

کارایی شاخص افسردگی آزمون رورشاخ در تشخیص افسردگی اساسی

مهدی رضایی^{۱*}، علیرضا مخبر دزفولی^۱، محمد علی سپهوندی^۲،
علی سلیمانی^۳، سعید اعظمی^۴

چکیده

زمینه و هدف: آزمون رورشاخ یک آزمون بالینی فرافکن است که کارایی زیادی در سنجش اختلالات روانی دارد این پژوهش با هدف تعیین توان شاخص افسردگی (DEPI) آزمون رورشاخ و متغیرهای آن در تشخیص اختلال افسردگی اساسی انجام گرفت.

روش بررسی: در این مطالعه توصیفی - مقطعی، ۷۴ نفر آزمودنی (۳۷ نفر گروه افسرده، ۳۷ نفر گروه عادی) با دامنه سنی ۲۰-۳۵ براساس ملاک‌های ورود و خروج و به شیوه نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. سپس پرسشنامه افسردگی بک - ۲ (BDI-II) به‌عنوان ابزار غربالگری و آزمون رورشاخ با دستورالعمل اکسیر اجرا گردید.

یافته‌ها: نتایج نشان داد که شاخص افسردگی از حساسیت (۰/۸۱) و دقت (۰/۹۳) قابل قبولی برخوردار است و می‌تواند به طور معناداری بین افراد مبتلا به افسردگی اساسی و افراد عادی تمایز قایل شود ($P < 0/0001$).

نتیجه‌گیری: این یافته‌ها نشان می‌دهد که می‌توان از آزمون رورشاخ و به طور خاص از شاخص افسردگی در تشخیص افسردگی اساسی استفاده کرد.

کلید واژگان: شاخص افسردگی، آزمون رورشاخ، افسردگی اساسی.

۱- دانشجوی دکتری روان شناسی.

۲- استادیار گروه روانشناسی.

۳- دانشجوی دکترای روانشناسی بالینی.

۴- دانشجوی دکتری روان شناسی.

۲-۱ گروه روانشناسی، دانشکده علوم

انسانی، دانشگاه لرستان، خرم آباد، ایران.

۳- گروه روانشناسی بالینی، دانشگاه شهید

بهشتی، تهران، ایران.

۴- گروه روانشناسی، دانشگاه سمنان،

سمنان، ایران.

* نویسنده مسئول:

مهدی رضایی؛ گروه روانشناسی، دانشکده

علوم انسانی، دانشگاه لرستان، خرم آباد،

ایران.

تلفن: ۰۰۹۸۹۳۸۳۳۵۴۹۱۶

Email:

rezaee.mehdi15@yahoo.com

مقدمه

افسردگی (depression) اختلالی با دامنه‌ی بالینی و بهنجار زندگی میلیون‌ها نفر را تحت تاثیر قرار داده است تا جایی که برخی از پژوهشگران افسردگی را شایع‌ترین اختلال روانپزشکی تلقی می‌کنند (۱). شیوع طول عمر و ۱۲ ماهه آن در ده کشور با درآمد بالا به ترتیب ۱۴/۶ و ۵/۵ درصد (در آمریکا ۱۹/۲ و ۸/۳ درصد) بوده و در هشت کشور با درآمد متوسط شیوع طول عمر ۱۱/۱ درصد و شیوع ۱۲ ماهه آن ۵/۹ درصد می‌باشد (۲) و از آنجا که بین زنان دو برابر مردان است در آنان به ۲۵ درصد هم می‌رسد (۳). شیوع بالای افسردگی باعث شده است که این اختلال همواره از سوی پژوهشگران مورد توجه قرار بگیرد و بررسی آن جزو مطالعات مهم در حوزه‌ی آسیب‌شناسی روانی محسوب گردد. شدت افسردگی از ناامیدی‌های معمولی و هیجان‌های غم‌انگیز گاه و بیگاه زندگی بیشتر است و مهمترین نشانه‌های آن خلق افسرده و بی‌لذتی است که منجر به اختلال در عملکردهای شغلی، اجتماعی و روابط بین فردی می‌شود (۴). از سوی دیگر، افسردگی اساسی (major depressive) به تنهایی و از طریق همبندی (comorbidity) با خیلی از بیماری‌های دیگر عامل اصلی خودکشی در بین جوانان و سالمندان است (۵). بنابراین، اهمیت تشخیص صحیح اختلال افسردگی اساسی دو چندان می‌شود.

