

پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی نمایش درمانگری خانواده بر کاهش تعارض والد فرزند در نوجوانان انجام شد. روش پژوهش این مطالعه شبه آزمایشی با ساختار طرح تک آزمودنی است. گروه نمونه به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند و شامل ۴ نوجوان ۱۴-۱۲ ساله می‌شد که در دو مدرسه راهنمایی منطقه یک شهر تهران در سال تحصیلی ۱۳۹۳-۱۳۹۲ مشغول به تحصیل بودند. آزمودنی‌ها در هفت جلسه نمایش درمانگری خانواده شرکت کردند و پرسشنامه اندازه‌گیری تعارض والد - نوجوان (فرم نوجوان) سه مرتبه پیش از اجرای مداخله (خط پایه) و در جلسات سوم، پنجم و هفتم نمایش درمانی توسط آنها تکمیل گردید. علاوه بر این به منظور پیگیری روند تغییرات پس از مداخله، نتایج پژوهش ۲ مرتبه (دو هفته و چهار هفته پس از مداخله) به وسیله پرسشنامه مذکور پیگیری شد. یافته‌های پژوهش با استفاده از روش‌های تحلیل چشمی نمودار، محاسبه اندازه اثر و درصد تغییرات تحلیل شدند.

تحلیل یافته‌ها نشان داد نمایش درمانگری خانواده در کاهش تعارض والد - نوجوان در هر چهار آزمودنی مؤثر بوده است. مسئله قابل توجه تغییر چشمگیر تعارض والد - نوجوان در سه جلسه اول مداخله بود. یعنی همزمان با آموزش تعاملات مثبت در خانواده، بهبود روابط، تأکید بر لزوم تفریح در خانواده و در بیرون از خانواده و تأکید بر نقش پدر در خانواده، بیشترین تغییرات در آزمودنی‌ها گزارش شد.

■ واژگان کلیدی:

خانواده درمانی، نمایش درمانی، نمایش درمانگری خانواده، تعارض والد - نوجوان، طرح تک آزمودنی.

اثربخشی نمایش درمانگری خانواده

بر کاهش تعارض والد - نوجوان

یک مطالعه تک آزمودنی

محمدعلی مظاهری

استاد دانشگاه شهید بهشتی
mazaheri45@gmail.com

هی سو چون

استاد دانشگاه سیاتل آمریکا
cheon@spu.edu

مریم جمشیدی سیانکی

دانشجوی دکتری روان‌شناسی بالینی دانشگاه شهید بهشتی
ma.jamshidi90@gmail.com

آسیه اناری

دکترای روان‌شناسی بالینی دانشگاه شهید بهشتی
asiehanari@gmail.com

کارینه طهماسبیان

استادیار دانشگاه شهید بهشتی
k_tahmassian@sbu.ac.ir

مقدمه

نوجوانی^۱ به‌عنوان دوره‌ای پرفراز و نشیب میان بالیدگی جنسی^۲ و پیشرفت نقش‌ها و مسئولیت‌های بزرگسالی در نظر گرفته می‌شود. (دال^۳، ۲۰۰۴) شروع دوران نوجوانی با بلوغ است و با عهده‌دار شدن مسئولیت‌های بزرگسالی پایان می‌یابد. (ماسن^۴ و دیگران، ۱۳۸۲) آنچه در این میان حائز اهمیت است تعامل بین تغییرات زیستی^۵ (از جمله بلوغ^۶ و سازماندهی مجدد مغزی^۷) و تغییرات اجتماعی بافتی^۸ (برای مثال استقلال بیشتر و پررنگ شدن رابطه با همسالان) می‌باشد (بلکمور^۹ و دیگران، ۲۰۱۰) که نوجوانی را به یکی از مهم‌ترین نقاط عطف تحولی^{۱۰} و دورانی دشوار برای نوجوانان و همچنین برای والدین تبدیل می‌کند. (گونزالس^{۱۱}، ۲۰۰۹)

در دوران نوجوانی والدین و فرزندان‌شان باید بتوانند روابط تازه‌ای با یکدیگر برقرار کنند. به‌علاوه والدین باید نیاز نوجوانان به استقلال را بشناسند و آن را تشویق نمایند. نوجوانان نیز باید آزادی کافی داشته باشند تا بتوانند عقاید خود را به‌عنوان افرادی با نیازها و احساسات متفاوت ابراز کنند، تصمیماتی گرفته و مسئولیت و عواقب این تصمیمات را بر عهده بگیرند. (اوزر^{۱۲} و دیگران، ۲۰۰۲ و کسلر^{۱۳} و دیگران، ۲۰۰۵) ناتوانی هر یک از طرفین در این میان می‌تواند آسیب‌های جدی را ایجاد کند. در همین راستا عوامل خانوادگی می‌توانند نقش مهمی در پدیدآیی آسیب‌های روانی در نوجوانی ایفا کنند و پژوهش‌های متعددی به نقش تعارضات والد - نوجوان و عوامل خانوادگی در بروز اختلالات دوران نوجوانی مانند اختلالات برونی‌سازی شده (دزد^{۱۴} و دیگران، ۱۹۹۲ و کلاین^{۱۵} و دیگران، ۱۹۹۷)؛ افسردگی (فورهند^{۱۶} و دیگران، ۱۹۹۸ و هوگ و دابر، ۲۰۱۳)، اختلالات

۳۴

1. Adolescence
2. Sexual Maturation
3. Dahl
4. Massen
5. Biological Changes
6. Puberty
7. Brain Reorganization
8. Socio-Contextual Changes
9. Blakemore
10. Developmental Turning Point
11. Gonzales
12. Ozer
13. Kessler
14. Dadds
15. Klien
16. Forehand

اضطرابی (وبلی^۱ و دیگران، ۱۹۹۹: ۸۲۶)، اختلالات مصرف مواد (موروجل و بروک^۲، ۲۰۰۴ و هندریکس^۳ و دیگران، ۲۰۱۱)، اختلالات خوردن (ماهاراج^۴ و دیگران، ۲۰۰۱ و لاتیمور^۵ و دیگران، ۲۰۰۰) اشاره کرده‌اند.

محیط خانوادگی کم تنش و تعارض کمتر والدین نه تنها آسیب‌شناسی روانی را کاهش می‌دهد بلکه ویژگی‌های مثبت را نیز در فرزندان ارتقاء می‌بخشد. (الیوا و آرانز^۶، ۲۰۰۵) دمو و آکوک^۷ (۱۹۹۶: ۴۵۷-۴۸۸) رابطه مثبت و توأم با احترام والدین و سطح تعارض پایین بین آنها را به‌عنوان یکی از پیش‌بینی‌کننده‌های کودکان و نوجوانان با سلامت روان‌شناختی بالا گزارش کردند. نوجوانان با برقراری رابطه‌های خانوادگی مؤثر و سالم و روابط سازگارانه با محیط و همسالان، احساس آرامش و رضایت بیشتری خواهند داشت. (سان و شک^۸، ۲۰۱۱) با توجه به نقش عوامل خانوادگی به‌نظر می‌رسد مداخلات زودهنگام در سطح خانواده می‌تواند نقش به‌سزایی در کاهش آسیب‌های روان‌شناختی و ارتقای بهزیستی روان‌شناختی نوجوان ایفا کند. بسیاری از پژوهشگران (از جمله؛ بروک^۹ و دیگران، ۲۰۰۶) مداخلات خانوادگی را در گذار موفقیت‌آمیز نوجوانی به جوانی عامل حیاتی می‌دانند و نقش خانواده را به‌دلیل ماهیت نزدیک روابط اولیه‌ای که برقرار می‌شود؛ شایان اهمیت می‌شمارند. اما چالش اصلی برای وارد کردن کودکان و نوجوانان در جلسه درمان، تفاوت سطوح شناختی و زبانی با بزرگسالان و مقاومت در مقابل فرآیند درمانی است که سبب می‌شود موضوع‌ها و نیز شکل بیان آنها در قالب کلامی برای کودک و نوجوان غیرقابل فهم و خسته‌کننده باشد، آنها در درمان مشارکت مثبت نکنند و در نتیجه به‌رغم حضور فرزندان در جلسه؛ آنها همچنان در حاشیه باقی بمانند. بنابراین، برای وارد کردن کودکان در جلسه‌های خانواده‌درمانی باید از روش‌هایی استفاده کرد که هم برای والدین و هم برای کودکان و نوجوانان قابل درک و استفاده باشد. در این زمینه برخی از درمانگران متوجه هنر، نمایش و روش‌های خلاقانه‌ای شدند (سوری و اسپرنکل^{۱۰}،

1. Whaley
2. Morojele & Brook
3. Hendriks
4. Maharaj
5. Lattimore
7. Oliva & Arranz
7. Demo & Acock
8. Sun & Shek
9. Brock
10. Sori & Sprenkle

۲۰۰۴) که علاوه بر مناسب بودن برای کودکان و به‌خصوص نوجوانان، برای بزرگسالان و درمانگران نیز قابل استفاده است و موجب کاهش اضطراب و تسهیل جو ارتباطی و بیان موضوع‌های ممنوع به‌صورت نمادین می‌شود. با توجه به ماهیت وجودی نمایش و تئاتر، به‌نظر می‌رسد یکی از انواع خلاقانه خانواده‌درمانی مناسب برای نوجوانان می‌تواند در ترکیب با نمایش‌درمانی به‌وجود آید. نمایش‌درمانی افراد را قادر به بیان دنیای درونی خود می‌کند. از این‌رو می‌تواند در کار کردن با خانواده‌ها بسیار سودمند باشد؛ به‌طوری‌که افراد خانواده را قادر می‌سازد زمان‌های سخت در زندگی‌شان را کشف کرده و تجارب خود را به‌شکلی نمایشی بازسازی کنند. (جنینگز^۱، ۱۹۹۸) دالز^۲ (۱۹۹۵) معتقد است بازنمایی‌های نمادین در نمایش، نشان‌دهنده دیدگاه هر یک از اعضای خانواده به زندگی است. به بیان دیگر، چنین بازنمایی‌های نمادینی به‌عنوان استعاره‌های ماندگاری، ماهیت خانواده به‌عنوان یک واحد و نظام و سطح عملکرد آن را به توصیف می‌کشد. الگوهایی که خانواده‌ها بروز می‌دهند، نشان‌دهنده سیستم‌های نمادین عمیق و مشترک اعضای خانواده است. با استفاده از تکنیک‌های نمایشی، این سیستم‌های نمادین کشف و اصلاح می‌شوند تا تغییر در خانواده به‌وجود آید. میزان انعطاف‌پذیری یا مقاومت اعضای خانواده همراه با سطح وابستگی اعضاء به این سیستم‌های نمادین، بر عمق بینش اعضای خانواده در فرآیند نمایش‌درمانی تأثیرگذار خواهد بود. این بینش، وقتی درونی شود؛ اعضای خانواده را قادر به تغییر روابط در خارج از جلسات درمانی می‌کند. (مک‌فارلن و هاروی^۳، ۲۰۱۲). نمایش‌درمانی را می‌توان استفاده منظم و هدفمند از تولیدات و فرایندهای نمایشی یا تئاتری دانست که برای رسیدن به اهداف درمانی از جمله کاهش نشانه‌ها^۴، یکپارچگی جسمانی و هیجانی^۵ و رشد و تحول فردی^۶ به‌کار برده می‌شود. (انجمن ملی نمایش‌درمانی آمریکا^۷، ۲۰۱۲) نمایش‌درمانی رویکردی فعال و خلاقانه است که به مراجع کمک می‌کند قصه خود را بگوید، مشکلاتش را حل کند، به آرامش برسد، عمق تجارب درونی خود را گسترش دهد، به معنای تصاویر ذهنی خود دست یابد و توانایی مشاهده نقش‌های

