

اثربخشی ترسیم‌گری گروهی بر کاهش پرخاشگری دانش‌آموزان فزون‌کنش-پرخاشگر

The Effectiveness of Group Drawing on Aggression Reduction in Hyperactive-Aggressive Students

Khodamorad Momeni, PhD
Razi University

Bitu Shalani
MA in General
Psychology

بی‌تا شالانی
کارشناس ارشد روان‌شناسی

خدایم‌راد مومنی
دانشیار دانشگاه رازی

چکیده

این پژوهش با هدف تعیین اثربخشی ترسیم‌گری گروهی بر کاهش پرخاشگری دانش‌آموزان پسر دارای اختلال نارسایی توجه/ فزون‌کنشی و با طرح آزمایشی دوگروهی با پیش‌آزمون و پس‌آزمون انجام شد. ۲۴ دانش‌آموز به صورت نمونه‌برداری چندمرحله‌ای از بین کل دانش‌آموزان فزون‌کنش-پرخاشگر مدارس ابتدایی ناحیه ۳ شهر کرمانشاه در سال تحصیلی ۹۴-۹۳ به عنوان گروه نمونه انتخاب و به تصادف در دو گروه آزمایش و کنترل گمارش شدند. ابزار پژوهش شامل مقیاس کانرز معلمان (کانرز، ۱۹۹۷) و مقیاس پرخاشگری رابطه‌ای و آشکار کودکان دبستانی (شهیم، ۱۳۸۵) بود. برنامه مداخله براساس پروتکل مارتین (۲۰۰۹) در ۹ جلسه ۶۰-۴۵ دقیقه‌ای و دو بار در هفته اجرا شد. نتایج آزمون تحلیل کوواریانس نشان داد ترسیم‌گری گروهی پرخاشگری جسمانی، رابطه‌ای، و واکنشی کلامی- فزون‌کنشی دانش‌آموزان مبتلا به اختلال فزون‌کنشی را کاهش می‌دهد. بنابراین می‌توان از ترسیم‌گری گروهی برای کاهش پرخاشگری دانش‌آموزان فزون‌کنش- پرخاشگر در همه سطوح بهره گرفت.

واژه‌های کلیدی: نارسایی توجه/ فزون‌کنشی، پرخاشگری، ترسیم‌گری گروهی، دانش‌آموزان

Abstract

This study aimed to examine the effectiveness of group drawing on aggression reduction of boy students with Attention deficit/hyperactivity disorder (ADHD). The study design was pretest-posttest with a control group. Twenty-four hyperactive-aggressive students were selected from primary schools of the district 3 of Kermanshah, Iran in the academic year 2014. The participants were randomly assigned into either experimental or control group. The participants completed the Connors Questionnaire for teachers (Connors, 1997) and the Relational and Overt Aggression Questionnaire for primary school children (Shahim, 2006). The intervention based on Martin protocol (2009) was implemented 9 sessions for 45 to 60 minutes twice a week. The results of covariance analysis indicated that group drawing decreased physical aggression, relational aggression, and reactive verbal-hyperactive aggression in students with ADHD. The findings suggested that group drawing can be used in reducing aggression in hyperactive-aggressive students at all levels.

Keywords: aggression, attention deficit/ hyperactivity disorder, group drawing, students

