

تأثیر الگوی آموزش خوش‌بینی به روش ایفای نقش بر کاهش افسردگی نوجوانان دختر کم‌بینا

اکرم هدی پور^۱، آرزو شاه‌میوه اصفهانی^۲، سالار فرامرزی^۳

تاریخ دریافت: ۹۵/۵/۱

تاریخ پذیرش: ۹۵/۸/۱۰

چکیده

هدف پژوهش حاضر تعیین تأثیر الگوی آموزش خوش‌بینی به روش ایفای نقش بر کاهش افسردگی نوجوانان دختر کم‌بینای شهر تهران بود. پژوهش با روش نیمه آزمایشی و طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه گواه انجام شد. تعداد ۲۰ دختر نوجوان کم‌بینای افسرده که در مقطع راهنمایی مدرسه نابینایان نرجس تهران در سال تحصیلی ۹۲-۱۳۹۱ مشغول به تحصیل بودند، با استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب و با روش تصادفی در دو گروه آزمایش و گواه جایگزین شدند. شرکت‌کنندگان گروه آزمایش طی ده جلسه یک ساعته به صورت گروهی آموزش ایفای نقش را دریافت کردند، اما به گروه گواه آموزشی در این زمینه داده نشد. داده‌های پژوهش به وسیله آزمون افسردگی کودکان و نوجوانان جمع‌آوری و با آزمون تحلیل کوواریانس تحلیل شد. نتایج نشان داد آموزش خوش‌بینی به روش ایفای نقش در کاهش افسردگی نوجوانان کم‌بینا تأثیر معنادار داشته است. بنابراین، می‌توان نتیجه گرفت که آموزش خوش‌بینی به روش ایفای نقش می‌تواند بر کاهش افسردگی نوجوانان کم‌بینا تأثیر نسبتاً پایداری داشته باشد.

واژگان کلیدی: افسردگی، ایفای نقش، خوش‌بینی، کم‌بینا

مقدمه

هر یک از ما جهان را به شیوه خاص خودمان تجربه می‌کنیم؛ اما پیوندهای مشترک این امکان را به ما می‌دهد که برای ادراک‌هایمان از جهان پیرامون مبنایی را در نظر بگیریم. یکی از این پیوندها برخورداری از حس بینایی است. آسیب بینایی سبب می‌شود ادراک

۱. کارشناس ارشد روان‌شناسی و آموزش کودکان استثنایی دانشگاه علامه طباطبائی (نویسنده مسئول)

a.hodapoor@yahoo.com

۲. دانشجوی دکتری روان‌شناسی و آموزش کودکان با نیازهای خاص دانشگاه اصفهان

۳. استادیار گروه روان‌شناسی و آموزش کودکان با نیازهای خاص دانشگاه اصفهان

فرد کم‌بینا^۱ از جهان پیرامونش بسیار متفاوت شود و این آسیب او را با برخی چالش‌های اجتماعی و هیجانی مواجه می‌کند (هاردمن، درو و اگن^۲، ۲۰۰۲؛ ترجمه عزیززاده و همکاران، ۱۳۸۹). از نظر قانونی کم‌بینا کسی است که میزان بینایی او در چشم بهتر با یا بدون استفاده از وسایل کمک بینایی از ۲۰/۲۰۰ بیشتر و از ۲۰/۷۰ کمتر است. از نظر آموزشی کم‌بینا به کسی گفته می‌شود که قادر به استفاده از برنامه آموزش و پرورش عادی نبوده اما دارای باقیمانده بینایی است و می‌توان از طریق وسایل گراندیسمان یا کتاب‌هایی که با خطوط درشت چاپ شده‌اند، خواندن را به او آموزش داد (هالاها و کافمن^۳، ۱۹۹۴؛ ترجمه جوادیان، ۱۳۹۰).

در ظاهر معمولاً چنین تصور می‌شود که کودک یا نوجوانی که قادر است از باقیمانده بینایی خود استفاده نماید نسبت به فردی که کاملاً نابینا^۴ است، از امتیاز بیشتری برخوردار است؛ در حالی که غالباً چنین نیست. نوجوانی که به اندازه بسیار کمی از باقیمانده بینایی خود استفاده می‌نماید همواره می‌خواهد و تلاش می‌کند که بیشتر ببیند و این نمی‌تواند امکان‌پذیر باشد و در نتیجه تحت نوعی فشار و اضطراب خاص جسمانی و هیجانی قرار گرفته و گاهی دچار ناامیدی می‌شود. در بعضی از مواقع نیز والدین، معلمان و اطرافیان از او که از حداقل بینایی و آن هم گاهی به صورت ناقص و غیرمفید برخوردار است، انتظارات و توقعات بیشتری دارند. این موضوع در نوجوان کم‌بینا سبب به وجود آمدن ادراک نادرست نسبت به خود و اطرافیان می‌شود (افروز، ۱۳۹۱). در این زمینه وارن و کوکن^۵ در پژوهش‌هایشان نشان داده‌اند که افراد کم‌بینا در مقایسه با افراد نابینا مشکلات سازشی بیشتری دارند. شاید به این دلیل که میزان دیدشان آنقدر نیست که بتوانند به راحتی در اطراف حرکت کنند؛ بنابراین میزان ناکامی‌شان بیشتر است (هالاها و کافمن، ۱۹۹۴؛ ترجمه جوادیان، ۱۳۹۰). بنابراین، تحرک و تجارب محدودی که برای این افراد وجود دارد ممکن است در اغلب آنان حالتی منفعل به نام درماندگی آموخته‌شده^۶ و نهایتاً

1. Low vision
2. Hardman, Derou & Egen
3. Hallahan & Kauffman
4. Blind
5. Warren & Kocon
6. Learned helplessness

افسردگی به وجود آورد (کِرک و گالاگر^۱، ۱۹۸۸؛ ترجمه جوادیان، ۱۳۸۲). پژوهش‌ها نیز نشان می‌دهند که نوعی افسردگی در افراد کم‌بینا وجود دارد (نیمن، گاسنی و ویکتور^۲، ۲۰۰۹؛ ثورستون^۳، ۲۰۱۰؛ تابرت و لت‌هام^۴، ۲۰۱۱؛ بینکورت و فایفر^۵، ۲۰۱۲؛ کمپن، بالمنز، رانچر، وان رنز و زیلسترا^۶، ۲۰۱۲؛ ریس و همکاران^۷، ۲۰۱۳).

