رویش روان شناسی، سال۱۰، شماره۱۲، شماره پیاپی ۶۹، اسفند ۱۴۰۰
Rooyesh-e-Ravanshenasi Journal(RRJ),10(12), 2022

اثربخشی رفتار درمانی عقلانی_هیجانی (REBT) بر سیستم‌های فعال ساز/بازداری رفتاری (BAS/BIS)، رفتارهای پرخطر جنسی و اجتناب تجربی در نوجوانان دارای سابقه فرار از خانه

The effectiveness of rational-emotional behavior therapy (REBT) on behavioral activation / inhibition systems (BAS / BIS), high-risk sexual behaviors and experimental avoidance in adolescents with a history of running away from home

اعظم قاسمی (نویسنده مسئول)
کارشناسی ارشد، روانشناسی بالینی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد تربت جام، ایران.
علی کشمیری
کارشناسی ارشد، روانشناسی بالینی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد بیرجند، ایران.
سارا محمدی
کارشناسی ارشد، روانشناسی اسلامی مثبت‌گرا، دانشگاه پیام نور واحد همدان، ایران.
زهرا ساداتی‌نژاد
کارشناسی ارشد، روانشناسی اسلامی مثبت‌گرا، دانشگاه آزاد اسلامی واحد تهران مرکز، ایران.

Azam Ghasemi*
M.Sc., Clinical Psychology, Islamic Azad University, Torbat-e Jam Branch, Iran.
Azamghasemi.1911@gmail.com
Ali Keshmiri
M.Sc., Clinical Psychology, Islamic Azad University, Birjand Branch, Iran.
Sara Mohammadi
M.Sc., Positive Islamic Psychology, Payame Noor University, Hamadan Branch, Iran.
Zahra Sadatinezhad
M.Sc., Positive Islamic Psychology, Islamic Azad University, Central Tehran Branch, Iran.

چکیده

هدف اصلی این پژوهش تعیین اثربخشی رفتاردرمانی عقلانی_هیجانی (REBT) بر سیستم‌های فعال ساز/ بازداری رفتاری(BAS/BIS)، رفتارهای پرخطر جنسی و اجتناب تجربی در نوجوانان دارای سابقه فرار از خانه بود. روش پژوهش نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون_ پس‌آزمون با گروه کنترل بود. جامعه آماری پژوهش شامل نوجوانان مراجعه‌کننده به مراکز گذری کاهش آسیب و سرپناه شبانه زنان و مردان منطقه شوش –هرندی شهر تهران در ۶ ماهه اول سال ۱۴۰۰ بودند که با استفاده از روش نمونه-گیری در دسترس تعداد ۳۰ نفر انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و گواه (هر گروه ۱۵ نفر) گمارده شدند. ابزارهای اندازه‌گیری مقیاس سیستم‌های بازداری/ فعال‌ساز رفتاری (BIS/BAS) (کارور و وایت، ۱۹۹۴)، پرسشنامه رفتارهای پرخطر جنسی (**RSBQ**) (زارعی و همکاران،۱۳۸۹) و پرسشنامه پذیرش و عمل (**AAQ- II**) (باند و همکاران، ۲۰۱۱) بودند. رفتاردرمانی با رویکرد REBT بر سیستم‌های فعال‌ساز/ بازداری رفتاری، رفتارهای پرخطر جنسی و اجتناب تجربی به مدت ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای بر روی گروه آزمایش اجرا شد. نتایج تحلیل کوواریانس چندمتغیری نشان داد که مشاوره گروهی با رویکرد REBT بر کاهش نشانه‌های سیستم‌های فعال‌ساز/ بازداری رفتاری، رفتارهای پرخطر جنسی و اجتناب تجربی تأثیر داشته است ($P<0.05$). با توجه به اثربخشی رفتاردرمانی عقلانی-هیجانی بر نشانه‌های سیستم‌های فعال‌ساز/ بازداری رفتاری، رفتارهای پرخطر جنسی و اجتناب تجربی اجرای کارگاه‌های آموزشی مبتنی بر این مفاهیم در مراکز کاهش آسیب توصیه می‌شود.

واژه های کلیدی: *اجتناب تجربی، بازداری رفتاری، رفتارهای پرخطر جنسی، رویکرد REBT، فعال‌سازی رفتاری*

Abstract

The main purpose of this study was to determine the effectiveness of rational-emotional behavior therapy (REBT) on behavioral activation/inhibition systems (BAS / BIS), high-risk sexual behaviors, and experimental avoidance in adolescents with a history of running away from home. The research method was quasi-experimental with a pre-test-post-test design with the control group. The statistical population of the study included adolescents referring to transient harm reduction centers and night shelters for men and women in the Shush-Harandi area of Tehran in the first 6 months of 1400. Using the available sampling method, 30 people were selected and randomly selected. The experimental and control groups (15 people in each group) were assigned. The scale measuring tools were Inhibition / Behavioral Activation Systems (BIS/BAS) (Carver and White, 1994), the High-Risk Sexual Behaviors Questionnaire (**RSBQ**) (Zarei et al., 2010), and the Acceptance and Action Questionnaire (AAQ- II) (Band et al., 2011). Behavior therapy with REBT approach on behavioral activation/inhibition systems, high-risk sexual behaviors, and experimental avoidance was performed on the experimental group for 8 sessions of 90 minutes. The results of multivariate analysis of covariance showed that group counseling with the REBT approach had an effect on reducing the symptoms of behavioral activation/inhibition systems, high-risk sexual behaviors, and experimental avoidance ($P<0/05$). Due to the effectiveness of rational-emotional behavior therapy on the symptoms of behavioral activation/inhibition systems, high-risk sexual behaviors, and experimental avoidance, it is recommended to conduct training workshops based on these concepts in harm reduction centers.

Keywords: *Experimental Avoidance, Behavioral Inhibition, High Risk Sexual Behaviors, REBT Approach, behavioral activation*

نوع مقاله : پژوهشی **دریافت : مهر ۱۴۰۰** **پذیرش: آبان ۱۴۰۰** **ویرایش نهایی: اسفند ۱۴۰۰**

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-24]

[DOR: 20.1001.1.2383353.1400.10.12.4.6]

مقدمه

دوره نوجوانی از حساس‌ترین و سرنوشت‌سازترین مراحل زندگی فرد و دوره‌ی گذر از کودکی به بلوغ و بزرگسالی است. نوجوانی دوره‌ای سرشار از تغییرات و چالش‌ها است، که با آگاهی افراد در این دوره می‌توان زمینه پیشرفت را ایجاد کرد و چالش‌ها را به فرصت بهینه برای پیشرفت تبدیل نمود (ایزپیتارت، آدرتون، زنگ، آلونسو اربیول و روبینز[۱]، ۲۰۱۹). در دوره نوجوانی افزایش شدید اطلاعات اجتماعی و هیجانی ممکن است موجب ایجاد حساسیت به هیجانات دیگران شود، از این‌رو نوجوان ممکن است برای فرار از این هیجانات خانه و خانواده را ترک کند (اکالز، لورد و باچانان[۲]، ۱۹۹۶). فرار از خانه اگر چه در نگاه اول پدیده‌ای فردی است، اما منجر به اختلال و آشفتگی در نظم اجتماعی می‌شود و منشاء بسیاری از رفتارهای ضداجتماعی و انحرافی در جامعه است. فرار از خانه نوجوانان را در معرض آسیب‌های جدی روانی و جسمی قرار می‌دهد، همچنین در صورت عدم انجام اقدامات مؤثر برای حل آن بخشی از نیروی کار، تولید جامعه و سلامت جسم و روان جامعه از دست خواهد رفت (هاشمی، فاطمی امین و فولادین، ۱۳۹۰). با توجه به نقش عوامل روان‌شناختی در بروز رفتارهای پرخطر؛ در سال‌های اخیر بهداشت روانی نوجوانان مورد توجه ویژه قرار گرفته است (کلیتر، مارتین، کندی و موهلنکامپ[۳]، ۲۰۱۰). نوجوانان ممکن است به خاطر طیف گسترده‌ای از دلایل مانند استقلال، خودمختاری، واکنش خشم نسبت به محیط و افراد خانواده، ناسازگاری ارزش‌ها، عدم کنترل هیجانات و جستجوی هیجان خانه ترک کنند (هاشمی و همکاران، ۱۳۹۰). فرار از خانه خود با افزایش مشکلات روان‌شناختی همراه است که نوجوانان پیش از این با آن مواجه بودند. در بسیاری از موارد نوجوانانی که اقدام به انجام رفتارهای پرخطر می‌کنند، با سطح بالای مشکلات هیجانی روبرو هستند که نمی‌توانند آنها را مدیریت و کنترل کنند و این کاهش سطح کنترل‌گری موجب شکل‌گیری رفتارهای پرخطر خواهد شد (هاشمی، فاطمی امین و فولادیان، ۱۳۸۹). از جمله آسیب‌هایی که می‌تواند با فرار نوجوانان از منزل در ارتباط باشد، سیستم‌های فعال‌ساز/بازداری رفتاری[۴](BAS/BIS)، رفتارهای پرخطر جنسی[۵] و اجتناب تجربی[۶] است؛ که در این پژوهش به آنها پرداخته شده است.

