

## تأثیر نقاشی درمانی در کاهش رفتارهای پرخاشگرانه دانش‌آموزان عقب مانده ذهنی\*

احمد به پژوه

دانشیار دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه تهران

فریده نوری

کارشناس ارشد روان‌شناسی و آموزش کودکان استثنایی

### چکیده

پژوهش حاضر به منظور بررسی تأثیر نقاشی درمانی در کاهش رفتارهای پرخاشگرانه دانش‌آموزان پسر عقب مانده ذهنی آموزش پذیر انجام گردیده است. بدین منظور، شصت نفر از دانش‌آموزان پسر عقب مانده ذهنی که دارای رفتارهای پرخاشگرانه بوده‌اند، از چهار منطقه آموزشی شهر تهران، از طریق روش نمونه‌گیری تصادفی چند مرحله‌ای انتخاب شدند. روش پژوهش آزمایشی و براساس طرح پیش‌آزمون - پس‌آزمون با گروه کنترل و انتساب تصادفی صورت گرفته است؛ و از پرسش‌نامه سنجش رفتارهای پرخاشگرانه، که توسط والدین تکمیل گردیده، به عنوان پیش‌آزمون استفاده گردید. پس از تشکیل دو گروه همتای سی نفری، برنامه نقاشی درمانی به مرحله اجرا در آمد، تحلیل داده‌ها حاکی از کاهش معنادار رفتارهای پرخاشگرانه دانش‌آموزان عقب مانده ذهنی در گروه آزمایشی بود.

کلید واژه‌ها: نقاشی درمانی. پرخاشگری. دانش‌آموزان عقب مانده ذهنی

\* این مقاله برگرفته از پایان نامه کارشناسی ارشد ارائه شده در دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی،

## مقدمه

به کار بستن روان‌شناسی هنر به شکل کنونی، توسط فروید آغاز شده و تحلیل روانی و هنر به تدریج از تأثیرات متقابل یکدیگر سود برده‌اند (توماس و سیلک، ۱۹۹۰، ترجمه مخبر، ۱۳۷۰). کرامر<sup>۱</sup> (۱۹۵۸) هنرمند و آموزگاری است که نخستین بار با کودکان با اختلال‌های هیجانی به کار نقاشی درمانی پرداخت. وی هدف هنر درمانی را ایجاد موقعیتی برای انتخاب و تغییر رفتارها می‌داند. این کار فرصت‌هایی را برای تجربه مجدد تعارض‌ها پدید می‌آورد و سپس به رفع، تحلیل، کامل کردن و یا پاسخگویی به آنها می‌پردازد.

نخستین پیشگام هنر درمانی در آمریکا، مارگارت نامبورگ<sup>۲</sup> (۱۹۵۰)، پس از کار با کودکان در مدرسه والدین دریافت که کودکان هیجان‌های خود را در نقاشی‌های شان منعکس و فراق‌کنی، می‌کنند، بیان آزاد هنر توسط کودکان معرف گونه نمادین کلام است. وی معتقد است که بیان خود انگیخته هنر می‌تواند اساس معالجات روان درمانی باشد. پس از او باید از ویکتور لوئن فلد<sup>۳</sup> (۱۹۵۷) یاد کرد که برای نخستین بار با کودکان نابینا و معلول به کار نقاشی درمانی پرداخت و از نقاشی درمانی برای توانبخشی کودکان معلول بهره جست.

از دیدگاه فیلیپ ویلیامز (۱۹۸۸)، ترجمه به پژوه و همکاران، (۱۳۷۵) انجام فعالیت‌های خلاق با استفاده از مواد و روش‌های هنرهای دیداری را هنر درمانی گویند. هنر درمانی به منظور رشد هویت و احساس موفقیت کودکان از طریق ابراز خود به کار برده می‌شود. هنر درمانی برای کودکان مبتلا به اختلالات عاطفی و رفتاری می‌تواند سودمند باشد. بدین ترتیب که هنر درمانی سر نخ‌هایی برای درک و حل مشکلات کودکان به دست می‌دهد و با ایجاد احساس بهزیستی ناشی از فعالیت خلاق به بهبودی روابط، ارتقای مهارت‌های سازشی و سازگاری شخصی کودکان با دنیای اطرافشان کمک

1. Edith Kramer

2. Margaret Naumburg

3. Viktor Lowenfeld

می‌کند.