افسردگی به حالت ناراحتی فراگیر، نوعی احساس اندوه، غم و دل‌تنگی گفته می‌شود و عملکرد کودکان و نوجوانان را در چهار حوزه تحت تاثیر قرار می‌دهد که شامل خلق، رفتار، تفکر فاجعه‌بار و تغییرهای جسمانی است (مش و ولف^۸، ۲۰۰۸؛ ترجمه مظفری‌مکی‌آبادی و فروع‌الدین‌عدل، ۱۳۸۹). به اعتقاد لی‌هی^۹ ریشه افسردگی در سوگیری‌های اسنادی^{۱۰} است که تداوم پیدا کرده و نقش درمانگر شناختی کمک به شناسایی و اصلاح این طرز تفکر است (لی‌هی، ۲۰۰۳؛ ترجمه حمیدپور و اندوز، ۱۳۸۹).

مبحث اساسی در نظریه اسناد پیدا کردن راه‌هایی است که در آن افراد به توضیح و تبیین رویدادها و روابط علت و معلولی بین آنها می‌پردازند (خداپناهی، ۱۳۹۱). سلیگمن که از پیشگامان کاربرد سبک اسنادی در بهداشت روانی به ویژه افسردگی است دو نوع سبک اسناد را مطرح می‌سازد. سبک اسناد بدبینانه^{۱۱} که در آن فرد شکست‌ها و رویدادهای منفی زندگی خود را به علل درونی، پایدار و کلی^{۱۲} نسبت می‌دهد و سبک اسناد خوش‌بینانه^{۱۳} که در آن فرد رویدادهای منفی زندگی را به علل بیرونی، ناپایدار و اختصاصی^{۱۴} نسبت می‌دهد (سلیگمن، رایویچ، جی کاکس و گیلهم^{۱۵}، ۱۹۹۶؛ ترجمه داورپناه، ۱۳۸۸). نتایج بسیاری از پژوهش‌ها نشان می‌دهند که تغییر سبک اسناد بدبینانه به

1. Kirk & Gallagher
2. Nyman, Gosney & Victor
3. Thurston
4. Tabrett & Latham
5. Pinquart & Pfeiffer
6. Kempen, Ballemans, Ranchor, van Rens & Zijlstra
7. Rees & et al
8. Mash & Wolfe
9. Leahy
10. Attributional biases
11. Pessimism
12. Internal, Stable & Global
13. Optimism
14. External, Unstable & Specific
15. Reivich, Jaycox, Gillham

خوش‌بینانه، با کاهش بدخلقی و افسردگی و نیز با افزایش شادمانی کودکان و نوجوانان همراه است (بهراد، ۱۳۸۸؛ زارعی، ۱۳۸۹؛ جی کاکس، رایویچ، گیلهام و سلیگمن^۱، ۱۹۹۴؛ سایر و همکاران^۲، ۲۰۱۰).

یکی از روش‌های رایج در درمان‌های شناختی- رفتاری^۳ که به بهبود ارتباط ذهن با تجارب و خاطرات آسیب‌زا و گسسته کمک می‌کند، الگوی ایفای نقش^۴ است. در این روش به جای اینکه فرد افسرده موقعیت منفی را فقط در ذهن خود مجسم کند، آن را بازی می‌کند (وسی کاسیلوا و پراسکو^۵، ۲۰۱۲). این روش اولین بار توسط مورنو^۶ (۱۹۴۶) معرفی شد. به روش ایفای نقش در زمینه‌های درمانی نقش‌گزارای روانی^۷ می‌گویند. نقش‌گزارای روانی یک روش گروه‌درمانی است که در آن از فرد خواسته می‌شود تا در حضور جمع تجارب بین فردی خود را به نمایش بگذارد. در این روش درمانگر نقش هدایت‌کننده یا کارگردان را به عهده دارد و هر یک از افراد گروه نقشی را ایفا می‌کنند (سیف، ۱۳۸۳). از ویژگی‌های روش ایفای نقش این است که تماشاگران با صحنه نمایش و ایفاگران نقش ارتباط عاطفی برقرار می‌کنند و با هیجان، عملیات نمایشی همکلاس خود را دنبال و خود را در صحنه واقعی احساس می‌کنند (وسی کاسیلوا و پراسکو، ۲۰۱۲).

در سال‌های اخیر در زمینه تحلیل نمایش و شیوه تاثیرگذاری و معناسازی آن، اندیشه‌های نوین و مهمی پدید آمده است. یکی از این نگرش‌ها نشانه‌شناسی نمایش رادیویی یا نمایش شنیداری است که در آن زبان گفتگوها، موسیقی و صداهای محیطی و نیز بسیاری از نشانه‌های دیگر، هر یک به روش خود به پیدایش معنای آن نمایش کمک می‌کنند (سجودی و مخاطبی اردکانی، ۱۳۸۶). همان‌طور که کازو^۸ (۲۰۰۵) نیز مطرح می‌کند این نظریه به بازسازی شناخت می‌پردازد و از این لحاظ در پیوند شناخت و بیان نقشی محوری ایفا می‌کند.

