

تأثیر هنردرمانی (قصه‌گویی، عکاسی و نقاشی) مبتنی بر روی آورد شناختی - رفتاری بر اختلال ناخن جویدن (تک‌بررسی)

مرضیه زینی*، الهام خاکسار^۱، محمد بلوچی انارکی^۱

۱. کارشناسی ارشد روان‌شناسی کودکان استثنائی، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه علامه طباطبائی، تهران، ایران

۲. کارشناسی ارشد مشاوره شغلی، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه اصفهان، اصفهان، ایران

تاریخ دریافت: ۹۵/۳/۱۱

تاریخ پذیرش: ۹۵/۵/۰۷

چکیده

زمینه و هدف: ناخن جویدن یکی از رایج‌ترین مشکلات رفتاری در دوران کودکی است که می‌تواند ناشی از اضطراب و تنیدگی باشد. هدف پژوهش حاضر تأثیر هنردرمانی (قصه‌گویی، عکاسی و نقاشی) مبتنی بر درمان شناختی - رفتاری در درمان ناخن جویدن یک دختر ۷ ساله مبتلا به این اختلال بود.

روش: این پژوهش در چارچوب طرح تجربی تک‌موردی با استفاده از طرح خطوط پایه چندگانه پلکانی، طی ۱۰ جلسه روی یک آزمودنی با پیگیری شش هفته‌ای اجرا شد. ابزار مورد استفاده شامل مصاحبه بالینی، پرسشنامه سبک‌های فرزندپروری (بامریند، ۱۹۹۱) و بررسی ترسیم کودک به وسیله آزمون ترسیم آدمک گودیناف (گودیناف - هریس، ۱۹۶۳) بود. طرح پژوهشی به روش تجربی تک‌موردی از نوع چند خط پایه بود که برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از تحلیل نموداری و ترسیمی استفاده شد.

یافته‌ها: نتایج پژوهش نشان داد که تأثیر هنردرمانی (قصه‌گویی، عکاسی و نقاشی) مبتنی بر روی آورد شناختی - رفتاری بر اختلال ناخن جویدن از نظر بالینی معنادار است ($p > 0/05$).

نتیجه‌گیری: نتایج نشان داد که هنردرمانی (قصه‌گویی، عکاسی و نقاشی) مبتنی بر روی آورد شناختی - رفتاری بر کاهش اختلال ناخن جویدن مؤثر است. به طوری که فرد بعد از دریافت درمان علاوه بر کاهش عوامل مربوط به ناخن جویدن، در زمینه‌های دیگری مثل رفتارهای بین فردی و اجتماعی نیز بهبود پیدا کرد؛ بنابراین می‌توان به پژوهشگران توصیه کرد که مدلی یکپارچه بر اساس یافته‌های این پژوهش، در زمینه درمان ناخن جویدن تدوین شود.

کلیدواژه‌ها: ناخن جویدن، قصه‌درمانی، عکس‌درمانی، درمان شناختی - رفتاری

*نویسنده مسئول: مرضیه زینی، کارشناسی ارشد روانشناسی کودکان استثنائی، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه علامه طباطبائی، تهران، ایران.

ایمیل: Marzyah583@yahoo.com | تلفن: ۰۲۱ - ۴۴۷۳۷۵۱۰

مقدمه

انسان در روند تحول خود با محرک‌ها و مسائل متفاوتی روبرو می‌شود و در برابر هر کدام از آنها واکنش مختلفی نشان می‌دهد. گاهی این واکنش‌ها معطوف به خود فرد و گاهی رفتار فرد متوجه دیگران می‌شود (۱). ناخن جویدن^۱ یکی از عمده مشکلات کودکی و نوجوانی است و به نظر می‌رسد به‌عنوان واکنشی معطوف به خود در برابر فشارهای محیطی است (۲).

ناخن جویدن از فراوان‌ترین واکنش‌های روان‌رنجورانه و اختلال‌های عاداتی ارضاکنده است که در کودکان و حتی در بزرگسالان دیده می‌شود. جویدن ناخن نشانه دلواپسی، اضطراب، ترس، تنبیه و غیره است (۳) که به‌عنوان یک تشخیص جداگانه در اختلال اضطراب در پنجمین نسخه راهنمای آماری و تشخیصی اختلالات روانی^۲ در نظر گرفته نشده است (۴)؛ ولی می‌توان آن را به‌عنوان مجموعه اختلال رفتارهای تکراری متمرکز بر بدن، تحت طبقه وسواس بی‌اختیاری و اختلالات مربوطه طبقه‌بندی کرد (۵). فرض بر آن است که ناخن جویدن با اضطراب مرتبط است و نشانه‌ای از تنش هیجانی دارد. بر همین اساس طالبیان شریف و قصبه‌ای (۶)، به بررسی اثرات اضطراب مادران در اختلال رفتاری ناخن جویدن کودکان پرداختند. نتایج نشان داد که تفاوت معناداری بین میزان اضطراب مادران کودکان با و بدون مشکل ناخن جویدن وجود دارد و همچنین سطح اضطراب در مادران دارای فرزند مشکل‌دار به‌طور معناداری بیشتر از گروه دیگر بود. تانکا و همکاران (۷) علل ناخن جویدن را شامل اضطراب، تنیدگی، تنهایی، تقلید اعضای خانواده و وراثت می‌دانند. همچنین جوهرت (۸) در طی پژوهشی متوجه شد که بین ناخن جویدن و شادزیستی^۳ ارتباطی وجود ندارد.

