

## Research Paper



## Invention and Validation of Five New Art Therapy Techniques for Children

Hoda Purrezaian <sup>1\*</sup>

1. Assistant Professor, Department of Psychology, University of Tehran, Tehran, Iran.



## Article Info:

Received: 2025/02/05

Accepted: 2025/06/22

PP: 20

Use your device to scan and  
read the article online:DOI: 10.22054/jcps.2025.  
84170.3190

## Keywords:

Art therapy, Art therapy techniques, Art therapy techniques for children, Evaluation index of art therapy techniques.

**Abstract**

**Objective:** Art therapy has the largest number of therapeutic techniques among all of the known psychotherapies. Although this type of psychotherapy was first established for children, later and over time it has become a method for the treatment of adults. The present research was carried out following two scientific-clinical challenges. The first challenge was related to the large number of adult-specific art therapy techniques and the very small number of children-specific techniques. The current research was originally started with the aim of solving the first challenge, but on the way to achieve this goal, the second challenge also appeared. The recent challenge was related to the validation of innovative techniques. There were no indicators to validate the techniques individually. Therefore, inventing an index to evaluate the efficiency of each technique alone became the second goal of this research.

**Research Methodology:** All the research sets underlying the present paper were conducted using a single-subject method that falls under the category of experimental research. However, the specific research method can be considered a qualitative method because it was used in both the primary validation (by Delphi method) and the secondary validation of the techniques (based on the efficiency index).

**Findings:** A total of five art therapy techniques specific to children (Hidden colored pencil, White rug, Patchwork, Ugly painting, & Defensive shield) and an index to evaluate their efficiency are introduced in this study. The results of the validation of the techniques and the degree of concordance between the evaluators' opinions indicate the validity of the techniques introduced in the study.

**Conclusion:** Based on the research findings, the introduced innovative techniques can be considered valid techniques, but considering the research method, generalization of the results requires more research.

**Citation:** Purrezaian, H. (2024). Invention and Validation of Five New Art Therapy Techniques for Children. *Clinical Psychology Studies*, 15(57), 1-20. <https://doi.org/10.22054/jcps.2025.84170.3190>

**\*Corresponding author:** Hoda Purrezaian

**Address:** Assistant Professor, Department of Psychology, University of Tehran.

**Tell:** 02161117482

**Email:** [h.purrezaian@ut.ac.ir](mailto:h.purrezaian@ut.ac.ir)

## Extended Abstract

### Introduction

Art therapy has a dual heritage from art and psychotherapy. As a result, there is a wide range of definitions and practices in this field (Case & Dalley, 2002, 2014; Gussak & Rosal, 2016; Malchiodi, 2007, 2011; Steinbach, 2014). In the early twentieth century, psychiatry became increasingly interested in exploring and understanding the relationship between image, human emotion, and the unconscious. This interest soon led to the belief that artistic expressions and manifestations provided tangible evidence about what and how each person's inner world is. Until the 1930s, despite the recognition of the importance and effectiveness of art in therapy, it was used solely as a diagnostic or complementary treatment method, but during this decade, the idea of using art in therapy independently and seriously gained special importance in the approach of Margaret Naumburg. But art as a standalone therapy was developed by Edith Kramer during the 1950s, introducing another way to benefit from the process of art production in therapy. Kramer believed that in a therapeutic alliance, the art therapist takes an active role in supporting the client's ego and encouraging excellence. The art therapy techniques (painting therapy) became popular in their current form after Kramer. Techniques that gradually became more objective, making their application easier for a wider range of professionals and even clients. In addition, the number of these techniques also increased day by day, enriching the toolbox of art therapists. To the point where today we see, for example, that more than 700 techniques are introduced by just one art therapist (Buchalter, 2004, 2009, 2011, 2013, 2017, 2020). Although this point is very positive and valuable in some ways, it is not free from criticism in other ways. For example, in the books that are written with the aim of introducing countless art therapy techniques, there is no reference to the evidence of the effectiveness of each technique or its effect mechanism, and the techniques are introduced one by one and sequentially with a brief description of the method of implementation. Another strange point is that no specific age range is defined for the application of the techniques, which leads to ineffectiveness or even adverse effects following the use of the techniques in all age ranges. In fact, so far, based on the searches of the present researcher, there is no specific art therapy technique that has been invented and introduced specifically for children. These reasons make it necessary to invent techniques specific for children and research on the effectiveness of the invented techniques. The present study, which aims to achieve these goals, was designed and implemented after clinical observations of deficiencies in the effectiveness of some previous techniques. Among the problems of previous techniques are the following:

- Lack of attention to the children's developmental level
- Lack of understanding of the guidelines of each technique by children due to the subjective and abstract nature of some techniques
- Lack of verbal and even artistic expression following the implementation of some techniques

### Literature Review

Innovative techniques are usually introduced in guidebooks (see Buchalter, 2004, 2009, 2011, 2013, 2017, 2020; and Malchiodi, 2007, 2011), and research has examined the effectiveness of art therapy and its techniques for numerous disorders, including depression (Bar-Sela et al., 2007; Blomdahl et al., 2013, 2018; Gussak & Beck, 2018; Han, 2023; Purrezaian et al., 2019; Shella, 2018), anxiety (Cecil, 2016; Chambala, 2008; Dioniji & Germigny, 2017; Flores, 2017; Shella, 2018), personality disorders (Drass, 2015; Gatta et al., 2014; Haeyen et al., 2015, 2018, 2022; Springham & et al., 2012), eating disorders (Lock et al., 2018; Sporild and Bansaksen, 2015; Thaler et al., 2017), tic disorder (Purrezaian and Purrezaian, 2021), cancer adjustment disorder (Purrezaian et al., 2019a,b, 2020), acute stress disorder (Visnola et al., 2010), learning disorders (Freilich and Shechtman, 2010; Hackett et al., 2017), lack of motivation for treatment (Gold et al., 2013).

### Methodology

All the research sets underlying the present paper were conducted using the single-subject method that falls under the category of experimental research. However, the specific research method can be considered as qualitative method because it was used in both the primary validation (by Delphi method) and the secondary validation of the techniques (based on the efficiency index).

### Results

A total of five art therapy techniques specific to children and an index to evaluate their efficiency are introduced in this study. In addition, the results of the validation of the techniques will also be reported. Innovative art therapy techniques were used for 25 children with various psychological disorders and issues, including separation anxiety, mood swings, developmental delay, tic disorder, nightmare disorder, learning disorder, specific phobia, acute stress disorder, panic disorder, obsessive-compulsive disorder, autism spectrum disorder, attention deficit hyperactivity disorder, avoidant eating disorder, and adjustment disorder. In other words, each of these techniques was included in the art therapy protocol for these children and evaluated, and then the level of agreement between

the raters regarding the efficiency of the techniques was calculated. The kappa coefficient (.669) indicated significant agreement between the raters.

### Discussion and Conclusion

Based on the research findings, the introduced innovative techniques can be considered valid techniques, but considering the research method, generalization of the results requires more research.

### Acknowledgments

The author would like to express her gratitude to all the children who participated in this study and their beloved families.

### References

- Bar-Sela, G., Atid, L., Danos, S., Gabay, N., & Epelbaum, R. (2007). Art therapy improved depression and influenced fatigue levels in cancer patients on chemotherapy. *Psycho-Oncology: Journal of the Psychological, Social and Behavioral Dimensions of Cancer*, 16(11), 980-984.
- Blomdahl, C., Gunnarsson, A. B., Guregård, S., & Björklund, A. (2013). A realist review of art therapy for clients with depression. *The Arts in Psychotherapy*, 40(3), 322-330.
- Blomdahl, C., Guregård, S., Rusner, M., & Wijk, H. (2018). A manual-based phenomenological art therapy for individuals diagnosed with moderate to severe depression (PATd): A randomized controlled study. *Psychiatric rehabilitation journal*, 41(3), 169-182.
- Buchalter, S. (2020). *200 More Brief, Creative & Practical Art Therapy Techniques: A Guide for Clinicians & Clients*. Pesi Publishing & Media.
- Buchalter, S. I. (2004). *A practical art therapy*: Jessica Kingsley Publishers.
- Buchalter, S. I. (2009). *Art therapy techniques and applications*: Jessica Kingsley Publishers.
- Buchalter, S. I. (2011). *Art therapy and creative coping techniques for older adults*. Jessica Kingsley.
- Buchalter, S. I. (2013). *Mandala symbolism and techniques: innovative approaches for professionals*. Jessica Kingsley.
- Buchalter, S. I. (2017). *250 Brief, Creative & Practical Art Therapy Techniques: A Guide for Clinicians & Clients*. Pesi Publishing & Media.
- Case, C., & Dalley, T. (2002). *Working with children in art therapy*. Routledge.
- Case, C., & Dalley, T. (2014). *The handbook of art therapy*. Routledge.
- Cecil, R. (2016). *Supplementing Art Therapy with Cognitive Behavioral Therapy (CBT) and Dialectical Behavior Therapy (DBT) during Treatment of Childhood Anxiety Disorders: A Pilot Study*: West Virginia University.
- Chambala, A. (2008). Anxiety and art therapy: Treatment in the public eye. *Art Therapy*, 25(4), 187-189.
- Drass, J. M. (2015). Art therapy for individuals with borderline personality: Using a dialectical behavior therapy framework. *Art Therapy*, 32(4), 168-176.
- Flores, G. (2017). *Therapeutic Benefits of Art Therapy with Adults who have Traumatic Brain Injury with Depression and/or Anxiety*. Undergraduate Honors College.
- 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(2), 97-105.
- Gatta, M., Gallo, C., & Vianello, M. (2014). Art therapy groups for adolescents with personality disorders. *The Arts in Psychotherapy*, 41(1), 1-6.
- Gold, C., Mössler, K., Grocke, D., Heldal, T. O., Tjemsland, L., Aarre, T., ... & Rolvsjord, R. (2013). Individual music therapy for mental health care clients with low therapy motivation: Multicentre randomised controlled trial. *Psychotherapy and psychosomatics*, 82(5), 319-331.
- Gussak, D., & Beck, A. (2018). Reversing a sub-cultural norm: Art therapy in treating depression in prison inmates. *Arts Therapies in the Treatment of Depression*, 136-153.
- Gussak, D., & Rosal, M. L. (2016). *The Wiley handbook of art therapy*. Wiley Online Library.
- Hackett, S. S., Ashby, L., Parker, K., Goody, S., & Power, N. (2017). UK art therapy practice-based guidelines for children and adults with learning disabilities. *International journal of art therapy*, 22(2), 84-94.
- Haeyen, S., Van Hooren, S., & Hutschemaekers, G. (2015). Perceived effects of art therapy in the treatment of personality disorders, cluster B/C: A qualitative study. *The Arts in Psychotherapy*, 45, 1-10.
- Haeyen, S., van Hooren, S., van der Veld, W., & Hutschemaekers, G. (2018). Efficacy of art therapy in individuals with personality disorders cluster B/C: A randomized controlled trial. *Journal of personality disorders*, 32(4), 527-542.
- Haeyen, S., Ziskoven, J., Heijman, J., & Joosten, E. (2022). Dealing with opposites as a mechanism of change in art therapy in personality disorders: A mixed methods study. *Frontiers in Psychology*, 13.

