

اثربخشی هنردرمانی (هنرهای بصری) در بهبود علایم منفی بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی در مرکز روزانه اعصاب و روان احبا^۱

فاطمه حکاک خادم^۲، سید سعید احمدی زاویه^۳

تاریخ دریافت: ۹۷/۰۸/۰۷

تاریخ پذیرش: ۹۷/۱۲/۰۲

چکیده

هنردرمانی به عنوان یکی از شیوه‌های روان‌درمانگری می‌تواند در تشخیص و درمان بسیاری از اختلالات راهگشا باشد. بنابراین پژوهش حاضر با هدف تعیین اثربخشی هنردرمانی (هنرهای بصری)، بر روی علایم منفی بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی در مرکز اعصاب و روان احبا انجام شد. روش پژوهش، توصیفی از نوع نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون بود. جامعه آماری پژوهش شامل کلیه بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی در مرکز روزانه اعصاب و روان احبا بود که از این جامعه، ۱۴ بیمار مبتلا به بیماری اسکیزوفرنی با استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. درمان‌جویان به مدت ۱۰ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای (سه جلسه در هفته) در جلسات هنردرمانی شرکت کردند. برای گردآوری داده‌ها از آزمون ترسیمی شخصی در حال‌کندن سب از درخت (PPAT) و مقیاس عناصر صوری در هنردرمانی (FEATS) استفاده شد. نتایج این پژوهش نشان می‌دهد که هنردرمانی در کاهش علایم منفی (مانند اضطراب، بی‌توجهی، کمبود اعتماد به نفس و افسردگی) در این بیماران مؤثر است ($p < 0.05$). این تحقیق نشان می‌دهد که از هنردرمانی می‌توان به عنوان راهکار درمانی مؤثر برای علایم منفی بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی سود جست.

واژگان کلیدی: هنردرمانی، علایم منفی، بیماری اسکیزوفرنی.

۱. این مقاله برگرفته از پایان‌نامه کارشناسی ارشد نویسنده اول مقاله در دانشگاه هنر تهران است.
۲. دانشجوی دکتری پژوهش هنر، دانشگاه آزاد اسلامی، دانشکده هنر و معماری (تهران مرکز)، تهران، ایران (نویسنده مسئول) mahsa.hakkak@gmail.com
۳. دانشیار گروه پژوهش هنر، دانشگاه هنر، تهران، ایران.

مقدمه

هنردرمانی اساساً بر پایه دو رشته هنر و روان‌شناسی بنا شده است، با اینکه خصوصیات از هر یک از والدین (هنر و روان‌شناسی) به ارث می‌برد، ماهیتی جدید و منحصر به فرد شکل می‌دهد. درباره‌ی ارتباط و نزدیکی هنر و ساحت روان انسان از دیرباز سخن‌های بسیاری بیان شده است، اما در هم بافتن هنر و درمانگری از منظر علم نوین، پدیده‌ای جدید است. انجمن‌های مطرح هنردرمانی مانند انجمن هنردرمانی آمریکا (AATA)^۱، انجمن هنردرمانی بریتانیا (BAAT)^۲ و انجمن هنردرمانی کانادا (CATA)^۳ تعاریف نسبتاً متفاوتی از هنردرمانی ارائه کردند. اما به طور کلی می‌توان گفت که هنردرمانی یکی از روش‌های روان‌درمانگری است که در آن درمانجویان با کمک هنردرمانگر و استفاده از ابزار هنری و فرآیندهای خلاق در جهت احساس بهروزی شخصی و بازیابی یا بهبود کارکردشان گام برمی‌دارند. برخی از این انجمن‌ها مانند انجمن هنردرمانی بریتانیا وجه تشخیصی هنردرمانی را موجه نمی‌داند. اجرای هنردرمانی نیازمند دانش در زمینه‌ی هنر (هنرهای بصری، موسیقی، تئاتر و ...) و فرآیندهای خلاقانه، همچنین تئوری‌ها و تکنیک‌های مشاوره، روان‌شناختی و بالندگی انسان است (انجمن هنردرمانی آمریکا، ۲۰۱۶؛ انجمن هنردرمانی بریتانیا، ۲۰۱۴؛ انجمن هنردرمانی کانادا، ۲۰۱۶).

اسکیزوفرنی، اختلال روان‌پریشی است که نوعی اختلال در تفکر (شناخت)، واکنش‌های هیجانی و رفتار است. برای تشخیص این اختلال باید دو یا چند نشانه از موارد زیر وجود داشته باشد: هذیان‌ها، توهمات، گفتار آشفته، در هم ریختگی آشکار رفتار یا نشانه‌های منفی (مانند فقدان واکنش هیجانی و بی‌احساسی مفرط). شدت این علائم و نشانه‌ها به قدری است که آشکارا کارکرد اجتماعی یا شغلی فرد مختل می‌شود (انجمن روان‌پزشکی آمریکا^۴، ۲۰۱۳). معمولاً نشانه‌های بیماری اسکیزوفرنی با علائم مثبت شامل هذیان‌ها، توهم‌ها و اختلال تفکر، و علائم منفی توصیف می‌شود (هالجین و ویتبورن، ۱۳۹۵). علائم منفی را می‌توان ناتوانی در انجام اعمال عادی زندگی روزمره، تفکر منطقی، مراقبت از خود، تعامل اجتماعی، برنامه‌ریزی، آغاز کردن فعالیت‌ها و انجام اعمال سازنده تعریف کرد

1. American Art Therapy Association (AATA)
2. British Association of Art Therapists (BAAT)
3. Canadian Art Therapy Association (CATA)
4. American Psychiatry Association

که این علائم به صورت بی‌احساسی، کندی عاطفی، کناره‌جویی عاطفی، ارتباط ضعیف و فقدان خودانگیزگی بروز می‌کنند (واندن بوس، ۱۳۹۱).

