

# Comparing the Psychological Profile of the Rorschach Test Based on Exner's Comprehensive System in People with and Without Psychological Disorders

Zare F<sup>1</sup>, \*Bakhshani NM<sup>2</sup>, Fardin MA<sup>3</sup>

## Author Address

1. PhD Student in Psychology, Department of Psychology, Zahedan Branch, Islamic Azad University, Zahedan, Iran;

2. Professor of Clinical Psychology, School of Medicine, Children and Adolescents Health Research Center, Research Institute of Cellular and Molecular Sciences in Infectious Diseases, Zahedan University of Medical Sciences, Zahedan, Iran;

3. Assistant Professor, Department of Psychology, Zahedan Branch, Islamic Azad University, Zahedan, Iran.

\*Corresponding Author Email: [bakhsha@yahoo.com](mailto:bakhsha@yahoo.com)

Received: 2022 June 13; Accepted: 2022 August 9

## Abstract

**Background & Objectives:** Mental disorders have symptoms characterized by disorders in a person's cognition, emotion regulation, or behavior. The disorders reflect distortions in the psychological, biological, or developmental processes underlying mental functioning. Mental disorders are usually associated with significant discomfort or disability in social, occupational, or other vital activities. The Rorschach test is a well-known and widely used projection test for the diagnosis of various psychiatric disorders. Based on perception and projection, Rorschach spots put the subjects in a position where they must organize their reactions to the spots without the examiner's guidance. The test situation is such that they can freely enter what they want in this experience and throw their needs, feelings, experiences, and tensions, mainly in the unconscious level of the mind, into the stains. The present study aims to compare the responses of patients with mental disorders and people without mental disorders in the indicators of the Rorschach test based on Exner's comprehensive system.

**Methods:** The research method was causal-comparative. The statistical population of the clinical group included all patients with psychological disorders who were referred to the treatment centers of Zahedan City, Iran, in 2020. Among them, 80 male and female patients (20 schizophrenics, 20 anxiety disorders, 20 depressive disorders, 20 personality disorders) who were diagnosed with these disorders with the approval of a psychiatrist and clinical psychologist were chosen by purposive sampling. The sample of people without mental disorders comprised 100 healthy people from the general population who were willing to participate in the Rorschach test with their consent. They were selected by available sampling. Then, the Rorschach test was administered individually and scored according to Exner's comprehensive system. The data were analyzed using statistical methods of frequency, mean, standard deviation, and the independent two-group *t* test in SPSS 23. The significance level of all tests was considered 0.05. Also, the present study was approved by the Ethics Committee of Zahedan University of Medical Sciences and registered under the number IR.ZAUMS.REC.1400.018.

**Results:** The results showed significant differences ( $p < 0.05$ ) between people with mental disorders and those without mental disorders in the indicators of developmental quality (DQv, FQx-, FQxNone, MO), composite scores (AdjD, 2AB+(Art+Ay), X-%, XA%), specific scores (DR1, X-%, MOR, PHR, AG, PER, DR2, Wsum6, PSV, COP, AdjD), common answers (p), some content indicators (A, BI, [A] Ay), determinants (Cn, FD, CF, C, C'F, TF, YF, Y, F), and special index variable (PTI, DEPI, S-CON).

**Conclusion:** The results of this research confirmed the difference in the responses of people with psychological disorders compared to people without psychological disorders. It also showed that the Rorschach test can be used as an effective tool in identifying and diagnosing mental disorders. Also, given the importance of mental disorders and their effects on mental health, the use of psychological tests can practically help clinical psychologists and psychiatrists by providing low-cost evaluation for early diagnosis of psychological disorders.

**Keywords:** Rorschach test, Exner comprehensive system, Psychological disorders.

## مقایسه نیم‌رخ روانی آزمون رورشاخ براساس نظام جامع اکسندر در افراد مبتلا به اختلالات روان‌شناختی با افراد بدون اختلالات روان‌شناختی

فهیمة زارع<sup>۱</sup>، \* نورمحمد بخشانی<sup>۲</sup>، محمدعلی فردین<sup>۳</sup>

توضیحات نویسندگان

۱. دانشجوی دکتری روان‌شناسی، گروه روان‌شناسی، واحد زاهدان، دانشگاه آزاد اسلامی، زاهدان، ایران؛  
 ۲. استاد گروه روان‌شناسی بالینی، دانشکده پزشکی، مرکز تحقیقات سلامت کودکان و نوجوانان، پژوهشکده علوم سلولی و مولکولی در بیماری‌های عفونی، دانشگاه علوم پزشکی، زاهدان، ایران؛  
 ۳. استادیار گروه روان‌شناسی، واحد زاهدان، دانشگاه آزاد اسلامی، زاهدان، ایران.  
 \*رایانامه نویسنده مسئول: [bakhsa@yahoo.com](mailto:bakhsa@yahoo.com)

تاریخ دریافت: ۲۳ خرداد ۱۴۰۱؛ تاریخ پذیرش: ۱۸ مرداد ۱۴۰۱

### چکیده

**زمینه و هدف:** آزمون رورشاخ، از آزمون‌های بسیار مشهور فرافکن به‌شمار می‌رود که پژوهش‌های متعددی را به‌خود اختصاص داده است. پژوهش حاضر باهدف مقایسه پاسخ‌های بیماران دارای اختلالات روان‌شناختی با افراد بدون اختلالات روان‌شناختی در شاخص‌های آزمون رورشاخ براساس نظام جامع اکسندر انجام شد.

**روش بررسی:** روش پژوهش از نوع علی‌مقایسه‌ای بود. جامعه آماری گروه بالینی را تمامی بیماران دارای اختلالات روان‌شناختی مراجعه‌کننده به مراکز درمانی شهر زاهدان در سال ۱۴۰۰ تشکیل دادند. نمونه مطالعه‌شده شامل هشتاد نفر دارای اختلالات روان‌شناختی و صد نفر بدون اختلالات روان‌شناختی بود. افراد با اختلالات روان‌شناختی از بیماران مراجعه‌کننده به کلینیک بیمارستان روان‌پزشکی بهاران و سایر مراکز شهر زاهدان و تشخیص داده‌شده به‌عنوان افراد دارای اختلال (با تأیید روان‌پزشک و روان‌شناس متخصص بالینی) بودند که به‌صورت نمونه‌گیری هدفمند انتخاب شدند. نمونه افراد بدون اختلالات روان‌شناختی، صد نفر از افراد سالم مایل به شرکت در آزمون رورشاخ بودند که انتخاب آن‌ها به‌روش نمونه‌گیری دردسترس و داوطلبانه صورت گرفت. سپس آزمون رورشاخ به‌شکل فردی اجرا شد و نمره‌گذاری آن براساس نظام جامع اکسندر انجام پذیرفت. داده‌ها با استفاده از آزمون تی دو گروه مستقل تحلیل شدند. سطح معناداری آزمون‌ها ۰/۰۵ بود.

**یافته‌ها:** نتایج نشان داد، بین افراد دارای اختلالات روان‌شناختی و بدون اختلالات روان‌شناختی در شاخص‌های متغیر کیفیت تحولی (کیفیت تحولی مبهم، حرکت انسانی معمولی، کیفیت بدون شکل، کیفیت شکل منفی)، متغیر نمرات ترکیبی (شاخص تعقل، شکل مناسب گسترش‌یافته، شکل تحریف‌شده، نمره D اصلاح‌شده)، متغیر نمرات خاص (درجاماندگی، جمع وزنی نمرات خاص، سطح ۲ پاسخ انحرافی، پاسخ‌های شخصی‌شده، حرکت پرخاشگرانه، پاسخ‌های بازنمایی انسانی ضعیف، محتوای مرضی، X-%، پاسخ انحرافی، Adjd، حرکت همیارانه)، متغیر پاسخ‌های رایج، بعضی از شاخص‌های متغیر محتوا (خون، حیوان کامل، حیوان کامل خیالی یا داستانی، مردم‌شناسی)، متغیر تعیین‌کننده (پاسخ نامیدن رنگ، پاسخ بعد شکل، پاسخ رنگ-شکل، پاسخ رنگ خالص، پاسخ رنگ-شکل بی‌فام، پاسخ بافت-شکل، پاسخ سایه‌روشن-شکل، پاسخ سایه‌روشن خالص، پاسخ شکل، تفکر ادراکی) و متغیر شاخص ویژه (افسردگی، منظومه خودکشی) تفاوت معنادار وجود دارد ( $p < 0/05$ ).