1. Jennings
2. Dallos
3. McFarlane & Harvey
4. Symptoms Reducing
5. Physical & Emotional Integration
6. Personal Development
7. NADT: National Association of Drama Therapy

خود و انعطاف‌پذیری بین آنها را به‌دست آورد. (وو^۱، ۲۰۰۸؛ سیمونز^۲، ۲۰۱۱؛ گیلبرت^۳ و دیگران، ۲۰۱۲؛ دی وینستیس^۴، ۲۰۱۰؛ ونتر^۵، ۲۰۰۴؛ بریانت و داروین^۶، ۲۰۰۴ و کوسوسکی و اسمیت^۷، ۲۰۱۱) نمایش‌درمانی با استفاده از فنون و راهبردهایی چون نمایش‌نامه، بازی نقش، ماسک و موسیقی در فضایی استعاری و با هدف ایجاد تغییرات مستقیم و غیرمستقیم، افزایش هشیاری نسبت به احساسات، افکار و رفتارها، تجربه فضاهایی در گذشته و آینده و دستیابی به رشد و ارتقای فردی، دست به اعمال تغییرات در سطح فرد، گروه و یا خانواده می‌زند. (هن و وبر^۸، ۲۰۰۵؛ آندرسن وارن و گرینجر^۹، ۲۰۰۰ و دوایل^{۱۰}، ۲۰۰۵).

یکی از مهم‌ترین مزایای نمایش‌درمانگری خانواده بدون شک این است که اعضای خانواده می‌توانند به‌شیوه‌ای که کمتر تهدیدکننده است در مورد خود و مشکلات‌شان بیشتر بیاموزند. همچنین با اجرای فنون نمایش‌درمانی در فرآیند خانواده‌درمانی، مراجعین و به‌خصوص نوجوانان کمتر حالت دفاعی می‌گیرند و خود را در فرآیند درمانی غرق می‌کنند. (پرکوویتز^{۱۱}، ۲۰۰۲) اساساً با استفاده از نمایش‌درمانی در جلسات خانواده‌درمانی، درمانگر می‌تواند تأثیر عمیق‌تر و طولانی‌مدت‌تری بر اعضای خانواده بگذارد، مقاومت کاهش می‌یابد و مشکلات جدای از افراد دیده می‌شوند. به‌علاوه اعضای خانواده می‌توانند دلمشغولی‌ها و مشکلات دیگر اعضا را ببینند؛ نه اینکه تنها در مورد آن بشنوند. (تسی^{۱۲}، ۲۰۰۸).

بنابراین می‌توان گفت استفاده از نمایش در فرآیند خانواده‌درمانی، روابط والد - فرزند را بهبود می‌بخشد، نقاط قوت و ضعف خانواده را به‌عنوان یک واحد، آشکار می‌کند، اعضای خانواده می‌توانند نقش‌های خود را به‌چالش بکشند و مسئولیت‌های خود را تصریح کنند. (لویس و جانسون^{۱۳}، ۲۰۰۰ و تسی، ۲۰۰۸) هاروی (۲۰۰۳) بر این نظر است که هدف اصلی از ترکیب نمایش‌درمانی و خانواده‌درمانی، کمک به خانواده برای تزریق خلاقیت

1. Wu
2. Simons
3. Gibert
4. De Vincentis
5. Venter
6. Bryant & Darwin
7. Kosovski & Smith
8. Hean & Weber
9. Anderson-Warren & Grainger
10. Doyle
11. Perecovicz
12. Tsai
13. Lewis & Johnson

به زندگی روزمره و همچنین جایگزین کردن معنا، هیجان مثبت و همکاری به جای تعارض و درگیری است.

بر خلاف تأکیدهای نظری و با وجود استفاده از مداخلات مبتنی بر نمایش در ترکیب با خانواده‌درمانی در چندین مطالعه (برای مثال؛ پروت^۱، ۱۹۸۶؛ فلومنهافت و دیکوری^۲، ۱۹۹۲؛ هولمز^۳، ۱۹۹۳ و بکتس^۴، ۲۰۰۶) و گزارش نتایج مثبت، ادبیات پژوهشی در مورد پیوند نمایش‌درمانی و خانواده‌درمانی در گروه سنی نوجوانان بسیار اندک است. در تنها مطالعه موجود تسی (۲۰۰۸) در مطالعه‌ای با استفاده از فعالیت‌های نمایشی در مداخله‌ای خانواده‌محور، زمینه بزهکاری در پسران در معرض خطر را کاهش داد؛ خودپنداره^۵ آنها را افزایش داد و روابط بین والدین و نوجوانان را بهبود بخشید.

به‌رغم حرکت‌های انجام‌شده در زمینه نمایش‌درمانگری خانواده، یافته‌های پژوهشی بسیار محدود است و این فقدان یافته‌های پژوهشی باعث‌شده حرکت‌های صورت‌گرفته در این زمینه هنوز متخصصان را برای به‌کارگیری این روش جدید (نمایش‌درمانگری خانواده) قانع نساخته باشد. بنابراین، کمبود منابع پژوهشی که در پیشینه موجود خودنمایی می‌کند اهمیت انجام پژوهشی مستقل در این زمینه را توجیه می‌نماید. هدف مطالعه حاضر بررسی اثربخشی نمایش‌درمانی خانواده بر کاهش تعارض والد - نوجوان می‌باشد.

روش

روش پژوهش این مطالعه شبه‌آزمایشی با ساختار طرح تک‌آزمودنی با خط پایه^۶ است. از آنجایی که در طرح‌های پژوهشی گروهی، باید افراد مشابهی را در شرایط یکسان بالینی به گروه‌های تصادفی آزمایشی و گواه تقسیم کرد (سیف، ۱۳۷۷) و در این مطالعه امکان انتخاب و درمان خانواده‌های زیادی وجود نداشت؛ از طرح پژوهشی تک‌آزمودنی استفاده شد. جامعه آماری این پژوهش عبارت است از کلیه دانش‌آموزان پایه‌های هفتم، هشتم و نهم (۱۴-۱۲ سال) که در دو مدرسه راهنمایی دخترانه و پسرانه در منطقه یک شهر تهران در سال تحصیلی ۱۳۹۳-۱۳۹۲ مشغول به تحصیل بودند. روش نمونه‌گیری در

1. Perrott
2. Flomenhaft & Dicori
3. Holmes
4. Bektas
5. Self-Concept
6. Baseline Single Subject Design

پژوهش حاضر در دسترس بوده است. دانش‌آموزان یک مدرسه راهنمایی پسرانه و یک مدرسه راهنمایی دخترانه در منطقه یک شهر تهران، از نظر ملاک‌های ورود و خروج مورد بررسی قرار گرفتند و در نهایت یازده نوجوان دختر و پسر به‌عنوان نمونه اولیه در نظر گرفته شدند. ابتدا تمامی دانش‌آموزان، پرسشنامه تعارض والد - نوجوان را تکمیل نموده و نوجوانانی که بیشترین تعارض را با والدین خود داشتند؛ به‌عنوان گروه اولیه انتخاب شدند. سپس ملاک‌های ورود به پژوهش به‌واسطه پرسش‌هایی از اعضای خانواده و یا ابزارهای روان‌شناختی ارزیابی شد و این موارد را در برمی‌گرفت: پدر، مادر و نوجوان به یک اختلال روان‌شناختی بر اساس معیارهای DSM-V مبتلا نباشند، پدر و مادر با هم زندگی کنند و مشکلات زناشویی شدید نداشته باشند، بیماری مزمن روان‌شناختی و جسمانی در خانواده وجود نداشته باشد، فرد دیگری به‌جز خانواده هسته‌ای با خانواده زندگی نکنند و وضعیت تحصیلی نوجوان، متوسط رو به بالا باشد. ملاک خروج از پژوهش هم عدم شرکت حداقل دو نفر از اعضای خانواده در دو جلسه متوالی در نظر گرفته شد. در این مرحله بعد از صحبت و هماهنگی با خانواده‌ها و در نظر گرفتن شرایط خانوادگی و ملاک‌های ورود و خروج، در نهایت ۴ نوجوان (دو دختر و دو پسر) جهت شرکت در جلسات نمایش‌درمانگری خانواده انتخاب شدند. گفتنی است با توجه به اینکه وضعیت تحصیلی ضعیف، یکی از مهم‌ترین عوامل تعارض والد - نوجوان محسوب می‌شود (اناری و دیگران، ۱۳۹۴)؛ برای تحت تأثیر قرار نگرفتن نتایج پژوهش، وضعیت تحصیلی متوسط رو به بالا به‌عنوان یکی از ملاک‌های ورود در نظر گرفته شد.

