

مقایسه تاثیر درمان نظریه انتخاب و درمان فعال ساز رفتاری با و بدون تصویرسازی ذهنی هدایت شده بر تاب آوری در نوجوانان وابسته به مواد

شیمای جراحی^۱، محمدابراهیم مداحی^۲، محمود گودرزی^۳

تاریخ دریافت: ۱۳۹۹/۰۸/۱۰ تاریخ پذیرش: ۱۳۹۹/۱۰/۲۰

چکیده

هدف: هدف تحقیق حاضر مقایسه تاثیر درمان نظریه انتخاب و درمان فعال ساز رفتاری با و بدون تصویرسازی ذهنی هدایت شده بر تاب آوری در نوجوانان وابسته به مواد بود. **روش:** روش پژوهش حاضر نیمه آزمایشی با طرح پیش آزمون-پس آزمون با گروه کنترل بود. نمونه تحقیق شامل ۶۰ نفر از نوجوانان وابسته به مواد بود که به صورت نمونه گیری در دسترس انتخاب شدند و به طور تصادفی در گروه های آزمایش اول (درمان نظریه انتخاب، ۱۵ نفر)، آزمایش دوم (درمان فعال ساز رفتاری بدون تصویرسازی ذهنی هدایت شده، ۱۵ نفر)، آزمایش سوم (درمان فعال ساز رفتاری با تصویرسازی ذهنی هدایت شده، ۱۵ نفر)، و کنترل (۱۵ نفر) گماشته شدند. شرکت کنندگان هر چهار گروه مقیاس تاب-آوری کونور-دیویدسون را تکمیل کردند. داده ها با استفاده از روش تحلیل واریانس با اندازه گیری مکرر تجزیه و تحلیل شدند. **نتایج:** نتایج نشان داد بین تاثیر درمان نظریه انتخاب و درمان فعال ساز رفتاری با و بدون تصویرسازی ذهنی هدایت شده بر افزایش تاب آوری در نوجوانان وابسته به مواد تفاوت معناداری وجود داشت، به طوری که درمان فعال ساز رفتاری با تصویرسازی ذهنی هدایت شده نسبت به درمان نظریه انتخاب و درمان فعال ساز رفتاری بدون تصویرسازی ذهنی هدایت شده بر افزایش تاب آوری در نوجوانان وابسته به مواد اثربخشی بیشتری داشت. **نتیجه گیری:** در کل، می توان گفت که درمان فعال ساز رفتاری با تکنیک تصویرسازی ذهنی روش موثرتری بر افزایش تاب آوری در نوجوانان وابسته به مواد است.

کلیدواژه ها: درمان نظریه انتخاب، درمان فعال ساز رفتاری، تصویرسازی ذهنی هدایت شده، تاب-آوری، نوجوانان وابسته به مواد

۱. دانشجوی دکترای مشاوره، گروه مشاوره خانواده، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد سنندج، سنندج، ایران.

۲. نویسنده مسئول: استادیار، گروه روان شناسی، دانشگاه شاهد، تهران، ایران. پست الکترونیک: memadahi@yahoo.com

۳. استادیار، گروه مشاوره خانواده، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد سنندج، سنندج، ایران.

مقدمه

نوجوانان در دوره حساسی قرار دارند و باید گفت نوجوانانی که درگیر معضل مصرف مواد می‌شوند با توجه به کشمکش‌های دوران نوجوانی دچار اضمحلال روانی می‌شوند. عوامل متعددی مانند عوامل فردی، خانوادگی، زیستی، اجتماعی در سوء مصرف مواد نوجوانان دخالت دارند که شناسایی آن‌ها برای نجات نوجوانان وابسته به مصرف مواد از اهمیت خاصی برخوردار است (رحیمی، حکم آبادی، عارفی، جوزی و کلانتر، ۱۳۹۵). در دوران نوجوانی به دلیل تغییرات جسمانی - شناختی و بحران‌های این دوره وجود معضلات اجتماعی همواره تهدیدی جدی برای نوجوانان است. باید گفت اعتیاد در نوجوانان یک پدیده شوم شده است. وابستگی به سوء مصرف مواد در گروه نوجوانان آسیب‌پذیری بیشتری به دنبال دارد. نوجوانان وابسته به مصرف مواد به علت وضع خاص شخصیتی، نیازها، شکست‌ها، ناتوانی در برخورد با مسایل، ناکامی در زندگی، عدم ثبات عاطفی و ناملايمات ديگر به سوء مصرف مواد روی می‌آورند. اگر سوء مصرف مواد کنترل نشود به نوبه خود موجب از بین رفتن انسجام روانی و هیجانی نوجوانان می‌شود و آثار زیان‌باری بر خانواده و سلامت اجتماع وارد می‌آید (باوی، ۱۳۹۵). در نوجوانان وابسته به مواد کمبود تاب‌آوری ارتباطات بین فردی را تخریب می‌کند و می‌تواند موجبات کاهش کارکرد شناختی - هیجانی، عاطفی شود (والش^۱، ۱۳۹۱). تاب‌آوری پایین در نوجوانان وابسته به مواد میزان تطابق در مواجهه با فشارها را تحت تاثیر قرار می‌دهد و سبب کاهش توانایی درونی شخص، تزلزل مهارت اجتماعی، و تعامل ضعیف با محیط می‌شود (کریمی و اسمعیلی، ۱۳۹۹). شخص وابسته به سوء مصرف مواد پیش از آنکه تعادل جسمانی خود را از دست بدهد تعادل روانی خود را تا رسیدن به دارو از دست می‌دهد. غالب افراد مبتلا به مصرف مواد به بیماری‌های روانی دچار می‌شوند. فرد وابسته به مصرف مواد نسبت به اعضای خانواده خود احساس مسئولیت نمی‌کند، موقعیت اجتماعی او متزلزل است و به دیگران اعتماد ندارد. بر آوردن نیازهای خود را مقدم بر دیگران می‌داند و تاب‌آوری کمی دارد. چنین فردی بندرت می‌تواند پیوندهای مستحکم عاطفی، وفاداری و تعهد داشته باشد

