اثربخشی هنردرمانی بر پایه نقاشی درمانی در کاهش اضطراب کودکان دچار لکنت زبان

شهلا جنگی قوجه بیگلو[1*]، علی اکبر شیرآبادی[2]، ستاره جانی[1]، اصغر پوراسمعلی[3]

۱) گروه روان شناسی، دانشکده علوم تربیتی و روان شناسی، دانشگاه تبریز، تبریز، ایران

۲) گروه روان شناسی، دانشکده علوم تربیتی و روان شناسی، دانشگاه سیستان و بلوچستان، زاهدان، ایران

۳) گروه روان شناسی، دانشکده علوم تربیتی و روان شناسی، دانشگاه محقق اردبیلی، اردبیل، ایران

تاریخ دریافت: ۹۳/۲/۷ تاریخ پذیرش: ۹۳/۶/۱

چکیده

مقدمه: هنردرمانی روشی خلاق برای رشد و ارتقاء سلامت جسمی، روانی و هیجانی اشخاص می باشد. متاسفانه، مطالعه ای در زمینه اثربخشی هنردرمانی در کاهش مشکلات روانی افراد دچار لکنت زبان یافت نشد. پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی هنردرمانی بر پایه نقاشی درمانی در کاهش اضطراب کودکان دچار لکنت زبان انجام گرفت.

مواد و روش ها: طرح پژوهش حاضر از نوع نیمه آزمایشی(پیش‌آزمون- پس‌آزمون با گروه کنترل) بود. نمونه آماری شامل ۳۰ کودک دچار لکنت زبان بود که با استفاده از روش نمونه گیری در دسترس از مراکز گفتاردرمانی شهر تبریز انتخاب و افراد بصورت تصادفی به دو گروه به دو گروه مساوی آزمایش و کنترل تخصیص داده شدند (N=۱۲۰). برای سنجش اضطراب، از آزمون اضطراب کودکان اسپنس(۱۹۹۷) استفاده شد. گروه آزمایشی طی ۱۲ جلسه ۳۰ دقیقه ای(دو بار در هفته) با نظارت درمانگر به نقاشی آزاد پرداختند. تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از نرم افزار SPSS 19 انجام گردید و آزمون آماری تحلیل کواریانس یک طرفه استفاده شد.

یافته های پژوهش: نتایج بیانگر این بود که بین میانگین نمرات پس آزمون و پیگیری گروه آزمایش و کنترل تفاوت معنی داری وجود داشت (P<0.001).

بحث و نتیجه گیری: نتایج پژوهش حاضر نشان داد که هنردرمانی بر پایه نقاشی درمانی، روش موثری در کاهش اضطراب کودکان دچار لکنت زبان می باشد. درمانگران می توانند از نقاشی درمانی در کنار دیگر روش‌های درمانی برای کاهش اضطراب این کودکان بهره ببرند.

واژه های کلیدی: هنردرمانی، نقاشی‌درمانی، اضطراب، لکنت زبان

***نویسنده مسئول:** گروه روان شناسی، دانشکده علوم تربیتی و روان شناسی، دانشگاه تبریز، تبریز، ایران

Email: *Shahla.jangi@gmail.com*

[Downloaded from sjimu.medilam.ac.ir on 2026-11-10]

مقدمه

لکنت زبان یکی از رایج ترین اختلال‌های گویایی است که در ۸۰ الی ۹۰ درصد موارد تا سن ۶ سالگی، با دامنه سنی ۲ تا ۷ سال بروز می‌کند. بر اساس DSM-5 لکنت زبان اختلالی در سیالی و الگوی زمانی بیان است که فرد را در کسب مهارت‌های متناسب با سن و مهارت‌های زبانی دچار مشکل می‌کند، به طور مداوم حضور دارد، و با حضور مکرر تکرار یا اطناب صداها یا سیلاب‌ها و هم چنین دیگر اختلال‌های سیالی گفتار در روانی کلام مشخص می‌شود(۱). نرخ بروز لکنت زبان در کل جمعیت ۴ تا ۸/۵ درصد گزارش شده است(۲). لکنت زبان معمولاً با پیامدهای منفی بسیاری در طول زندگی همراه است، کودکان دچار لکنت زبان اغلب مورد طعنه و آزار قرار می‌گیرند(۳) و هم چنان که سنشان بالا می‌رود واکنش‌های منفی فراوانی از سوی همسالان خود دریافت می‌کنند(۴). این مشکلات در نوجوانی چندین برابر می‌شود و تاثیر منفی بر عزت نفس شخص، میزان اضطراب، روابط اجتماعی و عملکرد تحصیلی آنان می‌گذارد(۵،۶). تجارب منفی افراد دچار لکنت زبان در نهایت منجر به احساس ناامیدی و شرمندگی می‌شود و افراد را در معرض آسیب پذیری اجتماعی قرار داده و موفقیت‌های شغلی و تحصیلی و سطوح کیفیت زندگی آنان را محدود می‌سازد(۷). افراد مبتلا به لکنت زبان بیشتر از سایرین در معرض ابتلاء به مشکلات رفتاری، هیجانی و روان شناختی قرار می‌گیرند(۸). اغلب دیده می‌شود که فرد دستخوش یک حالت هیجانی مانند تحریک پذیری، تنش تعمیم یافته و یا هیجان‌های منفی مانند اضطراب، خشم، شرم و... می‌شود؛ هیجان‌هایی که به ایجاد ناهماهنگی در مکانیزم‌های پیرامونی گفتار، منجر می‌شوند(۹). یکی از اختلالاتی که به طور معمول با لکنت زبان همراه است، اضطراب می‌باشد(۱). به طور معمول انسان‌ها در برابر مشکلات هیجانی-عاطفی، محدودیت‌ها و فشارهای محیطی، اختلال‌های رفتاری و روانی و حتی معلولیت‌های جسمی، عکس العمل‌های متفاوتی نشان می‌دهند. طبیعی است که برخی از افراد به ویژه افراد دارای اختلال‌های گفتاری نسبت به این مسائل حساسیت بیشتری نشان می‌دهند. این حساسیت‌ها و فشارها مانع آرامش روانی فرد شده، آشفتگی روانی، تنش عضلانی، اضطراب و تشدید اختلال‌های گفتاری را موجب می شود(۱۰) پژوهش‌ها نشان داده اند که تنیدگی یا اضطراب، لکنت زبان را تشدید می‌کند و همراه بودن آن با اضطراب، سرخوردگی، کاهش عزت نفس و معلولیت در کنش وری اجتماعی را به وجود می‌آورد و موجب می‌شود که فرد با استفاده از ابزارهای زبان شناختی(مانند تغییر سرعت بیان، دوری گزینی از برخی موقعیت‌هایی که مستلزم سخن گفتن هستند مثل حرف زدن در برابر جمع یا با تلفن) از لکنت زبان بپرهیزند(۱).