سیستم‌های فعال‌ساز/ بازداری رفتاری به عنوان یکی از عوامل شناختی-هیجانی در حوزه رفتارهای پرخطر مورد توجه قرار گرفته است (کامرانی‌فکور و رسول‌زاده طباطبایی، ۱۳۹۳). به عبارتی می‌توان گفت؛ سیستم‌های مغزی تحت عنوان تغییرات تحولی در کنترل شناختی مطرح هستند، که اخیرا به عنوان یکی از حوزه‌های آسیب‌شناسی دوران نوجوانی مورد توجه قرار گرفته است (واندن ویلدنبرگ و واندرمولن[۷]، ۲۰۰۴). فعالیت سیستم فعال‌ساز رفتاری و عدم بازداری رفتاری تحت عنوان فزون‌کنشی مطرح است که موجب تغییرات تحولی در حوزه شناختی می‌شود. کنش‌های اجرایی به کنش‌های شناختی و خودنظم‌جویی عالی مغز اشاره دارد که موجب هماهنگی اعمال و رفتار می‌شود (کارلسون[۸]، ۲۰۰۵؛ موراسچ و آنبل[۹]، ۲۰۱۰). گری[۱۰] با مطالعه دستگاه‌های مغزی درگیر انواع رفتار و تجربه‌های ذهنی-هیجانی بیان کرد که هیجان‌ها از طریق بخش‌های مختلفی از مغز تنظیم می‌شود (گری و مکناتن[۱۱]، ۲۰۰۰). گری دستگاه درگیر در انواع هیجان‌های مثبت را دستگاه گرایش و دستگاه درگیر در اضطراب را دستگاه بازداری رفتاری یا توقف نامیده است (هان، درسلر، آن کریستین، میکایل و پلیچتا و همکاران[۱۲] ، ۲۰۰۹). گری در نظریه حساسیت نسبت به تقویت[۱۳] سه سیستم مغزی رفتاری به نام‌های سیستم بازداری رفتاری (BIS)، سیستم فعال‌ساز رفتاری (BAS) و رفتار جستجوی پاداش[۱۴] را مطرح می‌کند که، احساس غرور و امید به پاداش به رغم خطر یا تهدید

1 Aizpitarte, Atherton, Zheng, Alonso-ArbiolI & Robins
2 Eccles, Lord & Buchanan
3 Cloutier, Martin, Kennedy & Muehlenkamp
4 Behavioral Activation / Inhibition Systems
5 High-risk sexual behaviors
6 Experimental avoidance
7 Van den Wildenberg & van der Molen
8 Carlson
9 Morasch & Ann Bell
10 Gray
11 McNaughton
12 Hahn, Dresler, Ann-Christine, Michael & Plichta
13 Reinforcement
14 Reward

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-24]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1400.10.12.4.6]

موجود متشکل از دو مؤلفه روی‌آوری و اجتناب فعال است که این سیستم وظیفه حل تعارض را به عهده دارد (کارل و همکاران[1]، ۲۰۰۶). میزان و غلبه این سیستم‌ها در افراد مختلف متفاوت است (گری و مکناتن، ۲۰۰۰). شخصیت‌های ضد اجتماعی و افراد دارای مشکلات رفتاری، یا نظام بازداری ضعیفی دارند و یا بیش واکنشی نظام فعال‌ساز رفتاری در آنها به شکلی عمل می‌کند که حساسیت نظام بازداری را در این افراد مختل می‌سازد (کامرانی‌فکور و رسول‌زاده طباطبایی، ۱۳۹۳). نتایج مطالعات مختلف نشان داده است که سیستم‌های فعال‌ساز/بازداری رفتاری در افراد با مشکلات رفتاری فراوانی بالایی دارد (کامرانی‌فکور و رسول‌زاده طباطبایی، ۱۳۹۳؛ گری و مکناتن، ۲۰۰۰؛ کارل و همکاران، ۲۰۰۶؛ محموزاده ابراهیمی، رحیمی پردنجانی و خراسانی‌نیا، ۱۳۹۴؛ حسنی و خلجی، ۱۳۹۶).

نوجوانانی که از خانه فرار می‌کنند و یا به گونه‌ای درگیر روابط پرخطر می‌شوند به احتمال بیشتری رفتارهای جنسی پرخطر را با شرکای جنسی پرخطر برقرار می‌کنند (ایبنو، واهجونی و دوی[2]، ۲۰۲۰). گاهی نوجوانان حتی به دلیل آزادی‌های جنسی و هیجانات در این زمینه اقدام به فرار ازخانه می‌کنند تا بتوانند آزادی‌های هیجانی خود را کسب کنند و از این‌رو اقدام به برقراری روابط جنسی پرخطر می‌کنند (البرزی، موحد، احمدی و طبیعی، ۱۳۹۸). رفتارهای پرخطر جنسی یکی از رفتارهای پرخطر آسیب‌زا در نوجوانان است که در ۳۰/۴ درصد نوجوانان دارای رفتارهای پرخطر مشاهده می‌شود (رشید، ۱۳۹۴). رفتار جنسی پرخطر، رفتارهای جنسی هستند که به منظور افزایش لذت جنسی از تعدد شریک جنسی تا عدم استفاده از وسایل جلوگیری را شامل می‌شود (لیو[3] و همکاران، ۲۰۱۵).

فرض شده است که اجتناب تجربی نقش مهمی درسبب‌شناسی، تداوم و اصلاح اشکال مختلف آسیب‌های روانی مرتبط با مشکلات هیجانی دارد (اسپینهون، درست، دی‌روجی، ون‌همرت و پنینکس[4]، ۲۰۱۴؛ بیرد، مانسل، دیکنس و تای[5]، ۲۰۱۳). اجتناب تجربی عبارت است از عدم تمایل برای تجربه رویدادهای خصوصی دردناک و آزارنده همراه با تلاش‌هایی برای کنترل، سرکوب و بازداری شکل و فراوانی این رویدادهای خصوصی و زمینه‌هایی که این موقعیت‌ها ایجاد می‌کنند (هیز، ویلسون، گیفورد، فولت و استروسهل[6]، ۱۹۹۶). اجتناب تجربی شامل دو جزء است که عبارتند از: عدم تمایل نسبت به برقراری تماس با تجارب شخصی (حساسیت‌های بدنی، هیجان‌ها، افکار، خاطره‌ها و زمینه‌های رفتاری) و تلاش کردن برای اجتناب از تجربه‌های دردناک و یا وقایعی که موجب فراخواندن این تجارب می‌شوند (هیز و همکاران، ۱۹۹۶). عملکرد اجتناب تجربی، موجب کنترل یا به حداقل رساندن تأثیر تجارب آزارنده می‌شود و آرامش کوتاه‌مدت ایجاد می‌کند که در نتیجه این عمل، به شکل منفی رفتار تقویت می‌شود. این اجتناب، زمانی مشکل‌ساز می‌شود که موجب تداخل در عملکرد روزانه و دستیابی به اهداف زندگی شخص شود (ایفرت[7] و همکاران، ۲۰۰۹).

در ارتباط با تأثیر درمان‌های روان‌شناختی بر سلامت عمومی، تحقیقات متعددی صورت گرفته است. رفتاردرمانی عقلانی-هیجانی[8] (REBT) نوعی درمان شناختی- رفتاری[9] است که توسط آلبرت الیس[10](۱۹۵۰) ابداع شده است. درمان عقلانی -هیجانی که در دهه ۱۹۵۰ توسعه یافت (الیس و مک‌لارن[11]، ۱۳۹۲)، یکی از اولین روش‌هایی است که به عنوان درمان شناختی رفتاری شناخته شده است (محرری، فکورزیبا و اصغری‌پور، ۱۳۹۳). این رویکرد درمانی بیان می‌کند که، تفکر غیرمنطقی در زندگی ریشه در تجربیات اولیه افراد با والدین، فرهنگ و جامعه خود دارد و تفکر غیرمنطقی با احساسات غیرمنطقی همراه است. به طوری که اختلال روانشناختی / عاطفی انسان به دلیل وقایع و شرایط خارجی نیست، بلکه به دلیل تفکر غیرمنطقی است که همراه وقایع و شرایط است. تفکر غیرمنطقی تحریف ادراک و تفسیر از وقایع خارجی است که باعث اختلال روانی / عاطفی می‌شود و افکار غیرمنطقی و احساسات نامعقول را فرا می-گیرد (دستغیب و همکاران، ۱۳۹۲) الیس (۱۹۵۰) بیان می‌کند که رویدادها و اتفاقات پیرامون افراد باعث تنش، اضطراب و افسردگی آن-ها نمی‌شود، بلکه دیدگاه‌ها و باورهای افراد از رویدادها و اتفاقات است که منجر به تنش و اضطراب در آن‌ها می‌شود و زندگی آنان را با مشکل مواجه می‌کند. از نظر وی تفکر منطقی باعث فعالیت بیشتر و برخورد مناسب‌تر با زندگی می‌شود، فرد به صورت مؤثرتری با

