

ارزیابی بالینی تأثیر سایکودراما در درمان اضطراب اجتماعی (مورد پژوهی)

مهدی پوررضائیان^۱

تاریخ وصول: ۹۵/۲/۸

تاریخ پذیرش: ۹۵/۶/۱

چکیده

فویبای اجتماعی که در DSM 5 به اضطراب اجتماعی تغییر نام داده است، سبب ناتوانی شدید فرد در برقراری ارتباطات اجتماعی و احساس شرمندگی و عدم تمایل به حضور در موقعیت‌های اجتماعی خاص می‌شود. بنابراین به کارگیری یک روش درمانی مؤثر در مورد آن بسیار حائز اهمیت است. اگرچه روش‌های درمانی نمایش محور برای درمان این اختلال توصیه شده‌اند اما کاربرد این روش‌ها به صورت بالینی در پژوهش‌ها به چشم نمی‌خورد. بنابراین مهم‌ترین هدف پژوهش حاضر، آزمون اثربخشی سایکودراما به عنوان یک روش درمانی نمایش محور در درمان اضطراب اجتماعی بود. پژوهش حاضر یک پژوهش تجربی از نوع موردپژوهی است که از طرح AB استفاده کرده است. درمانجو، یک پسر بچه‌ی ده ساله‌ی مبتلا به اضطراب اجتماعی و آزمونی که برای برآورد میزان و نوع اضطراب درمانجو به کار گرفته شد، آزمون اضطراب کودکان اسپنس بود. نتایج مشاهده توسط درمانگر و مادر درمانجو، نشان‌دهنده‌ی کاهش قابل توجه نشانه‌های اضطراب اجتماعی درمانجو بود. هم‌چنین مقایسه‌ی نمرات درمانجو در آزمون اضطراب کودکان اسپنس در پیش‌آزمون و پس‌آزمون، بیانگر کاهش قابل ملاحظه‌ی میزان اضطراب اجتماعی او بود. با توجه به یافته‌های پژوهش، می‌توان گفت که سایکودراما، روش درمانی مناسب و مؤثری در درمان اضطراب اجتماعی است اما با توجه به این که پژوهش حاضر یک موردپژوهی است، به سختی می‌توان نتایج آن را تعمیم داد. لذا پیشنهاد پژوهشگر حاضر، انجام پژوهش‌های بیشتری با هدف آزمون اثربخشی سایکودراما در درمان اختلال مذکور است.

واژگان کلیدی: سایکودراما، اضطراب، اضطراب اجتماعی، اضطراب جدایی

مقدمه

هراس اجتماعی^۱ در DSM-IV^۲ به اضطراب اجتماعی در DSM-5^۳ تغییر نام داده است. این تغییر، نشان‌دهنده‌ی یک فهم جدید و گسترده‌تر از شرایط در موقعیت‌های مختلف اجتماعی است. در گذشته، هراس اجتماعی زمانی تشخیص داده می‌شد که فرد به هنگام انجام کارها در مقابل دیگران دچار احساس ناراحتی و ترس شدید می‌شد. تحقیقات نشان داده است که این تعریف خیلی محدود است. در DSM-5 اضطراب اجتماعی زمانی تشخیص داده می‌شود که پاسخ فرد در موقعیت‌های مختلف اجتماعی مختل شود. برای مثال، شخص ممکن است آنقدر ناراحت باشد که قادر به سخن گفتن با دیگران به خصوص افرادی که نمی‌شناسد، نباشد. فردی که مضطرب است ممکن است از شام خوردن در حضور جمع نگران باشد زیرا می‌ترسد که در حال خوردن یا نوشیدن، توسط دیگران مورد مشاهده قرار گیرد.

اضطراب اجتماعی چیزی بیش از کمرویی صرف است و می‌تواند منجر به ناتوانی قابل ملاحظه‌ای شود. تشخیص این اختلال مستلزم این است که ترس یا اضطراب فرد را از وضعیت معمولش دور کند. علائم باید در طول شش ماه یا بیشتر به طور مداوم وجود داشته باشند. در DSM-IV بازه‌ی زمانی فقط برای کودکان مهم بود اما DSM-5 این معیار را به بزرگسالان هم گسترش داده است. وجود معیار حداقل دوره‌ی علائم احتمال ترس صرفاً گذرا یا موقت را رد می‌کند. برای این که یک فرد مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی تشخیص داده شود، باید از ناراحتی قابل ملاحظه‌ای رنج ببرد و یا این که بیماری منجر به اختلال در روال عادی زندگی اجتماعی، شغلی، تحصیلی و یا سایر فعالیت‌های روزمره‌ی فرد شود. بر خلاف DSM-IV که لازم است خود فرد نیز تشخیص دهد که پاسخ‌هایش، بیش از حد یا غیر منطقی است، در DSM-5 ملاک، تشخیص درمانگر است. درمانگر تعیین می‌کند که آیا واکنش فرد ممکن است با دلایل دیگر مثل اضطراب عمومی‌تر یا عوارض جانبی برخی از داروها بهتر توجیه شود. اگر فرد از عوامل پزشکی دیگر^۴ مثلاً لکنت زبان یا چاقی - رنج ببرد ترس یا اضطراب تجربه شده باید به دیگر شرایط یا آنچه که به طور معمول احساس می‌شود، ربطی نداشته باشد.

1. social phobia
2. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.)
3. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4th ed.)

ملاک‌های تشخیص اختلال اضطراب اجتماعی در مورد کودکان نیز تغییراتی کرده است. فهرست DSM-IV شامل گریه یا اوقات تلخی شدید و طولانی، تبدیل شدن به بی‌حرکتی جسمی، یا اجتناب از سایر مردم بود در حالی که DSM-5، شامل دو رفتار دیگر نیز هست: چسبیدن شدید به مراقب و ناتوانی در صحبت کردن در موقعیت‌های اجتماعی. تمام این شش علامت یا رفتار می‌توانند نسبت به افراد آشنا یا غریبه رخ دهند (انجمن روان‌شناسی آمریکا، ۲۰۱۳).