(کاربونل، رینهرز و جیاکونیا، ۱۹۹۸). تاب‌آوری می‌تواند باعث امیدواری در تجارب بالینی شود. تاب‌آوری به عنوان توانایی بازگشت به حالت اولیه بعد از دشواری با آن عوامل می‌تواند حتی در شرایط چالش برانگیز و تهدیدکننده به پیامدهای سازگارانه منجر می‌شود و میزان بهبودی را تسریع نماید. در افراد وابسته به مواد کمبود تاب‌آوری ارتباطات بین فردی را تخریب می‌کند و می‌تواند موجبات کاهش کارکرد شناختی - هیجانی، عاطفی شود (نصیرزاده، آخوندی، جمالی زاده نوق و خرم نیا، ۱۳۹۹). مطالعه جنیگز^۲ (۲۰۱۵) حاکی از آن است که تاب‌آوری پایین بطور معناداری با گرایش به اعتیاد ارتباط دارد. باید دید چه درمانی می‌تواند بر بهبود ابعاد شناختی نوجوانان وابسته به سوء مصرف مواد اثر مثبت بگذارد. درمان نظریه انتخاب^۳ در کاهش مشکلات شناختی رویکرد موثری است. درمان تئوری انتخاب در پرورش قبول مسئولیت در فرد موفق است. فرد بایستی رفتاری را که درصدد اصلاح آن است، شناسایی کند. تمام توجه خود را به آن معطوف سازد و عذر و بهانه‌ای برای رد مسئولیت خود نیاورد. در این رویکرد تلاش می‌شود که فرد اهداف کوتاه مدت و دراز مدت زندگی خود را بشناسد و با صراحت آن‌ها را تعریف کند، راه‌های رسیدن به اهدافش را ارزیابی نماید، از بین آن‌ها روش‌هایی را که به نتایج مطلوب‌تری خواهد انجامید انتخاب کند و احساس مثبت‌تری را نسبت به خود تجربه نماید (گلاسر^۴، ۲۰۱۰). میرزانیان، نیکنام شریانی و حیاتی (۱۳۹۷) در طی مطالعه‌ای گزارش کردند که نظریه انتخاب رویکرد درمانی مناسبی در جهت کاهش اختلالات است. باید گفت که انتخاب رویکردهای درمانی که به اندازه کافی جوابگوی نیازهای خاص باشد مهم است. در سال‌های اخیر شکل‌های جدیدی از درمان‌ها ارائه شده است که درمان فعال‌سازی رفتاری^۵ یکی از این درمان‌ها می‌باشد و تمرکزش بر رفتارها و فعالیت‌ها است. پژوهشگران برای کاهش معضلات جسمانی - روانی افراد بر نقش درمان فعال‌سازی رفتاری تاکید دارند. درمان فعال‌سازی رفتاری یکی از روش‌های درمانی موثر برای افرادی است که دچار نوعی اضمحلال روانی هستند (سلیمانی و همکاران، ۲۰۱۵). این درمان

1 . Carbonell, Reinherz, Giaconia
2. Jennings
3. choice theory

4 . Glasser
5. behavioral activation therapy

یک نوع برنامه درمانی است که رفتار و خلق بیمار را ارزیابی می کند و روند درمان به گونه ایی اجرا می گردد که افراد به انتخاب پاسخ جایگزین، انجام پاسخ های جایگزین، همچنین یکپارچه کردن این جایگزین ها، مشاهده نتایج و ارزیابی آن ها می پردازند. هدف این نوع درمان ارتباط بین اقدامات، پیامدهای هیجانی، جایگزینی نظام مند الگوهای رفتاری نا کارآمد با الگوهای رفتاری سازگارانه است. در این نوع درمان به کیفیت و بهبود کارکرد اجتماعی توجه می شود. در کل این درمان نوعی رفتار درمانی است که تکنیک های عینی راحتی برای اجرا را ارائه می دهد و به علت کوتاه مدت بودن طول دوره درمان مقرون به صرفه است (قدرتی و وزیرنیکو، ۱۳۹۷). تحقیقات نشان داده است که روش درمانی تصویرسازی ذهنی هدایت شده^۱ رویکرد موثری در بهبود اختلالات شناختی-هیجانی است. در این تحقیق درمان فعال سازی رفتاری با تصویرسازی ذهنی هدایت شده تلفیق شده است. تصویرسازی ذهنی هدایت شده شامل تمرینات ذهنی طراحی شده برای پذیرش ذهنی نفوذ سلامتی و بهبودی در بدن است. این رویکرد تخیلی برای خلق مناظره، صداها، بوها، مزه ها و حس های دیگر است که نوعی رویت هدفمند را فراهم می سازد. در این رویکرد فرد در خود دقیقاً یک جریان فکری ایجاد می کند که در آن قادر به شنیدن، احساس کردن یا بیان کردن چیزی است که خود تمایل دارد. این رویکرد درمانی موجب افزایش خون رسانی به عضلات و کاهش خستگی بیمار می شود (شهابی، احتشام زاده، عسگری و مکوندی، ۱۳۹۹). این درمان در سه مرحله بیان افکار، تصاویر منفی، غلبه تصویری و خود آرام سازی تصویری انجام می گیرد و موجبات رهایی از فشار روانی، آشفتگی ذهنی را در افراد فراهم می سازد (مقدم یکتا و باباپور خیرالدین، ۱۳۹۶). اعتیاد یکی از بغرنج ترین مشکلات جامعه است و تهدیدی جدی برای سلامت جسمی و روانی است که تدریجاً به یک نگرانی عمده برای ملت ها و دولت ها تبدیل شده است. پژوهشگران، روان شناسان، سیاست گذاران و برنامه ریزان جامعه همواره در تلاش برای شناسایی عوامل موثر در انحراف افراد و درمان آن می باشند. وابستگی به مصرف مواد آثار مصیبت باری بر زندگی فردی-اجتماعی افراد دارد و سبب اضمحلال روانی-

جسمی و بحران روانی در افراد می‌شود. باید گفت اعتیاد یک بیماری زیست‌شناختی، روانشناختی و اجتماعی است و عوامل متعددی در اعتیاد مؤثر هستند که در تعامل با یکدیگر منجر به شروع مصرف و وابستگی به مواد می‌شوند (شیوز، لیبینکات و ویلکینز، ۲۰۱۰). کاهش مشکلات شناختی افراد وابسته به مصرف مواد از این جهت حائز اهمیت است که این افراد همواره با عارضه وسوسه و استرس زیاد روبرو هستند که بر میزان تاب‌آوری این افراد اثرات منفی دارد. در نتیجه کاهش این معضلات می‌تواند بر روند بهبودی تاثیر بسزایی داشته باشد (باوی، ۱۳۹۵). روش درمانی که این افراد را برای روبرو شدن با چالش‌ها و ابراز وجود آنان با فراگرفتن مهارت کنترل افکار فراهم نماید، می‌تواند بر ابعاد گوناگون اجتماعی، فرهنگی، شناختی - خلقی آنان اثرات مثبتی بر جای بگذارد. باید اظهار داشت که روش‌های درمانی مبتنی بر علوم رفتاری به دلیل در نظر گرفتن ابعاد مهم شناختی افراد وابسته به مواد بهترین راه برای کاهش اختلالات آنان است. می‌توان علاوه بر درمان دارویی از روش غیردارویی که میزان تاب‌آوری در این افراد را بهبود می‌بخشد، استفاده کرد و باعث تقویت کیفیت زندگی این افراد شد. با مداخله‌های درمانی موثر می‌توان در جهت کاهش مشکلات افراد وابسته به مواد تلاش نمود. اهمیت این تحقیق در این است که مقایسه سه روش درمانی نظریه انتخاب، درمان فعال‌سازی رفتاری با و بدون تصویرسازی ذهنی هدایت شده که مداخله‌های موثری در جهت کاهش مشکلات شناختی هستند، می‌تواند بازخورد بسیار با ارزشی را در راستای استفاده از بهترین روش درمانی و موثرترین روش برای این افراد ارائه دهد. اگر چه تحقیقاتی در زمینه تاثیر درمان تئوری انتخاب و درمان فعال‌سازی رفتاری با و بدون تصویرسازی ذهنی هدایت شده بر مشکلات افراد وابسته به مواد صورت گرفته است اما تحقیقی در زمینه مقایسه تاثیر این سه روش صورت نگرفته است و تحقیق در این راستا می‌تواند نویدبخش زندگی با سلامت روان و جسمی بالاتری برای این افراد باشد. بنابراین پژوهش در این راستا علاوه بر اینکه می‌تواند گامی نو برای تسریع بهبود این افراد باشد، می‌تواند توجه مراکز ترک اعتیاد و درمانگران را به درمان موثرتر در جهت کاهش اختلالات نوجوانان وابسته به مواد جلب نماید. با توجه

