

ارزیابی تاثیرات هنر درمانی بر واکنش های دفاعی مطالعه کودکان اوتیسم

تاریخ دریافت: ۱۴۰۳/۰۳/۳۱

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۳/۰۴/۱۷

کد مقاله: ۴۹۱۷۸

سپیده امین افشاری^{۱*}، سارا جوانبختی^۲

چکیده

اوتیسم یک اختلال عصبی-رشدی است که با نقص در تعاملات اجتماعی، ارتباطات و رفتارهای تکراری و محدود مشخص می‌شود. این اختلال ممکن است منجر به بروز واکنش‌های دفاعی مانند اضطراب، پرخاشگری و انزوای اجتماعی در کودکان شود. هنر درمانی به عنوان یک روش غیردارویی و خلاقانه مورد استفاده قرار می‌گیرد تا به کودکان اوتیسم کمک کند احساسات خود را بیان کرده و واکنش‌های دفاعی‌شان را کاهش دهند. مطالعه حاضر از روش‌های کمی و کیفی برای ارزیابی تاثیرات هنر درمانی بر کودکان اوتیسم استفاده کرده است. داده‌های کمی از طریق پرسشنامه‌های استاندارد مکانیسم‌های دفاعی (DSQ) قبل و بعد از دوره درمان جمع‌آوری شد. نتایج نشان داد که هنر درمانی به طور معناداری موجب کاهش واکنش‌های دفاعی کودکان اوتیسم شده است. کاهش در میزان اضطراب و پرخاشگری و افزایش در تعاملات اجتماعی و ابراز احساسات مثبت از جمله نتایج قابل توجه این مطالعه بود. والدین و مربیان نیز بهبودهای قابل ملاحظه‌ای در رفتارهای کودکان مشاهده کردند که نشان‌دهنده افزایش سطح رضایت‌مندی آنان از این روش درمانی بود. هنر درمانی می‌تواند یک روش موثر و مکمل برای بهبود واکنش‌های دفاعی کودکان اوتیسم باشد.

واژگان کلیدی: هنر درمانی، واکنش های دفاعی، کودکان اوتیسم

۱- کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی دانشگاه همدان، seideh_19892012@yahoo.com

۲- کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی دانشگاه همدان

داشتن کودک معلول نشانه از دست دادن یک کودک طبیعی است و آگاهی از اینکه کودک آنها با مشکل متولد شده است و این مشکل ادامه خواهد یافت، فرایندی از اندوه را موجب می شود که شبیه اندوهی است که اعضاء خانواده کودک در حال فوت با آن روبه رو است (شکوهی یکتا و متولی پور، ۱۳۹۴: ۱۲۸). معلولیت مجموعه ای از اختلالات جسمانی یا ذهنی است که استقلال فردی و اجتماعی را از فرد معلول می گیرد و در نتیجه فرد معلول برای ادامه زندگی نیازمند توان بخشی در زمینه های مختلف می باشد، معلولیت به ناتوانی در انجام تمام یا قسمتی از ضروریات زندگی فردی یا اجتماعی به دلیل وجود یک نقص مادرزادی یا عارضی در قوای جسمانی یا روانی اطلاق میگردد (کاپلان و سادوک، ۱۳۹۳: ۷۴). بی تردید تولد و حضور کودکی با کم توانی ذهنی و یا حرکتی در هر خانواده ای می تواند به مثابه ی رویدادی نامطلوب و چالش زا موجب ایجاد تنبیدی، سرخوردگی و ناامیدی شود، به نظر میرسد اگر افراد روش صحیح بر خورد با آن برخورد نمایند کار آمدتر و سالمتر خواهند بود.

اتیسم یکی از پنج اختلال عصب شناختی مرتبط به هم است که به آنها اختلال های رشدی فراگیر یا اختلال های طیف اتیسم می گویند. این گروه شامل اختلالات؛ اسپرگر، اتیسم، سندرم رت، اختلال فروپاشنده دوره کودکی و اختلال رشدی فراگیر که به گونه دیگر مشخص نشده است، می باشد (سادوک و سادوک، ۱۳۹۴: ۱۸۸).