هم‌چون سایر اختلالات روان‌شناختی، درمان رفتاری-شناختی بیش از سایر روش‌های درمانی برای اضطراب اجتماعی آزمون شده است (استانجیر^۲، ۲۰۱۶؛ محقق، دوستی و جعفری، ۱۳۹۵؛ بندلو، ریت، روور، میکالس، گرلیک و ودکاینده^۳، ۲۰۱۵؛ حیدریان‌فرد، بخشی‌پور و فرامرزی، ۱۳۹۴؛ گولدین، زیو، جزایری، ویکز، هیمبرگ و گراس^۴، ۲۰۱۴؛ پریاموادا، کومار، پراکش و چادهاری^۵، ۲۰۰۹؛ آکارتورک، کویچیرس، ون‌استراتن و گراف^۶، ۲۰۰۸؛ ولز و پاپاجورجیو^۷، ۲۰۰۱). بنابراین اثربخشی سایر روش‌های درمانی که اثربخشی آن‌ها در درمان اختلالات روان‌شناختی دیگر، تأیید شده است، ضروری به نظر می‌رسد. سایکودراما یکی از این روش‌هاست. مهم‌ترین دلیل انتخاب سایکودراما از سوی درمانگر حاضر، نمایش محوری آن بود که مستقیماً مرتبط با مشکل افراد مبتلا به اضطراب اجتماعی است. آنچه در ادامه می‌آید، توضیحاتی در مورد این روش درمانی است.

سایکودراما روشی در روان‌درمانی با یک شکل نمایشی است که در آن، مشکلات عاطفی یا رفتاری بیماران و درمانجویان با استفاده از فنون تئاتری، ریشه‌یابی و حل و رفع می‌گردد (پوررضائیان، ۱۳۹۱، ۱۳۹۵). مورنو^۸ که مبدع سایکودراماست، سایکودراما را مجموعه‌ای از فنون می‌داند که بدون ادعای هنری بودن، ناظر به این هدف‌اند که از طریق بداهه‌سازی در بازی تئاتر، استعدادهای بالقوه و مستور یا سرکوب شده‌ی حیات ذهنی و خاصه حیات عاطفی را رشد و گسترش بخشند. فرضیه‌ی بنیادی این شیوه‌ی درمانی آن است

1. American Psychological Association (APA)
2. Stangier, U.
3. Bandelowa, B, Reitta, M., Röverb, C., Michaelisa, S., Görlicha Y., Wedekind, D
4. Goldin, P. R., Ziv, M., Jazaieri, H., Weeks, J., Heimberg, R. G., Gross, J.
5. Priyamvada, R., Kumar, S., Prakash, J., Chaunhury, S., Chaunhury, S.
6. Acarturk, C., Cuijpers, P., van Straten, A., Graaf, R.
7. Wells, A., Papageorgiou, C.
8. Moreno, J. L.

که بازیگری به فرد اجازه می‌دهد تا به بیان مشکلات خود پردازد، هیجان‌اتش را عرضه کند، تعارضات عمیق خود را به سطح بکشد و سرانجام با آن‌ها و محیط خود مواجه شود (هولمز^۱، ۲۰۱۴). سایکودراما به عنوان یک روش روان‌درمانگری با روی آورد بالینی مبتنی بر ایفای نقش، فرمی از شبیه‌سازی رفتار است (کری^۲، ۲۰۱۵؛ انلو^۳، ۲۰۱۵؛ مورنو^۴، ۲۰۱۴؛ مورنو، بلامکوویست و روتزل^۵، ۲۰۱۴).

زرکا مورنو (۱۹۸۲)، مهم‌ترین تکنیک‌های سایکودراما را بدین ترتیب ذکر نموده است: سولیلوکی یا تک‌گویی^۶ (عبارت است از صحبت کردن یکنواخت و یک نفره‌ی پروتاگونیست با خودش)، روش معرفی کردن خود^۷ (در این روش، پروتاگونیست، خودش، مادرش، پدرش، برادرش، معلمش و یا هر عضو دیگری از دنیای خود را با کمال توجه به مسائل متمرکز در ذهنش معرفی می‌کند. به طوری که خودش نقش دیگران را هم بازی می‌کند)، تحقق خویشتن با ایفای نقش^۸ (در این حال پروتاگونیست با همراهی چند ایگوی کمکی وضعیت زندگی خود را به نمایش می‌گذارد)، سایکودرامای توهمی (به کمک این روش پروتاگونیست هذیان‌ها و توهمات خود را به صورت عمل درآورده و با واقعیات زندگی می‌آزماید)، روش مضاعف یا دو نفری^۹ (در این جا ایگوی کمکی نقش خود پروتاگونیست را بازی می‌کند و تمام حرکات، فعالیت‌ها و رفتارهای او را شبیه‌سازی می‌نماید. او معمولاً شروع‌کننده‌ی صحبت است. در حالی که انگار دارد با خودش حرف می‌زند، پروتاگونیست جوابش را می‌دهد. این روش برای نفوذ در مشکلات و منازعات درونی بیمار به کار برده می‌شود. قابل تذکر است که نقش ایگوی کمکی در این جا با نقش او در سایر تکنیک‌ها متفاوت است. ایگوی کمکی در این جا سعی می‌کند بیشترین همانندی را با پروتاگونیست پیدا کند، در حالی که در سایر تکنیک‌ها نقش کسی را بازی می‌کند که غایب است)، روش مضاعف (دو نفری) چندگانه^{۱۰} (در این روش پروتاگونیست به همراه

1. Holmes, P.
2. Corey, G.
3. Enelow, S.
4. Moreno, J. D.
5. Moreno, Z. T., Blomkvist, Leif Dag, Rutzel, T.
6. soliloquy
7. self-presentation
8. self-realization
9. double
10. multiple double

