اثربخشی بسته نمایش‌درمانی بر مبنای ذهنی‌سازی بر تنظیم هیجان کودکان با اختلال نارسایی توجه/ بیش‌فعالی

▫ **خدیجه کابلی**، دانشجوی دکتری گروه روان‌شناسی و آموزش کودکان استثنایی، پردیس علوم و تحقیقات فارس، دانشگاه آزاد اسلامی، فارس، ایران
▫ **محمدرضا بردیده***، استادیار، گروه روان‌شناسی، واحد فیروزآباد، دانشگاه آزاد اسلامی، فیروزآباد، ایران
▫ **سیامک سامانی**، دانشیار، گروه روان‌شناسی، واحد شیراز، دانشگاه آزاد اسلامی، شیراز، ایران
▫ **لیلا خبیر**، استادیار، گروه روان‌شناسی، واحد شیراز، دانشگاه آزاد اسلامی، شیراز، ایران

● تاریخ دریافت: ۱۴۰۲/۰۵/۲۳ ● تاریخ انتشار: مهر و آبان ۱۴۰۳ ● نوع مقاله: پژوهشی ● صفحات ۲۵ - ۳۴

چکیده

هدف: هدف از این پژوهش اثربخشی بسته نمایش‌درمانی بر مبنای ذهنی‌سازی بر تنظیم هیجان کودکان با اختلال نارسایی توجه/ بیش‌فعالی بود.

روش پژوهش: روش پژوهش از نوع نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون ـ پس‌آزمون و پیگیری با گروه گواه بود. جامعه آماری پژوهش شامل تمامی دانش‌آموزان سنین ۹ تا ۱۱ سال با اختلال نارسایی توجه/ بیش‌فعالی شهر زنجان در سال ۱۴۰۲-۱۴۰۱ بود. حجم نمونه شامل ۳۰ نفر بود (۱۵ نفر گروه آزمایشی و ۱۵ نفر گروه گواه) که از جامعه آماری به شیوه نمونه‌گیری هدفمند انتخاب شده و در ۲ گروه آزمایشی و گواه جایگماری شدند. برای گروه آزمایشی، بسته نمایش‌درمانی بر مبنای ذهنی‌سازی اجرا شد درحالی‌که گروه گواه در فهرست انتظار باقی ماند. ابزار پژوهش شامل پرسشنامه اختلال نارسایی توجه/ بیش‌فعالی کانرز (۲۰۰۷) و پرسشنامه تنظیم هیجان برای کودک و نوجوان (۲۰۱۲) بود.

یافته‌ها: نتایج نشان داد که نمایش‌درمانی بر مبنای ذهنی‌سازی بر بهبود تنظیم هیجان در مراحل پس‌آزمون و پیگیری تأثیر معنادار داشته است ($P<0/01$).

نتیجه‌گیری: یافته‌های این پژوهش اطلاعات مفیدی را در ارتباط با بسته نمایش‌درمانی بر مبنای ذهنی‌سازی فراهم می‌کند و مشاوران و روان‌شناسان می‌توانند برای بهبود تنظیم هیجان در کودکان با نارسایی توجه/ بیش‌فعالی از این مداخله استفاده نمایند.

واژه‌های کلیدی: اختلال نارسایی توجه/ بیش‌فعالی، تنظیم هیجان، ذهنی‌سازی، نمایش‌درمانی

* Email: mbardideh@yahoo.com

[Downloaded from exceptionaleducation.ir on 2026-11-29]

مقدمه

اختلال نارسایی توجه/ بیش‌فعالی[1] یک اختلال عصبی تحولی است که با بی‌توجهی، بیش‌فعالی و تکانشگری مشخص می‌شود. علائم این اختلال باید در عملکرد یا رشد، اختلال ایجاد کند و در بیش از یک موقعیت وجود داشته باشند (برای مثال، در خانه، مدرسه و محل کار) (۱). کودکان با این اختلال در یادگیری، روابط خانوادگی و تعامل اجتماعی با مشکلاتی روبه‌رو هستند (۲). اختلال نارسایی توجه/ بیش‌فعالی، ۵ تا ۷ درصد از کودکان و نوجوانان را در سراسر جهان تحت تأثیر قرار می‌دهد (۳). شیوع این اختلال در پسران نسبت به دختران در دوران کودکی و در مردان نسبت به زنان در بزرگسالی بیشتر است (۴). اختلال نارسایی توجه/ بیش‌فعالی در کودکان اغلب تا اواخر نوجوانی و بزرگسالی ادامه می‌یابد که یک عامل خطر برای سایر مسائل بهداشت روانی، ازجمله رفتارهای ضد اجتماعی، آسیب رساندن به خود و سوء استفاده از مواد است (۵). همچنین این اختلال با چندین مشکل سلامت جسمانی مانند چاقی، فشار خون بالا، حمله قلبی و آسم مرتبط است (۶). اگرچه علت اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی تا حد زیادی ناشناخته و پیچیده است، اما با تعاملات ژن-محیطی متعدد مشخص می‌شود (۷). تغذیه مادر در دوران بارداری، قرار گرفتن در معرض آلودگی هوا، سموم و فلزات سنگین در دوران بارداری، زایمان زودرس، شرایط روانی اجتماعی نامطلوب، وضعیت اجتماعی اقتصادی پایین به‌عنوان عوامل خطر اختلال نارسایی توجه/ بیش‌فعالی در کودکان گزارش شده است (۸، ۹، ۱۰).

از سویی، یکی از عواملی که بر عملکرد اجتماعی و عاطفی کودکان با اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی تأثیر منفی دارد، اختلال در تنظیم هیجان[2] است (۱۱). تنظیم هیجان به‌عنوان یک فرآیند از پایین به بالا در نظر گرفته می‌شود و نشان دهنده توانایی فرد برای تغییر حالت هیجانی به‌منظور دستیابی به رفتارهای سازگارانه و هدف‌گرا است (۱۲). تقریباً ۴۸ تا ۵۴ درصد از کودکان با اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی، مشکلات همبودی با تنظیم هیجان را نشان می‌دهند (۱۳). کودکان با اختلال نارسایی توجه/ بیش‌فعالی که در تنظیم هیجانی مشکل دارند، با مهارت‌های اجتماعی پایین، احتمال بیشتر عدم رفع علائم بیش‌فعالی در بزرگسالی و کیفیت زندگی پایین‌تر نسبت به کودکان بدون اختلال نارسایی توجه/ بیش‌فعالی همراه هستند (۱۴). همچنین دشواری در تنظیم هیجانی با سال‌های کمتر تحصیلی، احتمال کمتر فارغ‌التحصیلی از دبیرستان و دانشگاه و نرخ بالاتر ترک تحصیل همراه است (۱۵). از طرفی، تنظیم هیجانی می‌تواند یک عامل محافظتی در برابر استرس باشد. در همین رابطه بروکس[3] و همکاران (۱۶) در مطالعه خود نشان دادند کودکان با اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی که سطح بالایی از خودتنظیمی هیجانی داشتند، بهتر با موقعیت‌های استرس‌زا در مدرسه، امتحانات یا در زندگی روزمره کنار آمدند. علاوه بر این، اختلال در تنظیم هیجان برای بسیاری از افراد با اختلال نارسایی توجه/ بیش‌فعالی تا بزرگسالی ادامه می‌یابد (۱۷) و خطر ابتلا به اختلالات روانی (مانند اختلال نافرمانی مقابله‌ای، اضطراب، افسردگی) را به همراه دارد (۱۸).

