فصلنامه علمی اعتیاد پژوهی، سال پانزدهم، شماره شصت و یکم، ص۲۶۰-۲۴۱، پاییز ۱۴۰۰
Scientific Quarterly of Research on Addiction, Vol. 15, No. 61, P 241-260, Autumn 2021

مقاله پژوهشی
Research Article

مقایسه تاثیر درمان نظریه انتخاب و درمان فعال‌ساز رفتاری با و بدون تصویرسازی ذهنی هدایت شده بر تاب‌آوری در نوجوانان وابسته به مواد

شیما 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 فعال‌ساز رفتاری با و بدون تصویرسازی ذهنی هدایت شده بر تاب‌آوری در نوجوانان وابسته به مواد بود. **روش:** روش پژوهش حاضر نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل بود. نمونه تحقیق شامل ۶۰ نفر از نوجوانان وابسته به مواد بودکه به صورت نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند و به طور تصادفی در گروه‌های آزمایش اول (درمان نظریه انتخاب، ۱۵ نفر)، آزمایش دوم (درمان فعال‌ساز رفتاری بدون تصویرسازی ذهنی هدایت شده، ۱۵ نفر)، آزمایش سوم (درمان فعال‌ساز رفتاری با تصویرسازی ذهنی هدایت شده، ۱۵ نفر)، و کنترل (۱۵ نفر) گماشته شدند. شرکت‌کنندگان هر چهار گروه مقیاس تاب-آوری کونور-دیویدسون را تکمیل کردند. داده‌ها با استفاده از روش تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر تجزیه و تحلیل شدند. **نتایج:** نتایج نشان داد بین تاثیر درمان نظریه انتخاب و درمان فعال‌ساز رفتاری با و بدون تصویرسازی ذهنی هدایت شده بر افزایش تاب‌آوری در نوجوانان وابسته به مواد تفاوت معناداری وجود داشت، به طوری که درمان فعال‌ساز رفتاری با تصویرسازی ذهنی هدایت شده نسبت به درمان نظریه انتخاب و درمان فعال‌ساز رفتاری بدون تصویرسازی ذهنی هدایت شده بر افزایش تاب‌آوری در نوجوانان وابسته به مواد اثربخشی بیشتری داشت. **نتیجه‌گیری:** در کل، می‌توان گفت که درمان فعال‌ساز رفتاری با تکنیک تصویرسازی ذهنی روش موثرتری بر افزایش تاب‌آوری در نوجوانان وابسته به مواد است.

کلیدواژه‌ها: درمان نظریه انتخاب، درمان فعال‌ساز 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 روان‌شناسی، دانشگاه شاهد، تهران، ایران. پست الکترونیک: memadahi@yahoo.com
۳. استادیار، گروه مشاوره خانواده، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد سنندج، سنندج. ایران

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-10-11]

[DOI: 10.52547/etiadpajohi.15.61.241]

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 سوءمصرف مواد نوجوانان دخالت دارند که شناسایی آن‌ها برای نجات نوجوانان وابسته به مصرف‌مواد 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 سوءمصرف 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 ناملایمات دیگر به سوءمصرف مواد روی می‌آورند. اگر سوءمصرف 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 بین‌فردی را تخریب می‌کند و می‌تواند موجبات کاهش کارکرد شناختی- هیجانی، عاطفی شود (والش[1]، ۱۳۹۱). تاب‌آوری پایین در نوجوانان وابسته به مواد میزان تطابق در مواجه 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 سوءمصرف 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. برآوردن نیازهای خود را مقدم بر دیگران می‌دلند و تاب‌آوری کمی دارد. چنین فردی بندرت می‌تواند پیوندهای مستحکم عاطفی، وفاداری و تعهد داشته باشد

1. Walsh

سال پانزدهم شماره ۶۱، پاییز ۱۴۰۰
Vol. 15, No. 61, Autumn 2021

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-10-11]

[DOI: 10.52547/etiadpajohi.15.61.241]

