

Research Paper

Effect of Psychodrama on Post-traumatic Stress Disorder Symptoms in Primary School Students Living in Earthquake-stricken Areas



*Farideh Hamidi¹ Shoab Tabar¹

1. Department of Educational Sciences, School of Humanities, Shahid Rajaee Teacher Training University, Tehran, Iran.



Citation Hamidi F, Sobhani Tabar Sh. [Effect of Psychodrama on Post-traumatic Stress Disorder Symptoms in Primary School Students Living in Earthquake-stricken Areas (Persian)]. Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology. 2021; 26(4):400-417. <http://dx.doi.org/10.32598/ijpcp.26.4.3190.2>

doi <http://dx.doi.org/10.32598/ijpcp.26.4.3190.2>



Received: 19 Sep 2019

Accepted: 08 Jun 2020

Available Online: 01 Jan 2021

Key words:

Psychodrama, Post-Traumatic Stress Disorder, PTSD

ABSTRACT

Objectives This study aims to determine the effectiveness of psychodrama in reducing the symptoms of Post-Traumatic Stress Disorder (PTSD) in primary school students living in earthquake-stricken areas.

Methods This is a quasi-experimental study with pre-test/post-test design using a control group. The study population consists of all male primary school students diagnosed with PTSD living in Salas-e Babajani County, Kermanshah, Iran. Of these, 40 were selected using a purposive sampling method and based on the PTSD criteria, and were then divided into two groups of intervention (n=20) and control (n=20). Research instruments were a diagnostic interview based on Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th Edition (DSM-5) criteria and the PTSD Checklist for DSM5 (PCL-5) questionnaire. Data were analyzed using one-way and multivariate analysis of covariance.

Results Psychodrama reduced the symptoms of PTSD in children with an effect size of 0.51 (P<0.001).

Conclusion Psychodrama is an effective method for reducing the PTSD symptoms and neuropsychological problems. For the generalization of its results, further studies are recommended.

Extended Abstract

1. Introduction

Earthquakes, as a natural disaster, are very destructive with wide range of effects and pose serious threat to the safety of human life [2]. Millions of children across the world face traumatic events, including natural disasters.

Some of these children develop a clinical syndrome called Post-Traumatic Stress Disorder (PTSD). This disorder refers to a set of behavioral, cognitive, and emotional symptoms resulted from repeated or severe exposure to one or more traumatic events, lasting for more than one month, and is associated with many symptoms such as frequent recall of traumatic events, avoidant behaviors, sleep disorders and

nightmares, and concentration problems, and is not caused by substance abuse or physical diseases. This disorder cannot be explained by other disorders [3]. PTSD is classified in the section related to trauma and stress. It is known as a trauma-related disorder, where one has exaggerated negative beliefs causing stress [4]. Children with PTSD are highly sensitive to environmental hazards, and sleep disorders are very common in them such as difficulty falling asleep or mid-sleep awakenings. They become more irritable than before and report problems in concentration, especially on their homework. In addition, they experience cognitive changes in the form of negative automatic thoughts where they feel that the world is a very dangerous place or that their lives will be very unstable and fragile [16].

* Corresponding Author:

Farideh Hamidi, PhD.

Address: Department of Educational Sciences, School of Humanities, Shahid Rajaee Teacher Training University, Tehran, Iran.

Tel: +98 (21) 22970035

E-mail: fhamidi@sru.ac.ir

In general, according to studies on earthquake victims, there is a high likelihood of PTSD development in them, especially in children, which can cause many psychological, communication and emotional problems and poor academic performance. Therefore, community-based interventions are essential for affected children. One of the most effective therapies whose effect on many psychological variables has been studied is psychodrama therapy whose concepts were introduced by Moreno. Psychodrama has been used as an effective method in many educational, cultural, psychiatric and rehabilitation centers, and as its name implies, it refers to a treatment in which the therapist tries to rehabilitate people in need with the help of various theatrical techniques [22]. Psychodrama was originated from the discovery that representing own conflicts enable people to release repressed feelings [25].

Since school students are intellectual and spiritual assets of each country, ensuring their physical and mental health should be one of the most important goals of decision makers. On the other hand, earthquakes are unpredictable natural disasters and their destructive financial and psychological negative effects have made them one of the most dangerous natural disasters in the world. Given that Iran is situated in an area prone to earthquakes, there is a need for taking measures to protect survivors, especially children in this country. According to studies, the most common complication of natural disasters is PTSD development in children. In this regard, necessary measures and identification of their specific psychological and rehabilitation needs in the early stages are of particular importance in helping them and preventing long-term secondary injuries and consequences in them. Therefore, given that the importance and effectiveness of psychodrama therapy on some disorders has already been proven, and due to the lack of coherent and sufficient related studies, the present study aims to evaluate the effectiveness of psychodrama therapy in reducing the PTSD of elementary school students in an earthquake-stricken area of Iran.

2. Methods

This is a quasi-experimental study with pre-test and post-test design using control group. The study population consists of all male students with PTSD aged 9-12 years

who were studying in elementary schools (4th-6th grade) in Salas-e Babajani County, Kermanshah, Iran in 2017. First, four schools were selected randomly and then 40 samples with PTSD were recruited from these schools purposefully according to a diagnostic interview based on the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th Edition (DSM-5) criteria and completing the PTSD Checklist for DSM5 (PCL-5) questionnaire. They were randomly divided into two groups of intervention (n=20) and control (n=20). Then, the intervention group received psychodrama therapy at 13 90-min sessions, while the control group received no any treatment. After the intervention, both groups were re-evaluated with the help of their teacher. Finally, the data were collected and analyzed in SPSS V. 22 software using descriptive statistics (mean, standard deviation) and inferential tests including one-way and Multivariate Analysis of Covariance (MANCOVA)

3. Results

The mean total pre-test and post-test scores of PTSD in the intervention group were 46.65 and 37.50 and in the control group were 48.50 and 47.10, respectively. MANCOVA was performed to examine the effect of psychodrama therapy on the post-test PTSD scores of the study groups by controlling the pre-test score. The results showed a significant difference between the two study groups in the post-test PTSD ($F=9.877, P<0.001$) (Table 1). To examine this effect more accurately, one-way analysis of covariance was performed. To understand this difference, the mean post-test PTSD scores of the intervention and control groups were compared. The results showed that the difference was significant in terms of PTSD ($F=38.360, P<0.000$). As a result, the research hypothesis was confirmed.

4. Discussion

The results showed that the PTSD symptoms were reduced after psychodrama therapy, while there was no considerable change in the control group. According to MANCOVA results, the difference between the intervention and control groups in the PTSD score was statistically significant. These findings are somehow consistent with other studies conducted by Afarini and Hosseini (2018) [32], Cheraghi (2017) [50], Pourrezaian (2016) [34], Sepanta, Qamarani

Table 1. The results of one-way analysis of covariance in post-test comparison

Dependent Variable	Total Squares	df	Average Squares	F	Sig.	Effect size
Symptoms of post-traumatic stress	592.363	1	592.363	38.360	0.0001	0.512

and Hashemi (2015) [52], Terzigloo and Ozkan (2018) [53], Trashova et al. (2017) [40]. These studies showed the positive effects of psychodrama on various variables such as anxiety, fear, and depression. In psychodrama, a person reconsiders his/her problem by discovering and displaying the psychological aspects of that problem. Psychodrama techniques create a better understanding of reality and reduce anxiety and stress by creating appropriate situations and mental space, sharing emotions, and expressing them. During psychodrama, children re-enact their past traumatic experiences in their role-plays in order to gain a better understanding of them and to be able to have more control on them over time. From this perspective, psychodrama can have general consequences such as reduced depression or specific outcomes such as behavior change and improved relations and self-esteem. In a safe environment, people can easily take risks and thus observe and evaluate their actions. Psychodrama is a kind of emotional release that deals with solving problems and presenting aspects of life, in addition to showing the audience the role of the individual in interpersonal relations. In psychodrama, the past fears and future hopes are transferred to the present time and solved.

In general, it can be concluded that psychodrama is effective in reducing PTSD symptoms and improving neuropsychological functions in male children living in earthquake-prone areas. This method can be used as an adjunctive treatment for PTSD along with other methods such as medication. The results of this study can be useful for psychologists, theater/drama teachers, school teachers, counselors, educational planners, children with cognitive impairments, and children affected by earthquake.

Ethical Considerations

Compliance with ethical guidelines

All ethical principles are considered in this article. The participants were informed of the purpose of the research and its implementation stages. They were also assured about the confidentiality of their information and were free to leave the study whenever they wished, and if desired, the research results would be available to them (Code: 45312).

Funding

This research did not receive any specific grant from funding agencies in the public, commercial, or not-for-profit sectors.

Authors contributions

Conceptualization, methodology, writing, editing & review: All authors; Interventions: Shoaib Sobhani Tabar; Project administration: Farideh Hamidi.

Conflicts of interest

The authors declare no conflict of interest.

Acknowledgements

The authors would like to thank the Education Department of Salas-e Babajani County in Kermanshah, Iran.

اثربخشی روان‌درمانگری نمایشی در کاهش علائم اختلال استرس پس از سانحه در دانش‌آموزان ابتدایی مناطق زلزله‌زده شهرستان ثلاث باباجانی

* فریده حمیدی^۱، شعیب سبحانی تبار^{۱ب}

۱. گروه علوم تربیتی، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه تربیت دبیر شهید رجایی، تهران، ایران.

چکیده

تاریخ دریافت: ۲۸ شهریور ۱۳۹۸

تاریخ پذیرش: ۱۹ خرداد ۱۳۹۹

تاریخ انتشار: ۱۲ دی ۱۳۹۹

اهداف این پژوهش با هدف تعیین و شناسایی تأثیر روان‌درمانگری نمایشی بر کاهش میزان علائم اختلال استرس پس از سانحه در دانش‌آموزان پسر مقطع ابتدایی شهرستان زلزله‌زده ثلاث باباجانی انجام شد.

مواد و روش‌ها این پژوهش از نوع نیمه‌آزمایشی بود که با روش پیش‌آزمون پس‌آزمون با گروه کنترل انجام گرفت. جامعه آماری پژوهش حاضر، دانش‌آموزان دوره ابتدایی پسر دارای اختلال استرس پس از سانحه شهرستان ثلاث باباجانی بودند که از میان آن‌ها چهار نفر بر اساس معیارهای اختلال استرس پس از سانحه به روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب شدند و در دو گروه مساوی آزمایش (بیست نفر) و کنترل (بیست نفر) به صورت تصادفی جایگزین شدند. ابزارهای پژوهش مصاحبه تشخیصی اختلال استرس پس از سانحه بر اساس معیارهای DSM-5 و پرسش‌نامه اختلال استرس پس از سانحه بر اساس DSM-5 (PCL-5) بود. جهت تحلیل داده‌ها از تحلیل کوواریانس یک‌راهه و کوواریانس چندمتغیره (MANCOVA) برای بررسی فرضیه‌های پژوهش استفاده شد.

یافته‌ها نتایج پژوهش نشان دادند که روان‌درمانگری نمایشی (نمایش‌درمانی) موجب کاهش میزان علائم تنیدگی و استرس پس از سانحه (PTSD) با اندازه اثر ۰/۵۱ در کودکان با اختلال استرس پس از سانحه در سطح معناداری ($P < ۰/۰۰۱$) می‌شود.

نتیجه‌گیری روان‌درمانگری نمایشی (نمایش‌درمانی) به مثابه یک روش درمانی کمکی و اثربخش برای کاهش علائم اختلال استرس پس از سانحه و کاهش مشکلات عصب روان‌شناختی کودکان است، با وجود این تعمیم این تأثیر به پژوهش‌های بیشتری نیاز دارد.

کلیدواژه‌ها:

روان‌درمانگری نمایشی، نمایش‌درمانی، سایکودرام، اختلال استرس پس از سانحه

مقدمه

هر ساله کشور ما در معرض بلایای طبیعی، از انواع گوناگون قرار می‌گیرد و هر از چندگاهی شاهد خبرهای ناگواری در زمینه وقوع یکی از آن‌ها در نقاطی از کشور هستیم.

بنا بر گزارش دفتر امور هماهنگ‌کننده کمک‌های انسان دوستانه سازمان ملل متحد، ایران در رتبه ششم از نظر مستعد بودن در وقوع بلایای طبیعی در جهان به شمار می‌رود و در ده سال گذشته در ایران به طور متوسط هر ساله چهار هزار نفر در اثر این حوادث از بین رفته‌اند و ۵۵ هزار نفر دیگر به نحوی متأثر شده‌اند [۱]. زلزله به عنوان یک بلای طبیعی، بسیار مخرب است و دامنه گسترده و تهدید جدی برای ایمنی زندگی انسان‌ها به شمار می‌رود [۲]. میلیون‌ها کودک در کره زمین با وقایع آسیب‌زا، از جمله بلایای طبیعی مواجه می‌شوند. تعدادی از

این کودکان مبتلا به یک سندرم^۱ کلینیکی با نشانه‌های فیزیکی، شناختی، رفتاری و هیجانی می‌شوند که اختلال استرس پس از سانحه^۲ نامیده می‌شود.

