

## بررسی اثربخشی تثاتر درمانی بر مشکلات هیجانی و کارکردهای اجرایی در نوجوانان بیش فعال

معصومه سالار شیروانی<sup>۱</sup>، سیده علیا عمادیان<sup>۲</sup>

<sup>۱</sup> کارشناسی ارشد روانشناسی مثبت گرا، واحد قائمشهر، دانشگاه آزاد اسلامی، قائمشهر، ایران.

<sup>۲</sup> استادیار گروه روانشناسی، واحد ساری، دانشگاه آزاد اسلامی، ساری، ایران.

نام نویسنده مسئول:

معصومه سالار شیروانی

تاریخ دریافت: ۱۳۹۹/۴/۹

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۹/۶/۱

### چکیده

هدف از پژوهش حاضر بررسی اثربخشی تثاتر درمانی بر مشکلات هیجانی و کارکرد های اجرایی در نوجوانان بیش فعال شهرستان بابل بود. روش پژوهش حاضر، نیمه آزمایشی با طرح پیش آزمون و پس آزمون با گروه کنترل می باشد. جامعه پژوهش حاضر شامل کلیه نوجوانان بیش فعال شهرستان بابل در سال ۱۳۹۸ بود. حجم نمونه با توجه به طرح پژوهش، برای هر گروه آزمایش و کنترل ۱۵ نفر و در مجموع ۳۰ نفر در نظر گرفته شده است که به صورت نمونه گیری در دسترس انتخاب شدند و سپس به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل قرار گرفتند. ابزار گرد آوری داده ها پرسشنامه توانایی ها و مشکلات گودمن (۱۹۹۷) و پرسشنامه کارکردهای اجرایی جیوآ و همکاران (۲۰۰۰) بود. برای تجزیه و تحلیل داده ها از برنامه نرم افزاری SPSS نسخه ۲۶ و روش های آمار توصیفی و آمار استنباطی استفاده شد. در آمار توصیفی، از میانگین و انحراف استاندارد، فراوانی و درصد متغیرها و از نمودار ستونی و در بخش آمار استنباطی برای تأیید و رد فرضیات پژوهش از آزمون تحلیل کوواریانس چند متغیره استفاده شد. یافته های پژوهش نشان داد تثاتر درمانی بر مشکلات هیجانی و کارکرد اجرایی در نوجوانان بیش فعال شهرستان بابل تاثیر دارد. **واژگان کلیدی:** تثاتر درمانی، مشکلات هیجانی، کارکرد های اجرایی، نوجوانان بیش فعال.

## مقدمه

یکی از رایجترین اختلالات<sup>۱</sup> دوران کودکی که توجه روانشناسان و روانپزشکان را به خود جلب کرده، اختلال کمبود توجه \_ بیش فعالی<sup>۲</sup> است. این اختلال نخستین بار در سال ۱۸۴۵ توسط پزشک آلمانی به نام هوفمن<sup>۳</sup> شناسایی شد (آبیکوف، نیسلی و گالاگر<sup>۴</sup>، ۲۰۱۳). کمبود توجه \_ بیش فعالی، اختلالی عصبی \_ رشدی<sup>۵</sup> است که با سه ویژگی اصلی کمبود توجه، بیش فعالی و تکانشگری<sup>۶</sup> توصیف می شود. افراد مبتلا به این اختلال ممکن است توانایی توجه دقیق به جزئیات را نداشته باشند یا در انجام تکالیف مدرسه، کار یا سایر فعالیت ها از روی بی احتیاطی مرتکب اشتباه شوند (آویلا و پارس<sup>۷</sup>، ۲۰۱۱).

از طرف دیگر، بدلیل تنوع مشکلات مربوط به بیش فعالی بعید است که یک نوع درمان، به تنهای بتواند تمام الزامات درمانی این اختلال را پوشش دهد. به همین دلیل، متخصصان اغلب راهبردهای درمانی متعددی را در ترکیب با هم اتخاذ می کنند تا هر یک جنبه متفاوتی از مشکلات روانی \_ اجتماعی فرد را مد نظر قرار دهد (فیگراس و آمادور<sup>۸</sup>، ۲۰۱۵). یکی از این درمان ها تاثیر درمانی می باشد، تاثیر درمانی یک روش درمان گروهی است که در آن اشکال نمایشی و اصطلاحات تاثیر مورد استفاده قرار می گیرد (شرایبر<sup>۹</sup>، ۲۰۱۲). تاثیر در فرایند درمان زمانی محوریت می یابد که بحث از کاهش یا رفع کامل مشکلات در میان باشد. این تصور که تنها افراد عادی می توانند در چهارچوب فعالیت های نمایشی تحت درمان قرار گیرند، به طور کامل مردود است؛ چرا که تاثیر درمانی حتی در رابطه با گروه های بیش فعال نیز می تواند نتیجه بخش باشد. با نگاهی به تحقیقات انجام شده در این زمینه می توان دریافت که نمایش تاثیر زیادی در تقویت مهارت های شناختی \_ حرکتی دارد (فؤاد الدینی و بیدختی، ۱۳۹۱). در واقع در فرایند نمایش پتانسیل هایی وجود دارد که موجب بهبودی رشد عاطفی \_ اجتماعی<sup>۱۰</sup> به خصوص در افراد کم توان می شود (جیندال -اسنیپ و ویتزینو<sup>۱۱</sup>، ۲۰۱۰). همچنین از متغیرهای پژوهش که تحت تاثیر تئادرمانی قرار گیرد، مشکلات هیجانی و کارکرد های اجرایی می باشد. مشکلات هیجانی به شرایطی اطلاق می شود که در آن، پاسخ های هیجانی در مدرسه با هنجارهای فرهنگی، سنی و قومی تفاوت داشته باشد؛ به طوریکه بر عملکرد تحصیلی فرد، مراقبت از خود، روابط اجتماعی، سازگاری فردی، رفتار در کلاس و سازگاری در محیط کار نیز تاثیر منفی بگذارد. اختلالات هیجانی شامل پاسخ های قابل قبول کودک یا نوجوان به عوامل تنشزای محیطی نمی شوند (کریمی، کیخاونی و محمدی، ۱۳۸۹). این اختلالات براساس داده های حاصل از منابع مختلف در مورد کارکردهای هیجانی فرد، شناسایی می شوند و باید دستکم در دو موقعیت متفاوت، که یکی از آنها مدرسه است بروز کنند (هالاها<sup>۱۲</sup> و کافمن<sup>۱۳</sup>، ۲۰۱۶). در همین راستا شریفی و عباسی (۱۳۹۷) در پژوهشی نشان داد که، آموزش تاثیر درمانی بر همه خرده مقیاس های شایستگی اجتماعی (مهارت های شناختی، رفتاری، شایستگی هیجانی و آمایه انگیزشی) اثر مثبت و معناداری داشت. برنامه آموزش تاثیر درمانی باعث بهبود شایستگی اجتماعی در دانش آموزان با اختلال ریاضی شد. مقدم، ارشادی و گرجی (۱۳۹۷) در پژوهشی نشان داد که سایکودراما یا تاثیر درمانی یک رو کرد مفید برای کودکان مبتلا به اختلال طیف اوتیسم است که با مشکلات شناختی، ادراکی و عملکرد کلامی همراه است.

