# بررسی شاخصهای ابعاد و رنگ در آزمون ترسیم آدمک رنگی کودکان و نوجوانان مبتلا به اختلال دو قطبی

دکتر محمدعلی صاحبی: \* دستیار فوق تخصص روانپزشکی کودک و نوجوان، دانشکده پزشکی، دانشگاه علومپزشکی تهران دکتر حمیدرضا پوراعتماد: استادیار، گروه روانشناسی، دانشکده روانشناسی، دانشگاه شهید بهشتی دکتر محمدرضا محمدی: فوق تخصص روانپزشکی کودک و نوجوان، مدیر گروه روانپزشکی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی تهران

فصلنامه پایش سال دوم شماره سوم تابستان ۱۳۸۲ صص ۱۹۱-۱۹۸ تاریخ پذیرش مقاله:۱۳۸۲/۲۹

#### چکیده

هدف این مطالعه بررسی تأثیر مشکلات خلقی در کودکان و نوجوانان مبتلا به اختلال دو قطبی، بر ابعاد ترسیم و به کارگیری رنگ در آزمون ترسیم آدمک رنگی بوده است. گروه مورد مطالعه شامل ۳۰ کودک و نوجوان ۱۲ تا ۱۷ ساله بوده که از آذرماه ۱۳۸۰ تا آذرماه ۱۳۸۱ در بخشهای روانپزشکی کودک و نوجوان بیمارستانهای روزبه و امام حسین (ع) بستری شدهاند. این نمونه با روش نمونهگیری آسان انتخاب شدند. تمام آزمودنیها واجد ملاکهای تشخیصی شدهاند. این نمونه با روش نمونهگیری آسان انتخاب شدند. تمام آزمودنیها واجد ملاکهای تشخیصی که شواهد آشکاری دال بر عقب ماندگی ذهنی داشتند نیز از مطالعه حذف شدند. سپس آزمون ترسیم آدمک بهصورت انفرادی روی افراد گروه نمونه اجرا شد.

میانگین شاخصهای طول و سطح ترسیم آدمک در گروه نمونه نسبت به هنجارهای موجود و در پسران نسبت به دختران بهطور قابل ملاحظهای بزرگتربود. اما این تفاوتها از لحاظ آماری معنادار نبودند. در شاخص رنگ، فقط ۱۱ نفر (۳۶۱۶ درصد) از رنگ استفاده کردند که ۵۰ درصد دختران (۷ مورد) و ۲۵ درصد پسران (۴ مورد) از مواد رنگی استفاده کردند. پس نسبت دختر به پسر در این شاخص تقریباً دو برابر بوده هر چند که این تفاوت از نظر آماری معنادار نبوده است. همچنین ۸۰ درصد افرادی که از رنگ سبز استفاده کردند، در زمان ترسیم دارای احساسات و عقاید مذهبی بودند.

بر پایه این تحقیق بهنظر می رسد که در بیماران مبتلابه اختلال دوقطبی ارتباط متقن و قوی بین کیفیت خلق و اندازه ترسیم یا رنگ آمیزی آن وجود ندارد.

**کلیدواژهها:** اختلال دو قطبی، آزمون ترسیم آدمک، کودکان و نوجوانان، ابعادترسیم، رنگ

E-mail: drm\_sahebi@yahoo.com

<sup>\*</sup> نویسنده اصلی: ساری، بلوار امام رضا (علیهالسلام)، کیلومتر ۵ جاده ساری- نکا، مرکز روانپزشکی و سوختگی زارع، کد پستی: ۴۸۱۵۴-۶۶۸۴۸ تلفن: ۱۵۱-۳۲۸۳۸۸۶-۱۵۱۰

#### مقدمه

یکی از ابزارهای بسیار کارآمد در فعالیتهای پژوهشی روانشناسی بالینی و روانپزشکی کودک و نوجوان ترسیم است. مطالعه علمی و طبقهبندی نقاشی کودکان به سال ۱۸۸۵ باز می گردد. از آن زمان، نقاشی کودکان و نوجوانان از زوایای روانشناختی، مردم شناسی، هنری، معماری و حتی فیزیکی مورد بررسی قرار گرفته و متخصصین رشتههای مختلف در این محصوب به اظهار نظر پرداختهاند. بر این اساس می توان ادعا کرده که مطالعه نقاشی کودکان ماهیتی بین رشتهای پیدا کرده

طی همین مدت، یک فرض بنیادین بر همه فعالیتهای به ظاهر متفرق متخصصین در این قلمرو حاکم بوده است و آن ایس که، نقاشی کودک نسخهای از تصویر ذهنی اوست و از این دریچه می توان به اندیشهها یا استعدادهایش دست یافت[۱]. به هنگام ترسیم، نه تنها فرد خود را در سطحی غیرکلامی بیان می دارد و پویایی روانی و ارتباطات بین فردیاش را به نمایش می گذارد، بلکه تعارضات بسیار عمیق خود را نیز فرافکن می سازد. لذا با این ابزار می توان اولین علایم آسیب شناسی روانی را شناسایی کرد[۲].

