

مقایسه اثربخشی مشاوره گروهی عقلانی...

مقایسه اثربخشی مشاوره گروهی عقلانی - عاطفی، رفتاری و روش مشاوره روان نمایشگری در افزایش سلامت عمومی و ابرازگری هیجانی مراجعان زن

دکتر مهدی زارع*

دکتر عبدالله شفیع آبادی**

چکیده

هدف پژوهش حاضر مقایسه اثربخشی مشاوره گروهی عقلانی- عاطفی، رفتاری و روش مشاوره روان نمایشگری در افزایش سلامت عمومی و ابرازگری هیجانی مراجعان زن مراکز بهزیستی شهر تهران می‌باشد. جامعه آماری پژوهش شامل 68 مراجع کننده زن مراکز دولتی بهزیستی شهر تهران است که به طور داوطلب برای شرکت در جلسات مشاوره گروهی ثبت نام کردند. 36 نفر از زنانی که حایز شرایط ورود به جلسه‌های مشاوره گروهی بودند، به عنوان نمونه پژوهش حاضر به طور هدفمند انتخاب شدند که به طور تصادفی در دو گروه آزمایش و یک گروه کنترل جایگزین شدند. اعضای گروهها به وسیله پرسشنامه‌های ابرازگری هیجانی کینگ و امونز و پرسشنامه سلامت عمومی گلدبرگ قبل و بعد از جلسه- های مشاوره گروهی مورد سنجش قرار گرفتند. نتایج حاصل از پرسشنامه‌ها از طریق آزمون آماری تحلیل کواریانس و آزمون تعقیبی ال، اس، دی مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. نتایج پژوهش بیانگر آن بود که هر دو روش مشاوره گروهی عقلانی- عاطفی، رفتاری و روان نمایشگری بر افزایش ابرازگری هیجانی و سلامت عمومی مراجعان اثربخش می‌باشد. همچنین مشخص شد که روش روان نمایشگری در مقایسه با مشاوره گروهی عقلانی- عاطفی، رفتاری در افزایش ابرازگری هیجانی اثربخشی بیشتری دارد.

کلید واژه‌ها: مشاوره گروهی عقلانی- عاطفی، رفتاری، مشاوره روان نمایشگری، سلامت عمومی، ابرازگری هیجانی.

تاریخ پذیرش مقاله: 86/09/28

تاریخ دریافت مقاله: 86/07/30

مقدمه

* عضو هیأت علمی دانشگاه آزاد اسلامی اراک mz_bahramabadi@yahoo.com

** عضو هیأت علمی دانشگاه علامه طباطبایی، ishaftabady@yahoo.com

حفظ و ارتقای سلامت افراد و بررسی عوامل تأثیرگذار بر آن به دلیل اهمیت فراوان آن در زندگی فردی و اجتماعی افراد همواره مورد توجه متخصصان و صاحبانظران در حیطه سلامت و به خصوص روان‌شناسان بوده است. چنان‌که دیدگاهها و الگوهای تبیین‌کننده فرایند سلامت و بیماری در سیر تاریخی خود تغییر یافته و الگوها و نظریه‌های جدیدی در رابطه با آن ارائه شده است. برخلاف گذشته، روان‌شناسان و متخصصان امروزی مطالعه سلامت افراد را محدود به مطالعه دو بعد جسم و روان و به طور مجزا نکرده بلکه علاوه بر مطالعه این دو بعد و تعامل آنها، ابعاد دیگری را نیز در رابطه با سلامت در نظر می‌گیرند. ادلین و براون^۱ (1999) در این رابطه معتقدند که سلامت دارای ابعاد متعدد جسمانی، شناختی، معنوی، شغلی، اجتماعی و هیجانی است و افراد زمانی از سلامت بالا برخوردارند که در آنها همه ابعاد سلامتی یکپارچه بوده و با هم کارکنند.

از جمله ابعاد مهم سلامت که امروز مورد توجه روان‌شناسان قرار گرفته، سلامت هیجانی است. به نظر ادلین و براون (1999) فرد دارای سلامت هیجانی قادر است تا حالت شوخ طبعی خود را حفظ کند، حالت‌های هیجانی خود را تشخیص دهد و به طور مناسب آنها را ابراز کند. این توانایی درک حالت‌های هیجانی و ابراز آنها موضوعی است که امروزه مورد توجه بسیاری از روان‌شناسان در حیطه سلامت قرار گرفته است، چنان‌که امروزه یکی از مؤلفه‌های مهم هوش هیجانی تلقی شده (سیاروچی و کاپوتی^۲، 2000) و حتی در گامی فراتر به عنوان جزئی از سواد هیجانی^۳ افراد تلقی می‌شود (فرشمن و روبینو^۴، 2004). فرش ووتر (2003، نقل از فرشمن و روبینو، 2004) در این زمینه معتقد است که یکی از نخستین گامها در مسیر سواد هیجانی (که در دیدگاه او هم ردیف با هوش هیجانی است) توانایی ابراز هیجانها می‌باشد. به نظر او هدف از سواد هیجانی، شناسایی دقیق و تبادل احساسات ما و درپی آن نیازهای ما می‌باشد. به نظر او افزایش تمایل افراد در

-
1. Edlin and Brown
 2. Ciarrochi and Caputi
 3. Emotional literacy
 4. Freshman and Rubino

خودافشایی و اعترافهای شخصی در دنیای امروز حاکی از آن است که افراد نیاز به ابراز هیجانهای خود داشته و آرزوی فرصتی را دارند تا ژرفترین بخشهای خود را درک کنند.

ابرازگری هیجانی به نمایش بیرونی هیجان بدون توجه به ارزش (مثبت یا منفی) یا روش (چهره‌ای، کلامی و حالت بدنی) اطلاق می‌شود (کرینگ و گوردون^۱، 1998). مطالعات متعددی پیرامون ارتباط ابرازگری هیجانی و ابعاد مختلف سلامت انجام شده است. در این راستا پژوهشهای مختلف بیانگر رابطه برون‌ریزی یا تخلیه هیجانی رویدادهای استرس‌زا با سلامت و تندرستی افراد (اسمیت^۲، 1998؛ قربانی، 1378؛ مندرس، سیری و بلاسکوویچ^۳، 2003)، نقش حفاظتی بیان هیجانات مثبت در مقابل بیماریها (ریچمن و همکاران، 2005، نقل از نجات، 1385) و اثر خودافشایی کلامی و نوشتاری در افزایش سلامت روان افراد (وارنر و همکاران، 2006؛ پتری^۴ و همکاران، 1995؛ رفیعی نیا، 1385؛ نجات، 1385) دارد. همچنین ابراز هیجان نقش قابل توجهی در حفظ و نگهداری روابط بین فردی دارد (امونز و کلبی، 1995؛ کندی مور^۵ و واتسون، 2001) و به عنوان یک تعدیل‌کننده مهم، قابلیت دسترسی به حمایت اجتماعی و آثار آن بر روابط بین استرس و بیماری را تحت تأثیر قرار می‌دهد (امونز و کلبی، 1995). به عبارت دیگر صحبت کردن با دیگران راجع به رویدادهای استرس‌زا به شخص این فرصت را می‌دهد که اطلاعاتی درباره رویداد یا مقابله مؤثر با آن را کسب کند و از اینکه مورد حمایت اطرافیان قرار گیرد، احساس آرامش کند (ورتمن^۶ و همکاران، 1999). استانتون^۷ (2001، نقل از رفیعی نیا، 1385) نیز معتقد است که مقابله با روش ابرازگری هیجانی ممکن است به واسطه ایجاد پاسخهای اجتماعی مثبت کارآمد باشد.

1. Kring and Gordon
2. Smyth, J. M.
3. Mendes, Seery and Blascovich
4. Petrie, K. J. and Other
5. Kennedy - Moore, E. and Watson, J.C.
6. Wortman, C.B. and Other
7. Stanton.

افشا و ابراز آسیب‌های هیجانی برای سلامت سودمند است؛ زیرا به نظر می‌رسد که خاطرات آسیب‌زا و هیجانهای سرکوب شده آنها به طور متفاوتی رمزگردانی شده و به شکل ادراکهای حسی، نشخوارهای وسواسی یا نمایشهای مکرر رفتاری ذخیره می‌شوند. این امر منجر به مقاومتی ناخودآگاه شده که نشانه‌های پریشان‌کننده روان شناختی را به دنبال خواهد داشت (اسمیت، 1998). بروئر و فروید نیز در نظریه ضربه خود نشان دادند که تجربه اضطراب شدید در یک موقعیت آسیب‌زا و عدم امکان برون‌ریزی این هیجان منفی، زمینه بروز روان آزرده‌گی است. از این رو روش درمانی آنها، هشیارسازی خاطرات دردناک و تخلیه هیجانهای منفی توأم با آنها از طریق بیان و گفتار خاطره مذکور است (قربانی، 1378). تاکنون (2001) در پژوهش خود دریافت که زنان مبتلا به سرطان سینه در مقایسه با زنان سالم، بازداري هیجانی بیشتری دارند. او عدم ابراز‌گری هیجانی را یک ویژگی مهم الگوی رفتاری تیپ مستعد سرطان (تیپ سی) می‌داند. سالووی¹ و همکاران (2000) معتقدند که ابراز کلامی تجارب آسیب‌زای فرایند مقابله را آسان می‌کند و ابراز هیجانی را خانه‌تکانی شناختی می‌دانند. فرش ووتر (2003)، نقل از فرشمن و روبینو، (2004) نیز معتقد است که بیان یک هیجان خود به خود و به‌تنهایی می‌تواند فرد را به عمق آن هیجان و زیربنای آن نزدیکتر کند، چنان‌که‌گویی با بیان هیجانهای خود به مغز اجازه دسترسی به زیربنای آن داده می‌شود.

امروزه نتایج بسیاری از مطالعات بیانگر آن است که کیفیت ابراز هیجان در زنان و مردان متفاوت است و این تفاوت در هر دو جنس انطباقی بوده و به عوامل فرهنگی و موقعیتی بستگی دارد (گراس و لونسون، 1997). پژوهشها نشان می‌دهند که زنان بیشتر از مردان هیجانهای خود را بروز می‌دهند و در مقایسه با مردان ابراز‌گری و شدت هیجانی بیشتری را گزارش می‌دهند (کینگ و امونز، 1990؛ کینگ، امونزو و ودلی، 1992). به اعتقاد باتلر² (2001) ابراز‌گری بیشتر در زنان ممکن است سبب شود که عدم ابراز‌گری و بازداري، آثار بیشتری بر آنها بگذارد. در این صورت مطالعات متعددی امروزه در ارتباط با نحوه ابراز هیجان و آثار آن بر سلامت زنان صورت گرفته

-
1. Salovey, P. and Other
 2. Butler

است. آنچه که در این زمینه، ضروری به نظر می‌رسد، انجام پژوهش با توجه به شرایط فرهنگی و موقعیتی زنان می‌باشد، چنانچه فام (2000، نقل از باتلر، 2001) معتقد است که تفاوت‌های جنسی در بازداری هیجانی، جهانی نیست بلکه از فرهنگ اثر می‌پذیرد.