همچنین کارکرد اجرایی را می توان توانایی انعطاف پذیری شناختی و توانایی مدیریت مولفه های مداخله گر در رفتار های هدف گرا و پیش بینی پیامد های ناشی از یک عملکرد دانست (نظر بلند، ۱۳۸۸). کارکرد اجرایی به مجموعه ای از فعالیت های ذهنی که در لوب فرونتال هماهنگ می شود اشاره دارد. عملکرد اجرایی توانایی های همچون مدیریت زمان و توجه، سوئیچ کردن تمرکز، طرح نقشه و سازماندهی، یادآوری جزئیات، محدود کردن رفتار و بکار بردن تجربیات قبلی در عملکرد فعلی را در بر می

1. Disorders

2. Attention Deficit Hyperactivity Disorder

3. Hoffman

4. Abikoff, Nissley-Tsiopinis, Gallagher

5. Neurodevelopmental disorder

6. Impulsivity

7. Avila & Parcet

8. Figueras, Amador

9. Schreiber

10. Socio-emotional development

11. Jindal-Snape & Vettrano

12. Hallahan & Kauffman

گیرد (نجاتی و شیر، ۱۳۹۲). کارکردهای اجرایی شامل بالاترین عملکردهای شناختی است که برای رفتار هدفمند لازم و ضروری است. برنامه ریزی، مدیریت زمان، حافظه فعال، بازداری پاسخ، خود تنظیمی و فرا شناخت مهم ترین کارکردهای اجرایی هستند (داوسون و گوینر<sup>۱۳</sup>، ۲۰۱۷). در همین راستا کیری<sup>۱۴</sup> (۲۰۱۵) تأثیر نمایش درمانی را بر کودکان مبتلا به بیماری مورد بررسی قرار دادند، این مطالعه چگونگی عملکرد قهرمان شورو و بدذات داستان و و راهنمایی در انتخاب پری داستان را در بین کودکان مورد بررسی قرار می دهد. پس از پایان جلسات این نتایج حاصل شد: افزایش انعطاف پذیری نقش، گسترش دامنه نقش ها، افزایش خلاقیت، یکپارچه سازی هیجانی، ارتقاء مهارت های اجتماعی (بین فردی) و افزایش فرد در تحمل کردن روابط دمدمی و متغیر. همچنین قاسم تبار و حاجی تبار (۱۳۹۱) در پژوهشی نشان دادند که، نمایش خلاق، تحول اجتماعی کودکان را به طور معناداری افزایش داد. با عنایت به آنچه بیان شد و با نظر به اینکه، تحقیق منسجمی در مورد تاثیر تئاتر درمانی بر مشکلات هیجانی و کارکرد های اجرایی در نوجوانان بیش فعال انجام نشده است. محقق در این پژوهش به دنبال پاسخ به این سؤال است که آیا تئاتر درمانی بر مشکلات هیجانی و کارکرد های اجرایی در نوجوانان بیش فعال تاثیر دارد؟

### روش پژوهش

روش پژوهش حاضر، نیمه آزمایشی با طرح پیش آزمون و پس آزمون با گروه کنترل می باشد. روش نیمه آزمایشی یکی از مجموعه روش های پژوهشی است که به منظور پیدا کردن روابط علت و معلولی بین دو یا چند متغیر به کار برده می شود (دلور، ۱۳۹۲). جامعه پژوهش حاضر شامل کلیه نوجوانان بیش فعال شهرستان بابل در سال ۱۳۹۸ بود. که در فاصله ماه هایی بهمن ۱۳۹۷ و اردیبهشت ۱۳۹۸ در مطب های روانپزشکان کودک شهرستان بابل مراجعه کرده بودند. حجم نمونه با توجه به طرح پژوهش، برای هر گروه آزمایش و کنترل ۱۵ نفر و در مجموع ۳۰ نفر در نظر گرفته شده است که به صورت نمونه گیری در دسترس انتخاب شدند و سپس به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل قرار گرفتند. معیار ورود عبارت بود از: دامنه سنی ۱۲ تا ۱۴ سال، نوجوانان بیش فعال، ساکن بابل، رضایت از شرکت در آزمون ها، نداشتن بیماری های تایید شده جسمانی و روانی. معیار خروج نیز شامل: سن بالای ۱۴ سال و پایین ۱۲ سال، غیبت بیش از دو جلسه، فرزندان عادی، هر زمان که تمایل داشته باشند می توانند از پژوهش خارج شوند، سابقه ی بستری در مراکز روانپزشکی و یا مراجعه به روانپزشک به دلیل اختلالات روانی. **پرسشنامه توانایی ها و مشکلات (SDQ):** این پرسشنامه را گودمن (۱۹۹۷) طراحی کرد. این پرسشنامه دارای ۲۵ پرسش است و مشکلات رفتاری و هیجانی فرزندان را از نظر والدین ارزیابی می کند. نمره گذاری آن از صفر تا ۲ است که برای گزینه های درست نیست، تا حدی درست و کاملاً درست است در نظر گرفته شد. نمره کل می تواند بین صفر تا ۴۰ نوسان داشته باشد. این پرسشنامه دارای پنج شاخص (شاخص های بیش فعالی، مشکلات هیجانی، مشکلات سلوک و مشکل در ارتباط با همتها و توانایی نوع دوستی) است. پرسشنامه یاد شده در جامعه ایرانی اعتباریابی شده است (تهرانی دوست و همکاران، ۱۳۸۵). وفایی و روشن (۱۳۸۵) نمره آلفای کرونباخ ۰/۸۴ برای مشکلات و ۰/۶۵ را برای توانایی نوع دوستی و اعتبار درونی کل مقیاس را ۰/۴۳ و در گزارش کرده اند.

