

## The Effects of Psychodrama on Mental Traits of Schizophrenic Patients

## تأثیر اجرای نقش گزاری روانی بر ویژگیهای روانی بیماران مبتلا به اسکیزوفرنیا

Keneshloo, Nasim; Lotfi Kashani, Farah & Mahmoodniya, Ali Reza

نسیم کنشلو<sup>۱</sup>، دکتر فرح لطفی کاشانی<sup>۲</sup>، دکتر علیرضا محمودنیا<sup>۳</sup>

This study investigates the effects of psychodrama on mental traits of schizophrenic patients. For this purpose, twenty six (26) chronic schizophrenic patients were selected and divided randomly into experimental and control groups. The results of the study suggest that psychodrama has positive effects on improving mental conditions of schizophrenic patients.

در این پژوهش، تأثیر اجرای نقش گزاری روانی بر وضعیت بیماران اسکیزوفرنیک، مورد مطالعه قرار گرفته است. برای این منظور ۲۶ بیمار مبتلا به اسکیزوفرنیای مزمن، انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایشی و کنترل مورد کاربندی قرار گرفتند. نتایج نشان می دهند که نقش گزاری روانی در بهبود وضعیت روانی بیماران، موثر است.

### مقدمه

از زمانی که بلولر<sup>۴</sup>، اصطلاح اسکیزوفرنیا<sup>۵</sup> را به معنای شکاف ذهن به کار برد تا نشان دهد که برخلاف افراد بهنجار، در افراد مبتلا به اسکیزوفرنیا، کارکردهای روانی خاص به جای هماهنگ بودن، گسسته می شوند تاکنون درمانهای مختلفی در مورد این اختلال، به کار گرفته شده است. در مجموع عقیده بر آن است که در کنار داروهای ضدجنون که وسیله‌هایی اساسی در درمان این

۱-کارشناس ارشد مشاوره دانشگاه آزاد اسلامی واحد علوم و تحقیقات

۲-Ph.D, استادیار دانشگاه آزاد اسلامی واحد رودهن

۳-Ph.D, استادیار

4-Bleuler  
5-Schizophrenia

اختلال به حساب می‌آیند، روش‌های غیردارویی به دقت مدنظر قرار گرفته و با درمانهای دارویی ادغام شوند.

شاملو (۱۳۷۷) گروه درمانی را روشی مهم در درمان بیماران مبتلا به اسکیزوفرنیای مزمن معرفی می‌کند. یالوم<sup>۱</sup> (۱۹۷۵) نیز اعتقاد دارد که گروه درمانی از نظر از بین بردن ناهنجاری‌های بیماران اسکیزوفرنیک و همانندسازی نسبی آنها با اجتماع، نتایج خوبی دربر داشته است. گرینگر<sup>۲</sup> (۱۹۹۰) نقش‌گزاری روانی را موجب آرامش و لذت اسکیزوفرنها می‌داند و عقیده دارد که این روش به ارتباطهای آنها وضوح شناختی بیشتری می‌دهد. پژوهشگران، معتقدند که نقش‌گزاری روانی باعث شفاف شدن احساسات و افکار و ایجاد فضای امن و انگیزه در بیماران شده (بلانسکا<sup>۳</sup> و همکاران، ۱۹۹۴) و در مدت کمی به برون‌ریزی عاطفی شناخت و اصلاح عادت‌ها و افزایش اعتماد به نفس منجر می‌گردد (مجد، ۱۳۵۹) امکان استفاده‌ی بیمار از توانمندیهای خود، اعتماد به نفس و رضایت فردی او را (گلدمن<sup>۴</sup> و همکاران، ۱۹۹۲) تضمین می‌کند. جرات آزمایش کردن را به فرد می‌دهد و او را با جنبه‌های جدیدی از خودش آشنا می‌سازد، راههای جدیدی برای رفع مشکل‌ها در اختیار افراد می‌گذارد و امکان تمرین مهارت‌های جدید را فراهم می‌سازد (کورسینی<sup>۵</sup>، ۱۹۹۶) و باعث یادگیری افراد و کاهش مدت اقامت آنها در بیمارستان می‌شود (اوشین یسکی و کاتی<sup>۶</sup>، ۱۹۹۴).

