Iranian Journal of Psychiatric Nursing (IJPN) **Original Article**

July-August 2026, Volume 14, Issue 3 10.22034/ijpn.14.3.1

The Effectiveness of Group Drama Therapy Based on Jungian Analytical Psychology Concepts on Anxiety and Social Skills in Adolescents and Young Adults with Autism Spectrum Disorder

Amirfarzam Dehnavi[1], Nayereh Sadat Mobinipour[2*], Abolfazl Davoudi Roknabadi[3]

1- PhD Candidate in Comparative Analytical History of Islamic Art, Kish International Branch, Islamic Azad University, Kish, Iran.
2- PhD in Comparative Analytical History of Islamic Art, Islamic Azad University, Qom Branch, Qom, Iran.
3- PhD in Art Research, Islamic Azad University, Yazd Branch, Yazd, Iran.

Corresponding Author: Nayereh Sadat Mobinipour, PhD in Comparative Analytical History of Islamic Art, Islamic Azad University, Qom Branch, Qom, Iran.
E-mail: nayeremobiniour@iau.ir

Received: 2026/06/7 Accepted: 2026/09/1

Abstract

Introduction: Autism spectrum disorder (ASD) is associated with persistent difficulties in social interaction and communication, and anxiety is common in individuals with ASD. Drama therapy, through dramatic activities, role-playing, and group interaction, may provide opportunities for emotional expression and social behavior practice. However, evidence on group drama therapy based on Jungian analytical psychology concepts in individuals with ASD is limited. This study aimed to determine its effectiveness on anxiety and social skills.

Methods: This quasi-experimental study employed a pretest–posttest design with a control group and was conducted in 2025. Forty adolescents and young adults aged 14–28 years with ASD were recruited from a rehabilitation center in Tehran using convenience sampling and were non-randomly allocated to intervention and control groups (20 participants per group). The intervention group participated in ten weekly 90-minute sessions of group drama therapy based on selected concepts of Jungian analytical psychology, while the control group received usual rehabilitation services. Anxiety and social skills were assessed using the Beck Anxiety Inventory and the Matson Evaluation of Social Skills with Youngsters, respectively. Data were analyzed using analysis of covariance (ANCOVA), controlling for pretest scores, in SPSS version 26.

Results: All 40 participants completed the posttest. Mean anxiety scores decreased from 49.20 ± 6.40 to 30.10 ± 5.30 in the intervention group, compared with 48.70 ± 6.80 to 47.90 ± 6.50 in controls. After controlling for pretest scores, the difference was significant ($F(1,37) = 86.85$, $P< 0.001$, $\eta p^2 = 0.70$). Mean social skills scores increased from 54.10 ± 6.10 to 66.30 ± 7.40 in the intervention group, compared with 53.80 ± 6.30 to 54.60 ± 6.50 in controls ($F(1,37) = 19.36$, $P< 0.001$, $\eta p^2 = 0.34$). Adjusted means for anxiety were 30.42 and 47.58, and for social skills 65.81 and 55.09, in the intervention and control groups, respectively.

Conclusion: Group drama therapy based on Jungian analytical psychology concepts was associated with reduced anxiety and improved social skills in adolescents and young adults with ASD compared with usual rehabilitation services. Given the limited sample size, non-random allocation, age heterogeneity, and absence of follow-up, findings should be generalized cautiously.

Keywords: Autism Spectrum Disorder; Drama Therapy; Analytical Psychology; Anxiety; Social Skills.

نشریه روان پرستاری
مقاله پژوهشی
مرداد و شهریور ۱۴۰۵، دوره ۱۴، شماره ۳
10.22034/ijpn.14.3.1

اثربخشی نمایش‌درمانی گروهی مبتنی بر مفاهیم روان‌شناسی تحلیلی یونگ بر اضطراب و مهارت‌های اجتماعی نوجوانان و جوانان مبتلا به اختلال طیف اوتیسم

امیرفرزام دهنوی[۱]، نیره سادات مبینی پور[۲*]، ابوالفضل داودی رکن آبادی[۳]

۱- دانشجوی دکتری تاریخ تطبیقی تحلیلی هنر اسلامی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد بین المللی کیش، ایران.
۲- دکتری تاریخ تطبیقی تحلیلی هنر اسلامی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد قم، قم، ایران.
۳- دکتری پژوهش هنر، دانشگاه آزاد اسلامی واحد یزد، یزد، ایران.

نویسنده مسئول: نیره سادات مبینی پور، دکتری تاریخ تطبیقی تحلیلی هنر اسلامی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد قم، قم، ایران.
ایمیل: nayeremobinipour@iau.ir

تاریخ دریافت: ۱۴۰۵/۳/۱۷ تاریخ پذیرش : ۱۴۰۵/۶/۱

چکیده

مقدمه: اختلال طیف اوتیسم (ASD؛ Autism Spectrum Disorder) با مشکلات پایدار در تعاملات اجتماعی و ارتباطی همراه است و اضطراب نیز از مشکلات هیجانی شایع در این افراد است. نمایش‌درمانی با استفاده از فعالیت‌های نمایشی، نقش‌آفرینی و تعامل گروهی می‌تواند فرصت‌هایی برای بیان هیجان و تمرین رفتارهای اجتماعی فراهم کند. بااین‌حال، شواهد درباره اثربخشی نمایش‌درمانی گروهی مبتنی بر مفاهیم روان‌شناسی تحلیلی یونگ در افراد مبتلا به ASD محدود است. پژوهش حاضر با هدف تعیین اثربخشی این مداخله بر اضطراب و مهارت‌های اجتماعی انجام شد.

روش کار: این پژوهش نیمه‌تجربی با طرح پیش‌آزمون–پس‌آزمون و گروه کنترل در سال ۲۰۲۵ انجام شد. چهل نوجوان و جوان ۱۴ تا ۲۸ ساله مبتلا به ASD از یک مرکز توان‌بخشی تهران به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب و به‌صورت غیرتصادفی در دو گروه مداخله و کنترل (هر گروه ۲۰ نفر) قرار گرفتند. گروه مداخله در ۱۰ جلسه هفتگی ۹۰ دقیقه‌ای نمایش‌درمانی گروهی مبتنی بر مفاهیم منتخب روان‌شناسی تحلیلی یونگ شرکت کرد و گروه کنترل خدمات معمول توان‌بخشی را دریافت نمود. اضطراب و مهارت‌های اجتماعی به‌ترتیب با پرسشنامه اضطراب بک و مقیاس ارزیابی مهارت‌های اجتماعی متسون سنجیده شد. داده‌ها با تحلیل کوواریانس و کنترل نمرات پیش‌آزمون در SPSS نسخه ۲۶ تحلیل شدند.

یافته‌ها: هر ۴۰ شرکت‌کننده مطالعه را تا پس‌آزمون تکمیل کردند. میانگین اضطراب در گروه مداخله از ۴۹٫۲۰±۶٫۴۰ به ۳۰٫۱۰±۵٫۳۰ کاهش یافت، درحالی‌که در گروه کنترل از ۴۸٫۷۰±۶٫۸۰ به ۴۷٫۹۰±۶٫۵۰ تغییر کرد. تفاوت دو گروه پس از کنترل پیش‌آزمون معنی‌دار بود ($F(1,37)=86.85$، $P<0.001$، $\eta p^2=0.70$). میانگین مهارت‌های اجتماعی در گروه مداخله از ۵۴٫۱۰±۶٫۱۰ به ۶۶٫۳۰±۷٫۴۰ افزایش یافت، درحالی‌که در گروه کنترل از ۵۳٫۸۰±۶٫۳۰ به ۵۴٫۶۰±۶٫۵۰ رسید؛ این تفاوت نیز معنی‌دار بود ($F(1,37)=19.36$، $P<0.001$، $\eta p^2=0.34$). میانگین‌های تعدیل‌شده اضطراب در گروه‌های مداخله و کنترل به‌ترتیب ۳۰٫۴۲ و ۴۷٫۵۸ و برای مهارت‌های اجتماعی ۶۵٫۸۱ و ۵۵٫۰۹ بود.

نتیجه‌گیری: نمایش‌درمانی گروهی مبتنی بر مفاهیم روان‌شناسی تحلیلی یونگ، در مقایسه با خدمات معمول توان‌بخشی، با کاهش اضطراب و بهبود مهارت‌های اجتماعی در نوجوانان و جوانان مبتلا به ASD همراه بود. با توجه به حجم نمونه محدود، تخصیص غیرتصادفی، ناهمگونی سنی و نبود پیگیری، تعمیم یافته‌ها باید با احتیاط انجام شود.

کلیدواژه‌ها: اختلال طیف اوتیسم؛ نمایش‌درمانی؛ روان‌شناسی تحلیلی؛ اضطراب؛ مهارت‌های اجتماعی.

مقدمه

اختلال طیف اوتیسم (Autism Spectrum Disorder; ASD) یک اختلال عصب‌رشدی ناهمگون است که با تفاوت‌های پایدار در ارتباط و تعامل اجتماعی و نیز الگوهای محدود و تکراری رفتار، علایق یا فعالیت‌ها مشخص می‌شود (۱-۴). اگرچه ویژگی‌های اصلی ASD در دوره رشد ظاهر می‌شوند، پیامدهای آن می‌توانند تا نوجوانی و بزرگسالی تداوم یابند و بر روابط بین‌فردی، تحصیل، اشتغال و مشارکت اجتماعی اثر بگذارند (۱-۴)؛ بنابراین، مداخلات توانبخشی و روان‌شناختی در این گروه باید علاوه بر نشانه‌های اصلی، مشکلات هیجانی و اجتماعی همراه را نیز هدف قرار دهند. اضطراب از مهم‌ترین مشکلات همبود در افراد مبتلا به ASD است و شواهد نشان می‌دهد نشانه‌ها و اختلالات اضطرابی در این جمعیت شیوع قابل‌توجهی دارند (۵, ۶). اضطراب می‌تواند با اجتناب از موقعیت‌های اجتماعی، کاهش مشارکت بین‌فردی و دشواری سازگاری با موقعیت‌های جدید همراه باشد و محدودیت‌های عملکردی ناشی از ASD را تشدید کند. مرورهای نظام‌مند و فراتحلیل‌های اخیر نیز حاکی از آن‌اند که برخی مداخلات روان‌شناختی و غیردارویی می‌توانند مشکلات اضطرابی و سایر پیامدهای سلامت روان را بهبود بخشند، هرچند ناهمگونی مداخلات و محدودیت‌های روش‌شناختی، نیاز به پژوهش بیشتر را نشان می‌دهد (۷). مهارت‌های اجتماعی نیز از عوامل مهم مشارکت اجتماعی در افراد مبتلا به ASD است و شامل توانایی‌های ارتباطی، هیجانی و رفتاری لازم برای تعامل مؤثر و سازگارانه با دیگران می‌شود. اهمیت این مهارت‌ها در نوجوانی و جوانی، هم‌زمان با پیچیده‌تر شدن روابط همسالان و افزایش انتظارات اجتماعی، تحصیلی و شغلی، بیشتر می‌شود. شواهد نشان داده‌اند که مداخلات مهارت‌های اجتماعی در نوجوانان مبتلا به ASD می‌توانند در مقایسه با شرایط کنترل یا مراقبت معمول، به بهبود این مهارت‌ها منجر شوند؛ بااین‌حال، تفاوت در کیفیت روش‌شناختی، محتوای مداخلات و پایبندی به پروتکل همچنان از چالش‌های این حوزه است(۸, ۹). در پژوهش حاضر، جامعه هدف نوجوانان و جوانان ۱۴ تا ۲۸ ساله است؛ نوجوانان ۱۴ تا ۱۷ سال و جوانان ۱۸ تا ۲۸ سال تعریف شده‌اند. این تعریف صرفاً برای تعیین دامنه سنی نمونه است و به معنای یکسان بودن نیازهای رشدی یا سطح حمایت موردنیاز آنان نیست. در سال‌های اخیر، مداخلات مبتنی بر هنر و نمایش به‌عنوان رویکردهایی تجربه‌محور برای پرداختن به ابعاد اجتماعی و هیجانی ASD مورد توجه قرار گرفته‌اند. نمایش‌درمانی با استفاده از فنونی مانند ایفای نقش، داستان‌پردازی، حرکت، بداهه‌پردازی، بازی و تعامل گروهی، فرصت‌هایی برای بیان هیجان، تجربه موقعیت‌های اجتماعی و تمرین پاسخ‌های ارتباطی فراهم می‌کند (۱۰, ۱۱). مرورهای نظام‌مند نشان داده‌اند که این مداخلات ظرفیت بهبود برخی پیامدهای اجتماعی، ارتباطی و هیجانی را دارند، اما ناهمگونی روش‌ها، ویژگی نمونه‌ها و پیامدهای ارزیابی‌شده، نتیجه‌گیری قطعی درباره اثربخشی آن‌ها را محدود می‌کند (۱۰, ۱۱).