به اینکه تاکنون مقایسه تاثیر درمان نظریه انتخاب و درمان فعال‌ساز رفتاری با و بدون تصویرسازی ذهنی هدایت شده بر تاب‌آوری افراد وابسته به مواد بررسی نشده است، می‌توان گفت پیامد این مقایسه سه روش درمانی می‌تواند بازخورد مناسبی در جهت درمان این افراد را فراهم نماید. نتایج حاصل را می‌توان در اختیار پزشکان، بیمارستان‌ها، روانشناسان، درمانگران و مراکز ترک اعتیاد قرار داد که زمینه ارائه درمان مفیدتر را برای کاهش مشکلات افراد وابسته به مواد فراهم نمایند. با توجه به آنچه گفته شد افراد وابسته به مواد با مشکلات روان‌شناختی دست به گریبان هستند و میزان تاب‌آوری آنان تحت تاثیر اعتیاد کاهش می‌یابد. برای بهبود وضعیت شناختی این افراد، درمان نظریه انتخاب و درمان فعال‌ساز رفتاری با و بدون تصویرسازی ذهنی هدایت شده می‌تواند بر بهبود معضلات افراد وابسته به مواد موثر واقع شوند. بنابراین هدف پژوهش حاضر مقایسه تاثیر درمان نظریه انتخاب و درمان فعال‌ساز رفتاری با و بدون تصویرسازی ذهنی هدایت شده بر تاب‌آوری نوجوانان وابسته به مواد بود. سوال اصلی پژوهش حاضر این بود که آیا بین اثربخشی درمان نظریه انتخاب و درمان فعال‌ساز رفتاری با و بدون تصویرسازی ذهنی هدایت شده بر تاب‌آوری نوجوانان وابسته به مواد تفاوت وجود دارد؟

روش

جامعه، نمونه و روش نمونه‌گیری

این پژوهش نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل بود. جامعه آماری در پژوهش حاضر شامل همه نوجوانان وابسته به مواد مراجعه‌کننده به مرکز کاهش آسیب آشتیان سبز شهر تهران در سال ۱۳۹۸ بود. در این پژوهش، حجم نمونه براساس تحقیقات قبلی و طبق فرمول کوکران شامل ۶۰ نفر از نوجوانان وابسته به مواد با مقدار خطا ۰/۰۵ بود که به صورت نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند.

برای جمع‌آوری داده‌ها به مرکز ترک اعتیاد مراجعه شد و ۶۰ نفر از نوجوانان وابسته به مواد در مرحله نگهداری انتخاب شدند و به طور تصادفی در گروه‌های آزمایش اول (درمان نظریه انتخاب: ۱۵ نفر)، آزمایش دوم (درمان فعال‌ساز رفتاری بدون تصویرسازی ذهنی هدایت‌شده: ۱۵ نفر)، آزمایش سوم (درمان فعال‌ساز رفتاری با تصویرسازی ذهنی

هدایت شده: ۱۵ نفر)، و کنترل (۱۵ نفر) گماشته شدند. در این طرح، قبل از اجرای مداخله، هر چهار گروه به وسیله مقیاس تاب آوری مورد ارزیابی قرار گرفتند (پیش آزمون). نقش پیش آزمون در این طرح اعمال کنترل و مقایسه تاب آوری بین گروه‌های آزمایش اول، دوم، سوم، و گروه کنترل در پیش آزمون و پس آزمون بود. سپس، بعد از انجام جلسات مداخلات درمانی، مجدداً هر چهار گروه به وسیله مقیاس تاب آوری مورد ارزیابی قرار گرفتند (پس آزمون). معیارهای ورود به تحقیق شامل قرار داشتن در مرحله نگهداری به مدت حداقل ۶ ماه، توانایی حضور در جلسات درمانی، عدم استفاده از داروهای روان پزشکی سه ماه قبل از پژوهش و در حین پژوهش، حداقل سطح سواد نوشتن، حداقل مدت وابستگی ۱ سال، عدم ابتلا به بیماری‌های شدید عصب شناختی-روانی مانند افسردگی اساسی، صرع، مشکلات بینایی و شنوایی شدید بودند. و ملاک‌های خروج شامل ابتلا به اختلالات سایکوتیک، اختلالات شناختی، اختلالات شخصیت، شروع روان‌درمانی دیگر به صورت همزمان و غیبت در بیش از دو جلسه درمانی در فرآیند درمان بود. داده‌ها با استفاده از روش تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر در نرم‌افزار اسپاس تجزیه و تحلیل شدند.

ابزار

پرسش‌نامه تاب آوری: کانر و دیویدسون^۱ (۲۰۰۳) این پرسش‌نامه را به منظور سنجش تاب آوری تهیه نمودند. سازندگان این پرسش‌نامه بر این باورند که این پرسش‌نامه به خوبی می‌تواند افراد تاب آوری را از غیرتاب آور در گروه‌های بالینی و غیر بالینی جدا کند و می‌تواند در موقعیت‌های پژوهشی و بالینی بکار برده شود. این پرسش‌نامه دارای ۲۵ گویه است که در یک مقیاس لیکرت نمره‌گذاری می‌شود (به نقل از نصیرزاده و همکاران، ۱۳۹۹). میرمهدی و رضاعلی (۱۳۹۷) در پژوهشی ضریب پایایی پرسش‌نامه را از طریق آلفای کرونباخ و تصنیف ۰/۹۰ و ۰/۸۸ بدست آوردند و نیز روایی پرسش‌نامه را از طریق همبسته نمودن با مقیاس سرسختی روانشناختی اهواز ۰/۶۴ بدست آوردند که نشان می‌دهد

که این پرسش نامه از روایی و پایایی قابل قبولی برخوردار است. در پژوهش حاضر نیز پایایی پرسشنامه با روش آلفای کرونباخ ۰/۸۷ بدست آمد.

جلسات درمان نظریه انتخاب: جلسات درمان نظریه انتخاب براساس راهنمای عملی تئوری انتخاب گلاسر^۱ (۱۴۰۰) در طی ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای بر روی گروه آزمایش اول صورت پذیرفت. خلاصه جلسات در جدول ۱ ارائه شده است.