علاوه براین، همچنان که آدلر (Adler) (۱۹۸۲) و دنیس (Denis) (Penis) (طهار داشتند ترسیم، ابزار مناسبی برای بیان و فهم ارزشهای گروهی رایج در محیطهای فرهنگی است [۳] و حتی از این طریق میتوان تغییرات سریع آداب و رسوم در کشورهای در حال توسعه و راههای سازگاری با این درگرگونیها را بررسی نمود[۴].

در بین آزمونهای ترسیمی، آزمون ترسیم آدمک گودیناف از قدمت و شهرت بیستری برخوردار است. ایس آزمون نرسیم نخستین بار در سال ۱۹۲۶ توسط فلورانس گودیاف نخستین بار در سال ۱۹۲۶ توسط فلورانس گودیاف کودکان به کار 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 مکآور(Machover) تنظیم شده است، آزمون نقاشی آدمک به عنوان یک آزمون فرافکن تولیدی جهت ارزیابی عاطفی یا شخصیتی به کار رفته است [۵]. در این چارچوب محققین سعی کردهاند روابط

بين برخي مؤلفهها و عناصر أزمون ترسيم أدمك (اندازه، کیفیت خطوط و...) را با ویژگیهای شخصیتی[۶] یا وضعیت خلقی و عاطفی آزمودنیها به هنگام ترسیم [۷] مشخص کنند. مـکآور اظهار داشت که بین اندازه ترسیم با برونگرایی، سطح عزت نفس و انرژی روانی شخص رابطه مستقیم وجود دارد. یک نقاشی کوچک انعکاسی از یک خود پنداره پایین، افسردگی، فقدان انرژی و درونگرایی است. در حالی که یک نقاشی بیش از حد بزرگ نشانگر برونگرایی و تورم جبرانی در انرژی روانی، خودپنداره و عزت نفس است که مشابه با خصایص بیماران آشفته (Manic) است[۵]. محققین دیگر تأثیر خلق و نوسانات آن بر ترسیم را بهصورت تجربی بررسی کردهاند. در مطالعهای، نقاشیهای گروهی از دانشجویان را که همزمان با پخش موسیقی راک انجام شده بود با نقاشیهای آنها در موقعیت سكوت مقايسه كردند. جزييات ترسيم، ميزان فشار بر كاغذ و تکمیل نقاشی در موقعیت دوم بهطور معناداری بیشتر از موقعیت اول بود[۸].

مجموعه این یافتهها نشان میدهند که همخوانیهای آشکاری بین جنبههای فاعلی و خصوصیات آدمک نقاشی شده نظیر اندازه وجود دارد. در جریان ترسیم آدمک، شخص خویش را با زبان تصویر به شکل بیبدیلی بیان می کند و احساسات و هیجانات خود را توسط آدمک فرا میافکند. مدارک نشان می دهند که همبستگیهای بالایی بین مشخصات آدمک ترسیم شده با توصیف نقاشان از خودشان وجود دارد [۹].

رنگ آمیزی آدمک نیز متأثر از خصوصیات نقاش است. تعداد رنگهای به کاربرده شده در ترسیم با افزایش سن ازدیاد می یابد و از ۳ به ۴ یا ۵ رنگ می رسد. کاربرد ۱ یا ۲رنگ یا عدم استفاده از رنگ، از یک سو، یا استفاده از ۷-۶ رنگ، از سوی دیگر، نشانههای مشکوکی تلقی می شوند و باید در تفسیر مورد توجه قرار گیرند.