هرچند بحث در مورد درمان اختلال ناخن جویدن کمتر در ادبیات پژوهشی بررسی شده است، لیکن یکی از این پژوهش‌ها نشان داد که رفتاردرمانی (آموزش وارونه‌سازی عادت به همراه مداخلات مهار محرک) به همراه شناخت‌درمانی در کاهش رفتارهای عاداتی مثل ناخن جویدن، کشیدن مو و کندن پوست تأثیرگذار بوده است (۹). همچنین در تحقیق مشابه که سلیمی و همکاران (۱۰) به بررسی اثربخشی آموزش معکوس کردن عادت بر کاهش اختلال ناخن جویدن پرداختند، نتایج نشان داد که بعد از انجام مداخله، فراوانی ناخن جویدن و اضطراب حالت - صفت کاهش داشتند.

در پژوهشی که توسط پترسون و همکاران (۱۱) انجام گرفت، نتایج نشان داد که دارودرمانی و رفتاردرمانی در درمان این کودکان بسیار مؤثر است (۱۲). عطار و مقدم‌نیا (۱۳) طی تحقیقی نشان دادند عواملی مانند تنیدگی، اضطراب، تقلید، وراثت و نامنظمی ناخن‌ها ممکن است در ایجاد ناخن جویدن نقش داشته باشد. عمده درمان‌های مربوط به ناخن جویدن بر رفتاردرمانی و شناخت‌درمانی متمرکز است از فنون عمده در این دو روش می‌توان از تمرکز برافزایش آگاهی، مهار محرک و ایجاد پاسخ‌های رقیب را نام برد (۱۴).

در این پژوهش از روی آورد درمانی شناختی - رفتاری استفاده شده است که یک روان‌درمانی ساختاری و مشارکتی است و بر پیوند بین افکار، هیجان‌ها و رفتار در اختلال‌های روانی تأکید دارد (۱۵ و ۱۶). از این روی آورد می‌توان برای افراد در رده‌های سنی، توانایی‌ها و جنسیت متفاوت استفاده کرد (۱۵). از فنونی که می‌توان در تکنیک شناختی - رفتاری کودکان استفاده کرد، روش قصه (۱۵)، نقاشی (۱۶) و عکس‌درمانی^۴ (۱۷) است. قصه‌گویی برای درک رفتار انسان طی سال‌های اخیر در حوزه‌های مختلف روان‌شناسی، فراگیر شده است (۱۸). محدودیت‌های شناختی و زبانی کودکان از یک سو

1. Nail biting
2. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5)
3. Happiness

4. Photo therapy

عکس‌ها می‌دهند و به این وسیله درمانگران را راهنمایی می‌کنند (۲۰).

به کارگیری شیوه‌های غیرمستقیم مثل بازی، قصه و نقاشی در آموزش مهارت، یک ضرورت به حساب می‌آید. از آنجا که آموزش در حین هنردرمانی برای کودک قابل فهم و معنادار است، احتمال به کارگیری و تعمیم آنها در زمینه‌های مشابه افزایش می‌یابد. بر این اساس در این پژوهش سعی شده که تأثیر روش هنردرمانی با استفاده از روی آورد شناختی- رفتاری بررسی شود.

روش

الف) طرح پژوهش و شرکت‌کننده: با توجه به ماهیت و اهداف پژوهش، این تحقیق از نوع مطالعه موردی است و برای ارزیابی و علت ناخن جویدن، خانواده کودک هم مورد بررسی قرار گرفت. برای سنجش روش تربیتی خانواده از پرسشنامه‌ی سبک‌های فرزندپروری بامریند استفاده شد.

عادت ناخن جویدن کودک آن قدر شدید شده بود که مکرراً حواس او را از تکالیف تحصیلی منحرف کرده و موجب حساس شدن معلم و والدین شده بود و همچنین وی در زمان‌های بیکاری مانند تماشای تلویزیون مشغول ناخن جویدن بود و این مشکل تأثیر بسیار بدی بر شکل انگشتانش گذاشته بود. کودک در زمان حضور در مدرسه، منزل و هنگام بازی با دوستانش از طریق مشاهده زیر نظر قرار داشت. این رفتار از ۳ سال پیش شروع و به تدریج پیشرفته شده بود. با بررسی پیشینه و تاریخچه زندگی فردی مراجع نشانی از اختلالات خاص عصبی تحولی یا مواردی مانند ضربه به سر مشاهده نمی‌شد.

شروع درمان شامل آگاهی دادن بیشتر در زمینه ویژگی‌های شخصیتی کودک و سبک‌های فرزندپروری به خانواده بود و همراه با مشاوره والدین، درمان اصلی کودک به روش قصه، نقاشی، عکس‌درمانی و مداخله رفتاری توأمان

و انگیزش پایین آنها برای مشارکت در فعالیت‌های روان‌درمانی و ارزش‌های بنیادین قصه‌درمانی به مثابه یکی از روش‌های عالی در مشاوره روان‌درمانی کودکان مطرح می‌شود (۱۹). بارویک (۲۰) می‌گوید: «روان‌درمانی‌های قصه‌محور فضای خلاقانه‌ای را ایجاد می‌کنند که در آن از طریق کاربرد استعاره عواطف و احساسات مورد کندوکاو قرار می‌گیرند».

قصه‌های زندگی فرصت‌های جدیدی برای رفتار و روابط با دیگران ایجاد می‌کند (۲۱). باوجود این می‌توان گفت که به دلیل شرایط خاص دوره کودکی، کودکان می‌توانند از روش قصه‌درمانی استفاده بیشتری کنند (۲۲). قصه‌ها راه‌حلهایی ارائه می‌دهند که شگفت‌انگیز و درعین حال شدنی هستند (۲۳). تلاش پژوهشگران و درمانگران منجر به استفاده از ادبیات و قصه‌درمانی شده است (۲۴ و ۲۵).