received: 1 February 2016

accepted: 25 June 2016

Contact information: bita.shalani@gmail.com

دریافت: ۹۴/۱۱/۱۲

پذیرش: ۹۵/۴/۵

مقدمه

پرخاصگرانه دارند و آغازگر دعوا هستند (هالاها و کافمن، ۲۰۰۹؛ هارتمن، ویلکات، ری و پنینگتون، ۲۰۰۴؛ اوهان و جان‌استون، ۲۰۰۷). کودکان با اختلال نارسایی توجه/فزون‌کنشی پایین‌ترین سطح کنش‌وری اجتماعی را نشان می‌دهند و مشکلات بیشتری در دوست‌یابی و حفظ دوستی دارند. به طور کلی این کودکان به مشکلات اجتماعی زیادی در موقعیت‌های مختلف دچار می‌شوند (بهبودی، ۱۳۸۷). پرخاصگری بر کیفیت زندگی فرد در طول تحول تأثیر می‌گذارد و پیامدهای وخیم کوتاه‌مدت یا درازمدت دارد (لطفی‌عظیمی، ۱۳۹۰). هنردرمانگری^۱ روشی است که برای رشد و ارتقای سلامت جسمانی، روانی و هیجانی افراد در همه سنین استفاده می‌شود (نیسیمو-ناهوم، ۲۰۰۹). هنردرمانگری تلفیقی از رشته‌های مختلف چون هنر، روان‌شناسی، پزشکی و آموزش است. در ۵۰ سال گذشته مشاوران، بازی‌درمانگران، مددکاران اجتماعی و روان‌شناسان از هنردرمانگری یا روی‌آوردهای مبتنی بر هنر در درمان استفاده می‌کنند (مالچیودی، ۲۰۱۱). این روش بر اساس این باور پایه‌گذاری شده که فرایند خلاق بیان هیجان‌ها از طریق هنر به افراد کمک می‌کند تعارض‌ها را حل کنند و مهارت‌های بین‌فردی، مدیریت رفتار، کاهش تنیدگی و اعتمادبه‌خود^۲ را در خود گسترش دهند و به بینش دست یابند (نامبرگ، ۲۰۰۱). ترسیم‌گری به فرد امکان می‌دهد به دور از قضاوت، آزادانه و بدون نگرانی از واکنش دیگران، افکار و احساس‌های سرکوب‌شده خود را بیان کند. افراد با فرافکنی زندگی درونی خود از راه ترسیم‌گری بر هیجان‌های خود غلبه می‌کنند و سبب پویایی شخصیت خود می‌شوند (ولف، ۲۰۰۳). هنردرمانگری علاوه بر کاهش مقاومت کودکان نسبت به درمان مبتنی بر بیان احساس‌ها و تجربه‌های شخصی خود، موجب تداوم درمان با درمانگر نیز می‌شود (ایتون، دوهرتی و وایدربیک، ۲۰۰۷). راسل (۲۰۰۸) در پژوهش خود نشان داد که ترسیم‌گری و سفالگری تأثیرات مثبتی بر کودکان در معرض خطر دارند و رفتارهای پرخاصگرانه آنان را کاهش می‌دهند. در پژوهش‌های دیگری نیز به بررسی تأثیر ترسیم‌گری بر کاهش رفتارهای

نارسایی توجه/فزون‌کنشی^۱ اختلال مزمن فراگیرنده تحولی و رایج‌ترین اختلال در دوره کودکی است که به دوران کودکی محدود نمی‌شود (یانگ و امرسینگ، ۲۰۱۰). شیوع این اختلال در حال افزایش و در پسران ۳ تا ۹ بار بیشتر از دختران است (فلتر-چانزین و رینولدز، ۲۰۰۳). کودکان مبتلا به نارسایی توجه/فزون‌کنشی در تعامل با دیگران، پیروی از قوانین عمومی و خانوادگی، مهار رفتار خشونت‌آمیز، و امور تحصیلی مشکل دارند (لئونیدوناکونووالوا و یوریوناماتیووا، ۲۰۱۳). نارسایی توجه/فزون‌کنشی در کودکان با خطرات بلندمدتی چون مشکلات هیجانی همراه است (اسپنسر، بیدرمن و میک، ۲۰۰۷)، یکی از رفتارهای همراه با این اختلال پرخاصگری^۲ است. پرخاصگری رفتاری است که ممکن است موجب آسیب به دیگران و اموال آن‌ها شود (بورک و دیگران، ۲۰۱۱؛ وزیری و لطفی‌عظیمی، ۱۳۹۰). پرخاصگری به صورت رفتار آشکار فیزیکی و کلامی^۳ مانند هل دادن، پرت کردن اشیاء و ... یا به شکل تهدید به انجام این اعمال و به‌صورت کلامی نظیر ناسزاگویی، تحقیر، مسخره کردن و داد و فریاد است. همچنین به دو صورت واکنشی^۴ و فعال^۵ بروز می‌یابد. پرخاصگری واکنشی یا خصمانه پاسخ تهاجمی به تهدید یا تحریک، مانند اقدامات تلافی‌جویانه است و پرخاصگری فعال به عنوان رفتار پیش‌بینی‌کننده پاداش و منافع تعریف شده است (برگمن و دیگران، ۲۰۱۴ نقل از میرزایی‌کوتایی، حسین‌خانزاده، اصغری و شاکری‌نیا، ۱۳۹۴). در مواردی که پرخاصگری به صورت بر هم زدن روابط اجتماعی و دوستی بین افراد، طرد و منزوی کردن عمدی سایر کودکان از گروه، آزار و اذیت از طریق پخش شایعه و بدگویی و وادار کردن افراد به قطع ارتباط با فرد مورد نظر بروز می‌یابد، به آن پرخاصگری رابطه‌ای^۶ می‌گویند (فرنچ و جانسون و پیدا، ۲۰۰۲). پرخاصگری معمولاً با اختلال‌های رفتاری دیگر در کودکان همراه است که از مهم‌ترین آن‌ها فزون‌کنشی و برانگیختگی^۷ است (شتمن و نسالادین، ۲۰۰۶). بسیاری از پژوهش‌ها نشان می‌دهد که کودکان با اختلال نارسایی توجه/فزون‌کنشی، رفتارهای

