

اثربخشی هنردرمانی گروهی بیانگر بر خودکارآمدی تعاملی کودکان آسیب‌دیده از سرپرستی

## The Effectiveness of Expressive Art Group Therapy on Interactive Self-Efficacy of Foster Children

Shiva ZarezadehKheibari  
MA in Clinical Psychology

Parvin Raffenia, PhD  
Semnan University  
Semnan, Iran

دکتر پروین رفیعی‌نیا  
استادیار دانشگاه سمنان  
سمنان، ایران

شیوا زارع‌زاده‌خیبری  
کارشناس ارشد روان‌شناسی بالینی

S. Mohsen Asgharinekah, PhD  
Ferdowsi University of Mashhad  
Mashhad, Iran

سید محسن اصغری نکاح  
استادیار دانشگاه فردوسی مشهد  
مشهد، ایران

### چکیده

در این پژوهش اثربخشی هنردرمانی گروهی بیانگر بر خودکارآمدی تعاملی کودکان آسیب‌دیده از سرپرستی بررسی شد. این پژوهش یک طرح شبه‌آزمایشی به صورت پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه گواه و انتخاب تصادفی بود. نمونه این پژوهش ۲۸ نفر از کودکان مقیم در مراکز شبه‌خانواده در سطح شهر مشهد بود که با روش نمونه‌برداری در دسترس انتخاب شد. شرکت‌کنندگان به شیوه تصادفی انتخاب و به دو گروه ۱۴ نفری آزمایش و گواه تقسیم شدند. گروه آزمایش ۱۰ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای مداخله هنردرمانی گروهی را دریافت کرد و گروه گواه هیچگونه مداخله‌ای دریافت نکرد. هر دو گروه در دو مرحله زمانی پیش‌آزمون و پس‌آزمون توسط مقیاس خودکارآمدی کودکان در تعامل با همسالان (ویلر و لاد، ۱۹۸۲) ارزیابی شدند. نتایج آزمون تحلیل کوواریانس چندمتغیری نشان داد آزمودنی‌های گروه آزمایش از لحاظ خودکارآمدی در موقعیت‌های تعارضی و غیرتعارضی به طور معنادار بر گروه گواه برتری داشتند. با توجه به یافته‌های پژوهش، هنردرمانی گروهی در افزایش خودکارآمدی تعاملی کودکان آسیب‌دیده از سرپرستی مؤثر است.

**واژه‌های کلیدی:** هنردرمانی گروهی بیانگر، خودکارآمدی تعاملی، کودکان آسیب‌دیده از سرپرستی

### Abstract

The purpose of the present study was to examine the effectiveness of expressive art group therapy on interactional self-efficacy of foster children. The research design was quasi-experimental (pretest-posttest control group). The sample consisted of 28 primary school parentless and mal-treated girls living in special centers for these children in the city of Mashhad using convenience sampling. The participants were assigned randomly into either experimental or control group. The participants completed the Children's Self-Efficacy for Peer Interaction Scale (Wheeler & Ladd, 1982) before intervention and one week after. The experimental group received expressive art group therapy for ten sessions (two 90 minutes sessions per week). The results of multivariate covariance analysis indicated that children of experimental group had better social self-efficacy in conflict situations and non-conflict situations than children of control group. The findings suggest that the expressive art group therapy may be contributed to the increase of self-efficacy in foster children.

**Keywords:** expressive art group therapy, interactional self-efficacy, foster children

received: 8 October 2013

accepted: 1 March 2014

Contact information: zarezade.shiva@yahoo.com

دریافت: ۹۲/۶/۱۶

پذیرش: ۹۲/۱۲/۱۰

این مقاله برگرفته از پایان‌نامه کارشناسی ارشد رشته روان‌شناسی بالینی دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی دانشگاه سمنان است.

**مقدمه**

قضاوت در مورد توانایی تکمیل یک تکلیف، در خود احساس می کند (آرمود، ۲۰۰۶). از آنجا که رسیدن به معیارهای عملکرد خود و حفظ آنها احساس خودکارآمدی فرد را افزایش می دهد، ناتوانی در رسیدن به این معیارها از احساس خودکارآمدی او می کاهد. افراد دارای احساس خودکارآمدی ضعیف، احساس درماندگی دارند و در اعمال هرگونه نفوذ و تأثیر بر رویدادها و شرایطی که آنان را تحت تأثیر قرار می دهند، ناتوان اند (پروین<sup>۷</sup> و جان<sup>۸</sup>، ۱۳۸۴/۲۰۰۱). حیطه های مختلف خودکارآمدی عبارتند از: الف) خودکارآمدی تحصیلی به معنای ادراک فرد از توانمندی خود در یادگیری، حل مسائل تحصیلی و دستیابی به موفقیت های تحصیلی، ب) خودکارآمدی هیجانی به معنای ادراک فرد از توانایی جسمانی، اطمینان در انجام فعالیت ها و مهارت های جسمانی<sup>۹</sup> و همچنین اطمینان از تأثیرگذاری مثبت جسمانی بر افراد دیگر و ج) خودکارآمدی تعاملی که به معنای ادراک کودک از توانمندی خود در رسیدن به معیارهای اجتماعی و ارتباطات اجتماعی است (اهرنبرگ، کوس و کوپمن، ۲۰۰۱؛ ریچاردسون، ۱۹۹۹؛ موریس، اشمیت، لامبریچ و میسترز، ۲۰۰۱).

کودکان نیاز عمیقی دارند که دیگران را در دغدغه های شخصی خود شریک کنند. کودکی که نتواند حضور مؤثر والدین یا افراد مهم زندگی خود را در دنیای اجتماعی خود به دست آورد، احساس کارآمدی نمی کند و این مسأله در مراحل بعدی زندگی می تواند پیامدهایی را به دنبال داشته باشد (بولاک، ۱۹۹۸). از طرفی، نیرومندترین تأثیر حمایت اجتماعی این است که کودک تصور می کند افراد حمایتگری وجود دارند تا به وی در لحظه های بحرانی یاری رسانند (لان شارتل، ۲۰۰۸). بنابراین، صرف انتقال کودکان بی سرپرست و بدسرپرست از وضعیت آسیب رسان به وضعیت بدون آسیب نمی تواند در رفع احساس خودکارآمدی مؤثر باشد بلکه ادراک این کودکان از دنیای بین فردی است که حائز اهمیت است (واردروپ<sup>۱۰</sup>، ۲۰۰۱ نقل از مقدم، استکی و کوشکی، ۱۳۹۱). بر این اساس، کودکی که احساس خودکارآمدی نمی کند، در پی تلاش برای چالش با محیط نیست و در شرایط معین دچار ترس و اضطراب می شود. از طرفی، ذهنیت و باور به ناتوان بودن سبب می شود فرد همواره احساس کند به حمایت دیگران نیاز دارد و همواره نگران باشد