**نتیجه‌گیری:** نتایج پژوهش ضمن تأیید تفاوت پاسخ مبتلایان به اختلالات روان‌شناختی درمقایسه با افراد بدون اختلالات روان‌شناختی نشان داد، آزمون رورشاخ می‌تواند به‌عنوان ابزاری مؤثر در شناسایی و تشخیص اختلالات روانی به‌کار رود.

**کلیدواژه‌ها:** آزمون رورشاخ، نظام جامع اکسندر، اختلالات روان‌شناختی.

در چند دهه اخیر اختلالات روانی<sup>۱</sup> در جوامع بشری شیوع یافته است و هیچ‌گاه شخصی نمی‌تواند ادعا کند در برابر ابتلا به اختلالات روانی در امان است (۱). اختلالات روانی بسیار شایع و ناگوار تخمین زده می‌شود. حدود ۱۲ درصد از جمعیت جهان از یک اختلال روانی رنج می‌برند. در سال ۲۰۱۹، اختلال روانی تقریباً ۵ درصد از معلولیت‌ها را تشکیل داد (۲). علاوه بر این با رشد جمعیت انسانی پیش‌بینی می‌شود اختلالات روانی افزایش یابد (۳)؛ در نتیجه باید تأثیر اختلالات روانی بر افراد و جوامع جدی گرفته شود و حمایت بیشتری از افراد دارای اختلال روانی صورت پذیرد. روان‌شناسان بالینی، آزمون‌های فرافکن<sup>۲</sup> شخصیت را برای افراد دارای آشفتگی هیجانی، به‌کار می‌برند. روش‌های فرافکن مختلفی برای متمایز کردن ویژگی‌های شخصیتی و اختلال‌های روان‌شناختی استفاده می‌شود. در بین آزمون‌های فرافکن شخصیت، آزمون رورشاخ<sup>۳</sup>، متداول‌تر از همه در حیطه بالینی است. این آزمون داده‌های بارزشی را درباره روش به‌کارگیری توجه، ادراک فرد، مدیریت هیجان، تجربیات، مقابله با استرس و دیدگاه فرد درباره خود و دیگران مطرح می‌سازد. پاسخ‌های این آزمون می‌تواند اطلاعاتی را درباره نیازهای پنهان، نگرش‌ها، تعارض‌ها و مفروضه‌هایی فراتر از سطح آگاهی هشیار نفوذپذیر در رفتار انسان، ارائه دهد (۴). یکی از مزیت‌های رورشاخ این است که آزمون از ساختار هشیار فرد عبور می‌کند و به‌آسانی به سطح زیرین شخصیت فرد و ساختار ناهشیار او دسترسی می‌یابد. این قوت تاحدودی دارای اهمیت است و زمانی که شخص دارای برخی ناسازگاری‌های رفتاری باشد، روان‌شناس تصور می‌کند در این باره آسیب اساسی وجود دارد. درمقابل، آزمون‌های عینی شخصیت مانند آزمون چندوجهی مینه‌سوتا<sup>۴</sup> ممکن است در ارزیابی ابعاد پنهان و شناسایی آسیب با مشکل روبه‌رو شوند. درحقیقت سازمان‌دهی محرک‌های مبهم رورشاخ است که از این طریق آسیب‌های پنهان آشکار می‌شود (۵). ازسوی دیگر، نتایج مطالعات گوناگون به اهمیت و کاربرد آزمون‌های فرافکن در تشخیص و درمان اختلالات روانی اشاره دارد؛ زیرا این آزمون‌ها نه‌تنها معایب آزمون‌های عینی مانند سوگیری را ندارند، بلکه تحقیقات نشان داد بخش زیادی از داده‌های بیمار آگاهانه نیست و از طریق آزمون‌های فرافکن می‌تواند دست‌یافتنی باشد (۶). روش‌های فرافکن مختلفی برای متمایز کردن ویژگی‌های شخصیتی و اختلال‌های روان‌شناختی به‌کار می‌رود؛ اما آزمون رورشاخ در بین آزمون‌های متعدد به‌ویژه با استفاده از سیستم جامع اکسنر<sup>۵</sup>، دارای بیشترین سودمندی برای ارزیابی‌های بالینی است (۷). در سراسر قرن بیستم رویکردهای متعددی در اجرا و نمره‌گذاری رورشاخ مطرح شد؛ اما شیوه‌های عینی‌تر نمره‌گذاری رورشاخ ضروری بود. این ضرورت باعث ایجاد «نظام جامع» نمره‌گذاری شد که روش‌های عینی و عملی را در اجرا و نمره‌گذاری و تفسیر رورشاخ به‌دنبال داشت. اکسنر برای رفع مشکلات و سختی‌های پژوهش با موضوع رورشاخ و کاربرد بالینی آن، نظامی جامع و یکپارچه را گردآوری کرد (۸). در سال‌های

گذشته، نظام اکسنر به نظامی فراگیر در نمره‌گذاری و کدگذاری رورشاخ مبدل شد و تأکید این نظام بر وجود هنجارهای لازم برای سنین مختلف سبب شد در فرهنگ‌ها و کشورهای متعدد، پژوهش در این زمینه گسترش یابد. در همه جهان نیز با اهداف بی‌شمار پژوهشی، رورشاخ برای ارزیابی افراد مبتلا به اختلالات روان‌شناختی به‌کار رفته و اثربخشی و جامع‌بودن این آزمون در بازبینی ابعاد مختلف روان‌شناختی و روان‌پزشکی در ارتباط با این گروه از بیماران به‌اثبات رسیده است؛ پژوهش پراکاش و موندال باهدف ارزیابی و مقایسه الگوی پاسخ رورشاخ در افراد مبتلا به اسکیزوفرنی و افراد عادی انجام شد. نتایج مشخص کرد، درمقایسه با افراد سالم، بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی عملکرد ضعیف درخورتوجهی در آزمون روانی‌تشخیصی رورشاخ نشان دادند و براساس این عملکرد ضعیف، می‌توان بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی را از گروه کنترل عادی متمایز کرد (۹). پالمیری و همکاران دریافتند، میانگین نمره منظومه خودکشی به‌طور چشمگیری بیشتر از نمره آزمون رورشاخ در بازماندگان خودکشی درمقایسه با افراد گروه کنترل است (۱۰). با توجه به شواهد مستند و پژوهش‌های مذکور، آزمون رورشاخ به‌عنوان ابزار کمک‌تشخیصی، دارای کاربرد و مزیت بسیاری در شناسایی نمونه‌های مختلف مرضی از یکدیگر و از افراد بهنجار است. به‌دلیل آنکه درباره آزمون فرافکن رورشاخ پژوهش کمتری صورت گرفته و اکثر پرسش‌نامه‌های استفاده‌شده در تحقیقات به‌صورت عینی است، انجام چنین مطالعه‌ای در جامعه ایران با توجه به اهمیت اختلالات روانی و اثرات بسیار تأثیرگذار آن‌ها بر سلامت روان ضرورت دارد. هدف پژوهش حاضر مقایسه نیم‌رخ روانی آزمون رورشاخ براساس نظام جامع اکسنر در افراد مبتلا به اختلالات روان‌شناختی با افراد بدون اختلالات روان‌شناختی بود.