این مفهوم عبارت است از مجموعه‌ای از نشانه‌های رفتاری، شناختی و هیجانی که در پی مواجهه مکرر و شدید با یک یا چند رویداد آسیب‌زا به وجود می‌آید، بیشتر از یک ماه طول می‌کشد، با علائم فراوانی مانند یادآوری مکرر رویداد آسیب‌زا، رفتارهای اجتنابی، اختلال خواب، کابوس و مشکلات تمرکز همراه است و ناشی از مصرف مواد و بیماری جسمی نیست. این اختلال به وسیله سایر اختلالات قابل توضیح نیست [۳].

اختلال استرس پس از سانحه در بخش اختلالات روانی مربوط به تروما و استرس طبقه‌بندی می‌شود. اختلال استرس پس از

1. Syndrome

2. Post-traumatic Stress Disorder

* نویسنده مسئول:

دکتر فریده

نشانی: تهران، دانشگاه تربیت دبیر شهید رجایی، دانشکده علوم انسانی، گروه علوم تربیتی.

تلفن: ۲۲۹۷۰۰۳۵ (۲۱) ۹۸+

پست الکترونیکی: fhamidi@sru.ac.ir

آماری اختلالات روانی^۷ برای اختلال استرس پس از سانحه شامل در معرض مرگ یا تهدید شدن به مرگ، ورود افکار مزاحم و ناخواسته مربوط به رویداد تروماتیک^۸، خودداری کردن پس از رخ دادن رویداد تروماتیک، تغییرات منفی مرتبط با رویداد تروماتیک در شناخت‌ها و خلق فرد، تغییرات در برانگیختگی و شویبه واکنش فرد، ناپسامانی شدید در عملکرد اجتماعی، خانوادگی و سایر جنبه‌های مهم زندگی است.

در ملاک‌های تشخیصی DSM-5 در مورد اختلال استرس پس از سانحه مشخصاً ذکر شده که علائم مزاحم، اجتناب، تغییر خلق و شناخت و افزایش انگیزتگی، باید حداقل یک ماه طول کشیده باشد. در مورد کودکان پیش‌دبستانی، پزشک می‌تواند مشخص کند که آیا علائم بروز کرده یا با علائم تجزیه‌ای (گسست از خویشتن / گسست از واقعیت) همراه است. در مورد افرادی که علائم‌شان کمتر از یک ماه طول می‌کشد، تشخیص مناسب می‌تواند اختلال استرس حاد^۹ باشد [۹].

در DSM-5 در مقایسه با نسخه قبلی، ملاک‌های روشن‌تری برای تشخیص PTSD و خصوصاً برای تشخیص استرس‌زا بودن و یا نبودن سوانح قرار داده شده است. در DSM-5 در مقایسه با DSM-IV بیشتر به نشانه‌های رفتاری افراد توجه و تأکید شده است و برای تشخیص PTSD به جای سه خوشه تشخیصی از چهار خوشه بهره گرفته می‌شود که این چهار خوشه عبارت‌اند از: تجربه مجدد، اجتناب، خلق و شناخت منفی^{۱۰} و تحریک‌پذیری^{۱۱} [۱۱].

ریچارد بریانت و همکاران، در بررسی تأثیر اختلال استرس پس از سانحه بر سلامت روانی به این نتیجه رسیدند که اختلال استرس پس از سانحه با سطوح بالاتر مشکلات رفتاری کودک، بیش‌فعالی، علائم عاطفی و مشکلات با همسالان همراه است [۱۲]. از طرفی طبق بررسی‌های صورت‌گرفته افراد مبتلا به PTSD با نقص در کارکردهای شناختی، از جمله عملکرد حافظه، توجه و کارکردهای اجرایی مواجه می‌شوند [۱۳، ۱۴].

مبتلایان به اختلال استرس پس از سانحه، رویداد سانحه را در رؤیاهای و افکار روزانه خود مجدداً تجربه کرده و سعی می‌کنند از هر چیزی که سبب یادآوری آن شود، پرهیز کنند و در کنار حالت برانگیختگی مفرط، نوعی کرخستگی در پاسخ‌دهی در این افراد دیده می‌شود. سایر علائم عبارت‌اند از: افسردگی، اضطراب و مشکلات شناختی مانند ضعف در تمرکز [۹].

از جمله نشانه‌های اختلال استرس پس از سانحه می‌توان به دشواری تمرکز، واکنش شدید از جا پریدن، واقعیت‌زدایی،

سانحه به عنوان یک اختلال مرتبط با آسیب شناخته می‌شود. در این حالت فرد نسبت به رویدادهای زندگی نگاه اغراق‌آمیزی دارد. این نگاه اغراق‌آمیز سبب بروز استرس برای وی می‌شود [۴].

حوادثی از قبیل جنگ، زلزله، سیل، تصادف، سوءاستفاده جنسی و... می‌تواند باعث به وجود آمدن این اختلال مزمن در افراد باشد. به طور کلی افرادی که این وقایع را تجربه می‌کنند بیشتر از آن که ما بتوانیم آن‌ها را درک کنیم، از این علائم و تنیدگی‌ها رنج می‌برند.

مطالعات بسیاری نشان داده‌اند که پس از مواجهه با زلزله، میزان اختلالات روانی، از جمله اختلال استرس پس از سانحه، اختلال خواب، افسردگی^۳، مصرف مواد غیرقانونی و اختلالات اضطرابی افزایش می‌یابند [۵] که در این بین، اختلال استرس پس از سانحه، شایع‌ترین اختلال روانی بعد از وقوع زلزله محسوب می‌شود [۶].

اختلال استرس پس از سانحه، یک اختلال ناشی از حوادثی معرفی می‌شود که فرد توانایی درک آن را ندارد. این حوادث به حدی شدید است که فرد معمولاً نمی‌تواند بصیرت مناسبی نسبت به آن پیدا کند. ریشه ایجاد این اختلال معمولاً یک حادثه در زندگی است. در صورتی که این حادثه جبران نشده باشد، آن‌گاه انتظار داریم این اختلال پدید آید. این مفهوم معمولاً زنجیره‌ای از وقایع را در زندگی فرد پدید می‌آورد. اختلال استرس پس از سانحه می‌تواند سبب ایجاد افسردگی و اختلال هراس شود [۷].

یانگ و همکاران ادعا دارند که تحقیقات علم روان‌شناسی در مورد کودکان بعد از حوادث تروماتیک، روند رو به رشدی دارد که بین عوامل مسبب و ایجادکننده این حوادث بیشتر در مورد حوادث طبیعی مانند زلزله و سیل و در میان اختلالات به وجود آمده نیز بیشتر در مورد PTSD انجام شده است [۸]. در سبب‌شناسی PTSD می‌توان به عوامل فشار، خطرناک، زیستی، روان‌پریشی و شناختی رفتاری اشاره کرد [۹].

نظریه‌های متعددی در خصوص تبیین اختلال استرس پس از سانحه وجود دارد، اما تعداد کمی از آن‌ها توصیف روشنی از مکانیسم‌های دخیل در سبب‌شناسی این اختلال را داشته و مورد ارزیابی گسترده تجربی قرار گرفته‌اند. در میان این نظریه‌ها چهار رویکرد شرطی‌سازی^۴ (کین و همکاران، ۱۹۸۵)، نظریه پردازش هیجانی^۵ (فوا و روتبام، ۱۹۹۸)، نظریه بازنمایی دوگانه^۶ (بروین و همکاران ۱۹۹۶) و نظریه شناختی (اهلرز و کلارک، ۲۰۰۰) از همه برجسته‌تر هستند [۱۰].

از جمله عوامل معیارهای پنج‌گانه نسخه راهنمای تشخیصی و

7. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (5th Ed)

8. Traumatic

9. Acute Stress Disorder

10. Negative Mood and Cognition

11. Arousal

3. Depression

4. Conditioning Theory

5. Emotional Processing Model

6. Dual Representation Model

طبیعی و انسانی مواجهه است. در پیدایش بلایای طبیعی برخلاف مسائل انسانی، دست بشر چندان در کار نیست و این حوادث هر از گاهی رخ می‌دهد و فجایع دلخراشی می‌آفریند. از نظر غافلگیری و عدم پیش‌بینی‌پذیری، زلزله جایگاه نخست را در میان تمامی بلایای طبیعی به خود اختصاص داده است.

کشور ایران به دلیل قرار گرفتن روی کمربند زلزله یکی از زلزله‌خیزترین مناطق دنیا است و به طور میانگین هفته‌ای یکبار زلزله‌ای بالای سه ریشتر را تجربه می‌کند. نگاهی به آمار زلزله در ایران نشان می‌دهد که در صد سال اخیر حدود چهل زلزله، به طور متوسط هر ۲/۵ سال یک زمین‌لرزه، به بزرگی ۶/۵ ریشتر رخ داده است [۱۷].

در پژوهش محمد علیزاد و همکاران، با عنوان «آسیب‌ها و مداخلات روان‌شناختی بعد از زلزله؛ فراتحلیلی بر تحقیقات پس از سانحه»، گزارش شد که در بین تحقیقات آسیب‌شناسانه، شایع‌ترین آسیب شناسایی شده، اختلال استرس پس از سانحه با اندازه اثر ۵۷/۶۷ درصد بوده و بقیه آسیب‌ها در رده‌های پایین‌تر قرار داشته‌اند [۱۸].

اسکویت وردر و همکاران در پژوهشی دریافتند که مبتلایان به اختلال استرس پس از سانحه بدترین عملکرد شناختی را در رابطه با حافظه نشان می‌دهند و پس از آن بدکاری‌های قابل توجهی در مقایسه با گروه کنترل در یادگیری، سرعت پردازش و کارکردهای اجرایی نشان دادند [۱۹].

به طور کلی با توجه به بررسی‌های انجام‌شده در میان زلزله‌زدگان، احتمال اختلال استرس پس از سانحه بعد از زلزله؛ به‌ویژه در میان کودکان بسیار است و این اختلال موجب بسیاری از مشکلات روان‌شناختی، مشکلات ارتباطی و عاطفی و ضعف در عملکرد تحصیلی می‌شود؛ بنابراین انجام مداخلات مبتنی بر جامعه برای کودکان آسیب‌دیده ضروری است.

اگر درمانگر با بیماری روبه‌رو شود که با سانحه چشمگیری مواجه بوده است، رویکردهای عمده‌ای که می‌تواند در پیش بگیرد، حمایت، تشویق بیمار برای بحث در مورد واقعه یادشده و آموزش انواع مکانیسم‌های مقابله (مانند آرام‌سازی عضلات) به او است. برخی از بیماران نمی‌خواهند تا زمانی که واقعه را پشت سر گذاشته‌اند در مورد آن صحبت کنند و باید به این خواسته آن‌ها احترام گذاشت [۹].

هنیسبرگ و همکاران اظهار داشتند که برای کمک به افراد مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه، متخصصان بالینی نیازمند درک مفاهیم هستند [۲۰]. این مفاهیم عبارت‌اند از: ثبات شخصیتی، تمرکز بر ثبات جسمانی، درمان و ایجاد مرحله تثبیت از بیماری. این موضوع در مطالعه رددمان و پیدفوردمارتین نیز به اثبات رسید. این محققین اعتقاد داشتند در صورت عدم پایداری روحی فرد نمی‌توان این اختلال را درمان کرد [۲۱].

شخصیت باختگی، کاهش آگاهی از محیط، ناتوانی در به یادآوردن جنبه‌های مختلف آسیب، بروز واکنش‌های جسمی و موارد دیگری اشاره کرد که همگی آن‌ها باعث کاهش سلامت عمومی می‌شوند [۱۵].

میزان شیوع مادام‌العمر PTSD را حدود ۸ درصد جمعیت عمومی می‌دانند و میزان بروز آن در طول عمر ۹ تا ۱۵ درصد تخمین زده می‌شود که البته علاوه بر این رقم، ۵ تا ۱۵ درصد دیگر از افراد ممکن است دچار اشکال تحت بالینی این اختلال باشند. میزان شیوع آن در طول عمر، در زنان ۱۰ درصد و در مردان ۴ درصد است. هرکسی می‌تواند به این اختلال دچار شود و هیچ‌کسی از این لحاظ مصونیت ندارد.

