

فصلنامه پژوهش‌های نوین روانشناختی

سال سیزدهم شماره ۴۹ بهار ۱۳۹۷

اثربخشی نمایش‌درمانی بر ذهن‌آگاهی و تنظیم هیجان دانش‌آموزان پسر دبیرستانی

مهدی رستم‌پور^۱

فریده حسین ثابت^۲

چکیده

هدف پژوهش حاضر تعیین اثربخشی نمایش‌درمانی بر ذهن‌آگاهی و تنظیم هیجان دانش‌آموزان پسر دبیرستانی بود. روش پژوهش نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون _ پس‌آزمون با گروه کنترل با پیگیری دوماهه بود. نمونه به‌صورت نمونه‌گیری خوشه‌ای تصادفی از میان دانش‌آموزان پسر دوره اول متوسطه شهر چالوس در سال تحصیلی ۱۳۹۳-۱۳۹۴ انتخاب شد. پرسشنامه پنج عاملی ذهن‌آگاهی بائر و پرسشنامه تنظیم هیجانی گراس و جان به‌عنوان پیش‌آزمون در بین ۱۲۱ دانش‌آموز سال نهم این چهار مدرسه توزیع و تکمیل گردید. بنا به نتایج پرسشنامه‌ها، ۱۶ دانش‌آموزی که پایین‌ترین نمرات را در هر دو پرسشنامه به دست آورده بودند غربالگری شده و به‌صورت تصادفی، ۸ نفر آن‌ها در گروه آزمایش و ۸ نفر آن‌ها در گروه کنترل، گمارش شدند. گروه آزمایش در ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای تحت آموزش نمایش‌درمانی قرار گرفت. پس از اتمام جلسه هشتم، پس‌آزمون از دو گروه کنترل و آزمایش گرفته‌شده و آزمون پیگیری دو ماه بعد در دو گروه اجرا شد. داده‌ها با استفاده از نتایج تحلیل کوواریانس چندمتغیره تحلیل شدند. نتایج این تحلیل نشان داد که میزان ذهن‌آگاهی، تنظیم هیجان و زیرمقیاس‌های تنظیم هیجان، هم در مرحله پس‌آزمون و هم در مرحله پیگیری در گروه آزمایش، در مقایسه با گروه کنترل به‌طور معنی‌داری ($P < 0.001$) افزایش یافته بود. نتایج این مطالعه نشان داد که نمایش‌درمانی تأثیر مثبت و معناداری بر ذهن‌آگاهی و تنظیم هیجان در دانش‌آموزان پسر دبیرستانی داشته و این اثربخشی تا دو ماه دوام داشته است.

واژگان کلیدی: نمایش‌درمانی؛ ذهن‌آگاهی؛ تنظیم هیجان، دانش‌آموزان

۱- دانش‌آموخته کارشناسی ارشد روانشناسی عمومی، دانشگاه علامه طباطبائی

۲- استادیار گروه روانشناسی بالینی، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه علامه طباطبائی (نویسنده مسئول)

Email: farideh_hosseinsabet@yahoo.com

مقدمه

تحقیقات حاکی از این است که صرف‌نظر از پایگاه اقتصادی-اجتماعی، جنس یا نژاد، نوجوانان امروزی با مشکلات جدی مواجه هستند به‌طوری‌که در ۵۰ سال گذشته شیوع اختلالات روان‌شناختی به شکلی برجسته در این جمعیت در حال افزایش بوده است (کولی شاو، موقان، گودمن و پیکلز^۱، ۲۰۰۴). در سه دهه گذشته ما شاهد موجی از محبوبیت و علاقه علمی نسبت به فواید روان‌شناختی ذهن‌آگاهی هستیم و تحقیق به روی ذهن‌آگاهی به شکلی برجسته در حال افزایش است (براون، ریان و کرسول^۲، ۲۰۰۷)، چرا که تحقیقات بیانگر این است که سطوح پایین ذهن‌آگاهی در نوجوانان با مشکلات مرتبط با سلامت روان (کوفی، هارتمن و فردریکسون^۳، ۲۰۱۰) و اضطراب و افسردگی (هافمن، سویر، ویت و او^۴، ۲۰۱۰)، در طیفی از جمعیت سالم و بیمار که از اختلالات جسمی و روانی رنج می‌برند، مرتبط است (گرینبرگ و هریس^۵، ۲۰۱۱). از طریق ذهن‌آگاهی، افراد تلاش می‌کنند تا نسبت به الگوهای تفکر، هیجان و واکنش خودآگاهی یافته و دست به بهترین انتخاب برای رسیدن به اهداف تعیین‌شده بزنند، درواقع ذهن‌آگاهی کمک می‌کند که فرد برخوردی ملایم، سازگار و متعادل با تجربه زمان حالش داشته و از پاسخ‌های عادت شده و خودکار و غیرعمدی بپرهیزد (گرمر، سیگر و فولتون^۶، ۲۰۰۵).

فراتحلیل تحقیقات گذشته نشان‌دهنده رابطه مثبت قوی ذهن‌آگاهی با تنظیم هیجان و تقویت آن و رابطه منفی قوی با عدم تنظیم هیجان است (هیل و آپدگراف^۷، ۲۰۱۲). هیجان در نوجوانی اهمیت بالاتری نسبت به کودکی و بزرگسالی دارد، چراکه نوجوانان تجربه بالاتری از نوسان وضعیت هیجان در روز، تجربیات شدید هیجانی (مثبت و منفی)، واکنش متعصبانه و زمان واکنش سریع‌تری نسبت به هیجانات را در مقایسه با کودکان و بزرگسالان نشان می‌دهند (لارسون و ریچاردز^۸، ۱۹۹۴). تامپسون، تنظیم هیجان را،

1- Collishaw, Maughan, Goodman & Pickles
3- Coffey, Hartman & Fredrickson
5- Greenberg & Harris
7- Hill & Updegraff

2- Brown, Ryan & Creswell
4- Hofmann, Sawyer, Witt & Oh
6- Germer, Siegel & Fulton
8- Larson & Richards

فرایندی درونی و بیرونی همراه با عامل نظارت، ارزش گذاری و تعدیل عکس العمل های هیجانی، مخصوصاً هیجان های شدید و موقتی، برای دستیابی به اهداف شخصی می داند (آلداو، نولن-هوکسما و شوایزر^۱، ۲۰۱۰).

