

# مقایسه کارآمدی مداخله عقلانی-هیجانی-رفتاری گروهی با واقعیت درمانی گروهی در افزایش سلامت عمومی دانشجویان دختر

- دکتر حسن احدی
- \*\* دکتر مجید یوسفی لویه
- \*\*\* دکتر مهدیه صالحی
- \*\*\*\* ابراهیم احمدی

## چکیده

امروزه، درمان های شناختی رفتاری الگوی غالب روان درمانی را تشکیل داده و جای درمان های روان کاوی و رفتاری را گرفته اند. هدف پژوهش حاضر، مقایسه کارآمدی دو مداخله عقلانی-هیجانی-رفتاری و واقعیت درمانی، در افزایش سلامت عمومی بود. در یک پژوهش نیمه آزمایشی با گروه کنترل، تعداد ۲۴ دانشجوی افسرده در دو گروه آزمایشی و یک گروه کنترل به طور تصادفی گمارده و پرسشنامه سلامت عمومی بر روی آنان اجرا شد. پس از اندازه گیری سلامت عمومی در مرحله یک، آزمودنی های دو گروه آزمایشی وارد مداخله گروهی شدند و در مورد آزمودنی های گروه کنترل هیچ اقدامی صورت نگرفت. گروه آزمایشی اول به مدت ۸ جلسه تحت برنامه مداخله گروهی عقلانی-هیجانی-رفتاری و گروه آزمایشی دوم به مدت ۹ جلسه تحت برنامه مداخله واقعیت درمانی گروهی قرار گرفت. مرحله دوم اندازه گیری در دو نوبت از طریق پرسشنامه سلامت عمومی بر روی هر سه گروه، یک بار بلافاصله پس از پایان مداخله و بار دوم، به عنوان پیگیری، سه ماه پس از اتمام مداخله اجرا شد. نتایج نشان می دهد مداخله های عقلانی-هیجانی-رفتاری و واقعیت درمانی هر دو در افزایش سلامت عمومی کارآمدند اما از این لحاظ تفاوتی با یکدیگر ندارند.

واژه های کلیدی: درمان عقلانی-هیجانی-رفتاری، واقعیت درمانی، سلامت عمومی، دانشجویان.

---

Email: mylooyeh@yahoo.com  
Email: M\_salehi@iavctb.ac.ir  
Email: eahmadi1356@Gmail.com

• استاد دانشگاه علامه طباطبایی  
\*\* استادیار دانشگاه آزاد اسلامی واحد تهران مرکزی  
\*\*\* استادیار دانشگاه آزاد اسلامی واحد تهران مرکزی  
\*\*\*\* دانشجوی دکتری دانشگاه آزاد اسلامی واحد تهران مرکزی (مقاله حاضر از رساله دکتری در واحد تهران مرکزی استخراج شده است)



## مقدمه

درمان های شناختی- رفتاری (CBTs)<sup>1</sup> همانطور که از نام آنها پیداست، جنبه های شناختی را، به رفتاردرمانی سنتی اضافه کرده اند. پیش از روی کار آمدن نظریه های شناختی، در سبب شناسی و درمان اختلالات روانی، نظریه های روان کاوی و رفتاری بودند که بیماری های روانی را توجیه و درمان می کردند. رفتارگرایی، بر الگوی محرک-پاسخ<sup>2</sup> مبتنی است. بر طبق این الگو، یک محرک در تمامی شرایط و در همه افراد یک پاسخ خاص را به وجود می آورد. بیماری روانی پاسخ ارگانیزم به محرک های موجود در محیط خود است. شناخت گرایان به کلی این الگو را رد کردند. استدلال آنها این بود که محرک در همه افراد یک پاسخ ایجاد نمی کند. بسیار اتفاق می افتد که دو فرد در یک محیط نامناسب زندگی می کنند، اما فقط یکی از آنها به بیماری روانی مبتلا می شود. پس به طور یقین، محرک تنها علت پاسخ نیست، بلکه یک عامل میانجی بین این دو وجود دارد که شناخت گرایان آنرا ارگانیزم<sup>3</sup> (O) نامیدند و الگوی  $S \rightarrow O \rightarrow R$  را جایگزین الگوی ناقص  $S \rightarrow R$  کردند. این الگو، هم در سبب شناسی و هم در درمان بیماری های روانی کارآمدتر از الگوی قبلی است.

الگوی ABC که در تمامی نظریه های شناختی اختلالات روانی وجود دارد، در واقع همان الگوی  $S \rightarrow O \rightarrow R$  است. بر طبق این الگو بیماری های روانی (C) از رویدادهای بد (A) ناشی نمی شوند، بلکه از نظام شناختی غلط فرد (B) نشأت می گیرند. این ادعایی است بسیار انقلابی و بزرگ که عقل سلیم بسیاری از مردم در بدو امر آنرا نمی پذیرد. اکثر مردم ناراحتی های خود را ناشی از اتفاقات بد و شرایط محیطی ناجور می دانند و نه از طرز فکر خودشان. اما این ادعا صحیح است. شکسپیر<sup>4</sup> از زبان هملت<sup>5</sup> می گوید: «خوب و بد را فکر می سازد». در تمامی طول تاریخ، فلاسفه و اندیشمندان فراوانی تأکید کرده اند که هر فردی دنیای خود را در داخل ذهن خود دارد. حتی عده ای پا را فراتر گذاشته و گفته اند چیزی به نام دنیای بیرونی وجود ندارد و همه چیز ساخته ذهن ماست.

بر خلاف تصور، CBT یک درمان واحد نیست، بلکه مجموعه ای از درمان هاست. اصطلاح CBT یک اصطلاح کلی<sup>6</sup> است برای بیش از بیست درمان مختلف (مک اینس<sup>7</sup>، ۲۰۰۴). لذا بهتر است به جای درمان شناختی- رفتاری از عبارت درمان های شناختی- رفتاری (CBTs) استفاده شود. پیش از درمان های شناختی- رفتاری الگوی درمانی رایج در درجه اول، روان کاوی و سپس، رفتارگرایی بود و هیچگونه درمان شناختی ای وجود نداشت، غیر از درمان آدلری که آن هم جنبه های شناختی اندکی داشت. امروزه در درمان، سنت شناختی- رفتاری، جای سنت روان کاوی و رفتاردرمانی منفرد را گرفته است و حتی بسیاری از روان کاوان، نیز روشهای درمان شناختی- رفتاری را به کار می برند. دو نمونه از درمان های دارای رویکرد شناختی عبارتند از درمان عقلانی-هیجانی- رفتاری (REBT)<sup>8</sup> ایلس<sup>9</sup> و واقعیت درمانی (RT)<sup>10</sup> گلاسر<sup>11</sup> که پژوهش حاضر به بررسی و مقایسه کارآمدی مداخله های

1. Cognitive Behavior Therapies (CBTs)
2. Stimulus-response (S-R)
3. organism
4. Shakespeare
5. Hamlet
6. generic
7. MacInnes
8. Rational-Emotive-Behavior Therapy (REBT)
9. Ellis
10. Reakity Therapy (RT)
11. Glasser

مبتنی بر آنها، در افزایش سلامت عمومی پرداخت.

