

## بررسی عناصر "ترسیم آدمک رنگی" در کودکان مبتلا به اختلال نارسایی توجه- بیش‌فعالی و کودکان عادی

کوروش محمدی<sup>۱</sup>\* و رامانا شهباز فر<sup>۲</sup>

تاریخ پذیرش: ۹۷/۵/۱۴

تاریخ دریافت: ۹۶/۱۰/۲۱

### چکیده

اختلال نارسایی توجه / بیش‌فعالی اختلالی شایع در دوران کودکی با شیوع ۳-۵ درصد است. این پژوهش به منظور مقایسه و بررسی عناصر "ترسیم آدمک رنگی" در کودکان مبتلا به اختلال نارسایی توجه- بیش‌فعالی و کودکان عادی انجام گردید. این پژوهش از نوع پژوهش‌های علی-مقایسه‌ای است. ۲۵ کودک مبتلا به اختلال نارسایی توجه- بیش‌فعالی به روش نمونه‌گیری در دسترس و ۲۵ کودک عادی به روش نمونه‌گیری تصادفی چند مرحله‌ای انتخاب شدند. ابزار مورد استفاده آزمون آدمک رنگی روآیه و مقیاس درجه بندی کانرز جهت ارزیابی اختلال نقص توجه- بیش‌فعالی بودند. داده‌ها با روش آماری تحلیل واریانس چند متغیری تحلیل گردید. نتایج نشان داد که بین کودکان مبتلا به اختلال نارسایی توجه-بیش‌فعالی و کودکان عادی در ۱۳ عنصر آزمون آدمک رنگی تفاوت معناداری وجود دارد ( $P \leq 0/001$ ). به‌طور کلی نتایج نشان دادند که شاخص‌های ترسیمی پرخاشگری و اضطراب در کودکان دارای اختلال نارسایی توجه-بیش‌فعالی نسبت به کودکان عادی متفاوت است. به این ترتیب بر اساس نتایج حاصل از این آزمون می‌توان به درمانگران پیشنهاد نمود که در اقدامات درمانی و مداخله‌ای علاوه بر مشکلات آشکار و علائم شاخص کودکان مبتلا به بیش‌فعالی، به سایر علائم و مشکلات همراه نیز توجه درمانی ویژه داشته باشند.

**کلیدواژه:** آزمون ترسیم آدمک رنگی، اختلال نارسایی توجه- بیش‌فعالی، کودکان عادی.

<sup>۱</sup> دکتری روانشناسی عمومی، استادیار و عضو هیات علمی گروه روانشناسی دانشگاه هرمزگان، بندرعباس، ایران

<sup>۲</sup> دانشجوی دکتری روانشناسی عمومی، دانشگاه آزاد بندرعباس، بندرعباس، ایران

\* نویسنده مسئول: mohammadi.km@gmail.com

## پیشگفتار

اختلال نارسایی توجه / بیش‌فعالی<sup>۱</sup> شایع‌ترین اختلال رفتاری دوران کودکی است. شیوع این اختلال بین ۳ تا ۵ درصد در میان کودکان است. گرچه در مطالعه انجام شده در ایران میزان شیوع این اختلال در کودکان دبستانی ۱۲/۵ درصد تعیین شد (مرادی<sup>۲</sup>، ۲۰۰۸؛ حسینی<sup>۳</sup>، ۲۰۱۷). علایم این بیماری شامل ناتوانی در توجه، تمرکز، فعالیت، حواس‌پرتی و تکانشگری است. این کودکان قادر به کنترل فعالیت‌های خود نیستند و بیش از حد جنب و جوش دارند. به طوری که آرام و قرار نداشته و دایم در حال حرکت بوده و نمی‌توانند آرام‌بازی کنند و اغلب در دست‌ها و پاها حالت بی‌قراری دارند (مسیبی و میرمه‌دی<sup>۴</sup>، ۲۰۱۷؛ کیانی و هادیان‌فرد<sup>۵</sup>، ۲۰۱۶). علاوه بر این ADHD می‌تواند بر کارکردهای کودک در زمینه‌های تحصیلی، ارتباط با همسالان در مدرسه و رشد اثرگذار باشد (پوندیر<sup>۶</sup>، ۲۰۱۴). همچنین ADHD در کودکان باعث کاهش عملکرد اجرایی و حافظه کاری و مشکلات خواب می‌گردد (نجاتی و همکاران<sup>۷</sup>، ۲۰۱۳؛ درخشانیپور<sup>۸</sup>، ۲۰۱۴).