با پیدایش مکتب رفتارگرایی در اوایل دهه‌ی ۱۹۵۰ توجه فزاینده‌ای به کاربرد آزمون‌های عینی و کاهش نسبی فنون فرافکن بوجود آمد و شکست در درمان اختلالاتی همچون افسردگی ضرورت پرداختن به نقش عوامل شناختی در بیماران را هرچه بیشتر آشکار کرد که در نتیجه‌ی آن رویکردهای متعدد شناختی بویژه شناخت درمانی بک (۶) به طور عمده در درمان افسردگی بکار گرفته شد و آزمون‌های تشخیصی مبتنی بر این دیدگاه از جمله پرسشنامه‌ی افسردگی بک (BDI) ابداع شدند. اما

از سوی دیگر نتایج تحقیقات اخیر به مزیت و سودمندی آزمون‌های فرافکن در امر تشخیص و درمان اختلالات روانی از جمله افسردگی اشاره دارد (۷، ۸، ۹، ۱۰). چرا که این آزمون‌ها معایب آزمون‌های خودسنجی (self-report) مثل سوگیری را ندارند (۱۱ و ۱۲). همچنین مطالعاتی نشان می‌دهند که بخش عمده‌ای اطلاعات بیماران، هشیار نبوده و با استفاده از آزمون‌های فرافکن نظیر رورشاخ می‌توانند قابل دسترسی باشند (۱۳). به طور کلی اگرچه آزمون‌هایی مثل BDI-II در تشخیص افسردگی رواج بیشتری دارند ولی در این ابزارهای خودسنجی با فرض اینکه حتی افراد، اصطلاحات و مفاهیم بیان شده را در سوالات مصاحبه و آیت‌های آزمون را درک می‌کنند صحت خود گزارشی‌ها به پاسخ‌های قابل اعتماد و واقع‌بینانه بستگی دارد. توصیفات بیماران از خودشان در این ابزارها ممکن است به صورت ناهشیارانه دارای سوگیری باشد و در نتیجه خود گزارشی‌های ارائه شده غیر قابل اعتماد و ناپایا می‌باشد (۱۱). بعلاوه، بعضی از افراد ممکن است آگاهانه و با تأمل پیشنهادی خود را بد جلوه بدهند که در این صورت نیز تشخیص این افراد با آزمون‌های خودسنجی ممکن نمی‌باشد ولی با ابزارهای فرافکن (projective) مثل آزمون رورشاخ قابل تشخیص است (۱۳).

از زمانی که هرمن رورشاخ کتاب خود را تحت عنوان تشخیص روانی (Psychodiagnostik) در سال ۱۹۲۱ منتشر کرد یکی از کاربردهای مهم آزمون رورشاخ کمک به تشخیص افتراقی در شرایط مختلف بوده است (مثل تمایز بین افسردگی اساسی با شخصیت افسرده) و به یکی از پرکاربردترین آزمون‌های روانی در ارزیابی شخصیت و آسیب‌شناسی روانی است تبدیل شده است (۷) امروزه سیستم جامع اکسنز (۱۴) رایج‌ترین سیستم نمره‌گذاری رورشاخ محسوب می‌شود. آزمون رورشاخ به لحاظ تاریخی به عنوان وسیله‌ای برای متمایز ساختن

لازم را ندارد. بعلاوه، پژوهش‌هایی از عدم کفایت این شاخص در تشخیص افراد مبتلا به افسردگی سایکوتیک (۱۸) و در کودکان و نوجوانان مبتلا به افسردگی (۲۵) حکایت دارد. بنابراین، با در نظر گرفتن تناقض‌های ذکر شده و عدم جود مطالعه داخلی مشابه در بررسی توان شاخص افسردگی پژوهش حاضر با هدف سنجش اعتبار و کارایی شاخص افسردگی و متغیرهای آن در تمایز بین افراد مبتلا به افسردگی اساسی و افراد عادی صورت گرفت.

روش بررسی

جامعه آماری پژوهش حاضر را کلیه مراجعه کنندگان مرد به بخش روانپزشکی بیمارستان امام حسین تهران در سال ۹۱ تشکیل می‌دادند که طی مطالعه توصیفی- مقطعی، از میان آنها تعداد ۷۴ (۳۷ نفر گروه افسرده، ۳۷ نفر گروه عادی) نفر آزمودنی در دامنه سنی ۲۰-۳۵ (با میانگین ۳۲) بر اساس نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. ۸ نفر از گروه افسرده دارای ویژگی‌های روانپزشکی هماهنگ با خلق بودند. افراد افسرده بستری که حداکثر دومین دوره افسردگی را طی می‌کردند و تحت درمان دارویی (حداکثر به مدت دو هفته) بودند بر اساس ملاک‌های ورود و خروج انتخاب شدند. ملاک‌های ورود عبارت بود از: داشتن ملاک‌های DSM-IV-TR برای افسردگی اساسی، نمره ی بالای ۱۷ در BDI-II، نداشتن ملاک‌های DSM-IV-TR برای اسکیزوفرنی و نمره کمتر از ۴ در شاخص اسکیزوفرنی رورشاخ، نداشتن ملاک‌های وسواسی (Obsessive style index (OBS) در آزمون رورشاخ، داشتن حداقل ۱۴ پاسخ در پروتکل و کمتر بودن شاخص لامبدا از ۰/۹۹ (۲۱) و ملاک‌های خروج نیز عبارت بود از: سابقه یا وجود دوره‌های شیدایی (mania)، شدایی خفیف (hypomania) و مختلط، پروتکل کوتاه (تعداد پاسخ‌های کمتر از ۱۴)، لامبدا بیشتر از ۰/۹۹، نمره ی کمتر از ۱۷ در BDI-II). افراد عادی نیز که از میان کارکنان بیمارستان و همراهان

