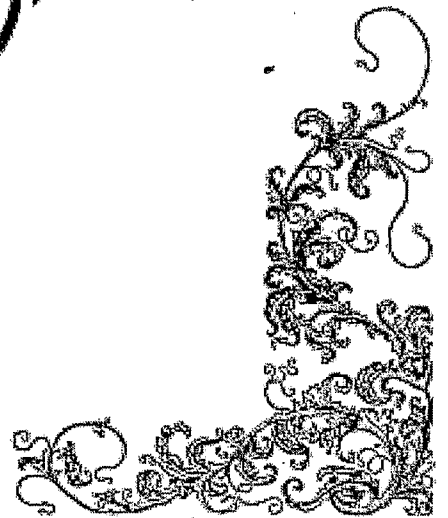
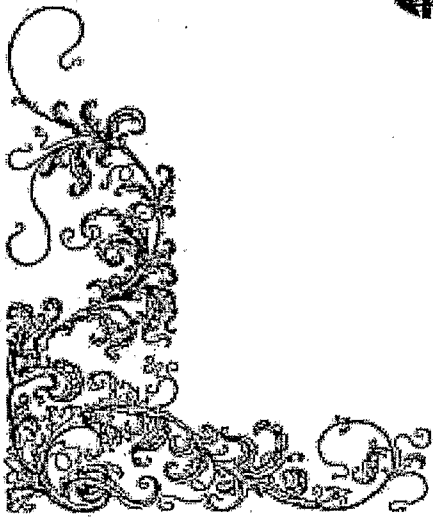


بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ  
الْحَمْدُ لِلَّهِ الَّذِي  
خَلَقَ الْمَوَدَّعَةَ  
وَالْحَمْدُ لِلَّهِ الَّذِي  
خَلَقَ الْمَوَدَّعَةَ



۹۱۲۹۱

دانشگاه شهید بهشتی  
دانشکده علوم تربیتی و روان شناسی

پایان نامه

برای دریافت درجه کارشناسی ارشد روان شناسی بالینی کودک و نوجوان

عنوان

مقایسه عناصر آزمون ترسیم آدمک رنگی (DAP) در کودکان ۱۰-۷ ساله مبتلا  
به اختلال تضادورزی مبارزه طلبانه (ODD) و عادی

استاد راهنما:

دکتر علیرضا عابدین

اساتید مشاور:

دکتر شهلا پاکدامن

دکتر محمد رضا شعیری

اساتید داور:

دکتر سیما فردوسی

دکتر رسول روشن

پژوهشگر:

الناز پورا احمدی

زمستان ۱۳۸۶

۹۸۳۹۸

۲۵ / ۱۲ / ۱۳۸۶

کتابخانه مرکزی  
شعبه روانشناسی

تقدیم به:

پاکدلانی که همواره عشق ورزیدن به آفریننده هستی  
و آفرینش او را به من آموختند

به:

روح پاک پدرم

که میراثش

استقلال و استقامت است

و

مادرم

که جوشش خورش در رگهای تنم،

جوشش ایمان و امید است

و

همسرم

همراه و تکیه گاه همیشگی ام

و

برادرانم مهرباب و مهدی

با تشکر و تقدیر از:

اساتید ارجمندم

جناب آقای دکتر علیرضا عابدین  
سرکار خانم دکتر شهلا پاکدامن  
و جناب آقای دکتر محمد رضا شعیری  
که از آنان بسیار آموختم

و

با سپاس فراوان از همسر محسن  
که در انجام این پژوهش همواره مرا همراهی کرد

و

همچنین با تشکر از تمام کسانی که مرا در انجام این پژوهش یاری کردند،  
بخصوص آقایان دکتر جلیل باباپور، دکتر حمیدرضا پورشریفی، دکتر فتح آبادی،  
آقای محمد وفایی و خانم الهام جلالوند.

## چکیده

هدف پژوهش حاضر مقایسه عناصر آزمون ترسیم آدمک رنگی (DAP) در کودکان ۷-۱۰ ساله مبتلا به اختلال تضادورزی مبارزه طلبانه (ODD) و کودکان عادی بوده است. بدین منظور در ۱۶ مدرسه ابتدایی (هشت مدرسه دخترانه و هشت مدرسه پسرانه) از مدارس شهر تهران، ابتدا ۶۰ دانش آموزی که در محدوده سنی هفت تا ۱۰ سال بوده و بر اساس فهرست رفتاری کودک و فرم گزارش معلم دارای نمره بالاتر از نقطه برش در مقیاس تضادورزی مبارزه طلبانه بودند به عنوان گروه آزمایشی انتخاب شدند. همچنین از هر کلاس به همان تعداد دانش آموزانی به عنوان گروه گواه انتخاب شدند که در تمام مقیاس های هر دو پرسشنامه مذکور، نمره کمتر از نقطه برش داشتند. در مرحله بعد، آزمون ترسیم آدمک رنگی بر روی کودکان گروه نمونه ( $N=120$ ) اجرا شد و نقاشی های بدست آمده از حیث وجود یا فقدان سطوح عناصر آزمون ترسیم آدمک، ارزیابی شدند. سپس آزمون خی دو، جهت مقایسه دو گروه از لحاظ فراوانی سطوح عناصر در آزمون ترسیم آدمک رنگی، انجام شد. یافته های پژوهش نشان دادند که فراوانی ۱۸ مورد از سطوح عناصر آزمون ترسیم آدمک در گروه آزمایشی به طور معناداری بالاتر از گروه گواه است و فراوانی ۱۳ مورد از سطوح عناصر نیز در گروه گواه به طور معناداری بالاتر از گروه آزمایش است. علاوه بر نتایج فوق، میان فراوانی سطوح عناصر آزمون ترسیم آدمک دختران و پسران گروه آزمایش، تفاوت معنی داری بدست نیامد. این نتایج نشان می دهند که عناصری در ترسیم آدمک رنگی وجود دارند که می توان به واسطه آنها به تشخیص کودکان مبتلا به اختلال تضادورزی مبارزه طلبانه نزدیک شد و این عناصر، صرف نظر از جنس، به شکل مشابهی در آزمون ترسیم آدمک رنگی این کودکان دیده می شوند.

