**پروپوزال آماده روانشناسي و آموزش كودكان استثنايي**

اثر بخشی نمایش درمانی بر فراخنای توجه پسران کم توان ذهنی آموزش پذیر مقطع ابتدایی

**مقدمه**

تاثیر انکارناپذیر "هنر[[1]](#footnote-1)" در "آموزش و پرورش" و نقش تزکیه و تهذیب اخلاقی و روانی هنر همواره مدنظر روان شناسان، روان تحلیلگران، هنرمندان و هنرشناسان فهیم قرار داشته است (عناصری، 1380). نمایش درمانی[[2]](#footnote-2) یکی از تجلیات هنردرمانی خلاق است. هنردرمانی شامل کتاب درمانی[[3]](#footnote-3)، حرکت/رقص[[4]](#footnote-4) درمانی، موسیقی[[5]](#footnote-5) درمانی، شعر[[6]](#footnote-6)درمانی، روان نمایش درمانی[[7]](#footnote-7) و نمایش درمانی است (لندی[[8]](#footnote-8)، 2006).

ارسطو را می توان بنیان گذار استفاده درمانی از نمایش دانست؛ چنانچه وی در سده چهارم قبل از میلاد، نمایش را سبب تخلیه[[9]](#footnote-9) نفس از عواطف منفی عنوان کرد (پیتروزلا[[10]](#footnote-10) ،2004). ریشه نمایش درمانی به سده ی 18 و اجرای تئاتر در بیمارستان های روانی در اروپا باز می گردد. تفکر آن زمان این بود که بازی نمایش می تواند اضطراب ناشی از بیماری روانی را بهبود بخشد. در اوایل قرن بیستم، فروید و یونگ با دیدگاه ها و کارهایی در روان تحلیل گری، نظریات روان نمایش درمانی را پی بندی کردند. مورنو[[11]](#footnote-11)، لابان[[12]](#footnote-12) و اسلید[[13]](#footnote-13) دیگر کسانی هستند که روی نمایش درمانی تاثیر گذاشته اند. سو جنینگز[[14]](#footnote-14) شاید یکی از پرکارترین نویسندگان و منتقدین کتاب های نمایش درمانی است. جنینگز کار خود را با بیماران روان پریش[[15]](#footnote-15) در سال 1964 آغاز کرد و ماریون لیدویست[[16]](#footnote-16) در مؤسسه سسمی[[17]](#footnote-17) در سال 1974 اولین دوره کامل نمایش درمانی را آغاز کرد )کریمنز[[18]](#footnote-18) ،2006).

دستیابی به عناصر نمایشی و تئاتری در هر جامعه انسانی امکان پذیر است. این عناصر در رقصها و مراسم آیینی همان قدر بارزند که در مبارزات سیاسی، راهپیمایی ها، مراسم مذهبی و حتی در بازیهای کودکان. پیداست که اغلب شرکت کنندگان در این گونه فعالیت ها، خود گمان نمی کنند در فعالیتی تئاتری حضور دارند (براکت[[19]](#footnote-19)،1380).

نمایش درمانی از بدیهه سرایی، بازی نقش، عروسک بازی، موسیقی وحرکت، قصه گویی، نقاب وآیین ها، خیمه شب بازی، بازی های تئاتر و متن نمایش به عنوان ابزار درمانی استفاده می کند. نمایش درمانی اعتمادبه نفس را بالا می برد، خودآگاهی، آرمیدگی[[20]](#footnote-20) ومسئولیت پذیری را بالا می برد و سطوح مختلف فیزیکی، هیجانی، تخیلی و اجتماعی را به فعالیت وامی دارد. نمایش درمانی لایه های مختلف اندیشه همچون انسان شناسی، روانشناسی، جامعه شناسی، روان نمایش درمانی و روان درمانی را در هم می آمیزد. نمایش درمانی اتحاد بین نمایش و درمانگری را نشان می دهد، اما این یک هماهنگی ساده نیست بلکه این ترکیب، استفاده مناسب از عناصر برای تشویق رشد و تحول را فراهم می آورد. نمایش درمانی برخلاف بیشتر درمان های قبلی با تمرکز بر روی بیان با استفاده از داستان، نمایش و شرح فیزیکی مطالب از رویکردهای فکری بیشتری استفاده می کند (کریمنز، 2006).

اهمیت توجه بطور کلی در یادگیری امری بدیهی است. یک کودک پیش از آن که یاد بگیرد باید بتواند به کاری که در جریان است توجه کند (هالاهان[[21]](#footnote-21)و کافمن[[22]](#footnote-22)، 1994). پاتون[[23]](#footnote-23)، برین[[24]](#footnote-24)، پاین[[25]](#footnote-25) و اسمیت[[26]](#footnote-26)(1974)حواسپرتی و کم توجهی را به عنوان دو ویژگی مهم و عادی در دانش آموزان با کم توانی ذهنی[[27]](#footnote-27) معرفی می کنند. کئوگ[[28]](#footnote-28) و مارگولیس[[29]](#footnote-29) (2002) عنوان کرده بودند که آشفتگی های توجه و توجه بی اثر، دانش آموزان با کم توانی و بدون آن را از یکدیگر جدا می کند. دانش آموزان کم توان ذهنی در توجه، خود تنظیمی[[30]](#footnote-30)، سطح فعالیت، کنترل تکانش[[31]](#footnote-31) و تمرکز حواس مشکل دارند. این دانش آموزان، زمانی که شناخت خاصی در ارتباط است، نمی توانند به راحتی تغییر توجه خود را کنترل کنند (کریمنز،2006). همچنین توجه نقش عمده ای را در روابط اجتماعی کودک کم توان ذهنی ایفا می کند. برای یک درمانگر کمک به کودک کم توان ذهنی که به کم توجهی در امور و تکالیف معروف است، تسلط بر این مشکل و افزایش روابط اجتماعی و دوستانه او مسئله مهمی محسوب می شود(بورتولی[[32]](#footnote-32)،2000). تحقیقات نشان داده است که کمبود توجه در اغلب موارد با ضعف مهارت های اجتماعی و مهارت های حل مسأله، احترام به خود پایین، پرخاشگری ، مشکلات تحصیلی و همین طور اختلالات ثانویه دیگری چون افسردگی، انزواطلبی و مانند آن همراه است. مجموعه این مشکلات اجتماعی شدن کودک و پذیرش هنجارهای اجتماعی را با مشکلات جدی مواجه می سازد. مجموعه این کاستی ها می تواند کلیه روابط معنادار کودک با خانواده، همسالان و معلمان را مختل سازد و در نهایت سازش یافتگی او را به مخاطره اندازد (اولند[[33]](#footnote-33)،2006؛ هندرسون[[34]](#footnote-34) ،داکوف[[35]](#footnote-35)، شوارتز[[36]](#footnote-36) و لیدل[[37]](#footnote-37) ،2006).

**بيان مسئله:**

کم توانی ذهنی به دلیل اثرات جانبی و شیوع گسترده آن یکی از اختلالات رایج رشد محسوب می شود. شیوع کم توانی ذهنی در جمعیت کلی حدود 3 درصد است. علاوه بر شیوع گسترده آن، این اختلال با ناهنجاری های رشدی در جنبه های مختلف فیزیکی، روانی، اجتماعی و آموزشی همراه است (رضاییان، محمدی و فلاح، 2007).

بسیاری از محققان شیوع حواسپرتی در کودکان کم توان ذهنی را تصدیق می کنند. میزان شیوع اختلال کمبود توجه[[38]](#footnote-38) بر طبق آمار "انجمن روانپزشکی امریکا[[39]](#footnote-39)"در کم توانان ذهنی 9 الی 18 برابر بیشتر از جمعیت عادی است (لم لن تایر[[40]](#footnote-40)، 2000). توجه برای عملکردهای شناختی بسیار اساسی است و برای یادگیری و اکتساب مهارت های شناختی-رفتاری- اجتماعی و زبان ضروری به شمار می رود. توجه کردن و توجه ترکیبی از فرایندهای درونی در یادگیری است. بسیاری از یادگیرندگان استثنایی می توانند ببینند و بشنوند، اما بسیاری از آن ها چیزهایی را که از آن ها می خواهیم، نمی توانند انجام دهند. بسیاری از آن ها ظرفیت نگهداری آنچه را که یاد می گیرند، دارند اما این کار را انجام نمی دهند، زیرا که توجه نمی کنند (کریمنز، 2006).

