DOI: *10.29252/rbs.18.3.416*

Journal of Research in Behavioral Sciences

Year 2020, Volume 18, Issue 3

The Effect of Theater Therapy on the Cognitive Regulation and Quality of Life of People with Schizophrenia

Mina Sadat Mirshaja[1], Behnaz Behnam[2], Mohsen Qanuni[3], Sajjad Sabbaghi[3], Fatemeh Hosseinpour[4]

1. Lecturer, Member of Neuromuscular Rehabilitation Research Center, Faculty of Rehabilitation, Semnan University of Medical Sciences, Semnan, Iran.
2. Associate Professor, Department of Psychiatry, Faculty of Medicine, Semnan University of Medical Sciences, Semnan, Iran.
3. B.S in occupational therapy, Members of the Student Research Committee, undergraduate students of occupational therapy, Faculty of Rehabilitation, Semnan University of Medical Sciences, Semnan, Iran.
4. (Corresponding author)* M.S in occupational therapy, Department of Occupational Therapy, Faculty of Rehabilitation, Semnan University of Medical Sciences, Semnan, Iran.

Abstract

Aim and Background: Theater therapy is one of the effective treatment methods in teaching communication skills. Due to the lack of verbal and non-verbal skills, as a result of affecting the quality of life of people with schizophrenia, this study was conducted with the aim of the effect of theater therapy on cognitive regulation and quality of life in these people.

Methods and Materials: This study was a clinical trial and pretest-posttest and control group. Samples were randomly selected among patients who referred to Atieh neurology and psychiatry occupational therapy center and were divided into control and experimental groups. Theatrical therapy was performed in groups for 1-hour 8 sessions program. The cognitive excitement regulation questionnaires and quality of life questionnaires were administered to collect the data.

Findings: The study included 20 people with schizophrenia, including 6 women and 14 men each person was randomly divided into two groups of treatment and control (10 treatment group including 5 women and 5 men, control group 1 woman and 9 men). The mean age of the participants in the treatment group was 41.80±8.36 and the control group was 45.20±7.78. Data analysis showed that the differences in none of these subscales of quality of life and cognitive regulation questionnaires were significant.

Conclusions: According to the results of this study, the treatment of theater therapy in this group of patients does not have much effect on quality of life and cognitive regulation, but this method can be supplemented to change behavior, reduce depressive symptoms using various methods such as self-presentation, deviated from the role and predicted future, which leads them to talk and play with others, used.

Keywords: Theater therapy, cognitive regulation, quality of life, schizophrenia.

Citation: Mirshaja M, Qanuni M, Behnam B, Sabbaghi S, Hosseinpour F. **The effect of theater therapy on the cognitive regulation and quality of life of people with schizophrenia**. Res Behav Sci 2020; 18(3): 416-425.

*** Fatemeh Hosseinpour,**
Email: h.hoseinpour_ot@yahoo.com

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-12]
[DOR: 20.1001.1.17352029.1399.18.3.5.9]
[DOI: 10.52547/rbs.18.3.416]

تأثیر تئاتر درمانی بر تنظیم شناختی و کیفیت زندگی افراد مبتلابه اسکیزوفرنی

مینا سادات میر شجاع[۱]، بهناز بهنام[۲]، محسن قانونی[۳]، سجاد صباغی[۳]، فاطمه حسین پور[۴]

۱- مربی، عضو مرکز تحقیقات توانبخشی عصبی-عضلانی، دانشکده توانبخشی، دانشگاه علوم پزشکی سمنان، سمنان، ایران.

۲- دانشیار، گروه روانپزشکی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی سمنان، سمنان، ایران.

۳- کارشناس کاردرمانی، عضو کمیته تحقیقات دانشجویی، دانشکده توانبخشی، دانشگاه علوم پزشکی سمنان، سمنان، ایران.

۴- (نویسنده مسئول)* کارشناس ارشد کاردرمانی، گروه کاردرمانی، دانشکده توانبخشی، دانشگاه علوم پزشکی سمنان، سمنان، ایران.

چکیده

زمینه و هدف: تئاتر درمانی یکی از روش های درمانی موثر در آموزش مهارت های ارتباطی می باشد. به دلیل نقص در مهارت های کلامی و غیر کلامی، در نتیجه متأثر سازی کیفیت از زندگی افراد مبتلابه اسکیزوفرنیا این مطالعه باهدف تأثیر تئاتر درمانی بر تنظیم شناختی و کیفیت زندگی این افراد انجام شد.

مواد و روش‌ها: این مطالعه به‌صورت کار آزمایی بالینی و پیش‌آزمون – پس‌آزمون در دو گروه کنترل و آزمایش انجام شد. نمونه به‌صورت تصادفی ساده از بین بیماران مراجعه‌کننده به مرکز کاردرمانی اعصاب و روان آتیه سمنان انتخاب شدند و در دو گروه کنترل و آزمایش قرار گرفتند. تئاتر درمانی در یک برنامه‌ی ۸ جلسه‌ای طی دو هفته به مدت ۶۰ دقیقه به‌صورت گروهی اجرا شد. پرسشنامه‌های تنظیم شناختی هیجان گرانفسکی و کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی قبل و بعد از مداخله در هر دو گروه انجام شد و نتایج پس از بررسی نرمالیتی طبق آزمون کولموگروف- اسمیرنوف با استفاده از آزمون تی زوجی بررسی شدند.

یافته ها: در این مطالعه ۲۰ فرد مبتلابه اسکیزوفرنی که شامل ۶ نفر خانم و ۱۴ نفر مرد شرکت کردند. هر یک از افراد به‌صورت تصادفی ساده در دو گروه درمان و کنترل به تعداد ۱۰ نفر (گروه درمان شامل ۵ خانم و ۵ آقا، گروه کنترل ۱ خانم و ۹ آقا) قرار گرفتند. میانگین سنی شرکت‌کنندگان در گروه درمان ۸/۳۶±۴۱/۸۰ و گروه کنترل ۷/۷۸±۴۵/۲۰ به دست آمد. بررسی داده‌ها نشان داد تفاوت در هیچ‌یک از این خرده مقیاس‌های پرسشنامه‌های کیفیت زندگی و تنظیم شناختی معنادار نبود.