در پژوهشی که روی ۴۸۰ دختر و پسر در طیف سنی ۵ تا ۱۲ سال و یازده ماه تهران صورت گرفت نشان داد که کودکان کم سنتر استفاده از رنگهای زندهتر (بنفش و قرمز) را ترجیح میدهند. در حالی که کودکان بزرگتر، رنگهای تیرهتر یا ملایمتر را بیشتر استفاده میکنند. ضمناً رنگ آبی و زرد در

يث

پسران و قرمز در دختران غلبه داشته و آزمودنیهای هر دو جنس به یک نسبت از رنگ آمیزی امتناع کردهاند. کودکان کم سنتر (تا ۵ سالگی) معمولاً پیرامون آدمک را مستقیماً با مداد رنگی می کشند. این شیوه ترسیم که نشانه غلبه جنبه عاطفی بر جنبه تعقلی است، از حدود ۶ سالگی، تدریجاً جای خود را به استفاده از مداد سیاه برای ترسیم خطوط پیرامون شکل می دهد. کاربرد مداد سیاه و غلبه شکل بر رنگ، برتری رفتار تعقلی بر برانگیختگی های عاطفی را نشان می دهد [۱۰].

معنای رمزی رنگها نیز مورد توجه بسیاری از محققان قرار گرفته است. غلبه رنگهای گرم ( قرمز، پرتقالی، صورتی و زرد) منعکسکننده گرایش به برونگردی، جستجوی تماس و مبادله است. در حالی که کاربرد رنگهای سرد (آبی، سبز، خاکستری و سیاه) نشانگر گرایش به درونگردی و فاصلهجویی است[۱۰]. در همه کودکان و نوجوانان مورد مطالعه بورکیت (Burkitt) و دیگران، یک ارتباط خطی بین احساسات و عواطف نقاش و رنگهای مورد استفاده، مشاهده شده است. آنها رنگهای خوشایند را برای رنگآمیزی تصاویر خوشایند، رنگهای خوشایند را برای تصاویر ناخوشایند و رنگهای خنثی را برای تصاویر خنثی استفاده کردهاند. رنگ سیاه نشانه بدی، اضطراب و نگرانی تقریباً همیشه در تصاویر منفی و نگران کننده به کار رفته است[۱۱].

در مطالعهٔ ویر (Wear) [۱۲] رنگ سفید نشانه خلوص، خوبی و سلامتی دانسته شده و ارتباطی بین این معانی سمبلیک و رنگ سفید لباس پزشکان و پرستاران برقرار ساخته است. تأثیر عوامل نژادی [۱۳] یا فرهنگی [۱۴] بر معانی سمبلیک یا ترجیح رنگها در مطالعات دیگر بررسی شدهاند.

یافتههای موجود در خصوص تأثیر عوامل فاعلی و بهویژه وضعیت خلقی و هیجانی بر ترسیم، پژوهشگران این مطالعه را بر آن داشت تا برای نخستین بار تأثیر مشکلات خلقی در اختلال دو قطبی را بر ابعاد ترسیم و به کارگیری رنگ در ترسیم آدمک رنگی بررسی کنند.

## مواد و *ر*وش کا*ر*

روش نمونه گیری از نوع در دسترس و آسان بود. گروه نمونه مورد مطالعه شامل ۳۰ کودک و نوجوان ۱۲تا ۱۷ ساله

بود که در بخشهای روانپزشکی کودک و نوجوان بیمارستانهای روزبه و امام حسین (ع) بستری شده بودند. تمام آزمودنیها واجد ملاکهای تشخیصی DSM-IV برای اختلالات دو قطبی بودند و تشخیص بیماری به تأیید تیم درمان، متشکل از روانپزشکان کودک و نوجوان رسیده بود. بیمارانی که شواهد آشکاری دال بر عقب ماندگی ذهنی داشتند از مطالعه حذف شدند.

ابزار پژوهش آزمون ترسیم آدمک رنگی است که میتوان آن را به صورت فردی و یا گروهی اجرا کرد.

بهاین ترتیب که به آزمودنی یک جعبه مداد رنگی شامل هفت رنگ آبی، سبز، قرمز، زرد، بنفش، قهوهای و سیاه، یک مداد سیاه معمولی یک پاککن و یک برگ کاغذ A4 به صورت عمودی می دهیم و به او می گوییم: « روی کاغذ یک آدم بکش. تا اونجا که می تونی قشنگ باشه و اگر خواستی اونو رنگ بزن». ضمناً به آزمودنی در مورد انتخاب جای آدمک در کاغذ، ابعاد آن، جهت کاغذ، جنسیت آدمک، اضافه کردن عناصر دیگر، استفاده یا عدم استفاده از رنگ آزادی کامل داده می شود استفاده یا عدم استفاده از رنگ آزادی کامل داده می شود

پس از ارجاع بیمار به بخش، طی فرآیندی که معمولاً ۴ روز به طول میانجامید و شامل اخذ شرح حال، معاینه وضعیت روانی و مشاهده رفتار بیمار میشد، تشخیص اختلال دو قطبی مورد تأیید قرار میگرفت.

