

Ewa Waszkiewicz¹, Kornelia Zakrzewska-Wirkus²

TEST RORSCHACHA W DIAGNOSTYCE KLINICZNEJ I BADANIACH MIĘDZYKULTUROWYCH
THE RORSCHACH TEST IN CLINICAL DIAGNOSIS AND CROSS-CULTURAL RESEARCH

¹ III Klinika Psychiatryczna, Instytut Psychiatrii i Neurologii

² Zakład Psychologii Religii, Instytut Religioznawstwa, Wydział Filozoficzny, Uniwersytet Jagielloński

„...między automatyzmem diagnozy aktuarialnej oraz wszelkimi postaciami 'dzikiej interpretacji' istnieje duże pole dla zdyscyplinowanej metodologicznie i inteligentnej interpretacyjnie pracy psychologa klinicznego.”

Michał Stasiakiewicz – „*Test Rorschacha*”

Streszczenie:

Poniższy artykuł jest opracowaniem dotyczącym zastosowania testu Rorschacha w praktyce klinicznej. Jest on pracą poglądową na temat specyfiki tego testu, jego zalet i wad oraz wartości diagnostycznej w ocenie zaburzeń psychicznych. Wydaje się to ważne w świetle kontrowersji narosłych wokół tej metody od momentu jej opracowania przez Hermanna Rorschacha w 1921 roku oraz rosnącej obecnie popularności metod *stricte* ilościowych, które są często postrzegane jako lepiej sprawdzone psychometrycznie i niewymagające tak wielkiego doświadczenia klinicznego w analizie.

W pierwszej części artykułu zostaną opisane metodologiczne właściwości testu: specyfika zastosowania, najważniejsze zmienne i podejścia teoretyczne, jeżeli chodzi o jego interpretację oraz przytoczone zostaną argumenty zwolenników i przeciwników używania testu w praktyce klinicznej. Głównym argumentem zwolenników jest bogactwo materiału dotyczącego nieświadomych dynamizmów uzyskiwanych w protokole, natomiast przeciwników: braki w trafności i rzetelności oraz brak adekwatnych norm dla poszczególnych zaburzeń psychicznych.

Zostaną również przybliżone najważniejsze kryteria diagnostyczne dla schizofrenii, zaburzeń afektywnych i osobowości. Każdy z wyżej wymienionych obszarów zaburzeń ma swoje cechy charakterystyczne uwidaczniające się w psychogramie. Najlepiej przebadane są kryteria diagnostyczne dla schizofrenii.

W drugiej części artykułu zostaną poruszone kwestie związane z zastosowaniem tej metody w badaniach międzykulturowych i nad akulturacją. Wykazano szereg różnic międzykulturowych odnoszących się do norm

testu oraz silnych wpływów kultury na wyniki testu w przypadku osób przechodzących przez proces akulturacji, a w szczególności osób dwukulturowych.

Summary

This article reviews the application of the Rorschach Inkblot Test in clinical practice. It concerns specificity of this test, its advantages, disadvantages and diagnostic value in assessment of mental disorders. Such a review seems to be important in face of controversies this tool has been evoking since its conceptualization in 1921 by Hermann Rorschach and current rising popularity of quantitative methods, which are often perceived as having more evidence-based psychometric foundations and demanding less clinical experience when it comes to analysis.

The first part of this article is focused on methodological aspects of the Rorschach Test: specificity of its application, the most important variables and theoretical approaches. Also the arguments of Rorschach opponents and proponents will be discussed. The most important argument of its proponents is the variety of information about unconscious processes. The main argument of its opponents is the lack of validity, reliability and adequate norms for particular mental disorders.

In the following paragraphs, the most crucial criteria for diagnosis of schizophrenia, affective and personality disorders will be described. This scope of disorders is reflected in typical traits found in the Rorschach scoring protocol.

The second part of the article will be focused on the implementation of the method in cross-cultural and acculturation research. The results of some research imply that there are many of cross-cultural differences in norms and there was evidence found that the results, in case of individuals who go through the process of acculturation, especially biculturals, are strongly influenced by culture.

Słowa kluczowe: Test Rorschacha, diagnoza osobowości, diagnoza kliniczna, schizofrenia, zaburzenia afektywne, zaburzenia osobowości, akulturacja

Key words: The Rorschach Inkblot Test, personality assessment, clinical diagnosis, schizophrenia, affective disorders, personality disorders, acculturation

Test Rorschacha to jedna z najtrudniejszych metod diagnostyki klinicznej, wymagająca dużego doświadczenia i klinicznego przygotowania. Mimo, iż jest narzędziem wiekowym – Hermann Rorschach opracował je 90 lat temu, w dalszym ciągu należy do najpopularniejszych narzędzi klinicznych na świecie. Badania przeprowadzone w USA pokazały, że jest on czwartym najczęściej używanym narzędziem przez psychologów klinicznych, natomiast w innych krajach (Hiszpania, Portugalia, Ameryka Łacińska) trzecim, zaraz po Skali Inteligencji Wechslera i MMPI [1]. W 2005 roku APA (American Psychological Association) uznała Test Rorschacha, po poddaniu go wnikliwej analizie przez SPA (Society for Personality Assessment), za narzędzie naukowo przebadane pod względem psychometrycznych właściwości i stąd rekomendowane do użytku w praktyce klinicznej [2]. W 2011r. wydano uszczegółowienie tych analiz w postaci „The Rorschach Performance Assessment System”, z którym można zapoznać się na stronie www.r-pas.org [3].

Wśród naukowców zajmujących się badaniem osobowości jest jednak wielu przeciwników używania tej metody, dla których oficjalne oświadczenie APA nie jest dostatecznym argumentem. James Wood, jeden z jej najbardziej nieprzejednanych przeciwników uważa, że gdyby nie tak silne poparcie dla Rorschacha w APA, mógłby on się znaleźć na liście zakazanych testów psychologicznych [4]. Od połowy lat 90-tych na łamach najbardziej poczytnych czasopism naukowych dla klinicystów toczy się debata czy test Rorschacha jest wystarczająco rzetelnym i trafnym narzędziem w diagnozie osobowości i psychopatologii. Jedną z „kości niezgody”, bardzo wyraźnie dominującą w dyskusji, jest diagnoza psychopatii. Zwolennicy metody przedstawiają wyniki swoich badań, które przemawiają za tym, że pod określonymi metodologicznymi warunkami test Rorschacha jest diagnostycznym narzędziem, jeżeli chodzi o diagnozowanie osobowości psychopatycznej [5,6]. Czytając nasycone negatywnym tonem artykuły przeciwników i zapoznając się z ich opinią na temat powyższych badań, można odnieść wrażenie, że nie jest [7-9]¹. Zapoznając się z kolei z odpowiedziami jego zwolenników na zarzuty przeciwników, podparte podobnie licznymi badaniami, nabiera się równie silnego przekonania, że jest [10,11]. Śledząc tę wymianę poglądów ma się wrażenie, że polega ona głównie na wycinaniu fragmentów wypowiedzi oponentów i dopisywaniu swoich komentarzy, niekiedy na podstawie tych samych albo zreplikowanych badań, z których wyciąga się wnioski dokładnie przeciwne do adwersarzy.