**پرسشنامه کارکردهای اجرایی بریف:** پرسشنامه کارکردهای اجرایی جیوا و همکاران (۲۰۰۰) به منظور بررسی جنبه های مختلف کارکردهای بخش پیشین قطعه پیشانی مغز تدوین گردیده است. این پرسشنامه در دو فرم والد و معلم طراحی شده و برای کودکان و نوجوانان دختر و پسر سنین ۵-۱۸ سال کاربرد دارد. پرسشنامه رتبه بندی رفتاری کارکردهای اجرایی دارای ۸۶ گزینه است که به صورت هرگز، گاهی اوقات و بیشتر اوقات پاسخ داده می شود. هرگز به منزله رتبه، گاهی اوقات رتبه و بیشتر اوقات دارای رتبه می باشد. هشت کارکرد اجرایی عمده که توسط پرسشنامه سنجیده می شود به قرار زیرند: بازداری، جهت دهی، کنترل هیجانی، آغاز به کار/ تکلیف، حافظه فعال، برنامه ریزی، سازماندهی و نظارت. در پژوهش شهابی روایی و اعتبار پرسشنامه سنجیده شد که ضریب پایایی آزمون ۰/۸۹ بدست آمد. همچنین ضریب همسانی درونی برای این پرسشنامه از ۰/۸۷ تا ۰/۹۴ می باشد که نشان دهنده بالا بودن همسانی درونی کلیه خرده مقیاس های پرسشنامه است (نودهی و همکاران، ۱۳۹۵).

<sup>2</sup> Dawson and Guinner

<sup>14</sup> Kirby

## پرتکل تثاتر درمانی

در اجرای مداخله، گروه آزمایش به مدت ۱۰ جلسه ی ۴۵ دقیقه ای و هفته ای ۲ جلسه بر اساس طرح بلانتر (۲۰۱۱)؛ و به ترجمه اشکانی و حق شناس، (۱۳۹۴)، تحت آموزش شناختی تثاتر درمانی قرار گرفتند. محتوای جلسات آموزشی عبارتند از:

## جدول (۱) خلاصه محتوای جلسات تثاتر درمانی

| جلسات      | محتوای جلسات                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
|------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| جلسه اول   | آشنایی اولیه با آزمودنی ها و برقراری رابطه مناسب با هدف تکمیل کردن پرسشنامه ها                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| جلسه دوم   | بررسی احساسات و افکار اعضای گروه نسبت به جلسه قبل، انتخاب شخص اول و دیگر اعضای گروه و آماده کردن گروه جهت مراحل بعدی تثاتر درمانی، بحث درباره مطالب اصلی تا جایی که مسأله و پردازش آن برای گروه روشن شود.                                                                                                                                                                                                                                                     |
| جلسه سوم   | هدایت و تشویق شخص اول به سمت صحنه توسط کارگردان و تشویق برای نشان دادن مسأله اش به صورت عملی بر روی صحنه، استفاده از فنون وارونگی نقش (چرخش نقش فنی است که بر اساس آن شخص الف در نقش شخص ب ایفای نقش یم کند و شخص ب نقش شخص الف را می پذیرد) و فن آینه (خود شخص قادر نیست عملکرد خود را به نمایش بگذارد و به همین دلیل نقش او را «من یاور» به عهده می گیرد)، توضیح درباره مهارت کلامی و غیر کلامی بیان تجارب عاطفی و شناختی اعضای گروه در مورد نمایش (مشارکت) |
| جلسه چهارم | تمرین گوش دادن، سؤال کردن و انعکاس مشارکت                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| جلسه پنجم  | گفتگو درباره مشارکت اعضا در زمینه روابط اجتماعی و نحوه آشنا شدن با یک خود غریبه و ایفای نقش با استفاده از فنون تثاتر درمانی (فن وارونگی نقش؛ فن فراقکنی در آینده؛ فن آینه) و مشارکت                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| جلسه ششم   | گفتگو درباره باورهای معقول و نامعقول و توجه به پیامدها و ایفای نقش با استفاده از فنون تثاتر درمانی                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| جلسه هفتم  | تمرین درباره شناسایی هیجانات ناخوشایند، شیوه های کنار آمدن با هیجانات، کنار آمدن با مسخره و طرد شدن                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| جلسه هشتم  | گفتگو درباره تأثیر افکار شخص در تخریب روابط اجتماعی و مشارکت                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| جلسه نهم   | مرور کلی مطالب گذشته، انجام تمرین های مختلف رفتاری                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| جلسه دهم   | تأکید بر تکرار و ادامه فعالیت های آموزش داده شده و اجرای پس آزمون                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |

برای تجزیه و تحلیل داده ها و اطلاعات از برنامه نرم افزاری SPSS26 استفاده شد. در بحث آمار توصیفی با کمک روش های موجود در آن، میانگین و انحراف استاندارد متغیرها، فراوانی و درصد متغیرها ذکر شده است و از نمودار ستونی نیز استفاده شد. در بخش آمار استنباطی برای تأیید و رد فرضیات پژوهش از آزمون تحلیل کوواریانس چندمتغیره استفاده شد.

## یافته های پژوهش

## جدول (۲) شاخص های توصیفی کارکردهای اجرایی در بعد و قبل از تثاتر درمانی

| گروه ها<br>متغیر |        | میانگین قبل از مداخله |              | میانگین بعد از مداخله |              |
|------------------|--------|-----------------------|--------------|-----------------------|--------------|
|                  |        | میانگین               | انحراف معیار | میانگین               | انحراف معیار |
| بازداری          | آزمایش | ۱۳/۲۶                 | ۲/۷۱         | ۷/۲۶                  | ۱/۲۷         |
|                  | کنترل  | ۱۳/۱۳                 | ۲/۴۴         | ۱۳/۱۳                 | ۲۹۲          |

|      |       |      |      |        |                    |
|------|-------|------|------|--------|--------------------|
| ۲/۹۸ | ۱۰/۰۷ | ۲/۶۴ | ۵/۴۰ | آزمایش | جهت دهی            |
| ۲/۸۷ | ۶/۰۷  | ۲/۷۶ | ۵/۰۷ | کنترل  |                    |
| ۹۸۱  | ۱۳/۶۷ | ۱/۶۴ | ۵/۵۳ | آزمایش | کنترل هیجانی       |
| ۱/۷۹ | ۵/۶۷  | ۱/۷۳ | ۵    | کنترل  |                    |
| ۱/۳۶ | ۱۴    | ۱/۲۵ | ۷    | آزمایش | آغاز به کار/ تکلیف |
| ۱/۲۷ | ۴/۰۷  | ۱/۳۵ | ۷/۱۳ | کنترل  |                    |
| ۱/۸۴ | ۱۳/۴۰ | ۱/۳۰ | ۷/۴۷ | آزمایش | حافظه فعال         |
| ۱/۴۰ | ۷/۵۳  | ۲/۰۹ | ۷/۱۳ | کنترل  |                    |
| ۱/۰۶ | ۱۵    | ۱/۹۰ | ۵/۰۷ | آزمایش | برنامه ریزی        |
| ۱/۷۱ | ۵/۳۳  | ۱/۵۶ | ۵/۲۰ | کنترل  |                    |
| ۱/۰۳ | ۹/۲۷  | ۰/۹۱ | ۲/۱۳ | آزمایش | سازماندهی          |
| ۱/۷۲ | ۲/۶۰  | ۰/۷۹ | ۲/۲۷ | کنترل  |                    |
| ۲/۱۹ | ۸/۴۷  | ۰/۹۱ | ۲/۴۰ | آزمایش | نظارت              |
| ۲/۱۸ | ۳/۰۷  | ۰/۹۶ | ۲/۲۶ | کنترل  |                    |