یکی از ابزارهای کارآمد در روان‌شناسی بالینی و روانپزشکی، تکنیک‌های فرافکن به ویژه آزمون‌های فرافکن ترسیمی است (دی<sup>۹</sup>، ۱۹۸۹). در این آزمون‌ها عملکردهای شناختی، بین‌فردی و روان‌شناختی فرد از طریق ترسیم یک فرد، یک موضوع و یا یک شخصیت مورد ارزیابی قرار می‌گیرد (پال<sup>۱۰</sup>، ۲۰۱۵). توانایی عقلی، شخصیت، تفکر و هیجان در کودکان و همچنین عملکرد خانواده، ترس‌ها، نیازها و شناسایی نقش‌های جنسی از طریق آزمون‌های ترسیمی قابل بررسی است (لیم<sup>۱۱</sup>، ۲۰۰۸).

در واقع نقاشی کودک یک پیام است، آنچه را که او نمی‌تواند به لفظ درآورد به ما انتقال می‌دهد، بررسی و درک زبان نقاشی اطلاعات ارزنده‌ای در اختیار والدین، مربیان و روان‌شناسان و همه کسانی می‌گذارد که خواهان درک و دریافت رمز و راز جهان کودک هستند (آقابابایی و اکرمی<sup>۱۲</sup>، ۲۰۱۳). نقاشی بیان‌کننده‌ی احساسات و شخصیت کودکان است و به آنها تعادل فکری و

<sup>1</sup> Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD)

<sup>2</sup> Moradi A

<sup>3</sup> Hosseini

<sup>4</sup> Mosaiebi & Mirmahdi

<sup>5</sup> Kiani & Hadianfard

<sup>6</sup> Pundir

<sup>7</sup> Nejati et al

<sup>8</sup> Derakhshanpour F

<sup>9</sup> Day E

<sup>10</sup> Paul

<sup>11</sup> Lim HK

<sup>12</sup> Aghababaei & Akrami

روحي می‌دهد. نقاشی برای کودک فقط وسیله‌ای برای تجزیه و تحلیل یا توضیح و تشریح موجودات و اشیا نیست، بلکه در عین حال وسیله‌ای برای بیان زندگی عاطفی اوست. یونگ معتقد است نقاشی‌ها حکم الفبای روان انسان را دارند و عامل رمزگشایی ذهن افراد به‌شمار می‌روند. در این میان رنگ‌ها بیش‌ترین تأثیر و کاربرد را دارند. تست ترسیم ابزاری برای آشکار کردن موضوع ناهشیار و نیمه هشیار است که ممکن است مراجع قادر به بیان و ابراز کلامی و زبانی آنها نباشند. تست فرافکن ترسیم می‌تواند تعارض‌های ناهشیار و هشیار، امیال، ترس‌ها، نیازهای شخص و همچنین راه‌های کلی پردازش و واکنش به دنیا را معلوم کند (ویلیز<sup>۱</sup>، ۲۰۱۰). در این چهارچوب محققان سعی کرده‌اند روابط بین برخی از مؤلفه‌ها و عناصر آزمون ترسیم آدمک (اندازه و کیفیت خط و ...) را با ویژگی‌های شخصیتی و وضعیت خلقی و عاطفی آزمودنی‌ها به‌هنگام ترسیم مشخص کنند. در جریان ترسیم آدمک، شخص خویش را با زبان تصویر به شکل بی‌بدیلی بیان می‌کند و احساسات و هیجانات خود را از طریق آدمک فرا می‌افکند (راوین<sup>۲</sup>، ۲۰۱۵).

