**2-4-واقعیت درمانی**

**2-4-1-تاریخچه واقعیت درمانی**

ویلیام گلاسر در سال ۱۹۲۵ در اوهایو متولد شد. در ۱۹ سالگی مهندس شیمی، ۲۳ سالگی یک روانشناس بالینی و ۲۸ سالگی یک پزشک شد و پس از آن روان‌پزشک گردید. عمدة کار او درمان جوانان بزهکار بود (مدرسه ونتورا ) و در آخر به آموزش و پرورش روی آورد و به موازات آن به آموزش مربیان پرداخته است.

وی می‌گوید: اصل در واقعیت درمانی ایجاد پیوند ، تقبیح مسئولیت گریزی و بازآموزی است و لذا فرمول ثابتی برای کاربری در مورد فرد بیمار به هنگام درمان وجود ندارد چگونگی انجام واقعیت درمانی بستگی به میزان مسئولیت‌گریزی بیمار وشخصیت او دارد.

هرچند هیچ دو موردی همانند هم نیستند، هنگامی که درمان موفقیت‌آمیز باشد انسان به آسانی می‌تواند مشاهده کند این اصول چگونه با روند درمان به‌خوبی در هم بافته‌اند.

به نظر گلاسر، شکست در امر درمان به این امر بر می‌گردد که به درستی آن اصول اساسی توسط درمانگر به کارگرفته نشده است، گلاسر می‌گوید: در آخرین سال تحصیل از درمان‌های سنتی ناراضی شده بودم و در جستجوی راه بهتری برای درمان افراد به جز روان‌درمانی سنتی بودم.

و وقتی برای درمان آرُن می‌بیند که درمان‌های سنتی جواب نمی‌دهد. تلاش‌های دیگری شروع می‌کند که بعدها واقعیت درمانی نام می‌گیرد.

**2-4-2- واقعیت درمانی و مفهوم آن**

تعریف واقعیت درمانی كه مبدع آن گلاسر ( 1986 ) است از بسیاری جهات به گشتالت درمانی و درمان مراجع - محوری شباهت دارد . در همه ی نظریه های یاد شده نحوه ی دریافت واقعیت از سوی مراجع و شیوه ی ارزشیابی درونی او از واقعیت مورد تاكید قرار می گیرد . به نظر گلاسر ، مراجع در دنیای بیرونی (دنیای واقعی) و درونی خود زندگی می كند و دنیای واقعی بر رفتار فرد تاثیر نمی گذارد ، بلكه دریافت و ادراك او از دنیای واقعی بر رفتار او تاثیر گذار است . انسان آزاد است و توان انتخاب دارد و باید مسئولیت پیامد انتخاب های خود را به عهده بگیرد .

در این روش درمانی ، مواجه شدن با واقعیت ، مسئولیت پذیری و ارزشیابی در مورد رفتار های درست و نادرست مورد تاكید قرار می گیرد . فرد نه تنها در مقابل اعمال خود ، بلكه در برابر تفكرات و احساسات خود نیز مسئول است . فرد قربانی گذشته و حال خود نیست ، مگر این كه خود بخواهد . این رویكرد درمانی هم در مورد رفتارهای بهنجار و هم در مورد رفتارهای نابهنجار وهم در مورد تدوین شیوه های مناسب تعلیم و تربیت به كار می رود . یكی از نظریه های مشاوره كه در دهه های اخیر شهرت یافته ، نظریه واقعیت درمانی است كه عمدتا توسط ویلیام گلسر تدوین شده است . رویكرد گلسر یك رویكرد نسبتا صریح است كه به توان مراجع برای پرداختن به نیازهایش از طریق یك روند منطقی یا واقع بینانه اعتماد دارد . مشاوره از دید واقعیت درمانی صرفا یك نوع تعلیم یا كارآموزی ویژه است كه می كوشد به فرد آنچه را كه باید طی رشد طبیعی خود فرا گیرد، در یك مدت زمان نسبتا كوتاه بیاموزد .

گلاسر ( 1984 ) عنوان می كند كه واقعیت درمانی قابل كاربرد برای افراد دچار هر گونه مشكل روانی از آشفتگی خفیف عاطفی گرفته تا گوشه گیری جنون آمیز كامل است . این روش در مورد اختلالات رفتاری افراد جوان و سالمند و مشكلات مربوط به الكلیسم و مواد مخدر ، موثر و موفق است . این نظریه به طور وسیعی در مدارس ، موسسات تصحیحی ، بیمارستان های روانی ، بیمارستان های عمومی و مدیریت تجاری بكار گرفته شده است . تمركز این نظریه بر زمان حال و تفهیم ( این نكته ) به اشخاص است كه آنها اساسا" كنشهای خود را در تلاش برای ارضای نیازهای اساسی انتخاب می كنند . اگر موفق به این كار نشوند ، رنج می برند و باعث رنج دیگران می شوند . وظیفه ی درمانگر آن است كه آنها را به سوی انتخاب های بهتر و مسئولانه تر كه تقریبا همیشه وجود دارد سوق می دهد .

واقعیت درمانی برآن است كه اشخاص دو نیاز اساسی دارند كه اگر ارضا ء نشود باعث درد می گردند . آن دو نیاز عبارتند از :

1- نیاز به دوست داشتن و دوست داشته شدن.

2- نیاز به احساس ارزشمند بودن برای خود و برای دیگران .

نیاز به احساس دوست داشتن و دوست داشته شدن شامل تمام اشكال محبت، از دوستی تا عشق والدینی است. هر كسی نیازمند آن است كه محبت را در طول زندگی احساس كند. لازم است كسی را دوست بداریم و احساس كنیم مورد محبت هستیم. وقتی نتوانیم نیاز خود را به محبت یا عشق ارضاء كنیم ، از اضطراب ، ملامت خود ، افسردگی و خشم و احتمالا كناره گیری از جامعه رنج خواهیم برد. واقعیت درمانی بر رفتار فعلی تاكید دارد و لذا به تاریخچه گذشته ی مراجع تكیه نمی كند . وقتی مشاور از این رویكرد استفاده می كند، برای مراجع نقش معلم و سرمشق را ایفا می نماید . واقعیت درمانی بر این فرض مبتنی است كه در سراسر زندگی، یك نیاز روانی وجود دارد : نیاز به هویت كه شامل نیاز به احساس منحصر به فرد بودن، مجزا بودن و متمایز بودن است . نیاز به هویت به عنوان محرك رفتار، در تمام فرهنگ ها عمومیت دارد . واقعیت درمانی مبتنی بر این پیش بینی است كه مراجع مسئولیت شخصی سلامت خود را خواهد پذیرفت . قبول این مسئولیت به یك معنا، به شخص برای حصول استقلال و یا بلوغی كمك می كند كه نتیجه ی آن اتكاء به حمایت درونی خود اوست. با اینكه بنا به بسیاری از نظریه های مشاوره ، لزومی ندارد كه مشاور متعهدانه عمل كند ، اما واقعیت درمانگر ، مراجع را به صورت عمل مسئولانه تحسین می كند و اگر عمل او مسئولانه نباشد ، مشاور عدم تایید خود را نشان می دهد .

واقعیت درمانی، برای مراكز آموزشی دلالت های مستقیمی دارد . گلسر اولین بار هنگامی كه با دختران بزهكار در مدارس دخترانه ونچورا وابسته به سازمان جانان كالیفرنیا كار می كرد ، به مشكلات یادگیری و رفتاری كودكان علاقمند شد . او به تاریخ نسبتا عمومی شكست آموزشگاهی این قبیل دختران توجه پیدا كرد و این یافته ها او را به سوی ایفای نقش رایزن در مدارس عمومی سوق داد . گلسر ( 1965 ) فرضیاتی برای كمك به حل مشكلات كودكان تدوین كرد كه آنها را در كتاب واقعیت درمانی خود توصیف كرده است . او در حالی كه به كار در مدارس ابتدیی عمومی ادامه میداد ، متقاعد شد به اینكه اشاعه آثار شكست در فضای اكثر مدارس ، اثر مخربی بر اكثر كودكان مدارس دارد . حذف شكست از نظام مدارس و پیشگیری بزهكاری ، به عوض صرفا" درمان آن ، به صورت دو هدف عمده ی او درآمد . گلسر ( 1969 ) معتقد است كه آموزش و پرورش می تواند كلید روابط انسانی موثر باشد و در كتاب مدارس بدون شكست، برنامه حذف شكست، تاكید برتفكر بر تفكر به عوض كار حفظی، طرح ایده ی مرتبط بودن برای برنامه ی درسی قرار دادن انضباط به جای تنبیه ، ایجاد محیط یادگیری ، یعنی جایی كه كودك بتواند تجارب موفق و منتهی به هویت موفق خود را به اوج برساند ، ایجاد انگیزش و درگیر شدن ، كمك به كسب رفتار مسئولانه دانش آموز و برقراری شیوه های فعال شدن والدین و جامعه در مدارس را عنوان كرده است.(گلاسر،1389)

كوری ( 1977 ) رویكرد واقعیت درمانی را اینطور خلاصه می كند: یك درمان فعال، دستورالعمل، آموزشی، شناختی و رفتار – محورانه. اغلب از روش عقد قرار داد استفاده می شود و هنگامی كه قرار اد انجام شد، درمان خاتمه می یابد . این رویكرد می تواند هم حمایتی و هم مواجهه ای باشد . از سئوالات چه و چطور ولی نه از سئولات چرا اسفاده می شد . مهم آن است كه برنامه ای تدوین شود كه مراجع را برای دست یافتن به ارضاء و گاه حتی برای تمیز و تشخیص مطلوب ، كمك كند.

