





دانشگاه آزاد اسلامی

واحد مرودشت

دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی

(M.A) پایان نامه برای دریافت درجه کارشناسی ارشد

رشته: مشاوره

عنوان:

**اثر بخشی واقعیت درمانی به شیوه گروهی بر کاهش افسردگی دانش  
آموزان پسر سال دوم دبیرستان‌های دولتی ناحیه 2 شیراز**

**استاد راهنما:**

دکتر باقر ثنایی ذاکر

استاد مشاور:

دکتر رابرت فرنام

نگارش:

بیژن ادریسی



## (صورتجلسه دفاع از پایان نامه کارشناسی ارشد M.A)

نام و نام خانوادگی دانشجو: بیژن ادریسی تاریخ: رشته: مشاوره

از پایان نامه خود با عنوان: **اثر بخشی واقعیت درمانی به شیوه گروهی بر کاهش افسردگی دانش آموزان پسر سال دوم دبیرستان های دولتی ناحیه 2 شیراز**

با درجه و نمره دفاع نموده است.

نام و نام خانوادگی اعضای هیات داوری	سمت	امضاء اعضای هیات
-------------------------------------	-----	------------------

1- دکتر باقر ثنائی ذاکر	استاد راهنما	
-------------------------	--------------	--

2- دکتر رابرت فرنام	استاد مشاور	
---------------------	-------------	--

3- دکتر ژاله رفاهی	استاد داور	
--------------------	------------	--

مراتب فوق مورد تایید است.	مدیر/معاونت پژوهشی	
---------------------------	--------------------	--

مهر و امضاء

تقدیم به همسر مهربانم که همواره حامی من بوده است.

## تشکر و قدردانی

بدینوسیله از زحمات گرانقدر همسر و همچنین زحمات استاد راهنما جناب آقای دکتر باقر ثنائی ذاکر و استاد مشاور جناب آقای دکتر رابرت فرنام و استاد سرکار خانم دکتر ژاله رفاهی تقدیر و تشکر می‌گردد.

## چکیده:

در این پژوهش، اثر بخشی واقعیت درمانی به شیوه گروهی بر کاهش میزان افسردگی دانش آموزان پسر سال دوم دبیرستان مورد بررسی قرار گرفت. این پژوهش از نوع نیمه آزمایشی و با طرح پیش آزمون و پس آزمون با گروه گواه بوده است.

جامعه آماری را تمامی دانش آموزان پسر سال دوم دبیرستان های دولتی ناحیه 2 شیراز تشکیل داده بودند که در سال تحصیلی 87-88 مشغول به تحصیل بوده اند.

تعداد کل جامعه آماری 639 نفر بودند که با استفاده از فرم مصاحبه بالینی با ساختار تعداد 56 نفر با تشخیص افسردگی اساسی انتخاب شدند. در مرحله بعد به تفکیک رشته تحصیلی به قید قرعه 15 نفر در گروه آزمایش و 15 نفر در گروه کنترل قرار گرفتند. پس از اجرای واقعیت درمانی در 12 جلسه برای گروه آزمایش، نتایج پیش آزمون و پس از آزمون مربوط به مقیاس افسردگی نوجوانان آسیایی مورد تجزیه و تحلیل آماری قرار گرفت. به این منظور هم از آماری توصیفی و هم آمار استنباطی استفاده گردید. نتایج حاکی از آن بود که اجرای واقعیت درمانی به شیوه گروهی در کاهش میزان افسردگی دانش آموزان پسر سال دوم مؤثر بوده است.

کلید واژه ها: افسردگی اساسی، واقعیت درمانی، مشاوره گروهی.

## فهرست مطالب

صفحه	عنوان
	<b>فصل اول: طرح تحقیق</b>
1	مقدمه.....
11	بیان مسئله.....
15	اهمیت و ضرورت تحقیق .....
16	اهداف تحقیق.....
17	فرضیه های تحقیق.....
18	تعاریف نظری و عملیاتی متغیر ها.....
	<b>فصل دوم: ادبیات و پیشینه پژوهش</b>
21	پیشینه نظری.....
22	تعریف اختلالات خلقی.....
25	انواع اختلالات خلقی.....
33	میزان شیوع افسردگی در کودکان و نوجوانان.....
34	آسیب شناسی اختلالات خلقی در کودکان و نوجوانان.....
34	عوامل ژنتیک.....
34	عوامل خانوادگی.....
35	عوامل زیستی.....
35	عوامل هورمونی.....
36	عوامل اجتماعی.....
36	همه گیر شناسی خودکشی در نوجوانان و جوانان.....
40	دیدگاه واقعیت درمانی.....

