

## فصل هفتم

### پرسشنامه شخصیتی چندوجهی مینه‌سوتا<sup>۱</sup>

پرسشنامه شخصیتی چندوجهی مینه‌سوتا (MMPI) پرسشنامه استاندارد برای فراخوانی دامنه گسترده‌ای از ویژگی‌های خود - توصیفی و نمره‌گذاری آن‌هاست که یک شاخص کمی از سازگاری هیجانی فرد و نگرش وی نسبت به شرکت در آزمون را به دست می‌دهد. از هنگام تدوین MMPI توسط هتاوی<sup>۲</sup> و مک‌کینلی<sup>۳</sup> در ۱۹۴۰ تاکنون، این آزمون یکی از پرمصرف‌ترین پرسشنامه‌های شخصیتی بالینی بوده و بیش از ۱۰۰۰۰ منبع تحقیقی درباره آن منتشر شده است (آرچر، بافینگون، ولوم، استردنی، هندل بوکاسینیو برود اسکای، ۱۹۹۹؛ کامارا، ناتان، پوئنت، ۲۰۰۰؛ سی.پیتوسکی، ۲۰۰۰). بدین‌سان، MMPI علاوه بر کاربرد مفید بالینی، مقدار زیادی از ادبیات تحقیق را به راه انداخته و اغلب به عنوان یک ابزار اندازه‌گیری در مطالعات تحقیقی به کار رفته است. در حال حاضر دو نسخه مختلف از آزمون در دسترس است و استفاده از MMPI-2 (بوچر، والستروم، گراهام، تلگن و کامر، ۱۹۹۸) و فرم بازسازی‌شده MMPI-2-RF (بن پورات، تلگن، ۲۰۱۱/۲۰۰۸) هر کدام دارای نقاط قوت و ضعف هستند و هر دو در این فصل ارائه شده‌اند.

چهارچوب اصلی آزمون ۱۹۴۳ از ۵۰۴ جمله مثبت تشکیل شده بود که به صورت «صحیح» یا «غلط» به آن‌ها پاسخ داده می‌شد. بعدها با افزودن ماده‌های تکراری و مقیاس‌های ۵ (مردانگی - زنانگی)<sup>۱</sup> و صفر (درون‌گرایی اجتماعی)<sup>۲</sup> تعداد ماده‌ها به ۵۶۶ ماده افزایش یافت. در فرم استاندارد ۱۹۸۹ با حفظ همان چهارچوب اصلی، تعدادی از ماده‌ها تغییر یافت، بعضی ماده‌ها حذف گردید و یا به محتوای آن افزوده شد که در نتیجه مجموع ماده‌ها به ۵۶۷ ماده رسید. طبقه‌های مختلف پاسخ‌ها را می‌توان دستی و یا به کمک کامپیوتر نمره‌گذاری و در یک برگ نیم‌رخ خلاصه کرد. سپس نمره‌های شخص که به صورت نمودار نشان داده‌شده با نمره‌هایی که از گروه نمونه هنجاریابی به دست آمده است مقایسه می‌شود.

MMPI اولیه ۱۳ مقیاس استاندارد داشت که ۳ مقیاس آن به روایی و ۱۰ مقیاس دیگر به شاخص‌های بالینی یا شخصیتی مربوط بود. در مقیاس‌های جدیدتر MMPI-2 و MMPI-A، ۱۰ مقیاس اصلی بالینی/شخصیتی و ۳ مقیاس روایی اولیه حفظ شده‌اند، اما تعداد ماده‌های آن‌ها افزایش یافته است (جدول ۱-۷). در MMPI-2-RF بسیاری از مقیاس‌های بالینی و روایی پرورش یافته است، هرچند به طور نظری شباهت دارند، مرتبه بالاتر به آن اضافه شده است (جدول ۱-۷). مقیاس‌های بالینی و شخصیت در MMPI-2 هر دو با شماره‌های مقیاس‌ها و علائم اختصاری نشان داده می‌شوند. در هر دو نسخه MMPI-2 و MMPI-2-RF گزینه‌های اضافی (فرعی) برای اصلاح معنای مقیاس‌های بالینی وجود دارند. مقیاس‌های بالینی و شخصیتی، هم به وسیله شماره و هم با علائم اختصاری معرفی می‌شوند. برخی مقیاس‌های دیگر نیز وجود دارند که برای پالایش معنای مقیاس‌های بالینی و فراهم کردن اطلاعات اضافی به کار می‌روند. از آن جمله‌اند مقیاس‌های مبتنی بر محتوا (مقیاس‌های محتوایی)، مقیاس‌های فرعی برای مقیاس‌های بالینی و شخصیتی مبتنی بر خوشه‌هایی از ماده‌های وابسته به محتوا (مقیاس‌های هریس - لینگوز)<sup>۳</sup>، سنجش ماده‌ها و خوشه‌های ماده‌هایی که به ابعاد خاصی مربوطند (ماده‌های بحرانی) و مقیاس‌های جدیدی که از طریق تجربی به دست آمده‌اند (مقیاس‌های تکمیلی). هنوز هم مقیاس‌های جدیدی مورد پژوهش قرار گرفته و در ادبیات این رشته گزارش می‌شود. نتیجه این توسعه‌ها به یک آزمون چندبعدی و بالقوه مفید منجر شده است که می‌توان آن‌ها را از چشم‌اندازهای مختلف تفسیر کرد، پالایش داد و گسترش داد.



جدول ۷-۱ مقیاس‌های روایی، مرتبه بالاتر و اصلی (بالینی و بالینی تجدیدنظر شده) MMPI-2 و MMPI-2-RF

تعداد ماده‌ها	علامت اختصاری (شماره مقیاس)	MMPI-2- RF	تعداد ماده‌ها	علامت اختصاری (شماره مقیاس)	MMPI-2
					مقیاس‌های روایی
	CNS	نمی‌توانم بگویم		۹	نمی‌توانم بگویم
۱۰۶	VRIN-r	ناهمسانی پاسخ‌های گوناگون	۹۸	VRIN	ناهمسانی پاسخ‌های گوناگون
۵۲	TRIN-r	پاسخ‌های واقعی ناهمسان	۴۰	TRIN	ناهمسانی پاسخ‌های واقعی
۳۲	F-r	پاسخ‌های نابسامد	۶۰	F	نابسامدی
			۴۰	Fb	F. بخش انتهایی
۲۱	Fp-r	نابسامدی پاسخ‌های آسیب‌شناسی روانی	۲۷	Fp	نابسامدی آسیب روانی
۳۰	FBS-r	روایی نشانه	۴۳	FBS	مقیاس وانمود بد
۲۸	RBS	مقیاس سوگیری پاسخ			
۱۴	L-r	فضایل نامعمول	۱۵	L	دروغ‌یاب
۱۴	K-r	روایی اصلاح و تعدیل	۳۰	K	مقیاس اصلاح
			۵۰	S	ارائه تصویر عالی از خود
					مقیاس‌های بالاتر
۴۱	EID	اختلال هیجانی/درونی			
۲۶	THD	اختلال تفکر			
۲۳	BXD	اختلال رفتاری/بیرونی سازی			

مقیاس‌های (بالینی) اصلی					
	۲۴	RCd	تضعیف روحیه		
خودبیمارانگاری	۲۷	RC1	شکایت‌های جسمانی	۳۲	Hs(1)
افسردگی	۱۷	RC2	هیجان‌های مثبت پایین	۵۷	D(2)
نمایشی	15	RC3	بدبینی و عیب‌جویی	۶۰	Hy(3)
انحراف جامعه‌ستیزی	۲۲	RC4	رفتار ضد اجتماعی	۵۰	Pd(4)
مردانگی-زنانگی				56	MF(5)
پارانوئید	۱۷	RC6	افکار آزارگری	40	Pa(6)
ضعف روانی	۲۴	RC7	اختلال هیجان منفی	۴۸	Pt(7)
اسکیزوفرنی	۱۸	RC8	تجارب غیرعادی	۷۸	Sc(8)
هیپومانیا	۲۸	RC9	فعال‌سازی هیپومانیا	۴۶	Ma(9)
درون‌گرایی اجتماعی				۶۹	Si(0)

محتوای بیشتر پرسش‌های MMPI نسبتاً آشکار است و عمدتاً به نشانه‌های بیماری روان‌پزشکی، روان‌شناختی، عصب‌شناختی و یا جسمانی مربوطند؛ اما بعضی از سؤال‌های آن از نظر روان‌شناختی مبهم و ناآشکارند زیرا فرآیند روانی زمینه‌ساز که به وسیله این پرسش‌ها اندازه‌گیری می‌شود به طور شهودی معلوم و آشکار نیست. به عنوان مثال، تجربه نشان داده است که به ماده ۶۸ «من گاهی حیوانات را آزار می‌دهم»، توسط افراد افسرده اغلب بیش از افراد سالم پاسخ «غلط یا منفی» داده می‌شود؛ بنابراین، ماده مذکور در مقیاس ۲ (افسردگی) قرار گرفته است، هرچند از نظر صوری به نظر نمی‌رسد که این ماده میزان افسردگی را اندازه‌گیری کند؛ اما در بیشتر موارد، جمله‌ها مستقیم و محتوای آن‌ها بدیهی است، مانند ماده ۵۶، «ای کاش می‌توانستم به اندازه دیگران خوشحال باشم» (درست) یا ماده ۱۴۶، «من به آسانی به گریه می‌افتم» (درست) که این دو ماده نیز سطح افسردگی آزمودنی را منعکس می‌کنند. محتوای کلی ماده‌ها بسیار گوناگون است و به حوزه‌هایی مانند سلامت عمومی، علایق شغلی، اشتغال‌های فکری، روحیه<sup>۱</sup>، هراس‌ها یا فوبی‌ها و مشکلات



تحصیلی مربوطند.

همین که نیمرخ آزمون تنظیم شد، نمره‌ها اغلب مرتب و کدگذاری می‌شوند، به گونه‌ای که قله‌ها و دره‌های معنی‌دار خلاصه و مشخص شوند؛ اما برای تفسیر دقیق آزمون، باید صورت‌بندی<sup>۱</sup> کلی مقیاس‌های مختلف و همچنین خصایص جمعیتی مربوط مورد بررسی قرار گیرند. در بسیاری از موارد، نمره یک مقیاس در دو نیمرخ روانی مختلف، با در نظر گرفتن برافراشتگی<sup>۲</sup> یا پایین بودن سایر مقیاس‌ها، ممکن است معانی مختلف داشته باشد. به عنوان مثال، مقیاس برافراشته RC6 (پارانویا/ عقاید گزند و آسیب) ممکن است فردی را نشان دهد که احساس گزند و آسیب، انتقاد و قضاوت می‌کند و نسبت به اعمال دیگران بسیار حساس است. با این حال، اگر این برافراشتگی با نمره بالا در RC4 (انحراف روان ستیزی/ ضداجتماعی) همراه باشد، احتمال برون‌ریزی آن در برابر دیگران وجود دارد. این اقدام ممکن است غیرمنتظره و نامناسب به نظر برسد و اغلب ناشی از یک محرک است که ناظر بیرونی آن را مبهم و یا حتی خنثی (بی‌طرف) مطرح می‌کند. بدین‌سان، نکته مهم آن است که متخصص بالینی از به کار بردن فرمول‌های کمی یا مکانیکی محض برای تفسیر نیمرخ بپرهیزد و در عوض نمره‌ها را در بافت کلی برافراشتگی و یا پایین بودن سایر مقیاس‌ها مورد بررسی قرار دهد. نه تنها یک مقیاس خاص باید در بافت صورت‌بندی کلی آزمون بررسی شود، بلکه سایر منابع مانند مشخصات جمعیتی (سن، تحصیلات، پایگاه اقتصادی - اجتماعی، نژاد) مشاهدات رفتاری، سایر شاخص‌های روان‌سنجی و سوابق مربوط به گذشته نیز اغلب می‌تواند در افزایش دقت، غنا و حساسیت توصیف شخصیت نقش اساسی ایفا کند.

یکی دیگر از ملاحظات مهم تفسیر کلی آن است که مقیاس‌ها شاخص‌های صفات شخصیت‌اند و بیانگر صرف طبقه‌های تشخیصی نیستند. اگرچه مقیاس‌ها در اصل برای تشخیص رفتار بهنجار از نابهنجار طراحی شدند، توجه به این نکته که مقیاس‌ها دسته‌هایی از متغیرهایی شخصیتی را نشان می‌دهند به مراتب مفیدتر خواهد بود. به عنوان مثال، مقیاس ۲ (افسردگی) ممکن است نشانگر خصایصی مانند بی‌احساسی روانی<sup>۳</sup>، خود - کم بینی<sup>۴</sup> و گرایش به احساس نگرانی حتی در مورد موضوع‌های نسبتاً جزئی باشد. این رویکرد مشخص‌کننده انجام تحقیق گسترده و جامعی درباره معنای بلندترین مقیاس‌های دوتایی (انواع کدهای دونقطه‌ای) است که خلاصه آن در پایان این فصل مطرح شده است. این رویکرد توصیفی به جای برچسب زدن محض به آزمودنی، امکان ارزیابی غنی‌تر، عمیق‌تر و گسترده‌تری را درباره وی فراهم می‌کند.

سوابق تاریخی و تدوین

## روش اجرا

MMPI-2/MMPI-2-RF را می‌توان در مورد افرادی که سن‌شان ۱۶ سال بالاتر است و از توانایی خواندن در سطح کلاس هشتم برخوردارند، اجرا کنند. چنان‌که ملاحظه شد، هرچند MMPI/MMPI-2 در مورد افراد ۱۶ الی ۱۸ ساله قابل اجراست، اما باید در مورد آنان از نرم یا هنجار نوجوانان استفاده شود؛ اما در مورد افراد ۱۴ الی ۱۸ ساله بهتر است MMPI-A مورد استفاده قرار گیرد. استفاده از روش استاندارد اجرای آزمون که در کتاب راهنمای MMPI-2-RF و MMPI-2 مندرج است، اغلب مفید واقع می‌شود. آزماینده‌گان به ویژه باید دلیل اجرای آزمون و نحوه استفاده از نتایج را برای آزمودنی‌ها توضیح دهند. همچنین باید به آنان گفته شود که آزمون طوری طراحی شده است که کسانی که خود را به گونه‌ای غیرواقعی خوب و یا به طور اغراق‌آمیز بیمار جلوه می‌دهند شناخته می‌شوند؛ بنابراین بهتر است سعی کنند به پرسش‌ها صادقانه و تا جایی که امکان دارد به گونه‌ای روشن پاسخ بدهند. سرانجام، باید به آنان گفته شود که بعضی از سؤال‌ها و حتی بسیاری از آن‌ها ممکن است اندکی غیرمعمول به نظر برسند. این سؤال‌ها به این منظور تدوین شده‌اند که دامنه گسترده‌ای از سبیرایک‌های شخصیتی و جلوه‌های انواع مشکلات افراد را موردسنجش قرار می‌دهند. اگر این سؤال‌ها در موردشان صدق نمی‌کند، باید با پاسخ‌های درست یا غلط مشخص شوند. افزودن این نکته اخیر احتمالاً به کاهش اضطراب، ارائه پاسخ‌های دقیق‌تر و به ایجاد رابطه بهتر بین آزماینده و آزمودنی می‌انجامد. زمان صرف شده برای تکمیل کردن پرسشنامه در مورد تمامی کسانی که آزمون درباره آنان اجرا می‌شود باید یادداشت شود.

با تکمیل شدن ۳۷۰ ماده اول MMPI-2 یا ۳۵۰ ماده اول MMPI-A می‌توان مقیاس‌های اساسی روایی و بالینی را نمره‌گذاری کرد. ۱۹۷ ماده آخر MMPI-2 و ۱۲۸ ماده آخر MMPI-A برای نمره‌گذاری مقیاس‌های مختلف تکمیلی و محتوایی به کار می‌روند. یک فرم اجرای رایانه‌ای، از طریق سیستم‌های کامپیوتر ملی<sup>۲</sup> در دسترس است. برای کسانی که مشکلات خاص دارند، یک فرم داخل جعبه و یک فرم نواری تدوین شده است. فرم جعبه‌ای برای کسانی مناسب است که در خواندن و یا تمرکز حواس مشکل دارند. هر ماده روی یک کارت ظاهر می‌شود و آزمودنی باید هر کارت را در یکی از سه جعبه‌ای که با برچسب‌های «درست»، «غلط» و «نمی‌توانم بگویم» مشخص شده‌اند، قرار دهد. فرم نواری در مورد کسانی به کار می‌رود که به یکی از علل بی‌سوادی، نابینایی



و یا دلایل عصب‌شناسی مشکل خواندن دارند.

بعضی از متخصصان بالینی به مراجعان خود اجازه می‌دهند که در موقعیت‌های نظارت‌نشده MMPI را تکمیل کنند (مثلاً در خانه). بوچر و پوپ (۱۹۸۹) تأکید می‌کنند که این روش را به دلایل زیر نباید توصیه کرد:

- شرایط بیش‌ازاندازه با شرایط اجرای آزمون در مورد گروه هنجاریابی متفاوت بوده و هرگونه تغییر مهم در شرایط اجرا ممکن است نتایج را تغییر دهد.
- درمان‌جویان برای پاسخ دادن به داده‌ها ممکن است با دیگران مشورت کنند.
- متخصص بالینی نمی‌تواند از شرایطی که ممکن است اعتبار و روایی آزمون را تحت تأثیر قرار دهد اطلاع پیدا کند.
- هیچ تضمینی وجود ندارد تا اطمینان حاصل شود که خود آزمودنی صورت جلسه آزمون (پروتکل) را تکمیل کرده است.

بنابراین، هرگونه اجرا باید از روشی که در مورد گروه نمونه هنجاریابی به کار رفته است به دقت پیروی کند. این گفته بدان معناست که باید راهنمایی‌های روشن و همسان فراهم شود، اطمینان حاصل شود که این راهنمایی‌ها به خوبی فهمیده شده‌اند و نظارت کافی به عمل آید تا موقعیت آزمایش با محدود کردن سروصدا و سایر عوامل مزاحم، امکانات لازم برای دقت و تمرکز آزمودنی را فراهم کند.

## مراحل تفسیر MMPI-2

برای تفسیر نیمرخ‌های MMPI-A و MMPI-2 هشت مرحله زیر توصیه می‌شود. این مراحل را باید با دانش و آگاهی از تأثیر متغیرهای جمعیتی مانند سن، فرهنگ، سطح هوش، تحصیلات، طبقه اجتماعی و شغل دنبال کرد. خلاصه‌ای از رابطه بین نیمرخ‌های MMPI و برخی متغیرهای عمده جمعیت شناختی از جمله سن، فرهنگ و سطح هوش از قبل فراهم شده است. متخصصان بالینی می‌توانند با نگاهی به صورت‌بندی کلی آزمون (گام‌های ۴، ۵ و ۶) و با مراجعه به فرضیه‌های تفسیری و مفهوم مقیاس‌ها و روابط میان آن‌ها، نتایج را تفسیر کنند. این‌ها را می‌توان در بخش‌های بعدی این فصل یعنی در مباحث مقیاس‌های روایی، مقیاس‌های بالینی و کدهای دونقطه‌ای و همچنین در بخش‌های مربوط به مقیاس‌های تکمیلی و مقیاس‌های محتوایی پیدا کرد. بحث درباره مقیاس‌ها و کارهای مختلف معرف کوشش‌هایی برای جمع‌بندی و تلخیص منابع اولیه و همچنین منابع مربوط به MMPI-A / MMPI-2 به شرح زیر است: آرچر (۲۰۰۵)؛ بوچر (۲۰۱۱، ۲۰۰۶)؛ بوچر و

همکاران (۲۰۰۱)؛ فریدمن<sup>۱</sup>، لیواک<sup>۲</sup>، نیکولز<sup>۳</sup>، وب<sup>۴</sup> (۲۰۰۰)؛ جی آر گراهام (۲۰۱۱)؛ گرین (۲۰۰۰)؛ گرین و کلاپتون<sup>۵</sup> (۱۹۹۴) و لیواک، سیگل<sup>۶</sup> و نیکولز (۲۰۱۱). به ویژه در بخش‌های فرعی مربوط به کاربست‌های درمان از پژوهش‌های بوچر (۱۹۹۰)، گرین و کلاپتون (۱۹۹۴) و لیواک و همکاران (۱۹۹۰) استفاده شده است. گاهی نیز برای به روز کردن مطالب مربوط به توصیف مقیاس‌ها و یا روشن کردن حوزه‌های مهم پژوهش، به برخی مطالب کاملاً جدید و/یا مرورهای مربوط و یا یافته‌های فراتحلیلی اشاره شده است.

### گام ۱. زمان صرف شده را تعیین کنید

آزمایش‌کننده باید زمان صرف شده برای تکمیل پرسشنامه را یادداشت کند. برای کسی که اختلال خفیفی دارد، سنش ۱۶ سال یا بیشتر است، از هوشبهر متوسط و تحصیلات تا پایه هشتم برخوردار است، زمان لازم برای تکمیل MMPI-2 تقریباً ۹۰ دقیقه است. اجرای کامپیوتری آزمون معمولاً ۱۵ تا ۳۰ دقیقه کمتر وقت می‌گیرد (در مجموع از ۶۰ تا ۷۵ دقیقه). تکمیل MMPI-A معمولاً ۶۰ دقیقه و اجرای کامپیوتری آن ۱۵ دقیقه کمتر (در مجموع ۴۵ دقیقه) طول می‌کشد. اگر تکمیل MMPI-2 به مدت دو ساعت و یا بیشتر و تکمیل MMPI-A یک و نیم ساعت و یا بیشتر به درازا بکشد، باید احتمال‌های تفسیری زیر را مورد توجه قرار داد:

- اختلال روانی اساسی، به ویژه افسردگی شدید یا روان‌پریشی کارکردی.<sup>۷</sup>
- تردید و سواسی
- هوشبهر کمتر از متوسط یا ضعف توانایی خواندن که از سوابق تحصیلات نابسنده ناشی می‌شود.
- آسیب مغزی<sup>۸</sup>

از سوی دیگر اگر آزمودنی پرسشنامه را در زمانی کمتر از یک ساعت تکمیل کند، باید به ارائه یک نیمرخ نامعتبر شک کرد. همچنین ممکن است احتمال یک شخصیت تکانشی و یا هردوی این موارد وجود داشته باشد.

هرگونه پاک کردن یا هر نقطه‌ای را که با مداد روی پاسخنامه گذاشته شده باشد، یادداشت کنید. وجود چند مورد از این نشانه‌ها احتمالاً حاکی از آن است که تلقی آزمودنی از آزمون جدی است و احتمال دادن پاسخ‌های تصادفی را کاهش می‌دهد؛ اما وجود تعداد زیادی از این علائم می‌تواند



متعکس کننده گرایش های و سواس فکری - عملی آزمودنی باشد.

## گام ۲. نمره گذاری کرده و نیمرخ را رسم کنید

نمره را کامل کرده و نیمرخ را رسم کنید. اگر آزمون کنندگان بخواهند رایج ترین مقیاس های تکمیلی مورد استفاده مثل مقیاس های محتوایی هریس - لینگوز و Si، مقیاس های بالینی بازسازی شده و یا ۵ مقیاس آسیب شناسی شخصیت را نمره گذاری کنند، می توانند کلیدهای اضافی و فرم های نیمرخ را از طریق «سیستم های کامپیوتری ملی» تهیه کنند. به علاوه متخصصان بالینی باید اطلاعات بیشتری مانند نمره های هوشبهر، شرح حال مربوط، متغیرهای جمعیت شناسی و مشاهدات دریافت شده از گام ۱ را گردآوری کنند.

ماده های بحرانی را نمره گذاری کنید و ببینید کدام ماده ها روندهای مهمی را نشان می دهند. مرور این ماده ها به کمک آزمودنی و روشن کردن آن ها اغلب مفید واقع می شود. به ویژه، تعیین اینکه آیا او معنای ماده ها را به خوبی دریافته است یا نه امری اساسی است. همچنین گاهی بررسی پاسخنامه برای اینکه معلوم شود کدام سؤال ها حذف شده اند شایان اهمیت است. بحث با مراجع درباره اینکه چرا به این سؤال ها پاسخ نداده است، چگونگی کارکرد روانی وی و حوزه هایی که برایش تعارض ایجاد می کنند را روشن تر می سازد.

## گام ۳. مقیاس ها را تنظیم کرده و نوع کدها را شناسایی کنید

نمره ها را می توان با فهرست کردن آن ها بر اساس ترتیبی که در برگه نیمرخ (VRIN، TRIN، L، Fb، Fp، L، K، S، 1، 2، 3 و غیره) وجود دارد، همراه با نمره های T آن ها که در سمت راست مقیاس ها است به راحتی جمع بندی و خلاصه کرد. به منظور برقراری ارتباط نمره ها و مقیاس ها، به جای نمره های خام باید از نمره های T استفاده شود.

تدوین کدهای خلاصه شده («انواع کد») یک روش کوتاه برای ثبت و ارتباط نتایج MMPI-2/MMPI-A فراهم می کند. نوع کد را می توان با نگاه کردن به دوتا از بالاترین مقیاس های برافراشته به آسانی تعیین کرد. برای مثال، دو مقیاس از بالاترین نمره ها در یک نیمرخ ممکن است ۷ و ۸ باشد که نوع کد ۷۸/۸۷ نامیده می شود. سپس نوع کد ۷۸/۸۷ را می توان در فصل بعدی در «کد دونقطه ای MMPI-2» جستجو کرد تا توصیف های مختلف مربوط به آن نوع کد به دست آید. توجه داشته باشید که مقیاس های ۵ (مردانگی و زنانگی) و ۰ (انزوای اجتماعی) به طور مستقیم مقیاس های بالینی نیستند، بنابراین در تعیین نوع کد، مورد استفاده قرار نمی گیرند. آزمونگران باید به خاطر داشته باشند که تنها نوع کدی را که به طور مشخص تعریف شده است، می توان با اطمینان تفسیر کرد (بوچر، ۲۰۰۶؛ دی ادواردز و همکاران، ۱۹۹۳؛ گرین، ۲۰۰۰؛ مک نالتی و همکاران، ۱۹۹۸؛ تلیگن و بن پورات، ۱۹۹۳). نوع کدی که به خوبی تعریف شده است کدی است که مقیاس های برافراشته آن بالاتر از ۶۵ و تفاوت دو مقیاس این کد در مقیاس T برابر ۵ یا بیشتر باشد. نیمرخ های کمتر تعریف شده باید با توجه به هر یک از مقیاس های برافراشته آن تفسیر و سپس معانی حاصل از

تفاوت توصیف‌کننده‌ها یکپارچه شوند.

#### گام ۴. روایی نیمرخ را تعیین کنید

روایی نیمرخ را با توجه به الگوی مقیاس‌های روایی ارزیابی کنید. تعدادی از شاخص‌هایی که نیمرخ‌های ناروا را نشان می‌دهند در بخش بعدی توضیح داده می‌شوند؛ اما الگوهای اساسی شامل سبک دفاعی است که در آن آسیب‌شناسی به حداقل می‌رسد (L و یا K برافراشته در MMPI-2 و (MMPI-A، اغراق در آسیب‌شناسی (F و یا Fb برافراشته در MMPI-2 یا F1، F یا F2 در (MMPI-A یا یک الگوی پاسخ ناهمسان (VRIN یا TRIN برافراشته در MMPI-2 با (MMPI-A؛ اما باید توجه داشت که نمره‌گذاری و تنظیم نیمرخ برای مقیاس‌های VRIN و TRIN بخشی از روال استاندارد MMPI-2 محسوب نمی‌شود، هرچند این امر در MMPI-A منظور شده است. علاوه بر این، متخصصان بالینی باید بافت سنجش را بررسی کنند تا مشخص سازند که آیا سبک پاسخ‌دهی دفاعی، وانمود بد یا پاسخ‌های ناهمسان درمان‌جو، آنچه را که درباره وی وجود دارد تأیید می‌کند یا نه. به ویژه، آزماینده باید این احتمال را ارزیابی کند که آیا اغراق درباره بیماری و یا کم‌گزارشی آزمودنی بالقوه برایش سودمند است یا نه.

#### گام ۵. سطح کلی سازگاری را تعیین کنید.

به تعداد مقیاس‌های بالای ۶۵ و برافراستگی نسبی این مقیاس‌ها توجه کنید. اندازه برافراستگی F همچنین می‌تواند شاخص خوبی از میزان آسیب‌شناسی باشد (به فرض آنکه آن‌قدر بلند نباشد که نیمرخ ناروایی را نشان دهد). هر قدر تعداد این مقیاس‌ها و برافراستگی نسبی آن‌ها بیشتر باشد، احتمال بیشتر می‌رود که فرد در انجام مسئولیت‌های اساسی با مشکل مواجه بوده و ناراحتی شخصی و اجتماعی بیشتری را تجربه کند.

#### گام ۶. نشانه‌ها، رفتارها و ویژگی‌های شخصیتی را توصیف کنید.

این مرحله هسته مرکزی فرآیند تفسیر است. برافراستگی متوسط در هریک از مقیاس‌ها (۶۰-۶۵ T) نمایانگر گرایش‌ها یا روندها در شخصیت آزمودنی است. وقتی که شاخص‌های خیلی بالا حذف و یا به صورت تغییر یافته بیان می‌شوند تا ویژگی‌ها را به گونه خفیف‌تری نشان دهند، باید جانب احتیاط را رعایت کرد. نمره‌های MMPI-A که در این محدوده قرار می‌گیرد، با سایه زدن مشخص می‌شود تا بدین ترتیب یک منطقه حاشیه‌ای یا انتقالی بین بهنجاری و اختلال را نشان دهد. برافراستگی‌های بالاتر از ۶۵ در MMPI-A و MMPI-2 به گونه بارزتری ویژگی‌های فرد را نشان می‌دهد و با افزایش بیشتر این مقیاس‌ها احتمال بیشتری وجود دارد که معرف جنبه‌های مهم‌تر کارکردهای شخصیتی باشد؛ اما اگر تفسیرها فقط به نمره‌های T خاص و برافراشته استوار شود ممکن است گمراه‌کننده باشد، زیرا ویژگی‌های جمعیت شناختی مراجع اغلب بر نتایج حاصل تأثیر می‌گذارد. برای مثال، متخصصی که کارکرد بالا دارد و در مقیاس ۲ (افسردگی) دارای نمره‌ی خفیف



تا متوسط است ممکن است سطحی از درون‌نگری و احتمالاً دارای سطحی از درون‌نگری<sup>۱</sup> و ملال<sup>۲</sup> خفیف است که می‌تواند به طور مؤثر آن را کنترل کند. برعکس، برافراشتگی مشابه در بیمار روان‌پزشکی با عملکرد پایین، به احتمال زیاد، جنبه‌هایی از آسیب روانی را منعکس می‌کند.

علاوه بر این، مؤلفان مختلف برای تعیین نمره‌های بالا و پایین از ملاک‌های متفاوت استفاده می‌کنند. بعضی از مؤلفان دامنه‌ای از نمره‌های  $T$  را به کار بسته‌اند (مانند  $80-70=T$ )؛ بعضی از مؤلفان نمره‌هایی را برافراشته دانسته‌اند که در محدوده ربعی بالا قرار گیرد؛ و بعضی دیگر برافراشتگی را شامل بالاترین نمره نیم‌رخ صرف‌نظر از سایر برافراشتگی‌های نمره  $T$  تعریف کرده‌اند. این مسئله، تفسیر را پیچیده‌تر می‌سازد، زیرا دو آزمودنی با داشتن برافراشتگی یکسان در یک مقیاس به سبب سوابق شخصی متفاوت (مانند بیماری در برابر سطح کارکرد بسنده) تفسیرهای متفاوت و متناسب با خود را می‌طلبند. در نتیجه توصیف‌کننده‌هایی که در بخش‌های بعدی تفسیر مطرح می‌شوند، برافراشتگی‌های نمره  $T$  خاص را نشان نمی‌دهند. در عوض، برای نمره‌های بالا و پایین توصیف‌های کلی‌تری تدوین شده است. متخصصان بالینی برای تفسیر دقیق‌تر این معانی بالقوه لازم است نه تنها برافراشتگی‌ها، بلکه سایر متغیرهای مربوط را نیز موردتوجه قرار دهند. علاوه بر این، هریک از توصیف‌ها نمایی<sup>۳</sup> (متوسط) هستند. آن‌ها را باید تفسیرهای هنجاری یا نمایی احتمالی تلقی کرد که لزوماً در مورد همه کسانی که نمره‌های خاص می‌گیرند صدق نمی‌کند. آن‌ها را باید فقط فرضیه‌هایی تلقی کرد که لازم است درستی‌شان مورد بررسی بیشتر قرار گیرد. این نکته جالب‌توجه است که بر اساس این یافته‌ها، گاهی حدود ۴۰ درصد توصیف‌های تولیدشده به وسیله رایانه درباره افرادی که موردسنجش قرار گرفته‌اند صدق نمی‌کند (بوچر و ویلیامز، ۲۰۰۰). علاوه بر مقیاس‌های بالینی اساسی ارائه‌شده در جدول ۷-۱ و جدول ۷-۲، مقیاس‌های محتوایی در تفسیر MMPI-A و MMPI-2 و مقیاس‌های تکمیلی در فصل بعد ارائه می‌شوند.

چون نمره‌های  $T$  در تفسیرهای بیشتر مقیاس‌ها ارائه نشده است، آن‌ها در مقیاس‌های روایی بخش فرعی گنجانده شده‌اند. روایی نمره‌های  $T$  و گاهی نمره‌های خام نیز گنجانده شده‌اند، زیرا درباره نمره‌های برش بهینه، پژوهش گسترده‌ای وجود دارد.

در فرآیند تفسیر، تنها به معانی جداگانه تک‌تک مقیاس‌ها بسنده نکنید، بلکه الگو و شکل‌بندی کلی آزمون را بررسی کرده و قله‌ها و دره‌های نسبی را موردتوجه قرار دهید. برای مثال، شکل‌بندی نوعی ممکن است شامل « $V$  تبدیلی»<sup>۴</sup> باشد که منعکس‌کننده اختلال تبدیلی احتمالی است و یا مقیاس‌های برافراشته ۴ و ۹ که به احتمال زیاد رفتار برون‌ریزی را نشان می‌دهد. به ویژه مقیاس‌هایی را که بلندتر از ۶۵ یا پایین‌تر از ۴۰ هستند به عنوان شاخص‌های مهم برای تفسیر کلی موردتوجه قرار دهید. معنای شکل‌بندی‌های دونقطه‌ای را می‌توان با مراجعه به بخش مربوط در این فصل

(کدهای دونقطه‌ای MMPI-2) تعیین کرد. به متخصصان بالینی برای روشن کردن معنای نیم‌رخ‌ی که دو مورد و یا بیش از دو مورد از مقیاس‌های بالینی برافراشته دارند، توصیه می‌شود توصیف هریک از مقیاس‌ها و همچنین توصیف کدهای دونقطه‌ای مربوط را مطالعه کنند. همچنین به متخصصان بالینی توصیه می‌شود هنگامی که برافراشتگی‌های هر مقیاس را می‌خوانند، معنای برافراشتگی‌های بالا و پایین و نیز اطلاعات کلی درباره مقیاس مربوط را مطالعه کنند. معنای مقیاس‌های برافراشته و نوع کدها را می‌توان با نمره‌گذاری و تفسیر مقیاس‌های محتوایی، هریس - لینگوز و خرده مقیاس‌های SI، مقیاس‌های تکمیلی و یا ماده‌های بحرانی بسط داد. این مقیاس‌ها در بخش‌های بعدی این فصل مورد بحث قرار خواهند گرفت. گراهام (۱۹۹۳) توصیه می‌کند در صورت امکان، توصیف‌هایی در ارتباط با حوزه‌های زیر تدوین شود: علائم بیماری، نیازهای عمده (مانند وابستگی، خودمختاری، پیشرفت، مسئولیت)، ادراک از محیط (مانند افراد مهم)، واکنش نسبت به فشار و همچنین راهبردهای کنار آمدن و دفاع‌ها، خودپنداره، کنترل هیجانی، روابط بین فردی و منابع روان‌شناختی. هنگامی که اطلاعات تفسیری در دسترس است، متخصصان بالینی می‌توانند نیم‌رخ فرد را همراه با الزامات پرسش‌های ارجاعی مورد بررسی قرار دهند تا برای هریک از این حوزه‌ها توصیف‌های مناسب به عمل آورند.

بسیاری از توصیف‌های بالینی بر نقایص مراجع متمرکز است. در نتیجه، درمانگران اغلب تلاش می‌کنند تا این تفسیرها را به زبان درمان‌جو و قابل فهم برگردانند. برای کمک به این کار، گزاره‌های بازخورد به مراجع که از لیواک و همکاران، (۲۰۱۱) برگرفته شده است در توصیف‌های مقیاس بالینی فرد گنجانده می‌شود. درمان به گونه‌ای انتخاب شده است که همدلانه باشد، ارتباط با مراجع را بهبود بخشد و احتمال رشد مراجع را افزایش دهد. این اظهارات همچنین می‌تواند برای توسعه تفسیرهای متمرکز بر درمان‌جو به منظور استفاده در گزارش‌های واقعی ویرایش شود. برای مثال، این گفته که «در حال حاضر شما اشتغال ذهنی زیادی با سلامت جسمی خود دارید...» را می‌توان چنین بیان کرد «درمان‌جو در حال حاضر با سلامت جسمی‌اش اشتغال ذهنی دارد» (به توصیف «مقیاس ۱. خودبیمارانگاری (Hs)» در صفحات بعدی این فصل نگاه کنید). توجه داشته باشید که مقیاس ۵ و ۰ مقیاس‌های بالینی نیستند؛ در نتیجه، در اظهارات مربوط به بازخورد مراجع گنجانده نمی‌شوند.



