

تفکیک‌سازی روان‌درمانی‌های مبتنی بر نمایش: تأثیر درمانگری، روان‌نمایشی و نمایش درمانگری

محمد رضا جباری^۱، غلامعلی افروز^۲، کیانوش هاشمیان^۳، رضا پورحسین^۴، سعید اکبری زردخانه^۵

^۱ دانشجوی دکتری روان‌شناسی، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، پردیس بین‌المللی کیش دانشگاه تهران، کیش، ایران (نویسنده مسئول)

^۲ استاد گروه روان‌شناسی، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه تهران، تهران، ایران

^۳ دانشیار گروه روان‌شناسی، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه الزهراء، تهران، ایران

^۴ دانشیار گروه روان‌شناسی، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه تهران، تهران، ایران

^۵ استادیار گروه روان‌شناسی، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه شهید بهشتی، تهران، ایران

چکیده

هدف: هدف از پژوهش حاضر تبیین اصطلاحات تأثیر درمانگری، روان‌نمایشی و نمایش درمانگری بود. روش: پژوهش حاضر به روش کیفی و از نوع بنیادی بود. به منظور اجرای این پژوهش، منابع مربوط از بانک‌های اطلاعاتی داخلی و خارجی و کتاب‌های معتبر در این زمینه تحلیل و بررسی شدند. یافته‌ها: در این مطالعه، اصطلاحات تأثیر درمانگری، روان‌نمایشی و نمایش درمانگری تعریف شدند و تاریخچه هر یک از این مدل‌های درمانی به‌طور مختصر بیان گردید. همچنین شباهت‌ها و تفاوت‌های نمایش-درمانگری و روان‌نمایشی از لحاظ پایه‌های نظری، ساختار، فن و اجرا تبیین شد. نتیجه‌گیری: تأثیر درمانگری، روان‌نمایشی و نمایش درمانگری، مدل‌های درمانی مبتنی بر نمایش هستند که هر کدام از ساختاری منحصر به فرد برخوردارند. این در حالی است که در برخی از مطالعات داخلی، شاهد اختلاط این مدل‌های درمانی یا ابهام در مدل به‌کاررفته هستیم. طبق جست-وجوهای انجام‌شده، مطالعه‌ای درباره‌ی تبیین این سه مدل درمانی صورت نیافته است. نظر به تفاوت‌های میان این مدل‌های درمانی لازم است که به‌هنگام تدوین مطالعه‌ی مبتنی بر هر کدام از مدل‌های تأثیر درمانگری، روان‌نمایشی و نمایش درمانگری، به ساختار و فرایند خاص آن مدل دقت گردد و برنامه‌ی مداخلاتی متناسب با ساختار و فنون مدل انتخاب‌شده، پیاده‌سازی شود.

واژه‌های کلیدی: نمایش، آیین، تأثیر درمانگری، روان‌نمایشی، نمایش درمانگری، تأثیر درمانی، نمایش درمانی

مقدمه

نمایش یک مفهوم چند بعدی بوده که از جهات متعددی قابل بسط و توضیح است. این مفهوم از عامل-های مختلفی شکل یافته که ایفای نقش و تصویرسازی ذهنی را می‌توان از عناصر اصلی آن نام برد (گنیسیو و تمایز، ۲۰۱۲). تدقیق در مفهوم نمایش بیانگر حضور انکارناپذیر آن در عرصه زندگی است؛ چنانکه برخی از اندیشمندان، نمایش را جزء جداناپذیر زندگی می‌دانند. سخنان چارلز شرینگتون (۱۹۷۷)، متخصص آسیب‌شناسی و نوروفیزیولوژیست، مثالی در این باره است؛ آنجا که می‌گوید: "هر روز صحنه نمایشی است که خوب یا بد، کم‌دی یا تراژدی، به واسطه شخص یا [همان] خود، شکل می‌یابد و این [اروند] تا زمانی که پرده‌ها بیافتند ادامه دارد" (شیب، ۲۰۱۷).

اهمیت و نقش برجسته نمایش در زندگی به خوبی در پارادایم رشدی "تخیل-پروجکشن-نقش" که در اوایل دهه ۱۹۹۰ میلادی توسط جنینگز معرفی گردید، تبیین شده است. جنینگز طبق این پارادایم، فرایند رشد از تولد تا هفت سالگی را با تکیه بر مفهوم نمایش توضیح می‌دهد (پائول، ۲۰۱۴). در واقع؛ این پارادایم یک پارادایم رشد نمایشی است که در هر مرحله چگونگی ورود کودک به دنیای تصویرسازی ذهنی، نماد، بازی نمایشی و نمایش شرح داده می‌شود. گرچه قالب‌بندی این پارادایم از تولد تا هفت سالگی صورت می‌یابد؛ اما جنینگز با تأکید بر اینکه ریشه‌های فرایند رشد نمایشی به ارتباط دراماتیک میان مادر و جنین بازمی‌گردد؛ چنین استنباط می‌کند که انسان اساساً با ماهیتی نمایشی پا به این دنیا می‌گذارد. وی با این توضیح که تصمیم‌گیری‌های مهم افراد؛ از جمله: انتخاب رشته تحصیلی و شغل، بسیار وابسته به چگونه سپری نمودن مراحل فرایند رشد نمایشی است به اهمیت این پارادایم در دوره بزرگسالی اشاره می‌نماید (جنینگز، ۲۰۰۵؛ پتروزلا، ۲۰۰۴).

پیشرفت‌های حاصل در برخی از رشته‌ها؛ چون: تئاتر تجربی و روان‌شناسی در قرن بیستم و شکل‌گیری دیدگاه‌های تازه درباره روش‌های به‌کارگیری نمایش با هدف ایجاد تغییرات روان‌شناختی و هیجانی، اولین گام‌های پایه‌ریزی روان‌درمانگری‌های مبتنی بر نمایش را به دنبال داشت (جونز، ۲۰۰۷). هرچند این حرکت، تولد مدل‌های درمانی مختلفی را موجب شد، اما به‌طور کل؛ ماهیت اصلی آن‌ها را ارزشمندی به‌کارگیری ایفای نقش، جان-دارپنداری، بدیهه‌سازی و خلاقیت می‌سازد. همچنین؛ نزدیک نمودن فرد به واقعیت اصلاح‌شده به واسطه ایجاد فضایی نمادین و از لابه‌لای فنون نمایشی از اهداف عمده این درمان‌ها قلمداد می‌شود. بدین ترتیب؛ فرارفتن از کلام محض در جلسات درمان از طریق به تصویرکشاندن و اجرا را می‌توان پدیده‌ای متفاوت نسبت به روان-درمانگری‌های رایج پیشین برشمرد (فون‌آملن و بکر-ایبل، ۲۰۲۰؛ بلاتنر، ۲۰۰۰).

بررسی ادبیات پژوهش نشان می‌دهد که مدل‌های تئاتر درمانگری، روان‌نمایشی و نمایش‌درمانگری در حیطه‌های متنوعی مورد تحقیق قرار گرفته‌اند؛ چنانکه جست‌وجوهای انجام‌شده نشان‌دهنده اثربخشی این مدل-های درمانی در طیف وسیعی از حیطه اختلالات تا روان‌شناسی مثبت است که از جمله آن‌ها عبارتند از: حوزه

^۱Embodiment-Projection-Role
^۲Dramatic development
^۳Imagination
^۴Symbol
^۵Dramatic Play
^۶Experimental theatre

شخصیت (دومن، ۲۰۱۸)؛ حیطة خلقی؛ شامل: افسردگی، اضطراب و همچنین عزت نفس و بهزیستی (موسوی و حقایق، ۱۳۹۸؛ صمدی، شیرازی و صادق‌اصفهانی، ۱۳۹۷؛ غلامی، بشلیده و رفیعی، ۱۳۹۱؛ ترزیگلو و ازکان ۲۰۱۸). اعتیاد (تاکیس، ۲۰۱۸). مهارت‌های اجتماعی، مهارت‌های ارتباطی، شایستگی‌های اجتماعی و عزت نفس (شریفی جندانی، میریایی و عباسی، ۱۳۹۷؛ غلامی و نوول، فلاحی خشک‌ناب، ره‌گوی، حسینی، خدایی اردکانی و رضاسلطانی، ۱۳۹۷؛ خوبانی، محمدی‌زاده و جراره، ۱۳۹۲؛ کورکی، یزدخواستی، ابراهیمی و عریضی سامانی، ۱۳۹۰). شادی، لذت و سلامت روان (احمدی فروشانی، یزدخواستی و عریضی سامانی، ۱۳۹۲؛ صادق‌زاده، نوایی‌نژاد و زارع، ۱۳۹۰).

حجم گسترده مطالعات در این زمینه، بیانگر اهمیت این مدل‌های درمانی است. این در حالی است که هر یک از این مدل‌های درمانی، ساختار، فرایند و اهداف خود را دارند. از این روست که تعمق در اصل و ریشه این مدل‌های درمانی مبین مطالعاتی است که به تفکیک و مقایسهٔ تئاتردرمانگری، روان‌نمایشی و نمایش‌درمانگری اختصاص دارند. به عنوان مثال؛ بلاتنر (۲۰۰۷) رویکرد روان‌نمایشی را از ابعاد مختلف تاریخی، اصطلاح‌شناسی و کاربردی تبیین می‌نماید. لندی (۱۹۹۷) در مطالعهٔ خود نمایش‌درمانگری را از لحاظ تاریخی، پایه‌های نظری، افراد مؤثر، کاربرد و جامعهٔ هدف تشریح می‌کند. همچنین؛ در مطالعهٔ کاسن (۱۹۹۷) وقایع مؤثر در نمایش‌درمانگری به ترتیب تاریخی ارائه شده است. کدمن-تاها و فلیکس-کلرمن (۱۹۹۶) روان‌نمایشی و نمایش‌درمانگری را با ارائهٔ تعریف آن‌ها، از لحاظ تاریخی، پایه‌های نظری، کاربرد، فرایند و جامعهٔ هدف مورد مقایسه و تحلیل قرار می‌دهند. جنینگز (۱۹۹۱) در مقالهٔ خود دربارهٔ نمایش شفاف‌بخش و مختصری از چگونگی شکل‌گیری نمایش‌درمانگری توضیح می‌دهد. جانسون (۱۹۸۲) اصول و فنون مطرح در نمایش‌درمانگری را توضیح داده و فنون پایه‌ای را به تفصیل شرح داده است. علاوه‌براین؛ سیروکا (۱۹۷۸) با تبیین مفهوم نمایش و ریشه‌های تاریخی آن به توضیح چگونگی شکل‌گیری روان‌نمایشی می‌پردازد. با این وجود؛ طبق جست‌جوهای انجام‌شده، مطالعه‌ای که هر سه اصطلاح تئاتردرمانگری، روان‌نمایشی و نمایش‌درمانگری را به صورت مقایسه‌ای مورد بررسی قرار داده باشد، یافت نگردید.

