

اثربخشی نقاشی درمانی در کاهش پرخاشگری کودکان مبتلا به اختلال سلوک

شهلا جنگی قوجه بیگلو^{1*}؛ علی اکبر شیرآبادی²؛ سروین انصاری حسین³؛ جابر عزیززاده گورادل⁴

چکیده

زمینه: پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی نقاشی درمانی در کاهش پرخاشگری کودکان مبتلا به اختلال سلوک انجام گرفت.

روش‌ها: طرح این پژوهش از نوع نیمه‌آزمایشی (طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل) بود. نمونه آماری شامل 30 کودک مبتلا به اختلال سلوک بود که با استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس از بین کلیه دانش‌آموزان 8-12 ساله مبتلا به اختلال سلوک که در سال تحصیلی 93-1392 در شهر پارس‌آباد مشغول به تحصیل بودند، انتخاب شدند. سپس نمونه‌ها با روش تصادفی ساده به دو گروه مساوی آزمایش و کنترل تقسیم شدند. آزمون هوشی ریون، پرسشنامه علایم مرضی کودکان و آزمون پرخاشگری آیزنک، ابزارهای مورد استفاده جهت گردآوری اطلاعات بودند. گروه آزمایش طی 12 جلسه تحت نقاشی درمانی قرار گرفتند و هر جلسه 40 دقیقه به طول می‌انجامید. جهت تحلیل داده‌ها، از آزمون آماری تحلیل کوواریانس یک‌راهه و آزمون t استفاده شد.

یافته‌ها: نتایج آزمون t نشان داد که از لحاظ میزان پرخاشگری بین دو گروه آزمایش و کنترل در مرحله پیش‌آزمون تفاوت معناداری وجود ندارد. تحلیل کوواریانس نیز نشان داد که نمرات پرخاشگری در گروه آزمایش در مرحله پس‌آزمون و مرحله پیگیری نسبت به گروه کنترل به‌طور معناداری کاهش یافته است ($P < 0/05$).

نتیجه‌گیری: روش نقاشی درمانی، روش مؤثری در کاهش سطح پرخاشگری کودکان مبتلا به اختلال سلوک می‌باشد.

کلیدواژه‌ها: نقاشی درمانی، پرخاشگری، کودکان، اختلال سلوک

«دریافت: 1393/3/12 پذیرش: 1393/8/27»

1. گروه روانشناسی، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه تبریز

2. گروه روانشناسی، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه سیستان و بلوچستان

3. گروه روانشناسی، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه محقق اردبیلی

4. دانشگاه آزاد اسلامی واحد اردبیل، باشگاه پژوهشگران جوان و نخبگان، اردبیل

* عهده‌دار مکاتبات: تبریز، بلوار 29 بهمن، خیابان امام خمینی، دانشگاه تبریز، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، گروه روانشناسی.

Email: shahla.jangi@gmail.com

تلفن: 09356010943

مقدمه

می‌شوند؛ برای تشخیص ابتلاء به این اختلال، سه مورد (یا بیشتر) از موارد 15 گانه باید در 12 ماه گذشته وجود داشته باشد. همچنین لازم است که از هر طبقه حداقل یک مورد در 6 ماه اخیر حضور داشته باشد (1). پرخاشگری، مشخصه بارز اختلال سلوک است که مشکلات رفتاری و هیجانی مختلفی را برای این کودکان و خانواده‌های آنان ایجاد می‌کند (2). کودکان پرخاشگر مبتلا به اختلال سلوک، وقتی به دوران نوجوانی و بزرگسالی می‌رسند

بر اساس تعریف پنجمین راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی (DSM-5)، اختلال سلوک الگوی پیوسته و تکراری رفتار است که در آن حقوق اساسی دیگران، هنجارهای اجتماعی متناسب با سن فرد و یا قوانین نقض می‌شوند. این‌گونه رفتارها (15 مورد) به 4 طبقه شامل: پرخاشگری به اشخاص و حیوانات، تخریب اموال، فریبکاری یا دزدی و نقض جدی قوانین تقسیم

