

مقایسه عناصر آزمون "ترسیم آدمک رنگی" در کودکان مبتلا به

اختلال تضادورزی مقابله‌ای و عادی

Comparison of "draw-a-person" test elements in oppositional defiant disorder and normal children

تاریخ پذیرش: ۱۳۸۸/۴/۲

تاریخ دریافت: ۱۳۸۷/۷/۵

Pourahmadi E. MSc[✉], Abedin A. PhD, Pakdaman S. PhD, Shaieri M. PhD, Jalali M. MSc

الناز پوراحمدی[✉]، علیرضا عابدین^۱،
شبهلا پاکدامن^۲، محمدرضا شعیری^۳، محسن جلالی^۳

Abstract

Introduction: The present study evaluated the ability of possible components of Draw-A-Person (DAP) test in distinguishing oppositional defiant disorder (ODD).

Method: 60 students (30 males; 30 females) from 16 randomly selected schools in Tehran who had received scores above the cut off point on ODD subtest of child behavioral check list (CBCL) and teacher report form (TRF) were selected as the subjects of the study. They ranged from 7 to 10 years old. 60 other students from the same schools, compatible in age and sex, who scored below the cut off point on CBCL and TRF served as the control group. Both groups were administered DAP test. Data was analyzed by chi-square to compare groups across components of DAP.

Results: ODD group rated significantly higher than the control group in 18 components of DAP ($p < 0/05$); the control group rated significantly higher than the ODD group in 13 components of DAP ($p < 0/05$). No significant difference was observed between the male and female subjects

Conclusion: Human figure drawings of individuals diagnosed with ODD, irrespective of their gender, are significantly different than those of the non-ODDs.

Keywords: Draw-A-person Test, Oppositional Defiant Disorder, Children, CBCL, TRF

چکیده

مقدمه: پژوهش حاضر به منظور مقایسه عناصر آزمون ترسیم آدمک رنگی در کودکان ۷ تا ۱۰ ساله مبتلا به اختلال تضادورزی مقابله‌ای (ODD) و کودکان عادی انجام شد.

روش: این تحقیق از نوع علی-مقایسه‌ای است. جمع‌آوری نمونه، در دو مرحله تصادفی و مبتنی بر هدف صورت گرفت و در نهایت از ۱۶ مدرسه ابتدایی (هشت مدرسه دخترانه و هشت مدرسه پسرانه) انتخاب شده از مدارس شهر تهران، ۶۰ دانش‌آموز در محدوده سنی ۷ تا ۱۰ سال بر اساس فهرست رفتاری کودک و فرم گزارش معلم (دارای نمره بالاتر از نقطه برش در مقیاس تضادورزی مقابله‌ای) به‌عنوان گروه آزمایش انتخاب شدند. ۶۰ دانش‌آموزان نیز به‌عنوان گروه گواه انتخاب شدند که در تمام مقیاس‌های هر دو پرسش‌نامه مذکور، نمره کمتر از نقطه برش داشتند. آزمون ترسیم آدمک رنگی روی همه کودکان اجرا شد. از آزمون مجذور کای برای مقایسه فراوانی سطوح عناصر در آزمون ترسیم آدمک رنگی استفاده شد.

یافته‌ها: فراوانی ۱۸ مورد از عناصر آزمون ترسیم آدمک در گروه آزمایشی به‌طور معنی‌داری بالاتر از گروه گواه ($p \leq 0/05$) و فراوانی ۱۳ مورد از عناصر نیز در گروه گواه به‌طور معنی‌داری بالاتر از گروه آزمایش بود ($p \leq 0/05$). میان فراوانی عناصر آزمون ترسیم آدمک دختران و پسران مبتلا به ODD، تفاوت معنی‌داری به‌دست نیامد.

نتیجه‌گیری: عناصری در ترسیم آدمک رنگی کودکان مبتلا به اختلال تضادورزی مقابله‌ای وجود دارند که می‌توان به واسطه آنها به تشخیص کودکان مبتلا به این اختلال نزدیک شد و این عناصر، صرف نظر از جنس، به شکل مشابهی در آزمون ترسیم آدمک رنگی این کودکان دیده می‌شوند.

کلیدواژه‌ها: آزمون ترسیم آدمک رنگی، اختلال تضادورزی مقابله‌ای، کودکان، فهرست رفتاری کودک، فرم گزارش معلم

[✉] **Corresponding Author:** Department of Psychology, Faculty of Psychology and Educational Sciences, Shahid Beheshti University, Tehran, Iran
Email: empj1359@yahoo.com

[✉] گروه روان‌شناسی، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه شهید بهشتی، تهران، ایران
^۱ گروه روان‌شناسی، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه شهید بهشتی، تهران، ایران
^۲ گروه روان‌شناسی، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه شاهد، تهران، ایران
^۳ گروه روان‌شناسی، واحد بندر گز، دانشگاه آزاد اسلامی، بندر گز، ایران

مقدمه

بررسی تاریخچه زندگی بزرگسالانی که دچار مشکلات روانی هستند نشان داده است که این افراد دوران کودکی نابسامانی داشته یا در دوره‌ای از رشد خود، برخی آشفتگی‌های هیجانی و رفتاری را تجربه کرده‌اند [۱]. از آنجایی که گرایش به تداوم اختلالات دوران کودکی تا سنین بزرگسالی وجود دارد، توجه فزاینده‌ای به پیشگیری و درمان آنها معطوف شده است [۲].

میزان شیوع اختلالات دوران کودکی بین ۱۰ تا ۲۸٪ برآورد شده است [۳]. از میان اختلالاتی که در کودکان دیده شده، اختلالات رفتار ایذایی، بیشتر به کلینیک‌ها ارجاع داده می‌شوند [۴، ۵]. این اختلالات شامل دو مجموعه علائم ایذایی مستمر هستند که به طبقات اختلال تضادورزی مبارزه‌طلبانه (ODD) و اختلال سلوک (CD) تقسیم می‌شوند [۶]. اختلال تضادورزی مبارزه‌طلبانه نسبت به اختلال سلوک در کودکان دبستانی شیوع بیشتری دارد [۷، ۸، ۹]. میزان شیوع آن در سنین دبستان بین ۲ تا ۱۶٪ [۷، ۱۰] و حتی تا ۲۲٪ [۱۱]، گزارش شده است. این اختلال با عواملی چون از کوره در رفتن، مشاجره با بزرگسالان، سرپیچی فعالانه از مقررات و درخواست‌های بزرگسالان یا عدم همکاری با آنها، تمرد در ناراحت کردن دیگران، سرزنش دیگران به‌خاطر اشتباهات و سوءرفتار خود، زودرنجی، دلخوری و عصبانیت و نیز کینه‌توزی و انتقام‌جویی مشخص می‌شود [۶، ۱۲].

تضادورزی مبارزه‌طلبانه، اختلالی تدریجی و مزمن است که تقریباً همیشه در روابط بین‌فردی و عملکرد تحصیلی کودک تداخل ایجاد می‌کند [۱۳]. این مشکلات موجب کاهش اعتماد به نفس، تحمل کم برای ناکامی، خُلق افسرده و حملات کج‌خلقی می‌شوند [۶]. پیش‌آگهی اختلال نیز نامطلوب بوده و کودکان مبتلا در سال‌های بعد در خطر رشد مشکلات بعدی از جمله شکست تحصیلی، ناسازگاری هیجانی، اختلال سلوک و اختلال شخصیت ضداجتماعی هستند [۱۱، ۱۴، ۱۵، ۱۶]. این مسایل ضرورت تشخیص زود هنگام اختلال را روشن می‌کنند [۱۷].