محرومیت از کانون خانواده و زندگی در مؤسسات نگهداری و مراقبت گروهی، کودکان بی سرپرست و بدسرپرست را با شرایط هیجانی و رفتاری ویژه ای مواجه می سازد. امروزه هدف اصلی ارائه خدمات اجتماعی، مؤسسه زدایی<sup>۱</sup> و تقویت حضور خانواده است تا به احیای کارکردهای خانواده بپردازد. هدف از ساماندهی و تجهیز منابع و امکانات نیز این است که در صورت مؤثر واقع نشدن تمام اقدام ها و تلاش های حرفه ای در زمینه بازگشت کودک نزد والدین یا انتقال وی به خانواده جایگزین، کودکان تحت سرپرستی سازمان بهزیستی از طریق فرآیند جامعه پذیری در نهاد شبه خانواده به تأمین اصلی ترین نیازهای فردی و اجتماعی خود بپردازند. بنابراین، مراقبت و پرورش کودکان تحت سرپرستی سازمان بهزیستی در مراکز شبه خانواده به عنوان آخرین راه حل پیگیری می شود. مراکز شبه خانواده به کلیه مراکزی اطلاق می شود که طبق وظایف قانونی، کودکان بی سرپرست و بدسرپرست را پذیرا هستند، نگهداری و پرورش آنان را فراهم می کنند و زمینه انتقال موقت یا دائم آنها را به خانواده و جامعه برعهده دارند (سازمان بهزیستی کشور، ۱۳۸۸). بنابراین، توجه به نیازهای جسمانی و روان شناختی کودکان مقیم در مراکز شبه خانواده یکی از نخستین اولویت هاست و از این میان توجه به خودکارآمدی تعاملی<sup>۲</sup> یکی از مهم ترین مسائل روان شناختی پیش روی کودک است که مستلزم ارائه برنامه های مداخله ای ویژه است. از جمله طیف گسترده ای از مشکلات و اختلال های مرتبط با خودکارآمدی پایین می توان به اختلال تغذیه و تحولی<sup>۳</sup>، اضطراب و هراس، اختلال تنیدگی پس ضربه ای<sup>۴</sup>، افسردگی، واکنش های سوگ و سوء استفاده از مواد اشاره کرد (باربر، ۱۹۸۴؛ برک، ۱۹۹۶؛ زیل، کرونجی و پایزی، ۲۰۰۶؛ گیونز، ۱۹۷۹).

خودکارآمدی به معنای باور فرد در مورد توانایی مقابله با موقعیت های خاص است که الگوهای فکری، رفتاری و هیجانی را در سطوح مختلف تجربه انسانی تحت تأثیر قرار می دهد (بندورا، ۲۰۰۶). در واقع، خودکارآمدی، احساس شایستگی، کفایت و قابلیت است که فرد در کنار آمدن با چالش های زندگی، حد مهارتی که بر زندگی خود دارد (شولتز<sup>۵</sup> و شولتز<sup>۶</sup>، ۱۳۹۱/۲۰۰۵) و

1. deinstitutionalization

2. interactional self-efficacy

3. eating and developmental disorder

4. post-traumatic stress disorder

5. Schultz, D. P.

6. Schultz, S. E.

7. Pervin, L. A.

8. John, O.

9. physical skills

10. Wardrope, A.

یکی از روی‌آوردهای هنردرمانگری، هنرهای بیانگر<sup>۲</sup> یا هنرهای خلاق<sup>۳</sup> است که به معنای استفاده همزمان از چند نوع ابزار هنری برای درمان است. منشاء این دیدگاه، کارهای رویین (۱۹۹۸) است. در این دیدگاه از هنردرمانگری برای به وجود آوردن فرصتی برای بیان هیجان‌ها و ملموس ساختن ایده‌ها و باورهای مراجعان، از چند شیوه متنوع هنری استفاده می‌شود. برخلاف بیان هنری سنتی<sup>۴</sup>، در این شیوه درمانگری خلق اثر مهم‌تر از محصول نهایی است. درمان بیانگر مبتنی بر این فرضیه است که افراد می‌توانند با استفاده از تخیل<sup>۵</sup> و دیگر اشکال هنرهای خلاق درمان شوند. انواع هنردرمانی‌های بیانگر عبارتند از: نقاشی‌درمانی<sup>۶</sup>، نمایش‌درمانی<sup>۷</sup>، موسیقی‌درمانی<sup>۸</sup>، نگارش‌درمانی<sup>۹</sup> و سفال‌درمانی<sup>۱۰</sup> (روبین، ۱۹۹۸). هدف از فعالیت‌های هنری بیانگر، تحول هویت<sup>۱۱</sup>، شخصیت، و نیز برانگیختن احساس موفقیت در کودکان از طریق ابزارهای ابتکاری خودمحور است. درواقع، هنردرمانگر با برقراری ارتباط هنری با مراجع، خودبیانگری نمادین<sup>۱۲</sup> او را تفسیر می‌کند (ادواردز، ۲۰۰۴). درطول استفاده از هنردرمانی بیانگر، افراد می‌توانند به ارتباط با یکدیگر و محیط، استحکام بخشیده و با فرافکنی زندگی درونی به فعالیت هنری، با هیجان‌های خود ارتباط برقرار کنند و به احساس عمیق‌تری از همدلی و تعاون دست یابند (مالکوئیدی، ۲۰۰۳). بدین ترتیب این روی‌آورد دارای نظام درمانی بین‌رشته‌ای منحصر به فرد خود است، نظامی که در آن هنردرمانگر و مراجع، آزادانه بین چند هنر مثل نگارش، نقاشی، سفال، شعر، نمایش یا ترسیم و... حرکت می‌کنند (مالکوئیدی، ۲۰۰۵). بنابراین، بر استفاده همزمان چند روش هنری در فرایند درمان تأکید شده است. اولین ابزار هنردرمانی، نقاشی است. در واقع نقاشی دریچه‌ای است به سوی استفاده از هنرهای دیگر. اما نقاشی به تنهایی کافی نیست و برای گسترش فرایند درمانگری استفاده از روش‌های دیگر کاملاً ضروری است (روبین، ۲۰۰۵). استفاده از گل نیز به دلیل ایجاد احساس نزدیکی با طبیعت، یافتن آرامش از دستکاری و انعطاف‌پذیری آن، در بحث هنردرمانگری، به طور مکرر مطرح و در مورد افراد با سنین متفاوت به کار برده می‌شود (جانگ و