## ۲ روش بررسی

پژوهش حاضر از نوع علی‌مقایسه‌ای بود. جامعه آماری پژوهش را تمامی بیماران دارای اختلالات روان‌شناختی و افراد بدون اختلالات روان‌شناختی (زن و مرد) شهر زاهدان تشکیل دادند؛ براین‌اساس نمونه مطالعه‌شده شامل هشتاد نفر دارای اختلالات روان‌شناختی و صد نفر بدون اختلالات روان‌شناختی بود. با توجه به شایع‌بودن اختلالات روان‌شناختی، هشتاد نفر (بیست نفر دارای اختلال اسکیزوفرنیک، بیست نفر دارای اختلال اضطرابی، بیست نفر دارای اختلال افسردگی، بیست نفر دارای اختلال شخصیت) از بیماران مراجعه‌کننده به کلینیک بیمارستان روان‌پزشکی بهاران و سایر مراکز شهر زاهدان و تشخیص داده‌شده به‌عنوان افراد دارای اختلال (با تأیید روان‌پزشک و روان‌شناس متخصص بالینی)، به‌روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب شدند. نمونه افراد بدون اختلالات روان‌شناختی شامل صد نفر از افراد سالم مایل به شرکت در آزمون رورشاخ بود که انتخاب آن‌ها به‌روش نمونه‌گیری در دسترس و داوطلبانه صورت گرفت. معیارهای ورود شرکت‌کنندگان دارای اختلالات روان‌شناختی به پژوهش عبارت بود از: قرارگرفتن در دامنه سنی ۲۰ تا ۶۰ سال؛ دریافت تشخیص اختلالات روانی براساس

۴. MMPI(Minnesota Multiphasic Personality Inventory)

۵. Exner Comprehensive System(CS)

۱. Mental Disorders

۲. Projection tests

۳. Rorschach test

مصاحبه ساختاریافته مبتنی بر راهنمای آماری و تشخیصی اختلال‌های روان‌پزشکی<sup>۱</sup> DSM5 برای گروه بالینی. ملاک‌های خروج شامل شرکت آزمودنی‌ها در برنامه‌های روان‌درمانی و مشاوره‌ای دیگر در ارتباط با دیگر مشکلات روان‌شناختی و پروتکل کوتاه (تعداد پاسخ‌های کمتر از چهارده) بود. لازم به ذکر است به‌منظور ملاحظات اخلاقی، آزمودنی‌ها از آزادی کامل برای شرکت در پژوهش برخوردار بودند و به آن‌ها درباره اصول رازداری و محرمانه‌بودن اطمینان داده شد؛ درضمن پژوهش حاضر توسط کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی زاهدان تأیید شد و با شماره IR.ZAUMS.REC.1400.018 به ثبت رسید.

ابزار این پژوهش، آزمون لکه جوهر رورشاخ<sup>۲</sup> بود که در سال ۱۹۲۱ توسط هرمان رورشاخ روان‌پزشک سوئسی ساخته شد. آزمون رورشاخ، آزمون فرافکنی سنتی شامل ده لکه جوهر به‌اشکال متقارن در ابعاد ۵×۹ اینچ است. پنج کارت سیاه و سفید (I, IV, V, VI, VII)، دو کارت سیاه و سفید با قسمت‌های قرمز رنگ (II, III)، دو کارت با ترکیبی از رنگ‌های صورتی و سبز و نارنجی (VIII, IX) و یک کارت دیگر ترکیبی از رنگ‌های آبی، زرد، سبز و صورتی (X) است (۷). پس از مرگ رورشاخ، مطالعات زیادی درباره این ابزار بالینی مهم ادامه پیدا کرد؛ به‌گونه‌ای که تا سال ۱۹۵۷، پنج نظام برای کدگذاری و نمره‌گذاری رورشاخ توسط بک<sup>۳</sup>، پیتروفسکی<sup>۴</sup>، هرتر<sup>۵</sup>، راپاپورت<sup>۶</sup> و کلاپفر<sup>۷</sup> مطرح شد. این آزمون به‌سبب این پنج نظام نمره‌گذاری نه به‌صورت آزمونی واحد که به‌صورت پنج نظام مختلف درآمد. تا زمانی که اکسنر به گردآوری داده‌های پایه هنجار و تدوین یک نظام نمره‌گذاری و تفسیر یکپارچه پرداخت، وی سعی کرد بهترین ویژگی‌های نمره‌گذاری و تفسیر را از میان پنج نظام مذکور انتخاب کند (۷). نظام‌های نمره‌گذاری رورشاخ تحولاتی را طی کردند تا عینی‌تر از نظام‌های پیشین بررسی شوند. در قرن بیستم شیوه‌های گوناگون نمره‌گذاری آزمون رورشاخ افزایش یافت؛ اما لزوم ایجاد سیستمی که روش‌های عینی‌تری را برای رورشاخ طراحی کند، در ابزارهای روان‌شناختی اهمیت داشت. این ضرورت باعث برنامه‌ریزی «نظام جامع اکسنر»<sup>۸</sup> شد. نظام جامع اکسنر اولین روشی است که جنبه‌های عملی و عینی را در اجرا و نمره‌گذاری و تفسیر رورشاخ در بر می‌گیرد (۸). اساس نمره‌گذاری در این نظام عبارت است از: متغیرهای محل ادراک<sup>۹</sup> (انتخاب تمام لکه یا برگزیدن یک جزء غیرمعمول را شامل می‌شود)؛ کیفیت تحویلی<sup>۱۰</sup> (بازتاب ماهیت فرایندی است که به تولید پاسخ منجر می‌شود)؛ تعیین‌کننده<sup>۱۱</sup> (انتخاب سبک یا مشخصه لکه که آزمودنی به آن پاسخ می‌دهد مانند شکل، رنگ یا بافت)؛ محتوا<sup>۱۲</sup> (نوع

و مقدار اشیاء خاصی که آزمودنی‌ها در پاسخ‌هایشان ادراک می‌کنند مانند انسان، حیوان، طبیعت، هنر، خون)؛ پاسخ‌های رایج<sup>۱۳</sup> (پاسخ‌هایی که فراوانی ادراک آن‌ها توسط آزمودنی‌ها زیاد است). همچنین نظام جامع شامل دوازده نمره خاص مربوط به لفاظی غیرمعمول و حرکات پرخاشگرانه و نمرات ترکیبی است که از نمرات اصلی اتخاذ می‌شوند. در شیوه اجرا و نمره‌گذاری و تفسیر آزمون رورشاخ براساس نظام جامع اکسنر، افزون‌بر بخش‌های تفسیری گسترده شش شاخص ویژه در نظر گرفته شده است که در انواع متفاوتی از موقعیت‌های تشخیصی سودمند خواهند بود. این گزینه‌ها شامل شاخص‌های اسکیزوفرنیا (تفکر ادراکی<sup>۱۴</sup>)، افسردگی<sup>۱۵</sup>، نقص کنارآمدن<sup>۱۶</sup>، منظومه خودکشی<sup>۱۷</sup>، گوش‌به‌زنگ‌بودن<sup>۱۸</sup> و سبک و سواسی<sup>۱۹</sup> است. در این نظام هر طبقه نمره‌گذاری تنها در صورتی که اعتبار<sup>۲۰</sup> آن توسط آزمایش‌کنندگان مختلف دست‌کم ۰/۸۵ بود، گنجانده شد (۷). بررسی مایر نشان داد، ضریب اعتبار بین آزمونگرها در نمره‌گذاری سیستم جامع اکسنر بسیار زیاد و میانگین همبستگی‌های درون‌طبقه‌ای ۰/۸۲ تا ۰/۹۲ است (۱۱). در ایران پیغمبری و همکاران، اعتبار آزمون رورشاخ را با فاصله بازآزمایی یک هفته با همبستگی‌های بین ۰/۳۵ تا ۰/۹۵ برای متغیرهای رورشاخ، به‌دست آوردند (۱۲).

در پژوهش حاضر اجرای آزمون رورشاخ به‌شکل فردی روی آزمودنی صورت گرفت. کارت‌ها به‌ترتیب و درجهت معینی به دست آزمودنی داده شد و سپس آزماینده از او پرسید: «این چه چیزی می‌تونه باشه؟». پاسخ‌ها باید درست کلمه به کلمه یادداشت شود. سپس در مرحله واریسی، محل و ویژگی‌های خاص لکه‌ها که برانگیزاننده پاسخ‌های آزمودنی است، مشخص شد و نمره‌گذاری نتایج براساس «نظام جامع اکسنر» صورت گرفت. در ادامه داده‌ها با استفاده از آمار توصیفی (فراوانی، درصد، انحراف معیار و میانگین) و آمار استنباطی (آزمون تی مستقل برای مقایسه میانگین گروه‌ها)، تجزیه و تحلیل شد. برای تحلیل داده‌ها نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۳ به‌کار رفت. سطح معناداری آزمون‌ها ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

### ۳ یافته‌ها

در بخش یافته‌ها شاخص‌هایی مانند میانگین و انحراف معیار برای همه متغیرهای بررسی‌شده مبتنی بر نظام اکسنر به‌دست آمد و برای مقایسه نتایج آزمودنی‌های دارای اختلالات روان‌شناختی و بدون اختلالات روان‌شناختی از آزمون مقایسه میانگین‌ها برای گروه‌های مستقل (آزمون تی) استفاده شد.

1. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders

2. Rorschach inkblot test

3. Beck

4. Piotrowski

5. Hertz

6. Rappaport

7. Klopfer

8. Exner Comprehensive System (CS)

9. Location

10. Developmental Quality

11. Determinants

12. Content

13. Popular

14. Perceptual Thinking Index (PTI)

15. Depression Index (DEPI)

16. Coping Deficit Index (CDI)

17. Suicide Constellation (S-con)

18. Hyper Vigilance Index (HVI)

19. Obsessive Style index (OBS)

20. Reliability

جدول ۱. توزیع ویژگی‌های جمعیت‌شناختی افراد مطالعه‌شده

متغیر	طبقات	تعداد و درصد گروه دارای اختلالات روان‌شناختی	تعداد و درصد گروه بدون اختلالات روان‌شناختی
جنسیت	زن	۵۱ (۶۳/۷)	۵۵ (۵۵)
	مرد	۲۹ (۳۶/۳)	۴۵ (۴۵)
	کل	۸۰ (۱۰۰)	۱۰۰ (۱۰۰)
سن	۳۰ تا ۲۰	۴۵ (۵۶/۳)	۳۸ (۳۸)
	۴۰ تا ۳۱	۲۱ (۲۶/۳)	۳۹ (۳۹)
	۵۰ تا ۴۱	۱۱ (۱۳/۸)	۱۵ (۱۵)
	۶۰ تا ۵۱	۳ (۳/۸)	۸ (۸)
	کل	۸۰ (۱۰۰)	۱۰۰ (۱۰۰)
وضعیت تأهل	مجرد	۳۵ (۴۳/۸)	۳۵ (۳۵)
	متاهل	۳۸ (۴۷/۵)	۶۳ (۶۳)
	مطلقه	۷ (۸/۸)	۲ (۲)
	کل	۸۰ (۱۰۰)	۱۰۰ (۱۰۰)

بر اساس جدول ۱، از تعداد کل ۱۸۰ نفر، بیشتر آزمودنی‌ها (۱۰۶ نفر) ۴۶/۱ درصد و همچنین وضعیت تأهل در گروه متأهل با بیشترین تعداد معادل ۵۸/۹ درصد زن بودند. بیشترین گروه سنی ۲۰ تا ۳۰ سال معادل ۵۶/۱ درصد بود.

جدول ۲. نتایج مربوط به مقایسه میانگین‌های نمونه‌های اختلالات روان‌شناختی و بدون اختلالات روان‌شناختی در متغیرهای رورشاخ

متغیر	شاخص	دارای اختلالات روان‌شناختی (n=۸۰)		بدون اختلالات روان‌شناختی (n=۱۰۰)	
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
محل ادراک	پاسخ کلی (W)	۵/۸۲	۳/۱۷	۵/۱۶	۳/۴۳
	پاسخ جز معمول (D)	۱۳/۷۲	۶/۶۸	۱۵/۴۴	۵/۵۸
	پاسخ جز غیر معمول (Dd)	۲/۸۱	۳/۰۴	۲/۲۲	۲/۴۷
کیفیت تحولی	پاسخ به ناحیه سفید (S)	۱/۴۰	۱/۶۰	۱/۲۲	۱/۴۱
	حرکت انسانی معمولی (Mo)	۱/۳۳	۱/۵۲	۱/۹۶	۲/۴۸
	کیفیت تحولی مبهم (DQv)	۱/۰۸	۱/۲۷	۰/۴۴	۰/۷۸
	کیفیت شکل منفی (FQx-)	۵/۴۱	۳/۰۹	۲/۲۷	۲/۰۳
نمرات ترکیبی	کیفیت بدون شکل (FQxNone)	۰/۳۵	۰/۷۱	۰/۰۷	۰/۲۵
	نمره D اصلاح‌شده (AdjD)	۱/۶۰	۱/۱۵	۱/۹۸	۰/۲۰
	شکل تحریف‌شده (X-%)	۰/۲۵	۰/۱۳	۰/۰۹	۰/۰۶
	شکل مناسب گسترش یافته (XA%)	۰/۷۲	۰/۱۵	۰/۹۰	۰/۰۶
	شاخص تعقل (2)(AB+(Art+Ay))	۱/۶۷	۲/۲۳	۰/۸۴	۱/۲۰
نمرات خاص	ترکیبات ناسازگار (INCOM)	۰/۰۱	۰/۱۱	۰/۰۰	۰/۰۰
	پاسخ انحرافی (DR)	۰/۳۶	۱/۰۹	۰/۰۰	۰/۰۰
	سطح ۲ پاسخ انحرافی (DR2)	۰/۳۰	۱/۳۲	۰/۰۰	۰/۰۰
	منطق نامناسب (ALOG)	۰/۰۲	۰/۲۲	۰/۰۰	۰/۰۰
	جمع خام نمرات خاص (Sum6)	۰/۶۷	۱/۹۹	۰/۰۰	۰/۰۰
	جمع وزنی نمرات خاص (Wsum6)	۱۱/۱۵	۴۸/۵۲	۰/۰۰	۰/۰۰
	محتوای انتزاعی (AB)	۰/۰۶	۰/۲۹	۰/۰۰	۰/۰۰
	حرکت پرخاشگرانه (AG)	۰/۵۰	۰/۷۹	۰/۲۰	۰/۴۷
	حرکت همیارانه (COP)	۰/۰۸	۰/۲۸	۰/۴۰	۰/۷۵
	محتوای مرضی (MOR)	۰/۶۰	۱	۰/۱۲	۰/۳۵
	پاسخ‌های شخصی‌شده (PER)	۰/۶۰	۱/۰۷	۰/۰۶	۰/۲۳
	درج‌ماندگی (PSV)	۰/۲۸	۰/۶۷	۰/۱۲	۰/۳۲
پاسخ‌های رایج تعیین‌کننده	پاسخ‌های بازنمایی انسانی خوب (GHR)	۲/۳۸	۲/۳۱	۲/۸۱	۲/۱۱
	پاسخ‌های بازنمایی انسانی ضعیف (PHR)	۱/۹۱	۱/۸۷	۱/۲۲	۱/۳۶
	پاسخ‌های رایج (P)	۳/۱۲	۱/۹۳	۳/۸۸	۱/۴۵
	پاسخ حرکت انسان (M)	۱/۸۷	۲/۳۴	۲/۰۵	۲/۲۵