آلبرت ایس، بنیان گذار درمان عقلانی-هیجانی-رفتاری، معتقد است بیماری روانی از افکار نادرست ناشی می شود. عناصر تشکیل دهنده این افکار غلط، باورهای غیرعقلانی<sup>۱</sup> هستند. این باورها به این دلیل غیرعقلانی هستند که غیر منطقی و غیرتجربی اند، یعنی واقعیت های زندگی فرد آنها را تأیید نمی کند، همچنین غیر کارکردی هستند، یعنی به فرد آسیب هیجانی و رفتاری وارد می کنند (ایس، ۲۰۰۵a؛ گونزالس<sup>۲</sup> و همکاران، ۲۰۰۴).

ایس گام بعدی را در نظریه پرداز این گونه بر می دارد: فرایندهای شناختی و فرایندهای هیجانی با هم رابطه دارند، بدین صورت که شناختهای غیرعقلانی به آشفتگی هیجانی منجر می شوند. آشفتگی هیجانی نیز به نوبه خود مشکلات رفتاری و فیزیولوژیکی به بار می آورد. البته، ایس بر تعامل شناخت، هیجان، رفتار، فیزیولوژی، و محیط تأکید می کند، یعنی هیجانها نیز می توانند بر شناختها اثر بگذارند، نه این که به طور قطع، شناختها قبل از هیجانها و رفتارها بیابند (ایس، ۲۰۰۵ a).

باورهای غیرعقلانی بی شمارند، اما والن، دیجیسهپ، و درایدن<sup>۳</sup> (۱۹۹۲، به نقل از وینراچ<sup>۴</sup> و همکاران، ۲۰۰۱) آنها را در چهار طبقه اصلی قرار داده اند:

**الزام ها:** افکار یا خود-گویی هایی مانند زیر، حاوی باورهای الزام دار هستند:

• « من حتماً باید موفق شوم »

• « من می بایست موفق می شدم »

**فاجعه سازی:** فکر یا خود-گویی زیر حاوی باورهای فاجعه ساز است:

• « قبول نشدن من در کنکور واقعاً وحشتناک است »

**عدم تحمل ناکامی:** فرد معتقد است که نمی تواند کوچکترین ناکامی یا استرس را تحمل کند، به عنوان مثال:

• « اگر شغلم را از دست بدهم خواهم مرد »

**ارزیابی خود یا دیگران به صورت کلی:** ارزیابی های این افراد از خود و دیگران یا به طور خوب و یا بد است،

به عبارت دیگر حد وسطی وجود ندارد. به عنوان مثال:

• « برنده نشدن من در مسابقه نشان داد که به هیچ دردی نمی خورم »

البته تا وقتی که در زندگی فرد همه چیز رو به راه است، باورهای غیر عقلانی مشکل چندانی برای او به وجود نمی آورند. این باورها برای فعال شدن نیاز به یک رویداد فعال ساز<sup>۵</sup> دارند. این رویداد می تواند یک شکست، یک تجربه ناکام کننده، و مانند آن باشد. رویداد فعال ساز باورهای غیر عقلانی را راه اندازی می کند و این باورها نیز به نوبه خود پیامدهای<sup>۶</sup> هیجانی و رفتاری به شرح زیر به بار می آورند:

رویداد فعال ساز (A) ← باورها (B) ← پیامدها (C)

1. irrational beliefs  
2. Gonzalez  
3. Walen, Digiuseppe, & Dryden  
4. Weinrach  
5. demands  
6. activating event  
7. consequences

قبول نشدن در کنکور  $\leftarrow$  «من به هیچ دردی نمی خورم» (باور غیر عقلانی از نوع ارزیابی کلی)  $\leftarrow$  افسردگی

فرایند فوق الگوی ABC نام دارد. لذا مشکلات فرد ناشی از تفکر نادرست او درباره رویدادها است، نه از خود رویدادها.

شاید افراد با تفکر و ارزیابی صحیح از موقعیت، دارای مشکل در زمینه‌ای و یا موقعیتی باشند بنابراین، از مفاهیم بالا نمی‌توان نتیجه گرفت که مشکل فرد الزاماً ناشی از تفکر نادرست فرد نسبت به آن متولد است. شاید، اصل رویداد دارای دشواری‌هایی برای پذیرش او داشته باشد.

درمان عقلانی-هیجانی-رفتاری برای روان درمانی از الگوی ABC استفاده می‌کند. اما آن را نیز گسترش می‌دهد و با اضافه کردن دو عنصر مباحثه<sup>۱</sup> با افکار آسیب‌زا (D) و ایجاد یک دیدگاه عقلانی جدید و مؤثر (E)، به صورت الگوی ABCDE در می‌آورد (گونزالس و همکاران، ۲۰۰۴). هر کدام از حروف این الگو نمایانگر یک مرحله از درمان عقلانی-هیجانی-رفتاری است. تمامی این مراحل نیازمند رابطه و پیوستگی درمانی و همدلی درمانگر با مراجع هستند، که از ابتدای درمان باید ایجاد و به تدریج در طول درمان تقویت شود. مراحل مذکور به شرح زیر است.

**مرحله A:** شناسایی رویدادهای فعال ساز. نخستین گام یافتن رویدادهایی است که باعث شروع مشکلات مراجع شده‌اند. این رویدادها باید به طور دقیق تحلیل شوند.

**مرحله B:** گام بعدی عبارتست از گوش دادن به استنباط‌های مراجع از رویداد فعال ساز؛ یعنی نتیجه‌گیری‌هایی که از رویداد می‌کند و پیش‌بینی‌هایی که بر اساس آن انجام می‌دهد.

**مرحله C:** در این مرحله هدف درمان کاهش شدت، مدت، و فراوانی هیجانهای منفی بیمار است.

**مرحله D:** این مرحله مهمترین بخش درمان است، زیرا تغییرات شناختی در اینجا باید صورت گیرد. تغییر شناختی از طریق فرایند مباحثه صورت می‌گیرد.

**مرحله E:** سرانجام و در پایان درمان، فرایند درمانی ABCD منجر به بهبود آسیب‌های هیجانی و رفتاری می‌شود و در مراجع یک دیدگاه عقلانی جدید و مؤثر شکل می‌گیرد.

درمان عقلانی-هیجانی-رفتاری هم در درمان انواع اختلالات روانی در افراد نابهنجار، و هم در بهبود وضعیت سلامت روانی در افراد بهنجار کارآمد است. در یک مرور کیفی مک‌گاورن، مک‌کارتی، و سیلورمن<sup>۲</sup> (۱۹۹۲)، به نقل از گونزالس و همکاران (۲۰۰۴) مشاهده کردند که ۴۹ مطالعه از ۸۹ مطالعه مرور شده، یافته‌های مثبت از اجرای REBT را بر روی بزرگسالان گزارش داده‌اند. در این مرور هیچ درمان جایگزینی یافت نشد که منجر به نتایجی شده باشد که به طور معنا دار بهتر از REBT باشد.