(کاربونل، رینهرز و جیاکونیا[1]، ۱۹۹۸). تاب‌آوری می‌تواند باعث امیدواری در تجارب بالینی شـود. تاب آوری به عنوان توانایی بازگشـت به حالت اولیه بعد از دشـواری 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 شـناختی- هیجانی، عاطفی شـود (نصـیرزاده، آخوندی، جمالی زاده نوق و خرم نیا، ۱۳۹۹). مطالعه جنیگز[2] (۲۰۱۵) حاکی از آن اسـت که تاب آوری پایین بطور معناداری با گرایش به اعتیاد ارتباط دارد. باید دید چه درمانی می‌تواند بر بهبود ابعاد شناختی نوجوانان وابسته به سوءمصرف مواد اثر مثبت بگذارد. درمان نظریه انتخاب[3] در کاهش مشکلات شناختی رویکرد موثری اسـت. درمان تئوری انتخاب در پرورش قبول مسـئولیت در فرد موفق اسـت. فرد بایسـتی رفتاری را که درصـدد اصلاح آن است، شناسایی کند. تمام توجه خود را به آن معطوف سـازد و عذر و بهانه‌ای برای رد مسـئولیت خود نیاورد. در این رویکرد تلاش می‌شـود که فرد اهداف کوتاه مدت و دراز مدت زندگی خود را بشناسد و با صراحت آن‌ها را تعریف کند، راه‌های رسـیدن 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 (گلاسـر[4]، ۲۰۱۰). میرزانیا، نیکنام شـربیانی و حیاتی (۱۳۹۷) در طی مطالعه‌ایی گزارش کردند که نظریه انتخاب رویکرد درمانی مناسـبی در جهت کاهش اختلالات اسـت. باید گفت که انتخاب رویکردهای درمانی که به اندازه کافی جوابگوی نیازهای خاص باشـد مهم اسـت. در سـال‌های اخیر شـکل‌های جدیدی از درمان‌ها ارائه شـده اسـت که درمان فعال‌سازی رفتاری[5] یکی از این درمان‌ها می‌باشد و تمرکزش بر رفتارها و فعالیت‌ها است. پژوهشـگران برای کاهش معضـلات جسـمانی- روانی افراد بر نقش درمان فعال‌سـازی رفتاری تاکید دارند. درمان فعال‌سازی رفتاری یکی از روش‌های درمانی موثر برای افرادی اسـت که دچار نوعی اضـمحلال روانی هسـتند (سـلیمانی و همکاران، ۲۰۱۵). این درمان

1 . Carbonell, Reinherz, Giaconia
2. Jennings
3. choice theory
4 . Glasser
5. behavioral activation therapy

سال پانزدهم شماره ۶۱، پاییز ۱۴۰۰
Vol. 15, No. 61, Autumn 2021

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-10-11]

[DOI: 10.52547/etiadpajohi.15.61.241]

