

رورشاخ و نارسایی پردازش خبر در بیماران افسرده

Rorschach and Information Processing Deficiency in Depressed Patients

Fateh Rahmani, PhD

Kordestan University

دکتر فاتح رحمانی

دانشگاه کردستان

چکیده

در این پژوهش قابلیت شاخصهای شناختی رورشاخ در متمایز کردن مشکلات پردازش خبر در بیماران افسرده مورد بررسی قرار گرفت. ۳۰ آزمودنی افسرده و ۳۰ آزمودنی غیرافسرده با سنین و تحصیلات مشابه از طریق مصاحبه بالینی براساس ضوابط DSM-IV و پرسشنامه افسردگی بک انتخاب شدند. برای ارزشیابی نارساکنشی بازخوردها از مقیاس نارساکنشی بازخوردها (DAS) استفاده شد و ارزشیابی شاخص ادراکی - تفکری و شاخصهای تفصیلی مربوط به پردازش خبر از طریق اجرای آزمون رورشاخ و نمره‌گذاری اکسنر صورت گرفت. نتایج نشان دادند که شاخص ادراکی - تفکری برای تمایز مشکلات بیماران افسرده در پردازش خبر کفایت لازم را ندارد اما ترکیبی از برخی متغیرهای آن و شاخصهای شناختی رورشاخ برای چنین هدفی قابل استفاده است. بدین ترتیب شاخص جدیدی با نام «شاخص نارسایی پردازش خبر» (IPDI) به دست آمد.

واژه‌های کلیدی: پردازش خبر، شاخص ادراکی - تفکری، افسردگی.

Abstract

This study aimed to evaluate the efficiency of the Rorschach cognitive indices in distinguishing the information processing deficiencies in depressed patients. Clinical interviews based on DSM-IV criteria for depression and Beck Depression Inventory were conducted to select 30 depressed and 30 non-depressed female participants in the same age group and educational level. The Dysfunctional Attitudes Scale (DAS) was run to evaluate the dysfunctional attitudes. The Rorschach test was run and scored using the Exner's Comprehensive System (1990) to evaluate the Perceptual-Thinking Index (PTI) and the cognitive components of participants. The results indicated that the Rorschach's Perceptual-Thinking Index is not efficient enough to distinguish the patient's deficiencies in information processing; but a combination of several variables of PTI along with other comprehensive cognitive indices of the Rorschach can be useful. This study led to the development of a new index called "Information Processing Deficiency Index (IPDI).

Key words : information processing, perceptual-thinking index, depression.

Address for Correspondence : Fateh Rahmani, Department of Educational Studies, Kordestan University.
email:farahmani@yahoo.com

مقدمه

این، روان‌بندها در طی فرایند انتخاب، سانسور و صورت‌بندی آنچه بیان می‌شود، بازیابی از حافظه درازمدت و توجه‌گزینی به حافظه هیجانی را نیز تعیین می‌کنند. برخی از این فرایندها می‌توانند هشیار یا ارادی باشند، اما ناهشیار بودن بسیاری از آنها تأییدکننده این نکته‌اند که رورشاخ به فرایندهای شخصیتی پنهان که تحت نظارت دانش، فهم و آگاهی آزمودنی نیستند، دست می‌یابد. در نهایت، به‌رغم عوامل مؤثر در فرایند صورت‌بندی پاسخ، محتوای واقعی پاسخ نیز قابل توجه است. آکلین (۱۹۹۴) خاطر نشان می‌سازد که روان‌بندها با درهم آمیختن مسائل کنونی با تجارب گذشته، به محتوای پاسخ منجر می‌شوند.

آزمون رورشاخ از لحاظ تاریخی به عنوان وسیله‌ای برای متمایز کردن فرایندهای روانشناختی مربوط به تخریب آزمون واقعیت^{۱۱} و اختلال تفکر^{۱۲}، مورد استفاده قرار گرفته است و کفایت آن در تمایز اختلالهای تفکر، باورهای غیرمعمول و آزمون واقعیت اثبات شده است (هارتمن، ساند، کریستن سن و مارتینوس، ۲۰۰۳). همچنین، پژوهشهای متعددی اعتبار رورشاخ را در نمایان ساختن نابهنجاریهای شناختی در اختلالهای روانی مختلف نشان داده‌اند (استوکس، پوگ، گروسو و زاکاریو، ۲۰۰۱) و این نکته را آشکار کرده‌اند که آزمون رورشاخ ابزار مفیدی برای ارزیابی پردازش خبر و مفهوم‌پردازی در افراد غیربیمار نیز هست (دانیل سون، فلیکت و ادمن، ۲۰۰۱).

اختلالهای روان گسسته‌وار^{۱۳} با علائم تخریب شناختی^{۱۴} گسترده متمایز می‌شوند (کاپلان و سادوک، ۲۰۰۵). این تخریبها در رفتارهای این بیماران مشهود است و شناسایی ابعاد و پیامدهای تخریب، مشخص‌کننده میزان قابلیت ابزارهای ارزیابی آنها است و اختلالهای تفکر برحسب پیوستار شدت قابل طبقه‌بندی هستند. از این لحاظ، روان گسیختگی^{۱۴}، بیشترین درجه اختلال شناختی را دارد و افراد بهنجار کمترین از هم گسیختگی شناختی را

آزمون رورشاخ یکی از متداولترین و قوی‌ترین آزمونهای فرافکن در ارزیابی شخصیت و آسیب‌شناسی روانی در کلینیکهای روانشناسی و روانپزشکی است و سیستم جامع اکسندر (۱۹۹۳)، رایجترین سیستم نمره‌گذاری رورشاخ است (کاپلان و سادوک، ۲۰۰۵؛ گارناکسیا، دیل، ساباتینو و ساتویک، ۲۰۰۱). در وضع کنونی آزمون رورشاخ به منزله یک آزمون عینی محسوب می‌شود که تا حدود زیادی نتایج آن به عنوان تولیدات^۱ شناختی آزمودنیها مورد تفسیر قرار می‌گیرند (اکسندر، ۱۹۸۹، ۱۹۹۳). الگوی سازماندهی به محرکهای محیطی، توانایی متمایز ساختن آنها و بیان شناختهای مختلف در چهارچوب پاسخها در موارد بهنجار و مرضی، بیانگر ابعاد قدرتمند شناختی این آزمون هستند (اکسندر، ۱۹۹۳، ۱۹۹۶، ۲۰۰۱، ۲۰۰۲؛ الفاک، راسنر، لیندگرین، اندرسن و کارلسن، ۲۰۰۴؛ میناسیان، گرن‌هلم، ورنی و پری، ۲۰۰۵).

