

ویژگی‌های نقاشی آدمک

و ترسیم خانواده

آدمک‌هایی که از تفاوت کودکان خبر می‌دهند

کبری مرادی / دکتر حسین اسکندری / دکتر احمد برجعلی

درآمد

هدف پژوهش حاضر، مقایسه‌ی ویژگی‌های «نقاشی آدمک» و «نقاشی ترسیم خانواده» توسط کودکان مبتلا به «اختلال نارسایی توجه/ بیش‌فعالی» (ADHD) و کودکان عادی بوده است. به همین منظور، نمونه‌ای شامل ۲۲ کودک ADHD ۷ تا ۱۲ ساله که به کلینیک روان‌پزشکی مراجعه کرده بودند، به صورت نمونه‌گیری در دسترس و ۲۱ کودک عادی ۷ تا ۱۲ ساله به صورت نمونه‌گیری تصادفی ساده انتخاب شدند (آزمودنی‌ها از شهر تهران انتخاب شده بودند). سپس از آن‌ها آزمون ترسیم خانواده و آزمون ترسیم آدمک به عمل آمد. پس از جمع‌آوری داده‌ها، نتایج آزمون «خی‌دو» نشان داد که بین ویژگی‌های نقاشی خانواده و نقاشی آدمک کودکان ADHD و کودکان عادی، از لحاظ وسعت محدود خطوط نقاشی، ناحیه‌ی ترسیم در پایین، غنای ضعیف، حالت دست‌های به اطراف گشوده شده، خودارزنده‌سازی شده، خواهر و برادر نازنده‌سازی شده، رابطه با فاصله‌ی پدر و مادر، وجود نقایص در بدن آدمک، جذب بازوها، تصاویر خیلی کوچک، کشیدن حلقه‌ی چشم بدون مردمک، ناقص بودن دست آدمک، مکان تصویر در سمت راست، و ناقص بودن جزئیات نقاشی، بین دو گروه کودکان ADHD و کودکان عادی تفاوت معنادار آماری وجود دارد، ولی از لحاظ سایر شاخص‌های ترسیمی، بین دو گروه تفاوت معنادار آماری مشاهده نشد.



۴۹

دوره سوم / شماره یکم / پاییز ۱۳۸۶



**بین فعالیت‌های
کودک، نقاشی فعالیتی
است که از تحول
شناختی، عاطفی
و اجتماعی تأثیر
می‌پذیرد و به همین
دلیل، به مقیاس وسیع
در تشخیص روانی و
روان‌درمانگری به کار
گرفته می‌شود**

ممکن است در نظر بزرگسالان، همهی کودکان بیش‌فعال باشند، ولی به نظر می‌رسد که بعضی از کودکان هرگز از حرکت باز نمی‌ایستند. آنان در سنین پیش از دبستان بدون این که هدفی داشته باشند، بدون وقفه می‌دوند، بالا می‌روند، می‌خزند، و به طور افراطی تمایل به بی‌قراری دارند. فعالیتشان کیفیتی بی‌هدف و تصادفی دارد. کودکانی که بیش از اندازه بی‌قراری دارند. فعالیتشان کیفیتی بی‌هدف و تصادفی دارد. کودکانی که بیش از اندازه فعال‌اند و مشکلاتی نیز در توجه و تمرکز دارند، دچار اختلال «نارسایی توجه/ بیش‌فعالی» هستند. معیارهای اصلی این اختلال شامل بی‌توجهی، انگیزختگی ناگهانی، و بیش‌فعالی است [آزاد، ۱۳۸۰].

شیوع اختلال نقص توجه / بیش‌فعالی در کودکان، در مطالعات متفاوت در ایالات متحده‌ی آمریکا، بین ۲ تا ۲۰ درصد ذکر شده است. میزان بروز در پسران بیشتر از دختران و با نسبتی بین ۳ به ۱ تا ۵ به ۱ است. در ایران براساس مطالعه‌ای که اخیراً توسط خوشایی و همکارانش در تهران و روی کودکان مدرسه‌ای انجام گرفته، شیوع این اختلال در حدود ۵ درصد برآورد شده است [صدرالسادات، ۱۳۸۴].

بیان شده که این اختلال شایع‌ترین دلیلی است که بچه‌ها را به خاطر آن به درمانگاه‌های بهداشت روان می‌آورند. امروزه، مطالعات و تحقیقات این اختلال را با شروع و ادامه‌ی خطمشی بزهکاران مرتبط می‌دانند. بسیاری از کودکان مبتلا به این اختلال، از اختلال سلوک نیز رنج می‌برند و از همان اوایل کودکی، مرتکب رفتارهای پرخاشگرانه و ضداجتماعی می‌شوند. کودکانی که این تشخیص برایشان مطرح می‌شود، به احتمال بیشتری در آینده از مدرسه اخراج و مرتکب رفتارهای مجرمانه می‌شوند. تحقیقات نشان می‌دهند، این اختلال می‌تواند زمینه‌ساز ابتلا به موادمخدر، مشروبات الکلی، سیگار، جرائم جنسی، ایجاد حوادث رانندگی، مشکلات تحصیلی و سایر مسائل قانونی و اجتماعی باشد [علیزاده، ۱۳۸۴].

مجموع عوامل بیان شده باعث می‌شوند که اعتماد به نفس کودک آسیب ببیند و وی دچار اختلالاتی از قبیل افسردگی و اضطراب شود (حدود ۲۰ تا ۳۰ درصد از کودکان ADHD به افسردگی، افسردگی دوقطبی و اضطراب مبتلا می‌شوند) [علیزاده، ۱۳۸۴].