دیگر روش استفاده‌شده در این پژوهش نقاشی‌درمانی است. نقاشی‌درمانی یکی از شاخه‌های اصلی هنردرمانی^۱ است (۲۶). این یک روش فراهکن است که در آن از فرد خواسته می‌شود یک فرد، موضوع یا وضعیت را نقاشی کند تا عملکردهای شناختی، بین‌فردی یا روان‌شناختی او مورد ارزیابی قرار گیرد (۲۷). پایه و اساس نقاشی‌درمانی، وارد کردن افراد در فرایند ساختاری هنر برای بیان غیرمستقیم افکار و احساسات خود است (۲۸). فریلچ در پژوهش خود به این نتیجه رسید که هنردرمانی می‌تواند سازش‌یافتگی اجتماعی، عاطفی و تحصیلی کودکان مبتلا به اختلال یادگیری و رفتاری را افزایش دهد (۲۹).

از دیگر روش‌های استفاده‌شده عکس‌درمانی است که نوعی روش تحلیلی و تفسیری است و درمانگران جهت برقراری ارتباط با درمان‌جوی پریشان‌خاطر- از طریق تحلیل این تصاویر- وارد عمل می‌شوند (۳۰). عکس‌درمانی شاخه‌ای از هنردرمانی به حساب می‌آید و به معنی تفسیر عکس‌های آنها توسط درمانگر برای مراجع نیست بلکه این خود مراجعین هستند که از طریق پاسخ دادن به سؤالات، اطلاعاتی در مورد

باهم انجام شد. هر جلسه درمانی با هدف تغییر شناخت کودک و سپس تقویت رفتار به وسیله پاداش، انجام می شد.

ب) ابزار

در این پژوهش از ابزارهای زیر استفاده شده است:

۱. مصاحبه ساختاریافته تشخیصی برای اختلالات روانی: این ابزار یک مصاحبه بالینی ساختاریافته^۱ است که در سال ۲۰۰۴ توسط فرست، اسپیتزر، گیبون و ویلیامز (۳۱) تهیه شده است که تشخیص‌هایی را بر اساس ویرایش چهارم راهنمای آماری و تشخیصی اختلال‌های روانی فراهم می‌آورد. ترن و اسمی ضریب کاپای اعتبار و روایی ۶۰ درصد را به عنوان ضریب اعتبار بین ارزیاب‌ها گزارش کرده‌اند. شریفی و همکاران (۶)، پس از ترجمه این ابزار به زبان فارسی، روی نمونه ۲۹۹ نفری اجرا کردند، توافق تشخیصی برای بیشتر تشخیص‌ها، متوسط تا خوب بود (اعتبار و روایی کاپای بالاتر از ۰/۶۰). همچنین توافق کلی (کاپای مجموع) برای کل تشخیص‌های فعلی ۰/۵۲، و برای کل تشخیص‌های طول عمر ۰/۵۵ بود.

۲. پرسشنامه سبک‌های فرزندپروری: این پرسشنامه در سال ۱۹۶۷ توسط دیانا بامریند^۲ طراحی شده است و توسط والدین تکمیل می‌گردد و شامل ۳۰ گویه است که ۱۰ عبارت آن به شیوه مستبدانه، ۱۰ عبارت به شیوه مقتدرانه، و ۱۰ عبارت دیگر به شیوه سهل‌گیرانه مربوط می‌شود. با جمع نمرات عبارات مربوط به هر شیوه یک نمره بین ۰ تا ۴ برای هر سطح شیوه‌های فرزندپروری به دست می‌آید. به عبارت دیگر هر والد در این پرسشنامه دارای سه نمره مجزا است. بوری (۳۲)، از روش بازآزمایی، اعتبار این ابزار را در مادران و پدران به ترتیب برای شیوه سهل‌گیرانه ۰/۸۱ و ۰/۷۷، شیوه مستبدانه ۰/۸۶ و ۰/۸۵، و برای شیوه مقتدرانه ۰/۷۸ و ۰/۸۸ گزارش کرده است. وی همچنین روایی تشخیصی این پرسشنامه را معتبر گزارش کرده است. بر این اساس روش مستبدانه پدر

رابطه معکوس با سهل‌گیری (۰/۳۸-) و روش مقتدرانه (۰/۴۸-) او دارد و مستبد بودن مادر نیز رابطه معکوسی با سهل‌گیری (۰/۵۰-) و اقتدار (۰/۵۲-) او دارد (۳۲). اسفندیاری (۳۳) اعتبار بازآزمایی این پرسشنامه را برای شیوه سهل‌گیر (۰/۶۹)، مستبدانه (۰/۷۷) و برای شیوه اقتداری (۰/۷۳) به دست آورده است.

۳. آزمون ترسیم آدمک گودیناف: برای ارزیابی اولیه کودک از نظر شخصیت و تأثیر درمان از یکی کاربردی‌ترین و عملی‌ترین آزمون‌های تصویری که هم به صورت فردی و هم به صورت گروهی قابل اجرا است استفاده شد. آزمون ترسیم آدمک^۳ به وسیله افراد زیادی نمره گذاری شده است که در این پژوهش از آزمون گودیناف هریس برای سنجش شخصیت کودک استفاده شده است. این آزمون در سال ۱۹۲۶، توسط گودیناف طراحی شد و بررسی‌های گودیناف نشان داده است که نتایج این آزمون برای کودکان ۳ تا ۱۰ سال تمام از دقت بیشتری برخوردار است. آزمون ترسیم آدمک در سال ۱۹۶۳ توسط هریس مورد تجدیدنظر قرار گرفت و به صورت کامل‌تری طراحی شد. وی بعداً نقاشی‌های فرافکنی را از سنجش شناختی فراتر برد و در جهت تفسیر شخصیت گسترش داد (۳۴). اعتبار نشانه‌های خاص در آزمون ترسیم آدمک برحسب مطالعات مختلف نسبتاً متغیر گزارش شده است. کاهیل (۱۹۸۴) در پژوهش خود اعتبار بیشتر نشانه‌ها را ۰/۸۰ گزارش کرده است (۳۵).