1. Jaycox, Reivich, Gillham & Seligman

2. Sawyer & et al

3. Cognitive behavior therapy

4. Role-playing

5. Vyskocilova & Prasko

6. Moreno

7. Psychodrama

8. Cazeaux

عسگری (۱۳۸۴) در پژوهش خود نشان داد که نقش‌گزاری روانی نسبت به آموزش مهارت‌های زندگی تاثیر بیشتری بر تغییر نگرش دانش‌آموزان نسبت به اعتیاد داشته است. در پژوهشی دیگر نریمانی، بیابانگرد و رجبی (۱۳۸۵) به بررسی کارآمدی ایفای نقش بر بهبود مهارت‌های اجتماعی و عزت‌نفس دانش‌آموزان نارساخوان دبستانی پرداختند. نتایج پژوهش آنها نشان داد که روش ایفای نقش، مهارت‌های اجتماعی و عزت‌نفس دانش‌آموزان نارساخوان را افزایش داده است. کنشلو، لطفی‌کاشانی و محمودنیا (۱۳۸۶) در پژوهشی دیگر به این نتیجه رسیدند که نقش‌گزاری روانی تاثیر معناداری بر کاهش میزان افسردگی داشته است. ملازمانی و فتحی‌آشتیانی (۱۳۸۷) با انجام پژوهشی در زمینه تاثیر آموزش به شیوه ایفای نقش بر بهبود تصور از خود نوجوانان دختر تهرانی به این نتیجه رسیدند که از این شیوه می‌توان به‌عنوان روشی کارآمد در بهبود تصور از خود نوجوانان دختر استفاده کرد. هامامسی^۱، در پژوهش خود با بررسی تاثیر ایفای نقش بر کاهش تحریف‌های شناختی مرتبط با روابط بین فردی نشان داد که جلسات درمانی، تحریف‌های شناختی گروه آزمایش را کاهش داده است در پژوهشی دیگر هامامسی (۲۰۰۶) به بررسی تاثیر ایفای نقش و درمان شناختی رفتاری در درمان افسردگی اساسی پرداخت که نتایج نشانگر کاهش افسردگی گروه آزمایش بود. در پژوهشی دیگر دوگان^۲ (۲۰۱۰) به مدت ۳ ماه به بررسی تاثیر ایفای نقش بر سبک‌های دلبستگی جوانان بزرگسال دوره کارشناسی ارشد پرداخت. نتایج کمی نشان دادند که نقش‌گذاری روانی بر سبک‌های دلبستگی آزمودنی‌های گروه آزمایش مؤثر بوده است. از سوی دیگر نتایج کیفی بهبود در ادراک از خود، اعتماد به نفس، رشد بینش و دیدن زندگی از چشم‌اندازی امیدوارانه‌تر را نشان دادند. میندل جویس دراکولیک^۳ (۲۰۱۲) در پژوهشی دیگر با عنوان ویژگی‌های بالینی و غیربالینی ایفای نقش (نقش‌گزاری روانی) گروهی در اولین جلسه روان‌درمانی کوتاه‌مدت به این نتیجه رسید که نقش‌گزاری روانی بر بهبود علائم افسردگی موثر است.

با نگاهی به نتایج پژوهش‌های انجام گرفته این فرض مطرح می‌شود که نوجوانان کم‌بینای افسرده به دلیل داشتن اسنادهای بدبینانه، مستعد ابتلا به افسردگی هستند؛ بنابراین،

1. Hamameci

2. Dogan

3. Mindoljević Drakulić

این سبک تفکر به تغییر نیاز دارد تا در میزان افسردگی آنها بهبود حاصل شود. به دنبال این فرض این پرسش مطرح می‌شود که آیا آموزش خوش‌بینی به روش ایفای نقش الگوی مؤثری در جهت کاهش میزان افسردگی نوجوانان کم‌بینا است؟ به‌طور کلی، انجام چنین پژوهشی در این گروه از کودکان استثنایی مورد غفلت واقع شده است و پژوهش حاضر از لحاظ اینکه می‌تواند زمینه‌ای جدید را برای برانگیختن پژوهش‌های بیشتر در این حیطه فراهم کند اهمیت پیدا می‌کند. با توجه به اینکه افسردگی مهمترین عوامل خطرزای شناختی، شناخته شده است (سلیگمن، رایویچ، جی کاکس و گیلهام، ۱۹۹۶؛ ترجمه داورپناه، ۱۳۸۸) و با نگاهی به آمار و ارقام موجود و وجود تعداد قابل توجهی از دانش‌آموزان کم‌بینا در مدارس نابینایان (آرتز، ماسن، مک‌کال، مک‌لیندن و استون، ۱۹۹۹؛ ترجمه احمدپناه، ۱۳۸۳) ضرورت دارد روان‌شناسان، مشاوران و دست‌اندرکاران آموزش و پرورش از تاثیر مهم سبک‌های اسناد بدبینانه بر دانش‌آموزان کم‌بینا آگاه شوند و با انتخاب مناسب‌ترین شیوه‌ها در جهت اصلاح این برداشتهای ناکارآمد جهت بهبود سلامت روانی آنان گام بردارند.

بنابراین با توجه به هدف پژوهش حاضر که تعیین تاثیر آموزش خوش‌بینی به روش ایفای نقش بر کاهش میزان افسردگی نوجوانان دختر کم‌بینا است، این فرضیه قابل تدوین است: آموزش خوش‌بینی به روش ایفای نقش بر کاهش میزان افسردگی نوجوانان دختر کم‌بینا مؤثر است.

روش پژوهش

پژوهش حاضر با روش نیمه‌آزمایشی و طرح پیش‌آزمون- پس‌آزمون با گروه گواه انجام شد. از بین دانش‌آموزان دختر کم‌بینا در دامنه سنی ۱۲ تا ۱۵ سال که در پایه راهنمایی در مدرسه نابینایان نرجس (تهران) در سال تحصیلی ۹۲-۱۳۹۱ مشغول به تحصیل بودند، با استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس تعداد ۴۵ نفر را که طی مصاحبه با معلمان‌شان با احتمال بیشتری مشکوک به افسردگی معرفی شده بودند، انتخاب شدند. سپس از این افراد آزمون افسردگی کودکان و نوجوان گرفته شد که ۲۰ نفر آنان که افسردگی متوسط تا شدید داشتند و معیارهای ورود به پژوهش را دارا بودند، انتخاب شدند (معیار افسردگی

نمره ۸ تا ۲۸ در نظر گرفته شد). لازم به ذکر است که از لحاظ آماری، در طرح‌های تجربی حجم نمونه‌ی ۱۵ تا ۲۰ نفر کفایت می‌کند (عریضی و فرهانی، ۱۳۸۷)؛ بنابراین پژوهشگران ۲۰ نفر را انتخاب نمودند. در مرحله دوم، این ۲۰ نفر که به‌عنوان نمونه پژوهش انتخاب شده بودند، به روش تصادفی در دو گروه ۱۰ نفره‌ی آزمایش و گواه قرار داده شدند. ملاک‌های ورود به پژوهش به این ترتیب بود که آزمودنی‌هایی انتخاب شدند که میزان بینایی آنها از ۲۰/۲۰۰ بیشتر و از ۲۰/۷۰ کمتر بود و همچنین دارای باقیمانده‌ای از بینایی جهت خواندن حروف چاپی درشت بودند، هیچ‌یک از آنها بیماری یا معلولیت همزمان با کم‌بینایی نداشتند و داروی خاصی در زمینه افسردگی مصرف نمی‌کردند. کسانی که ملاک‌های ورود به پژوهش را نداشتند، از پژوهش خارج شدند. لازم به ذکر است که در دوره آموزش برنامه تغییر سبک اسناد هیچ‌کدام از آزمودنی‌ها غیبت نداشتند و تا پایان برنامه در پژوهش باقی ماندند.