پژوهش‌ها، حکایت از آن دارند که نقش‌گزاری روانی، در افزایش کلام بیماران اسکیزوفرنیک نقش اساسی دارد (رصدی، ۱۳۶۷) و باعث ایجاد فضای مناسبی برای خودآشنایی، تعامل با دیگران و درمانگر، بالا بردن میزان مراقبت از خود، افزایش اعتماد به نفس، داشتن وضعیت فیزیکی مناسب و آماده شدن جهت افزایش فعالیت‌های اجتماعی خارج از گروه می‌شود (پوتوکی و میریام<sup>۷</sup>، ۱۹۹۳). ساچنوف و الاین<sup>۸</sup> (۱۹۹۴) نیز گزارش کرده‌اند که نقش‌گزاری روانی، طول مدت بستری

1-Yalom

2-Grainger

3-Bielanska

4-Goldman

5-Corsini

6-Oushinesky &amp; Cathie

7-Potocky &amp; Miriam

8-Sachnoff &amp; Elaine

شدن بیماران در بخش را کاهش می‌دهد. افزایش اعتماد و صمیمیت و نگرش مثبت به خود و کاهش نگرش‌های منفی، افزایش مسوولیت‌پذیری (کیپر<sup>۱</sup> و همکاران، ۱۹۹۶) کم شدن احساس خودشیفتگی، افزایش اعتماد به نفس (اوشین یسکی و کاتی<sup>۲</sup>، ۱۹۹۴). به عنوان دستاوردهای این نوع از درمان گزارش شده است. باتوجه به آنچه گفته شد، در این پژوهش به دنبال تعیین تاثیر اجرای نقش‌گزاری روانی گروهی بر وضعیت آسیب‌شناختی بیماران اسکیزوفرنیک بوده‌ایم.

### روش

نمونه و نمونه‌گیری: جامعه‌ی این پژوهش، تمام جانبازان اعصاب و روان مبتلا به اسکیزوفرنیای مزمن بستری در بیمارستان روان پزشکی سعادت آباد است. نمونه‌ی این پژوهش ۲۶ نفر از بیماران مبتلا به اسکیزوفرنیا است. شرط انتخاب این افراد آن بود که بیماران در فاز حاد بیماری نباشند. به دلیل گروهی بودن کار، شرایط عضویت در گروه را داشته باشند. پس از توضیحات لازم در مورد روش کار، تمایل به فعالیت نقش‌گزاری روانی داشته باشند. در مدت انجام تحقیق، قصد رفتن به مرخصی را نداشته و قبل از انجام تحقیق در تمرینات نقش‌گزاری روانی، شرکت نکرده باشد. پس از نمونه‌گیری، آزمودنیها را به صورت تصادفی به دو گروه ۱۳ نفره تقسیم کردیم سپس با استفاده از روش قرعه یکی از دو گروه را به عنوان گروه آزمایش و گروه دیگر را به عنوان گروه گواه در نظر گرفتیم. لازم به یادآوری است که به دلیل شهید شدن یکی از آزمودنی‌های گروه کنترل در حین تحقیق، فایل ایشان از تحقیق، حذف و نمونه‌ی مورد مطالعه به ۲۵ نفر تقلیل یافت.