سایمون<sup>۱</sup> (۱۹۹۷) براین باور است که هنر درمانی یا روان درمانی هنری نیازمند توجه به نیازهای روانی بیماران، مانند نیاز به آزادی، بیان‌کردن، و آرامش است و به جزئیات مهارت‌های هنری توجه ندارد.

لویک<sup>۲</sup> (۱۹۸۳) پیشنهاد کرده است که ترسیم نقاشی را برای تشخیص شرایط آسیب‌شناختی می‌توان به کار برد و از این عوامل تشخیصی ابتدایی، به تدریج روش‌های منظم بسیاری به وجود آمد که امروزه آنها را آزمون نقاشی می‌نامند. لویک (۱۹۸۳) گزارش کرده است که در سال ۱۹۲۵، نولان لوئیس<sup>۳</sup>، به عنوان یک تحلیل‌گر روانی، شروع به استفاده از نقاشی آزاد برای تحلیل رفتار بزرگسالان روان رنجور کرد.

منظور از نقاشی درمانی، نقاش پروری و آموزش نقاشی نیست بلکه ارائه فرصت‌هایی به فرد است تا از طریق رنگ‌ها و خطوط، احساسات، عواطف، و نیازها و حتی دانسته‌های خود را به نحوی که مایل است آزادانه بیان کند (روبین<sup>۴</sup>، ۱۹۹۹؛ لندگارتن<sup>۵</sup>، ۱۹۸۱، ترجمه هاشمیان و ابوحمزه، ۱۳۷۸؛ عناصری، ۱۳۶۸). نقاشی و سایر هنرها مانند پلی میان دنیای درون و واقعیت‌های بیرونی قرار می‌گیرند و تصویر، همانند یک میانجی عمل کرده و جنبه‌های خودآگاه و ناخودآگاه، گذشته، حال، و آینده فرد را منعکس می‌کند (دی لثو، بی‌تا، ترجمه فروزان، ۱۳۷۵؛ میرزابیگی، ۱۳۷۶). نقاشی بیش از این‌که در تشخیص اختلال‌های روانی بزرگسالان مفید باشد در شناخت و درمان مشکلات کودکان سازش نایافته، پرخاشگر و بی‌قرار مناسب است، و به این‌گونه کودکان امکان می‌دهد که قابلیت و خلاقیت خود را بروز دهند. لوئن فلد<sup>۶</sup> (۱۹۵۷) اظهار داشته است که فرآیند ساختن، ترسیم و نقاشی فرآیند پیچیده‌ای است که طی آن کودک اجزای گوناگونی از تجربیاتش را برای ساخت یک کل معنادار مورد استفاده قرار

1. Simon

2. Levick

3. Levis

4. Rubin

5. Landgarten

6. Lowenfeld

می‌دهد. در این فرآیند، کودک به ما چیزی بیش از یک مجسمه را می‌دهد. او بخشی از خود را به ما باز می‌نمایاند؛ این‌که چگونه فکر می‌کند، و چگونه احساس می‌کند و چگونه می‌بیند.

گارت و میلر<sup>۱</sup> (۱۹۷۵ به نقل از ویلیامز و وود<sup>۲</sup>، ۱۹۷۷) در برنامه‌ای تجربی که برای هشت کودک در سنین ۷-۱۱ سال با دو خط پایه طراحی کردند به تحقیق در این باب پرداختند که فعالیت‌های هنری قادرند رشد، آگاهی، و مهارت‌های دستی کودکان با ناتوانی یادگیری را افزایش دهند. نتیجه برنامه تجربی شش هفته‌ای آنها که توسط آزمون ادراک رشد بینایی فراستینگ<sup>۳</sup> اندازه‌گیری شد، تفاوت معناداری را نشان داد.

کاریگان<sup>۴</sup> (۱۹۹۳) پس از سفر به سویس و مشاهده برنامه‌های کارگاه‌های حمایتی، برای افراد عقب‌مانده ذهنی، در مقاله‌ای گزارش کرد که در سویس، به جای برنامه‌های تغییر رفتار، از نقاشی درمانی برای افراد عقب‌مانده ذهنی استفاده می‌شود؛ زیرا نقاشی درمانی نه تنها فرصت‌هایی برای بیان خود پدید می‌آورد، بلکه به رشد شناختی و افزایش خلاقیت آنان کمک می‌کند و وابستگی آنان را کاهش می‌دهد.

