

تأثیر روان‌نمایشگری بر ویژگی‌های روانی جانبازان اسکیزوفرنیای مزمن

شهناز محمدی^۱

علیرضا محمودنیا^۲

تاریخ وصول: ۹۱/۸/۸

تاریخ پذیرش: ۹۱/۹/۶

چکیده

هدف: یکی از مداخله‌های گروهی در توان‌بخشی روانی، روان‌نمایشگری است. هدف این پژوهش بررسی تأثیر روان‌نمایشگری بر ویژگی‌های روانی جانبازان اسکیزوفرنیای مزمن بود. روش: این پژوهش جزء طرح‌های آزمایشی طبقه‌بندی می‌شود و به شیوه پیش‌آزمون-پس-آزمون ۳۸ جانباز مبتلا به اسکیزوفرنیای مزمن بستری در بیمارستان روانپزشکی سعادت‌آباد با روش نمونه‌گیری مبتنی بر هدف انتخاب و به کمک مقیاس روان‌پزشکی (BPRS) ارزیابی شدند و به صورت تصادفی به دو گروه آزمایشی و کنترل تقسیم شدند. آزمون SCL-90R از بیماران گرفته شد. سپس جلسات گروه درمانی روان‌نمایشگری به مدت ۱ ماه بر روی گروه آزمایش اجرا گردید و پس از اتمام جلسات دوباره برای گروه‌ها آزمون SCL-90R گرفته شد. برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از تحلیل کوواریانس استفاده گردید. یافته‌ها: تجزیه و تحلیل آماری نشان داد که در ۸ بُعد از ۹ بُعد SCL-90R شامل بُعد شکایت جسمانی، وسواس بی-اختیاری، حساسیت در روابط بین‌فردی، افسردگی، اضطراب، پرخاشگری، هراس، افکار پارانوئید اختلاف معنادار بین دو گروه آزمایشی و کنترل وجود دارد و وضعیت بیماران مبتلا به اسکیزوفرنیای مزمن پس از مداخله روان‌نمایشگری در پس‌آزمون بهتر از پیش‌آزمون می‌باشد اما در بُعد روان‌گسستگی بین دو گروه آزمایش و کنترل پس از مداخله روان‌نمایشگری تفاوتی مشاهده نشد. نتیجه‌گیری: روان‌نمایشگری به عنوان یک مداخله توانبخشی می‌تواند بهبود وضعیت روانی جانبازان مبتلا به اسکیزوفرنیای مزمن را به دنبال داشته باشد.

کلیدواژه‌ها: روان‌نمایشگری، ویژگی‌های روانی، اسکیزوفرنیا.

۱- استادیار دانشگاه تربیت معلم Smohammadi777@yahoo.com

۲- استادیار دانشگاه تربیت معلم Alirezamahmudnia@yahoo.com

مقدمه

اسکیزوفرنیا که نزدیک به یک درصد جمعیت عمومی و از همه گروه‌های اجتماعی به آن مبتلا هستند، معمولاً پیش از ۲۵ سالگی آغاز می‌شود و تا پایان عمر باقی می‌ماند (سادوک و سادوک^۱، ۲۰۰۳). این بیماری دارای دو دسته علایم می‌باشد: علایم مثبت و علایم منفی. علایم مثبت دربرگیرنده توهم‌ها و هذیان‌ها و علایم منفی دربرگیرنده فقر کلامی، بی‌انگیزگی و سطحی شدن حالت‌های عاطفی بیماران هستند (کیرکپاتریک و سنگ^۲، ۲۰۰۵). یکی از نظریه‌هایی که در زمینه سبب‌شناسی علایم منفی در اسکیزوفرنیا مطرح شده است، مدل استرس-کم‌بینگی^۳ می‌باشد. بر پایه این فرضیه ترکیبی از عوامل مادرزادی همراه با علایم محیطی در بروز اسکیزوفرنیا نقش دارند (زوبین و اسپرینگ^۴، ۱۹۹۷) و در مقایسه با علایم مثبت، در ایجاد علایم منفی عوامل ژنتیکی نقش قوی‌تر دارند (دورکین و لنزنونگر^۵، ۱۹۸۴؛ دورکین، لنزنونگر و مولدین^۶، ۱۹۸۷). بررسی‌ها نشان داده‌اند که عوارض هنگام زایمان ارتباط قوی‌تر با ایجاد علایم منفی دارند (کانون، مدنیک و پارناس^۷، ۱۹۹۰). همچنین بزرگی بطن‌های مغز در این بیماران ارتباط مستقیمی با شدت علایم منفی دارد. بزرگی بطن‌های ثانویه به کاهش حجم قشر مخ پیامد اختلال در مهاجرت نورون‌ها و کوتاه شدن بیش از اندازه دندریت‌ها می‌باشد. این اختلال‌ها در ساختمان‌های قشر مخ، اختلال در ارتباط‌های میان مناطق مختلف مغز را در پی داشته، عملکردهای اجرایی و شناختی فرد را محدود می‌سازند (کیرکپاتریک و سنگ^۲، ۲۰۰۵) و زمینه بروز علایم منفی در فرد می‌شود. بررسی‌های انجام شده بر روی بیماران مبتلا به اسکیزوفرنیا با علایم منفی نشان می‌دهد که این بیماران در چندین زمینه از جمله اختلال

-
1. Sadock & Sadock
 2. Kirkpatrick & Cenk
 3. stress-diathesis
 4. Zubin & Spring
 5. Dworkin & Lenzenwenger
 6. Moldin
 7. Canon, Mednick & Parnas

در درک، توجه و تمرکز، توانایی‌های دیداری-فضایی، حافظه و هماهنگی در عملکردهای اجرایی دچار نارسایی هستند (بوسی^۱، ۱۹۸۷؛ دورکین، لزنونگر، ۱۹۸۴).