فرایندهای روانشناختی مربوط به اختلالات مختلف روانی مورد استفاده قرار گرفته است (۹ و ۱۵) و کفایت آن در تمایز اختلال‌های فکر (۱۶، ۱۷، ۱۸)، باورهای غیرمعمول و افسردگی به اثبات رسیده است (۱۹). علاوه بر این، پژوهش‌های متعددی اعتبار رورشاخ را در ارزیابی افسردگی آشکار ساخته‌اند و معتقدند که افراد افسرده به طور معناداری پاسخ‌های زیادی در متغیرهای محتوای بیمارگون (MOR)، بعد شکل (FD) رنگ بی فام (C')، چشم انداز (V) و پاسخ‌های کمتری در متغیرهای نسبت عاطفی (Afr)، حرکت همکارانه (COP)، حرکت انسانی (M) و محتوای حیوانی (A) هستند (۱۰، ۱۴، ۲۰، ۲۱، ۲۲). تا جایی که اکسنر (۱۴) شاخص افسردگی (DEPI؛ Depression Index) را در نظام جامع خود برای ارزیابی دقیق تر و افزایش توان تشخیصی آزمون رورشاخ گنجانده است. به طور مشخص این شاخص از ۱۵ متغیر تشکیل شده است. نمره ی ۴ در این شاخص این احتمال را افزایش می‌دهد که شخص برخی از نشانه‌ها ی افسردگی را تجربه کند اما نمره ی ۵ یا ۶ و بویژه ۷ احتمال یک اختلال عاطفی شدید را بازتاب می‌کند (۱۴)، (۲۱). آنچه اکسنر (۲۱) در این شاخص قرار داده متغیرهایی هستند که با نشانه‌های افسردگی در ارتباط هستند، طوری که این شاخص طبق نظر ایلون و همکاران (۱۸) توانایی تشخیص افراد افسرده غیرسایکوتیک از افراد سالم را دارد (۰/۷۹ حساسیت، ۰/۸۸ دقت) ولی در تشخیص افسرده‌های سایکوتیک از اسکیزوفرنی ضعیف عمل می‌کند (۰/۲۵ حساسیت). این شاخص همچنین توانسته است در تمایز افراد مبتلا به افسردگی یک قطبی و غیرسایکوتیک از بیماران دو قطبی کفایت خود را نشان دهد (۲۳). این دقیقاً بر عکس نتایج کارلسون، کولا و لاورنت و Carlson, Kula & Laurent (۲۴) می‌باشد که معتقداند این شاخص در تمایز بین افراد مبتلا به افسردگی اساسی و اختلال شخصیت مرزی (borderline personality disorder) که دچار افسردگی اساسی نیز هستند کفایت

تعیین کننده (determinate) و محتوا (content) نمره گذاری می شود. با وجود مشکلات روان سنجی این آزمون، پارکر (۲۹) ضرایب اعتبار رورشاخ را بین ۰/۸۰ تا ۰/۸۶ برآورد کرد. همچنین اکسندر ضریب پایایی نمره گذاری آن را به وسیله ارزیابی های مختلف را ۰/۸۵ برآورد کرده است (۱۴). همچنین، از بازآزمایی ۲۵ متغیر در فاصله ی زمانی یک سال در میان گروهی از افراد غیر بیمار ضرایب اعتباری بین ۰/۲۶ تا ۰/۹۱ به دست آمد (۱۴). در مجموع ۲۰ متغیر ضرایبی بالاتر از ۰/۷۲، ۱۳ متغیر ضرایبی بین ۰/۸۱ و ۰/۸۹ داشت و ضرایب در متغیرهای دیگر بیش از ۰/۹۰ بود (۱۴). از سوی دیگر، میزان حساسیت و دقت شاخص افسردگی را در تمایز بین افراد عادی و افسرده اساسی به ترتیب ۰/۷۹ و ۰/۸۸ برآورد شده است (۱۸). همچنین اکسندر (۱۴) نرخ خطای مثبت شاخص افسردگی را برای بزرگسالان غیر بیمار بسیار کم (۰/۳) برآورد کرده است. بعلاوه، در این مطالعه برای ارزیابی میزان تطابق نمره گذاری شاخص افسردگی ۴۰ پروتکل به طور تصادفی انتخاب شدند و توسط فرد متخصص دیگری که از تشخیص ها و نمره گذاری ارزیابی اول آگاه نبود نمره گذاری گردید و ضریب کاپا ۰/۸۲ بدست آمد. متغیرهای شاخص افسردگی در جدول ۱ نشان داده شده اند.

