

تأثیر هنردرمانی خانواده‌محور بر حساسیت اضطرابی، نگرش‌های ناکارآمد و سازگاری دانش‌آموزان دارای اختلال اضطراب فراگیر

الهام دانشمندی*
فائزه جهان**

چکیده

هدف از پژوهش حاضر، تعیین میزان تأثیر هنردرمانی خانواده‌محور بر حساسیت اضطرابی، نگرش‌های ناکارآمد و سازگاری دانش‌آموزان مبتلا اختلال اضطراب فراگیر بود. در این مطالعه از طرح نیمه‌آزمایشی پیش‌آزمون - پس‌آزمون همراه با گروه کنترل، استفاده شد. جامعه آماری این پژوهش را کلیه دانش‌آموزان مبتلا به اختلال اضطراب فراگیری که در سال ۱۳۹۹ به مراکز تخصصی مشاوره روان‌شناختی تحت نظارت سازمان بهزیستی شهر سمنان مراجعه کردند، تشکیل دادند که براساس گزارش مراکز این تعداد برابر با ۱۸۱ دانش‌آموز بود. از میان آن‌ها به روش نمونه‌گیری هدفمند ۳۰ نفر که ویژگی‌های لازم براساس آزمون اختلال اضطراب فراگیر و مصاحبه بالینی را داشتند، فهرست شدند و سپس بصورت تصادفی در دو گروه آزمایش و گواه (هر گروه ۱۵ نفر) قرار گرفتند. ابزار پژوهش شامل پرسشنامه تجدیدنظر شده حساسیت اضطرابی (ASI-R)، مقیاس نگرش‌های ناکارآمد (IAS) و پرسشنامه راهبردهای سازگاری کودکان بل بود. تجزیه و تحلیل داده‌ها توسط نرم‌افزار SPSS-۲۳ با استفاده از تحلیل کوواریانس صورت گرفت. نتایج نشان داد که هنردرمانی خانواده‌محور بر حساسیت اضطرابی ($P=0/039$)، نگرش‌های ناکارآمد ($P<0/001$) و سازگاری ($P<0/001$) دانش‌آموزان دارای اختلال اضطراب فراگیر تأثیر معنادار دارد. آموزش هنردرمانی خانواده‌محور بر حساسیت اضطرابی، نگرش‌های ناکارآمد و سازگاری دانش‌آموزان دارای اختلال اضطراب فراگیر اثر معناداری داشت، با توجه به اینکه تقویت این مهارت‌های منجر به بهبود عملکرد روانی این نوجوانان می‌شود، بهره‌گیری از هنردرمانی خانواده‌محور به‌عنوان یک روش کارآمد اهمیت ویژه‌ای دارد.

واژه‌های کلیدی:

اختلال اضطراب فراگیر، حساسیت اضطرابی، سازگاری، نگرش‌های ناکارآمد، هنردرمانی خانواده‌محور

* کارشناسی ارشد، روانشناسی، واحد سمنان، دانشگاه آزاد اسلامی، سمنان، ایران.
** نویسنده مسئول: استادیار گروه روانشناسی، واحد سمنان، دانشگاه آزاد اسلامی، سمنان، ایران.
Email: Faezejahan994@gmail.com

مقدمه

اختلال اضطراب فراگیر^۱ اختلالی با مشخصه‌ی اصلی نگرانی درباره‌ی وقایعی که الزاماً منفی و نگران‌کننده نیستند، و منجر به احساس تنش، برانگیختگی و گوش به زنگی در فرد مبتلا می‌شود، تعریف شده است (گودوین، یند و هیرش^۲، ۲۰۱۷). این در حالی است که طی دوره‌ی نوجوانی به دلیل تغییرات گسترده زیستی، فردی، اجتماعی و البته وجود برخی تعارضات اجتماعی و خانوادگی و حتی گروه‌های همسالی، سطوح بالاتری از اضطراب رخ خواهد داد (ولف، بازرگانی، کیلفورد، دومنتیل و بلکمور^۳، ۲۰۱۵).

افراد دارای اختلال اضطراب فراگیر با بافت فکری و نگرشی ویژه‌ای با عنوان نگرش‌های ناکارآمد تعریف می‌شوند. این افراد دارای معیارهای انعطاف‌ناپذیر، افراطی و مقاوم در برابر تغییر و کمال‌گرایانه هستند که از آن برای قضاوت درباره خود و دیگران استفاده می‌کنند (هبرت و داگاس^۴، ۲۰۱۹؛ جیا^۵ و همکاران، ۲۰۲۰). نوجوانان طی این دوره دارای دو افسانه شخصی و افکار آسیب‌ناپذیری بوده و همین امر منجر به ایجاد افکار ناکارآمد می‌شود، بنابراین میزان حساسیت و آسیب‌پذیری نسبت به آسیب‌های رفتاری، روانی و اجتماعی بیشتری را گزارش می‌کنند (ژو، آرنه، موفسون، گالیکس-استوسل^۶، ۲۰۲۱). حساسیت اضطرابی، عاملی شناختی مبتنی بر تفاوت‌های فردی است که بر اساس نظر بارتیک و ترونر^۷ (۲۰۱۸) در آن فرد از نشانه‌های بدنی که با انگیختگی اضطرابی مانند نشانه‌های ضربان قلب، تنگی نفس و سرگیجه مرتبط است، می‌ترسد و از این باور گرفته می‌شود که این نشانه‌ها به پیامدهای بالقوه آسیب‌زای اجتماعی، شناختی و بدنی منجر می‌گردد (مشهدی‌پور، قاسم‌پور، اکبری، ایل‌بیگی و حسن‌زاده، ۱۳۹۲) و سازگاری را نیز تحت تأثیر قرار می‌دهد (جعفر^۸ و همکاران، ۲۰۱۴).

سازگاری انطباق متوالی با تغییرات و ایجاد ارتباط بین فرد و محیط به نحوی که حداکثر خویش‌ساز را همراه با رفاه اجتماعی ضمن رعایت حقایق خارجی امکان‌پذیر سازد و به معنی شناخت این حقیقت است که هر فرد باید اهداف خود را با توجه به چارچوب‌های اجتماعی و فرهنگی تعقیب نماید (آسیاچی، صنعت‌کاران و بهاری، ۱۳۹۶)، اما کیم^۹ (۲۰۲۰) اذعان داشت که نوجوان دارای اختلال اضطراب به دلیل افزایش سطح حساسیت و رشد باورهای ناکارآمدی که

در نتیجه ضعف مهارت‌های مقابله و البته ضعف آگاهی رخ می‌دهد، ناسازگاری‌های بیشتری نیز، بروز می‌دهند. این امر موجب کاهش عملکرد کلی افراد شده و در صورت عدم توجه و درمان، تبعات ثانویه بسیار زیادی را نیز در پی خواهد داشت (آسموندسون^{۱۰} و همکاران، ۲۰۲۰).