چند بازیگر شبیه به خودش نقش ایفا می‌کند. هر بازیگر شبیه، قسمتی از زندگی او را به نمایش می‌گذارد. مثلاً یک نفر نقش او را در سه سال پیش ایفا می‌کند، دیگری نقش او را در بیست سال آینده نمایش می‌دهد. یکی از بازیگران شبیه نیز نقش او را همان طور که اکنون هست، اجرا می‌کند، آینه^۱ (وقتی بیمار قادر نباشد نقش خود را به صورت صحبت کردن یا عمل، اجرا کند، یک ایگوی کمکی نقش او را بازی می‌کند. در حالی که بیمار در قسمت تماشاچیان می‌نشیند، ایگوی معین به عنوان بیمار وارد صحنه می‌شود و رفتار او را کاملاً به صحنه می‌آورد و طرح‌ها و نقشه‌های عمل او را عیناً به نمایش می‌گذارد و همانند یک آینه به بیمار نشان می‌دهد که دیگران چگونه او را مشاهده کرده و می‌شناسند)، نقش معکوس^۲ یا وارونه یا تعویض نقش (این روش بدین صورت است که پروتاگونیست در یک موقعیت بین فردی، نقش خود را با نقش فرد دیگر تعویض می‌نماید. مثلاً پروتاگونیست نقش مادرش را بازی می‌کند و مادرش نقش او را. بدین ترتیب ادراکات باطل در روابط بین فردی می‌توانند به سطح شعور و آگاهی آورده شوند و بررسی و تصحیح گردند)، برون فکنی آینده^۳ (در این شیوه پروتاگونیست در عمل نشان می‌دهد که در مورد آینده‌ی خود چگونه می‌اندیشد. او یک زمان و مکان خاص و افرادی را که فکر می‌کند در آینده‌ی او شرکت دارند در نظر می‌گیرد و بعد این موضوعات را به صحنه می‌آورد)، رؤیانمایی^۴ (در این حال بیمار به جای آن که رؤیای خود را بازگویی کند، عملاً آن را بازنمایی می‌کند. به طوری که نقش خود را در رختخواب فرضی‌اش اجرا می‌نماید و خودش را به صورت خواب وانمود می‌کند و وقتی که احساس کرد می‌تواند رؤیای خود را از نو بنا کند، از رختخواب بلند شده و رؤیای خود را به نمایش می‌گذارد و ایگوهای معین را برای نقش شخصیت‌های رؤیای خود به کار می‌برد. این روش به تربیت دوباره‌ی بیمار و تغییر طرح رؤیای او کمک می‌کند). مورنو (۱۹۶۶)، دو روش دیگر را نیز معرفی کرده است: صندلی خالی^۵ (در این روش پروتاگونیست فرض می‌کند که روی یک صندلی خالی فردی که اکنون غایب است، نشسته است و با او شروع به صحبت کردن می‌کند) و فروشگاه جادویی^۶ (این روش که معمولاً

-
1. mirror
 2. role-reversal
 3. future projection
 4. dream presentation
 5. empty chair
 6. magic shop

برای شروع و آماده‌سازی استفاده می‌شود، باعث ایجاد تجسم‌هایی در گروه می‌شود. در فروشگاه جادویی یک نفر نقش فروشنده را بازی می‌کند و دیگری نقش خریدار را، و آنچه که خریده می‌شود معمولاً یک چیز تجسمی است مثل موفقیت یا جسارت).

مراحل اجرای سایکودراما معمولاً برای اختلالات گوناگون و افراد مختلف متفاوت است، اما معمولاً می‌توان مراحل زیر را که خود مورنو مشخص کرده است، دنبال نمود.

۱- شروع و آماده‌سازی^۱: شامل رسیدن به احساسات شخصی و داستان پروتاگونیست، تلاش برای بودن در اینجا و اکنون و پیوستن به حقیقت سایکودراما.

۲- اجرا^۲: شامل بازسازی اشخاص و مکان داستان پروتاگونیست در این جا و اکنون، ساختن واقعیت درونی و اجازه دادن به پروتاگونیست برای مواجه شدن با موضوعات واقعی به جای موضوعات تصوری، کنار گذاشتن اگرها، ایجاد فرصتی برای پالایش روانی، ایجاد فرصتی برای تصحیح گذشته و اتمام نمایش و شکل‌دهی دوباره به ایگوهای کمکی (استفاده از تکنیک‌های سایکودراما).

۳- مشارکت^۳: آماده شدن برای خاتمه دادن به مرحله‌ی اجرا، اجازه دادن به هر یک از اعضای گروه برای مذاکره کردن و سهمیم شدن در آن چه در مرحله‌ی اجرا به نمایش گذاشته شده است، به منظور استفاده‌ی بهینه‌ی آن‌ها به نفع بهبودی خودشان، بازگشت پروتاگونیست به گروه و اجازه دادن به بازیگران برای خارج شدن از نقش و پیوستن دوباره به گروه.

۴- تحلیل^۴: تشخیص الگوهای مخرب رفتار که باید تغییر یابند، روشن سازی انتخاب‌ها در زندگی پروتاگونیست، به هشیاری آوردن اجبارهای تکراری و برقراری ارتباط بین آن‌ها، آن جا و این جا و اکنون، برقراری ارتباط بین آگاهی هیجانی و یادگیری شناختی و ارائه‌ی راهکارهایی برای تحکیم یادگیری و آگاهی در یک سطح شناختی (دیتون^۵، ۱۹۹۴).

در پی جست و جوی محققان، پژوهشی که نشان‌دهنده‌ی کاربرد بالینی سایکودراما برای درمان اضطراب اجتماعی باشد، به دست نیامد اما در پژوهش‌های متعددی، اثربخشی

-
1. warm-up
 2. enactment
 3. sharing
 4. analysis
 5. Dayton, T.

این روش درمانی را در درمان فشار روانی و اضطراب (هال^۱، ۱۹۷۸)، حالات هیجانی توأم با افسردگی و اضطراب (فرتز^۲، ۱۹۸۱؛ وید^۳، ۱۹۸۵)، افسردگی (پوررضائیان، ۱۹۹۶؛ ره‌گوی، ابراهیمی، خانکه، رهگذر و رضایی، ۱۳۸۵)، اختلالات رفتاری (گاتا^۴ و همکاران، ۲۰۱۰)، سبک‌های دلبستگی (دوگان^۵، ۲۰۱۰) و دیگر اختلالات روان‌شناختی نشان داده‌اند. با توجه به کاربرد نسبتاً کم روش درمانی سایکودراما در ایران، مهم‌ترین هدف این پژوهش آزمون اثربخشی این روش در درمان اضطراب اجتماعی است. این پژوهش در پی پاسخگویی به این سؤال بنیادین است که آیا استفاده از تکنیک‌های سایکودراما می‌تواند به بهبود اضطراب اجتماعی درمانجو کمک کنند و با توجه به تأیید تأثیر سایکودراما در درمان اختلالات روان‌شناختی به ویژه اضطراب و اضطراب اجتماعی، این فرضیه در نظر گرفته شده است که استفاده از این روش در درمان اضطراب اجتماعی درمانجو، مؤثر است.