1. attention deficit/hyper activity
2. aggression
3. physical and verbal

4. reactive
5. proactive
6. relational aggression

7. impulsivity
8. art therapy
9. self confidence

مدارس افراد واجد شرایط بودند که از این تعداد، ۲۴ نفر به عنوان گروه نمونه انتخاب و به تصادف به گروه‌های آزمایش و کنترل تقسیم شدند. برای گروه آزمایش ۹ جلسه ۶۰-۴۵ دقیقه‌ای برگزار شد. برنامه ترسیم‌گری گروهی برگرفته از پروتکل مارتین (۲۰۰۹) بود. برای تشخیص اختلال نارسایی توجه/فزون‌کنشی از مقیاس کانرز و مصاحبه روان‌پزشک استفاده شد. برای پاسخگویی به این ابزارها به معلمان آموزش‌های لازم داده شد.

مقیاس درجه‌بندی رفتار کانرز (فرم معلم؛ کانرز، ۱۹۹۰). این مقیاس برای تشخیص نارسایی توجه/فزون‌کنشی استفاده شد. مقیاس درجه‌بندی معلم کانرز ۳۸ ماده چهارگزینه‌ای دارد و نمره‌گذاری آن در طیف لیکرت از صفر تا سه انجام می‌شود. نمره کل آزمون دامنه‌ای از صفر تا ۱۱۴ دارد و اگر نمره کودک بالاتر از ۵۷ باشد، بیانگر اختلال نارسایی توجه است. هرچه امتیاز بالاتر برود، میزان اختلال کودک بیشتر است و برعکس. مقیاس کانرز دو فرم والدین و معلمان دارد و با توجه به احتمال سوگیری والدین در گزارش‌دهی و گزارش غیرواقعی ناخواسته، از فرم معلمان استفاده شد. کانرز اعتبار بازآزمایی این مقیاس را ۰/۷۲ تا ۰/۹۲ گزارش کرده است. ضریب آلفای کرونباخ برای کل مقیاس ۰/۸۶ گزارش شده است (شهیم، یوسفی و شهائیان، ۱۳۸۶).

پرسشنامه پرخاشگری رابطه‌ای و آشکار کودکان

دبستانی^۲ (فرم معلم؛ شهیم، ۱۳۸۵). این فرم ۲۱ ماده دارد که سه بعد پرخاشگری جسمانی، رابطه‌ای و واکنشی را می‌سنجد. این پرسشنامه را معلم تکمیل می‌کند. نمره‌گذاری در طیف لیکرت از یک تا چهار صورت می‌گیرد. ضریب آلفای کرونباخ برای کل پرسشنامه ۰/۹۱، و برای پرخاشگری جسمانی، رابطه‌ای و واکنشی به ترتیب ۰/۸۱، ۰/۸۳، و ۰/۸۱ است (شهیم، ۱۳۸۵). ارزیابی روایی پرسشنامه با استفاده از تحلیل عامل با محور اصلی و به دنبال آن چرخش مایل ماده‌ها نیز منجر به استخراج سه عامل پرخاشگری جسمانی، رابطه‌ای و واکنشی با ارزش ویژه بیشتر از یک شد که ۵۹ درصد واریانس را تبیین می‌کند و ضریب KMO ۰/۹۲ و آزمون بارتلت برای داده‌ها معنادار بود. محتوای برنامه ترسیم‌گری گروهی در جدول ۱ آمده است.

پرخاشگرانه پرداختند و آن را روشی مؤثر در کاهش پرخاشگری دانستند (بالجون، ۲۰۱۱؛ به‌پژوه و نوری، ۱۳۸۱؛ لی، ۲۰۰۲؛ نژادی‌کاشانی و دیگران، ۱۳۸۹؛ کرمی، علیخانی، زکی‌بی و خدادادی، ۱۳۹۱؛ رجب‌پورفرخانی، جهانشاهی و رجب‌پورفرخانی، ۱۳۹۲؛ صادقی‌پور و واحدی، ۱۳۹۲؛ اصغری‌نکاح و باقری‌نژاد، ۱۳۹۰؛ هاشمیان و جراحی، ۲۰۱۴؛ علوی‌نژاد، موسوی و سهرابی، ۲۰۱۳؛ نظامی‌پور، عبدالمنافی، اعتمادی‌نیا و ایزدی‌نیا، ۱۳۹۴، نیمیسو-ناهوم، ۲۰۰۹).

