

تعیین نشانه‌های ترسیم خود در نقاشی سه گروه از کودکان دارای مشکلات درونی‌سازی شده، برونی‌سازی شده و بهنجار

The assessment of the distinctive indicators in "Self-Figure Drawings" of three groups of children with internalizing problems, Externalizing Problems, and Normal Children

تاریخ پذیرش: ۸۸/۲/۲۱

تاریخ دریافت: ۸۷/۱۰/۳۰

Moradi Motlagh M.*, M.A.; Abedin A., Ph.D.
; Heydari M., M.A.

مونا مرادی مطلق*، علیرضا عابدین**، محمود حیدری***

چکیده

Abstract

Introduction: The purpose of present project was to examine the distinctive indicators in Self-Figure drawings in three groups of children with internalizing problems, those with externalizing problems, and the normal children.

Method: A total of 4000 Child Behavior Checklist were administered in 34 boys and girls elementary schools in six different Tehran school districts .Using a purposeful sampling method $n=90$ students (30 in each group) were selected and Individual Self-Figure drawings were collected and interpreted using the indicators chart.

Results: A Chi square analysis reflected significant differences between three groups. The internalizing group showed the higher rate for 11 indicators such as :drawing by the edge or down the page, drawing no hair, drawing the trunk in the shape of a square, while The externalizing group showed the higher rate for 11 indicators such as :drawing big head, accentuated hair, arms like arrows and downward.

Conclusions: The observed indicators in internalizing group corresponds low self-esteem and inhibition, whereas those of externalizing group corresponds self-valuation and centralization of self

Keywords: Internalizing; Externalizing; Self-Figure drawing; CBCL

مقدمه: پژوهش حاضر با هدف تعیین نشانه‌های «ترسیم خود» در نقاشی سه گروه از کودکان دارای مشکلات درونی‌سازی شده، برونی‌سازی شده و بهنجار به اجرا درآمده است.

روش: برای شناسایی ۳۰ دانش‌آموز درونی‌سازی شده، ۳۰ دانش‌آموز برونی‌سازی شده و ۳۰ دانش‌آموز بهنجار، با استفاده از شیوه نمونه‌گیری هدفمند، تعداد ۴۰۰۰ فرم سیاهه رفتاری کودک در ۳۴ دبستان منطقه شش آموزش و پرورش شهر تهران توزیع گشت و از میان فرم‌های تکمیل شده $n=90$ دانش‌آموز دختر و پسر انتخاب شدند. آزمون «ترسیم خود» بصورت انفرادی بر روی گروه‌های نمونه به اجرا درآمد و نقاشی‌های جمع‌آوری شده بر اساس جدولی متشکل از ۱۵۰ نشانه ترسیمی مورد تفسیر قرار گرفت.

یافته‌ها: آزمون‌های دو نشان داد که فراوانی ترسیم ۱۱ نشانه از جمله: ترسیم در پایین صفحه یا در حاشیه آن، عدم ترسیم موها، ترسیم تنه به شکل مربع-مستطیل و غیره در کودکان درونی‌سازی شده و ۱۱ نشانه از جمله: ترسیم سر بزرگ، ارزنده سازی موها، ترسیم دست‌ها به شکل کمان رو به پایین و غیره در کودکان برونی‌سازی شده بطور معنادار بالا بوده است.

نتیجه‌گیری: نشانه‌ها بیانگر نمادهای نالارزنده سازی خود، پایین بودن اعتماد به نفس و بازداری در گروه درونی‌سازی شده و نمادهای ارزنده سازی خود و تمرکز بر خویشتن در گروه برونی‌سازی شده است.

واژه‌های کلیدی: مشکلات رفتاری درونی‌سازی شده، مشکلات رفتاری برونی‌سازی شده، ترسیم خود و سیاهه رفتاری کودک.

مقدمه

نقاشی یکی از ابزارهای بالینی پرکاربرد، در میان متخصصان سلامت روان است که بر اساس دستورالعمل‌های ترسیمی متنوعی اجرا می‌شود. دستورالعمل‌های ترسیمی گوناگون در نقاشی با این هدف بوجود آمده‌اند که بتوانند بازنمایی بهتری از حالات روانی داشته باشند و بخش‌های منحصر به فردی از شخصیت انسان را نمایان سازند. چرا که بهره‌گیری از دستورالعمل‌های ترسیمی متنوع به مراجعان کمک می‌کند تا هم ادراکات هشیارانه خود را منعکس کنند و هم عواطف ناهوشیارشان را به تصویر بکشند [۱]. همچنانکه روان‌شناسان از دستورالعمل‌های ترسیم یک آدمک، یک خانه، درخت و غیره استفاده می‌کنند تا دریابند که مراجعان، چگونه خود و محیطشان را درک می‌کنند، می‌توانند به کمک خودترسیمی^۱ نیز اطلاعات متفاوتی را درباره دیدگاه مراجع نسبت به خود و محیط درونی‌اش به دست آورند. خود ترسیمی همچنین می‌تواند به عنوان ابزاری در جهت توجه بیشتر به تصویر بدنی و خودانگاره عمل کند [۲]. چنین به نظر می‌رسد که نخستین بار هریس^۲ [۳] با هدف ارزیابی هوش کودکان، در کنار اجرای دو دستورالعمل ترسیم یک زن و ترسیم یک مرد از آنها خواست تا تصویری هم از خودشان بکشند؛ لیکن وی برای ترسیم خود هیچ نظام نمره‌گذاری مجزایی را ارائه نداد، چرا که وی بدین نتیجه رسیده بود که ترسیم خود^۳ بیشتر یک شاخص احتمالی در ارزیابی جنبه‌های غیرهوشی است. هریس [۳] مشاهده کرد که اکثریت کودکانی که از آنها خواسته می‌شود، آدمکی را ترسیم کنند، بلافاصله به ترسیم یک شکل بزرگسال می‌پردازند، در حالی که وقتی به‌طور خاص از آنها خواسته می‌شود تا تصویر خودشان را بکشند، بیشتر آنها هم خصوصیات فردی خودشان را کمابیش

به روشنی ترسیم می‌کنند و هم شاخص‌های عمومی وضعیت کودکی یا نوجوانی را بطور موفق به‌تصویر می‌کشند. در واقع ترسیم خود نشان‌دهنده تلاش کودک است برای مجسم کردن تصویر خود همانطوری که با آن از طریق بررسی مستقیم، یعنی تصویر آینه و نظرات دیگران آشنا شده است. در سال ۱۹۷۹، مارتورانا^۴ [۴] نیز به این نتیجه رسید که نوع دستورالعمل ارائه شده به کودکان در هنگام ترسیم، می‌تواند بر نتیجه ترسیم آنها اثر بگذارد. برای نمونه، هنگامی که از کودکان خواست یک آدمک ترسیم کنند، کودکان مبتلا به مشکلات استخوانی^۵ به‌طور تعجب‌آوری آدمک‌هایی کاملاً معمولی ترسیم کردند، ولی هنگامی که از همان کودکان خواست تا تصویری از خودشان را ترسیم کنند، سه چهارم آنها، نقص‌های خود را به‌وسیله اغراق یا تحریف یا حذف بخشی از بدن در تصویر انعکاس دادند. در پژوهشی دیگر با عنوان تصویر درد در آزمون ترسیم خود در کودکان دارای بیماری سلول‌های داسی شکل^۶ که توسط استفاناتو و باولر^۷ در سال ۱۹۹۷ انجام شد [۵]، این محققان به ارزیابی ادراک خود مرتبط با بیماری در کودکان پنج تا ۱۳ سال مبتلا به این بیماری مزمن مذکور پرداختند و مشاهده کردند که این کودکان، درد در قسمت‌های معینی از بدن مثل پاها و عدم تحرک ناشی از درد موضعی را در نقاشی‌های خود نشان داده بودند. محققان معتقدند زمانی که هدف از اجرای ترسیم خود یک ارزیابی هوشی باشد، می‌توان ترسیم خود را براساس همان شیوه ارزیابی آدمک نمره‌گذاری کرد؛ لیکن تحلیل کیفی ترسیم خود، می‌باید بطور نظام‌مند در برابر متغیرهای شخصیت در هر دو جمعیت معمولی و بالینی کودکان اعتباریابی شود [۳]. با نگاهی گذرا به پژوهش‌های انجام شده در حوزه ترسیم خود، می‌توان

4 Martorana

5 Orthopedic Problem

6 Stickel Cell Disease

7 Stefanatou & Bowler

1 Self-portrature

2 Hariss

3 Self-Figure Drawing

دریافت که اغلب پژوهش‌های طرح‌ریزی شده در این زمینه، به بررسی نشانه‌های مرتبط با مشکلات جسمانی و بدنی در ترسیم خود پرداخته‌اند؛ مانند بررسی نشانه‌های ترسیم خود در افراد ناشنوا [۶]، لیکن در حیطه بررسی مشکلات هیجانی در این نوع ترسیم، مطالعات کمتری صورت گرفته است.