42	.....مفاهیم بنیادی در نظریه واقعیت درمانی.....
43	.....ماهیت انسان.....
43	.....مفهوم اضطراب و بیماری روانی.....
44	.....تفاوت واقعیت درمانی با روانکاوی.....
45	.....فرآیند درمان.....
45	.....اصول واقعیت درمانی.....
47	.....مفهوم سیستم WDEP.....
48	.....نظریه انتخاب.....
51	.....فنون واقعیت درمانی.....
55	.....واقعیت درمانی گروهی برای کودکان و نوجوانان.....
58	.....فنون و روش های تسهیل کننده رفتار.....
59	.....پیشینه تحقیقاتی.....
<u>فصل سوم: روش شناسی پژوهش</u>	
86	.....طرح پژوهش.....
86	.....جامعه آماری و نمونه آماری.....
89	.....ابزار پژوهش.....
91	.....روش اجرای پژوهش.....
92	.....محتوا و رئوس مطالب ارائه شده در جلسات.....
95	.....روش تجزیه و تحلیل اطلاعات.....
95	.....ملاحظات اخلاقی.....
<u>فصل چهارم: یافته های پژوهش</u>	
97	.....الف) داده های توصیفی.....



98	.....ب) یافته های استنباطی.....
	<u>فصل پنجم: بحث و نتیجه گیری:</u>
106	.....خلاصه تحقیق.....
106	.....بحث و نتیجه گیری.....
114	.....محدودیت ها.....
114	.....پیشنهادات پژوهش.....
116	.....منابع و مأخذ فارسی.....
123	.....منابع و مأخذ انگلیسی.....
129	.....ضمائم و پیوست ها.....
139	.....چکیده و پژوهش به زبان انگلیسی.....

## فهرست جداول

صفحه	عنوان
19	جدول 1-1 مشخصات و روش نمره گذاری پرسشنامه افسردگی "وو" .....
26	جدول 2-1 ملاک های دوره افسردگی اساسی.....
27	جدول 3-1 ملاک های تشخیص مانیا در افسردگی .....
28	جدول 4-1 مربوط به ملاک های تشخیص اختلال افسرده خویی .....
29	جدول 5-1 ملاک های تشخیصی اختلال افسردگی اساسی دوره تکی.....
32	جدول 6-1 شاخص های دوره های افسردگی اساسی .....
41	جدول 7-1 برخی آثار به چاپ رسیده ویلیام گلاسر.....
87	جدول 3-1: آمار تعداد دانش آموزان سال دوم دبیرستان های دولتی ناحیه دو.....
87	جدول 2-3 مشخصات آماری دانش آموزان گروه نمونه.....
88	جدول 3-3 ویژگی های توصیفی نمونه آماری براساس سن دانش آموز.....
97	جدول 1-4 توصیف نمرات افراد در گروه آزمایش.....
98	جدول 2-4 توصیف نمرات افراد در گروه کنترل.....
99	جدول 3-4 میانگین و انحراف استاندارد افسردگی گروه کنترل و آزمایش.....
99	جدول 4-4 تحلیل کوواریانس نمرات افسردگی.....
100	جدول 5-4 میانگین و انحراف استاندارد خود ارزیابی منفی گروه کنترل و آزمایش.....
100	جدول 6-4 تحلیل کوواریانس خودارزیابی منفی.....
101	جدول 7-4 میانگین و انحراف استاندارد عاطفه منفی گروه کنترل و آزمایش.....
102	جدول 8-4 تحلیل کوواریانس عاطفه منفی.....
102	جدول 9-4 میانگین و انحراف استاندارد عدم کفایت شخصی گروه کنترل و آزمایش.....
103	جدول 10-4 تحلیل کوواریانس عدم کفایت شخصی.....

جدول 11-4 میانگین و انحراف استاندارد عدم فقدان انگیزش گروه کنترل و آزمایش ..... 104

جدول 12-4 تحلیل کوواریانس عدم فقدان انگیزش ..... 104

## فهرست نمودار

صفحه	عنوان
29	نمودار 1-2 الگوهای تغییرات خلقی.....
88	نمودار 3-1 ویژگی های توصیفی نمونه آماری بر اساس سن دانش آموز.....

