



دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی

پایان نامه‌ی کارشناسی ارشد در رشته‌ی روانشناسی بالینی

بررسی ویژگی‌های روانسنجی آزمون ترسیم داستان (DAS) در کودکان افسرده و بهنجار

به وسیله‌ی
رومینا اشتری

استاد راهنما
دکتر فرهاد خرمایی

۱۳۹۰

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

به نام خدا
اظهارنامه

ایجانب رومینا اشتري (۸۸۰۳۷۳) دانشجوی رشته روانشناسی گرایش بالینی دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی اظهار می کنم که این پایان نامه حاصل پژوهش خودم بوده و در جاهایی که از منابع دیگران استفاده کرده ام، نشانی دقیق و مشخصات کامل آن را نوشته ام. همچنین اظهار می کنم که تحقیق و موضوع پایان نامه ام تکراری نیست و تعهد می نمایم که بدون مجوز دانشگاه دستاوردهای آن را منتشر ننموده و یا در اختیار غیر قرار ندهم. کلیه حقوق این اثر مطابق با آیین نامه مالکیت فکری و معنوی متعلق به دانشگاه شیراز است.

نام و نام خانوادگی: رومینا اشتري
تاریخ و امضا:

به نام خدا

بررسی ویژگی های روانسنجی آزمون ترسیم داستان (DAS) در کودکان افسرده و بهنجار

به وسیله ی

رومینا اشتری

پایان نامه

ارائه شده به تحصیلات تکمیلی دانشگاه به عنوان بخشی از فعالیت های تحصیلی لازم برای اخذ
درجه کارشناسی ارشد

در رشته ی

روانشناسی بالینی

از دانشگاه شیراز

شیراز

جمهوری اسلامی ایران

ارزیابی شده توسط کمیته پایان نامه با درجه :

دکتر فرهاد خرمایی، استاد بخش روانشناسی بالینی (رئیس کمیته).....

دکتر نوراله محمدی، دانشیار بخش روانشناسی بالینی.....

دکتر چنگیز رحیمی، استادیار بخش روانشناسی بالینی.....

تقدیم بہ

ہمسفر مہربانم

سپاسگزاری

ابتدا از زحمات بی دریغ و راهنمایی های موثر جناب آقای دکتر فرهاد خرمایی که بدون راهنمایی ایشان پیمودن این مسیر و به ثمر رسیدن این پایان نامه ناممکن بود، کمال تشکر و قدردانی را دارم.

همچنین از اساتید ارجمند، جناب آقای دکتر نوراله محمدی و جناب آقای دکتر چنگیز رحیمی که زحمت مشاوره این پایان نامه را بر عهده داشتند و در طول تحصیل مرا از دانش خویش بهره مند ساختند سپاسگزاری می نمایم.

در پایان، از زحمات و حمایت های همسر عزیزم تشکر می کنم که که همواره پشتیبان و همراه من بوده است.