1 Carroll
2 Ibnu, Wahjuni & Devy
3 Liu
4 Spinhoven, Drost, De Rooij, Van Hemert & Penninx
5 Bird, Mansell, Dickens & Tai
6 Hayes, Wilson, Gifford, Follette & Strosahl
7 Eifert
8 Rational-emotional behavior therapy
9 cognitive behavioral therapy
10 Ellis
11 MacLaren

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-24]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1400.10.12.4.6]

حوادث و مشکلات برخورد می‌کند. به نظر الیس (۱۹۵۰) هر چه عقاید افراد غیرمنطقی‌تر باشند، انسان در برابر اختلالات روانی آسیب-پذیرتر می‌شوند (راسنر[1]، ۲۰۱۱). با توجه به اینکه در درمان عقلانی-هیجانی تمرکز بر افکار و احساسات همراه آن است و در نوجوانانی که مرتکب رفتارهای پرخطری همچون فرار از خانه می‌شوند احساسات و افکار به گونه‌ای غیرمنطقی موجب ایجاد واکنش‌های هیجانی در این گروه از افراد می‌شود لذا می‌توان انتظار داشت که درمان فوق می‌تواند موجب کاهش مشکلات عاطفی و رفتاری در این گروه شود (بانکس و زیونتس[2]، ۲۰۰۹). پژوهش‌های انجام گرفته نشان از اثربخش بودن رفتاردرمانی عقلانی-هیجانی بر مشکلات عاطفی و رفتاری (بانکس و زیونتس، ۲۰۰۹؛ التان، هایلند، والیرس و دیوید[3]، ۲۰۱۷؛ زیگلر[4]، ۲۰۰۰)، هیجانات (بانکس و زیونتس، ۲۰۰۹؛ بانکس، ۲۰۱۱؛ دین، تورنر و وانگ[5]، ۲۰۱۷؛ موریس، تود و ابانک[6]، ۲۰۱۷؛ نیازی، مامی و احمدی، ۱۳۹۷؛ دربانی، مالکی، رستمی و کشاورز، ۱۳۹۵؛ پایدار، حمیدی و کارگر، ۱۳۹۷)، سلامت روان (سوریلنا[7] و همکاران، ۲۰۱۴؛ تورنر[8]، ۲۰۱۶؛ دهقانی، ۱۳۹۵)، رفتارهای پرخطر (ابینوسو، بالگوئل، نوافور و تونیماچی[9]، ۲۰۱۹؛ درایدن[10]، ۲۰۱۲)، تکانشگری (هانی‌اصل حیزانی و محمدی بیجائیه، ۱۳۹۸) و سازگاری اجتماعی (دربانی و همکاران، ۱۳۹۵؛ نفیسی و فتاحی اندبیل، ۱۳۹۹؛ پایدار و همکاران، ۱۳۹۷) دارد.

با در نظر گرفتن این نکته که نوجوانان با بحران‌های متفاوتی در دوره رشد خود مواجه می‌شوند و مشکلات رفتاری نوجوانان عاملی است که موجب آسیب به فرد و جامعه می‌شود، توجه به آسیب‌های پیش‌رو در این دوره اهمیت دارد. همچنین با توجه به اینکه رفتاردرمانی عقلانی-هیجانی بر کاهش مشکلات رفتاری و عاطفی مختلف اثربخش است و پیش‌تر این موضوع در پژوهش‌های مختلف بررسی و تأیید شده است لذا با در نظر گرفتن این نکته که تاکنون پژوهشی اثربخشی درمان مورد نظر را بر متغیرهای سیستم‌های فعال‌ساز/ بازداری رفتار، رفتارهای پرخطر جنسی و اجتناب تجربی مورد بررسی قرار نداده است و متغیرهای فوق در دامنه مشکلات هیجانی و عدم کنترل‌گری هیجانی مشترک هستند این پژوهش با هدف تعیین اثربخشی رفتاردرمانی عقلانی-هیجانی (REBT) بر سیستم‌های فعال ساز/بازداری رفتاری(BAS/BIS)، رفتارهای پرخطر جنسی و اجتناب تجربی در نوجوانان دارای سابقه فرار از خانه انجام شد.

روش

روش پژوهش حاضر نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون_ پس‌آزمون با گروه کنترل بود. جامعه آماری پژوهش شامل نوجوانان مراجعه-کننده به مراکز گذری کاهش آسیب و سرپناه شبانه زنان و مردان منطقه شوش –هرندی شهر تهران در ۶ ماهه اول سال ۱۴۰۰ بودند. روش نمونه‌گیری پژوهش حاضر به صورت در دسترس بود و با این روش تعداد ۳۰ نفر از نوجوانان مراجعه‌کننده به مراکز کاهش آسیب انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و گواه بدون هیچ‌گونه مداخله‌ای (هر گروه ۱۵ نفر) گمارده شدند. نوجوانان دارای شرایط سنی ۱۳ تا ۱۹ سال به عنوان نمونه پژوهش انتخاب شدند. ملاک‌های ورود به پژوهش عبارت بودند از: فرار از خانه، سابقه انجام رفتارهای پرخطر (مصرف موادمخدر، رابطه جنسی پرخطر و ...) و علاقه و رضایت برای شرکت در پژوهش و تعهد به ادامه همکاری در روند پژوهش بود. ملاک خروج از پژوهش نیز عدم همکاری با پژوهشگر و عدم تکمیل پرسشنامه‌های پژوهش بود. همچنین در این پژوهش پس از اطمینان دادن به شرکت‌کنندگان در خصوص حفظ گمنامی و حریم خصوصی آن‌ها تحلیل نتایج با اختصاص دادن کد به هر شرکت‌کننده انجام شده است. همچنین هدف پژوهش برای شرکت‌کنندگان و مسئول مربوطه توضیح داده شد و رضایت شرکت‌کنندگان برای شرکت در پژوهش اخذ شد. همچنین لازم به ذکر است که، جهت تجزیه و تحلیل داده‌ها از روش آماری تحلیل کوواریانس چندمتغیره (مانکوا) و نرم‌افزار **spss** نسخه ۲۴ استفاده شده است.

1 Rosner
2 Banks & Zionts
3 Oltean, Hyland, Vallières & David
4 Ziegler
5 Deen, Turner & Wong
6 Morris,Tod & Eubank
7 Surilena
8 Turner
9 Obi-nwosu, Baleguel, Nwafor & Onyemaechi
10 Dryden

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-24]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1400.10.12.4.6]

ابزار سنجش

مقیاس سیستم‌های بازداری/ فعال‌ساز رفتاری[1] (BIS/ BAS): این مقیاس توسط کارور و وایت[2] (۱۹۹۴)، به منظور ازیابی تفاوت‌های فردی در حساسیت سیستم‌های بازداری و فعال‌ساز رفتاری توسعه یافت (بشرپور، ۱۳۹۴). این مقیاس دارای ۲۴ گویه است که ۷ سؤال مربوط به بازداری رفتاری و ۱۳ سؤال مربوط به فعال‌ساز رفتاری است و ۴ سؤال خنثی است. این پرسشنامه فعالیت سیستم بازداری رفتاری را به وسیله خرده مقیاس حساسیت به تنبیه و فعالیت سیستم فعال‌سازی رفتاری را به وسیله سه خرده مقیاس پاسخ‌دهی به پاداش، سایق و جستجوی سرگرمی مورد ارزیابی قرار می‌دهد. آزمودنی‌ها به این سؤالات در مقیاس لیکرت (کاملا درست=۴، کاملا نادرست= ۱) پاسخ می‌دهند. دامنه نمرات بازداری رفتاری از ۷ تا ۲۸ و دامنه نمرات فعال‌ساز رفتاری از ۱۳ تا ۵۲ است. کارور و وایت (۱۹۹۴)، ثبات درونی زیر مقیاس بازداری رفتار را ۰/۷۴ و ثبات درونی زیرمقیاس فعال‌ساز رفتاری را ۰/۷۱ گزارش کرده‌اند. ثبات درونی بازداری رفتاری با استفاده از روش ضریب آلفای کرونباخ ۰/۷۲ و روایی افتراقی آن با آزمون اضطراب بک[3] ۰/۵۵ گزارش شده است (بشرپور، ۱۳۹۴). ضریب آلفای کرونباخ خرده مقیاس‌های بازداری و فعال‌سازی به ترتیب ۰/۷۸ و ۰/۸۱ گزارش شده است (بشرپور، ۱۳۹۴). همنین ضریب آلفای کرونباخ خرده مقیاس‌های این مقیاس در دامنه ۰/۶۵ تا ۰/۹۳ گزارش شده است (بشرپور، ۱۳۹۴). ضریب آلفای کرونباخ پرسشنامه در پژوهش مجدی و همکاران (۱۳۹۸)، ۰/۷۳ به دست آمد. در پژوهش حاضر پایایی پرسشنامه با استفاده از روش آلفای کرونباخ برای مقیاس‌های بازداری رفتار ۰/۷۵ و برای فعال‌ساز رفتاری ۰/۷۶ بدست آمده است.