جست‌وجو در مطالعات داخلی حاکی از اختلاط این مدل‌های درمانی در برخی از مطالعات یا عدم توضیح دقیق و واضح دربارهٔ مدل به‌کاررفته در پژوهش است. علاوه براین؛ طبق جست‌جوهای انجام‌شده مطالعه‌ای دربارهٔ بسط و تبیین تئاتردرمانگری، روان‌نمایشی و نمایش‌درمانگری یافت نشد. بدیهی است که برنامهٔ مداخله‌ای و مدل درمانی ناشی از آن، محور اساسی یک پژوهش به شمار می‌آید که تمامی فرایند و نتایج مطالعه را تحت تأثیر خود قرار می‌دهد. بدین‌سان؛ در این مطالعه قصد داریم با توضیح مفاهیم و تاریخچهٔ مختصری از هر یک از این مدل‌های درمانی، در تعیین مرزها، شباهت‌ها و تفاوت‌های میان آن‌ها گام برداریم.

درام، آیین و تئاتر

نمایش را با در نظر داشتن معنای به اجرا درآوردن، مفهومی اعم‌تر از آیین و تئاتر می‌توان تلقی نمود که هم در آیین و هم در تئاتر عنصری اساسی به شمار می‌آید؛ چنانکه لندی (۱۹۸۶) اعمال آیینی را اعمالی نمایشی توصیف می‌کند. از طرفی؛ براساس مستندات تاریخی و پژوهشی، برخی محققان بر این باورند که آیین‌ها شکل‌های

اولیه‌ای از تئاتر هستند (جونز، ۲۰۰۷). علاوه بر این؛ دو عنصر مشترک "نقش" و "فاصله نمایشی" را عوامل بنیادین مشترک میان نمایش، آیین و تئاتر می‌توان برشمرد (سایکن، ۲۰۱۵؛ جنینگز، ۲۰۰۵؛ سیروکا، ۱۹۷۸). به عبارتی؛ چه هنگامی که در حال نمایش یک حالت یا وضعیت هستیم و چه زمانی که آیین یا نمایش‌نامه‌ای را به نمایش می‌گذاریم، در حال ایفای نقش هستیم. این در حالی است که ایفای نقش در یک نمایش، آیین یا تئاتر یا مشاهده آن ما را در فاصله‌ای نمایشی قرار می‌دهد. نقش و فاصله نمایشی به پتانسیل درمان در فعالیتهای مبتنی بر نمایش اشاره دارد. ایفای نقش در یک پارادوکس نمایشی از "من" و "نه-من" فرد را در فاصله‌ای نمایشی قرار می‌دهد و به او اجازه می‌دهد تا ضمن درگیرهای شناختی و هیجانی، در درون و بیرون دو واقعیت نزدیک به هم حرکت کند. این فضا سرشار از تصویرسازی‌های ذهنی است که از واقعیت‌های زندگی و پدیده‌های موجود سرچشمه می‌گیرد. با این فاصله نمایشی فرد قادر می‌گردد تا برای مدتی خود را از بطن گرفتاری‌های زندگی بیرون کشد و در فضایی نمادین، علاوه بر مشاهده مشکلات جاری یا اتفاقات آسیب‌زای گذشته، در مورد آن‌ها تأمل نموده و به سمت تغییر پیش‌رود (جنینگز، ۲۰۰۵؛ لندی، ۱۹۹۱). بر این اساس؛ تأثیرات مثبت درام، آیین و تئاتر بر زندگی افراد که خود بحث مفصلی را به خود اختصاص داده و تاریخ بلندی را در برمی‌گیرد، ابتدایی‌ترین لایه‌های شکل‌گیری درمان‌های مبتنی بر نمایش را شکل می‌دهند؛ چنانکه منابع مربوط، بیانگر تأثیر آیین‌ها در ارتباطات و قدرت آن‌ها در تغییرات هیجانی و ایجاد حالت عرفانی در شرکت‌کنندگان هستند. همین‌طور؛ قدمت تأثیرات تئاتر اغلب به ارسطو نسبت داده شده و در ضمن مبحث تراژدی قرار می‌گیرد؛ ارسطو کارکرد تراژدی را ایجاد حالتی هیجانی و روحانی از پالایش (به معنای رهاسازی احساسات عمیقی که اساساً با خالص‌سازی احساسات و روح مرتبط هستند) تعریف می‌نماید (جونز، ۲۰۰۷).

با توجه به آنچه گفته شد؛ یکی از فاکتورهای بنیادین تمایزگذار میان روان‌درمانگری‌های مبتنی بر نمایش، چگونگی ایجاد فاصله نمایشی و سازوکار ایفای نقش درمانگر و شرکت‌کنندگان در آن است. تئاتر درمانگری، روان‌نمایشی و نمایش‌درمانگری از جمله رایج‌ترین روان‌درمانگری‌های مبتنی بر نمایش محسوب می‌گردند که هر یک با چهارچوب، فرایند و ساختار خاص خود به دنبال ایجاد تغییرات مثبت و مؤثر در جنبه‌های مختلف زندگی فردی و اجتماعی افراد است.

تئاتر درمانگری

چیستی تئاتر درمانگری

تئاتر درمانگری به کاربرد فرایند و اجرای تئاتر با اهداف درمانی در مورد گروه مشخصی از افراد اشاره دارد. در واقع؛ در تئاتر درمانگری فرایند اجرای نمایش و مجموعه فعالیت‌های نمایشی و هنری؛ چون: حرکت، رقص و موسیقی، تعمداً به دنبال ایجاد تغییرات در یک یا چند موضوع خاص و در جنبه‌های مشخصی؛ چون: شناخت، هیجان و رفتار است (نانگ، ۲۰۱۷؛ وود، ۲۰۱۶؛ جونز، ۲۰۰۷).

^۱ Dramatic distance

^۲ Me

^۳ Not-Me

^۴ Tragedy

^۵ Catharsis

تاریخچه تئاتر درمانگری

گذشته از ریشه‌های تاریخی تئاتر به خودی خود؛ تاریخچه تئاتر درمانگری را بیشتر می‌توان در محدوده زمانی مشخص تری ردیابی نمود. در اواخر قرن نوزدهم و در طول قرن بیستم، ایده‌ها و نظریه‌های تازه‌ای درباره سلامت روان و مسائل مربوط به ذهن، شروع به توسعه یافتند که این جریان با آغاز تلاش در راستای اکتشاف شیوه‌های بدیع درمان همزمان بود. این تحولات، تأثیر به‌سزایی را بر کاربردی تئاتر در بستر درمان به دنبال داشت. با این حال؛ تحدید تاریخ قرار گرفتن تئاتر در کنار درمان و سلامت یا استفاده از آن در بیمارستان‌ها و مراکز روان-پزشکی به این برهه از زمان، دور از تدقیق به نظر می‌رسد؛ چراکه ماهیت شفابخش بودن نمایش در قالب تئاتر نیاز به بررسی‌های ریزبینانه‌ای در تاریخ فرهنگ ملل و جوامع دارد و حتی ورود تئاتر در مراکز درمان نیز خود کاوش‌های عمیقی را می‌طلبد. آنچه در این باره می‌توان با اطمینان بیشتری مدعی شد، این است که تئاتر در این دوران بیش از پیش در حوزه درمان و سلامت مورد توجه قرار گرفته است. چنانکه ابتکارات سازنده در زمینه‌های تئاتر تجربی، نمایش آموزشی، روان‌درمانگری، مطالعات انسان‌شناسی آیین و ارتباطات میان‌فرهنگی در این دوره، همگی موجب پیوندی محکم میان قدرت نمایش با ایجاد تغییرات مستقیم در زندگی افراد شدند. قابل توجه است که در تاریخچه تئاتر درمانگری، اغلب واژه‌های تئاتر و نمایش در کنار هم ذکر می‌گردند؛ این موضوع احتمالاً به همان موضوع فراگیر بودن واژه نمایش اشاره دارد. به بیان دیگر نمایش جزء اساسی تئاتر به شمار می‌رود و تا وقتی نمایش نباشد، تئاتری به تصویر کشیده نمی‌شود. علاوه بر این؛ در تاریخچه تئاتر درمانگری، نام صاحب‌نظرانی؛ چون: نیکولیا اروینو و ولادیمیر ایلجن به عنوان اولین افرادی که شیوه‌هایی از درمان یا روان‌درمانگری مبتنی بر تئاتر را مشخصاً به منظور مداخله و ایجاد تغییر به کار برده‌اند، جزو پیشگامان تئاتر درمانگری قرار می‌گیرند (جونز، ۲۰۰۷).