از آنچه بیان شد، می‌توان نتیجه گرفت که ابرازگری هیجانی یا عدم توانایی افراد در ابراز هیجانهای خود نقش قابل توجهی در سلامت و بیماری آنها ایفا می‌کند لذا متخصصان بهداشت روان به‌خصوص روان‌درمانگران و مشاوران با ارائه نظریه‌ها و دیدگاه‌های خاص خود و با هدف افزایش ابرازگری هیجانی و سلامت روان افراد به طراحی مداخله‌های ویژه‌ای در این زمینه پرداخته‌اند.

نظریه عقلانی - عاطفی، رفتاری الیس و نظریه روان‌نمایشگری مورنو دو نظریه مشاوره و روان‌درمانی در این زمینه می‌باشند که هر کدام به گونه‌ای متفاوتی به تبیین و توصیف مسائل و مشکلات روان‌شناختی افراد در زمینه‌های رفتاری، هیجانی و ارتباطی پرداخته و راهبردهای منحصر به فردی را در جهت رفع آنها ارائه می‌دهند.

نظریه عقلانی - عاطفی، رفتاری از جمله رویکردهای شناختی- رفتاری در روان‌درمانی و مشاوره است که در آن علل اکثر مشکلات رفتاری و عاطفی افراد ناشی از طرز تفکر آنها درباره اشیا و امور تلقی می‌شود. به سخنی دیگر این نظام باورهای معیوب فرد است که باعث ایجاد پیامدهای نامناسب عاطفی مانند خشم، افسردگی و ... در فرد می‌شود (فلانگان و فلانگان^۱، 2004؛ درایدن^۲، 2002؛ اورهاسلر^۳، 2003، نوایی نژاد، 1383، شفیق آبادی، 1381). تمایل افراد به ارزیابیهای مطلق و غیرواقع‌بینانه درباره رخداد‌های زندگی منجر به آشفتگی عاطفی و رفتاری در آنها می‌شود. این ارزیابیهای مطلق و باورهای غیرمنطقی را می‌توان به طور کلی در چهار دسته

-
1. Flanagan, John. Flanagan, Rita
 2. Dryden, W
 3. Overholser

بایدها و الزام‌های جزمی، خودتحقیری^۱ و دیگر تحقیری‌ها، تحمل کم ناکامی‌ها و فاجعه‌سازیه‌ها دسته‌بندی کرد (درآیدن، 2005).

در نظریه عقلانی - عاطفی، رفتاری، عدم توانایی افراد در ابرازگری هیجانی همچنین مشکلات در حیطه سلامت روان افراد را در درجه اول باید در وجود باورهای غیرمنطقی فرد ریشه‌یابی کرد. در این رویکرد درمانگر مراجعان را تشویق می‌کند تا عواطف خود را به طور عینی احساس کرده و آشفتگی‌های عاطفی خود را با تمرکز بر خودگویی‌ها و تغییر باورها و ارزشهای آن کاهش دهند (فلانگان و فلانگان، 2004؛ درآیدن، 2002؛ شفیع آبادی، 1381). در این رویکرد چنین فرض می‌شود که اگر مراجعان به فلسفه‌ای جدید و واقع بینانه درباره زندگی دست پیدا کنند، می‌توانند به طور مؤثری با بیشتر رخداد‌های ناگوار زندگی خود کنار بیایند (فلانگان و فلانگان، 2004؛ درآیدن، 2002).

پژوهش‌های مختلف هرکدام به رابطه بین نظام شناختی افراد، به‌خصوص باورهای غیر منطقی و آشفتگی‌های هیجانی همچون اضطراب، افسردگی (کالوت و کاردنوسو^۲، 2002؛ هریس^۳ و درآیدن، 2006) و خشم (وایلد^۴، 2004) و یا رابطه باورها با برانگیختگی فیزیولوژیکی همچون فشارخون (هریس و درآیدن، 2006)، رابطه باورها با مهارت‌های اجتماعی و ارتباط‌های بین فردی (مولر^۵، راب و نارتج، 2000)، رابطه باورها و توانایی ابراز هیجان در افراد (رابینسون و کلور^۶، 2003) پرداخته‌اند. از سوی دیگر اثربخشی مشاوره عقلانی - عاطفی، رفتاری در کاهش تفکرات و عقاید غیرمنطقی (دابسون^۷، 2004؛ باند و بانس^۸، 2000) کاهش اضطراب و افسردگی (دابسون، 2004؛ بهرامی، 1381)، افزایش مهارت‌های اجتماعی و ارتباط‌های بین فردی (بهرامی، 1381) و

4. Self-downing

1. Calvete, Esther., Lolga, Cardenoso.
2. Harris, Steven., Dryden, Windy.
3. Wild, Jerry.
4. Moller, A. , Rabe, H. M; Nortje, C.
5. Robinson M.D. and Clore, G.L
6. Dobson, Keith.
7. Bond, F., Bunce, D

در افزایش ابرازگری هیجانی (کرامر و کاپ شیک^۱، 1993؛ بهرامی، 1381) نشان داده شده است. رویکرد روان‌نمایشگری که از تصویرسازی ذهنی، تخیل، اعمال بدنی و پویایی گروه استفاده می‌کند، ترکیبی از هنر، بازی، حساسیت عاطفی و تفکر صریح است که با تسهیل در رها کردن عواطف حبس شده، به افراد در کسب رفتارهای جدید و مؤثرتر و گشودن راههای نامکشوف حل تعارض و همچنین شناخت قالب خویشتن کمک می‌کند (بلاتنر^۲، 2000). مورنو معتقد است که اگر مراجع‌کننده بداند که بیرون ریختن افکار درونی و عواطف بیان نشده به هر شکلی که باشد به وسیله درمان‌گر تحمل خواهد شد، او با رغبت آنها را به نمایش گذاشته و به آرامش دست خواهد یافت (مورنو^۳، بلوم و بت و رانتزل، 2000؛ بلاتنر، 2000). در این دیدگاه اعتقاد بر آن است که انسان کنونی نیاز مبرم به انعطاف‌پذیری رفتاری دارد و اغلب مشکلات و آشفتگیهای هیجانی و از جمله ناتوانی افراد در ابرازگری هیجانی آنها و بازداری بیشتر در آنها ناشی از نبود خودانگیختگی^۴، خزانه نقش توسعه نیافته و متعاقب آن نقصان مهارتهای رفتاری مرتبط با نقشها است (مورنو و همکاران، 2000). در این صورت روان‌نمایشگری کمک می‌کند تا خزانه نقشهای فرد و مهارتهای رفتاری مرتبط با آنها را توسعه بخشد و با تشویق مراجعان به خودانگیختگی در زمان حال، اینجا و اکنون، آنها را به سمت پاسخ مناسب به موقعیتهای تازه و یا پاسخدهی به موقعیتهای قدیمی سوق دهد (لندی، 2006، کarp، هولمز و تاون^۵، 1998). در این روش مراجع به جای آنکه در مورد تعارضهای خود سخن بگوید، به اجرای عملی آنها می‌پردازد. به عبارت دیگر در این روش فرد با بازی در نقش خویشتن بدون نمایشنامه و طرح قبلی و از طریق تخلیه هیجانی می‌تواند هیجانهای درونی خویش از قبیل خشم، ناراحتی و خوشحالی را از درون خود آزاد کرده و در جهت سلامت و ابرازگری هیجانی بیشتر حرکت کند. در جهت تحقق این اهداف، روان‌نمایشگری از ابزارها و فنون

8. Cramer, D., Cupshik, G.

1. Blatner, Adam

2. Moreno, Z. T., Blomkvist, L. D., and Rutzel, T

3. Spontaneity

4. Karp, M., Holmes, P., and Tavon, K.B.

متعددی همچون من‌های یاور^۱، کارگردان، صحنه، فن بدل، وارونگی نقش، آینه، تک‌گویی، واقعیت بخشی و فنون دیگر استفاده می‌کند. (بلاتنر، 2000، فتحی، 1381، نوایی نژاد، 1383).

پژوهش‌های متعددی در رابطه با اثربخشی روان‌نمایشگری و پیرامون موضوعات مختلف در حیطه بهداشت روان صورت گرفته است. برای نمونه می‌توان به اثربخشی این رویکرد عملگرا در ارتباط با موضوعاتی چون کاهش افسردگی (رضائیان، 1997؛ کاربونل^۲، 1999)، اضطراب (کاربونل، 1999)، پرخاشگری (زابلی، 1383)، افزایش سازگاری و اعتماد به نفس (بانیستر^۳، 1997) و افزایش ابرازگری در بیان هیجانهای مثبت و منفی (آلتمن، 2003؛ بانیستر، 1997) اشاره کرد.

با مروری بر پیشینه نظری و پژوهش‌های انجام شده پیرامون ابرازگری هیجانی و سلامت عمومی می‌توان دریافت که اگر چه مطالعات متعددی پیرامون این متغیرها و ارتباط آنها با ویژگیهای مختلف روان‌شناختی صورت گرفته است، اما پژوهش‌های اندکی پیرامون مداخلات مشاوره‌ای، درمانی و آموزش‌های هدفمند در رابطه با این متغیرها صورت گرفته است. از طرف دیگر با بررسی پژوهش‌های انجام شده پیرامون اثربخشی روش‌های مشاوره و روان‌درمانی فردی و گروهی در دو رویکرد عقلانی - عاطفی، رفتاری و رویکرد روان‌نمایشگری می‌توان دریافت که در این زمینه نیز پژوهش که به طور مستقیم به بررسی اثربخشی این دو رویکرد در رابطه با متغیرهای پژوهش خصوصاً ابرازگری هیجانی پرداخته باشد، وجود ندارد. لذا با توجه به اهمیت ابرازگری هیجان در سلامت و بهداشت روانی افراد و لزوم به کارگیری روشها و مداخله‌های ثمربخش در جهت افزایش ابرازگری هیجانی و سلامت عمومی مراجعان، پژوهشگر در این پژوهش به مقایسه اثربخشی دو روش مشاوره گروهی عقلانی - عاطفی، رفتاری و روش روان‌نمایشگری در افزایش ابرازگری هیجانی و سلامت عمومی مراجعان پرداخته است.