با توجه به بیانات فوق رویکردهای درمانی فردی به سمت درمان‌های خانوادگی رفته و خانواده‌محور بودن روان‌درمانی، می‌تواند بر تأثیرات درمان‌های اختصاصی افزوده و از شدت مشکلات جاری در فرد و خانواده‌اش بکاهد (افضلی، قاسم‌زاده و هاشم‌بخشی، ۱۳۹۵). هنردرمانی خانواده‌محور رویکردی حمایتی و مبتنی بر نظریه سیستمی خانواده است و شماری از تشابهات قابل توجه را در بستر رشد و شکوفایی خویش دارا می‌باشد (ملیچودی و کرنشاو^{۱۱}، ۲۰۱۷). پوررضائیان، بشارت، کوچک‌زاده و فراهانی (۱۳۹۸)؛ وان‌لیت^{۱۲} (۲۰۱۵) و کیم (۲۰۲۰) نشان دادند که هنردرمانی منجر به افزایش سطح سازگاری می‌شود. محمدی‌نسب، سیدموسوی و بهزادپور (۱۳۹۸)؛ مردانی، شفیق‌آبادی و جعفری (۱۳۹۹)؛ آیینگ، اسنوویل، بارس، برون و اسواب^{۱۳} (۲۰۱۸)؛ آیینگ، پونستین، وانپهورن، سونویل، اسواب^{۱۴} (۲۰۱۸)؛ تانگ، گائو، شین و بای^{۱۵} (۲۰۱۹) و بوسمان^{۱۶} و همکاران (۲۰۲۰) نیز در پژوهش‌های خود به نقش هنردرمانی در کاهش سطح اضطراب و افسردگی تأکید داشتند. در نهایت، فلاح‌زاده، هادیان‌فرد و تقوی (۲۰۱۷) مطرح نمود، هنردرمانی با تنظیم هیجانات فرد، میزان حساسیت درون‌فردی را کاهش می‌دهد. یافته‌های فوق نشان می‌دهند که هنردرمانی با وجود پیشینه‌ی قوی و مؤثری که برای درمان انواع مشکلات رفتاری، خلقی، عاطفی و روحی دارد؛ اما یافته‌های مبتنی بر ترکیب هنر با نقش خانواده و تأکید بر گروه نوجوانان و جوانان، مورد غفلت واقع شده است. بنابراین، خلاء پژوهشی حاضر در دو بعد تأکید بر نقش خانواده و تأکید بر گروه نوجوانان مدنظر بوده است. از این‌رو، هدف از پژوهش حاضر تأثیر هنردرمانی خانواده‌محور بر حساسیت اضطرابی، نگرش‌های ناکارآمد و سازگاری دانش‌آموزان دارای اختلال اضطراب فراگیر بوده است.

روش

روش پژوهش از نوع نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون - پس‌آزمون با گروه گواه بود. جامعه‌ی آماری پژوهش شامل

9. Kim
10. Asmundson, Paluszek, Landry, Rachor, McKay & Taylor
11. Malchiodi & Crenshaw
12. Van Lith
13. Abbing, Ponstein, van Hooren, de Sonnevill, Swaab & Baars
14. Abbing, de Sonnevill, Baars, Bourne & Swaab
15. Tang, Fu, Gao, Shen, Chi & Bai
16. Bosman

1. Generalized Anxiety Disorder
2. Goodwin, Yiend & Hirsch
3. Wolf, Bazargani, Kilford, Dumontheil & Blakemore
4. Hebert & Dugas
5. Jia
6. Zhou, Arend, Mufson & Gunlicks-Stoessel
7. Bartik & Toruner
8. Jafar

دامنه سنی ۱۲ تا ۱۶ سال، کسب نمره بالاتر از ۱۰ در پرسشنامه اختلال اضطراب فراگیر، رضایت آگاهانه و نداشتن اختلال روان‌شناختی و جسمی دیگر (با توجه به خوداظهاری و پرونده مشاوره دانش‌آموز) بود. همچنین، ملاک‌های خروج از پژوهش نیز غیبت بیش از دو جلسه، انجام ندادن تکالیف خانگی و بروز حادثه ناخواسته که امکان حضور فرد در جلسات درمان را مختل می‌کند، در نظر گرفته شد. جهت رعایت اخلاق در پژوهش، رضایت دانش‌آموزان و والدین آن‌ها برای شرکت در برنامه مداخله، به طوری که از کلیه‌ی مراحل مداخله آگاه شدند. همچنین، به افراد گروه گواه اطمینان داده شد که آنان نیز پس از اتمام فرایند پژوهشی این مداخلات را دریافت خواهند نمود.

دانش‌آموزان ۱۲ تا ۱۶ ساله‌ی اختلال اضطراب فراگیر شهر سمنان بود؛ که براساس گزارش مراکز این تعداد برابر با ۱۸۱ دانش‌آموز بود. با استفاده از روش نمونه‌گیری غیرتصادفی هدفمند انتخاب شدند. بدین صورت که با حضور در کلینیک‌های روان‌شناختی، پرسشنامه اضطراب فراگیر بین افراد دارای تشخیص اولیه اضطراب اجرا و پس از تکمیل ۱۸۱ پرسشنامه، محاسبه خط برش و مصاحبه بالینی براساس پنجمین ویرایش راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی، صورت گرفت و تعداد ۳۴ دانش‌آموز انتخاب شدند. در نهایت، با قرارگیری در فرمول ذیل تعداد ۳۰ نفر به‌عنوان نمونه نهایی انتخاب و در دو گروه آزمایش و گواه قرار گرفتند (۳۰ دانش‌آموز- والد).

$$n_0 = \frac{(z_1 - \frac{\alpha}{2})^2 pq}{d^2} = 384$$

$$n = \frac{n_0}{1 + \frac{n_0}{N}} = n = \frac{384}{1 + \frac{384}{34}} = 31.22$$

۲. پرسشنامه سازگاری بل^۳ (BAI): این پرسشنامه در سال ۱۹۶۱ جهت سنجش سازگاری در ۱۲۸ گویه (سازگاری در خانه، سازگاری تندرستی، سازگاری اجتماعی، سازگاری عاطفی) و برای هر بعد ۳۲ سوال در یک طیف ۳ درجه‌ای (بله، خیر و نمی‌دانم) از صفر (خیر) تا یک (بله) طراحی شد. در این پرسشنامه، تنها پاسخ بلی یا خیر، امتیاز دریافت می‌کنند، بدین ترتیب نمره حداقل و حداکثر فرد در هر خرده‌مقیاس صفر تا ۳۲ می‌باشد. این پرسشنامه با ضریب اعتبار ۰/۹۷ در ایران در سال ۱۳۷۵ توسط دلاور هنجاریایی و ضرایب روایی و پایایی‌اش تأیید شده است. سازنده پرسشنامه، ضرایب اعتبار برای خرده‌مقیاس‌های سازگاری در خانه، سازگاری تندرستی، سازگاری اجتماعی، سازگاری عاطفی، سازگاری شغلی و برای کل آزمون را به ترتیب ۰/۹۱، ۰/۸۱، ۰/۸۸، ۰/۹۱، ۰/۸۵ و ۰/۹۴ گزارش کرد (نیکنام، غباری‌بناب و حسن‌زاده، ۱۳۹۶).