در کل هنرهای تجسمی به‌عنوان ابزاری برای برون‌فکنی، تخلیه هیجانی، ارایه افکار و نشان دادن احساسات، تعارضات و تمایلات درونی استفاده می‌شود. در واقع با ابزاری چون نقاشی، کودک همه مسایل زندگی خود را به تجربه درآورده، خود را می‌آزماید و خویشتن را بنا می‌کند (15). کارمیت و همکاران (16) عقیده دارند از آن‌جا که کودکان نسبت به بزرگسالان، خزانه لغات محدودی برای بیان تجارب هیجانی خود دارند، نقاشی می‌تواند به‌عنوان زبانی برای برون‌ریزی هیجان‌های نظیر پرخاشگری باشد. نتایج پژوهش‌های مختلف بر این عقیده صحه گذاشته‌اند. لی (17) در پژوهشی اثربخشی نقاشی‌درمانی را بر تغییرات رفتاری و هیجانی یک کودک مبتلا به اختلالات رفتاری و هیجانی بررسی کرده و دریافت که پس از پایان جلسات نقاشی‌درمانی، رفتارها و هیجان‌های انطباقی، نگرش مثبت نسبت به خانواده و واکنش مثبت در مقابل مشکلات در کودک افزایش یافت. راسل (18) در پژوهش خود نشان داد که هنردرمانی (نقاشی و سفالگری) تأثیرات مثبتی بر کودکان در معرض خطر دارد و رفتارهای پرخاشگرانه، بیش‌فعالی و کم‌توجهی آنان را کاهش می‌دهد. کرمی و همکاران (12) در پژوهشی دریافتند که نقاشی‌درمانی در کاهش رفتارهای پرخاشگرانه دانش‌آموزان دختر دچار نارساخوانی مؤثر است. همچنین نژادی کاشانی و همکاران (19) و به‌پژوه و همکاران (20) تأثیر نقاشی را در کاهش پرخاشگری دانش‌آموزان عقب‌مانده ذهنی، مورد بررسی قرار داده و دریافتند که نقاشی میزان پرخاشگری را در این گروه کاهش می‌دهد. متأسفانه پژوهشی در زمینه اثربخشی نقاشی‌درمانی در کاهش مشکلات هیجانی و یا رفتاری کودکان مبتلا به اختلال سلوک یافت نشد. با توجه به عوارض ناخوشایند پرخاشگری، محدودیت‌های مربوط به استفاده از روش‌های درمانی دیگر برای کودکان و نیز فقدان منابع پژوهشی، هدف از پژوهش حاضر بررسی اثربخشی نقاشی‌درمانی در کاهش پرخاشگری کودکان مبتلا به اختلال سلوک می‌باشد.

علایمی نظیر اضطراب و پرخاشگری علیه دیگران را از خود بروز می‌دهند و حتی ممکن است درگیر مواردی چون دیگرکشی و اعتیاد شوند (3).

به‌طورکلی پرخاشگری در سال‌های اولیه زندگی باعث به وجود آمدن مشکلات جبران‌ناپذیری از جمله خودپنداره ضعیف و افسردگی (4)، تکانشگری و بیش‌فعالی (5)، عملکرد تحصیلی ضعیف (6) و بسیاری از مشکلات دیگر می‌شود. مطالعات بیانگر تداوم اشکال مختلف پرخاشگری در طول زمان و اثرگذاری آن بر جنبه‌های مختلف زندگی فردی و اجتماعی فرد در آینده می‌باشند (7-9). علاوه بر این، پرخاشگری بر قربانیان این‌گونه رفتارها نیز تأثیرهای منفی نظیر افسردگی، اضطراب، احساس تنهایی و عزت نفس پایین دارد (10). با توجه به این‌که پرخاشگری اکثر جنبه‌های زندگی فردی و اجتماعی کودکان مبتلا به اختلال سلوک را تحت تأثیر قرار می‌دهد، هرگونه تلاشی که در راستای کنترل و درمان آن صورت گیرد، بهداشت روانی جامعه را ارتقاء بخشد و ارزشمند خواهد بود.

از جمله روش‌های درمانی که به منظور کاهش پرخاشگری کودکان مورد استفاده قرار می‌گیرد، هنردرمانی می‌باشد. تحقیقات نشان داده‌اند هنردرمانی به شکل‌های مختلف مانند نقاشی‌درمانی، نمایش‌درمانی و نمایش عروسکی برای درمان و کنترل پرخاشگری مؤثر است (11).

هنردرمانی به‌عنوان بیان عاطفه در هنر تعریف شده است (12). گراس و همکاران (13) معتقدند که هنردرمانی به‌دلایل ذیل می‌تواند در مورد کودکان مفید واقع شود: 1- بیان از طریق هنر می‌تواند اضطراب را کاهش داده و تسهیل‌کننده رابطه کودک-درمانگر باشد، 2- قدرت بازیابی حافظه را افزایش دهد، 3- به داستان‌ها و توضیحات کودکان سازمان دهد، 4- کودک را برانگیزد که چیزهای بیشتری بگوید. از جمله مهم‌ترین شاخه‌های-های هنردرمانی، نقاشی‌درمانی است. نقاشی عبارت است از ترسیم خودانگیزه تصاویر که فرصت‌هایی برای ارتباط و بیان غیرکلامی فراهم می‌کند (14). از نقاشی و