همان طور که جدول (۲) نشان می‌دهد، میانگین و انحراف معیار کارکردهای اجرایی در نوجوانان بیش فعال در بعد از تثاتر درمانی بهتر از قبل از تثاتر درمانی می‌باشد.

جدول (۳) شاخص های توصیفی مولفه های مشکلات هیجانی در قبل و بعد از تثاتر درمانی

| میانگین قبل از مداخله |       | میانگین بعد از مداخله |       | گروه‌ها<br>متغیر |                            |
|-----------------------|-------|-----------------------|-------|------------------|----------------------------|
|                       |       |                       |       |                  |                            |
| ۲/۶۴                  | ۷/۴۰  | ۳/۱۱                  | ۱۰/۸۶ | آزمایش           | نمره کل مشکلات هیجانی      |
| ۳/۷۳                  | ۱۰/۵۳ | ۳/۳۷                  | ۱۰/۱۳ | کنترل            |                            |
| ۰/۹۱                  | ۴/۱۳  | ۱/۱۳                  | ۷     | آزمایش           | بیش فعالی                  |
| ۱/۱۳                  | ۷     | ۱/۲۲                  | ۷/۰۶  | کنترل            |                            |
| ۰/۷۳                  | ۵/۴۰  | ۰/۴۵                  | ۷/۹۳  | آزمایش           | مشکلات هیجانی              |
| ۲/۲۱                  | ۷/۷۳  | ۱/۲۹                  | ۸/۳۳  | کنترل            |                            |
| ۱/۰۳                  | ۳/۰۶  | ۱/۸۵                  | ۵/۸۰  | آزمایش           | مشکلات سلوک                |
| ۱/۷۳                  | ۵     | ۱/۸۸                  | ۵/۱۳  | کنترل            |                            |
| ۱/۰۹                  | ۴/۲۶  | ۱/۵۲                  | ۷/۵۳  | آزمایش           | مشکل در ارتباط با هم‌متاها |
| ۱/۴۵                  | ۷/۱۳  | ۱/۶۳                  | ۷/۳۳  | کنترل            |                            |
| ۱/۳۳                  | ۹/۰۷  | ۱/۲۰                  | ۳/۸۰  | آزمایش           | توانایی نوع دوستی          |
| ۱/۱۸                  | ۳/۸۷  | ۱/۲۲                  | ۳/۹۳  | کنترل            |                            |

همان طور که جدول (۳) نشان می‌دهد، میانگین و انحراف معیار مشکلات هیجانی در نوجوانان بیش فعال در بعد از تثاتر درمانی بهتر از قبل از تثاتر درمانی می‌باشد.

جدول (۴) نتایج آزمون نرمال بودن متغیرهای تحقیق

| متغیرهای وابسته           | مقدار آزمون | سطح معناداری |
|---------------------------|-------------|--------------|
| مشکلات هیجانی (قبل)       | ۰/۷۶        | ۰/۵۹         |
| مشکلات هیجانی (بعد)       | ۰/۸۸        | ۰/۴۱         |
| یاداری (قبل)              | ۱/۵         | ۰/۱۷         |
| بازداری (بعد)             | ۰/۷۴        | ۰/۶۴         |
| جهت دهی (قبل)             | ۰/۹۲        | ۰/۳۶         |
| جهت دهی (بعد)             | ۰/۷۵        | ۰/۶۳         |
| کنترل هیجانی (قبل) (قبل)  | ۰/۹۳        | ۰/۳۴         |
| کنترل هیجانی (بعد)        | ۰/۹۱        | ۰/۳۷         |
| آغاز به کار / تکلیف (قبل) | ۰/۴۴        | ۰/۳۲         |
| آغاز به کار / تکلیف (بعد) | ۱/۰۰۴       | ۰/۲۶         |
| حافظه فعال (قبل)          | ۱/۱۱        | ۰/۳۷         |
| حافظه فعال (بعد)          | ۰/۹۱        | ۰/۳۷         |
| برنامه ریزی (قبل)         | ۱/۰۵        | ۰/۲۱         |
| برنامه ریزی (بعد)         | ۱/۳۱        | ۰/۰۶         |
| سازماندهی (قبل)           | ۱/۳۲        | ۰/۰۵۱        |
| سازماندهی (بعد)           | ۰/۷۳        | ۰/۶۴         |
| نظارت (قبل)               | ۰/۶۸        | ۰/۷۳         |
| نظارت (بعد)               | ۰/۸۹        | ۰/۴۰         |

مطابق جدول (۴) همان گونه که ملاحظه می شود در این آزمون، سطوح احتمال (مقدار P) در کلیه متغیرهای تحقیق بزرگتر از سطح خطا ۰,۰۵ می باشد. با توجه به مقدار P و عدم رد فرضیه صفر، توزیع داده ها منطبق بر توزیع نرمال قلمداد می گردد.

جدول (۵) نتایج آزمون لوین در مورد پیش فرض تساوی واریانس های دو گروه در متغیرهای پژوهش

| شاخص آماری          | آماره f | درجه آزادی ۱ | درجه آزادی ۲ | سطح معناداری |
|---------------------|---------|--------------|--------------|--------------|
| مشکلات هیجانی       | ۱/۷۳    | ۱            | ۲۸           | ۰/۱۹         |
| بازداری             | ۰/۷۹    | ۱            | ۲۸           | ۰/۳۰         |
| جهت دهی             | ۰/۳۳    | ۱            | ۲۸           | ۰/۵۶         |
| کنترل هیجانی        | ۰/۱۴۶   | ۱            | ۲۸           | ۰/۸۳         |
| آغاز به کار / تکلیف | ۰/۵۸    | ۱            | ۲۸           | ۰/۴۴         |
| حافظه فعال          | ۰/۶۷    | ۱            | ۲۸           | ۰/۴۱         |
| برنامه ریزی         | ۰/۸۳    | ۱            | ۲۸           | ۰/۳۶         |
| سازماندهی           | ۰/۳۶    | ۱            | ۲۸           | ۰/۵۴         |
| نظارت               | ۰/۰۴۴   | ۱            | ۲۸           | ۰/۸۳         |

با توجه به جدول (۵)  $f$  بدست آمده معنادار نیست. بنابراین تساوی واریانس‌ها برقرار است و اجرای کوواریانس امکانپذیر است.