اکسندر (۱۹۹۳) فرایند پاسخ را برحسب فرایندهای شناختی زیربنایی و قابلیت‌های عصب - روانشناختی تعریف کرده است. مفاهیم بنیادی روانشناسی شناختی مانند پردازش خبر^۲، نظریه روان‌بنده^۳ و الگوهای پیوندی-نگر^۴ نیز در فرایند پاسخدهی به آزمون رورشاخ به کار گرفته شده‌اند و به قلمروهای مختلف شناختی مانند توجه دیداری و ادراک، تمایز شیء، حافظه تداعی، تولید زبان و کنش‌وری عملیاتی^۵ توجه کرده‌اند (آکلین، ۱۹۹۴؛ آکلین و وو - هولت، ۱۹۹۶).

از نظر آکلین و وو - هولت (۱۹۹۶) می‌توان در پاسخهای آزمودنی به لوحهای رورشاخ «سبکها^۶» و «محتوهای^۷» پاسخ را که مبتنی بر روان‌بندها، به عنوان ساختههای اطلاعاتی فردی‌سازی شده و حاصل یادگیری هستند، متمایز کرد. این روان‌بندها که شامل توجه‌گزینی^۸ و دفاع ادراکی^۹ نیز می‌شوند، تأثیر فرایندهای هیجانی و انگیزشی بر ادراک را نشان می‌دهند. علاوه بر

1. products
2. information processing
3. scheme theory
4. Connectionist models
5. operational functioning

6. styles
7. contenst
8. selective attention
9. perceptual defense
10. reality testing

11. thinking disturbance
12. psychotic
13. cognitive impairment
14. schizophrenia

و دیگران، ۲۰۰۱). متغیر $XA\%$ مجموع پاسخهای دارای کیفیت شکل $+$ ، 0 و u است که به مجموع پاسخها تقسیم شده‌اند. متغیر $WDA\%$ با تقسیم مجموع پاسخهای W ، WS ، D و DS دارای کیفیت شکل $+$ ، 0 و u بر مجموع تمام پاسخهای داده شده به نواحی W و D محاسبه می‌شود. دو مؤلفه در هر دو شاخص همیشه به عنوان نشانگر بالقوه اختلال تفکر مورد توجه بوده‌اند؛ $M-$ (پاسخهای حرکت انسانی با کیفیت شکل ضعیف) و $X-\%$ (درصد پاسخهای دارای کیفیت شکل ضعیف؛ اکسنر، ۱۹۹۳). رورشاخ نشان داد که $M-$ می‌تواند یکی از مهمترین و با کفایت‌ترین متغیرها برای تمایز بیماران روان گسیخته از اشخاص غیربیمار باشد (اسمیت و دیگران، ۲۰۰۱)

نشان می‌دهند (اسکلتون، بایوک و مدرو، ۱۹۹۵). شاخص جدید ادراکی - تفکری^۱ رورشاخ (اکسنر، ۲۰۰۰ نقل از اسمیت، بیٹی، ناولز و هیلسن رُث، ۲۰۰۱) برای ارزیابی دقیق‌تر و افزایش توان تشخیصی آزمون رورشاخ، در ارزیابی اختلال تفکر مطرح و جایگزین شاخص روان گسیختگی شده است.

به طور مشخص، شاخص ادراکی - تفکری از طریق آزمون کفایت شش متغیر شاخص روان گسیختگی و تجدیدنظر آنهایی که میزان مثبت کاذب بالاتری دارند حاصل شد. این شاخص شامل پنج متغیر است (جدول ۱) که از متغیرهای تحریف ادراکی^۲ و لغزش شناختی^۳ رورشاخ گرفته شده‌اند و دو متغیر آن جدید است: $XA\%$ (تناسب شکل)^۴ و $WDA\%$ (تناسب W و D)^۵ (اسمیت

جدول ۱: تفاوت شاخصهای روان گسیختگی و ادراکی - تفکری در سیستم جامع رورشاخ (برگرفته از اسمیت و دیگران، ۲۰۰۱)

شاخص ادراکی - تفکری	شاخص روان گسیختگی
1. $XA\% < .71$ and $WDA\% < .75$	1. $X + \% < .61$ and $S - \% < .41$ or $X + \% < .50$
2. $X - \% > .29$	2. $X - \% > .29$
3. $LV2\ Sp\ Sc > 2$ and $FAB2 > 0$	3. $FQ - \geq Fqu$ or $FQ - > FQo + FQ +$
4. If $R < 17$ and $WSUM6 > 12c$ or $R > 16$ and $WSUM6 > 17d$	4. $Lv2\ Sp\ Sc > 1$ and $FAB2 > 0$
5. If $M - > 1$ or $X - \% > .40$	5. $Raw\ Sum\ 6\ Sp\ Sc > 6$ or $Wsum\ 6 > 17$
	6. $M - > 1$ or $X - \% > .40$

مشاهده می‌شود. افسردگی اختلال منحصر به فردی است که اختلال پردازش خبر در آن به اثبات رسیده است (دادستان، ۱۳۸۰؛ مبینی، پیرس، گرنٹ، میلز و یومنز، ۲۰۰۶؛ باتلر، چپمن، فورمن و بک، ۲۰۰۶). از سوی دیگر، بین نشانه‌های افسردگی و مشکلات پردازش خبر تعامل پیچیده‌ای وجود دارد و تغییر دادن الگوی پردازش خبر در این بیماران منجر به بهبود علائم آنها می‌شود و از این لحاظ، شناخت درمانگری با درمانگریهای دیگر، بویژه دارو درمانگری قابل مقایسه است (باتلر و بک، ۲۰۰۰؛

همچنان که گفته شد، روان گسیختگی و سایر روان گسستگیها شاخص اختلال تفکر هستند. به همین جهت از آزمون رورشاخ برای بررسی توان ارزیابی مشکلات شناختی استفاده می‌شود. اما با توجه به پژوهشهای متعدد، افسردگی نیز شاخص مشکلات شناختی خاصی است که از لحاظ شدت و کیفیت با مشکلات شناختی موجود در روان گسستگیها متفاوت است. در بیماری افسردگی کیفیتهای خاصی از مشکلات شناختی که نشان‌دهنده چگونگی پردازش محرکهای محیطی هستند

1. Perceptual - Thinking Index
2. perceptual distortion

3. cognitive slippage
4. Form Appropriate

5. W, D Appropriate

به اثبات قابلیت و کارآمدی ابزارهایی که برای ارزیابی شناخته‌های افسرده‌وار طرح می‌شوند، کاملاً محسوس است.