کریمنز (2006) به نقل از وود[[41]](#footnote-41) و لازاری[[42]](#footnote-42) (1997) توجه را اینگونه تعریف می کند: توانایی تمرکز بر روی یک محرک و نگهداری این توجه در طول یک مدت خاص؛ آنها چهار مقوله متفاوت از کمبود توجه را که در دانش آموزان کم توان ذهنی معمول است، شرح می دهند که توجه بیش از اندازه[[43]](#footnote-43)، توجه کمتر از اندازه[[44]](#footnote-44)، درجاماندگی[[45]](#footnote-45) و حساسیت بالابه اطلاعات نام دارد.توجه بیش از اندازه که انتقال در آن به سختی صورت می گیرد، زمانی است که کودک نمی تواند به راحتی توجه خود را از یک فعالیت به فعالیت دیگر انتقال دهد. توجه کمتر از اندازه به طور معمول با عنوان حواسپرتی شناخته شده است. این بدان معنی است که نمی تواند بین آن چیزی که مهم است و آن چیزی که مهم نیست، تفاوت قائل شود. درجاماندگی شامل گیر کردن در یک فعالیت، لغت یا اصطلاح تکراری است و حساسیت بالا به اطلاعات زمانی است که اطلاعاتی که توسط حواس دریافت می شود، توسط محرک های دیگر مسدود می شود و تمرکز کردن روی عملی که در دست است را غیر ممکن می سازد.

در متون پژوهشی با منابع مختلفی از توجه و کاربرد آن در روش های یادگیری مواجه می شویم. استراوس[[46]](#footnote-46) و ورنر[[47]](#footnote-47) (1941) در مواجهه با نیاز دانش آموزان با حواس پرتی بالا، اهمیت برنامه ای ساختارمند با کمترین محرک نامربوط را مشخص می کنند. کروک شانک[[48]](#footnote-48) (1977) پیش تر این عقیده را در پروژه های طراحی شده با سه اصل ساختار، کاهش محرکات بیرونی و کثرت مواد آموزشی توسعه داده بود. تعریف او از ساختار این است که به طور کلی معلم جهت دهنده است با این فرض که این دانش آموزان در تصمیم گیری برای فعالیت هایی که می خواهند دنبال کنند، ناتوان هستنند. اچوینگ[[49]](#footnote-49)، هوت[[50]](#footnote-50)، فورنس[[51]](#footnote-51) و کروک شانک به اهمیت افزایش مواد آموزشی تاکید می کنند (کریمنز، 2006). فرنالد[[52]](#footnote-52) برای رفع مشکلات توجه از رویکرد چند حسی پیروی می کند و روش [[53]](#footnote-53)VAKT (بینایی، شنوایی، حرکتی و لمسی) را که بیشتر در آموزش خواندن، تلفظ کردن و ریاضی استفاده می شود، طراحی کرده است. "روش چند حسی" شامل استفاده از حواس کودک در فرایند آموزش، برای حل مشکلات کودکان است (سیف نراقی و نادری، 1386). علاوه بر این برای درمان کم توجهی کودکان کم توان ذهنی شیوه های مختلفی همچون؛ دارو درمانی، رفتار درمانی، مداخلات مبتنی بر مدرسه، خانواده درمانی و آموزش اعتماد اجتماعی[[54]](#footnote-54) استفاده می شود (رضاییان و دیگران،2007) .

هنردرمانگران معتقدند که استفاده از داستان ها، حرکات و نقش بازی کردن می تواند رشد فیزیکی، هیجانی، شناختی و اجتماعی کودکان را تسریع بخشد. تکنیک های نمایش به طور گسترده ای در تسهیل سلامت روان برای کودکان استفاده می شود. نمایش درمانی برای کودکان بسیار مناسب است به این خاطر که از فرایندهای رشد طبیعی فرد همچون بازی، قصه گویی و نقش بازی کردن نشأت می گیرد. نمایش درمانی همین طور وابسته به توانایی های کلامی نیست و از راه های طبیعی به معنی کردن و سازمانبندی کردن تجربه های هیجانی می پردازد (مونتا[[55]](#footnote-55) و روسو[[56]](#footnote-56)، 2008). به همین خاطر یک مداخله مناسب برای دانش آموزان با نیاز های ویژه محسوب می شود که ممکن است برای دانش آموزان با ناتوانی ذهنی موثرتر باشد. خصوصاً اینکه، تکنیک های نمایش درمانی متقابلاً بر روی جنبه های مختلفی از دانش آموز که آسیب دیده نیست، اثر می گذارد (کریمنز، 2006).

کریمنز (2006)در کتاب خود عنوان می کند؛ نمایش درمانی از داستان های عامیانه[[57]](#footnote-57) استفاده می کند که معمولاً القا کننده و مخاطره آمیز و بعضی اوقات ترسناک و ساختار آن قابل پیش بینی و همسان است. بسیاری از دانش آموزان کم توان ذهنی در محیط های غیر ساخت دار ممکن است مضطرب و بسیار حواس پرت شوند. داستان های عامیانه همیشه دارای آغاز، وسط و پایان است. این ساخت در ساختار جلسات با استفاده از شروع و پایان آهنگ ها و تشریفات بازتاب داده می شود.

متخصصان در تمرین های نمایش درمانی از صورت، صدا و حرکات استفاده می کنند. آنها با استفاده از تغییر در صداهای آوایی و موقعیت دقیق خود در فضا توجه را زیر نظر قرار می دهند (کول[[58]](#footnote-58) و چان[[59]](#footnote-59) ، 1990). تحقیقات نشان می دهد زمانی که الگوی نقش به صورت واضح برای آنها معرفی شود و درمانگر خود الگو شود یا کس دیگری را برای الگوی نقش در جلسات معرفی کند، توجه دانش آموزان کم توان ذهنی به آسانی جلب می شود. نمایش درمانی از تکالیف متقابل وساده استفاده می کند که دانش آموزان می توانند در مقابل کلاس اجرا کنند. دانش آموزان با توجه به سطح مشارکت یا موفقیت در یک تکلیف خاص تشویق می شوند و این مشارکت هرگز اجباری نیست. عملکرد اضطراب آمیز باعث بالا رفتن حواس پرتی دانش آموزان می شود اما فضای مشوق برای موفقیت روش بسیار مناسبی است (کریمنز، 2006).

زمانی که از نمایش درمانی در آموزش استفاده می شود، جلسات در کلاس درس اتفاق می افتد، نه در سالن تئاتر. با این حال، تغییراتی صورت می گیرد تا باعث هر چه بیشتر شدن توجه گردد. علاوه بر این، کارشناسان آموزش و پرورش مشخص می کنند که هر چه محرکات نمایان تر و جالب تر باشند، توجه مشاهده کنندگان را بیشتر به خود جلب می کنند(کول و چان ، 1990). متقابلاً نمایش درمانی از اثاثیه صحنه نمایش[[60]](#footnote-60) که دانش آموزان را به خود جلب می کند استفاده می کند، اما ویژگی دیگری که توجه را به کار می گیرد، خود نمایش درمانگر است. او از صداهای مختلف، بیان چهره و حضور فیزیکی برای درگیر کردن[[61]](#footnote-61) و نگهداری توجه دانش آموزان استفاده می کند (کریمنز، 2006).

از این رو، با توجه به حیطه نوظهور نمایش درمانی در آموزش ویژه و اهمیتی که در ارائه الگوی نقش در جلسات درمانی و جلب توجه مشاهده کنندگان به وسائل صحنه نمایش و لحن صدای درمانگر و بیان چهره او دارد و نیز به دلیل تمرکز بر تکلیف آموزش مهارت ها را به صورت عینی (و نه از طریق فعالیت های ذهنی) در پی دارد، به یاری کودک کم توان ذهنی در فعالیت های آموزشگاهی و تکالیف مدرسه می شتابد تا شکل گیری و ارتقاء مهارت یادگیری از راه مشاهده و عمل در وی به وجود آید. از آنجایی که توجه در دوران تحصیل در مقطع ابتدایی و شکل گیری و ارتقاء مهارت های یادگیری در این دوران بسیار اهمیت دارد؛ سعی شد تا راه حل نویی ارائه شود. لذا در این پژوهش کوشش می شود تا به مطالعه اثر بخشی نمایش درمانی بر افزایش توجه در کودکان کم توان ذهنی پرداخته شود تا بدین نحو چالش اصلی که بررسی یک روش کاربردی و قابل اجرا در زمینه بهبود توجه برای کودک کم توان ذهنی است، محقق گردد.

 **اهميت و ضرورت پژوهش**

نمایش، یکی از کهن ترین آیین ها در تمامی اقوام است و در حال حاضر، استفاده از فنون نمایشی در همه کشورهای جهان به یکی از شیوه های اصلی و مؤثر درمانگری تبدیل شده است (کاسون، 2006). نمایش درمانی به صورت فردی، گروهی، زوج درمانی، خانواده درمانی و ... به درمان انواع اختلال ها می پردازد (پندزیک[[62]](#footnote-62)، 2008).