جنگ مجروحانی به جای می‌گذارد که گاه آنان را در دوره‌ای از زندگی یا برای همیشه با مشکلات جسمانی-روانی مواجه می‌سازد. این مشکلات پیامدهای درونی و رفتاری متعددی برای فرد جانباز به همراه دارد (خدایاری‌فرد، ۱۳۷۸). طبق آمار موجود تعداد مجروحین یا آسیب‌دیدگان روانی در جنگ جهانی اول از هر دو نفر یک نفر دچار اختلال و آسیب روانی بوده است. تعداد مجروحین یا آسیب‌دیدگان روانی در جنگ با اعراب در سال ۱۹۷۳ حدود ۳۰ درصد کل مجروحین جنگی را تشکیل می‌داده است (اوئی^۲، ۱۹۹۰). سولومون^۳ (۱۹۹۳) در این رابطه میزان شیوع اختلال را در طول زندگی برای نیروی نظامی، دامنه‌ای بین ۱۴/۷ تا ۵۲ درصد گزارش نموده است. برطبق آمار بنیاد جانبازان در سال ۱۳۷۰ تعداد ۲۷۶۴۹۹ نفر از جمعیت کشور در اثر جنگ تحمیلی جانباز شناخته شده‌اند که به عنوان یک مسئله و مشکل باید با آن برخورد شود و به مسئله بیماری‌های روانی ناشی از جنگ پرداخته شود (ملک‌زاده، ۱۳۷۲) تحقیقات متعددی در کشور ایران در این زمینه صورت گرفته است از جمله می‌توان به تحقیق رضایی (۱۳۷۳)، رفیعان (۱۳۷۶) علوی فاضل (۱۳۶۳) اشاره نمود. واکنش‌های رایج به عوامل استرس‌زای موجود در جنگ با علائمی با طیف گسترده شامل علائم اضطرابی، روان رنجورخویی، افسردگی، اختلالات روان‌تنی و گاه واکنش‌های روان‌پریشی را شامل می‌شود.

نقطه مشترک پیامد جنگ‌ها در میان سربازان اضطراب بود (ویلیامز^۴، ۱۹۹۹). دسته‌ای از افراد یا رزمندگانی که عواملی زمینه‌ای برای بروز اختلالات روان‌رنجوری یا روان‌پریشی دارند و برخورد با عوامل استرس‌زا به خصوص جنگ به عنوان عامل آشکارساز آنها قرار می‌گیرند، دارای اختلالاتی می‌شوند که از گروه روان‌رنجوری‌ها می‌توان از اختلال‌های افسردگی،

-
1. Bucci
 2. Oei
 3. Solomon
 4. Williams

اضطراب منتشر، وسواس جویی، واکنش تبدیلی، اختلال سازگاری و نوروز جبرانی و غیره را ذکر کرد و از گروه روان‌پریشی‌ها می‌توان از اختلال اسکیزوفرنی، اختلال خلقی، اختلال هذیانی و اسکیزوافکتیو را نام برد (نوربالا، ۱۳۷۲).

رویکرد روان‌نمایشگری از تصویرسازی ذهنی، تخیل، اعمال بدنی و پویایی گروه استفاده می‌کند، ترکیبی از هنر، بازی، حساسیت عاطفی و تفکر صریح است که با تسهیل در رها کردن عواطف حبس شده، به افراد در کسب رفتارهای جدید و مؤثرتر و گشودن راه‌های نامکشوف حل تعارض و همچنین شناخت قالب خویشتن کمک می‌کند (بلاتنر^۱، ۲۰۰۰). مورنو معتقد است که اگر مراجعه‌کننده بداند که بیرون ریختن افکار درونی و عواطف بیان نشده به هر شکلی که باشد به وسیله درمانگر تحمل خواهد شد، او با رغبت آنها را به نمایش گذاشته و به آرامش دست خواهد یافت (مورنو، بلوم ویست و راتزل^۲، ۲۰۰۰؛ بلاتنر^۳، ۲۰۰۰). در این دیدگاه اعتقاد بر آن است که انسان کنونی نیاز مبرم به انعطاف‌پذیری رفتار دارد و اغلب مشکلات و آشفتگی‌های هیجانی و از جمله ناتوانی افراد در ابرازگری هیجانی آنها و بازداری بیشتر در آنها ناشی از نبود خودانگیختگی، خزانه نقش توسعه‌نیافته و متعاقب آن نقصان مهارت‌های رفتاری مرتبط با نقش‌ها است (مورنو و همکاران، ۲۰۰۰). در این صورت روان‌نمایشگری کمک می‌کند تا خزانه نقش‌های فرد و مهارت‌های رفتاری مرتبط با آنها را توسعه بخشد و با تشویق مراجعان به خودانگیختگی در زمان حال، اینجا و اکنون، آنها را به سمت پاسخ مناسب به موقعیت‌های تازه و یا پاسخ‌دهی به موقعیت‌های قدیمی سوق دهد (لندی^۴، ۲۰۰۶؛ کارپ، هولمز و تاون^۵، ۱۹۹۸). نمایش ممکن است مربوط به رویدادهای گذشته بوده و یا رویدادی باشد که هنوز اتفاق نیفتاده و مراجع با نگرانی منتظر وقوع آن است (ترول^۵، ۲۰۰۱) همچنین نمایش می‌تواند مربوط به زندگی واقعی، زندگی رویارویی و یا حتی تخیلات یا توهمات فرد

-
1. Blatner
 2. Moreno, Blomkvist & Rutzel
 3. Landy
 4. Karp, Holmes & Tavon
 5. Trull

باشد. تعداد افراد شرکت‌کننده در گروه‌های نمایشی، با ترکیب متفاوت بین حداقل ۷ و حداکثر ۱۵ نفر می‌باشد (اسکاتگنی^۱، ۲۰۰۲).