۳. مقیاس نگرش ناکارآمد^۴ (IAS): مقیاس نگرش ناکارآمد توسط وایزمن و بک در سال ۱۹۷۸ با ۲۶ سؤال و چهار زیرمقیاس کمال‌طلبی (۱۳ گویه)، نیاز به تأیید دیگران (۴ گویه)، نیاز به راضی کردن دیگران (۵ گویه) و آسیب‌پذیری (۴ گویه) ساخته شد (ابراهیمی و موسوی، ۱۳۹۲). این پرسشنامه دارای طیف پاسخگویی لیکرت از کاملاً موافقم (نمره ۷) تا کاملاً مخالفم (نمره ۱) است. دامنه نمرات این پرسشنامه بین ۲۶ تا ۱۸۲ می‌باشد. بک، براون و ویزمن

ابزار سنجش

۱. پرسشنامه تجدیدنظر شده حساسیت اضطرابی^۱ (ASI-R): این پرسشنامه در سال ۱۹۸۵ توسط رایس و پترسون^۲ با ۱۶ ماده و سه خرده‌مقیاس ترس از نگرانی‌های بدنی (۸ گویه)، ترس از نداشتن کنترل شناختی (۴ گویه) و ترس از مشاهده شدن اضطراب توسط دیگران (۴ گویه) با طیف لیکرت پنج درجه‌ای (خیلی کم=۰ تا خیلی زیاد=۴) ساخته شد. دامنه‌ی نمرات بین ۰ تا ۶۴ است و کسب نمره بالاتر به معنای حساسیت اضطرابی بیشتر است. تیلور و کوکس (۱۹۹۸) ضریب همسانی درونی پرسشنامه را براساس آلفای کرونباخ ۰/۹۱ و ضریب همبستگی بین شاخص تجدیدنظرشده حساسیت اضطرابی و شاخص حساسیت اضطرابی اولیه را ۰/۹۴ گزارش کردند. میزان همبستگی عوامل با یکدیگر در گستره بین ۰/۲۸ تا ۰/۴۰ و با عامل کلی در گستره بین ۰/۶۶ تا ۰/۷۷ گزارش شد (به نقل از هال، گلداستین، آبرامویتز، کالاماری و کاسون، ۲۰۰۴). در مطالعه عباس‌زاده، دهقانی و گلستانه (۱۳۹۸)، روایی همسانی درونی و ضریب پایایی آلفای کرونباخ پرسشنامه مذکور ۰/۸۱ گزارش شد. همچنین، در پژوهش حاضر نیز روایی همسانی درونی و ضریب پایایی آلفای کرونباخ پرسشنامه حساسیت اضطرابی به ترتیب ۰/۸۶ و ۰/۸۱ حاصل شد.

3. Bell Adjustment Inventory

4. Inefficient Attitude Scale

1. Anxiety sensitivity Inventory- revised

2. Rais & Peterson

والد در همه جلسات الزامی بود و تکالیف خانگی متمرکز بر فعالیت هر دو درمانجو - والد بوده است. درمانگران با توجه به سن کودکان زبان ویژه اتخاذ و در این بین والد نیز در همراهی درمانی، رویکردهای ارتباطی متفاوتی را اخذ کردند. به عنوان مثال برای درمانجویان ۱۵ و ۱۶ ساله از مکعب برای سه بعدی سازی و بعضاً خمیربازی استفاده می شد و یا ترکیب گروهی برای درمانجویان ۱۵ و ۱۶ سال با هم؛ گروه درمانجویان زیر ۱۵ سال نیز با هم؛ برای درمانجویان زیر ۱۴ سال از خمیربازی استفاده شد (تمامی موارد فوق تحت نظر استاد راهنما و متخصص مربوطه صورت گرفت).

گروه آزمایش مداخلات ۸ جلسه ای مربوط به هنردرمانی خانواده محور پوررضائیان را طی یک ماه بصورت سه جلسه در هفته در محل کلینیک دکتر جهان دریافت نمودند. جلسات درمانی توسط پژوهشگر و البته یک متخصص حوزه هنردرمانی خانواده مدار با نظارت استاد راهنما برای دانش آموز - والد بصورت مشترک برای (دو دانش آموز و دو والد) متناسب با رعایت پروتکل های بهداشتی اجرا گردید.

(۱۹۹۱) اعتبار و پایایی آن را برآورد کردند. این مقیاس در مدت بیش از شش هفته دارای ضریب پایایی بالا (۰/۹۰) بود و دارای ثبات درونی خود و ضریب آلفای ۰/۷۵ است. در پژوهش ابراهیمی و موسوی (۱۳۹۲) نیز ویژگی های روان سنجی این پرسشنامه مورد بررسی و ضریب آلفای کرونباخ آن برابر ۰/۹۲ و ضریب همبستگی با فرم اصلی و روایی پیش بینی آن از طریق همبستگی با نمرات پرسشنامه سلامت روان ۰/۵۶ بدست آمد و اعتبار این پرسشنامه در پژوهش دهناشی لاطان و ستاری (۱۳۹۹) بوسیله ی ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۵ و در پژوهش حاضر برابر با ۰/۸۷ بدست آمد.

برنامه هنردرمانی خانواده محور: این طرح درمانی در سال ۱۳۹۸ توسط پوررضائیان تدوین شد. این برنامه درمانی در هشت جلسه ۳۰ تا ۶۰ دقیقه ای بصورت فشرده به اضافه یک جلسه مقدماتی آموزشی (ویژه والدین)، اجرا می شود. لازم به ذکر است که والدین در این بخش نقش کمک درمانگر داشتند، که با ارائه گزارشی کامل از شرایط و روحیات کودک در نحوه برخورد درمان به درمانگران کمک می کردند. حضور

جدول ۱. خلاصه طرح هنردرمانی خانواده محور

جلسه	هدف	محتوا	تکلیف
مقدماتی	جلسه معارفه و ارائه کلیات جلسات درمانی	انتخاب افراد شرکت کننده در پژوهش براساس ملاک های ورود و خروج؛ برگزاری کارگاه آموزشی مقدماتی برای همراه درمانجو (مادر) در مورد شیوه کار هنردرمانی و تأثیرات آن	_____
۱	کاهش اضطراب اولیه درمانجو و مادر تأکید بر ویژگی های مثبت درمانجو	پخش یک موسیقی شاد استفاده از تکنیک خطخطی کردن همراه با یافتن اشکال و تصاویر معنادار نقاشی با موضوع «من و تمام خوبی هایم» داستان سازی براساس تصاویر پیدا شده در خطخطی ها	از درمانجو - والد خواسته شد که در منزل به پردازش داستان های دیگر با مضمون من و خوبی هایم پرداخته و با ترسیم خطوط حین داستان گویی، تصاویر معنادار را رنگ آمیزی و برای جلسه بعدی آماده کنند.
۲	آشنایی با اختلال اضطراب فراگیر	نقاشی و ساخت کولاژ خلاقانه در سه سطح مقوایی با سه موضوع: ذهن خلاق من، فکرهای اشتباه خود را گم کرده اند، اشتباهی به ذهن من خطور کرده است و رفتارهای اشتباه. سه بعدی کردن نقاشی ها با استفاده از خمیربازی و یا مکعب های قابل تفکیک داستان گویی بر مبنای آثار هنری خلاقانه دانش آموزان	در این بخش از درمانجو - والد خواسته شد یک جدول که شامل فکرهای اشتباه، دلیل، شدت و فراوانی است طراحی کرده و برای جلسه بعدی به همراه بیاورند.
۳	تصویرسازی ذهنی با عوامل آرامبخش	استفاده از تکنیک تن آرامی	از درمانجو - والد خواسته شد که در منزل بصورت منظم تکنیک تن آرامی را در سه نوبت بعد از بیدار شدن از خواب، نوبت عصر و نوبت قبل از خواب انجام دهند و بازخوردهای احساسی قبل و بعد از تن آرامی را به همراه تصاویر و تجسمات ذهنی قبل و بعد از تن آرامی را یادداشت کنند.
۴	مقابله نمادین با عوامل ایجادکننده افکار منفی	نقاشی و عروسک گردانی با موضوع مقابله با فکرهای اشتباه با عوامل ایجاد این افکار به کمک نقاشی، حرف زدن و تمرین تن آرامی	در این بخش از درمانجو - والد خواسته می شود، با تهیه یک جدول افکار منفی، شدت و البته احساسات ناشی از آن را ثبت و نوع خودگویی هایی