بااین‌حال، نمایش‌درمانی عمومی با نمایش‌درمانی مبتنی بر روان‌شناسی تحلیلی یونگ یکسان نیست. در رویکرد عمومی، فنونی مانند ایفای نقش و تعامل گروهی ممکن است با هدف تمرین مهارت‌های اجتماعی، ارتباطی یا هیجانی به کار روند؛ درحالی‌که در پژوهش حاضر همین فنون بر اساس مفاهیم منتخب روان‌شناسی تحلیلی یونگ سازمان‌دهی شده‌اند. از دیدگاه یونگ، رشد روانی با افزایش آگاهی از تجربه‌های درونی و حرکت به سوی یکپارچگی بیشتر شخصیت مرتبط است و نمادها، تخیل و فعالیت‌های خلاقانه می‌توانند برای نزدیک شدن به تجربه‌های درونی و فرایندهای روانی به کار روند. مفاهیمی مانند «پرسونا» و «سایه» نیز به جنبه‌هایی از رابطه فرد با خود و جهان اجتماعی و محتوای تجربه روانی اشاره دارند که ممکن است در درجات مختلف در آگاهی حضور داشته باشند (۱۲, ۱۳).

پژوهش‌های معاصر نیز نشان داده‌اند که مدل یونگی استفاده از روش‌های خلاقانه همچنان می‌تواند چارچوبی نظری برای فهم کاربرد هنردرمانی و سایر روش‌های خلاقانه در روان‌درمانی فراهم کند (۱۴) . بر این اساس، در مطالعه حاضر مفاهیمی مانند نماد، سایه، پرسونا و فردیت‌یابی به‌عنوان مبانی نظری طراحی مداخله در نظر گرفته شدند، نه متغیرهای مستقل، میانجی یا سازه‌های قابل‌اندازه‌گیری. بنابراین، فعالیت‌های نمایشی، نقش‌آفرینی، روایت و تعامل گروهی در چارچوبی سازمان‌دهی شدند که بر تجربه نمادین، خودآگاهی و بررسی نقش‌های فرد در ارتباط با خود و دیگران تأکید دارد. شواهد جدید درباره فرایندهای نمایش‌درمانی نیز بر تنوع فرایندهای درمانی و امکان سازمان‌دهی آن‌ها در چارچوب‌های نظری مختلف تأکید کرده‌اند (۱۶,۱۵).

ارتباط میان نظریه یونگ و ویژگی‌های بالینی ASD در این پژوهش به‌عنوان رابطه‌ای علّی و اثبات‌شده در نظر گرفته نمی‌شود. فعالیت‌های نمادین و نقش‌آفرینی ممکن است فرصت‌هایی برای تجربه موقعیت‌های اجتماعی، بیان هیجان و تمرین پاسخ‌های ارتباطی ایجاد کنند، اما مطالعه حاضر مسیرهای میانجی احتمالی مانند «مواجهه با سایه»، «اصلاح پرسونا» یا «فردیت‌یابی» را مستقیماً آزمون نمی‌کند. ازاین‌رو، مفاهیم اگرچه شواهد تجربی درباره مداخلات نمایشی و مهارت‌های اجتماعی در ASD نتایج امیدوارکننده‌ای نشان داده‌اند (۸، ۱۰، ۱۱)، ناهمگونی مداخلات، تفاوت در کیفیت طراحی پژوهش، پیامدهای مورد سنجش و میزان پایبندی به پروتکل، تفسیر و مقایسه یافته‌ها را محدود کرده است (۸–۱۱، ۱۵، ۱۶). در نتیجه، به مطالعاتی با مداخلات مشخص، پیامدهای ازپیش‌تعیین‌شده و طراحی روش‌شناختی منسجم نیاز است.

با وجود این شواهد، شواهد تجربی مستقیم درباره نمایش‌درمانی گروهی مبتنی بر روان‌شناسی تحلیلی یونگ در افراد مبتلا به ASD محدود است. بیشتر مطالعات موجود بر نمایش‌درمانی یا مداخلات نمایشی به‌طور کلی تمرکز داشته‌اند و چارچوب نظری یونگی را به‌صورت مشخص در طراحی و ارزیابی یک پروتکل مداخله‌ای به کار نگرفته‌اند(۱۰, ۱۱, ۱۴–۱۶). بنابراین، شکاف پژوهشی حاضر در سه سطح قابل بیان است: نخست، محدود بودن شواهد درباره مداخلات نمایشی در نوجوانان و جوانان مبتلا به ASD؛ دوم، محدود بودن مطالعاتی که اضطراب و مهارت‌های اجتماعی را به‌طور هم‌زمان به‌عنوان پیامدهای اصلی بررسی کرده باشند؛ و سوم، کمبود شواهد تجربی درباره نمایش‌درمانی سازمان‌یافته بر اساس مفاهیم روان‌شناسی تحلیلی یونگ. ازاین‌رو، در مطالعه حاضر مفاهیم منتخب یونگی، شامل نمادپردازی، سایه، پرسونا و فردیت‌یابی، برای سازمان‌دهی فعالیت‌های نمایش‌درمانی، نقش‌آفرینی، روایت و تعاملات گروهی به کار گرفته شدند. این مفاهیم متغیرهای مستقل یا میانجی نبودند، بلکه چارچوب نظری و محتوایی مداخله را شکل دادند. بر این اساس، مدل مفهومی پژوهش، نمایش‌درمانی گروهی مبتنی بر روان‌شناسی تحلیلی یونگ را به‌عنوان متغیر مستقل و اضطراب و مهارت‌های اجتماعی را به‌عنوان پیامدهای مورد سنجش در نظر می‌گیرد؛ فعالیت‌های نمایشی، نقش‌آفرینی، روایت، نمادپردازی و تعامل گروهی نیز در قالب این مداخله برای پرداختن به تجربه‌های هیجانی و بین‌فردی و تمرین مهارت‌های ارتباطی و اجتماعی سازمان‌دهی شدند.

روش کار

این پژوهش از نوع نیمه‌تجربی با طرح پیش‌آزمون–پس‌آزمون و گروه کنترل بود. شرکت‌کنندگان واجد شرایط با استفاده از نمونه‌گیری در دسترس از مراکز توان‌بخشی انتخاب شدند و پس از انجام ارزیابی‌های اولیه و پیش‌آزمون، با توجه به شرایط اجرایی پژوهش، ظرفیت گروه‌ها و هماهنگی با مراکز توان‌بخشی، به‌صورت غیرتصادفی در دو گروه مداخله و کنترل قرار گرفتند. هدف پژوهش، بررسی اثربخشی نمایش‌درمانی گروهی مبتنی بر روان‌شناسی تحلیلی یونگ بر اضطراب و مهارت‌های اجتماعی نوجوانان و جوانان مبتلا به اختلال طیف اوتیسم بود.در ابتدای مطالعه، هر دو گروه با استفاده از ابزارهای پژوهش مورد ارزیابی قرار گرفتند. سپس گروه مداخله در برنامه نمایش‌درمانی گروهی مبتنی بر روان‌شناسی تحلیلی یونگ شرکت کرد، در حالی که گروه کنترل خدمات معمول توان‌بخشی خود را دریافت نمود. پس از اتمام دوره مداخله، هر دو گروه مجدداً با همان ابزارها ارزیابی شدند. برای کنترل تفاوت‌های احتمالی اولیه بین دو گروه، نمرات پیش‌آزمون در تحلیل آماری به‌عنوان کوواریانس وارد شدند.

شرکت‌کنندگان از میان افراد مبتلا به اختلال طیف اوتیسم با شدت خفیف تا متوسط، معادل سطوح ۱ و ۲ بر اساس طبقه‌بندی DSM-5-TR، انتخاب شدند. دامنه سنی شرکت‌کنندگان ۱۴ تا ۲۸ سال بود و نمونه شامل نوجوانان و جوانان مبتلا به اختلال طیف اوتیسم در سطوح حمایت ۱ و ۲ بود. با توجه به تفاوت‌های احتمالی مراحل رشدی در این دامنه سنی و حجم نمونه محدود، امکان انجام تحلیل‌های جداگانه بر اساس گروه‌های سنی وجود نداشت؛ ازاین‌رو، ناهمگونی سنی به‌عنوان یکی از محدودیت‌های مطالعه در نظر گرفته شد و نتایج با توجه به دامنه سنی نمونه تفسیر شدند.

جامعه پژوهش شامل نوجوانان و جوانان مبتلا به اختلال طیف اوتیسم مراجعه‌کننده به یکی از مراکز توان‌بخشی شهر تهران (مدرسه آیین مهرورزی سعادت‌آباد) بود. شرکت‌کنندگان به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. تشخیص اختلال طیف اوتیسم پیش از ورود به مطالعه توسط متخصص مربوطه و بر اساس اطلاعات تشخیصی

ثبت‌شده در پرونده پزشکی یا روان‌شناختی آنان احراز شد. پیش از ورود به پژوهش، پرونده هر یک از افراد بررسی و واجد شرایط بودن آنان بر اساس معیارهای ورود و خروج ارزیابی شد. پس از اخذ رضایت آگاهانه، ۴۰ شرکت‌کننده واجد شرایط وارد مطالعه شدند. با توجه به محدودیت دسترسی به افراد واجد معیارهای ورود، ظرفیت مرکز و شرایط اجرایی پژوهش، این تعداد به‌عنوان حجم نمونه قابل دستیابی تعیین شد. سپس شرکت‌کنندگان با توجه به شرایط اجرایی پژوهش، ظرفیت گروه‌ها و هماهنگی با مرکز، به‌صورت غیرتصادفی در دو گروه مداخله و کنترل، هرکدام شامل ۲۰ نفر، قرار گرفتند. به‌منظور بررسی و کنترل تفاوت‌های اولیه احتمالی بین دو گروه، پیش از شروع مداخله هر دو گروه با استفاده از ابزارهای پژوهش ارزیابی شدند. با توجه به غیرتصادفی بودن تخصیص شرکت‌کنندگان، نمرات پیش‌آزمون در تحلیل کوواریانس (ANCOVA) به‌عنوان کوواریانس وارد مدل آماری شدند. در نهایت، هر ۴۰ شرکت‌کننده دوره پژوهش را تا مرحله پس‌آزمون تکمیل کردند و داده‌های تمامی آنان در تحلیل نهایی وارد شد.