Dyskusja ta dotyczy również polskiego środowiska psychologów. W marcu b.r. na łamach Klubu Sceptyków Polskich pojawiły się informacje o proteście zorganizowanego „przeciwko stosowaniu szkodliwych testów przez psychologów sądowych i klinicznych (...), przede wszystkim testu Rorschacha” [13]. W odpowiedzi na ów protest, na łamach portalu Polskiego Towarzystwa Psychologicznego ukazała się odpowiedź Katarzyny

¹ Trafnym wydaje się w tym kontekście określenie Michała Stasiakiewicza (autora obszernego opracowania na temat metody Rorschacha), o antyrorschachowsko-exnerowskiej krucjacie Jamesa Woda [12]. Czytelników zainteresowanych tą dyskusją zachęcamy do prześledzenia artykułów głównych przeciwników (Wood, Lilienfeld, Nezworski, Garb) i zwolenników (Meloy, Gacono, Loving, Bodholdt, Ganellen, Bornstein, Meyer, Dana), które ukazały się w ciągu ostatniego dziesięciolecia na łamach *Journal of Personality Assessment*, *Journal of Clinical Psychology* czy *Clinical Psychology: Science and Practice*.

Stemplewskiej-Żakowicz i Bartosza Szymczyka podważająca wiele z argumentów przytaczanych przez organizatorów akcji [14].

Zmierzenie się z kontrowersjami, jakie narosły wokół testu Rorschacha poprzez: przybliżenie jego metodologii z jej wadami i zaletami, pokazanie wartości diagnostycznej w przypadku konkretnych zaburzeń psychicznych, jak również przedstawienie zastosowania testu Rorschacha w badaniach międzykulturowych i nad akulturacją, to główne motywy autorek artykułu. Celem zachowania możliwego obiektywizmu, przytaczane będą argumenty obu stron dyskusji.

Metodologia Testu Rorschacha, jej zalety i wady

Test Rorschacha składa się z 10 tablic z plamami atramentowymi. Pięć z nich jest czarno-białych, dwie z dodatkiem koloru czerwonego, a trzy są wielobarwne. Otrzymane wypowiedzi badający sygnuje ze względu na obszar omawianej plamy, determinantę wypowiedzi i jej treść. Wszystkie sygnatury zlicza się w psychogram, a ten analizuje się, posilając opracowanymi normami. Istnieją różne systemy sygnowania wypowiedzi badanego. Zasadniczo dzieli się je na europejskie (E. Bohm, M. Loosli-Usteri itd.) i amerykańskie (m.in. B. Beck, B. Klopfer, Z. Piotrowski i J.E. Exner). Obecnie najbardziej spopularyzowane jest podejście Exnerowskie (tzw. Comprehensive System). Autorki badania posługują się systemem opracowanym przez Zygmunta Piotrowskiego, które zostało przybliżone polskim klinicytom we wznawianych kilkakrotnie opracowaniach Marii Grzywak-Kaczyńskiej [15,16]. System Piotrowskiego i Exnera różnią się głównie stopniem uszczegółowienia niektórych zmiennych i systemem obliczeniowym, przy czym bardziej skomplikowany jest ten ostatni. Główne czynniki: obszar, determinanta, poziom formy i treść, jak również część sygnatur, są wspólne. System Całościowy Exnera jest gruntowniej zbadany pod względem wartości psychometrycznej i to przy użyciu tego systemu jest prowadzona większość analiz naukowych dotyczących zastosowania testu Rorschacha w diagnostyce klinicznej. Stąd większość przytaczanych w artykule badań bazuje na wynikach Rorschacha otrzymywanych za pomocą Systemu Całościowego Exnera (CS – Comprehensive System). Autorki artykułu nie uważają się za zwolenniczki jednego z systemów, na rzecz którego chciałyby agitować na łamach poniższego artykułu. Są użytkowniczkami systemu Piotrowskiego, ponieważ (tutaj zgadzamy się z Grzywak-Kaczyńską) jest on bardziej czytelny, z mniej przeciążoną statystyką i dający większą możliwość całościowego ujęcia wyników niż system Exnera. Dodatkowym czynnikiem, który skłania autorki do używania tego systemu jest uwzględnianie wyników dla polskiej populacji². Jeżeli chodzi o System Całościowy, jego adaptacja do polskich warunków dotychczas nie została opracowana.

Zgodnie z instrukcją Piotrowskiego, osoba badana ma za zadanie podać, co jej te plamy przypominają, co przedstawiają, z czym się kojarzą. Badanie w tym podejściu składa się z trzech faz: przygotowawczej,

² Grzywak-Kaczyńska zastrzega, że jest to tymczasowa normalizacja. Liczba zbadanych to 150 osób (82 kobiety i 68 mężczyzn). Jest to normalizacja, która z pewnością wymagałaby odświeżenia, ponieważ powstała w latach 70-tych [15,16].

głównej i sprawdzającej. Otrzymany w ten sposób psychogram Rorschacha pozwala ocenić poziom sprawności intelektualnej, typ uczuciowości, jej ewentualne zaburzenia, sferę dążeń oraz jakość relacji społecznych. Pozwala także dotrzeć do mechanizmów powstałych dysfunkcji, ocenić prawidłowość myślenia i twórcze możliwości badanego [17].

Można spotkać się błędną z opinią, że test Rorschacha jest „narzędziem psychoanalitycznym” [13]. Hermann Rorschach był wprawdzie członkiem Szwajcarskiego Towarzystwa Psychoanalitycznego i siłą rzeczy, żyjąc w czasach popularyzacji myśli Freuda, był pod jej wpływem. Jednak jego tablice i pierwszy system, który ujął w „Psychodiagnostyce”, był próbą integracji psychoanalitycznego i empirycznego uprawiania psychologii i psychiatrii [12]. Obecnie najbardziej spopularyzowane wśród klinicystów podejście empiryczne, które reprezentuje Exner, jest ateoretyczne, w sensie braku powiązania z konkretnymi „dużymi nurtami teoretycznymi” w psychologii [12,18]. Podejścia osadzone w konkretnych teoriach psychologicznych, z równie rozbudowaną, ale raczej zorientowaną na analizę treści, aparaturą pomiarową, mają charakter rozwojowy: psychoanalityczne i ortogenetyczne. Dyskurs psychoanalityków, w porównaniu do empiryków, jest bardziej idiograficznie zorientowany, skupiony na badaniu intraindywidualnych dynamizmów jednostki niż na interindywidualnych porównaniach i kategoryzacjach [12]. Psychoanalitycy skupiają się głównie na parametrach relacji z obiektem, a ortogenetycy, czerpiący z piagetowskiej teorii rozwoju, na stopniu złożoności poznawczej osób badanych [18]. Z powodu ograniczeń objętościowych artykułu nie zostaną one szerzej przedstawione.³

