), 125-143.
- Brandler, W. M., Antaki, D., Gujral, M., Kleiber, M. L., Whitney, J., Maile, M. S., ... & Pang, T. (2018). Paternally inherited cis-regulatory structural variants are associated with autism. *Science*, 360 (6386), 327-331.
- Bujnowska, A. M., Rodríguez, C., García, T., Areces, D., & Marsh, N. V. (2019). Parenting and Future Anxiety: The Impact of Having a Child with Developmental Disabilities. *International journal of environmental research and public health*, 16(4), 668-669.
- Cachia, R. L., Anderson, A., & Moore, D. W. (2016). Mindfulness, stress and well-being in parents of children with autism spectrum disorder: A systematic review. *Journal of Child and Family Studies*, 25(1), 1-14.
- Cai, R. Y., Richdale, A. L., Dissanayake, C., Trollor, J., & Uljarević, M. (2019). Emotion regulation in autism:

- International Journal of Choice Theory and Reality Therapy*, 38(1), 58-62.
- Wubbolding, R. E. (2015). The voice of William Glasser: Accessing the continuing evolution of reality therapy. *Journal of Mental Health Counseling*, 37(3), 189-205.
- Zhang, J., Deng, X., Huang, L., Zeng, H., Wang, L., & Wen, P. (2019). Profile of trait mindfulness and its association with emotional regulation for early adolescents. *Personality and Individual Differences*, 147, 12-17.
- Journal of the American Geriatrics Society*, 43(8), 928-935.
- Kabat-Zinn, J. (1982). An outpatient program in behavioral medicine for chronic pain patients based on the practice of mindfulness meditation: Theoretical considerations and preliminary results. *General hospital psychiatry*, 4(1), 33-47.
- Lara, E. B., & de los Pinos, C. C. (2017). Families with a disabled member: impact and family education. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*, 237 (1), 418-425.
- Lodder, A., Papadopoulos, C., & Randhawa, G. (2019). Stigma of living as an autism carer: a brief psychosocial support intervention (SOLACE). Study protocol for a randomised controlled feasibility study. *Pilot and feasibility studies*, 5(1), 34-35.
- Lujan, S. K. (2015). Quality counseling: An examination of choice theory and reality therapy. *International Journal of Choice Theory and Reality Therapy*, 34(2), 17-22.
- Pisula, E., & Porębowicz-Dörsmann, A. (2017). Family functioning, parenting stress and quality of life in mothers and fathers of Polish children with high functioning autism or Asperger syndrome. *PLoS one*, 12(10), 186-187.
- Powers, E. T. (2001). New estimates of the impact of child disability on maternal employment. *American Economic Review*, 91(2), 135-139.
- Raes, F., & Williams, J. M. G. (2010). The relationship between mindfulness and uncontrollability of ruminative thinking. *Mindfulness*, 1(4), 199-203.
- Ridderinkhof, A., de Bruin, E. I., Blom, R., & Bögels, S. M. (2018). Mindfulness-based program for children with autism spectrum disorder and their parents: Direct and long-term improvements. *Mindfulness*, 9(3), 773-791.
- Ryan, R. M., & Deci, E. L. (2000). Self-determination theory and the facilitation of intrinsic motivation, social development, and well-being. *American psychologist*, 55(1), 68-75.
- Samson, A. C., Huber, O., & Gross, J. J. (2012). Emotion regulation in Asperger's syndrome and high-functioning autism. *Emotion*, 12(4), 659-663.
- Sanders, M. R., Turner, K. M., & Metzler, C. W. (2019). Applying self-regulation principles in the delivery of parenting interventions. *Clinical child and family psychology review*, 22(1), 24-42.
- Seehusen C. (2018). Using Reality Therapy with Clients Experiencing Chronic Pain. *International Journal of Choice Theory and Reality Therapy*, 38(1), 6-12.
- Teasdale, J. D., Segal, Z. V., Williams, J. M. G., Ridgeway, V. A., Soulsby, J. M., & Lau, M. A. (2000). Prevention of relapse/recurrence in major depression by mindfulness-based cognitive therapy. *Journal of consulting and clinical psychology*, 68(4), 615.
- Wubbolding R E. (2018). Contemporary controversial issues and how to use reality therapy in an ethical and mainstreamed manner: thoughts to ponder,