در این مدت، بیمار فرصت مییافت تا با شرایط بخش انطباق یابد. سپس با برقراری ارتباط توام با احترام و پذیرش، از بیمار دعوت میشد تا در مطالعه شرکت کند. پس از جلب رضایت او، آزمون طبق دستور العمل پیش گفته اجرا میشد.

### يافتهها

مجموعاً ۳۰ آزمودنی (۱۶ پسر و ۱۴ دختر) واجد ملاکهای شمول بوده و درگروه نمونه جای گرفتند. برخی مشخصات فردی و علایم بالینی گروه نمونه در جدول شماره ۱ آورده شده است. در این جدول مشاهده می شود تعداد پسران با ۵۳/۳ درصد حدود ۷ درصد بیش از دختران با ۴۶/۶ درصد است و اختلاف آماری بین میانگین سنی گروه پسران (میانگین استی گروه پسران (میانگین ۱۵/۲۵) و جود ندارد.

در جدول شماره ۲ علایم بارز اختلال خلق به هنگام ترسیم آمده است. حدود ۶۸/۷ درصد پسران و ۴۲/۸ درصد دختران به هنگام ترسیم، علایم خلق بالا داشتند. رویهمرفته، ۷۶/۷ درصد گروه نمونه علایم خلق بالا همراه یا بدون تحریک پذیری را در جریان ترسیم بروز میدادند. همچنین در ۱۳/۳ درصد خلق بالا و یوفوریک (Euphoric) و در ۱۰ درصد دیسفوریک (Dysphoric) بود.

ابعاد ترسیم به دو شکل اندازه گیری شده است: یکی ارزیابی سطح ترسیم آدمک برحسب سانتیمتر مربع (حاصل ضرب طول درعرض ترسیم) و دیگر طول آن بر حسب سانتیمتر. اطلاعات مربوط به ابعاد ترسیم در جدول شماره ۳ آمده است. در این جدول مشاهده می شود که میانگین ابعاد ترسیم در پسران جدول مشاهده می شود که میانگین ابعاد ترسیم در پسران به دلیل آن که در این روش ارزیابی، انحراف معیار معمولاً بالاست، این تفاوت از لحاظ آماری معنادار نیست. در روش دوم اندازه گیری نیز که مرسوم تر است، میانگین طول ترسیم در پسران بزرگتر از میانگین آن در دختران است، اما این تفاوت نیز از نظر آماری معنادار نیست.

بررسی کیفیت رنگ در گروه دختران و پسران مبتلا به اختلال دو قطبی، از دیگر اهداف این مطالعه است. در جدول شماره ۴ مشاهده می شود که فقط ۱۱ نفر از کل گروه مورد مطالعه (۳۶/۶ درصد) از رنگ استفاده کردهاند. از این تعداد ۷ نفر از گروه دختران (۵۰ درصد) و ۴ نفر از گروه پسران (۲۵ درصد) بودهاند. پس نسبت دختر به پسر تقریباً دو برابر است.

ولی چون تعداد افرادی که از رنگ استفاده کردهاند در هر گروه بسیار کم است این تفاوت چشمگیر، در آزمون کای دو به سطح معناداری نرسیده است (P=1/1). بنابراین در مطالعه جاری جنسیت تأثیر معناداری برکاربرد رنگ نداشته است. صرف نظر از جنسیت، فقط ۱۱ نفر (7/1/1 درصد) از گروه نمونه نقاشی خود را رنگ کردهاند و اکثریت افراد گروه (7/1/1/1 درصد) اصلاً از رنگ استفاده نکردهاند. همه افراد گروه پیرامون شکل آدمک را با مداد سیاه کشیدهاند.

مطلب جالب توجه دیگر، طیف رنگهایی است که توسط این گروه از بیماران استفاده شده است (جدول شماره ۵). رنگهای قرمز، زرد، آبی، قهوهای، بنفش، سبز و مشکی بهترتیب از بیشترین فراوانی برخوردارند. به این ترتیب از لحاظ رنگآمیزی ترسیم آزمودنیها به دو گروه تقسیم میشوند: گروه اکثریتی که رنگآمیزی نکردهاند و اقلیتی که رنگآمیزی کرده و ترجیحاً از رنگهای گرم استفاده نمودند. بهعلاوه، همراهی بالایی بین عقاید مذهبی و کاربرد رنگ نیز مشاهده شده است. زیرا ۸۰ درصد افرادی که از رنگ سبز استفاده کردند، در زمان ترسیم از نظر بالینی دارای احساسات و عقاید مذهبی بودند که ترسیم از نظر بالینی دارای احساسات و عقاید مذهبی بودند که کردند امکان بررسی رابطه به کار گیری رنگ با احساسات و عقاید مذهبی در هر یک از دو گروه جنسی مقدور نیست.