نمایش درمانی با تاکید بر عمل نمایش به عنوان نیروی مثبت یادگیری، به عنوان مداخله ای درمانی است و نه آموزش مهارت های خاص، مانند آنچه در تئاتر دیده می شود (کاسون[[63]](#footnote-63)، 2006).حرکات نمایشی موجب تشویق و توسعه توانایی های فردی در قلمرو زندگی اجتماعی و مسئولیت پذیری در محیط زندگی می شود. از میان این توانایی ها می توان از توانایی کاربرد مناسب احساس و ادراک و قوه استدلال و تخیل و قدرت تمرکز حواس و مهارت های کلامی و فیزیکی و کنترل عاطفی نام برد (عناصری، 1380).

نمایش درمانی به دلیل این که می تواند بسیاری از فعالیت های ذهنی را به صورت عینی درآورد و مهارت ها را آسان تر آموزش دهد، می تواند مفاهیم ذهنی را برای کودکان کم توان ذهنی در قالب عینی درآورد. همین طور به دلیل جذاب بودن و غیر مستقیم بودن آموزش و تقویت توجه از طریق نمایش مطبوع و لذت بخش، یادگیری سریع تر خواهد بود و کودک زمان بیشتری را برای توجه کردن به آن اختصاص می دهد (مونتا و روسو، 2008).

حال، نمایش درمانی نه تنها در بین متخصصان روانشناس در کشور، شیوه ای بالنسبه کم استفاده است بلکه کمبود پژوهش هایی که کمک می کند تا توجه کودکان کم توان ذهنی افزایش یابد، در ادبیات بین المللی نیز به چشم می خورد.

این پژوهش به تاثیر نمایش درمانی در افزایش توجه در کودکان کم توان ذهنی آموزش پذیر[[64]](#footnote-64) می پردازد و به عنوان یک روش نزدیک به طبیعت کودکان، مورد پذیرش آنها و دارای اثرات درمانی بدون آثار جانبی است. انجام این پژوهش کمک می کند تا نمایش درمانی – به عنوان یک رویکرد بین رشته ای در حوزه توانبخشی و شیوه درمانی در آموزش ویژه – به درمانگران، روان شناسان کودکان استثنایی، معلمان آموزش ویژه معرفی و توسط آن ها به کار گرفته شود، ضمناً تا جایی که محقق اطلاع دارد پژوهش حاضر از معدود فعالیت هایی است که در زمینه استفاده از نمایش درمانی به منظور کاهش کم توجهی در کم توانی ذهنی در ایران مورد توجه قرار می گیرد.

**اهداف پژوهش**

**هدف کلی:**

تعیین اثر بخشی نمایش درمانی بر میزان فراخنای توجه پسران کم توان ذهنی آموزش پذیر مقطع ابتدایی

 **اهداف کاربردی**:

1. ارائه رهنمودهای عملی از طریق نمایش درمانی به کودک کم توان ذهنی به منظور دستیابی به تمرکز توجه در فعالیت های آموزشگاهی و تکالیف مدرسه.
2. ارائه راهبردهای عملی جهت ایجاد یادگیری مشاهده ای یا بهبود یادگیری از طریق مشاهده و عمل به آن.
3. ارائه راه حل‌هاي عملي به درمانگران، مشاوران و خانواده‌هاجهت بهبود فراخنای توجه در کودک کم توان ذهنی.

**فرضیه :**

 روش نمایش درمانی فراخنای توجه را در کودکان کم توان ذهنی افزایش می دهد.

**متغيرها**

متغير مستقل: روش نمایش درمانی

متغير وابسته: فراخنای توجه

متغيرهاي كنترل: مقطع تحصیلی(ابتدایی)، سن (8 تا 12 سال)، جنسيت(پسر) و کم توانی ذهنی (بهره هوشی 75-50)

**تعاریف نظری**

**نمایش درمانی:** نمایش درمانی شیوه ای از کاربرد نمایش است و اگرچه از نظر عملی وعلمی رشته ای نوپاست اما با ریشه های باستانی و سنتی پیوند دارد (وبر[[65]](#footnote-65) و هین[[66]](#footnote-66) ،2005). انجمن نمایش درمانگران بریتانیا[[67]](#footnote-67)(BADth) نمایش درمانی را اینگونه تعریف می کند؛ " استفاده عمدی از جنبه های شفا دهنده نمایش و تئاتر در فرایند درمان است. این امر روشی از کار وبازی است که از عمل برای تسهیل خلاقیت، تصویرسازی، یادگیری، بینش و رشد استفاده می کند " (2005BADth,).

**فراخناي توجه:** فراخنای توجه یک واقعیت است که از طریق آن می توانیم برخی محرک های دریافتی را بیش از سایرین پردازش کنیم (قابلیت انتخاب)، که در این بین یک محدوده واضح برای توانایی پردازش محرک ها وجود دارد (محدودیت ظرفیت) و پردازش مداوم هرگونه محرک بینایی که گاهی در تضاد با یکدیگر و گاه در ارتباط با یکدیگرند (تلاش) صورت می گیرد. به عبارتی فراخنای توجه یک ظرفیت پردازش اضافه است که می تواند به صورت خود به خودی یا آگاهانه انتخاب کرده و به تلاش برای پردازش این محرک ها یا فعالیت های خاص اولویت دهد (اسکول[[68]](#footnote-68)، 2001). در حقیقت توجه تمایز دهنده بارز شخصیت کودکان با ناتوانی و بدون آن است (بورتولی،2000).

**کم توانی ذهنی:** تعریف کم توانی ذهنی بر اساس دهمین ویرایش انجمن امریکایی کم توانی ذهنی و رشدی [[69]](#footnote-69)AAIDD(2002) به صورت زیر است:

کم توانی ذهنی، ناتوانی است با محدودیت های معنادار در کارکردهای هوشی و رفتار سازشی؛ که رفتار سازشی به سه دسته مفهومی، اجتماعی، و عملی تقسیم می شود. این ناتوانی قبل از سن 18 سالگی به وجود می آید (اِسکِلاک[[70]](#footnote-70)، لوکاسون[[71]](#footnote-71)، شوگرن[[72]](#footnote-72) و همکاران،2007 به نقل از AAIDD )

**تعاریف عملی**

**نمایش درمانی:** منظور از روش نمایش درمانی در این پژوهش، 12 جلسه 45 دقیقه ای با برنامه از پیش تعیین شده است. در طی این 12 جلسه از فنون مختلف – با تاکید بر بازی گروهی و آموزش غیر مستقیم تعامل های اجتماعی – از جمله قصه گویی، حرکت، آوا، بازی نقش، پانتومیم و غیره استفاده می شود که شرح کامل جلسات در فصل 3 معرفی شده است. جلسات نمایش درمانی با توجه به جلسات درمانی پژوهش خانم کریمنز و با توجه به فرهنگ و داستان های عامیانه و بومی کشورمان توسط پژوهش گر سازماندهی و طراحی شده است.

**فراخناي توجه:** در این پژوهش فراخنای توجه بر حسب نمره به دست آمده از آزمون توجه ارادی تولوز-پیرون[[73]](#footnote-73) و خرده آزمون فراخنای توجه مجموعه شناختی- تشخیصی کی[[74]](#footnote-74)، سنجیده می شود.

**کم توانی ذهنی:** در این پژوهش، منظور از کم توان، دانش آموزانی هستند که با تشخیص کارشناسان مربوطه بهره هوشی آنها بین 50 تا 75 بوده و عنوان آموزش پذیر در پرونده تحصیلی آنها ثبت گردیده است.

**نوع مطالعه و طرح پژوهشی :**

از آنجا که در این پژوهش به بررسی اثر بخشی یک شیوه درمانی (نمایش درمانی) بر فراخنای توجه در پسران کم توان ذهنی آموزش پذیر پرداخته می شود، در این طرح با یک مطالعه تجربی سروکار داریم که از طرح آزمایشی پیش آزمون-پس آزمون با گروه کنترل استفاده شده است.

 **جامعه آماری**

جامعه آماري مشتمل است بر تمامی دانش آموزان پسر کم توان ذهنی آموزش پذیر سنين 8 تا 12 سال که در مدارس استثنائی شهر تهران در سال 90- 1389 در مقطع ابتدایی مشغول به تحصیل بودند.

 **روش نمونه گيري و گروه نمونه:**

استفاده از بزرگترین نمونه یک قاعده کلی در تحقیق کمی به شمار می آید لیکن در بسیاری از مطالعات پژوهشی محدودیت های زمانی و مالی تعداد آزمودنی های یک نمونه را محدود می سازد، به همین دلیل پژوهشگران به منظور تعیین حداقل حجم نمونه مورد نیاز برای تحقیق های تجربی و شبه تجربی در هر گروه آزمایش و کنترل 15 نفر را پیشنهاد کرده اند (گال[[75]](#footnote-75)، بورگ[[76]](#footnote-76) و گال، 1386).