### ابزار

برای نیل به اهداف پژوهش، سه نوع پرسش‌نامه به کار رفته است. پرسش‌نامه‌ی محقق ساخته (دموگرافیک): در ابتدای کار، پرسش‌نامه‌ی محقق ساخته‌ی اطلاعات دموگرافیک مربوط به سن، جنس، تحصیلات، وضعیت تاهل، تعداد فرزندان، درصد جانبازی وضعیت شغل قبل از مجروحیت، زمان تروما و طول مدت بستری در بیمارستانهای روان پزشکی

1-Kipper

2-Oushinsky & Cathie

که جهت تکمیل اطلاعات فردی به عنوان یک وسیله کمی برای شناخت بیماران و ایجاد ارتباط درمانی به کار گرفته شد.

مقیاس اندازه گیری کوتاه شده ی روان پزشکی (BPRS)<sup>۱</sup>: این مقیاس به عنوان یک وسیله کمک تشخیصی روان پزشکان به کار می رود و در سال ۱۹۶۲ توسط اورال<sup>۲</sup> و گورهام<sup>۳</sup> تهیه شده است. نقطه ی برش این تست ۳۵ است. عناوین مورد بررسی در (BPRS) عبارتند از: توجه بدنی اضطراب، محرومیت از احساسات، آشفتگی ذهنی، احساس گناه، فشار روانی، خوگرفتگی و حالت ظاهری، بزرگ منشی، خلق افسرده، خصومت، سوء ظن، رفتارهای توهمی، کندی حرکتی، عدم همکاری، محتوی فکری غیرمعمول، ظاهر بی احساس، تحریک پذیری، ناآگاهی، شدت بیماری و بهبودی کلی.

پرسش نامه ی SCL-90 R<sup>۴</sup>: این پرسش نامه شامل ۹۰ سوال است و برای ارزشیابی علایم روانی به کار می رود که به وسیله ی پاسخگو گزارش می شود. این پرسش نامه ۹ بُعد از علایم آسیب شناختی را که عبارتند از شکایت جسمانی، وسواس و اجبار، حساسیت در روابط متقابل افسردگی، اضطراب، پرخاشگری، ترس مرضی، افکار پارانوییدی و روان پریشی را اندازه می گیرد. تفسیر این پرسش نامه، براساس شاخص عمومی (GSI)<sup>۵</sup> به دست می آید. این شاخص به طور کلی میزان اختلال فرد را نشان می دهد. برای به دست آوردن این شاخص کلی جمع نمرات بر ۹۰ تقسیم می شود که در این پژوهش محاسبه شده است.

پایایی درونی برای ۹ محور، رضایت بخش بوده است. در این رابطه، بیشترین پایایی به افسردگی (۰/۹۰) و کمترین آن به روان پریشی (۰/۷۷) مربوط است. طبق بررسی دراگوتیس (۱۹۸۳) از بررسی اعتبار همزمان SCL-90 بالاترین همبستگی مربوط به ملاک افسردگی با ۰/۷۳ و کمترین همبستگی مربوط به ترس مرضی ۰/۳۶ است. در بررسی که در ایران توسط میرزایی (۱۳۵۹) بر روی ۲۲۴۱ آزمودنی بیمار روانی، معتاد و افراد سالم اجرا شد، پایایی این آزمون در این بررسی در تمام مقیاس ها به استثنای پرخاشگری، ترس مرضی و افکار پارانویید بیشتر از ۰/۸ گزارش شده

1-Brief Psychiatric Rating Scale

2-John E.Overall

3-Donald R.Gorham

4-Symptom Checklist-90-R

5-General severity index

است. سازه‌ی به دست آمده، همگی نشان دهنده‌ی این است که می‌تواند به عنوان وسیله‌ی سرنده یا تشخیص اختلال‌های روانی در ایران به کار برده شود. پژوهش‌های باقری و همکاران (۱۳۷۲) و تحقیقات میرزایی (۱۳۵۹) به کیش (۱۳۷۳) نیز حاکی از اعتبار و پایایی قابل قبول این پرسش‌نامه است.