**واژه های کلیدی:** آزمون ترسیم آدمک رنگی، اختلال تضادورزی مبارزه طلبانه، کودکان، فهرست رفتاری کودک، فرم گزارش معلم.

## فهرست مطالب

صفحه

عنوان

الف.....	چکیده.....
ب.....	فهرست مطالب.....
د.....	فهرست جداول.....
ه.....	فهرست تصاویر.....
۲.....	<b>فصل اول: چارچوب کلی پژوهش</b>
۲.....	مقدمه و بیان مسأله.....
۱۳.....	اهمیت و ضرورت پژوهش.....
۱۵.....	گزاره های پژوهش.....
۱۵.....	هدف.....
۱۵.....	سؤالات تحقیق.....
۱۶.....	تعاریف مفهومی و عملیاتی متغیرها.....
۱۶.....	اختلال تضادورزی مبارزه طلبانه.....
۱۶.....	عناصر آزمون ترسیم آدمک رنگی.....
۱۸.....	<b>فصل دوم: مفاهیم، نظریه ها و پیشینه پژوهش</b>
۱۸.....	تاریخچه روان شناسی بالینی.....
۲۰.....	ظهور آسیب شناسی روانی کودک.....
۲۲.....	طبقه بندی تشخیصی بیماری های روانی.....
۲۴.....	اختلال تضادورزی مبارزه طلبانه.....
۲۶.....	رویکردهای مختلف در مورد اختلال تضادورزی مبارزه طلبانه.....
۳۰.....	سنجش و ارزیابی اختلال تضادورزی مبارزه طلبانه.....
۳۲.....	مبانی نقاشی کودکان.....
۳۲.....	مراحل تحول نقاشی.....
۳۵.....	ارزشیابی هوش و عواطف به وسیله نقاشی.....
۳۶.....	نقاشی به منزله آزمون هوش.....
۳۷.....	نقاشی به منزله آزمون شخصیت.....
۳۸.....	بررسی عواطف کودک بر اساس نقاشی.....
۴۰.....	استفاده از نقاشی در حوزه بالینی و پژوهش.....
۴۱.....	پژوهش های انجام شده در خارج از ایران.....

۴۶	..... پژوهش های انجام شده در ایران.
۴۷	..... اختلالات رفتار ایدایی و نقاشی.
۵۱	..... فصل سوم: روش پژوهش
۵۱	..... طرح تحقیق
۵۱	..... جامعه آماری
۵۱	..... نمونه و روش نمونه گیری
۵۳	..... روش اجرای پژوهش
۵۸	..... ابزارهای گردآوری اطلاعات
۵۸	..... آزمون ترسیم آدمک
۶۱	..... فهرست رفتاری کودک و فرم گزارش معلم
۶۷	..... شیوه تجزیه و تحلیل داده ها
۶۹	..... فصل چهارم: یافته های پژوهش
۶۹	..... شاخص های توصیفی مربوط به ویژگی های جمعیت شناختی آزمودنی ها
۶۹	..... شاخص های توصیفی مربوط به تعداد آزمودنی ها
۷۰	..... شاخص های توصیفی مربوط به سن آزمودنی ها
۷۰	..... مقایسه سن آزمودنی های دو گروه آزمایش و گواه
۷۱	..... توزیع فراوانی سطوح عناصر آزمون ترسیم آدمک رنگی
۷۱	..... بررسی سوالات پژوهش
۷۲	..... بررسی سؤال اول
۸۰	..... چند بررسی موردی
۹۵	..... بررسی سؤال دوم
۹۷	..... فصل پنجم: بحث و نتیجه گیری
۱۰۷	..... محدودیت ها و پیشنهادها
۱۰۸	..... فهرست منابع
۱۰۸	..... منابع فارسی
۱۱۱	..... منابع لاتین
۱۲۲	..... پیوست