بنابراین، کاهش اختلالات هیجانی در اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی با توجه به پیامدهای منفی که بر زندگی کودکان با اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی دارد، ضروری است (۱۹). امروزه یکی از شیوه‌های نوین مقابله با ناراحتی‌های روانی-عاطفی که در سطح جهان مورد تأکید قرار گرفته است، نمایش‌درمانی[4] است (۲۰؛ ۲۱). مداخله مبتنی بر نمایش، یک شکل خلاقانه از روان‌درمانی است که رشد و تحول روانی را از طریق استفاده سیستماتیک و عمدی از فن‌های نمایش و تئاتر ارتقاء می‌دهد (۲۲؛ ۲۳). روش‌هایی ازجمله بازی‌های تئاتر، بداهه‌پردازی، خیمه‌شب‌بازی، قصه‌گویی، نمایش عروسکی، ایفای نقش که برای تغییر وضعیت بیماری و بحران به‌کار می‌روند، از انواع مداخلات مبتنی بر نمایش هستند (۲۴؛ ۲۵). نمایش‌درمانی ظرفیت کودک را برای بازی کردن، استفاده از بازی برای دسترسی به احساس‌ها و بیان آنها، دست‌یابی به بینش و درنظر گرفتن موفقیت‌آمیز دیدگاه‌ها در موقعیت‌های مختلف افزایش می‌دهد (۲۶). نمایش‌درمانی به افراد این امکان را می‌دهد که به‌جای صحبت کردن در مورد مسائل‌شان، با به نمایش درآوردن، آنها را حل کنند؛ در این نوع مداخله حوادث گذشته، ترس‌ها و آرزوهای آینده به زمان حال منتقل شده و برطرف می‌شوند (۲۷). در راستای اثربخشی این مداخله درمانی امیری و همکاران (۲۸) نشان دادند که تئاتردرمانی منجر به بهبود معنادار تنظیم هیجان، اضطراب

1. Attention deficit hyperactivity disorder (ADHD)
2. Emotion regulation
3. Breaux
4. Drama Therapy

[Downloaded from exceptionaleducation.ir on 2026-11-29]

تعامل اجتماعی و حساسیت اضطرابی می‌شود. رستم‌پور و حسین ثابت (۲۹) نیز دریافتند که نمایش‌درمانی تأثیر مثبت و معناداری بر ذهن‌آگاهی و تنظیم هیجان در دانش‌آموزان پسر دبیرستانی داشته است.

یکی دیگر از مداخلات درمانی که در سال‌های اخیر جهت بهبود مشکلات رفتاری کودکان به‌کار برده می‌شود، درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی[1] است (۳۰؛ ۳۱). این الگوی درمانی، مبتنی بر ۲ مفهوم اصلی است: ۱) نظریه دلبستگی بالبی و ۲) ذهنی‌سازی (۳۲). کانون اصلی این رویکرد، کمک به درمان‌جو است تا تجربه‌های ذهنی خود را به سطح هشیاری آورد و خویشتن را به‌عنوان یک کل یکپارچه ادراک کند (۳۳) ازاین‌رو، هدف درمان نیز رشد و تقویت ظرفیت ذهنی‌سازی از طریق رابطه درمانی و افزایش ظرفیت شخص برای شناخت افکار و احساساتی است که تجربه می‌کند (۳۴). تفاوت این روش درمانی با دیگر روش‌ها در این است که در این درمان افراد بودن در زمان حال را تجربه خواهند نمود که به آنها این اجازه را می‌دهد تا جنبه‌های رفتاری، شناختی و هیجانی خود را به‌طور بی‌طرفانه قضاوت نمایند (۳۵). نتایج بشرپور و عینی (۳۶) نشان داد که درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی بر بهبود بدتنظیمی هیجانی آزمودنی‌ها اثربخش است. نتایج قنبری و همکاران (۳۷) نیز حاکی از اثربخشی درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی بر کارکرد عاطفی و تنظیم هیجانی کودکان با اختلال نارسایی توجه/ بیش‌فعالی بود. در مطالعه‌ای دیگر گامبین[2] و همکاران (۳۸) دریافتند که بین توانایی ذهنی‌سازی و تنظیم هیجان در نوجوانان رابطه معناداری وجود دارد.

با در نظر گرفتن یافته‌های پژوهش‌ها و تأثیر منفی بدتنظیمی هیجانی بر زندگی کودکان با اختلال نارسایی توجه/ بیش‌فعالی، بهره‌گیری از مداخلات مناسب می‌تواند به بهبود مشکلات این افراد منجر شود و تغییرات قابل‌ملاحظه‌ای در شیوه‌ی توان‌بخشی افراد با اختلال نارسایی توجه/ بیش‌فعالی ایجاد کند. از طرف دیگر، با نگاهی بر آنچه که مرور شد می‌توان گفت: نمایش درمانی و درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی به‌تنهایی بر روی مؤلفه‌های هیجانی و عاطفی اثربخش هستند اما از آنجا که اتخاذ رویکردهای تلفیقی و ترکیبی از رویکردهای تک‌عاملی کارآمدتر می‌باشد، بنابراین به نظر می‌رسد، مداخله‌ی نمایش‌درمانی که بر مبنای ذهنی‌سازی باشد بتواند بر روی کودکان با اختلال نارسایی توجه/ بیش‌فعالی اثربخش‌تر باشد. از این رو، پژوهش حاضر با هدف اثربخشی نمایش‌درمانی بر مبنای ذهنی‌سازی بر تنظیم هیجان کودکان با اختلال نارسایی توجه/ بیش‌فعالی انجام گرفت.

