

# نشریه توانمندسازی کودکان استثنایی

سال دوازدهم، شماره ۱، شماره پیاپی ۳۴، بهار ۱۴۰۰  
صفحه ۷۴-۸۳

DOI: 10.22034/CECIRANJ.2020.237235.1407

## کاربست روان‌درمانی هنری-نمایشی به‌عنوان روشی نوین برای درمان تیک‌های حرکتی حاد: گزارش موردی

هدی پوررضائیان\*

مه‌دی پوررضائیان\*\*✉

### چکیده

پژوهش حاضر با هدف ارزیابی تأثیر روان‌درمانی هنری-نمایشی کوتاه‌مدت بر تیک‌های حرکتی حاد و با شروع ناگهانی در یک کودک پنج ساله انجام شد. این پژوهش یک مطالعه تک‌آزمودنی از نوع A-B بود که در دسته پژوهش‌های تجربی یا آزمایشی جای می‌گیرد. روش درمانی مورد اشاره، در هشت جلسه یک ساعته (چهار جلسه ویژه کودک و چهار جلسه مخصوص مادر) اجرا شد. معیار خاتمه‌بخشی به جلسات درمانی، کاهش معنادار تیک‌های حرکتی بر اساس ابزارهای پژوهش بود. این ابزارها شامل چک‌لیست نموده‌های رفتاری-نشانگانی تیک (پوررضائیان، ۱۳۹۸)، مشاهده و پیگیری نشانگان در جلسات درمانی و مصاحبه بالینی با مادر کودک بود. داده‌های کمی پژوهش با استفاده از جدول و نمودارها ویژه طرح‌های تک‌آزمودنی مورد تحلیل قرار گرفتند. به‌علاوه، میزان اندازه اثر نیز گزارش شد ( $ES = 7/34$ ). یافته‌ها: یافته‌های پژوهش نشان داد که روان‌درمانی هنری-نمایشی به‌طور معناداری سبب کاهش تیک حرکتی ( $P < 0/05$ ) در کودک شده است. نتیجه‌گیری: با توجه به یافته‌های پژوهش می‌توان نتیجه گرفت که روان‌درمانی هنری-نمایشی، روشی مؤثر برای درمان اختلال تیک کودک بوده است؛ بنابراین کاربرد این روش کوتاه‌مدت در مراحل حاد بروز تیک‌های حرکتی کودکان، توصیه می‌شود (البته در صورت تکرار نتایج در پژوهش‌های آتی و رعایت اصل تعمیم‌پذیری).

### واژه‌های کلیدی:

روان‌درمانی هنری-نمایشی، هنردرمانی، روان‌نمایشگری، تیک‌های حرکتی.

\* دکترای تخصصی روان‌شناسی سلامت، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی دانشگاه تهران.

\*\* نویسنده مسئول: دکترای تخصصی روان‌شناسی بالینی، عضو هیأت علمی دانشکده هنر دانشگاه شاهد.

Email: purrezaian@shahed.ac.ir

تاریخ پذیرش: ۱ بهمن ۱۳۹۹

تاریخ اصلاحیه: ۱۵ آذر ۱۳۹۹

تاریخ دریافت: ۳ آذر ۱۳۹۹

## مقدمه

پیشرفت روان‌شناسی از موج اول تا موج سوم، توانست خود را با رویکردهای شناختی-رفتاری (روزال، ۲۰۱۶، ۲۰۱۸) و انسان‌گرایانه (مون<sup>۱۲</sup>، ۲۰۱۶) سازگار سازد. اکنون چنین به نظر می‌آید که هنردرمانی می‌تواند کاملاً مشکل تمرکز افراطی بر تیک‌ها را که به‌عنوان انتقادی جدی به رویکردهای رفتاری، مطرح شده بود برطرف سازد؛ اما هنردرمانی اگرچه با رویکردهای نوین در روان‌شناختی همراه و سازگار شده، هیچ‌گاه از ریشه خود یعنی روان‌تحلیلیگری دور نشده و بنابراین همچنان روشی نسبتاً طولانی‌مدت است (پوررضائیان، ۱۳۹۸). از این روی، کاربست آن در پژوهش حاضر با هدف اعمال تأثیرات فوری در مواقع حاد بروز تیک، دور از منطق علمی و پژوهشی است.

از سوی دیگر، روان‌نمایشگری که توسط مورنو<sup>۱۳</sup> در ۱۹۲۱ و با الهام گرفتن از بازی‌های کودکان ابداع شد (هولمز<sup>۱۴</sup>، ۲۰۱۴) به‌عنوان رویکردی هنرمحور اما کاملاً متفاوت با هنردرمانی، نوعی روان‌درمانی نمایشی است که در آن، مشکلات عاطفی یا رفتاری بیماران با استفاده از فنون تئاتری، ریشه‌یابی و حل و رفع می‌گردد (پوررضائیان، ۱۳۹۱). به باور برخی پژوهشگران روان‌نمایشگر (انلو<sup>۱۵</sup>، ۲۰۱۵؛ کری<sup>۱۶</sup>، ۲۰۱۵؛ مورنو<sup>۱۷</sup>، ۲۰۱۴؛ مورنو، بلامکویست و روتزل<sup>۱۸</sup>، ۲۰۱۴)، ایفای نقش<sup>۱۹</sup>، شکلی از شبیه‌سازی رفتاری<sup>۲۰</sup> است که بدون تردید می‌تواند به‌عنوان یک روش یادگیری و مرور نمایشی به کار گرفته شود. ایفونون اختصاصی روان‌نمایشگری از جمله تک‌گویی<sup>۲۱</sup>، معرفی کردن خود<sup>۲۲</sup>، تحقق‌خوبیستن با ایفای نقش<sup>۲۳</sup>، روش مضاعف یا همانندی<sup>۲۴</sup>، آینه<sup>۲۵</sup>، تعویض نقش<sup>۲۶</sup>، برون‌فکنی آینده<sup>۲۷</sup>، صندلی خالی<sup>۲۸</sup> و فروشگاه جادویی<sup>۲۹</sup> (مورنو، ۱۹۶۶)، تکنیک‌هایی ویژه برای برون‌ریزی‌های هیجانی-رفتاری-شناختی مراجعان هستند. روان‌نمایشگری از سرعت تأثیرگذاری بیشتری نسبت به هنردرمانی برخوردار است زیرا از روش‌های بازنمایی مشکلات و الگوهای به مراجع استفاده می‌کند (آیکینگر و هول<sup>۳۰</sup>، ۲۰۱۷؛ انلو، ۲۰۱۵؛ کری، ۲۰۱۵؛ مورنو، ۲۰۱۴؛ مورنو و همکاران، ۲۰۱۴). با این حال، همین بازنمایی