نتیجه‌گیری: با توجه به نتایج این مطالعه می‌توان عنوان کرد تئاتر درمانی در این گروه از بیماران تأثیر چندانی بر کیفیت زندگی و تنظیم شناختی ندارد اما می‌توان ازاین روش به‌صورت مکمل در جهت تغییر رفتار، کاهش علائم افسردگی با استفاده از روش‌های مختلف مانند خود ارائه، انحراف از نقش و پیش‌بینی آینده که به آن‌ها برای صحبت و بازی با دیگران انگیزه می‌دهد، منجر شود، استفاده کرد.

واژه‌های کلیدی: تئاتر درمانی، تنظیم شناختی، کیفیت زندگی، اسکیزوفرنی.

ارجاع: میرشجاع مینا سادات، قانونی محسن، بهنام بهناز، صباغی سجاد، حسین پور فاطمه. **تأثیر تئاتر درمانی بر تنظیم شناختی و کیفیت زندگی افراد مبتلابه اسکیزوفرنی.** مجله تحقیقات علوم رفتاری ۱۳۹۹؛ ۱۸(۳): ۴۲۵-۴۱۶.

*- **فاطمه حسین‌پور**

رایان نامه: h.hoseinpour_ot@yahoo.com

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-12]

[DOR: 20.1001.1.17352029.1399.18.3.5.9]

[DOI: 10.52547/rbs.18.3.416]

مقدمه

اسکیزوفرنی نوعی اختلال روان‌پریشی (پسیکوتیک) با سبب‌شناسی ناشناخته است که با اختلالاتی در توانایی‌های شناختی، احساسات، ادراکات، تفکر و رفتار مشخص می‌گردد. به‌خوبی مشخص‌شده است که اسکیزوفرنی یک اختلال مغزی بوده و دارای ناهنجاری‌های قابل‌مشاهده‌ی ساختمانی و عملکردی در مطالعات تصویربرداری عصبی و همچنین اجزا ژنتیکی است که در مطالعه بر روی دوقلوها یافت شده‌اند. این بیماری مزمن بوده و سیر آن شامل مراحل مقدماتی، فعال و باقی‌مانده است. علائم مرحله فعال معمولاً عبارت‌اند از توهم، هذیان و اغتشاش فکر. مراحل مقدماتی و باقی‌مانده با اشکال تخفیف یافته علائم مرحله‌ی فعال مشخص می‌شوند، از قبیل باورهای غیرعادی[1]، تفکر سحرآمیز[2] و همچنین نقایصی در مراقبت از خود و روابط بین فردی. تشخیص اسکیزوفرنی بر پایه مشاهده و توصیف بیمار صورت می‌گیرد. در اغلب موارد اکثراً جنبه‌هایی که در معاینه وضعیت ذهنی موردبررسی قرار می‌گیرند دچار اختلال هستند. هیچ علامت یا نشانه پاتوگنومونیکی وجود ندارد. بر اساس آخرین ویرایش DSM-IV-TR حداقل ۲ تا از علائم زیر باید به مدت حداقل ۱ ماه در بیمار وجود داشته باشند: (۱) توهم، (۲) هذیان، (۳) آشفتگی تکلم، (۴) آشفتگی رفتار و (۵) علائم منفی (عاطفه سطحی، غذا نخوردن). برای تائید تشخیص باید علائم و نشانه‌ها حداقل به مدت ۶ ماه ادامه پیدا کنند. سن و جنس شیوع اسکیزوفرنی در زن و مرد یکسان است؛ (سنین بین ۱۵ تا ۳۵). در ایالات‌متحده، میزان شیوع بیماری در طول عمر حدود ۱٪ است. حدود یک‌سوم از این افراد درنهایت یک زندگی تقریباً طبیعی خواهند داشت، یک‌سوم آن‌ها باوجود علائم قابل‌ملاحظه‌ای می‌توانند در جامعه به عملکرد اجتماعی و روزمره خود ادامه دهند و یک‌سوم باقی‌مانده ایشان نیز دچار اختلالات برجسته‌ای بوده و مرتب نیاز به بستری شدن پیدا می‌کنند.(۱, ۲).

بهبود کیفیت زندگی افراد اسکیزوفرنی یکی از اهداف اصلی درمان است. مدیریت زمان، توانایی برقراری ارتباط، داشتن حس تعلق، توانایی تصمیم‌گیری و حفظ کنترل سه موضوع اصلی درباره کیفیت زندگی است(۳). با توجه به نتایجی که اسکیزوفرنی برای عملکرد فردی و اجتماعی افراد بیمار به دارد،ارزیابی کیفیت زندگی به نظر می‌رسد جالب باشد(۱). شواتزر و وینستدفرای معتقدند کیفیت زندگی درک کاملاً ذهنی و شخصی مبتنی بر خوشحالی یا رضایت درونی از عوامل مؤثر بر رفاه، عملکرد جسمی، عاطفی و اجتماعی است و هدف آن ارتقا یا حفظ توانایی فرد برای بهترین عملکرد و وضعیت ممکن علی‌رغم وجود بیماری می‌باشد(۴). لذا امروزه قضاوت درباره شیوه درمان و تأثیرات آن با نگرش فرد بر کیفیت زندگی انجام می‌شود و کیفیت زندگی یکی از مهم‌ترین معیارهای ارزیابی نتایج است(۵). از طرفی به دلیل سیر مزمن بیماری اسکیزوفرنی، بیماری غالباً با پدیده بستری شدن در بیمارستان، درمان ناکافی، ترخیص، عود بیماری و بستری شدن مجدد همراه است و در پی آن توانایی‌ها و فرصت‌های او محدودشده و به تصویر فرد از خودش آسیب می‌زند. درنتیجه زندگی این بیماران در سطح پایینی قرار دارد و کیفیت زندگی آنان آسیب می‌بیند.

کیفیت زندگی، بخش مهمی از احساس سلامت عمومی است و آشفتگی آن، یکی از دلایل بیماری‌های روان‌پزشکی به شمار می‌رود. هم‌چنین عامل مهمی در ارزیابی پیامد روش‌های گوناگون درمانی می‌باشد(۶). بررسی ابعاد مختلف کیفیت زندگی این بیماران از جهات مختلف مانند پیگیری پاسخ درمانی، میزان باز توانی و بالاخره پیشگیری از عود اختلال و حفظ ارتقای بهداشت روان خانواده وی به کار گرفته می‌شود.