روش

طرح پژوهش نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون - پس‌آزمون و پیگیری با گروه گواه بود. جامعه آماری پژوهش، دانش‌آموزان سنین ۹ تا ۱۱ ساله با اختلال نارسایی توجه/ بیش‌فعالی بود که در سال تحصیلی ۱۴۰۲-۱۴۰۱ در مدارس شهر زنجان مشغول به تحصیل بودند که با مراجعه به مدارس، کودکانی که قبلاً توسط مشاوران آموزش و پرورش تشخیص اختلال نارسایی توجه/ بیش‌فعالی دریافت کرده بوداند به شیوه نمونه‌گیری هدفمند انتخاب شدند. برای تشخیص دقیق‌تر، پرسشنامه اختلال نارسایی توجه/ بیش‌فعالی کانرز تکمیل و مصاحبه بالینی نیمه‌ساختاریافته با کودکان صورت گرفت. درنهایت، از بین این کودکان نمونه‌ای شامل ۳۰ نفر براساس ملاک‌های ورود انتخاب و سپس در ۲ گروه آزمایشی و گواه جایگزین شدند (۱۵ نفر در گروه آزمایشی و ۱۵ نفر در گروه گواه). ملاک‌های ورود به پژوهش عبارت بودند از: محدوده سنی ۹ تا ۱۱ سال، کودکان با اختلال نارسایی توجه/ بیش‌فعالی، رضایت آگاهانه جهت شرکت در پژوهش، عدم شرکت در کلاس‌های آموزشی روان‌شناختی دیگر و نداشتن بیماری جسمی و روان‌شناختی حاد و مزمن دیگر. همچنین ملاک‌های خروج از پژوهش نیز شامل: غیبت در ۲ جلسه آموزشی و عدم همکاری و انجام ندادن تکالیف مشخص‌شده در دوره آموزشی بود. برای جمع‌آوری داده‌ها، در این پژوهش از پرسشنامه اختلال نارسایی توجه/ بیش‌فعالی کانرز و پرسشنامه تنظیم هیجان برای کودک و نوجوان استفاده شد.

پرسشنامه اختلال نارسایی توجه/ بیش‌فعالی کانرز[3] (فرم معلم): این پرسشنامه توسط کانرز و همکاران (۳۹) با هدف ارزیابی اختلال نارسایی توجه/ بیش‌فعالی در کودکان تهیه شده است. این پرسشنامه شامل ۳۸ پرسش است که توسط معلم تکمیل می‌شود. نمره‌دهی پرسش‌ها با استفاده از مقیاس سه نمره‌ای لیکرت (اصلاً=۰ تا خیلی زیاد=۳) انجام می‌پذیرد و نمره کل آزمون بازه‌ای از صفر تا ۱۱۴ دارد. نمره بالاتر

1. Mentalization based treatment
2. Gambin
3. Connors Attention Deficit Hyperactivity Disorder Questionnaire (CADHDQ)

[Downloaded from exceptionaleducation.ir on 2026-11-29]

از ۵۷ بیانگر اختلال نارسایی توجه/ بیش‌فعالی است. هرچه امتیاز بالاتر رود، شدت اختلال کودک بیشتر است و برعکس. این ابزار رایج‌ترین مقیاس اندازه‌گیری شدت علائم اختلال نارسایی توجه / بیش‌فعالی به‌شمار می‌رود. کانرز و همکاران (۳۹) پایایی بازآزمایی فرم معلم این مقیاس را در طول یک ماه تا یک سال از ۰/۷۲ تا ۰/۹۲ و پایایی بین نمره‌گذاری معلمان را ۰/۷۰ گزارش کرده است؛ همچنین ضرایب آلفای کرونباخ آن‌را بین ۰/۶۱ تا ۰/۹۵ گزارش کرده است. پژوهش شهیم و همکاران (۴۰) ضریب پایایی بازآزمایی برای نمره کل ۰/۸۵ و ضریب آلفای کرونباخ برای نمره کل ۰/۷۶ به دست آمد که حکایت از اعتبار آزمون دارد و همچنین روایی آزمون تأیید شده است. پایایی این پرسشنامه نیز در پژوهش حاضر با استفاده از روش آلفای کرونباخ برای کل پرسشنامه ۰/۷۵ به‌دست آمد.

پرسشنامه تنظیم هیجان برای کودک و نوجوان[1]: پرسشنامه تنظیم هیجان کودک و نوجوان با اقتباس از پرسشنامه تنظیم هیجان بزرگسالان در سال ۲۰۱۲ توسط گولون و تافه[2] تدوین شد (۴۱). این پرسشنامه شامل ۱۰ آیتم است که دو راهبرد کلی تنظیم هیجان یعنی ارزیابی مجدد (۶ آیتم) و سرکوبی (۴ آیتم) را اندازه می‌گیرد. هر آیتم شامل یک طیف لیکرت ۵ درجه‌ای: کاملاً مخالفم (۱) تا: کاملاً موافقم (۵) است. گولون و تافه (۴۱) روایی و پایایی پرسشنامه فوق را مطلوب و با ضریب همسانی درونی ۰/۷۳ و ضریب بازآزمایی برای هر دو راهبرد ۰/۶۹ گزارش کرده است. لطفی و همکاران (۴۲) نیز آلفای کرونباخ محاسبه‌شده برای کل پرسشنامه را ۰/۸۱ و برای دو عامل ارزیابی مجدد و سرکوبی به ترتیب مقادیر ۰/۷۹ و ۰/۶۸ گزارش کرده‌اند؛ همچنین همبستگی محاسبه‌شده برای ارتباط میان دو عامل ارزیابی مجدد و سرکوبی با زیرمقیاس‌های عاطفه مثبت و منفی، نشانگان اضطرابی و افسردگی نشان‌دهنده رابطه معنادار بود. پایایی این پرسشنامه نیز در پژوهش حاضر با استفاده از روش آلفای کرونباخ برای کل پرسشنامه ۰/۷۹ به‌دست آمد.

معرفی برنامه مداخله: برنامه نمایش‌درمانی بر مبنای ذهنی‌سازی براساس دیدگاه هاوستین-فرانکلین[3] (۴۳) به‌صورت گروهی در ۱۰ جلسه ۴۵ دقیقه‌ای توسط مجری مجرب اجرا شد. خلاصه جلسات برنامه نمایش‌درمانی بر مبنای ذهنی‌سازی در جدول (۱) اشاره شده است.