روش‌های مختلفی برای تشخیص اختلال ODD وجود دارند. مصاحبه‌های بالینی ساختاریافته و نیمه‌ساختاریافته از این روش‌ها هستند [۱۴]. روش‌های دیگر ابزارهایی هستند که برای ارزیابی بالینی اختلال وجود دارند. از جمله این ابزارها، ارزیابی روان‌پزشکی کودک و نوجوان (CAPA) [۱۸]، فهرست رفتاری کودکان (CBCL) و فرم گزارش معلم (TRF) و مقیاس درجه‌بندی کانرز (IOWA) هستند [۱۹]. گرچه مصاحبه‌ها و پرسش‌نامه‌های مذکور مورد استفاده فراوان قرار می‌گیرند، ولی دارای محدودیت‌هایی نیز هستند. یکی این‌که این روش‌ها وقت‌گیر و پرهزینه‌اند [۱۴]، دیگر این‌که در بیشتر موارد منبع کسب اطلاعات درخصوص وجود آسیب در کودکان، والدین

هستند و این منجر به عدم دستیابی به بسیاری از اطلاعاتی می‌شود که می‌توان به‌طور مستقیم از طریق کودک به‌دست آورد [۲۰]. از سوی دیگر، تعارضات کودکان همواره به وضوح با مصاحبه‌ای که در خلال آن اختلالات را برای ما توصیف می‌کنند آشکار نمی‌گردند و آن‌چه خود را نشان می‌دهد، نتیجه است و نه علت که عمیق‌تر و غالباً پنهان است. پس با پرسیدن یا دیدن نمی‌توان به کشف انگیزه‌های عمیق اختلالات سازشی دست یافت. به‌خصوص اگر تعارض شدیدی بین کودک و یکی از اعضای خانواده‌اش وجود داشته باشد، برای روشن ساختن آن باید کودک را به برون‌ریزی عمیق‌ترین احساساتش هدایت کرد [۲۱].

یکی از ابزارهای بسیار کارآمد در فعالیت‌های پژوهشی روان‌شناسی بالینی و روان‌پزشکی، تکنیک‌های فرافکن و بالاخص آزمون‌های فرافکن ترسیمی هستند [۲۲]. این تکنیک‌ها به محققان اجازه می‌دهند تا به انگیزه‌های ناهوشیار دست یابند [۲۳، ۲۴، ۲۵] استفاده از ترسیم، روش مناسبی برای ایجاد ارتباط با کودکان و کسب اطلاعات درباره آنها است؛ بدون این‌که مقاومت‌شان برانگیخته شود [۲۶، ۲۷]. از میان آزمون‌های فرافکن ترسیمی، آزمون ترسیم آدمک از قدمت و شهرت بیشتری برخوردار است. این آزمون نخستین بار در سال ۱۹۲۶ توسط فلورانس گودیناف به‌عنوان ابزاری برای سنجش هوش کودکان به‌کار رفت. از آن پس آزمون نقاشی آدمک چندین بار مورد تجدید نظر قرار گرفت و نسخه‌های مختلفی از آن پدید آمد. در یکی از این نسخه‌ها که توسط مک‌اور تنظیم شده است، آزمون نقاشی آدمک به‌عنوان آزمون فرافکن تولیدی برای ارزیابی عاطفی یا شخصیتی افراد به‌کار رفته است [۲۸]. در این چارچوب، محققان سعی کرده‌اند تا ارتباط بین برخی از عناصر آزمون ترسیم آدمک را با ویژگی‌های شخصیتی یا وضعیت خُلقی و عاطفی آزمودنی‌ها به‌هنگام ترسیم مشخص کنند [۲۹]. به‌عنوان مثال مک‌اور اظهار داشت که بین اندازه ترسیم با برون‌گرایی، میزان عزت نفس و انرژی روانی شخص رابطه مستقیم وجود دارد. چنین یافته‌هایی بیانگر این هستند که بین جنبه‌های فاعلی و خصوصیات آدمک نقاشی‌شده همخوانی وجود دارد [۳۰، ۳۱، ۳۲، ۳۳، ۳۴].

جنبه‌های مهم تشخیصی نقاشی آدمک توسط متخصصان بالینی در حوزه‌های مختلف مطالعه و تأیید شده است. این حوزه‌ها شامل کارکردهای هوشی، شخصیت، تعیین هویت جنسی [۳۵]، تشخیص کودکانی که تحت آزار جنسی بوده [۳۶] و مورد سوءاستفاده جسمی قرار گرفته‌اند [۳۷، ۳۸، ۳۹]، افراد بزه‌کار [۴۰]، ارزیابی تمایل به خودکشی [۴۱] و ارزیابی تفکر عینی و انتزاعی [۴۲] هستند. این یافته‌ها نشان می‌دهند که آزمون ترسیم آدمک می‌تواند به‌عنوان ابزار غربال‌کننده مشکلات کودکان محسوب شده [۴۳، ۴۴] و با امکان اجرای سریع و آسان و بدون ایجاد اضطراب، در موقعیت‌های مختلف به‌خصوص در مدارس

مقابله‌ای فهرست رفتاری کودک نمره بالاتر از نقطه برش (T بالاتر از ۶۹) کسب کردند، انتخاب شدند. همچنین از هر کلاس به تعداد دانش‌آموزانی که در مقیاس تضادورزی مقابله‌ای فهرست رفتاری کودک نمره بالاتر از نقطه برش داشتند، دانش‌آموزانی انتخاب شدند که در تمام مقیاس‌های این پرسش‌نامه نمره T کمتر از ۶۴ داشتند؛ یعنی از کودکان عادی بودند. به‌منظور تأیید نظرگاه والدین، "فرم گزارش معلم" توسط معلم دانش‌آموزان انتخاب‌شده تکمیل شد. پس از بررسی هماهنگی دو نظرگاه والدین و معلم، نمونه‌های اصلی انتخاب شدند. در نهایت، نمونه مورد نظر شامل ۶۰ نفر (۳۰ دختر و ۳۰ پسر) از دانش‌آموزانی که در مقیاس تضادورزی مقابله‌ای هر دو پرسش‌نامه والد و معلم، نمره بالاتر از نقطه برش داشتند، به‌عنوان گروه آزمایشی و همین‌طور ۶۰ نفر (۳۰ دختر و ۳۰ پسر) از دانش‌آموزانی که در تمام مقیاس‌های هر دو پرسش‌نامه نمره T کمتر از ۶۴ داشتند، به‌عنوان گروه گواه انتخاب شدند.