بارکلی در سال ۱۹۸۵ در تحقیقی نشان داد که در کودکان ADHD روابط بین والدین و کودکان رابطه‌ای منفی است که باعث سرخوردگی این کودکان می‌شود. پهرینگ و همکارانش در سال ۱۹۸۵ در تحقیقی



کودکان، عواطف خود را در نقاشی‌هایشان فرافکنی می‌کنند و تفسیر آن چه بدین صورت انعکاس می‌یابد، راهی برای سنجش شخصیت است



نشان دادند که والدین نسبت به کودکان بیش‌فعال نگرش منفی‌تری دارند و مشکلات رفتاری بیشتری را در رابطه با این کودکان گزارش می‌دهند.

از آن‌جا که مشکلات کودکان تأثیر به‌سزایی در زندگی آینده‌ی آن‌ها خواهد گذاشت، و علاوه بر این، نوع مشکلات و تأثیرات آن‌ها در کودکان متفاوت است، لذا باید در جهت شناسایی، بهبود و رفع مشکلاتشان اقدامات مناسب صورت گیرد.

کودکان با استفاده از شیوه‌های متفاوت، تصور خود را از جهان ترسیم می‌کنند. بین فعالیت‌های کودک، نقاشی فعالیتی است که از تحول شناختی، عاطفی و اجتماعی تأثیر می‌پذیرد و به همین دلیل، به مقیاس وسیع در تشخیص روانی و روان‌درمانگری به کار گرفته می‌شود. کودک با محتوای ترسیمی و نیز با سبک ترسیمی خود، سازمان‌دهی مشخصی را منعکس می‌کند. انتخاب رنگ‌ها، سازمان‌دهی صفحه‌ی کاغذ، انواع محدودسازی‌های موضوع مورد تجسم، در حکم ابعاد صوری هستند که بر اساس تحلیل نقاشی به منزله‌ی یک فعالیت بیانی، می‌توان به مفهوم آن‌ها دست یافت [کرمن، ۱۳۸۱].

ارزش بیانی نقاشی، مانند ارزش خط و حرکات طبیعی معنا دار، مورد قبول همه‌ی مؤلفان است و تولیدات ترسیمی وسیعاً به عنوان یک وسیله‌ی تشخیص به کار گرفته می‌شوند [پیشین]. روان‌شناسان، به اتکای ویژگی‌های صوری نقاشی‌ها و محتوای آن‌ها و نیز براساس بیانات لفظی کودکان و بازخوردی که از خود نشان می‌دهند، به مواد و مصالحی بسیار غنی دست می‌یابند [دادستان، ۱۳۸۳].

از زمان اشاعه‌ی روش‌های فرافکن، یعنی از دهه‌ی ۱۹۴۰، بررسی‌های وسیعی به منظور یافتن روش‌هایی برای تشخیص ویژگی‌های مرضی انجام پذیرفته‌اند. کودکان، عواطف خود را در نقاشی‌هایشان فرافکنی می‌کنند و تفسیر آن چه بدین صورت انعکاس می‌یابد، راهی برای سنجش شخصیت است. چرا که کودک با بیان مستقیم حالات عاطفی و شناختی خود، جلوه‌هایی از شخصیت خود را آشکار می‌کند. امروزه استفاده از نتایج این فعالیت به پیشرفت‌های تشخیصی قابل ملاحظه‌ای منتهی شده است [کرمن، ۱۳۸۱].

مک اوور ۲ و آبراهام ۳ از آزمون «ترسیم آدمک» برای ایجاد موقعیت فرافکنی سود می‌جویند. طبق فرضیه‌ی بنیادی آن‌ها، در آزمون «ترسیم آدمک»، کودک تصویری را که از خود دارد، فرافکنی می‌کند و تکمیل این ترسیم نخستین، با به ثمر رساندن ترسیم یک شخص از جنس مخالف، موجب می‌شود که چگونگی روابط کودک با تصویر خود و تصویری که از اطرافیان خود دارد، مشخص شود [دادستان، ۱۳۸۳].

کرمن ۴، براساس دستورالعمل «ترسیم یک منظومه‌ی



خانوادگی»، کوشش می‌کند تا چگونگی مسائل ارتباطی را روشن سازد. وی پیشنهاد می‌کند، با استفاده از یک مصاحبه‌ی نیمه‌رهنمودی، معنای رمزهای محتوای نقاشی، با روشی که مشابه روش تست‌های فرافکن موضوعی است، تفسیر شود [دادستان، ۱۳۸۳].

در زمینه‌ی رابطه‌ی نقاشی و پریشانی‌های هیجانی، پژوهش‌های فراوانی صورت گرفته است. در تحقیقی، فولر ۵، پریوس ۶ و هاوکینس ۷ (۱۹۷۵)، HFD های ۱۵۲ کودک عادی و کودک دچار آشفتگی هیجانی را بررسی کردند. در این تحقیق، کودکان دچار آشفتگی هیجانی در مقایسه با کودکان عادی، علائم هیجانی بیشتری را در نقاشی‌هایشان نشان دادند.

در تحقیق دیگری، لیو ۸ و هرش کوویتز ۹ (۲۰۰۰) نشان دادند، مجرمین حرفه‌ای به طور معناداری، علائمی نظیر چشم‌ها، ابروها، موی صورت، انگشت‌ها، شانه‌ها و وضعیت بدنی را بیشتر در ترسیم‌هایشان نشان می‌دهند.

مک نیش ۱۰ و ناگلیر ۱۱ (۱۹۹۳)، سودمندی HFD را برای غربالگری پریشانی هیجانی بررسی کردند و دریافتند، ۳۹ درصد افراد دچار آشفتگی هیجانی و ۶۸ درصد کودکان عادی، از طریق شیوه‌ی غربالگری، به درستی انتخاب شدند.