نیکولیا اروینو، کارگردان و نویسنده روسی، از نخستین افرادی شناخته می‌شود که نمایش را یکی از گرایش‌های اساسی انسان‌شناسی دانست (نانگ، ۲۰۱۷). اروینو برخلاف صاحب‌نظران پیش از خود و معاصرانش، به جای تمرکز بر تولید نهایی تئاتر، بر فرایند و ابعاد روان‌شناختی تئاتر علاقه‌مند بود. دیدگاه اروینو نسبت به تئاتر حول این محورها قرار می‌گیرد: تئاتر به عنوان یک گزینه؛ تئاتر به عنوان درمان برای بازیگر و تماشاگر؛ تئاتر و نمایش به عنوان عواملی ضروری برای رشد بینش و آگاهی و همچنین مدیریت صحنه زندگی. یکی از پایه‌های نظری تئاتر درمانگری اروینو را مبحث "خود به مثابه دیالکتیک نمایشی" شکل می‌دهد. طبق این مبحث، فرد از دو ایگو برخوردار است^۱ که ایگوی دوم، قادر است تا دنیای واقعی را رها نموده و وارد دنیایی خودساخته شود. به عبارتی؛ ایگوی دوم، ایگویی تئاترور است که می‌تواند تخیل کند، از واقعیت تقلید نماید و با این قدرت بر واقعیت مسلط گردد. در نهایت؛ این فرایند به فرد، دنیایی با معنایی متفاوت می‌بخشد. در نتیجه؛ اورینو، زندگی را صحنه‌ای تئاترور می‌بیند و بر این اساس؛ جنبه‌های مختلف زندگی؛ از جمله: تعاملات روزانه و حتی سیاست را در قالب تئاتر تحلیل می‌نماید. اروینو سلامت را در سطوح متفاوتی مورد بحث قرار می‌دهد. به باور وی، تئاتر در سطح سلامت عمومی جامعه، یکی از قوی‌ترین سپرهای محافظ است و در سطح سلامت فردی نیز مثال‌های متعددی از کاربرد تئاتر در درمان را توضیح می‌دهد؛ برای مثال: نمایش دلک‌ها برای کودکان بستری در بیمارستان یا روش‌هایی برای تسکین درد دندان! با تمام این اوصاف؛ براساس اطلاعات به‌دست‌آمده، اروینو، سبک خاصی را در کاربرد تئاتر در

^۱Dramatic dialectic

درمان توصیف نمی‌کند، بلکه وی به دنبال تشریح شیوه‌هایی برای سود بردن از این غریزه (تئاتر) است. از این رو؛ وی تألیفات و پژوهش‌های مؤثری را در زمینه تئاتر در درمان به جای می‌گذارد؛ چنانکه اثر وی با عنوان "تئاتردرمانگری" به مثابه پیوندی رسمی میان تئاتر و روان‌درمانگری در دوره مدرن تلقی می‌گردد. علاوه بر این؛ اروینو مقالات و کتابچه‌های مختلفی را درخصوص تئاتر بین سال‌های ۱۹۱۵ تا ۱۹۲۴ میلادی به تحریر درآورد که از جمله آن‌ها می‌توان به تئاتر برای خود (۱۹۱۵ تا ۱۹۱۷) و ابداعات تئاتروار (۱۹۲۲) اشاره نمود (کاسن، ۱۹۹۷). تألیفات اروینو به تدریج ترویج یافتند؛ چنانکه در سال ۱۹۲۷ میلادی مجموعه‌ای از آثار وی، در ایالات متحده آمریکا از زبان روسی به انگلیسی ترجمه و منتشر شدند (جونز، ۲۰۰۷).

ولادیمیر ایلیچین، از اولین افرادی به شمار می‌آید که سبک و مدلی خاص در تئاتردرمانگری را تدوین نمود. دوره فعالیت‌های او در این زمینه به سال‌های ۱۹۰۸ تا ۱۹۱۷ میلادی مرتبط می‌گردد (نانگ، ۲۰۱۴؛ جونز، ۲۰۰۷؛ کاسن، ۱۹۹۷). وی در این سال‌ها به ایجاد فنون خاص برای کار با بیماران مبتلا به اختلالات روانی در بیمارستان‌ها؛ کار بر دانش‌آموزانی که دچار مشکلات هیجانی بودند؛ و همچنین تکوین فنون در تئاتردرمانگری پرداخت. اقدامات ایلیچین موجب شد تا تئاتر و روان‌درمانگری در قالب یک روش‌شناسی مشخص گردهم آیند. ایلیچین، تئاتردرمانگری را تلاشی برای ترکیب علمی چون: زیست‌شناسی و پزشکی با موضوعات انسانی، موسیقی و تئاتر توصیف می‌کند. پایه‌های اصلی تئاتردرمانگری ایلیچین بر سه حوزه اصلی قرار دارد که عبارتند از: آموزش بداهه‌سازی؛ اجرای فوری و بی‌درنگ؛ و شکل دادن سناریوهایی که امکان خلق بداهه در آن وجود داشته باشد. آموزش بدیهه‌سازی یکی از عناصر بنیادین روش‌شناسی ایلیچین به شمار می‌آید که هدف از آن، تقویت خلاقیت از طریق بازی‌ها و تمرینات نمایش بوده است. این تمرینات همچنین تقویت انعطاف‌پذیری، خودابرازی، تحریکات حسی و توانایی ایجاد ارتباطات بین فردی را دربردارند. به باور ایلیچین، این توانایی‌ها کیفیت‌های مهم زندگی هستند که در مردم به طور عموم و در افراد مبتلا به مشکلات روانی و هیجانی بالاخص سرکوب گشته‌اند. بنابراین؛ تئاتردرمانگری باید ساختاری را ترتیب دهد تا در نهایت شرکت‌کنندگان را به این کیفیت‌ها برساند. ایلیچین با تأکید بر اهمیت تن و صدا در خودابرازی، از عامل‌های ضروری سبک تئاتردرمانگری خود را آموزش استفاده صحیح از تن و صدا به منظور افزایش توانایی کشف و ابراز هیجانات در جلسات درمان و سپس در زندگی واقعی می‌داند. از این رو؛ وی برای شکستن دیوار مقاومت شرکت‌کنندگان در مقابل خلاقیت و اجرا مجموعه‌ای از فنون آماده‌سازی را معرفی می‌نماید. نکته جالب در این فنون استفاده از نماد حیوانات است که برای مثال می‌توان به حرکات گربه، خزندگان و پرندگان اشاره نمود. همچنین؛ تمرینات مبتنی بر یوگا نیز از دیگر فنون آماده‌سازی در جلسات تئاتردرمانگری ایلیچین محسوب می‌گردند. مدل تئاتردرمانگری ایلیچین از چند مرحله اصلی تشکیل شده است که عبارتند از: تعیین تم (براساس جزئیات زندگی افراد و موقعیت‌هایی که تجربه کرده‌اند یا در آن قرار دارند)؛ بازخورد به تم (بحث درباره تم انتخاب‌شده، اکتشاف ابعاد کلیدی آن)؛ طراحی سناریو (تعیین کلمات کلیدی، مشخص کردن نقش‌ها و جزئیات مرتبط با هر یک، تعیین صحنه‌ها و طراحی صحنه)؛ درک سناریو (آماده‌سازی و اجرای سناریو)؛ و واکنش یا بازخورد (به اشتراک‌گذاران تجربیات هیجانی با یکدیگر). این مدل از تئاتردرمانگری، یک مدل ساختاریافته با مدت زمان و طول درمان مشخص است. چنانکه ایلیچین ضمن تأکید بر امکان پیاده‌سازی آن

^۱The theatre for oneself^۲Theatrical innovations

به صورت فردی و گروهی، در مورد تعداد افراد در گروه، مدت زمان هر جلسه و طول درمان توضیح می‌دهد. گرچه تئاتر درمانگری ایلجین در بریتانیا و ایالات متحده آمریکا در آغاز چنان مؤثر واقع نشد؛ اما متخصصان آلمانی و هلندی را تحت تأثیر خود قرار داد. احتمال می‌رود علت آن تأخیر در فرایند ترجمه ایده‌ها و روش‌شناسی ایلجین به زبان انگلیسی باشد. در نهایت، ورود تئاتر در بستر روان‌درمانگری را پیرامون این پدیده‌ها می‌توان خلاصه نمود: تغییر و رشد دیدگاه‌های متفاوت و تازه نسبت به روان‌درمانگری و توجه به کاربرد درمانی نمایش و اجرا؛ فعالیت‌های اروینو و ایلجین در شکل‌دهی پیوند میان روان‌درمانگری با تئاتر و نمایش؛ معرفی نمایش به عنوان یک منبع آموزش؛ تجربیات متخصصان و نظریه‌پردازان در توسعه دیدگاه‌های تازه و روش‌شناسی‌های مرتبط با فرایند ایفای نقش و اجرا؛ رشد تئاتر در بیمارستان‌ها و مراکز خدمات درمانی روان‌پزشکی (جونز، ۲۰۰۷).

روان‌نمایشی

چیستی روان‌نمایشی

روان‌نمایشی در نیمه اول قرن بیستم توسط جیکوب لوی مورنو، پزشک، روان‌درمانگر و فیلسوف رومنی-آمریکایی، به عنوان یک شیوه درمانی پایه‌گذاری شد. به تعریف مورنو، روان‌نمایشی شیوه‌ای درمانی برای اکتشاف واقعیت روان از طریق اقدام و عمل است. طبق این تعریف، دو فاکتور بنیادین روان‌نمایشی را تجربه درونی و نمایش فیزیکی باید دانست. بر این اساس، روان‌نمایشی، افراد را قادر می‌سازد تا اتفاقاتی که در زندگی تجربه کرده‌اند را در قالب نمایش و در چهارچوب فنون و فعالیت‌های تعریف‌شده به زمان حال و اکنون بیاورند و بدین سان تجربیات ذهنی خود را نسبت به رخداد‌های مهم و برجسته زندگی، به شکلی سازنده، تغییر دهند (فون‌آملن و بکر-ایبل، ۲۰۲۰؛ بلاتنر، ۲۰۰۰؛ فاکس، ۱۹۸۷؛ زرکا، مورنو و بیکن، ۱۹۵۹).

تاریخچه روان‌نمایشی

روان‌نمایشی ثمره افکار، دیدگاه و جهان‌بینی مورنو؛ نتیجه سال‌ها تلاش او در راستای به بار نشاندن مشاهدات و تجربیاتش و سرانجام تبدیل نظریه روان‌نمایشی به عنوان یک مدل درمانی است (سانگ، هانگ، بنکو و وو، ۲۰۱۸). روان‌نمایشی مورنو همراستا با رشد مفاهیم تئاتر فی‌البداهه، روان‌درمانگری گروهی و سنجش اجتماعی پرورش یافت و با تعریف مفاهیم خلاقیت، بدیهه‌سازی، مواجهه و تصویرسازی ذهنی در بستر روان‌نمایشی، از تئوری وارد عمل و درمان شد (فون‌آملن و بکر-ایبل، ۲۰۲۰). از آنجا که روان‌نمایشی همراه با مورنو و در مراحل مختلف زندگی او پروبال گرفت و شکوفا گردید، تاریخچه زندگی مورنو و رویکرد روان‌نمایشی او، در هم ادغام شده‌اند. از این رو؛ شاید بتوان گفت، بررسی تاریخچه روان‌نمایشی، در مرور تاریخچه زندگی مورنو خلاصه می‌گردد که طبق آن، رشد و گسترش روان‌نمایشی شامل سه مرحله اصلی می‌شود: مرحله اول: ریشه‌ها و تجربیات اولیه؛ مرحله دوم: شکوفایی روان‌نمایشی؛ و مرحله سوم: توسعه و گسترش روان‌نمایشی (بلاتنر، ۲۰۰۰).