جدول ۷-۲: مقیاس‌های محتوایی پرسشنامه‌ی شخصیتی چندوجهی مینه‌سوتا ۲ و پرسشنامه شخصیتی چندوجهی مینه‌سوتا - نوجوانان

نام	علامت اختصاری	شماره ماده‌ها
<b>مقیاس‌های محتوایی MMP-2</b>		
اضطراب	ANX	۲۳
ترس‌ها	FRS	۲۳
وسواس	OBS	۱۶
افسردگی	DPS	۳۳
نگرانی‌ها درباره سلامتی	HEA	۳۶
افکار عجیب و غریب	BIZ	۲۳
خشم	ANG	۱۶
بدبینی و منفی‌گرایی	CYN	۲۳
رفتارهای ضداجتماعی	ASP	۲۲
تیپ A	TPA	۱۹
عزت نفس پایین	LSE	۲۴
ناراحتی اجتماعی	SOD	۲۴
مشکلات خانوادگی	FAM	۲۵
مداخله‌های کاری	WRK	۳۳
شاخص‌های نگرش منفی به درمان	TRT	۲۶
<b>مقیاس‌های محتوایی MMPI-A</b>		
اضطراب نوجوانی	A-anx	۲۱
وسواس نوجوانی	A-obs	۱۵
افسردگی نوجوانی	A-dep	۲۶
سلامت نوجوانی	A-hea	۳۷
بیگانگی نوجوانی	A-aln	۲۰
افکار عجیب و غریب نوجوانی	A-biz	۱۹
خشم نوجوانی	A-ang	۱۷
مشکلات سلوک نوجوانی	A-con	۲۳
بدبینی و منفی‌گرایی نوجوانی	A-cyn	۲۲
عزت نفس پایین نوجوانی	A-lse	۱۸
جاه‌طلبی پایین نوجوانی	A-las	۱۶
ناراحتی اجتماعی نوجوانی	A-sod	۲۴

۳۵	A-fam	مشکلات خانوادگی نوجوانی
۲۰	A-sch	مشکلات مدرسه نوجوانی
۲۶	A-trt	شاخص های نگرش منفی به درمان نوجوانی

### نیمرخ هایی که به روشنی تعریف شده اند

چنان که پیش از این گفته شد، نوع کدی که به روشنی تعریف شده است به وسیله برافراشتگی بالا و یا برافراشتگی در یک مقیاس که هیچ مقیاس برافراشته «رقیب» برای آن نباشد (که به اصطلاح نیمرخ های خیزک نامیده می شوند) یا انواع کدهای مشخص که آن ها نیز فاقد مقیاس های برافراشته رقیب هستند، نشان داده می شود. برافراشتگی های به خوبی تعریف شده روایی بیشتری را نشان می دهند (مک نالتی و همکاران، ۱۹۹۸). علاوه بر این، احتمال بیشتر آن است که در طول زمان ثابت بمانند (اعتبار بازآزمایی بالا).

### نیمرخ هایی که نارسا تعریف شده اند

اگر برافراشتگی به ویژه بالا نباشد (معمولاً ۶۵-۶۰ = T)، در این صورت لازم است تفسیرها به وسیله پایین آوردن سطح توصیف در حد بهنجار، یا حذف توصیف کننده های انتهایی تعدیل شود. اغلب استفاده از مقیاس های محتوایی، هریس - لینگوز و مقیاس های تکمیلی برای درک بهتر معنای برافراشتگی هایی که در دامنه ۶۴-۶۰ = T قرار دارند مفید واقع می شوند. اگر تعریف نیمرخ به دلیل وجود مقیاس های برافراشته دیگری که «رقیب» مقیاس های نوع کد هستند (مانند نوع کد ۷۲/۲۷ که مقیاس های ۱ و ۸ نیز به اندازه مقیاس های ۲ و ۷ برافراشته اند)، نارسا باشد، در این صورت لازم است از چند راهبرد استفاده شود. مطمئن ترین و محافظه کارانه ترین راهبرد آن است که توصیف کننده هایی که به طور مشترک در میان همه مقیاس های برافراشته یافت می شوند به عنوان رواترین توصیف تلقی شوند (به عنوان مثال، در مورد برافراشتگی مقیاس های ۱، ۲، ۷ و ۸ اضطراب را می توان توصیف کننده مشترک تلقی کرد؛ در صورتی که مقیاس ۷ بالاترین برافراشتگی را داشته باشد، این تفسیر بیشتر تقویت می شود. علاوه بر این آزمایش کنندگان لازم است معنای توصیفی هریک از مقیاس ها را درک و آن ها را یکپارچه کنند. به علاوه لازم است معنای ترکیب نوع کدهای مختلف، مورد توجه قرار گیرند و یکپارچه شوند (به عنوان مثال، اگر مقیاس های ۱، ۷، ۸ و همگی برافراشته باشند، در این صورت لازم است توصیف کننده های نوع کدهای زیر مورد توجه قرار گیرند: ۷۲/۲۷، ۸۱/۱۸، ۷۸/۸۷، ۲۱/۱۲، ۷۱/۱۷ و ۸۲/۲۸). سرانجام استفاده از مقیاس های محتوایی، هریس - لینگوز، ماده های بحرانی و مقیاس های تکمیلی برای درک کامل تر و پالایش معنای برافراشتگی مقیاس های بالینی به گونه فزاینده ای اهمیت پیدا می کند.

### استفاده از مقیاس های محتوایی



مقیاس‌های محتوایی را می‌توان برای تکمیل کردن، گسترش دادن، تأیید و پالایش تفسیرهای حاصل از مقیاس‌های بالینی استاندارد و مقیاس‌های روایی اساسی به کار برد. علاوه بر این، بعضی از مقیاس‌های محتوایی (مانند TPA /Type A و مداخله در کار WRK) اطلاعات افزوده‌ای را فراهم می‌کنند که در مقیاس‌های بالینی گنجانیده نشده‌اند. مقیاس‌های محتوایی بزرگسالان به خوشه‌های علائم درونی، گرایش پرخاشگرانه بیرونی، دیدگاه منفی نسبت به خود و حوزه‌های مسئله کلی تقسیم می‌شوند. به همین ترتیب، مقیاس‌های محتوایی نوجوانی به مقیاس‌هایی تقسیم می‌شوند که کارکرد بین فردی، توصیه‌های درمانی و مشکلات تحصیلی را منعکس می‌سازند (مقیاس‌های محتوی MMPI-A را در قسمت بعدی این فصل ببینید).

### خرده مقیاس‌های هریس - لینگوز و Si

متخصصان بالینی برای فهمیدن اینکه کدام یک از متغیرهای بالینی و شخصیتی ممکن است موجب برافراشتگی مقیاس‌های بالینی شود، می‌توانند به طور انتخابی خرده مقیاس‌های هریس - لینگوز و درون‌گرایی اجتماعی را مورد استفاده قرار دهند. این مقیاس‌ها (یا خرده مقیاس‌ها)، خوشه‌هایی از ماده‌های وابسته به محتوا را طوری سازمان می‌دهند که ابعاد مختلف مقیاس‌ها به گونه روشن‌تری متمایز می‌شوند. برای مثال، ممکن است معلوم شود که برافراشتگی مقیاس ۴ (انحراف روانی اجتماعی) در درجه نخست به سبب نزاع خانوادگی است. برعکس، برون‌ریزی جنایی ممکن است از روی برافراشتگی‌های خرده مقیاس‌های تعارض با مقام قدرت و بی‌تفاوتی اجتماعی ناشی شود. این نتیجه‌گیری ممکن است برای تفسیر و درمان مراجع کاربرد داشته باشد. مقیاس‌های MMPI-2 هریس لینگوز و مقیاس‌های فرعی Si را در بخش بعدی این فصل ببینید.

### ماده‌های بحرانی

متخصصان بالینی همچنین ممکن است معنای وابسته به محتوای ماده‌های خاصی را که مراجع آن‌ها را تأیید کرده است از طریق بررسی ماده‌های بحرانی مورد ارزیابی قرار دهند (به بخش ماده‌های بحرانی MMPI-2-RF نگاه کنید). شبیه به مقیاس‌های محتوایی هریس لینگوز شرح مفصلی از این مقیاس‌ها در «پنج مقیاس آسیب‌شناسی روانی» بخش تفسیر MMPI-2-RF ارائه شده است.

### مقیاس‌های تکمیلی (شامل پنج مقیاس آسیب‌شناسی روانی شخصی 5-PSY)

مقیاس‌های تکمیلی را که به روش تجربی تدوین شده‌اند می‌توان برای پالایش معنای مقیاس‌های بالینی و همچنین کسب اطلاعات اضافی که در مقیاس‌های بالینی وجود ندارند، مورد استفاده قرار داد.

### مقیاس‌های بالینی بازسازی شده

هرچند برای اولین بار مقیاس‌های بالینی بازسازی شده در MMPI-2-RF مورد استفاده قرار می‌گیرد، سنجه‌های خالص‌تری از مقیاس‌های بالینی را ارائه می‌دهند. این سنجه‌های خالص‌تر با استخراج عامل مشترک تضعیف روحیه (دل‌سردی)<sup>۱</sup> ایجاد شده است. به این ترتیب، برافراشتگی این مقیاس‌ها، در مقایسه با سنجه‌های ارائه شده به وسیله مقیاس‌های بالینی اصلی به طور روشن‌تری ارائه می‌شود. شرح مفصلی از مقیاس‌های بالینی بازسازی شده در بخش مقیاس بالینی بازسازی شده MMPI-2-RF در بخش بعدی در این فصل ارائه شده است. توصیه می‌شود که برای پالایش معنای مقیاس‌های بالینی از مقیاس‌های بالینی بازسازی شده استفاده شود. به عنوان مثال، مراجعی ممکن است در روان‌پریشی یا در سمت راست نیم‌رخ بالینی MMPI-2 (مقیاس ۶، ۸ و ۹) نمره‌های برافراشته داشته باشد. این نمره‌ها ممکن است متخصص بالینی را بر سر دوراهی قرار دهد که آیا این برافراشتگی‌ها در وهله نخست به دلیل علائم واقعی روان‌پریشی است یا این برافراشتگی‌ها فقط به خاطر پریشانی عمومی و یا تضعیف روحیه است. اگر مقیاس‌های بالینی بازسازی شده مربوط (مقیاس‌های RC6، RC8 و RC9) در مقایسه با مقیاس‌های بالینی (۶، ۸ و ۹) کاملاً پایین باشد، درمانگر ممکن است به طور منطقی نتیجه‌گیری کند که مقیاس‌های «روان‌پریشی» به دلیل تضعیف روحیه (به جای حضور علائم روان‌پریشی)، به ویژه با افزایش در RCd، برافراشته شده‌اند.

### نمره‌های مقیاس پایین

نمره‌های مقیاس پایین (T کمتر از ۳۵ یا ۴۰) در مقیاس‌های بالینی ممکن است نشان‌دهنده نقاط قوت باشد و این نمره‌ها ممکن است برافراشتگی‌های مقیاس‌های بلند را تعدیل کنند. به عنوان مثال، نمره پایین در مقیاس ۱ (خودبیمارانگاری) ممکن است نشان‌دهنده فقدان شکایات جسمانی و نگرانی‌های مربوط به سلامت باشد. با این حال، پژوهش در این زمینه بسیار اندک و نیز مبهم است. در نتیجه، تفسیر در این حوزه در توصیف‌های تفسیری گنجانده نشده است. با این حال، پژوهش‌های کافی برای نمره‌های کم در برخی از مقیاس‌های روایی و مقیاس ۵ (مردانگی/زنانگی) و ۰ (انزوای اجتماعی) وجود دارد به گونه‌ای که در تفسیرها نیز گنجانده شده است.

### رهنمودهای تفسیری خاص که حول حیطة نشانه‌ها سازمان یافته‌اند

زمینه‌های موضوع زیر و راهبردهای تفسیری به عنوان رویکردهای اساسی و مستقیم برای راهنمایی تولید فرضیه پیرامون حوزه‌های خاص در نظر گرفته شده است. مطمئناً حوزه‌های مربوط دیگری نیز وجود دارند، اما موارد فهرست شده به طور کلی ممکن است مهم‌ترین موارد باشند. درحالی‌که این رهنمودها در مورد حوزه‌های خاص به درمانگران هشدار می‌دهد، اما آنان همچنین لازم است این حوزه‌ها را با بررسی توصیف‌کننده‌های مقیاس مرتبط و الگوهای بین مقیاس‌ها به گونه‌ای عمیق‌تر واریسی کنند. درمانگران همچنین می‌توانند از یکی از منابع MMPI/MMPI-2



که در بخش خواندنی‌های پیشنهادی توصیه می‌شود، کمک بگیرند تا بتوانند معنای نیمرخ‌های مختلف را گسترش دهند.

**بازداری (کاهش).** مقیاس‌های ۵ (Mf) و (Si) گاهی به عنوان مقیاس‌های بازدارنده نامیده می‌شوند، زیرا چنانچه یکی و یا هر دوی آن‌ها برافراشته باشند، معمولاً از بروز ویژگی‌هایی را که به وسیله سایر نمره‌های برافراشته نشان داده می‌شوند بازداری می‌کنند یا آن‌ها را کاهش می‌دهند.

**برون‌ریزی (تکانشگری).** برخلاف مقیاس‌های ۵ (Mf) و ۰ (Si)، مقیاس‌های ۴ (Pd) و ۹ (Ma) گاهی به عنوان مقیاس‌های «آزادکننده» یا «تهییجی» نامیده می‌شوند و چنانچه یکی و یا هر دوی آن‌ها برافراشته باشند، بیانگر آن است که احتمال دارد درمان‌جو به مشکلات وانمود کند. چنانچه مقیاس ۰ (Si) خیلی پایین باشد این فرضیه بیشتر تقویت می‌شود.

**سبک کنار آمدن به شیوه درونی کردن.** همانند دو رهنمود قبلی، دو شاخص درونی کردن و بیرونی کردن برای کنار آمدن نیز وجود دارد. اگر نمره‌های ترکیبی مقیاس‌های ۴ (Pa)، ۶ (Pd) و ۹ (Ma) پایین‌تر از نمره‌های ترکیبی مقیاس‌های ۲ (Pt)، ۷ (D) و ۰ (Si) باشد، در این صورت می‌توان گفت که شخص دارای سبک کنار آمدن به شیوه درونی کردن است.

**سبک کنار آمدن به شیوه بیرونی کردن.** برخلاف شاخص قبلی، کسی که نمره‌های ترکیبی او در مقیاس‌های ۴ (Pa)، ۶ (Pd) و ۹ (Ma) بزرگ‌تر از نمره‌های ترکیبی وی در مقیاس‌های ۲ (D)، ۷ (Pt) و ۰ (Si) باشد، دارای سبک کنار آمدن به شیوه بیرونی کردن است.

**کنترل زیاد<sup>۱</sup> (سرکوبی).** کنترل خشک تکانه‌ها، به ویژه خصومت، به وسیله برافراستگی مقیاس ۳ (Hy) و مقیاس تکمیلی خصومت بازداری شده ( $\text{OH}^2$ ) نشان داده می‌شود.

**خشم (فقدان کنترل).** برافراستگی در مقیاس محتوایی  $\text{ANG}^3$  (خشم) نشان‌دهنده خشم ناشی از فقدان کنترل است.

**درماندگی ذهنی یا خیالی<sup>۴</sup>.** از روی برافراستگی مقیاس‌های ۲ (D) و ۷ (Pt) می‌توان درجه فشارهای ذهنی یا خیالی آزمودنی را به طور کلی مورد بررسی قرار داد.

**اضطراب.** برافراستگی مقیاس ۷ (Pt) به ویژه اگر این مقیاس بلندتر از مقیاس ۸ (Sc) باشد، اضطراب را مطرح می‌کند.

**افسردگی.** برافراستگی مقیاس ۲ (D) همراه با پایین بودن نمره مقیاس ۹ (Ma)، شاخص ویژه افسردگی است.

**شیدایی<sup>۵</sup>.** نمره بالا در مقیاس ۹ (Ma) همراه با نمره پایین در مقیاس ۲ (D)، شاخص شیدایی

است.

**روان‌پریشی** <sup>۱</sup>. نمره بالا در مقیاس ۸ (Sc) به ویژه اگر این مقیاس به اندازه ۱۰ نمره T بالاتر از مقیاس ۷ (Pt) باشد، نشان‌دهنده روان‌پریشی است.

**سردرگمی و گم‌گشتگی** <sup>۲</sup>. برافراشتگی بالاتر از  $T=80$  در مقیاس‌های ۲، ۸ (Sc) و ۷ (t)، حالت سردرگمی و گم‌گشتگی را مطرح می‌کند. همچنین اگر همه مقیاس‌های بالینی بالاتر از  $T=70$  باشند نشانه سردرگمی است (مقیاس‌های ۵ و صفر مستثنا هستند).

**بدگمانی** <sup>۳</sup> و **بی‌اعتمادی** <sup>۴</sup>. اگر مقیاس ۶ (Pa) برافراشتگی متوسط و یا بالا داشته، به ویژه اگر این مقیاس بلندترین مقیاس باشد، بدگمانی و بی‌اعتمادی را با احتمال زیاد می‌توان مطرح کرد. **درون‌گرایی**. درون‌گرایی از روی برافراشتگی مقیاس ۰ (Si) مشخص می‌شود.

**وسواس فکری** <sup>۵</sup>. هرگاه مقیاس ۷ برافراشته بوده (به ویژه اگر این مقیاس بلندترین مقیاس‌ها باشد و با برافراشتگی مقیاس محتوایی *obsessiveness / OBS* همراه باشد، نشانه وسواس فکری است.

**بدبینی و منفی‌گرایی** <sup>۶</sup>. بدبینی و منفی‌گرایی از روی برافراشتگی مقیاس محتوایی منفی‌گرایی CYN مشخص می‌شود.

**مشکلات اعتیاد به مواد و الکل**. برافراشتگی مقیاس‌های ۴ (D)، ۲ (Pd) و ۷ (Pt) با مسائل اعتیاد به مواد و الکل ارتباط دارد (هرچند علامت تشخیصی این ویژگی‌ها نیستند). الگوهای سبک زندگی و شخصیتی هماهنگ با الگوهای اعتیاد به مواد و الکل که ممکن است این اختلال را مطرح سازند به وسیله برافراشتگی‌های مقیاس MAC-R و مقیاس الکلیسم بالقوه ( $APS^v$ ) مشخص می‌شود. آگاهی روشن از مسائل مصرف الکل و مواد به وسیله برافراشتگی‌های مقیاس اعتراف به مصرف الکل ( $AAS^A$ ) نشان داده می‌شود.

**کیفیت و سبک روابط بین فردی**. مقیاس‌هایی که برای درک الگوهای روابط بین فردی بیشترین فایده را دارند عبارت‌اند از:

- مقیاس ۰ (Si)؛ سطح مردم‌آمیزی، کمرویی، اجتماع‌گریزی <sup>۹</sup>، بیگانگی <sup>۱۰</sup>،



- مقیاس ناراحتی اجتماعی<sup>۱</sup> (SDS؛ ناراحتی اجتماعی)،
- ۱ (خودبیمارانگاری؛ شکوه، انتقادگری، پرتوقعی، ابراز خصومت به روش غیرمستقیم، نافع‌الی، اشتغال ذهنی با خود<sup>۲</sup>)،
- ۴ (Pd؛ بر جای گذاشتن تأثیر خوب در نخستین برخورد اما استفاده از طرف مقابل به منظور ارضای نیازهای خود، اجتماعی بودن، پرگویی، پرتلاش و درعین حال سطحی و ساختگی)،
- ۶ (Pa؛ اخلاق‌گرایی، بدگمانی، حساسیت زیاد، زودرنج، پاسداری شده)،
- ۸ (Sc؛ دوری از محیط اجتماعی، خلوت‌گزینی، انزوا، دست‌نیافتنی، احساس عدم درک)
- مقیاس نارضایی زناشویی (MDS؛ وجود تعارض زناشویی)
- سلطه‌گری (Do؛ جسور، مسلط، آغازگر، دارای اعتمادبه‌نفس).

## گام ۷. برداشت‌های تشخیصی را فراهم کنید.

هرچند MMPI اصلی و همچنین MMPI-A/MMPI-2 در تشخیص مستقیم موفق نبوده‌اند، آن‌ها می‌توانند اطلاعات قابل‌ملاحظه‌ای را برای صورت‌بندی تشخیصی فراهم کنند. در بخش نوع کدها، تشخیص مبتنی بر DSM-IV هماهنگ با هریک از نوع کدها گنجانیده شده است. متخصصان بالینی لازم است برای تشخیص دقیق‌تر، این‌ها را همراه با سایر اطلاعات موجود موردتوجه قرار دهند. در بعضی بافت‌ها و در مورد برخی از انواع پرسش‌های ارجاعی، این کار مناسب است، اما در سایر بافت‌ها و پرسش‌های ارجاعی، تشخیص‌های رسمی نه لازم است و نه مناسب (مانند غربالگری برای استخدام). مروری بر ملاحظات و رهنمودهای مطرح‌شده در گام ۶ ممکن است برای به دست آوردن اطلاعات مناسب جهت تشخیص مفید واقع شود.

## گام ۸. دلالت‌های درمانی و توصیه‌ها را به دقت توضیح دهید.

اغلب یکی از با ارزش‌ترین خدمات‌های درمانگر آن است که احتمال سود بردن مراجع از تدابیر درمانی را پیش‌بینی کند؛ به عبارت دیگر، نقاط قوت و ضعف آزمودنی، سطح دفاعی بودن، توانایی برقراری رابطه درمانی، واکنش پیش‌بینی‌شده نسبت به روان‌درمانی (به ویژه به مقیاس‌های Es و TRT توجه کنید)، گرایش‌های ضداجتماعی و سطح بینش باید به دقت توضیح داده شود. بیشتر این اطلاعات در انتهای بخش مربوط به برافراستگی مقیاس‌ها و نوع کدها به اختصار مطرح شده است. اگر قرار است در مورد انواع مراجعان خاص اقدامات گسترده‌ای صورت گیرد، متخصصان بالینی می‌توانند با مراجعه به پژوهش‌های انجام‌شده، اطلاعات لازم را در مورد انواع روش‌های درمانی و نتایج آن‌ها به دست آورند (به عنوان مثال، درد مزمن، سوء‌مصرف مواد، نتایج مربوط به نوع کدهای خاص). کتاب ارزیابی شخصیت در برنامه درمانی بوچر و پری (۲۰۰۸): استفاده از

MMPI-2 و BTPI می‌تواند به ویژه در این زمینه مفید باشد، همان‌طور که بازخورد درمانی لیواک و همکاران (۲۰۱۱) با MMPI-2 می‌تواند یک رویکرد روان‌شناسی مثبت باشد. پاسخ‌دهی به درمان ممکن است به فراهم کردن پیشنهادهایی برای انطباق مداخله‌های خاص در مورد نیمرخ‌های مراجع و انواع مشکلات گسترش داده شود. بررسی حوزه‌ها، ملاحظات و راهنمایی‌های توصیف‌شده در مرحله ۶ ممکن است در استخراج اطلاعات مربوط به برنامه‌ریزی درمان مفید باشد. یکی دیگر از منابع مفید در این فرآیند کتاب ماریوش (۲۰۰۴) با عنوان استفاده از سنجش روان‌شناختی برای برنامه‌ریزی درمان و ارزیابی نتیجه است. علاوه بر این، کتاب لیواک و همکاران (۲۰۱۱) و کتابچه راهنمای کاربر توسط فین<sup>۱</sup> (۱۹۹۶)، نحوه استفاده از بازخورد MMPI-2 به عنوان مداخله درمانی و مشارکتی را ارائه می‌دهند (همچنین فین، فیشر<sup>۲</sup> و هاندلر<sup>۳</sup>، ۲۰۱۲).

### تفسیر کامپیوتری (رایانه‌ای) MMPI-2

یک بخش الحاقی به تفسیر MMPI-2 که اغلب مورد استفاده قرار می‌گیرد استفاده از نظام‌های تفسیر کامپیوتری یا رایانه‌ای است. تعداد این نوع خدمات از ۱۹۶۵ به بعد که این نظام برای از نخستین بار توسط درمانگاه مایو<sup>۴</sup> تدوین شد، افزایش یافته است. تولیدکننده‌های عمده عبارت‌اند از سنجش‌های پیرسون، سیستم‌های کامپیوتری ملی سابق، منابع سنجش روان‌شناختی، گزارش کالدول، خدمات روان‌شناسی غرب<sup>۵</sup>، نرم‌افزار روان‌آزمایی، غربالگری روانی، انجمن‌های سنجش اتوماتیک داده‌پردازی. توصیف و ارزشیابی بسیاری از این مراکز خدماتی در چاپ‌های حاضر و پیشین اندازه‌گیری‌های روانی مندرج است (جدیدترین نسخه/نوزدهمین ویرایش توسط کارلسون<sup>۶</sup>، جسیئر<sup>۷</sup> و جانسون<sup>۸</sup>، ۲۰۱۴، ویرایش شد) و مروری توسط جی ویلیامز و وید (۲۰۰۴) نیز وجود دارد. بهترین منابع و جدیدترین فهرست‌های موجود را در کاتالوگ‌های ناشر (پیوست A) یا وب‌سایت‌های ارائه‌دهنده خدمات می‌توان پیدا کرد.

احتیاط در استفاده از سیستم‌های مختلف تفسیرهای کامپیوتری امری اساسی است، زیرا خدمات تفسیری و بسته‌های نرم‌افزاری با کیفیت کاملاً گوناگون ساخته شده و بیشتر آن‌ها از نظر روایی به طور کامل مورد پژوهش قرار نگرفته‌اند. بسیاری از آن‌ها مشخص نکرده‌اند که در تدوین‌شان تا چه اندازه از راهبردهای تجربی و یا روش‌های بالینی شهودی استفاده شده است. هر یک از سیستم‌های کامپیوتری رویکرد نسبتاً متفاوتی دارد. بعضی از آن‌ها خلاصه‌های توصیفی، روش غربال کردن و



احتیاط‌های مربوط به درمان را در اختیار می‌گذارند، اما برخی دیگر کاملاً تفسیری بوده و یا ممکن است برگ‌های چاپی تفسیر انتخابی را برای خود مراجعان فراهم کنند (بوچر، پری و هان، ۲۰۰۴). منطق سیستم کامپیوتری این است که این سیستم‌ها کارآمدند و می‌توانند اطلاعات زیادی را از ادبیات گسترده MMPI استخراج کرده، جمع‌آوری و یکپارچه کنند، به گونه‌ای که حتی از روان‌شناسان بالینی کارآزموده نیز نمی‌توان انتظار داشت آن‌ها را به یاد بیاورند. علاوه بر این، نمره‌گذاری دستی پیچیده MMPI-2 در معرض خطای انسانی است که با استفاده از نمره‌گذاری رایانه‌ای به طور چشم‌گیر کاهش می‌یابد؛ اما در مورد کاربرد نابجای آن‌ها سؤال‌های جدی مطرح شده است (مترازو، ۱۹۸۶؛ گراث - مارنات، ۱۹۸۵؛ گراث - مارنات و شومیکر، ۱۹۸۹). به ویژه، خدمات کامپیوتری به تفسیرهای استاندارد محدودند و نمی‌توانند متغیرهای یگانه را که معمولاً در کار کردن با مورد‌های بالینی با آن‌ها برخورد می‌شود یکپارچه کنند. این عامل مهمی است که اشخاص تعلیم ندیده ممکن است آن‌ها را نادیده بگیرند و یا به گونه‌ای نابسندۀ ارزشیابی کنند. انجمن روان‌شناسی آمریکا (APA)، برای حل این مشکلات و تضمین کاربرد درست و مناسب تفسیرهای کامپیوتری به تدوین مجموعه‌ای از راهنماها اقدام کرد (۱۹۸۶ و ۱۹۹۴). باید تأکید شود که هرچند سیستم‌های کامپیوتری می‌توانند اطلاعاتی را از انواع گسترده‌ای از داده‌های گردآوری‌شده در اختیار بگذارند، با وجود این تفسیر آن‌ها را نباید قطعی و نهایی تلقی کرد؛ مانند همه داده‌های آزمون‌ها، لازم است که این اطلاعات نیز با توجه به بافت و زمینه کلی و وضعیت فعلی مراجع و در چهارچوب سایر داده‌های حاصل از آزمون‌های دیگر یکپارچه و تفسیر شود (لیختن برگر<sup>۱</sup>، ۲۰۰۶؛ مک مین<sup>۲</sup>، النس<sup>۳</sup> و سورف<sup>۴</sup>، ۱۹۹۹).

### مقیاس‌های روانی MMPI-2

MMPI یکی از نخستین آزمون‌هایی است که به گونه‌ای تدوین شده است تا از روی پاسخ‌های آزمودنی، ناروا بودن نتایج کلی آزمون کشف شود. تداوم این سنت در مورد آزمون‌های جدیدتر MMPI-A و MMPI-2 نیز گسترش یافته است. مطالعات فراتحلیلی در مورد مقیاس‌های مختلف روانی عموماً نشان می‌دهند که این مقیاس‌ها می‌توانند تحریف پاسخ‌ها توسط آزمودنی را کشف کنند. شاید مؤثرترین راهبرد، استفاده از مقیاس F است که بر اساس آن می‌توان بیش‌گزارشی<sup>۵</sup> یا

اغراق در اعتراف به بیماری را به گونه مؤثری کشف کرد (آر. بایر<sup>۱</sup>، کی رول<sup>۲</sup>، رینالدو<sup>۳</sup> و بالنگر<sup>۴</sup>، ۱۹۹۹؛ بگ بی<sup>۵</sup>، بویس<sup>۶</sup> و نیکولسون<sup>۷</sup>، ۱۹۹۵؛ آی ورسون<sup>۸</sup>، فرانزن<sup>۹</sup> و هاموند<sup>۱۰</sup>، ۱۹۹۵؛ جی میر<sup>۱۱</sup> آرچر، ۲۰۰۱). مقیاس K نیز هرچند با دقت کمتر، اما برای کشف عدم گزارش بیماری مفید است (بائر، وتر<sup>۱۲</sup> و بری، ۱۹۹۲؛ گراهام و همکاران، ۱۹۹۱)؛ اما با افزودن دو مقیاس روایی تکمیلی جامعه پسندی<sup>۱۳</sup> و مقیاس مبالغه<sup>۱۴</sup> به مقیاس‌های L و K، توان آزمون در کشف کم گزارشی<sup>۱۵</sup> بیماری افزایش می‌یابد (بگ بی، راجرز<sup>۱۶</sup>، نیکولسون و همکاران، ۱۹۹۷). برخلاف توافق عمومی در مورد دقت کشف عدم روایی به وسیله این مقیاس‌ها، یک نگرانی آن است که برحسب گروه موردسنجش، دامنه گسترده‌ای از نمره‌های برش پیشنهاد می‌شود (بگ بای و همکاران، ۱۹۹۴؛ بگ بای و همکاران، ۱۹۹۵؛ استین<sup>۱۷</sup>، گراهام و ویلیامز، ۱۹۹۵). برای مثال، سطح بهینه نمره‌های وانمود بد برای افراد بهنجار در مقایسه با وانمود بد بیماران روانی پایین‌تر است (بری و همکاران، ۱۹۹۱، گراهام و همکاران، ۱۹۹۱). موضوعی که هنوز حل نشده آن است که آیا افراد بهنجاری که برای وانمود بد برانگیخته می‌شوند و یا اطلاعاتی برای وانمود بد به آنان داده می‌شود (مانند الگوهای نشانه افراد دچار فشار روانی پس آسیبی<sup>۱۸</sup>، اسکیزوفرن پارانوئیدی، اسکیزوفرنیا) می‌توانند از کشف شدن بگریزند یا نه. بعضی پژوهش‌ها حاکی از آن است که این افراد حتی با داشتن انگیزه و راهبرد روشن باز هم نمی‌توانند از کشف شدن بگریزند (سیوک<sup>۱۹</sup>، هیل سنورت<sup>۲۰</sup> و لین<sup>۲۱</sup>، ۱۹۹۵؛ وتر، بائر، بری، رابینسون و سامپتر<sup>۲۲</sup>، ۱۹۹۳)، اما پژوهش‌های دیگر نشان می‌دهند که وانمودکنندگان آگاه اغلب



نیمرخ‌هایی را به وجود می‌آورند که از نیمرخ‌های افراد بیمار واقعی قابل تشخیص نیستند (راجرز، باگی و چکراپورتی<sup>۱</sup>، وتر و دیج، ۱۹۹۶). اگر به آزمودنی‌ها در مورد طرح و هدف مقیاس‌های روایی اطلاعات کافی داده شود، احتمال دارد در وانمود بد موفق شوند (لمب<sup>۲</sup>، وتر و بانر، ۱۹۹۴). لازم به ذکر است که MMPI-2 دو انتخاب دارد، یک برگه نیمرخ که حاوی اصلاح k است و دومی حاوی برگه‌هایی برای حذف این اصلاح است. برگه‌های نیمرخ MMPI-A فاقد اصلاح K است. علت این امر آن است که در بعضی بافت‌ها، به ویژه آن‌هایی که به نوجوانان مربوط است، استفاده از اصلاح K مناسب نیست (کلبی<sup>۳</sup>، ۱۹۸۹).

### «مقیاس»؟ یا نمی‌توانم بگویم (CS)

مقیاس «؟» در واقع یک مقیاس رسمی نیست، بلکه صرفاً تعداد ماده‌هایی را مشخص می‌کند که آزمودنی به آن‌ها پاسخ نداده است. در برگه نیمرخ MMPI-2 حتی ستونی برای مقیاس؟ در نظر گرفته نشده و صرفاً بخشی برای یادداشت مجموع پرسش‌های بدون پاسخ اختصاص داده شده است. یکی از موارد متعددی که شاخصی از روایی صورت جلسه آزمون (پروتکل) به شمار می‌رود، مجموع پرسش‌هایی است که به آن‌ها پاسخ داده نشده است. اگر ۳۰ سؤال و یا بیشتر بدون جواب گذاشته شده باشند، پروتکل به احتمال قوی نامعتبر تلقی شده و برای تفسیر نتایج آن اقدامی صورت نمی‌گیرد. علت این امر صرفاً عدم کفایت تعداد ماده‌هایی است که مراجع به آن‌ها پاسخ داده است و لذا اطلاعات به دست آمده برای نمره‌گذاری مقیاس‌ها کافی نیست؛ بنابراین، نتایج به دست آمده کمتر قابل اعتماد است. برای به حداقل رساندن پاسخ‌های «نمی‌توانم پاسخ دهم» باید مراجع را تشویق کرد که به همه سؤال‌ها پاسخ بدهد.

### نمره‌های بالای؟ (+۳۰)

مشکل مراجع در خواندن، کندی روانی - حرکتی، ناتوانی در تصمیم‌گیری، گم‌گشتگی و یا داشتن حالت دفاعی افراطی (این مشکلات ممکن است با مواردی مانند افسردگی شدید، حالت‌های وسواسی، توجیه عقلانی شدید، یا تفسیرهای غیرمعمول ماده‌ها همسان باشند. حالت دفاعی می‌تواند از احتیاط‌های مفرط قانونی<sup>۴</sup> یا وضعیت پارانوئیدی ناشی شود. تعداد زیاد پرسش‌های بی‌پاسخ ممکن است به این دلیل رخ دهد که ماده‌های بدون پاسخ نامربوطند.

### VRIN<sup>۵</sup> (مقیاس ناهمسازی پاسخ‌های گوناگون)

مقیاس VRIN نیز مقیاس جدیدی است که به منظور تکمیل مقیاس‌های روایی موجود

MMPI-A و MMPI-2 طراحی شده است. این مقیاس شامل جفت سؤال‌های برگزیده‌ای است که انتظار می‌رود در صورت معتبر بودن رویکرد مراجع نسبت به آزمون باید بین پاسخ وی به این پرسش‌ها همسانی وجود داشته باشد. محتوای هریک از این جفت ماده‌ها مشابه و یا متضاد یکدیگرند. انتظار می‌رود مراجعان به ماده‌های مشابه پاسخ‌های همسو بدهند. اگر شخص به هریک از آنها پاسخ ناهمسو بدهد در این صورت به عنوان پاسخ‌های ناهمسان تلقی می‌شود و در نتیجه یک نمره خام در مقیاس VRIN به آن تعلق می‌گیرد. همچنین انتظار می‌رود که مراجع به جفت ماده‌هایی که محتوای متضاد دارند، پاسخ‌های ناهمسو بدهد. لذا اگر پاسخ‌هایش برخلاف انتظار همسو باشند، به عنوان پاسخ‌های ناهمسان محسوب می‌شوند و در نتیجه یک نمره خام در مقیاس VRIN به وی تعلق می‌گیرد.

نمره‌های بالای VRIN (MMPI-A, T=70-74, MMPI-2, T>79, MMPI-A, T>74) یا متوسط (MMPI-A, T=70-74, MMPI-2, T=70-79)

- پاسخ‌گویی نامشخص، نیم‌رخ باید ناروا در نظر گرفته شده و نباید تفسیر شود (به ویژه اگر F نیز بالا باشد).

### TRIN<sup>۱</sup> (مقیاس پاسخ‌های واقعی ناهمسان)

مقیاس TRIN در MMPI-A و MMPI-2 شبیه مقیاس VRIN است، زیرا آن هم از جفت ماده‌ها تشکیل شده است؛ اما در آن فقط جفت ماده‌هایی که محتوای متضاد دارند گنجانیده شده است. بدین ترتیب برای اینکه شخص نمره‌ای در مقیاس TRIN بگیرد فقط دو روش پاسخ دادن وجود دارد. پاسخ «درست» به هر دو ماده نشانگر ناهمسانی است و یک نمره خام مثبت برای آن منظور می‌شود. همچنین پاسخ «غلط» به هر دو سؤال، نیز بیانگر ناهمسانی است و یک نمره خام منفی به آن داده می‌شود (با افزودن یک مقدار ثابت می‌توان از نمره منفی اجتناب کرد).

نمره‌های خیلی بالا (MMPI-2, T>79, MMPI-A, T>74) یا متوسط (MMPI-2, T>70-79, MMPI-A, T>70-74)

- شخص یکسره به ماده‌ها پاسخ «درست» داده است (تصدیق کردن یا بله گفتن).