جدول ۱) خلاصه محتوای جلسات نمایش‌درمانی بر مبنای ذهنی‌سازی (۴۳)

جلسه	هدف	محتوا
۱	برقراری رابطه درمانی، آشنا نمودن افراد با موضوع پژوهش، آشنایی اعضا با نمایش‌درمانی و ذهنی سازی	آشنایی و معرفی اعضای گروه، بیان اهداف گروه و مسئولیت‌های رهبر و اعضای گروه، بیان قوانین و ساختار جلسات، افزایش شناخت مشاور از دانش‌آموزان جهت ایجاد رابطه مؤثر، بررسی مفاهیم، نمایش‌درمانی، ذهنی‌سازی، تنظیم هیجان، کارکردهای توجهی، اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی
۲	شناخت هیجانات	شناخت ۷ هیجان اصلی، علاقه (کنجکاوی و رفتار اکتشافی)، ترس، خشم، اضطراب، عشق، لذت از طریق اجرای نمایش و آموزش پیامدهای شناختی، فیزیولوژیکی و رفتاری واکنش‌های هیجانی و رابطه بین هیجان، شناخت و رفتار، چگونگی پاسخ به تجربیات هیجانی خود
۳	آگاهی بدنی	آگاهی بدنی، ژست بدن (حالت قرارگیری بدن)، خواندن زبان بدن و آگاهی از محرک‌های حسی و پاسخ به آنها از طریق ایفای نقش
۴	آشنایی با باورهای خود و دیگران و ماهیت روابط بین‌فردی	بازگویی یک قصه (داستان سارا و پدرش: تولد سارا است و او به این مناسبت مشتاقانه منتظر رسیدن پدرش است اما پدر که شب به منزل می‌آید، تولد سارا را فراموش می‌کند و...) به‌صورت ناتمام به‌وسیله مشاور و درخواست او از دانش‌آموزان برای کامل کردن قصه، بنا بر تخیل خودشان در قالب ایفای نقش و اجرای نمایش، به جهت رؤیت برداشت هریک از آنها از افکار، هیجانات و خلق خودشان و ایجاد خودباوری در آنها

1. Emotion Regulation Questionnaire for Children and Adolescents (ERQ-CA)
2. Gullone & Taffe
3. Havsteen-Franklin

[Downloaded from exceptionaleducation.ir on 2026-11-29]

جلسه	هدف	محتوا
۵	تسلط بر مسئله و تسلط بر افکار و احساسات	کار روی خودپنداره مثبت، رشد عزت‌نفس، طرز برداشت کودک از خود، از طریق رسم تصاویری به دست کودک و هم‌ذات پنداری با آن تصویر در قالب ایفای نقش و رفتن کودک در قالب آن نقش و صحبت به جای آن
۶	آشنایی با حقوق خود و دیگران و چگونگی مطالبه آنها	در این جلسه یکی از دانش‌آموزان جداگانه می‌نشیند و دیگر همکلاسی‌ها هرکدام در حد یک جمله او را وصف می‌کنند و با توجه به شناختی که از او دارند وی را قضاوت می‌کنند. گویی شخصیت اصلی حرف آنها را نمی‌شنود. این شیوه به جهت شناخت هرچه بیشتر دانش‌آموزان از یکدیگر و تخلیه عواطف و هیجاناتشان نسبت به هم به دور از درگیری و پرخاشگری و برای بازگو کردن حرف‌های ناگفته بین‌شان صورت می‌گیرد.
۷	ذهنی‌سازی هیجانات	در این جلسه به موضوع تنظیم هیجان در دیگران اشاره می‌کنیم. به این صورت که از یکی از شرکت‌کنندگان می‌خواهیم نقش کسی را که آشفته است بازی کند؛ ترکیبی از ناامیدی و خشم؛ و هر یک از اعضای گروه جداگانه این روند را پیش بروند: ۱- بفهمد این شخص چه احساسی دارد. ۲- بفهمد چرا این احساس را دارد. ۳- سعی کند او را تسلی دهد. در پایان هر فرد باید بگوید که چه رفتارهایی برای او تسلی‌بخش است و به تفاوت‌های فردی در این زمینه اشاره می‌کنیم.
۸	تقویت تعاملات بین‌فردی	آموزش مهارت‌های مرتبط به تعامل و توانایی برقراری ارتباط با نگاه و استفاده درست از لحن صدا و رعایت نوبت در صحبت کردن و سؤال کردن از طریق ایفای نقش
۹	تقویت تعاملات بین‌فردی	آموزش مهارت‌های همراهی کردن با دیگران؛ به‌کاربردن واژه‌های مؤدبانه؛ تشریک‌مساعی؛ پیروی از مقررات؛ لمس کردن به طریق درست از طریق اجرای نمایش
۱۰	جمع‌بندی و اجرای پس‌آزمون	جمع‌بندی در محتوای تمامی جلسات، تجلیل از تلاش‌های هنری کودکان و اجرای پس‌آزمون

پس از انتخاب افراد براساس اصول اخلاقی، در مورد موضوع و اهداف پژوهش اطلاعات مختصری به آنها ارائه شد، به شرکت‌کنندگان اطمینان داده شد که نتایج پژوهش به‌صورت نتیجه‌گیری کلی منتشر می‌شوند و آنها اختیار دارند در هر مرحله‌ای از آموزش انصراف دهند و رضایت‌نامه کتبی از شرکت‌کنندگان گرفته شد. پرسشنامه‌ها ابتدا توسط هر دو گروه تکمیل شد و سپس برای گروه آزمایشی، جلسات آموزشی براساس نمایش‌درمانی بر مبنای ذهنی‌سازی برگزار شد و گروه گواه درمانی دریافت نکرد. به‌دلیل ملاحظات اخلاقی در پایان پژوهش، برای افراد گروه گواه نیز مداخلات صورت گرفت. پس از پایان جلسات آموزشی، پرسشنامه تنظیم هیجان برای کودک و نوجوان به‌عنوان پس‌آزمون بلافاصله و پیگیری به فاصله یک ماه انجام گرفت.

یافته‌ها

براساس یافته‌های حاصل از داده‌های جمعیت‌شناختی، میانگین و انحراف استاندارد سنی در گروه آزمایشی (۹/۶۹±۰/۸۲) و گروه گواه (۱۰/۲۶±۰/۲۲) بود. آزمون خی دو نشان داد از نظر سنی بین دو گروه پژوهش تفاوت معناداری وجود ندارد (P>۰/۰۵). در ادامه آماره‌های توصیفی نمرات پیش‌آزمون و پس‌آزمون متغیرهای پژوهش به تفکیک گروه‌ها در جدول (۲) گزارش شده است.