پژوهش آیوراچ و همکاران(۱۱)، نشان می‌دهد که افراد دچار لکنت زبان در مقایسه با افراد غیر مبتلا اضطراب بیشتری را تجربه می‌کنند، هم چنین داویس و همکاران(۱۲) و گان و همکاران(۱۳)، حاکی از بالا بودن اضطراب در نوجوانان مبتلا به لکنت زبان می‌باشد. مطالعه مولکاهی و همکاران(۱۴)، بر روی نوجوانان لکنتی نشان می‌دهد که این افراد اضطراب حالت، صفت و اجتماعی بیشتری نسبت به نوجوانان سالم دارند. اریکسون و بلاک(۱۵)، معتقدند که نوجوانان دچار لکنت زبان ادراک ضعیفی از کفایت اجتماعی خود داشته، دلهره ای بالا برای ارتباطات دارند و توسط همسالانشان مورد طعنه و اذیت واقع می‌شوند، در نتیجه سعی می‌کنند لکنتشان را به صورت یک راز نگه دارند. هم چنین خانواده‌های این افراد نیز فشار هیجانی بالایی دارند و در مدیریت کودکانشان برای کنار آمدن با سرخوردگی‌ها مشکل دارند. امیری(۱۶) و بلاد و همکاران(۳)، دریافتند که کودکان مبتلا به لکنت زبان اضطراب بیشتری نسبت به کودکان سالم دارند. با توجه به این که تنیدگی و اضطراب، لکنت زبان را تشدید می‌کنند و توام بودن آن با اضطراب سرخوردگی، کاهش سطح حرمت نفس و معلولیت در کنش وری اجتماعی را به وجود می‌آورد(۹)، ارائه راهکارهایی در راستای کاهش اضطراب این افراد ضروری به نظر می‌رسد. از جمله راهکارهای کاهش اضطراب در کودکان استفاده از فنون هنردرمانی می‌باشد. هنردرمانی یک روش ایجاد شده برای سلامت روان است که از روش خلاق ایجاد هنر برای رشد و ارتقاء سلامت جسمی، روانی و هیجانی اشخاص در همه سنین استفاده می‌کند. این روش بر اساس این باور پایه گذاری شده است که فرآیند خلاق به کار گرفته شده در بیان حال از طریق هنر به افراد کمک می‌کند که تعارضات و مشکلات را حل کنند و مهارت‌های بین فردی، مدیریت رفتار، کاهش اضطراب، افزایش عزت نفس و خودآگاهی را گسترش داده، به بینش دست یابند(۲۵). از جمله شاخه‌های هنر، نقاشی است. نقاشی عبارت است از ترسیم خودانگیخته تصاویر که فرصت‌هایی برای ارتباط و بیان غیرکلامی‌فراهم می‌کند(۱۸). در واقع با ابزاری چون نقاشی، کودک همه مسائل زندگی خود را به تجربه درآورده، خود را می‌آزماید و خویشتن را بنا می‌کند. خطوط ترسیمی‌انعکاسی از دنیای عاطفی و هیجانی اوست و نقاشی به منزله جهانی است که به موازات افزایش هوشیاری و دگرگونی‌های کودک متحول می‌گردد(۱۹). از دیدگاه نظریه روانکاوی نقاشی به منزله فعالیتی بالینی-فرافکنی است. یعنی از طریق نقاشی فرد می‌تواند آن چه را که در ضمیر ناخودآگاه دارد