### مقیاس F (نابسامدی)

مقیاس F (نابسامدی)<sup>۲</sup>، میزان پاسخ‌های استثنایی<sup>۳</sup> و انحرافی فرد را اندازه‌گیری می‌کند. ماده‌های این مقیاس بر این اساس انتخاب شده‌اند که کمتر از ۱۰٪ افراد جامعه در جهت کلید نمره‌گذاری به آن‌ها پاسخ داده‌اند؛ بنابراین، بر اساس یک تعریف آماری، این سؤال‌ها منعکس‌کننده افکار غیرمتعارف هستند. برای مثال، اگر مراجع به ماده ۴۹ (بهتر است تقریباً همه قوانین دور ریخته شوند) پاسخ



«درست» بدهد، یک نمره برایش محاسبه می‌شود و همچنین است اگر به ماده ۶۴ (دوست دارم از اماکنی که تاکنون ندیده‌ام، بازدید کنم) جواب «غلط» بدهد. در هر حال، این ماده‌ها به یک صفت یا نشانه بیماری مشخص ارتباط پیدا نمی‌کند، بلکه نشان می‌دهد مراجعی که نمره بالا در این مقیاس می‌گیرد، به بسیاری از خصوصیات غیرمعمول پاسخ‌های قابل نمره‌گذاری می‌دهد. چنان‌که انتظار می‌رود، نمره‌های بالا در F نوعاً با نمره‌های بالا در بسیاری از مقیاس‌های بالینی همراه است. نمره‌های بالا اغلب می‌توانند به عنوان یک شاخص عمومی آسیب‌شناختی مورداستفاده قرار گیرند. به طور ویژه، نمره‌های بالا ممکن است منعکس‌کننده احساسات غیرمعمول باشند که فرد در واکنش به برخی از شرایط خاص زندگی از خود نشان می‌دهد. از جمله این شرایط خاص ممکن است غم از دست دادن یکی از عزیزان، از دست دادن شغل و یا طلاق باشد. شخصی که در این مقیاس نمره بالا می‌گیرد، احتمالاً می‌کوشد تا تصویر نامطلوبی از خود ارائه دهد و لذا نیمرخ چنین فردی نامعتبر تلقی می‌شود. متأسفانه، نمره برش خاصی در دست نیست تا بر اساس آن بتوان تعیین کرد که چه نمره‌ای نشان‌دهنده نیمرخ نامعتبر و چه نمره‌ای دقیقاً منعکس‌کننده آسیب روانی است. حتی نمره‌های T از ۷۰ تا ۹۰ به ویژه در مورد زندانیان و بیماران بستری لزوماً نشان‌دهنده نیمرخ نامعتبر نیست. به طور کلی برافراشتگی‌های متوسط نشان‌دهنده باز بودن نسبت به تجارب نامعمول و آسیب‌شناسی احتمالی است، اما در صورتی می‌توان در مورد روایی نیمرخ تردید داشت که برافراشتگی بسیار بالا باشد. اطلاعات بیشتر در این مورد را می‌توان با مراجعه به شاخص F-K و مقیاس Fb به دست آورد (بخشی را با عنوان مقیاس Fb (F Back) [MMPI-2]؛ F1 و F2 [MMPI-A] نگاه کنید).

F آزمون MMPI-A که ۶۶ ماده دارد به همان شیوه مقیاس MMPI-2-F ساخته شد؛ اما چون نوجوانان به احتمال زیاد تجارب نامعمول را تصدیق می‌کنند، ماده‌هایی که ۲۰ درصد افراد به آن‌ها پاسخ مثبت داده‌اند در این مقیاس گنجانیده شده است. مقیاس F آزمون MMPI-A به دو مقیاس F1 برای سنجش روایی بخش اول کتابچه آزمون (مقیاس‌های بالینی) و مقیاس F2 برای سنجش روایی بخش آخر کتابچه (مقیاس‌های تکمیلی و محتوایی) تقسیم شده است (به بخش‌های شاخص F-K، F1، F2 نگاه کنید).

نمره‌های بالا در F (تقریباً  $T > 99$ ؛ وانمود بد، نقطه برش برای بیماران بستری = ۱۰۰، نقطه برش برای بیماران سرپایی  $T=90$ ، نقطه برش برای موارد غیر بالینی  $T=80$ ؛ نقطه برش برای  $T=79$  MMPI-A)

• نیمرخ نامعتبر احتمالاً به دلیل خطای نمره‌گذاری، دادن پاسخ‌های تصادفی یا اظهارات غیرواقعی مراجع درباره نشانه‌های بیماری، مقاومت به آزمون، یا تمارض باشد.

- نمرات F خیلی بالا ( $+100$ ) ممکن است واقعاً نشان‌دهنده اختلال روانی باشد، این نمره به احتمال نشانگر توهم، هذیان به خود بستن<sup>۱</sup> و قضاوت ضعیف، گم‌گشتگی، بی‌قراری و یا مشخص‌کننده عوارض ترک مواد باشد که لازم است با شرح حال مطابقت داده شود.

### نمره‌های متوسط ( $T=70-90$ )

- سعی در جلب توجه به درماندگی خود دارند مثل گریه کردن برای کمک گرفتن (آنان نیازمند کمک هستند)
- افکار نامتعارف و نامعمول دارند، ممکن است سرکش، ضداجتماعی و یا برای تثبیت هویت خود مشکلاتی داشته باشند.
- کمی بالا بودن نمره به نظر نمی‌رسد که مرضی باشد ( $T=65-75$ ). این افراد ممکن است کنجکاو، از نظر روان‌شناختی پیچیده، خودرأی، بی‌ثبات و یا بدخلق<sup>۲</sup> باشند.

### نمره‌های پایین F

- مراجعان از جهان همان درکی را دارند که سایر مردم دارند.
- اگر در تاریخچه آنان نشانه‌های آسیب‌شناسی وجود داشته باشد، ممکن است مشکلات را انکار کنند («وانمود خوب»؛ به برافراشتگی‌های مرتبط در K و L توجه شود).

### مقیاس $Fb$ (MMPI-2)؛ $F1$ و $F2$ (MMPI-A)

۴۰ ماده مقیاس  $Fb$  آزمون MMPI-2 همزمان با استاندارد مجدد MMPI تدوین شد. این مقیاس برای تشخیص «وانمود بد» در پاسخ دادن به ۱۹۷ پرسش آخر طراحی شد. این امر ممکن است مهم باشد زیرا مقیاس سنتی F فقط از ماده‌هایی که اکنون ۳۷۰ پرسش اول MMPI-2 را تشکیل می‌دهند، استخراج شده بود. بدون ماده‌های مقیاس  $Fb$ ، هیچ‌گونه بررسی در مورد پرسش‌های بعدی امکان‌پذیر نخواهد بود. شخص ممکن است به پرسش‌های اول پاسخ درست بدهد اما پاسخ او به پرسش‌های بعدی نامعتبر باشد. این امر برای مقیاس‌های تکمیلی و محتوایی مهم است، زیرا بسیاری از آن‌ها به طور نسبی یا کامل از ۱۹۷ پرسش آخر استخراج شده‌اند. مقیاس  $Fb$  با همان روش مقیاس F اولیه تدوین شده است، زیرا ماده‌هایی که فراوانی تأیید آن‌ها کم است (کمتر از ده درصد بزرگسالان غیر بیمار)، در این مقیاس گنجانیده شده‌اند؛ بنابراین، نمره بالا نشان‌دهنده آن است که شخص به شیوه نامعمول به ماده‌ها پاسخ می‌دهد. همانند مقیاس F این امر می‌تواند نشان‌دهنده تعمیم آسیب‌شناسی بوده یا اینکه شخص می‌کوشد تا در مورد بیماری خود اغراق کند.

MMPI-A نیز همانند MMPI-2 دارای مقیاس F با ۶۶ ماده است که به دو مقیاس فرعی  $F1$  و  $F2$  تقسیم شده است. مقیاس  $F1$  دارای ۳۳ ماده است که همه آن‌ها در نیمه اول کتابچه



MMPI-A (ماده اول) گنجاینده شده و به مقیاس بالینی استاندارد مربوطند. برعکس، ماده ۳۳ مقیاس F2 متشکل از ماده‌هایی است که در نیمه دوم کتابچه (۱۱۴ ماده آخر) قرار دارند و به مقیاس‌های تکمیلی و بالینی مربوطند. مقیاس‌های F1 و F2 را می‌توان به همان شیوه F و Fb موجود در MMPI-2 تفسیر کرد. اما مقیاس Fb را مانند مقیاس F نمی‌توان شاخص تمارض تلقی کرد.

**Fb بالا (F1 و F2؛  $T > 89$  برای موارد غیر بالینی، ۱۰۹ برای موارد بالینی)**

- احتمال مبالغه در آسیب‌شناسی روانی (به ملاحظات زیر عنوان F [نابسامدی] در بالا نگاه کنید).

### مقیاس FP<sup>۱</sup> (نابسامدی آسیب روانی)

چون مقیاس F به طور معمول در میان بیماران روان‌پزشکی برافراشته است، اغلب تفاوت قائل شدن بین افراد مبتلا به آسیب روانی واقعی و افرادی که اندکی آسیب روانی دارند اما درعین حال وانمود بد می‌کنند دشوار است. این به خصوص در صورتی است که آسیب روانی بسیار شدید باشد. تاریخچه شخص (به عنوان مثال، درجه آسیب روانی از گذشته) و زمینه ارجاع (برای مثال، سودمندی احتمالی وانمود بد) اغلب ممکن است در این تمایز سودمند واقع شود. برای کمک بیشتر به این تمایز، آریسی و بن پورات (۱۹۹۵) مجموعه ۲۷ موردی را که اغلب حتی توسط بیماران بستری روان‌پزشکی به آن‌ها پاسخ داده می‌شود، تهیه کرده‌اند که حتی افراد روان‌پزشک نیز کمتر به آن‌ها پاسخ می‌دهند (برعکس، مقیاس F بر اساس پرسش‌هایی که افراد نمونه‌ی بهنجار کمتر به آن‌ها پاسخ داده‌اند توصیف شد).

**FP بالا ( $T > 93$  برای مردان،  $T > 96$  برای زنان)**

- احتمال وانمود یا اغراق در آسیب روانی، حتی در میان بیماران روان‌پزشکی را نشان می‌دهد.

### مقیاس وانمود بد<sup>۲</sup> (FBS)

مقیاس وانمود بد (FBS) با این امید تدوین شد که بتواند افرادی را که در مورد جراحات خود مبالغه می‌کنند متمایز سازند (لس - هالی<sup>۲</sup>، انگلیش<sup>۴</sup> و گلن<sup>۵</sup>، ۱۹۹۱). نتایج پژوهش‌ها در مورد مثبت‌های کاذب با ابهام روبرو بوده است (آر روجرز، سیول<sup>۶</sup>، مارتین و ویتاکو<sup>۷</sup>، ۱۹۹۹). برعکس،

پژوهش‌های دیگر، نتایج حمایت‌کننده بیشتری ارائه داده‌اند (گریفن استین<sup>۱</sup>، فاکس و لس هالی، ۲۰۰۷) و نشان می‌دهند که یکی از بهترین مقیاس‌های MMPI-2 برای تشخیص وانمود کردن است (ان وی نلسون، سوئیت و دماکیس، ۲۰۰۶).

### FBS بالا (نمره خام متوسط بزرگ‌تر از ۲۱؛ نمره خام شدیدتر بزرگ‌تر از ۲۷)

- وانمود بد/تمارض: نمره‌های خام ۲۸ یا بالاتر امکان مثبت‌های کاذب را کاهش می‌دهد.

### مقیاس L (دروغ‌یاب)

مقیاس L شامل ۱۵ سؤال است که مشخص‌کننده میزان تلاش مراجع برای ارائه توصیف مثبت و غیر واقع‌گرایانه از خود است؛ بنابراین، دارندگان نمره‌های بالا در این مقیاس خود را به صورت افراد کمال‌گرای افراطی و به شیوه آرمانی توصیف می‌کنند. سؤال‌ها شامل توصیف عیب‌هایی نسبتاً جزئی است که بیشتر مردم از اعتراف به آن‌ها ابایی ندارند. بدین ترتیب افرادی که در این مقیاس نمره بالا می‌گیرند ممکن است بگویند که آنان هرگز عصبانی نمی‌شوند و یا تمام کسانی را که می‌بینند دوست دارند.

### نمره‌های بالا در L (T بزرگ‌تر از ۶۴)

- شخص با یک فریب‌هشیارانه، به طور اغراق‌آمیزی خود را فردی مطلوب توصیف می‌کند.
- شخص به دلیل نداشتن نگرش واقعی از خود، به طور اغراق‌آمیزی خود را فردی مطلوب توصیف می‌کند. چنین فردی احتمالاً انعطاف‌ناپذیر و غیر اصیل بوده و از تأثیری که بر دیگران می‌گذارد ناآگاه است و ادراکش نسبت به زندگی خشک و خودمحورانه است.
- شخص به دلیل انکار عیب‌های خود، بینش ضعیفی دارد.
- در برابر فشار روانی تحمل کمی از خود نشان می‌دهد.
- برای روان‌درمانی داوطلب مناسبی نیست.
- نمره‌های بسیار بالا ممکن است نشان‌دهنده افرادی باشند که نشخوار ذهنی<sup>۲</sup> دارند، بسیار خشک و انعطاف‌ناپذیرند و در ارتباطاتشان دچار مشکل هستند (مانند افراد پارانوئید که بر انکار عیب‌های شخصی خود اصرار می‌ورزند و در عوض آن‌ها را به دیگران فرافکنی می‌کنند).
- نمره‌های بسیار بالا همچنین ممکن است فریب‌هشیارانه شخصیت‌های ضداجتماعی باشد.

### نمره‌های پایین در مقیاس L (T=۳۵-۴۵)

- در پاسخ‌هایشان صریح و باز بوده‌اند.



• این افراد شهادت اعتراف به خطاهای کوچکشان را دارند و همچنین ممکن است دارای گفتاری صریح و رک<sup>۱</sup> بوده، افرادی راحت<sup>۲</sup> و آرمیده، از نظر اجتماعی قدرت طلب<sup>۳</sup> و متکی به خود باشند.

• همچنین ممکن است تا اندازه‌ای طعنه زن<sup>۴</sup> و منفی گرا<sup>۵</sup> باشند.

### مقیاس K (اصلاح)

مقیاس K برای تشخیص مراجعانی طراحی شد که خود را بیش از حد مثبت توصیف می‌کنند؛ بنابراین، این مقیاس با مقیاس L شباهت دارد، هرچند هوشمندانه‌تر و مؤثرتر است. بیشتر افراد ساده لوح و اخلاق‌گرا در مقیاس L نمره بالا دارند ولی افراد باهوش و از نظر روان‌شناسی پیچیده‌تر ممکن است نمره بالایی در مقیاس K داشته باشند اما در مقیاس L برافراشتگی دیده نشود.

افرادی که نمره‌های متوسط دارند، اغلب از نیرومندی خود، دفاع‌های هیجانی مؤثر، ارتباط خوب با واقعیت و از مهارت‌های عالی سازشی برخوردارند. آنان نوعاً به پاسخ‌های جامعه پسند اهمیت می‌دهند و اغلب در این زمینه مهارت دارند. چنان‌که انتظار می‌رود، نمره‌های K با نمره‌های مقیاس‌های ۸، ۷ و ۶ ارتباط معکوس دارد. برافراشتگی‌های K همچنین می‌تواند نشانگر حالت دفاع و پاسداری از «من» باشد. این امر احتمالاً در مورد کسانی صادق است که به سبب سبک شخصیت‌شان از افشای خود نگرانند و یا اینکه از راه ارائه تصویری دوست‌داشتنی از خود به امتیازی دست می‌یابند (مثلاً در جایی استخدام می‌شوند). متأسفانه، نمره برش روشنی وجود ندارد تا بتوان نیرومندی خود مثبت (سازگاری)، دفاع از خود، یا «وانمود خوب»<sup>۷</sup> را از یکدیگر متمایز ساخت. یک راهنمایی کلی در این زمینه این است که هرچه تمایل شخص به دفاع از خود بیشتر باشد، احتمال برافراشتگی بالا در برخی از مقیاس‌های بالینی افزایش می‌یابد. همچنین می‌توان از طریق شاخص F-K، سوابق مربوط و بافت اجرای آزمون<sup>۸</sup> (اقدام‌های قانونی، ارزشیابی استخدامی و غیره) اطلاعات مفیدی به دست آورد.

از آنجا که رویکرد دفاعی به آزمون، ممکن است پاسخ‌های مراجع را به مقیاس‌های آزمون واپس‌زنی کند، برای تصحیح این حالت دفاعی، تصحیح K در مورد مقیاس‌های ۱، ۴، ۷، ۸ و ۹ در MMPI-2 اعمال می‌شود. این تصحیح از طریق محاسبه یک کسر معین از K و اضافه کردن آن به مقیاس‌های مربوط MMPI-2 انجام می‌پذیرد (به راهنمایی‌های پیوست نگاه کنید)؛ اما باید دانست

اساس اصطلاح K زیر سؤال رفته است. لذا این مقیاس در MMPI-A حذف شده است و MMPI-2 شامل دو برگه جداگانه برای نمره‌گذاری است، یکی با اصطلاح K و دیگری بدون اصطلاح K، به گونه‌ای که ارزشیاب می‌تواند یکی از دو روش را انتخاب کند.

### نمره‌های بالا در K (۷۰ یا ۶۵ > T)

- شخص تلاش می‌کند تصویر مطلوب از خود ارائه دهد و مشکلات را انکار می‌کند.
- ممکن است شخص به همه ماده‌های آزمون پاسخ‌های غلط داده باشد (نه گفتن) (VRIN و TRIN بررسی شوند).
- اگر نیمرخ معتبر تلقی شود، نمره‌های بالا نشانگر این است که فرد از خود، تصویر تحت کنترل بودن و کارکرد مؤثر داشتن را ارائه می‌دهد، اما او تمامی خطاهای خود را نادیده می‌گیرد.
- او احتمالاً بینش ضعیفی دارد و در مقابل ارزشیابی روانی مقاومت می‌کند و توانایی‌اش در بهره‌گیری از روان‌درمانی محدود است.
- تحمل مخالفت دیگران را ندارد و مخالفت را نشانه ضعف می‌پندارد.
- از انکار استفاده می‌کند، بینش ضعیفی دارد و نسبت به تأثیری که روی دیگران می‌گذارد ناآگاه است.
- کمرو، بازداری شده<sup>۱</sup> و دارای تعامل اجتماعی سطح پایین است (Si بررسی شود).

### نمره‌های متوسط در مقیاس K (۶۴-۵۶ = T)

- نشانگر سطوح متوسط حالت تدافعی است.
- کیفیت‌های مثبت بالقوه فرد را نشان می‌دهد: وی فردی مستقل و متکی به خود بوده، دارای سطح مناسبی از خود-افشایی است. از نیرومندی خود<sup>۲</sup>، توانایی کلامی و مهارت‌های اجتماعی خوبی برخوردار است.
- ممکن است به برخی از مشکلات «جامعه‌پذیر» خود اعتراف کند، اما سایر تعارضات مهم را کوچک می‌شمارد.
- احتمال اینکه درصدد دریافت کمک برآید کم است.

### نمره‌های پایین در مقیاس K

- نشانگر یک نیمرخ «وانمود بد» است که در آن شخص درباره بیماری خود مبالغه می‌کند (F, Fb, F1, F2 را بررسی کنید).
- چنانچه نیمرخ معتبر باشد، مراجع احتمالاً فردی گم‌گشته و گیج، بسیار منتقد از خود، بدبین، شکاک و ناخشنود است.



• او از بینش و خودانگاره ضعیفی برخوردار است.

### مقیاس S (مبالغه)

چون مقیاس‌های L و K در تمایز افرادی که وانمود خوب می‌کنند تأثیر متوسط دارند، مقیاس S با این امید طراحی شده است تا افرادی را که تلاش می‌کنند چهره بهتری از خود نشان دهند، شناسایی کند (بوچر و هان، ۱۹۹۵). ۵۰ ماده این مقیاس با توجه به تفاوت تأیید ماده‌ها بین کارمندانی که گرایش دارند خود را به بهترین شکل جلوه دهند (مانند درخواست خلبانان خط هواپیمایی برای کار) و پاسخ‌های نمونه‌ای از افراد بهنجار تدوین شده است. نتایج ۵۰ ماده مربوط به رضایت از زندگی، آرامش، اظهارات نیک انسانی، انکار زودرنجی/خشم، بردباری و انکار خطاهای اخلاقی است؛ بنابراین، کسانی که تعداد زیادی از این ماده‌ها را تأیید می‌کنند، خود را مردم‌آمیز دانسته، فاقد مشکلات روان‌شناختی و دارای اعتقاد قوی به جنبه‌های مثبت انسانی می‌دانند.

به نظر می‌رسد این مقیاس در تفکیک افراد غیربیمار که می‌خواهند خود را بسیار مطلوب جلوه دهند (متقاضیان مشاغل خیلی جذاب)، از افرادی که به سؤالات صادقانه پاسخ می‌دهند مؤثر عمل می‌کند (آر بایر R. Baer و تر Wetter، نیکولزو همکاران، ۱۹۹۹). با وجود این، مقیاس‌های L و K در شناسایی جمعیت بالینی که کمترین گزارش آسیب روانی را دارند، به یک اندازه خوب هستند (آر بایر و میلر، ۲۰۰۲؛ آر بایر، وتر و بری، ۱۹۹۵).

### مقیاس‌های بالینی MMPI-2

#### مقیاس ۱: خودبیمارانگاری یا هیپوکندری (HS)

مقیاس ۱ در اصل برای این منظور تنظیم شده بود که افراد مبتلا به هیپوکندری را از سایر انواع بیماران روانی متمایز سازد. هرچند این مقیاس ممکن است شاخصی برای تشخیص هیپوکندری باشد، عمدتاً از این لحاظ سودمند است که به عنوان شاخصی از انواع ویژگی شخصیتی که اغلب با هیپوکندری همسان هستند اما لزوماً تشخیص هیپوکندری ندارند به شمار می‌رود.

#### نمره‌های بالا در مقیاس ۱

- درباره بیماری و ناخوشی خود نگرانی زیادی دارند.
- به ندرت ممکن است به طور مستقیم برون‌ریزی کنند بلکه خصومت خود را به طور غیرمستقیم بروز می‌دهند و ممکن است از دیگران انتقاد کنند.
- شکوه‌هایشان معمولاً در ارتباط با دامنه وسیعی از ناراحتی‌های جسمانی است. شکوه‌ها مبهم و گسترده هستند و اغلب به قسمت‌های مختلف بدن منتقل می‌شوند.
- شکایت‌های آنان به طور معمول شامل شکوه‌های گوارشی، درد، خستگی و سردرد است.

- از شکوه‌های خود برای تحت تأثیر قرار دادن دیگران بهره می‌برند و در نتیجه موجب آشفته‌گی روابط بین فردی می‌شوند.
- علائم بیماری آنان به طور معمول واکنش به فشارهای موقعیتی نیست بلکه بیشتر به سبب استمرار زمان این اختلال است.
- افرادی که نمره‌های متوسط می‌گیرند واقعاً ممکن است دچار ناراحتی جسمی باشند اما باز هم ممکن است در خصوص ناراحتی‌های جسمی خود مبالغه بورزند.
- به طور معمول این افراد اضطراب آشکار کمی را بروز می‌دهند.
- افرادی لجوج، بدبین، خودشیفته و خودمحورند.
- افرادی ناپخته، بدبین، ترشرو، نق زن، منفعل و پرخاشگرند.
- از دیدگاه دیگران سطحی، بی‌انگیزه، نامؤثر و فاقد جاه‌طلبی‌اند.
- میزان کارآمدی‌شان کاهش یافته اما به ندرت کاملاً ناتوان و از کار افتاده‌اند.
- از خدمات پزشکی استفاده افراطی می‌کنند و سابقه آنان معمولاً نشان‌دهنده مراجعه‌ی مکرر به انواع متخصصان است. آنان فهرست بلندی از علائم و شکوه‌ها را ابراز می‌دارند، (که گاهی از «بهرخوانی بیماری‌های عضوی» نامیده می‌شوند).
- از قبول این واقعیت که مشکلات جسمی آنان اساس عضوی ندارد، خودداری می‌کنند.
- درمانگران باید سوءمصرف نسخه‌ها و داروهای پزشکی را بررسی کنند.
- نمره بسیار بالا ممکن است نشانگر این باشد که شخص دارای انواع گسترده‌ای از شکوه‌های مربوط به علائم بیماری، تحت فشار شدید هیجانی و شاید ویژگی‌های روان‌پریشی مانند (اسکیزوئید، اسکیزوافکتیو، اسکیزوفرنیا، افسردگی سایکوتیک) همراه با هذیان‌های جسمانی است (برافراشتگی‌های ۶، ۷، ۸ و ۹ را نیز بررسی کنید).

### برافراشتگی مقیاس‌های مرتبط

- این مقیاس اغلب با برافراشتگی مقیاس‌های ۲، ۳ و ۷ همراه است و منعکس‌کننده سطوح متناظری از افسردگی، انکار، حالت‌های تبدیلی یا اضطرابی است.
- چنانچه مقیاس ۷ برافراشته باشد، نشان‌دهنده پیش‌آگهی بهتر برای روان‌درمانی است. سطح اضطراب درمان‌جو به اندازه‌ای هست که او را برای تغییر ترغیب کند.
- V تبدیلی (برافراشتگی مقیاس‌های ۱ و ۳ با کاهش ۱۰ نمره‌ای مقیاس ۲) شخص تعارض‌های روان‌شناختی خود را به شکوه‌های جسمانی تبدیل می‌کند (به کد ۱۳/۳۱ نگاه کنید).

### دلالت‌های درمانی

- اغلب پیشنهاد کمکی که به آنان می‌شود را رد می‌کنند یا آن را مورد انتقاد قرار می‌دهند.



- در برابر هر پیشنهادی مبنی بر این که بخشی از مشکلات او ممکن است جنبه روان‌شناختی داشته باشد مقاومت می‌کنند.
- به دلیل بینش ضعیف این درمان‌جویان، روان‌درمانی معمولاً با مشکل همراه است.
- معمولاً نسبت به کمک‌هایی که به آن‌ها می‌شود بدبینی نشان می‌دهند و در نتیجه با متخصصان حرفه‌ای به بحث و مجادله برمی‌خیزند. (درستی یا نادرستی این مطلب را با بررسی TRT/مقیاس محتوایی شاخص‌های درمانی منفی واریسی کنید).
- مراجعان نیاز دارند که متخصص بالینی به طور مکرر به آنان اطمینان دهد که مشکلاتشان را درک کرده و نشانه‌های بیماری‌شان نادیده گرفته نشده است.
- مطرح کردن تدابیر درمانی در چهارچوب روش‌های پزشکی موجب می‌شود که بیمار درمان را آسان‌تر بپذیرد (مانند توصیف روش‌های بیوفیدبک به صورت «بازپروری عصبی شناختی»).

### اظهارنظرهای بازخوردی به درمان‌جو

نیمرخ روانی‌تان نشان می‌دهد که شما برخی علایم جسمانی را احساس می‌کنید که ممکن است شما را بترساند. ممکن است درد، ضعف، بی‌خوابی، خستگی، لرزش و ناراحتی شکمی را تجربه کنید. هرگاه که تحت فشار روانی قرار می‌گیرید این نشانه‌ها ممکن است شدیدتر شوند. نشانه‌های جسمانی مانند تهوع، سردرد و سرگیجه ممکن است بیایند و بروند که گاهی شما را به تعجب وامی‌دارند... شاید نگران باشید که مشکلات جسمی شما نشانگر یک مسئله پزشکی جدی است که ممکن است به معلولیت یا حتی مرگتان منجر شود. شما ممکن است نشانه‌هایی از افسردگی مانند اضطراب، مشکل در تمرکز و حافظه یا کاهش میل جنسی را تجربه کنید. خواب شما ممکن است آشفته شود و تغییرات سریع را در وزن خود تجربه کنید. شما ممکن است در انجام دادن و کامل کردن کارها، آن‌گونه که دلتان می‌خواهد احساس کارآمدی و توانایی نکنید. ممکن است هم‌اکنون به سختی بتوانید از کارهای خود لذت ببرید و حتی وقتی که کارها به خوبی پیش می‌روند، یک احساس گنگ ناخرسندی پیدا کنید. بعضی وقت‌ها ممکن است احساس کنید که کاملاً مغلوب شده‌اید... شما ممکن است به دلیل برخی احساس‌های بدنی‌تان نگران شوید و ممکن است به واقع مشکلی داشته باشید. شما بیشتر اوقات فشار روانی را احساس می‌کنید و در نتیجه آرامش، خاموش کردن ذهن خود، لذت بردن از لحظه‌ها و... برایتان دشوار می‌شود. مردم اغلب در چنین موقعیتی نمی‌دانند چه بکنند و از ضعف و ناتوانی می‌ترسند. شما ممکن است برای انجام دادن برخی کارها سماجت زیادی از خود نشان دهید، به ویژه زمانی که احساس می‌کنید این کارها به شما کمک می‌کند تا احساس امنیت و سلامت کنید. دیگران ممکن است شما را فردی متوقع و گاهی سخت و انعطاف‌ناپذیر بدانند.

### ملاحظات MMPI-A

توصیف‌های بالا در مورد نیمرخ‌های نوجوانان نیز صدق می‌کند. آن‌ها همچنین به مشکلات

آموزشگاهی نیز ارتباط دارند. دختران ممکن است مشکلات خانوادگی (تعارض‌های زناشویی، امور مالی) و اختلال در خوردن را تجربه کنند؛ اما باید دانست، برافراستگی این مقیاس در مورد نوجوانان نسبتاً نادر است.

### مقیاس ۲: افسردگی (D)

۵۷ ماده از مقیاس ۲ پیرامون حوزه‌های آشفتگی فکر<sup>۱</sup>، کندی جسمانی و احساس ذهنی افسردگی دور می‌زند؛ بنابراین، نمره‌های بالا ممکن است نشانگر مشکلاتی در یک یا چند مورد از حوزه‌های مذکور باشد. بیمارانی که به دنبال بستری شدن برای درمان روان‌پزشکی هستند، احتمالاً مقیاس ۲ بالاترین نقطه در نیم‌رخ آنان است. همان‌طور که انتظار می‌رود برافراستگی‌های مقیاس ۲ معمولاً پس از یک دوره روان‌درمانی موفق کاهش می‌یابد. برافراستگی نسبی مقیاس ۲ بهترین و تنها شاخص برای پیش‌بینی خشنودی، احساس امنیت و درجه راحتی فرد است. اشخاصی که در مقیاس ۲ نمره بالا می‌گیرند، معمولاً افرادی منتقد از خود، گوشه‌گیر، دوری‌گزین، ساکت و غیر معاشرتی هستند. نوجوانان معمولاً ۵ تا ۱۰ نمره پایین‌تر از بزرگسالان غیر بیمار می‌گیرند.

### نمره‌های بالا در مقیاس ۲

- نشان‌دهنده افسردگی حاد است (به ویژه اگر ۲ تنها مقیاس برافراشته باشد).
- برخورد با مشکلاتشان با بدبینی، درماندگی و ناامیدی همراه است. این ویژگی‌ها حتی می‌توانند ویژگی‌های شخصیتی آنان باشند که هنگام برخورد با مشکلات رایج و معمول، درباره آنها مبالغه می‌کنند.
- احساس بی‌کفایتی، ضعف روحیه و مشکل در تمرکز حواس وجود دارد و این موارد می‌تواند به اندازه‌ای شدید باشد که در کارایی شغلی آنان مشکل ایجاد کند.
- افسردگی را می‌توان هم به عنوان نشانه و هم به عنوان روش کنار آمدن با موقعیت‌ها و احساسات دردناک آینده در نظر گرفت که شخص خود را در برابر آنها کمرخت و بی‌حس می‌سازد.
- غیرمعاشرتی، خجالتی، کناره‌گیر، ترسو، بازدارنده و در عین حال تحریک‌پذیر، کوک شده و کم‌طاقت هستند.
- نسبت به انتقاد به شدت حساس‌اند.
- به هر قیمتی که شده از درگیری و مقابله اجتناب می‌ورزند و در اغلب موارد از روابط بین فردی می‌پرهیزند.
- سنتی، محتاط، منفعل و کم‌جرات هستند. نمره‌های بالاتر نشانگر مبالغه آنان در روندهای مذکور است.
- حتی در مورد مشکلات کوچک نیز بیش از حد نگران می‌شوند.



- احتمالاً توانایی آنان در برخورد مؤثر با مشکلات بین فردی مختل است.
- ممکن است کندی روانی حرکتی، بی حالی و گوشه گیری داشته باشند.
- اشتغال فکری آنان احتمالاً پیرامون مرگ و خودکشی است. در این مورد که آیا این افراد باید برای درمان بستری شوند و یا اینکه تا چه اندازه برای خود خطرناک اند، باید بررسی دقیق به عمل آید.

### برافراشتگی مقیاس های مرتبط

- برافراشتگی مقیاس های ۱، ۲، ۳ مثلث نوروتیک نامیده می شود. انواع گسترده ای از شکوه ها وجود دارد که نه تنها شامل افسردگی است، بلکه شکوه های بدنی، تحریک پذیری، اشکال در روابط بین فردی، مشکلات شغلی و ناخشنودی عمومی را نیز در برمی گیرد (به انواع کد ۱۲/۲۱، ۱۳/۳۱، ۲۳/۳۲ نگاه کنید).
- برافراشتگی همزمان مقیاس ۷ (مقیاس ۲ و ۷ مقیاس های درماندگی نامیده می شوند). شاخصی از درد شخصی، اضطراب، ناراحتی، تنش، ناآرامی، خودتنبیهی و خودانتقادگری است؛ از یک نظر نشانه آمادگی فرد برای روان درمانی است، این افراد به سبب اینکه ناراحتی را تجربه می کنند انگیزه کافی برای ایجاد تغییر در خود را دارند (به کد نوع ۲۷/۷۲ نگاه کنید).
- برافراشتگی مقیاس ۲ و مقیاس ۸ از ویژگی افسردگی به صورت افکار نامعمول، ناوابستگی، انزوا و احساس بیگانگی است (به کد نوع ۲۸/۸۲ نگاه کنید).
- برافراشتگی متناظر مقیاس ۱ (همچنین برافراشتگی همزمان HEA و D3 هریس - لینگوز/ بدکارکردی بدنی). نشانه انواع مشکلات بدنی، شامل احساس تنبلی، تنش و پایین بودن انرژی است.

### دلالت های درمانی

- تأثیر عوامل بیرونی (واکنشی) یا عوامل درونی (روان زاد) را روی افسردگی بررسی کنید.
- ادراک های شناختی، حمایت های اجتماعی و شیوع نشانه های نباتی را بررسی کنید و درباره آنان روش های درمانی را مورد توجه قرار دهید.
- احتمال خودکشی را بررسی کنید، به ویژه زمانی که برافراشتگی های بالا یا خیلی بالا در مقیاس های ۴، ۷، ۸ و یا ۹ وجود داشته باشد (توجه داشته باشید که هیچ نیمرخ، خودکشی را به دقت پیش بینی نمی کند). هرگونه اظهار نظر در مورد رفتار خودکشی از روی نیمرخ آزمودنی، باید از طریق سنجش دقیق سایر متغیرهای مربوط (ویژگی های جمعیتی، وجود سابقه خودکشی، وقت و مرگ آور بودن نقشه و غیره) مورد بررسی بیشتر قرار گیرد.
- سطح متوسط افسردگی ممکن است نشانه مثبتی برای روان درمانی باشد، زیرا این گونه افراد انگیزه نیرومندی برای بهبودی دارند (اما شاخص های منفی احتمالی را با توجه به برافراشتگی های

TRT/ شاخص‌های منفی L, K, ۱ و ارسی کنید؛ اما نمره بسیار بالا نشان می‌دهد که درمان‌جو بیش‌ازاندازه افسرده است و برای تغییر انگیزه کافی ندارد.

### اظهارنظرهای بازخوردی برای درمان‌جو

نیمرخ آزمون شما نشان می‌دهد که شما در حال حاضر خلق پایین و احساس افسردگی دارید. بعضی وقت‌ها افرادی که افسرده هستند به آن عادت می‌کنند و نمی‌دانند تا چه اندازه افسرده‌اند، اما گاهی هم احساس ناراحتی شدید می‌کنند. در بیشتر موارد وقتی که شخص افسرده می‌شود اضطراب نیز به او دست می‌دهد. این اضطراب برای آنان به صورت یک احساس ترس درمی‌آید گویی اتفاق بدی در حال رخ دادن است... افسردگی با مشکلات تمرکز، حافظه و هشیاری و توجه کلی همراه است. ممکن است ناگزیر مطلبی را چند بار بخوانید تا آن را بفهمید یا کاری را که امروز یا دیروز انجام داده‌اید به یاد نیاورید. شما حتی ممکن است بترسید که مبدا ذهن خود را از دست بدهید. معمولاً این نشانه‌ها با درمان افسردگی کاهش می‌یابد... افسردگی اغلب با از دست دادن امید همراه است. شما ممکن است امید و رویاهای خود برای آینده را از دست بدهید و احساس کنید که آرزو داشتن بی‌فایده است زیرا به آن نمی‌رسید. دیگران ممکن است شما را بدبین بدانند، اما این بدبینی بازتاب ترس شماست از اینکه زندگی پایان گرفته و احساس می‌کنید آینده تاریک است... افرادی که دارای نیمرخ می‌مانند شما هستند، به شدت احساس گناه می‌کنند. شاید موانع اخیر یا فقدان‌های گذشته باعث شده است خود را سرزنش کنید و اینکه احساس کنید زندگی‌تان تباه شده و شکست‌هایتان نابخشودنی است. احساس گناه هم‌نشین دردآوری است که در نتیجه‌ی احساس شکست‌هایتان دارید. حتی اگر کاری را خوب انجام دهید یا دیگران نکات مثبت شما را بیان کنند، بازهم احساس گناه می‌کنید زیرا خود را شایسته‌ی آن نمی‌دانید.