با توجه به تأثیرات زبان‌آور پرخاشگری بر فرایند رشد کودکان، پرخاشگری در دوره کودکی یکی از مشکلات سازگاری است که در دهه‌های گذشته در سطح وسیعی مورد مطالعه قرار گرفته است (پارکر و آشر<sup>۵</sup>، ۱۹۸۷). دورا<sup>۶</sup> (۱۹۹۷) گزارش کرده است که در یک گروه نمونه ۲۰۵ نفری از افراد با سطوح مختلف عقب‌ماندگی ذهنی، خشم و پرخاشگری به عنوان عمده‌ترین مشکلات ۱۸ تا ۲۵ درصد افراد به شمار می‌رفت؛ که یکی از عمده‌ترین موانع برای توانبخشی آنان بوده و سبب محدودیت در تعاملات اجتماعی آنها می‌گردید. بنابراین ارائه راهبردها و برنامه‌های مداخله‌گرانه که بتواند

1. Garter &amp; Miller

2. Williams &amp; Wood

3. Frostig Development Test of Visual Perception(DTVP)

4. Carrigan

5. Parker &amp; Asher

6. Dura

موجب کاهش رفتارهای پرخاشگرانه شوند، امکان اثر بخشی و کارایی برنامه‌های آموزشی و توانبخشی را ارتقاء می‌بخشد.

بررسی پژوهش‌های موجود نشان می‌دهد که در ایران پژوهش‌های اندکی در مورد بررسی تأثیر نقاشی درمانی بر کاهش انواع اختلال‌های رفتاری و عاطفی صورت گرفته است. از این رو، پژوهش حاضر به بررسی تأثیر نقاشی درمانی در کاهش رفتارهای پرخاشگرانه دانش‌آموزان پسر عقب‌مانده ذهنی آموزش‌پذیر پرداخته است. در این پژوهش، اجرای برنامه مداخله‌گرانه نقاشی درمانی، متغیر مستقل و میزان رفتارهای پرخاشگرانه دانش‌آموزان عقب‌مانده ذهنی از دیدگاه والدین آنان، متغیر وابسته و هوش و جنسیت متغیرهای کنترل محسوب می‌شوند. منظور از نقاشی درمانی در این پژوهش این بود که کلیه لوازم نقاشی در اختیار دانش‌آموزان قرار گیرد و دانش‌آموزان مخیرند در مورد هر موضوعی که تمایل داشتند بدون رهنمود نقاشی بکشند.

## روش

پژوهش حاضر به منظور بررسی تأثیر نقاشی درمانی بر کاهش رفتارهای پرخاشگرانه با طرح آزمایشی پیش‌آزمون - پس‌آزمون با گروه کنترل و انتساب تصادفی اجرا گردیده است. جامعه آماری، دانش‌آموزان پسر عقب‌مانده ذهنی آموزش‌پذیر و دارای رفتارهای پرخاشگرانه بودند که در سال تحصیلی ۷۹-۸۰ در مدارس استثنایی شهر تهران به تحصیل اشتغال داشتند.

نمونه مورد مطالعه را شصت نفر دانش‌آموزان پسر عقب‌مانده ذهنی آموزش‌پذیر و دارای رفتارهای پرخاشگرانه تشکیل می‌داد که به روش نمونه‌گیری تصادفی دومرحله‌ای انتخاب شدند. به این منظور، از میان بیست مدرسه پسرانه ویژه دانش‌آموزان عقب‌مانده ذهنی شهر تهران، چهار مدرسه در مناطق آموزشی شمال، جنوب، شرق و غرب به طور تصادفی انتخاب شدند. سپس پرسشنامه سنجش رفتارهای پرخاشگرانه توسط والدین دانش‌آموزان مورد اشاره تکمیل گردید. پس از آن از دانش‌آموزانی که توسط پرسشنامه مورد اشاره و آزمون بندرگشتالت به عنوان کودکان

دارای رفتارهای پرخاشگرانه مشخص شده بودند، آزمون هوشی به عمل آمد. آزمودنی‌ها براساس بهره هوشی به دو گروه هم‌تا تقسیم شدند و یکی از دو گروه به طور تصادفی به گروه آزمایشی و دیگری به گروه کنترل اختصاص یافت.