آزمون ترسیم آدمک رنگی: یکی از آزمون‌های فرافکن است که می‌توان از آن به‌منظور تشخیص، برنامه‌ریزی‌های درمانی و ارزیابی نتیجه روان‌درمانی سود جست. این آزمون را می‌توان به‌صورت فردی یا گروهی اجرا کرد. به این ترتیب که به آزمودنی یک جعبه مداد رنگی شامل ۷ رنگ آبی، سبز، قرمز، زرد، بنفش، قهوه‌ای و سیاه، یک مداد سیاه معمولی و یک پاک‌کن و یک برگ کاغذ A4 به‌صورت عمودی داده و به او گفته می‌شود: "روی این کاغذ یک آدم بکش، تا اونجا که می‌تونی قشنگ باشه. اگه خواستی اونو رنگ کن." ضمناً به آزمودنی در مورد انتخاب جای آدمک در کاغذ، اضافه کردن عناصر دیگر، استفاده یا عدم استفاده از رنگ آزادی کامل داده می‌شود. در پژوهش حاضر، به‌منظور دستیابی به عناصری از نقاشی که ODD را از افراد عادی متمایز کند، از روش‌های کیفی برای نمره‌گذاری استفاده شد؛ بدین ترتیب که به‌ازای هریک از سطوح عناصر استخراج‌شده (N=۱۵۸) از کتاب "ارزشیابی شخصیت کودکان براساس آزمون‌های ترسیمی" که در ترسیم آدمک هر فرد موجود بود، نمره یک و به عدم وجود آن نمره صفر تعلق گرفت. به‌عنوان مثال، عنصر جهت کاغذ دارای دو سطح افقی و عمودی است، فرد در این عنصر دو نمره خواهد داشت. نمره‌ای برای سطح افقی و نمره‌ای برای سطح عمودی. بدین معنی که در صورت وجود هر کدام از سطوح عنصر نمره ۱ و عدم وجود آن نمره صفر خواهد گرفت. لذا فردی که نقاشی را به‌شکل عمودی کشیده است در سطح افقی نمره صفر و در سطح عمودی نمره ۱ خواهد گرفت. پژوهش‌هایی که به‌منظور بررسی اعتبار آزمون ترسیم آدمک انجام گرفته‌اند به یافته‌های بسیار رضایت‌بخشی منتهی شده‌اند، تا جایی که مک‌اور معتقد است ترسیم آدمک می‌تواند به منزله "امضای شخصی" ترسیم‌کننده تلقی شود. *آبراهام* ضمن تأکید بر

برای تشخیص کودکان مشکل‌داری که نیاز به توجه خاص دارند، استفاده شود [۴۵]. یافته‌های موجود مبنی بر میزان شیوع و سیر بروز و پیشرفت مشکلات بعدی اختلال تضادورزی مقابله‌ای و محدودیت روش‌های متداول سنجش و نیز شواهدی که درخصوص عملی بودن روش‌های ترسیمی و تأثیر وضعیت خلقی و هیجانی بر ترسیم وجود دارد، نگارنده را بر آن داشته تا شیوه ترسیم آدمک رنگی را در کودکان مبتلا به اختلال تضادورزی مقابله‌ای و عادی مقایسه کند. به‌کار بردن آزمون ترسیم آدمک برای متمایز ساختن کودکان مبتلا به اختلال تضادورزی مقابله‌ای از کودکان عادی در ایران، ایده جدیدی است. حتی در میان تحقیقاتی که در کشورهای دیگر در این زمینه انجام شده، تنها تعداد محدودی از عناصر آزمون ترسیم آدمک مورد بررسی قرار گرفته و نتایج متناقضی هم به‌دست آمده است. به عبارت دیگر، پاره‌ای از پژوهش‌ها سودمندی آزمون ترسیم آدمک را در تمییز کودکان مبتلا به اختلال تضادورزی مقابله‌ای از کودکان عادی تأیید کرده‌اند [۴۰]، درحالی‌که برخی دیگر از تحقیقات آن را رد کرده‌اند [۳۴]. در هر حال، جنبه فرافکن نقاشی را نباید نادیده گرفت. چون حتی اگر امکان تشخیص مطلق را به‌وجود نیاورد، شاید بتواند به ردیابی مفید و ایجاد پیش‌آگهی منتهی شود [۲۵]. در همین راستا، پژوهش حاضر درصدد پاسخ دادن به این سؤال بود که آیا عناصر آزمون ترسیم آدمک رنگی می‌توانند کودکان مبتلا به اختلال تضادورزی مقابله‌ای را از کودکان عادی متمایز کنند یا خیر.

روش

این تحقیق از نوع طرح‌های علی-مقایسه‌ای است و جامعه آماری آن را کلیه دانش‌آموزان پسر و دختر ۷ تا ۱۰ ساله مبتلا به ODD شهر تهران در سال تحصیلی ۸۷-۱۳۸۶ تشکیل دادند. جمع‌آوری نمونه در دو مرحله انجام شد. به این شکل که در مرحله اول فهرستی از اسامی مدارس ابتدایی شهر تهران از آموزش و پرورش تهیه و سپس ۱۶ مدرسه (۸ مدرسه دخترانه و ۸ مدرسه پسرانه) به‌صورت تصادفی از میان این مدارس انتخاب شدند. در مرحله بعد به آن مدارس مراجعه شد و با مسئولان آنها در ارتباط با تحقیق حاضر و خصوصیات دانش‌آموزان مبتلا به اختلال تضادورزی مقابله‌ای، گفت‌وگو شد و از آنها خواسته شد تا دانش‌آموزانی را که ویژگی‌های مطرح شده را داشته و نیز در محدوده سنی ۷ تا ۱۰ سال قرار دارند، معرفی نمایند. در ابتدا "فهرست رفتاری کودک" همراه با توضیحاتی در مورد هدف تحقیق، توسط دانش‌آموزان معرفی شده، برای والدین‌شان ارسال شد. پس از تکمیل فهرست رفتاری کودک توسط والدین و ارجاع مجدد آن به مدرسه، دانش‌آموزانی که در مقیاس تضادورزی

نیز در سطح رضایت‌بخشی قرار دارد و دامنه آن از ۰/۶۷ تا ۰/۸۸ برای CBCL و ۰/۷۵ تا ۰/۹۵ برای TRF گزارش شده است. هر دو فرم با فاصله زمانی ۵ تا ۸ هفته توسط ۱۲۴ نفر از والدین، دانش‌آموزان و معلمان مجدداً تکمیل شد و داده‌ها با استفاده از ضریب همبستگی گشتاوری پیرسون و آزمون T برای نمونه‌های وابسته مورد تحلیل قرار گرفت. نتایج نشان داد که کلیه ضرایب همبستگی در سطح $p < 0.05$ از لحاظ آماری معنی‌دار بوده است. روابی محتوا، وابسته به ملاک و سازه این پرسش‌نامه‌ها نیز در جامعه ایرانی مورد تأیید قرار گرفته است [۱۹].