### ملاحظات MMPI-A

توصیف‌کننده‌های قبلی MMPI-2 و کاربست مقیاس‌های هریس - لینگوز نیز در مورد نوجوانان، به ویژه دختران صدق می‌کند. علاوه بر این، نمره‌های بالا در مقیاس ۲ نوجوانان نشان‌دهنده مشکلات

(A-Sch) مقیاس مشکلات مدرسه‌ای را بررسی کنید) و دامن زدن بر جدال با والدین است (A-fam) مقیاس محتوایی مشکلات خانوادگی را بررسی کنید). احتمال برون‌ریزی کم است اما با احتمال بیشتر مشکلات خوردن (به ویژه در زنان)، شکوه‌های بدنی و عزت‌نفس پایین وجود دارد. آنان از نظر روابط شخصی افرادی درون‌گرا بوده و دوستان معدودی دارند.

### مقیاس ۳. نمایشی یا هیستریک (HY)

مقیاس ۳ در اصل به گونه‌ای طراحی شده است تا بیمارانی را که دچار اختلال حرکتی یا اختلال حسی روان‌زاد هستند مشخص سازد. محتوای این ۶۰ ماده در وهله نخست، شکوه‌های جسمانی



خاص و انکار دفاعی مشکلات هیجانی یا بین فردی را شامل است. انواع شکوه‌های جسمانی اغلب کاملاً ویژه بوده و حوزه‌هایی مانند خواب نامنظم، سرگیجه، تهوع، سردردها و دردهای قفسه سینه یا قلب را در برمی‌گیرد (HEA را بررسی کنید). ویژگی مهم افرادی که در مقیاس ۳ نمره بالا می‌گیرند این است که ضمن مطرح کردن شکوه‌های جسمانی خاص، از سبک یا شیوه انکار نیز استفاده می‌کنند و از این طریق حتی ممکن است خوش‌بینی مبالغه‌آمیزی را ابراز دارند. یکی از روش‌های مهم و اولیه آنان در مقابله با نگرانی و تعارض، نسبت دادن این ناراحتی‌ها به بدن و تبدیل آن‌ها به واکنش‌های جسمانی است؛ بنابراین، شکوه‌های بدنی آنان به گونه غیرمستقیم بیانگر این نوع تعارض‌ها است. آنان احتمالاً صفات شخصیت نمایشی دارند، زیرا خواهان محبت و حمایت اجتماعی هستند، اما آن را به شیوه غیرمستقیم و از راه تحت تأثیر قرار دادن دیگران جستجو می‌کنند. اینان احتمالاً افرادی هستند که به ابراز وجود در جمع‌گرایی داشته و در جمع به راحتی جلوه‌گر می‌شوند. به آسانی و به سرعت با دیگران ارتباط برقرار می‌کنند، اما ارتباطشان ممکن است سطحی باشد. رویکرد آنان به دیگران اغلب ناپخته و خودمحورانه است. آن‌ها احتمالاً برون‌ریزی جنسی و پرخاشگری دارند، اما نسبت به انگیزه‌های درونی خود و همچنین در مورد تأثیری که بر دیگران می‌گذارند بینش ندارند؛ اما باید دانست که مقیاس ۳ از نظر ترکیب ماده‌ها کاملاً همگون است. بر اساس تحلیل مواد هریس - لینگوز، این ماده‌ها به انکار اضطراب اجتماعی، نیاز به محبت، ضعف و رخوت، شکوه‌های بدنی و بازداری پرخاشگری تقسیم شده است. اگر مقیاس ۳ آشکارا برافراشته بوده و معنای برافراستگی برای متخصص بالینی روشن نباشد، استفاده از روش نمره‌گذاری هریس - لینگوز در این مورد مفید واقع می‌شود (بخش مربوط به مقیاس‌های فرعی هریس - لینگوز MMPI-2 و خرده مقیاس‌های Si که در ادامه این فصل آمده است را نگاه کنید).

### نمره‌های بالا در مقیاس ۳

- برون‌گرا، نمایشی و در جستجوی جلب توجه هستند.
- هم‌نوایی بالا، ناپخته، ساده، خودمحوری بچگانه و تکانشی هستند.
- نیاز شدیدی به تأیید، حمایت و محبت دارند و تلاش می‌کنند تا این‌ها را به طور غیرمستقیم در روابط بین فردی و تحت تأثیر قرار دادن دیگران به دست آورند.
- به سختی می‌توانند خصومت و رنجش خاطرشان را ابراز کنند.
- هدف آنان از برقراری ارتباط با دیگران اغلب تحت تأثیر قرار دادن آن‌هاست، نه انتقال اطلاعات خاص به آنان.
- ادراکشان از رویدادها کلی است و به جزئیات خاص و مربوط به موقعیت توجهی ندارند.
- سطوح پایینی از اضطراب، تنش و افسردگی را تجربه می‌کنند و درباره آسیب‌های روانی جدی مانند هذیان، توهم و سوءظن به ندرت گزارش می‌دهند.
- شکوه‌های جسمانی کارکردی دیده می‌شود.

- به طور معمول با افزایش سطح فشار روانی، مشکلات جسمانی آنان رو به وخامت می‌گذارد و وقتی که از شدت فشارها کاسته می‌شود ناراحتی‌های جسمانی آنان نیز به سرعت ناپدید می‌شود (به ویژه وقتی  $T > 79$  باشد).
- شکوه‌هایشان یا کاملاً مبهم و یا کاملاً اختصاصی است و مبنای شناخته‌شده‌ای ندارد.
- درمان‌جویان نشانه‌های خود را به طور خاص به زبان پزشکی بیان می‌کنند و اغلب به دنبال درمان پزشکی‌اند تا درمان روان‌شناختی.
- از مکانیسم دفاعی انکار و تجزیه استفاده می‌کنند.
- بینش پایینی دارند، مشکلات را انکار می‌کنند و نیاز شدیدی دارند تا تصویر مطلوبی از خود بسازند.
- افزایش نمره‌ها بازتابی از مبالغه در انکار، جسمانی‌سازی، تجزیه، ناپختگی، تلقین‌پذیری و سطوح پایین بینش آنان است.
- افرادی که نمره‌های متوسط می‌گیرند، ممکن است سطوح بهتری از سازگاری داشته باشند، به ویژه اگر تحصیل کرده و از طبقات بالای اقتصادی - اجتماعی باشند.
- افراد متقاضی استخدام که نمره‌های متوسط در این مقیاس دارند، ممکن است تأثیر مطلوبی بر روند استخدام بگذارند (که بازتاب تصدیق ماده‌هایی است که هرگونه نابهنجاری را انکار می‌کنند).

### برافراشتگی مقیاس‌های مرتبط

- به « $V$  تبدیلی» توجه کنید (به توصیف مقیاس ۱ هیپوکندری (HS) که در بخش پیشین همین فصل آمده است و همین‌طور کدهای ۱۲/۲۱، ۱۳/۳۱، ۲۳/۳۲ نگاه کنید).
- نمره‌های بالا در مقیاس‌های ۲ و  $K$  شخص احتمالاً خود را بازداری می‌کند، وابسته، بیش‌ازاندازه سستی و عرفی است و به دوست داشته شدن و پذیرش از ناحیه دیگران نیاز دارد (به ویژه اگر مقیاس‌های  $F$  و ۸ پایین باشد).
- نمره‌های بالا در مقیاس ۳، احتمال اینکه فرد روان‌پریش باشد را کاهش می‌دهد، حتی اگر مقیاس‌های ۶ و ۸ نسبتاً بالا باشند.

### دلالت‌های درمانی

- واکنش اولیه بیمار به درمان ممکن است مشتاقانه و خوشبینانه باشد که احتمالاً تا حدی از نیاز شدید او به دوست داشته شدن ناشی می‌شود.
- به سبب انکار و سرکوبی شدید، کسب بینش نسبت به انگیزه‌های زمینه‌ساز رفتارشان به کندی پیش می‌رود و وجود مشکلات روان‌شناختی را انکار می‌کنند.
- اغلب برای حل مشکلات خود راه‌های ساده‌لوحانه، عینی و آسان را جستجو می‌کنند.
- تلاش می‌کنند درمانگر را به حمایت از خود وادارند. هنگامی که با دفاع‌های آنان مقابله و مخالفت می‌شود، با رفتار خود درمانگر را بیشتر تحت تأثیر قرار می‌دهند یا ممکن است از روش



نامناسب درمان یا از عدم درک وی از طرف درمانگر، به شکوه متوسل شوند یا پرخاشگری کلامی کنند.

- تعارض‌های اصلی آنان معمولاً پیرامون مسئله استقلال در مقابل وابستگی است.
- پیشنهاد‌های مستقیم و معطوف به اهداف کوتاه‌مدت، اغلب در ایجاد تغییر مؤثر است.

### اظهار نظرهای بازخوردی برای درمان‌جو

نیمرخ شما نشان می‌دهد که ممکن است درباره سلامت و مشکلات خود نگران باشید. شاید گاهی سردرد، درد شکمی یا کمردرد را تجربه کنید. ممکن است دردهای مختلفی را تجربه کنید و ضعف، سرگیجه، تهوع، خستگی و یا نشانه‌های مبهمی که با علایم بدنی تغییر می‌کنند داشته باشید. این نشانه‌ها ممکن است شما را بترساند و باعث ناراحتی شما شود؛ اما شما سعی می‌کنید که در برابر آن‌ها شجاع بمانید. برخی از این نشانه‌ها ممکن است خیلی ناراحت‌کننده باشند، به ویژه اگر پزشکان از تشخیص دقیق آن‌ها ناتوان باشند. مسئله سردرگم‌کننده آن است که برخی از این نشانه‌ها ممکن است تغییر کنند و هیچ‌یک از آن‌ها برای مدت طولانی باقی نمانند. این نشانه‌های جسمانی ممکن است در زمان‌هایی که فشار روانی دارید شدت یابند و سپس ناگهان فروکش کنند... هرچند سعی می‌کنید خوشبین و مثبت باشید و درست رفتار کنید، اما زیر فشار اضطراب به ویژه وقتی که علایم جسمانی شدید می‌شوند احساس بدی پیدا می‌کنید. برای شما مشکل است که با این موضوع کنار بیایید و ممکن است به حمایت دیگران نیاز پیدا کنید... افرادی که نیمرخ روانی شبیه شما را دارند سعی می‌کنند شجاع و مثبت باشند، حتی زمانی که با درد و ناراحتی روبرو می‌شوند. برایتان مهم است که از نظر دیگران فردی خوشحال و خوب به نظر برسید و تلاش می‌کنید تا از تعارض پرهیزید. شما می‌کشید دیگران را خوب ببینید، اما گاهی مردم، شما را مأیوس می‌کنند زیرا ویژگی‌های منفی آنان را نادیده می‌گیرید یا انکار می‌کنید. برایتان مهم است که در مورد دیگران مثبت فکر کنید و نیز مهم است که آنان شما را شخص خوبی بدانند. سخت تلاش می‌کنید تا تأیید دیگران را به دست آورید. سعی می‌کنید تا دیگران را خوب ببینید و چشمتان را به شکست‌هایشان ببندید... شما گرایش دارید تا برخی از هیجان‌های منفی خود را انکار یا سرکوب کنید؛ زیرا برایتان مهم است که مثبت، خوشحال و سرزنده به نظر برسید و موجب ناراحتی اطرافیان خود نشوید، به این دلیل که گویی یاد گرفته‌اید برای ارتباط صمیمانه با دیگران هیجان منفی نداشته باشید.

### ملاحظات MMPI-A

اگرچه تفسیرهای مربوط به بزرگسالان در مورد مقیاس ۳ برافراشته را می‌توان در مورد نوجوانان نیز به کار بست، به دلیل تردیدآمیز بودن آن در مورد این جمعیت باید آن را با احتیاط تلقی کرد. به ویژه، استفاده از مقیاس‌های فرعی هریس - لینگوز برای روشن کردن معنای برافراستگی مقیاس مفید واقع می‌شود. در اینجا نیز زنان (اما نه مردان) ممکن است در پاسخ به فشارهای محیطی به شکوه‌های جسمانی بپردازند. در مورد مردان با احتمال بیشتر مسائل آموزشی (مقیاس محتوایی A-Sch /

مشکلات مدرسه‌ای را بررسی کنید) و سابقه انکار و یا ادای خودکشی مشاهده شده است؛ اما باید دانست که مقیاس ۳ در مورد پسران نوجوان به ندرت نقطه برافراشته است.

### مقیاس ۴: انحراف روانی - اجتماعی<sup>۱</sup> (PD)

هدف مقیاس ۴ سنجش سطح کلی سازگاری اجتماعی شخص است. سؤال‌ها به حوزه‌هایی مانند میزان بیگانگی با افراد خانواده، تأثیرناپذیری اجتماعی<sup>۲</sup>، مشکلات با مدرسه و صاحبان قدرت و بیگانگی از خود و جامعه مربوط است (مقیاس‌های محتوایی مشکلات خانوادگی / FAM و خشم / ANG). هدف طراحی مقیاس ۴ در اصل عبارت بود از مشخص کردن اشخاصی که به طور مکرر با قانون درگیر می‌شوند، اما از هوشبهر بهنجار برخوردار بوده و سابقه محرومیت‌های فرهنگی ندارند. آنان افرادی هستند که به نظر می‌رسد به پیامدهای اجتماعی رفتار خود توجهی نداشته و ظاهراً مشکل روان‌نژندی و یا روان‌پریشی نیز ندارند. منطق مهمی که تدوین مقیاس ۴ بر آن استوار است این است که افراد دارای نمره بالا در زمان آزمون به برون‌ریزی نمی‌پردازند. در واقع، ممکن است در ابتدا تصویر خوبی از خود ارائه دهند، تصویری که شاید بتوان گاهی آن را «جذاب» نیز توصیف کرد. دوستان و آشنایان جدید این افراد ممکن است باور نکنند که آنان حتی بالقوه ممکن است دارای توانایی اقدام به رفتارهای ضداجتماعی باشند؛ اما انتظار می‌رود که به هنگام مواجهه با موقعیت‌های فشارانگیز و موقعیت‌هایی که رفتار ثابت و مسئولانه‌ای را طلب می‌کند، به رفتارهای ضداجتماعی دست بزنند. هرچند ممکن است دستگیر و مجازات شوند، اما به سختی می‌توانند از خطاهایشان عبرت بگیرند.

گروه‌های مختلف نسبتاً بهنجار اغلب مقیاس ۴ برافراشته دارند، از آن جمله گروه‌های ضد فرهنگ<sup>۳</sup> که نمره بالای آنان بازتابی از مخالفتشان با ارزش‌ها و باورداشت‌های فرهنگ غالب جامعه است. به همین ترتیب، آمریکاییان آفریقایی‌تبار اغلب نمره‌های بالا می‌گیرند و این امر بدان سبب است که احساس می‌کنند بسیاری از قوانین و مقررات فرهنگ غالب ناعادلانه و به زیان آن‌هاست. دانشجویان دوره‌های کارشناسی ارشد و دکتری در رشته‌های علوم انسانی و علوم اجتماعی اغلب نمره‌های بالا می‌گیرند. خصایص مثبت‌تری که با نمره‌های متوسط همراه است شامل رک‌گویی، سنجیده اندیشی، با جرأت بودن، مردم‌آمیزی و فردگرایی است. علاوه بر این، افراد بهنجار برون‌گرا، خطرچو و دارای سبک زندگی غیر سنتی (هوانوردان، افسران پلیس، هنرپیشگان) نیز ممکن است در مقیاس ۴ نمره‌های برافراشته داشته باشند.

### نمره‌های بالا در مقیاس ۴

• مشکل با صاحبان قدرت



- مشکلات شغلی و رابطه‌ای مکرر
- ضعف در تحمل ملال و خستگی
- همانندسازی غلط و خشمگینانه با خانواده، جامعه یا هر دو
- روابط سطحی با دیگران که مشخصه آن ازهم‌پاشیدگی و آشفتگی مکرر و اشکال در برقراری رابطه وفادارانه‌ی درازمدت با دیگران است.
- ممکن است در نخستین برخورد تأثیر خوبی در دیگران داشته باشند، اما سرانجام رفتارهای ضداجتماعی غیرمسئولانه و غیرقابل‌اعتماد خود را بروز می‌دهند.
- برخلاف بازداشت شدن، به آسانی از پیامدهای رفتارهای خود درس نمی‌گیرند.
- هنگامی که با پیامد رفتارشان روبرو می‌شوند، ممکن است به واقع احساس ندامت کنند اما معمولاً این احساس زودگذر است.
- به دلیل اشکال در بهره‌گیری از تجربه، بهره‌مند شدن از روان‌درمانی برایشان دشوار است.
- وقتی کارها خوب پیش نمی‌رود، دیگران و به ویژه خانواده خود را سرزنش می‌کنند.
- افرادی که در مقیاس ۴ نمره‌های بالا می‌گیرند، اغلب خشمگین، بیگانه با دیگران، تکانشی و سرکش به نظر می‌رسند (مقیاس محتوایی رفتار ضداجتماعی / ASP را نگاه کنید) همچنین افرادی برونگرا، پرحرف، فعال و خودمحورند.
- سابقه مکرر درگیری با قانون و سوء مصرف الکل و مواد دارند.
- نمره‌های خیلی بالا نشانگر پرخاشگری یا حتی رفتار تجاوزگرانه، بی‌ثباتی، بی‌مسئولیتی، خودمحوری و مشکلات قانونی است.
- افراد با نمره‌های متوسط این ویژگی‌ها را دارند: ماجراجو، لذت‌جو، اجتماعی، دارای اعتمادبه‌نفس، جسور، غیرقابل‌اعتماد و زودرنج و تخیلی.

### برافراشتگی مقیاس‌های مرتبط

- برافراشتگی مقیاس‌های ۴ و ۹ (نوع کد ۹۴/۴۹ و مقیاس‌های محتوایی خشم / ANG و رفتار ضداجتماعی / ASP را نگاه کنید). با این ویژگی‌ها مرتبط است: داشتن انرژی لازم برای عمل بر اساس احساس‌های زیربنایی خشم و تکانشگری، سابقه رفتار تکانشی گسترده، رفتارهایی که باعث آسیب به شهرت خانواده می‌شود، احتمال درگیر شدن در فعالیت‌های جنایی. برافراشتگی متوسط در مقیاس ۴ و ۹ نشان‌دهنده رفتارهای جسورانه و احتمال سطح سازگاری مناسب است.
- مقیاس ۴ و ۸ بالا (نوع کد ۴۸/۸۴ را نگاه کنید). ابراز سایکوتیک رفتار ضداجتماعی.
- مقیاس ۴ بالا همراه با برافراشتگی بالای مقیاس ۳ (نوع کد ۳۴/۴۳ را نگاه کنید). رفتار ضداجتماعی ممکن است در پوشش روش‌های مبدل ابراز شود و می‌تواند دیگران را به رفتارهای برون‌ریزی برانگیزد.

• برافراشتگی بالای مقیاس ۴ و مقیاس ۲ (نوع کد ۲۴/۴۲ را نگاه کنید). کسانی که بر اثر رفتارهای ضداجتماعی بازداشت شده‌اند، در برابر رفتار خود، به طور موقت احساس پشیمانی و گناه می‌کنند.

### دلالت‌های درمانی

- در ابتدا به نظر می‌رسد که زمینه مساعدی برای روان‌درمانی داشته باشند، اما خصومت زمینه‌ساز، تکانشی بودن و مشکلات درازمدت آنان در ارتکاب جرم سرانجام آشکار می‌شود. آنان همچنین ممکن است به خاطر مشکلاتی که با آن‌ها درگیر شده‌اند دیگران را سرزنش کنند.
- توافق اولیه جهت روان‌درمانی ممکن است باعث اجتناب از پیامدهای منفی بعدی شود. هنگامی که این موارد تمام شود (برای مثال، تمام شدن آزادی مشروط، برگشت همسر) آن‌ها معمولاً به درمان خاتمه می‌دهند (به مقیاس محتوایی شاخص درمان منفی / TRT نگاه کنید).
- دشواری در متعهد کردن خود به هر نوع رابطه، از جمله رابطه با درمانگر.
- اگر سطح احساس آشفتگی ذهنی کم باشد (پایین بودن مقیاس‌های ۲ و ۷)، در این صورت انگیزه آنان به ویژه برای تغییر پایین خواهد بود.
- اهداف کوتاه‌مدت که به تغییرات رفتاری واضح متمرکز است (به جای صرفاً حرف زدن درباره تغییر) می‌تواند مفید باشد.
- انگیزه بیرونی برای درمان (مانند آزادی مشروط یا ادامه شغل) نیز ممکن است ادامه دادن درمان از سوی آن‌ها را افزایش دهد.

### اظهارنظرهای بازخوردی به درمان‌جو

شما مایلید مسیر تثبیت‌شده انجام کارها را به چالش بکشید و از نگاه کردن به مسائل از زاویه جدید نمی‌ترسید. شما فردی مستقل، هیجان‌طلب و تا اندازه‌ای خطر جو هستید که در سنین خردسالی یاد گرفته‌اید که زنده بمانید... همچنین یاد گرفته‌اید که به بازی گرفته شدن توسط دیگران، راهی برای کنار آمدن با دنیاست... همچنین جهان را به عنوان مکانی می‌دانید که در آن «سگ سگ را می‌درد» و اینکه سگ قوی‌تری باشید، تنها راه بقا است. شما ممکن است در پی یافتن موقعیتی از قدرت و کنترل باشید تا مانع شوید که دیگران شما را کنترل کنند. برایتان سخت است که به دیگران اعتماد کنید یا اینکه دست از دفاع بردارید تا بتوانید از حمایت عاطفی دیگران برخوردار شوید. شما از آن می‌ترسید که اگر ضعف خود را به دیگران نشان دهید، آنان با استفاده از ضعف‌تان از شما بهره‌کشی می‌کنند. دیگران ممکن است شما را بیش از آنچه هستید دست‌کاری کننده و خلافکار تصور کنند. چنان‌که از کودکی یاد گرفته‌اید که برای برآوردن نیازهای خود والدیتان را تحت فشار قرار دهید، ممکن است با دروغ مصلحت‌آمیز یاد گرفته باشید که «به گونه انتخابی گزارش دهید» و حتی آشکارا دروغ بگویید تا از تعارض و پیامدهای منفی اجتناب کنید... همچنین یاد گرفته‌اید هیجانات خود را خنثی سازید و به خود اجازه ندهید تا آن را حس کنید: در نتیجه شما جهان را



ملال انگیز و فاقد کشش و هیجان می بینید... هرچند دیگران ممکن است شما را جذاب بدانند و شما از مردم آمیزی لذت ببرید، اما متعهد شدن و دست از حالت دفاعی برداشتن و رابطه‌ی هیجانی نزدیک داشتن را دشوار می یابید... گاهی افرادی که نیمرخ روانی مشابه شما را دارند، در برابر قانون و صاحبان قدرت دچار مشکل می شوند... برای اینکه شما از مقررات پیروی کنید صاحبان قدرت باید احترام شما را به دست آورند. شما گرایش دارید که خطاها و نقاط ضعف آنان را جستجو کنید تا بدین وسیله ناهمنوایی و عدم اطاعت از قوانین اصلی را توجیه کنید.

### ملاحظات MMPI-A

در اغلب موارد برافراشتگی مقیاس ۴ بالاترین مقیاس نوجوانان است. یک سوم کامل نمونه بالینی که در تدوین MMPI-A مورد مطالعه قرار گرفتند دارای برافراشتگی ۶۵ و یا بالاتر در مقیاس ۴ بودند. این نمره‌های معمولاً بالا به احتمال بیشتر بازتابی از تلاش‌های پرتلاطم آنان برای هویت‌یابی و به دست آوردن استقلال از والدین است. بدین سان، این برافراشتگی ممکن است بخشی از مرحله موقت رشد و تحول نوجوانان باشد تا یک صفت مستمر و همیشگی آنان. با وجود این، نمره‌های بالا یا فوق‌العاده زیاد، سطوح مهم آسیب‌شناسی را منعکس می کنند. این نمره‌ها با رفتار بزهکارانی که به کارهای جامعه‌ستیز دست می زنند (مقیاس‌های A-ang / خشم و A-con / مشکلات سلوک)، با خانواده خود در تعارض‌اند (A-fam / مشکلات خانوادگی)، دارای مشکلات مربوط به مدرسه هستند (A - Sch / مسائل آموزشی) و یا به سوء مصرف مواد و یا الکل گرفتارند (مقیاس‌های تکمیلی MAC-R / علاقه به الکل و مواد و PRO / آمادگی برای ابتلای به الکل) همبسته است. اغلب در برابر این برون‌ریزی احساس گناه خفیفی را گزارش می کنند و نسبت به تنبیه مقاوم به نظر می رسند. سایر مشکلات ممکن است شامل بیرونی کردن مسائل رفتاری باشد، مانند دروغ‌گویی، تقلب، دزدی، حسادت، خشم شدید و ترک تحصیل. پسرها اغلب از سوء رفتار بدنی گزارش می دهند که آنان را وادار به فرار می کند و دختران نیز از سوء رفتار بدنی و از اینکه مورد سوء رفتار جنسی قرار گرفته‌اند گزارش می دهند. همچنین احتمال دارد که از نظر جنسی فعال باشند. اغلب انگیزه‌ای برای درگیر شدن با درمان ندارند. چون مقیاس ۴ ناهمگون و دارای تفسیرهای گوناگون است، نمره‌گذاری رسمی مقیاس‌های هریس - لینگوز و واریسی آن‌ها برای تعیین مناسب‌ترین تفسیر اغلب مفید واقع می شود.

### مقیاس ۵: مردانگی - زنانگی (MF)

هدف اولیه طراحی این مقیاس شناسایی مردانی بود که مشکل احساسات هم‌جنس‌گرایانه داشته و از نظر هویت جنسی سردرگم بودند؛ اما این مقیاس در اندازه‌گیری چنین خصوصیتی، عمدتاً ناموفق بوده است، زیرا به نظر نمی‌رسد که نمره بالا در این مقیاس لزوماً و به طور مشخص با رجحان جنسی فرد مرتبط باشد. در عوض این مقیاس نشانگر آن است که فرد تا چه اندازه نقش‌ها با علایمی را که به طور سنتی زنانه با مردانه توصیف شده‌اند تصدیق می کند. نمره بالا همچنین

همبستگی زیادی با هوش و سطح تحصیلات شخص دارد؛ بنابراین، مردانی که تحصیلات دانشگاهی دارند معمولاً نمره‌های نسبتاً بالا و زنانی که تحصیلات عالی دارند معمولاً نمره‌های نسبتاً پایین می‌گیرند. بدین‌سان، مردانی که دوره‌های دانشگاهی را تمام کرده‌اند معمولاً به طور متوسط ۵ نمره T بالاتر از نمونه هنجاریابی می‌گیرند ( $T=60-65$ ) و نمره کسانی که تحصیلات کمتر از دوره متوسطه دارند به طور متوسط ۵ نمره T پایین‌تر است. به بیانی دیگر، در تفسیر نتایج باید سطح تحصیلات آزمودنی در نظر گرفته شود. به نظر می‌رسد که محتوای ماده‌ها بر محور این پنج بعد سازمان‌یافته است: ثبات شخصی و پایداری هیجانی، همانندسازی و هویت جنسی، نوع‌دوستی، همانندسازی با مشاغل زنانه و انکار مشاغل مردانه. ماده‌های مقیاس در مورد زنان در جهت معکوس نمره‌گذاری می‌شود. بدین ترتیب، نمره‌های بالا در مورد مردان به طور سستی بیانگر ناهمانندی با نقش‌های مردانه کلیشه‌ای و نمره‌های بالا در مورد زنان به طور سستی بیانگر همانندی با این نقش‌های مردانه است.

مقیاس ۵ برخلاف سایر مقیاس‌های MMPI یک مقیاس بالینی نیست، زیرا هیچ‌یک از نشانه‌های بیماری را ارزیابی نمی‌کند و برای درمانگر اطلاعات بالینی واقعی فراهم نمی‌سازد؛ اما فایده بسیار مهم مقیاس ۵ این است که می‌تواند برای سایر مقیاس‌ها رنگ و بوی خاصی فراهم کند. این بدان معنا است که ابتدا باید به تفسیر سایر مقیاس‌ها پرداخت و سپس تفسیر این مقیاس را در ارتباط با مقیاس‌های دیگر مورد توجه قرار داد. برای مثال، برافراشتگی مقیاس ۴ نشانگر آن است که آزمودنی فردی تکانشی است، هنگامی که تحت فشار قرار می‌گیرد به برون‌ریزی می‌پردازد و نسبت به خود و اجتماع احساس بیگانگی می‌کند. حال اگر آزمودنی مرد بوده و نمره او در مقیاس ۵ بالا اما در مقیاس ۴ پایین باشد، احتمالاً فردی است که ناخشنودی خود را در عمل نشان می‌دهد، در مورد رفتار خود بیش ضعیفی دارد و بر قدرت جسمی تأکید می‌ورزد. برعکس، نمره بالا در مقیاس ۴ همراه با برافراشتگی در مقیاس ۵ نشانگر آن است که فرد مورد نظر بیشتر درون‌نگر و حساس بوده و در سخن گفتن مهارت دارد و ممکن است احساسات ضداجتماعی خود را در جهت ایجاد تغییرات اجتماعی به کار اندازد؛ اما به هنگام تصمیم‌گیری در مورد اینکه چه نمره‌ای می‌تواند برای مقیاس ۵ بالا یا پایین محسوب شود، همواره باید سطح تحصیلات و موقعیت اجتماعی - اقتصادی فرد در نظر گرفته شود.

### نمره‌های بالا در مقیاس ۵ (مردان)

- علایق زیبایی‌شناسی و هنری
- علاقه اندک به علایق مردانه کلیشه‌ای و قالبی
- بیش از مردان دیگر با فرزند پروری و خانه‌داری درگیر می‌شود.
- با فراست، حساس و درون‌نگر (این ویژگی‌ها باعث بهره‌گیری بیشتر از روان‌درمانی می‌شود)



● احتمال کم برون‌ریزی آسیب‌شناسی موجود

### نمره‌های پایین در مقیاس ۵ (مردان)

- به طور کلیشه‌ای تمایل به علائق، مشاغل، سرگرمی‌ها و سایر فعالیت‌های مردانه.
- خود را به شدت «مردانه» نشان می‌دهند.

### نمره‌های بالا در مقیاس ۵ (زنان)

- علاقه به فعالیت‌ها و علائق سنتی مردانه
- درگیر مشاغلی می‌شوند که به طور معمول مردان اداره می‌شود.
- درگیر شدن در روان‌درمانی معمول برایشان دشوار است، زیرا آن‌ها معمولاً ارزشی برای خویشتن‌نگری و بینش قائل نیستند و ممکن است در بیان و ابراز هیجان‌های خود مشکل داشته باشند.

### نمرات پایین در مقیاس ۵ (زنان)

- تأیید و موافقت با بسیاری از نقش‌ها، رفتارها و علائق سنتی زنانه
- به احتمال از قرار گرفتن در نقش مادران یا همسران رضایت‌مندی بیشتری دارند.

### ملاحظات MMPI-A

برافراشتگی مقیاس ۵ در مورد پسران گروه‌های نمونه هنجاری و بالینی MMPI-A نادر بود. پسرانی که نمره بالا دارند ممکن است به امور کلیشه‌ای زنان علاقه نشان دهند، علایق کلیشه‌ای مردان را انکار کنند و احتمال برون‌ریزی در آنان ضعیف باشد. اگر در سایر مقیاس‌هایی که نشان‌دهنده برون‌ریزی است برافراشتگی همزمان دیده شود (مقیاس‌های ۴، ۹، F) این مسئله باید بیشتر از برافراشتگی مقیاس ۵ مورد توجه قرار گیرد. در مورد رفتارهای مرتبط با نمره‌های بالا و پایین دختران نوجوان به پژوهش‌های بیشتری نیاز است، اما تفسیرهای آزمایشی نشان می‌دهد که دارندگان نمره‌های بالا به امور کلیشه‌ای مردانه علاقه نشان می‌دهند.

### مقیاس ۶. پارانوئید (PA)

مقیاس ۶ برای تشخیص افرادی که وضعیت یا حالات پارانوئید دارند طراحی شد. این مقیاس میزان حساسیت بین فردی<sup>۱</sup>، خود‌ذی‌حق‌شماری<sup>۲</sup> و بدگمانی را در شخص اندازه‌گیری می‌کند. بسیاری از ۴۰ ماده این مقیاس بر حوزه‌هایی مانند افکار به خود بستن<sup>۳</sup>، باورداشت‌های هذیانی<sup>۴</sup>،

بدگمانی فراگیر<sup>۱</sup>، احساسات گزند و آسیب، باورهای شخصی بزرگمنشی و خشکی بین فردی، تمرکز یافته‌اند. درحالی که محتوای برخی از ماده‌ها آشکارا در مورد روان‌پریشی است، برخی دیگر از پرسش‌ها به اطلاعاتی در مورد انگیزه‌های نهفته ادراک شده مربوطند. مقیاس‌های فرعی هریس - لینگوز، ماده‌های مقیاس ۶ را به افکار نفوذ خارجی، حزن و جریحه‌دار شدن احساسات<sup>۲</sup> (احساس عصبیت، حساسیت، داشتن احساسات نیرومندتر از دیگران و احساس جدایی یا فاصله بین فردی) و ساده‌اندیشی با ساده‌لوحی<sup>۳</sup> (خوش‌بینی افراطی، اخلاقیات بالا، انکار خصومت، اعتماد بیش از اندازه و آسیب‌پذیری در برابر آزرده‌گی) تقسیم می‌کند.

برافراشتگی‌های خفیف در مقیاس ۶ حاکی از آن است که نیمرخ روانی متعلق به فردی هیجانی و دل‌رحم است که حساسیت بین فردی را نیز تجربه می‌کند. با افزایش برافراشتگی، خصوصیات فرد نیز به تناسب شدت یافته و با فرآیندهای روان‌پریشی همسانی بیشتری نشان می‌دهند. چنین فردی ممکن است دارای هذیان، افکار به خود بستن، خود بزرگ‌پنداری و فرآیندهای فکری مختل باشد. برعکس، کسانی که نمره‌های پایین می‌گیرند، افرادی متوازن به نظر می‌رسند؛ اما بین خصایص مردان و زنانی که نمره‌های پایین می‌گیرند تفاوت‌هایی وجود دارد. مردانی که نمره‌های پایین دارند، به صورت افرادی بانشاط، مصمم، خودمحور، فاقد حس وجدان نیرومند و دارای دامنه علایق محدود هستند، اما زنانی که نمره‌های پایین می‌گیرند به گونه متفاوت و به صورت افرادی منطقی و پخته توصیف می‌شوند. افرادی که نمره‌های بسیار پایین می‌گیرند ممکن است واقعاً پارانویید باشند اما سعی می‌کنند آن را پنهان نگه‌دارند؛ بنابراین، خصایص آنان در واقع کاملاً شبیه کسانی است که نمره بالا می‌گیرند.

مقیاس ۶ به لحاظی از دقت کافی برخوردار است، زیرا کسانی که نمره‌های بالا می‌گیرند به گونه‌ای معنی‌دار افکار پارانویایی دارند؛ اما محتوای بیشتر ۴۰ ماده این مقیاس کاملاً آشکار است؛ بنابراین، کسی که به دلیل تصور عواقب ناشی از کشف افکار پارانویایی خویش، قصد سرپوش نهادن بر پارانویای خود دارد، می‌تواند به راحتی در این کار موفق شود. به بیانی دیگر، حتی افرادی که نمره‌های متوسط یا پایین می‌گیرند نیز ممکن است صفات پارانویایی داشته باشند. این حالت به ویژه در مورد افراد باهوش و اشخاصی که از مهارت روان‌شناختی برخوردارند صادق است. آنان نه تنها در موقعیت آزمون بلکه حتی در زندگی واقعی نیز ممکن است افکار پارانویایی خود را پنهان کنند؛ بنابراین، ممکن است در یکی از گروه‌های سیاسی افراطی یا فرقه‌های مذهبی عضو شوند تا از طریق جلب حمایت نسبی اجتماعی، لباس موجهی بر فرآیندهای پارانوییدی خود بپوشانند. به هر حال برافراشتگی آشکار مقیاس ۶، یک شاخص عالی برای تشخیص پارانویاست.



- به شدت بدگمان، کینه‌جو، دارای افکار آشفته و خشمگین هستند.
- احساس می‌کنند با آن‌ها بدرفتاری شده است و معمولاً انگیزه اعمال دیگران را به بدی تعبیر می‌کنند و احساس می‌کنند از زندگی بهره‌ای نبرده‌اند.
- ممکن است دچار اختلال فکری همراه با افکار به خود بستن، تفکر هذیانی، وسواس فکری - عملی تثبیت شده و فوبیا باشند.
- شیوه تفکر آن‌ها بسیار خشک و انعطاف‌ناپذیر بوده و بسیار مجادله‌گرند.
- به سادگی ممکن است اظهارنظر خیرخواهانه دیگران را انتقاد تلقی کنند.
- همه یا قسمتی از اظهارنظرهای دیگران را بزرگ کرده و آن‌ها را انتقاد می‌پندارند.
- خشم‌های زمینه‌ساز را به شیوه عقلی و اخلاقی ابراز می‌دارند.
- از طریق عقلانی سازی اضطراب خود را کاهش می‌دهند.
- برای افکار و احساس خصومت زمینه‌ساز از فرافکنی استفاده می‌کنند.
- خصومت خود را به روش‌های غیرمستقیم ابراز می‌کنند (اما به ظاهر حالت خود - تنبیهی به خود می‌گیرند).
- احساس می‌کنند که زمانه با آنان سر سازگاری نداشته است و نسبت به اعضای خانواده احساس آزرده‌گی می‌کنند.
- برافراشتگی‌های متوسط به احتمال کمتری روندهای روان‌پریشی را منعکس می‌کنند، اما درعین حال افرادی بدبین، مجادله‌گر، دارای خصومت بالقوه هستند و در روابط بین فردی کاملاً حساس‌اند.
- برافراشتگی‌های خفیف (برای گروه‌های غیر بیمار) به طور معمول مطلوب توصیف می‌شوند: افرادی، سخت‌کوش، زبردست، اخلاقی، احساساتی، نرم‌دل، صلح‌جو، بخشنده و اعتماد کننده (مگر مورد خیانت واقع شوند)، باهوش، باوقار، منطقی، منصف هستند و دامنه علایق گسترده‌ای دارند.
- برافراشتگی خفیف (برای گروه غیربیمار) همچنین ممکن است نشان‌دهنده افرادی مطیع، مستعد نگرانی، عصبی و فاقد اعتمادبه‌نفس باشند.
- برافراشتگی خفیف (برای بیماران روان‌پزشکی) نشان‌دهنده این ویژگی‌هاست: حساسیت افراطی تا اندازه‌ای پارانوئید، بدگمان و دارای این احساس که حمایت کافی از محیط خود دریافت نمی‌دارند.