### ابزار پژوهش

در این پژوهش از پرسشنامه سنجش رفتارهای پرخاشگرانه برای اندازه‌گیری میزان پرخاشگری کودکان قبل و بعد از نقاشی درمانی استفاده گردید. همچنین آزمون بندر گشتالت به عنوان شاخصی کمکی برای تشخیص وجود پرخاشگری به کار گرفته شد. از آزمون‌های گودیناف - هریس و ریون رنگی نیز برای اندازه‌گیری هوش آزمودنی‌ها استفاده شد که شرح آنها به قرار زیر است:

### الف: پرسشنامه سنجش رفتارهای پرخاشگرانه

برای سنجش رفتارهای پرخاشگرانه آزمودنی‌ها از پرسشنامه سنجش رفتارهای پرخاشگرانه محقق ساخته استفاده شد. این پرسشنامه شامل بیست و دو سوال است که پرسش‌های آن با توجه به ملاک‌های تشخیصی راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی (انجمن روان‌پزشکی آمریکا<sup>۱</sup>، ۱۹۹۴) در مقیاس لیکرت از همیشه (۴)، بیشتر اوقات (۳)، گاهی اوقات (۲) و هیچگاه (۱) براساس رتبه‌بندی چهار درجه‌ای تهیه و تنظیم شده است. در این پرسشنامه رفتارهایی مانند، کتک‌زدن، دادزدن، پاره کردن دفتر و کتاب، کشیدن موی دیگران، تف کردن و نظایر آن به عنوان رفتارهای پرخاشگرانه مورد سوال قرار گرفتند. در این پرسشنامه، در مجموع، دامنه نمرات می‌توانست از ۲۲ تا ۸۸ در نوسان باشد. دانش‌آموزانی که در این پرسشنامه از نظر والدین شان نمره ۴۵ یا بیشتر کسب می‌کردند به عنوان دانش‌آموزان دارای رفتارهای پرخاشگرانه تلقی می‌شدند.

برای تعیین اعتبار سازه<sup>۱</sup> ابتدا پرسشنامه تهیه شده روی ۲۱۹ نفر از مادران دانش آموزان پایه اول در پنج دبستان از مناطق آموزش و پرورش مرکز و جنوب تهران از طریق مصاحبه با مادران آنها اجرا گردید. در تحلیل داده‌های حاصل از اجرای اولیه پرسشنامه یاد شده، قابلیت اعتماد<sup>۲</sup> آن ۰/۶۵ و ضریب همبستگی هر سوال با کل سوال‌ها ۰/۲۹ تا ۰/۶۵ به دست آمد.

#### ب: آزمون بندرگشتالت

در پژوهش حاضر به منظور سنجش رفتارهای پرخاشگرانه از آزمون دیداری - حرکتی بندرگشتالت<sup>۳</sup> نیز استفاده شد. این آزمون در سال ۱۹۳۸، توسط لورتا بندر<sup>۴</sup> از میان سی طرح ماکس ورتایمر<sup>۵</sup>، بنیان‌گذار مکتب گشتالت، انتخاب شد؛ که شامل نه طرح است که یکی پس از دیگری به آزمودنی‌ها ارائه می‌شود و از آنان خواسته می‌شود که طرح‌ها را بر روی کاغذ سفید ترسیم کنند. این آزمون به طور فردی یا گروهی اجرا می‌شود و برای تشخیص مشکلات هیجانی کودکان پنج تا ده سال مفید است (لطف آبادی، ۱۳۷۴).

#### ج. آزمون نقاشی گودیناف-هریس

در این پژوهش از آزمون گودیناف<sup>۶</sup> - هریس برای سنجش هوش آزمودنی‌ها به صورت انفرادی استفاده شده است. این آزمون در سال ۱۹۲۶، توسط گودیناف طراحی و سپس در سال ۱۹۶۳، توسط هریس مورد تجدید نظر قرار گرفت. به نظر سازندگان آزمون بین سن کودک و توانایی‌های ذهنی وی رابطه وجود دارد. بدین معنا که با افزایش

---

1. Construct Validity

2. Reliability

3. Bender Visual Motor Gestalt Test (BVMGT)

4. Loretta Bender

5. Max Wertheimer

6. Goodenough-Harris Drawing(GHDT)

سن، کودک اجزای بیشتری از تصویر انسان را نقاشی می‌کند. این آزمون برای سنجش هوش کودکان سنین ۳ تا ۱۳ سال به کار می‌رود و اجرای آن نیز به هر دو صورت انفرادی و گروهی ممکن است. زمان اجرای آزمون نیز نامحدود است، لیکن به طور کلی نقاشی کودک بیش از ۵ تا ۱۰ دقیقه طول نمی‌کشد. در آزمون نقاشی آدمک گودایناف (۵۱ ماده وجود دارد که به هریک از قسمت‌های نقاشی شده توسط کودک، یک نمره داده می‌شود (آناستازی<sup>۱</sup>، ۱۹۹۰). تشکری و همکاران (۱۳۶۵) با اجرای این آزمون بر روی ۱۱۹۵ دانش آموزان (۵۴۸ پسر و ۶۴۷ دختر) پایه‌های اول تا پنجم هشت دبستان در شهر شیراز در سنین ۶ تا ۱۳ سال گزارش کرده‌اند که قابلیت اعتماد آزمون تصنیف ۰/۸۰ و از روش بازآزمایی (دوازده هفته) ۰/۷۵ رضایت بخش است. ضریب همبستگی این آزمون با آزمون استنفورد بین ۰/۷۴ گزارش شده و برای سنجش هوش کودکان بین ۵ تا ۱۰ سال از دقت و اعتبار برخوردار است (شریفی، ۱۳۷۶).