پرسشنامه رفتارهای پرخطر جنسی[4] (RSBQ): این پرسشنامه دارای ۱۰ گویه است و توسط زارعی و همکاران (۱۳۸۹) تهیه شد. نمره‌گذاری پرسشنامه به این صورت است که هشت سؤال اول به صورت مستقیم و با طیف لیکرت از ۰ تا ۴ و دو پرسش پایانی به صورت معکوس و از ۰ تا ۳ متغیر است. نمره کل، نمره رفتارهای پرخطر شخص را مشخص می‌کند، به گونه‌ای که هر چه نمره فرد بالاتر باشد نشان‌دهنده میزان بیشتر رفتارهای پرخطر جنسی او است. دامنه نمرات بین صفر تا ۳۸ است که نمره بالاتر نشان‌دهنده میزان بیشتر رفتارهای پرخطر است. این پرسشنامه میزان رفتارهای پرخطر جنسی را در ابعاد عدم استفاده از کاندوم، مصرف مواد مخدر حین رابطه، شرکای جنسی زیاد، روابط جنسی غیرمعمول (دهانی و مقعدی)، مورد سنجش قرار می‌دهد. پایایی پرسشنامه به روش بازآزمایی بعد از دو هفته ۰/۶۸ محاسبه شده است و آلفای کرونباخ آن ۰/۸۶ است (زارعی و همکاران، ۱۳۸۹). همچنین روایی این پرسشنامه با استفاده از تحلیل عامل اکتشافی دو ساختار دو عاملی استخراج شد که در مجموع ۷۱/۷۳ درصد از واریانس پرسشنامه را تبیین کرد. عامل اول با شش سؤال و با توجه به محتوای سؤال ها و با توجه به محتوای سؤالات رفتار جنسی نامعقول نمره‌گذاری شد (زارع، آهی، وزیری و شهابی‌زاده، ۱۳۹۸). در پژوهش لرکی و همکاران (۱۳۹۳)، آلفای کرونباخ این پرسشنامه ۰/۸۶ گزارش شده است. در پژوهش حاضر نیز آلفای کرونباخ به‌دست آمده ۰/۷۸ است.

پرسشنامه پذیرش و عمل[5] (AAQ- II): این پرسشنامه شامل ۱۰ گویه است که توسط باند[6] و همکاران (۲۰۱۱) طراحی شده است. نسخه اولیه این پرسشنامه شامل ۳۶ گویه بود که به وسیله هیز و همکاران (۲۰۰۶) تدوین شده بود. این پرسشنامه دو زیرمؤلفه اجتناب تجربی و کنترل روی زندگی را مورد آزمون قرار می‌دهد. در پژوهش حاضر هدف سنجش اجتناب تجربی بوده است که ۷ گویه پرسشنامه مورد بررسی قرار گرفته است. نمره‌گذاری پرسشنامه بر اساس طیف ۷ درجه‌ای لیکرت (۷= کاملاً موافقم تا ۱= کاملاً مخالفم) انجام می‌شود و عبارات زیر مقیاس اجتناب از تجارب هیجانی به صورت معکوس نمره‌گذاری می‌شوند، به این ترتیب نمرات بالا نشان‌دهنده اجتناب تجربی بیشتر است. همچنین دامنه نمرات در این مقیاس بین ۱۰ تا ۷۰ است. در پژوهش باند و همکاران (۲۰۱۱) ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۴ و پایایی بازآزمایی در فاصله ۳ تا ۱۲ ماه به ترتیب ۰/۸۱ و ۰۰/۷۸ گزارش شده است. در پژوهش عباسی و همکاران (۱۳۹۱) این پرسشنامه مورد هنجاریابی قرار گرفت و همسانی درونی پرسش‌نامه با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ ۸۴/، ضریب پایایی بازآزمایی آن نیز با استفاده از روش آلفای کرونباخ در فاصله ۳ و ۱۲ ماه به ترتیب ۰/۸۱ و ۰/۷۹ به دست آمد. به منظور بررسی روایی ساختاری، از تحلیل عاملی اکتشافی به شیوه‌ی مؤلفه‌های اصلی استفاده شد و مقادیر KMO ۰/۸۶ به دست آمد. در پژوهش

1 Behavioral / Active Behavior Systems Scale
2 Carver & White
3 Beck Anxiety Test
4 **Risky sexual behaviors questionnaire** ب
5 Acceptance and action questionnaire
6 Bond

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-24]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1400.10.12.4.6]

ایمانی و پورشهبازی (۱۳۹۶) همسانی درونی پرسشنامه با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ در عامل اجتناب تجربی ۰/۸۹ و ضریب تصنیف آن در کل عامل اجتناب تجربی برابر ۰/۸۳ گزارش شد. ضریب آلفای کرونباخ به دست آمده در پژوهش حاضر نیز ۰/۸۲ است.

روش اجرای پژوهش

پس از مراجعه به مراکز کاهش آسیب و سرپناه شبانه محله شوش-هرندی در شهر تهران که در پارک شوش واقع شده، با جلب رضایت از مسئولین مربوطه و با بررسی پرونده‌های نوجوانان ۱۳ تا ۱۹ سال که طی مصاحبه‌ای فرار از منزل توسط مددکار و روانشناس این مراکز تأیید شده بود، تعداد ۳۰ نفر از افرادی که در ماه اخیر مراجعه حضوری و کامل در مراکز داشته و در فرم روزانه اسامی آنها ثبت شده بود انتخاب شدند. پس از جلب رضایت آن ها برای شرکت در پژوهش و در نظر گرفتن یک هدیه از سوی پژوهشگر به عنوان تشویق شرکت‌کنندگان برای ادامه همکاری در روند پژوهش و با در نظر گرفتن ملاحظات اخلاقی ۳۰ نفر انتخاب شده در دو گروه آزمایش و گواه به صورت تصادفی گمارده شدند و مداخله برای گروه آزمایش به مدت ۸ جلسه (هفته‌ای دو بار) و هر جلسه ۹۰ دقیقه اجرا شد.

جدول۱ .خلاصه جلسات رفتاردرمانی عقلانی-هیجانی (REBT)

جلسه	محتوای جلسات
اول	معارفه اعضای گروه به یکدیگر، توضیح درباره اهداف و مقررات گروه توسط رهبر گروه و توافق بر سر حضور جلسه مشارکت، تاکید بر عدم شرکت در دوره‌های مشابه دیگر تا آخر دوره و معرفی روش مشاوره گروهی با رویکرد عقلانی -هیجانی -رفتاری.
دوم	بررسی و بیان مشکلات اعضا و ایجاد انگیزه برای مشاوره و درمان، آشنایی بیش تر اعضا با رویکرد عقلانی -هیجانی -رفتاری و باورهای غیرمنطقی .در این جلسه تکلیف ثبت افکار به گروه آموزش داده شد
سوم	ذکر نمونه هایی از حوادث زندگی و بحث گروهی در زمینه چگونگی تاثیر باورها در واکنش های افراد و بحث اعضای گروه با هم در مورد این که شیوه اندیشیدن آنها باعث واکنش آنها در برابر حوادث می‌گردد
چهارم	مرور جلسات قبل و آشنایی بیشتر اعضای گروه با رویکرد درمانی عقلانی -هیجانی-رفتاری برای کشف افکار غیرمنطقی و بررسی افکار غیرمنطقی در راستای سیستم‌های فعال‌ساز/بازداری رفتاری، رفتارهای پرخطر و اجتناب شناختی و نحوه مجادله فعال با عقاید غیرعقلانی -در این جلسه تکلیف فرم سه ستونی جهت ثبت افکار و عقاید غیرعقلانی و مجادله با آنها ارایه شد.
پنجم	بررسی گروهی و تحلیل افکار، نگرش ها، احساسات غیرمنطقی نسبت به خود و حوادث پیرامون و آشنایی با مدلABCD و آموزش اصول این مدل به اعضا. در این جلسه تکلیف فرم سه ستونی با تاکید بر تغییر خودبیانی‌ها آموزش و ارایه شد.
ششم	شناخت افکار غیرمنطقی، بایدها، نبایدها و تاثیر آنها در شکل‌گیری استرس زناشویی و بحث گروهی اعضا با یک دیگر درباره جایگزین کردن افکار منطقی به جای افکار غیرمنطقی. تصویرسازی عقلانی هیجانی-تمرین حمله به شرم.
هفتم	مرور جلسات قبل و پیگیری تکالیف-تقویت‌ها و مجازات‌ها -تشویق به مهارت‌آموزی، بحث در مورد روش‌های مقابله با افکار غیرمنطقی و جایگزین کردن آن با افکار منطقی و دادن تکلیف برای جلسه بعد؛ ایجاد آمادگی برای پایان گروه. در انتهای این جلسه توضیح داده شد که جلسه بعد، آخرین جلسه خواهد بود.
هشتم	مرور تکلیف جلسه قبل و انجام تمرین های عملی به شیوه گروهی و جمع‌بندی کلیه جلسات. مورد بحث قرار دادن نحوه استفاده از فنون در سایر ابعاد زندگی پرداختن به احساسات اعضا در مورد گروه و پایان دادن به آنها. پرداختن به امور ناتمام اعضا و تلاش برای تمام کردن آنها. گرفتن پس آزمون.