افرادی که سابقه افسردگی دارند، در معرض خطر بیشتری برای ابتلا به PTSD متعاقب یک سانحه آسیب‌زا قرار دارند [۹]. بررسی‌های قبلی نشان می‌دهد که کودکان و نوجوانان نیز در مواجهه با رویدادهای آسیب‌زا، علائم چهارگانه اختلال (تجربه مجدد، اجتناب، شناخت خلق منفی و تحریک‌پذیری) را نشان می‌دهند، اما تظاهر این علائم در سنین مختلف تا اندازه‌هایی متفاوت است. بیشتر بچه‌ها افکار تکراری و مزاحمی دارند که در تمام اوقات روز و به‌ویژه هنگام خواب وارد ذهن‌شان می‌شود و در مواردی نیز این تصاویر و افکار مزاحم به وسیله تداعی‌های محیطی راه‌اندازی می‌شوند.

کابوس‌های شبانه و رؤیاهای ترسناک در طول روز نیز پدیده‌های رایجی هستند و بیشتر بچه‌ها آن‌ها را تجربه می‌کنند. بسیاری از کودکان و نوجوانان ترس‌هایی در ارتباط با جنبه‌های خاصی از رویداد آسیب‌زا دارند و از محرک‌ها و تداعی‌های مرتبط با آن رویداد اجتناب می‌کنند، اما چون فکر کردن یا صحبت درباره رویداد آسیب‌زا برای آن‌ها بسیار ناراحت‌کننده است، معمولاً از این کار اجتناب می‌کنند.

بچه‌های مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه حساسیت بیش از حدی نسبت به خطرات محیطی دارند و مشکلات خواب در آن‌ها بسیار شایع است که به صورت مشکل در خواب رفتن یا بیدار شدن‌های مکرر در طول شب نمود پیدا می‌کند. بسیاری از بچه‌ها نسبت به قبل تحریک‌پذیرتر می‌شوند و مشکلاتی را در تمرکز و توجه، به‌ویژه در انجام تکالیف مدرسه گزارش می‌کنند.

علاوه بر این، کودکان و نوجوانان تغییرات شناختی نیز تجربه می‌کنند. این تغییرات شناختی ممکن است در قالب افکار خودآیند منفی^{۱۲} باشد که در آن بچه‌ها احساس می‌کنند دنیا جای بسیار خطرناکی است و یا زندگی آن‌ها بسیار ناپایدار و شکننده خواهد بود [۱۶].

زندگی بشر همواره با دو گونه مسئله عام پیش‌بینی‌پذیر

روان‌پزشک رومانیایی (جاکوب آل مورنو) برمی‌گردد. مورنو از سال ۱۹۲۱ در وین کار خود را آغاز کرد و تئاتر درمانی را علم کشف حقیقت نامید. او همچنین گروه‌درمانی در اروپا را توسعه داد.

روان‌نمایشگری یک روش گروه‌درمانی است که در آن خصوصیات برجسته شخصیت‌ها، ارتباطات بین فردی، تعارضات و کشمکش‌های روانی و همچنین اختلالات احساسی و عاطفی با روش‌های مخصوص نمایشی مشاهده و بررسی می‌شود. این روش مبتنی بر نظریه‌ها و روش‌شناسی جاکوب آل مورنو است. در یاری دادن به افراد جوان برای نشان دادن تعارضات عاطفی‌شان در زندگی روزمره روش‌های تئاتر درمانی مؤثر است.

این روش‌ها در مکان‌های مختلف مانند خانه، درمانگاه مشاوره کودکان، مراکز درمانی، پرورشگاه‌ها، درمانگاه‌های گفتار درمانی، مهدکودک‌ها، مراکز تفریحی، اردوهای تابستانی، کلاس درس خانواده، زمین ورزش و به طور کلی در محل‌هایی که مسئله در آنجا اتفاق افتاده است، کاربرد دارد [۲۴].

نمایش‌درمانی به مثابه یک روش اثربخش در بسیاری از مراکز معتبر آموزشی، تربیتی، روان‌پزشکی و توان‌بخشی جهان مورد استفاده قرار می‌گیرد و همان‌گونه که از نام آن برمی‌آید، به شیوه‌ای درمانی اطلاق می‌شود که در آن درمانگر به کمک گونه‌های مختلف نمایشی در مسیر توان‌بخش‌سازی افراد نیازمند تلاش می‌کند [۲۲].

روان‌درمانگری نمایشی به عنوان نتیجه اکتشافات خود در درگیری‌های شخصی به منظور انتشار احساسات سرکوب‌شده معرفی شده است [۲۵]. روان‌درمانگری نمایشی به عنوان نوعی درمان روان‌شناختی گروهی، با یک کارگردان^{۲۳} انجام می‌شود که جلسه را هدایت می‌کند [۲۶]. ابعاد هنری این فرایند باعث می‌شود مردم به ایجاد تعامل با زندگی، رؤیایها و فانتزی‌ها در تلاش برای توصیف احساسات ابراز‌نشده، به دست آوردن بینش جدید و درک و رفتار سالم‌تر و کارآمدتر تشویق می‌کند [۲۷].

در روان‌درمانگری نمایشی، از طریق نمایش دادن، نقش بازی کردن و ابراز خود در نمایش، افراد را تشویق به ادامه و تکمیل وظایف خود می‌کنند. تعدادی از صحنه‌ها، به عنوان مثال، خاطرات مربوط به رویدادهای خاص در گذشته، موقعیت‌های ناتمام، درام درونی، فانتزی‌ها، رؤیایها، آمادگی برای موقعیت‌های خطرآمیز آینده و بیان ساده‌ای از حالت‌های ذهنی بازتولید می‌شوند [۲۶].

هر دو ارتباط کلامی و غیرکلامی در این فعالیت‌ها مورد استفاده قرار می‌گیرند. کودکان از طریق بازی و فعالیت مشکلات خود را بیان می‌کنند و طبیعت آن‌ها خودجوشی است. تمایل کودکان برای یادگیری از طریق عمل و خلاقیت آن‌ها را برای شیوه‌های روان‌درمانگری نمایشی مناسب می‌سازد. گروه‌های نمایش‌درمانی

23. Leader

روش‌های درمانی رایجی برای اختلال استرس پس از سانحه، از جمله دارو درمانی، روان‌درمانی، شناخت‌درمانی، مواجهه‌درمانی^{۱۳}، روش‌های مدیریت استرس^{۱۴}، درمان پردازش‌شناختی^{۱۵}، درمان حساسیت‌زدایی و بازپردازش حرکات چشم^{۱۶}، درمان‌شناختی رفتاری متمرکز بر تروما^{۱۷}، گروه‌درمانی^{۱۸} و خانواده درمانی^{۱۹} به کار می‌روند.

هنرها با روان انسان و خواسته‌های اجتماعی این موجود دو پا و اندیشه‌ورز مرتبط هستند. در روزگار کنونی نقش جدی هنرمندان در بیمارستان‌های روانی، مراکز درمان غیردارویی و مؤسسات اصلاح و تربیت و همراهی آن‌ها با روان‌کاو، بخش جدیدی از فعالیت هنرمندان در حیطه درمان را به وجود آورده که تحت عنوان «هنر درمانی» به شهرت رسیده است.

امروزه هنر درمانی به عنوان مقوله‌ای تعریف شده در توان‌بخشی افراد، شایسته کاربردهای منطقی، علمی و عملی است. هنر درمانی رشته‌ای گسترده شامل روش‌هایی از روان‌درمانی است که از تلفیق رشته‌های هنری و مکاتب درمانی روان‌شناسانه به وجود آمده است. هنر درمانی به رشته‌های متعددی تقسیم می‌شود که مهم‌ترین آن‌ها شامل «موسیقی درمانی^{۲۰}»، «تقاشی درمانی^{۲۱}»، «نمایش‌درمانی» است [۲۲].

یکی از درمان‌های مؤثر که اثربخشی آن بر بسیاری از متغیرهای روان‌شناختی بررسی شده، روان‌درمانگری نمایشی^{۲۲} (نمایش‌درمانی) است. مفاهیم نمایش‌درمانی اولین بار توسط مورنو نشان داده شد.

در گذشته یونانیان، مصریان و رومیان باستان، روش‌های نمایشی و هنر را کلیدی برای رسیدن به سلامت روانی می‌دانستند. با انقلاب صنعتی و ظهور درمان اخلاقی از طریق جنگ جهانی دوم و پس از آن، هنر به طور فزاینده در درمان به کار گرفته شد و سرانجام در سال ۱۹۶۰، دانشگاه‌ها شروع به طراحی برنامه‌های مطالعه در هنر درمانی کردند.

دوره‌هایی با عنوان هنر در روان‌درمانی و انجمن‌هایی مانند ائتلاف ملی انجمن هنر درمانی تشکیل شد و تا سال ۱۹۸۰ ادامه داشت [۲۳]. شروع این روش به مثابه یک روش درمانی، به دوره

13. Exposure Therapy

14. Stress Management

15. Cognitive Processing Therapy

16. Eye Movement Desensitization and Reprocessing

17. Trauma-Focused Cognitive-Behavioral Therapy

18. Group Therapy

19. Family Therapy

20. Music Therapy

21. Painting Therapy

22. Psychodrama

امونا پنج هدف کلی را برای نمایش درمانی عنوان می‌کند:

ابتداء، «تجلی و کف نفس هیجانانگیز» بدین معنا که فرد یاد بگیرد که چگونه هیجانانگیز خود را کنترل کند و آن‌ها را به طور مناسب و قابل قبول رها کند.

دوم، «مشاهده خود» و «هدایت آن» که با یک چشم‌انداز کلی بر همه چیز بنگریم، به جست‌وجوی امیدها بپردازیم و راجع به اختیاریها و انتخاب‌ها تفکر کنیم.

سوم، «نقش‌های آماده» یا تجربه شخصیت‌های متفاوت و یافتن راه‌های عمل کردن جدید برای واکنش نشان دادن و تقلید کردن.

چهارم، «تعدیل و توسعه تصور از خود» یا تعویض نقش‌های نوشته شده که فهم ما را از جنبه‌های خودمان بالا می‌برد.

پنجم، «مهارت‌های اجتماعی متقابل و بین‌فردی» است که با عملکرد گروه همانند یک جامعه کوچک تمرین می‌شود و توسعه پیدا می‌کند [۲۳].

ارکان نمایش درمانی شامل پروتاگونیست^{۳۰} یا شخص اول که به کسی گفته می‌شود که در نمایش درمانی نقش اصلی را دارد. فردی است که در مرکز اجرای روان‌نمایشگری است، فردی که دارای مشکلی است و آماده است آن را برای بررسی عرضه کند. کارگردان به کسی گفته می‌شود که شخص اول را در استفاده از روش‌های روان‌نمایشگری به منظور بازنگری مسئله‌اش هدایت می‌کند. این فرد می‌تواند رهبر گروه، درمانگر، معلم و یا مشاور باشد. حتی گاهی کارگردانی روان‌نمایشگری را یکی از اعضای گروه بر عهده می‌گیرد.

یاور یا ایگو کمکی^{۳۱} فردی است که در کنار شخص اول و کارگردان ایفای نقش می‌کند. این شخص، یاور یا یکی از اعضای گروه است که نقش مهمی را در زندگی شخص اول بازی می‌کند یا تصور یک شخص مهم در زندگی شخص اول است. حاضران افرادی هستند که در مدت اجرای روان‌نمایشگری حضور دارند. این افراد ممکن است اعضای گروه درمانی، شرکت‌کنندگان کنگره، دانش‌آموزان کلاس یا اعضای خانواده شخص اول باشند. مراحل نمایش درمانی شامل مرحله گرم کردن، آماده‌سازی، مرحله اجرا - تمرین و مرحله مشارکت و بحث است [۲۴].

در ایران و خارج از ایران مطالعات متعددی در مورد اثربخشی نمایش درمانی انجام شده است، از جمله مطالعه آفرینی و حسینی. نتایج پژوهش آن‌ها نشان داده که درمان سایکودرام باعث کاهش معنادار میزان افسردگی و نشانه‌های عاطفی، شناختی و جسمانی افسردگی در بیماران بهبودیافته شده است [۳۱].

اجازه می‌دهند که کودک الگوهای مختلف رفتاری را مشاهده کند و سعی کند شیوه‌های مختلفی را بدون ترس از قضاوت در نظر بگیرد و الگوهای رفتاری متفاوت را بپذیرند [۲۸].