که حمایت مورد نظر خود را از دست می‌دهد. فقدان خانواده حمایت‌گر و عدم وجود رابطه ایمن و توأم با اعتماد، میل به حمایت و ترس از طرد شدن را دامن می‌زند (صنعت‌نگار، ۱۳۹۱).  
گرایش بیشتر افراد به درمان‌های روان‌شناختی از یک سو و به چالش کشیده‌شدن درمانگری‌های سنتی از سوی دیگر، زمینه را برای پیدایش شیوه‌های جدید درمانگری آماده ساخته است. یکی از درمان‌های جدید و جذاب اخیر، هنردرمانگری است که در این نوع درمان از بیان خلاق برای ایجاد تغییرات مؤثر استفاده می‌شود. ادبیات مرتبط با تأثیر هنردرمانگری در افزایش خودکارآمدی بین فردی، اهمیت این شیوه درمانی را در افزایش این سازه مهم نشان می‌دهد (اسپرینگر، فیلیس، فیلیس، کندی و کرس-هریس، ۱۹۹۲؛ تیبیس و استون، ۱۹۹۰؛ چین، پالومبو و باناش، ۱۹۸۰). هنردرمانگری به طور کلی به معنای به کارگیری ابزار متفاوتی است که بیمار بتواند از طریق آنها خود را بیان کند تا با مسائل و نگرانی‌های خود کنار بیاید (کیس و دالی، ۱۹۹۰). اهداف و عناصر هنردرمانگری عبارتند از تخلیه روانی و پالایش احساسی در مواجهه با تعارض‌های عاطفی، تسهیل در بیان جزئیات رویدادهای آسیب‌زا، تمرکز و تسلط بر احساسات خود، بیان ارتجاعی و غیرقضاوت‌گرانه، صحبت و یادآوری آزادانه احساسات و افکار سرکوب‌شده و یکپارچه کردن تجارب آسیب‌زا در جهت بهبود اختلال‌های عاطفی (بون، ۲۰۰۳). هنردرمانگری به عنوان یک ابزار سودمند اولیه و ثانویه برای کودکان، نوجوانان و بزرگسالان در قالب فردی یا گروهی و برای طیف وسیعی از نیازها به کار رود (ولف، ۲۰۰۳). هنردرمانگری گروهی فرصتی را فراهم می‌سازد تا افراد بتوانند عواطف خود را به شیوه‌ای جدید بیان کنند و از طریق آن احساس اطمینان و اعتماد در روابط بین فردی را به دست آورند. در جلسه‌های درمانگری و به‌ویژه گروه‌درمانگری نیات درونی که ابراز آنها بسیار سخت فرض می‌شود، به آسانی و در عین حال بدون احساس تهدید و خطر بیان می‌شود (هارتز و تیک، ۲۰۰۵). در روان‌هنردرمانگری، عناصر هنری نه تنها باید اثراتی سریع به وجود آورند، بلکه نیازی به به‌کارگیری مهارت و تکنیک خاصی نداشته باشند (لانگارتن<sup>۱</sup>، ۱۹۸۱/۱۳۸۶).

1. Landgarten, H. B.  
2. expressive arts  
3. creative arts  
4. traditional art expressive

5. imagination  
6. painting therapy  
7. drama therapy  
8. music therapy

9. writing therapy  
10. pottery therapy  
11. identity development  
12. symbolic self-expression

چوی، ۲۰۱۳). همچنین کار با گل تنش‌های درونی و احساسات منفی را رها می‌سازد و باعث تحریک احساسات مثبت می‌شود. با توجه به قابلیت انعطاف‌پذیری، گل در دستان مراجع به راحتی شکل گرفته، تکه شده و ترکیب می‌شود و به او اجازه تجربه حرکت و تجسم فضایی را حین کار با آن می‌دهد. این موضوع می‌تواند به عنوان تخلیه هیجانی عمل کند. بدین ترتیب سفال‌درمانی به مراجع کمک می‌کند هیجانات پرخاشگرانه و منفی خود را آزاد ساخته و نهایتاً احساس آزادی و رضایتمندی کند (کیس، ۱۹۹۲؛ نیل، باربا و فاجس، ۲۰۰۴). بنابراین، کودک با نقاشی و رنگ‌کردن به صورت گروهی می‌تواند وقایع زندگی‌اش را به تصویر بکشد و سپس از طریق کار با سفال به آن تجسم بخشد. همچنین او می‌تواند با ترکیب عوامل خلاق هنر و تخیل علاوه بر اینکه تصویر شفاف‌تر و عینی‌تری از دنیای بیرون و ارتباطش با اطرافیان ایجاد می‌کند، به سطح مطلوبی از توانمندی و خودکارآمدی در تغییر و اصلاح آنها نیز برسد (لیپ و دیگران، ۲۰۱۲).

پژوهش‌های عصب‌روان‌شناختی در قلمرو هنر نشان می‌دهند هنرهای تجسمی مانند نقاشی و سفالگری می‌توانند با تقویت ناحیه پس‌سری نیمکره راست و نیز فعال‌سازی دو نیمکره مغزی باعث افزایش مهارت‌های ادراک دیداری و به تبع آن افزایش یادگیری شوند (مقدم و دیگران، ۱۳۹۱). چندین مطالعه به بررسی اثر هنردرمانی بر سلامت روانی پرداخته‌اند. نتایج این تحقیقات موجب ارتقای خودتوانمندسازی، رهایی از نشانه‌های منفی مرتبط با بیماری روانی، افزایش بهزیستی روانی، ارتباط معنوی قوی‌تر و تسهیل هیجانی شده‌اند (ایتون، دوهرتی، کیمبرلی، ویدریک و ربکا، ۲۰۰۷؛ تیتوس و سیناکور، ۲۰۱۳؛ رینولد و لیم، ۲۰۰۷؛ کرولی، ۲۰۰۱؛ لیپ و دیگران، ۲۰۱۲). پژوهش‌های دیگر اثر هنردرمانی را بر افزایش سازش‌یافتگی اجتماعی-تحصیلی و کاهش تنیدگی نشان می‌دهند (سالزانو و لیندلمان و ترونسکی، ۲۰۱۳؛ فرلیچ و شچمن، ۲۰۱۰). همچنین، مطالعاتی برای بررسی اثر هنردرمانی بیانگر یا خلاق (با استفاده از فنون نقاشی) بر درمانگری کودکان صورت گرفته است. نتایج این تحقیقات اثربخشی روی‌آورد مزبور را نشان می‌دهند و موجب ارتقای ارتباط بین فردی،

بهزیستی روانی، تسهیل هیجانی، کاهش پرخاشگری و مشکلات درونی‌سازی شده می‌شود (به‌پژوه و نوری، ۱۳۸۱؛ پیوگ، مین و گوودوین، ۲۰۰۶؛ عابدی، ۱۳۸۷؛ گلندر و شارف، ۲۰۱۲). نتایج مطالعات مبتنی بر اثربخشی استفاده از گل یا سفال در هنردرمانگری حاکی از کاهش اضطراب اجتماعی، احساس تنهایی، افسردگی، تنیدگی سپس ضربه‌ای و ارتقای انعطاف‌پذیری من<sup>۱</sup> و ذهنی‌سازی والدین<sup>۲</sup> بودند (بت، ۲۰۱۳؛ بریلانتس-ایوان‌گلیستا، ۲۰۱۳؛ جانگ و چوی، ۲۰۱۳؛ جانگا و کیمب، ۲۰۱۲) و دست‌آخر پژوهش‌هایی نیز به بررسی اثر هنردرمانگری گروهی بر مهارت‌های بین‌فردی و خودکارآمدی اجتماعی پرداخته‌اند. برای مثال، قنبری‌هاشم‌آبادی و ابراهیمی‌نژاد (۱۳۹۰) نشان دادند اجرای هشت جلسه هنردرمانگری گروهی می‌تواند به افزایش معنادر مهارت‌های بین‌فردی گروهی از بیماران روانی مزمن منجر شود. شکل گسترده‌تر و دقیق‌تر اتکا بر کنش اجتماعی<sup>۳</sup> هنر برای توانمندسازی کودکان در وضعیت دشوار در پژوهش عابدی (۱۳۸۷) مورد توجه قرار گرفته است. نتایج حاصل از این پژوهش نشان دادند هنردرمانگری خلاق با روی‌آورد روایتی-شناختی<sup>۴</sup> بر بهبود خودکارآمدی و کاهش مشکلات درونی‌سازی شده، نوجوانان مؤثر بوده است. رجیبی (۱۳۹۰) نیز نشان داد تعامل‌های کودکان دچار اختلال طیف درخودماندگی با اجرای هنردرمانگری بهبود معناداری پیدا کرده است. همچنین، غنی‌سازی برنامه آموزشی کودکان پیش‌دبستانی متعلق به خانواده‌های کم‌درآمد از طریق انجام فعالیت‌های یکپارچه هنری با استفاده از زیبایی<sup>۵</sup>، آمادگی اجتماعی-هیجانی این کودکان را افزایش داده و آنها نسبت به همسالان خود هیجانات مثبت‌تری چون علاقه، شادی و احساس غرور نشان داده و از نظر نظم‌دهی به هیجان‌های<sup>۶</sup> مثبت و منفی خود هنگام برقراری ارتباط با آموزگاران و همسالان، موفق‌تر عمل می‌کنند (براون و ساکس، ۲۰۱۲).