فریک و سیلورسورن^۸ در ۲۰۰۱ اعلام کردند که تحقیقات بسیاری به این نتیجه رسیده‌اند که مشکلات هیجانی دوران کودکی را می‌توان عمدتاً در دو بعد گسترده طبقه‌بندی کرد [۷]. این طبقه‌بندی کلی از مشکلات رفتاری دوران کودکی نخستین بار در سال ۱۹۴۹ توسط آکرسون^۹ صورت گرفت [۸]. وی برخی سندرم‌ها مانند اضطراب، افسردگی و شکایات جسمانی را در طبقه درونی‌سازی شده^{۱۰} و برخی مانند پرخاشگری و بزهکاری را در طبقه برونی‌سازی شده^{۱۱} جای داده بود. این تفکیک اساسی میان مشکلات برونی‌سازی شده و درونی‌سازی شده بعدها توسط تعدادی از مطالعات تحلیل عاملی از جمله در سال ۱۹۸۶ به‌وسیله کوای^{۱۲}، در سال ۱۹۷۸، توسط آشنباخ و ادلبروک^{۱۳} و در سال ۱۹۹۵ دوباره به‌وسیله آشنباخ مورد تأیید قرار گرفت [۷]. مشکلات درونی‌سازی شده شامل یک آشفتگی هسته‌ای در هیجانات و خلیات است [۹]. نشانه‌شناسی این اختلالات غالباً در برگیرنده احساس‌های حقارت، خودآگاهی زیاد، کناره‌گیری اجتماعی، کمرویی، ترس، دل‌بستگی بیش‌ازحد، غم و اندوه مزمن است [۱۰]. در واقع این مشکلات بسیار نزدیک به همان طبقه سنتی اختلال‌های نوروتیک^{۱۴} و سایکوسوماتیک^{۱۵} هستند [۱۱]. جنسون^{۱۶} و همکاران [۱۲] معتقدند که

در مقابل رفتارهای درونی‌سازی شده، رفتارهای برونی‌سازی شده، رفتارهایی هستند که به سمت بیرون از کودک جهت دارند و بیشتر افرادی را که با کودک رابطه متقابل دارند؛ مانند والدین، معلمان و همسالان را تحت تأثیر قرار می‌دهند. رفتارهایی چون بحث و جدل، شکستن قوانین و عدم اطاعت که باعث می‌شوند افراد دیگری غیر از خود کودک مورد آزار قرار بگیرند. در واقع مشکلات برونی‌سازی شده بر این اساس از مشکلات درونی‌سازی شده مجزا می‌شوند که این مشکلات بیشتر منعکس‌کننده تعارض‌های کودک با محیط و پیرامونش هستند نه آشفتگی و رنج شخصی کودک [۱۱]. در سال ۱۹۹۰ اینگرام [۸] کاهش اعتماد به نفس در گروه درونی‌سازی شده و افزایش تمرکز بر خود در گروه برونی‌سازی شده را هم از دیگر ویژگی‌های متمایزکننده این دو گروه دانست. افراد مبتلا به مشکلات درونی‌سازی شده سعی می‌کنند سطح بالایی از کنترل و مهارگری افراطی و سازش‌نیافته را درباره فرایندهای فکری، رفتاری و هیجانی خود اعمال کنند، در حالی که افراد مبتلا به مشکلات برونی‌سازی شده، به عکس راهبردهای لازم در جهت خودنظم‌دهی و مهار رفتارها، عواطف و شناخت‌هایشان را ندارند [۱۳].

بر اساس آنچه مطرح شد، هدف پژوهش حاضر بررسی این مسأله است که آیا همان‌طوری که کودکان ناشنوا در ترسیم خود به‌صورت مستقیم به نازنده‌سازی گوش‌ها می‌پردازند و مشکل جسمانی خویش را نمایان می‌سازند، کودکان درونی‌سازی شده یا برونی‌سازی شده نیز می‌توانند با نازنده‌سازی یا نازنده‌سازی بخش‌هایی از بدن خویش، تجربه هیجانی خود را به نمایش بگذارند. در راستای این هدف، سؤال اساسی پژوهش حاضر چنین است: آیا نشانه‌های □ ترسیم خود □ در کودکان دارای مشکلات درونی‌سازی شده متفاوت از نشانه‌های این ترسیم در

8 Frick & Silverthorn

9 Ackerson

10 Internalizing

11 Externalizing

12 Quay

13 Achenbach & Edelbrock

14 Neurotic

15 Psychosomatic

16 Jenson

کودکان دارای مشکلات برونی‌سازی شده و بهنجار است؟

روش

با توجه به ماهیت موضوع و اهداف مطالعه، در این پژوهش از روش تحقیق توصیفی و علی‌مقایسه‌ای استفاده شد.

جامعه آماری پژوهش نیز شامل کلیه دانش‌آموزان پایه‌های سوم و چهارم دختر و پسر مدارس ابتدایی منطقه شش آموزش و پرورش شهر تهران در سال تحصیلی ۸۶ - ۸۷ بود. انتخاب این گروه سنی از دانش‌آموزان بر مبنای مراحل تحول نقاشی در کودکان [۴] صورت گرفت. حجم نمونه پژوهش شامل ۹۰ دانش‌آموز بود که ۶۰ دانش‌آموز در گروه آزمایشی بدین صورت قرار گرفتند: ۱۵ دختر و ۱۵ پسر دارای مشکلات برونی‌سازی شده و ۱۵ دختر و ۱۵ پسر دارای مشکلات برونی‌سازی نشده. همچنین ۳۰ دانش‌آموز دختر و پسر بهنجار نیز در گروه گواه قرار داشتند. در این پژوهش از روش نمونه‌گیری هدفمند استفاده شد. براین اساس، با هدف شناسایی گروه‌های نمونه، ۴۰۰۰ فرم سیاهه رفتاری کودک (CBCL)^{۱۷} در میان دانش‌آموزان دختر و پسر پایه‌های سوم و چهارم ۳۴ مدرسه ابتدایی منطقه شش آموزش و پرورش شهر تهران توزیع شد، تا توسط والدین دانش‌آموزان تکمیل گردد. این رقم بالا در اجرای فرم‌های CBCL ناشی از عدم دستیابی به ۳۰ آزمودنی خالص در گروه کودکان دارای مشکلات برونی‌سازی شده بود. بنابراین از آنجا که مطابق با طرح پیشنهادی پژوهش، برای این گروه تعداد ۱۵ آزمودنی دختر برونی‌سازی شده و ۱۵ آزمودنی پسر برونی، در نظر گرفته شده بود، لذا اجرای فرم‌های CBCL آنقدر ادامه یافت که پژوهشگر توانست از میان فرم‌های برگشتی

تعداد ۳۰ فرم نسبتاً خالص را انتخاب کند. بر مبنای ۲۲۵۰ فرم CBCL برگشتی، سه گروه پژوهش به شرح زیر انتخاب شدند: گروه اول شامل کودکانی بودند که نمره مشکلات برونی‌سازی شده در آنها بالای نقطه برش و همزمان نمره مشکلات برونی‌سازی شده، نمرات مشکلات اجتماعی، مشکلات توجه و مشکلات تفکر در آنها زیر مرز بالینی بود (این سه مقیاس آخر در میانه نیمرخ سیاهه رفتاری کودک قرار می‌گیرند و در محاسبه مشکلات رفتاری نقشی ندارند؛ اما از آنجا که می‌توانستند در نتایج نقاشی‌ها تأثیرگذار باشند، مورد کنترل قرار گرفتند). (گروه دوم نیز به همین ترتیب شامل کودکانی بود که نمره مشکلات برونی‌سازی شده در آنها بالای نقطه برش و همزمان نمره مشکلات برونی‌سازی شده، مشکلات اجتماعی، مشکلات توجه و مشکلات تفکر در آنها زیر مرز بالینی بود. گروه سوم نیز کودکانی بودند که نیمرخ‌های بهنجار داشتند؛ لیکن با در نظر گرفتن این موضوع که تعداد نیمرخ‌های بهنجار چند برابر مورد نیاز بود، از آزمون ترسیم درخت استفاده شد و کسانی در این گروه قرار گرفتند که هم فرم‌های بهنجار داشتند و هم در آزمون ترسیم درخت علائم مرضی بارزی نداشتند.