فلسفه مورنو در این باور ریشه داشت که انس‌ها علاوه بر مالیت بیولوژیکی، اقتصادی، اجتماعی و روان‌شناختی، موجوداتی لایه‌های هستند. این مفهوم‌پردازی از ما را یاداند، مورنو را از رویکردهای آند بی‌شناسی دور نمود و او را به ایباور رساند Cosmic Beings که برای کمک به انس‌ها باید بر نیروبخشی و توانمندسازی افراد و گروه‌ها متمرکز بود. فو و آملن و بکر-ایبل، ۲۰۰۰)

^۱Improvisational theater groups

^۲Group psychotherapy

^۳Sociometry

مرحله اول: ریشه‌ها و تجربیات اولیه

تجربیات ابتدایی مورنو در زمینه روان‌نمایشی به سال ۱۹۰۸ میلادی و فعالیت‌های او با کودکان بازمی‌گردد. بازی و داستان‌گویی برای کودکان که یکی از فعالیت‌های مورد علاقه مورنو بود، اولین جرقه‌های تئوری-پردازی مفاهیم بداهه‌سازی و خلاقیت را در او برافروخت؛ چراکه وی ضمن مشاهدات خود دریافت هنگامی که کودکان به بداهه‌سازی در بازی و داستان تشویق می‌شوند، سرزنده‌تر و خوش‌طبع‌تر به نظر می‌رسند. حدود سال ۱۹۱۰ میلادی مورنو آغاز به نگارش کتابچه‌هایی درباره دیدگاه خود نسبت به خدا، تئاتر و موضوعاتی در این باره نمود. یکی از نوشته‌های او در این دوره، قطعه شعری است که تلمیحی به افکار وی درباره مفهوم نقش وارونه و مواجهه‌سازی به شمار می‌آید (هلمز، کارپ و واتسون، ۲۰۰۵؛ بلاتنر، ۲۰۰۰).^۱

در سال‌های ۱۹۱۱ تا ۱۹۱۷ میلادی مورنو در دانشکده پزشکی مشغول به تحصیل بود. در آن زمان؛ وی به‌طور اتفاقی در یکی از جلسات سخنرانی فروید شرکت نمود و برخلاف سایر دانشجویان که فریفته سخنان فروید شده بودند، رویکرد روانکاوی فروید را مورد انتقاد قرار داد. جملات انتقادی مورنو، جملاتی معروف هستند که در بسیاری از نوشته‌های مرتبط با تاریخچه روان‌نمایشی تکرار شده‌اند و از این قرارند: "تو مردم را در محیطی غیر طبیعی ملاقات می‌کنی، در حالی که من آنان را در کوچه و خیابان، در خانه‌هایشان و در دور و اطراف خود می‌بینم! تو رؤیای آنان را تحلیل می‌کنی در حالی که من آنان را تشویق می‌کنم تا دوباره رؤیا ببینند!" (بلاتنر، ۲۰۰۰).

مورنو که به دنبال راهی برای طبیعی‌سازی هرچه بیشتر محیط درمان بود، در حدود سال ۱۹۱۹ میلادی، تئاتر را روشی مناسب برای این هدف یافت. با این حال؛ مورنو، اجرای تئاتر براساس یک نمایش‌نامه از پیش نوشته‌شده را مانع اثربخشی آن می‌دانست. چراکه به باور وی تئاتر باید فضایی تعاملی بیافریند. مورنو، این شیوه تئاتر را تئاتر بداهگی نامید. همچنین؛ وی در همین سال، برای اولین بار واژه روان‌نمایشی را به کار برد. با این حال؛ روان‌نمایشی در آن زمان با آنچه امروز به عنوان مدل درمانی روان‌نمایشی معرفی می‌شود، بسیار متفاوت بود؛ چراکه روان‌نمایشی در آغاز فرایندی از داستان‌گویی فعال در بستر تئاتر فی‌البداهه تعریف می‌شد که هنوز فاقد فنون و دستورالعمل مشخص و روشن بود (کارپ، هلمز و توان، ۲۰۰۵).

مرحله دوم: شکوفایی روان‌نمایشی

این مرحله با مهاجرت مورنو از استرالیا به نیویورک در سال ۱۹۲۵ میلادی آغاز می‌گردد. استرالیا در آن زمان در شرایط نابه‌سامانی به سر می‌برد و مورنو که دیگر استرالیا را محل مناسبی برای رسیدگی به اهدافش نمی‌دید، تصمیم گرفت تا با مهاجرت به آمریکا فعالیت‌های علمی خود را دنبال نماید. وی پس از گذشت دو سال از مهاجرت، در سال ۱۹۲۷ میلادی به تعریف و تعیین فنون درمانی روان‌نمایشی، رسمیت‌بخشی و معرفی روان‌نمایشی در محافل علمی مختلف و همچنین اجرای آن به عنوان یک رویکرد درمانی در بیمارستان‌ها و سالن‌های

۱ قطعاتی از این شعر بدید قرارند: چشم در چه م، ر. در رو/ چشمانت را به جای چشمانم و چشمانم را در چه. ما ند می‌گذارم/ آنگاه من تو را / چشمم ندو تو مرا با چشمانم می‌بینی (بلاتنر، ۲۰۰۰)

^۱Theater of spontaneity

^۲Active story telling

تاثرات اقدام نمود. چنانکه این مدل درمانی را در زمینه‌های مختلفی چون: آموزش، ارتش، مدیریت و بازتوانی به کار گرفت. یکی از پیشرفت‌های چشمگیر روان‌نمایشی طی این دوره، معرفی این رویکرد، در سال ۱۹۳۴ میلادی، در بیمارستان الیزابت در واشنگتن، یکی از معروف‌ترین مراکز روان‌پویشی در آن زمان، توسط مورنو است. وی پس از این اقدام، مورد حمایت چندین تن از روان‌شناسان سرشناس قرار گرفت. پس از آن، مورنو با پایه‌گذاری یک آسایشگاه خصوصی روان‌پویشی در شمال نیویورک و اختصاص یک سالن تئاتر روان‌نمایشی به تربیت روان‌درمانگران نمایشی در سال ۱۹۳۶ میلادی؛ گام بلندی در تثبیت روان‌نمایشی به عنوان یک مدل درمانی برداشت؛ چنانکه اولین فنون روان‌نمایشی به این سال بازمی‌گردد. علاوه بر این؛ وی با انتشار کتابی با عنوان روان-نمایشی (شماره ۱) در سال ۱۹۴۵ میلادی، یک منبع راهنما برای رویکرد روان‌نمایشی ارائه نمود (ریوا، گراسی و بلنگری، ۲۰۲۰؛ اسکتجنی، ۲۰۰۵؛ بلاتنر، ۲۰۰۰).

مرحله سوم: توسعه و گسترش روان‌نمایشی

در این مرحله؛ روان‌نمایشی که دیگر از اصول مشخص و فنون معین و روشنی برخوردار بود و بر مبانی و پایه‌های مستحکم قرار داشت، به عنوان یک مدل درمانی معتبر در دنیای روان‌شناسی جای گرفته بود. این دوره که سنین ۶۰ سالگی به بعد مورنو را به خود اختصاص می‌دهد را می‌توان مرحله آموزش و توسعه روان‌نمایشی قلمداد نمود؛ چنانکه، مورنو از سویی با جمع‌زیدی از دانشجویان رو به رو بود که مشتاق یادگیری مدل روان‌نمایشی بودند و از سوی دیگر، وی با سفرهای متعدد به کشورهای مختلف و ارائه سخنرانی در کنفرانس‌های حرفه‌ای گوناگون، بیمارستان‌ها و دانشگاه‌ها سعی در آشناسازی و گسترش هرچه بیشتر روان‌نمایشی داشت. سرانجام؛ روان‌نمایشی که در آغاز در وین (یکی از ایالات استرالیا) جوانه زد، طی بیش از ۵۰ سال پژوهش و آزمایش توسط مورنو در نیویورک شکوفا شد و به‌مرور در نقاط مختلف جهان گسترش یافت (بلاتنر، ۲۰۰۰).

نمایش درمانگری

چیستی نمایش درمانگری

نمایش درمانگری به کاربرد نمایش به مثابه شکلی از درمان اشاره دارد؛ نمایش درمانگری هم بر پایه‌های نظری استوار بوده و هم مهارت‌ها و فنون خاص خود را شامل می‌شود. نظریه نمایش درمانگری از نظریه‌های خلاقیت، نمایش، آیین، نماد، تئاتر، بازی، نقش، روان‌تحلیل‌گری، روان‌شناسی رشد، نظریه روابط شی، روان-درمانگری گروهی تحلیلی و پویایی‌های گروه نشأت می‌گیرد. مهارت‌های نمایش درمانگری مجموعه‌ای از فنون تئاتر، رقص، پانتومیم، ایفای نقش، بازی‌ها، تحریکات حسی و بدیهه‌سازی در ابزارات کلامی و غیر کلامی را دربرمی‌گیرد. براین اساس؛ نمایش درمانگری را اینگونه می‌توان تعریف نمود: شیوه‌ای برای کمک به درک و تسکین مشکلات روانی-اجتماعی و اختلالات روانی. نمایش درمانگری روشی برای تسهیل بیان و ابراز به صورت نمادین است به‌گونه‌ای که فرد بتواند به خود-چه از لحاظ فردی و چه گروهی- نزدیک گردد که این فرایند به واسطه ساختارهای خلاقانه در قالب ارتباطات فیزیکی و کلامی صورت می‌پذیرد. به طور کلی؛ نمایش درمانگری این اهداف را دنبال می‌نماید: تمرکز بر جنبه‌های سالم افراد؛ تقویت شهود، استعاره و تصویرسازی ذهنی دراماتیک؛ تمرین

زندگی و مهارت‌های اجتماعی از طریق اجرا و نمایش؛ برانگیختن ارتباطات بین فردی از طریق صدا و اجرا؛ توانمندسازی فرد برای حل یا اصلاح مشکلات به واسطه فاصله‌نمایی و افزایش رشد فردی و اجتماعی (جونز، ۲۰۰۷؛ جنینگز، ۲۰۰۵؛ انجمن نمایش‌درمانگری انگلستان، ۱۹۷۷).