Test Rorschacha daje możliwość dotarcia, i jest to bezsporna zaleta metod projekcyjnych, do nieuświadomionych potrzeb i konfliktów. Testy kwestionariuszowe badają świadomość pacjenta, podczas gdy testy projekcyjne torują drogę do informacji, które w żaden inny sposób nie byłyby dostępne w chwili badania, ani dla badacza ani dla badanego [19,20]. Większość testów kwestionariuszowych wymaga pewnego wglądu pacjenta w swoje funkcjonowanie i życie emocjonalne. W przeciwnym razie wynik jest albo nietrafny, albo niediagnostyczny (np. skale symulacji i dyssymulacji sugerują skrzywienia odpowiedzi w kierunku agrawacji bądź pomniejszania objawów). Przy metodach projekcyjnych, warunek „wglądu” nie ma żadnego znaczenia. Proces organizowania percepcyjnego bodźców wzrokowych, jakich dostarczają tablice, odbywa się nieświadomie. Wychodzi się tu z założenia, że badany wybiera nieświadomie te bodźce, które mu odpowiadają, i kształtuje je w zależności od własnych doświadczeń i właściwości psychiki. Selekcja spostrzeżeń jest funkcją osobowości, konkretnych jej wymiarów [15-17]. Cechy osobowości uzewnętrzniają się szczególnie wówczas, gdy sytuacja jest wieloznaczna i umożliwia swobodę działania. Taką sytuacją jest właśnie generowanie skojarzeń na tablice Rorschacha [21].

3 Owocami podejścia psychoanalitycznego do zastosowania Rorschacha, bazującego głównie na ujęciach Mahler, Kernberga i Kohuta było tematyczne podejście do analizy treści Schafera (1954) i inne skale: Mutuality of Autonomy Scale (Urist, 1977); Borderline Interpersonal Relations Scale (Kwawer, 1980); Scale of Separation-Individuation (Connerty, 1986); Object Scale (Blatt, Brenneis, Schimek, & Glick (1976) [18].

Jeżeli chodzi o przewagę Rorschacha nad tzw. testami psychometrycznymi, Stasiakiewicz zwraca również uwagę na fakt, że te ostatnie są zbiorem zamkniętym wariantów reakcji badanego, natomiast w metodach projekcyjnych nie ogranicza się liczby wypowiedzi, nie stawia się również wymagań wobec treści i formy reakcji werbalnych [12]. Ekspresja wypowiedzi, które dopiero później podlegają wystandaryzowanej obróbce, jest więc dużo swobodniejsza.

Niejasny jest wpływ wcześniejszych ekspozycji na zachowanie badanych. Zwraca się uwagę, że w rorschachowych pomiarach test-retest trudno jest określić, co jest czynnikiem zmiany – fakt powtórnej ekspozycji czy zmiany w osobowości. Już sam Hermann Rorschach zauważył, że pewne determinanty (barwa i ruch) są silnie związane z nastrojem badanego [22]. Niektóre doniesienia z badań sugerują stałość wyników przy powtórnej ekspozycji. Na przykład nie wykazano różnic między grupami eksperymentalną, której pokazano tablice Rorschacha dwa razy (z tygodniową przerwą między ekspozycjami), a kontrolną, która zobaczyła plamy Rorschacha tylko raz [23].

Czynnikami decydującymi o wystąpieniu zmian mogą być ważne wydarzenia życiowe, które odzwierciedlają się w percepcji badanych [16]. Zachodzi również korelacja między zmianą w wynikach uzyskanych w psychogramie, a zmianami w osobowości badanych na skutek terapii – test Rorschacha sprawdza się w pomiarze efektów terapii, czego dowodzi przekrojowa, ilościowa metaanaliza wyników badań opublikowanych w latach 1921-2003 [24]. Grønnerød przeanalizował praktycznie wszystkie artykuły (nie uwzględniając biologicznie zorientowanych badań dotyczących wpływu leków, narkotyków itp. oraz badań dotyczących dzieci i rodzinnych badań tą metodą), które zostały opublikowane w tym przedziale czasowym; 24 z nich nadawały się do porównawczego badania ilościowego. Wyniki tej metaanalizy wskazują, że Rorschach jest miarodajnym i wiarygodnym narzędziem, jeżeli chodzi o pomiar zmian w terapii.

Wśród zalet testu Rorschacha wyróżniany jest też wspomniany wcześniej fakt, że manipulowanie werbalnymi reakcjami na plamy jest dużo trudniejsze niż kontrolowanie odpowiedzi na wprost zadawane pytania o symptomy [12]. Ostatnio podnoszony jest w tym kontekście zarzut dużej dostępności informacji o teście w Internecie, która umożliwia przygotowanie się do badania, co może sprzyjać zafałszowywaniu wyników. Problem ten nie dotyczy jednak tylko tego narzędzia, lecz także narzędzi kwestionariuszowych. Można powiedzieć, że generalnie popularyzowanie wiedzy psychologicznej i jej coraz większa dostępność w Internecie, może przyczyniać się do coraz słabszej wartości diagnostycznej testów psychologicznych. Jak pokazują dokładne badania na ten temat, większość informacji, które można znaleźć w Internecie na temat testu Rorschacha, jest zbyt powierzchowna, by mogła stanowić poważne zagrożenie zafałszowania wyników [25].

Schultz i Loving posłużyli się w swoim badaniu prostą metodą wprowadzenia hasła: „Rorschach” do wyszukiwarki Google. Spośród 88 stron zawierających to hasło, 44% nie stanowiło żadnego zagrożenia w tym zakresie (np. były to grupy artystyczne, mające słowo „Rorschach” w nazwie); 15% stanowiło minimalne zagrożenie (zawierały bardzo ogólne informacje na temat historii testu i samego testu); 22% niebezpośrednie

zagrożenie (zawierały opisy dotyczące procedury, ale bez informacji na temat konkretnych zmiennych i ich znaczenia); 19% bezpośrednie zagrożenie (np. zawierały zdjęcia plam, opisy procedury, popularnych odpowiedzi, „dobrych i złych odpowiedzi” i ich znaczenia dla diagnozy). Niestety, do najczęściej odwiedzanych w Internecie źródeł należy Wikipedia, w której można znaleźć informacje dosyć szczegółowe – zdjęcia plam i najbardziej typowe odpowiedzi. Jest to więc istotny problem. Jednak żeby z większą pewnością móc odpowiedzieć na pytanie, czy problem przygotowywania się do badania tą metodą jest rzeczywisty, potrzebne byłoby przeprowadzenie eksperymentu pokazującego wpływ przygotowania przy pomocy źródeł internetowych na wynik badania. Takich badań dotychczas nie przeprowadzono.