۰/۷۵۷	۲/۰۷	۲/۰۹	۲/۳۶	۱/۹۸	پاسخ حرکت حیوان (FM)	
۰/۳۷۱	۱/۴۲	۰/۹۴	۱/۱۷	۰/۷۶	پاسخ حرکت اشیاء بی جان (m)	
۰/۷۴۹	۱/۸۳	۱/۵۴	۱/۶۸	۱/۶۲	پاسخ شکل-رنگ (FC)	
<۰/۰۰۱	۰/۵۷	۰/۲۱	۱/۰۹	۰/۶۱	پاسخ رنگ-شکل (CF)	
<۰/۰۰۱	۰/۲۳	۰/۰۶	۰/۶۱	۰/۲۷	پاسخ رنگ خالص (C)	
۰/۰۵۸	۰/۰۰	۰/۰۰	۰/۲۹	۰/۰۶	پاسخ نامیدن رنگ (Cn)	
۰/۳۴۶	۱/۱۳	۰/۶۲	۱/۲۳	۰/۷۸	پاسخ شکل-رنگ بی فام (FC')	
۰/۰۴۵	۰/۰۰	۰/۰۰	۰/۲۱	۰/۰۵	پاسخ رنگ-شکل بی فام (C'F)	
۰/۳۲۰	۰/۰۰	۰/۰۰	۰/۱۱	۰/۰۱	پاسخ رنگ بی فام خالص (C')	
۰/۲۷۵	۰/۵۴	۰/۳۱	۰/۵۸	۰/۳۱	پاسخ شکل-بافت (FT)	
۰/۰۴۵	۰/۰۰	۰/۰۰	۰/۲۱	۰/۰۵	پاسخ بافت-شکل (TF)	
۰/۰۸۷	۰/۱۴	۰/۰۲	۰/۳۲	۰/۰۸	پاسخ شکل-چشم انداز (FV)	
۰/۰۸۳	۰/۰۰	۰/۰۰	۰/۱۹	۰/۰۳	پاسخ چشم انداز-شکل (VF)	
۰/۲۵۷	۰/۴۵	۰/۱۸	۰/۸۴	۰/۳۰	پاسخ شکل-سایه روشن (FY)	
۰/۰۴۳	۰/۱۰	۰/۰۱	۰/۳۲	۰/۰۸	پاسخ سایه روشن-شکل (YF)	
۰/۰۵۵	۰/۱۴	۰/۰۲	۰/۲۸	۰/۰۸	پاسخ سایه روشن خالص (Y)	
۰/۷۵۶	۰/۴۸	۰/۱۸	۰/۶۹	۰/۱۸	پاسخ شکل-بازتاب (Fr)	
۰/۳۷۶	۰/۱۰	۰/۰۱	۱/۰۰۶	۰/۱۱	پاسخ بازتاب-شکل (rF)	
<۰/۰۰۱	۰/۴۷	۰/۱۸	۱/۶۶	۰/۹۷	پاسخ بعد شکل (FD)	
۰/۰۳۹	۵/۸۰	۱۵/۵۸	۵/۱۱	۱۳/۸۶	پاسخ شکل (F)	
<۰/۰۰۱	۰/۲۹	۰/۰۷	۰/۶۹	۰/۵۱	تفکر ادراکی (PTI)	
<۰/۰۰۱	۰/۶۴	۲/۳۹	۰/۹۸	۲/۹۸	افسردگی (DEPI)	
<۰/۰۰۱	۱/۲۱	۳/۷۸	۱/۳۴	۴/۴۲	منظومه خودکشی (S-CON)	
۰/۲۸۷	۰/۷۸	۱/۳۲	۰/۸۳	۱/۱۸	گوش به زنگ بودن (HVI)	شاخص ویژه
۰/۶۷۵	۰/۵۸	۰/۶۰	۰/۷۴	۰/۵۵	سیک و سواسی (OBS)	
۰/۴۷۲	۰/۲۵	۰/۹۳	۰/۳۰	۰/۹۰	نقص کنارآمدن (CDI)	
۰/۱۸۰	۱/۶۹	۱/۷۰	۱/۶۴	۱/۳۶	انسان کامل (H)	
۰/۲۱۶	۱/۰۱	۰/۹۹	۱/۵۲	۱/۲۳	انسان کامل خیالی یا داستانی (H)	
۰/۱۱۸	۱/۲۴	۱/۰۹	۱/۵۰	۱/۴۱	جزئیات بدن انسان (Hd)	
۰/۰۹۵	۰/۴۶	۰/۲۲	۰/۷۸	۰/۳۸	جزئیات بدن انسان خیالی (Hd)	
۰/۱۲۹	۰/۳۲	۰/۰۵	۰/۵۰	۰/۱۵	تجربه انسانی (Hx)	
<۰/۰۰۱	۳/۲۴	۹/۳۳	۴/۰۶	۷/۷۰	حیوان کامل (A)	
<۰/۰۰۱	۰/۶۷	۰/۴۳	۰/۹۱	۰/۷۷	حیوان کامل خیالی یا داستانی (A)	
۰/۶۹۸	۲/۲۵	۱/۹۴	۲/۰۹	۱/۸۱	جزئیات بدن حیوان (Ad)	
۰/۲۵۶	۰/۴۹	۰/۱۴	۰/۵۰	۰/۲۲	جزئیات بدن حیوان خیالی (Ad)	
۰/۷۰۶	۱/۵۹	۱/۵۶	۱/۵۸	۱/۶۵	آناتومی (An)	
۰/۲۵۵	۰/۹۲	۰/۵۶	۱/۳۵	۰/۷۶	هنر (Art)	
<۰/۰۰۱	۰/۵۳	۰/۲۹	۱/۱۲	۰/۷۲	مردم شناسی (Ay)	
<۰/۰۰۱	۰/۳۶	۰/۱۳	۰/۸۶	۰/۶۰	خون (BI)	
۰/۱۰۹	۱/۴۲	۱/۴۸	۱/۱۶	۱/۱۶	گیاه شناسی (Bt)	محتوا
۰/۴۵۷	۱/۲۸	۰/۹۸	۱/۲۵	۰/۸۳	پوشش (Cg)	
۰/۲۱۵	۰/۳۲	۰/۰۹	۰/۴۳	۱/۶۲	ابر (CI)	
۰/۰۶۰	۰/۲۸	۰/۰۹	۰/۱۱	۰/۰۱	انفجار (Ex)	
۰/۲۴۹	۰/۶۱	۰/۳۰	۰/۶۵	۰/۲۸	آتش (FI)	
۰/۸۹۵	۰/۷۹	۰/۴۹	۱/۰۵	۰/۶۵	غذا (Fd)	
۰/۷۲۸	۰/۵۰	۰/۲۳	۰/۶۴	۰/۲۰	جغرافیایی (Ge)	
۰/۸۳۳	۰/۹۱	۰/۵۲	۰/۹۷	۰/۵۵	وسایل خانگی (Hh)	
۰/۴۴۰	۱/۴۰	۱/۳۰	۱/۶۳	۱/۴۷	چشم انداز (LS)	
۰/۱۰۰	۰/۶۹	۰/۴۱	۱/۰۵	۰/۶۳	طبیعت (Na)	
۰/۰۸۴	۱/۰۳	۰/۹۳	۰/۸۹	۰/۶۷	علوم (Sc)	
۰/۵۹۹	۰/۳۷	۰/۰۹	۰/۵۱	۰/۱۲	محتوای جنسی (Sx)	
۰/۴۳۰	۰/۴۱	۰/۱۶	۰/۴۶	۰/۲۱	اشعه ایکس (XY)	
۰/۳۰۵	۰/۴۳	۰/۱۲	۰/۷۵	۰/۲۱	محتوای غیر معمول (Id)	

همان‌طور که جدول ۲ نشان می‌دهد، مقایسه میانگین‌های دو گروه اختلالات روان‌شناختی و بدون اختلالات روان‌شناختی در متغیر کیفیت تحولی (کیفیت تحولی مبهم (DQV)، کیفیت شکل منفی (FQX-)، کیفیت بدون شکل (FQXnone))، متغیر نمرات ترکیبی (نمره D اصلاح‌شده (AdjD)، شکل تحریف‌شده (X-%)، شکل مناسب گسترش‌یافته (XA%)، شاخص تعقل (2AB+(Art+Ay))، متغیر نمرات خاص (پاسخ انحرافی (DR) در سطح ۱، مجموع خام نمرات خاص (Sum6)، حرکت پرخاشگرانه (AG)، حرکت همیارانه (COP)، محتوای مرضی (MOR)، پاسخ‌های شخصی‌شده (PER)، پاسخ‌های بازنمایی انسانی ضعیف (PHR))، پاسخ‌های رایج (P)، تعدادی از پاسخ‌های متغیر تعیین‌کننده (پاسخ بعد شکل (FD)، پاسخ رنگ-شکل (CF)، پاسخ رنگ خالص (C)، تفکر ادراکی (PTI))، متغیر شاخص ویژه (منظومه خودکشی (S-CON)، افسردگی (DEPI)) و تنها در چهار شاخص متغیر محتوا (حیوان کامل A، حیوان کامل خیالی یا داستانی (A)، مردم‌شناسی (Ay)، خون (BI)) تفاوت معنادار است ( $p < 0.001$ )؛ همچنین در متغیرهای حرکت انسانی معمولی (Mo)، مجموع وزنی نمرات خاص (Wsum6)، درج‌ماندگی (PSV)، پاسخ انحرافی (DR) در سطح ۲، تعدادی از پاسخ‌های تعیین‌کننده (C'F, TF, YF, Y, Cn)، تفاوت معنادار است ( $p < 0.05$ ). نگاهی به نتایج بیانگر این نکته بود که میانگین افراد بدون اختلال در متغیرهای حرکت انسانی معمولی (Mo)، نمره D اصلاح‌شده (AdjD)، حرکت همیارانه (COP)، پاسخ شکل (F) و شکل مناسب گسترش‌یافته (XA%)، بیشتر از نمونه گروه اختلالات روان‌شناختی است.