بیلانسکا^۲ (۱۹۹۴) معتقد است که روان‌نمایشگری باعث شفاف شدن احساسات و افکار و ایجاد فضای امن و انگیزه در بیماران می‌شود. در روان‌نمایشگری گروهی، بیماران با ایفای نقش‌های ساده ناخودآگاه ذهنی خود را تخلیه کرده و در عین حال به علت برون‌ریزی هیجانی، احساس لذت و آرامش کرده و با استفاده از حرکات و تبدیل به عمل‌سازی احساسات، خشم‌ها و پرخاشگری‌هایشان را نشان می‌دهند و در مدت زمان کوتاه برون‌ریزی عاطفی، بصیرت تصحیح عادات و افزایش اعتماد به نفس با این روش به دست می‌آید و حتی زمان بستری شدن بیماران را کاهش می‌دهد. گرینگر^۳ (۱۹۹۰) در مورد بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی دریافته است که روان‌نمایشگری به آنها آرامش و لذت می‌دهد و به ارتباطات آنها وضوح شناختی بیشتر می‌دهد. در جانبازان اسکیزوفرنیک احساس موجودیت و قدرت خلاقیت چیزی است که باعث بهبود اعتماد به نفس بیمار می‌شود و این حالت در گروه، خصوصاً نوع نقش‌گزاری روانی به بهترین صورت دیده می‌شود (مجد، ۱۳۵۹). طی تحقیق انجام شده توسط ساجنوف و الاین^۴ (۱۹۹۹) به نقل از رهگوی (۱۳۷۷) در زمینه تاثیر روان‌نمایشگری در مدت بستری بیماران اسکیزوفرنیک مزمن چنین نتیجه گرفته شد که این روش باعث کاهش مدت اقامت بیمار بستری در بیمارستان می‌شود.

پوتوکی و میریام^۵ (۱۹۹۳) در تحقیقی با عنوان « روان‌نمایشگری در بیماران مبتلا به اسکیزوفرنیک مزمن » به نتیجه رسیدن که بیماران در یک فضای مناسب سعی در خودافشایی، تعامل با دیگران و درمانگر، بالا بردن میزان مراقبت از خود، افزایش اعتماد به نفس، داشتن وضعیت فیزیکی مناسب و آماده‌شدن جهت افزایش فعالیت‌های اجتماعی خارج از گروه را پیدا

1. Scategni
2. Bielanska
3. Grainger
4. Sachnoff & Elaine
5. Potocky & Miriam

کردند. کپپر^۱ (۱۹۹۶) در تحقیق خود به این نتیجه رسید که استفاده از روان‌نمایشگری افزایش نگرش مثبت به خود و کاهش نگرش‌های منفی، افزایش مسئولیت‌پذیری و تعهدپذیری را در بیماران بالا می‌برد.

به طور کلی روان‌نمایشگری، باعث گسترش و ارتقای رفتارهای مناسب در بیماران شده و شانس ماندن آنها را در جامعه افزایش می‌دهد. از این رو پژوهش حاضر با هدف بررسی تاثیر روان‌نمایشگری بر ویژگی‌های روانی جانبازان اسکیزوفرنیای مزمن انجام شد. پرسش‌های پژوهش آن بود که آیا کاربرد روان‌نمایشگری می‌تواند سبب بهبود وضعیت روانی و رفتاری جانبازان مبتلا به اسکیزوفرنیای مزمن باشد؟ آیا این روش بر روی شکایت جسمانی، وسواس بی‌اختیاری، حساسیت در روابط بین‌فردی، افسردگی، اضطراب، پرخاشگری، هراس، افکار پارانوئید، روان‌گسستگی تأثیری دارد؟

روش

این پژوهش جزء طرح‌های آزمایشی طبقه‌بندی می‌شود و به شیوه پیش‌آزمون-پس‌آزمون است. هدف آن ارزیابی میزان کارایی اجرای روان‌نمایشگری بر ویژگی‌های روانی بیماران جانبازان مبتلا به اسکیزوفرنیا در بیمارستان روان‌پزشکی سعادت‌آباد می‌باشد. همچنین بررسی تاثیر روان‌نمایشگری بر کاهش شکایت جسمانی، وسواس بی‌اختیاری، حساسیت در روابط بین فردی، افسردگی، اضطراب، پرخاشگری، هراس، افکار پارانوئید، روان‌گسستگی مورد توجه بوده است. برای اجرای پژوهش، نخست همه بیماران مزمنی که اجازه خروج از بخش را داشتند؛ با توجه به معیارهای چهارمین کتابچه تشخیصی و آماری اختلالات روانی^۲ (DSM-IV) (انجمن روان‌پزشکی آمریکا، ۱۹۹۴) توسط روان‌پزشک بررسی شدند تا تشخیص اسکیزوفرنیای مزمن تأیید گردد. ۳۸ بیمار از بیماران بستری در بخش‌های مزمن مردان دارای