نخستین تدوین رسمی نقاشی فرافکنی، آزمون نقاشی آدمک گودایناف<sup>۳</sup> (۱۹۲۶) بود. او این آزمون را تنها برای برآورد توانایی‌های شناختی کودک، آن‌گونه که در کیفیت نقاشی او انعکاس پیدا می‌کند، به کار برد. در حال حاضر همگی محققان درباره‌ی این نکته اتفاق نظر دارند که مقیاس گودایناف فقط نسبت به هوش حساس نیست بلکه در عین حال به سنجش عواملی که به اجتماعی خواهی و به عواطف کودک نیز مرتبط است می‌پردازد. بنابراین آزمون ترسیم آدمک پیش از آنکه یک آزمون هوش باشد یک آزمون شخصیتی محسوب می‌شود. بررسی مجموعه نقاشی و جزئیات آن، کشف احساسات کودک، مسائل عاطفی و حالات روانی وی را امکان‌پذیر می‌گرداند (آقابابایی و اکرمی، ۲۰۱۳). این جنبه‌ی فرافکن نقاشی آدمک را نمی‌توان نادیده انگاشت چه حتی اگر امکان یک تشخیص مطلق را فراهم نسازد (زیرا به منظور دست‌یابی به یک تشخیص قابل اعتماد باید الزاماً از فنون دیگر نیز سود جستاده شود)، می‌تواند لاقلاً به یک ردیابی مفید و گاهی به یک پیش‌آگهی منتهی گردد (واتلین<sup>۴</sup>، ۲۰۰۷). با توجه به مطالب بررسی شده، شناسایی هرچه دقیق‌تر عوامل مؤثر در بروز و تشدید نشانگان نارسایی توجه - بیش‌فعالی امری ضروری به نظر می‌رسد. لذا این مطالعه با هدف بررسی عناصر "ترسیم آدمک رنگی" در کودکان مبتلا به اختلال نارسایی توجه - بیش‌فعالی و کودکان عادی انجام پذیرفت.

<sup>1</sup> Willis

<sup>2</sup> Ravin

<sup>3</sup> Goodenough

<sup>4</sup> Watlin

## روش

این پژوهش بر اساس ماهیت و هدف اصلی پژوهش از نوع علی-مقایسه‌ای است. نمونه‌های پژوهش حاضر شامل کودکان مبتلا به ADHD و کودکان عادی ۶ تا ۷ ساله ی شهر بندرعباس بودند. جهت انتخاب کودکان مبتلا به ADHD تعداد ۲۵ کودک از طریق مرکز درمانی شهر بندرعباس معرفی گردیدند و با روش نمونه گیری در دسترس انتخاب شدند. هم‌چنین جهت انتخاب کودکان عادی با مراجعه به مراکز پیش دبستانی ۲۵ کودک با روش تصادفی انتخاب شدند.

## ابزارهای پژوهشی

**آزمون ترسیم آدمک رنگی روآیه:** این آزمون در سال ۱۹۷۷ توسط ژاکلین روآیه روان شناس فرانسوی ابداع و هنجاریابی شده و در مورد کودکان ۳ تا ۱۴ ساله کار برد دارد، گرچه به اعتقاد سازنده‌ی آزمون، آزمون برای بزرگسالان نیز قابل استفاده است. در آزمون آدمک رنگی روآیه مجموعاً به ۷۰ ماده از ترسیم آدمک نمره داده می شود که ۲۳ نمره آن مربوط به سر، ۳۳ نمره آن مربوط به طرح بدنی و ۱۴ نمره دیگر مربوط به لباس می‌شود و یک نمره‌ی کل که حاصل جمع نمرات سر، طرح بدنی و لباس است. سپس یک نمره ی رنگ داده می شود، حداکثر نمره‌ی آن نیز ۱۱ است. بعد از این نمره گذاری به بررسی تالیفی نتایج تحت عنوان هم‌گرایی نشانه‌ها پرداخته می‌شود که شامل این موارد است: ۱- هیجان‌پذیری - هیجان ناپذیری ۲- شادی- افسردگی و اضطراب ۳- حساسی نگری، بازداری ۴- ناپایداری روانی - حرکتی ۵- احساس رهاشدگی ۶- تأخیر تحول عاطفی و واپس روی ۷- روان گسیخته گونگی و روان گسستگی و ... (دادستان، ۲۰۰۴).