جدول ۱: خلاصه جلسات درمان نظریه انتخاب

جلسات	شرح
اول	آشنایی اعضا با مفهوم تئوری انتخاب، درگیری عاطفی با اعضا گروه؛ بیان قوانین مشاوره گروهی؛ بیان هدف تشکیل جلسات؛ توضیح درباره ارزیابی از خود، یکدیگر، نیازها، خواسته‌هایشان از یکدیگر؛ بررسی اهداف؛ ایجاد انگیزه؛ تشویق بر حضور مفید و موثر اعضا؛ بستن قرارداد درمانی با اعضا؛ تکلیف: هر یک از اعضا ویژگی مثبت و منفی خود را به طور جداگانه نوشته و عنوان کنند که دوست دارند چه تغییری در رفتارشان ایجاد شود.
دوم	آشنایی اعضا با هویت خود و انواع هویت؛ ویژگی هویت موفق و هویت شکست؛ بررسی تکلیف جلسه قبل؛ بررسی عذر و بهانه‌ها برای رفتارهای غیر مسئولانه؛ دادن اطلاعاتی درباره چگونگی افزایش کیفیت زندگی؛ تشویق اعضا به بحث درباره رفتار کنونی؛ بیان اینکه فقط در صورتی به رویدادهای گذشته پرداخته می‌شود که بر نحوه رفتار افراد در زمان حال تاثیر داشته باشد، با اینکه امکان دارد مشکلات ریشه در زمان گذشته داشته باشد. با یادگیری روش‌های بهتر برای افزایش رضایت و آرامش در زندگی‌شان باید بیاموزند چگونه در زمان حال به آن‌ها پردازند؛ در این جلسه درمانگر کاهش افکار منفی را به طور خاص مدنظر قرار می‌دهد؛ تکلیف: روی جنبه‌های قابل تحسین و نکات مثبت رابطه با دیگران تمرکز شود.
سوم	آشنایی اعضا با چگونگی پذیرش مسئولیت رفتارهای خود؛ آشنایی اعضا با اهمیت و ضرورت مسئولیت‌پذیری در زندگی؛ بررسی تکلیف جلسه قبل؛ کاوش درباره جهت کلی زندگی و این کاوش مقدمه‌ای است برای ارزیابی بعدی اینکه آیا رفتار و افکارشان مطلوب است یا خیر؛ در این جلسه روی کسب آگاهی و تغییر دادن رفتار کامل فعلی تمرکز می‌شود؛ ضرورت تعهد در زندگی به بحث گذاشته شد؛ افزایش سطوح تفکیک در هر عضو به منظور بهبود انطباق بررسی گردید؛ تکلیف: کارهای متفاوت هفته را بنویسند، رفتارشان را با دیگران بیان کنند، و اگر فردی درخواست شما را رد کند شما چه می‌کنید.

جدول ۱: خلاصه جلسات درمان نظریه انتخاب

جلسات	شرح
چهارم	<p>آشنایی با مقاومت درونی از دیدگاه تئوری انتخاب؛ آموزش مهارت تن آرامی برای سلامت روان؛ بررسی تکلیف جلسه قبل و درمانگر ضمن مرور جلسات قبل، به صحبت اعضاء درباره احساساتشان به دقت گوش داد و در حالی که این احساسات را تایید می کند، اما به جای تمرکز بر این احساسات، اعضاء را ترغیب می کند تا دست به کار شده و آنچه را که انجام می دهند و فکر می کنند، را تغییر دهند. تغییر دادن آنچه که انجام می دهیم و فکر می کنیم از تغییر دادن احساسات خود راحت تر است. به عقیده گلاسر (۱۹۹۲) دیدن آنچه که انجام می دهیم راحت تر، و انکار کردن آن غیر ممکن است. خلاصه موارد انجام شده در این جلسه تنظیم و طرح ریزی تغییر رفتار، تفکرات غیر منطقی، باورهای تحریف شده چون ذهن خوانی، تعمیم افراطی، راه های تغییر افکار منفی، و جایگزینی افکار مثبت بود. درمانگر طبق نظر بوئن به خانواده ها کمک کرد تا میزان کلی فشار روانی خود را کاهش دهند و راه هایی جهت تفکیک بیشتر و ارضای نیازهای فردی و خانوادگی به اعضاء نشان دهد؛ تکلیف: مهارت بیانی و مهارت گوش دادن را مورد تمرین قرار دهند و همچنین، خواسته شد این تمرین را روی نواری ضبط کنند تا هم خودشان گوش کنند و هم درمانگر در جریان آن ها قرار گیرد.</p>
پنجم	<p>آشنایی اعضاء با نیازهای اساسی و موثر در زندگی واقعی؛ تاثیر نیازهای اساسی در زندگی و توانایی آنان در انتخاب بهترین شیوه جهت دستیابی به نیازهای اساسی؛ بررسی تکلیف جلسه قبل؛ ارزیابی سطح تعهدات نسبت به اجرای طرح؛ خلق تجارب جدید با یکدیگر و ضمن بررسی مطالب جلسه قبل در این جلسه از تکنیک بازگشت به خانه استفاده و به اعضاء آموزش داده شد که برای شناخت بهتر از خانواده ای که در آن بزرگ شده اند، به خانه برگردند. با این عمل افراد می توانند خودشان را مشخص و واضح تر متمایز سازند؛ در این جلسه راجع به احساس ارزشمند بودن و عشق ورزیدن که دو نیاز اساسی است صحبت شد؛ راهکارهای مناسب جهت رسیدن به این دو نیاز و ارضاء آن ها آموزش داده شد؛ تکلیفی برای جلسه آینده به اعضاء داده شد. تکلیف: لذت بخش ترین کاری که تا حالا انجام داده اید، چه بوده است؟</p>
ششم	<p>آشنایی اعضاء با چگونگی طرح ریزی حل مشکل، برنامه ریزی جهت زندگی فعلی و در حال حاضر خود، بررسی تکلیف جلسه قبل، ارزیابی رفتار و طرح سوالاتی برای به چالش کشیدن افکار غیر منطقی، و بررسی اثرات جلسات قبل و چگونگی گذشتن از لذت های آنی در هر جلسه به افراد جهت ارزیابی رفتار خود. در این جلسه راجع به ابعاد امید به زندگی طوری که برای اعضاء قابل فهم باشد بحث شد و تکنیک روابط شخص به صورت عملی تمرین گردید و درمانگر خواست</p>

جدول ۱: خلاصه جلسات درمان نظریه انتخاب

جلسات	شرح
	<p>که مطالب این جلسه را برای خود مرور و تمرین نمایند؛ تکلیف: خودسنجی و تمرین مهارت‌های آموخته شده.</p>
هفتم	<p>آشنایی اعضا با شیوه تعهد نسبت به انجام عمل کردن طرح و برنامه‌های صورت گرفته؛ بررسی تکلیف جلسه قبل؛ بررسی مسئولیت‌پذیری برای تغییر رفتار؛ بررسی راهکارهای مناسب برای حل اختلافات با یکدیگر؛ بررسی عواقب طبیعی رفتار در مورد اثرات تغییر رفتار و تفکر در زندگی؛ بحث و مبادله؛ در این جلسه درمانگر برای تغییر رفتار اشتباه آن‌ها را به چالش کشید؛ مسئولیت-پذیری و نقش آن در زندگی و تصمیم‌گیری مناسب در حل مسائل مختلف؛ ارائه راهکارهای مناسب در حل مسائل مختلف، حل اختلافات و تمرین حل اختلافات و انجام آن در زندگی واقعی (با ایفای نقش)؛ تکلیف: روی حل یکی از اختلافات خود کار کنید. از روش چهار مرحله‌ای زیر استفاده کنید: مرحله ۱. احترام متقابل؛ مرحله ۲. مشخص کردن مشکل واقعی، مرحله ۳. پیدا کردن زمینه‌های مورد توافق، مرحله ۴. مشارکت متقابل در تصمیم‌گیری‌ها.</p>
هشتم	<p>آشنایی اعضا با چگونگی عدم پذیرش عذر و بهانه در خصوص اجرای طرح‌ها و برنامه انتخاب شده؛ بررسی تکلیف جلسه قبل؛ جمع‌بندی تمرین‌ها در جلسات قبل؛ رفع موانع و مشکلات در انجام مهارت‌ها؛ لزوم بکارگیری مهارت‌ها در زندگی هنگام برخورد با موقعیت‌های تنش‌زا با یکدیگر؛ در این جلسه بر پیش مثبت نسبت به یکدیگر و تغییر برداشت‌های منفی، شناخت راه‌های رضایت، صمیمیت بیشتر با یکدیگر با توجه به نقش‌های متفاوت اعضا در زندگی تاکید گردید. قبل از پذیرش نقش‌های متفاوت ابتدا باید خودشان را بشناسند و بتوانند تضادها و اختلافاتشان را حل کنند. تمرین عشق و محبت به دیگران، یادآوری و اینکه اگر با دیگران مرتکب اشتباهی شدند یکدیگر را سرزنش نکنند، در پی حل مسئله برآیند، و بر لزوم تکرار و تمرین تکلیف داده شده تاکید گردید. در این جلسه ضمن توزیع پرسش‌نامه فرم ارزشیابی شرکت‌کننده و نظرسنجی از آن‌ها، پرسش‌نامه‌ها جهت انجام پس‌آزمون به افراد داده شد.</p>

جلسات درمان فعال سازی رفتاری: درمان فعال‌سازی رفتاری بر اساس مدل درمان فعال سازی رفتاری کانتر، بوش و راش^۱ (۱۳۹۱) طی ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای بر روی گروه آزمایش دوم صورت پذیرفت. خلاصه جلسات در جدول ۲ ارائه شده است.