#### د: ماتریس‌های پیش رونده ریون

آزمون هوشی دیگری که در پژوهش حاضر به کار رفته ماتریس‌های پیش‌رونده ریون<sup>۲</sup> است. هوش بهر هریک از آزمودنی‌ها با محاسبه میانگین نمره به دست آمده در این آزمون و آزمون گودیناف-هریس، در نظر گرفته شده است. ضریب همبستگی این آزمون با آزمون‌های هوشی دیگر، از قبیل گودیناف، استنفورد بین و وکسلر، بین ۰/۴۰ تا ۰/۷۵ گزارش شده است. قابلیت اعتماد این آزمون در سنین بالاتر بین ۰/۷۰ تا ۰/۹۰ و



در سنین پایین تر تا حدودی کمتر است (آناستازی<sup>۱</sup>، ۱۹۹۰؛ شریفی، ۱۳۷۶).

### شیوه اجرای برنامه نقاشی درمانی به عنوان برنامه مداخله‌ای

پس از تشکیل دو گروه هم‌تا از دانش‌آموزان عقب‌مانده ذهنی یکی از گروه‌ها به طور تصادفی به عنوان گروه آزمایشی و دیگری به عنوان گروه کنترل انتخاب شدند. سپس دوازده جلسهٔ چهار و پنج دقیقه‌ای هر هفته دو جلسه، نقاشی آزاد برای دانش‌آموزان گروه آزمایشی، ترتیب داده شد. بدین صورت که کلیه وسایل نقاشی مانند ماژیک، مداد رنگی، مداد شمعی، گواش و آبرنگ در رنگ‌های گوناگون در اختیار آزمودنی‌ها قرار می‌گرفت. در نخستین جلسه نحوه استفاده از آبرنگ، گواش و دیگر وسایل به دانش‌آموزان آموزش داده شد، و سپس در هر جلسه ورق کاغذ سفیدی در اختیار آنان قرار می‌گرفت و از آنها خواسته می‌شد هر موضوعی را که دوست دارند به طور آزاد و اختیاری نقاشی کنند. اگر در جلسه‌ای کودکی از کشیدن نقاشی امتناع می‌کرد به او در این مورد اصرار نمی‌شد. در پایان هر جلسه، پس از اتمام نقاشی‌ها از دانش‌آموزان درخواست می‌شد که به اختصار در مورد آنچه کشیده‌اند برای آزمونگر و دانش‌آموزان دیگر توضیح بدهند و در پایان، نقاشی‌های آنان جمع‌آوری و نگهداری می‌شد. پس از اجرای برنامه مداخله‌گرانه نقاشی درمانی توسط دانش‌آموزان، دوباره پرسشنامه سنجش رفتارهای پرخاشگرانه توسط والدین تکمیل گردید.

### یافته‌ها

پس از محاسبه و مشخص شدن نمرات مربوط به هوش هر یک از دانش‌آموزان

عقب‌مانده ذهنی با رفتار پرخاشگری، در جدول ۱ آماره‌های دو گروه کنترل و آزمایشی در پیش‌آزمون (پیش از اجرا) و پس‌آزمون (پس از اجرا) ارائه شده است. در این پژوهش داده‌ها توسط نرم‌افزار کامپیوتری SPSS مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفته است.