اگرچه درمان دارویی برای علائم مثبت این بیماری موثر است، اثربخشی آن بر علائم منفی و نقایص شناختی کمتر تایید شده است و یا اثربخشی کمتری برای علائم منفی گزارش شده است (گلدبرگ^۱ و همکاران، ۲۰۰۷). این در حالی است که علائم منفی ناتوانی و مشکلات بیشتری را برای بیمار به وجود می‌آورند (آلبرت^۲ و همکاران، ۲۰۱۱؛ رابینوویتز^۳ و همکاران، ۲۰۱۲). موسسه ملی سلامت و مراقبت برتر^۴ (۲۰۱۰) اخیراً درمان‌های روانشناختی جدید و کارآمدی را برای بیماری اسکیزوفرنی پیشنهاد کرده است که در کاهش نشانه‌های منفی تأثیر گذار می‌باشند. مداخلات روانشناختی از قبیل: درمان شناختی- رفتاری، خانواده درمانی، آموزش حل مساله و مهارت‌های اجتماعی که می‌تواند تأثیرات بلندمدتی را به همراه داشته باشد (کم^۵ و همکاران، ۲۰۱۳). اما متأسفانه، این مداخلات هم هزینه‌بر بوده و هم به آسانی در دسترس بیماران نیستند (کمیسیون اسکیزوفرنی^۶، ۲۰۱۲). از سوی دیگر، با توجه به عدم کارآمدی درمان دارویی در نشانه‌های منفی و ایجاد سندرم سوخت و ساز^۷، روش مذکور با اقبال کمتری مواجه شده است و کمتر توصیه می‌شود (هرت^۸ و همکاران، ۲۰۰۹). بنابراین تأکید بر ترکیب مداخلات روانشناختی و دارویی است. یکی از روش‌های مداخله‌ای که در سال‌های اخیر مورد توجه روانشناسان حوزه درمان و توانبخشی قرار گرفته و به طور وسیعی در حال فراگیر شدن می‌باشد، هنردرمانی است (شار^۹، ۲۰۱۴).

هنردرمانی نسبت به دیگر روش‌های روان‌درمان‌گری کاوشی، برای بیماران اسکیزوفرنیا بسیار مناسب است. در این روش، اثر هنری، نقش یک ضربه‌گیر را برای کاهش تنش در ارتباط بین روان‌درمانگر و بیمار ایفا می‌کند. بواسطه‌ی یک تصویر، یک شخص می‌تواند بین موارد منطقی و غیر منطقی ارتباط برقرار کند و یک پذیرش بین فردی پیدا کند

1. Goldberg
2. Albert
3. Rabinowitz
4. National Institute for Health and Care Excellence
5. Kim
6. Schizophrenia Commission
7. metabolic syndrome
8. Hert
9. Shore

که تمامیت (یکپارچگی درونی) سازنده را تهدید نمی‌کند. این امر، همچنین می‌تواند کمک به تصدیق احساس هویت شخص کند که ممکن است در اسکیزوفرنیا شفاف نباشد و در آینده در یک محیط آسایشگاهی تهدید شود (رودی و میلنس، ۲۰۰۸).

هنر ابزاری قدرتمند برای ارتباط است، امروزه بطور گسترده‌ای تصدیق می‌شود که بیان هنری راهی است برای ارتباط که افکار و احساساتی را که دردآورند؛ بیان کنیم. فعالیت‌های خلاق همچنین در روان‌درمانگری و مشاوره نیز استفاده می‌شوند، نه تنها به این دلیل که زبان دیگری را به خدمت می‌گیرند بلکه علاوه بر آن یک توانایی ذاتی است برای کمک به افراد در تمام سنین که باورها و هیجانانشان را جستجو کنند، استرس را کاهش دهند، تعارض و مشکلات را حل کنند و احساس بهروزی را افزایش دهند (مالچودی، ۲۰۰۳).

بسیاری از محققان و هنردرمانگران بر این باورند که هنردرمانی از نیمه‌ی قرن بیستم دو رویکرد متفاوت را در پیش گرفته است. رویکرد اول «هنر به عنوان درمان»^۱ نامیده می‌شود. در این رویکرد، فرآیند خلق یک اثر هنری به عنوان نوعی از درمان در نظر گرفته می‌شود. در این روش تأکید بر توانبخشی هنر است. اما در رویکرد دوم که «روان‌درمانی هنری»^۲ نام دارد از فعالیت‌های هنری در درمان استفاده می‌شود، این رویکرد بیشتر بر اهمیت رابطه‌ی درمانی ایجاد شده میان هنردرمانگر، درمانجو و اثر هنری تکیه می‌کند (خامسان، ۱۳۹۵؛ ادوارز، ۲۰۰۴). لازم به ذکر است که بسیاری از هنردرمانگران تنها به یکی از این رویکردها باور دارند اما عده‌ای نیز با توجه به مراجعانشان از یکی از آن‌ها و یا از تلفیقی از دو رویکرد استفاده می‌کنند.

«یکی از اثرات قابل توجهی که پرداختن به هنر بر انسان دارد، ایجاد آرامش و کاهش هیجان‌های نامطلوب می‌باشد. هنگام انجام کارهای هنری، به علت ایجاد تمرکز، تنش از بین می‌رود و عضلات در حالت وانهادگی قرار می‌گیرد. در نقاشی، استفاده از رنگ‌های سرد مانند آبی و ترکیبات آن می‌تواند تأثیر آرام‌بخشی بر فرد مضطرب داشته باشد، استفاده از رنگ‌های گرم مانند قرمز و ترکیبات آن برای افرادی که خلق افسرده دارند مناسب است. همچنین، قطعات موسیقی هر یک با ویژگی‌های خاص خود می‌توانند برای شنونده ایجاد

-
1. art as therapy
 2. art psychotherapy

حالات هیجان و یا آرامش نمایند، که این قطعات باید بسته به نوع هیجان و خلق و نیاز به کاهش یا افزایش آن‌ها انتخاب شوند» (جبل عاملی، ۱۳۷۹).

انسان‌ها معمولاً نسبت به خود آگاه نیستند و به سختی می‌توانند احساسات خود را به صورتی شفاف بیان کنند، در واقع معمولاً سواد هیجانی ما بسیار پایین است، و این کم سواد هیجانی، موجب می‌شود که در بیان احساسات و هیجانات خود از دامنه‌ی کلماتی کوچکی استفاده کنیم، مثلاً شادم، ناراحتم، و یا به ندرت متنفرم. این دامنه‌ی هیجانی بسیار گسترده است. هنگامی که افراد با یک اثر هنری روبرو می‌شوند چیزی را می‌یابند که برای آنان تعریف مشخص احساسی خاص است که آن را تجربه کرده‌اند و در واقع آن اثر توانسته که بیانی درست به آن احساس دهد و آن را به درستی به او بشناسد. «الکساندر پوپ کارکرد اصلی شعر را این می‌دانست که به افکار نیمه شکل یافته ما بیانی واضح و آشکار می‌دهد» «آنچه اغلب به آن فکر شده، اما هیچ‌گاه به این خوبی ابراز نشده است» به عبارت دیگر بخشی فرار و گریزان از افکار خود ما، تجربیات خود ما، انتخاب و ویرایش شده و بهتر از آن چه قبلاً بوده است به ما بازگردانده می‌شود، به گونه‌ای که نهایتاً احساس می‌کنیم شناخت روشن تری از خود داریم» (دوباتن و آمسترانگ، ۱۳۹۵).