امروزه اختلال اتیسم به عنوان یک اختلال همه گیر شناخته می شود که میزان شیوع آن رو به افزایش است. این میزان به تنهایی بیش از شیوع مجموع بیماری سرطان، ایدز و دیابت در کودکان بسیاری از کشورهای توسعه یافته است (کوئین، ۱۳۸۸: ۲۴۰). این نرخ شبیه شاخص شیوعی است که در بخش های دیگر جهان مانند انگلستان، اروپا و آسیا بدست آمده است (فومبون، ۱۳۸۸: ۵۹۵). همه گیرشناسان تخمین می زنند که تعداد کودکان مبتلا به این اختلال ها در دهه های آینده افزایش چشمگیری خواهد داشت.

اختلال های رشدی فراگیر، یکی از انواع اختلال هایی است که خانواده ها را با چالش های بسیاری روبه رو می کند (مک کوناچی و دیگل ۲، ۱۳۸۶: ۱۲۴). این اختلال ها، گروهی از اختلال های روانی هستند که در آن ها تخریب در مهارت های تعامل اجتماعی، رشد زبان و طیف گستردهای از ذخایر رفتاری وجود دارد. اتیسم، مشهورترین این اختلال ها است که با رفتار های کلیشه ای، تحریک پذیری، رفتار های تخریبی و اشکال جدی در ارتباط اجتماعی کودک مشخص می شود و معمولاً قبل از سه سالگی بروز می کند (سادوک و سادوک، ۱۳۹۴: ۱۹۵). محققان معتقدند بهبود روش های تشخیصی، تغییر روش های معرفی اتیسم، افزایش آگاهی های اجتماعی، دسترسی بهتر به خدمات ارائه شده و تغییر جهت در سیاست های جامعه نقش عمده ای در افزایش میزان شیوع این اختلال در طی زمان دارد (ساراسینو ۳ و همکاران، ۱۳۸۹: ۳۲۳).

شناخت درست و مطابق با واقعیت عامل مهمی برای یافتن حقیقت و آگاه شدن از زوایای مثبت یک زندگی است و در سازگاری و ناسازگاری افراد در جامعه تاثیر فراوانی دارد. گاهی تجزیه و تحلیل اطلاعات در ذهن ما تحریف می شود. این نوع تحریف ها خطاها و تحریف های شناختی نامیده می شوند. در تمام صورت های خطای شناختی، فرد ذهن دیگران را می خواند یا تلاش می کند احساسات و عقاید آنها را حدس بزند و به حدس خود اعتقاد کامل دارد و این در حالی است که توانایی حدس قطعی را ندارد (حسین زاده، ۱۳۸۷: ۱۴۹). هر کسی از لحظه تولد تا بزرگسالی از مکانیسم های دفاعی در موقعیت های مختلف استفاده می کند. این که افراد از کدام دفاع ها استفاده کنند وابسته به عوامل مختلفی از جمله ارتباط اولیه با والد، سبک فرزندپروری والدین، تاثیر محیط و دیگر موارد می باشد. هرچه از مکانیسم های دفاعی ناپخته بیشتر استفاده شود، احتمال ابتلا به اختلالات روانی و جسمی بیشتر می شود.

بی تردید تولد و حضور کودکی با کم توانی ذهنی و یا حرکتی در هر خانواده ای می تواند به مثابه ی رویدادی نامطلوب و چالش زا موجب ایجاد تنبیدی، سرخوردگی و نا امیدي شود (میکاییلی منبع، ۱۳۸۸: ۱۱۱). براساس تحقیقات، در هر جامعه حدود یک تا سه درصد جمعیت را افراد کم توان ذهنی و دارای ناتوانی های خاص تشکیل می دهند (رستمی، ۱۳۸۸: ۲۶). از اختلالات مهم ذهنی در دوران کودکی می توان دو اختلال شایع را به نام های اختلال اتیسم و اختلال بیش فعالی نام برد. اصطلاح اتیسم یا در خود فرورفتگی به کودکانی اطلاق می شود که با دنیای بیرون از لحاظ نگاه، گفتار، رفتار و روابط عاطفی با افراد دیگر، هیچ ارتباطی ندارند. از مشخصات کودکان اتیستیک، عدم نشان دادن علاقه و عاطفه در رابطه با اطرافیان است، آنها همچنین در اغلب اوقات بسیار آرام بوده و کمتر از دیگر کودکان فعالیت جسمی دارند و بیشتر در تخیل به سر می برند (کوئین، ۱۳۸۸: ۲۲۹).