انجمن نمایش درمان‌گران بریتانیا^{۲۴} نمایش درمانی را این‌گونه تعریف می‌کند: «استفاده منظم و هدفمند از فرایند و آثار نمایشی و تاثیری به منظور ایجاد یکپارچگی عاطفی و جسمانی^{۲۵}، رشد شخصی^{۲۶} و رهایی از نشانه‌ها^{۲۶}».

نمایش درمانی یک شیوه فعال و تجربه‌گراست. از سویی می‌توان نمایش درمانی را در قلمرو روش‌های درمان‌گری کلی قرار داد، چون از فونونی همانند پانتومیم، آوا، سرود، اسطوره و آیین در فضایی استعاری با همه بیماران و تمامی اختلالات به شیوه‌ای مشابه استفاده می‌شود تا مراجع بتواند به یکپارچگی عاطفی جسمانی، شناخت و پذیرش خویشتن و تحول فردی دست یابد [۲۹].

انجمن ملی نمایش درمانی آمریکا^{۲۷}، نمایش درمانی را این‌گونه تعریف می‌کند: نمایش درمانی، یک درمان خلاق و شفافبخش بر اساس هنر نمایش است. ساختار این روش به مراجعان اجازه می‌دهد تا به کشف موضوع و مفاهیم خویشتن، در فضایی ایمن و حمایتگر بپردازند. نمایش درمانی شیوه منحصر به فردی از نمایش است که در آن فرایند عمل و نه محصول و اجرای آن، به عنوان ابزار درمانی در نظر گرفته می‌شود. به علاوه، این روش درمانی، فعال، خلاق و کل‌گرایانه است و با توجه به نیازهای خاص مراجعان، شیوه‌های گوناگونی دارد [۳۰].

رویکردهای مختلفی ضمیمه کار نمایش درمانی قرار می‌گیرد. بعضی از این رویکردهای تخصصی که توسط پیشروان نمایش درمانی توسعه داده شده، از این قرار است: نظریه نقش^{۲۸} رابرت لندی، دیدگاه انسان‌شناسی / آیینی سو جنینگز و دیدگاه پنج‌مرحله‌ای امونا.

یکی از چالش‌های اصلی در عرصه نمایش درمانی، کنار آمدن با نظریه‌های گوناگونی است که در این زمینه وجود دارند. در دوره‌های نخست آغاز نمایش درمانی، افراد و گروه‌ها به شکل مستقل از یکدیگر کار می‌کردند، همین مسئله، روی آوردها و شیوه‌های مختلفی را پدید می‌آورد [۲۹].

نوابی‌نژاد می‌گوید به طور کلی و با توجه به اجزای اصول روان‌نمایشگری اهداف درمانی آن شامل این موارد است: پالایش روانی، درمان از طریق ایجاد بینش^{۲۹} و اصلاح و تغییر رفتار [۳۱].

24. The British Association of Dramatherapists

25. Emotional & Physical Integration

26. Personal Growth

27. National Association of Drama Therapy-USA

28. Role Theory

29. Insight Therapy

30. Protagonist

31. Auxiliary Ego

جسمی و روانی آن‌ها باید از مهم‌ترین اهداف برنامه‌ریزان آن کشور باشد. از طرفی، زمین‌لرزه در میان بلایای طبیعی غیرقابل پیش‌بینی است و آثار و ضررهای مادی و روانی مخربی که دارد، آن را به مخاطره‌بارترین بلایای طبیعی در جهان تبدیل کرده است.

با توجه به موقعیت ایران و وقوع زلزله‌های شدید در آن، ضرورت اقدامات حمایتی از بازماندگان، خصوصاً کودکان و دانش‌آموزان احساس می‌شود. بر اساس مطالعات انجام‌شده در این زمینه، شایع‌ترین عوارض این بلایا روی کودکان اختلال استرس پس از سانحه است که اقدامات لازم و تشخیص نیازهای روان‌شناختی و توان‌بخشی خاص در مراحل ابتدایی اهمیت ویژه‌ای در کمک به کودک در این زمینه و پیشگیری از آسیب‌ها و پیامدهای ثانویه طولانی‌مدت دارد.

با توجه به اینکه اهمیت و اثربخش بودن روان‌درمانگری نمایشی روی برخی از اختلالات اثبات شده است، نتایج این پژوهش می‌تواند برای روان‌شناسان، مربیان تئاتر و نمایش، معلمان، مشاوران، برنامه‌ریزان آموزشی کشور، کودکان دچار مشکلات شناختی، دانش‌آموزان و کودکان زلزله‌زده استان کرمانشاه و منطقه ثلاث باباجانی مفید و کارگشا باشد.

بنابراین در پژوهش‌های قبلی مشابه، اثربخشی نمایش درمانی روی متغیرهای متعددی بررسی شده است؛ بنابراین با توجه به مطالب ذکر شده و عدم وجود مطالعات منسجم و کافی در بررسی هم‌زمان متغیرها، پژوهش حاضر به دنبال پاسخ به این سؤال است که آیا روان‌درمانگری نمایشی در کاهش اختلال استرس پس از سانحه و کارکردهای عصب روان‌شناختی دانش‌آموزان ابتدایی مناطق زلزله‌زده شهرستان ثلاث باباجانی مؤثر است؟

روش

تحقیق حاضر از نوع شبه‌آزمایشی پیش‌آزمون و پس‌آزمون با گروه کنترل است. طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون با گروه کنترل از دو گروه آزمودنی تشکیل شد که هر گروه، دو بار مورد اندازه‌گیری قرار گرفتند. اندازه‌گیری اول با اجرای یک پیش‌آزمون و اندازه‌گیری دوم با یک پس‌آزمون انجام شد. برای اجرای پژوهش، ابتدا آزمودنی‌ها به دو گروه آزمایش و کنترل تقسیم شدند. نمونه‌های پژوهش با مصاحبه تشخیصی اختلال استرس پس از سانحه و پرسش‌نامه اختلال استرس پس از سانحه بر اساس DSM-5^{۳۳} تعیین شدند. سپس متغیر مستقل که شامل جلسات محتوای نمایش درمانی در سیزده جلسه ۹۰ دقیقه‌ای بود، برای گروه آزمایش اجرا شد، ولی گروه کنترل هیچ مداخله‌ای دریافت نکرد.

بعد از اتمام جلسات آموزشی، دوباره از دو گروه آزمایشی و

مطالعات متعددی در مورد اثربخشی نمایش درمانی انجام شده است. از جمله مطالعه آفرینی و حسینی در سال ۱۳۹۷، نتایج پژوهش آن‌ها نشان داده است، درمان سایکودرام باعث کاهش معنادار میزان افسردگی و نشانه‌های عاطفی، شناختی و جسمانی افسردگی در بیماران بهبود یافته شده است [۳۲].

باقری، سعادت و پولادی به این نتیجه رسیدند که سایکودرام در افزایش بازتوانی هیجانی بیماران مبتلا به اختلال دوقطبی مؤثر است، بنابراین به عنوان یک روش درمانی مؤثر برای این بیماران توصیه می‌شود [۳۳]. محمدی، جراره و پاکپور به این نتیجه رسیدند که سایکودرام بر بهبود نشانه‌های مرضی اختلال نافرمانی مقابله‌جویانه^{۳۲} دانش‌آموزان مقطع ابتدایی مؤثر است [۳۴].

پوررضائیان نشان داد که سایکودرام، روش درمانی مناسب و مؤثری در درمان اضطراب اجتماعی است [۳۵]. صرامی، یزدخواستی و عریضی به این نتیجه رسیدند که مداخله سایکودراما می‌تواند به عنوان یک روش مفید جهت بهبود عملکرد تحصیلی و پذیرش هیجانی در نوجوانان بدسرپرست به کار رود [۳۶]. خوبانی، زاده‌محمدی و جراره نشان دادند که آموزش روان‌نمایشگری، مهارت‌های ارتباطی دختران پرخاشگر را افزایش و میزان پرخاشگری آن‌ها را کاهش داده است [۳۷].

راجرز و کاسوویچز به بررسی سایکودرام؛ مفهوم، تکامل، شواهد و کاربردهای آن پرداخته‌اند. آن‌ها بیان می‌کنند که سایکودرام به بررسی و تبیین دلایل روان‌گردانی، مراحل فرایند، مدل‌ها و برنامه‌های معاصر، به‌ویژه استفاده از آن با افرادی که با آسیب روبه‌رو می‌شوند، می‌پردازد [۳۸]. رون به این نتیجه دست یافت که سایکودرام در ایجاد و تقویت همدلی، ارتباط و پشتیبانی را در بیماران بستری در بخش روان‌پزشکی را نشان داده است [۳۹].

گانینز اربی و همکاران نشان دادند که سایکودرام بر کاهش استرس درک‌شده، نمرات اضطراب، افسردگی و بزاق کورتیزول در بیماران مبتلا به افسردگی تأثیر دارد [۴۰]. تراشوا، مارینوا و کوجوهارو به این نتیجه رسیدند که سایکودرام در بیماران با اختلال اضطراب و ترس موجب کاهش علائم اضطراب، افزایش خودجوش بودن و بهبود کیفیت زندگی و کارکرد اجتماعی آن‌ها نسبت به بیمارانی که فقط از دارو استفاده می‌کنند، می‌شود [۴۱].

دوروتی در پژوهشی دریافت که سایکودرام تغییرات اثربخش مهمی را در حیطه استرس زیاد قبل از تست، عزت‌نفس پایین، انگیزه یادگیری ریاضیات و حافظه کاری ایجاد می‌کند [۴۲]. سلاتو و همکاران دریافتند که سایکودرام بر کاهش نشانه‌های احساس گناه در این کودکان تأثیر معناداری دارد [۴۳].

در انتها با توجه به اینکه کودکان و دانش‌آموزان هر کشوری از سرمایه‌های فکری و معنوی آن کشور هستند، تأمین سلامت

33. Posttraumatic Stress Disorder Checklist for DSM5 (PCL-5)

32. Oppositional Defiant Disorder

جدول ۱. ضریب آلفای کرونباخ پرسش‌نامه PCL-5

ضریب آلفای کرونباخ	ملاک‌های تشخیصی پرسش‌نامه
۰/۸۵۳	ملاک B
۰/۷۶۰	ملاک C
۰/۷۳۴	ملاک D
۰/۷۳۰	ملاک E
۰/۷۴۴	کل پرسش‌نامه

مجله روان‌پزشکی و روان‌شناسی بالین ایران

از مصاحبه تشخیصی PTSD بر اساس معیارهای DSM-5 و آزمون (PCL-5) از جامعه مورد نظر انتخاب شدند. برای تشکیل گروه‌ها با استفاده از روش تصادفی، نیمی از آزمودنی‌ها در گروه اول (آزمایش) و نیمی دیگر در گروه دوم (کنترل) جایگزین شدند.

ابزارهای پژوهش

پرسش‌نامه اختلال استرس پس از سانحه بر اساس DSM-5 (PCL-5): این چک‌لیست به وسیله (ویدرز، لیتز، کین، پالمیر، مارکس و اشنور) بر اساس ملاک‌های پنجمین نسخه راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی (DSM-5) تهیه شده و شامل بیست آیتم چهار گزینه‌ای است که شدت آن از گزینه اصلاً تا خیلی زیاد در نظر گرفته شده و نمره آن از صفر تا ۴ است. به روش PCL-5 از راه‌های مختلف می‌توان نمره‌گذاری کرد. شدت کلی PTSD از طریق جمع بیست آیتم به دست می‌آید (نمره بین صفر تا ۸۰).

شدت علائم بر اساس DSM-5 و جمع نمرات در هر یک از ملاک‌های زیر مشخص می‌شود: پنج نشانه از نشانه‌های ملاک B (عبارات یک تا پنج)، دو نشانه از نشانه‌های ملاک C (عبارات شش و هفت)، هفت نشانه از نشانه‌های ملاک D (عبارات هشت تا چهارده)، شش نشانه از نشانه‌های ملاک E (عبارات پانزده تا بیست) و جمع این نمرات به عنوان نقطه برش در جمعیت خاص به کار می‌رود. همچنین نمرات جداگانه می‌تواند برای ملاک‌های B، C، D، E به دست بیاید.

تشخیص موقت PTSD از طریق نمره دو (شدت متوسط و بالاتر) در هر علامت به دست می‌آید، مشروط بر اینکه فرد، یک نشانه از نشانه‌های ملاک B (عبارات یک تا پنج)، یک نشانه از نشانه‌های ملاک C (عبارات شش و هفت)، دو نشانه از نشانه‌های ملاک D (عبارات هشت تا چهارده) و دو نشانه از نشانه‌های ملاک E (عبارات پانزده تا بیست) را داشته باشد. نقطه برش برای تشخیص PTSD، نمره ۳۳ در نظر گرفته شده است [۴۴].