### برافراشتگی مقیاس‌های مرتبط

- برافراشتگی بالا در مقیاس‌های ۶ و ۸ (کد دونقطه‌ای ۶۸/۸۶) با احتمال زیاد نشانگر اسکیزوفرنی پارانوئید است.

• **برافراشتگی متناظر مقیاس ۳** (کد دونقطه‌ای ۹۳/۳۶): احساسات پرخاشگری و خصومت خود را سرکوب می‌کنند و به ظاهر افرادی ساده، مثبت و پذیرا جلوه می‌کنند؛ به آسانی ممکن است با دیگران روابط سطحی برقرار کنند اما به محض عمیق شدن این روابط، بدگمانی، خصومت، بی‌رحمی و خودمحوری زمینه‌ساز آنان به گونه‌ای آشکارتر بروز می‌کند.

### دلالت‌های درمانی

- شاخصی از ارتباط توأم با اعتماد درمان‌جو، نگرش نسبت به مقامات قدرت و درجه‌ای از انعطاف‌پذیری را نشان می‌دهد.
- روان‌درمانی در مورد این افراد، به دلیل انعطاف‌ناپذیری، سطح پایین بینش و بدگمانی، ممکن است بسیار دشوار باشد (مقیاس شاخص‌های درمان منفی TRT /N را بررسی کنید).
- اغلب مجادله‌گر، بدبین و زودرنج هستند. بنابراین برقراری ارتباط متقابل توأم با اعتماد، همدلی و احترام با آنان دشوار است.
- بحث درباره موضوع‌های هیجانی را دوست ندارند، برای کارهای منطقی ارزش زیادی قائل‌اند و ممکن است به خاطر مشکلات خود، دیگران را مورد سرزنش قرار دهند.
- اغلب پس از نخستین جلسه ملاقات نزد متخصص بالینی باز نمی‌گردند و با این احساس مطب را ترک می‌کنند که متخصص بالینی آنان را درک نکرده است. چالش عمده آن است که به درمان‌جو انتقال داده شود که درک شده است (در ادامه عبارات بازخوردی درمان‌جو را ببینید).
- ممکن است با بیان ضمنی این‌که درمان را ترک می‌کنند، درمانگر را تحت تأثیر قرار داده و او را کنترل کنند.
- نمره‌های خیلی بالا نشانه فرایندهای روان‌پریشی است که احتمالاً نیازمند درمان است (BTZ/اندیشه‌های نامأنوس و خوشه‌های ماده‌های بحرانی مربوط به گم‌گشتگی ذهنی و مقیاس‌های فرعی افکارگزند و آسیب را بررسی کنید). ممکن است درمان دارویی ضرورت پیدا کند.
- اگر آشفتگی فکری و رنجش آشکار باشد، در این صورت باید احتمال خطر آنان برای دیگران را مورد ارزیابی قرار داد.

### اظهارنظرهای بازخوردی به درمان‌جو

شما فرد منطقی، منصف و با وفایی هستید. معیارهای شخصی بالایی دارید و سخت می‌کوشید تا مورد انتقاد و قضاوت قرار نگیرید. از ارزش‌های قوی برخوردارید و ممکن است در مورد راه‌های درست و غلط و در انجام دادن کارها، بسیار واضح و مشخص برخورد کنید... شما در برابر هرگونه قضاوت و انتقاد آسیب‌پذیر هستید. در حال حاضر شما ممکن است احساس کنید که در لبه قرار گرفته‌اید و تنیده هستید، درست مثل اینکه کسی می‌خواهد از شما به ناحق انتقاد کند یا شما را مورد حمله قرار دهد. گاهی حساسیت خود را به صورت بدبینی نشان می‌دهید به طوری که نمی‌دانید باید به چه کسی اعتماد کنید. در این مواقع ممکن است کاملاً دچار ترس شوید زیرا نمی‌دانید که آیا



بدرفتاری دیگران به دلیل حساسیت شماس است یا اینکه کارها را به روشنی درک می کنید. اگر احساس کنید با شما منصفانه رفتار نشده است یا احساس کنید دیگران بدرفتاری می کنند، این موضوع شما را عصبانی کرده و احساس می کنید به اشتباه پس رانده شده اید. اگر دیگران به شما آسیب برسانند، حتی اگر آن ها را ببخشید، برایتان سخت است کاری که آنان نسبت به شما انجام داده اند را فراموش کنید. شما نمی گذارید که دیگران بفهمند آسیب دیده یا خشمگین شده اید، مگر این کار را کاملاً موجه تشخیص دهید، اما در آن زمان شما خشمگین بوده و این احساس را داشته اید که دیگران نسبت به نیازهای شما حساس نبوده اند. شما ممکن است رنجش های خود را فرو ببرید و درباره آن ها دلیل تراشی کنید بی آنکه دیگران به احساسات شما پی ببرند و اگر آنان به کارشان ادامه دهند، شما سر آنان غر می زنید و احساس بهتری پیدا می کنید. شما چیزی را درخواست نمی کنید مگر آنکه احساس کنید سزاوار آن هستید، چون شما نسبت به منصفانه بودن حساس هستید. زمانی که سرانجام احساساتتان را بیان می کنید ممکن است توضیح دهید که چرا احساس خشم و آسیب می کنید. این روشی است که خودتان را متقاعد می کنید، هرچند بعضی ها ممکن است دفاعی رفتار کنند یا مجادله نمایند.

### ملاحظات MMPI-A

برافراشتگی ها با مشکلات تحصیلی از جمله نمره های ضعیف و ترک تحصیل همراه اند (مقیاس محتوایی مسائل آموزشگاهی A-Sch / را بررسی کنید). دختران بالینی، ناسازگاری و عدم توافق جدی با والدین خود را گزارش می دهند (مقیاس محتوایی مشکلات خانوادگی A-fam / را بررسی کنید). پسران بالینی به صورت افرادی خصومت گر، منزوی، ناپخته و مجادله گر توصیف می شوند؛ آنان احساس می کنند مورد آزار و بی مهری همسالان قرار می گیرند. علاوه بر این، به نظر می رسد که بیش از اندازه به بزرگسالان وابسته اند، برای جلب توجه دیگران تلاش می کنند و افرادی زودرنج، اضطرابی و وسواسی هستند. احساس می کنند افراد بدی هستند و مستوجب تنبیه هستند. چون ماده های بین MMPI، MMPI-A و MMPI-2 یکسان است، می توان از مقیاس های هریس - لینگوز برای درک الگوهای احتمالی تأیید ماده ها استفاده کرد.

### مقیاس ۷. ضعف روانی (PT)

۴۸ ماده مقیاس ۷ در اصل برای اندازه گیری نشانه های ضعف روانی طراحی شدند. اگرچه ضعف روانی اکنون دیگر به عنوان یک تشخیص مرضی به کار برده نمی شود، اما در زمانی که MMPI ساخته شد، استفاده از آن رایج بود. ضعف روانی شامل وسواس های فکری، وسواس های عملی، ترس های غیرمنطقی و تردیدهای افراطی بود؛ بنابراین، کاملاً شبیه اختلال اضطرابی امروز همراه با اختلال وسواس فکری - عملی است. با وجود این، چند تفاوت عمده نیز وجود دارد. مقیاس ۷،

بیشتر ترس‌ها و اضطراب‌های آشکار را که ممکن است شخص تجربه کند اندازه می‌گیرد (مقیاس اضطراب / ANX را نیز بررسی کنید). برعکس، کسانی که به اختلال وسواس فکری - عملی مبتلا هستند، بالقوه ممکن است در مقیاس ۷ نمره کاملاً پایینی بگیرند، زیرا رفتارها و وسواس‌های فکری آنان در کاهش سطح اضطراب‌شان مؤثر است (مقیاس محتوایی وسواس / OBS را بررسی کنید). اگرچه برافراشتگی در مقیاس ۷ ممکن است احتمال اختلال وسواس فکری - عملی را نشان دهد، اما سایر اختلال‌های وابسته به اضطراب یا حالت‌های موقعیتی نیز می‌توانند این برافراشتگی را موجب شوند.

مقیاس ۷ یک مقیاس بالینی است که به روشن‌ترین شکل، اضطراب و نشخوار ذهنی خود - تردیدی<sup>۱</sup> را اندازه‌گیری می‌کند؛ بنابراین، برافراشتگی آن همراه با برافراشتگی مقیاس ۲ شاخص کلی مناسب برای میزان درماندگی<sup>۲</sup> شخص است. کسانی که نمره‌های بالایی می‌گیرند احتمالاً تنیده، غیر مصمم، به گونه وسواسی نگران بوده و مشکل در تمرکز دارند. در یک بافت پزشکی، آنان مستعدند که حتی در برابر شکوه‌های کم‌اهمیت پزشکی واکنش افراطی نشان دهند. آنان معمولاً افرادی خشک، تهییجی، ترسو و مضطرب هستند. بیشترین شکایت آنان در مورد ناراحتی‌های قلبی و همچنین در زمینه دستگاه گوارشی و مجاری ادراری است. در گروه‌های غیر بیمار و جمعیت‌های بهنجار، کسانی که نمره‌های بالا می‌گیرند احتمالاً افرادی عصبی یا کوک شده<sup>۳</sup>، دارای قدرت بیان، فردگرا و کمال‌گرا بوده و دارای معیارهای بالای اخلاقی هستند.

### نمره‌های بالا در مقیاس ۷

- بیمناک، نگران، کمال‌گرا، تنیده، دشواری در تمرکز
- بسیار درون‌نگر، خود - انتقادگر، خودآگاه و دارای احساس گناه تعمیم‌یافته
- دارای انواع ترس‌های خرافی
- نظم، با وجدان، قابل اعتماد، با پشتکار و سازمان‌یافته
- اغلب دارای معیارهای اخلاقی بالا برای خود و دیگران
- فاقد اصالت و ابتکار
- حتی مشکلات جزئی ممکن است موجب نگرانی قابل توجه شود.
- در مورد اهمیت رویدادها مبالغه می‌کنند.
- با دلیل تراشی و توجیه عقلی نگرانی را کاهش می‌دهند؛ این دفاع‌ها به ندرت موفقیت‌آمیزند.
- دفاع در برابر اضطراب‌هایشان ممکن است به صورت انواع رفتارهای تشریفاتی جلوه‌گر شود.



- این افراد خود - تردیدی، انعطاف‌ناپذیری، وسواس، بیمناکی، نامطمئنی و بی تصمیمی را تجربه می‌کنند.
- مشکلات اجتماعی دارند، بیشتر اوقات درباره میزان پذیرش و محبوبیت‌شان نگرانند.
- نمره‌های بسیار بالا توانایی شخص در انجام دادن فعالیت‌های روزانه را مختل می‌کند.

### برافراشتگی مقیاس‌های مرتبط

- برافراشتگی متوسط مقیاس ۷ و ۲ (کد دونقطه‌ای ۷۲/۲۷). نشانگر یک پیش‌آگهی خوب برای درمان است؛ زیرا مراجعان به اندازه کافی احساس ناراحتی می‌کنند که انگیزه مناسبی برای تغییر است.
- برافراشتگی مقیاس‌های ۷ و ۸ با برافراشتگی بالاتر مقیاس ۷ نسبت به ۸ (نمره ۱۰) T یا بیشتر (کد دونقطه‌ای ۷۸/۸۷). شخص درباره فرآیند روان‌پریشی زمینه‌ساز مضطرب است و با آن مبارزه می‌کند، پیش‌آگهی بهتر.
- برافراشتگی‌های مقیاس‌های ۷ و ۸ با پایین‌تر بودن مقیاس ۸ (نمره ۱۰) T یا بیشتر. شخص احتمالاً از تلاش برای مبارزه با اختلال دست کشیده است و فرآیندهای روان‌پریشی ماهیت مزمن دارد یا به احتمال در حال مزمن شدن است.

### دلالت‌های درمانی

- به طور معمول برای تغییر انگیزه قوی دارند، معمولاً درمان را ادامه می‌دهند. پیشرفت آن‌ها معمولاً کند اما پیوسته است.
- نخستین اقدام مستقیم در مورد اضطراب است (مانند استفاده از بازسازی شناختی، هیپنوتیزم، آرمیدگی یا حساسیت‌زدایی منظم).
- در مواردی که اضطراب به اندازه کافی بالاست، تجویز یک برنامه دارویی ضد اضطراب می‌تواند توصیه شود. این موضوع می‌تواند برای افزایش کارایی، دریافت درمان و بهبود کارکرد آنان در فعالیت‌های روزانه سودمند واقع شود.
- درمان بینش‌مدار را باید با احتیاط به کار برد. این بیماران گرایش دارند بدون هیچ‌گونه تغییر محسوس به توجیه عقلی و نشخوار ذهنی افراطی پردازند. ممکن است بیش‌ازاندازه کمال‌گرا و انعطاف‌ناپذیر باشند. در نتیجه پذیرفتن بینش یا استفاده از آن به شیوه‌ای انعطاف‌پذیر و حل مسئله برایشان دشوار است.

### اظهارنظرهای بازخوردی به مراجع

شما فردی متفکر، تحلیل‌گر و مسئولیت‌پذیر هستید و زندگی را جدی می‌گیرید. تمایل دارید به جزئیات توجه کنید و همه‌چیز را از اول تا آخر مرور می‌کنید. شما معمولاً از قوانین پیروی می‌کنید و قابل‌اعتماد هستید. وظیفه‌شناس و با وجدانید به طوری که دیگران می‌توانند روی شما حساب

کنند... اما در حال حاضر بعضی از نقاط قوتتان علیه شماست. شما زمان زیادی را به عقب برمی گردید و جهان را نظاره می کنید و نگران هستید که بعضی اشتباه های شما فاجعه به بار آورند. شما اغلب احساس اضطراب می کنید گویی اتفاق بدی در حال رخ دادن است. حتی وقتی کارها به خوبی پیش می روند به سختی می توانید ذهن خود را از احساس عصبیت رها سازید... خودانگیز بودن برایتان سخت است زیرا همه جای همه چیز را می بینید. وقتی می خواهید تصمیمی بگیرید بیش از حد نگران می شوید که مبادا چیز مهمی را فراموش کرده باشید. بخشی از علت این همه ناراحتی شما در این اشتباه است که اگر کاری خوب پیش نرود شما به شدت احساس گناه می کنید. نه تنها به اشتباه های احتمالی آینده متمرکز می شوید، بلکه درباره گذشته نیز وقت زیادی صرف می کنید و در مورد اشتباهاتی که مرتکب شده اید و درباره احساس گناهی که به شما دست می دهد دچار وسواس می شوید... شما خود را به بدترین صورت مورد انتقاد قرار می دهید. حتی زمانی که همه چیز خوب پیش می رود، نمی توانید آرام باشید و لذت ببرید.

### ملاحظات MMPI-A

معدودی توصیف کننده برای نوجوانانی که در مقیاس Pt نمره بالا گرفته اند به دست آمده است. گمان می رود که این امر بخشی به دلیل سبک شخصیتی انعطاف ناپذیر اوایل نوجوانی است که ممکن است در زندگی بزرگسالی آنان مشکل آفرین نباشد. دختران جمعیت های بالینی احتمالاً افسرده بوده ممکن است تهدید به خودکشی کنند، دست به دزدی بزنند و اختلاف نظرهای جدی با والدینشان را گزارش دهند. پسران جمعیت های بالینی احتمال دارد از اعتماد به نفس پایین برخوردار بوده و مورد سوء رفتار جنسی قرار گرفته باشند؛ اما برای درک روشن تر همبسته های رفتاری نمره های بالای مقیاس ۷ در مورد نوجوانان، باید پژوهش های بیشتری صورت گیرد.

### مقیاس ۸ اسکیزوفرنی (SC)

مقیاس ۸ در اصل برای شناسایی افرادی که اختلال اسکیزوفرنیک یا شرایط شبه اسکیزوفرنیک را تجربه می کنند طراحی شد. این مقیاس تا حدودی در تشخیص اسکیزوفرنی موفق بوده است، زیرا با افزایش نمره فرد در این مقیاس، احتمال ابتلای وی به اسکیزوفرنی نیز بالا می رود؛ اما حتی افرادی هم که نمره های کاملاً بالایی می گیرند، لزوماً ملاک های تشخیصی اسکیزوفرنی را ندارند. بخشی از علت این امر آن است که ماده های گنجانده شده در مقیاس ۸ حوزه های کاملاً گوناگونی را در برمی گیرند؛ بنابراین، برافراشتگی ها می توانند به دلایل مختلفی ایجاد شوند و توصیف افراد دارای نمره های بالا همچنین ممکن است گوناگون باشد. ماده های آن، مواردی مانند بیگانگی اجتماعی<sup>۱</sup>، بی احساسی<sup>۲</sup>، روابط ضعیف خانوادگی، فرآیندهای فکری غیرمعمول و ادراک های نامأنوس را اندازه گیری می کنند. هدف سایر سؤال ها اندازه گیری مواردی مانند کارایی کاهش یافته،



مشکل در تمرکز حواس، ترس‌ها و نگرانی‌های عمومی، ناتوانی در کنار آمدن و مشکل در کنترل تکانش‌ها است. به دلیل زیاد بودن تعداد ماده‌ها، ناهمگونی محتوای آنها و شاخص‌های بالقوه زیادی که از نمره‌های بالا در مقیاس ۸ به دست می‌آید، توصیه می‌شود که برای درک بهتر معنای این برجستگی‌ها به خرده مقیاس‌های هریس - لینگوز رجوع شود. شش حوزه محتوایی مختلف زیر توسط هریس و لینگوز توصیف شده‌اند.

۱- بیگانگی اجتماعی

۲- بیگانگی هیجانی

۳- فقدان تسلط شناختی «من»<sup>۱</sup> (فرآیندهای تفکر عجیب، ترس از دست دادن ذهن، دشواری در تمرکز، احساس‌های غیرواقعی)،

۴- فقدان تسلط شناختی «من» (اشکال در کنار آمدن با زندگی روزمره، علاقه کم نسبت به زندگی، ناامیدی، افسردگی)

۵- فقدان بازداری تسلط دفاعی «من»<sup>۲</sup> (تکانشگری، بیش‌فعالی، احساس فقدان کنترل، دوره‌های خنده یا گریه)

۶- تجارب حسی غیرمعمول.

به طور کلی نمره برافراشته در مقیاس ۸ نشانگر این است که شخص دارای احساس بیگانگی و دوری از موقعیت‌های اجتماعی است و احساس می‌کند که او را به خوبی درک نمی‌کنند. زندگی تخیلی او بسیار گوناگون است و هنگامی که تحت فشار قرار می‌گیرد، بیشتر از همیشه به این زندگی خیالی و رویایی پناه می‌برد. اطرافیانش به احتمال زیاد او را فردی نامتعارف یا غیرعادی، انزواطلب، مرموز و غیرقابل دسترس می‌دانند. او اغلب در حفظ یک خط فکری روشن و پیوسته مشکل دارد. مهارت‌های ارتباطی او ضعیف است؛ احساس دیگران اغلب این است که برخی از اجزای مهم مطلبی را که این فرد سعی در بیان آن‌ها دارد نمی‌فهمند. شخص نوع افکارش را به طور مستقیم و روشن اظهار نمی‌کند و اغلب اوقات تمرکز بر روی یک فکر برای مدت طولانی برایش مشکل است.

نوجوانان نیز در مقیاس ۸ نمره‌های بالاتری می‌گیرند که این امر احتمالاً به برخورد باز آنان به تجربه‌های غیرمعمول، آشفتگی آنان در ایجاد احساس هویت استوار و احساس بیگانگی بیشتر مربوط است. بعضی از گروه‌های نسبتاً بهنجار ممکن است در مقیاس ۸ برافراشتگی نسبتاً متوسط داشته باشند. این‌ها ممکن است افراد دچار نقایص حسی، دارندگان اختلال عضوی مغز و یا افراد غیر سنتی که با فرهنگ مخالف همانندسازی می‌کنند را شامل شوند. گاهی نیز کسانی که در مصرف مواد مخدر تجارب متعدد دارند ممکن است در مقیاس ۸ نمره‌های نسبتاً بالا بگیرند. شاید این امر بیشتر منعکس‌کننده تأثیر و عواقب مستقیم خود مواد مخدر باشد تا سطوح بالاتر آسیب‌های روانی.

## نمره‌های بالا در مقیاس ۸

- باورهای غیرعادی و غیرمتعارف
- احتمال دشواری در تمرکز و توجه مستمر
- برافراشتگی متوسط: صرفاً کناره‌گیر، متفاوت، دارای روی‌آوری نوآورانه به کارها؛ ممکن است دارای علایق فلسفی، دینی و انتزاعی باشند؛ کم‌توجه نسبت به امور عینی و محسوس.
- برافراشتگی متوسط: دیگران او را کم‌رو دوری‌گزين و خوددار یا محتاط می‌دانند.
- برافراشتگی‌های بالاتر: دارای مشکلات زیاد در سازمان‌دهی و جهت‌دادن به افکار، پرخاشگر، متغیر و یا دارای احساس خصمانه است اما نمی‌تواند این احساسات را بروز دهد.
- آنان ممکن است این ویژگی‌های مثبت را داشته باشند: صلح‌جو، سخاوتمند، احساساتی، هوشیار، جالب‌توجه، خلاق و خیال‌پرداز
- برافراشتگی خیلی بالا: تفکر عجیب، توهم، رفتارهای بسیار خودمحور، ارتباط ضعیف با واقعیت و احتمالاً دارای هذیان (مقیاس محتوایی افکار عجیب/BIZ)، احساس ناشایستگی و بی‌کفایتی، هجوم انواع گسترده‌ای از اشتغال‌های ذهنی در مورد مسائل جنسی، خود - تردیدی و عقاید غیرمعمول.
- نمره‌های خیلی بالا: تجارب نامعمول که توسط بیماران بسیار مضطرب گزارش می‌شوند، واکنش‌های سازگاری نوجوانی، اختلال‌های پیش‌روان‌پریشی، شخصیت‌های مرزی و یا افراد نسبتاً سازگار که تمارض می‌کنند را منعکس می‌سازد.

## برافراشتگی مقیاس‌های مرتبط

- برافراشتگی مقیاس‌های ۴ و ۸ (کد دونقطه‌ای ۴۸/۸۴). نسبت به دنیای خویش احساس شدید بیگانگی و بی‌اعتمادی می‌کنند. محیط را خطرناک می‌بینند و احتمال دارد نسبت به دیگران به شیوه خصمانه و پرخاشگرانه واکنش نشان دهند.
- برافراشتگی در مقیاس ۸ و ۹ (کد دونقطه‌ای ۸۹/۹۸). احتمالاً مسیر گفتگو را به طور مرتب منحرف می‌کنند و اغلب آن را به مسائل غیرعادی می‌کشانند. آنها از دنیای خود تصویر تحریف‌شده‌ای دارند، برای اقدام عملی در مورد این ادراک‌های تحریف‌شده انرژی دارند.
- برافراشتگی مقیاس ۸ و F، ۲ و ۴ و ۰ نیمرخ اسکیزوئید را نشان می‌دهد.

## دلالت‌های درمانی

- نمره‌های خیلی بالا: مشکل در اعتماد کردن به دیگران و برقراری روابط با آنان، روان‌درمانی را به ویژه در مراحل اولیه دشوار می‌سازد.
- پس از شروع درمان، این افراد در مقایسه با سایر بیماران اغلب مدت طولانی‌تری درمان را ادامه می‌دهند و سرانجام ممکن است یک رابطه نسبتاً نزدیک و اعتماد‌کننده با درمانگر برقرار کنند.



- درمان باید پیرامون مشکلات خاص حاضر که مراجع با آن روبه‌روست متمرکز باشد.
- اغلب به دلیل مزمن بودن مشکلات، پیش‌آگهی بیماری ضعیف است.
- اگر فرآیندهای فکری آن‌ها بیش‌ازاندازه به هم ریخته باشد ارجاع جهت درمان دارویی ضرورت خواهد داشت.

### اظهارنظرهای بازخوردی به مراجع

شما فردی تخیلی و خلاق هستید که متفاوت از دیگران فکر می‌کند... در حال حاضر به نظر می‌رسد شما تعادل خود را از دست داده‌اید و سردرگم هستید. جهان برایتان ممکن است ترسناک باشد زیرا برایتان سخت است که بدانید، دیگران چه احساسی در مورد شما دارند و چگونه در مورد شما فکر می‌کنند. ممکن است احساس کنید از دیگران جدا افتاده‌اید و گویی دنیا را از دور تماشا می‌کنید... حتی زمانی که کارها خوب پیش می‌رود یا در لحظه‌های حساس و شیرین زندگی ممکن است احساس کنید که به گونه تعجب‌آوری سرد یا خشمگین و یا نفرت‌انگیز هستید. تغییراتی که دیگران آن را خوشحال‌کننده یا لطیف می‌دانند ممکن است در شما بی‌اثر باشد. شما ممکن است بدخلقی را تجربه کنید و ناگهان به احساس خشم، تهی بودن و تحریک‌پذیری دچار شوید، بی‌آنکه بدانید این خلق از کجا می‌آید. در حقیقت، این احساس تیرگی حتی زمانی که همه‌چیز خوب پیش می‌رود به شما دست می‌دهد... شما تمایل دارید که به رویا بروید و مدتی را در درون خود به خیال‌باقی بپردازید و این رویا ممکن است شما را آشفته سازد. صرف زمان برای فرورفتن به افکار ممکن است انجام دادن کارها را برایتان دشوار سازد. زندگی برایتان بی‌رنگ، تهی و بی‌معنا می‌شود. پیدا کردن انگیزه و داشتن هدف و اشتیاق برایتان دشوار است، زیرا هیچ‌چیز برایتان با ارزش و پاداش‌دهنده نیست.

### ملاحظات MMPI-A

هر دو گروه دختران و پسران درجه بالایی از مشکلات مدرسه‌ای را گزارش می‌دهند که بر آن اساس پسران اغلب از مدرسه اخراج شده‌اند اما مشکلات پیشرفت تحصیلی در مورد دختران کمتر است (A-Sch/ مقیاس محتوایی مشکلات مدرسه را بررسی کنید). علاوه بر این، احتمال سوء رفتار جنسی باید مورد بررسی قرار گیرد. دختران احتمال دارد که عدم توافق فزاینده با والدین خود را گزارش دهند (A-fam/ مقیاس محتوایی مشکلات خانوادگی را بررسی کنید). در میان جمعیت بالینی، ممکن است رفتارهایی مانند پرخاشگری، تهدید به خودکشی، برون‌ریزی و انفجار خشم وجود داشته باشد. برعکس، پسران بالینی با صفاتی مانند مستعد ارتکاب گناه، کمرو، منزوی، ترسو و کمال‌گرا توصیف می‌شوند. این‌گونه افراد از عزت‌نفس پایین برخوردارند، به دیگران «می‌چسبند» و در مورد مسائل جسمانی شکوه دارند (سردرد، سرگیجه، درد معده، تهوع). پسران بالینی که نمره‌های خیلی بالا می‌گیرند همچنین ممکن است ویژگی روان‌پریشی مانند هذیان، توهم، افکار به خود بستن، باورداشت‌های بزرگ‌منشی و یا گفتار و اطوار عجیب از خود نشان دهند (A-biz/

مقیاس محتوایی تفکر عجیب و غریب را بررسی کنید).

### مقیاس ۹. هیپومانی (MA)

۴۶ ماده مقیاس ۹ در اصل برای تشخیص افرادی طراحی شد که علائم بیماری هیپومانی را تجربه می‌کنند. این علائم ممکن است شامل دوره‌های متناوب شنگولی<sup>۱</sup>، تحریک‌پذیری افزایش یافته و فعالیت بی‌حاصل و زاید باشد که ممکن است به عنوان وسیله‌ای برای تحریف و دفع افسردگی قریب‌الوقوع به کار بسته شود؛ بنابراین، ماده‌ها پیرامون موضوع‌هایی مانند سطح انرژی، تحریک‌پذیری، خودخواهی<sup>۲</sup> و عظمت<sup>۳</sup> متمرکز شده‌اند. خرده مقیاس‌های هریس و لینگوز محتوای ماده‌ها را به دسته‌های غیراخلاقی، شتاب با جهش روانی - حرکتی، خونسردی و نخوت<sup>۴</sup> طبقه‌بندی می‌کنند؛ اما هیپومانی به صورت متناوب رخ می‌دهد؛ بنابراین، اشخاصی که مرحله حاد بیماری را می‌گذرانند به علت جدی بودن شرایطشان قادر به انجام آزمون نیستند. به علاوه، بعضی افراد ممکن است در مقیاس ۹ نمره‌های کاملاً پایین بگیرند که احتمالاً منعکس‌کننده وضعیت آنان در مرحله افسردگی است؛ بنابراین، دارندگان نمره‌های پایین ممکن است دچار حالت هیپومانی باشند و یا اینکه عملاً در گذشته به این اختلال مبتلا بوده‌اند.

مقیاس ۹ نه فقط در تشخیص اشخاصی که در شرایط متوسط ماننی (بیمارانی که در حالت شدید ماننی هستند، قابل آزمون نیستند) هستند کارایی دارد، بلکه همچنین در شناسایی ویژگی‌های گروه‌های غیر بیمار نیز موفق است. بین ۱۰ تا ۱۵ درصد افراد بهنجار در این مقیاس نمره‌های برافراشته دارند که نشان‌دهنده ویژگی‌هایی مانند داشتن سطح سایقی است که به طور غیرمعمول بالاست؛ بنابراین برافراستگی‌های کم تا متوسط در مورد مردانی که سابقه اختلال‌های روانی ندارند، نشانگر آن است که آنان افرادی گرم و صمیمی، مشتاق، اجتماعی و معاشرتی و رک<sup>۵</sup> هستند. آنان به احتمال زیاد قادرند برای مدت طولانی مقدار قابل توجهی انرژی مصرف کنند. این افراد همچنین ممکن است به آسانی آزرده‌خاطر، بیش‌فعال و تنیده شوند و مستعد دوره‌هایی از نگرانی، اضطراب و افسردگی باشند. دیگران ممکن است آنان را اشخاصی فردگرا، بخشنده، خونگرم و بیانگر<sup>۶</sup> توصیف کنند. زنانی که در گروه افراد غیر بیمار قرار می‌گیرند به صورت افرادی رک گو، با جرأت، پرحرف، شایق، آرمان‌گرا و باذوق توصیف می‌شوند. شوهرانشان ممکن است آنان را به عنوان کسانی توصیف کنند که نقشه‌های بزرگ می‌کشند، لباس‌های عجیب و نامعمول می‌پوشند، هیجان را دامن می‌زنند، بدون علت به هیجان درمی‌آیند، به خطر جویی دست می‌زنند و رک و بی‌پرده صحبت می‌کنند. مردان دارای نمره‌های بالا از سوی همسرانشان به صورت افرادی توصیف می‌شوند که توقع بیش‌ازاندازه دارند،



ارباب منش و پرمدعایند، بدون اندیشیدن نسبت به دیگران حاضر جوابی می کنند، همواره می نالند و بدون تجویز پزشک دارو مصرف می کنند.

سن و نژاد، دو عامل تعیین کننده و مهم به شمار می روند. برخی مطالعات نشان می دهند که سیاه پوستان در مقایسه با سفیدپوستان نمره های بالاتر می گیرند. همچنین، نمره های گروه های جوان تر (جوانان و دانشجویان) اندکی بالاتر از نمره های افراد بزرگسال غیر بیمار است. برعکس، اشخاص مسن در این مقیاس اغلب نمره های پایین می گیرند.

### نمره های بالا در مقیاس ۹

- نمره های خیلی بالا: یک دوره مانیک متوسط، به گونه ناسازگارانه ای بیش فعال، دارای تمرکز ضعیف، پرش افکار، تکبر و احساس مهم بودن و کنترل ضعیف تکانه.
- دیگران آنان را افرادی خلاق، ماهر و باهوش می پندارند، اما این برداشت ها واقعی نیست.
- دارای احساس خوش بینی بی اساس هستند.
- در برابر هرگونه مزاحمت و یا تأخیر جزئی تحریک پذیر می شوند.
- با وجودی که انرژی قابل توجهی صرف می کنند، اما فعالیت هایشان به دلیل عدم تمرکز اغلب بی حاصل است.
- انرژی فزاینده آنان ممکن است حواسشان را از احساسات و موقعیت های دردناک منحرف سازد.
- در ابتدا ممکن است تأثیر خوبی در دیگران به جای بگذارند زیرا افرادی با شوق، صمیمی و مطبوع هستند؛ اما همچنین افرادی گول زنده، دست کاری کننده و غیرقابل اعتمادند که سرانجام مشکلات بین فردی را ایجاد می کنند.
- به سرعت با دیگران ارتباط برقرار می کنند، اما این روابط سطحی است.
- دیگران آنان را افرادی ناآرام و پرهیجان به حساب می آورند.
- برافراشتگی های متوسط. اغلب توانایی بیشتری در تمرکز دارند و می توانند انرژی خود را در جهت سازندگی صرف کنند.
- برافراشتگی های متوسط در افراد غیر بیمار. افرادی رک، پرانرژی، مشتاق، مردم آمیز، مستقل، خوش بین و دارای دامنه علایق گسترده ای هستند. آنان همچنین ممکن است تا اندازه ای فریبکار، بیش فعال، تکانشی و اغواکننده باشند و عمل را به فکر کردن ترجیح دهند.
- این افراد گاهی مشکلات خلقی نشان می دهند و بدون علت به وجد و شغف می آیند.
- افرادی خودمحور و تکانشی هستند.
- برای تشخیص افراد پرانرژی، خوش بین و دارای قدرت تمرکز، از افراد حواس پرت، ناکارآمد و بیش فعال، نمره ها به تنهایی کافی نیستند. در این گونه موارد با در نظر گرفتن ماده های

بحرانی، خرده مقیاس‌های هریس و لینگوز لازم است اطلاعات مربوط به گذشته فرد نیز مورد توجه قرار گیرد.

### برافراشتگی مقیاس‌های مرتبط

- نمره‌های بالای مقیاس ۹ و ۲ (توجه داشته باشید: معمولاً همبستگی آن‌ها منفی است) منعکس‌کننده حالت تهییجی است که شخص می‌کوشد، در برابر تکانه‌های خصومت و پرخاشگری زمینه‌ساز از خود دفاع کند. ممکن است خیلی درون‌نگر و به گونه‌ای خودشیفته مجذوب خویشتن باشد. مقیاس‌های ۹ و ۲ همچنین ممکن است در مورد انواع خاصی از بیماران عضوی برافراشته باشد.
- مقیاس ۹ برافراشته و مقیاس ۲ و ۷ پایین. نشانگر کمترین آشفتگی روان‌شناختی است. مردان ممکن است یک نیاز اجباری به جستجوی قدرت داشته باشند و خود را در یک موقعیت رقابتی خودشیفته قرار دهند. اگر نیمرخ مردان با برافراشتگی مقیاس k نیز همراه باشد، آنان احتمالاً تشنه مدیریت، قدرت و خودکامگی هستند و برای سازمان‌دهی دیگران انرژی زیادی صرف می‌کنند. عزت‌نفس آنان اغلب وابسته به این است که دیگران را به اطاعت و تسلیم و اظهار ضعف وادارند (معمولاً آنچه از دیگران دریافت می‌کنند تمکین توأم با اکراه است نه احترام و تحسین). زنانی که چنین نیمرخی دارند احتمالاً مستعد خودنمایشی همراه با محوریت نمایی بوده و همواره به جذابیت جسمی خود می‌اندیشند.
- نمره‌های پایین ( $T < 41$ ). ممکن است افرادی بی‌احساس، افسرده، ناکارآمد و بدبین باشند.

### دلالت‌های درمانی

- به واسطه حواس‌پرتی و بیش‌فعالی، روان‌درمانی این درمان‌جویان دشوار است. مراجعان با دوری کردن از امور عینی و محسوس نامرتبط و توجه به تفسیرهای روان‌شناختی رفتارشان در برابر تمرکز بر مشکلات مقاومت می‌کنند.
- ممکن است طرح‌های بلندپروازانه‌ای برای تغییر داشته باشند اما به ندرت این طرح‌ها را دنبال می‌کنند.
- تمایل دارند که از مکانیزم انکار استفاده کنند و از آزمایش و بررسی درباره خود بپرهیزند.
- چون سطح تحمل آنان در برابر ناکامی پایین است و به آسانی هیجان‌زده می‌شوند، ممکن است به جلسه‌های درمانی نمایشی منجر شود.
- به دلیل اشتغال زیاد در بیشتر موارد زمان قرارهای قبلی را محترم نمی‌شمارند.
- مقاومت زیاد آنان سبب می‌شود که در بهترین شرایط تدابیر درمانی بی‌رهنمود یا خود رهنمود یا راهبردهای تناقضی برایشان سودمند واقع شود.
- احتمال اختلال دو قطبی را با پی‌گیری دارودرمانی مناسب مورد ارزیابی قرار دهید.



- سوء مصرف الکل یا مواد را بررسی کنید (AAS, MAC-R) یا مقیاس تأثیر اعتیاد و APS / مقیاس اعتیاد بالقوه را بررسی کنید).
- نمره پایین در مقیاس ۹، به سختی برانگیخته می‌شوند و به یک برنامه محسوس و عملی و کاملاً سازمان‌یافته نیاز دارند.