پژوهش‌هایی که درباره‌ی قابلیت اعتماد یا تأیید نتایج آزمون ترسیم آدمک انجام شده‌اند به یافته‌های بسیار رضایت بخشی منتهی گشته‌اند تا جایی که مک هوور<sup>۱</sup> (۱۹۹۵) بر این باور است که ترسیم آدمک می‌تواند به منزله‌ی «امضای شخصی» ترسیم کننده تلقی گردد. براهام<sup>۲</sup> (۱۹۹۹) نیز بر مشابهت نقاشی‌هایی که آزمودنی‌ها پس از یک فاصله‌ی زمانی، از یک ماه تا ۲ سال، ترسیم کرده‌اند تأکید می‌کند و عقیده دارد که تفسیر نقاشی منعکس کننده‌ی تغییراتی است که در شخصیت ترسیم کننده به وقوع پیوسته‌اند و رگه‌های متغیر در ترسیم‌های متوالی، نشان دهنده‌ی ناپایداری همان رگه در شخصیت ترسیم کننده‌اند. بررسی‌هایی نیز در زمینه‌ی اعتبار آزمون بر اساس انجام آزمون‌های فرافکن دیگر صورت گرفته‌اند. این تحقیقات نشان داده‌اند که ترسیم آدمک از حساسیت بالایی برخوردار است و حتی می‌تواند تغییرات ظریف شخصیت، مثلاً در خلال روان

<sup>1</sup> Mchour

<sup>2</sup> Baraham

درمانگری را منعکس کند. ترسیم آدمک که ارتجلاً توسط کودک به صورت بازی انجام می‌گیرد، نسبت به ترسیمی که در موقعیت آزمون محقق می‌شود، واجد اعتبار کمتری است (دادستان، ۲۰۰۴).

**مقیاس درجه بندی کانرز جهت ارزیابی اختلال نقص توجه-بیش‌فعالی:** با استفاده از مقیاس درجه بندی کانرز فرم والدین (منزل) و فرم معلم (مدرسه) به منظور شناسایی کودکان مبتلا به ADHD، از والدین و معلمان پرسش گردید. این کودکان بر اساس معیارهای راهنمای تشخیص و آماری اختلالات روانی انجمن روانپزشکی آمریکا و توسط همکار روانپزشک مورد تشخیص و شناسایی نهایی قرار گرفتند. لازم به ذکر است که تشخیص ADHD توسط متخصصین مرکز درمانی شهر بندرعباس انجام پذیرفته بود.

### شیوه اجرا

بعد از انتخاب آزمودنی‌ها و ارتباط برقرار کردن با آنها به ویژه با کودکان ADHD، آزمون به صورت فردی روی نمونه‌ها اجرا شد. به این ترتیب که هفت مداد رنگی به رنگ های آبی، سبز، قرمز، زرد، بنفش، قهوه‌ای و سیاه، یک مداد سیاه و یک برگه سفید A ۴ معمولی به صورت عمودی در اختیار کودکان قرار گرفته و به آنها گفته می‌شد که «روی این کاغذ یک آدم بکش تا اونجایی که می‌تونی قشنگ باشه، اگه خواستی اونو رنگ بزنی» به آزمودنی در انتخاب جای آدمک در کاغذ، ابعاد آن، جهت کاغذ، جنسیت آدمک و استفاده یا عدم استفاده از رنگ آزادی کامل داده می‌شد. پس از اتمام نقاشی از کودک خواسته می‌شود که قصه آدمکی را که ترسیم کرده است، شرح دهد. در صورت لزوم، با طرح پرسش‌هایی به کودک جهت تکمیل اطلاعات کمک می‌شد (سؤالاتی از این قبیل: آدمک چند سالشه؟، زنه یا مرده؟، چکار میکنه؟، به نظر تو دوستش دارند؟ و ... (دادستان، ۲۰۰۴).