معیارهای ورود به مطالعه شامل داشتن تشخیص قبلی اختلال طیف اوتیسم (ASD) بر اساس اطلاعات ثبت‌شده در پرونده پزشکی یا روان‌شناختی، سن ۱۴ تا ۲۸ سال، قرار داشتن در سطح حمایت ۱ یا ۲ در صورت ثبت این اطلاعات در پرونده، توانایی درک دستورالعمل‌های ساده، توانایی برقراری ارتباط کلامی ساده، توانایی مشارکت در فعالیت‌های گروهی، ثبات وضعیت دارویی در صورت مصرف دارو و ارائه رضایت آگاهانه برای شرکت در مطالعه بود. معیارهای خروج از مطالعه شامل غیبت از بیش از دو جلسه مداخله، ایجاد تغییر اساسی در رژیم دارویی طی دوره مطالعه، بروز مشکل پزشکی یا روان‌پزشکی حاد که مانع ادامه مشارکت در مطالعه شود، شروع هرگونه مداخله درمانی جدید در طول دوره مطالعه و انصراف داوطلبانه شرکت‌کننده از ادامه همکاری بود.

پس از انتخاب شرکت‌کنندگان واجد شرایط، انجام پیش‌آزمون و تخصیص غیرتصادفی آنان به دو گروه مداخله و کنترل، مداخله در گروه مداخله مطابق پروتکل اجرا شد و گروه کنترل خدمات معمول خود را دریافت کرد. پس از پایان دوره مداخله، ارزیابی پس‌آزمون در هر دو گروه با استفاده از همان ابزارهای مرحله پیش‌آزمون انجام شد. هر ۴۰ شرکت‌کننده دوره پژوهش را تا مرحله پس‌آزمون تکمیل کردند و داده‌های تمامی شرکت‌کنندگان در تحلیل نهایی وارد شد.

پرسشنامه اضطراب بک (Beck Anxiety Inventory؛BAI): برای سنجش شدت اضطراب از پرسشنامه اضطراب بک (BAI) استفاده شد که توسط بک و همکاران در سال ۱۹۸۸ (۱۷) طراحی شد. این ابزار شامل ۲۱ گویه است که شدت علائم اضطراب را در مقیاس چهاردرجه‌ای از ۰ (اصلاً) تا ۳ (شدید) طی هفته گذشته ارزیابی می‌کند. دامنه نمرات این پرسشنامه از ۰ تا ۶۳ است و نمرات بالاتر نشان‌دهنده شدت بیشتر اضطراب هستند. این ابزار از پرکاربردترین پرسشنامه‌های خودگزارشی سنجش اضطراب در پژوهش‌های بالینی و روان‌شناختی است و از ویژگی‌های روان‌سنجی مطلوبی برخوردار است. در مطالعه روان‌سنجی نسخه فارسی، پایایی بازآزمایی پرسشنامه با ضریب همبستگی درون‌طبقه‌ای ۰/۸۳ (P<۰/۰۰۱) و همسانی درونی آن را با ضریب آلفای کرونباخ ۰/۹۲ گزارش شد که بیانگر پایایی مطلوب این ابزار در جمعیت ایرانی است (۱۸). به‌منظور بررسی پایایی درونی این پرسشنامه در نمونه حاضر، ضریب آلفای کرونباخ محاسبه شد. نتایج نشان داد که ضریب آلفای کرونباخ برای این پرسشنامه ۰/۸۹ است که بیانگر پایایی درونی قابل قبول این ابزار در نمونه مورد مطالعه بود.

گویه‌های پرسشنامه اضطراب بک ابتدا توسط پژوهشگر برای شرکت‌کنندگان خوانده می‌شد. در مواردی که شرکت‌کننده در درک مفهوم گویه با مشکل مواجه می‌شد، پژوهشگر برای تسهیل درک سؤال، توضیح ساده یا مثال متناسب با محتوای گویه ارائه می‌کرد. توضیحات ارائه‌شده صرفاً با هدف روشن‌کردن مفهوم گویه و بدون القای پاسخ خاص انجام می‌شد و پاسخ نهایی بر اساس برداشت و انتخاب خود شرکت‌کننده ثبت می‌گردید.

پرسشنامه ارزیابی مهارت‌های اجتماعی (Matson Evaluation of Social Skills with Youngsters؛MESSY): برای سنجش مهارت‌های اجتماعی از پرسشنامه ارزیابی مهارت‌های اجتماعی متسون (MESSY) استفاده شد که توسط Matson و همکاران (۱۹) در سال ۱۹۸۳ تدوین شد. این پرسشنامه شامل ۶۲ گویه است که بر اساس مقیاس پنج‌درجه‌ای لیکرت از ۱ (هرگز) تا ۵ (همیشه) نمره‌گذاری می‌شود. نمره بالاتر بیانگر مهارت اجتماعی بهتر است. این ابزار ابعاد مختلف مهارت‌های اجتماعی، از

جملـه مهارت‌هـای اجتماعـی مناسـب، رفتارهـای ضداجتماعـی، رفتارهـای پرخاشـگرانه و تکانشـی، خودابـرازی افراطـی و روابـط بـا همسـالان را ارزیابـی می‌کنـد. در ایـن پژوهـش از نسـخه فارسـی پرسشـنامه اسـتفاده شـد. شـواهد روان‌سـنجی نسـخه فارسـی، روایـی سـازه مطلـوب و پایایـی مناسـب ابـزار را تأییـد کـرده اسـت؛ به‌طوری‌کـه یوسـفی و خیـر (۱۳۸۱) روایـی سـازه ابـزار را بـا اسـتفاده از تحلیـل عاملـی تأییـد و ضریـب آلفـای کرونبـاخ ۰/۸۶ را بـرای آن گـزارش کردنـد (۲۰). به‌منظـور بررسـی پایایـی درونـی ایـن پرسشـنامه در نمونـه حاضـر، ضریـب آلفـای کرونبـاخ محاسـبه شـد. نتایـج نشـان داد کـه ضریـب آلفـای کرونبـاخ بـرای ایـن پرسشـنامه ۰/۸۶است کـه بیانگـر پایایـی درونـی قابـل قبـول ایـن ابـزار در نمونـه مـورد مطالعـه بـود.

جدول ۱. ویژگی‌های ابزارهای مورد استفاده در پژوهش

ابزار	سازنده	تعداد گویه	دامنه نمره	تفسیر نمره	شواهد روایی و پایایی	پایایی در پژوهش حاضر
پرسشنامه اضطراب بک Beck Anxiety Inventory؛ BAI)	بک و همکاران (۱۷)	۲۱	۰ تا ۶۳	نمره بالاتر بیانگر شدت بیشتر اضطراب است.	نسخه فارسی پرسشنامه اضطراب بک (BAI) از ویژگی‌های روان‌سنجی مطلوبی برخوردار است؛ به‌طوری‌که پایایی بازآزمایی آن با ضریب همبستگی درون‌طبقه‌ای ۰٫۸۳ (P<۰٫۰۰۱) و همسانی درونی آن با آلفای کرونباخ ۰٫۹۲ گزارش شده است (۱۸).	آلفای کرونباخ: ۰٫۸۹
مقیاس مهارت‌های اجتماعی ماتسون Matson Evaluation of Social Skills with Youngsters؛ MESSY	ماتسون و همکاران (۱۹)	۶۲	۶۲ تا ۳۱۰	نمره بالاتر نشان‌دهنده مهارت‌های اجتماعی بهتر است.	روایی سازه مطلوب؛ آلفای کرونباخ نسخه فارسی: ۰٫۸۶ (۲۰).	آلفای کرونباخ: ۰٫۸۶

گـروه آزمایـش در برنامـه نمایش‌درمانـی گروهـی مبتنـی بـر مفاهیـم روان‌شناسـی تحلیلـی یونـگ شـرکت کـرد. ایـن برنامـه بـر اسـاس مبانـی نظـری روان‌شناسـی تحلیلـی یونـگ، اصـول نمایش‌درمانـی و شـواهد موجـود در زمینـه مداخـلات مبتنـی بـر هنـر بـرای افـراد مبتـلا بـه اختـلال طیـف اوتیسـم طراحـی شـد. مداخلـه شـامل ۱۰ جلسـه گروهـی ۹۰ دقیقـه‌ای بـود کـه به‌صـورت هفتـه‌ای یـک جلسـه و در گروه‌هـای کوچـک توسـط درمانگـری دارای آمـوزش تخصصـی در زمینـه نمایش‌درمانـی اجـرا شـد. سـاختار هـر جلسـه شـامل سـه بخـش بـود: (۱) فعالیت‌هـای آغازیـن و گرم‌کـردن بـا هـدف ایجـاد انسـجام گروهـی و آمادگـی روان‌شـناختی، (۲) اجـرای فعالیت‌هـای اصلـی شـامل ایفـای نقـش، بداهه‌پـردازی، داسـتان‌پردازی، حرکـت، تخیـل هدایت‌شـده، بازسـازی موقعیت‌هـای بین‌فـردی و سـایر فنـون نمایش‌درمانـی، و (۳) بحـث گروهـی، ارائـه بازخـورد، پـردازش تجربه‌هـا و جمع‌بنـدی جلسـه.

پروتـکل نمایش‌درمانـی گروهـی توسـط پژوهشـگران و بـر اسـاس مـرور منابـع علمـی مرتبـط بـا روان‌شناسـی تحلیلـی یونـگ، نمایش‌درمانـی و ویژگی‌هـای روان‌شـناختی، شـناختی و ارتباطـی افـراد مبتـلا بـه اختـلال طیـف اوتیسـم تدویـن شـد. در طراحـی محتـوای جلسـات، مفاهیـم منتخـب روان‌شناسـی تحلیلـی یونـگ، از جملـه خودآگاهـی، نمادپـردازی، مواجهـه بـا جنبه‌هـای نادیـده شـخصیت (سـایه)، رشـد «خـود» (Self)، پرسـونا به‌عنـوان شـیوه‌ای سـازگار بـرای تعامـل اجتماعـی و فراینـد فردیت‌یابـی، در قالـب فعالیت‌هـای نمایشـی متناسـب بـا توانایی‌هـای شـناختی و ارتباطـی شـرکت‌کنندگان بـه کار گرفتـه شـدند. فعالیت‌هـای مداخلـه شـامل ایفـای نقـش، اسـتفاده از نمادهـا، تعامـلات گروهـی و سـایر فعالیت‌هـای نمایشـی بـود کـه بـا هـدف فراهم‌کـردن فرصـت بـرای شناسـایی و بیـان هیجان‌هـا، افزایـش خودآگاهـی، کاهـش اضطـراب، تقویـت مهارت‌هـای ارتباطـی و اجتماعـی، افزایـش همدلـی، تمریـن حـل تعارض‌هـای بین‌فـردی و انتقـال آموخته‌هـا بـه موقعیت‌هـای واقعـی زندگـی طراحـی شـدند.

رونـد جلسـات به‌صـورت تدریجـی از ایجـاد احسـاس امنیـت و اعتمـاد در گـروه آغـاز شـد و در ادامـه، بـه شناسـایی و بیـان هیجان‌هـا، مواجهـه بـا جنبه‌هـای کمترپذیرفته‌شـده شـخصیت، تمریـن نقش‌هـای اجتماعـی و تقویـت تعامـلات بین‌فـردی

پرداخت. نسخه اولیه پروتکل از نظر تناسب محتوای جلسات با اهداف مداخله، انسجام مراحل درمان، قابلیت اجرا و تناسب فعالیت‌ها با ویژگی‌های شرکت‌کنندگان توسط سه متخصص مرتبط بررسی شد. پس از اعمال پیشنهادهای آنان، نسخه نهایی پروتکل تدوین و برای اجرا آماده شد. مداخله در قالب ۱۰ جلسه گروهی، هفته‌ای یک جلسه و هر جلسه ۹۰ دقیقه اجرا شد. به‌منظور اطمینان از اجرای یکنواخت مداخله و پایبندی به محتوای تعیین‌شده، برای هر جلسه چک‌لیست وفاداری به پروتکل تهیه شد و روند اجرای جلسات بر اساس این چک‌لیست پایش گردید. خلاصه محتوای جلسات درمانی در جدول ۲ ارائه شده است.