پس از انتخاب آزمودنی‌ها، آزمون به صورت فردی روی گروه نمونه اجرا شد. در تمام موارد، آزمودنی‌ها از نظر زمان، شیوه ترسیم و رنگ کردن نقاشی خود کاملاً آزاد گذاشته شدند. اگر کودک در مورد چگونگی ترسیم سئوالی می‌پرسید به او گفته می‌شد: "هرطور دلت می‌خواهد بکش. حتماً خوب می‌شه." همچنین سن و جنس آزمودنی‌ها در بالای ورقه نقاشی‌شان نوشته شد. نقاشی‌های گرفته‌شده توسط سه نفر که در نمره‌گذاری نقاشی آموزش دیده بودند، مورد ارزیابی قرار گرفتند. ارزیابان به طور مستقل از یکدیگر و نیز بدون اطلاع از تعلق آزمودنی‌ها به گروه آزمایشی و گواه، نقاشی‌ها را نمره‌گذاری کردند. به‌ازای هر یک از سطوح عناصر استخراج‌شده که در ترسیم آدمک هر فرد موجود بود نمره یک و به عدم وجود آن نمره صفر تعلق گرفت تا وضعیت افراد گروه آزمایش و گواه قابل مقایسه شود. پس از اتمام نمره‌گذاری‌ها و بررسی هماهنگی بین سه دیدگاه، موارد اختلاف شناسایی شد و در مورد آنها حداقل توافق دو نفر ارزیاب، ملاک نمره‌گذاری قرار گرفت. در پایان نمرات افراد گروه نمونه ($N=120$) جدول‌بندی شده و با استفاده از آزمون آماری مجذور کای مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

یافته‌ها

آزمودنی‌های این پژوهش در دامنه سنی ۷-۱۰ سال قرار داشتند. میانگین و انحراف‌معیار سنی در گروه آزمایش 8.68 ± 1.097 (دختران 8.53 ± 1.074 ؛ پسران 8.83 ± 1.117) و در گروه گواه 8.67 ± 1.084 (دختران 8.53 ± 1.074 ؛ پسران 8.80 ± 1.095) بود.

جدول ۱) مقایسه میانگین سن آزمودنی‌های دو گروه آزمایش و گواه با آزمون T

شاخص میانگین	انحراف استاندارد	F	سطح معنی داری	t مشاهده شده	درجه آزادی	سطح معنی داری
آزمایش	۸/۶۸	۱/۰۹۷	۰/۰۲۳	۰/۸۷	۱۱۸	۰/۹۳
گواه	۸/۶۷	۱/۰۸۴				

مشابهت نقاشی‌هایی که آزمودنی‌ها پس از فاصله زمانی مشخصی (از یک ماه تا دو سال) ترسیم کرده‌اند بر این باور است که تغییر نقاشی نشان‌دهنده تغییر در شخصیت ترسیم‌کننده است و رگه‌های متغیر در ترسیم‌های متوالی منعکس‌کننده ناپایداری همان رگه‌ها در شخصیت فرد هستند [۲۵]. از پژوهشی که اعتبار آزمون ترسیم آدمک را در گروه نمونه شامل افراد عقب‌مانده، سایکوتیک‌های بستری و غیربستری و افراد عادی مورد ارزیابی قرار داده‌اند، نتایج مطلوبی حاصل شده و اعتبار این آزمون بین ۰/۴۲ تا ۰/۷۸ به‌دست آمده است. سیمز، دانا و بولتون نیز اعتبار نشانه‌های اضطراب را در آزمون ترسیم آدمک تأیید کردند [۴۶]. گلدشتاین و راون [۴۷] اعتبار نشانه‌های پرخاشگری را در این آزمون نشان داده‌اند. اعتبار نشانه‌های تکانشگری نوجوانان در ترسیم آدمک نیز مورد تأیید قرار گرفته است [۴۸]. همچنین اعتبار نشانه‌های مربوط به تصویر بدنی هم در این آزمون به تأیید رسیده است [۴۹]. پژوهش دیگری نشان داد که هنجارهای معمول این آزمون در مورد گروه‌های خاص مانند کودکان ناشنوا معتبر نیست و برای این گروه‌ها باید هنجارهای مخصوص تهیه شود [۵۰].

"فهرست رفتاری کودک" (CBCL) و "فرم گزارش معلم" (TRF): CBCL و TRF دو فرم نظام سنجش مبتنی بر تجربه آشنای هستند که به ترتیب توسط والد و معلم و براساس وضعیت کودک در شش ماه گذشته تکمیل می‌شوند. در این پرسش‌نامه‌ها مقیاس‌هایی بر اساس اختلالات DSM-IV-TR تنظیم شده که عبارت از مشکلات عاطفی، اضطرابی، بدنی، نارسایی توجه/فزون-کنشی، تضادورزی جسورانه و مشکلات هنجاری هستند. سئوال‌های مقیاس‌های این پرسش‌نامه‌ها، به صورت سه‌گزینه‌ای "کاملاً"، "معمولاً" و "اصلاً" است که به ترتیب نمرات دو، یک و صفر را دریافت می‌کنند. برای هنجاریابی نظام سنجشی مبتنی بر تجربه آشنای در ایران، مینایی [۱۹] پس از انطباق‌های لازم به لحاظ زبانی، فرهنگی و اجتماعی، این فهرست را با استفاده از روش نمونه‌گیری چندمرحله‌ای روی نمونه‌ای به تعداد ۱۴۳۸ نفر شامل ۶۸۹ دختر و ۷۴۹ پسر از ۳ بخش شمال، مرکز و جنوب شهر تهران و تعدادی از مراجعه‌کنندگان به بخش‌های روان‌پزشکی بیمارستان‌ها اجرا کرد. همسانی درونی مقیاس‌های شایستگی نظام سنجشی مبتنی بر تجربه آشنای (ASEBA) در سطح نسبتاً بالایی قرار دارد و دامنه آن بین آلفای ۰/۶۵ تا ۰/۸۵ برای CBCL و ۰/۸۴ برای TRF است. ضرایب آلفای مقیاس‌های سندرومی مبتنی بر DSM-IV در سطح رضایت‌بخشی قرار دارد و دامنه آن از ۰/۶۴ تا ۰/۸۱ برای CBCL و ۰/۶۲ تا ۰/۹۲ برای TRF است. همچنین، ضرایب آلفای مقیاس‌های سندرومی مبتنی بر تجربه

در جدول ۱ نتایج حاصل از مقایسه میانگین سن آزمودنی‌های دو گروه آزمایش و گواه با استفاده از آزمون T ارائه شده است. هرچند که تفاوت اندکی در میانگین سنی کودکان دو گروه وجود دارد، ولی تفاوت آنها مبتنی بر آزمون T مستقل، معنی‌دار نبود. طبق نتایج آزمون مجذور کای برای بررسی تفاوت دو گروه آزمایش و گواه در عناصر آزمون ترسیم آدمک رنگی، از ۱۵۸ سطح عناصر آزمون ترسیم آدمک، تنها فراوانی ۳۱ مورد بین دو گروه معنی‌دار بود. جدول ۲ دربرگیرنده نتایج مربوط به عناصری است که در دو گروه یاد شده معنی‌دار بودند. بقیه عناصری که دارای تفاوت معنی‌دار نبودند در جدول ارائه نشده است.