1- Kanter, Bush & Rash

جدول ۲: خلاصه درمان فعال سازی رفتاری بدون تصویرسازی ذهنی هدایت شده

جلسات	شرح
اول	اجرای پیش آزمون؛ برقراری رابطه درمانی با افراد و آموزش قراردادهای رفتاری.
دوم	آموزش و تمرکز بر فعال سازی رفتار بر تعامل فرد با محیط، آموزش راهبردهای مناسب.
سوم	آموزش روانی در مورد فرایندهای شفابخش.
چهارم	تمرکز بر جنبه های استرس و اضطراب و استفاده از تقویت کلامی مثبت از طریق امید درمانی.
پنجم	تمرکز بر جنبه های هیجانی - شناختی و تغییر حالات خلقی و روانی.
ششم	تمرکز بر حالات و قضاوت های رفتاری و کنترل حالات و قضاوت رفتاری.
هفتم	آموزش در خصوص ابعاد روانی و رفتاری - اجتماعی و آموزش مهارت مقابله و بازسازی رفتاری.
هشتم	جمع بندی، ارائه خلاصه درمان، نظرخواهی، ارائه راهکارهای پیگیرانه و اجرای پس آزمون.

جلسات درمان فعال سازی رفتاری با تصویر سازی ذهنی هدایت شده: درمان فعال سازی رفتاری با تصویرسازی ذهنی هدایت شده براساس ترکیب مدل درمان فعال سازی رفتاری کانتر و همکاران (۱۳۹۱) و تصویرسازی ذهنی هدایت شده اسموکر^۱ (۱۹۹۵)؛ به نقل از مقدم یکتا و باباپور خیرالدین، (۱۳۹۶) طی ۸ جلسه ۹۰ دقیقه ای بر روی گروه آزمایش سوم صورت پذیرفت. خلاصه جلسات در جدول ۳ ارائه شده است.

جدول ۳: خلاصه جلسات درمان فعال سازی رفتاری با تصویرسازی ذهنی هدایت شده

جلسات	شرح
اول	آشنایی با مفهوم تصویرسازی ذهنی هدایت شده، رابطه آن با افکار و آموزش قراردادهای رفتاری.
دوم	شناسایی افکار و تصاویر آزار دهنده و ارتباط آن با خلق، هیجان، و رفتار؛ آموزش تمرکز بر فعال سازی رفتار بر تعامل فرد با محیط و آموزش راهبردهای مناسب.
سوم	تمرین آرامش عضلانی و تجسم افکار و تصاویر مزاحم و آموزش روانی در مورد فرآیندهای شفابخش.
چهارم	آموزش تصویرسازی ذهنی هدایت شده و دستوری؛ تمرکز بر جنبه های استرس و اضطراب و استفاده از تقویت کلامی مثبت از طریق امید درمانی.
پنجم	آموزش فن چرخش ذهنی؛ مرور ذهنی و تمرکز بر جنبه های هیجانی - شناختی و تغییر حالات خلقی و روانی.
ششم	تمرین بازسازی شناختی افکار منفی و تصاویر آزار دهنده و تمرکز بر حالات، قضاوت های رفتاری و کنترل آن ها.
هفتم	بکارگیری فنون آموزش دیده، آموزش در خصوص ابعاد روانی و اجتماعی و آموزش مهارت مقابله و بازسازی رفتاری.
هشتم	تمرین و تکرار فنون آموزش داده شده، نظرخواهی، ارائه راهکارهای پیگیرانه و اجرای پس آزمون.

۲۵۱
251

یافته‌ها

میانگین و انحراف استاندارد تاب‌آوری در هر چهار گروه به تفکیک پیش‌آزمون و پس‌آزمون در جدول ۴ ارائه شده است

جدول ۴: میانگین و انحراف استاندارد تاب‌آوری در هر چهار گروه به تفکیک پیش‌آزمون و پس‌آزمون

گروه	مرحله	میانگین	انحراف معیار	تعداد
آزمایش اول	پیش‌آزمون	۳۷/۹۳	۳/۸۴	۱۵
	پس‌آزمون	۶۸/۸۰	۶/۶۲	۱۵
آزمایش دوم	پیش‌آزمون	۴۰/۶۶	۴/۷۰	۱۵
	پس‌آزمون	۷۳/۰۶	۴/۱۶	۱۵
آزمایش سوم	پیش‌آزمون	۳۷/۲۰	۴/۱۷	۱۵
	پس‌آزمون	۹۰/۷۳	۴/۵۶	۱۵
کنترل	پیش‌آزمون	۳۹/۲۶	۳/۱۲	۱۵
	پس‌آزمون	۴۰/۱۰	۲/۸۵	۱۵

قبل از انجام تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر، پیش‌فرض‌های مهم که باید رعایت شوند، بررسی شدند. نخست، پیش‌فرض نرمال بودن توزیع داده‌ها از طریق آزمون کولموگروف-اسمیرنوف بررسی شد و نتایج غیر معنادار این آزمون برای متغیر تاب‌آوری در هر چهار گروه آزمایش اول ($p=0/08$, $F=20$)، دوم ($p=0/16$, $F=0/18$) و سوم ($p=0/17$, $F=0/16$) و گروه کنترل ($p=0/09$, $F=0/15$) نشان‌دهنده توزیع نرمال داده‌ها بود ($p>0/05$). سپس، مفروضه همگنی واریانس‌ها از طریق آزمون لوین بررسی شد و نتایج غیر معنادار این آزمون برای متغیر تاب‌آوری در چهار گروه آزمایش اول ($F=0/85$ ، $p=0/69$)، دوم ($F=1/23$ ، $p=0/27$) و سوم ($F=1/29$ ، $p=0/23$) و گروه کنترل نشان‌دهنده همگنی واریانس‌ها بود ($p>0/05$). نهایتاً، مفروضه همگنی ماتریس‌های واریانس-کوواریانس از طریق آزمون ام‌باکس بررسی شد و نتایج غیر معنادار برای متغیر تاب‌آوری در چهار گروه آزمایش اول ($F=1/67$ ، $p=0/51$)، دوم ($F=2/37$ ، $p=0/28$) و سوم ($F=1/12$ ، $p=0/61$)، و گروه کنترل نیز تایید‌کننده همگنی ماتریس‌های واریانس-کوواریانس بود ($p>0/05$).