جدول ۲. پروتکل کامل نمایش‌درمانی گروهی مبتنی بر روان‌شناسی تحلیلی یونگ

جلسه	هدف درمانی	مؤلفه نظری یونگ	فعالیت‌های اصلی
۱	ایجاد اتحاد درمانی، آشنایی اعضا و کاهش اضطراب اولیه	آغاز فرایند فردیت‌یابی و ایجاد فضای ایمن روان‌شناختی	معرفی اعضا، تعیین قوانین گروه، بازی‌های گرم‌کننده، تمرین‌های بدنی و نمایشی ساده، بیان احساسات اولیه و جمع‌بندی
۲	افزایش خودآگاهی و شناسایی هیجان‌ها	خود (Self) و آگاهی از تجربه درونی	نمایش موقعیت‌های روزمره، شناسایی هیجان‌ها، بیان احساسات، گفت‌وگوی گروهی و بازخورد درمانگر
۳	تقویت شناخت از خود و افزایش بیان هیجانی	خود (Self) و نمادپردازی	داستان‌پردازی، نقاشی یا حرکت نمادین، ایفای نقش تجربه‌های شخصی، بازتاب گروهی
۴	شناسایی نقش‌های اجتماعی و رفتارهای ارتباطی	پرسونا (Persona)	ایفای نقش در موقعیت‌های اجتماعی، بررسی تفاوت میان نقش اجتماعی و خود واقعی، تحلیل تجربه‌ها
۵	پذیرش هیجان‌ها و جنبه‌های ناپذیرفته شخصیت	سایه (Shadow)	اجرای نمایش درباره ترس، خشم، اضطراب و شکست، بیان آزاد احساسات، بازتاب گروهی و پذیرش هیجان‌های ناخوشایند
۶	تقویت همدلی و درک دیدگاه دیگران	آنیما و آنیموس (Anima/Animus)	ایفای نقش متقابل، تمرین دیدن موقعیت از دیدگاه دیگران، همدلی، گفت‌وگو و دریافت بازخورد
۷	بازسازی الگوهای شناختی و رفتاری	کهن‌الگوها (Archetypes)	استفاده از داستان‌ها و روایت‌های نمادین، ایفای نقش شخصیت‌های مختلف، تمرین حل مسئله و مقابله با موقعیت‌های اجتماعی
۸	تمرین مهارت‌های اجتماعی در موقعیت‌های پیچیده	فرایند فردیت‌یابی (Individuation)	اجرای نمایش‌های چندنفره، مدیریت تعارض، همکاری گروهی، تمرین ارتباط مؤثر و تحلیل عملکرد گروه
۹	یکپارچه‌سازی تجربه‌ها و انتقال آموخته‌ها به زندگی روزمره	انسجام شخصیت و خودِ یکپارچه (Integrated Self)	بازسازی موقعیت‌های واقعی زندگی، تمرین تصمیم‌گیری، تمرین مهارت‌های اجتماعی و تنظیم هیجان، دریافت بازخورد درمانگر و اعضای گروه
۱۰	تثبیت آموخته‌ها و پایان‌بندی درمان	خودِ یکپارچه (Integrated Self) و جمع‌بندی فرایند فردیت‌یابی	مرور تغییرات ایجادشده، اجرای نمایش پایانی، بازخورد اعضا، جمع‌بندی درمان، تدوین برنامه حفظ مهارت‌ها و خداحافظی درمانی

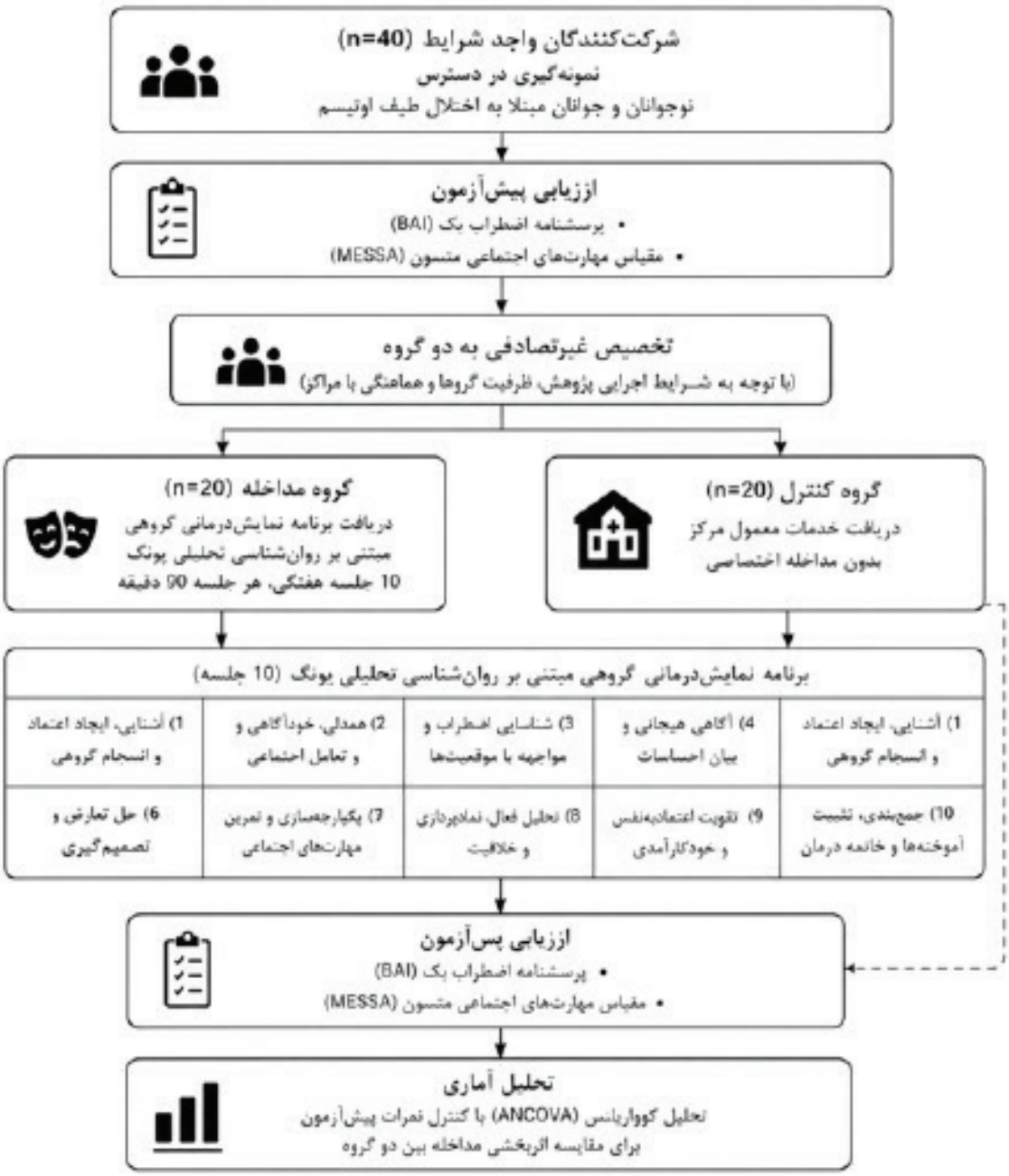
مطابق پروتکل درمانی ارائه‌شده در جدول ۲، تمامی جلسات مطابق راهنمای مداخله از پیش تدوین‌شده و با ترتیب یکسان برای همه شرکت‌کنندگان گروه آزمایش اجرا شد. درمانگر در پایان هر جلسه، اجرای کامل اجزای اصلی پروتکل را با استفاده از فرم پایش اجرای پروتکل ارزیابی و ثبت می‌کرد تا از یکنواختی اجرای مداخله اطمینان حاصل شود. همچنین، در ابتدای هر جلسه، تکالیف جلسه قبل مرور و بازخورد لازم به شرکت‌کنندگان ارائه می‌شد تا انتقال آموخته‌ها به موقعیت‌های واقعی زندگی تقویت شود. گروه کنترل طی دوره مطالعه تنها خدمات معمول مرکز را دریافت کرد و هیچ‌گونه مداخله ساختاریافته مبتنی بر نمایش‌درمانی برای آنان اجرا نشد.

به‌منظور شفاف‌سازی طراحی مطالعه و مراحل اجرای پژوهش، روند انجام پژوهش از مرحله انتخاب شرکت‌کنندگان تا تحلیل آماری در شکل ۲ ارائه شده است. پس از انتخاب افراد واجد شرایط به روش نمونه‌گیری در دسترس و اخذ رضایت آگاهانه، شرکت‌کنندگان پس از انجام ارزیابی‌های اولیه و پیش‌آزمون، با توجه به شرایط اجرایی پژوهش، ظرفیت گروه‌ها و هماهنگی با مراکز توان‌بخشی، به‌صورت غیرتصادفی در دو گروه مداخله و کنترل قرار گرفتند. سپس، مداخله در گروه مداخله مطابق پروتکل از پیش تدوین‌شده اجرا شد، درحالی‌که گروه کنترل خدمات معمول خود را

دریافت کرد. پس از پایان دوره مداخله، ارزیابی پس‌آزمون در هر دو گروه با استفاده از همان ابزارهای مرحله پیش‌آزمون انجام شد.

در طول اجرای پژوهش، وضعیت درمان‌های هم‌زمان شرکت‌کنندگان در هر جلسه پیگیری شد و از آنان و خانواده‌هایشان خواسته شد تا پایان مطالعه از آغاز یا تغییر مداخلات توان‌بخشی و روان‌شناختی جدید خودداری کنند تا اثر احتمالی این مداخلات بر نتایج پژوهش به حداقل برسد.

پس از پایان جلسات درمانی، هر دو گروه مجدداً با استفاده از پرسشنامه اضطراب بک و مقیاس مهارت‌های اجتماعی ماتسون مورد ارزیابی قرار گرفتند. به‌منظور رعایت ملاحظات اخلاقی، پس از پایان جمع‌آوری داده‌ها، خلاصه‌ای از محتوای آموزشی و تمرین‌های اصلی جلسات در قالب یک جلسه آموزشی فشرده برای شرکت‌کنندگان گروه کنترل نیز ارائه شد.



شکل ۱. روند اجرای پژوهش و مراحل تخصیص، مداخله و ارزیابی شرکت‌کنندگان

این شکل روند پژوهش را از انتخاب شرکت‌کنندگان واجد شرایط و انجام پیش‌آزمون تا تخصیص غیرتصادفی به گروه مداخله و کنترل، اجرای مداخله نمایش‌درمانی گروهی مبتنی بر روان‌شناسی تحلیلی یونگ، انجام پس‌آزمون و تحلیل کوواریانس نشان می‌دهد.

همان‌گونه که در شکل ۱ مشاهده می‌شود، شرکت‌کنندگان گروه آزمایش طی ۱۰ جلسه هفتگی ۹۰ دقیقه‌ای در برنامه نمایش‌درمانی گروهی مبتنی بر روان‌شناسی تحلیلی یونگ شرکت کردند، در حالی که گروه کنترل در طول دوره پژوهش تنها خدمات معمول مرکز را دریافت نمود. پس از اتمام مداخله، هر دو گروه با استفاده از همان ابزارهای مرحله پیش‌آزمون ارزیابی شدند. سپس برای مقایسه نمرات پس‌آزمون دو گروه، با کنترل آماری نمرات پیش‌آزمون، از تحلیل کوواریانس (ANCOVA) استفاده شد.