بین نتایج کودکان گروه آزمایش و گواه در "فراوانی سطوح ترسیم در ناحیه وسط-بالا"، "ترسیم آدمک بزرگ"، "خطوط ترسیمی پررنگ و ضخیم"، "خطوط شکسته/زاویه‌دار"، "به‌کار بردن تعداد یک یا دو رنگ"، "استفاده از رنگ قرمز"، "رنگ‌آمیزی کدر و کثیف"، "به‌کار بردن رنگ‌های تند"، "وجود عوامل پیرامونی"، "ترسیم سر بزرگ"، "چشم‌هایی به شکل نقطه"، "لب‌های بهم فشرده و خطی"، "ترسیم شانه‌های مشخص"، "ساق‌های ضعیف"، "بازوهای کوتاه و ضعیف"، "دست‌های بسته" و در نهایت "داشتن فعالیت برانگیخته" تفاوت معنی‌داری وجود داشت و فراوانی تمام سطوح یادشده در کودکان گروه آزمایش بیشتر از گواه بود. در مقابل، فراوانی سطوح "ترسیم آدمک متوسط"، "خطوط استوار و راست و خطوط انحنا دار"، "به‌کار بردن سه، چهار یا پنج رنگ"، "رنگ‌آمیزی صریح و زیبا"، "استفاده از رنگ‌های ملایم"، "ترسیم سر متوسط"، "چشم‌هایی با مژه‌های بلند و منظم"، "ترسیم دهان به‌شکل پیشرفته"، "ساق‌های استوار"، "ترسیم بازوهای متوسط و استوار" و در نهایت "ترسیم دست‌های باز" در گروه گواه بیشتر از گروه آزمایش بوده و تفاوت بین دو گروه در سطوح مذکور معنی‌دار بود. در سایر موارد تفاوت معنی‌داری بین دو گروه مشاهده نشد.

بحث

بر اثر پیشرفت‌های وسیعی که در روان‌شناسی مرضی رخ داده، توجه زیادی به اختلالات دوران کودکی شده است. اثرات بلندمدت این اختلالات بر ابعاد مختلف زندگی کودک، خانواده و جامعه و همچنین تداوم بسیاری از آنها تا دوران بزرگسالی، این اختلالات را در کانون توجه بسیاری از پژوهش‌های مختلف در قلمرو روان‌شناسی مرضی کودک قرار داده است [۲]. در این میان تشخیص و ردیابی مشکلات شایع رفتاری و هیجانی کودکان جایگاه خود را دارد. کاهش مشکلات روحی و ارتقای بهداشت روانی در جامعه مستلزم تشخیص‌های زودهنگامی است که لزوماً مختص موقعیت‌های بالینی نیست و می‌توان آنها را در مکان‌های دیگر مانند مدارس به‌اجرا درآورد. آزمون‌های ترسیمی از جمله

جدول ۲) خلاصه نتایج مقایسه فراوانی سطوح عناصر آزمون ترسیم آدمک رنگی براساس آزمون مجذور کای (درجه آزادی همه موارد ۱ است).

شاخص‌های آماری در گروه‌ها	آزمایش		گواه		مجذور سطح	معنی‌داری
	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد		
محل ترسیم آدمک	۲۱	۳۵	۹	۱۵	۶/۴	۰/۰۱**
ابعاد آدمک	۳۷	۶۱/۳	۷	۱۱/۷	۳۴/۱۶	۰/۰۰۰*
میزان فشار خطوط ترسیمی	۸	۱۳/۳	۳۰	۵۰	۱۸/۶۱	۰/۰۰۰*
کیفیت خطوط	۳۲	۵۳/۳	۱۸	۳۰	۶/۷۲	۰/۰۱**
تعداد رنگ‌های به‌کار رفته	۱۶	۲۶/۷	۳۱	۵۱/۷	۷/۸۶	۰/۰۰۵**
نوع رنگ	۴۱	۶۱/۸	۷	۱۱/۷	۴۰/۱۳	۰/۰۰۰*
عوامل پیرامونی	۳	۵	۲۲	۳۶/۷	۱۸/۲۶	۰/۰۰۰*
اندازه سر	۲۹	۴۸/۳	۶	۱۰	۲۱/۳۳	۰/۰۰۰*
حالت دهان	۱۶	۲۶/۷	۳۶	۵۹/۷	۱۴/۹۰	۰/۰۰۰*
شانه‌های مشخص	۲۴	۴۰	۶	۱۰	۱۴/۴۰	۰/۰۰۰*
قدرت ساق‌ها	۲۱	۳۵	۴۲	۷۰	۱۴/۷۳	۰/۰۰۰*
اندازه بازوها	۲۷	۴۵	۸	۳۳/۳	۱۴/۵۶	۰/۰۰۰*
قدرت بازوها	۱۴	۲۳/۳	۳۴	۵۶/۷	۱۳/۸۸	۰/۰۰۰*
حالت دست‌ها	۳۴	۵۶/۷	۱۶	۲۶/۷	۱۱/۱۰	۰/۰۰۱*
نوع فعالیت کودک	۲۲	۳۶/۷	۲۲	۳۶/۷	۴۶	۳۰/۰۳
	۲۳/۳	۳۷	۶۱/۳	۱۴		
بزرگ	۲۴	۴۰	۱۲	۲۰	۵/۷۱	۰/۰۱**
متوسط	۳۴	۵۶/۷	۴۷	۷۸/۳	۶/۴۲	۰/۰۱**
با مژه بلند	۸	۱۳/۳	۲۰	۳۳/۳	۶/۷	۰/۰۱**
نقطه‌مانند	۳۱	۵۱/۷	۱۶	۲۶/۷	۷/۸۶	۰/۰۰۵**
پیشرفته	۲۱	۳۵	۳۶	۵۹/۷	۸/۵۴	۰/۰۰۳**
خطی	۳۷	۶۱/۳	۲۲	۳۶/۷	۸/۵۳	۰/۰۰۳**
دارد	۴۰	۶۶/۷	۲۵	۴۱/۷	۷/۵۵	۰/۰۰۶**
ندارد	۲۰	۳۳/۳	۳۵	۵۸/۳		
استوار	۲۶	۴۳/۳	۳۶	۵۹/۷	۴/۰۴	۰/۰۴***
ضعیف	۳۳	۵۵	۲۱	۳۵	۴/۸۴	۰/۰۲***
کوتاه	۱۵	۲۵	۶	۱۰	۴/۶۷	۰/۰۳***
متوسط	۳۵	۵۸/۳	۴۸	۸۰	۶/۶	۰/۰۱**
استوار	۲۱	۳۵	۴۲	۷۰	۱۴/۷۳	۰/۰۰۰*
ضعیف	۳۶	۵۸	۱۵	۲۵	۱۵/۰۳	۰/۰۰۰*
بسته	۲۳	۳۶/۷	۱۱	۱۸/۳	۵/۰۵	۰/۰۲***
باز	۲۸	۴۶/۷	۴۳	۷۱/۷	۷/۷۶	۰/۰۰۵**
برانگیخته	۳۶	۵۹/۷	۱۶	۲۶/۷		
منظم	۲۳	۳۷/۳	۴۴	۷۳/۳	۱۴/۹۰	۰/۰۰۰*

p<۰/۰۰۱* p<۰/۰۱** p<۰/۰۰۵***

روش‌هایی هستند که در مقایسه با مصاحبه‌ها و پرسش‌نامه‌ها، می‌توانند بدون هزینه و با صرف کمترین زمان و نیز با مورد توجه قرار دادن خود کودک به‌عنوان منبع کسب اطلاعات، در ردیابی مشکلات کودکان به‌خصوص در مدارس به‌کار روند. همچنین در کودکان معمولاً پایین بودن سطح هوشیاری، کمتر بودن بازداری‌های روانی و آسان بودن برون‌ریزی‌ها در خلال نقاشی و بازی [۵۱]، آزمون‌های ترسیمی را عملی‌تر و مثمرتر می‌سازد. در صورتی که بتوان در مدارس بدون مصاحبه مستقیم و به‌وسیله این آزمون‌ها، قدمی به سوی تشخیص اولیه اختلالات رفتاری-هیجانی کودکان برداشت، از بروز بسیاری از آسیب‌های روانی و ناسازگاری‌ها در آینده جلوگیری به‌عمل خواهد آمد.