چکیده

بررسی ویژگی های روانسنجی آزمون ترسیم داستان (DAS) در کودکان افسرده و بهنجار

به کوشش

رومینا اشتری

این پژوهش به بررسی ویژگی های روانسنجی آزمون ترسیم داستان در کودکان افسرده و بهنجار پرداخته است. شرکت کنندگان این پژوهش شامل ۶۰ دانش آموز (۳۴ دختر، ۲۶ پسر) در پایه چهارم و پنجم بودند که دو گروه افسرده (۳۰ نفر) و بهنجار (۳۰ نفر) را تشکیل دادند و سپس هر گروه به وسیله آزمون ترسیم داستان سیلور (۲۰۰۵) مورد ارزیابی قرار گرفتند. نتایج پژوهش نشان داد که تفاوت دو گروه افسرده و بهنجار با استفاده از تحلیل واریانس دوطرفه در تصویر خود و محتوای هیجانی معنادار بود. گروه بهنجار به طور معنی داری تصویر خود و محتوای هیجانی قوی تری را نسبت به گروه افسرده ارائه دادند. تفاوت دختر و پسر در مقیاس تصویر خود معنادار نبود اما تفاوت این دو جنس در محتوای هیجانی معنادار بود به طوری که دختران محتوای هیجانی قوی تری را نسبت به پسران به دست آوردند. دختران بهنجار بالاترین و پسران افسرده ضعیف ترین محتوای هیجانی را ارائه دادند. فراوانی طیف مثبت تا منفی تصویر خود و محتوای هیجانی در دو گروه معنادار بود و کودکان افسرده بیشترین فراوانی را در زمینه منفی و کودکان بهنجار بیشترین فراوانی را در زمینه مثبت در هر دو مقیاس کسب کردند. روایی همگرای DAS از طریق همبستگی با آزمون افسردگی DSRS برای تصویر خود و محتوای هیجانی به ترتیب ۰/۶۷ - و ۰/۷۴ - به دست آمد. پایایی آزمون DAS نیز از طریق روش بازآزمایی برای تصویر خود و محتوای هیجانی به ترتیب ۰/۸۲ و ۰/۹۰ ، و از طریق محاسبه ضریب توافق ارزیابان برای تصویر خود و محتوای هیجانی به ترتیب ۰/۶۸ و ۰/۸۲ به دست آمد. نتایج این پژوهش مبین پایایی و روایی آزمون ترسیم داستان سیلور در گروه کودکان افسرده و بهنجار بود.

واژه های کلیدی: افسردگی، محتوای هیجانی، تصویر خود

فهرست مطالب

صفحه	عنوان
فصل اول: کلیات	
۲	۱-۱- مقدمه
۸	۲-۱- بیان مسأله
۱۰	۳-۱- ضرورت و اهمیت تحقیق
۱۲	۴-۱- اهداف تحقیق
۱۲	۱-۴-۱- اهداف اصلی
۱۲	۲-۴-۱- اهداف فرعی
۱۲	۵-۱- سؤالات تحقیق
۱۳	۱-۵-۱- سؤالات اصلی
۱۳	۲-۵-۱- سؤالات فرعی
۱۳	۶-۱- تعریف مفهومی و عملیاتی متغیرها
۱۳	۱-۶-۱- تعریف افسردگی
۱۴	۲-۶-۱- تعریف محتوای هیجانی
۱۴	۳-۶-۱- تعریف تصویر خود

فصل دوم: مبانی نظری و پیشینه تحقیقاتی

۱۶	۱-۲- مبانی نظری
۱۶	۱-۱-۲- افسردگی
۱۷	۱-۱-۱-۲- علائم اختلال افسردگی اساسی در DSM-IV
۱۸	۲-۱-۱-۲- عوامل مؤثر در افسردگی
۲۰	۳-۱-۱-۲- عوامل زیستی
۲۳	۴-۱-۱-۲- عوامل خانوادگی
۲۷	۵-۱-۱-۲- عوامل شخصیتی و خلق و خو

۲۹	.....	۲-۱-۲- آزمونهای فرافکن شخصیت
۳۵	.....	۳-۱-۲- نقش هنر در رشد شناخت
۳۵	.....	۱-۳-۱-۲- تفکر غیر کلامی
۳۵	.....	۲-۳-۱-۲- سازماندهی و نشان دادن تجربیات
۳۶	.....	۳-۳-۱-۲- ایجاد طرح هایی برای زبان
۳۷	.....	۴-۳-۱-۲- یادگیری لغات جدید
۳۷	.....	۵-۳-۱-۲- انتقال یادگیری
۳۸	.....	۶-۳-۱-۲- بازی تخیلی
۳۸	.....	۷-۳-۱-۲- تفکر انتزاعی
۳۸	.....	۷-۳-۱-۲- به یاد آوردن
۳۹	.....	۴-۱-۲- سازگاری و هنر
۳۹	.....	۱-۴-۱-۲- برآورده شدن نیابتی آرزوها
۴۰	.....	۲-۴-۱-۲- آزمایش واقعیت
۴۰	.....	۳-۴-۱-۲- بیان احساسات غیرقابل قبول به شیوه ای مقبول
۴۱	.....	۴-۴-۱-۲- رها شدن از تنش
۴۱	.....	۵-۴-۱-۲- خودپایی
۴۱	.....	۶-۴-۱-۲- درگیری شخصی
۴۲	.....	۷-۴-۱-۲- تجربه کنترل مردم و وقایع
۴۲	.....	۸-۴-۱-۲- انتقال رفتار
۴۳	.....	۵-۱-۲- ارزیابی
۴۵	.....	۲-۲- پیشینه پژوهش
۴۵	.....	۱-۲-۲- ارزیابی کودکان با استفاده از ترسیم
۴۸	.....	۲-۲-۲- تحقیقات در زمینه افسردگی
۴۹	.....	۳-۲-۲- تفاوت های جنسیتی در ترسیم کودکان