پژوهش‌های آدامه<sup>۳</sup> (۲۰۰۶) به مطالعه کارآمدی REBT در افزایش سازگاری هیجانی در میان نوجوانان نیجریایی پرداخت. ۵۰ دانش‌آموز سالهای آخر دبیرستان به طور تصادفی انتخاب و به گروه‌های آزمایشی و کنترل گمارده شدند. گروه آزمایشی دو بار در هفته و به مدت شش هفته با REBT درمان شد. نتیجه نشان داد که REBT به

1. disputation  
2. McGovern, McCarthy, & Silverman  
3. Adomeh

گونه ای اثربخش سطوح اضطراب و استرس نوجوانان را کاهش داد. سطح افسردگی گروه آزمایشی نیز افت کرد، اما این کاهش از لحاظ آماری معنادار نبود.

در مورد بیماران افسرده خو<sup>۱</sup>، REBT به اندازه دارودرمانی مؤثر بود، اما ترکیب دارودرمانی با REBT مؤثرتر از دارودرمانی گزارش شد (دیوید، سنتاگوتی، ایوا، و مکاوی، ۲۰۰۵).

لپسکی<sup>۲</sup> و همکاران (۱۹۸۰، به نقل از: مکاوی<sup>۳</sup>، ۲۰۰۵) در آزمون اثربخشی REBT در درمان افسردگی، به نتایج درمانی مثبتی دست یافتند.

دیوید، سنتاگوتی، لویو، و کاسمن<sup>۴</sup> (۲۰۰۸) با اجرای پژوهشی آزمایشی به بررسی کارآمدی نسبی REBT، شناخت درمانی، و دارودرمانی در ۱۷۰ بیمار سرپایی پرداختند که تشخیص اختلال افسردگی عمده غیر روان پریش دریافت کرده بودند. این بیماران به صورت تصادفی به یکی از این گروهها گمارده شدند: REBT ۱۴ هفته ای، شناخت درمانی ۱۴ هفته ای، و دارودرمانی (فلوکستین<sup>۵</sup>) ۱۴ هفته ای. از مقیاس درجه بندی افسردگی هامیلتون و سیاهه افسردگی بک، برای اندازه گیری افسردگی استفاده شد. هیچ تفاوتی بین شرایط درمانی سه گانه در پس-آزمون مشاهده نشد. اما در پیگیری شش ماهه، یک اثر بزرگتر معنادار برای REBT و یک اثر بزرگتر غیرمعنادار برای شناخت درمانی نسبت به دارودرمانی، فقط در آزمون هامیلتون، به دست آمد.

تریپ، ورنون، و مک ماهون<sup>۶</sup> (۲۰۰۷) در فراتحلیل ۲۶ مقاله منتشر شده به بررسی اثربخشی آموزش عقلانی-هیجانی<sup>۷</sup> (REE) پرداختند. آنان مشاهده کردند REE اثری قوی بر کاهش باورهای غیرعقلانی و رفتارهای کژکار، و اثری متوسط بر افزایش استنباط های مثبت و کاهش هیجان های منفی داشت. بیشترین اندازه های اثر مربوط به کودکان و نوجوانان، در مقایسه با بزرگسالان جوان بود.

قربانی (۱۳۸۴) مشاهده کرد زوج درمانی با روش عقلانی-هیجانی-رفتاری باعث کاهش تعارض ها و افکار غیرمنطقی در زوج ها می شود. بیابانگرد (۱۳۸۱) با هدف مقایسه اثربخشی روش های درمانی چند وجهی، عقلانی-هیجانی، آرام سازی، و دارونما بر کاهش اضطراب امتحان دانش آموزان، از میان مراجعان مراکز مشاوره آموزش و پرورش و مرکز ملی جوانان تهران تعداد ۸۳ نفر دانش آموز دبیرستانی مبتلا به اضطراب امتحان را انتخاب و با استفاده از روش تصادفی ساده در پنج گروه درمانی چند وجهی لازاروس (۱۷ نفر)، عقلانی-هیجانی ایس (۱۷ نفر)، آرام سازی (۱۸ نفر)، دارونما (۱۵ نفر)، و گروه گواه (۱۶ نفر) گنجانند. پس از اعمال ده جلسه درمان بر هر یک از گروه ها به صورت هفته ای دو جلسه و هر جلسه ۵۰ دقیقه، دوباره مقیاس اضطراب امتحان روی آزمودنی ها اجرا شد. یافته ها نشان داد هر چهار روش درمانی در کاهش اضطراب امتحان اثر بخش تر از گروه گواه بود. بین روش درمانی چند وجهی لازاروس و روش عقلانی-هیجانی ایس تفاوت معنا داری مشاهده نشد.

ولی زاده و امامی پور (۱۳۸۶) با هدف بررسی تأثیر درمان عقلانی-هیجانی-رفتاری بر عزت نفس دانش آموزان دختر نابینا، نمونه ای به حجم دوازده نفر انتخاب و به دو گروه شش نفری آزمایش و کنترل تقسیم کردند. نتایج

1. dysthimic
2. Lepski
3. Macavei
4. David, Szentagotai, Lupu, & Cosman
5. fluoxetine
6. Trip, Vernon, & McMahon
7. Rational-Emotive Education (REE)

نشان داد آموزش درمانی عقلانی-هیجانی-رفتاری موجب افزایش عزت نفس کلی، خانوادگی، و اجتماعی آزمودنی ها می شود، ولی بر عزت نفس جسمانی و تحصیلی آنها تأثیر ندارد. زارع و همکاران (۱۳۸۶) مشاهده کردند گروه درمانگری عقلانی-هیجانی-رفتاری سبک های ابراز هیجان را بهبود می بخشد. احمدی و پوراابراهیم (۱۳۷۸) به بررسی تأثیر مشاوره گروهی با روش عقلانی-هیجانی بر افسردگی دانش آموزان دبیرستانی پرداختند و نتایج مثبت درمانی را گزارش دادند. احمدی و پوراابراهیم (۱۳۷۸) تأثیر مشاوره گروهی با روش عقلانی-هیجانی بر افسردگی دانش آموزان دبیرستانی را بررسی کردند و به نتایج مثبت درمانی دست یافتند.

درمان عقلانی-هیجانی-رفتاری علاوه بر درمان اختلالات روانی، مؤلفه های سلامت روان را هم بهبود می بخشد. هاجسler و برنارد<sup>۱</sup> (۱۹۹۱)، به نقل از گونزالس و همکاران، (۲۰۰۴) گزارش دادند REBT در ۷۱/۵ درصد موارد موجب تغییر منبع کنترل بیرونی به منبع کنترل درونی، و در ۵۷ درصد موارد موجب افزایش عزت نفس شد. ایس و جاف<sup>۲</sup> (۲۰۰۲) مشاهده کردند در نتیجه شرکت در جلسات REBT، ۴۰ نفر از شرکت کنندگان پاسخ دادند که آشفتهگی فکر آنان کمتر شده است، ۴۸ نفر پاسخ دادند که بهتر و مناسب تر به مشکلات خود پاسخ می دهند، ۵۸ نفر گفتند که کمتر از مشکلاتشان احساس آشفتهگی می کنند، ۲۶ نفر اظهار داشتند که خطرپذیری بیشتری پیدا کرده اند، ۲۳ نفر گزارش دادند که در امور روزمره بیشتر خود را پیش می برند، و ۲۴ نفر سایر احساسات و واکنش ها را مطرح کردند.