مواد و روش‌ها

راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی (DSM) صورت گرفت. در نهایت 30 کودک مبتلا به اختلال سلوک که در هر دو فرم والد و معلم پرسشنامه مذکور در سوالات گروه C (مربوط به اختلال سلوک) نمره برش (5) در فرم والد و 3 در فرم معلم) یا بالاتر را کسب کرده بودند، پس از توضیح روند مداخله به والدین و معلمانشان و کسب رضایت آنان، با استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند و با استفاده از روش تصادفی ساده نیمی از آنان در گروه آزمایش و نیمی دیگر در گروه کنترل قرار گرفتند. ملاک‌های ورود در انتخاب آزمودنی‌ها شامل داشتن حداقل یک سال سابقه ابتلا به اختلال سلوک و دارا بودن ضریب هوشی 90-115 بود. ملاک‌های خروج عبارت بودند از مبتلا بودن به اختلال‌های روانشناختی شدید و دریافت تشخیص و درمان برای اختلال سلوک توسط متخصصین دیگر. چنین مواردی با مراجعه به نتایج پرسشنامه علایم مرضی کودک (CSI-4) و پرونده روانشناختی کودکان در مدارس، شناسایی و از جریان پژوهش کنار گذاشته شدند. پیش از شروع مداخله درمانی، آزمون پرخاشگری آیزنک به‌عنوان پیش‌آزمون بر روی تمامی آزمودنی‌ها اجرا شد. سپس گروه آزمایشی طی 12 جلسه 40 دقیقه‌ای (دو بار در هفته، در مرکز مشاوره) با نظارت درمانگر تحت مداخله نقاشی‌درمانی قرار گرفتند (جدول 1).

پژوهش حاضر از نوع نیمه‌آزمایشی (طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل) بود. جامعه آماری این پژوهش شامل کلیه کودکان 8-12 ساله بود که در سال تحصیلی 1392-93 در مدارس ابتدایی شهر پارس‌آباد مشغول به تحصیل بودند. برای انتخاب نمونه، پس از اخذ مجوز لازم از آموزش و پرورش شهر پارس‌آباد، به مدارس مقاطع ابتدایی این شهر مراجعه و پس از اعلام آمادگی مسئولین و کسب رضایت والدین برای همکاری، بر اساس تعریف پنجمین راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی (DSM-5)، توضیحات کلی در مورد اختلال سلوک و ملاک‌های تشخیصی آن به معلمان ارایه شد و از آنان خواسته شد که با توجه به این معلومات، دانش‌آموزانی که به نظرشان چنین علایمی دارند، را معرفی کنند. سپس برای کسب اطمینان از بهنجار بودن ضریب هوشی کودکان معرفی شده توسط معلم، آزمون هوشی ریون بر روی آنان اجرا شد و سپس برای غربال‌گری کودکان مبتلا به اختلال سلوک، مادران و معلمان کودکان مشکوک به ابتلا، پرسشنامه علایم مرضی کودک (CSI-4) را پر کردند؛ لازم به ذکر است که سوالات پرسشنامه مذکور بر اساس علایم ذکر شده در راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی (DSM) طراحی شده است؛ بنابراین می‌توان گفت تشخیص نهایی کودکان مبتلا به اختلال سلوک بر پایه

جدول 1- خلاصه محتوای جلسات نقاشی‌درمانی

جلسه	شرح جلسه
جلسه اول	معارفه و خوش‌آمدگویی؛ آماده سازی آزمودنی‌ها برای شرکت در جلسات از طریق ارائه توضیحات کلی در مورد محتوا و زمان برگزاری جلسات و پرسش در مورد تمایل آزمودنی‌ها برای شرکت در جلسات، تمرین کار با وسایل مختلف نقاشی (مداد رنگی، آبرنگ و...)
جلسه دوم	کپی کردن از روی طرح‌های ارائه شده به عنوان نمونه
جلسه سوم الی هفتم	نقاشی آزاد فردی، ارائه توضیحات لازم توسط کودک در مورد آنچه ترسیم کرده است
جلسه هشتم الی دوازدهم	تقسیم اعضاء به پنج گروه سه نفری، نقاشی گروهی، انتخاب تصادفی یکی از اعضای هر گروه به‌عنوان رهبر برای ارائه توضیحات لازم در مورد آنچه گروه ترسیم کرده است

تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی (DSM-IV) مورد تجدیدنظر قرار گرفت و با نام پرسشنامه علائم مرضی کودکان (CSI-4) منتشر شد. پرسشنامه مذکور دارای دو فرم والد و معلم است. فرم والد دارای 112 سؤال است که برای 11 گروه عمده و یک گروه اضافی از اختلالات رفتاری تنظیم شده است. فرم معلم دارای 77 سؤال است که 9 گروه عمده از اختلالات رفتاری را در برمی‌گیرد. این اختلال‌ها شامل: اختلال کاستی توجه-بیش‌فعالی، اختلال لجبازی-نافرمانی، اختلال سلوک، اختلال اضطراب فراگیر، هراس اجتماعی، اختلال اضطراب جدایی، اختلال وسواس فکری-عملی، هراس خاص، اختلال افسردگی اساسی، اختلال افسرده‌خویی، اسکیزوفرنی، اختلال رشدی فراگیر، اختلال اسپرگر، تیک‌های صوتی و حرکتی، اختلال استرس پس از سانحه و اختلالات دفع هستند (22). محمداسماعیل و همکاران گزارش کرده‌اند که پرسشنامه علائم مرضی کودکان (CSI-4) ویژگی‌های روانسنجی مناسبی دارد و می‌توان از جداول هنجاری آن استفاده کرد (23). پرسشنامه پرخاشگری آیزنک، تهاجم، کینه‌ورزی، خشم و احساسات افراد را نسبت به موقعیت‌های مختلف می‌سنجد. این پرسشنامه توسط هانس آیزنک در سال 1975 تهیه شده و شامل 30 سؤال در زمینه پرخاشگری افراد است که 20 سؤال آن پاسخ مثبت و 10 سؤال آن پاسخ منفی دارد. در مقابل هر سؤال، سه گزینه وجود دارد. در صورتی که مورد سؤال مطابق با روحیات آزمودنی باشد، علامت "بلی" و در صورت عدم مطابقت علامت "خیر" و در صورت نظر ممتنع داشتن نسبت به سؤال، علامت "نمی‌دانم" مشخص می‌شود. اگر سؤال مثبت باشد و آزمودنی نیز به آن پاسخ مثبت بدهد، دو نمره دریافت خواهد کرد، اما اگر پاسخ منفی بدهد، نمره نخواهد گرفت. در حالت فی مابین، یک نمره خواهد گرفت. یعنی اگر به پاسخی که علامت مثبت دارد، پاسخ نمی‌دانم بدهد، یک نمره خواهد گرفت. در مورد سؤالاتی که نمره منفی دارند هم به همین شیوه عمل خواهد شد. یعنی اگر پاسخ سؤال منفی باشد و آزمودنی نیز

لازم به ذکر است که در طی کلیه جلسات، در صورت لزوم، زمانی که فرد به نکته‌ای درمورد احساساتش اشاره می‌کرد؛ با جمله‌هایی به وی پس‌خوراند داده می‌شد و بدین ترتیب فرآیند برون‌ریزی هیجانی تسهیل می‌گشت.

پس از پایان یافتن جلسات و دو ماه بعد از آن جهت بررسی اثر درمان، آزمون پرخاشگری آیزنک بر روی هر دو گروه اجرا شد. نهایتاً برای تجزیه و تحلیل داده‌ها، از نرم‌افزار SPSS 19 و آزمون آماری تحلیل کوواریانس یک راهه و آزمون t استفاده شد.

جهت جمع‌آوری داده‌ها از آزمون هوشی ریون، پرسشنامه علائم مرضی کودکان (CSI-4) و آزمون پرخاشگری آیزنک مورد استفاده قرار گرفتند. آزمون هوشی ریون برای اندازه‌گیری هوش افراد به کار می‌رود و دارای سه فرم است. در پژوهش حاضر از فرم ویژه کودکان استفاده شد. اجرای این آزمون هم به صورت گروهی و هم به صورت انفرادی امکان‌پذیر می‌باشد. آزمون فوق‌الذکر دارای 36 سؤال است که در هر یک از آن‌ها طرح یا نقشی داده شده است که قسمتی از آن حذف گردیده و آزمودنی باید از بین شش یا هشت قطعه کوچک‌تر که در پایین طرح اصلی داده شده‌اند، قسمت حذف شده را پیدا کند. اعتبار این آزمون برای تشخیص عامل هوش کلی بسیار بالا می‌باشد، ضریب اعتبار آزمون ریون در گروه‌های مختلف سنی بین 0/70-0/90 گزارش شده است و نحوه اجرای این آزمون به این ترتیب است که به هر پاسخ صحیح 1 نمره داده می‌شود و سپس با در نظر گرفتن جمع نمرات آزمودنی و سن او، رتبه درصدی او بر اساس جدول نمرات معلوم می‌شود (21). پرسشنامه علائم مرضی کودکان (CSI-4) یک مقیاس درجه‌بندی رفتار است که اولین بار در سال 1984 توسط گادو و اسپرافکین بر اساس طبقه‌بندی سومین راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی (DSM-III) جهت غربال کردن 18 اختلال رفتاری و هیجانی در کودکان 5-12 ساله طراحی شد و در سال 1994 با چاپ چهارم راهنمای

یکراهه استفاده شد. قبل از استفاده از این آزمون، فرضیه همگنی شیب‌های رگرسیون توسط آزمون همگنی شیب رگرسیون مورد بررسی قرار گرفت. نتایج حاکی از عدم معناداری تعامل بین گروه با پیش‌آزمون ($F=21/128$ ، $P=0/13$) در سطح $0/05$ بود، که نشان می‌دهد شرط همگنی شیب‌های رگرسیون به درستی رعایت شده است؛ بنابراین می‌توانیم از آزمون تحلیل کوواریانس یکراهه استفاده کنیم.

