

کتاب کار

نظام سنجش عملکرد رورشاخ (R-PAS)

تألیف

ابوفاضل حسینی نسب

میثم تجملیان

شکور زارع چاه سرخی

دکتر محمدرضا محمدی

دکتر احمد برجعلی

ویراستار فنی

شیرین خلیلی

فهرست

بخش اول: مقدمه.....	۹
فصل ۱: فرایند سنجش روان‌شناختی و جایگاه رورشاخ در مدل سنجش بالینی.....	۱۱
فصل ۲: کاربرد و سودمندی آزمون رورشاخ.....	۱۵
فصل ۳: تاریخچه مختصر رورشاخ.....	۲۹
فصل ۴: ویژگی‌های روان‌سنجی رورشاخ.....	۴۵
بخش دوم: نظام سنجش عملکرد رورشاخ.....	۵۷
فصل ۵: اجرای آزمون.....	۵۹
فصل ۶: کدگذاری نظام سنجش عملکرد رورشاخ.....	۷۱
فصل ۷: شفاف‌سازی پیشرفته.....	۱۵۱
فصل ۸: جدول کیفیت شکل.....	۱۷۷
فصل ۹: تبدیل سطح پاسخ به سطح پروتکل.....	۱۸۲
فصل ۱۰: تفسیر.....	۱۹۸
فصل ۱۱: اجرا، کدگذاری و گزارش آر-پس در دو نمونه بالینی ایرانی.....	۲۵۳
پیوست‌ها.....	۲۸۳
پیوست ۱: چک‌لیست اجرا.....	۲۸۵
پیوست ۲: جدول FQ.....	۳۰۳
پیوست ۳: جدول توالی کد.....	۳۰۴
پیوست ۴: برگه مکان.....	۳۰۷
پیوست ۵: کتاب‌نامه آثار پژوهشی و تالیفی و ترجمه، مرتبط با رورشاخ در ایران.....	۳۰۷
واژه‌نامه انگلیسی به فارسی.....	۳۱۷
واژه‌نامه فارسی به انگلیسی.....	۳۱۹

بخش اول

مقدمه



فصل ۱

فرایند سنجش روان‌شناختی و جایگاه رورشاخ در مدل سنجش بالینی

سنجش روان‌شناختی تنها به اجرای آزمون محدود نمی‌شود. در حقیقت اجرای آزمون فقط به اندازه‌گیری اشاره دارد. موضوعاتی مانند روشن‌سازی پرسش ارجاعی، درک بافت ارجاعی، پیروی از دستورالعمل‌های اخلاقی، شناخت و جلوگیری از سوگیری از سوگیری آزمون، انتخاب مناسب‌ترین ابزار برای متغیر یا مشکل مورد مطالعه و استفاده مناسب از تفسیر رایانه‌ای بخش جدایی‌ناپذیر هر سنجش بالینی است. سنجش روان‌شناختی فرایند پیچیده‌ای است که از روند خاصی پیروی می‌کند. مدل‌های مختلفی بر اساس نظریه‌های غالب روان‌شناسی و روان‌پزشکی سعی در مستند کردن فرایند سنجش داشته‌اند. ما در این کتاب مدل انجمن سنجش روان‌شناختی اروپا را اساس کار خود قرار داده‌ایم (فرناندز-بالسرتروس، ۲۰۰۱). اصول پایه تمام مدل‌ها نسبتاً مشابه است.

جدول ۱-۱: فرایند ارزیابی: چهارچوب بنیادی و گام‌های فردی

شروع فرایند: فرایند زمانی شروع می‌شود که فرد یا نهادی (مراجع) از یک ارزیاب درخواست کند تا به سؤالی پاسخ دهد یا درباره شخص، توصیه‌ای حرفه‌ای کند.
پیش‌شرط‌ها: ارزیاب در صورتی سنجش را انجام می‌دهد که صلاحیت پاسخگویی به درخواست را داشته باشد و درخواست نیز در مسیر معیارهای اخلاقی باشد.

۱. اصول کلی

۲. تحلیل مورد (ارزیابی توصیفی)

۱.۱. تحلیل خواسته‌ها، شکایات و/یا اهداف: جمع‌آوری اطلاعات کلی درباره سؤال ارجاعی مراجع یا آزمودنی^۱.

۱.۱.۱. اکتشاف و ارزیابی سؤالات مراجع و/یا آزمودنی.