جدول ۵: نتایج تحلیل کوواریانس چندمتغیره بر روی میانگین نمرات پس از آزمون تاب آوری گروه‌های آزمایش و گروه کنترل با کنترل اثرات پیش آزمون

نام آزمون	ارزش	درجه آزادی	درجه آزادی خطا	F	معناداری اندازه اثر	توان آماری
آزمون اثر پیلایی	۰/۹۳	۳	۳۲	۱۱۷/۴۸	* ۰/۰۰۱	۰/۹۳
آزمون لامبدای ویلکز	۰/۰۶	۳	۳۲	۱۱۷/۴۸	* ۰/۰۰۱	۰/۹۳
آزمون اثر هتلینگ	۱۵/۳۲	۳	۳۲	۱۱۷/۴۸	* ۰/۰۰۱	۰/۹۳
آزمون بزرگترین ریشه‌روی	۱۵/۳۲	۳	۳۲	۱۱۷/۴۸	* ۰/۰۰۱	۰/۹۳

* $p < 0.001$.

همان طوری که در جدول ۵ مشاهده می‌شود، نتایج آزمون لامبدای ویلکز به عنوان رایج‌ترین آزمون نشان داد که بین چهار گروه در رابطه با اثربخشی مداخلات درمانی تفاوت معناداری پس از کنترل اثرات پیش آزمون وجود داشت و اثر متغیر گروه معنادار بود (ارزش = ۰/۰۶، $F = 117/48$ ، $p < 0.001$) و ۹۳ درصد از واریانس نمرات چهار گروه مربوط به عضویت گروهی یا تاثیر درمان‌ها بود. بنابراین، برای تعیین این تفاوت‌ها در گروه‌ها، نتایج آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر در جدول ۶ ارائه شده است.

جدول ۶: نتایج تحلیل کوواریانس با اندازه‌گیری مکرر بر روی میانگین نمره پس از آزمون تاب آوری گروه‌های آزمایش و کنترل با کنترل اثرات پیش آزمون

منبع تغییرات	مجموع مجدورات	درجه آزادی	میانگین مجدورات	F	معناداری	اندازه اثر	توان آماری
آزمایش اول	۴۲۶۷/۶۴	۱	۴۲۶۷/۶۴	۱۶۴/۰۴	* ۰/۰۰۱	۰/۸۶	۱
آزمایش دوم	۳۸۰۸/۸۸	۱	۳۸۰۸/۸۸	۱۱۷/۶۰	* ۰/۰۰۱	۰/۸۲	۱
آزمایش سوم	۱۰۸۷۶/۹۸	۱	۱۰۸۷۶/۹۸	۳۰۹/۶۴	* ۰/۰۰۱	۰/۹۲	۱

* $p < 0.001$.

همان طوری که در جدول ۶ مشخص است، با کنترل اثرات پیش آزمون، بین گروه آزمایش اول و گروه کنترل ($F = 164/04$ و $p < 0.001$)، بین گروه آزمایش دوم و گروه کنترل ($F = 117/60$ و $p < 0.001$)، و بین گروه آزمایش سوم و گروه کنترل ($F = 309/64$) و تفاوت معناداری از لحاظ میانگین نمرات تاب آوری وجود داشت و میزان تاثیر مداخلات درمان نظریه انتخاب (گروه آزمایش اول)، درمان فعال‌سازی رفتاری بدون

تصویرسازی ذهنی هدایت شده (گروه آزمایش دوم) و درمان فعال سازی رفتاری با تصویرسازی ذهنی هدایت شده (گروه آزمایش سوم) به ترتیب ۰/۸۶، ۰/۸۲ و ۰/۹۲ بود. نهایتاً، برای مشخص شدن اثربخش ترین مداخله، آزمون تعقیبی بونفرونی انجام شد که نتایج در جدول ۷ ارائه شده است.

جدول ۷: مقایسه میزان اثربخشی درمان نظریه انتخاب، درمان فعال ساز رفتاری با و بدون تصویرسازی ذهنی هدایت شده بر میزان تاب آوری

متغیر	مقایسه گروه‌ها	میانگین اختلافات	معناداری
تاب آوری	درمان نظریه انتخاب در برابر درمان فعال ساز رفتاری بدون تصویرسازی ذهنی هدایت شده	۲/۱۶	۰/۱۰
	درمان نظریه انتخاب در برابر درمان فعال ساز رفتاری با تصویرسازی ذهنی هدایت شده	۱۱/۹۳	۰/۰۰۱ *
	درمان فعال ساز رفتاری بدون تصویرسازی ذهنی هدایت - شده در برابر درمان فعال ساز رفتاری با تصویرسازی ذهنی هدایت شده	۹/۸۷	۰/۰۰۱ *

* $p < 0.001$.

همان گونه که در جدول ۷ ملاحظه می شود، بین تاثیر درمان نظریه انتخاب و درمان فعال سازی رفتاری بدون تصویرسازی ذهنی هدایت شده بر متغیر تاب آوری تفاوت معناداری مشاهده نشد ($p > 0.05$). از سوی دیگر، تاثیر درمان فعال سازی رفتاری با تصویرسازی ذهنی هدایت شده بر افزایش تاب آوری در مقایسه با درمان نظریه انتخاب بیشتر بود ($p < 0.001$ ، $MD = 11.93$). همچنین، میزان اثربخشی درمان فعال سازی رفتاری با تصویرسازی ذهنی هدایت شده بر افزایش تاب آوری در مقایسه با درمان فعال سازی رفتاری بدون تصویرسازی ذهنی هدایت شده نیز بیشتر بود ($p < 0.001$ ، $MD = 9.87$). بنابراین، مشخص شد که درمان فعال ساز رفتاری با تصویرسازی ذهنی هدایت شده در مقایسه با درمان نظریه انتخاب و درمان فعال ساز رفتاری بدون تصویرسازی ذهنی هدایت شده بر افزایش تاب آوری در نوجوانان وابسته به مواد اثربخش تر بود.

بحث و نتیجه گیری

هدف این تحقیق مقایسه تاثیر درمان نظریه انتخاب و درمان فعال‌ساز رفتاری با بدون تصویرسازی ذهنی هدایت شده بر تاب‌آوری نوجوانان وابسته به مواد بود. نتایج نشان داد که بین نوجوانان وابسته به مواد گروه‌های آزمایش و گروه کنترل از لحاظ تاب‌آوری تفاوت معناداری وجود داشت و مشخص شد که درمان نظریه انتخاب، درمان فعال‌ساز رفتاری با و بدون تصویرسازی ذهنی هدایت شده بر افزایش تاب‌آوری نوجوانان وابسته به مواد تاثیر معناداری داشتند و درمان فعال‌ساز رفتاری با تصویرسازی ذهنی هدایت شده در مقایسه با درمان نظریه انتخاب و درمان فعال‌ساز رفتاری بدون تصویرسازی ذهنی هدایت شده اثربخشی بیشتری بر میزان تاب‌آوری نوجوانان وابسته به مواد داشت. تحقیقی در راستای مقایسه این سه درمان وجود نداشت، لذا به تحقیقات مرتبط پرداخته شد. نتیجه بدست آمده با تحقیقات سلیمانی و بابایی (۱۳۹۴)، رحیمی و همکاران (۱۳۹۵)، مقدم یکتا و باباپورخیرالدین (۱۳۹۶)، شاملی و حسنی (۱۳۹۶)، قدرتی و وزیرنیکو (۱۳۹۷)، شهابی و همکاران (۱۳۹۹)، عبادی و همکاران (۲۰۱۹) و کیم^۱ (۲۰۰۸) همسویی دارد. در تبیین این نتایج می‌توان گفت که نوجوانان وابسته به مواد به دلیل ادراک چالش‌های روانی، تعارضات و شرایط استرس‌زا، تاب‌آوری پایینی در مقابله با چالش‌های روانی دارند. نوجوانان وابسته به مواد از لحاظ عاطفی نابالغ، عصیانگر و دارای احساسات خصومت‌زا فراوان هستند و میزان تاب‌آوری آنان تحت چنین شرایطی دچار اختلال است. در این تحقیق مشخص شد که درمان نظریه انتخاب موجب افزایش تاب‌آوری نوجوانان وابسته به مواد شد. می‌توان گفت درمان نظریه انتخاب به دلیل اینکه هدف اصلی آن ایجاد رابطه دوستانه و انعطاف‌پذیری روانی است، سبب شد نوجوانان توانایی انتخاب در بین گزینه‌های مختلف که متناسب‌تر باشد را بدست آورند و این تکنیک در نوجوانان سازگاری مثبت در برابر شرایط ناگوار و متعاقبا تاب‌آوری را ارتقا داد. این مداخله با ایجاد درگیری عاطفی و تاکید بر رفتار-عمل سبب شد نوجوانان یاد بگیرند که تغییر در شرایط در گرو عمل است