در هنردرمانی، «ابزار هنری باید متناسب با سن فرد و حالات درونی و عاطفی او انتخاب شوند به عنوان مثال برای افراد سالمند باید از وسایلی استفاده شود که به راحتی تغییر شکل می‌دهند، مثلاً از خمیرهای نرم یا خاک رسی که به راحتی شکل می‌گیرند، یا برای افراد افسرده نباید از وسایل هنری گران قیمت و یا زیبا استفاده کرد که او از ترس خراب کردن آن‌ها از انجام کار هنری مضطرب شود» (لاندگارتن، ۱۳۸۷). هنردرمانی متناسب با نیازهای رجوع کننده به صورت گروهی یا شخصی ارائه می‌شود.

در حال حاضر درمان‌های روانشناختی که برای اسکیزوفرنی به کار می‌رود بیشتر در حیطه شناختی و علائم مثبت مورد استفاده قرار گرفته‌اند، همچنین از هنردرمانی برای ویژگی‌های روانی بیماری‌های روانی مزمن مانند اسکیزوفرنی استفاده شده است (گان^۱ و همکاران، ۲۰۱۲). متأسفانه در ایران نیز هنوز هم تأکید عمده مداخلات درمانی در بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی بر درمان‌های دارویی است و از مداخلات غیر دارویی یا استفاده نمی‌شود یا در صورت استفاده، بسیار محدود است و بر علائم منفی اسکیزوفرنی

متمرکز نمی‌شود. بنابراین استفاده از روش‌های روان‌درمانی، به خصوص هنردرمانی، در قالب طرح‌های تجربی ضروری به نظر می‌رسد. لذا سوال پژوهش حاضر این است که آیا هنردرمانی (با محوریت هنرهای بصری) در بهبود علائم منفی بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی تاثیر معنادار دارد یا خیر؟

روش

روش پژوهش حاضر توصیفی از نوع نیمه آزمایش با طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون است. جامعه آماری پژوهش شامل کلیه بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی است که در مرکز روزانه اعصاب و روان احبا در سال ۱۳۹۵ حضور داشتند. نمونه این پژوهش شامل ۱۴ نفر (۱۳ مرد و ۱ زن) از بیماران این مرکز است که به صورت در دسترس انتخاب شدند. پیش از انجام هنردرمانی از اعضای گروه تست ترسیمی^۱ PPAT گرفته شده است. نتایج این تست ترسیمی با استفاده از مقیاس عناصر صوری به عدد درآمده و مشخص کننده چگونگی علائم منفی این بیماران پیش از جلسات هنردرمانی است. در آخرین جلسه هنردرمانی نیز این آزمون تکرار شده است. نتایج این آزمون‌ها با استفاده از مقیاس عناصر صوری^۲ ارزیابی و چگونگی این تغییرات با استفاده از آزمون تی وابسته محاسبه شد. ملاک‌های ورود عبارت بود از حضور در مرکز اعصاب و روان احبا، داشتن سن ۳۰ تا ۵۵ سال و اینکه حداقل یکسال از شروع بیماری سپری شده باشد. ملاک‌های خروج شامل آسیب مغزی، دمانس، داشتن مشکلات حسی و حرکتی، بودن بیماری در مرحله و فاز حاد بود. همچنین نداشتن هر یک از ملاک‌های ورود منجر به خروج از برنامه مداخله می‌شد. شرکت‌کننده‌ها به مدت ۱۰ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای (سه روز در هفته به طور متوالی) مداخله هنردرمانی را دریافت کردند. ابزارهای سنجش و ارزیابی بر مبنای هنر:

هنردرمانگران این ابزارها را با اهداف گوناگونی استفاده می‌کنند. به عنوان مثال در این پژوهش، از یکی از این ابزارها با عنوان تست ترسیمی PPAT برای ارزیابی پیشرفت بیماران در طی جلسات هنردرمانی استفاده شده است، همچنین از این ابزارها می‌توان در جهت مشخص کردن سطح عملکرد درمان‌جو، جمع‌بندی (فرمول‌بندی) اهداف معالجه، ارزیابی

1. Person Picking an Apple from a Tree
2. The Formal Elements Art Therapy Scale

توانایی‌های درمان‌جو، به دست آوردن درک عمیق‌تری از مشکلات فعلی درمان‌جو و ارزیابی کردن پیشرفت آنان استفاده کرد (بتس^۱، ۲۰۰۵). با توجه به اینکه در این پژوهش از تست ترسیمی PPAT و مقیاس ارزیابی FEATS استفاده شده است، در ادامه توضیحاتی در مورد آن‌ها ارائه می‌شود.

«ترسیم شخصی در حال‌کندن سیب از درخت» PPAT: در این تست ترسیمی فرض بر این است که اطلاعات تشخیصی در مورد درمان‌جو در چگونگی انجام کارهای هنری وی نهفته است. در این روش هنردرمانگران بر روی متغیرهای جهانشمول که برای هنرمندان اهمیت دارد، مانند استفاده از رنگ، یکپارچگی (تلفیق) و کیفیت خط متمرکز هستند. بسیاری از محققان بر این باورند که نوسانات و تغییرات این ویژگی‌ها در کارهای هنری بیماران روانی بازتاب‌دهنده‌ی حالات بالینی آنان می‌باشند. پژوهش‌های الینور اولمن و برنارد لوی^۲ نشان داد که با تأکید بر ساختار نقاشی، به جای توجه به محتوا، احتمالاً تفاوت بین گروه‌های تشخیصی بیشتر آشکار می‌شود. تحقیقات نشان داده که PPAT بیماران در چهار اختلال افسردگی عمده، اختلال دوقطبی، اسکیزوفرنی و اختلال روان‌تنی از سایر بیماری‌های روانی بسیار متفاوت است. لذا شاید بتوان گفت که PPAT در این اختلالات مورد توجه بیشتری قرار می‌گیرد. این ترسیم اولین بار توسط ویکتور لوئنفلد^۳ (در سال‌های ۱۹۳۹ و ۱۹۴۷) برای مطالعه‌ی کاربرد فضا در هنر کودکان استفاده شد. در ترسیم مذکور، کاغذ سفید به دست درمان‌جو داده می‌شود تا او خود تصمیم بگیرد که کدام جهت-افقی یا عمودی-آن را برای نقاشی استفاده کند به او گفته می‌شود: «آدمی را بکش که در حال چیدن سیبی از یک درخت باشد». اگر درمان‌جو سؤال کند که آیا او باید یک مرد را بکشد یا یک زن، باز هم با تکرار همان جمله، روی کلمه‌ی «آدم یا شخص» تأکید می‌کنیم و هیچ محدودیت زمانی برای ترسیم در نظر نمی‌گیریم. در نقاشی‌هایی که از ترسیم تصاویر انسانی استفاده می‌شود، فرض بر این است که شخصی که به تصویر کشیده شده است، نمایانگر برخی از جنبه‌های خود اوست. معمولاً پس از پذیرش بیمار در بیمارستان و در اولین جلسه‌ی گروهی هنردرمانی که در آن حضور می‌یابد از بیمار درخواست می‌کنند تا نقاشی PPAT را بکشد (خامسان، ۱۳۹۵).

