

مقایسه الگوی پاسخهای رور شاخ بیماران با اختلالات افسرده خویی، دو قطبی و افراد بهنجار بزرگسال در شهر تهران

سیده رقیه یثربی، استادیار گروه روان شناسی دانشگاه علامه طباطبایی
SR_yasrebi@yahoo.com

چکیده

در این پژوهش، آزمون رور شاخ در مورد ۴۵ نفر (شامل یک نمونه در دسترس مرکب از ۱۵ مرد و زن مبتلا به اختلال دو قطبی و بستری شده در بیمارستانهای دولتی تهران، ۱۵ مرد و زن مبتلا به اختلال افسرده خویی که به طریق سرپایی تحت درمان بودند و ۱۵ مرد و زن سالم) اجرا شد. هفت فرضیه در مورد نحوه ادراک بیماران دو قطبی (قطب افسرده) و افسرده خویی از لکه‌های جوهر رور شاخ مطرح گردید که بخشی از این فرضیه‌ها تأیید شد. در ارتباط با فرضیه‌های این پژوهش متغیرها و شاخصهای رور شاخ R (تعداد پاسخها)، $\frac{T}{R}$ (زمان متوسط هر پاسخ)، O (پاسخ ابتکاری)، K (حرکت انسانی) \bar{F} (ادراک نادرست شکل)، c' (ادراک رنگ بی فام)، C (پاسخ رنگ خالص)، CF (تقدم رنگ بر شکل)، D (پاسخ به اجزای بزرگ) و DG (پاسخ خیالبافی شده) در بین الگوی پاسخهای گروههای سه گانه بررسی و با یکدیگر مقایسه شدند. به منظور تجزیه و تحلیل آماری و برای تعیین معنا دار بودن تفاوت میانگینها از تحلیل واریانس یک راهه در سطح $P \leq 0.01$ استفاده شد. یافته‌های به دست آمده برای متغیرهای R ، $\frac{T}{R}$ ، O ، K ، \bar{F} ، C ، D و DG در بین گروه بیماران مبتلا به اختلال دو قطبی (قطب افسرده) و گروه بهنجار و برای متغیرهای D ، C ، \bar{F} ، O ، K و DG در بین دو گروه بیماران مبتلا به اختلال دو قطبی (قطب افسرده) و اختلال افسرده خویی و برای متغیرهای $\frac{T}{R}$ ، R ، c' در بین گروههای اختلال افسرده خویی و بهنجار در سطح $(P \leq 0.01)$ تفاوت‌های معناداری را نشان داد.

واژه‌های کلیدی: اختلال دو قطبی، اختلال افسرده خویی، بهنجار، آزمون رور شاخ، افسردگی، آزمونهای فرافکن.

مقدمه

افسردگی که احتمالاً شایعترین اختلال روانی است، معمولاً با مجموعه‌ای از نشانه‌های زیست‌شناختی از جمله بروز تغییراتی در ریتم خواب، اشتها، وزن، دستگاه هاضمه، فعالیت حرکتی، علاقه و فعالیت‌های جنسی همراه است. به طور کلی، براساس چهارمین چاپ راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روان^۱ (DSM IV) دو اختلال افسردگی اساسی^۲ و اختلال دو قطبی را غالباً اختلالات عاطفی می‌نامند. با وجود این، پاتولوژی مهم در این اختلالات، مربوط به خلق^۳ است، نه عاطفه؛ یعنی به حالت هیجانی درونی مستمر شخص و تظاهر برونی محتوای هیجانی موجود مربوط است. بیمارانی که فقط به دوره‌های افسردگی مبتلا هستند، گفته می‌شود مبتلا به اختلال افسردگی اساسی هستند که گاهی افسردگی یک قطبی نامیده می‌شود، و بیمارانی که هم دوره‌های افسردگی و هم آشفتگی دارند و بیمارانی که فقط دوره‌های آشفتگی دارند، مبتلا به اختلال دو قطبی I شناخته می‌شوند. اصطلاح آشفتگی یک قطبی یا آشفتگی خالص گاهی در مورد بیماران مبتلا به اختلال دو قطبی I که دوره‌های افسردگی ندارند، استفاده می‌شود.

دو اختلال خلقی دیگر، اختلال افسرده‌خویی^۴ و اختلال خلق ادواری^۵ نیز مدتی است از نظر بالینی شناسایی شده. اختلال افسرده‌خویی و اختلال خلق ادواری با علایمی خفیف‌تر از علایم اختلال افسردگی اساسی و اختلال دو قطبی I، به ترتیب مشخص هستند. DSM IV اختلالات خلقی دیگری را هم در متن و هم در ضمیمه کد گذاری کرده است. این اختلالات شامل سندرم‌های مربوط به افسردگی است که عبارت است از: اختلال افسردگی جزئی^۶، اختلال افسردگی عودکننده گذرا^۷، اختلال ملال پیش^۸ از قاعدگی و اختلالات وابسته به اختلال دو قطبی I (اختلال دو قطبی II). شدت علایم در اختلال افسردگی جزئی به حدی نمی‌رسد که برای تشخیص اختلال افسردگی اساسی لازم است. شدت علایم در اختلال افسردگی عودکننده گذرا به حدی

1. Fourth Edition of the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders

۲. major depressive disorder

۳. mood

۴. affect

۵. dysthymic disorder

۶. cyclothymic disorder

۷. minor depressive disorder

۸. recurrent brief depressive disorder

۹. dysphorie

است که برای تشخیص اختلال افسردگی اساسی لازم است، اما فقط برای مدتی کوتاه که طول آن برای شمول ملاک تشخیص اختلال افسردگی اساسی کافی نیست.