چکیده انگلیسی

## فهرست جدول ها

عنوان	صفحه
جدول ۱-۳- عناصر مورد بررسی در آزمون ترسیم آدمک رنگی و سطوح آنها.....	۵۵
جدول ۱-۴- توزیع فراوانی آزمودنی های گروه آزمایش و گواه به تفکیک سن و جنس.....	۶۹
جدول ۲-۴- میانگین و انحراف استاندارد سن آزمودنی های گروه آزمایش و گواه به تفکیک جنس.....	۷۰
جدول ۳-۴- مقایسه میانگین سن آزمودنی های دو گروه آزمایش و گواه.....	۷۱
جدول ۴-۴- مقایسه فراوانی سطوح عناصر آزمون ترسیم آدمک رنگی در گروه های آزمایش و گواه بر اساس آزمون خی دو.....	۷۳
جدول ۵-۴- عناصر متمایز کننده دو گروه با فراوانی بیشتر در کودکان مبتلا به اختلال تضادورزی مبارزه طلبانه.....	۸۰
جدول ۶-۴- عناصر متمایز کننده دو گروه با فراوانی بیشتر در کودکان عادی.....	۸۰



## فهرست جدول ها

صفحه

عنوان

- جدول ۱-۳- عناصر مورد بررسی در آزمون ترسیم آدمک رنگی و سطوح آنها..... ۵۵
- جدول ۱-۴- توزیع فراوانی آزمودنی های گروه آزمایش و گواه به تفکیک سن و جنس..... ۶۹
- جدول ۲-۴- میانگین و انحراف استاندارد سن آزمودنی های گروه آزمایش و گواه به تفکیک جنس..... ۷۰
- جدول ۳-۴- مقایسه میانگین سن آزمودنی های دو گروه آزمایش و گواه..... ۷۱
- جدول ۴-۴- مقایسه فراوانی سطوح عناصر آزمون ترسیم آدمک رنگی در گروه های آزمایش و گواه بر اساس آزمون خی دو..... ۷۳
- جدول ۵-۴- عناصر متمایز کننده دو گروه با فراوانی بیشتر در کودکان مبتلا به اختلال تضادورزی مبارزه طلبانه..... ۸۰
- جدول ۶-۴- عناصر متمایز کننده دو گروه با فراوانی بیشتر در کودکان عادی..... ۸۰

## فصل اول

## چارچوب کلی پژوهش

در فصل اول چارچوب کلی پژوهش ترسیم می شود. در ابتدا به ترتیب، مقدمه و بیان مسأله و اهمیت و ضرورت پژوهش بیان می گردند و سپس به بیان اهداف و سؤال های پژوهش پرداخته می شود. در پایان متغیرهای پژوهش تعریف می شوند.

### مقدمه و بیان مسأله

تجارب نخستین سالهای زندگی، بنیاد سلامتی یا بیماری روانی افراد را در بزرگسالی پی ریزی می نماید. در مفهوم پردازش نظریه های مختلف در رابطه با منشأ و فرایند شکل گیری اختلالات روانی، تجربیات دوران کودکی اهمیت خاصی دارند. دز بررسی تاریخچه زندگی بزرگسالانی که دچار مشکلات روانی هستند غالباً دیده شده که این افراد دوران کودکی نابسامانی داشته و یا در دوره ای از رشد خود، برخی آشفتگی های هیجانی و رفتاری را تجربه کرده اند (لويسون<sup>۱</sup>، ۱۹۹۷). از آنجایی که گرایش به تداوم اختلالات دوران کودکی تا سنین بزرگسالی وجود دارد، توجه فزاینده ای به پیشگیری و درمان آنها معطوف شده است (کارت رایت - هاتون<sup>۲</sup>، ۲۰۰۵).

میزان شیوع اختلالات دوران کودکی بین ۱۰ تا ۲۸ درصد بر آورد شده است (کاستلو<sup>۳</sup> و همکاران، ۲۰۰۳). از میان اختلالاتی که در کودکان دیده شده، اختلالات رفتار ایدایی<sup>۴</sup>، بیشتر به کلینیک ها ارجاع داده می شوند (کازدین<sup>۵</sup>، ۱۹۹۹، تاینان<sup>۶</sup> و همکاران، ۱۹۹۹، به نقل از کوستین<sup>۷</sup> و همکاران، ۲۰۰۴؛ هیوز<sup>۸</sup>، ۱۹۹۳، به نقل از برسلو<sup>۹</sup> و همکاران، ۱۹۹۹). در جمعیت های ارجاع شده به

1 - Lewisohn, P. M.

2 - Cartwright-Hatton, S.

3 - Costello, E. J.

4 - Disruptive Behaviour

5 - Kazdin, A. E.

6 - Tynan, W. D.

7 - Costin, J.

8 - Hughes, D. H.

9 - Breslow, R. E.

کلینیک ها، میزان شیوع این اختلالات بالای ۵۰ درصد گزارش شده، از این روی بخش وسیعی از موارد بالینی را شامل می شوند (کازدین و همکاران، ۱۹۹۰، به نقل از کوستین و همکاران، ۲۰۰۴).