**هدف های مشاوره :**از اهداف اساسی واقعیت درمانی ، كمك به مراجع برای یافتن شیوه های موثر به منظور رفع نیازها و یادگیری شیوه ی كنترل زندگی توسط خود مراجع می باشد . درمان باید در چارچوب واقعیت به ارضای نیازهای اساسی منجر شود . دو نیاز اساسی انسان در رویكرد واقعیت درمانی همان طور كه گفته شد ، تبادل عشق و محبت و احساس ارزشمندی است . این دو نیاز در تشكیل هویت موفق فرد نقش مهمی دارند . در سایه ی امین این دو نیاز اساسی ، فرد قادر خواهد بود مسئولیت رفتارهای خود را به عهده گیرد . فرد با انتخاب بعد مسئولانه شخصیت خود میتواند هویتی موفق كسب كند .

**فرایند مشاوره :** همان گونه که اشاره شد اهداف اصلی واقعیت درمانی رشد مسئولیت پذیری و ایجاد هویتی موفق در فرد است . برای رسیدن به این هدف ابتدا باید به مراجع كمك كرد تا آگاهی خود را افزایش دهد . هنگامی كه مراجع نسبت به رفتارهای نادرست خود و شیوه های نامناسب كنترل محیط از سوی خود آگاهی پیدا كند ، برای یادگیری شیوه ها و رفتارهای جایگزین آمادگی بیشتری خواهد داشت . در فرایند مشاوره به مراجع كمك می شود تا میزان نزدیك بودن خواسته های خود را با واقعیت ارزشیابی كند ، رفتارهای را كه به بهبود زندگی منجر نمی شوند شناسایی و با كمك مشاور شیوه های مناسبی برای ایجاد تغییر در آنها اتخاذ كند . بنابراین در فرایند مشاوره ، اولین مرحله شناسایی رفتارهایی است كه مشاور در صدد اصلاح آن است . مشاور به گذشته ی فرد توجهی ندارد و از پذیرش انتقال می پرهیزد . تشخیص عبارت است از شناسایی رفتار غیر مسئولانه. در فرایند مشاوره، مشاور از مراجع می خواهد ، كلیه ی راه حل های احتمالی حل مسئله را بنویسد . سپس به بررسی و تجزیه و تحلیل راه حل های پیشنهادی مراجع می پردازد . مراجع با همفكری او می تواند از بین راه حل های مطرح شده مناسب ترین راه حل را برگزیند ( گلاسر 1989 ) . از آنجا یی كه در فرایند مشاوره از اصول یادگیری استفاده زیادی می شود نظریه های یادگیری به میزان زیادی مورد توجه مشاورانی است كه از این روش درمانی استفاده می كنند ( كوری، 2001)

به منظور موفقیت فرایند مشاوره، مشاور باید مواردی را مورد توجه قرار دهد : 1 – ایجاد ساختار و محدودیت در جلسات درمان .

2 – احترام به مراجع .

3 – تمركز بر نقاط قوت و استعداد های بالقوه ی فرد كه به موفقیت او كمك می كند .

4– رشد فرایند ارزشیابی خواسته های قابل حصول به شیوه ای واقع گرایانه . 5– آموزش مراجع به منظور شكل دادن طرح هایی برای ایجاد تغییر در رفتار .

به نظر گلاسر ( 1992 ) هنگامی كه مراجع متوجه شود رفتارهای فعلی او نمی توانند خواسته های او را تحقق بخشند ، می تواند رفتارهایی را انتخاب كند كه دستیابی به خواسته های او را تسریع می كنند . روش های ارائه شده از جانب مشاور به منظور تغییر رفتار او موثر واقع می شند . گلاسر و ووبولدینگ (1995) روش [[1]](#footnote-1)WDEP را برای استفاده در فرایند درمان توصیه كرده اند . هر یك از این حروف به مجموعه ای از راهبردها اشاره دارد : W بیانگر خواسته ها ( نیاز ها )، D بیانگر راهنمایی و عمل كردن، E بیانگر ارزشیابی وP بیانگر طرح ریزی است .

واقعیت درمانی به منظور مشاوره در زمینه ی فعالیت های اجتماعی ، آموزشی ، بازپروری ، مدیریت موسسات و رشد ارتباطات كاربرد دارد . این رویكرد در مدارس ، مراكز اصلاح و تربیت ، بیمارستان ها ، مراكز نگهداری كودكان بی سرپرست و مراكز مشاوره مورد استفاده قرار می گیرد . گلاسر ( 1986 ) اظهار داشته است واقعیت درمانی به منظور حل بسیاری از مشكلات روان شناختی مورد استفاده قرار می كیرد . این روش در مورد مشكلات هیجانی خفیف تا عمیق و در مورد كودكان ، نوجوانان ، بزرگسالان و افراد پیر نیز كاربرد دارد . به نظر گلاسر ، مهارت تكنیكی درمانگر بر كاربرد این روش تاثیر بسیاری دارد . اگر درمانگر مهارت كافی داشته باشد می تواند افسردگی مراجعان را درمان كند ، افراد معتاد را در جهت یافتن زندگی نو یاری دهد، حس خود ارزشمندی را در نوجوانانی كه دست به خود كشی زده اند ، افزایش دهد ، با افراد مبتلا به معلولت های شدید به خوبی كار كند و معلمان و مشاوران مدرسه را با شیوه های مناسب رفتار با كودكان آشنا سازد . درمانگر ماهر می تواند با توجه به ویژگی و مشكلات مراجع شیوه ی خاص او را انتخاب كند ، شیوه ای كه به مراجع كمك می كند از طریق انتخاب رفتارهای مناسب و جایگزین كردن آن به جای رفتارهای مشكل ساز زندگی جدیدی را برای خود طرح ریزی كند . ( گلاسر ، 1986 )

رویکرد واقعیت درمانی یک رویکرد رفتاری است زیرا بر آنچه که شخص انجام می‌دهد تأکید دارد. (نه بر آنچه که او احساس می‌کند). اما رفتاری که گلاسر می‌گوید از بعد محرک و پاسخ رفتارگراها نیست، وی رفتار را در مقابل یک ملاک عینی که او آن را واقعیت می‌نامد، مورد ارزیابی قرار می‌دهد. این واقعیت می‌تواند، واقعیتی عملی، اجتماعی، اخلاقی باشد.

گلاسر می‌گوید: باید قالب‌های فکری و عادت‌های رفتاری ناپسندی که منجر به شکست فرد شده است به‌وسیله اعمال و رفتار جدیدی شکسته شود. چرا که مراجع دیگر نتواند گذشته را ملاک رفتار ناپسندش قرار دهد و با رفتار جدید عادت‌های جدید و خوب جانشین شود.

آنچه که تاکنون مطالعات نشان می‌دهد چنین نتیجه گرفته می‌شود: رشد شناختی، رشد عاطفی، رشد اجتماعی، رشد زیستی سبب رفتار و مولد رفتار ما بوده است. اما گلاسر می‌گوید: شما رفتار کنید تا رشدهای شناختی، عاطفی، اجتماعی و زیستی در شما اتفاق بیفتد.

نظریه متداول : رفتار رشد زیستی، شناختی . . .

نظریه گلاسر: رشد زیستی ، شناختی . . . رفتار

گلاسر اعتقاد دارد که تمامی رفتارهای انسانی برای برآوردن نیازهای اساسی فیزیولوژیکی و روانی است که برای همه یکسان وجود دارد.

داشتن هویت مهم‌ترین نیاز روانی انسان است که از بدو تولد در نظام زیستی انسان متولد می‌شود . پس از آن که فرد به دنیا می‌آید باید این نیاز او پاسخ داده شود اما این نیاز نیز مانند نظریه اریکسون و نظریه بالبی یک دوره نقش پذیری، حساس و بحرانی دارد که اوج آن در سنین ۱۰-۵ سالگی است. که می‌گوید: نیاز به هویت بعد از این سن به‌سختی و با درد و رنج اتفاق می‌افتد. (چون بایستی یک فرایند غلبه بر ناکامی‌ها نیز در این بین صورت بگیرد).

**2-4-3-تعریف واقعیت درمانی**

* واقعیت یعنی حقیقت، یعنی تشخیص درست از نادرست، تشخیص حق از باطل، واقعیت یعنی هر نوع تجربه به نوعی واقعیت است.
* گفته می‌شود همه چیز واقعی است تنها چیزی که به واقعیت و ناواقعیت مفهوم می‌دهد این اصل است که پی‌آمدهای دور و فوری آن چیز را درنظر بگیریم.
* رفتار واقعیت‌گرایانه یعنی:

رفتار و کرداری که هم پی‌آمدهای دور آن و هم پی‌آمدهای فوری آن درنظر گرفته شود و نتایج سبک سنگین شود و ارزیابی شود.

یعنی اگر لذت بعدی عملی بیشتر از تلاش و رنج آنی باشد آن را می‌توان کاری واقعیت‌گرایانه خواند.

* رفتار ناواقعیت گرایانه یعنی:

یعنی اگر درد و رنج بعدی عملی بیش از لذت آنی آن باشد، ناواقعیت گرایانه است.

* در واقع انسان در انتخاب بین واقعیت و ناواقعیت گاهی بخشی یا همة واقعیت را انکار می‌کند که ما نام بیمار به آنان اطلاق می‌کنیم، در واقع بیمار کسی است که ارتباط خود را با واقعیت از دست می‌دهد و ناواقع‌گرا می‌شود .
* واقعیت را چگونه بشناسیم؟

در دامن فرهنگ هر جامعه‌ای (که پایة آن آموزش و پرورش است) واقعیت وجود دارد.