بیماران با میانگین سنی ۲۴/۳۱ انتخاب شدند در صورت نمره کمتر از ۶ در آزمون افسردگی بک-۲ و نداشتن هرگونه اختلالات روانی معنادار وارد پژوهش می شدند.

ابزارهای پژوهش

پرسشنامه افسردگی بک-۲: این پرسشنامه که توسط بک، استیر و براون (۲۶) برای سنجش شدت افسردگی ساخته شده از ۲۱ ماده تشکیل شده که هر ماده نمره ای بین صفر تا ۳ دارد و هر فرد می تواند نمره بین ۰ تا ۶۳ را کسب کند. بک و همکاران (۲۶) ثبات درونی این ابزار را ۰/۷۳ تا ۰/۹۲ با میانگین ۰/۸۶ و ضریب آلفا برای گروه بیمار ۰/۸۶ و غیر بیمار ۰/۸۱ گزارش کرده اند. در ایران هم چنین دابسون و محمدخانی (۲۷)، ضریب آلفای ۰/۹۲ را برای بیماران سرپایی و ۰/۹۳ را برای دانشجویان و ضریب بازآزمایی به فاصله یک هفته را ۰/۹۳ به دست آورده اند. رجیبی و همکاران (۲۸) نیز ضریب آلفای کرونباخ برای کل پرسشنامه را ۰/۸۷ و ضریب بازآزمایی به فاصله سه هفته را ۰/۴۹ گزارش کرده اند.

آزمون رورشاخ: یک آزمون فرافکن با ده کارت می باشد که در سال ۱۹۲۱ توسط هرمن رورشاخ ساخته شد و در سه مرحله ی دستور کار آزمون، تداعی (association) و واریسی (Inquiry) اجرا می شود. سپس بر اساس سه مقوله ی کلی مکان (location)،

جدول ۱: متغیرهای شاخص افسردگی

- (Col-Shd Blends > 0) OR (S > 2)
- (3r+(2)/R > .44 and Fr+rF=0)
- OR (3r+(2)/R < .33)
- (Afr < .46) OR (Blends < 4)
- (SumShading > FM+m) OR (SumC' > 2)
- (MOR > 2) OR (2AB+Art+Ay > 3)
- (COP < 2) OR
- ([Bt+2Cl+Ge+Ls+2Na]/R > .24) (isolation).

اقتباس از اکسندر (۲۰۰۳)

یافته ها

از افرادی را که به اختلال افسردگی اساسی مبتلا هستند به عنوان افرادی بدون اختلال طبقه بندی می کند. همانطوری که جدول ۲ نشان می دهد از میان متغیرهای شاخص افسردگی تنها پاسخ های مرکب (Blend R)، بعد شکل (FD) و حرکت همکارانه (COP) قادر نیستند به طور معناداری بین دو گروه افسرده و عادی تمایز قایل شوند ($P > 0.05$) ولی تعداد آنها در پروتکل افراد مبتلا به افسردگی اساسی بیشتر از افراد عادی است. از میان متغیرهای شاخص افسردگی پاسخ های چشم انداز (Sum V)، شاخص عقلانی سازی (2AB+Art+Ay) و شاخص انزوا (Isolation) از بیشترین حساسیت و دقت برخوردار هستند و پاسخ های سایه روشن (Sum Shading)، محتوای بیمارگون (MOR) از لحاظ حساسیت بسیار بالا (بیش از ۰/۸۵) هستند و پاسخ های رنگ آکروماتیک (Sum C')، نسبت عاطفی (Afr)، انعکاسی (rF یا Fr)، آمیختگی پاسخ های رنگ-سایه روشن (Col-Shd Blends) و فضای سفید (Space) از دقت بسیار بالایی برای تمایز بین دو گروه افسردگی اساسی و افراد عادی برخوردار هستند.

در پژوهش حاضر برای تعیین کارایی تشخیص شاخص افسردگی موارد زیر مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند: (۱) حساسیت آزمون (sensitivity؛ توانایی آزمون در شناسایی درست افرادی که اختلال افسردگی اساسی را دارا می باشند یا همان مثبت های حقیقی)؛ (۲) دقت آزمون (specificity؛ توانایی آزمون در تشخیص افرادی که اختلال افسردگی اساسی را ندارند یا همان منفی های حقیقی)؛ (۳) خطای مثبت کاذب؛ (۴) طبقه بندی افرادی که اختلال افسردگی اساسی را ندارند به عنوان افرادی که اختلال افسردگی را دارند؛ (۵) خطای منفی کاذب (false negative؛ طبقه بندی افرادی که اختلال افسردگی اساسی را دارند به عنوان افرادی که اختلال افسردگی را ندارند). نتایج در جدول ۲ نشان داده شده اند که طی آن شاخص افسردگی (DEPI) به طور معناداری قادر است با حساسیت ۸۱ درصدی و دقت ۹۳ درصدی میان دو گروه مبتلا به افسردگی اساسی و افراد عادی تمایز قایل شود ($P < 0.0001$) و تنها ۷ درصد از افرادی را اختلال افسردگی اساسی را ندارند به صورت اختلال افسردگی اساسی طبقه بندی می کند و همچنین ۱۹ درصد