براي نمونه گيري از روش نمونه گيري خوشه ای استفاده شد. در پژوهش حاضر ابتدا شهر تهران به پنج منطقه شمال، جنوب، مركز، شرق و غرب تقسيم شد. سپس یک منطقه و از این منطقه دو مدرسه و در نهايت 30 دانش آموز (از هر مدرسه 15 نفر) بر اساس ملاک های ورودی پژوهش به صورت تصادفی انتخاب شدند. سپس دانش آموزان یک مدرسه به عنوان گروه آزمایش و دانش آموزان مدرسه دیگر به عنوان گروه کنترل انتخاب شد و پس از تکمیل آزمون توجه تولوز – پیرون و آزمون شناختی- تشخیصی کی میزان فراخنای توجه آن ها ثبت گردید. لازم به ذکر است که در طول اجرای پژوهش، افت آزمودنی مشاهده نشد.

 **معيارهاي ورود به مطالعه:**

1. تنها كم توان ذهني آموزش پذير (بهره هوشی 75-50) باشند.
2. در دامنه سني 8 تا 12 سال و در مقطع ابتدایی مشغول به تحصیل باشند.

 **معيارهاي خروج از مطالعه:**

1. وجود اختلالاتی نظير اوتيسم، کمبود توجه/ بيش فعالي، ناشنوايی يا كم شنوايی، نابينايی و مشکلات شدید حرکتی به این دلیل که فرایند نمایش درمانی را با مشکلاتی مواجه می سازد.
2. مصرف داروهای محرک از سوی دانش آموز.
3. شرکت در جلسات درمانگری مشابه برنامه مداخله ای مورد استفاده در پژوهش حاضر.

**ابزار پژوهش:**

**آزمون مربعات دنباله دارتولوز- پیرون**

برای سنجش فراخنای توجه در نمونه ها از آزمون تولوز- پیرون استفاده شده است. این آزمون جزء معتبرترین مقیاس های سنجش توجه است که در مطالعات مختلفی برای سنجش توجه استفاده شده است ( رضاییان و دیگران،2007؛ لوپز[[77]](#footnote-77) و وازکواِز[[78]](#footnote-78)،2003؛ آلوجا[[79]](#footnote-79)، کالام[[80]](#footnote-80)، آبود[[81]](#footnote-81)، جوان اِسپینوزا[[82]](#footnote-82)، 2000). آزمون توجه ارادی تولوز- پیرون، بردون و بوناردل[[83]](#footnote-83)از جمله آزمون های ساده کاغذ و مدادی است. آزمون تولوز- پیرون ابتدا توسط روانشناس فرانسوی هانری پیرون ابداع شد و بعدها مورد تجديد نظر قرار گرفت (ایروانی، 1380). این آزمون از جمله آزمون های عملکرد مداوم[[84]](#footnote-84) است که از تعدادی تصویر مکعب های دنباله دار تشکیل شده است. این مکعب ها دارای چندین الگو می باشند که به تناوب در جدول تکرار می شوند. برای افراد معمولی 3 مکعب در بالای صفحه به عنوان مکعب های الگو معرفی می شود. آزمودنی باید طی مدت زمان و در شرایط استانداردی که آزمون معرفی می کند مکعب هایی که مشابه 3 الگو هستند را انتخاب کرده و علامت بزند. تعداد انتخاب های درست، تعداد انتخاب های غلط و تعداد انتخاب های فراموش شده در واحد زمان تعیین کننده نمره توجه فرد است. مطالعات متعدد با توجه به خصوصیات مطالعه اشکال تعدیل شده ای از این آزمون را استفاده کرده اند (گنجی، 1385). در این پژوهش نیز با توجه به خصوصیات نمونه پژوهش- افراد کم توان ذهنی- شکل تعدیل یافته ای از آزمون استفاده شده است.رضاییان و همکارانش (2007) این ابزار را برای افراد کم توان ذهنی از طریق روش آزمون مجدد اعتبار یابی کرده اند. بدین ترتیب که آزمون را در مورد یک گروه 10 نفری از آزمودنی ها (کم توان ذهنی) اجرا کردند. ابزار فوق 2 هفته بعد مجدداً در اختیار همین گروه قرار گرفت. ضریب همبستگی نمرات حاصل از اجرای مجدد آزمون 91/0 بوده است، بنابراین نمرات دو آزمون از همبستگی بالایی برخوردار بودند که نشان دهنده پایایی مناسب ابزار است. این شکل از آزمون به این صورت است که یک مکعب دنباله دار در بالای صفحه به عنوان الگو معرفی می شود. آزمودنی 5 دقیقه زمان در اختیار دارد تا از سمت چپ به راست صفحه آزمون شروع کرده و کلیه مکعب های که مشابه مکعب الگو هستند را انتخاب کرده و علامت بزند.

**نمره گذاری وتفسیرنتایج**

آزماینده ابتدا نمودارآزمایش را با توجه به پاسخهای صحیح آزمودنی ترسیم می کند.بدین منظور با استفاده از فرمول زیر برای هر موقعیت امتیازحاصل یا میزان کارآمدی و توجه آزمودنی را به دست می آورد. فرمول مذکور بدین شکل است؛ با محاسبه حاصل جمع تعداد پاسخهای غلط و تعداد پاسخهای فراموش شده و تفریق آن از تعداد کل پاسخ های صحیح عدد نهایی بر 2 تقسیم می شود تا میزان توجه یا کارآمدی توجه آزمودنی به دست آید.آزمودنی به ازای هر انتخاب درست یک نمره مثبت دریافت کرده و به ازای هر انتخاب غلط نیم نمره منفی دریافت می کند، از جمع جبری آن ها نمره توجه فرد محاسبه می شود (گنجی، 1385).

آزماینده با استفاده از این نتایج محورافقی را برای موقعیتها و محورعمودی رابرای میزان توجه یا کارآمدی درجه بندی و نمودار مربوط را ترسیم می کند که با این نمودار می توان تفاوت های فردی را بررسی نمود (ایروانی، 1380).

**آزمون شناختی- تشخيصی كی**

مجموعه شناختی – تشخيصی كی به منظور برآورده ساختن نياز به ارزيابی شناختی بيماران روانی و كم توان ذهنی تدوين شده است. پنج آزمون تشكيل دهنده ی اين مجموعه زمينه هايی همچون سبك مفهومي، رشد تفكر اجتماعي، رشد ادراكي- حركتي، فراخناي توجه و سرعت روانی – حركتی را ارزيابی می كنند. اين آزمون ها به منظور اندازه گيری مجزای عوارض شناختی رشدی و عوارض شناختی ناشی از برانگيختگی طرح شده اند. در اين قسمت تنها به شرح آزمون فراخنای توجه می پردازيم زيرا پژوهشگر قصد دارد در اين پژوهش تنها از خرده آزمون فراخنای توجه استفاده کند.

خرده آزمون فراخنای توجه به عنوان يك روش ارزيابی، به ويژه آن جنبه از نقص توجه را كه مربوط به تداوم آگاهانه تمركز است، هدف خود قرار می دهد. این مؤلفه موقتی از نظر بالينی اهميت ويژه ای دارد. آزمون فراخنای توجه همزمان با بررسی توجه موقتی، امكان اندازه گيری سرعت روانی– حركتی را هم فراهم می آورد. این آزمون فراخنای توجه را براساس متوسط زمان تداوم توجه آزمودنی بر یک تکلیف حرکتی، ارزیابی می کند. آزمون شامل صفحه ای مشتمل بر 500 نماد x است که با خط تیره از یکدیگر جدا شده اند. آزمون به صورت انفرادی و در شرایط مورد نظر در آزمون انجام می شود. همزمان با شروع کار و بدون اطلاع آزمودنی زمان ثبت می شود (کی، 1982).

**نمره گذاری و تفسیر نتایج**

در خرده آزمون فراخنای توجه حداکثر زمان آزمون 400 ثانیه است که آزمودنی حداکثر نمره یعنی 400 را دریافت می کند. زمان علامت زدن فرد نمره فراخنای توجه او محسوب می گردد که می تواند حداکثر 400 ثانیه باشد. کی و سینگ[[85]](#footnote-85) پایایی آزمون فراخنای توجه را با روش بازآزمایی 82/0 گزارش کرده اند. مقایسه فراخنای توجه حاصل از این آزمون و روش های مختلف ارزیابی حواس پرتی و برانگیختگی بالا حاکی از رابطه معنی دار آنهاست. همبستگی نتایج آزمون فراخنای توجه با روش هایی همچون ضربان نبض انقباضی[[86]](#footnote-86)، بی خوابی[[87]](#footnote-87) و مقاومت نسبت به کلرال هیدراته[[88]](#footnote-88) به ترتیب 39/0، 35/0 و 48/0 گزارش شده است (کی، 1982).