این پژوهش پس از تصویب در کمیته اخلاق پژوهشی دانشگاه آزاد اسلامی واحد شمال و دریافت کد اخلاق IR.IAU.TNB.REC.1405.140 انجام شد. پیش از ورود به مطالعه، اهداف، روند اجرا، نحوه مشارکت و شرایط پژوهش برای شرکت‌کنندگان و، در صورت لزوم، والدین یا سرپرستان قانونی آنان توضیح داده شد و رضایت‌نامه آگاهانه کتبی اخذ گردید. به شرکت‌کنندگان اطمینان داده شد که اطلاعات و داده‌های فردی آنان محرمانه باقی خواهد ماند و نتایج پژوهش به‌صورت کلی و بدون ذکر مشخصات هویتی گزارش خواهد شد. همچنین، شرکت‌کنندگان آگاه شدند که مشارکت در پژوهش داوطلبانه است و در هر مرحله می‌توانند بدون هیچ‌گونه پیامدی از ادامه مطالعه انصراف دهند. اجرای پژوهش مطابق اصول اخلاقی مندرج در بیانیه هلسینکی انجام شد.

تجزیه‌وتحلیل داده‌های پژوهش با استفاده از نرم‌افزار SPSS انجام شد. در مرحله نخست، به‌منظور توصیف داده‌ها و ارائه تصویری کلی از وضعیت متغیرهای پژوهش، شاخص‌های توصیفی شامل میانگین و انحراف معیار برای متغیرهای اصلی در دو گروه مداخله و کنترل محاسبه شد.

در مرحله بعد، پیش از اجرای تحلیل کوواریانس، پیش‌فرض‌های لازم برای استفاده از آزمون‌های پارامتریک بررسی شد. به‌منظور بررسی نرمال بودن توزیع داده‌ها از آزمون Shapiro–Wilk استفاده شد؛ زیرا با توجه به حجم نسبتاً محدود نمونه، این آزمون برای ارزیابی نرمال بودن توزیع نمرات مناسب است. همگنی واریانس‌ها بین دو گروه نیز با استفاده از آزمون Levene بررسی شد تا اطمینان حاصل شود که واریانس متغیرهای وابسته در گروه‌های مداخله و کنترل تفاوت معناداری ندارد.

همچنین، خطی بودن رابطه بین کوواریت (نمرات پیش‌آزمون) و متغیر وابسته (نمرات پس‌آزمون) بررسی شد؛ زیرا تحلیل کوواریانس مستلزم وجود رابطه خطی بین کوواریت و متغیر وابسته است. همگنی شیب‌های رگرسیون نیز بررسی شد تا مشخص شود رابطه بین نمرات پیش‌آزمون و پس‌آزمون در گروه‌های مداخله و کنترل از نظر شیب رگرسیون تفاوت معناداری ندارد. علاوه بر این، با توجه به اینکه هر شرکت‌کننده به‌عنوان یک واحد مستقل تحلیل شد و اندازه‌گیری‌های هر فرد مستقل از سایر شرکت‌کنندگان ثبت شد، فرض استقلال مشاهدات بر اساس طراحی مطالعه در نظر گرفته شد.

پس از تأیید پیش‌فرض‌های آماری، به‌منظور بررسی اثربخشی مداخله و مقایسه نمرات پس‌آزمون دو گروه با کنترل اثر نمرات پیش‌آزمون، از تحلیل کوواریانس (ANCOVA) استفاده شد. انتخاب این آزمون به این دلیل بود که ANCOVA امکان کنترل آماری تفاوت‌های اولیه شرکت‌کنندگان در متغیر مورد مطالعه و مقایسه دقیق‌تر عملکرد دو گروه در مرحله پس‌آزمون را فراهم می‌کند. بنابراین، اثر مشاهده‌شده در پس‌آزمون با در نظر گرفتن نمرات پیش‌آزمون به‌عنوان کوواریت، به‌عنوان شاخص اثر مداخله تفسیر شد.

برای تعیین اندازه و اهمیت عملی اثر مداخله، شاخص اتا اسکوئر جزئی (Partial Eta Squared؛ ηp^2) گزارش شد؛ زیرا معناداری آماری به‌تنهایی بیانگر بزرگی یا اهمیت عملی اثر نیست و گزارش اندازه اثر امکان ارزیابی میزان تغییرات منتسب به مداخله را فراهم می‌کند. در تمامی تحلیل‌ها، سطح معناداری ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

یافته‌ها

در این پژوهش، ۴۰ نوجوان و جوان مبتلا به اختلال طیف اوتیسم پس از احراز معیارهای ورود، به‌صورت غیرتصادفی در دو گروه آزمایش (۲۰ نفر) و کنترل (۲۰ نفر) قرار گرفتند. هر ۴۰ شرکت‌کننده دوره پژوهش را تا مرحله پس‌آزمون تکمیل کردند و داده‌های تمامی شرکت‌کنندگان در تحلیل نهایی وارد شد. بررسی ویژگی‌های جمعیت‌شناختی و بالینی شرکت‌کنندگان نشان داد که دو گروه مداخله و کنترل از

نظـر میانگیـن سـن، جنـس، شـدت اختـلال طیـف اوتیسـم و وضعیـت مصـرف داروی روان‌پزشـکی پیـش از مداخلـه تفـاوت آمـاری معنـی‌داری نداشـتند (P>۰،۰۵). همچنیـن تمامـی شـرکت‌کنندگان از توانایـی گفتـار عملکـردی برخـوردار بودنـد. (جـدول ۳).

جدول ۳. ویژگی‌های جمعیت‌شناختی و بالینی شرکت‌کنندگان در دو گروه پیش از اجرای مداخله

متغیر	گروه مداخله (۲۰ نفر)	گروه کنترل (۲۰ نفر)	سطح معنی‌داری (p)
سن (سال)، میانگین ± انحراف معیار	۱۸/۴۰ ± ۳/۵۲	۱۸،۱۰ ± ۳،۷۱	۰،۷۸
جنس، تعداد (درصد)			۰،۷۴
مرد	۱۵ (۷۵٪)	۱۴ (۷۰٪)	–
زن	۵ (۲۵٪)	۶ (۳۰٪)	–
شدت اختلال طیف اوتیسم بر اساس DSM-۵-TR، تعداد (درصد)			۰،۸۱
سطح ۱ (نیازمند حمایت)	۱۲(۶۰٪)	۱۱ (۵۵٪)	–
سطح ۲ (نیازمند حمایت قابل‌توجه)	۸ (۴۰٪)	۹ (۴۵٪)	–
وضعیت درمان دارویی،تعداد (درصد)			۰،۷۲
بدون مصرف داروی روان‌پزشکی	۱۴ (۷۰٪)	۱۵ (۷۵٪)	–
مصرف داروی روان‌پزشکی پایدار (حداقل ۱ ماه)	۶ (۳۰٪)	۵ (۲۵٪)	–
توانایی زبانی، تعداد (درصد) دارای گفتار عملکردی	(۱۰۰٪)	۲۰ (۱۰۰٪)	–

یادداشت: داده‌ها به‌صورت میانگین ± انحراف معیار یا تعداد (درصد) گزارش شده‌اند. مقدار P بر اساس آزمون t مستقل برای متغیرهای کمی و آزمون کای‌دو یا آزمون دقیق فیشر برای متغیرهای کیفی محاسبه شد. منظور از مصرف داروی روان‌پزشکی پایدار، مصرف دارو با رژیم درمانی ثابت حداقل به مدت ۱ ماه پیش از ورود به مطالعه است و طی دوره پژوهش هیچ‌گونه تغییر عمده‌ای در نوع یا دوز داروهای مصرفی ایجاد نشد.

به‌منظور بررسی پایایی درونی ابزارهای پژوهش در نمونه حاضر، ضریب آلفای کرونباخ محاسبه شد. ضریب آلفای کرونباخ برای پرسشنامه اضطراب بک ۰،۸۹ و برای مقیاس ارزیابی مهارت‌های اجتماعی متسون ۰،۸۶ به دست آمد که نشان‌دهنده پایایی درونی قابل قبول ابزارها در نمونه مورد مطالعه بود.

میانگین و انحراف معیار نمرات اضطراب و مهارت‌های اجتماعی در دو گروه در مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون در جدول ۴ ارائه شده است. در گروه مداخله، میانگین نمره اضطراب از ۴۹،۲۰±۶،۴۰ در پیش‌آزمون به ۳۰،۱۰±۵،۳۰ در پس‌آزمون کاهش یافت، درحالی‌که در گروه کنترل تغییر نسبتاً محدودی از ۴۸،۷۰±۶،۸۰ به ۴۷،۹۰±۶،۵۰ مشاهده شد. همچنین، میانگین نمره مهارت‌های اجتماعی در گروه مداخله از ۵۴،۱۰±۶،۱۰ در پیش‌آزمون به ۶۶،۳۰±۷،۴۰ در پس‌آزمون افزایش یافت، درحالی‌که این تغییر در گروه کنترل از ۵۳،۸۰±۶،۳۰ به ۵۴،۶۰±۶،۵۰ بود.

این تغییرات توصیفی نشان‌دهنده کاهش نمرات اضطراب و افزایش نمرات مهارت‌های اجتماعی در گروه مداخله بود؛ بااین‌حال، تعیین معناداری آماری تفاوت بین دو گروه بر اساس تحلیل کوواریانس انجام شد.

جدول ٤. میانگین و انحراف معیار نمرات اضطراب و مهارت‌های اجتماعی

متغیر	گروه	پیش‌آزمون (میانگین ± انحراف معیار)	پس‌آزمون (میانگین ± انحراف معیار)
اضطراب	آزمایش (۲۰ نفر)	۴۹،۲۰ ± ۶،۴۰	۳۰،۱۰ ± ۵،۳۰
	کنترل (۲۰ نفر)	۴۸،۷۰ ± ۶،۸۰	۴۷،۹۰ ± ۶،۵۰
مهارت‌های اجتماعی	آزمایش (۲۰ نفر)	۵۴،۱۰ ± ۶،۱۰	۶۶،۳۰ ± ۷،۴۰
	کنترل (۲۰ نفر)	۵۳،۸۰ ± ۶،۳۰	۵۴،۶۰ ± ۶،۵۰

یادداشت: داده‌ها به صورت میانگین ± انحراف معیار گزارش شده‌اند.

همان‌گونه که مشاهده می‌شود، میانگین اضطراب در دو گروه در مرحله پیش‌آزمون تقریباً مشابه بود. پس از اجرای مداخله، گروه آزمایش کاهش قابل‌توجهی در اضطراب نشان داد، در حالی که گروه کنترل تغییر محسوسی نداشت.

در متغیر مهارت‌های اجتماعی نیز میانگین دو گروه در مرحله پیش‌آزمون تقریباً یکسان بود، اما پس از مداخله، گروه آزمایش افزایش قابل‌توجهی در مهارت‌های اجتماعی نشان داد.

پیش از اجرای تحلیل کوواریانس، مفروضه‌های لازم برای اجرای این تحلیل بررسی شد. نتایج آزمون شاپیرو–ویلک نشان داد که توزیع نمرات متغیرهای پژوهش با توزیع نرمال تفاوت معناداری نداشت ($P<0/05$). همچنین، آزمون لوین نشان داد که فرض همگنی واریانس‌ها برای هر دو متغیر برقرار است. بررسی خطی بودن نشان داد که رابطه بین نمرات پیش‌آزمون و پس‌آزمون اضطراب و مهارت‌های اجتماعی خطی و معنادار بود و انحراف معناداری از خطی بودن مشاهده نشد. افزون بر این، تعامل گروه و پیش‌آزمون برای هیچ‌یک از متغیرهای وابسته معنادار نبود؛ بنابراین، فرض همگنی شیب‌های رگرسیون برقرار بود. نتایج بررسی این مفروضه‌ها در جدول ۵ ارائه شده است.