5. Auxiliary Ego

1. Carbonell, D. M.

2. Bannister, A.

روش تحقیق

در پژوهش حاضر از روش "نیمه تجربی" استفاده شده است که در قالب یک طرح تحقیقی از نوع پیش آزمون - پس آزمون با گروه کنترل می‌باشد. به این صورت که از دو گروه آزمایش و یک گروه کنترل پیش آزمون گرفته شد و دو گروه آزمایش تحت تأثیر متغیر مستقل که در این پژوهش شیوه مشاوره گروهی عقلانی - عاطفی، رفتاری و شیوه مشاوره روان نمایشگری است، قرار گرفتند و گروه کنترل هیچ مداخله‌ای دریافت نکرد. بعد از اتمام جلسه‌های مشاوره گروهی از هر سه گروه پس آزمون به عمل آمد و در انتها هر سه گروه سنجش و مقایسه شدند.

جامعه آماری پژوهش عبارت بود از آن دسته از زنان مراجع مراکز دولتی بهزیستی شهر تهران (مرکز مشاوره آمنه و مرکز جامع خدمات مشاوره) که به طور داوطلب برای شرکت در پژوهش ثبت نام کرده بودند. در این پژوهش 68 زن برای شرکت در پژوهش به طور داوطلبانه ثبت نام کردند که از بین آنها 36 نفر از مراجعانی را که شرایط احراز ورود به جلسه‌های مشاوره گروهی (یعنی احراز نمرات برش در پرسشنامه‌های پیش آزمون، دامنه سنی 20-45 سال، عدم داشتن اختلال روانی و جسمانی حاد و مزمن، علاقه و توانایی برقراری ارتباط با دیگران در گروه، متعهد شدن به حضور در جلسه‌های مشاوره گروهی) را کسب کرده بودند به طور هدفمند انتخاب شدند. مراجعان به طور تصادفی در سه گروه 12 نفره جایگزین شدند. از گروه‌های پژوهش، دو گروه به طور تصادفی به شیوه مشاوره گروهی عقلانی - عاطفی، رفتاری و روش روان نمایشگری اختصاص یافتند و گروه سوم به عنوان گروه کنترل قرار داده شد که هیچ‌گونه مداخله‌ای دریافت نمی‌کرد.

ابزار تحقیق

در این پژوهش برای جمع‌آوری اطلاعات از روش مصاحبه و پرسشنامه‌های ابرازگری هیجانی (کینگ و امونز، 1990) و سلامت عمومی (گلدبرگ¹، 1972) استفاده شد. در اینجا به توضیح هر یک از ابزارهای فوق به طور جداگانه پرداخته شده و روایی و پایایی آنها بررسی می‌شود.

1- مصاحبه نیمه ساختار

برای اطمینان از انتخاب مناسب و بررسی معیارهای لازم برای ورود به هر یک از گروههای آزمایش و کنترل، یعنی احراز نمره‌های برش در پرسشنامه‌های پیش‌آزمون، دامنه سنی 20-45 سال، عدم داشتن اختلال روانی و جسمانی حاد و مزمن (بر اساس معیارهای DSM IV)، علاقه و توانایی برقراری ارتباط با دیگران در گروه، متعهد شدن به حضور در جلسه‌های مشاوره گروهی، هر یک از آزمودنیها مورد مصاحبه تشخیصی و انتخابی قرار گرفتند.

هر یک از آزمودنیها مورد مصاحبه تشخیصی (بر اساس معیارهای DSM IV) قرار گرفتند.

2. پرسشنامه ابرازگری هیجانی (EEQ)²

کینگ و امونز (1990) به منظور بررسی اهمیت نقش ابراز هیجان در سلامت، این پرسشنامه را طراحی کرده‌اند. پرسشنامه ابرازگری هیجانی (EEQ) سه زیر مقیاس و 16 ماده دارد. زیر مقیاسهای آن عبارتند از زیر مقیاس ابراز هیجان مثبت، زیر مقیاس ابراز صمیمیت و زیر مقیاس ابراز هیجان منفی. دامنه پاسخ به هر ماده در اصل 7 درجه و از "کاملاً موافق" تا "کاملاً مخالف" متغیر است که به منظور تسهیل پاسخگویی برای پاسخ‌دهندگان، به 5 درجه محدود شد. روش نمره‌گذاری آن به شیوه لیکرت³ است که به پاسخ "کاملاً موافق" نمره 5 و به پاسخ "کاملاً مخالف" نمره 1 تعلق می‌گیرد. بر اساس این شیوه نمره‌گذاری، نمره کل یک فرد از 16 تا 80 متغیر خواهد بود. نمره بالاتر بیانگر ابرازگری هیجانی بالاتر است.

1. Goldberg, D. P.

1. Emotional Expressiveness Questionnaire

2. Likert Scoring Method

اعتبار^۱ این مقیاس به وسیله رفیعی‌نیا (1381)، با استفاده از روش همسانی درونی^۲ و محاسبه ضریب آلفای کرانباخ بررسی شد و مقدار آن برای کل مقیاس و زیر مقیاسهای ابراز هیجان مثبت، ابراز صمیمیت و ابراز هیجان منفی به ترتیب 0/68، 0/65، 0/59 و 0/68 به دست آمد که قابل قبول و معنادار ($P < 0/0001$) است. کینگ و امونز (1990) ضریب آلفای کرانباخ را برای مقیاس و زیر مقیاسهای ذکر شده به ترتیب 0/70، 0/74، 0/63، 0/67 عنوان کردند و به منظور بررسی روایی همگرا^۳، بین پرسشنامه ابرازگری هیجانی و اندازه "پرسشنامه شخصیت چند بعدی"^۴ (MPQ؛ تلگین^۵، 1982) و "مقیاس عاطفه مثبت برادبرن"^۶ همبستگی مثبت یافتند.

3. پرسشنامه سلامت عمومی (GHQ)

گلدبرگ (1972)، اولین بار "پرسشنامه سلامت عمومی" را تنظیم کرد. پرسشنامه اصلی 60 ماده دارد. گلدبرگ و هیلر (1979)، فرم 28 ماده‌ای پرسشنامه را اولین بار از طریق اجرای روش تحلیل عاملی روی فرم بلند آن طراحی کردند (به نقل از تقوی، 1380). در پژوهش حاضر از فرم 28 ماده‌ای پرسشنامه سلامت عمومی استفاده شد. پرسشنامه 28 ماده‌ای سلامت عمومی از چهار مؤلفه (نشانه‌های جسمانی، اضطراب و بیخوابی، اختلال در کارکرد اجتماعی و افسردگی) تشکیل شده است که هرکدام از آنها 7 ماده دارد. اعتبار آزمون با استفاده از روش همسانی درونی و محاسبه ضریب آلفای کرانباخ بررسی شد که مقدار آن برای کل مقیاس و زیر مقیاسهای نشانه‌های جسمانی، اضطراب و بیخوابی، اختلال در کارکرد اجتماعی و افسردگی به ترتیب 0/85، 0/87، 0/74، 0/84 به دست آمد و بیانگر آن است که این مقیاس دارای همسانی درونی بالا و معنادار ($P < 0/100$) است.

3. Reliability

4. Internal Consistency

1. Convergent Validity

2. Multidimensional Personality Questionnaire (MPQ)

3. Tellegen, A.

4. Brodburn

روش اجرای پژوهش

برای اجرای این پژوهش ابتدا ساختار و طرح جلسه‌های مشاوره گروهی بر اساس نظریه عقلانی - عاطفی، رفتاری و نظریه روان‌نمایشگری تهیه شد. به این ترتیب اعضای گروه آزمایشی مشاوره گروهی عقلانی - عاطفی، رفتاری در 12 جلسه مشاوره گروهی هفتگی (که زمان هر جلسه یک ساعت و نیم بود) شرکت کردند سپس فنون عقلانی - عاطفی، رفتاری نظریه ایس با هدف افزایش ابرازگری هیجانی و سلامت عمومی مراجعان به کار گرفته شد. اعضای گروه آزمایشی مشاوره گروهی روان‌نمایشگری نیز در 10 جلسه مشاوره گروهی هفتگی (که زمان هر جلسه دو ساعت بود) شرکت کردند. فنون و روشهای مشاوره روان‌نمایشگری نیز با توجه به اهداف پژوهش در مورد آنها به کار گرفته شد. گروه کنترل مورد مداخله قرار نگرفت و صرفاً در رابطه با آنها پیش-آزمون و پس‌آزمون صورت گرفت. محتوا و هدف هر جلسه به صورت خلاصه به شرح ذیل می‌باشد:

1- مشاوره گروهی عقلانی - عاطفی، رفتاری

جلسه اول: آشنایی اعضای گروه با یکدیگر و مشاور، آشنایی اعضا با اهداف و قوانین مشاوره گروهی، تعریف هیجان، بررسی انواع هیجانها، توضیح شیوه‌های ابرازگری هیجانی و بررسی پیامدهای عدم ابرازگری هیجانی بر سلامت عمومی افراد؛
جلسه دوم: ریشه‌یابی عوامل مرتبط با نحوه ابراز هیجان افراد و سلامت عمومی آنها با توجه به نقش باورها، نحوه تربیت خانواده و عوامل زیستی، روانی، اجتماعی. آموزش خود ارزیابی نشانه‌های هیجانی؛

جلسه سوم: تعیین رابطه تعاملی رفتار، شناخت و هیجان. بررسی نقش باورها و تصورات شناختی افراد در عدم توانایی در ابراز هیجان، آموزش مدل ABC در تبیین سلامت عمومی، اضطراب، افسردگی و مشکلات ارتباطی اعضا؛

جلسه چهارم: آشنایی با انواع حوادث فعال کننده (A)، آشنایی با پیامدهای هیجانی منطقی و سالم و پیامدهای هیجانی غیرمنطقی و مخرب (C)، شناخت هرچه بیشتر تفاوت‌های باورهای منطقی و غیرمنطقی، آموزش و آگاهی از دو باور غیرمنطقی و واکنش منطقی هر یک شامل: فاجعه سازی در مقابل فاجعه ستیزی و بایدها در مقابل ترجیح‌ها؛

جلسه پنجم: آموزش دو باور غیرمنطقی تحمل کم در مقابل تحمل بالا و خود تحقیری و دیگر تحقیری در مقابل پذیرش خود و دیگران. تبیین تجارب منفی اعضا بر اساس باورهای چهارگانه غیرمنطقی؛