تاریخچه نمایش‌درمانگری

پدیدایی نمایش‌درمانگری به عنوان یک سیستم درمانی مشخص و به عنوان یک حرفه به دهه ۱۹۳۰ میلادی بازمی‌گردد. براساس شواهد پژوهشی؛ فرایند رشد و گسترش نمایش‌درمانگری در یک کشور معین یا توسط یک فرد مشخص محدود نمی‌شود. سیر تحول نمایش‌درمانگری، فرایندی تدریجی است که در تکامل آن، پیشگامان متعدد در زمینه‌های متفاوت؛ مانند: آموزش و درمان و از کشورهای مختلفی؛ چون: ایالات متحده آمریکا، بریتانیا و هلند سهم داشته‌اند (جونز، ۲۰۰۷؛ لندی، ۱۹۹۷). گرچه عمیق‌ترین لایه‌های تاریخ نمایش-درمانگری در تاریخ تئاتر، نمایش، تئاتر درمانگری و روان‌نمایشی ریشه می‌دواند؛ اما سیر جدایی نمایش‌درمانگری از مدل‌های تثبیت‌شده پیشین نیز تاریخچه خاص خود را به روایت می‌گذارد. در واقع؛ از دهه ۱۹۳۰ میلادی به بعد، شاهد فزونی توجه روان‌درمانگران، معلمان، روانکاوان و حتی متخصصان نمایش و تئاتر نسبت به کاربرد نمایش به عنوان یک حوزه مستقل در زمینه‌های سلامت و آموزش هستیم. به‌طور کل؛ تکامل نمایش در حوزه روان‌درمانگری و اثبات آن به عنوان یک حرفه را می‌توان در سه مرحله اصلی خلاصه نمود. در مراحل اولیه شکل‌گیری نمایش-درمانگری، متخصصان علاقه‌مند به نمایش، هر کدام به‌طور جداگانه بر روی کاربرد نمایش و تئاتر در زمینه‌های مراقبت و آموزش متمرکز بودند. در واقع؛ مرحله اول، زمینه‌ای برای پدیدایی مراحل بعدی محسوب می‌گردد. در مرحله دوم، متخصصان علاقه‌مند به کاربرد نمایش در درمان، گرد هم آمده و برای پرورش درمان مبتنی بر نمایش با یکدیگر به همکاری می‌پردازند. از این رو؛ مفاهیم اختصاصی و شیوه‌های کاربردی نمایش در درمان یا نمایش به عنوان درمان در دوره دوم شکل می‌یابند. دوره سوم به آموزش متخصصان نمایش‌درمانگر و مذاکرات تخصصی به منظور پایه‌گذاری هویت منحصر به فرد نمایش‌درمانگری و چهارچوب‌های عملی آن اختصاص دارد. بنابراین؛ در مرحله سوم، افزایش مستندات پژوهشی مرتبط با نظریات و کاربردهای نمایش‌درمانگری را شاهد هستیم. مستندات پژوهشی مربوط در دهه‌های ۱۹۴۰ تا اوایل ۱۹۷۰ میلادی خود در سه دسته عمده تقسیم می‌گردند: مطالعات مرتبط با تمرینات مبتنی بر نمایش در زمینه‌های سلامت؛ مطالعاتی که نمایش را به عنوان درمان تکمیلی در کنار سایر رویکردهای درمانی به کار برده‌اند؛ و پژوهش‌های اولیه در خصوص اثربخشی نمایش‌درمانگری به عنوان درمان اصلی. بدین ترتیب؛ رشد و شکوفایی نمایش‌درمانگری به عنوان یک مدل و سیستم درمانی مستقل، به‌طور عمده، سه مرحله را پشت سر گذاشته است که بدین قرارند:

۱. کسب هویت مستقل از سایر رویکردهای درمانی و آموزشی که در آن‌ها نمایش و تئاتر به کار می‌رود؛
از جمله: استقلال از روان‌نمایشی، نمایش کودک و آنچه با عنوان نمایش شفابخش شناخته می‌شود

ب. کسب هویت مستقل از هنر درمانگری

ت. جدایی از فرایندهای دراماتیکی که به منظور درمانی فرعی در کنار سایر رویکردهای درمانی به کار می‌روند و پایه‌ریزی نمایش‌درمانگری به عنوان یک شیوه درمان با چهارچوب‌های نظری و عملی مختص به خود (جونز، ۲۰۰۷؛ جنینگز، ۲۰۰۵)

کندوکاو در سیر رشد و شکوفایی نمایش‌درمانگری ما را با اسامی بی‌شماری روبه‌رو می‌سازد که هر کدام را می‌توان به نوعی در ظهور این مدل از روان‌درمانگری مؤثر دانست. با این حال؛ نام صاحب‌نظرانی، چون: پیتر اسلد، بیلی لندکوست و سو جنینگز از این جهت که نمایش را در قلب مداخلات خود -چه از لحاظ آموزشی و چه درمانی- قرار داده و در تثبیت اصطلاح نمایش‌درمانگری، بیشتر مؤثر به نظر می‌رسند، اغلب به عنوان پیشگامان این سبک درمانی شناخته می‌شوند (جونز، ۲۰۰۷).

پیشینه اقدامات اسلد در حیطه نمایش‌درمانگری به اقدامات وی در نمایش کودک، تئاتر و نمایش در مدرسه و کنجکاو‌های وی نسبت به نیروی بالقوه کودکان در فی‌البداهگی بر صحنه تئاتر بازمی‌گردد. اسلد در طی تجربه‌های خود در اجرای نمایش کودک به ارزش نمایش در آموزش و ایجاد تغییرات مثبت در زندگی پی برد. از این رو؛ وی به دنبال راهی برای استقلال نمایش به عنوان یک سبک مستقل بود. یکی از اقدامات جالب توجه وی در این راستا، نامه‌نگاری با مورنو و دیدار با وی است. اسلد سرمنشأ آشنایی با مورنو را چنین توصیف می‌کند: "به‌سادگی برای من جالب بود که می‌دیدم کسی هست که در نمایش‌درمانگری فعالیت می‌کند؛ آن هم در زمانی که من در کشور خودم در تقلائی آن بودم که اطرافیانم را به اهمیت و ارزش نمایش قانع نمایم" (جونز، ۲۰۰۷؛ ویور، ۱۹۹۶).

لندکوست درمانگر نمایش و حرکت و پایه‌گذار رویکرد کنجد است. این رویکرد مبتنی بر لمس، اجرای داستان، بدیهه‌سازی و ارتباط غیر کلامی بوده و هدف از آن مداخلات شناختی و تغییرات مثبت در وضعیت روان است. لندکوست سال‌های مدیریتی را به مدیریت مؤسسه کنجد در شهر لندن و همچنین آموزش دوره‌های مربوط بدان گذراند. لندکوست که صاحب فرزند می‌تلا به اوتیسم بود، سودای شیوه‌های متفاوت از درمان‌های موجود را در سر داشت. وی همچنین، محیط بیمارستان را محیطی سرد و بی‌روح با فضایی مایوس‌کننده می‌دید، این درحالی بود که او ناگزیر بود تا به همراه دخترش ساعت‌های بسیاری را در بیمارستان سپری کند. این موضوع لندکوست را به این فکر فروداشت تا با وارد نمودن نمایش در محیط بیمارستان، رنگ و روی دیگری بدان ببخشد. لندکوست موفق شد تا عده‌ای از بازیگران و کارگردانان را تحت تأثیر ایده خود قرار دهد. بنابراین؛ وی اولین گام‌های خود در این مسیر را با اجرای پانتومیم در بیمارستان‌ها و مراکز روزانه و تشویق روان‌درمانگران حرفه‌ای بیمارستان‌ها به استفاده از نمایش در مداخلات درمانی برداشت. نتایج اثربخش و پاسخدهی بیماران به اقدامات لندکوست، پزشکان و روان‌درمانگران را تحت تأثیر قرار داد (جونز، ۲۰۰۷). وی به مرور برای توسعه و رشد رویکرد خود از سه متخصص دعوت نمود که یکی از آنان پیتر اسلد به عنوان متخصص نمایش کودک است. ملاقات لندکوست با پیتر اسلد در سال ۱۹۶۵ میلادی، بیلی را که بیشتر خود را به عنوان هنرمند و فعالیت‌هایش را در قالب هنر می‌دانست، با مباحث خاص روان‌شناسی در این زمینه آشنا نمود و مرحله‌ای را برای یکپارچه‌سازی نمایش و حرکت‌درمانگری در قالب نمایش‌درمانگری پدید آورد (جانسون، ۲۰۱۸).

^۱ Sesame approach: رویکرد کنجد به ورد جادویی در داستان علی‌بابا و چهل دزد اشاره دارد که با گفتن بازشوا! ای کنجد!

در غاری که دزدان گنج‌ها را در آن پنهان کرده بودند، باز می‌شد

پیشینه فعالیت‌های سو جنینگز در زمینه نمایش‌درمانگری به فعالیت‌هایش در حیطه تئاتر و نمایش در اوایل دوره جوانی وی بازمی‌گردد. طبق توضیحات جنینگز، وی تا دهه ۱۹۷۰ میلادی درباره مورنو و روان‌نمایشی اطلاعی نداشته است و طی فعالیت در زمینه نمایش با محث نمایش در آموزش و پیترا اسلد آشنا می‌گردد. جنینگز همچنین با انجمن نمایش مذهبی و اعضای رویکرد کنگد ملاقات می‌یابد. با این حال؛ وی کتابچه پیترا اسلد با عنوان "نمایش‌درمانگری به مثابه ابزاری برای رسیدن به فردیت" (۱۹۵۹) را در نزدیک شدن ایده‌ها و نظریه‌های خود با دیگر افراد فعال و صاحب‌نظر در این راستا، بسیار مؤثر معرفی می‌نماید (جونز، ۲۰۰۷؛ جنینگز، ۱۹۹۱).