پرخاشگری رفتاری متداول و نیازمند توجه بیشتر متخصصان است. نارسایی توجه/فزون‌کنشی همراه با پرخاشگری، تأثیر منفی بیشتری بر فرد و روابطش با دیگران می‌گذارد. در بسیاری از پژوهش‌ها بر این نکته تأکید شده که پرخاشگری در کودکان دچار نارسایی توجه/فزون‌کنشی به رفتارهای ضداجتماعی و قانون‌شکنانه آتی منجر و همچنین موجب می‌شود این کودکان در ارتباط با همسالان رفتارهای جامعه‌پسندانه کمتری از خود نشان دهند و از سوی دیگر این ویژگی‌ها مانع برقراری رابطه با همسالان می‌شود و کودک را در یادگیری ناتوان می‌سازد (استوارت و دنیسون، ۲۰۰۲؛ کاول و الج، ۲۰۰۷). از این رو هدف این پژوهش شناسایی کودکان دچار نارسایی توجه/فزون‌کنشی و مداخله‌های درمانگری برای کاهش مشکلات پرخاشگری در آنان است.

روش

این بررسی طرح تجربی با پیش‌آزمون-پس‌آزمون و گروه کنترل و جامعه آماری شامل همه دانش‌آموزان پسر فزون‌کنش-پرخاشگر ۸ تا ۱۲ ساله مدارس ابتدایی ناحیه ۳ شهر کرمانشاه بود. ملاک‌های ورود به پژوهش شامل تشخیص نارسایی توجه/فزون‌کنشی بر اساس مقیاس کانرز و تشخیص روان‌پزشک، رضایت والدین، حضور دانش‌آموز حداقل به مدت چهار ماه در کلاس، و ملاک خروج از آن نیز شامل انجام مداخله‌های همزمان بود. از طریق نمونه‌برداری چندمرحله‌ای پنج مدرسه از مدارس ناحیه ۳ انتخاب شد. بر اساس مقیاس درجه‌بندی رفتار کانرز^۱ (فرم معلم؛ کانرز، ۱۹۹۰)، تشخیص روان‌پزشک و پرسشنامه پرخاشگری ۶۰ نفر از دانش‌آموزان این

جدول ۱

برنامه ترسیم‌گری گروهی (مارتین، ۲۰۰۹)

جلسه	عنوان	فعالیت
۱	ترسیم سایه	یکی از دانش‌آموزان یک چراغ‌قوه را نگه می‌دارد، دانش‌آموز دیگر جلو کاغذ می‌ایستد و سایه ایجاد می‌کند و نفر سوم باید سایه را نقاشی کند.
۲	ترسیم بدن	دانش‌آموزان به‌نوبت به هر حالتی که مایل هستند روی کاغذ دراز می‌کشند تا نفر دوم خطوط کلی بدنشان را رسم کند. سپس طرح را با جزئیات بدن خود یا بدن هم‌گروه خود پر می‌کنند.
۳	تصور کردن	کودکان در قالب یک گروه به‌نوبت موضوع انتخاب‌شده را نقاشی می‌کنند.
۴	ترسیم صورت	هر نفر برای خود یک هم‌گروه انتخاب می‌کند. سپس روبه‌روی یکدیگر می‌نشینند و صورت هم‌گروه خود را می‌کشند.
۵	ترسیم تعاملی صورت	کودکان به نوبت یک قسمت از صورت دوست خود را می‌کشند (برای مثال یک نفر چشم‌ها را می‌کشد، بعد مازیک را به نفر دیگر می‌دهد تا بینی را بکشد و ...).
۶	ترسیم بدن یکدیگر	کودکان به صورت دایره می‌نشینند و به‌نوبت یکی از آن‌ها انتخاب می‌شود (هر بار یک نفر) و به‌عنوان مدل وسط می‌نشیند. مدل باید بتواند تا زمانی که دیگران نقاشی را تمام می‌کنند منتظر بماند.
۷	نقاشی برپارچه	هر نفر یک تکه پارچه را به سلیقه خود با رنگ تزئین می‌کند (با استفاده آزادانه از مازیک، چسباندن نخ و ...). پس از خشک شدن پارچه‌ها تکه‌ها را به هم بچسبانید و یک روتختی درست کنید.
۸	جعبه‌های دوستی	هر نفر یک طرف جعبه‌ای را نقاشی و با سلیقه خود تزئین می‌کند. نقاشی باید درمورد صاحب جعبه باشد.
۹	نمایشگاه هنری	همه آثار هنری جلسه‌های قبل به نمایش گذاشته می‌شود.