جلسه ششم و هفتم: آموزش راهبردهای تغییر باورهای غیرمنطقی شامل راهبرد منطقی، راهبرد مستندسازی (تجربی) و راهبرد عملی، بررسی مهارت اعضا در به کارگیری روشهای مباحثه با استفاده از تجارب هیجانی و موقعیتهای زندگی خود مراجعان؛

جلسه هشتم: آشناسازی اعضا با خودگوییهای منطقی و غیرمنطقی، آشناسازی اعضا با نقش کلمات در منطقی یا غیرمنطقی بودن و احساسات ایجاد شده در فرد؛

جلسه نهم: تفکیک هیجانهای منفی مخرب از هیجانهای منفی سالم، استفاده از تصویرسازی عقلانی - عاطفی در کنترل هیجانهای منفی مخرب؛

جلسه دهم: آموزش مهارتهای ارتباطی و آموزش مهارتهای ابرازگری در بیان عواطف مثبت شامل: نشان دادن عواطف مثبت به صورت غیرکلامی و به صورت حرکات بدنی، نشان دادن عواطف مثبت به صورت کلامی، انعکاس احساسات و استفاده از کلمات و جملات تقویت کننده برای ایجاد تشویق و القای امید در ارتباطهای متقابل و ...؛

جلسه یازدهم: آموزش ابرازگری هیجانی در بیان عواطف منفی سالم شامل: نشان دادن احساس دلخوری و رنجش خاطر به جای پرخاشگری، غم به جای افسردگی و نگرانی به جای اضطراب، تمرین چند حرکت آرامسازی؛

جلسه دوازدهم: آموزش مهارت حل مساله در موقعیتهای هیجانی و استرسزا، مرور نتایج و بررسی بازخورد اعضا نسبت به جلسه‌های گروه اختتام؛

2- روش مشاوره روان‌نمایشگری

جلسه اول: آشناسازی اعضا با یکدیگر و مشاور، معرفی و تشریح اهداف گروه، بیان قوانین و ساختار جلسه‌های گروه، تعریف هیجان و انواع آن، توضیح شیوه ابرازگری هیجانی و بررسی پیامدهای عدم ابرازگری هیجانی بر وضعیت سلامت افراد؛

جلسه دوم: آشنایی بیشتر اعضا با ساختار روان‌نمایشگری، آشنایی با ایفای نقش و تکنیکهای آینه، جفت و من‌یاور (به این منظور از انجام تکنیک آشنایی در مرحله گرم شدن و برای آمادگی اعضا استفاده شد)؛

جلسه سوم: استفاده از شیوه‌ای غیرکلامی برای آگاهی اعضا نسبت به شیوه ابراز احساسات خود به دیگران، آگاهی بیشتر نسبت به هیجانهای خود و زبان بدن (به این منظور از تکنیک مجسمه‌سازی استفاده شد)؛

جلسه چهارم و پنجم و ششم: کمک به تسهیل ابراز هیجان‌های مثبت اعضا، تسهیل و ترغیب اعضا به بازگویی مشکلات خویش و در قالب ایفای نقش، به کارگیری فنون مختلف روان‌نمایشگری در پرداختن به مشکلات ارائه شده. در ابتدا مشاور به توضیح و تشریح هیجانهای مثبت (شامل ابراز محبت و صمیمیت، شادی و خوشحالی افراد) و بررسی تجارب اعضا در ابراز هیجانهای مثبت خود پرداخت. در هر جلسه یکی از اعضا به طور داوطلب به عنوان مراجع اصلی (شخص اول یا پروتاگونیست) به ارائه مشکل خود در رابطه با ابراز هیجانهای مثبت پرداخت. مشاور نیز با استفاده از فنون مختلف روان‌نمایشگری و با مشارکت سایر اعضا (به عنوان من‌های یاور) و در قالب ایفای نقش به بررسی و کمک در جهت حل مشکل پرداخت؛

جلسه هفتم، هشتم و نهم: کمک به تسهیل ابراز هیجانهای منفی اعضا (شامل خشم، غم، ترس، نگرانی) و تسهیل و ترغیب اعضا به بازگویی مشکلات خویش در هر جلسه و در قالب ایفای نقش، به کارگیری فنون مختلف روان‌نمایشگری در پرداختن به مشکلات ارائه شده در هر جلسه. در ابتدا مشاور به توضیح هیجانهای منفی افراد (شامل ترس، خشم، نگرانی و غم) پرداخت و سپس در هر جلسه یکی از اعضا به طور داوطلب به عنوان پروتاگونیست (مراجع اصلی یا شخص اول نمایش) به بازگویی مشکل خویش در رابطه با ناتوانی در ابراز هیجانهای منفی در روابط خود

با دیگران پرداخت. مشاور نیز با به‌کارگیری فنون مختلف روان‌نمایشگری (همچون فن‌آینه، جفت‌های متعدد، وارونگی نقش، صندلی خالی، واقعیت بخشی و فن تک‌گویی) و با مشارکت سایر اعضای گروه (در قالب نقش من‌های یاور و ارائه بازخورد به پروتاگونیست) به بررسی و کمک در حل مشکل پرداخت؛

جلسه دهم: اختتام گروه، بررسی و بازبینی تجارب و احساسات اعضا در گروه. مشاور در این جلسه به مرور خلاصه‌ای از جلسات و اهداف هر یک از آنها پرداخت. هر یک از اعضا تجارب و احساسات خود را در طول دوره گروه و فواصل بین جلسه‌ها با گروه در میان گذاشتند. همچنین برای کمک به پایان دادن گروه و تقویت نقاط مثبت اکتسابی اعضا در گروه و با هدف ایجاد امید و تداوم حرکت اعضا در زندگی شان، تکنیک صندوقچه امید اجرا شد (در این تکنیک، اعضا امید و آرزوهای خود را برای سایر اعضا در نظر آورده، آن را روی کاغذ نوشته و به تبادل آن با سایر اعضا می‌پردازند).

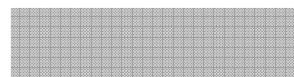
نتایج

ابتدا به یافته‌های توصیفی پژوهش پرداخته می‌شود. در جدول 2، میانگین و انحراف معیار نمره-های آزمودنی‌های گروه‌های آزمایش و کنترل، در هر یک از متغیرهای وابسته و در مراحل پیش-آزمون و پس‌آزمون نشان داده شده است.

جدول 2: توصیف آماری نمرات آزمودنی‌ها در گروه‌های آزمایشی مختلف

متغیرها		شاخص آماری	تعداد نمونه	آزمون	گروه‌ها
سلامت عمومی*	ابرازگری هیجانی				
31/33	24/66	میانگین	12	پیش آزمون	عقلانی، عاطفی، رفتاری
2/57	2/49	انحراف معیار			
24/33	30/083	میانگین	12	پس آزمون	

متغیرها		شاخص آماری	تعداد نمونه	آزمون	گروهها
سلامت عمومی*	ابرازگری هیجانی				
3/11	2/42	انحراف معیار			



ادامه جدول 2

متغیرها	شاخص آماری	تعداد نمونه	آزمون	گروهها
32/66	25	میانگین	پیش آزمون	روان‌نمایشگری
5/05	2/17	انحراف معیار		
26/083	33/41	میانگین	پس آزمون	
4/87	3/11	انحراف معیار		
31/75	24/83	میانگین	پیش آزمون	گروه کنترل
2/17	1/85	انحراف معیار		
30/83	26/08	میانگین	پس آزمون	
2/39	2/84	انحراف معیار		

* نمره بالا در سلامت عمومی به معنی عدم برخورداری بیشتر از سلامت عمومی است.

همان‌طور که در جدول 2 مشاهده می‌شود، میانگین هر یک از متغیرهای وابسته، یعنی ابرازگری هیجانی و سلامت عمومی در مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون گروه‌های آزمایش (گروه عقلانی-عاطفی، رفتاری و گروه روان‌نمایشگری) متفاوت است. درحالی‌که این میانگین‌ها در پیش‌آزمون و پس‌آزمون گروه کنترل، تفاوت ناچیزی دارد. انحراف معیار تمام نمره‌ها نیز در جدولها ارائه شده است.

برای آزمون فرضیه‌های پژوهش از روش آماری تحلیل کوواریانس استفاده شده است. (پیش‌فرض‌های تحلیل کوواریانس شامل برابری واریانس‌های متغیر وابسته در گروهها از طریق آزمون لوین آزمایش و تأیید شد. همچنین همبستگی نمرات پیش‌آزمون با پس‌آزمون متغیر وابسته تأیید شده). نتایج حاصل از آزمون تحلیل کوواریانس در پاسخ به فرضیه‌های پژوهش به شرح ذیل است:

جدول 3: تحلیل کوواریانس تأثیر عضویت گروهی بر میزان ابرازگری هیجانی، سلامت عمومی و مؤلفه‌های آن در مرحله پس آزمون

متغیر وابسته	منبع	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری	مجذور اتا	توان آزمون
ابرازگری هیجانی	پیش آزمون	88/68	1	88/68	16/49	0/0001	0/34	0/97
	پس آزمون	313/71	2	156/85	29/17	0/0001	0/64	1
سلامت عمومی	پیش آزمون	258/02	1	258/02	48/79	0/0001	0/60	1
	پس آزمون	274/12	2	137/06	25/91	0/0001	0/618	1
علایم جسمانی	پیش آزمون	48/67	1	48/67	62/73	0/0001	0/66	1
	پس آزمون	16/39	2	8/19	10/56	0/0001	0/39	0/98
اضطراب و بیخوابی	پیش آزمون	73/77	1	73/77	60/43	0/0001	0/65	1
	پس آزمون	19/209	2	9/605	7/86	0/0002	0/33	0/933
کارکرد اجتماعی	پیش آزمون	76/61	1	76/61	44/40	0/0001	0/58	1
	پس آزمون	23/63	2	11/81	6/84	0/0003	0/30	0/89
افسردگی	پیش آزمون	46/26	1	46/26	120/19	0/0001	0/79	1
	پس آزمون	11/58	2	5/79	15/04	0/000	0/48	0/99

فرضیه اول: روش مشاوره گروهی عقلانی - عاطفی، رفتاری موجب افزایش ابرازگری هیجانی مراجعان می‌شود.