جدول ۱. جدول خلاصه‌های آماری رفتارهای پرخاشگرانه دانش‌آموزان از نظر والدین در دو گروه آزمایشی و کنترل، پیش و پس از اجرای برنامه نقاشی درمانی

گروه	آماره	N	$\bar{X}$	SE	SD	Min	Max
آزمایشی	پیش از اجرا	۳۰	۵۲	۰/۷۳	۳/۹۹	۴۶	۵۹
	پس از اجرا	۳۰	۴۵/۵۶	۰/۸۱	۴/۴۱	۳۶	۵۴
کنترل	پیش از اجرا	۳۰	۵۱/۵۶	۰/۷۰	۳/۸۳	۴۶	۵۹
	پس از اجرا	۳۰	۵۱/۹	۰/۶۷	۳/۶۹	۴۴	۵۹

همان‌طور که در جدول شماره یک ملاحظه می‌شود، میانگین نمرات رفتارهای پرخاشگرانه افراد مورد مطالعه از نظر والدین آنان در دو گروه آزمایشی و کنترل در پیش‌آزمون، یعنی پیش از اجرای برنامه نقاشی درمانی، به عنوان برنامه مداخله‌ای، تقریباً مشابه یکدیگر است. در حالی که میانگین‌های دو گروه در مرحله پس‌آزمون (پس از اجرای برنامه مداخله‌گرانه) از تفاوت قابل ملاحظه‌ای برخوردار است جدول شماره ۱. نکته قابل توجه این است که حداقل نمرات افراد مورد مطالعه از نظر رفتارهای پرخاشگرانه در گروه آزمایشی، پس از اجرای برنامه نقاشی درمانی به ۳۶ کاهش یافته است. به منظور سهولت در امر مقایسه میانگین‌های دو گروه آزمایشی و کنترل، پیش و

پس از اجرای برنامه نقاشی درمانی به نمودار توجه کنید. برنامه مداخله‌گرانه) از تفاوت قابل ملاحظه‌ای برخوردار است ( $\bar{X}_p = 51/9$ ) ، نکته قابل توجه این است که حداقل نمرات افراد مورد مطالعه از نظر رفتارهای پرخاشگرانه در گروه آزمایشی، پس از اجرای برنامه نقاشی درمانی به سی و شش کاهش یافته است. به منظور سهولت در امر مقایسه میانگین‌های دو گروه آزمایشی و کنترل، پیش و پس از اجرای برنامه نقاشی درمانی به نمودار توجه کنید.



نمودار ۱. مقایسه میانگین نمره‌های آزمودنی‌ها از نظر رفتارهای پرخاشگرانه در دو گروه آزمایشی و کنترل، پیش و پس از اجرای برنامه نقاشی درمانی

برای تحلیل بیشتر داده‌ها از تحلیل کوواریانس<sup>۱</sup> استفاده گردید. تحلیل کوواریانس، شکلی از تحلیل واریانس است که معناداری تفاوت‌های میان میانگین‌های گروه آزمایشی را با توجه به همبستگی مقادیر اولیه و مقادیر متغیر وابسته مورد بررسی قرار

می‌دهد (سرمد و همکاران، ۱۳۷۶؛ کرلینگر<sup>۱</sup>، ۱۹۸۶؛ هومن، ۱۳۸۰). در این روش اثر پیش‌آزمون و نقاشی درمانی به طور مستقل محاسبه شده که نتایج آن در جدول شماره ۲ ارائه گردیده است.

جدول ۲. خلاصه تحلیل کوواریانس، تأثیر برنامه مداخله‌گرانه نقاشی درمانی بر کاهش رفتارهای پرخاشگرانه آزمودنی‌ها

منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات F	سطح معناداری
اثر پیش‌آزمون	۵۳۰/۴۴۲	۱	۵۳۰/۴۴۲	۰/۰۰۱
اثر نقاشی درمانی	۶۷۴/۳۵۲	۱	۶۷۴/۳۵۲	۰/۰۰۱
خطا	۴۳۱/۶۲۴	۵۷	۷/۵۷۲	—
کل	۱۵۶۳/۷۲۳	۵۹		

همان‌طور که در جدول شماره ۲ ملاحظه می‌شود اثر نقاشی درمانی پس از کنترل اثر پیش‌آزمون در سطح  $p < ۰/۰۰۱$  معنادار است. یافته‌های فوق بدان معناست که اجرای برنامه نقاشی درمانی به عنوان برنامه مداخله‌ای در کاهش رفتارهای پرخاشگرانه گروه آزمایشی مؤثر بوده است.