[Downloaded from sjimu.medilam.ac.ir on 2026-11-10]

و احتمالاً باعث ناراحتی و اضطراب او می‌شود را بیان کند. در واقع تمام رویکردهای بالینی-فرافکنانه در هنردرمانی بر اساس نظریه روانکاوی فروید شکل گرفته است. فروید معتقد بود رویاها که تصویر امیال شکل گرفته هستند با هنر، فرافکنی و نمایان می‌شوند(۲۰). ریسنک(۲۱) معتقد است که استفاده از نقاشی باعث تسهیل برقراری ارتباط با کودکان می‌شود و توصیه می‌کند که در مصاحبه با کودکان به جای روش‌های سنتی از این روش استفاده شود. در واقع خطوط ترسیمی‌انعکاسی از دنیای عاطفی و هیجانی فرد است و نقاشی به منزله جهانی است که به موازات افزایش هوشیاری و دگرگونی‌های کودک متحول می‌گردد(۱۹). به نظر می‌رسد که هنر درمانی برای کاهش هیجانات منفی، به ویژه برای کودکانی که در بیان احساسات خود از طریق زبان عاجزند، مثل نوجوانان کم توان ذهنی و کودکان مبتلا به اتیسم(درخودمانده) فوق العاده موثر می‌باشد(۲۲).

نتایج پژوهش فدایی و همکاران(۲۳)، نشان داد که استفاده از نقاشی برای کاهش اضطراب بیماران اسکیزوفرنیک موثر است. پیفالو و همکاران(۲۴)، در مطالعه طولی ۴ ساله دریافتند که ترکیب هنردرمانی و درمان شناختی-رفتاری به صورت گروهی در کاهش علائم اختلال استرس پس از سانحه(از جمله اضطراب) در کودکانی که مورد تجاوز جنسی قرار گرفته‌اند، موثر است. عطاری و همکاران(۲۰)، در پژوهشی به این نتیجه رسیدند که آموزش هنر نقاشی در کاهش اضطراب کودکان موثر می‌باشد. هم چنین غلام زاده و همکاران(۲۵)، در پژوهشی دریافتند که هنردرمانی بر پایه نقاشی درمانی در کاهش علائم اضطراب جدایی کودکان موثر می‌باشد. در پژوهشی دیگر غلام زاده و همکاران(۲۶)، نشان دادند که هنردرمانی بر پایه نقاشی درمانی در کاهش علائم اختلال فوبی خاص پسران ۱۲-۷ ساله موثر می‌باشد. متاسفانه پژوهشی در مورد اثربخشی هنردرمانی بر پایه نقاشی درمانی در کاهش میزان اضطراب کودکان دچار لکنت زبان انجام یافت نشد، لذا هدف پژوهش حاضر بررسی اثربخشی هنردرمانی بر پایه نقاشی درمانی در کاهش اضطراب کودکان دچار لکنت زبان می‌باشد.