نتایج آزمون تحلیل کوواریانس یکراهه نشان داد که پس از تعدیل نمرات پیش‌آزمون، تفاوت بین دو گروه آزمایشی و کنترل در سطح $0/05$ معنادار است ($F_{1,26}=4/792$ ، $P<0/05$). پس می‌توان چنین استنباط کرد که نقاشی‌درمانی در مرحله پس‌آزمون منجر به کاهش سطح پرخاشگری گروه آزمایشی در مقایسه با گروه کنترل شده است. میزان تأثیر این مداخله درمانی $0/15$ به‌دست آمد، یعنی 15 درصد از واریانس نمرات کل باقیمانده مربوط به تأثیر مداخله درمانی است (جدول 3).

پاسخ منفی بدهد، دو نمره خواهد گرفت. اگر پاسخ مثبت بدهد، نمره نخواهد گرفت و اگر پاسخ نمی‌داند بدهد، یک نمره دریافت خواهد گرفت. حداکثر نمره در این آزمون 60 و حداقل آن صفر می‌باشد (12). در پژوهش ملکی (24) پایایی این پرسشنامه 69 درصد، در پژوهش کرمی و همکاران (12) 68 درصد و در پژوهش درتاج (25) 74 درصد به‌دست آمده است.

یافته‌ها

آزمودنی‌های پژوهش حاضر در دو جنس دختر (14 نفر) و پسر (16 نفر) با میانگین سنی 10 سال و مشغول به تحصیل در مقاطع ابتدایی بودند. لازم به ذکر است که در طی جلسات، ریزش آزمودنی صورت نگرفت. میانگین نمرات پرخاشگری گروه آزمایشی در مراحل پس‌آزمون و پیگیری نسبت به مرحله پیش‌آزمون کاهش یافت، اما میانگین نمرات پرخاشگری گروه کنترل در مراحل پس-آزمون و پیگیری نسبت به مرحله پیش‌آزمون تغییر چندانی نکرد (جدول 2).
برای مقایسه پرخاشگری کودکان، گروه آزمایشی و کنترل در مرحله پس‌آزمون از روش تحلیل کوواریانس

جدول 2- میانگین وانحراف معیار نمرات پرخاشگری گروه‌های آزمایشی و کنترل در مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری

گروه	پیش‌آزمون		پس‌آزمون		پیگیری	
	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
گروه آزمایشی	50/73	6/08	26/86	4/89	31/80	4/52
گروه کنترل	42/73	10/66	41/86	10/45	42	10/28
P value	P= 0/140		P= 0/038		P= 0/011	

جدول 3- تحلیل کوواریانس یکراهه برای مقایسه پرخاشگری کودکان گروه آزمایش و کنترل در مرحله پس‌آزمون

متغیر	منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	P value	مجذور اتا
پیش‌آزمون		485/747	1	485/747	37/283	0/000	0/859
پرخاشگری گروه		62/436	1	62/436	4/792	0/038	0/156
کودک	خطا	338/742	26	13/029			
کل		38985	30				

جدول 4 - تحلیل کوواریانس یک راهه برای مقایسه پرخاشگری کودکان گروه آزمایش و کنترل در مرحله پیگیری

متغیر	منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	P value	مجذورات
پرخاشگری	پیش آزمون	423/432	1	423/432	31/201	0/000	0/545
کودک	گروه	100/395	1	100/395	7/398	0/011	0/222
	خطا	352/853	26	13/571			
	کل	43397	30				

نقاشی درمانی بر کاهش پرخاشگری کودکان، همسو می‌باشد. برای تبیین یافته پژوهش حاضر باید به فواید نهفته در هنردرمانی اشاره کرد. نقاشی بیان مستقیم رؤیایها، تخیلات و سایر تجارب شخصی را به صورت تصاویر امکان‌پذیر می‌سازد. از طرفی محتوای ناخودآگاه از طریق نمایش‌های تصویری، راحت‌تر برون‌ریزی می‌شوند تا با بیان کلامی؛ بنابراین فرآیند درمانی سرعت بیشتری می‌یابد. همچنین آثار ایجاد شده، ماندگار و غیرقابل تغییر هستند و در نهایت باید گفت که محتوای آن‌ها نمی‌تواند با فراموشی پاک شود. نقاشی، تصمیم برای انتقال احساسات را آسان‌تر می‌کند (19). از سوی دیگر، فرآیند آفرینش هنری به صورت ذاتی توانایی درمان و شفابخشی دارد و مطالعات انجام‌گرفته بر نقش محوری که مکانیسم دفاعی پالایش در این تجربه بازی می‌کند، تأکید می‌نمایند (26). نقاشی درمانی به‌ویژه وقتی به صورت گروهی انجام می‌پذیرد مزیت‌های آن مضاعف می‌شود چرا که فرصت بودن در کنار یک گروه نزدیک با فرهنگ کودک باعث تجربه رشد هیجانی می‌شود، مخصوصاً کسانی که تجارب خوبی در خانواده و یا کلاس درس نداشته‌اند و کودکانی که نسبت به بودن در کنار بزرگسالان رغبت نشان نمی‌دهند، می‌توانند در فرآیند نقاشی گروهی پس‌خوراند مثبت بیشتری از سوی همسالان دریافت کنند.