یافته ها

در این پژوهش میانگین سن شرکت‌کنندگان ۱۴/۲۸ و انحراف معیار سنی آن‌ها ۱/۳۱ بود. همچنین از میان شرکت‌کنندگان در پژوهش ۱۶ نفر دختر و ۱۴ نفر پسر بودند. به این صورت که در گروه آزمایش و گواه ۸ نفر دختر و ۷ نفر پسر گمارده شدند.

در جدول شماره۲، میانگین و انحراف استاندارد متغیرهای پژوهش به تفکیک گروه‌ها مطرح شده است.

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-24]

[DOR: 20.1001.1.2383353.1400.10.12.4.6]

جدول ۲. میانگین و انحراف استاندارد متغیر در گروه‌های پژوهش

	گروه آزمایش				گروه گواه			
	پیش آزمون		پس آزمون		پیش آزمون		پس آزمون	
	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد
فعال‌ساز رفتاری	۵۱/۸۶	۹/۷۵	۲۲/۵۳	۶/۱۳	۵۸/۸۶	۸/۸۷	۵۵/۶۶	۹/۶۷
بازداری رفتاری	۱۳/۹۳	۲/۳۱	۲۳/۶۰	۲/۷۷	۱۰/۸۰	۲/۷۳	۱۱/۲۶	۲/۵۲
رفتارهای پرخطر جنسی	۳۴/۶۶	۳/۳۷	۱۵/۴۰	۳/۲۲	۳۴/۳۳	۳/۰۸	۳۳/۰۳	۳/۸۶
اجتناب تجربی	۵۷/۴۶	۵/۹۶	۲۷/۴۰	۴/۸۲	۵۵/۸۶	۶/۸۰	۵۳/۶۶	۵/۰۳

نتایج جدول ۲ نشان می‌دهد میانگین متغیرهای فعال‌ساز رفتاری، رفتارهای پرخطر جنسی و اجتناب تجربی در گروه گواه در پیش و پس‌آزمون تغییر محسوسی نداشته است ولی میانگین گروه آزمایش در پس‌آزمون در مقایسه با پیش‌آزمون کاهش داشته است. همچنین میانگین نمرات بازداری رفتاری در گروه آزمایش در مرحله پس‌آزمون نسبت به مرحله پیش‌آزمون افزایش و در گروه گواه تغییر محسوسی نداشته است.

برای بررسی نرمال بودن داده‌ها از آزمون کلموگروف اسمیرنف استفاده شده است که نتایج نشان داده است که متغیرهای فعال‌ساز رفتاری ۰/۱۲، بازداری رفتاری ۰/۱۱، رفتارهای پرخطر جنسی ۰/۱۳ و اجتناب تجربی ۰/۱۴ دارای سطح معناداری بزرگتر از ۰/۰۵ بودند، از این‌رو شرط استفاده از آزمون‌های پارامتریک برقرار است. همچنین نتایج آزمون لوین برای بررسی شرط برابری واریانس‌ها در فعال‌ساز رفتاری با معناداری ۰/۱۹، بازداری رفتاری ۰/۲۲، رفتارهای پرخطر جنسی ۰/۱۶ و اجتناب تجربی ۰/۱۴است و این امر پایایی نتایج بعدی را مورد تأیید قرار می‌دهد. مفروضه همگنی شیب‌های رگرسیون به دلیل این که تعامل بین گروه، پیش‌آزمون، پس‌آزمون در متغیرهای فعال‌ساز رفتاری ۰/۲۱، بازداری رفتاری ۰/۳۱، رفتارهای پرخطر جنسی ۰/۴۵ و اجتناب تجربی ۰/۷۹ بالاتر از سطح آلفا ۰/۰۵ به دست آمده است. بنابراین از مفروضه همگنی شیب‌های رگرسیون تخطی نشده است ($p>0/05$). همچنین مشاهده شده است که بین شاخص‌های اعتبار آزمون (اثر پیلایی، لامبدای ویلکز و اثرهتلینگ، بزرگترین ریشه خطا) بین دو گروه آزمایش و کنترل تفاوت معنی‌داری در سطح ($P=۰/۰۵$) وجود دارد. بنابراین از مفروضه همگنی شیب‌های رگرسیون تخطی نشده است، پس استفاده از تحلیل کوواریانس بلامانع است.

جدول۳. نتایج آزمون تحلیل کوواریانس

-	-	مجموعه مجذورات	Df	میانگین مجذورات	F	P	اندازه اثر
فعال‌ساز رفتاری	اثر گروه	۳۳۵۰/۷۷۴	۱	۳۳۵۰/۷۷۴	۱۹۷/۶۵۵	۰/۰۰۱	۰/۸۹۲
	اثر پیش‌آزمون	۴۰۸/۶۳۷	۱	۴۰۸/۶۳۷	۲۴/۱۰۵	۰/۰۰۱	۰/۵۰۱
	خطا	۴۰۶/۸۶۳	۲۴	۱۶/۹۵۳			
	کل	۵۱۰۶۲/۰۰۰	۳۰				
بازداری رفتاری	اثر گروه	۱۳۸۸/۹۷۰	۱	۱۳۸۸/۹۷۰	۷۵۰/۴۹۳	۰/۰۰۱	۰/۹۶۹
	اثر پیش‌آزمون	۹۱/۵۵۰	۱	۹۱/۵۵۰	۴۹/۴۶۷	۰/۰۰۱	۰/۶۷۳
	خطا	۴۴/۴۱۸	۲۴	۱/۸۵۱			
	کل	۱۰۱۳۲/۰۰۰	۳۰				
رفتارهای پرخطر جنسی	اثر گروه	۲۰۲۴/۶۸۱	۱	۲۰۲۴/۶۸۱	۱۱۶/۰۹۱۷	۰/۰۰۱	۰/۹۸۰
	اثر پیش‌آزمون	۲۴۶/۳۵۴	۱	۲۴۶/۳۵۴	۱۴۰/۸۲۴	۰/۰۰۱	۰/۸۵۴
	خطا	۴۱/۹۸۵	۲۴	۱/۷۴۹			
	کل	۲۰۳۱۳/۰۰۰	۳۰				

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-24]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1400.10.12.4.6]

اجتناب تجربی	اثر گروه	۴۵۸۱/۶۳۴	۱	۴۵۸۱/۶۳۴	۷۵۹/۵۱۱	۰/۰۰۱	۰/۹۶۹
	اثر پیش‌آزمون	۴۶۹/۲۲۱	۱	۴۶۹/۲۲۱	۷۷/۷۸۴	۰/۰۰۱	۰/۷۶۴
	خطا	۱۴۴/۷۷۶	۲۴	۶/۰۳۲			
	کل	۵۵۱۴۴/۰۰۰	۳۰				

همانطور که نتایج جدول ۳ نشان می‌دهد با کنترل اثر پیش‌آزمون، رفتاردرمانی عقلانی- هیجانی (REBT) بر کاهش سیستم‌های فعال ساز/رفتاری، رفتارهای پرخطر جنسی و اجتناب تجربی و افزایش بازداری رفتاری در نوجوانان دارای سابقه فرار از خانه اثربخش است. به عبارتی نتایج نشان داده است که سطح معناداری به دست آمده کمتر از مقدار ۰/۰۵ است که حاکی از اثربخشی این رویکرد بر متغیرهای پژوهش است.

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف تعیین اثربخشی رفتاردرمانی عقلانی-هیجانی (REBT) بر سیستم‌های فعال ساز/بازداری رفتاری(BAS/BIS)، رفتارهای پرخطر جنسی و اجتناب تجربی در نوجوانان دارای سابقه فرار از خانه انجام شد. نتایج پژوهش حاضر نشان داد که رویکرد REBT موجب کاهش نشانه‌های فعال‌ساز/ بازداری رفتاری در نوجوانان دارای سابقه فرار از خانه می‌شود. نتایج این پژوهش با یافته‌های پژوهشی بانکس و زیونتس (۲۰۰۹)، التان و همکاران (۲۰۱۷)، زیگلر (۲۰۰۰)، دربانی و همکاران (۱۳۹۵)، نفیسی و فتاحی اندبیل (۱۳۹۹)، پایدار و همکاران (۱۳۹۷) همسو است.