را که آموزش دیده‌اند را بکار بگیرند و در نهایت بازخورد کلی را ارائه دهند.			
در این بخش از درمانجو - والد خواسته می‌شود که اهداف درازمدت و البته مثبت و ایده‌آل خود را یادداشت و با ابزاری که در منزل دارند، شکلی از این هدف را ارائه دهند.	استفاده از تکنیک رسم ماندالا	ایجاد امید به رفع ترس و اضطراب	۵
در این بخش از درمانجو - والد خواسته شد که پس از هر بار تجربه استرس و اضطراب، از نقاشی استفاده کنند. در این بخش باید علت احتمالی که به نظرشان می‌رسد، هیجانات منفی قبل از نقاشی و هیجانات مثبت و احیاناً منفی قبل از ترسیم، گزارش شود.	نقاشی با موضوع آرامش در خانه، همراه با بیان افکار و هیجانات مثبت و منفی	رفع ترس و اضطراب درمانجو در خانه	۶
در این بخش از درمانجو - والد خواسته می‌شود زمانی که به تماشای تلویزیون مشغول هستند، نوع هیجانات تجربه شده توسط بازیگران را گزارش و نتایج را با یکدیگر مقایسه کنند (با ذکر دلیل).	ساخت یک روزنامه دیواری با موضوع انواع احساسات (هیجانات)، داستان‌سازی با موضوع تفاوت‌های بین حمایت و کمک.	آموزش شناسایی احساسات مختلف به درمانجو و روش‌های بیان آن‌ها آموزش تفاوت‌های بین «حمایت» و «کمک» به درمانجو و مادرش	۷
در این بخش از درمانجو - والد خواسته شد که در منزل با هم نقاشی بکشند و به صورت نوبتی هر کدام موضوعی ارائه دهند.	رسم نقاشی توسط مادر و درمانگر با موضوع تعیین‌شده توسط درمانجو نقاشی و خمیربازی دانش‌آموز با موضوع «اگر یک پرنده بودم...»	ایجاد استقلال در درمانجویان برای حل مسائل آتی یا استفاده از شیوه‌های هنری	۸

یافته‌ها

در این پژوهش ۵۰/۷ درصد از شرکت‌کنندگان در دامنه سنی ۱۲ تا ۱۴ سال و ۵۹/۳ درصد ۱۵ تا ۱۶ سال بودند. شاخص‌های توصیفی متغیرهای پژوهش در جدول ۲، ارائه شد.

در این پژوهش برای تجزیه و تحلیل داده‌های از آمار توصیفی (میانگین و انحراف استاندارد) و استنباطی (تحلیل کواریانس چندمتغیره) با استفاده از نرم‌افزار آماری SPSS-۲۳ استفاده شد.

جدول ۲. توصیف آماری نمرات حساسیت اضطرابی، نگرش‌های ناکارآمد و سازگاری

متغیر	ابعاد	گروه	پیش‌آزمون		پس‌آزمون	
			SD	M	SD	M
ترس از مشاهده اضطراب توسط دیگران		آزمایش	۱۲/۳۳	۱۰/۴۰	۱/۲۹	۱۰/۴۰
		گواه	۱۰/۴۰	۱/۵۹	۱/۲۴	۱۰/۴۶
ترس از نگرانی بدنی		آزمایش	۱۶/۰۶	۱/۲۲	۱۳/۴۰	۱/۷۶
		گواه	۱۵/۸۰	۱/۳۷	۱/۹۴	۱۶/۰۶
ترس از نداشتن کنترل شناختی		آزمایش	۱۲/۶۰	۱/۵۴	۱۰/۴۰	۱/۳۵
		گواه	۱۳/۲۰	۱/۴۹	۲/۰۵	۱۳/۰۶
حساسیت اضطرابی		آزمایش	۴۱	۳/۵۶	۳۴/۲۰	۲/۵۱
		گواه	۳۹/۴۰	۲/۲۶	۳۶/۶۰	۲/۴۱
کمال‌طلبی		آزمایش	۵۱/۳۳	۳/۳۳	۴۴/۹۳	۴/۳۹
		گواه	۴۹/۷۳	۴/۸۳	۵۲/۰۶	۳/۶۳
نیاز به تأیید دیگران		آزمایش	۱۸/۲۶	۲/۴۳	۱۲/۶۶	۱/۸۳
		گواه	۱۷/۹۳	۲/۴۶	۱۹	۲/۳۹
نیاز به راضی کردن دیگران		آزمایش	۱۵/۵۳	۲/۲۶	۱۴/۲۶	۱/۲۲
		گواه	۱۸/۰۶	۲/۴۶	۱۸/۸۰	۲/۴۵
آسیب‌پذیری		آزمایش	۱۶/۴۶	۱/۸۰	۱۳/۰۶	۱/۰۹
		گواه	۱۷/۱۳	۱/۵۹	۱۷/۰۶	۱/۷۰

۶/۰۷	۸۹/۹۳	۶/۱۵	۱۰۴/۶۰	آزمایش	نگرش‌های ناکارآمد
۶/۷۵	۱۰۶/۹۳	۶/۲۰	۱۰۲/۸۶	گواه	
۱/۳۸	۱۳/۷۳	۱/۶۴	۱۷	آزمایش	سازگاری در خانه
۱/۵۶	۱۶/۸۰	۱/۵۲	۱۶/۲۰	گواه	
۱/۰۶	۸/۱۳	۱/۷۵	۱۲/۹۳	آزمایش	سازگاری تندرستی
۱/۲۷	۸/۹۳	۱/۸۰	۸/۸۶	گواه	
۰/۷۹	۱۴/۲۶	۰/۹۹	۲۰/۵۳	آزمایش	سازگاری اجتماعی
۱/۳۹	۱۵/۳۳	۲/۵۳	۱۶/۴۶	گواه	
۲/۱۲	۱۹/۲۶	۲/۳۸	۲۲/۶۰	آزمایش	سازگاری عاطفی
۲/۱۵	۱۹/۰۶	۲/۸۰	۲۰	گواه	
۲/۸۹	۵۵/۴۰	۳/۷۵	۷۳/۰۶	آزمایش	سازگاری کلی
۳/۷۹	۶۰/۱۳	۴/۵۱	۶۱/۵۳	گواه	

سازگاری

نتایج جدول ۲، نشان می‌دهد میانگین نمرات ابعاد حساسیت اضطرابی، نگرش‌های ناکارآمد و سازگاری در پس از مداخله تغییر یافته است. به علت وجود یک متغیر مستقل و سه متغیر وابسته از آزمون تحلیل کواریانس چندمتغیری استفاده شد. ابتدا نرمال بودن توزیع داده‌ها با استفاده از آزمون آماری کلموگروف - اسمیرنوف مورد تأیید قرار گرفت ($p > 0.05$).