برج ۱۲ (۲۰۰۴)، از HFD برای مقایسه‌ی گروه‌های تشخیصی «اختلال وسواسی - اجباری» ۱۳ (OCD)، بیش‌فعالی / نقص توجه (ADHD)، «سنروم توت» ۱۴ (TS) و گروه کنترل استفاده کرد. نتایج نشان داد که مردان در مقایسه با زنان احتمال بیشتری دارد که جنس مشابه خود را در نقاشی ترسیم کنند، و علائم اضطرابی بیشتری را در ترسیم نشان دهند. نتایج هم‌چنین نشان داد، آزمودنی‌های جوان‌تر ویژگی‌های غیرمعمول بیشتری را در ترسیم نشان می‌دهند.

در تحقیقی، گانت ۱۵ و تابون ۱۶ (۲۰۰۳) الگوهای مجزایی را در ترسیم‌های افراد افسرده مشاهده کردند. در تحقیق آنان، افراد افسرده در مقایسه با گروه کنترل، نقاشی‌هایشان را به طور معناداری پایین‌تر ترسیم کردند، از رنگ و جزئیات کمتری بهره گرفتند و نقاشی‌های آنان فضای کمتری را در برمی‌گرفت. نقاشی بیشتر به منزله‌ی منبع کسب اطلاعات درباره‌ی شخصیت، مورد توجه روان‌شناسان کودک است. به عبارت دیگر، با پذیرفتن نقاشی به منزله‌ی یکی از شیوه‌های بیان کودک، می‌توان از آن به منزله‌ی وسیله‌ای برای تشخیص نوع شخصیت او استفاده کرد [پیشین].

کودکان ADHD در مقایسه با کودکان عادی، با مشکلات عاطفی و رفتاری بیشتری نظیر پرخاشگری، دشواری در تعامل با دیگران، و اعتماد به نفس پایین روبرو هستند که این حالات و احساسات را در نقاشی‌های خود فرافکنی می‌کنند.

هدف تحقیق

نقاشی می‌تواند گروه‌های متفاوت را از هم متمایز سازد. همچنین با صرف هزینه و زمان مناسب، راهی برای غربال کردن افراد ارائه می‌دهد و فرضیه‌های تشخیصی را منظم می‌کند. هدف تحقیق کنونی، بررسی سودمندی آزمون «ترسیم آدمک» و آزمون «ترسیم خانواده» برای تمایز مشکلات کودکان ADHD و کودکان عادی و مقایسه‌ی پریشانی‌های هیجانی بین گروه‌های تشخیصی و غیرتشخیصی است.

روش تحقیق

آزمودنی‌ها

نمونه‌ی مورد مطالعه در این پژوهش، شامل ۲۲ کودک ADHD و ۲۱ کودک عادی بود که همه پسر بودند. گروه نمونه‌ی کودکان ADHD، از بین کودکانی انتخاب شد که به «کلینیک رفیده» مراجعه کرده بودند و روان‌پزشک تشخیص اختلال نارسایبی توجه/ بیش‌فعالی را در آن‌ها تشخیص داده بود. همچنین، برای انتخاب گروه کودکان عادی، از بین مدارس ابتدایی پسرانه‌ی شهر تهران، به صورت تصادفی مدرسه‌ای انتخاب شد و در آن مدرسه از هر پایه‌ی تحصیلی به صورت تصادفی ۴ نفر (از کلاس اول ۵ نفر) انتخاب شدند.

ابزارهای پژوهش

۱. آزمون «ترسیم آدمک»: آزمون ترسیم آدمک که توسط گودیناف در سال ۱۹۲۶ ارائه شد، توانایی‌های هوشی و شناختی کودکان را برآورد می‌کند و از طریق کیفیت ترسیم ارزیابی می‌شود. در سال ۱۹۶۳، هریس در این آزمون تجدیدنظر کرد و برای آن، سیستم نمره‌گذاری ارائه داد. این آزمون توسط مک اوور در سال ۱۹۴۸ توسعه یافت. توجه اصلی او بر این موضوع بود که آزمودنی چگونه اضطراب‌ها، تکانه‌ها، عزت‌نفس، و شخصیت خود را منعکس می‌کند. طبق نظر آیکمن و کوویترز، وضعیت رشدی و کارکرد کلی قابل استفاده است.

پژوهش‌هایی که در زمینه‌ی «اعتبار» و «پایایی» آزمون‌های ترسیمی فراقکن انجام شده‌اند، به نتایج رضایت‌بخشی رسیده‌اند. مک اوور بر این باور است که ترسیم آدمک را می‌توان به منزله «امضای شخصی» ترسیم کننده تلقی کرد.

فولر (۱۹۹۷)، مقیاس نمره‌گذاری دو آزمونگر را که از سیستم نمره‌گذاری کوپیتز استفاده کرده بودند، با هم مقایسه کرد و پایایی درونی ۰/۸۵ را برای ۳۰ آزمودنی به دست آورد. گایتون ۱۷، تاورمینا ۱۸ و ایوانس ۱۹ (۱۹۷۴)، میزان توافق

بین مقیاس نمره‌گذاری ترسیم آدمک و «مقیاس نمره‌گذاری هوش چستلر برای کودکان» (WISC) ۲۰ را بررسی کردند و میزان همبستگی ۰/۶۸ را به دست آوردند.

در پژوهش حاضر، ابزار ترسیم آدمک برای بررسی متغیرهای افسردگی، اضطراب، پرخاشگری، احساس عدم کفایت، هیستری، تعارض و تضاد، وابستگی و سایر شاخص‌های ترسیمی مورد استفاده قرار گرفته است. شاخص‌های موردنظر توسط دکتر عصمت دانش (۱۳۸۳) بیان شده‌اند و جزئیات مربوط به این متغیرها در جداول جداگانه‌ای ارائه شده‌اند.