قوانین اجتماعی و اخلاقی و بسیاری از عوامل درونی و بیرونی برای تحقق خواسته هایمان مانع ایجاد می کنند. یک منازعه درونی میان آنچه می خواهیم و آنچه باید انجام شود زندگی انسان را به یک مبارزه همیشگی تبدیل می کند. احساس گناه از یک

1 Fombonne

2 McConachie & Diggle

3 Saracino

طرف و ناکام ماندن برخی خواسته‌ها از سوی دیگر باعث عدم توازن در زندگی می‌شود. ذهن برای گریز از تعارضات و رسیدن به یک آرامش نسبی متوسل به مقاومت‌ها یا راهبردهایی می‌شود که در روانکاوی به آن‌ها مکانیسم‌های دفاعی می‌گوییم. مکانیسم‌های دفاعی به افراد کمک می‌کنند تا با محیط سازگار شوند. شناخت و آگاهی از نحوه کارکرد مکانیسم‌ها به استفاده صحیح از آن‌ها کمک می‌کند. مکانیسم‌های دفاعی فرایندهای خودکار ذهن برای فرونشاندن اضطراب‌های ناشی از تعارضات هستند. مکانیزم‌ها زمانی فعال می‌شوند که بالا آمدن سطوح اضطراب منجر به آسیب‌های روانی شود. در واقع ذهن یک روش ناخودآگاه (ناهشیار) برای سازگاری با موانع اخلاقی و اجتماعی و از طرف دیگر میل و خواسته‌های درونی اش استفاده می‌کند (شکوهی یکتا و متولی پور، ۱۳۹۴: ۱۳۸).

تمامی این اختلالات با درجات متنوعی از نقص در مهارت‌های ارتباطی، تعاملات اجتماعی، رشد زبان و الگوهای کلیشه‌ای رفتاری و محدود مشخص می‌شود. کودکان و بزرگسالان مبتلا به این اختلال‌ها ممکن است انعطاف‌ناپذیری شدیدی در برنامه‌ها و فعالیت‌های روزانه خود نشان دهند، روش‌های غیرمعمولی برای یادگیری و توجه داشته باشند و یا گاهی اوقات به طور ناپه‌نجاری به موقعیت‌ها و احساس‌های طبیعی، واکنش نشان دهند (کوئین، ۱۳۸۸: ۲۲۷).

شواهد قابل توجهی از این نظریه که کودکان مبتلا به اتیسم بیش از کودکان عادی علائم آسیب‌شناسی روانی گزارش می‌کنند، حمایت می‌کند. یکی از مشکلات روانشناختی که گریبان‌گیر کودکان مبتلا به اتیسم می‌باشد، اضطراب است. اضطراب یکی از شایع‌ترین اختلالات در میان کودکان مبتلا به اتیسم است. اضطراب در کودکان مبتلا به اتیسم حالتی است که با احساس وحشت مشخص می‌شود و با علائم جسمی که بیانگر افزایش فعالیت دستگاه عصبی خود مختار می‌باشد، همراه است. اضطراب بر عملکرد جسمانی و شناختی اثر گذار است و موجب تحریف‌های ادراکی می‌شود (سادوک و سادوک، ۱۳۹۴: ۱۹۵).