ابزار

سیاهه رفتاری کودک (CBCL): این سیاهه یکی از فرم‌های نظام سنجش مبتنی بر تجربه آشنباخ (ASEBA)^{۱۸} است. این نظام سنجش شامل مجموعه‌ای از فرم‌ها برای ارزیابی صلاحیت‌ها، کنش‌وری سازشی و مشکلات عاطفی-رفتاری بر اساس داده‌های هنجاری است. در این نظام سنجش برای به‌دست آوردن اطلاعات از سه منبع والدین، معلم و خود (برای نوجوانان) در تکمیل سؤالات باز پاسخ و درجه‌بندی مقیاس‌های رفتاری، استفاده می‌شود.

مشکلات درونی و برونی‌سازی شده را می‌توان به آسانی با جمع نمره خام دو یا سه نشانگان مربوطه به‌دست آورد. سیاهه رفتاری کودک یک ابزار قدرتمند در جهت ارزیابی کودکان است؛ چرا که دارای یک نظام نمره‌گذاری چندکارکردی است و همبستگی بالایی با DSM IV²² دارد که توسط متیسن و اسپیتزناگل²³ در ۱۹۹۹ و وادزورث²⁴ و همکاران در ۲۰۰۱، گزارش شده است [۱۵]. ضریب آلفای کرونباخ سیاهه رفتاری کودک در نمونه پژوهش حاضر نیز برابر ۰/۸۵ بوده است.

آزمون ترسیم خود: این آزمون شکل دیگری از آزمون ترسیم آدمک مک اور²⁵ است [۱۶]. تکنیک ترسیم آدمک نخستین بار توسط فلورانس گودیناف²⁶ با دستورالعمل □ یک آدم بکش □ و با هدف ارزیابی هوش کودکان به‌کار گرفته شد. پس از وی هریس [۳] با هدف بازیابی یافته‌های گودیناف، دست به اجرای وسیعی از آزمون ترسیم آدمک زد. وی در این بازنگری از سه دستورالعمل ترسیمی متفاوت استفاده کرد: "یک آدمک بکش، آدمک جنس مخالفش را بکش و تصویری از خودت بکش". برای اساس به نظر می‌رسد که ورود رسمی دستورالعمل ترسیم خود به آزمون‌های ترسیمی از مطالعه هریس و در جهت ارزیابی هوش کودکان بوده است. البته هریس تنها یک راهنمای کلی برای تفسیر ترسیم خود ارائه کرده و به این موضوع اشاره نمود که ترسیم خود برای انجام تفسیرهای عاطفی نیازمند انجام پژوهش‌های بیشتر است. روش اجرای آزمون ترسیم خود بدین صورت است که به آزمودنی‌ها یک برگ کاغذ سفید A4، یک مداد سیاه و یک پاک‌کن داده می‌شود و از آنها

بنابراین علاوه بر سیاهه رفتاری کودک، پرسشنامه خودسنجی نوجوانان (YSR)¹⁹ و فرم گزارش معلم (TRF)²⁰ را نیز در برمی‌گیرند [۱۴]. سیاهه رفتاری کودک، توسط والدین یا فردی که سرپرستی کودک را به عهده دارد، در سنین شش تا ۱۱ سال، تکمیل می‌گردد. این سیاهه رفتاری شامل دو بخش است؛ بخش اول در برگزیده سؤالات باز پاسخی است که مربوط به صلاحیت کودک در زمینه‌های مختلف نظیر فعالیت‌های وی، روابط اجتماعی و غیره می‌شود و بخش دوم نیز شامل درجه‌بندی مشکلات عاطفی-رفتاری و اجتماعی کودک است. در این قسمت ۱۱۸ ماده وجود دارد که پاسخ‌دهنده بر اساس وضعیت کودک در شش ماه گذشته، هر ماده را به صورت صفر، یک و دو (نادرست، تاحدی درست و کاملاً درست) درجه‌بندی می‌کند. نمرات به‌دست آمده از درجه بندی مشکلات عاطفی-رفتاری جهت ایجاد سهولت در امر تشخیص و مقایسه با داده‌های هنجاری، بر روی نیمرخ‌هایی معین نمایش داده می‌شوند. این نیمرخ‌ها دامنه‌های بالینی، مرزی و بهنجار را برای نشانگان‌های²¹ مبتنی بر تجربه مشخص می‌کنند و دارای هشت مقیاس هستند که شامل اضطراب/افسردگی، انزوا/افسردگی، شکایات جسمانی، مشکلات اجتماعی، مشکلات تفکر، مشکلات توجه، رفتار قانون شکنی و رفتار پرخاشگرانه می‌شوند. علاوه بر این هشت مقیاس، سیاهه رفتاری کودک را می‌توان بر حسب دو گروه‌بندی گسترده از مشکلات رفتاری -عاطفی نمره‌گذاری کرد. یکی از این گروه‌بندی‌ها درونی‌سازی شده نام دارد و سه نشانگان اضطراب/افسردگی، انزوا/افسردگی و شکایات جسمانی را در بر می‌گیرد و گروه‌بندی دوم که برونی‌سازی شده نامیده می‌شود، دو نشانگان رفتار قانون شکنی و رفتار پرخاشگرانه را در بر می‌گیرد. بدین ترتیب نمره خام

22 Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders

23 Mattison & Spitznagel

24 Wadsworth

25 Machover

26 Goodenough

19 Youth Self Report

20 Teachers Report Form

21 Syndrom

روی دانش‌آموزان گروه‌های نمونه به اجرا درآمد. از آنجا که اجرای آزمون ترسیم خود در ابتدای جلسه می‌توانست مقاومت برانگیز باشد؛ لذا آزمون ترسیم درخت به عنوان ابزاری در جهت ایجاد احساس راحتی در آزمودنی مورد استفاده قرار گرفت. ر مرحله‌ی تفسیر نیز با مراجعه به ادبیات پژوهشی موجود در زمینه‌ی تفسیر آزمون آدمک، جدولی شامل ۱۵۰ نشانه‌ی ترسیمی از کتب و مقالات موجود در این زمینه استخراج شد تا برای تفسیر نقاشی‌ها براساس ترسیم یا عدم ترسیم هر نشانه مورد استفاده قرار گیرد. یافته‌های حاصل نیز به کمک آزمون مجذور کای دوره‌ای مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها

از میان ۱۵۰ نشانه اصلی در جدول تفسیر نشانه‌ها، تعداد ۲۲ نشانه تأیید آماری لازم را به دست آوردند که در جدول ۱ نشان داده شده‌اند.

خواسته می‌شود تا خودشان را ترسیم کنند، بدون اینکه توضیح دیگری برای آنها داده شود.

آزمون ترسیم درخت: آزمون ترسیم درخت به‌طور ویژه ابزار مناسبی برای فرافکنی احساسات منفی خود است، زیرا به‌طور مستقیم با زندگی خانوادگی فرد یا خود وی مرتبط نمی‌شود. اگر چه باک^{۲۷} در سال ۱۹۴۸ در آزمون خانه-درخت-آدم تفسیرهایی را برای درخت ارائه داده است، لیکن کخ^{۲۸} در ۱۹۵۲ و بلندر^{۲۹} در ۱۹۷۷ کتاب‌هایی را در ارتباط با تفسیر درخت به عنوان یک آزمون ترسیمی مجزا تألیف کرده‌اند [۱]. آزمون ترسیم درخت با دستورالعمل‌های متفاوتی به اجرا در می‌آید. لیکن رایج‌ترین شیوه اجرای این آزمون شیوه کخ است. وی تنها از آزمودنی‌ها می‌خواست که یک درخت بکشند [۱۷]. در ۱۹۵۷، اسکارسلا^{۳۰} سودمندی کاربرد آزمون ترسیم درخت را در بررسی تحول نایافتگی عاطفی کودکان برجسته ساخته است [۱۸]. در پژوهش حاضر این آزمون در جهت انتخاب خالص‌تر کودکان متعلق به گروه بهنجار مورد استفاده قرار گرفت.