۴. مشاهده بالینی: مشاهده، یکی از مؤثرترین ابزارهای جمع اطلاعات درباره آن نوع رفتارهایی است که انتظار داریم کودکان آنها را به موقعیت‌های روزمره انتقال بدهند یا در آنها به کار ببرند. در مشاهده بالینی بر روی یک مهارت (رفتار) خاص کودک، توجه می‌شود و بسیاری از تصمیم‌هایی که در زمینه خدمات مربوط به کودکان گرفته می‌شود، بر تعیین ویژگی‌های مربوط به کودکان مبتنی هست. همچنین نمایش رفتار کودک به وسیله خط نشان، شمارش فراوانی و تداوم در

1. Structured Clinical Interview for DSM-IV
2. Baumrind

3. Goodenough-Draw-a-Person test

(۳۷) استفاده شد. همچنین، جهت تشویق کودک و استفاده از ناخن گیر، یک ناخن گیر زیبا به کودک داده شد و زمان‌های استفاده از آن آموزش داده شد. تقویت به وسیله برجسب در هر جلسه به تعداد ناخن‌های جویده نشده و بعد از ده جلسه، دادن یک جایزه دلخواه به کودک بود. هدف، بلند شدن ناخن نبود بلکه کاهش عوامل اثرگذار بر روی آن بود. برنامه مداخله به صورت کامل‌تر در جدول ۱ آورده شده است.

نمودار موردسنجش قرار می‌گیرد (۳۶). در این پژوهش به مدت یک هفته تعداد دفعات و علت شروع و مدت زمان ناخن جویدن توسط والدین و معلم ثبت شد.

ج) برنامه مداخله‌ای: برای ایجاد تغییر در شناخت کودک و آموزش خانواده عمدتاً از طریق روش‌های لازم برای تقویت رفتارهای مناسب و عدم تقویت رفتارهای نامناسب در رابطه با اضطراب و تهیه بروشورهایی در این زمینه با استفاده از کتاب‌هایی چون سنجش و درمان مشکلات روانی کودکان

جدول ۱: از خلاصه جلسات درمانی روان‌شناختی - رفتاری ناخن جویدن

جمله	محتوا	قصه با موضوع:	کشیدن نقاشی با موضوع:	نشان دادن عکس با موضوع:
۱	بدشکلی دندان	صورت زیبا و دندان‌های بدشکل	نازیبایی دندان	دندان‌های شکسته شده و نامرتب
۲	میکروب و انگل	معهه درد	میکروب	میکروب و انگل
۳	کرم روده و معده	دست‌های کثیف حسن کچل و جویدن ناخن بود	دست کودک و میکروب‌های زیر ناخن	انگل و کرم نشان داده شد و راه‌های دفع آن
۴	درد محل جویدن ناخن	قارچ‌های زیر ناخن	انگشت‌های ملتهب و دارای قارچ	ناخن‌های آسیب‌دیده به خاطر وجود آب دهان و محیط مرطوب
۵	بیماری‌های گوارش	وارد شدن انگل در معده	بستری شدن شب‌ها در بیمارستان به خاطر تب و درد معده...	نشان دادن عکس افراد آسیب‌دیده که درد و اسهال و استفراغ دارند
۶	تب‌خال دهان	سهیلا که به خاطر ناخن جویدن، دهانش تب‌خال گرفت...	سهیلا با دهان تب‌خال زده	دهان کودک‌کان تب‌خال زده
۷	بیماری‌های لته	صورت زیبایی که به موجب ناخن جویدن زشت شده بود	لته، جای زخم و عفونت لته	لته‌های متورم و سالم و راه‌های مراقبتی از لته
۸	زشت شدن شکل ناخن	زیباترین ناخن	ناخن‌های زیبا	راه‌های ایجاد زیبایی ناخن
۹	مفید بودن ناخن	لواشک قلی	لواشک قلی	اینکه ناخن چطور کارهای بسیار ریز را انجام می‌دهد
۱۰	ناخن زیبا	نگهداری و مواظبت از ناخن‌ها	ناخن‌های سالم و رنگ زدن با مدادشمعی	نشان دادن عکس‌های زیبای ناخن و طرز نگاه داشتن صحیح از ناخن

حاصل بر نمره پیش‌آزمون تقسیم و در عدد ۱۰۰ ضرب می‌شود. لازم به ذکر است به اعتقاد بلانچارد بر طبق این فرمول، ۵۰ درصد و بالاتر کاهش در علائم، به عنوان موفقیت در درمان، بین ۲۵ تا ۴۹ درصد به عنوان بهبود اندک و نهایتاً کاهش نمرات علائم تا حد زیر ۲۵ درصد به عنوان شکست درمانی تلقی می‌شود.