۲.۱.۱. موضوعی‌سازی خواسته‌های مراجع و جنبه‌های موقعیت کلی مشکل.

جدول ۱-۱: فرایند ارزیابی: چهارچوب بنیادی و گام‌های فردی — ادامه

- ۳.۱.۱. توافق رسمی.
 - ۲.۱. صورت‌بندی فرضیه‌های قابل سنجش ارزیابی دربارهٔ مورد^۲ (مراجع): تبدیل خواسته‌ها، شکایات و/یا اهداف به فرضیه‌های قابل سنجش.
 - ۱.۲.۱. صورت‌بندی سؤالات در قالب اصطلاحات فنی، بر مبنای اطلاعات گردآوری‌شده.
 - ۲.۲.۱. عملیاتی کردن اصطلاحات فنی با استفاده از ابزار روش‌های ارزیابی.
 - ۳.۱. جمع‌آوری اطلاعات: گردآوری اطلاعات در ارتباط با سؤال.
 - ۱.۳.۱. برنامه‌ریزی برای اجرای روش‌های ارزیابی.
 - ۲.۳.۱. به‌کارگیری روش‌های ارزیابی.
 - ۳.۳.۱. اعتبارسنجی کاربرد روش‌های ارزیابی.
 - ۴.۱. پردازش اطلاعات و پیوند داده‌های جمع‌آوری‌شده به سؤالات ارزیابی.
 - ۱.۴.۱. تحلیل داده‌ها.
 - ۲.۴.۱. استخراج نتیجه‌گیری ارزیابی.
 ۲. تنظیم و گزارش نتایج: آماده‌سازی فنی نتایج و گزارش به مراجع/آزمودنی.
 - ۱.۲. یکپارچه‌سازی نتایج: پاسخ به سؤالات مراجع/آزمودنی به کامل‌ترین نحو ممکن.
 - ۱.۱.۲. ترکیب نتایج به‌صورت صورت‌بندی موردی مفصل.
 - ۲.۱.۲. صورت‌بندی نتایج باتوجه‌به سؤالات مراجع/آزمودنی.
 - ۲.۲. گزارش: ارائهٔ کتبی و/یا شفاهی گزارش‌ها.
 - ۱.۲.۲. ملزومات تهیهٔ گزارش.
 - ۲.۲.۲. دربرگیری اطلاعات مرتبط در گزارش.
 - ۳.۲.۲. قابل فهم کردن گزارش.
 - ۳.۲. بحث و تصمیم‌گیری
 - ۱.۳.۲. بحث در مورد گزارش با مراجع، آزمودنی و/یا دیگر افراد مرتبط.
 - ۲.۳.۲. تحلیل شود که آیا بنا بر موقعیت کلی توقف، شروع دوباره یا ادامهٔ مداخله‌ای خاص قابل توجیه است؟
 ۳. برنامه‌ریزی مداخله: اگر ارزیاب متوجه شود که مداخلهٔ خاصی الزامی است؛ پیش از اجرای درمان، چند عملیات ارزیابی ضروری است.
 - ۱.۳. انتخاب و سنجش فرضیه‌های ویژهٔ مداخله:
 - ۱.۱.۳. انتخاب و عملیاتی کردن مداخله و متغیرهای خروجی.
 - ۲.۱.۳. مرور و تصمیم‌گیری دربارهٔ روش‌های مداخله که با یک مورد خاص^۳، به بهترین شکل تناسب دارد.
 - ۳.۱.۳. انتخاب و ارزیابی متغیرهای مرتبط برای پایش.
- عملی کردن مداخله**
۴. ارزیابی و پیگیری: اگر مداخله‌ای انجام شده باشد، چند عملیات ارزیابی باید اجرا شود.
 - ۱.۴. جمع‌آوری داده‌ها دربارهٔ تاثیرات مداخله:
 - ۱.۱.۴. واریسی کردن اطلاعات در دسترس.
 - ۲.۱.۴. جمع‌آوری داده‌ها پس از مداخله.