اختلال دو قطبی II شامل دوره های افسردگی اساسی متناوب با دوره های کم آشفتگی است. در دوره های کم آشفتگی، علایم و ملاکهای کامل دوره آشفتگی مشاهده نمی شود. تشخیص های دیگر اختلالات خلقی مشتملند بر اختلال خلقی ناشی از اختلال طبی عمومی، اختلال خلقی ناشی از مواد و اختلال خلقی که به گونه ای دیگر مشخص نشده است (کاپلان و همکاران، ترجمه پورافکاری، ۱۳۷۸).

با به کار بردن آزمونهای فرافکن، از جمله آزمون رورشاخ به علت ابهام محرک می توان از شاخصها و متغیرهای موجود در این آزمون که شامل R (تعداد پاسخها)، $\frac{T}{R}$ (زمان متوسط هر پاسخ)، O (پاسخ ابتکاری)، K (حرکت انسانی)، \bar{F} (ادراک نادرست شکل) C (ادراک رنگ بی فام)، C (پاسخ رنگ خالص)، CF (تقدم رنگ بر شکل)، D (پاسخ به اجزای بزرگ) و DG (پاسخ خیالبافی شده) هستند، به عنوان ملاکهای تشخیص افتراقی در بین بیماران مبتلا به اختلال دو قطبی در دوره افسردگی، اختلال افسرده خویی و افراد بهنجار سود جست.

آزمون رورشاخ در مورد گروههای مختلف (مرضی) به کرات مورد تحقیق قرار گرفته است. در ایران پژوهش با آزمون رورشاخ اندک است. آنچه که درباره آزمون رورشاخ در ایران پی گرفته شده است، اغلب به پژوهشهای رساله های تحصیلی باز می گردد. تعداد بسیار زیاد پژوهشهای خارجی در سالهای اخیر نشان دهنده آن است که آزمون رورشاخ به عنوان یک وسیله کمک تشخیص، دارای کاربرد وسیعی در شناسایی موارد مختلف مرضی از یکدیگر و از افراد بهنجار است.

اکلین^۱ (۱۹۹۹) در مورد مبتلایان به افسردگی اساسی^۲ پژوهشی با آزمون رورشاخ انجام داده است. وی الگوی پاسخ رورشاخ ۵۰ آزمودنی (۲۲ تا ۳۰ ساله) را با آزمودنیهای غیربالینی (۲۲ تا ۳۰ ساله) مورد مقایسه قرار داد. نتایج نشان داد که آزمودنیهای مبتلا به افسردگی اساسی در مقایسه با آزمودنیهای غیربالینی، مشکلاتی در دقت ادراکی، تفکر و تمرکز، احساس بی ارزشی یا گناه

۱. Eklin

۲. major depressive

بیجا و کندی روانی - حرکتی داشتند که ممکن است در سازش یافتگی هیجانی-اجتماعی موفق دخالت داشته باشد.

اکسner^۱ و همکارانش برای اصلاح دشواریهای تحقیق درباره رورشاخ و کاربرد بالینی آن تدوین یک نظام نمره گذاری و تفسیر یکپارچه را آغاز کردند و محصول نهایی ابتدا در سال ۱۹۷۴ با عنوان رورشاخ: یک نظام جامع انتشار یافت و چاپ دوم آن در سال ۱۹۸۶ به بازار آمد که در آن شاخص افسردگی رورشاخ را ابداع و در سال ۱۹۹۰ آن را اصلاح نمود.

در پژوهشی با عنوان شاخصهای افسردگی رورشاخ در کودکان و بزرگسالان (بال^۲، آرکر^۳، گوردون^۴، فرنچ^۵، ۱۹۹۸)، شاخصهای اصلاح شده و اولیه اکسner در نمونه بیماران سرپایی (n=۶۷) کودک و بزرگسال و بیماران بستری شده (n=۹۹) کودک و بزرگسال مورد ارزیابی قرار گرفتند تا بهره برداری تشخیصی این شاخصها بررسی شود. هیچ تفاوت معناداری بین فرم اولیه و فرم اصلاح شده شاخصها و بررسی های بالینی روی مقیاس افسردگی در پرسشنامه شخصیتی کودکان در نمونه های سرپایی با قضاوت تشخیصی تیم درمانی در نمونه های بستری شده وجود نداشت. این یافته ها، هشدار است در استفاده از شاخصهای افسردگی رورشاخ جهت تشخیص افسردگی در کودکان و بزرگسالان.