جدول ۲: توانایی تشخیص شاخص افسردگی و متغیرهای آن

معناداری	خطای منفی کاذب	خطای مثبت کاذب	دقت	حساسیت	نقطه برش	ناحیه زیر پوشش	متغیرهای شاخص افسردگی
۰/۰۰۰۱	۰/۱۴	۰/۲۱	۰/۷۹	۰/۸۶	۰/۵	۰/۸۶	مجموع پاسخ های چشم انداز بعد شکل
۰/۲۳	۰/۴۶	۰/۴۰	۰/۶۰	۰/۵۴	۱/۵	۰/۶۰	آمیختگی پاسخ های رنگ-سایه روشن
۰/۰۰۳	۰/۳۲	۰/۱۸	۰/۸۲	۰/۶۸	۰/۵	۰/۷۰	فضای سفید
۰/۰۰۰۱	۰/۳۷	۰/۱۸	۰/۸۲	۰/۶۳	۱/۵	۰/۸۲	پاسخ های انعکاسی
۰/۰۰۰۱	۰/۳۷	۰/۰۴	۰/۹۹	۰/۶۳	۰/۵۵	۰/۸۱	نسبت عاطفی
۰/۰۰۰۱	۰/۳۷	۰/۰۴	۰/۹۹	۰/۶۳	۰/۴۵	۰/۸۹	پاسخ های مرکب
۰/۰۹۸	۰/۳۷	۰/۲۱	۰/۷۹	۰/۶۳	۱/۵	۰/۶۴	مجموع پاسخ های سایه روشن
۰/۰۰۲	۰/۱۰	۰/۵۹	۰/۴۱	۰/۹۰	۰/۵	۰/۷۷	مجموع پاسخ های رنگ بی فام
۰/۰۰۰۱	۰/۳۲	۰/۰۹	۰/۹۱	۰/۶۸	۱/۵	۰/۸۵	محتوای بیمارگون
۰/۰۰۰۱	۰/۱۰	۰/۲۲	۰/۷۸	۰/۹۰	۱/۵	۰/۹۰	2AB+Art +Ay (شاخص عقلانی سازی)
۰/۰۰۰۱	۰/۱۴	۰/۰۰	۱/۰۰	۰/۸۶	۱/۵	۰/۹۰	حرکت همکارانه
۰/۱۳	۰/۴۶	۰/۱۸	۰/۸۲	۰/۵۴	۲/۵	۰/۷۱	شاخص انزوا
۰/۰۰۰۱	۰/۱۹	۰/۱۸	۰/۸۲	۰/۸۱	۰/۲۰	۰/۸۹	شاخص افسردگی
۰/۰۰۰۱	۰/۱۹	۰/۰۷	۰/۹۳	۰/۸۱	۴/۵	۰/۹۱	

بحث

و ستیر (۲۲) همخوان است. آنها نیز یافتند که DEPI از قدرت پیش بینی بالایی برخوردار است و اطلاعات بالینی ارزشمندی درباره آشفتگی شناختی، عاطفی و سازشی افراد فراهم می‌کند. این کارایی تشخیصی DEPI را می‌توان به توان این شاخص در آشکار ساختن نشانه‌ها و علائم ضمنی افسردگی نسبت داد که ابزارهای تشخیصی خود سنجی مثل پرسشنامه افسردگی بک در آشکار کردن آنها ناتوان هستند چون آنها بر سنجش نشانه‌های خود ناهمخوان (ego dystonic) و آشکار تمرکز دارند (۳۱). کوستوگیانی و اندرویکوف Kostogianni, Andronikof (۳۲) در تبیین این کارایی شاخص افسردگی برای تشخیص افسردگی اساسی بر توانایی این شاخص در سنجش عزت نفس (self-esteem) متمرکز شده‌اند. آنها براین باورند که شاخص افسردگی رورشاخ با آشکار ساختن عزت نفس ضمنی (implicit) کاهش یافته که آزمون BDI-II از سنجش آن ناتوان است سهم بسزایی در تشخیص افسردگی دارد. عزت نفس کاهش در شاخص افسردگی با متغیرهای پاسخ بیمارگون، پاسخ‌های انعکاسی، پاسخ‌های انسانی منعکس می‌شود.