آزمون باکس، فرض همگنی واریانس - کواریانس را تأیید کرد ($P = 0.101$). بنابراین، مفروضه‌های آزمون آماری تحلیل کواریانس چندمتغیری برقرار است و می‌توان جهت تحلیل داده‌ها از این آزمون استفاده کرد که نتایج آن در جدول ۳ ارائه شده است.

جدول ۳. نتایج کلی تحلیل کواریانس چندمتغیری

اثر	آزمون‌ها	مقادیر	F	درجه آزادی اثر	درجه آزادی خطا	سطح معناداری
گروه	اثر پیلای	۰/۸۷۴	۴/۴۱۵	۱۱	۷	۰/۰۳۰
	لامبدای ویلکز	۰/۱۲۶	۴/۴۱۵	۱۱	۷	۰/۰۳۰
	اثر هنتلینگ	۶/۹۳۸	۴/۴۱۵	۱۱	۷	۰/۰۳۰
	بزرگ‌ترین ریشه روی	۶/۹۳۸	۴/۴۱۵	۱۱	۷	۰/۰۳۰

نتایج آزمون‌های چهارگانه که در جدول ۳ ارائه شده، حاکی از آن است که گروه آزمایش و کنترل حداقل در یکی از متغیرهای وابسته تفاوت معنادار دارند ($P < 0.001$). به منظور

پی بردن به این تفاوت، از آزمون آماری تحلیل کواریانس چندمتغیری یا مانکوا استفاده شد که نتایج آن در جدول ۴ آمده است.

جدول ۴. نتایج تفکیکی تحلیل کواریانس چندمتغیری

متغیرهای وابسته	مجموع مجزورات	درجه آزادی	میانگین مجزورات	F	سطح معناداری	اندازه اثر
ترس از مشاهده اضطراب توسط دیگران	۳/۸۲۹	۱	۳/۸۲۹	۵/۷۵۴	۰/۰۲۸	۰/۲۵۳
ترس از نگرانی بدنی	۱۳/۸۵۳	۱	۱۳/۸۵۳	۵/۳۰۸	۰/۰۳۴	۰/۲۳۸
ترس از نداشتن کنترل شناختی	۰/۶۸۸	۱	۰/۶۸۸	۰/۴۸۳	۰/۴۹۷	۰/۰۲۸
حساسیت اضطرابی	۲۳/۵۱۶	۱	۲۳/۵۱۶	۵/۷۸۳	۰/۰۳۹	۰/۲۲۸
سازگاری در خانه	۱۵/۰۸۳	۱	۱۵/۰۸۳	۷/۳۳۴	۰/۰۱۵	۰/۳۰۱
سازگاری تندرستی	۸/۵۸۸	۱	۸/۵۸۸	۱۱/۳۴۵	۰/۰۰۴	۰/۴۰۰
سازگاری اجتماعی	۴/۶۲۹	۱	۴/۶۲۹	۴/۶۸۳	۰/۰۴۵	۰/۲۱۶
سازگاری عاطفی	۹/۷۸۸	۱	۹/۷۸۸	۷/۳۱۹	۰/۰۱۵	۰/۳۰۱
سازگاری کلی	۱۴۶/۲۷۲	۱	۱۴۶/۲۷۲	۱۷/۳۹۷	۰/۰۰۱	۰/۵۰۶
کمال طلبی	۴۸/۷۹۳	۱	۴۸/۷۹۳	۵/۷۸۳	۰/۰۲۸	۰/۲۵۴
نیاز به تأیید دیگران	۲۱/۷۷۹	۱	۲۱/۷۷۹	۱۲/۰۴۷	۰/۰۰۳	۰/۴۱۵
نیاز به راضی کردن دیگران	۹/۴۴۰	۱	۹/۴۴۰	۴/۲۷۱	۰/۰۵۴	۰/۲۰۱
آسیب‌پذیری	۴/۷۲۱	۱	۴/۷۲۱	۵/۰۵۶	۰/۰۳۸	۰/۲۳۹

در جدول ۴ مقدار F به دست آمده، برای تمامی مؤلفه‌ها بجز ترس از نداشتن کنترل شناختی (در متغیر حساسیت اضطرابی) و نیاز به تأیید دیگران (در متغیر نگرش‌های ناکارآمد) در سطح کمتر از ۰/۰۵ معنادار است ($P < ۰/۰۵$).

بحث و نتیجه‌گیری

هدف از پژوهش حاضر، اثربخشی هنردرمانی خانواده‌محور بر حساسیت اضطرابی، نگرش‌های ناکارآمد و سازگاری دانش‌آموزان دارای اختلال اضطراب فراگیر بود. که با پژوهش پوررضائیان و همکاران (۱۳۹۸) که نشان دادند هنردرمانی خانواده‌محور منجر به افزایش سازگاری شده است، همسو می‌باشد. از سوی دیگر وان‌لایت (۲۰۱۵) و کیم (۲۰۲۰) نشان دادند که هنردرمانی موجب افزایش سطح سازگاری در کاربران گردیده است. همچنین، محمدی‌نسب، سیدموسوی و بهزادپور (۱۳۹۸) و مردانی، شفیق‌آبادی و جعفری (۱۳۹۹) در پژوهش خود نشان دادند که هنردرمانی منجر به کاهش تحریک‌پذیری، اضطراب/ افسردگی، گوشه‌گیری و نشانه‌های بدنی کودکان بدسرپرست شده است. آیینگ و همکاران (۲۰۱۸)، تانگ و همکاران (۲۰۱۹) و بوسمان و همکاران (۲۰۲۰) در پژوهش‌های خود بصورت جداگانه نشان دادند که راهبردهای هنردرمانی منجر به کاهش اضطراب در نوجوانان گردیده است. در نهایت، یافته‌های این پژوهش با نتایج بررسی آیینگ، بیرز، سونویل، پونستین و اسواب (۲۰۱۹) که نشان دادند راهبردهای درمانی مبتنی بر هنر عاملی اساسی در تنظیم احساسات و مدیریت هیجانات بوده و براساس پژوهش فلاح‌زاده، هادیان‌فرد و تقوی (۲۰۱۷) و محمدی (۱۳۹۹) هنردرمانی نقشی مؤثر بر کاهش افسردگی و نگرش‌های ناکارآمد در دانش‌آموزان دارد؛ همسو می‌باشد.