جدول ۲

میانگین و انحراف استاندارد پرخاشگری و مؤلفه‌های آن

گروه آزمایش		گروه کنترل			
<u>SD</u>	<u>M</u>	<u>SD</u>	<u>M</u>		
۳/۳۱	۲۰/۹۲	۲/۸۷	۲۰/۴۲	پیش‌آزمون	پرخاشگری جسمانی
۱/۶۲	۸/۴۲	۲/۲۷	۲۱/۹۲	پس‌آزمون	
۵/۹۲	۲۸	۳/۰۹	۲۲/۸۳	پیش‌آزمون	پرخاشگری رابطه‌ای
۱/۶۷	۱۴/۵۰	۳/۴۲	۲۳/۳۳	پس‌آزمون	
۰/۶۶	۲۳/۹۲	۲/۲۷	۲۱/۹۲	پیش‌آزمون	پرخاشگری واکنشی-کلامی-فزون‌کنش
۱/۶۰	۱۲/۷۵	۲/۰۶	۲۲/۳۳	پس‌آزمون	

پیش‌آزمون کاهش دارد، اما در گروه کنترل میانگین در پس‌آزمون تغییر نداشته است. برای واریسی فرضیه پژوهش از تحلیل کوواریانس استفاده شد (جدول ۳).

برای بررسی تأثیر هنردرمانگری بر پرخاشگری از آزمون تحلیل کوواریانس استفاده شد. همان‌طور که در جدول ۲ آمده است، میانگین پس‌آزمون در گروه آزمایش در مقایسه با

جدول ۳

نتایج تحلیل کوواریانس چندمتغیری میانگین نمره‌های پس‌آزمون متغیرهای پژوهش در گروه‌های آزمایش و کنترل

متغیر وابسته	<u>SS</u>	<u>MS</u>	<u>F</u>	مجذور اتا
پرخاشگری جسمانی	۷۸/۷۶	۷۸/۷۶	۲۰/۰۷*	۰/۵۱
پرخاشگری رابطه‌ای	۸۸/۸۴	۸۸/۸۴	۴/۰۵**	۰/۱۷
پرخاشگری کلامی واکنشی-بی‌ش‌فعال	۲۳/۵۲	۲۳/۵۲	۱۴/۵۲*	۰/۴۳

* $P < 0.05$ ** $P < 0.001$

پرخاشگری جسمانی، ۰/۱۷ تغییر در پرخاشگری رابطه‌ای، ۰/۴۳ تغییر در پرخاشگری کلامی واکنشی-فزون‌کنش، ناشی از تأثیر متغیر مستقل (ترسیم‌گری گروهی) بوده است، درواقع حضور در گروه آزمایشی و دریافت برنامه آموزشی، موجب کاهش

با توجه به نتایج جدول ۳، مقادیر F برای پرخاشگری جسمانی، ۲۰/۰۷ ($P < 0.001$)، پرخاشگری رابطه‌ای، ۴/۰۵ ($P < 0.05$)، و پرخاشگری کلامی واکنشی-فزون‌کنش، ۱۴/۵۲ ($P < 0.001$) به دست آمد. با توجه به اندازه اثر محاسبه‌شده ۰/۵۱ تغییر در

بحث

این پژوهش با هدف بررسی اثربخشی ترسیم‌گری گروهی بر کاهش نشانه‌های پرخاشگری و مؤلفه‌های آن در دانش‌آموزان پسر انجام شد. یافته‌های پژوهش نشان داد که ترسیم‌گری بر کاهش نشانه‌های پرخاشگری دانش‌آموزان مؤثر است. نتایج این پژوهش با یافته‌های پژوهش‌های بالجون (۲۰۱۱)، به‌پژوه و نوری (۱۳۸۱)، لی (۲۰۰۲)، نژادی کاشانی و دیگران (۱۳۸۹)، کرمی و دیگران (۱۳۹۱)، رجب‌پورفرخانی و دیگران (۱۳۹۲)، صادقی‌پور و واحدی (۱۳۹۲)، اصغری‌نکاح و باقری‌نژاد (۱۳۹۰)، هاشمیان و جراحی (۲۰۱۴)، علوی‌نژاد و دیگران (۲۰۱۳)، نظامی‌پور و دیگران (۱۳۹۴) و نیمیسو-ناهوم (۲۰۰۹) مبنی بر اثربخشی ترسیم‌گری بر کاهش پرخاشگری همسوست.