جدول شماره ۱- مشخصات سنی دو گروه جنسی بر حسب میانگین و انحراف معیار

	تعداد	میانگین سن	انحراف معيار	
پسر	18	۱۵/۲۵	1/8	
دختر	14	۱۵/۲۱	1/4	
جمع	٣٠	۱۵/۵	١/۵	_

جدول شماره ۲- نحوه توزیع علایم خلقی در بیماران دو گروه جنسی

				م خلقی	علاير					
مع	جه	وریک	ديسف	<i>ى</i> رىكپذير	بالا و تح	ِفوریک	بالا و يو	X	با	
درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	
1	18	۶/۳	١	۱۲/۵	٢	۱۲/۵	۲	۶۸/۷	11	پسر
١	14	14/4	۲	۲۸/۶	۴	14/4	٢	47/7	۶	د <i>خ</i> تر
١٠٠	۳٠	1.	٣	۲٠	۶	۱۳/۳	۴	۵۶/۷	۱۷	جمع



جدول شماره ٣- ابعاد ترسيم بر خسب طول و سطح آن

	سطح ترسيم	(بر حسب سانتیمتر مربع)	طول ترسیم (بر حسب سانتیہ		
	میانگین	انحراف معيار	میانگین	انحراف معيار	
پسر	1 Y 1 / Y	۱۷۳/۵	17/8	۶/۵	
د <b>خ</b> تر	177	۱۱۶/۸	17/7	4/9	
جمع	۱۵۰/۸	149	١٢/٩	۵/۸	

### جدول شماره ۴- فراوانی و درصد کاربرد رنگ در آزمون ترسیم آدمک رنگی

		نگ	استفاده از را			
مع	ج	رنگ استفاده نکردهاند	افرادی که از	رنگ استفاده کردهاند	افرادی که از	
درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	
1	18	٧۵	١٢	۲۵	۴	پسر
١	14	۵٠	γ	۵٠	γ	د <b>خ</b> تر
١٠٠	٣٠	۶۳/۳	19	٣۶/٧	11	جمع

### جدول شماره ۵- فراوانی و درصد رنگهای استفادهشده در آزمون ترسیم آدمک رنگی

قر	مز	زر	رد	آب	ی	قهو	ەاي	بنف	ش	w	بز	مش	کی
تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد
۵	24/4	٢	۲٠	٢	77/7	۲	۲۸/۶	٣	۵٠	٢	۴٠	٢	8418
۶	54/8	٨	٨٠	٧	$YY/\lambda$	٣	٧١/۴	٣	۵٠	٣	۶٠	١	٣٣/۴
11	١٠٠	١.	١٠٠	٩	١	۵	١	۶	1	۵	1	٣	١

#### بحث و نتیجهگیری

قبل از آن که یافتههای اصلی این مطالعه مورد بحث و بررسی قرار گیرند، ذکر نکاتی پیرامون ویژگیهای گروه نمونه ضروری به به بنظر می رسد. چنان که اشاره شد حدود ۹۰ درصد افراد گروه نمونه علایم خلق بالا همراه یا بدون تحریک پذیری و خلق یوفوریک (Euphoric) داشتند و در مقابل تنها ۱۰ درصد علایم خلق دیسفوریک (Dysphoric) را از خود بروز دادهاند. این یافته، در کنار فراوانی بسیار پایین بیماری افسردگی در بین مراجعین به درمانگاهها و بخشهای تخصصی روانپزشکی کودک و نوجوان بیان می کند که شیوع اختلالات افسردگی و دوقطبی در کودکان و نوجوانان بسیار بیش از میزانی است که به مراکز درمانی مراجعه می کنند. در حقیقت بسیاری از کودکان و نوجوانانی که از نظر می کنند. در حقیقت بسیاری از کودکان و نوجوانانی که از نظر جون این بیماران غالباً مشکلات خطیری برای خانواده و جامعه ایجاد نمی کنند، لذا کمتر در مراکز روانپزشکی ظاهر می شوند. در عوض خلق بالا معمولاً همراه با آزار و اذیت و تعرض به حقوق

دیگران و همچنین مشکلات فردی نظیر کمخوابی است. به همین جهت است که اولین علایم بیماری به سهولت مورد توجه شخص و اطرافیان او قرار میگیرد [۱۵] و آنها را به مراکز درمانی هدایت میکند. همین عامل باعث شده که اکثریت قریب به اتفاق افراد گروه نمونه این مطالعه دچار علایم خلق بالا باشند و عملاً امکان انجام این مطالعه روی کودکان و نوجوانان با خلق پایین و مقایسه نتایج آنها با یافتههای فعلی میسر نگردد.