جدول ۵. بررسی پیش‌فرض‌های تحلیل کوواریانس

مفروضه	متغیر	روش بررسی	آماره	P	نتیجه
نرمال بودن توزیع	اضطراب پیش‌آزمون	شاپیرو–ویلک	W=۰/۹۵۴–۰/۹۶۱	۰/۵۸۴–۰/۳۹۸	برقرار
نرمال بودن توزیع	اضطراب پس‌آزمون	شاپیرو–ویلک	W=۰/۹۶۵–۰/۹۵۸	۰/۶۵۹–۰/۴۷۳	برقرار
نرمال بودن توزیع	مهارت‌های اجتماعی پیش‌آزمون	شاپیرو–ویلک	W=۰/۹۶۰–۰/۹۶۸	۰/۷۲۵–۰/۵۴۷	برقرار
نرمال بودن توزیع	مهارت‌های اجتماعی پس‌آزمون	شاپیرو–ویلک	W=۰/۹۶۲–۰/۹۷۱	۰/۷۸۸–۰/۵۸۹	برقرار
همگنی واریانس‌ها	اضطراب پس‌آزمون	آزمون لوین	F=۱/۰۲	۰/۳۱۸	برقرار
همگنی واریانس‌ها	مهارت‌های اجتماعی پس‌آزمون	آزمون لوین	F=۰/۸۶	۰/۳۶۱	برقرار
خطی بودن	اضطراب	آزمون خطی بودن	F=۳۸/۷۲	<۰/۰۰۱	برقرار
انحراف از خطی بودن	اضطراب	آزمون انحراف از خطی بودن	F=۱/۱۸	۰/۳۳۵	برقرار
خطی بودن رابطه	مهارت‌های اجتماعی	آزمون خطی بودن	F=۴۲/۵۶	<۰/۰۰۱	برقرار
انحراف از خطی بودن	مهارت‌های اجتماعی	آزمون انحراف از خطی بودن	F=۰/۹۷	۰/۴۲۸	برقرار
همگنی شیب‌های رگرسیون	اضطراب	تعامل گروه × پیش‌آزمون	F=۰/۴۱	۰/۵۲۶	برقرار
همگنی شیب‌های رگرسیون	مهارت‌های اجتماعی	تعامل گروه × پیش‌آزمون	F=۰/۵۹	۰/۴۴۶	برقرار
استقلال مشاهدات	هر دو متغیر	بر اساس طراحی مطالعه	—	—	برقرار

جدول ٦. نتایج تحلیل کوواریانس و میانگین‌های تعدیل‌شده متغیرهای پژوهش

متغیر	F(۱,۳۷)	P	ηp^2	گروه آزمایش (میانگین تعدیل‌شده، CI۹۵٪)	گروه کنترل (میانگین تعدیل‌شده، CI۹۵٪)
اضطراب	۸۶٫۸۵	<۰٫۰۰۱	۰٫۷۰	۳۰٫۴۲ (۲۸٫۲۱ تا ۳۲٫۶۳)	۴۷/۵۸ (۴۵/۳۷ تا ۴۹/۷۹)
مهارت‌های اجتماعی	۱۹٫۳۶	<۰٫۰۰۱	۰٫۳۴	۶۵٫۸۱ (۶۳٫۰۵ تا ۶۸٫۵۷)	۵۵٫۰۹ (۵۲٫۳۳ تا ۵۷٫۸۵)

یادداشت: میانگین‌های گزارش‌شده، میانگین‌های تعدیل‌شده (Estimated Marginal Means) پس از کنترل اثر نمرات پیش‌آزمون هستند. ηp^2 بیانگر اندازه اثر جزئی (Partial Eta Squared) و CI بیانگر فاصله اطمینان ٪۹۵ است.

پس از تأیید مفروضه‌های تحلیل کوواریانس، برای مقایسه نمرات پس‌آزمون دو گروه با کنترل آماری نمرات پیش‌آزمون، تحلیل کوواریانس انجام شد. نتایج تحلیل کوواریانس در جدول ۶ ارائه شده است. نتایج نشان داد که پس از کنترل نمرات پیش‌آزمون، بین دو گروه از نظر نمرات اضطراب در پس‌آزمون تفاوت آماری معناداری وجود داشت ($F(۱,۳۷)=۸۶٫۸۵، P<۰٫۰۰۱، \eta p^2=۰٫۷۰$). میانگین تعدیل‌شده اضطراب در گروه مداخله ۳۰٫۴۲ و در گروه کنترل ۴۷٫۵۸ بود؛ بنابراین، نمرات اضطراب در گروه مداخله به‌طور معناداری پایین‌تر از گروه کنترل بود.

همچنین، پس از کنترل نمرات پیش‌آزمون، بین دو گروه از نظر نمرات مهارت‌های اجتماعی در پس‌آزمون نیز تفاوت آماری معناداری مشاهده شد ($F(1،37)=19،36، P<0،001، \eta p^2=0،34$). میانگین تعدیل‌شده مهارت‌های اجتماعی در گروه مداخله ۶۵،۸۱ و در گروه کنترل ۵۵،۰۹ بود؛ بنابراین، نمرات مهارت‌های اجتماعی در گروه مداخله بالاتر از گروه کنترل بود.

در مجموع، پس از کنترل آماری نمرات پیش‌آزمون، بین دو گروه از نظر اضطراب و مهارت‌های اجتماعی در مرحله پس‌آزمون تفاوت معناداری مشاهده شد. اندازه اثر جزئی برای اضطراب ($\eta p^2=0،70$) و مهارت‌های اجتماعی ($\eta p^2=0،34$) نشان‌دهنده اثر نسبتاً بزرگ تا بزرگ مداخله بود. با توجه به غیرتصادفی بودن تخصیص شرکت‌کنندگان، این یافته‌ها باید در چارچوب طراحی نیمه‌تجربی پژوهش تفسیر شوند و از نسبت دادن قطعی تفاوت مشاهده‌شده به اثر علّی مداخله فراتر از ظرفیت طراحی مطالعه خودداری شود.

بحث

پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی نمایش‌درمانی گروهی مبتنی بر مفاهیم روان‌شناسی تحلیلی یونگ بر اضطراب و مهارت‌های اجتماعی نوجوانان و جوانان مبتلا به اختلال طیف اوتیسم انجام شد. یافته‌ها نشان داد که پس از کنترل اثر نمرات پیش‌آزمون، بین دو گروه از نظر هر دو پیامد مورد بررسی تفاوت معناداری وجود داشت. در متغیر اضطراب، میانگین تعدیل‌شده گروه مداخله ۳۰/۴۲ و در گروه کنترل ۴۷/۵۸ بود و تفاوت بین دو گروه معنادار گزارش شد ($F(1،37)=86،85، P<0،001، \eta p^2=0،70$). همچنین، میانگین تعدیل‌شده مهارت‌های اجتماعی در گروه مداخله ۶۵،۸۱ و در گروه کنترل ۵۵/۰۹ بود و این تفاوت نیز معنادار بود ($F(1،37)=19،36، P<0،001، \eta p^2=0،34$). اندازه اثرهای به‌دست‌آمده، به‌ویژه برای اضطراب، نشان‌دهنده تفاوت قابل توجه بین دو گروه پس از کنترل نمرات پایه است. بااین‌حال، با توجه به نیمه‌تجربی بودن مطالعه و تخصیص غیرتصادفی شرکت‌کنندگان، این یافته‌ها باید به‌عنوان شواهدی از ارتباط مداخله با تغییرات مشاهده‌شده تفسیر شوند و نه اثبات قطعی رابطه علّی.

اندازه اثر مشاهده‌شده در پژوهش حاضر، به‌ویژه برای اضطراب ($\eta p^2=0،70$)، نسبتاً بزرگ بود و نشان می‌دهد که تفاوت بین دو گروه پس از کنترل نمرات پیش‌آزمون قابل توجه بوده است. این میزان اثر ممکن است تا حدی با ماهیت فشرده، ساختاریافته و گروهی مداخله و ترکیب فعالیت‌های نمایشی، ایفای نقش، تعامل گروهی و تمرین موقعیت‌های اجتماعی مرتبط باشد؛ فعالیت‌هایی که فرصت تجربه و تمرین مستقیم موقعیت‌های هیجانی و اجتماعی را برای شرکت‌کنندگان فراهم می‌کردند. همچنین، سازمان‌دهی این فعالیت‌ها بر اساس مفاهیم منتخب روان‌شناسی تحلیلی یونگ ممکن است به ایجاد چارچوبی منسجم برای بیان هیجان‌ها و تجربه موقعیت‌های اجتماعی کمک کرده باشد. بااین‌حال، از آنجا که این فرایندها در پژوهش حاضر مستقیماً اندازه‌گیری نشدند، نمی‌توان آنها را به‌عنوان سازوکارهای اثبات‌شده یا علت مستقیم اندازه اثر بزرگ در نظر گرفت.

اندازه اثر مشاهده‌شده برای مهارت‌های اجتماعی ($\eta p^2=0،34$) نیز قابل توجه بود و با برخی مطالعات و مرورهای نظام‌مند درباره مداخلات ساختاریافته مهارت‌های اجتماعی و نمایش‌محور در افراد مبتلا به اختلال طیف اوتیسم همسو است (۸, ۱۰, ۱۱, ۲۱). بااین‌حال، همه مطالعات پیشین اثرهای بزرگ و معناداری گزارش نکرده‌اند و نتایج مطالعات در این زمینه ناهمگون است (۱۰, ۱۱). تفاوت در سن شرکت‌کنندگان، سطح عملکرد و شدت اختلال، توانایی‌های شناختی و زبانی، تعداد و مدت جلسات، نوع گروه کنترل و ابزارهای اندازه‌گیری می‌تواند بخشی از تفاوت اندازه اثر میان مطالعات را توضیح دهد. افزون بر این، حجم نمونه نسبتاً محدود و تخصیص غیرتصادفی شرکت‌کنندگان در پژوهش حاضر می‌تواند موجب ناپایداری یا حتی بزرگ‌برآورد شدن اندازه اثر نسبت به جمعیت هدف شده باشد. بنابراین، اندازه اثرهای مشاهده‌شده، به‌ویژه $\eta p^2=0،70$ برای اضطراب، باید با احتیاط تفسیر شوند و تأیید آنها در مطالعات چندمرکزی با حجم نمونه بزرگ‌تر ضروری است.

کاهش اضطراب در گروه مداخله با اهمیت بالای اضطراب در افراد مبتلا به اختلال طیف اوتیسم همخوان است. اضطراب از مشکلات روان‌شناختی شایع در این جمعیت محسوب می‌شود و می‌تواند مشکلات ارتباطی و اجتماعی موجود را تشدید کند (۳, ۵, ۲۲, ۲۳). در واقع، وجود اضطراب ممکن است با افزایش اجتناب از موقعیت‌های اجتماعی، مشکلات تنظیم هیجان و کاهش مشارکت در

فعالیت‌های اجتماعی همراه باشد (۵, ۲۲, ۲۴). از این منظر، کاهش اضطراب می‌تواند پیامد مهمی برای برنامه‌های توان‌بخشی روان‌شناختی افراد مبتلا به ASD داشته باشد؛ زیرا کاهش بار هیجانی ممکن است فرصت مشارکت بیشتر در فعالیت‌های اجتماعی و درمانی را فراهم کند.