1. Betts
2. Elinor Ulman & Bernard Levy
3. Victor Lowenfeld

مقیاس عناصر صوری هنر درمانی (FEATS): «مقیاس عناصر صوری هنر درمانی» یک سیستم اندازه‌گیری برای به عدد در آوردن متغیرهای جهانی در هنرهای دوبعدی (مانند نقاشی و طراحی) است. این مقیاس در سال ۱۹۸۰ توسط لیندا گانت^۱ و کارملو تابون^۲ ارائه شد. خصوصاً از این روش برای اندازه‌گیری تست ترسیمی «شخصی در حال کندن سیب از درخت» استفاده می‌شود. این ابزار ارزیابی شامل چهارده مقیاس اندازه‌گیری عناصر صوری در ترسیم (مانند: کیفیت خط، فضا، رنگ،...) است که معادل گرافیکی نشانه‌های بیماری است. براساس گفته‌ی گانت و تابون (۱۹۹۸)، چندین مطالعه‌ی آزمایشی بر روی فیتز، پایایی و روایی معناداری را در تفاوت‌های ترسیم چهار گروه اختلالات بالینی شامل اسکیزوفرنیا، دوقطبی (اختلالات خلقی)، افسردگی عمده، اختلال روانی عضوی از یکدیگر و از ترسیم‌های تکمیل شده با موضوع مشخص را اثبات می‌کنند (نان و هینز، ۲۰۱۲).

چهارده مقیاس عناصر صوری عبارتند از: (گانت و میل^۳، ۲۰۰۹؛ خامسان و همکاران،

(۱۳۹۵)

۱. برجستگی رنگ: مقیاس برجستگی رنگ به چگونگی بکاربردن رنگ بر روی اشیاء طراحی و فضای طراحی اشاره دارد. در هنگام ارزیابی، اگر رنگ تنها برای خطوط خارجی یک شی یا فرم استفاده شده باشد. ارزیاب امتیاز ۱ را در آن مقیاس به آن اثرهنری خواهد داد. نیز اگر تمام سطح کار با رنگ پوشانده شده باشد ارزیاب امتیاز ۵ را به آن خواهد داد.

۲. برازندگی رنگ: این مقیاس چگونگی واقع‌گرایانه بودن و متعارف بودن رنگ‌های بکار رفته را اندازه‌گیری می‌کند. مقیاس مذکور را می‌توان برای ارزیابی آثار طراحی و نقاشی‌ای که در آنها اجزا (اشیا) نسبتاً واقع‌گرایانه هستند، به کار برد. بنابراین برای ارزیابی هنر انتزاعی، کاربردی نیست.

۳. انرژی نهفته: این مقیاس، درجه‌ی تلاشی را که برای یک طراحی بکار رفته است را می‌سنجد. کمترین مقدار انرژی ممکن، ۱ در نظر گرفته می‌شود و مقدار گزاف و افراطی آن نمره ۵ می‌گیرد.

۴. فضا: این مقیاس برای انواع هنرهای دوبعدی به راحتی قابل استفاده است و تنها متغیری است که می‌توان آن را به طور دقیق اندازه‌گیری کرد (با استفاده از عملیات ریاضی)

-
1. Linda Gant
 2. Carmello Tabone
 3. Gantt & Mills

این مقیاس مشخص می‌کند که آیا کمتر از ۲۵٪، حدود ۲۵٪ تا ۴۹٪، حدود ۵۰٪ تا ۷۴٪، حدود ۷۵٪ تا ۹۹٪ و یا ۱۰۰٪ فضا استفاده شده است.

۵. یکپارچگی (تمامیت): این مقیاس به طور نظری کاربرد گسترده‌ای در انواع هنر دارد. خصوصاً این مقیاس در ترکیب بندی‌هایی که شامل دو و یا تعداد بیشتری شی و یا انسان هستند به سادگی بکار گرفته می‌شوند (گانت و میل، ۲۰۰۹). در این مقیاس چگونگی ارتباط سه جزء اصلی ترسیم یعنی انسان، سیب و درخت سنجیده می‌شود. شایان ذکر است که عدم ارتباط بین اجزای اثر هنری، در بیماران اسکیزوفرنی با اصطلاحاتی چون «چند پارگی»، «پس رفت و تباهی ترکیب»، «سازمان یافتگی فضایی» و «از هم پاشیدگی» توصیف می‌شود.

۶. منطق: مقیاس منطق به مشمول وهم و خیال بودن و یا بی منطق بودن عناصری می‌پردازد که بخشی از پاسخ درخواست شده نبوده‌اند. ارزیاب باید بین شوخی‌های عمدی و آیت‌هایی که هیچ دلیلی برای وجودشان در تصویر نیست، تمیز دهد.

۷. واقع‌گرایی: در ارزیابی این مقیاس، باور بر این است که افرادی که دارای ضریب هوشی متوسطی هستند قادرند تمامی اجزای این نقاشی را به شکل قابل تشخیصی، ترسیم کنند.

۸. مسئله‌گشایی (حل مسئله): در هنگام ترسیم این نقاشی افراد با این مسئله روبرو می‌شوند که چگونه شخص، در نقاشی دستش به سیب برسد. چگونگی این حل مسئله، ارزیابان را در نمره‌گذاری یاری می‌دهد. به عنوان مثال ممکن است دست شخص به طور غیر منطقی دراز شده باشد و سیب را چیده باشد و یا اینکه شخص برای رسیدن به سیب از صندلی و یا نردبانی استفاده کرده باشد.

۹. سطح رشدی (بالشی): این مقیاس به مقایسه‌ی کارهای هنری بزرگسالان با کودکان در مراحل مختلف رشدی می‌پردازد در شیوه‌نامه‌ی ارزیابی اولیه FEATS از تفسیر مفصلی از سطوح رشدی لوئفلد استفاده می‌شد.