 **روش اجرا:**

پس از اخذ مجوزهاي لازم از دانشگاه و وزارت آموزش و پرورش استثنایی استان تهران و انتخاب نمونه از مدارس استثنایی پسرانه و با توجه به معیارهای ورود به مطالعه، 30 دانش آموز و با توجه به سن و سطح کم توانی ذهنی همتا شدند و به تصادف در دو گروه آزمایش و کنترل قرار گرفتند (یک مدرسه به عنوان گروه آزمایش و مدرسه دیگر به عنوان گروه کنترل در نظر گرفته شد). سپس با استفاده از آزمون تولوز – پیرون و آزمون شناختی- تشخیصی کی فراخنای توجه آن ها اندازه گیری گردید.پس از آماده کردن آزمودنی ها و ارائه توضیحات شفاهی برای چگونگی کار در آزمون تولوز- پیرون، زمان سنج به کار انداخته شد و زمان آزمایش به مدت 5 دقیقه کنترل شد. به آزمودنی تأکید شد که هیچ گاه به عقب باز نگردد و سطر به سطر و از چپ به راست با سرعت متوسط و دلخواه خود، آزمایش را دنبال کند تا اتمام زمان توسط آزمونگر اعلام شود. برای اجرای خرده آزمون فراخنای توجه نیز آزمون در اختیار آزمودنی قرار گرفت سپس از وی خواسته شد که دور ضربدر ها دایره بکشد همانگونه که آزمونگر این کار را انجام می دهد و آزمونگر دور 3 تا از آنها را خط می کشد و آزمون را در اختیار آزمودنی قرار می دهد. آزمونگر می بایست بدون اینکه آزمودنی متوجه شود زمان سنج را به کار اندازد و زمان را ثبت نماید. حداکثر زمانی که آزمودنی ضربدرها را علامت می زند 400 ثانیه است و بعد از آن دیگر زمان ثبت نمی شود و کار پایان می یابد اگر قبل از آن نیز آزمودنی دست از کار بکشد، زمان آن باید از کل زمان آزمون کم شود اگر دو بار آزمودنی دست از کار کشید زمان متوقف و برگه از آزمودنی گرفته می شود. زمانی که آزمودنی مشغول علامت زدن است به عنوان فراخنای توجه ثبت می گردد.به دلیل تعداد زیاد افراد گروه آزمایش، آنها به دو گروه 8 و7 نفری تقسیم شدند. در ادامه پس از توافق با مدرسه و والدین کودکان کم توان ذهنی، تهیه لباس و اثاثیه صحنه نمایش، بهترین زمان برای برگزاری جلسه هادر صبح حوالی ساعات 10 تا 12 انتخاب شد. شرایط و محل کار از لحاظ نور، دما، اندازه مکان، همچنین ساعات اجرای آن به لحاظ کنترل شرایط گرسنگی، سیری و خستگی برای هر دو گروه یکسان بود. جلسات درمانی در یکی از کلاس ها، توسط محقق و یک کمک درمانگر(که هر دو در این زمینه آموزش دیده بودند و از روش اجرای برنامه درمانی اطلاع داشتند) اجرا گردید.گروه‌كنترل مداخله‌اي دريافت نكرد و تنها در جريان آموزش‌هاي عادي مدرسه قرار ‌گرفت ولي گروه آزمايش در 12 جلسه درمانی که یک ماه و نیم طول کشید (هر جلسه 45 دقیقه و به مدت 6 هفته) شرکت کردند. این جلسات دو بار در هفته برگزار می شد. برنامه جلسات بر اساس کم توجهی کودکان کم توان ذهنی تنظیم شدند. نهایتاً در پایان جلسه دوازدهم مجدداً آزمون تولوز – پیرون وخرده آزمون فراخنای توجه آزمون شناختی تشخیصی کی بر روی هر دو گروه آزمایش و کنترل اجرا و نتایج برای تجزیه و تحلیل جمع آوری شد. پس از اختتام جلسات نمایش درمانی نیز جلسه توجیهی دیگری با حضور والدین، معلمین و دانش آموزان گروه کنترل ترتیب داده شد تا با روش نمایش درمانی به طور فشرده آشنا شوند. لازم به ذکر است که در طول دوره درمان افت آزمودنی نداشتیم.

 **ساختار جلسات نمایش درمانی:**

ابتدای جلسه قوانین کلی شامل؛ محدودیت زمانی، ممنوعیت زد و خورد جسمانی با کودک دیگر بیان شد و در جلسات سعی شد تا با توجه به مشکل خاص گروه یعنی کم توجهی از رویکردهای مختلف نمایش درمانی استفاده شود. محتوای جلسات درمانی به قرار زير بود:

**جلسات اول تا سوم** به معارفه گروه کودکان، توزيع لباس هاي تهيه شده به اعضاي گروه، اجرای نمایش عمو صحرا همراه با دانش آموزان و گفتگو در مورد احساس ها و افکار خود در ارتباط با نقش هر فرد اختصاص يافت.

**جلسات چهارم و پنجم:** اجراي نمایش علی بابا و برادر بدجنس وي با استفاده از روش قصه گویی و به کار بردن نقاب و گفتگو در مورد احساس ها و افکار انجام شد.

**جلسات ششم تا نهم**: تمرین نمایشنامه کرم خال خالی، تقسیم نقش ها، انتخاب کارگردان، طراحی دکور و صحنه به صورت گروهی و با هدایت درمانگر انجام شد.

**جلسه دهم**: در اين جلسه، اجراي نمايش کرم خال خالی همراه با دکور و لباس با حضور اعضای خانواده صورت گرفت.

**جلسات یازدهم و دوازدهم**: نمایش حسنی و ده گوسفند با استفاده از روش قصه گویی، به کار بردن نقاب و گفتگو در مورد افکار و احساسات اعضای گروه اجرا شد. در پایان جلسه دوازدهم به هر یک از اعضای گروه گواهی نامه ای اعطا شد.

درجلسه ی پایانی درمانگر سعی کرد کودکان را برای خاتمه درمان و پذیرش اتمام جلسه ها ی درمانی آماده سازد. چرا که بیرون آمدن از نقش امر بسیار مهمی محسوب می شود برای همین در جلسه پایانی اعطای گواهی نامه به دانش آموزان برای یادآوری بیرون آمدن از نقش و پایان دوره استفاده شد.

 **ملاحظات اخلاقي :**

در مورد مسائل اخلاقي پژوهشگر ضمن اين كه بايد درمورد شركت آزمودني ها در آزمون مسئوليت پذير باشد بايد سلامت رواني و جسماني آزمودني نيز تضمين شود. تعدادي از مسائل اخلاقي كه در اين پژوهش توسط پژوهشگر در نظر گرفته شد به قرار زير است :

1. كسب رضايت والدين و دانش آموزان.
2. دادن آزادي به دانش آموزان جهت شركت در جلسات درمانی و ترک آن.
3. محرمانه ماندن هرگونه اطلاعات شخصی افراد شرکت کننده و پرونده های آنان.
4. در صورت تأیید اثر بخشی این روش درمانی، برگزاری دوره درمان برای گروه کنترل که به دلیل همکاری نکردن مدرسه، یک جلسه توجیهی برای معلمین، والدین و کودکان گروه کنترل گذاشته و در مورد روش نمایش درمانی توضیح اجمالی ارائه شد.

**روش تجزیه و تحلیل داده ها:**

داده ها با استفاده از روش های آمار توصیفی (شاخص های گرایش مرکزی و پراکندگی شامل میانگین، انحراف معیار)روش هاي آمار استنباطی (آزمون t مستقل و تحلیل کوواریانس) مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

**منابع فارسی**

آقا عباسی، یدالله. (1384). نمایش خلاق: قصه گویی و تئاترهای کودکان و نوجوانان. (چ. اول). تهران: نشر قطره.

اسلین، مارتین. (1382). نمایش چیست؟ (شیرین تعاونی، مترجم) (چ. چهارم). تهران: انتشاران نمایش. (تاریخ انتشار به زبان اصلی، 1981).

افروز، غلامعلی.(1381). مقدمه ای بر روانشناسی کودکان استثنایی. (چ. اول). تهران: انتشارات دانشگاه تهران.

ایروانی، محمود. (1380). *روانشناسی تجربی*.(چ. دوم). تهران: نشر آروین آویژه.

براكت، اسكار. (1380). *تاريخ تئاتر جهان*. (هوشنگ آزادي ور، مترجم) (چ. اول). تهران: انتشارات مرواريد. (تاريخ انتشار به زبان اصلي، 1996).

جونز، فيل. (1383). تئاتر درماني و نمايش زندگي. (چيستا يثربي، مترجم) (چ. اول). تهران: نشر قطره. (تاريخ انتشار به زبان اصلي، 1996).

خلعتبري، غلامرضا؛ رحماني، محمد علي و خلعتبري، جواد. (1388). درام درماني و مديريت پرخاشگري با رويكرد الگوهاي حركتي- نمايش در ناشنوايان*. مقاله ارائه شده در دومين كنگره سراسريهنر درماني در ايران*، تهران.

دادستان، پریرخ؛ اناري، اكرم؛ صدق پور، بهرام. (1386). اختلال اضطراب اجتماعي و نمايش درمانگري. تهران: *فصلنامه روانشناسي ايراني*. *شماره 14*، صص 123-115.