۲۵۵

255

سال پانزدهم شماره ۶، پاییز ۱۴۰۰
Vol. 15, No. 61, Autumn 2021

و این درگیری عاطفی و تاکید بر عمل موجب شد در نوجوانان ظرفیت‌های روانی در مقابله با تنش افزایش یابد.

نتایج این پژوهش نشان داد که درمان فعال‌ساز رفتاری موجب افزایش تاب‌آوری نوجوانان وابسته به مواد شد. باید گفت که مداخله درمان فعال‌ساز رفتاری در نوجوانان وابسته به مواد سبب توقف الگوی قدیمی رفتار عدم‌توان تاب‌آوری گردید و شروع رفتار جدید بر پایه انگیزش برای تغییر فرد را فراهم کرد. در نتیجه این موضوع باعث شد تا در نوجوانان سازگاری، سرسختی و مقاومت درونی بیشتر شود و این مداخله با تکنیک ارتباط موثر و تمرکز بر کنترل رفتاری و استفاده از تقویت کلامی موجب شد در نوجوانان تنش و احساس ترس کاهش یابد.

در این تحقیق همچنین مشخص شد که درمان فعال‌سازی رفتاری با تصویرسازی ذهنی هدایت شده نسبت به درمان نظریه انتخاب و درمان فعال‌ساز رفتاری بدون تصویرسازی ذهنی اثربخشی بیشتری بر افزایش تاب‌آوری نوجوانان وابسته به مواد دارد. بین دو درمان نظریه انتخاب و درمان فعال‌ساز رفتاری بدون تصویرسازی ذهنی تفاوتی در اثربخشی بر افزایش تاب‌آوری وجود نداشت. می‌توان چنین تبیین کرد که هر دو درمان تئوری انتخاب و فعال‌سازی رفتاری به دلیل اینکه در این افراد سبب ارزیابی و انتخاب رفتار جدید و نیز دوری از اجتناب و انتخاب الگوی مقابله سازگارانه در نوجوانان شدند، تفاوتی در افزایش تاب‌آوری بین این دو درمان بوجود نیامد و هر دو درمان به یک میزان تاب‌آوری نوجوان وابسته به مواد را افزایش دادند. اما باید گفت، تلفیق درمان فعال‌سازی رفتاری با تصویرسازی ذهنی هدایت شده به دلیل دارا بودن تکنیک رفتاری-انگیزشی درمان فعال‌سازی به همراه تمرینات ذهنی برای پذیرش ذهنی، سبب بهبودی بیشتری در بعد شناختی نوجوانان شد. مداخله درمان فعال‌سازی رفتاری با تصویرسازی ذهنی هدایت شده نسبت به دو درمان فعال‌سازی رفتاری و درمان نظریه انتخاب به دلیل این که تلفیق تغییر رفتار بر پایه الگوی روان‌شناختی، انتخاب الگوی مقابله رفتاری سازگارانه و تکنیک خودمراقبتی با حالت بازسازی ذهنی را در بر داشت، نسبت به دو درمان دیگر مزیت آماده‌سازی ذهنی و تجسم‌گرایی نسبت به هدف را داشت. تلفیق تکنیک دو درمان

فعال‌سازی رفتاری و تصویرسازی ذهنی هدایت شده در این مداخله سبب شد در نوجوانان وابسته به مواد تاب‌آوری در برابر مشکلات و چالش‌ها و وابستگی تقویت بیشتری شود و این مداخله در نوجوانان با خودمراقبتی بر پایه انگیزش و تجسم‌گرایی نسبت به هدف سبب شد نوجوانان در مواجهه با چالش‌ها و استرسورها امنیت روانی و پذیرش بیشتری بدست آورند. این فرایند درمانی سبب شد در نوجوانان وابسته به مواد که دچار اضمحلال روانی هستند بینش، عزت نفس و ظرفیت سازگاری رفتاری-هیجانی رشد بیشتری داشته باشد، زیرا این مداخله نسبت به دو مداخله دیگر با تلفیق دو درمان سبب انعطاف‌پذیری رفتاری، تغییر افکار ناشی از تغییر تصاویر ذهنی و انتخاب مقابله سازگارانه بیشتر در نوجوانان شد و این تکنیک‌ها به طور همزمان به دلیل افزایش رفتار تاب‌آورانه و تغییر افکار منفی به صورت ذهنی سبب پذیرش روانی، بازسازی انعطاف‌پذیری و بهزیستی شناختی بیشتر در نوجوانان وابسته به مواد شد.

باید گفت درمان فعال‌سازی رفتاری با تلفیق تصویرسازی ذهنی هدایت شده با انتخاب پاسخ جایگزین، یکپارچه کردن جایگزین‌ها، مشاهده نتایج و ارزیابی کردن به همراه تمرینات ذهنی برای پذیرش ذهنی و بدلیل تلفیق تمرینات ارزیابی، انتخاب رفتاری و تمرینات ذهنی موجب هدفمندی بیشتری در بعد پذیرش و انعطاف‌پذیری رفتاری و در نهایت تاب‌آوری بالاتر شد. در نتیجه می‌توان گفت، درمان فعال‌ساز رفتاری همراه با تصویرسازی ذهنی هدایت شده رویکردی تلفیقی است که بر پایه استفاده از تکنیک تغییر رفتار بر پایه انگیزش و بیان افکار به طریق تصویری استوار است و سبب غلبه بیشتر بر فشارهای ذهنی منفی و روانی در نوجوانان وابسته به مواد - که با عدم یکپارچگی در ابعاد روان‌شناختی، اجتماعی، هیجانی، جسمانی روبرو هستند - می‌شود و بهبودی تاب‌آوری را به دنبال دارد. بنابراین، می‌توان نتیجه گرفت درمان فعال‌ساز رفتاری با تلفیق درمان تصویرسازی ذهنی هدایت شده رویکرد موثرتری در بهبود تاب‌آوری نوجوانان وابسته به مواد است.