ابزار پژوهش حاضر پرسشنامه افسردگی کودکان و نوجوانان^۱ بود. این پرسشنامه توسط جان‌بزرگی و مستخدمین حسینی در سال ۱۳۸۴ ساخته شد. پرسشنامه افسردگی کودکان و نوجوانان بر اساس نیاز بالینی جامعه‌ی ایرانی به ابزاری که تا حد ممکن همه جانبه نگر باشد تدارک دیده شده است. در ساخت این مقیاس ابتدا محورهای نظریه پردازان روان‌شناسی بالینی از جمله بارلو دوران، تولان، گلاسه، واینر، مالم کوئیست و بیکن^۲ در زمینه افسردگی کودکان و نوجوانان مورد بررسی قرار گرفته و ملاک‌های افسردگی استخراج شده که شامل ۴۲ نشانه بیماری است که اغلب آنها به دلیل این که با یکدیگر هم‌پوشی نداشته‌اند تقلیل یافتند. سپس ملاک‌هایی که بیشترین همپوشی را در نظریه‌های مختلف داشتند استخراج و با ملاک‌های کتاب راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی برای افسردگی کودکان مقایسه و فهرستی شامل ۱۲ مقوله تهیه شده است. نشانه‌های منفرد به‌صورت یک مقوله با عنوان سؤال‌های اضافی (۹ سؤال) در پایان مقیاس گنجانده شده که می‌توان آنها را به‌عنوان نشانه‌های فرعی تلقی کرد. روایی پرسشنامه از طریق ارجاع مقیاس به ۱۰ متخصص بالینی کودک سنجیده شده و پس از تغییرات لازم، بر روی ۱۵۴۶ نفر از کودکان و نوجوانان ایرانی (سن ۷ تا ۱۸ ساله) اجرا و

1. Children and Adolescent Depression Scale
2. Barlo, Toolan, Glasse, Wiener, Malmquist & Bakwin

نرم حاضر به دست آمد. ضریب آلفا یا اعتبار پرسشنامه نیز با روش آلفای کرونباخ، معادل ۰/۸۶۱۶ است. نمره گذاری بر اساس روش لیکرت از ۰ تا ۴ (الف- صفر ...، ۰-۴) برای محوره‌های ۱ تا ۱۲ و (۱ و ۰) برای سؤال‌های اضافی بله و خیر طراحی شده است. مجموع نمرات مربوط به سؤال‌های اضافی تقسیم بر عدد ۹ می‌شود و سپس این نمره با نمره ۱۲ محور اصلی جمع می‌شود. کل نمره با مقیاس تراز شده برای جامعه مورد مطالعه (کودکان و نوجوانان شاغل به تحصیل در شهر تهران از ۷ تا ۱۸ سال) مورد مقایسه و جایگاه فرد از نظر میزان افسردگی مشخص می‌گردد (ساعتچی، کامکاری و عسگریان، ۱۳۸۹).

برای اجرای پژوهش پس از انتخاب و گروه‌بندی شرکت‌کنندگان در گروه‌های آزمایش و گواه، از آنها رضایت‌نامه کتبی مبنی بر موافقتشان جهت شرکت در این پژوهش گرفته شد. سپس برای آموزش خوش‌بینی به آزمودنی‌های گروه آزمایش از روش ایفای نقش استفاده شد؛ درحالی که گروه گواه هیچ آموزشی در این زمینه دریافت نکردند. پژوهش‌گران در تدوین این برنامه آموزشی از کارهای مورنو (۱۹۴۶)، برنز و بک^۱ (۱۹۷۸)، بیم، بامیستر و ماسیل^۲ (۲۰۱۳)، بهراد (۱۳۸۸)، زارعی (۱۳۸۹) که بر پایه مدل‌های شناختی- رفتاری بودند و همچنین برای طراحی صحنه‌ها به صورت نمایش شنیداری از یافته‌های کازو (۲۰۰۵) اقتباس کرده‌اند.

در پژوهش حاضر پژوهش‌گران این برنامه را طی ۱۰ جلسه ۱ ساعته به صورت هفتگی و به مدت ۲ ماه در مدرسه ناینیان نرجس تهران اجرا کردند. صحنه‌های نمایش در قالب درام شنیداری اجرا شد. به این ترتیب که ابتدا یک داستان کوتاه از اتفاقی ناگوار برای آزمودنی‌ها تعریف و به آنها گفته شد تا به آن خوب گوش دهند. سپس دو نفر از پژوهشگران داستان تعریف شده را به صورت نمایش اجرا کردند و این بار از آزمودنی‌ها خواسته شد که با دقت بیشتری به این نمایش، عکس‌العمل‌ها، ابراز احساسات و گفتگوهای متقابل دو شخصیت گوش داده و آنچه که می‌شنوند را در ذهن خود مجسم کنند تا فرایند ایفای نقش و آنچه از آنها انتظار می‌رود را یاد بگیرند. سپس از رخدادهای ناگواری که برای خود آزمودنی‌ها اتفاق افتاده بود یک فهرست تهیه شد. برای هر رخداد دو نفر نقش فرد خوش‌بین و بدبین و سایر افراد گروه نقش داور را ایفا می‌کردند و وظیفه داشتند به

1. Burns & Beck

2. Baim, Burmeister, J., & Maciel

نمایش اجرا شده عکس العمل‌ها، ابراز احساسات هر فرد به واقعه و گفتگوهای دوطرفه شخصیت‌ها گوش دهند، آنها را یادداشت و در پایان درباره ارزشیابی اسنادهای این دو شخص بحث و گفتگو کنند. پژوهشگران نیز نقش هدایت‌گر برنامه را به عهده داشتند و در این میان توضیحات لازم را ارائه می‌دادند. همچنین سعی شد تا جایی که زمان اجازه می‌داد تمام آزمودنی‌ها در هر جلسه بتوانند فرایند ایفای نقش را تجربه کنند؛ طوری که صرفاً نقش شنونده را نداشته باشند و خود نقشی مجزا در هر داستان ایفا کنند. با توجه به مشکلات بینایی آزمودنی‌ها، جهت بالا بردن کیفیت و تاثیرگذاری آموزش، تأکید اصلی این برنامه بر گوش دادن، ارتباط کلامی و گفتگوی آزمودنی‌ها با یکدیگر درباره معلولیت، مشکلات و باورهای ناکارآمد برخوایسته از آن در زندگی روزمره‌شان شد که آنها را متمایل به افسردگی می‌کرد. همچنین سعی شد تمام جلسات آموزشی به حالت بازی‌گونه و انعطاف‌پذیر باشد. همین‌طور تلاش شد تا زمان بعضی از جلسات بیشتر شود، فاصله آزمودنی‌ها در گروه کلاسی از یکدیگر و از پژوهشگران کاسته شود و تا جایی که آزمودنی‌ها میدان داه شود که احساسات خود را به راحتی بدون نگرانی از مورد قضاوت قرار گرفتن با یکدیگر به شیوه کلامی به اشتراک بگذارند و در جربان گفتگوها با همفکری گروه متوجه خطاهای اسنادی خود شده و در جهت تغییر آنها در فرایند ایفای نقش تصمیم بگیرند. برای ماندگاری شناختی مطالب آموزشی نیز در پایان هر جلسه به آزمودنی‌ها تمرین‌هایی برای جلسه آینده داده شد. جدول مشروح جلسات آموزشی در پیوست ارائه شده است.