تحقیقات بیانگر این امر است که ضعف در تنظیم هیجان در نوجوانان به: اضطراب (مک لاجلین، منین و فراچ^۲، ۲۰۰۷)، افسردگی (گرانفسکی و کریاج^۳، ۲۰۰۶)، اختلالات رفتاری، بزهکاری (آخنباخ و مک کانافی^۴، ۱۹۹۷)، پرخاشگری (آیزنبرگ، فابس، گوتریه و ریسر^۵، ۲۰۰۰) و رفتارهای پرخطر جنسی (کوپر، راسل و جرج^۶، ۱۹۹۸) منجر خواهد شد.

مطابق با آمار سازمان جهانی بهداشت ۴۵۰ میلیون نفر از اختلالات روانی رنج می برند و پنج تا از ده علت اصلی ناتوانی ها در سرتاسر جهان را شرایط روان پزشکی همچون افسردگی، مصرف الکل و... رقم می زنند و این آشفتگی های اساسی روانی ریشه در نشانه های اولیه در دوران نوجوانی دارد و مطابق با آمار سازمان جهانی بهداشت در کشورهای کمتر برخوردار، از هر پنج نوجوان یکی، از مسائل رشدی، هیجانی یا رفتاری رنج می برد (هوسمن، لویز، مک کین، مرازک و ساکسنا^۷، ۲۰۰۴).

طبق آماری که مرکز آمار و فناوری ارتباطات و اطلاعات وزارت آموزش و پرورش در سال ۱۳۹۲ اعلام کرده است تعداد دانش آموزان کل کشور مجموعاً بیش از ۱۲ میلیون دانش آموز است، در حالی که تنها حدود ۶۰۰۰ مراقب بهداشت یا پرستار بهداشت مدارس در مدرسه های سراسر کشور فعالیت دارند؛ یعنی تقریباً برای هر ۲۰۰۰ دانش آموز تنها یک پرستار بهداشت مدرسه وجود دارد که این بسیار کم است (یوسف نوری، ۱۳۹۲).

حال اگر به موازات کمبود نیروی انسانی متخصص به معضل استفاده از روش های کم تأثیر در راستای ارتقاء سطح بهداشت روانی دانش آموزان در مدارس نیز نیم نگاهی داشته باشیم، شاید به درکی واقع بینانه تر از این معضل برسیم. امروزه یکی از شیوه های نوین

1- Aldao, Nolen-Hoeksema & Schweizer

3- Garnefski & Kraaij

5- Eisenberg, Fabes, Guthrie & Reiser

7- Hoseman, Lopis, Mcqueen, Mrazek & Saxena

2- McLaughlin, Mennin & Farach

4- Achenbach & McConaughy

6- Cooper, Russell & George

مقابله با ناراحتی‌های روانی - عاطفی که در سطح جهان مورد تأکید قرار گرفته است، بهره‌گیری از فن‌های هنردرمانی گروهی است. از مزایای گروه‌درمانی شامل کارایی و صرفه‌جویی در وقت و درمان‌ها، در گیرکردن تعداد بیشتری از افراد به‌طور هم‌زمان، تجربه اشتراک، منابع و دیدگاه‌های متنوع، احساس تعلق، تمرین مهارت‌ها، تعهد، یادگیری نیایی، شبیه‌سازی زندگی واقعی و گرفتن بازخورد هست که در محیط بالینی خیلی کم استفاده می‌شود.

نمایش درمانی یکی از انواع هنردرمانی گروهی و قدرتمندترین آن‌ها است این قدرت آن از عواملی نشأت می‌گیرد؛ ماهیت گروهی بودن آن منطبق با ذات وجودی انسان است. در نمایش درمانی، نیاز صرف به حضور متخصص برای اجرا وجود ندارد، چراکه حتی یک معلم یا مددکار به‌شرط آموزش توان اجرای آن را خواهد داشت. نمایش درمانی توان اجراشدن در هر محیطی و با تجهیزاتی بسیار ساده را دارد (کاتاناج، میتشل، چسندر و ملدروم^۱، ۲۰۰۵). همچنین نمایش درمانی منطبق با نیازهای رشدی طبیعی دوره کودکی و نوجوانی است (وبرو هین^۲، ۲۰۰۵) و پژوهش‌ها حاکی از سودمندی نمایش درمانی در ارتباط با حیطه‌های مختلف بهداشت روانی از جمله کاهش؛ آشفتگی‌های هیجانی (دکوئین و پیرسون داویس^۳، ۱۹۸۳)، نشانگان افسردگی (چاپمن^۴، ۲۰۱۴)، نشانگان درد (کریستی، هود و گریفین^۵، ۲۰۰۶)، تعارض‌ها (کروسلی^۶، ۲۰۰۶)، علائم استرس پس از سانحه (جیمز و جانسون^۷، ۱۹۹۶) و بهبود مهارت‌های حرکتی، حل مسئله بین فردی (جانستون، هیلی و تریسی^۸، ۱۹۹۰) و عزت‌نفس (اورکیبی، بار و الیاکیم^۹، ۲۰۱۴) است. مشخصاً تمامی آنچه مطرح شد، بیانگر پتانسیل مثبت نمایش درمانی در حیطه‌های مختلف بهداشت روان، حل معضل مرتبط با نیروهای مراقبت بهداشت، رویکرد مراقبتی مؤثر و کاهش هزینه‌های انسانی، زمانی، اقتصادی و درمانی است؛ بنابراین از آنجایی که نشانه‌های اولیه آشفتگی‌های روانی در نوجوانی می‌تواند پیش‌بینی‌کننده دوره‌های حاد یا

1- Cattanach, Mitchell, Chesner & Meldrum
3- Dequine & Pearson-Davis
5- Christie, Hood & Griffin
7- James & Johnson
9- Orkibi, Bar & Eliakim

2- Weber & Haen
4- Chapman
6- Crossley
8- Johnston, Healey & Tracey

مزمّن بیماری‌های اساسی روانی باشد (کینان^۱ و همکاران، ۲۰۰۸) و از آنجایی که نقش قابل توجه سطوح پایین دو توانمندی ذهن آگاهی و تنظیم هیجان در کمیت و کیفیت شکل گیری این آشفتگی‌ها در نوجوانی، توسط تحقیقات انجام شده تأیید گردیده است، در این پژوهش به دنبال بررسی این فرضیه‌ها هستیم، الف) نمایش درمانی می‌تواند باعث افزایش ذهن آگاهی در دانش آموزان پسر دبیرستانی شود ب) نمایش درمانی منجر به بهبود تنظیم هیجان در دانش آموزان پسر دبیرستانی می‌شود.