جدول (۶) نتایج آزمون رگرسیون در مورد پیش فرض همگنی شیب‌های رگرسیون متغیرهای مورد مطالعه

| منبع تغییرات       | مجموع مجزورات | درجه آزادی | میانگین مجزورات | $f$  | سطح معنی‌داری |
|--------------------|---------------|------------|-----------------|------|---------------|
| مشکلات هیجانی      | ۳/۶۵          | ۱          | ۳/۶۵            | ۰/۳۵ | ۰/۵۵          |
| بازداری            | ۰/۰۸          | ۲          | ۰/۰۴            | ۰/۰۱ | ۰/۹۸          |
| جهت دهی            | ۳۱/۴۹         | ۲          | ۱۵/۷۴           | ۱/۸۷ | ۰/۱۷          |
| کنترل هیجانی       | ۱۵/۴۹         | ۲          | ۷/۷۴            | ۲/۳۶ | ۰/۱۱          |
| آغاز به کار/ تکلیف | ۷/۳۱          | ۲          | ۳/۶۵            | ۲/۲۸ | ۰/۱۲          |
| حافظه فعال         | ۷/۲۳          | ۲          | ۳/۶۱            | ۲/۳۸ | ۰/۲۶          |
| برنامه ریزی        | ۴/۲۱          | ۲          | ۲/۱۰            | ۱/۰۳ | ۰/۳۷          |
| سازماندهی          | ۲/۳۹          | ۲          | ۱/۱۹            | ۰/۵۷ | ۰/۵۷          |
| نظارت              | ۱۲/۱۸         | ۲          | ۶/۰۹            | ۱/۲۹ | ۰/۲۹          |

با توجه به داده‌های جدول (۶) اثر متقابل بین پیش آزمون و گروه معنی‌دار نیست. معنادار نبودن اثر متقابل نشان می‌دهد که داده‌ها از فرضیه همگنی شیب‌های رگرسیون پشتیبانی می‌کند.

جدول (۷) نتایج آزمون باکس برای بررسی مفروضه همگنی ماتریس پراکندگی

| شاخص آماری | آماره باکس | آماره $F$ | درجه آزادی ۱ | درجه آزادی ۲ | سطح معناداری |
|------------|------------|-----------|--------------|--------------|--------------|
| گروه‌ها    | ۸۴/۳۷      | ۰/۶۱      | ۳۶           | ۲۶۳۸         | ۰/۲۱         |

با توجه به مقدار  $(p = ۰/۲۱, F = ۰/۶۱)$  و  $(۳۶ و ۲۶۳۸)$ ، آزمون همگنی ماتریس‌های پراکندگی معنادار نمی‌باشد.

جدول (۸) خلاصه اطلاعات تحلیل کواریانس متغیرهای پژوهش در گروه‌های آزمایش و کنترل برای آزمون اثر متقابل

| منبع تغییرات      | مقدار آماره آزمون | مقدار $F$ | درجه آزادی خطا | درجه آزادی فرض | سطح معنی‌داری |
|-------------------|-------------------|-----------|----------------|----------------|---------------|
| اثر پیلای         | ۰/۹۸              | ۷۸/۳۹     | ۸              | ۱۳             | ۰/۰۰          |
| لامبدا-ویلکز      | ۰/۰۲              | ۷۸/۳۹     | ۸              | ۱۳             | ۰/۰۰          |
| اثر هوتلینگ       | ۴۸/۲۴             | ۷۸/۳۹     | ۸              | ۱۳             | ۰/۰۰          |
| بزرگترین ریشه روی | ۴۸/۲۴             | ۷۸/۳۹     | ۸              | ۱۳             | ۰/۰۰          |

با توجه به داده‌های جدول (۸) و مقدار آزمون لامبدا-ویلکز  $(p = ۰/۰۰۰, F = ۰/۰۲)$  و  $(۸ و ۱۳)$  نتیجه می‌گیریم که فرضیه مشابه بودن میانگین‌های دو گروه بر اساس متغیرهای وابسته (مولفه‌های کارکرد اجرایی) رد می‌شود.

جدول (۹) خلاصه تحلیل کواریانس چند متغیری کارکردهای اجرایی در گروه‌های آزمایش و کنترل

| منبع         | مجموع مجزورات | درجه آزادی | میانگین مجزورات | $F$    | سطح معنی‌داری | اندازه اثر |
|--------------|---------------|------------|-----------------|--------|---------------|------------|
| بازداری      | ۲۲۷/۶۱        | ۱          | ۲۲۷/۶۱          | ۱۲۱/۹۷ | ۰/۰۰۰         | ۰/۸۵       |
| جهت دهی      | ۱۰۴/۵۳        | ۱          | ۱۰۴/۵۳          | ۱۵/۹۳  | ۰/۰۰۱         | ۰/۴۴       |
| کنترل هیجانی | ۴۵۹/۰۱        | ۱          | ۴۵۹/۰۱          | ۱۰۹/۳۶ | ۰/۰۰۰         | ۰/۸۴       |