از سوی دیگر، تخریب‌های شناختی که در نتایج آزمون رورشاخ قابل مشاهده‌اند خاص بیماران روان گسسته نیستند و همچنان که اسکلتون و دیگران (۱۹۹۵) خاطرنشان ساخته‌اند در برخی از بیماران، اختلال‌های تفکر در آزمون‌های فراقکن مانند رورشاخ از آزمون‌های عینی ساخت‌یافته آشکارترند.

با توجه به آنچه پیشتر بیان شد، اگر آزمون رورشاخ اساساً یک آزمون پردازش خبر است و توان تمیز مشکلات شناختی بسیاری از بیماران را نیز دارد و اگر حضور مشکلات پردازش خبر در بیماران افسرده مسلم است، آیا این آزمون توان تمیز مشکلات پردازش خبر را در بیماران افسرده نیز دارد؟ به عبارت دیگر، اگر مشکلات شناختی را به دو دسته مشکلات عمیق در آزمون واقعیت و مشکلات پردازش خبر بدون آسیب عمیق آزمون واقعیت تقسیم کنیم، کفایت رورشاخ در نمایان ساختن اولی به اثبات رسیده است. اما دومی، قابل بررسی است. همچنین، اگر رورشاخ توان تمایز بیماران واجد مشکلات شناختی خفیف و ناآشکار غیرروان گسسته را نیز دارد، کدام متغیرهای آن در این رابطه تعیین‌کننده هستند؟

پس می‌توان گفت که این پژوهش از آن جهت که به ارزشیابی نارسایی‌های شناختی بیماران افسرده بر اساس آزمون رورشاخ می‌پردازد و میزان مطابقت دو روی‌آورد تشخیصی (رورشاخ) و تبیینی (شناخت درمانگری) نسبت به مسأله‌ای واحد را مورد بررسی قرار می‌دهد می‌تواند به نتایج جالبی منجر شود.

روش

از بین مراجعان به مراکز مشاوره و مطب یکی از روانپزشکان شهر سنج در بهار سال ۱۳۸۴، ۳۰ نفر بیمار افسرده با علائم افسردگی مه‌اد و از جمعیت غیرافسرده ۳۰ نفر با سن، جنس (مؤنث) و تحصیلات

هد، گاس، کیپر، بلایا، ایزولان و اتو، ۲۰۰۶). از لحاظ تاریخی نیز دیدگاه شناختی در روانشناسی بالینی با بررسی و درمانگری اختلال افسردگی توسط بک (۱۹۷۹) و ایس (۱۹۷۱) آغاز شده است.

همچنین، پژوهش‌ها نقش نوعی آسیب‌پذیری شناختی را در بازگشت افسردگی نشان داده‌اند و نقش شناختها و نارساکنشی بازخوردها^۱ را به عنوان عامل خطر برای وهله‌های افسردگی‌های بعدی نمایان ساخته‌اند؛ آسیب‌پذیری در برابر بازگشت افسردگی را با خطر فزاینده الگوهای منفی ویژه پردازش خبر همراه دانسته‌اند؛ باورهای نارساکنش را با شدت افسردگی و ناامیدی مرتبط کرده‌اند (بیورس، کیتنر، راین و میلر، ۲۰۰۳؛ شری، هویت، فلت و هاروی، ۲۰۰۳) و بدین ترتیب، نقش ابزارهای ارزیابی اختلال‌های شناختی غیرروان گسسته را برجسته ساخته‌اند.

شناخته‌های افسرده‌وار بر اساس «مقیاس نارسا کنش‌وری بازخورد^۲ها» (DAS) ارزیابی می‌شود که توسط وایسمن و بک در سال ۱۹۷۸ تنظیم شد. این مقیاس برای تمایز باورهای افسردگی‌زای^۳ زیربنایی ساخته شده است که محتوای روان‌بنه‌های شناختی نسبتاً پایدار را منعکس می‌سازد و از این لحاظ یکی از کارآمدترین ابزارها است (چیوکتا و استیلز، ۲۰۰۴). شلتر و دیگران (۱۹۹۸) نقل از آندرسون و پریس، ۲۰۰۰) به یک ترکیب سه عاملی در این مقیاس دست یافته‌اند: عامل پردازش خبر افسردگی‌زا^۴، عامل بازخوردهای کمال‌گرا^۵ و عامل حرمت خود وابسته به تأیید دیگران^۶. آشکار است که هر سه مورد مبین روان‌بنه‌های شناختی بیماری‌زا هستند. نظریه‌پردازان شناختی معتقدند که بازخوردهای بیماران مقدم و تغذیه‌کننده اختلال خلق آنها است (گوتلیب و هامن، ۲۰۰۲؛ لم، اسمیت، چگلی، ریجستیک و شم، ۲۰۰۳). البته مطابق نظر ونزلاف، رود و وست (۲۰۰۲) این احتمال نیز وجود دارد که باورهای سازش نیافته مقدم بر افسردگی باشند اما چون فرد در تلاش است که در مقابل تأثیر آنها مقاومت کند همیشه به سادگی قابل دسترس نیستند. بدین دلیل، نیاز

1. dysfunctional attitude

2. dysfunctional attitude scale (DAS)

3. depressogenic

4. depressogenic information processing

5. perfectionistic attitude

6. approval of others

۰/۶۴ تا ۰/۹۱ بوده است (اکسטר، ۱۹۹۳).

اگرچه آزمون رورشاخ از زاویهٔ ویژگیهای روانسنجی مناسب (گارب، فلوریو و گرو، ۱۹۹۸؛ وود، نزوروسکی و استسکا، ۱۹۹۶) و فقدان اعتبار در تشخیص^۴ (وود، نزوروسکی، استسکا و گارون، ۲۰۰۱) مورد انتقاد قرار گرفته است اما پژوهشهایی که در خلال ۲۰ سال انجام شده‌اند نشان داده‌اند که آزمون رورشاخ ابزاری است که در صورت استفادهٔ درست، از لحاظ روانسنجی مناسب است و دارای سطح قابلیت اعتماد بین آزمونگر خوب تا عالی (آکلین، مک دوول، ورشل و چن، ۲۰۰۰؛ میر و آرچر، ۲۰۰۱؛ میر، هیلسنرُث، باکستر، اکسندر، فلاور و پیرس، ۲۰۰۲)، اعتبار استفادهٔ بالینی بالا (بورنشتین، ۱۹۹۹؛ وینر، ۲۰۰۱؛ ویگلیون و هیلسنرُث، ۲۰۰۱)، و ثبات متوسط تا زیاد در طول زمان است (گرون رود، ۲۰۰۳).