یک نوع برنامه درمانی است که رفتار و خلق بیمار را ارزیابی می‌کند و روند درمان به گونه‌ایی اجرا می‌گردد که افراد به انتخاب پاسخ جایگزین، انجام پاسخ‌های جایگزین، همچنین یکپارچه کردن این جایگزین‌ها، مشاهده نتایج و ارزیابی آن‌ها می‌پردازند. هدف این نوع درمان ارتباط بین اقدامات، پیامدهای هیجانی، جایگزینی نظام‌مند الگوهای رفتاری ناکارآمد با الگوهای رفتاری سازگارانه است. در این نوع درمان به کیفیت و بهبود کارکرداجتماعی توجه می شود. در کل این درمان نوعی رفتار درمانی است که تکنیک‌های 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[1] رویکرد موثری در بهبود اختلالات شناختی- هیجانی است. در این تحقیق درمان فعال‌سازی 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، مزه‌ها و حس‌های دیگر است که نوعی روئیت هدفمند را فراهم می‌سازد. در این رویکرد فرد در خود دقیقا یک جریان فکری ایجاد می‌کند که در آن قادر به شنیدن، احساس کردن یا بیان کردن چیزی است که خود تمایل دارد. این رویکرد درمانی موجب افزایش خون‌رسانی به عضلات و کاهش خستگی بیمار می‌شود (شهابی، احتشام زاده، عسگری و مکوندی، ۱۳۹۹). این درمان در سه مرحله بیان افکار، تصاویر منفی، غلبه تصویری و خودآرام‌سازی تصویری انجام می‌گیرد و موجبات رهایی از فشارروانی، آشفتگی ذهنی را در افراد فراهم می‌سازد (مقدم یکتا و باباپور خیرالدین، ۱۳۹۶). اعتیاد یکی از بغرنج‌ترین مشکلات جامعه است و تهدیدی جدی برای سلامت جسمی و روانی است که تدریجاً به یک نگرانی عمده برای ملت‌ها و دولت‌ها تبدیل شده است. پژوهشگران، روان‌شناسان، سیاست گذاران و برنامه‌ریزان جامعه همواره در تلاش برای شناسایی عوامل موثر در انحراف افراد و درمان آن می‌باشند. وابستگی به مصرف مواد آثار مصیبت باری بر زندگی فردی- اجتماعی افراد دارد و سبب اضمحلال روانی-

1. imagery rescripting therapy

سال پانزدهم شماره ۶۱، پاییز ۱۴۰۰
Vol. 15, No. 61, Autumn 2021

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-10-11]

[DOI: 10.52547/etiadpajohi.15.61.241]

جسمی و بحران روانی در افراد می‌شود. باید گفت اعتیاد یک بیماری زیست شناختی، 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، لیپینکات و ویلکینر[1]، 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 تاب آوری 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 تاب آوری در این افراد را بهبود می بخشد، 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 فعال سازی 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

1. Shives, Lippincott & Wilkins

سال پانزدهم شماره ۶۱، پاییز ۱۴۰۰
Vol. 15, No. 61, Autumn 2021

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-10-11]

[DOI: 10.52547/etiadpajohi.15.61.241]

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 فعال‌سازی رفتاری با و بدون تصویرسازی‌ذهنی هدایت شده می‌توانند 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 فعال‌سازی رفتاری بدون تصویرسازی ذهنی هدایت‌شده: ۱۵ نفر)، آزمایش سوم (درمان فعال‌سازی رفتاری با تصویرسازی ذهنی

سال پانزدهم شماره ۶۱، پاییز ۱۴۰۰
Vol. 15, No. 61, Autumn 2021

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-10-11]

[DOI: 10.52547/etiadpajohi.15.61.241]

هدایت‌شده: ۱۵ نفر)، و کنترل (۱۵ نفر) گماشته شدند. در این طرح، قبل از اجرای مداخله، هر چهار گروه به وسیله مقیاس تاب‌آوری مورد ارزیابی قرار گرفتند (پیش‌آزمون). نقش پیش‌آزمون در این طرح اعمال کنترل و مقایسه تاب‌آوری بین گروه‌های آزمایش اول، دوم، سوم، و گروه کنترل در پیش‌آزمون و پس‌آزمون بود. سپس، بعد از انجام جلسات مداخلات درمانی، مجددا هر چهار گروه به وسیله مقیاس تاب‌آوری مورد ارزیابی قرار گرفتند (پس‌آزمون). معیارهای ورود به تحقیق شامل قرار داشتن در مرحله نگهداری به مدت حداقل ۶ ماه، توانایی حضور در جلسات درمانی، عدم استفاده از داروهای روان‌پزشکی 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 اس‌پی‌اس‌اس تجزیه و تحلیل شدند.