این مرور کوتاه بر تاریخچه نمایش‌درمانگری از زاویه صاحب‌نامان مؤثر در آن، به سه مرحله رشد نمایش-درمانگری اشاره دارد؛ چنانکه اقدامات این افراد، ابتدا به صورت فردی بوده و سپس به فعالیت‌های مشترک تا یکپارچه‌سازی نمایش‌درمانگری منجر شده است. مسلم است که در این مسیر افراد متعدد دیگری نیز سهیم بوده‌اند که از میان آنان می‌توان به گوردن وایزمن، رابرت لندی، مولی لهد، پاملا موند اشاره نمود. نام این افراد به‌ویژه توسط جنینگز به عنوان پیشگامان نمایش‌درمانگری آمده است. همچنین؛ بررسی مصاحبه‌ها و مقالات مرتبط بدانان، خود جریانات و اتفاقات مختلفی را در این باره به تصویر می‌کشاند. آنچه معلوم است این است که فرایند رشد و شکوفایی نمایش‌درمانگری، مملو از اسامی و افراد مختلف است و تاریخ نمایش‌درمانگری چنان گسترده و ژرف است که نمی‌توان آن را در یک یا چند شخص یا محدوده تاریخی خاصی خلاصه نمود. با این حال؛ قابل توجه است که نخستین مستندات پژوهشی درباره استفاده از اصطلاح نمایش-درمانگری در بریتانیا به سخنرانی پیترا اسلد در انجمن پزشکی بریتانیا در سال ۱۹۳۹ میلادی؛ و در ایالات متحده آمریکا به مقاله فلورشايم در انجمن کاردرمانگری آمریکا در سال ۱۹۴۶ میلادی اشاره دارد (جونز، ۲۰۰۷؛ کاسن، ۱۹۹۷). در نهایت؛ آنچه مسلم است این است که نتیجه تلاش همه این پیشگامان، تولد نمایش‌درمانگری با هویتی مستقل بوده است؛ چنانکه نمایش-درمانگری انجمن‌های مختص به خود را داراست که از جمله آن‌ها می‌توان به انجمن نمایش‌درمانگری انگلستان (پایه‌گذاری شده در سال ۱۹۷۷ میلادی) و انجمن نمایش‌درمانگری شمال آمریکا (پایه‌گذاری شده در سال ۱۹۷۹ میلادی) اشاره نمود.

تئاتر درمانگری، روان‌نمایشی و نمایش‌درمانگری شباهت‌ها و تفاوت‌ها

از لحاظ تاریخی؛ تئاتر درمانگری و روان‌نمایشی در زمان‌های نزدیک به هم، اما در مکان‌های جغرافیایی متفاوت شروع به شکل‌گیری نمودند. اولین تجربیات مورنو در نمایش خلاق با کودکان به سال ۱۹۰۸ میلادی در وین تعلق دارد (بلاتنر، ۲۰۰۰). این در حالی است که مستندات تاریخی نشان می‌دهد که فعالیت‌های ایلجین برای پایه‌گذاری تئاتر درمانگری در سال‌های ۱۹۰۸ تا ۱۹۱۷ میلادی و در روسیه قرار می‌گیرد (کاسن، ۱۹۹۷). همچنین؛ اقدامات اولیه برای استقلال نمایش‌درمانگری به دهه ۱۹۳۰ میلادی و در بریتانیا تعلق دارد (جونز، ۲۰۰۷؛ کاسن، ۱۹۹۷). از طرفی؛ مقایسه فرایند شکل‌گیری این سه مدل درمانی، بیانگر این تفاوت بارز است که

^۱Dramatherapy as an aid to becoming a person

^۲The British Association of Dramatherapy (BADTh)

^۳North American Drama Therapy Association (NADTA)

روان‌نمایشی برخلاف تئاتردرمانگری و نمایش‌درمانگری، منسوب به بنیانگذاری مشخص است، به‌گونه‌ای که سیر پدیدایی و تحول این مدل درمانی، روایتگر سیر افکار فلسفی، دیدگاه‌ها و دغدغه‌های معنایی، اجتماعی و جهان‌بینی مورنو است (ارکیبی، ۲۰۱۹؛ بلاتنر، ۲۰۰۰).

با توجه به منابع موجود، اطلاعات مربوط به یک ساختاربندی کلی در مدل تئاتردرمانگری محدود هستند؛ اما جست‌وجوها در این زمینه نشان‌دهنده ساختارهای متفاوتی از تئاتردرمانگری در زمینه‌های مختلف هستند که متناسب با موضوعی خاص طراحی شده‌اند. به عنوان مثال؛ مدل تئاتردرمانگری استانیسلاوسکیچ که مبتنی بر فعالیت و هیجان است. مبنای این مدل بر این باور استوار است که با برانگیختن هیجانات افراد از طریق تمرینات و فنون تئاتر می‌توان آنان را با هیجانات خود، کنترل و شیوه صحیح کاربرد هیجاناتشان آشنا نمود (کانتی و پیلگا، ۲۰۱۸). مثال دیگر؛ مدل "همراه فعال" است که برای افرادی طراحی شده که در موقعیت انتقال نقش قرار دارند و شامل شش مرحله می‌شود (وود، ۲۰۱۶). طبق اطلاعات گردآوری‌شده، تئاتردرمانگری به‌طور کلی بر فنون نمایشی متنوع، بدیهه‌سازی، داستان‌گویی، نوشتن نمایش‌نامه، اجرای نقش و آزادی در عمل تکیه دارد. با بررسی منابع می‌توان اینگونه استنباط نمود که احتمالاً تئاتردرمانگری بیشتر به عنوان مرحله‌ای مؤثر در گسترش و پایه‌ریزی نمایش‌درمانگری مطرح است (جونز، ۲۰۰۷). شاید به همین خاطر باشد که بررسی مطالعات مقایسه‌ای، اکثراً نمایانگر مقایسه میان روان‌نمایشی و نمایش‌درمانگری هستند.

روان‌نمایشی و نمایش‌درمانگری

تفاوت‌های میان روان‌نمایشی و نمایش‌درمانگری در دو حیطة اصلی، قابل شرح است: یکی "شیوه مدیریت جلسات گروهی" و دیگری "فن، ساختار و اهداف درمانی". در جلسات روان‌نمایشی، یکی از اعضای گروه به عنوان پروتاگونیست در مرکزیت قرار می‌گیرد و پس از انتخاب پروتاگونیست، نقش‌هایی که سایر اعضا ایفا می‌کنند به‌طور عمده بازتابی از دنیای درونی پروتاگونیست تلقی می‌گردد. در نمایش‌درمانگری نیز هرچند ممکن است یک نفر در مرکز توجه قرار گیرد؛ اما نسبت به روان‌نمایشی، محتمل‌تر است که تمرکز جلسه به‌طور آزادانه‌تری میان اعضای گروه منتقل گردد. تفاوت اساسی میان روان‌نمایشی و نمایش‌درمانگری از لحاظ فن و ساختار در میزان چهارچوب‌بندی هر یک از آن‌ها قرار می‌گیرد؛ چنانکه روان‌نمایشی از نقشه‌ای دقیق‌تر برای نظم‌دهی فرایند درمان برخوردار بوده که منعکس‌کننده مقاصد درمانی مشخص‌تر آن است. هرچند ساختار سه مرحله‌ای، در هر دوی جلسات روان‌نمایشی (آماده‌سازی، فعالیت و اشتراک‌گذاری یا خاتمه) و نمایش‌درمانگری (آماده‌سازی، ترقی و خاتمه) مطرح است؛ اما با یکدیگر تفاوت‌هایی دارند. مرحله آماده‌سازی در روان‌نمایشی، شامل آشنایی اعضای گروه با یکدیگر، نزدیک شدن اعضا به دنیای درونی خود جهت دستیابی به تعارضات، مسائل و احساسات متعارض‌شان و تعیین پروتاگونیست می‌شود. نمایش‌درمانگری در این مرحله به دنبال یافتن پروتاگونیست نیست، بلکه هدف از آن اکتشاف زمینه‌ای است که تمام گروه را به‌تدریج به توانایی خود-افشایی هرچه بیشتر برساند. در مورد مرحله دوم باید گفت؛ درحالی‌که روان‌نمایشی با حرکتی حلزونی (از پیرامون به هسته) همراه است؛ بدین صورت که از زمان

^۱Stanislavskij's method

^۲Co-Active

^۳Closure

^۴Development

حال یا گذشته نزدیک آغاز شده به سمت گذشته‌ای مؤثر که مشکل فعلی پروتاگونیست از آن ناشی می‌شود بازگشته و در نهایت به اینجا و اکنون و چالش اصلی، جهت ایجاد تغییرات بازمی‌گردد. ساختار مرحله دوم در نمایش‌درمانگری در شرایطی که افراد از احساس نسبی امنیت برخوردار باشند آغاز شده، به شرایطی که با خطرپذیری بیشتری همراه است حرکت کرده و دوباره به شرایط امن بازمی‌گردد؛ طی فرایندهای این مرحله، شرکت‌کنندگان تشویق می‌شوند تا دنیای درونی خود را کشف کرده و در اینجا و اکنون ابراز نمایند. نکته مهم در مورد نمایش‌درمانگری در مرحله ترقی، این است که ساختار جلسه را جریان جاری در گروه به مثابه یک کل می‌سازد (جنینگز، ۲۰۰۵). مرحله اشتراک‌گذاری جلسات نیز از موضوع مرکزیت پروتاگونیست یا گروه به مثابه یک کل، تأثیر می‌پذیرد. بدین صورت که در روان‌نمایشی، اشتراک‌گذاری از انتقال مرکزیت پروتاگونیست به کل گروه همراه است. در این مرحله همه اعضای گروه تجربه و احساس خود را از فعالیت‌های پروتاگونیست طی جلسه به اشتراک می‌گذارند. از اهداف این اشتراک‌گذاری می‌توان به انتقال احساس همدلی در پروتاگونیست اشاره نمود و از وظایف مهم درمانگر در این مرحله نظارت بر جریان اشتراک‌گذاری بدون قضاوت است. این مرحله فرصتی فراهم می‌سازد تا ماتریکس گروه را براساس بازخوردها و جریانات پیش‌آمده، دوباره تشریح نمود. مرحله پایانی در نمایش‌درمانگری نیز به اشتراک گذاشتن تجربیات و احساسات شرکت‌کنندگان اختصاص دارد با این تفاوت که تجربیات اعضا حاصل ساختاری با مرکزیت پروتاگونیست نیست. بدین ترتیب؛ این مرحله بیشتر با پرسش‌های درمانگر درخصوص نقش‌ها و فنونی که اعضا طی جلسه طی کرده‌اند، احساس شرکت‌کنندگان نسبت به آن‌ها و ارتباطشان با زندگی فردی و بین فردی شرکت‌کنندگان بحث و گفت‌وگو می‌شود (جنینگز، ۲۰۰۵).