داده‌های پژوهش با استفاده از نرم‌افزار SPSS ویرایش ۲۰ تحلیل شد. از میانگین و انحراف استاندارد نمرات در سطح توصیفی و از آزمون تحلیل کوواریانس برای تعیین معناداری فرضیه پژوهش استفاده شد.

یافته‌های پژوهش

نتایج آزمون t مستقل در مورد تفاوت بین میانگین‌های سن دانش‌آموزان دو گروه آزمایش و گواه در جدول ۱ ارائه شده است.

جدول ۱. نتایج آزمون t مستقل در مورد تفاوت بین میانگین‌های سن دانش‌آموزان دو گروه آزمایش و گواه

مقدار t	درجه آزادی	سطح معناداری	میانگین گروه‌ها آزمایش گواه	تفاوت میانگین‌ها	آزمون لوین (تساوی واریانس‌ها) سطح معناداری
۰/۱۸	۱۸	۰/۸۵	۱۳/۴۰	۱۳/۵۰	۰/۱۹

همان‌گونه که نتایج جدول ۱ نشان می‌دهد، تفاوت بین میانگین‌های سن دانش‌آموزان دو گروه آزمایش و گواه معنادار نیست.

میانگین و انحراف استاندارد نمرات پیش آزمون و پس آزمون افسردگی در جدول ۲ ارائه شده است.

جدول ۲. میانگین و انحراف استاندارد نمرات پیش آزمون و پس آزمون افسردگی

میانگین	انحراف استاندارد
۱۶/۹۴	۶/۰۱
۱۷/۵۶	۵/۸۸
۸/۰۹	۱/۰۸۱
۱۷/۹۴	۱/۰۸۱

نتایج نشان می‌دهد که در پس آزمون تفاوت معناداری بین میانگین نمرات افسردگی در دو گروه ایجاد شده است ($F=39/008, P<0/0001$). در این میان کاهش افسردگی در گروه آزمایش ($M=8/09$) بیش از کاهش آن در گروه گواه ($M=17/94$) است.

نتایج آزمون شاپیرو ویلک در مورد پیش فرض نرمال بودن نمرات افسردگی دو گروه آزمایش و گواه نشان داد که نمرات افسردگی در دو گروه نرمال است. نتایج آزمون لوین نیز نشان داد که تفاوت واریانس‌های بین دو گروه در نمرات افسردگی معنادار نیست و واریانس‌های دو گروه برابر هستند. برای آزمون فرضیه پژوهش مبنی بر تاثیر آموزش

خوش‌بینی به روش ایفای نقش بر کاهش میزان افسردگی نوجوانان دختر کم‌بینا از تحلیل کوواریانس استفاده و نتایج آن در جدول ۳ گزارش شده است.

جدول ۳. نتایج تحلیل کواریانس در مورد تأثیر آموزش خوش‌بینی به روش ایفای نقش بر کاهش میزان افسردگی

منابع	مجموع مجدورات	درجه آزادی	میانگین مجدورات	ضریب F	سطح معناداری	مجدور اتا	توان آماري
پیش‌آزمون	۳۰۷/۰۹۵۱	۱	۳۰۷/۰۹۵۱	۲۶/۳۹	۰/۰۰۰۱	۰/۶۰	۰/۹۹
گروه	۴۵۵/۰۷	۱	۴۵۵/۰۷	۳۹/۰۰۸	۰/۰۰۰۱	۰/۶۹	۱

فرضیه پژوهش این بود که آموزش خوش‌بینی به روش ایفای نقش در کاهش میزان افسردگی نوجوانان کم‌بینا گروه آزمایش در مقایسه با گروه گواه موثر است. چنانچه در جدول ۲ مشاهده می‌شود، این تفاوت معنادار است ($P < ۰/۰۰۰۱$). بنابراین، فرض پژوهش تأیید شد. میزان تأثیر آموزش ۶۹ درصد بوده است. توان آماری ۱ نشان می‌دهد که حجم نمونه برای آزمون این فرضیه کافی بوده است.

بحث و نتیجه‌گیری

الگوی ایفای نقش در حوزه مداخله‌های شناختی- رفتاری یکی از رویکردهای مهم درمانی افسردگی و اصلاح افکار ناکارآمد است که پژوهش‌های زیادی پیرامون آن انجام شده است. در این پژوهش نیز همانگونه که یافته‌ها نشان می‌دهند الگوی آموزش خوش‌بینی به روش ایفای نقش بر کاهش میزان افسردگی نوجوانان کم‌بینا تأثیر مثبت داشت. یافته‌های این پژوهش با پژوهش‌های عسگری (۱۳۸۴)؛ ره‌گوی، ابراهیمی‌بلیل، خانکه، رهگذر و رضایی (۱۳۸۵)؛ کنشلو، لطفی‌کاشانی و محمودنیا (۱۳۸۶)؛ ملازمانی و فتحی‌آشتیانی (۱۳۸۷)؛ هامامسی (۲۰۰۲)؛ هامامسی (۲۰۰۶)؛ دوگان (۲۰۱۰)؛ میندل جویس دراکولیک (۲۰۱۲) و فکت و فکت^۱ (۲۰۱۲) همسو است. از جمله فرض‌های زیربنایی مداخله‌های شناختی- رفتاری این است که افکار، رفتارها و احساسات دارای ارتباطی درونی هستند و بر یکدیگر تأثیر می‌گذارند. بنابراین، تنها توجه به یکی از این فرآیندها به نتیجه‌گیری غلط منجر می‌شود. در روش ایفای نقش، درمانگر سعی می‌کند تا

1. Fekete & Fekete

هم در فرآیندهای شناختی مراجع و هم در رفتارهای او تغییر ایجاد کند (زارب^۱، ۱۹۹۲؛ ترجمه خدایاری فرد و عابدینی، ۱۳۸۳)؛ زیرا افکار نادرست علت افسردگی و احتمالاً رفتار ناسازگارانه هستند. چنانچه این فرض را بپذیریم باید شیوه‌های جدید فکر کردن را به افراد آموخت (آخوندی، ۱۳۹۲).