پژوهش‌ها و مبانی نظری ذکرشده مبین پیشینه‌ای نسبتاً غنی در خصوص اثر هنردرمانگری هستند. اگرچه پژوهش‌های بسیاری در خصوص اثربخشی هنردرمانگری بر متغیر خودکارآمدی صورت گرفته است، هنوز نتایج پژوهش‌ها در این قلمرو متناقض‌اند. در حال حاضر پژوهش‌های اندکی در مورد اثربخشی هنردرمانی با روی‌آورد بیانگر بر مؤلفه‌های سلامت

1. ego resilience

2. parental mentalization

3. social function

4. narrative-cognitive

5. Kaleidoscope

6. emotional regulation

توانایی جسمانی و شناختی برای شرکت در مداخله‌های روان‌شناختی و سن ۹ تا ۱۲ سال. ملاک خروج برای این گروه ناتوانی هوشی و عقب‌ماندگی ذهنی، مشکلات بینایی و حرکتی و نیز اختلال‌های روان‌شناختی بود. سپس، با توجه به سن آزمودنی‌ها توضیحات کافی برای تکمیل آزمون داده شد و گروه آزمایش و گواه طی یک جلسه، مقیاس خودکارآمدی کودکان در تعامل با همسالان<sup>۱</sup> را تکمیل کردند.

### مقیاس خودکارآمدی کودکان در تعامل با همسالان

(CSPIS؛ ویلر و لاد، ۱۹۸۲). این مقیاس توسط ویلر و لاد در سال ۱۹۸۲ با هدف ارزیابی ادراک کودکان از توانایی خود در تعامل‌های اجتماعی و اشتیاق به برقراری رابطه مثبت با همسالان، طراحی و تدوین شده است. این مقیاس شامل ۲۲ ماده است که دو زیرمقیاس دارد و خودکارآمدی تعاملی در موقعیت‌های تعارضی و غیرتعارضی را می‌سنجد. روش نمره‌گذاری بدین ترتیب است که بر اساس مقیاس لیکرت، به گزینه‌های حتماً به احتمال زیاد، شاید، به احتمال کم و اصلاً به ترتیب نمره یک، دو، سه، چهار و پنج تعلق می‌گیرد. با جمع نمره‌های ۲۲ ماده، نمره کلی خودکارآمدی کودکان در تعامل با همسالان به دست می‌آید. در این مقیاس نمره بالا بیانگر خودکارآمدی تعاملی بالاتر با همسالان است. اعتبار این مقیاس به روش بازآزمایی، دونیمه‌کردن و آلفای کرونباخ برای زیرمقیاس‌های موقعیت‌های تعارضی ۰/۸۵، غیرتعارضی ۰/۷۳ و در کل ۰/۸۵ گزارش شده است (ویلر و لاد، ۱۳۷۵/۱۹۸۲). مداخله هنردرمانگری طی ۱۰ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای (دو جلسه در هفته) برای گروه آزمایش اجرا شد. بعد از اجرای مداخله از هر دو گروه پس‌آزمون گرفته شد.

برنامه مداخله درمانی این پژوهش مبتنی بر روی‌آورد هنرهای بیانگر یا خلاق است. با بررسی مبانی و اصول مطرح‌شده در حوزه هنردرمانی بیانگر به منظور تدوین این برنامه (بون، ۲۰۰۳؛ روبین، ۲۰۰۵؛ سیلور، ۲۰۰۸؛ مالکوئیدی، ۲۰۰۵)، مشخص شد که در این حوزه از چند شیوه هنری متنوع استفاده می‌شود و هنردرمانگران بیانگر، بیش از آنکه خود را به یک نظام خاص محدود کنند، اغلب خود را درمانگرانی چندالگویی<sup>۲</sup> در نظر می‌گیرند. بدین شکل که دیدگاه و راهبردهای مداخله‌ای خود را

روانی کودکان آسیب‌دیده صورت گرفته است. همچنین، به دلیل محرومیت کودکان بی‌سرپرست و بدسرپرست مقیم در مراکز شبه‌خانواده از کارکردهای طبیعی مراقبت‌های خانوادگی و نیز با توجه به اهمیت خودکارآمدی تعاملی با همسالان در سلامت روان‌شناختی کودکان، تأمین نیازهای روان‌شناختی این کودکان برعهده روان‌شناسان قرار می‌گیرد. بنابراین، با نگاه به چهارچوب نظری روی‌آورد هنردرمانی بیانگر و نیز تأیید اثربخشی آن در تأمین نیازهای روان‌شناختی در پژوهش‌های پیشین، در این پژوهش اثربخشی هنردرمانی بیانگر در افزایش خودکارآمدی تعاملی کودکان دختر بدسرپرست و بی‌سرپرست مقیم در مراکز شبه‌خانواده‌ی شهر مشهد مورد آزمون قرار گرفته است.

### روش

این پژوهش به دلیل بررسی اثر هنردرمانی بیانگر بر خودکارآمدی تعاملی کودکان، کاربردی و از لحاظ روشی که دنبال می‌کند شبه‌آزمایشی به صورت پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه گواه است. متغیر مستقل، مداخله هنردرمانی گروهی بیانگر بود که فقط در گروه آزمایش اعمال شد و تأثیر آن بر نمره‌های پس‌آزمون افراد گروه آزمایش نسبت به گروه گواه، مورد مقایسه قرار گرفت.