یافته حاضر در زمینه شواهد موجود درباره مداخلات نمایشی و تئاتری نیز قابل تفسیر است. مرور نظام‌مند Bololia و همکاران نشان داده است که نمایش‌درمانی در کودکان و نوجوانان مبتلا به ASD می‌تواند در حوزه‌هایی مانند تعامل اجتماعی، ارتباط و مشارکت مورد استفاده قرار گیرد، اگرچه ناهمگونی مطالعات، تفاوت در پروتکل‌ها و محدودیت شواهد تجربی، نتیجه‌گیری قطعی درباره میزان اثربخشی آن را دشوار می‌کند (۱۰). همچنین، مرور نظام‌مند Martí-Vilar و همکاران درباره مداخلات مبتنی بر تئاتر، ظرفیت این رویکردها را برای تقویت مهارت‌های اجتماعی و تعاملات افراد مبتلا به اوتیسم گزارش کرده است (۱۱). بنابراین، کاهش اضطراب مشاهده‌شده در مطالعه حاضر را می‌توان در چارچوب شواهد رو به رشد درباره استفاده از مداخلات تجربی و هنرمحور برای بهبود پیامدهای روان‌شناختی افراد مبتلا به ASD مورد توجه قرار داد؛ هرچند شواهد موجود هنوز برای نسبت دادن این اثر به یک سازوکار اختصاصی نمایش‌درمانی کافی نیست.

از نظر فرایند مداخله، یکی از ویژگی‌های مهم برنامه حاضر استفاده از فعالیت‌های نمایشی، ایفای نقش، بداهه‌پردازی، داستان‌پردازی، حرکت، تخیل هدایت‌شده، بازسازی موقعیت‌های بین‌فردی و پردازش گروهی بود. این فعالیت‌ها به شرکت‌کنندگان امکان می‌دادند موقعیت‌های اجتماعی را در محیطی ساختاریافته و نسبتاً ایمن تجربه کنند و راه‌های مختلف پاسخ‌دهی به موقعیت‌های بین‌فردی را تمرین نمایند. چنین ویژگی‌هایی با ماهیت تجربی نمایش‌درمانی همخوان است؛ رویکردی که در آن تجربه، نقش‌آفرینی و تعامل با دیگران بخش مهمی از فرایند درمانی محسوب می‌شود (۱۰, ۲۵, ۲۶). شواهد جدید درباره فرایندهای نمایش‌درمانی نیز بر اهمیت تعامل، نقش‌آفرینی و تجربه‌های نمایشی در فرایند درمان تأکید کرده‌اند (۱۴, ۱۵, ۲۷).

افزایش مهارت‌های اجتماعی در گروه مداخله نیز با شواهد موجود درباره مداخلات ساختاریافته مهارت‌های اجتماعی در نوجوانان مبتلا به ASD همسو است. یک مرور نظام‌مند و فراتحلیل جدید درباره مداخلات مهارت‌های اجتماعی در نوجوانان دارای سطح ۱ اوتیسم نشان داد که این مداخلات می‌توانند برخی پیامدهای اجتماعی را بهبود بخشند (۸). همچنین، مطالعات مربوط به مداخلات تئاتری نشان داده‌اند که فعالیت‌های نمایشی می‌توانند فرصت‌هایی برای تمرین تعامل اجتماعی، تشخیص هیجان، ایفای نقش و دریافت بازخورد فراهم کنند (۱۰, ۱۱, ۲۱). برای نمونه، Corbett و همکاران در یک مطالعه تصادفی نشان دادند که مداخله تئاتری می‌تواند با بهبود شایستگی اجتماعی و برخی جنبه‌های تعامل اجتماعی کودکان مبتلا به ASD همراه باشد (۲۱). اگرچه جمعیت مطالعه Corbett و همکاران با نمونه حاضر از نظر سنی متفاوت بود، یافته آنان از این دیدگاه حمایت می‌کند که فعالیت‌های تئاتری می‌توانند ظرفیت بالقوه‌ای برای تقویت برخی ابعاد عملکرد اجتماعی در افراد مبتلا به اوتیسم داشته باشند.

در مطالعه حاضر، فعالیت‌های ایفای نقش و بازسازی موقعیت‌های اجتماعی به‌طور خاص در جلسات مختلف مورد استفاده قرار گرفتند. برای مثال، در جلسات مربوط به پرسونا، شرکت‌کنندگان نقش‌های اجتماعی مختلف را تجربه و درباره تفاوت میان نقش اجتماعی و خود واقعی گفت‌وگو می‌کردند؛ در جلسات بعدی نیز مدیریت تعارض، همکاری گروهی، ارتباط مؤثر و تمرین موقعیت‌های اجتماعی پیچیده مورد توجه قرار گرفت. این ساختار می‌تواند توضیح دهد که چرا در پایان مداخله، مهارت‌های اجتماعی گروه مداخله نسبت به گروه کنترل افزایش یافته است. بااین‌حال، باید تأکید کرد که مطالعه حاضر اجزای منفرد مداخله را جداگانه ارزیابی نکرده است؛ بنابراین مشخص نیست که افزایش مهارت‌های اجتماعی بیشتر ناشی از ایفای نقش، تعامل گروهی، بازخورد درمانگر، تمرین مکرر یا ترکیب این عوامل بوده است.

از نظر نظری، ویژگی متمایزکننده مداخله حاضر استفاده از مفاهیم منتخب روان‌شناسی تحلیلی یونگ برای سازمان‌دهی محتوای جلسات بود. مفاهیمی مانند «خود»، نمادپردازی، پرسونا، سایه، کهن‌الگوها و فردیت‌یابی در طراحی محتوای مداخله مورد استفاده قرار گرفتند (۱۲-۱۴, ۲۸). بر اساس دیدگاه یونگ، نمادها و فرایندهای خلاقانه می‌توانند به بیان و پردازش تجربه‌های درونی کمک کنند (۱۲, ۱۳, ۲۸). پژوهش‌های جدیدتر نیز به امکان استفاده از روش‌های خلاق در چارچوب روان‌شناسی تحلیلی و اهمیت

فرایندهـای خلاقانـه در روان‌درمانـی اشـاره کرده‌انـد (۱۴). بااین‌حـال، ایـن تبییـن نظـری نبایـد بـا اثبـات تجربـی سـازوکارهای مداخلـه اشـتباه گرفتـه شـود. در پژوهـش حاضـر متغیرهایـی ماننـد خودآگاهـی، نمادپـردازی، مواجهـه بـا سـایه، تغییـر پرسـونا، فردیت‌یابـی یـا یکپارچگـی روان‌شـناختی به‌صـورت مسـتقیم اندازه‌گیـری نشـدند. بنابرایـن، نمی‌تـوان بـر اسـاس یافته‌هـای ایـن مطالعـه ادعـا کـرد کـه کاهـش اضطـراب یـا افزایـش مهارت‌هـای اجتماعـی «بـه دلیـل افزایـش خودآگاهـی»، «مواجهـه بـا سـایه» یـا «فردیت‌یابـی» رخ داده اسـت. ایـن مفاهیـم در پژوهـش حاضـر در درجـه نخسـت چارچـوب نظـری و محتوایـی مداخلـه را تشـکیل می‌دادنـد. بـه همیـن دلیـل، مـدل مفهومـی پژوهـش بایـد به‌عنـوان یـک مـدل نظـری احتمالـی در نظـر گرفتـه شـود و نـه یـک مـدل میانجی‌گـری تجربـی اثبات‌شـده.

ایـن تمایـز همچنیـن در مقایسـه نمایش‌درمانـی حاضـر بـا نمایش‌درمانـی عمومـی اهمیـت دارد. اگرچـه فعالیت‌هایـی ماننـد ایفـای نقـش، بداهه‌پـردازی، داسـتان‌پردازی و تعامـل گروهـی در بسـیاری از اشـکال نمایش‌درمانـی اسـتفاده می‌شـوند (۱۰, ۲۵, ۲۶)، ویژگـی متمایزکننـده برنامـه حاضـر آن بـود کـه ایـن فعالیت‌هـا بـر اسـاس مفاهیـم منتخـب روان‌شناسـی تحلیلـی یونـگ سـازمان‌دهی شـدند. پروتـکل شـامل ۱۰ جلسـه ۹۰ دقیقـه‌ای بـود و رونـد آن از ایجـاد فضـای ایمـن و شـکل‌گیری رابطـه گروهـی بـه سـمت شناسـایی هیجان‌هـا، فعالیت‌هـای نمادیـن، ایفـای نقش‌هـای اجتماعـی، کار بـا هیجان‌هـای دشـوار، تمریـن مهارت‌هـای اجتماعـی و انتقـال آموخته‌هـا بـه موقعیت‌هـای روزمـره پیـش می‌رفـت. بنابرایـن، بهتـر اسـت یافته‌هـای مطالعـه حاضـر به‌عنـوان نتیجـه یـک بسـته مداخلـه‌ای چندجزئـی تفسـیر شـوند، نـه اثـر یـک تکنیـک منفرد. از سـوی دیگـر، مقایسـه یافته‌هـای حاضـر بـا مطالعـات پیشـین بایـد بـا توجـه بـه تفـاوت جمعیت‌هـا و پروتکل‌هـا انجـام شـود. بخـش قابـل توجهـی از پژوهش‌هـای نمایش‌درمانـی در ASD بـر کـودکان تمرکـز داشـته‌اند (۱۰, ۱۱, ۲۱, ۲۶)، در حالـی کـه نمونـه حاضـر نوجوانـان و جوانـان ۱۴ تـا ۲۸ سـاله را شـامل می‌شـد. ایـن تفـاوت از یـک سـو اهمیـت مطالعـه حاضـر را افزایـش می‌دهـد، زیـرا نیازهـای اجتماعـی و هیجانـی افـراد در دوره نوجوانـی و جوانـی بـا دوره کودکـی یکسـان نیسـت؛ امـا از سـوی دیگـر، تفسـیر نتایـج را بـا محدودیـت مواجـه می‌کنـد. در ایـن دوره، اسـتقلال فـردی، روابـط همسـالان، انتظـارات اجتماعـی و آمادگـی بـرای نقش‌هـای تحصیلـی و شـغلی تغییـر می‌کنـد و بنابرایـن ممکـن اسـت پاسـخ افـراد بـه یـک مداخلـه گروهـی نیـز متفـاوت باشـد.

مهم‌تریـن محدودیـت پژوهـش، ناهمگونـی سـنی شـرکت‌کنندگان در دامنـه ۱۴ تـا ۲۸ سـال و قـرار گرفتـن نوجوانـان و جوانـان در یـک نمونـه بـود؛ زیـرا تفاوت‌هـای رشـدی، شـناختی، اسـتقلال و نیازهـای اجتماعـی می‌توانـد بـر پاسـخ بـه مداخلـه اثرگـذار باشـد. به‌دلیـل حجـم نمونـه محـدود، تحلیـل جداگانـه گروه‌هـای سـنی امکان‌پذیـر نبـود؛ بنابرایـن، تعمیـم نتایـج بـه نوجوانـان یـا جوانـان به‌صـورت مسـتقل بایـد بـا احتیـاط انجـام شـود. همچنیـن، حجـم نمونـه کـم، اجـرای پژوهـش در یـک مرکـز و تخصیـص غیرتصادفـی ۴۰ شـرکت‌کننده بـه دو گـروه، تعمیم‌پذیـری یافته‌هـا و کنتـرل کامـل تفاوت‌هـای اولیـه و عوامـل مخدوش‌کننـده را محـدود می‌کنـد.