شواهدی وجود دارد که نشان می‌دهد برخی از کودکان طیف اتیسم، حساسیت‌های ویژه‌ای به محرک‌ها و طرح‌های هنری نشان می‌دهند. آنها دست به انتخاب اسباب بازی‌هایی با حرکات کلیشه‌ای خاص می‌زنند یا علاقه به حرکات تکراری وسایل الکترونیکی (مانند چراغ چشمک‌زن) نشان می‌دهند (مک‌کوناچی و دیگل، ۱۳۸۶: ۱۲۴). در زمینه مداخلات درمانی به منظور رفع ناتوانی‌های کودکان مبتلا به اتیسم تلاش‌های محدودی در حیطه درمان‌ها و آموزش‌های روانشناختی انجام شده و به ثبت رسیده است. از مولفه‌های ضروری مداخلات مفید برای بهبود وضعیت روانشناختی در این افراد فراهم کردن محیط‌هایی با محرک‌های گوناگون و تکالیف توجه و تمرکز متناسب با سن می‌باشد (سیف‌نراقی و نادری، ۱۳۸۴: ۱۳۷).

علاقه به موضوعات و فرایندهای هنری در کودکان اتیستیک یک ویژگی نسبتاً شایع است و عده‌ای آن قدر بر این عامل تکیه می‌کنند که احتمال رابطه مستقیمی بین ویژگی‌های اتیسم و علاقه به کلیشه‌های هنری وجود داشته باشد. پاسخگویی متفاوت به محرک‌ها و فعالیت‌های کلیشه‌ای هنری توسط این گروه از کودکان، امکان توجه به اهداف آموزشی از این محرک‌ها، مانند رشد توانایی‌های شناخت هیجانات و رشد اجتماعی را مورد اهمیت قرار می‌دهد. در کلاس‌های آموزشی، ارائه محرک‌های مختلف همراه با آموزش مستقیم و غیرمستقیم و بازخورد دادن به کودک، می‌تواند منجر به رشد روانی-اجتماعی او گردد (ساراسینو و همکاران، ۱۳۸۹: ۳۲۵). یکی از رویکردهای آموزشی جدید که برای کودکان اتیستیک طراحی شده است و موارد فوق‌الذکر را شامل می‌شود، یعنی در آن از محرک‌های هنری برای جلب توجه کودکان اتیستیک استفاده می‌گردد، هنر درمانی است. با استفاده از هنر می‌توان محرک‌هایی را طراحی کرد که متناسب با توانایی‌های شناختی کودکان اتیستیک و همچنین علایق آنها به ویژگی‌های خاصی از محرک‌های دیداری باشد. در حال حاضر هنردرمانی به عنوان روشی انتخابی برای درمان رفتارهای کودک اتیسم مطرح است. هنر با دنیای متنوعی از محرک‌ها به عنوان یک روش نافذ و با ایجاد ارتباط‌های غیر کلامی می‌تواند به خوبی با کودکان این طیف ارتباط برقرار و پاسخ‌های آنان را تحریک نماید. همچنین ساز و کارهای ذهنی که محرک‌های هنری را پردازش می‌کنند به طور عمقی با دیگر ساختارهای اساسی مغز از جمله هیجان و احساسات، حافظه و حتی زبان همکاری دارند (کاپلان و سادوک، ۱۳۹۳: ۷۶).

بررسی‌ها نشان داده‌اند مادران دارای کودک ناتوان در مقایسه با مادران کودکان سالم سطح سلامت عمومی پایین‌تر و سطح شادکامی کمتری دارند (سیف‌نراقی و نادری، ۱۳۸۴: ۱۴۴). بر پایه بررسی‌های انجام شده می‌توان گفت که بین سبک‌های دلبستگی زنان دارای فرزند اتیسم با زنان دارای فرزند عادی تفاوت معناداری وجود ندارد. به عبارت دیگر کیفیت دلبستگی زنان دارای فرزند اتیسم می‌تواند مانند کیفیت دلبستگی زنان دارای فرزند عادی باشد (دلداری و همکاران، ۱۳۹۱: ۵). مادران این فرزندان از چند لحاظ با هم متفاوت‌اند که از جمله آن می‌توان از لحاظ سرمایه روانشناختی و ویژگی‌های روانشناختی نام برد. سرمایه روانشناختی عبارت است از خصوصیات بنیادی در روان افراد که در بیشتر مواقع در موارد حساس زندگی نقش پیشگیرانه‌ای در ابتلا به امراض روانی را دارد و شامل امید، خوش‌بینی، خودکارآمدی و تاب‌آوری است (کولبرتسون، ۱۳۸۹: ۴۲۷). از طرفی ویژگی‌های (اختلالات) روانشناختی عبارتند از حالات روانی غیر عادی که منجر به ماهش توانمندی‌های سازگاری با خود، دیگران