ذهن یک ارگان اجتماعی حساس و پیچیده است که به‌طور ناهشیار هر سرخ یا نشانه‌ای را که در محیط اطراف قرار دارد در خود ذخیره می‌کند. این نشانه‌ها یا حمایت‌کننده یا خصمانه و یا اشتیاق برانگیزاند یا افسرده‌کننده هستند. در این میان روحیه در بروز هر یک از این نشانه‌ها نقش هدایت‌گر را بازی می‌کند. او معتقد است الگوی نقش‌گزاری روانی یا ایفای نقش به روش گروهی راهبرد مؤثری در جهت برانگیختن روحیه است که به کمک آن می‌توان به افشاء خود پرداخت و محتوای نیمه‌هشیار ذهن را به سطح هشیار هدایت کرد. همچنین، این روش در جهت بررسی مجدد مشکلات، نگرش‌ها و رفتارها و کمک به شکستن تفسیرهای ثابت از رفتار خود و دیگران می‌تواند مفید واقع شود (بیم، بامیستر و ماسیل، ۲۰۱۳).

در این پژوهش سعی شد به کمک روش ایفای نقش به دختران کم‌بنا آموزش داده شود که ابتدا به باورها و افکار بدبینانه خود که ناهشیارانه بر احساس‌ها و رفتار آنها نسبت به خود و دیگران تاثیر می‌گذاشت و خلق آنها را به سمت افسردگی متمایل می‌ساخت آگاه شوند. سپس آنها در شرایطی قرار داده شدند که رویدادهای ناراحت‌کننده زندگی واقعی خود را در یک موقعیت تقریباً شبیه‌سازی شده، بازی کنند تا از این طریق بتوانند ابتدا این افکار ناکارآمد و فاجعه‌بار را که در موقعیت واقعی با کلمات قابل بیان نبودند یا جرأت ابراز آنها را نداشتند را به جای انباشته کردن در فکر خود، بدون ترس و اضطراب از این که مورد قضاوت قرار بگیرند، ابراز کنند. بعد از آگاه شدن درباره افکار خود به کمک گروهی که تقریباً هم درد او هستند و موارد مشابهی را نیز تجربه کرده‌اند، این افکار ناکارآمد در فرایند ایفای نقش به چالش کشیده شدند، برخی از آنها اصلاح شدند و برخی دیگر بعد از آگاهی از بی‌اساس بودنشان کنار گذاشته شد و با افکار مناسب‌تر جایگزین شدند. در نهایت، شرکت‌کنندگان آموختند با دادن انرژی مثبت به خود، خود را تواناتر از قبل ببینند و تلاش کنند با عینک خوش‌بینی با رویدادهای ناگوار زندگی خود برخورد

1. Zarb

کنند. نتایج نیز نشان دادند بعد از طی این دوره آموزشی تغییرات معناداری در میزان افسردگی آزمودنی‌ها به وجود آمد و آموزش خوش‌بینی به شیوه ایفای نقش در قالب درام شنیداری برای آزمودنی‌ها با وجود آسیب بینایی که داشتند قابل استفاده بود.

نتایج پژوهش حاضر همسو با سایر پژوهش‌ها نشان داد که الگوی ایفای نقش روشی مؤثر در ایجاد قدرت فکر کردن و ارائه راه حل برای موقعیت بازسازی شده، تغییر نگرش بدبینانه، افزایش اعتماد به نفس و همدلی گروهی و در نهایت کاهش افسردگی است. بنابراین، پیشنهاد می‌شود از این روش به‌عنوان یک راهبرد پیشگیرانه و درمانی در مراکز آموزشی کودکان و نوجوانان نابینا و کم‌بینا استفاده شود. محدودیت‌های پژوهش حاضر شامل اندک بودن حجم نمونه، محدودیت زمان، عدم دسترسی به والدین جهت کسب اطلاع از تغییر رفتار نوجوانان در منزل بود که می‌تواند تعمیم‌پذیری یافته‌ها را محدود سازد. پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آینده از حجم نمونه بزرگتر، انجام مصاحبه‌های ساختارمند در کنار ابزار اندازه‌گیری و برنامه پیگیری با مدت زمانی بیشتر از آن جهت که آیا تاثیر آموزش خوش‌بینی به روش ایفای نقش بر افسردگی در طول زمان پایدار است یا خیر استفاده شود.

منابع

- آخوندی، ن. (۱۳۹۲). روان‌شناسی راهنمایی و مشاوره. تهران: دانشگاه پیام نور.
- آرتز، ک؛ ماسن، ه؛ مک‌کال، س؛ مک‌لیندن، م؛ و استون، ج. (۱۹۹۹). کودکان با آسیب بینایی و آموزش تلفیقی. ترجمه احمدپناه، م. (۱۳۸۳). تهران: دانژه.
- افروز، غ. (۱۳۹۱). مقدمه‌ای بر روان‌شناسی و آموزش کودکان استثنایی. تهران: دانشگاه تهران.
- بهراد، م. (۱۳۸۸). بررسی اثربخشی آموزش خوش‌بینی بر سلامت روانی در دانشجویان دختر دانشگاه یزد، پایان‌نامه کارشناسی ارشد منتظر نشده، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه اصفهان.
- خداپناهی، م. ک. (۱۳۹۱). انگیزش و هیجان. تهران: سمت.