در تبیین این یافته می توان گفت که نوجوانان با سابقه فرار از خانه دارای مشکلات بسیاری در زمینه کنترل هیجانات و یا مدیریت آن هستند. از این‌رو می‌توان انتظار داشت که سیستم‌های فعال‌ساز رفتاری با افزایش تمایل به ارتکاب رفتارهای هیجان‌برانگیز همراه است. افزایش فعالیت‌سیستم فعال‌ساز رفتاری و کاهش فعالیت سیستم بازداری رفتاری موجب افزایش گرایش به رفتارهای پرخطر در نوجوانان می‌شود. رویکرد عقلانی، عاطفی و هیجانی بیان می‌کند که افکار، رفتار و احساسات نتیجه باورها و فرض‌های افراد از خود، جهان و دیگران است و باورهای نامعقول موجب افزایش مشکلات روان‌شناختی در افراد می‌شود. یکی از اهداف درمانREBT ، کار روی فرآیندهای زیربنایی شناخت و توجه به اثرگذاری شناخت و رفتار بر یکدیگر است (بانکس و زیونتس، ۲۰۰۹). به عبارتی این رویکرد بر این امر تأکید می‌کند که هیجان‌ها و رفتارهای ناخوشایند به وسیله باورها و فرض‌های زیربنایی استاز این‌رو به افراد کمک می‌کند تا با آگاهی از تجربیات شناختی و هیجانی خود و بیان درست تجربیات درونی هیجان‌ها تنظیم هیجانی ایجاد شود. این تجربیات در قالب کلمات، معنا و انعکاس، نمادگذاری شوند تا بتوان با برچسب مجدد، هیجان‌های سالمی را فعال نمود که با نیازها و اعمال مربوط با آن مرتبط شوند (التان و همکاران، ۲۰۱۷). این عمل می‌تواند در نتیجه سیستم‌های فعال‌ساز رفتاری در افراد را که در نتیجه مواجه با تنش در حد بالایی فعال می‌کند کاهش دهد و سیستم بازداری رفتاری در افراد را به واسطه تعدیل هیجان‌ها افزایش دهد تا افراد نوعی آگاهی از هیجان را تجربه کنند و واکنش هیجانی به پیشامدها نشان ندهند از این‌رو موجب کاهش مشکلات سیستم‌های فعال‌ساز/ بازداری رفتاری در افراد می‌شوند. مدیریت شناخت‌ها، احساسات و هیجان‌ها فرد را قادر می‌سازد تا برای مواجه شدن با هیجان‌های منفی از یک الگوی وفق دهنده که کمتر باعث بروز مشکلات سلامت روان می‌شود استفاده کنند، که این امر موجب کاهش سطح فعال‌ساز رفتاری-هیجانی می-گردد. در روش درمانی REBT، افراد با روش‌های شناختی با هیجان‌های مثبت و منفی خود آشنا شده و آگاهی هیجانی خود را افزایش می‌دهند. در این روش افراد با توجه به هیجان‌های مثبت و تفکر در مورد آن‌ها، بازبینی و کنترل خلق مثبت و ارزیابی مجدد هیجان‌های مثبت و منفی به کاهش خلق منفی کمک می‌کنند. پذیرش حالت‌های هیجانی به جای پرهیز و بازداری هیجان‌ها و تعدیل شناخت‌ها و فرض‌های زیربنایی به مدیریت هر چه بیشتر خلق کمک می‌کند و از این‌رو مشکلات مرتبط با هیجانات و رفتارها را در افراد کاهش می‌دهد (زیگلر، ۲۰۰۰).

نتایج پژوهش نشان داده است که رویکرد REBT موجب کاهش نشانه‌های رفتارهای پرخطر جنسی در نوجوانان دارای سابقه فرار از خانه می‌شود. این یافته با نتایج پژوهش‌های بانکس و زیونتس (۲۰۰۹)، بانکس (۲۰۱۱)، دین و همکاران (۲۰۱۷)، موریس و همکاران (۲۰۱۷)، ابینوسو و همکاران (۲۰۱۹)، درایدن (۲۰۱۲)، نیازی و همکاران (۱۳۹۷)، دربانی و همکاران (۱۳۹۵) و پایدار و همکاران (۱۳۹۷) همسو است.

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-24]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1400.10.12.4.6]

در تبیین این یافته می توان گفت که رفتارهای پرخطر جنسی نیز به عنوان نوعی رفتار که در اثر مواجه هیجان‌مدار با تنش‌ها رخ می‌دهد می‌تواند در اثر بروز واکنش‌های هیجانی کنترل نشده در افراد منجر به ایجاد مشکلات رفتاری شود، به همین جهت افراد درگیر در اینگونه مشکلات هیجانی نیز نیازمند مدیریت صحیح هیجانی می‌باشند؛ که در درمان REBTبا تمرکز بر اینکه هیجان‌ها عمدتا از عقاید، ارزیابی‌ها، تعبیرها و واکنش‌های افراد به شرایط زندگی ناشی می‌شوند، سعی در کاهش مشکلات هیجانی این افراد نموده و نمرات پس‌آزمون در این پژوهش گویای کاهش این علائم در گروه آزمایشی نسبت به گروه گواه می‌باشد. محوریت درمان عقلانی، عاطفی و هیجانی بر آشکار شدن و آگاهی هیجانی است (ابینوسو و همکاران، ۲۰۱۹)؛ از این رو، با به کارگیری این روش درمانی، افراد دارای مشکل در تنظیم هیجان که به عبارتی با انواع رفتارهای پرخطر همچون رفتارهای پرخطر جنسی از تنش‌های روبه فزونی رفتارهای آسیب‌زا خود آگاه می‌شوند.

همچنین نتایج پژوهش حاضر نشان داده است که رویکرد REBT موجب کاهش نشانه‌های اجتناب تجربی در نوجوانان دارای سابقه فرار از خانه می‌شود و با نتایج پژوهش‌های سوریلنا و همکاران (۲۰۱۴)، تورنر (۲۰۱۶)، دهقانی (۱۳۹۵)، تورنر (۲۰۱۶)، موریس و همکاران (۲۰۱۷) و دهقانی (۱۳۹۵) همسو است.

در تبیین این یافته می توان گفت که با توجه به اینکه فرار از خانه، به عنوان ساز و کاری دفاعی با واکنش جبرانی و رهایی‌بخش مطرح است. نوجوان به سبب رهایی از رنج درون منزل خود به خیابان پناه می‌برد. اما برخلاف تصوری که در ابتدای امر از فضای بیرون دارد، پس از فرار با محیطی ناشناخته مواجه می‌شود که او را دچار سردرگمی و آشفتگی می‌کند. این محیط و مسیرهایی که ناخواسته پیش روی اوست پیامدهای وخیمی را برای نوجوان ایجاد می‌کند. به دنبال افزایش تنش‌های پیش‌آمده و مخاطرات جدید با توجه به اینکه این افراد در کنترل هیجانات خود در مواجهه با تنش‌ها دچار مشکل هستند قادر نخواهند بود موقعیت جدید را مورد ارزیابی قرار دهند و از این‌رو بازداری بر رفتار خود ندارند و با هر موقعیتی سیستم واکنش‌دهی هیجانی در این افراد فعال می‌شود. در واقع نوجوان در مقابل موقعیت تنش‌زا به جای رویارویی و یا حل مسأله، با اجتناب کردن از موقعیت از تجربه تنش می‌گریزد و این اجتناب به شکل‌گیری یک الگوی انعطاف‌ناپذیر تجربه و پاسخ منجر می‌شود (موریس و همکاران، ۲۰۱۷) و در نهایت به شکل‌گیری نوعی آسیب‌پذیری روان‌شناختی منجر می‌شود که براساس آن، انواعی از پیامدهای روانی-اجتماعی نامطلوب می‌شود. رویکرد عقلانی، عاطفی و هیجانی به افراد کمک می‌کند که مهارت‌هایی را بیاموزند که ابزارهایی را در اختیار آنها قرار می‌دهد تا عقاید نامعقولی را که اکتساب شده و توسط آنها ساخته شده‌اند و اکنون با تلقین فکری حفظ می‌شوند، تشخیص داده و زیر سؤال ببرند. افراد با این رویکرد می‌آموزند چگونه شناخت‌های ثمربخش و معقول را جایگزین شیوه‌های بی‌ثمر تفکر کنند و در نتیجه واکنش‌های اجتنابی و هیجانی خود را به موقعیت‌ها تغییر دهند (تورنر، ۲۰۱۶).