نبـود دوره پیگیـری نیـز تعییـن پایـداری و تعمیـم اثـرات مداخلـه بـه محیـط طبیعـی را ناممکـن سـاخت. افـزون بـر ایـن، بهـره هوشـی و توانایـی زبانـی به‌صـورت کمـی و بـا ابـزار اسـتاندارد سـنجیده نشـد و در مـوارد دشـواری در پاسـخ بـه پرسشـنامه اضطـراب بـک، گویه‌هـا بـرای شـرکت‌کنندگان خوانـده و بـا توضیـح سـاده یـا مثـال روشـن شـدند؛ موضوعـی کـه ممکـن اسـت بـر پاسـخ‌دهی اثـر گذاشـته باشـد. اسـتفاده از ابزارهـای متناسـب بـا ویژگی‌هـای شـناختی و زبانـی افـراد مبتـلا بـه ASD و ارزیابـی چندمنبعـی در مطالعـات آینـده توصیـه می‌شـود.

نتیجه‌گیری

اگرچـه پروتـکل بـر اسـاس ادبیـات روان‌شناسـی تحلیلـی یونـگ، نمایش‌درمانـی و مداخـلات هنـری تدویـن، توسـط متخصصـان بررسـی و بـا چک‌لیسـت وفـاداری اجـرا شـد، اعتبـار تجربـی آن و سـهم نسـبی مؤلفه‌هـای یونگـی همچنـان نیازمند بررسـی اسـت. در مجمـوع، نمایش‌درمانـی گروهـی مبتنـی بـر مفاهیـم منتخـب یونـگ می‌توانـد مداخلـه‌ای مکمـل و بالقـوه بـرای کاهـش اضطـراب و بهبـود مهارت‌هـای اجتماعـی در نوجوانـان و جوانـان مبتـلا بـه ASD باشـد؛ بااین‌حـال، به‌دلیـل محدودیت‌هـای طراحـی، حجـم نمونـه، دامنـه سـنی، نبـود پیگیـری و عـدم سـنجش مسـتقیم سـازوکارهای نظـری، یافته‌هـا اثبـات قطعـی سـازوکارهای اختصاصـی یونگـی محسـوب نمی‌شـوند.

پژوهش‌هـای آینـده بایـد بـا نمونه‌هـای بزرگ‌تـر و چندمرکـزی، گروه‌هـای سـنی همگن‌تـر، سـنجش اسـتاندارد بهـره هوشـی و توانایـی زبانـی، پیگیـری طولانی‌تـر و ارزیابـان مسـتقل انجـام

شوند. همچنین، سنجش مستقیم خودآگاهی، تنظیم هیجان، تجربه نقش و نمادپردازی می‌تواند امکان بررسی آن‌ها به‌عنوان سازوکارهای احتمالی یا میانجی و تعیین سهم فرایندهای یونگی در برابر عوامل عمومی نمایش‌درمانی و تعامل گروهی را فراهم کند.

سپاسگزاری

این پژوهش برگرفته از رساله دکتری تخصصی آقای امیرفرزام دهنوی، دانشجوی رشته تاریخ تحلیلی ـ تطبیقی هنر اسلامی در دانشگاه آزاد اسلامی، واحد بین‌الملل کیش، با شماره مصوب ۱۴:۴۵:۴۸ و تاریخ تصویب ۱۴۰۳/۰۳/۲۰ است. این مطالعه هیچ‌گونه حمایت مالی از سوی سازمان‌ها، نهادهای دولتی، مؤسسات خصوصی یا سازمان‌های غیرانتفاعی دریافت نکرده است. پژوهش حاضر پس از اخذ تأییدیه از کمیته اخلاق در پژوهش دانشگاه آزاد اسلامی، واحد تهران شمال، و دریافت کد اخلاق IR.IAU.TNB.REC.1405.140 به اجرا درآمد.

نویسندگان از تمامی نوجوانان و جوانان مبتلا به اختلال طیف اوتیسم، خانواده‌های آنان و مسئولان مرکز توان‌بخشی که در اجرای این پژوهش همکاری کردند، صمیمانه قدردانی می‌کنند.

تعارض منافع

نویسندگان اعلام می‌کنند که هیچ‌گونه تعارض منافعی در ارتباط با این پژوهش وجود ندارد.

References

1. Association AP. Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5-TR. 5th ed. Washington (DC): American Psychiatric Publishing; 2022.
2. Maenner MJ WZ, Williams AR, Amoakohene E, Bakian AV, Bilder DA, et al. Prevalence and characteristics of autism spectrum disorder among children aged 8 years-Autism and Developmental Disabilities Monitoring Network, 11 sites, United States, 2020. MMWR Surveill Summ. 2023;72(2):1-14. https://doi.org/10.15585/mmwr.ss7202a1
3. Lord C, Brugha TS, Charman T, Cusack J, Dumas G, Frazier T, et al. Autism spectrum disorder. Nat Rev Dis Primers. 2020;6(1):5. https://doi.org/10.1038/s41572-019-0138-4
4. Zerva IK. Neurodevelopmental Disorders in Education: The Clinical Continuum From Childhood to Adulthood: The Clinical Continuum From Childhood to Adulthood: IGI Global; 2026. https://doi.org/10.4018/979-8-3693-6331-7
5. Thiele-Swift HN, Dorstyn D-S. Anxiety prevalence in youth with autism: A systematic review and meta-analysis of methodological and sample moderators. Rev J Autism Dev Disord. 2026;13(1):76-89. https://doi.org/10.1007/s40489-023-00427-w
6. Zhang L, Song W, Gao H, Li X. Effects of exercise on anxiety and psychiatric comorbidities in children with autism spectrum disorder: a systematic review and meta-analysis. Front Psychiatry. 2026;17:1761833. https://doi.org/10.3389/fpsyt.2026.1761833
7. Linden A, Best L, Elise F, Roberts D, Branagan A, Tay YBE, et al. Benefits and harms of interventions to improve anxiety, depression, and other mental health outcomes for autistic people: A systematic review and network meta-analysis of randomised controlled trials. Autism. 2023;27(1):7-30. https://doi.org/10.1177/13623613221117931
8. Narzisi A, Sesso G, Fabbri-Destro M, Berloffa S, Fantozzi P, Muccio R, et al. Social skills interventions for adolescents with level 1 autism spectrum disorder: A systematic review with meta-analysis of randomized controlled trials. Clin Neuropsychiatry. 2024;21(3):169.
9. Afsharnejad B, Black MH, Falkmer M, Boelte S, Girdler S. The methodological quality and intervention fidelity of randomised controlled trials evaluating social skills group programs in autistic adolescents: A systematic review and meta-analysis. J Autism Dev Disord. 2024;54(4):1281-316. https://doi.org/10.1007/s10803-023-05893-z
10. Bololia L, Williams J, Macmahon K, Goodall K. Dramatherapy for children and adolescents with autism spectrum disorder: A systematic integrative review. The Arts in Psychotherapy. 2022;80:101918. https://doi.org/10.1016/j.aip.2022.101918
11. Martí-Vilar M, Fernández-Gómez N, Hidalgo-Fuentes S, González-Sala F, Merino-Soto C, Toledano-Toledano F. Theater-based interventions in social skills in mental

health care and treatment for people with autism spectrum disorder: A systematic review. Sustainability. 2023;15(23):16480. https://doi.org/10.3390/su152316480
12. Jung CG. Man and his symbols. London: Aldus Books 1964.
13. Jung CG. The archetypes and the collective unconscious. Vol. 9, Part 1. Princeton (NJ): Princeton University Press; 1968.
14. Roesler C. The Creative Psyche: Jung's Model of the Use of Creative Methods in Psychotherapy and Empirical Support in the Fields of Sandplay Therapy, Art Therapy and Therapeutic Dreamwork. International Journal of Jungian Studies. 2025;17(1):40-62. https://doi.org/10.1163/19409060-bja10040
15. Cook A, Armstrong CR, Frydman J, Versaci R, Ludlow L. The Drama Therapy Core Process Coding System: A Transtheoretical Capturing of Drama Therapy Processes. The Arts in Psychotherapy. 2025:102-382. https://doi.org/10.1016/j.aip.2025.102382
16. Constien T, Khanna A, Wiberg A. Client experiences of drama therapy: A systematic review and qualitative meta-analysis. Qualitative Psychology. 2025;12(3):311. https://doi.org/10.1037/qup0000300
17. Kerns CM, Kendall PC, Berry L, Souders MC, Franklin ME, Schultz RT, et al. Traditional and atypical presentations of anxiety in youth with autism spectrum disorder. J Autism Dev Disord. 2014;44(11):2851-61. https://doi.org/10.1007/s10803-014-2141-7
18. Jones P. Drama as therapy. Volume 1: Theory, practice and research. 2nd ed. London: Routledge; 2007. https://doi.org/10.4324/9780203932902
19. Emunah R. Acting for real: Drama therapy process, technique, and performance. 2nd ed. New York (NY): Routledge; 2019. https://doi.org/10.4324/9781315725406
20. Sandbank M, Bottema-Beutel K, Crowley S, Cassidy M, Dunham K, Feldman JI, et al. Project AIM: Autism intervention meta-analysis for studies of young children. Psychological bulletin. 2020;146(1):1. https://doi.org/10.1037/bul0000215
21. Corbett BA, Key AP, Qualls L, Fecteau S, Newsom C, Coke C, et al. Improvement in social competence using a randomized trial of a theatre intervention for children with autism spectrum disorder. J Autism Dev Disord. 2016;46(2):658-72. https://doi.org/10.1007/s10803-015-2600-9
22. Beck AT, Epstein N, Brown G, Steer RA. An inventory for measuring clinical anxiety: psychometric properties. J Consult Clin Psychol. 1988;56(6):893-7. https://doi.org/10.1037/0022-006X.56.6.893
23. Kaviani H, Mousavi A. Psychometric properties of the Persian version of Beck Anxiety Inventory (BAI). Tehran Univ Med J. 2008;2(66):136-40. [in Persian].
24. Matson JL, Rotatori AF, Helsel WJ. Development of a rating scale to measure social skills in children: The Matson Evaluation of Social Skills with Youngsters (MESSY). Behav Res Ther. 1983;21(4):335-40. https://doi.org/10.1016/0005-7967(83)90001-3
25. Yousefi F, Kheir M. Examination of the reliability and validity of Matson's Social Skills Measurement Scale and comparison of high school girls' and boys' performance. Soc Sci Humanit Shiraz Univ. 2002;18(2):147-58. [in Persian].
26. Roisenberg BB, Boulton KA, Thomas EE, Perry N, Yu D, Guastella AJ. Autistic adults' experiences of cognitive-behavioural group therapy for social anxiety: Relational experiences of participation. Autism. 2026;30(1):197-212. https://doi.org/10.1177/13623613251377930
27. Singh P, Arora S. Fear of Negative Evaluation and Loneliness in Young Adults. Indian Journal of Health & Wellbeing. 2026;17(2):341.
28. Mazzucato M, Savastano M, Iudici A. Role-playing interventions in adult psychotherapy: a systematic review of clinical applications, reported outcomes, and future directions. Front Psychol. 2026;17:1749378. https://doi.org/10.3389/fpsyg.2026.1749378
29. Jung CG. Two essays on analytical psychology. London: Routledge; 2014. https://doi.org/10.4324/9781315725895
30. Samuels A, Shorter B, Plaut F. A critical dictionary of Jungian analysis. London: Routledge; 2012. https://doi.org/10.4324/9780203713822
31. Stein M. Jung's map of the soul: An introduction. Chicago (IL): Open Court Publishing; 1998.
32. Bandura A. Social foundations of thought and action. Englewood Cliffs (NJ): Prentice-Hall; 1986.
33. Kolb DA. Experiential learning: Experience as the source of learning and development. 2nd ed. Upper Saddle River (NJ): FT Press; 2014.