در تبیین یافته‌ها می‌توان به ناکامی اشاره کرد که مهم‌ترین فرضیه در بروز هیجان خشم و پرخاشگری است. بر اساس فرضیه ناکامی-پرخاشگری وقتی فرد احساس کند که نیازهایش ارضا نمی‌شود احساس ناکامی می‌کند و این ناکامی زمینه‌ساز خشم می‌شود. ناکامی هنگامی شدیدتر می‌شود که هدف ملموس و در دسترس باشد و به نحوی غیرموجه از دستیابی فرد به هدف ممانعت شود. ناکامی همچنین خشم را افزایش می‌دهد. آثار هنری علاوه بر امکان همخوانی و تفسیر، در درک و حل مشکلات هیجانی مانند پرخاشگری نقش مؤثر دارد. همچنین بیان خودبده‌خودی غیرقضاوت‌گرانه به فرد اجازه می‌دهد آزادانه درباره افکار و احساسات سرکوب‌شده‌اش، بدون نگرانی از واکنش دیگران، صحبت کند (ولف، ۲۰۰۳). هنر وسیله‌ای برای ارتباط غیرکلامی است و ترسیم‌گری گروهی با ایجاد فضایی برای ابراز احساسات شخص و تخلیه خشم و هیجان‌ها به مهار این احساسات کمک می‌کند. در هنردرمانگری به ویژه در ترسیم‌گری موانع محیطی از قبیل تأثیر والدین برداشته می‌شود و کودکان به راحتی می‌توانند پرخاشگری خود را بروز دهند. از این رو ناکامی‌های انباشته‌شده خود را در بستری مناسب از طریق پرخاشگری بروز می‌دهند و از طریق بازتاب مناسب نحوه

مهار آن را می‌آموزند و درونی می‌کنند. ترسیم‌گری با کمک به ابراز هیجان‌ها در نظم‌جویی هیجانی مؤثر است و هر چه میزان نظم‌جویی هیجانی در کودکان فزون‌کنش- پرخاشگر افزایش یابد پرخاشگری کاهش می‌یابد. علاوه بر این کودکان احساس‌هایی را که برای ابراز آن‌ها تحت فشار بوده‌اند آزاد می‌سازند و از مشکل خود آگاه می‌شوند. در نتیجه ترسیم‌گری گروهی با ایجاد فرصت برای برون‌ریزی انرژی درونی، ابراز رفتارها و احساس‌ها به تسهیل رفتارهای اجتماعی مناسب کمک می‌کند. می‌توان گفت کودکان با قرار گرفتن در گروه و بحث درباره آثار خود می‌آموزند که واکنش سریع نشان ندهند و در کارهای گروهی همکاری می‌کنند. ترسیم‌گری برای کودکان دارای پرخاشگری بالا روشی مناسب است و سبب خنثی شدن خشم سرکوب‌شده می‌شود (نیمیسو-ناهوم، ۲۰۰۹). از نظر فروید با استفاده از ترسیم‌گری، خشم و محتوای ناخودآگاه فرد بدون سانسور برون‌ریزی می‌شود و در نتیجه فرایند درمانگری سرعت بیشتری می‌یابد، ترسیم‌گری همچنین انتقال احساسات را آسان‌تر می‌کند (نژادی کاشانی و دیگران، ۱۳۸۹). علاوه بر این فرایند آفرینش هنری، به صورت ذاتی توانایی درمان و شفابخشی دارد (مالچیودی، ۲۰۱۱). ترسیم‌گری به مدیریت هیجان‌های دشوار مانند پرخاشگری کمک می‌کند و فهم و مدیریت هیجانی را ارتقا می‌دهد (بوش، ۱۹۹۷ نقل از علوی‌نژاد و دیگران، ۲۰۱۳). با استفاده از فرایند تجسم در ترسیم‌گری می‌توان پرخاشگری مخرب را به نیروی سازنده تبدیل کرد (بالجون، ۲۰۱۱).

نتایج این پژوهش نشان می‌دهد که از ترسیم‌گری می‌توان به عنوان روش مجزا یا به صورت تلفیقی با سایر روش‌های درمانگری در درمان پرخاشگری و مؤلفه‌های آن در کودکان فزون‌کنش-پرخاشگر و بهبود و ارتقای سطح کیفی روابط و زندگی این کودکان استفاده کرد. از محدودیت‌های این پژوهش اجرای برنامه آموزشی توسط محقق، که ممکن است بر نتایج اثر گذاشته باشد، و همچنین انجام نشدن مرحله پیگیری به دلیل محدودیت زمانی است. پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آتی برنامه آموزشی را تسهیل‌گر اجرا کند و مرحله پیگیری نیز انجام شود.