فلوایا و همکاران در پژوهش خود روایی این پرسش‌نامه را با

کنترل پس‌آزمون با همکاری و کمک معلم به عمل آمد. در آخر، پرسش‌نامه‌ها نمره‌گذاری شدند و با نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۴ به تحلیل تحلیل استنباطی و پارامتریک کوواریانس یک‌راهه و کوواریانس چندمتغیره پرداخته شد. برای رعایت مسائل اخلاقی در ابتدای تحقیق، با توضیح صادقانه اهداف پژوهش، رضایت آگاهانه از افراد برای شرکت در پژوهش اخذ شد که رازداری و محرمانه ماندن اطلاعات هم از جانب پژوهشگر کاملاً حفظ شود. اجازه کتبی والدین از ملاک‌های ورود اعضا به پژوهش بود و بیشتر از دو جلسه عدم حضور دانش‌آموز برای دریافت آموزش به منزله خروج از نمونه است.

جامعه آماری و روش نمونه‌گیری

جامعه آماری پژوهش از بین دانش‌آموزان پسر دارای اختلال استرس پس از سانحه شهرستان ثلاث باباجانی که در سال تحصیلی ۹۷ در مقطع ابتدایی پایه‌های چهارم تا ششم (سن ۹-۱۲ سال) مشغول به تحصیل بودند.

ثلاث باباجانی یکی از ۱۴ شهرستان استان کرمانشاه است که در فاصله ۱۲۵ کیلومتری غرب شهر کرمانشاه قرار دارد و هم‌مرز با کشور عراق است. مردم این شهرستان به زبان کردی با گویش سورانی و لهجه جافی تکلم می‌کنند و دین و مذهب آنان اسلام و اهل سنت است.

زمین‌لرزه آبان سال ۱۳۹۶ ایران عراق به بزرگی ۷/۳ در مقیاس بزرگای گشتاوری در این منطقه و نزدیکی مرز ایران و عراق، در ۳۲ کیلومتری جنوب‌غربی شهر حلبچه عراق رخ داد که متأسفانه تعداد زیادی کشته، زخمی و بی‌خانمان به جای گذاشت.

برای انتخاب نمونه ابتدا به اداره آموزش و پرورش شهرستان ثلاث باباجانی مراجعه و از لیست مدارس پسرانه مقطع ابتدایی، چهار مدرسه به روش تصادفی انتخاب شد. سپس نمونه‌ها از آن مدارس به صورت هدفمند انتخاب شدند.

پژوهش حاضر شامل چهل نفر دانش‌آموز پسر که دارای علائم اختلال استرس پس از حادثه بودند، به شکل هدفمند و با استفاده

جدول ۲. خلاصه جلسات آموزشی نمایش‌درمانی

جلسات	هدف	روش محتوا تکنیک	زمان (دقیقه)
۱	آشنایی	آشنایی اعضا با هم، تشکیل گروه، معرفی اعضای گروه به هم و معرفی هم‌گروهی به دیگران، آشنایی با قواعد و ساختار جلسات، زمان و هدف گروه	۹۰
۲	اعتمادسازی	صمیمیت، بازی با توپ برای تقویت توجه، دقت و عملکرد حسی حرکتی و انجام حرکات ریتمیک و هماهنگ	۹۰
۳	اعتمادسازی	ایجاد و افزایش خلاقیت، جعبه راز هریک از اعضا روی یک برگه رازی را می‌نویسند، رازی که فرد از افشا شدن در گروه ابا دارد. تمام برگه‌ها هم‌اندازه و به یک شکل تا می‌خورند و با هم مخلوط می‌شوند. مجدداً برگه‌ها بین اعضا پخش می‌شود و هر کدام از افراد کنترل می‌کنند تا کاغذ مربوط به خود را نگرفته باشند. سپس هر یک از افراد برگه‌ای را که گرفته با صدای رسا و چنان می‌خواند که انگار متعلق به خود اوست.	۹۰
۴	نشانه‌شناسی جسمی	تن‌آگاهی (استفاده از روش نوشتن با دست غیرمسلط)، تمرینات تمرکزی، تعادلی، تقویت حواس پنج‌گانه، آرام‌سازی بدنی (استفاده از روش ماکارونی و عروسک روی شکم)	۹۰
۵	نشانه‌شناسی جسمی / هیجانی	بیان احساس بدون کلام (استفاده از روش اجرای حالت شکلک‌های چهره، تشخیص هیجان از طریق بیان چهره‌ای و بدنی هم‌گروهی‌ها و اجرای پانتومیم)	۹۰
۶	ارتباط	ورود به فضای روانی و شناخت بچه‌ها از دید خودشان، فروشگاه جادو: نقش فروشنده را یاور تعلیم‌دیده یا یکی از اعضای گروه و یا حتی خود کارگردان ایفا می‌کند.	۹۰
۷	تقویت ایگو (خود)	تمرکز بر آرزوها، تخیلات هدایت‌شده: کارگردان از اعضای گروه می‌خواهد در مورد یکی از موضوعاتی عمومی گفت‌وگو داشته باشد و جزئیات تخیل منحصر به فرد هر یک از اعضا را در مورد آن موضوع خاص بررسی کنند.	۹۰
۸	تقویت ایگو (خود)	تمرکز بر ترس‌ها، پشت به حضار؛ شخص اول بر حسب موقعیت ممکن است از نشان دادن مراحل خاصی از زندگی خود در مقابل گروه، دچار دست‌پاچی و سردرگمی شود.	۹۰
۹	تقویت ایگو (خود)	ایجاد حس امنیت، آموزش برخورد با مسائل هیجانی، تکنیک فرافکنی آینده: شخص اول با فرافکنی آینده می‌تواند به طور واقع‌بینانه‌تری اهداف خود را ببیند و صحنه‌هایی را نشان دهد که نشان‌دهنده موقعیت نسبی او در جریان کارش باشد.	۹۰
۱۰	زمینه‌سازی برای مواجهه	تقویت حافظه برای یادآوری کامل حادثه (استفاده از بازی بسط کلمات)، افزایش جرأت با هدف روبه‌رو شدن با حادثه فراموش شده (استفاده از نقش بازی کردن و ایگوی جانشین) استفاده از تکنیک صندلی خالی	۹۰
۱۱	مواجهه / کاتارسیس (پالایش و تخلیه روانی هیجانی) / امنیت	مواجهه در موقعیت ایمن، دالان تاریک: نمایش معمولاً در محل روشن اجرا می‌شود، ولی معمولاً در انتها و یا در گوشه‌ای از سالن، محلی با نور کم و یا تاریک یافت می‌شود. در صورت وجود چنین مکانی، شخص اول که مشغول نشان دادن قسمتی از تجربه دردناک و نادیدنی از زندگی خود است، می‌تواند در آن محل قرار گیرد.	۹۰
۱۲	مواجهه / کاتارسیس / امنیت	دوبل یا مضاعف: جایگزین ایگوی فرد، یاور در نقش بخشی از موجودیت درونی شخص اول قرار می‌گیرد. از آنجا که برون‌ریزی عواطف عمیق شخص اول یکی از اهداف اساسی به‌کارگیری روش‌های روان‌نمایشگری است و همچنین استفاده از مضاعف، مؤثرترین راه در بیرون کشیدن این عواطف است؛ بنابراین این روش به عنوان (قلب روان‌نمایشگری) نیز شناخته شده است.	۹۰
۱۳	ارزیابی / جمع‌بندی	گپ و گفت‌وگوی دوستانه، انجام بازی دلخواه گروه، تقدیر و تشکر و اجرای پس‌آزمون	۹۰

مجله روان‌پزشکی و روان‌شناسی بالین ایران

ورثمن جنیفر و همکاران نیز پایایی این پرسش‌نامه را با کمک آزمون آلفای کرونباخ ۰/۹۱ و در بازآزمایی هفته بعد ۰/۹۵ به دست آوردند [۴۸]. روایی صوری و محتوایی این پرسش‌نامه پس از ارائه آن به پنج نفر از متخصصان روان‌شناسی و مطابقت پرسش‌های موجود در آن با معیارهای تشخیصی اختلال استرس پس از سانحه بر اساس DSM-5 مورد تأیید متخصصین مربوطه قرار گرفت، به طوری که سؤالات یک تا پنج مربوط به ملاک B از معیارهای تشخیصی DSM-5 برای اختلال استرس پس از سانحه، سؤالات شش و هفت از نشانه‌های ملاک C، سؤالات هشت تا چهارده از نشانه‌های ملاک D و سؤالات پانزده تا بیست از

تحلیل عامل تأییدی بررسی و تأیید کردند [۴۵]. هاوکار ابراهیم و همکاران در پژوهشی با عنوان اعتبارسنجی ابزار PCL-5 در کردستان عراق روی آوارگان جنگی مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه، پایایی ابزار را با آلفای ۰/۸۵ به دست آورده و روایی آن را برای ارزیابی و غربالگری جمعیت کرد و عرب، خوب و مناسب گزارش دادند [۴۶]. بلوین و همکاران در پژوهش خود پایایی این چک‌لیست را با روش آلفای کرونباخ، ۰/۹۴ و با قابلیت اطمینان از آزمون مجدد، ۰/۸۲ به دست آوردند و نشان دادند که نمرات PCL-5 از قابلیت اطمینان و اعتبار بسیار خوبی برخوردار است [۴۷].

جدول ۳. مقایسه نمرات میانگین و انحراف معیار پرسش‌نامه استرس پس از سانحه (DSTP) به تفکیک ملاک‌ها در گروه آزمایش و کنترل

ملاک	گروه آزمایش		گروه کنترل	
	نوع آزمون	میانگین \pm انحراف معیار	نوع آزمون	میانگین \pm انحراف معیار
ملاک B	پیش آزمون	۱۲/۱۵ \pm ۲/۷۰	پیش آزمون	۱۳/۲۵ \pm ۲/۰۷۶
	پس آزمون	۱۰/۱۰ \pm ۲/۶۹۳	پس آزمون	۱۲/۷۵ \pm ۲/۱۶۰
ملاک C	پیش آزمون	۶/۵۰ \pm ۱/۰۵۱	پیش آزمون	۶/۶۰ \pm ۱/۰۹۵
	پس آزمون	۴/۴۰ \pm ۱/۴۲۹	پس آزمون	۵/۸۰ \pm ۱/۵۷۶
ملاک D	پیش آزمون	۱۴/۶۰ \pm ۳/۳۱۵	پیش آزمون	۱۴/۱۵ \pm ۲/۱۱۷
	پس آزمون	۱۲/۱۵ \pm ۳/۴۶۸	پس آزمون	۱۳/۶۵ \pm ۲/۳۲۹
ملاک E	پیش آزمون	۱۳/۴۰ \pm ۳/۱۵۲	پیش آزمون	۱۴/۵۰ \pm ۲/۸۵۹
	پس آزمون	۱۰/۹۰ \pm ۳/۴۱۷	پس آزمون	۱۴/۸۵ \pm ۲/۶۳۱
نمره کل	پیش آزمون	۴۶/۶۵ \pm ۶/۹۱۵	پیش آزمون	۴۸/۵۰ \pm ۷/۵۵۰
	پس آزمون	۳۷/۵۰ \pm ۷/۸۳۰	پس آزمون	۴۷/۱۰ \pm ۸/۲۹۶

مجله روان‌پزشکی و روان‌شناسی بالین ایران

معیار متغیر میزان علائم و تنیدگی‌های استرس پس از سانحه را در گروه آزمایش و گروه کنترل در مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون نشان می‌دهد.

نتایج جدول شماره ۳ نشان می‌دهد که میانگین نمرات گروه آزمایش در همه مؤلفه‌ها و همچنین نمره کل پرسش‌نامه اختلال استرس پس از سانحه، پس از اجرای مداخله به طور محسوس کاهش پیدا کرده است. در گروه کنترل نیز نمرات همه مؤلفه‌ها به جز نمره ملاک E کاهش یافته‌اند، ولی میزان آن همچون گروه آزمایش، قابل توجه نیست. قبل از تحلیل داده‌های مربوط به فرضیه‌ها، برای اطمینان از اینکه داده‌های این پژوهش مفروضه‌های زیربنایی تحلیل کوواریانس چندمتغیری را برآورد می‌کنند، به بررسی آن‌ها پرداخته می‌شود. بدین منظور چهار مفروضه تحلیل کوواریانس شامل خطی بودن^{۳۴}، همخطی چندگانه^{۳۵}، همگنی واریانس‌ها^{۳۶} و همگنی شیب‌های رگرسیون^{۳۷} بررسی شدند که پس از تأیید این مفروضه‌ها، جهت بررسی اثر مداخله آزمایشی، روی نمره‌های پس‌آزمون گروه‌ها، با کنترل پیش‌آزمون‌های متغیرهای وابسته پژوهش تحلیل کوواریانس چندمتغیری^{۳۸} انجام گرفت. جدول شماره ۴ نتایج تحلیل کوواریانس چندمتغیری روی نمره‌های پس‌آزمون با کنترل متغیر وابسته پژوهش را نشان می‌دهد.