روش پژوهش

تحقیق حاضر از نوع شبه آزمایشی محسوب می‌شود که در قالب طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل همراه با دوره پیگیری دوماهه، استفاده شده است. جامعه آماری مورد عمل در این پژوهش را تمامی دانش آموزان پسر دوره اول متوسطه شهر چالوس در سال تحصیلی ۱۳۹۳-۱۳۹۴ تشکیل می‌دادند. از بین چهار بخش شهرستان چالوس دو بخش به روش تصادفی خوشه‌ای و از هر بخش دو مدرسه به صورت تصادفی انتخاب شد. پرسشنامه پنج عاملی ذهن آگاهی (بائر، اسمیت، هاپکینز، کریتمیر و تونی^۲، ۲۰۰۶) و پرسشنامه تنظیم هیجانی گراس و جان^۳ (۲۰۰۳) به عنوان پیش‌آزمون در بین ۱۲۱ دانش آموز سال نهم این چهار مدرسه توزیع و تکمیل گردید. بنابه نتایج پرسشنامه‌ها، ۱۶ دانش آموزی که پایین‌ترین نمرات را در هر دو پرسشنامه به دست آورده بودند غربالگری شده و به صورت تصادفی، ۸ نفر آن‌ها در گروه آزمایش و ۸ نفر آن‌ها در گروه کنترل، گمارش شدند. گروه آزمایش در ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای تحت آموزش نمایش درمانی قرار گرفت. پس از اتمام جلسه هشتم پس‌آزمون از دو گروه کنترل و آزمایش گرفته شده و آزمون پیگیری دو ماه بعد در دو گروه اجرا شد.

ابزار پژوهش

پرسشنامه پنج عاملی ذهن آگاهی: مقیاس خودسنجی ۳۹ آیتمی است که از طریق تلفیق

1- Keenan

2- Baer, Smith, Hopkins, Krietemeyer & Toney

3- Gross & Jhon

گویه‌هایی از پرسشنامه ذهن‌آگاهی فرایبورگ، مقیاس هوشیاری و توجه ذهن‌آگاهی، مقیاس ذهن‌آگاهی کنتاکی، با استفاده از رویکرد تحلیل عاملی تحول‌یافته است.

تحلیل آیتم‌های این مقیاس نشان داد که ضریب آلفا کرونباخ این پرسشنامه در گستره‌ای بین ۰/۷۵ تا ۰/۹۱ قرار دارد. (نئوسر^۱، ۲۰۱۰). همچنین در مطالعه‌ای که بر روی اعتبار یابی و پایایی این پرسشنامه در ایران انجام گرفت، ضرایب همبستگی آزمون-باز آزمون پرسشنامه ۰/۶۷ و هم‌چنین ضرایب آلفا کرونباخ آن ۰/۸۰ به‌دست آمد (سپهری نسب، ۱۳۹۱). آزمودنی باید در یک مقیاس لیکرت ۵ درجه‌ای از ۱ (هرگز و یا بسیار به‌ندرت) تا ۵ (اغلب یا همیشه)، میزان موافقت یا مخالفت خود با هر یک از عبارات را بیان کند. دامنه نمرات در این مقیاس ۱۹۵-۳۹ هست. از جمع نمرات هر زیرمقیاس یک نمره کلی به‌دست می‌آید که نشان می‌دهد که هرچه نمره بالاتر باشد ذهن‌آگاهی هم بیشتر است (بائر و همکاران، ۲۰۰۶). آلفای کرونباخ به‌دست‌آمده برای پرسشنامه ذهن‌آگاهی در این پژوهش ۰/۷۱ بود.

پرسشنامه تنظیم هیجان: این پرسشنامه توسط گراس و جان (۲۰۰۳)، تهیه شده است. این پرسشنامه از ده گویه تشکیل شده است که دارای دو خرده‌مقیاس ارزیابی مجدد (۶ گویه ۲، ۴، ۹) و فرونشانی (۴ گویه، ۱، ۳، ۵، ۷، ۸، ۱۰) هست. پاسخ‌ها بر اساس مقیاس لیکرت (هفت‌درجه‌ای)، از کاملاً مخالف (۱) تا کاملاً موافق هست.

ضریب آلفای کرونباخ برای ارزیابی مجدد ۰/۷۹ و برای فرونشانی ۰/۷۳ و اعتبار بازآزمایی بعد از سه ماه برای کل مقیاس ۰/۶۹ گزارش شده است (گراس و جان، ۲۰۰۳). قاسم‌پور، ایل‌بیگی و حسن‌زاده در پژوهشی که جامعه آن مشتمل بر کلیه دانشجویان دانشگاه محقق اردبیلی در سال تحصیلی ۹۰-۱۳۸۹ بود، اقدام به بررسی خصوصیات روان‌سنجی این پرسشنامه نمودند. ضریب آلفای کرونباخ برای ارزیابی مجدد ۰/۷۹ و برای فرونشانی ۰/۵۲ و برای کل مقیاس ۰/۷۱ به‌دست آمد. یافته‌های مذکور با نتایج پرسشنامه اصلی (گراس و جان، ۲۰۰۳) و یافته‌های حاصل از فرهنگ ایتالیا (بالزوریتی،

جان و گراس^۱، ۲۰۱۰) همسان بوده و بیانگر این مطلب هست که با توجه به نتایج حاصل از همبستگی‌های مجموع ماده‌ها پرسشنامه دارای ثبات خوبی است (قاسم‌پور، ایل‌بیگی، حسن‌زاده، ۱۳۹۱). آلفای کرونباخ به‌دست‌آمده برای پرسشنامه تنظیم هیجانی گراس در این پژوهش ۰/۷۶ بوده است.

برنامه نمایش درمانی

در این پژوهش، نمایش درمانی مورد نظر بر اساس پروتکلی ۸ جلسه‌ای (هر جلسه به مدت ۹۰ دقیقه) برگرفته از کتاب «رویکرد عملی به نمایش‌درمانی»، تألیف اندرسون و گرینجر^۲، در سال «۲۰۰۰» است.