اختلال تیک که معمولاً با یک یا چند تیک حرکتی یا کلامی مشخص می‌شود اختلالی مزمن به شمار می‌رود که می‌تواند تقریباً هرروز و به مدت بیش از یک سال دوام داشته باشد (ویرایش پنجم راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی، ۲۰۱۳). درمان رایج این اختلال، هم در کودکان و هم در بزرگسالان، رفتاردرمانی و درمان رفتاری-شناختی هستند (مورفی، لوین، استوش و استاک<sup>۱</sup>، ۲۰۱۳). با این حال، در سال‌های اخیر برخی از درمانگران اظهار داشته‌اند که رفتاردرمانی ممکن است دارای پیامدهای منفی خاصی بر افراد دارای اختلال تیک باشد (مک‌گوایر، ریکتز، پایکتینی، مورفی، استوش و لوین<sup>۲</sup>، ۲۰۱۵). به باور این دسته از درمانگران، تمرکز بیش‌ازحد بر تیک‌ها یا صحبت کردن افراطی در مورد آن‌ها می‌تواند موجب شدیدتر شدن یا بدتر شدن آن‌ها شود (مارکز، وودز، تینگ و توویگ<sup>۳</sup>، ۲۰۰۴؛ وودز، کانلا و والتر<sup>۴</sup>، ۲۰۰۷)؛ بنابراین به نظر می‌رسد که معرفی و کاربست روش‌های روان‌درمانی جایگزین امری ضروری است. رویکردهای درمانی هنرمحور از جمله هنردرمانی و روان‌نمایشگری می‌توانند گزینه‌های جایگزین باشند زیرا هر کدام از آن‌ها دارای ویژگی‌هایی است که می‌تواند به حل مسئله مورد اشاره در روش‌های رفتاری کمک کند.

هنردرمانی بر این باور اساسی متکی است که فرایند خلاق و وابسته به خودبینی هنری به افراد کمک می‌کند تا به حل تعارضات و مشکلات، ایجاد مهارت‌های بین فردی، مدیریت رفتار، کاهش استرس، افزایش عزت‌نفس و خودآگاهی و کسب بینش نائل آیند (گازاک و روزال<sup>۵</sup>، ۲۰۱۶). زبان هنرهای بصری-رنگ‌ها، شکل‌ها، خط‌ها و تصاویرها- با ما از راه و روش‌هایی سخن می‌گویند که واژه‌ها نمی‌شناسند. در هنردرمانی می‌توان از یک هنر خاص مثلاً نقاشی (یونگ<sup>۶</sup>، ۲۰۱۶)، قصه (ساندرلند<sup>۷</sup>، ۲۰۱۷)، یا موسیقی (ادواردز<sup>۸</sup>، ۲۰۱۶) استفاده کرد و یا مجموعه‌ای از هنرها را به کار بست. این روش اگرچه ریشه در نظریه روان‌تحلیلیگری دارد (روبین<sup>۹</sup>، ۲۰۱۶؛ سوان-فاستر<sup>۱۰</sup>، ۲۰۱۸؛ ملچپودی<sup>۱۱</sup>، ۲۰۰۷؛ هوگان، ۲۰۱۵)، اما ضمن

16. Corey  
17. Moreno, J. D.  
18. Moreno, Z. T., Blomkvist & Rutzell  
19. role play  
20. behavioral simulation  
21. soliloquy  
22. self-presentation  
23. self-realization  
24. double  
25. mirroring  
26. role-reversal  
27. future projection  
28. empty chair  
29. magic shop  
30. Aichinger, & Holl

1 Murphy, Lewin, Storch, & Stock  
2. McGuire, Ricketts, Piacentini, Murphy, Storch, & Lewin  
3. Marcks, Woods, Teng, & Twohig  
4. Woods, Conelea, & Walther  
5. Gussak, & Rosal  
6. Junge  
7. Sunderland, M.  
8. Edwards, J.  
9. Rubin  
10. Swan-Foster  
11. Malchiodi  
12. Moon  
13. Moreno, J. L.  
14. Holmes  
15. Enelow

مشکلات، ممکن است با همان مسئله تمرکز بر تیک‌ها، روبه‌رو باشد.

با توجه به نکات مورد اشاره، می‌توان چنین فرض کرد که ترکیب دو روش هنردرمانی و روان‌نمایشگری به‌عنوان رویکردی یکپارچه (روان‌درمانی هنری-نمایشی) که هم از ویژگی تمرکز غیرمستقیم بر مشکل-خاص هنردرمانی-و هم از ویژگی سرعت تأثیرگذاری-خاص روان‌نمایشگری- برخوردار است می‌تواند در حل مسئله حاضر مفید باشد. روان‌درمانی هنری-نمایشی (پوررضائیان، ۱۳۹۸) روشی یکپارچه در روان‌درمانی است که از ترکیب تکنیک‌ها و اصول هنردرمانی و روان‌نمایشگری ایجاد شده است. یکی از مهم‌ترین ویژگی‌های روان‌درمانی هنری-نمایشی، کاربرد تکنیک‌های تبدیلی یا انتقالی<sup>۹</sup> است. این تکنیک‌ها از اصل تبدیل هنرها به هم تبعیت می‌کنند. این اصل، منجر به گسترش اکتشافات و تأثیرات درمانی در ابعاد و سطوح مختلف وجودی مراجع می‌شود. از سوی دیگر، تبدیل هنرها به هم و یا انتقال از یک هنر به هنر دیگر، سبب تأکید بیشتر بر نکات آموزشی و اهداف درمانی خواهد شد (پوررضائیان، بشارت، کوچک‌زاده و فراهانی، ۲۰۲۰).