یکی از متغیرهای اساسی و مؤثر در کیفیت زندگی بیماران اسکیزوفرنی، علائم مثبت و منفی است (۷). مطالعات کیفیت زندگی بیماران اسکیزوفرنی و دیگر اختلالات شدید روانی چندین عامل تأثیرگذار مهم بر کیفیت زندگی مانند حمایت‌های اجتماعی(۸)، رفع نیازها(۹) و عوارض دارویی(۱۰) را معرفی کرده‌اند ولی اغلب تحقیقات در بررسی عوامل تأثیرگذار بر علائم منفی و علائم روان‌شناختی کلی مانند افسردگی و اضطراب تأکید کرده‌اند. باوجود اهمیت کیفیت زندگی غالب تحقیقات مرتبط با آن در کشورهای توسعه‌یافته انجام‌شده بنابراین با اثبات اثر تفاوت‌های فرهنگی بر پیش‌آگهی اختلالات روانی به‌ویژه اسکیزوفرنی یافته‌های آن ممکن است قابل‌تعمیم به جامعه ایرانی نباشد(۱۱).

تنظیم هیجان شناختی به راهبردهایی اطلاق می‌شود که به‌منظور کاهش، افزایش یا نگهداری تجارب هیجانی مورداستفاده قرار می‌گیرد (گراس،۲۰۰۷). تنظیم شناختی هیجان وجه ذاتی گرایش‌های مربوط به پاسخ‌های هیجانی است. به باور

1. odd beliefs
2. magical thinking

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-12]
[DOR: 20.1001.1.17352029.1399.18.3.5.9]
[DOI: 10.52547/rbs.18.3.416]

گرانفسکی و کرایج (۲۰۰۶) راهبردهای تنظیم شناختی کنش‌هایی هستند که نشان‌دهنده راه‌های کنار آمدن فرد با وضعیت تنش‌زا و اتفاقات ناگوار است (۵).

تنظیم هیجان را می‌توان به‌صورت فرایندهایی تعریف کرد که از طریق آن، افراد می‌توانند بر اینکه چه هیجانی داشته باشند، چه وقت آن‌ها را داشته باشند و چگونه آن‌ها را تجربه و ابراز کنند، تأثیر بگذارند (گروس، ۱۹۹۸) در این رابطه، تامپسون (۱۹۹۴) نیز معتقد است که تنظیم هیجان به‌منزله فرایندهای درونی و بیرونی است که مسئولیت کنترل، ارزیابی و تغییر واکنش‌های عاطفی فرد را در مسیر تحقق یافتن اهداف او بر عهده‌دارند(۱۱, ۱۲). گرچه انسان‌ها به دلایل سرشتی و ژنتیکی در تنظیم و ابراز هیجانات متفاوت هستند، یادگیری از طریق آموزش می‌تواند موجب افزایش توانایی‌ها و مهارت افراد در هر سطحی که هستند شود محیط خانواده اولین محل برای آموزش مهارت‌های هیجانی است، این آموزش با گفتار و رفتار مستقیم والدین با کودکان و همچنین با الگوبرداری فرزندان از مهارت‌های هیجانی پدر و مادر صورت می‌گیرد. این آموزش موجب می‌شود کودکان در شناخت احساسات خود و ابراز این هیجانات به‌صورت مناسب، یافتن روش‌هایی برای آرام کردن خود و کنترل احساسات ناخوشایند، همچنین توانایی درک احساسات دیگران و همدلی با آنان موفق‌تر باشند. برای این آموزش، والدین خود باید از کفایت و هوش هیجانی لازم برخوردار باشند. بااینکه فرصت حیاتی برای شکل‌گیری هوش هیجانی در سال‌های اول زندگی است، این توانایی به‌صورت محدودتر در تمام طول عمر ادامه می‌یابد(۹) ، بر اساس تجربیات اولیه دوران کودکی، یک فرد می‌آموزد که به دیگران اطمینان کند و در دنیای پیرامون خود احساس امنیت نماید با دیگران را غیرقابل‌اعتماد دانسته و همواره با بدبینی به محیط اطراف خود بنگرد. کودکان باکفایت هیجانی بهتر توانایی بیشتری برای تمرکز بر مشکل و استفاده از مهارت حل مسئله دارند که موجب افزایش توانایی‌های شناختی آنان خواهد شد. موفقیت فرد در آموزش چه در مدرسه و چه در سال‌های بعدی در دانشگاه، تنها با هوش‌بهر وی ارتباطی ندارد بلکه با مهارت‌های هیجانی و اجتماعی هوش هیجانی مانند داشتن انگیزه لازم، توانایی منتظر ماندن، اطاعت از دستورات و کنترل تکانه، مهارت کمک خواستن از دیگران و بیان نیازهای هیجانی و آموزشی مرتبط می‌باشد(۱۰).

یکی از ویژگی‌های ناکارآمد اسکیزوفرنی، اختلال در پردازش هیجانی است که منجر به ناتوانی در برقراری ارتباط عاطفی، بیان چهره‌ای و شناسایی هیجانات می‌شود. ازاین‌رو این بیمار به‌مرورزمان از سوی دیگران طرد می‌شوند و حضورشان در جامعه کم‌رنگ می‌گردد(۱۳) و این امر باعث کاهش سطح کیفیت زندگی افراد مبتلابه این بیماری می‌شود. برنامه درمان بالینی بیماران روان گسیخته شامل بستری کردن آن‌ها و تجویز داروهای ضد روان‌پریشی و همچنین انجام درمان‌های روانی–اجتماعی نظیر مهارت‌های رفتاری،خانوادگی،گروهی، فردی و اجتماعی، و درمان‌های توان‌بخشی است. هرکدام از درمان‌های فوق را می‌توان به‌صورت سرپایی یا بستری انجام داد(۴). اندیکاسیون‌های بستری کردن بیماران عبارت‌اند از احتمال خطرناک بودن بیمار برای دیگران، خودکشی، وجود علائم شدیدی که به علت آشفتگی زیاد سبب عدم مراقبت از خود یا خطر آسیب‌دیدگی شوند،ارزیابی تشخیصی ،عدم پاسخ به درمان در روش‌هایی که از شدت عمل کمتری برخوردار هستند،وجود عوارض و بیماری‌های همراه ،و نیاز به تغییر رژیم‌های درمانی دارویی پیچیده.

از میان درمان‌های بی‌شماری که برای این افراد وجود دارد تئاتر درمانی می‌تواند با ایجاد تجربه و اجرای پی‌درپی وقایع روزمره به افراد این امکان را می‌دهد تا نسبت به آن، تجربه‌ی ملموس‌تر و واقعی‌تری داشته باشند و درنتیجه، ذهنیت واقعی‌تری نیز نسبت به گذشته و آینده زندگی‌شان بیابند(۱۴)

به‌کارگیری مداخلات مکمل تئاتر درمانی، در برجسته کردن شخصیت، ارتباطات بین فردی، تعارضات و کشمکش‌های روانی و همچنین اختلالات احساسی و عاطفی و بهبود مهارت‌های اجتماعی افراد مبتلابه اسکیزوفرنی از طریق ایجاد موقعیت‌های شبیه‌سازی‌شده می‌تواند به این افراد کمک شایانی کند(۴).