### یافته‌های پژوهش

در این بخش یافته‌های آماری پژوهش در مورد مقایسه عناصر ترسیم آدمک رنگی در کودکان مبتلا به اختلال ADHD و کودکان عادی ارائه شده است. اطلاعات جدول ۱ میانگین و انحراف معیار دو گروه را در خرده مقیاس‌های آزمون ترسیم آدمک رنگی نشان می‌دهد. همان گونه که در جدول نشان داده شده است، نمرات کودکان مبتلا به ADHD در خرده مقیاس های نمره کل، هیجان ناپذیری، شادی، سر، طرح بدنی، لباس و رنگ از کودکان عادی کمتر و در خرده مقیاس-

های روان گسیخته گونگی و روان گسستگی، هیجان پذیری، افسردگی - اضطراب، ناپایداری روانی حرکتی، احساس رها شدگی، تأخیر تحول عاطفی و واپس روی بیشتر از کودکان عادی است.

جدول (۱) میانگین و انحراف معیار متغیرها در گروه کودکان مبتلا به ADHD و عادی

کودکان عادی		کودکان مبتلا به ADHD		خرده آزمون ها
انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	
۵/۰۳	۴۲/۷۵	۴/۶۷	۳۵/۳۴	نمره کل
۰/۵۵	۰/۸۵	۱/۴۸	۳/۳۲	روان گسیخته گونگی
۱/۷۵	۲	۱/۷۵	۲/۸۷	هیجان پذیری
۱/۷۵	۲/۱۸	۰/۵۵	۱/۲۸	هیجان ناپذیری
۰/۵۵	۲/۸۷	۰/۴۲	۱/۰۴	شادی
۱/۰۲	۱/۸۵	۱/۰۸	۳/۸۷	افسردگی و اضطراب
۰/۹۵	۱/۹۸	۱/۲۵	۲/۲۲	ناپایداری روانی - حرکتی
۱/۰۲	۲	۰/۸۷	۳/۱۲	احساس رهاشدگی
۱/۱۸	۱/۲۳	۱/۸۵	۳/۶۵	تأخیر تحول عاطفی و واپس روی
۲/۵۵	۱۲/۹۸	۳/۱۲	۸/۵۵	نمره ی سر
۳/۸۲	۱۹/۰۸	۳/۸۶	۱۴	نمره ی طرح بدنی
۲/۱۵	۸/۶۵	۱/۷۵	۵/۶۹	نمره لباس
۱/۷۵	۶/۶۸	۰/۸۷	۳/۶۲	نمره ی رنگ

جدول ۲ تفاوت بین دو گروه را با توجه به خرده آزمون‌ها (۱۳ متغیر وابسته) براساس آزمون لامبدای ویکلز نشان می دهد. نتایج بیان می کند که تفاوت بین دو گروه در متغیرهای وابسته در مجموع معنی دار است ( $P \leq 0/001$ ).

جدول (۲) نتایج آزمون تحلیل واریانس چند متغیره (مانوا) تفاوت دو گروه کودکان مبتلا به ADHD و کودکان عادی در خرده مقیاس‌ها توان آماری

شاخص های آماری منبع	لامبدای ویکلز	F	سطح معناداری	Eta <sup>۲</sup>	توان آماری
گروه	۰/۱۲	۲۲/۱۸	۰/۰۰۱	۰/۸۵	۱

جدول ۳ تفاوت ۲ گروه کودکان مبتلا به ADHD و عادی در خرده آزمون های نمره ی کل، روا ن گسیخته گونگی و روان گسستگی، هیجان پذیری، هیجان ناپذیری، شادی، افسردگی و اضطراب، ناپایداری روانی - حرکتی، احساس رها شدگی، تأخیر تحول عاطفی و واپس روی، نمره های سر،

طرح بدنی، لباس و رنگ نشان می‌دهد. بر اساس این اطلاعات بین خرده‌آزمون‌های آزمون ترسیم آدمک رنگی در دو گروه تفاوت معناداری وجود دارد ( $P \leq 0/001$ ).