با توجه به اطلاعات به دست آمده از جدول 3 می‌توان نتیجه گرفت که تفاوت مشاهده شده در بین میانگین نمره باقی‌مانده ابرازگری هیجانی در گروههای آزمایش و کنترل از لحاظ آماری معنادار است ($P < 0/001$, $F = 29/17$). با مراجعه به جدول 2 نیز می‌توان مشاهده کرد که

میانگین نمره پس آزمون ابرازگری هیجانی در گروه عقلانی - عاطفی، رفتاری بیشتر از گروه کنترل است، لذا فرضیه اول تأیید می‌شود ($P < 0/001$) و نتیجه گرفته می‌شود که روش مشاوره گروهی عقلانی - عاطفی، رفتاری موجب افزایش ابرازگری هیجانی مراجعان می‌شود. میزان این تأثیر 0/64 است. یعنی 64 درصد تفاوت موجود در میانگین باقیمانده ابرازگری هیجانی سه گروه (گروه عقلانی - عاطفی، رفتاری، گروه روان‌نمایشگری و گروه کنترل) در مرحله پس آزمون ناشی از عضویت گروهی است. توان آماری 1/000 حاکی از دقت آماری بالای این آزمون است.

فرضیه دوم: روش مشاوره روان‌نمایشگری موجب افزایش ابرازگری هیجانی مراجعان می‌شود. با توجه به اطلاعات حاصل از جدول 3 می‌توان دریافت که تفاوت مشاهده شده در بین میانگین نمره باقی مانده ابرازگری هیجانی در گروههای آزمایش و کنترل از لحاظ آماری معنادار است ($P < 0/001$, $F = 29/17$). با مراجعه به جدول 2 می‌توان مشاهده کرد که میانگین نمره پس آزمون ابرازگری هیجانی در گروه عقلانی - عاطفی، رفتاری بیشتر از گروه کنترل است. لذا فرضیه دوم تأیید می‌شود ($P < 0/001$) و نتیجه گرفته می‌شود که روش مشاوره روان‌نمایشگری موجب افزایش ابرازگری هیجانی مراجعان می‌شود. میزان این تأثیر 0/64 است که همان طور که در فرضیه قبل عنوان شد، 64 درصد تفاوت موجود در میانگین باقیمانده ابرازگری هیجانی سه گروه در مرحله پس آزمون ناشی از عضویت گروهی است. توان آماری این آزمون 1/000 می‌باشد. فرضیه سوم: روش مشاوره گروهی عقلانی - عاطفی، رفتاری موجب افزایش سلامت عمومی مراجعان می‌شود.

با توجه به اطلاعات به دست آمده از جدول 3 می‌توان نتیجه گرفت که تفاوت مشاهده شده در بین میانگین نمره باقیمانده سلامت عمومی در گروههای آزمایش و کنترل از لحاظ آماری معنادار است ($P < 0/001$, $F = 25/91$). با مراجعه به جدول 2 نیز می‌توان مشاهده کرد که میانگین نمره پس آزمون سلامت عمومی در گروه عقلانی - عاطفی، رفتاری کمتر از گروه کنترل است، لذا فرضیه سوم تأیید می‌شود ($P < 0/001$) و نتیجه گرفته می‌شود که روش مشاوره گروهی عقلانی - عاطفی، رفتاری موجب افزایش سلامت عمومی مراجعان می‌شود (تفسیر نمره حاصل از سلامت عمومی معکوس می‌باشد). میزان این تأثیر 0/61 است، یعنی 61 درصد تفاوت موجود در

میانگین باقیمانده سلامت عمومی سه گروه در مرحله پس آزمون ناشی از عضویت گروهی است. توان آماری این آزمون 1/000 حاکی از دقت آماری بالای این آزمون است. فرضیه چهارم: روش مشاوره گروهی روان نمایشگری موجب افزایش سلامت عمومی مراجعان می شود.

با توجه به اطلاعات به دست آمده از جدول 3 می توان نتیجه گرفت که تفاوت مشاهده شده در بین میانگین نمره باقیمانده سلامت عمومی در گروههای آزمایش و کنترل از لحاظ آماری معنادار است ($P<0/001$, $F=25/91$). با مراجعه به جدول 2 نیز می توان مشاهده کرد که میانگین نمره پس آزمون سلامت عمومی در گروه روان نمایشگری کمتر از گروه کنترل است، در این صورت فرضیه چهارم تأیید می شود ($P<0/001$) و نتیجه گرفته می شود که روش مشاوره روان نمایشگری موجب افزایش سلامت عمومی مراجعان می شود. میزان این تأثیر 0/61 است؛ یعنی 61 درصد تفاوت موجود در میانگین باقیمانده سلامت عمومی سه گروه در مرحله پس آزمون ناشی از عضویت گروهی است. توان آماری این آزمون 1/000 می باشد.

سایر نتایج حاصل از جدول 3 حاکی از آن است که روشهای مشاوره گروهی عقلانی - عاطفی، رفتاری و روان نمایشگری در مقایسه با گروه کنترل در کاهش علائم جسمانی ($P<0/001$, $F=10/56$) اضطراب و بیخوابی ($P<0/001$, $F=7/86$)، اختلال کارکرد اجتماعی ($P<0/001$, $F=6/84$) و کاهش افسردگی ($P<0/001$, $F=15/04$) که همگی مؤلفه های سلامت عمومی هستند، اثربخش بوده است (همان طور که بیان شد، نمرات بالا در سلامت عمومی و مؤلفه های آن به میزان برخوردارگی کمتر از سلامت عمومی است).

جدول 4: مقایسه زوجی میانگین نمره ابرازگری هیجانی، سلامت عمومی و مولفه‌های آن در پس‌آزمون

متغیر وابسته	گروه (I)	گروه (J)	تفاوت میانگین (I-J)	خطای معیار	تفاوت‌ها در سطح اطمینان 95٪	
					حد پایین	حد بالا
ابرازگری هیجانی	عقلانی - عاطفی، رفتاری	روان‌نمایشگری	-3/084(*)	0/940	-5/016	-1/15
	روان‌نمایشگری	کنترل	4/12(*)	0/940	2/19	6/054
		عقلانی - عاطفی، رفتاری	3/084(*)	0/940	1/15	5/016
	سلامت عمومی	عقلانی - عاطفی، رفتاری	روان‌نمایشگری	-0/687	0/951	-2/62
روان‌نمایشگری		کنترل	-6/16(*)	0/940	-8/08	-4/25
		عقلانی - عاطفی، رفتاری	0/687	0/951	-1/251	2/62
علائم جسمانی		عقلانی - عاطفی، رفتاری	روان‌نمایشگری	0/292	0/360	-0/441
	روان‌نمایشگری	کنترل	-1/27(*)	0/360	-2/006	-0/53
		عقلانی - عاطفی، رفتاری	-0/292	0/360	-1/025	0/441
		کنترل	-1/56(*)	0/362	-2/301	-0/827

ادامه جدول 4

متغیر وابسته	گروه (I)	گروه (J)	تفاوت میانگین (I-J)	خطای معیار	سطح معناداری	تفاوت ها در سطح اطمینان 95%	
						حد بالا	حد پایین
اضطراب و بیخوابی	عقلانی - عاطفی، رفتاری	روان نمایشگری	-0/099	0/453	0/828	-1/022	0/823
		کنترل	-1/59(*)	0/453	0/001	-2/52	0/677
	روان نمایشگری	عقلانی - عاطفی، رفتاری	0/099	0/453	0/828	-0/823	1/022
		کنترل	-1/50(*)	0/451	0/002	-2/41	0/581
کارکرد اجتماعی	عقلانی - عاطفی، رفتاری	روان نمایشگری	0/260	0/541	0/634	-1/36	0/842
		کنترل	-1/83(*)	0/536	0/002	-2/92	-0/742
	روان نمایشگری	عقلانی - عاطفی، رفتاری	0/260	0/541	0/634	-8/42	1/36
		کنترل	-1/57(*)	0/540	0/006	-2/67	-0/47
افسردگی	عقلانی - عاطفی، رفتاری	روان نمایشگری	-0/464	0/255	0/078	-0/983	0/055
		کنترل	-1/369(*)	0/254	0/000	-1/88	-0/851
	روان نمایشگری	عقلانی - عاطفی، رفتاری	0/464	0/255	0/078	-0/055	0/983
		کنترل	-0/905(*)	0/253	0/001	-1/42	-0/389

فرضیه پنجم: بین میزان اثربخشی روش مشاوره گروهی عقلانی - عاطفی، رفتاری و روش مشاوره روان نمایشگری در افزایش ابرازگری هیجانی مراجعان تفاوت وجود دارد.

جدول 4 نتایج زوجی گروه‌های آزمایش و کنترل را نشان می‌دهد. با استفاده از داده‌های این جدول می‌توان دریافت که بین میانگین نمره پس‌آزمون ابرازگری هیجانی در دو گروه عقلانی - عاطفی، رفتاری و گروه روان‌نمایشگری تفاوت معناداری وجود دارد ($P < 0/01$). با مراجعه به جدول 2 نیز می‌توان مشاهده کرد که میانگین نمره پس‌آزمون ابرازگری هیجانی در گروه روان‌نمایشگری ($33/41$) بیشتر از گروه عقلانی - عاطفی، رفتاری ($30/08$) می‌باشد، در این صورت می‌توان نتیجه گرفت که روش مشاوره روان‌نمایشگری در افزایش ابرازگری هیجانی مؤثرتر از روش مشاوره گروهی عقلانی - عاطفی، رفتاری می‌باشد ($P < 0/01$);

فرضیه ششم: بین میزان اثربخشی روش مشاوره گروهی عقلانی - عاطفی، رفتاری و روش مشاوره روان‌نمایشگری در افزایش سلامت عمومی مراجعان تفاوت وجود دارد.

با استفاده از نتایج جدول 4 می‌توان دریافت که بین میانگین نمره پس‌آزمون سلامت عمومی در دو گروه عقلانی - عاطفی، رفتاری و گروه روان‌نمایشگری تفاوت معناداری وجود ندارد ($P = 0/47$). لذا می‌توان نتیجه گرفت که بین میزان اثربخشی روش مشاوره گروهی عقلانی - عاطفی، رفتاری و روش مشاوره روان‌نمایشگری در افزایش سلامت عمومی مراجعان تفاوت معناداری وجود ندارد. همچنین سایر نتایج بیانگر آن است که بین میزان اثربخشی این دو روش بر سایر مؤلفه‌های سلامت عمومی، یعنی علایم جسمانی ($P = 0/42$)، اضطراب و بیخوابی ($P = 0/82$)، کارکرد اجتماعی ($P = 0/63$) و افسردگی ($P = 0/078$) تفاوت معناداری وجود ندارد.