۱۰. جزئیات اشیاء و محیط: این مقیاس به طور کلی این موضوع را می‌سنجد که آیا شخص دستورالعمل‌ها را در یک اسلوب معین و تنها با آیت‌های مشخص شده دنبال می‌کند و یا چیزهایی به آن اضافه می‌کند و محرک اولیه را برای رسیدن به یک تصویر پُرتر (تمام‌تر) تزئین می‌کند. جزئیات فروان و خلاقانه امتیاز ۵ را می‌گیرد.

۱۱. کیفیت خط: این مقیاس به کیفیت تمامی خطوط می‌پردازد و درجه‌ی کنترلی را که هنرمند اعمال نموده بررسی می‌کند. ارزیاب به میانگین خطوط بکار برده شده امتیاز می‌دهد.

۱۲. شخص (آدم): این مقیاس به بررسی آدم کشیده شده در ترسیم می‌پردازد. یعنی اینکه آیا آدم ترسیم شده در تصویر سه بعدی به نظر می‌آید یا مثل یک تکه چوب است. به طور معمول تصویری که شخص از بدن خود دارد تا حدودی با ترسیمی که از یک آدم می‌کشد، مرتبط است. Lehman^۱ در هنر بیماران اسکیزوفرنی به وجود «اعوجاج و پیچیدگی فاحش از تصور بدن انسانی» اشاره می‌کند.

۱۳. مقیاس چرخش: مقیاس چرخش، انحراف هر یک از آیتم‌ها را از جایی که انتظار می‌رفت باشند، می‌سنجد (عمودی یا افقی) (گانت و میل، ۲۰۰۹). به بیانی دیگر، این مقیاس به بررسی میزان خمیدگی و انحنای درخت یا آدم می‌پردازد.

۱۴. تکرار غیر عادی: در این مقیاس به ارزیابی تکرارهای غیرعادی که در ترسیم صورت گرفته، پرداخته می‌شود. به عنوان مثال ممکن است که شخص آنقدر در کشیدن یک خط تکرارهای غیر لازم انجام دهد، تا کاغذ سوراخ شود. لازم به ذکر است که عناصری مانند سیب، قابلیت تکرار دارند و لزوماً آسیب‌شناختی نیستند.

لازم به توضیح است که ارزیاب در هنگام نمره‌گذاری هر یک از ۱۴ مقیاسی که در بالا ذکر شد، با مقایسه تصویری که در حال ارزیابی آن است با سه مثالی که در دفترچه راهنمای این مقیاس عناصری (برای هر یک از مقیاس‌ها) وجود دارد، امتیازی از ۰ تا ۵ را برای آن مقیاس در نظر می‌گیرد.

برنامه‌ی جلسات هنردرمانی (هنرهای بصری) برای بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی در مرکز اعصاب و روان احیا: (تعداد جلسات: ۱۰، مدت زمان هر جلسه: ۹۰ دقیقه، تعداد نفرات گروه:

(۱۴)

جدول ۱. خلاصه جلسات هنردرمانی

اهداف جلسه	موضوع جلسه	
بالا بردن اعتماد به نفس درمان جویان از طریق کار با مواد حاضر و آماده و ساخت اشیایی زیبا با صرف کمترین میزان تلاش.	معارفه و آشناسازی درمان جویان با روند کار جلسات، انجام تست PPAT، ساخت خانه رویاها با استفاده از ماکت‌های چوبی	جلسه اول
تجربه احساسات متفاوت از طریق موسیقی، غلبه بر ترس از ترسیم، با استفاده از تکنیک نقاشی با چشمان بسته، تقویت به خاطر آوردن رویدادها با جزییات.	نقاشی با موسیقی، نقاشی با چشمان بسته، و انجام یک نقاشی گروهی	جلسه دوم
آشنایی با اعضای بدن، افزایش توجه و دقت، ترغیب به برون‌ریزی و انتقال احساسات.	طراحی از اسکلت بدن انسان در ابعاد کوچک و بزرگ.	جلسه سوم
صحبت در مورد آرزوها و خواسته‌ها و ترسیم آن. تخلیه هیجانی و بیان آزادانه.	تکمیل اسکلت‌های کشیده شده و شخصیت بخشی به نقاشی، ترسیم و صحبت کردن به صورت همزمان	جلسه چهارم
بالا بردن توجه، شناخت نشانه‌های احساسات مختلف بر روی صورت، برون‌ریزی و کسب شناخت بهتر از درمان‌جو.	نقاشی از صورت بر روی چوب، استفاده از تجربیات نو در نقاشی (نقاشی روی چوب به جای کاغذ).	جلسه پنجم
تخلیه احساساتی چون خشم از طریق ورز دادن گل.	کار با گل سفالگری و آموزش تکنیک پینچ (فشاری) در سفالگری.	جلسه ششم
افزایش اعتماد به نفس.	ساخت ظروف سفالی از طریق تکنیک فشاری.	جلسه هفتم
استفاده از گل برای بیان احساسات. افزایش آگاهی هیجانی و ارتقای عزت نفس.	ساخت مجسمه سردیس با گل.	جلسه هشتم
افزایش حس توجه و تشریک مساعی.	انجام نقش برجسته با استفاده از طرح‌های مشخص.	جلسه نهم
افزایش توجه و دقت، ابزار احساسات و عواطف.	آشنایی اعضای گروه با چگونگی ساخت ظروف با چرخ سفالگری و در صورت تمایل تجربه‌ی کار با آن، انجام تست PPAT.	جلسه دهم

نتایج

ابتدا موارد مربوط به اطلاعات توصیفی بررسی شد. لازم به ذکر است به علت محدودیت در دسترسی به نمونه کافی، از گروه کنترل استفاده نشد. برای ارزیابی چگونگی اثر بخشی جلسات هنردرمانی بر بیماران مورد نظر از نرم افزار SPSS استفاده شده است. برای ارزیابی چگونگی تغییرات در پیش آزمون و پس آزمون بیماران از آزمون تی استیودنت^۱ استفاده شده است. شایان ذکر است که این آزمون انواع مختلفی دارد و در این بخش «آزمون تی با نمونه‌های جفت (وابسته)» بکار گرفته شده است. اطلاعات توصیفی در جدول ۲ گزارش شده است.