برای اثربخشی مداخلات به عمل آمده از تحلیل‌های نموداری و ترسیمی استفاده شد. برای تحلیل نتایج، فرمول درصد بهبودی به کار رفت. فرمول درصد بهبودی یکی از روش‌های سنجش میزان پیشرفت مراجعین در کاهش مشکلات هدف است. این فرمول را اولین بار بلانچارد و اسکوارز به کار بردند. در فرمول درصد بهبودی نمره فرد در پیش‌آزمون از آخرین نمره فرد در پس‌آزمون کم شده و

$$\text{نمره پس آزمون} - \text{نمره پیش آزمون} \times 100 = \frac{\text{نمره پیش آزمون}}{\text{نمره پیش آزمون}} \text{ درصد بهبودی}$$

تأثیر راهبردهای مداخله درمان شناختی - رفتاری مبتنی بر (قصه گویی، عکاسی و نقاشی) با ارائه خط پایه (پیش آزمون) آغاز شد و تداوم درمان و پس آزمون مورد ارزیابی قرار گرفت که نتایج آنها در جدول ۲ آمده است. بر این اساس ابتدا نرخ ناخن جویدن کودک طی چندین جلسه بررسی و ثبت شد. سپس آموزش طی ده جلسه که به صورت جلسه‌های آموزشی بر اساس طرح معکوس A-B-A مورد استفاده قرار گرفت. در این پژوهش، مراحل A نمایانگر یک دوره پایه است که مشاهده بدون دخالت انجام می‌شود. در این مرحله ده روز کودک از طریق والدین و معلم مورد مشاهده قرار گرفت که زمان و تعداد دفعات جویدن ناخن توسط کودک مورد ارزیابی قرار گرفت. مرحله B نمایانگر دوره مداخله هست که در ده جلسه پیگیری و درمان انجام شده، تعداد دفعات ناخن جویدن کودک که توسط والدین و معلم مشاهده و در طی روز سنجیده شد نشان داد که کودک زودتر از روند درمان را طی کرده و تعداد دفعات آن کم شده است که در جدول ۲ نشان داده شده است. آخرین مرحله درمان، مرحله A بدون درمان پایان می‌یابد که برای پیگیری و کنترل، درمان کودک ده روز مورد ارزیابی قرار گرفت که نشان از درمان مؤثر ناخن جویدن کودک بود است.

د) روش اجرا: مطالعه حاضر نیمه آزمایشی از نوع تک آزمودنی با طرح A-B-A بوده است. آموزش طی ۱۰ جلسه صورت گرفت و در جلسه پیگیری مجدداً نرخ خطا ثبت شد. برای سنجش و ارزیابی کودک مبتلابه اختلال ناخن جویدن از مصاحبه ساختاریافته ویرایش چهارم، پرسشنامه سبک‌های فرزندپروری بامریند که توسط والدین پر شد، آزمون نقاشی گودیناف و مشاهده بالینی (جهت اندازه‌گیری تعداد دفعات و تداوم رفتار ناخن جویدن) استفاده شد و بعد از مصاحبه کودک، درمان اختلال ناخن جویدن به کمک هنردرمانی (قصه گویی، عکاسی و نقاشی) با روی آورد شناختی - رفتاری انجام شد.

جهت حضور کودک در پژوهش حاضر و رعایت اصول اخلاقی، با همکاری مرکز مشاوره امام حسین (ع) استان یزد، رضایت‌نامه کتبی از والدین کودک گرفته شد. علاوه بر این به آنها اطمینان داده شد که پس از نهایی شدن نتایج تحقیق، والدین در جریان یافته‌ها نیز قرار خواهند گرفت و اطلاعات به دست آمده از کودک کاملاً محرمانه باقی می‌ماند.

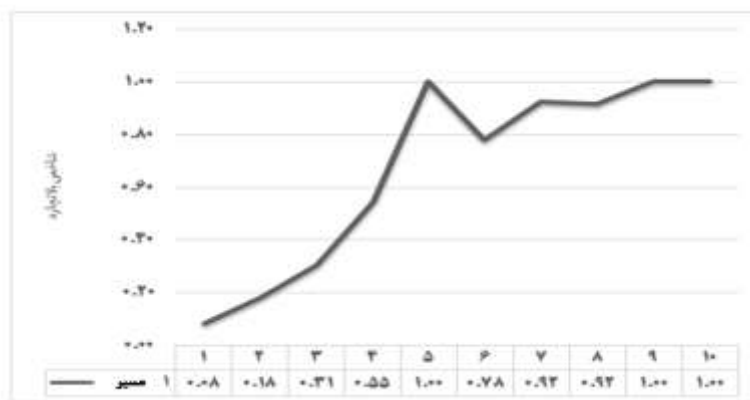
یافته‌ها

جدول ۲: تعداد دفعات ناخن جویدن در روز توسط کودک در سه مرحله

تعداد دفعات ناخن جویدن (خط پایه)	تعداد دفعات ناخن جویدن بعد از درمان	تعداد دفعات ناخن جویدن برای پیگیری و کنترل
A ₁	B	A ₂
۱۲	۱۱	
۱۱	۹	۱
۱۳	۹	۰
۱۱	۵	۱
۱۰	۰	۲
۹	۲	۱
۱۳	۱	۲
۱۲	۱	۱
۱۰	۰	۰
۱۱	۰	
۱۱۲	۳۸	۸

درمان منجر به کاهش ناخن جویدن نمره‌های آزمودنی شده و این اثرات در دوره پیگیری نیز باقی مانده است. این مسئله را می‌توان بر اساس شاخص بهبودی در نمودار شماره ۱ مشاهده کرد.

برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از تحلیل نموداری و ترسیمی بلانچارد استفاده شده است و بر اساس روند نیمرخ، اثرات متغیر مستقل بر متغیر وابسته بررسی شد. مجموع داده‌ها بر اساس داده‌های حاصل از این ابزار نشان می‌دهد که این شیوه



نمودار ۱: درصد بهبودی درمان

نتایج پژوهش حاضر با یافته‌های تحقیقات دیگر نیز همسو است. هرچند بحث در مورد درمان اختلال ناخن جویدن کمتر در پیشینه پژوهشی دیده شده است، با این حال بیت و همکاران (۹)، نشان دادند که رفتاردرمانی (آموزش وارونه‌سازی عادت به همراه مداخلات مهار محرک) به همراه شناخت‌درمانی در کاهش رفتارهای عادت‌ی مثل ناخن جویدن، کشیدن مو و کندن پوست تأثیرگذار بوده است (۳۸). یوسفی لویه، یوسفی لویه و دلاور (۴۲) در تحقیقی متوجه شدند که قصه‌درمانی موجب کاهش نشانه‌های اختلال‌های اضطرابی در کودکان مضطرب می‌شود. همچنین سلماسی و پور شریفی (۴۳) نشان دادند که قصه‌درمانی باعث بهبود سازش‌یافتگی اجتماعی کودکان مبتلا به اختلال رفتار هنجاری می‌شود.