جامعه آماری پژوهش شامل کلیه دختران بی‌سرپرست و بدسرپرست ۹ تا ۱۲ سال بود که به هر دلیلی اعم از حوادث و بلایای طبیعی، بیماری‌های واگیردار، مرگ و میر والدین، مجهول‌المان بودن والدین، طلاق و جدایی یکی از والدین، فقر، عدم صلاحیت اخلاقی و اجتماعی والدین و... توسط سازمان بهزیستی استان خراسان رضوی به عنوان بی‌سرپرست و بدسرپرست به مراکز نگهداری ارجاع داده شده‌اند و در حال حاضر مقیم مراکز شبه‌خانواده شهر مشهد هستند. شرکت‌کنندگان ۲۸ کودک دختر بودند که به روش نمونه‌برداری در دسترس از دو مرکز شبه‌خانواده خانه فرشتگان و بیت‌النبی واقع در شهر مشهد در زمستان ۱۳۹۱ انتخاب شدند و به صورت جایگزینی تصادفی، در دو گروه ۱۴ نفره آزمایش و گواه قرار گرفتند. ملاک‌های ورود به مطالعه عبارت بودند از: داشتن حداقل

1. Children's Self-Efficacy for Peer Interaction Scale

2. multimodal

محتوای جلسه‌ها از چهارچوب نظری روی آورد هنردرمانی بیانگر استفاده شد و با در نظر گرفتن مؤلفه‌های خودکارآمدی تعاملی، مداخله درمانی به صورت گروهی و در قالب انجام فعالیت‌هایی در خلال جلسه‌ها و تکالیفی بین جلسه‌ها تدوین شد. خلاصه ساختار و محتوای جلسه‌های درمانی در جدول ۱ ارائه شده است. برای تحلیل نتایج نیز از آزمون تحلیل کوواریانس چندمتغیره استفاده شد.

متناسب با نیازهای مراجع، از میان کاربرد چند هنر برگزیده و معتقدند از طریق بیان خلاق و راه‌اندازی تخیل، مراجع می‌تواند بدن، احساس‌ها، هیجان‌ها و فرآیند تفکرش را مورد بررسی قرار دهد (مالکوئیدی، ۲۰۰۵). بنابراین، با بیان و بازآفرینی ظرفیت‌های درونی مراجع، او را برای بیان خلاق تجارب منحصر به فرد و انتخابی به شیوه‌ای هنری یاری می‌رسانند (بون، ۲۰۰۳؛ روبین، ۲۰۰۵). در مجموع، به‌منظور طراحی فعالیت‌ها و

#### جدول ۱

خلاصه ساختار و محتوای جلسات درمانی (برگرفته از بون، ۲۰۰۳؛ روبین، ۲۰۰۵؛ سیلور، ۲۰۰۸؛ مالکوئیدی، ۲۰۰۵)

جلسه	محتوا و فعالیت‌های هر جلسه	هدف پیگیری شده در هر جلسه
جلسه اول	معرفه و آشنایی با کودکان، آشناسازی آنها با روند کلی کار، انجام فعالیت‌های هنری با موضوعات اختیاری با استفاده از مداد رنگی، آبرنگ و ...	ایجاد رابطه و اعتمادسازی، آشنایی بیشتر با درمانگر و مواد هنری جلسات بعدی
جلسه دوم	آماده‌سازی با استفاده از فنون گرم کردن <sup>۱</sup> ، مانند خط خطی کردن <sup>۲</sup> و یافتن تصاویر از میان خطوط و سپس رنگ‌آمیزی آنها	معنایابی و برون‌ریزی هیجان‌ها با هدف کشف احساس‌ها و مسائل کودک
جلسه سوم و چهارم	ترسیم و نقاشی گروهی آزاد در قالب فعالیت‌های هنری هدفمند با استفاده از مداد رنگی، مداد شمعی و مازیک	تبادل نظر میان اعضا، تصمیم‌گیری اشتراکی در مورد موضوع نقاشی، ایجاد احترام متقابل و انجام کار مشترک و هماهنگ و معطوف به هدفی مشخص
جلسه پنجم و ششم	تجربه نقاشی‌های گروهی و توسعه و تکمیل کارها با استفاده از مداد رنگی، مداد شمعی و مازیک با تمرکز بر پسخوراندن آهای مثبت و تعامل سازنده بین اعضای گروه	مشاهده ملموس اثر هر یک از اعضا در کار گروهی، احساس موفقیت و ارزشمندی در گروه و شناخت مرزها و احترام به حریم دیگران در زندگی جمعی
جلسه هفتم	ساخت مجسمه سفالی از اعضای گروه و تکمیل سفال گروهی، نمایش مجسمه‌ها به دیگر اعضای گروه و بحث در مورد ویژگی‌ها و صفات آنها	تقویت آگاهی جسمانی خود و دیگر اعضا، روشن‌سازی تصور درونی کودکان واجد خودکارآمدی ضعیف، آموزش مهارت‌هایی برای تمرکز بر ویژگی‌های مثبت
جلسه هشتم	ترسیم اعضای گروه با استفاده از مدادهای رنگی، شمعی، گواش و رنگ‌های آکریلیک، بحث در مورد احساس و هیجان، شناخت خود از خلال تجربه این فعالیت‌ها	مشاهده ملموس اثر خود بر هر یک از اعضا در کار گروهی، احساس موفقیت و ارزشمندی در گروه، مشاهده تصویر ترسیم‌شده هر یک از اعضا از یکدیگر و شناسایی پویایی‌های درون گروهی، دستیابی به تصور واقعی‌تر از فردی ناتوان به فردی خلاق
جلسه نهم	تکرار و یادآوری مطالب پیشین، آماده‌سازی کودکان برای اختتام گروه، جمع‌بندی کل جلسات، مقایسه احساسات و رفتار کودک توسط خودش قبل و بعد از جلسات	پیگیری اهداف پیشین و یکپارچه کردن دریافت‌ها و تجارب و انسجام‌بخشی به شناخت‌ها، هیجان‌ها و توانمندی‌های تجربه‌شده در جلسات قبل
جلسه دهم	آماده‌سازی برای خاتمه جلسه‌ها، انسجام‌بخشی به ایده‌ها و یکپارچه‌سازی دستاوردها در قالب برگزاری نمایشگاهی از نمونه آثار ترسیمی و تجسمی ساخته‌شده در جلسه‌ها	بیان تجارب توسط اعضا و هدفگذاری برای تداوم استفاده از مهارت‌ها و فعالیت‌های هنری برای خودآگاهی و کنار آمدن با مسائل در طول زندگی

#### یافته‌ها

کودکان دو گروه در مراکز شبه‌خانواده ۲/۶ سال (دامنه یک ماه تا بالای سه سال) بود. دامنه پایه تحصیلی در دو گروه، دوم ابتدایی تا ششم ابتدایی بود. شاخص‌های توصیفی مربوط به نمره کل مقیاس خودکارآمدی کودکان در تعامل با همسالان و شاخص‌های توصیفی زیرمقیاس‌های موقعیت‌های تعارضی و غیرتعارضی در جدول ۲ ارائه

تعداد ۲۸ کودک دختر در دو گروه آزمایش و گواه به تعداد برابر (۱۴ نفر)، مورد مطالعه قرار گرفتند. بررسی مشخصه‌های جمعیت‌شناختی نشان می‌دهد میانگین سنی کودکان در دو گروه ۱۰/۵۷ سال (دامنه ۹ تا ۱۲ سال) بود. میانگین مدت اقامت

1. warm up

2. scribbling

3. feedback

مشخص شد مفروضه همگنی ماتریس واریانس-کوواریانس رعایت شده است ( $F=3/0.2, P>0/0.5$ ) که حاکی از آن است که ماتریس‌های کوواریانس مشاهده شده متغیرهای وابسته برای سطوح متغیر مستقل برابرند. همچنین بررسی آزمون کرویت بارتلت نشان داد همبستگی بین متغیرهای وابسته برای ادامه تحلیل کافی است و ماتریس کوواریانس باقیمانده متغیرهای وابسته یکسان است ( $\chi^2=7/98, P>0/0.5$ ). مقادیر مجذور اتا بر اساس آزمون لامبدای ویلکز برای متغیر ترکیبی خودکارآمدی تعاملی (ترکیبی از موقعیت‌های تعارضی و غیرتعارضی) را نشان داد ( $F_{(2, 33)}=9/87, P<0/0.01$ ).