ویلیام گلاسر، بنیان گذار واقعیت درمانی، می گوید مشکلات روانی ناشی از این است که فرد فکر می کند توسط نیروهای بیرونی جهان کنترل می شود. برای مثال، یک فرد افسرده حالت ناشاد خود را به گردن دیگران، جامعه، یا گذشته اسفبار می اندازد و لذا مسؤولیت<sup>۳</sup> آنرا نمی پذیرد. اگر چنین فردی در می یافت که این وضعیت را خود انتخاب<sup>۴</sup> کرده است، به طور یقین بر می خاست و خود را از این وضعیت نجات می داد.

واقعیت درمانی به بیمار می فهماند که می تواند بر زندگی خود کنترل داشته باشد. به او کمک می کند تا از کنترل شدن توسط نیروهای بیرونی جهان فرار کند، و به او آموزش می دهد که تمام کنترل ها باید از درون خودش اعمال شود. هدف واقعیت درمانی این است که بیمار دوباره کنترل زندگی خود را به دست آورد. روش گلاسر به افراد می فهماند که وضعیت کنونی شان را خود انتخاب کرده اند، و لذا باید مسؤولیت آن را بپذیرند. همچنین، به آنها یاد می دهد که می توانند وضعیت بهتری را انتخاب کنند و کمک می کند تا افراد دست به انتخابهای بهتری بزنند. این روش درمانی افراد را مسؤول بار می آورد (کریش<sup>۵</sup>، ۲۰۰۱؛ نیسچل و شانسی<sup>۶</sup>، ۱۹۹۵).

واقعیت درمانی با ایجاد یک رابطه درمانی انسان گرایانه با مراجع آغاز می شود. سپس، مراجعان باید تعیین کنند که چه خواسته هایی دارند و برای رسیدن به آنها چه می خواهند بکنند. مجموعه ای از سؤالات از مراجع پرسیده می شود تا او را وادار به تفکر درباره یک طرح عمل ساده و دقیق برای بهبود وضع کنونی خود کند. مهمترین این سؤالات به قرار زیر است (هاوت<sup>۷</sup>، ۲۰۰۱):

<sup>۱</sup>.Hajzler & Bernard

<sup>۲</sup>.Joffe

<sup>۳</sup>.responsibility

<sup>۴</sup>.choice

<sup>۵</sup>.Kreyche, G.F.

<sup>۶</sup>.Nystul & Shaughnessey

<sup>۷</sup>.Howatt

## ۱- شما چه خواسته هایی دارید؟

این سؤال برای بیرون کشیدن نیازهای برآورده نشده مراجع مطرح می شود.

## ۲- الان دارید چکار می کنید؟

این سؤال به مراجع کمک می کند تا دریابد که رفتاری را که اکنون مشغول به انجام آن است، خودش برگزیده است.

## ۳- چه اتفاقی خواهد افتاد اگر به کاری که اکنون دارید، انجام می دهید، ادامه دهید؟

با این سؤال مراجع در می یابد که رفتارهای کنونی اش کمکی به برآورده شدن نیازهایش نخواهند کرد.

## ۴- چه می خواهید بکنید؟ یا نقشه شما برای آینده چیست؟

این سؤالی است برای تعیین فعالیتهایی که مراجع برای حرکت به سوی برآورده سازی نیازهای برآورده نشده خود انتخاب خواهد کرد.

پس از آن که مراجع نیازهای خود و طرح رسیدن به آنها را بیان کرد، درمانگر او را در پیاده کردن این طرح کمک می کند.

پژوهش های زیر کارآمدی واقعیت درمانی را در درمان مشکلات روانی و افزایش سلامت روانی نشان داده اند: پیترسون، چانگ، و کالینز<sup>۱</sup> (۱۹۹۸) فرض کردند که آموزش نظریه انتخاب و استفاده از واقعیت درمانی در ایجاد و نگهداری یک خود-پنداره مثبت به دانشجویان تایوانی کمک می کند. ۲۱۷ دانشجوی تایوانی در معرض یا آموزش نظریه انتخاب یا مشاوره گروهی واقعیت درمانی قرار گرفتند. نتایج نشان داد در مقایسه با گروه کنترل، هردوی این راهبردها در افزایش خود-پنداره مثبت مؤثر بودند.

ایدنس<sup>۲</sup> (۱۹۹۶) در مطالعه خود با هدف ارزیابی اثرات نظریه کنترل و واقعیت درمانی به عنوان رویکردی برای کاهش رفتارهای مختل کننده دانش آموزان راهنمایی، دو کلاس از دانش آموزان کلاس هفتمی را برای شرکت در یک پژوهش دوازده هفته ای انتخاب کرد. کلاس گلاسری به همراه دروس معمولی خود، آموزش مبتنی بر نظریه کنترل و مشاوره بر اساس واقعیت درمانی دریافت کرد. کلاس استاندارد فقط دروس معمولی خود را ادامه داد. در پایان، رفتارهای مختل کننده، منبع کنترل، و رفتارهای انضباطی دو کلاس ارزیابی شد. نتایج نشان داد رفتارهای مختل کننده در کلاس گلاسری به صورت معنادار کمتر از کلاس استاندارد بود. هیچگونه تفاوتی در منبع کنترل بین دو کلاس به دست نیامد. وضعیت انضباطی کلاس گلاسری به صورت غیرمعنادار بهتر از کلاس استاندارد بود.

آلن<sup>۳</sup> (۱۹۹۰) آثار فنون مشاوره پیشگیرانه را با استفاده از واقعیت درمانی بر عزت نفس کلی، عزت نفس تحصیلی، نمرات درسی، و مدرسه روی<sup>۴</sup> دانش آموزان پر خطر کلاس های پنجم و ششم بررسی کرد. هیچ تفاوت معناداری در این اندازه ها بین گروه واقعیت درمانی و گروه کنترل به دست نیامد.

وسلی<sup>۵</sup> (۱۹۸۹) اثربخشی هشت جلسه یک ساعته واقعیت درمانی گروهی را در طول یک دوره یک ماهه بررسی کرد. جامعه این پژوهش بیماران روانی شدید و مزمن بستری در ایالت تگزاس بودند که همگی سابقه سوء مصرف مواد داشتند. نتایج نشان داد واقعیت درمانی گروهی دارای ارزش درمانی بود.

1. Peterson, Chang, & Collins

2. Edens

3. Allen

4. Attendance

5. Wesley

لوید<sup>۱</sup> (۲۰۰۵) میزان ارضای ادراک شده چهار نیاز روانی *تعلق*، *قدرت*، *آزادی*، و *شادی* را در اثر مواجهه با نظریه انتخاب، در دانش آموزان دبیرستانی بررسی کرد. گروه درمانی در پنج جلسه در معرض اصول نظریه انتخاب قرار گرفت. نتایج نشان داد که ارضای ادراک شده سه نیاز از چهار نیاز مذکور به صورتی پایدار در دانش آموزان دبیرستانی افزایش یافت.

کیم<sup>۲</sup> (۲۰۰۸) به بررسی اثر مشاوره گروهی واقعیت درمانی بر سطح اعتیاد به اینترنت و عزت نفس دانشجویان کره ای پرداخت. گروه آزمایشی دو روز در هفته و به مدت پنج هفته متوالی در برنامه مشاوره گروهی واقعیت درمانی شرکت کردند. گروه کنترل هیچ درمانی دریافت نکرد. یافته ها نشان داد برنامه درمانی سطح اعتیاد آزمودنی ها را کاهش و عزت نفس آنها را افزایش داد.