فصل سوم: روش تحقیق

۵۲	.....	۱-۳- جامعه آماری، نمونه آماری و روش نمونه گیری
۵۴	.....	۲-۳- ابزار پژوهش
۵۴	.....	۱-۲-۳- آزمون ترسیم یک داستان (DAS)
۵۵	.....	۱-۱-۲-۳- روش اجرا و نمره گذاری
۵۶	.....	۲-۲-۳- مقیاس خودسنجی افسردگی DSRS

- ۳-۲-۳- مصاحبه بالینی ساختاریافته بر اساس DSM-IV ۵۶
- ۳-۳- شیوه جمع آوری اطلاعات ۵۶
- ۳-۴- روش تجزیه و تحلیل اطلاعات (به تفکیک سؤالات پژوهش) ۵۷

فصل چهارم: تجزیه و تحلیل داده ها

- ۴-۱- یافته های توصیفی ۶۰
- ۴-۱-۱- شاخص های آمار توصیفی برای تصویر خود و محتوای هیجانی در گروه افسرده و بهنجار ۶۱
- ۴-۱-۲- فراوانی طیف تصویر خود و محتوای هیجانی در گروه افسرده و بهنجار ۶۱
- ۴-۲- یافته های استنباطی ۶۴
- ۴-۲-۱- مقایسه کودکان افسرده و بهنجار در بیان تصویر خود و محتوای هیجانی ۶۴
- ۴-۲-۱-۱- آیا کودکان افسرده و بهنجار در بیان تصویر خود در آزمون ترسیم داستان دارای تفاوت معناداری می باشند؟ ۶۴
- ۴-۲-۱-۲- آیا تعامل بین گروه (افسرده/ بهنجار) و جنسیت در بیان تصویر خود معنادار می باشد؟ ۶۶
- ۴-۲-۱-۳- آیا کودکان افسرده و بهنجار در بیان محتوای هیجانی در آزمون ترسیم داستان دارای تفاوت معناداری می باشند؟ ۶۶
- ۴-۲-۱-۴- آیا تعامل بین گروه (افسرده/ بهنجار) و جنسیت در بیان محتوای هیجانی معنادار می باشد؟ ۶۸
- ۴-۲-۲- بررسی معناداری تفاوت فراوانی طیف پاسخ های مثبت تا منفی تصویر خود و محتوای هیجانی در گروه افسرده و بهنجار ۶۹
- ۴-۲-۲-۱- آیا تفاوت فراوانی طیف پاسخ های مثبت تا منفی تصویر خود در گروه افسرده و بهنجار معنادار می باشد؟ ۶۹
- ۴-۲-۲-۲- آیا تفاوت فراوانی طیف پاسخ های مثبت تا منفی محتوای هیجانی در گروه افسرده و بهنجار معنادار می باشد؟ ۷۰
- ۴-۲-۳- بررسی روایی همگرای آزمون ترسیم داستان ۷۱
- ۴-۲-۳-۱- آیا همبستگی معناداری بین آزمون DAS و پرسش نامه افسردگی DSRS وجود دارد؟ ۷۱
- ۴-۲-۴- بررسی پایایی آزمون ترسیم داستان ۷۲
- ۴-۲-۴-۱- تعیین پایایی آزمون ترسیم داستان از طریق بازآزمایی ۷۲
- ۴-۲-۴-۲- تعیین پایایی آزمون ترسیم داستان از طریق برآورد ضریب توافق ارزیابان ۷۳