تئاتر درمانی یعنی استفاده از شناسه‌های هنر نمایش و تأثیر آن بر الگوهای روانی–رفتاری است که در مطالعه حاضر معنای ابراز هیجانات و ایفای نقش‌های محول شده به فرد برای تجربه موقعیت شبیه‌سازی‌شده می باشد. کاربرد آداب‌ورسوم، افراد را از انزوا به مشارکت در یک سیستم اعتقادی مشترک منتقل کرد. اهمیت نقش، استعاره و نمادها در درمان دراماتراپی برای فرآیند آن حیاتی هستند؛ درواقع بدون آن‌ها، دراماتراپی وجود نخواهد داشت . اصطلاح یونانی آن به معنای "انتقال" است، به معنای انتقال معنای از یک مرجع به دیگری است. با استفاده از استعاره می‌توانیم دو حوزه مختلف تجربه را ترکیب کنیم، راه را برای

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-12]
[DOR: 20.1001.1.17352029.1399.18.3.5.9]
[DOI: 10.52547/rbs.18.3.416]

سطوح جدید و متفاوت معانی باز می‌کنیم. اهداف از مطالعه حاضر تأثیر تئاتر درمانی بر تنظیم شناختی و کیفیت زندگی افراد مبتلابه اسکیزوفرنی است.

مواد و روش‌ها

این مطالعه به‌صورت کار آزمایی بالینی و پیش‌آزمون – پس‌آزمون در دو گروه کنترل و آزمایش انجام شد. نمونه‌ها به‌صورت تصادفی ساده از بین ارجاع شوندگان به بخش کاردرمانی مرکز بهزیستی آتیه شهر سمنان انتخاب شدند. تئاتر درمانی در گروه کنترل در یک برنامه‌ی ۸ جلسه‌ای طی دو هفته به مدت ۶۰ دقیقه به‌صورت گروهی اجرا شد. گروه مداخله تنها خدمات روتین کاردرمانی را دریافت کردند. پرسشنامه‌های تنظیم شناختی هیجان گرانفسکی و کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی قبل و بعد از مداخله در هر دو گروه انجام شد و نتایج پس از بررسی نرمالیتی طبق آزمون کولموگروف- اسمیرنوف با استفاده از آزمون تی زوجی بررسی شدند. مطالعه به تأییدیه کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی سمنان به شماره IR.SEMUMS.REC.1397.154 مورخ ۲۵ / ۷ / ۱۳۹۷ و دارای شماره ثبت در مرکز کار آزمایی بالینی ایران به شماره IRCT20171219037954N3 و مصوب شورای پژوهشی دانشگاه به شماره طرح A-10-322-10 می‌باشد. تئاتر درمانی در یک برنامه‌ی ۸ جلسه‌ای طی دو هفته به مدت ۶۰ دقیقه به‌صورت گروهی در بخش کاردرمانی مرکز بهزیستی آتیه شهر سمنان اجرا شد. با رعایت نکات اخلاقی هدف از انجام مطالعه، روش‌ها و شرایط انجام آزمون، برای کلیه‌ی افراد شرکت‌کننده به‌طور کامل شرح داده شد؛ و برای رفع هرگونه ابهام به شرکت‌کنندگان فرصت پرسش و پاسخ داده و همچنین از کلیه افراد شرکت‌کننده رضایت آگاهانه کتبی گرفته شد. در این مطالعه سه کاردرمانگر شرکت کردند. قبل از شروع جلسات تئاتر درمانی، شرکت‌کنندگان در یک جلسه در اتاقی آرام به‌دوراز هرگونه محرک توسط آزمونگر با استفاده از پرسشنامه‌های مطالعه سنجیده می‌شوند.

در هر گروه تعداد ۱۰ فرد قرار می‌گیرد. پس از اتمام جلسات درمانی مجدداً عملکرد هر یک از شرکت‌کنندگان توسط آزمون‌های مطالعه سنجیده خواهند شد. در تمامی مراحل آزمون شرایط یکسان برای تمامی نمونه‌ها رعایت خواهد شد. درمانگر در جلسات گروهی نیز تمامی نمونه‌ها را به‌صورت مساوی در مداخلات درمانی شرکت داد و اصول گروه‌درمانی برای تمامی افراد رعایت خواهد شد. شرح دقیق جلسات درمانی در زیر آورده شده است.

معیارهای ورود به مطالعه شامل سن ۳۰-۵۰ سال، افراد مبتلابه اختلال اسکیزوفرنی با علائم مثبت و منفی و تشخیص روان‌پزشک، توانایی خواندن و نوشتن و معیارهای خروج از مطالعه شامل ابتلا به اختلال روان‌پزشکی دیگر، همکاری ضعیف فرد، ناتوانی ذهنی بود.

پرسشنامه تنظیم شناختی هیجان: این مقیاس توسط گرانفسکی و همکاران (۲۰۰۱) تدوین‌شده است. این پرسشنامه، پرسشنامه‌های چندبعدی و یک ابزار خود گزارشی است که دارای ۳۶ ماده است و دارای فرم ویژه بزرگسالان و کودکان می‌باشد. مقیاس تنظیم شناختی هیجان نه راهبرد شناختی ملامت خویش، پذیرش، نشخوار گری، تمرکز مجدد مثبت، تمرکز مجدد بر برنامه‌ریزی، ارزیابی مجدد مثبت، دیدگاه پذیری، فاجعه انگاری و ملامت دیگران را ارزیابی می‌کند(۱۵). فرم فارسی این مقیاس به‌وسیله‌ی مورد اعتبار یابی قرارگرفته است. ضریب آلفا برای خرده مقیاس‌های این پرسشنامه به‌وسیله گرانفسکی و همکاران (۲۰۰۲)در دامنه ۷۱/ ۰ تا ۰/۸۱ گزارش‌شده است. برای بررسی روایی همگرا واگرای این پرسشنامه در ایران از مقیاس افسردگی، اضطراب، استرس که شامل ۲۱ پرسش مدرج چهار نمره‌ای (از کاملاً شبیه من تا کاملاً متفاوت از من) می‌باشد که سه عامل افسردگی، استرس و اضطراب زا مورد ارزیابی قرار می‌دهد، در این مقیاس هر یک پرسش یک عامل اختلال هیجانی را مورد ارزیابی قرار می‌دهد (۱۶).