* واقعیت درمانی چیست؟

واقعیت درمانی گونه‌ای دیگر از درمان در روانشناسی است که بر سه اصل استوار است:

۱- واقعیت ۲- مسئولیت ۳- مشروعیت (اخلاق)

به عبارتی واقعیت درمانی یعنی شناساندن و وادار کردن درمان‌جو به پذیرش واقعیت‌ها.

- چه کسانی به درمان احتیاج دارند؟

کسانی که نیازهایشان برآورده نشده است.

- این نیازها چه نیازهایی هستند؟

۱- ارتباط (پیوندجویی) ۲- احترام ، ارزشمندی و کسب هویت

- این نیازها چگونه برآورده می‌شوند؟

- با پیشه‌کردن راستی و درستی ومسئولیت ­پذیری .

**2-4-3-1-نیاز اول(پیوند عاطفی دوسویه)**

ارتباط (پیوند عاطفی) یعنی چه؟

ارتباط یعنی نیاز به دوست داشتن و دوست داشته شدن یک ارتباط دوسویه نه یک طرفه این نیاز در تمام شکل‌های دوست داشتن از عشق مادری گرفته تا عشق خانوادگی و عشق زن و شوهری ما را به فعالیت دایمی برای جستجوی رضایت خاطر می‌کشاند.

زمان: از خردسالی تا سالخوردگی نیازمندیم که دوست داشته باشیم و دوستمان بدارند.

* فایده ارتباط چیست؟

تندرستی و شادمانی در سراسر عمر، بستگی به درجه‌ی توانایی برآورده کردن این نیاز دارد.

* مشکلات عدم ارتباط چیست؟

از ناراحتی‌های خفیف، اضطراب و افسردگی گرفته تا قطع کامل ارتباط منطقی با دنیای پیرامون خویش را به‌دنبال دارد.

جایگاه پیوند عاطفی در نظریه واقعیت درمانی چیست؟(نظریه دلبستگی بالبی و اریسکون )

در این نظریه گفته می‌شود: نقطه آغاز مشکل فرد از اینجا شروع می‌شود چرا که اگر این نیاز عاطفی برآورده نشود باعث می‌شود ما راه‌های غیر واقعی را در زندگی‌مان انتخاب کنیم و از واقعیت‌ها دور شویم و بستر استفاده از عقل برچیده شود و ترجیح دهیم احساس بر عقل غلبه کند و به پاسخ‌های فوری و خوش زودگذر در رفع نیازهایمان روی آوریم.

مثال : مانند زنی که از کودکی عشق و محبت واقعی را نیاموخته است، جهت جلب عشق و محبت تلاشی غیرواقعی می‌کند و درگیر یک رشته ماجراهای ناخوشایند جنسی می‌شود و فقط هنگامی می‌تواند دست از این ارضای ناخوشایند بکشد که بیاموزد راه‌های بهتری هم برای دستیابی به عشق و دوستی وجود دارد.

بنابراین همیشه باید کسی باشد که با او صمیمانه احساس ارتباط کنیم و هرگاه این پیوند آسیب ببیند به‌سرعت دچار نارضایتی و ناتوانی در رفع نیازهای عاطفی خواهیم داشت.

**آسیب شناسی ارتباط:**

* حال با مشکل ارتباط پیش آمده چه کنیم؟

در نظریه واقعیت درمانی گفته می‌شود، اینجا است که باید بین درمان‌گر و درمانجو یک پیوند عاطفی بوجود بیاید. تا فرد اول نیازش برآورده شود و بعد در سایه برآورده شدن این نیاز با کمک عقلش به ارزیابی رفتارش بپردازد و درست را از نادرست و حق را از ناحق با آزادی انتخاب کند و خودش مسئول انتخابش باشد.

این پیوند چگونه بین درمانگر و درمانجو به‌وجود می‌آید؟

1. درمانگر باید به مسائل درمانجو علاقمند باشد.
2. در مورد تمام جنبه‌های زندگی کنونی بیمار با او صحبت کند.
3. در مورد رفتار بیمار با او صحبت کند.
4. در مورد علایق او، بیم‌ها و امیدها، باورها و به‌ویژه ارزش‌های موردنظر او از درست و نادرست با او صحبت کند.
5. و هر آنچه که برای درمان سودمند است مانند سیاست، فیلم و سینما، ورزش ، سرگرمی‌ها، اقتصاد، بهداشت، ازدواج، مسایل جنسی، مذهب و . . . ، با او صحبت کند.

**2-4-3-2-نیاز دوم (احساس ارزشمندی)**

* نیاز به احساس ارزشمند بودن برای خود و دیگران:

معمولاً فردی که دوست دارد و دوستش دارند احساس ارزشمندی می‌کند و همینطور کسی که ارزشمند است معمولاً دوستش دارند و می‌تواند دوست داشته باشد و در قبال مردم احساس مسئولیت می‌کند و فکر می‌کند به درد مردم می‌خورد و برای رسیدن به احساس ارزشمندی تلاش و کوشش می‌کند. سختی تحمل می‌کند و محرومیت می‌کشد، که به این فرد مسئولیت‌پذیر گفته می‌شود.

* چه کنیم که ارزشمند باشیم؟

1. باید یاد بگیریم هنگامی که رفتارمان نادرست است از خود انتقاد کنیم و هنگامی که رفتارمان درست است به خود افتخار کنیم(شکل‌گیری عزت نفس)
2. اگر به موقع رفتار خود را ارزیابی نکنیم وقتی به پایین‌تر از حد معیار برسد به سختی قادر به بهبود رفتارمان خواهیم بود و نیاز نهادی ارزشمند بودنمان برآورده نخواهد شد و دچار رنج خواهیم شد.
3. یادگیری اخلاقیات، معیارها، ارزش‌ها، رفتار درست شرط لازم و اصلی برای برآورده شدن نیاز مربوط به احساس ارزشمند بودن هست.

**2-4-4-مقایسه نظریه‌ها :**

**2-4-4-1-نظریه‌های درمانی سنتی (مخالف)**

1. روانپزشکی سنتی عقیده دارد که بیماری روانی وجود دارد و مبتلایان بیماری روانی را پس از دسته‌بندی بایستی زیر درمان قرار داد.
2. روانپزشکی سنتی می‌گوید که بخش اصلی درمان بررسی زندگی گذشته‌ی بیمار است، ریشه‌یابی ناراحتی روانی موجب درک و فهم خود برای تغییر شیوه نگرش خواهد شد، پس از تغییر نگرش فرد می‌تواند الگوهای مؤثرتری در زندگی بیابد و همین مشکلات روانشناختی او را حل می‌کند.
3. روانپزشکی سنتی بر آن است که درمانجو باید نگرش‌هایی را که نسبت به افراد مهم در زندگی گذشته داشته، اطرافیانی که مشکلات درمانگر با انتقال عواطف مشکلات گذشتة بیمار را دوباره زنده می‌کند بینش جدید موجب می‌شود او از روش فعلی دست بردارد و به این ترتیب مشکل او حل می‌شود.
4. روان درمانی سنتی حتی هنگام مشاوره سطحی، تأکید می‌کند که اگر بیمار می‌خواهد حالش تغییر کند باید نسبت به ژرفای ضمیر ناخودآگاه خویش درک و بینش پیدا کند درگیری‌های ناخودآگاه مهمتر از خودآگاه است.
5. روانپزشکی سنتی چون معتقد به وجود بیماری ذهنی است از اخلاقیات می‌پرهیزد وکژ رفتاری به‌عنوان محصول بیماری ذهنی به حساب می‌آید و بیمار مسئول نیست.
6. (یک بخشی دیدن انسان (ناخودآگاه)
7. آموز ش دادن به مردم جهت رفتار بهتر در روانپزشکی سنتی نقشی ندارد زیرا تصور می‌رود به محض آنکه ریشه‌های ناخودآگاه پیدا شد بیماران خودشان رفتار بهتر را فراخواهند آموخت.

**2-4-4-2-نظریه واقعیت گرایانه**

ما اصولاً مرض روحی یا بیماری ذهنی را قبول نداریم لذا بیمار نمی‌تواند به این عنوان که مسئول رفتار خودش نیست هرطور که می‌خواهد رفتار کند درمانجو صرفاً مسئولیت گریز است.

کارکردن در زمان حال و به سوی آینده است ما درگیر گذشتة بیمار نمی‌شویم زیرا نمی‌توانیم گذشته‌ی او را تغییر دهیم و بیمار نیز محدود به گذشته‌اش نیست.

از چه سئوال می‌شود نه چرا – پرداختن به واقعیت‌ها

ما با بیماران رابطه‌ای همانند رابطه‌ی با خویش برقرار می‌کنیم نه به عنوان پیکره‌های انتقالی .

- ایجاد پیوند عاطفی اساس کار است.

- بیمار از خودش صحبت کند نه از دیگران

- بیمار نمی‌تواند از رفتارش گذشت کند و ما نیز همچنین .

- تغییر از رفتار شروع می‌شود به‌تدریج بینش هم ایجاد خواهد شد.

- در مورد رفتارهای بد با او همدلی نمی‌شود.

در واقعیت درمانی بر ارزش‌های اخلاقی رفتار تأکید می‌شود و ترویج درست و نادرست پیوند عاطفی را استحکام می‌بخشد.مسئولیت‌پذیری اخلاق را در دل خود دارد – ارزیابی رفتار شود – رویکرد ترکیبی است .

- آموزش موجب پیشگیری می‌شود.