برای ارزیابی بازخوردهای نارسا کنش از مقیاس نارسا کنشی بازخوردها استفاده شد. وایسمن و بک (۱۹۷۸) نقل از بکهام و لبر، (۱۹۹۵) سطح قابلیت اعتماد معادل ۰/۸۹ را برای این آزمون گزارش داده‌اند. مطالعات انجام شده ضریبهای همسانی درونی این مقیاس را از ۰/۷۹ تا ۰/۹۳، قابلیت اعتماد از طریق باز آزمایی برای دوره‌های دو ماهه و سه ماهه را به ترتیب ۰/۸۴ و ۰/۷۴ گزارش کرده‌اند. همچنین اعتبار آزمون در تمایز افراد افسرده و پیش‌بینی افسردگیهای بعدی نشان داده شده است (کین، الینجر، گاتلیب و کیوپر، ۱۹۸۶).

تحلیل داده‌ها در دو مرحله صورت پذیرفت :

- توصیف نتایج پرسشنامهٔ افسردگی بک و مقیاس نارسا کنشی بازخوردها، درصد حضور متغیرهای شاخص ادراکی - تفکری و شاخص نارسایی پردازش خبر در دو گروه افسرده و غیرافسرده و توصیف درصد مؤلفه‌های شاخصهای شناختی در دو گروه.
- مقایسهٔ نتایج دو گروه افسرده و غیرافسرده در پرسشنامهٔ افسردگی بک، مقیاس نارسا کنشی بازخوردها، شاخص ادراکی - تفکری و شاخصهای تفصیلی شناختی با آزمون t مستقل.

مشابه با استفاده از مصاحبهٔ بالینی و آزمون بک انتخاب شدند. دامنهٔ سنی آزمودنیها از ۲۰ تا ۴۰ سال و میزان تحصیلات آنها از دیپلم تا لیسانس بود.

برای ارزشیابی وضعیت شناختی آزمودنیها، مقیاس نارسا کنشی بازخوردها و آزمون رورشاخ انجام و نتایج آزمون رورشاخ با استفاده از سیستم جامع اکسندر نمره‌گذاری شد.

تشخیص اولیهٔ آزمودنیها با استفاده از پرسشنامهٔ افسردگی بک (۱۹۷۹؛ بک و استیر، ۱۹۸۷) صورت گرفت. بک، استیر و گاربین (۱۹۸۸) همسانی درونی این آزمون را بین ۰/۷۳ تا ۰/۹۲ و قابلیت اعتماد^۱ آن را بین ۰/۴۸ تا ۰/۸۶ گزارش داده‌اند.

مطالعات وهابزاده و پرتو (۱۳۵۲) و ۱۳۵۳ نقل از فتحی آشتیانی، (۱۳۷۴) در ایران به منظور بررسی توان این آزمون در متمایز کردن بیماران افسرده و افراد غیرافسرده مبین توان تشخیصی این ابزار است. ضریب اعتبار^۲ نمره‌های هر بخش با نمرهٔ کل آزمون از ۰/۲۳ تا ۰/۶۸، همسانی درونی آن ۰/۸۵ و اعتبار دو نیمه‌سازی مقیاس با استفاده از فرمول تصحیح اسپیرمن - براون^۳ ۰/۸۱ گزارش شده‌اند (پورشهباز، ۱۳۷۲ نقل از کهرآزهی، آزاد فلاح و الهیاری، ۱۳۸۲).

برای ارزیابی وضعیت شناختی آزمودنیها در آزمون رورشاخ، از شاخص ادراکی - تفکری این آزمون استفاده شد. شاخص ادراکی - تفکری رورشاخ شامل ۸ مؤلفه است که در ۵ متغیر سازمان یافته‌اند. به هر یک از متغیرها نمره‌ای تعلق می‌گیرد و این نمره‌ها با هم جمع می‌شوند. علاوه بر این، برای ارزیابی دقیق وضعیت شناختی آزمودنیها از تمام شاخصهای تفصیلی شناختی رورشاخ استفاده شد. بنابراین در این پژوهش، رورشاخ به عنوان آزمون پردازش شناختی مورد توجه قرار گرفته است.

حداقل قابلیت اعتماد بین نمره‌گذاران رورشاخ ۰/۸۵ و آزمون مجدد برای متغیرهای واحد پس از یک سال از ۰/۲۶ تا ۰/۸۶ و برای نسبتها و داده‌های درصدی از

یافته‌ها

در جدول ۴ وضعیت گروه‌های افسرده و غیرافسرده در متغیرهای شاخص ادراکی - تفکری منعکس شده است. این نتایج نشان‌دهنده عدم تفاوت دو گروه در متغیرهای ۳ و ۴ و تفاوت آنها در سایر متغیرها است.

وضعیت گروه‌ها در متغیرهای مورد بررسی (شدت افسردگی، نارسا کنشی بازخوردها و شاخصهای کلی و تفصیلی رورشاخ) در سطح توصیفی در جدولهای ۲ تا ۴ ارائه شده است.