ابزار

پرسش‌نامه تاب آوری: کانر و دیویدسون[1] (۲۰۰۳) این پرسش‌نامه را به منظور سنجش تاب‌آوری تهیه نمودند. سازندگان این پرسش‌نامه بر این باورند که این پرسش‌نامه به خوبی می‌تواند افراد تاب‌آور 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 ۰/۹۰و 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

1. Connor & Dawidson

سال پانزدهم شماره ۶۱، پاییز ۱۴۰۰
Vol. 15, No. 61, Autumn 2021

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-10-11]

[DOI: 10.52547/etiadpajohi.15.61.241]

که این پرسش‌نامه 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[1] (۱۴۰۰) در طی ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ایی 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 اعضاء؛ بستن قرارداد درمانی با اعضاء؛ تکلیف: هر یک از اعضاء ویژگی مثبت و منفی خود را به طور جداگانه نوشته و عنوان کنند که دوست دارند چه تغییری در رفتارشان ایجاد شود.
دوم	آشنایی اعضاء 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 اعضاء 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 بپردازند؛ 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 اعضاء با چگونگی پذیرش مسئولیت رفتارهای خود؛ آشنایی اعضاء 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.

1. Glasser

سال پانزدهم شماره ۶۱، پاییز ۱۴۰۰
Vol. 15, No. 61, Autumn 2021

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-10-11]

[DOI: 10.52547/etiadpajohi.15.61.241]

جدول ۱: خلاصه جلسات درمان نظریه انتخاب

جلسات	شرح
چهارم	آشنایی با مقاومت درونی از دیدگاه تئوری انتخاب؛ آموزش مهارت تن‌آرامی 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 می‌کند، اما به جای تمرکز بر این احساسات، اعضاء را ترغیب می‌کند تا دست به کار شده و آنچه را که انجام می‌دهند و فکر می‌کنند، را تغییر دهند. تغییر دادن آنچه که انجام می‌دهیم و فکر می‌کنیم از تغییر دادن احساسات خود راحت‌تر است. به عقیده گلاسر (۱۹۹۲) دیدن آنچه که انجام می‌دهیم راحت‌تر، و انکار کردن آن غیر ممکن است. خلاصه موارد انجام شده در این جلسه تنظیم و طرح‌ریزی تغییر رفتار، تفکرات غیر منطقی، باورهای تحریف شده چون ذهن خوانی، تعمیم افراطی، راه‌های تغییر افکار منفی، و جایگزینی افکار مثبت بود. درمانگر طبق نظر بوئن به خانواده‌ها کمک کرد تا میزان کلی فشار روانی خود را کاهش دهند و راه‌هایی جهت تفکیک بیشتر و ارضای نیازهای فردی و خانوادگی به اعضاء نشان دهد؛ تکلیف: مهارت بیانی و مهارت گوش‌دادن 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 آن‌ها قرار گیرد.
پنجم	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 خانواده‌ای که در آن بزرگ شده اند، به خانه برگردند. با این عمل افراد می‌توانند خودشان را مشخص و واضح‌تر 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 آن‌ها آموزش داده شد؛ تکالیفی برای جلسه آینده به اعضاء داده شد. تکلیف: لذت بخش‌ترین کاری که تا حالا انجام داده‌اید، چه بوده است؟
ششم	آشنایی اعضاء با چگونگی طرح‌ریزی حل مشکل، برنامه‌ریزی جهت زندگی فعلی و در حال حاضر خود، بررسی تکالیف جلسه قبل، ارزیابی رفتار و طرح سوالاتی برای به چالش‌کشیدن افکار غیر منطقی، و بررسی اثرات جلسات قبل و چگونگی گذشتن از لذت‌های 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

سال پانزدهم شماره ۶۱، پاییز ۱۴۰۰
Vol. 15, No. 61, Autumn 2021

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-10-11]

[DOI: 10.52547/etiadpajohi.15.61.241]

جدول ۱: خلاصه جلسات درمان نظریه انتخاب

جلسات	شرح
	که مطالب این جلسه را برای خود مرور و تمرین نمایند؛ تکلیف: خودسنجی و تمرین مهارت‌های آموخته شده.
هفتم	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 موردتوافق، مرحله ۴ . مشارکت متقابل در تصمیم‌گیری‌ها.
هشتم	آشنایی اعضاء 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 بینش مثبت نسبت به یکدیگر و تغییر برداشت‌های منفی، شناخت راه‌های رضایت، صمیمیت بیشتر با یکدیگر با توجه به نقش‌های متفاوت اعضاء 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 تکالیف 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.