فصل پنجم: بحث و نتیجه گیری

- ۵-۱- آیا کودکان افسرده و غیرافسرده در بیان تصویر خود در آزمون ترسیم داستان دارای تفاوت معناداری می باشند؟..... ۷۶
- ۵-۲- آیا کودکان افسرده و غیرافسرده در بیان محتوای هیجانی در آزمون ترسیم داستان دارای تفاوت معناداری می باشند؟..... ۷۷
- ۵-۳- آیا تفاوت فراوانی طیف پاسخ های مثبت تا منفی در مقیاس تصویر خود در کودکان افسرده و بهنجار معنادار می باشد؟..... ۷۹
- ۵-۴- آیا تفاوت فراوانی طیف پاسخ های مثبت تا منفی در مقیاس محتوای هیجانی در کودکان افسرده و بهنجار معنادار می باشد؟..... ۷۹
- ۵-۵- آیا آزمون DAS دارای همبستگی معناداری با آزمون DSRS می باشد؟..... ۸۰
- ۵-۶- آیا آزمون DAS دارای پایایی مناسبی می باشد؟..... ۸۰
- ۵-۷- کاربردهای نظری و عملی..... ۸۱
- ۵-۸- محدودیت پژوهش..... ۸۲
- ۵-۹- پیشنهادات تحقیق..... ۸۲

ضمائم ۸۳

منابع و مأخذ ۸۶

فهرست جدول ها

صفحه

عنوان

۱۷	جدول (۱-۲) علائم اختلال افسردگی در DSM-IV
۱۸	جدول (۲-۲) عوامل مؤثر در افسردگی
۵۳	جدول (۱-۳) فراوانی گروه نمونه
۵۳	جدول (۲-۳) ویژگی نمونه بر اساس جنس و کلاس
۶۰	جدول (۱-۴) میانگین و انحراف معیار تصویر خود در گروه افسرده و بهنجار
۶۱	جدول (۲-۴) میانگین و انحراف معیار محتوای هیجانی در گروه افسرده و بهنجار
۶۱	جدول (۳-۴) فراوانی طیف پاسخ های مثبت تا منفی تصویر خود در گروه افسرده
۶۲	جدول (۴-۴) فراوانی طیف پاسخ های مثبت تا منفی تصویر خود در گروه بهنجار
۶۲	جدول (۵-۴) فراوانی طیف پاسخ های مثبت تا منفی محتوای هیجانی در گروه افسرده
۶۳	جدول (۶-۴) فراوانی طیف پاسخ های مثبت تا منفی محتوای هیجانی در گروه بهنجار
۶۵	جدول (۷-۴) میانگین نمرات تصویر خود با توجه به جنسیت و نوع گروه
۶۵	جدول (۸-۴) تحلیل واریانس دو طرفه برای جنسیت و گروه در تصویر خود
۶۷	جدول (۹-۴) میانگین نمرات محتوای هیجانی با توجه به جنسیت و نوع گروه
۶۸	جدول (۱۰-۴) تحلیل واریانس دو طرفه برای جنسیت و نوع گروه در محتوای هیجانی
۷۰	جدول (۱۱-۴) فراوانی طیف تصویر خود در گروه افسرده و بهنجار
	جدول (۱۲-۴) آزمون خی دو مربوط به معناداری تفاوت فراوانی طیف تصویر خود در گروه افسرده و بهنجار
۷۰	جدول (۱۳-۴) فراوانی طیف محتوای هیجانی در گروه افسرده و بهنجار
	جدول (۱۴-۴) آزمون خی دو مربوط به معناداری تفاوت فراوانی طیف محتوای هیجانی در گروه افسرده و بهنجار
۷۱	جدول (۱۵-۴) همبستگی میان مقیاس تصویر خود با مقیاس افسردگی DSRS