یافته‌های پژوهش حاضر نشان داد که شیوه ترسیم آدمک رنگی در کودکان مبتلا به اختلال تضادورزی مقابله‌ای با کودکان عادی متفاوت است. این یافته‌ها با پژوهش ناگلری و فایفر [۴۵] هم‌سوئی دارد. بدین معنی که نشان می‌دهد آثار ترسیمی کودکانی که مبتلا به اختلال تضادورزی مقابله‌ای هستند با کودکان عادی متفاوت است. هم‌سو با نتایج پژوهش حاضر، بسیاری از پژوهشگران هم‌چون کیت و کاکس [۲۷]، مک‌نش و همکاران [۵۲]، ماتویچ [۵۳]، ماتو و همکاران [۴۵]، قلی‌پور [۵۴] نیز بر کارآمدی آزمون ترسیم آدمک رنگی در متمایز ساختن کودکان مبتلا به سایر مشکلات رفتاری از کودکان عادی تأکید کرده‌اند. از سوی دیگر یافته‌های این پژوهش با یافته‌های فی و مولمنز [۳۴] هم‌سوئی ندارد. فی و مولمنز پیش‌تر نشان دادند که هیچ تفاوتی بین دو گروه در عناصر آزمون ترسیم آدمک رنگی وجود ندارد. ولی نتایج پژوهش فی و مولمنز در واقع با بیشتر تحقیقات دیگر ناهم‌سو است. چراکه اکثر تحقیقات مختلفی که تاکنون بر آزمون ترسیم آدمک رنگی انجام گرفته [۳۷، ۳۸، ۳۹، ۴۱، ۴۲، ۴۴] حساسیت این آزمون را نسبت به مسایل روان‌شناختی نشان داده‌اند. همچنین، اغلب پژوهش‌هایی که مشکلات رفتاری را در آزمون ترسیم آدمک رنگی مورد بررسی قرار داده‌اند، نشان داده‌اند که ترسیم آدمک کودکانی که مبتلا به اختلالات رفتاری هستند، با کودکان عادی متفاوت است [۲۷، ۴۵، ۵۲، ۵۳، ۵۴].

یافته‌های پژوهش حاضر ارزش تشخیصی آزمون ترسیم آدمک رنگی را در کار بالینی، به‌خصوص در مورد اختلال تضادورزی مقابله‌ای تأیید می‌کند. وجود تفاوت میان سطوح عناصر آزمون ترسیم آدمک در کودکان مبتلا به اختلال تضادورزی مقابله‌ای و کودکان عادی، بدین معنی است که عناصری در ترسیم آدمک رنگی وجود دارند که می‌توان به واسطه آنها به تشخیص کودکان مبتلا به این اختلال نزدیک شد. کودکان مبتلا به اختلال تضادورزی مقابله‌ای معمولاً خود را مقابله‌جو یا بی‌اعتنا نمی‌شمارند و رفتار خود را در مقابل موقعیت‌های غیرمنطقی

قابل توجه می‌دانند [۶]. به‌نظر می‌رسد که این مسأله با ترسیم سر بزرگ که نشان‌دهنده خوددوست‌داری و تکبر اخلاقی فرد است [۲۵، ۵۵] مشخص می‌شود. توجه بزرگسالان برای این کودکان اهمیت فوق‌العاده‌ای دارد. به‌نظر می‌رسد که رفتار نافرمانی آنها مستقیماً با کسب توجه از سوی دیگران و نیز کنترل تعاملات بین‌فردی ارتباط دارد [۵۶]. در تحقیق حاضر این ویژگی کودکان ODD، با ترسیم عوامل پیرامونی، که نشان‌دهنده تلاش فرد برای جلب توجه آزمایشگر است [۲۵] مشخص می‌شود. این کودکان اغلب در اعمال کنترل بر خود و بازداری رفتار تکانشی با دشواری مواجه هستند [۵۷]. به‌نظر می‌رسد که این مسأله در نقاشی کودکان مبتلا به ODD، با ترسیم آدمک بزرگ خود را نشان می‌دهد. چراکه ترسیم آدمک بزرگ، نشانه فقدان بازداری و مهار خود در ترسیم‌کننده است [۲۵]. کودکان مبتلا به اختلال ODD، نسبت به محرکات محیطی واکنش افراطی نشان می‌دهند [۱۱]. آنها موقعیت‌های اجتماعی مختلف را خصمانه تفسیر کرده و در مقابل دیگران پرخاشگرانه رفتار می‌کنند [۶]. خشونت و پرخاشگری موجب می‌شود که شیوه خاص عمل فرد بر نقاشی تحمیل شود. بدین شکل که خطوط ترسیم‌شده شکسته و زاویه‌دار و پررنگ و ضخیم هستند، شانه‌ها پهن و دست‌ها بسته‌اند، رنگ‌ها زنده و تند هستند و رنگ قرمز غلبه دارد [۲۵]. کودکان مبتلا به اختلال تضادورزی مقابله‌ای، به‌دلیل نقص در فعالیت‌های خودتنظیمی، گذار بلافاصله به عمل داشته و بسیار برانگیخته هستند [۲۵]. این ویژگی، به شکل فعالیت برانگیخته این کودکان در خلال نقاشی، نمایان می‌شود.

از دیدگاه روان‌کاوی، اختلال تضادورزی مقابله‌ای به‌دلیل تعارض‌های حل‌نشده در دوره مقعدی بروز می‌کند [۶]. در مرحله مقعدی نقاشی به دو صورت متضاد غلبه با برانگیختگی یا غلبه با بازداری، خود را نشان می‌دهد. چنان‌چه غلبه با برانگیختگی باشد، ترسیم کثیف و خطوط ناستوار و ضخیم هستند. کودک غالباً رنگ‌های تند را ترجیح می‌دهد و به ترسیم عوامل متعدد پیرامونی می‌پردازد [۲۵]. وجود عناصر مذکور در نقاشی کودکان مبتلا به اختلال تضادورزی مقابله‌ای، در این پژوهش نیز تأیید شد.