### اظهار نظرهای باز خورده به مراجع

شما فردی پر انرژی، فعال، جاه طلب هستید که توان اندیشیدن و انجام دادن کارهای زیادی را دارید... شما گاهی ممکن است چنان خوش بین باشید که بسیاری از کارهایی که انجام دادن آن برای دیگران ناممکن است را کاملاً برعهده بگیرید. گاهی انرژی شما به اندازه‌ای بالاست که به کاستن از خوابتان نیاز دارید و نسبت به جهانی که بسیار به کندی می‌گذرد کم‌حوصله و خشمگین می‌شوید. در این دوره‌ها خلق شما ممکن است به سرعت از مثبت به منفی تغییر یابد. ممکن است لحظه‌ای خوش بین و بشاش و لحظه‌ای دیگر عصبی و تحریک پذیر شوید و احساس می‌کنید که دیگران مانع از آن می‌شوند که آنچه را که می‌خواهید به آن برسید... شما ممکن است احساس نیرومندی زیادی کنید و در نتیجه از کسانی که نمی‌توانند پایه پای شما کار کنند، خشمگین شوید.

زمانی که انرژی شما خیلی زیاد است، کار کردن بر روی یک کار مشخص برایتان دشوار است. شما مایلید روابط بین اشیاء را ببینید با این حال به آسانی دچار انحراف و حواس پرتی می‌شوید. در مواقع دیگر، شما ممکن است به اندازه‌ای روی افکار و فعالیت‌های خاص متمرکز شوید که دیگران در انجام دادن آن شما را به حال خود بگذارند. در این مواقع وقتی دیگران سعی می‌کنند شما را متقاعد کنند که غیرواقعی برخورد می‌کنید، ممکن است کاملاً عصبی، تکانشی و پرخاشگر شوید.

### ملاحظات MMPI-A

برافراشتگی‌های متوسط نشان‌دهنده آن است که آزمودنی فردی شایق، سرزنده و علاقه‌مند به امور مختلف است؛ اما برافراشتگی‌های بالاتر نشان‌دهنده ضعف تحصیلی در مدرسه و مشکلات در خانه است (مقیاس محتوایی A Sch - / مشکلات مدرسه و A-fam / مشکلات خانواده را بررسی کنید). برافراشتگی‌های مقیاس ۹ همچنین ممکن است رفتارهای مانیک غیرمنطقی و اعمال جامعه‌ستیزی را منعکس کند (مقیاس محتوایی A-con / مشکلات سلوکی را بررسی کنید). در میان پسران، مصرف آفتامین عمومیت دارد. آنان به طور معمول نسبت به انتقاد حساس‌اند، دوست ندارند از رفتارشان انتقاد شود، بنابراین برای درگیر شدن با درمان انگیزه‌ای ندارند. همچنین ممکن است بر این باور باشند که بیش از صاحبان قدرت می‌فهمند و احساس می‌کنند که این افراد مردم را به ناحق تنبیه می‌کنند. آنان ممکن است افرادی دارای اعتماد به نفس، مخالفت‌کننده، استفاده‌کننده از دیگران باشند و هرگونه ناراحتی اجتماعی را انکار کنند.

## مقیاس ۰ درون گرایی اجتماعی<sup>۱</sup> (SI)

این مقیاس بر اساس پاسخ‌های دانشجویان به سؤال‌های مربوط به یک پیوستار درون گرایی - برون گرایی طراحی شد. سپس بر پایه میزان شرکت دانشجویان در فعالیت‌های اجتماعی روایی یابی شد. نمره‌های بالا نشانگر افراد خجالتی است، اشخاصی که مهارت‌های اجتماعی محدودی دارند، در تعامل‌های اجتماعی احساس ناراحتی می‌کنند و از بسیاری از موقعیت‌های بین فردی دوری می‌گزینند. آنان به ویژه در حضور جنس مخالف احساس ناراحتی می‌کنند. ترجیح می‌دهند که تنها و یا با معدودی از دوستان صمیمی باشند و به معاشرت با گروه‌های بزرگ‌تر تمایل نشان نمی‌دهند. دسته‌ای از ماده‌ها به خود - خوارشماری<sup>۲</sup> و ناسازگاری روان رنجوری مربوط است. ماده‌های مقیاس به صورت خرده مقیاس‌هایی شامل کمرویی/خودآگاهی، اجتناب اجتماعی<sup>۳</sup> و بیگانگی نسبت به خود و دیگران گروه‌بندی شده است (بن - پوراث، هوستلر<sup>۴</sup> و بوچر، ۱۹۸۹). از این خرده مقیاس‌ها می‌توان به همان روش مقیاس‌های هریس و لینگوز استفاده کرد، زیرا برای کمک به روشن ساختن این مطلب که چرا شخص در مقیاس نمره خاصی گرفته است اطلاعات سودمندی فراهم می‌کند (بخش مربوط به مقیاس فرعی هریس - لینگوز و Si در ادامه همین فصل).

مقیاس. مانند مقیاس ۵ است، زیرا برای «رنگ و بو دادن»<sup>۵</sup> به سایر مقیاس‌های بالینی یا فراهم کردن امکان تأکیدی متفاوت بر این مقیاس‌ها به کار می‌رود؛ بنابراین، تفسیرها ابتدا باید بدون در نظر گرفتن مقیاس ۵ و ۰ انجام گیرند و سپس معنای ضمنی این مقیاس‌ها در تفسیرها گنجانیده شود. به همین سبب، انواع کدهایی که مقیاس ۰ را شامل می‌شوند در بخش مربوط به کدهای دونقطه‌ای مطرح نشده‌اند. برافراشتگی‌های مقیاس به فراهم کردن اطلاعاتی در مورد سایر مقیاس‌ها کمک می‌کنند، بدین طریق که مشخص می‌سازد افراد تا چه اندازه در تعامل‌ها احساس راحتی می‌کنند تا چه اندازه با دیگران درگیر می‌شوند تا چه اندازه در مهارت‌های اجتماعی کارایی دارند (مقیاس محتوایی SOD/ ناراحتی اجتماعی را بررسی کنید) و با چه احتمالی خواهند توانست یک نظام حمایت اجتماعی مناسب برای خود ایجاد کنند. نمره پایین در مقیاس اغلب میزان آسیب را کاهش می‌دهد که در غیر این صورت، برافراشتگی سایر مقیاس‌ها نشانگر موارد آسیب خواهد بود. نمره پایین در مقیاس نشانگر این است که حتی اگر افراد دارای سطح معینی از آسیب روانی باشند، این توانایی را خواهند داشت که برای غلبه بر مشکلات خود از راه‌های جامعه پسند استفاده کنند. برعکس، نمره بالا در این مقیاس بیانگر مبالغه در مشکلاتی است که در سایر مقیاس‌ها نمایان شده است. این امر به ویژه هنگامی صادق است که مقیاس‌های ۰، ۲ و ۸ همگی برافراشته باشند. این وضعیت نشانگر آن است که شخص از نظر اجتماعی احساس بیگانگی می‌کند، منزوی و



خود - انتقادگر است و افکار غیرمعمول دارد، اما ممکن است به اندازه کافی از حمایت اجتماعی گروه برخوردار نباشد که او را برای غلبه بر این مشکلات یاری دهند. اگرچه مقیاس ۰ برافراشته ممکن است نشانگر افزایش مشکلات شخصی باشد، اما اغلب منعکس‌کننده کاهش احتمال برون‌ریزی نیز هست. درستی این وضعیت هنگامی بیشتر تقویت می‌شود که در مقیاس‌های ۲ و ۵ برافراستگی متناظر (برای مردان و یا کاهش آن‌ها در مورد زنان) مشاهده شود. به همین سبب، از مقیاس‌های ۰، ۲ و ۵ اغلب به عنوان مقیاس‌های بازدارنده یاد می‌شود.

### نمره‌های بالا در مقیاس.

- در تعامل‌های گروهی احساس ناراحتی می‌کنند و به احتمال فاقد مهارت‌های اجتماعی رشد یافته هستند.
- افرادی خودکم‌بین، بدون اعتمادبه‌نفس، فرمان‌بردار، خجالتی و ترسو هستند.
- دیگران ممکن است آنان را افرادی سرد، کناره‌گیر و خشک و شناخت آنان را دشوار بدانند.
- نمره‌های خیلی بالا. افرادی هستند گوشه‌گیر، دارای نشخوار فکری، بی‌تصمیم، ناایمن و غیرمعاشرتی و به سبب ضعف در برقراری ارتباط با دیگران ناراحت هستند و درعین حال نسبت به قضاوت دیگران درباره خود حساس‌اند.
- از یک گروه حامی اجتماعی که در غلبه بر مشکلات به آنان کمک کنند برخوردار نیستند.
- نمره‌های متوسط. افرادی وابسته، محافظه‌کار، محتاط، بی‌ابتکار، جدی و بیش‌ازاندازه خویشتن‌دار هستند.
- مردان بهنجاری که در مقیاس ۰ نمره‌های بالا می‌گیرند به عنوان افرادی فروتن، بازدارنده شده، فاقد اعتمادبه‌نفس و عموماً در حضور جمع بی‌کفایت هستند.
- زنان بهنجاری که نمره‌های نسبتاً بالا می‌گیرند، به عنوان افرادی کمرو، فروتن، خودکم‌بین، حساس و مستعد نگرانی توصیف می‌شوند.

### نمره‌های پایین در مقیاس.

- افرادی گرم، معاشرتی، با جرأت، دارای اعتمادبه‌نفس، خوش‌بین و جمع‌گرا هستند.
- نیاز شدیدی به مردم‌آمیزی دارند.
- قدرت، شهرت و داشتن پایگاه اجتماعی برایشان مهم است.
- ممکن است افرادی فرصت‌طلب، خودنما، سلطه‌جو و افراط‌کار باشند و در موارد خاصی ناپخته، هوس‌ران و در روابط خود با دیگران سطحی باشند.
- مردان بهنجار. افرادی هستند مردم‌آمیز، خود بیانگر، دارای توانمندی اجتماعی و سیالی کلامی.
- زنان بهنجار. مردم‌آمیز، پرحرف، با جرأت، مشتاق و ماجراجو هستند.

• نمره‌های بسیار پایین، ممکن است دارای فنون اجتماعی بسیار پیشرفته‌ای باشند؛ اما در پشت تصویر بیرونی‌شان ممکن است دارای احساس ناایمنی همراه با نیاز شدید به تأیید اجتماعی و بیش‌ازاندازه حساس باشند و برخورد با احساسات وابستگی برایشان دشوار باشد، تعداد زیادی دوستان سطحی دارند اما با هیچ‌یک از آن‌ها صمیمی نیستند.

### دلالت‌های درمانی

- (دارندگان نمره‌های بسیار بالا و درون‌گرا). درگیر شدن با فرآیند درمان به دلیل کمرویی، انزوای طلبی و اضطراب برایشان دشوار است. برای برقراری رابطه درمانی به زمان نیاز دارند. ممکن است از درمانگر انتظار داشته باشند که از روش مستقیم و آمرانه استفاده کند. درمانگر منزوی که از روش بی‌رهنمود استفاده می‌کند ممکن است اضطراب مراجعان را افزایش دهد که به ترک زودهنگام درمان منجر می‌شود.
- آنان ممکن است به ظاهر بی‌انگیزه و نافع‌ال جلوه کنند، اما در درون ممکن است بسیار مشتاق و آماده باشند (LSE / عزت‌نفس پایین، SOD / ناراحتی اجتماعی، مقیاس‌های محتوای ناراحتی اجتماعی را بررسی کنید).
- ممکن است بیش‌ازاندازه کنترل‌شده باشند و در ایجاد تغییر، مشکلات قابل‌توجهی را تجربه کنند.
- مداخله‌های گروه‌درمانی و آموزش مهارت‌های اجتماعی اغلب مفید واقع می‌شود. نکته اساسی این است که اگر گروه حمایت‌کننده و پذیرا باشد، احتمال تجربه مهارت‌های جدید برای مراجعان فراهم می‌شود.
- دارندگان نمره‌های پایین (افراد بسیار برون‌گرا) ممکن است به سبب جهت‌گیری سطحی و عدم تمایل به انعکاس درونی مشکل داشته باشند.

### ملاحظات MMPI-A

در میان نوجوانان، نمره‌های بالای مقیاس ۰ نشانه آشکار دشواری‌ها در روابط اجتماعی به ویژه در ارتباط با عزت‌نفس پایین و انزوای اجتماعی است. همبسته‌های رفتاری در مورد دختران حاکی از آن است که آنان افرادی منزوی، کمرو، ترسو و افسرده هستند. ممکن است دارای افکار خودکشی باشند و یا تظاهر به خودکشی کنند. مشکلات خوردن دارند، از نظر اجتماعی منزوی بوده و دوستان معدودی دارند. برافراشتگی‌ها همچنین ممکن است دارای اثر بازداری باشد، زیرا ممکن است در عمل از برون‌ریزی در مورد بیماری‌شان خودداری کنند؛ بنابراین، از مشکلاتشان در مورد مصرف مواد یا الکل، بزهکاری و برون‌ریزی جنسی به ندرت گزارش می‌دهند و به روابط با جنس مخالف علاقه کمی نشان می‌دهند. در مورد پسران همبسته‌های رفتاری کمتر از دختران است، اما نمره‌های بالا نشان‌دهنده آن است که آنان ممکن است در فعالیت‌های مدرسه شرکت نکنند.



## کدهای دونقطه‌ای<sup>۱</sup>

تفسیر نوع کد در مقایسه با تفسیر هریک از مقیاس‌ها به تنهایی، اغلب اطلاعات دقیق‌تر و از نظر بالینی مفیدتری را فراهم می‌سازد. مبنای تفسیر نوع کد به همبستگی‌های تجربی بین طبقه‌های مختلف رفتار غیرآزمونی<sup>۲</sup> بستگی دارد. کدهای دونقطه‌ای که در این بخش مطرح شده‌اند بر اساس فراوانی وقوع، دقت و جامعیت پژوهش‌های انجام‌شده درباره آن‌ها و اهمیت بالینی نسبی شان انتخاب شده‌اند؛ بنابراین، بعضی از ترکیب‌های نوع کدها مورد بحث قرار نخواهند گرفت.

تفسیر نوع کد در مورد جمعیت‌های دارای اختلال که برافراشتگی نمره‌های T آنان در آزمون MMPI-A و MMPI-2 برابر ۶۵ باشد مناسب‌تر است. توصیف‌ها به روشنی بر محور ابعاد آسیب‌شناختی فرد معطوف‌اند؛ بنابراین، توصیف‌های کد دونقطه‌ای برخلاف مقیاس‌های انفرادی، به سه بخش برافراشتگی کم، متوسط و زیاد طبقه‌بندی نمی‌شوند، بلکه در درجه نخست به بحث درباره برافراشتگی‌های بالا معطوف‌اند. هنگام بررسی کدهای دونقطه‌ای که برافراشتگی متوسط دارند (T=۶۰-۷۰) تفسیر باید با رعایت احتیاط انجام شود و توصیف‌های افراطی‌تر به گونه چشمگیر تعدیل شوند و یا از آن‌ها صرف نظر گردد.

معمولاً، برافراشتگی یک مقیاس در مقایسه با مقیاس دیگر، چنانچه اندازه برافراشتگی‌ها تقریباً یکسان باشد، تفاوت زیاد ایجاد نمی‌کند. رویکرد کلی آن است که اگر یک مقیاس ۱۰ نمره یا بیش از آن از مقیاس دیگر بالاتر باشد، در این صورت مقیاس بلندتر در تفسیر آزمون نقش بارزتری داشته و یا مورد تأکید بیشتری قرار می‌گیرد. تفسیر مقیاس‌هایی که تفاوت برافراشتگی‌های نسبی آن‌ها معنی‌دار و چشمگیر است، باید با بسط و تفصیل بیشتری انجام شود. اگر بلندی مقیاس‌ها برابر باشد، باید به یک اندازه مورد تأکید قرار گیرد.

در بعضی موارد ممکن است سه و یا بیش از سه مقیاس برافراشتگی یکسان داشته باشند که در نتیجه تعیین اینکه کدام دو مقیاس کد دونقطه‌ای را تشکیل می‌دهند، دشوار می‌شود. در این موارد، متخصصان بالینی باید توصیف‌هایی را که درباره سایر ترکیب‌های ممکن تدوین شده است بررسی کنند. به عنوان مثال، اگر در یک نیمرخ خاص مقیاس‌های ۲، ۷ و ۸ برافراشته باشند، در این صورت متخصص بالینی باید کدهای ۲۷/۷۲ و همچنین کدهای ۷۸/۸۷ و ۲۸/۸۲ را بررسی کند. توصیف انواع کدهایی که بیشترین برافراشتگی را دارند و توصیف‌کننده‌هایی که بین توصیف کدهای مختلف مشترک است احتمالاً از روایی بیشتری برخوردارند؛ اما برافراشتگی‌های چندگانه همچنین تعمیم‌پذیری توصیف‌کننده‌های MMPI (که بیشتر پژوهش‌ها بر آن استوارند) و MMPI-2 (بوچر و ویلیامز، ۲۰۰۰؛ دی ادواردز و همکاران، ۱۹۹۳؛ هامفری و دالستروم، ۱۹۹۵؛ تلیگن و بن پورات، ۱۹۹۳) را زیر سؤال می‌برند. معلوم شده است که حدود ۵۰ درصد نوع کدها تفاوت می‌کنند

و این امر به ویژه در مورد نوع کدهایی که به خوبی تعریف نشده‌اند صدق می‌کند. این امر بالقوه روایی توصیف‌های نوع کد را مصالحه می‌کند؛ بنابراین رویکرد محتاطانه‌تر این خواهد بود که به توصیف‌کننده‌های تک مقیاسی تکیه شود.

برای پروراندن تفسیرهای بامعنا، بررسی مداوم اهمیت زمینه‌ساز مقیاس‌های برافراشته شایان توجه است. این امر مستلزم آن است که عواملی مانند چگونگی تعامل مقیاس‌ها، انواع آسیب‌هایی که این مقیاس‌ها بر آن‌ها دلالت دارند و الگوها یا موضوع‌هایی که تکرار می‌شوند مورد توجه قرار گیرند. هر جا که امکان داشته از طبقه‌بندی DSM-5 استفاده شده است، اما گاهی هم اصطلاح روان‌رنجوری (نوروز<sup>۱</sup>) به کار رفته است، زیرا این اصطلاح انواع مختلف اختلال‌ها را در برمی‌گیرد و یا اینکه به دسته‌ای از مقیاس‌های مربوط اطلاق می‌شود (مانند «مثلث روان‌رنجوری<sup>۲</sup>»). بعضی از مشخصاتی که در نوع کدها توصیف شده‌اند، ممکن است درباره یک شخص خاص بسیار دقیق، اما در مورد شخصی دیگر نادقیق و بی‌ارتباط باشد. در این صورت، متخصصان بالینی همواره باید داده‌هایشان را مورد بررسی قرار دهند تا بتوانند توصیف‌ها و تشخیص‌های دقیق و مناسب را تدوین کنند.

در استفاده از نوع کدهای مربوط به MMPI-A باید احتیاط کرد، زیرا در حال حاضر پژوهش‌های کافی در مورد همبسته‌های رفتاری آن‌ها در دست نیست. برعکس در مورد همبسته‌های برافراستگی تک مقیاس‌های MMPI-A پژوهش‌های کافی وجود دارد. با در نظر گرفتن این احتیاط، توصیه می‌شود که متخصصان بالینی نوع کدهایی را که در صفحه‌های بعد توضیح داده شده‌اند به عنوان فرضیه‌های آزمایشی درباره کارکردهای نوجوانی مورد استفاده قرار دهند. این مطلب به ویژه از این لحاظ قابل توجه است که بسیاری از همبسته‌های نوع کد MMPI در مورد بزرگسالان و نوجوانان مشترک است (آرچر، ۱۹۹۲). علاوه بر این، بیشتر نوع کدهایی که از MMPI اقتباس شده است با MMPI-A نیز مشابه است، به ویژه اگر این نوع کدها به خوبی تعریف شده باشند.

۲۱/۱۲

### نشانه‌ها و رفتارها

- شکوه‌ها پیرامون نشانه‌های بدنی دور می‌زنند که ممکن است عضوی یا کارکردی باشد (HEA/مقیاس محتوای نگرانی در مورد سلامت را بررسی کنید).
- شکوه‌های رایج به درد، تحریک‌پذیری، اضطراب، تنش بدنی، خستگی و نگرانی افراطی درباره کارکردهای جسمانی مربوطند.
- سطح معنی‌داری از افسردگی وجود دارد.



- این افراد به طور مشخص از طریق واپس رانی و توسل بر مشکلات بدنی واقعی، مبالغه آمیز و یا خیالی، با تعارض های روانی برخورد می کنند.
- حتی اگر مشکلات بدنی در اصل وجود داشته باشد درباره نشانه ها اغراق می کنند تا دیگران را دست کاری کنند. این افراد شکوه های خود را فراتر از آنچه در معاینه بدنی تعیین می شود توصیف می کنند و اغلب با انجام این کار کارکردهای بهنجار بدنی به غلط تفسیر می شود.
- یاد گرفته اند که با شکوه هایشان زندگی کنند و برای رسیدن به نیازهایشان از آن ها استفاده کنند.
- در بیشتر موارد مردان و افراد مسن را در برمی گیرد.
- **الگوی ۱ (هیپوکندرهای تعمیم یافته).** مشخصه های افسردگی معنی دار، خود - انتقادگر، غیر مستقیم، دست کاری کننده؛ اگر مشکلاتشان کارکردی محض باشد به احتمال بیشتر افرادی کمرو و گوشه گیرند. کسانی که مشکلات عضوی عمده دارند، ممکن است شکوه هایشان را با صدای بلند ابراز کنند. به علاوه شکوه ها پیرامون تنه دور می زند و احشاء را در برمی گیرد. (برعکس کد ۱۳/۳۱ شکوه ها بیشتر ممکن است نظام عصبی مرکزی و اندام های پیرامونی را در برگیرند. به کد دونقطه ای ۱۳/۳۱ نگاه کنید).
- **الگوی ۲ (بیمار با درد مزمن).** این بیماران در برابر درد تسلیم شده اند و یاد گرفته اند که با آن بسازند. آنان ممکن است درد را به گونه اغراق آمیز تجربه کنند و یا در ابراز آن اغراق نمایند و آن را برای جلب توجه دیگران مورد استفاده قرار دهند. سابقه سوء مصرف دارو و الکل را به عنوان روشی برای خود درمانی بررسی کنید.
- **الگوی ۳ (بیمارانی که به تازگی سانحه جدی داشته اند).** برافراشتگی نمره های آنان در مقیاس های ۱ و ۲ بازنمای افسردگی واکنشی حاد است که در پاسخ به اثرات محدود کننده وضعیتشان رخ می دهد. کسانی که در مصرف الکل زیاد روی می کنند دارای برافراشتگی در مقیاس های ۱، ۲، ۳ و ۴ هستند. این قبیل افراد ناراحتی بدنی، مشکلات دستگاه گوارش، تنش، افسردگی و خصومت قابل ملاحظه ای را تجربه می کنند و معمولاً از نظر کار و روابط با دیگران، سوابق مطلوبی ندارند.

### ویژگی های شخصیتی و بین فردی

- افرادی درون گرا، کمرو، خود آگاه، انفعالی و وابسته اند.
- ممکن است نسبت به کسانی که از توجه و حمایت عاطفی به ایشان کوتاهی می کنند کینه به دل بگیرند.
- در روابط بین فردی ممکن است افرادی بسیار حساس باشند و با اشاره به نشانه های بیماری خود دیگران را تحت تأثیر قرار دهند.

### دلالت های درمانی

- این افراد فاقد بصیرت و مهارت روان‌شناختی هستند و هرگاه به آنان گفته شود حتی بخشی از مشکلاتشان ممکن است جنبه روانی داشته باشد، آزرده‌خاطر می‌شوند (TRT/ مقیاس شاخص‌های درمانی منفی را بررسی کنید).
- برایشان دشوار است که مسئولیت رفتارشان را بپذیرند.
- به طور معمول توضیح‌ها و راه‌حل‌های پزشکی را برای حل مشکلاتشان جستجو می‌کنند.
- در برابر فشار روانی به صورت اختلال جسمانی واکنش نشان می‌دهند و این امر بدان سبب است که پیش از برانگیخته شدن برای تغییر، قادرند ناراحتی‌های زیادی را تحمل کنند.
- معمولاً افراد مناسبی برای روان‌درمانی نیستند، به ویژه اگر درمان به ایجاد بینش در درمان‌جو معطوف باشد.

۳۱/۱۳

### نشانه‌ها و رفتارها

- V تبدیلی کلاسیک (مقیاس ۲، ۱۰ نمره یا بیشتر از مقیاس‌های ۱ یا ۳ پایین‌تر است). وقتی که مقیاس ۲ در مقایسه با مقیاس‌های ۱ و ۳ پایین‌تر است احتمال اختلال تبدیلی افزایش می‌یابد. این نوع مشکل در مورد مردانی که مقیاس‌های ۴ و ۵ آنان نیز بالاست و در مورد زنانی که مقیاس ۴ بالا ولی مقیاس ۵ پایین دارند تقویت می‌شود.
- نوع کد ۱۳/۳۱ در مورد زنان و افراد سالخورده بیش از مردان و اشخاص جوان‌تر دیده می‌شود.
- افرادی که چنین نیمرخ‌هایی دارند اضطراب خیلی کمی را تجربه می‌کنند، زیرا تعارض‌های روانی را به شکوه‌های بدنی تبدیل می‌کنند. (به برافراشتگی‌های متناظر مقیاس‌های ۲ و ۷ در مورد وجود اضطراب نگاه کنید).
- اگر اضطراب و افسردگی وجود دارد بدین دلیل است که در حال حاضر تبدیل‌های آنان نمی‌تواند به گونه مؤثری تعارض‌هایشان را حذف کند.
- این افراد شکوه‌های گسترده‌ای درباره مشکلات بدنی دارند.
- شکوه‌ها معمولاً مربوط به خوردن مانند چاقی، تهوع، بی‌اشتهایی عصبی یا پرخوری عصبی است. همچنین حمله‌ها یا فلج روان زاد ممکن است وجود داشته باشد. مشکلات عصب‌شناختی مانند سرگیجه، کرختی، ضعف و خستگی محتمل است.
- گاهی احساس بی‌تفاوتی (فقدان آشکار نگرانی) در مورد این علائم دیده می‌شود.
- این افراد به منطقی بودن و موردپذیرش جامعه قرار گرفتن نیاز قوی دارند. با وجود این، از طریق رفتارهای نمایشی و نشانه‌های مربوط به آن، دیگران را کنترل می‌کنند.



- اغلب می‌کوشند که از نظر روان‌شناختی بیش‌ازاندازه طبیعی جلوه کنند (مقیاس‌های K و L را بررسی کنید).
- حتی اگر شکوه‌هایشان در اصل ناشی از اختلال عضوی باشد، درباره پایه‌های کارکردی نشانه‌ها اغراق می‌کنند.
- پایین بودن مقیاس ۳ از مقیاس ۱ به گونه معنی‌داری نشان‌دهنده دیدگاه منفی به دنیا است. هرگونه تبدیل ممکن است در قسمت‌های انتهایی بدن مانند دست‌ها یا پاها نشان داده شود (برای مثال اختلال‌های معدی - روده‌ای، بیماری‌های ریه و قلب)؛ از مکانیسم انکار و واپس‌زنی زیاد استفاده می‌کنند. نافع‌ال، مردم‌آمیز و وابسته‌اند. آنان از طریق شکوه درباره مشکلات پزشکی خود دیگران را تحت تأثیر قرار می‌دهند.
- ۱۳/۳۱ بالا و مقیاس ۸ و ۲ خیلی بالا نشان‌دهنده هذیان‌های جسمانی است.
- شکوه‌های مرتبط به نشانه‌های بیماری معمولاً با فشار روانی افزایش می‌یابد. با کاهش فشارهای روانی اغلب نشانه‌ها ناپایدار می‌شوند.
- تشخیص‌های متداول، اختلال‌های عاطفی (افسردگی اساسی، اختلال افسرده خویی)، خودبیمارانگاری، اختلال تبدیلی، شخصیت پرخاشگر نافع‌ال و شخصیت نمایشی است.
- کد ۱۳/۳۱ بالا در مورد بیماران دارای درد مزمن همراه با جراحی عضوی که نشانه‌های بیماری‌شان معمولاً تحت فشار روانی بدتر می‌شود مشاهده می‌گردد.
- تمارض شکوه‌های بدنی وقتی ممکن است رخ دهد که برای مراجع مفید واقع شود و کد ۱۳/۳۱ کاملاً بالاست (به خصوص اگر مقیاس ۳ بالاتر از ۸۰ باشد) حتی اگر F برافراشته نباشد (زیرا بیماران می‌خواهند بر وضعیت روان‌شناختی بهنجار خود تأکید کرده ولی به طور خاص ماهیت فیزیکی مشکلات خود را اغراق می‌کنند).
- اگر مقیاس ۳ بالاتر از مقیاس ۱ باشد، نشانه دیدگاه منفی به جهان است، هرگونه اختلال حسی در اندام‌های انتهایی بدن مانند دست و پا خواهد بود.

### ویژگی‌های شخصیتی و بین فردی

- روابط سطحی و همراه با واپس رانی شدید خصومت
- تعاملشان اغلب رنگ و بوی نمایشی دارد.
- دیگران آنان را خودخواه، ناپخته و خودمحور توصیف می‌کنند و اما همچنین آنان را افرادی اجتماعی، برون‌گرا و دارای نیاز شدید به محبت می‌دانند.
- فقدان بینش نسبت به مشکلات خود، استفاده از مکانیسم انکار و به خاطر مشکلاتشان اغلب دیگران را مورد سرزنش قرار می‌دهند (مقیاس R/ مقیاس واپس رانی را بررسی کنید).

- آنان به طور معمول با هرگونه اشاره به نامتعارف بودنشان به شدت احساس تهدید می‌کنند و خود را پیرامون آرمان‌های خدمت به دیگران سازمان می‌دهند، اما روابط و میزان درگیری آنان معمولاً سطحی است.
- نسبت به کسانی که فکر می‌کنند توجه و حمایت عاطفی کافی به آنان مبذول نداشته‌اند احساس رنجش و خصومت می‌کنند.
- *V* تبدیلی در دامنه بهنجار. (مقیاس‌های ۱ و ۳ در MMPI-2 تا اندازه‌ای کمتر از ۶۵ است) شخص را می‌توان خوش‌بین، اما تا اندازه‌ای ناپخته و متکی به دیگران، مسئول، کمک‌کننده، بهنجار و دلسوز توصیف کرد.

### دلالت‌های درمانی

- دشواری در درمان. اینان فقدان بینش، اجتناب از درون‌نگری، نیاز به جلوه دادن خود به شکل بیش‌ازاندازه بهنجار داشته و پاسخ‌های ساده و ملموس به مشکلاتشان را ترجیح می‌دهند.
- ممکن است به پیشنهاد‌های مستقیم یا دارونما، به ویژه اگر دارونما در بافت پزشکی داده شود، پاسخ دهند.
- تلقیح فشار برای کاهش فشار روانی ممکن است سودمند باشد.
- هرگونه مداخله روانی - اجتماعی را با اصطلاحات پزشکی توصیف کنید (برای مثال بیوفیدبک یا دیگر روش‌های کاهش فشار روانی را می‌توان با اصطلاح «بازپروری عصب‌شناختی» توصیف کرد).
- اغلب درمان را ناتمام رها می‌کنند؛ به ویژه اگر دفاع‌های آنان به چالش کشیده شود.
- در صورت وجود اختلال شخصیت، چالش‌های روان‌درمانگری افزایش می‌یابد. ویژگی‌های شخصیتی همراه با خودشیفتگی، وابستگی، جامعه‌ستیزی یا شخصیت مرزی را بررسی کنید.

۴۱/۱۴ (کد نادر)

### نشانه‌ها و رفتارها

- این افراد به شدت خود بیمار انگار، خودمحور و نیازمند جلب توجه هستند و پیوسته با شکوه‌های بدنی نگرانی خود را ابراز می‌دارند.
- بسیاری از آنان سابقه سوء مصرف الکل یا اعتیاد به مواد دارند و از روابط کاری و شخصی مناسبی برخوردار نیستند (برای پالایش تفسیر، مقیاس مداخله کاری / WRK، مقیاس الکلیسم مک آندرو / MAC-R، مقیاس اعتیاد بالقوه / APS و مقیاس تأیید اعتیاد / AAS را بررسی کنید).
- افرادی بی تصمیم و عصیانگرند.
- متداول‌ترین تشخیص‌ها شامل خودبیمارانگاری، اختلال شخصیت (به ویژه ضداجتماعی)؛ نیرومندی نسبی مقیاس ۴ اشاره بر شخصیت ضداجتماعی و نیرومندی نسبی مقیاس ۱ اشاره بر



خودبیمارانگاری دارد. مشخصه نیمرخ‌هایی که ویژگی‌های روان‌رنجوری را در برمی‌گیرد (اضطراب، اختلال جسمانی شکل، اختلال گسستی و اختلال افسرده‌خویی) بالا بودن نسبی مقیاس ۱ همراه با برافراشتگی مقیاس ۲ و ۳ است.

### ویژگی‌های شخصیتی و بین فردی

- مشکلات شخصیتی پایدار: این افراد دارای برون‌ریزی، قضاوت ضعیف و به شدت دست‌کاری‌کننده دیگران هستند (اما به ندرت جامعه‌ستیز شدیدند).
- نسبت به هرگونه مقررات یا محدودیتی که بر آن‌ها تحمیل شود با بی‌میلی برخورد می‌کنند
- نسبت به خانه و والدین خود احساس طغیان می‌کنند، هرچند ممکن است این احساسات را آشکارا بروز ندهند.
- می‌توانند تکانه‌هایشان را کنترل کنند، اما این کار را به تلخی، بدبینانه و با دلسوزی به حال خود انجام می‌دهند.
- از سوی دیگران افرادی پرتوقع، ترشرو و ناراضی توصیف می‌شوند (مقیاس بدبینی / CyN، کارهای ضداجتماعی / ASP و مشکلات خانوادگی / FAM را بررسی کنید).

### دلالت‌های درمانی

- در برابر درمان مقاومت می‌کنند، هرچند ممکن است به درمان‌های کوتاه‌مدت که به نشانه‌های بیماری معطوف باشد به گونه رضایت‌بخش پاسخ دهند.
- درمان درازمدت دشوار بوده و مشخصه آن شرکت گاه‌گاهی بیمار در جلسه‌های درمان است.
- به سبب سطح آزرده‌گی و خصومتشان که گاهی ممکن است نسبت به درمانگر ابراز شود، جلسه‌های درمان ممکن است تنش‌زا باشد (شاخص‌های درمان منفی / TRT و مقیاس‌های خشم را بررسی کنید).

۸۱/۱۸

### نشانه‌ها و رفتارها

- انواع شکوه‌های مبهم و غیرمعمول را نشان می‌دهند (مقیاس نگرانی برای سلامت / HEA را بررسی کنید).
- این افراد دارای گیجی، گم‌گشتگی، حواس‌پرتی و اشکال در تمرکز هستند.
- برای سازمان دادن به افکار خود توجهشان را به نشانه‌های بدنی متمرکز می‌کنند، هرچند اعتقادشان بر این نشانه‌ها ممکن است نشانگر هذیان باشد.
- برای مقابله مؤثر با فشار روانی و اضطراب توانایی بسیار محدودی دارند.

- روابط میان فردی خود را با میزان قابل ملاحظه‌ای از فاصله گرفتن با دیگران و بیگانگی تجربه می‌کنند
- اغلب احساس خصومت و پرخاشگری دارند اما این احساس‌ها را در درون نگاه می‌دارند. هنگامی که احساسات خود را بروز می‌دهند، اغلب به صورت غیرمعمول، تهاجمی و شدید است.
- دیگران آنان را غیرمتعارف و یا حتی عجیب تلقی می‌کنند.
- به دیگران اعتماد ندارند و ممکن است به دلیل دشواری در کنترل خصومت خود، روابط با آنان را قطع کنند.
- ممکن است دارای اندیشه پردازی پارانوئیدی باشند (احتمالاً، اما نه لزوماً، در برافراشتگی مقیاس ۶ انعکاس پیدا می‌کند).
- برافراشتگی ۱۸/۸۱ همراه با مقیاس ۲ ابعاد انتقاد از خود و بدبینی را شدت می‌بخشد.
- برافراشتگی ۱۸/۸۱ همراه با مقیاس ۷ بر وجود ترس‌ها و اضطراب شدت می‌بخشد (مقیاس‌های ANX/اضطراب، A/اضطراب، FRS/ترس و مقیاس‌های OBS/وسواسی را بررسی کنید).
- برافراشتگی ۱۸/۸۱ همراه با مقیاس ۳ واکنش‌های تبدیلی و/یا هذیان‌های جسمانی را نشان می‌دهد.
- متداول‌ترین تشخیص‌ها: اسکیزوفرنیا (به ویژه با مقیاس F برافراشته)، هیپوکندری (با F پایین)، اختلال اضطرابی (با مقیاس ۷ برافراشته).

### ویژگی‌های بین فردی و شخصیت

- مشکلات شخصیتی دیرپا
- اعتماد پایین، احساس بی‌کفایتی اجتماعی
- احساس انزوا و بیگانگی
- سوابق گذشته آنان اغلب از سبک زندگی بی‌سروسامان و سوابق شغلی ضعیف حکایت می‌کند (مقیاس مداخله شغلی / WRK را بررسی کنید).

### دلالت‌های درمانی

- به دلیل ضعف بینش، وارد کردن آنان در فرآیند درمان دشوار است.
- افرادی نامطمئن، بدبین، خصومت‌گرا و دارای احساس بیگانگی هستند (مقیاس شاخص‌های درمان منفی / TRT را بررسی کنید).