خلاصه فعالیت‌های صورت گرفته در جلسات نمایش درمانی به‌شرح زیر است:

جلسه اول:

ایجاد چسبندگی گروهی، آشنایی راهنمای جلسات با اعضاء و آشنایی اعضاء با یکدیگر - ارائه اطلاعات برای آگاهی دادن به اعضاء در مورد روند برگزاری جلسات - آشنایی با شیوه‌های مناسب ارتباط با دیگران - آگاهی نسبت به اعضای بدن که در تعامل اجتماعی به‌کار گرفته می‌شوند و شیوه‌های کاربرد آن‌ها در تعامل اجتماع - ایجاد فضای امن و چسبندگی گروهی.

جلسه دوم:

هیجان منفی، شناخت احساس‌های بدنی و توجه به احساس اولیه - شناخت هیجان‌های منفی - آگاهی از تأثیر هیجان‌های منفی بر اعضای بدن - تحلیل رفتار - توجه آگاهانه نسبت به افکار همراه با هیجان‌های منفی.

جلسه سوم:

شناخت کیفیت هیجان‌های منفی با تمرکز بر فکر، احساس، و هیجان - تمرکز بر شیء

1- Balzarotti, John & Gross

2- Anderson & Grainger

در زمان حال و جابه‌جایی توجه به‌صورت آگاهانه - پاسخ مقابله‌ای همراه با افزایش فعالیت جسمانی برای ایجاد احساس لذت‌بخش - ارزیابی مجدد - پذیرش.

جلسه چهارم:

آگاهی نسبت به تأثیر فکر بر هیجان و رفتار، آگاهی لحظه‌به‌لحظه از هیجان با تمرکز بر تنفس - تنش‌زدایی و دستیابی به احساس مثبت - ارزیابی مجدد - ابراز هیجان.

جلسه پنجم و ششم:

به‌کارگیری زبان شفاهی و زبان بدن در رابطه با هیجان‌ها، شناخت و تمییز هیجان‌های مثبت و منفی - آگاهی از تأثیر رفتار بر هیجان و فکر - آگاهی از تأثیر هیجان بر فکر و رفتار - ارتباط آگاهانه - ارزیابی مجدد - ابراز هیجان - تنش‌زدایی همراه با تنفس آگاهانه.

جلسه هفتم:

شناخت هیجان‌های مثبت آگاهی از تأثیر هیجان‌های مثبت بر رفتار و فکر - آگاهی از احساس پی‌آیند رفتار - آگاهی نسبت به افکار پی‌آیند هیجان‌های مثبت - ابراز هیجان‌های مثبت.

جلسه هشتم:

افزایش هیجان مثبت با ایجاد یک تجربه لذت‌بخش - آگاهی از تأثیر هیجان‌های مثبت بر رفتار و فکر - ابراز هیجان - ارزیابی مجدد - پذیرش.

یافته‌های پژوهش

با توجه به برقرار بودن پیش‌فرض‌های تحلیل کوواریانس چندمتغیره، از تحلیل کوواریانس برای متغیرهای ذهن‌آگاهی و تنظیم هیجان، جهت بررسی اثربخشی استفاده شد.

جدول (۲) تحلیل کوواریانس چند متغیری برای بررسی اثربخشی نمایش درمانی بر نمره کل ذهن آگاهی (پس‌آزمون و پیگیری)

نوع اثر	نام آزمون	مقدار	درجه آزادی	درجه آزادی خطا	F	معناداری
گروه	اثر پیلائی	۰/۹۶۳	۲	۱۲	۱۵۱/۲۵۸	۰/۰۰۱
	لامبدای ویلکز	۰/۰۳۷	۲	۱۲	۱۵۱/۲۵۸	۰/۰۰۱
	اثر هتلینگ	۲۶/۳۸۰	۲	۱۲	۱۵۱/۲۵۸	۰/۰۰۱
	بزرگ‌ترین ریشه روی	۲۶/۳۸۰	۲	۱۲	۱۵۱/۲۵۸	۰/۰۰۱

جدول (۲) نشان می‌دهد که سطح معناداری در همه موارد کمتر از ۰/۰۵ هست پس نتایج آزمون تحلیل چندمتغیره دال بر این است که بین دو گروه آزمایش و کنترل در ابعاد پنج‌گانه ذهن آگاهی از نظر آماری تفاوت معنی‌داری وجود دارد (برای مثال، اثر پیلائی=۰/۹۶۳، $P < ۰/۰۵$ ، $F=۱۵۸/۲۸۱$).

جدول (۳) تحلیل کوواریانس یک‌راهه (مانکوا) برای بررسی اثر پس‌آزمون-ذهن آگاهی

منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجات آزادی	میانگین مجذورات	آماره F	سطح معناداری	اندازه اثر
مشاهده	۱۶۶/۵۳۵	۱	۱۶۶/۵۳۵	۷۱/۲۹۲	۰/۰۰۱	۰/۵۴
توصیف	۲۶۶/۱۲۷	۱	۲۶۶/۱۲۷	۱۳۲/۰۸۴	۰/۰۰۱	۰/۷۴
گروه عمل همراه با آگاهی	۱۵۳/۲۸۸	۱	۱۵۳/۲۸۸	۲۹/۵۵۶	۰/۰۰۱	۰/۶۱
عدم قضاوت	۱۸۲/۳۵۴	۱	۱۸۲/۳۵۴	۳۰/۷۵۳	۰/۰۰۱	۰/۶۷
عدم واکنش	۲۱۰/۱۱۹	۱	۲۱۰/۱۱۹	۴۱/۴۵۰	۰/۰۰۱	۰/۶۸

جدول (۴) آزمون تحلیل کوواریانس یک‌راهه برای بررسی پیگیری - ذهن آگاهی

منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجات آزادی	میانگین مجذورات	آماره F	سطح معناداری	اندازه اثر
مشاهده	۱۴۷/۹۱۸	۱	۱۴۷/۹۱۸	۳۸/۸۳۹	۰/۰۰۱	۰/۴۸
توصیف	۱۵۹/۱۵۴	۱	۱۵۹/۱۵۴	۵۱/۷۷۶	۰/۰۰۱	۰/۵۱
گروه عمل همراه با آگاهی	۲۳۹/۶۹۷	۱	۲۳۹/۶۹۷	۴۸/۸۸۲	۰/۰۰۱	۰/۶۱
قضاوت	۱۳۰/۰۹۴	۱	۱۳۰/۰۹۴	۱۶/۹۱۶	۰/۰۰۱	۰/۴۱
عدم واکنش	۲۰۴/۸۴۲	۱	۲۰۴/۸۴۲	۴۱/۱۲۸	۰/۰۰۱	۰/۵۷

با توجه نتایج جدول ۳ و ۴، سطح معناداری در همه مؤلفه‌ها کوچک‌تر از ۰/۰۵ ($P < ۰/۰۵$) است. پس می‌توان نتیجه گرفت که نمره همه مؤلفه‌های ذهن آگاهی در پس‌آزمون و پیگیری تفاوت معناداری داشته است؛ بنابراین تأثیر نمایش درمانی بر بهبود مؤلفه‌های ذهن آگاهی تأیید می‌شود. مقدار مجذور اتا که برای شاخص اندازه اثر گزارش شده است حکایت از اثربخش بودن مداخله در هر دو مرحله پس‌آزمون و پیگیری هست.