شده است. مرور یافته‌های توصیفی و مقایسه میانگین نمره‌های تفاوت دو گروه در مرحله پس‌آزمون نشان داد در دو متغیر وابسته، گروه آزمایش بر گواه برتری دارد. در متغیرهایی همچون خودکارآمدی تعاملی در موقعیت‌های تعارضی و غیرتعارضی انحراف استاندارد گروه آزمایش کمتر از گروه گواه بود که نشان‌دهنده ناهمگنی بیشتر گروه گواه نسبت به گروه آزمایش است. به منظور بررسی معناداری میزان تغییرات و تأثیر هنردرمانی گروهی بیانگر بر خودکارآمدی تعاملی کودکان از روش تحلیل کوواریانس چندمتغیره استفاده شد. ابتدا مفروضه‌های آزمون تحلیل کوواریانس بررسی شد. با بررسی آزمون MBOX

جدول ۲

میانگین و انحراف استاندارد خودکارآمدی تعاملی در پیش‌آزمون و پس‌آزمون به تفکیک گروه

متغیر	گروه	پیش‌آزمون		پس‌آزمون	
		SD	M	SD	M
خودکارآمدی تعاملی	آزمایش	۵/۸۱	۳۶/۵۰	۵/۰۴	۳۸/۶۴
	گواه	۷/۰۸	۳۳/۲۱	۷/۳۴	۳۲/۶۴
در موقعیت‌های تعارضی	آزمایش	۸/۱۹	۳۶/۵۰	۷/۱۱	۴۳/۹۲
	گواه	۷/۹۹	۳۴/۴۲	۱۰/۰۷	۳۷/۵۷

اثرهای بین آزمودنی استفاده شد. آزمون اثرات بین آزمودنی‌ها نشان داد نمره‌های تفاوت هر دو زیرمقیاس‌های بین دو گروه به طور معنادار متفاوت است. اندازه اثر آزمایشی مربوط به خودکارآمدی تعاملی در موقعیت‌های تعارضی و غیرتعارضی به ترتیب ( $\eta^2=0/42$ ) و ( $F=12/80, P<0/01, \eta^2=0/42$ ) است (جدول ۳). بنابراین، می‌توان گفت روش هنردرمانی گروهی بیانگر، خودکارآمدی تعاملی را در کودکان افزایش داده است.

در نهایت، بررسی آزمون یون نشان داد در هیچ یک از زیرمقیاس‌ها از این مفروضه تخطی صورت نگرفته است و فرض همگنی واریانس‌ها برای هر دو زیرمقیاس‌های خودکارآمدی در موقعیت‌های تعارضی ( $F=0/66, P>0/0.5$ ) و خودکارآمدی در موقعیت‌های غیرتعارضی ( $F=3/0.2, P>0/0.5$ ) رعایت شده است. برای بررسی اینکه دقیقاً شیوه درمانی بر کدام یک از زیرمقیاس‌های خودکارآمدی تعاملی تأثیرگذار بوده از آزمون

جدول ۳

نتایج تحلیل کوواریانس چندمتغیری نمره‌های خودکارآمدی تعاملی در موقعیت‌های تعارضی و غیرتعارضی

منبع	SS	MS	F	$\eta^2$
خودکارآمدی در موقعیت تعارضی	۶۰/۲۸	۶۰/۲۸	۱۷/۰۱	۰/۴۱۵
خودکارآمدی در موقعیت غیرتعارضی	۸۸/۶۵	۸۸/۶۵	۱۲/۸۰	۰/۳۴۸

\* $P<0/01$

کودکان ایفا کند (هورن، ۲۰۰۹). خانواده می‌تواند از طریق مراقبت، درک همدلانه، تعامل مثبت، توجه، پرورش مهارت حل مسئله، فعالیت‌های جمعی، تشویق به پذیرش مسؤلیت این نقش را ایفا کند (بون، ۲۰۰۳). این در حالی است که کودکان بی‌سرپرست و بدسرپرست به دلیل فقدان خانواده، اغلب از دامنه‌ای از مشکلات

## بحث

به طور کلی خودکارآمدی به معنای باور فرد در مورد توانایی مقابله او با موقعیت‌های خاص است (بندورا، ۲۰۰۶). این باور در ساختاری سلسله‌مراتبی شکل می‌گیرد که خانواده و فرهنگ از طریق پسخورندهای مؤثر خود نقشی مهم در شکل‌گیری آن در

می‌توان گفت هنردرمانی بیانگر با ایجاد فضایی ایمن، برونی‌سازی مشکلات، افزایش تعامل‌های گروهی و به تبع آن کاهش انزوای اجتماعی، ایجاد امید، انتقال اطلاعات، نوع‌دوستی، ایجاد فنون معاشرت، همبستگی گروهی و همزیستی تأثیر معناداری بر افزایش خودکارآمدی داشته است. با در نظر گرفتن مقاومت کودکان در برابر درمان‌های کلامی و برقراری رابطهٔ درمانی و عدم برخورداری از خزانه بالای لغات که از جمله مشکل‌های درمانگرانی است که با کودکان کار می‌کنند، تکالیف و تمرین‌های هنردرمانی به شیوه‌های بیانگر، خلاق و گروهی به راحتی موجب برون‌ریزی هیجان‌ها و کاهش تنیدگی می‌شود، ایجاد رابطه بین هنردرمانگر و کودک را تسهیل می‌کند و فرصتی را برای برقراری روابط بیشتر با همسالان می‌آفریند (بون، ۲۰۰۳؛ روبین، ۲۰۰۵). از طرفی فرافکنی زندگی درونی با فعالیت هنری و برقراری ارتباط با تعارض‌های خود، به پذیرش و باور بیشتر به توانمندی خویش منجر می‌شود (مالکوئیدی، ۲۰۰۳). این باور و رسیدن به معیارهای عملکرد و حفظ آنها احساس خودکارآمدی فرد را افزایش می‌دهد (پروین و جان، ۱۳۸۴/۲۰۰۱) و در نتیجه فرایند شکل‌گیری خودکارآمدی تعاملی بالاتر را تسهیل می‌سازد. لذا نتایج این پژوهش بر ضرورت استفاده از روی‌آوردهای هنردرمانگری از سوی روان‌شناسان و درمانگران به منظور افزایش اثربخشی مداخله‌های درمانی تأکید دارد و می‌تواند آنها را در بهره‌گیری از روی‌آوردهای مناسب و نیز افزایش کارایی درمانگرها یاری دهد.

پژوهش حاضر دارای محدودیت‌هایی است که در نتیجه‌گیری و تعمیم نتایج باید به آن توجه شود. روش این پژوهش از نوع نیمه‌آزمایشی است که تمامی ملاک‌های اعتبار درونی و بیرونی آن موجود نیست و این امر تعمیم یافته‌ها را مشکل می‌سازد. استفاده از ابزار خودگزارش‌دهی نیز یکی دیگر از محدودیت‌های پژوهش حاضر است. پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آینده به یکی از اختلال‌های بالینی کودکان به صورت جزئی‌تر پرداخته شود. همچنین ادامه پژوهش در مورد پسران و در گروه سنی نوجوانی بر غنای پژوهش‌هایی از این دست خواهد افزود.