روند اجرای پژوهش: مراحل اجرای پژوهش حاضر بدین ترتیب بوده است که نخست با مراجعه به اداره آموزش و پرورش منطقه شش تهران، فهرستی از اسامی مدارس ابتدایی دخترانه و پسرانه این منطقه تهیه شد. سپس با در نظر گرفتن بُعد مسافت، تعدادی از مدارس مذکور انتخاب و فرم‌های سیاهه رفتاری کودک در میان تمامی دانش‌آموزان پایه‌های سوم و چهارم هر مدرسه توزیع گردید. فرم‌هایی که توسط والدین تکمیل و به مدرسه بازگردانده شده بودند، مورد بررسی و نمره‌گذاری قرار گرفتند و آنهایی که شرایط ورود به گروه نمونه را داشتند، مشخص شدند. سپس دو آزمون ترسیم درخت و ترسیم خود به‌صورت انفرادی بر

27 Buck

28 Koch

29 Bolander

30 Scarcella

جدول ۱: نشانه‌های تأیید شده در گروه‌های کودکان (در شرایط ترسیم / عدم ترسیم)

نشانه ترسیمی	مجذور خی	سطح معنادار	نشانه ترسیمی	مجذور خی	سطح معنادار
۱- حالت چهره بیانگر خشم و خشونت	۴۲/۰۲	۰/۰۰۰	۱۲- ترسیم ابروها پهن	۱۵/۵۳	۰/۰۰۰
۲- حالت چهره بیانگر اندوه، نگرانی وضع	۳۵/۴۳	۰/۰۰۰	۱۳- ارزنده سازی بینی	۱۱/۷۵۳	۰/۰۰۳
۳- ترسیم سر بزرگتر از تنه یا هم اندازه با آن	۱۷/۱۱۱	۰/۰۰۰	۱۴- ترسیم تنه به شکل مربع، مستطیل	۱۷/۱۰۰	۰/۰۰۰
۴- کوچکی اجزای صورت	۱۵/۶۰	۰/۰۰۰	۱۵- ترسیم بازوها نا منعطف	۷/۸۲	۰/۰۲۰
۵- ترسیم کمرنگ اجزای صورت	۷/۱۰	۰/۰۲۹	۱۶- ترسیم دستهای ناکارآمد	۹/۸۴۴	۰/۰۰۷
۶- درشتی اجزای صورت	۱۴/۷۰	۰/۰۰۱	۱۷- ترسیم بازوها به شکل کمان رو به پایین	۷/۶۸	۰/۰۲۱
۷- دایره صورت کمرنگ یا منقطع	۱۲/۳۹	۰/۰۰۲	۱۸- جهت ترسیم کفش ها به سمت چپ	۹/۲۷	۰/۰۱۰
۸- ترسیم دهان با حالت پوزخند	۱۴/۴۱	۰/۰۰۱	۱۹- سن ترسیم بزرگتر از خود کودک	۱۱/۴۰	۰/۰۰۳
۹- عدم ترسیم یا نالارزنده سازی موها	۱۵/۵۱۲	۰/۰۰۰	۲۰- ترسیم در پایین یا حاشیه صفحه	۹/۳۰	۰/۰۱۰
۱۰- ارزنده سازی ترسیم موها	۹/۲۷۴	۰/۰۱۰	۲۱- ترسیم بدون جزییات	۶/۳۲	۰/۰۴۲
۱۱- ترسیم موها به سمت بالا یا به شیوهای که تیزی آن وارد صورت شده است	۲۰/۳۳	۰/۰۰۰	۲۲- ترسیم ضعیف تر ساق پای راست	۶/۲۶	۰/۰۴۴

نیز در گروه دارای مشکلات برونی‌سازی شده تأیید آماری لازم را به دست آورده‌اند.

بحث

روان‌شناسان معمولاً در این مورد اتفاق نظر دارند که حالت چهره‌آدمک نشان دهنده احساسات خاص نقاش مانند شادی و غم است [۷]. در پژوهش حاضر نیز به جز در پاره‌ای از موارد، کودکان دارای مشکلات برونی‌سازی شده بیشتر خود را بدجنس، با نگاهی تمسخرآمیز یا خصمانه، مودی و عصبانی ترسیم کرده بودند (نشانه یکم)، در حالی که ترسیم کودکان دارای مشکلات درونی‌سازی شده بیشتر شامل چهره‌های خجالتی، مغموم و رنجور بود (نشانه دوم). همچنین کودکان دارای مشکلات برونی‌سازی شده، بیشتر از کودکان دارای مشکلات درونی‌سازی شده به ترسیم سر بزرگ (نشانه سوم) پرداخته‌اند. در تبیین این مسأله، می‌توان به دو موضوع اشاره کرد: نخست اینکه ترسیم سر بزرگ به معنای خوددوستداری و فزون‌گستردگی من است [۱۷] و همان‌طور که ذکر شد افزایش تمرکز بر خود از مشخصه‌های کودکان برونی‌سازی شده است [۸]. دوم اینکه اصولاً ترسیم در ابعاد بزرگ، نشانه پرخاشگری [۱۹] است که در کودکان برونی بیشتر قابل انتظار است. سر را همچنین می‌توان به عنوان جایگاه روابط اجتماعی دانست؛ چرا که شامل اعضای مانند چشم، گوش و زبان است که در مبادلات با دیگری به کار می‌روند [۱۷]. به لحاظ برقراری مبادلات اجتماعی روزمره می‌توان کودکان برونی‌سازی شده، بهنجار و کودکان درونی‌سازی شده را بر روی یک پیوستار فرضی قرار داد. در یک سر این پیوستار کودکان درونی‌سازی شده قرار می‌گیرند که تمایل بیشتری به انزوا و کناره‌گیری اجتماعی [۲۰]، کمرویی، احساس حقارت [۱۰] و اعتماد به نفس پایین [۸] دارند و بنابراین هم به ترسیم کوچک‌تر اجزای صورت (نشانه چهارم) و هم به ترسیم کمرنگ‌تر اجزای چهره (نشانه پنجم) می‌پردازند. این

همان‌طور که در جدول خی‌دوی ۱ مشاهده می‌شود، در مقابل هر نشانه دو حالت ترسیم یا عدم ترسیم وجود دارد که برای این بیست و دو نشانه تأیید شده، در قسمت ترسیم دیده می‌شود که فراوانی مشاهده شده در ترسیم هر نشانه از فراوانی موردانتظار برای ترسیم آن نشانه در یکی از سه گروه نمونه بیشتر است و این تفاوت بر اساس سطح آماری پنج صدم درصد معنادار است (در ستون آخر جدول سطح معناداری هر نشانه آمده است)، بدین ترتیب یازده نشانه شامل:

۱. ترسیم چهره با حالت اندوه، نگرانی و ضعف
 ۲. ترسیم کوچک اجزای صورت
 ۳. ترسیم کمرنگ اجزای صورت
 ۴. عدم ترسیم موها یا نالارزنده‌سازی آنها
 ۵. ترسیم تنه به شکل مربع-مستطیل
 ۶. ترسیم بازوهای نامنعطف
 ۷. ترسیم دست‌های ناکارآمد
 ۸. جهت ترسیم کفش‌ها به سمت چپ
 ۹. ترسیم در پایین یا در حاشیه صفحه
 ۱۰. ترسیم بدون جزییات
 ۱۱. ترسیم ضعیف‌تر ساق پای راست
- در گروه دارای مشکلات درونی‌سازی شده و یازده نشانه شامل:

۱. ترسیم چهره با حالت خشم و خصومت
۲. ترسیم سر بزرگ‌تر از تنه یا هم‌اندازه با آن
۳. ترسیم درشت اجزای صورت
۴. ترسیم کمرنگ یا منقطع دایره صورت
۵. ترسیم دهان با حالت پوزخند
۶. ارزنده‌سازی ترسیم موها
۷. ترسیم موها به سمت بالا یا به شیوه‌ای که تیزی آن وارد صورت شده است
۸. ترسیم ابروهای پهن
۹. ارزنده‌سازی بینی
۱۰. ترسیم بازوها به شکل کمان رو به پایین
۱۱. سن ترسیم بزرگ‌تر از خود کودک

بدین معنا که در این کودکان کنترلی بر میزان ارتباط وجود ندارد؛ مثلاً صحبت کردن به عنوان یک شیوه ارتباطی رایج می‌تواند از حد طبیعی خود خارج شده و تبدیل به فحاشی و فریاد شود. در شکل افراطی آن، پژوهش حاضر با ترسیم دختر پرخاشگری مواجه شد که خط صورت را کاملاً حذف کرده بود.

در ۱۹۹۷ هم^{۳۱} به این موضوع اشاره می‌کند که خصومت در نقاشی را می‌توان بر مبنای ترسیم چشمان غضبناک، نشان دادن دندان‌ها، کشیدن لب‌ها در حال پوزخند زدن یا ریشخند کردن و غیره مشخص نمود [۱]. همسو با این مطالعه می‌توان انتظار داشت که ترسیم دهان با حالت پوزخند (نشانه هشتم) در کودکان دارای مشکلات برونی‌سازی شده در پژوهش حاضر نیز بیشتر باشد.