جدول (۵) تحلیل کوواریانس چند متغیری برای بررسی اثربخشی نمایش درمانی بر تنظیم هیجان

نوع اثر	نام آزمون	مقدار	درجه آزادی فرضیه	درجه آزادی خطا	آماره F	معناداری
گروه	اثر پیلائی	۰/۹۷۵	۴/۰۰۰	۹/۰۰۰	۸۶/۸۱۰	۰/۰۰۱
	لامبدای ویلکز	۰/۰۲۵	۴/۰۰۰	۹/۰۰۰	۸۶/۸۱۰	۰/۰۰۱
	اثر هتلینگ	۳۸/۵۸۲	۴/۰۰۰	۹/۰۰۰	۸۶/۸۱۰	۰/۰۰۱
	بزرگ‌ترین ریشه روی	۳۸/۵۸۲	۴/۰۰۰	۹/۰۰۰	۸۶/۸۱۰	۰/۰۰۱

جدول (۵) نتایج آزمون تحلیل چندمتغیره دال بر این است که بین دو گروه آزمایش و کنترل در تنظیم هیجان از نظر آماری تفاوت معنی‌داری وجود دارد (برای مثال، اثر پیلائی=۰/۹۷۵، $P < ۰/۰۵$ ، $F=۸۶/۸۱۰$).

جدول (۶) تحلیل کوواریانس یک‌راهه بین پس‌آزمون و پیگیری با حذف اثر پیش‌آزمون برای متغیر ارزیابی مجدد

منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجات آزادی	میانگین مجذورات	آماره F	سطح معناداری	اندازه اثر
پس‌آزمون ارزیابی مجدد	۷۵۸/۷۷۴	۱	۷۵۸/۷۷۴	۳۷۴/۹۴۴	۰/۰۰۱	۰/۵۸
پیگیری ارزیابی مجدد	۶۹۸/۹۱۰	۱	۶۹۸/۹۱۰	۱۵۷/۸۸۰	۰/۰۰۱	۰/۴۶

با توجه جدول (۶) می‌توان گفت سطح معناداری در پس‌آزمون و پیگیری کوچک‌تر از ۰/۰۵ ($P < ۰/۰۵$) است. پس می‌توان نتیجه گرفت که نمره ارزیابی مجدد هم در

پس‌آزمون و هم در مرحله پیگیری تفاوت معناداری داشته است بنابراین تأثیر نمایش درمانی بر نمره ارزیابی مجدد تأیید می‌شود.

جدول (۷) تحلیل کوواریانس یک‌راهه بین پس‌آزمون و پیگیری با حذف اثر پیش‌آزمون برای فرونشانی

منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجات آزادی	میانگین مجذورات	آماره F	سطح معناداری	اندازه اثر
پس‌آزمون فرونشانی	۲۵۴/۰۹۱	۱	۲۵۴/۰۹۱	۷۰/۴۳۶	۰/۰۰۱	۰/۸۵۴
پیگیری ارزیابی فرونشانی	۱۷۱/۰۸۸	۱	۱۷۱/۰۸۸	۳۹/۶۱۲	۰/۰۰۱	۰/۷۶۷

با توجه جدول (۷) می‌توان گفت سطح معناداری در پس‌آزمون و پیگیری کوچک‌تر از ۰/۰۵ ($P < ۰/۰۵$) است. پس می‌توان نتیجه گرفت که نمره فرونشانی هم در پس‌آزمون و هم در مرحله پیگیری تفاوت معناداری داشته است بنابراین تأثیر نمایش درمانی بر نمره فرونشانی تأیید می‌شود.

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش ما نشان داد که نمایش درمانی برافزایش سطح ذهن آگاهی نوجوانان تأثیر داشته که این تأثیر هم در پس‌آزمون و هم در دوره پیگیری معنادار است. این یافته‌ها همسو با نتایج مثبت به اثبات رسیده نمایش درمانی در تحقیقاتی در زمینه‌های مشابه در رابطه با نوجوانان ازجمله: تحقیقات جانستون و همکاران (۱۹۸۵)، مبنی بر توانمندی حل مسئله شناختی، تحقیقات هین و فاگپا^۱ (۲۰۱۴)، مبتنی بر تقویت مهارت‌های اجتماعی، تحقیقات نووی^۲ (۲۰۰۳)، مبتنی بر کاهش پرخاشگری، افزایش مذاکره هنگام عدم توافق، حرکت از زبان غیرکلامی به زبان کلامی، تحقیقات فولوستینا، تودوراج، میشل، ارزبت، آفینا و هوکاگلو^۳ (۲۰۱۵) مبتنی بر کاهش اجتناب از مدرسه، کاهش عدم تمرکز

1- Haen & Fagpa

2- Novy

3- Folostina, Tudorache, Michel, Erzsebet, Agheana & Hocaoglu

بر تکالیف مدرسه، کاهش رفتار پرخاشگرانه و بهبود عملکرد در مدرسه، پژوهش فخری، آقای و خواجه‌حسینی (۱۳۸۴) مبتنی بر افزایش مهارت‌های ادراکی و تقویت حافظه شنیداری، پژوهش بیاتی، پورمحمدرضای‌تجریشی و زاده محمدی (۱۳۹۱) مبتنی بر بهبود فراخوانی توجه است (ذهن آگاهی با کمک به فرد برای تمرکز در زمان حال، به تقویت مهارت‌های ادراکی و فراخوانی توجه می‌انجامد). بودن در اینجا و اکنون هسته روش‌های نمایش درمانگری است. در جلسات نمایش درمانی سعی شده است که نوعی پیوستگی میان زندگی و تئاتر وجود داشته باشد و تمامی موقعیت‌هایی که فرد می‌آفریند نزدیک به موقعیت‌های واقعی زندگی باشند (اونیل و لامبرت^۱، ۱۹۸۲).