|                    |        |    |        |        |       |      |
|--------------------|--------|----|--------|--------|-------|------|
| آغاز به کار/ تکلیف | ۳۴۱/۹۴ | ۱  | ۳۴۱/۹۴ | ۱۵۷/۷۳ | ۰/۰۰۰ | ۰/۸۸ |
| حافظه فعال         | ۲۴۰/۷۸ | ۱  | ۲۴۰/۷۸ | ۱۱۱/۷۵ | ۰/۰۰۰ | ۰/۸۴ |
| برنامه ریزی        | ۶۶۲/۱۵ | ۱  | ۶۶۲/۱۵ | ۳۰۷/۱۳ | ۰/۰۰۰ | ۰/۹۳ |
| سازماندهی          | ۲۹۹/۹۴ | ۱  | ۲۹۹/۹۴ | ۲۲۱/۱۷ | ۰/۰۰۰ | ۰/۹۱ |
| نظارت              | ۱۸۹/۷۹ | ۱  | ۱۸۹/۷۹ | ۳۹/۴۹  | ۰/۰۰۰ | ۰/۶۶ |
| بازداری            | ۳۷/۳۲  | ۲۰ | ۱/۸۶   |        |       |      |
| جهت دهی            | ۱۳۱/۲۲ | ۲۰ | ۶/۵۶   |        |       |      |
| کنترل هیجانی       | ۸۳/۹۴  | ۲۰ | ۴/۱۹   |        |       |      |
| آغاز به کار/ تکلیف | ۴۳/۳۵  | ۲۰ | ۲/۱۶   |        |       |      |
| حافظه فعال         | ۴۳/۰۹  | ۲۰ | ۲/۱۵   |        |       |      |
| برنامه ریزی        | ۴۳/۱۸  | ۲۰ | ۲/۱۵۶  |        |       |      |
| سازماندهی          | ۲۷/۱۲  | ۲۰ | ۱/۳۵   |        |       |      |
| نظارت              | ۹۶/۱۰  | ۲۰ | ۴/۸۰   |        |       |      |
| بازداری            | ۳۴۷۶   | ۳۰ |        |        |       |      |
| جهت دهی            | ۲۳۲۲   | ۳۰ |        |        |       |      |
| کنترل هیجانی       | ۳۳۸۴   | ۳۰ |        |        |       |      |
| آغاز به کار/ تکلیف | ۳۷۳۸   | ۳۰ |        |        |       |      |
| حافظه فعال         | ۳۶۲۰   | ۳۰ |        |        |       |      |
| برنامه ریزی        | ۳۸۵۹   | ۳۰ |        |        |       |      |
| سازماندهی          | ۱۴۴۶   | ۳۰ |        |        |       |      |
| نظارت              | ۱۳۵۱   | ۳۰ |        |        |       |      |

درون گروه ها

کل

همان طوری که ملاحظه می شود، سطح معناداری آزمون  $F$  نشان می دهد بین دو گروه اثر اختلافی وجود دارد. به عبارت دیگر بین کارکردهای اجرایی گروه آزمایش با گروه کنترل تفاوت معناداری وجود دارد. با توجه به اندازه اثر می توان نتیجه گرفت که تأثیر تثاتر درمانی بر بازداری نوجوانان بیش فعال ۸۵ درصد، در کارکرد جهت دهی ۴۴ درصد، در کنترل هیجانی ۸۴/۰، در آغاز به کار/ تکلیف ۸۸ درصد، در حافظه فعال ۸۴ درصد، در برنامه ریزی ۹۳ درصد در سازماندهی ۹۱/۰ و در کارکرد اجرایی نظارت ۶۶ درصد می باشد که نتایج بیانگر تأثیر تثاتر درمانی بر کارکرد اجرایی نوجوانان بیش فعال می باشد.

#### جدول (۱۰) خلاصه تحلیل کواریانس مشکلات هیجانی در گروه های آزمایش و کنترل با حذف اثر متقابل

| منبع      | مجموع مجذورات | درجه آزادی | میانگین مجذورات | F    | سطح معنی داری | اندازه اثر |
|-----------|---------------|------------|-----------------|------|---------------|------------|
| پیش آزمون | ۲۰/۹۸         | ۱          | ۲۰/۹۸           | ۲/۰۸ | ۰/۱۶          | ۰/۲۸       |
| گروه      | ۸۱/۹۸         | ۱          | ۸۱/۹۸           | ۸/۱۲ | ۰/۰۰۸         | ۰/۷۸       |
| خطا       | ۲۷۲/۳۵        | ۲۷         | ۱۰/۰۸           |      |               |            |
| کل        | ۲۷۷۹          | ۳۰         |                 |      |               |            |

همان طوری که ملاحظه می شود. ( $F(1, 27) = 8.12, p=0.008, \eta^2=0.78$ ) نشان می دهد بین دو گروه اثر اختلافی وجود دارد. به عبارت دیگر بین پس آزمون مشکلات هیجانی در نوجوانان بیش فعال گروه آزمایش با گروه کنترل تفاوت معناداری وجود دارد. اندازه اثر برابر ۷۸/۰ حاکی از این است که ۷۸/۰ درصد از بهبود مشکلات هیجانی در نوجوانان بیش فعال گروه آزمایش



را می‌توان به تأثیر تثاثر درمانی نسبت داد. بنابراین با توجه به نتایج می‌توان گفت که تثاثر درمانی بر مشکلات هیجانی در نوجوانان بیش فعال تأثیر دارد.

جدول (۱۱) جدول میانگین‌های تعدیل شده گروه‌های پژوهش در پس‌آزمون

| متغیر                         | اختلاف میانگین‌ها | خطای معیار | سطح معنی‌داری | حد پایین | حد بالا |
|-------------------------------|-------------------|------------|---------------|----------|---------|
| مشکلات هیجانی (بعد از مداخله) | ۳/۳۳-             | ۱/۱۶       | ۰/۰۰۸         | ۵/۷۲-    | ۰/۹۳-   |
| آزمایش                        | کنترل             |            |               |          |         |

نتایج آزمون بن فرونی نشان می‌دهد که، بین میانگین مشکلات هیجانی در نوجوانان بیش فعال گروه کنترل و آزمایش در بعد از تثاثر درمانی تفاوت معناداری وجود دارد ( $p < 0/05$ ). اختلاف میانگین‌ها بیانگر آن است که تثاثر درمانی باعث کاهش مشکلات هیجانی در دانش‌آموزان می‌شود.