# فصل اول

## ( کلیات پروپوزس )

## مقدمه

عصر ما، عصر پدیده ای که ارتباط تنگاتنگی با بدبینی دارد، می باشد، یعنی افسردگی<sup>(1)</sup> که بیان نهایی بدبینی است. ما در مرکز اپیدمی افسردگی قرار داریم. این پدیده از طریق خودکشی<sup>(2)</sup>، جان تعداد زیادی از انسان ها را می گیرد و قربانی هایش حتی از بیماری فاجعه آمیز ایدز<sup>(3)</sup> نیز بیشتر است. امروزه افسردگی شدید نسبت به پنجاه سال پیش، ده برابر شده است. این پدیده دو برابر مردها، به زن ها هجوم می آورد و اکنون یک دهه کامل زودتر از نسل قبل به انسان ها حمله می کند، به عبارت دیگر انسان های امروز نسبت به نسل قبل ده سال زودتر دچار این معضل می شوند (سلیگمن، ترجمه خدایی 1386).

افسردگی یکی از رایج ترین انواع ناراحتی های روانی است که باعث مراجعه به روانشناسان، روانپزشکان و دیگر متخصصان بهداشت روانی می گردد. در هر لحظه از زمان پانزده تا بیست درصد افراد جامعه ممکن است عوارض نشانه های مختلف افسردگی شدید را از خود نشان دهند. حداقل دوازده درصد از جمعیت کشورهای پیشرفته در طی عمر خود برای معالجه افسردگی شدید به متخصصان روانی مراجعه می کنند و حدس زده می شود که هفتاد و پنج درصد افرادی که در مؤسسات روانی بستری می شوند دچار افسردگی هستند. همچنین در حدود سی درصد از مردم در طول حیات خود دچار افسردگی می شوند. در دو دهه اخیر نیز افسردگی جای تشویش و اضطراب را که در دو دهه بعد از جنگ

---

<sup>1</sup>- Depression

<sup>2</sup>- Suicide

<sup>3</sup>- AIDS

بین المللی دوم مهمترین عوارض روانی تلقی می شده گرفته است و اینک رایج ترین ناراحتی روانی افراد بالغ را تشکیل می دهد(سلیگمن، ترجمه خدایی 1386).

مؤسسه ملی بهداشت روان تخمین می زند که دو و نیم درصد تمامی بچه ها و هشت و سه دهم درصد تمامی نوجوان ها نوعی از افسردگی بالینی را تجربه می کنند. این مؤسسه با انجام پژوهش های مختلف به این نتیجه رسیده است که اگر افسردگی در دوران کودکی به درستی معالجه نشود، امکان تکرار آن در مراحل بعدی کودکی زیاد است و تا دوران نوجوانی و بزرگسالی هم می تواند دوام داشته باشد، از آن گذشته معمولاً دوره های افسردگی بعدی شدیدتر از قبل می شود. افسردگی دوران کودکی می تواند با کشیدن سیگار در مراحل بعدی زندگی، سوء مصرف مواد، مشکلات تحصیلی، مسایل جسمانی، روانی و رفتارهایی به منظور خودکشی رابطه پیدا کند. به همین دلیل است که پیشگیری و مداخله برای کودکانی که با بیماری افسردگی حتی خفیف روبه رو هستند، بسیار مهم است (هوکی<sup>1</sup>)

2003 ترجمه قراچه داغی (1384).

علم روانپزشکی احتمال خودکشی را در انواع اختلالات روانی پیش بینی کرده است که در این میان سهم افسردگی از همه بیشتر است. یکی از خطرناک ترین دوران خودکشی برای اشخاص افسرده زمانی است که بیمار بهتر می شود و یا از بیمارستان مرخص می گردد. در این زمان، بیمار از توان کافی برای برنامه ریزی خودکشی برخوردار است و در عین حال به قدر کافی خوشبین نیست که از فکر این اقدام منصرف شود (دوپاولو 1989 ترجمه قراچه داغی 1385).