نتیجه‌گیری

هدف پژوهش حاضر مقایسه اثربخشی روش مشاوره گروهی عقلانی - عاطفی، رفتاری و روش روان‌نمایشگری بر میزان سلامت عمومی و ابرازگری هیجانی مراجعان است که نتایج به دست آمده به شرح ذیل می‌باشد:

نتایج حاصل از آزمون فرضیه اول پژوهش مبنی بر اثربخشی روش مشاوره گروهی عقلانی - عاطفی، رفتاری در افزایش ابرازگری هیجانی مراجعان حکایت از تأیید این فرضیه دارد

($P < 0/0001$). لذا نتیجه گرفته می‌شود که روش مشاوره گروهی عقلانی-عاطفی، رفتاری در مقایسه با گروه کنترل توانسته است تا ابرازگری هیجانی مراجعان را افزایش دهد. نتیجه حاضر با اساس نظریه ایس که مدعی است تغییر و کاهش باورهای غیرمنطقی با استفاده از فنون شناختی، عاطفی و رفتاری موجب کاهش تعارض در روابط افراد و افزایش ابراز وجود و سلامت روان آنها می‌شود، هم‌هنگ است. از نظر ایس هیجانها پیوندی ناگسستنی با شناختها و باورهای افراد دارند؛ به نحوی که از نظر او تمایز هیجانها از رفتارها و شناختهای افراد غیر قابل تصور است (شفیع آبادی، 1381؛ فلانگان و فلانگان، 2004). از نظر دیدگاه عقلانی-عاطفی، رفتاری ناتوانی افراد در بیان هیجانها و عدم ابراز وجود آنها را باید در نظام باورها و افکار آنها ریشه‌یابی کرد، در این صورت برای افزایش توانایی ابراز وجود و ابراز عواطف آنها باید به آنها کمک کرد تا نظام باورهای غیرمنطقی خود را تغییر دهند. همچنین نتیجه حاصل از این فرضیه با یافته‌های پژوهشهای زیر که در رابطه با اثربخشی مشاوره عقلانی-عاطفی، رفتاری صورت گرفته هم‌هنگ است.

کرامر و کاپ شیک (1993) در پژوهشی پیرامون اثربخشی درمان عقلانی - عاطفی، رفتاری دریافتند که کاهش باورهای غیرمنطقی به کاهش هیجانهای منفی مخرب منجر شده و در مقابل ابرازگری افراد را در ابراز هیجانهای مثبت و هیجانهای منفی سالم افزایش می‌دهد. لوینسون و گوتلیپ (1995) نیز طی 12 جلسه تعدادی از مؤلفه‌های شناختی شادمانی، شامل داشتن هدفهای واقعی، اصلاح باورهای غیرمنطقی و داشتن فعالیتهای مثبت را آموزش دادند. نتایج پژوهش آنها حاکی از اثربخشی رویکرد شناختی رفتاری در کاهش باورهای غیرمنطقی و افزایش هیجانهای مثبت آزمودنی‌ها بود. بهرامی (1381) در پژوهشی به منظور مقایسه اثربخشی درمانهای رفتاری شناختی با درمان روانی آموزشی خانواده در کاهش عود حملات مانیا و افسردگی بیماران دو قطبی دریافت که درمان رفتاری، شناختی در افزایش هوش عاطفی، ابرازگری عاطفی و توانایی همدلی مراجعان مؤثر بوده است و در مقایسه با درمان روانی، آموزشی خانواده در افزایش ابرازگری عاطفی تأثیرگذارتر می‌باشد.

با توجه به نتایج تجزیه و تحلیل داده‌های حاصل از پژوهش مبنی بر اثربخشی روش مشاوره روان‌نمایشگری در افزایش ابرازگری هیجانی، فرضیه دوم مورد تأیید قرار می‌گیرد ($P < 0/0001$).

بنابراین نتیجه می‌گیریم که روش روان‌نمایشگری در مقایسه با گروه کنترل توانسته است ابرازگری هیجانی مراجعان را افزایش دهد. نتایج حاصل از این فرضیه توانسته است به اهداف مطرح شده در روان‌نمایشگری دسترسی پیدا کند. مورنو در روان‌نمایشگری معتقد بود که باید به مراجع اجازه داد تا از طریق ایفای نقش و در عمل، افکار، انگیزه‌های پنهانی و حالات هیجانی خود از قبیل خشم، ناراحتی و خوشحالی را از درون خود آزاد کرده و در جلسه مشاوره ابراز کند. به نظر او اگر مراجع بداند که بیرون ریختن افکار درونی و انگیزه‌های وی به هر شکلی که باشد، به وسیله درمانگر تحمل خواهد شد، وی با رغبت آنها را ابراز خواهد کرد (بلاتنر، 2000؛ مورنو و همکاران، 2000). همچنین نتیجه حاصل از این فرضیه با نتایج پژوهشهای بانیستر (1997)، کاربونل (1999) و آلتمن (2003) همخوانی دارد.

بانیستر (1997) در پژوهشی در رابطه با اثربخشی روان‌نمایشگری در نوجوانان دختر آزار دیده جنسی قرار گرفته شده، دریافت که انجام فنون روان‌نمایشگری موجب ابراز هیجانهای منفی اعضا و کاهش دوسوگرایی و تعارض در ابراز هیجان آنها می‌شود؛ به نحوی که پس از انجام جلسه‌های روان‌نمایشگری سطح اعتماد به نفس آزمودنی‌ها افزایش یافته بود. آلتمن (2003) نیز در بررسی نشانگان مرضی پس از سوءاستفاده‌گری در گروهی از زنان آزار دیده دریافت که شرکت در جلسه‌های روان‌نمایشگری موجب افزایش توانایی ابرازگری اعضا در بیان عواطف و رفتارهای جسارت آمیز آنها شده است. در پژوهشی دیگر کاربونل (1999) به بررسی تأثیر گروههای روان‌نمایشگری در سازگاری با بحران در دانش آموزان بحران دیده دختر پرداخت. نتایج پژوهش او حکایت از آن داشت که میزان ارتباطهای بین فردی و رفتارهای ابرازگرانه شرکت‌کنندگان در گروه روان‌نمایشگری به نحو چشمگیری افزایش یافته است؛ به نحوی که اعضای گروه به راحتی از هیجانهای مرتبط با تجارب آسیب‌زا صحبت می‌کردند.

فرضیه سوم پژوهش مبنی بر اثربخشی مشاوره گروهی عقلانی - عاطفی، رفتاری در افزایش سلامت عمومی مراجعان تأیید شد ($P < 0/0001$). به عبارت دیگر از داده‌های آماری حاصل از آزمون این فرضیه می‌توان نتیجه گرفت که مشاوره گروهی عقلانی - عاطفی، رفتاری در مقایسه با گروه کنترل توانسته است تا سلامت مراجعان را افزایش دهد. همچنین در ارتباط با این فرضیه

یافته‌های پژوهش بیانگر این بود که مشاوره گروهی عقلانی-عاطفی، رفتاری در کاهش افسردگی، اضطراب و بیخوابی، علایم جسمانی و مشکلات کارکرد اجتماعی مراجعان (مؤلفه‌های سلامت عمومی) مؤثر بوده است. نتایج حاضر با یافته‌های پژوهش هریس و درایدن، 2006؛ وایلد، 2004؛ کالوت و کاردنسو، 2002 و بهرامی، 1381 که در رابطه با اثر بخشی شیوه‌های شناختی رفتاری و از جمله مشاوره عقلانی-عاطفی، رفتاری صورت گرفته است هماهنگی دارد.

هریس و درایدن (2006) در پژوهش خود بیان کردند که بیماران دارای باورهای غیرمنطقی در مقایسه با بیمارانی که فاقد باورهای غیرمنطقی هستند، از میزان فشار خون سیستولیک بالایی برخوردار بوده و اضطراب بیشتری را نیز تجربه کرده‌اند. کالوت و کاردنسو (2002) در رابطه با نوع تفکر و باورهای افراد در پژوهش‌های خود نشان دادند که تفسیر غیرمنطقی افراد از رویدادها باعث اضطراب آنها شده و به‌کارگیری بازسازی شناختی موجب تفسیر منطقی‌تر افراد از رویدادها شده و کاهش اضطراب را به همراه خواهد داشت. وایلد (2004) در پژوهشی به رابطه آشفتگی‌های شناختی و خشم پرداخت. نتیجه پژوهش او نشان داد که دانشجویانی که از افکار و باورهای ناکارآمد و غیرمنطقی بالایی برخوردار بودند در مقایسه با دانشجویانی که از باورهای ناکارآمد کمتری برخوردار بودند به احتمال بیشتر در موقعیتهای استرس‌زا و ناکام‌کننده خشمگین و برافروخته می‌شدند؛ به‌نحوی که نشانه‌های فیزیولوژیک و رفتاری خشم در آنها آشکار بود. بهرامی نیز (1381) در ایران در پژوهش خود گزارش داد که روش مشاوره گروهی شناختی- رفتاری در کاهش عود حملات مانیا و افسردگی در بیماران دو قطبی اثربخش بوده است.

نتایج حاصل از آزمون فرضیه چهارم پژوهش مبنی بر اثر بخشی روش مشاوره روان‌نمایشگری در افزایش سلامت عمومی مراجعان حکایت از تأیید این فرضیه دارد ($P < 0/0001$). در این صورت می‌توان نتیجه گرفت که روش روان‌نمایشگری در مقایسه با گروه کنترل توانسته است تا سلامت عمومی مراجعان را افزایش دهد. همچنین در ارتباط با این فرضیه، یافته‌های پژوهشی بیانگر آن بود که روش روان‌نمایشگری در کاهش اضطراب و بیخوابی، افسردگی، علایم جسمانی و مشکلات کارکرد اجتماعی مراجعان (مؤلفه‌های سلامت عمومی) مؤثر بوده است. نتیجه حاصل با نتیجه پژوهش کاربونل (1999) در بررسی "تأثیر گروه‌های روان‌نمایشگری برای دختران

در سازگاری با بحران "همخوانی دارد. او در این پژوهش دریافت که رفتارهای گوشه‌گیرانه و میزان اضطراب و افسردگی شرکت‌کنندگان در گروه‌های روان‌نمایشگری کاهش یافته است و در مقابل میزان ارتباط‌های بین‌فردی در رفتارهای ابرازگرانه آنها افزایش یافته است. رضائیان (1997) نیز در پژوهش خود در رابطه با اثربخشی روش روان‌نمایشگری در درمان بیماران افسرده به این نتیجه رسید که گروه روان‌نمایشگری در کاهش افسردگی بیماران افسرده به طور معناداری مؤثرتر از درمان روان‌پزشکی و همچنین بهتر از ترکیب روان‌نمایشگری و درمان روان‌پزشکی بوده است. آلتمن (2003) در بررسی نشانگان مرضی پس از سوءاستفاده‌گری¹ در زنان آزار دیده دریافت که شرکت در گروه‌های روان‌نمایشگری در تسکین نشانه‌های اضطراب و افسردگی این دسته از بیماران مؤثر بوده است. در ایران نیز زابلی (1383) در پژوهشی با عنوان "سنجش سودمندی روان‌نمایشگری در بهبود مهارت‌های رفع تعارض دختران با مادران" دریافت که شرکت‌کنندگان در گروه روان‌نمایشگری در مقایسه با گروه کنترل از میزان پرخاشگری کلامی و فیزیکی کمتری برخوردار بوده‌اند.