جدول ۲: توصیف نتایج پرسشنامه افسردگی بک و مقیاس نارسا کنشی بازخوردها به تفکیک گروه‌ها

آزمون	گروه	آماره				
		میانگین	انحراف معیار	دامنه تغییرات	ارزش کمینه	ارزش بیشینه
BDI	غیرافسرده	۶/۳	۳/۲۶	۱۵	۲	۱۵
	افسرده	۳۴/۱۳	۱۰/۰۶	۳۸	۱۷	۵۵
DAS	غیرافسرده	۱۱۹/۸	۴۰/۳	۱۴۰	۴۰	۱۸۳
	افسرده	۱۸۳/۱۷	۲۸/۴۴	۹۳	۱۴۱	۲۲۴

جدول ۳: درصد شاخص ادراکی - تفکری و شاخص نارسایی پردازش خبر

گروه	آماره				
	> ۰	> ۱	> ۲	> ۳	> ۴
PTI	افسرده	-	-	-	۰/۷۳
	غیرافسرده	-	-	۰/۱۸	۰/۴۲
IPDI	افسرده	۱۷٪	۵۷٪	۷۷٪	۹۷٪
	غیرافسرده	۷٪	۲۰٪	۳۷٪	۵۰٪

جدول ۴: درصد متغیرهای شاخصهای تفصیلی شناختی (از جمله شاخص ادراکی - تفکری) (n = ۶۰)

ردیف	متغیر	گروه	
		افسرده	غیرافسرده
۱	XA% < .70 and WDA% < .75	۰/۷۸	۰/۲۵
۲	X - % > .29	۰/۹۰	۰/۶۰
۳	Lv2 Sp Sc > 2 and FAB2 > 0	-	-
۴	If R < 17 and WSUM 6 > 12 or R > 16 and MSUM 6 > 17	-	-
۵	If M- > 1 or X - % > .40	۰/۷۸	۰/۳۹
۶	+ 3 ≤ ZD ≤ -3	۰/۶۷	۰/۴۳
۷	X + % ≤ .45 or 2 x AB ≥ 5	۶۷٪	۳۷٪

برای مقایسه نتایج دو گروه در شاخص ادراکی - تفکری و شاخصهای تفصیلی شناختی رورشاخ، نمره‌های

طور جداگانه و تعداد زیادی از شاخصهای تفصیلی شناختی رورشاخ است. این شاخصها عبارتند از: $WDA\%$, $XA\%$, Zd و Zf , $2xAB$, P , $Xu\%$, $X + \%$, $M - \%$, $X - \%$

دو گروه در هر یک از متغیرهای مورد مطالعه مقایسه شدند (جدول ۵). این نتایج، نشان دهنده تفاوت معنادار گروهها در شاخص ادراکی - تفکری، مؤلفه‌های آن به

جدول ۵: نتایج آزمون t مستقل برای مقایسه تفاوت گروهها در پرسشنامه افسردگی بک، مقیاس نارسا کنشی بازخوردها و شاخصهای کلی و تفصیلی رورشاخ (df = ۵۸, n = ۳۰)

متغیری	شاخصها		واپرسها	آزمون لوین		تفاوت میانگینها	میانگین	گروه	آزمین
	t	خطای استاندارد تفاوتها		ممتداری	F				
-/۰۰۰	۱۲/۴۱۹	۱/۹۳	همسان	-/۰۰۰	۲۳/۰۲	۳۷/۸۳	۳۴/۱۳۳	افسرده	BDI
-/۰۰۰	۵/۸۹۹	۱۰/۲۳	همسان	-/۱۷۷	۱/۸۸	۶۲/۳۴	۶/۳	غیرافسرده	
-/۰۰۰	۵/۶۶۶	-/۲۵	همسان	-/۱۷۶	۱/۸۸	۱/۳۱	۱۸۳/۱۷۳	افسرده	DAS
-/۰۰۰	۸/۲۲۵	-/۲۵	همسان	-/۲۵۳	-/۱۸۲۶	۲/۰۶	۱۱۹/۸۳	غیرافسرده	
-/۰۰۰	۲/۴۳۷	-/۱۱۳	ناهمسان	-/۰۰۸	۳/۱۸	۰/۵	۲/۳۸	افسرده	PTI
-/۰۰۳	۱/۹۲۱	-/۱۲۱	ناهمسان	-/۰۰۲	۱۰/۹۳۳	-/۰۳۳	۱/۰۷	غیرافسرده	
-	-	-	-	-	-	-	۴/۵۲	افسرده	DEPI
-	-	-	-	-	-	-	۲/۳۷	غیرافسرده	
-	-	-	-	-	-	-	۰/۲	افسرده	PTI1
-	-	-	-	-	-	-	۰/۲	غیرافسرده	
-	-	-	-	-	-	-	۰/۷۶	افسرده	PTI2
-	-	-	-	-	-	-	۰/۵۳	غیرافسرده	
-	-	-	-	-	-	-	-	افسرده	PTI3
-	-	-	-	-	-	-	-	غیرافسرده	
-/۰۰۹	۲/۶۹۳	-/۱۲۴	همسان	۱	-/۰	۰/۳۳	۰/۶۶	افسرده	PTI5
-/۰۱۳	۲/۵۶۸	-/۰۳۵۴	همسان	-/۳۳۴	۰/۶۲۱	-/۰۰۹۰	۰/۳۳	غیرافسرده	
-/۰۰۱	-۲/۲۵۱	-/۰۲۷۵	همسان	-/۲۶۸	۰/۰۸۸	-/۰۰۹۵	۰/۵۹۳	افسرده	XA%
-/۰۰۰	۵/۱۷۲	-/۰۳۳۳	همسان	-/۳۹۷	۰/۰۶۷	۰/۱۶۷	۰/۶۸۵	غیرافسرده	
-/۰۲۲	۲/۳۱۵	-/۰۳۱۷	همسان	-/۱۲۴	۲/۳۳	۰/۹۷	۰/۲۰۵	افسرده	WDA%
-	-	-	-	-	-	-	۰/۸	غیرافسرده	
-	-	-	-	-	-	-	۰/۳۳۴	افسرده	X-%
-	-	-	-	-	-	-	۰/۲۰۷	غیرافسرده	
-	-	-	-	-	-	-	۱/۸۳	افسرده	M-
-	-	-	-	-	-	-	-/۱۸۶	غیرافسرده	
-	-	-	-	-	-	-	-	افسرده	Lv2 Sp S4
-	-	-	-	-	-	-	-	غیرافسرده	
-	-	-	-	-	-	-	-	افسرده	FAB2
-	-	-	-	-	-	-	-	غیرافسرده	
-	-	-	-	-	-	-	-	افسرده	Sum6
-	-	-	-	-	-	-	-	غیرافسرده	
-	-	-	-	-	-	-	-	افسرده	WSUM6
-	-	-	-	-	-	-	-	غیرافسرده	
-/۱۲۵	۱/۳۳۹	-/۱۸۵۷	همسان	۰/۹۷۶	-/۰۰۱	-۱/۲۷	۷/۲	افسرده	Zf
-/۰۲۹	-۲/۲۳۹	۱/۱۶۹	همسان	-/۰۸۳	۳/۱۰۳	-۲/۶۲	۸/۳۷	غیرافسرده	
-/۰۰۶	-۲/۱۸۵	-/۰۲۷۹	همسان	۰/۳۳۲	۱/۳۹۷	-/۰۰۹۳	-۱/۹۲	افسرده	Zd
-/۰۲۷	۲/۳۳۳	-/۶۳۱	ناهمسان	-/۰۰۱	۱۱/۵۷	۱/۳۳	۰/۷	غیرافسرده	
-	-	-	-	-	-	-	۰/۳۰۵	افسرده	X+%
-	-	-	-	-	-	-	۰/۳۹۹	غیرافسرده	
-	-	-	-	-	-	-	۲/۷۷	افسرده	2xAB
-	-	-	-	-	-	-	۱/۳۴	غیرافسرده	