نکته قابل توجه دیگر نسبت دو جنس در نمونه این مطالعه است. بهاین ترتیب که تعداد پسران حدود ۷ درصد بیش از دختران بوده است. بسیاری مطالعات ایرانی و خارجی نشان میدهند که علایم اختلالات خلقی بهطور کلی در زنان شایعتر از مردان است [۱۶، ۱۷]. در حالی که شیوع اختلال دو قطبی در مردان به اندازه زنان و یا تا حدودی بیشتر برآورد شده است. با توجه به این که در همه جوامع اغماض بیشتری نسبت به علایم و تبعات خلق بالا در مردان وجود دارد، افزایش برآورد نرخ این اختلال در مردان متعلق به نمونههای برگرفته از جامعه بهنجار یا

نمونههای بیمارستانی، می تواند مبین نقش عوامل ژنتیکی وابسته به جنس در شکل گیری بیماری دو قطبی باشد. هر چند که یافتههای مطالعات ژنتیکی در این خصوص همگرا نیستند [۱۸، ۱۹].

طول و سطح ترسیم در گروه پسران بهطور قابل توجهی بزرگتر از گروه دختران بوده است. منتها به دلیل انحراف معیار بالا در هر دو شاخص و بهخصوص شاخص دوم (سطح) تفاوتها معنادار نیستند. بنابراین، میتوان نتیجه گرفت که در این مطالعه جنسیت تأثیری در اندازه نقاشی آدمک کودکان و نوجوانان مبتلا به اختلال دو قطبی نداشته است و عملکرد دو گروه جنسی در این متغییر منطبق با دختران وپسران جامعه هنجار ایرانی است[۱۰]. البته لازم به توجه است که میانگین سنی نمونه این مطالعه (۱۵/۵ سال) حدود۸/۲ سال بزرگتر از میانگین سنی گروه هنجار (سال و ۱۱ ماه) است و هنوز هنجارهای ایرانی برای گروهای سنی بالاتر ارایه نشدهاند.

نکته دیگرآن که میانگین طول ترسیم در نمونه این مطالعه ۱۲/۹ سانتیمتر) حدود ۲/۵ سانتیمتر بیشتر از میانگین کودکان و نوجوانان گروه هنجار(۱۰/۵ سانتیمتر) است. اگر این افزایش به دلیل تفاوت در میانگین سنی گروه بیمار با گروه مرجع نباشد، آن را میتوان به علایم خلق بالا که در زمان ترسیم در اکثریت قریب به اتفاق افراد نمونه مشاهده شده است، نسبت داد. در این صورت فرض همبستگی مثبت بین علایم خلق بالا در بیماری دوقطبی و اندازه طول ترسیم پذیرفته خواهد شد. بدیهی است تأیید این فرضیه در گرو مقایسه نتایج گروه بیمار با یک گروه گواه یا جداول فرضیه در گرو مقایسه نتایج گروه بیمار با یک گروه گواه یا جداول دهند که بعد از سن ۱۲سال و ۱۱ ماه، افزایش سن تأثیری بر اندازه ترسیم ندارد. که در این صورت میتوان از هنجارهای موجود استفاده کرد.

نتایج گروه نمونه در رنگ آمیزی ترسیم، خلاف پیش بینی بود. زیرا براساس پژوهش دادستان [۱۰] و علایم بالینی خلق بالا همراه با تحریک پذیری و یوفوریا (Euphoria) که در ۹۰ درصد گروه نمونه به هنگام ترسیم گزارش شده بود، پیش بینی می شد که اکثر بیماران ترسیم خود را با رنگهای گرم نظیر قرمز و زرد، رنگ کنند. در حالی که حدود ۶۴ درصد افراد گروه اصلاً از رنگ استفاده نکردند. البته در ترسیمهای رنگ شده، طیف رنگهای

گرم تا سرد، بهترتیب بیشترین تا کمترین فراوانی را دارند. که این با علایم خلقی بیماران مطابقت دارد. بنابراین، از لحاظ رنگآمیزی ترسیم، آزمودنیها به دو گروه تقسیم میشوند: گروه اکثریتی که رنگآمیزی نکردهاند و اقلیتی که رنگآمیزی کرده و ترجیحاً از رنگآمیزی گرم استفاده نمودهاند.