شاخص های رورشاخ در بیماران دو قطبی بهبود یافته (مندل^۶، بل ماکر^۷، رزن بام^۸، ۲۰۰۲): بیماران دو قطبی در حالت بهبودی براساس معیار پدیدار شناختی، عادی محسوب می شوند و رفتار آنان بهنجار به شمار می آید، اما بسیاری از روان درمانگرها نشانه های شخصیتی خاصی را در آنها گزارش کرده اند. در این پژوهش، آزمون رورشاخ جهت مطالعه این گونه نشانه های شخصیتی انتخاب شد، چرا که می تواند اطلاعات قابل ملاحظه ای را در سطح روانشناختی جدا از رفتارها و نشانه ها در اختیارمان بگذارد. ۲۵ بیمار مبتلا به آشفتگی - افسردگی (دو قطبی) با تکنیک فرافکن

-
۱. Exner
 ۲. Ball
 ۳. Archer
 ۴. Gordon
 ۵. French
 ۶. Mandel
 ۷. Belmarker
 ۸. Rosenbaum

رورشاخ مورد آزمایش قرار گرفتند. امتیازات به دست آمده با استفاده از روشهای جامع اکسنر بررسی شد، به گونه ای که حداقل ۵۰٪ از بیماران یک انحراف استاندارد در بالای میانگین گروه کنترل قرار داشتند. این متغیرها می تواند منعکس کننده شخصیت بیماران با زمینه ژنتیکی به بیماری دو قطبی بوده و بنابراین، حتی وقتی که بیمار از لحظه بالینی دچار بیماری نیست، قابل اندازه گیری باشد.

کاربرد آزمون رورشاخ برای تفکیک اختلالات عاطفی از یکدیگر (سینگر^۱، برابندر^۲، ۲۰۰۳):
برابندر^۲، (۲۰۰۳): در این پژوهش عملکرد آزمون رورشاخ در ۲۹ بیمار افسرده یک قطبی، ۱۵ بیمار دو قطبی (قطب افسردگی) و ۱۸ بیمار دو قطبی (قطب آشفتگی) براساس سیستم جامع اکسنر (۱۹۸۶) مقایسه شد. سه گروه اصلی در انواع متغیرها، بویژه در متغیرهای مربوط به خیال پردازی و پردازش اطلاعات با یکدیگر متفاوت بودند. یکی از یافته های این پژوهش که از اهمیت ویژه ای برخوردار بود، آن بود که بیماران دو قطبی (قطب افسردگی)، مانند بیماران دو قطبی (قطب آشفتگی) و برخلاف افراد افسرده یک قطبی افت ادراکی شدیدی داشتند. این نتایج نشان می دهد که آزمون رورشاخ در تشخیص افتراقی اختلالات عاطفی قابل استفاده و مفید است.

روش

در این پژوهش که از اواخر فروردین سال ۱۳۸۲ شروع و در بهمن ماه همان سال به پایان رسید، الگوی پاسخهای گروههای مبتلا به اختلالات دو قطبی، افسرده خوبی و گروه بهنجار به آزمون رورشاخ با یکدیگر مقایسه شد. جامعه مورد بررسی جمعی از افراد سالم که تاکنون به متخصصان بهداشت روانی مراجعه نکرده بودند و نیز بیماران مراجعه کننده به درمانگاهها و بخشهای اعصاب و روان بیمارستانهای شهید نواب صفوی، روزبه، امام حسین، انستیتوی روانپزشکی تهران و برخی از مطبهای خصوصی روانپزشکان بوده اند. نمونه های مورد بررسی عبارت بودند از: یک نمونه شامل ۱۵ بیمار مبتلا به اختلال دو قطبی (قطب افسردگی) که براساس نظر و معرفی روانپزشک به گونه غیر تصادفی و در دسترس از بیمارانی که در بیمارستانهای روانپزشکی دولتی شهر تهران بستری شده بودند، نمونه های دیگر شامل ۱۵ بیمار با اختلال افسرده

۱. Singer

۲. Brabender

خوبی که به طریق سرپایی تحت درمان بودند و ۱۵ فرد سالم از نظر روانی بود، تلاش شد تا آزمودنی‌های گروه بیماران با اختلالات افسرده خوبی^۱ و گروه بهنجار با یکدیگر و نیز با گروه بیماران اختلال دو قطبی براساس پنج متغیر جنس، سن، مدرک تحصیلی، شغل و وضعیت تأهل هم‌تا شوند. افراد گروه مبتلا به اختلال دو قطبی علاوه بر تشخیص اختلال در آنها توسط روانپزشک، به وسیله پژوهشگر نیز مورد مصاحبه بالینی براساس معیارهای DSM IV قرار گرفتند تا مشخص شود که آیا این بیماران در دوره افسردگی قرار دارند یا خیر. تشخیص اختلال افسرده خوبی نیز با توجه به تشخیص روانپزشک و مصاحبه بالینی توسط پژوهشگر براساس معیارهای DSM IV بوده است.

رای انتخاب گروه گواه (بهنجار)، از افراد سالم که سابقه بیماری روانی نداشتند و خود را سالم معرفی می‌کردند و همچنین در مصاحبه ای که توسط پژوهشگر انجام شد، اختلالی را نشان ندادند، استفاده شد. جدولهای ۱ و ۲ اطلاعات توصیفی نمونه‌های آماری را ارائه می‌کند.