داورمنش، عباس.(1382). آموزش و توانبخشی کودکان معلول ذهنی. (چ. دوم). تهران: انتشارات دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی.

ریچ، پاملا. (1378). اصول بنیادین نمایش خلاق. (یدالله آقاعباسی، مترجم). کرمان: مجله روزبه، پیش شماره اول.44-52.

ستاری، جلال. (1385). اسطوره و فرهنگ. (چ. اول). تهران: نشر مرکز.

سیف نراقی، مریم؛ نادری، عزت الله. (1384). نارسایی های ویژه در یادگیری، چگونگی تشخیص و روشهای بازپروری. (چ. سوم). تهران: موسسه فرهنگی انتشارات مکیال.

عناصري، جابر. (1380). *مردم شناسي و روانشناسي هنري.* (چ. اول). تهران: انتشارات رشد.

كي، استنلي. (1384). *آزمون شناختي تشخيصي كي*. مؤسسه تحقيقاتي علوم رفتاري سينا (روان تجهيز). (نعمت الله زاده ماهاني، مترجم)(تاریخ انتشار به زبان اصلی، 1982).

گال، مردیت؛ بورگ، والتر و گال، جویز. (1386). *روش های تحقیق کمی و کیفی در علوم تربیتی وروانشناسی*. ( احمدرضا نصر و دیگران، مترجمان) (چ. اول). تهران: انتشارات سمت. (تاریخ انتشار به زبان اصلی، 1947).

گروتفسکی، یرژی. (1382). به سوی تئاتر بی چیز. (کامران ناظران، مترجم) (چ. اول). تهران: نشر قطره. (تاریخ انتشار به زبان اصلی، 1928).

گنجي، حمزه. (1385). روان شناسي تجربي کاربردي. (چ. اول). تهران: موسسه انتشارات بعثت .

هاردمن، مایکل م؛ درو، کلیفورد ج؛ اگن، ام وینستون.(1388). روان شناسی و آموزش کودکان استثنایی در"جامعه، مدرسه و خانواده ". (حمید علیزاده و دیگران،مترجمان) (چ. اول). تهران: نشر دانژه ( تاریخ انتشار به زبان اصلی: 1948).

**منابع انگلیسی**

Akiyama, K., Maeda, K., Kimura, I., Ohde, H., Mashima, Y., & Oguchi, Y. (2001). The effect of attention on visual evoked potentials elicited by a newly designed stereogram. *Japanese Journal of Ophthalmology, 45(3),*318-319.

Allan , J. A. (1977). The use of creative drama with acting-out sixth and seventh grade boys and girls. *Journal of Canadian Counselor, 11*(3), 135-143.

Aluja, F.A., Colom, R., Abod, F. & Espinosa,.M. J. (2000). Sex differences in generalintelligence defined as among young adolescents. *Personality and Individual Differences, 28.312-324.*

Blatner, A. (2001). Psychodrama. In corsini, R. J. (Ed.), *Handbook of innovatingtherapy,*(2nd Ed.). New York, Ny: John Wiley & Sons, Inc.

Blewett , E. (1995). Dramatherapy with a group of severely mentally disabled people. *Acceessed 12, March, 2009 from http:// www. Badth. Org. uk /.*

Boal, A. (1995). *The Rainbow of Desire* (1st ed.). London: Peregrine Books.

Bortoli, A. (2000). The Attention Skills of Children with an Intellectual Disability and Children with a Hearing Impairment. *Faculty ofEducation.*

 Accessed 16/Oct/ 2009, from: http: // www. Edfacunimelb. edu.au/ Insigpscript. shtml.

Brockett , O. (Ed.). (1977). *History of theater* (1st ed.). Boston: Boston Allyan and Bacon.

Brookman, R.R. (2000). Bibliography of journal articles. *Journal of Adolescent Health, 26(5),* 349-360.

Case- Smith, J. (2001). *Occupational Therapy for Children*(5th ed.).Philadelphia: Elsevier.

Cattanach , A. (Ed.). (1996). *Drama for people with special needs* (2nd ed.). New York: Drama publisher.

Chang, W-L., Liu, W-M. (2006). A Study of the Application of the Drama Therapy on ADHD Students Social Abilities at Resource Education of the Elementary School, *The International Journal of Arts 4,*36-60.

Cherry, K.E., Njardvik, U., & Dawson, J.E. (2000). Effects of verbal elaborations on memory for sentences in adults with mental retardation. *Research in Developmental Disabilities, 21(2), 137-150.*

Chun, M.M., &Marois, R. (2002). The dark side of visual attention. *Current Opinion in Neurobiology, 12(2),* 184-189.

Cohen, H.U. (1985). Conflicting values in creating theatre with the developmentally disabled: A study of theatre unlimited. *Journal of The Arts in Psychotherapy, 12*, 3-10.

Cole, P. & Chan, L. (1990). *Methods and Strategies for Special Education (1st ed)*. New York, Syndy: Prentice HHHHhhhhbjmbbbbbknnhbnbbkjkjkjHall.

Cossa , M. (1992). Acting out: a pilot project in drama therapy with adolescents. *Journal of The Arts in Psychotherapy, 19*(1), 53-55.

Courtney , R. (1989). *Drama and Thought* (1st ed.). Toronto: Simon & Pierre.

Cowperthwaite, R., & Klykylo, W. (2002). Psychiatric disorders in patients with mental retardation*. Psychiatry Board Review Manual, 6(1),* 1-12.

Crimmens, P. (2006). *Drama Therapy and Storymaking in Special Education*(1st ed.). London: Jessica Kingsley.

Curtis , A. M. (1999). Communicating with Bereaved children: A drama therapy approach. *Journal of Illness, Crisis & Loss, 7*, 183-190.

Daeyeol, L. (1999). Effects of exogenous and endogenous attention on visually guided hand movements. *Cognitive Brain Research, 8(2),* 143-156.

Dekker, M.C., Koot, H.M., Vander Ende, J., & Verhulst, FC. (2002). Emotional and behavioral problems in children and adolescents with and without intellectual disability. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 43,* 1087-1098.

Didden, R., & Sigaffos, J. (2001). A review of the nature & interventions of sleep disorders in individual with developmental disability. *Research in Developmental disability, 22,* 255-275.

Dramatherapists, B. A. O. (2002). What is Drama therapy.Accessed 29/Oct/2010 from*http:// www. Badth. Org. uk /.*

Dramatherapists, B. A. O. (2005). What is drama therapy. *Accessed 29/Oct/2010 from http:// www. Badth. Org. uk /.*

Dupuy, T.R. (1997). The prevalence of attention deficit disorder in a sample of at-risk middle school students. *Archives of Clinical Neuropsychology, 12(4),* 312-327.

Emunah , R. (1983). Drama therapy with adult psychiatric patients. *Journal of The Arts in Psychotherapy, 12*(2), 77-84.

Emunah , R. (1985). Drama Therapy and adolescent resistance. *Journal of The Arts in Psychotherapy, 12*, 71-79.

Emunah , R. (1989). The use of dramatic enactment in the training of drama therapists. *Journal of The Arts in Psychotherapy, 19*, 29-36.

Emunah , R. (1990). Expression and expansion in adolescence. *Journal of The Arts in Psychotherapy, 17*, 101-107.

Emunah , R. (1994). *Acting for real- Drama Therapy process, technique and performance*. (1st ed.). New York: Brunner/ Mazel.

Emunah , R. (1997). Dramatherapy and Psychodrama: An integrated model. *International Journal of Action Methods, 50*(3), 108-123.

Epstein, M.h., Cullinan, D., & Gadow, K.D. (1986). Teacher ratings of hyperactivity in learning disable, emotionally disturbed, and mentally retarded children. *The Journal of Special Education, 20,* 219-229.

Fran, B. (1998). Developmental differences at play, children selective attention and performance in video games. *Journal of Applied Developmental Psychology, 19(4),* 615-624.

Gautier, T., & Droit-Volet, S. (2002). Attention and time estimation in 5-and 8- year-old children: a dual-task procedure. *Behavioral Processes, 58, (1- 2),*57-66.

Hallahan, D.P. & Kauffman, J.M. (1994). *Exceptional Children: introduction tospecial education* (6th ed.). United States: Allyn and Bacon.

Handerson, C. E., Dakof, G.A., Schwartz, S.J. & Liddle , H.A. (2006).Psychosocial problems in attention – deficit hyperactivity disorder with oppositional defiant disorder. *Psychiatryand Clinical Neurosciences*, 56,365 - 369.

Hardan, A., & Sahl, R. (1997). Psychopathology in children and adolescents with developmental disorders. *Research in Developmental Disabilities,18(5),* 369-382.