- نزادی کاشانی، غ.، میرزمانی، س. م.، داورمنش، ع.، صالحی، م.، مساح‌چولابی، ا.، هاشمی، م. و غلامی، آ. (۱۳۸۹). تأثیر نقاشی درمانی بر کاهش پرخاشگری دانش‌آموزان دختر عقب‌مانده ذهنی آموزش‌پذیر مقطع ابتدایی. *ویژه‌نامه توان‌بخشی اعصاب کودکان*، ۱۱(۵)، ۸۷-۸۰.
- نظامی‌پور، ا.، عبدالمنافی، ع.، اعتمادی‌نیا، م. و ایزدی‌نیا، ن. (۱۳۹۴). اثربخشی نقاشی درمانی در کاهش رفتارهای پرخاشگرانه دانش‌آموزان دختر کم‌شنوا. *تعلیم و تربیت استثنایی*، ۳(۱۳۱)، ۳۸-۳۱.
- وزیری، ش. و لطفی‌عظیمی، ا. (۱۳۹۰). تأثیر آموزش همدلی در کاهش پرخاشگری نوجوانان. *روان‌شناسی تحولی: روان‌شناسان ایرانی*، ۳(۸)، ۱۶۷-۱۷۵.
- Alavinezhad, R., Mousavi, M., & Sohrabi, N. (2013). Effects of art therapy on anger and self-esteem in aggressive children. *Social and Behavioral Sciences*, 113, 111-117.
- Baljon, M. C. L. (2011). Wounded masculinity: Transformation of aggression for male survivors of childhood abuse. *Person-Centered & Experiential Psychotherapies*, 10(3), 151-164.
- Burk, L. R., Armstrong, J. M., Park, J., Zahn-Waxler, C., Klein, M. H., & Essex, M. J. (2011). Stability of early identified aggressive victim status in elementary school and associations with later mental health problems and functional impairments. *Abnormal Child Psychology*, 39, 225-238.
- Cavell, T., & Elledge, L. (2007). Working with parents of aggressive, high-risk children. In J. Briesmeister, J. M., & Schaefer, C. (Eds.) *Handbook of Parent Training* (pp.379-423). Hoboken, NJ: John Wiley & Sons.
- Conners, C. K. (1990). *Manual for Conners' Rating Scales*. Toronto: MultiHealth System, Inc.
- Eaton, L. G., Doherty, K. L., & Widrick, R. M. (2007). A review of research and methods used to establish art therapy as an effective treatment
- اصغری نکاح، س. م. و باقری‌نژاد، م. (۱۳۹۰). ترکیب هنردرمانی و روان‌درمانی در کاهش پرخاشگری نوجوانان با تشخیص اختلالات خلقی. *مجموعه مقالات سومین کنگره سراسری هنر درمانی در ایران*، ۳-۵ اسفندماه، دانشگاه شهیدبهشتی، پژوهشکده خانواده، مرکز مطالعات هنردرمانی، ۷۷-۷۶.
- بهبودی، ه. (۱۳۸۷). مهارت اجتماعی در افراد دچار اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی، *مجله تعلیم و تربیت استثنایی*، ۷۸، ۲۴-۱۶.
- به‌پژوه، ا. و نوری، ف. (۱۳۸۱). تأثیر نقاشی درمانی در کاهش رفتارهای پرخاشگرانه دانش‌آموزان عقب‌مانده ذهنی. *مجله روان‌شناسی و علوم تربیتی*، ۳۲(۲)، ۱۷۰-۱۵۵.
- رجب‌پورفرخانی، س.، جهانشاهی، ف. و رجب‌پورفرخانی، م. (۱۳۹۲). بررسی تأثیر نقاشی درمانی بر کاهش پرخاشگری دانش‌آموزان کم‌توان ذهنی آموزش‌پذیر مقطع ابتدایی شهر قوچان. *مجموعه مقالات ششمین همایش بین‌المللی روان‌پزشکی کودک و نوجوان*. ۲۸-۲۶ شهریور، تبریز، دانشگاه علوم پزشکی، دانشکده پزشکی.
- شهیم، س. (۱۳۸۵). پرخاشگری رابطه‌ای و آشکار در کودکان دبستانی. *پژوهش‌های روان‌شناختی*، ۹(۲۰۱)، ۴۴-۲۷.
- شهیم، س.، یوسفی‌ف. و شهانین، آ. (۱۳۸۶). هنجاریابی و ویژگی‌های روان‌سنجی مقیاس درجه‌بندی کانرز- فرم معلم. *مجله علوم تربیتی و روان‌شناسی*، ۳(۲۰۱)، ۲۶-۱.
- صادقپور، ن. و واحدی، ش. (۱۳۹۲). ارزیابی چند خط پایه از نقاشی درمانی بر کاهش علائم پرخاشگری کودکان پیش‌دبستانی. *ششمین همایش بین‌المللی روان‌پزشکی کودک و نوجوان*. ۲۸-۲۶ شهریور، تبریز، دانشگاه علوم پزشکی، دانشکده پزشکی.
- کریمی، ج.، علیخانی، م.، زکی‌بی، ع. و خدادادی، ک. (۱۳۹۱). اثربخشی نقاشی درمانی بر کاهش رفتارهای پرخاشگرانه دانش‌آموزان دختر دچار نارساخوانی. *مجله ناتوانی‌های یادگیری*، ۱(۲)، ۱۱۷-۱۰۵.
- لطفی‌عظیمی، ا. (۱۳۹۰). مروری بر مداخله‌های رفتاری در درمان پرخاشگری افراد واجد ناتوانی‌های تحولی. *روان‌شناسی تحولی: روان‌شناسان ایرانی*، ۱۷(۲۸)، ۳۹۸-۳۹۶.
- میرزایی‌کوتایی، ف.، حسین‌خانزاده، ع.، اصغری، ف. و شاکری‌نیا، ا. (۱۳۹۴). نقش انسجام خانواده در تبیین رفتارهای پرخاشگرانه فرزندان. *فصلنامه تحول روان‌شناختی کودک*، ۱(۳)، ۹۲-۸۱.