جدول ۱: مشخصات آزمودنیها

گروهها	مرد	زن	سن		تحصیلات		طول مدت بیماری
			SD	X	SD	X	
دوقطبی	۸	۷	۳۳/۵	۸/۲	۷/۳	۳/۴	۶/۵
دیتیمیک	۸	۷	۳۲/۲	۷/۸	۸/۵	۳/۸	۶
بهنجار	۸	۷	۳۲/۸	۸/۵	۹/۴	۳/۹۱	۰

جدول ۲: وضعیت شغلی آزمودنیها

گروهها	شغل	دانشجو	کارمند	کارگر	آزاد	خانه دار
دوقطبی	۱	۳	۵	۲	۴	
دیتیمیک	۲	۳	۵	-	۵	
بهنجار	۲	۵	۳	-	۵	

بعد از تشخیص نوع اختلال در آزمودنی‌های بیمار و مشخص شدن سلامت روانی در آزمودنی‌های بهنجار و اعلام آمادگی همکاری از سوی آنها، آزمون رورشاخ به طور انفرادی در اتاقی مجزا و در طی پنج گام اجرا شد:

۱. اختلال افسرده خوبی، اختلال شایع در کل جمعیت است که میزان شیوع آن در بین بیماران مراجعه کننده به کلینیک های روانپزشکی عمومی به یک سوم تا یک دوم کل بیماران مراجعه کننده می رسد. نظریه اینکه تعداد قابل ملاحظه ای از این بیماران به آسانی در دسترس پژوهشگر قرار داشتند، هم‌تاسازی این گروه از بیماران با گروه بیماران دو قطبی به آسانی و به نحو مطلوب انجام شد.

گام ۱: آشنا کردن پاسخ دهنده با روش؛

گام ۲: دادن دستور کار آزمون؛

گام ۳: مرحله پاسخ (تداعی)؛

گام ۴: واریسی پاسخها؛

گام ۵: آزمون تکمیلی انتخاب کارت.

پس از آنکه پروتکل پاسخها برای آزمودنیها در گروههای سه گانه به دست آمد، تبدیل

پاسخها به علایم در چهار مقوله زیر انجام شد:

اول از نظر محل ادراک (یا تعیین حدود قسمت تعبیر شده لکه)، دوم از نظر تعیین کنندهها (برحسب عامل شکل، حرکت و یا رنگ) و سوم از نظر محتوا (انسان، حیوان، شیء و غیره) و چهارم از نظر ابتکاری یا رایج بودن پاسخها (بهرامی، ۱۳۷۲).

برای نمره گذاری و تفسیر رورشاخ از روشهای مختلفی استفاده شده که در حال حاضر هشت سبک تفسیر آزمون رورشاخ در دنیا متداول است که با سبک خود رورشاخ، نه سبک را تشکیل می دهند (شریفی، ح، ینکخو، م ۱۳۷۹). در این پژوهش از نمره گذاری و روش خود رور شاخ استفاده شد.

جدول ۳: نتایج حاصل از پروتکل پاسخها در کلیه شاخصهای رورشاخ و در سه گروه تحت بررسی با شاخصهای آماری میانگین و انحراف معیار

متغیرها		افسرده دو قطبی		افسرده خویی		بهنجار
		SD	\bar{X}	SD	\bar{X}	SD
R تعداد پاسخها		۴/۳	۱۷	۶	۳۰	۹
$\frac{T}{R}$ زمان متوسط هریاسخ		۲۵"	۸۳"	۳۰/۲"	۵۰"	۱۵/۵"
\bar{O} پاسخ ابتکاری منفی		۰/۸	۰/۱۵	۰/۰۱	۰	۰
K حرکت انسانی		۰/۱۵	۳/۵	۱/۲	۵	۳/۵
F ادراک نادرست شکل		۰/۸	۰/۵	۰/۲۵	۰/۳	۰/۲۰
C' ادراک رنگ بی فام		۱/۵	۴/۲۵	۱/۳۵	۰/۷۵	۰/۰۸
C پاسخ رنگ محض		۰/۹۵	۰	۰	۰	۰
CF تقدم رنگ بر شکل		۰/۳۲	۰/۳۷	۰/۲۲	۰/۳	۰/۲۵
D پاسخ به اجزای بزرگ		۰/۹۸	۱/۲۵	۰/۸۳	۱/۵۴	۰/۵۳
DG پاسخ خیالبافی شده		۰/۶۸	۰	۰	۰	۰