در این پژوهش از طریق امکانات نمایشی (بازی نقش، شخصیت بخشی، ماسک، بازی و...) به اعضای گروه کمک شده تا حوادث گذشته، ترس‌ها و آرزوهای آینده را به زمان حال منتقل کرده، بیافرینند و با ذهنی باز، کنجکاو، پذیرا و مهربان نسبت به لحظه اکنون آگاه شوند و زندگی را در لحظه حال به تسخیر خود درآورند، همچنان که در ذهن آگاهی نیز مهم‌ترین چیز رسیدن به لحظه الان است.

در جریان این آفرینش، به فرد فرصت داده می‌شود تا در پشت نقاب نقش و بازیگری؛ افشاگری نماید، تعارضات و کشمکش‌های درونی خود را بازگو نماید و فرصت مواجهه و آشنایی با درون خویش را پیدا کند. درواقع فرد با کمک درمانگر و سایر افراد در گروه، به آفرینش لحظه‌به‌لحظه جریان زندگی پرداخته و مدام در زمان حال سفر می‌کند، بدون آنکه به آینده برود یا به گذشته بازگردد. در جلسات درمانی سعی شده است که اعضای گروه بیش از اهداف، درگیر در فرایند آفرینش باشند؛ یعنی بیشتر تمرکز آنها بر فرایند آفرینش باشد تا هدفی خاص در ورای این آفرینندگی. نمایش درمانی با خود سفر کار دارد. در جلسات نمایش درمانی به هیچ‌وجه سعی نشده است که فرد در زمان آینده به اکنون برسد. بلکه تلاش شده تا اکنون همین الان پیش روی فرد قرار گیرد (کاکس، ۱۹۸۶). بنابراین، از سویی؛ چون در جلسات درمانی فرد در زمان حال عمل

1- O'Neill & Lambert

2- Cox

می‌کند و از سویی دیگر؛ نمایش درمانگر با استفاده از روش‌های خلاق در هنر درمانی از جمله ایفای نقش، داستان، بداهه‌گویی و ترکیب دیگر فنون تئاتر فرایندی تجربی، عینی و عملی را، به‌جای گفت‌وگویی صرف شکل می‌دهد، می‌توان گفت: مراجع، در طول جلسات نمایش درمانی، مدام به تمرین و تکرار و تجربه بودن در زمان حال پرداخته و به همین دلیل است که نمونه‌های پژوهش توانسته‌اند، این توانمندی یا بهتر بگوییم، این روش مهم زندگی (ذهن آگاهی) و آگاهی لحظه‌به‌لحظه از آن را در پایان جلسات کسب کنند (کاکس، ۱۹۸۶).

نتایج پژوهش ما دال بر این است که نمایش درمانی بر تغییر سطح ارزیابی مجدد و فرونشانی پسران نوجوان مؤثر است. این یافته‌ها همسو با نتایج: پژوهش دکوئین و پیرسون داویس (۱۹۸۳) مبتنی بر کاهش آشفتگی‌های هیجانی دوره نوجوانی، پژوهش کریستی و همکاران (۲۰۰۶) مبتنی بر کاهش نشانه‌های درد مزمن و افزایش ابراز خود بدون احساس غم از محدودیت‌های فیزیکی، پژوهش روسو^۱ و همکاران (۲۰۰۷) مبتنی بر بهبود مهارت‌های هیجانی و رفتاری و سازگاری اجتماعی کودکان. پژوهش مونته آ و روسیو^۲ (۲۰۰۸) مبتنی بر ابراز و آگاهی هیجانی، پژوهش اون^۳ (۲۰۱۰) مبتنی بر افزایش خودانگیختگی، عزت‌نفس و درمان لالی انتخابی، پژوهش ساگلامل و کایوقلو^۴ (۲۰۱۳) مبتنی بر کاهش اضطراب زبان خارجه، پژوهش چاپمن (۲۰۱۴) مبتنی بر کاهش نشانه‌های افسردگی، پژوهش اناری، دادستان و صالح صدق‌پور (۱۳۸۶) مبتنی بر اختلال اضطراب اجتماعی و پژوهش ریس، کوئل، برت و میوکس^۵ (۱۹۹۸) مبتنی بر کاهش سطوح خشم.

در این پژوهش سعی شده است تا مراجع احساس، موضوع، شخصیت، خود و یا جنبه‌هایی از خود را در چارچوب نمایش ارائه کند؛ یعنی دست به شخصیت بخشی و جعل هویت بزند. این کار یا با بازی کردن یک نقش (بازی قسمت‌هایی از خودشان یا با

1- Rousseau

3- Oon

5- Reiss, Quayle, Brett & Meux

2- Moneta & Rousseau

4- Saglamel & Kayaoglu

شخصیت بخشی به اشیاء، استفاده از اشیائی مثل عروسک یا ماسک برای ارائه یک موضوع) انجام می‌گیرد.

شخصیت بخشی یا جعل هویت یک مراجع را به تجربه آنچه که دوست دارد باشد، قادر می‌سازد. در چنین فضایی اعتماد به نفس افزایش یافته، رابطه عمیق‌تر شده و در نتیجه مقاومت‌ها برای بروز درونیات به‌ویژه تخلیه هیجان‌ها کاهش می‌یابد. همچنین با ایجاد امکان شخصیت بخشی و جعل هویت در طول جلسات درمانی به مراجعان کمک شده تا به توسعه روش‌های ارتباطی با دیگران پرداخته و بتوانند یک موقعیت را از نقطه نظر دیگران ببینند و بدین ترتیب شرایط برای ایجاد همدلی و همانندسازی تسهیل گردد. همدلی و همانندسازی در هر کاری، شناسایی، تشدید و بروز هیجانات و درگیری عاطفی بالایی را موجب می‌شود (ایمونه^۱، ۲۰۰۰). در تمامی جلسات درمانی، برای اعضای گروه درمانی این امکان فراهم شده است که به فرافکنی جنبه‌هایی از خود و یا تجربیات به اجزای تأثیر و یا به دیگران که نقش تماشاگر (یا هم‌بازی) را بازی می‌کنند بپردازند چراکه فرافکنی موجب تخلیه هیجانی می‌شود (ایمونه، ۲۰۰۰).