### تشکر و قدردانی

از کودکان شرکت‌کننده در پژوهش، از کارشناسان واحد

هیجانی و روان‌شناختی مرتبط با دل‌بستگی، محرومیت از مادر و خودکارآمدی رنج می‌برند (موهانجی، ۲۰۰۸).

با توجه به پژوهش‌های صورت‌گرفته در خصوص خودکارآمدی کودکان بی‌سرپرست و بدسرپرست، یکی از مداخلات مؤثر در این حیطه هنردرمانی است (عابدی، ۱۳۸۷). هنردرمانی بیانگر یا خلاق، درمانی است که در آن افراد با بیان ظرفیت‌های منحصر به فرد خود به شیوه‌ای خلاق درمان شوند (بون، ۲۰۰۳). پژوهش حاضر به منظور بررسی اثربخشی هنردرمانی گروهی بر افزایش خودکارآمدی تعاملی انجام گرفته است. یافته‌های این پژوهش نشان داد میزان خودکارآمدی در تعامل با همسالان در کودکان دختری که تحت مداخله هنردرمانی قرار گرفته‌اند، پس از دو ماه افزایش یافته است که این یافته با نتایج برخی از پژوهش‌های پیشین مطابقت می‌کند (براون و ساکس، ۲۰۱۲؛ رجیبی، ۱۳۹۰؛ صنعت‌نگار، ۱۳۹۱؛ قنبری‌هاشم‌آبادی و ابراهیمی‌نژاد، ۱۳۹۰؛ مقدم و دیگران، ۱۳۹۰). در راستای همین نتایج، یافته‌های این پژوهش با یافته‌های به‌پژوه و نوری (۱۳۸۱) و عابدی (۱۳۸۷) همسو است و نشان می‌دهد هنردرمانگری به طور خاص بر کودکان آسیب‌دیده اثربخش‌تر است.

نتایج پژوهش حاضر نشان داد مداخله‌های هنردرمانگری گروهی بر هر دو زیرمقیاس خودکارآمدی در موقعیت‌های تعارضی و غیرتعارضی مؤثر بود. در حقیقت، ادارک فرد از کارآمدی خود به عنوان میانجی شناختی عمل است. عموماً نظارت بر عملکرد و دادن پسخوراند به افراد به نحوی که موجب افزایش احساس خودکارآمدی در آنها شود، علاقه آنان به یادگیری مهارت‌های اجتماعی را افزایش می‌دهد و سطح عملکرد آنان را بالا می‌برد (پروین و جان، ۱۳۸۴/۲۰۰۱). سطح خودکارآمدی در موقعیت‌های درمانی بر سلامت جسمانی مؤثر است و بر انتظارات یک شخص درباره اینکه آیا درمان موفقیت‌آمیز خواهد بود یا نه تأثیر می‌گذارد. از سوی دیگر هرچه درمان اثربخش‌تر باشد، احتمال بیشتری وجود دارد که سطح کارآمدی فرد افزایش یابد و در رویارویی با مشکلات از شیوه‌های خلاق و بیانگر استفاده کند. این موارد جز با تخلیه هیجانی، برون‌ریزی احساسات و افکار، شناخت خود و آگاهی نسبت به توانایی‌های خود و رفع تنیدگی و اضطراب ناشی از کاستی‌های ارتباطی با همسالان به دست نمی‌آید. در تبیین یافته‌های فوق



مقدم، ک.، استکی، م. و کوشکی، ش. (۱۳۹۱). تأثیر هنرهای تجسمی بر افزایش مهارت‌های ادراک دیوار مرتب با یادگیری ریاضی در دانش‌آموزان حساب نارسا. مجموعه مقالات سومین کنگره سراسری هنردرمانی در ایران، تهران.

ویلر، آ. و لاد، وی. (۱۳۷۵). پرسشنامه خودکارآمدی تعاملی با همسالان. ترجمه پ. شریفی. تهران: انتشارات آزمون‌یار پویا (تاریخ انتشار اثر به زبان اصلی، ۱۹۸۲).

**Bandura, A. (2006).** Adolescent development from agentic perspective. In Pajares and T. Urban (eds.) *Self-efficacy beliefs of adolescent*, 5, pp. 143-146. Greenwich: Information Age Publishing.

**Barber, T. X. (1984).** *Hypnosis, deep relaxation, and active relaxation: Data, theory and clinical applications*. New York: Guilford Press.

**Bat, O. M. (2013).** Clay sculpting of mother and child figures encourages mentalization. *The Arts in Psychotherapy*, 37 (4), 319-327.

**Berk, L. (1996).** *Infants, children and adolescents* (2nd ed.). MA: Simon and Schuster.

**Boone, N. C. (2003).** *Expressive arts therapy: Creative process in art and life*. New York: Parkway Publishers.

**Brillantes-Evangelista, G. (2013).** An evaluation of visual arts and poetry as therapeutic interventions with abused adolescents. *The Arts in Psychotherapy*, 40 (1), 71-84.

**Brown, E. D., & Sax, K. L. (2013).** Arts enrichment and preschool emotions for low-income children at risk. *Early Childhood Research Quarterly*, 28 (2), 337-346

**Bullock, J.R. (1998).** Loneliness in young children. *ERIC digests Journals*. EDO-PS-98-1.

**Case, C. (1992).** *The handbook of art therapy*. London: Routledge publications.

**Case, C. & Dalley, T. (1990).** *Art therapy with children through development*. London: Routledge.

شبه‌خانواده اداره بهزیستی شهر مشهد مقدس و به ویژه از مدیریت و کارکنان مراکز خانه فرشتگان و بیت‌النبی به پاس همراهی و همکاری‌هایشان، تشکر و قدردانی می‌شود.

## منابع

به‌پژوه، ا. و نوری، ف. (۱۳۸۱). تأثیر نقاشی‌درمانی در کاهش رفتارهای پرخطرانه دانش‌آموزان عقب‌مانده ذهنی. *مجله روان‌شناسی و علوم تربیتی*، ۳۳ (۲)، ۱۷۰-۱۵۵.

پروین، ل. و جان، ا. (۱۳۸۴). شخصیت، نظریه و پژوهش. ترجمه م. ج. جوادی و پ. کدیور. تهران: نشر آبیژ (تاریخ انتشار اثر به زبان اصلی، ۲۰۰۱).

رجبی، ب. (۱۳۹۰). تأثیر هنردرمانی بر کودکان درخودمانده. پایان‌نامه کارشناسی ارشد رشته روان‌شناسی بالینی، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه الزهرا.

سازمان بهزیستی کشور، معاونت امور اجتماعی (۱۳۸۸). دستورالعمل تخصصی مراقبت و پرورش کودکان تحت سرپرستی سازمان بهزیستی کشور. تهران: اداره کل روابط عمومی بهزیستی کشور.

شولتز، د. و شولتز، آ. د. (۱۳۹۱). نظریه‌های شخصیت. ترجمه ی. سیدمحمدی. تهران: نشر ویرایش (تاریخ انتشار اثر به زبان اصلی، ۲۰۰۵).