مواد و روش ها

پژوهش حاضر از نوع نیمه آزمایشی(طرح پیش آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل) بود. جامعه آماری شامل کلیه کودکان ۸ الی ۱۲ ساله دچار لکنت زبان(۱۲۰ نفر) مراجعه کننده به مراکز گفتاردرمانی شهر تبریز در سال تحصیلی ۹۲-۱۳۹۱ بود. نمونه پژوهش حاضر شامل ۳۰ کودک دچار لکنت زبان بود که با روش نمونه گیری در دسترس انتخاب و با استفاده روش تصادفی ساده به دو گروه مساوی آزمایش و کنترل تقسیم شدند. ملاک ورود در انتخاب آزمودنی‌ها عبارت بودند از: داشتن حداقل یک سال سابقه اختلال لکنت زبان و قرار گرفتن در دامنه سنی ۸ الی ۱۲ سال، و ملاک خروج عبارت بود از: مبتلا بودن به اختلال‌های روان شناختی شدید، چنین مواردی با استفاده از ارزیابی و اظهارنظر متخصصان مراکز، شناسایی و از جریان پژوهش کنار گذاشته شدند. لازم به ذکر است که پیش از انتخاب آزمودنی‌ها توضیحات مربوطه به والدین آن‌ها ارائه و رضایت آنان اخذ شد. پیش از شروع مداخله آزمون اضطراب اسپنس فرم کودک به عنوان پیش آزمون بر روی تمامی‌آزمودنی‌ها اجراء شد، سپس گروه آزمایشی طی ۱۲ جلسه ۳۰ دقیقه ای(هفته ای دو بار) با نظارت درمانگر به نقاشی آزاد پرداختند ولی گروه کنترل هیچ گونه آموزشی دریافت نکردند. در جلسه اول درمانگر و کودکان با یکدیگر آشنا شدند، وسایل مختلف(مداد رنگی، آبرنگ و...) در اختیار کودکان قرار گرفت. روش کار با هر یک از مواد آموزش داده شد و کودکان به تمرین با آن‌ها پرداختند. در جلسات بعدی از کودکان خواسته شد، هر آن چه را که دوست دارند، نقاشی کنند، کودکان در انتخاب موضوع و وسایل نقاشی آزاد بودند. در پایان هر جلسه از هر فرد خواسته می‌شد، نقاشی خود را به دوستان نشان دهد و در مورد آن، خود توضیح دهد. در صورت لزوم، زمانی که فرد به نکته ای در مورد احساساتش اشاره می‌کرد با جمله‌هایی به وی پس خوراند داده می‌شد، بدین ترتیب فرآیند برون ریزی هیجانی تسهیل می‌گشت. پس از پایان یافتن جلسات و دو ماه بعد از آن جهت پیگیری درمان، آزمون اضطراب کودکان اسپنس بر روی هر دو گروه اجرا شد. پرسش نامه اضطراب کودکان در سال ۱۹۸۸ توسط اسپنس ساخته شد و دارای دو نسخه کودک و والدین است. خرده مقیاس‌های این پرسش نامه شامل هراس و ترس از فضای باز(در فرم والد شامل سوال‌های: ۳۴، ۳۳، ۳۲، ۳۰، ۲۸، ۲۷، ۲۵، ۱۹، ۱۲ و در فرم کودک شامل سوال‌های ۱۳، ۲۱، ۲۸، ۳۰، ۳۲، ۳۴، ۳۶، ۳۷، ۳۹)، اضطراب جدایی(در فرم والد شامل سوال‌های: ۳۸، ۱۵، ۱۴، ۱۱، ۸، ۵ و در فرم کودک شامل سوال‌های: ۵، ۸، ۱۲، ۱۵، ۱۶، ۴۴)، ترس از آسیب جسمانی(در فرم والد شامل سوال‌های: ۲۹، ۲۳، ۲۱، ۱۶، ۲ و در فرم کودک شامل سوال‌های: ۲، ۱۸، ۲۳، ۲۵، ۳۳)، ترس اجتماعی(در فرم والد شامل سوال‌های: ۳۱، ۲۶، ۱۰، ۹، ۷، ۶ و در فرم کودک شامل سوال‌های: ۶، ۷، ۹، ۱۰، ۲۹، ۳۵)، وسواس فکری و عملی(در فرم والد شامل سوال‌های: ۳۷، ۳۶، ۳۵، ۲۴، ۱۷، ۱۳

[Downloaded from sjimu.medilam.ac.ir on 2026-11-10]

و در فرم کودک شامل سوال‌های: ۱۴، ۱۹، ۲۷، ۴۰، ۴۱، ۴۲) و اضطراب فراگیر(در فرم والد شامل سوال‌های: ۲۲، ۲۰، ۱۸، ۴، ۳، ۱ و در فرم کودک شامل سوال‌های: ۱، ۳، ۴، ۲۰، ۲۲، ۲۴) می‌باشد. نسخه والدین این پرسش نامه دارای ۳۸ سوال و نسخه کودکان کودکان این پرسش نامه دارای ۴۵ عبارت است، که ۳۸ عبارت آن نمره گذاری شده و ۶ عبارت آن که عبارت‌های پرسشی مثبت هستند(شامل سوال‌های: ۱۱، ۱۷، ۲۶، ۳۱، ۳۸، ۴۳) محاسبه نمی شوند(۲۷). هم چنین، دارای یک سوال باز است که کودک به طور تشریحی به آن پاسخ خواهد داد. این پرسش نامه برای سنین ۸ تا ۱۵سال تهیه شده است. در پژوهش حاضر از نسخه کودک پرسشنامه اضطراب کودکان اسپنس استفاده شد. شیوه نمره گذاری به پاسخ‌ها به صورت هرگز=۰، گاهی اوقات=۱، اغلب=۲ و همیشه=۳ خواهد بود و حداکثر نمره ممکن برابر با ۱۱۴ می‌باشد. روایی همگرای مقیاس اضطراب کودکان اسپنس با مقیاس تجدید نظر شده اضطراب کودکان همبستگی معنی‌داری دارند(r=۰/۷۱). روایی افتراقی این مقیاس با پرسش نامه افسردگی کودکان پایین و کم است. اعتبار همسانی درونی مقیاس نیز با آلفای کرونباخ ۰/۹۲ و اعتبار بازآزمایی مقیاس پس از ۶ ماه، ۰/۶۰ به دست آمده است(۱۰). در پژوهش حاضر متغیر مستقل هنردرمانی بر پایه نقاشی درمانی و متغیر وابسته اضطراب می‌باشد. به منظور تجزیه و تحلیل داده‌ها از نرم‌افزار SPSS vol.19 و آزمون آماری تحلیل کواریانس یک راهه استفاده شد.

یافته های پژوهش

آزمودنی‌های پژوهش حاضر در دو جنس دختر(۱۲ نفر) و پسر(۱۸ نفر) با میانگین سنی ۱۰ سال و مشغول به تحصیل در مقاطع ابتدایی بودند. جهت تجزیه و تحلیل داده‌ها با بهره گیری از نرم افزار SPSS vol.19 از روش‌های آمار توصیفی و استنباطی مانند میانگین، انحراف معیار و تحلیل کوواریانس یک راهه استفاده شد.