نشانه‌های ملاک E برای تشخیص PTSD بودند که مورد تأیید قرار گرفت. پایایی پرسش‌نامه نیز با روش آلفای کرونباخ ارزیابی شد و نتایج آن در جدول شماره ۱ آمده است.

مصاحبه تشخیصی اختلال استرس پس از سانحه

فرم این مصاحبه بر اساس ملاک‌های پنجمین نسخه راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی (DSM-5) تهیه شده و شامل سؤالاتی است که ملاک‌های PTSD را شامل می‌شود و در این پژوهش برای دقت بیشتر، علاوه بر پرسش‌نامه از مصاحبه بالینی نیز استفاده شده است. محورهای این مصاحبه شامل تمامی معیارهای تشخیصی DSM-5 برای اختلال استرس پس از سانحه است (ملاک‌های A, B, C, D, E, F, G, H). هادی‌زاده و فرحزادی این مصاحبه را در کتاب خود قید کرده‌اند و محورهای آن برای تشخیص اختلال استرس پس از سانحه، مورد تأیید متخصصان روان‌پزشکی و روان‌شناسی قرار گرفت [۴۹]. محتوای جلسات آموزشی در جدول شماره ۲ ارائه شده است.

یافته‌ها

هدف پژوهش حاضر، تعیین و شناسایی تأثیر روان‌درمانگری نمایشی بر کاهش علائم تنیدگی و استرس پس از سانحه (PTSD) است. یافته‌های پژوهش حاضر در سه بخش ارائه شده‌اند: (الف) یافته‌های توصیفی، (ب) یافته‌های مربوط به بررسی مفروضه‌های تحلیل کوواریانس و (ج) یافته‌های مربوط به فرضیه پژوهش.

جدول شماره ۳ یافته‌های توصیفی شامل میانگین و انحراف

34. Linearity

35. Multicollinearity

36. Homogeneity of Variance

37. Homogeneity of Regression

38. MANCOVA

جدول ۴. نتایج تحلیل کوواریانس چندمتغیری

اثر	آزمون	ارزش	خطا df	فرضیه df	سطح معناداری	اندازه اثر
اثر پیلائی		۰/۶۲۲	۳۰	۵	۰/۰۰۱	۰/۵۱۲
لمبدای ویلکز		۰/۳۷۸	۳۰	۵	۰/۰۰۱	۰/۵۱۲
اثر هتلینگ		۱/۶۴۶	۳۰	۵	۰/۰۰۱	۰/۵۱۲
بزرگ‌ترین ریشه روی		۱/۶۴۶	۳۰	۵	۰/۰۰۱	۰/۵۱۲

مجله روان‌پزشکی و روان‌شناسی بالین ایران

جدول ۵. نتایج تحلیل کوواریانس یک‌راهه برای مقایسه پس‌آزمون

متغیر وابسته	مجموع مجذورات	df	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری	اندازه اثر
علائم تنیدگی و استرس پس از سانحه	۵۹۲/۳۶۳	۱	۵۹۲/۳۶۳	۳۸/۳۶۰	۰/۰۰۱	۰/۵۱۲

مجله روان‌پزشکی و روان‌شناسی بالین ایران

نمایشی بر کاهش علائم اختلال استرس پس از سانحه انجام شد. نتایج تحقیق نشان داد که میانگین متغیر علائم تنیدگی و استرس پس از سانحه در پس‌آزمون گروه آزمایش کاهش یافته است و میانگین متغیر علائم تنیدگی و استرس پس از سانحه در گروه کنترل تغییری چندانی نکرده است.

نتایج بررسی فرضیه نشان داد که تحلیل کوواریانس چندمتغیره یک‌راهه در متغیر علائم تنیدگی و استرس پس از سانحه معنادار است و با کنترل پیش‌آزمون، متغیر علائم تنیدگی و استرس پس از سانحه در پس‌آزمون با گروه کنترل تفاوت معناداری دارد.

این یافته‌ها با پژوهش‌های مشابه همسو است: صادقی و حسین‌پور در پژوهش خود نشان دادند که آموزش نمایش درمانی به طور معناداری بر کاهش پرخاشگری افزایش ابراز وجود دانش‌آموزان دختر مؤثر است [۵۰]. آفرینی و حسینی نشان دادند که درمان سایکودرام باعث کاهش معنادار میزان افسردگی و نشانه‌های عاطفی، شناختی و جسمانی افسردگی در بیماران بهبودیافته شده است [۳۲].

باقری، سعادت و پولادی به این نتیجه رسیدند که سایکودرام در افزایش بازتوانی هیجانی بیماران مبتلا به اختلال دو قطبی مؤثر است [۳۳]. چراغی نتیجه گرفت که ارائه سایکودرام بر کاهش پرخاشگری و خشونت و افزایش خودکنترلی مؤثر است [۵۰]. شکرانه و همکاران نشان دادند که از مداخله درمانی سایکودرام جهت کاهش وزن و افزایش عزت نفس کودکان چاق می‌توان استفاده کرد [۵۱]. پوررضائیان نشان داد که سایکودرام، روش درمانی مناسب و مؤثری در درمان اضطراب اجتماعی است [۳۴].

سپنتا، قمرانی و هاشمی نتیجه گرفتند که سایکودرام بر کاهش افسردگی دانش‌آموزان نابینای پسر مؤثر است و تخلیه هیجانات و

فرضیه کلی روان‌درمانگری نمایشی بر کاهش علائم تنیدگی و استرس پس از سانحه دانش‌آموزان پسر مقطع ابتدایی مؤثر است. همان‌طور که نتایج مندرج در جدول شماره ۴ نشان می‌دهد، در مرحله پس‌آزمون بین گروه آزمایش و گروه کنترل از لحاظ متغیر وابسته میزان کاهش علائم اختلال استرس پس از سانحه تفاوت معناداری وجود دارد ($F=9/877$, $P<0/001$)؛ بنابراین فرضیه کلی پژوهش تأیید می‌شود.

برای بررسی دقیق‌تر این اثر، تحلیل کوواریانس یک‌راهه روی متغیرهای وابسته انجام شد. جدول شماره ۵ نتایج تحلیل کوواریانس یک‌راهه را برای مقایسه پس‌آزمون، با کنترل پیش‌آزمون‌های متغیرهای وابسته در گروه آزمایش و گروه کنترل را نشان می‌دهد.

همان‌طور که نتایج مندرج در جدول شماره ۵ نشان می‌دهد، تحلیل کوواریانس یک‌راهه در متغیر علائم تنیدگی و استرس پس از سانحه ($F=38/360$, $P<0/000$) معنادار است. برای فهم چگونگی این تفاوت کافی است که میانگین نمرات پس‌آزمون گروه آزمایش و گروه کنترل را از لحاظ متغیر وابسته مذکور با یکدیگر مقایسه کنیم.

با توجه به نتایج مندرج در جدول شماره ۳، میانگین پس‌آزمون علائم تنیدگی و استرس پس از سانحه گروه آزمایش ۳۷/۵۰ و گروه کنترل ۴۷/۱۰ است، نشان می‌دهد با کنترل پیش‌آزمون، علائم تنیدگی و استرس پس از سانحه گروه آزمایش در پس‌آزمون با گروه کنترل تفاوت معناداری دارد. در نتیجه فرضیه پژوهش تأیید می‌شود.

بحث

پژوهش حاضر با هدف تعیین و شناسایی تأثیر روان‌درمانگری

نقش در موقعیت‌های غیرواقعی، مراجعه‌کننده می‌تواند شیوه‌های صحیح رفتار اجتماعی مانند جرئت‌ورزی را بیاموزد. اعضای گروه می‌توانند بر اساس بازسازی موقعیت‌های دشوار، راه‌حل‌های مختلف را تجربه کنند. در نظریه نقش‌لندی^{۳۶}، نمایش درمانگر در نقش یک رهاکننده عمل می‌کند و مراجعه‌کننده را از عمل تکانشی و تکانه‌های پنهان‌شده رها می‌سازد. نمایش درمانگر، باید به دقت ابزارهای واسطه‌ای تثاتری مانند نقاب، عروسک و غیره یا ابزارهای روان‌شناختی، مانند فنون نمایش‌درمانی را جهت درمان انتخاب کند [۲۹].

می‌توان گفت در این دیدگاه، نمایش‌درمانی به عنوان یک تجربه نمایشی، به ایجاد یکپارچگی بین نقش‌های متفاوت و اغلب متضاد، رسیدن به حالت خودانگیختگی و ابراز احساسات ناهشیار گرایش دارد [۵۲]. در جریان سایکودرام، کودک می‌تواند داستان زندگی خویش را برای خود و سایر اعضای گروه بازگو کند و وصف خود را از زبان خویش بشنود [۲۵].

در فضای سایکودرام، زمانی که شخص اول هیجانانگیز منفی خود را نسبت به شرایط ناگواری که در آن قرار دارد، در فضایی آزاد و بدون نقد شدن، در صحنه و به وسیله فنون نمایش‌گری مانند آینه، دوپل، معکوس و غیره اجرا می‌کند، نسبت به رفتار خود، دیگران و شرایط موجود، بینش پیدا می‌کند که این امر منجر به درک عمیقی از شرایط و روابطش در آن شرایط می‌شود. در این راستا می‌آموزد که آنچه در موقعیت‌های گوناگون رخ می‌دهد، حاصل مجموعه‌ای از عوامل است [۵۵].

کودکان در جریان سایکودرام، تجربه‌های سخت و آسیب‌زای گذشته را در نمایش‌های خود، دوباره به نمایش می‌گذارند تا درک درست‌تری از آن‌ها به دست آورند و بتوانند تسلط بیشتری بر آینده داشته باشند. سایکودرام می‌تواند از این منظر نتایج کلی، مانند کاهش افسردگی یا نتایجی خاص همچون تغییر رفتار، بهبود روابط و عزت‌نفس را به همراه داشته باشد [۴۳].

یکی از مهم‌ترین نیازهای کودکان، تجربه موقعیت‌هایی است که منجر به حس اعتماد به نفس در او شود. در گروه‌درمانی سایکودرام امکان تجربه این موفقیت‌ها در قالب ایفای نقش فراهم می‌شود. در واقع در این روش فرد بارها با موقعیت‌های حساسی از زندگی خود، از نزدیک مواجه می‌شود و درصدد تعبیر مجدد این موقعیت‌ها به نحوی کارآمدتر برمی‌آید. در این جریان فرد با پالایش و حل تعارض‌های هیجانی و شناختی به نوعی حالت یکپارچگی و وحدت شخصی را به دست می‌آورد و درمی‌یابد که در موقعیت‌های آسیب‌زا می‌تواند به گونه‌ای مؤثرتر عمل کند که این امر منجر به افزایش عزت‌نفس در وی می‌شود [۵۶].

در فضای امن، افراد می‌توانند به راحتی دست به خطر بزنند و

پالایش روانی که در سایکودرام رخ می‌دهد به آنان کمک می‌کند تا بر ترس‌ها و هیجانانگیز منفی خود فائق آیند [۵۲]. نتیجه این فرضیه همچنین با پژوهش‌های مشابه خارجی همسوست، از جمله: تریگلو و اوزکان به این نتیجه رسیدند که نمایش‌درمانی موجب بهبود افسردگی، اضطراب، ناامیدی و عزت‌نفس زنان نابارور می‌شود [۵۳].

رون به این نتیجه دست یافت که سایکودرام در ایجاد و تقویت همدلی، ارتباط و پشتیبانی را در بیماران بستری در بخش روان‌پزشکی نشان داده است [۲۸]. گانینر اربی و همکاران نشان دادند که سایکودرام بر کاهش استرس درک‌شده، نمرات اضطراب افسردگی و بزاق کورتیزول در بیماران مبتلا به افسردگی تأثیر دارد [۴۰]. تراشووا، مارینوا و کوجوهارو به این نتیجه رسیدند که سایکودرام در بیماران با اختلال اضطراب و ترس موجب کاهش علائم اضطراب، افزایش خودجوش بودن و بهبود کیفیت زندگی و کارکرد اجتماعی آن‌ها نسبت به بیمارانی می‌شود که فقط از دارو استفاده می‌کنند [۴۱].