[Downloaded from exceptionaleducation.ir on 2026-11-29]

جدول ۲) شاخص‌های توصیفی متغیرهای پژوهش به تفکیک گروه‌های آزمایشی و گواه

متغیر		گروه	پیش‌آزمون		پس‌آزمون		پیگیری	
			میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
تنظیم هیجان	ارزیابی مجدد	آزمایشی	۱۵/۷۳	۵/۰۶	۲۲/۹۳	۴/۹۳	۲۴/۱۳	۴/۸۶
		گواه	۱۴/۴۶	۲/۲۳	۱۵/۸۰	۴/۴۱	۱۴/۸۶	۴/۳۲
	سرکوبی	سرکوبی	۱۲/۷۳	۲/۸۹	۹/۴۶	۳/۰۹	۹/۰۶	۲/۹۸
		گواه	۱۲/۶۰	۳/۳۵	۱۳/۲۰	۲/۷۸	۱۳/۴۰	۲/۵۵

همان‌طور که در جدول (۲) مشاهده می‌شود میانگین نمرات مؤلفه ارزیابی مجدد گروه آزمایشی نسبت به گروه گواه در مرحله‌ی پس‌آزمون نسبت به مرحله‌ی پیش‌آزمون افزایش و نمرات مؤلفه سرکوبی کاهش بیشتری داشته است. به‌منظور تحلیل داده‌ها از آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر استفاده شد، لذا ابتدا مفروضه‌های زیربنایی این آزمون مورد بررسی قرار گرفت. از آزمون شاپیرو-ویلک برای بررسی نرمال بودن توزیع نمرات استفاده شد. نتایج نشان داد که پیش‌فرض نرمال بودن توزیع در هر دو گروه رد نشد (P>۰/۰۵). از آزمون لوین برای رعایت پیش‌فرض‌های آزمون کوواریانس استفاده شد که نتایج آن نشان داد برابری واریانس در مؤلفه‌های ارزیابی مجدد (F=۳/۶۷۵ ،P>۰/۰۵) و سرکوبی (F=۱/۳۵۸ ،P>۰/۰۵) در گروه‌ها رد نشد. همچنین نتایج آزمون کرویت موچلی نشان داد سطح معناداری در مؤلفه‌ها از ۰/۰۵ شده، لذا فرض کرویت رد شد و از نتایج مربوط به تصحیح آزمون گرین هاس- گایزر در این مؤلفه‌ها استفاده شد. به این ترتیب شرایط لازم برای اجرای آزمون کواریانس برقرار است.

جدول ۳) نتایج آزمون‌های چندمتغیری (لامبدای ویلکز) متغیرهای وابسته

متغیر	ارزش	F	df فرضیه	df خطا	Sig	Eta
ارزیابی مجدد	۰/۴۶۶	۱۵/۴۴۳	۲	۲۷	۰/۰۰۱	۰/۵۳۴
سرکوبی	۰/۵۵۱	۱۱/۰۱۰	۲	۲۷	۰/۰۰۱	۰/۴۴۹

نتایج آماره لامبدای ویلکز در آزمون تحلیل کوواریانس چندمتغیری نشان داد که بین گروه‌ها حداقل در یکی از متغیرهای وابسته تفاوت معنادار وجود دارد (P<۰/۰۰۱).

جدول ۴) تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر جهت بررسی تأثیرات درون و بین‌گروهی

مؤلفه	متغیر	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	P	اندازه اثر
ارزیابی مجدد	مراحل	۳۷۵/۸۲۲	۲	۱۸۷/۹۱۱	۲۹/۶۰۷	۰/۰۰۱	۰/۵۱۴
	تعامل مراحل و گروه	۲۵۷/۴۲۲	۲	۱۲۸/۷۱۱	۲۰/۲۸۰	۰/۰۰۱	۰/۴۲۰
	گروه	۷۸۰/۲۷۸	۱	۷۸۰/۲۷۸	۱۷/۰۶۸	۰/۰۰۱	۰/۳۷۹
سرکوبی	مراحل	۳۸/۴۲۲	۱/۱۶۹	۳۲/۸۶۴	۸/۹۰۹	۰/۰۰۴	۰/۲۴۱
	تعامل مراحل و گروه	۸۸/۱۵۶	۱/۱۶۹	۷۵/۴۰۴	۲۰/۴۴۱	۰/۰۰۱	۰/۴۲۲
	گروه	۱۵۷/۳۴۴	۱	۱۵۷/۳۴۴	۷/۱۹۴	۰/۰۱۲	۰/۲۰۴

نتایج جدول (۴) نشان می‌دهد میزان F اثر تعامل مراحل و گروه برای ابعاد متغیرهای ارزیابی مجدد (۲۰/۲۸۰) و سرکوبی (۲۰/۴۴۱) معنادار است (P<۰/۰۰۱). همچنین در ادامه مقایسه‌ی دو به دوی میانگین تعدیل مراحل آزمون (پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری) در جدول (۵) آمده است.

[Downloaded from exceptionaleducation.ir on 2026-11-29]

جدول ۵) نتایج آزمون تعقیبی بونفرونی منغیرهای پژوهش برای ۳ بار اجرا

مؤلفه	مراحل	گروه آزمایش	
		تفاوت میانگین‌ها	سطح معناداری
ارزیابی مجدد	پیش‌آزمون- پس‌آزمون	-۴/۲۶۷	۰/۰۰۱
	پیش‌آزمون- پیگیری	-۴/۴۰۰	۰/۰۰۱
	پس‌آزمون- پیگیری	-۰/۱۳۳	۱/۰۰۰
سرکوبی	پیش‌آزمون- پس‌آزمون	۱/۳۳۳	۰/۰۱۴
	پیش‌آزمون- پیگیری	۱/۴۳۳	۰/۰۱۵
	پس‌آزمون- پیگیری	۰/۱۰۰	۱/۰۰۰

با توجه به جدول (۵)، در متغیر سرکوبی میانگین گروه آزمایشی در پس‌آزمون و پیگیری به‌صورت معناداری کمتر و در متغیر ارزیابی مجدد بیشتر از مرحله پیش‌آزمون است (P<۰/۰۱)، درحالی‌که، تفاوت بین پس‌آزمون و مرحله پیگیری معنادار نیست (P>۰/۰۱)؛ اما در گروه گواه تفاوتی بین پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری وجود ندارد (P>۰/۰۱). این یافته بدان معناست که بسته نمایش‌درمانی بر مبنای ذهنی‌سازی نه تنها منجر به بهبود مؤلفه‌های تنظیم هیجان در گروه آزمایشی شده است، بلکه این تأثیر در مرحله پیگیری نیز پایدار بوده است.