- جدول (۴-۱۶) همبستگی میان مقیاس محتوای هیجانی با مقیاس افسردگی DSRS ۷۱
- جدول (۴-۱۷) همبستگی نمرات آزمون بازآزمون مقیاس تصویر خود ۷۲
- جدول (۴-۱۸) همبستگی نمرات آزمون بازآزمون مقیاس محتوای هیجانی ۷۳
- جدول (۴-۱۹) همبستگی نمرات ارزیابان در مقیاس تصویر خود ۷۳
- جدول (۴-۲۰) همبستگی نمرات ارزیابان در مقیاس محتوای هیجانی ۷۴

فهرست نمودارها

صفحه

عنوان

نمودار (۱-۴) تعامل جنسیت و نوع گروه در تصویر خود..... ۶۶

نمودار (۲-۴) تعامل جنسیت و نوع گروه در محتوای هیجانی..... ۶۹

فصل اول

۱. کلیات

۱-۱- مقدمه

بیماری یکی از مهمترین عواملی است که رفاه انسان ها را به مخاطره می افکند، در این میان افسردگی جایگاه ویژه ای دارد زیرا افسردگی بیماری شایعی است که بین ۱۲/۵-۱۰ درصد مردان، ۲۵-۲۰ درصد زنان، حداقل یکبار در زندگی خود دچار افسردگی اساسی می شوند (DSM-IV، ۱۹۹۴، اکسیکال^۱، ۲۰۰۰ و بلازر^۲، ۲۰۰۰) و فرد را با ناتوانیهای سنگینی روبرو می کند و از عوامل خطر ابتلا به مصرف و سوء مصرف مواد و خودکشی است (کاپلان و همکاران، ۱۹۹۴). افسردگی در سراسر دنیا مسئله ی مهمی است. حالت روانی ناخوش که با دل زدگی، یأس، و خستگی پذیری مشخص می شود و در بیشتر مواقع با اضطرابی کم و بیش شدید همراه است.

اگرچه فراوانی قابل توجه افسردگی از یک سو و طیف وسیع نشانه های آسیب شناختی آن از سوی دیگر موجب اهمیت این اختلال در گستره روانشناسی بالینی می گردد، ولی نکته سومی که بر اهمیت این اختلال می افزاید، اشکال مختلف آن در دوره های متمادی تحول است. به عبارت دیگر گستره این اختلال در چارچوب تحول از افسردگی اتکایی در نوزادان تا افسردگی دوران پیری امتداد دارد (دادستان، ۱۳۷۶). لازم است به این نکته توجه نمود که اگر چه دوره های افسردگی در هر سنی رخ می دهد، افرادی بیشتر در معرض خطر هستند که در یکی از مراحل "انتقال" دوره زندگی که پیشرفت از یک مرحله مهم رشدی صورت می گیرد باشند چرا که مرحله انتقال به صورت بنیادی شامل فقدان روانی شیء قبلی، تجربه یا احتمالات کلی است (پروبت^۳، ۲۰۰۸؛ به نقل از دهقان، ۱۳۹۰).