۲. آزمون «ترسیم خانواده» یکی از آزمون‌هایی که از طریق آن می‌توان به ناهشیاری کودک دست یافت، آزمون «ترسیم خانواده‌ی کپتیک» KFD ۲۱ است که در سال ۱۹۷۰ و ۱۹۷۲، توسط بارنز و کافمن شکل گرفت. در این آزمون لازم است که آزمودنی تمامی اعضای خانواده‌اش یا خانواده‌ای را که دوست دارد، ترسیم کند. این ترسیم برای

جدول ۱. شاخص‌های ترسیمی مربوط به متغیر افسردگی

شاخص‌های آماری	گروه‌ها	فراوانی	درصد	درجه‌ی آزادی	مقدار χ^2	سطح معناداری
پایین بودن سطح فعالیت و تحرک در تصویر	ADHD	۴	۱۸/۲	۱	۱/۸۸	۰/۱۷
	عادی	۱	۴/۸			
صورت را غمگین و اشم‌آلود کشیدن	ADHD	۰	۰	۱	۲/۱۹	۰/۱۳
	عادی	۲	۹/۵			
حذف کردن دست‌ها و بازوهای آدمک	ADHD	۱۰	۴۵/۵	۱	۳/۴۱	۰/۰۶
	عادی	۴	۱۹			
وجود نقص در بدن آدمک	ADHD	۱۱	۵۰	۱	۴/۵۳	۰/۰۳
	عادی	۴	۱۹			

جدول ۲. شاخص‌های ترسیمی مربوط به متغیر تعارض و تضاد

شاخص‌های آماری	گروه‌ها	فراوانی	درصد	درجه‌ی آزادی	مقدار χ^2	سطح معناداری
حذف بازوها	ADHD	۸	۳۷/۴	۱	۴/۳۳	۰/۰۳
	عادی	۲	۹/۵			
شکسته بودن خطوط بینی و اطراف آن	ADHD	۴	۱۸/۲	۱	۱/۸۸	۰/۱۷
	عادی	۱	۴/۸			
فریته نبودن چشم‌ها	ADHD	۱	۴/۵	۱	۰/۹۷	۰/۳۲
	عادی	۰	۰			
حذف پاها یا ناقص بودن پاها	ADHD	۵	۲۲/۷	۱	۰/۰۸	۰/۷۶
	عادی	۴	۱۹			

کودکان ADHD و کودکان عادی در ترسیم خانواده تفاوت‌هایی با یکدیگر دارند. به طوری که در شاخص‌های «وسعت محدود خطوط نقاشی»، «ناحیه‌ی پایین ترسیم»، «غنای ضعیف»، «حالت دست‌های به اطراف گشوده شده»، «خودارزنده‌سازی شده» و...



۴۹

دوره‌ی سوم / شماره‌ی یکم / پاییز ۱۳۸۲



جدول ۳. شاخص‌های ترسیمی مربوط به متغیر احساس عدم کفایت

شاخص‌های آماری	گروه‌ها	فراوانی	درصد	درجه‌ی آزادی	مقدار	سطح معناداری
نصاویر خیلی کوچک	ADHD	۱۶	۷۲/۲	۱	۱۶/۸۸	۰/۰۰۱
	عادی	۳	۱۴/۳			
کشیدن پاها شبیه سر چماق	ADHD	۳	۱۳/۶	۱	۱	۰/۳۱
	عادی	۱	۴/۸			
کور کشیدن چشم‌ها به گونه‌ای که حالت دیدن ندارد.	ADHD	۴	۱۸/۲	۱	۱/۸۸	۰/۱۷
	عادی	۱	۴/۸			
روی برگردان از دنیا	ADHD	۴	۱۸/۲	۱	۴/۲۱	۰/۰۴
	عادی	۰	۰			

تجزیه و تحلیل داده‌ها

پس از این که از کودکان آزمون گرفته شد، نقاشی‌ها جمع‌آوری شدند و برای بررسی متغیرهای متفاوت، فراوانی و درصد تک‌تک شاخص‌های مربوط به متغیر موردنظر در گروه کودکان ADHD و گروه کودکان عادی محاسبه شد. برای معنادار بودن تفاوت درصد و فراوانی‌های مربوط به دو گروه، از آزمون خی‌دو استفاده شد.

نتایج پژوهش

الف) بررسی فرضیه‌ی اول در سطح توصیفی و استنباطی: فرضیه‌ی اول بیان می‌کند که بین ویژگی‌های نقاشی آدمک کودکان ADHD و کودکان عادی تفاوت وجود دارد.

با توجه به نتایج حاصل از تحلیل داده‌های پژوهش که در جدول ۱ آمده است، ملاحظه می‌شود که خی‌دو محاسبه شده در مورد شاخص «وجود نقص در بدن آدمک»، از شاخص‌های ترسیمی متغیر افسردگی، ۴/۵۳ است و از خی‌دو جدول که در سطح ۰/۰۵ (۳/۸۴) قرار دارد، بزرگ‌تر است. بنابراین بین شاخص ترسیمی «وجود نقص در بدن آدمک» در دو گروه کودکان ADHD و کودکان عادی تفاوت معنادار وجود دارد.

با توجه به نتایج حاصل از تحلیل داده‌های پژوهش در جدول ۲ ملاحظه می‌شود که تنها خی‌دو محاسبه شده در مورد شاخص «حذف بازوها»، از شاخص‌های ترسیمی متغیر تعارض و تضاد (۴/۳۳)، از خی‌دو جدول که در سطح ۰/۰۵ (۳/۸۴) قرار دارد، بزرگ‌تر است. بنابراین بین شاخص ترسیمی «حذف بازوها»، در دو گروه کودکان ADHD و کودکان عادی تفاوت معنادار وجود دارد.