جدول شماره ۱. میانگین و انحراف معیار نمره اضطراب گروه‌های آزمایش و کنترل در مراحل پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری

گروه	گروه آزمایش						گروه کنترل					
	پیش آزمون		پس آزمون		پیگیری		پیش آزمون		پس آزمون		پیگیری	
متغیر	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
اضطراب	۵۸/۸۶	۱۶/۵۳	۵۷/۰۰	۱۶/۲۱	۵۵/۴۰	۱۶/۳۷	۵۶/۴۰	۱۷/۹۳	۵۶/۵۳	۱۸/۱۳	۵۶/۵۳	۱۸/۰۷

همان طور که نتایج جدول شماره ۱ نشان می‌دهد، میانگین نمره گروه آزمایش در مرحله پس آزمون و پیگیری کاهش یافت ولی نمرات گروه کنترل در مراحل پس آزمون و پیگیری چندان تغییری نکرد.

جدول شماره ۲. تحلیل کوواریانس یک راهه روی میانگین‌های نمره پس آزمون گروه‌های آزمایش و کنترل در متغیر اضطراب

متغیر	منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	معنی داری	مجذور اتا
اضطراب کودک	پیش آزمون	۸۲۶۰/۴۰۲	۱	۸۲۶۰/۴۰۲	۸۸۰۴/۴۴۱	۰/۰۰۱	۰/۹۹۷
	گروه	۲۹/۵۴۱	۱	۲۹/۵۴۱	۳۱/۴۸۶	۰/۰۰۱	۰/۵۳۸
	خطا	۲۵/۳۳۲	۲۷	۰/۹۳۸			
	کل	۱۰۴۹۶۱	۳۰				

نتایج جدول شماره ۲ بیانگر این است که پس از تعدیل نمرات پیش آزمون، تفاوت بین دو گروه آزمایش و کنترل در سطح ۰/۰۰۱ معنی دار به دست آمد($P<0.001$, $F_{1,27}=31.486$). پس می‌توان نتیجه گرفت که هنردرمانی بر پایه نقاشی درمانی باعث بهبودی اضطراب کودکان در گروه آزمایشی در مقایسه با گروه کنترل در مرحله پس آزمون شده است. میزان تاثیر این مداخله درمانی ۰/۵۳ به دست آمد، یعنی ۵۳ درصد از واریانس نمرات کل باقی مانده مربوط به تاثیر مداخله درمانی است.

[Downloaded from sjimu.medilam.ac.ir on 2026-11-10]

جدول شماره ۳. تحلیل کوواریانس یک راهه روی میانگین‌های نمره پیگیری گروه‌های آزمایش و کنترل در متغیر اضطراب

متغیر	منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	معنی داری	مجذور اتا
اضطراب	پیش آزمون	۸۲۶۵/۹۸۰	۱	۸۲۶۵/۹۸۰	۳۴۱۵/۰۰۲	۰/۰۰۱	۰/۹۹۲
	گروه	۹۶/۱۸۲	۱	۹۶/۱۸۲	۳۹/۷۳۷	۰/۰۰۱	۰/۵۹۵
	خطا	۶۵/۳۵۳	۲۷	۲/۴۲۰			
	کل	۱۰۲۳۰۹/۰۰۰	۳۰				

مطابق جدول شماره ۳ در مرحله پیگیری پس از تعدیل نمرات پیش آزمون، تفاوت بین دو گروه آزمایش و کنترل در سطح ۰/۰۰۱ معنی دار به دست آمد($P<0.001$, $F_{1,27}=39.737$). پس می‌توان نتیجه گرفت که هنردرمانی بر پایه نقاشی درمانی باعث بهبودی اضطراب کودکان در گروه آزمایشی در مقایسه با گروه کنترل در مرحله پیگیری شده است. میزان تاثیر این مداخله درمانی ۰/۵۹ به دست آمد، یعنی ۵۹ درصد از واریانس نمرات کل باقی مانده مربوط به تاثیر مداخله درمانی است.

بحث و نتیجه گیری

نتایج پژوهش حاضر نشان داد که هنر درمانی بر پایه نقاشی درمانی در کاهش اضطراب کودکان دچار لکنت زبان موثر می‌باشد، که با یافته پژوهش‌های عطاری و همکاران(۲۰)، فدایی و همکاران(۲۳)، پیفالو و همکاران(۲۴) و غلام زاده و همکاران(۲۵،۲۶) مبنی بر اثربخشی هنردرمانی بر پایه نقاشی درمانی در کاهش اضطراب کودکان و بزرگسالان همسو می‌باشد.