بسیاری از کودکانی که به مراکز درمانی مراجعه می‌کنند از جمله کودکان مبتلا به اختلال سلوک، درگیر دامنه‌ای از مشکلات هیجانی می‌باشند. این کودکان با توجه به این‌که تجارب آسیب‌زایی را تجربه کرده‌اند، معمولاً از صحبت کردن در مورد نگرانی‌های خود

به‌منظور مقایسه پرخاشگری گروه آزمایشی و کنترل در مرحله پیگیری از روش تحلیل کوواریانس یک‌راهه استفاده شد. لازم به ذکر است که قبل از استفاده از این آزمون، برای بررسی فرضیه همگنی شیب‌های رگرسیون از آزمون همگنی شیب رگرسیون استفاده شد. نتایج حاکی از عدم معناداری تعامل بین گروه با پیش‌آزمون $(P=0/11, F=20/486)$ در سطح $0/05$ بود، که نشان می‌دهد از مفروضه همگنی شیب‌های رگرسیون تخطی نشده است.

نتایج آزمون تحلیل کوواریانس یک‌راهه نشان داد که در مرحله پیگیری پس از تعدیل نمرات پیش‌آزمون، تفاوت بین دو گروه آزمایشی و کنترل در سطح $0/05$ معنادار است $(F_{1,26}=7/398, P<0/05)$. به عبارتی می‌توان گفت که نقاشی درمانی، در مرحله پیگیری نیز منجر به کاهش سطح پرخاشگری گروه آزمایشی در مقایسه با گروه کنترل شده است. میزان تأثیر این مداخله درمانی $0/22$ به دست آمد، بدین معنا که 22 درصد از واریانس نمرات کل باقیمانده مربوط به تأثیر مداخله درمانی است (جدول 4).

بحث

نتایج پژوهش حاضر نشان داد که هنردرمانی بر پایه نقاشی درمانی در کاهش پرخاشگری کودکان مبتلا به اختلال سلوک مؤثر است. این یافته با نتایج پژوهش‌های لی (17)، راسل (18)، کرمی و همکاران (12)، نزادی کاشانی و همکاران (19) و نوری (20) مبنی بر اثربخشی

پرخاشگری را که جنبه حیاتی دارند برون‌ریزی می‌کند و از این‌جاست که نقاشی به منزله یک دریچه اطمینان، نقش آزادکننده و متعادل‌کننده‌ای را ایفا می‌کند. کودکان مبتلا به اختلال سلوک در پردازش واقع‌بینانه اطلاعات ناتوانند و نیز دارای کمبودهایی در مهارت‌های اجتماعی هستند که منجر به بروز رفتارهای ناسازگارانه از جمله پرخاشگری می‌گردد. این کودکان، بر اساس تجارب خود در موقعیت‌های اجتماعی و روابط بین‌فردی، سوگیرهای رفتاری-شناختی خشونت‌آمیز داشته، از ایجاد روابط مبتنی بر احترام و اعتماد ناتوانند (28). نقاشی‌درمانی فرصتی فراهم می‌آورد تا کودک مبتلا به اختلال سلوک افکار، تجارب، احساسات و هیجانات مخربی نظیر پرخاشگری را روی کاغذ پیاده کند و در پی برون‌ریزی هیجانی، آرامش از دست رفته خود را باز یابد. علاوه بر این نقاشی کردن زمینه کسب موفقیت و تجارب لذت‌بخش، کند و کاو، تصور، طراحی، اختراع و برقراری ارتباط را برای این کودکان فراهم می‌آورد. مطالعات نشان می‌دهد که نقاشی گروهی به‌صورت موضوع آزاد و تخیلی می‌تواند افکار جدید را بین کودکان رد و بدل کرده و نیز موجب افزایش همکاری و تعامل اجتماعی بهتر در آن‌ها شود (29). چنین کودکی در نتیجه قادر خواهد بود که در موقعیت‌های اجتماعی و روابط بین‌فردی به جای پرخاشگری، رفتارهای سازگارانه‌تری را از خود به نمایش گذاشته و در پی آن بازخوردهای مناسب‌تری دریافت داشته و مهارت‌های اجتماعی خود را بهبود بخشد.