نکته جالب این که ۸۰ درصد افرادی که از رنگ سبز استفاده کردهاند، در زمان ترسیم دارای احساسات و عقاید مذهبی بودهاند. این یافته به احتمال زیاد مبین تأثیر احتمالی مذهب بر ترجیح و معانی سمبلیک رنگ سبز در فرهنگ ایرانی یا اسلامی است. میزان صحت این فرضیه در کنار فرضیات پیش گفته، باید در مطالعات آتی مورد بررسی قرار گیرد.

بر پایه نتایج این تحقیق به نظر میرسد که در بیماران مبتلا به اختلال دو قطبی ارتباط متقن و قوی بین کیفیت خلق و اندازه ترسیم یا رنگ آمیزی آن وجود ندارد. این نتیجه گیری منطبق با نتایج مطالعات دیگران  $[V, \Lambda]$  بر روی گروههای بهنجار نیست. حال سؤال این است که چه عامل یا عواملی در شکل گیری این نتایج دخالت داشته اند:

۱- در این تحقیق فقط دو مؤلفه از آزمون آدمک رنگی مورد بررسی قرار گرفته است. در حالی که این آزمون متشکل از دهها مؤلفه است که به هنگام تفسیر باید تواماً بهصورت تلفیقی مد نظر قرار گیرند. درحقیقت هر چه مؤلفههای بیشتری در تفسیر آزمون لحاظ شوند بر اعتبار، روایی، حساسیت و ویژگی آن افزوده خواهد شد. و بالعكس اگر آزمون آدمك رنگى، نظير هر آزمون فرافكن يا عینی دیگر (رورشاخ، افسردگی بک، اضطراب کتل، بندرگشتالت، هوش، کسلر و...) به عناصر سازنده آن تجزیه شود و هر یک از این عناصر بهصورت مجزا مورد وارسی قرار گیرند از اعتبار، روایی و سایر شاخصهای روانسنجی آن کاسته میشود. لذا ناهمخوانی نتایج مطالعات در این گستره[۲۲- ۲۰] می تواند در رویکرد تحلیلی باشد که توسط اکثریت قریب به اتفاق محققان اتخاذ شده است. ما نيز همسو با ريت ميلر (Reithmiller ) و هاندلر (Handler) [۲۳] تأکید میکنیم که آزمون آدمک رنگی باید بهصورت تلفیقی مورد مطالعه یا کاربرد بالینی قرار گیرد. هر چند علایق سنتی محققان نسبت به بررسی معدود مؤلفههایی از آزمون ترسیم آدمک[۲۴] و محدودیتهای تحقیقی (منجمله در این مطالعه) همواره موانع عمده در دستیابی به این مطلوب بودهاند. اما



نتایج این مطالعه و سایرمطالعاتی که رویکرد تحلیلی داشتهاند، راه را برای شکل گیری یک نظام جامع نمره گذاری و تفسیر برای آزمون ترسیم آدمک هموار خواهد کرد.

۲- بسیاری از پیش فرضهای این مطالعه، برگرفته از مطالعاتی است که روی گروههای بهنجار انجام شدهاند. این تعمیمها به شرطی منطقی و صحیح هستند که تفاوت کیفی در مکانیسم فرافکنی در افراد سالم و مبتلایان به اختلالات وخیم روانی نظیر اختلال خلقی وجود نداشته باشد. فرافکن سازی یکی از مکانیزمهای دفاعی « من» (ego) در مقابله با موقعیتهای ناخوشایند و اضطرابزا و کمک به تطابق فرد است. هنگامی که انسجام و کنشوری « من» (ego) در اثر یک اختلال روانی مختل اسجام و کنشوری « من» (ego) در اثر یک اختلال روانی مختل میشود، تغییرات متنوعی در عملکرد بهنجار مکانیسمهای دفاعی دیده میشود [۲۵]. در این صورت، شیوهها و الگوهای فرافکنسازی هر یک از گروههای عمده اختلالات روانی در آزمون ترسیم آدمک

باید مشخص شوند. موضوع کاملاً پیچیدهای که مستلزم تحقیقات دامنه دار است. بهویژه آن که حتی در گروههای بهنجار نیز ارتباط خطی بین فرافکن شدن وضعیت عاطفی و هیجانی در برخی مؤلفه های آزمون ترسیم آدمک، نظیر اندازه، وجود ندارد. بلکه این ارتباط منحنی شکل است. به این معنا که ترسیمهای بسیار بزرگ یا بسیار کوچک، هر دو با تعارض و اضطراب شدید همبسته هستند [۷].