پرسشنامه کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی: این پرسشنامه درمجموع ۲۶ سؤال دارد که دارای حیطه‌های سلامت جسمانی، سلامت روان‌شناختی، روابط اجتماعی، محیط و وضعیت زندگی است. روایی و پایایی این پرسشنامه در ایران توسط خانم نجات و همکارانش سنجیده شد. روایی و پایایی این پرسشنامه در ایران توسط خانم نجات و همکارانش سنجیده شد که نتایج به شرح زیر به دست آمد: ضرب آلفای کرونباخ بین ۷۳/۰ تا ۸۹/۰ برای خرده مقیاس‌های چهارگانه و کل مقیاس گزارش‌شده است در ایران نیز برای پایایی مقیاس از سه روش باز آزمایی بافاصله سه‌هفته‌ای، تصنیفی و آلفای کرونباخ استفاده شد که به ترتیب برابر با ۸۷،۸۴ و ۶۷ بود و همچنین پایایی مقیاس را رحیمی ۱۳۸۶

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-12]
[DOR: 20.1001.1.17352029.1399.18.3.5.9]
[DOI: 10.52547/rbs.18.3.416]

سنجیده و ضریب آلفای کرونباخ برای کل مقیاس برابر ۸۸ برای سلامت جسمی ۷۰، برای سلامت روانی ۷۷، برای روابط اجتماعی ۶۵ و برای کیفیت محیط زندگی ۷۷ گزارش‌شده است. برای تعیین روایی مقیاس از روش روایی هم‌زمان استفاده شد دامنه ضریب‌های همبستگی به‌دست‌آمده از ۴۵ تا ۸۳ بود و همه ضریب‌ها در سطح ۰۱/۰ معنادار بودند(۱۷).

اجرای مداخله: در مرحله اجرا یکی از حضار (شخص اول) مشکلی را متناسب با موضوع جلسه مطرح و با به کار گرفتن یاورانی از حضار در حضور کارگردان (درمانگر) آن را درگروِ مطرح می‌کند و از این راه با افکار، هیجان‌ها و واکنش‌های خود در زمان و خود مشکل دوباره روبه‌رو شدند. بازیکنان این نمایش با نمایش صحنه‌های سخت زندگی و تجربه نمودن دوباره احساس‌های مرتبط با آن صحنه، آرامش یافتند. این آرامش نه‌تنها ناشی از تخلیه هیجانی (کاتارسیس) بود، بلکه بیشتر از آن، تحت تأثیر اتحاد دوباره بخش‌هایی از روان که یکپارچگی خود را ازدست‌داده بود، نیز است. در این مرحله درمانگر با به کار گرفتن روش‌های گوناگون روان نمایشگری مانند روش آینه، مضاعف، نقش معکوس (جابه‌جایی نقش)، فاصله نمادین، صندلی خالی، حل مسئله، تعمیق هیجان‌ها و کلامی کردن پیام‌های غیرکلامی درصحنه، راه‌حل مشکل را پیداکرده و سپس در جمع حاضران (آزمودنی‌ها) راه‌حل اکتشافی را بیان می‌کند و آنگاه با ورود به مرحله مشارکت و خاتمه، همه حاضران درباره تجربه‌ها و احساسات مشترک خود با شخص اول گفتگو کردند. در مرحله پایانی بیشتر اعضاء گروه، بینش‌ها و تفسیرهای باارزشی از روابط با دیگران به دست آوردند. جلسات مداخله به شرح زیر می‌باشد:

جلسه اول: هدف: دست گرمی شرح جلسه: ۱) معرفی اعضا ۲) توصیف شیوه‌ی تئاتر درمانی، اثرات و تکنیک‌های آن.

جلسه دوم و سوم: هدف: بیان خود. شرح جلسه: ۱) تلاش هر یک از شرکت‌کنندگان برای طرح مشکل ۲) دیالوگ سازی ۳) ایجاد اعتمادبه‌نفس و تمرین مهارت‌های گفتن و شخصیت‌های داستان.

جلسه چهارم و پنجم: هدف: تعویض نقش. شرح جلسات: ۱) تأکید بر درک و شفاف‌سازی احساسات کلامی و غیرکلامی شرکت‌کنندگان ۲) تلاش برای ایجاد و خلق زبان بدن و درک آگاهی از عواطف خود در موقعیت‌های مشکل‌زا ۳) تشویق اعضا برای بیان افکار، احساسات خود و پردازش آن‌ها.

جلسه ششم و هفتم: هدف: برنامه‌ریزی برای آینده. شرح جلسات: ۱) مواجه با ترس‌ها و مشکلات و امیدواری اعضا به نتایج حاصل از حل آن‌ها ۲) تطابق سازی احساسات و انتظاراتشان و مدیفای کردن آن‌ها ۳) درک و نگرش به مشکلاتی که ممکن است آن‌ها در آینده با آن مواجه شوند.

جلسه هشتم: هدف: ختم جلسه. شرح جلسه: ۱) مرور جلسات درمانی ۲) بحث در مورد هیجانات ۳) نتایج حاصل از پرداختن به برنامه‌ریزی درمانی و آینده پیشرو.

یافته‌ها

در این مطالعه ۲۰ فرد مبتلابه اسکیزوفرنی که شامل ۶ نفر خانم و ۱۴ نفر مرد شرکت کردند. هر یک از افراد به‌صورت تصادفی ساده در دو گروه درمان و کنترل به تعداد ۱۰ نفر (گروه درمان شامل ۵ خانم و ۵ آقا، گروه کنترل ۱ خانم و ۹ آقا) قرار گرفتند. میانگین سنی شرکت‌کنندگان در گروه درمان ۴۱/۸۰ با انحراف معیار ۸/۳۶ و گروه کنترل ۴۵/۲۰ با انحراف معیار ۷/۷۸ به دست آمد. جهت تعیین نرمال بودن توزیع نمرات از آزمون کولموگروف- اسمیرنوف استفاده شد. ازآنجایی‌که توزیع نمرات نرمال بود؛ از آزمون‌های پارامتریک تی زوجی جهت مقایسه تغییرات قبل و بعد از درمان و از استفاده شد.