- Han, J. (2023). *A Systematic Literature Review of Art Therapy on Depression Recovery*. *International Journal of Literature and Arts*, 11(1): 41-43.
- Lock, J., Fitzpatrick, K. K., Agras, W. S., Weinbach, N., & Jo, B. (2018). Feasibility Study Combining Art Therapy or Cognitive Remediation Therapy with Family-based Treatment for Adolescent Anorexia Nervosa. *European Eating Disorders Review*, 26(1), 62-68.
- Malchiodi, C. A. (2007). *Art therapy sourcebook*. McGraw Hill Professional.
- Malchiodi, C. A. (2011). *Handbook of art therapy*. Guilford Press.
- Malchiodi, C. A. (2013). *Expressive therapies*. Guilford Publications.
- Purrezaian, H. and Purrezaian, M. (2021). Applying psycho-art-drama as a new method to treatment of the acute motor tics: A Case Report. *Empowering Exceptional Children*, 12(1), 74-83. doi: 10.22034/ceciranj.2020.237235.1407 [in Persian]
- Purrezaian, H., Besharat, M. A., Koochakzadeh, L. and Farahani, H. (2019). Development and evaluation of the effectiveness of family-based art therapy on children's coping with cancer. *Empowering Exceptional Children*, 10(4), 89-102. doi: 10.22034/ceciranj.2020.206550.1293 [in Persian]
- Purrezaian, H., Besharat, M. A., Koochakzadeh, L., & Farahani, H. (2020). Psycho-art-drama: development and testing a new integrated complementary method of psychiatric treatments for hospitalised children with cancer (a case study). *International Journal of Psychiatry in Clinical Practice*, 24(2), 183–192.
- Purrezaian, H., Besharat, M. A., Koochakzadeh, L., & Farahani, H. (2019). Development and effect-evaluation of a new family-based art therapy on depression and pain anxiety of the hospitalized children with cancer. *Clinical Psychology Studies*, 10(37), 21–42.
- Shella, T. A. (2018). Art therapy improves mood, and reduces pain and anxiety when offered at bedside during acute hospital treatment. *The Arts in Psychotherapy*, 57, 59-64.
- Sporild, I. A., & Bonsaksen, T. (2015). Therapeutic factors in expressive art therapy for persons with eating disorders. *Groupwork*, 24(3), 46-60.
- Springham, N., Findlay, D., Woods, A., & Harris, J. (2012). How can art therapy contribute to mentalization in borderline personality disorder? *International journal of art therapy*, 17(3), 115-129.
- Steinbach, D. (2014). *A practical guide to art therapy groups*. Routledge.
- Thaler, L., Drapeau, C.-E., Leclerc, J., Lajeunesse, M., Cottier, D., Kahan, E., . . . Steiger, H. (2017). An adjunctive, museum-based art therapy experience in the treatment of women with severe eating disorders. *The Arts in Psychotherapy*, 56, 1-6.
- Visnola, D., Sprūdža, D., Baķe, M. Ā., & Piķe, A. (2010). Effects of art therapy on stress and anxiety of employees. Paper presented at the *Proceedings of the Latvian Academy of Sciences. Section B. Natural, Exact, and Applied Sciences*.



## مقاله پژوهشی

## ابداع و اعتبارسنجی پنج تکنیک جدید هنردرمانی ویژه کودکان

هدی پوررضائیان <sup>ID</sup> \*

۱. استادیار گروه روان‌شناسی، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه تهران، تهران، ایران.

## چکیده

**زمینه و هدف:** در میان تمام روان‌درمانی‌های شناخته‌شده، هنردرمانی از بیشترین تعداد تکنیک‌های درمانی برخوردار است. این نوع روان‌درمانی اگرچه ابتدا برای درمان کودکان پایه‌گذاری شد، بعدها و با گذشت زمان به روشی برای درمان بزرگسالان تبدیل شده است. پژوهش حاضر در پی دو چالش علمی-بالینی انجام شد. چالش اول مربوط به تعداد بسیار زیاد تکنیک‌های هنردرمانی مختص بزرگسالان و تعداد بسیار اندک تکنیک‌های ویژه کودکان بود. پژوهش حاضر در اصل با هدف رفع چالش نخست، آغاز گشت اما در مسیر رسیدن به این هدف، چالش دوم نیز نمایان شد. چالش اخیر مربوط به اعتبارسنجی تکنیک‌های ابداعی بود. هیچ شاخصی وجود نداشت که به اعتبارسنجی تکنیک‌ها به‌صورت تکی بپردازد. بنابراین ابداع شاخصی برای ارزیابی کارایی هر تکنیک به‌تنهایی، هدف دوم پژوهش حاضر شد.

**روش‌شناسی پژوهش:** تمام مجموعه پژوهش‌های زیربنای مقاله حاضر، به روش تک‌آزمودنی که در زمره پژوهش‌های آزمایشی جای می‌گیرد، انجام شده‌اند. با وجود این، روش پژوهش خاص این مقاله را می‌توان روش کیفی دانست چراکه هم در اعتبارسنجی اولیه (به روش دلفی) و هم در اعتبارسنجی ثانویه تکنیک‌ها (بر مبنای شاخص کارایی)، استفاده شده است.

**یافته‌ها:** در این پژوهش، مجموعاً پنج تکنیک هنردرمانی ویژه کودکان (مدادرنگی قایم‌شده، قالیچه سفید، چهل‌تیکه، نقاشی زشت، و سپر دفاعی) و یک شاخص برای ارزیابی کارایی آن‌ها معرفی می‌شود. نتایج اعتبارسنجی تکنیک‌ها و میزان همسانی بین نظرات ارزیابان، نشان‌دهنده اعتبار تکنیک‌های معرفی‌شده در پژوهش است.

**نتیجه‌گیری:** بر اساس یافته‌های پژوهش، تکنیک‌های ابداعی معرفی‌شده را می‌توان تکنیک‌های معتبری قلمداد کرد اما با توجه به روش پژوهش، تعمیم نتایج نیازمند پژوهش‌های بیشتری است.



اطلاعات مقاله:

تاریخ دریافت: ۱۴۰۳/۱۱/۱۷

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۴/۰۴/۰۱

شماره صفحات: ۲۰

از دستگاه خود برای اسکن و خواندن مقاله به صورت آنلاین استفاده کنید:



DOI: 10.22054/jcps.2025.84170.3190

## واژه‌های کلیدی:

هنردرمانی، تکنیک‌های هنردرمانی، تکنیک‌های هنردرمانی ویژه کودکان، شاخص ارزیابی تکنیک‌های هنردرمانی.

استناد به این مقاله: پوررضائیان، هدی. (۱۴۰۳). ابداع و اعتبارسنجی پنج تکنیک جدید هنردرمانی ویژه کودکان. *مطالعات روان‌شناسی بالینی*، ۱۵ (۵۷)، ۲۰-۱.

<https://doi.org/10.22054/jcps.2025.84170.3190>



Clinical Psychology Studies is licensed under a Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International License.

\*نویسنده مسئول: هدی پوررضائیان

نشانی: گروه روان‌شناسی، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه تهران، تهران، ایران.

تلفن: ۰۲۱۶۱۱۱۷۴۸۲

پست الکترونیکی: h.purrezaian@ut.ac.ir

## مقدمه

هنردرمانی میراث دوگانه‌ای از هنر و روان‌درمانی دارد در نتیجه طیف وسیعی از تعاریف و شیوه‌های کار در هنردرمانی موجود است (استنباخ<sup>۱</sup>، ۲۰۱۴؛ کیس و دالی<sup>۲</sup>، ۲۰۰۲، ۲۰۱۴؛ گازاک و روزال<sup>۳</sup>، ۲۰۱۶؛ ملچیودی<sup>۴</sup>، ۲۰۰۷، ۲۰۱۱). با نیم‌نگاهی به تعاریف و توصیف‌های موجود، می‌توان هنردرمانی را نوعی روش درمانی روان‌شناسانه دانست که از یک هنر یا انواع هنرها به‌مثابه نوعی شیوه بیانی جایگزین کلام بهره می‌برد. با اندکی اغراق و تعمیم، می‌توان هدف تمام روان‌درمانی‌ها را تسهیل «بیان» ناگفته‌هایی که در کودکان شاید به دلیل ضعف‌های کلامی، ناگفته مانده‌اند و در بزرگسالان به دلیل وجود موانع بیرونی یا درونی. در هنردرمانی، هنر جانشین کلام می‌شود تا بیان ناگفته‌ها را تسهیل سازد.

در حالی که رشته هنردرمانی، نسبتاً جدید است ولی اندیشه و فکر این که هنر و هنرآفرینی می‌تواند شیوه‌ای برای درمانگری باشد هرگز جدید نیست و بلکه بسیار هم قدیمی است. هنرآفرینی یکی از کهن‌ترین شیوه‌های تأمین سلامت در تاریخ است. با وجود آن که نظرها و نظریه‌های موجود ابراز می‌دارند که هنردرمانی از برخی جهات، برآمده از بهره‌گیری‌های سنتی و باستانی هنر است، اما شواهد بی‌شماری هم در دست است که این رشته، تحت تأثیر تحولات و جریانات علمی اخیر از جمله دانش روان‌پزشکی نوین نیز بوده است. نخستین توجه‌های علمی به ارتباط بین هنر و روان‌شناسی به اواخر قرن نوزدهم برمی‌گردد یعنی زمانی که روان‌پزشکانی از جمله آمبرویز تاردیو<sup>۵</sup> و پاول-مکس سیمون<sup>۶</sup> (پدر هنر و روان‌پزشکی) به جمع‌آوری آثار هنری بیماران روانی پرداختند و به این نکته پی بردند که این آثار هنری می‌توانند در حوزه روان‌پزشکی و روان‌شناسی، کاربرد داشته باشند (توماشوف و سوخانوا<sup>۷</sup>، ۲۰۰۸؛ روبین<sup>۸</sup>، ۲۰۰۹). کارهای تاردیو و سیمون در واقع نمونه‌هایی از علاقه برخی روانپزشکان به «هنر خام»<sup>۹</sup> هستند که اصطلاحاً به آثار هنری نقاشان خودآموخته و بیماران روانی اشاره دارد (گازاک و روزال، ۲۰۱۶).

در اوایل قرن بیستم، دانش روان‌پزشکی به طور روزافزونی به کشف و فهم ارتباط میان تصویر، هیجان انسان و ناخودآگاه، علاقه‌مند شد. این اشتیاق، خیلی زود به این باور رسید که جلوه‌ها و بیان‌های هنری، شواهد و مدارک ملموسی درباره چیستی و چگونگی جهان درونی هر فرد در اختیار می‌گذارد. در سال ۱۹۰۱ مارسل رجا<sup>۱۰</sup>، روان‌پزشک فرانسوی به همانندی‌های موجود میان نقاشی‌های بیماران روانی، کودکان و هنرمندان، اشاره کرد و در مورد هنر در بیماری‌های روانی نوشت (روبین، ۲۰۰۹). کمی بعد، در سال ۱۹۱۲ دو تن از روان‌پزشکان اروپایی یعنی امیل کراپلین<sup>۱۱</sup> و کارل جاسپرز<sup>۱۲</sup> به تجربه دریافتند که نقاشی‌های بیماران روانی می‌توانند به‌عنوان ابزاری برای درک و تشخیص در حوزه آسیب‌شناسی روانی به کار آیند (ملچیودی، ۲۰۰۷، ۲۰۱۳).

تا قبل از دهه ۱۹۳۰ با وجود پی بردن به اهمیت و اثربخشی هنر در درمانگری، صرفاً از آن به‌عنوان روش تشخیصی یا درمانی مکمل استفاده می‌شد اما در طول این دهه، ایده استفاده از هنر در درمان به طور مستقل و جدی در رویکرد مارگارت نامبرگ<sup>۱۳</sup> از اهمیت ویژه‌ای برخوردار شد. نامبرگ که به‌عنوان «مادر هنردرمانی» شناخته می‌شود، تحت تأثیر تحلیل‌های فرویدی و یونگی، و عضو یک سازمان روان‌تحلیلگری بود. وی بر اساس کار با کودکان دارای مشکلات رفتاری در مؤسسه روانپزشکی نیویورک، هنردرمانی دینامیک‌محور<sup>۱۴</sup> را بنا نهاد و از تکنیک‌های تحلیلی سنتی جدا شد. به طوری که تأکید داشت درمانجو در وضعیتی عمودی بنشیند، فعال باشد، و کار هنری خود را خودش در وهله نخست، تحلیل و تفسیر کند. نامبرگ عقیده داشت که شفا در هنردرمانی همانند روان‌تحلیلگری، همیشه از طریق یک ارتباط انتقالی اتفاق می‌افتد: شکلی از وابستگی به درمانگر که رفته رفته به واسطه تولید هنر، غلبه می‌یابد. او اظهار داشت که هنردرمانی یک تکنیک غیر کلامی مضاعف را برای تخلیه هیجانات ناهشیار و سرکوب‌شده از طریق تصویرسازی نمادین فراهم می‌سازد. به بیان او، درمانجویان فروید

<sup>1</sup> Steinbach, D.

<sup>2</sup> Case, C., & Dalley, T.

<sup>3</sup> Gussak, D., & Rosal, M. L.

<sup>4</sup> Malchiodi, C.

<sup>5</sup> Ambroise Tardieu

<sup>6</sup> Paul-Max Simon

<sup>7</sup> Thomashoff, H. O., & Sukhanova, E.

<sup>8</sup> Rubin, J. A.