جلسات درمان فعال سازی رفتاری: درمان فعال‌سازی رفتاری بر اساس مدل درمان فعال سازی رفتاری کانتر، بوش و راش[1] (۱۳۹۱) طی ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ایی بر روی گروه آزمایش دوم صورت پذیرفت. خلاصه جلسات در جدول ۲ ارائه شده است.

1- Kanter, Bush & Rash

سال پانزدهم شماره ۶۱، پاییز ۱۴۰۰
Vol. 15, No. 61, Autumn 2021

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-10-11]

[DOI: 10.52547/etiadpajohi.15.61.241]

جدول ۲: خلاصه درمان فعال‌سازی رفتاری بدون تصویرسازی ذهنی هدایت‌شده

جلسات	شرح
اول	اجرای پیش‌آزمون؛ برقرای رابطه درمانی با افراد و آموزش قراردادهای رفتاری.
دوم	آموزش و تمرکز بر فعال‌سازی رفتار بر تعامل فرد با محیط، آموزش راهبردهای مناسب.
سوم	آموزش روانی در مورد فرایندهای شفابخش.
چهارم	تمرکز بر جنبه‌های استرس و اضطراب و استفاده از تقویت کلامی مثبت از طریق امید درمانی.
پنجم	تمرکز بر جنبه‌های هیجانی- شناختی و تغییر حالات خلقی و روانی.
ششم	تمرکز بر حالات و قضاوت‌های رفتاری و کنترل حالات و قضاوت رفتاری.
هفتم	آموزش در خصوص ابعاد روانی و رفتاری- اجتماعی و آموزش مهارت مقابله و بازسازی رفتاری.
هشتم	جمع‌بندی، ارائه خلاصه درمان، نظرخواهی، ارائه راهکارهای پیگیرانه و اجرای پس‌آزمون.

جلسات درمان فعال‌سازی رفتاری با تصویر سازی ذهنی هدایت شده: درمان فعال‌سازی رفتاری با تصویرسازی ذهنی هدایت شده براساس ترکیب مدل درمان فعال‌سازی رفتاری کانتر و همکاران (۱۳۹۱) و تصویرسازی ذهنی هدایت شده اسموکر[1] (۱۹۹۵؛ به نقل از مقدم یکتا و باباپور خیرالدین، ۱۳۹۶) طی ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ایی بر روی گروه آزمایش سوم صورت پذیرفت. خلاصه جلسات در جدول ۳ ارائه شده است.

جدول ۳: خلاصه جلسات درمان فعال‌سازی رفتاری با تصویرسازی ذهنی هدایت‌شده

جلسات	شرح
اول	آشنایی با مفهوم تصویرسازی ذهنی هدایت‌شده، 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 فعال‌سازی رفتار بر تعامل فرد با محیط و آموزش راهبردهای مناسب.
سوم	تمرین آرامش‌عضلانی و تجسم افکار و تصاویر مزاحم و آموزش‌روانی در مورد فرآیندهای شفابخش.
چهارم	آموزش تصویرسازی ذهنی هدایت شده و دستوری؛ تمرکز بر جنبه‌های استرس و اضطراب و استفاده از تقویت کلامی مثبت از طریق امید درمانی.
پنجم	آموزش فن چرخش ذهنی؛ مرور ذهنی و تمرکز بر جنبه‌های هیجانی- شناختی و تغییر حالات خلقی و روانی.
ششم	تمرین بازسازی شناختی افکار منفی و تصاویر آزاردهنده و تمرکز بر حالات، قضاوت‌های رفتاری و کنترل آن‌ها.
هفتم	بکارگیری فنون آموزش دیده، آموزش در خصوص ابعاد روانی و اجتماعی و آموزش مهارت مقابله و بازسازی رفتاری.
هشتم	تمرین و تکرار فنون آموزش‌داده شده، نظرخواهی، ارائه راهکارهای پیگیرانه و اجرای پس‌آزمون.