در سال های اخیر بیماری افسردگی افزایش بسیار یافته است. امروزه ابتلا به افسردگی های شدید ده برابر بیش از پنجاه سال گذشته شده است. نه فقط تعداد بیماران در دهه های اخیر افزایش یافته است بلکه ترکیب سنی بیماران نیز تغییر کرده است. به طوری که پس از جنگ جهانی دوم، جوان ترها نیز به طور روزافزون دچار این بیماری شده اند. سابقاً افراد بالای پنجاه سال در معرض این بیماری قرار داشتند

---

<sup>1</sup>- Hocky

<sup>2</sup>- Depaulo

ولی امروزه این بیماری جوانان و نوجوانان را هم تهدید می کند. سازمان بهداشت جهانی هر ساله ده بیماری عمده را فهرست می کند که در این ردیف همواره در سطح جهان پنج نوع از آنها مربوط به بیماری های روانی می شوند که در رأس آنها افسردگی قرار دارد (اسمیت<sup>(1)</sup> ترجمه سنگلجی 1383).

افسردگی حالت بسیار ناراحت کننده، غم انگیز و تأسف باری است که بسیاری از مردم در دوره ای از زندگی خود به آن مبتلا می شوند. در چنین وضعیتی فرد چنان احساس بدبختی و بیچارگی می کند، که فکر می کند دنیا به آخر رسیده و او هیچگونه راه فراری ندارد. البته این گفته به آن معنا نیست که افراد مبتلا به افسردگی، انسان هایی ضعیف و ناتوان هستند، بلکه نکته مهم این است که هر کسی ممکن است در زندگی خود دچار رنجش شود. افسردگی نوعی از افکار خودآیند به شمار می رود که چنانچه فرد بتواند به شیوه های گوناگون آنها را بشناسد و به قسمت آزاد ذهن منتقل کند، بهتر خواهد توانست با آنها مقابله کند یا آنها را از بین ببرد. در چنین حالتی فرد نه تنها قادر خواهد بود که از افسردگی نجات یابد، بلکه می تواند بر بسیاری از ناراحتی های دیگر عصبی از جمله اضطراب نیز فایز آید (گیلبرت 1999 به نقل از جمالفر 1386).

در ادبیات روانشناختی، افسردگی یک اختلال خلقی<sup>(3)</sup> معرفی شده است که شامل بروز تغییراتی در عواطف و خلق و خوی افراد است که این تغییرات از فردی به فرد دیگر متفاوت است. در بعضی افراد، تغییرات خلقی ممکن است بسیار شدید، مشخص و قابل توجه باشد. نوجوانان هنگام دارا بودن خلق افسرده<sup>(4)</sup> گزارش می کنند که احساس غمگینی و ناامیدی دارند. به طور معمول چنین احساس هایی توسط منبع بیرونی مانند گرفتن نمره بد در مدرسه یا از دست دادن رابطه خاص ایجاد می شوند. خلق و خوی افسرده ممکن است بسیار کوتاه باشد مانند یک روز یا یک دوره طولانی مدت (یک هفته، یک ماه و حتی یک سال) ادامه یابد. سایر نشانگان افسردگی اغلب ارتباط زیادی با خلق افسرده دارند و ممکن است

---

<sup>1</sup>- Smith

<sup>2</sup>- Gilbert

<sup>3</sup>- affective disorder

<sup>4</sup>- depression mood



شامل ترس، احساس گناه، خشم، اضطراب و انزوال اجتماعی باشند. در افسردگی بالینی<sup>(1)</sup> یک نوجوان

باید پنج مورد یا بیشتر از موارد زیر را طی یک دوره دو هفته ای تجربه کند:

خلق افسرده یا خلق تحریک پذیر در بیشتر اوقات روز؛

کاهش علاقه به فعالیت های خوشایند و لذت بخش یا؛

تغییر در وزن یا شاید عدم موفقیت در به دست آوردن وزن اضافی ضروری؛

مشکلاتی در خوابیدن؛

عدم تحرک، کندی و بی فعالیتی روانی - حرکتی؛

بی اشتها یا فقدان انرژی؛

احساس بی ارزشی یا احساس گناه افراطی و نابهنجار؛

از دست دادن تمرکز و عدم توانایی در تصمیم گیری؛

دارا بودن افکار خودکشی مکرر یا طرح هایی برای خودکشی (خدایاری فرد و عابدینی 1386).