Test Rorschacha, jako jedyne narzędzie z grupy metod projekcyjnych, oprócz Testu Barwnych Piramid Schaie i Heissa (1964), jest znormalizowany [12]. Wydawać by się mogło, że uprawnia to w dostatecznym stopniu do jego stosowania, jednak właśnie wokół psychometrycznych właściwości testu w systemie Exnera toczą się najbardziej zażarte spory. Przeciwnicy testu są zdania, że jest on nierzetelny, nietrafny, a jego normy w nadmiernym stopniu patologizują „normalne” jednostki, ponieważ bazują na zbyt małych próbach [7-9], z czym polemizują zwolennicy testu [5,6,10,11]. Problem norm pojawia się również w kontekście badania osób z różnych kręgów kulturowych [26], o czym będzie mowa w punktach poświęconym badaniom międzykulturowym i nad akulturacją.

W publikacji Wooda i.in. można spotkać się z opinią, że System Całościowy jest diagnostyczny, ale tylko w przypadku kilku zaburzeń: schizofrenii, choroby afektywnej dwubiegunowej, schizotypowych zaburzeń osobowości oraz zaburzeń osobowości z pogranicza, natomiast w przypadku np. PTSD, zaburzeń lękowych czy depresji już nie [8].

Wśród najbardziej kłopotliwych aspektów pracy z tym narzędziem wymienia się skażenie analizy subiektywną oceną badacza oraz jego projekcją. Ten argument odrzucany jest poprzez podkreślanie złożoności systemów sygnowania, mających charakter ściśle ilościowy, w których nie ma miejsca na subiektywne impresje badacza.

Inaczej odpierają ten argument radykalni zwolennicy idiograficznego podejścia do tej metody. Patrzą oni na test Rorschacha przez pryzmat podejść fenomenologicznych – w ich ocenie nie jest to test czysto psychometryczny, lecz metoda badania dynamizmów wewnątrzpsychicznych człowieka. Psycholog posługujący się tego typu narzędziem nie jest tylko „mechanicznym podsumowującym” testów, lecz osobą próbującą zrozumieć „psychologiczną prawdę” o osobie, którą bada. Celem diagnostyki staje się nie zmierzenie, lecz zrozumienie fenomenów psychologicznych, które analizuje i jest tutaj miejsce na kreatywność, intuicję i wnioskowanie wynikające z doświadczenia badacza. Jest to nie tyle proces naukowy, ale bardziej sztuka [19,20]. Argumentacja ta pozostaje poza sporem „twardych empiryków” o *stricte* psychometryczne parametry testu (trafność, rzetelność, normy). Dopuszcza się tu również, czy wręcz uważa za wartość, pewną subiektywność procesu diagnozy psychologicznej.

Patrząc z perspektywy czysto użytkowej – posługiwanie się tą metodą jest bardzo pracochłonne, jeśli chodzi o opracowywanie wyników i ich analizę, ale krócej trwa procedura, a ponadto, w porównaniu z liczącym kilkaset pytań MMPI, jest bardziej interesująca i mniej nużąca dla badanego. Wydawać by się to mogło banalnym argumentem, ale w kontekście niektórych zaburzeń np. zaburzeń formalnych myślenia w przypadku schizofrenii, bądź dużej męczliwości poznawczej w depresji endogennej, długość trwania procedury testowej, poziom skomplikowania pytań, różnorodność bodźców, których dostarcza, ma zasadnicze znaczenie dla trafności metody.

Test Rorschacha w diagnostyce zaburzeń psychicznych

Ta część artykułu poświęcona będzie cechom charakterystycznym psychogramu Rorschacha w schizofrenii, zaburzeniach afektywnych i osobowości, przy czym omówione zostaną tylko najważniejsze bądź najbardziej charakterystyczne wskaźniki. Rozdział ten, w przeciwieństwie do poprzedniego, nie będzie miał charakteru dyskusji, ponieważ dotyczy systemu Piotrowskiego, na temat którego brakuje polemicznych artykułów. Może to wprowadzać poczucie braku spójności artykułu w odbiorze czytelnika, ponieważ we wcześniejszej części skupiano się na przedstawieniu argumentacji zwolenników i przeciwników używania testu Rorschacha w podejściu Exnera. Jednak, jak już wspomniano, obydwa podejścia są ilościowe i mają wspólne główne obszary zmiennych. Zamiarem autorki w tej części jest przede wszystkim rozwianie mitów na temat „impresywnego charakteru” testu Rorschacha, poprzez bardziej szczegółowe przedstawienie co konkretnie i na jakiej podstawie można stwierdzić w wyniku przeprowadzonego badania.

Dotychczas najlepiej zostały opracowane wskaźniki dotyczące schizofrenii, które podzielono je na główne, dodatkowe i specyficzne (pojawiające się tylko w schizofrenii). W systemie Piotrowskiego te główne to przede wszystkim niski (poniżej 20%) poziom H+Hd, mało (poniżej 55%) D, mało (poniżej 5) P. H oznacza zainteresowanie człowiekiem, jego sprawami, D poczucie rzeczywistości i realizmu, a P współuczestnictwo w powszechnym, popularnym i konwencjonalnym sposobie myślenia [15,16,27,28,29]. Każda z tych sygnatur może obniżać się z różnych powodów – lękowych, emocjonalnych, zmian osobowości i jej zaburzeń. Ktoś może być mało zainteresowany sprawami innych osób z powodu depresji i skupienia się na własnym cierpieniu, może tak być z powodu egocentryzacji i zaburzeń uczuciowości. Tak samo z poczuciem rzeczywistości – może się zmienić pod wpływem procesu chorobowego, ale może oznaczać też ucieczkę od rzeczywistości związaną z nieradzeniem sobie z realnym, skomplikowanym i trudnym życiem.