فرح بخش و همکاران (۱۳۸۵) به مقایسه اثربخشی مشاوره زناشویی به شیوه عقلانی-هیجانی-رفتاری الیس، واقعیت درمانی گلاسر، و اختلاطی از این دو در کاهش تعارض های زناشویی پرداخته و مشاهده کردند هر دو این روش ها باعث کاهش تعارض های زوجین می شوند، اما برتری خاصی بر یکدیگر ندارند. احمدی و رضوانی نژاد (۱۳۷۸) نیز مشاهده کردند که آموزش گروهی با روش واقعیت درمانی اثرات مثبتی بر بحران هویت دانشجویان دارد.

REBT و RT ارتباط نزدیکی با یکدیگر دارند. هر دو آنها جزء درمان های شناختی هستند با این تفاوت که درمان عقلانی-هیجانی-رفتاری بر روی شناخت های فرد تأکید کار می کند، و واقعیت درمانی بر روی رفتارهای فرد. توضیح آن که یک بیماری روانی از چهار مؤلفه هیجانی، فیزیولوژیکی، شناختی، و رفتاری تشکیل می شود. درمان های روان کاوی و رفتارگرایی بیشتر بر دو مؤلفه هیجانی و فیزیولوژیکی بیماری روانی متمرکز بودند و درمان های شناختی بیشتر به مؤلفه های شناختی و رفتاری می پردازند، زیرا تنها این دو مؤلفه هستند که تحت اراده فرد می باشند. REBT فرض می کند که علت ناراحتی فرد باورهای غیرعقلانی اوست و لذا برای بهبودی، این باورها باید تعدیل شوند. RT نیز علت ناراحتی فرد را شناخت های او می داند اما معتقد است بهترین راه بهبودی این است که فرد برای کاهش ناراحتی خود دست به عمل بزند. پس REBT و RT در سبب شناسی بیماری های روانی با یکدیگر توافق دارند و تفاوت آنها فقط در فنون درمانی است. هر دو آنها علت بیماری روانی را نیروهای درون فرد می دانند و نه نیروهای بیرون.

شباهت دیگر RT با REBT این است که هر دو آنها بر مفهوم *مسئولیت پذیری* تأکید می کنند. در هر دو آنها که افراد دارای قدرت انتخاب در رنجاندن یا نرنجاندن خود هستند. آنها بر خلاف بسیاری از رویکردهای روان درمانی، فقط خود فرد را مسؤول خوشبختی یا بدبختی خود می دانند، و نه دیگران، خانواده، جامعه، گذشته، و مانند آنها. الیس از عباراتی چون «من خودم را افسرده می کنم» و «من خودم را مضطرب می کنم» استفاده می کند تا از برچسب های منفی، مانند افسردگی و اضطراب که به عقیده وی پزشک زاد هستند، اجتناب نماید. این برچسب ها به افراد القا می کنند که در قبال شیوه تفکر، احساس، و رفتارشان مسئولیتی ندارند و نمی توانند آنها را تغییر دهند. الیس می گوید بسیاری از روان درمانی ها، به خصوص روان کاوی، از آدمها در قبال روان رنجوری آنها سلب مسئولیت می کنند. اما REBT، همانند RT یک روان درمانی مبتنی بر کنترل درونی است، بدین صورت که مراجع

1.Loyd  
2.Kim



هم کنترل مشکلات خود را به دست دارد و هم کنترل بهبود آنها را (میدن<sup>۱</sup>، ۲۰۰۵؛ فیروزبخت، ۱۳۸۲). در مرور پیشینه پژوهشی، کمتر پژوهشی یافت شد که به مقایسه کارآمدی این دو نوع روان درمانی به خصوص در افزایش سلامت عمومی<sup>۲</sup> پردازد. لذا پژوهش حاضر با استفاده از یک گروه نمونه ایرانی به مقایسه کارآمدی مداخله های مبتنی بر این دو نوع روان درمانی در ارتقای سلامت عمومی می پردازد. بنابراین، سؤال پژوهش حاضر به قرار زیر است:

مداخله های مبتنی بر درمان عقلانی-هیجانی-رفتاری و واقعیت درمانی، در مقایسه با هم، چه تأثیری بر سلامت عمومی دارند؟

## روش

جامعه آماری پژوهش حاضر را دانشجویان دختر دوره کارشناسی رشته های غیر از علوم انسانی دانشگاه آزاد اسلامی واحد تهران مرکزی تشکیل دادند. از میان دانشکده های غیر از علوم انسانی این دانشگاه، دو دانشکده (فنی-مهندسی، هنر و معماری) با استفاده از روش نمونه گیری تصادفی انتخاب شد. با استفاده از روش نمونه گیری در دسترس<sup>۳</sup>، پرسشنامه سلامت عمومی در میان دانشجویان دختر دوره کارشناسی این دانشکده ها توزیع گردید. آنگاه به کسانی که این پرسشنامه را تکمیل کردند، پیشنهاد شد در این برنامه پژوهشی- مداخله ای شرکت کنند. در هر یک از دانشکده های فوق به ترتیب ۱۴ و ۱۵ نفر این پیشنهاد را پذیرفتند (داوطلب شدند)، که از بین آنها ۸ نفر با روش تصادفی گزینش شد. بدین ترتیب، ۲ گروه ۸ نفره به دست آمد. این دو گروه به طور تصادفی به گروه های آزمایشی اول و دوم گمارده شدند. میانگین سنی آزمودنی های هر دو گروه، ۲۲/۳ بود.

در این پژوهش از یک طرح نیمه آزمایشی<sup>۴</sup> با گروه کنترل استفاده شد. آزمودنی ها در مرحله اول در یک جلسه و به صورت انفرادی توسط پرسشنامه سلامت عمومی آزمون شدند. پرسشنامه سلامت عمومی یک پرسشنامه سرندی<sup>۵</sup> مبتنی بر روش خود- گزارش دهی است. هدف این پرسشنامه دستیابی به یک تشخیص خاص در سلسله مراتب بیماری های روانی نیست، بلکه منظور اصلی آن، ایجاد تمایز بین بیماری روانی و سلامت است (استورا<sup>۶</sup>، ۱۹۹۱، ترجمه دادستان، ۱۳۷۷). این پرسشنامه دارای چهار زیرمقیاس است: نشانه های بدنی، اضطراب و بی خوابی، کارکرد نارسای اجتماعی، و افسردگی وخیم. از مجموع نمرات نیز یک نمره کلی به دست می آید. وجود چهار زیرمقیاس بر اساس تحلیل آماری پاسخ ها (تحلیل عاملی) ثابت شده است. در هنجاریابی میرزایی (۱۳۷۷) بر روی نمونه ای از دانشجویان دانشگاه تهران، پایایی مقیاس کلی پرسشنامه سلامت عمومی با روش آزمون مجدد سه ماهه، ۰/۷۴ و پایایی هر یک از زیر مقیاس های آن، از ۰/۵۹ تا ۰/۸۰ به دست آمد. همچنین، در این پژوهش همسانی درونی این پرسشنامه ۰/۷۹ گزارش شده است.