با توجه به نتایج حاصل از تحلیل داده‌های پژوهش که در جدول ۳ آمده است، ملاحظه می‌شود که خی‌دوهای محاسبه شده در مورد شاخص‌های «تصاویر خیلی کوچک» و «روی برگردان از دنیا»، از شاخص‌های ترسیمی متغیر احساس عدم کفایت (به ترتیب ۱۴/۸۸ و ۴/۲۱)، از خی‌دو جدول که در سطح ۰/۰۵ (۳/۸۴) قرار دارد، بزرگ‌تر است. بنابراین بین شاخص‌های ترسیمی «تصاویر خیلی کوچک» و «روی برگردان از دنیا» در دو گروه کودکان ADHD و کودکان عادی تفاوت معنادار وجود دارد.

با توجه به نتایج حاصل از تحلیل داده‌های پژوهش که در جدول ۴ آمده است، ملاحظه می‌شود که خی‌دوهای محاسبه شده در مورد شاخص‌های «کشیدن حلقه‌ی چشم

جدول ۴. شاخص‌های ترسیمی مربوط به متغیر پرخاشگری

شاخص‌های آماری	گروه‌ها	فراوانی	درصد	درجه‌ی آزادی	مقدار	سطح معناداری
کشیدن حلقه‌ی چشم بدون مردمک	ADHD	۸	۳۷/۴	۱	۶/۶۸	۰/۰۱
	عادی	۱	۴/۸			
ناقص بودن دست آدمک	ADHD	۹	۴۰/۹	۱	۷/۸۶	۰/۰۰۵
	عادی	۱	۴/۸			
استفاده‌ی زیاد از سایه‌روشن در اطراف موها	ADHD	۳	۱۳/۶	۱	۳/۰۷	۰/۰۰۷
	عادی	۰	۰			
تأکید بر سوراخ‌های بینی	ADHD	۲	۹/۱	۱	۲	۰/۱۵
	عادی	۰	۰			

دست‌یابی به نگرش کودک نسبت به خانواده و خود، و روی هم رفته پویایی خانواده است، بدون آن که کودک از آن آگاه باشد [ولتمن، ۲۰۰۱].

شیوه‌ی اجرا

برای اجرای این روش، بعد از انتخاب گروه نمونه، کودک مقابل میزی که متناسبش بود نشاندند می‌شد و یک ورق کاغذ ۴۸ و یک مداد در اختیار او قرار می‌گرفت، سپس براساس دستورالعمل خاص از او خواسته می‌شد که «آدمک» و «خانواده‌ای را که دوست دارد» در صفحات جداگانه‌ای ترسیم کند. در حین ترسیم، هیچ گونه توضیحی به کودک داده نمی‌شد و تمام فعالیت‌های کودک یادداشت می‌شد. در پایان چند سؤال اضافی از کودک پرسیده می‌شد که برای تفسیر، ارزش بالینی داشت.



جدول ۵ سایر شاخص‌های ترسیمی مربوط به ترسیم آدمک

شاخص‌های آماری	گروهها	فراوانی	درصد	درجه‌ی آزادی	مقدار t-شی دو معناداری	سطح معناداری
مکان تصویر در سمت راست	ADHD	۵	۲۲/۷	۱	۵/۴۰	۰/۰۲
	عادی	۰	۰			
کنیدن خیلی زیاد جزئیات	ADHD	۰	۰	۱	۳/۳۷	۰/۰۶
	عادی	۳	۱۴/۳			
نپرداختن کامل به جزئیات	ADHD	۸	۳۷/۴	۱	۷/۴۸	۰/۰۱
	عادی	۱	۴/۸			
نیروی خطوط پرنگ و پر فشار	ADHD	۸	۳۷/۴	۱	۴/۳۳	۰/۰۳
	عادی	۲	۹/۵			

جدول ۶ شاخص‌های نقاشی در سطح ترسیمی

شاخص‌های آماری	گروهها	فراوانی	درصد	درجه‌ی آزادی	مقدار t-شی دو معناداری	سطح معناداری
گسترده بودن وسعت خطوط نقاشی	ADHD	۰	۰	۱	۲/۱۹	۰/۱۳
	عادی	۲	۹/۵			
محدود بودن وسعت خطوط نقاشی	ADHD	۱۳	۵۹	۱	۱۱/۳۲	۰/۰۱
	عادی	۲	۹/۵			
پر فشار بودن نیروی خطوط نقاشی	ADHD	۹	۴۰	۱	۲/۴۳	۰/۱۱
	عادی	۴	۱۹/۵			
ناحیه‌ی ترسیم در پایین	ADHD	۹	۴۰	۱	۵/۵۵	۰/۰۲
	عادی	۲	۹/۵			

بدون مردمک» و «ناقص بودن دست آدمک»، از شاخص‌های ترسیمی متغیر پرخاشگری (به ترتیب ۶/۴۸ و ۷/۸۶)، از خی‌دو جدول که در سطح ۰/۰۵ (۳/۸۴) قرار دارد، بزرگ‌تر است. بنابراین، بین شاخص‌های ترسیمی «کشیدن حذقی چشم بدون مردمک» و «ناقص بودن دست آدمک» در دو گروه کودکان ADHD و کودکان عادی تفاوت معنادار وجود دارد.

با توجه به نتایج حاصل از تحلیل داده‌های پژوهش که در جدول ۵ آمده است، ملاحظه می‌شود که خی‌دوهای محاسبه شده در مورد شاخص‌های «ترسیم نقاشی در سمت خیلی راست»، «نپرداختن به جزئیات» و «خطوط پرنگ و پر فشار» (به ترتیب ۵/۴۰، ۳۳/۴۸ و ۴/۶)، از خی‌دو جدول که در سطح ۰/۰۵ (۳/۸۴) قرار دارد، بزرگ‌تر است. بنابراین بین شاخص‌های ترسیمی «ترسیم نقاشی در سمت خیلی راست»، «نپرداختن به جزئیات» و «خطوط پر فشار» در دو گروه کودکان ADHD و کودکان عادی تفاوت معنادار وجود دارد.