در راستای اثربخشی هنردرمانی خانواده‌محور بر حساسیت اضطرابی نوجوانان باید اذعان داشت که یکی از راهبردهای اساسی در این روش درمانی بهره‌گیری از قصه‌هاست؛ بیماران از طریق داستان‌ها با حقایق و تجارب دیگران، مشکلات و راه‌حل‌های حل مسأله آن‌ها آشنا می‌شوند و همین تأثیرپذیری از طریق تمرکز بر توان شخصی فرد و سبک‌های مقابله در مواجهه با مشکلات بر پردازش قدرت درک و فهم، پرورش خلاقیت کودک از طریق ارتباط متقابل با درمانگر و والد صورت می‌گیرد، در واقع در بخش داستان‌سرایی، قصه‌ها با مطرح نمودن روال مشخص از قهرمان داستان و پرس‌وجو بین درمانگر و درمانجو راجع به شرایط کلی قهرمان داستان از طریق توجه به زنجیره بهم

پیوسته جریان‌های زندگی داستانی به درمانجویان راه‌حل‌هایی می‌دهند که شگفت‌انگیز و در عین حال شدنی و مثبت‌اند (دیسوکایو، ۲۰۰۵). فرد مضطرب می‌آموزد که خود مؤثرترین عضو جهت کنترل افکار و مدیریت هیجانانش است. از سوی دیگر مکانیسم داستان‌سرایی از طریق آموزش مهارت‌های اجتماعی و مهارت‌های ابراز وجود در قالب ترسیم نقاشی به کاهش مشکلات ارتباطی افراد منجر شده و حساسیت‌های افراطی در روابط بین‌فردی مانند ترس از مضطرب شدن در مقابل دیگران به مرور کم‌رنگ خواهد شد. در تأیید این تبیین آیینگ و همکاران (۲۰۱۹) نشان دادند که در هنردرمانی فرد می‌آموزد صبور باشد، در مواجهه با مصائب و مشکلات پیش‌رو خودمدیریتی را می‌آموزد و همین تأکید بر مسئولیت‌پذیری فردی و اصول اساسی ارتباطی، عاملی مؤثر در کاهش حساسیت‌های فرد مبتلا خواهد بود.

از سوی دیگر یافته‌ی فرضیه دوم پژوهش نیز نشان داد که هنردرمانی خانواده‌محور بر کاهش نگرش‌های ناکارآمد دانش‌آموزان دارای اختلال اضطراب فراگیر مؤثر است. با وجود اینکه تاکنون پژوهش داخلی و خارجی مبتنی بر هنردرمانی خانواده‌محور بر نگرش‌های منفی صورت نگرفته است، اما برخی پژوهش‌ها مانند فلاح‌زاده، هادیان‌فرد و تقوی (۲۰۱۷) که نشان داد هنردرمانی خانواده‌محور می‌تواند مانند درمان‌های شناختی - رفتاری با فراهم کردن فرصت و ایجاد بستری برای تخلیه هیجانی و همانندسازی و بالا بردن درک کودک، منبع مهمی در جهت مشکلات ثانویه ناشی از اختلالات مرتبط با اضطراب باشد؛ چرا که در این روش آموزشی و درمانی، روند آموزش‌ها به دلیل مکالمات پویا (از طریق گوش دادن فعال) بین درمانجو، درمانگر و والدین از حالت انفعالی خارج شده و امکان جایگزینی و لزوم توجه به روال درمان را برای کودک فراهم می‌کند. فرایندی دوسویه جهت داد و ستد اطلاعات وجود دارد. در واقع دانش‌آموز مجبور به متمرکز شدن بر فرایند درمان و هماهنگی با درمانگر و والد می‌باشد، در این مرحله درمانجو محرک‌های مزاحم را نادیده می‌گیرد و بدون ترس از دیده شدن اضطراب و یا فارغ از عوامل ایجادکننده‌ی اضطراب، گام‌های آموزشی - درمانی را دنبال می‌کند. در میان بسیاری از محرک‌های خارجی و داخلی مزاحم، توجه پایدار و تغییر کانال توجه از افکار و نگرش‌های منفی ناشی از ناتوانی را تمرین می‌کند و از این طریق باید بر حالت انفعالی در مدیریت شخصی‌اش غلبه می‌کند. در تأیید این تبیین محمدی (۱۳۹۹) در پژوهش خود تحت‌عنوان روان‌نمایشگری و روش شناختی - رفتاری

تعمیم‌پذیری یافته‌های پژوهش است. بنابراین، پیشنهاد می‌شود هنردرمانی خانواده‌محور در دیگر کارآزمایی‌های آزمایشی با حضور سایر افراد خانواده نیز مورد ارزیابی قرار بگیرد. ضمن اینکه بدلیل محدودیت‌های بهداشتی، این پژوهش فاقد بهره‌گیری از روش نمونه‌گیری تصادفی بوده است. محدودیت در برگزاری مرحله پیگیری نیز از دیگر محدودیت‌های پژوهش می‌باشد، که پیشنهاد می‌شود در راستای افزایش قدرت تعمیم‌پذیری نتایج، در پژوهش‌های آتی مرحله پیگیری نیز افزوده شود. از سویی دیگر، این پژوهش صرفاً برای دانش‌آموزان دارای اختلال اضطراب فراگیر انجام شده و پیشنهاد می‌شود که هنردرمانی خانواده‌محور با توجه به محدودیت پیشینه داخلی و خارجی در سایر گروه‌ها و اختلالات روان‌شناختی نیز صورت بگیرد. با توجه به اثربخشی هنردرمانی خانواده‌محور بر حساسیت اضطرابی، نگرش‌های ناکارآمد و سازگاری، در سطح کاربردی پیشنهاد می‌شود با تهیه بروشور و کتابچه‌ای علمی، هنردرمانی خانواده‌محور به مشاوران مدارس و خانواده‌ها ارائه داده شود تا آنها با بکارگیری محتوای این راهبرد آموزشی درمانی، جهت کاهش نشانگان ثانوی مرتبط با اختلال اضطراب فراگیری گامی بردارند.