یافته جدید دیگر در پژوهش حاضر، عدم ترسیم موها، ترسیم کمرنگ و یا نارزنده‌سازی آنها (نشانه نهم) در کودکان دارای مشکلات درونی‌سازی شده است. از آنجا که موهای بدن معرف نیروی خشن و حیوانی هستند که در هر موجود انسانی وجود دارد [۱۷]، می‌توان عدم ترسیم آنها را نشانه‌ای از عدم تمایل یا ضعف کودک در به کارگیری نیروی فیزیکی در موقعیت‌های اجتماعی روزمره دانست. افزون بر اینکه چنین ترسیمی می‌تواند به طور غیرمستقیم بیانگر انفعال کودک و ناتوانی وی در ابراز وجود خویش نیز باشد. نارزنده‌سازی موها دربرگیرنده بازخورد بی تفاوت فرد نسبت به ظاهر و زیبایی چهره هم می‌تواند باشد. همچنین از آنجا که عدم ترسیم موها سبب زشت‌تر شدن آدمک ترسیم شده می‌شود، می‌تواند نشانه‌ای از نارزنده‌سازی خود و احساس حقارت در نظر گرفته شود. بر خلاف کودکان درونی‌سازی شده، قابل انتظار است که کودکان دارای مشکلات برونی‌سازی شده، به ارزنده‌سازی موها (نشانه دهم) بپردازند، چرا که هم بیانگر ارزنده‌سازی نیروی حیوانی و خشن و هم نشانه خوددوستداری [۱۷] است که در این کودکان بیشتر است. همچنین نشانه توجه

در حالی است که در سر دیگر این پیوستار کودکان برونی‌سازی شده قرار می‌گیرند که نه تنها تمایلی به کناره‌گیری ندارند، بلکه در روابط اجتماعی، خود را به محیط و دیگران تحمیل هم می‌کنند. مبادلات اجتماعی این کودکان با دیگران به برخورد فیزیکی، خصومت و پرخاشگری [۹] می‌انجامد و به همین دلیل ترسیم درشت‌تر اجزای صورت (نشانه ششم) توسط آنها مشاهده می‌شود. در واقع نوعی افراط و تفریط به چشم می‌خورد: در یک سو سرمایه‌گذاری لازم بر اجزای چهره صورت نگرفته و کودک با نارزنده‌سازی نمودن این ابزارهای ارتباطی به نارزنده‌سازی روابط اجتماعی و بیان ضعف خویش در مبادلات روزمره پرداخته است و در سوی دیگر سرمایه‌گذاری بیش از اندازه بر این ابزارهای ارتباطی صورت گرفته است؛ چرا که این ابزارها می‌توانند کودک برونی‌سازی شده را در دستیابی به اهداف پرخاشگرانه یاری دهند. برای مثال گوش‌ها و چشم‌های بزرگ‌تر با توان بیشتری مواد اولیه برای اسنادهای خصمانه کودک پرخاشگر را فراهم می‌کنند.

در توصیف نقاشی کودکان دارای مشکلات برونی‌سازی شده یافته جدیدی به دست آمده که در ادبیات پیشین پژوهش اشاره‌ای به آن نشده است، این یافته، ترسیم دایره صورت به شکل منقطع یا با خطوطی کمرنگ‌تر از سایر خطوط نقاشی است (نشانه هفتم). بدیهی است که پذیرفتن این نشانه نیازمند پژوهش‌های تأییدکننده بیشتری است، لیکن می‌توان چنین تحلیل کرد که دایره صورت حکم خطی محدودکننده و کنترل‌کننده را برای اعضای چهره دارد و در واقع نوعی مرز میان محیط بیرونی و اعضای چهره است. به صورت غیرمستقیم می‌توان فرض کرد که این خط، حد و مرزی برای برقراری ارتباط با دیگری نیز هست. در کودکان برونی‌سازی شده ترسیم کمرنگ یا منقطع این مرز نشان دهنده کاهش سودمندی این مرز مهار کننده در مبادلات اجتماعی است، چه اساساً فقدان مهارگری و خودنظم‌دهی در این کودکان قابل انتظار است [۱۳].

ناهمسو است، می‌توان نتیجه‌گیری درباره آن را منوط به اجرای پژوهش‌های آتی در نمونه‌های وسیع‌تر دانست.

از دیگر یافته‌های معنادار در پژوهش حاضر آن است که کودکان دارای مشکلات برونی‌سازی شده بیشتر به ترسیم ابروهای پهن (نشانه دوازدهم) می‌پردازند. هم سو با این نتیجه لووسیل و هرش کوویتز^{۳۳} نیز معتقدند که ترسیم ابروهای سایه‌دار از نشانه‌های خصومت و سوءظن در نقاشی است. [۲۱]

همچنین همسو با مطالعات پیشین کودکان دارای مشکلات برونی‌سازی شده توجه خاصی به ترسیم بینی و ارزنده‌سازی آن (نشانه سیزدهم) دارند. بدین معنا که ترسیم بینی به صورت سایه‌دار، با خطوط کامل‌تر و یا همراه با سوراخ‌ها و پره‌های آن در ترسیم این نوع از کودکان بیشتر به چشم می‌خورد. مک اور معتقد است که بینی هم به عنوان جمع آورنده اطلاعات حسی بویایی، هم به عنوان نماد تمایلات جنسی و هم به عنوان مظهر تلاش فرد برای دستیابی به قدرت در نظر گرفته می‌شود [۲۲]. تأکید بر بینی و یا ترسیم بزرگ یا سایه‌دار آن می‌تواند نشانه حساسیت نسبت به بوها، تقلا برای دستیابی به قدرت و وجود مشکلات جنسی باشد. ضمن اینکه لووسیل و هرش کوویتز نیز به این نتیجه دست یافته‌اند که تأکید بر پره‌ها و سوراخ‌های بینی نشانه‌ای از پرخاشگری است. [۲۲]

یافته دیگری که از پژوهش حاضر به دست آمده است، نشان می‌دهد که فراوانی ترسیم تنه به شکل مربع مستطیل یا به صورت انعطاف‌ناپذیر (نشانه چهاردهم) به گونه معناداری در کودکان دارای مشکلات برونی‌سازی شده بیشتر است. برخلاف کودکان دارای مشکلات برونی‌سازی شده که به صورت تکانشی به برون‌ریزی غرایز خود می‌پردازند و در خودنظم‌دهی و مهار رفتارهای خود با مشکل روبرو هستند، به نظر می‌رسد که کودکان درونی‌سازی شده تلاش می‌کنند تا سطح بالایی از کنترل و مهارگری افراطی و

بیشتر این کودکان به جذابیت چهره‌ای، تأثیرگذاری بر دیگران و جلب توجه آنان نیز می‌تواند باشد.

در ارتباط با ترسیم موها یافته معنادار دیگری نیز در پژوهش حاضر وجود دارد که نشان می‌دهد کودکان برونی‌سازی شده بیشتر از کودکان درونی‌سازی شده یا موها را به سمت بالا ترسیم می‌کنند و یا آنها را به شیوه‌ای نوک تیز رسم می‌نمایند (نشانه یازدهم). درک این موضوع که کودکان دارای پرخاشگری بیش از سایرین موها را به شکل نوک تیز ترسیم می‌کنند، آسان است؛ چرا که ترسیم اشیاء نوک تیز در نقاشی به خودی خود نشانه مستقیمی از پرخاشگری محسوب می‌شود. اما در مقابل ترسیم موها به سمت بالا نشانه‌ای است که نیازمند بحث و بررسی بیشتری است. اوستر و مونتگومری^{۳۴} در ۱۹۹۶ ترسیم موها به سمت بالا را به عنوان یکی از نشانه‌های اضطراب در ترسیم آدمک مطرح کرده‌اند [۶]. بر این اساس انتظار می‌رود که این نشانه ترسیمی در نقاشی کودکان درونی‌سازی شده بیشتر از کودکان برونی مشاهده گردد؛ چرا که اضطراب از اختلالات زیر مجموعه‌ی مشکلات درونی‌سازی شده است. لیکن نکته قابل توجه این است که در پژوهش حاضر، فراوانی چنین ترسیمی در کودکان برونی بیشتر بوده است. از یک سو موها نماد نیروی حیوانی و خشن در انسان و از سوی دیگر خطوط رو به بالا نمادی از شادی، زندگی و انفجار احساسات حاد هستند [۱۷] که با کنار هم قرار دادن این دو تبیین می‌توان انتظار داشت که ترسیم موها به سمت بالا در کودکان برونی‌سازی شده بیشتر مشاهده شود. حتی در تبیین ساده‌تر شاید بتوان موهای آرایش شده به سمت بالا را نشانه پیروی از مدل‌های رایج آرایش مو به خصوص در پسران دانست که با توجه به معنادار بودن ارزنده‌سازی موها در کودکان دارای مشکلات برونی‌سازی شده، باز هم انتظار می‌رود در این کودکان بیشتر باشد. در هر حال از آنجا که این یافته با پژوهش‌های پیشین

می‌تواند حکایتگر مشکلات کودکان درونی در مسائل ارتباطی نیز باشد؛ چرا که دست‌ها و پاها که به منزله‌ی تماس بین بدن و محیط پیرامونی تلقی می‌شوند، به احساساتی که ناشی از مسائل ارتباطی هستند نیز بسیار حساسند [۱۷].