ب) بررسی فرضیه‌ی دوم در سطح توصیفی و استنباطی: فرضیه‌ی دوم بیان می‌کند که در مورد ویژگی‌های نقاشی ترسیم خانواده، بین کودکان ADHD و کودکان عادی تفاوت وجود دارد.

با توجه به نتایج حاصل از تحلیل داده‌های پژوهش که در جدول ۶ آمده است، ملاحظه می‌شود که خی‌دوهای محاسبه شده در مورد شاخص‌های «وسعت محدود خطوط نقاشی» و «ناحیه‌ی ترسیم در سطح پایین» قرار دارد، (به ترتیب ۱۱/۶۲ و ۵/۵۵)، از خی‌دو جدول که در سطح ۰/۰۵ (۳/۸۴) بزرگ‌تر است. بنابراین در مورد شاخص‌های ترسیمی بیان شده، در دو گروه کودکان ADHD و کودکان عادی تفاوت معنادار وجود دارد.

با توجه به نتایج حاصل از تحلیل داده‌های پژوهش که در جدول ۷ آمده است، ملاحظه می‌شود که خی‌دو محاسبه شده در مورد شاخص «غناهی ضعیف» (۵/۵۵)، از خی‌دو جدول که در سطح ۰/۰۵ (۳/۸۴) قرار دارد، بزرگ‌تر است. بنابراین در مورد شاخص ترسیمی بیان شده در دو گروه کودکان ADHD و کودکان عادی تفاوت معنادار وجود دارد.

با توجه به نتایج حاصل از تحلیل داده‌های پژوهش که در جدول ۷ آمده است، ملاحظه می‌شود که خی‌دوهای محاسبه شده در مورد شاخص‌های «حالت دست‌ها به اطراف گشوده شده»، «خودارزنده‌سازی شده»، «ناارزنده‌سازی کردن خاوه‌ر و بردار» و «رابطه با فاصله‌ی پدر و مادر» (به ترتیب ۱۴/۵۳،

۴/۵۳، ۵/۱۹ و ۴/۹۵)، از خی‌دو جدول که در سطح ۰/۰۵ (۳/۸۴) قرار دارد، بزرگ‌تر است. بنابراین، در مورد شاخص‌های ترسیمی بیان شده در دو گروه کودکان ADHD و کودکان عادی تفاوت معنادار وجود دارد.

تفاوت‌ها و تأثیر آن بر خانواده

همان‌طور که مشاهده شد، کودکان ADHD و کودکان عادی در ترسیم آدمک با یکدیگر تفاوت دارند. این کودکان ADHD آشفتگی روانی رشدی را تجربه می‌کنند و ارتباط موفقیت‌آمیزی با دیگران نمی‌گیرند. این موضوع در نقاشی آن‌ها نیز انعکاس پیدا می‌کند، چرا که مانند سایر کودکان، درونیات خود را در نقاشی فراقنتی می‌کنند. به همین دلیل، آدمک‌هایی که آنان می‌کشند، روی برگردان از دنیا هستند. هم‌چنین مشاهده شد، کودکان ADHD در آزمون ترسیم آدمک، نقاشی‌های خود را در ناحیه‌ی پایین صفحه و با وسعت



کودکان ADHD و کودکان عادی تفاوت وجود دارد. در تبیین این یافته‌ها می‌توان بیان کرد، کودکان ADHD از سوی اطرافیان طرد می‌شوند، به همین دلیل نیاز دارند که از سوی اطرافیان حمایت شوند و به جلب توجه و محبت احتیاج دارند. به همین دلیل در نقاشی‌های خود دست‌ها را با حالت گشوده به اطراف ترسیم می‌کنند که نشان‌دهنده دریافت حمایت و پذیرش از سوی دیگران است.

وجود کودک ADHD در خانواده، باعث به هم‌ریختگی سازمان خانواده می‌شود و آسایش و آرامش را از خانواده می‌گیرد. به دلیل مشکلات ایجاد شده، هر یک از والدین دیگری را در مشکلات به وجود آمده مقصر می‌دانند. بنابراین، رابطه‌ی بین والدین دچار آشفتگی می‌شود و کودک این موضوع را درک می‌کند و به صورت ناهشیار، آن را در نقاشی‌هایش می‌آورد و والدین را دور از هم ترسیم می‌کند.

والدین کودکان ADHD، نگرش منفی‌تری نسبت به کودکان ADHD، در مقایسه با سایر کودکانشان دارند. این نگرش را در رفتارشان نشان می‌دهند و رابطه‌ی بهتری با سایر کودکان در مقایسه با کودکان ADHD برقرار می‌کنند. کودکان ADHD این موضوع را می‌فهمند و نسبت به خواهر و برادرانشان حسادت می‌کنند و آن را در نقاشی‌هایشان نشان می‌دهند. در نقاشی‌هایشان آن‌ها را نارزنده‌سازی می‌کنند.

کودکان ADHD، به دلیل این که از سوی اطرافیان (والدین، دوستان، معلمان، خواهر و برادر) طرد می‌شوند، یاد می‌گیرند که روی آنان زیاد سرمایه‌گذاری نکنند و بیشترین سرمایه‌گذاری را روی خود انجام می‌دهند. آن‌ها در نقاشی‌هایشان، خودشان را ارزنده‌سازی می‌کنند. یافته‌های این تحقیق با یافته‌های سنجر (۲۰۰۶)، عزیزاده (۱۳۸۴)، بفرآ و بارکلی (۱۹۸۵)، بهرینگ و همکارانش (۱۹۸۵)، فریدمن (۲۰۰۳) و گابریل، آمی و ایرملین (۲۰۰۶)، هم‌خوانی دارد.