- ممکن است مشکلات عضوی مرتبط با بدکاری غدد درون‌ریز یا نظام عصبی مرکزی، مشکلات معدی - روده‌ای، خستگی و سردرد داشته باشند.
- شکوه‌های گسترده و نگرانی زیاد در مورد مشکلات جسمانی دارند.
- ممکن است به طور متناقض کوشش کنند شکوه‌هایشان را انکار و پنهان سازند و یا اینکه برای اجتناب از رویارویی با موضوع شکوه‌هایشان، انرژی قابل ملاحظه‌ای مصرف کنند؛ با وجود این، فنون اجتناب را به نمایش می‌گذارند.
- افرادی برون‌گرا، پرحرف، اجتماعی و درعین حال تنیده و بی‌قرار هستند.
- ممکن است در وضعیت آشفتگی باشند و اضطراب و درماندگی را تجربه کنند.
- از خود انتظاراتی بیش‌ازاندازه دارند با وجود این هدف‌هایشان نامشخص و اغلب دست‌نیافتنی است.
- اگر شکوه‌هایشان پایه عضوی نداشته باشد، در این صورت رفتارشان ممکن است کوششی برای مقابله با افسردگی در حال تکوین باشد. این افسردگی اغلب به نیازهای وابستگی شدید اما ناپذیرفتنی مربوط است.
- تشخیص متداول: خودبیمارانگاری، حالت مانیک (که ممکن است همزمان رخ دهد). این حالت‌ها ممکن است پاسخی به وضعیت عضوی زمینه‌ساز، افسردگی قریب‌الوقوع و یا هر دو و شخصیت پرخاشگر نافع (به ویژه در صورت برافراشتگی مقیاس ۴ و ۶) باشد.

### ویژگی‌های شخصیتی و بین فردی

- به ظاهر ممکن است افرادی اجتماعی، پرجرات و جاه‌طلب باشند
- ممکن است دارای یک هسته وابستگی نافع باشند

### دلالت‌های درمانی

- به پذیرش توضیح روان‌شناختی در مورد شکوه‌هایشان تمایل نشان نمی‌دهند (مقیاس شاخص‌های درمانی منفی/ TRT را بررسی کنید).

۳۲/۲۳

### نشانه‌ها و رفتارها

- فاقد انرژی، ضعیف، بی‌احساس\*، بی‌علاقه، افسرده و مضطرب هستند.
- اغلب شکوه‌های معده‌ای - روده‌ای دارند.
- احساس ناپسندگی می‌کنند و از انجام دادن فعالیت‌های روزانه عاجزند.
- بیشتر انرژی آن‌ها به گونه افراطی در راه کنترل احساسات و رفتارشان مصرف می‌شود.
- هرچند فشارهای موقعیتی ممکن است افسردگی آنان را افزایش دهد، این افسردگی معمولاً دیرپاست و یاد گرفته‌اند که با ناخرسندی و نارضایتی عمومی خود بسازند.

- علاقه چندانی به زندگی ندارند و شروع هرگونه فعالیت برایشان دشوار است.
- مردان. جاه طلب، کوشا، جدی، رقابت کننده، ناپخته وابسته، در راه مسئولیت های فزاینده تلاش می کنند با این وجود از آن ها می ترسند، می خواهند بهنجار جلوه کنند و دوست دارند موفقیت آنان مورد توجه قرار گیرد، با وجود این اغلب احساس می کنند که مورد توجه قرار نگرفته اند. سطح سازگاری شغلی شان اغلب پایین است.
- زنان. اغلب بی احساس و ضعیف هستند، سطح قابل ملاحظه ای از افسردگی را تجربه می کنند. آنان معمولاً خود را در برابر ناخرسندی پایدار و فقدان رضایت تسلیم می کنند. اگرچه کشمکش های چشمگیر زناشویی وجود دارد، به ندرت برای جدایی اقدام می کنند. (مقیاس مشکلات خانوادگی / FAM را بررسی کنید).
- با مقیاس ۴ بالا. خشم، افسردگی به صورت آتش زیر خاکستر، همراه با افکار جامعه ستیزی، با این وجود رفتار آشکار خود را کنترل می کنند.
- با مقیاس ۶ بالا. افسردگی به حساسیت و بی اعتمادی افراطی در روابط میان فردی مربوط است.
- با مقیاس ۰ بالا. افرادی با انزوای اجتماعی و درون گرا هستند.
- متداول ترین تشخیص ها: اختلال های جسمانی شکل، اغلب در بیماران دارای درد مزمن، اختلال عاطفی. اگر مقیاس F/ یا ۸ بالا باشد نشانه افسردگی عمده با ویژگی های روان پریشی است.

### ویژگی های شخصیتی و بین فردی

- نافع، مطیع، وابسته، معمولاً مورد لطف و توجه دیگران قرار می گیرند.
- با استفاده از رابطه سطحی با دیگران، سطح معینی از احساس امنیت را تجربه می کنند.
- در کنار جنس مخالف که جذب آنان می شوند احساس ناراحتی می کنند و ممکن است ناسازگاری جنسی از جمله ناتوانی<sup>۱</sup> یا سردمزاجی<sup>۲</sup> را تجربه کنند.
- افرادی ناپخته، کودک صفت و از نظر اجتماعی بی کفایت به نظر می رسند.
- از نظر کاری، نیاز به پیشرفت و موفقیت را احساس می کنند، اما می ترسند که این موفقیت فشار اضافی بر دوشان بگذارد.
- در ظاهر چنین به نظر می رسد که گویی به سوی پیشرفت کشیده می شوند اما در موقعیت های رقابت انگیز دچار اضطراب می شوند.

### دلالت های درمانی

- به ندرت داوطلب روان درمانی می شوند.
- بینش ضعیف دارند.



- معمولاً در طول درمان بهبودی چشمگیری به دست نمی‌آورند، درمان تهدیدی است که در برابر آن اجتناب و انکار را به کار می‌برند.
- برای توضیح درباره مشکلات پزشکی تلاش زیادی می‌کنند.
- برای حل تعارض‌های بین فردی به «راه‌حل‌های» پزشکی، مانند مصرف داروهای آرام‌بخش یا مسکن درد متوسل می‌شوند.
- ناراحتی و مشکلات را تحمل می‌کنند و به نظر می‌رسد به زندگی کردن با ناراحتی تن داده‌اند.
- احتمال می‌رود هرگونه تعارض به صورت واکنش جسمانی شکل بروز کند.
- چون سطح ناراحتی بالایی دارند، برخی روش‌های کاهش نشانه‌های بیماری، مانند تجویز داروهای ضدافسردگی برایشان توصیه شده است.
- روان‌درمانی حمایتی (به جای درمان بینش‌مدار) اغلب سودمند واقع می‌شود.

۴۲/۲۴

### نشانه‌ها و رفتارها

- در کنترل تکانه‌های ضداجتماعی مشکل دارند.
- درباره پیامدهای اعمالشان دچار احساس گناه و اضطراب می‌شوند، معمولاً این اضطراب آن‌چنان دیر دست می‌دهد که نمی‌تواند نقش بازدارنده مؤثری را ایفا نماید. در برنامه‌ریزی کارهایشان مشکل دارند.
- زمانی که احساس گناه و اضطراب کاهش می‌یابد، معمولاً برون‌ریزی افزایش می‌یابد (کد ۲۴/۴۲ اغلب به عنوان بازتابی از شخصیت جامعه‌ستیز که گرفتار شده است تلقی می‌شود).
- افسردگی آنان احتمالاً موقعیتی است و احساس درماندگی‌شان بازتابی از پیامدهای خارجی است تا یک نظام اخلاقی درونی و واقعی.
- زیاده‌روی در می‌گساری یا سوءمصرف مواد را بررسی نمایید. این موضوع روشی برای خوددرمانی در برابر افسردگی است (مقیاس
- MAC-R, ACK/ تأیید الكل و APS/ مقیاس الکلیسم بالقوه را بررسی کنید).
- روابط میان فردی ضعیف و مشکلات متعدد خانوادگی دارند (مقیاس مشکلات خانوادگی/ FAM را بررسی کنید).
- اشتغال پاره‌وقت دارند؛ چشم‌انداز آنان برای اشتغال تمام‌وقت به ندرت امیدبخش است (مقیاس مداخله در کار/ WRK را بررسی کنید).
- از نظر درگیری‌های قانونی مکرر، بررسی شود (مقیاس کارهای ضداجتماعی/ ASP را بررسی کنید).

- اگر مقیاس ۶ هم بالا باشد، ممکن است به دلیل خطاهای واقعی یا خیالی که به آنان نسبت داده شده است، برون‌ریزی خشم خود را توجیه کنند.
- پایین بودن مقیاس ۶ ممکن است سرکوبی یا افکار ناهشیار خصومت را منعکس نماید.
- بالا بودن مقیاس ۹، شخص ممکن است بیش‌ازاندازه خطرناک و فرار باشد و دست به رفتارهای خشونت‌بار بزند.
- **متداول‌ترین تشخیص‌ها.** شخصیت‌های پرخاشگر نافع‌ال یا ضداجتماعی (به ویژه وقتی که مقیاس ۶ بالا باشد). اختلال سازگاری با خلق افسرده؛ اگر افسردگی مزمن باشد، در این صورت مشکلات مربوط به اضطراب، واکنش‌های تبدیلی و افسردگی (ویژگی‌های روان‌رنجوری) احتمالاً بارز خواهند بود (به ویژه اگر مقیاس‌های ۱ و ۳ نیز بالا باشد). اگر افسردگی واکنشی باشد، به احتمال زیادتر نشانگر شخصیت جامعه‌ستیز است که درباره برون‌ریزی تکانشی خود بیمناک است. سوء‌مصرف مواد ممکن است مشکل اولیه آنان باشد و یا ممکن است افزون بر سایر اختلال‌هایی که در بالا گفته شد رخ دهد. اگر مقیاس ۴ بیش‌ازاندازه برافراشته باشد (بالا‌تر از ۹۰) ممکن است یک فرآیند روان‌پریشی یا پیش‌روان‌پریشی<sup>۱</sup> وجود داشته باشد، به ویژه اگر مقیاس‌های ۸ و F نیز بالا باشند.

### ویژگی‌های شخصیتی و بین فردی

- نخستین برخورد آنان ممکن است دوستانه یا حتی فریبنده باشد، در بهترین شرایط ممکن است افرادی مردم‌آمیز، با کفایت، مشتاق و اجتماعی جلوه کنند.
- در موقعیت بیمارستانی این بیماران ممکن است سعی کنند کارکنان بیمارستان را تحت تأثیر قرار دهند.
- در درازمدت در روابط بین شخصی موجب رنجش دیگران می‌شوند.
- به طور سطحی افرادی با کفایت و دارای اعتمادبه‌نفس به نظر می‌رسند ولی دچار یک احساس نارضایتی درونی هستند.
- واکنش این‌گونه افراد نسبت به شکست‌هایشان بدبینانه و با انتقاد و تردید نسبت به خود همراه است.
- برای مقابله با این احساسات خود تردیدی، اغلب با دیگران یک رابطه وابستگی انفعالی برقرار می‌سازند.

### دلالت‌های درمانی

- این الگو در برنامه‌های درمان ترک الکل و مواد بیشترین فراوانی را دارد.



- صرف نظر از موقعیت یا علت ارجاع، باید از نظر سوء مصرف مواد مورد بررسی قرار گیرند (همین طور مقیاس اقرار به اعتیاد/ AAS را بررسی کنید).
- مشکلات شخصیتی دیرپا اغلب باعث دشواری درمان می شود. ممکن است قول بدهند که رفتارشان را تغییر دهند و احساس گناهشان معمولاً واقعی است ولی برون ریزی آنان بیانگر مقاومتشان در برابر تغییر است.
- درمان مؤثر، با ایجاد حدود مرز مشخص، تغییر محیط، پشتیبانی گرم و تماس های مستمر می توان به درمان پرداخت.
- نظارت بیرونی در درمان آنها ضروری است (برای مثال نظارت قانونی یا وابسته به کار) و شاید هم اجرای درمان در محیطی کنترل شده پیشنهاد مناسبی باشد.
- موفقیت دراز مدت در درمان ضعیف است. ممکن است بر اثر برخورد با فشارهای موقعیتی با از میان رفتن انگیزه های بیرونی (برای مثال مسائل قانونی) از ادامه درمان خودداری کنند.
- چون به شدت تحت تأثیر همسالان هستند احتمال دارد مداخلات گروهی بیش از روش های درمان فردی مؤثر واقع شود.

۶۲/۲۶

## نشانه ها و رفتارها

- حساسیت بیش از اندازه نسبت به انتقاد واقعی و یا خیالی
- حتی در برابر انتقادهای جزئی به فکر فرو می روند و آنها را بزرگ می کنند.
- گاهی اظهارات دیگران را به گونه ای تفسیر می کنند که سبب می شود دیگران آنان را طرد کنند، اما نتیجه گیری هایشان بر داده های ناکافی استوار است.
- از نظر دیگران افرادی زودرنج، پرخاشگر و خصومت گر توصیف می شوند.
- پویایی های خود کامروا سازی و خود تدویم بخشی<sup>۱</sup>. برای محافظت از خود در برابر طرد قریب الوقوع دیگران، اغلب آنان را از پیش طرد می کنند. این امر سبب می شود که دیگران از آنان دوری جویند. دوری کردن دیگران موجب می شود این بهانه را به دست آورند که از سوی دیگران طرد شده اند و بدین وسیله احساس و ابراز خشم خود نسبت به آنان را توجیه می کنند و در این صورت دیگران را به خاطر مشکلات خود سرزنش می کنند؛ اما دیگران به سختی می توانند رفتارهای بین فردی آنها را که نسبت به آنان انجام داده اند، بفهمند.
- روابط بین فردی آنان با مشکلاتی همراه است که سابقه طولانی دارد.
- اگر برافراشتگی مقیاس های ۲، ۶ و F در حد متوسط باشد نشان دهنده ی یک نظام پارانوئیدی کنترل شده، مشخص و با سطح سازگاری مناسب است.

- **متمد/اول‌ترین تشخیص‌ها:** اختلال افسرده خوئی، شخصیت پرخاشگر - نافعال (در صورت برافراشتگی مقیاس ۴)، احتمال وضعیت روان‌پریشی یا پیش روان‌پریشی به ویژه اسکیزوفرنی پارانوئید وجود دارد (به ویژه اگر مقیاس‌های ۷ و ۸ و همین‌طور ۴ بالا باشد).

### ویژگی‌های شخصیتی و بین فردی

- افراد دارای این نوع کد آشکارا خصومت‌گر و بسیار حساس‌اند، احتمال دارد روابط بین فردی ضعیفی داشته باشند (مقیاس FAM/ مشکلات خانوادگی و CYN/مقیاس بدبینی را بررسی کنید).
- افرادی سرزنش‌کننده، زودرنج و خصومت‌گر بوده و ممکن است دارای ویژگی‌های پرخاشگر - نافعال باشند. این الگوها اغلب دارای ماهیت دیرپاست و تغییر آن‌ها دشوار است.

### دلالت‌های درمانی

- تلاش مؤثر برای ایجاد ارتباط و جلب اعتماد آنان ضروری است، برای این کار به طور مستمر باید شرایطی فراهم کرد که آنان از احساس خصومت و بدبینی رها شوند (مقیاس خشم/ ANG را بررسی کنید).
- میزان احتمالی فرآیند روان‌پریشی را ارزیابی کنید.

۲۲/۲۷

### نشانه‌ها و رفتارها

- این کد در میان جمعیت‌های روان‌پزشکی رواج زیادی دارد و مشخص‌کننده افراد افسرده، تهییجی<sup>۱</sup> (بی‌تاب)، بی‌قرار<sup>۲</sup> و عصبی<sup>۳</sup> (ناآرام) است.
- مقیاس‌های ۲ و ۷ میزان نسبی آشفتگی غیر عینی یا ذهنی را که شخص تجربه می‌کند منعکس می‌سازد و لذا اغلب آن‌ها را مقیاس‌های درماندگی (آشفتگی) می‌نامند (مقیاس ANX/ اضطراب، A/ اضطراب، FRS/ ترس‌ها و OBS/ مقیاس‌های وسواسی را بررسی کنید).
- نسبت به تهدیدهای واقعی یا خیالی بسیار نگران بوده و اغلب به رویدادهای جزئی واکنش بیش‌ازاندازه نشان می‌دهند.
- اغلب وسواسی بوده و گستره‌ای از انواع فوبی‌ها و ترس‌ها را تجربه می‌کنند (مقیاس ترس‌ها/ FRS را بررسی کنید).



- دارای وجدانی سختگیر و نرمش ناپذیرند و اغلب افرادی فوق‌العاده مذهبی و بنیادگرای متعصب و سختگیرند.
- احتمالاً تکلم و تحرکشان کند است.
- بی‌خوابی دارند.
- در روابط اجتماعی و جنسی احساس بی‌کفایتی دارند.
- قبل از آن‌که واقعه‌ای رخ دهد زمان زیادی را در انتظار مشکلات احتمالی صرف می‌کنند.
- نسبت به تهدیدهای واقعی یا خیالی احساس آسیب‌پذیری دارند.
- شکوه‌های جسمانی ممکن است شامل ضعف، خستگی، درد سینه، یبوست و سرگیجه باشد (مقیاس نگرانی برای سلامت HEA را بررسی کنید).
- این کد اغلب در مورد مردان ۲۷ ساله یا مسن‌تری که زمینه‌های تحصیلی بالا دارند مشاهده می‌شود.

- **برافراشتگی بالایی مقیاس ۴.** نشان‌دهنده‌ی افرادی است که مضطرب و افسرده‌اند و به سبب قضاوت ضعیف به ویژه در ارتباط با سوءمصرف مواد و الکل، در برابر هوسرانی خود تسلیم می‌شوند (مقیاس MAC-R، AAS، اقرار به اعتیاد و APS/اعتیاد بالقوه را بررسی کنید).
- **متداول‌ترین تشخیص‌ها.** اختلالات عاطفی (به ویژه اختلال افسردگی عمده)، اختلال سازگاری با خلق افسرده، اختلال‌های اضطرابی (به ویژه اختلال وسواسی - جبری)، ممکن است نشانگر اشخاص بهنجاری باشد که از جمله ویژگی‌هایشان خستگی و فرسودگی همراه با درجه بالایی از نرمش ناپذیری و دلواپسی افراطی است (با برافراشتگی متوسط).

## ویژگی‌های شخصیتی

- کمال‌گرا و وسواسی
- نیاز شدید به شناخته شدن
- دشواری در ابراز وجود، خود سرزنش کننده، خود تنبیه‌کننده، وابسته نافع (مقیاس ناراحتی اجتماعی/SOD را بررسی کنید).
- به ندرت با دیگران مجادله گر یا خشمگین هستند.
- بیشتر این افراد متأهل هستند و زمان نامزدی‌شان کوتاه است و بسیاری از آنان تا یک ماه پس از نخستین ملاقاتشان با جنس مخالف ازدواج می‌کنند.
- توسط دیگران به عنوان افرادی مطیع و وابسته توصیف می‌شوند و به طور نوعی محبت دیگران را برمی‌انگیزند. اغلب به دوستان و خانواده‌هایشان بسیار متکی هستند.
- دارای احساس نابسندگی و ناایمن هستند و با احساس خصومت خود، به شیوه خود تنبیهی\* برخورد می‌کنند.

## دلالت‌های درمانی

- برافراشتگی متوسط ممکن است نشانگر پیش‌آگهی خوب برای درمان باشد، افرادی درون‌نگرند و احساس درماندگی به اندازه‌ای است که آنان را برای تغییر برمی‌انگیزد.
- معمولاً در مورد درمان و آینده خود به طور کلی ابراز بدبینی می‌کنند.
- آشفتگی‌های روان‌شناختی آنان معمولاً واکنشی است، گاهی پیشرفت آنان را می‌توان انتظار داشت.
- شکل‌گیری اختلال آنان به طور معمول بین یک ماه تا یک سال به طول می‌انجامد.
- معمولاً نخستین نیاز آنان مداخله درمانی است.
- نمره‌های خیلی بالا. این بیماران ممکن است چنان تهییج (سراسیمه) شوند که نتوانند تمرکز کنند، درمان دارویی برای آرامش بخشیدن به کسانی که کارکردشان در بافت روان‌درمانی است، ممکن است لازم باشد.
- وجود رفتار خودکشی یک احتمال قطعی است (به ویژه اگر مقیاس‌های ۶ و ۸ بالا باشد)؛ میزان خطرزایی این موضوع باید به دقت ارزیابی شود.
- آنان در جلسه‌های درمانی اغلب خودانتقادگری می‌کنند و به حمایت عاطفی زیاد نیاز دارند.
- به کمال‌گرایی و احساس گناه گرایش دارند که اغلب به دوره‌های بی‌حاصل نشخوار ذهنی منجر می‌شود.
- هرچند در مورد تغییر وسواس فکری دارند، در عمل وقتی که در خود تغییر می‌بینند، دچار مشکل می‌شوند.
- معمولاً به آسانی می‌توانند روابط جدیدی برقرار سازند که اغلب عمیق و دیرپا است.
- وقتی که مقیاس ۴ بالا است. الگوی می‌گساری آنان ممکن است ماهیت مستمر داشته و هرگونه مداخله درمانی را دشوار سازد (در ابتدای درمان آن را ارزیابی کنید). در درمان فردی بیش‌مدار، خوب عمل نمی‌کنند و ممکن است برای همیشه به درمان خاتمه دهند. در فرآیند درمان ممکن است یک اثر «ماه‌عسل» اولیه وجود داشته باشد که به تغییر رفتار آشکار منجر می‌شود؛ اما به هنگام فشارهای روانی ممکن است برون‌ریزی کنند و هرگونه بهبود و پیشرفت را ناچیز شمارند. احتمالاً بیشتر روش‌های درمان گروهی با تأکید بر هدف‌های خاص و آشکار همراه با تغییرات محیطی برایشان سودبخش‌تر خواهد بود.

۸۲/۲۸

### نشانه‌ها و رفتارها

- افسردگی، اضطراب، بی‌خوابی، خستگی، ضعف
- گم‌گشتگی ذهنی، اختلال حافظه، اشکال در تمرکز
- بی‌تابی، تنیدگی و تحریک‌پذیری



- انگیزش انجام کارها مشخصاً پایین و سطح کارایی ضعیف است.
- غیر اصیل (غیر مبتکر)، کلیشه‌ای، بی‌احساس و بی‌تفاوت هستند.
- دارای احساس گناه خیلی زیاد و خود تنبیه گرند.
- دارای ترس ناشی از ناتوانی در کنترل هیجان‌ها و تکانه‌ها، از جمله خودکشی و برون‌ریزی.
- ممکن است با انکار تکانه‌های غیرقابل پذیرش کنار بیایند که گاهی به دوره‌های تجربه‌ای از برون‌ریزی منجر می‌شود.
- ممکن است دارای هذیان و توهم باشند (به ویژه اگر نمره T در مقیاس ۸ از ۸۵ بالاتر باشد).
- به توصیف اسناد بسیار تحریف‌شده توجه کنید که در هر موردی ممکن است بعضی از آن‌ها آشکار شوند (به توصیه‌های مقیاس ۸ و ۲ نگاه کنید). ارزیابی بررسی داده‌های غیر از برافراشتگی مقیاس ۸ حیاتی است (ماده‌های بحرانی، داده‌های حاصل از مصاحبه بالینی، تاریخچه شخصی، مقیاس‌های هریس لینگوز؛ محتوای مقیاس‌ها به ویژه BIZ/افکار عجیب، FRS/ترس‌ها، OBS/وسواس، LES/عزت‌نفس پایین و SOD/ناراحتی اجتماعی).
- تشخیص‌های احتمالی: اختلال عاطفی عمده (افسردگی عمده یا افسرده دو قطبی)، اسکیزوفرنیا یا اختلال اسکیزوافکتیو، اختلال‌های شخصیت (مرزی، اجتنابی، وسواسی - جبری، اسکیزوئید)، مشخصه‌ی این الگوهای شخصیت ممکن است به صورت آمادگی، برون‌ریزی و ناپایداری هیجانی جلوه‌گر شود.

### ویژگی‌های شخصیتی و بین فردی

- زودرنجی، عدم جرأت، وابستگی و تحریک‌پذیری
- بدبینی، حساسیت خیلی زیاد به انتقاد
- دوسوگرایی میان فردی
- ممکن است احساس گوشه‌گیری و بیگانگی کنند

### دلالت‌های درمانی

- مشکلات چندگانه در ارتباط با ابراز خشم، روابط بین فردی و انزوای اجتماعی
- امکان دارد کنترل خود در مورد احساس خشم را از دست بدهند و این رفتار ممکن است در مواقعی که زیر فشار هستند درمانگر را هدف قرار دهند.
- احتمال دارد نسبت به روابط با دیگران به طور کلی دچار احساس دوسوگرایی شوند و این احساس به صورت مقاومت در برابر درمان بروز کند. این دوسوگرایی همچنین مانع از آن می‌شود که راهبردهای آموخته‌شده در فرآیند درمان را به‌بوته آزمایش بگذارند.
- درمان معمولاً به درازا می‌انجامد.

- درمانگر می‌تواند یک نقطه ثبات بالقوه فراهم کند که در غیر این صورت زندگی بیمار آشفته و پیش‌بینی‌ناپذیر خواهد بود.
- حوزه مهمی که در آغاز جلسه‌های درمانی و در طول درمان باید ارزیابی شود احتمال خودکشی است.
- بسیاری از این مراجعان لازم است تحت دارودرمانی قرار گیرند تا بتوانند افکار و احساس‌هایشان را کنترل کنند.

۹۲/۲۹

### نشانه‌ها و رفتارها

- سطح بالای انرژی
- این انرژی ممکن است با فقدان کنترل مربوط و یا وسیله‌ای برای دفاع در برابر احساس افسردگی پنهان باشد. این افراد با سرعت بخشیدن به سطح فعالیت‌هایشان می‌توانند خود را از تجارب ناخوشایند افسردگی رها سازند.
- ممکن است برای کسب آرامش و کاهش افسردگی به الکل پناه ببرند. سوء مصرف گاه‌گاهی الکل امری متداول است.
- اضطراب و افسردگی ممکن است وجود داشته باشد. این افراد اغلب درباره احساس بی‌ارزش بودن نشخوار فکری دارند.
- بی‌قراری و تنش دارند.
- شکوه‌های بدنی (به ویژه در قسمت بالای دستگاه گوارشی) دارند.
- در میان افراد جوان‌تر نوع کد ۲۹/۹۲ ممکن است بازتابی از بحران شغلی و در نتیجه فقدان هویت باشد.
- گاهی افراد مبتلا به آسیب مغزی چنین نیم‌رخ‌هایی دارند که نشان‌دهنده آن است که فکر می‌کنند نمی‌توانند افکار و احساساتشان را کنترل کنند اما با سرعت بخشیدن به فعالیت‌هایشان سعی می‌کنند آن را جبران کنند.
- متداول‌ترین تشخیص‌ها. افسردگی دو قطبی آمیخته؛ اما برحسب اینکه بیمار در کدام مرحله باشد هر دو مقیاس ممکن است تغییر کند، اختلال ادواری خویی، آسیب مغزی.

### ویژگی‌های شخصیتی و بین فردی

- احساس نابسندگی و بی‌ارزشی.
- شخص ممکن است این احساس‌ها را انکار کند و با فعالیت فزاینده خود علیه آن‌ها به دفاع بپردازد.
- معمولاً افرادی در خود فرو رفته و خودمحمور به نظر می‌رسند.



- نیاز شدیدی به پیشرفت دارند اما به شیوه‌ای متناقض خود را برای شکست آماده می‌کنند.

## دلالت‌های درمانی

- دوره‌های متناوب فعالیت شدید اغلب خستگی و افسردگی را در پی دارد.
- چالش عمده درمان تثبیت نوسان‌های خلقی و فعالیت است.
- ممکن است سوابق طولانی سوء مصرف الکل و مواد، درمان را پیچیده کند.
- احتمال خودکشی را باید به دقت زیر نظر گرفت.
- افسردگی ممکن است بلافاصله آشکار نشود، اما بررسی دقیق پیشینه بیمار دوره‌هایی از افسردگی گاه‌گاهی اما درازمدت را آشکار خواهد ساخت.

۴۳/۳۴

## نشانه‌ها و رفتارها

- ناپخته و خودمحورند.
- دارای سطح بالایی از خشم هستند که به دشواری می‌توانند آن را ابراز کنند؛ بنابراین خشم خود را اغلب به صورت غیرمستقیم و به شیوه پرخاشگر - نافعال بروز می‌دهند.
- به طور مستمر می‌کوشند که با رفتار آشکار خود با دیگران هم‌نوايي و آنان را خوشحال کنند اما در عین حال میزان قابل ملاحظه‌ای از خشم را تجربه می‌کنند و نیاز دارند که برای کنترل و تخلیه آن، راه‌هایی را پیدا کنند.
- این خشم از احساس بیگانگی و طرد شدن از سوی افراد خانواده سرچشمه می‌گیرد.
- این افراد معمولاً نسبت به رفتار خود بینش کافی ندارند. اگر مقیاس ۶ نیز برافراشته باشد، فقدان بینش آنان بارزتر خواهد بود؛ آنان خصومتشان را به دیگران فرافکنی می‌کنند.
- زنان. زنان بیش از مردان ممکن است از مسائل مبهم بدنی شکوه کنند مانند سردرد، بی‌هوشی‌های موقت و شکوه‌های مربوط به قسمت‌های فوقانی دستگاه گوارش. این زنان برخلاف شکوه‌هایشان عموماً فاقد اضطراب‌های سطح بالا هستند. به علاوه ممکن است روابطشان سطحی بوده و انتظارات ساده لوحانه و دیدگاه کمال‌گرایانه نسبت به جهان داشته باشند و با نادیده انگاشتن تعارض‌ها، آن‌ها را ناچیز شمارند.
- متداول‌ترین تشخیص‌ها: سبک تعامل پرخاشگر - نافعال، افراد هیستریک یا نمایشی، شخصیت‌های مرزی، اختلال سازگاری همراه با خلق افسرده (یا ویژگی‌های عاطفی آمیخته)،

حالت‌های گریز<sup>۱</sup> روانی که در آن تکانه‌های پرخاشگری یا جنسی یا هر دو برون‌ریزی می‌شود (اگر هر دو مقیاس ۳ و ۴ برافراشتگی خیلی بالا داشته باشند  $T > ۸۵$ ).

### ویژگی‌های شخصیتی و بین فردی

- تعارض بین وابستگی در برابر عدم وابستگی از ویژگی عمده این افراد است.
- آنان مایل‌اند از سوی دیگران تأیید شوند و موردتوجه قرار گیرند اما از احساس زمینه‌ساز خشم نیز آکنده‌اند که با موردانتقاد قرار گرفتن، این خشم به راحتی فعال می‌شود.
- در ظاهر افرادی هم‌نوا به نظر می‌رسند اما در نهان احساس نیرومندی از طغیان و سرکشی دارند.
- روابط بین فردی گذشته آنان با مشکلاتی همراه بوده است. در پیشینه زندگی‌شان ممکن است مواردی از برون‌ریزی، اختلاف‌های زناشویی و سوءمصرف الکل وجود داشته باشد (مقیاس تأیید اعتیاد/MAC-R، مقیاس احتمال اعتیاد/AAS و مقیاس مشکلات زناشویی/MDS را بررسی کنید).
- با فرافکنی می‌خواهند دیگران را مقصر مشکلات خود بدانند و به این روش مقابله خود بینش ندارند.
- گاهی ممکن است خشم خودشان را با ایجاد رابطه با کسی که به طور مستقیم و خودانگیخته با او خصومت دارند برون‌ریزی کنند. این رابطه مشخصه افراد با کد ۳۴/۴۳ است که در نهان خشم فرد را شعله‌ور می‌سازند و در یک رابطه اجتماعی بسیار سطحی فرد مقابل را رد می‌کنند.

### دلالت‌های درمانی

- جلسات درمانی پرتلاطم است زیرا درمان‌جو با رابطه درمان‌جو - درمانگر نیز مانند روابط بین فردی برخورد می‌کند.
- مسئله اصلی خویشتن‌داری و اشکال در قبول مسئولیت رفتار خود است.
- اغلب درمان را به دنبال خشم و ناکامی پایان می‌دهند.
- اغلب انگیزه درونی برای درمان وجود ندارد و به اجبار بر اثر فشارهای بیرونی از سوی همسر، کارفرما و یا مقامات قضایی برای درمان اقدام می‌کنند.
- برای واداشتن آنان به ادامه درمان، ترتیب دادن نظارت بیرونی و انگیزه بیرونی سودبخش خواهد بود.
- چون در بیشتر موارد به همسالان (برخلاف فشارهای صاحبان قدرت) تا اندازه‌ای پاسخ می‌دهند، گروه‌درمانی ممکن است مؤثر واقع شود.



## نشانه‌ها و رفتارها

- نسبت به انتقاد بسیار حساس‌اند.
- احساس‌های خصومت و پرخاشگری خود را سرکوب می‌کنند.
- ترسو، تنیده و مضطرب هستند.
- ممکن است از مشکلات بدنی شکوه کنند (سردرد و مشکلات معده).
- بدگمانی و رقابت را آشکار می‌کنند و حتی ممکن است دنیا را ساده‌لوحانه، رضایت‌بخش، مثبت و بی‌عیب و نقص تلقی کنند.
- اگر مقیاس ۶ برافراشته‌تر از مقیاس ۳ باشد (بیش از ۵ نمره). این افراد از طریق کسب قدرت و منزلت می‌کوشند تا در زندگی احساس امنیت خاطر به دست آورند.
- اگر مقیاس ۳ بلندتر از ۶ باشد (بیش از ۵ نمره). هرگونه تعارض یا مشکلات را انکار می‌کنند، خود و دنیای خود را آرمانی می‌پندارند، به جای افکار پارانوییدی، بیشتر به شکوه‌های جسمانی می‌پردازند، احتمال فرآیند روان‌پریشی به شدت کاهش می‌یابد.

## ویژگی‌های شخصیتی و بین فردی

- احساس ناخشنودی و خصومت به ویژه به افراد خانواده را در دل می‌پرورانند، هرچند ممکن است این احساس‌ها را به طور مستقیم بروز ندهند.
- افرادی ساده‌لوح و گول‌خور هستند.
- به سرعت و به آسانی با دیگران روابط راحت و سطحی برقرار می‌کنند.
- همین‌که روابط عمیق‌تر و نزدیک‌تر می‌شود خصومت و خودمجویی پنهان و حتی بی‌رحمی آنان آشکار می‌شود.

## دلالت‌های درمانی

- برای کسب بینش توانایی محدودی دارند، زیرا فاقد مهارت روان‌شناختی هستند و اگر به آنان گفته شود که حتی بخشی از مشکلاتشان ممکن است جنبه روانی داشته باشد خشمگین می‌شوند (مقیاس شاخص‌های درمان منفی / TRT را بررسی کنید).
- تقصیر مشکلات خود را به گردن دیگران می‌اندازند و این مشکلاتی را در رابطه درمانی‌شان ایجاد می‌کند.
- به طور معمول درمان را ناگهانی و غیرمنتظره قطع می‌کنند.
- افرادی بی‌رحم، تدافعی و فاقد همکاری هستند.
- مسئله اصلی آن است که باید آنان را بر آن داشت تا مسئولیت احساس‌ها و رفتارشان را خود برعهده بگیرند.

## نشانه‌ها و رفتارها

- اضطراب، افسردگی.
- شکوه‌ها شامل سردرد، اختلال معده‌ای - روده‌ای، آشفتگی، کرختی یا بی‌حسی است.
- ممکن است مجموعه‌ای از شکوه‌های جسمانی مبهم و درمان‌ناپذیر را گزارش دهند.
- آشفتگی‌های فکری شامل گم‌گشتگی ذهنی، اختلال در جهت‌یابی، مشکل حافظه است و گاهی نیز افکار هذیانی دارند (به ویژه وقتی مقیاس ۸ به گونه چشمگیری بلندتر از مقیاس ۳ باشد؛ مقیاس تفکر عجیب/BIZ را بررسی کنید).
- آشفتگی قابل‌ملاحظه و احساس تنیدگی، ترس و نگرانی را تجربه می‌کنند.
- در ظاهر ممکن است بی‌احساس و گوشه‌گیر جلوه کنند.
- معمولاً مشکلات خود را به شیوه‌ای مبهم، حفاظت‌شده و نامشخص توصیف می‌کنند.
- با برابراشتگی  $K$  و پایین بودن  $F$  افرادی پیوندجو، خوددار و به شکل افراطی سستی هستند. به دوست داشته شدن و مورد تأیید قرار گرفتن از سوی دیگران نیاز شدید دارند. آنان اغلب خوش‌بینی غیرواقعی و درعین‌حال دست‌نیافتنی دارند. این قبیل افراد حتی به بهای فدا کردن نیازها، نگرش‌ها و باورداشت‌های خود بر هماهنگی اصرار می‌ورزند. در برابر خشم فوق‌العاده ناراحت می‌شوند و به هر قیمتی از آن دوری می‌کنند. آنان معمولاً از تصمیم‌گیری مستقل و بسیاری از موقعیت‌های دیگری که باید اعمال قدرت کنند می‌پرهیزند. چون این افراد به گونه افراطی خوش‌بین بوده و تعارض‌های شخصی را انکار می‌کنند، به ندرت در کلینیک‌های بهداشت روانی ظاهر می‌شوند. تقریباً چنین به نظر می‌رسد که هرگونه خشم، تنش یا شکست برایشان تحمل‌ناپذیر است. ظاهراً این‌گونه احساس‌ها برایشان نوعی شکست شخصی و شاید مهم‌تر از آن، نشانه شکست آنان در کنترل جهان پیرامون خود از طریق سنت‌گرایی افراطی، خوش‌بینی اغراق‌آمیز و خودداری تلقی می‌شود.

- متداوول‌ترین تشخیص‌ها: اختلالات جسمانی یا اختلال گسستی یا تجزیه‌ای (وقتی که مقیاس ۳ نسبتاً بیشتر از ۸ و مقیاس ۸ یا  $F$  کوچک‌تر از ۷۰ باشد). شخص ممکن است دچار اسکیزوفرنیا باشد (وقتی مقیاس ۸ و  $F$  هر دو برابراشتگی بالایی داشته باشند).