**جدول ۳** نتایج آزمون تحلیل واریانس چند متغیره (مانوا) تفاوت دو گروه کودکان مبتلا به ADHD و کودکان عادی به تفکیک خرده مقیاس‌ها

شاخص آماری	مجموع مجزورات	درجه آزادی	میانگین مجزورات	F	سطح معناداری	Eta <sup>2</sup>	توان آماری	منبع
	۳۰۳۴/۸۳	۱	۳۰۳۴/۸۳	۴۵/۱۵	۰/۰۰۱	۰/۵۳	۱	نمره کل
	۳۲۵/۲۸	۱	۳۲۵/۲۸	۱۲۵/۰۸	۰/۰۰۱	۰/۸۱	۱	روان گسیخته‌گونی
	۲۵/۳۲	۱	۲۵/۳۲	۲۲/۲۵	۰/۰۰۱	۰/۳۵	۰/۹۷	هیجان پذیری
	۱۴/۵۵	۱	۱۴/۵۵	۱۴/۳۴	۰/۰۰۱	۰/۲۵	۰/۸۲	هیجان ناپذیری
	۲۵/۶۰	۱	۲۵/۶۰	۳۰/۱۸	۰/۰۰۱	۰/۴۸	۱	شادی
	۵۳/۵۵	۱	۵۳/۵۵	۲۲/۹۵	۰/۰۰۱	۰/۳۲	۰/۹۸	افسردگی و اضطراب
	۳۶/۱۸	۱	۳۶/۱۸	۱۸/۵۶	۰/۰۰۱	۰/۴۵	۰/۹۹	ناپایداری روانی - حرکتی
	۶۰/۰۲	۱	۶۰/۰۲	۳۰/۰۲	۰/۰۰۱	۰/۵۸	۱	احساس رهاشدگی
	۴۵/۶۷	۱	۴۵/۶۷	۴۱/۹۱	۰/۰۰۱	۰/۷۲	۱	تأخیر تحول عاطفی و واپس روی
	۴۴۱/۰۲	۱	۴۴۱/۰۲	۷۰/۸۶	۰/۰۰۱	۰/۴۰	۱	نمره ی سر
	۵۱۵/۶۵	۱	۵۱۵/۶۵	۲۳/۹۸	۰/۰۰۱	۰/۴۲	۰/۹۹	نمره ی طرح بدنی
	۱۹۲/۱۸	۱	۱۹۲/۱۸	۲۵/۴۴	۰/۰۰۱	۰/۶۲	۰/۹۵	نمره لباس
	۱۳۶/۳۲	۱	۱۳۶/۳۲	۴۰/۴۸	۰/۰۰۱	۰/۸۵	۱	نمره ی رنگ

### بحث و نتیجه گیری

نقاشی آدمک، به مثابه فرافکنی دنیای درونی، می‌تواند اطلاعاتی در مورد علائق، اضطراب‌ها، دفاع‌ها، و بازداری‌های فرد نشان دهد، از این‌رو واکنش‌های روان‌شناختی نقش مهمی در ترسیم عناصر آدمک ایفا می‌کنند بنابراین می‌توان با بهره‌گیری از این شیوه ارزیابی غیرمستقیم به مشکلاتی پی برد که کودکان قادر به بیان آن‌ها نیستند و از این طریق مشکلات عاطفی و هیجانی آنان را بررسی کرد.

هدف پژوهش حاضر بررسی عناصر "ترسیم آدمک رنگی" در کودکان مبتلا به اختلال نارسایی توجه- بیش‌فعالی و کودکان عادی بود. به این منظور ترسیم دو گروه کودکان مبتلا به اختلال

نارسایی توجه- بیش فعالی و عادی در نمره کل و ۱۲ خرده مقیاس آزمون آدمک رنگی روآیه با یکدیگر مورد مقایسه قرار گرفتند (یزدانی،<sup>۱</sup> ۲۰۱۰).

نتایج نشان داد که در هر ۱۳ مورد مقایسه شده، بین دو گروه تفاوت معناداری وجود دارد ( $P \leq 0/001$ ). به این ترتیب که نمره کودکان مبتلا به ADHD در نمره کل (سر، طرح بدنی، لباس) و نمره رنگ به طور معناداری پایین تر از کودکان بهنجار بوده و به همین ترتیب در علائم بیانگر روان گسیخته گونگی و روان گسستگی، هیجان پذیری، افسردگی - اضطراب، ناپایداری روانی حرکتی، احساس رها شدگی، تأخیر تحول عاطفی و واپس روی دو گروه تفاوت معناداری داشته و به جز علائم شادی و هیجان ناپذیری در سایر موارد، علائم کودکان ADHD بیش تر از کودکان بهنجار بوده است.