1. Kipper

2. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4th.ed)

معیارهای انتخاب بودند که در بررسی شرکت داده شدند. معیارهای انتخاب عبارت بودند از: ۱- بیماران در فاز حاد بیماری نباشند؛ ۲- به دلیل گروهی بودن کار، افراد شرایط عضویت در گروه را داشته باشند؛ ۳- پس از توضیحات لازم در مورد روش کار، تمایل به فعالیت روان-نمایشگری را داشته باشند؛ ۴- فرد موردنظر در مدت انجام تحقیق قصد رفتن به مرخصی را نداشته باشد؛ ۵- قبل از تحقیق در تمرینات روان‌نمایشگری شرکت نکرده باشد. پس از نمونه-گیری آنها به صورت تصادفی به دو گروه ۱۹ نفره تقسیم شدند. سپس با استفاده از روش تصادفی یکی از دو گروه به عنوان گروه آزمایش و گروه دیگر را به عنوان گروه کنترل در نظر گرفته شدند.

قبل از شروع کار؛ آزمون SCL-90R^۱ از بیماران گرفته شد. به این صورت که ابتدا پیش آزمون برای هر دو گروه اجرا شد. سپس جلسات گروه‌درمانی به مدت یک ماه و فقط برای گروه‌های آزمایش و هفته‌ای سه روز تشکیل می‌شد که مجموعاً ۱۲ جلسه و مدت هر جلسه ۱ تا ۱/۵ ساعت بود. در هر یک از این جلسات گروه‌درمانی موضوعاتی از طرف بیماران مطرح می‌شد بررسی شده و تحت نظر روان‌پزشک اجرا می‌شد که هر یک از بیماران نقشی را به طور دلخواه انتخاب می‌کردند که در آن ایفای نقش کنند. پس از اتمام ۱۲ جلسه مجدداً از گروه‌های آزمون SCL-90R گرفته شد. این آزمون برای اندازه‌گیری وضعیت روانی می‌باشد. فرم اولیه فهرست تجدیدنظر شده نشانه‌های مرضی به وسیله دراگوتیس، لیپمن و کوووی^۲ (۱۹۷۳) تهیه شده است. دراگوتیس، مورو، فیتینگ و هالد^۳ (۱۹۸۴) پرسشنامه مذکور را مورد تجدیدنظر قرار دادند و فرم نهایی آن فهرست تجدیدنظر شده نشانه‌های مرضی (SCL-90R) نامیدند. این فهرست شامل ۹۰ سوال پنج درجه‌ای (هیچ، کمی، تاحدی، زیاد و خیلی زیاد) است نمره بالا در این آزمون فقدان سلامت روانی اشاره دارد. نشانه‌های مرضی که توسط این

1. Symptom Check List (Scl90-R)
2. Deragotis, Lipman & Covey
3. Devagotis, Morrow, Fetting & Hallad

پرسشنامه سنجیده می‌شود شامل ۹ بُعد هستند: شکایت جسمانی، وسواس بی‌اختیاری، حساسیت در روابط بین فردی، افسردگی، اضطراب، پرخاشگری، هراس، افکار پارانوئید، روان گسستگی. دراگوتیس، مورو، فتینگ و هالد، ۱۹۸۴ (نقل از پولاری ری شهری ۱۳۷۴) ضرایب روانی همزمان ابعاد نه‌گانه این آزمون را با پرسشنامه چندوجهی مینه‌سوتا^۱ (MMPI)، در دامنه ۰/۳۶ تا ۰/۷۳ گزارش کرده‌اند. همچنین میرزایی (۱۳۵۹) و جابری (۱۳۷۲) روایی و اعتبار فهرست تجدیدنظر شده نشانه‌های مرضی (SCL-90R) را بررسی کرده‌اند. مقایسه سنجش‌ها، نتایج بسیار مشابهی را با نتایج بدست آمده در ایالات متحده امریکا در بر داشته و اعتبار این آزمون در بیشتر مقیاس‌ها بیش از ۰/۸ بوده است. برای تحلیل داده‌ها از تحلیل کوواریانس استفاده شد.

یافته‌ها

از ۳۸ جانباز اسکیزوفرنیا مزمن شرکت‌کننده در این پژوهش که همگی آنها مرد بودند و میانگین سنی آنان ۴۳/۸ سال (انحراف معیار ۴/۶۳) بود. ۵۳/۳٪ متأهل (۲۰ نفر) ۲۰٪ مطلقه و ۲۶/۷ (۱۰ نفر) مجرد بودند. توزیع فراوانی آزمودنی‌های پژوهش بر حسب وضعیت تأهل در جدول ۱ نشان داده شده است.

جدول ۱. توزیع فراوانی آزمودنی‌های پژوهش به تفکیک وضعیت تأهل (N=۳۸)

متغیر	فراوانی (%)
وضعیت تأهل	۱۰ (۲۶/۷) مجرد
	۲۰ (۵۳/۳) متأهل
	۸ (۲۰) مطلقه

در جدول ۲، میانگین و انحراف معیار نمره‌های آزمودنی‌های گروه‌های آزمایش و کنترل، در هر یک از متغیرهای وابسته و در مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون نشان داده شده است.