- زیرنویس
1. Attention Deficit Hyperactivity Disorder
 2. Machover
 3. Abraham
 4. Corman
 5. Fuller
 6. Preuss
 7. Hawkins
 8. Lev - weisel
 9. Hershkovits
 10. Mcneish
 11. Naglieri
 12. Burch
 13. Obsessive-Compulsive Disorder
 14. Tourette Syndrome
 15. Gantt
 16. Tabone
 17. Gayton
 18. Tavormina
 19. Evance
 20. Wechsler Intelligence Scale for Children
 21. Kinetic Family Drawings

جدول ۷. شاخص‌های نقاشی در سطح ساخت صورتی

شاخص‌های آماری	گروه‌ها	فراوانی	درصد	درجه‌ی آزادی	مقدار خی‌دو	سطح معناداری
غناي ضعیف	ADHD	۹	۴۰/۹	۱	۵/۵۵	۰/۰۱۸
	عادی	۲	۹/۵			
ریخت حسی	ADHD	۱	۴/۵	۱	۱/۲	۰/۲۷
	عادی	۳	۱۴/۳			
ریخت تغلی	ADHD	۶	۲۷/۳	۱	۰/۰۶۸	۰/۷۹
	عادی	۵	۲۳/۸			
ریخت حسی - تغلی	ADHD	۱۵	۶۸/۲	۱	۰/۱۹	۰/۶۷
	عادی	۱۳	۶۱/۹			

جدول ۸. شاخص‌های نقاشی در سطح محتوا و روان تحلیل‌گری

شاخص‌های آماری	گروه‌ها	فراوانی	درصد	درجه‌ی آزادی	مقدار خی‌دو	سطح معناداری
حالت دست‌ها به اطراف گشوده شده	ADHD	۱۸	۸۱/۸	۱	۱۴/۵۳	۰
	عادی	۵	۲۳/۸			
خود ارزنده‌سازی شده	ADHD	۱۱	۵۰	۱	۴/۵۳	۰/۰۳۳
	عادی	۴	۱۹			
خواهر و برادر نارزنده‌سازی شده	ADHD	۷	۳۱/۸	۱	۵/۱۹	۰/۰۲۳
	عادی	۱	۴/۸			
رابطه با فاصله‌ی پدر و مادر	ADHD	۱۰	۴۵/۵	۱	۴/۹۵	۰/۰۲۶
	عادی	۳	۱۴/۳			

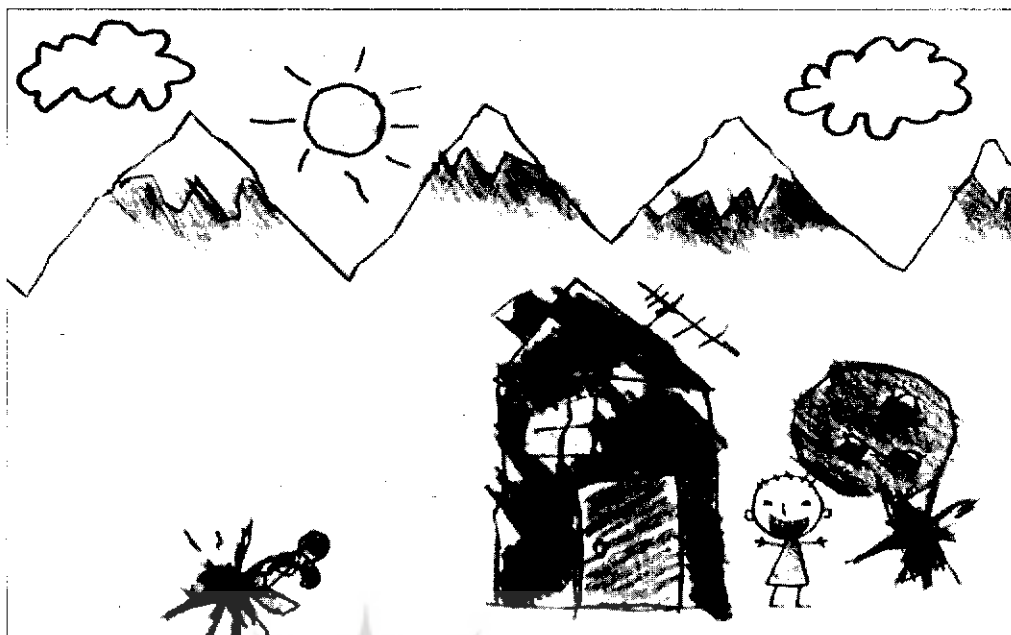
خطوط محدود نقاشی می‌کنند. این کودکان به دلیل شرایطی که دارند، دید منفی‌تری نسبت به خود پیدا می‌کنند و افسردگی و اضطراب در آنان افزایش می‌یابد. لذا نقاشی آنان در اندازه‌های کوچک و دارای وسعت خطوط محدود است. هم‌چنین ناحیه‌ای که آنان برای ترسیم انتخاب می‌کنند، در قسمت پایین صفحه است؛ ناحیه‌ای که منتخب خسته‌ها و روان آزده‌هاست. یافته‌های این تحقیق با یافته‌های بهرینگ و همکارانش (۱۹۸۵)، فریدمن (۲۰۰۳)، فولر، پریوس هاوکینس (۱۹۷۵)، مک‌نیس و ناگلیر (۱۹۹۳)، گانت و تابون (۲۰۰۳)، سنجر (۲۰۰۶)، عزیزاده (۱۳۸۴)، و بفرآ و بارکلی (۱۹۸۵)، هم‌خوانی دارد.