#### بحث و نتیجه‌گیری

بررسی دقیق نتایج به دست آمده از پژوهش حاضر و مشاهده تفاوت معنادار در کاهش میزان پرخاشگری دانش‌آموزان گروه آزمایشی نسبت به دانش‌آموزان گروه کنترل پس از اجرای نقاشی درمانی به عنوان یک برنامه مداخله‌ای، نشانگر این است که نقاشی

درمانی برکاهش رفتارهای پرخاشگرانه دانش‌آموزان عقب مانده ذهنی موثر بوده است. بررسی یافته‌های غیر کمی در این پژوهش نشان می‌دهد که دانش‌آموزان عقب مانده ذهنی قادر به بهره‌گیری از برنامه نقاشی درمانی بوده و شرکت در این‌گونه برنامه‌ها می‌تواند به فرد کمک کند تا از طریق برون فکنی، هیجان‌ها، احساسات و افکار خود را ابراز کند و در نتیجه به سازگاری عاطفی و اجتماعی نائل گردد.

یافته‌های پژوهش حاضر با یافته‌های مددی (۱۳۷۹) که به بررسی تأثیر نقاشی درمانی در کاهش اختلال‌های هیجانی در کودکان عادی پرداخته بود همخوانی دارد. همچنین نمرات برخی دانش‌آموزان عقب مانده ذهنی نشان می‌دهد که نقاشی درمانی حتی در مورد دانش‌آموزان عقب مانده ذهنی با سنین کمتر (۷ تا ۹) و با بهره هوشی حدود ۴۰ که قادر به ترسیم تصاویر دقیق نیستند، نیز می‌تواند مؤثر باشد و این‌گونه کودکان می‌توانند از نقاشی برای بیان غم، ترس، اضطراب و آرزوهای خود بهره بگیرند. براساس تحلیل نقاشی‌های کودکان مورد مطالعه از دیدگاه بزرگسالان، می‌توان دریافت که بعضی از کودکان با توجه به وضعیت خاص خود به نقاشی درمانی پاسخ دهند. بدین صورت که برخی خیلی زود می‌توانند به کمک نقاشی با دیگران ارتباط برقرار کنند، در حالی که بعضی از آنان دیرتر به برون فکنی احساسات و عواطف خود می‌پردازند و گاهی تا چند جلسه حتی از کشیدن نقاشی خودداری می‌کنند. بدون شک میان بروز قابلیت‌های فردی و شرایط محیطی ارتباط تنگاتنگ وجود دارد. محیط‌های مناسب و مساعد، موجب رشد و تحول فرد می‌شود و کیفیت زندگی را بهبود می‌بخشند. از این رو، استفاده از روش‌های گوناگون درمانی، مانند نقاشی درمانی، تئاتر درمانی، بازی درمانی و نظایر آن به فراهم کردن محیطی غنی و با طراوت کمک می‌کند. محیط‌های مطلوب برای افراد عقب‌مانده ذهنی، سه ویژگی دارد:

الف) فرصت‌هایی را برای ارضای نیازهای همه جانبه و رشد همه جانبه فراهم می‌کند،  
ب) امکانات رفاه زندگی شخصی فرد را در قلمروهای جسمانی، مادی، روانی و عاطفی تأمین می‌سازد؛ ج) احساس امنیت و پایداری، امکان پیش‌بینی و کنترل را ارتقا می‌بخشند  
(انجمن عقب‌ماندگی ذهنی آمریکا، ۱۹۹۲، ترجمه به پژوه و غباری، ۱۳۸۰).

از محدودیت‌های پژوهش حاضر این است که نتایج حاصل به گروه دانش‌آموزان دختر و یا دانش‌آموزان عقب‌مانده ذهنی در شهرهای دیگر قابل تعمیم نیست. همچنین به خاطر بررسی تأثیر نقاشی درمانی در کاهش رفتارهای پرخاشگرانه، نتایج حاصل قابل تعمیم در مورد سایر اختلال‌ها را ندارد. از این‌رو، به پژوهشگران توصیه می‌شود که به بررسی تأثیر نقاشی درمانی در کاهش سایر اختلال‌ها (مانند اختلال نقص توجه) در کودکان عادی و یا دیگر گروه‌های کودکان استثنایی، مانند کودکان ناشنوا در گروه‌های سنی متفاوت بپردازند. از آنجا که در مدارس دانش‌آموزان عقب‌مانده ذهنی یکی از عمده‌ترین مشکلات دانش‌آموزان پسر، رفتارهای پرخاشگرانه آنان است؛ لذا معلمان، روان‌شناسان و مشاوران می‌توانند از نقاشی درمانی برای کاهش اختلال پرخاشگری و ارتقای رفتارهای سازشی دانش‌آموزان استفاده کنند. در مراکز توانبخشی نیز می‌توان از نقاشی درمانی، در کنار دیگر راهکارها و خدماتی که به افراد عقب‌مانده ذهنی ارائه می‌گردد، بهره جست.