جدول ۲. توصیف آماری نمرات آزمودنی‌ها در گروه‌های آزمایشی و کنترل

متغیرها												
گروه‌ها	آزمون	تعداد نمونه	شاخص آماری	شکایت جسمانی	وسواس بی-اختیاری	حساسیت در روابط بین فردی	افسردگی	اضطراب	پرخاشگری	هراس	افکار پارانوئید	روان-گسستگی
گروه آزمایش (روان-نمایشگری)	پیش-آزمون	۱۹	میانگین	۳/۳۳	۲/۶۵	۳/۱۴	۳/۷۳	۳/۴۹	۲/۹۷	۳/۶۷	۲/۰۴	۴/۲۱
	پس-آزمون	۱۹	انحراف معیار	۱/۰۸۲	۱/۰۶۱	۰/۸۴۱	۱/۰۷۱	۱/۰۹۵	۱/۷۸۰	۱/۰۳۱	۰/۸۳۱	۱/۰۸
گروه کنترل	پیش-آزمون	۱۹	میانگین	۳/۲۷	۲/۸۵	۳/۷۵	۳/۵۴	۳/۴۸	۳/۱۱	۳/۵۹	۲/۱۵	۴/۱۹
	پس-آزمون	۱۹	انحراف معیار	۱/۰۷۹	۱/۰۵۳	۱/۰۱۱	۱/۰۶۹	۱/۰۸۵	۰/۸۶۱	۱/۰۳۰	۰/۸۹۱	۱/۰۵

همان‌طور که در جدول ۲ مشاهده می‌شود میانگین هر یک از متغیرهای وابسته، یعنی شکایت جسمانی، وسواس بی‌اختیاری، حساسیت در روابط بین فردی، افسردگی، اضطراب، پرخاشگری، هراس، افکار پارانوئید، روان‌گسستگی در مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون گروه‌های آزمایش متفاوت است. در حالی که این میانگین‌ها در پیش‌آزمون و پس‌آزمون گروه کنترل، تفاوت ناچیزی دارد. انحراف معیار تمام نمره نیز در جدول‌ها ارائه شده است.

برای آزمودن سؤالات پژوهش از روش آماری تحلیل کوواریانس استفاده شده است (پیش فرض‌های تحلیل کوواریانس شامل برابری واریانس‌های متغیر وابسته در گروه‌ها از طریق آزمون لوین آزمایش و تأیید شد، همچنین همبستگی نمرات پیش آزمون با پس آزمون متغیر وابسته تأیید شده). نتایج حاصل از آزمون تحلیل کوواریانس در پاسخ به سؤالات پژوهش به شرح ذیل است:

جدول ۳. تحلیل کوواریانس تأثیر عضویت گروهی بر میزان مؤلفه‌های سلامت روان

متغیر وابسته	منبع	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری	مجذور اتا	توان آزمون
شکایت جسمانی	پیش-آزمون	۸۹/۳۳	۱	۸۹/۳۳	۷/۰۳	۰/۰۰۱	۰/۳۴۱	۰/۹۷
جسمانی	پس-آزمون	۱۱۱/۶۶	۱	۱۱۱/۶۶	۹/۰۹	۰/۰۰۰	۰/۴۱۲	۰/۸۹
وسواس	پیش-آزمون	۱۷۸/۱۲	۱	۱۷۸/۱۲	۶۳/۵۹	۰/۰۰۰	۰/۸۲۱	۱
بی‌اختیاری	پس-آزمون	۲۰۱/۳۱	۱	۲۰۱/۳۱	۷۴/۶۰	۰/۰۰۰	۰/۸۵۲	۱
حساسیت در روابط بین-فردی	پیش-آزمون	۵۳۵/۳۱	۱	۵۳۵/۳۱	۳۲۱/۸۲	۰/۰۰۰	۰/۶۳۱	۱
فردی	پس-آزمون	۵۹۰/۸۷	۱	۵۹۰/۸۷	۳۲۸/۷۰	۰/۰۰۰	۰/۹۶۲	۱
افسردگی	پیش-آزمون	۸۹۹/۵۱	۱	۸۹۹/۵۱	۲۱۸/۹۳	۰/۰۰۰	۰/۷۸۲	۱
	پس-آزمون	۹۸۱/۷۸	۱	۹۸۱/۷۸	۲۲۳/۱۹	۰/۰۰۰	۰/۹۵۴	۱
اضطراب	پیش-آزمون	۱۹۸/۱۸	۱	۱۹۸/۱۸	۷۸/۴۲	۰/۰۰۰	۰/۷۹۳	۱
	پس-آزمون	۲۱۸/۹۹	۱	۲۱۸/۹۹	۸۶/۵۰	۰/۰۰۰	۰/۸۶۹	۱

آزمون								
۱	۰/۷۱۰	۰/۰۰۰	۳۱/۶۷	۱۷۱/۱۳	۱	۱۷۱/۱۳	پیش- آزمون	پرخاشگری
۱	۰/۷۵۰	۰/۰۰۰	۳۸/۹۲	۱۸۶/۷۹	۱	۱۸۶/۷۹	پس- آزمون	
۰/۹۸	۰/۶۳۸	۰/۰۰۰	۵۹/۶۱	۷۱/۱۴	۱	۷۱/۱۴	پیش- آزمون	هراس
۱	۰/۸۲۵	۰/۰۰۰	۶۱/۱۰	۷۸/۶۲	۱	۷۸/۶۲	پس- آزمون	
۰/۹۳	۰/۷۳۴	۰/۰۰۰	۱۰۹/۱۲	۹۱/۵۹	۱	۹۸/۵۹	پیش- آزمون	افکار پارانوئیدی
۱	۰/۸۹۸	۰/۰۰۰	۱۱۳/۹۹	۱۰۶/۲۶	۱	۱۰۶/۲۶	پس- آزمون	
۰/۰۵	۰/۰۴۶	۰/۴۲۱	۰/۵۸۹	۲/۳۸	۱	۲/۳۸	پیش- آزمون	روان- گسستگی
۰/۰۵	۰/۰۴۸	۰/۴۳۲	۰/۶۵۸	۲/۶۹	۱	۲/۶۹	پس- آزمون	