جدول ۶: شاخص نارسایی پردازش خیر (IPDI)^۱

1. $XA\% < .70$ and $WDA\% < .75$
2. $X - \% > .29$
3. If $M - > 1$ or $X - \% > .29$
4. $2xAB \geq$ or $X + \% \leq .45$
5. $+3 \leq ZD \leq -3$

جدول ۶ حاصل تمام داده‌های پیشین در مورد شاخصهای تفصیلی مربوط به پردازش خیر آزمودنیها است و جهت بررسیهای بیشتر، مؤلفه‌های جدید آن در جدولهای ۲ و ۳ نیز ارائه شده است.

بحث و تفسیر

تفاوت‌های آشکار گروه‌ها در نتایج پرسشنامه افسردگی، یک، مقیاس نارسا کنشی بازخوردها، شاخص افسردگی، شاخص ادراکی - تفکری و شاخصهای تفصیلی شناختی رورشاخ (جدول ۴)، نشان می‌دهند که دو گروه آزمودنیها از لحاظ وضعیت خلقی (علائم افسردگی)، نارساکنشی بازخوردها و فرایندهای شناختی، به دو جامعه متفاوت تعلق دارند. بنابراین، با در نظر گرفتن حضور مسلم افسردگی و حضور تخریب شناختی غیر روان گسسته، می‌توان معیارهای متمایزکننده مشکلات شناختی بر اساس آزمون رورشاخ را جستجو کرد.

اما نگاهی به نتایج شاخص ادراکی - تفکری (جدول ۳)، ما را متوجه می‌سازد که در مقایسه با معیار اکسندر (حداقل ۴ نمره)، این شاخص برای هیچیک از گروهها معنادار نیست. به این ترتیب، هر دو گروه آزمودنیها در شاخص ادراکی - تفکری بهنجارند و این معیار نمی‌تواند اختلال شناختی را در بیماران افسرده مشخص کند. بنابراین، به دو دلیل نمی‌توان از شاخص ادراکی - تفکری در جهت متمایز کردن مشکلات شناختی بیماران افسرده استفاده کرد: نخست، با توجه به معیار اکسندر مبنی بر حداقل نمره ۴ برای معنادار بودن این شاخص، اگر نمره پایینتر (مثلاً ۳) را برای بیماران افسرده معنادار بدانیم نوعی درهم‌بینی نامطلوب ایجاد می‌شود که آزمونگران را در تفسیر شاخص مذکور برای آزمودنیهای مختلف دچار مشکل می‌کند. چرا که مشکلات شناختی فقط به بیماران افسرده اختصاص ندارد. دوم، از سویی به‌رغم اهمیت متغیرهای موجود در شاخص ادراکی - تفکری، این متغیرها فقط بخشی از وضعیت شناختی آزمودنیها را مورد توجه قرار می‌دهند و به همین دلیل، برخی از متغیرهای آن در هیچیک از گروهها مشاهده نمی‌شوند (جدولهای ۲، ۳ و ۵). از سوی دیگر، شاید به دلیل اختصاص نداشتن به تخریبهای شناختی شدید، تعدادی دیگر از شاخصهای تفصیلی که بیانگر وضعیت شناختی آزمودنیها هستند در این شاخص گنجانده نشده‌اند. بنابراین، اگر معیار ۳ نمره را در شاخص ادراکی - تفکری، در صورت

معنادار بودن شاخص افسردگی، به عنوان معیار در نظر بگیریم، از داده‌های قابل ملاحظه‌ای از نتایج رورشاخ صرف‌نظر کرده‌ایم.

در مجموع، اگرچه میانگین شاخص ادراکی - تفکری در هر دو گروه پایینتر از ۴ است، تفاوت آنها از لحاظ آماری معنادار است. بنابراین، همین مقدار مقایسه پردازش خبر در دو گروه مبین توانایی متغیرهای این شاخص در متمایز کردن گروههای مقایسه است. افزون بر این، شاخصهای شناختی تفصیلی نیز مبین تفاوت معنادار گروهها در مؤلفه‌های شناختی رورشاخ و حضور مشکلاتی در پردازش خبر در گروه افسرده است. به این شکل، شاید دسته‌بندی جدیدی از مؤلفه‌های شناختی رورشاخ که بیانگر تفاوت‌های دو گروه در پردازش خبر است بتواند به ضوابط منسجم‌تری برای ارزیابی شناختی افراد غیر روان گسسته منتهی شود.

تفاوت معنادار دو گروه در شاخص ادراکی - تفکری (جدول ۵)، مربوط به متغیرهای اول، دوم و پنجم این شاخص است. می‌دانیم که متغیرهای سوم و چهارم، نشان‌دهنده تخریب شناختی قابل ملاحظه در حد مختل - بودن آزمون واقعیت هستند. از سوی دیگر، تفاوت معنادار گروهها در مؤلفه‌های شناختی رورشاخ و سایر متغیرهای این شاخص، نشان‌دهنده تخریب شناختی افراد غیرروان گسسته است. بنابراین، برخی از شاخصهای تفصیلی و مؤلفه‌های شاخص ادراکی - تفکری می‌توانند بیانگر تفاوت‌های شناختی گروهها باشند. به عبارت دیگر، شاخصهای Z ، $X + \%$ و $2 \times AB$ که با آزمون واقعیت، سازماندهی^۱ و عقلی‌سازی^۲ مرتبط هستند می‌توانند افراد افسرده و غیرافسرده را متمایز کنند (جدولهای ۴ و ۵). پس با در نظر گرفتن نتایج منعکس شده در جدولهای ۴ و ۶ می‌توان از معیارهای متمایزکننده مشکلات شناختی بیماران افسرده سخن گفت.