در جلسات درمانی این پژوهش رابطه به‌عنوان عنصر اساسی و پایه‌ای نمایش درمانی، مورد توجه بوده است و در جلسات درمانی سعی شده است که رابطه از طریق بداهه سازی و بداهه پردازی تقویت شود و رشد کند. چرا که همان‌گونه که ساتیر (۱۹۸۸) می‌گوید: "ارتباط مانند پرده‌های چتر است که با بازو بسته شدن هر چه میان انسان‌ها باشد را برملا می‌کند". رابطه به سبب ماهیت بازخوردی‌ای که دارد در فرد زنجیره‌ای از پرسش‌ها را رقم می‌زند و فرد به کسب آگاهی از آنچه اکنون در حال وقوع است ترغیب می‌شود؛ این پرسش‌ها نه تنها به صورت خود به خودی شکل می‌گیرد بلکه به‌طور مستقیم هم از اعضا در هر جلسه خواسته می‌شود به معنای حالات هیجانی خود فکر کرده و به صورت بندی تفسیرهای خود از موقعیت‌ها بپردازند. درواقع، رابطه فرد را نسبت به افکار و هیجان‌ها و پیامدهای آنها آگاه می‌کند. (جینگز، کتانچ، میتشل، چسندر، ملدروم و نفا^۲، ۱۹۹۲).

1- Emunah

2- Jennings, Cattanach, Mitchell, Chesner, Meldrum & Nfa

فعالیت‌های نمایشی نتیجه مستقیم توانایی بازی نقش است. در جلسات نمایش درمانی به بازیگران (مراجعان) کمک شده تا خودشان و تجربیات زندگی‌شان را به حیطه تفسیر نقش محول شده در زمینه نمایش یا تئاتر مورد نظر وارد کرده و نقش‌های مختلفی را به وجود آورده و تجربه کنند. مهم‌ترین راه به وجود آوردن نقش‌های مختلف در زندگی و نمایش به وجود آوردن اگرهای مختلف است. وقتی کلمه اگر پیش می‌آید یک پرش ذهنی به طرف تجسم و تصور به وجود می‌آید. حضور این کلمه باعث تخیل می‌شود. با بهره‌گیری از تخیل که ضرورت اساسی خلاقیت است، دنیایی بزرگ و پهن‌تر در مقابل چشمان فرد گشوده می‌شود. تخیل، خلاقیت و فوریت، فرد را آزاد می‌گذارد که از زاویه‌ای نو به موقعیتی که در آن هست بنگرد و آن را ارزیابی کند و دریابد که می‌توان به شیوه‌ای دیگر هم فکر کرد (جونز^۱، ۲۰۰۸).

پیشنهاد می‌شود تاثیر آموزش نمایش درمانی برای هریک از هیجان‌های منفی مانند خشم، افسردگی و اضطراب به‌طور جداگانه بررسی گردد و همچنین در نوجوانان دختر نیز مداخله مشابهی انجام پذیرد.

تاریخ دریافت نسخه اولیه مقاله: ۱۳۹۶/۰۳/۱۸

تاریخ دریافت نسخه نهایی مقاله: ۱۳۹۶/۰۵/۲۰

تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۹۶/۰۷/۲۲

1- Jones

منابع

- حیدری نسب، ل.، احمدوند، ز. و شعیری، م. ر. (۱۳۹۱). واریسی اعتبار و روایی پرسشنامه پنج وجهی ذهن آگاهی در نمونه‌های غیربالینی ایرانی، *مجله علوم رفتاری*، ۷، ۲۲۹-۲۳۷.
- اناری، آ.، دادستان، پ.، و صالح صدق‌پور، ب. (۱۳۸۶). اختلال اضطراب اجتماعی و نمایش درمانگری، *فصلنامه روان‌شناسی ایران*، ۴، ۱۱۵-۱۲۳.
- بیانی، ح.، پورمحمدرضای تجربی، م.، و زاده محمدی، ع. (۱۳۹۱). اثربخشی نمایش درمانی بر فراخنای توجه دانش‌آموزان پسر دارای ناتوانی هوشی تحولی، *مجله روانشناسی بالینی*، ۴، ۷۵-۸۵.
- فخری، ف.، آقایی، ح.، و خواجه حسینی، ح. (۱۳۸۴). بررسی تأثیر نمایش درمانی در افزایش مهارت‌های حرکتی و حافظه شنیداری کم‌توان ذهنی با هوش‌بهر ۷۰-۵۵ در دامنه سنی ۱۰-۱۵ سال، *مجله علوم توان‌بخشی*، ۶، ۲۴-۳۰.
- قاسم‌پور، ع.، ایل‌بیگی، ر. و حسن‌زاده، ش. (۱۳۹۱). خصوصیات روان‌سنجی پرسشنامه تنظیم هیجانی گراس و جان در یک نمونه ایرانی، *ششمین همایش پیداشت روانی*، دانشگاه گیلان، ۷۲۲-۷۲۴.
- Achenbach, T.M., & McConaughy, S.H. (1987). *Empirically based assessment of child and adolescent psychopathology: Practical applications*, Thousand Oaks, CA, US: Sage Publications, Inc.
- Aldao, A., Nolen-Hoeksema, S., & Schweizer, S. (2010). Emotion-regulation strategies across psychopathology: A meta-analytic review, *Clinical psychology review*, 30, 217-237.
- Andersen, M. & Grainger, R. (2000). *Practical approaches to dramatherapy: the shield of Perseus*, Jessica Kingsley Publishers.
- Baer, R.A., Smith, G.T., Hopkins, J., Krietemeyer, J. & Toney, L. (2006). Using self-report assessment methods to explore facets of mindfulness, *Assessment*, 13, 27-45.
- Balzarotti, S., John, O.P. & Gross, J.J. (2010). An Italian adaptation of the emotion regulation questionnaire, *European Journal of Psychological Assessment*, 26, 61-67.
- Brown, K.W., Ryan, R.M. & Creswell, J.D. (2007). Mindfulness: Theoretical foundations and evidence for its salutary effects, *Psychological inquiry*, 18, 211-237.