اکثر ما گاهی وقت ها احساس غم و رخوت می کنیم و به هیچ کار و فعالیتی رغبت نداریم - حتی

به فعالیت های لذت بخش بروز نشانه های خفیف افسردگی در واقع پاسخ طبیعی آدمی به فشارهای

متعدد زندگی است. عدم موفقیت در تحصیل یا کار، از دست دادن عزیزان، یا آگاهی از این که بیماری یا

پیری توان آدمی را تحلیل می برد از جمله موقیعت هایی هستند که اغلب موجب بروز افسردگی

می شوند. افسردگی تنها زمانی نابهنجار تلقی می شود که در عملکرد بهنجار اختلال کند و هفته ها بدون

وقفه ادامه یابد. اختلال ها افسردگی نسبتاً شایع هستند و حدود هفده درصد مردم در طول زندگانی یک

دوره افسردگی حاد پیدا می کنند (کسر و همکاران 1994).

بازنگری پیشینه موجود حاکی از قراینی است که کودکان سنین دبستانی و نوجوانان نه تنها نشانه

افسردگی (خلق اندوهگین) دارند، بلکه دارای نشانگان افسردگی هستند که الگوی نشانه ای و دوره

---

<sup>1</sup> - Clinical depression

مشخصی را داراست و موجب تخریب کارکرد آنان می شود. دیدگاه کنونی این است که برای آنکه کودکی واجد شرایط تشخیص افسردگی باشد باید طی دو هفته نسبت به کارکرد قبلی تغییری را ظاهر سازد. باید دارای خلق افسرده غالب و نسبتاً مستمر یا فاقد علاقه و لذت بردن در اغلب فعالیت های روزمره باشد. چهار مورد از هفت نشانه های زیر باید تقریباً همه روزه مشاهده شوند: 1- از دست دادن یا افزایش وزن به مقدار زیاد در شرایطی که کودک رژیم غذایی خاص ندارد. 2- اختلال خواب شامل بی خوابی یا پرخوابی 3- تحرک یا کندی روانی - حرکتی 3- احساس خستگی یا فقدان انرژی 5- خوار شمردن خود یا احساس گناه نامناسب 6- بی تصمیمی یا کاهش توانایی تفکر یا تمرکز حواس 7- افکار برگشت کننده دوباره مرگ، اندیشه پردازی خودکشی، تهدیدها یا سوءقصدها<sup>1</sup> (توماس، چویل و موریس ترجمه نائینیان و همکاران 1381).

## مشاوره گروهی<sup>2</sup>

مشاوره گروهی عبارت از تجارب معمول سازگاری یارشدی است که در محیط گروه عرضه می شود. تمرکز مشاوره گروهی بر کمک به مراجعان برای مقابله با دغدغه های سازگاری و رشدی روزمره است. اصلاح رفتار<sup>3</sup>، کسب مهارت های روابط شخصی، دغدغه های جنسی انسانی، ارزش ها یا نگرش ها، و یا تصمیم گیری های شغلی، نمونه هایی از موضوعات مورد تمرکز مشاوره گروهی است (گیبسون و میشل<sup>4</sup> 1993 ترجمه باقر ثنائی 1386).

هدف از تجارب یا فنون گروهی درون فردی آن است که به افراد برای پرداختن به فرآیندهای درونی خود کمک می کند. فرآیندهایی که به خودشناسی بیشتر منجر می گردد و کمک به افراد برای

---

<sup>1</sup>- Tomass, Chewill & Morriss

<sup>2</sup>- Group counseling

<sup>3</sup>- Behavior modification

<sup>4</sup>- Gibson, Robert Maianne H. Michel

کشف، درک و بهبود بخشیدن به روابط خود با دیگران است. این تجارب معطوف به خود اجتماعی<sup>1</sup> و روابط انسانی است. محور آنها تعامل بین الاشخاص و تأکید بر این دسته خصوصیات ارتباطی به منظور بهبود بخشیدن به ارتباط های مؤثر، پیشبرد برخوردهای انسانی با معنا و تسهیل شیوه های ارضای نیازهای روانی - اجتماعی است (ثنائی 1380).

برنامه های مشاوره گروهی تجربیات گروهی مختلفی را برای اشخاص فراهم می آورد که به آنها کمک می کند تا عملکرد مؤثر و کارآمد را فرا گیرند، در مقابل اضطراب صبورتر می باشند و از کار و زندگی با دیگران لذت ببرند. لذا تمایل به استفاده از روش های مشاوره گروهی به منظور تأمین نیازهای اشخاص در حال رشد می باشد و این تمایل با افزایش پذیرش این رویکرد پیشگیرانه نسبت به مشکلات پیش رو و افزایش تشخیص کارآمدی مشاوره گروهی، تحریک می شود. (برگ، لندرت، فال<sup>2</sup> 2006 ترجمه زهرا کار 1388).