اختلالات رفتار ایدایی شامل دو مجموعه علائم ایدایی مستمر است که به طبقات اختلال تضادورزی مبارزه طلبانه (ODD)<sup>۱</sup> و اختلال سلوک (CD)<sup>۲</sup> تقسیم می شوند (کاپلان و سادوک<sup>۳</sup>، ۱۳۸۲). اختلال تضادورزی مبارزه طلبانه نسبت به اختلال سلوک در کودکان دبستانی شیوع بیشتری دارد (DSM-IV-TR)<sup>۴</sup>، ۱۳۸۱؛ انستیتو ملی سلامت روان<sup>۵</sup>، ۲۰۰۱، به نقل از فلاناگان و اسکواپول<sup>۶</sup>، ۲۰۰۶؛ موگان<sup>۷</sup> و همکاران، ۲۰۰۴). میزان شیوع آن در سنین دبستان بین دو تا ۱۶ درصد (DSM-IV-TR، ۱۳۸۱؛ ریگا<sup>۸</sup> و همکاران، ۲۰۰۶) و حتی تا ۲۲ درصد (APA<sup>۹</sup>، ۱۹۹۴ و AMI<sup>۱۰</sup>، ۱۹۹۷، به نقل از میلن<sup>۱۱</sup> و همکاران، ۲۰۰۱)، گزارش شده است. این اختلال اغلب تا قبل از هشت سالگی و حداکثر تا اوایل نوجوانی ظاهر می شود (کاپلان و سادوک، ۱۳۸۲). اختلال تضادورزی مبارزه طلبانه به میزان قابل ملاحظه ای از موارد، از لحاظ رشد مقدم بر اختلال سلوک است (هاردا<sup>۱۲</sup> و همکاران، ۲۰۰۴؛ DSM-IV، ۱۳۸۱؛ ریچارد<sup>۱۳</sup> و همکاران، ۲۰۰۲؛ لوبر<sup>۱۴</sup> و همکاران، ۲۰۰۰؛ لاهلی<sup>۱۵</sup> و همکاران، ۱۹۹۹)، با این حال اختلال سلوک می تواند همزمان با اختلال تضادورزی مبارزه طلبانه در کودکان دیده شود ولی معمولاً احتمال آن در سنین پائین کمتر است. در سنین پنج تا هفت سالگی، ۱۲

<sup>۱</sup> - Oppositional Defiant Disorder

<sup>۲</sup> - Conduct Disorder

<sup>۳</sup> - Kaplan, H & Sadock, B.

<sup>۴</sup> - Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM)

<sup>۵</sup> - National Institute of Mental Health

<sup>۶</sup> - Flanagan, R. & Esquivel, G. B.

<sup>۷</sup> - Maughan, B.

<sup>۸</sup> - Rigau, R. E.

<sup>۹</sup> - American Psychiatric Association

<sup>۱۰</sup> - Applied Medical Informatics

<sup>۱۱</sup> - Milne, J. M.

<sup>۱۲</sup> - Harda, Y.

<sup>۱۳</sup> - Richard, R.

<sup>۱۴</sup> - Loeber, R.

<sup>۱۵</sup> - Lahley, B. B

درصد؛ ۱۲ سالگی، ۳۲ درصد و ۱۳ تا ۱۵ سالگی، ۶۰ درصد احتمال دارد که فرد به طور همزمان با اختلال تضادورزی مبارزه طلبانه، ملاک های تشخیصی اختلال سلوک را نیز دریافت کند. در مواردی که اختلال تضادورزی مبارزه طلبانه به تنهایی تشخیص داده می شود، شدت علائم اختلال در هر دو جنس، از سن پنج تا ۱۰ سالگی نسبتاً ثابت می ماند و سپس در سالهای بعدی کودکی و نیز نوجوانی تغییر کرده و به اختلالات دیگری همچون اختلال سلوک، اختلالات خلقی<sup>۱</sup>، رفتارهای بزهکارانه، سوء مصرف مواد و اختلال شخصیت ضداجتماعی<sup>۲</sup> تبدیل می شود (موگان و همکاران، ۲۰۰۴). لذا اهمیت توجه به اختلال تضادورزی مبارزه طلبانه روشن می شود.

اختلال تضادورزی مبارزه طلبانه اولین بار در سال ۱۹۶۶ به عنوان اختلال رفتاری پیشنهاد شد (APA<sup>۳</sup>، ۲۰۰۰، به نقل از نلسون-گری<sup>۴</sup> و همکاران، ۲۰۰۶). این اختلال با عواملی چون، از کوره در رفتن، مشاجره با بزرگسالان، سرپیچی فعالانه از مقررات و درخواست های بزرگسالان و یا عدم همکاری با آنها، تمرد در ناراحت کردن دیگران، سرزنش دیگران به خاطر اشتباهات و سوء رفتار خود، زود رنجی، دلخوری و غضبناکی و نیز کینه توزی و انتقام جویی مشخص می شود (کاپلان و سادوک، ۱۳۸۲). تظاهرات اختلال تقریباً همواره در محیط خانه ظاهر می شوند ولی در مدرسه یا اجتماع ممکن است دیده نشوند (کاپلان و سادوک، ۱۳۸۲).