Klinicyści przez lata pracy z metodą Rorschacha podejmowali próby przeanalizowania dodatkowych czynników i stworzenia listy wskaźników, dających większą pewność tyczącą rozpoznania schizofrenii. Poziom formy (F+%) jest na ogół niski, przy czym dla osób ze schizofrenią znamieny jest fakt, że w tym samym protokole mogą pojawiać się bardzo dobre (adekwatne i zgodne z rzeczywistością) formy i bardzo złe (nieprzystające do realiów). Bardzo charakterystyczne dla zaburzeń myślenia w schizofrenii jest

kontaminowane W. Oznacza to, że dwa lub więcej perceptów zlewa się w jeden nieistniejący. Należy przy tym odróżnić nadmierną dokładność osoby badanej, kiedy mówi „to jest nietoperz z głową królika i nogami baletnicy” od kontaminacji, takiej jak „anioły polarnoniedźwiedziowate” [16,29] czy „grota diabłonielska”. W protokołach osób chorych na schizofrenię często występują wypowiedzi zawierające treści anatomiczne (At i Ats). Nie jest to jednak czynnik specyficzny dla schizofrenii. Może występować u osób zajmujących się leczeniem (lekarzy i pielęgniarek), hipochondryków, kobiet w ciąży, osób chorych somatycznie i osób z kompleksem inteligencji. Według rorschachistów istnieją diagnostyczne czynniki specyficzne dla schizofrenii, określane jako „schizofreniczna aura” [16]: są to wspomniane już kontaminacje, apersonizacje (odnoszenie plam do siebie), powoływanie się na liczby i cyfry, litery, spadek jakości percepcji (F+). Pojawiają się też ambiwalencje, ambisentencje, ambitendencje („biją się lub kochają”). Często przy tej okazji pojawiają się: niedostosowany afekt i liczne neologizmy. Charakterystyczna dla protokołów osób ze schizofrenią jest fragmentacja, zwana też segmentacją [27,28]. Jej istotą jest dzielenie, rozczłonkowanie perceptów, widzenie poszczególnych fragmentów w izolacji lub w sposób niekompletny. Kolejne zjawisko, pojawiające się w myśleniu osób chorych na schizofrenię, to tak zwana indukcyjna percepcja (*inductive perception*) [27,28]. Polega ona na tym, że chorzy mając pewne wyobrażenie, nie są w stanie go poprawnie wyrazić. Dochodzą do niego stopniowo poprzez kolejne stopnie czy etapy, gdzie każdy następny jest niejako uzupełnieniem poprzedniego („to są wysokie obcasy... to są damskie czółenka... to noga w butach na obcasach... to kobieta”).

Wydaje się, iż relatywnie najslabiej w teście Rorschacha według systemu Piotrowskiego są opracowane wskaźniki chorób afektywnych. Do objawów osiowych depresji należy obniżenie napędu i nastroju, manifestujące się spadkiem aktywności, rozmachu, zdolności inicjowania działania, spowolnieniem i wycofaniem z relacji społecznych. Mogą tym objawom towarzyszyć lęk i somatyzacja. Objawy te będą się manifestować w protokołach Rorschacha małą liczbą wypowiedzi (R) przy wydłużonym czasie początkowej reakcji (IRT). Mało będzie wypowiedzi całościowych (W), rzadziej też pojawią się determinanty ruchowe (M, FM, m), a co za tym idzie zmieni się typ przeżywania – w protokołach osób depresyjnych będzie to zawężony typ przeżywania (sumM:sumC). Jeśli już pojawi się ruch, to będzie on najczęściej w formie skulonej, pochylonej. Nie będzie tu miejsca dla ruchów rozmachowych, wiążących się z aktywnością prospołeczną. Niektóre rodzaje ludzkich ruchów (M) także mają depresyjną konotację. I tak ruch ludzki rzutowany na zwierzęta świadczy o rozczarowaniu do życia i niezadowoleniu z własnych cech. O niezadowoleniu z siebie mówi też szok ruchu (tablica III, gdzie wszyscy widzą ruch ludzki), ruch w postawie (Mpost) i ruch tylko części ciała (Mcc) [16,27,29]. Pojawiają się: generalnie mniejsze zainteresowanie sprawami innych ludzi (H%) i zubożenie uczuciowe, zwłaszcza jeśli idzie o sposób wyrażania, ekspresji uczuć (sumC i jej składowe). Somatyzacja może przejawiać się w zwiększeniu liczby wypowiedzi anatomicznych. Osoby z depresją częściej też będą zauważać barwy achromatyczne (czerń i biel) niż chromatyczne. Wyraźna przewaga po stronie tych pierwszych wskazuje na osoby z poczuciem odrzucenia, uciekające przed trudnościami, szukające ratunku –

jest uznawana za wskaźnik depresji związanej z odrzuceniem [16,27]. W treści wypowiedzi pojawi się zwiększenie wypowiedzi typu Obj (przedmioty martwe), co oznacza utratę sensu życia, życiowej pasji, zainteresowań. Częściej też osoby z depresją będą wskazywać na negatywne emocje i skojarzenia oraz częściej niż inne będą krytykować siebie. W psychogramach osób depresyjnych częściej niż w innych będą się pojawiać pospolite, stereotypowe wypowiedzi, związane z inercyjnością myślenia. Zdecydowanie mniej będzie elementów twórczych, barwnych i oryginalnych.

Wydaje się, iż jeszcze bardziej złożone jest opracowanie wskaźników dotyczących zaburzeń osobowości. W obowiązującej aktualnie w Polsce klasyfikacji chorób psychicznych ICD-10 występuje co najmniej 10 rodzajów zaburzeń osobowości. Każde z tych zaburzeń ma inne objawy osiowe i inaczej się manifestuje. We wszystkich jednak występują pewne cechy wspólne i te właśnie są uchwytne w teście Rorschacha. Podstawowe są zaburzenia sfery uczuciowej przejawiające się małym uspołecznieniem, egocentryzacją, słabym przystosowaniem i znacznego stopnia zmiennością. W protokołach Rorschacha manifestować się to będzie brakiem lub małą liczbą wypowiedzi typu FC, zwiększeniem liczby CF i C. Typ przeżywania będzie u takich osób egocentryczno-ekstratensywny (brak M i FC, dużo CF i C), przy znikomym zainteresowaniu sprawami innych ludzi (mało Hd i H) i zmniejszonej wrażliwości na sygnały płynące od otoczenia (procent wypowiedzi na tablice barwne – poniżej 30%). Osoby z zaburzoną osobowością charakteryzują negatywne postawy kierowane na siebie lub innych (dużo S) połączone z uporem i skłonnością do obstawania przy swoim zdaniu (WS). Mniejszy jest tu także poziom lęku (mało Fc), który nie chroni przed działaniem przedwczesnym, impulsywnym, w niesprzyjających warunkach (sumC przewyższa wyraźnie sumc). Dla osób niedojrzałych charakterystyczne są osłabienie mechanizmów kontrolnych oraz zmniejszony wgląd w skomplikowane relacje społeczne i przyczyny swoich problemów (zmniejszona liczba M, brak lub mało FC, zmniejszony F+%, mało c). Mniejsze też są wytrwałość i konsekwencja w działaniu i myśleniu (duże różnice w czasach początkowej reakcji).