در این راستا سلیمی و همکاران (۱۰) به بررسی اثربخشی آموزش معکوس کردن عادت بر کاهش اختلال ناخن جویدن پرداختند، نتایج نشان داد که بعد از انجام مداخله، فراوانی ناخن جویدن و اضطراب حالت- صفت کاهش داشتند. همچنین در پژوهشی که توسط پترسون و همکاران (۱۱) انجام گرفت، نتایج نشان داد دارودرمانی و رفتاردرمانی در درمان این کودکان بسیار مؤثر است (۱۲)؛ ولی در تحقیقات مذکور

همان طور که در نمودار ۱ مشاهده می‌شود روند بهبودی کودک در مرحله پیگیری نیز ادامه یافته است که حاکی از مؤثر بودن شیوه درمان به کار گرفته شده در این پژوهش است.

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهشگران در تحقیقات متعدد نشان داده‌اند برنامه‌های درمانی شناختی- رفتاری در درمان رفتارهایی که ممکن است در کیفیت زندگی یا پیشرفت تحصیلی کودکان تأثیر منفی داشته باشند و منجر به مشکلات بیشتری در حیطه‌های جسمانی، اجتماعی و تحصیلی می‌شوند، مؤثر است (۱۲ و ۳۸). عمده درمان‌های مربوط به ناخن جویدن بر رفتاردرمانی و شناخت‌درمانی متمرکز است. از تکنیک‌های عمده در این دو روش می‌توان از تمرکز برافزایش آگاهی، مهار محرک و افزایش پاسخ‌های رقیب را نام برد (۳۹ و ۴۰). کرمی و همکاران (۴۱) در پژوهشی به این نتیجه رسیدند که نقاشی، نقش مؤثری در کاهش اضطراب و پرخاشگری دارد. همچنین از دیگر تحقیقات همسو با نقاشی‌درمانی می‌توان به تحقیق فریدی (۳۴) اشاره کرد.

با وجود اینکه پژوهشگران کوشیده‌اند شرایط را تا حد ممکن کنترل کنند، ولی وجود محدودیت‌های خارج از کنترل از جمله ساده بودن طرح پژوهش و نداشتن گروه گواه بود. با استفاده از طرح‌های پیچیده‌تر مانند A-B-A-B می‌توان با دقت بیشتری تأثیر مداخله را بررسی کرد؛ که این امر موجب بالا رفتن روایی پژوهش می‌شود. محدودیت دیگر پژوهش، تک آزمودنی بودن است؛ با استفاده از اعمال متغیر مستقل بر تعداد بیشتری از افراد و مقایسه گروه‌های آزمایشی و گواه با یکدیگر با اطمینان بیشتری می‌توان نقش روش‌های درمانی را بررسی کرد. همچنین در دسترس بودن تعداد بیشتری از آزمودنی‌ها امکان اعمال سطوح مختلف متغیر مستقل (روش‌های درمانی) و بررسی تغییر در متغیر وابسته را فراهم می‌کند. به همین سبب تعمیم‌یافته‌های این پژوهش باید با احتیاط می‌شود.

با توجه به اینکه روش‌های متفاوتی در زمینه اختلال ناخن جویدن مطرح است، پیشنهاد می‌شود پژوهشگران با بهره‌گیری از طرح‌های قوی‌تر آزمایشی به مقایسه میزان تأثیر روش‌های مختلف بپردازند؛ به‌ویژه پژوهش در زمینه مقایسه تأثیر آموزش رفتاری، آموزش مهارتی آرامش‌آموزی و آموزش‌های ترکیبی دیگر در درمان اختلال ناخن جویدن از اهمیت بسزایی برخوردار است.

تشکر و قدردانی: بدین وسیله از نمونه مورد مطالعه، والدین و معلم ایشان جهت همکاری صادقانه در انجام این پژوهش تشکر به عمل می‌آید.

تضاد منافع: لازم به یادآوری است این پژوهش هیچ‌گونه تعارض منافع را برای نویسندگان به دنبال نداشته است.

فقط به مؤلفه‌های رفتاری تأکید شده است و مؤلفه‌های دخیل دیگری همچون شناخت؛ و عوامل تسهیل‌کننده در درمان - که در مقاله حاضر به مؤلفه‌های مذکور توجه شده است - همچون خلاقیت، بازی و تخلیه هیجانی که از جنبه‌های مختلف هنردرمانی به دست می‌آید توجهی نشده است.

آزمودنی مورد مطالعه در این تحقیق نشان داد که این رفتار می‌تواند به یک مشکل درخور توجه بالینی تبدیل شود. ناخن جویدن با رویه‌ی تنش / انگیزتگی، تسکین پس‌از آن / خشنودی و آگاهی پایین از این اتفاق، مشخص می‌شود. او پس از کندن ناخن‌ها با آنها بازی می‌کرد و حتی به‌طور ناخواسته آنها را قورت می‌داد. مشکل مزمن شده بود، مدت‌زمان زیادی ادامه داشت و مهار آن سخت شده بود. باین حال، پژوهش‌های منظم بیشتری برای درک علت اصلی آن و خصوصیات بالینی اختلال ناخن جویدن نیاز است. در بیشتر بررسی‌های انجام‌شده در زمینه ناخن جویدن، درمان محدود به رفتاردرمانی بوده است (۵ و ۱۴).