1. Smuker

سال پانزدهم شماره ۶۱، پاییز ۱۴۰۰
Vol. 15, No. 61, Autumn 2021

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-10-11]

[DOI: 10.52547/etiadpajohi.15.61.241]

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-اسمیرنف بررسی شد و نتایج غیر معنادار این آزمون برای متغیر تاب‌آوری در هر چهار گروه آزمایش اول (F=/۲۰، p=۰/۰۸)، دوم (F=۰/۱۸، p=۰/۱۶) و سوم (F=۰/۱۷، p=۰/۱۶) و گروه کنترل (F=۰/۱۵، p=۰/۰۹) نشان‌دهنده توزیع نرمال داده‌ها بود (p>۰/۰۵). 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=۰/۸۵، p=۰/۶۹)، دوم (F=۱/۲۳، p=۰/۲۷) و سوم (F=۱/۲۹، p=۰/۲۳) و گروه کنترل نشان‌دهنده همگنی واریانس‌ها بود (p>۰/۰۵). نهایتا، مفروضه همگنی ماتریس‌های واریانس-کوواریانس از طریق آزمون ام‌باکس بررسی شد و نتایج غیر معنادار برای متغیر تاب‌آوری در چهار گروه آزمایش اول (F=۱/۶۷، p=۰/۵۱)، دوم (F=۲/۳۷، p=۰/۲۸) و سوم (F=۱/۱۲، p=۰/۶۱)، و گروه کنترل نیز تاییدکننده همگنی ماتریس‌های واریانس-کوواریانس بود (p>۰/۰۵).

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-10-11]

[DOI: 10.52547/etiadpajohi.15.61.241]

جدول ۵: نتایج تحلیل کوواریانس چندمتغیره بر روی میانگین نمرات پس‌آزمون تاب‌آوری گروه‌های آزمایش و گروه کنترل با کنترل اثرات پیش‌آزمون

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	۱
آزمون لامبدای ویلکز	۰/۰۶	۳	۳۲	۱۱۷/۴۸	۰/۰۰۱*	۰/۹۳	۱
آزمون اثر هتلینگ	۱۵/۳۲	۳	۳۲	۱۱۷/۴۸	۰/۰۰۱*	۰/۹۳	۱
آزمون بزرگترین ریشه‌روی	۱۵/۳۲	۳	۳۲	۱۱۷/۴۸	۰/۰۰۱*	۰/۹۳	۱

* $p<۰/۰۰۱$.

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 پیش‌آزمون وجود داشت و اثر متغیر گروه معنادار بود (ارزش= ۰/۰۶، F=۱۱۷/۴۸، p<۰/۰۰۱) 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 پس‌آزمون تاب‌آوری گروه‌های آزمایش و کنترل با کنترل اثرات پیش‌آزمون

منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	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

* $p<۰/۰۰۱$.

همان طوری که در جدول ۶ مشخص است، با کنترل اثرات پیش‌آزمون، بین گروه آزمایش اول و گروه کنترل (F=۱۶۴/۰۴ و p<۰/۰۰۱)، بین گروه آزمایش دوم و گروه کنترل (F=۱۱۷/۶۰ و p<۰/۰۰۱)، و بین گروه آزمایش سوم و گروه کنترل (F=۳۰۹/۶۴ و p<۰/۰۰۱) تفاوت معناداری از لحاظ میانگین نمرات تاب‌آوری وجود داشت و میزان تاثیر مداخلات درمان نظریه انتخاب (گروه آزمایش اول)، درمان فعال‌سازی رفتاری بدون

سال پانزدهم شماره ۶۱، پاییز ۱۴۰۰
Vol. 15, No. 61, Autumn 2021

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-10-11]

[DOI: 10.52547/etiadpajohi.15.61.241]

تصـــویرســـازی ذهنی هدایت‌شـــده (گروه آزمایش دوم) و درمان فعال‌ســـازی رفتاری با تصویرسازی ذهنی هدایت شده (گروه آزمایش سوم) به ترتیب ۰/۸۶، ۰/۸۲، و ۰/۹۲ بود. نهایتا، برای مشـــخص شـــدن اثربخش‌ترین مداخله، آزمون تعقیبی بونفرونی انجام شـــد که نتایج در جدول ۷ ارائه شده است.