RORSCHACH W BADANIACH MIĘDZYKULTUROWYCH

Wydawać by się mogło, że Test Rorschacha jest doskonałym narzędziem w badaniach międzykulturowych. Tablice Rorschacha są bowiem, jako materiał projekcyjny, wolne kulturowo. Debata na ten temat toczy się co najmniej od połowy lat dziewięćdziesiątych, choć już sam twórca testu, Hermann Rorschach, zwracał uwagę na czynnik kulturowy i zauważył różnice w wynikach testów mieszkańców dwóch różnych szwajcarskich kantonów, jeżeli chodzi o częstości zarówno obecnej w teście psychopatologii, jak i specyficznych symptomów [10].

Badacze dzielą się na zwolenników i przeciwników używania Testu Rorschacha w badaniach reprezentantów kultur innych niż amerykańska, włączając w to grupy mniejszościowe mieszkające w USA. Chodzi tu o spór, który wpisuje się w szerszą, wspomnianą już w punkcie poświęconym metodologii, dyskusję,

o użycie systemu Exnera, opracowanego na podstawie badania na amerykańskiej populacji w latach 60-tych i 70-tych. Zwolennicy testu uważają, że wymiary osobowości przez niego mierzone są uniwersalne, natomiast normy w ich obrębie mogą się różnić w zależności od kultury. Ta grupa badaczy powołuje się na bogactwo przeprowadzonych badań porównawczych w różnych krajach, które mogą służyć jako normatywne odniesienie [1,10,26]. Przeciwnicy atakują test właśnie ze względu na brak rzetelnie opracowanych norm dla mniejszości zamieszkujących USA i innych nacji [7,9].

Badania w tym zakresie nie są jednoznaczne. W badaniach przeprowadzonych w ośmiu krajach, w których brano pod uwagę 69 zmiennych, stwierdzono bardzo niewielkie, ale istotne statystycznie różnice. Uznano jednak, że nie są one relewantne dla praktyki klinicznej. Gdy jednak ponownie przeanalizowano te same dane, zmniejszając liczbę czynników, otrzymano dużo większą różnicę, której konsekwencje kliniczne nie mogły być zignorowane [1]. Richard H. Dana podaje konkretne różnice międzykulturowe w średnich wynikach na różnych wymiarach mierzonych przez test Rorschacha. Poniżej zostaną przytoczone wyniki⁴, które autorkom artykułu wydały się ważne, ciekawe lub kontrowersyjne.

Niektóre obszary osobowości można zdiagnozować, odnosząc się do norm, gdzie ważna jest proporcja niektórych parametrów względem siebie, a nie ich wartość absolutna. Przykładem może być typ przeżywania (EB – Erlebnistypus), gdzie zasadniczo mamy dwa typy: ekstratensywny vs. intratensywny. Dodatkowo uznawanym za pośredni jest typ ambitendentny. O tym, do jakiego typu zaliczymy daną osobę, decyduje stosunek koloru do ruchu ludzkiego (C:M). Stwierdza się pewne różnice międzykulturowe, jeżeli chodzi o występowanie poszczególnych typów w różnych krajach. W USA uzyskano procentowy udział poszczególnych typów w populacji: 44% ekstratensywnych; 36% introwertywnych i najmniej ambitendentnych (20%). Dla kontrastu, w portugalskiej próbie otrzymano odpowiednio: 22%, 28% i 50%. Wziąwszy pod uwagę poziom kilku innych zmiennych, połowę populacji portugalskiej można by uznać za zaburzoną [26]. Nasuwa się wówczas pytanie: czy społeczeństwo portugalskie jest mniej ekstratensywne niż amerykańskie, czy należy tutaj przyjąć inne normy, czy może w ogóle czym innym jest ten wymiar w Portugalii, czym innym w USA i nie ma czego porównywać? Autorzy nie dają na to pytanie jednoznacznej odpowiedzi. W zależności od podejścia: *etic* czy *emic*, opowiadają się za mniej lub bardziej idiosynkratycznym kulturowo podejściem.

Inny wymiar – kontroli emocjonalnej vs. niekontrolowanej emocjonalności, mierzony stosunkiem reakcji na kolor, w których dominuje forma do wypowiedzi zdeterminowanych kolorem (FC:CF+C) był również związany z kulturą. Jak się okazało, w krajach łańskich, zarówno Ameryki, jak i Europy, średnia liczba CF przewyższa FC, a zatem jest to norma [26]. Oznacza to, że przyjmując uniwersalistyczne podejście, mieszkańcy kultur południowych są bardziej sugestywni i zmienni uczuciowo niż mieszkańcy krajów położonych bardziej na północ. Jest to zgodne z intuicyjną, ale również zakorzenioną w empirii obserwacją.

4 Przytoczone w tej części badania były przeprowadzone metodą Exnera (Comprehensive System).

Ciekawy, a zarazem kontrowersyjny jest wynik związany ze zmienną światłocieniową. Odpowiedzi osoby badanej dotyczące światłocieni mogą świadczyć o zależności emocjonalnej i potrzebie bliskości. Może być ona bardziej lub mniej kontrolowana (c/cF/Fc u Piotrowskiego lub T/TF/FT u Exnera⁵). Wyniki otrzymane w różnych krajach pokazują, że w USA pada dużo więcej wypowiedzi światłocieniowych niż gdziekolwiek indziej na świecie (dotyczy to populacji tzw. WASP-ów, czyli „białych, anglo-saksońskich protestantów”). Interpretuje się to jako efekt purytańskiego, „bezdotykowego”, wychowania, kładącego nacisk na uniezależnianie się jednostki, również w sensie emocjonalnym, od rodziców. Duża częstotliwość wypowiedzi światłocieniowych jest, podług tej interpretacji, wyrazem supresji potrzeby fizycznego i emocjonalnego kontaktu. Potwierdzeniem tej hipotezy wydaje się fakt, iż w krajach łacińskich, gdzie kontakt fizyczny jest silnie obecny w kulturze, liczba tych wypowiedzi jest bliska zera. W Hiszpanii więcej niż jedna wypowiedź światłocieniowa jest uznawana za przejaw dużych deficytów w tej sferze, kwalifikujących osobę do terapii [26]. Podobne kontrowersje do opisanych powyżej budzą również różnice w danych jakościowych. Na przykład zawartość treściowa interpretacji, gdzie obserwuje się więcej reakcji konwencjonalnych (popularnych – P) w USA, zaś w kulturach łacińskich więcej personalizacji plam (tj. odnoszenia do siebie), jak również więcej współzależności przejawiającej się np. w połączonych ciałach bądź interpretacjach wskazujących na symbiotyczne zależności. Z drugiej strony w wypowiedziach z protokołów reprezentujących kultury południowe, zawierających ruch ludzki, jest zarazem więcej agresji [26].

Powyżej przytoczone badania mogą sugerować, że istnieje dużo interpretacyjnych pułapek, gdy stosuje się test Rorschacha bez uwzględnienia tła kulturowego osoby badanej.