2. case

3. Individual case

جدول ۱-۱: فرایند ارزیابی: چهارچوب بنیادی و گام‌های فردی — ادامه

۲.۴.	تحلیل خروجی مداخله:
۱.۲.۴.	برداشت نتیجه از داده‌های گردآوری شده از تأثیرات مداخله.
۲.۲.۴.	گزارش نتایج به مراجع، آزمودنی و/یا دیگر افراد مرتبط.
۳.۲.۴.	در صورت لزوم، گزارش کتبی به مراجع، آزمودنی و/یا دیگر افراد مرتبط.
۳.۴.	پیگیری:
۱.۳.۴.	برنامه‌ریزی پیگیری با توافق مراجع و/یا آزمودنی.
۲.۳.۴.	ارزیابی آزمودنی، مطابق با برنامه تعیین شده.
۳.۳.۴.	تحلیل نتایج.
۴.۳.۴.	بحث درباره نتایج با مراجع، آزمودنی و/یا دیگر افراد مرتبط.
۵.۳.۴.	در صورت لزوم، ارائه گزارش کتبی به مراجع، آزمودنی یا دیگر افراد مرتبط.
پایان فرایند: فرایند ارزیابی در صورتی به پایان می‌رسد که ارزیاب رابطه حرفه‌ای را با شخص/نهاد (مراجع) و آزمودنی/ یک مورد خاص درباره تکالیف ارزیابی تکمیل کند.	

۱. موقعیت ارجاعی

کاربران آزمون باید بکوشند با حوزه‌ها و مشکلات ویژه موقعیت‌های ارجاعی خاص آشنا باشند و انگیزه اصلی ارجاع را بررسی کنند. بررسی انگیزه ارجاع و انتخاب مناسب آزمون از اجرای بی‌فایده مجموعه‌ای از آزمون‌ها و اتلاف زمان و انرژی و هزینه پیشگیری می‌کند. برای این منظور پیش از فراهم کردن اطلاعات مفید توسط کاربران برای حل مشکلات مراجع، باید سؤالات ارجاعی به طور دقیق و جزئی مشخص شوند و تعیین گردد که با استفاده از اطلاعات دریافت‌شده از آزمون، چه تصمیماتی درباره این مراجع باید گرفته شود. وظیفه روشن کردن سؤال ارجاعی، متوجه متخصص بالینی است و بالینگر باید فعالانه با منبع ارجاعی (نهادی که آزمودنی را به آزمونگر ارجاع داده است) در قرار دادن مشکل مراجع در بافت مناسب همکاری کند.

۲. ملاحظات اخلاقی سنجش

خط‌مشی‌های اخلاقی اصلی روان‌شناسان شامل امنیت مراجع، رازداری، کاهش رنج، شایستگی و برتری علمی است. در سنجش روان‌شناختی انتقاداتی مانند کاربرد آزمون‌ها در بافت نامناسب، نقض رازداری، سوگیری فرهنگی، تجاوز به حریم خصوصی و نشر داده‌های آزمون و استفاده از آزمون‌هایی که روایی کافی ندارند مطرح هستند.

سنجش باید در بافت ارتباطی حرفه‌ای که به طور واضح تعریف شده است انجام گیرد. به این معنا که ماهیت، اهداف و چگونگی ارتباط مورد بحث قرار گرفته و در مورد آن توافق صورت گرفته باشد. معمولاً بعد از دادن اطلاعات از طرف متخصص به مراجع (مانند نوع و مدت سنجش، حدود رازداری

و شرایط مالی و جزئیات مناسب) رضایت کتبی گرفته می‌شود (پوپ، ۲۰۰۷). به این فرایند کسب رضایت آگاهانه گفته می‌شود. آزمونگر باید اطمینان یابد که آزمودنی شرایط و اطلاعات را به‌درستی درک کرده است. درعین حال، ماهیت و هدف آزمون باید در کلی‌ترین وضع خود وصف شود. باید توجه داشت در نهایت به جز موارد استثنایی مانند کودکان خردسال و زمانی که مراجع برای خودش و یا دیگران خطر داشته باشد، کنترل اطلاعات و نحوه کاربرد آنها به عهده مراجع است.