این مطالعه دارای محدودیت‌هایی است. نتایج تحقیق قابل تعمیم به نوجوانان وابسته به مواد مختلف صنعتی و افیونی نیست و در تعمیم نتایج باید احتیاط نمود. در جمع‌آوری

داده‌ها از مقیاس‌های خودگزارش‌دهی استفاده شده است که ممکن است نسبت به سوگیری پاسخ آسیب‌پذیر باشند. این مطالعه فاقد دوره پیگیری بود و بنابراین در مورد پایداری اثربخشی درمان‌ها نمی‌توان اظهار نظر کرد. مطابق این محدودیت‌ها پیشنهاد می‌گردد در پژوهش‌های آینده پژوهشگران اثربخشی درمان نظریه انتخاب و درمان فعال‌ساز رفتاری با و بدون تصویرسازی ذهنی هدایت شده بر تاب‌آوری در نوجوانان وابسته به مواد را با گنجاندن دوره پیگیری بررسی نمایند تا در تعمیم نتایج بتوان با احتیاط بیشتری صحبت کرد. مطابق نتایج مطالعه حاضر، پیشنهاد می‌گردد که مراکز مشاوره و درمانی به اثربخشی درمان فعال‌ساز رفتاری با تصویرسازی ذهنی هدایت شده به دلیل اثر بیشترش بر بهبود تاب‌آوری توجه نمایند و از آن استفاده کنند. همچنین، پیشنهاد می‌گردد در کارگاه‌های آموزشی روش تلفیقی درمان فعال‌ساز رفتاری با تصویرسازی ذهنی هدایت شده از طریق متولیان درمانی به درمانگران آموزش داده شود تا بتوان در جهت بهبود میزان تاب‌آوری نوجوانان وابسته به مواد از این مداخله استفاده کرد. به علاوه، پیشنهاد می‌گردد که مراکز و انجمن‌های ترک اعتیاد از روش‌های درمانی موثرتر در جهت تعدیل مشکلات شناختی نوجوانان وابسته به مواد استفاده کنند.

۲۵۸

258

منابع

باوی، ساسان (۱۳۹۵). *اعتیاد، انواع مواد، سبب‌شناسی، پیشگیری، درمان*. اهواز: دانشگاه آزاد اسلامی اهواز.

رحیمی، روح‌اله؛ حکم‌آبادی، محمدابراهیم؛ عارفی، مختار؛ جوزی، پیام و کلاتر، عباس (۱۳۹۵). اثربخشی واقعیت‌درمانی مبتنی بر نظریه انتخاب بر تغییر نگرش بیماران تحت درمان نگهدارنده با متادون. *سلامت اجتماعی و اعتیاد*، ۳(۱۱)، ۱۶۵-۱۵۵.

سلیمانی، اسماعیل و بابایی، کریم (۱۳۹۴). اثربخشی آموزش واقعیت‌درمانی گروهی مبتنی بر نظریه انتخاب بر اضطراب و امیدواری افراد وابسته به مواد در حین ترک. *اعتیاد پژوهی*، ۱۰(۳۷)، ۱۵۰-۱۳۶.

شاملی، رامونا و حسنی، فریبا (۱۳۹۶). اثربخشی واقعیت‌درمانی بر تاب‌آوری مادران دارای فرزند مبتلا به سرطان. *اندیشه و رفتار*، ۱۱(۴۳)، ۴۳-۱۱.

شهابی، عباسعلی؛ احتشام زاده، پروین؛ عسگری، پرویز و مکوندی، بهنام (۱۳۹۹). مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و تصویرسازی ذهنی هدایت شده بر تاب آوری بیماران قلبی مراجعه کننده به بخش بازتوانی قلب. *افق دانش*، ۲۶(۳)، ۲۹۷-۲۷۶.

قدرتی، سیما و وزیرنکو، رقیه (۱۳۹۷). اثربخشی فعال سازی رفتاری بر بهزیستی رفتاری و انعطاف پذیری روان شناختی دانش آموزان دختر دوره متوسطه تهران. *سازمان نظام پزشکی*، ۳۶(۲)، ۲۴۰-۲۳۳.

کانتر، جانانان. بوش، آندر و راش، لورا (۱۳۹۱). *فعال ساز رفتاری*. ترجمه مصلح میرزایی و صمد فریدونی. تهران: ارجمند

کریمی، سارا و اسمعیلی، معصومه (۱۳۹۹). بررسی رابطه راهبردهای تنظیم هیجان و تاب آوری با سازگاری زناشویی معلمان زن. *علوم روان شناختی*، ۱۹(۸۷)، ۲۹۸-۲۹۱.

گلاسر، ویلیام (۱۴۰۰). *تئوری انتخاب*. ترجمه علی صاحبی. تهران: سایه سخن.

مقدم یکتا، عدرا و باباپورخیرالدین، جلیل (۱۳۹۶). تاثیر تصویرسازی ذهنی بر کاهش افسردگی و اضطراب کودکان سرطانی. *روان شناسی معاصر*، ۱۲، ۱۶۰۵-۱۶۰۸.

۲۵۹

259

میرزانیان، زهرا؛ نیکنام شریانی؛ الهه و حیاتی، مژگان (۱۳۹۷). اثربخشی واقعیت درمانی مبتنی بر نظریه انتخاب بر افزایش رضایت زناشویی و عزت نفس جنسی و کاهش تعارضات زناشویی زنان متقاضی طلاق. *پیشرفت های نوین در علوم رفتاری*، ۳(۲۱)، ۸۱-۶۰.

میرمهدی، سیدرضا و رضاعلی، مرضیه (۱۳۹۷). اثربخشی درمان مبتنی بر ذهن آگاهی بر تاب آوری، تنظیم هیجانی و امید به زندگی در زنان مبتلا به دیابت نوع ۲، *روان شناسی سلامت* ۷(۴)، ۱۶۷-۱۸۳.

نصیرزاده، مصطفی؛ آخوندی، مریم؛ جمالی زاده نوق، احمد و خرم نیا، سعید (۱۳۹۹). بررسی وضعیت استرس، اضطراب، افسردگی و تاب آوری ناشی از شیوع کرونا. *مجله دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان*، ۱۹(۸)، ۸۸۹-۸۹۸.

والش، فروما (۱۳۹۱). *تقویت تاب آوری خانواده*. ترجمه رضا دهقانی، نادر خواجه رسولی؛ علی محمدی و نادر عباسی. تهران: نشر دانژه

References

Carbonell, D. M, Reinherz, H. Z, Giaconia, R. M. (1998). Risk and resilience in late adolescence. *Child and Adolescent Social Work Journal*, 15(4),251-72.

- Ebadi, Z., Pasha, R., Hafezi, F., Eftekhari, Z. (2019). Effectiveness of reality therapy based on choice theory on marital intimacy and satisfaction. *Journal of Midwifery and Reproductive Health*, 8(2): 2230-2239.
- Glasser, W. (2010). *Reality Therapy: A New Approach to Psychiatry*. New York: HarperCollins Publication.
- Jennings, P.A. (2015). Early childhood teachers' wellbeing, mindfulness, and self-compassion in relation to classroom quality and attitudes towards challenging students. *Mindfulness*, 6(4), 732-43.
- Kim, J. (2008). The Effect of an R/T Group Counseling Program on the Internet Addiction Level and Self-Esteem of Internet Addiction University Students. *International Journal of reality Therapy*, 27(2), 4-12.
- Shives, L., Lippincott, W & Wilkins, L. (2010). *Basic concepts of psychiatric-mental health nursing*. Philadelphia: Lippincott, Williams & Wilkins
- Soleimani, M., Mohammadkhani, P., Dolatshahi, B., Alizadeh, H., Overmann, K. A., Coolidge, F. L. A (2015) A Comparative Study of Group Behavioral Activation and Cognitive Therapy in Reducing Subsyndromal Anxiety and Depressive Symptoms. *Iranian Journal of Psychiatry*, 10(2), 71-78.