منابع

- ابراهیمی ا، و موسوی س. غ. (۱۳۹۲). تهیه و اعتبار یابی نسخه ۲۶ گویه‌ای مقیاس نگرش‌های ناکارآمد (DAS-۲۶) ساختار عاملی، پایایی و روایی (در بیماران سرپایی روانپزشکی). *مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی ایلام*. ۲۱ (۵)، ۲۰-۲۸.
- افضلی، ل، قاسم‌زاده، س، و هاشمی‌بخشی، م. (۱۳۹۵). اثربخشی مداخلات خانواده‌محور بر نشانه‌های بالینی کودکان با اختلال نافرمانی مقابله‌ای. *نشریه توانمندسازی کودکان استثنایی*. ۷ (۲۰)، ۸۷-۹۴.
- آسیاچی، ن، صنعت‌کاران، ا، بهاری، م. ا. (۱۳۹۶). اثربخشی یوگا بر سازگاری زنان و مردان سالمند. *مجله روانشناسی پیری*. ۴ (۴)، ۲۷۰-۲۶۱.
- پوررضائیان، هدی، بشارت، م. ع، کوچک‌زاده، ل، و فراهانی، ح. ا. (۱۳۹۸). طراحی و بررسی اثربخشی برنامه هنردرمانی خانواده‌محور بر سازگاری کودکان مبتلا به سرطان. *توانمندسازی کودکان استثنایی*. ۱۰ (۴)، ۸۹-۱۰۲.
- دهناشی‌لاطان، ت، و ستاری، م. (۱۳۹۹). اثربخشی روان‌درمانی مثبت‌نگر بر نگرش‌های ناکارآمد دانش‌آموزان دختر دارای اختلال اضطراب فراگیر. *توانمندسازی کودکان استثنایی*. ۱۱ (۳)، ۶۳-۷۵.
- عباس‌زاده، ن، دهقانی، ی، و گلستانه، س. ی. (۱۳۹۸). اثربخشی تکنیک‌های بازی‌درمانی گروهی بر حساسیت اضطرابی، درماندگی و تاب‌آوری دانش‌آموزان مبتلا به اختلال یادگیری. *توانمندسازی کودکان استثنایی*. ۱۰ (۳)، ۵۵-۶۹.

بر افسردگی و نگرش‌های ناکارآمد، روش نمایش‌گری را برای کاهش افسردگی و نگرش‌های ناکارآمد از روش درمان شناختی - رفتاری مناسب‌تر ارزیابی نمود و اذعان داشت که در هنردرمانی، فطرت درمانجو به جریان درمان نزدیک‌تر شده و فرد خود را در فرایند درمان نمی‌بیند. در هنردرمانی فرد ترسی از قضاوت شدن ندارد و خود را فردی فعال در تعیین سرنوشتش ارزیابی می‌کند. در نتیجه نگرش‌های منفی ناشی از ضعف فردی کاهش می‌یابد.

فرضیه سوم یافته‌های پژوهش نشان داد که هنردرمانی خانواده‌محور بر سازگاری دانش‌آموزان دارای اختلال اضطراب فراگیر مؤثر بوده است. در این راستا پوررضائیان و همکاران (۱۳۹۸) در پژوهش خود نشان دادند که هنردرمانی خانواده‌محور سبب کاهش نموده‌های ناسازگاری و راهبرد اجتناب، و افزایش راهبرد جست‌وجوی حمایت در درمانجویان شده است. همچنین، وان‌لیت (۲۰۱۵) در تبیین اثربخشی هنردرمانی بر سازگاری اذعان داشته است که هنردرمانی راهی برای بازیابی سلامت روان و سازگاری است و شرکت‌کنندگان از هنر به‌عنوان مکانیزم تغییر و ابزاری جهت سازگاری استفاده می‌کنند که توسعه رویکردهای انعطاف‌پذیر و سازگار را برای غلبه بر موانع در روند بهبود خود تشویق می‌کند. هنردرمانی خانواده‌محور، دارای دو بُعد درمانی و آموزشی است. هدف محوری در بُعد درمانی، کاهش اختلالات و مشکلات روان‌شناختی بیمار توسط متخصص و در بُعد آموزشی، معرفی راهکارهای مؤثر مقابله با پیامدهای روانی- اجتماعی بیماری به خانواده است (شفیعی، قاسم‌زاده و افروز، ۱۳۹۸). تحت این شرایط خانواده‌ها و به‌ویژه مادران مهارت‌های مقابله صحیح بدون سرزنش و اعمال فشار را می‌آموزند، از این پس والد به‌عنوان یک بُعد فعال و حائز اهمیت در نظر گرفته می‌شوند. تحت این شرایط میزان فشار و تنش در کودک کاهش می‌یابد و این اشتراکات درمانی و ترکیبی تخصصی از اعضای خانواده میزان سازگاری با شرایط را افزایش می‌دهد؛ چرا که اکنون خانواده می‌داند که اختلال اضطراب فراگیر چیست؟ چه روندی دارد؟ مکانیسم‌های عملکردی کدامند و نقش خانواده در شدت و ضعف علائم اصلی و ثانویه مشخص می‌شود. بنابراین، دور از ذهن نخواهد بود که جلب این حمایت محیطی و کانون اصلی خانواده، سطح سازگاری درمانجویان را افزایش دهد. در تأیید این تبیین کیم (۲۰۲۰) به نقش مهم و مؤثر خانواده در فرایند درمان صحنه و آن را تأیید نموده است.

این در حالیکه حضور صرفاً یکی از اعضای خانواده (مادر درمانجو) در پژوهش محدودیتی جهت کاهش سطح