۳. سنجش گروه‌های متنوع

صلاحیت در سنجش گروه‌های متنوع بخش ضروری روش تخصصی سنجش روان‌شناختی است. در حقیقت باتوجه‌به جهانی شدن، مهاجرت گسترده و وجود جوامع چندفرهنگی، مباحث مرتبط با سوگیری بالقوه آزمون (زمانی که برای گروه‌های متنوع به کار می‌رود) و همچنین انطباق ملی ابزارهای پرکاربرد اهمیت بیشتری یافته است. در ایران، ترکیب جمعیت به‌گونه‌ای است که اطلاق جامعه چندقومیتی به آن دور از واقعیت نیست (معیدفر و رضایی، ۱۳۸۸). تنوع قومی / فرهنگی در ایران شامل گروه‌های زبانی متنوع مانند فارس‌ها، ترک‌ها، کردها، لرها و دیگر گروه‌های زبانی می‌شود. این تنوع به‌گونه‌ای است که تقریباً تمامی مردم ساکن ایران را می‌توان ایرانی‌تبار دانست. از منظر تاریخی و مردم‌شناختی، مردم ایرانی‌تبار در سراسر فلات ایران ساکن بوده‌اند و امروزه جوامع اصلی کشورهای چون ایران، افغانستان و تاجیکستان را تشکیل می‌دهند و در کشورهایمانند ترکیه، ازبکستان، جمهوری آذربایجان، عراق، چین و روسیه، جوامع اقلیت را می‌سازند (فرای، ۲۰۱۲). همچنین جمعیت قابل‌توجهی از جوامع ایرانی‌تبار دور از وطن در کشورهای اروپایی، آمریکای شمالی و حاشیه خلیج فارس زندگی می‌کنند. به علاوه، مهاجرت افغانستانی‌ها به شکل‌گیری جامعه دو تا سه میلیون‌نفری مهاجران افغانستانی در ایران منجر شده است (وزارت مهاجرت افغانستان، ۱۳۹۶). بنابراین، ایجاد خط‌مشی‌های مناسب برای سنجش شایسته الزامی است. این خط‌مشی‌ها شامل مهارت‌های زبانی، شایستگی فرهنگی، سنجش هویت قومی/فرهنگی، تناسب کاربرد ابزارها، موضوعات تشخیصی و خط‌مشی‌های تفسیری می‌شود.

ارزیابی مهارت زبانی مراجع اولین قدم در سنجش مراجع متعلق به گروه‌های اقلیت زبانی (ایرانیان غیرفارسی‌زبان یا مهاجران) است. بر مبنای این ارزیابی، اجرای سنجش به زبان مادری مراجع ممکن است لازم و یا درخور باشد. در برخی مواقع ممکن است حضور مترجم یا ارجاع به متخصص دیگر که به زبان مراجع صحبت می‌کند ضروری باشد.

فصل ۲

کاربرد و سودمندی آزمون رورشاخ

نکته اساسی درباره کاربرد رورشاخ آن است که بدانیم رورشاخ برای ارزیابی کلی فرد مفید است و می‌تواند داده‌های کمکی در رابطه با سازمان روانی فرد ارائه کند. بنابراین، رورشاخ قرار نیست به تمام سؤالات ما درباره فرد پاسخ دهد. اطلاعات به دست آمده از این آزمون به شکل توصیف‌هایی مرتبط با شخص، به دست می‌آید. در نهایت، آزمونگر است که تصمیم می‌گیرد این اطلاعات برای آزمودنی یا مرجعی که درخواست اجرای ارزیابی را داشته، سودمند است یا خیر (اکسندر، ۲۰۰۳).

مراجع مختلفی ممکن است به ارزیابی افراد اقدام کنند یا درخواست آن‌ها، آزمونگر را مجاب کند تا از رورشاخ استفاده کند. ارزیابی‌های بالینی (برای مثال، تشخیص روان‌پریشی، مشکلات عصب‌شناختی، ویژگی‌های شخصیتی و ارتباطی فرد)، قانونی (برای مثال، ارزیابی مسئولیت کیفری، احراز جنون، خطر خشونت و تصمیم‌گیری درباره حضانت) پیش‌استخدامی و تحصیلی (برای مثال، ارزیابی وضعیت هیجانی دانش‌آموزان)، از این دست کاربردها هستند.

بررسی کلی مطالعات نشان می‌دهد که چندین متغیر رورشاخ برای کاربردهای بالینی، پرورشی و قضایی کارآمد است. این آزمون به‌ویژه در الف) مناسب‌سازی مفهوم‌سازی مورد^۱ و مداخلات با فرد و ب) پیش‌بینی و ارزیابی برون‌دادها مفید است. این نتیجه‌گیری‌ها با استفاده از رورشاخ به‌عنوان آزمون رفتاری حل مسئله که کنش متقابل بین عوامل محیطی، روان‌شناختی و زیستی را روشن می‌کند همسو است. همچنین، معیارهای رفتاری و زبان‌شناختی و روایی اقتصادی و افزایشی رورشاخ، نسبت به ابزارهای خودگزارشی و مصاحبه (به دلیل ارتباطی که با جنبه کاربردی دارند) موردتوجه هستند. (ویگلیون، ۱۹۹۹). در ادامه به بررسی جنبه‌های اختصاصی‌تر سودمندی رورشاخ می‌پردازیم.