R. Dana proponuje włączenie 9 elementów w procedurze badawczej, celem uchronienia się przed niebezpieczeństwami błędnych interpretacji testu Rorschacha aplikowanego w pracy z obcokrajowcami [26]:

1. Pytania orientacyjne, zebranie wstępnej metryczki, wywiadu klinicznego i informacji dotyczących tła kulturowego osoby badanej.
2. Kompetencje kulturowe osoby badanej: włączenie sędziów kompetentnych – osób pochodzących z kultury osoby badanej.
3. Wrażliwy kulturowo sposób przeprowadzania testu – dotyczy to zachowań werbalnych i niewerbalnych, np. patrzenia w oczy, dystansu fizycznego itp.
4. Uwzględnienie dostępnych norm.
5. Wpływ EB⁶ na całość wyników.
6. Determinanty – jakie są kulturowo specyficzne oczekiwania dotyczące determinant: M, C, FC, F?
7. Oczekiwania co do różnic w zawartości tematycznej.

⁵ Istnieją także inne zmienne światłocieniowe w systemie Exnera, które mają inne konotacje znaczeniowe: Y(Y, YF i FY) oraz V(V, VF, FV).

⁶ Experience Balance – dotyczy to systemu Exnerowskiego.

8. Patologia – specyficzne kulturowo przekonania odnośnie zdrowia i choroby; kulturowo uwarunkowane syndromy.
9. Sprawdzenie trafności – skonsultowanie odpowiedzi klienta z profesjonalistami z kultury osoby badanej.

Test Rorschacha w badaniach nad akulturacją

Ciekawym obszarem są badania nad wpływem akulturacji⁷ na wyniki w teście Rorschacha. Badania R. Dany pokazują, że wpływ na wyniki może mieć język, którym osoba badana posługuje się w momencie badania. Zbadano między innymi dwukulturową Amerykankę, kolumbijskiego pochodzenia (urodzona w USA, rodzice – emigranci z Kolumbii). Za pierwszym razem podawała swoje skojarzenia w języku hiszpańskim, za drugim razem (3 miesiące później) w języku angielskim. Okazało się, że w wersji hiszpańskiej badana była znacznie bardziej ekspresyjna i emocje wydawały się grać istotniejszą rolę w procesach decyzyjnych, natomiast w wersji angielskiej była dużo bardziej emocjonalnie zahamowana i intelektualizująca uczucia. Oprócz tego obydwa protokoły różniły się treściowo. W wersji hiszpańskiej obecnych było dużo więcej odniesień pozytywnych do życia rodzinnego, lojalności wobec jej członków, jak również wiary w życie nadnaturalne. W wersji angielskiej pojawiło się kontrastująco dużo wątków ujawniających brak szacunku wobec autorytetów, nadużycia w relacjach międzyludzkich i materializm. Badacze wysunęli ciekawe hipotezy i interpretacje odnoszące się do tych wyników. Uznano, że badana pozwalała sobie na krytykę kolumbijskich wartości kulturowych, które wpajano jej jako dziecku, tylko w języku angielskim. Zaobserwowano, że „uciekła” w angielski, gdy czuła się emocjonalnie przytłoczona i chciała przeanalizować różne rzeczy „na chłodno”. Sytuacja była odwrotna, gdy chciała wyrazić siebie i swoje emocje bardziej otwarcie lub nawiązać kontakt ze swoim bardziej „kolumbijskim Ja” np. w sensie zwrotu ku wartościom rodzinnym [26].

W innym ciekawym badaniu nad znaczeniem języka i akulturacji w teście Rorschacha potwierdziło się znaczenie zmiany kulturowej na wyniki, natomiast nie znaleziono istotnych różnic, które dowodziłyby wpływu języka na wypowiedzane skojarzenia [32]. Badanymi byli rdzenni Koreańczycy i Amerykanie oraz dwujęzyczni Koreańczycy akulturyzujący się w USA (od co najmniej 6 lat) i dwujęzyczni Amerykanie w Korei (od co najmniej 2 lat w Korei). Psychogramy czterech grup okazały się w niektórych aspektach istotnie różnić. Okazało się, że rdzenni Koreańczycy byli grupą najbardziej zahamowaną w reakcjach, co pokazało się w najniższej liczbie wypowiedzi (R), niższym poziomie form (F+%), zdolności do ogarniania całości plamy (W) i, co ciekawe, znacząco mniejszej liczbie reakcji związanych z człowiekiem (M i H). Zastanawiano się, jak wytłumaczyć te różnice w kontekście kulturowym. Kultura koreańska jest bardzo restrykcyjna, jeżeli chodzi o

⁷ Akulturacja jest tutaj rozumiana jako proces adaptacji do nowej kultury w zgodzie z teorią Colleen Ward i in. – ABC akulturacji. W modelu tym adaptacja do nowej kultury odbywa się w obrębie trzech płaszczyzn: psychologicznej (komponent emocjonalny), socjokulturowej (komponent behawioralny) i tożsamościowej (komponent poznawczy) [31,32].

normy zachowań, co wynika z prymatu wartości kolektywistycznych nad indywidualistycznymi. Zahamowane reakcje na procedurę testu Rorschacha, która jest relatywnie niejednoznaczna, dająca możliwość wykorzystania fantazji i w której trudno odgadnąć oczekiwania badacza, mogły wynikać z lęku. Ponieważ jednak nie podano w badaniu zmiennej dotyczącej lęku w kontaktach społecznych, trudno o tym wnioskować. Ważnym wynikiem, jeżeli chodzi o problematykę akulturacji jest podobieństwo w zakresie poziomu wspomnianych zmiennych w przypadku grupy Koreańczyków mieszkających w USA do rdzennych Amerykanów. Sugeruje to, że Koreańczycy na emigracji stawali się więc coraz bardziej amerykańscy. Nie zaobserwowano natomiast tendencji odwrotnej, czyli „koreanizowania się” Amerykanów, co tłumaczono m.in. znacząco dłuższym stażem akulturacji pierwszej z grup [32].

W badaniu własnym Kornelii Zakrzewskiej-Wirkus ujawnił się również wątek związany z czynnikiem kulturowym. Przebadano testem Rorschacha 20 osób przechodzących przez proces readaptacji do życia w Polsce po powrocie z zagranicy. Wspólnym mianownikiem psychogramów wszystkich tych osób był przekraczający przeciętną poziom koncentracji na pustych plamach (S), co może świadczyć o przeżywaniu silnego buntu lub o oporze (opozycji) wobec czegoś lub kogoś.⁸ Z wywiadów wynika, że bardzo często opór ten związany był z krytycznym stosunkiem do zastanej w kraju rzeczywistości i przeżywanym w związku z tym rozczarowaniem.