بسیاری از کودکانی به مراکز درمانی مراجعه می‌کنند، درگیر دامنه ای از مشکلات هیجانی می‌باشند. این کودکان با توجه به این که تجارب آسیب زایی را تجربه کرده اند، معمولاً از صحبت کردن در مورد نگرانی‌های خود عاجزند و به سوالات مستقیم پاسخ نمی‌دهند. مشکل کودکان در کلامی‌سازی تجارب و مشکلاتشان آن‌ها را در معرض خطر ادامه و تشدید مشکلات قرار می‌دهد و این امر می‌تواند مانعی برای جستجوی کمک مناسب توسط کودکان باشد. آن‌ها می‌ترسند که بیان عواطف و در برخی مواقع مسائل و رازهای خانوادگی باعث شرمساری شود. در نتیجه این کودکان شرم درونی شده قوی و عزت نفس پایینی دارند. یکی از مداخلات موثری که به کودک فرصت می‌دهد تا فارغ از شرمساری و در شرایطی ایمن عواطفش را بیان کند، نقاشی درمانی است(۱۷). علاوه بر این نقاشی کردن زمینه کسب موفقیت و تجارب لذت بخش، کند و کاو، تصور، طراحی، اختراع و برقراری ارتباط را برای این کودکان فراهم می‌آورد. مطالعات نشان می‌دهد که نقاشی گروهی به صورت موضوع آزاد و تخیلی می‌تواند افکار جدید را بین کودکان رد و بدل کرده و نیز موجب افزایش همکاری و تعامل اجتماعی بهتر در آن‌ها شود(۲۸).

هدف نقاشی درمانی فراهم آوردن فرصتی برای افراد است تا از طریق رنگ‌ها و خطوط احساسات، عواطف، نیازها و حتی دانسته‌های خود را آزادانه بیان کنند. نقاشی بیان کننده احساسات و شخصیت افراد بوده و باعث پرورش خلاقیت آن‌ها می‌شود. نقاشی درمانی وقتی به صورت گروهی انجام می‌پذیرد مزیت‌های آن مضاعف می‌شود چرا که فرصت بودن در کنار یک گروه نزدیک با فرهنگ کودک باعث تجربه رشد هیجانی می‌شود، به ویژه کسانی که تجربه‌های خوبی در خانواده و یا کلاس درس نداشته اند و کودکانی که نسبت به بودن در کنار بزرگسالان رغبت نشان نمی‌دهند، می‌توانند پس خوراند بیشتری از همسالان دریافت کنند، کودکانی که می‌ترسند احساسات خصمانه آن‌ها غیرقابل قبول باشد، در گروه نسبت به موقعیت‌های دو نفری جایگاه بهتری خواهند داشت. از سوی دیگر، فرآیند آفرینش هنری به صورت ذاتی توانایی درمان و شفابخشی دارد و مطالعات انجام گرفته بر نقش محوری که مکانیسم دفاعی پالایش در این تجربه بازی می کند، تاکید می نمایند(۱۷).

روان شناسان از سالیان گذشته بر این باور بوده اند که نقاشی کودک فرآورده ای ورای جنبه‌های شناختی و ادراکی–حرکتی است و احساس‌ها و عواطف نیز در آفرینش آن دخالت دارد. برای مثال اندازه و موقعیت فضایی محتوای نقاشی و نوع رنگ آمیزی آن تحت تاثیر احساسات و عواطف کودک قرار دارد(۲۹). دادستان(۱۹)، معتقد است که غرایز بشری همواره پذیرفتنی نیستند و غالباً در تضاد با اصول اخلاقی و اصل واقعیت قرار می‌گیرند. انسان بزرگسال، بر حسب اصول اخلاقی یا فرهنگی خود و با در نظر گرفتن واقعیات برونی به تصفیه و جهت دهی به این نیروها می‌پردازد. اما برای کودک که بین احساسات دوسوگرا و قدرتمند عشق و پرخاشگری، سرگردان است، تنظیم این جهان درونی مشکلاتی را ایجاد می‌کند، مشکلاتی که در نقاشی‌های کودک فرافکنده می‌شوند. کودک بر اساس ترسیم خود، کشاننده‌های عشق و پرخاشگری را که جنبه

[Downloaded from sjimu.medilam.ac.ir on 2026-11-10]

حیاتی دارند برون ریزی می‌کند و از این جاست که نقاشی به منزله یک دریچه اطمینان، نقش آزادکننده و متعادل کننده ای را ایفا می‌کند. کودک همه مسائل زندگی خود را به واسطه نقاشی به تجربه در می‌آورد. نقاشی کودک یک پیام است، آن چه او نمی‌تواند به لفظ درآورد به ما انتقال می‌دهد. ترسیم، فرآیند پیچیده ای است که طی آن کودک اجزای گوناگونی از تجربه‌هایش را برای ساختن یک کل معنی دار مورد استفاده قرار می‌دهد. در این فرآیند او چیزی بیش از یک تصویر ارائه می‌دهد، او بخشی از خود را به ما باز می‌نمایاند، این که چگونه فکر می‌کند، چگونه احساس می‌کند و چگونه می‌بیند.