جدول ۷: مقایسه میزان اثربخشی درمان نظریه انتخاب، درمان فعال‌ساز رفتاری با و بدون تصویرسازی ذهنی هدایت شده بر میزان تاب‌آوری

متغیر	مقایسه گروه‌ها	میانگین اختلافات	معناداری
تاب‌آوری	درمان نظریه انتخاب در برابر درمان فعال‌سازرفتاری بدون تصویرسازی ذهنی هدایت‌شده	۲/۱۶	۰/۱۰
	درمان نظریه انتخاب در برابر درمان فعال‌سازرفتاری با تصویرسازی ذهنی هدایت شده	۱۱/۹۳	۰/۰۰۱ *
	درمان فعال‌سازرفتاری بدون تصویرسازی ذهنی هدایت‌شده در برابر درمان فعال‌سازرفتاری با تصویرسازی ذهنی هدایت‌شده	۹/۸۷	۰/۰۰۱ *

* $p<۰/۰۰۱$.

همان گونه که در جدول ۷ ملاحظه می‌شـــود، بین تاثیر درمان نظریه انتخاب و درمان فعال‌ســـازی رفتاری بدون تصـــویرســـازی ذهنی هدایت‌شـــده بر متغیر تاب‌آوری تفاوت معناداری مشـــاهده نشـــد ($p>۰/۰۵$). از ســـوی دیگر، تاثیر درمان فعال‌ســـازی رفتاری با تصـویرسـازی ذهنی هدایت شـده بر افزایش تاب‌آوری در مقایسـه با درمان نظریه انتخاب بیشتر بود ($MD=۱۱/۹۳$، $p<۰/۰۰۱$). همچنین، میزان اثربخشی درمان فعال‌سازی رفتاری با تصویرسازی ذهنی هدایت‌شده بر افزایش تاب‌آوری در مقایسه با درمان فعال‌سازی رفتاری بدون تصـویرسـازی ذهنی هدایت‌شـده نیز بیشـتر بود ($MD=۹/۸۷$، $p<۰/۰۰۱$). بنابراین، مشـخص شـد که درمان فعال‌سـاز رفتاری با تصـویرسـازی ذهنی هدایت‌شـده در مقایسـه با درمان نظریه انتخاب و درمان فعال‌ســاز رفتاری بدون تصـویرســازی ذهنی هدایت‌شــده بر افزایش تاب‌آوری در نوجوانان وابسته به مواد اثربخش‌تر بود.

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-10-11]

[DOI: 10.52547/etiadpajohi.15.61.241]

بحث و نتیجه‌گیری

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[1] (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

1 . Kim

سال پانزدهم شماره ۶۱، پاییز ۱۴۰۰
Vol. 15, No. 61, Autumn 2021

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-10-11]

[DOI: 10.52547/etiadpajohi.15.61.241]