Reasumując, mimo iż test Rorschacha nie jest narzędziem łatwym w użyciu, bogactwo i głębokość otrzymywanego w toku analizy materiału jest bardzo cenne, jeżeli chodzi o trafność diagnozy klinicznej. Jest on metodą, którą można stosować również w badaniach międzykulturowych i nad akulturacją. Należy przy tym jednak podkreślić, że test Rorschacha nie jest, podobnie jak każda inna metoda diagnostyki psychologicznej, „papierkiem lakmusowym” pozwalającym wykryć obecność lub nie jakiejś choroby psychicznej, może natomiast z ogromnym powodzeniem wskazać obecność wielu objawów lub ich syndromów, ułatwiających rozpoznanie i zaplanowanie terapii.

Piśmiennictwo:

1. Allen J, Dana RH.: Methodological issues in cross-cultural and multicultural Rorschach research. *Journal of Personality Assessment* 2004; 82 (2): 189-206.
2. The Status of the Rorschach in Clinical and Forensic Practice: An Official Statement by the Board of Trustees of the Society for Personality Assessment. *Journal of Personality Assessment* 2005; 85(2), 219-237.
3. Z prywatnej korespondencji z Richardem H. Dana, członkiem International Rorschach Society i byłym przewodniczącym Society for Personality Assessment. Zobacz również: www.r-pas.org
4. Jarret C. Psychological assessments that cause harm. *Psychologist* 2008; 21(1).

⁸ Rorschach nazywał to „tendencją do opozycyjności” i uważał, że występuje ona w trzech postaciach: opozycyjność, niezdecydowanie, poczucie nieadekwatności, w zależności od tego czy osoba jest ekstratensywna, ambiektalna czy introwersyjna [33].

5. Gacono CB, Meloy JR. A Rorschach investigation of attachment and anxiety in antisocial personality disorder. *Journal of Nervous and Mental Disease* 1991; 179, 546–552.
6. Gacono CB, Loving JL, Bodholdt RH. The Rorschach and Psychopathy: Toward a More Accurate Understanding of the Research Findings. *Journal of Personality Assessment* 2001; 77(1): 16-38.
7. Lilienfeld SO, Wood JM. The Rorschach Inkblot Test: The Case of Overstatement? *Assessment* 1999; 6 (4): 342-349.
8. Wood JM, Lilienfeld SO, Nezworski MT, Garb HN. Coming to Grips With Negative Evidence for the Comprehensive System for the Rorschach: A Comment on Gacono, Loving, and Bodholdt; Ganellen; and Bornstein. *Journal of Personality Assessment* 2001; 77(1), 48-70
9. Lilienfeld SO, Wood JM, Garb HN. (2002). Status naukowy technik projekcyjnych. Kraków: Wydawnictwo UJ.
10. Meyer GJ. Evidence to correct misperceptions about Rorschach Norms. *Clinical Psychology: Science and Practice* 2001; 8: 389-396.
11. Meloy JR. Some Reflections on What's wrong With the Rorschach. *Journal of Personality Assessment* 2005; 85(3), 344-346.
12. Stasiakiewicz M. Test Rorschacha. Wydawnictwo: Scholar
13. „Psychologia to nauka nie czary” - protest naukowców, psychologów i studentów. Źródło internetowe: www.sceptycy.org , 17.03.2012
14. Stemplewska-Żakowicz K, Szymczyk B. „Jak odróżnić dziecko od kąpieli”. źródło internetowe: www.ptp.org.pl , 17.03.2012
15. Grzywak-Kaczyńska M.: Podręcznik do metody Rorschach. PTHP, Warszawa 1978: 71-90.
16. Grzywak-Kaczyńska M. (2006). Podręcznik do Metody Rorschacha (oprac. M. Braun-Gałkowska). Lublin: Wydawnictwo KUL.
17. Waszkiewicz E.: Projekcyjne metody diagnostyki psychologicznej. *Medycyna Praktyczna. Psychiatria* 2008; 3 (4): 105-108.13.
18. Leichtman M.: Concepts of Development and the Rorschach: The Contributions of Paul Lerner and John Exner in Historical Context. *Journal of Personality Assessment*, 2009; 91(1): 24–29.
19. Campos R. 'It might be what I am': Looking at the use of Rorschach in Psychological Assessment. *Somatic Inkblot Society Journal of Projective Psychology & Mental Health* 2011; 18: 28-38.
20. Cates JA. The Art of Assessment in Psychology: Ethics, Expertise, and Validity. *Journal of Clinical Psychology* 1999; 55(5) 631-641.
21. Sęk H. Metody Projekcyjne. Wydawnictwo Naukowe UAM. Poznań 1984.
22. Howes RJ. Rorschach: Does it have a Future? *Journal of Personality Assessment* 1981, 45(4), 339-351.
23. Castro-Villarreal F. Prior Exposure to the Rorschach Test and Differences in Selected Rorschach Variables. *Somatic Inkblot Society Journal of Projective Psychology & Mental Health*, 2010; 17: 126-134.
24. Grønnerød C. Rorschach Assessment of Changes Following Psychotherapy: A Meta-Analytic Review. *Journal of Personality Assessment* , 83(3), 256–276.
25. Schultz D, Loving JL. Challenges Since Wikipedia: The Availability of Rorschach Information Online and Internet Users' Reactions to Online Media Coverage of the Rorschach–Wikipedia Debate. *Journal of Personality Assessment* 2012; 94(1), 73-81
26. Dana RH. *Multicultural Assessment. Principles, Applications, Examples*. Lawrence Erlbaum Associates, Inc., New Jersey 2005: 121-145.
27. Piotrowski Z. Perceptanaliza. PTHP, Warszawa 1991: 208-314.
28. Szafranec J. Metoda Rorschacha w psychodiagnozie schizofrenii. Wydawnictwo Akcydensowe, Warszawa 1985: 23-70.
29. Leśniak F. Perceptanaliza w perspektywie pozytywnej dezintegracji. PTHP, Warszawa 1994: 265-314.
30. Searle W, Ward C. The prediction of psychological and sociocultural adjustment during cross-cultural transitions. *International Journal of Intercultural Relations* 1990; 14: 449-464.

31. Ward C. The ABCs of Acculturation. W: Matsumoto D. (red.): Handbook of Culture and Psychology. Oxford University Press, New York 2001: 411-445.
32. Cundick BP, Moon T. Shifts and Constancies in Rorschach Responses as a Function of Culture and Language. Journal of Personality Assessment, 1983; 47(4): 345-349.
33. Rosen E. MMPI and Rorschach Correlates of the Rorschach White Space Response. Journal of Clinical Psychology, 1952; 8(3): 283-288.

adres do korespondencji: mgr Kornelia Zakrzewska-Wirkus: e-mail: kornelia.zakrzewska@uj.edu.pl