به بیمار برای برآوردن نیازهایش راه‌های بهتری آموزش داده می‌شود. کمک به بیمار موجب می‌شود وی الگوهای رضایت‌بخش‌تر رفتار را پیدا کند و همین موجب پیوند عاطفی بیشتر می‌شود، آموزش رفتار نیک بخشی از درمان است.( شولتز ،1381)

**2-4-4-3-عناصر اصلی نظریه واقعیت درمانی**

1. توجه کافی و عشق ورزیدن به کودکان، برای سلامت روان آنان در آینده بسیار با اهمیت است و سبب مسئولیت پذیری آنان در آینده می‌شود.
2. اخلاق یا درست و نادرست ، حق و ناحق اثری بسیار شگفت و عمیق در روند واقعیت درمانی دارد.
3. فرهنگ که پایه و اساس آن آموزش و پرورش است برای شناخت واقعیت‌ها و پذیرش آن و برخورداری از سلامت روان، نقش اساسی دارد.

**2-4-4-4- اصول اساسی نظریه واقعیت درمانی**

1. ارزیابی کردن رفتار (داوری کردن، مورد انتقاد قراردادن خود)
2. توان گزینش (انتخاب) خردمندانه‌ی میان دو رفتار واقعیت گرایانه و نا واقعیت گرایانه(دلیل)

**2-4-4-5- عوامل مؤثر در رشد (درمان)**

**سن**:

سن رشد در این نظریه همة عمر ذکر شده است ولی ۱۰-۵ سالگی سنین (دوره حساس) بحرانی رشد ذکر کرده‌اند (۵ سال دورة ابتدایی).

و تلاش اصلی باید در مدرسه ابتدایی انجام گیرد .

چرا این سن بهتر است ؟

زیرا در این سن:

1. از نظر اخلاقی کودک به مرحله عملیاتی رسیده و می‌تواند پیامدهای رفتارش را منتج و ارزیابی کند و از نظر گلبرگ تأیید اجتماعی کم‌کم دختر خوب ، پسر خوب برایش مهم می‌شود و در مرحله (داد و ستد) و خوبی در برابر خوبی، بدی در برابر بدی قرار دارد. و همچنین در مرحلة کارآیی در برابر حقارت اریکسون (۱۱-۶) قرار دارد و کودک میل به موفقیت و پیشرفت دارد و هویت موفق (عزت نفس) شکل می‌گیرد اگر حقارت اتفاق بیفتد هویت شکست شکل می‌گیرد و همچنین در مرحلة اخلاق دگرپیرو پیاژه قرار دارد.
2. از نظر عقلی کودکان در این مرحله از لحاظ شناختی می‌توانند قادر به انجام عملیات منطقی بر اساس استدلال باشند و هنگامی که نتواند با استفادة منطقی از قوای عقلانی خویش نیازهایش را رفع نمایند به رفتار احساسی و آنی روی می‌آورند (بزهکاری وانزوا).
3. از نظر اجتماعی : در این سن نفوذ معلمان و همسالان بسیار مهم است به همین دلیل بحث الگو و مشاهده نیز در یادگیری رفتار نقش دارد (یادگیری اجتماعی بندورا).
4. شکستی که باید در طی سال‌های تحصیل متوقف شود در این سنین راحت‌تر از هر زمان دیگری قابل پیشگیری است در صورت شکست معمولاً می‌توان آن را در پنج سال دوره ابتدایی از طریق روش‌های آموزشی و پرورشی که منجر به ارضای نیازهای اساسی کودک می‌شوند، اصلاح کرد.
5. سن ۱۴-۷ سال سن عملیات عینی است. این کودکان می‌توانند از آنچه عینی است مانند الگوبرداری، تقلید و مشاهده که فنون مؤثری برای یادگیری هستند خزانه رفتاری خود را ارتقا ببخشند.
6. در این مرحله سنی اسلام به دوره اطاعت و فرمانبرداری کودک اشاره دارد.

- چون دورة اطاعت است پس می‌توان به وی معیارهای اخلاقی را داد.

- چون تبعیت پذیر و اطاعت‌پذیر است، پس حرف‌شنوی بیشتری دارد، لذا پذیرش مسئولیت‌پذیری بالا است پس انجام بسیاری از کارها را می‌توان به او سپرد. (افزایش روحیه مشارکت پذیری ).

- چون اثر رابطه دلبستگی بالاست می‌توان برنامه ریزی برای انجام امور مورد نظر به وی بدهیم .

- چون تبعیت پذیر و اطاعت پذیر است پس حرف شنوی بیشتری دارد.

واقعیت درمانی در کجا انجام می‌گیرد:

**مکان:**

1. مدارس
2. مرکز بازپروری
3. بیمارستان‌های روانی
4. بیمارستان‌های عمومی
5. کانون‌های اصلاح و تربیت
6. مراکز مشاوره و روان درمانی
7. در مطب‌های خصوصی

**چرا مدرسه بهتر است؟**

زیرا گلاسر اعتقاد دارد:

درمان بهتر است در محیطی واقعی که زندگی فرد در آن جریان دارد انجام گیرد، از همین‌رو مدرسه به دلیل اینکه یک مکان اجتماعی دارای فرهنگ است در اولویت اول قرار می‌گیرد و واقعیت درمانی به صورت گروهی انجام می‌گیرد و به‌ویژه اینکه آموزش‌های خاص سبب پیشگیری می‌گردد.

**2-4-5-خلاصه‌ای از نظریات مرتبط**

1. پدیدار شناختی کارل راجرز (۱۹۰۲) : برهمدلی با درمانجو، توجه مثبت نامشروط و خلوص، اراده آزاد، ظرفیت درونی و توانایی تأکید دارند. (بر عقل تأکید ندارد).

دانش‌ پدیدار شناختی، یعنی درک جهان درونی فرد از تجربة هشیار .

رفتار در میدان پدیداری یعنی تمامی چیزهایی که یک نفر در هر لحظه تجربه می‌کند.

شخص خود شکوفا به‌طور مداوم در حال تغییر و رشد است و می‌کوشد تمام توانایی‌های بالقوة خود را شکوفا کند.

رشد یعنی حرکت به سوی جلو، آگاه بودن از خویشتن ، تسهیل و تحقیق رشد شخصیتی، اگر چنین رشدی متوقف شود شخص ویژگی‌های خودانگیختگی، انعطاف‌پذیری و گشودگی نسبت به تجربه‌های تازه را از دست می‌دهد.

خودپدیداری یعنی من فاعلی (خودم)

پدیدار شناس می‌گوید تمایل اصلی انسان عبارت است از حفظ و ارتقای خودپدیداری . یعنی عزت نفس بنیان رفتار است.

ناسازگاری ها حاصل تهدیدشدن خود پدیداری هستند.

اشخاص واقعاً سازگار کسانی هستند که بتوانند هر نوع تجربه‌ای را در میدان پدیداری خود جای بدهند نه فقط تجربه‌هایی را که با خود پنداره آنان هم‌خوانی فوری دارند.

اگر موفق نشدم باید قدری بیشتر زحمت بکشم.

1. نیاز به عشق و تعلق داشتن – آبراهام مازلو (۷۰-۱۹۰۸):

نیاز به عشق که شامل عرضه محبت و دریافت آن است، می‌تواند با داشتن یک رابطة گرم و صمیمی با شخصی دیگر ارضا شود. مزلو عشق را با رابطة جنسی برابر نمی‌داند. شکست در برآورده کردن نیاز به عشق به اعتقاد مزلو یکی از علت‌های بنیادی ناسازگاری است. نیازهای شناختی یعنی نیاز به دانستن و فهمیدن و کنجکاوی را مزلو ذاتی مطرح کرده است. حتی حیوانات بدون هیچ دلیلی صرفاً به خاطر کنجکاوی ، فعالانه محیط خود را کشف و دستکاری می‌کنند. یا افرادی به قیمت زندگی خود در جستجوی دانش‌ بر می‌آیند. که حاصل آن رضایت ارضاست . مزلو به محبت در ۲ سال اول زندگی تأکید می‌کند. اریکسون مسئله اعتماد را مطرح می‌کند و واقعیت درمانی می‌گوید افرادی که قبل از مرحله مدرسه در خانه از محبت کافی برخوردار شده‌اند به ندرت هویت شکست پیدا می‌کنند. (تأیید دیگران، مقایسه اجتماعی، همانند سازی).

خود شکوفایی: رشد استعدادهای بالقوة انسان و اینکه این نیاز، نیاز مادر می‌باشد چون همة نیازها سرانجام به خود شکوفایی ختم می‌شود، از ویژگی‌های افراد خودشکوفا، دیدن واقعیات همان‌گونه که هستند بدون قضاوت آنها. (هرگنهان و میتواچ،1382)

1. خودکارآمدی – آلبرت بندورا ( ۱۹۲۵):

خود در رویکرد بندورا ساخت‌های شناختی هستند که رفتار را تنظیم می‌کنند و خودکارآمدی به احساس عزت نفس و ارزش خود، احساس کفایت و کارآیی در برخورد با زندگی اطلاق می‌شود. بندورا خود کارآمدی را ادراک ما از توانایی خود در تولید و تنظیم رویدادها در زندگی ما می‌داند.

خودکارآمدی ضعیف احساس درماندگی، ناتوانی، غمگینی، نگرانی، ناکامی، و انزوا را بدنبال دارد خودکارآمدی قوی احساس اعتماد به توانایی‌ها، پشتکار در انجام تکالیف، سطح بالای عملکرد سخت کوشی را بدنبال دارد و انتظار موفقیت را از خود دارند (هویت موفق گلاسر).