همچنین نقاط برشی که در این پژوهش به دست آمد بسیار نزدیک نقاط برشی است که اکسندر (۱۴ و ۲۱) برآورد کرده و در جدول ۱ نمایش داده شده‌اند. برای مثال اکسندر (۱۴) نمره برش ۵ برای شاخص افسردگی در نظر گرفته و ما آن را در این پژوهش ۴/۵ برآورد کردیم. علاوه براین، یافته‌های این پژوهش با نتایج بسیاری از مطالعات که معتقدند DEPI و به طور کلی آزمون رورشاخ قادر است بین افراد مبتلا به بیماریهای خلقی و افراد عادی تمایز قایل شود (۱۰، ۱۶، ۱۷، ۱۸، ۲۲) هماهنگ می‌باشد. این همخوانی نشان می‌دهد که متغیرهای گنجانده شده در شاخص افسردگی هر کدام با نشانه‌های خاصی از افسردگی ارتباط دارد، برای مثال محتوای بیمارگون با افکار

این مطالعه با هدف تعیین توان تشخیصی شاخص افسردگی (DEPI) و متغیرهای آن برای تشخیص افسردگی اساسی صورت گرفت. نتایج حاصل از آن نشان داد که تفاوت معناداری بین دو گروه افسرده و گروه عادی در شاخص افسردگی و اکثر متغیرهای آن وجود دارد. در واقع یک آزمون ایده‌آل همواره از حساسیت و دقت بالایی برخوردار بوده و خطای مثبت کاذب و منفی کاذب آن پایین است. کارایی شاخص افسردگی در پژوهش حاضر بسیار خوب برآورد شد. ولی خطای منفی کاذب آن در قیاس با خطای مثبت کاذب بالا بود. به عبارت دیگر شاخص افسردگی تاحدی احتمال دارد (۱۹٪) که افراد مبتلا به افسردگی اساسی را به عنوان افرادی بدون اختلال طبقه بندی کند. حساسیت و دقت بالای بدست آمده در این مطالعه نشان می‌دهد که DEPI به طور بالینی اطلاعات ارزشمندی درباره وجود اختلالات عاطفی و افسردگی اساسی می‌دهد و از این نظر یافته‌های گانلن (۳۰) را تایید می‌کند، چرا که بالا بودن شاخص افسردگی (بیش از ۴) دلالت بر وجود افسردگی یا سایر اختلالات عاطفی دارد که نشانه‌های زیر در آنها برجسته است: (۱) آشفتگی هیجانی؛ (۲) بدبینی شناختی و رفتارهای خود تحقیری و (۳) درماندگی آموخته شده (۱۸). اگر استفاده از آزمون BDI-II برای سنجش افسردگی اساسی به عنوان معیار طلایی استفاده کنیم متوجه می‌شویم که بعضی از نشانه‌هایی که ارتباط نزدیکی با افسردگی اساسی دارند در آن گنجانده نشده‌اند (مثل درماندگی آموخته شده) بنابراین، DEPI می‌تواند شاخصی ارزشمند در سنجش افسردگی اساسی باشد.

نتایج پژوهش حاضر نشان می‌دهد که DEPI قادر به درستی افراد مبتلا به افسردگی اساسی را از افراد عادی متمایز سازد. این یافته با نتیجه پژوهش هارتمن، ونگ، برگ

مورد بررسی، نمونه‌ی در دسترس بود. دومین محدودیت پژوهش حاضر به ماهیت چالش برانگیز متغیرهای شاخص افسردگی بر می‌گردد چون هاپریچ (Huprich) (۱۱) بر این عقیده است که به علت پایدار بودن این متغیرها در طول زمان آنها بیشتر با صفات (trait) مرتبط هستند تا با حالت (state). از آنجا که اختلالات خلقی (مثل افسردگی اساسی) و سایر اختلالات محور یک اختلال حالتی هستند و اختلالات محور دو اختلالات صفتی و شخصیتی هستند بنابراین، شاخص افسردگی بیشتر ملاک‌های اختلال شخصیت افسرده (depressive personality disorder) را مورد سنجش قرار می‌دهد تا ملاک‌های افسردگی اساسی. در مطالعه حاضر نیز اختلال‌های صفت کنترل نشده اند. محدودیت دیگر علاوه بر کم بودن حجم نمونه، محدود بودن پژوهش به جنس مذکر است. لذا پیشنهاد می‌شود که با انتخاب یک نمونه‌ی تصادفی در دو جنس زمینه‌ی دستیابی به داده‌های مقدماتی برای تحلیل‌های بعدی آزمون درمورد گروه‌های مختلف مرضی فراهم گردد.

نتیجه‌گیری

از آنجا که نتایج حاصل از این پژوهش نشان داد شاخص افسردگی می‌تواند به طور معناداری بین افراد مبتلا به افسردگی اساسی و عادی تمایز قایل شود، از این شاخص، به خصوص در شرایط بالینی مبهم، می‌توان به عنوان یک ابزار بالینی تشخیصی استفاده کرد.