### روش درمان

برای آماده کردن آزمودنی‌ها جهت شرکت در گروه نقش‌گزاری روانی، تکنیک‌های زیر به مدت یک ماه بر روی هریک از آنها اجرا شد:

تمرینات غیرکلامی، تمرین ارتباط کلامی، تمرین رفتاری، تمرین رفتاری، تمرین سوال و جواب، همسان‌سازی، جایجایی نقش‌ها، آموزش نقش‌ها، آموزش رفتاری، آموزش‌های شغلی و حرفه‌ای آموزش‌های مشارکتی، این تمرین‌ها صرفاً جهت ایجاد آمادگی آنها برای شرکت در فعالیت نقش‌گزاری روانی گروهی انجام شد. بعد از یک ماه که بیماران آمادگی لازم برای پذیرش نقش‌گزاری روانی را پیدا کردند جلسات گروهی شروع شد.

جلسات گروه درمانی به مدت یک ماه و فقط برای گروه آزمایش و هفته‌ای سه روز تشکیل می‌شد که مجموعاً ۱۲ جلسه و مدت هر جلسه ۴۵ دقیقه تا ۲ ساعت بود. در هریک از این جلسات گروه درمانی، موضوعاتی که از طرف بیماران مطرح می‌شد، بررسی شده و تحت نظارت پژوهشگر و کارگردان اجرا می‌شدند که هریک از بیماران نقشی را به طور دلخواه انتخاب می‌کرد تا در آن ایفای نقش کند و پس از اتمام ۱۲ جلسه مجدداً از گروه‌ها، آزمون SCL-90 گرفته شد.

### یافته‌ها

داده‌های توصیفی نمونه‌های مورد پژوهش را در جدول ۱ نشان داده‌ایم. همانگونه که در این جدول مشاهده می‌شود میانگین سن آزمودنی‌ها ۴۳/۵۶ است. حداقل نمره‌ی آزمودنی‌ها در BPIS ۲۲ و حداکثر ۷۳ است. براساس شاخص برش ۱۹ نفر از آزمودنی‌ها، یعنی ۷۶ درصد از آنها بالای خط برش بوده و اسکیزوفرن، محسوب می‌شوند. ۴۰ درصد آزمودنی‌ها متاهل و ۶۰ درصد آنها مجرد هستند و سطح تحصیلات آنها به گونه‌ای است که در بین آزمودنی‌ها، بی‌سواد وجود ندارد.

جدول ۱: یافته‌های توصیفی در مورد گروه نمونه

وضعیت تاهل:	۲۵	تعداد:
متاهل	۴۰٪	سن:
مجرد	۶۰٪	میانگین
		انحراف معیار
		BPRS:
مدرک تحصیلی:		میانگین
راهنمایی	۱۳(۵۲٪)	انحراف معیار
دیپلم	۷(۲۸٪)	درصد جانبازی:
لیسانس	۵(۲۰٪)	میانگین
		۵۷/۸۰

تحلیل کواریانس چندمتغیره‌ی نمرات آزمودنی‌ها، با در نظر گرفتن پیش‌آزمون‌ها، به عنوان کواریانس بین دو گروه، نشان می‌دهد که بین دو گروه در متغیرهای وابسته، تفاوت معناداری وجود دارد و میزان تفاوت نیز ۹۹/۶ درصد است. یعنی ۹۹/۶ درصد تغییرات متغیرهای وابسته ناشی از متغیر مستقل است.