معرفی بیمار و شیوه‌ی اجرای درمان: درمانجو، پسر بچه‌ای ده ساله است که والدینش او را با شکایت اضطراب اجتماعی به کلینیک پژوهشگر و درمانگر حاضر آورده‌اند. بر اساس گفته‌های مادرش، درمانجو از ابتدای کودکی دچار کمرویی بوده اما ورود او به مدرسه منجر به تشدید اضطراب‌های قبلی او شده است. نتیجه‌ی آزمون اضطراب کودک اسپنس که بر روی این درمانجو اجرا شد، نشان می‌دهد که اضطراب اجتماعی کودک بسیار بالاست و اضطراب جدایی نیز در او وجود دارد. موقعیت‌های مسبب ایجاد اضطراب در درمانجو عبارتند از: امتحانات شفاهی در کلاس درس، بودن در جمع همکلاسی‌ها (به جز با یکی از دوستان صمیمی‌اش)، مهمانی‌های خانوادگی و دوستانه (به استثنای خانواده‌ی یکی از خاله‌ها و یکی از عموهای درمانجو که ارتباط بهتر و صمیمی‌تری با او دارند)، هرگونه برخورد با افراد ناآشنا یا آشنا اما غیر صمیمی و موقع تلفن زدن یا پاسخ به تلفن.

بعد از تشخیص مشکل درمانجو، روش سایکودراما برای درمان او انتخاب شد. دلیل این انتخاب، سعی در مواجه ساختن درمانجو با موقعیت‌های اجتماعی در قالب بازی‌های نمایشی به منظور تمرین حضور در موقعیت‌های اجتماعی بدون احساس اضطراب بود. در مجموع

-
1. Hall, I.
 2. Fretz, R. K.
 3. Weide, U.
 4. Gatta, M.
 5. Dogan, T.

طول دوره‌ی درمان شامل دو جلسه‌ی پذیرش و معرفی و هشت جلسه‌ی درمانی بود که در ادامه به شرح مختصر این جلسات پرداخته خواهد شد.

جلسه‌ی اول (پذیرش و تشخیص مشکل درمانجو): در این جلسه، مادر درمانجو حضور داشت و اطلاعات جامعی در مورد مشکل او در اختیار درمانگر قرار داد. در این جلسه، آزمون اضطراب کودکان اسپنس روی درمانجو اجرا شد.

جلسه‌ی دوم (ایجاد جوی صمیمانه و به دور از استرس برای درمانجو): در این جلسه سعی شد تا فضایی صمیمی و بدون استرس برای درمانجو فراهم شود و روش درمانی سایکودراما از طریق بازی‌های کودکان به او معرفی شد. سپس از درمانجو درخواست شد تا خودش مشکلش را به زبان آورد و موقعیت‌هایی را که باعث ایجاد اضطراب و کمرویی در او می‌شوند، ذکر کند. سکوت‌های طولانی و عدم برقراری تماس چشمی درمانجو در ابتدای این جلسه بسیار بارز بود اما تدریجاً و بعد از درگیر شدن در بازی‌های نمایشی و مشاهده‌ی رفتار درمانگر اینگونه مشکلات بسیار کمتر شد.

جلسه‌ی سوم (استفاده از تکنیک‌های آینه و معرفی کردن خود): در این جلسه، که در حقیقت جلسه‌ی نخست به کارگیری سایکودراما بود، بعد از گرم کردن و توضیحات مختصری درباره‌ی برنامه‌ی جلسه‌ی حاضر، از درمانجو خواسته شد تا با استفاده از روش معرفی کردن خود، خودش را به طور کامل معرفی کند اما به دلیل دشواری این کار برای درمانجو، درمانگر با استفاده از تکنیک آینه، نقش درمانجو را ایفا کرد و رفتارها و طرز صحبت او را تقلید نمود. در این مرحله، درمانگر با توجه به اطلاعاتی که درباره‌ی درمانجو داشت، خودش را در نقش او معرفی کرد. در این معرفی تأکید بیشتر بر توانایی‌های تحصیلی و رفتارهای خوب بود تا بر اضطراب و کمرویی. بعد از ایفای نقش توسط درمانگر، از درمانجو خواسته شد که به همان شکل، خودش را معرفی کند. در طول صحبت‌های درمانجو، نشانه‌هایی از اضطراب مثل بیقراری، عدم تمرکز بر نقش، نگاه رو به پایین، لرزش دست و پا و صدا و همچنین حبس نفس در شش‌ها مشاهده شد به ویژه زمانی که داشت راجع به احساس شرم و کمرویی در موقعیت‌های اجتماعی صحبت می‌کرد. چند بار هم درمانجو سکوت اختیار کرد و گفت که چون نمی‌تواند بدون اضطراب صحبت کند اصلاً نمی‌خواهد که حرف بزند اما درمانگر تأکید نمود که اضطراب شبیه یک آدم سمج است

که گویی درمانجو را خیلی دوست دارد و نمی‌خواهد از او جدا شود ولی او با تمرین بیشتر و آرامش می‌تواند باعث دور شدن اضطراب شود.

جلسه‌ی چهارم (استفاده از روش تعویض نقش): در این جلسه نیز پس از گرم کردن، درمانگر از درمانجو خواست تا نقش خودش را با او تعویض کند. به عبارت دیگر، درمانجو، نقش درمانگر را بازی کند و درمانگر نقش درمانجو را. درمانگر تمام رفتارهای درمانجو را تقلید و دائماً اظهار نگرانی و ترس در مورد نشانه‌های اضطراب نمود و درمانجو می‌بایست به او کمک می‌کرد و روش‌هایی را معرفی می‌نمود که اضطراب از بین برود. رفتار درمانجو در این نقش بسیار جالب توجه بود به طوری که زمانی که نقش درمانگر را ایفا می‌کرد، فقط یکی دو بار، دچار نشانه‌های اضطراب شد و با گفتن جمله‌ی "من که خودم نیستم، من دکترم!" دشواری‌های گفتاری و رفتاری ناشی از اضطراب را برطرف می‌ساخت.

جلسه‌ی پنجم (استفاده از تکنیک ایفای نقش): هدف این جلسه، مواجهه سازی نمادین درمانجو با موقعیت اجتماعی کلاس درس بود. بنابراین از چند عروسک به عنوان همکلاسی‌ها استفاده شد و از درمانجو خواسته شد تا در صورت لازم به جای آن‌ها صحبت کند. یکی از عروسک‌ها هم به جای دوست صمیمی درمانجو تعیین شد و درمانگر نیز نقش معلم را ایفا کرد. در این جلسه نگرانی‌ها و اضطراب درمانجو از نظری که همکلاسی‌هایش نسبت به کمرویی بیش از حد او دارند کاملاً مشخص شد. در این جلسه بارها و بارها درمانگر در نقش معلم از درمانجو سؤالات شفاهی پرسید و از درمانجو خواست که عمداً با اضطراب و بدون اضطراب پاسخ بدهد تا تفاوت را احساس کرده و به توانایی خویش در کنترل اضطراب پی ببرد. هم‌چنین این نکته به درمانجو آموخته شد که نباید از همکلاسی‌هایش انتظار داشته باشد تا رفتارهای بد خود را ترک کنند بلکه باید با تلاش شخصی با اضطراب خداحافظی کند و به جایش با همکلاسی‌هایش دوست شود.