نتایج پژوهش نشان می دهد که شاخص های ترسیمی اضطراب در کودکان ADHD نسبت به کودکان عادی متفاوت است، بدین ترتیب که در کودکان ADHD فراوانی شاخص های آدمک فاقد تنه و اندام زیرین و زبرین، اعضا به صورت ناقص و چسبیده به بدن بیش تر است. از سویی دیگر شاخص های ترسیم کند و ترسیم بیش از یک شخص در کودکان عادی بیش تر است.

کودک وقتی که شکل آدم را می کشد قبل از هر چیز شکل خود و یا درکی را بیان می کند که از بدن و تمایلاتش دارد. در واقع بین بعضی خطوط آدمک نقاشی شده و خصوصیات روانی و جسمی کودکی که آن را ترسیم کرده است ارتباط های مشخصی وجود دارد. اگر آدمک در مجموع هماهنگ باشد، احتمال بسیاری وجود دارد که کودک کاملاً سازگار باشد. اگر برعکس آدمک مثلاً در اندازه های خیلی کوچک یا در گوشه هایی از کاغذ کشیده شده باشد به معنای این است که کودک خود را کم ارزش و از دیگران پایین تر می داند. پیکرهای صاف و خشک را معمولاً کوچک ترها و یا بچه های خجالتی و پرخاشگر می کشند که برای ارتباط با دیگران با مشکل مواجه می شوند. بچه های سازگار وضعیت آدمک ها را کاملاً دقیق می کشند و تناسب اندام های مختلف را رعایت می کنند. کودکانی که تخیلات قوی دارند و توجه زیادی به بدن خود می کنند، اندام های مختلف آدمک را به حالتی زنده و شاد ترسیم می کنند (یزدانی، ۲۰۱۰).

تفسیر نقاشی ها (و به طور کلی آزمون های فرافکن) عمدتاً به نظریه روان تحلیل گری مبتنی است. یکی از فرض های این شیوه آن است که بسیاری از جنبه های مهم شخصیت از طریق (خودسنجی) هشیارانه به دست نمی آید و لذا پرسشنامه ها برای این منظور ارزش محدودتری دارند. برای به دست آوردن تصویر دقیق از جهان درونی شخص باید راهی انتخاب شود که از مقاومت ها و دفاع های ناهشیار پیشگیری می شود. بنابراین از دیدگاه روان تحلیل گری یک رویکرد

<sup>1</sup> Yazdani



غیرمستقیم مانند استفاده از نقاشی‌های فرافکنی، امری اساسی است (راوین، ۲۰۱۵). فرد از طریق خلق آثار سمبلیک، مضمون‌ها و پویائی‌ها و نگرش‌های مهمی را که به تصویر می‌کشد، نظریه‌روان تحلیل‌گری هم‌چنین فرض می‌کند که نه تنها بیان سمبلیک امکان‌پذیر است. بلکه ادراک‌ها و پاسخ‌های فرد به جهان خود نیز عملاً براساس ویژگی‌ها و نیروهای درونی تعیین می‌شوند وقتی از شخص خواسته می‌شود که یک محرک بدون ساخت را تفسیر کند جلوه‌های این پویایی‌های درونی که در مورد هر فرد، ویژگی‌های خاص خود را دارد به احتمال زیاد به وقوع می‌پیوندد. چنان‌که همین امر هنگامی که شخص روی یک برگ کاغذ سفید نقاشی می‌کند نیز جلوه‌گر می‌شود. این فرافکنی جنبه‌های درونی به احتمال زیاد تصورات ذهنی احساسات، افکار و خاطرات اضطراب‌انگیز را شامل می‌شود. شخص با برون‌ریزی حالت‌های درونی بر جهان خارج بین خود و تصورات ذهنی اضطراب‌انگیز، حصاری می‌کشد و بدین ترتیب موقتاً اضطراب را کاهش می‌دهد. مهم این که فرافکنی‌ها بالقوه می‌توانند زمینه‌ها، تعارض‌ها و پویایی‌های درونی شخص را آشکار سازد. در کل نتایج این پژوهش نشان دادند که شاخص‌های ترسیمی پرخاشگری و اضطراب در کودکان دارای اختلال نارسایی توجه-بیش‌فعالی نسبت به کودکان عادی متفاوت است. به این ترتیب بر اساس نتایج حاصل از این آزمون می‌توان به درمانگران پیشنهاد نمود که در اقدامات درمانی و مداخله‌ای علاوه بر مشکلات آشکار و علائم شاخص کودکان مبتلا به بیش‌فعال، به سایر علائم و مشکلات همراه نیز توجه درمانی ویژه داشته باشند.