* به اعتقاد بندورا انسان موجودی اجتماعی است و رفتار او باید در پرتو روابط اجتماعی بررسی شود.
* انسان دارای ظرفیت‌های شناختی وسیعی است و می‌تواند دربارة ارتباط میان رفتار و پیامدهای آن بیندیشد و آن‌ها را پیش‌بینی و ارزیابی کند.
* در عین حال هر انسان دارای نظام خود نظم بخشی است که با استناد به آن اعمال و رفتار خود را ارزیابی می‌کند. این ارزیابی بر عملکرد او و به تبع آن بر محیط زندگی او اثر می‌گذارد .
* بندورا تعامل چند جانبة میان فرد، محیط و رفتار را «جبرگرایی متقابل» نامیده است که از میان این سه عامل فرد از بقیه مهمتر است به عبارت دیگر نهایتاً این فرد است که با استفاده از فرایند خود نظم بخشی شخصاً معیارهایی را برای رفتارهای خود تعیین می‌کند.
* همچنین بندورا اعتقاد دارد که افراد منتظر پیامد عملشان هستند و عملکرد فرد به تقویت یا پاداش وابسته است به‌ویژه در امر تقلید.

1. وجود گرایی (معنادرمانی) – ویکتور فرانکل :

براساس ادعای وجود گرایان مبنی بر اینکه در طبیعت انسان به شکل ذاتی معناجویی وجود دارد، ویکتور فرانکل نظریه معنا درمانی خود را ارایه داد.

معنا درمانی : فرانکل می‌گوید افراد در قبال زندگی مسئولیت و وظایفی دارند یعنی یافتن معنای حال و نگاه به آینده را که اهمیت حیاتی دارد.

فرانکل تأکید زیادی بر مسئولیت پذیری فرد دارد.

1. تفکر عقلانی عاطفی – آلبرت اِلیس :

انسان‌ها را باید با تفکر نامعقول شان مواجه کرد

تفکر منطقی، رفتار منطقی را به دنبال دارد (اصلاح تفکر غیرمنطقی و غیرواقع بینانه) فرض الیس بر این است که بسیاری از انواع مشکلات عاطفی نتیجه الگوهای تفکر غیرمنطقی است. این الگو‌ها توسط اشخاص مهم زندگی فرد و فرهنگ و جامعه تقویت می‌شود. رفتار منطقی مفید و ثمربخش است و رفتار غیرمنطقی نارضایتی و بطالت را به‌دنبال دارد.

1. گشتالت درمانی پولز[[2]](#footnote-2): (جنبش انسان گرا – وجود گرا)

* درمانگر عامل تسریع کننده است.
* گشتالت درمانی بر آگاهی، تجربه، حالا، مسئولیت‌پذیری متکی است.
* بازی‌های گشتالتی: تکرار عبارات مهم ، نقش بازی کردن ، اول رفتار را انجام بده .

1. رویکرد تاب آوری:

در رویکرد تاب آوری پژوهشگران در مطالعات خود در یافتند بسیاری از انسان‌ها که در معرض آسیب قرار گرفته‌اند. می توانند به سلامت از آن برگذرند و حتی به رشدی بیش از پیش دست یابند. به همین دلیل آنها به این فکر افتادند که اگر بتوان ویژگی‌های تاب آورانه‌ای این انسان‌ها را شناخت می‌توان از این ویژگی‌ها در آموزش دیگران به‌ویژه در زمان کودکی و نوجوانی، استفاده کرد.

سه نکته در تاب‌آوری مهم است:

* تاب آوری یک فرایند در زندگی واقعی است. نه داشتن فهرستی از ویژگی‌ها
* همه انسان‌ها دارای توانایی تاب آوری هستند اما رفتار تاب آورانه اکتسابی است و یاد گرفته می‌شود.
* برخی از ویژگی‌های تاب آوری درونی است و انسان آن را دارد یا می‌تواند بدست آورد. اما بعضی از ویژگی‌های دیگر آن فقط با پرورش انسان در محیطی تاب آفرین مانند خانواده و مدرسه به دست می آید.

پیوند جویی اجتماعی، مرزبندی آشکار و پیوسته، مهارت‌های زندگی به کارگیری این رویکرد (تاب آوری) به این معنی است که به دانش‌آموزان، خانواده‌های آنان و کارکنان مدرسه مسئولیت‌ داده می‌شود و برای آنان فرصت‌هایی فراهم می‌شود تا بتوانند در حل مشکلات، تصمیم‌گیری‌ها و برنامه‌ریزی و یاری رسانی به دیگران مشارکت فعال داشته باشند.

1. نظریه روانی – اجتماعی اریکسون :

هویت و اعتماد:

فرد (نوجوان) زمانی به احساس هویت دست می‌یابد که ارزش‌های خود را انتخاب و نسبت به افراد خاصی احساس وفاداری کند وفاداری صرفاً به منزله ظرفیت انسان برای اعتماد به دیگران نیست ظرفیت فرد برای قابل اعتماد بودن را نیز در بر دارد.

اعتماد در رابطه با پیوندجویی بین کودک و مادر ایجاد می‌شود که دوسویه و تعاملی می‌باشد.

**2-4-6-تفاوت واقعیت درمانی با روانکاری فروید :**

**1- واقعیت بیماری روانی :**

در روان درمانی کلاسیک به وجود بیماری روانی معتقدند و به تشخیص ، طبقه بندی و در مان می پردازند . در حالی که در واقعیت درمانی اختلالات روانی با رفتار غیرمسئولانه یکی است .

**2- تحسس و تفحص بازسانده در گذشته بیمار :**

در روان درمانی کلاسیک بر گذشته فرد و وقایع پیشین زندگی او تأکید می شود در حالی که در واقعیت درمانی بر زمان حال و آینده تأکید می شود .

**3- انتقال :**

در روان درمانی سنتی درمانگر پذیرای حالت انتقال است . در حالی که در واقعیت درمانی درمانگر پذیرای انتقال نیست و به منزله یک شخص واقعی وارد جریان درمان می شود و مسأله را حل و فصل می کند .

**4- اعتقاد به ناخودآگاهی :**

در روانکاوی سنتی امور ناخودآگاه از امور خودآگاه مهمترند . روی این اصل ، برای تغییر فرد کسب آگاهی و بصیرت نسبت به محتویات ذهن ناخودآگاه لازم است که این امر از طریق تعبیر رویا ، تفسیر موارد انتقالی و تداعی آزاد عملی می شود . اما در واقعیت درمانی ، بیمار را وادار می کنند که درباره رفتارش نه تنها عذر نیاورد بلکه به قضاوت اخلاقی دست بزند .

**5- تأکید بر تعبیر و تفسیر رفتار به جای تأکید بر ارزشیابی :**

در روان درمانی سنتی رفتار منحرف را ماحصل بیماری روانی می دانند و معتقدند که بیمار را اخلاقاً نباید مسئول آن دانست ، زیرا کاری در این زمینه از بیمار ساخته نبوده است . حال آنکه در واقعیت درمانی بیمار را با رفتارش مواجه می کنند و یادآوری می شوند که او مسئول رفتارش است و تا خود مسئولیت تغییر رفتارش را به عهده نگیرد ، تغییری هم صورت نخواهد گرفت .

**6- اهمیت بصیرت :**

در روان درمانی سنتی اعتقاد بر این است که اگر بیمار به علل ناخودآگاه رفتارش پی ببرد ، خود به خود رفتارهای صحیح را می آموزد و جانشین می کند . در حالی که در واقعیت درمانی تعلیم و تربیت مجدد و نشان دادن راههای صحیح تر رفتار به مراجع مورد نظر است .

**2-4-7-انتظار از واقعیت درمانی یا هدف :**

هدف های واقعیت درمانی در فرآیندی مبتنی بر درگیری عاطفی ، توجه و تأکید بر زمان حال و رفتار کنونی، توسل به قضاوت ارزشی مراجع ، طرح ریزی معقول و تعهد نسبت به آن ، نپذیرفتن عذر و بهانه و امتناع از تنبیه حاصل می شود . این ملاکها کلاً اصول واقعیت درمانی را تشکیل می دهند که باید با نظم و ترتیب خاصی تعقیب شوند تا هدف نهایی درمان ( هویت موفق و رفتار مسئولانه ) حاصل شود .

**2-4-8- فرآیند درمان :**

گلاسر(1965) درمان را به عنوان نوعی اصلاح اعمالی که والدین انجام داده اند، می داند. درمانگر آنچه را که والدین قبلاً می بایست انجام می دادند، حالا انجام می دهد. اصول واقعیت درمانی به عنوان نوعی راهنما برای فرآیند مشاوره و فهرستی از شیوه هاست .

**درگیری :**

برای مؤثر بودن واقعیت درمانی، مشاور باید با مراجعان درگیر شود . او باید ارتباط خود را براساس همدلی، علاقه و توجه به مراجع برقرار نماید .

**رفتار جاری و متداول :**

هیچکس نمی تواند بدون آگاهی از رفتار جاری و متداول خود هویت موفق را بدست آورد . مشاور با کوشش های مداوم برای درگیری، مراجعان را کمک می کند تا هوشیارانه از رفتار خود در زمان حال آگاهی یابند .

**قضاوت ارزشی :**

مراجعان به رفتار خود توجه می کنند و در پرتو اهداف و ضرورتهای دنیای واقعی آن را مورد قضاوت ارزشی قرار می دهند .

**طرح یا نقشه برای رفتار مسئولانه :**

زمانی که مراجعان در مورد رفتارشان قضاوت ارزشی نمودند مشاور به آنها کمک می کند تا یک طرح یا نقشه برای اجرای آن قضاوت تدوین نمایند .