با توجه به اطلاعات به دست آمده از جدول ۳ می‌توان نتیجه گرفت که تفاوت‌های مشاهده شده در بین میانگین‌ها از جمله متغیر شکایت جسمانی بین دو گروه تفاوت معنی‌دار وجود دارد. ($F = ۹/۰۹$ ، $df = ۱$ ، $\alpha = ۰/۰۱$) اندازه اثر ۴۱۲ درصد است. ۴۱/۲ درصد تغییرات متغیر شکایت جسمانی کردن ناشی از متغیر مستقل است و توان آزمون ۷۹/۶ درصد می‌باشد. در متغیر وسواس بی‌اختیار بین دو گروه تفاوت معنی‌دار وجود دارد ($df = ۱$ ، $\alpha = ۰/۰۰۰$)، $F = ۷۴/۶۰$) اندازه اثر ۸۵/۲ درصد است. در متغیر حساسیت در روابط فردی بین دو گروه تفاوت معنی‌دار وجود دارد ($\alpha = ۰/۰۰۰$)، $F = ۳۲۸/۷۰$ ، $df = ۱$) اندازه اثر ۹۶/۲ درصد است.

در متغیر افسردگی بین دو گروه تفاوت معنی دار وجود دارد ($F=223/19, df=1, \alpha=0/000$) اندازه اثر $94/5$ درصد است.

در متغیر اضطراب بین دو گروه تفاوت معنی دار وجود دارد ($F=86/5, df=1, \alpha=0/000$) اندازه اثر $86/9$ درصد است.

در متغیر پرخاشگری بین دو گروه تفاوت معنی دار وجود دارد ($df=1, \alpha=0/000$) اندازه اثر $38/92$ درصد است.

در متغیر هراس بین دو گروه تفاوت معنی دار وجود دارد ($F=61/1, df=1, \alpha=0/000$) اندازه اثر $82/5$ درصد است. یعنی $82/5$ درصد متغیر وابسته هراس ناشی از متغیر مستقل است. توان آزمون 100 درصد است.

در متغیر افکار پارانوئید بین دو گروه تفاوت معنی دار وجود دارد ($df=1, \alpha=0/000$) اندازه اثر $113/99$ درصد است.

در متغیر روان گسستگی بین دو گروه تفاوت معنی دار وجود ندارد ($df=1, \alpha=0/432$) به دلیل اینکه هر دو گروه براساس شاخص BPRS اسکیزوفرن محسوب می شوند. آزمون آماری کوواریانس نشان داد که وضعیت روانی بیماران مبتلا به اسکیزوفرنیا پس از مداخله بهتر از وضعیت پیشین آنها بوده است ($p < 0/001$).

بحث

این پژوهش با هدف بررسی تأثیر روان‌نمایشگری بر ویژگی‌های روانی جانبازان اسکیزوفرنیای مزمن انجام شد. همان‌گونه که یافته‌ها نشان دادند روان‌نمایشگری توانسته است میزان شکایت‌های جسمانی، وسواس بی‌اختیاری، حساسیت در روابط بین فردی، افسردگی، اضطراب، پرخاشگری، هراس، افکار پارانوئید را در این بیماران کاهش دهد به جز مقیاس روان‌گسستگی و این درحالی است که در گروه کنترل میان میانگین‌های قبل و بعد از آزمایش در هیچ کدام تغییر معنادار اتفاق نیافتاد و این خود حاکی از کارایی و مداخله روان‌نمایشگری است این نتایج

با یافته‌های مجد (۱۳۵۹)، اشکانی و حق‌شناس (۱۳۸۲)، ساجنوف و الاین (۱۹۹۵)، بیلانسکا (۱۹۹۴) همسو و هماهنگ است. دلیل عدم کاهش مقیاس روان‌گسستگی، عدم مداخله هدفمند در آن علائم و پذیرش علائم سایکوتیک و پذیرش غیر شرطی و درک درد و رنج آنها به این دلیل که بی‌انگیزگی این افراد بیش از روان‌پریشی آنان باعث مقاومت‌شان در برابر درمان می‌شود.