فرضیه پنجم پژوهش مبنی بر تفاوت میزان اثربخشی روش مشاوره گروهی عقلانی - عاطفی، رفتاری و روش روان‌نمایشگری در افزایش ابرازگری هیجانی مراجعان مورد تأیید قرار گرفت ($P < 0/01$). به عبارت دیگر با توجه به داده‌های آماری حاصل از آزمون این فرضیه می‌توان نتیجه گرفت که در بین میانگین نمرات ابرازگری هیجانی در مشاوره گروهی عقلانی - عاطفی، رفتاری و گروه روان‌نمایشگری تفاوت معناداری وجود دارد ($P < 0/01$). همچنین از آنجا که میانگین نمرات پس‌آزمون ابرازگری هیجانی در گروه روان‌نمایشگری بیشتر از گروه عقلانی - عاطفی، رفتاری است، می‌توان نتیجه گرفت که روش مشاوره روان‌نمایشگری در مقایسه با مشاوره گروهی عقلانی - عاطفی، رفتاری در افزایش ابرازگری هیجانی اثربخشی بیشتری دارد. در تبیین و توجیه این یافته و با توجه به عدم وجود مطالعات مشابه می‌توان چنین استدلال کرد که روش روان‌نمایشگری یکی از روش‌های تجربی و عملی در مشاوره و روان‌درمانی است که با تأکید بر فنون

عملی، تحلیل شناختی را با ابعاد تجربی واکنش پیوند می‌دهد و زمینه بروز احساسات و حالت‌های درونی مراجع را در یک فضای تجربی و بین‌فردی فراهم می‌کند. در این روش اعتقاد بر این است که در فضای تجربی گروه، پیاده‌کردن تعامل بین فردی مراجعان در یک مسأله و درگیرکردن جسم و ذهن آنها به اینکه رویدادی در حال وقوع در زمان حال است موجب می‌شود که نظرات و احساس افراد به سطوح آگاهی آنها منتقل شود که این موضوع نمی‌تواند صرفاً در یک گفت‌وگوی دو طرفه امکانپذیر باشد (کارپ و همکاران، 1998). در این رابطه مورنو بیان می‌کند که "مردم بیشتر نیاز دارند که واکنشها و نیازهای خود را عملی سازند تا اینکه فقط در مورد آنها حرف بزنند" (بلاتنر، 2000). همچنین از جمله ویژگیهای ذاتی نظریه روان‌نمایشگری و از جمله قوانین اصلی آن در اداره جلسات گروه، ایجاد امکان، تشویق و ترغیب مراجع در بیان خویشتن و به‌نمایش گذاشتن حالت‌های درونی و حقیقت درونی خویش از طریق ایفای نقش در جلسه گروه می‌باشد که این ویژگی کاملاً در راستای تحقق تعریف ابرازگری هیجانی مبنی بر نمایش بیرونی هیجان بدون توجه به ارزش (مثبت یا منفی) یا روش آن (چهره‌ای، کلامی و حالت بدنی) می‌باشد.

از سوی دیگر آنچه از تعریف ابرازگری هیجانی و از پرسشهای موجود در پرسشنامه ابرازگری هیجانی استنباط می‌شود، توجه بیشتر بر مصادیق بیرونی و رفتاری ابرازگری هیجانی همچون توجه به مهارت‌های ارتباطی مؤثر در ابرازگری هیجانی (برای نمونه پرسشهایی همچون "من با در آغوش گرفتن یا لمس کردن یک شخص نشان می‌دهم که او را دوست دارم" یا "وقتی کاری را اشتباه انجام می‌دهم، معذرت‌خواهی می‌کنم") و توجه کمتر به ابعاد شناختی و درونی‌تر این متغیر می‌باشد (ابعاد مورد توجه رویکرد عقلانی - عاطفی، رفتاری). در این صورت می‌توان گفت که این روش عملگرا و تجربی در مقایسه با روش شناختی عقلانی - عاطفی، رفتاری توانسته است در افزایش ابرازگری هیجانی تأثیرگذارتر باشد. در این راستا می‌توان به نتیجه پژوهش کاستنر و شفر (1999) که نزدیک به نتیجه حاصل از این فرضیه است پرداخت. کاستنر و شفر در انجام پژوهشی با هدف مقایسه روشهای گروه درمانی با فنون عملی و گروه درمانی با فنون غیرعملی در نوجوانان دریافتند که گروههای درمانی مبتنی بر فنون عملی موجب تأثیر مثبتی در جوگروه شده و رفتارهای تعاملی و ابراز مشکل را در اعضا افزایش می‌دهد. درعین حال، از آنجا که مشاوره گروهی

عقلانی - عاطفی، رفتاری در افزایش ابرازگری هیجانی مؤثر می‌باشد و از سوی دیگر پژوهش حاضر فاقد مطالعه پیگیری است، لذا مشخص نیست که اثربخشی بیشتر روش روان‌نمایشگری در افزایش ابرازگری هیجانی مراجعان در طی گذشت زمان پا برجا خواهد ماند یا خیر.

نتایج حاصل از آزمون فرضیه ششم مبنی بر تفاوت میزان اثربخشی روش مشاوره گروهی عقلانی - عاطفی، رفتاری و روش روان‌نمایشگری در افزایش سلامت عمومی مراجعان مورد تأیید قرار نگرفت ($P=0/47$). در این صورت می‌توان نتیجه گرفت که بین میزان اثربخشی روش مشاوره گروهی عقلانی - عاطفی، رفتاری و روش روان‌نمایشگری در افزایش سلامت عمومی مراجعان تفاوت معناداری وجود ندارد. همچنین در ارتباط با این فرضیه، یافته‌های پژوهش بیانگر آن است که بین میزان اثربخشی این دو روش در کاهش افسردگی، اضطراب و بیخوابی، علایم جسمانی و مشکلات کارکرد اجتماعی مراجعان (مؤلفه‌های سلامت عمومی) تفاوت معناداری وجود ندارد. نتایج حاضر با یافته‌های پژوهش‌های همامسی (2006)، مایکل (2000)، بوری، تردوآل و کومر (2001)، همخوانی دارد.

همامسی (2006) در پژوهشی با هدف درمان افسردگی بزرگسالان، دو روش روان‌نمایشگری التقاط یافته با رفتار درمانی شناختی را با روش رفتار درمانی شناختی مقایسه کرد. نتایج نشان می‌داد که هم گروه‌التقاطی (ترکیب روان‌نمایشگری با رفتار درمانی شناختی) و هم گروه رفتار درمانی شناختی در کاهش افسردگی آزمودنی‌ها، افکار خودکار منفی و نگرش‌های ناکارآمد آنها مؤثر بوده‌اند، در این پژوهش تفاوت معناداری بین دو روش به دست نیامد. بوری، تردوآل و کومر (2001) نیز در پژوهشی، اثربخشی مشاوره گروهی التقاطی حاصل از روان‌نمایشگری و فنون شناختی رفتاری را در تغییر خلق افسرده مراجعان بررسی کرد. نتایج بیانگر آن بود که اعضای شرکت‌کننده در گروه آزمایش در مقایسه با گروه کنترل از اندیشه‌های خودکار منفی کمتر و خلق شادتری برخوردار بودند. در پژوهش گزارش شده به‌وسیله مایکل (2000) - که از یک برنامه شناختی رفتاری مبتنی بر نمایش در کاهش میزان خشم گروهی از نوجوانان بهره گرفته بود - نتایج حاکی از آن بود که این برنامه در کاهش اندیشه‌های برانگیزاننده رفتار پرخاشگرانه اعضا مؤثر بوده است.

بنابراین در یک نتیجه‌گیری کلی می‌توان گفت که هر دو روش مشاوره گروهی عقلانی - عاطفی، رفتاری و روش روان‌نمایشگری در افزایش سلامت عمومی و ابرازگری هیجانی مؤثر می‌باشند. در مقام مقایسه نیز روش روان‌نمایشگری نسبت به روش مشاوره گروهی عقلانی - عاطفی، رفتاری در ابرازگری هیجانی تأثیر بیشتری داشته است. لذا با توجه به اثربخشی این دو روش مشاوره و با توجه به تأثیر ابرازگری هیجانی بر وضعیت سلامت و بیماری افراد پیشنهاد می‌شود که مشاوران و متخصصان بهداشت روان با به‌کارگیری فنون و راهبردهای درمانی این دو روش مشاوره، در پیشگیری از پیامدهای منفی بازداری و عدم ابرازگری هیجانی و ارتقای سلامت عمومی و ابرازگری هیجانی مراجعان خود اقدام کنند، همچنین در این رابطه و با اتکا بر تجارب و مشاهدات بالینی پژوهشگر در حین اجرای پژوهش می‌توان گفت که نه تنها تلاش در جهت اجرای فنون عملی و تأکید بر ابعاد بیرونی و رفتاری ابرازگری هیجانی (چنان‌که در روان‌نمایشگری مورد تأکید است) اهمیت دارد که باید باورهای غیرمنطقی و نظام شناختی مؤثر در ابرازگری مراجعان نیز مورد توجه قرارگیرد. به‌ویژه اینکه بسیاری از این باورها ریشه در فرهنگ، خانواده و سبک تربیتی بومی و فردی هر یک از آنها دارد.

تشکر و قدردانی

از استاد محترم سرکار خانم دکتر نوایی نژاد که در اجرای این پژوهش راهنمایی‌های ارزنده‌ای ارائه کردند، مراتب سپاس خود را ابراز می‌دارم.