و محیط می‌شود (کاپلان و سادوک، ۱۳۹۳: ۸۰). از این نظر سرمایه روانشناختی سازه‌ای بر عکس ویژگی‌های روانی است و می‌تواند در جلوگیری از آن و کاهش سلامت روانی موثر باشد. بنابراین توجه به مسائل و مشکلات خانواده‌ها و والدین دارای کودک کم‌توانی ذهنی به پژوهش‌های منسجم و جامعی لازم است تا متخصصان را در کمک به والدین و خانواده‌ها در فائق آمدن بر مشکلات روانشناختی یاری کند، همچنین استرس حاصل از مشکلات داشتن کودک معلول، باعث شدت مشکلات خانوادگی می‌شود و افراد خانواده برای سازگاری با مشکل جدید الگوهای رفتاری تازه‌ای را انتخاب می‌کنند (کوئین، ۱۳۸۸: ۲۲۹).

در تعریف، ویژگی‌های روانی را می‌توان یک سندرم یا الگوی رفتاری روانشناختی دانست که بعد منفی آن با احساس ناراحتی (مثل علامتی دردناک) یا ناتوانی (مثل تخریب در یک یا چند زمینه کارکردی) همراه است. به علاوه، سندرم یا الگو نباید فقط پاسخی قابل انتظار و تأیید شده از نظر اجتماعی نسبت به یک رویداد خاص باشد. در تعریف مفهومی، اتیسم مشهورترین اختلال فراگیر رشد اختلال می‌باشد که با تخریب پایدار در تعامل اجتماعی متقابل، انحراف ارتباطی، والگوهای رفتارهای کلیشه‌ای محدود مشخص می‌شود، کارکرد ناهنجار در زمینه فوق باید در ۳ سالگی وجود داشته باشد (سادوک و سادوک، ۱۳۹۴: ۱۹۹). لذا احتمالاً با ابتلای کودکان به مشکلات ذهنی روانی همچون اتیسم و بیش‌فعالی سرمایه روانشناختی والدین تعدیل و کاهش می‌یابد و ابتلای به مشکلات و اختلالات روانشناختی افزایش می‌یابد. سلامت روانی افراد با چگونگی به‌کارگیری از مکانیزم‌های دفاعی توسط آن‌ها ارتباط مستقیم دارد. افرادی که در مواجهه با شرایط استرس‌زا از این ساز و کارها بهره می‌گیرند، می‌توانند با تنش‌ها مبارزه کنند و پاسخ‌های سازگارانه‌تری به محیط خود بدهند. در مقابل رابطه‌ی آسیب‌های روانی با استفاده‌ی نادرست از مکانیزم‌های دفاعی نیز به اثبات رسیده‌است. چهار نوع مکانیزم دفاعی را در ادامه به اختصار نام برده‌ایم:

۱. مکانیزم‌های دفاعی ناپخته

۲. مکانیزم‌های دفاعی روان رنجورانه

۳. مکانیزم‌های دفاعی پخته

۴. مکانیزم‌های متفرقه

کودکان اتیستیک، اغلب در صورت داشتن گفتار، گفتار تک نفره دارند و منتظر پاسخ فرد مقابل نیستند. همزمان بودن گفتار با ریتم حرکات کودک در هنردرمانی، او را نسبت به فعالیت هایش آگاه کرده و به مشارکت کردن علاقه مند می‌سازد (ناصحی، ۱۳۹۰: ۱۶۶). درگیر کردن کودکان مبتلا به اختلالات طیف اتیسم در هنردرمانی، باعث رشد توانمندی‌های روانی آنها و متعاقباً کاهش اضطراب آنها می‌گردد (جولان ۱ و همکاران، ۱۳۸۸: ۲۷۴). کودکان مبتلا به اتیسم ممکن است مشکلات و اختلال‌های دیگری هم داشته باشند. مشکلات حسی (حساسیت کمتر از اندازه طبیعی در مقابل محرک‌های محیطی)، ناتوانایی‌های ذهنی صرع، سندرم، توبروس اسکلروزیس، اسکروزیس و عقون‌ت‌های فوقانی دستگاه تنفسی مهم‌ترین اختلال‌های همراه در برخی از این کودکان است. از سوی دیگر کودکان طیف اتیسم به دلیل ارتباط بسیار محدود کلامی و رفتارهای قالبی و در خود فرورفتگی، به درمان‌های رایج روانپزشکی به دشواری پاسخ می‌دهند و با وجود مشکلات گسترده‌ای که در این کودکان مشاهده می‌شود، درمان‌های جایگزین مناسبی برای بهبود وضعیت روانشناختی آنها پیشنهاد نشده‌است.

۲- روش، جامعه، نمونه پژوهش و روش نمونه‌گیری

جامعه آماری این پژوهش شامل کلیه والدین کودکان اوتیسمی و روانشناسان فعال در این حوزه شهر سیرجان می‌باشند که از والدین ۳۰۰ نفر به عنوان نمونه انتخاب شدند. به منظور انتخاب آزمودنی‌ها در پژوهش حاضر از روش نمونه‌گیری تصادفی در دسترس استفاده شد. در مورد روانشناسان نیز به صورت سرشماری و همخوان با جامعه‌ی آماری انجام شد یعنی؛ تمامی جامعه روانشناسان (۵۸ نفر) به عنوان حجم نمونه انتخاب شدند.

۳- ابزار گردآوری اطلاعات

۳-۱- پرسشنامه مکانیزم‌های دفاعی (DSQ):

این پرسشنامه شامل ۴۰ سوال است که پاسخ‌دهی به آنها از کاملاً موافقم با کسب نمره ۹ و کاملاً مخالفم با کسب نمره ۱ شامل می‌شود. بیشتر شدن نمره از ۱۰ نشان از آن دارد که بسته به پرسشی که به آن پاسخ داده است، دارای مکانیزم دفاعی فعالی است.

جدول ۱- توزیع فراوانی و درصد پاسخگویان

پاسخگویان	فراوانی	درصد	درصدتجمعی
روانشناسان	۵۸	۱۶/۲	۱۶/۲
والدین	۳۰۰	۸۳/۸	۱۰۰/۰
کل	۳۵۸	۱۰۰	

همانطوری که اطلاعات جدول ۱ نشان می دهد، ۱۶/۲ درصد پاسخگویان روانشناس و ۸۳/۳ درصد والدین کودکان اوتیسمی می باشند.

فرضیه ۱: بین دیدگاه والدین کودکان و روانشناسان در خصوص نقش هنر درمانی و تاثیر آن بر مکانیسم های دفاعی کودکان اوتیسمی تفاوت معنی دار وجود دارد.