روان‌درمانی هنری-نمایشی، رویکردی نوین در روان‌درمانی است و تأثیرات درمانی آن بر سازگاری کودکان مبتلا به سرطان، پیش‌ازاین در یک رسالهٔ دکتری (پوررضائیان، ۱۳۹۸) و یک مقالهٔ علمی (پوررضائیان و همکاران، ۲۰۲۰)، تأیید شده است. از آنجاکه این روش، حاصل یکپارچه‌سازی هنردرمانی و روان‌نمایشگری است می‌توان در مرور پیشینهٔ پژوهش، به پژوهش‌هایی اشاره کرد که نتایج آن‌ها حاکی از اثربخشی هنردرمانی و روان‌نمایشگری هستند؛ اما قبل از آن باید اذعان کرد که چون رفتاردرمانی، خط اول درمان اختلال تیک است هیچ پژوهشی به ارزیابی تأثیرات مستقیم رویکردهای هنرمحور از جمله انواع هنردرمانی و یا روان‌نمایشگری بر این اختلال نپرداخته است. باین‌وجود اشاره به شواهد پژوهشی مبنی بر اثربخشی هنردرمانی و روان‌نمایشگری بر سایر اختلالات روان‌شناختی که در آسیب‌شناسی اختلالات همراه، مرتبط با اختلال تیک محسوب شده‌اند ضروری است.

هنردرمانی تابه‌حال در درمان اختلالات متعددی از جمله افسردگی (بلومدال، گیونارسن، گارگارد و بجوکلاند، ۲۰۱۳؛ بلومدال، گارگارد، راسنر و ویک، ۲۰۱۸؛ شلا، ۲۰۱۸؛ گازاک

و بک، ۲۰۱۸)، اضطراب (دیونجی و جرمیگنی، ۲۰۱۷؛ سسیل، ۲۰۱۶؛ شلا، ۲۰۱۸؛ فلورس، ۲۰۱۷)، استرس حاد (جت، ۲۰۱۹) و سایر مشکلات روان‌شناختی، به‌کاررفته و تأثیرات شفابخش آن تأیید شده است.

اثربخشی روان‌نمایشگری نیز در درمان بیشتر اختلالات روان‌شناختی از جمله تنیدگی و اضطراب (الهویش، ۲۰۱۶؛ دوروتی، ۲۰۱۶)، افسردگی (پوررضائیان، ۱۹۹۶، پوررضائیان، سن، مزومدار، ۱۹۹۷؛ ره‌گوی، ابراهیمی لیل، خانکه، رهگذر و رضایی، ۱۳۸۵؛ سویلم و علی، ۲۰۱۷)، اختلالات رفتاری (گاتا، آندره، پائولو، گیوانی، روزاریا، کارولینا و پیرآنتونیو، ۲۰۱۰)، فوبیا (پوررضائیان و همکاران، ۱۳۹۳)، مشکلات مهار برانگیختگی در اختلال فزون‌کنشی (سپنتا، صفری، فاطمی و معنوی، ۲۰۱۴) و دیگر اختلالات روان‌شناختی نشان داده شده است.

### روش

پژوهش حاضر، یک پژوهش تک‌آزمودنی از نوع A-B و از جمله پژوهش‌های آزمایشی است. جامعهٔ پژوهش را می‌توان شامل تمام کودکان مبتلا به اختلال تیک دانست اما با توجه به این‌که این پژوهش در یک مرکز مشاوره و روان‌درمانی دانشگاهی انجام شده است و یک گزارش موردی به‌حساب می‌آید جامعه، نمونه و روش نمونه‌گیری در آن مطرح نیست. یک کودک پنج ساله که نشانه‌های تیک حرکتی در صورت، گردن و شانه‌ها به‌صورت ناگهانی (حاد) ظرف دو ماه گذشته در او بروز یافته بودند در پژوهش حاضر شرکت کرد. طبق شکایت اصلی مادر کودک، تیک‌های حرکتی به دو دلیل در او ظاهر شده بودند: الف) کابوس‌های شبانه با موضوع دزدی؛ و ب) گم شدن عروسک محبوب کودک در پارک. با توجه به اینکه سابقهٔ اختلال تیک در خانوادهٔ او وجود داشت، کاربرت سریع روان‌درمانی هنری-نمایشی همراه با جلسات آموزشی مختص مادر، برای او تجویز شد. هنردرمانی بر اساس پژوهش‌های قبلی روشی جذاب و مؤثر به‌ویژه برای کودکان است اما با توجه به اینکه این شیوه ریشه در روان‌تحلیلگری دارد، روشی نسبتاً طولانی به‌حساب می‌آید. امروزه معمولاً این روش را با روان‌درمانی‌های کوتاه‌مدت و فشرده از جمله روان‌درمانی شناختی-رفتاری (روزال، ۲۰۱۶) و روان‌نمایشگری (پوررضائیان، بشارت، کوچک‌زاده و فراهانی، ۲۰۲۰)، یکپارچه می‌سازند تا بر سرعت اثربخشی آن بیفزایند.

9. Jette

10. Al-Howaihs

11. Dorothea

12. Purrezaian, M., Sen, & Sen Mazumdar

13. Souilm, & Ali

14. Gatta, Andrea, Paolo, Giovanni, Rosaria, Carolina, & PierAntonio

15. Sepanta, Safarib, Fatemi, & Maanavi

1. transformation techniques

2. Blomdahl, Gunnarsson, Guregård, & Björklund

3. Guregård, Rusner, & Wijk

4. Shella

5. Gussak, & Beck

6. Dionigi, & Gremigni

7. Cecil

8. Flores

**۲. مشاهده توسط درمانگر در جلسات درمانی:**  
مشاهده تعداد تیک‌های حرکتی کودک در جلسات درمانی، ابزار درمانگر جهت پیگیری اثربخشی روان‌درمانی هنری-نمایشی در طول دوره درمانی بود. این ابزار، صرفاً به‌عنوان مکمل ابزار نخست، به کار رفت و داده‌های حاصل از آن به‌صورت کیفی در بخش یافته‌ها گزارش شده‌اند.

**برنامه روان‌درمانی هنری-نمایشی:** این طرح درمانی توسط پوررضائیان (۱۳۹۸) معرفی و مراحل اعتباریابی آن انجام شده است. با توجه به این که برنامه درمانی اصلی برای کودکان مبتلا به سرطان، طراحی شده بود با اندکی تغییرات به‌منظور متناسب‌سازی آن برای اختلال تیک، در پژوهش حاضر مورد استفاده قرار گرفت. این برنامه، شامل چهار جلسه آموزشی مختص مادر (جدول ۱) و چهار جلسه فشرده و سریع مختص کودک (جدول ۲) است.