اختلال تضادورزی مبارزه طلبانه، اختلالی تدریجی و مزمن است که تقریباً همیشه در روابط بین فردی و عملکرد تحصیلی کودک تداخل می کند. این کودکان اغلب دوست و رفیقی ندارند و روابط انسانی برای آنها رضایت بخش نیست (بلوم کویست<sup>۵</sup>، ۱۳۸۳). کودکان مبتلا به این اختلال علیرغم هوش کافی، بدلیل عدم مشارکت و مقاومت در برابر توقعات خارجی و اصرار بر حل مشکلات

1 - Mood Disorders

2 - Antisocial Personality

3 - American Psychological Association

4 - Nelson-Gray, R. O.

5 - Bloom Quist, M.

بدون کمک دیگران، در مدرسه پیشرفتی ندارند و ممکن است رد شوند. این مشکلات موجب کاهش اعتماد به نفس، تحمل کم برای ناکامی، خلق افسرده و حملات کج خلقی می شود (کاپلان و سادوک، ۱۳۸۲). پیش آگهی اختلال نامطلوب بوده و کودکان مبتلا در سالهای آینده در خطر رشد مشکلات بعدی از جمله شکست تحصیلی و ناسازگاری هیجانی هستند (هادزیاک<sup>۱</sup> و همکاران، ۲۰۰۴). گذشته از تأثیری که این اختلال بر مسائل اجتماعی و تحصیلی و ارتباط با اعضای خانواده می گذارد، چنانچه بدون درمان رها شود در بیش از ۷۵ درصد موارد به اختلال سلوک و اختلال شخصیت ضداجتماعی تبدیل می شود (مایلن و همکاران، ۲۰۰۱؛ لوبر و همکاران، ۱۹۹۵، به نقل از هاردا و همکاران، ۲۰۰۴). این دو اختلال با رفتارهای نامناسب جنسی، مصرف الکل و دخانیات و اعمال توأم با بی پروایی و خطرجویی همراه هستند. اغلب افراد مبتلا به این اختلالات سنگدل و بی رحم بوده و احساس گناه و پشیمانی ندارند و در سازگاری زناشویی و شغلی مشکلات فراوانی دارند (دیویسون<sup>۲</sup>، ۲۰۰۵). لذا، توجه به میزان شیوع بالای اختلال تضادورزی مبارزه طلبانه در کودکان در سنین قبل از نوجوانی و پیامدهای نامطلوبی که می تواند در سالهای بعد به دنبال داشته باشد، اهمیت تشخیص زودهنگام این اختلال را روشن می کند (رومر و مک ایتاش<sup>۳</sup>، ۲۰۰۵).

روش های مختلفی جهت تشخیص اختلال ODD وجود دارند. یکی از این روش ها، مصاحبه های بالینی ساختار یافته<sup>۴</sup> و نیمه ساختار یافته<sup>۵</sup> هستند. اجرای این روش ها پر هزینه و وقت گیر بوده و نیازمند افراد متخصص می باشد (هادزیاک و همکاران، ۲۰۰۴). روش های دیگر ابزارهایی هستند که جهت ارزیابی بالینی اختلال وجود دارند. این ابزارها شامل ارزیابی روانپزشکی کودک و

<sup>۱</sup> - Hudziak, G. G.

<sup>۲</sup> - Davison, C. G.

<sup>۳</sup> - Romer, D & McIntosh, M.

<sup>۴</sup> - Structured

<sup>۵</sup> - Semi-structured

نوجوان (CAPA)<sup>۱</sup> (آنگولد و کاستلو<sup>۲</sup>، ۱۹۹۶)، پرسشنامه رفتار ایدایی کودک و نوجوان (CADBI)<sup>۳</sup> (برنز<sup>۴</sup> و همکاران، ۱۹۹۷)، (به نقل از هافنر و هاکسما<sup>۵</sup>، ۲۰۰۲)، فهرست رفتاری کودکان (CBCL)<sup>۶</sup> و فرم گزارش معلم (TRF)<sup>۷</sup> (آشنباخ<sup>۸</sup>، ۱۹۹۱)، مقیاس درجه بندی اختلالات رفتار ایدایی (DBD-RS)<sup>۹</sup> (بارکلی و مورفی<sup>۱۰</sup>، ۱۹۹۸)، پرسشنامه رفتار کودک آیرگ (ECBI)<sup>۱۱</sup> (آیرگ و روینسون<sup>۱۲</sup>، ۱۹۸۳) و مقیاس درجه بندی کانرز (IOWA-CONNERS)<sup>۱۳</sup> (لونی و میلیچ<sup>۱۴</sup>، ۱۹۸۲) می باشند (به نقل از هاردا و همکاران، ۲۰۰۴). از میان ابزارهای ذکر شده، CBCL و TRF به دلیل مؤثرتر بودن در غربالگری و پوشش دادن به حیطه های وسیعی از آسیب های روانی نسبت به دیگر روش ها اعتبار بیشتری داشته و در اکثر موارد جهت تشخیص مشکلات کودکان استفاده می شوند (هادزایک و همکاران، ۲۰۰۴). CBCL و TRF، دو فرم نظام سنجش مبتنی بر تجربه آشنباخ<sup>۱۵</sup> هستند که به ترتیب توسط والد و معلم، بر اساس وضعیت کودک در شش ماه گذشته تکمیل می شوند. در این پرسشنامه ها مقیاس هایی بر اساس اختلالات DSM-IV-TR تنظیم شده است که عبارتند از مشکلات عاطفی، اضطرابی، بدنی، نارسایی توجه/فزون کنشی، تضادورزی مبارزه طلبانه و مشکلات سلوک (مینایی، ۱۳۸۴).