#### ۴ بحث

هدف پژوهش حاضر مقایسه نیم‌رخ روانی آزمون رورشاخ براساس نظام جامع اکسندر در افراد مبتلا به اختلالات روان‌شناختی با افراد بدون اختلالات روان‌شناختی بود. نتایج آماری نشان داد، بین پاسخ‌های فرافکن افراد دارای اختلالات روان‌شناختی با افراد بدون اختلالات روان‌شناختی در شاخص‌های آزمون رورشاخ تفاوت معنادار وجود دارد. نتایج پژوهش زودان و همکاران مشخص کرد، افراد مبتلا به اسکیزوفرنی در واقعیت‌آزمایی درمقایسه با دو گروه افسرده و اختلال شخصیت مرزی عملکرد ضعیف‌تری دارند؛ اما عملکرد افراد مبتلا به شخصیت مرزی در قیاس با افسرده‌ها بهتر است که با یافته‌های پژوهش حاضر همسوست (۱۳). شکل تحریف‌شده (X-%)، شاخص مستقیمی از میزان تحریف ادراک‌های فرد از واقعیت است. هر اندازه X-% بیشتر باشد، احتمال اینکه سطح اختلال شخصیت جدی و مهم باشد بیشتر است. هر درصدی بیشتر از ۱۵ درصد نشان می‌دهد، فرد با مشکل روبه‌رو است؛ زیرا پیوند وی با واقعیت ضعیف است و به‌دشواری می‌تواند به‌گونه‌ای دقیق به انتزاع بپردازد (۷). باتوجه به میانگین شاخص X-% در گروه دارای اختلالات که برابر با ۰/۲۵ بود، این میانگین از میانگین پیشنهادشده به‌عنوان نقطه برش (۱۵ درصد) بسیار بیشتر است که می‌تواند نشان‌دهنده مشکلات جدی گروه دارای اختلالات باشد. وود و همکاران دریافتند، شاخص کیفیت شکل تحریف‌شده آزمون رورشاخ با تشخیص اختلال دوقطبی و

اسکیزوفرنی و اختلال شخصیت اسکیزوتایپال همبستگی بیشتر از متوسط دارد که با نتایج پژوهش حاضر همسوست (۱۴). باتوجه به نظام اکسندر شاخص تعقل در افراد نشان‌دهنده استفاده زیاد آن‌ها از توجیه عقلی است (۷)؛ بنابراین به‌نظر می‌رسد بیشتر بودن این شاخص در افراد دارای اختلالات به‌دلیل هیجانی بودن، باعث می‌شود روش برخورد آنان با هیجان‌ها غیرواقعی باشد و گاهی ممکن است عواطفشان را انکار یا مخفی کنند و برای جداکردن خود از هیجان‌هایشان، توجیه عقلی به‌کار برند. در پژوهش موندال و کومار بر صد بیمار اسکیزوفرنیک مشخص شد، علائم اجتناب و بی‌تفاوتی با پاسخ‌های DR1 همبستگی مثبت دارد (۱۵). همسو با این پژوهش، در پژوهش حاضر میانگین نمرات پاسخ‌های انحرافی (DR1, DR2) که نشانگر تفکر غیرمنطقی، گسیخته، سیال و حاشیه‌پردازانه این بیماران است (۷)، شش نمره ویژه و نمره‌های وزنی Wsum6، در اختلالات اسکیزوفرنیک بیشتر بود. این یافته در بین افراد بدون اختلال مشاهده نشد. به‌نظر می‌رسد تعداد پاسخ‌های زیاد این شاخص‌ها نشانه آن است که بیماران اسکیزوفرنیک اغلب ساعات‌ها به‌تنهایی می‌نشینند، در دنیای خود غرق می‌گردند، به محیط خود بی‌احساس می‌شوند و ارتباط با واقعیت خود را از دست می‌دهند که منجر به تولید پاسخ‌های بیشتری از نوع تحریف‌های شناختی خواهد شد. این گروه به‌علت خشکی و انعطاف‌ناپذیری در پردازش اطلاعات و تصمیم‌گیری دچار مشکل دائمی یا موقت می‌شوند. یافته دیگر پاسخ‌های شخصی (PER) بود که نشان‌دهنده موضع دفاعی است (۷). از زیادبودن این شاخص چنین استنباط می‌شود که افراد دارای اختلال ممکن است احساس ناامنی داشته باشند و زمانی که می‌خواهند دیگران را با خود هم‌عقیده کنند با مشکلات درون‌فردی مواجه می‌شوند. پژوهش پالمیری و همکاران با استفاده از آزمون رورشاخ انجام شد. نتایج مشخص کرد، محتوای مرضی (MOR) و پاسخ‌های انسانی ضعیف (PHR) درمقایسه با گروه کنترل سالم بیشتر است (۱۰). همسو با این پژوهش، در پژوهش حاضر میانگین نمره محتوای بیمارگون (MOR) در اختلال افسردگی و اختلال شخصیت بیشتر بود که بدبینی و خودانگاره منفی و افسردگی احتمالی را نشان می‌دهد. محتوای بیمارگون (MOR)، شاخصی نیرومند برای افسردگی و یکی از چند شاخص خطر خودکشی است (۷). به‌نظر می‌رسد افراد دارای اختلال افسردگی به‌دلیل انبوه بدبختی‌ها یا شکست‌ها برای مثال شکست‌های تحصیلی، زناشویی، شکست‌های عاطفی یا هیجانی، تجارب اجتماعی یا اتفاقات رخ داده در زندگی، برداشت‌های منفی درباره خود شکل می‌دهند و رویدادهای معمولی یا جزئی روزمره را به‌عنوان نقص شخصی برداشت می‌کنند؛ بنابراین باتوجه به نتایج پژوهش می‌توان نتیجه گرفت، محتوای بیمارگون در نیم‌رخ رورشاخ، یکی از نشانه‌های افسردگی است. همچنین در پژوهش حاضر همسو با نتایج پالمیری پاسخ‌های PHR در گروه افسرده بیشتر بود که براساس نظام جامع اکسندر همبستگی زیادی با الگوهای رفتار بین‌فردی نامؤثر یا غیرانطباقی دارند (۱۰). به‌نظر می‌رسد افراد دارای اختلالات به‌دلیل نبود مهارت‌های ارتباطی مناسب با دیگران و وجود مشکلات بین‌فردی، در زندگی شخصی و اجتماعی شکست و طردشدگی را تجربه کنند و نتیجه آن ممکن است

باعث ایجاد الگوهای رفتاری ناپه‌نجا شود.