**تعهد :**

داشتن یک طرح خوب به معنی این است که مراجع مطمئناً آن را خوب انجام می دهد .

**بدون عذر و بهانه :**

زمانی که مراجعان به تعهدهای خود عمل نمی کنند ، قضاوت ارزشی آنها می بایست دوباره بررسی شود .

**بدون تنبیه :**

تنبیه هر نوع رفتار با فردی دیگر است که درد جسمانی یا روانی را موجب می گردد . هدف تنبیه تغییر رفتار فرد تنبیه شده است.

**کاربرد :**

مشکلاتی از جمله اضطراب ، ناسازگاری ، تضادهای زناشویی ، انحراف ، روان پریشی ها و بزهکاری همگی از طریق واقعیت درمانی با موفقیت معالجه شده اند . از طرف دیگر از آنجا که رویکرد واقعیت درمانی بسیار عقلانی و کلامی است لذا این روش برای اشخاص در خود فرو مانده یا کسانی که به شدت عقب مانده هستند مؤثر نیست .

اصول واقعیت درمانی جدای از درمان می تواند بطور مؤثری توسط والدین با فرزندانشان ، معلمان با دانش آموزانشان ، کشیشان با مردم و کارفرمایان با کارکنانشان بکار رود . به هر حال مستقیم ترین و احتمالاً موفقیت آمیزترین کاربرد آن در برنامه مدارس بدون شکست است .

**2-4-9-نتایج مثبت بکارگیری روش واقعیت درمانی :**

1- بالا بردن احساس مسئولیت

2- تأکید بر جنبه های درمان کلامی است و فنون غیرکلامی و عملی زیاد استفاده نمی شود .

3- توجه به زمان حال

4- تشویق مراجع به خلق شیوه های نوین برای کسب موفیقت

5- توجه به تأثیر سوگیریهای نژادی ، جنسیت و مذهب نه به عنوان ارزشهای مثبت و منفی بلکه به عنوان یک واقعیت در دستیابی افراد به اهدافشان در زندگی .

6- پرداختن به قضاوت های ارزشی مرتبط با آرزوهای افراد .

7- کاهش مشکلات انضباطی

8- افزایش کارایی در مدرسه

9- واقعیت درمانی عمل محور است یعنی مراجع امکان برنامه ریزی و عمل را در ایجاد یک ایفای نقش برای خود در مرحله درمان انجام می دهد .

نقاط ضعف نظریه واقعیت درمانی :

1- توضیح ناکافی در مورد ارتباط فنون درمانی

2- عدم پژوهش های کمی و کیفی

3- تأکید بیش از حد به درمان کلامی

4- نادیده گرفتن مشکلات عاطفی افراد

5- نادیده گرفتن عوامل محیطی

**2-4-10-فرایند درمان**

مشاوره­ی واقعیت درمانی، یك فرایند یادگیری است. مشاور پیرو واقعیت درمانی اساسا" یك معلم است.مشاور كاملا" آموزشی عمل می كند وتأكید بر زندگی كنونی مراجع دارد.تأكید سؤال ها بیشتر بر هدایت مراجع به سوی آگاهی بیشتر از رفتار وقضاوت ارزشی در مورد آن رفتاروسپس طرح ریزی برای داشتن رفتار مسئولانه است تا ازاین طریق هویت موفق كسب شود.

اولین مرحله درفرایند درمان، شناسایی رفتاری است كه درمانگر درصدد اصلاح آن است.در فرایند درمان،به گذشته ی فرد توجه نمی شود.هیچ گونه عذر وبهانه ای را برای رد مسئولیت نمی پذیرند و از پذیرش هرگونه انتقال برحذر می باشند.تشخیص همان رفتار غیرمسئولانه است.درواقعیت درمانی تلاش می شود كه فرد اهداف كوتاه مدت ودرازمدت خود را بشناسد و با صراحت آنها را تعریف وتوصیف كند.درجریان واقعیت درمانی،مراجع كلیه ی راه های احتمالی را بدون هیچ گونه اظهارنظر و قضاوت، فقط روی كاغذ می نویسند وسپس مراجع ودرمانگر،نتایج را تجزیه و تحلیل ومورد قضاوت قرار می دهند.در جریان درمان روی این اصل تأكید می شود كه یادگیری در تمام فعالیت های زندگی رخ می دهد.وانسان چیزی جز ماحصل یادگیری هایش نیست.یادگیری مهم است ودرفرایند درمان،درمانگر نقش معلم ودرمانجو نقش شاگرد را دارد.

ارتباط ودرگیری عاطفی از اجزای اساسی واقعیت درمانی است.اگر فرد نتواند به طور موفقیت آمیزی درگیر شود،شكست خواهد خورد.این برای درمانگر هم صدق می كند.اولین وظیفه ی درمانگران برقرار كردن رابطه با درمانجویان است.وظیفه ی دیگر آنها این است كه به درمانجویان آموزش دهند چگونه خود را ارزیابی كنند.درمانگران وظیفه دارند این عقیده را انتقال دهند كه صرف نظر از اینكه اوضاع چقدر ناگوار باشد باید امیدوار بود.در واقعیت درمانی زمان اهمیت دارد.از درمانجویان می توان انتظار داشت كه مقداری اضطرار را در درمان تجربه كنند.واقعیت درمانی بر رابطه ی همدل و حمایت كننده تأكید دارد وباید بین درمانگر و درمانجو چنین رابطه­ای وجود داشته باشد. درمانگر باید آموزش دیده، فردی خونگرم، لایق، و با اعتماد به نفس باشد و نیز فردی مسئول، محكم، علاقمند، انسان و حساس باشد و از همه مهمتر قادر به درگیری عاطفی با هر مراجعی باشند(گلاسر،1965؛كرسینی،1973؛ نقل از شفیع آبادی و ناصری،1386).

**2-4-11-اصول واقعیت درمانی**

اصول واقعیت درمانی شامل هشت اصل است.این اصول عبارتند از:

**اصل اول-** ارتباط ودرگیری عاطفی:معمولا" مشكل ترین مرحله ی درمان،مرحله ی ارتباط و درگیری عاطفی است كه مراجع شدیدا" بدان نیاز دارد.تا زمانی كه چنین ارتباطی بین درمانگر مسئول ومراجع غیرمسئول برقرار نشود،درمانی هم حاصل نخواهد شد.برای موثر بودن واقعیت درمانی،مشاور باید با مراجعان درگیر شود.ارتباط خود را براساس همدلی،علاقه وتوجه به مراجع برقرار نماید (گلاسر،1965و1975؛ نقل از شفیع آبادی و ناصری،1386).مهمترین مهارت برای بكارگیری شیوه ی واقعیت درمانی،توانایی خود درمانگر برای درگیری است(گلاسر و زونین،1973؛نقل از لوئیس شیلینگ؛ترجمه ی سیده خدیجه آرین،1375).ایجاد ارتباط ودرگیری عاطفی بین درمانگر و مراجع به عنوان اولین اولین شرط واقعیت درمانی ،لازمه ی تغییر هویت شكست مراجع به حساب می آید.از طریق چنین ارتباطی مراجع درمی یابد كه اولا"،كسی بدو علاقمند است وثانیا"،فرد دیگری می خواهد او را در تغییر هویت ناموفقش یاری دهد.تغییردررفتار منجر می شود به تغییر در احساس.ایجاد رابطه ای حسنه،انسانی،واقع بینانه وخالص بین دو طرف مهمترین اصل واقعیت درمانی است(گلاسر،1965و1975؛ نقل از شفیع آبادی و ناصری،1386).مشاور باید صمیمیت،محبت وعلاقمندی خود را نسبت به مراجع نشان دهد به عنوان یك آدم بی ریا درجریان مشاوره فعالانه شركت كند(شفیع آبادی،تهیه كننده:مختاری،1385).

**اصل دوم-** توجه وتأكید بررفتاركنونی ونه براحساسات:هیچ كس نمی تواند بدون آگاهی ازرفتاركنونی خود،هویت موفق را بدست آورد(گلاسر،1965و1975؛ نقل از شفیع آبادی و ناصری،1386).مشاور به همراه كوشش های مداوم برای درگیری،به مراجع به طور مستمر كمك می كندتا نسبت به رفتاركنونی اش آگاهی پیداكند.آنرا تغییردهد وبه این ترتیب احساس رضایت بیشتری داشته باشدكه همه ی اینها به كسب هویت موفق منجر می شود(شفیع آبادی،تهیه كننده:مختاری،1385).\*از رفتار كنونی خود آگاه شوید تا هویت موفق را بدست آورید.\*

**اصل سوم-** تأكید بر زمان حال:در واقعیت درمانی برجریاناتی كه در زمان حال اتفاق می افتند تأكید می شود؛زیرا وقایع زمان گذشته گذشته اند وتغییردر آنها ممكن نیست.وضع موجود وآینده قابل تغییر هستند(شفیع آبادی،تهیه كننده:مختاری،1385).ارضای نیازها به زندگی كنونی فرد مربوط است وبه گذشته ی حزن آور او ارتباطی ندارد.لذا باید از گذشته چشم پوشید وبه تغییررفتاروآموزش فرد در زمان حال اقدام كرد(گلاسر،1965و1975؛ نقل از شفیع آبادی و ناصری،1386).گلاسر قبول دارد كه ما نتیجه ی گذشته ی خویش هستیم ولی معتقد است كه ما قربانی گذشته ی خود نیستیم مگر اینكه چنین انتخاب كرده باشیم.مافقط می توانیم نیازهای خودرا درزمان حال ارضا كنیم.‹‹آنچه اتفاق افتاده، تمام شده؛نمی توان آن را تغییر داد.هرچه بیشتر وقت خود را صرف توجه كردن به گذشته كنیم،از توجه كردن به آینده بیشتر اجتناب می كنیم.›› (گلاسر،2000؛نقل از جرالد كری،ترجمه ی یحیی سید محمدی،1385).