به‌طور کل در تبیین یافته‌های فوق می‌توان گفت که درمان با تلفیقی از چند فعالیت لذت‌بخش (قصه، عکاسی و نقاشی)، آن‌هم در قالب روی آورد ساختاریافته و منظم درمان شناختی - رفتاری برای اختلال‌های دوران کودکی بسیار مناسب است. کودک از طریق این فعالیت‌ها حس‌های مختلف خود را درگیر می‌کند، با قصه می‌شود، از طریق عکاسی می‌بیند و از طریق نقاشی کردن خود را درگیر در فعالیت‌های درمانی و تخلیه تنش‌های سرکوب‌شده می‌کند. همچنین وجود چندین فعالیت مختلف به‌طور هم‌زمان در عود نکردن، تثبیت نشانه‌های درمانی و روند پیگیری درمان نقش بسیار مهمی دارد. با توجه به نتایج پژوهش‌های که در درمان شناختی - رفتاری انجام شده است به‌خصوص در درمان اضطراب و ترس‌ها می‌توان از این درمان برای رفع مشکلات عادت‌های کلیشه‌ای و وسواس استفاده کرد.

References

1. Ahadi H, Banijamali SH. Basic concepts in child psychology. Tehran: Bonyad; 1993. [Persian].
2. Shariati Roudsari M. Diagnosis and treatment of behavioral disorders in children and adolescents. Tehran: Abed; 2001. [Persian].
3. Nejati H. Child Psychology (Movement, trying, struggling how to handle children). Tehran: Nejati; 1995. [Persian].
4. Association AP. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5®): American Psychiatric Pub; 2013.
5. Snorrason I, Woods DW. Nail picking disorder (Onychotillomania): A case report. *J Anxiety Disord.* 2014; 28(2): 211-4.
6. TalebyanSharif J. The effects of maternal anxiety disorder in children: Nail biting. *Studies of Education and Psychology.* 2005; 6(2): 181-92. [Persian].
7. Tanaka OM, Vitral RWF, Tanaka GY, Guerrero AP, Camargo ES. Nailbiting, or onychophagia: A special habit. *Am J Orthod Dentofacial Orthop.* 2008; 134(2): 305-8.
8. Joubert R, Coustard SM, Swennen Q, Sibut V, Crochet S, Cailleau-Audouin E, & et al. The beta-adrenergic system is involved in the regulation of the expression of avian uncoupling protein in the chicken. *Domest Anim Endocrinol.* 2010; 38(2): 115-25.
9. Bate KS, Malouff JM, Thorsteinsson ET, Bhullar N. The efficacy of habit reversal therapy for tics, habit disorders, and stuttering: a meta-analytic review. *Clin Psychol Rev.* 2011; 31(5): 865-71.
10. Salimi H, Sabzian S, Jozai SK. The effectiveness of habit reversal training on the nail-Biting Disorder. *Quarterly Journal of Social Work.* 2016; 4(4): 29-34. [Persian].
11. Peterson AL, Campise RL, Azrin NH. Behavioral and pharmacological treatments for tic and habit disorders: A review. *J Dev Behav Pediatr.* 1994; 15(6): 430-41.
12. Tucker BT, Woods DW, Flessner CA, Franklin SA, Franklin ME. The skin picking impact project: phenomenology, interference, and treatment utilization of pathological skin picking in a population-based sample. *J Anxiety Disord.* 2011; 25(1): 88-95.
13. Athar M, Moghaddamnya M. The prevalence of nail biting in primary schools in Tehran and reviewing the causes and treatment methods. *Daneshvar.* 2001; 34(8): 59-64. [Persian].
14. Bloch MH, Landeros-Weisenberger A, Dombrowski P, Kelmendi B, Wegner R, Nudel J, & et al. Systematic review: Pharmacological and behavioral treatment for trichotillomania. *Biol Psychiatry.* 2007; 62(8): 839-46.
15. Worell J, Remer P. *Feminist perspectives in therapy: Empowering diverse women.* New York: Wiley; 2002.
16. Nouri F. The effects of painting therapy on aggression in children with intellectual disability. *Exceptional Education.* 2003; 26 & 27: 16-9. [Persian].
17. Anasori J. Photos therapy and mental health. *Mental health publications indexed in the Institute for Humanities and Cultural Studies, Humanities Portal [Internet].* 2013. Available from: <http://www.phototherapy-center.com>. [Persian].
18. Lopes RT, Gonçalves MM, Fassnacht DB, Machado PP, Sousa I. Long-term effects of psychotherapy on moderate depression: A comparative study of narrative therapy and cognitive-behavioral therapy. *J Affect Disord.* 2014; 167: 64-73.
19. Thompson CH, LyndabR counseling with children. Tehran: Roshd; 2002.
20. Barvik N. *Clinical counseling in schools.* Tehran: Danzheh; 2000.
21. DeSocio JE. Accessing Self-development through narrative approaches in child and adolescent psychotherapy. *J Psychiatr Nurs.* 2005; 18(2): 53-61.
22. Trad PV. Use of developmental principles to decipher the narrative of preschool children. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 1992; 31(4): 581-92.
23. Schweitzer RD, Vromans L, Ranke G, Griffin J. Narratives of healing: A case study of a young Liberian refugee settled in Australia. *Arts Psychother.* 2014; 41(1): 98-106.