1. بهرامی، فاطمه؛ بررسی و مقایسه اثربخشی درمانهای رفتاری- شناختی و درمان روانی آموزشی خانواده بر کاهش عود حالات مانیا و افسردگی بیماران دو قطبی زن- شهراصفهان؛ رساله دکتری تخصصی، چاپ نشده، دانشگاه علامه طباطبائی، 1381.
2. تقوی، محمدرضا؛ "بررسی روایی و اعتبار پرسشنامه سلامت عمومی (GHQ)؛ مجله روان شناسی؛ ش 20، 1380، صص 389-391.
3. رفیعی نیا، پروین؛ "رابطه سبک‌های ابراز هیجان با سلامت عمومی در دانشجویان"، مجله روان شناسی، ویژه‌نامه انگیزش و هیجان؛ ش 1، سال 10، 1385.
4. زابلی، پریسا؛ "سنجش سودمندی روان‌نمایشگری در بهبود مهارت‌های رفع تعارض دختران با مادران دانش آموز سال اول دبیرستان‌های منطقه 2 تهران؛ تازه‌ها و پژوهشهای مشاوره؛ ش 13، ج 4، 1384.
5. شفیع آبادی، عبدالله، و غلامرضا ناصری؛ نظریه‌های مشاوره و روان‌درمانی؛ تهران: نشر دانشگاهی، 1381.
6. فتحی، طاهر؛ **پسیکودرام**؛ تهران: انتشارات سپند هنر، 1380.
7. قربانی، نیما؛ پیامدهای فیزیولوژیک و روان‌شناسی شکست، مقاومت و افشای هیجانی در درمانگری؛ رساله دکتری تخصصی، چاپ نشده، دانشگاه تربیت مدرس، 1378.
8. نجات، حمید؛ بررسی تأثیر خودافشایی بر میزان سلامت روان دانشجویان دانشگاه آزاد اسلامی واحد قوچان؛ پایان‌نامه کارشناسی ارشد، چاپ نشده، دانشگاه آزاد اسلامی واحد علوم و تحقیقات، 1385.
9. نوایی نژاد، شکوه؛ نظریه‌های مشاوره و روان‌درمانی گروهی؛ تهران: سازمان تدوین کتب علوم انسانی دانشگاهها(سمت)، 1383.
10. Altman, K.A; *Psychodrama in The Treatment of Post-Abuse Syndromes*. Treating Abuse today; 12. 27-37, 2003.
11. Bannister A.; *Learning to Live Again: Psychodramatic Techniques with Sexually Abused Young People*; Inp. Holmes and M.

- Karp (Eds), *The Handbook of Psychodrama*, London: Routledge, 1997, pp: 236-237.
12. A. Blatner, *Foundations of Psychodrama* (4th Ed.), New York: Springer, 2000.
13. Bond F., Bunce D.; "*Mediators of Change in Emotion Focused and Problem Focused Worksite Stress Management Interventions*"; *Journal of Occupational Health Psychology*, Vol.5, No.1, 2000, pp: 156-163.
14. Bury M., Treadwell T., Kumer V. K.; "*Integrating Psychodrama and Cognitive Therapy*": An exploratory study. *The International Journal of Action Methods: Psychodrama, Skill Training, and Role Playing*, 54, pp: 13-38.
15. Butler E.; *Emotional Conversations: Can Hiding Your Feeling Make You and Your Partner Sick?* Retrieved from World Wide Web, 2001.
16. Calvete E., Lolga, C.; "*Self-Talk in Adolescents: Dimensions, States of Mind, and Psychological Maladjustment*"; *Journal of Cognitive Therapy and Research*, Vol. 4, 2002 pp: 473-492.
17. Carbonell D. M.; "*Psychodrama Groups for Girls Coping with Trauma*"; *International Journal of Group Psychotherapy*, Vol.49, No.3, pp: 285-306.
18. Ciarrochi J., Chan A., Caputi P.; "*A Critical Evaluation of The Emotional Intelligence Construct*"; *Personality and Individual Differences*, Vol.28, 2000, pp: 539-561.
19. Cramer D., Cupshik G.; "*Effect of Rational and Irrational Statements on Intensity and Unappropriateness of Emotional Distress and Irrational Beliefs in Psychotherapy Patients*", *British Journal of Clinical Psychology*; Vol. 32, 1993, pp: 319-325.
20. Dobson K.; *Handbook of Cognitive-Behavioral Therapies*, Gilford Press, Inc, 2004.
21. Dryden W.; *Handbook of Individual Therapy*; London: Sage Publisher, 2002.
22. Dryden W., Windy; *Rational Emotive Behavioral Therapy*; London: 100 Keypoint, Sage Publisher, 2005.
23. Edlin G., Gilanty E., Brown K. M.; *Health and Wellness* (6th Ed), Sudbury: Jones & Bartlett Publisher, 1999.

24. Emmons R.A. & Colby P.M.; *Emotional Conflict and Well Being, Relation to Perceived Availability, Daily Utilization, and Observer Reports of Social Support*; Journal of Personality and Social Psychology, Vol. 68, No.5, 1995, pp: 947-959.
25. Flanagan J., Flanagan R.; *Counseling and Psychotherapy Theories in Context Practice*; New York: John Wiley, 2004.
26. Freshman, Brenda, Rubino L.; *"Emotional Intelligence Skills for Maintaining Social Networks in Healthcare Organizations; Research and Perspective on Ealthcare"*; Vol.82, No.2, 2004, pp: 29.
27. Gross S.B., Levenson R.W.; *"Hiding Feelings: The Acute Effects of Inhibiting Negative and Positive Emotion"*; Journal of Abnormal Psychology, vol. 106, No.1, 1997, pp: 95-103.
28. Hamamci Z.; *"Integration Psychodrama and Cognitive Behavioral Therapy to Treat Moderate Depression"*; Journal of the Arts in Psychotherapy. Vol.33, 2006, p: 199-207.
29. Harris S., Dryden W.; *"An Experimental Test Up a Core REBT Hypothesis"*; Journal of Rational-Emotive and Cognitive Behavioral Therapy, Vol. 24, No. 2, 2006.
30. Karp M., Holmes P., Tavon K.B.; *The Handbook of Psychodrama*, London: Routledge, 1998.
31. Kastner J., Sheffer C.; *Action Oriented Techniques in Adolescent Group Therapy*, issue of the group circle, <http://www.groupsimc.com>,1999.
32. Kennedy - Moore E. Watson J. C.; *"How and When does Emotional Expression Help?"*; Review of General Psychology, Vol. 5, No.3, 2001, pp: 187-2 12.
33. King L. A., Emmons R. A.; *"Conflict Over Emotional Expression: Psychological and Physical Correlates"*; Journal of Personality and Social Psychology, Vol.58, No.5, 1990, pp: 864-877.
34. King L.A.; Emmons R.A., Woodley S.; *"The Structure of Inhibition"*; Journal of Researchin Personality, Vol.26, 1992, pp: 85-102.
35. Kirkby R.; *"Changes in Premenstrual Symptoms and Irrational Thinking Following Cognitive-Behavioral Coping Skills Programme"*; Journal of Counseling and Clinical Psychology. Vol.2, No. 5, pp: 1026-1032.

36. Kring A. M., Gordon A.H., *"Sex Differences in Emotion Expression, Experience and Physiology"*. Journal of Personality and Social Psychology, Vol.14, No.3, 1998, pp: 680-703.
37. Landy J. R.; *"The Future of Drama Therapy"*; Journal of Arts in Psychotherapy, Vol.33, 2006, pp: 135-142.
38. Lewinson P.M. L gotlip, I.H.; *Behavioral Theory and Depression; In Bacham E. and Leber W.R., (eds). Hand book of Depression*, NewYork: Guilford press, 1995.
39. Mendes W.B., Reis H., Seery M. D., & Blascovich, j.; *"Cardiovascular of Emotional Expression, Suppression."* Journal of Personality and Social Psychology, Vol. 84, 2003, pp: 771-792.
40. Michel B.; *"Drama Masculinity and Violence; Research Drama Education"*, Vol.5, 2000, pp: 9-22.
41. Moller A.; Rabe H. M., Nortje C.; *"Dysfunctional Beliefs and Marital Conflict in Distressed and Nondistressed Married Individuals"*; Journal of Rational Emotive & Cognitive Behavior Therapy; Vol.19, No.4, 2000.
42. Moreno Z. T., Blomkvist L. D., Rutzel T.; *"Psychodrama, Surplus Reality and The Art of Healing"*, London and Philadelphia, Routledge; 2000.
43. Overholser J. C.; *"Rational Emotive Behavior Therapy: An Interview with Albert Ellis"*; Journal of Contemporary Psychology; Vol.33, No.3, 2003.
41. Petrie K. J.; Booth R.J., Pennebaker J.W., Davison K.P., Thomas M.G.; *"Disclosure of Trauma and Immune Response to a Hepatitis B Vaccination Program"*. Journal of Consulting and Clinical Psychology, Vol.63, No.5, 1995, pp: 787-792.
45. Rezaeian M., Mazumdar D.; *"The Usefulness of Psychodram in the Treatment of Depressed Patients"*; Indian Journal of Clinical Psychology, Vol.24, 1997, pp: 82-88.
46. Robinson M.D. & Clore,G. L.; *"Belief and Feeling: Evidence for an Accessibility Model of Emotional Self Report"*; Psychological bulletin, Vol. 128, 2002, pp: 934-960.
47. Roger D., Najarian B.; *"The Construction and Validation of a New Scale for Measuring Emotion Control"*, Personality and Individual Differences, Vol.10, No.8, 1989, pp: 845-853.

48. Salovey P., Bedall B.T., Detweiler J.B., Mayer J. D.; *"Current Direction in Emotional Intelligence Research"*; In: M. Lewis and J.M. Hawiland - Jones, (Eds), *Hand book of Emotions* (2nd, pp: 265-280). New York: The Guilford Press, 2000.
49. Smyth J. M.; *"Written Emotional Expression: Effects Sizes, Outcome Types, and Moderating Variables"*; *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, Vol.66, No.1, 1998, pp: 175-184.
50. Tacon A. M.; Caldera Y.M., Bell N. J.; *"Attachment Style, Emotional Control, and Breast Cancer; Families, Systems & Health"*; Vol. 99, No.3, 2001, pp: 319-326.
51. Warner J., Lovi L., A. Mark Casey, J. Rita S. R., Zoratti, M.; Edward and Enberg, Robert; *"Health Effects of Written Emotional Disclosure in Adolescents with Asthma: A randomized controlled trial"*; *Journal of Pediatric Psychology*, Vol.31, No.6, 2006, pp: 557-568.
52. Wild J.; *"Relationship between Cognitive Distortions and Anger"*; *The Rational Emotive Behavioral Therapists*, Vol. 11, No. 1, 2004.
53. Wortman C.B., Loftus E.F., Weaver C.; *Psychology (5th ed.)*; New York: McGraw-Hill College, 1999.