<sup>9</sup> Outsider art

<sup>10</sup> Marcel Reja

<sup>11</sup> Emil Kraepelin

<sup>12</sup> Karl Jaspers

<sup>13</sup> Margaret Naumburg

<sup>14</sup> dynamically-oriented art therapy



اغلب می‌گفتند ای کاش می‌شد می‌توانستیم رؤیاهای خود را به تصویر بکشیم؛ هنر به آن‌ها اجازه همان کار را می‌دهد (ادواردز<sup>۱</sup>، ۲۰۱۴؛ بروک<sup>۲</sup>، ۲۰۰۶؛ روبین، ۲۰۰۵، ۲۰۰۹؛ کرامر<sup>۳</sup>، ۲۰۰۱؛ کیس و دالی، ۲۰۱۴؛ گراوس-آلکورن و کاگن<sup>۴</sup>، ۲۰۱۷؛ هوگان<sup>۵</sup>، ۲۰۰۱، ۲۰۱۵؛ لیبرمن<sup>۶</sup>، ۲۰۰۴؛ لیوی<sup>۷</sup>، ۲۰۱۷؛ یونگ<sup>۸</sup>، ۲۰۱۶).

اما هنر به‌عنوان یک روش درمانی مستقل، به وسیله ادیث کرامر در طول دهه ۱۹۵۰ با معرفی راهی دیگر برای بهره‌مندی از فرایند تولید هنر در درمان، توسعه یافت. کرامر معتقد بود که در یک اتحاد درمانی، هنردرمانگر نقش فعالی را در حمایت از ایگوی درمانجو و ترغیب تعالی<sup>۹</sup>، به عهده می‌گیرد. برخلاف نامبرگ، ادیث کرامر معتقد بود که شفا به واسطه فرایند تولید هنر —به خودی خود— اتفاق می‌افتد نه با کشف مواد ناهشیار از طریق فرایند تداعی آزاد. از دیدگاه او، هنردرمانی در وهله نخست به‌عنوان وسیله‌ای برای حمایت ایگو، پرورش حسی از هویت و ترغیب ریش به طور کلی، در نظر گرفته می‌شود. ایده‌های او درباره چگونگی عملکرد درمانگر نیز با ایده‌های نامبرگ متفاوت بود. او بر ایده تعالی از طریق فرایند درمانی هنر، تأکید می‌کرد. هنردرمانگر از نظر او باید فرایند تعالی را ترغیب کند و در این فرایند، مشارکت داشته باشد. رویکرد نئوفرویدی (روانشناسی خود<sup>۱۰</sup>) کرامر به طور ویژه برای کار با کودکان دارای مشکلات هیجانی، مناسب است. زیرا برای تغییر و تبدیل این دسته مواد، به یک ایگوی قدرتمند نیاز است. در حالی که درمانجویان اغلب ایگوهای ضعیفی دارند. هنردرمانگر معمولاً از طریق تبدیل شدن به دست سوم، در این فرایند هنری، مشارکت می‌کند و فرصت‌هایی را برای قدرتمند کردن ایگو فراهم می‌سازد (ادواردز، ۲۰۱۴؛ بروک، ۲۰۰۶؛ روبین، ۲۰۰۵، ۲۰۰۹؛ کرامر، ۲۰۰۱؛ کیس و دالی، ۲۰۱۴؛ گراوس-آلکورن و کاگن، ۲۰۱۷؛ هوگان، ۲۰۰۱، ۲۰۱۵؛ لیبرمن، ۲۰۰۴؛ یونگ، ۲۰۱۶).

بعد از کرامر بود که تکنیک‌های هنردرمانی (نقاشی‌درمانی) به شکل کنونی رواج یافتند. تکنیک‌هایی که کم‌کم عینی‌تر می‌شدند تا کاربست آن‌ها برای طیف وسیع‌تری از متخصصان و حتی درمانجویان، آسان شود. به‌علاوه شمار این تکنیک‌ها نیز روز به روز فزونی یافت و جعبه‌ابزار هنردرمانگران را غنی‌تر ساخت. تا جایی که امروزه می‌بینیم که به‌طور مثال بیش از ۷۰۰ تکنیک فقط توسط یک هنردرمانگر (بوکالت<sup>۱۱</sup>، ۲۰۰۴، ۲۰۰۹، ۲۰۱۱، ۲۰۱۳، ۲۰۱۷، ۲۰۲۰) معرفی می‌شود. این نکته اگرچه از برخی جهات بسیار مثبت و ارزشمند است، از جهات دیگر دور از انتقاد نیست. برای مثال، در کتاب‌هایی که با هدف معرفی تکنیک‌های بی‌شمار هنردرمانی به رشته تحریر درمی‌آیند، هیچ اشاره‌ای به شواهد اثربخشی هر تکنیک یا سازکار تأثیر آن نمی‌شود و تکنیک‌ها یک به یک و پی در پی همراه با توصیف مختصری از شیوه اجرا معرفی می‌شوند. نکته جالب توجه دیگر آن است که هیچ بازه سنی خاصی برای کاربری تکنیک‌ها تعریف نمی‌شود و همین امر منجر به عدم اثربخشی و یا حتی تأثیرات سوء در پی استفاده از تکنیک‌ها در تمام بازه‌های سنی می‌شود. در واقع تاکنون بر اساس جست‌وجوهای پژوهشگر حاضر، هیچ تکنیک هنردرمانی خاصی که ویژه کودکان ابداع و معرفی شده باشد، موجود نیست. این دلایل، ابداع تکنیک‌های ویژه کودکان و پژوهش در مورد کارایی تکنیک‌های ابداعی را ضروری می‌سازد. پژوهش حاضر که ناظر به همین اهداف است، بعد از مشاهده بالینی کمبودهایی در کارایی برخی تکنیک‌های قبلی، طراحی و اجرا شد. از جمله مشکلات تکنیک‌های قبلی می‌توان به موارد زیر اشاره کرد:

- عدم توجه به سطح تحولی کودکان
- عدم درک رهنمودهای هر تکنیک توسط کودکان به‌دلیل ماهیت ذهنی و انتزاعی برخی تکنیک‌ها
- عدم بیانگری کلامی و حتی هنری در پی اجرای تکنیک

### پیشینه پژوهش

معرفی تکنیک‌های ابداعی هنردرمانی تا به حال بیشتر در کتاب‌های تخصصی انجام شده است (از جمله بوکالت<sup>۱۱</sup>، ۲۰۰۴، ۲۰۰۹، ۲۰۱۱، ۲۰۱۳، ۲۰۱۷، ۲۰۲۰؛ و ملچپودی، ۲۰۰۷، ۲۰۱۱) و مقالات پژوهشی منتشرشده بیشتر به بررسی اثربخشی این تکنیک‌ها در مورد اختلالات متعددی

<sup>1</sup> Edwards, D.

<sup>2</sup> Brooke, S. L.

<sup>3</sup> Kramer, E.

<sup>4</sup> Graves-Alcorn, S., & Kagin, C.

<sup>5</sup> Hogan, S.

<sup>6</sup> Liebmann, M.

<sup>7</sup> Leavy, P.

<sup>8</sup> Junge, M. B.

<sup>9</sup> sublimation

<sup>10</sup> ego psychology

<sup>11</sup> Buchalter, S. I.

از جمله افسردگی (بار-سلا<sup>۱</sup> و همکاران، ۲۰۰۷؛ بلومدال<sup>۲</sup> و همکاران، ۲۰۱۳؛ بلومدال و همکاران، ۲۰۱۸؛ پوررضائیان و همکاران، ۲۰۱۹؛ شلا<sup>۳</sup>، ۲۰۱۸؛ گازاک و بک<sup>۴</sup>، ۲۰۱۸؛ هان<sup>۵</sup>، ۲۰۲۳)، اضطراب (چمبالا<sup>۶</sup>، ۲۰۰۸؛ دیونیجی و گرمیگنی<sup>۷</sup>، ۲۰۱۷؛ سسیل<sup>۸</sup>، ۲۰۱۶؛ شلا، ۲۰۱۸؛ فلورس<sup>۹</sup>، ۲۰۱۷)، اختلالات شخصیت (اسپیرینگام<sup>۱۰</sup> و همکاران، ۲۰۱۲؛ دراس<sup>۱۱</sup>، ۲۰۱۵؛ گاتا<sup>۱۲</sup> و همکاران، ۲۰۱۴؛ هاین<sup>۱۳</sup> و همکاران، ۲۰۱۵، ۲۰۱۸، ۲۰۲۲)، اختلالات خوردن (اسپوریلد و بانسیکسن<sup>۱۴</sup>، ۲۰۱۵؛ تالر<sup>۱۵</sup> و همکاران، ۲۰۱۷؛ لاک<sup>۱۶</sup> و همکاران، ۲۰۱۸)، اختلال تیک (پوررضائیان و پوررضائیان، ۱۴۰۰)، اختلال سازگاری با سرطان (پوررضائیان و همکاران، ۲۰۲۰، ۱۳۹۸)، اختلال استرس حاد (ویسنولا<sup>۱۷</sup> و همکاران، ۲۰۱۰)، اختلالات یادگیری (فریلیچ و شچمن<sup>۱۸</sup>، ۲۰۱۰؛ هکت<sup>۱۹</sup> و همکاران، ۲۰۱۷)، کمبود انگیزش درمان (گلد<sup>۲۰</sup> و همکاران، ۲۰۱۳)، و سایر مشکلات روان‌شناختی، پرداخته‌اند که همگی حاکی از اثربخشی این روش درمانی و تکنیک‌های آن بوده‌اند.

### روش‌شناسی پژوهش

تمام مجموعه پژوهش‌های زیربنای مقاله حاضر، به روش تک‌آزمودنی که در زمره پژوهش‌های آزمایشی جای می‌گیرد، انجام شده‌اند. با وجود این، روش پژوهش خاص این مقاله را می‌توان روش کیفی دانست چراکه هم در اعتبارسنجی اولیه (به روش دلفی) و هم در اعتبارسنجی ثانویه تکنیک‌ها (بر مبنای شاخص کارایی)، از نظر متخصصان استفاده شده است. به بیان بهتر، روش کلی پژوهش، روش ترکیبی است چراکه در بخش اعتبارسنجی تکنیک‌ها از روش دلفی استفاده شده است که یکی از روش‌های کیفی به حساب می‌آید و در بخش اجرای تکنیک‌ها با هدف ارزیابی اثربخشی آن‌ها، از روش تک‌آزمودنی استفاده شده است که در روش‌های پژوهش آزمایشی دسته‌بندی می‌شود. اما از آنجا که هدف مقاله حاضر، معرفی تکنیک‌های هنردرمانی جدید و گزارش اعتبار آن‌ها بوده، روش پژوهش حاضر، روش کیفی قلمداد می‌شود. فرایند اعتبارسنجی ثانویه در ادامه شرح داده خواهد شد اما در مورد اعتبارسنجی اولیه، فرایند استفاده از روش دلفی در پژوهش حاضر به شرح زیر بود:

الف) ساخت یک پرسشنامه با هدف جمع‌آوری نظرات تخصصی متخصصان در مورد هر یک از تکنیک‌های ابداعی. این پرسشنامه شامل گویه‌هایی بود که هر کدام از آن‌ها بر یکی از ملاک‌های مرتبط با اعتبار تکنیک‌ها از جمله «قابلیت شناسایی تکنیک به‌مثابه یکی از تکنیک‌های هنردرمانی»، «قابلیت اجرا»، «تناسب تکنیک برای هنردرمانی کودکان»، «ظرفیت تکنیک در شناسایی مسائل کودکان» و «شفاف بودن توضیحات مربوط به تکنیک برای متخصصان هنردرمانی» متمرکز بود. این پرسشنامه علاوه بر گویه‌های مورد اشاره که متخصصان در مقیاس

<sup>1</sup> Bar-Sela, G.

<sup>2</sup> Blomdahl, C.

<sup>3</sup> Shella, T. A.

<sup>4</sup> Beck, A.

<sup>5</sup> Han, J.

<sup>6</sup> Chambala, A.

<sup>7</sup> Dionigi, A., & Gremigni, P.

<sup>8</sup> Cecil, R.

<sup>9</sup> Flores, G.

<sup>10</sup> Springham, N.

<sup>11</sup> Drass, J. M.

<sup>12</sup> Gatta, M.

<sup>13</sup> Haeyen, S.

<sup>14</sup> Sporild, I. A., & Bonsaksen, T.

<sup>15</sup> Thaler, L.

<sup>16</sup> Lock, J.

<sup>17</sup> Visnola, D.

<sup>18</sup> Freilich, R., & Shechtman, Z.