در نهایت، می‌توان گفت که مؤلفه‌های شناختی رورشاخ قادر به متمایز کردن دو گروه آزمودنیها هستند. شاخص جدید بخشی از شاخص ادراکی - تفکری را حفظ می‌کند و با سه مؤلفه دیگر که دو متغیر جدید را تشکیل می‌دهند، در ترکیبی پنج متغیری (جدول ۶)، تشکیل‌دهنده

منابع

- دادستان، پ. (۱۳۸۰). روانشناسی مرضی تحولی : از کودکی تا نوجوانی. تهران : سمت.
- فتیحی آشتیانی، ع. (۱۳۷۴). بررسی تحولی تصور از خود، حرمت خود، اضطراب و افسردگی در نوجوانان تیزهوش و عادی، رساله دکتری روانشناسی. دانشکده علوم انسانی دانشگاه تربیت مدرس.
- کهرازی، ف.، آزاد فلاح، پ. و الهیاری، ع. (۱۳۸۲). بررسی اثربخشی آموزش مهارتهای حل مسأله در کاهش افسردگی دانش‌آموزان. *مجله روانشناسی*، ۷ (۲۶)، ۱۴۲-۱۲۷.
- Acklin, M. W. (1994). Some contributions of cognitive science to Rorschach test. *Rorschachiana* 19, 129-145.
- Acklin, M. W., McDowell, C. J., Verschell, M. S., & Chan, D. (2000). Interobserver agreement, intra-observer reliability, and the Rorschach Comprehensive system. *Journal of Personality Assessment*, 74, 15-47.
- Acklin, M. W. & Wu-Holt, P. (1996). Contributions of cognitive science to the Rorschach technique : cognitive and neuropsychological correlates of the response process. *Journal of personality Assessment*, 67 (1), 169-178.
- Andersson, P. & Perris, C. (2000). Perceptions of parental rearing and dysfunctional attitudes : The link between early experiences and individual vulnerability? *Nord Journal of Psychiatry*. 54 (6), 405-409.
- Beck, A., T. (1979). *Cognitive therapy of depression : a treatment manual*. New York : Guilford Press.
- Beck, A. T., & Steer, R. A. (1987). *Beck Depression Inventory manual*. New York : Psychological Corporation, Harcourt Brace Jovanovich.
- Beck, A. T., Steer, R. A., & Garbin, G. M. (1988). Psychometric properties of the Beck Depression Inventory : Twenty-five years of evaluation. *Clinical Psychology Review*, 8, 77-100.

یک شاخص نوین است که می‌تواند مشکلات شناختی بیماران افسرده و شاید برخی از بیماران روان آزرده را برجسته سازد. با توجه به جدول ۳، شاخص جدید در تمایز شناختی بیماران افسرده قوی‌تر از شاخص ادراکی - تفکری عمل می‌کند و با توجه به تمایز حدود ۶۰٪ از بیماران افسرده در نمره ۴ این شاخص، می‌توان معیار مناسب تمایز شاخص نارسایی پردازش خبر را ۴ دانست. این یافته‌ها از سویی با یافته‌های پژوهشهایی که اختلالهای تفکر غیر روان گسسته‌وار را در بیماران افسرده متمایز کرده‌اند هماهنگ هستند (باتلر و بک، ۲۰۰۰؛ ونزلاف، رود و وست، ۲۰۰۲) و از سوی دیگر، نشان می‌دهند که آزمون رورشاخ را می‌توان به عنوان ابزاری برای ارزیابی نارساکنشی‌های شناختی در بیماران افسرده به کار برد و بدین ترتیب، بخشی از نیاز به ابزارهای جدید برای ارزیابی مشکلات شناختی بیماران افسرده را (چیوکتا و استیلز، ۲۰۰۴؛ روبین و آرسنوکس، ۲۰۰۱) تأمین کرد.

بنابراین، آزمون رورشاخ، شاخصهای متفاوتی را برای متمایز کردن مشکلات شناختی بیماران مختلف به دست می‌دهد و نتایج این پژوهش مبین این نکته‌اند که بیماران افسرده با درجه شدت خفیف تا متوسط می‌توانند به ارزیابی واقعیت به گونه‌ای بالنسبه بهنجار پردازند. در حالی که این فرایند در بیماران روان گسسته بر حسب شدت بیماری و دوران فعال بیماری دچار تخریب جدی می‌شود (اسمیت و دیگران، ۲۰۰۱).

در یک روی‌آورد کلی، براساس یافته‌های این پژوهش می‌توان سه نکته را عنوان کرد : نخست، توان تمایز افراد افسرده و غیرافسرده از زاویه نارسایی پردازش خبر بر اساس آزمون رورشاخ قابل قبول است. دوم، سه متغیر جدید که در شاخص به دست آمده برای چنین تمایزی مورد استفاده قرار گرفتند (Z ، $X=%$ و $2xAB$)، در شناسایی جنبه‌های شناختی آزمودنیها پذیرفتنی هستند. سوم، پذیرش میزان حضور هر یک از متغیرها و نسبتهای لازم برای تمایز مورد نظر، نیازمند پژوهشهای بیشتر است.