### بحث و نتیجه‌گیری

بر طبق نتایج بدست آمده مشخص شد که آموزش تثاثر درمانی بر کارکرد اجرایی در نوجوانان بیش فعال موثر است. در همین راستا پوررضائیان (۱۳۹۵) در پژوهشی با عنوان ارزیابی بالینی تأثیر سایکودراما در درمان اضطراب اجتماعی انجام داد. نتایج مشاهده توسط درمانگر و مادر درمان‌جو، نشان دهنده‌ی کاهش قابل توجه نشانه‌های اضطراب اجتماعی درمان‌جو بود. همچنین مقایسه‌ی نمرات درمان‌جو در آزمون اضطراب کودکان اسپنس در پیش‌آزمون و پس‌آزمون، بیانگر کاهش قابل ملاحظه‌ی میزان اضطراب اجتماعی آنها بود. با توجه به یافته‌های پژوهش، می‌توان گفت که سایکودراما، روش درمانی مناسب و مؤثری در درمان اضطراب اجتماعی است. همچنین بیاتی (۱۳۹۰) به بررسی اثربخشی هنرهای نمایشی بر توجه پسران کم‌توان ذهنی آموزش‌پذیر مقطع ابتدایی نشان داد که نمایش درمانی به عنوان روش مؤثر بر بهبود فراخنای توجه در کودکان کم‌توان ذهنی به شمار می‌رود. در تبیین این یافته می‌توان گفت که، این روش درمانی با برخورداری از بازی‌های نمایشی و تکنیک‌های خلاقانه، روش مناسب و مؤثری، به ویژه برای نوجوانان بیش فعال است، تا تأثیر مثبتی کارکرد اجرایی آنها داشته باشد. زیرا در مقایسه با روش‌های درمانی دیگر به ویژه روش رفتاری - شناختی، از جذابیت‌های بیشتری برخوردار است. در روش‌های رفتاری که مبتنی بر تقویت، برنامه‌ریزی، تکالیف خانگی و تکنیک‌های مشابه دیگر هستند، این درمانگر است که رفتارهای درمان‌جو را مدیریت می‌کند و شکل می‌دهد اما در روش سایکودراما، علاوه بر تمرکز بالینی بر رفتارهای درمان‌جو، روش‌های مدیریت شخصی به او آموخته می‌شوند. همچنین در روش‌های دیگر درمان، امکان پیگیری رفتارهای درمان‌جو در شرایط واقعی یا حتی شبه واقعی میسر نیست. این در حالیست که تمام جلسات سایکودراما مشابه واقعیت هستند به طوری که پس از چند لحظه، درمان‌جو کاملاً باور می‌کند که در محیطی واقعی - نه شبه واقعی - قرار دارد و بنابراین تمام واکنش‌های دنیای واقعی را به نمایش می‌گذارد. علاوه بر ویژگی‌های مورد اشاره، تأکید بر خلاقیت و بداهه‌پردازی در جلسات روان‌درمانی با سایکودراما، نقش مهمی در شفاف‌سازی دارد. ارج نهادن به خلاقیت‌های درمان‌جو و عدم پایبندی به چارچوب‌های کلیشه‌ای درمان را شاید بتوان مهمترین دلایل تداوم نتایج درمانی سایکودراما دانست (زینپ<sup>۱۵</sup>، ۲۰۱۱)؛ که مجموع این عوامل باعث تأثیر کارکرد اجرایی نوجوانان بیش فعال می‌گردد.

بر طبق نتایج بدست آمده مشخص شد که آموزش تثاثر درمانی بر مشکلات هیجانی در نوجوانان بیش فعال موثر است. در همین راستا فریلچ و همکاران (۲۰۱۵) در پژوهشی با عنوان بررسی نقش هنردرمانی بر مهارت اجتماعی، هیجان و سازگاری تحصیلی کودکان اختلال یادگیری در پژوهش خود به این نتیجه رسیدند که، هنر درمانی می‌تواند سازگاری اجتماعی، عاطفی و تحصیلی کودکان مبتلا به اختلال یادگیری را افزایش دهد. لاریجانی و رازقی (۱۳۸۶) در پژوهشی تحت عنوان بررسی کاربرد هنرهای نمایشی در رشد اجتماعی دانش‌آموزان کم‌توان ذهنی به این نتیجه رسیده‌اند که هنرهای نمایشی موجب افزایش رشد

اجتماعی کودکان کم‌توان ذهنی آموزش پذیر بین ۹ تا ۱۱ سال می‌شوند. در پایان پژوهشگران با توجه به تاثیر مثبت هنرهای نمایشی پیشنهاد در نظر گرفتن واحد مستقل و جداگانه تحت عنوان نمایش، در برنامه‌های درسی مراکز آموزشی کم‌توانان ذهنی را ارائه می‌دهند. شجاعت (۱۳۹۰) در پژوهشی متوجه شدند که، این مداخله توانسته است در مهارت های اجتماعی کودکان کم‌روزی گروه آزمایش افزایش معنا داری ایجاد کند و این افزایش در نمره ی کل و دو خرده مقیاس مهارت های اجتماعی (همکاری و قاطعیت) در طول زمان پایدار مانده است. در خرده مقیاس خویشتنداری، افزایش پدید آمده معنادار بوده، اما در طول زمان پایدار نمانده است. روان نمایشگری نتوانسته است در میزان پرخاشگری در خانه ی این کودکان کاهش معناداری ایجاد کند. در تبیین این یافته می توان گفت که، در تأیید این نتایج تئاتر درمانی به فرد کمک می کند تا با تجسم و نقش بازی کردن یک مسئله به جای فقط صحبت کردن در مورد آن، مسئله را بازنگری نماید. تئاتر درمانی تحلیل شناختی را با ابعاد تجربی و کنشی پیوند می دهد و با پیاده کردن تعامل بین فردی در یک مسئله و درگیر کردن جسم و ذهن پیرامون اینکه رویدادی در شرایط کنونی در حال وقوع است، نظرات و احساساتی را به سطح آگاهی فرد منتقل می کند که فقط گفتگو در مورد آن مسأله کافی نیست. در واقع وجوه غیر کلامی نه فقط در کم و کیفیت رابطه اثر دارند، بلکه سرخ هایی از انگیزش و نگرش های نهفته درونی هستند. بروز رفتارهایی با میزان عصبانیت بیشتر، سبب آگاهی به هیجان هایی می شود که ممکن است در فرد نهفته و یا حالت های ترس سرکوب شده باشند. رویکردهای عملی نه فقط برای بیمارانی که دارای ظرفیت محدود فعالیت ذهنی و توصیف کلامی یا پرخاشگری و دارای مشکلات هیجانی هستند، حتی برای نوجوانان بزهکار و کسانی که تجارب ناگوار خویشتن را با مکانیسم دلیل تراشی کتمان می کنند نیز سازنده و مؤثر است (بلانتر<sup>۱۶</sup>، ۲۰۱۸)؛ احتمالاً مهمترین دلیل دیگر اثربخشی تئاتر درمانی بر مشکلات هیجانی در نوجوانان بیش فعال، نمایش محور بودن آن است که با فراهم سازی امکان بازسازی موقعیت های فردی و اجتماعی که بار مشکلات هیجانی دارند، به نوجوانان بیش فعال کمک می کند تا در شرایطی امن، و بدون ترس از خطا یا شرمندگی، عوامل زمینه ساز مشکلات هیجانی را کشف کرده و با تمرین های مکرر نمایشی، در جهت رفع آنها گام بردارند. مهم ترین محدودیت این پژوهش مربوط به روایی بیرونی است؛ چراکه جامعه آماری این پژوهش گروه خاصی از جامعه یعنی نوجوانان بیش فعال شهرستان بابل در سال ۱۳۹۸ بودند، لذا امکان تعمیم نتایج به کل جامعه با محدودیت روبرو است. همچنین با توجه به معناداری فرضیه های تحقیق، می توان اشاره نمود که بهبود و توانبخشی کارکردهای اجرایی و توجه، تا حدود زیادی با تجربه های این افراد از جمله تئاتر درمانی ارتباط دارد. آن ها تجربه های خود را از طرق گوناگون، به ویژه در طی انجام نقش های خود به دست می آورند. بنابراین، اگر بتوان به غنی سازی محیط و بستر سازی برای نمایش های گروهی اقدام نمود، شاید به رشد و بهبود کارکردهای اجرایی این افراد کمک کرد. با توجه به وجود مسائل روحی، روانی و رفتاری موجود میان نوجوانان و علاقه آنان به فعالیت های تئاتر درمانی و اهمیت این فعالیت ها، پیشنهاد می شود در برنامه های مدرسه حتی الامکان ساعتی خاص به این فعالیت ها پرداخته شود، چرا که این فعالیت ها باعث نوعی تخلیه هیجانی و همچنین مصرف انرژی در جهت صحیح خود می شود.