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف اثربخشی نمایش‌درمانی بر مبنای ذهنی‌سازی بر تنظیم هیجان کودکان با اختلال نارسایی توجه/ بیش‌فعالی انجام گرفت. نتایج نشان داد، بسته نمایش‌درمانی برمبنای ذهنی‌سازی بر تنظیم هیجانی کودکان با اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی اثربخش است. این یافته با برخی از نتایج امیری و همکاران (۲۹)، رستم‌پور و حسین ثابت (۳۰)، طهماسبی آشتیانی و همکاران (۳۱)، دارابی و همکاران (۳۲)، فوناگی و بتمن[1](۳۳)، بشرپور و عینی (۳۶)، قنبری و همکاران (۳۷)، گامبین و همکاران (۳۸) همسو است. برای مثال، امیری و همکاران (۲۹) نشان دادند که تئاتردرمانی منجر به بهبود معنادار تنظیم هیجان، اضطراب تعامل اجتماعی و حساسیت اضطرابی می‌شود. رستم‌پور و حسین ثابت (۳۰) نیز دریافتند که نمایش‌درمانی تأثیر مثبت و معناداری بر ذهن‌آگاهی و تنظیم هیجان در دانش‌آموزان پسر دبیرستانی داشته است و این اثربخشی تا ۲ ماه دوام داشته است. بشرپور و عینی (۳۶) نیز نشان دادند که درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی بر بهبود بدتنظیمی هیجانی آزمودنی‌ها اثربخش است. نتایج قنبری و همکاران (۳۷) نیز حاکی از اثربخشی درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی بر کارکرد عاطفی و تنظیم هیجانی کودکان با اختلال نارسایی توجه/ بیش‌فعالی بود. در تبیین این یافته این‌گونه می‌توان گفت که در نمایش‌درمانی افراد از طریق بیان احساسات‌شان از قبیل ترس و اضطراب هیجانات خود را تخلیه و ابراز می‌کنند؛ به همین دلیل بسیاری از پژوهشگران معتقدند که هنر این امکان را برای افراد فراهم می‌کند که با استفاده از ابزار هنری از قبیل نمایش، بازی و اجرا، هیجانات و احساسات خود را بیان کنند (۲۳). همچنین یکی از فنون نمایش‌درمانی، شناسایی هیجانات است که در این فن افراد یاد می‌گیرند به‌جای فرار از هیجانات آنها را بپذیرند و آنها را به‌صورت صحیح ابراز کنند؛ نتایج پژوهش‌ها در رویکردهای دیگر نشان داده که استفاده از فنون مشابه این روش که در رویکردهای از قبیل فراتشخیصی استفاده می‌شود، مشکلات هیجانی را بهبود می‌بخشد. درواقع، نمایش‌درمانی با ایجاد موقعیتی مناسب برای ارتباط برقرار کردن، گوش دادن، پریشان نبودن و لذت بردن فرصتی را برای افراد فراهم می‌کند که آنها به‌عنوان یک شخص نه یک بیمار درک شوند و احساسات و هیجانات خود را فارغ از مثبت یا منفی بودن ابراز کنند (۲۹). همچنین نمایش‌درمانی واجد شرایط والایش یا همان تخلیه عواطف منفی سرکوب شده و پنهان است؛ درواقع والایش و تصفیه عواطف درون از عواطف و احساس‌های منفی، سرکوب‌شده و ناهشیار می‌تواند به بهبود مشکلات هیجانی منتهی شود (۲۱). علاوه‌براین در تبیین این یافته بر مبنای پژوهش اربی[2] و همکاران (۲۴) می‌توان گفت که نمایش‌درمانی

1. Fonagy, Bateman

2. Fonagy, Bateman

[Downloaded from exceptionaleducation.ir on 2026-11-29]

به فرد کمک می‌کند تا با تجسم و نقش بازی‌کردن یک مسئله به‌جای فقط صحبت‌کردن در مورد آن، مسئله را بازنگری کند. این شیوه، تحلیل شناختی را با ابعاد تجربی و کنشی پیوند می‌دهد و از طریق تعامل بین‌فردی در یک مسئله و درگیرکردن جسم و ذهن در اینجا و اکنون باعث آگاهی فرد از نظرات و احساسات می‌شود که فقط گفتگو درباره‌ی آن کافی نیست؛ همچنین به رفتار درآوردن یک احساس، تفکر یا نگرش ویژه با استفاده از حرکات و حالات بدنی باعث درک و شناخت کامل‌تری از دنیای بیرونی و درونی و تنظیم رفتارهای خود با توجه به موقعیت‌ها و شرایط می‌شود که این عوامل می‌توانند نقش مؤثری در ارتقاء تنظیم هیجان آزمودنی‌ها داشته باشند.

از سوی دیگر، فردی که دارای توانایی در زمینه ذهنی‌سازی است درواقع دارای بازنمایی‌های ذهنی سطوح بالاتر و فهم دنیای درون روانی خود و دیگران است که به‌تبع این موضوع قادر به فهم هیجانات خود و دیگری خواهد بود و در مواجهه با هیجانات منفی و تحمل‌ناپذیر راهبرد سازگارانه و به دور از تکانشگری و رفتارهای خود تخریبی خواهد داشت و در مجموع به‌دلیل داشتن والد ایمن و به حد کافی خوب که موجبات بازنمایی‌های درونی که به‌مثابه فیلترهای ذهنی در رویارویی با هیجانات عمل می‌کند این فرد در اجتماع و روابط عاطفی از سازوکارهای غنی و رشدیافته و انطباقی در تنظیم هیجان استفاده خواهد کرد و درگیر بدتنظیمی هیجانی نخواهد بود (۳۸). ذهنی‌سازی به مثابه یک شکل از تصوری است که به ما اجازه می‌دهد رفتار انسان‌ها را در اصطلاح حالت‌های ذهنی درونی (نیازها، امیال، باورها، اهداف، قصد و دلایل) درک و تفسیر کنیم، درنتیجه این ظرفیت موجب افزایش عاملیت، تنظیم هیجان و خودکنترلی می‌شود (۳۳). علاوه‌براین، درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی به رشد و تقویت ظرفیت ذهنی‌سازی از طریق روابط درمانی و افزایش ظرفیت درمان‌جو و بازشناسی و تجربه افکار و هیجانات می‌پردازد؛ بنابراین در این شیوه درمانی با افزایش ظرفیت ذهنی‌سازی، ظرفیت خوبی نیز برای عضوگیری رابطه ایجاد می‌شود، به‌عبارتی، آنها قادر می‌شوند با دیگران که مراقب و مفید هستند و می‌توانند در تنظیم مشترک هیجانات و ناملایمات کمک کنند، ارتباط برقرار کنند و در جهت بهبود تنظیم هیجانات خود گام بردارند (۳۱). درنهایت می‌توان گفت، از دیدگاه ذهنی‌سازی بازی و نمایش شکلی از یادگیری اجتماعی است، چراکه همه انواع تجربیات در زندگی روزمره در آن مجدداً تمرین می‌شوند، تغییر می‌یابند و کامل می‌شوند و از این طریق در خزانه رفتاری کودک یکپارچه می‌شوند (۲۵)؛ نمایش، هیجانات منفی را تنظیم کرده و استرس را کاهش می‌دهد، رویدادهای مهم زندگی را دگرگون می‌سازد، دانش شناختی و عاطفی جدیدی در روان منسجم می‌سازد، تلاش می‌کند فضایی ایجاد کند که رفتارها و راه‌حل‌های جدید در آن مورد آزمون قرار گیرد و به این ترتیب می‌تواند به مدیریت هیجانات کمک کند (۳۷).