جلسه‌ی ششم (استفاده از تکنیک صندلی خالی): در این جلسه، یک صندلی خالی رو به روی درمانجو گذاشته شد و از او خواسته شد تا فرض کند که عامل اضطراب روی این صندلی نشسته و با او صحبت می‌کند اما درمانجو به اقتضای سنش قادر به این تصور نبود. لذا از او خواسته شد که یکی از عروسک‌ها را انتخاب کند و اسم او را "کمرویی" بگذارد و با او صحبت نماید. درمانجو زشت‌ترین عروسک را انتخاب کرد و روی صندلی گذاشت اما درمانگر از او خواست تا یک عروسک بهتر را انتخاب کند زیرا هنوز درمانجو کمرویی و

اضطراب را جزئی از وجود خود می‌دانست و زشت دانستن بخشی از وجود خود برابر بود با زشت دانستن کل وجود خود. بعد از آن در دو نوبت درمانجو و درمانگر هر دو به جای عروسک صحبت کردند. باور درمانجو این بود که کمرویی نمی‌خواهد از او جدا شود و اذیتش می‌کند اما درمانگر با بازی‌های نمایشی درمانجو را قانع کرد که کمرویی فقط نزد کسانی می‌ماند که دوستش دارند. سپس درمانجو به صورت نمادین با کمرویی (عروسک) خداحافظی کرد تا نزد کسی برود که او را دوست داشته باشد.

جلسه‌ی هفتم (ایجاد یک موقعیت واقعی برای آزمون میزان اضطراب درمانجو): در این جلسه، درمانجو بسیار خوشحال بود از اینکه با کمرویی خداحافظی کرده و دیگر نشانه‌های آزاردهنده‌ی اضطراب در او به وجود نمی‌آیند. درمانگر نیز درمانجو را تشویق نموده و به او یادآوری کرد که ممکن است گاهی کمرویی دوباره بخواهد به سراغ او بیاید، بنابراین باید تمام موقعیت‌هایی که ممکن است این اتفاق بیفتد اول به صورت نمایشی و بعد به صورت واقعی تمرین شوند. تلفن زدن به عنوان نخستین موقعیت انتخاب شد. در ابتدا درمانگر نقش فردی را که به درمانجو تلفن می‌زند، ایفا نمود. درمانجو در این موقعیت تمرینی اصلاً دچار اضطراب نشد. سپس از درمانجو خواسته شد تا در ابتدا به مادرش تلفن کند و با او صحبت نماید. این موقعیت صرفاً برای آرام‌سازی بیشتر درمانجو تدارک دیده شد. سپس یک موقعیت واقعی ایجاد شد. از درمانجو خواسته شد تا به شماره‌ی یک فروشگاه که درمانگر در اختیار او گذاشت، تلفن کند و هر چه که دوست دارد را سفارش بدهد. درمانجو وقتی متوجه شد که شرایط کاملاً طبیعی است و هیچ ایفای نقشی در کار نیست اندکی دچار اضطراب شد اما درمانگر با آرام کردن او و تشویق‌های فراوان به او گفت که اگر این مأموریت را به درستی انجام دهد، کمرویی از برگشتن دوباره پشیمان می‌شود. درمانجو دو بار شماره‌ی فروشگاه را گرفت ولی صحبت نکرد و تلفن را قطع کرد اما بار سوم شروع به صحبت کرد و فقط در گفتن واژه‌ی "الو" دچار گرفتگی زبان و حبس نفس شد و از این بابت بسیار ناراحت شده و گوشی را گذاشت. درمانگر سعی کرد او را آرام کند و از او خواست که به جای واژه‌ی "الو" که به بازگشت اضطراب کمک می‌کند، واژه‌ی "سلام" را جایگزین نماید. این جایگزینی مؤثر بود و سبب شد تا درمانجو بدون مشکل، صحبت‌های خود را تکمیل کند. بنابراین درمانگر از او خواست که همیشه به جای الو، سلام یا هر کلمه‌ی دیگری که دوست دارد بگوید و این کار در قالب نمایش چندین بار تمرین شد.

جلسه‌ی هشتم (استفاده از تکنیک فروشگاه جادویی و تمرین موقعیت اجتماعی دوست شدن با همسالان): هدف این جلسه، توانمندسازی درمانجو در شروع ارتباطات اجتماعی و دوست شدن با همسالان بود. بنابراین ابتدا در موقعیت نمایشی، درمانگر نقش یک کودک را که درمانجو می‌خواهد با او دوست شود بازی کرد. در فضایی از اتاق درمان یک میز بود که با درمانجو توافق شد که یک فروشگاه است. این فروشگاه، در ازای خواندن یک شعر، شجاعت و جسارت را می‌فروخت. درمانجو باید نزد درمانگر (در نقش کودک هم سن خودش) می‌آمد و سعی می‌کرد تا با او دوست شود و هر زمان که احساس می‌کرد به شجاعت احتیاج دارد، به فروشگاه می‌رفت و یک شعر می‌خواند و شجاعت دریافت می‌کرد. بعد از چند بار تمرین درمانگر با درمانجو توافق کرد که جای فروشگاه به درون ذهن درمانجو منتقل شود و درمانجو به جای خواندن یک شعر، یک نفس عمیق بکشد و شجاعت دریافت کند. هدف از این کار، ایجاد یک آرام‌ساز درونی و قابل دسترس برای درمانجو بود. بعد از چند بار تمرین درمانجو یاد گرفت که چگونه می‌تواند با یک نفس عمیق شجاعت شود و شروع به صحبت نماید.