## ویژگی‌های شخصیتی و بین فردی

- افرادی ناپخته، وابسته و دارای نیاز شدید به توجه و محبت هستند.
- در ظاهر افرادی مقررانی، کلیشه‌ای و فاقد ابتکار به نظر می‌رسند.
- برخلاف داشتن برخی تجارب درونی نامعمول، از این فرآیندها احساس ناراحتی می‌کنند و از راه خود تنبیهی آن‌ها را محدود می‌سازند.



- افکار و تجارب نامعمول آنان موجب احساس بیگانگی از جمع می‌شود، اما برای بهنجار جلوه کردن و مورد محبت قرار گرفتن نیاز شدیدی دارند.
- اگر دیگران بدانند که تجاربشان تا چه اندازه غیرمعمول است، آنان را ترد می‌کنند، بنابراین وابستگی افراطی در آنان رشد می‌کند.
- برای حفاظت از خودشان، از انکار گسترده‌ای استفاده می‌کنند که استعدادشان را برای کسب بینش تضعیف می‌کند.

### دلالت‌های درمانی

- از آنجا که معمولاً افرادی بی‌احساس هستند و خود را از فعالیت‌های زندگی کنار می‌کشند، واداشتن آنان به پذیرفتن درمان دشوار است.
- چون سطح بینش آنان پایین است درمان نیز پیچیده‌تر می‌شود.
- این افراد برخلاف داشتن بسیاری از فرایندهای نامعقول زمینه‌ساز، برای اینکه بهنجار تلقی شوند بسیار تلاش می‌کنند.
- درمان بینش مداز فردی توصیه نمی‌شود.
- ممکن است به درمان‌های مبتنی بر روش‌های مستقیم و حمایتی بهتر پاسخ دهند.

۵۴/۴۵

### نشانه‌ها و رفتارها

- در جذب ارزش‌های اجتماعی مشکل دارند.
- معمولاً می‌توانند احساس‌های جامعه‌ستیزی را کنترل کنند، اما ممکن است بر اثر ناتوانی در تحمل ناکامی و خشم و ناخشنودی زمینه‌ساز، هرازگاهی برون‌ریزی کنند.
- سبک کنار آمدن معمول آنان از طریق روش‌های پرخاشگرانه نافع است.
- کد ۴۵/۵۴ را به هیچ‌وجه نباید به عنوان تشخیص هم‌جنس‌خواهی تلقی کرد (توصیف مقیاس ۵ را نگاه کنید).
- توجه. توجه داشته باشید که مقیاس ۵ مقیاس «بالینی» نیست، بلکه به مقیاس‌های بالینی رنگ و بو می‌دهد. برای مثال نیم‌رخ‌های ۴، ۵ و ۶ برافراشته‌ای دارد می‌تواند به عنوان نوع کد ۴۶/۶۴ تفسیر شود؛ اما مقیاس ۵ برافراشته احتمال برون‌ریزی در مردان را کاهش می‌دهد.
- مردان. این نوع کد بیشتر در مورد مردانی دیده می‌شود که آشکارا ناهمنوا و دارای مهارت‌های روان‌شناختی هستند. در صورت داشتن تحصیلات سطح بالا، احتمال بیشتر آن است که ناراضی‌های خود را به عوامل اجتماعی معطوف کنند و اختلاف عقیده سازمان‌یافته‌ای را نسبت به فرهنگ غالب ابراز دارند. اگر مقیاس ۹ نیز به طور متناظر بالا باشد، از فرهنگ خودشان ناراضی هستند، حساس و آگاه‌اند، اما درعین حال برای ایجاد تغییر از تلاش لازم برخوردارند.

- مردان داری مقیاس ۴ و ۹ بالا و مقیاس ۵ پایین. این افراد به احتمال زیاد رفتار برون‌ریزی جنسی دارند (شخصیت دون ژوان<sup>۱</sup>)، افرادی خودمحور هستند، در به تأخیر انداختن تکانه‌های خود مشکل دارند و در پشت ابراز محبت ظاهری آنان، یک جریان خصومت نهفته است.
- زنان. به طور آشکار علیه نقش سنتی زن می‌شورند. اغلب، این شورش در اثر ترس شدید از رشد و توسعه وابستگی در روابط، برانگیخته می‌شود. از سوی دیگر، این زنان با یک خرده، فرهنگ یا شغلی درگیرند که به طور سنتی فقط بر فعالیت‌های مرد محور تأکید دارد.

### ویژگی‌های شخصیتی و بین فردی

- افرادی ناپخته، خودمحور و معطوف به درون هستند.
- نه تنها به ناهم‌رنگی با جماعت گرایش دارند، بلکه این ناهم‌نوایی با جماعت را به شیوه‌ای چالش‌گرایانه و رویارویی ابراز می‌دارند.
- ممکن است دارای مشکلات قابل ملاحظه در هویت جنسی باشند و احتمالاً کژکاری جنسی را تجربه می‌کنند.
- دوسوگرایی احتمالی این افراد حول محور نیازهای وابستگی قوی اما نامشخص دور می‌زند.

### دلالت‌های درمانی

- در برابر آشکار ساختن مشکلات خود، حافظت شده و تدافعی هستند.
- از شیوه تفکر روشن برخوردارند و بینش خوبی دارند.
- به ندرت برای درمان اقدام می‌کنند زیرا از خود و رفتارشان رضایت دارند.
- معمولاً درباره مشکلات هیجانی خود گزارش نمی‌دهند.
- معمولاً مسائلشان پیرامون سلطه‌گری و وابستگی دور می‌زند.
- تغییر عمده در رفتار آنان نامحتمل است زیرا مشکلاتشان مزمن و با شخصیتشان عجین شده است.

۶۴/۴۶

### نشانه‌ها و رفتارها

- افرادی خصومت‌گر، دمدمی، بدگمان، تحریک‌پذیر، ناپخته و خودمحورند.
- به خاطر اشتباهات شخصی خود همواره دیگران را سرزنش می‌کنند. این سبک سرزنش مانع از آن می‌شود که نسبت به احساسات و رفتار خود بینش پیدا کنند، زیرا به جای تمرکز بر رفتار خود همواره دیگران را مرکز توجه قرار می‌دهند.



- به سابقه اعتیاد به مواد و سوء مصرف الکل توجه کنید (مقیاس‌های MAC-R, AAS/ اعتراف به اعتیاد و ASP/ مقیاس اعتیاد بالقوه را بررسی کنید).
- **مردان دارای مقیاس ۱ برافراشته.** این افراد، اغلب روان‌پریش، به ویژه اسیکزوفرنیای پارانوئید یا پیش روان‌پریش هستند. در صورت برافراشته بودن مقیاس ۲ یا ۳ یا هر دو مقیاس، احتمال وضعیت مرزی به گونه معنی‌داری افزایش می‌یابد. این مردان ممکن است افرادی خشمگین بوده و در مورد نیازهای وابستگی انکار شده و در عین حال نیرومند خود دچار تعارض‌های قابل ملاحظه باشند. آنان ممکن است علیه مقام‌های قدرت بشورند و احتمالاً برای تحت تأثیر قرار دادن دیگران از تهدیدهای خودکشی استفاده کنند.
- **زنان.** ممکن است روان‌پریش یا پیش روان‌پریش باشند اما اغلب جزء شخصیت‌های پرخاشگر - نافع‌ال هستند. اگر مقیاس ۳ نیز برافراشته باشد، آنان نیاز شدید به محبت داشته و افرادی خودمحور و پرتوقع خواهند بود اما نسبت به برآورده کردن انتظارهای دیگران تمایل نشان نمی‌دهند.

### ویژگی‌های شخصیتی و بین فردی

- وابستگی نافع‌ال
- مشکلات سازگاری که با احساس خصومت، خشم، عدم اعتماد و گرایش به سرزنش دیگران مربوط می‌شود.
- از درگیری ارتباطی عمیق اجتناب می‌کنند.
- مردم آنان را افرادی عبوس، منفور، مجادله‌گر و ناخشنود از صاحبان قدرت تلقی می‌کنند (مقیاس خشم/ ANG را بررسی کنید).
- معمولاً از برقراری یک رابطه صمیمانه ناتوانند و دارای سطوح قابل توجهی از ناسازگاری هستند.
- آنان فاقد توانایی انتقاد از خود بوده حالت دفاعی شدید دارند و مجادله‌گرند (به ویژه اگر مقیاس‌های L و K نیز بالا باشد).
- نسبت به انتقادهای واقعی یا خیالی از سوی دیگران به شدت حساس‌اند و از این انتقادهای اغلب خصومت یا طرد را استنباط می‌کنند.
- برای اجتناب از طردشدگی و حفظ سطح معینی از احساس امنیت، برای تحت تأثیر قرار دادن دیگران از مهارت فوق‌العاده‌ای برخوردارند.

### دلالت‌های درمانی

- افرادی بدگمان و حتی متعارض نسبت به درمان هستند.
- به خاطر اصرار دیگران است که برای درمان حاضر می‌شوند.
- تقصیر هرگونه مشکلی را به گردن دیگران می‌اندازند.
- طرح‌های درمان باید عینی، روشن و واقع‌بینانه بوده و به گونه‌ای توصیف شود که بدگمانی یا

مخالفت آنان را برنیا نگیزد.

- برقراری رابطه درمانگر - درمان جو با این گونه افراد دشوار است و همین که برقرار شد احتمال دارد تا اندازه ای شکننده باشد.
- احتمال برون ریزی خشمگینانه را باید به دقت زیر نظر داشت.

۷۴/۴۷

### نشانه ها و رفتارها

- افرادی در فکر فرو رفته و بی میل هستند.
- در مورد رفتارشان احساس گناه می کنند.
- اگرچه اغلب حساسیتی نسبت به احساسات دیگران ندارند، در مورد واکنش ها و احساسات خود به شدت نگرانند. آنان این بی حساسی را به دلیل احساس طردشدگی یا محدود شدن توسط دیگران توجیه می کنند.
- سیکل یا دور قابل پیش بینی بین فردی. با کمترین کنترل بر رفتارشان خشم خود را نشان می دهند که به برون ریزی تکانشگرانه منجر می شود (ASP) اقدامات جامعه ستیزی و ANG / مقیاس خشم را بررسی کنید؛ در برابر رفتارشان احساس گناه می کنند و لذا به مرحله ای از کنترل افراطی رفتارشان روی می آورند، به فکر فرو می روند و دچار احساس گناه و خود دلسوزی می شوند (مقیاس O-H / مقیاس خصومت بیش کنترل شده را بررسی کنید)، سپس بر اثر ناکامی ناشی از این احساسات، ممکن است خودخواهانه بکوشند تا نیازهایشان را با روش هایی مانند سوء مصرف الکل، بی قیدی در امور جنسی و اخلاقی و یا برون ریزی پر خاشگرانه ارضا کنند. بدین سان این دور همچنان ادامه می یابد و معمولاً در برابر تغییر مقاوم است.
- این رفتار اغلب به درگیری با قانون و مشکلات در روابط شغلی و خانوادگی منتهی می شود.
- اگرچه احساس گناه و پشیمانی آنان واقعی (و حتی افراطی است)، به سبب فقدان خویشن داری کافی، برون ریزی شان ادامه می یابد.
- متداول ترین تشخیص ها. شخصیت ضد اجتماعی، اختلال اضطرابی، (سوء مصرف مواد) / الکل (MAC-R، AAS) / اعتراف به الکل یا APS / مقیاس های احتمالی الکلیسم را بررسی کنید) و انواع گوناگون اختلال های مرتبط با تکانشگری - اجباری (مانند اختلال خوردن).

### ویژگی های شخصیتی و بین فردی

- احساس ناامنی و دوسوگرایی در مورد وابستگی.
- این افراد نیاز دارند که به طور مرتب به آنان اطمینان داده شود که افرادی با ارزش هستند.

### دلالت های درمانی



- مراحل اولیه درمان با اظهار صادقانه پشیمانی و نیاز به تغییر مشخص می‌شود. همین که احساس گناه از میان رفت، بار دیگر برون‌ریزی آغاز می‌شود (به نتایجی که به آسانی حاصل می‌شود باید تردید کرد).
- برقراری محدودیت به اضطراب و ناخشنودی منجر می‌شود؛ در بیشتر موارد محدودیت را آزمایش نمی‌کنند و یا آن را نادیده می‌گیرند.
- سبک برون‌ریزی که به دنبال احساس گناه می‌آید یک الگوی مزمن است.
- تلاش‌های درمانی برای کاهش اضطراب، در عمل ممکن است به افزایش برون‌ریزی منجر شود، زیرا کنترلی که بر اثر احساس گناه یا پشیمانی به وجود آمده است ممکن است از میان برود.
- این افراد ممکن است به اطمینان دادن و حمایت خوب جواب بدهند.
- دستیابی به تغییر بنیادی و درازمدت دشوار است.

۸۴/۴۸

### نشانه‌ها و رفتارها

- افرادی عجیب، غیرعادی، دوری‌گزین هیجانی هستند و از نظر سازگاری با مشکلات جدی مواجه‌اند.
- رفتارشان غیرقابل پیش‌بینی و دمدمی است و ممکن است یا پاسخ‌های جنسی و سواسی و عجیب همراه باشد.
- رفتار جامعه‌ستیزشان به درگیری با قانون منجر می‌شود (مقیاس اقدام‌های ضداجتماعی / ASP را بررسی کنید).
- همدلی خیلی کمی دارند، ناهمنوا و تکانشی هستند.
- ممکن است اعضای فرقه‌های مذهبی عجیب و یا سازمان‌های سیاسی غیرمعمول باشند.
- *سوابق اولیه خانوادگی*. آموخته‌اند که ارتباط با دیگران خطرناک است؛ با تعارض‌های شدید خانوادگی روبرو بوده‌اند، احساس بیگانگی، خصومت، طردشدگی دارند و کوشیده‌اند تا از طریق طرد متقابل و دیگر روش‌های انتقام‌جویانه به واکنش جبرانی دست بزنند.
- عملکرد تحصیلی و شغلی نامنظم و پیشرفت تحصیلی ضعیف داشته‌اند.
- اگر مقیاس ۴ برافراشته و مقیاس ۲ پایین باشد، افرادی پرخاشگر، سرد و تنبیه‌کننده هستند و احساس گناه و اضطراب را در دیگران برمی‌انگیزند. اغلب نقش‌هایی را برعهده می‌گیرند که از نظر اجتماعی قابل مجازات هستند (مانند افسران سخت‌گیر اجرای قانون، اعضای بسیار متعصب گروه‌های مذهبی یا ناظم سخت‌گیر مدرسه). رفتار آن‌ها ممکن است طیف کاملی از سخت‌گیری، اعمال مجازات و عدم تأیید تا رفتار یک بیمار آزارگر (سادیست) واقعی را در برگیرد. در پشت این رفتارهای آشکار، معمولاً احساس عمیقی از بیگانگی، آسیب‌پذیری و تنهایی را تجربه می‌کنند که ممکن است احساس اضطراب و ناراحتی را در آنان افزایش دهد.

- مرد/ن. دارای رفتارهای مجرمانه مکرر هستند (به ویژه اگر مقیاس ۹ نیز برافراشته باشد).
- این رفتارهای مجرمانه اغلب عجیب و غریب، تکانشی، با نقشه ضعیف، خودتنبیه گرانه، بدون علت روشن، به شدت خشونت بار همراه با قتل و تجاوز جنسی است.
- زنان. رفتارهای مجرمانه از سوی زنان کمتر است، اما روابطشان معمولاً در درجه نخست جنبه جنسی دارد که به ندرت ممکن است با روابط عاطفی نزدیک همراه باشد. اغلب با مردانی رابطه برقرار می کنند که به گونه چشمگیری از خودشان پایین ترند (که اغلب به عنوان بازنده توصیف می شوند).
- متداول ترین تشخیص ها: شخصیت اسکیزوئید یا پارانوئید، واکنش روان پریشی، اسکیزوفرنیای پارانوئید (به ویژه اگر مقیاس ۶ برافراشته باشد).

### ویژگی های شخصیتی و بین فردی

- نیاز شدیدی به توجه و محبت دارند.
- اغلب خود را برای طرد شدن و شکست آماده می کنند.
- احساس عمیق ناامنی و خودپنداره پایین دارند.
- قضاوت شان در روابط میان فردی و ارتباط فکری شان با دیگران ضعیف است. دیگران اغلب احساس می کنند که گویی در گفته های افراد دارای کد ۴۸/۸۴ عناصر مهم و معانی عمده ای وجود دارد که چگونگی و چرایی آنها قابل درک نیست.

### دلالت های درمانی

- چون درمان جو فردی منزوی و غیرمتعارف است، برقراری رابطه درمانی با او دشوار است.
- جلسه های درمانی ممکن است به سبب اشکال در تمرکز حوزه های مربوط آشفته باشد.
- اغلب آن قدر مسائل زیادی وجود دارد که به دشواری می توان گفت از کجا باید شروع کرد و درمان به آسانی از مسیر خود خارج می شود، در نتیجه جلسه ها بی حاصل به نظر می رسند.
- بر اثر مشکلات مربوط به مسائل درازمدت سوء مصرف الکل و مواد، درمان پیچیده تر می شود.
- برون ریزی نیز بر پیچیدگی درمان می افزاید.
- چون این درمان جویان بی اعتماد هستند احتمال دارد که پیش از وقت درمان را رها کنند.

۹۴/۴۹

### نشانه ها و رفتارها

- احساس بیگانگی می کنند.
- دارای گرایش های ضد اجتماعی هستند و انرژی لازم برای به عمل درآوردن این گرایش ها را دارند.



- افرادی افراط‌کار، هیجان‌خواه تکانشی، علاقه‌مند به کسب لذت، تحریک‌پذیر، برون‌گرا، خوشن، ماهر در تحت تأثیر قرار دادن دیگران و پرانرژی‌اند.
- دارای وجدان اخلاقی ضعیف بوده و نسبت به مقررات و سنت‌ها بی‌توجهی آشکار دارند.
- افرادی فاقد اضطراب، پرحرف، سخنور و فریبنده هستند، اغلب در نخستین برخورد خود در دیگران تأثیر مثبت به جای می‌گذارند.
- روابط‌شان معمولاً سطحی است. هرگونه تماس عمیق‌تر با آنان موجب می‌شود که جنبه‌های مشکل‌آفرین شخصیت‌شان آشکار شود.
- سوابق آن‌ها عموماً نشان‌دهنده مشکلات گسترده قانونی، خانوادگی و شغلی است (اقدام ضداجتماعی / ASP و مقیاس مداخله کاری / WRK را بررسی کنید).
- افراد بالای ۳۰ سال که دارای این الگو هستند در برابر تغییر به شدت مقاوم‌اند.
- این الگو در مورد پسران نوجوان با بزهکاری در ارتباط است.
- اگر این کد با مقیاس ۰ پایین همراه باشد، نشان‌دهنده فنون و مهارت‌های اجتماعی رشد یافته است و این مهارت‌ها را برای تحت تأثیر قرار دادن دیگران به کار می‌بندند؛ بنابراین ممکن است در بازی‌های گول زننده و ضداجتماعی درگیر شوند.
- با داشتن مقیاس ۳ بالا. احتمال برون‌ریزی کاهش می‌یابد. در این گونه موارد، ابراز خصومت ممکن است با کد ۳۴/۴۳ شبیه باشد؛ زیرا اغلب غیرمستقیم و به صورت پرخاشگرانه و نافع‌انجام می‌گیرد.
- اگر مقیاس ۶ بالا باشد، درمانگر باید احتیاط فوق‌العاده‌ای به عمل آورد زیرا این گونه درمان‌جویان بسیار خطرناک‌اند و قضاوت ضعیفی دارند. برون‌ریزی آنان اغلب خشونت‌بار و غیرمعمول است و این امر به سبب احساس نیرومند خشم و آزرده‌گی خاطر از دیگران برای خودشان موجه جلوه می‌کند.
- تشخیص‌های متداول. شخصیت جامعه‌ستیز (در طبقه‌بندی نوجوانان احتیاط کنید، زیرا هر دو گروه نوجوانان بهنجار و نابهنجار به طور معمول نمره بالا می‌گیرند)، حالت مانیک یا اسکیزوفرنیا (اگر مقیاس ۸ بالا باشد).

### ویژگی‌های شخصیتی و بین فردی

- در ظاهر افرادی دارای اعتمادبه‌نفس و ایمن جلوه می‌کنند، اما در نهان افرادی ناپخته، وابسته و نایمن هستند.
- افرادی خودشیفته‌اند و به دشواری می‌توانند رابطه عاطفی عمیقی برقرار سازند.
- به سختی می‌توانند ارضای تمایلاتشان را به تعویق بیندازند و قضاوت‌شان اغلب ضعیف است.

- به نظر مردم افرادی برون‌گرا، پرحرف، رک، بی‌قرار و نیازمند تحریک هیجانی جلوه می‌کنند.
- در آغاز ممکن است تأثیر خوبی بر دیگران بگذارند، اما سبک جامعه‌ستیزی‌شان به زودی آشکار می‌شود.
- درباره کوتاهی‌های خود دلیل‌تراشی کرده و دیگران را به خاطر مشکلات‌شان سرزنش می‌کنند.

### دلالت‌های درمانی

- درمان آنان با مشکلات متعدد روبرو می‌شود. در تمرکز مشکل دارند، پیوسته بر اثر افکار نامربوط به هر کاری دست می‌زنند، به آسانی نمی‌توانند ارضای تمایلاتشان را به تعویق بیندازند و از تجارب خود عبرت نمی‌گیرند. همواره در مورد ارضای تمایلات خود می‌اندیشند (اغلب به بهای فدا کردن دیگران)، اغلب تحریک‌پذیرند و اگر با درمانگر روبرو شوند خصومت نسبتاً شدیدی نشان می‌دهند. به علاوه، راهبرد کنار آمدن آنان به طور معمول از طریق گول زدن دیگران است.
- دلربایی آنان گاهی ممکن است به ستیزه‌جویی و بدخلقی منجر شود. وقتی این رفتار رخ می‌دهد، بهتر است هرچه زودتر با آن مقابله شود.
- درمان ممکن است کند، ناکام‌کننده و بی‌حاصل باشد.
- به ندرت برای درمان داوطلب می‌شوند، به طور معمول از طریق مقامات قانونی یا بر اثر فشار دیگران (مانند کارفرما و همسر) ارجاع می‌شوند.
- برای نگهداری آنان در فرآیند درمان، معمولاً نظارت خارجی ضرورت دارد.
- چون سطح اضطرابشان پایین است، انگیزه‌ای برای تغییر ندارند.
- گروه‌درمانی در مورد این‌گونه افراد تا اندازه‌ای مفید تشخیص داده شده است و روش‌های اصلاح رفتار در اغلب موارد برای پرورش سبک کنار آمدن بهتر، مفید است.
- خاتمه درمان معمولاً نابهنگام و بی‌نتیجه رخ می‌دهد و این امر با بی‌حوصله شدن درمان‌جو در جلسات درمان، برون‌ریزی یا ترکیب این دو حالت رابطه دارد.

۸۶/۶۸

### نشانه‌ها و رفتارها

- بدگمان و بی‌اعتماد بوده و ادراکشان از مقاصد دیگران اغلب با سوءظن و تردید همراه است.
- از دیگران فاصله می‌گیرند و با کسی دوست نیستند یا دوستان معدودی دارند.
- افرادی بازدارنده شده (خوددار)، کم‌رو، متنفر و مضطرب بوده و نمی‌توانند انتظارهای دیگران را بپذیرند یا نسبت به آن‌ها واکنش مناسب نشان دهند.



- به شدت درگیر دنیای خیالی خود هستند.
- فاقد همکاری و بی‌احساس هستند و قضاوت‌شان ضعیف است.
- قدرت تمرکز کافی ندارند.
- درک ضعیفی از واقعیت دارند.
- اغلب احساس گناه، حقارت و کنفوزیون ذهنی را تجربه می‌کنند.
- از نظر عاطفی بی‌تفاوتند.
- محتوای فکری آنان عجیب و نامأنوس است و اغلب با هذیان بزرگ‌منشی و یا هذیان به تردد بستن همراه است.
- از درون مضطرب‌اند.
- تعجب اینجاست که اغلب سوابق کاری آنان مناسب است، به شرطی که مقیاس‌های ۶ و ۸ خیلی بالا نباشد.
- تشدید علائم بیماری‌شان بر اثر فشار روانی معمولاً سبب ازهم‌پاشیدگی توان کار کردن آنان می‌شود.
- معمولاً مجرد هستند و سن‌شان از ۲۶ سال کمتر است.
- اگر متأهل باشند، همسرانشان نیز اغلب اختلال عاطفی دارند.
- مقیاس F خیلی برافراشته همراه با مقیاس‌های ۶ و ۸ بالاتر از ۸۰ لزوماً نشانگر یک نیم‌رخ نامعتبر نیست.
- با برافراشتگی مقیاس ۲. این افراد افسردگی با عاطفه نامتناسب، فوبیا و هذیان‌های پارانوئید را تجربه می‌کنند.
- متد/اول‌ترین تشخیص‌ها: اسپکیزوفرنیای پارانوئید (به ویژه اگر مقیاس ۴ برافراشته و مقیاس ۸ نسبتاً بالاتر از مقیاس ۷ باشد)؛ «دره پارانوئیدی» (زمانی که مقیاس ۷، ۱۰ نمره یا بیشتر و از مقیاس‌های ۶ و ۸ پایین‌تر باشد) این وضعیت وجود افکار پارانوئیدی را تأیید می‌کند، احتمال اختلال‌های عضوی مغز نیز وجود دارد.

### ویژگی‌های شخصیتی و بین‌فردی

- افرادی نالایمن، دارای اعتماد به نفس پایین و عزت‌نفس ضعیف‌اند (مقیاس LSE/ عزت‌نفس پایین را بررسی کنید).
- دیگران آنان را نجوش یا فاقد صمیمیت، منفی‌گرا، بدخلق و تحریک‌پذیر می‌دانند.
- در روابط اجتماعی احساس ناراحتی زیاد کرده و وقتی که تنها هستند بیشتر احساس آرامش می‌کنند و معمولاً از پیوند عاطفی عمیق می‌پرهیزند (مقیاس ناراحتی اجتماعی / SOD را بررسی کنید).

- مکانیسم‌های دفاعی رشدنایافته‌ای دارند.
- زمانی که تحت فشار قرار می‌گیرند واپس‌روی می‌کنند.

### دلالت‌های درمانی

- به سبب سطوح معنی‌دار آسیب‌شناسی روانی، در ارزیابی بیشتر و مدیریت درمان‌جو مسائل زیادی وجود دارد مانند درمان سرپایی و بستری، خطر آسیب رساندن به خود یا دیگران، مداخلات احتمالی دارویی و ادامه دادن آن، مهارت اساسی در زندگی روزمره.
- آموزش مهارت‌های اجتماعی پایه، جرأت‌ورزی، مصاحبه شغلی و آگاهی از منابعی که به هنگام افزایش نشانه‌های بیماری می‌توان از آن‌ها استفاده کرد.
- درمان بینش‌مدار اغلب منع می‌شود زیرا تأمل درباره خود می‌تواند به واپس‌روی بیشتر منجر شود.

- این احتمال وجود دارد که مداخله‌های مبتنی بر رفتارگرایی و عینی مؤثرتر باشد.
- این‌گونه مراجعان ممکن است نظام‌های باورداشت نامعمول و حتی عجیب داشته باشند که با منطق درمانگر به کلی متفاوت است (مقیاس افکار عجیب / BIZ را بررسی کنید). این امر در تدابیر درمان شناختی، مشکلات خاصی را به وجود می‌آورد.
- سطح بدگمانی و فرافکنی سرزنش، تلاش‌های بیشتر را نشان می‌دهد.
- بی‌اعتمادی، مهارت‌های اجتماعی ضعیف و ناراحتی اجتماعی، ممکن است برقراری رابطه درمانی را دشوار سازد.
- جلسه‌ها اغلب کند و بی‌حاصل به نظر می‌رسد و با لحظه‌های طولانی سکوت همراه‌اند.
- تکانشی بودن و واپس‌روی نیز ممکن است تلاش‌های درمانی بیشتری را طلب کند.

۹۶/۶۹

### نشانه‌ها و رفتارها

- افرادی هیجانی، بسیار حساس، بی‌اعتماد، پرانرژی و تحریک‌پذیرند.
- در فکر کردن با مشکل مواجه‌اند.
- وسواس، نشخوار فکری و اندیشه‌پردازی بیش‌ازاندازه دارند.
- ممکن است دارای نشانه‌های آشکار یا ظریف اختلال فکری از جمله هذیان، اشکال در تمرکز، توهم، تفکر بی‌ربط و گفتار ناهمخوان باشند.
- ممکن است گیج یا گم‌گشته به نظر بیایند.
- در برابر تهدیدهای واقعی و یا خیالی بسیار آسیب‌پذیرند و بیشتر اوقات در حال اضطراب به سر می‌برند.



• واکنش آنان در برابر فشار روانی موجب می‌شود که بسیار هیجانی و یا بی‌احساس و منزوی

باشند.

• واکنش نوعی آنان در برابر فشار روانی آن است که به خیال‌پردازی پناه می‌برند.

• نظم بخشیدن به احساسات و هیجان‌ها برایشان دشوار است.

• در عمل قضاوت‌شان ضعیف است.

• متداول‌ترین تشخیص‌ها: اسکیزوفرنیا (نوع پارانوئید)، اختلال خلقی

## ویژگی‌های شخصیتی و بین‌فردی

• بی‌اعتماد و بدگمان هستند.

• نیاز شدیدی به محبت دارند و روابطشان اغلب وابسته نافع‌ال است.

• توصیفی که از خود دارند با توصیفی که دیگران درباره آنان دارند ممکن است تفاوت

آشکار داشته باشد، درحالی‌که خود را افرادی آرام، خوش‌برخورد، خوشحال و تندرست توصیف

می‌کنند، دیگران ممکن است آنان را خصومت‌گر، خشمگین و دارای واکنش شدید حتی به فشارهای

جزئی توصیف کنند.

## دلالت‌های درمانی

• نوع کد ۶۹/۹۶ مشخصه جمعیت بستری است.

• تدابیر مبتنی بر روان - داروشناختی (سایکوفارماکولوژی) برای کمک به کنترل افکار نامنظم

و تنظیم خلق، اغلب ممکن است بسیار مؤثر واقع شود.

• به سبب بی‌نظمی، واپس‌روی و نشخوار در فرآیندهای فکری، درمان بینش‌مدارانه معمولاً

بی‌تأثیر است.

• فقدان اعتماد و بدگمانی، در بیشتر موارد برقراری رابطه درمانگر - درمان‌جو را دشوار

می‌سازد.

• اگر بتوان یک رابطه اطمینان‌بخش ایجاد کرد در این صورت رویکردهای عینی و معطوف

به حل مسئله تأثیر بیشتری خواهد داشت.

۸۲/۲۸

## نشانه‌ها و رفتارها

• بی‌قراری آنان به اندازه‌ای است که گسیختگی فعالیت‌های روزمره را سبب می‌شود.

• این نیمرخ نشان‌دهنده واکنش افراد نسبت به یک بحران خاص است. آنان پیش از آن

ممکن است دارای سطح کارکرد نسبتاً مناسب بوده باشند، اما یک رویداد یا مجموعه‌ای از رویدادها

موجب ازهم‌پاشیدگی قدرت دفاعی‌شان شده است (فروپاشی روانی).

- اعتماد به نفس سطح پایین دارند و احساسات معمول آنان شامل احساس گناه، حقارت، کنفوزیون، نگرانی و ترس است.
- دچار بی خوابی می شوند و ممکن است هذیان و توهم هم داشته باشند.
- اندازه و رابطه بین برافراشتگی مقیاس های ۷ و ۸ و تفاوت های نسبی ارتفاع آنها، هم از نظر تشخیصی و هم از نظر پیش آگهی مهم اند؛ اگر مقیاس ۷ بلندتر از مقیاس ۸ باشد (دست کم ۵ تا ۱۰ نمره) احتمال بهبود وضعیت روانی بیشتر و بیماری خوش خیم تر است. (صرف نظر از برافراشتگی مقیاس ۸ مقیاس ۷ در این مورد نقش مهم تری دارد) بلند بودن مقیاس ۷ حاکی از آن است که شخص هنوز فعالانه با مشکل خود مبارزه می کند و برخی از نیروهای دفاعی وی هنوز فعال هستند. این امر همچنین نشان دهنده اختلال اضطرابی است تا روان پریشی، زیرا الگوهای عمیق فکری نامعمول و رفتار دوری گزینی هنوز تثبیت نشده است. از سویی دیگر، چنانچه مقیاس ۸ نسبتاً بلندتر باشد (دست کم ۵ تا ۱۰ نمره)، نشانگر الگویی است که بیشتر تثبیت شده و لذا درمان آن دشوار است (به ویژه اگر مقیاس ۸ بزرگ تر از ۷۵ باشد). اگر هر دو مقیاس ۷ و ۸ بیش از ۷۵ و مقیاس ۸ نسبتاً بلندتر از ۷ باشد، نشانگر الگوی اسکیزوفرنیک استقرار یافته است (به ویژه اگر مثلث روان رنجوری کوتاه باشد، (مقیاس BIZ/ رفتار عجیب را بررسی کنید)، حتی اگر فرضیه اسکیزوفرنیا رد شود، وضعیت شخص در برابر تغییر بسیار مقاوم است (مانند اختلال شخصیت بیگانه شدید).
- اگر مقیاس ۲ برافراشته باشد، احتمال اختلال دیس تایمی (افسرده خویی) یا اختلال وسواس فکری - عملی وجود دارد.

### ویژگی های شخصیتی و بین فردی

- احساس حقارت، نابسندگی، بی تصمیمی و نایمنی می کنند.
- روابط آنان اغلب وابسته - نافع است و در روابط صمیمانه ابراز وجود برایشان دشوار است.
- در برقراری و حفظ رابطه مشکل دارند، ممکن است در عملکرد جنسی مشکل داشته باشند.
- در مورد خیال بافی های جنسی نامعمول و افراطی، اشتغال ذهنی دارند.
- در بیشتر روابط اجتماعی، احساس ناراحتی فوق العاده می کنند (مقیاس ناراحتی اجتماعی / SDD را بررسی کنید).
- ممکن است با انزوای بیش از اندازه از خود دفاع کنند.

### دلالت های درمانی

- نوع کد ۷۸/۸۷ اغلب بین بیماران روان پزشکی دیده می شود.
- ممکن است خطر جدی خودکشی در میان باشد که می توان با توجه به برافراشتگی نسبی مقیاس ۲، بررسی ماده های بحرانی مربوط، مطالعه دقیق شرح حال بیمار و پرسیدن سؤالات مناسب در مورد فرآیندهای فکری وی آن را مورد ارزیابی دقیق تر قرار داد.



## نشانه‌ها و رفتارها

- بسیار پر انرژی هستند و حتی ممکن است تا مرز بیش‌فعالی برسند.
- از نظر هیجانی بی‌ثبات، تنیده و درهم ریخته‌اند.
- احتمال هذیان‌های بزرگ‌منشی که گاهی رنگ و بوی مذهبی دارد وجود دارد (به ویژه اگر مقیاس ۶ برافراشته باشد).
- دارای آشفتگی فکری و تکلم عجیب و غریب هستند که ممکن است با واژه‌تراشی، تداعی آوایی و پژواک‌گویی مشخص شود (مقیاس افکار عجیب / BIZ را بررسی کنید).
- اهداف و نقشه‌هایشان اغلب غیرواقعی است و در بیشتر موارد نقشه‌های افراطی می‌کشند که تحقق آن‌ها فراتر از توانایی آنان است، بنابراین اشتیاق آنان به گونه چشمگیری از موفقیت واقعی‌شان بالاتر است.
- نشانه‌های شدیدی از بی‌خوابی دارند.
- احتمال آسیب‌شناسی روانی جدی نیز وجود دارد.
- متداوول‌ترین تشخیص‌ها: اسکیزوفرنیا، اختلال اسکیزوافکتیو با حالت‌های مانیک، دوقطبی، اختلال شخصیت شدید، برافراستگی نسبی مقیاس F را می‌توان به عنوان شاخصی از شدت اختلال در نظر گرفت.

## ویژگی‌های شخصیتی و بین‌فردی

- روابط میان‌فردی این افراد کودکانه و ناپخته است.
- افرادی ترسو، بی‌اعتماد، تحریک‌پذیر و حواس‌پرت هستند.
- اگرچه ممکن است خیلی پرحرف و پر انرژی باشند، ترجیح می‌دهند از روابط با دیگران خود را کنار بکشند. آنان در برابر هرگونه ارتباط و درگیری عمیق با دیگران مقاومت می‌کنند.
- درحالی‌که به ظاهر خودبزرگ‌بین و گزافه‌گو هستند، در نهان احساس حقارت و نابسندگی می‌کنند.
- انتظار توجه زیاد دارند و چنانچه این انتظار برآورده نشود آزرده‌خاطر می‌شوند و دشمنی می‌ورزند (مقیاس خشم / ANG را بررسی کنید).

## دلالت‌های درمانی

- چون خیلی حواس‌پرت هستند و آشفتگی فکری دارند، به کار بستن روش‌های درمانی در مورد آنان بسیار دشوار است.
- بینش آن‌ها ضعیف بوده و در برابر تفسیرهای روان‌شناختی رفتارشان، مقاومت نشان می‌دهند و نمی‌توانند برای مدت طولانی توجه خود را به یک زمینه معطوف دارند.

- در برابر هرگونه فشار روانی از مکانیسم دفاعی انکار، خودبزرگ‌بینی و با ارزش‌شماری بیش‌ازاندازه خود استفاده می‌کنند. به چالش کشیدن این نوع دفاع‌ها ممکن است خشم، تحریک-پذیری و یا حتی پرخاشگری آنان را برانگیزد.
- اگر هذیان و توهم بارزی وجود داشته باشد، درمان دارویی ضدروان‌پریشی ممکن است ضرورت پیدا کند و چنانچه اختلال خلق برجسته باشد داروهای تثبیت‌کننده خلق توصیه می‌شود.

مقیاس‌های محتوایی MMPI-2