<sup>19</sup> Hackett, S. S.

<sup>20</sup> Gold, C.



لیکرت پنج‌گزینه‌ای (بسیار خوب، خوب، متوسط، ضعیف، بسیار ضعیف) به آن‌ها پاسخ می‌دادند، شامل پرسش‌های تشریحی با هدف گردآوری نظرات و پیشنهادهای متخصصان نیز بود.

ب) اجرای پرسشنامه و بررسی پاسخ‌های متخصصان. در این مرحله تمام متخصصان به اتفاق، نمره کامل را برای تکنیک‌های ابداعی در نظر گرفتند. با این حال، پیشنهادهایی نیز ارائه شده بود که در توضیحات مربوط به تکنیک‌ها اعمال شد.

ج) محاسبه درصد توافق متخصصان؛ که با توجه به توضیحات بند قبلی، توافق کامل بین متخصصان در این مرحله محرز شد.

نکته حائز اهمیت در مقاله حاضر این است که برخلاف سایر پژوهش‌ها که به بررسی اعتبار یک روان‌درمانی خاص مثل هنردرمانی می‌پردازند، به بررسی اعتبارسنجی چند تکنیک خاص در برنامه کلی هنردرمانی پرداخته است. بنابراین شرح روش اجرای پژوهش، ضروری است.

### روش اجرای پژوهش

گام اول: مشاهده بالینی مشکلات اجرای تکنیک‌های هنردرمانی برای کودکان

گام دوم: ابداع و اعتبارسنجی «شاخص ارزیابی کارایی تکنیک‌های هنردرمانی»:

گام سوم: ابداع تکنیک‌های جدید

گام چهارم: اعتبارسنجی تکنیک‌های ابداعی به شیوه دلفی

گام پنجم: اجرای مقدماتی تکنیک‌های ابداعی برای گروه‌هایی از کودکان

گام ششم: ارزیابی تأثیر تکنیک‌های ابداعی بر مبنای شاخص مورد اشاره

گام هفتم: طراحی و اجرای مجموعه پژوهش‌های نهایی برای ارزیابی تأثیر هر تکنیک با توجه به هدف هر جلسه درمانی

### ابزار پژوهش

در پژوهش حاضر از یک شاخص ارزیابی تکنیک‌های هنردرمانی استفاده شد. این ابزار محقق ساخته اختصاصاً برای پژوهش حاضر طراحی شده است و در ده مقوله به ارزیابی تکنیک‌های هنردرمانی می‌پردازد. اعتبار این شاخص به شیوه دلفی (بر مبنای نظر متخصصان) تأیید شده است. هر یک از مقوله‌ها در مقیاس پنج‌درجه‌ای لیکرت (بسیار خوب، خوب، متوسط، ضعیف، و بسیار ضعیف) مورد ارزیابی قرار می‌گیرند به طوری که نمره 2+، نشان‌دهنده بالاترین میزان کارایی، و نمره 2-، نشان‌دهنده عدم کارایی است. بدین ترتیب، نمره کلی 20- در شاخص، نشان‌دهنده کمترین میزان کارایی تکنیک و نمره کلی 20+، نشان‌دهنده بیشترین میزان کارایی تکنیک است.

مقوله‌های کارایی تکنیک‌های هنردرمانی:

۱. قابلیت اجرا در محیط‌های درمانی مختلف
۲. درک رهنمودهای تکنیک از سوی کودکان
۳. تناسب با سطح تحول هنری کودکان
۴. توانایی کشف مسائل کودکان
۵. تسهیل بیانگری هیجانی کودکان
۶. تسهیل بیانگری کلامی کودکان
۷. تسهیل بیانگری هنری کودکان
۸. ایجاد تغییرات آشکار مقطعی در خلق و خوی کودکان بر مبنای مشاهده بالینی هنردرمانگر
۹. ایجاد تغییرات آشکار بلندمدت در خلق و خوی کودکان بر مبنای گزارش والدین/متخصصان
۱۰. تسریع اثربخشی کلی برنامه هنردرمانی

### تکنیک‌های ابداعی هنردرمانی ویژه کودکان

در ادامه، تکنیک‌های ابداعی همراه با ابزارهای لازم، شیوه مهیاسازی میز کار، شیوه اجرا، کاربرد و نمونه‌ای از کاربردی هر تکنیک می‌آید:

#### ۱- مدارنگی قایم شده

معرفی تکنیک:

تکنیک «مدارنگی قایم شده» یکی از تکنیک‌های هنردرمانی نقاشی محور است که چون همراه با نوعی بازی مقدماتی اجرا می‌شود می‌تواند مورد علاقه و استقبال کودکان واقع شود. این مهارت با وجود سادگی از نظر ابزار مورد نیاز و شیوه اجرا، قابلیت ارائه اطلاعات تشخیصی بسیار مهم و پیچیده را داراست. به علاوه از آنجا که تسهیلگر کلام کودکان است می‌تواند از تأثیرات درمانی برخوردار باشد.

ابزارهای لازم:

- مدارنگی (یک عدد به دلخواه)

- جعبه‌ای که بتوان مادرنگی را درون آن پنهان کرد مثل جامدادی، صندوقچه یا قلمدان
- کاغذ طراحی
- تخته‌شاسی
- مداد سیاه طراحی

شیوه مهیاسازی میزکار:

برای اجرای این تکنیک، میزکار باید تهی از هرگونه وسیله اضافه باشد. فقط ابزار لازم برای این تکنیک را می‌بایست روی میز کار قرار داد تا تمرکز کودک حفظ شود. انتخاب رنگ مادرنگی می‌تواند به دلخواه هنردرمانگر باشد اما بهتر است رنگی انتخاب شود که معمولاً به راحتی قابل حدس نیست. مادرنگی باید درون یک جعبه دربسته پنهان شود؛ کاغذ طراحی روی تخته‌شاسی نصب شود؛ و تنها مداد در دسترس کودک، مداد سیاه طراحی باشد.

روش اجرا:

بعد از مهیاسازی میز کار، کودک به اتاق هنردرمانی دعوت و ترغیب می‌شود تا با همان مداد سیاه طراحی، یک نقاشی با موضوع آزاد ترسیم کند. در بیشتر مواقع، کودک در پی مادرنگی خواهد بود. در این مواقع باید برای کودک توضیح داد که ابتدا باید طراحی با مداد سیاه را به پایان برساند تا نوبت به رنگ‌آمیزی برسد. بعد از پایان کار طراحی، هنردرمانگر توجه کودک را به جعبه حاوی مادرنگی جلب می‌کند و ضمن آگاهی‌بخشی به کودک در مورد محتوی جعبه (مادرنگی)، پرسش‌های زیر را از او می‌پرسد:

الف) حدس می‌زنی مادرنگی توی این جعبه چه رنگیه؟

ب) اگه مادرنگی، اون رنگی که حدس زدی نبود چی؟

نکته: پاسخ کودک به پرسش‌های مورد اشاره نباید به صورت پاسخ‌های بسته یا تک‌کلمه‌ای باقی بماند. هنردرمانگر با استفاده از پرسش‌های مکمل و آغاز بحث‌های آزاد روانی-اجتماعی (در قالب مصاحبه بالینی نیمه‌ساختاریافته) می‌تواند به توانش‌های هوشی، خلاقیت و سازگاری کودک با شرایط غیرقابل‌پیش‌بینی، پی برده و آن‌ها را تشویق کند.

پس از پایان مصاحبه، می‌توان همراه با کودک، جعبه را باز کرد. ثبت واکنش‌های رفتاری و هیجانی کودک در این لحظه اهمیت بسیار دارد. در گام بعدی، هنردرمانگر از کودک می‌خواهد که به رنگ‌آمیزی نقاشی‌اش با همان مادرنگی بپردازد. برخی کودکان ممکن است به همان یک مادرنگی بسنده کنند که ممکن است نشان‌دهنده سازگاری با شرایط یا تمایلات کودک به درون‌گرایی باشد؛ و برخی کودکان ممکن است به شکل‌های مختلف نیاز یا میل به داشتن مادرنگی‌های بیشتر را ابراز کنند که می‌تواند دشواری در سازگاری، یا برون‌گرایی را هویدا سازد. بهره‌گیری از پرسش‌های اکتشافی و روبه‌رو ساختن کودک با شرایط مخالف تمایلاتش می‌تواند ارزش تشخیصی و درمانی داشته باشد. مثلاً اگر کودکی تمایل داشت مادرنگی‌های بیشتری در اختیار داشته باشد و هنردرمانگر با طرح پرسش‌های هوشمندانه متوجه شد که این تمایل ناشی از دشواری در سازگاری با شرایط است می‌تواند از او بخواهد که سعی کند با همان یک مادرنگی نقاشی‌اش را با زیبایی هر چه تمام‌تر رنگ کند. و بالعکس اگر کودکی بیش از نیمی از نقاشی‌اش را با همان یک مادرنگی رنگ کرد می‌توان از او خواست که حداقل دو مادرنگی با رنگ‌های دلخواه را انتخاب کند و بقیه نقاشی‌اش را با استفاده از آن‌ها رنگ کند. در اینجا اصرار کودکان به ثبات یا تغییر موقعیت می‌تواند به تشخیص‌های قبلی اعتبار ببخشد.

بعد از اتمام کار هنری کودک، مرور روایتی روند نقاشی و بحث و تبادل نظر در مورد اثر هنری از یک‌سو و رفتارها، افکار و هیجان‌های کودک در حدی که برای او قابل تحمل و درک باشد از سوی دیگر، بسیار مهم و ضروری است. این مرحله به برون‌ریزی هیجانی بهتر، کشف عوامل زمینه‌ای بروز یا ثبات مشکلات یا اختلالات و رفع تربیتی آن‌ها کمک می‌کند.

کاربردها:

تکنیک «مادرنگی قایم‌شده» همانند سایر تکنیک‌های هنردرمانی می‌تواند در تشخیص و درمان گستره وسیعی از مشکلات و اختلالات کودکان کاربرد داشته باشد اما به‌طور تخصصی و با توجه به موردپژوهی‌های پژوهشگر حاضر، کاربرد آن در تشخیص و درمان اختلالاتی از

جمله کمرویی، افسردگی و اختلال سازگاری تأیید شده است. از دیگر کاربردهای این تکنیک می‌توان به افزایش خلاقیت و بداهه‌پردازی کودکان اشاره کرد.

نمونه‌ای از کاربست:

در یکی از جلسات هنردرمانی کودک ۱۰ ساله که مبتلا به اضطراب اجتماعی و کمرویی شدید بود از این تکنیک استفاده شد. از آنجا که او در روابط اجتماعی با همسالان نیز دچار مشکل بود و تمایلات وابستگی به افرادی محدود (مادربزرگ، مادر، و معلم) در او کشف شده بود؛ این تکنیک برای هنردرمانی او انتخاب شد.

در مرحله‌ای که او باید رنگ‌آمیزی نقاشی‌اش را انجام می‌داد مشخص شد که اصرار دارد با همان یک مدادرنگی نقاشی‌اش را رنگ کند. این اصرار، بیانگر تمایلات آسیب‌شناسانه او بود لذا درمانگر گفت‌وگویی را با کودک آغاز کرد. گفت‌وگویی که گاه با بازی‌های نمایشی مختصر همراه می‌شد. این گفت‌وگو و بازی نمایشی تا جایی ادامه یافت که بالاخره کودک پذیرفت که همراه با مدادرنگی به سمت کمد ابزارها برود و دو مدادرنگی دیگر را انتخاب کرده و با خود بیاورد. بهره‌گیری از این مهارت، نخستین قدم به‌سوی تغییر رفتارهای اجتماعی کودک بود.

## ۲- قالیچه سفید

معرفی تکنیک:

«قالیچه سفید» تکنیکی است که از یک‌سو همانند سایر تکنیک‌های این مقاله، کاملاً ابداعی است و از سوی دیگر کاملاً ایرانی. هدف این تکنیک، کشف هیجانات نهفته و برون‌ریزی هیجانی کودکان است.

ابزارهای لازم:

- یک قالیچه سفید با ابعاد ۲۰ در ۳۰ سانتی‌متر مربع
- رنگ‌های آکرلیک محلول در آب (قابل شست‌وشو)
- قلم‌موی متوسط
- ظرف آب
- پالت رنگ
- کاغذهای چسب‌دار
- خودکار یا ماژیک

شیوه مهیاسازی میزکار:

ابتدا تمام ابزارهای هنری مورد اشاره به جز قالیچه باید روی میز چیده شوند. هیچ ابزار دیگری نباید در دسترس باشد.