در ارتباط با ترسیم بازوها، یافته‌جدید دیگری نیز در پژوهش حاضر وجود دارد و آن ترسیم بازوها به شکل یک کمان رو به پایین (نشانه هفدهم) است که در نقاشی کودکان دارای مشکلات برونی سازی شده به چشم می‌خورد. می‌توان برای نشانه مذکور سه فرضیه تبیینی احتمالی ارائه کرد: نخست آنکه اساساً ترسیم منحنی نشانه‌ای از حرکت و پویایی است و ترسیم بازوها به این شکل می‌تواند بیانگر آمادگی برای عمل و تأثیرگذاری بر محیط باشد. دیگر آنکه شاید بتوان چنین ترسیمی را به صورت غیرمستقیم نشانه‌ای از ارزش‌سازی نیروی جسمانی در نظر گرفت، چرا که یادآور شکل افراد قلدر است و سوم اینکه چنین ترسیمی یادآور کنایه کلامی □ شانه بالا انداختن نیز هست که اشاره به لجبازی و بی‌اعتنایی دارد.

یافته دیگر در پژوهش حاضر این است که کودکان دارای مشکلات درونی سازی شده بیشتر از کودکان دارای مشکلات برونی سازی شده جهت کفش‌ها یا پاها را به سمت چپ (نشانه هجدهم) کشیده‌اند. کرم [۲۴] به این موضوع اشاره کرده است که ترسیم‌های کودکان افسرده و واپس‌گرا بیشتر در سمت چپ و پائین کاغذ صورت می‌گیرد. همچنین به عقیده دیاگرام (۱۹۹۹) گرایش به سمت چپ کاغذ نمادی از گرایش به گذشته، دلبستگی به مادر و البته گرایش به خود و درون است [۲۵]. بنابراین جهت‌گیری پاها در کودکان دارای مشکلات درونی‌سازی شده به سمت چپ می‌تواند ترسیم نمادین گویایی از جهت‌گیری رفتارهای آنان به سمت درون و خود باشد. همچنین موضع پاها مشکلات کودکان و کوشش‌های آنها را به منظور غلبه بر موانع نشان می‌دهد [۱۷]. بر این اساس ترسیم پاها به سمت چپ درست همانند آن است که کودک در

سازش‌نیافته را درباره فرایندهای فکری، رفتاری و هیجانی خود اعمال کنند [۱۳]. بر این اساس می‌توان انتظار داشت که کودکان درونی بیشتر از اشکال هندسی مانند مربع و مستطیل یا خطوط نامنظم استفاده کنند، چراکه این اشکال در مقایسه با دایره و خطوط منحنی تمایل بیشتری به مهارگری و نظم‌دهی دارند. دادستان [۱۷] به این موضوع اشاره می‌کند که وضع بدنی بدون تحرک و بی‌انعطاف ترجمان عدم ارضای نیازهای غریزی یا مبین وقفه و اضطرابی است که از تسلیم و تمکین آزمودنی در مقابل یک کشاننده، ممانعت به عمل می‌آورد. علاوه بر تنه نامنظم، در ترسیم‌های کودکان دارای مشکلات درونی‌سازی شده می‌توان ترسیم‌های انعطاف‌ناپذیر دیگری را نیز در اعضای عمل‌کننده آنها مثل بازوها (نشانه پانزدهم) مشاهده کرد. ترسیم بازوهای انعطاف‌ناپذیر را می‌توان نشانه‌ی وجود تنش در روابط، بازداری و البته به معنای دشواری در تماس با دیگری، با اشیاء و به خصوص با بدن خود در نظر گرفت [۱۷]. در همین راستا مشاهده می‌شود که ترسیم دست‌های ناکارآمد (نشانه شانزدهم) نیز در کودکان درونی بیشتر از کودکان برونی بوده است. اگر چه اصطلاح دست‌های ناکارآمد، اصطلاحی کلی است، ولی به‌خوبی می‌تواند بیان‌کننده تفاوت شیوه ترسیم دست‌ها در کودکان درونی در مقایسه با کودکان برونی باشد؛ به این ترتیب که مثلاً کودکان درونی‌سازی شده کف دست را به‌صورت متمایز ترسیم نکرده‌اند و انگشتان را چسبیده به هم کشیده و یا تمایزی میان شیوه ترسیم انگشتان قائل نشده‌اند و دست‌ها را شبیه یک گل ترسیم کرده‌اند، ترسیمی که عقب ماندگی ذهنی را به خاطر متبادر می‌سازد و نشان‌دهنده عدم سرمایه‌گذاری بر این اعضا است. این موضوع می‌تواند نشانه‌ای از فعل‌پذیری و تسلیم کودک در برابر محیط باشد، چه کورپیتا و بارلو^{۳۴} (۱۹۹۸)، معتقدند که احساس کنترل بر زندگی در افراد درونی شده ضعیف‌تر است [۲۳]. البته این شیوه ترسیمی

رویارویی با مشکلات و مسائل زندگی روزمره آماده پناه بردن به گذشته و یا درون خود باشد. از دیگر یافته‌های پژوهش حاضر این است که کودکان برونی به گونه معناداری خود را از لحاظ سنی بزرگ‌تر (نشانه نوزدهم) ترسیم کرده‌اند. بدیهی است هرچه سن کودک کمتر باشد، تأثیرگذاری وی بر محیط کمتر است و زندگی وی وابسته به بزرگسالان و تحت حمایت آنها است. در حالی که با افزایش سن، کودک می‌تواند کنترل و دستکاری بیشتری در محیط انجام دهد و به استقلال عمل دست یابد و این همان خواسته کودکان دارای مشکلات برونی سازی شده است که می‌خواهند در سطحی مستقل و وسیع‌تر به تغییر محیط بیرونی و تأثیر در آن مطابق میل خود بپردازند و مسلماً سن ابزاری است که دستیابی به آن، این کودکان را به خواسته‌هایشان نزدیک‌تر می‌سازد. دو نشانه ترسیم در پایین یا حاشیه صفحه (نشانه بیستم) و ترسیم بدون جزئیات (نشانه بیست و یکم) نیز هر دو هم‌سو با نتایج پیشین دادستان [۱۷] و کرمن [۲۴]، در کودکان دارای مشکلات درونی‌سازی شده بیشتر بوده است. برای مثال کرمن [۲۴]، نقاشی کودک غمگین و در خود فرورفته‌ای را به تصویر می‌کشد که آدمک‌های خود را در پائین کاغذ ترسیم کرده و جزئیاتی مانند اجزای صورت، انگشتان، لباس‌ها و غیره را برای آنها ترسیم نکرده است. آخرین نشانه تأیید شده در پژوهش حاضر نیز ترسیم ضعیف‌تر ساق پای راست (نشانه بیست دوم) در کودکان دارای مشکلات درونی‌سازی شده است. از آنجا که در ادبیات پیشین پژوهش اشاره‌ای به نشانه فوق نشده است، بنابراین تبیین ارائه شده در این مجال در حد فرضی و البته از دیدگاه پژوهشگر انجام گرفته است. در تبیین یافته‌ی فوق باید نخست به این سؤال پاسخ داد که پای راست ترسیم شده برای تصویر (در سمت راست کاغذ) بازنمایی کدام پای کودک است؟ آیا کودک احساساتی را که نسبت به پای راست خود دارد، به همان پایایی که در سمت راست کاغذ قرار دارد، فراقکنی کرده است یا اینکه با اشراف- خودآگاه یا