یافته‌های پژوهش با استفاده از روش‌های تحلیل چشمی نمودار، محاسبه اندازه اثر و درصد بهبودی تحلیل شدند. برای عینی‌سازی میزان بهبود در گروه هدف، بنا به نظر هرسن و بارلو^۱ (۱۹۷۶) از درصد بهبودی استفاده شد که از فرمول زیر به‌دست می‌آید:

$$\text{درصد بهبودی} = (\text{نمره پس‌آزمون} - \text{نمره پیش‌آزمون}) \div \text{نمره پیش‌آزمون} \times 100$$

برای بررسی اثربخشی بالینی نیز از اندازه اثر کوهن (D کوهن) که مبتنی بر میانگین و انحراف معیار است، استفاده شد (بیکر^۲، ۲۰۰۰):

اندازه اثر = تفاوت \div مجذور

1. Hersen & Barlow
2. Backer

ابزارها

پرسشنامه اندازه‌گیری تعارض والد - نوجوان (فرم نوجوان)

پرسشنامه سنجش تعارض والد - نوجوان که در دو فرم جداگانه والدین و نوجوانان تهیه شده، حاصل مطالعه اسدی یونسی (۱۳۹۰) است. فرم والدین شامل ۸۶ سؤال و ۱۴ عامل و فرم نوجوان شامل ۹۲ سؤال و ۱۴ عامل می‌باشد. هر سؤال دارای ۲ قسمت می‌باشد. قسمت اول هر سؤال «فراوانی تعارض» و قسمت دوم «شدت تعارض» را می‌سنجد. نمره‌گذاری سؤال‌ها در هر قسمت جداگانه و براساس مقیاس لیکرت انجام می‌شود. عامل‌های فرم نوجوان عبارت‌اند از: نظم و ترتیب، ارتباط با دوستان، امکانات خانواده، مسائل مالی، رفتار والدین، اوقات فراغت، پوشش، آزادی عمل، تحصیل، روابط خانوادگی، خواب و خوراک، رسانه‌های ارتباطی، آداب و ارزش‌ها، انضباط و مسائل تابو و حساس. (اسدی یونسی و دیگران، ۱۳۹۰) نمره کل در هر دو جنبه شدت و فراوانی تعارض دارای همسانی درونی بسیار بالایی هستند. (ضرایب آلفا، ۰/۹۶ و ۰/۹۷ در فرم والدین و ۰/۹۶ و ۰/۹۷ در فرم نوجوان به ترتیب برای فراوانی و شدت تعارض) همچنین نمرات خرده‌مقیاس‌های پرسشنامه دارای همسانی درونی قابل قبول می‌باشد. ضرایب بازآزمایی با فاصله دو هفته نیز بسیار بالاست. ضریب همبستگی پیرسون بین اجرای اول و اجرای دوم برای نمره کل فراوانی تعارض در فرم والدین برابر با ۰/۷۸ و در فرم نوجوان برابر با ۰/۷۲ و برای نمره کل شدت تعارض در فرم والدین برابر با ۰/۷۹ و در فرم نوجوان برابر با ۰/۷۴ می‌باشد.

روایی همزمان و همگرای پرسشنامه از طریق همبستگی آن با پرسشنامه رفتاری تعارض^۱ (رابین و فاستر^۲، ۱۹۸۹)، که آن نیز دارای فرم والدین و نوجوانان می‌باشد؛ بررسی شد. ضریب همبستگی محاسبه شده بین نمره پرسشنامه رفتاری تعارض با نمره کل فراوانی تعارض در فرم والدین برابر با ۰/۶۴ و در فرم نوجوان برابر با ۰/۳۱ و با نمره کل شدت تعارض در فرم والدین برابر با ۰/۴۱ و در فرم نوجوان برابر با ۰/۳۹ بود که در سطح ۰/۰۱ معنی دار است. همچنین معناداری تفاوت میانگین نمرات دو گروه از خانواده‌های مشکل‌دار و بدون مشکل، هم از لحاظ فراوانی و هم شدت تعارض، به‌عنوان شواهدی برای روایی سازه پرسشنامه تعارض والد - نوجوان اثبات گردید. (اسدی یونسی،

1. CBQ: Conflict Behavioral Questionnaire

2. Robin & Foster

۱۳۹۰) نوجوانانی که نمرات بالاتری در پرسشنامه به‌دست آوردند، بدون در نظر گرفتن نقطه برش خاصی، به‌عنوان گروه نمونه اولیه در نظر گرفته شدند و سپس ملاک‌های ورود دیگر در آنها بررسی شد.

مصاحبه ساختاریافته برای اختلالات محور یک و دو در راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی - نسخه چهارم^۱

این ابزار یک مصاحبه بالینی ساخت‌دار است که در دهه ۹۰ توسط اسپیتز^۲ و همکاران (۱۹۹۲) برای ارزیابی انواع مختلف اختلالات محور I و II طراحی شده است. تمامی حوزه‌های این مصاحبه بالینی مطابق با ملاک‌های اختصاصی راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی برای اختلالات مختلف است. این ابزار به‌دلیل جامعیت و انطباق با ملاک‌های راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی، معتبرتر از مقیاس‌های بالینی بوده و یک ارزیابی تشخیصی استاندارد و جامع در زمینه‌های پژوهشی، قانونی و بالینی است. (اسپیتز و دیگران، ۱۹۹۲) اعتبار این ابزار در دامنه‌ای از ۰/۸۱ تا ۰/۸۴ گزارش شده (کرانزler^۳ و دیگران، ۱۹۹۷: ۹۳) و در ایران شریفی و همکاران (۱۳۸۳) توافق تشخیصی متوسط تا خوب (کاپای بالاتر از ۰/۶) را برای آن گزارش داده‌اند. در این پژوهش از نسخه گردآوری و ترجمه‌شده محمدخانی و همکاران (۱۳۸۹) استفاده شد. این ابزار در مرحله پیش از خط پایه به‌منظور بررسی ملاک ورود (عدم وجود اختلالات روان‌شناختی در خانواده) اجرا گردید.

آزمون سازگاری زناشویی^۴

این مقیاس با فراهم نمودن امکان اندازه‌گیری سازگاری زناشویی بر پایه ادراک بین فردی از روابط زناشویی، در قالب پانزده سؤال، میزان موافقت همسران را در خصوص فعالیت‌های دخیل در سازگاری زناشویی با شریکان می‌سنجد و با کاربرد مقیاس درجه‌بندی لیکرت در شش درجه؛ از همیشه موافق تا همیشه ناموافق، نمره‌گذاری استاندارد شده‌ای بسته به سؤال مربوط انجام می‌گیرد. گستره نمرات آزمون سازگاری زناشویی می‌تواند از ۲ تا ۱۵۸ باشد. نمرات پایین نارضایتی و نمرات بالا رضایت را نشان می‌دهد و میانگین نمرات برای مردان ۱۱۰ و برای زنان ۱۰۸ است. نمرات ۱۰۰ و بالاتر به‌طور کلی رضایت از

1. DSM-IV: Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I & II Disorders (SCID)

2. Spitzer

3. Kranzler

4.. MAT: Marital Adjustment Test

ازدواج را نشان می‌دهد و نمرات پایین‌تر از ۱۰۰ نشان‌دهنده تنیدگی در روابط زناشویی است. آزمون سازگاری زناشویی لاک والاس در ادبیات روان‌شناختی به‌عنوان ابزار معتبر اندازه‌گیری رضایت از ازدواج شناخته می‌شود. (کلمن و میلر^۱، ۱۹۷۵: ۶۴۷) این آزمون با کاربرد روش دو نیمه کردن پایایی و روایی بالای ۰/۹۰ را نشان داده است. گفتنی است که این آزمون در مرحله پیش از خط پایه به‌منظور بررسی ملاک ورود (عدم وجود مشکلات زناشویی شدید) اجرا گردید و والدین با نمره دو انحراف معیار بالاتر از میانگین، به‌عنوان زوجین دارای مشکلات زناشویی در نظر گرفته شده و از پژوهش کنار گذاشته شدند.

پروتکل نمایش درمانی

در این مطالعه، برنامه نمایش‌درمانگری خانواده از پیوند شیوه نمایش‌درمانی پنج مرحله‌ای امونا^۲ (۱۹۹۷: ۱۲۳-۱۰۹) و خانواده‌درمانی رفتاری‌شناختی طراحی شد. در شیوه امونا، مسیر درمان به‌صورت مارپیچی، نرم و قوی؛ به‌سمت عمیق‌ترین لایه‌های ادراک و یکپارچگی پیش می‌رود. (امونا، ۱۹۹۷) پالایش روانی هیجانی، مهار احساس‌ها و هیجان‌ها، رسیدن به بینش شناختی و تغییر رفتاری از جمله هدف‌های درمانی اصلی در این الگو است که این روش را جهت کار با خانواده‌ها مناسب می‌کند. از سویی دیگر مفروض اصلی در شیوه شناختی رفتاری خانواده‌درمانی، تأثیر متقابل اعضای خانواده بر یکدیگر است. همچنین تلاش می‌شود با تغییر شناخت‌ها و به‌تبع آن تغییر رفتارها، تغییراتی در خانواده‌ها ایجاد شود. رایج‌ترین و مقبول‌ترین برنامه‌های خانواده‌درمانی شناختی رفتاری در نوجوانی عبارت‌اند از: برنامه آموزشی نوجوان نافرمان شما (بارکلی و رابین^۳، ۲۰۰۸)؛ برنامه آموزشی ایجاد ارتباط طولانی مدت (جانسون و دیگران، ۱۹۹۶)؛ برنامه آموزشی خانواده‌ها در عمل (لوکاس^۴، ۲۰۱۳)؛ برنامه آموزشی راهنمایی برای انتخاب‌های خوب (کوسترمن^۵ و دیگران، ۱۹۹۷) برنامه آموزشی توانمندسازی خانواده‌ها (اسپوت^۶، ۱۹۹۸) که همگی در طراحی برنامه نمایش‌درمانگری خانواده مورد استفاده قرار گرفتند. علاوه بر این در طراحی مداخله از نتایج پژوهشی استفاده شد که عوامل مؤثر در میزان رضایت

1. Coleman & Miller
2. Emunah
3. Barkley & Robin
4. Lucas
5. Kosterman
6. Spoth

از زندگی نوجوانان ایرانی را مورد بررسی قرار داده بود. در این پژوهش اناری و همکاران (۱۳۹۴) به این نتیجه رسیدند که دو طبقه اصلی تعامل اعضای خانواده و فضای خانواده، تعیین‌کننده میزان رضایت از زندگی در نوجوانان ایرانی و کاهش تعارض والد - نوجوان می‌باشد. حضور پیوسته و مثبت پدر در خانه، روش‌های حل تعارض و اختلاف با والدین، لحن صحبت و کلماتی که والدین به کار می‌برند، اختصاص وقت و بودجه برای فرزند، دادن آزادی انتخاب به نوجوان، کیفیت رابطه با مادر، دخالت نکردن در امور شخصی و ندادن تذکرات بیش از حد از سوی مادر، در میان نگذاشتن تمام موارد مربوط به نوجوان با پدر از سوی مادر، کیفیت تعامل خواهران و برادران، شیوه‌های حل اختلاف والدین، هماهنگی در فرزندپروری و احترام والدین به یکدیگر، وجود تفریحات خانوادگی، رفت و آمد با بستگان یا دوستان خانوادگی، وجود آرامش در فضای خانه، نقش‌های مشخص والدینی و وجود نظم و قانون مهم‌ترین زیر طبقات به‌دست آمده در این پژوهش بودند. در مجموع بر پایه ادبیات پژوهشی موجود و عوامل مؤثر در رضایت از زندگی نوجوانان ایرانی، برنامه نمایش‌درمانی خانواده تدوین گردید که در جدول ۱ فعالیت‌ها و تکالیف هر جلسه نمایش‌درمانی خانواده نشان داده شده است.