روش اجرا:

بعد از دعوت کودک به اتاق هنردرمانی و قبل از اجرای تکنیک، باید اطمینان حاصل شود که او هیجان‌ها را می‌شناسد. کودکان ممکن است نام هیجان‌ها را ندانند؛ لذا شاید لازم باشد که هیجان‌های مختلف را به کودک آموزش داد. بدین منظور، می‌توان نام هر هیجان را روی یک کاغذ چسب‌دار نوشت و اگر کودک زیر سن دبستان است، شکل آن را با مشارکت خودش رسم کرد. در گام بعدی، کاغذهای چسب‌دار معرف هیجان‌ها باید به‌ترتیب روی میز چسبانده شوند و کودک به انتخاب خودش، برای هر هیجان یک رنگ در نظر بگیرد. در اینجا دانش هنردرمانگر در مورد معنای رنگ‌ها در درجه دوم اولویت است. مهم، انتخاب کودک است.

بعد از مراحل مقدماتی، این توضیح به کودک ارائه می‌شود که قرار است نقاشی کند اما نه یک نقاشی معمولی روی برگه کاغذی. او باید بر اساس نوع و میزان هیجانی که از صبح امروز تاکنون تجربه کرده است از رنگ‌ها برای ایجاد طرح‌های رنگی روی تاروپود قالیچه سفید که در همین لحظه به او عرضه می‌شود، استفاده کند. او باید آگاه باشد که باید رنگ مربوط به هر هیجانی را که بیشتر تجربه کرده است، بیشتر به کار ببرد. مثلاً اگر رنگ زرد را برای هیجان شادی برگزیده است و از صبح، شادی را خیلی تجربه کرده باید بخش‌های بیشتری از قالیچه را به رنگ زرد درآورد.

بعد از اتمام کار نقاشی روی قالیچه، گفت‌وگو با کودک در مورد هیجاناتی که هر روز خودش و خانواده‌اش تجربه می‌کنند منجر به برون‌ریزی کلامی هیجانات خواهد شد.

کاربردها:

مسائل هیجانی، زمینه‌ساز تقریباً تمام اختلالات روان‌شناختی هستند. از این‌رو برون‌ریزی هیجانی، اساسی‌ترین هدف تمام تکنیک‌های هنردرمانی و دیگر روان‌درمانی‌ها است که به‌طور مستقیم یا غیرمستقیم فراخوانی می‌شود. تکنیک «قالیچه سفید» که به‌طور مستقیم سبب

برون‌ریزی هیجان‌ها می‌شود کاربرد گسترده‌ای در درمان تمام اختلالات هیجان‌محور از جمله افسردگی، اضطراب و اختلالات فشار پس از سانحه دارد.

نمونه‌ای از کاربست:

کودکی هشت‌ساله با شکایت تغییر رفتاری و هیجانی آشکار از سوی مدرسه ارجاع شده بود. او مدام می‌گفت که رازی دارد که مایل به بیان آن نیست. این نکته سبب نگرانی شدید والدین و تردیدهای سوء نسبت به تمام افراد حاضر در مدرسه از مدیر و ناظم و معلم و آبدارچی گرفته تا تک‌تک دانش‌آموزان شده بود. بعد از سه جلسه ارزیابی و هنردرمانی، مهارت «قالیچه سفید» بود که راز کودک را آشکار ساخت و منجر به آرامش او شد. او که به‌عنوان دانش‌آموزی بسیار محبوب و مؤدب شناخته می‌شد در یکی از روزهای ماه گذشته، موقع ورود به مدرسه با یکی از دوستانش دعوا کرده بود و از آنجا که به قول خودش، دوستش به حرف‌های او گوش نکرده بود، هنگام زنگ تفریح وقتی که هیچ‌کس در کلاس نبود، مدارنگی محبوب دوستش را شکسته بود؛ مدارنگی آبی. در هنگام انتخاب رنگ برای هیجان‌خشم، او رنگ آبی را برگزید که انتخابی غیرمعمول به نظر می‌آمد زیرا در یکی از جلسات خانواده‌درمانی هنری، پدرش گفته بود که او به رنگ آبی علاقه دارد. به همین دلیل هنردرمانگر دلیل انتخاب رنگ آبی را برای خشم پرسید و او پاسخ داد که این یک راز است.

در طول رنگ‌آمیزی قالیچه، او اصلاً از رنگ آبی استفاده نکرد اما تقریباً ۸۰ درصد قالیچه را با سبز تیره که برای هیجان غم انتخاب کرده بود، پر کرد. بعد از پایان کار، هنردرمانگر از کودک پرسید: «آیا روزی را به یاد می‌آوری که اگر امروز آن روز بود، تمام قالیچه را با رنگ آبی پر می‌کردی؟» و کودک پاسخ مثبت داد. هنردرمانگر با توجه به اطلاعات جلسات ارزیابی، پرسید: «روزی که در مدرسه عصبانی شدی.... مگه نه؟» و کودک پرسید: «شما از کجا می‌دونید؟» هنردرمانگر پاسخ داد: «من فقط حدس زدم چون خیلی‌وقت‌ها پیش می‌آید که آدم در مدرسه با دوستش دعوا کند یا از دست او عصبانی شود». کودک گفت: «دوستم اصلاً به حرف‌های من گوش نکرد». هنردرمانگر گفت: «تو حق داشتی که از دست او عصبانی شوی. ولی چرا از دست رنگ آبی عصبانی شده‌ای؟» و اینجا بود که کودک رازش را بیان کرد.

### ۳- چهل‌تیکه

معرفی تکنیک:

درک تفاوت‌های فردی یکی از توانش‌هایی است که ارتباطات اجتماعی انسان‌ها را با هم تسهیل می‌کند. توانشی که اگر از کودکی آموخته و تمرین شود، سبب سلامت اجتماعی فرد در نوجوانی و بزرگسالی خواهد شد. تکنیک «چهل تیکه» عنوان تکنیکی در هنردرمانی است که با هدف ارتقای درک تفاوت‌های فردی انجام می‌شود و در هر سنی قابل استفاده و کاربست است.

ابزارهای لازم:

- کاغذ طراحی
- مدارنگی، مدادشمعی یا ماژیک
- چسب نواری
- قیچی

شیوه مهیاسازی میزکار:

این تکنیک نیز جزو آن دسته از تکنیک‌های هنردرمانی است که پیشنهاد می‌شود روی میزی تهی از وسایل اضافه اجرا شود. از این‌رو می‌بایست تمام اشیاء و ابزارهای موجود در اتاق و روی میز کار را از دسترس و دیدرس کودک دور کرد و صرفاً ابزارهای مورد اشاره باید روی میز قرار داده شوند.

روش اجرا:

بعد از دعوت کودک به اتاق درمان از او تقاضا می‌شود که روی صندلی بنشیند و رهنمودهای زیر را عملی سازد:

الف: کاغذ طراحی را هر طور که مایل است به شش قسمت تقسیم کند. مهم نیست که قسمت‌ها با هم مساوی باشند.

ب: هر قسمت را با رنگ یا شکل دلخواه تزئین کند. بعضی کودکان ممکن است شکل‌های متنوعی روی قسمت‌های مختلف رسم کنند یا فقط به رنگ کردن هر قسمت با رنگ‌های مختلف بپردازند، و یا در حالتی خلاقانه که نیازمند تصویرسازی ذهنی قوی است، شکل‌ها را طوری ترسیم کنند که مکمل هم باشند. کودکان باید آزادی عمل داشته باشند.

ج: بعد از اتمام کار نقاشی روی تمام قطعات کاغذ، کودک باید تمام قطعات را هر طور که مایل است به هم بچسباند. نیازی نیست کاغذها دقیقاً مثل شکل اولیه کاغذ طراحی به هم بچسبند و کودک باید نسبت به این نکته آگاه باشد.

از آنجا که هدف اصلی این تکنیک، ارتقای توانش‌های کودک در شناخت تفاوت‌های فردی از یک‌سو و درک انسجام گروهی است پیشنهاد می‌شود که در این مرحله، هر تکه کاغذ به‌عنوان نماد یک انسان معرفی شود. اثر هنری نهایی هم که از تکه‌کاغذهای به هم چسبیده، ساخته شده است می‌تواند نماینده یک گروه (مثلاً گروه دوستان یا خانواده) باشد. اگر در نظر گرفتن تکه‌کاغذها به‌مثابه آدم‌های مختلف برای کودک

دشوار بود می‌توان او را چنین راهنمایی کرد که فرض کند این شکل‌ها و رنگ‌ها، موردعلاقه افراد مختلفی هستند. مثلاً می‌توان گفت: «تو رنگ آبی را دوست داری پس این کاغذ که با رنگ آبی پر شده تو هستی و دوست که رنگ زرد را دوست دارد آن یکی کاغذ است.» در صورتی که کودک با استفاده از تصویرسازی ذهنی قوی، شکل‌ها را طوری ترسیم کرده بود که در نهایت و بعد از چسباندن تکه‌کاغذها، معرف یک شکل واحد بودند، صحبت کردن در مورد شباهت‌ها و تفاوت‌های فردی و انسجام گروهی آسان‌تر خواهد شد. البته تمام گفت‌وگوها باید متناسب با سن کودک باشند.

کاربردها:

همان‌طور که قبلاً ذکر شد، هدف اساسی تکنیک «چهل تیکه»، بهبود روابط اجتماعی از طریق ارتقای درک تفاوت‌های فردی و انسجام گروهی است. بنابراین کاربرد آن بیشتر در تشخیص و درمان اختلالات روان‌شناختی ناظر بر بُعد اجتماعی وجود کودکان مشخص است. همچنین می‌توان از این مهارت در آموزش مهارت‌های اجتماعی بهره جست. علاوه بر کاربردهای مورد اشاره، قابلیت‌های دیگری را نیز می‌توان بر اساس ماهیت این تکنیک فرض کرد، از جمله تسهیل گرم کردن ذهنی، بهبود تصویرسازی ذهنی و افزایش خلاقیت کودکان.

نمونه‌ای از کاربرد:

کودکی شش‌ساله که رنگ چشمانش آبی بود مدام از مادرش می‌پرسید که چرا رنگ چشمان همه (پدر، مادر، دو خواهر و یک برادرش) قهوه‌ای است ولی او نه. او حتی در مورد دوستانش در مدرسه هم کنجکاو شده بود که چرا رنگ چشمانشان مشکی و قهوه‌ای است و او نه. والدینش و تمام اطرافیان، رنگ چشمانش را تحسین می‌کردند اما کودک در آن موقعیت، «تحسین» نمی‌خواست، «شباهت» می‌خواست. مهارت «چهل تیکه» یکی از مهارت‌های هنردرمانی بود که تأثیر زیادی بر درک او نسبت به تفاوت‌های فردی داشت. بعدها والدین کودک گزارش کردند که پس از گذشت چندماه از پایان هنردرمانی، وقتی یکی از همکلاسی‌هایش از او پرسیده بود که چرا چشم‌های تو هم‌رنگ چشم‌های بقیه نیست؛ او پاسخ داده بود: «چون خدا می‌دونه که رنگ آبی بیشتر به چشم‌های من میاد و رنگ مشکی بیشتر به چشم‌های تو».

#### ۴- نقاشی زشت

معرفی تکنیک:

نقاشی زشت اصلاً وجود ندارد. این پیامی است که تکنیک «نقاشی زشت» می‌خواهد به کودکان منتقل کند. این تکنیک قادر است مقاومت‌های کودکان را در بیانگری هنری به چالش بکشد. به‌علاوه با توجه به ادراک کودکان نسبت به مفهوم کلمه زشت، اضطراب‌های ناشی از احساس گناه نیز به‌واسطه این تکنیک، قابل کشف خواهند بود.

ابزارهای لازم:

- مداد رنگی، مدادشمعی یا ماژیک
- مداد سیاه طراحی
- رنگ روغن، رنگ آکرلیک، گواش، رنگ ویترای یا آبرنگ
- کاغذ طراحی یا مقوای نازک
- قلم‌مو در اندازه‌های متنوع

نکته: این تکنیک هم با مواد هنری خشک و هم با مواد هنری سیال، قابل اجرا است.

شیوه مهیاسازی میزکار:

در بین تکنیک‌های هنردرمانی معرفی‌شده در این مقاله، این تکنیک تنها تکنیکی است که می‌تواند روی شلوغ‌ترین میزکار (با تمام ابزارهای هنری در دسترس) اجرا شود چراکه انتخاب آزادانه مواد هنری، خود حاوی اطلاعات تشخیصی و درمانی خواهد بود.