- 
- 1 - Child and Adolescent Psychiatric Assessment
  - 2 - Angold, A & Costello, E. J.
  - 3 - Child and Adolescent Disruptive Behavior Inventory
  - 4 - Burns, S.
  - 5 - Hoffenaar, P. J & Hoeksma, J. B.
  - 6 - Child Behavior Checklist -
  - 7 - Teacher Report Form
  - 8 - Achenbach, T. M.
  - 9 - The Disruptive Behavior Disorders Rating Scale
  - 10 - Barkley, R. A & Murphy, K. R.
  - 11 - Eyberg Child Behavior Inventory
  - 12 - Eyberg, S. M & Robinson, E. A.
  - 13 - The Inattention/Overactive with Aggression Connors' Rating Scale
  - 14 - Loney, J & Milich, R.
  - 15 - Achenbach System of Empirically Based Assessment

گرچه مصاحبه‌ها و پرسشنامه‌های مذکور مورد استفاده فراوان قرار می‌گیرند، ولی دارای محدودیت‌هایی هستند. یکی اینکه این روش‌ها وقت‌گیر و پرهزینه‌اند (هادزیاک و همکاران، ۲۰۰۴). دیگر اینکه در بیشتر موارد منبع کسب اطلاعات در خصوص وجود آسیب در کودکان چه در خلال مصاحبه‌ها و چه در تکمیل پرسشنامه‌ها والدین هستند. در واقع در این روش‌ها، شکایات و گزارش‌های والدین مبنای تشخیص‌گذاری قرار می‌گیرد و لذا منجر به عدم دستیابی به بسیاری از اطلاعاتی می‌شود که می‌توان بطور مستقیم از طریق کودک بدست آورد (دادز، ۱۹۹۵). از سوی دیگر، کودکان نیز مانند بزرگسالان احساسات متناقضی دارند که به سختی می‌توانند به آنها انسجام بخشند. لذا اداره این جهان درونی که بین احساسات قدرتمند و متناقض عشق و پرخاشگری سرگردان است، مسائلی را برای آنها ایجاد می‌کند (دادستان، ۱۳۸۳). از آنجایی که کودکان قادر نیستند این احساسات را به زبان بیاورند نیاز به روش‌هایی که امکان برون‌ریزی آنها را فراهم کنند، احساس می‌شود. کرم (۱۳۸۵)، در این زمینه می‌گوید:

نخستین تجارب کودک با اعضای خانواده تحقق می‌یابد. وقتی صحبت از تعارض است، با آنها در تعارض است. این تعارض‌ها همواره به وضوح با مصاحبه‌ای که در خلال آن اختلالات را برای ما توصیف می‌کنند آشکار نمی‌گردند، چه آنچه خود را نشان می‌دهد، نتیجه است و نه علت که عمیق‌تر و غالباً پنهان است. این علت عمیق در واقع در بسیاری از موارد ناهشیار است و والدین و خود کودک از آن اطلاعی ندارند. پس با پرسیدن یا دیدن نیست که خواهیم توانست به کشف انگیزه‌های عمیق اختلالات سازشی دست یابیم. بخصوص اگر تعارض شدیدی بین کودک و یکی از اعضای خانواده اش وجود داشته باشد، برای مبرهن ساختن آن باید کودک را به برون‌ریزی عمیق‌ترین احساساتش و شیوه‌ای که در غمق وجود خویش در رابطه با شخص مورد نظر برگزیده است، هدایت کنیم (ص. ۱۹).

<sup>1</sup> - Dadds, M. R.



یکی از ابزارهای بسیار کارآمد در فعالیت های پژوهشی روان شناسی بالینی و روانپزشکی، تکنیک های فرافکن هستند (دی<sup>۱</sup>، ۱۹۸۹). این تکنیک ها به محققان اجازه می دهند تا به انگیزه های ناهشیار دست یابند، چیزهایی که از طریق مصاحبه ها و یا اجرای پرسشنامه ها بدست نمی آیند (اپن هیم<sup>۲</sup>، ۱۹۹۲؛ دریس اسنک<sup>۳</sup>، ۲۰۰۵). از زمان اشاعه<sup>۴</sup> روش های فرافکن یعنی از دهه ۱۹۴۰، بررسی هایی که هدف آنها دستیابی به روش هایی است که بتوان بر اساس آنها به تشخیص ویژگی های مرضی پرداخت، به صورت انبوه وارد میدان شده اند. آزمون های فرافکن ترسیمی<sup>۴</sup> از جمله این روش ها هستند (دادستان، ۱۳۸۳). استفاده از ترسیم روش مناسبی جهت ایجاد ارتباط با کودکان و کسب اطلاعات درباره آنها است، بدون اینکه مقاومتشان<sup>۵</sup> برانگیخته شود (لویک<sup>۶</sup>، ۱۹۸۳، مالچیودی<sup>۷</sup> ۲۰۰۱، به نقل از ویلسون<sup>۸</sup>، ۲۰۰۴). نقاشی کودکان همچون پیامی است که آنچه آنان نمی توانند با زبان بیان کنند، در آن منعکس می شود (دادستان، ۱۳۸۳). کودکان تصویرهای ذهنی، اجساعات، افکار، حالات درونی، تعارض ها و دیگر ویژگی های ناهشیار خود را در آنچه به تصویر می کشند، فرافکنی می کنند (فلاناگان واسکوایول<sup>۹</sup>، ۲۰۰۶). از آنجایی که فرض شده نقاشی حاصل "بیان خود"<sup>۹</sup> است، بنابراین می توان از طریق آن اطلاعاتی را درباره حالات هیجانی کودکان بدست آورد (ویلسون<sup>۱۰</sup>، ۱۹۹۳، به نقل از کیت و کاکس<sup>۱۱</sup>، ۱۹۹۹). نقاشی کشیدن معمولاً برای کودک لذت بخش است و اضطراب ناشی از مورد ارزیابی قرار گرفتن توسط سایر آزمون های روان شناختی