**اصل چهارم-** قضاوت ارزشی:درواقعیت درمانی مراجع باید در پرتو اهداف و ضرورت های دنیای واقعی،درمورد رفتارخود قضاوت كند واعمالی راكه منجربه شكست می شود مورد ارزشیابی قرار دهد(شفیع آبادی،تهیه كننده:مختاری،1385).مراجع بایدبه رفتارش با دیدی انتقادی بنگرد وببیند كه آیا آن رفتار بهترین انتخاب او هست یا نیست(گلاسر و زونین،1973؛نقل از لوئیس شیلینگ؛ترجمه ی سیده خدیجه آرین،1375).

**اصل پنجم-** تهیه ی طرح وبرنامه:مشاور از طریق طرح برنامه های مفید وعملی و منطبق با توانایی و انگیزش های مراجع، به مراجع كمك می كند تا رفتار ناموفق را به رفتار موفقیت آمیز تبدیل كند (شفیع آبادی،تهیه كننده:مختاری،1385).زمانی كه مراجعان درمورد رفتارشان قضاوت ارزشی نمودند، مشاور به آنها كمك می كند تا یك طرح یانقشه برای اجرای آن قضاوت تدوین نمایند وآن رابه مرحله ی عمل درآورند.طرح یانقشه باید منطبق با توانایی ومرتیط با انگیزش های مراجع برای اجرای آن باشد.در طرح ریزی نباید طرحی ریخته شودكه امكان شكست آن زیاد باشد.زیرا اگر طرح به شكست منجر شود،موجب تقویت شكست های پیشین وهویت ناموفق می شود.طرح ها باید طوری تدوین شوند كه از مراحل كوچكتر وموفقفیت های جزئی تر به موفقیت های بزرگتر پیش روند وبه اندازه ی كافی مراجع را به مبارزه وفعالیت دعوت كنند.اگر طرحی موثر نبود،باید كنار گذاشته شود و طرح دیگری جایگزین آن گردد (گلاسر، 1965و1975؛ نقل از شفیع آبادی و ناصری،1386).

**اصل ششم-** تعهد به انجام برنامه:پس از تهیه وتنظیم برنامه مراجع باید به اجرای آن ملزم ومتعهد گردد.داشتن یك طرح خوب به این معنی است كه مراجع مطمئنا" آن را خوب انجام می دهد. بنابراین،واقعیت درمانگر می بایست از او تعهد بگیرد(گلاسر و زونین،1973؛نقل از لوئیس شیلینگ؛ترجمه­ی سیده خدیجه آرین،1375).تعهد به فرد انگیزه ی قوی تری می دهد كه طرح خود را تكمیل كند.تعهد بدین معنی است كه مراجع به درگیری ورابطه ی خودش با دیگری ارج می نهد و بنابراین،خود را درقبال درمانگر ملزم به اجرای طرح می كند.زیرا او خود ودرمانگر را توأما" درگیر با مسئله می كند.برای اینكه تعهد معنی دار شود وبه مرحله ی عمل درآید،باید قبل ازآن درگیری وارتباط عاطفی بوجود آید،رفتار فعلی شخص بررسی وارزشیابی شود وطرح مناسبی ریخته شود (گلاسر، 1965و 1975؛ نقل از شفیع آبادی و ناصری،1386).

**اصل هفتم-** نپذیرفتن هرگونه عذروبهانه:مشاور باید مراجع را متوجه سازد كه بهانه تراشی قابل پذیرش نیست(شفیع آبادی،تهیه كننده:مختاری،1385).زمانی كه مراجعان به تعهد خود عمل نمی كنند،قضاوت ارزشی آنها باید دوباره بررسی شود.اگر قضاوت ارزشی هنوزهم معتبر باشد،آنگاه طرح ریخته شده باید بررسی شود.اگر طرح طرح مناسبی باشد،مراجع یا باید تعهد دوباره بدهدویا آن طرح را رد كند.اگر آن را رد كند یا باید طرح جدیدی را تدوین نمایند و یا درمان را ترك كنند.اگر طرح را رد نكنند آن وقت درمانگر آنها را همچنان متعهد نگه می دارد وهرگز فردی را كه نیاز به كمك دارد معذور نمی دارد و از او هیچ گونه عذروبهانه ای را برای شكستی كه در اجرای طرح خورده اند،نمی پذیرد(گلاسر و زونین،1973؛نقل از لوئیس شیلینگ؛ترجمه ی سیده خدیجه آرین،1375).در واقعیت درمانی هیچ نوع عذروبهانه ای قبول نمی شود(گلاسر،1965و1975؛ نقل از شفیع آبادی و ناصری،1386).

**اصل هشتم-** حذف تنبیه:هر نوع اظهار نظر منفی و تحقیر كننده از طرف مشاور،تنبیه محسوب می شود (شفیع آبادی،تهیه كننده:مختاری،1385). تنبیه نكردن به اندازه ی نپذیرفتن عذروبهانه اهمیت دارد.تنبیه به رابطه ی حسنه لطمه می زند،تعهد و مسئولیت را از فرد سلب می كند وموجب تقویت هویت ناموفق می شود(گلاسر،1965؛كرسینی،1973؛ نقل از شفیع آبادی و ناصری،1386).تنبیه در درگیری،احتمال هر نوع تغییر را از بین می برد(گلاسر و زونین،1973؛نقل از لوئیس شیلینگ؛ترجمه ی سیده خدیجه آرین،1375).

**2-4-12-ویژگی های دیگر واقعیت درمانی**

1-بر انتخاب و مسئولیت تأكید می كند.

2-انتقال را رد می كند و معتقد است كه واقعیت درمانگران باید در كار حرفه ای خویش،خودشان باشند.

3-درمان را در زمان حال حفظ می كند.

4-از تمركز كردن روی نشانه ها اجتناب می كند.زیرا معتقد است كه نشانه ها فقط تا زمانی ادامه می یابند كه برای پرداختن به رابطه ای ناخوشایند یا ناكامی نیازهای اساسی،موردنیاز باشند.درمانگر تن به شنیدن نشانه ها و صحبت درباره ی گذشته نمی دهد وبرای پرداختن طئلانی به گذشته یا كاوش كردن نشانه ها به درمان طولانی منجر می شود.

5-دیدگاه های سنتی درباره ی بیماری روانی ودرمان بوسیله ی استفاده از دارو را به چالش طلبیده است.گلاسر اعتراف می كند كه صرف نظر از اینكه نشانه های مشكل روانی چقدر شدید بوده اند،هرگز داروی مغزی برای درمانجویان تجویز نكرده است.او تأكید دارد كه داروهای روان پزشكی عوارض جانبی جسمانی و روانی دارند(گلاسر،2000و2003؛نقل از جرالد كری،ترجمه ی سید محمدی،1385).

**2-5-پیشینه تحقیق**

در اين تحقيق نيز در راستاي مرحله مطالعات اكتشافي و بهره گيري از نتايج و روش شناسي مطالعات مذكور به چند مورد از اين بررسي ها بصورت خلاصه در دو بخش پیشینه داخلی و خارجی اشاره مي گردد:

احمدی و رضوانی نژاد (1375) تحقیقی با عنوان « تاثیر آموزش گروهی به روش واقعیت درمانی بر بحران هویت دانشجویان » انجام داده اند. نتایج آن نشان داد: آموزش گروهی به شیوه واقعیت درمانی بر بحران هویت دانشجویان تاثیر داشته و آن را کاهش داده است.

افروز(1381) طی تحقیق خود به این نتیجه دست یافت که کمرویی یک ناتوانی و معلولیت فرا گیر اجتماعی است. در هر جامعه درصد قابل توجهی از کودکان، نوجوانان و بزرگسالان با این اختلال رفتاری و بازدارنده رشد شخصیت اجتماعی مواجهند. در بسیاری از مواقع، کمرویی، اصلی ترین مانع شکوفایی قابلیت، خلاقیت ها و ایفای مسئولیت ها است.

شفیع آبادی، دلاور و صدرپوشان (1383) تحقیقی روی دانش آموزان دختر انجام داده اند. نتیجه حاصل از آن نشان داد آموزش به شیوه واقعیت درمانی بر کاهش اضطراب دانش آموزان موثر است.

اسحاق (2005، به نقل از موسوی اصل، 1388)، در پژوهشی مداخله های کوتاه مدت را به عنوان روش جایگزینی در کمک به ناسازگاری دانش آموزان، روش مشاوره گروهی با رویکرد واقعیت درمانی و رویکرد رفتاری را در اصلاح رفتارهای ناسازگاری دانش آموزان نشان داده که روش واقعیت درمانی و رفتاری هر دو در بهبود ناسازگاری دانش آموزان مؤثر بوده است .

رضا یزدی در سال 1389،علل و عوامل کمرویی را مورد بررسی قرار داد.این عوامل شامل شیوه های تنبیهی خانواده ،نقص و عیب ظاهری فرد ،میزان تحصیلات والدین ،بیماری جسمی و روانی والدین در خانه بود.