۴۳

جدول ۱: برنامه جلسات نمایش‌درمانی خانواده

جلسه	فعالیت‌ها	اهداف جلسات	تکلیف منزل
اول	بحث گروهی و آموزش در مورد اهداف جلسات، موسیقی و ریتم، مجسمه‌سازی خانوادگی، نقاشی گروهی، بحث گروهی و اتمام جلسه	تسهیل ارتباط ایجاد انگیزه	انجام یک فعالیت گروهی مثل عکاسی یا نقاشی
دوم	صحبت گروهی در مورد هفته گذشته و شروع جلسه، تمرین توپ‌بازی، بررسی تکلیف خانواده، آموزش و بحث گروهی: توضیحاتی در مورد ضرورت و چگونگی اختصاص وقت با کیفیت از سوی هر یک از والدین برای نوجوان، نوشتن یک نمایشنامه کوتاه با موضوع «خانواده مشغول و بی‌تفاوت و اجرای آن با استفاده از ماسک»، تمرین یک بازی خانوادگی (۲۰ سؤال‌الی)، اجرای موسیقی و ریتم با وسایل موجود، بحث گروهی و اتمام جلسه	ارتباط مثبت پیوند عاطفی اعضای خانواده رابطه با پدر	تمرین بازی گروهی خانواده در منزل
سوم	صحبت گروهی در مورد هفته گذشته و شروع جلسه، تمرین توپ‌بازی، بررسی تکلیف خانواده، آموزش و بحث گروهی: آموزش نقش تعاملات خانواده با دیگران و تفریح گروهی، اجرای نمایشنامه «چرک‌نویس برای نمایش» از بکت با موضوع تنهایی و عدم برقراری ارتباط، ساختن ماسک عناصر طبیعی و بازی در نقش آنها، بحث گروهی و اتمام جلسه	آموزش تعامل اجتماعی با جهان بیرون از خانواده تأکید بر تفریح گروهی با دیگران	تنظیم یک برنامه خانوادگی تفریحی با خانواده‌های دیگر

جلسه	فعالیت‌ها	اهداف جلسات	تکلیف منزل
چهارم	صحبت گروهی در مورد هفته گذشته و شروع جلسه، تمرین توپ‌بازی، بررسی تکلیف خانواده، آموزش و بحث گروهی: نوجوان، نیازها و خواسته‌های او، برخورد والدین با نیازها و خواسته‌های نوجوان، وضع قوانین مشخص در منزل برای نوجوان، دادن یک قصه ناتمام به اعضای خانواده در مورد یک نوجوان سرکش و درخواست تمام کردن آن، تصویرسازی یک صحنه تأثیرگذار از زندگی خانوادگی توسط هر یک از اعضا، بحث گروهی و اتمام جلسه	آموزش ویژگی‌های نوجوانی حفظ قوانین منزل و حضور هر دو والد	اجرای یک قانون خانوادگی
پنجم	صحبت گروهی در مورد، هفته گذشته و شروع جلسه، تمرین توپ بازی، بررسی تکلیف خانواده، آموزش و بحث گروهی: آموزش حل مسئله و فنون مذاکره، طرح یک قصه و داستان با انتهای باز در مورد تعارض بین والدین و یک فرزند و بررسی راه‌های پیشنهادی به صورت گروهی، انجام بازی گروهی پانتومیم و حدس زدن مفهوم، بحث گروهی و اتمام جلسه	آموزش فنون مذاکره و حل تعارض آموزش حل مسئله	ثبت تعارضات توسط هر یک از اعضای خانواده
ششم	صحبت گروهی در مورد هفته گذشته و شروع جلسه، تمرین توپ‌بازی، بررسی تکلیف خانواده، آموزش و بحث گروهی: آموزش، تعامل مثبت و مهارت‌های ارتباطی به اعضای خانواده، اجرای نمایش پیاده‌روی برای پیکاسو از ناسیراک، نقاشی با موضوع یک خانواده ایده‌آل و رویایی و صحبت هر فرد در مورد نقاشی خود، بحث گروهی و اتمام جلسه	آموزش مهارت‌های ارتباطی	پر کردن کاربرگ‌های تعامل و رابطه مثبت توسط هر یک از اعضای خانواده
هفتم	صحبت گروهی در مورد هفته گذشته و شروع جلسه، تمرین توپ‌بازی، بررسی تکلیف خانواده، بحث گروهی و جمع‌بندی جلسات گروهی، اجرای نمایشنامه «آمد و رفت» بکت، بحث گروهی و اتمام جلسات	آموزش هماهنگی بین والدین و احترام بین اعضای خانواده مرور مباحث جلسات	

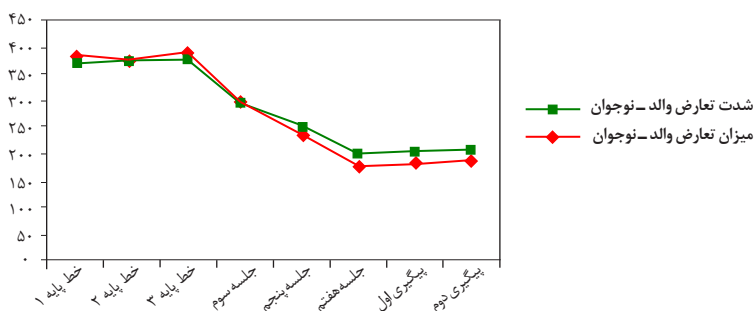
نمایش درمانگری خانواده در قالب ۷ جلسه ۱۲۰-۹۰ دقیقه‌ای به صورت هفتگی و در کلینیک مادر و کودک دانشگاه شهید بهشتی انجام گردید.

در راستای رعایت اصول اخلاق پژوهش؛ آزمودنی‌ها کاملاً در جریان هدف و فرآیند پژوهش قرار گرفته و با رضایت کامل در جلسات شرکت نمودند. در این راستا، پیش از شروع جلسات؛ همه افراد خانواده رضایت‌نامه شرکت در جلسات را تکمیل کردند. همچنین به اعضای خانواده‌ها اطمینان داده شد که اطلاعات، مشخصات افراد شرکت‌کننده و فیلم‌ها و عکس‌های تحقیق؛ نزد پژوهشگر به صورت کاملاً محرمانه خواهد ماند و تنها از آنها استفاده پژوهشی و بدون ذکر نام خواهد داشت.

یافته‌ها

آزمودنی اول، دختری ۱۳ ساله و دانش‌آموز پایه هشتم است. پدر او ۵۳ ساله، فوق لیسانس و بازنشسته راه‌آهن و مادرش ۴۸ ساله و عضو هیئت علمی دانشگاه می‌باشد. او فرزند سوم خانواده است و یک برادر و یک خواهر بزرگ‌تر از خود دارد. معدل سال گذشته وی ۱۹/۶۱ بود. آزمودنی اول و پدر و مادرش مشتاقانه در تمامی جلسات شرکت کردند و در طول مداخله نیز با درمانگر همکاری کامل داشتند. نمودار ۱ روند تغییرات شدت و میزان تعارض این آزمودنی و والدینش را نمایش می‌دهد. با توجه به این نمودار، در مرحله خط پایه، نمرات شدت و میزان تعارض والد - نوجوان تغییری محدودی داشته است و روند هر دو نمودار، در این مرحله خطی ثابت را تشکیل می‌دهد. در مرحله مداخله، روند کاهش نمودارهای شدت و میزان تعارض والد - نوجوان مشاهده شد و فرآیند هر دو نمودار در مرحله پیگیری خطی ثابت بود. با توجه به جدول ۶ می‌توان گفت شدت و میزان تعارض والد - نوجوان در مرحله مداخله به ترتیب ۳۳ و ۵۷/۹۹ درصد و در مرحله پیگیری ۴۶ و ۵۲/۹۵ درصد بوده و در واقع می‌توان گفت نمایش‌درمانی به کاهش شدت و میزان تعارض سارا و والدینش منجر شده است. بررسی دقیق‌تر و جلسه به جلسه فرآیند تغییرات شدت و میزان تعارض کلی والد - نوجوان در مورد سارا حاکی از تغییرات کاهش و با شیب یکسان در طول جلسات است و تفاوت محسوسی در شیب نمودار در جلسات مختلف وجود ندارد.