در تبیین ۱۳ عنصر معنی‌دار با فراوانی بیشتر در گروه گواه نیز می‌توان گفت که تمام سطوح عناصر مذکور از شاخص‌های طبیعی بودن یا ملاک‌های DAP سالم هستند [۲۵، ۵۵] که با توجه به بهنجار بودن این کودکان در CBCL و TRF، قابل توجه است. همچنین در تبیین عدم معنی‌داری دیگر عناصر آزمون ترسیم آدمک رنگی بین کودکان مبتلا به تضادورزی مقابله‌ای و عادی می‌توان گفت که نقاشی فعالیت‌هایی است که علاوه بر تحول عاطفی-رفتاری و اجتماعی، از تحول شناختی نیز تأثیر می‌پذیرد [۳۲] و به همین دلیل می‌توان چنین فرض کرد که عناصر معنی‌دار نشده در این بررسی، متأثر از تحول شناختی

منابع

- 1- Lewisoohn PM. Axis II psychopathology as a function of axis I disorders in childhood and adolescence. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 1997;36:1752-9.
- 2- Cartwright-Hatton S, McNally D, White C, Verduyn C. Parent skill training: An effective intervention for internalizing symptoms in younger children. *J Child Adolesc Psychiat Nurs*. 2005;18(2):45-52.
- 3- Costello EJ, Mustillo S, Erkanli A. Prevalence and development of psychiatric disorders in childhood and adolescence. *Arch Gen Psychiatry*. 2003;60(8):837-44.
- 4- Costin J, Lichte C, Smith AH, Vance A, Luk E. Parent group treatments for children with oppositional defiant disorder. *Adv Adolesc Mental Health*. 2004;3(1):1446-84.
- 5- Breslow RE, Klinger BI, Erikson BJ. The disruptive behavior disorders in the psychiatric emergency service. *Gen Hosp Psychiatry*. 1999;21(3):214-9.
- ۶- کاپلان هارولد، سادوک بنیامین. خلاصه روان‌پزشکی: علوم رفتاری - روان پزشکی بالینی. جلد سوم. پورافکاری نصرت‌اله، مترجم. تهران: انتشارات نشرآب؛ ۱۳۸۲.
- ۷- انجمن روان‌پزشکی آمریکا. متن تجدیدنظرشده راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی. نیکخو محمدرضا، مترجم. تهران: انتشارات سخن؛ ۱۳۸۱.
- 8- Flanagan R, Esquivel GB. Empirical and clinical methods in the assessment of personality and psychopathology: An integrative approach for training. *J Psychol Sch*. 2006;43:514-25.
- 9- Maughan B, Rowe R, Messer J, Goodman R, Meltzer H. Conduct disorder and oppositional defiant disorder in a national sample: Developmental epidemiology. *J Child Psychol Psychiatr*. 2004;45(3):589-601.
- 10- Rigau RE, Garcia N, Artigas P. The treatment of oppositional defiant disorder. *J Neuroradiol*. 2006;42(2):83-8.
- 11- Milne JM, Edwards JK, Murchie JC. Family treatment of oppositional defiant disorder: Changing views and strength based approaches. *Fam J*. 2001;9(1):17-28.
- 12- Nelson-Gray RO. The relation between DSM-IV: Oppositional defiant disorder and conduct disorder: Finding from the great smoky mountains study. *J Child Psychol Psychiatr*. 2006;43:39-50.
- ۱۳- بلوم کویست مایکل. مهارت‌های سازگاری با کودکان ناسازگار: راهنمای عملی برای والدین و درمانگران. علاقت‌نادر جواد، مترجم. تهران: انتشارات سنا؛ ۱۳۸۳.
- 14- Hudziak JJ, Copeland W, Stanger C, Wadsworth M. Screening for DSM-IV externalizing disorders with the child behavior checklist: A receiver-operating characteristic analysis. *J Child Psychol Psychiatr*. 2004;45(7):1299-307.
- 15- Harda Y, Saitoh K, Lida J, Sakuma A, Lwasaka H, Imai J, et al. The reliability and validity of the oppositional defiant behavior inventory. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2004;13(3):185-90.
- 16- Davison CG. *Abnormal psychology*. New York: John Wiley and Sons; 2005.
- 17- Romer D, McIntosh M. The roles and perspectives of school mental health professionals in promoting adolescent mental health. New York: Oxford University Press; 2005.
- 18- Hoffenaar PJ, Hoeksma JB. The structure of oppositionality: Response dispositions and situational aspects. *J Child Psychol Psychiatr*. 2002;43(3):365-75.

کودکان باشد؛ چیزی که در هر دو گروه یکسان بوده است؛ به عبارت دیگر، کودکان مبتلا به تضادورزی مقابله‌ای از لحاظ تحول شناختی جزء کودکان بهنجار بودند. دیگر یافته پژوهش حاضر این بود که بین فراوانی سطوح عناصر آزمون ترسیم آدمک پسران و دختران مبتلا به اختلال تضادورزی مقابله‌ای تفاوتی وجود ندارد. بنابراین می‌توان نتیجه گرفت که کودکان مبتلا به اختلال تضادورزی مقابله‌ای، صرف‌نظر از جنسیت، نشانه‌های مشابهی در آزمون ترسیم آدمک از خود نشان می‌دهند. این یافته در چارچوب کلی تفسیر شیوه‌های فرافکن ترسیمی قابل توجیه است. در تفسیر شکل و محتوای نقاشی کودکان معمولاً تفاوتی میان دختران و پسران وجود ندارد [۲۵]. به عبارت دیگر کودکان مسایل خود و نحوه دریافت خود از جهان پیرامون را صرف‌نظر از جنسیت به شیوه‌های مشابهی در نقاشی‌های‌شان منعکس می‌کنند و مواردی که خلاف این اصل باشد اندک است [۳۲، ۳۳، ۳۴]. یافته‌های پژوهش حاضر به خوبی این پیش‌فرض را تأیید می‌کند. این امر موجب می‌گردد که آسان‌تر بتوان به تفسیر نقاشی کودکان پرداخت.

نتیجه‌گیری

در مجموع یافته‌های پژوهش حاضر نشان می‌دهند که عناصری در ترسیم آدمک رنگی کودکان مبتلا به اختلال تضادورزی دادند وجود دارند که می‌توان به‌واسطه آنها به تشخیص این کودکان نزدیک شد و این عناصر، صرف‌نظر از جنس، به شکل مشابهی در آزمون ترسیم آدمک رنگی این کودکان دیده می‌شوند. اما باید توجه داشت که این بررسی در محدوده سنی خاص و با تعدادی محدود از آزمودنی‌ها انجام شده است که تعمیم نتایج را به سایر گروه‌های سنی محدود می‌سازد. نیاز به انجام پژوهش‌های گسترده‌تر در گروه‌های سنی مختلف، به نظر بدیهی می‌آید. از سویی دیگر پژوهش حاضر تنها به ابزارهای CBCL و TRF متکی بوده است. بهتر است که در پژوهش‌های بعدی برای تشخیص دقیق‌تر، علاوه بر استفاده از پرسش‌نامه‌ها، از مصاحبه‌های بالینی نیز استفاده شود. همچنین پیشنهاد می‌شود که پژوهش‌های مشابهی روی کودکان مبتلا به دیگر اختلالات عاطفی - رفتاری انجام شود.

تشکر و قدردانی: در انتها از همکاری صادقانه اداره کل آموزش و پرورش شهر تهران و مسئولان و معلمان گرامی دبستان‌های شرکت‌کننده در این مطالعه و نیز دانش‌آموزان آنها کمال تشکر را داریم.