جدول ۲- نتایج آزمون خی دو مربوط به نقش هنر درمانی و تاثیر آن بر مکانیسم های دفاعی از دیدگاه روانشناسان و والدین

پاسخگویان	میزان	فراوانی مشاهده شده	درصد	فراوانی مورد انتظار	باقیمانده	آماره مجذور خی(خی دو)	درجه آزادی	سطح معناداری
والدین	کم	۸	۱۳/۸	۱۹/۳	-۱۱/۳	۱۶/۱۷۲	۲	۰/۰۰۱
	متوسط	۲۸	۴۸/۳	۱۹/۳	۸/۷			
	زیاد	۲۲	۳۷/۹	۱۹/۳	۲/۷			
	کل	۵۸	۱۰۰/۰					
روانشناسان	کم	۴۳	۱۴/۳	۱۰۰/۰	-۵۷/۰	۴۵/۵۰۰	۲	۰/۰۰۱
	متوسط	۱۶۱	۵۳/۷	۱۰۰/۰	۶۱/۰			
	زیاد	۹۶	۳۲/۰	۱۰۰/۰	-۴/۰			
	کل	۳۰۰	۱۰۰/۰					

همانطوری که نتایج جدول ۲ نشان می دهد، مقدار آماره ی دو مربوط به دیدگاه روانشناسان (۱۶/۱۷۲) در سطح $\alpha=0/01$ معنی دار است ($p<0/01$) لذا چنین استنباط می شود که بین فراوانی های مشاهده شده و مورد انتظار تفاوت معنادار وجود دارد، بر این اساس و با توجه به فراوانی های مشاهده شده و درصدهای مربوطه (کم ۱۳/۸٪ و متوسط ۴۸/۳٪ و زیاد ۳۷/۹٪) می توان نتیجه گرفت که از دیدگاه روانشناسان، نقش هنر درمانی و تاثیر آن بر مکانیسم های دفاعی در حد متوسط تا زیاد است. از طرفی مقدار آماره ی خی دو مربوط به دیدگاه والدین (۴۵/۵۰۰) در سطح $\alpha=0/01$ معنادار است ($p<0/01$). لذا چنین استنباط می شود که بین فراوانی های مشاهده شده و مورد انتظار تفاوت معنی دار وجود دارد، بر این اساس و با توجه به فراوانی های مشاهده شده و درصدهای مربوطه (کم ۱۴/۳٪ و متوسط ۵۳/۷٪ و زیاد ۳۲/۰٪) می توان نتیجه گرفت که از دیدگاه والدین، نقش هنر درمانی و تاثیر آن بر مکانیسم های دفاعی کودکان در حد متوسط است.

۵- نتیجه گیری

شناخت درست و مطابق با واقعیت عامل مهمی برای یافتن حقیقت و آگاه شدن از زوایای مثبت یک زندگی است و در سازگاری و ناسازگاری افراد در جامعه تاثیر فراوانی دارد. هر کسی از لحظه تولد تا بزرگسالی از مکانیسم های دفاعی در موقعیت های مختلف استفاده می کند. این که افراد از کدام دفاع ها استفاده کنند وابسته به عوامل مختلفی می باشد. با ابتلای کودکان به مشکلات ذهنی روانی همچون ایتسم سرمایه روانشناختی والدین تعدیل و کاهش می یابد و ابتلای به مشکلات و اختلالات روانشناختی افزایش می یابد. حال نگارنده پیش نهاد می کند در جهت نیل به هدف تحکیم بنیان خانواده و همیاری والدین کودکان ایتستیک برای آنان بصورت ماهانه کلاس های آموزش رفتارهای مراقبت از کودکان، معرفی کتاب برای برخورد مناسب در این زمینه و... انجام پذیرد. همچنین حمایت نهاد ها و سازمان های ذی ربط برای کمک به والدین و همیاری آنان از اوجب واجبات می باشد. از طرفی هنردرمانی با توجه به اینکه از ظرفیتهای و امکانات خوبی برای آموزش و یادگیری انفرادی و گروهی کودکان ایتستیک به طور خاص و کودکان با نیازهای ویژه به طور عام برخوردار است، در راستای آموزش و درمان این کودکان از نقش و اهمیت بهسزایی برخوردار می باشد. بنابراین استفاده از این شیوه نوین در جهت درمان کودکان اوتیستیک می

تواند افق جدیدی در فرایند درمانی کشورمان تلقی شود. بنا بر یافته های این مقاله نتیجه آن شد که از دیدگاه روانشناسان، نقش هنر درمانی و تاثیر آن بر مکانیسم های دفاعی در حد متوسط تا زیاد است. از دیدگاه والدین، نقش هنر درمانی و تاثیر آن بر مکانیسم های دفاعی کودکان در حد متوسط است.