۴۵



شکل ۱: نمرات شدت و میزان تعارض والد - نوجوان آزمودنی اول

در ادامه جدول مطالعه فرایندی آزمودنی اول گزارش می‌شود:

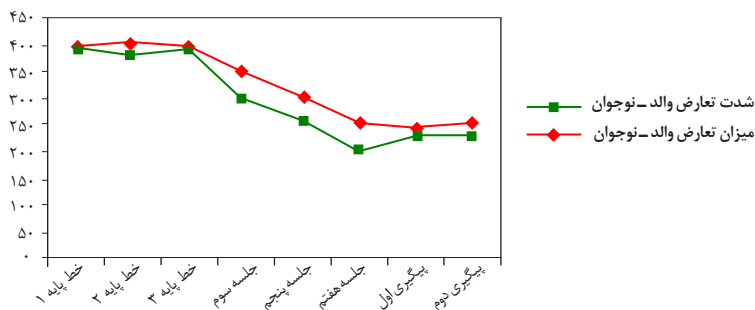
جدول ۲: خلاصه نتایج حاصل از مطالعه موردی آزمودنی اول براساس الگوی ویرو - اورنگا و مورنو - رودریگز^۱ (۲۰۰۸)

ویژگی‌های آزمودنی	دختر ۱۳ ساله، کلاس هشتم، فرزند سوم و آخر خانواده
توصیف آزمودنی	با توجه به بالا بودن سن والدین و اختلاف سنی زیاد آزمودنی با خواهر و برادر بزرگ‌ترش، تعارض والد - نوجوان در وی بالا بود و در ابتدای جلسات احساس می‌کرد در خانواده کسی او را درک نمی‌کند. دوری و فاصله عاطفی از والدین در شروع جلسات کاملاً قابل مشاهده بود.
فرآیند ارزیابی	شدت و میزان تعارض کلی والد - نوجوان در طول جلسات فرآیند کاهشی یکسانی داشت، اما اکثر خرده‌مقیاس‌های آن در پنج جلسه اول بیشترین کاهش را داشتند.
فرآیند جلسات	علی‌رغم اینکه پدر به‌سختی وارد فرآیند تمرینات شد اما والدین در همه جلسات شرکت داشتند و روند تغییرات سارا را مثبت ارزیابی می‌نمودند.
نتایج به‌دست آمده از درمان	متغیر تعارض والد - نوجوان در مقایسه با خط پایه تغییرات چشمگیری را نشان داد.

۴۶

آزمودنی دوم دختری ۱۵ ساله و دانش‌آموز پایه نهم است. پدر او ۴۵ ساله، مهندس و در هنگام اجرای مداخله بیکار و مادرش ۴۳ ساله، لیسانس و کارمند بانک می‌باشد. او تنها فرزند خانواده است و معدل سال گذشته وی ۱۹/۲۵ می‌باشد. او هیچ‌گاه تشخیص بالینی بیش‌فعالی یا نافرمانی مقابله‌ای دریافت نکرده؛ اما اختلافات بین والدین و فرزند همیشه وجود داشته است. در فرآیند نمایش‌درمانگری خانواده مادر اشتیاق و علاقه زیادی به جلسات داشت و پدر اگرچه در همه جلسات حاضر شد؛ اما بهانه‌جویی و مقاومت داشت. در طی جلسات، رابطه او و پدرش بهتر شد. نمودار ۲ فرآیند تغییرات شدت و میزان تعارض والد - نوجوان آزمودنی دوم را نشان می‌دهد. با توجه به این نمودار روند هر دو نمودار کاهشی است. هر دو نمودار در مرحله خط پایه روند خطی ثابت، در مرحله مداخله روند کاهشی و با شیب تند و در مرحله پیگیری روند نمودار شدت تعارض با شیب ناچیزی کاهشی و روند میزان تعارض افزایشی با شیب ملایم را نشان می‌دهند. با توجه به جدول ۶ اندازه اثر میزان و شدت تعارض در مرحله مداخله به ترتیب ۳۱/۹۸ و ۲۱/۴ و در مرحله پیگیری به ترتیب ۴۰/۹ و ۳۶/۸۸ درصد گزارش شده است. از این‌رو می‌توان گفت نمایش‌درمانی در کاهش تعارض آزمودنی دوم و والدینش نیز اثربخش

بوده است. با نگاهی دقیق‌تر به نمودارهای مرتبط با شدت و میزان تعارض والد - نوجوان، روند تغییرات کاهشی و ثابت در طول جلسات قابل مشاهده است. بنابراین در فرآیند جلسات، تغییر خاصی در نمره کاهشی شدت و میزان کلی تعارض بین هلیا و والدینش به ثبت نرسیده است.



۴۷

شکل ۲: نمرات شدت و میزان تعارض والد - نوجوان آزمودنی دوم

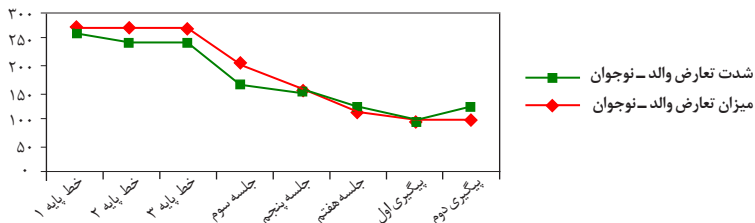
در ادامه جدول مطالعه فرایندی آزمودنی دوم گزارش می‌شود:

جدول ۳: خلاصه نتایج حاصل از مطالعه موردی آزمودنی دوم براساس الگوی ویرو - اورنگا و مورنو - رودریگز (۲۰۰۸)

ویژگی‌های آزمودنی	دختر ۱۴ ساله، کلاس نهم، تک فرزند خانواده
توصیف آزمودنی	با توجه به بیکاری پدر خانواده و بودن ساعات زیادی در منزل، رابطه هلیا و پدر قبل از مداخله خصمانه و پرخاشگرانه بود. پدر در همه امور خانواده نظر می‌داد و ریزبین و منتقد بود. والدین هلیا او را بسیار لجباز می‌دانستند.
فرآیند ارزیابی	شدت و میزان تعارض کلی والد - نوجوان در طول جلسات فرآیند کاهشی یکسانی داشت، اما اکثر خرده‌مقیاس‌های آن در سه جلسه اول بیشترین کاهش را داشتند.
فرآیند جلسات	پدر تمایلی به شرکت در جلسات نداشت و هلیا هم از بودن او راضی نبود. بعد از چند جلسه، هلیا به پدر نزدیک‌تر شد و در نهایت والدین کاهش لجبازی و پرخاشگری را در او گزارش کردند.
نتایج به‌دست آمده از درمان	متغیر تعارض والد - نوجوان در مقایسه با خط پایه تغییرات چشمگیری را نشان داد.

آزمودنی سوم، پسر ۱۲ ساله است که در پایه هفتم مشغول به تحصیل می‌باشد. او تک فرزند است. پدرش ۴۰ ساله، دیپلمه و شغل آزاد دارد و مادرش ۳۴ ساله، فوق دیپلم

و کارمند می‌باشد. معدل سال گذشته وی ۱۹/۲۸ بود. پدر و مادر تمایل به شرکت در جلسات درمانی داشتند، هر چند پدر به دلیل مشغله کاری در جلسه ششم شرکت نکرد. نمودار ۳ تغییرات شدت و میزان تعارض شایان و والدینش را نشان می‌دهد. با توجه به این نمودار روند کلی تغییرات تعارض والد - نوجوان کاهش است و در مرحله خط پایه روند کاهشی و با شیب ملایم نمودار شدت تعارض به ثبت رسید. در مرحله مداخله روند نمودار کاهشی و در مرحله پیگیری با شیب کم افزایشی است. با توجه به جدول ۶ اندازه اثر شدت تعارض در مراحل مداخله پیگیری ۴۰/۱۳ و ۵۶/۵۰ درصد گزارش شد. همچنین نمودار میزان تعارض در مرحله خط پایه خطی ثابت، در مرحله مداخله کاهشی و با شیب تند و در مرحله پیگیری نیز خطی ثابت است. همانطور که در جدول ۶ گزارش شده است اندازه اثر میزان تعارض در مراحل مداخله و پیگیری به ترتیب ۴۰/۳۶ و ۶۳/۷۴ درصد به دست آمد. این یافته‌ها بیانگر اثربخشی مداخله خانوادگی انجام شده در کاهش شدت و میزان تعارض شایان و والدینش است. با بررسی جلسه به جلسه نمودارهای مرتبط با نمره کلی تعارض بین والد - نوجوان مشخص شد علی‌رغم روند کاهشی ثابت در طول جلسات، شدت تعارض والد - نوجوان در فاصله جلسات سوم تا پنجم نسبت به جلسات دیگر کاهش کمتری نشان داد. از این رو می‌توان گفت تأکید بر ویژگی‌های نوجوانی و حفظ قوانین و آموزش فنون مذاکره، حل تعارض و حل مسئله به افراد خانواده کمترین تأثیر را در کاهش شدت تعارض والد - نوجوان در شایان داشته و تقریباً بیشترین روند کاهشی در سه جلسه اول همراه با آموزش ارتباط، تأکید بر نقش پدر و تعامل مثبت و لزوم تفریح خانوادگی رخ داده است. جدول مطالعه فرایندی آزمودنی سوم در ادامه قابل مشاهده است. (جدول ۴)



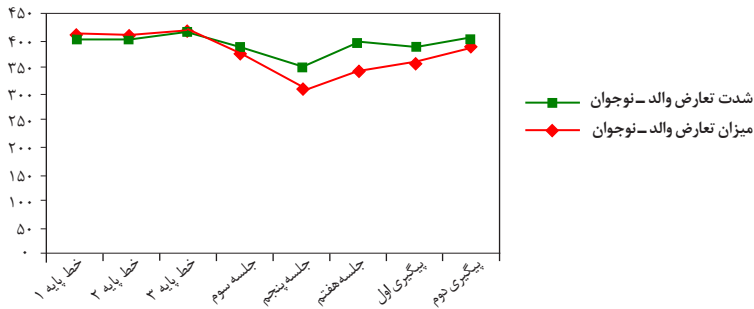
شکل ۳: نمرات شدت و میزان تعارض والد - نوجوان آزمودنی سوم

جدول ۴: خلاصه نتایج حاصل از مطالعه موردی آزمودنی سوم براساس الگوی ویرو - اورنگا و مورنو - رودریگز (۲۰۰۸)

ویژگی‌های آزمودنی	پسر ۱۲ ساله، کلاس هفتم، تک فرزند خانواده
توصیف آزمودنی	رابطه شایان با پدر و مادر قبل از شروع جلسات، نسبتاً خوب بود. پدر به دلیل مشغله کاری ساعات کمی را در منزل حضور داشت.
فرآیند ارزیابی	شدت و میزان تعارض کلی والد - نوجوان در طول سه جلسه اول بیشترین کاهش را داشت. این الگو در مورد اکثر خرده‌مقیاس‌های شاخص شدت و میزان تعارض والد - نوجوان نیز دیده شد.
فرآیند جلسات	پدر و مادر در همه جلسات حاضر شدند و با وجود مقاومت و بازداری در تمرینات شرکت می‌کردند. پدر در جلسه ششم حضور نداشت. والدین فرآیند تغییر شایان در طول درمان را مثبت ارزیابی می‌نمودند.
نتایج به‌دست آمده از درمان	تعارض والد - نوجوان در مقایسه با خط پایه تغییرات چشمگیری را نشان داد.