جلسه‌ی نهم (ایجاد موقعیت واقعی دوست شدن): در جلسه‌ی نهم، یک بار دیگر درمانگر و درمانجو موقعیت‌های جلسه‌ی قبل را تمرین نموده و درمانجو استفاده از تنفس عمیق را به منظور رسیدن به آرامش و شجاعت، تمرین کرد. سپس به درمانجو گفته شد که یک کودک دیگر قرار است به جلسه‌ی درمان آورده شود که درمانجو می‌تواند با او دوست شود. درمانگر از قبل با مادر یک کودک هم سن و سال درمانجو هماهنگ نموده بود تا به جلسه‌ی درمان بیایند. درمانگر بار دیگر روش شجاع شدن را به درمانجو یادآوری کرد و از مادر آن کودک خواست که فرزندش را به داخل اتاق بیاورد. درمانجو به جای یک بار نفس عمیق، چند بار نفس عمیق کشید اما در ابتدا برایش دشوار بود که به پسر بچه نزدیک شود. در این هنگام درمانگر با اشاره او را تشویق کرد و درمانجو بالاخره نزد آن پسر بچه رفت و بدون اضطراب از او خواست که با او دوست شود.

جلسه‌ی دهم (آخرین جلسه): در این جلسه، بعد از نیم ساعت تمرین و مرور تمام آموزه‌های جلسات قبلی، قرار شد که مادر درمانجو نیز به اتاق درمان وارد شود، از درمانجو خواسته شد تا عمداً چند نشانه‌ی اضطراب را بروز دهد تا مادرش فکر کند که او هنوز مشکل دارد. این کار با هدف کسب احساس کنترل کامل بر اضطراب توسط درمانجو انجام شد.

درمانجو نیز به خوبی نقش قبل از درمان خودش را بازی کرد اما نکته‌ی جالب این بود که کاملاً مشخص بود که اضطراب را تقلید می‌کند. سپس با خنده‌ی فراوان به مادرش گفت که مشغول ایفای نقش بوده است.

به تشخیص درمانگر، جلسه‌ی دهم، آخرین جلسه‌ی درمانی بود اما از مادر درمانجو خواسته شد تا دائماً او را به شرکت در موقعیت‌های اجتماعی ترغیب کند و تا یک هفته، تمام موقعیت‌های اجتماعی را که درمانجو در آن‌ها شرکت داشته و وضعیت اضطراب را بنویسد و در اختیار درمانگر قرار دهد. به علاوه آزمون اضطراب اسپنس (نسخه‌ی کودکان) مجدداً بر روی درمانجو اجرا شد تا میزان اضطراب اجتماعی او بعد از درمان نیز مورد بررسی قرار گیرد.

روش پژوهش

از آن جا که پژوهش حاضر، با استفاده از طرح تک‌آزمودنی (A-B)، تأثیر سایکودراما (متغیر مستقل) را بر اضطراب اجتماعی (متغیر وابسته) بررسی می‌کند، یک پژوهش شبه‌آزمایشی است. در طرح‌های پژوهشی تک‌آزمودنی تأثیر یک متغیر (مستقل) بر متغیر دیگر (وابسته) مورد مطالعه قرار می‌گیرد. در طرح A-B ابتدا شرایط محیطی (A) به دقت اندازه‌گیری می‌شود. برای این منظور به بررسی خط پایه‌ی^۱ شرایط محیطی و رفتار آزمودنی پرداخته می‌شود و بعد از آن، عمل آزمایشی (B) بارگذاری و اعمال می‌شود. در مرحله‌ی بعدی نیز که "پیگیری" نام دارد، رفتار آزمودنی مجدداً اندازه‌گیری می‌شود.

در این پژوهش به منظور سنجش میزان دقیق اضطراب درمانجو از آزمون اضطراب اسپنس (نسخه‌ی کودکان) استفاده شده است. این مقیاس از ۴۵ عبارت تشکیل می‌شود که ۳۸ عبارت آن نمره‌گذاری شده و شش عبارت آن که عبارت‌های پرسشی مثبت هستند، محاسبه نمی‌شوند. همچنین این آزمون دارای یک سؤال باز است که کودک به طور تشریحی به آن پاسخ خواهد داد و برای سنین ۸ تا ۱۵ سال تهیه شده است. این آزمون دارای روش نمره‌گذاری و جدول تفسیر نمرات می‌باشد. مقیاس اضطراب اسپنس دارای زیر مقیاس‌هایی با عناوین هراس و ترس از فضای باز، اضطراب جدایی، ترس از آسیب فیزیکی، ترس اجتماعی، وسواس فکری^۲ عملی، اضطراب عمومی، است. ضریب آلفای کرونباخ

1. base-line

این آزمون در پژوهش موسوی و همکاران (۱۳۸۶) برای مقیاس ترس اجتماعی، ۰/۶۷، اضطراب جدایی، ۰/۶۹، اضطراب عمومی، ۰/۷۲، ترس از مکان‌های باز، ۰/۷۵، ترس از صدمات جسمانی، ۰/۶۵، وسواس فکری-عملی، ۰/۶۲ و برای اضطراب کلی، ۰/۸۹ بدست آمده است.

علاوه بر آزمون مذکور، در پژوهش حاضر روش مشاهده به دو صورت به کار برده شد:

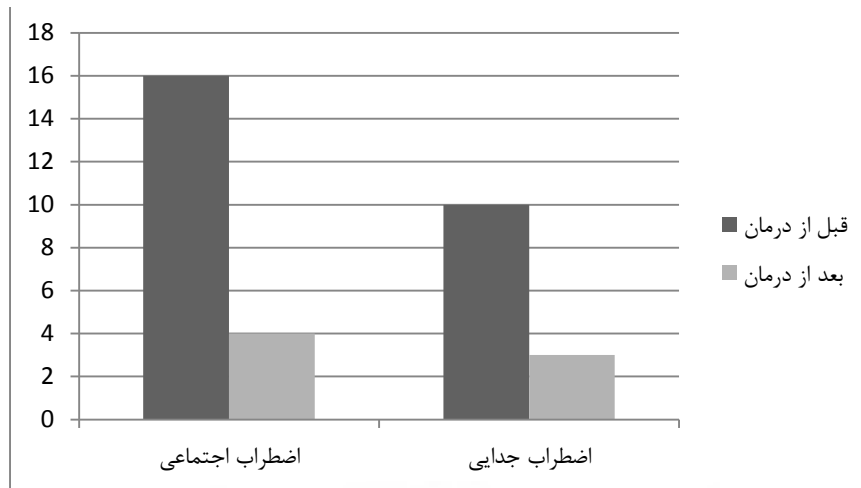
۱. مشاهده توسط درمانگر

۲. مشاهده توسط مادر درمانجو

در روش مشاهده توسط درمانگر، موقعیت‌های اجتماعی واقعی ولی در شرایط کنترل شده، تدارک دیده می‌شد و میزان اضطراب درمانجو در این موقعیت‌ها مورد مشاهده‌ی دقیق قرار می‌گرفت. در روش مشاهده توسط مادر درمانجو نیز از مادر درمانجو درخواست شد که در موقعیت‌های اجتماعی واقعی زندگی میزان نشانه‌های اضطراب درمانجو و زمان دقیق شروع آن‌ها را گزارش کند.