گوسویک و جونز[[3]](#footnote-3) (1981) در یک پژوهش نشان دادند که افراد تنها و کمرو به جای این که از بودن در کنار دیگران خشنود باشند، بیشتر بدبین و نگران هستند و آموزش مهارت های اجتماعی می تواند در این زمینه کارساز باشد.

زیمباردو[[4]](#footnote-4) (2001) در یک پژوهش نشان دادند که کمرویی یک پدیده پیچیده و مرکب ذهنی، روانی و اجتماعی است که به دلیل بی شمار در طول دوران رشد به تدریج پدیدار می شود و با دارو برطرف می شود. کمرویی اساسا رفتاری اکتسابی و آموخته شده است و برای درمان و برطرف کردن آن باید یادگیری زدایی صورت گیرد و رفتار تازه و مطلوب اجتماعی در فرد فراگیر شود.

لیزگیک[[5]](#footnote-5) (2004) در یک پژوهش نشان دادند که کم رویی و هراس اجتماعی نه تنها با احساس ناراحتی از بودن در جمع و تصویرسازی ذهنی منفی از خود همراه است، بلکه با قضاوت های غیر طبیعی از خود و دیگران نیز همراه است.

كيت[[6]](#footnote-6) (2007 ) در مطالعات خود به این نتیجه دست یافته است كه بسياري از افراد كمرو به جنبه هاي منفي شخصيتشان زياد توجه دارند، آنها نقاط ضعفشان را بزرگ و نقاط قوتشان را كم ارزش ميدانند. افراد كمرو نه تنها تصويري منفي از خود در ذهن دارند ، بلكه درباره خود به قضاوتهاي غيرطبيعي ميپردازند و احساس ميكنند ديگران آنها را قبول ندارند .

مونر و ریچارد[[7]](#footnote-7) (2009) در تحقیق خود به این نتیجه دست یافتند که اضطراب و خود کم بینی باعث کمرویی می شود.

کاسپی[[8]](#footnote-8) 2009 در پژوهش خود درایفت که مردان کمرو نسبت به پسرهان غیر کمرو دیرتر ازدواج می کنند و دیرتر بچه دار می شوند و دیرتر ثبت شغلی پیدا می کنند ولی دخترهای کمرو در ازدواج و بچه دار شدن تاخیر ندارند و تمایل دارند وقتی ازدواج می کنند دست از کار بکشند.

چیک و باس[[9]](#footnote-9) (2010) ثابت کردند که کمرویی با مردم آمیزی پایین یکسان نیست در حالی که مردم آمیزی با دیگران بصورت یک برتری در مقابل تنهایی است چیک و باس کمرویی را برابر خود آگاهی از تنش در حضور دیگران می دانند که یکی از مهمترین علایم تشخیص کمرویی میتواند اضطراب ذهنی و اجتناب از رفتار اجتماعی باشد.

لورا و کتی[[10]](#footnote-10) در سال 2011 در تحقیق خود به این نتیجه دست یافتند که اکثر کودکانی که کمرو و ترسو بودند پریشانی و احساسات منفی زیادی داشتند.

**فهرست منابع**

1. احمدي، علي و محبوبه رضواني 1375،تأثير آموزش گروهي به روش گروهي واقعيت درماني بر بحران هويت دانشجويان دانشگاه شيرزا، دانشگاه آزاد اسلامي شيراز.
2. احمد وند ، محمدعلی ، مهجور ، سيامک،1380 ، «آشنايي بافعاليت های اجتماعی»، انتشارات پيام نور.
3. احمد وند ، محمدعلی ،1380 ، « روانشناسی بازی»، انتشارات پيام نور.
4. افرزو، غلامعلي، 1381، روانشناسي كم رويي و روشهاي درمان آن. تهران، انتشارات فرهنگ اسلامي، چاپ هشتم.
5. اکبری، جعفر، 1389، کمرویی چیست؟، ماه نامه ی تربیت.
6. اكبري، ابوالقاسم، 1387، مشكلات جواني و نوجواني. تهران، انتشارات رشد و توسعه.
7. حسين نژاد ، محمد ،1379 ، «مشاوره با کودکان» ،انتشارات سپند هنر تهران.
8. خاکيه ، پرويز ،1372 ، «روانشناسی کودک» ،انتشارات آشنا ، تبريز.
9. افروز ، غلامعلی ،1385،روان شناسی کمرویی و روش های درمان آن ،چاپ نهم.
10. رضایی، میترا ،1385، پایان نامه تاب آوری ،دانشگاه آزاد اسلامي اصفهان.
11. شولتز، دوان،1381، «نظریه‌های شخصیت»، مترجمان: کریمی، یوسف، جمهری ، فرهاد... ، انتشارات ارسباران.
12. شارتيه ، ژان ،1373 ، «کمرويي و راه های درمان آن » ، نشر پویا.
13. شفيع آبادی ، عبدالله ،1389 ، «راهنمايي و مشاوره کودک» ، انتشارات تهران.
14. شفيع آبادي، عبدالله،1383، تأثير آموزش به شيوه واقعيت درماني بر كاهش اضطراب دانش آموزان دختر، پايان نامه كارشناسي ارشد، دانشگاه آزاد اسلامي واحد رودهن.
15. شه ناسی، مریم،1382،نارسایی هیجانی، برگرفته از پایان نامه کارشناس روانشناسی بالینی، استاد راهنما: دکتر معصومه خسروی، دانشگاه سمنان.
16. قائمی ، علی ،1374 ، «خانواده و نابسامانی های روانی» ، انتشارات اميری.
17. گلاسر، ویلیام ،1389 ، «مدارس بدون شکست» ، ترجمه حمزه ساده ، انتشارات رشد.
18. گلاسر، ویلیام،1386، «واقعیت درمانی» ، ترجمه هوشمند ویژه، محمد. انتشارات خجسته.
19. گلاسر و زونین،1973؛روش های روان درمانی،نقل از لوئیس شیلینگ؛ترجمه ی سیده خدیجه آرین.
20. گلاسر،1965؛كرسینی،1973؛ راههای درمان ، نقل از شفیع آبادی و ناصری،1386،انتشارات رشد.
21. گلاسر،2000، واقعیت درمان، نقل از جرالد كری، ترجمه ی یحیی سید محمدی،1385، چاپ دوم.
22. گلاسر، 1965 ، روش های روان درمانی، نقل از شفیع آبادی و ناصری،1386، انتشارات خجسته.
23. موسوي اصل، سيد جاسم، 1388، اثربخشي آموزش واقعيت درماني به شيوه ي گروهي بر مسئوليت پذيري و عزت نفس دانشجويان دختر مركز تربيت معلم حضرت خديجه زهرا (س) اهواز، پايان نامه كارشناسي ارشد مشاوره، واحد علوم و تحقيقات خوزستان.
24. ماه نامه رشد آموزش ابتدايي،1381 ، شماره 41 ، انتشارات کمک آموزشی.
25. « ماه نامه رشد آموزشی در رشد تکنولوژی»،1379 ، شماره 127 ، انتشارات دفتر کمک آموزشی.
26. « نشريه ماهانه پيوند»، 1379، شماره 255 ، انتشارات دانشگاه تهران .
27. هرگنهان، بی.آر؛ السون، میتواچ؛1382، «نظریه‌های یادگیری» ، ترجمه سیف، علی‌اکبر، نشر دوران.
28. یزدی، رضا،1389، بررسی علل و عوامل کمرویی، پایان نامه کارشناسی ارشد دانشگاه اصفهان

**Reference**

1. Caspi,J.M,(2009),development of subtypes of shy.
2. Cheek ,buss,A.H,(2010),shyness and sociability.journal of personality and social psychology,330-339.
3. Corey G. Theory and practice of counseling and psychotherapy. 6th ed. Wadsworth: Brooks-Cole;2001: 54-8.
4. Goswick,s.r. jones, w. h. (1981)The self-other diserpancy in social shyness. Schwazer (ed), the self in anexity, stress and depression (pp. 93-107).
5. Henry, J.D.; Phillips, L.H.; Maylor, E.A.; Hosie, J.; Milne, A.B. & Meyer, C. (2006). A new conceptualization of alexithymia in the general adult population: implications for research involving older adults. Journal of Psychosomatic Research, 60, 535– 543.
6. Lizgic, F., Akyuz, G.,Dogan, O., &Kugu, N . (2004). Social phobia among university students and its relation to self-esteem and body image.
7. Loura and Kati,2011, shyness,33-45
8. Monero & Richard ,2009,shyness,Addison-wesly,new York.
9. Navab-Nejad S. [Guidance and group counseling]. 1st ed. Tehran: Tarbeyat Moallem Nashre Daneshghahi; 1995: 30-54. (Persian)
10. Parker, J. D.A.; Taylor, G. J. & Bagby, R.M. (2003). The 20-Item Toronto Alexithymia Scale III. Reliability and factorial validity in a community population. Journal of Psychosomatic Research 55, 69– 275.
11. Shafeeabadi E, Nasari G. [Theories of counseling and guidance]. 8th ed. Tehran: Neshre Daneshghahi; 1999: 11-29. (Persian)

1. W = wants, D = direction, E = self evaluation, P = planing [↑](#footnote-ref-1)
2. polez [↑](#footnote-ref-2)
3. Goswick& Jones [↑](#footnote-ref-3)
4. Zimbardo [↑](#footnote-ref-4)
5. Lizgic [↑](#footnote-ref-5)
6. Keith [↑](#footnote-ref-6)
7. Monero & Richard [↑](#footnote-ref-7)
8. Caspi [↑](#footnote-ref-8)
9. Cheek and Buss [↑](#footnote-ref-9)
10. Loura and Kati [↑](#footnote-ref-10)