<sup>1</sup> - Day, E.

<sup>2</sup> - Oppenheim, A. N.

<sup>3</sup> - Driessnack, M.

<sup>4</sup> - Projective Drawing Tests

<sup>5</sup> - Resistance

<sup>6</sup> - Leveck, M. F.

<sup>7</sup> - Malchiodi, M.

<sup>8</sup> - Wilson, K. P.

<sup>9</sup> - Self-expression

<sup>10</sup> - Wilson, A.

<sup>11</sup> - Cattè M & Cox, M. V.

را در بر ندارد، لذا وسیله خوبی برای تسهیل ارتباط برقرار کردن با کودک نیز هست (هریس<sup>۱</sup>، ۱۹۶۳).  
بخصوص در مورد کودکان با مشکلات خاص، مانند کودکان مبتلا به سرطان، نقاشی روش بسیار  
کارآمدی برای ایجاد ارتباط و همدلی با کودک است (دی گالو<sup>۲</sup>، ۲۰۰۱). همچنین غالباً فنون فرافکن  
ترسیمی احتمال دروغگویی یا بروز اطلاعات غلط را نسبت به گزارش شفاهی کاهش می دهند (ولتمن  
و برون، ۲۰۰۳). بخصوص در مورد کودکانی که از نظر تحول کلامی عقب هستند یا در بیان مسائلی  
مثل مورد آزار قرار گرفتن با مشکل مواجهند، نقاشی کمک می کند احساسات و افکاری را که  
نمی توانند با زبان بیان کنند، به تصویر بکشند (بلاگر<sup>۳</sup> و همکاران، ۱۹۸۲).

از چند دهه گذشته آزمون های فرافکن ترسیمی در مراکز بالینی، با هدف تشخیص مشکلات  
هیجانی و رفتاری کودکان و نیز درمان آنها مورد استفاده قرار گرفته اند (مالچود<sup>۴</sup>، ۱۹۹۸ و پروت<sup>۵</sup>،  
۱۹۸۳، به نقل از کاکس و کیت، ۲۰۰۰). برخی نیز به استفاده از آنها به عنوان ابزارهای کلینیکی جهت  
سنجش<sup>۶</sup> و درمان تاکید کرده (استر و گلد<sup>۷</sup>، ۱۹۸۷، به نقل از مایلن و گرین وی<sup>۸</sup>، ۲۰۰۱) و کارایی آنها  
را جهت غربال مشکلات هیجانی و رفتاری تأیید نموده اند (ناگری و همکاران<sup>۹</sup>، ۱۹۹۱؛ باک<sup>۱۰</sup>، ۱۹۷۰،  
برنز و کافمن<sup>۱۱</sup>، ۱۹۷۰، به نقل از فلاناتگان و اسکواپول، ۲۰۰۶؛ ماتو و همکاران<sup>۱۲</sup>، ۲۰۰۵؛ کیت و  
کاکس، ۱۹۹۹).

1 - Harris, D. B.

2 - Di Gallo

3 - Blager

4 - Malchiod, C, A.

5 - Prout, H.

6 - Assessment

7 - Oster, G. D & Gould, P.

8 - Milne, L. C & Greenway, P.

9 - Naglieri, J. A.

10 - Buck, J. N.

11 - Burns, R. C & Kaufman, S. H.

12 - Matto, H. C.