Heythrone , D. (1998). Dramatherapy with children with autistic spectrum disorder.Accessed 7/Dec/2010 from*http:// www. Badth. Org. uk /.*

Huguenin, N.H. (2004). Assessing visual attention in young children and adolescents with sever mental retardation utilizing conditional- discrimination tasks and multiple testing procedures. *Research in Developmental Disabilities, 25,* 155-181.

Huguenin, N.H. (2000). Reducing over selective attention to compound visual cues with extended training in adolescents with severe mental retardation.*Research in Developmental Disabilities, 21,* 93-113.

Iani, C., Nicoletti, R., Rubichi, S., & Umilta, C. (2001). Shifting attention betweenobjects. *Cognitive Brain Research, 11(1),* 157-164.

Irwin , E. (1987). Drama: The play `s the thing. *Elementary School Guidance & Counseling, 21*(4), 276-283.

Irwin , E. C. (1977). Play, Fantasty and Symbols: Drama with emotionally disturbed children. *American Journal of Psychotherapy, 31*(3), 426-436.

Irwin , E. C. (1985). Puppets in therapy: An assessment procedure. *American Journal of Psychotherapy, 39*, 389-400.

James, T.R. (1999). Selective attention in reaching: when is an object not a detractor? *Trends in Cognitive Sciences, 3(11),* 407-408.

Jennings , S. (1987). *Drama Therapy: Theory and practice for teacher and clinicians*. (1st ed.). London: Croom Helm.

Jennings, S. (1993). *Art therapy and drama therapy*(1st ed.)*.* London: Jessica Kingsley Publishers.

Jennings , S. (1995). *Theater ritual and transformation: The Temiar experience*. (1st ed.). London: Routledge.

Jennings , S. (1998). *Introduction to Drama therapy*. (1st ed.). London: Jessica Kingsley.

Jones , P. (1996). *Drama as Therapy Theatre as Living*. (1st ed.). London: Routledge.

Kassel, J.D. (1997). Smoking and attention: A review and reformulation of the stimulus-filter hypothesis. *Clinical Psychology Review, 17(5),* 451-478.

Katz , S. (2000). Drama and Therapy in education: The double mirror. Accessed 23/Dec/2010 from *Http:// www. Badth. Org. uk /Research/*,

Kedem , Y. (1999). Revelation of family secrets of a child with learning disabilities through drama therapy. Accessed 4/Aug/2009 from *http:// www. Badth. Org. uk /Research/.*

Kelly, M. (1998). The role of color and shape in infants attention to appearance-function correlations. *Infant Behavior and Development, 19(1),* 597.

Kelly, K., Stephen, L.J., & Brodie, M.J. (2004). Pharmacological outcomes in people with mental retardation and epilepsy. *Epilepsy & Behavior, 5(1),*67-71.

Kotchobey, B., Washer, E., & Verleger, R. (1997). Shifting attention between global features and small details: an event related potential study. *Biological Psychology, 46,* 25-50.

Landy , R. J. (1991). The dramatic basis of role theory. *Journal of The Arts in Psychotherapy, 18*(1), 29-41.

Landy , R. J. (1993). *Persona and performance: The meaning of role in drama therapy and every day life*. (1st ed.). New York: Guilford.

Landy , R. J., Mclellan , L., & Mcmullian , s. (2005). The educational of the drama therapists: In search of guide. *Journal of The Arts in Psychotherapy, 32*(4), 272-292.

Landy, J. L. (2006). The future of drama therapy. *The Arts in Psychotherapy,* 33, 135-142.

Langley , D. (1983). *Drama therapy and psychiatry*. (1st ed.). London: Croom Helm.

Lemlentyre, L. (2000). Behavior – Mental health problems in young children with intellectual disability the impact a families. *(1st ed.).University of California*, USA.

Lewis , S. (1974). Creative drama in the treatment of emotinally disturbed children from six years of age to pre-adolescence. *Australian Occupational Therapy Journal, 21*(1), 8-22.

Lindkvist , M. (1977). The sesame research at goodmayes with long stay schizophrenic patients. Accessed 3lAgu/2010 from *http:// www. Badth. Org. uk /Research*,

Lopez, L.B. & Vazquez, C. (2003). Effects of attention process training on cognitive functioning of schizophrenic patients. *Psychiatry Research, 119*, 41-53.

Maccaslin , N. (1981). *Dram in education: oppourtunity for social growth*. New York: Drama Book Special Lists.

Mangels, I.A., Picton, T.W., & Craik, F.I.M. (2001). Research report; attention and successful episodic encoding: an event-related potential study. *Cognitive Brain Research, 11,* 77-95.

 Mangun, G.R., & Buck, L.A. (1998). Sustained visual-spatial attention produces costs and benefits in response time and evoked neural activity. *Neuropsychology, 36(3),* 189-200.

Meldrum , B. (1995). *The handbook of dramatherapy*. (1st ed.). London: Routledge.

Moneta, I. Rousseau,C. (2008). Emotional Expression and regulation in a school- based drama workshop for immigrant adolescentswith behavioraland learning difficulties. *The Arts inPsychotherapy,* 35, 329- 340.

Mcdonald, P.A., & MacLeod, C.M. (1998). The influence of attention at encodingon direct and indirect remembering. *Acts Psychological, 98 (2),* 291-310.

Merrienboer, A., Van, C. J.G., Schuurman, M.B.M., & Paas, F.G.W.C. (2002).Redirecting learners’ attention during training: effects on cognitive load, transfer test performance and training efficiency. *Learning and Instruction, 12,* 11-37.

Monno, A., Temprado, J.J., & Zanon, P.G.L. (2002). The attention and bimanual coordination dynamics. *Acts Psychological, 110(2-3),* 187-211.

Morgan, R.E., Garavan, H.P., Mactutus, C.F., Levitsky, D.A., Booze, R.M., &Stupp B.J. (2002). Enduring effects of prenatal cocaine exposure on attention and research and reaction to errors. *Behavioral Neuroscience, 116(4),* 624-633.

Morrison, I. (2001). At attention and intention. *Trends in CognitiveSciences,5(9),*375-377.

Morrone, M., Denti, V., &. Spinelli, D. (2002). Color and luminance contrasts attract independent attention. *Current Biology, 12(13),*1134-1137.

Morstad , M. D. (2003). *Drama `s role in school counseling.*(2nd ed.). London:University of Wisconsin-stout.

National Association for Drama Therapy. (2008). Drama Therapy with Children &Addolescents. Accessed 6/June/ 2010, from:[www.nadt.org](http://www.nadt.org)

National Coalition of Arts Therapy Association. (2003). Drama Therapy. Accessed 3/May/ 2009, from <http://ncata.com/> drama.htm1.

O `Doherty , S. (1989). Play and drama therapy with the Down `s syndrome child. *Journal of The Arts in Psychotherapy, 16*(3), 171-178.

Orlando, L. (2001). Reversible lesion to study attention. *Trends in Neurosciences, 24(11),* 635.

Orsmond, G.I., Seltzer, M.M., Krauss, M.W., & Hong, J. (2003). Behavior problems in adults with mental retardation and maternal well-being: examination of the direction of effects. *Journal mental Retard. 108(4),* 257-271.

Pendzik, S. (2008). Dramatic Resonances: A technique of interventionin drama therapy, supervision, and training. *The Arts in Psychotherapy,35,* 223-217.

Pitruzzella, S. (2004). *Introduction to Dramatherapy (1st ed)*. New York: Brunner- Routledge.

Powell, S., & Bardos, A. (2000). Correlation between intelligence, reading achievement and attention measures from a sample of student with basicreading disabilities. *Archives of Clinical Neuropsychology, 15(8),*695-702.

 Pratt, H.D., Greydanus, D.E. (2007). Intellectual Disability (Mental Retardation) in Children and Adolescents. [*http://www.elsevier.com*](http://www.elsevier.com)*.*

Reiss , D., Quayle , T., Brett , T., & Meux , C. (1999). Drama therapy for mentally disordered offenders: changes in levels of anger. *Journal of European Psychiatry, 11*(4), 395-396.

Rezaiyan, A., Mohammadi, E. & Fallah, P. (2007). Effect of computer game intervention on the attention capacity of mentally retarded children. *International Journal of Nursing Practice*, 13, 248-288.

Rodriguez, V., & Freiwald, W. (2002). Dividing attention betweenmotion during transparent surface perception. *Cognitive Brain Research, 13(2),*187-193.

Schalock , R.L., Lukasson , R.A., Shogren , K.A., Borthwick-Duffy ,S., Bradley, V., Buntinx, W.H.E. (2007). The Renaming of Mental Retardation: Understanding the Change to the Term Intellectual Disability. *Intellectual And Developmental*, *42(2),* 116 -124.

Schechner , R. (1985). *Between theatre and anthropology*. Philadelphia: University of Pennsylvania.

Schnee , G. (1996). Drama therapy in the treatment of the homeless mentally ill: Treating interpersonal disengagment. *Journal of The Arts in Psychotherapy, 22*(2), 53-60.