## منابع و مراجع

- [۱] بیاتی، حمیده. (۱۳۹۰). اثربخشی نمایش درمانی بر فراخوانی توجه پسران کم‌توان ذهنی آموزش‌پذیر مقطع ابتدایی، پایان‌نامه کارشناسی ارشد، تهران: دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی.
- [۲] پوررضائیان، مهدی. (۱۳۹۵). ارزیابی بالینی تأثیر سایکودراما در درمان اضطراب اجتماعی. فصلنامه مطالعات روانشناسی بالینی، سال ششم، شماره بیست و چهارم، ص ۲۹-۴۶.
- [۳] شجاعت، شکوه. (۱۳۹۰). بررسی اثر مداخله‌ی روان‌نمایشگری در افزایش مهارت‌های اجتماعی کودکان کم‌رویی پیش دبستانی شهر اصفهان. پایان‌نامه کارشناسی ارشد. دانشگاه تهران. دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی.
- [۴] شریفی، حمیدرضا و عباسی، بیتا. (۱۳۹۷). بررسی اثربخشی تأثیر درمانی بر بهبود شایستگی اجتماعی دانش‌آموزان با اختلال خاص یادگیری. مجله‌ی یادگیری. شماره ۴، دوره ۷، ص ۸۷-۱۰۴.
- [۵] فؤاد الدینی، منصوره؛ بیدختی، حسین. (۱۳۹۱). تأثیر نمایش درمانی مبتنی بر مهارت اجتماعی رفتار سازگارانۀ دختران کم‌توان ذهنی با هوش بهر ۷۰-۵۵ در دامنه سنی ۳۰-۱۴ سال، پژوهش در علوم توانبخشی، دوره ۸، شماره ۵، صص ۹۱۳-۹۱۸.
- [۶] قاسم تبار، الهویردیانی، حاجی تبار، محمدجانی. (۱۳۹۱). تأثیر نمایش خلاق بر تحول اجتماعی کودکان پیش دبستانی. روان‌شناسی تحولی: روان‌شناسان ایرانی- سال هشتم، شماره ۳، صص ۴۰۵-۴۱۳.
- [۷] کریمی، مرید؛ کیخاونی، ستار و محمدی، محمد باقر. (۱۳۸۹). تأثیر آموزش مهارت‌های اجتماعی بر اختلالات رفتاری کودکان دبستانی. مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی ایلام، ۱۸(۳)، ۶۱-۶۸.
- [۸] لاریجانی، زرین‌سادات؛ رازقی، نرگس (۱۳۸۶). بررسی کاربرد هنرهای نمایشی در رشد اجتماعی دانش‌آموزان کم‌توان ذهنی، کودکان استثنایی، شماره ۲۷، صص ۴۳-۵۲.
- [۹] مقدم، ارشادی، سعید و گرجی، علی. (۱۳۹۷). اهمیت تأثیر درمانی (سایکودراما) در درمان کودکان و نوجوانان مبتلا به اختلال طیف اوتیسم. شفای خاتم. دوره هفتم، شماره دوم، صص ۱۰۸-۱۱۵.
- [۱۰] نجاتی وحید، شیری اسماعیل. (۱۳۹۰). شواهد عصب شناختی نقصان کنترل مهارتی و تصمیم‌گیری مخاطره‌آمیز در افراد سیگاری. نشریه تحقیقات علوم رفتاری. دوره ۲۹، شماره ۱، صص ۳۲-۴۵.
- [۱۱] نظر بلند، ندا. (۱۳۸۸). نارسایی حافظه کاری در افراد مبتلا به اختلال افسردگی اساسی. مجله روانپزشکی و روانشناسی بالینی ایران. سال ۱۵ شماره ۳، صص ۷۶-۸۰.
- [12] Abikoff, H., Nissley-Tsiopinis, J., Gallagher J. (2013). Effects of MPBOROS on the organizational, time management, and planning behaviors children with ADHD. Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 48, 166-175.
- [13] Avila, C., & Parcet, M. A. (2011). Personality and inhibitory deficits in the stop-signal task: the mediating role of Gray's anxiety and impulsivity. Personality and Individual Differences, 31, 975-986.
- [14] Blanter, A. (2018). Psychodramatic methods in family therapy. INC. Schafer & L. Cary) Eds (Family play Therapy Northvale, NJ: Aronson.
- [15] Dawson, P., & Guare, R. (2017). Executive skills in children and adolescents: A practical guide to assessment and intervention. New York. Guilford Press.
- [16] Figueras M, A ,Amador C, J. (2015). Psychometric properties of the Reynolds Child Depression Scale (RCDS) in community and clinical samples. Spanish Journal of Psychology, 649-641. (2)11.
- [17] Freilich R, Shechtman Z. (2015). The contribution of art therapy to the social, emotional, and academic adjustment of children with learning disabilities. The Arts in Psychotherapy;37(2):97-105.
- [18] Hallahan, D. P. & Kauffman, J. M. (2016). Exceptional children: Introduction to special education (9 th ed). Boston: Alln and Bacon.
- [19] Jindal-Snape D, Vettraino E. (2010). Drama techniques for the enhancement of social-emotional development in people with special needs: Review of research. International Journal of Special Education; 22(1): 107-17.

- [20] Kirby, Christa, K. (2015). Harry Potter is a Homeboy, Cinderella is Fly: Revisiting Once Upon a Time Using Drama Therapy. Completed master theses in drama therapy New York University.
- [21] Schreiber, E. (2012). The quintessential zerka, Writings of zerka toman Moreno on psychodrama, sociometry and group psychotherapy.
- [22] Zeynep H. (2011). Integrating psychodrama and cognitive behavioral Therapy to treat moderate depression. Journal The Art in psychotherapy; vol: 33. pp:199-207.