۴۹

آزمودنی چهارم، دانش‌آموز پایه نهم است که با پدر و مادر و برادر ۲۰ ساله خود زندگی می‌کند. پدر او پزشک متخصص و مادرش دارای تحصیلات دیپلم و خانه‌دار می‌باشد. معدل سال گذشته وی ۱۹/۵۸ گزارش شده است. علی‌رغم تمایل و صحبت اولیه، پدر در ۴ جلسه شرکت نداشت و مادر نیز با عدم شرکت پدر، به‌سختی در جلسات حاضر می‌شد. نمودار ۴ روند تغییرات شدت و میزان تعارض والد - نوجوان این آزمودنی را نمایش می‌دهد. با توجه به این نمودار، در مرحله خط پایه، نمرات شدت و میزان تعارض والد - نوجوان تغییرپذیری محدودی داشته و روند هر دو نمودار در این مرحله به‌صورت خطی ثابت گزارش شده است. در مرحله مداخله روند کاهشی نمودارهای شدت و میزان تعارض والد - نوجوان به ثبت رسید. شایان ذکر است که در ارزیابی جلسه هفتم افزایش نمرات شدت و میزان تعارض گزارش شد. در ارزیابی پیگیری نیز افزایش طراز نمرات دیده شد. در مجموع روند کلی شدت تعارض با شیب بسیار ملایمی کاهشی است. با توجه به اندازه اثر به‌دست آمده (جدول ۶) شدت و میزان تعارض والد - نوجوان در مرحله مداخله به ترتیب ۸۷/۶۴ و ۱۸/۱۲ درصد و در مرحله پیگیری به ترتیب ۳۸/۱۳ و ۱۲/۸۳ درصد نسبت به مرحله خط پایه کاهش یافته است. بنابراین می‌توان گفت نمایش درمانی در کاهش شدت و میزان تعارض مهربد و والدینش به‌طور نسبی اثربخش بوده است. در جدول ۵، مطالعه فرایندی آزمودنی چهارم گزارش می‌شود:



شکل ۴: نمرات شدت و میزان تعارض والد-نوجوان آزمودنی چهارم

جدول ۵: خلاصه نتایج حاصل از مطالعه موردی آزمودنی چهارم براساس الگوی ویرو-اورنگا و مورنو-رودریگز (۲۰۰۸)

ویژگی‌های آزمودنی	پسر ۱۴ ساله، کلاس نهم، فرزند دوم و آخر خانواده
توصیف آزمودنی	رابطه مهربد با پدر و مادر قبل از شروع جلسات، نسبتاً خوب بود. پدر به دلیل مشغله کاری ساعات کمی را در منزل حضور داشت.
فرآیند ارزیابی	شدت و میزان تعارض کلی والد-نوجوان در طول سه جلسه اول بیشترین کاهش را داشت. این الگو در مورد اکثر خرده‌مقیاس‌های شاخص شدت و میزان تعارض والد-نوجوان نیز دیده شد و در جلسات پایانی افزایش تعارض والد-نوجوان به ثبت رسید.
فرآیند جلسات	پدر تنها در سه جلسه اول حاضر شد و علی‌رغم پیگیری درمانگر، مهربد و مادر در جلسات بعدی حاضر نشد. مادر و مهربد از عدم حضور پدر بسیار شاکی بودند.
نتایج به‌دست آمده از درمان	تعارض والد-نوجوان در مقایسه با خط پایه تغییری را نشان داد. هر چند میزان و شدت تعارض والد-نوجوان در جلسات پایانی افزایش یافت.

جدول ۶: خلاصه شاخص‌های آماری چهار آزمودنی

آزمودنی	شاخص آماری	میزان تعارض والد-نوجوان	شدت تعارض والد-نوجوان
آزمودنی اول	میانگین خط پایه	۳۷۸/۳۳	۳۷۱/۶۶
	میانگین مداخله	۲۳۵/۶۶	۲۴۵/۶۶
	میانگین پیگیری	۱۷۸	۱۹۹
	اندازه اثر مرحله مداخله	۵۷/۹۹	۳۳
	اندازه اثر مرحله پیگیری	۵۲/۹۵	۴۶

آزمودنی	شاخص آماری	میزان تعارض والد - نوجوان	شدت تعارض والد - نوجوان
آزمودنی دوم	میانگین خط پایه	۴۰۱/۶۶	۳۸۶/۶۶
	میانگین مداخله	۳۱۵/۶۶	۲۶۳
	میانگین پیگیری	۲۵۳/۵	۲۲۸/۵
	اندازه اثر مرحله مداخله	۲۱/۴	۳۱/۹۸
	اندازه اثر مرحله پیگیری	۳۶/۸۸	۴۰/۹
آزمودنی سوم	میانگین خط پایه	۲۷۱/۶۶	۲۴۸/۳۳
	میانگین مداخله	۱۶۲	۱۴۸/۶۶
	میانگین پیگیری	۹۸/۵	۱۰۸
	اندازه اثر مرحله مداخله	۴۰/۳۶	۴۰/۱۳
	اندازه اثر مرحله پیگیری	۶۳/۷۴	۵۶/۵۰
آزمودنی چهارم	میانگین خط پایه	۴۱۹/۳۳	۴۱۰/۶۶
	میانگین مداخله	۳۴۳/۳۳	۳۷۴/۶۶
	میانگین پیگیری	۳۶۵/۵	۳۹۵
	اندازه اثر مرحله مداخله	۱۸/۱۲	۸۷/۶۴
	اندازه اثر مرحله پیگیری	۱۲/۸۳	۳۸/۱۳

بحث

نتایج پژوهش حاضر کاهش نمره کلی شدت و میزان تعارض والد - نوجوان در هر چهار آزمودنی را نشان داد. از آنجایی که در جلسات نمایش‌درمانگری خانواده تلاش شد تا آموزش تعاملات مثبت، حل مسئله، فنون مذاکره، لزوم و چگونگی تفریح در خانواده و چگونگی رابطه والدین با نوجوان و بالعکس آموزش داده شود؛ کاهش تعارضات بین والدین و نوجوان چندان دور از انتظار نیست. به علاوه با استفاده از مدیوم نمایش، این آموخته‌ها تحکیم و تثبیت شده و هماهنگی و تعامل مثبت بین افراد خانواده افزایش یافت. ماهیت ذاتی نمایش تبدیل افراد جداگانه به یک واحد کلی است. این تبدیل به یک واحد شدن و به‌عنوان سیستم عمل کردن در فعالیت‌های نمایشی نیز به بهبود ارتباط، کاهش تعارضات و افزایش هماهنگی و هم‌جهتی اعضای خانواده کمک شایان توجهی نموده است.

نکته قابل توجه کاهش بیشتر خرده‌مقیاس‌ها در پنج جلسه اول است. اگرچه در دو آزمودنی الگوی قابل توجهی به ثبت رسید؛ کاهش خرده‌مقیاس‌ها در سه جلسه اول و سپس افزایش میزان تعارضات در جلسات چهارم و پنجم و در ادامه کاهش دوباره خرده‌مقیاس‌ها در جلسات پایانی. به نظر می‌رسد با شروع جلسات و آموزش تعامل مثبت و تفریح و روابط داخل و خارج از خانواده، سطح تعارضات کاهش یافته و با آموزش قانون‌گذاری و حل تعارض اندکی افزایش در میزان تعارض والد - نوجوان به ثبت رسیده و در نهایت با مرور جلسات و تأکید بر هماهنگی بین اعضای خانواده تعارضات کاهش یافت.

با نگاهی دقیق‌تر به نتایج می‌توان دید در سه آزمودنی اول، دوم و سوم که والدین به همراه فرزند نوجوان خود در همه جلسات نمایش‌درمانگری خانواده شرکت کردند؛ کاهش کلی و نهایی همه خرده‌مقیاس‌ها هم در شدت و هم در میزان به ثبت رسید. اما در یک آزمودنی (آزمودنی چهارم) که پدر بعد از جلسات ابتدایی - علی‌رغم پیگیری نوجوان و درمانگر - شرکت نکرد؛ نتایج متفاوت بود. در این آزمودنی، مادر نیز با شکایت فراوان از عدم حضور پدر و نارضایتی در جلسات حاضر می‌شد. در ارزیابی‌های اولیه با روند کاهش نمرات شدت و میزان تعارض والد - نوجوان و خرده‌مقیاس‌های آن مواجه بوده اما در پایان جلسات و پیگیری، نمرات با افزایش قابل توجهی همراه بود. یعنی با حذف پدر از فرآیند جلسات، اثربخشی به‌دست آمده کاهش یافت و حتی در مواردی از بین رفت. این نکته با توجه به پژوهش اناری و دیگران (۱۳۹۴) - که بیانگر نقش تعیین‌کننده پدر در میزان رضایت از زندگی نوجوانان بود - قابل تبیین است. از این‌رو با عدم حضور پدر تعارض والد - نوجوان در جلسات پایانی افزایش یافت.

در تبیین یافته به‌دست آمده می‌توان به این نکات در تأیید نقش نمایش‌درمانگری خانواده اشاره کرد: نمایش به‌عنوان یک وسیله بیانی و ارتباطی نه تنها به بازآفرینی حالت‌های عاطفی انسان و شرکت دادن تماشاگران در عواطف گوناگون می‌پردازد بلکه گسترش تجربه‌های انسانی و ظرفیت شرکت‌کنندگان برای درک عواطف غنی‌تر، ظرفیت‌تر و رفیع‌تر را در پی دارد. (اسلین^۱، ۱۳۸۲) اعضای خانواده با شرکت در فرآیند نمایش‌درمانی به درک عمیق‌تری از یکدیگر دست یافته و در نهایت تعاملات بین‌فردی مثبت‌تر به فضای خانوادگی آرام‌تر منتهی می‌شود.