نتایج حاصل از جدول ۱ نشان می‌دهد میانگین و انحراف معیار در تمامی خرده تست‌های کیفیت زندگی به‌جز بعد محیطی کاهش داشته است، اما نتایج هیچ‌یک از خرده مقیاس‌ها نیز معنادار به دست نیامده‌اند ($p>۰/۰۵$). همچنین نتایج حاصل از جدول ۲ نشان می‌دهد میانگین و انحراف معیار در خرده مقیاس‌های سرزنش دیگران، نشخوار ذهنی، فاجعه‌آمیز کردن کاهش داشته است و در خرده مقیاس سرزنش خود، پذیرش با افزایش همراه بوده است، اما این میزان معنادار نیست ($p>۰/۰۵$).

با توجه به نتایج گزارش شده در جدول ۱ و ۲ می‌توان نتیجه گرفت که تئاتر درمانی به عنوان یک مداخله درمانی در جهت بهبود خرده مقیاس های تنظیم شناختی و همچنین بالابردن کیفیت زندگی (و خرده‌مقیاس‌های آن) بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی تأثیر معناداری ندارد. با این‌حال، تغییرات مثبتی رخ داده است که این میزان تغییرات به اندازه‌ی نبوده که بتوان این میزان را معنادار در نظر گرفت.

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-12]
[DOR: 20.1001.1.17352029.1399.18.3.5.9]
[DOI: 10.52547/rbs.18.3.416]

جدول ۱. بررسی کیفیت زندگی افراد مبتلابه اسکیزوفرنی در گروه مداخله و کنترل

متغیر	گروه		میانگین	انحراف معیار	سطح معناداری
سلامت جسمانی	مداخله	قبل از درمان	۲۳/۹	۴/۷۲	۰/۵۸۹
		بعد از درمان	۲۲/۸	۴/۰۵	
	کنترل	قبل از درمان	۲۵/۴	۱/۴۶	۰/۳۱
		بعد از درمان	۲۴	۱/۲۵	
سلامت روان‌شناختی	مداخله	قبل از درمان	۲۰/۴	۵/۳	۰/۰۸۳
		بعد از مداخله	۱۹	۵/۲۱	
	کنترل	قبل از درمان	۲۱/۵	۱/۴۱	۰/۶۴
		بعد از درمان	۲۰/۸	۱/۱۲	
روابط اجتماعی	مداخله	قبل از درمان	۱۰/۷	۳/۰۲	۰/۱۳۷
		بعد از درمان	۹/۶	۲/۹۹	
	کنترل	قبل از درمان	۱۱/۷	۰/۴۵	۰/۳۹
		بعد از درمان	۱۱/۱	۰/۵۷	
بعد محیطی	مداخله	قبل از درمان	۲۳/۹	۴/۸۶	۰/۵۹
		بعد از درمان	۲۴/۶	۵/۱۵	
	کنترل	قبل از درمان	۲۷/۹	۱/۵۵	۰/۴
		بعد از درمان	۲۶/۱	۱/۲۹	

جدول ۲. بررسی تنظیم شناختی افراد مبتلابه اسکیزوفرنی در گروه مداخله و کنترل

متغیر	گروه		میانگین	انحراف معیار	سطح معناداری
سرزنش خود	مداخله	قبل از درمان	۸	۰/۹۹	۰/۶۲
		بعد از درمان	۸/۷	۰/۹	
	کنترل	قبل از درمان	۹/۷	۰/۹۹	۰/۳۴
		بعد از درمان	۸/۳	۱/۰۵	
سرزنش دیگران	مداخله	قبل از درمان	۹/۸	۱/۲	۰/۱
		بعد از درمان	۷/۵	۰/۹۲	
	کنترل	قبل از درمان	۱۰	۰/۸۶	۰/۳۲
		بعد از درمان	۸/۹	۱/۰۸	
نشخوار فکری	مداخله	قبل از درمان	۱۴/۴	۱/۳۱	۰/۶۸
		بعد از درمان	۱۳/۵	۱/۴۶	
	کنترل	قبل از درمان	۱۳/۸	۱/۴۶	۰/۸۷
		بعد از درمان	۱۴	۱/۲۷	
فاجعه‌آمیز کردن	مداخله	قبل از درمان	۱۲	۱/۴۸	۰/۷۱
		بعد از درمان	۱۱/۴	۱/۷۳	
	کنترل	قبل از درمان	۱۳/۷	۱/۴	۰/۸۱
		بعد از درمان	۱۳/۳	۱/۰۳	
پذیرش	مداخله	قبل از درمان	۱۰/۶	۱/۴۳	۰/۳۵
		بعد از درمان	۱۱/۹	۱/۲۱	
	کنترل	قبل از درمان	۱۱	۱/۲۲	۰/۹۲
		بعد از درمان	۱۱/۱	۱/۱۹	

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-12]
[DOR: 20.1001.1.17352029.1399.18.3.5.9]
[DOI: 10.52547/rbs.18.3.416]

بحث و نتیجه‌گیری

هدف این پژوهش بررسی روش تئاتر درمانی بر چگونگی مهارت‌های تنظیم شناخت و بهبود کیفیت زندگی افراد مبتلابه اسکیزوفرنی بود. تئاتر درمانی یک روش درمان گروهی است که هدف آن تغییر رفتار و رویکرد روابط است. تئاتر درمانی می‌تواند به کاهش علائم افسردگی با استفاده از روش‌های مختلف مانند خود ارائه[1]، انحراف از نقش و پیش‌بینی آینده که به آن‌ها برای صحبت و بازی با دیگران انگیزه می‌دهد، منجر شود(۱۸).

در مطالعه حاضر تمامی خرده تست‌های کیفیت زندگی به‌جز بعد محیطی و در خرده مقیاس‌های سرزنش دیگران، نشخوار ذهنی، فاجعه‌آمیز کردن از پرسشنامه تنظیم شناختی کاهش داشته است، اما بررسی‌های معناداری را در هیچ یک از خرده مقیاس های دو پرسشنامه کیفیت زندگی و تنظیم شناختی نشان نمی‌دهند.