## References

- Aghababaei, Sara.Akrami, Nahid.(۲۰۱۳).Elemental comparison "Draw a colorful dummy" In children with autism disorder and Normal children. *Clinical Psychology Journal* Volume 4, 4(16); 11- 18
- Day E. (1989). Share of heart: what is it and how can it be measured? *J Consum Mark.*; 1: 5-12.
- Derakhshanpour F, Vakili MA, Nomali M, Hosseini F. (2014). Sleep problems in children with attention deficit and hyperactivitydisorder]. *J Gorgan Uni Med Sci*;16(4):52-57.
- Hosseini, Seyed Ebrahim.(2017). Effects of music therapy on aggression and hyperactivity symptoms and attention deficit in children with attention deficit-hyperactivity disorder. *Quarterly Journal of Psychological Models and Methods*.Volume 8, Issue 30, Page 41-52.
- Kiani, B: Hadianfard, H.(2016)The Impact of Intervention Based on Mindfulness on Planning of Adolescents with Subthreshold Symptoms of Attention Deficit-Hyperactivity Disorder in Tower of London Test. *Quarterly Journal of Psychological Models and Methods.*, Volume 7, Number 23. 115 – 133.

- Lim HK, Slaughter V. (2008). Brief Report: Human Figure Drawings by Children with Asperger's Syndrome. *J autism and dev disord*; 38: 988- 994.
- Moradi A, Khabazkhoob M, Agah T, Javaherforoushzadeh A, Rezvan B, Haeri Kermani Z, et al. (2008). The prevalence of attention deficit hyperactivity disorder (adhd) among school children of Nishaboor – Iran during 2006. *J Gorgan Uni Med Sci*;10(2):37-42. [Article in Persian]
- Mosaiebi1, N; Mirmahdi, R. (2017). The effectiveness of cognitive rehabilitation Computer (CRT) in the improvement of working memory in children with attention deficit reduction, continuous attention deficit / hyperactivity disorder (ADHD). Volume 8 , Number 3 (29) #S003; Page(s) 105 To 124.
- Nejati V, Bahrami H, Abravan M, Robenzade Sh, Motiei H. (2013). Executive function and working memory in attention deficit /hyperactivity disorder and healthy children. *J Gorgan Uni MedSci*.15(3):69-76.
- Paul K. (2015). *The handbook of psychological testing*. 2nd ed. New York: Routledge.
- Pundir M, Nagarkar AN, Panda NK. (2014 ). Intervention strategies in children with cochlear implants having attention deficit hyperactivity disorder. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol*. Jun;71(6):985-8.
- Ravin, R. L. (2015). 'Identification in Human Figure Drawing: Determining Projection with the Draw a Person Questionnaire', *The Sciences and Engineering*, Vol. 62.
- Watlin RL, Dietz J. (2007). Immediate effect of Ayres's sensory integration-base occupational therapy intervention on children with autism spectrum disorders. *Am J Occupational Ther*; 61: 574- 583.
- Willis, L. R., S. P. Joy, and D. H. Kaiser. (2010). 'Draw-a-Person-in-the-Rain as an Assessment of Stress and Coping Resources', *The Arts in Psychotherapy*, Vol. 37.
- Yazdani, Sepideh ; Bakhshi Bojd ,Fereshteh (2010). Comparison between Psychological Reactions of Exceptional and Ordinary Children through Elements of Draw-A-Person Test. *Thought and Childhood Journal* .Institute of Humanities and Cultural Studies. second year, Second Issue ,127-148.