یافته‌های پژوهش

نتایج آزمون اضطراب اسپنس (قبل از درمان و بعد از درمان): نمره‌ی درمانجو در مقیاس اضطراب اجتماعی این آزمون، قبل از درمان، ۱۶ بود که نشان‌دهنده‌ی اضطراب بسیار بالا است. هم‌چنین نمره‌ی اضطراب جدایی او که به نظر می‌رسد ناشی از همان اضطراب اجتماعی بوده باشد، ۱۰ بود که باز هم نشان‌دهنده‌ی اضطراب بالا است. بعد از مداخله‌ی درمانی، نمره‌ی درمانجو در مقیاس اضطراب اجتماعی به ۴ و در مقیاس اضطراب جدایی به ۳ کاهش یافت که بیانگر تغییر قابل ملاحظه و معنادار است. نمودار زیر این تغییرات را با وضوح بیشتری به نمایش می‌گذارد.



شکل ۱. تغییر نمرات درمانجو در مقیاس‌های اضطراب اجتماعی و اضطراب جدایی آزمون اضطراب اسپنس (نسخه‌ی کودکان)، قبل از درمان و بعد از درمان

نتایج مشاهدات درمانگر و گزارشات مادر درمانجو در مورد تغییر میزان اضطراب و برخوردهای اجتماعی درمانجو

همان‌طور که قبلاً ذکر شد، در جلسات هفتم و نهم درمان، موقعیت‌های اجتماعی واقعی فراهم شد تا میزان اثربخشی درمان بر اضطراب اجتماعی، مورد ارزیابی قرار گیرد. نتایج ارزیابی‌های درمانگر در هر دو جلسه و همچنین مشاهدات مادر درمانجو که در طول جلسات و بعد از خاتمه‌ی درمان می‌بایست درمانجو را با موقعیت‌های اجتماعی متعدد (مثل خرید از فروشگاه، پاسخ دادن به تلفن، شرکت در مهمانی‌ها و ...) مواجه می‌ساخت، نشان از کاهش قابل ملاحظه‌ی اضطراب اجتماعی او دارند. لازم به ذکر است که مشاهدات و گزارش‌های مادر درمانجو -به سبک و درخواست درمانگر- تا یک سال پس از درمان (ابتدا دو هفته یک بار و سپس هر ماه یک بار) به منظور پیگیری درمان ادامه داشتند. بنابراین گزارش‌های دوره‌ای، افزون بر تداوم بهبودی، درمانجو با کمک تکنیک‌های جلسات درمان، موفق به سازگاری با موقعیت‌های بسیار جدید اضطراب‌آور شده بود.

بحث و نتیجه‌گیری

با توجه به آنچه در بخش یافته‌ها آمد، فرضیه‌ی پژوهش حاضر تأیید شد، یعنی سایکودراما در درمان اضطراب اجتماعی در درمانجو، مؤثر است. این یافته با یافته‌های تمام پژوهش‌هایی

که مؤید اثربخشی سایکودراما در درمان اختلالات مختلف روان‌شناختی بوده‌اند و به ویژه پژوهش‌هایی که تأثیر سایکودراما را در درمان اختلالات اضطرابی نشان داده‌اند از جمله پژوهش‌های هال (۱۹۷۸)، فریتز (۱۹۸۱)، وید (۱۹۸۵) و گاتا و همکاران (۲۰۱۰) همسو است. احتمالاً مهم‌ترین دلیل اثربخشی سایکودراما، نمایش محور بودن آن است که با فراهم‌سازی امکان بازسازی موقعیت‌های اجتماعی اضطراب‌آور، به درمانجویان کمک می‌کند تا در شرایطی امن، و بدون ترس از خطا یا شرمندگی، عوامل زمینه‌ساز اضطراب را کشف کرده و با تمرین‌های مکرر نمایشی، در جهت رفع آن‌ها گام بردارند. این روش درمانی با برخورداری از بازی‌های نمایشی و تکنیک‌های خلاقانه، روش مناسب و مؤثری، به ویژه برای کودکان و نوجوانان است زیرا در مقایسه با روش‌های درمانی دیگر به ویژه روش رفتاری-شناختی، از جذابیت‌های بیشتری برخوردار است. در روش‌های رفتاری که مبتنی بر تقویت، برنامه‌ریزی، تکالیف خانگی و تکنیک‌های مشابه دیگر هستند، این درمانگر است که رفتارهای درمانجو را مدیریت می‌کند و شکل می‌دهد اما در روش سایکودراما، علاوه بر تمرکز بالینی بر رفتارهای درمانجو، روش‌های مدیریت شخصی به او آموخته می‌شوند. هم‌چنین در روش‌های دیگر درمان، امکان پیگیری رفتارهای درمانجو در شرایط واقعی یا حتی شبه‌واقعی میسر نیست. این در حالیست که تمام جلسات سایکودراما مشابه واقعیت هستند به طوری که پس از چند لحظه، درمانجو کاملاً باور می‌کند که در محیطی واقعی - نه شبه‌واقعی - قرار دارد و بنابراین تمام واکنش‌های دنیای واقعی را به نمایش می‌گذارد. علاوه بر ویژگی‌های مورد اشاره، تأکید بر خلاقیت و بداهه‌پردازی در جلسات روان‌درمانی با سایکودراما، نقش مهمی در شفابخشی دارد. ارج نهادن به خلاقیت‌های درمانجو و عدم پایبندی به چارچوب‌های کلیشه‌ای درمان را شاید بتوان مهم‌ترین دلایل تداوم نتایج درمانی سایکودراما دانست. با توجه به آنچه رفت، می‌توان دریافت که سایکودراما به عنوان یک روش درمانی مواجهه‌ای و مبتنی بر نمایش می‌تواند به عنوان یکی از روش‌های درمانی اضطراب اجتماعی بکار گرفته شود. البته با توجه به اینکه پژوهش حاضر یک موردپژوهی است، ممکن است تعمیم نتایج آن اندکی دشوار باشد. بنابراین لازم است که پژوهش‌های بیشتری در این زمینه انجام شود.