به طور کلی در طول جلسات تئاتر درمانی، افراد یاد می‌گیرند روابط بصری و هیجان‌انگیز با دیگران برقرار کنند. شارما می‌تواند به‌عنوان موضوعی تئاتر استفاده شود که با احساسات انسانی ارتباط مستقیم و یگانه داشته باشد و قادر باشد در زندگی افراد تغییر ایجاد کند(۱۹). نمایش می‌تواند بسترهای فرافکنانه جهت مشاهده‌کنندگان ایجاد و راهی برای برون‌ریزی عواطف آماده کند. مورنو معتقد بود باید به مراجع اجازه داد تا از راه ایفای نقش انگیزه‌های پنهانی و حالات هیجانی خود را از درون آزاد کند (۲۰). در مطالعه حاضر دیده شد که تئاتر درمانی بر جنبه‌های مختلف کیفیت زندگی این افراد تأثیر معناداری ندارد. نتایج مطالعات دیگری که تاکنون انجام‌شده به‌طور نسبی مؤید یافته‌های این پژوهش می‌باشد و یا اینکه تأثیر بر جنبه‌های دیگری از مسائل روانی را نشان داده است. که این موضوع می‌تواند به دلیل مزمن بودن این اختلال، نیاز به تداوم انجام تئاتر درمانی برای رسیدن به نتایج مطلوب دارد. و با توجه به اینکه این بیماران در بیمارستان بستری بودند و دوری از اجتماع و خانواده عواملی هستند که کیفیت زندگی فرد را تحت تأثیر قرار می‌دهند. دووال می‌نویسد که هیچ‌کس، حتی یک فرد حرفه‌ای، قادر به تعیین کیفیت زندگی بیماران نیست و برخلاف باور عموم، حتی افراد شدیداً بیمار، می‌توانند عوامل مهم مؤثر بر کیفیت زندگی خود را مشخص سازند. در حقیقت، این بیماران دارای توانایی گزارش دقیق ادراکات خود از کیفیت زندگی می‌باشند. البته علائم بیماری، ویژگی‌های فردی- اجتماعی و اقتصادی از متغیرهای مهم مطرح در کیفیت زندگی می‌باشند. دووال نیز متغیرهای مکان و شرایط زندگی فرد را بر درک بیمار از کیفیت زندگی مؤثر مداند(۲۱).

در مطالعه حاضر نتایج پرسشنامه تنظیم شناختی کاهش سرزنش دیگران، نشخوار فکری و فاجعه‌آمیز کردن و افزایش پذیرش و سرزنش خود را نشان می‌دهد که نتایج برخلاف نتایج مطالعات گذشته دادستان و همکاران به‌طور تصادفی ۱۶ کودک را برای دریافت جلسات دوهفته‌ای تئاتر درمانی برای ۶ هفته انتخاب کرد. در پایان ۶ هفته، کودکان در مقیاس اضطراب اجتماعی لیبوویتز کودکان و نوجوانان (LSAS-CA) به‌طور قابل‌توجهی پایین‌تر از گروه کنترل بودند(۲۲) . نتایج سویلم نیز نشان‌دهنده اثربخشی مداخله تئاتر درمانی در کاهش شدت افسردگی است. ازاین‌رو توصیه‌شده است که این تکنیک را در مقیاس بزرگ‌تر در بیماران مبتلابه افسردگی عمده مورداستفاده قرار گیرد (۲۳).

در مطالعه‌ی هال تفاوت بین گروه‌های تئاتر درمانی‌های فشرده آخر هفته و یک‌بار در هفته را مقایسه کرد. نشان داد که تئاتر درمانی فشرده آخر هفته به‌طور قابل‌توجهی نسبت به یک جلسه در هفته احساس اضطراب، افسردگی و تنش را کاهش می‌دهد (۲۴).

مطالعاتی مانند زارع و شفیع‌آبادی و حفاریان و همکاران که به اثربخشی تئاتر درمانی در افزایش سلامت عمومی و ابراز گری هیجانی پرداخته بودند، تأثیر این روش بر هر دو متغیر را نشان دادند (۲۵, ۲۶). مهدوی و همکاران (۱۳۸۸) نیز در رابطه با مراجعان به مرکز مراجعه به این نتیجه رسیدند که روش‌های مکملی چون تئاتر درمانی بر بهبود عمومی مراجعان می‌تواند مفید باشد (۲۷). همچنین مطالعاتی مانند فخری و همکاران، وبر، فونگ، سوموف، هورویتز و همکاران، اسپروزر و همکاران نشان دادند که جایگاه هنر در پیشگیری، تشخیص و تأثیر در درمان بسیار موردتوجه است. طبق نتایج این مطالعات تمرینات تئاتر درمانی می‌توانند با کاهش علائم جسمانی و درد بر کارکرد آزمودنی تا تأثیر گذاشته، نیاز به استفاده از دارو تا را در آن‌ها کاهش می‌دهند و درمجموع کارایی آن‌ها را بهبود بخشیده و نشانه‌های بیماری را کنترل می‌کنند (۲۸-۳۳) محدودیت مطالعه که شامل حجم نمونه پایین نیز می‌تواند نتایج مطالعه را تحت تأثیر قرار داده باشد. از طرفی نتایج مطالعات گذشته در گروهی

1. self-presentation

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-12]
[DOR: 20.1001.1.17352029.1399.18.3.5.9]
[DOI: 10.52547/rbs.18.3.416]

از افراد انجام‌گرفته است که ازنظر ماهیت نوع اختلال با اسکیزوفرنی متفاوت بوده‌اند و همچنین مطالعات یافت شده خرده نتیجه‌ی از خرده مقیاس تا گزارش نکرده‌اند.

با توجه به نتایج این مطالعه می‌توان عنوان کرد تئاتر درمانی در این گروه از بیماران تأثیر چندانی بر کیفیت زندگی و تنظیم شناختی ندارد اما می‌توان از این روش به‌صورت مکمل در جهت تغییر رفتار، کاهش علائم افسردگی با استفاده از روش‌های مختلف مانند خود ارائه، انحراف از نقش و پیش‌بینی آینده که به آن‌ها برای صحبت و بازی با دیگران انگیزه می‌دهد، منجر شود استفاده کرد همچنین پیشنهاد می‌شود این مطالعه در گروه‌های با حجم نمونه بیشتر، در مدت‌زمان بیشتر و در گروه ای از بیماران که در محیط خانه هستند انجام شود.

تقدیر و تشکر

این مطالعه حاصل بخشی از پایان‌نامه کارشناسی کاردرمانی دانشگاه علوم پزشکی سمنان با کد اخلاق به شماره IR.SEMUMS.REC.1397.154 و شماره ثبت در مرکز کار آزمایی بالینی ایران IRCT20171219037954N3 در سال تحصیلی ۹۷-۹۶ می‌باشد. از کلیه شرکت‌کنندگان که ما را در این امر یاری نمودند، کمال سپاسگزاری و قدردانی راداریم.