صنعت‌نگار، س. (۱۳۹۱). بررسی اثربخشی قصه‌درمانی گروهی بر ناامیدی و تنهایی. مجموعه مقالات سومین کنگره سراسری هنردرمانی در ایران، تهران.

عابدی، ع. (۱۳۸۷). بررسی اثربخشی هنردرمانی خلاق با رویکرد روایتی‌شناختی بر مشکلات درونی‌سازی‌شده و خودکارآمدی. پایان‌نامه کارشناسی ارشد رشته روان‌شناسی بالینی، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه شهید بهشتی.

قنبری‌هاشم‌آبادی، ب. ع.، و ابراهیمی‌نژاد، م. (۱۳۹۰). تأثیر هنردرمانی گروهی بر مهارت ارتباط بین فردی زنان مبتلا به اختلالات روانی مزمن بستری در مرکز نگهداری و بازتوانی بیماران روانی مزمن. *مجله اصول بهداشت روانی*، ۱۳ (۳)، ۲۲۹-۲۲۲.

لاندگارتن، ه. (۱۳۸۶). هنردرمانی بالینی. ترجمه ک. هاشمیان و ا. ابوحمزه. تهران: نشر دانژه (تاریخ انتشار اثر به زبان اصلی، ۱۹۸۱).

- play therapy, South Africa.
- Jang, H., & Choi, S. (2013).** Increasing ego-resilience using clay with low SES (Social Economic Status) adolescents in group art therapy. *The Arts in Psychotherapy, 39*, 245-250.
- Janga, M., & Kimb, Y. (2012).** The effects of group sand play therapy on the social anxiety, loneliness and self-expression of migrant women in international marriages in South Korea. *The Arts in Psychotherapy, 39*, 38-41.
- Knill, P., Barba, H. N., & Fuchs, M. N. (2004).** *Minstrels of soul: Intermodal expressive therapy*. Ontario, Canada: EGS Press.
- Lipe, A., Ward, K. C., Watson, A. T., Manley, K., Keen, R., Kelly, J. , & Clemmer, J. (2012).** The effects of an art intervention program in a community mental health setting: A collaborative approach. *The Arts in Psychotherapy, 39*, 25-30.
- Lunnshortel, L. (2008).** *The healthy solitary person*. Massachusetts: Smith college school for social work.
- Malchiodi, C. A. (2003).** *Handbook of art therapy*. New York: Guilford Press.
- Malchiodi, C. A. (2005).** *Expressive therapies*. New York: Guilford Press.
- Mohanji, K. (2008).** *Finding roses amongst thorns: How institutionalized children negotiate pathway to well-being while affected by HIV/AIDS*. Unpublished PhD thesis. University of Pretoria, South Africa.
- Muris, P., Schmidt, H., Lambrichs, R., & Meesters, C. (2001).** Protective and vulnerability factors of depression in normal adolescents. *Behavior Research and Theory, 39*, 555-556.
- Ormrod, J. E. (2006).** *Educational psychology: Developing learners (5th ed.)*. Upper Saddle River, NJ: Chin, R., Palombo, P., & Bannasch, G. (1980). Project reach out: Building social skills through art and video. *The Arts in Psychotherapy, 25* (3), 281-284.
- Crowly, L. A. (2001).** *Using art therapy to address the physical, psychological and spiritual issues of terminal patients*. Master thesis, Philadelphia: Hahne-mann University, College of nursing and health profession.
- Eaton, L. G., Doherty, M., Kimberly, L., Widrick, B. S., & Rebekah, M. (2007).** A review of research and methods used to establish art therapy as an effective treatment method for traumatized children. *The Arts in Psychotherapy, 34*, 256-262.
- Edwards, D. (2004).** *Art therapy*. London: SAGA Publications.
- Ehrenberg, M. F., Cox, D. N., & Koopman, R. F. (2001).** The relationships between self-efficacy and depression in adolescents. *Adolescence, 26*, 361-374.
- Freilich, R., & Shechtman, Z. (2010).** The contribution of art therapy to the social, emotional, and academic adjustment of children with learning disabilities. *The Arts in Psychotherapy, 37*, 97-105.
- Gibbons, D. E. (1979).** *Applied hypnosis and hyper-empira*. New York: Plenum Press.
- Goldner, L., & Scharf, M. (2012).** Children's family drawings and internalizing problems. *The Arts in Psychotherapy, 39*, 262-271.
- Hartz, L , & thick, L. (2005).** Art therapy strategies to raise self-esteem in female juvenile offenders: A comparison of art psychotherapy and art as therapy approaches. *Art Therapy: Journal of the American Art Therapy Association, 22*(2), 70-80.
- Horn, A. (2009).** *Regaining homeostasis: Gestalt therapeutic progress model for teachers suffering from career-related stress*. Unpublished thesis for

- Psychotherapy*, 40 (1), 39-46.
- Silver, J. B. (2008).** *Art therapy workbook for children and adolescents with autism*. Master thesis, Ursuline College Graduate Studies, United States of America.
- Springer, J. F., Phillips, J., Phillips, L., Cannady, L., & Kerst-Harris, E. (1992).** CODA: A creative therapy program for children in families affected by abuse of alcohol or other drugs. *Journal of Community Psychology, OSAP Special Issue*, 55-74.
- Tibbetts, T., & Stone, B. (1990).** Short term art therapy with seriously emotionally disturbed adolescents. *The Arts in Psychotherapy*, 17, 139-146.
- Titus, J. E., & Sinacore, A. L. (2013).** Art-making and well-being in healthy young adult women. *Psychotherapy*, 40, 29-36.
- Wheeler, V. A., & Ladd, G. W. (1982).** Assessment of children's self-efficacy for social interactions with peers. *Developmental Psychology*, 18 (6), 795.
- Wolf, L. (2003).** What is art therapy? *Journal of Canadian Art Therapy Association*, 16 (2), 1-2.
- Zyl, J., Cronje, E., & Payze, C. (2006).** Low self-esteem of psychotherapy patients: A qualitative inquiry. *The Qualitative Report*, 11(1), 182-208.
- Pearson/Merrill Prentice Hall.
- Puig, A., Min, S., & Goodwin, L. (2006).** The efficacy of creative arts therapies to enhance emotional expression, spirituality, and psychological well-being of newly diagnosed stage I and stage II breast cancer patients: A preliminary study. *The Arts in Psychotherapy*, 33, 218-228.
- Reynolds, F., & Lim, K. H. (2007).** Contribution of visual art-making to the subjective well-being of women living with cancer: A qualitative study. *The Arts in Psychotherapy*, 34, 1-10.
- Richardson, E. D. (1999).** *Adventure based theory and self-efficacy theory: Tests of treatment model for late adolescents with depressive symptomatology*. PhD Dissertation of Virginia Polytechnic Institute and State University.
- Rubin, J. A. (1998).** *Art therapy: An introduction*. London: Routledge Publications.
- Rubin, J. A. (2005).** *Artful therapy*. London: Routledge Publications.
- Salzano, A. T., Lindemann, E., & Tronsky, L. N. (2013).** The effectiveness of a collaborative art-making task on reducing stress in hospice caregivers. *Art in*