جدول ۴: نتایج حاصل از تحقیق در کلیه شاخص‌های رورشاخ و تشکیل جدولهای ANOVA

R) تعداد پاسخها)							(T) (زمان متوسط هر پاسخ) R				
سطح معناداری	F	MS	SS	DF	منبع تغییرات	سطح معناداری	F	MS	SS	DF	منبع تغییرات
$\leq P_{0.01}$	۱۰/۵	۱۲۲۳/۷۵	۲۴۴۷/۵	۲	بین گروهها	$\leq P_{0.01}$	۵/۷۵	۱۷۲۸/۳۵	۳۴۵۶/۷۰	۲	بین گروهها
		۱۱۶/۵۴	۴۸۹۴/۶۸	۴۲	درونی گروهها			۳۰۰/۵۸	۱۲۶۲۴/۲۶	۴۲	درونی گروهها
				۴۴	کل					۴۴	کل
O) (پاسخ ابتکاری منفی)							(K) (حرکت انسانی)				
سطح معناداری	F	MS	SS	DF	منبع تغییرات	سطح معناداری	F	MS	SS	DF	منبع تغییرات
$\leq P_{0.01}$	۵/۴۵	۲/۹۰۵	۲۵/۸۱	۲	بین گروهها	$\leq P_{0.01}$	۱۸/۶	۱۲۹/۳۲	۲۵۸/۶۵	۲	بین گروهها
		۰/۵۳۳	۲۲/۳۸۶	۴۲	درونی گروهها			۶/۹۵	۲۹۱/۹	۴۲	درونی گروهها
				۴۴	کل					۴۴	کل
F) (ادراک نادرست شکل)							(C) (ادراک رنگ بی فام)				
سطح معناداری	F	MS	SS	DF	منبع تغییرات	سطح معناداری	F	MS	SS	DF	منبع تغییرات
$\leq P_{0.01}$	۲۰/۳۵	۱۵/۱۴۱	۳۰/۲۸۲	۲	بین گروهها	$\leq P_{0.01}$	۷/۲۵	۱۱۱/۴۵	۲۲۹/۹	۲	بین گروهها
		۰/۷۴۴	۳۱/۲۴۸	۴۲	درونی گروهها			۱۵/۳۷	۶۴۵/۵۴	۴۲	درونی گروهها
				۴۴	کل					۴۴	کل
CF) تقدم رنگ بر شکل)											
سطح معناداری	F	MS	SS	DF	منبع تغییرات	سطح معناداری	F	MS	SS	DF	منبع تغییرات
$\leq P_{0.01}$	۱۷/۲۶	۱۱/۵	۲۳	۲	بین گروهها	$\leq P_{0.01}$	۲/۴۴	۰/۳۰۶	۰/۶۱۲	۲	بین گروهها
		۰/۶۶۶	۲۷/۹۷۲	۴۲	درونی گروهها			۰/۱۲۵۴	۵/۲۶۶	۴۲	درونی گروهها
				۴۴	کل					۴۴	کل
D) (پاسخ به اجزای بزرگ)						DG) (پاسخ خیالافی شده)					
سطح معناداری	F	MS	SS	DF	منبع تغییرات	سطح معناداری	F	MS	SS	DF	منبع تغییرات
$\leq P_{0.01}$	۷/۸۶	۱۴/۳۷۶	۲۸/۷۵۲	۲	بین گروهها	$\leq P_{0.01}$	۱۰/۸۲	۷/۱۴۳	۱۴/۲۸۶		بین گروهها
		۱/۸۲۹	۷۶/۸۱۸	۴۲	درونی گروهها			۰/۶۶۰	۲۷/۷۲۶		درونی گروهها
				۴۴	کل						کل

نتایج

با توجه به اطلاعات جدولهای ۳ و ۴ نتایج به دست آمده عبارت بود از:

- ۱- میانگین تعداد پاسخها (R) در گروه بیماران دو قطبی و نیز در گروه اختلال افسرده خوبی به گونه معنا دار کمتر از گروه بهنجار بود ($P_{0.01} \leq$)، در حالی که تفاوت میانگین تعداد پاسخها در دو گروه بیماران دو قطبی و اختلال افسرده خوبی معنا دار نبود.

۲- میانگین زمان متوسط هر پاسخ ($\frac{T}{R}$) در گروه بیماران دو قطبی و نیز گروه اختلال افسرده خویی به گونه معنا دار بیشتر از میانگین ($\frac{T}{R}$) در گروه بهنجار بود ($\leq P_{0.01}$)، در حالی که تفاوت میانگین زمان متوسط هر پاسخ برای گروههای بیماران دو قطبی و اختلال افسرده خویی معنا دار نبود.

۳- در دو گروه بهنجار و اختلال افسرده خویی پاسخ ابتکاری منفی (\bar{O}) مشاهده نشد و میانگین (\bar{O}) برای گروه بیماران دو قطبی و گروه بهنجار و همچنین برای گروه بیماران دو قطبی و اختلال افسرده خویی معنا دار بود ($\leq P_{0.01}$).

۴- میانگین تعداد پاسخ بر مبنای حرکت انسانی (k) در گروه افسرده خویی و نیز گروه بهنجار به گونه معنا دار بزرگتر از میانگین (k) در گروه بیماران دو قطبی بود ($\leq P_{0.01}$) و تفاوت میانگینهای (k) برای دو گروه افسرده خویی و بهنجار معنا دار نبود.

۵- میانگین تعداد پاسخها بر مبنای ادراک نادرست شکل (\bar{F}) در گروه بیماران دو قطبی به گونه معنا دار بیشتر از میانگین تعداد این پاسخها در گروه بهنجار و نیز در گروه افسرده خویی بود ($\leq P_{0.01}$) و تفاوت میانگین (\bar{F}) برای دو گروه افسرده خویی و بهنجار معنا دار نبود.

۶- میانگین پاسخهای مبتنی بر رنگهای بی فام (C) در گروه دو قطبی و نیز در گروه افسرده خویی به گونه معنا دار از گروه بهنجار بود ($\leq P_{0.01}$)، در حالی که تفاوت میانگینهای (C) برای دو گروه بیماران دو قطبی و افسرده خویی معنا دار نبود.

۷- میانگین پاسخهای رنگ محض (C) در گروه بیماران دو قطبی به گونه معنا دار بیشتر از میانگین (C) در گروه بهنجار و نیز بیشتر از میانگین (C) در گروه افسرده خویی بود ($\leq P_{0.01}$) و در حالی که تفاوت میانگینهای (C) برای گروه افسرده خویی و بهنجار معنا دار نبود.