فنون مطرح در روان‌نمایشی و نمایش‌درمانی نیز به فلسفه و تاریخچه شکل‌گیری آن‌ها بازمی‌گردد؛ چنانکه تاریخچه پُرانشعاب نمایش‌درمانگری و مبنای فلسفی آن که نمایش را هدف و روان را وسیله قرار می‌دهد، موجب شکل‌گیری طیف وسیعی از فنون در آن شده است؛ شامل: حرکت، پانتومیم، تنش‌زدایی، داستان‌سرایی، خیال‌پردازی جهت‌دهی شده، تصویرسازی ذهنی، بازی‌های مختلف، استفاده از حائل؛ از جمله: ماسک، عروسک، لباس مبدل و آرایش. از سوی دیگر؛ روان‌نمایشی برخلاف نمایش‌درمانگری با تاریخچه‌ای معین‌تر و بر پایه فلسفی روان به عنوان هدف و نمایش به عنوان وسیله، از فنون مشخص‌تری برخوردار است؛ چنانکه از مشهورترین آن‌ها می‌توان جفت، وارونگی نقش، تک‌گویی، آینه، درون‌یابی مقاومت و صندلی خالی را نام برد. در حالی که روان-نمایشی این فنون را به منظور پیشبرد کار بر مسائل و مشکلات درون‌فردی و بین‌فردی افراد که طی جلسات و خلال پالایش، فعالیت-بینش و یادگیری رفتاری برانگیخته می‌شوند، به کار می‌برد، نمایش‌درمانگری فنون متنوع را با تأکید بر ابراز به خودی خود به کار می‌گیرد. با این وجود؛ به دلیل مفاهیم و مشابهات زیربنایی میان این دو مدل درمانی و همچنین استقبال مورنو از فنون خلاقانه، مسیر تبادل فنون میان روان‌نمایشی و نمایش‌درمانگری هموار می‌گردد. چنانکه فنون نمایش‌درمانگری اغلب در مرحله آماده‌سازی و به منظور برانگیختن خلاقیت افراد گروه جهت ورود یافتن به جلسه اجرا می‌گردد. مثالی در این باره فن ماسک است که به روان‌نمایشی راه یافته است. در نمایش‌درمانگری به این فن بیشتر از جنبه زیباشناختی و نه روان‌شناختی نگریسته می‌شود؛ طی این فن شرکت‌کنندگان یاد می‌گیرند خود را آماده کنند، ماسک را تجربه کرده و در خلال نقش‌های مختلف با آن بازی کنند و در آخر درباره احساس خود از این تجربه صحبت کنند. در روان‌نمایشی نیز ممکن است شرکت‌کنندگان فعالیت‌هایی شبیه به نمایش‌درمانگری را تجربه کنند؛ اما اساس کاربرد این فن بر اکتشاف دنیای درونی یا بین

فردی شرکت‌کنندگان خلال پرسش‌های فردی روان‌درمانگر قرار دارد (کروز و همکاران، ۲۰۱۸؛ بلاتنر، ۲۰۰۰، تاهار و فلیکس-کلرن، ۱۹۹۶؛ کدم-تاهار و فلیکس-کلرن، ۱۹۹۶).

بحث و نتیجه‌گیری

هدف از این مطالعه روشن‌سازی شباهت‌ها و تفاوت‌های میان تئاتردرمانگری، روان‌نمایشی و نمایش-درمانگری بود. بدین منظور؛ ابتدا مفاهیم نمایش، آیین و تئاتر و ارتباط آن‌ها با درمان‌های مبتنی بر نمایش توضیح داده شد. در این مطالعه با توضیح مختصری از تاریخچه مدل‌های تئاتردرمانگری، روان‌نمایشی و نمایش‌درمانگری سعی گردید تا تفاوت‌ها و شباهت‌های میان آن‌ها مبرهن شود.

بررسی ادبیات پژوهشی نشان می‌دهد که در مطالعات خارجی، پژوهش‌های مبتنی بر مدل‌های تئاتردرمانگری، روان‌نمایشی و نمایش‌درمانگری اغلب این مدل‌ها از هم تفکیک یافته‌اند و معمولاً از اختلاط آن‌ها با یکدیگر به دور هستند. چنانکه جست‌وجوی کلیدواژه مربوط هر یک از این مدل‌ها، نشان‌دهنده مطالعاتی است که متناسب با ساختار مدل اشاره شده در عنوان انجام یافته است. برای مثال: دومن (۲۰۱۷) در مطالعه خود درخصوص اثربخشی نمایش‌درمانگری مبتنی بر طرحواره بر بیماران مبتلا به اختلال شخصیت گروه ث، ضمن توضیح درباره برنامه مداخلاتی پژوهش، فنون نمایش‌درمانگری و روان‌نمایشی به کاررفته را از یکدیگر جدا نموده و درباره آن‌ها توضیح می‌دهد. این موضوع بیانگر دقت در تفاوت میان دو مدل روان‌نمایشی و نمایش‌درمانگری است. همچنین؛ مقاله مروری سیستماتیک کروز و همکاران (۲۰۱۸) درخصوص فنون هسته‌ای روان‌نمایشی مورنو نشان-دهنده توجه به فنون خاص روان‌نمایشی و جداسازی آن‌ها از سایر فنون در مدل‌های درمانی مشابه است. در این مقاله فنون روان‌نمایشی به سه دسته فنون هسته‌ای، فنون ثانوی و سایر فنون یا فعالیت‌ها تقسیم‌بندی شده و فنون هسته‌ای از لحاظ معنا، ریشه، کارکرد و هدف تحلیل شده‌اند.

بررسی مطالعات داخلی در این باره؛ نشان‌دهنده اختلاط این مدل‌های درمانی در برخی از پژوهش‌ها است. شاید بتوان عدم توافق کلی در معادل‌های متناسب با اصطلاحات انگلیسی این مدل‌ها را یکی از عوامل مهم در این خصوص دانست. چنانکه جست‌وجوها بیانگر آن است که در پژوهش‌های مربوط به این زمینه، اصطلاحات مختلف: سایکودرام، روان‌درمانگری نمایشی، نمایش‌درمانگری و تئاتردرمانی استفاده شده است. قابل توجه است که در برخی از این مقالات نمایش‌درمانگری و تئاتردرمانگری به عنوان روان‌نمایشی و منسوب به مورنو تلقی شده است. به عنوان مثال؛ در مقاله صمدی و همکاران (۱۳۹۷) و مقاله غلامی و همکاران (۱۳۹۱)، گسترش و پایه‌ریزی تئاتردرمانگری به مورنو نسبت داده شده است، این در حالی است که منبع استنادشده برای این مطلب، در هر دو مقاله یکسان است. جهت بررسی این موضوع، منبع استنادشده استخراج گردید. پس از بررسی، معلوم گردید که بلاتنر (۲۰۰۷) در مطالعه خود رویکرد مورنو و جنبه‌های شناخت روان‌نمایشی را مورد تحلیل قرار داده است. در این مقاله، اصطلاح روان‌نمایشی و ایده‌ها و روش‌شناسی مورنو با تفصیل توضیح داده شده است. براین اساس؛ یازده مرحله و عوامل اساسی دخیل در رشد و شکوفایی روان‌نمایشی مورنو طبق ترتیب تاریخی بیان شده که یکی از آن‌ها موضوع ارتباط روان‌نمایشی مورنو با تئاتر است. جالب توجه است که یک بخش از این مقاله به اصطلاح

^۱Secondary techniques

^۲Other techniques or actions

شناسی اختصاص دارد که در آن واژگان تشکیل‌دهنده روان‌نمایشی شرح و تبیین شده است. بررسی این مطالعه حاکی از عدم انتساب تئاتردرمانگری به مورنو است.

لازم به ذکر است که ارتباط تئاتردرمانگری با روان‌نمایشی مسئله‌ای بحث‌برانگیز است؛ به‌خصوص که سیر ایجاد روان‌نمایشی با تئاتردرمانگری تقریباً همزمان بوده و بخش مهمی از فعالیت‌های مورنو در بستر تئاتر و به‌ویژه شیوه‌های استفاده از آن به منظور برانگیختن خلاقیت و فی‌البداهگی قرار می‌گیرد. چنانکه از آغازین فعالیت‌های او می‌توان به تئاتر فی‌البداهه اشاره نمود. شاید به همین خاطر باشد که در برخی منابع؛ مانند: جونز (۲۰۰۷) در توضیح تاریخچه تئاتردرمانگری، اقدامات مورنو در زمینه تئاتر، بخشی از تاریخچه شکل‌گیری تئاتردرمانگری قلمداد شده است. گرچه مباحث تئاتر در مراحل آغازین روان‌نمایشی، غیر قابل انکار است، اما تئاتر تنها بخشی از جریان گسترده تولد روان‌نمایشی را پوشش می‌دهد، همان‌گونه که بازی با کودکان، ذهن مورنو را درگیر موضوعات خلاقیت و فی‌البداهگی نموده بود یا فعالیت‌های بالینی وی با جامعه ستم‌دیده و محروم او را نسبت به موضوعات اجتماعی و روابط بین فردی دغدغه‌مند ساخت (بلاتنر، ۲۰۰۷؛ کدم-تاهار و فلیکس-کلرمن، ۱۹۹۶). بدین ترتیب؛ جریان ظهور روان‌نمایشی بسیار فراتر از موضوع تئاتر و مباحث مربوط بدان است؛ چراکه بنیاد این رویکرد را باید در مباحثی؛ چون: تئوری نقش، استعاره، خلاقیت، بدیهه‌سازی، پالایش، سنجش اجتماعی و مهم‌تر از همه فلسفه و جهان‌بینی خاص مورنو جست (فون‌آمن و بکر-ایبل، ۲۰۲۰؛ ارکیبی، ۲۰۱۹؛ کارپ و همکاران، ۲۰۰۵؛ گرشونی، ۲۰۰۳؛ بلاتنر، ۲۰۰۰).

براساس آنچه بیان شد؛ یکسان شمردن تئاتردرمانگری و نمایش‌درمانگری با روان‌نمایشی، علاوه برآنکه مرزهای میان آن‌ها را درهم می‌شکند، به‌نوعی کم‌شمردن مشقت‌های بنیان‌گذاران آن‌ها در راستای معرفی و اثبات مدل‌های درمانی مستقل با ساختارها و اهداف منحصر به خود است. این مطلب به‌ویژه در مورد روان‌نمایشی صدق می‌کند که بنیان‌گذاری آن مشخصاً به مورنو انتساب دارد.