References

1. Ahuja N. A Short Textbook of PSYCHIATRY. Seventh Edition ed. New York: Brothers Publisher.
2. Amini M, Lotfi M, Sadeghi S, Khorrami Z. Structure and internal consistency evaluation of personality inventory for DSM-5 in an Iranian population. Koomesh. 2019;21(1):102-8.[In Persian].
3. Grover S ,Aggarwal M. Long-term maintenance lorazepam for catatonia: a case report. General hospital psychiatry. 2011;33(1):82. e1-. e3.
4. Kaplan HI SB. Synopsis of psychiatry: Behavioral sciences clinical psychiatry. Co WW, editor1988.
5. Ghasempour A, Sooreh J ,Seid Tazeh Kand M. Predicting death anxiety on the basis of emotion cognitive regulation strategies. Knowledge and Research in Applied Psychology. 2012;13(2):63-70.
6. Goleman D. Working with emotional intelligence: A&C Black; 2009.
7. Cara E, MacRae A. Psychosocial occupational therapy: An evolving practice: Nelson Education; 2012.
8. Ritsner M. Predicting changes in domain-specific quality of life of schizophrenia patients. The Journal of nervous and mental disease. 2003;191(5):287-94.
9. Mayer J, Caruso D, Salovey P. Emotional intelligence meets traditional stand of intelligence. Intelligence. 1999;27:267-98.
10. Mayer J, Salovey P, Caruso D. Models of Emotional Intelligence in "Handbook of Intelligence". Cambridge, England : Cambridge University Press 420-200:369.
11. Gross JJ. The emerging field of emotion regulation: An integrative review. Review of general psychology. 1998;2(3):271-99.
12. Thompson RA. Emotion regulation: A theme in search of definition. Monographs of the society for research in child development. 1994;59(2-3):25-52.
13. Beigi M, Akbarfahimi M, Ashayeri H, Fendereski T, Doostdar H. The effect of musical activities on memory in patients with schizophrenia. Koomesh. 2013;14(2): 165-158.
14. Andersson G, Cuijpers P, Carlbring P, Riper H, Hedman E. Guided Internet-based vs. face-to-face cognitive behavior therapy for psychiatric and somatic disorders: a systematic review and meta-analysis. World Psychiatry. 2014;13(3):288-95.
15. Gibeault A. Schizophrénie et psychodrame psychanalytique: Alexandre ou l'expérience retrouvée du rêve. L'Évolution Psychiatrique. 2015;80(1):83-95.
16. Ghaisand G. The Effectiveness of Excitement Training in Improving Emotion Control and Blood Glucose Control in Patients with Type 2 Diabetes. Iranian Journal of Endocrinology and Metabolism, Two-month Journal of Endocrine and Metabolism Research Center. Iranian Journal of Endocrinology and Metabolism. 2015;17(4):299-307.[In Persian].

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-12]
[DOR: 20.1001.1.17352029.1399.18.3.5.9]
[DOI: 10.52547/rbs.18.3.416]

17. Nejat S, HolakouieNaieni K, Mohammad K, Majdzadeh S. Standardization of the World Health Organization Quality of Life Questionnaire: translation and psychometric properties of the Persian version. 2006;4(4):1-12.[In Persian]

18. Toosi F, Rahimi C, Sajjadi S. Psychometric properties of beck depression inventory-II for high school children in Shiraz City, Iran. International journal of school health. 2017;4(3).[In Persian]

19. Landy R. The future of drama therapy. The arts in psychotherapy. 2006;33(2):135-42.

20. Gholami A, Bashlide K, Raree A. Effectiveness of the Psychodrama on General Health of Divorced Women. Scientific Journal Management System. 2012;3:45-64.[In Persian]

21. Khodadadi N, Baghaie M, Mahmudi H, Sheikholeslami F. Quality of life in schizophrenic patients. Zahedan J Res Med Sci (ZJRMS). 2012;14(1):61-6.[In Persian]

22. Dadsetan P, Anari A, Sedghpour B. Social anxiety disorders and drama-therapy. Journal of Iranian Psychologists. 2008;4(14):115-23.[In Persian]

23. Souilm N, SafaaAbdelazem O. Effect of Psychodrama on the Severity of Symptoms in Depressed Patients. American Journal of Nursing Research. 2017;5(5):158-64.

24. Hall I. The effects of an intensive weekend psychodrama vs spaced psychodrama sessions on anxiety, distress and attitude toward group interaction in nursing students. University of New Mexico. 1979;Unpublished doctoral dissertation.

25. Haffarian L, Aghaee A, Kajbaf M, Kamkar M. Life quality comparing and its aspects among divorced woman and indivorced and it's relation to features of population recognition in Shiraz city. science and investigation on practical psychologist of Khorasgan Islamic free university. 2009;41:48-86.[In Persian].

26. Zare M, Shafiabadi A, Navabinejad S, Sharefi H. Comparing influence of feeling intellectual group counseling, behavior,and style of psychodrama counseling to increase general health and excitement expression of visited women. Iranian psychologists section. 2007;4(13):25-41.[In Persian].

27. Mahdavi A, Ghasempoor A. Survey Effect of psychodrama On promoting public health. Journal of Rahpooye of Art. 2010;9(3):11-20.[In Persian].

28. Fakhri F, Aghaee H, Khajehhosseini H. Studying influence of psychodrama on increase motional skills and listening memory of mentally disable with 55-75 IQ in range of 10-15 years old. Company of combinability country magazine. 2005;6(2):21.[In Persian].

29. Fong J. Psychodrama as a preventive measure: teenage girls confronting violence. Journal of Group Psychotherapy Psychodrama and Soiometry. 2006;59(3):99-109.

30. Horwitz E, Kowalski J, Anderberg U. Theater for, by and with fibromyalgia patients–Evaluation of emotional expression using video interpretation. The Arts in Psychotherapy. 2010;37(1):13-9.

31. Somov P. A psychodrama group for substance use relapse prevention training. The Arts in Psychotherapy. 2008;35(2):151-61.

32. Sproesser E, Viana M, Quagliato E, de Souza E. The effect of psychotherapy in patients with PD: a controlled study. Parkinsonism & related disorders. 2010;16(4):298-300.

33. Weber A, Haen C. Clinical applications of drama therapy in child and adolescent treatment: Psychology Press; 2005.

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-12]

[DOR: 20.1001.1.17352029.1399.18.3.5.9]

[DOI: 10.52547/rbs.18.3.416]