^۱ Aksikal

^۲ Blazer

^۳ Probst

افسردگی کودکان و نوجوانان به دلیل شیوع آن (۳ درصد بالینی و ۳۵ درصد غیر بالینی) و ایجاد اختلال در کارکردهای مختلف اجتماعی، تحصیلی، حرفه ای و غیره موضوعی است که نیاز به توجه جدی دارد. شروع زودرس اختلال (بروز قبل از سن ۲۱ سالگی)، به دلایل گوناگون مدنظر قرار می گیرد که از مهمترین آن می توان به دوره طولانی اولیه، بازگشت بالا (عود دوره افسردگی طی ۲ سال ۴۰ درصد و طی ۵ سال ۷۰ درصد است)؛ بستری شدن های طولانی و مراتب بیشتری از اختلالات همراه اشاره کرد (فلچر^۱، ۲۰۰۹). یک دوره افسردگی نوعا بین ۶ تا ۹ ماه به طول می انجامد و کودکانی که یک بار دچار حمله افسردگی شده باشند در خطر ابتلاء به حمله دیگر ظرف مدت ۵ سال قرار دارند. همچنین به گفته اتحادیه ملی بیماری روانی آمریکا (NAMI) این کودکان ۵ برابر بیشتر از کودکانی که دچار بیماری نشده اند احتمال دارد که در بزرگسالی دچار افسردگی گردند. بین ویژگی های افسردگی در سنین پایین و دوره بزرگسالی تشابه زیادی وجود دارد. اگر چه ملاک های تشخیص در کودکان و نوجوانان چندان تفاوتی با ملاک های بزرگسالی ندارد این مسئله باید مورد نظر قرار بگیرد که کودکان و نوجوانانی که دچار بیماری می شوند اغلب افسردگی خود را به شکل خلق تحریک پذیر که همراه با نافرمانی با مراجع قدرت است نشان می دهند و علائمی چون هراس و اضطراب و نشانه های جسمی نیز در آنها بروز می کند.

به طور کلی تجربه یک دوره افسردگی در کودکی و نوجوانی یک عامل خطر برای دوره های افسرده ساز آتی و همچنین مشکلات روانی-اجتماعی محسوب می شود (طهماسیان، ۱۳۸۴). افسردگی با شروع زودرس یک پدیده گذرا نبوده و چنانچه عوامل زمینه ساز یا تداوم بخش آن بدون مداخله باقی بمانند تمایل به دوام داشته و نتایج پایدار و مخرب برجا می گذارد (ریچاردسون^۲، ۱۹۹۳). همچنین باید به این نکته توجه نمود که خلق کودکان به ویژه در تعامل عوامل استرس زای بیرونی مانند ناهماهنگی های مستمر خانوادگی، وضع تاهل والدین، مورد آزار و بی توجهی واقع شدن و شکست تحصیلی آسیب پذیر است. برخی تحقیقات بروز افسردگی را مستلزم حضور چندین عامل از عوامل زیستی، خانوادگی، شخصیتی و خلق و خو

¹ Fletcher

² Richardson

به طور هم زمان می دانند. در کل شروع در سن پایین و وجود اختلالات همراه، نشان دهنده پیش آگهی بد در بزرگسالی است (کاپلان و سادوک، ۲۰۰۳).

به دلیل کمبود امکانات تشخیصی، کودکان با مشکلات عاطفی اغلب ناشناخته باقی می مانند. این کودکان ممکن است بی تمایل یا فاقد واژگانی برای مطرح کردن وضعیت هیجانی شان باشند (ریان-ونگر^۱، ۲۰۰۱). شناسایی کودکان دارای مشکلات خلقی در سنین پایین منجر به مداخلات اثربخش تر در زمینه درمان و جلوگیری از پیشرفت آن در مقایسه با سنین بزرگسالی خواهد شد. عدم مداخله مؤثر در افسردگی کودکان باعث کندی و حتی توقف رشد روانی کودک در سنین بزرگسالی خواهد شد (کرک و گلاگر، ۱۳۸۰). در فرآیند درمان و قبل از آن پیشگیری، متخصصان نیازمند وسایل و ابزار تشخیصی مناسب می باشند؛ چرا که تشخیص اختلالات زمینه را برای اقدام پیشگیرانه و درمانی فراهم میسازد. لذا ضرورت استفاده از ابزار و وسایل تشخیصی مختلف قبل از هر گونه مداخله درمانی آشکار است و متخصصان را در انجام اقدامات درمانی یاری می رساند.