جدول ۲. نتایج آماری مربوط پیش آزمون و پس آزمون

گروه	مراحل	تعداد	میانگین	انحراف استاندارد
برجستگی رنگ	پیش آزمون	۱۴	۲/۳۵	۱/۲۶
	پس آزمون	۱۴	۲/۵۳	۱/۱۱
برازندگی رنگ	پیش آزمون	۱۴	۳/۳۲	۱/۳۲
	پس آزمون	۱۴	۳/۶۷	۱/۰۸
انرژی	پیش آزمون	۱۴	۲/۵۷	۱/۱۲
	پس آزمون	۱۴	۲/۵۸	۰/۹۴
فضا	پیش آزمون	۱۴	۲/۸۲	۱/۲۸
	پس آزمون	۱۴	۳/۲۱	۰/۸۷
یکپارچگی	پیش آزمون	۱۴	۳/۱۷	۰/۹۳
	پس آزمون	۱۴	۳/۳۹	۰/۸۵
منطق	پیش آزمون	۱۴	۴/۶۴	۰/۶۳
	پس آزمون	۱۴	۵/۰۰	۰/۰۰
واقع گرایی	پیش آزمون	۱۴	۳/۰۳	۱/۰۲
	پس آزمون	۱۴	۳/۲۱	۰/۸۴
مسئله گشایی	پیش آزمون	۱۴	۲/۵۳	۱/۴۴
	پس آزمون	۱۴	۳/۳۵	۰/۹۲
سطح رشدی	پیش آزمون	۱۴	۲/۵۷	۰/۹۱
	پس آزمون	۱۴	۳/۰۳	۰/۸۶
جزئیات اشیا و محیط	پیش آزمون	۱۴	۲/۰۳	۰/۹۴
	پس آزمون	۱۴	۲/۲۱	۰/۸۷

کیفیت خط	پیش آزمون	۱۴	۲/۹۶	۰/۹۷
	پس آزمون	۱۴	۳/۲۸	۰/۸۴
آدم	پیش آزمون	۱۴	۳/۳۵	۰/۶۶
	پس آزمون	۱۴	۳/۸۵	۰/۸۴
چرخش	پیش آزمون	۱۴	۴/۶۷	۴۲
	پس آزمون	۱۴	۴/۷۱	۰/۴۲
تکرار غیر عادی	پیش آزمون	۱۴	۴/۵۳	۰/۷۷
	پس آزمون	۱۴	۵/۰۰	۰/۰۰

در جدول فوق شاخص‌های توصیفی شامل میانگین و انحراف استاندارد شرکت‌کننده‌ها در مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون ارائه شده است. همانگونه که مشاهده می‌شود نتایج نشان می‌دهند بین دو مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون تفاوت وجود دارد. برای بررسی معنی‌داری برنامه هنردرمانی (هنرهای بصری) در بهبود علائم منفی بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی از آزمون تی همبسته استفاده شد. ابتدا مفروضه‌های آزمون تی وابسته شامل مستقل بودن مشاهدات و نرمال بودن توزیع با آزمون کلموگروف-اسپیرنوف مورد بررسی و برقراری آن‌ها مورد تأیید قرار گرفت ($p > 0/05$). نتایج آزمون تی وابسته برای عناصر صوری در مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون در جدول ۳ ارائه شده است.

جدول ۳. آزمون تی وابسته برای عناصر صوری در مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون

گروه	مراحل	میانگین	درجه آزادی	آزمون تی	سطح معناداری
برجستگی رنگ	پیش آزمون	۲/۳۵	۱۳	-۰/۷۶	۰/۴۵
	پس آزمون	۲/۵۳	۱۳		
برازندگی رنگ	پیش آزمون	۳/۳۲	۱۳	-۱/۴۵	۰/۱۴
	پس آزمون	۳/۶۷	۱۳		
انرژی	پیش آزمون	۲/۵۷	۱۳	-۱/۷۴	۰/۱۰
	پس آزمون	۲/۵۸	۱۳		
فضا	پیش آزمون	۲/۸۲	۱۳	-۱/۲۳	۰/۲۴
	پس آزمون	۳/۲۱	۱۳		
یکپارچگی	پیش آزمون	۳/۱۷	۱۳	-۱/۸۸	۰/۰۸
	پس آزمون	۳/۳۹	۱۳		
منطق	پیش آزمون	۴/۶۴	۱۳	-۲/۱۱	۰/۰۵
	پس آزمون	۵/۰۰	۱۳		
واقع‌گرایی	پیش آزمون	۳/۰۳	۱۳	-۱/۵۸	۰/۱۳

			۳/۲۱	۱۳	پس آزمون	
			۲/۵۳	۱۳	پیش آزمون	مسئله‌گشایی
۰/۰۱	-۲/۸۸		۳/۳۵	۱۳	پس آزمون	
			۲/۵۷	۱۳	پیش آزمون	سطح رشدی
۰/۰۰۲	-۳/۷۸		۳/۰۳	۱۳	پس آزمون	
			۲/۰۳	۱۳	پیش آزمون	جزئیات اشیا و محیط
۰/۲۹	-۱/۰۹		۲/۲۱	۱۳	پس آزمون	
			۲/۹۶	۱۳	پیش آزمون	کیفیت خط
۰/۰۲	-۲/۵۹		۳/۲۸	۱۳	پس آزمون	
			۳/۳۵	۱۳	پیش آزمون	آدم
۰/۰۰۲	-۳/۸۹		۳/۸۵	۱۳	پس آزمون	
			۴/۶۷	۱۳	پیش آزمون	چرخش
۰/۸۱	-۰/۲۳		۴/۷۱	۱۳	پس آزمون	
			۴/۵۳	۱۳	پیش آزمون	تکرار غیر عادی
۰/۰۱	-۲/۲۵		۵/۰۰	۱۳	پس آزمون	

همانطور که در جدول بالا قابل مشاهده است، در تمامی مقیاس‌های عناصر صوری در پس‌آزمون، تغییر صورت گرفته است. اما تنها پنج مقیاس از چهارده مقیاس عناصر صوری تغییر معناداری را به صورت آماری نشان می‌دهند. این مقیاس‌ها، شامل مسئله‌گشایی، سطح رشدی، شخص، کیفیت خط و تکرار غیرعادی است ($p < 0/05$). در بقیه عناصر تفاوت معناداری مشاهده نشده است. پژوهش‌ها نشان داده است که افراد افسرده نمی‌توانند قابلیت‌های آشکار موقعیت خود را ببینند، لذا رشد در مقیاس «مسئله‌گشایی»، بهبودی را در سطح افسردگی بیماران نشان می‌دهد. همچنین، پیشرفت در مقیاس «شخص» نیز می‌تواند گویای کاهش افسردگی این بیماران باشد. علاوه بر این، مقیاس مذکور نشان‌دهنده‌ی پیشرفت در مهارت‌های اجتماعی درمان‌جویان نیز می‌باشد. مقیاس «مسئله‌گشایی» همچنین بازتاب‌دهنده‌ی این حقیقت است که بیماران در طی جلسات هنردرمانی توانایی حل مسئله را بدست آورده‌اند، که این موضوع به لحاظ روان‌شناختی، در فرآیند درمان، گام مهمی است. همچنین پیشرفت در مقیاس «کیفیت خط» نشان‌دهنده‌ی کاهش اضطراب در بیماران است (گوسساک^۱، ۲۰۰۴). افزایش در مقیاس «سطح رشدی» افراد، نشان‌دهنده‌ی این واقعیت است که در جلسات هنردرمانی یادگیری برخی مهارت‌ها نیز صورت گرفته است و این امر

نشان می‌دهد، بی‌توجهی آنان نسبت به فرآیند آموزش کاهش یافته است (گوسساک، ۲۰۰۷). افزایش دو مقیاس «شخص» و «کیفیت خط» نشان‌دهنده‌ی افزایش اعتماد به نفس در این بیماران است (کنراد^۱، ۲۰۱۰). به طور کلی می‌توان اظهار داشت که اثربخشی هنردرمانی (هنرهای بصری) در بهبود علائم منفی بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی تاثیر معناداری دارد.