در پژوهشی دیگر ویگلیون و همکاران به این نتیجه رسیدند که آزمون رورشاخ آزمون مناسب برای شناسایی افسردگی است (۱۶). همسو با این پژوهش، در پژوهش حاضر پاسخ‌های فرافکن افراد دارای اختلالات روانی با افراد بدون اختلالات روانی آزمون رورشاخ در شاخص‌های FD و AG و Y دارای تفاوت معناداری بود و این شاخص‌ها در گروه دارای اختلال افسردگی میانگین بیشتری داشتند. پاسخ‌های FD و چشم‌انداز با رفتار درون‌نگرانه مرتبط است (۷)؛ بنابراین باتوجه به بیشتر بودن این شاخص در افراد افسرده می‌توان گفت، با نظر به اینکه افراد افسرده احساس گناه یا بی‌ارزشی دارند ممکن است ارزیابی منفی غیرواقعه‌بینانه‌ای از ارزش خود یا اشتغال ذهنی به گناه یا نشخوار فکری درباره اشتباهات جزئی زندگی خود داشته باشند؛ این حالت سبب ایجاد آزدگی و تجارب عاطفی رنج‌آور می‌شود که از طریق اشتغالات ذهنی فرد به وجود آمده است. مطالعه حاضر با پژوهش کیمورا و همکاران همسوست. در پژوهش آن‌ها بررسی تفاوت‌های بین افسردگی تک‌قطبی و اختلال دوقطبی در آزمون رورشاخ صورت گرفت (۱۷) و نتایج نشان داد، نمره پرخاشگری (AG) در گروه اختلالات افسردگی درمقایسه با افراد بدون اختلال بیشتر است که می‌تواند نشانگر پرخاشگری بیشتر در گروه اختلالات باشد. در این پژوهش حرکت همیارانه کم و پرخاشگری زیاد در گروه اختلالات وجود داشت و بیانگر آن بود که تعامل شخص با دیگران همراه با فشار و زورگویی است. اسلاوین-مولفورد و همکاران دریافتند، بیماران اضطراب فراگیر به‌طور درخور توجهی نمرات بیشتری در میانجیگری شناختی دارند (۱۸). همسو با این مطالعه، در پژوهش حاضر مشخص شد، میانگین پاسخ‌های رایج ( $p$ ) در بیماران دارای اختلال اضطراب بیشتر است. تعداد زیاد پاسخ‌های  $p$  بیانگر آن بود که آزمودنی به سبب ترس از اشتباه اضطراب را تجربه می‌کند و لذا به عنوان راهی برای تأیید به ادراک‌های رایج متوسل می‌شود (۸)؛ با وجود این بیشتر بودن این شاخص در افراد مضطرب نشان می‌دهد، افراد مضطرب معمولاً بیش از اندازه دلواپس توانایی خود یا عملکردشان هستند و جلوگیری از تداخل افکار نگران‌کننده در توجه یا تکالیف در دست اقدام دشوار است. همچنین در این پژوهش میانگین نمره  $p$  در بیماران اسکیزوفرنیک کمتر بود. این اشخاص را می‌توان به عنوان افرادی کم‌سازگار، جدا شده و بیگانه با محیط خود توصیف کرد که قادر نیستند جهان را آن‌گونه که دیگران می‌بینند ادراک کنند؛ در نتیجه شاخص پاسخ‌های رایج با پژوهش پراکاش و موندال همسوست. پراکاش و موندال نشان دادند، بین بیماران اسکیزوفرنی و آزمودنی‌های گروه کنترل عادی از نظر پاسخ‌های رایج تفاوت معناداری وجود دارد (۹)؛ به‌طور کلی، نتایج آماری مشخص کرد، بین پاسخ‌های فرافکن شرکت‌کنندگان (افراد دارای اختلال و بدون اختلال) به کارت‌های آزمون رورشاخ از نظر تعیین‌کننده در شاخص‌های پاسخ‌های رنگ، رنگ بی‌فام، سایه‌داری-بافت-چشم‌انداز-پراکنده تفاوت معنادار وجود دارد. رورشاخ فرض کرد پاسخی که شامل استفاده از رنگ‌ها می‌شود با عاطفه مرتبط است (۸). شیوه برخورد با رنگ و رنگ بی‌فام منعکس‌کننده سبکی است که آزمودنی با هیجان‌هایش برخورد می‌کند.

در این پژوهش استفاده از رنگ و رنگ بی‌فام (C, Cn, CF, C'F, C') در گروه اختلالات سایکوتیک و شخصیت و افسرده اولویت داشت و مشخص کرد، آزمودنی فردی هیجانی و ناستوار و دارای واکنش افراطی است که هیجان‌هایش را به شیوه‌ای تکانشگرانه تخلیه می‌کند و انعکاسی از هیجان‌ها و عواطف دربندکشیده و درونی شده و دردناک را نشان می‌دهد. این یافته‌ها با نتایج پژوهش کیمورا و همکاران همسوست. کیمورا و همکاران دریافتند، افراد دارای اختلال در پروتکل خود پاسخ رنگ خالص (C) دارند (۱۷). همچنین میانگین تعداد پاسخ‌های بافت-شکل (TF) در گروه اختلالات روان‌شناختی بیشتر بود که نشان‌دهنده تجارب هیجانی دردناک همراه با نیاز به روابط میان‌فردی حمایت‌کننده است (۷). میانگین شاخص TF مشخص می‌کند، افراد دارای اختلال با دیگران ارتباط برقرار می‌کنند؛ اما این کار را به روشی محتاطانه و توأم با حفاظت از خود انجام می‌دهند. به نظر می‌رسد آزمودنی‌ها خود را غرق‌شده در تجارب دردناک احساس می‌کنند و شدت این احساس ممکن است به اندازه‌ای باشد که توانایی آنان را برای سازگاری مختل کند. نمره D اصلاحی (AdjD) در نیم‌رخ روانی آزمون رورشاخ در افراد بدون اختلال، میانگین بیشتری داشت که شاخصی از ظرفیت معمول یا مرسوم فرد برای مهارگری و مهار تنیدگی است (۷)؛ براین اساس به نظر می‌رسد، در موقعیت‌های برانگیزاننده افراد دارای اختلال درمقایسه با افراد سالم توانایی کمتری در حفظ کنترل خود در موقعیت‌های استرس‌زا دارند. به‌علاوه پژوهش بیابکاری و همکاران از اعتبار و ارزش PTI در شناسایی ویژگی‌های روان‌پریشی حمایت کرد که با نتایج تحقیق حاضر همسوست (۱۹). شاخص تفکر ادراکی (PTI) برای سنجش پردازش تفکر نابسامان و غیرمعمول استفاده می‌شود که براساس نظام اکسندر ممکن است در اسکیزوفرنی یا سایر اختلال‌های تفکر رخ دهد. علاوه بر این در پژوهش حاضر شاخص افسردگی (DEPI) قادر بود افراد مبتلا به اختلالات را از افراد بدون اختلال متمایز سازد. این یافته با نتایج پژوهش هارتمن و همکاران همسوست. آن‌ها دریافتند، DEPI از قدرت پیش‌بینی خوبی برخوردار است و اطلاعات بالینی ارزشمندی درباره آشفتگی شناختی و عاطفی و سازشی افراد ارائه می‌دهد (۲۰). پژوهش پالمیری و همکاران مشخص کرد، نمره S-CON شاخص رورشاخ در گروه آزمایش درمقایسه با گروه کنترل به‌طور معناداری بیشتر است که با نتایج پژوهش حاضر همسوست (۱۰). در پژوهش حاضر شاخص S-CON در گروه دارای اختلالات روان‌شناختی بیشتر بود و می‌توان استنباط کرد، باتوجه به اینکه افراد دارای اختلال، رفتارهای خودکشی‌گرایانه و تکانشگری دارند، شاخص S-CON در این گروه دارای نمره بیشتری است. در همه این تحقیقات از آزمون رورشاخ برای شناسایی و تشخیص بیماری‌ها و اختلالات بالینی استفاده شده است. براساس نتایج پژوهش، از معناداری تفاوت پاسخ‌های فرافکن آزمودنی‌ها استنباط می‌شود که شاخص‌های این آزمون باتوجه به اهمیت نمره‌گذاری و تفسیر آن می‌توانند جنبه تشخیصی و پیش‌بینی داشته باشند؛ همچنین می‌توان از پاسخ‌های فرافکن و شاخص‌های مطرح‌شده، در بررسی پیشرفت درمانی بیماران مذکور و انجام حمایت‌هایی در جهت رسیدگی بیشتر به این دسته از بیماران و پیشگیری از ابتلا به اختلالات استفاده

کرد. محدودیت‌هایی درخصوص روند و شرایط اجرای آزمون وجود داشت؛ ازجمله مشکلات فرایند اجرا مانند سروصدای کنترل‌نشده و غیرمنتظره درحین اجرای آزمون به‌علت استفاده از اتاق ریکاوری پزشکان، فرایند فردی و نسبتاً طولانی در جمع‌آوری داده‌ها، کمبود شواهد پژوهشی مرتبط با پژوهش حاضر در ایران باوجود غنای منابع علمی و پژوهشی در این زمینه در خارج از کشور، از محدودیت‌های پژوهش حاضر بود. پیشنهاد می‌شود با هنجارگزینی گسترده آزمون در آزمون‌های ایرانی، زمینه دستیابی به داده‌های مقدماتی برای تحلیل‌های بعدی آزمون درباره گروه‌های مختلف مرضی فراهم شود.