### مآخذ

- انجمن عقب‌ماندگی ذهنی آمریکا (۱۹۹۲). عقب‌ماندگی ذهنی: تعریف، طبقه‌بندی و نظام‌های حمایتی. ترجمه احمد به پژوه و باقر غباری (۱۳۸۰). تهران: دانشگاه تهران.
- تشکری، عباس؛ مهریار، امیر هوشنگ و یوسفی، فریده (۱۳۶۵). کاربرد آزمون نقاشی انسان‌گودایناف - هریس در بین گروهی از کودکان دبستانی شیراز. مجله علوم اجتماعی و انسانی دانشگاه شیراز، دوره دوم، ۱۰، ص ۱۹-۳۷.
- توماس، گلین؛ سیلک، آنجل (۱۹۹۰). مقدمه‌ای بر روان‌شناسی نقاشی کودکان. ترجمه عباس مخبر (۱۳۷۰). تهران: طرح نو.
- دی لئسو، جوزف، (بی‌تا). تفسیر نقاشی‌های کودکان. ترجمه فاطمه فروزان (۱۳۷۵). تهران: انتشارات سازمان بهزیستی کشور.
- سرمد، زهره؛ بازرگان، عباس؛ حجازی، الهه (۱۳۷۶). روش‌های تحقیق در علوم رفتاری. تهران: انتشارات آگاه.
- شریفی، حسن پاشا (۱۳۷۶). نظریه و کاربرد آزمون‌های هوشی و شخصیت. تهران: سخن.

- عناصری، جابر (۱۳۶۸). مردم شناسی و روان شناسی هنر. تهران: اسپرک.
- لندگارتن، هلن (۱۹۸۱). هنر درمانی بالینی. ترجمه کیانوش هاشمیان و الهام ابوحمزه (۱۳۷۸). تهران: مهاجر.
- لطف آبادی، حسین (۱۳۷۴). آزمون‌های روانی شناختی کودکان برای مشاوره کودک. مشهد: آستان قدس رضوی.
- مددی، نازنین (۱۳۷۹). "بررسی تأثیر نقاشی درمانی بر کاهش مشکلات هیجانی کودکان ۷-۱۱ ساله". پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد تهران مرکزی.
- میرزابیگی، علی (۱۳۷۶). نقش هنر در آموزش و پرورش و بهداشت روانی کودکان (چاپ سوم). تهران: انتشارات مدرسه.
- ویلیامز، فیلیپ (۱۹۸۸). فرهنگ کودکان استثنایی. ترجمه احمد به پژوه و همکاران (۱۳۷۵). تهران: بعثت.
- هومن، حیدرعلی (۱۳۸۰). تحلیل داده‌های چند متغیری در پژوهش رفتاری. تهران: نشر پارسا.

American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM IV)*. Washington, DC: Author.

Anastasi, A. (1990). *Psychological Testing* (6th ed) New York: Macmillan Publishing Company.

Carrigan, J.(1993). Painting therapy: A Swiss experience for people with mental retardation. *American Journal of Art Therapy*, 32, PP. 53 - 58.

Dura, J. (1997). Expressive communicative ability, symptoms of mental illness and aggressive behavior. *Journal of Clinical Psychology*, 53 (4): 307 - 318.

Kertlinger, F.N. (1986). *Foundations of Behavioral Research*(3rd Ed). NewYork: Holt, Rinehart & Winston.

Kramer, E. (1958). *Art Therapy in a Children Community*. Springfield, IL: Charles C. Thomas.

Landgarten, H.B. (1981). *Clinical Art Therapy*. NewYork: Brunner/Mazel.

Levick, M.F. (1983). *They couldn't talk and so they draw*. Illinois: Charles. C. Thomas.

Lowenfeld, V. (1957). *Creative and Mental Growth* (3rd ed.). NewYork: Macmillan, [www.SID.ir](http://www.SID.ir)

- Naumburg, M. (1950). *Schizophrenic Art*. New York: Grune & Stratton.
- Parker, J. & Asher, S.R. (1987). Peer Relations and Later Personal Adjustment: Are Low-Accepted Children At Risk? *Psychological Bulletin*. 102(3): 357-389.
- Rubin, J.A. (1999) *Art Therapy: An Introduction*. London: Taylor & Francis.
- Simon, R.M. (1997). *Symbolic Images in Art as Therapy*. London: Routledge.
- Williams, G.H. & Wood, M.M. (1977). *Developmental Art Therapy*. Baltimore, MD: University Park Press.