گذشته از اختلاط اصطلاحات، در برخی از مطالعات داخلی، اصطلاحات تئاتردرمانگری، روان‌نمایشی و نمایش‌درمانگری بدون روشن‌سازی اصطلاح یا توضیح درباره رویکرد، به کار رفته است که این خود، این مسئله را مبهم باقی می‌گذارد. با این وجود، گاهی می‌توان براساس برنامه مداخلاتی به‌کاررفته در پژوهش به اختلاط احتمالی این مدل‌ها با یکدیگر پی برد. برای مثال در مقاله جندانی و همکاران (۱۳۹۷) که هدف از آن بررسی اثربخشی تئاتردرمانگری بر بهبود شایستگی دانش‌آموزان با اختلال خاص یادگیری در ریاضی بوده است، فنون وارونگی نقش و آینه از فنون تئاتردرمانگری محسوب شده است. این در حالی است که براساس مطالعه مروری سیستماتیک کروز و همکاران (۲۰۱۸)، این فنون جزو فنون هسته‌ای روان‌نمایشی مورنو قرار دارد و قابل توجه است که ریشه فن وارونگی نقش از پایه‌های نظریه مورنو به شمار رفته است.

از آنجا که برنامه مداخلاتی در هر پژوهشی، عاملی حیاتی و تعیین‌کننده در نتایج آن پژوهش است، پیشنهاد می‌شود که برای تعیین فرایند مداخلات و نتایج دقیق و خالی از ابهام، معادل‌های فارسی مربوط به مدل‌های تئاتردرمانگری، روان‌نمایشی و نمایش‌درمانگری مشخص گردد، طوری که امکان زبانی یکپارچه در این زمینه فراهم شود.

فهرست منابع

- احمدی فروشانی، سید حبیب اله، یزدخواستی، فریبا، و عریضی سامانی، سید حمیدرضا (۱۳۹۲). اثربخشی روان‌نمایشگری با محتوای معنوی بر شادی، لذت و سلامت روان دانشجویان. *روان‌شناسی کاربردی*، (۲) ۷، ۲۳-۷.
- خوبانی، مریم، محمدی‌زاده، علی، و جراره، جمشید (۱۳۹۲). اثربخشی آموزش روان‌نمایشگری بر مهارت‌های ارتباطی و پرخاشگری دختران پرخاشگر. *روان‌شناسی کاربردی*، (۴) ۷، ۲۷-۴۴.
- شریفی‌جندانی، حمیدرضا، میریاری، صاده، و عباسی، بیبا (۱۳۹۷). بررسی اثربخشی تئاتردرمانی بر بهبود شایستگی اجتماعی دانش‌آموزان با اختلال خاص یادگیری در ریاضی. *مجله ناتوانی‌های یادگیری*، ۷ (۴/۱۰۴)، ۸۷-۱۵۰.
- صادق‌زاده، زهره، نوابی‌نژاد، شکوه، و زارع، مهدی (۱۳۹۰). عنوان فارسی: اثربخشی سایکودرام (روان‌نمایش‌گری) بر افزایش شادکامی و ابراز وجود دانش‌آموزان دختر. *مجله تحقیقات زنان (مجله مطالعات زنان)*، (۲) ۵، ۷۸-۹۵.
- صمدی، حمیده، شیرازی، عفت، و صادق اصفهانی، نگار (۱۳۹۷). بررسی اثربخشی تئاتردرمانی بر سلامت عمومی زنان ناباور. *مجله دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی مشهد*، ۶۲ (۱)، ۱۶۰-۱۶۸.
- غلامی، علی، بشلیده، کیومرث، و رفیعی، عزیزمه (۱۳۹۱). اثربخشی تئاتردرمانی بر سلامت روان زنان مطلقه. *روش‌ها و مدل‌های روان‌شناختی*، ۲ (۱۰)، ۴۵-۶۴.
- غلامی‌ونوول، نسیم، فلاحی خشک‌ناب، مسعود، ره‌گوی، ابوالفضل، حسینی، محمدعلی، خدایی اردکانی، محمدرضا، و رضاسلطانی، پوریا (۱۳۹۷). تأثیر روان‌نمایشگری بر مهارت‌های اجتماعی کودکان دبستانی با اختلال نقص توجه و بیش‌فعالی. *روان‌پرستاری*، (۴) ۶، ۵۷-۶۳.
- کورکی، مریم، یزدخواستی، فریبا، ابراهیمی، ام‌الله، و عریضی سامانی، سید حمیدرضا (۱۳۹۰). اثربخشی روان‌نمایشگری در بهبود مهارت‌های اجتماعی و کاهش اعتیاد به اینترنت در دانشجویان دختر. *مجله روان‌پزشکی و روانشناسی بالینی ایران (اندیشه و رفتار)*، (۴) ۶۷، ۲۷۹-۲۸۸.
- موسوی، حامد، و حقایق، سید عباس (۱۳۹۸). اثربخشی روان‌نمایشگری بر اضطراب اجتماعی، عزت نفس و بهزیستی روان‌شناختی دانشجویان واجد تشخیص اختلال اضطراب اجتماعی. *دانش و پژوهش در روان‌شناسی کاربردی*، (۳) ۲۰، ۲۲-۳۰.

Blatner, A. (2000). *Foundations of Psychodrama* (4th ed). New York: Spring Publishing Company.

Blatner, A. (2007). Morenean approaches: recognizing psychodrama's many facet. *Journal of Group Psychotherapy: Psychodrama & Sociometry*, 59, 159-170.

British Association of Dramatherapists (1977). Definition of dramatherapy as accepted by the association for dramatherapists. *Dramathrapy*, 1 (2), 31-31.

Casson, J. (1997). Dramatherapy history in headlines: who did, what, when, where. *Dramatherapy*, 19 (2), 10-13.

Ciocan, C., T. (2003, November). *Congruence of rituals and theatre: the use of drama for religious ceremony*. Paper presented at the 2nd Virtual International Conference on the dialogue between science and theology.

- Conte, S., & Puliga, P. (2018). Can theatre-therapy increase creativity and change thinking positively. *American International Journal of Social Science*, 7 (4), 89-66.
- Cruz, A., Sales, C. M. D., Alves, P., & Moita, G. (2018). The core techniques of morenian psychodrama: A systematic review of literature. *Frontiers in Psychology*, 9 (1263), 1-11.
- Doomen, L. (2017). The effectiveness of schema focused drama therapy for cluster C personality disorders: An exploratory study. *The Arts in Psychotherapy*, 61, 66-66.
- Gershoni, J. (2003). *Psychodrama in the 21st century: clinical and educational applications*. New York: Springer Publishing Company.
- Guneyusu, S., & Temiz, N. (2012). Perceptions about drama before and after drama in education. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, 46, 2046-2050.
- Holmes, P., Karp, M., & Watson, M. (2005). *Psychodrama since Moreno: innovations in theory and practice*. New York: Taylor & Francis e-Library. (Original work published 1994)
- Jennings, S. (1973). Remedial drama: some thoughts by the author after two decades. *Dramatherapy*, 13 (2).
- Jennings, S., Cattanach, A., Mitchell, S., Chesner, A., & Meldrum, B. (2005). *The handbook of dramatherapy*. London: Routledge. (Original work published 1994)
- Johnson, D., R. (1982). Principles and techniques of drama therapy. *The Arts in Psychotherapy*, 9, 83-90.
- Johnson, D., R. (2018). Learning from experience: the legacy of Billy Lindkvist. *Dramatherapy*, 39 (2), 76-83.
- Jones, P. (2007). *Drama as therapy: theory, practice and research* (Second ed). New York: Taylor & Francis. (Original work published 1996)
- Karp, M., Holmes, P., & Tavon, K., B. (2005). *The handbook of psychodrama*. New York: Taylor & Francis e-Library. (Original work published 1998)
- Kedem-Tahar, E., & Felix-Kellermann, P. (1996). Psychodrama and drama therapy: A comparison. *The Arts in Psychotherapy*, 23 (1), 27-36.
- Landy, R., J. (1991). The drama therapy role Methode. *Dramatherapy*, 14 (2), 7-15
- Ngong, P., A. (2017). Therapeutic Theatre: an experience from a mental health clinic in Yaounde-Cameroon. *Arts and Health*, 1-10.
- Orkibi, H., & Feniger-Schaal, R. (2019) Integrative systematic review of psychodrama psychotherapy research: Trends and methodological implications. *Plos One*, 14(2), 1-26.
- Pitruzzella, S. (2004). *Introduction to dramatherapy: persona and threshold*. New York: Taylor & Francis e-Library.

- Powell, M. A. (2014). *Using the embodiment-projection-role paradigm within drama therapy to develop affective social competence in children* (Master's thesis). Available from Concordia university library. (ID: 979072)
- Riva, M., Grassi, L., & Belingheri, M. (2020). Jacob L. Moreno and psychodrama-psychiatry in history. *The British Journal of Psychiatry*, 217 (1), 369-399.
- Rook, D., W. (1985). The Ritual Dimension of Consumer Behavior. *Journal of Consumer Research*, 12 (3), 251-264.
- Sang, Z.Q., Huang, H. M., Benko, A., & Wu, Y. (2018). The spread and development of psychodrama in Mainland China. *Front Psychol*, 9 (1368), 1-7.
- Scategni, W. (2005). *Psychodrama, group processes and dreams*. New York: e Taylor & Francis e-Library. (Original work published 1966)
- Scheibe, K., E. (2017). *Deep drama: exploring life as theatre*. The USA: Palgrave Macmillan.
- Siroka, R., W. (1978). From drama to psychodrama. *Art Psychotherapy*, 5, 15-17
- Takis, N. (2018). Psychodrama and mythology in the service of addictions' treatment: a case study. *Zeitschrift für Psychodrama und Soziometrie*, 17(2), 333-333.
- Terzioğlu, C., & Özkan, B. (2018). Psychodrama and the emotional state of women dealing with infertility. *Sexuality and Disability*, 36 (1), 87-99.
- Von Ameln, F., & Becker-Ebel, J. (2020). *Fundamentals of psychodrama*. Springer Nature Singapore Pte Ltd.
- Weaver, B. (1996). A Golden Moment: Dramatherapy and Peter Slade. *Dramatherapy*, 18 (3).
- Wood, L., L. (2016). *The use of therapeutic theater in supporting clients in eating disorder recovery after intensive treatment: a qualitative study* (Doctoral dissertation). Available from University of Missouri-St. Louis dissertations. (Document ISBN 1031707660).
- Zerka, T., Moreno, & Beacon, N .Y . (1959). Psychodramatic techniques. *Acta Psychotherapeutica, Psychosomatic et Orthopaedagogica*, 7 (2/3), 197-266.