سودمندی یک ابزار ارزیابی ناشی از سودمندی یک ابزار ارزیابی با عملکرد فرد در این دو شاخص تعیین می‌شود: الف) مقدار تأثیری که ابزار بر تصمیمات و برون‌دادها در کاربردهای ویژه دنیای واقعی

دارد و ب) هزینه و بازده این برون‌دادها و تصمیمات (فین و کامفویس، ۱۹۹۵؛ مورفی و دیویدشوفر، ۱۹۹۱). برای همه آزمون‌های روانی اعم از رورشاخ، این موضوع صدق می‌کند که تأثیر مستقیم آزمون بر مداخله و نتایج ارزیابی به‌اندازه کافی مورد پژوهش قرار نگرفته‌اند. با در نظر گرفتن این محدودیت‌ها، می‌توان فرض گرفت که رورشاخ در صورتی مفید خواهد بود که به شناسایی رفتارها و خصوصیات مشهود و پنهان پاسخ‌دهنده بپردازد. بنابراین، نیاز داریم تا به هزینه‌های مستقیم و غیرمستقیمی که اجرای این آزمون نسبت به دیگر آزمون‌ها دارد (به دلیل خطاهای منفی و مثبت و البته رویه آزمون) توجه کنیم. هزینه‌ای که به آسان‌ترین شکل ممکن کمی می‌شود، زمان متخصص و مراجع است؛ بنابراین، رورشاخ باید اطلاعاتی را فراهم کند که به طور معمول با استفاده از خودگزارشی، مصاحبه یا روش‌های مشاهده‌ای که کمتر وقت‌گیر هستند به دست نمی‌آیند.

کاربردهای مفید موردنظر روان‌شناسی بالینی شامل شناسایی اهداف درمانی (روزن و پروکتور، ۱۹۸۱)، پیش‌بینی یا مشاهده‌گری تغییرات، نتیجه درمان و دوره بیماری (فاستر و گن، ۱۹۹۵)، فردی‌سازی کردن درمان برای مفهوم‌سازی مورد (هاینس، لیزن و بلین، ۱۹۹۷)، فهمیدن و ساختن رابطه‌ای همدلانه با مراجع (فین و تونسگر، ۱۹۹۷)، شناسایی و بیان مشکلات بالقوه و نامشخص (هاینز و همکاران، ۱۹۹۷) و حمایت از تصمیمات تشخیصی و الگوهای فردی مرتبط با تشخیص است. اهداف مشابهی نیز می‌تواند در زمینه‌هایی مثل کاربردهای قضایی، تحصیلی، تحولی، سلامت جسمانی و غیره تعیین شوند. در نهایت، ویگلیون سودمندی را این‌گونه تعریف می‌کند: «منافع مناسب به دست آمده از تصمیمات، کنش‌ها و اطلاعات حاصل از یک ابزار، در روشی مقرون‌به‌صرفه و در مسیر اهداف کاربردی روان‌شناختی».

۱. پایداری زمانی

وجود پایداری زمانی برای آزمون، به جهت مفید بودن برای اهداف کاربردی درمانی الزامی است. در رورشاخ، اکثریت متغیرهای نظام جامع، از پایایی زمانی مناسبی برخوردار بودند. این مسئله برای فاصله سه‌ساله برای بزرگسالان غیر بیمار ($N = 100$ ؛ اکسندر، آرمبروستر و ویگلیون، ۱۹۷۸) و با دوره‌های زمانی کوتاه‌تر در بیماران بستری‌شده مبتلا به افسردگی ($N = 50$ ؛ هالر و اکسندر، ۱۹۸۵) وجود داشته است. در مطالعه هالر و اکسندر، این پایایی در نیمی از بیماران که به آن‌ها توصیه‌شده بود تا پاسخ متفاوتی در مرحله بازآزمون بدهند نیز حفظ شده بود. نمایه نقص ایگو (EII) علی‌رغم تغییرات رخ داده در علائم افسردگی و انطباق در طی ۹ هفته ($N = 66$ ؛ پری و ویگلیون، ۱۹۹۱) و در طی ۵ سال (۱۷ نفر از ۶۶ نفر اصلی $N =$ پری، مک‌دوگال و ویگلیون؛ ۱۹۹۵) پایداری زمانی مناسبی را نشان دادند. در دانش‌آموزان ابتدایی، نمرات متغیرهای نظام جامع و واپسروی سازگارانه (AR) (هولت، ۱۹۷۷)