-
- Cattanach, A., Mitchell, S., Chesner, A. & Meldrum, B. (2005). *The handbook of dramatherapy*, Routledge
- Chapman, E.J. (2014). Using dramatic reality to reduce depressive symptoms: A qualitative study, *The Arts in Psychotherapy*, 41, 137-144.
- Christie, D., Hood, D. & Griffin, A. (2006). Thinking, feeling and moving: Drama and movement therapy as an adjunct to a multidisciplinary rehabilitation approach for chronic pain in two adolescent girls, *Clinical child psychology and psychiatry*, 11, 569-577.
- Coffey, K.A., Hartman, M. & Fredrickson, B.L. (2010). Deconstructing mindfulness and constructing mental health: Understanding mindfulness and its mechanisms of action, *Mindfulness*, 1, 235-253.
- Collishaw, S., Maughan, B., Goodman, R. & Pickles, A. (2004). Time trends in adolescent mental health, *Journal of Child Psychology and psychiatry*, 45, 1350-1362.
- Cooper, M.L., Russell, M., & George, W.H. (1988). Coping, expectancies, and alcohol abuse: a test of social learning formulations, *Journal of abnormal psychology*, 97, 218.
- Cox, M. (1986). *Coding the Therapeutic Proces*, Readers Digest.
- Crossley, T. (2006). Letting the Drama into Group Work Using conflict constructively in performing arts group practice, *Arts and Humanities in Higher Education*, 5, 33-50.
- Dequine, E.R. & Pearson-Davis, S. (1983). Videotaped improvisational drama with emotionally disturbed adolescents a pilot study, *The Arts in Psychotherapy*, 10, 15-21.
- Eisenberg, N., Fabes, R.A., Guthrie, I.K. & Reiser, M. (2000). Dispositional emotionality and regulation: their role in predicting quality of social functioning, *Journal of personality and social psychology*, 78, 136.
- Emunah, R. (2000). *The integrative five phase model of drama therapy. Current approaches in drama therapy*, Charles C Thomas Publisher.
- Folostina, R., Tudorache, L., Michel, T., Erzsebet, B., Agheana, V., & Hocaoglu, H. (2015). Using Play and Drama in Developing Resilience in Children at Risk, *Procedia-Social and Behavioral Sciences*, 197, 2362-2368.
-

- Garnefski, N. & Kraaij, V. (2006). Relationships between cognitive emotion regulation strategies and depressive symptoms: A comparative study of five specific samples, *Personality and Individual differences*, 40, 1659-1669.
- Germer, C.K., Siegel, R.D. & Fulton, P.R. (Eds.). (2013). *Mindfulness and psychotherapy*, Guilford Press.
- Greenberg, M.T., & Harris, A.R. (2012). Nurturing mindfulness in children and youth: Current state of research, *Child Development Perspectives*, 6, 161-166.
- Gross, J.J. & John, O.P. (2003). Individual differences in two emotion regulation processes: implications for affect, relationships, and well-being, *Journal of personality and social psychology*, 85, 348.
- Haen, C. & Fagpa, L. (2014). Examining roles in children's group therapy: Applying a dramaturgical role instrument to group process, *The Arts in Psychotherapy*, 41, 554-562.
- Hill, C.L. & Updegraff, J.A. (2012). Mindfulness and its relationship to emotional regulation, *Emotion*, 12, 81.
- Hofmann, S.G., Sawyer, A.T., Witt, A.A. & Oh, D. (2010). The effect of mindfulness-based therapy on anxiety and depression: A meta-analytic review, *Journal of consulting and clinical psychology*, 78, 169.
- Hoseman, C., Lopis, E., Mcqueen, D, Mrazek, P. & Saxena, SH. (2004). *Prevention of mental disorders*, World health organization.
- James, M. & Johnson, D.R. (1996). Drama therapy in the treatment of combat-related post-traumatic stress disorder, *The Arts in Psychotherapy*, 23, 383-395.
- Jennings, S., Cattanach, A., Mitchell, S., Chesner, A., Meldrum, B. & Nfa, S. M. (2005). *The handbook of dramatherapy*, Routledge.
- Johnston, J., Healey, K. & Tracey, D. (1985). Drama and Interpersonal Problem Solving: A Dynamic Interplay for Adolescent Groups, *Child Care Quarterly*, 14, 238-247.
- Jones, P. (2008). Research into the core processes of drama therapy: Vignettes and conversations, *The Arts in Psychotherapy*, 35, 271-279.

- Keenan, K., Hipwell, A., Feng, X., Babinski, D., Hinze, A., Rischall, M. & Henneberger, A. (2008). Subthreshold symptoms of depression in preadolescent girls are stable and predictive of depressive disorders, *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 47, 1433-1442.
- Larson, R. & Richards, M.H. (1997). Divergent Realities: The Emotional Lives of Mothers, Fathers, and Adolescents, *Journal of Leisure Research*, 29, 135.
- McLaughlin, K.A., Mennin, D.S. & Farach, F.J. (2007). The contributory role of worry in emotion generation and dysregulation in generalized anxiety disorder, *Behaviour Research and Therapy*, 45, 1735-1752.
- Moneta, I., & Rousseau, C. (2008). Emotional expression and regulation in a school-based drama workshop for immigrant adolescents with behavioral and learning difficulties, *The Arts in Psychotherapy*, 35, 329-340.
- Neuser, N.J. (2010). Examining the factors of mindfulness: a confirmatory factor analysis of the Five Facet Mindfulness Questionnaire [dissertation], *Forest Grove (OR): Pacific University Common Knowledge*.
- Novy, C. (2003). Drama therapy with pre-adolescents: a narrative perspective, *The Arts in Psychotherapy*, 30, 201-207.
- O'Neill, C. & Lambert, A. (1982). *Drama structures: A practical handbook for teachers*, Nelson Thornes.
- Orkibi, H., Bar, N., & Eliakim, I. (2014). The effect of drama-based group therapy on aspects of mental illness stigma, *The Arts in Psychotherapy*, 41, 458-466.
- Oon P.P. (2010). Playing with Gladys: A case study integrating drama therapy with behavioural interventions for the treatment of selective mutism, *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 15, 215-230.
- Reiss, D., Quayle, M., Brett, T. & Meux, C. (1998). Dramatherapy for mentally disordered offenders: changes in levels of anger, *Criminal Behavior and Mental Health*, 8, 139-153.
- Rousseau, C., Benoit, M., Gauthier, M.F., Lacroix, L., Alain, N., Rojas, M.V. & Bourassa, D. (2007). Classroom drama therapy program for immigrant

and refugee adolescents: A pilot study, *Clinical child psychology and psychiatry*, 12, 451-465.

Sağlamel, H. & Kayaoğlu, M.N. (2013). Creative drama: A possible way to alleviate foreign language anxiety, *RELC Journal*, 44, 377-394.

Weber, A.M. & Haen, C. (Eds.). (2005). *Clinical applications of drama therapy in child and adolescent treatment*, Psychology Press.