دلایل تأثیرگذاری این مداخله در بیشتر مقیاس‌های به شرح زیر می‌باشد:

- ۱- تسهیل برون‌ریزی یا پالایش روانی در بیماران و خودافشایی و آشکارسازی ترس‌ها، انتظارات، خشم‌های نهفته، فرافکنی‌ها، درون‌فکنی‌ها، نگرش و قضاوت شخص اول نمایش و تعامل با دیگران و درمانگر.
- ۲- بهبود مهارت‌های اجتماعی بیماران و مسئولیت‌پذیری در کار و ایجاد حس همکاری جهت آماده کردن آنها برای زندگی در خارج از گروه را فراهم می‌کند.
- ۳- در این نوع درمان، ادراک‌های مخدوش، نارسایی ارتباطی، پاسخ‌های عاطفی نارسا، رفتارهای کلیشه‌ای، عمل تکانشی و از خودبیگانگی بررسی و تغییر داده می‌شود.
- ۴- برای کاهش میزان اضطراب، آشفتگی و ترس از تکنیک رفع حساسیت که مشابه روش منع متقابل در تمرین‌های رفتاری است، استفاده کردیم.
- ۵- از طریق تکنیک همسان‌سازی و قرار گرفتن در نقش دیگران ظرفیت همدلی آنها افزایش می‌یابد.
- ۶- شناخت احساسات خود و افزایش اعتماد و صمیمیت و وظیفه‌شناسی در گروه و افزایش نگرش مثبت به خود و کاهش عملکردهای منفی.
- ۷- آشنا کردن آنها با راه‌های کاهش استرس و رهایی از تنش‌های روانی و رسیدن به واقعیت زندگی فرد را برای ادامه زندگی اجتماعی و رها شدن از احساس تنهایی آماده کنیم.

این یافته‌ها با بررسی تیلور، سالیس و نیدل^۱ (۱۹۹۸) که فعالیت را بر احساس افسردگی افراد بستری شده در واحد بستری کوتاه‌مدت روان‌پزشکی موثر دانسته‌اند، هم‌خوانی دارد. همچنین با یافته‌های آچوس، وود و کازلو^۲ (۱۹۹۵) که فعالیت را در کاهش تفکرات منفی، افزایش مهارت‌های حل مسأله و تصمیم‌گیری مؤثر نشان داده‌اند همسو است. از سوی دیگر در بررسی اثرات روان‌نمایشگری بر روی خلق بیماران یافته‌ها نشان داده‌اند این روش بر خلق افسرده، احساس گناه، کندی حرکتی و عاطفه کند و دیگر عوامل مربوط به خلق در آزمون BPRS تاثیر می‌گذارد و این تأثیر از نظر آماری معنی‌دار است. در بررسی یافته‌های پلهام و همکاران^۳ (۱۹۹۳)، اوچاس و همکاران (۱۹۹۵) و نتز و همکاران^۴ (۱۹۹۴) نیز تأثیر بر خلق و هم‌چنین بهبود وضعیت شناختی مثبت گزارش شده است. گفتنی است که روان‌نمایشگری تنها یکی از روش‌های مداخله‌ای است که بر توانبخشی مؤثر است، و روش‌های دیگری نیز برای بهبودی مددجویان به کار گرفته می‌شود که می‌توانند تأثیرات مشابهی داشته باشند. مقیاس این روش‌ها از نظر هزینه‌ها و نیروی انسانی متخصص مورد نیاز، از مسایلی است که نیاز به انجام بررسی‌های بیشتری دارد.

به طور کلی یافته‌های این پژوهش نشان داد که این روش توانسته است بر شدت بیماری و بهبودی کلی بیماران مبتلا به اسکیزوفرنیا تأثیر بگذارد و می‌تواند به عنوان روشی غیردارویی در کنار دارودرمانی و سایر روش‌های توانبخشی، برای درمان و توانبخشی این بیماران به کار گرفته شود.

پیشنهاد می‌شود که این بررسی در بیماران مبتلا به اسکیزوفرنیای حاد و سایر اختلال‌های روانی انجام شود، هم‌چنین دوز داروی مصرفی به عنوان یکی از متغیرهای اصلی بررسی شود، زیرا پرستاران بخش پس از پایان پژوهش اعلام نمودند که میزان مصرف دوزهای اضافی دارو

-
1. Taylor, Sallis & Needle
 2. Auchus, Wood & Kaslow
 3. Pelham & et al
 4. Netz & et al

(PRN) برای ایجاد خواب راحت و کاهش بی‌قراری نسبت به پیش از بررسی کاهش چشم‌گیر داشته است.

منابع فارسی

- اشکانی، حمید، حق‌شناس، حسن. (۱۳۸۲). *درون‌پردازی روان‌درمانی با شیوه‌های نمایشی*، مؤلف فیل جونر (بی‌تا)، تهران: انتشارات رشد.
- پولادی ری شهری، ا. (۱۳۷۴). «بررسی رابطه عوامل فشارزای درونی با عملکرد شغلی دانشجویان دختر و پسر دانشگاه شهید چمران اهواز»، پایان‌نامه کارشناسی ارشد روان‌شناسی تربیتی، دانشگاه شهید چمران اهواز.
- جابری، پ. (۱۳۷۲). *بولتن و راهنمای آزمون SCL90-R*، تهران، انستیتو روانپزشکی تهران.
- خدایاری‌فرد، محمد، غباری بناب، باقر، شکوهی یکتا، محسن. (۱۳۷۸). *تهیه مقیاس اندازه‌گیری اعتقادات و نگرش مذهبی دانشجویان*، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی دانشگاه تهران.
- رضایی، علیرضا. (۱۳۷۱). «تاثیر جنگ بر ویژگی‌های شخصیتی جانبازان»، *پژوهش‌های روانشناختی* دوره ۲، شماره ۳ و ۴، صفحه ۶۹-۶۲.
- رفیعیان، محمد. (۱۳۷۶). «بررسی میزان شیوع اختلال روانی ۵۰۰ جانباز بالای ۲۵٪ در شهرستان یزد»، *خلاصه مقالات همایش بهداشت روانی جنگ*، تهران: نشر بنیاد.
- علوی فاضل، سیدکاظم. (۱۳۶۳). «عوارض جنگ روانی در سپاهیان مسلمان ایران»، *مجله علمی پزشکی دانشگاه شهید چمران اهواز*، شماره ۹.
- مجد، محمدولی. (۱۳۵۹). *سایکودراما*، تهران، *مجله بهداشت روانی*.
- ملک‌زاده، محمدرضا. (۱۳۷۲). *سخنرانی وزیر بهداشت و درمان آموزش پزشکی در سمپوزیوم بررسی عوارض عصبی، روانی ناشی از جنگ*.
- میرزایی، ر. (۱۳۵۹). *بررسی میزان اعتبار و پایایی آزمون SCL90-R* در ایران، پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه علوم پزشکی تهران.