مداخله سریع در مواجهه با شروع ناگهانی تیک در کودک و همچنین قابلیت بازنمایی علل زیربنایی شروع تیک در او به شکل نقاشی و نمایش، سبب انتخاب روان‌درمانی هنری-نمایشی همراه با آموزش‌های رفتاری (ویژه مادر) برای این کودک شد.

### ابزار سنجش

**۱. چک‌لیست رفتاری نشانگان تیک:** این چک‌لیست بر مبنای چک‌لیست‌های رفتاری معمول و به‌منظور پیگیری نشانه‌های تیک حرکتی در کودک، توسط پژوهشگر حاضر طراحی شد و در اختیار مادر او قرار گرفت. مادر کودک در زمان‌های تعیین شده به مشاهده نامحسوس تیک‌ها در کودک می‌پرداخت و علاوه بر یادداشت نوع تیک‌ها، به تعداد ظهور آن‌ها در یک بازه زمانی مشخص می‌پرداخت. داده‌های حاصل از این چک‌لیست به‌صورت کمی و در بخش یافته‌ها گزارش شده‌اند.

جدول ۱. جلسات آموزشی مختص مادر کودک

شماره جلسه	هدف	محتوا
۱	کاهش اضطراب اولیه مادر (دلیل این اضطراب آن بود که در خانواده گسترده مادر و همچنین یکی دیگر از فرزندان او سابقه ابتلا به اختلال تیک را داشتند) // ارائه آموزش‌های ابتدایی مربوط به گزارش تیک‌ها در بازه‌های زمانی معین	ارائه توضیحات لازم در مورد منشأ تیک‌ها و چگونگی اجرای روش درمانی / آموزش روش مشاهده نامحسوس تیک‌ها در کودک و ثبت آن‌ها در چک‌لیست رفتاری نشانگان تیک آموزش تکنیک‌های زیر:
۲	آموزش نحوه برخورد با کودک به هنگام بروز تیک‌ها در او	الف) تغییر سریع محیط یا بافتی که تیک‌های کودک در آن بروز یافته است (مثلاً با ترک محیط یا اضافه کردن عاملی جدید در محیط)؛ ب) تغییر کاربرد رفتارهای نامطلوب
۳	اجرای تکالیف و تکنیک‌های هنر درمانی رفتاری-شناختی مخصوص منزل	الف) ارائه پاداش‌های مناسب در مواقعی که تیک‌های حرکتی در کودک وجود ندارد؛ ب) استفاده از تکنیک نقاشی کردن خانوادگی به‌عنوان نوعی پاداش؛ ج) کاربست تکنیک نقاشی پیش از خواب با هدف ترسیم موضوعاتی که کودک دوست دارد در خواب ببیند (جایگزین کابوس‌های با محتوای دزد)
۴	کاهش اضطراب مادر	آموزش تکنیک‌های سریع آرمیدگی به مادر (نوعی اضطراب مداوم که ناشی از مشاهده و فاجعه‌پنداری تیک‌های حرکتی در کودک بود در مادر وجود داشت که به مداخله مجزا نیاز داشت)

نکته: در تمام جلسات آموزشی مختص مادر، کودک نیز حضور داشت و با موضوعاتی آزاد نقاشی می‌کرد. دلیل تأکید بر حضور کودک، ایجاد فرصت مشاهده منظم تیک‌های حرکتی در او توسط درمانگر و البته ایجاد ارتباط درمانی مناسب با درمانگر بود.

جدول ۲. خلاصه طرح روان‌درمانی هنری-نمایشی - جلسات درمانی مختص کودک

شماره جلسه	هدف	محتوا
۱	بازنمایی صحنه گم شدن عروسک دلخواه در پارک (بخش نخست)	اجرای تکنیک‌های زیر: الف) داستان‌سازی و داستان‌پردازی از زبان دو عروسک همسان (تکنیک دوبله یا نقش مضاعف در روان‌نمایشگری)؛ ب) ترسیم داستان روی کاغذ (تکنیک تبدیل هنرها به هم‌دیگر برگرفته از روان‌درمانی هنری-نمایشی)
۲	بازنمایی صحنه گم شدن عروسک دلخواه در پارک (بخش دوم)	اجرای تکنیک‌های زیر:

شماره جلسه	هدف	محتوا
۳	بازنمایی صحنه ورود دزد به خانه در کابوس‌های شبانه کودک	الف) یادآوری داستان و نقاشی جلسه قبل و تکرار نقاشی به کمک درمانگر (تکنیک دست سوم درمانگر در هنردرمانی) و به شکلی خنده‌دار؛ ب) بازنمایی نقاشی روی صحنه (تکنیک ایفای نقش در روان‌نمایشگری) اجرای تکنیک‌های زیر: الف) بازگویی کابوس توسط کودک و بازنمایی آن روی صحنه با اضافه کردن ویژگی‌های خنده‌دار برای دزد توسط درمانگر (مثلاً دست‌وپا چلفتی بودن دزد)؛ ب) اجرای تکنیک فروشگاه جادویی (مربوط به روان‌نمایشگری) به منظور ایجاد شجاعت، احساس قدرت و اعتمادبه‌نفس در کودک به هنگام ترس از دزد؛ ج) تبدیل نمایش به نقاشی به کمک درمانگر - تکلیف منزل: نقاشی قبل از خواب توسط کودک و زیر نظر مادر با موضوع "خوابی که دوست دارم ببینم" (کودک موضوعاتی مثل بستنی، بازی با برادر در پارک و جشن تولد را در تمرین آزمایشی، انتخاب کرد) تشویق کودک به دلیل موفقیت در مقابله با ترس‌هایش و با هدف القای حس استقلال و توانایی مقابله با مشکلات، در او/ا ایجاد آمادگی در کودک برای پایان‌بخشی به جلسات منظم هفتگی
۴	ایجاد استقلال در کودک برای حل مسائل و مشکلات احتمالی در آینده	

### شیوه اجرای پژوهش

پژوهش حاضر در شش گام به شرح زیر اجرا شد:

الف) اجرای مصاحبه بالینی؛

ب) اخذ رضایت‌نامه از مادر کودک؛

ج) برگزاری جلسات آموزشی مختص مادر کودک با محوریت اجرای روش مشاهده نامحسوس تیک‌ها در کودک، نحوه برخورد با کودک به هنگام بروز تیک‌ها در او، شیوه اجرای برخی از تکنیک‌های هنردرمانی در منزل و چگونگی ثبت و گزارش تیک‌ها در چک‌لیست رفتاری نشانگان تیک؛

د) اجرای مرحله خط پایه (مشاهده تیک‌های حرکتی کودک در سه بازه زمانی تعیین شده)؛

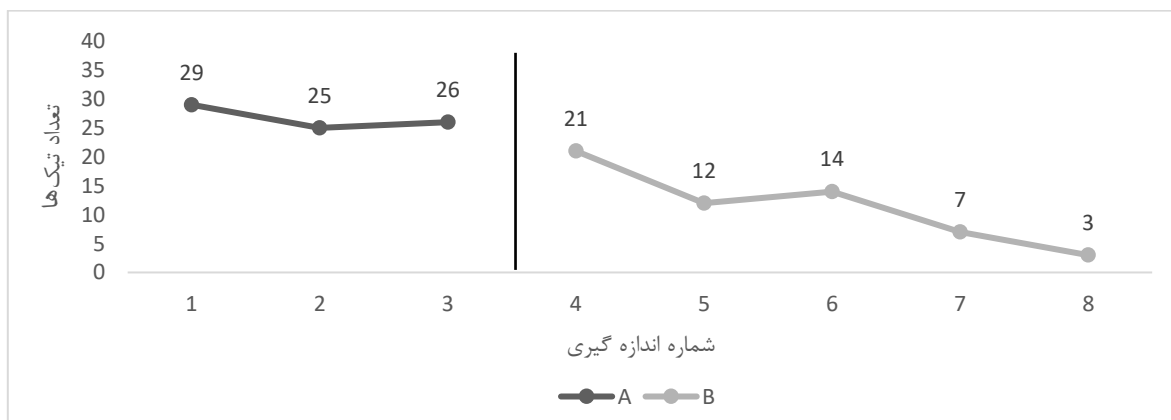
ه) کاربرت مداخله درمانی (روان‌درمانی هنری-نمایشی)؛  
و) اتمام جلسات درمانی منظم و شروع دوره حمایت و پیگیری.

داده‌های پژوهش حاضر، همچون تمام پژوهش‌های تک‌آزمودنی، در قالب نمودارهایی مشخص ارائه می‌شوند. به‌علاوه، جدول ۲، به تحلیل داده‌های نمودارها در دو سطح درون موقعیتی و بین موقعیتی می‌پردازد.

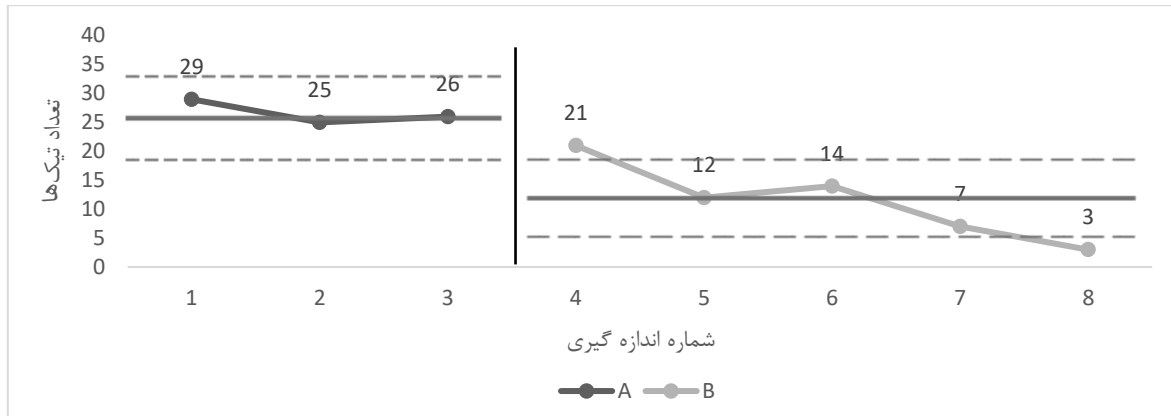
### یافته‌ها

#### یافته‌های کمی

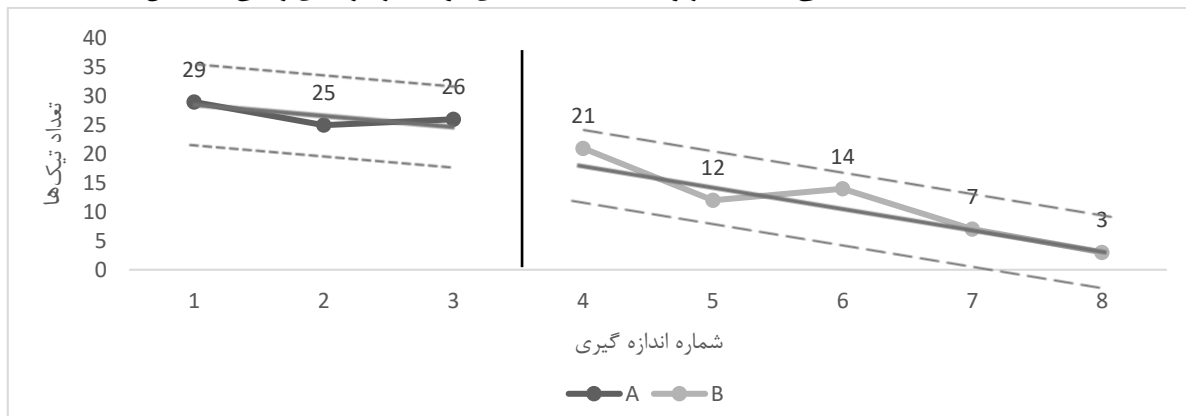
داده‌های آماری در نمودارهای ۱ تا ۳ و جدول ۲ ارائه شده‌اند. جدول ۲ شامل تغییرات بین موقعیتی متغیر (تعداد تیک‌های کودک در بازه زمانی مشخص) از مرحله خط پایه (A) به مرحله مداخله (B)، از جمله تغییر جهت روند، تغییر ثبات، تغییر در سطح (تغییرات نسبی، مطلق، میانه و میانگین)، درصد داده‌های همپوش (PND) و غیرهمپوش (POD) و اندازه اثر (ES)، است.