۳- عوامل و محدویتهای روش شناختی به خصوص حجم کوچک گروه نمونه احتمالاً باعث شده که تفاوتهای چشمگیر پیش گفته، از لحاظ آماری به حد معناداری نرسد. لذا به نظر میرسد که اگر همین مطالعه به گروههای بزرگتر بیماران مبتلا به اختلال دو قطبی توسعه یابد تفاوتها به سطح معنادار برسند.

**15-** Jackson A, Cavanagh J, Scott J. A systematoreview of manic and depressive problems. Journal of Affective Disoreders 2003; 3: 2009-17

18- محمدی محمدرضا، داویدیان هاراطون، نوربالا احمدعلی، بررسی همه گیرشناسی اختلالات روانپزشکی در ایران، حکیم، ۸۲، ۱، ۱۰، ۱

- 17- Bach AK, Weisberg RB, Barlow DH, Sanderson WC. Linkages between behavioural, psychosocial, and physical disorders. In: Blechman EA (Editor). Behavioural Medicine and Women: A Comprehensive Handbook. New York: Guilford Press, 1997: 731-810
- **18-** Reich T, Clayton PJ, Winokur G. Family history studies: the genetics of mania. American Journal of Psychiatry 1969; 10: 1358-69
- 19- Pato CN, Macedo A, Ambrosio A, Vincent JB. Detection of expansion regions in portuguese bipolar families. American Journal of Medical Genetetic 2000; 6: 854-7
- **20-** Swensen CH. Empirical evaluation of human figure drawings. Pschological Bolletien 1957; 54: 431-36
- 21- Roback HR. Human figure drawings. Their utility in the clinical psychologist's armamentarium for personality assessment. Psychological Bulletin 1968; 70: 1-19
- **22-** Forrest M, Thomas GY. An Exploratory study of drowing by breeaved children. Brithish Journal of Clinical Psychology 1991; 30: 373-74
- 23- Riethmiller RJ, Handler L. Problematic methods and unwarranted conclusions for in DAP reasearch: suggestions for improved research procedures. Journal of Personality Assessment 1997; 3: 459-75
- **24-** Joiner TE, Schmidt KL, Barnett J. Size, detail and line heaviness in children's drawings as correlates of emotional distress: (more) negative evidence. Jounal of Personality Assessment 1996; 1: 127-41
- **25-** Glen O. Theories of personality and psychopathology: Psychoanalysis. In: Kaplan. H. Comprehensive Textbook of Psychiatry, 6th Edition, Williams & Wilkins: USA, 1995: 450-51

منابع

الم كلين توماس، سيلكر آنجل، ترجمه مخبر عباس، مقدمهاى بر روانشناسى نقاشى كودكان، چاپ اول، طرح نو، تهران، ١٣٧٠. Z- Zolfan V. Perspective of objective assessment of projective drowing 2000. http/members.tripad.com/zolfanvass/paper/2000jcp 3- Loganthan K. The baum test and hermeneutic semiotics 1983. http/membrs. Triop.com/mssud/ashinik/sivaal aym,/psychi.3.htm

4- Zaidi SH. Values expressed in Nigerian children's drawings. International Journal of Psychology 1979; 3: 163-169

 ۵- مارنات گری گراث، ترجمه پاشاشریفی حسن، راهنمای سنجش روانی برای روانشناسان بالینی و روانپزشکان، چاپ اول، رشد، تهران،۱۳۷۴

- **6-** Bruchon M. Gestural amplitude and personality. Bulletin de Psychologie 1969; 6-8: 426-27
- 7- Handler L, Reyher J. Figure drawing anxiety indexes: A review of the littrature. Journal of Projective Techniques 1965; 29: 305-313
- **8-** Vanderark SD, Mostardi RA. Detail, pressure and completion of draw a person produced during silence or rock music. Perceptual and Motor Skills 1997; 84: 1354-56
- 9- Ravin RL Identification in human figure drawings: determining projection with the drawaperson questionnaire. Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering 2001; 62: 2963-67

- 11- Burkitt E, Barrett M, Davis A. Children's colour choices for completing drawings of affectively characterised topics. Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines 2003; 3: 445-55
- **12-** Wear D. On white coats and professional development: the formal and the hidden curricula. Annals of Internal Medicine 1998; 9: 734-7
- **13-** Stabler JR, Goldberg FJ. The black and white symbolic matrix. International Journal of Symbology 1973; 2: 27-35
- **14-** Huang X, Huang W, Li X. The symbolic implication of colors to the Chinese. Psychological Science China 1991; 6: 1-7