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

نتایج این پژوهش نشـــان داد که درمان فعال‌ســـاز رفتاری موجب افزایش تاب‌آوری نوجوانان وابســته به مواد شـــد. باید گفت که مداخله درمان فعال‌ســـاز 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 موضـوع باعث شـد 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 مشـخص شـد که درمان فعال‌سـازی رفتاری با تصـویرسـازی ذهنی هدایت شـــده نســـبت به درمان نظریه انتخاب و درمان فعال‌ســـاز رفتاری بدون تصـویرسـازی ذهنی اثربخشـی بیشـتری بر افزایش تاب‌آوری نوجوانان وابسته به مواد دارد. بین دو درمان نظریه انتخاب و درمان فعال‌ساز رفتاری بدون تصویرسازی ذهنی تفاوتی در اثربخشـــی بر افزایش تاب‌آوری وجود نداشـــت. می‌توان چنین تبیین کرد که هر دو درمان تئوری انتخاب و فعال‌ســـازی رفتاری به دلیل اینکه در این افراد ســـبب ارزیابی و انتخاب رفتار جدید و نیز دوری از اجتناب و انتخاب الگوی مقابله سـازگارانه در نوجوانان شـدند، تفاوتی در افزایش تاب‌آوری بین این دو درمان بوجود نیامد و هر دو درمان به یک میزان تاب‌آوری نوجوان وابسـته به مواد را افزایش دادند. اما باید گفت، تلفیق درمان فعال‌سـازی رفتاری با تصـویرسـازی ذهنی هدایت شـده به دلیل دارا بودن تکنیک رفتاری-انگیزشـی درمان فعال‌سـازی به همراه تمرینات ذهنی برای پذیرش ذهنی، سـبب بهبودی بیشـتری در بعد شناختی نوجوانان شد. مداخله درمان فعال‌سازی رفتاری با تصویرسازی ذهنی هدایت شـده نسـبت به دو درمان فعال‌سـازی 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 بازســـازی ذهنی را در بر داشـــت، نســـبت به دو درمان دیگر مزیت آماده‌ســـازی ذهنی و تجســـم‌گرایی نســـبت به هدف را داشـــت. تلفیق تکنیک دو درمان

سال پانزدهم شماره ۶۱، پاییز ۱۴۰۰
Vol. 15, No. 61, Autumn 2021

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-10-11]

[DOI: 10.52547/etiadpajohi.15.61.241]

فعال‌سازی رفتاری و تصویرسازی ذهنی هدایت شده در این مداخله سبب شد در نوجوانان وابسته به مواد تاب‌آوری در برابر مشکلات و چالش 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 چالش 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

سال پانزدهم شماره ۶۱، پاییز ۱۴۰۰
Vol. 15, No. 61, Autumn 2021

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-10-11]

[DOI: 10.52547/etiadpajohi.15.61.241]

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.

منابع

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

رحیمی، روح اله؛ حکم آبادی، محمدابراهیم؛ عارفی، مختار؛ جوزی، پیام و کلانتر، عباس (۱۳۹۵). اثربخشی واقعیت درمانی 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 واقعیت درمانی گروهی مبتنی بر نظریه انتخاب بر اضطراب و امیدواری افراد وابسته به مواد در حین ترک. *اعتیاد پژوهی*، ۱۰ (۳۷)، ۱۳۶-۱۵۰.

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

سال پانزدهم شماره ۶۱، پاییز ۱۴۰۰
Vol. 15, No. 61, Autumn 2021

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-10-11]

[DOI: 10.52547/etiadpajohi.15.61.241]

شهابی، عباسعلی؛ احتشام زاده، پروین؛ عسگری، پرویز و مکوندی، بهنام (۱۳۹۹). مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و تصویرسازی ذهنی هدایت‌شده بر تاب‌آوری بیماران قلبی مراجعه‌کننده 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، جاناتان. بوش، آندر و راش، لورا (۱۳۹۱). *فعال‌ساز 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، عذرا و باباپورخیرالدین، جلیل (۱۳۹۶). تاثیر تصویرسازی ذهنی بر کاهش افسردگی و اضطراب کودکان سرطانی. *روان شناسی معاصر*، ۱۲، ۱۶۰۵-۱۶۰۸.

میرزانیا، زهرا؛ نیکنام شربیانی؛ الهه و حیاتی، مژ گان (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)، ۱۸۳-۱۶۷.

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.

سال پانزدهم شماره ۶۱، پاییز ۱۴۰۰
Vol. 15, No. 61, Autumn 2021

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-10-11]

[DOI: 10.52547/etiadpajohi.15.61.241]

Ebadi, Z., Pasha, R., Hafezi, F., Eftekhar, 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.

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-10-11]

[DOI: 10.52547/etiadpajohi.15.61.241]