شکل ۱. داده‌های مربوط به تعداد تیک‌های کودک در بازه‌های زمانی مشخص



شکل ۲. محفظه ثبات سطح (میان‌ه)، مربوط به تعداد تیک‌های کودک در بازه‌های زمانی مشخص



شکل ۳. تخمین خط روند و محفظه ثبات آن، مربوط به تعداد تیک‌های کودک در بازه‌های زمانی مشخص

جدول ۳. تحلیل دیداری-استنباطی تغییرات درون موقعیتی و بین موقعیتی متغیر تعداد تیک‌ها کودک

بین موقعیتی		درون موقعیتی		
B	A	B	A	۱- توالی موقعیت‌ها
				۲- طول موقعیت‌ها
				۳- سطح
مثبت	۲-۲- اثر وابسته به هدف	۱۲	۲۶	۳-۱- میان‌ه
بائبات به متغیر	۳-۲- تغییر ثبات	۴/۱۱	۶۶/۲۶	۳-۲- میانگین
	۳-۳- تغییر در سطح	۲۱-۳	۲۵-۲۹	۳-۳- دامنه تغییرات
۵/۱۶ به ۲۶	۱-۳- تغییر نسبی	متغیر (۶۰٪)	بائبات (۱۰۰٪)	۳-۴- دامنه تغییرات محفظه ثبات (۲۵/۸۰)
۲۱ به ۲۶	۲-۳- تغییر مطلق			۴- تغییر سطح
۱۲ به ۲۶	۳-۳- تغییر میان‌ه	۵/۱۶-۵	۲۹-۲۶	۴-۱- تغییر نسبی
۴/۱۱ به ۶۶/۲۶	۴-۳- تغییر میانگین	۲۱-۳	۲۹-۲۶	۴-۲- تغییر مطلق
	۴- همپوشی داده‌ها			۵- روند
۱۰۰٪	۱-۴- درصد داده‌های غیر همپوش (PND)	کاهش	کاهش	۵-۱- جهت
۰٪	۲-۴- درصد داده‌های همپوش (POD)	بائبات (۱۰۰٪)	بائبات (۱۰۰٪)	۵-۲- ثبات
۳۴/۷	۳-۴- اندازه اثر (ES)	خیر	خیر	۵-۳- جهت‌های متعدد در روند

بر اساس شکل‌های ۱ تا ۳ و جدول ۲، میانگین نمرهٔ کودک در متغیر تعداد تیک‌های حرکتی، از مرحله خط پایه ( $\bar{X}$ ) در مرحله خط پایه ( $\bar{X}$ ) مداخله مرحله به ( $= 11/4 26/66$ )، کاهش یافته است. همچنین روند داده‌ها از باثبات (۱۰۰٪) در مرحله خط پایه به متغیر (۶۰٪) در مرحله مداخله تغییر کرده است. درصد داده‌های غیر همپوش (۱۰۰٪) و درصد داده‌های همپوش (۰٪) نشان می‌دهد که تمام داده‌ها در وضعیت مداخله، خارج از محدوده وضعیت خط پایه هستند. میزان اندازه اثر ( $ES = 7/34$ ) نیز بیانگر نقش مؤثر روان‌درمانی هنری-نمایشی در کاهش تعداد تیک‌های حرکتی کودک است.

### یافته‌های کیفی

مشاهدات منظم درمانگر در پژوهش حاضر طی جلسات درمانی به‌عنوان مکمل ابزار کمی پژوهش (داده‌های حاصل از چک-لیست رفتاری-نشانگانی تیک) تلقی می‌شوند. این مشاهدات کاملاً همسو با داده‌های کمی مورد اشاره مبنی بر سیر کاهش تیک‌های حرکتی کودک و گزارش‌ها یا بازخوردهای مثبت مادر او در این زمینه بودند. بروز تیک‌های حرکتی در کودک قبل از مداخله، آشکارا زیاد بود به‌طوری‌که در بسیاری از اوقات سبب احساس درد بیان‌شده در پیشانی کودک و ایجاد مزاحمت در اجرای تکنیک‌های درمانی می‌شد اما با پیشرفت جلسات درمانی، کم‌کم تعداد این تیک‌ها و فاصلهٔ بین بروز آن‌ها در هر جلسه، به‌وضوح کاهش یافت.

### بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف کاربست و ارزیابی تأثیر روان‌درمانی هنری-نمایشی کوتاه‌مدت به‌هنگام بروز حاد تیک‌های حرکتی در یک کودک پنج ساله انجام شد. نتایج پژوهش حاضر نشان داد که روان‌درمانی هنری-نمایشی در کاهش تعداد تیک‌های حرکتی کودک در بازه‌های زمانی مشخص، تأثیر مثبت و معناداری دارد. این یافته، نقش مؤثر این روش ترکیبی را به‌عنوان یک روش کوتاه‌مدت و سریع‌الاث‌ر در مقابله با تیک‌های حرکتی کودکان تأیید می‌کند. اگرچه هیچ‌کدام از پژوهش‌های قبلی مستقیماً با پژوهش حاضر مرتبط نبوده است، اما می‌توان یافتهٔ اصلی پژوهش یعنی اثربخشی روان-درمانی هنری-نمایشی را همسو با یافته‌های پژوهش‌هایی دانست که مؤید تأثیرگذاری هنردرمانی بر افسردگی (بلومدال و همکاران، ۲۰۱۳؛ بلومدال و همکاران، ۲۰۱۸؛ شلا، ۲۰۱۸؛ گازاک و بک، ۲۰۱۸)، اضطراب (دیونجی و جرمیگنی، ۲۰۱۷؛ سسیل، ۲۰۱۶؛ شلا، ۲۰۱۸؛ فلورس، ۲۰۱۷) و استرس حاد (جت، ۲۰۱۹؛ ویسنولا و همکاران، ۲۰۱۰) و روان‌نمایشگری بر تنیدگی و اضطراب (الهوریش، ۲۰۱۶؛ دوروتی، ۲۰۱۶)، افسردگی (پوررضائیان، ۱۹۹۶؛ پوررضائیان و همکاران، ۱۹۹۷؛ ره‌گوی و همکاران، ۱۳۸۵؛ سویلم و علی، ۲۰۱۷)، اختلالات

رفتاری (گاتا و همکاران، ۲۰۱۰)، فوبیا (پوررضائیان و همکاران، ۱۳۹۳) و مشکلات مهار برانگیختگی در اختلال فزون‌کنشی (سپنتا و همکاران، ۲۰۱۴)، هستند.