ناخودآگاه -بر اثر آینه‌ای طبیعی در تصویر، این احساسات را به پای چپ تصویر خود فراقکنده است! گر چه تاکنون پژوهشی در این زمینه صورت نگرفته است، لیکن چنین به نظر می‌رسد که احتمال دوم بعیدتر است؛ زیرا همان‌طور که گفته شد مستلزم آن است که کودک به صورت خودآگاه یا ناخودآگاه بر وجود اثر آینه‌ای در تصویر واقف باشد. چنانچه احتمال اول را نزدیک‌تر به واقعیت در نظر بگیریم، با قرار دادن این احتمال در کنار این موضوع که اکثر کودکان شرکت‌کننده در این پژوهش را راست‌برتران تشکیل می‌دهند، می‌توان انتظار داشت که کودکان راست برتر در ترسیم خود، آنچه را که در سمت راست کاغذ واقع شده است، بهتر کشیده باشند؛ چرا که بازنمایندگی نیمه برتر بدنشان است. لیکن بر خلاف این انتظار، کودکان دارای مشکلات درونی‌سازی شده با ترسیم پای راست لاغر و ضعیف، به ناززنده‌سازی ترسیمی نیمه‌ی برتر بدن خود پرداخته‌اند. ناززنده‌سازی نیمه برتر بدن نشانگر آن است که این نیمه کارایی خود را به‌عنوان نیمه‌ی توانمند بدن برای کودک از دست داده است. از آنجا که سطح عمل کودک دارای مشکلات درونی‌سازی شده در محیط بیرونی به سبب جهت‌گیری رفتار کودک به سمت درون، انفعال یا مشکلات ارتباطی، محدود گشته است؛ کودک نیازی به سرمایه‌گذاری بر نیمه‌ی برتر بدن خویش و استفاده از آن نمی‌بیند. برای مثال می‌توان گفت که فایده‌ی پا به‌عنوان ابزاری برای رفتن به سمت دیگری و برقراری ارتباط با وی و یا حتی به‌عنوان وسیله‌ای برای دفاع از خود، در این کودکان کاهش یافته است، درست همانند ماهیچه‌ای که به دلیل عدم استفاده از آن شروع به تحلیل رفتن کرده باشد.

بر اساس آنچه ذکر شد، می‌توان نشانه‌های تأییدشده در پژوهش حاضر را به عنوان زیرگروه‌های دو محور ارزنده‌سازی -ناززنده‌سازی و برون‌ریزی -بازداری در کودکان دارای مشکلات هیجانی در نظر گرفت. (شکل ۱).

مشکلات برونی سازی	مشکلات درونی سازی		
ارزنده سازی خود و خود دوستداری	برون ریزی و فقدان مهارگری	ناارزنده سازی خود و اعتماد به نفس پایین	بازداری
ترسیم سن بزرگ تر از خود	چهره خصومت گر	چهره غمگین، نگران یا رنجور	ترسیم بازوهای نامنعطف
ترسیم سر بزرگتر از تنه	ترسیم دایره صورت کمرنگ یا منقطع	ترسیم کوچک اجزای صورت	ترسیم تنه به شکل مربع مستطیل
ترسیم درشت اجزای صورت	ترسیم ابروهای پهن	ترسیم کمرنگ اجزای صورت	ترسیم کفش ها به سمت چپ
ارزنده سازی ترسیم موها	ترسیم بازوهای کمانی	عدم ترسیم موها یا ترسیم کمرنگ آنها	
ارزنده سازی ترسیم بینی	ترسیم دهان با حالت پوزخند ترسیم موها به سمت بالا یا نوک تیز	ترسیم دست های ناکارآمد ترسیم ضعیف تر ساق پای راست	
		ترسیم ضعیف تر ساق پای راست ترسیم در پایین یا حاشیه صفحه	
		ترسیم بدون جزییات	

شکل ۱: تقسیم بندی نشانه های تأیید شده بر اساس دو محور ارزنده سازی - ناارزنده سازی و برون ریزی - بازداری

در کنار سؤال اصلی پژوهش، تحقیق حاضر به بررسی تفاوت های دو جنس در ترسیم خود دختران و پسران به عنوان فرضیه جانبی نیز پرداخته است (جدول ۲).

جدول ۲: نشانه‌ها و داده‌های عددی متعلق به نشانه‌های ترسیم خود متمایز در دو جنس

شماره	نشانه	فراوانی مشاهده شده در دختران	فراوانی مشاهده شده در پسران	فراوانی مورد انتظار برای هر دو گروه	سطح معناداری آزمون مجذور کا
۱	عدم استفاده از پاک‌کن	۱۱	۲۴	۱۷.۵	۰.۰۰۵
۲	کیفیت کلی ترسیم بد	۱۰	۲۲	۱۶	۰.۰۰۸
۳	چشم‌های درشت با مژه‌های بلند*	۱۶	۵	۱۰.۵	۰.۰۰۶
۴	توجه به ترسیم چشم‌ها*	۲۵	۱۴	۱۹.۵	۰.۰۱۹
۵	عدم ترسیم مژه‌ها	۱۷	۳۶	۲۶.۵	۰.۰۰۰
۶	مژه‌های برگشته*	۱۸	۲	۱۰	۰.۰۰۰
۷	ابروی هلالی*	۱۸	۹	۱۳.۵	۰.۰۳۸
۸	دهان با حالت پوزخند	۹	۱۹	۱۴	۰.۰۲۳
۹	ترسیم خطوط هر دو لب*	۱۳	۵	۹	۰.۰۳۵
۱۰	دهان کوچک*	۱۲	۴	۸	۰.۰۲۷
۱۱	دهان نیمه باز	۳	۱۲	۷.۵	۰.۰۱۱
۱۲	لب‌های پهن و کلفت*	۱۲	۴	۸	۰.۰۲۷
۱۳	ترسیم گوش‌ها	۳	۲۱	۱۲	۰.۰۰۰
۱۴	توجه به ترسیم گوش‌ها	۱	۱۳	۷	۰.۰۰۰
۱۵	ارزنده‌سازی موها*	۱۲	۴	۸	۰.۰۲۷
۱۶	ترسیم افقی بازوها	۱	۱۰	۵.۵	۰.۰۰۴
۱۷	ترسیم خط کمر*	۲۲	۱۲	۱۷	۰.۰۳۰
۱۸	ترسیم پاشنه ی کفش*	۹	۱	۵	۰.۰۰۷
۱۹	پاک کردن چشم و ابرو*	۲۱	۶	۱۳.۵	۰.۰۰۱
۲۰	شباهت انسانی کم است	۴	۱۵	۹.۵	۰.۰۰۴

همانطور که در جدول خی‌دوی "ب" مشهود است، می‌توان دید که فراوانی مشاهده شده در ترسیم نشانه‌های فوق، برخی در گروه پسران و برخی دیگر در گروه دختران، بیشتر از فراوانی مورد انتظار برای ترسیم آنها در هر دو گروه است و این تفاوت بر اساس مقایسه سطح معناداری ارایه شده در ستون آخر جدول و شاخص پنج صدم درصد معنادار است، این نشانه‌ها در پسران شامل:

۱. عدم استفاده از پاک‌کن
۲. کیفیت کلی ترسیم بد است
۳. عدم ترسیم مژه‌ها
۴. ترسیم دهان با حالت پوزخند
۵. دهان نیمه باز
۶. ترسیم گوش‌ها

۷. ارزنده‌سازی ترسیم گوش‌ها
۸. ترسیم افقی بازوها
۹. شباهت انسانی ترسیم کم است و در دختران نیز دربرگیرنده موارد زیر است:
۱. ترسیم چشم‌های درشت با مژه‌های بلند
۲. توجه به ترسیم چشم‌ها
۳. مژه‌های برگشته
۴. ابروی هلالی
۵. ترسیم خطوط هر دو لب
۶. دهان کوچک
۷. لب‌های پهن و کلفت
۸. ارزنده‌سازی موها
۹. ترسیم خط کمر
۱۰. ترسیم پاشنه کفش‌ها

گونه‌ای که حالت پوزخند دارد، نیز از نشانه‌های پرخاشگری است که انتظار می‌رود ترسیم آنها در پسران بیشتر از دختران باشد، زیرا رفتارهای پرخاشگرانه به‌طور طبیعی و حتی از زمان خردسالی در پسران بیشتر از دختران مشاهده می‌شود [۲۶]. همچنین ترسیم فراوان‌تر بازوها به شکل افقی در پسران نیز از نتایج هم‌سو با ادبیات پژوهش است که نشان می‌دهد پسران در روابط خود با دیگران تنش بیشتری را تجربه می‌کنند [۱۷]. یافته‌ای دیگر در پژوهش حاضر عدم استفاده از پاک کن در پسران است که به‌طور معناداری بیشتر از دختران بوده است. مورتن‌سون معتقد است که استفاده‌زیاد از پاک‌کن اضطراب و تلاش برای دستیابی به کمال را نشان می‌دهد و حضور پاک کن در اغلب ترسیم‌های نوجوانان ۱۲-۱۳ ساله، نشانه‌خود انتقادگری بالا و رشد احساس واقع‌گرایی در آنها است [۵]. بر این اساس شاید بتوان چنین تبیین کرد که بر مبنای عدم استفاده از پاک‌کن، خود انتقادگری در پسران کمتر از دختران دیده می‌شود.