کودک همانند بزرگسال نیازمند گفتگو است اما چون تسلط کافی به زبان الفبایی و گفتاری ندارد، آگاهانه و به طور غیرمستقیم از طریق هنر به ویژه نقاشی، ویژگی‌های شخصیتی و تمایلات درونی، ناکامی‌ها و فشارهای خود را آشکار می‌نماید. نقاشی، تصمیم برای انتقال احساسات را آسان تر می‌سازد(۳۰). از آن جا که کودکان نسبت به بزرگسالان خزانه لغات محدودی برای بیان تجارب هیجانی خود دارند، نقاشی می‌تواند به عنوانی زبانی برای برون ریزی هیجانات، به ویژه برای کودکانی که تروما را تجربه کرده‌اند، باشد(۳۱). بدیهی است که ارزش استفاده از این روش برای کودکان دچار لکنت زبان مضاعف می‌باشد، چرا که این کودکان در سیستم گفتاری خود دچار نقص می‌باشند و به همین دلیل در برقراری ارتباط و بیان احساسات خود از طریق زبان مشکل دارند. در واقع ناتوانی در بیان احساسات، افکار و خواسته‌های خود از طریق زبان باعث می‌شود کودکان دچار لکنت زبان دچار مشکلات عدیده ای از جمله اضطراب شوند(۳،۱۶). تحقیقات نشان می دهد که سرکوب احساسات قوی و عدم ابراز آن‌ها می تواند به ایجاد اضطراب منتهی شود و این اضطراب قادر است علائم بیماری را تشدید کند. پژوهش حاضر نشان داد که هنردرمانی بر پایه نقاشی درمانی کمک می کند که کودکان دچار لکنت زبان احساسات محصور شده خود را از طریق نقاشی رها سازند و همین امر موجب کاهش میزان اضطراب و تنش درونی این افراد می‌شود. در واقع فایده بزرگ هنر درمانی، کیفیت غیرکلامی فرآیند هنری و آثار هنری است. فرآیند هنری به سطح پیش‌کلامی خودآگاه نفوذ می کند که از طریق حواس حمایت می شوند و آن را هنگام کار با کودکان به طور ویژه ای موثر می سازد. اثر هنری، درمانجو و درمانگر را با نمونه ای ملموس از مشکلات آشنا می سازد که شاید درمانجو از آن آگاهی نداشته یا علاقه ای به توجه کردن به آن، نداشته باشد، که می تواند در درمان، به صورت غیرکلامی ظاهر شود(۳۲). با توجه به تعداد کم آزمودنی‌ها و محدویت سنی آنان، یافته‌های پژوهش حاضر را نمی‌توان به جوامع یا گروه‌های دیگر تعمیم داد. پیشنهاد می شود که در پژوهش‌های آتی اثر سایر جنبه‌های هنر درمانی در اضطراب و دیگر مشکلات هیجانی کودکان دچار لکنت زبان مورد بررسی قرار گیرد. هم چنین با توجه به اثربخشی استفاده از هنر نقاشی در کاهش اضطراب و شیوع بالای اضطراب در کودکان، توصیه می‌شود دست اندرکاران آموزش و پرورش برنامه‌هایی برای استفاده از نقاشی درمانی در مدارس تدوین کنند.

سپاسگزاری

از مسئولین مراکز گفتاردرمانی شهر تبریز و مراجعین این مراکز که بی تردید، بدون همکاری بی دریغ آنان انجام پژوهش حاضر ممکن نبود، تشکر می‌گردد.

References

1.Vasudev RG, Yallappa SC, Saya GK. Assessment of quality of life in obsessive compulsive disorder and dysthymic disorder a comparative study. J Clin Diagn Res 2015;9: 4-7.

2.Rees DI, Sabia JJ. The kids speech the effect of stuttering on human capital acquisition. IZA 2011. P. 1-26.

3.Blood GW, Blood IM. Preliminary study of self reported experience of physical aggression and bullying of boys who stutter: relation to increased anxiety. Perce Mot Skill 2007; 104:1060–6.

4.Langevin M, Packman A, Onslow M. Peer responses to stuttering in the preschool setting. Am J Speech Lang Pathol 2009; 18:264-76.

5.Blood GW, Blood IM. Bullying in adolescents who stutter communicative experience and self esteem. CICSD 2004; 31:69–79.

6.Snyder GJ. Exploratory research in the measurement and modification of attitudes toward stuttering. J Fluency Disord 2001; 26:149–60.

[Downloaded from sjimu.medilam.ac.ir on 2026-11-10]