۸- تفاوت میانگینهای شاخص تقدم رنگ بر شکل (CF) برای هر سه گروه تحت بررسی معنا دار نبود ($\leq P_{0.01}$).

۹- میانگین پاسخ به اجزای بزرگ (D) در گروه بیماران دو قطبی به گونه معنا دار بیشتر از میانگین (D) در گروه افسرده خویی و نیز بیشتر از میانگین (D) در گروه بهنجار بود ($\leq P_{0.01}$)، در حالی که تفاوت میانگینهای (D) برای دو گروه افسرده خویی و بهنجار معنا دار نبود.

۱۰- میانگین شاخص پاسخهای خیالبافی شده (DG) در گروه بیماران دو قطبی به گونه معنا دار بیشتر از میانگین (DG) در گروه بهنجار و نیز بیشتر از میانگین (DG) در گروه افسرده خوئی بود. ($P \leq 0.01$)، در حالی که تفاوت میانگینهای (DG) برای گروه افسرده خوئی و بهنجار معنا دار نبود.

بحث و نتیجه‌گیری

با توجه به یافته‌های به دست آمده از این پژوهش، می‌توان متغیرهای R ، $\frac{T}{R}$ ، O ، K ، \bar{F} ، C ، D و DG را در تشخیص افتراقی اختلال دو قطبی (قطب افسردگی) از گروه بهنجار، و متغیرهای R و $\frac{T}{R}$ و C را در تشخیص افتراقی اختلال افسرده خوئی از گروه بهنجار حایز اهمیت بیشتری دانست.

از تجزیه و تحلیل داده‌های مربوط به متغیر (R) یا مجموع پاسخها این نتیجه به دست آمد که کندی روانی - حرکتی در بیماران دو قطبی بارزتر از بیماران مبتلا به اختلال افسرده خوئی است. به علت کاهش پاسخهای O و K در گروه دو قطبی نسبت به گروه افسرده خوئی و بهنجار معلوم شد که تفکر انتزاعی و خلاقیت، ثبات درونی و سازگاری در گروه بیماران دو قطبی آسیب می‌بیند، و این گروه فاقد توانایی کنترل تکانه‌ها و به تعویق انداختن بروز رفتار بوده، دارای روابط اجتماعی معیوب هستند.

نتایج به دست آمده در این پژوهش نشان می‌دهد که کلید اصلی تشخیص افتراقی بین اختلال افسرده خوئی و دو قطبی، وجود پاسخهای K در گروه افسرده خوئی است که در افسردگیهای شدید و اختلال دو قطبی (قطب افسردگی) تعداد پاسخهای K بسیار کم و بندرت به بیشتر از یک می‌رسد.

به علت وجود تعداد قابل ملاحظه \bar{F} در پروتکل بیماران دو قطبی، نتایج به دست آمده در این پژوهش حاکی از آن است که بیماران دو قطبی فاقد توانایی استدلال درست بوده، در تفسیر محرکها و واقعیتها اشکال دارند. این شاخص رور شاخ حاکی است که توجه و تمرکز ذهنی در این گروه از بیماران آسیب می‌بیند و اینان فاقد کنترل عواطف مربوط به تعارض هستند.

این یافته با نتایج پژوهش انجام شده توسط خدیوی^۱، و تزلر^۲، ویلسون^۳ (۲۰۰۰) در دپارتمان روانشناسی بیمارستان برونکس^۴، لبنان^۵ و آمریکا همخوانی دارد. آنان با بررسی شاخص اختلال تفکر در آزمون رورشاخ به این نتیجه رسیدند که در بیماران دو قطبی (قطب افسردگی) جریانهای ذهنی مانند جریانهای بدنی کاهش می یابد و این بیماران دارای مشکلاتی در تفکر، تمرکز و یادآوری هستند.

بررسی و تحلیل پاسخهای بیماران در دو گروه دو قطبی و افسرده خویی به رنگهای آکروماتیک این نتیجه را به دست داده است که در گروه دو قطبی، خلق افسرده نسبت به گروه مبتلا به اختلال افسرده خویی بارزتر است. این شاخص رورشاخ نشان دهنده حرکات و اعمال خودکشی در گروه بیماران دو قطبی است.

نتایج به دست آمده در رابطه با پاسخهای رنگ محض (C) و مقدم رنگ برفورم (CF) نشان می دهد که بیماران دو قطبی بالقوه دارای خصوصیت تکانشی بودن و عواطف انفجاری هستند و یا آن را بارز می کنند. این شاخص رور شاخ نشان می دهد که بیماران دو قطبی متلون هستند و از ثبات عاطفی و هیجانی برخوردار نیستند.

این یافته با نتایج پژوهش انجام شده توسط بیٹی^۶، هیلسنروت^۷ (۱۹۹۹) در دپارتمان روانشناسی، دانشگاه آرکانزاس آمریکا همخوانی دارد. آنان در این مطالعه با اطلاعات به دست آمده از رورشاخ ۳۰ بیمار مبتلا به اختلال دو قطبی در مقایسه با رورشاخ ۳۰ بیمار مبتلا به افسرده خویی به این نتیجه دست یافتند که بیماران دو قطبی (قطب افسردگی) دارای آشفتگی هیجانی و آشفتگی در محتوای فکر و محتوای موضوعی عاطفی هستند و تمایل به تردید و دودلی دارند.