Scholl, B. (2001). Objects and attention the state of the art. *Cognition,80*, 1-46.

Shalev , E. (1999). Communication and friendship dramatherapy at school. Accessed 19/Agu/2010 from *http:// www. Badth. Org. uk /Research/.*

Shea, S.E. (2006). Mental retardation in children ages 6 to 16. *Seminar in Pediatric Neurology, 13(4),* 262-270.

Silver, L.B. (1989). Psychological and family problem associated with learning disabilities: assessment and interventions. *Journal American Acad Adolese Psychiatry,* 28, 319-325.

Snow , S. (2000). *Ritual, Theatre, therapy. In: P. Lewis, & D. R. Jahnson, (Eds.), Current approaches in Drama therapy*: Springfield: Chales C. Thomas.

Snowden, R. (1999). When paying attention is bad for you. *Trends in Cognitive Scinces, 3(5),* 171-184.

Stavinoha, P.L., & Crook, K. (1995). Response disinhibition in boys with attention deficit disorder with and without hyperactivity. *Archives of Clinical Neuropsychology, 10(4),* 393-394.

Symons, F.J., Davis, M.L., & Thompson, T. (2000). Self-injurious behavior and sleep disturbance in adults with developmental disabilities, *Research in Developmental disabilities, 21(2),* 115-123.

Szymura, B., & Ncka, E. (1998). Visual selective attention and personality: An experimental verification of three models of extra version. *Personality and Individual Differences, 24(5),* 713-729.

US., N. A. O. D. T. (2005). Drama therapy. *Accessed 3/May/2010 from http:// www. NADT. org.*

Valente , L., & Fontana, D. (1994). Drama therapist and client: An examination of good practice and outcomes. *Journal of The Arts in Psychotherapy, 21*(1), 3-10.

Van de, L.P., Heskes, T., & Gielen, S. (1997). Task-development learning of attention, *Neural Networks, 10(6),* 981-992.

Vervisch, S., Potgieter, J., & Lagae, L. (2003). Event related potentials during attention tasks in VLBW children with and without attention deficit disorder. *Clinical Neurophysiology, 114(10),* 1841-1849.

Waite , L. M. (1993). Drama therapy in small groups with the developmentally disabled. *Journal of Social work with Groups, 16*(4), 95-108.

Walsh , R. T. (1992). A creative drama prevention progrom for easing early adolescent to school transition. *Journal of Primary Prenotion, 13*(2), 131-147.

Walsh , R. T., Kosidoy , M., & Swanson , L. (1991). Promoting Social- emotional development through creative drama for students with special needs. *Canadian Journal of Community Mental Health, 10*(1), 153-166.

Warger , C. L. (1989). Creative drama for autistic adolescents: Expanding leisure and recreational options. *Journal of Child and Adolescent Psychotherapy, 1*(1), 15-19.

Weber , A. M., & Haen , C. (2005). *Clinical application of drama therapy in child and adolecent treatment* (1st ed.). New York: Brunner- Routledge.

Wilson, P., & Maruff, P. (1999). Deficits in the endogenous control of covert visual spatial attention in children with developmental coordination disorder. *Human Movement Science, 18(2-3),* 421-442.

Wood , J., & Lazari , A. (1997). *Exceeding the Boundaries*. (1st ed.). London: Jessica Kingsley.

Woods, M. (2000).Mental retardation.Accessed 6/June/2011 from http:// encarta.msn. com/ text7615522298/ Mentalretardation. htm1.

1. . art [↑](#footnote-ref-1)
2. . Drama Therapy [↑](#footnote-ref-2)
3. . bibliotherapy [↑](#footnote-ref-3)
4. . dance/movement [↑](#footnote-ref-4)
5. . music [↑](#footnote-ref-5)
6. . poetry [↑](#footnote-ref-6)
7. . psychodrama [↑](#footnote-ref-7)
8. . Landy, R. [↑](#footnote-ref-8)
9. . catharsis [↑](#footnote-ref-9)
10. . Pitruzzella, S. [↑](#footnote-ref-10)
11. . Moreno, M. [↑](#footnote-ref-11)
12. .Laban, R. [↑](#footnote-ref-12)
13. .Slade, P. [↑](#footnote-ref-13)
14. .Sue Jennings [↑](#footnote-ref-14)
15. . psychotic [↑](#footnote-ref-15)
16. .Marion Lidvist [↑](#footnote-ref-16)
17. .Sesame [↑](#footnote-ref-17)
18. . Crimmens, P. [↑](#footnote-ref-18)
19. . Brockett, O. [↑](#footnote-ref-19)
20. . relaxation [↑](#footnote-ref-20)
21. . Hallahan, D. P. [↑](#footnote-ref-21)
22. . Kauffman, J. M. [↑](#footnote-ref-22)
23. .Patton, J.R. [↑](#footnote-ref-23)
24. .Beirne, S. [↑](#footnote-ref-24)
25. .Payne, J.S. [↑](#footnote-ref-25)
26. .Smith, J. [↑](#footnote-ref-26)
27. . intellectual disability [↑](#footnote-ref-27)
28. .Keogh, B.K. [↑](#footnote-ref-28)
29. .Margolis, J.S. [↑](#footnote-ref-29)
30. . self-regulation [↑](#footnote-ref-30)
31. . impulse control [↑](#footnote-ref-31)
32. . Bortoli, A. [↑](#footnote-ref-32)
33. . Oland, A. [↑](#footnote-ref-33)
34. . Handerson, C. E. [↑](#footnote-ref-34)
35. . Dakof, G.A. [↑](#footnote-ref-35)
36. . Schwartz, S.J. [↑](#footnote-ref-36)
37. . Liddle , H.A. [↑](#footnote-ref-37)
38. .attention deficit [↑](#footnote-ref-38)
39. . American Psychiatric Association [↑](#footnote-ref-39)
40. . Lemlentyre, L. [↑](#footnote-ref-40)
41. . Wood, J. [↑](#footnote-ref-41)
42. . Lazari, A. [↑](#footnote-ref-42)
43. .over-attention [↑](#footnote-ref-43)
44. .under-attention [↑](#footnote-ref-44)
45. .perseveration [↑](#footnote-ref-45)
46. . Strauss, M. [↑](#footnote-ref-46)
47. . Werner, L. [↑](#footnote-ref-47)
48. . Cruikshank, S. [↑](#footnote-ref-48)
49. . Echoing, L. [↑](#footnote-ref-49)
50. . Heewett, F. [↑](#footnote-ref-50)
51. . Forness, S. [↑](#footnote-ref-51)
52. . Fernald, G. [↑](#footnote-ref-52)
53. . visual, auditory, kinesthetic, tactile [↑](#footnote-ref-53)
54. . social confidence training [↑](#footnote-ref-54)
55. . Moneta, I. [↑](#footnote-ref-55)
56. . Rousseau, C. [↑](#footnote-ref-56)
57. .traditional stories [↑](#footnote-ref-57)
58. . Cole, P. [↑](#footnote-ref-58)
59. . Chan, L. [↑](#footnote-ref-59)
60. .props [↑](#footnote-ref-60)
61. .engaging [↑](#footnote-ref-61)
62. . Pendzik, S. [↑](#footnote-ref-62)
63. . Casson, J. [↑](#footnote-ref-63)
64. .educable [↑](#footnote-ref-64)
65. . Weber, A.M. [↑](#footnote-ref-65)
66. . Hean, C. [↑](#footnote-ref-66)
67. . The British Assocation of Dramatherapists [↑](#footnote-ref-67)
68. . Scholl, B. [↑](#footnote-ref-68)
69. . American Association on Intellectual and Developmental Disabilities [↑](#footnote-ref-69)
70. . Schalock, R.L. [↑](#footnote-ref-70)
71. . Lukasson, R.A. [↑](#footnote-ref-71)
72. . Shogren. K.A. [↑](#footnote-ref-72)
73. . Attention Test- Toulouse- Pieron [↑](#footnote-ref-73)
74. . Kay, S. R. [↑](#footnote-ref-74)
75. .Gall, M. [↑](#footnote-ref-75)
76. . Borg, W. [↑](#footnote-ref-76)
77. . Lopez, L.B. [↑](#footnote-ref-77)
78. .Vazquez, C. [↑](#footnote-ref-78)
79. . Aluja, F.A. [↑](#footnote-ref-79)
80. . Colom, R. [↑](#footnote-ref-80)
81. . Abod, F. [↑](#footnote-ref-81)
82. . Juan- Espinosa, M. [↑](#footnote-ref-82)
83. . Bordon, M. & Bonardel, L, P. [↑](#footnote-ref-83)
84. . Continuous performance test [↑](#footnote-ref-84)
85. . Singh, S. [↑](#footnote-ref-85)
86. . tonic pulse rate [↑](#footnote-ref-86)
87. . sleeplessness [↑](#footnote-ref-87)
88. . resistance to cloral hidrate [↑](#footnote-ref-88)