روش اجرا:

بعد از دعوت کودک به اتاق هنردرمانی، صرفاً باید این رهنمود به کودک عرضه شود: «زشت‌ترین نقاشی ممکن را ترسیم کن!». مفهوم زشت ممکن است، کلمات یا تصویرهای زشت را به ذهن کودک متبادر کند و ممکن است یادآور کثیف بودن نقاشی و رسم خطوط و شکل‌های تصادفی با رنگ‌های تیره مثل سیاه، قهوه‌ای و خاکستری باشد. در هر دو حالت، پیام‌های ذهنی کودک قابل انتقال هستند. البته کودکان پهنجار کمتر به ترسیم مفاهیم زشت می‌پردازند چون موانع درونی یا بیرونی اجازه چنین کاری را به آن‌ها نمی‌دهد؛ بنابراین از روش دوم برای زشت کردن نقاشی خود استفاده می‌کنند یعنی کثیف‌کاری یا رسم خطوط تصادفی. با این حال بیان جملاتی نظیر «نمی‌شه»، «نمی‌تونم» و

مانند اینها در واکنش به رهنمود، می‌توانند سرنخ‌هایی برای کشف موانع درونی و بیرونی بیانگری مفاهیم زشت (از نظر کودکان) و اطلاعات زودرس کودکان باشند.

توجه به نکات زیر در اجرای این تکنیک، ضروری است:

الف- کودک باید آگاه باشد که در انتخاب ابزارها و مواد هنری، کاملاً آزاد است.

ب- نباید کودک را در معرض راهنمایی‌های افراطی قرار داد. این کار یعنی مداخله در بیانگری آزادانه.

ج- فرصت کودک برای نقاشی باید کافی باشد. حتی بعد از پایان نقاشی باید از او پرسید که آیا مایل است باز هم در جهت زشت‌تر شدن نقاشی‌اش تلاش کند.

در گام نهایی اجرای این تکنیک، کمک به کودک در کشف شکل‌هایی شبیه به واقعیت، رنگ‌های ترکیبی تصادفاً زیبا و حاشیه‌ها یا محل‌هایی که سفید باقی مانده‌اند اما نمایانگر شکلی خاص هستند، کلید آموزش «تفسیر سفید»<sup>۱</sup> به کودکان است. منظور از تفسیر سفید، توانمندی درک نکات مثبت در یک شکل، رفتار یا مفهوم ظاهراً منفی است.

اگر کودک یک مفهوم زشت یا تابو را نقاشی کرده باشد، کشف دلیل این امر (کم‌سن بودن، ناتوانی هوشی یا مواجهه افراطی با این مفاهیم) دارای اهمیت اساسی خواهد بود. با این وجود، همیشه کودک باید بداند که در یک محیط امن نقاشی کرده است و قرار نیست تنبیه شود. بیان این‌گونه مفاهیم در آثار هنری کودکان بیانگر نیاز آن‌ها به دریافت اطلاعات (حمایت اطلاعات‌محور) یا صرفاً بیانگری هیجانی است.

کاربردها:

اجرای مهارت «نقاشی زشت» بسته به شیوه اجرا می‌تواند برای تشخیص و درمان وسواس و اضطراب وابسته به اطلاعات نادرست ذهنی مفید باشد. یکی از کاربردهای ثانوی این تکنیک، تسهیل شروع هنردرمانی با کودکان و نوجوانانی است که نگران توانش‌های هنری خویش هستند. نمونه‌ای از کاربرد:

یک کودک ۱۱ ساله مبتلا به سرطان که توانایی‌های هنری‌اش همیشه مورد انتقاد مادرش بود از نقاشی کردن در جلسه اول هنردرمانی، امتناع می‌ورزید. مهارت «نقاشی زشت» در ابتدا به مثابه روشی برای مشارکت او در جلسه استفاده شد که البته بسیار مؤثر بود. اما بعد وقتی او نقاشی ترسیم‌شده را به سرطان تشبیه کرد، نقش این مهارت در تسهیل برون‌ریزی هیجانی و نمایان شدن نیازهای درونی کودک به حمایت اطلاعات‌محور در مورد سرطان، بیش از پیش آشکار شد.

## ۵- سپر دفاعی

معرفی تکنیک:

ترس‌های درونی و بیرونی از جمله مهم‌ترین عوامل و پیامدهای ابتلا به اختلالات روان‌شناختی هستند. کودکان به دلایل مختلف از جمله ناتوانی در بیان کلامی، نگرانی و یا موانع درونی و بیرونی، صرفاً بخش کوچکی از ترس‌های خود را بروز می‌دهند. تکنیک «سپر دفاعی»، تکنیکی در هنردرمانی است که به‌طور غیرمستقیم سبب برون‌ریزی نگرانی‌ها و ترس‌های کودکان می‌شود.

ابزارهای لازم:

- آینه
- کاغذ طراحی
- مدادرنگی، مدادشمعی یا ماژیک
- آبرنگ، گواش، رنگ روغن، رنگ‌های آکرلیک یا آبرنگ
- مداد سیاه طراحی
- قلم‌مو در اندازه‌های مختلف

<sup>۱</sup> این عنوان برای اولین بار توسط نویسنده حاضر در متون مرتبط با مهارت‌های زندگی به کار رفته است.



نکته: استفاده از مواد هنری سیال (آبرنگ، گواش و مانند اینها) معمولاً تأثیر بیشتری در کاهش ترس‌ها و اضطراب‌های کودکان دارد. با این حال، همیشه اولویت با آزادی کودکان در انتخاب مواد هنری است.

شیوه مهیاسازی میز کار:

برای اجرای این تکنیک، یک طرف میز کار باید به دیوار چسبیده شود و صندلی کودک، رو به دیوار باشد. یک آینه متوسط را می‌بایست به دیوار تکیه داد به طوری که پشت به کودک باشد؛ یعنی کودک نتواند خود را در آینه ببیند. علاوه بر آینه، تمام ابزارهای هنری نیز باید روی میز باشند.

روش اجرا:

بعد از دعوت کودک به اتاق هنردرمانی و نشستن روی صندلی، این رهنمود به او عرضه می‌شود: «خودت را رسم کن!». اشاره به این نکته که شباهت خیلی مهم نیست، ضروری خواهد بود. با این حال، کودک باید آگاه باشد که ترسیم یک ویژگی خاص که معرف او است (مثلاً رنگ لباس، شکل کفش، مدل مو و ...) لازم خواهد بود.

بعد از ارائه رهنمود، هنردرمانگر می‌بایست به آینه اشاره کند و به کودک بگوید که اگر لازم بود می‌تواند آینه را برگرداند و خودش را پیش از ترسیم، تماشا کند. تماشای خویشتن در آینه از یک سو تجربه‌ای جالب برای کودکان و از سوی دیگر «روان‌ما» است. یعنی نگاه کردن یا نگاه نکردن به خویش در آینه، می‌تواند حاوی پیام‌هایی روان‌شناختی باشد: پیام‌هایی مثل کمال گرایی، وجود تمایلات وسواسی، خودمحوری، توانش تصویرسازی ذهنی و مانند اینها که با توجه به مستندات دیگر، قابل بررسی و توجیه هستند.

وقتی کار ترسیم خویشتن توسط کودک به پایان رسید، می‌بایست گفت‌وگویی با محوریت سپر دفاعی بین هنردرمانگر و کودک شکل بگیرد. هنردرمانگر می‌تواند با بیان این جمله شروع کند که «هر آدمی می‌تواند یک یا چند سپردفاعی داشته باشد که از او در برابر خطرات، نگرانی‌ها، ترس‌ها و مشکلات، محافظت کند». شاید توضیح معنای سپر و دفاع برای کودک لازم باشد. درک تفاوت‌های بین سپر و سلاح از سوی کودک، ضروری است. چراکه سپر نماینده دفاع است و زمانی استفاده می‌شود که فرد قائل به قدرت شیء یا موجود ترسناک باشد. در حالی که سلاح، به قدرت خود فرد اشاره دارد. از این رو اگر کودک ترسی را نام ببرد و سپس یک سلاح رسم کند به احتمال زیاد آن ترس، ترسی بنیادین و مسبب خودضعیف‌پنداری کودک نیست اما اگر در برابر یک ترس، سپر رسم شود، یعنی کودک متوجه آسیب‌پذیری خویش و آسیب‌زا بودن شیء یا موجود ترسناک هست. به همین دلیل، راهنمایی کودک برای پیدا کردن ترس‌هایی که نیاز به سپر دارند ضروری است. به‌طور کلی این تکنیک، دو هدف دارد:

الف: کشف ترس‌ها و نگرانی‌های کودک، و

ب: کمک به کودک در تبدیل سپرهای بیرونی به سپرهای درونی و شخصی.

لذا پرسش‌وپاسخ‌ها و گفت‌وگوها باید با در نظر داشتن این دو هدف، هدایت شوند. کاربردها:

اختلالات اضطرابی، استرس حاد و اختلال فشار پس از سانحه در کودکان از جمله اختلالاتی هستند که تشخیص و درمان آن‌ها هدف تکنیک «سپر دفاعی» است.

نمونه‌ای از کاربریست:

کودکی شش ساله که به تازگی عروسک محبوبش را در پارک گم کرده بود با شکایت تیک‌های روزانه و کابوس‌های شبانه که بعد از گم شدن عروسک آغاز شده بودند ارجاع شده بود. او کابوس‌های تکراری شبانه با موضوع ورود دزد به خانه داشت که ابتدا قادر به بیان محتوای آن‌ها نبود اما با اجرای تکنیک سپر دفاعی، هم غم ناشی از فقدان عروسک محبوبش را آشکار کرد و هم به بیان ترس شدیدش از دزدها پرداخت. او در نقاشی نخست، مادرش را به‌مثابه سپر دفاعی رسم کرد اما بعد از گفت‌وگو با هنردرمانگر و اجرای نمایش‌های عروسکی مکمل، خودش را به‌گونه‌ای رسم کرد که دست راستش بسیار بزرگتر از حد معمول بود و در توضیح این امر گفت: «من دزدها رو اینجوری می‌ترسونم!» و حالت بدنی کاراته‌بازها را تقلید کرد.

## یافته‌ها

در جدول ۱، مشخصات مشارکت‌کنندگان در پژوهش حاضر همراه با نمرات شاخص ارزیابی هر تکنیک از منظر هنردرمانگر و از منظر دستیار پژوهشی، درج شده است. جدول ۲، شامل آماره‌های توصیفی میانگین و انحراف استاندارد نمرات شاخص ارزیابی تکنیک‌های هنردرمانی است و جدول ۳ نیز ضریب کاپا یا میزان توافق ارزیاب‌ها را در نمره‌دهی به هر تکنیک بر مبنای مؤلفه‌های شاخص ارزیابی، نمایان می‌سازد.