- Beck, A. T., Brown, G., & Weissman, A. N. (1991). Factor analysis of the Dysfunctional Attitude Scale in a clinical population. *Psychological Assessment: A Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 3(3), 478-483.
- Bell, H. M. (1961). The Adjustment Inventory (Adult Form). Consulting Psychological Press. INC. Palo Alto. California.
- Bosman, J. T., Bood, Z. M., Scherer-Rath, M., Dörr, H., Christophe, N., Sprangers, M. A. G., & van Laarhoven, H. W. M. (2021). The effects of art therapy on anxiety, depression, and quality of life in adults with cancer: a systematic literature review. *Supportive Care in Cancer*, 29(5), 2289-2298.
- Desacio, E. (2005). Accessing self-development through narrative approaches in child and adolescent psychotherapy. *Journal of child and Adolescent Psychiatric Nursing*, 18(2), 53-61.
- Fallahzadeh, M. Hadian Fard, H. & Taghavi, S. M. R. (2017). The effect of cognitive errors avoidance through narrative therapy on depression and dysfunctional attitude of elementary girl students. *International Journal of Children and Adolescents*, 3(4), 1-8.
- Goodwin, H., Yiend, J., & Hirsch, C. R. (2017). Generalized Anxiety Disorder, worry and attention to threat: A systematic review. *Clinical Psychology Review*, 54, 107-122.
- Hale, L. R., Goldstein, D. S., Abramovitz, C. S., Calamari, J. E., & Kosson, D. S. (2004). "Psychopathy is related to negative affectivity but not to anxiety sensitivity". *Behaviour Research and Therapy*, 42, 697-710.
- Hebert, E. A., & Dugas, M. G. (2019). Behavioral Experiments for Intolerance of Uncertainty: Challenging the Unknown in the Treatment of Generalized Anxiety Disorder. *Cognitive and Behavioral Practice*, 26(2), 421-436.
- Jafar, B., Michael, J. Z., Charles, P. B., Anka, A. V., Renee, G., & Norman, B. S. (2014). The role of anxiety sensitivity in the relationship between emotional non acceptance and panic, social anxiety, and depressive symptoms among treatment seeking daily smokers. *International Journal of Cognitive Therapy*, 7(2), 175-191.
- Jia, T. L., Lihua, C. A., Xing, Y.E., Wei, Q., Xie, W., Cai, C., Dong, Y., Xia, C., Tian, Y., & Wang, K. (2020). Difference in binocular rivalry rate between major depressive disorder and generalized anxiety disorder. *Behavioral Brain Research*, 391, 112704.
- محمدی، ن. (۱۳۹۹). اثربخشی گروه درمانی با رویکرد شناختی - رفتاری و روان‌نمایشگری بر نگرش‌های ناکارآمد و خلق نوجوانان زندانی با نشانه‌های افسردگی. پایان‌نامه کارشناسی ارشد روان‌شناسی بالینی. دانشکده روان‌شناسی، دانشگاه شیراز.
- محمدی‌نسب، ح.، سیدموسوی، پ.، و بهزادپور، س. (۱۳۹۸). اثربخشی هنردرمانی گروهی بیانگر بر کاهش مشکلات درونی‌سازی و برونی‌سازی کودکان بدسرپرست. *دانش و پژوهش در روان‌شناسی کاربردی*، ۳۰(۳)، ۱۰۱-۱۰۹.
- مشهدی، علی، قاسم‌پور، ع.، اکبری، ا.، ایل‌بیگی، ر.، و حسن‌زاده، ش. (۱۳۹۲). نقش حساسیت اضطرابی و تنظیم هیجانی در پیش‌بینی اضطراب اجتماعی دانشجویان. *دانش و پژوهش در روان‌شناسی کاربردی*، ۱۴(۵۲)، ۸۹-۹۹.
- نیک‌نام، ک.، غباری‌بناب، ب.، و حسن‌زاده، س. (۱۳۹۶). اثربخشی آموزش حل‌مسأله‌ خلاقانه بر رضایت از زندگی و سازگاری اجتماعی دانش‌آموزان پسر تیزهوش. *توانمندسازی کودکان استثنایی*، ۴۸(۴)، ۱۰۵-۱۱۹.
- مردانی، ف.، شفیق‌آبادی، ع.، و جعفری، ا. (۱۳۹۹). اثربخشی نقاشی‌درمانی بر اضطراب کودکان دچار اختلال کاستی توجه / فزون‌کنشی. *خانواده درمانی کاربردی*، ۲(۱)، ۶۸-۸۴.
- شفیعی، ا.، قاسم‌زاده، س.، و افروز، غ. ع. (۱۳۹۸). اثربخشی برنامه آموزشی روابط درون‌خانوادگی بر رضامندی زوجیت مادران و تاب‌آوری خواهران کودکان با اختلال طیف اتیسم. *نشریه توانمندسازی کودکان استثنایی*، ۱۰(۲)، ۱۸۹-۱۹۹.
- Abbing, A., Ponstein, A., van Hooren, S., de Sonnevile, L., Swaab, H., & Baars, E. (2018). The effectiveness of art therapy for anxiety in adults: A systematic review of randomised and non-randomised controlled trials. *PloS one*, 13(12), e0208716.
- Abbing, A., de Sonnevile, L., Baars, E., Bourne, D., & Swaab, H. (2019). Anxiety reduction through art therapy in women. Exploring stress regulation and executive functioning as underlying neurocognitive mechanisms. *Plos one*, 14(12), e0225200.
- Asmundson, G. J., Paluszek, M. M., Landry, C. A., Rachor, G. S., McKay, D., & Taylor, S. (2020). Do pre-existing anxiety-related and mood disorders differentially impact COVID-19 stress responses and coping?. *Journal of Anxiety Disorders*, 74, 102271.
- Bartik, K., & Toruner, E. K. (2018). Effectiveness of a preoperative preparation program on children's emotional states and parental anxiety. *Journal of Peri Anesthesia Nursing*, 33(6), 972- 980.

- Kim, H. O. (2020). A Study on the Effect of Group Art Therapy for Psychological Adaptation of Children within Multicultural Families. *Industry Promotion Research*, 5(1), 63-72.
- Malchiodi, C. A., & Crenshaw, D. A. (2017). Art therapy approaches to facilitate verbal expression. In Malchiodi, C. A., & Crenshaw, D. A. (Eds.), *What to do when children clam up in psychotherapy: Interventions to facilitate communication* (pp. 197-216). New York: The Guilford Press.
- Tang, Y., Fu, F., Gao, H., Shen, L., Chi, I., & Bai, Z. (2019). Art therapy for anxiety, depression, and fatigue in females with breast cancer: A systematic review. *Journal of psychosocial oncology*, 37(1), 79-95.
- Van Lith, T. (2015). Art making as a mental health recovery tool for change and coping. *Journal of the American Art Therapy Association*, 32(1), 5-12.
- Weissman, A. N., & Beck, A. T. (1978). Development and validation of the dysfunctional attitude scale. Paper presented at the annual meeting of the association for the advancement of behavior therapy. Chicago: IL.
- Wolf, L. K., Bazargani, N., Kilford, E. J., Dumontheil, I. & Blakemore, S.-J. (2015). The audience effect in adolescence depends on who's looking over your shoulder. *Journal of Adolesc*, 43, 5-14.
- Zhou, Y., Arend, J., Mufson, L., & Gunlicks-Stoessel, M. (2021). Change in dysfunctional attitudes and attachment in interpersonal psychotherapy for depressed adolescents. *Association with the Society for Psychotherapy Research*, 31(2), 258-266.

Effectiveness of family-centered art therapy on anxiety sensitivity, inefficient attitudes and coping of students with generalized anxiety disorder

Elham Daneshmandi *
Faeze Jahan **

Abstract

The present study was conducted to determine the effectiveness of family-centered art therapy on anxiety sensitivity, inefficient attitudes and coping of students with Generalized Anxiety Disorder. The research method was quasi-experimental with pretest, posttest and control group design. The statistical population included 12-16 years old students with Generalized Anxiety Disorder in academic year 2020 in Semnan City, According to the centers, this number was equal to 181 students. Among them, 30 people were selected by purposive sampling method who had the necessary characteristics based on the test of Generalized Anxiety Disorder and clinical interview, and then were randomly assigned to the experimental and control groups (15 people in each group). The research instruments included Anxiety Sensitivity Questionnaire- revised (ASI-R), Inefficient Attitudes Scale (IAS) and Bell's Adjustment Inventory (BAI), (1961). Data analysis was done via SPSS23 software through MANCOVA method. The results of data analysis showed that family-centered art therapy has a significant effect on anxiety sensitivity ($P=0.039$), inefficient attitudes ($P<0.001$) and coping ($P<0.001$) of students with Generalized Anxiety Disorder. Family-centered art therapy training had a significant effect on anxiety sensitivity, inefficient attitudes and coping of students with Generalized Anxiety Disorder. Considering that strengthening these skills leads to improving the psychological performance of adolescents, using family-centered art therapy as an effective method is especially important.

Keywords: Generalized Anxiety Disorder, Family-Based Art Therapy, Anxiety Sensitivity, inefficient attitudes, coping.

*MA of psychology, Department of Psychology, Semnan Branch, Islamic Azad University, Semnan, Iran.

**Corresponding Author: Assistant Professor, Department of Psychology, Semnan Branch, Islamic Azad University, Semnan, Iran. Email: Faezejahan994@gmail.com