نتایج مربوط به متغیر D در این پژوهش با مطالعات انجام شده توسط بک (۱۹۶۰) و راپاپورت (۱۹۶۸) متفاوت است. این پژوهشگران اظهار داشته اند که در دو گروه افسرده خویی و دو قطبی تعداد پاسخهای D کمتر از افراد بهنجار است. در این پژوهش با توجه به اینکه متغیر (R) یا

۱. Khadivi
۲. Wetzler
۳. Wilson
۴. Bronx
۵. Lebanon
۶. Baity
۷. Hilsenroth

مجموع پاسخها در گروه بهنجار بیش از گروه دو قطبی است، ولی تعداد پاسخهای D در گروه بهنجار نسبت به گروه دو قطبی کاهش نشان داده است.

نتایج به دست آمده در رابطه با پاسخهای کلی خیالبافی شده (DG) نشان می‌دهد که گروه دو قطبی دارای ادراک نادرست از واقعیتها و حقایق هستند. این گونه پاسخها بیشتر با \bar{F} همراه است.

این یافته با نتایج پژوهش انجام شده توسط سینگر^۱، برابندر^۲ (۲۰۰۳) در دانشکده پزشکی پنسیلوانیا و مؤسسه روانشناسی پنسیلوانیای شرقی همخوانی دارد. آنان در این مطالعه براساس سیستم جامعه اکسیر به این نتیجه دست یافتند که بیماران دو قطبی (قطب افسردگی) برخلاف افراد افسرده یک قطبی در پردازش اطلاعات دارای افت ادراکی شدیدی از واقعیتها هستند.

یافته‌های این بررسی نشان می‌دهد که متغیرهای C، \bar{F} و K در تشخیص افتراقی اختلال دو قطبی در مرحله افسردگی از اختلال افسرده خویی و بهنجاری، شاخصهای معتبرتری نسبت به سایر متغیرهای رورشاخ است.

در این پژوهش درصد A (پاسخ حیوان) و درصد P (پاسخ رایج) مغایر با ادبیات رورشاخ به دست آمد که احتمالاً معلول تفاوت‌های فرهنگی است. با توجه به ادبیات رورشاخ بیماران در گروه افسرده خویی بیشتر از افراد سالم و دو قطبی به آراء و افکار عمومی اهمیت می‌دهند؛ بدین معنا که %P در بیماران افسرده خو بیشتر از افراد سالم و بیماران دو قطبی است.

در این پژوهش %P در گروه افسرده خویی و بهنجار بیشتر از گروه بیماران دو قطبی بود، ولی اختلاف %P در بین دو گروه افسرده خویی و بهنجار معنا دار نبود، و نیز براساس ادبیات رورشاخ، افسردگی موجب افزایش %A و خلق شاد %A را کاهش می‌دهد. با عنایت به این نتایج، حصول اطمینان در این زمینه به عهده تحقیقات آینده گذاشته می‌شود. به همین علت، پیشنهاد می‌شود پژوهشهای زیر صورت پذیرد.

۱. Singer

۲. Brabender

۱- پیشنهاد می شود، این پژوهش بر روی گروههای وسیعتری انجام گیرد، و بیماران با اختلال دو قطبی از کلیه بیمارستانهای دولتی و خصوصی به روش نمونه گیری تصادفی انتخاب شوند.

۲- پیشنهاد می گردد علاوه بر گروههای دو قطبی و اختلال افسرده خویی، گروه افسرده یک قطبی نیز در تحقیقات آینده گنجانده شود تا گامی مهمتر برای تشخیص افتراقی انواع افسردگیها از یکدیگر برداشته شود.

۳- پیشنهاد می گردد در مورد کاربرد آزمون رورشاخ در تشخیص افتراقی سایر اختلالات روانی نیز پژوهشهایی صورت گیرد. تحقیقات خارجی که در سالهای اخیر انجام شده است، بیانگر آن است که از آزمون شخصیتی رورشاخ، می توان به عنوان یک ابزار کمکی در تشخیص و تمیز انواع اختلالات روانی از یکدیگر بهره گرفت.

معمولاً در هر پژوهش محدودیتهایی وجود دارد که ممکن است اجرای تحقیق را با مشکلاتی مواجه سازد. محدودیتهای وجود دارد که ممکن است اجرای تحقیق را با مشکلاتی مواجه سازد. محدودیتهای در این پژوهش به شرح زیر خلاصه می شود:

۱- عدم دسترسی به تعداد بیشتری از بیماران مبتلا به اختلال دو قطبی که ناگزیر روش نمونه گیری غیر تصادفی انجام شد. این گروه از بیمارانی که در بیمارستانهای دولتی شهر تهران بستری شده بودند، انتخاب شدند و برخی از بیماران بستری شده در بیمارستانها در تهیه پروتکل رورشاخ با پژوهشگر همکاری نکردند.