در همین راستا جونز (۱۹۹۶) معتقد است نمایش و تئاتر کارکردی حیاتی در بازآفرینی

واقعیت‌ها و زندگی روزمره دارند. با تجربه چندین باره زندگی روزمره و شناخت واقعیت‌های اجتماعی می‌توان به اصول و قوانین حیات اجتماعی و فردی دست یافت. بنابراین انجام فعالیت‌های نمایشی می‌تواند افراد خانواده را آماده ورود به زندگی واقعی بکند و مجالی برای تمرین نقش‌ها و ارتباطات سالم فراهم نماید. از این رو منجر به بهبود روابط بین اعضای خانواده و افزایش درک متقابل آنها می‌شود.

برخی صاحب‌نظران (برای مثال؛ جونز، ۱۹۹۶) معتقدند تئاتر باعث درگیری شرکت‌کنندگان با موقعیت و درک فضا و نمادها می‌شود و با این عمل، نیمکره راست مغز تحریک می‌شود. تحریک این نیمکره باعث افزایش آگاهی فضایی و حافظه عاطفی می‌شود. بنابراین شگفت‌انگیز نیست که با افزایش آگاهی فضایی و در نتیجه تقویت حافظه عاطفی در اعضای خانواده و در فرآیند نمایش‌درمانگری خانواده؛ اعضای خانواده به درک و آگاهی بیشتری از یکدیگر دست یافته باشند. افزون بر این اسنو^۱ (۲۰۰۰) نمایش‌درمانی را فضایی ایمن و حمایت‌گر می‌داند که به مراجعان اجازه می‌دهد تا به کشف موضوع‌ها و مفاهیم خویشتن بپردازند. پرداختن به این موضوع‌ها و مفاهیم درونی خود به بینش، شناخت خود، شکستن مقاومت‌ها و در نهایت افزایش سلامت جسمانی و روان‌شناختی منجر خواهد شد. در نمایش‌درمانی افزایش عمق و وسعت تجربه درونی می‌تواند مهارت‌های ارتباطی بین‌فردی را به‌نحو چشمگیری افزایش دهد (انجمن ملی نمایش‌درمانی آمریکا، ۲۰۱۲) و در واقع نمایش‌درمانگری خانواده با آموزش مستقیم و غیرمستقیم این مهارت‌ها به کاهش تعارض والد - نوجوان در گروه نمونه در مرحله مداخله و پیگیری منتهی شد. از آنجایی که در نمایش‌درمانی با اجرای آثار و نقش‌های خاص، دستیابی به تجربه‌های معنادار و بینش فردی تسهیل می‌شود (گرینگر^۲، ۱۹۸۷)؛ کاهش مشکلات ارتباطی و بین فردی اعضای خانواده قابل تبیین است.

افزون بر این، جونز (۱۹۹۶) و لندی^۳ و همکاران (۲۰۰۵: ۱۶۱-۱۵۱) کاهش مشکلات در نمایش‌درمانی را با ایفاء و تمرین نقش‌های جدید و یادگیری چگونگی ایفای نقش‌های متفاوت همبسته می‌دانند. نمایش‌درمانگری خانواده نیز با آموزش و تحکیم نقش‌های صحیح خانوادگی به کم کردن تعارض‌ها و ایجاد فضای مثبت در خانواده کمک کرده است. با آنکه در نمایش‌درمانی صحنه‌ها و اجراهای نمایشی لزوماً با تجربه واقعی افراد

1. Snow
2. Grainger
3. Landy

گروه ارتباط مستقیم ندارند؛ اما درگیر شدن با جهان باورهای ساخته شده و استعاره‌ها می‌تواند به کشف نقطه‌های تاریک خود، منجر شود. (امونا، ۱۹۹۷) جنینگز (۱۹۸۷) نیز معتقد است استعاره، خود نوعی درمان است. این بینش تدریجی در مورد نقش‌های واقعی و غیرواقعی که اعضای خانواده در جلسات نمایش درمانگری خانواده به دست آوردند؛ به بهبود روابط خانوادگی منتهی شد.

به‌علاوه از بین بردن ساختارها و چهارچوب‌های فکری اعضای خانواده در فرآیند نمایش درمانگری خانواده، به‌منظور ایجاد روابط جدید در خانواده و پررنگ کردن روابط خارج از خانواده؛ احتمالاً توانسته است تأثیر شگرفی بر بهبود روابط مثبت و کاهش تعارضات در بین اعضای خانواده بر جای می‌گذارد. همچنین باید گفت در این پژوهش از شیوه پنج مرحله‌ای یکپارچه امونا در نمایش درمانی استفاده شد. امونا (۱۹۹۷) هدف‌های روی آورد خود را تسهیل ابراز هیجانی، شکستن مقاومت‌ها و بازداری‌ها، ایجاد توانایی مشاهده خود، افزایش نقش‌های مؤثر در زندگی روزمره، ایجاد تصویر مثبت از خود، بهبود مهارت‌های بین‌فردی، پالایش روانی - هیجانی، مهار احساس‌ها و هیجان‌ها، رسیدن به بینش شناختی و تغییر رفتاری می‌داند. بنابراین تغییرات ذکر شده در اعضای خانواده در فرآیند نمایش درمانگری خانواده به تحولاتی در محیط خانواده منجر می‌شود.

از نتایج این پژوهش، می‌توان در امر پیشگیری و درمان مشکلات و مسائل دوران نوجوانی استفاده کرد. روان‌شناسان و مشاوران نوجوان می‌توانند با استفاده از تکنیک‌های نمایش درمانگری خانواده، تعارض والد - نوجوان را هم در سطح پیشگیرانه و هم در سطح بالینی کاهش داده و با توجه به اهمیت نقش والدین و رابطه آنها با فرزندشان در نوجوانی؛ به گذار موفقیت‌آمیز نوجوانان از این دوره تحولی کمک شایان توجهی بنمایند. به بیان دیگر روان‌شناسان و مشاوران می‌توانند به نمایش درمانگری خانواده به‌عنوان رهیافتی نوین در مداخلات دوران کودکی و نوجوانی ارزش و بها داده و قدرت منحصر به فرد نمایش را برای تغییر خانواده‌ها در خدمت استفاده‌های بالینی و پیشگیرانه قرار دهند. افزون بر این با تأملی بر نتایج پژوهش حاضر، روان‌شناسان و مشاوران کودک و نوجوان باید به نقش پدر در این دوران تحولی واقف بوده و در مداخلات دوران کودکی و نوجوانی، پدران را نیز در مرکز توجه بالینی قرار دهند.

اگرچه نتایج مطالعه حاضر مبین اثربخشی نمایش درمانگری خانواده بر کاهش تعارض نوجوانان و والدین‌شان می‌باشد؛ اما به دلیل نوین بودن این برنامه، نیاز به مطالعات بیشتر

در این حوزه به منظور تکرار و تعمیم یافته‌ها وجود دارد. یکی از اصلی‌ترین محدودیت‌های موجود در پژوهش حاضر تعداد پایین نمونه مورد مطالعه می‌باشد. به بیان دیگر نمونه پژوهش حاضر از چهار خانواده - شامل پدر، مادر و نوجوان - تشکیل شده بود که می‌تواند تعمیم‌پذیری یافته‌های حاصل از مطالعه را دشوار سازد. مطالعات آتی می‌توانند بر نوجوانان و کودکان با گروه سنی متفاوت و خانواده‌های آنها در گروه‌های خاص متمرکز گردند. برای نمونه خانواده‌ها و کودکان و نوجوانان با نیازهای خاص و یا متعلق به طبقات اجتماعی - اقتصادی پایین می‌توانند گروه هدف پژوهش‌های آینده قرار گیرند. همچنین کودکان و نوجوانان با بیماری‌ها و ناتوانی‌های خاص نیز از جمله گروه‌های هدف پیشنهادی هستند.

منابع

۱. اسدی یونسی، محمدرضا. (۱۳۹۰). مقایسه تأثیر آموزش بازسازی شناختی با آموزش ارتباط مبتنی بر حل مسئله، به والدین و نوجوانان در کاهش تعارض والد - نوجوان. رساله دکتری دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی دانشگاه شهید بهشتی.
۲. اسلین، مارتین. (۱۳۸۲). *نمایش چیست؟*. شیرین تعاونی. چاپ چهارم. تهران: انتشارات نمایش.
۳. اناری، آسیه؛ محمدعلی مظاهری؛ کارینه طهماسبیان و هی سو چون. (۱۳۹۴). *عوامل خانوادگی مرتبط با رضایت از زندگی نوجوانان ایرانی و ارتقای آن با استفاده از نمایش درمانگری خانواده*. رساله دکتری دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی دانشگاه شهید بهشتی.
۴. حمیدی، فرید. (۱۳۸۴). بررسی ساخت خانواده و سبک دلبستگی در دختران فراری. *خانواده پژوهشی*. (۳۱).
۵. سیف، علی‌اکبر. (۱۳۷۷). طرح‌های پژوهشی تک‌آزمودنی. برگرفته شده از www.iranpajohesh.com
۶. شریفی، نداد؛ سیدمحمد اسعدی؛ محمدرضا محمدی؛ همایون امینی؛ حسین کاویانی؛ یوسف سمنانی؛ امیر شعبانی؛ زهرا شهریور؛ رزیتا داوری آشتیانی؛ میترا حکیم شوشتری؛ ارشیا صدیق و محسن جلالی رودسری. (۱۳۸۳). پایایی و قابلیت اجرای نسخه فارسی مصاحبه ساختاریافته تشخیصی برای (SCID) DSM-IV. *تازه‌های علوم شناختی*. ۶(۲۲).
۷. ماسن، پاول هنری؛ جروم کیگان؛ آلتاکارول هوستون و جان جین وی کانجر. (۱۳۸۲). *رشد و شخصیت کودک*. مهشید یاسایی. تهران: انتشارات مرکز.
۸. محمدخانی، پروانه؛ مهران جوکار؛ عذرا جهانی تابش و شیما تمنایی فر. (۱۳۸۹). *مصاحبه بالینی ساختاریافته برای اختلال‌های DSM-IV-TR*. تهران: انتشارات دانژه.