کراتوچویل دریافت که سایکودرام بر کاهش نشانه‌های احساس گناه در این کودکان تأثیر معناداری دارد؛ به‌ویژه استفاده از فنون خود محقق‌سازی و نقش معکوس می‌تواند ادراک آن‌ها را به شرایط موجود تغییر دهد و منجر به کاهش افسردگی و افزایش اعتماد به نفس در آن‌ها شود [۴۳].

تکنیک‌هایی از نمایش‌درمانی، مانند واقعیت‌اضافی، فرافکنی آینده، دوپل یا مضاعف و دالان تاریک موجب مواجهه با واقعیت، تخلیه و برون‌ریزی هیجانی استرس شده که منجر به کاتارسیس (پالایش روانی) می‌شوند و فرد ترس‌هایش را برون‌ریزی می‌کند. در تکنیک بازی، دوباره واقعیت و پایان بهتر و شادتری طرح‌ریزی می‌شود و با اشتراک احساسات و تجارب در گروه، همدلی و حس مشترکی ایجاد می‌شود که موجب ایجاد احساس امنیت در اعضای گروه می‌شود.

امرایبی بیان می‌کند که نمایش‌درمانی تاریخچه‌ای طولانی دارد تا جایی که «ارسطو»، نابغه ادبیات و فلسفه، در کتاب «فن شعر» غایت هنر نمایش را پالایش روحی و روانی انسان‌ها (کاتارسیس) می‌داند. او از نمایش به عنوان هنری یاد می‌کند که تماشاگر با دیدن آن به تخلیه روحی و روانی می‌رسد [۲۲].

در نمایش‌درمانی فرد با کشف و به نمایش در آوردن ابعاد روان‌شناختی مسئله‌ای که دارد به بازنگری مشکل خود می‌پردازد. شیوه‌های نمایش‌درمانی می‌تواند با ایجاد موقعیت‌های مناسب، فضاسازی ذهنی، اشتراک‌گذاری احساسات و برون‌ریزی آن‌ها درک بهتری از واقعیت را در فرد ایجاد کرده و از اضطراب و استرس وی بکاهد.

یکی از فنون نمایش‌درمانی، ایفای نقش است. با استفاده از ایفای

ابتدایی شهرستان زلزله‌زده ثلاث باباجانی مؤثر است و این روش می‌تواند به عنوان درمان کمکی در کنار سایر روش‌های درمانی به کار گرفته شود.

نتایج این پژوهش می‌تواند برای روان‌شناسان، مربیان تئاتر و نمایش، معلمان، مشاوران، برنامه‌ریزان آموزشی کشور، کودکان دچار مشکلات شناختی، دانش‌آموزان و کودکان زلزله‌زده استان کرمانشاه مفید و کارگشا باشد. هر پژوهشی در مراحل مختلف خود با محدودیت‌هایی مواجه می‌شود که بیان آن‌ها در بهبود کیفیت پژوهش‌های مشابه در آینده مؤثر خواهد بود.

محدودیت عمده این پژوهش آن بود که ابزار بومی‌سازی شده جدید و متناسب با جامعه و فرهنگ مورد نظر وجود نداشته و برای سنجش میزان علائم PTSD از ترجمه و هنجاریابی پرسش‌نامه جدید خارجی مطابق با معیارهای DSM-5 استفاده شد.

دوره پیگیری نیز به دلیل همین محدودیت؛ یعنی تعطیل شدن دانش‌آموزان و در دسترس نبودنشان، امکان انجام نداشت. به دلیل شیوع بالای اختلال استرس پس از سانحه در کودکان زلزله‌زده و هدف بررسی تأثیرگذار بودن نمایش درمانی بر اختلال PTSD در این کودکان، جامعه آماری بین دانش‌آموزان مقطع ابتدایی انتخاب شد و به دلیل تناسب سنی پروتکل درمانی با افراد بالای ۹ سال، سن نمونه‌های پژوهش ۹-۱۲ سال بود که نیاز به انجام پژوهش در دیگر رده‌های سنی را نیز نشان می‌دهد.

پیشنهاد می‌شود تحقیقات مشابه همین پژوهش در دیگر شهرهای زلزله‌زده، مانند سرپل ذهاب و نیز در مناطق درگیر دیگر بلایای طبیعی، مانند شهرهای درگیر سیل و بین فرهنگ‌های مختلف صورت پذیرد. با توجه به نتایج پژوهش حاضر، اثربخشی این مداخلات روی سایر مشکلات روان‌شناختی و رفتاری مورد بررسی قرار گیرد. در پژوهش‌های بعدی از نمونه‌های هر دو جنسیت دختر و پسر استفاده شود. این شیوه مداخله با تعداد جلسات درمانی بیشتر و دوره طولانی‌تر با پیگیری و در رابطه با سایر مشکلات کودکان نیز انجام شود.

پیشنهاد می‌شود نهادهای مربوطه به انجام مداخله‌های روان‌شناختی در مناطق آسیب‌دیده، مانند سازمان بهزیستی، اقدام به برپایی کارگاه‌هایی در زمینه آموزش تکنیک‌های نمایش درمانی برای روان‌شناسان کنند و این مداخله‌ها را به صورت فراگیر در دیگر مناطق درگیر با بحران انجام دهند.

ملاحظات اخلاقی

پیروی از اصول اخلاق پژوهش

همه اصول اخلاقی در این مقاله رعایت شده است. شرکت‌کنندگان اجازه داشتند هر زمان که مایل بودند از پژوهش خارج شوند. همچنین همه شرکت‌کنندگان در جریان روند

در نتیجه عمل خود را مشاهده و ارزیابی کنند. سایکودرام نوعی تخلیه هیجانی است که به بازگشایی مشکلات و ارائه جنبه‌هایی از زندگی می‌پردازد و علاوه بر آن نقش فرد را در روابط بین فردی به حضار نشان می‌دهد. در سایکودرام حوادث گذشته با ترس‌هایش و آینده با امیدهایش به زمان حال انتقال یافته و حل می‌شود که از این روش می‌توان به عنوان درمان کمکی PTSD در کنار سایر روش‌ها، مانند درمان‌های دارویی بهره گرفت.

نتیجه‌گیری

آزمون پژوهش نشان داد که تحلیل کوواریانس یک‌راهه در متغیر علائم تنیدگی و استرس پس از سانحه ($F=38/360$)، $P<0/001$) معنادار است. برای فهم چگونگی این تفاوت کافی است میانگین نمرات پس‌آزمون گروه آزمایش و گروه کنترل را از لحاظ متغیر وابسته یادشده با یکدیگر مقایسه کنیم.

با توجه به نتایج مندرج در جدول شماره ۳ میانگین پس‌آزمون علائم تنیدگی و استرس پس از سانحه گروه آزمایش $37/50$ و گروه کنترل $47/10$ است که نشان می‌دهد با کنترل پیش‌آزمون، علائم تنیدگی و استرس پس از سانحه گروه آزمایش در پس‌آزمون با گروه کنترل تفاوت معناداری دارد، در نتیجه فرضیه پژوهش تأیید می‌شود.

شواهد متعددی نشان می‌دهند که از جمله عوارض روانی که پس از آسیب و بلایای طبیعی در افراد و به خصوص کودکان نمایان می‌شود، اختلال استرس پس از سانحه است. از جمله نشانه‌های اختلال استرس پس از ضربه می‌توان به دشواری تمرکز، واکنش شدید از جا پریدن، واقعیت‌زدایی، شخصیت باختگی، کاهش آگاهی از محیط، ناتوانی در به یادآوردن جنبه‌های مختلف آسیب، بروز واکنش‌های جسمی، ضعف در توجه و تمرکز، مشکلات حافظه، مشکلاتی در تمامی مؤلفه‌های عصب روان‌شناختی و موارد دیگری اشاره کرد که همگی آن‌ها باعث کاهش سلامت عمومی می‌شوند.

روش‌های مختلف درمانی برای این اختلال وجود دارد که در این پژوهش روش نمایش‌درمانی (سایکودرام) بررسی شد. نمایش، بی‌تردید از کهن‌ترین هنرهاست. همچنین شیوه‌ای بدیع برای پیوند بین دنیای خیال و زندگی واقعی است. در این روش از طریق شیوه‌های مختلف نمایشی، تعارضات شخصیتی و کشمکش‌های روانی فرد بررسی می‌شود. شخص ابعاد روانی مسئله خود را کشف می‌کند و درصد حل و کنار آمدن با آن برمی‌آید.

در این پژوهش تحلیل آماری یافته‌ها و بررسی نتایج و مطابقت و همسو بودن با پژوهش‌های قبلی نشان دادند که روان‌درمانگری نمایشی (سایکودرام) بر کاهش علائم تنیدگی، استرس پس از حادثه و کارکردهای عصب روان‌شناختی دانش‌آموزان پسر مقطع

پژوهش بودند. اطلاعات آن‌ها محرمانه نگه داشته شد. در این پژوهش ضمن اخذ رضایت‌نامه کتبی از شرکت‌کنندگان، تمامی نکات اخلاقی توسط پژوهشگران رعایت شد. کد اخلاقی برای آزمایشات بالینی (IRCT) در این پژوهش با شماره ۴۵۳۱۲ ثبت شده است.

حامی مالی

این پژوهش هیچ‌گونه کمک مالی از سازمانی‌های دولتی، خصوصی و غیرانتفاعی دریافت نکرده است.

مشارکت نویسندگان

مفهوم‌سازی، روش‌شناسی، نگارش، ویرایش و بررسی: همه نویسندگان؛ مداخلات: شعیب سبحانی تبار؛ مدیریت پروژه: فریده حمیدی.

تعارض منافع

بنابر اظهار نویسندگان، این مقاله تعارض منافع ندارد.

تشکر و قدردانی

در پایان از مجموعه آموزش و پرورش شهرستان ثلاث باباجانی و مدیران مدارس این شهرستان تشکر و قدردانی می‌کنیم.