سال به سال به میزان زیادی تغییر می‌کنند ($N = 57$ ؛ اکسنر، توماس و میسین، ۱۹۸۵؛ $N = 53$ ؛ رأس، ۱۹۸۱)؛ به گونه‌ای که این موضوع با انتظارات تحولی مطابق بود (ونار و کورتیس، ۱۹۹۱؛ بر اساس نمونه بزرگ نظام جامع ۱,۳۹ نفره $N = 57$ ؛ اکسنر، ۱۹۹۵). نمرات به مرور در طول نوجوانی و بزرگسالی اولیه پایدارتر می‌شوند و حتی در نوجوانان مبتلا به اسکیزوفرنی هم به نسبت پایدار هستند ($N = 57$ ؛ اکسنر و همکاران، ۱۹۸۵). همان‌طور که انتظار می‌رفت، نتایج در افرادی که با رویدادهای تنش‌زای قوی - مانند جنگ خلیج فارس - درگیر بوده‌اند، در طول زمان دچار تغییراتی شد (اسلون و همکاران، ۱۹۹۵؛ ۱۹۹۶).

۲. قضاوت بالینی

بالینگران زمانی قضاوت بالینی دقیق‌تری دارند که معیارهایی روشن در اختیار داشته باشند. عبارات بیان‌شده توسط نوجوانان در ۱۲ آزمون رورشاخ، بدون نمره‌گذاری، در اختیار ده متخصص بالینی قرار گرفت (بیلت، جونز و ویتکت، ۱۹۸۲). این عبارات در قضاوت پیش‌تشخیصی و راهنمای آماری و تشخیصی اختلالات روانی (ویراست سوم؛ DSM-III؛ انجمن روان‌پزشکی آمریکا، ۱۹۸۰) اسکیزوفرنی (۸۶ درصد دسته‌بندی دقیق همراه با خط پایه ۶۷ درصد) کاملاً دقیق بودند. همچنین عبارات بیان‌شده در ارزیابی درجه اسکیزوفرنی نیز با هم توافق داشتند ($r = 0.65$). این در حالی است که هنگام پرداختن به معیارهای آسیب‌شناسی کلی و گسترده‌تر کمتر قابل اعتماد بودند. از این مهم‌تر، بالینگران با استفاده از تشخیص رورشاخ، بزرگسالانی که دارای ردیابی حرکات چشم منحرف (به‌عنوان نشانه عصب‌روان‌شناختی اسکیزوفرنی) بودند را نسبت به تشخیص بیمارستانی، با دقت بالاتری طبقه‌بندی کردند؛ بنابراین، قضاوت‌های مبتنی بر رورشاخ از تشخیص‌های بالینی بهتر عمل کردند که مطمئناً نمودی تأثیرگذار از روایی افزایشی^۱ برای بیماری‌ای زیستی به شمار می‌آید.

بنابراین، شواهد نشان می‌دهد هرچه قضاوتگر تعلیم‌دیده مفاهیم نظری روشن‌تری در ذهن داشته باشد، انتظار دستیابی به تفسیر بالینی دقیق‌تر می‌شود. این شواهد با آن برداشت که بالینگران نمی‌توانند به وسیله رورشاخ قضاوت معتبری داشته باشند، همسو نبود (گرب، ۱۹۸۴). ویگلیون باور داشت که بالینگرانی که به شیوه روان‌کاوی تعلیم دیده بودند، یا پژوهشگران بالینی که بر روی اختلالات تفکر مطالعه می‌کردند موفقیت‌های قابل توجهی را به دست آورده بودند. استفاده معمول از شاخص‌های کمی و اطلاعات پایه ممکن است دقت و پیوستگی چنین قضاوت‌هایی را افزایش دهد. پژوهش‌های بیشتر ممکن است نشان دهد که روان‌شناسان تعلیم‌دیده با درک فردی می‌توانند مدل‌های شناختی، شناختی-رفتاری یا رفتاری را به کار برند و به چنین موفقیتی دست یابند.