- ره گوی، ا؛ ابراهیمی بلیل، ف؛ خانکه، ح؛ رهگذر، م؛ و رضایی، ا. (۱۳۸۵). تاثیر پسیکودراما بر افسردگی زنان بستری مبتلا به اختلال روانی با سیر طولانی. *دوفصلنامه پژوهشات علوم رفتاری*، ۴(۱ و ۲)، ۷۱-۷۶.
- زارب، ژ. م. (۱۹۹۲). *ارزیابی و شناخت- رفتاردرمانی نوجوانان*. ترجمه خدایاری فرد، م؛ و عابدینی، ی. (۱۳۸۳). تهران: رشد.
- زارعی، ا. (۱۳۸۹). *بررسی اثربخشی آموزش سبک اسنادی خوشبینانه بر میزان علائم افسردگی دانش آموزان دختر ۱۰ تا ۱۳ ساله‌ی شهرستان شوش دانیال*، پایان‌نامه کارشناسی ارشد منتشر نشده، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه اصفهان.
- ساعتچی، م؛ کامکاری، ک؛ و عسگریان، م. (۱۳۸۹). *آزمون‌های روان‌شناختی*. تهران: ویرایش.
- سجودی، ف؛ و مخاطبی اردکانی، م. (۱۳۸۶). *بررسی نظام مبتنی نمایش رادیویی*. *مجله زبان و زبان شناسی*، ۳(۱ و ۵)، ۷۳-۸۷.
- سلیگمن، م. ا. پ؛ رایویچ، ک؛ جی کاکس، ل؛ و گیلهام، ج. (۱۹۹۶). *کودک خوش‌بین*. ترجمه داورپناه، ف. (۱۳۸۸). تهران: رشد.
- سیف، ع. (۱۳۸۳). *تغییر رفتار و رفتاردرمانی نظریه‌ها و روش‌ها*. تهران: دوران.
- عریضی، ه؛ و فرهانی، ه. (۱۳۸۷). *روش‌های کاربردی پژوهش در روان‌شناسی بالینی و مشاوره*. تهران: دانژه.
- عسگری، ا. (۱۳۸۴). *تاثیر آموزش مهارت‌های زندگی و نقش‌گزاری روانی (پسیکودرام) بر تغییر نگرش دانش‌آموزان دبیرستانهای شهر خرم‌آباد نسبت به اعتیاد در سال تحصیلی ۸۳-۸۴*، پایان‌نامه کارشناسی ارشد منتشر نشده، دانشگاه آزاد خوراسگان.
- کرک، س. ا؛ و گالاگر، ج. ج. (۱۹۸۸). *آموزش و پرورش کودکان استثنایی*. ترجمه جوادیان، م. (۱۳۸۲). مشهد: آستان قدس رضوی.
- کنشلو، ن؛ لطفی کاشانی، ف؛ و محمودنیا، ع. (۱۳۸۶). *تاثیر اجرای نقش‌گزاری روانی بر ویژگی‌های روانی بیماران مبتلا به اسکیزوفرنیا*. *روان‌شناسی کاربردی*، ۳(۱)، ۶۲-۸۰.
- لی‌هی، ر. ل. (۲۰۰۳). *تکنیک‌های شناخت‌درمانی (راهنمای کاربردی برای متخصصان بالینی)*. ترجمه حمیدپور، ح؛ و اندوز، ز. (۱۳۸۹). تهران: ارجمند.

- مش، ا. ج؛ و ولف، د. ا. (۲۰۰۸). روان‌شناسی مرضی کودکان. ترجمه مظفری مکی آبادی، م؛ و فروع‌الدین عدل، ا. (۱۳۸۹). تهران: رشد.
- ملازمانی، ع؛ و فتوحی‌آشتیانی، ع. (۱۳۸۷). تاثیر آموزش به شیوه ایفای نقش بر بهبود تصور از خود نوجوانان. *مجله علوم رفتاری*، ۲(۱)، ۶۱-۶۶.
- نریمانی، م؛ بیابانگرد، ا؛ و رجبی، س. (۱۳۸۵). بررسی کارآمدی روان‌نمایش‌گری بر بهبود بخشی مهارت‌های اجتماعی و عزت نفس دانش‌آموزان نارساخوان. *پژوهشکده کودکان استثنایی*، ۶(۲)، ۶۲۳-۶۳۸.
- هاردمن، م. م؛ درو، گ. ج؛ و اگن، و. (۲۰۰۲). روان‌شناسی و آموزش کودکان استثنایی (جامعه، مدرسه و خانواده). ترجمه علیزاده و همکاران. (۱۳۸۹). تهران: دانژه.
- هالاهان، د. پ؛ و کافمن، ج. م. (۱۹۹۴). کودکان استثنایی مقدمه‌ای بر آموزش‌های ویژه. ترجمه جوادیان، م. (۱۳۹۰). مشهد: آستان قدس رضوی.

- Baim, C., Burmeister, J., & Maciel, M. (Eds.). (2013). *Psychodrama: Advances in theory and practice* (Vol. 2). Routledge.
- Burns, D. D., & Beck, A. T. (1978). Cognitive behavior modification of mood disorders. In *Cognitive behavior therapy* (pp. 109-134). Springer US.
- Cazeaux, C. (2005). Phenomenology and radio drama. *The British Journal of Aesthetics*, 45(2), 157-174.
- Dogan, T. (2010). The effects of psychodrama on young adults' attachment styles. *The arts in psychotherapy*, 37(2), 112-119.
- Fekete, A., & Fekete, Z. (2012). The psychologist role in oncology. *Journal of Radiotherapy and Medical Oncology*, 18(1), 27-29.
- Hamamci, Z. (2006). Integrating psychodrama and cognitive behavioral therapy to treat moderate depression. *The Arts in Psychotherapy*, 33(3), 199-207.
- Hamamci, Z. (2002). The Effect of Integrating Psychodrama and Cognitive Behavioral Therapy on Reducing Cognitive Distortions in Interpersonal Relationships. *Journal of Group Psychotherapy, Psychodrama & Sociometry*.
- Jaycox, L. H., Reivich, K. J., Gillham, J., & Seligman, M. E. (1994). Prevention of depressive symptoms in school children. *Behaviour research and therapy*, 32(8), 801-816.
- Kempen, G. I., Balleman, J., Ranchor, A. V., van Rens, G. H., & Zijlstra, G. R. (2012). The impact of low vision on activities of daily living, symptoms of depression, feelings of anxiety and social support in community-living older adults seeking vision rehabilitation services. *Quality of life research*, 21(8), 1405-1411.

- Mindoljević Drakulić, A. (2011). Clinical and No-Clinical Setting Specificities in First Session Short-Term Psychotherapy Psychodrama Group. *Collegium antropologicum*, 35(1), 173-179.
- Moreno, J. L. (1946). Psychodrama and group psychotherapy. *Sociometry*, 9(2/3), 249-253.
- Nyman, S. R., Gosney, M. A., & Victor, C. R. (2009). Psychosocial impact of visual impairment in working age adults. *British Journal of Ophthalmology*, bjo-2009.
- Pinquart, M., & Pfeiffer, J. P. (2012). Psychological adjustment in adolescents with vision impairment. *International Journal of Disability, Development and Education*, 59(2), 145-155.
- Rees, G., Mellor, D., Holloway, E. E., Sturrock, B. A., Hegel, M. T., Casten, R., & Keefe, J. E. (2013). Integrated depression management: a proposed trial of a new model of care in a low vision rehabilitation setting. *Ophthalmic epidemiology*, 20(5), 321-329.
- Sawyer, M. G., Harchak, T. F., Spence, S. H., Bond, L., Graetz, B., Kay, D., & Sheffield, J. (2010). School-based prevention of depression: A 2-year follow-up of a randomized controlled trial of the beyondblue schools research initiative. *Journal of Adolescent Health*, 47(3), 297-304.
- Tabrett, D. R., & Latham, K. (2011). Factors influencing self-reported vision-related activity limitation in the visually impaired. *Investigative ophthalmology & visual science*, 52(8), 5293-5302.
- Thurston, M. (2010). An inquiry into the emotional impact of sight loss and the counselling experiences and needs of blind and partially sighted people. *Counselling and Psychotherapy Research*, 10(1), 3-12.
- Vyskocilova, J., & Prasko, J. (2012). Emotional processing strategies in cognitive behavioral therapy. *Activitas Nervosa Superior Rediviva*, 54(4), 150-158.