- Naumberg, M. (2001). Spontaneous art in education and art psychotherapy. *American Journal of Art Therapy*, 40(1), 46-64.
- Nissimov-Nahum, E. (2009). Use of drawing task to study art therapists' personal experiences in treating aggressive children. *Arts in Psychotherapy*, 36, 140-147.
- Ohan, J. L., & Johnston, C. (2007). What is the social impact of ADHD in girls? A multi-method assessment. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 35, 239-250.
- Rastle, M. A. (2008). *Individual art therapy counseling with art risk children school setting*. Thesis for master of art in art therapy and counseling. USA. Ursul in college. Abstract page.
- Shechtman, Z., & Nasaraladin, D. B. (2006). Treating mothers of aggressive children: Research study, international. *Journal of Group Psychotherapy*, 56(1), 93-112.
- Spencer, T. J., Biederman, J., & Mick, E. (2007). Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder: Diagnosis, lifespan, comorbidities, and neurobiology. *Ambulatory Pediatrics*, 7, 73-81.
- Stewart, A., & Dennison, S. E. W. (2002). *Pathways from child Maltreatment to juvenile offending* [Dissertation]. School of Criminology and CriminalJustices.Griffith University.
- Wolf, L. (2003). What is art therapy? *Journal of Canadian art Therapy Association*, 16(2), 1-2.
- Young, S., & Amarasinghe, J. M. (2010). Practitioner review: Non-pharmacological treatments for ADHD: Alifespan approach. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 51(2), 116-133.
- method for traumatized children. *The Arts in Psychotherapy*, 34, 256-262.
- Fletcher-Janzen E., & Rynolds, D. (2003). *Childhood disorders: Diagnostic desk reference*. Canada: John Wiley & Sons, Inc.
- French, D. C., Janson, E. A., & Pida, S. (2002). United States and Indonesian children's and adolescents' reports of relational aggression by disliked peers. *Child Development*, 73, 1143-1150.
- Hartman, C. A., Willcutt, E. G., Rhee, S. H., & Pennington, B. F. (2004). The relation between Sluggish Cognitive Tempo and DSMIV ADHD. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 32, 491-503.
- Halahan, D. P., & Kaffman, J. M. (2009). *Exceptional learners: Introduction to special education* Allyn and Bacon.
- Hashemian, P., & Jarahi, L. (2014). Effect of painting therapy on aggression in educable intellectually disabled students. *Psychology*, 5, 2058-2063.
- LeonidovnaKonovalova, N., & YurievnaMatveeva, N. (2013). Methodology of correction and develop in art therapy work with hyperactive children. *World Applied Sciences Journal*, 27(5), 637-642.
- LiH, L. (2002). *Painting therapy for a child with emotional and behavioral disorders: A single case study*. Thesis for master of art in art therapy and counseling.
- Malchiodi, C. A. (2011). *Handbook of Art Therapy*. Guilford Publications.
- Martin, N. (2009). *Art as an early intervention tool for children with autism* (Vol. 1). London: Jessica Kingsley.