استفاده از گروه ها در درمان افسردگی به دلیل افزایش آشکار میزان شیوع آن، به عنوان یک نشانه بیماری یا سندرم متداول شده است. رهبران گروه باید درک درست و معقولانه ای از علائم گوناگون مربوط به انواع مختلف افسردگی داشته باشند تا مناسب ترین دوره درمانی را انتخاب کنند. کنفرانس های مدیریت افسردگی همراه باتجربه گروهی که به احساسات فرد اعتباری بخشند و به فراهم آوردن راهکارهای غلبه ای جدید به هنگام درمان نگرانی های اعضا به صورت محترمانه و جدی کمک می کنند، بیشترین امیدها به اعضا می دهند (برگ، لندرت، فال 2006 ترجمه زهرا کار 1388).

مشاوره گروهی یک سلسله فعالیت های سازمان یافته است که با تعداد معینی شرکت کننده در یک زمان انجام می گیرد. این فعالیت های سازمان یافته است که با تعداد معینی شرکت کننده در یک زمان انجام می گیرد. این فعالیت ها جنبه درمانی و پیشگیری دارند. در مشاوره گروهی گاهی یک و یا دو مشاور با تقریباً هشت نفر شرکت کننده دور هم می نشینند و به بررسی و تجزیه و تحلیل موضوعی

<sup>1</sup>- Social self

<sup>2</sup>- Robert Berg Garry Landrth, Skevin Fall

عاطفی و روانی می پردازند و تلاش می کنند راه حلی برای مشکل بیابند. از اینرو هدف مشاوره گروهی در وهله اول معمولاً حل مشکل و در مرحله بعد جلوگیری از بروز مشکلات می باشد. مهم آنکه تعداد اعضاء در مشاوره گروهی حداقل 6 نفر و هیچگاه نباید از دوازده نفر بیشتر باشد، زیرا باید اعتماد، امنیت و پذیرش بین اعضاء بوجود آید (اقلیما 1382).

## واقعیت درمانی<sup>1</sup>

واقعیت درمانی به ویژه در گروه کاربرد فراوانی دارد. بعد از مرحله گرم شدن در زمانی که ارتباط روانی خوبی با اعضاء درمانگر و با یکدیگر برقرار کردند. اصل واقعیت درمانی تازه آغاز می گردد. وابولدینگ<sup>2</sup> (2000) نشان داد واقعیت درمانی به شیوه گروهی برای اعضاء بسیار کارآمد است و در هر مرحله از مشاوره گروهی اعضاء باید نیازهای خود را آشکار سازند و مهمترین این نیازها، نیاز به عشق و تعلق خاطر است که در مراحل اولیه گروهی باید اعضاء به آن بپردازند.

رویگرد گلاسر یک رویکرد نسبتاً صریح است که به توان مراجع برای پرداختن به نیازهایش از طریق یک روند منطقی یا واقع بینانه اعتماد دارد. مشاوره از دیدگاه واقعیت درمانی، صرفاً یک نوع تعلیم کارآموزی ویژه است که می کوشد به فرد آنچه را که باید رشد طبیعی خود فراگیرد، در یک مدت زمان نسبتاً کوتاه بیاموزد. واقعیت درمانی برای افراد دچار هر گونه مشکل روانی از آشفتگی حقیقت عاطفی گرفته تا گوشه گیری جنون آمیز کامل قابل کاربرد است. این روش در مورد اختلالات رفتاری<sup>3</sup> افراد جوان و سالمند و مشکلات مربوط به الکلیسم و مواد مخدر، مؤثر تر و موفق است. این نظریه به طور وسیعی در مدارس، مؤسسات تصحیحی، بیمارستان های روانی، به کار گرفته شده است. تمرکز این نظریه بر زمان حال<sup>4</sup> و تفهیم این نکته به اشخاص است که آنها اساساً کنش های خود را در نداشتن برای ارضاء

---

<sup>1</sup>- Group reality therapy

<sup>2</sup>- Robert E. Wubbolding

<sup>3</sup>- William Glasser

<sup>4</sup>- Behaviour disorder