آزمون های ترسیمی بسیاری وجود دارند که نظر محققین را به خود جلب کرده و مورد بررسی و استفاده قرار می گیرند. (ویلیامز<sup>۱</sup> و همکاران، ۲۰۰۵؛ ادن<sup>۲</sup> و همکاران، ۲۰۰۳؛ کیبی<sup>۳</sup> و همکاران، ۲۰۰۲). از جمله این آزمون ها می توان به آزمون ترسیم آدمک (DAP)<sup>۴</sup>، ترسیم درخت، ترسیم خانه و نیز آزمون ترسیم خانواده اشاره کرد (دادستان، ۱۳۸۳؛ سیریکا<sup>۵</sup>، تامس و اسپرنکل<sup>۶</sup>، ۲۰۰۵). علاوه بر این، آزمون های ترسیمی دیگری همچون آزمون ترسیم ساعت وجود دارند که برای اهداف بالینی و تحقیقی استفاده می شوند. به عنوان مثال این آزمون در تشخیص نارساخوانی و آسیب های نیمکره راست مخ مفید شناخته شده است (ادن و همکاران، ۲۰۰۳). از میان آزمون های ترسیمی یاد شده، آزمون ترسیم آدمک از قدمت و شهرت بیشتری برخوردار است. این آزمون نخستین بار در سال ۱۹۲۶ توسط فلورانس گودیناف<sup>۷</sup> به عنوان ابزاری برای سنجش هوش کودکان به کار رفت. از آن پس آزمون نقاشی آدمک چندین بار مورد تجدید نظر قرار گرفت و نسخه های مختلفی از آن پدید آمد. درایکی از این نسخه ها که توسط مک اور<sup>۸</sup> (۱۹۴۹) تنظیم شده است، آزمون نقاشی آدمک به عنوان یکی از آزمون فرافکن تولیدی جهت ارزیابی عاطفی یا شخصیتی افراد بکار رفته است (مارنات<sup>۹</sup>، ۱۳۷۴). در این چارچوب محققان سعی کرده اند تا ارتباط بین برخی از عناصر آزمون ترسیم آدمک را با ویژگی های شخصیتی یا وضعیت خلقی و عاطفی آزمودنی ها به هنگام ترسیم مشخص کنند (کارنی<sup>۱۰</sup>، ۱۹۹۲). به عنوان مثال مک اور اظهار داشت که بین اندازه ترسیم (به عنوان یکی از عناصر آزمون ترسیم آدمک) با برونگرایی، میزان عزت نفس و انرژی روانی شخص رابطه مستقیم وجود دارد. یک

1 - Williams, G.

2 - Eden, D.

3 - Kibby

4 - Draw-A-Person

8 - Cierepka, M.

6 - Thomas, V & Sprenkle, D.H.

7 - Goodenough, F. L.

8 - Machover, K.

9 - Marnat, G. G.

10 - Carney, S. M.

نقاشی کوچک انعکاسی از یک خودپنداره پایین، افسردگی، فقدان انرژی و درونگرایی است. در حالی که یک نقاشی بیش از حد بزرگ نشانگر برونگرایی، تورم جبرانی در انرژی روانی، خودپنداره و عزت نفس است که مشابه با خصایص بیماران آشفته (Manic) است (مارنات، ۱۳۷۴). چنین یافته‌هایی بیانگر این هستند که بین جنبه‌های فاعلی و خصوصیات آدمک نقاشی شده همخوانی وجود دارد؛ بدین معنی که در جریان ترسیم آدمک، شخص خود را به زبان تصویر به شکل بی بدیلی بیان می‌کند و احساسات و هیجانات خود را توسط آدمک فرامی‌افکند (راوین<sup>۱</sup>، ۲۰۰۱). به نقل از صاحبی و همکاران، (۱۳۸۲). در برخی از پژوهش‌ها به وجود تفاوت جنسی در نحوه ترسیم آدمک همچون وجود جزئیات بیشتر در ترسیم دختران نسبت به پسران و یا فراوانی بیشتر ترسیم آدمکی همجنس در پسران نسبت به دختران اشاره شده است (کاکس<sup>۲</sup> و همکاران، ۲۰۰۱؛ مک اور، ۱۹۶۰؛ رایردن<sup>۳</sup> و همکاران، ۱۹۸۲). در نقطه مقابل آن، بسیاری از پژوهش‌ها نشان داده‌اند که در تفسیر شکل و محتوای نقاشی کودکان معمولاً تفاوتی میان دختران و پسران وجود ندارد (دادستان، ۱۳۸۱؛ بارچ<sup>۴</sup>، ۲۰۰۴؛ فی و مولمز<sup>۵</sup>، ۱۹۹۴).

جنبه‌های مهم تشخیصی نقاشی آدمک توسط متخصصان بالینی در حوزه‌های مختلف مطالعه و

تأیید شده است. این حوزه‌ها شامل کارکردهای هوشی<sup>۶</sup> (هریس<sup>۷</sup>، ۱۹۶۳)، شخصیت<sup>۸</sup> (کلپش و لوگی<sup>۹</sup>، ۱۹۸۲)، تعیین هویت جنسی<sup>۹</sup> (فرانک<sup>۱۰</sup>، ۱۹۷۶)، (به نقل از مایلن و گرین وی، ۲۰۰۱)، تشخیص

<sup>۱</sup> - Ravin, R. L.

<sup>۲</sup> - Rierdan, J.

<sup>۳</sup> - Burch, W. A.

<sup>۴</sup> - Feyh, J. M & Molmes, C. B.

<sup>۵</sup> - Intellectual

<sup>۶</sup> - Harris, D. B.

<sup>۷</sup> - Personality

<sup>۸</sup> - Klepsch, M & Logie, L.

<sup>۹</sup> - Gender Role

<sup>۱۰</sup> - Franck, k.