با توجه به محدود بودن تعداد آزمودنی‌ها و محدودیت سنی آنان، امکان تعمیم یافته‌های حاصل از پژوهش حاضر به سایر گروه‌ها و سنین وجود ندارد. پیشنهاد می‌گردد که مسئولین آموزش و پرورش و مراکز درمانی، برنامه‌هایی بر مبنای نقاشی برای کودکان پرخاشگر مبتلا به اختلال سلوک تدارک ببینند. همچنین با توجه به کمبود تعداد پژوهش‌ها در حیطه هنردرمانی توصیه می‌شود پژوهش‌های آتی، اثربخشی دیگر جنبه‌های هنردرمانی در کاهش مشکلات هیجانی کودکان مبتلا به

عاجزند و به سؤالات مستقیم پاسخ نمی‌دهند. مشکل کودکان در کلامی‌سازی تجارب و دغدغه‌هایشان، آن‌ها را در معرض خطر ادامه و تشدید مشکلات قرار می‌دهد و این امر می‌تواند مانعی برای جستجوی کمک مناسب توسط آنان باشد. این کودکان می‌ترسند که بیان عواطف و در برخی مواقع مسایل و رازهای خانوادگی باعث شرمساری شود. در نتیجه شرم درونی‌شده قوی و عزت نفس پایینی دارند که ممکن است به‌صورت انواع رفتارهای ناسازگارانه نظیر پرخاشگری بروز یابد. یکی از مداخلات مؤثری که به کودک فرصت می‌دهد تا فارغ از شرمساری و در شرایطی ایمن عواطفش را بیان کند، نقاشی‌درمانی است (26). کودک همه مسایل زندگی خود را به واسطه نقاشی، به تجربه در می‌آورد. نقاشی کودک یک پیام است، آنچه او نمی‌تواند به لفظ درآورد به ما انتقال می‌دهد. ترسیم، فرآیند پیچیده‌ای است که طی آن کودک اجزای گوناگونی از تجربه‌هایش را برای ساختن یک کل معنادار مورد استفاده قرار می‌دهد. در این فرآیند او چیزی بیش از یک تصویر ارائه می‌دهد، او بخشی از خود را به ما باز می‌نماید، این‌که چگونه فکر می‌کند، چگونه احساس می‌کند و چگونه می‌بیند (15).

نقاشی به‌طور ویژه برای کار با کودکان با پرخاشگری بالا مفید است، زیرا پرخاشگری منبعی مملو از انرژی برای فعالیت خلاق است. فرآیند خلاق، از پرخاشگری فروخورده شده درمانجو، هم بهره می‌گیرد و هم آن را خنثی می‌کند (27). دادستان (18) معتقد است که گرایز بشری همواره پذیرفتنی نیستند و غالباً در تضاد با اصول اخلاقی و اصل واقعیت قرار می‌گیرند. انسان بزرگسال، بر حسب اصول اخلاقی یا فرهنگی خود و با در نظر گرفتن واقعیات برونی به تصفیه و جهت‌دهی به این نیروها می‌پردازد. اما برای کودک که بین احساسات دوسوگرا و قدرتمند عشق و پرخاشگری، سرگردان است، تنظیم این جهان درونی مشکلاتی را ایجاد می‌کند، مشکلاتی که در نقاشی‌های کودک فراقنده می‌شوند. کودک بر اساس ترسیم خود، کشاننده‌های عشق و

اختلال سلوک را مورد بررسی قرار دهند.

اختلال مؤثر خواهد بود. یافته پژوهش حاضر می‌تواند در مداخلات درمانی مورد توجه قرار گیرد.

نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر حاکی از اثربخشی نقاشی درمانی در کاهش پرخاشگری کودکان مبتلا به اختلال سلوک می‌باشد. بدیهی است که کاهش پرخاشگری این کودکان از طریق نقاشی درمانی در کاهش این عوارض و بهبودی

تشکر و قدردانی

از مسئولین و پرستل مدارس ابتدایی شهر پارس‌آباد و کلیه دانش‌آموزانی که در این پژوهش شرکت کردند و همچنین از والدین آنان سپاسگزاریم.