جدول ۲: خلاصه‌ی محاسبه‌ی اثرات بین آزمودنی‌ها

متغیرهای وابسته	مجموعه مجذورات	df <sub>1</sub>	میانگین مجذورات	F	الف	مجذور اتا
phob <sub>2</sub>	۷۸/۶۲۳	۱	۷۸/۶۲۳	۶۱/۱۰۵	۰/۰۰۰	۰/۸۲۵
par <sub>2</sub>	۱۰۶/۲۶۳	۱	۱۰۶/۲۶۳	۱۱۳/۹۹۵	۰/۰۰۰	۰/۸۹۸
psy <sub>2</sub>	۲/۶۹۵	۱	۲/۶۹۵	۰/۶۵۸	۰/۴۳۲	۰/۰۴۸
hos <sub>2</sub>	۱۸۶/۷۹۷	۱	۱۸۶/۷۹۷	۳۸/۹۲۹	۰/۰۰۰	۰/۷۵۰
anx <sub>2</sub>	۲۱۸/۹۹۵	۱	۲۱۸/۹۹۵	۸۶/۵۰۳	۰/۰۰۰	۰/۸۶۹
dep <sub>2</sub>	۹۸۱/۷۸۰	۱	۹۸۱/۷۸۰	۲۲۳/۱۹۷	۰/۰۰۰	۰/۹۴۵
int <sub>2</sub>	۵۹۰/۸۷۶	۱	۵۹۰/۸۷۶	۳۲۸/۷۰۹	۰/۰۰۰	۰/۹۶۲
obse <sub>2</sub>	۲۰۱/۳۱۶	۱	۲۰۱/۳۱۶	۷۴/۶۰۱	۰/۰۰۰	۰/۸۵۲
som <sub>2</sub>	۱۱۱/۶۶۸	۱	۱۱۱/۶۶۸	۹/۰۹۰	۰/۰۱۰	۰/۴۱۲
gsi <sub>2</sub>	۱۹۰۲۷/۹۹۴	۱	۱۹۰۲۷/۹۹۴	۱۹۸/۸۸۹	۰/۰۰۰	۰/۹۳۹

جدول ۲ نشان می‌دهد که با در نظر گرفتن پیش آزمون‌ها به عنوان کوواریانس بین دو گروه آزمایش و کنترل در متغیر ترس مرضی بین دو گروه، تفاوت معنادار وجود دارد و اندازه ی اثر ۸۲/۵ درصد است. یعنی ۸۲/۵ درصد متغیر وابسته ترس مرضی ناشی از متغیر مستقل و توان آزمون ۱۰۰ درصد است ( $F=۶۱/۱۰۶$   $df=۱$ ،  $۱۳$   $\alpha=۰/۰۰۰$ ). در متغیر پارانویا، بین دو گروه تفاوت معنادار وجود دارد و اندازه ی اثر ۸۹/۸ درصد است ( $F=۱۱۳/۹۹۵$   $df=۱$ ،  $۱۳$   $\alpha=۰/۰۰۰$ ). در متغیر سایکوز بین دو گروه، تفاوت معنادار وجود ندارد. به دلیل این که هر دو گروه براساس شاخص BPRS اسکیزوفرن محسوب می‌شوند ( $F=۰/۴۳۲$   $df=۱$ ،  $۱۳$   $\alpha=۰/۴۳۲$ ). در متغیر خشونت، بین دو گروه تفاوت معنادار وجود دارد و اندازه اثر ۷۵ درصد است ( $F=۳۸/۹۲۹$   $df=۱$ ،  $۱۳$   $\alpha=۰/۰۰۰$ ). در متغیر اضطراب، بین دو گروه، تفاوت معنادار وجود دارد و اندازه اثر ۸۶/۹ درصد است ( $F=۸۶/۵۰۳$   $df=۱$ ،  $۱۳$   $\alpha=۰/۰۰۰$ ). در متغیر افسردگی، بین دو گروه، تفاوت معنادار وجود دارد و اندازه اثر ۹۴/۵ درصد است ( $F=۲۲۳/۱۹۷$   $df=۱$ ،  $۱۳$   $\alpha=۰/۰۰۰$ ). در متغیر حساسیت، در روابط متقابل بین دو گروه، تفاوت معنادار وجود دارد و اندازه اثر ۹۶/۲ درصد است ( $F=۳۲۸/۷۰۹$   $df=۱$ ،  $۱۳$   $\alpha=۰/۰۰۰$ ). در متغیر وسواس فکری- عملی، بین دو گروه، تفاوت معنادار وجود دارد. اندازه اثر ۸۵/۲ درصد است ( $F=۷۴/۶۰$   $df=۱$ ،  $۱۳$   $\alpha=۰/۰۰۰$ ). در متغیر جسمانی کردن حساسیت در روابط متقابل بین دو گروه، تفاوت معنادار وجود دارد. اندازه ی اثر ۴۱۹۶/۲ درصد است. ۴۱/۲ درصد تغییرات متغیر جسمانی کردن، ناشی از متغیر مستقل است و توان آزمون ۷۹/۶ درصد می‌باشد ( $F=۹/۰۹۰$   $df=۱$ ،  $۱۳$   $\alpha=۰/۰۰۰$ ). در شاخص شدت فراگیر بین دو گروه، تفاوت معنادار وجود دارد. اندازه اثر ۹۴/۹ درصد است ( $F=۱۹۸/۸۸۹$   $df=۱$ ،  $۱۳$   $\alpha=۰/۰۰۰$ ). برای اینکه دقیقاً مشخص شود، تفاوت بین گروه‌ها در متغیرهای وابسته به چه صورت است، بعد از ثابت نگه داشتن اثرات کوواریانس، مقایسه‌های جفتی انجام شد. نتایج در جدول ۳ نشان داده شده است.