با توجه به نتایج حاصل از پژوهش رفتاردرمانی عقلانی- هیجانی بر سیستم‌های فعال‌ساز/بازداری رفتاری، رفتارهای پرخطر جنسی و اجتناب تجربی اثربخش است و موجب کاهش مشکلات روان‌شناختی در نوجوانان با رفتارهای آسیب‌رسان فرار از منزل می‌شود. پژوهش حاضر دارای برخی محدودیت‌ها است که باید هنگام تعمیم‌دهی به گروه‌های دیگر در نظر داشت. از محدودیت‌های این پژوهش می‌توان به این موارد اشاره نمود: این مطالعه محدود به ۳۰ نفر از نوجوانان مراجعه‌کننده به مراکز گذری کاهش آسیب و سرپناه شبانه زنان و مردان منطقه شوش –هرندی شهر تهران در ۶ ماهه اول سال ۱۴۰۰ بوداز این رو در تعمیم یافته ها به سایر افراد باید احتیاط کرد. همچنین در این پژوهش از شیوه نمونه‌گیری در دسترس برای جمع‌آوری نمونه پژوهش استفاده شده است و امکان تورش در گزینش نمونه وجود دارد. محدودیت دیگر در این پژوهش عدم کنترل برخی از متغیرهای مداخله‌گر نظیر وضعیت سلامت روان، طلاق والدین، مشکلات روان‌شناختی در سایر اعضای خانواده و... بود. پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های پیش‌رو این پژوهش بر روی سایر گروه‌های آسیب‌پذیر یا آسیب‌دیده دیگر نیز صورت گیرد، همچنین در پژوهش حاضر با استفاده از پرسشنامه داده‌های پژوهش جمع‌آوری شدند و امکان کنترل سایر عوامل مانند تحصیلات، درآمد خانواده و سابقه رفتارهای پرخطر در سایر اعضای خانواده وجود نداشت و پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های بعدی عوامل ذکر شده مد نظر قرار گیرند و به عنوان شناخت عوامل مؤثر بر رفتارهای قانون‌شکنانه استفاده شود. در مجموع، با توجه به یافته‌های به دست آمده و مرور پژوهش‌های گذشته لازم است مطالعات گسترده‌تری در این زمینه صورت گیرد تا بتوان آسیب‌های پیش‌رو را به میزان قابل توجهی کاهش داد.

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-24]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1400.10.12.4.6]

تضاد منافع: پژوهش حاضر بدون هیچگونه حمایت مالی از جانب سازمان خاصی صورت گرفته است و نتایج آن برای نویسندگان هیچگونه تضاد منافعی ندارد.

منابع

البرزی، ص.، موحد، م.، احمدی، ع.، و طبیعی، م. (۱۳۹۸). مطالعه رفتارهای پرخطر جنسی و عوامل اجتماعی و فرهنگی مرتبط با آن در میان جوانان شهر شیراز. *مطالعات جمعیتی*، ۵، ۲، ۱۵۷-۱۸۴.

الیس، آ.،و مک لارن، ک. (۲۰۰۵). *رفتاردرمانی، عقلانی، هیجانی :راهنمای درمانگران*. (ترجمه :مهرداد فیروزبخت، ۱۳۹۲) چاپ اول .تهران : انتشارات روانشناسی و هنر.

ایمانی، م.، و پورشهبازی، م. (۱۳۹۵). پیش‌بینی اختلال شخصیت مرزی بر اساس مؤلفه‌های انعطاف‌پذیری روانشناختی: پذیرش و عمل، ارزش‌ها و گسلش شناختی. *پژوهش در سلامت روانشناختی*، ۱۰، ۴، ۱-۹.

بشرپور، س. (۱۳۹۴). *صفات شخصیت، نظریه و آزمون*. تهران: نشر ساوالان.

پایدار، ف.، حمیدی، ف.، و کارگر، م. (۱۳۹۷). اثربخشی مشاوره گروهی عقلانی هیجانی رفتاری بر سازگاری عاطفی، اجتماعی و آموزشی دانش آموزان دورهٔ دوم متوسطه پسر. *دانش و پژوهش در روانشناسی کاربردی*، ۱۹، ۱، ۱۰۸-۱۱۶.

حسنی، ج.، و خلجی، ز. (۱۳۹۶). روابط ساختاری فعالیت سیستم‌های مغزی رفتاری، راهبردهای فرایندی نظم‌جویی هیجان و رفتارهای پرخطر. *علوم تربیتی و روانشناسی*، ۳، ۹، ۱۳۳-۱۴۶.

دستغیب، ز.، نریمانی، م.، قبادی‌داشدبی، ک.، حسینی، ف.، قارلی‌پور، ذ. ا.، ایمانزاد، م.، غلامی، م.، و قیطاس‌پور، ک. (۱۳۹۳). مقایسه باورهای غیرمنطقی و شادکامی در دانش آموزان تیزهوش با عادی. *مجله دانشگاه علوم پزشکی ایلام*، ۲۲، ۳، ۲۷-۳۳.

دهقانی، ی. (۱۳۹۵). بررسی اثربخشی درمان شناختی -رفتاری بر سلامت روان و باورهای غیرمنطقی مادران دارای فرزند مبتلا به اوتیسم. *دانشگاه علوم پزشکی مازندران*، ۲۶، ۱۳۵، ۸۷-۹۸.

دربانی، س. ع.، مالکی، ف.، رستمی ، م.، و کشاورز، آ. (۱۳۹۵). اثربخشی مشاوره گروهی با رویکرد عقلانی-عاطفی٠ رفتاری بر خودکارآمدی و سازگاری اجتماعی و عاطفی دانشجویان پسر خوابگاهی. *آموزش، مشاوره و روان‌درمانی*، ۵، ۱۸، ۱۵-۳۲.

زارعی، ف.، خاکباز، ح.، و کرمی، ح. (۱۳۸۹). اثربخشی آموزش مهارت خودآگاهی بر کاهش رفتارهای پرخطر ارتباط با جنس مخالف. *فصلنامه اعتیادپژوهی*، ۴، ۱۵، ۷۰-۶۳.

زارع، س.، آهی، ق.، وزیری، ش.، و شهابی‌زاده، ف. (۱۳۹۸). نقش میانجی راهبردهای تنظیم شناختی هیجان در رابطه بین سبک‌های دلبستگی با رفتارهای پرخطر جنسی: طراحی و آزمون یک مدل مفهومی. *تحقیقات علوم رفتاری*، ۷، ۳، ۳۰۰-۳۱۵.

رشید، خ. (۱۳۹۴). رفتارهای پرخطر در بین دانش‌آموزان نوجوان دختر و پسر شهر تهران. *فصلنامه‌ی رفاه اجتماعی*، ۵۷،۱۵، ۵۵-۳۱.

کامرانی فکور، ش.، و رسول‌زاده طباطبایی، ک. (۱۳۹۳). مقایسه سیستم‌های مغزی رفتاری دختران فراری و عادی. *فصلنامه اطلاع‌رسانی*، ۸ ،۳۱-۳۲).

لرکی، م.، تفضلی، م.، لطیف‌نژاد رودسری، ر.، شاکری، م. ت.، و بابایی، ع. (۱۳۹۳). بررسی نیازهای آموزشی درک شده زنان آسیب‌دیده در رابطه با رفتارهای پرخطر جنسی. *زنان، مامایی و زایمان*، ۱۷، ۱۳۰، ۳۱-۲۱.

عباسی، ا.، فتی، ل.، مولودی، ر.، و ضرابی، ح. (۱۳۹۱). کفایت روانسنجی نسخه فارسی پرسشنامه پذیرش و عمل– نسخه دوم. *روش‌ها و مدل‌های روان‌شناختی*، ۲ ، ۱۰، ۶۵-۸۰.

محسرری، ف.، فکورزیبا، م.، اصغری پور، ن. (۱۳۹۳). اثربخشسی آموزش گروهی به شیوه عقلانی - هیجانی -رفتاری بر کاهش بحران هویت و افزایش شادکامی نوجوانان خوابگاهی پسر. *اصول بهداشت روانی*، ۱۶، ۳، ۲۱۳-۲۲۱.

محموزاده ابراهیمی، ع.، رحیمی پردنجانی، ط.، و خراسانی‌نیا، ا. پ. (۱۳۹۴). نقش سیستم های مغزی- رفتاری در پیش بینی رفتارهای پرخطر دانش آموزان مقطع متوسطه شهر بجنورد. *دانشگاه علوم پزشکی خراسان شمالی*، ۷ (۱)، ۱۷۵-۱۸۸.

مجدی، ه.، عطادخت، ا.، حضرتی، ش.، و صبحی قراملکی، ن. (۱۳۹۸). مقایسه سیستم‌های مغزی / رفتاری و دشواری در تنظیم هیجان در دانشجویان با و بدون نشانگان بالینی اختلال اضطراب اجتماعی. *نشریه علمی روانشناسی بالینی و شخصیت*، ۱۷ ،۱، ۱۷۴-۱۶۵.