بحث و نتیجه‌گیری

هدف از پژوهش حاضر تعیین اثربخشی هنردرمانی (با محوریت هنرهای بصری) در بهبود علائم منفی بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی بود. نتایج پژوهش حاضر نشان داد که هنردرمانی در بهبود علائم منفی بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی مؤثر است.

در پژوهش‌هایی دیگر، هاتری و همکاران (۲۰۱۱) نشان دادند که استفاده از تکنیک‌های هنردرمانی می‌تواند در بهبود مهارت‌های شناختی افراد مبتلا به آلزایمر مؤثر باشد. همچنین کیم (۲۰۱۳) نشان داد که استفاده از هنردرمانی می‌تواند سلامت روان را در افراد سالمند ارتقا بخشد. مونت و همکاران (۲۰۱۲) نشان دادند که هنردرمانی همراه با ذهن آگاهی می‌تواند در کاهش اضطراب بیماران مبتلا به سرطان مؤثر باشد. لذا نتایج مذکور، با یافته‌های این پژوهش همسو است.

در تبیین نتایج بدست آمده می‌توان گفت که اثرگذاری هنردرمانی در بهبود علائم منفی بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی در گسترش میزان ارتباط بین افراد اسکیزوفرن با یکدیگر و با درمانگر، افزایش صمیمیت، خود آشکارسازی، بی‌پرده‌گویی، و کشف احساس‌ها در یک رابطه مبتنی بر کشیدن نقاشی و هنر است. زمانی که این فرایند در قالب گروه قرار بگیرد، اثربخشی آن بیشتر خواهد شد و سطح ارتباط و تعامل افراد را بهبود می‌بخشد و هیجان‌های منفی را کاهش می‌دهد و بر اهداف مشترک بر موقعیت‌ها و حیطه‌های عملکرد شخصی مانند تعامل با دیگر افراد تأثیر می‌گذارد (کلیک^۲، ۲۰۱۷). در جریان هنردرمانی، فرد اسکیزوفرن آگاهی بیشتری به خود پیدا می‌کند و بینش او افزایش می‌یابد و همچنین، حس خلاقانه مفیدتری پیدا می‌نماید (موریتز و وودوارد^۳، ۲۰۰۷). یکی دیگر از مشکلاتی که بیماران مبتلا

-
1. Selby M. Conrad
 2. Killick
 3. Moritz & Woodward

به اسکیزوفرنی دارند ناتوانی در ادراک حالات درونی‌شان است (بون^۱، ۲۰۰۵). ابراز هیجانات و حالات درونی با بهبود نشانه‌ها در ارتباط است و می‌تواند در تقلیل این حالات موثر باشد (ون‌استوهات^۲ و همکاران، ۲۰۱۶). در جریان هنردرمانی گروهی است که شاهد آگاهی هیجانی بالا و همدلی با سایرین می‌توان بود (کور^۳ و همکاران، ۲۰۱۳).

به طور کلی هنردرمانی می‌تواند مواردی مانند افزایش حضور در حال، شکل‌دهی به ساختارهای جدید، معنادهی به رویدادها، افزایش حس بی‌واسطه از خود، ایجاد بافت اجتماعی خاص و جدید، تحریک خلاقیت مفید و بازی هدفدار را بهبود بخشد. یکی از ویژگی‌های هنردرمانی، نیاز به حضور در لحظه است. درجلسات هنردرمانی فرد نیاز دارد که به رنگ، نور و اشکال آگاهی داشته باشد، این حضور در لحظه فرد را به سمت واقعیت سوق می‌دهد (تگلبیرگ^۴، ۲۰۱۱).

این پژوهش نیز مانند هر پژوهش دیگری با محدودیت‌هایی مواجه است. نخستین محدودیت پژوهش، نبود گروه کنترل است که در تعمیم نتایج باید احتیاط صورت گیرد. محدودیت دیگری که می‌توان بیان داشت، طول زمان اجرای برنامه آموزشی است که اگر زمان بیشتری اجرا می‌شد چه بسا دوام و پایداری رفتارهای مثبت بیشتر می‌شد. محدودیت احتمالی دیگر پژوهش، عدم بررسی آزمودنی‌ها در مرحله پیگیری است. با توجه به نتایج حاصل از این پژوهش پیشنهاد می‌شود در آموزش و مداخله برای افراد مبتلا به اسکیزوفرنی به پیش‌نیازهای آموزش هنردرمانی همچون حضور در لحظه و ادراک خود توجه شود. با توجه به اثربخشی هنردرمانی در بهبود نشانه‌های منفی بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی، پیشنهاد می‌گردد آموزش‌هایی در این زمینه انجام شود، ضروری است که متولیان آموزش و درمان، منطبق با یافته‌های حاصل از این پژوهش برای بهبود نشانه‌های منفی بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی به کار گیرند.