همان‌طور که قبلاً نیز بحث شد مداخلات رفتاری (رفتاردرمانی و درمانی شناختی-رفتاری) آن‌قدر در کارآزمایی‌ها و پژوهش‌های مختلف برای درمانی اختلال تیک به‌کاررفته‌اند که به خط اول درمان این اختلال بدل شده‌اند. این امر از جهاتی دارای مزیت‌هایی برای روان‌درمانگران است اما اخیراً شواهد بالینی نشان می‌دهند تمرکز بر تیک‌ها که معمولاً در این نوع مداخلات انجام می‌شود یا صحبت کردن در مورد آن‌ها، سبب بدتر شدن اوضاع و افزایش تعداد و شدت تیک‌ها می‌شود (مارکز و همکاران، ۲۰۰۴؛ مک‌گوایر، ۲۰۱۵؛ وودز و همکاران، ۲۰۰۷). از سوی دیگر، پافشاری بر به‌کارگیری یا داشتن فقط یک نسخه یا روش درمانی برای یک اختلال خاص، دور از منطق است زیرا تمرکز بر تفاوت‌های فردی از یک‌سو و توجه به رویکردها و روش‌های جایگزین یا لااقل مکمل درمان، دو نکتهٔ اساسی در فرایند درمان هستند. افزون بر این، عصر حاضر، عصر سرعت و سهولت است. بر اساس یافته‌های پژوهش حاضر، می‌توان ادعا کرد که روان‌درمانی هنری-نمایشی به‌عنوان رویکردی هنرمحور که سهولت اجرای هنردرمانی را با سرعت تأثیرگذاری روان‌نمایشگری (پوررضائیان، ۱۳۹۸؛ پوررضائیان و همکاران، ۲۰۲۰) یکپارچه ساخته است می‌تواند یکی از روش‌های جایگزین رفتاردرمانی در درمان اختلال تیک مخصوصاً در کودکان باشد. جذابیت رویکردهای هنرمحور برای کودکان نیز عاملی است که می‌تواند تأثیرگذاری روان‌درمانی هنری-نمایشی را افزون کند. این روش با به‌کارگیری تکنیک‌های روان‌نمایشگری تأکید بر مشکل (تیک) را کاملاً حذف نمی‌کند؛ و از سوی دیگر، به‌واسطهٔ هنردرمانی، تمرکز غیرمستقیم بر مشکل را در دستور کار قرار می‌دهد تا از مشکلات ناشی از تمرکز تفریطی بکاهد. اکنون با توجه به این نکات می‌توان گفت که روان‌درمانی هنری-نمایشی یک روش کوتاه‌مدت و مؤثر در درمانی اختلال تیک کودکان است. البته این روش درمانی در مراحل اولیهٔ کاربست در محیط‌های بالینی است پس انجام پژوهش‌های بیشتر با همین موضوع یا موضوعات مشابه، توصیه می‌شود. یکی از محدودیت‌های معمول در پژوهش‌های موردی و تک-آزمودنی از جمله پژوهش حاضر، دشواری در تعمیم‌پذیری یافته‌هاست. از آنجاکه این پژوهش‌ها معمولاً با یک فرد یا گروه کوچکی از افراد انجام می‌شوند، با مشکل اعتبار بیرونی یا همان محدودیت در تعمیم‌پذیری مواجه هستند و تنها راه‌حل این مسئله، تکرار این پژوهش‌ها در موقعیت‌های مشابه است؛

Corey, G. (2015). *Theory and practice of counseling and psychotherapy*: Nelson Education.

Diagnostic and statistical manual of mental disorders- fifth edition. (2013). *American Psychiatric Association*.

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.

Dorothea, G. (2016). Effectiveness of psychodrama group therapy on pupils with mathematics anxiety. *Zeitschrift für Psychodrama und Soziometrie*, 15, 197-215.

Edwards, J. (2016). *The Oxford handbook of music therapy*: Oxford University Press.

Enelow, S. (2015). *Method Acting and Its Discontents: On American Psycho-Drama*: Northwestern University Press.

Flores, G. (2017). *Therapeutic Benefits of Art Therapy with Adults who have Traumatic Brain Injury with Depression and/or Anxiety*. Undergraduate Honors College.

Gatta, M., Andrea, S., Paolo, T. C., Giovanni, C., Rosaria, S., Carolina, B., & PierAntonio, B. (2010). Analytical psychodrama with adolescents suffering from psycho-behavioral disorder: Short-term effects on psychiatric symptoms. *The Arts in Psychotherapy*, 37(3), 240-247.

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.

Hogan, S. (2015). *Art therapy theories: A critical introduction*: Routledge.

Jette, A. (2019). *The Effect of Art Therapy and Modified Dialectical Behavior Therapy on Emotional Regulation and Stress*. Hofstra University.

Junge, M. B. (2016). History of art therapy. *The Wiley Handbook of Art Therapy*, 7-16.

Malchiodi, C. A. (2007). *Art therapy sourcebook*. McGraw Hill Professional.

Marcks, B. A., Woods, D. W., Teng, E. J., & Twohig, M. P. (2004). What do those who know, know? Investigating providers' knowledge about Tourette's syndrome and its treatment. *Cognitive and Behavioral Practice*, 11(3), 298-305.

McGuire, J. F., Ricketts, E. J., Piacentini, J., Murphy, T. K., Storch, E. A., & Lewin, A. B. (2015). Behavior therapy for tic disorders: an evidenced-based review and new directions for treatment research. *Current developmental disorders reports*, 2(4), 309-317.

بنابراین پیشنهاد معطوف به این محدودیت، تکرار کاربست این روش درمانی در شرایط نسبتاً مشابه خواهد بود.

محدودیت دوم که به بیانی دقیق‌تر دشواری پژوهش به حساب می‌آید، عدم امکان کنترل برخی شرایط در بافت زندگی کودک بود که به صورت بالقوه احتمال عود مشکل را افزایش می‌دادند.