همانگونه که در جدول ۳ می‌بینیم، میزان ترس مرضی، خشونت، اضطراب، افسردگی حساسیت در روابط متقابل، وسواس فکری و عملی، جسمانی کردن و پارانویا گروه کنترل بیشتر از گروه آزمایش است. بین میزان سایکوتیک بودن دو گروه، تفاوت معناداری وجود ندارد. همچنین شاخص شدت فراگیر در گروه کنترل، بیشتر از گروه آزمایش است.

جدول ۳: مقایسه‌های جفتی گروهها در متغیرهای وابسته پس از حذف اثرات کوواریانس

متغیرهای وابسته	(I) group	(J) group	تفاوت میانگین	انحراف معیار	ضریب معناداری	فاصله اطمینان ۹۵٪	
						حد پایین	حد بالا
phob <sub>2</sub>	exper	contro	-۴/۶۲۷*	۲۰/۵۹۲	۰/۰۰۰	-۵/۹۰۶	-۳/۳۴۸
	contro	exper	۴/۶۲۷*	۰/۵۹۲	۰/۰۰۰	۳/۳۴۸	۵/۹۰۶
par <sub>2</sub>	exper	contro	-۵/۳۷۹*	۰/۵۰۴	۰/۰۰۰	-۶/۴۶۸	-۴/۲۹۱
	contro	exper	۵/۳۷۹*	۰/۵۰۴	۰/۰۰۰	۴/۲۹۱	۶/۴۶۸
psy <sub>2</sub>	exper	contro	-۰/۸۵۷	۱/۰۵۶	۰/۴۳۲	-۳/۱۳۸	۱/۴۲۵
	contro	exper	-۰/۸۵۷	۱/۰۵۶	۰/۴۳۲	-۱/۴۲۵	۳/۱۳۸
hos <sub>2</sub>	exper	contro	-۷/۱۳۲*	۱/۱۴۳	۰/۰۰۰	-۹/۶۰۱	-۴/۶۶۳
	contro	exper	۷/۱۳۲*	۱/۱۴۳	۰/۰۰۰	۴/۶۶۳	۹/۶۰۱
anx <sub>2</sub>	exper	contro	-۷/۷۲۲*	۰/۸۳۰	۰/۰۰۰	-۹/۵۱۶	-۵/۵۲۹
	contro	exper	۷/۷۲۲*	۰/۸۳۰	۰/۰۰۰	۵/۹۲۹	۹/۵۱۶
dep <sub>2</sub>	exper	contro	-۱۶/۳۵۱*	۱/۰۹۴	۰/۰۰۰	-۱۸/۷۱۵	-۱۳/۹۸۶
	contro	exper	۱۶/۳۵۱*	۱/۰۹۴	۰/۰۰۰	۱۳/۹۸۶	۱۸/۷۱۵
int <sub>2</sub>	exper	contro	-۱۲/۶۸۵*	۰/۷۰۰	۰/۰۰۰	-۱۴/۱۹۶	-۱۱/۱۷۳
	contro	exper	۱۲/۶۸۵*	۰/۷۰۰	۰/۰۰۰	۱۱/۱۷۳	۱۴/۱۹۶
obse <sub>2</sub>	exper	contro	-۷/۴۰۴*	۰/۸۵۷	۰/۰۰۰	-۹/۲۵۶	-۵/۵۵۲
	contro	exper	۷/۴۰۴*	۰/۸۵۷	۰/۰۰۰	۵/۵۵۲	۹/۲۵۶
som <sub>2</sub>	exper	contro	-۵/۵۱۴*	۱/۸۲۹	۰/۰۰۰	-۹/۴۶۶	-۱/۵۶۳
	contro	exper	۵/۵۱۴*	۱/۸۲۹	۰/۰۰۰	۱/۵۶۳	۹/۴۶۶
gsi <sub>2</sub>	exper	contro	-۷۱/۹۸۲*	۵/۱۰۴	۰/۰۰۰	-۸۳/۰۰۹	-۶۰/۹۵۵
	contro	exper	۷۱/۹۸۲*	۵/۱۰۴	۰/۰۰۰	۶۰/۹۵۵	۸۳/۰۰۹