پس از آزمون مرحله اول، آزمودنی های دو گروه آزمایشی وارد مداخله شدند. مداخله ها به شکل گروهی و منطبق با الگوی پنج مرحله ای REBT و الگوی چهار مرحله ای RT انجام شد. شارپ، پاور، و سوانسون<sup>۷</sup> (۲۰۰۴)

1. Maiden
2. General health
3. convenience sampling
4. quasi-experimental
5. screening questionnaire
6. Stora
7. Sharp, Power, & Swanson

نشان دادند کارآمدی CBT گروهی تفاوت معناداری با کارآمدی CBT فردی ندارد. همچنین، فراتحلیل های انگلس<sup>۱</sup> و همکاران (۱۹۹۳) و لیون و وودس<sup>۲</sup> (۱۹۹۱، به نقل از: دیوید<sup>۳</sup>، ۲۰۰۸) نشان دادند کارآمدی REBT فردی و گروهی هیچ تفاوتی با یکدیگر ندارد.

همان طور که در بخش نمونه و روش نمونه گیری ملاحظه شد، گروه های دو گانه از وجود یکدیگر با خبر نشدند. مداخله ها در دانشکده، توسط پژوهشگر، و با مساعدت استادان راهنما و مشاور اجرا شد، به طوری که برخی جلسات مداخله در حضور و زیر نظر آنها صورت پذیرفت.

افت آزمودنی ها در هر دو گروه اتفاق افتاد. بدین صورت که، ۴ نفر در گروه مداخله REBT، و ۱ نفر در گروه مداخله RT افت کردند. البته نفرات افت کرده در گروه های آزمایشی از همان ابتدا در جلسات حضور نیافتند (علی رغم هماهنگی های کامل به عمل آمده با آنان، در روز برگزاری نخستین جلسه مداخله حضور نیافتند و پژوهشگر نتوانست آنها را پیدا کند). بنابراین، شاید نتوان نام آن را «افت» گذارد. زیرا تمامی آزمودنی هایی که از نخستین جلسه حضور داشتند، به جز غیبت های محدود، تا آخرین جلسه به حضور خود ادامه دادند. بدین ترتیب، نمره های مرحله اول و مرحله دوم ۴ نفر از گروه مداخله REBT و ۷ نفر از گروه مداخله RT مورد تحلیل آماری قرار گرفت.

در مرحله دوم پرسشنامه سلامت عمومی در دو نوبت بر روی هر دو گروه اجرا شد، یک بار بلافاصله پس از پایان مداخله ها و بار دوم، به عنوان پیگیری<sup>۴</sup>، سه ماه پس از اتمام مداخله ها.

## یافته ها

جدول ۱ میانگین و انحراف استاندارد نمرات مرحله اول، مرحله دوم، و پیگیری گروه های مداخله REBT و RT را در سلامت عمومی، و نمودار ۱ میانگین های حاشیه ای نمرات سلامت عمومی گروه های مداخله REBT و RT را در مرحله اول، مرحله دوم، و پیگیری نشان می دهد.

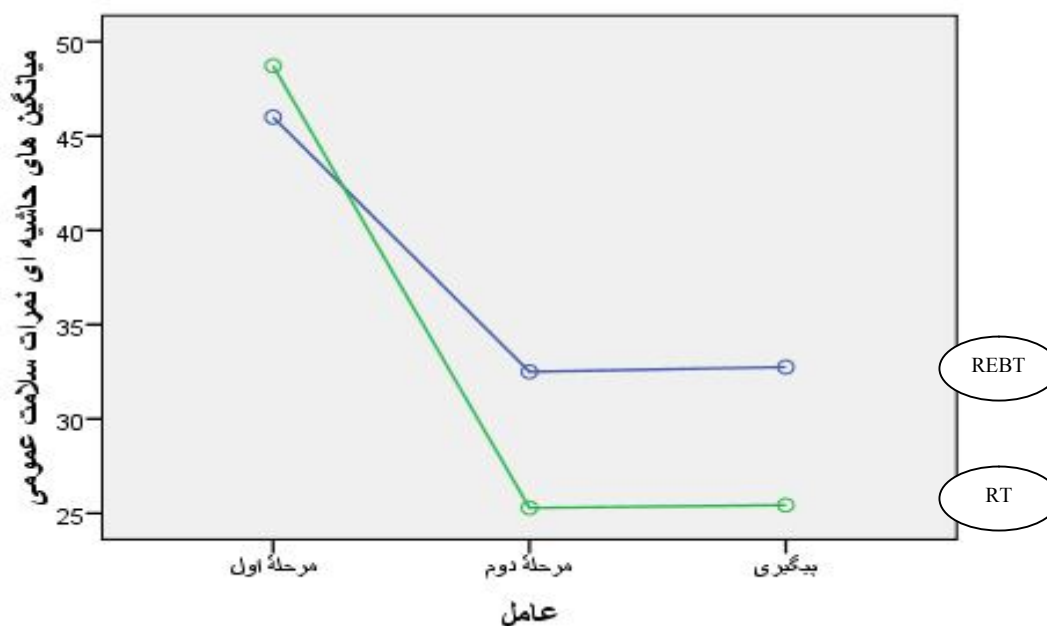
- 
1. Engels et al
  2. Lion & Woods
  3. David et al

\* شایان ذکر است که محدودیت در جایگزین کردن نفرات جدید در گروه های آزمایشی و احتمال از دست رفتن سایر آزمودنی ها در پی ایجاد تأخیر در برگزاری جلسات درمانی، موجب شد که به ناچار برنامه آزمایشی بر روی همان تعداد معهود باقی مانده آزمودنی ها اجرا شود.

4. follow up

جدول ۱. میانگین و انحراف استاندارد نمرات مرحله اول، مرحله دوم، و پیگیری گروه های مداخله REBT و RT در سلامت عمومی

عامل	مداخله	میانگین	انحراف استاندارد	N
مرحله اول	REBT	۴۶	۱۷/۹۱	۴
	RT	۴۸/۷۱	۱۳/۸۶	۷
	کل	۴۷/۷۳	۱۴/۶۱	۱۱
مرحله دوم	REBT	۳۲/۵۰	۹/۸۸	۴
	RT	۲۵/۲۹	۷/۱۶	۷
	کل	۲۷/۹۱	۸/۵۶	۱۱
پیگیری	REBT	۳۲/۷۵	۹/۶۱	۴
	RT	۲۵/۴۳	۶/۴۸	۷
	کل	۲۸/۰۹	۸/۱۵	۱۱



نمودار ۱. نمودار میانگین های حاشیه ای نمرات سلامت عمومی گروه های مداخله و در مرحله اول، مرحله دوم، و پیگیری.

بر طبق جدول ۱ و نمودار ۱، نمرات گروه های مداخله REBT و RT از مرحله اول به مرحله دوم تا حد زیادی کاهش (و بنابراین، سلامت عمومی آنان افزایش) یافته است، اما از مرحله دوم به پیگیری تغییری نکرده است. میزان افزایش سلامت عمومی در گروه مداخله RT بیشتر از گروه مداخله REBT است.