## ۵ نتیجه‌گیری

براساس معناداری تفاوت پاسخ‌های فرافکن آزمون‌های اهمیت آزمون رورشاخ می‌توان نتیجه گرفت، شاخص‌های این آزمون با توجه به نمره‌گذاری و تفسیر آن، جنبه تشخیصی دارد و ضمن تأیید تفاوت پاسخ‌ها، در طراحی برنامه‌های درمانی برای افراد مبتلا به اختلالات روان‌شناختی مؤثر است؛ بنابراین نتایج پژوهش حاضر به‌عنوان ابزار تشخیصی، برای روان‌پزشکان و روان‌شناسان بالینی کمک‌کننده است و می‌توان از پاسخ‌های فرافکن و شاخص‌های مطرح‌شده در بررسی پیشرفت درمانی بیماران مذکور و انجام حمایت‌هایی در جهت رسیدگی بیشتر به این دسته از بیماران و پیشگیری از ابتلا به اختلالات استفاده کرد.

## ۶ تشکر و قدردانی

از تمامی بیماران و افرادی که در این مطالعه پژوهشگران را یاری کردند،

نهایت تشکر و قدردانی می‌شود.

## ۷ بیانیه‌ها

### تأییدیه اخلاقی و رضایت‌نامه از شرکت‌کنندگان

در این پژوهش تمامی اصول اخلاقی مرتبط ازجمله محرمانه‌بودن پرسش‌نامه‌ها و رضایت آگاهانه شرکت‌کنندگان در پژوهش و اختیار خروج از پژوهش رعایت شد. پژوهش حاضر کد اخلاق با شماره IR.ZAUMS.REC.1400.018 از کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی زاهدان دریافت کرد.

### رضایت برای انتشار

این امر غیرقابل اجرا است.

### دردسترس بودن داده‌ها و مواد

داده‌های پشتیبان نتایج گزارش شده در مقاله که در طول مطالعه تحلیل شد، به‌صورت فایل‌های ورد و اکسل در فضای ذخیره‌ای هاردرایو، به‌منظور دسترسی داشتن به داده‌ها نزد نویسنده مسئول حفظ خواهد شد.

### تضاد منافع

نویسندگان اعلام می‌کنند، هیچ‌گونه تضاد منافی ندارند.

### منابع مالی

تأمین منابع مالی از هزینه‌های شخصی بوده و توسط هیچ نهاد یا سازمانی تأمین نشده است.

### مشارکت نویسندگان

مقاله حاضر برگرفته از رساله دکتری نویسنده اول است. نویسنده دوم نویسنده مسئول مقاله و استاد راهنما و نویسنده سوم استاد مشاور بود.

## References

1. Garwood MM, Close W. Identifying the psychological needs of foster children. *Child Psychiatry Hum Dev*. 2001;32(2):125–35. <https://doi.org/10.1023/A:1012246723182>
2. Rehm J, Shield KD. Global burden of disease and the impact of mental and addictive disorders. *Curr Psychiatry Rep*. 2019;21(2):10. <https://doi.org/10.1007/s11920-019-0997-0>
3. Valerio F, Whitehouse DP, Menon DK, Newcombe VFJ. The neurological sequelae of pandemics and epidemics. *J Neurol*. 2021;268(8):2629–55. <https://doi.org/10.1007/s00415-020-10261-3>
4. Gilbert TW. Differentiating borderline personality disorder from bipolar disorder using the Rorschach Inkblot Test [Thesis for MSc]. [Texas, US]: The University of Texas at Austin; 2013.
5. Eudell-Simmons EM, Hilsenroth MJ. A review of empirical research supporting four conceptual uses of dreams in psychotherapy. *Clin Psychology and Psychoth*. 2005;12(4):255–69. <https://doi.org/10.1002/cpp.445>
6. Rezaee M, Dezfooli A, Sepahvandi MA, Soleimani A, Azami S. Efficiency of Depression Index (DEPI) of Rorschach Test in diagnosing major depressive disorder. *Jundishapur Scientific Medical Journal*. 2014;13(5):599–607. [Persian] [https://jsmj.ajums.ac.ir/article\\_52089.html?lang=en](https://jsmj.ajums.ac.ir/article_52089.html?lang=en)
7. Marnat GG, Wright AJ. *Handbook of Psychological Assessment*. Pasha Sharifi H, Nikkhoo MR. (Persian translator). Tehran: Sokhan Publishing; 2014. [Persian]
8. Exner JE. *Azmoon Rorschach: nrzam Jame (osoole tafsir) [Rorschach test book: comprehensive system (principles of interpretation)]*. Hosseini Nasab A. (Persian translator). Tehran: Arjmand Publishing; 2012. [Persian]
9. Prakash J, Mondal A. A study of personality structure of schizophrenia patients on rorschach psychodiagnostic test. *Eastern Journal of Psychiatry*. 2021;18(1):15–22. <https://doi.org/10.5005/ejp-18-1-15>
10. Palmieri A, Kleinbub JR, Mannarini S, Molinaro S, Castriotta C, Scooco P. Rorschach assessment in suicide survivors: focus on suicidal ideation. *Front Public Health*. 2019;6:382. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2018.00382>
11. Meyer GJ. Exploring possible ethnic differences and bias in the rorschach comprehensive system. *J Pers Assess*. 2002;78(1):104–29. [https://doi.org/10.1207/s15327752jpa7801\\_07](https://doi.org/10.1207/s15327752jpa7801_07)

12. Peyghambari A, Shaeiri M, Tamannaifar M, Delavari M. Barrasi payayi azmoon Rorschach bar asas nezam jame Exner [Investigation of rorschach test reliability according to exner system]. *Journal of Personality & Individual Differences*. 2013;2(3):52–71. [Persian]
13. Zodan J, Charnas J, Hilsenroth MJ. Rorschach assessment of reality testing, affect and object representation of borderline pathology: a comparison of clinical samples. *Bull Menninger Clin*. 2009;73(2):121–42. <https://doi.org/10.1521/bumc.2009.73.2.121>
14. Wood JM, Lilienfeld SO, Garb HN, Nezworski MT. The Rorschach test in clinical diagnosis: a critical review, with a backward look at Garfield (1947). *J Clin Psychol*. 2000;56(3):395–430. [https://doi.org/10.1002/\(sici\)1097-4679\(200003\)56:3<395::aid-jclp15>3.0.co;2-o](https://doi.org/10.1002/(sici)1097-4679(200003)56:3<395::aid-jclp15>3.0.co;2-o)
15. Mondal A, Kumar M. Rorschach inkblot test and psychopathology among patients suffering from schizophrenia: a correlational study. *Ind Psychiatry J*. 2021;30(1):74. [https://doi.org/10.4103/ipj.ipj\\_74\\_20](https://doi.org/10.4103/ipj.ipj_74_20)
16. Viglione JR DJ, Brager RC, Haller N. Usefulness of structural rorschach data in identifying inpatients with depressive symptoms: a preliminary study. *J Pers Assess*. 1988;52(3):524–9. [https://doi.org/10.1207/s15327752jpa5203\\_15](https://doi.org/10.1207/s15327752jpa5203_15)
17. Kimura H, Osaki A, Kawashima R, Inoue T, Nakagawa S, Suzuki K, et al. Differences between bipolar and unipolar depression on Rorschach testing. *Neuropsychiatr Dis Treat*. 2013;9:619–27. <https://doi.org/10.2147/NDT.S42702>
18. Slavin-Mulford J, Clements A, Hilsenroth M, Charnas J, Zodan J. An examination of generalized anxiety disorder and dysthymia utilizing the Rorschach inkblot method. *Psychiatry Res*. 2016;240:137–43. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2016.04.018>
19. Biagiarelli M, Curto M, Di Pomponio I, Comparelli A, Baldessarini RJ, Ferracuti S. Antipsychotic treatment and the Rorschach Perceptual Thinking Index (PTI) in psychotic disorder patients: effects of treatment. *Psychiatry Res*. 2017;251:294–7. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2017.02.032>
20. Hartmann E, Sunde T, Kristensen W, Martinussen M. Psychological measures as predictors of military training performance. *J Pers Assess*. 2003;80(1):87–98. [https://doi.org/10.1207/s15327752jpa8001\\_17](https://doi.org/10.1207/s15327752jpa8001_17)