نیازی، ا.، مامی، ش.، و احمدی، و. (۱۳۹۷). مقایسه اثربخشی زوج‌درمانی تلفیقی و درمان عقلانی هیجانی رفتاری بر تنظیم هیجا شناختی در زوجین ناسازگار. *خانواده و بهداشت*، ۸، ۳.

نفیسی، ف.، و فتاحی اندبیل، ا. (۱۳۹۹). اثربخشی مشاوره گروهی با رویکرد عقلانی، هیجانی و رفتاری (*REBT*) بر خودپنداره و سازگاری اجتماعی نوجوانان پسر. *مطالعات و تازه‌های روانشناختی نوجوان و جوان*، ۱، ۱، ۱۰۶-۱۱۹.

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-24]

[DOR: 20.1001.1.2383353.1400.10.12.4.6]

هاشمی، س. ض.، فاطمی امین، ز.، و فولادیان، م. (۱۳۹۰). پیامدهای فرار دختران از منزل، *رفاه اجتماعی*، ۴۰، ۱۱، ۱۸۷-۱۶۱.

هانی‌اصل حیزانی، ع.، و محمدی بیجائیه، ا. (۱۳۹۸). اثربخشی مشاوره گروهی با رویکرد عقلانی، هیجانی و رفتاری بر اصلاح باورهای غلط و کاهش تکانشگری دانش‌آموزان پسر کلاس هفتم. *رویش روانشناسی*، ۸، ۷، ۹-۱۸.

هاشمی، س. ض.، فاطمی‌امین، ز.، و فولادیان، م. (۱۳۸۹). پیامدهای فرار دختران از منزل. *رفاه اجتماعی*، ۱۵، ۴۰، ۱۶۱-۱۸۷.

Aizpitarte, A., Atherton, O. E., Zheng, L. R., Alonso-Arbiol, I., & Robins, R. W. (2019). Developmental precursors of relational aggression from late childhood through adolescence. *Child development*, *90*(1), 117-126.

Banks, T., & Zionts, P. (2009). REBT used with children and adolescents who have emotional and behavioral disorders in educational settings: A review of the literature. *Journal of Rational-Emotive & Cognitive-Behavior Therapy*, *27*(1), 51-65.

Banks, T. (2011). Helping students manage emotions: REBT as a mental health educational curriculum. *Educational Psychology in Practice*, *27*(4), 383-394.

Bond, F. W., Hayes, S. C., Baer, R. A., Carpenter, K. M., Guenole, N., Orcutt, H. K., & Zettle, R. D. (2011). Preliminary psychometric properties of the Acceptance and Action Questionnaire–II: A revised measure of psychological inflexibility and experiential avoidance. *Behavior Therapy*, 42(4), 676-688.

Bird, T., Mansell, W., Dickens, C., & Tai, S. (2013). Is There a Core Process Across Depression and Anxiety? Cognit Ther Res, 37, pp. 307-323.

Carroll, A., Hemingway, F., Bower, J., Ashman, A., Houghton, S., Durkin, K. (2006). Impulsivity in Juvenile Delinquency: DifferencesAmong Early-Onset, Late-Onset, and Non-Offenders. *Journal of Youth and Adolescence*, 35, 519–529.

Carlson S. M. (2005). Developmentally sensitivemeasures of executive function in preschoolchildren. Journal of Developmental Neuropsychology, 28,595–616.

Cloutier, P., Martin, J., Kennedy, A., Nixon, M. K., & Muehlenkamp, J. J. (2010). Characteristics and co-occurrence of adolescent non-suicidal self-injury and suicidal behaviours in pediatric emergency crisis services. *Journal of Youth and Adolescence*, *39*(3), 259-269.

Cunningham, R., & Turner, M. J. (2016). Using Rational Emotive Behavior Therapy (REBT) with Mixed Martial Arts (MMA) athletes to reduce irrational beliefs and increase unconditional self-acceptance. *Journal of Rational-Emotive & Cognitive-Behavior Therapy*, *34*(4), 289-309.

Deen, S., Turner, M. J., & Wong, R. S. (2017). The effects of REBT, and the use of credos, on irrational beliefs and resilience qualities in athletes. *The Sport Psychologist*, *31*(3), 249-263.

Dryden, W. (2012). Flexibility and passionate non-extremism versus absolutism and extremism: teaching the basics of REBT theory and showing its wider applicability. *Journal of Rational-Emotive & Cognitive-Behavior Therapy*, *30*(1), 38-51.

Eccles, J. S., Lord, S., & Buchanan, C. M. (1996). *School transitions in early adolescence: What are we doing to our young people?* In J. A. Graber, J. Brooks-Gunn, & A. C. Petersen (Eds.), *Transitions through adolescence: Interpersonal domains and context*. Lawrence Erlbaum Associates, Inc, 251-284.

Eifert, G.H., Forsyth, J.P., Arch, J., Espejo, E., Keller ,M., & Langer, D. (2009). Acceptance and Commitment Therapy for Anxiety Disorders: Three Case Studies Exemplifying a Unified Treatment Protocol. *Cognitive and Behavioral Practice*, 16(4), 368-85.

Gray, J.A., & McNaughton, N. (2000). *The neuropsychology of anxiety: An enquiry into the functions of theseptohippocampal system*. New York: Oxford University,53-98.

Hahn, T., Dresler, T., Ehlis, A. C., Plichta, M. M., Heinzel, S., Polak, T., ... & Fallgatter, A. J. (2009). Neural response to reward anticipation is modulated by Gray's impulsivity. *Neuroimage*, *46*(4), 1148-1153.

Hayes, S.C., Wilson, K.G., Gifford, E.V., Follette, V.M., & Strosahl, K. (1996). Experimental avoidance and behavioral disorders: a functional dimensional approach to diagnosis and treatment. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 64(6),1152-68.

Hayes, S.C., Luoma, J.B., Bond, F.W., Masuda, A., & Lillis, J. (2006). Acceptance and commitment therapy: model, processes and outcomes. *Behaviour research and therapy*,44(1), 1-25.

Ibnu, I. F., Wahjuni, C. U., & Devy, S. R. (2020). Narrative stories of high risk sexual behaviors among adolescents in Makassar City. *Journal of Public Health Research*, *9*(2).

Liu, G., Hariri, S., Bradley, H., Gottlieb, S. L., Leichliter, J. S., & Markowitz, L. E. (2015). Trends and patterns of sexual behaviors among adolescents and adults aged 14 to 59 years, United States. *Sexually transmitted diseases*, *42*(1), 20.

Morris, R., Tod, D., & Eubank, M. R. (2017). "It's the end of the world as we know it (and I feel fine)"-The use of Rational Emotive Behavior Therapy (REBT) to increase function and reduce irrational beliefs of an injured athlete.

Morasch, K. C., & Bell, M. A. (2009). Patterns of brain-electrical activity during declarative memory performance in 10-month-old infants. *Brain and Cognition*, *71*(3), 215-222.

Oltean, H. R., Hyland, P., Vallières, F., & David, D. O. (2017). An empirical assessment of REBT models of psychopathology and psychological health in the prediction of anxiety and depression symptoms. *Behavioural and cognitive psychotherapy*, *45*(6), 600-615.

OBI-NWOSU, H. A. R. R. Y., BALEGUEL, N., NWAFOR, C. E., & ONYEMAECHI, C. (2019). Effects of Logotherapy and rational emotive behavior therapy (REBT) on tendency to relapse among substance abusers. *Practicum Psychologia*, *9*(1).

Rosner, R. (2011). Albert Ellis' Rational-Emotive Behavior Therapy. *Adolescent Psychiatry*, *1*(1), 82-87.

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-24]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1400.10.12.4.6]

Surilena, S., Ismail, R. I., Irwanto, I., Djoerban, Z., Utomo, B., Sabarinah, S., ... & Akip, A. A. (2014). The effect of rational emotive behavior therapy (REBT) on antiretroviral therapeutic adherence and mental health in women infected with HIV/AIDS. *Acta Medica Indonesiana*, *46*(4).

Spinhoven, P., Drost, J., de Rooij, M., van Hemert, A. M., & Penninx, B. W. (2014). A longitudinal study of experiential avoidance in emotional disorders. *Behavior therapy*, *45*(6), 840-850.

Turner, M. J. (2016). Rational emotive behavior therapy (REBT), irrational and rational beliefs, and the mental health of athletes. *Frontiers in psychology*, *7*, 1423.

Van den Wildenberg, W.P.M., van der Molen, M.W. (2004). Developmental trends in simpleand selective inhibition of compatible andincompatible responses. 6.Nigg, J.T.2001. Is ADHD a disinhibitory disorder? *Journal ofPsycholgical Bulletin*, 127, 571–598.

Ziegler, D. J. (2000). Basic assumptions concerning human nature underlying rational emotive behavior therapy (REBT) personality theory. *Journal of rational-emotive and cognitive-behavior therapy*, *18*(2), 67-85.

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-24]

[DOR: 20.1001.1.2383353.1400.10.12.4.6]