بنابر آنچه ذکر شد، بدیهی است که بسیاری از نشانه‌های تأییدشده در پژوهش حاضر نیازمند پژوهش‌های تأییدکننده بیشتری هستند که پیشنهاد می‌شود در مطالعات آتی و در نمونه‌های وسیع‌تر مورد بررسی قرار گیرند. همچنین لازم است که به بررسی این نکته پرداخته شود که نتایج حاصل از ترسیم خود تا چه اندازه با نتایج حاصل از ترسیم آدمک متفاوت هستند، چرا که در تفسیر نشانه‌های خود از همان منابع تفسیری آدمک استفاده شده است، بدون آنکه پژوهشی درباره همسانی یا تفاوت‌های احتمالی این دو دستورالعمل انجام گرفته باشد. همچنین بررسی این موضوع نیز می‌تواند جالب باشد که چرا برخی از کودکان در حین اجرای آزمون بر ترسیم شباهت‌های واقعی میان خود و ترسیم‌شان مانند مدل چشم‌ها، فرم لباس، ترسیم عینک یا خال روی صورت و غیره اصرار داشتند در حالی که برخی دیگر بدون توجه به

۱۱. پاک کردن در ناحیه چشم و ابرو
ترسیم چشم‌های درشت با مژه‌های بلند و برگشته، توجه به ترسیم چشم‌ها، ترسیم ابروهای هلالی، مشخص کردن خطوط دو لب، دهان کوچک، ارزنده سازی موها، ترسیم خط کمر و پاشنه کفش‌ها همگی در دختران به گونه معناداری فراوان‌تر از پسران بوده است. این نشانه‌ها هم‌سو با نتایج پیشین دادستان [۱۷]، نشان‌دهنده توجه بیشتر دختران به زیبایی چهره، جذابیت ظاهری و جنسی و البته توجه بیشتر، آنها به جزئیات است. همچنین در توجیه این مسأله که کیفیت کلی ترسیم در پسران بدتر از دختران و شباهت انسانی ترسیم در آنها کمتر بوده است، نیز می‌توان هم توجه به جزئیات و هم سطح تحول ترسیمی و شناختی را در نظر گرفت، چرا که اغلب مؤلفان برتری نتایج دختران نسبت به پسران را در مقیاس تحول یافتگی در آزمون آدمک تأیید کرده‌اند [۱۷]. نکته جالب توجه در اینجا مسأله ترسیم گوش‌هاست، چرا که به تبع گفته‌های بالا انتظار می‌رود که دختران، هم سبب پختگی شناختی بیشتر و هم به دلیل توجه بیشتر به جزئیات، بیشتر به ترسیم گوش‌ها بپردازند. لیکن به نظر می‌رسد گوش برای پسران عضو معنادارتری تلقی می‌شود؛ چرا که فراوانی ترسیم گوش‌ها و ارزنده‌سازی ترسیم آنها در پسران بیشتر از دختران بوده است. می‌توان چنین ارزنده‌سازی را به دو دلیل عمده نسبت داد: اول آنکه همانطوری که در زنان نیمه چپ مغز و مهارت‌های کلامی قوی‌تر هستند [۲۶]، ممکن است در مردان نیز قسمت‌هایی از مغز که به حس شنوایی مربوط می‌شوند، قوی‌تر باشند و در نتیجه حس شنوایی برای مردان برتری فیزیولوژیکی داشته باشد. دوم آنکه مک‌اور (۱۹۴۹) معتقد است که ترسیم گوش‌ها و چشم‌های بسیار بزرگ نشان‌دهنده سوء ظن، بدبینی و سایر ویژگی‌های پارانوییدی است [۲۷] که البته به‌طور طبیعی در مردان بسیار بیشتر از زنان مشاهده می‌شود [۲۸]. نشانه‌دیگری چون ترسیم دهان به

15. McClintock, S. M. Relationship Of Internalizing Behavior Problems To Intelligence And Executive Functioning In Children. For The Degree Of Master Of Science. The University Of Texas Southwestern, Medical Center At Dallas. 2005.
16. Lev- Wiesel, R. & Hirshenzon- Segev, E. Alzheimer's Disease As Reflected In Self-Figure Drawings Of Diagnosed Patients. The Arts In Psychotherapy. 2003; 30: 83- 89.
17. Dadsetan, P. Children Personality Analysis Based On Drawing Test. Tehran: Roshd; 2004(Persian).
18. Khodayari Fard, S. Comparison The Result Of Projection Test In Children. Journal Of Family Research. 2007; 9(Persian).
19. Lewis, M. Child And Adolescent Psychiatry: A Comprehensive Text Book. Second Edition. Williams & Wilkins Press; 1996.
20. Crittenden, K. B. Comparison Of Beliefs And Attitudes Toward Internalizing Disorders Relative To Externalizing Disorders In Children And Adolescents. Phd Dissertation. Drexel University; 2004.
21. Lev- Wiesel, R. & Shvero, T. An Exploratory Study Of Self- Figure Drawings Of Individuals Diagnosed With Schizophrenia. The Arts In Psychotherapy. 2003; 30: 13- 16.
22. Lev- Wiesel, R., Shabat, A. & Tsur, A. Stuttering As Reflected In Adult's Self-Figure Drawings. Journal Of Developmental And Physical Disabilities. 2005; 17(1).
23. Dearing, E. Macartney, K. Taylor, B. A. Within Child And Associations Between Family Income And Externalizing And Internalizing Problems. Developmental Psychology. 2006; 42(2): 237-252.
24. Corman, L. Childran's Drawings. Tehran: Roshd; 2000(Persian).
25. Agha Yousefi, A. Personality Analysis Based On Handwriting. Ghom: Nasr; 2005(Persian).
26. Ganji, H. Individual Differences Psychology. Tehran: Besat; 1999(Persian).
27. Cohen, R. J. & Swerdlik, M. E. Psychological Testing And Assessment. Sixth Edition. Mc Graw: Hill International Edition; 2005.
28. Sadoek, B. Sadoek, V. Kaplan And Sadoek Synopsis Of Psychiatry. Tehran: Shahrab; 2003(Persian).

دستورالعمل ترسیم خود، صرفاً به ترسیم یک آدمک می‌پرداختند.

منابع:

1. Oster, G. D. & Gould Crone, P. Using Drawings In Assessment And Therapy. Second Edition. New York And Hove: Taylor & Francis Group; 2004.
2. Alter Mury, S. Beyond The Face: Art Therapy And Self-Portraiture. The Arts In Psychotherapy. 2007.
3. Harris, D. Children's Drawings As Measures Of Intellectual Maturity. New York: Harcourt, Brace And World, Inc; 1963.
4. Malchiodi, C.A. Understanding Children's Drawings. New York And London: The Guilford Press; 1998.
5. Skybo, T., Rayan-Wenger, N.A. & Su, Y. Human Figure Drawings As A Measure Of Children's Emotional Status. Journal Of Pediatric Nursing. 2007; 22(1).
6. Lev-Wiesel, R. & Yosipov-Kaziav, J. Deafness As Reflected In Self-Figure Drawings Of Deaf People. Journal Of Developmental And Physical Disabilities. 2005; 17(2).
7. Maddux, J. E. & Winstead, B. A. Psychopathology. Second Edition. New York: Taylor & Francis Group; 2008.
8. Bakhtiyari, M. Relationship Between Believes Of Control With Internalize And Externalize Psychology In Children. For The Degree Of Phd. Iran Medicine University. 2005(Persian).
9. Stricker, G. & Widiger, T. A. Handbook Of Psychology, Vol. 8: Clinical Psychology. New Jersey: John Wiley & Sons, Inc; 2003.
10. Rosenhan, D. L. & Seligman, M. E. P. Abnormal Psychology. Third Edition. New York And London: W. Norton & Compny; 1997.
11. Walker, C. E. & Roberts, M. C. Handbook Of Clinical Child Psychology. Third Edition. John Wiley & Sons, Inc; 2001.
12. Jenson, W. R., Olympia, D., Farley, M. & Clark, E. Positive Psychology And Externalizing Students In A Sea Of Negativity. Psychology In The Schools. 2004; 41(1).
13. University Of Oregon. Depression In Children And Adolescents. Oregon Resiliency Project: [Http:// Orp.Uoregon. Edu](http://Orp.Uoregon.Edu). 2003.
14. Minaii, A. Manual Of Aseba. Tehran: Especial Children Ins; 2005(Persian).