References

- [1] Evazi A, Nourbala A, Maysami A. [Comparison of the prevalence of posttraumatic stress disorder, 18 months after the Bam earthquake in two cities of Bam and Kerman (Persian)]. *Journal of Rescue and Relief*. 2016; 8(1,2):55-67. <http://jorar.ir/article-1-254-en.html>
- [2] Nie C, Yang L, Li H. Macro assessment of seismic population vulnerability in China. *Progress in Geography*. 2012; 31(3):375-82. http://en.cnki.com.cn/Article_en/CJFDTotal-DLKJ201203013.htm
- [3] American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. Washington, DC: American Psychiatric Association; 2013. [DOI:10.1176/appi.books.9780890425596]
- [4] Yoon S, Kim YK. Neuroendocrinological treatment targets for posttraumatic stress disorder. *Progress in Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry*. 2019; 90:212-22. [DOI:10.1016/j.pnpbp.2018.11.021] [PMID]
- [5] Caffo E, Belaise C. Psychological aspects of traumatic injury in children and adolescents. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*. 2003; 12(3):493-535. [DOI:10.1016/S1056-4993(03)00004-X]
- [6] Kuo HW, Wu SJ, Ma TC, Chiu MC, Chou SY. Posttraumatic symptoms were worst among quake victims with injuries following the Chi-quake in Taiwan. *Journal of Psychosomatic Research*. 2007; 62(4):495-500. [DOI:10.1016/j.jpsychores.2004.11.012] [PMID]
- [7] Lee KS, Joo SY, Seo CH, Park JE, Lee BC. Work-related burn injuries and claims for post traumatic stress disorder in Korea. *Burns*. 2019; 45(2):461-465. [DOI:10.1016/j.burns.2018.08.016] [PMID]
- [8] Yang YF, Liu XX, Zeng ZQ, Xiang YJ, Liu ZY, Hu XQ, et al. A follow-up study on the post-traumatic stress disorders among middle school students in Wenchuan earthquake region. *Zhonghua yu Fang yi xue za zhi [Chinese Journal of Preventive Medicine]*. 2011; 45(4):354-8. [PMID]
- [9] Benjamin J, Sadok VA, Pedro R. *Psychiatry Summary; Behavioral Sciences* [Rezaei F. Persian trans.]. Tehran: Arjmand Publication; 2018.
- [10] Darharaj M, Moradi A, Hasani J, Amiri H. [Everyday memory in adolescents with posttraumatic stress disorder before and after treatment: Effectiveness of cognitive behavior therapy (Persian)]. *Advances in Cognitive Sciences*. 2016; 18(3):56-67. <http://icss-journal.ir/article-1-504-en.html>
- [11] Hornor, G. Posttraumatic stress disorder. *Journal of Pediatric Health Care*. 2013; 27(3):29-38. <https://doi.org/10.1016/j.pedhc.2012.07.020>
- [12] Bryant RA, Edwards B, Creamer M, O'Donnell M, Forbes D, Felmingham KL, et al. The effect of post-traumatic stress disorder on refugees' parenting and their children's mental health: A cohort study. *Lancet Public Health*. 2018; 3:e249-58. [DOI:10.1016/S2468-2667(18)30051-3]
- [13] Bomyea J, Lang AJ. Accounting for intrusive thoughts in PTSD: Contributions of cognitive control and deliberate regulation strategies. *Journal of Affective Disorder*. 2016; 192:184-90. [DOI:10.1016/j.jad.2015.12.021] [PMID] [PMCID]
- [14] Aupperle RL, Melrose AJ, Stein MB, Paulus MP. Executive function and PTSD: disengaging from trauma. *Neuropharmacology*. 2012; 62(2):686-94. [DOI:10.1016/j.neuropharm.2011.02.008] [PMID] [PMCID]
- [15] Surcamp JR. Applied logotherapy for the treatment of post-traumatic stress disorder in men and women united states army veterans. In partial fulfillment of the requirements for the degree of honors baccalaureate of science in public health honors scholar. Corvallis: Oregon State University Honors College. 2015.
- [16] Yule W, Smith P, Perrin S. *Cognitive Behaviour Therapy for Children and Families*. In: Graham PJ, editors. *Cognitive behavior therapy for children and families*. New York: Cambridge University Press; 2005. [DOI:10.1017/CBO9780511543845.020]
- [17] Vahida F, Soltaninejad A, Soltaninejad A. Sociological analysis of Bam earthquake. *Sociological Studies of Iran*. 2013; 2(7):9-23.
- [18] Asl Mohammad Alizadeh M, Sadralashrafi M, Pourali M, Ishaqi Sardrood SH. Apples and post-earthquake psychological interventions analysis of post-traumatic research. Paper presented at: National Conference on Pathology and Planning of the effects of the August 12 earthquake in East Azerbaijan Province. 31 December- 1 January; Tabriz, Iran, 2013. <https://civilica.com/doc/230430/>
- [19] Schuitevoerder S, Rosen JW, Twamley EW, Ayers CR, Sones H, Lohr JB, et al. A meta-analysis of cognitive functioning in older adults with PTSD. *Journal of Anxiety Disorders*. 2013; 27(6):550-8. [DOI:10.1016/j.janxdis.2013.01.001] [PMID]
- [20] Henigsberg N, Kalember P, Petrović ZK, Secic A. Neuroimaging research in posttraumatic stress disorder - Focus on amygdala, hippocampus and prefrontal cortex. *Progress in Neuro Psychopharmacology and Biological Psychiatry*. 2019; 90:37-42. [DOI:10.1016/j.pnpbp.2018.11.003] [PMID]
- [21] Reddemann L, Piedfort-Marin O. Stabilization in the treatment of complex post-traumatic stress disorders: Concepts and principles. *European Journal of Trauma & Dissociation*. 2017; 1(1):11-7. [DOI:10.1016/j.ejtd.2017.01.009]
- [22] Amrayi M. *Ten Steps to showcase therapy/display therapy in quitting hypnotic habits*. Tehran: Tahora Publications. 2014.
- [23] Morstad MD. *Drama's role in school counseling* [MA. thesis]. London: University of Wisconsin-stout. 2003.
- [24] Blaner A. *Introjection: Psychotherapy by Dramatic Methods; Theatrical Therapy*. [H. Haqqshenas, H. Ashkani, Persian trans.]. Tehran: Roshd Publications. 2015.
- [25] Somov PG. A psychodrama group for substance use relapse prevention training. *The Arts in Psychotherapy*. 2008; 35(2):151-61. [DOI:10.1016/j.aip.2007.11.002]
- [26] Suto H, Maeda J. A self psychological therapy tool based on psychodrama methodology. *SICE Journal of Control, Measurement, and System Integration*. 2018; 11(1):26-31. [DOI:10.9746/jcmsi.11.26]
- [27] Gatta M, Andrea S, Paolo TC, Giovanni C, Rosaria S, Carolina B, et al. Analytical psychodrama with adolescents suffering from psycho-behavioral disorder: Short-term effects on psychiatric symptoms. *The Arts in Psychotherapy*. 2010; 37(3):240-7. [DOI:10.1016/j.aip.2010.04.010]
- [28] Orkibi H, Feniger-Schaal R. Integrative systematic review of psychodrama psychotherapy research: Trends and methodological implications. *PLoS One*. 2019; 14(2):e0212575. [DOI:10.1371/journal.pone.0212575] [PMID] [PMCID]
- [29] Kamali N. [Introduction to psychodrama (Persian)]. Tehran: Rayagostar Publishing. 2018.

- [30] Snow S. Ritual/theatre/therapy. In: Lewis P, Jahnsen D, editors. *Current approaches in drama therapy*. Springfield: Chales C Thomas; 2000.
- [31] Navabi Nejad S. [Theories of group counseling and psychotherapy (Persian)]. Qom: Yaran; 2012.
- [32] Afarini Y, Hussein E. [The effect of psychodrama on the treatment of depression in patients with improved drug abuse (Persian)]. *Knowledge Horizon*. 2018; 24(2):96-102. <http://hms.gmu.ac.ir/article-1-2883-en.html>
- [33] Bagheri M, Saadat F, Poladi F. [The effect of psychodram on emotional rehabilitation of patients with type I Bipolar Disorder (Persian)]. *Journal of Behavioral Sciences Research*. 2018; 16(2):175-81. <http://rbs.mui.ac.ir/article-1-597-en.html>
- [34] Pourrezaian M. [Clinical evaluation of the effect of psychodrama on the treatment of social anxiety: Case study (Persian)]. *Journal of Clinical Psychology Studies*. 2016; 6(24):29-46. [DOI: 10.22054/JCPS.2016.6513]
- [35] Sarrami N, Yazdkhasti F, Oreyzi-Samani HR. [The effectiveness of psychodrama with transactional analysis content on emotion regulation and social-adaptive functions in female adolescent with bad parenting (Persian)]. 2018; 9(4):83-94. https://jcp.semnan.ac.ir/article_2927_3fd0f83190e75b02ae320b6b8d9efb25.pdf?lang=en
- [36] Khubani M, Zadeh Mohammadi A, Gerare J. [The effectiveness of psychodrama on communication and aggression skills in aggressive girls (Persian)]. *Journal of Applied Psychology*. 2013; 7(4):27-44. <https://www.sid.ir/en/journal/ViewPaper.aspx?id=387889>
- [37] Rogers CA, Kosowicz D. Psychodrama: Conception, evolution, evidence and applications. *Australian Counselling Research Journal*. 2019; 13(1):30-5. <http://www.acrjournal.com.au/resources/assets/journals/Volume-13-Issue-1-2019/Manuscript6%20-%20Evolution%20of%20Psychodrama.pdf>
- [38] Ron Y. Psychodrama's role in alleviating acute distress: A case study of an open therapy group in a psychiatric inpatient ward. *Frontiers in Psychology*. 2018; 9:2075. [DOI:10.3389/fpsyg.2018.02075] [PMID] [PMCID]
- [39] Erbay LG, Reyhani I, Unal S, Ozcan C, Ozgoçer T, Uçar C, et al. Does psychodrama affect perceived stress, anxiety-depression scores and saliva cortisol in patients with depression. *Psychodrama and Saliva Cortisol*. 2018; 5(10):970-5. [DOI:10.30773/pi.2018.08.11.2] [PMID] [PMCID]
- [40] Tarashoeva G, Marinova-Djambazova P, Kojuharov H. Effectiveness of psychodrama therapy in patients with panic disorders - final results. *International Journal of Psychotherapy*. 2017; 21(2):55-66. http://www.fepto.com/wp-content/uploads/Effectiveness_of_Psychodrama_Therapy_in_Patients_w.pdf
- [41] Dorothea G. Effectiveness of psychodrama group therapy on pupils with mathematics anxiety. *Z Psychodrama Soziometr*. 2016; 15:197-215. [DOI:10.1007/s11620-015-0299-4]
- [42] Celano CM, Beale EE, Mastromauro CA, Stewart JG, Millstein RA, Auerbach RP, Bedoya CA, et al. Psychological interventions to reduce suicidality in high risk patients with major depression: A randomized controlled trial. *Psychological Medicine*. 2017; 47(5):810-21. [DOI:10.1017/S0033291716002798] [PMID] [PMCID]
- [43] American Psychiatric Association. *The diagnostic and statistical manual of mental disorders*. Philadelphia: American Psychiatric Association; 2013.
- [44] Osorio FL, Silva Thiago DA, Santos Rafael GD, Chagas Marcos HN, Chagas Natalia MS, Sanches RF et al. Posttraumatic Stress Disorder Checklist for DSM-5 (PCL-5): transcultural adaptation of the Brazilian version. *Archives of Clinical Psychiatry*. 2017; 44(1):10-19. [DOI:10.1590/0101-6083000000107]
- [45] Hawkar I, Verena E, Claudia C, Azad AI, Frank N. The Validity of Posttraumatic Stress Disorder Checklist for DSM-5 (PCL-5) as Screening instrument with Kurdish and Arab displaced populations living in the Kurdish region of Iraq. *BMC Psychiatry*. 2018; 18:259. [DOI:10.1186/s12888-018-1839-z] [PMID] [PMCID]
- [46] Ibrahim H, Ertl V, Catani C, Ismail AA, Neuner F. The validity of Posttraumatic Stress Disorder Checklist for DSM-5 (PCL-5) as screening instrument with Kurdish and Arab displaced populations living in the Kurdistan region of Iraq. *BMC Psychiatry*. 2018; 18:259. [DOI:10.1186/s12888-018-1839-z] [PMID] [PMCID]
- [47] Wortmann, JH, Alexander HJ, Weathers FW, Resick PA, Dondanville KA, Hall-Clark, B, et al. Psychometric analysis of the PTSD Checklist-5 (PCL-5) among treatment-seeking military Service members. *Psychological Assessment*. 2016; 28(11):1392-403. [DOI:10.1037/pas0000260] [PMID]
- [48] Hadi Zadeh MH, Farzadi N. [Practical Guide to the DSM_5 Psychiatric Disorders Interview (Persian)]. Tehran: Savalan; 2018.
- [49] Sadeghi A, Hosseinpour M. Evaluation of the effectiveness of psychodrama theater therapy on reducing aggression and increasing the expression of female high school students in Izeh in the academic year of 1996-97. Paper presented at: Second International Conference on Psychology, Consultation, Education. 22 November 2018; Mashhad, Iran. <https://en.civilica.com/1/9595/>
- [50] Cheraghi M. Determining the effectiveness of psychodrama on reducing aggression and violence and increasing self-control of young people in Abdanan in 2016. Paper presented at: Fourth World Conference and First National Conference on Modern Research in Iran and the World in: Psychology, Educational Sciences, Law, Social Sciences. 18 May 2019; Shiraz, Iran. <https://search.ricest.ac.ir/inventory/36/92317.htm>
- [51] Shokraneh A, Neshat Dost H, Abedi M, Talebi H. [The effect of psychodrama on body mass index, self-esteem and cognitive-emotion regulation in obese female children (Persian)]. *Journal of Behavioral Sciences Research*. 2016; 14(3):331-8. <http://rbs.mui.ac.ir/article-1-484-en.html>
- [52] Sepanta M, Qamrani A, Hashimi M. The effect of psychodrama on role-playing method on reducing depression in blind male students. *Third National Conference on Psychology and Behavioral Sciences*, Tehran: Narkish Information Institute. 2015.
- [53] Terzioglu C, Ozkan B. Psychodrama and the Emotional State of Women Dealing with Infertility. *Sexuality and Disability*. 2018; 36(3):87-99. [DOI:10.1007/s11195-017-9514-8]
- [54] Landy RJ, Mcllellan L, Mcmullian S. The educational of the drama therapists: In search of guide. *Journal of the Arts in Psychotherapy*. 2005; 32(4):272-92. [DOI:10.1016/j.aip.2005.02.005]
- [55] Hinshelwood RD. The early experimenters with groups. *Journal of Group Analysis*, 2004; 37:323-33. [DOI:10.1177/533316404042850]
- [56] Ahmadi Froushani SH, Yazdkhasti F, Arizi HR. [The effect of psychodrama with spiritual content on students' happiness, enjoyment and mental health (Persian)]. *Journal of Applied Psychology*. 2013; 2(26):7-23. https://apsy.sbu.ac.ir/article_95924.html