نوربالا، احمدعلی. (۱۳۷۲). کلیات عوارض عصبی و روانی ناشی از جنگ، مجموعه مقالات سمپوزیوم بررسی عوارض عصبی، روانی ناشی از جنگ، تهران: نشر بنیاد.

منابع لاتین

- Auchus, M. P., Wood, K., & Kaslow, N. (1995). Exercise patterns of psychiatric patients admitted to a short-term inpatient unit. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 18, 137-140.
- Bielanska, A. (1994). Dramatherapy as a means of rehabilitation for schizophrenic patients. *American Journal of Psychiatry* vol 126, 289-298.
- Blantner, A. (2000). *Foundations of Psychodrama* (4th Ed), New York.
- Bucci, L. (1987). The negative symptoms of schizophrenia and the monamine oxidase inhibitors. *Psychopharmacology*, 91, 104-108.
- Canon, T. D., Mednick, S. A., & Parnas, J. (1990). Antecedents of predominantly negative and predominantly positive symptom schizophrenia in a high-risk population. *Archives of General Psychiatry*, 47, 622-632.
- Deragotis, L. R., Lipman, R. S., & Covey, A. D. (1973). Scl-90: An outpatient psychiatric rating scale preliminary. *Psychopharmacology Bulletin*, 9 (1), 13-27.
- Deragotis, L. R., Morrow, J. A., Fetting, J. A., Feeting, J., & Hallad, J. (1984). The SCL90-R as psychiatric screening measure in a cancer population. *American Journal Epidem*, 15-27.
- Dworkin, R. H., & Lenzenwenger, M. F. (1984). Symptom, and the genetics of schizophrenia: Implacations for diagnosis. *American Journal of Psychiatry*, 141, 1541-1546.
- Dworkin, R. H., Lenzenwenger, M. F., & Moldin, S. O. (1987). Genetics and the phenomenology of schizophrenia, In P. D. Havey, E. F. Walker (Eds). *Positive and negative symptoms of psychosis*. Hillsdale N. J.: Erlbaum.
- Grainger, R. (1990). *Drama therapy and thought disorder*. In Jennings (Ed). *Drama therapy theory and practices* London: Routledge.
- Karp, M., Holmes, P., & Tauvon, K. B. (1998). *The Handbook of Psychodrama*, Landon: Routledge.
- Kikpatrick, B., & Cenk, T. (2005). Schizophrenia: Clinical features and psychopathology concepts. In B. J. Sadock. Va. A. Sadock (Eds). *Comprehensive textbook of psychiatry* (8th. Ed). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Kipper, D. (1996). The development of warmth and trust in psychodrama training group: Across-Cultural study with socimetty. *Journal of Group Psychotherapy psychodrama an goniometry*, vol 11, 28-35.

- Landy, J. R. (2006). The future of drama therapy, *Journal of Arts in psychotherapy*, vol, 33, p135-142.
- Moreno, Z. T., Blomkuist L. D. & Rutzel, T. (2000). *Psychodrama, Surplus Reality and the Art of Healing*, London and Philadelphia, Routledge.
- Netz, Y., Yaretzki, A., Salganic, L., Jacob, T., Finkeltov, B., & Argov, E. (1994). The effects of supervised physical activity on cognitive and affective state of geriatric and psychogeriatric in-patients. *Clinical Gerontologist Journal* 15, 47-56.
- Oei, R. (1990). A 50 year prospective study of psychological sequel world war II combat. *American Journal of psychiatry* vol 4, 15-24.
- Pelham, T. W., Campagna, P. D., Rivto, P. G., & Bime, W. A. (1993). The effects of exercise therapy on clients in a psychiatric rehabilitation program. *Psychosocial Rehabilitation Journal* 16, 76-84.
- Potocky, R. & Miriam. F. (1993). An art therapy group for clients with chronic schizophrenia, *Social work with group*, VII, 690-695.
- Sachnoff, V. Elaine, A. (1994). Brief report managed care and inpatient psychodrama, *Journal of group psychotherapy and sociometry* vol 48, 117-121.
- Sadock, B. J., & Sadock, V. A. (2003). *Synopsis of Psychiatry* (8th. Ed). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Scategni, W. (2002). *Psychodrama, group processes and dreams*. Brunner-Routledge.
- Solomen, A. (1930). *Psychodrama: the self on stag*. Washington DC: the new school of psychotherapy.
- Taylor, C. B., Sallis, J. F., & Needle, R. (1998). The relation of physical activity and exercise to mental health. *Public Health Reports* 100, 195-202.
- Trall, T. J. (2001). *Clinical Psychology*. Routledge.
- Zubin, J., Spring, B. (1997). Vulnerability: A new view of schizophrenia. *Journal of Abnormal Psychology* 86, 103-126.