مرگ، پاسخ‌های چشم انداز با درون‌نگری دردمندانه و شاخص انزوا با گوشه‌گیری ارتباط دارد (۱۳ و ۳۱). با وجود کارایی تشخیص شاخص افسردگی در این پژوهش و خیلی از پژوهش‌های دیگر همواره مورد تأکید قرار گرفته است که بالا بودن DEPI (بیش از ۴) نشان دهنده وجود یک مشکل عاطفی است تا اینکه بر یک نوع تشخیص خاص دلالت داشته باشد (۲۱) و هنگامی که از این شاخص به عنوان ابزار تشخیصی استفاده می‌شود باید احتیاط لازم را رعایت کرد (۲۳). همچنین بعضی از پژوهشگران معتقدند که از آنجا که بخشی از متغیرهای گنجانده شده در شاخص افسردگی ثابت و پایایی بلند مدتی دارند بیشتر، پدیده‌های صفتی (در برابر حالتی) را می‌سنجند و شاید برای سنجش اختلال شخصیت افسرده مناسبتر باشد تا افسردگی اساسی (۱۱). از سویی این دیدگاه وجود دارد که افسردگی با بسیاری از اختلال‌های روانی هم‌بندی دارد (۳) و بنابراین نشانه‌های افسردگی که بوسیله‌ی شاخص DEPI اندازه‌گیری می‌شود ممکن است به انواع سنخ‌های مردم و دامنه‌ی گسترده‌ای از تشخیص‌های احتمالی مربوط شود.

اما از سوی دیگر نتایج حاصل از این پژوهش با یافته‌های بال، آرچر، گوردون و فرنچ (۲۵) و کارلسون، کولا و لاورنت (۲۴) ناهمخوان است. به نظر می‌رسد مهمترین علت این ناهماهنگی استفاده از نمونه‌های متفاوت باشد چرا که در پژوهش‌های مذکور بیشتر نمونه‌ی نوجوان و بیماران مرزی دارای افسردگی استفاده شده است.

از مهمترین محدودیت‌ها می‌توان به تعمیم‌پذیری داده‌های حاصل از این پژوهش اشاره کرد، چرا که نمونه‌ی

منابع

- 1-Gotlib IH, Krasnoperova E. Information processing as a vulnerability factor in depression. Behavior Therapy 1998; 29: 306-317.
- 2-Bromet E, Andrade LH, Hwang I, Sampson NA, Alonso, Girolamo GD, et al. Crossnational epidemiology of DSM-IV major depressive episode. BMC Med 2011; 9: 90.
- 3-Sadock BJ, Sadock VA. Kaplan and Sadock's pocket handbook of clinical psychiatry. Tehran; Arjmand; 2009. p. 957-1005.
- 4-American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 4th ed. Washington DC; Author; 2000.