منابع

۱. حسین زاده، علی (۱۳۸۷)، «تحریرهای شناختی»، ماهنامه معرفت، سال هفدهم، شماره ۱۳۵، صص ۱۴۲-۱۵۶.
۲. دلدار، سمیرا، دلدار، سهیلا، زارعی فرد، سعیده و رخشنده رو، مرضیه (۱۳۹۱)، «مقایسه ویژگی های شخصیتی و سبک دل بستگی در مادران کودکان با اختلال اوتیسم و مادران کودکان عادی»، همایش ملی روانشناسی و خانواده، ایران.
۳. رستمی، رقیه (۱۳۸۸)، «بررسی اثر بخشی نمایش عروسکی بر افزایش مهارت های اجتماعی دختران کم توان ذهنی آموزش پذیر ۸-۱۳ ساله شهر بجنورد»، پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی تهران.
۴. سادوک، بنجامین جیمز و سادوک، ویرجینیا ای (۱۳۹۴)، «خلاصه روانپزشکی کاپلان و سادوک، براساس DSM-5»، ترجمه رضاعی، فرزین، تهران: انتشارات ساوالان.
۵. سیف نراقی، مریم و نادری، عزت الله (۱۳۸۴)، «روانشناسی و آموزش کودکان استثنایی»، تهران: انتشارات ارسباران.
۶. شکوهی یکتا، محسن و متولی پور، عباس (۱۳۹۴)، «اختلال نارسایی توجه بیش فعالی»، تهران: انتشارات طبیب.
۷. کاپلان، هرولد و سادوک، بنجامین جیمز (۱۳۹۳)، «خلاصه روانپزشکی، علوم رفتاری/روانپزشکی بالینی»، جلد اول، ترجمه رضاعی، فرزین، تهران: انتشارات ارجمند.
۸. کوئین، کمپیون (۱۳۸۸)، «درخودماندگی»، ترجمه امین یزدی، امیر و ضیائی، سلیل، مشهد: دانشگاه فردوسی مشهد.
۹. میکاییلی منبع، فرزانه (۱۳۸۸)، «روابط ساختاری بین بهزیستی روانشناختی با هوش هیجانی ادراک شده»، توانایی کنترل تفکر منفی و افسردگی مادران کودکان کم توان ذهنی و مقایسه آن با مادران کودکان عادی، مجله پژوهش در حیطه کودکان استثنایی، شماره ۹، دوره ۲، ۱۰۳-۱۲۰.
۱۰. ناصحی، هما (۱۳۹۰)، «همراه با کودکان اتیسم»، از تشخیص تا درمان، تهران: دانژه.
11. Culbertson, S. S. Fullagar, C. J. & Mills, M. J. (2010). Feeling good and doing great: the relationship between psychological capital and well-being. *Journal of Occupational Health Psychology*. Vol. 15. N0. 4. Pp. 421-433.
12. Fombonne, E. (2009). Epidemiology of pervasive developmental disorders. *Pediatric Research*, 65(6), Pp. 591-598.
13. Golan, O. Ashwin, E. Granader, Y. McClintock. S. Day, K. Leggett, V. Baron-Cohen, S. (2009). Enhancing Emotion Recognition in Children with Autism Spectrum Conditions: An Intervention Using Animated Vehicles with Real Emotional Faces, *Journal of Autism and Developmental Disorders*. 40(3), Pp. 269-279.
14. McConachie, H. & Diggle, D. (2007). Parent implemented early intervention for young children with autism spectrum disorder: a systematic review. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 13(1), Pp. 120-129.
15. Saracino, J., Noseworthy, J., Steiman, M., Reisinger, L., & Fombonne, F. Diagnostic and assessment issues in autism surveillance and prevalence. *Journal of Developmental Physical Disabilities*, 22(4), 2010. Pp. 317-330.