24. Dwivedi KN. Group work with children and adolescents: A handbook. London: Jessica Kingsley Publishers; 1993.
25. Rowshan A. Storytelling, how the story to help children for solving problems in life. Tehran: Javane Roshd; 2006. [Persian].
26. Khadar MG, Babapour J, Sabourimoghaddam H. The effect of art therapy based on painting therapy in reducing symptoms of oppositional defiant disorder (ODD) in elementary School Boys. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*. 2013; 84: 1872-8. [Persian].
27. Shahri M, Moeinikia M, Narimani Zahed A. Investigation the Impact of Paint Therapy on Communication Skills of Shyness Girl Students. *Social and Behavioral Sciences*. 2014; 188(22): 327-31. [Persian].
28. Rubin JA. Introduction to art therapy: Sources and resources. New York: Taylor & Francis; 2009.
29. Freilich R, Shechtman Z. The contribution of art therapy to the social, emotional, and academic adjustment of children with learning disabilities. *Art in Psychother*. 2010; 37(2): 97-105.
30. Anasori J. Photos therapy and mental health, mental health publications, indexed in the Institute for Humanities and Cultural Studies, Humanities Portal. 2013. [Persian].
31. Sharifi V, Asadi SM, Mohammadi MR, Amini H, Kaviani H, Semnani Y, & et al. The reliability and applicability of diagnostic structured interview Persian version for DSM-IV (SCID). *Advances in Cognitive Science*. 2004; 6(1-2): 10-22. [Persian].
32. Buri JR. Parental authority questionnaire. *Journal of personality assessment*. 1991; 57(1): 110-9.
33. Esfandyari GH. Review and compare parenting styles of mothers of children with behavioral disorders and behavioral disorders in children of mothers. Tehran: University of Medical Sciences; 1995. [Persian].
34. Badrizadeh A, Ebrahimi Mohaddam HAF. Check DAM test in anxiety symptoms in children. exceptional education. 2013; 7: 20-32. [Persian].
35. Silver R. Aggression and depression assessed through art: Using draw-a-story to identify children and adolescents at risk. New York: Brunner-Routledge; 2005.
36. Cartwright CJC. Observational skills development. Tehran: Roshd; 2012.
37. Schroeder CS, & Gordon B N. Assessment and treatment of childhood problems; A clinician's guide. Tehran: Morvarid Publications; 2005.
38. Duke DC, Keeley ML, Geffken GR, Storch EA. Trichotillomania: A current review. *Clin Psychol Rev*. 2010; 30(2): 181-93.
39. McGuire JF, Kugler BB, Park JM, Horng B, Lewin AB, Murphy TK, & et al. Evidence-based assessment of compulsive skin picking, chronic tic disorders and trichotillomania in children. *Child Psychiatry Hum Dev*. 2012; 43(6): 855-83.
40. Snorrason I, Belleau EL, Woods DW. How related are hair pulling disorder (trichotillomania) and skin picking disorder? A review of evidence for comorbidity, similarities and shared etiology. *Clin Psychol Rev*. 2012; 32(7): 618-29.
41. Alikhani M, Zakie A, Khodadadi K, Karami J. Painting therapy effectiveness in reducing aggressive behavior of female students with dyslexia. *Journal of Learning Disabilities*. 2012; 1(2): 105-17. [Persian].
42. YousefiLouye M, Delavar AMY. Impact of the narrative therapy to reduce symptoms of anxiety anxious students in fourth grade. *Research on Exceptional Children*. 2008; 3(8): 281-94. [Persian].
43. AsgarzadehSalmasi F, PourSharifi HI. The effect of narrative therapy on social adjustment improvement in children with conduct disorder. *Scientific Journal Management System*. 2011; 4(14): 13-24. [Persian].

The Effectiveness of Art Therapy (Storytelling, Photography and Painting) Based on Cognitive-Behavioral Therapy on Nail Biting

Marzeih Zeini^{*1}, Elham Khaksar², Mohammad Balochi Anaraki¹

1. M.A. in Psychology of Exceptional Children, Faculty of Psychology and Educational Sciences, Allameh Tabataba'i University, Tehran, Iran

2. M.A. in Vocational Counseling, Faculty of Psychology and Educational Sciences, University of Isfahan, Isfahan, Iran

Received: May 31, 2016

Accepted: July 28, 2016

Abstract

Background and Purpose: Chewing nails is one of the most common behavioral problems in childhood that can be caused by anxiety and stress. The purpose of the present study was to investigate the effect of art therapy (storytelling, photography and painting) based on cognitive-behavioral therapy in treating a 7-year-old girl who had this disorder.

Method: This study was an experimental single case study by using multiple-baselines. The intervention program was conducted in 10 sessions with a follow-up of six weeks. The instruments used in this study were clinical interview, observation, parenting styles questionnaire (Baumrind, 1991) and Goodenough–Harris draw-a-person test (DAP) (Goodenough- Harris, 1963). The research design was a single-case experimental multi-line method. Chart and drawing analysis were used to analyze the data.

Results: The results of the study showed that the effect of art therapy (storytelling, photography and painting) based on cognitive-behavioral approach on nail-biting is clinically meaningful. ($P > 0.05$).

Conclusion: The results showed that art therapy (storytelling, photography and painting) based on cognitive-behavioral approach is effective in reducing nail-biting disorders. Also the person after receiving the treatment, in addition to reducing the factors related to nail chewing, also improved in other areas such as interpersonal and social behaviors. Therefore, it is suggested to researchers that an integrated model based on the findings of this research be developed for the treatment of nail biting.

Keywords: Nail biting, art therapy, cognitive behavioral therapy

Citation: Zeini M, Khaksar E, & Balochi Anaraki M. The effectiveness of art therapy (Storytelling, Photography and Painting) based on cognitive-behavioral therapy on nail biting. Quarterly Journal of Child Mental Health. 2017; 4(1): 129-138.

***Corresponding author:** Marzeih Zeini, M. A. in Psychology of Exceptional Children, Faculty of Psychology and Educational Sciences, Allameh Tabataba'i University, Tehran, Iran
Email: Marzyah583@yahoo.com Tel: (+98) 021-44737510