9. Anderso-Warren, M. & R. Grainger. (2000). *Practical Approaches to Drama Therapy: the Shield of Perseus*. London: Jessica Kingsley Publishers.
10. Barkley & Robin. (2008). *Your Defiant Teen, Second Edition: 10 Steps To Resolve Conflict and Rebuild Your Relationship*. London: Guilford Press.
11. Becker, L. A. (2000). *Effect Size (ES)*. Available from: URL; <http://web.uccs.edu/Lbecker/Psy590/Es.htm>.
12. Bektas, B. (2006). Psychodrama: Helping Families to Adapt to Childhood Diabets. *European Diabetes Nursing*. 3(3).
13. Blakemore, S. J.; S. Burnett. & R. E. Dahl. (2010). The Role of Puberty in the Developing Adolescent Brain. *Human Brain Mapping*. 31(6).
14. Brock, L.; J. Burrell. & T. Tulipano. (2006). *Ndtac Issue Brief: Family Involvement*. American Institutes for Research, Through Funding from the U.S. Department of Education.
15. Bryant, J. W. & J. A. Darwin. (2004). Exploring Inter-Organisational Relationships in the Health Service: An Immersive Drama Approach. *European Journal of Operational Research*. 152(3).

16. Coleman, R. E. & A. G. Miller. (1975). The Relationship between Depression and Marital Maladjustment in a Clinic Population: A Multitrait-Multimethod Study. *J Consult Clin Psychol.* 43(5).
17. Dadds, M. R.; M. R. Sanders; M. Morrison. & M. Rebgetz. (1992). Childhood Depression and Conduct Disorder: II. An Analysis of Family Interaction Patterns in the Home. *Journal of Abnormal Psychology.* 101(3).
18. Dahl, R. E. (2004). Adolescent Brain Development: A Period of Vulnerabilities and Opportunities. *Annals of New York Academy of Science.* 1021.
19. Dallos, R. (1995). Constructing Choices: Drama, Beliefs and Madness. *Journal of Systemic Therapies.* 14(3).
20. Demo, D. H. & A. C. Acock. (1996). Family Structure, Family Process, and Adolescent Well-Being. *Journal of Research on Adolescence.* No. 6.
21. De Vincentis, D. (2010). *The Effects of a Drama-Based Intervention on Relational Aggression.* Hanover College.
22. Emunah, R. (1997). Dramatherapy and Psychodrama: An Integrated Model. *International Journal Action Methods.* 50(3).
23. Flomenhaft, K. & F. Dicori. (1992). Family Psychodrama Therapy. *Journal of Family Psychotherapy.* 3(4).
24. Forehand, R.; G. Brody.; J. Slotkin.; R. Fauber.; A. McCombs. & N. Long. (1998). Young Adolescent and Maternal Depression: Assessment, Interrelations, and Family Predictors. *Journal of Consulting and Clinical Psychology.* 56(3).
25. Gibert, J. E.; G. J. Mitchell.; A. Colantonio.; M. L. Keightley. & C. Cott. (2012). Improving Client-Centered Brain Injury Rehabilitation Through Research Based Theater. *Qualitative Health Research.* 22(12).
26. Gonzales, N. A. (2009). Family Interventions to Prevent or Reduce Adolescent Risk Behavior. *Science of Adolescence Workshop.* Presented at May 28, 2009.
27. Grainger, R. (1987). The Use of Dramatherapy in the Treatment of Thought Disorder. Retrieved October 21, 2014. from: <http://www.badth.org.uk/Research>.
28. Harvey, S. A. (2003). Dynamic Play Therapy with Adoptive Families. In D. Betts (Ed.), *Creative Arts Therapies Approaches in Adoption and Foster Care* (PP.77-96). Springfield, IL: Charles C. Thomas, Publisher.
29. Hean, C. & A. M. Weber. (2005). *Clinical Applications of Drama Therapy in Child and Adolescent Treatment.* New Yourk: Routledge.
30. Hendriks, V.; S. Van Der. & P. Blanken. (2011). Treatment of Adolescents with a Cannabis Use Disorder: Main Findings of a Randomized Controlled Trial Comparing Multidimensional Family Therapy and Cognitive Behavioral Therapy in the Netherlands. *Drug and Alcohol Dependence.* 119(1-2).
31. Holmes, P. (1993). The Roots of Enactment, the Process in Psychodrama, Family Therapy and Psychoanalysis. *Journal of Group Psychotherapy.* Psychodrama and Sociometry. 45(4).
32. Jennings, S. (1998). *Introduction to Drama Therapy.* London: Jessica Kingsley.
33. Kessler, R. C.; W. T. Chiu.; O. Demler. & E. E. Walters. (2005). Prevalence, Severity, an Comorbidity of 12-Month DSM-IV Disorders in the National Comorbidity Surve Replication. *Archives of General Psychiatry.* No. 62.
34. Klein, K.; R. Forehand.; L. Armistead. & P. Long. (1997). Delinquency During the Transition to Early Adulthood: Family Parenting Predictors From Early Adolescence. *Adolescence.* 32(125).
35. Kosovski, J. R. & D. C. Smith. (2011). Everybody Hurts: Addiction, Drama and the Family in the Reality Television Show Intervention. *Substance Use and Misuse.* No. 46.
36. Kosterman, R.; J. D. Hawkins.; R. Spoth.; K. Haggerty. & K. Zhu. (1997). Effects of a

- Preventive Parent Training Intervention on Observed Family Interactions: Proximal Outcomes from Preparing for Drug Free Years. *Journal of Community Psychology*. 25(3).
37. Kranzler, H. R.; H. Tennen.; T. F. Babor.; R. M. Kadden. & B. J. Rounsaville. (1997). Validity of the Longitudinal, Expert, All Data Procedure for Psychiatric Diagnosis in Patients With Psychoactive Substance Use Disorders. *Drug and Alcohol Dependence*. 45(1).
38. Landy, R. J.; L. McLellan. & S. McMullians. (2005). The Education of the Drama Therapists: in Search of a Guide. *Journal of the Arts in Psychotherapy*. 30(3).
39. Lattimore, P. J.; H. L. Wagner. & S. Gowers. (2000). Conflict Avoidance in Anorexia Nervosa: An Observational Study of Mothers and Daughters. *European Eating Disorders Review*. 8(5).
40. Lewis, P. & D. R. Johnson. (Eds.) (2000). *Current Approaches to Drama Therapy*. Springfield, Il: Charles C. Thomas Publisher.
41. Lucas, S. (2013). *Parent Partnership in Education*. Retrieved 5 October, 2014 from: <http://www.familiesinaction.org/Information-And-Referral/The-Partnership-At-Drugfree-Org>.
42. Maharaj, S.; G. Rodin.; J. Connolly.; M. Olmsted. & D. Daneman. (2001). Eating Problems and the Observed Quality of Mother–Daughter Interactions Among Girls With Type 1 Diabetes. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 69(6).
43. McFarlane, P. & J. Harvey. (2012). *Dramatherapy and Family Therapy in Education*. London: Jessica Kingsley Puplicher.
44. National Association of Drama Therapy-U.S. (2005). *Drama Therapy*. Retrived January 20, 2014 from: <http://www.nadt.org>.
45. Oliva, A. & E. Arranz. (2005). Sibling Relationships During Adolescence. *European Journal of Develomental Psychology*. No. 2.
46. Ozer, E. M.; T. Macdonald. & C. E. Irwin. (2002). *Adolescent Health Care in the United States: Implications and Projections for the New Millennium*. In J. T. Mortimer. & R. Larson (Eds.), *The Changing Adolescent Experience: Societal Trends and the Transition To Adulthood* (PP. 129–174). New York: Cambridge University Press.
47. Perecovicz, T. (2002). *Creative Interventions in Drama Therapy for Teating Familie*. M. A Thesis in Drama Therapy, Concordia University, Montreal: Quebec.
48. Perrott, L. A. (1986). Using Psychodramatic Techniques in Structural Family Therapy. *Contemporary Family Therapy*. 8(4).
49. Robin, A. & S. L. Foster. (1989). *Negotiating Parent Adolescent Conflict*. Guilford Press. New York.
50. Snow, S. (2000). Ritual/Theatre/Therapy: *The Healing Power of Myth, Ritual, Symbol, and Role in the Performative Frame of Drama Therapy*. In P. Lewis & D.r. Johnson (Eds.), *Current Approaches to Drama Therapy* (PP.218-240). Springfield, Il: Charles C. Thomas.
51. Sori, C. F. & D. H. Sprenkle. (2004). Training Family Therapist to Work with Children and Families: A Modified Delphi Study. *Journal of Marital and Family Therapy*. 30(4).
52. Spitzer, R.; J. Williams.; M. Gibbon. & M. First. (1992). The Structured Clinical Interview for DSM-III-R (SCID). I: History, Rationale, and Description. *Archives of General Psychiatry*. 49(8).
53. Spoth. (1998). *The Strengthening Families Program for 10-14 Year Olds*. Retrieved 11 May 2013 from: <http://www.strengtheningfamiliesprogram.org/Sp-10-14.Html>.
54. Sun, R. C. F. & D. T. Shek. (2011). Positive Youth Development, Life Satisfaction and Problem Behaviour Among Chinese Adolescents in Hong Kong: A Replication. *Soc Indic Res*. 105(3).
55. Tsai, C. P. (2008). *The Study of Drama Activities in Forming Self-Concept Relationship: A Case Study on the Juvenility Under Probation in Taiwan Kaoshiung Juvenil Court*. Master's Thesis of Drama Creation and Application. New Yourk University.

56. Whaley, S. E.; A. Pinto. & M. Sigman. (1999). Characterizing Interactions between Anxious Mothers and Their Children. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 67(6).
57. Hersen, M. & D. H. Barlow. (1976). *Single Case Experimental Designs: Strategies for Studying Behavior Change*. New York: Pergamon.
58. Wu, C. (2008). *Research for Drama Activities Applied in Creativity of Elementary Gifted Students*. Master's Thesis of Special Education. Concordia University, Montreal: Quebec.
59. Simons, S. M. (2011). Process Drama and Sex Education: Advocating for Drama-Based Components of Adolescent Health Initiatives. *Journal of Applied Arts and Health*. 2(2).
60. Venter, T. (2004). *The Nature of a Drama-Based Program for Young First Offender in South Africa*. Master's Thesis in Special Education, Institutional Repository, North-West University: South Africa.
61. Virués-Ortega, J. & R. Moreno-Rodríguez. (2008). Guidelines for Clinical Case Reports in Behavioral Clinical Psychology. *International Journal of Clinical and Health Psychology*. No. 8.