پیوست

جدول محتوای برنامه آموزش خوش بینی به روش ایفای نقش

تعداد جلسات	محتوای آموزشی
جلسه اول	آشنایی با آزمودنی ها: معرفی برنامه و اهداف کلی، آموزش ۳ مفهوم واقعه ناگوار، باورها، احساس و رفتار با استفاده از مدل ABC. دادن تمرین برای جلسه آینده به صورت تحلیل حداقل ۵ رخداد ناگواری که تا کنون برای آنها اتفاق افتاده با استفاده از جدول ABC.
جلسه دوم	مرور تمرین های جلسه پیش: ابتدا پژوهشگران به آموزش دو مفهوم خوش بینی و بدبینی و خصوصیات هر یک از آنها پرداختند. سپس به اجرای نمایشی یک داستان ناگوار با دو شخصیت بدبین و خوش بین پرداختند و از آزمودنی ها خواستند ابراز احساسات و گفتگوهای متقابل دو شخصیت را خوب گوش داده، در ذهن خود مجسم و سپس در برگه ای یادداشت کنند. در پایان نمایش درستی اسنادها را در قالب بحث گروهی بررسی کنند. در مرحله بعد آزمودنی ها به صورت دو نفری رویدادهای ناگواری را که از زندگی واقعی خود به صورت تمرین لیست کرده بودند در قالب نمایش اجرا کردند و سایر افراد گروه

	باید به دقت به آنها گوش می‌دادند و در پایان درباره آنها گفتگو می‌کردند. در آخر تمریناتی برای جلسه آینده داده شد.	
جلسه سوم	مرور تمرینات جلسه قبل و آموزش سبک اسناد درونی در برابر بیرونی: پژوهشگران به اجرای نمایش یک داستان ناگوار که دو شخصیت با دو سبک اسناد درونی و بیرونی داشتند پرداختند. در مرحله بعد آزمودنی‌ها به صورت دو نفری رویدادهای ناگواری را که از زندگی واقعی خود به صورت تمرین لیست کرده بودند در قالب نمایش اجرا کردند و سایر افراد گروه باید به دقت به آنها گوش می‌دادند و در پایان درباره آنها گفتگو می‌کردند. در آخر تمرین‌هایی برای جلسه آینده داده شد.	
جلسه چهارم	مرور تمرین‌های جلسه قبل و آموزش سبک اسناد پایدار در برابر ناپایدار: پژوهشگران به اجرای نمایش یک داستان ناگوار که دو شخصیت با دو سبک اسناد پایدار و ناپایدار داشتند پرداختند. در مرحله بعد آزمودنی‌ها به صورت دو نفری رویدادهای ناگواری را که از زندگی واقعی خود به صورت تمرین فهرست کرده بودند در قالب نمایش اجرا کردند و سایر افراد گروه باید به دقت به آنها گوش می‌دادند و در پایان درباره آنها گفتگو می‌کردند. در آخر تمرین‌هایی برای جلسه آینده داده شد.	
جلسه پنجم	مرور تمرین‌های جلسه قبل و آموزش سبک اسناد کلی در برابر اختصاصی: پژوهشگران به اجرای نمایش یک داستان ناگوار که دو شخصیت با دو سبک اسناد کلی و اختصاصی داشتند پرداختند. در مرحله بعد آزمودنی‌ها به صورت دو نفری رویدادهای ناگواری را که از زندگی واقعی خود به صورت تمرین لیست کرده بودند در قالب نمایش اجرا کردند و سایر افراد گروه باید به دقت به آنها گوش می‌دادند و در پایان درباره آنها گفتگو می‌کردند. در آخر تمرین‌های برای جلسه آینده داده شد.	
جلسه ششم	مرور تمرین‌های جلسه قبل و آموزش توانایی تمایز سه سبک اسناد (درونی به بیرونی، پایدار به ناپایدار و کلی به اختصاصی): با تعریف یک داستان که هر ۶ شخصیت در آن حضور دارند، نفر به طور تصادفی برای ایفای نقش‌های مذکور در کلاس انتخاب شدند و سایر آزمودنی‌ها به اجرای آن گوش دادند و در پایان در باره شخصیت‌ها به بحث و گفتگو پرداخته شد. در آخر تمرین‌های برای جلسه آینده داده شد.	
جلسه هفتم	مرور تمرین‌های جلسه قبل و آموزش شناسایی سریع افکار و پرهیز از فاجعه‌پنداری: با تعریف یک داستان و ایفای نقش آزمودنی‌ها در آن ماجرا، برای تمرین بیشتر سایر آزمودنی‌ها نیز دو به دو داستانی را که از زندگی واقعی خود تعریف کرده بودند به صورت نمایشی اجرا کردند. در آخر تمرین‌های برای جلسه آینده داده شد.	
جلسه هشتم	مرور تمرین‌های جلسه قبل و آموزش مهارت خود را در جای دیگری قرار دادن: هر آزمودنی از زندگی واقعی خود داستانی ناگوار تعریف می‌کرد. ولی نقش شخص مقابل را ایفا می‌کرد و دانش آموز دیگری نقش او را بازی می‌کرد. هدف این جلسه آموزش درک احساسات و علت رفتار دیگران بود. سایر آزمودنی‌ها به جریان نمایش گوش می‌دادند و در پایان درباره آن گفتگو می‌شد. در آخر تمرین‌های برای جلسه آینده داده شد.	
جلسه نهم	مرور تمرین‌های جلسه قبل و آموزش مهارت انرژی دادن به خود: هدف این جلسه این بود که آزمودنی‌ها بعد از ایفای نقش خود در هر ماجرای ناگوار بلافاصله با الفاظ مناسب به خود انرژی مثبت دهند و سایر تماشاگران به او یاری رسانند. در آخر تمرین‌های برای جلسه آینده داده شد.	
جلسه دهم	مرور تمرین‌های و مطالب آموزشی جلسات قبل و ارزشیابی از نتیجه برنامه.	