۲- تعداد افراد در هر گروه نسبتاً کم بود (۱۵ نفر برای هر گروه) که پس از انتخاب گروه بیماران دو قطبی، گروه بیماران افسرده خویی و گروه بهنجار به گونه ای انتخاب شدند که از لحاظ متغیرهای جنس، سن، مدرک تحصیلی، شغل و وضعیت تأهل با یکدیگر و با گروه بیماران دو قطبی همتا باشند.

۳- کنترل متغیر دارو و مقدار آن در دست پژوهشگر نبود و علاوه بر آن افراد گروه با اختلال افسرده خوبی فقط از داروهای ضد افسردگی و گروه بیماران دو قطبی (قطب افسردگی) علاوه بر داروهای ضد افسردگی از کربنات لیتیوم نیز استفاده می کردند و در نتیجه احتمالاً اثرات داروها بر روی نتایج تحقیق تا حدودی تأثیر داشته است.

منابع

- اخوت، ولی الله. دانشمند، لقمان (۱۳۵۷). **ارزشیابی شخصیت**. تهران: انتشارات دانشگاه تهران.
- آزاد، حسین. (۱۳۷۶). **آسیب شناسی روان**. تهران: انتشارات بعثت.
- آناستازی. (۱۹۷۶). **روان آزمایی**. ترجمه محمد نقی براهنی، ۱۳۶۱. تهران: انتشارات دانشگاه تهران.
- بهرامی، هادی. (۱۳۷۲). **آزمونهای فرافکنی شخصیت**. تهران: نشر دانا.
- حائری روحانی، علی. (۱۳۷۴). **فیزیولوژی اعصاب و غدد**. تهران: سازمان مطالعه و تدوین کتب علوم انسانی دانشگاهها (سمت).
- دادستان، پریرخ. (۱۳۷۸). **روانشناسی مرضی تحولی**. تهران: سازمان مطالعه و تدوین کتب علوم انسانی دانشگاهها (سمت).
- روزنهان، سلیگمن. (۱۹۸۵). **آسیب شناسی روانی** ترجمه یحیی سید محمدی، ۱۳۸۰. تهران: نشر ساوالان.
- ساراسون، سارالون. (۱۹۸۷). **روانشناسی مرضی**. ترجمه بهمن نجاریان. ۱۳۷۳. تهران: انتشارات رشد.
- شاملو، سعید. (۱۳۶۴). **آسیب شناسی روانی**. تهران: انتشارات شرکت سهامی چهر.
- فیرس، ای. جی. (۱۹۹۳). **روانشناسی بالینی**. ترجمه فیروزبخت و بایگی، ۱۳۷۴. انتشارات ابجد.

کاپلان و همکاران. (۱۹۹۴). خلاصه روانپزشکی علوم رفتاری - روانپزشکی بالینی. ترجمه نصرت‌الله پورافکاری، ۱۳۷۸. تهران: انتشارات شهراب.

کلایتون، بارت. (۱۹۸۵). **درمان افسردگی**. ترجمه حسن سلطانی فر، ۱۳۶۹. تهران: انتشارات آستان قدس رضوی.

کراز، ژ. (۱۹۷۷). **بیماریهای روانی**. ترجمه پریخ دادستان و محمود منصور، ۱۳۶۸. تهران: انتشارات ژرف.

گری گراث؛ مارنات. (۱۹۹۰). **راهنمای سنجش روانی**، ترجمه شریفی، و نیکخو، ۱۳۷۹. تهران: انتشارات رشد.

مای، لی. (۱۹۶۴). **شخصیت**. ترجمه محمود منصور، ۱۳۷۳. تهران: انتشارات دانشگاه تهران.

وهاب زاده، جواد. (۱۳۶۶). **مباحث عمده در روانپزشکی**. تهران: چاپخانه ۱۷ شهریور.

منابع خارجی

- Baity, M. R., & Hilsenroth. A. (1999). The Rorschach scores in the manic state. *Journal of Clinical Psychiatry*, 60, 82-92.
- Ball, J. D., Archer, R. P., Gordon, R. A., & French, J. (1998). The Rorschach indices of depressive diagnosis among children and adolescents patients. *Journal of Personality Assessment*, 51, 545- 555.
- Beck, S. J. (1960). *The Rorschach experiment*. New York: Grune & Stratton.
- Eklin, F. (1999). The use of the Rorschach test in the prediction of the major depressive. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 88, 351-355.
- Exner, J. E. (1983). Rorschach assessment. In I. B. Weiner (Ed), *Clinical methods in clinical Psychology* (2nd ed.). New York: John Wiley & Sons, Inc.

- Exner, J. E. (1986). *The Rorschach: A comprehensive system. Volume 1. Basic foundations* (2nd ed). New York: John Wiley & Sons, Inc.
- Khadivi, A., Wetzler, S., & Wilson, A. (2000). The Rorschach records of patients with bipolar disorder. *American Journal of Psychiatry*, 128, 491-498.
- Mandel, B., Belmarker, R. H., & Rosenbaum, M. (2002). A Rorschach indices study on the psychological characteristics of improved bipolar patients. *Journal of Clinical Psychiatry*, 65, 61-70.
- Rapaport, C., Gill, M., & Schafer, J. (1968). *Diagnostic Psychological testing (Vol. 1)*. Chicago: Year Book Publishers.
- Singer, H. K., & Brabender, V. (2003). The use of the Rorschach technique to distinguish between mood disorders. *Journal of Abnormal Psychology*, 120, 391-398.