جدول ۱. مشخصات مشارکت کنندگان همراه با نمرات شاخص ارزیابی هر تکنیک

| کد مشارکت کننده | جنسیت | سن | ترتیب تولد | دلیل مراجعه             | تکنیک منتخب           | نمره شاخص ارزیابی تکنیک (هنردرمانگر) | نمره شاخص ارزیابی تکنیک (دستیار پژوهشی) |
|-----------------|-------|----|------------|-------------------------|-----------------------|--------------------------------------|-----------------------------------------|
| ۱               | دختر  | ۶  | تکفرزند    | اضطراب جدایی            | سپر دفاعی             | +۲۰                                  | +۲۰                                     |
| ۲               | پسر   | ۸  | یک از دو   | تغییرات خلقی            | قالیچه سفید           | +۲۰                                  | +۲۰                                     |
| ۳               | دختر  | ۵  | یک از دو   | تأخیر تحولی             | مداد رنگی<br>قایم شده | +۱۹                                  | +۲۰                                     |
| ۴               | دختر  | ۹  | دو از دو   | اختلال تیک              | نقاشی زشت             | +۱۸                                  | +۱۸                                     |
| ۵               | پسر   | ۱۱ | یک از دو   | اختلال کابوس            | نقاشی زشت             | +۲۰                                  | +۱۹                                     |
| ۶               | پسر   | ۹  | تکفرزند    | اختلال یادگیری          | چهل تیکه              | +۱۷                                  | +۱۷                                     |
| ۷               | دختر  | ۷  | سه از سه   | هراس خاص                | سپر دفاعی             | +۱۹                                  | +۱۹                                     |
| ۸               | پسر   | ۱۲ | دو از دو   | اختلال یادگیری          | چهل تیکه              | +۲۰                                  | +۲۰                                     |
| ۹               | دختر  | ۸  | سه از سه   | اختلال استرس<br>حاد     | نقاشی زشت             | +۱۹                                  | +۲۰                                     |
| ۱۰              | دختر  | ۸  | یک از دو   | اختلال<br>وحشت زدگی     | قالیچه سفید           | +۲۰                                  | +۲۰                                     |
| ۱۱              | پسر   | ۱۰ | دو از دو   | وسواس عملی              | مداد رنگی<br>قایم شده | +۱۹                                  | +۱۹                                     |
| ۱۲              | پسر   | ۷  | دو از سه   | اضطراب جدایی            | سپر دفاعی             | +۱۹                                  | +۱۹                                     |
| ۱۳              | پسر   | ۶  | سه از سه   | اضطراب جدایی            | مداد رنگی<br>قایم شده | +۲۰                                  | +۲۰                                     |
| ۱۴              | دختر  | ۱۰ | تکفرزند    | اختلال استرس<br>حاد     | نقاشی زشت             | +۱۹                                  | +۲۰                                     |
| ۱۵              | دختر  | ۵  | دو از سه   | اضطراب جدایی            | مداد رنگی<br>قایم شده | +۲۰                                  | +۲۰                                     |
| ۱۶              | پسر   | ۶  | یک از دو   | اضطراب جدایی            | سپر دفاعی             | +۱۷                                  | +۱۷                                     |
| ۱۷              | پسر   | ۵  | تکفرزند    | اختلال طیف<br>اوتیسم    | قالیچه سفید           | +۲۰                                  | +۲۰                                     |
| ۱۸              | دختر  | ۱۲ | دو از دو   | اختلال کاستی<br>توجه    | چهل تیکه              | +۲۰                                  | +۲۰                                     |
| ۱۹              | پسر   | ۱۰ | یک از دو   | اختلال سازگاری          | مداد رنگی<br>قایم شده | +۱۸                                  | +۱۹                                     |
| ۲۰              | پسر   | ۹  | دو از دو   | اختلال<br>بیش فعالی     | قالیچه سفید           | +۲۰                                  | +۲۰                                     |
| ۲۱              | پسر   | ۷  | دو از سه   | اضطراب جدایی            | سپر دفاعی             | +۲۰                                  | +۲۰                                     |
| ۲۲              | دختر  | ۷  | سه از سه   | اضطراب جدایی            | سپر دفاعی             | +۱۹                                  | +۱۹                                     |
| ۲۳              | دختر  | ۷  | دو از دو   | اختلال یادگیری          | چهل تیکه              | +۲۰                                  | +۲۰                                     |
| ۲۴              | دختر  | ۱۱ | یک از دو   | اختلال تغذیه<br>اجتنابی | نقاشی زشت             | +۱۸                                  | +۱۸                                     |
| ۲۵              | پسر   | ۹  | دو از دو   | اختلال سازگاری          | سپر دفاعی             | +۲۰                                  | +۲۰                                     |

همان طور که از داده های جدول ۱ مشخص است، تکنیک های ابداعی هنردرمانی برای ۲۵ نفر از کودکان مبتلا به اختلالات و مسائل روان شناختی مختلف از جمله اضطراب جدایی، تغییرات خلقی، تأخیر تحولی، اختلال تیک، اختلال کابوس، اختلال یادگیری، هراس خاص، اختلال استرس حاد، اختلال وحشت زدگی، وسواس عملی، اختلال طیف اوتیسم، اختلال کاستی توجه، اختلال بیش فعالی، اختلال تغذیه اجتنابی، و اختلال سازگاری، به کار رفته اند. به بیان بهتر، هر کدام از این تکنیک ها در برنامه هنردرمانی مربوط به این کودکان جای گرفته و مورد ارزیابی واقع شده اند. نگاهی به دو ستون پایانی جدول ۱، مقدار میانگین و انحراف استاندارد جدول ۲، و میزان ضریب کاپا (۰/۶۶۹) نشان دهنده توافق قابل توجه بین ارزیاب ها است.

جدول ۲. آماره‌های توصیفی شاخص ارزیابی تکنیک‌های هنردرمانی

| تعداد | کمینه نمره | بیشینه نمره | میانگین | انحراف استاندارد |
|-------|------------|-------------|---------|------------------|
| ۲۵    | ۱۷.۰۰      | ۲۰.۰۰       | ۱۹.۲۴۰۰ | ۰.۹۶۹۵۴          |
| ۲۵    | ۱۷.۰۰      | ۲۰.۰۰       | ۱۹.۳۶۰۰ | ۰.۹۵۲۱۹          |
| ۲۵    |            |             |         |                  |

جدول ۳. میزان همسانی بین دو ارزیاب (ضریب کاپا)

| میزان                 | خطای استاندارد مجانب | تقریبی T | معناداری تقریبی |
|-----------------------|----------------------|----------|-----------------|
| کاپا                  | ۰.۶۶۹                | ۰.۱۳۳    | ۴.۹۹۷           |
| میزان توافق           |                      |          | ۰.۰۰۰           |
| تعداد موارد قابل قبول | ۲۵                   |          |                 |

## بحث و نتیجه گیری

هنردرمانی جزو آن دسته روان‌درمانی‌های تکنیک‌محور است که شمار تکنیک‌های آن، گاه از هزار تکنیک فراتر می‌رود. تنها یک هنردرمانگر در کتاب‌های مشهور خود بیش از ۷۰۰ تکنیک معرفی کرده است (بوکالتر، ۲۰۰۴، ۲۰۰۹، ۲۰۱۱، ۲۰۱۳، ۲۰۱۷، ۲۰۲۰). با این حال، نکته قابل توجه آن است که در میان این تکنیک‌های متعدد، تکنیک‌های ویژه کودکان به چشم نمی‌خورد. البته برخی ممکن است یادآوری کنند که برخی روش‌های ارزیابی فرافکن از جمله آزمون نقاشی خانواده (کرم، ۱۳۸۵)، آزمون خانه، درخت، آدم (بوک، ۱۹۴۸)، یا آزمون اندریافت موضوع کودکان (بلاک و آبرامز، ۱۹۹۷) که اتفاقاً همه هنرمحور هستند، می‌توانند مختص کودکان باشند. کاملاً یادآوری بجایی است اما در این روش‌ها هدف، ارزیابی است نه درمان. برخی متخصصان ممکن است تذکر دهند که تکنیک‌های هنردرمانی، وابسته به سن نیستند. این تذکر نیز بجاست اما تجارب درمانی نشان می‌دهد که این امر در مورد بیشتر تکنیک‌های هنردرمانی صدق نمی‌کند. رهنمودهای بسیاری از تکنیک‌ها، بسیار ذهنی است و برای کودکان پیش‌دستانی و حتی دبستانی، قابل درک و دریافت نیست. شاید به همین دلیل است که اگرچه هنردرمانی با کودکان و برای کودکان ابداع شد، اکنون بیشتر با بزرگسالان و برای بزرگسالان به کار می‌رود. مروری بر مقالات هنردرمانی موجود در پایگاه‌های علمی معتبر گواه این مدعاست. بر اساس جست‌وجوی نویسنده این مقاله در لحظه نگارش این سطور، از میان پنجاه مقاله جدید در زمینه هنردرمانی، صرفاً دو مورد به هنردرمانی کودکان اختصاص دارد و سایر مقالات، مختص هنردرمانی بزرگسالان و نوجوانان است. با توجه به تأثیرات تأییدشده هنردرمانی بر اساس پژوهش‌های متعدد (اسپوریلد و بانسیکسن، ۲۰۱۵؛ اسپیرینگام و همکاران، ۲۰۱۲؛ بار-سلا و همکاران، ۲۰۰۷؛ بلومدال و همکاران، ۲۰۱۳، ۲۰۱۸؛ پوررضائیان و پوررضائیان، ۱۴۰۰؛ پوررضائیان و همکاران، ۲۰۱۹، ۲۰۲۰، ۱۳۹۸؛ تالر و همکاران، ۲۰۱۷؛ جت، ۲۰۱۹؛ چمبالا، ۲۰۰۸؛ دراس، ۲۰۱۵؛ دیونیجی و جرمیگی، ۲۰۱۷؛ سسیل، ۲۰۱۶؛ شلا، ۲۰۱۸؛ فریلیچ و شچمن، ۲۰۱۰؛ فلورس، ۲۰۱۷؛ گاتا و همکاران، ۲۰۱۴؛ گازاک و بک، ۲۰۱۸؛ گلد و همکاران، ۲۰۱۳؛ لاک و همکاران، ۲۰۱۸؛ ویسنولا و همکاران، ۲۰۱۰؛ هان، ۲۰۲۳؛ هاین و همکاران، ۲۰۱۵، ۲۰۱۸، ۲۰۲۲؛ هکت و همکاران، ۲۰۱۷)، باید بتوان از طریق کاربست تکنیک‌های ویژه کودکان، از این تأثیرات برای آن‌ها نیز بهره‌مند شد. با توجه به نکته مورد اشاره، طراحی و اعتبارسنجی تکنیک‌های هنردرمانی ویژه کودکان، هدف نویسنده این مقاله شد.

در پژوهش حاضر، پنج تکنیک ویژه کودکان معرفی شد که بر اساس نظر متخصصان، دارای اعتبار هستند. اعتبارسنجی این تکنیک‌ها در پژوهش حاضر، در دو مرحله انجام شد. در مرحله نخست، اعتبارسنجی صرفاً به صورت نظری بود؛ یعنی پیش‌بینی متخصصان از کارایی تکنیک‌ها ملاک پاسخ‌گویی آن‌ها به پرسشنامه اعتبارسنج اول بود. با این حال، اعتبارسنجی در مرحله دوم، به اجرای تکنیک‌ها وابسته بود. در واقع، تجربه متخصصان از اجرای تکنیک‌ها ملاک پاسخ‌گویی آن‌ها به پرسشنامه اعتبارسنجی دوم (شاخص کارایی تکنیک‌ها) شد. این امر، پژوهش حاضر را پژوهشی منحصر به فرد می‌سازد چراکه معمولاً در روش دلفی صرفاً بر نظرات ارزیابانه یا پیش‌بینی‌کننده متخصصان بسنده می‌شود. علاوه بر این، محاسبه همسانی نظرات ارزیابان (هنردرمانگر و متخصص بی‌طرف) نیز با هدف اطمینان از اعتبار تکنیک‌ها انجام شد و نتایج حاصله بیانگر همسانی معنادار بین نظرات بود.

مقاله حاضر، بخشی از دستاوردهای پژوهشی-بالینی حاصله را عرضه می‌دارد چراکه مسیر نیل به این هدف، بسیار طولانی و البته همراه با موانعی است. یکی از این موانع، نبود شاخصی برای ارزیابی کارایی هر تکنیک به صورت تکی و مجزا از سایر تکنیک‌ها بود. این نکته البته در مورد تمام روان‌درمانی‌ها به‌ویژه روان‌درمانی‌های تکنیک‌محور، مطرح است. معمولاً در پژوهش‌ها کارایی مجموعه‌ای از تکنیک‌ها در قالب یک برنامه درمانی مورد ارزیابی قرار می‌گیرد و این امر کار ارزیابی اختصاصی تکنیک‌های ابداعی را دشوار می‌سازد. بنابراین در مقاله حاضر،

<sup>1</sup> Corman, L.

<sup>2</sup> Buck, J. N.

<sup>3</sup> Bellak, L. & Abrams, D. M.

برای نخستین بار، شاخص ارزیابی تکنیک‌های هنردرمانی، طراحی و به کار بسته شد. شاخصی که چه‌بسا بتواند با اندکی تغییر، در مورد تکنیک‌های مربوط به سایر روان‌درمانی‌ها نیز مفید باشد.