جدول ۲ خلاصه نتایج تحلیل واریانس بین آزمودنی ها و درون آزمودنی ها با اندازه گیری های مکرر را بر نمره های سلامت عمومی در مرحله اول، مرحله دوم، و پیگیری در گروه های مداخله مبتنی بر REBT و RT نشان

می دهد. به دلیل معنادار شدن آزمون کرویت<sup>۱</sup> ماچلی<sup>۲</sup> ( $P=...$ )، و بنابراین، کروی نبودن ماتریس واریانس-کوواریانس متغیر وابسته، از درجات آزادی آزمون گرین هاوس-گایسر<sup>۳</sup> استفاده شده است.

جدول ۲. خلاصه نتایج تحلیل واریانس بین آزمودنی ها و درون آزمودنی ها با اندازه گیری های مکرر بر نمره های سلامت عمومی در مرحله اول، مرحله دوم، و پیگیری در گروه های مداخله مبتنی بر REBT و RT

منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	معناداری	توان آزمون
بین آزمودنی ها						
گروه ها	۱۱۸/۵۷	۱	۱۱۸/۵۷	۰/۴۲	۰/۵۳	۰/۹۰
درون خانه ای	۲۵۴۸/۸۲	۹	۲۸۳/۲۰			
درون آزمودنی ها						
عامل	۲۲۸۹/۸۳	۱/۰۱۱	۲۲۶۵	۲۹/۶۳	۰/۰۰۱	۰/۹۹
عامل* گروه ها	۱۶۹/۱۱	۱/۰۱۱	۱۶۷/۲۷	۲/۱۹	۰/۱۷	۰/۸۳
خطا(عامل)	۶۹۵/۵۰	۹/۰۹۹	۷۶/۴۴			

جدول ۲ نشان می دهد بین دو گروه مداخله مبتنی بر REBT و RT تفاوت معناداری وجود ندارد ( $P>۰/۰۵$ ). بین نمره های عامل (مرحله اول، مرحله دوم، و پیگیری) در سلامت عمومی تفاوت معنادار به دست آمد ( $P<۰/۰۱$ )، اما بین نمره های عامل و گروه ها تعامل معنادار مشاهده نشد ( $P>۰/۰۵$ ). این نتایج بیانگر آن است که هر دو روش مداخله مبتنی بر REBT و RT در افزایش سلامت عمومی مؤثرند اما از این لحاظ تفاوتی با یکدیگر ندارند. به علاوه گذشت زمان از مرحله دوم به پیگیری باعث کاهش کارآمدی هیچ یک از روش های مداخله نشده است.

## بحث

نتایج پژوهش حاضر نشان داد که مداخله های مبتنی بر REBT و RT هر دو در افزایش سلامت عمومی کارآمدند و از لحاظ این کارآمدی تفاوتی با یکدیگر ندارند. در مرور پیشینه پژوهش هیچگونه پژوهشی که در آن کارآمدی REBT و RT در افزایش سلامت عمومی بررسی شده باشد یافت نشد. اما یافته های پژوهش حاضر با نتایج پژوهش های ادامه ۴ (۲۰۰۶)، بیابانگرد (۱۳۸۱)، احمدی و پورابراهیم (۱۳۷۸)، ایـدـنـس (۱۹۹۶)، و سلی (۱۹۸۹)، و احمدی و رضوانی نژاد (۱۳۷۸) که نشان دادند REBT و RT در کاهش مشکلات روانی و رفتاری کارآمدند، همخوان است. همچنین، یافته پژوهش حاضر مبنی بر عدم تفاوت کارآمدی REBT و RT در افزایش سلامت عمومی با نتیجه پژوهش فرح بخش و همکاران (۱۳۸۵) که نشان دادند REBT و RT در کاهش تعارض های زناشویی برتری خاصی بر یکدیگر ندارند، و همین طور نتیجه پژوهش دیوید، ستاگوتی، لویو، و

- 1.sphericity
- 2.mauchly
- 3.greenhouse-geisser
- 4.Adomeh
- 5.Edens
- 6.Wesley
- 7.Lupu

کاسمن<sup>۱</sup> (۲۰۰۸) که نشان دادند REBT و شناخت درمانی در درمان اختلال افسردگی تفاوتی با یکدیگر ندارند، همخوانی دارد. به طور کلی، بر مبنای یافته‌های پژوهش حاضر و مقایسه آنها با نتایج پژوهش‌های پیشین می‌توان نتیجه گرفت مداخله‌های مبتنی بر REBT و RT دو روش کارآمد در افزایش سلامت عمومی هستند. لذا این روش‌ها می‌توانند توسط متخصصان بالینی کشورمان به کار گرفته شوند. از سوی دیگر دو نوع مداخله با رویکرد شناختی، یعنی REBT و RT، در افزایش سلامت عمومی برتری خاصی بر یکدیگر ندارند. لذا متخصصان بالینی می‌توانند با توجه به سلیقه و مهارت‌های خود یکی از آنها را انتخاب کنند. هر دوی این روان‌درمانی‌ها دارای رویکرد شناختی هستند و عوامل شناختی را در مشکلات روانی دخیل می‌دانند. بنابراین در سبب‌شناسی بیماری‌ها با یکدیگر اشتراک دارند. تفاوت آنها فقط در فنون درمانی است. به این صورت که REBT بیشتر از فنون شناختی و RT بیشتر از فنون رفتاری استفاده می‌کند.

پژوهش حاضر خالی از محدودیت نبود. مهمترین آنها عبارتند از عدم امکان نمونه‌گیری تصادفی، عدم‌گزینش آزمودنی‌ها بر اساس سطح سلامت عمومی آنان (ممکن است آزمودنی‌های پژوهش حاضر قبل از مداخله نیز سلامت عمومی بالایی داشته‌اند)، محدودیت‌های موجود در اجرای طرح مداخله‌ها، و عدم امکان کنترل تجربی متغیرهای نامربوط. بر این اساس پیشنهاد می‌شود پژوهش‌های آینده آزمودنی‌های خود را بر اساس سطح مشکلات روانی آنان غربال کنند. پژوهش‌های آینده همچنین، می‌توانند تعداد جلسات درمان گروهی را بر اساس میزان پیشرفت آزمودنی‌ها تعیین نمایند. به طوری که، آزمودنی‌هایی که بیشتر پیشرفت می‌کنند زودتر از جلسات درمانی خارج شوند و درمانگر بر روی آزمودنی‌هایی متمرکز شود که پیشرفت کندتری دارند.