\* تفاوت میانگین در سطح ۰/۰۵ معنادار است.

## بحث و نتیجه گیری

همانگونه که در تجزیه و تحلیل اطلاعات دیدیم نتایج، حاکی از آن است که در تمام زیرمقیاس‌های SCL-90 و GSI به جز مقیاس روان پریشی گرای، ما شاهد تغییر معنادار میانگین‌ها در گروه آزمایش هستیم و این در حالی است که در گروه کنترل، میان میانگین‌های قبل و بعد از آزمایش در هیچ کدام از زیرمقیاس‌ها و GSI تغییر معنادار اتفاق نیفتاد و این خود حاکی از کارآیی و مداخله‌ی نقش‌گزارای روانی است که این نتایج با یافته‌های مجد (۱۳۵۷) ساچنوف و الاین



(۱۹۹۵) بیلانسکا (۱۹۹۴) همسو و هماهنگ است. دلیل عدم کاهش میزان روان پریشی گرایی، عدم مداخله‌ی هدفمند در آن علایم و پذیرش علایم سایکوتیک توسط آزمودنیهاست. به نظر می‌رسد که تسهیل برون ریزی یا پالایش روانی در بیماران و خودافشایی و آشکارسازی ترس‌ها انتظارها، خشم‌های نهفته، فرافکنی‌ها، درون‌فکنی‌ها، نگرش و قضاوت بازیگران، تعامل با دیگران و درمانگر، بهبود مهارت‌های اجتماعی بیماران و مسوولیت پذیری در کار و ایجاد حس همکاری جهت آماده کردن آنها برای زندگی در خارج از گروه، تغییر ادراک‌های مخدوش، نارسایی ارتباطی پاسخ‌های عاطفی نارسا، رفتارهای کلیشه‌ای، عمل‌های تکانشی بیماران، کاهش میزان اضطراب، آشفتگی و ترس استفاده از تکنیک حساسیت زدایی همدلی، فرافکنی، شناخت احساسات خود و افزایش اعتماد و صمیمیت و وظیفه‌شناسی در گروه و افزایش نگرش مثبت به خود و کاهش عملکردهای منفی، از عوامل موثر در این تغییرات است.