ارزیابی روان شناختی معتبر و قابل اطمینان سودمند خواهد بود. پایایی^۲ و روایی^۳ امکان بررسی شایستگی آزمونها را فراهم می سازد. ابزار سنجش پایا، وسیله ای است که می تواند از سوی آزمایندهاگان مختلف به طور مشابهی به کار گرفته شود و بین نمرات به دست آمده در چند بار آزمایش تفاوت معناداری موجود نباشد. با اینکه پایایی لازم است، ولی کافی نیست، برای اینکه ارزیابی روان شناختی به درستی انجام گیرد، روایی هم مورد نیاز است تا سودمندی آزمون حاصل شود. ابزار اندازه گیری معتبر، ابزاری است که در عمل آنچه را برای اندازه گیری ادعا می کند، بتواند ارزشیابی کند. برای مثال، اگر یک آزمون قرار است افسردگی را بیازماید، باید نمرات آن همبستگی زیادی با نمرات آزمون های دیگر در زمینه افسردگی داشته باشد تا بتوان آن را آزمون مناسبی دانست. ارزیابی شامل گردآوری داده است و بهتر است از ابزارهای سنجش روان شناختی باثبات و معتبر

²Ryan-Wenger

² reliability

³ validity

استفاده شود. این گونه داده ها توسط روانشناسان و سایر متخصصان بهداشت روانی به منظور تصمیم گیری های آگاهانه به کار گرفته می شوند. فرایند ارزیابی بسیار پیچیده است و اغلب به جمع آوری داده ها با روشهای مختلف و از منابع مختلف و متعدد نیاز دارد (خدایاری فر، ۱۳۸۸).

استفاده از هنر، نقاشی و داستان نویسی در بررسی های سلامت روان و تشخیصی و درمان مورد توجه روانشناسان بوده است به خصوص نقاشی و رنگ آمیزی به احساساتی که به صورت کلامی بیان نمی شوند یک بار معنایی می بخشند و به عبارت دیگر وسیله قابل قبول از نظر اجتماع برای بیان عواطف می باشند. نقاشی کودکان همچون پیامی است که آن چه آنان نمی توانند با زبان بیان کنند، در آن منعکس می کنند. لذا بررسی و درک نقاشی کودکان، اطلاعات ارزنده ای در اختیار والدین و مربیان و روانشناسان می گذارد. بررسی مجموعه نقاشی و جزئیات آن امکان کشف احساسات کودک و مسائل عاطفی و حالات روانی وی را فراهم می آورد. به طور کلی نقاشی یک شخص معرف بیان خویشتن او در رابطه با محیط است (دادستان، ۱۳۷۴).

فعالیت ترسیمی، شبیه یک نمایش خیال پردازانه است و کودکان از طریق فعالیت های ترسیمی، احساسات، عواطف، ایده ها و تجارب خود را بیان می نمایند. نقاشی به عنوان شکلی از داستان سرایی است که کودکان را قادر می سازد داستان های خود را از طریق یک شکل توسعه یافته از ارتباطات با تمرکز بر صحبت کردن در مورد نقاشی های خود بیان نمایند. نقاشی کودکان اغلب فراتر از مرحله کلامی پیش می رود و به واقعی سازی عمیق و ظهور آن برای کودک و همچنین سازگاری با واقعیت یابی کمک می کند (شاکریان، ۱۳۸۸).

هنر به عنوان یک زبان عمومی و جهان شمول شناخته شده است. هنردرمانگران و روانشناسان بر این باور هستند که کودکان با شرکت در فرآیندهای هنری به صورت آگاهانه یا نا آگاهانه با عواطفشان ارتباط برقرار می کنند و تصویری بالاتر از کلمات را به کار می گیرند. بنابراین، تصاویر دیداری ممکن است ناسازگاری درونی در ذهن کودک را با نقاشی و ترسیم نمایانگر سازند (چیا^۱، ۲۰۰۶). فعالیت هنری نیاز به استفاده و به کار بردن تعدادی از فرآیند

¹ Chia