هم‌چنین مشاهده شد که کودکان ADHD و کودکان عادی در ترسیم خانواده تفاوت‌هایی با یکدیگر دارند. به طوری که در شاخص‌های «وسعت محدود خطوط نقاشی»، «ناحیه‌ی پایین ترسیم»، «غناي ضعیف»، «حالت دست‌های به اطراف گشوده شده»، «خودارزنده‌سازی شده»، «خواهر و برادر نارزنده‌سازی شده»، «رابطه با فاصله‌ی پدر و مادر»، از لحاظ آماری بین



از لحاظ آماری
بین کودکان
و ADHD
کودکان عادی
تفاوت وجود دارد

وجود کودک
در ADHD
خانواده، باعث
به هم ریختگی
سازمان خانواده
می شود و آسایش
و آرامش را از
خانواده می گیرد



17. Burch, A.w. (2004). The draw - A person, Group Differences among individuals with obsessive - compulsive disorder, attention deficite. Hyperactivity disorder, Tourette syndrome, and normal controls.
18. Catte, M; cox, M.v. (1999). Emotional indicators in childrens human figure drawings . European Child and Adolescent Psychiatry.
19. Cox, m. and catte, m.(2000). Severly disturbed childrens human figure drawing: Are they unusual or just poor drawing. European Child and Adolescent Psychiatry, 9, 301-306.
20. Cox, m.v; koyasu, m ;Hiranuma, H; perara, J. (2001). Childrens human figure drawing in the uk an japan; the effects of age, sex, and culture. British Journal of Developmental Psychology.
21. Cherney, I; seiwer, c; pickey, t.(2006). Childrens drawing: A mirror to their minds. Educational Psychology. Publisher Information
22. Chieh, L.Vazquez, E. (2006). Views of the Family by Chinese and U.S children: A comparative study of kinetic "family drawing". Journal of School Psychology.
23. Dunn, J; leuy, I.(2006). A study of family drawings by children from step-single-parent, and non-step families.
24. Fahmy, A. (Eds). (2006). Discription of Draw-A-Person friedman, s. R; Rapport, L. J; Lumley, M. (2003). Aspects of social and Emotional competence in adult Attention-Deficit/hyperactivity disorder.
25. Gabriella, s. Aml, s; Irmelin, E. (2006). Analysis of family.Drawing: Acomparision Between children from Divorce and Non-Divorce families. Journal of Divorce and Remarriage.
26. Guevara, J.P. stein, M.T. (2005).Attention deficit hyperactivity dsorder.
27. Kline,paul. (1999). The Handbook of psychological Testing. NewYork: Routledge.
28. Report, B. (2006). Views of the family by chinese and u.s.children:A comparative study of kinetic family drawing.
29. Wegmann, p; Luse Drink. (2000). Kinetic Family Drawing scoring Method for cross-cultuRal stupies.
30. Veltman, B. A; Browne, P.(2001).Identifying childhood abuse through favorite kind of day and kinetic family drawings. The Arts in Psychology 28 pp.251-259.

- منابع
۱. آزاد، حسین (۱۳۸۰). روان شناسی مرضی کودک براساس طبقه بندی DSM. VI، انتشارات بازننگ، تهران.
 ۲. اولیور یو فراری، انا (۱۳۷۹). نقاشی کودکان و مفاهیم آن. ترجمه ی عبدالرضا صرافان، انتشارات دیبا، تهران.
 ۳. بهرامی، هادی (۱۳۸۳). آزمون های فرافکنی شخصیت. انتشارات دانشگاه علامه طباطبائی، تهران.
 ۴. کاربرد آزمون های روانی. انتشارات دانشگاه علامه طباطبائی، تهران.
 ۵. توماس، گلین وی؛ سیلک، آنجل ام.جی (۱۳۸۰). مقدمه ای بر روان شناسی نقاشی کودکان. ترجمه ی عباس مخیر. انتشارات طرح نو، تهران.
 ۶. دادستان، پریوخ (۱۳۸۳). ارزیابی شخصیت کودکان براساس آزمون های ترسیمی. انتشارات رشد، تهران.
 ۷. دانش، عصمت (۱۳۸۳). ارزیابی شخصیت و اختلال های روانی با آزمون ترسیم آدمک (DAP). انتشارات گلشن اندیشه، تهران.
 ۸. رونالد، جی؛ فریدمن؛ گای تی؛ ذویال. (۱۳۸۱). شیوه ی رفتار با کودکان و نوجوانان دچار اختلال نقص توجه/بیش فعالی. ترجمه ی سیدجلال صدرالسادات، محمدرضا محمدی و لیلا صدرالسادات. انتشارات فردوسی، تهران.
 ۹. علیزاده، حمید (۱۳۸۴). «تبیین نظری اختلال نارسایی توجه/بیش فعالی: الگوهای بازداری رفتاری و ماهیت خودکنترلی». فصل نامه ی پژوهشی کودکان استثنایی، شماره ی ۲ و ۴.
 ۱۰. علیزاده، حمید (۱۳۸۳). اختلال نارسایی توجه/فزون جنبشی، ویژگی ها، ارزیابی، درمان. انتشارات رشد، تهران.
 ۱۱. کاکاوند، علیرضا (۱۳۸۵). اختلال نقص توجه/بیش فعالی (نظریه و درمان). انتشارات سرفراز، تهران.
 ۱۲. کرمن، ل (۱۳۸۱). نقاشی کودکان، کاربرد تست ترسیم خانواده در کلینیک، ترجمه ی پریوخ دادستان و محمد منصور، انتشارات رشد، تهران.
 ۱۳. مختاری، فرحناز (۱۳۸۲). روان شناسی نقاشی کودک. انتشارات تاجیک، تهران.
 14. Aikman, K. G; Belter, R.W; Finch, A. J. (1992). Human Figure Drawing: Validity in assessing intellectual level and academic achievement. Journal of clinical psychology.
 15. Barkley, R. A. (1997). Behavioral inhibition, sustained attention. And executive functions constructing unifying theory of ADHD.
 16. Brown, E. V. (1990). Developmental characteristics of Figure drawing made by boys and girls ages five through eleven. Perceptual and Motor Skills, 8, 86- 91.