7.Yaruss JS. Evaluating treatment outcomes for adults who stutter. J Commun Disord 2001; 34:163–82.
8.Craig A. Clinical psychology and neurological disability psychological therapies for stuttering. Clin Psychol 2003; 7:93–103.
9.Dadsetan P. Tongue disorders allocation and retaining. 6th ed. Tehran: Samt; 2010.p.111
10.Toozandehjani H, Naaimi H, Mahbobe Ahmadpoor. [An investigation on the efficacy of confrontation cognitive-behavioral skills through group training on the anxiety and adjustment of children with stuttering]. JRRS 2011;7:126-40. (Persian)
11.Iverach L, Brian S, Jones M, Block S, Lincoln M, Harrison E, et al. Prevalence of anxiety disorders among adults seeking speech therapy for Stuttering. J Anxiety Disord 2009;23:928–34.
12.Davis S, Shisca D, Howell P. Anxiety in speakers who persist and recover from stuttering. J Commun Disord 2007; 40:398-417.
13.Gunn A, Menzies RG, Brian S, Onslow M. Axis I anxiety and mental health disorders among stuttering adolescents. J Fluency Disord 2013;29:254-66.
14.Mulcahy K. Social anxiety and the severity and typography of stuttering in adolescents. J Fluency Dis2008; 33:306-19.
15.Erickson Sh, Block S. The social and communication impact of stuttering on adolescents and their families. J Fluency Disord 2013, 38:311-24.
16.Amiri M. [Evaluating effect of anxiety in children with stuttering and normal children 8-14 years old of shahreza and Isfahan cities]. J Exe Edu2009;95:3-8. (Persian)
17. Beilby J. Psychosocial impact of living a stuttering disorder knowing is not enough. Semin Speech Lang2014;35:132-43.
18. Iverach L, Jones M. Prevalence of anxiety disorders among adults seeking speech therapy for stuttering. J Anxiety Disord2009;23:928-34.
19.Dadsetan P. Evaluation of childs personality based on graphical tests. 4th ed. Publication Tehran Roshd; 2005.p.178-181.
20.Atari B, Shafiabadi A, Salimi H. [Effectivness of art training based on painting on reducing of anxiety levels in elementary students boys]. Quart Coun Psychother 2012; 2:47-64. (Persian)
21.Driessnack M. Childrens drawings as facilitators of communication a meta-analysis. J Pediatr Nurs 2005;20:415-23.
22.Aguila LA. [The uses of art therapy with exceptional children]. J Exe Edu 2007;70-71:24-29. (Persian)
23.Fadaee F, Jamnejad M, Mozinani R. The application of drawing and painting as a method to decrease the anxiety of People with schizophrenia. J Rehab 2002; 3:6-11.
24.Pifalo T, Charleston SC. Art therapy with sexually abused children and adolescents. Ext Res Stu 2006;23:181-5.
25.Gholamzadekhadar M, Babapour J, Sabourimoghaddam H. The effect of art therapy based on painting therapy in reducing symptoms of separation anxiety disorder in elementary school boys. Proce Soc Behavior Sci2013; 84:1697-1703.
26.Gholamzade M, Babapour J, Esmaeili B, Mohammadpour V. The effect of art therapy based on painting therapy in reducing symptoms of social phobia (SP) in elementary school boys. Int J Psychol 2008;6:48-44.
27.Spence SH. Structure of anxiety symptoms among children: a confirmatory factor-analytic study. J Abnorm Psychol 1997;106:280-97.
28.Moghaddam K, Irani A. Training of painting to mentally retarded children. J Exc Edu 2010; 103:47-53.
29.Burkitt E, Barrett M, Davis A. Childrens colour choieces for completing drawings of affectively charaterised topics. J Child Psychol Psychiatr2003;44:445-55.
30.Nazadikashani Gh, Mirzamani M, Davarmanesh A, Salehi M, Masah choulabi O, Hashemi M, et al. [The effect of painting in reducing the aggressive of girl students with mental retardation]. J Rehab2011; 11:80-87.(Persian)
31. Carmit Katz, Liat Hamama. Draw me everything that happened to you exploring childrens drawings of sexual abuse. Child Youth Serv Rev 2013; 35:877-82.
32. Lang UE, Jockers MC, Hellweg R. State of the art of the neurotrophin hypothesis in psychiatric disorders. Curr Treat Options Cardiovasc Med2003;5:35-50.

[Downloaded from sjimu.medilam.ac.ir on 2026-11-10]

Effectiveness of art Therapy Based on Painting Therapy to Reduce Anxiety of Children with Stuttering

Gojebiglou S[1], Shirabadi A[2], Jani S[1], Pouresmali A[3]*

(Received: December 27, 2014 Accepted: February 18, 2015)

Abstract

Introductin: Art therapy is a creative way to growth and promotion of people's physical, mental and emotional health. Unfortunately, we had no study about effectiveness of art therapy to reduce people's mental problems with stuttering. The present study performed to examine the effectiveness of art therapy based on painting therapy to reduce anxiety of children with stuttering.

Materials & methods: This research was semi-experimental study (pre-test, post-test with control group). The Statistical sample included 30 children with stuttering that were selected with nonprobability method from speech therapy centers of Tabriz city and they were randomly allocated to two equal groups including experimental and control. (N=120). Spence children's anxiety scale (1997) was used in order to assessment of anxiety, experimental group during 12 sessions of 30 minutes (twice per week) began free painting under the supervision of therapist. Data were analyzed by SPSS 19 software and one way ANOVA statistical test were used.

Findings: The results indicated that there was a significant difference between mean score of post-test and following of experimental and control groups (P<001).

Discussion & Conclusion: The results showed that art therapy based on painting therapy is an effective way to reduce anxiety of children with stuttering. Therapists can profit from painting therapy beside other treatment methods to reduce anxiety of these children.

Keywords: Art therapy, Painting therapy, Anxiety, Stuttering.

[1]Dept of Psychology, faculty of Education and Psychology,Tabriz University, Tabriz, Iran.
[2]Dept of Psychology, faculty of Education and Psychology,Sistan and Baluchestan University, Zahedan, Iran.
[3]Dept of Psychology, faculty of Education and Psychology,Mohaghegh Ardabili University, Ardebil, Iran.
** Correspondin author Email: Shahla.jangi@gmail.com*

[Downloaded from sjimu.medilam.ac.ir on 2026-11-10]