- Ellis, A. (1971).** Growth Through reason. California : Wilshire Books.
- Exner, J. E. (1989).** Searching for projection in the Rorschach. *Journal of Personality Assessment*, 53, 522.
- Exner, J. (1993).** *The Rorschach : a comprehensive system, Vol 1.* New York : John Wiley & Sons.
- Exner, J. (1996).** Critical bits and the Rorschach response process. *Journal of Personality Assessment*, 67 (3), 464-477.
- Exner, J. (2001).** A comment on "The misconception of psychopathology : problems with the norms of the comprehensive system for the Rorschach". *Clinical Psychology, Science and Practice*, 8, 386-388.
- Exner, J. E. (2002).** A new nonpatient sample for the Rorschach comprehensive system : A progress report. *Journal of Personality Assessment*, 78 (3), 391-404.
- Garb, H. N., Florio, C. M., & Grove, W. M. (1998).** The validity of the Rorschach and the Minnesota Multiphasic Personality Inventory : Results from meta-analyses. *Psychological Science*, 9, 402-404.
- Gotlib, I. H., & Hamen, C. L. (2002).** *Handbook of depression.* New York, Guilford Press.
- Gronnerod, C. (2003).** Temporal stability in the Rorschach method : A meta-analytic review. *Journal of Personality Assessment*, 80, 272-293.
- Guarnaccia, V., Dill, C. A., Sabatino, S., & Southwick, S. (2001).** Scoring Accuracy Using the Comprehensive System for the Rorschach. *Journal of Personality Assessment*, 77, 464-474.
- Hartmann, E., Sunde, T., Kristensen, W., & Martinussen, M. (2003).** Psychological measures as predictors of military training performance.
- Beckham, E. E., & Leber, W. R. (1995).** *Handbook of depression : Cognitive theory and therapy.* New York : The Guilford Press.
- Beevers, C. G., Keitner, G. I., Ryan, C. E. & Miller, I. W. (2003).** Cognitive predictors of symptom return following depression treatment. *Journal of Abnormal Psychology*, 112 (3), 488-497.
- Bornstein, R. F. (1999).** Criterion validity of objective and projective dependency tests. A meta – analytic assessment behavioral prediction. *Psychology Assessment*, 11, 48-57.
- Butler, A. C., & Beck, J. S. (2000).** Cognitive therapy outcomes : A review of meta-analysis. *Journal of the Norwegian Psychological Association*, 37, in press.
- Butler, A. C., Chapman, J. E. Forman, E. M. & Beck, A. T. (2006).** The empirical status of cognitive-behavioral therapy : A review of meta – analyses. *Clinical Psychology Review*, 26 (1), 17-31.
- Cane, D. B., Olinger, J., Gotlib, I. H., & Kuiper, N. A. (1986).** Factor structure of the dysfunctional attitude scale in a student population. *Journal of Clinical Psychology*, 42 (2), 307-309.
- Chioqueta, A. P. & Stiles, T. C. (2004).** Psychometric properties of the Norwegian Version of the Dysfunctional Attitude Scale (Form A). *Cognitive Behaviour Therapy*, 33 (2), 83-86.
- Danielsson, K., Flyckt, L., & Edman, G. (2001).** Sex differences in schizophrenia as seen in the Rorschach test. *Nord Journal Psychiatry*, 55 : 137-142.
- Elfhag, K., Rössner, S., Lindgren, T., Andrsson, I. & Carlsson, A. M. (2004).** Rorschach personality predictors of weight loss with behavior modification in obesity treatment. *Journal of Personality Assessment*, 83 (3), 293-305.

- Journal of Personality Assessment*, 104 : 402-405
- Sherry, S. B., Hewitt, P. L., Flett, G. L., & Harvey, M. (2003).** Perfection dimensions, perfectionistic attitudes, dependent attitudes, and depression in psychiatric patients and university students. *Journal of Counseling-Psychology*, Vol 50 (3), 373-387.
- Skleton, M. D., Biok, R. J., & Madero, J. N. (1995).** Thought disorders on the WAIS-R relative to the Rorschach : assessing identity-disordered adolescents. *Journal of Personality Assessment*, 65 (3), 533-549.
- Smith, S. R., Baity, M. R., Knowles, E. S., Hilsenroth, M. J. (2001).** Assessment of disordered thinking in children and adolescents : The Rorschach Perceptual – Thinking Index. *Journal of Personality Assessment*, 77 (3), 447-463.
- Stokes, J. M., Pogges, D. L., Grosso, C., & Zaccario, M. (2001).** The Relationship of the Rorschach Schizophrenia Index to Psychotic features in a child psychiatric sample. *Journal of Personality Assessment*, 76 (2), 209-228.
- Viglione, D., J., & Hilsenroth, M. J. (2001).** Facts, fiction, and future. *Psychological Assessment*, 13, 452-471.
- Weiner, I. B. (2001).** Advancing the science of psychological assessment : The Rorschach Inkblot Method as exemplar. *Psychological Assessment*, 13, 423-432.
- Wenzlaff, R. M., Rude, S. S., West, L. M. (2002).** Cognitive vulnerability to depression : The role of thought suppression and attitude certainty. *Cognition and Emotion*, 16 (4), 533-548.
- Weissman, A. & Beck, A. T. (1978).** *Development and validation of the Dysfunctional Attitudes Scale.* Presented at the American Educational Research
- Journal of Personality Assessment*, 80, 87-98.
- Heldt, E., Gus, M. G., Kipper, L., Blaya, C., Isolan, L., & Otto, M., W. (2006).** One-year follow-up of pharmacotherapy-resistant patients with panic disorder treated with cognitive-behavior therapy : Outcome and predictors of remission. *Behaviour Research & Therapy*, 44 (5), 657-665.
- Kaplan, H., & Sadock, B. (2005).** *Comprehensive textbook of psychiatry.* New York, Lippincott Williams & wilkins.
- Lam, D., Smith, N., Checkley, S. Rijstijk, F., & Sham, P. (2003).** Effect of neuroticism, response style and information processing on depression severity in a clinically depressed sample. *Psychological Medicine*, 33, (3), 469-480.
- Meyer, G. J., & Archer, R. P. (2001).** The hard science of Rorschach research : What do we know and where do we go? *Psychological Assessment*, 13, 486-502.
- Meyer, G. J., Hilsenroth, M. J., Baxter, D., Exner, J. E., Jr., Flower, J. C., Piers, C. C. (2002).** An examination of interrater reliability for scoring the Rorschach Comprehensive System in eight data sets. *Journal of Personality Assessment*, 78, 219-274.
- Minassian, A., Granholm, E., Verney, S., & Perry, W. (2005).** Visual scanning deficits in schizophrenia and their relationship to executive functioning impairment, *Schizophrenia Research*, 74 (1), 69-79.
- Mobini, S, Pearce, M., Grant, A., Mills, J., & Yeomans, M. R. (2006).** The relationship between cognitive distortions, impulsivity, and sensation seeking in a non-clinical population sample. *Personality & Individual Differences*, 40 (6), 1153-1163.
- Rubin, N. J., & Arceneaux, M., (2001).** Intractable depression or psychosis. *Acta Psychiatr Scand.*

Wood, J. M., Nezworski, M. T., Stejskal, W. J., & Garven, S. (2001). Advancing Scientific Discourse in the Controversy Surrounding the Comprehensive System for the Rorschach : A Rejoinder to Meyer (2000). *Journal of Personality Assessment*, 76 (3), 369-378.

Association Meeting, Toronto, Canada & the Annual Meeting of The Association for the Advancement of Behavior Therapy, Chicago.

Wood, J. M., Nezworski, M. T., & Stejskal, W. J. (1996). The comprehensive system for the Rorschach : A critical examination. *Psychological Science*, 7, 3-10.