به همین دلیل فرصت شرکت در جلسات مشاوره حضوری یا تلفنی به صورت دوره‌ای و منظم و با هدف پیگیری نتایج درمانی، برای مادر کودک فراهم شد؛ بنابراین پیشنهاد دوم پژوهش حاضر، در نظر گرفتن شرایط زندگی کودکان با تأکید بر عوامل مزاحم؛ و انجام پیگیری‌های منظم در مداخله‌های بالینی و پژوهش‌های مشابه موردپژوهی حاضر است.

### منابع

پوررضائیان، م. (۱۳۹۱). نویسنش در نمایش. تهران: کتاب نیستان.

پوررضائیان، ه.، بشارت، م. ع.، کوچک‌زاده، ل.، و فراهانی، ح. (۱۳۹۸). طراحی و آزمون بالینی هنردرمانی و روان‌نمایشگری خانواده‌محور در درمان روان‌شناختی و سازگاری کودکان مبتلا به سرطان. (رساله دکتری در روان‌شناسی سلامت)، دانشگاه تهران.

پوررضائیان، ه.، سهرابی، ف.، و پوررضائیان، م. (۱۳۹۳). تأثیر سایکودراما در درمان پرنده‌هراسی (پژوهش مورد منفرد). *روانشناسی بالینی و شخصیت*، ۲(۱۰)، ۱-۱۶.

ره‌گوی، ا.، ابراهیمی بلبل، ف.، خانکه، ح. ر.، رهگذر، م.، و رضایی، ا. (۱۳۸۵). تأثیر نمایش روانی (سایکودراما) بر افسردگی زنان بستری مبتلا به اختلال روانی با سیر طولانی. *تحقیقات علوم رفتاری*، ۴(۱ و ۲)، ۷۱-۷۶.

Aichinger, A., & Holl, W. (2017). *Group Therapy with Children: Psychodrama with Children*: Springer.

Al-Howaish, F. K. (2016). Effectiveness of a Therapeutic Program Based on Psychodrama in Reducing the Level of Anxiety and Depression for Children with Cancer. *Journal of Educational & Psychological Sciences*, 17(01), 565-599.

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.

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.



- Rosal, M. L. (2016). Cognitive-behavioral art therapy revisited. *D. Gussak & M. Riley, The Wiley Handbook of Art Therapy*, 68-76.
- Rosal, M. L. (2018). *Cognitive-Behavioral Art Therapy: From Behaviorism to the Third Wave*: Taylor & Francis.
- Rubin, J. A. (2016). Psychoanalytic art therapy. *DE Gussak & ML Rosal, The Wiley Handbook of Art Therapy*, 26-36.
- Sepanta, M., safarib, S., Fatemi, A., & Maanavi, T. (2014). The role of psychodrama in controlling impulse and compatibility of the deaf girl with ADHD. *Reef resources assessment and management technical paper*, 40(1), 398-406.
- 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.
- Souilm, N. M., & Ali, S. (2017). Effect of Psychodrama on the Severity of Symptoms in Depressed Patients. *American Journal of Nursing Research*, 5(5), 158-164.
- Sunderland, M. (2017). *Using story telling as a therapeutic tool with children*: Routledge.
- Swan-Foster, N. (2018). *Jungian Art Therapy: Images, Dreams, and Analytical Psychology*: Routledge.
- Woods, D. W., Conelea, C. A., & Walther, M. R. (2007). Barriers to dissemination: Exploring the criticisms of behavior therapy for tics. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 14(3), 279-282.
- Moon, B. L. (2016). *Introduction to art therapy: Faith in the product*: Charles C Thomas Publisher.
- Moreno, J. D. (2014). *Impromptu man: JL Moreno and the origins of psychodrama, encounter culture, and the social network*: Bellevue Literary Press New York, NY.
- Moreno, Z. T. (1966). *Psychodramatic Rules, Techniques and Adjunctive Methods*: Beacon House.
- Moreno, Z. T., Blomkvist, L. D., & Rutzel, T. (2013). *Psychodrama, surplus reality and the art of healing*: Routledge.
- Murphy, T. K., Lewin, A. B., Storch, E. A., & Stock, S. (2013). Practice parameter for the assessment and treatment of children and adolescents with tic disorders. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 52(12), 1341-1359.
- 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 hospitalized children with cancer (a case study). *International Journal of Psychiatry in Clinical Practice*, 24(2), 183-192.
- Purrezaian, M. (1996). *Effectiveness of psychodrama in the treatment of depression: an empirical study*. The University of Delhi,
- Purrezaian, M., Sen, A. K., & Sen Mazumdar, D. P. (1997). The usefulness of psychodrama in the treatment of depressed patients. *Indian Journal of Clinical Psychology*, 24, 82-88.

---

## Applying psycho-art-drama as a new method to treatment of the acute motor tics: A Case Report

Hoda Purrezaian\*  
Mehdi Purrezaian\*\*

---

### Abstract

The present study was conducted to evaluation the brief psycho-art-drama's effectiveness on the acute motor tics with sudden onset in a five-year-old child. The present research was a single-subject study (A-B) that is categorized in the experimental research. The mentioned therapeutic method was applied in the eight sessions (four sessions for the child and four sessions for the mother). Ending criterion of the therapeutic sessions was the significant reduction of motor tics based on the research tools. The tools were behavioral-symptomatic checklist of tic (Purrezaian, 1398), observation and following the symptoms at the sessions, and clinical interview with the mother. The quantitative research data were analyzed by specific table and graphs of the single subject studies. In addition, the effect size was also reported ( $ES = 7/34$ ). Results: The findings showed that psycho-art-drama has reduced the child's motor tics ( $P (0/05)$  significantly). Conclusion: According to the findings, it can be concluded that psycho-art-drama is an effective method to treatment of the child's tic disorder. Therefore, it is recommended to apply this brief method in acute stages of motor tics' onset in children (of course, if the results are repeated in future research and observance of the generalizability principle).

**Keywords:** Psycho-Art-Drama, Art Therapy, Psychodrama, Motor Tics.

---

\* Ph.D. in Health Psychology, Faculty of Psychology and Education, University of Tehran, Tehran , Iran.

\*\*Corresponding Author: Ph.D. in Clinical Psychology, Assistant Professor, Faculty of Art, Shahed University, Tehran , Iran. Email: purrezaian@shahed.ac.ir