1 Brüne

2 Van Oosterhout

3 Korver

4 Teglbjaerg

منابع

- دوباتن، آ؛ آرمسترانگ، ج. (۱۳۹۵). هنر همچون درمان. ترجمه مهرناز مصباح، تهران: نشر چشمه.
- جبل عاملی، ا. (۱۳۷۹). *آشنایی با هنردرمانی*. فصلنامه تازه‌های روان‌درمانی ۱۷ و ۱۸، ۸۲-۸۹.
- خامسان، ا؛ رجب‌پور عزیزی، ز؛ و رادمهر، پ. (۱۳۹۴). *هنردرمانی (مقیاس عناصر صوری)*. تهران: نشر دانژه.
- لاند گارتن، هلن. (۱۳۸۷). *هنردرمانی بالینی*. ترجمه کیانوش هاشمیان و الهام ابوحمزه، تهران: نشر دانژه.
- واندنوس، گری آر (ویراستار). (۱۳۹۱). *فرهنگ توصیفی انجمن روان‌شناسی آمریکا*. جلد دوم، تهران: نشر ارس.
- هالجین، ر؛ کراس ویتبورن، س. (۱۳۹۵). *آسیب‌شناسی روانی*، ترجمه یحیی سید محمدی، جلد ۱، چاپ هجدهم، تهران: نشر روان.
- Albert, N. Bertelsen, M. Thorup, A. Petersen, L. Jeppesen, P. Le Quack, P & Nordentoft, M. (2011). *Predictors of recovery from psychosis: analyses of clinical and social factors associated with recovery among patients with first-episode psychosis after 5 years*. Schizophrenia research, 125(2), 257-266.
- Betts, Donna. j. (2005). *A systematic analysis of art therapy assessment and rating instrument literature*, Florida: UMI Dissertation Services.
- Braxne M (2005) *"Theory of mind" in schizophrenia: a review of the literature*. Schizophr Bull 31: 21-42.
- Conrad, Selby M. (2010). *Utility of Drawings as a Screen for Emotional and Behavioral Concerns in Adolescents: An Exploration of Formal Elements in Drawings and the BASC-2*, doctoral dissertation, University of Kansas.
- Edwards, David. (2004). *Art Therapy*, London: sage publication.
- Gantt, Linda M. Mills, Bruceton. (2009). *The Formal Elements Art Therapy Scale: A Measurement System for Global Variables in Art*. Art Therapy: Journal of the American Art Therapy Association. 26(3), 124-129.
- Goldberg, T. E. Goldman, R. S. Burdick, K. E. Malhotra, A. K. Lencz, T. Patel, R. C., . & Robinson, D. G. (2007). *Cognitive improvement after treatment with second-generation antipsychotic medications in first-episode schizophrenia: is it a practice effect?*. Archives of general psychiatry, 64(10), 1115-1122.

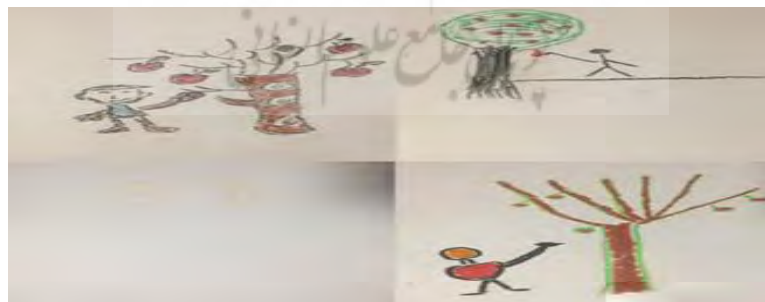
- Gühne, U. Weinmann, S. Arnold, K. Ay, E. S. Becker, T. & Riedel-Heller, S. (2012). *Arts therapies in severe mental illness: are they effective?* .Der Nervenarzt, 83(7), 855-860.
- Gussak, David. (2004). *A pilot research study on the efficacy of art therapy with prison inmates*. Arts in Psychotherapy, 31(4), 245-259.
- Gussak, David. (2007). *The Effectiveness of Art Therapy in Reducing Depression in Prison Populations*, International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology, 51 (4), 444-460.
- Hattori, H. Hattori, C. Hokao, C. Mizushima, K. & Mase, T. (2011). *Controlled study on the cognitive and psychological effect of coloring and drawing in mild Alzheimer's disease patients*. Geriatrics & gerontology international, 11(4), 431-437.
- Killick, K. (Ed.). (2017). *Art Therapy for Psychosis: Theory and Practice*. Taylor & Francis.
- Kim, S. K. (2013). *A randomized, controlled study of the effects of art therapy on older Korean-Americans' healthy aging*. The Arts in Psychotherapy, 40(1), 158-164.
- Korver-Nieberg N, Berry K, Meijer CJ, de Haan L. (2013) *Adult attachment and psychotic phenomenology in clinical and non-clinical samples: A systematic review*. Psychol Psychother.
- Malchiodi, Cathy.A (ed.) (2003). *Handbook of art therapy*. New York: The Guildford Press.
- Mangalore R & Knapp M (2007). *Cost of schizophrenia in England*. Journal of Mental Health Policy and Economics 10, 23 .17.
- Monti, D. A., Kash, K. M., Kunkel, E. J., Brainard, G., Wintering, N., Moss, A. S., & Newberg, A. B. (2012). *Changes in Cerebral Blood Flow and Anxiety Associated with an 8-week Mindfulness Programme in Women with Breast Cancer*. Stress and Health, 28(5), 397-407.
- Moon, B. L. (2016). *Introduction to art therapy: Faith in the product*. Charles C Thomas Publisher.
- Moritz, S., & Woodward, T. S. (2007). *Metacognitive training in schizophrenia: from basic research to knowledge translation and intervention*. Current opinion in psychiatry, 20(6), 619-625.
- Nan, Joshua Kin-man; Hinz, Lisa D (2012). *Applying the Formal Elements Art Therapy Scale (FEATS) to Adults in an Asian Population*. Journal of the American Art Therapy Association, 29(3), 127-132.
- Rabinowitz, J., Levine, S. Z., Garibaldi, G., Bugarski-Kirola, D., Berardo, C. G., & Kapur, S. (2012). *Negative symptoms have greater impact on functioning than positive symptoms in schizophrenia: analysis of CATIE data*. Schizophrenia research, 137(1), 147-150.
- Ruddy, R. & Milnes, D. (2008) *Art therapy for schizophrenia or schizophrenia-like illnesses*. Published by JohnWiley & Sons.
- Rubin, Judith.(2011). *The art of art therapy*. New York: Routledge.
- Shore, A. (2014). *Art therapy, attachment, and the divided brain*. Art Therapy, 31(2), 91-94.

- Teglbjaerg, H. S. (2011). *Art therapy may reduce psychopathology in schizophrenia by strengthening the patients' sense of self: a qualitative extended case report*. *Psychopathology*, 44(5), 314-318.
- Van Oosterhout, B., Smit, F., Krabbendam, L., Castelein, S., Staring, A. B. P., & Van der Gaag, M. (2016). *Metacognitive training for schizophrenia spectrum patients: a meta-analysis on outcome studies*. *Psychological medicine*, 46(1), 47-57.
- Vandenbos, Gray R. (Ed) (2007). *APA Dictionary of Psychology*, Washington: American psychological Association.

پیوست



شکل ۱. کارهای هنری در جلسه اول



شکل ۲. PPAT درمان جوانان در جلسه اول



شکل ۳. آثار درمانجویان در جلسه پنجم



شکل ۴. PPAT درمانجویان در پس آزمون