با توجه به شیوه نمونه‌گیری در دسترس در این پژوهش، تعمیم یافته‌های آن باید با احتیاط صورت گیرد. انتخاب نمونه تصادفی می‌تواند متغیرهای مداخله‌گر تأثیرگذار در پژوهش را به میزان بیشتری کنترل نماید. همچنین محدود بودن جامعه آماری به یک گروه سنی (۹ تا ۱۱ سال) را می‌توان به‌عنوان دیگر محدودیت این پژوهش عنوان کرد که باعث می‌شود در تعمیم نتایج احتیاط بیشتری داشته باشیم، از سویی می‌توان پیشنهاد کرد که در بازه‌های سنی بالاتر و در جامعه آماری گسترده‌تر نیز این پژوهش را انجام داد. همچنین پیشنهاد می‌شود با توجه به اثربخشی بسته نمایش‌درمانی برمبنای ذهنی‌سازی بر تنظیم هیجانی کودکان با اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی، متخصصان و درمانگران از این بسته‌ی درمانی جهت بهبود مشکلات عاطفی کودکان با اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی استفاده کنند.

تعارض منافع

نویسندگان هیچ‌گونه تعارض منافعی با یکدیگر ندارند.

References

1. American Psychiatric Association. Understanding Mental Disorders: Your Guide to DSM-5-TR®. American Psychiatric Pub; 2022. https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425787
2. Khare SK, Acharya UR. An explainable and interpretable model for attention deficit hyperactivity disorder in children using EEG signals. Computers in biology and medicine. 2023;155:106676. https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0010482523001415
3. Choi YJ, Cho J, Hong YC, Lee DW, Moon S, Park SJ, Lee KS, Shin CH, Lee YA, Kim BN, Kaminsky Z. DNA methylation is associated with prenatal exposure to sulfur dioxide and childhood attention-deficit hyperactivity disorder symptoms. Scientific reports. 2023; 13(1):3501. https://www.nature.com/articles/s41598-023-29843-y

[Downloaded from exceptionaleducation.ir on 2026-11-29]

4. Jung B, Ahn K, Justice C, Norman L, Price J, Sudre G, Shaw P. Rare copy number variants in males and females with childhood attention-deficit/hyperactivity disorder. Molecular Psychiatry. 2023;28(3):1240-7. https://www.nature.com/articles/s41380-022-01906-y
5. Garcia-Argibay M, Li L, Du Rietz E, Zhang L, Yao H, Jendle J, Ramos-Quiroga JA, Ribasés M, Chang Z, Brikell I, Cortese S. The association between type 2 diabetes and attention-deficit/hyperactivity disorder: A systematic review, meta-analysis, and population-based sibling study. Neuroscience & Biobehavioral Reviews. 2023:105076. https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0149763423000453
6. Du R, Zhou Y, You C, Liu K, King DA, Liang ZS, Ranson JM, Llewellyn DJ, Huang J, Zhang Z. Attention-deficit/hyperactivity disorder and ischemic stroke: A Mendelian randomization study. International Journal of Stroke. 2023;18(3):346-53. https://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/17474930221108272
7. Soman SM, Vijayakumar N, Ball G, Hyde C, Silk TJ. Longitudinal changes of resting-state networks in children with attention-deficit/hyperactivity disorder and typically developing children. Biological Psychiatry: Cognitive Neuroscience and Neuroimaging. 2023;8(5):514-21. https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S2451902222000179
8. Soler Artigas M, Sánchez-Mora C, Rovira P, Vilar-Ribó L, Ramos-Quiroga JA, Ribasés M. Mendelian randomization analysis for attention deficit/hyperactivity disorder: studying a broad range of exposures and outcomes. International Journal of Epidemiology. 2023; 52(2): 386-402. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35690959/
9. Núñez-Jaramillo L, Herrera-Solís A, Herrera-Morales WV. ADHD: Reviewing the causes and evaluating solutions. Journal of personalized medicine. 2021;11(3):166. https://www.mdpi.com/2075-4426/11/3/166
10. Thygesen M, Holst GJ, Hansen B, Geels C, Kalkbrenner A, Schendel D, Brandt J, Pedersen CB, Dalsgaard S. Exposure to air pollution in early childhood and the association with Attention-Deficit Hyperactivity Disorder. Environmental research. 2020;183:108930. https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0013935119307273
11. Silverman MR, Bennett R, Feuerstahler L, Stadterman J, Dick AS, Graziano P, Roy AK. Measuring emotion dysregulation in children with attention-deficit/hyperactivity disorder: revisiting the factor structure of the emotion regulation checklist. Behavior therapy. 2022;53(2):196-207. https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0005789421001015
12. Biederman J, DiSalvo M, Woodworth KY, Fried R, Uchida M, Biederman I, Spencer TJ, Surman C, Faraone SV. Toward operationalizing deficient emotional self-regulation in newly referred adults with ADHD: A receiver operator characteristic curve analysis. European Psychiatry. 2020;63(1):e21. http://dx.doi.org/10.1192/j.eurpsy.2019.11.
13. Graziano PA, Garcia A. Attention-deficit hyperactivity disorder and children's emotion dysregulation: A meta-analysis. Clinical psychology review. 2016;46:106-23. https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0272735816301350
14. Linca FI, Budisteanu M, Popovici DV, Cucu N. The Moderating Role of Emotional Regulation on the Relationship between School Results and Personal Characteristics of Pupils with Attention Deficit/Hyperactivity Disorder. Children. 2022;9(11):1637. https://www.mdpi.com/2227-9067/9/11/1637
15. Sanabra M, Gómez-Hinojosa T, Grau N, Alda JA. Deficient emotional self-regulation and sleep problems in ADHD with and without pharmacological treatment. Journal of Attention Disorders. 2022;26(3):426-33. https://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/1087054720986242
16. Breaux R, Dvorsky MR, Marsh NP, Green CD, Cash AR, Shroff DM, Buchen N, Langberg JM, Becker SP. Prospective impact of COVID-19 on mental health functioning in adolescents with and without ADHD: Protective role of emotion regulation abilities. Journal of Child Psychology and Psychiatry. 2021;62(9):1132-9. https://acamh.onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/jcpp.13382
17. Christiansen H, Hirsch O, Albrecht B, Chavanon ML. Attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD) and emotion regulation over the life span. Current psychiatry reports. 2019;21:1-1. https://link.springer.com/article/10.1007/s11920-019-1003-6
18. Steinberg EA, Drabick DA. A developmental psychopathology perspective on ADHD and comorbid conditions: The role of emotion regulation. Child Psychiatry & Human Development. 2015;46:951-66. https://link.springer.com/article/10.1007/s10578-015-0534-2
19. Groves NB, Chan ES, Marsh CL, Gaye F, Jaisle EM, Kofler MJ. Does central executive training and/or inhibitory control training improve emotion regulation for children with attention-deficit/hyperactivity disorder? A randomized controlled trial. Frontiers in Psychiatry. 2022;13:1034722. https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fpsyt.2022.1034722/full
20. Frydman JS, Mayor C. A Scoping Review on the Use and Potential of School-Based Drama Therapy to Enhance Socio-emotional Skills in Early Childhood. Early Childhood Education Journal. 2023:1-2. https://link.springer.com/article/10.1007/s10643-023-01471-1
21. Walsh, F. (2012). Theatre and therapy: Macmillan International Higher Education .
22. Jiang L, Alizadeh F, Cui W. Effectiveness of Drama-Based Intervention in Improving Mental Health and Well-Being: A Systematic Review and Meta-Analysis during the COVID-19 Pandemic and Post-Pandemic Period. InHealthcare 2023, 11 (6), 839. https://www.mdpi.com/2227-9032/11/6/839