بر اساس جست‌وجوهای دقیق پژوهشگر حاضر، شاخص معرفی‌شده در این مقاله، هیچ مشابهی ندارد اما شاید بتوان آن را صرفاً از لحاظ هدف با آزمون فرایند روان‌درمانی<sup>۱</sup> (جونز<sup>۲</sup>، ۱۹۸۵) مقایسه کرد. در آزمون مورد اشاره، هدف، ارزیابی تک‌جلسات روان‌درمانی بر مبنای سه مؤلفه مهم است: توانمندی روان‌درمانگر، ویژگی‌های درمانجو، و کیفیت ارتباط درمانی درمانگر-درمانجو. آشکارا پیداست که شاخص ارزیابی تکنیک‌های هنردرمانی، تفاوت‌هایی بنیادین با این آزمون دارد. این شاخص، توجه اختصاصی به کارایی هر تکنیک دارد؛ امری که در آزمون فرایند روان‌درمانی، مورد بی‌توجهی یا بهتر است بگوییم کم‌توجهی قرار گرفته است. در هنردرمانی، ارتباط سه‌جانبه‌ای بین هنردرمانگر، درمانجو و اثر هنری وجود دارد (کیس و دالی، ۲۰۱۴)، لذا همان‌قدر که به مهارت‌های هنردرمانگر، ویژگی‌های درمانجو و ارتباط درمانی توجه می‌شود، باید به کارایی آن تکنیکی که منجر به اثر هنری می‌شود نیز توجه داشت. با این حال، هم شاخص ارزیابی تکنیک‌های هنردرمانی و هم تکنیک‌های معرفی‌شده در پژوهش حاضر اگرچه از مراحل دقیق اعتبارسنجی تخصصی-بالینی گذشته‌اند، جدید هستند و نیازمند اعتبارسنجی از طریق پژوهش‌های آتی.

### ملاحظات اخلاقی

تمامی ملاحظات اخلاقی در این پژوهش در نظر گرفته شده است.

### حامی مالی

این پژوهش بدون حمایت مالی انجام شده است.

### تعارض منافع

تعارض منافع وجود ندارد.

### سپاسگزاری

نویسنده مقاله حاضر، مراتب سپاسگزاری خود را از تمام کودکانی که در این پژوهش شرکت کردند و خانواده‌های عزیز آنان اعلام می‌دارد.

## References

- پوررضائیان، هدی؛ بشارت، محمدعلی؛ کوچک‌زاده، لیلی؛ و فراهانی، حجت‌اله (۱۳۹۸). طراحی و بررسی اثربخشی برنامه هنردرمانی خانواده‌محور بر سازگاری کودکان مبتلا به سرطان. *توانمندسازی کودکان استثنایی*، ۱۰ (۴)، ۸۹-۱۰۲.
- پوررضائیان، هدی؛ و پوررضائیان، مهدی (۱۴۰۰). کاربست روان‌درمانی هنری-تمایشی به‌عنوان روشی نوین برای درمان تیک‌های حرکتی حاد: گزارش موردی. *توانمندسازی کودکان استثنایی*، ۱۲ (۱)، ۷۴-۸۳.
- کرم، لوئیس (۱۳۸۵). کاربرد تست ترسیم خانواده در کلینیک. ترجمه پریخ دادستان و محمود منصور. انتشارات رشد.
- Bar-Sela, G., Atid, L., Danos, S., Gabay, N., & Epelbaum, R. (2007). Art therapy improved depression and influenced fatigue levels in cancer patients on chemotherapy. *Psycho-Oncology: Journal of the Psychological, Social and Behavioral Dimensions of Cancer*, 16(11), 980-984.
- Blomdahl, C., Gunnarsson, A. B., Guregård, S., & Björklund, A. (2013). A realist review of art therapy for clients with depression. *The Arts in Psychotherapy*, 40(3), 322-330.
- Blomdahl, C., Guregård, S., Rusner, M., & Wijk, H. (2018). A manual-based phenomenological art therapy for individuals diagnosed with moderate to severe depression (PATd): A randomized controlled study. *Psychiatric rehabilitation journal*, 41(3), 169-182.
- Brooke, S. L. (2006). *Creative arts therapies manual: A guide to the history, theoretical approaches, assessment, and work with special populations of art, play, dance, music, drama, and poetry therapies*. Charles C Thomas Publisher.
- Buchalter, S. (2020). *200 More Brief, Creative & Practical Art Therapy Techniques: A Guide for Clinicians & Clients*. Pesi Publishing & Media.
- Buchalter, S. I. (2004). *A practical art therapy*: Jessica Kingsley Publishers.
- Buchalter, S. I. (2009). *Art therapy techniques and applications*: Jessica Kingsley Publishers.
- Buchalter, S. I. (2011). *Art therapy and creative coping techniques for older adults*. Jessica Kingsley.
- Buchalter, S. I. (2013). *Mandala symbolism and techniques: innovative approaches for professionals*. Jessica Kingsley.
- Buchalter, S. I. (2017). *250 Brief, Creative & Practical Art Therapy Techniques: A Guide for Clinicians & Clients*. Pesi Publishing & Media.

<sup>1</sup> Psychotherapy process Q-set (PQS)

<sup>2</sup> Jones, E. E.

- Buck, J. N. (1948). The H-T-P Technique, a qualitative and quantitative method. *Journal of Clinical Psychology*, 4, 317-396.
- Case, C., & Dalley, T. (2002). *Working with children in art therapy*. Routledge.
- Case, C., & Dalley, T. (2014). *The handbook of art therapy*. Routledge.
- Cecil, R. (2016). *Supplementing Art Therapy with Cognitive Behavioral Therapy (CBT) and Dialectical Behavior Therapy (DBT) during Treatment of Childhood Anxiety Disorders: A Pilot Study*. West Virginia University.
- Chambala, A. (2008). Anxiety and art therapy: Treatment in the public eye. *Art Therapy*, 25(4), 187-189.
- Dionigi, A., & Gremigni, P. (2017). A combined intervention of art therapy and clown visits to reduce preoperative anxiety in children. *Journal of clinical nursing*, 26(5-6), 632-640.
- Drass, J. M. (2015). Art therapy for individuals with borderline personality: Using a dialectical behavior therapy framework. *Art Therapy*, 32(4), 168-176.
- Edwards, D. (2014). *Art therapy*. sage.
- Flores, G. (2017). *Therapeutic Benefits of Art Therapy with Adults who have Traumatic Brain Injury with Depression and/or Anxiety*. Undergraduate Honors College.
- 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(2), 97-105.
- Gatta, M., Gallo, C., & Vianello, M. (2014). Art therapy groups for adolescents with personality disorders. *The Arts in Psychotherapy*, 41(1), 1-6.
- Gold, C., Mössler, K., Grocke, D., Heldal, T. O., Tjemsland, L., Aarre, T., ... & Rolvsjord, R. (2013). Individual music therapy for mental health care clients with low therapy motivation: Multicentre randomised controlled trial. *Psychotherapy and psychosomatics*, 82(5), 319-331.
- Graves-Alcorn, S., & Kagin, C. (2017). *Implementing the Expressive Therapies Continuum: A Guide for Clinical Practice*. Routledge.
- Gussak, D., & Beck, A. (2018). Reversing a sub-cultural norm: Art therapy in treating depression in prison inmates. *Arts Therapies in the Treatment of Depression*, 136-153.
- Gussak, D., & Rosal, M. L. (2016). *The Wiley handbook of art therapy*. Wiley Online Library.
- Hackett, S. S., Ashby, L., Parker, K., Goody, S., & Power, N. (2017). UK art therapy practice-based guidelines for children and adults with learning disabilities. *International journal of art therapy*, 22(2), 84-94.
- Haeyen, S., Van Hooren, S., & Hutschemaekers, G. (2015). Perceived effects of art therapy in the treatment of personality disorders, cluster B/C: A qualitative study. *The Arts in Psychotherapy*, 45, 1-10.
- Haeyen, S., van Hooren, S., van der Veld, W., & Hutschemaekers, G. (2018). Efficacy of art therapy in individuals with personality disorders cluster B/C: A randomized controlled trial. *Journal of personality disorders*, 32(4), 527-542.
- Haeyen, S., Ziskoven, J., Heijman, J., & Joosten, E. (2022). Dealing with opposites as a mechanism of change in art therapy in personality disorders: A mixed methods study. *Frontiers in Psychology*, 13.
- Han, J. (2023). *A Systematic Literature Review of Art Therapy on Depression Recovery*. *International Journal of Literature and Arts*, 11(1): 41-43.
- Hogan, S. (2001). *Healing arts: The history of art therapy*. Jessica Kingsley Publishers.
- Hogan, S. (2015). *Art therapy theories: A critical introduction*. Routledge.
- Jones, E., Ablon, S., Raymond, A., Levy, J., Kelley, Abernethy, R., Riess, H., Lable, I., Nahum, J., Seybert, C., Erhardt, I., & Ackerman, J. (n.d.). *PSYCHOTHERAPY PROCESS Q-SET CODING MANUAL*. Retrieved July 11, 2024, from <https://www.homepages.ucl.ac.uk/~ucjtaca/pqsmanual.pdf>
- Junge, M. B. (2016). History of art therapy. *The Wiley Handbook of Art Therapy*, 7-16.
- Kramer, E. (2001). *Art as therapy: Collected papers*. Jessica Kingsley Publishers.
- Leavy, P. (2017). *Handbook of arts-based research*. Guilford Publications.
- Leopold Bellak, & Abrams, D. M. (1997). *The Thematic Apperception Test, the Children's Apperception Test, and the Senior Apperception Technique in clinical use*. Allyn And Bacon.
- Liebmann, M. (2004). *Art therapy for groups: A handbook of themes and exercises (2ed.)*. United Kingdom. Routledge.
- Lock, J., Fitzpatrick, K. K., Agras, W. S., Weinbach, N., & Jo, B. (2018). Feasibility Study Combining Art Therapy or Cognitive Remediation Therapy with Family-based Treatment for Adolescent Anorexia Nervosa. *European Eating Disorders Review*, 26(1), 62-68.
- Malchiodi, C. A. (2007). *Art therapy sourcebook*. McGraw Hill Professional.
- Malchiodi, C. A. (2011). *Handbook of art therapy*. Guilford Press.
- Malchiodi, C. A. (2013). *Expressive therapies*. Guilford Publications.
- Purrezaian, H. and Purrezaian, M. (2021). Applying psycho-art-drama as a new method to treatment of the acute motor tics: A Case Report. *Empowering Exceptional Children*, 12(1), 74-83. doi: 10.22034/ceiranj.2020.237235.1407 [in Persian]
- Purrezaian, H., Besharat, M. A., Koochakzadeh, L. and Farahani, H. (2019). Development and evaluation of the effectiveness of family-based art therapy on children's coping with cancer. *Empowering Exceptional Children*, 10(4), 89-102. doi: 10.22034/ceiranj.2020.206550.1293 [in Persian]
- Purrezaian, H., Besharat, M. A., Koochakzadeh, L., & Farahani, H. (2020). Psycho-art-drama: development and testing a new integrated complementary method of psychiatric treatments for hospitalised children with cancer (a case study). *International Journal of Psychiatry in Clinical Practice*, 24(2), 183-192.

- Purrezaian, H., Besharat, M. A., Koochakzadeh, L., & Farahani, H. (2019). Development and effect-evaluation of a new family-based art therapy on depression and pain anxiety of the hospitalized children with cancer. *Clinical Psychology Studies*, 10(37), 21-42.
- Rubin, J. A. (2009). *Introduction to art therapy: Sources & resources*. Routledge.
- Shella, T. A. (2018). Art therapy improves mood, and reduces pain and anxiety when offered at bedside during acute hospital treatment. *The Arts in Psychotherapy*, 57, 59-64.
- Sporild, I. A., & Bonsaksen, T. (2015). Therapeutic factors in expressive art therapy for persons with eating disorders. *Groupwork*, 24(3), 46-60.
- Springham, N., Findlay, D., Woods, A., & Harris, J. (2012). How can art therapy contribute to mentalization in borderline personality disorder? *International journal of art therapy*, 17(3), 115-129.
- Steinbach, D. (2014). *A practical guide to art therapy groups*. Routledge.
- Thaler, L., Drapeau, C.-E., Leclerc, J., Lajeunesse, M., Cottier, D., Kahan, E., . . . Steiger, H. (2017). An adjunctive, museum-based art therapy experience in the treatment of women with severe eating disorders. *The Arts in Psychotherapy*, 56, 1-6.
- Thomashoff, H. O., & Sukhanova, E. (2008). *The Person in Art: Conceptual and Pictorial Frames on Art and Mental Health*. Nova Science Publishers.
- Visnola, D., Sprūdža, D., Baķe, M. Ā., & Piķe, A. (2010). Effects of art therapy on stress and anxiety of employees. Paper presented at the *Proceedings of the Latvian Academy of Sciences. Section B. Natural, Exact, and Applied Sciences*.