- 40- Matto HC, Naglieri JA. Race and ethnic differences and human figure drawings: Clinical utility of the DAP: PED. *J Clin Child Adolesc Psychol.* 2005;34:706-11.
- 41- Zalsman G, Netanel R, Fischel T, Freudenstein O, Landau E, Orbach I, et al. Human figure drawing in the evaluation of severe adolescent suicidal behavior. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 2000;39:1024-31.
- 42- Gustafson JL, Waehler CA. Assessing concrete and abstract thinking with the Draw-A-Person technique. *J Pers Assess.* 1992;59(3):439-47.
- 43- Garb HN, Wood JM, Lilienfeld SO, Nezworski MT. Effective use of projective techniques in clinical practice: Let the data help with selection and interpretation. *Prof Psychol.* 2002;33(5):454-61.
- 44- Vass Z. The inner formal structure of the HTP drawing: An exploratory study. *J Clin Psychol.* 1998;54(5):591-9.
- 45- Matto HC, Naglieri JA, Clausen C. Validity of the Draw-A-Person: Screening procedure for emotional disturbance in strengths-based assessment. *Res Soc Work Pract.* 2005;15(1):41-6.
- 46- Sims J, Dana RH, Bolton B. The validity of the Draw-A-Person test as an anxiety measure. *J Pers Assess.* 1983;47(3):250-7.
- 47- Goldstein AP, Rawn ML. The validity of interpretive signs of aggression in the drawing of the human figure. *J Clin Psychol.* 1957;13(2):169-71.
- 48- Oas P. The psychological assessment of impulsivity: A review. *J Psychoeduc Assess.* 1985;3(2):141-56.
- ۴۹- عسگری زاده قاسم. بررسی پندارتن در نزد کودکان عقب مانده ذهنی ۸ تا ۱۲ ساله تهرانی و مقایسه آن با کودکان عادی از طریق ترسیم آدمک [پایان نامه کارشناسی ارشد]. تهران: دانشگاه علامه طباطبایی؛ ۱۳۷۲.
- 50- Briccetti KA. Emotional indicators of deaf children on the Draw-A-Person test. *Am Ann Deaf.* 1994;139:500-5.
- ۵۱- سیف نراقی مریم، نادری عزت اله. روش های تحقیق و چگونگی ارزشیابی آن در علوم انسانی. تهران: انتشارات بدر؛ ۱۳۸۱.
- 52- McNeish TJ, Naglieri JA. Identification of individuals with serious emotional disturbance using the Draw-A-Person: Screening procedure for emotional disturbance. *J Spec Educ.* 1993;27(1):115-21.
- 53- Matavich MA. Discriminant validity of the Draw-A-Person screening procedure for emotional disturbance for incarcerated juvenile delinquents in special education [dissertation]. Ohio: Ohio State University; 1998.
- ۵۴- قلی پور رضا. بررسی و مقایسه تعدادی از ویژگی های آزمون های ترسیمی آدمک، خانه و درخت پسران عادی و بزهکار ۱۲-۹ کانون اصلاح و تربیت شهر مشهد [پایان نامه کارشناسی ارشد]. تهران: دانشگاه علامه طباطبایی؛ ۱۳۸۵.
- ۵۵- دانش عصمت. ارزیابی شخصیت و اختلال های روانی با آزمون ترسیم آدمک. تهران: انتشارات گلشن اندیشه؛ ۱۳۸۳.
- 56- Peterson LW, Hardin M, Nitsch MJ. The use of children drawings in the evaluation of treatment of child sexual, emotional and physical abuse. *Arch Fam Med.* 1995;4(5):445-52.
- 57- American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 4th ed. Washington, DC: APA; 1994.
- ۱۹- مینایی اصغر. هنجاریابی نظام بخشی مبتنی بر تجربه آشنایخ. تهران: انتشارات سازمان آموزش و پرورش کودکان استثنایی؛ ۱۳۸۴.
- 20- Dadds MR. Families, children and development of dysfunction. London: Sage Publications; 1995.
- ۲۱- کرمن لویی. نقاشی کودکان، کاربرد تست ترسیم خانواده در کلینیک. دادستان پریخ، منصور محمود، مترجم. تهران: انتشارات رشد؛ ۱۳۸۵.
- 22- Day E. Share of heart: What is it and how can it be measured? *J Consum Mark.* 1989;6(1):5-12.
- 23- Oppenheim AN. Questionnaire design, interviewing and attitude measurement. *J Clin Psychol.* 1992;4:134-7.
- 24- Driessnack M. Children's drawings as facilitators of communication: A meta-analysis. *J Pediatr Nurs.* 2005;20(6):415-23.
- ۲۵- دادستان پریخ. ارزشیابی شخصیت کودکان بر اساس آزمون های ترسیمی. تهران: انتشارات رشد؛ ۱۳۸۳.
- 26- Wilson KP. Projective drawing: Alternative assessment of emotion in children who stutter. United State: Florida State University; 2004.
- 27- Catte M, Cox MV. Emotional indicators in children's human figure drawings. *Eur Child Adolesc Psychiatry.* 1999;8:86-91.
- 28- Marnat GG, Roberts L. Human figure drawing and house tree person drawing as indicators of self-esteem: A quantitative approach. *J Clin Psychol.* 1998;54:219-22.
- 29- Carney SM. Draw-A-Person in the rain: A comparison of levels of stress and depression among adolescents. Ann Arbor, MI: University Microfilms International; 1992.
- 30- Cox MV, Koyasu M, Hiranuma H, Perara J. Children's human figure drawings in the UK and Japan: The effects of age, sex and culture. *Br J Dev Psychol.* 2001;19:275-92.
- 31- Rierdan J, Koff E, Heller H. Gender, anxiety and human figure drawings. *J Pers Assess.* 1982;46(6):594-6.
- ۳۲- دادستان پریخ. نقاشی کودکان، کاربرد تست ترسیم خانواده در کلینیک. تهران: انتشارات رشد؛ ۱۳۸۵.
- 33- Burch WA. The Draw-A-Person: Group differences among individuals with obsessive-compulsive disorder, attention deficit hyperactivity disorder, Tourette syndrome and normal controls [dissertation]. New York: State University of New York; 2004.
- 34- Feyh JM, Molmes CB. Use of the Draw-A-Person with conduct disordered children. *Percept Mot Skills.* 1994;78(3):1353-4.
- 35- Milne LC, Greenway P. Drawing and defense style in adults. *J Arts Psychotherapy.* 2001;28:245-9.
- 36- Garb HN, Wood JM, Nezwoski MT. Projective techniques and the detection of child sexual abuse. *Child Maltreat.* 2000;5(2):159-68.
- 37- Hjorth CW, Hawray M. The body image of physically abused and normal adolescents. *J Clin Psychol.* 2006;36:861-6.
- 38- Blain GH, Bergner RM, Lewis ML, Goldestein MA. The use of objectively scorable House-Tree-Person indicators to establish child abuse. *J Clin Psychol.* 1981;37(3):667-73.
- ۳۹- خدایاری فرد صبا. مقایسه نتایج آزمون های فرافکن ترسیمی در کودکانی که مورد کودک آزاری قرار گرفته اند با کودکان عادی [پایان نامه کارشناسی ارشد]. تهران: انستیتو روان پزشکی تهران؛ ۱۳۸۴.