[Downloaded from exceptionaleducation.ir on 2026-11-29]

23. Marsick E. Cinematherapy with preadolescents experiencing parental divorce: A collective case study. The Arts in Psychotherapy. 2010;37(4):311-8. https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0197455610000687
24. Erbay LG, Reyhani İ, Ünal S, Özcan C, Özgöçer T, Uçar C, Yıldız S. Does psychodrama affect perceived stress, anxiety-depression scores and saliva cortisol in patients with depression?. Psychiatry investigation. 2018; 15(10):970. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6212706/
25. Tessier VP, Normandin L, Ensink K, Fonagy P. Fact or fiction? A longitudinal study of play and the development of reflective functioning. Bulletin of the Menninger clinic. 2016;80(1):60-79. https://guilfordjournals.com/doi/abs/10.1521/bumc.2016.80.1.60
26. Langley DM, Langley GE. Dramatherapy and psychiatry. Routledge; 2018 Sep 21. https://www.amazon.com/Dramatherapy-Psychiatry-Routledge-Library-Editions/dp/1138624926
27. Irwin EC, Dwyer-Hall H. Mentalization and drama therapy. The Arts in Psychotherapy. 2021;73:101767. https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0197455621000125
28. Arefi Shelkh, B., Asghari, A., Visi, A. The Effectiveness of Drama Therapy on Social Skills and Shyness of 9–11-Year-Old Girls in Marivan City. Social Psychology Research, 2022; 12(46): 17-36. [Persian] https://www.socialpsychology.ir/article_156045.html?lang=en
29. Amiri A, Kadkhodai M, Derakhshani M, Kheirabadi Z, Lavaf Arani M J. The effectiveness of theater therapy on sensitivity anxiety, emotion regulation, and social interaction anxiety of patients with social anxiety. Rooyesh 2022; 11 (5) :171-182. [Persian] http://frooyesh.ir/article-1-3616-fa.html
30. Rostampor, M., Hoseinsabet, F. Effectiveness of Drama Therapy in Mindfulness and Emotion Regulation of High School Male Students. Journal of Modern Psychological Researches, 2018; 13(49): 167-186. [Persian] 20.1001.1.27173852.1397.13.49.8.6
31. Tahmasebiashtiani E, Vatankhah Amjad F, karimgholipour N, Soleimani H. The effectiveness of mentalization-based therapy on insecure attachment, fear of intimacy and suicidal ideation in people with major depressive disorder. IJPN 2022; 10 (2) :85-97. [Persian] http://ijpn.ir/article-1-1975-fa.html
32. Darabi M, Manavipour D, Mohammadi A. The effectiveness of the Mentalization -based program (mother and child) in children's behavioral problems. journal of Adolescent and Youth Psychological Studies, 2022; 3(1): 303-314. [Persian] http://jayps.iranmehr.ac.ir/article-1-135-fa.html
33. Fonagy P, Bateman AW. Mechanisms of change in mentalization‐based treatment of BPD. Journal of clinical psychology. 2006;62(4):411-30. https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1002/jclp.20241
34. Choi-Kain LW. The Expanding Scope of Mentalization-Based Treatments. American Journal of Psychotherapy. 2022;75(1):2-3. https://psychotherapy.psychiatryonline.org/doi/full/10.1176/appi.psychotherapy.20220012
35. Stancliffe RJ, Wiese MY, Read S, Jeltes G, Clayton JM. Knowing, planning for and fearing death: Do adults with intellectual disability and disability staff differ?. Research in developmental disabilities. 2016;49:47-59. https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S089142221530010X
36. Basharpoor S, Einy S. The Effectiveness of Mentalization-Based Therapy on Emotional Dysregulation and Impulsivity in Veterans with Post-Traumatic Stress Disorder. Shefaye Khatam 2020; 8 (3) :10-19. [Persian] http://shefayekhatam.ir/article-1-2117-fa.html
37. Ghanbari, F., Naziri, Q., Omidvar, B. The effectiveness of mentalization-based treatment on quality of life among children with attention deficit hyperactivity disorder (ADHD). Journal of psychological models and methods . 2020;11(40):151-172. [Persian] https://sid.ir/paper/999097/en
38. Gambin M, Woźniak-Prus M, Konecka A, Sharp C. Relations between attachment to mother and father, mentalizing abilities and emotion regulation in adolescents. European Journal of Developmental Psychology. 2021;18(1):18-37. https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/17405629.2020.1736030
39. Conners CK, Sitarenios G, Parker JD, Epstein JN. The revised Conners' Parent Rating Scale (CPRS-R): factor structure, reliability, and criterion validity. Journal of abnormal child psychology. 1998 Aug;26:257-68. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/9700518/
40. Shahim S, Mehrangiz L., Yousefi F. Prevalence of attention deficit/hyperactivity disorder in primary school children. Iranian Journal of pediatrics. 2007, 17(2):211-216. https://sid.ir/paper/76168/en
41. Gullone E, Taffe J. The emotion regulation questionnaire for children and adolescents (ERQ–CA): a psychometric evaluation. Psychological assessment. 2012;24(2):409. https://psycnet.apa.org/record/2011-24223-001
42. Lotfi M, Bahrampouri L, Amini M, Fatemitabar R, Birashk B, Entezari M et al . Persian Adaptation of Emotion Regulation Questionnaire for Children and Adolescents (ERQ-CA) . J Mazandaran Univ Med Sci 2019; 29 (175) :117-128. [Persian] http://jmums.mazums.ac.ir/article-1-12374-fa.html
43. Havsteen-Franklin D. Mentalization-based art psychotherapy. InApproaches to Art Therapy. 2016; (pp. 144-163). Routledge. https://www.taylorfrancis.com/chapters/edit/10.4324/9781315716015-14/mentalization-based-art-psychotherapy-dominik-havsteen-franklin

[Downloaded from exceptionaleducation.ir on 2026-11-29]