Reference

- American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 5th ed. Washington: American Psychiatric. 2013; 169-70.
- Ghaderi N, Asghari-Moghaddam MA, Shairi M. [The effectiveness of cognitive-behavioral play therapy on aggression of children with conduct disorder (Persian)]. Daneshvare Rafter. 2006;13(19):75-84.
- Hodgins S, Tiihonen J, Ross D. The consequences of conduct disorder males who develop schizophrenia: associations with criminality, aggressive behavior, substance use, and psychiatric services. Schizophr Res. 2005;78(2-3):323-35.
- Matsuura N, Hashimoto T, Toichi M. Correlations among self-esteem, aggression, adverse childhood experiences and depression in inmates of a female juvenile correctional facility in Japan. Psychiatry Clin Neurosci. 2009;63(4):478-85.
- Ostrov JM, Godleski SA. Impulsivity-hyperactivity and subtypes of aggression in early childhood: An observational and short-term longitudinal study. Eur Child Adolesc Psychiatry. 2009;18(8):477-83.
- Bradley RH, Conyn RF, Burchinal M, McAdoo HP, Coll CG. The home environments of children in the United States part II: Relations with behavioral development through age thirteen. Child Dev. 2001;72(6):1868-86.
- Vaillancourt T, Brendgen M, Boivin M, Tremblay RE. A longitudinal confirmatory factor analysis of indirect and physical aggression: Evidence of two factors over time?. Child Dev. 2003;74(6):1628-38.
- Broidy LM, Nagin DS, Tremblay RE, Bates JE, Brame B, Dodge KA, et al. Developmental trajectories of childhood disruptive behaviors and adolescent delinquency: A six-site, cross-national study. Dev Psychol. 2003;39(2):222-45.
- Lee KH, Baillargeon RH, Vermunt JK, Wu HX, Tremblay RE. Age differences in the prevalence of physical aggression among 5-11-year-old Canadian boys and girls. Aggress Behav. 2007;33(1):26-37.
- Van der Wal MF. There is bullying and bullying. Eur J Pediatr. 2005;164(2):117-8.
- Crimmens P. Drama Therapy and Story making in Special Education. 1st ed. London: Jessica Kingsley Publishers. 2006;5.
- Karami J, Alikhani M, Zakiei A, Khodadi K. [The effectiveness of art therapy (painting) in reducing the aggressive behavior of students with dyslexia (Persian)]. Journal of Learning Disabilities. 2012;1(3):105-17.
- Gross J, Haynes H. Drawing facilitates children's verbal reports of emotionally laden events. J Exp Psychol. 1998;4(2):163-79.
- Levick MF. They couldn't talk and so they draw. 2nd ed. Illinois: Charles C Thomas. 1983;25-6.
- Dadsetan P. [Evaluation of child's personality based on graphical tests (Persian)]. 4th ed. Tehran: Roshd. 2005;1-11
- Katz C, Hamama L. "Draw me everything that happened to you": Exploring children's drawings of sexual abuse. Child Youth Serv Rev. 2013;35(5):877-82.
- Li HL. Painting therapy for a child with emotional and behavioral disorders. Master thesis in art therapy and counseling. Cleveland: Ursuline College. 2002; Abstract page.
- Rastle MA. Individual art therapy counseling with at-risk children in school setting. Master thesis in art therapy and counseling. Cleveland: Ursuline College. 2008; Abstract page.
- Nezadi Kashani Gh, Mirzamani SM, Davarmanesh A, Salehi M, Massah Choolaby O, Hashemi M, et al. [The Effect of Painting in Reduction of Aggression in Educable Mentally Retarded Female Students in Primary School (Persian)]. Quarterly Journal of Rehabilitation. 2011;11(5):80-7.
- Beh Pajooch A, Nouri F. [The effect of painting therapy in reduction of aggressive behaviors in mentally retarded students (Persian)]. Journal of Psychology & Education. 2002;32(2):155-70.

21. Golparvar F, Mirnasab MM, Fathi Azar E. [Effect of self-monitoring training of attention on math problem solving performance of male students in fourth primary school with math disability (Persian)]. *Journal of Applied Psychology*. 2010;4(3):41-54.
22. Mohammad Esmail E, Alipoor A. [A preliminary investigating of reliability and validity and determine cut off points in disorders of child symptom inventory (CSI-4) (Persian)]. *Research on Exceptional Children*. 2002;2(3):239-54.
23. Mohammad Esmail E. [Adaptation and standardization of child symptom inventory (CSI-4) (Persian)]. *Research on Exceptional Children*. 2007;7(1):79-96.
24. Maleki S, Fallahi Khoshknab M, Rahgooi A, Rahgozar M. [The effect of anger management training in groups on aggression of 12-15 years old male students (Persian)]. *Iranian Journal of Nursing*. 2011;24(69):26-35.
25. Dortaj F, Masaebi A, Asadzadeh H. [The effect of anger management training on aggression and social adjustment of 12- 15 years old male students (Persian)]. *Journal of Applied Psychology*. 2010;3(4):62-72.
26. Malchiodi CA. *Handbook of art therapy*. 2nd ed. New York: The Guilford Press. 2012;1-5.
27. Nissimov-Nahum E. Use of drawing task to study art therapists' personal experiences in treating aggressive children. *Art Psychother*. 2009;36(3):140-7.
28. Cheah CSL, Park SY. Sout Korean mothers' beliefs regarding aggression and social withdrawal in preschoolers. *Early Child Res Q*. 2006;21(1):61-75.
29. Alizadeh H. [Drawing applicability in recognition, evaluation and treatment of problems of exceptional children (Persian)]. *Journal of Exceptional Education*. 2004;3(30):3-11.