#### منابع

- فیل جونز (بی‌تا). *درون پردازی "روان درمانی با شیوه‌های نمایشی"* ترجمه ی حمید اشکانی و حسن حق شناس (۱۳۸۲). تهران: انتشارات رشد.
- باقری یزدی، سیدعباس. بواله‌ری، جعفر. شاه محمدی، داوود. (۱۳۷۲). بررسی هم‌گیرشناسی اختلالات روانی در مناطق روستایی. *مجله ی اندیشه و رفتار*، ۱: ۴۱-۳۲
- به کیش، پرویز. (۱۳۷۳). *آزمونهای روانی پرسشنامه SCL-90-R*، تهران: کتابخانه دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی.
- رصدی، مریم. (۱۳۶۷). *بررسی تاثیر گروه درمانی در افزایش بیان کلامی بیماران مبتلا به اسکیزوفرنیک مزمن کم حرف*. پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه تربیت مدرس تهران.
- شاملو، سعید. (۱۳۶۸). *بهداشت روانی*، تهران: انتشارات رشد.
- شاملو، سعید. (۱۳۷۷). *روان شناسی شخصیت*. تهران: انتشارات رشد.
- کاپلان، سادوک (۱۹۹۵). *نوروزها و اختلالات شخصیت*، ترجمه ی نصرت الله پور افکاری (۱۳۶۸) تبریز: انتشارات تابش .
- مجد، محمد؛ زاده محمدی، علی. (۱۳۶۷). *موج انفجار و آسیب شناسی روانی جنگ*، *مجله اطلاعات علمی*. صفحه ۳۵-۳۰.

مجدد، محمد ولی. (۱۳۵۹). *سایکودراما*، تهران: مجله بهداشت روانی.

میرزایی، رقیه. (۱۳۵۹). *ارزیابی پایایی و اعتبار آزمون SCL-90 در ایران*، پایان نامه کارشناسی ارشد، روانشناسی و علوم رفتاری، دانشگاه تهران.

- Bielanska , A. & etal.(1994). "*Dramatherapy as a means of rehabilitation*" for *schizophrenic patients* : our impressions.
- Corsini, R.J.(1996). Historic background of group psychotherapy. *Group Psychotherapy* 8(3),219-225
- Defazio,V.J, Rustin,s; diamond :A(1975). Symptom development in Vietnam era veterans , *American Journal of psychiatry*. 45(1).158-63.
- Deragotis .L.r.(1983).Scl-90 –R administration, scorin & proceduress: *Manual-110* printed in U.S.A.
- Deragotis LR, Rickets k, Rocha.( 1976). The scl-90 and the MMPI: A step in the validation of a new self – report scal. *British Journal of Psychiatry*.128: 280.289.
- Goldman , E , E.S Morrison , D.S .(1992). *Psychodrama , Experience and Process* , Dubuque, IA: Kendall Hunt.
- Grainger,R.(1990). Drama therapy and thought-disorder. In Jennings (Ed). *Drama therapy: theory and practice* 2 (pp.164-180 ). London: Rutledge.
- Kipper, David. and eatl.(1996). " The development of wamth and trust in psychodrama training group: Across – Cultural study with socimetty" *Journal of Group psychotherapy psychodrama and goniometry*.
- Oushinsky,F;Cathie,B.(1994). " *Group psychotherapy in acute inpatient setting: techniques that nourish self esteem, special issue*" Nursing. Jan- Mars.
- Potocky.,R; Miriam,F. (1993). "An art therapy group for clients with chronic schizophrenia" *social work with group*.V.116.
- Reil,D.(1803). The use of psychodrama in the hospital setting . *American Journal of psychotherapy*, 28(4) 553-565.
- Sachnoff,U. Elaine. A.(1994). "Brief report " managed care and inpatient. Psychodrama – shossions with in short stay. *Journal of group psychotherapy and sociometry*. Fal,Vok48:117-119.
- Yalom , I.D.(1975). *The theory and practice of Group psychotherapy*, 2<sup>nd</sup> rev.edn, New York : Basic Books.