## منابع

- احمدی، سید احمد، و پورا برهیم، تقی. (۱۳۷۸). تأثیر مشاوره گروهی به شیوه منطقی عاطفی بر افسردگی دانش‌آموزان دبیرستانی. *مجله تازه‌ها و پژوهش‌های مشاوره*، جلد ۱، شماره ۲.
- احمدی، سید احمد، و رضوانی نژاد، محبوبه. (۱۳۷۸). تأثیر آموزش گروهی به روش واقعیت‌درمانی بر بحران هویت دانشجویان. *مجله تازه‌ها و پژوهش‌های مشاوره*، جلد ۱، شماره‌های ۳ و ۴.
- استورا، جی. بی. (۱۳۷۷). *تنیدگی یا استرس*. ترجمه پریخ دادستان. تهران: انتشارات رشد.
- بخارائی، مخصوص. (۱۳۸۵). بررسی تأثیر مشاوره گروهی با رویکرد واقعیت‌درمانی بر کاهش تعارضات زناشویی زنان خانه‌دار منطقه ۵ تهران. پایان‌نامه کارشناسی ارشد دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشکده الزهرا.
- بیابانگرد، اسماعیل. (۱۳۸۱). اثربخشی درمان چندوجهی لازاروس، عقلانی-عاطفی الیس و آرام‌سازی بر کاهش اضطراب امتحان دانش‌آموزان. *فصلنامه روان‌پزشکی و روان‌شناسی بالینی ایران*، جلد ۸، شماره ۱، ص ۳۶.
- زارع، مهدی، شفیق آبادی، عبدالله، پاشا شریفی، حسن، نوابی نژاد، شکوه. (۱۳۸۶). اثربخشی گروه درمانگری عقلانی-هیجانی-رفتاری و روان‌نمایشگری در تغییر سبک‌های ابراز هیجان. *فصلنامه روان‌شناسان ایرانی*، شماره ۱۳، ص ۲۵.
- فرحبخش، کیومرث، شفیق آبادی، عبدالله، احمدی، سید احمد، دلاور، علی. (۱۳۸۵). مقایسه میزان اثربخشی مشاوره زناشویی به شیوه شناختی الیس، واقعیت‌درمانی گلاسر و اختلاطی از آن دو در کاهش تعارض‌های زناشویی.

فصلنامه تازه ها و پژوهش های مشاوره، شماره ۱۸، ص ۳۳.

فرحبخش، کیومرث، قنبری هاشم آبادی، بهرام علی. (۱۳۸۵). بررسی میزان اثربخشی زوج درمانی گلاسر بر کاهش استرس و افزایش رابطه صمیمانه پس از ضربه ناشی از ادراک خیانت به همسر. *مجله مطالعات تربیتی و روان شناختی*، ۷(۲)، ۱۹۰-۱۷۳.

فیروزبخت، مهرداد. (۱۳۸۲). الیس: پنجاه سال رفتاردرمانی عقلانی-هیجانی (REBT). تهران: نشر دانژه.  
قربانی، کبری. (۱۳۸۴). تأثیر زوج درمانی به شیوه درمان عقلانی-هیجانی-رفتاری بر تعارض ها و افکار غیرمنطقی زوجین مراجعه کننده به مراکز مشاوره شهر اصفهان. پایان نامه کارشناسی ارشد چاپ شده، دانشگاه اصفهان.  
میرزایی، غلامرضا (۱۳۷۷). *هنجاریابی پرسشنامه سلامت عمومی در میان نمونه ای از دانشجویان دانشگاه تهران*. پایان نامه کارشناسی ارشد چاپ شده، دانشگاه تهران.  
ولی زاده، شیرین، امامی پور، سوزان. (۱۳۸۶). تأثیر درمان عقلانی-هیجانی-رفتاری بر عزت نفس دانش آموزان دختر نایینا. *فصلنامه روان شناسی کاربردی*، شماره ۳، صفحه ۴۳.

- Adomeh, I.O.C. (2006). Fostering emotional adjustment among Nigerian adolescents with rational emotive behavior therapy. *Educational Research Quarterly*, 29(3), 21-29.
- Allen, J.M. (1990). Reality therapy with at-risk elementary students to enhance self-esteem and improve grades and attendance. *DAI-A*, 51(12), p.4020.
- David, D., Szentagotai, A., Eva, K., & Macavei, B. (2005). A synopsis of rational-emotive-behavior-therapy(REBT); fundamental and applied research. *Journal of Rational-Emotive & Cognitive-Behavior Therapy*, 23(3), 175-221.
- David, D., Szentagotai, A., Lupu, V., & Cosman, D. (2008). Rational emotive behavior therapy, cognitive therapy, and medication in the treatment of major depressive disorder: a randomized clinical trial, posttreatment outcomes, and six-month follow-up. *Journal of Clinical Psychology*, 64(6), 728-746.
- Edens, R.M. (1996). Effects of teaching control theory and reality therapy as an approach to reducing disruptive behaviors in middle school physical education. *DAI-A*, 57(01), 149-150.
- Ellis, A. (2005a). Discussion of Christine A. Pedesky and Aaron T. Beck, "science and philosophy: comparison of cognitive therapy and rational emotive behavior therapy." *Journal of Cognitive Psychotherapy: An International Quarterly*, 19(2), 181-185.
- Ellis, A., & Joffe, D. (2002). A study of volunteer clients who experienced live sessions of rational emotive behavior therapy in front of a public audience. *Journal of Rational-Emotive & Cognitive-Behavior Therapy*, 20(2), 151-158.
- Gonzalez, J.E., Nelson, J.R., Gutkin, T.B., Saunders, A., Galloway, A., & Shwery, C.S. (2004). Rational emotive therapy with children and adolescents: a meta-analysis. *Journal of Emotional & Behavioral Disorders*, 12(4), 222-235.
- Howatt, W.A. (2001). The evolution of reality therapy to choice theory. *International Journal of Reality Therapy*, XXIII(1), 7-11.
- Kim, J.U. (2008). The effect of a R/T Group counseling program on the internet addiction and self-esteem of internet addiction university students. *International Journal of Reality Therapy*, XXVII(2), 4-12.

- Kreyche, G.F. (2001, March). Find more like this reality therapy in action(book review). *USA Today Magazine*, 129(2670), 78-79.
- Loyd, B.D. (2005). The effectiveness of reality therapy/choice theory principles on high school students' perception of needs satisfaction and behavioral change. *International Journal of Reality Therapy*, XXV(1), 5-9.
- Macavei, B. (2005). The role of irrational beliefs in the rational emotive behavior therapy of depression. *Journal of Cognitive & Behavioral Psychotherapies*, 5(1), 73-81.
- MacInnes, D. (2004). The theories underpinning rational emotive behavior therapy: where's the supportive evidence? *International Journal of Nursing Studies*, 41, 685-695.
- Maiden, R. (2005). Overcoming resistance: a rational emotive behavior therapy integrated approach(reviewing an Albert Ellis's book). *Journal of Cognitive Psychotherapy: An International Quarterly*, 19(4).
- Nystul, M.S., & Shaughnessey, M. (1995). An interview with William Glasser. *Individual Psychology*, 51(4), 440-444.
- Peterson, A.V., chang, C., & Collins, P.L. (1998). The effects of reality therapy and choice theory training on self-concept among Taiwanese university students. *International Journal for the Advancement of Counseling*, 20, 79-83.
- Sharp, D.M., Power, K.G., & Swanson, V. (2004). A comparison of the efficacy and acceptability of group versus individual cognitive behavior therapy in the treatment of panic disorder and agoraphobia in primary care. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 11, 73-82.
- Trip, S., Vernon, A., & McMahon. (2007). Effectiveness of rational-emotive education: a quantitative meta-analytical study. *Journal of Cognitive and Behavioral Psychotherapies*, 7(1), 81-93.
- Weinrach, S.G., Ellis, A., Maclaren, C., DiGiuseppe, R., Vernon, A., Wolfe, S., Malkinson,R., & Backx, W. (2001). Rational emotive behavior therapy, successes and failures: eight personal perspectives. *Journal of Counseling & Development*, 259-268.
- Wesley, J.V. (1989). Group reality therapy intervention for substance abuse with severely and chronically mentally ill. *MAI*, 27(01), p. 59.