به پژوهشگران و درمانگران، پیشنهاد می‌شود که از روش درمانی سایکودراما در درمان اضطراب اجتماعی برای درمان تعداد بیشتری درمانجو استفاده نمایند تا تعمیم‌پذیری نتایج امکان‌پذیر باشد.

با توجه به اینکه در پژوهش حاضر از روش سایکودرامای انفرادی استفاده شده است، به درمانگران آتی پیشنهاد می‌شود که اثربخشی سایکودرامای گروهی را نیز برای درمان اضطراب اجتماعی، آزمون کرده و نتایج را گزارش نمایند.

منابع

- پوررضائیان، مهدی. (۱۳۹۱). *نویسش در نمایش*. تهران، انتشارات کتاب نیستان.
- پوررضائیان، مهدی. (۱۳۹۵). *نما با نمایش*. تهران، انتشارات کتاب نیستان.
- حیدریان‌فرد، زینب، بخشی‌پور، باب‌اله، و فرامرزی، محبوبه. (۱۳۹۴). اثربخشی درمان شناختی-رفتاری گروهی بر اضطراب اجتماعی، خودکارآمدی اجتماعی و نشخوار فکری در دانشجویان با اختلال اضطراب اجتماعی. *مطالعات روان‌شناسی بالینی*، ۶، ۲۱، ۱۵۲-۱۷۲.
- ره‌گوی، ابوالفضل، ابراهیمی بلیل، فاطمه، خانکه، حمیدرضا، رهگذر، مهدی، و رضایی، امید. (۱۳۸۵). تأثیر نمایش روانی (سایکودراما) بر افسردگی زنان بستری مبتلا به اختلال روانی با سیر طولانی. *دوفصلنامه‌ی تحقیقات علوم رفتاری*، ۴، ۲۱، ۷۱-۷۶.
- محققی، حسین، دوستی، پیمان، و جعفری، داوود. (۱۳۹۵). تأثیر درمان پذیرش و تعهد بر فرانگرانی، نگرانی اجتماعی و نگرانی سلامتی دانشجویان. *مطالعات روان‌شناسی بالینی*، ۶، ۲۳، ۱۳۳-۱۴۸.
- موسوی، رقیه، مرادی، علیرضا، و مهدوی هرسینی، سید اسماعیل. (۱۳۸۶). بررسی اثربخشی خانواده درمانی ساختاری در بهبود اختلال اضطراب جدایی. *مطالعات روان‌شناختی*، ۳، ۲، ۷-۲۸.

Acarturk, C., Cuijpers, P., van Straten, A., & Graaf, R. (2009). Psychological treatment of social anxiety disorder: a meta-analysis. *Psychological Medicine*, 39, 241-254.

American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.)*. Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.

- Bandelowa, B., Reitta, M., Röverb, C., Michaelisa, S., Görlich Y., & Wedekind, D. (2015). Efficacy of treatments for anxiety disorders: a meta-analysis. *International clinical sychopharmacology*, 30, 4, 183-192.
- Corey, G. (2015). *Theory and practice of group counseling*. Boston: Cengage Learning.
- Dayton, Tian (1994). *The Drama within (Psychodrama and experiential theory)*. Deerfield Beach, Florida, Health Communications, Inc.
- Dogan, Turkan. (2010). The effects of psychodrama on young adults attachment styles. *The Arts in Psychotherapy*, 37, 2, 112-119.
- Enelow, S. (2015). *Method acting and its discontents: on American psychodrama*. Illinois: Northwestern University Press.
- Fretz, Roger Keith. (1981). The Effects of Psychodrama and Group Therapy on Emotional State. For the degree of Ph.D., School of professional psychology.
- Gatta, Michela, Lara, Dal Zotto, Lara, Del Col, Spoto Andrea, Paolo, Testa Costantino, Giovanni, Ceranto, Rosaria, Sorgato, Carolina, Bonafede, & PierAntonio, Battistella. (2010). Analytical psychodrama with adolescents suffering from psycho-behavioral disorder: Short-term effects on psychiatric symptoms. *The Arts in Psychotherapy*, 37, 3, 240-247.
- Goldin, P. R., Ziv, M., Jazaieri, H., Weeks, J., Heimberg, R. G., & Gross, J. J. (2014). Impact of cognitive-behavioral therapy for social anxiety disorder on the neural bases of emotional reactivity to and regulation of social evaluation. *Behaviour Research and Therapy*, 62, 97-106.
- Hall, Irwin. (1978). The effects of an intensive weekend Psychodrama vs spaced Psychodrama sessions on anxiety, distress and attitude toward group interaction in nursing students. For the degree of P.H.D, The university of New Mexico.
- Holmes, Paul. (2014). *The inner world outside (object relations theory and psychodrama)*. London and New York, Routledge.
- Moreno, J. D. (2014). *Impromptu man: J. L. Moreno and the origins of psychodrama, encounter culture, and the social network*. New York, Bellevue Literary Press.
- Moreno, J. L. (1966). *The international handbook of group psychotherapy*. London, PETER OWEN.
- Moreno, Z. T., Blomkvist, Leif Dag, Rutzel, T. (2014). *Psychodrama, surplus reality and the art of healing*. United Kingdom, Taylor & Francis.
- Moreno, Zerka. (1982). *Psychodramatic rules, techniques and adjunctive methods, psychodrama and group psychotherapy monograph*. Beacon, Beacon House.
- Pourrezaeian, Mehdi. (1996). Effectiveness of psychodrama in the treatment of depression: An empirical study. For the degree of Ph.D., The University of Delhi.
- Priyamvada, R., Kumar, S., Prakash, J., & Chaunhury, S. (2009). Cognitive behavioral therapy in treatment of social phobia. *Industrial Psychiatry Journal*, 18, 1, 60-63.

- Stangier, U. (2016). New Developments in Cognitive-Behavioral Therapy for Social Anxiety Disorder. *Current Psychiatry Reports*, 18, 3: 25.
- Weide, Ursula. (1985). The effect of Classical Psychodrama on anxiety and depression: Psychodrama with incarcerated public offenders. For the degree of Ph.D., The catholic university of America.
- Wells, A., & Papageorgiou, C. (2001). Brief cognitive therapy for social phobia: a case series. *Behaviour Research and Therapy*, 39, 713-720.