- 5-Axelsson R, Lagerkvist-Briggs M. Factors predicting suicide in psychotic patients. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience* 1992; 241(5):259-66.
- 6-4TBeck AT. Cognitive models of depression. *Journal of Cognitive Psychotherapy* 1987; 1: 5-37.
- 7-Rahmani F. Rorschach and information processing deficiency in depressed patient. *Journal of Iranian Psychologist* 2006; 2: 185-196.
- 8-Biais MA, Bistis K. Projective assessment of psychopathology. In: Hilsenroth M, Segal S. *Personality assessment*. USA, NJ, John Wiley Sc Sons; 2004. Vol 2 P.485-499.
- 9-Zodan J, Charnas J, Hilsenorth M J. Rorschach assessment of reality testing, affect and object representation of Borderlin Personality Disorder: A comparson of clinical sampls. *Bulltin of the Menninger clinic* 2009; 73, 22-122.
- 10-Esfandiary N. Pattern of response to human movement (M) and acromotic color (C') variables between depressed and normal student. *Contemporary Psychology* 2012; 5: 62-63.
- 11-Huprich SK. Rorschach assessment of personality. New Jersey: Mahwah; 2006.
- 12-Ackerman R, DeRubeis Rj. Is depressive realism real? *Clinical Psychology Review* 1991; 11: 565-584.
- 13-Marnat GG. *Handbook of Psychological Assessment* .4rd ed. English: Hoboken NJ, John Wiley & Sons; 2003.
- 14-Exner GB. *The Rorschach: A comprehensive system: Basic foundation*. New York: Wiely; 1993. Vol.2. P.28-38.
- 15-Rezaee, M. Comparison of reality testing between major depressive disorder and normal people with Rorschach test. [Ms dissertation]. Tehran; Allameh Tabatabai university; 2013: 85-94.
- 16-Bluter AC, Beck JS. Cognitive therapy outcomes: A review of meta-analysis. *Journal of the Norwegian psychological association* 2000; 26: 17-31.
- 17-Osher Y, Mandel B, Shapiro E, Belmaker R H. Brief report Rorschach markers in offspring of manic-depressive patients. *Journal of Affective disorder* 200; 59: 231-236.
- 18-Illone T, Tamminen T, Karlsson H, Lauerma H, Leinonen KM, Wallenius E, "et al". Diagnostic efficiency of Rorschach schizophrenia and depression index first episode schizophrenia and sever depression 1999; 87: 183-192.
- 19-Hartmann E, Wang CE, Berg M, Saether L. Depression and vulnerability as assessed by the Rorschach method. *Journal of Personality Assessment* 2003; 81(3): 242-255.
- 20-"Alavi J. Comparison of pattern response to Rorschach in bipolar and unipolar disorder". Ms dessretaiion. Tehran university of medical sciences, 1990.
- 21-Exner GB. *Basic foundation and principles of interpretation: comprehensive system*. New Jercey: Johen Weily; 2003.
- 22-Hartman E, Sunde T, Kristensen W, Martinussen M. Psychological measures as predictors of military training performance. *Journal of personality assessment* 2003; 104: 402-405.
- 23-Jorgensen k, Anderson JT, Dam H. The diagnostic efficiency of Rorschach depression index and the schizophrenia index: A review. *Journal of Personality assessment* 2000; 7: 259-280.
- 24-Carlson CF, Kula ML, Laurent CM. Rorschach revised DEPI and CDI with inpatient major depressive and Borderline personality disorder with major depressive: validity issue. *Journal of clinical psychology* 1997; 53: 51-58.
- 25-Ball JD, Archer RP, Gordon RA, French J. Rorschach depression indices with children and adolescents: concurrent validity findings. *Journal of Personality Assessment* 1991; 57: 465-476.
- 26-Beck AT, Steer RA, Brown GK. *Manual of the Beck inventory-II*. San Antonio, TX: The psychlogicol corporation: 2000.
- 27-Dabson E, Mohammad khani P. Psychometric property of Beck depression questionnaire (BDI-II) in people who suffer from major depressive in relative remediation. *Journal of Rehabilitation* 2008; 8: 80-86.
- 28-Rjabi G, Atari Y, Haghghi, J. Factor analysis of Beck questionnaire on boy students of Shahid Chamran university. *Journal of Educational and Psychology* 20002; 8: 49-66.
- 29-Parker K. A meta analyze of the reliability and validity of Rorschach. *Journal of personality assessment* 1983; 47: 227-231.
- 30-Ganellen R J. Comparing the diagnostic efficiency of the MMPI, MCMI-II, and Rorschach: a review. *Journal of Personality Assessment* 1996; 67: 219-243.
- 31-Exner GB. *Advanced interpretation*. 3rd ed. New Jercey: Johen Weily; 2005. Vol 2. p.154-20.
- 32-Kostogianni N, Andronikof A. Estime de soi et haut potentiel: une etude Rorschach Système Estime de soi et haut potentiel: une étude Rorschach Système Intégré. *L'Encéphale* 2014; 40 (1): 3-8.

Efficiency of Depression Index (DEPI) of Rorschach Test in Diagnosing Major Depressive Disorder

Mehdi Rezaee^{1*}, Alireza Mokhber Dezfooli¹, Mohammad Ali Sepahvandi²,
Ali Soleimani³, Said Azami⁴

1-Ph.D Student of General Psychology.
2-Assistant Professor of Psychology.
3-Ph.D Student of Clinical Psychology.
4-Ph.D Student of General Psychology.

1,2-Department of Psychology, Lorestan, Khoramabad, Iran.
3-Department of Clinical Psychology, Shahid Beheshti University, Tehran, Iran.
4-Department of Psychology, Semnan University, Semnan, Iran.

*Corresponding author:
Mehdi Rezaee; Department of Psychology, Lorestan, Khoramabad, Iran.
Tel: +989383354916
Email: Rezaee.mehdi15@yahoo.com

Abstract

Background and Objective: The Rorschach test is one of projective and clinical test that has a lot of application in assessing of mental disorder. This research has been done to assess the power of the Depression Index (DEPI) of Rorschach in diagnosing major depression disorder.

Subjects and Methods: In this descriptive cross-sectional study 74 individuals (37 normal, 37depressed) were chosen as samples by using available sampling method. Then, Beck Depression Questionnaire (BDI-II), as discerning instrument, and the Rorschach test using the Exner instruction were administered.

Results: The results showed that the depression index have acceptable sensitivity (0.81) and specificity (0.93) and it can significantly discriminate people who suffer from major depression from normal people ($P < .0001$).

Conclusion: These results confirm that the Rorschach and specially DEPI can be trusted for diagnosing major depressive disorder.

Keywords: Depression Index, Rorschach test, Major depression disorder.

Please cite this paper as:

Rezaee M, Mokhber Dezfooli AR, Sepahvandi MA, Soleimani A, Azami S. Efficiency of Depression Index (DEPI) of Rorschach Test in Diagnosing Major Depressive Disorder JundishapurSci Med J 2014;13(4):599-607

Received: Mar 8, 2014

Revised: June 17, 2014

Accepted: June 25, 2014